

日本管理会計学会 スタディ・グループ

医療機関におけるマネジメント・システムの導入と
その成果に関する研究

(研究期間 2017 年 9 月 1 日～2019 年 8 月 31 日)

<最終報告書>

2019 年 11 月 21 日

目次

はじめに	7
第 1 章 医療機関におけるマネジメント・システムの実態把握	9
はじめに	9
1 マネジメント・システムの先行研究とその課題	10
2 信条システムに関わる先行研究	13
3 医療機関におけるマネジメント・システムの先行研究	15
3-1 個別のマネジメント・システム	15
3-2 複数のマネジメント・システム	16
4 マネジメント・システムの実態把握	17
4-1 調査概要	17
4-2 一般企業との比較	18
おわりに	24
参考文献	25
第 2 章 病院経営における経営理念の役割	28
はじめに	28
1 先行研究の検討	29
2 研究目的	30
3 研究方法とリサーチサイトの概要	30
3-1 はじめに	30
3-2 聖路加国際病院の理念	32
3-3 運営の基本方針	32
4 経営理念とコントロール・レバー	33
4-1 経営理念の浸透	33
4-2 「根拠に基づいた医療」EBM（Evidence-Based Medicine）重視	34
4-3 新たな仕組みの導入とトップの行動	36

4-4 ビジョン，中期計画，事業計画・予算：トップ，部長，現場，専門スタッフの役割と経営理念	37
まとめ	38
参考文献	39
第3章 医療機関へのマネジメント・システムの導入研究	40
はじめに	40
1 研究の背景	40
2 先行研究	41
3 ケース：A病院における BSC と診療科別損益計算	42
3-1 BSC 導入の背景	42
3-2 BSC の運用プロセス	43
3-3 診療科別損益計算制度の導入	45
4 ケースの検討と考察	47
おわりに	48
参考文献	49
第4章 療養型病院の BSC 導入とその課題	51
はじめに	51
1 リサーチサイトの概要	52
2 ベトレヘムの園病院の組織と BSC	53
2-1 組織図	53
2-2 BSC の導入目的	54
2-3 ベトレヘムの園病院の BSC	55
2-4 戦略の策定	57
3 事業計画	58
3-1 資金収支の把握	58
3-2 事業計画と BSC	59
3-3 BSC の部門展開	60
4 ベトレヘムの園病院の BSC の改善に向けて	61
4-1 4つの視点の順番	61

4-2	ベクトル合わせ	62
4-3	戦略と指標の一貫性	63
	まとめ	64
	参考文献	65
第5章	医療機関における部門別原価計算の活用実践	66
	はじめに	66
1	病院における原価計算の先行研究	66
1-1	部門別原価計算の意義	67
1-2	病院の部門別原価計算の意義	67
1-3	病院会計準則による経営管理上の課題とセグメント会計	69
2	部門別原価計算の活用事例	70
2-1	聖路加国際病院の部門別原価計算導入の変遷とセグメント会計	70
2-2	ベトレヘムの園病院	74
3	部門別原価計算の活用	76
3-1	聖路加国際病院：配賦計算	76
3-2	病院における部門別原価計算の活用目的	77
3-3	医療機関における部門別原価計算と収益	78
	おわりに	79
	参考文献	80
第6章	日本版医療 MB 賞を利用した病院マネジメント	82
	はじめに	82
1	先行研究	83
1-1	第三者評価	83
1-2	残された課題	89
2	方法	90
3	結果	92
3-1	日本生産性本部	92
3-2	元気会横浜病院	97
4	考察	104

4-1 日本版医療 MB 賞の受審・運用プロセスからみるマネジメントへの反映.....	104
4-2 日本版医療 MB 賞の第三者評価としての位置づけからみるマネジメントへの反映	105
まとめ	106
参考文献	107
第 7 章 日本の病院における財務的マネジメント・システムの重要性	113
はじめに	113
1 日本の病院を取り巻く環境	114
1-1 病院数の推移	114
1-2 日本の医療保険制度と医療提供体制	115
1-3 病院の開設主体	116
1-4 民間病院における，事業承継	118
2 病院の次世代経営者に求められる財務的マネジメント・システム	120
2-1 病院における財務的マネジメント・システムと月次決算	120
2-2 月次決算を組織的に機能させる	122
2-3 事業別会計による月次決算	124
3 実務的に病院で財務マネジメントを機能させる要諦	125
3-1 ステップとしては病棟別損益計算から	125
3-2 医療（臨床）指標と財務指標の両方により経営を管理する	129
3-3 正確性の定義を変化させる	131
まとめ	133
参考文献	134
第 8 章 医療機関におけるマネジメント・システムのアンケート調査	135
はじめに	135
1 アンケート調査の概要	136
1-1 調査対象	136

1-2	回答病院の病院規模	137
1-3	回答病院の病院区分	138
1-4	回答病院の病院区分と病院規模のクロス表	138
1-5	マネジメント・システムの定義	139
2	最新のマネジメント・システム	139
2-1	ABC に関する先行研究	140
2-2	ABC の実態調査結果	141
2-3	BSC に関する先行研究	143
2-4	BSC の実態調査結果	144
2-5	原価企画に関する先行研究	146
2-6	原価企画の実態調査結果	147
2-7	アメーバ経営に関する先行研究	149
2-8	アメーバ経営の実態調査結果	150
2-9	小括	152
3	伝統的なマネジメント・システム	153
3-1	事業計画に関する先行研究	154
3-2	事業計画の実態調査結果	154
3-3	予算管理	157
3-4	予算管理の実態調査結果	157
3-5	設備投資計画に関する先行研究	159
3-6	設備投資計画の実態調査結果	160
3-7	目標管理に関する先行研究	162
3-8	目標管理の実態調査結果	163
3-9	部門別原価計算に関する先行研究	165
3-10	部門別原価計算の実態調査結果	166
3-11	小括	168
4	現場改善のマネジメント・システム	170
4-1	方針管理に関する先行研究	170
4-2	方針管理の実態調査結果	171

4-3 トヨタ生産システムに関する先行研究	173
4-4 トヨタ生産システムの実態調査結果	174
4-5 TQM に関する先行研究	176
4-6 TQM の実態調査結果	177
4-7 小括	179
まとめ	180
参考文献	181

はじめに

日本管理会計学会では、2017年9月から2019年8月までの2年間で、スタディ・グループ『医療機関におけるマネジメント・システムの導入とその成果に関する研究』を行ってきた。

当初は、アンケート調査、インタビュー調査、ケーススタディなどを計画していた。また、研究内容も、初年度は日本の医療機関すべてを調査対象として、マネジメント・システムの実態把握を行うことにした。そして2年度目は、導入しているマネジメント・システムについてインタビュー調査をすることにした。調査内容としては、マネジメント・システムの検討、導入中、中止理由、トップの関与やミッション・ビジョン・バリューの有無、中期計画との関係など、予算管理や事業計画の立案の仕方、財務データと非財務データの活用、スキルアップや電子カルテの課題など、多方面から取り上げた。

初年度のアンケート調査が3%弱という回答率でしかなく、とても日本の医療機関を代表した調査とはならないことがわかった。そこで、マネジメント・システムを実施していることをデータから把握した病院に個別にインタビュー依頼を行うことにした。インタビュー調査から、ケーススタディもしくはアクションリサーチが行えるのではないかと考えた。

多くの病院からインタビューを拒否された。たとえば、メールや電話で連絡しても、多忙であるという理由が多かった。返答していただいた病院でも、事務長が癌治療中でインタビューを受けられないという病院があった。また、アンケート調査への回答が必ずしも実態を反映していないケースもあった。たとえば、ある病院では、院長が勝手に回答しただけで、マネジメント・システムを導入していないという。またある病院では、経理事務は一切を税理士に任せているので、全てのマネジメント・システムをしっかり行っているという回答だった。他にも、インタビューを引き受けてくれた病院が台風の被害にあい、とてもインタビューできる状況ではなかった。もちろん、快くインタビューを受けていただいた病院もあり、本報告書は、そのような快諾していただいた病院の調査結果である。

今回のスタディ・グループは、どのようなマネジメント・システムが医療機関にとって効果的かを明らかにすることが大きな目的の1つである。実際には、病院によって効果的なマネジメント・システムは異なると考えられるが、効果を上げているマネジメント・システムを提言することで、スタディ・グループの責務を果たしたいと考えている。

第1章で明らかにするように、医療機関では一般企業よりもバランスト・スコアカード(Balanced Scorecard: BSC)の導入が多いという特長があった。また、製造業で実践されている部門別原価計算が部門別収益管理や予算管理として導入されていた。第2章で扱う理念が効果的なマネジメント・システムであるというのは多くの病院で成立する事実であろう。第3章で扱うように、マネジメント・システムというより導入の仕方によって効果が異なるという指摘も興味深い。第4章ではBSCをこれから導入する病院を取り上げてアクションリサーチをした。第5章は、部門別原価計算を収益管理だけでなく、意思決定に用いたケースを取り上げる。第6章は、アンケート調査項目には含めていなかった日本版医療MB賞を受賞した病院のマネジメントについてである。第7章では、医療の経営コンサルを行っている副社長の立場で財務こそマネジメントの基本というご指摘をまとめていただいた。最後の第8章は、回答率は低いがその中でどんなことが指摘できるのかを分析した研究である。

今回のスタディ・グループのメンバーは以下の8名である。今回のスタディ・グループを機会として、今後も研究を進めていきたいと考えている。

令和元年 11 月 5 日

代表者	伊藤和憲	専修大学教授
	挽 文子	一橋大学教授
	島 吉伸	近畿大学教授
	栗栖千幸	亀田医療大学准教授
	関谷浩行	北海学園大学准教授
	阪口博政	金沢大学准教授
	梅田 宙	高崎経済大学専任講師
	丹羽修二	日本経営副社長

第 1 章 医療機関におけるマネジメント・システムの実態把握

はじめに

我が国の医療機関は、厚生労働省の調査によれば、8400 施設を少し割ったところで、ここ 5 年間は減少傾向にある¹。一般社団法人全国公私病院連盟の調査によれば、2018 年調査で回答があった 644 施設のうち 170 病院(26.4%)しか黒字ではなく、474 施設(73.6%)の施設が赤字であるという。2009 年から 2018 年までの推移をみると、図表 1-1 のようである(全国公私病院連盟, 2019, p.10)。7 割が赤字病院であることが理解できる²。

医療機関が赤字になる原因は、人口減少という構造的な問題も考えられる。また、国家財政として考えたとき、高齢社会になり医療費がますます増加していることもある。このため、医療費削減問題は医療機関と国家財政との喫緊の課題である(病院のあり方委員会, 2016, pp.24-28)。しかしこれに対する対応は、必ずしも効果が上がっているわけではない。

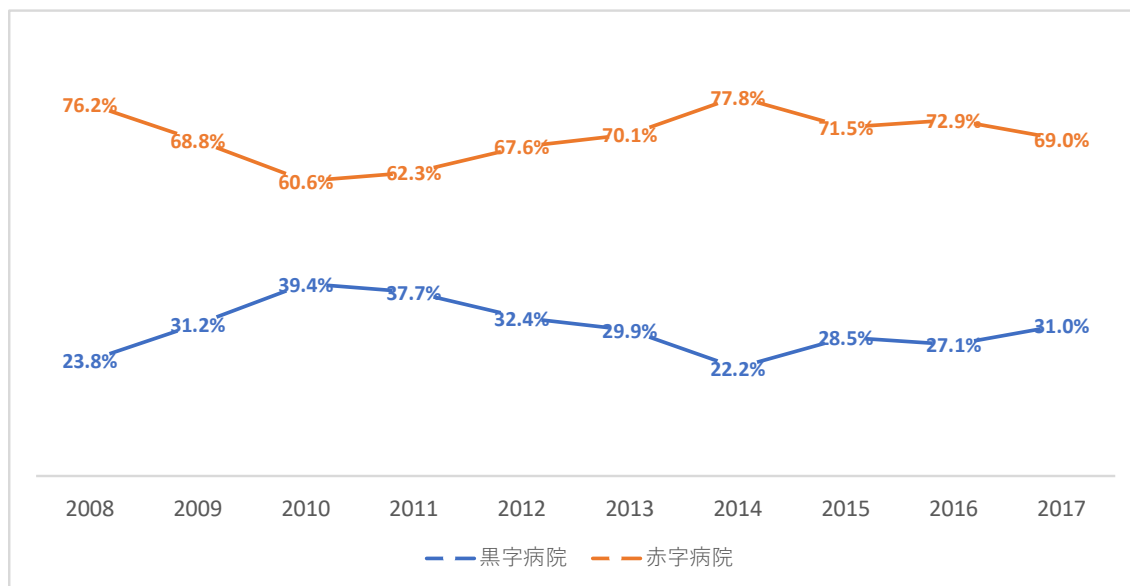
このような認識を持って、我々スタディ・グループは、『医療機関におけるマネジメント・システムの導入とその成果に関する研究』を開始した。その意図は、一般企業で実践されているマネジメント・システムを医療機関に導入することで、医療機関の経営努力によって改善できる部分があるのではないかと考えたことである。

¹ 厚労省のデータは、以下から入手できる。なお、ここ 5 年間の病院数は、2014 年が 8493 施設、2015 年が 8480 施設、2016 年が 8442 施設、2017 年が 8412 施設、2018 が 8372 施設という推移である。<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html> (最終閲覧日: 2019/10/1)。

² 病院運営実態分析調査の概要は以下から入手できる。

<http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/pdf/H30-gaiyou.pdf> (最終閲覧日: 2019/10/1)。

図表 1-1 赤字病院と黒字病院



出典：全国公私病院連盟(2019)を筆者が作図。

本章は、医療機関のマネジメント・システムに関する実態把握を行う。1 節で、マネジメント・システムのフレームワークを明らかにするために、マネジメント・コントロール・システムについて明らかにする。第 2 節は、医療機関でとりわけ重要な信条システムに関わる先行研究を明らかにする。3 節は、医療機関におけるそれ以外のマネジメント・システムについての先行研究を明らかにする。第 4 節では、我々が実施したマネジメント・システムの実態把握の概要を明らかにする。最後に発見事項をまとめる。

1 マネジメント・システムの先行研究とその課題

医療機関は職員が自らの役割を認識して担当するプロフェッショナル組織である。医療という専門業務を行うだけでなく、マネジメントとしての役割も担当しなければならない。そのような役割を、マネジメント・コントロール・システムとして整理することができる。このマネジメント・コントロール・システムは、Simons(1995)によれば、4つのコントロール・レバーに区分してい

る。その中でも、医療機関は信条のシステムと事業境界システムのような数値以外のマネジメント・システムを重要視してきたことが特筆に値する。そこで、コントロール・レバーについて明らかにする。

図表 1-2 戦略形成タイプとその要点

戦略のタイプ	戦略の学派	コントロール・レバー	コントロールの対象	例示
計画	プランニング学派	診断的コントロール・システム	KPI	軍隊の命令と統制
行動のパターン	ラーニング学派	インタラクティブコントロール・システム	戦略の不確実性	T型フォードの黒モデル
ポジション	ポジショニング学派	事業境界システム	リスクの回避	差別化，コスト優位
パースペクティブ	デザイン学派	信条システム	中核的価値観	独自の歴史や文化

出典：Simons(1995, pp.3-11)に基づいて著者作成。

Simons(1995, pp.153-158)は戦略のタイプごとに適切なコントロール・レバーがあるとして、4つのコントロール・レバーを提案している。この4つのコントロール・レバーとは、Mintzberg et al.(1998)が明らかにした典型的な戦略タイプごとのコントロール・システムである。すなわち、図表 1-2 に示したように、計画、行動のパターン、ポジション、パースペクティブという戦略のタイプに適切なコントロール・レバーである。

計画はプランニング学派が考えている戦略で、形式的策定プロセスに基づいて戦略が策定される。軍隊で用いられる戦略や戦術という概念と最も密接な関係にある。軍隊では将軍が戦闘計画を立案して命令を発し、戦場に出動する部隊がその命令を遂行する。戦略的計画は、いわゆる命令と統制(command and control)からなる官僚組織などで用いられている。このような戦略を成功に導く要因は、計画設定された KPI(key performance indicators)のモニタリングである。KPI とは重要業績指標であり、目標達成プロセスの実施状況を測定するために、業績を定量的に示すものである。

計画をコントロールするためのレバーは診断的コントロール・システムと呼ばれる。診断的コントロール・システムとは、目標値を効率的かつ効果的に達

成するものである。目標値を達成するには、まず、目標値を明確に設定する必要がある。従業員の目標値が決まれば、常に監視していなくても、マネジャーは戦略策定など本来なすべき仕事に従事できる。たとえば、標準原価や予算による差異分析がこの例である。

診断的コントロール・システムを有効に使うためには、目標設定、戦略と業績評価の一致、インセンティブ、例外報告、例外事項の対応という5つの注意点がある(Simons, 1999, pp.211-212)。目標設定できなければそもそも診断的コントロール・システムは使えない。また、業績評価が戦略を正しく反映している必要がある。業績と報酬(インセンティブ)が連動していればモチベーションも上がる。例外報告は、効率的なコントロールの原則である。例外事項への素早い対応も必要である。

行動のパターンはラーニング学派が想定する戦略であり、創発学習のプロセスに基づいて戦略が形成される。当初意図していない場合ですら、一貫性を持った行動から戦略を推論することができる。T型フォードは米国では黒のモデルだけを販売した。黒だけのモデルは低価格の大衆車をイメージする一定の行動パターンとなる。このようなパターンを戦略ということがある。ラーニング学派が想定している創発戦略での成功要因は、戦略的不確実性へと注意喚起することである。この戦略をコントロールするレバーをインタラクティブコントロール・システムという。

また、ポジションはポジショニング学派が想定する戦略であり、分析プロセスによって戦略を策定する。この戦略のコントロール対象は、リスクを回避することであり、リスク回避がうまくいけば戦略は成功する。この戦略をコントロールするレバーを事業境界システムという。事業境界システムでは、ビジネスのルールを設定し、従業員が行うべきでないリスクを明確にする。たとえば、Porter(1985)の提案する差別化戦略やコスト優位戦略は、ポジションの例である。

最後に、パースペクティブはデザイン学派が捉えているように、コンセプト構想プロセスによって戦略を策定する。多くの企業は、自社の歴史や文化といった企業独自の視点や進め方を戦略と考えている。このように、組織メンバー

によって共有された価値観や視点を戦略と呼ぶことがある。この戦略のコントロール対象は、中核的価値観を伝達することである。この戦略をコントロールするレバーを信条システムという。信条システムでは、新たな機会の探索を鼓舞し、方向づける。

これらのコントロール・レバーはどれかを選択して採用するというのではなく、強弱の違いはあれ、1つのパッケージとして導入する必要がある。また、特定の管理会計システムが特定のコントロール・システムと結びつくというよりも、利用の仕方が問題である。たとえば、標準原価管理や予算管理は伝統的に診断的コントロール・システムとして用いられてきたが、インタラクティブコントロール・システムとして用いることもできる。同様に、インタラクティブコントロール・システムとして考案された BSC を差異分析に焦点を当てて診断的コントロール・システムとして利用するケースも少なくない。

要するに、どのようなコントロールをするためにマネジメント・システムを用いたのかということで両者の関係が決まる。このような利用目的でコントロール・システムが異なる。そのため、当初 Simons(1995, p.68)は BSC を診断的コントロール・システムとして例示していたが、Simons(1999, p.208)では、インタラクティブコントロール・システムとしても利用できることを明らかにしている。

2 信条システムに関わる先行研究

医療機関では、ミッションやビジョンを明示したり、倫理的にやってはいけないことを規定しておくことは極めて重要である。このような点から、信条システムというマネジメント・システムは取り上げられてきた。

信条システムに関わる先行研究については、理念に基づく組織変革を行った松尾(2009)のケーススタディを紹介する。次に、理念をベースとしたトップと現場の橋渡しをミドルの役割をケーススタディした井上(2014)を紹介する。最後に、井上(2014)のケースを「吸収役」とすると、それ以外にも「双方向の窓」というミドルの役割があることを文献研究した井上・藤原(2016)を明らか

にする。

松尾(2009)は医療機関における理念の構造化と実現プロセスについて、組織学習とリーダーシップという点からケーススタディを行った。その結果、事務部長や看護部長が組織内のコミュニケーションを促進させながら、理念に基づいて戦略実行を行い、現場を巻き込むことで組織変革を行ったという。プロフェッショナル組織としての医療機関では、バラバラになりがちな組織に基づく理念を共有することで組織変革もうまくいくことが理解できる。

井上(2014)は、医療機関のマネジメント・システムにおいてミドルがどのような役割を果たしているのかについてインタビュー調査を行った。その結果、理念コントロールを軸にして、組織内のコミュニケーションを円滑にしながらトップと現場の橋渡しを行っていた。ここにミドルの重要な役割があることを発見した。ここでも、理念の共有がコミュニケーションを促進する触媒となっていることが理解できる。

その後、井上・藤原(2016)は、文献研究により、医療機関のマネジメント・システムにおけるミドルの役割を、「吸収役(absorption)」と「双方向の窓(two-way windows)」に区分している。「吸収役とは、医療専門職にとって歓迎されない管理会計システムの変革に対し、医療従事者は当該変化がもたらす影響を吸収し、現場のスタッフにその影響が及ばないように保護するというバッファとしての役割を指す」。また、「双方向の窓の役割・・・(と)は、ミドルがトップと現場の間に立ちトップから示される会計情報とその会計情報に伴う影響を現場がわかるように翻訳し、それを現場に伝える一方、現場の意見を集約してそれをトップに反映させている役割」である。この研究は必ずしも信条システムを直接扱ったわけではない。ところが、吸収役という数値以外の管理のために理念が触媒となっていること、また双方向の窓という数値管理をベースにしたマネジメント・システムが背景にあること、これら両方のミドルの役割を扱っている点が興味深い。

理念ないし信条システムとの関係で先行研究を明らかにした。これ以外にも、梅田・伊藤(2017)は、BSCを導入することで、ミッション、ビジョン、あるいは戦略などを現場へ浸透させることで価値観変革に影響を及ぼしたとい

うケーススタディを行っている。このように、信条システムや事業境界システム、それらとその他のマネジメント・システムとの関係についてインタビュー調査する必要がある。

3 医療機関におけるマネジメント・システムの先行研究

信条システムや事業境界システムなどが医療機関で重要なマネジメント・システムであることはすでに明らかにした。ところが、これらだけでなく、実績値を測定して、数値に基づく管理も重要である。我が国の医療機関では、すでにマネジメント・システムについて多方面から研究が行われている。これらを個別のマネジメント・システムと複数のマネジメント・システムに分けて文献研究する。

3-1 個別のマネジメント・システム

医療機関のマネジメント・システムに関する研究を、理論研究、ケーススタディ研究、実証研究に区分する。これらについて、それぞれここ 7,8 年間に限定して、先行研究の代表的研究を明らかにする。

マネジメント・システムに関する理論研究としては、トヨタ生産システム(川上, 2011), 部門別原価計算(許斐, 2013), クリニカルパス(佐藤, 2015), 方針管理と目標管理(衣笠, 2015), 予算管理(衣笠, 2012), 事業計画(荒井, 2018)などがある。このようにマネジメント・システムの理論研究が存在すること自体が、医療機関でのマネジメント・システム研究が一般企業と比較すると遅れていることが示唆される。

ケーススタディ研究に、設備投資計画(荒井, 2012), 特性要因図(関谷, 2013), アメーバ経営(挽, 2014), 予算管理(阪口ほか, 2015a), TQM(酒向・齊藤, 2017), 部門別原価計算(島ほか, 2017), バランスト・スコアカード(伊藤, 2018; 梅田, 2018)などがある。これらはインタビュー調査による事例研究だけでなく、自らの導入研究, アクションリサーチによる導入研究などがある。

また、実証研究としては、バランスト・スコアカード(渡邊, 2012; 渡邊ほ

か、2015)、予算管理(阪口ほか、2015b)などがある。バランスト・スコアカードや予算管理は医療機関でもずいぶん導入が進んでいるために、実証研究の成果が見受けられる。

以上の研究は、個別のマネジメント・システムに対する研究である。このような個別のマネジメント・システムを研究することで、医療機関への効果的な導入を促進することができよう。

3-2 複数のマネジメント・システム

我々の関心事は、我が国の医療機関にとってどのようなマネジメント・システムが導入されているかという実態把握である。そこで、複数のマネジメント・システムの導入比較を検討した研究について検討する。複数のマネジメント・システムの導入研究は、深代ほか(2006)がある。

図表 1-3 マネジメント・システムの導入比較

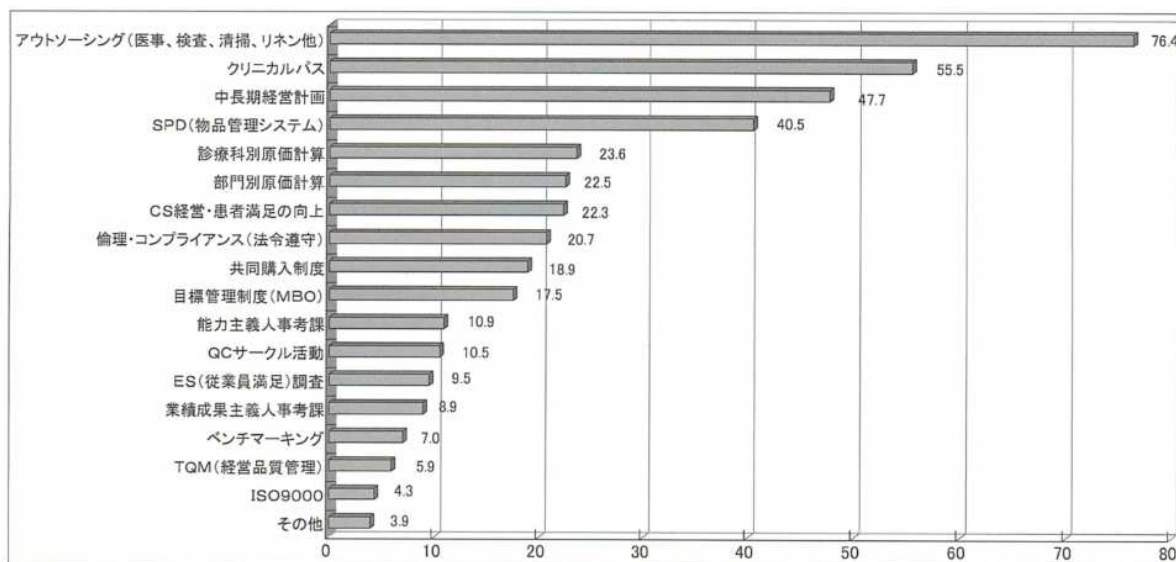


図 5 病院で実施・活用している経営管理や管理手法 (n=440) 全項目

出典：深代ほか(2006)。

深代ほか(2006)によれば、2004年8月に全国2,169病院に調査票を発送し、回収440件(回収率20.3%)である。図表1-3より、アウトソーシング

(76.4%), クリニカルパス(55.5%), 中長期経営計画(47.7%), それに物品管理(supply processing distribution: SPD)システム(40.5%)の導入率が高い。また, 診療科別原価計算(23.6%), 部門別原価計算(22.5%)が続くが, 意外なことに目標管理制度(17.5%)や TQM(5.9%)はそれほど浸透していないことがわかる。予算管理についての記述はないが, BSC の取り組みについては, 5.0%の病院が何らかの形で導入していた(深代ほか, 2006, p.46)。

深代ほか(2006)の調査で, 回答病院の 5%に当たる 22 病院が導入中で, 65 病院が検討中であった。この 87 病院のうち, 病院全体で導入しているか検討中なのが 31%, 部門別まで導入しているか検討しているのが 54%であった。88 病院が BSC に期待することは, 意識改革・組織活性化 84%, 目標管理 76%, 管理体制の強化 55%, 部門管理 49%の順であった。

4 マネジメント・システムの実態把握

我々の調査は,「医療機関における経営の目的とマネジメント・システムの導入に関する調査」と題して, 郵送質問調査を実施した。日本管理会計学会のスタディ・グループであるということと, 日本医療バランスト・スコアカード研究学会の研究助成金の支援をいただいたプロジェクトであることを明記した。

4-1 調査概要

調査期間は 2018 年 2 月 1 日から 2 月 28 日の 1 か月間である。日本のすべての病院 8,392 件に対して, 病院長ないし院長と同等の知識を有する人物に対して送付した。回答数は 248 件(回答率 2.96%), 有効回答数 233 件(有効回答率 2.78%)であった。

きわめて回答率が低いのは, いくつか原因が考えられる。2018 年 3 月に診療報酬改定が控えており, 多くの病院は診療報酬への対応に忙しくしていて回答していただけなかった可能性がある。また, 回答者にとって馴染みのないマネジメント・システムの調査だったことで, 回答しなかった可能性もある。しかし最も可能性が高いのは, 医療機関がマネジメント・システムに対して関心が

極めて低いことが原因である。マネジメント・システムに関心がないことで赤字病院になっていると推測できるが、関心もないことが日本の医療機関の大きな課題であるといえよう。

回収した 233 病院の区分別回収状況は図表 1-4 のとおりである。一般病院 101 件、療養型 40 件、精神科 17 件の順であり、ケアミックス病院 75 件という状況であった。

図表 1-4 病院区分別回収状況

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	101	40	17	75	233
%	43.3%	17.2%	7.3%	32.2%	100%

出典：筆者作成。

4-2 一般企業との比較

医療機関のマネジメント・システムとして、我々は、一般企業と比較検討するために ABC(Activity-Based Costing)、バランスト・スコアカード (Balanced Scorecard: BSC)、事業計画、予算管理、原価企画、設備投資計画、目標管理、方針管理、アメーバ経営、部門別原価計算、トヨタ生産システム、TQM を調査した。中期計画についても調査すべきであったが、今回は調査しなかったことが悔やまれる。

先行研究ではアウトソーシング、クリニカルパス、物品管理システムなどが取り上げられていた。アウトソーシングや物品管理システムはマネジメント・システムというよりも改革・改善のツールと考えられる。そこで、これらを外すことにした。

一方、クリニカルパスは業務の標準化ツールであり、標準化が遅れている医療機関では重要である。DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System:診療群分類別 1 日当たり定額報酬算定制度)を導入している医療機関では、クリニカルパスにより業務の標準化による効率化を併用

することで経営改善効果が診療別に測定できる。クリニカルパスは一般企業のクリティカルパスを医療機関向けに適応したものであるが、スケジュールリング・ツールのクリティカルパスとは目的が異なる。そこで、我々のマネジメント・システムの調査からは外すことにした。

図表 1-5 一般企業と医療機関のマネジメント・システム比較

	一般企業調査			病院調査
	企業予算制度 研究会 2012年度	川野調査 2012年	上東調査 2014年度	スタディ・グループ 2018年
ABC	8.5%	12.8%	11%	6.4%
ABM	4.0%	—		—
ABB	4.6%	—		—
BSC	7.9%	9.5%	9%	22.7%
予算管理	98.9%	—	97%	57.1%
中期計画	87.2%	—	—	—
事業計画	—	—	99%	66.1%
原価企画	—	—	71%	9.0%
設備投資計画	—	94.3%	—	33.9%
目標管理	—	—	—	37.8%
方針管理	—	—	—	29.2%
アメーバ経営	—	16.4%	6%	0.4%
部門別原価計算	—	—	—	21.5%
トヨタ生産システム				1.3%
TQM	—			11.6%

出典：筆者作成。

我々の想定したマネジメント・システムの調査結果を一般企業の調査と比較すると図表 1-5 となる。

4-2-1 ABC

図表 1-5 より、1990 年代に BPR(ビジネス・プロセス・リエンジニアリング)やリストラ・ツールとして導入が叫ばれた ABC の導入率は、一般企業の調査では 8.5%から 12.8%程度でしかない。

一方、医療機関ではその半分の 6.4%という導入率であることがわかる。確かに一般企業より低い導入率ではあるが、マネジメントに関心のない医療機関

が本当に 6%も導入しているのかどうか疑わしい。インタビュー調査でこの点をチェックしたところ、かつて ABC を検討したという事例はあった。しかし現在も ABC を導入している病院へのインタビューはできなかった。ABC をどのように適応しているのか、インタビュー調査をする必要がある。

4-2-2 BSC

次に、戦略策定と実行のマネジメント・システムである BSC は、一般企業では 7.9%から 9.5%程度しか導入されていないが、医療機関では 22.7%という高い導入率である。深代ほか(2006)調査の 2004 年ごろの 5%から 2018 年には 23%に上昇していることが理解できる。BSC が一般企業より医療機関で導入率が高いのはなぜかを検討する。

医療機関は質データといった非財務データが多用されている。これに対して、儲けのために診療行為をしているわけではないという医師の倫理観の高さ、財務に対する嫌悪感が少なからずある。BSC は、財務データだけでなく、非財務データをも重視するところから、医師や看護師などの職員の受容能力があるからではないだろうか。

4-2-3 事業計画と予算管理

事業計画と予算管理は一般企業ではほぼ同義に用いられる。調査結果からも、一般企業は予算管理 98.9%，事業計画 99%とほぼすべての企業が導入していることがわかった。一方、医療機関では、事業計画 66.1%，予算管理 57.1%というように、6 割の医療機関で導入されていることがわかった。

インタビュー調査によれば、医療機関では、事業計画と予算を区別しており、事業計画を中期計画と同義に使っていた。一般企業と異なり医療機関では、用語が同じでも使用方法が異なっていることがわかった。

4-2-4 原価企画

我が国で開発された新製品開発段階のコストマネジメント・システムである原価企画は、一般企業で 71%の導入率である。この 71%という値から、加工

組立型産業だけでなく、最近は幅広い産業に普及していることが理解できる。一方医療機関では 9.0%の導入率となった。医療機関の原価企画とは何かについては議論があるところである。荒井(2010)で紹介された医療機関の原価企画は、クリニカルパスのことである。すでに検討したように、クリニカルパスは標準化による改善ツールであり、一般企業の原価企画と同列には議論できない。

医療機関の原価企画についてインタビューした。前立腺がん全摘手術を行うときに使われる腹腔手術を支援する内視鏡下手術支援ロボットにダ・ヴィンチ(da Vinci Surgical System)がある。このダ・ヴィンチの症例実績が少ないことから、一種の原価企画といえるのではないかという指摘があった。原価企画は一般企業の新製品開発のコストマネジメントを支援するが、病院では新たな手術形態であり、コストマネジメントではない。等しく原価企画といっても、一般企業と病院では目的が異なるように考えられる。

4-2-5 設備投資計画

設備投資計画については、一般企業では 94.3%という高い導入率であるのに対して、医療機関では 33.9%でしかない。しかし、荒井(2012)の指摘を待つまでもなく、医療機関では一般企業のように会計上の投資回収期間(Accounting Payback Period: APP)や DCF (discounted cash flow method: 割引キャッシュ・フロー)法を採用しているわけではない。

インタビュー調査の結果、事前の経済計算、期中の進捗管理、事後管理の監査といった設備投資に関わるプロセス管理をしているわけではなかった。医療機関では、病棟、MRI、電子カルテなどの多額の資金を必要とする投資があり、ときに回収期間法を検討しているのが実態であった。

4-2-6 目標管理と方針管理

目標管理と方針管理は、一般企業では主管組織が異なる。目標管理は企業の上司と部下が部下の目標に合意して個人目標を持たせることで、人事部門が主管となって行う従業員のモチベーション管理のツールである。一方の方針管理

は、企業トップの方針(目標と手段)を展開していった、現場の社員が目標を達成できればトップの方針が実現できるというもので、品質管理部門が主管となって行う業務管理のツールである。ほぼ類似のマネジメント・システムであるが、目標管理は手段よりもモチベーション向上が狙いであるのに対して、方針管理は目標達成の手段がコントロールされるという違いがある。

一般企業のデータはないので、病院の調査結果を見ると、目標管理 37.8%、方針管理 29.2%である。これまでの筆者の医療機関研究から考えると、人事部(事務部)が目標管理を主管しているわけではなく、看護部が主管しているケースがすべてであった。看護部で人事評価と結びつけるために目標管理として導入していたり、業務管理を行うために方針管理として導入していた。ところが、看護部には目標管理と方針管理の区別はほとんどついていない場合が多かった。

4-2-7 アメーバ経営

京セラが考案したアメーバ経営は、京セラコミュニケーションシステム(KCCS)株式会社が経営コンサルティングを行って少しずつ導入実績を伸ばしてきている。最近ではアメーバ経営を導入したものの中止したところもある(渡辺, 2019)。

アメーバ経営は従業員にコスト意識を植え付けさせるため導入当初は経営改善に大いに貢献することが期待されるが、厳しい原価低減が逆に従業員のモチベーションを削ぐこともあるようである。今回の医療機関の調査では、0.4%でしかなかったため、導入医療機関へのインタビュー調査ができなかった。

4-2-8 部門別原価計算

部門別原価計算は、原価計算という名称はついているが、部門別収益管理といった方が内容を表しているように思われる。この部門別原価計算は、インタビュー調査によれば、1947年出版の病院管理学のテキストを参考にして活用し始めたという。つまり、医療機関によってはずいぶん早くから部門別原価計算による階梯式配賦法が導入されていた。今回の調査では、21.5%という導入

率であるが、これは部門別収益管理を 21.5%が行っているということである。

予算管理を 57.1%の医療機関が病院全体で行っており、部門別にまで展開して収益管理をしているのは 21.5%ということになる。一般企業から考えるといずれも導入率が低いと考えられるが、一方では医療機関はマネジメントに対する関心が低いという点があり、他方ではコストだけでなく収益の配分が困難であることを考えると、ある程度想定できる値と考えられる。

4-2-9 トヨタ生産システム

トヨタ生産システムは、病院によってはリーン生産として導入している。日本だけでなく諸外国でも医療機関は待ち時間が課題である。待ち時間短縮するためには、業務活動からムダを排除して、患者の満足度を高めようということでトヨタ生産システムが導入されている。その結果、医療機関ではいろいろな改善提案が行われている。

たとえば、待ち時間の短縮につながったり、患者の待ち時間を知らせてくれたり、病院によっては診察時間を携帯で知らせてくれたりもする。今回の調査では、1.3%の導入率であり、インタビュー調査はできなかった。

4-2-10 TQM

TQM(total quality management)は、日本で開発された総合的品質管理である。米国から導入した品質管理(quality Control: QC)が品質検査の専門家による統計的品質管理であったのに対して、日本の TQC(total quality control)は全従業員が品質を作り込むことで、顧客満足につながるといわれる。これは品質管理というより品質を通じた経営管理であるということで、欧米から TQC ではなく TQM であるとして TQM へと用語が定着した。

TQM では、重点管理や方針管理などトップダウンの課題を現場で管理するものである。今回の調査では 11.6%の導入率であった。病院には TQM を導入するというニーズが少なからずあることがうかがえる。

おわりに

本章では、医療機関へのマネジメント・システムの導入に関する実態把握を行った。その結果、いくつかの特徴的なことがわかった。

第1に、BSCと部門別原価計算の導入率は一般企業と比較すると非常に高かった。BSCは一般企業の倍以上であり、部門別原価計算は、一般企業では調査すらされていない。この2つのマネジメント・システムは、現在の病院を特徴づけるマネジメント・システムであると指摘できる。一方、事業計画と予算管理の導入率はあまり高くなかった。この原因は、インタビュー調査すべきであるが、病院では財務情報による管理に嫌悪感が少なからずあることを筆者のこれまでの経験から判断できる。しかし、財務情報はすぐれた結果情報であり、これからの病院管理には無視して通り過ぎることはできないマネジメント・システムであることを理解していただきたい。

第2に、原価企画、方針管理、トヨタ生産システム、TQMといったように、一般企業では製造業に特化したマネジメント・システムについても導入している病院があった。これらはインタビュー調査によって具体的なマネジメント・システムの活用や効果などを検討する必要がある。また、今回のアンケート調査には含めなかったが、経営品質賞や医療経営品質賞などにチャレンジしたり受賞している病院がある。これらについてもインタビュー調査する必要がある。

第3に、設備投資計画は比較的導入率は高かったが、その実態は設備投資を考慮しているという程度である。DCF法といった科学的といわれる投資評価ツールを入れることも重要であるが、投資回収期間や投資利益率といった会計的な投資技法を考慮することを検討する必要がある。また、アメーバ経営は病院では導入しているケース研究がしばしば取り上げられる。しかし、今回の調査結果では、アメーバ経営を導入している病院はほとんどなかった。インタビュー調査により、研究の充実を図る必要がある。

参考文献

- Mintzberg, H., B. Ahlstrand, and J. Lampel. (1998) *Strategy Safari: A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management*, New York: Free Press (齋藤嘉則監訳 (1999)『戦略サファリ: 戦略マネジメント・ガイドブック』東洋経済新報社) .
- Porter, E. M.(1985) *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*, The Free Press(土岐坤・中辻萬治・小野寺武夫訳(1985)『競争優位の戦略: いかに高業績を持続させるか』ダイヤモンド社).
- Simons, R.(1995) *Levers of Control : How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*, Harvard Business School(中村元一・黒田哲彦・浦島史恵訳(1995)『ハーバード流 21 世紀経営 4 つのコントロール・レバー』産能大学出版部).
- Simons, R.(1999) *Performance Measurement and Control Systems for Implementing Strategy*, Prentice Hall(伊藤邦雄監訳(2000)『戦略評価の経営学: 戦略の実行を支える業績評価と会計システム』ダイヤモンド社).
- 荒井耕(2010)「日本医療界における診療プロトコル開発活動を通じた医療サービス原価企画の 登場－その特質と支援ツール・仕組みの現状－」『原価計算研究』 Vol.34, No.1, pp.56-65。
- 荒井耕(2012)「医療界における設備機器投資の経済計算: 経営管理に積極的な病院群の実態」『一橋商学論叢』 Vol.7, No.1, pp.13-23。
- 荒井耕(2018)「病院経営医療法人における事業計画の特徴・利用状況と業績評価活用: BSC 的性質の有用性」『会計』 Vol.194, No.4, pp.375-389。
- 伊藤和憲(2018)「療養型病院の BSC 導入とその課題－ベトレヘムの園病院の事例研究－」『医療バランスト・スコアカード研究』 Vol.14, No.2.pp.51-59。
- 井上秀一(2014)「医療機関のマネジメントコントロールシステムにおけるモデルの役割－ある中規模病院を対象とした事例研究－」『日本医療経営学会誌』 Vol.8, No.1, pp.29-36。

- 井上秀一・藤原靖也(2016)「医療機関における管理会計システムとミドルマネジメントの調整: ミドルマネジメントの組織内調整に関する文献レビュー」『メルコ管理会計研究』 Vol.8, No.2, pp.49-61。
- 上東正和(2014)「わが国製造業における管理会計実践の実態と展望」『富山経済論集』 Vol.60, No.1, pp.73-112。
- 梅田宙(2018)「海老名総合病院のカスケード実践」『医療バランスト・スコアカード研究』 Vol.15, No.1, pp.70-81。
- 梅田宙・伊藤和憲(2017)「戦略のカスケードによるインタンジブルズの構築」『原価計算研究』 Vol.41, No.1, pp.116-128。
- 川上智子(2011)「医療サービス分野におけるトヨタ生産システム導入の理論的意義」『関西大学商学論集』 Vol.56, No.3, pp.55-68。
- 川野克典(2013)「日本企業の管理会計・原価計算の現状と課題」『商学研究』 No.30, pp.56-86。
- 企業予算制度研究会(2018)『日本企業の予算管理の実態』中央経済社, pp.193-207。
- 衣笠陽子(2012)「病院経営における管理会計の機能ー病院予算を中軸とした総合管理ー」『管理会計学』 Vol.20, No.2, pp.3-18。
- 衣笠陽子(2015)「目標管理と方針管理の同質化と相互補完関係」『原価計算研究』 Vol.39, No.2, pp.91-102。
- 許斐正啓(2013)「新たな部門別原価計算システムの開発と複数原価計算による医療サービスマネジメントの提言」『商大ビジネスレビュー』 Vol.3, No.1, pp.261-290。
- 阪口博政・荒井耕・渡邊亮(2015a)「医療法人における予算管理の事例研究」『原価計算研究』 Vol.39, No.2, pp.24-34。
- 阪口博政・渡邊亮・荒井耕(2015b)「医療機関における責任センター別原価計算に基づいた予算管理に関する考察ー6病院へのインタビュー調査を通して」『医療と社会』 Vol.25, No.1, pp.141-154。
- 酒向幸・齊藤雅也(2017)「中部医療の質管理研究会 関中央病院薬剤科におけるTQMの実践」『品質』 Vol.47, No.3, 232-236。

- 佐藤修(2015)「クリニカルパス研究活動の医療経営への影響」『東京経済学会誌,経営学』 No.286, pp.67-80。
- 島吉伸・栗栖千幸・真田正博(2017)「病院管理への診療科別損益計算の活用」『産業経理』 Vol.77, No.1, pp.119-130。
- 関谷浩行(2013)「特性要因図を活用した戦略のカスケード:医療機関でのアクションリサーチに基づく検討」『原価計算研究』 Vol.37, No.2, pp.88-98。
- 全国公私病院連盟(2019)「平成 30 年病院運営実態分析調査の概要」
<http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/pdf/H30-gaiyou.pdf> [最終閲覧日:2019年10月1日]。
- 深代達也・五艘豊・狩俣一郎・坂俊英・高橋淑郎(2006)「医療機関におけるBSC活用に関する調査研究」『医療バランスト・スコアカード研究』 Vol.2, No.1, pp.41-53。
- 挽文子(2014)「病院の変革とアメーバ経営」『会計』 Vol.185, No.4, pp.472-485。
- 病院のあり方委員会(2016)『病院の在り方に関する報告書:2015-2016年版』公益社団法人全日本病院協会。
- 松尾睦(2009)『学習する病院組織—患者志向の構造化とリーダーシップ—』同文館出版。
- 渡辺岳夫(2019)「アメーバ経営システムの運用の継続企業と中止企業の比較—組織成員に対する心理的な影響メカニズムの母集団同時分析—」『管理会計学』 Vol.27, No.1, pp.35-55。
- 渡邊直人(2012)「バランスト・スコアカードによるコントロール機能が財務意識および非財務意識に与える効果」『管理会計学』 Vol.20, No.1, pp.53-70。
- 渡邊亮・荒井耕・阪口博政(2015)「医療機関におけるバランスト・スコアカードの活用状況—DPC/PDPS 導入病院を対象とした質問票調査を通じて」『メルコ管理会計研究』 Vol.7, No.2, pp.15-24。

伊藤和憲(専修大学)

第2章 病院経営における経営理念の役割

はじめに

組織運営にとってその要となるのは何か。株式会社では、会社の目的、照合、発行株数などは、会社の定款に定められている。そして企業活動を実施するさいに採用する精神的理念や基本方針は、経営理念としての社是、綱領、信条などで明らかにされる（岡本ほか，2008）。経営理念は、株式会社のみならず、多くの病院においても、その経営母体にかかわらず制定されている。

第1章の先行研究でも挙げられているが、Simons（1995）は、異なる目的をもつ4つのレバー、すなわち信条のシステム、事業倫理境界のシステム、診断型コントロール・システム、インターラクティブコントロール・システムを上手に使い分けて活用することによって、マネジャーが戦略をコントロールすることを理論的かつ実証的に明らかにした。

彼が4つのレバーのうち信条のシステムと事業倫理境界のシステムを主張した背景には、1990年代の米国企業の変化が存する。すなわち、公式的なミッション・ステートメントやそれに類似した文書を有している企業が急速に増えたことであり、15年前にはそのような現象はみられなかったという。Simons（1995）は、事業機会空間の拡大に伴い、また、そのような環境下でマネジャーの意思決定に関する権限委譲を可能にし、ひいては、組織が最大限の柔軟性と創造性を達成するのを可能にするために、2つのコントロール・レバーの重要性が増していると主張する。

経営理念が制定されてさえいれば、それは即、信条のシステムと事業倫理境界のシステムとして機能するのだろうか。本章では、Simons（1995）の議論を踏まえて、病院経営における経営理念の役割を検討する。

以下、第1節では先行研究として Simons (1995) を検討し、これを踏まえて第2節では本研究の目的を述べる。第3節で研究方法とリサーチサイトの概要を説明したのち、第4節で病院経営における経営理念の役割をコントロール・レバーとの関係において検討する。最後に本章をまとめる。

1 先行研究の検討

信条のシステムの狙いは、明示的な定義（文書）を公式的に伝達し、それをシステムとして強化することを通じて、組織の基盤となる価値、目的、方向性を与えることである。それらの定義は、上級マネジャーが部下に対して順応を望む価値と方向性を明示している。信条のシステムの第一義的な目的は、組織ぐるみの機会探索・開拓を奨励し、正しい方向へ導くことである。

これに対して、事業倫理境界システムは、本質的に禁止あるいは拒絶のシステムである。部下が行ってはならないことを明確に指示する一方で、一人ひとりの創造性に信頼を置き、部下が価値創造につながる方法の開拓を伝えるようにする。そのため、マネジャーの意思決定に関する権限委譲を可能にし、ひいては組織が最大限の柔軟性と創造性を達成するのを可能にする。

信条のシステムが組織の存在目的を提示し、勢いを与えることにより無限の機会空間における社員の機会探索を導き、動機づける。事業倫理境界のシステムは、信条のシステムの内側にあって、容認される機会探索領域を伝達する。このようにして、信条のシステムと事業倫理境界のシステムは、無限の機会空間を組織のメンバーの開拓が奨励される焦点の定まったドメインへと転換する。つまり、両者は相まって機能している。ただし、これらのシステムは言葉で表されるので、単なる言葉上の建前に終わる可能性がある。

したがって、信条のシステムや事業倫理境界のシステムは、経営理念（文書）を公式的にコミュニケーションするだけでは機能しない。具体的にトップの行動で示されなければならない。トップの行動（ここでは本音の理論と言っているが）は、言葉による建前の信条や事業倫理境界よりも優先されるためである。これがある初めて経営理念がシステムとして強化され、信条と事業倫理境界のシ

システムとして機能する。

2 研究目的

本研究では、病院経営における経営理念に着目し、その役割をコントロール・レバーとの関係において明らかにする。本章の目的は、病院を対象として以下2つのリサーチ・クエスチョンについて検討することである。

病院経営において、経営理念が信条システムとして、また事業倫理境界のシステムとして機能するためには、それを伝達するだけでなく、理念をトップが行動で示す必要がある。そこで、次のリサーチ・クエスチョンを設定した。

RQ1 トップ（院長）の行動は経営理念に合致しているのか。病院経営において、経営理念が信条システムや事業倫理境界システムとして機能しているか？

Simons (1995) は、信条のシステムと事業倫理境界のシステムはいわば車の両輪であり、相まって機能すると指摘している。その際にそれぞれが果たす役割については前述したとおりである。病院において経営理念が信条システムや事業倫理境界のシステムとして機能しているとして、それらはどのような役割をはたしているのだろうか。これを第2のリサーチ・クエスチョンとした。

RQ2 機能しているとして、それはどのような役割を果たしているのか？

3 研究方法とリサーチサイトの概要

3-1 はじめに

本研究は事例研究であり、リサーチサイトは聖路加国際病院である。聖路加国際病院は補助部門費の階梯式配賦法による診療科別原価計算、ABC

(Activity-Based Costing), BSC (Balanced Scorecard) をいち早く導入した
ことでも知られている。以下に病院の概要を示す (病院の HP より抜粋)。

1901 年にルドルフ・ボリング・トイスラーが設立, 日野原重明が院長・名誉
院長を 1992 年から計 22 年勤めた。

2005 年に就任した福井次矢院長の下, QI 活動 (医療の質を表す指標測定・
公開と改善活動) に力を入れている (福井, 2012)。OECD (経済協力開発機構)
の日本の医療の質レビュー (2015 年) において, 「聖路加国際病院で実施して
いる質指標プロジェクトは特に印象的であり, 国全体で展開するロールモデル
となりうる」との評価を受けている。これら活動が評価され, 2015 年には国際
病院連盟賞の最高位賞である会長賞を受賞した。同賞は, 国際病院連盟が主催
し, 世界中の病院の活動や取り組みで, 顕著な功績が認められた病院を表彰す
るものである。

また, 2012 年には国際的な医療施設認証機関である JCI (Joint Commission
International) の認証を取得した。認証された施設は聖路加国際病院, 聖路加国
際病院附属クリニック予防医療センター, 聖路加産科クリニック, 聖路加訪問
看護ステーションの 4 つの事業体であり, 複合医療施設の同時認証は国内初で
ある。病院としての認証取得は亀田総合病院, NTT 東日本関東病院に続いて国
内 3 番目である。さらに, 2019 年に発表された Newsweek の世界病院ランキ
ング (World's Best Hospitals) では, 国内で 2 位, 世界 100 位以内にランクイン
している。

インタビューは常任理事法人事務局長である。調査期間は 2018 年 6 月 1
日の 16:00~17:30 と 2019 年 3 月 5 日 14:25~15:55 の 2 回である。調査方法
は半構造化インタビューを行った。インタビュアーはスタディーグループメン
バーの 7 名¹である。

¹ 1 回目のインタビュアーは, 伊藤和憲教授 (専修大学), 挽文子教授 (一橋大学), 関谷
浩行准教授 (北海学園大学), 栗栖千幸准教授 (亀田医療大学), 梅田宙専任講師 (高崎
経済大学) である。2 回目のインタビュアーは, 島吉伸教授 (近畿大学), 栗栖千幸准教
授, 阪口博政准教授 (金沢大学), 梅田宙専任講師 (高崎経済大学) である。

3-2 聖路加国際病院の理念

この病院の経営理念は、関東大震災で診療所を焼失後、病院が再建された1933年に、創立者ルドルフ・ボリング・トイスラーが制定した。病院のHPのトップページに掲載されている。日野原名誉院長の再版された著書（日野原，2017）にも「この精神はいまも受け継がれています」と書かれている。この理念は運営の基本方針に落とし込まれている。

【聖路加国際病院の理念】

キリスト教の愛の心が人の悩みを救うために働けば
苦しみは消えてその人は生まれ変わったようになる
この偉大な愛の力をだれもがすぐわかるように
計画されてできた生きた有機体がこの病院である

病院のHPのトップページより抜粋（<http://hospital.luke.ac.jp/>）

福井次矢院長は「キリスト教の愛の心」は、患者さんの視点・価値観を重視することであり、診療現場において、職員一人ひとりが「病める人々のために身も心も寄り添うような医療」を提供することを求めている。

「生きた有機体」は、医学の発展や社会環境の変化を敏感に捉え成長することであり、先端的な教育・研究に支えられた「質の高い医療」の実践を求めている。

3-3 運営の基本方針

以上の経営理念が、図表 2-1 に示される運営の基本方針に示されている。

図表 2-1 聖路加国際病院の運営の基本方針

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 「患者との協働医療」を実現するため、患者の価値観に配慮した医療を行う。2. 医療の質を高めるため、「根拠に基づいた医療」を実践する。3. 全人的医療を行うため、全職員の専門性を結集する。 |
|--|

4. 地域住民の医療・介護・保健・福祉に貢献するため、地域の医療者・施設と連携する。
5. 国内外の医療の発展に資するため、優れた医療人を育成する。
6. 医療の発展に寄与するため、現場に根ざした研究を行う。
7. 国際病院としての役割を果たすため、海外からの患者の受け入れ態勢を整える。
8. 上記 7 項目を実現し継続するため、健全な病院経営を行う。

出典：病院の HP より抜粋

(<http://hospital.luke.ac.jp/about/philosophy/index.html>)

4 経営理念とコントロール・レバー

4-1 経営理念の浸透

聖路加国際病院では、経営理念や図表 2-1 に示される運営の基本方針を浸透させるための仕組みがある。例えば、「病める人々のために身も心も寄り添うような医療」を実現する方策の一つとして、患者さんを対象とした定期的かつ頻繁にアンケートを行うとともに投書・相談窓口を設けている。そこでの評価・要望を謙虚に受け止め、迅速かつ誠実に対応している（病院の HP より抜粋 <http://hospital.luke.ac.jp/about/greeting/index.html>）。

また、例えばサリン事件のような緊急時に、日野原重明院長のリーダーシップのもと同病院がとった行動として、すべての患者を受け入れたことなどからも、この経営理念が建前ではなく、トップの行動（本音の理論）として実践されていることがわかる。

これに加え、経営理念の浸透には礼拝が重要な役割を果たしていることもインタビューでわかった。例えば、会議とか職員の入職と退職、永年勤続、クリスマスや新年は、必ず全員で集まって礼拝、お祈りで始まって、お祈りで終わる。

その結果、経営理念が浸透している。なかでも重視されているのが「生きた有機体」にあたる部分、すなわち医療の質である。さらに、「生きた有機体」という価値観が浸透している。病院のスタッフに、この病院の共通する価値観

て何ですかと聞くと、90 パーセント以上の人がある言葉を答える。

「生きた有機体」は、絶えずチャレンジをしていくことが自然と身について、変わっていくこと変えていくことを厭わない、むしろ歓迎する姿勢につながっているといえる。

2025 年に向けてのビジョンを作成するために、2017 年に法人事務局長が病院内の関係者多数にわれわれの病院は今後どうすべきなのかについてインタビューをしたところ、1 つのキーワードが出てきた。それはクオリティーであった。

「例えば、規模を拡大して、世界進出しようとかっていう人はいない。医師に聞いても、経営者に聞いても、質を高めたいクオリティーっていうのが 1 つの、キーワードになっている。それも、ただ単に質の向上というレベルじゃなくて、われわれの組織って、それを何ていうのかな、アートっていうか、そのレベルにまでにしたいっていう思いが、やっぱり共通するテーマ」

医療の質（クオリティー）を高めるために、さまざまなマネジメント・システムが設計・運用されている。つまり、経営理念がマネジメント・システムの設計・運用に大きく影響をしている。前節で述べたように、「生きた有機体」は、絶えずチャレンジをしていくことが自然と身について、変わっていくこと変えていくことを厭わない、むしろ歓迎する姿勢につながっている。マネジメント・システムについてもチャレンジ精神が発揮され、積極的に他の病院に先駆けて導入されている。以下にいくつかの具体的な取り組みについて述べる。

4-2 「根拠に基づいた医療」EBM（Evidence-Based Medicine）重視

まず、医療の質を高めるために「根拠に基づいた医療」EBM（Evidence-Based Medicine）を実践している。これは、JCI の取得へのチャレンジ、また、QI 活動等で強化されている。さらに、根拠に基づいた経営にもつながっている。運営の基本方針の上記 7 項目を実現し継続するため、健全な病院経営を行うとされている。

ここで **QI** とは、エビデンス診療格差の有無・程度を示す目安（指標）を質指標と意味している。2003 年の電子カルテ導入により、電子化された膨大な診療データを用いて **QI** を測定し、それを改善につなげるという病院を挙げてのプロジェクトが現院長の強いリーダーシップのもとで実践された。後述するように、日野原名誉院長時代に導入された **BSC** から現院長が最重視する **QI** へと仕組みこそ変わったが、医療の質を重視するという姿勢は一貫している。また、「生きた有機体」となるためにマネジメント・システム導入にあたってチャレンジ精神旺盛な点も類似している。

約 100 の **QI** を選定し小冊子を作成したものを 2006 年に院内職員全員に配布している。その後は毎年 10 項目程度の **QI** について毎月開催する **QI** 委員会の主導で改善策を講じ、その効果を経年的に見る **QI** の測定・公開を続けている（一般書籍を刊行）。重視するのは改善であり、**QI** の改善が最重視されている。

改善は日本の優良企業においても重視されているが、改善重視ということは、たとえ高レベルで質を保っていたとして、前期と同じでは評価されない。改善を重視することは質の向上を継続的に追いつけることになり大変望ましいが、大変厳しい仕組みであり考え方である。チャレンジ精神がないと、これを支え続けることは難しい。

感染症の予防ためには手洗いが大事である。この実践を確実なものとするためには投資やそのチェックの手間も惜しまない。

「病棟に、監視カメラを付けて、手洗いを録画して、定期的に **QI** センターでモニターしています。この病棟の手洗いの実施率は何パーセントっていう評価をして、それを公表する。」

このように向上心を鼓舞されるような仕組み作りを手間とお金（コスト）をかけて行っている。この仕組みは、医療の質（クオリティー）を重視するという組織文化の醸成にもつながっている。

4-3 新たな仕組みの導入とトップの行動

次に、同病院においては長年院長を務める二人のトップが、新たな仕組みの導入にあたってリーダーシップを発揮している。トップの行動は経営理念を体现したもので、経営理念が信条のシステムと事業倫理境界のシステムとして機能していることに加えて、医師である院長の強いリーダーシップのもと、クオリティー強化の仕組みを設計・運用に病院全体で取り組み、改善を進めている。

その結果、QI 活動では中心静脈カテーテル挿入時の合併症発生率の低下、入院患者の転倒転落発生率の低下などアウトカムが大幅に改善されている。

仕組みづくりのポイントは、キーパーソンである医師と看護師の行動を変容させることである。そのために、エビデンスとの比較やベンチマークの実施により改善余地を示すことで、医師や看護師の向上心に訴えかける自律的な動機付けを可能にしている。

ここで日野原名誉院長時代に導入された BSC についてもみてみよう。聖路加国際病院の BSC は、当時の院長（櫻井院長）の判断で 1998 年に導入された。導入にあたって最初に病院全体の BSC を作成し病院全体の会議で説明したときには、日野原先生が「僕がやる」と言われ、戦略マップについてすべて説明されたそうである。日野原先生が考えている戦略を絵に描いたものが戦略マップであり、それを本人が説明できるのは当然といえるが、このように新たな仕組みの導入にあたって名誉院長と院長がリーダーシップを発揮したことが、BSC のスムーズな導入に影響したと考えられる。

なお、導入当初、BSC は、院長と副院長が各診療科部長と面談する際に、診療科を共通に評価する指標として利用されていた。しかしながら、各診療部長の医師たちから「確かにこれでいいのだけど、この目標は、病院全体の方針と合っているのか、好きなことやっていいのか」という意見がでた。そこで BSC を利用して、病院全体の目標や戦略をまとめてはどうかということになり、2002 年から全病院の戦略をベースに目標をスコアカードに展開している。

4-4 ビジョン, 中期計画, 事業計画・予算:トップ, 部長, 現場, 専門スタッフの役割 と経営理念

経営理念は長年にわたって変更されていない。トップをはじめ組織にはチャレンジ精神がいかされている。しかし、経営理念の実現に向けてのマネジメントの仕組みは、院長によって大きく変わる。BSC から QI への移行については 4-2 で説明したが、中期計画を検討する戦略会議などが新設され計画システムが採用された。院長が変わって ABC が廃止されたが、現院長も経営のための原価計算の必要性を感じており、現院長のもと事務局主導で設計・運用されたセグメント別直接原価計算に加えて、診療科を対象とした ABC の再導入が検討される可能性がある。なお、事業計画・予算は境界のシステムとしても機能している。

聖路加国際病院では、管理職が事業計画とセットで予算申請を行う。約 90 部署の事業計画と予算をセッティングする際には、専門スタッフ（財務経理、人事、物品管理、管財などのチーム）が事前にヒアリングをしている。例えば、忙しいから人を増やして欲しいというのでは予算は通らない。事業計画書に必要な増員数を書くのであれば、増員する根拠を示さないといけない。つまり、目標達成のために、どのような能力を持つ人が何人必要であるのかという設計を示し、現状では何が不足しているのかを具体的に説明しなくては、人員増強への予算は認められない。さらに、目標達成の手段としては、人員増強以外にも研修による既存人員の能力向上という方法も選択できる。したがって、専門スタッフによるヒアリングでは、なぜ人員増員しなくてはならないのかその理由について深く聞くことになる。

一方で、安全面にかかわる緊急を要する老朽化設備の更新については、専門スタッフが現場を確認し、次年度の予算獲得を待たずに今年度予算ですぐ実行するよう助言している。

このように現場と専門スタッフとのやり取りをすることで、各現場にコスト意識を持たせつつ、医療の質確保の視点から行き過ぎたコスト削減を回避し、柔軟な業務や投資の実行を可能としている。

聖路加国際病院では各部署が作成する単年度の事業計画に沿い、毎年組織と

組織図が変更され、ルールも改訂されている。事務方は大変であるがチャレンジ精神旺盛で変えることをいとわない風土が根付いているため実施されている。これらのことからマネジメント・システムの変更・新たなシステムの導入を受け入れやすい風土が醸成されているのだと思われる。

まとめ

本章では、①トップ（院長）の行動は経営理念に合致しているのか。病院経営において、経営理念が信条システムや事業境界システムとして機能しているか、②機能しているとして、それはどのような役割を果たしているのかという2つのリサーチ・クエスチョンを設定し、聖路加国際病院の事例を通じて検討した。

Simons（1995）が主張するように、トップ（院長）が経営理念に合致した行動をとり続けたことで、病院においても経営理念が信条のシステムと事業倫理境界のシステムとして相まって機能し、「生きた有機体」として、無限の機会空間を組織メンバーの開拓が奨励される焦点の定まったドメインへと転換していることがわかった。

経営理念が運営の基本方針に落とし込まれ、また両者を実現させるようなマネジメントの仕組みが、トップである院長主導で導入された。それらは医師や看護師に受容されている。

Simons（1995）では4つのコントロール・レバーを適切に使い分けることの重要性を説いている。もちろん、それも重要であるが、われわれの研究では、病院経営における経営理念の役割は信条のシステムと事業倫理境界のシステムとして機能するにとどまらず、組織風土を醸成したこと、また醸成された組織風土のもとで次々と新しいマネジメントの仕組みの導入にもつながったことを明らかにした。これらが本研究の貢献である。

もっとも新たなマネジメントの仕組みが、診断的コントロール・システムとインターラクティブコントロール・システムとして具体的にどのように使われているのかについてまでは検討することができなかった。今後の課題とした

い。

謝辞

本研究に当っては、聖路加国際大学法人事務局長渡辺明良氏に多くのご協力を賜りました。記して感謝を申し上げます。

参考文献

岡本清・廣本敏郎・尾畑裕・挽文子（2008）『管理会計 第2版』中央経済社。

Simons, R.(1995) *Levers of Control : How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*, Harvard Business School(中村元一・黒田哲彦・浦島史恵訳(1995)『ハーバード流 21 世紀経営 4 つのコントロール・レバー』産能大学出版部).

聖路加国際病院ホームページ<<http://hospital.luke.ac.jp/index.html>>

日野原重明（2017）『いのちの使いかた（新版）』小学館。

福井次矢（2012）「医療の質を測り改善する」Presented by Medical Online。

なお、『Quality Indicator「医療の質」を測り改善する』インターメディカは 2007 年から毎年刊行されている。

挽文子（一橋大学）

栗栖千幸（亀田医療大学）

第3章 医療機関へのマネジメント・システムの導入研究

はじめに

これまで実施された実態調査及び今回のスタディ・グループによる医療機関へのマネジメント・システム導入の実態調査から、医療組織へのマネジメント・システム導入は進んでいないことが明らかとなっている。さらに、今回の調査において、マネジメント・システムの導入に着手しながら、後にその運用を中止している病院がかなり見られた。このことは、医療機関にマネジメント・システムが普及するためには、その導入決定に注目するだけでなく、導入手法や運用方法についての検討が必要であることを意味している。以上のような認識のもと、本章では、マネジメント・システムをうまく導入し活用している病院のケースを検討し、医療機関におけるマネジメント・システムの適切な導入・運用方法を明らかにする。

1 研究の背景

近年、医療品質の向上と事業採算性の確保という一見背反する目的の同時達成を意図して、医療機関へのマネジメント・システムの活用が試みられている（荒井, 2009, 2013）。マネジメント・システムを効果的に利用しているケースはいくつか紹介されているが、アンケートによる実態調査からは、医療機関全体としてその導入はそれほど進んでいないことがうかがえる（荒井, 2009; 荒井・栗栖, 2010; 中田, 2004, 2007, 2011; スタディ・グループ中間報告資料, 2018）

さらに、阪口ほか（2017）では、診療科別損益計算制度を導入した医療機関において、導入時よりも運用時のほうが、期待度や活用度が低下していること

が示されている。マネジメント・システムの導入から期待した効果が得られないのであれば、その運用を取りやめることは当然である。このことから、マネジメント・システムの利用自体が医療組織にそぐわないといった見方もできるが、むしろその導入や運用方法に原因があると考えるのが自然である。医療機関において、マネジメント・システムの導入・運用の成否を決定している要因とは何であろうか。そこで、本章では、医療機関という組織の特徴を考慮したうえで、適切なマネジメント・システムの導入・運用方法を検討する。

2 先行研究

医療機関へのマネジメント・システムの導入を考える際には、管理会計システムの導入研究（谷編, 2004）で蓄積された知見が参考になる。まず、梶原・窪田(2004)は、組織への管理会計システム導入に関する先行研究をレビューし、ABC・ABM 導入における導入促進要因と阻害要因を整理している。そこでは、導入阻害要因として、組織成員からの強い抵抗が指摘されている。導入促進要因には、トップのサポートや報酬へのリンク、教育訓練、十分な資源提供が必要とされている。また、外部環境・戦略や組織コンテキスト、タスク特性、個人属性、技術要因といったコンテキスト要因がそれらの効果に影響を与えているとしている。

これらの導入促進要因と阻害要因は、医療機関へのマネジメント・システムの導入に際しても当てはまるであろう。特に、医療機関においては、専門職という属性を持つ医師が診療行為やマネジメントの中心となるが、医師は専門職としての目標達成志向が高く、予算や財務的目標といった会計数値の結果によるコントロールに強く抵抗し、組織内にコンフリクトを生じさせる傾向があるとされる（Abernethy & Stoelwinder, 1995）。それは、専門職が追究したい価値と組織が要求する価値（利益）が相反するからである（Abernethy, 1996）。同様に、松尾ほか（2004）は ABC 及び疾患別原価計算導入ケースの検討を通じて、医療従事者には、現場にコスト概念を持ち込むと、医療サービスの質の低下が生じかねないとの先入観が強く存在していることを指摘している。そし

て、トップや管理者、医療従事者との間で十分なコミュニケーションがないと管理会計システム導入への協力は得られないとしている。したがって、専門職としての規範・価値観を保持しつつも、組織目的の達成を促すようなコントロールを実現するように、マネジメント・システムは導入・運用される必要があると考えられる。

3 ケース:A 病院における BSC と診療科別損益計算

A 病院は、私立の総合病院である。2006 年より BSC (Balanced Scorecard) が導入され、現在まで積極的に運用されている。

3-1 BSC 導入の背景

一般に、医療従事者の方は患者のために一生懸命に仕事に取り組むことを当然と考える傾向がある。これまで A 病院においても、ドクターに限らずコメディカルや事務職員を含めて患者さんがよくなればという意識が強く、病院の経営に対する関心はほとんどなかった。しかしながら、経営的に必要な利益が上がらなくては、高度で適切な医療サービスを継続的に提供することができないのも事実である。病院経営に必要な利益を得るためには、医療従事者に経営に対して積極的にかかわってもらう方法を考えなくてはならない。A 病院では、単に金銭的な目標を掲げて医療従事者を動かすことは難しく、何らかのマネジメント手法が必要であると考えられていた。また、専門的な医療サービスの提供は、各診療科や部門で業務が完結する傾向があり、他の診療科や部門の業務を考慮する必要性はあまりなく、自分たちの業務が効果的に実施できればそれでよいという雰囲気があった。したがって、各診療科はできるだけ高度な医療サービスの提供を優先し、他診療科や部門と協力して費用を節約するという意識は存在しなかった。

そこで、病院経営に関心をもってもらうよう医療従事者を動機づけ、診療科や部門間の連携を高める手段として、2006 年に前院長が推進役となって BSC の導入が開始された。

3-2 BSC の運用プロセス

A 病院は 3 年を基本単位として BSC を運用している。まず 1 月に BSC の策定会議が実施される。この策定会議は、病院以外の場所を借りて 2 日間缶詰状態で実施されている。策定会議を病院で開催しないのは、参加者が業務を理由に途中で抜けることを防ぐためである。策定会議には、院長や理事長、副院長、看護本部長、事業本部長、診療科・看護部・メディカル・事務方の主要な所属長など約 40 名が参加している。これらのメンバーを異なる職種で構成された 4 つのグループに分け、2 日間かけて病院の BSC が検討される¹。

BSC 導入当初は、事務局側が全体の戦略や目標を考え、それらをベースに各診療科や部門が業務計画を作成していたが、このやり方では、BSC 運用に対する当事者意識が得られず、やらされ感がでてしまった。そこで、戦略の策定から全員で検討する現在のやり方に変更した。その結果、自分たちが決めたのだから、主体的に関与しようという意識が医療従事者や職員に生まれるようになった。意外にも、普段気難しく見える医師が、病院経営について積極的に意見を述べる場面を見るようになった。

策定会議では、まず病院の経営理念をベースに、3 年を基本単位とした経営戦略が策定される。院長が提示する、「魅力ある、安心で信頼される病院になる」、「地域住民の健康をサポートする」、「魅力ある職場になる」という 3 つのビジョンに基づき、SWOT 分析やクロス分析を実施して病院全体の戦略を検討している。A 病院の BSC には、「顧客の視点」、「業務プロセスの視点」、「学習と成長の視点」が含まれているが、「財務の視点」は設定されていない。財務という用語は医療従事者に対して良いイメージを与えないので、院長の意見により「財務の視点」の代わりに、「結果の視点」を置くことになった。「結果の視点」には財務的に表現されない病院経営の成果が設定される。この「結果の視点」に設定される重要成功要因が達成されれば、後から財務的成果もついてくるものと

¹ このグループメンバーの構成や策定会議の運用に際して、日本医療バランスト・スコアカード研究学会のサポートを受けている。

考えられている²。

策定会議にて病院全体の経営戦略と戦略マップが策定された後、これをベースに診療科や部門ごとの目標や具体的な行動計画が検討される。以前は、これらを管理部の方でまとめて作成していたが、目標や行動計画が抽象的となり、診療科や部門の当事者意識が生まれないので、診療科や部門において検討するよう変更した。たとえば、「魅力ある職場になる」というビジョンに関連して、A病院では他の職種にくらべ、看護師の離職率が高いという課題を抱えていた。この離職率低下という課題を「成果の視点」に掲げ、人事部や看護部が中心となり、看護師の離職を減少させるための行動計画を検討している。また、診療科においても、結果として手術数の増加を設定し、そのためには開業医に対する丁寧な情報提供や症例カンファレンスの開催による患者紹介機会の増加、市民公開講座の開催による一般の人々への情報提供を実施するという行動計画が設定されるようになった。

さらに診療科や部門単位の目標や行動計画をベースにして、医療従事者や職員の活動目標が検討される。ここで設定した個人目標は、目標管理制度に組み込まれており、その達成が人事考課に影響する。すなわち、人事考課にBSCの目標を結び付けている。このことは、個人に対してBSCの目標達成に向けた行動を動機づけている。

そして、9月ごろから経営企画部が中心となり、各診療科や部門のヒアリングを実施し、BSCをベースに掲げられた目標や行動計画の進捗状況が把握される³。また、毎月2回水曜日、BSCの実施状況に関する発表会を開催し、すべての診療科部長や部門代表が報告している。原則、発表会には各診療部門長や部課長が出席し、他の診療科や部門での取り組みに関して情報共有や意見交換できる場となっている。ただし、現状では、意見が活発に飛び交うような雰囲気には程遠く、他の診療科の先生は時々質問されるが、ほぼ院長や理事長が一方的に質問する状況になっている⁴。この報告会には、すべての診療科部長や部

² この重要成功要因と財務的成果の関係は、のちに述べる診療科別損益計算書において確認されている

³ この場では、費用や利益といった財務的成果はチェックされない。

⁴ 自分が専門ではない、他の診療科の発表について意見や質問をするのははばかれる雰

門代表に参加を依頼しているが、通常業務がある平日に実施することから、全員の出席は現実的に難しい。そのため、病院内のネットワークにつながるパソコンを利用して、各自がいつでも発表内容を閲覧できるように工夫している。

3-3 診療科別損益計算制度の導入

BSC の運用に加えて、近年、A 病院は診療科別損益管理制度の整備を進めている。経営企画部は、1 年ほどかけて MDV (Medical Data Vision) の利用可能性を検証し、病院全体と診療科別の損益を出せるようになった。この診療科別損益情報は、病院全体の損益や患者の単価、患者数といった情報とともに、3 ヶ月ごと診療科部長に対して伝えられる⁵。

A 病院の診療科別損益計算は、すべての間接費（設備関係や病棟の費用、管理部門の費用も含めて）を診療科に配賦しており、各診療科の営業利益まで算出している。しかしながら、診療科に開示される利益は、医師たちが自分たちの努力で何とかなる直接費のみ収益から控除した利益である。それは、彼らが直接関係しない費用を診療科の利益に含めてしまうと、提示された利益に納得できず、診療科別損益計算を受け入れない恐れがあったからである。したがって、診療科に提示される利益は実際の営業利益よりも甘くなる。営業利益でみれば赤字の診療科でも、診療科に提示される利益は黒字となる場合が多い。これでは効率的な診療科運営を動機づけることができないので、病院全体の損益が厳しい状況を示したうえで、現状の診療科の黒字では不十分であることを認識してもらうようにしている。

ただし、各診療科に対する利益目標は設定していない。各診療科は BSC をベースとした目標を設定しており、これが目標管理制度に取り込まれている。損益情報は、各診療科の活動計画の成果がどの程度の金銭的結果につながっているかを確認するために提示している。診療科のマネジメントでは、BSC の活用がメインであり、診療科別損益はその成果に対する参考資料程度の認識である。

囲気があるようである。

⁵ ただし、診療科には収益・費用を、収入・支出という言葉に置き換えて伝えている。それは、医療従事者は会計に詳しくないので、収益という用語を利益と勘違いする可能性があるからである。

各診療科は、3 ヶ月ごとに示される診療科の損益情報を参考にして、目標や行動計画を修正し、また次年度の BSC をベースとした目標や行動計画を設定している。

図表 3-1 A 病院におけるマネジメント・システム導入と運用

	A 病院	
マネジメント・システム	BSC	診療科別損益計算
導入時期	2006 年	2018 年
トップのサポート	○	△
医事部門の関与	○	○
運用	年 1 回，院長，理事，事務本部長，看護本部長， 診療科部長による策定会議（2 日間）で戦略策定， SWOT 分析，戦略マップ作成を実施。 ただし財務の視点はない。 各診療科で詳細な目標，行動計画を作成 年に 2 回，進捗の発表会を開催	各診療科には直接費のみ控除した貢献差額を提示 間接費配賦後の利益も出しているが，それは診療科に開示しない 収益や費用の前年比に注目し， 3 ヶ月ごと個別に面談 全診療科の営業利益はトップのみ把握
他のシステムへの影響	各部門や個人の目標管理に BSC 関連項目をリンク BSC で設定された目標達成を 人事評価に結びつけている	診療科における BSC 取り組みの成果を貢献差額で確認 診療科の目標設定や行動計画策定の参考資料 目標管理とはつながっていない
成果	理念・戦略の浸透 医療従事者の経営意識の向上 業務効率化への動機づけ	病院経営への貢献意識 利益を意識した目標設定，行動計画の策定

また、各診療科には、他の診療科の損益情報を伝えていない。診療科によっては、その診療内容の性質上どうしても収支が赤字になる場合がある。そのことを理解している医師ばかりではないので、各診療科の損益をオープンにしまうと、赤字の診療科に対して「あの科のせいで病院の業績が悪化している」ととられ、診療科の協力関係がギクシャクしかねない。A 病院は総合病院であり、診療科間の協力の上に経営が成り立っている。産婦人科があるかぎり、たとえ赤字が続いても小児科をなくすわけにはいかない。

一方、医師側も自分の診療科の成績に興味があることがわかったので、すべての診療科を対象とした、前年からの収入上昇率ランキングを公表している。たとえば、ある時は脳神経外科の収入上昇率が一番になった、これは手術のケースが増えたことが要因です、といったことを先生方の前で話している。収入上昇率の比較であれば、他診療科の利益額はわからず、診療科間の適度な競争意識を生み出すことができ、各診療科に対して診療収入増加を動機づけることにつながる。同様に、全診療科から支出削減への協力を得ることを意図して、支出上昇率ランキングも公表している。たとえば、ある時は外科の支出上昇率が一番になった、これは高額な医薬品利用が増加したためや手術数の増加が原因です、といったことを話している⁶。

4 ケースの検討と考察

先行研究のレビューから、医療機関へのマネジメント・システムは、医療従事者が専門職としての規範・価値観を保持しつつも、組織目的の達成を促すようなコントロールを実現するように導入・運用される必要があることを指摘した。ここで示した A 病院のケースは、そのようなマネジメント・システムの導入・運用の具体例を示している。

まず、A 病院はマネジメント・システムの導入・活用にあたり、導入プロセ

⁶ 診療科の性質上、常に収支が悪い診療科が存在するのは仕方がない。それよりも、これまで良好であったのに、急に収支が悪化した診療科については、個別に介入して状況を把握している。

ス、システムの設計、運用方法において、医療サービス提供の中心となる医師への配慮がなされている。BSCにおける病院全体の戦略マップの策定においては、診療科部長が参加しており、また、診療科の目標設定や行動計画の決定も、診療科の医師が決定している。策定プロセスへ医療専門職の巻き込みは、マネジメント・システムへの抵抗感をやわらげ、当事者意識を生み出すことにつながっている。また、A病院のBSCには財務の視点を設定していない。これも費用や儲けを意識することへの抵抗感を排除するためである。BSCの戦略マップは最終的に医療サービスの実績向上につながるよう設計されている。さらに、各診療科や部門におけるBSCへの取り組みは、定期的に行われる発表会において、理事長や病院長、他の診療科や部門の間で共有されている。この発表会は、他の取り組みを横展開できる機会であるとともに、緩やかな競争意識を刺激する場となっている。

同様に、診療科別損益計算の導入・活用に関しても医療従事者への配慮が見られる。経営企画部は各診療科の営業利益まで把握しているが、診療科に対しては診療科の収益から直接費のみを控除した利益を示している。これも損益計算への抵抗感を取り除く工夫である。そして、診療科間の余計な緊張を生まないように、病院全体の営業利益は示すが、他診療科の利益は開示していない。診療科ごとの目標利益を設定せず、診療科損益情報はあくまでBSCにおける目標設定や行動計画の検討に参考にする程度としている。そのかわり、BSCを目標管理制度と結び付けて、人事評価に影響させている。診療科別損益計算は、BSCへの取り組みを、病院の財務業績向上につなげる役割を果たしている。

以上のようにA病院では、BSCと診療科別損益計算および目標管理制度の結び付きが、BSCへの関与の動機づけと、診療科間の協力関係の構築を実現し、各診療科や部門を、病院全体の損益を考慮した目標設定や行動計画を検討するよう導いていると考えられる。

おわりに

本章では、A病院におけるBSC及び診療科別損益計算制度の導入・運用ケー

スを通じて、医療機関におけるマネジメント・システムの導入や効果的な運用に際して何を重視すべきかを明らかにした。それは、医師という専門職が中心的役割をになう医療機関においては、専門職としての規範・価値観を保持しつつも、組織目的の達成を促すようなコントロールを実現するように、マネジメント・システムを導入・運用することであるといえよう。ただし、このような主張が一般的に妥当性するかを確認するためには、他の医療機関への導入ケースにおいても当てはまるかが検討されなくてはならない。今回の調査では、導入・運用に失敗した医療機関のインタビュー調査も実施しているので、今後これらのケースを比較し検討していきたい。

参考文献

- Abernethy, M.A. (1996) Physician and resource management: the role of accounting and non-accounting controls. *Financial Accountability & Management*, Vol.12, No.2, pp.141-156.
- Abernethy, M.A., and J. U. Stoelwinder. (1995) The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting, Organizations and Society*, Vol.20, No.1, pp.1-17.
- 荒井耕 (2001) 「病院原価計算の普及阻害要因と実施成功要因」『経営研究』Vol.5, No.3, pp.85-100。
- 荒井耕 (2009) 『病院原価計算：医療制度適応への制度改革』中央経済社。
- 荒井耕・栗栖千幸 (2010) 「DPC 対象病院における原価計算実践」『会計』Vol.178, No.1, pp.124-137.
- 梶原武久・窪田祐一 (2004) 「先行研究のレビューと研究課題」(谷武幸編著『成功する管理会計システム：その導入と進化』中央経済社, pp.26-47)。
- 阪口博政・渡邊亮・荒井耕 (2017) 「医療機関における原価計算システムの導入・活用に関する影響要因 —DPC/PDPS 対象病院に対するアンケート調査の結果から—」『原価計算研究』Vol.41, No.2, pp.97-109。
- スタディ・グループ中間報告資料 (2018) 「医療機関におけるマネジメント・システムの導入とその成果に関する研究」日本管理会計学会 2018 年度全国

大会。

谷武幸編著(2004)『成功する管理会計システム:その導入と進化』中央経済社。

中田範夫(2004)「病院における原価計算の利用度調査」『山口経済学雑誌』
Vol.53, No.1, pp.15-39。

中田範夫(2007)「大病院の経営管理機能についての期間比較」『山口経済学雑誌』 Vol.55, No.5, pp.605-631。

中田範夫(2011)「大規模病院の経営管理機能についての時点比較」『山口経済学雑誌』 Vol.59, No.6, pp.613-639。

松尾貴巳・伊藤嘉博・挽文子(2004)「アクションリサーチの実例」(谷武幸編著『成功する管理会計システム』中央経済社, pp.91-169)。

島吉伸(近畿大学)

第 4 章 療養型病院の BSC 導入とその課題 ーベトレヘムの園病院の事例研究ー

はじめに

日本では一般病院でのバランスト・スコアカード(Balanced Scorecard: BSC)のケースは医療バランスト・スコアカード研究誌には多くの事例が毎号紹介されている。筆者の事例研究だけでも、相模原協同病院(伊藤, 2007, pp.193-213)と海老名総合病院(伊藤, 2014, pp.157-186)がある。ところが、療養型病院の事例は必ずしも多くはないのが現状である。そこで、本章の第 1 の目的は、療養型病院の BSC の導入事例の蓄積である。それだけでなく、本章では、事業計画と BSC の連携、BSC の指標設定の工夫、今後の BSC をカスケードしていく上での工夫などについても検討する。

米国の療養型病院では、その病院の最大の関心事は離職率の高さにある(Janice, 2001)。全米最大の介護医療施設であるアルテラでは、平均離職率 100%のところ 140%もの高率であったために、本部の戦略マップと人事部のスコアカードを連動させることで、功を奏したというケースである。一方、日本の事例では、BSC 導入によってスタッフ間のコミュニケーションが良好になり、経営への参画意識が芽生え、組織への帰属意識が高まったことを紹介している(小谷, 2009)。

日本では離職率が問題視されていないかという点と必ずしもそうではなく、職員満足度の指標として離職率を目標値 1%として入れているケースもある(森永ほか, 2006)。離職率が極めて低いことが日米の差といえるのだろうか。つまり、一般療養病院は、離職率に対して日米で温度差があるのだろうかという疑問を持ってインタビュー調査を行った。リサーチサイトは、事前にアンケート調査

を行い、BSC と事業計画を導入していることと、BSC について情報交換をした
いという希望があった。

1 リサーチサイトの概要

ベトレヘムの園病院は、1933 年に 60 人収容の療養農園「ベトレヘムの園」
として開設された。2 年後に結核専門療養所として病院の認可が下りた。1972
年に結核病棟を廃止し、翌年から一般病床で再スタートする。その後一部療養
病床に転換したり、介護病床に転換したりした。2003 年からは療養型病院へ全
面展開(医療療養 62 床、介護療養 30 床)した。そして、2017 年から介護療養病
床を医療療養病床に転換し、2018 年に完了したところである。

同病院の事業目的は、「創立者ヨゼフ・フロジャク師(パリ外国宣教会会員)の
意思を受け継ぎ、カトリックの愛の精神にもとづき、ひとから真に求められる
「心のケア」を求め、療養型病院として医療を行うことを目的とする」として
いる。インタビューは、同病院事務部長菊池誠氏である。2018 年 5 月 18 日
の 15 時から 17 時 20 分まで半構造化インタビューを行った。インタビュアー
は、一橋大学挽文子教授、高崎経済大学梅田宙講師、それに筆者である。

図表 4-1 ベトレヘムの園病院の理念及び基本方針

**私達は、創設者ヨゼフ・フロジャク神父の遺志を引き継ぎ、キリストの愛の精神に従って
病める人々のため、あたたかい医療を誠実にを行います。**

- 1. 患者の皆さまの人としての尊厳を大切にし、権利を尊重します。**
- 2. 患者の皆さまの安全を常に心がけ、安心される病院にします。**
- 3. 患者の皆さまやご家族とよく話し合い、相互理解を深めます。**
- 4. 日頃たゆまず研修を続け、医療の質を向上に努めます。**
- 5. お互いの仕事を理解し協調して、チームワークを築きます。**
- 6. 慈生会の他の施設と協力して、福祉事業の役割を担います。**
- 7. 健全で合理的な病院経営を図り、仕事の効率化を進めます。**

出典：ベトレヘムの園病院提供資料。

同病院は、カトリック系の病院のため、ベトレヘムの園病院の理念及び基本方針は、図表 4-1 である。図表 4-1 より、7つの理念のうち、最初の3つが患者とその家族について書かれており、非常に重視していることがうかがえる。4と5が職員の仕事、6が慈生会の連携、7が経営者と事務の仕事について書かれている。菊池氏によれば、ネームプレートに入れて事務部では月曜日に唱和している。一方、病院スタッフは出勤日が異なるため、カンファレンスのときに唱和している。

2 ベトレヘムの園病院の組織とBSC

ベトレヘムの園病院では、中期計画を作成していない。中期計画を作成しないでBSCを2016年にチャレンジした。戦略のないところにBSCを導入した。このBSCが中長期事業計画という位置づけである。同病院では、BSCは3年間のタイムスパンで管理している。このようなBSCを導入する理由はどこにあるのかについて検討する。

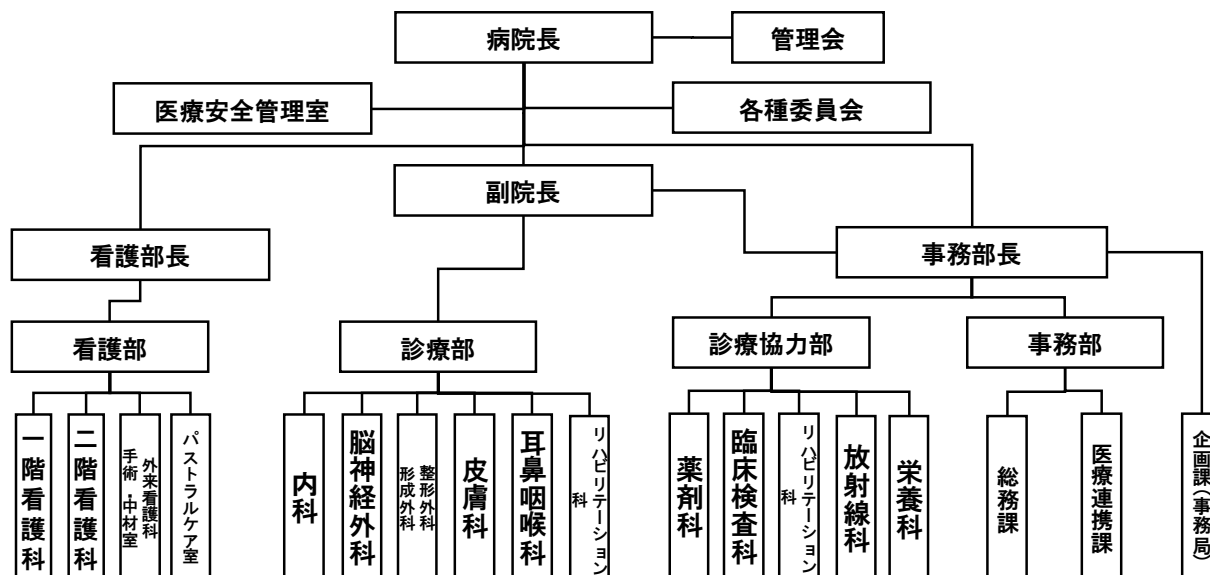
2-1 組織図

ベトレヘムの園病院は、社会福祉法人慈生会という法人の下に、中野区には、徳田保育園、中野サポートセンター、ベタニアホームなど、清瀬地区には、ベトレヘムの園病院の他、ナザレットの家、ベトレヘム学園など、それ以外に那須地区にもマ・メゾン光星などがある。

ベトレヘムの園病院の組織図(図表 4-2)を概観しておきたい。同病院は、院長の下に、副院長と看護部長、事務部長がいる典型的な職能別組織である。これら4役の下に、看護部、診療部、診療協力部、事務部が並列に配置されている。事務部長の下に事務部だけではなく診療協力部がおかれているのが特徴的である。また、診療部が4役の下に位置しているため、看護部長や事務部長より組織上は格下である。さらに、企画課は、事務部の所属ではなく、4役の下に独立した組織として設置されている。いろいろなプロジェクトを実施し

やすいような組織設計である。なお、同病院では、92 床、職員は 217 名、そのうち医師 61 名、看護師 48 名、介護士 33 名である。

図表 4-2 ベトレヘムの園病院の組織図



出典：ベトレヘムの園病院提供資料。

2-2 BSC の導入目的

同病院の BSC 導入目的は 2 つある。職員のベクトル合わせと価値観変革である。この点を明らかにする。

菊池氏の説明によれば、「法人指定様式の事業計画は、単年度のみの記載様式となっており、PDCA の C の部分の記述があいまいとなり、結果 A 記載も抽象的な記述にとどまってしまうことが、当院を含めた施設に共通する問題点であると考えています。4 年前に院長が交代し、職員のベクトル合わせの重要性を強く打ち出されたことを受け、その有効なツールとして BSC の導入を検討するに至った。」と指摘した。

ベクトル合わせとは、一般的には、法人と病院のベクトル、あるいは病院と部門のベクトルを同じ方向にすることである。この点も当然一致させる必要があるが、菊池氏の指摘から、もう一つ別のベクトル合わせを問題視しているこ

とがわかる。チェックが不適切であるために、適切な改善ができていないということである。

「院長がベクトル合わせの 1 つとして、自己申告書を各職員から集めています。最初は愚痴っぽい記載が多くあり、それを院長が何度も呼び掛けて、建設的な意見をして欲しいと語るようになりました。ここ 2 年くらいで変わってきました。」と指摘している。このことから、院長が求めているベクトル合わせとは、否定的な価値観から肯定的な価値観への変革をも含んでいることが理解できる。

ここで自己申告書は BSC に関わる質問があるので、簡単に解説しておく。自己申告書は、定点観測的項目を 10 項目と自由記述欄からなる。10 項目とは、職務目標とその成果、事業計画と BSC の理解、知識や技術の習得努力、業務処理の適切さ、報連相の実施、雰囲気作りへの努力、礼儀作法の努力、コスト意識、病院の支援、職場で認められているかという質問である。さらに重要な点は、自由記述欄であり、病院のためになることを書いて欲しいと伝えているという。記載に当たっては、院長と事務部長だけが読むことを保証している。

要するに、院長が自己申告書の自由記載欄の記述から職員のベクトルが合っていないことを把握した。自己申告書だけではベクトル合わせはできないとして、事務部長がベクトル合わせのツールとして BSC を提案し、病院として BSC の導入に至った。自由記述欄で職員の考えを知り、BSC によって職員のベクトル合わせ、すなわち価値観の共有を図り、否定的な価値観から肯定的な価値観への変革をしようとしている。

2-3 ベトレヘムの園病院の BSC

BSC の書籍はたくさん出ているが、同病院の BSC はどのような狙いがあるのかを明らかにしておく。BSC の目的は、戦略的業績評価システムから戦略実行のマネジメント・システムへ、その後循環型マネジメント・システムへと少しずつ変化してきた。コンサルタントの支援を受けている場合は、どの BSC を推薦するかによって、導入された BSC に違いがでてくる。同病院では、特に外

部の支援を受けずに病院原価計算と BSC に関する書籍を菊池氏が独学で勉強して導入したという。日本では、コンサルタントに対するコストパフォーマンスを考えると、できるだけ自分たちの努力でマネジメント・システムを導入するケースが多い。同病院も自前主義で導入している。

ベトレヘムの園病院 BSC の作成に当たっては、事務部長がたたき台を作成して、院長、看護部長の意見を反映させて完成版を作成している。作成は 2016 年の下期(10 月 1 日から 3 月 31 日)に半年かけて作成した。これを年度初めに全職員向けに研修を開催して、資料として BSC をここに配付している。具体的な同病院 BSC は図表 4-3 である。

図表 4-3 ベトレヘムの園病院のバランス・スコアカード

中期展望	人生の最後の時期を尊厳を持って過ごすための医療・介護の提供という使命に全力で取り組んでいく。						
戦略	職員体制の一段の充実を図りつつ、建物・設備の維持管理への投資は計画的かつ継続的に実施していく。経営基盤を安定したものとするためには、全ての職員が同じ方向性を持ってそれぞれの場で努力を重ねること、つまり「ベクトル合わせ」が不可欠であると考え。						
区分	イメージ図 (4つの視点の連鎖関係)	目標	主な成果 (※赤字文字は新規テーマ)	業績評価の指標	H29年度 実績	H30年度 目標	H31年度 目標
患者の 視点		療養病院としての存在意義の確保	全職員が同じ方向性に向かう =「ベクトル合わせ」の実現	「ベクトル合わせ」をテーマにした研修会の開催回数	3回	3回	3回
		無料低額診療の充実 (生活保護・障害・減免)	無料低額診療実績の増進	無料低額事業比率 (国+都道府県の合計)	21%	21%	22%
		地域信頼度の向上	就業訓練事業所としての認知 無料健康相談の常時実施 地域における公益的な取組の実績拡充	就業訓練活動の年延べ回数 健康相談受入人数 地域における公益的な取組の累計テーマ数	100回 150名 3テーマ	150回 180名 6テーマ	300回 200名 8テーマ
		患者満足度の向上	患者満足度の充実 説明と同意の手順の見直し	患者アンケート結果 (満足・やや満足)の合計	90%	90%以上	90%以上
		経営を安定させる利益の確保	安定的な利益確保	当期利益率 (収入に対する純利益率)	2.8%	5.0%	5.0%
財務の 視点		収益とのバランスを重んじた投資	効率的な設備投資の実践	総資本利益率(ROA) (設備投資の利益貢献度)	2.2%	5.0%	5.0%
		医療の質の改善	医療の質改善への努力	ホーム・ページに掲載する QIの指標数	3指標	10指標	20指標
内部 プロセスの 視点		人材(職員)の充実	職員充足度の向上	職員充足度 (基準のあるものは対基準比)	130%以上	130%以上	130%以上
		業務の効率化	職員の「生産性」の向上	一人当たり売上高の伸び率 (前年度比)	+1.4%	+0.5%	±0%
学習と 成長の 視点		人材の育成努力	外部発信と人材育成	研修・学会の発表演題数 (院内研究発表を含む)	9題	12題	16題
		組織風土の活性化	組織風土の活性化	科別BSCの導入率 個々の目標設定・管理の導入率	0%	30%	70%

出典：ベトレヘムの園病院提供資料。

図表 4-3 より、中期展望は、「人生の最後の時期を尊厳を持って過ごすための医療・介護の提供という使命に全力で取り組んでいく。」とある。これは中期展望というより、存在意義のようなもので、ミッションと解釈できる。一方、戦略は「職員体制の一段の充実を図りつつ、建物・設備の維持管理への

投資は計画的かつ継続的に実施していく。経営基盤を安定したものとするためには、すべての職員が同じ方向性を持ってそれぞれの場で努力を積み重ねること、つまり「ベクトル合わせ」が不可欠であると考える。」とある。これは戦略というよりも、BSCの導入目的である。

2-4 戦略の策定

同病院の戦略は何かを、図表 4-3 の戦略マップから解釈してみよう。組織風土の活性化によって人材の育成努力を行うと、業務の効率化や人材が充実して医療の質が改善される。その結果、効率の良い設備投資が実現でき、また経営を安定させる利益が確保でき、結果として、患者満足度が向上し、地域からの信頼度が向上し、療養病院としての存在意義が確保されるという戦略である。同病院の戦略テーマを用いて一言でいえば、卓越した療養サービスといえよう。

菊池氏に戦略策定ツールとして、たとえば SWOT 分析の使用を質問したところ、戦略マップ以外は使用していないという回答だった。戦略マップで戦略を作成すると、外部環境を無視してしまう傾向がある。つまり、卓越した療養サービスという戦略テーマは、内部環境の強みと弱みを把握しただけの戦略と考えられる。現在の戦略マップは、組織風土や人材育成が業務の効率化を実現するように準備されていて、人材が充実すれば、医療の質は改善し、患者満足度が高まると想定できると仮定している。SWOT 分析を実施していれば、外部環境としての療養の機会と脅威を戦略に落とし込めた可能性がある。これに対し菊池氏は、「基本的に外部の意識は少ないです。ベッドは 7,8 年間を通してほぼ満床で、99.8%くらいの稼働率で動いておりますので、患者の取り扱いといった外部での激しい競争はないです。」という回答だった。

また、離職率について同病院は問題視していないのかを質問したところ、興味深い回答があった。まず、「3 年前までは看護部の離職率が 30%を超えておりましたが、去年くらいまでに 10%前半までになりました。」という。採用時に人選をしっかりとすることと、経験を見てから正規職員を打診するようになったという。それだけでなく、「人材充足については、基準がある職種である看護、介

護，薬剤師などの人員数を多めに採っておくようにしております。働いている方々には人数は常に充足していることを知って欲しいためです。」という。さらに，人の数だけでなく，教育，接遇やコミュニケーションなども考えて対策を練っているということだった。

3 事業計画

ベトレヘムの園病院では，法人からの要請で，事業計画(単年度)を作成している。この事業計画は，事務部長が作成して，院長と看護部長の意見を加えて1か月で完成させている。月次に管理会(図表 4-2 参照)で，院長，副院長，看護部長，事務部長，事務次長の5名で適宜検証している。慈生会はベトレヘムの園病院と徳田保育園と特別養護老人ホーム2施設(聖ヨゼフ老人ホーム，ベタニアホーム)，訪問看護事業が独立採算であり，残りの約半数の組織は単年度会計の発想であるという。また，中期計画がないばかりでなく，事業計画を期中に変更することも法人が認めていない。そのような事業計画には何が記されているのかを明らかにする。

3-1 資金収支の把握

まず，人員体制を見てみよう。前年度と比較してみると，2点の違いがある。第1点は，看護職員が増えたぶんだけ介護職員が減っている点である。また，第2点は，前年度は育休が3名いたが，今年度は復帰する。これらのことから，多少の人員体制に変化はあるが，人件費総額ではほぼ同じであることが理解できる。この点を法人は把握しておきたいということで事業計画に人員体制を求めていると考えられる。

次に，利用実績等の作成を法人から要求されている。利用実績については，図表 4-4 より，年平均の病床稼働率，1日当たり外来患者数，健診受診者数は3年間の実績と2018年の目標値が示されている。菊池氏にこの数値の目的を質問したところ，収入が計算できるという。病院稼働率と外来患者数が前年と同じで，健診受診者数が50名増えていることから，増収になることは理解で

きる。また、同病院は、病床数が 92 床、診療科目が、内科、脳神経外科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科であることを標榜している。

図表 4-4 利用実績

指標	2015	2016	2017(見込)	2018(目標)
病床稼働率(年平均)	102%	99%	99%	99%
外来患者数(1日当たり)	76名	84名	80名	80名
健診受信者数(年間受診者数)	約600名	約660名	約700名	約750名

出典：ベトレヘムの園病院提供資料。

事業計画には、設備投資という資本的支出についても記述していた。詳細は割愛するが、1 件 100 万円以上の工事として、今年度は病棟の外壁補修と塗装を行うことや、1 件 10 万円以上の備品購入について事務的なものだけでなく医療備品についても細かく明らかにしている。

要するに、人員体制、利用実績等、設備投資計画からなる事業計画は、資金収支が判明する。つまり、利用実績で収入が判明し、人員体制で人件費がわかる。それ以外の材料費支出はほぼ一定であるとする、承認された設備投資計画の金額で、資金収支計画が判明する。2018 年度は増収増益という可能性も判断できる。この点が法人は把握しておきたい点だろう。

3-2 事業計画と BSC

事業計画として、運営方針の中で、戦略による PDCA の徹底について記述している。つまり、『機能の健全化』、『収支の健全化』、『自律の健全化』を具体的にするために、BSC における『患者』・『財務』・『内部プロセス』・『学習(自己研鑽)と成長』の各視点から戦略目標を立て、数値目標を定めてその結果を達成の評価として、次の改善につなげていく。」と記述している。その上で、視点ごとに目標値の設定を行っている。

患者の視点では、ベクトル合わせをテーマにした研修会の年間開催回数 2017 年度 3 回を 2018 年度も 3 回に設定した。無料定額事業費率については 2017 年

度 21%を 2018 年度 21%に設定した。就労訓練事業の延べ活動回数は 100 回から 150 回へ、無料健康相談来訪者人数 150 名から 180 名へ、地域における公益的な取組みの累計テーマ数 3 テーマから 6 テーマへ、そして、患者満足度調査で、満足とやや満足の割合を 90%から 90%以上にすると設定した。

財務の視点では、適切な利益を確保するために、当期純利益率と総資本利益率をいずれも 2017 年度の 2%から 2018 年度は 5%に高めた。

内部プロセスの視点では、**QI(quality indicators)**として、3 指標を開示していたが、10 指標の開示に増やすという目標を設定した。同病院のホームページに臨床評価指標(クリニカル・インディケーター)として、インシデント・アクシデントレポート数、転倒・転落の発生数、表皮剥離の発生数・発生率、チューブ・カテーテル抜去の発生数、褥瘡の発生数と治癒期間の統計データが掲載されている。また、職員充足度は 2017 年度の約 130%を 2018 年度は 130%以上に設定した。労働生産性の前年度伸び率は、2017 年度が 1.4%増を 2018 年度は 0.5%増としている。

学習と成長の視点では、研修・学会の発表演題数を 2017 年度の 9 題から 2018 年は 12 題に増やすとともに、科別の **BSC** 導入率と各職員の新しい目標値をそれぞれ 2017 年度の 0%から 30%に設定した。

要するに、同病院では、事業計画とは、単年度の資金収支計画を意味していた。ところがそれだけでなく、菊池氏は、中長期の戦略と単年度の事業計画を連動させるために、**BSC** の指標と目標値の設定をしていた。つまり、単年度の事業計画に中期の **BSC** をどのように関連づけているのかについては、**BSC** の年度目標値を事業計画に反映させていた。

3-3 **BSC** の部門展開

ベトレハムの園病院の戦略を可視化しそれを測定し管理するために病院全体の **BSC** を構築していた。しかし、戦略を実行に移すには、部門展開、すなわちカスケードが必要である。この点については、薬剤科と栄養科が 2018 年度中に **BSC** を導入予定である。しかし訪問日現在は、まだ進んでいないという。同病院の具体的な部門展開を解説してくれた。それによると、病院 **BSC** と同じ 4

つの視点で、各科でも戦略マップとスコアカードを作成するよう依頼したという。

病院 BSC で戦略マップを作成し、部門 BSC でも新たに戦略マップを作成することには問題があることを指摘した。まず第 1 に、戦略とはベトレヘムの園病院にとっては卓越した療養サービスで組織を 1 つにまとめるものである。ところが、部門でも戦略を作成するとすると、それは戦略たり得るのか。第 2 に、部門で戦略を作成できたとして、病院の戦略と部門の戦略は方向が異なってしまうのではないか。ベトレヘムの園病院では、ベクトルを合わせることを狙って BSC を始めたのに、これではばらばらになってしまう。

4 ベトレヘムの園病院の BSC の改善に向けて

ベトレヘムの園病院の BSC には、少なくとも 3 点の改善が期待される。第 1 は、4 つの視点の順番である。第 2 は、ベクトル合わせである。第 3 は、戦略テーマと戦略目標及び指標の無一貫性である。

4-1 4 つの視点の順番

キャプランとノートンの病院のケースでは、モンテフィオリ病院(Kaplan and Norton, 2001, p.158)とセントメアリ・ダルス・クリニック・ヘルス・センター(Kaplan and Norton, 2004, p.59)は、典型的な 4 つの視点の順番で戦略マップを構築している。つまり、財務の視点を一番上に設定し、次に顧客の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点という順番である。一方、デューク小児科病院(Kaplan and Norton, 2001, p.155)は、ミッションを最上位として、その下に顧客の視点と財務の視点を並列にさせ、内部プロセスの視点、学習と成長の視点の順番で戦略マップを構築している。いずれの病院でも、決して財務の視点から顧客の視点へという因果関係は持たせていない。ベトレヘムの園病院で、財務の視点と顧客の視点の因果関係を逆転させる必要はどこにあるのかを検討する。

BSC では、4 つの視点は、財務と非財務のバランス、外部尺度と内部尺度の

バランス，成果とパフォーマンス・ドライバーのバランス，定量的尺度と主観的尺度のバランス，ステークホルダーのバランスがある(櫻井, 2008, pp.30-35)という。他にも，原因と結果のバランス，時間軸のバランスなどもある。つまり，財務の視点は，銀行など財務業績を見て資金返済可能という安心感をえられるが，時間軸でいえば過去に意思決定した結果である。一方，顧客の視点は，現在の患者や患者の家族の満足度であり，この非財務指標を向上できれば財務指標が向上するという因果関係にある。

では，なぜ病院 BSC で財務の視点と顧客の視点を逆転させるのだろうか。病院は営利が目的ではないとか，利益のためと誤解されるといった理由が挙げられる。しかし，4つの視点の因果関係を見無視していいのだろうか。財務の視点の戦略目標は結果であって，財務の視点の戦略目標が顧客の視点の戦略目標を向上させるパフォーマンス・ドライバーになるという解釈は理解しにくい。患者のための設備投資する資金を獲得するという反論もありうるが，設備投資はアクションプランであって，戦略目標ではない。そのための経営安定化することとも考えられるが，そのような経営の安定化による資金は，戦略的実施項目に使うべきだと考えられる。

4-2 ベクトル合わせ

院長は職員のベクトル合わせを狙って BSC を導入した。病院 BSC と部門 BSC のベクトル合わせが一つである。このカスケードについては，同病院は 2018 年度から部門 BSC を作成する計画なので，病院 BSC の戦略目標を反映した部門独自の指標を設定すれば，病院の戦略マップとベクトルが合った部門のスコアカードを作成することができる(伊藤, pp.163-177)。菊池氏によれば，部門でも戦略マップを作成するようにと指導しているが，これではベクトルは合わなくなる。

もう一つのベクトル合わせは，危機感から安心感への価値観変革として，職員全体で共通の価値観を持つという。この点に関わって，離職率を BSC で測定する必要はないのかについて質問した。菊池氏は，「数字に出てしまうと，うちの病院はこんなに辞めているのか，それではどこの部署の離職者が多いのかな

どを考えてしまい、数字が独り歩きする危険性を考えてしまいます。」と、指標設定に慎重さを示した。同病院では、自分の職場のあらさがしをせず、いいところを見つけようという文化を植え付けようとしている時期である。そのため、部署ごとに離職率を公表すると、職員同士が疑心暗鬼となり、離職率を悪くとらえてしまい、看護の質を保てなくなってしまう可能性がある。ここに、人材の充実の指標として離職率という尺度は測定せず、人職員充足度を指標としている理由がある。

いま職員は足りているという安心感が大切だという。職員意識を危機感から安心感へ価値観変革させている菊池氏の解説に納得感があった。ところで、この価値観変革においては、自己申告書によって院長との対話が効果的だったとしている。BSCの戦略目標に価値観変革を取り入れて、測定して管理することも検討する必要がある。

4-3 戦略と指標の一貫性

戦略目標を測定するために、ベトレームの園病院では、いろいろな工夫をしている。学習と成長の視点はどの病院も悩んでいるので、ここでは、同病院の戦略目標と指標の関係について問題点を探ってみよう。

同病院では、「建設的で生産的な組織風土の構築」という戦略目標について、「科別のBSC導入率」や「個々の目標設定・管理の導入率」という指標を設定して、BSCを普及させようとしている。ところが、BSCを普及することと、同病院の卓越した療養サービスという戦略テーマとはどのような関係にあるのだろうか。言い換えれば、BSCが普及すると業務効率は高まると考えている。戦略テーマに戦略目標と指標を一貫させる必要がある。

また、「外部発信と人材育成」という戦略目標では、研修・学会の発表演題として、研究の場を高めようとしている。多くの病院でも同じような指標で測定している。戦略目標をプロセス指標で測定しても戦略目標の達成度は測定できない。戦略目標を測定するにはアウトカム指標を用いなければならない。つまり、発表したからと言ってそれが人材育成に直結するわけではない。たとえば、キャプランとノートンは、クリニカルラダーのような人材育成プログラムの中

で、あるスキルが身についたというように成熟度で評価すべきだということ (Kaplan and Norton, 2004, pp.237-239)。このようなアウトカム指標の測定をレディネス評価という。つまり、卓越した療養サービスという戦略テーマにとって重要な戦略目標は業務の効率化による患者満足度の向上によって経営が安定することであると考えられる。その業務効率化を支援する人材育成をレディネス評価する必要があると考えられる (伊藤, 2014, pp.140-141)。

業務効率ができるようになるにはどのようなスキルが必要かを棚卸しておく必要がある。その上で、各スキルを未修得、育成、資格取得、指導レベルといった段階に整理して、業務効率の準備度をレディネスとして測定する。このようにしないと、内部プロセスの視点の戦略目標を支援する学習と成長の視点の戦略目標を設定できないという。このようなレディネスはアウトカムであり、目標の達成度として正しい指標である。

菊池氏に指標設定での課題を質問したところ、「数値に置き換えられないものが多いという現状があります。」という。特に難しい指標は、地域信頼度の向上という指標だという。「実際にやっている活動で数値化できるものを探して活動回数とか受入人数、テーマの数など、無理がある設定です。」たとえば、健康相談、カフェなどを行っており、近く学習支援を起ち上げる予定である。

まとめ

ベトレハムの園病院をリサーチサイトとして、同病院の BSC の実態把握を行った。その結果、同病院の BSC は、現在、導入途中にあった。また、導入目的は、職員間のベクトル合わせであって、必ずしも戦略の実行というわけではない。しかし、卓越した療養サービスという戦略テーマでベクトルを合わせることは可能である。

本章は、同病院の BSC と事業計画の実態を明らかにするとともに、改善の余地を探ることが目的であった。改善として、3つの提案を行った。

第1に、4つの視点の見直しである。顧客の視点と財務の視点の因果関係が逆になっている点を改善すべきである。第2に、部門展開の仕方と価値観変革

についてである。カスケードについては、ベクトルを合わせるような部門展開をすべきである。また、価値観変革の戦略目標を設定すべきであると提案した。第3は、戦略目標と指標の一致である。同病院のBSCを卓越した療養サービスという戦略テーマに集中させる必要がある。その上で、部門展開をしていくことが望まれる。

参考文献

- Janice, K.(2001) Alterra Health Care's Fast Track to Results, *Balanced Scorecard Report*, Vol.3, No.6, pp.11-12.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton(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)『戦略バランスト・スコアカード』東洋経済新報社).
- Kaplan, R.S. and D.P. Norton (2004) *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Harvard Business School Press (櫻井通晴・伊藤和憲・長谷川恵一訳 (2005) 『戦略マップ： バランスト・スコアカードの新・戦略実行フレームワーク』ランダムハウス講談社).
- 伊藤和憲(2007)『ケーススタディ 戦略の管理会計：新たなマネジメント・システムの構築』中央経済社。
- 伊藤和憲(2014)『BSCによる戦略の策定と実行ー事例で見るインタンジブルズのマネジメントと統合報告への管理会計の貢献ー』同文館出版。
- 櫻井通晴(2008)『バランスト・スコアカード(改訂版):理論とケーススタディー』同文館出版。
- 小谷直弘(2009)「介護施設における BSC 導入事例」『医療バランスト・スコアカード研究』 Vol.6, No.1, pp. 113-120。
- 森永康則, 日野篤, 吉水卓見(2006)「療養型病院に於ける BSC 導入」『昭和病院雑誌』 Vo.3, No.1, pp.47-56。

伊藤和憲(専修大学)

第 5 章 医療機関における部門別原価計算の活用実践

はじめに

日本の医療費は膨張を続けている。少子高齢化が進むにつれて支える側の労働者層が減少し、支えられる側の高齢者層が増加しており、財源が減少する一方で医療費が増加する状況である。厚生労働省の調査によると、平成 27 年度の国民医療費は 42 兆 3,644 億円である。前年度比 3.8%の増加である。

医療費が増加するのに対して、診療報酬は削減されている。平成 28 年度の診療報酬本体と薬価等の改定率は 0.84%の減少である。DPC/PDPS 制度の下では、診療報酬は診断群分類（病名）ごとに収益が決められている。収益が一定の場合、利益を上げるためにはコストを低減することが肝要である。コスト低減のためにはコストを把握する必要がある、病院においても原価計算を実施することが不可欠である。このように病院は効率的な経営が強く求められている。

原価計算をより精緻に行うためには、部門別原価計算が必要になる。本章の目的は、日本の病院で部門別原価計算を導入する理由と活用実践を明らかにすることである。第 1 節では、病院における原価計算について先行研究を行う。第 2 節では、聖路加国際病院とベトレヘムの園病院の部門別原価計算についてインタビュー結果をまとめる。第 3 節では 2 病院の部門別原価計算の活用実践の解釈と比較を行う。最後に本章の発見事項をまとめる。

1 病院における原価計算の先行研究

本節では病院における原価計算の先行研究を整理する。第 1 に部門別原価計算の意義をまとめる。第 2 に、病院の部門別原価計算の先行研究を整理する。

第 3 に、病院会計準則に従った財務会計情報を検討し、原価管理上の問題点を指摘した論文を取り上げる。

1-1 部門別原価計算の意義

部門別原価計算は原価を責任区分または機能別に分類集計するための原価センターごとに計算を行うための手法である。櫻井(2014)によると、部門別原価計算の目的は 3 つあるという。第 1 に、正確な原価計算を行うためである。第 2 に原価管理を効果的にするためである。第 3 に、予算管理を効果的に実施するためである。

第 1 の正確な原価計算では、間接費の配賦の際に部門ごとに配賦率を求める。単一の配賦基準を用いる総括配賦とは異なり、部門別に配賦率を決定するため、より正確な製品原価の計算が行える。

第 2 の原価管理については、責任別に部門を設定することで、責任者にとって管理すべき費目が集計される。第 3 の予算管理については、予算編成の際に部門別で原価や収益を積み上げることが可能となる。その後トップが設定した利益目標とのすり合わせを行うことになる。以上のように部門別原価計算は、複数の目的のために活用される。

上記の 3 つの目的のうち、第 1 は製品原価計算に関する目的である。工場で発生する製造間接費を一つの配賦基準を用いて計算するよりも、製造部門ごとに配賦基準を設定することで、製品原価を精緻に計算できる。残りの目的である第 2 と第 3 は業務管理に関連する目的であると考えられる。

1-2 病院の部門別原価計算の意義

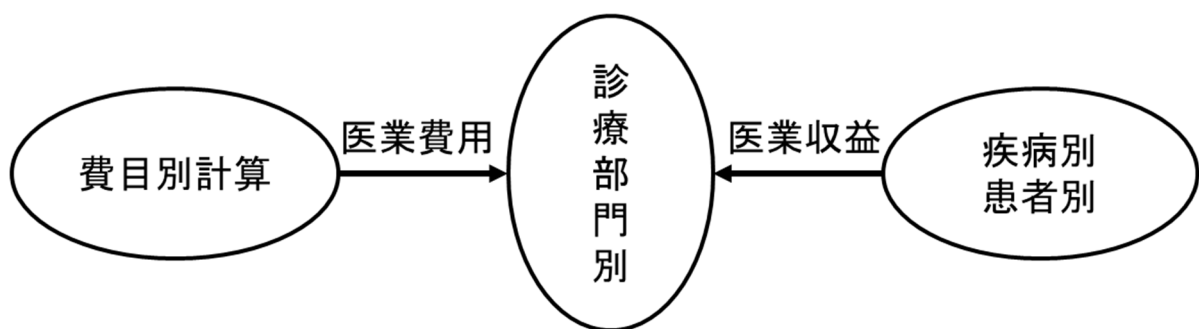
製品原価の計算は、費目別原価計算、部門別原価計算、製品別原価計算の 3 つの段階を経て行われる。まず、費目別計算でインプットの金額を測定し、この金額に基づいて生産活動の原価が計算される。最終的に企業内部で計算される製品原価が、企業外部に報告する金額と一致することになる。財務会計情報と管理会計情報を結びつける初めの段階として費目別計算が存在する。

病院の原価計算に対応させると、製品別計算が、疾病別・患者別計算となる

(山本・平井, 2006, p.101)。病院は製品を製造するのではなく、診療行為というサービスを提供するためである。

ところで山本・平井(2006)は経営管理の観点から疾病別・患者別計算を行うことに懐疑的である。診療主部門があり、更にレセプトが診療科・患者別に作成され、診療報酬がそれに基づいていることを考慮すると、経営に資する計算は診療主部門ごとの原価計算であるという。すなわち、部門別原価計算の有用性を主張している（図表 5-1）。

図表 5-1 診療部門別の原価計算と収益計算



出典：山本・平井(2006,p.101)。

部門別原価計算が米国で普及した要因として、荒井(2007)はメディケアの創設を挙げている。メディケア患者を受け入れる病院では、メディケア原価報告書(MCR; Medicare Cost Report)として部門別原価計算の結果を每期報告することが義務づけられている(荒井, 2007, p.248)。また、メディケア創設以降にアメリカ病院協会が、部門別原価計算において階梯式配賦法を解説したことから、今日に至るまで病院原価計算に影響を与えているという。部門別原価計算の実践をケーススタディした衣笠(2012)の事例でも階梯式配賦法が用いられている。

ここで階梯式配賦にあたっては、まず部門を診療部門、診療支援部門、管理部門を3つに分類する。各部門に原価を集計し、管理部門の原価を診療部門と診療支援部門に配賦する。その後診療支援部門の原価を診療部門に配賦するという流れである。

配賦のために必要な配賦基準の実態はどのようになっているのだろうか。部門への直課・配賦状況について、荒井(2004)は、アンケート調査¹から、早期に部門別原価計算を導入した病院は配賦基準の多様性が少なく、収入（診療報酬点数）比による原価配賦に強く依存している傾向がある点を明らかにしている（荒井, 2004, p.122）。配賦基準として、フロア面積・食数(85%), 診療報酬・収入(77%), 職員数(69%), 患者数(62%)が多く用いられているという。

以上のように病院の原価計算は、部門別原価計算を中心として実践されていることが先行研究から示唆された。また、補助部門費の配賦は階梯式配賦法が用いられることが多いことから、配賦基準の精緻化が課題であることも明らかになった。

1-3 病院会計準則による経営管理上の課題とセグメント会計

病院の原価計算情報のもとになる財務会計データを洗練させる必要性を主張する研究がある(渡辺, 2012, p.72)。財務会計情報を作成する根拠となる病院会計準則では、医業収益に対応した医業費用を差し引くことで、医業利益を算定する。この点について渡辺は、医業費用は製造原価と販管費という総原価から構成されているにもかかわらず、両者を分けていない点に問題があるという。

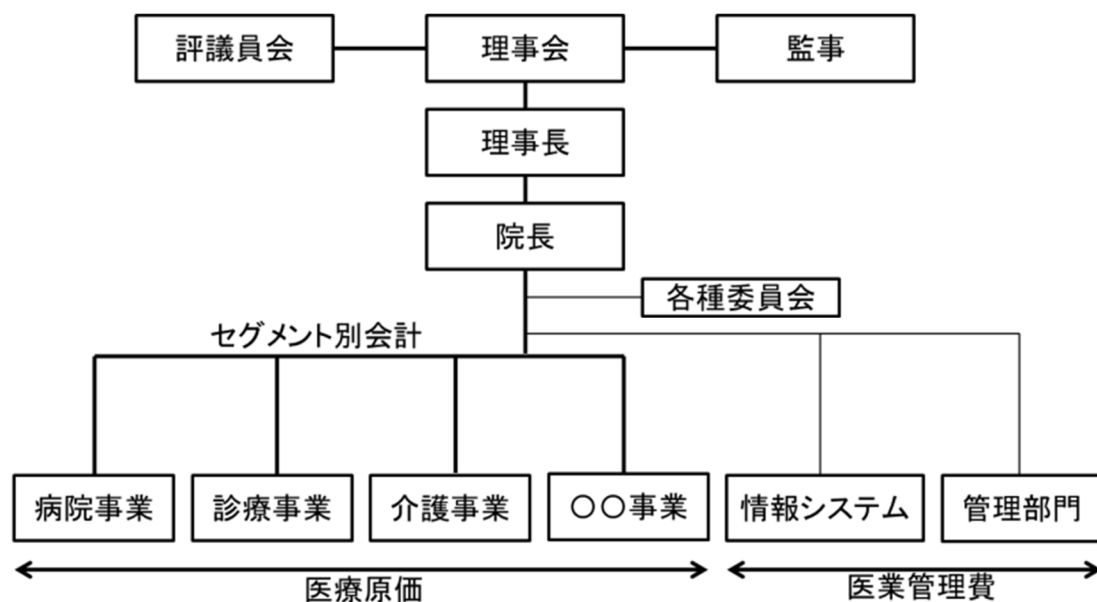
総原価を用いて原価計算を行うと、診療科や部門等に対して、総原価の内訳やその計算過程を説明し理解を得る必要が生じる(渡辺, 2012, p.73)。業績評価のために部門別原価計算を行っている場合、医業管理費の中には、合理的な基準で部門別に配賦することが難しい項目も含まれる。

このような問題を解決するために、渡辺はセグメント別会計情報を作成することを提案している（図表 5-2）。図表 5-2 は、総原価のうち医療原価が集計されるセグメント（病院事業、診療事業、介護事業、〇〇事業）と、販管費が集計される情報システムと管理部門に分類する。セグメントに販管費が集計されないため、業績評価において納得性を高めることができる。病院全体を管理する観点からは、販管費をセグメント利益から控除することで医業利益を算定す

¹ 医療経済研究機構の全会員病院 75 病院に対するアンケート調査。有効回収数は 34 件。

ることができる。

図表 5-2 病院原価計算における原価区分設定の案



出典：渡辺(2011, p.188)

以上のように、セグメント別に会計情報を作成することで、間接費を配賦する際に問題となる納得性を高める提案がなされていた。

2 部門別原価計算の活用事例

本節ではリサーチサイトで行った部門別原価計算のインタビュー調査を整理する。第1に聖路加国際病院での部門別原価計算を明らかにする。第2にベトレヘムの園病院での部門別原価計算を明らかにする。なお、インタビューには事前に質問項目を送付しており、場面に応じて追加の質問をする半構造化インタビューを実施した。

2-1 聖路加国際病院の部門別原価計算導入の変遷とセグメント会計

聖路加国際病院は、1901年に聖路加病院として創立された。その後1917年

に名称を現在の聖路加国際病院と改称した。病床数 520 床の総合病院である。インタビューは渡辺明良常任理事法人事務局長である。日時は 2018 年 6 月 1 日(金)16 時～17 時 30 分、2019 年 3 月 5 日(火)14 時 30 分～16 時である²。マネジメント・システム全般について質問を行ったが、部門別原価計算については、部門別原価計算の導入目的と活用方法について質問を行った。渡辺氏によると、部門別原価計算は、部門損益の把握と業績評価のために利用しているという。以下では、部門別原価計算導入の変遷と、セグメント会計と部門別原価計算の関係について検討する。

2-1-1 部門別原価計算の変遷

渡辺氏は部門別原価計算の変遷を以下のように語った。「情報システムがない時期は、伝票を集めて、手作業で計算を行っていた。新しい病院になると既存の仕組みが全く使えなくなり、当時の日野原院長³に新しい原価計算を要請された。既存の手作業では限界があるので、パソコンを入れてもらい、電子カルテの開発やオーダリングの開発の時にシステム開発を実施した。」情報システムの発展に合わせて、原価計算システムを修正してきたことがうかがえる。

当初部門別原価計算を導入した目的は部門損益の把握と改善策の検討にあった。「新しい病院を作ったときは、設備が新しく償却負担が重いため、トータルで赤字であった。どう改善できるのかを見つけ出すために、細分化する必要がある、部門別原価計算を導入した。」

「当初はデータを集める方法が体系化しておらず、年に 1 度くらいしか計算ができなかった。これがオーダリングになり、電子カルテになりという流れの中で、システム開発の時に原価計算ができるように業務プロセスから変えていった。例えば人事システムを入れるのであれば、そこに部門コードを入れて、データを出しやすくした。物流システムもどこの部署に対して払い出したのか

² 1 回目のインタビュアーは、伊藤和憲教授(専修大学)、挽文子教授(一橋大学)、関谷浩行准教授(北海学園大学)、栗栖千幸准教授(亀田医療大学)、梅田宙(高崎経済大学)である。2 回目のインタビュアーは、島吉伸教授(近畿大学)、栗栖千幸准教授、阪口博政准教授(金沢大学)、梅田宙(高崎経済大学)である。

³ 聖路加国際病院の名誉院長。

を示す部門コードを割り振っておけば、それで自動的にデータが取れる。データの精度が高まり、細かく計算できるようになった。システム開発によってデータを毎月出せるようになった。」

原価計算システムが整備されるにつれて、部門や部署ごとの業績評価目的にも用いられるようになる。「次のステップとして各診療科の評価に使いたいというニーズが生じた。診療科の評価に使い始めると、医師から配賦の妥当性を問われるようになる。医師からの配賦基準の精緻化に対する要望に応えるため、配賦基準を細かく設定し、精緻化していった。それに合わせて電子カルテ等のシステムが精緻化していき、厳密な配賦ができるようになる。」

さらに、配賦の精緻化が進み、ABC 活用の話につながった。同病院では、情報の収集のしやすさも考慮して、活動を診療報酬に定義されているレベルで設定した。ABC の利用によって原価をより正確に計算できるようになった。ところが、原価計算を行うための維持・運営コストが増大したため、情報システム更新の際に予算を取ることができず、現在は行われていない。ABC で算定された原価はあまりにも細かい情報であり、実務上は ABC レベルでの活用が要求されなかったこともあり、廃止しても特に困ることはなかったという。

2-1-2 セグメント会計と部門別原価計算

聖路加国際病院では、セグメント別に会計情報を作成している。同病院は、病院事業以外にも、産科クリニック、予防医療センター、研究センター、教育センターやクリニック等があり多角化⁴している。組織が事業部的に変化してきたためそれぞれの事業での採算性を把握する必要が生じた。そのため、病院事業の部門別計算を作成する前段階で、病院事業とその他の事業を分けて原価計算を行っている。病院の原価計算をするときにもそれで生じる原価が入り込まないので、より病院の原価を明確にできる。

さらに、情報システムや管理部門など販管費に分類される項目も、独立して

⁴ セグメントの区分は、納得性やどの区切りの業績を知りたいかによって行われる。たとえば研修医に係るコストなどが集計される教育センターは、以前は病院事業に集計されていた。しかし、医師の考えでは、研修医は研修であり、育てるという側面が強いため教育センターのコストとして病院事業とは区切ることとなった。

原価が集計されている。以前は病院事業等に細かく販管費配賦がおこなわれたが、複雑になってしまっていた。そこで、販管費をセグメントから分けることで、セグメント別の採算を明確に集計できるようにした。これによって病院事業内で販管費を階梯式配賦によって診療科ごとに集計することもなくなった。

以上のような原価計算を行うために、財務会計システムの仕訳段階で、費目別に集計単位別のコードを振り分けている。この点について「例えばシステムコストにはシステム室という部門コードと振れば全部分けられますし、管理部門も全部分けられるので、そこでいったん管理コストとシステムのコストをまず財務会計から除く。教育センターや研究センターもそれぞれのセグメントという形で設定して、部門コードを振れば全部分けられます。予防医療センターも部門コードを振れるので除けます。最後まで残るのが病院に関連するコストです。」

セグメント会計を経て、病院に関連する原価が集計される。その後病院事業の原価を診療科ごとに集計する。現状では医師の人件費、材料費などは診療科に直課することが可能である。間接費については標準原価を設定しており、例えば、病室1日当たり、集中治療室1回当たりやリハビリ1回当たりのチャージ料を定めて⁵、使用量に応じて配賦計算を行っている。

セグメント会計の導入によってさまざまな効果が生じた。まず、「管理コストは全部販管費という形で除いてしまうので、いわゆる医療行為に関連する原価が明確になった」。次に、「階梯式配賦で全部原価を無理やり配賦しないため、医師等の利用者からの納得度が格段に高まった」。最後に「診療科別に直接費だけを抽出できるので、医師の給与費や手術の材料は診療科で使った直接費だけを出せる」。

同病院では、診療各科から事業計画を提出してもらっているため、セグメント会計を実施したうえで、部門別計算を精緻に行う必要がある。科ごとの直接費（部門個別費）がいくら発生しているのかを把握するためである。「科ごとの

⁵ 実際原価で配賦していた時期は操業度の変動によって配賦額の幅が大きくなり、利用者からの納得感が得られにくかった。そこで標準のチャージ料を設定する方法で間接費を配賦するようになった。配賦率算定の際には長年蓄積してきた実際原価情報をもとにしている。現状では配賦差異もわずかであるという。

原価計算の結果は、診療科ごとに部長・管理医長会で報告する。我々が追求したいのは科の収益から直接費を差し引いた直接利益⁶の最大化である。なぜならこの利益の中で間接費や販管費を賄うからである。この情報は診療科の人員計画の判断にも活用される。医師たちに来年度の事業計画を出してもらう際には、この数字をセットにして提出してもらう。医師の採用案が出た場合、現在の経営情報を開示して、1名人件費が増えたときに、直接利益が減ることを伝える」。

2-2 ベトレヘムの園病院

ベトレヘムの園病院は、1933年に60人収容の療養農園「ベトレヘムの園」として開設された。社会福祉法人慈生会に所属しており、法人唯一の病院組織である。ベトレヘムの園病院の標榜診療科目は、内科・脳神経外科・整形外科・形成外科・耳鼻咽喉科・皮膚科・リハビリテーション科である。2017年6月1日時点で、職員数199名(常勤94名、非常勤105名)、病床数92床の慢性期病院である。

インタビューは菊池誠事務部長に依頼した。日時は2018年5月18日(金)15時～17時20分である⁷。マネジメント・システム全般について質問を行ったが、部門別原価計算については、部門別原価計算の導入目的と活用方法について質問を行った。菊池氏によると、部門別原価計算は、病院が今後担うべき事業内容を決定するという意思決定目的で活用したという。

ここで、ベトレヘムの園病院の事業内容の変遷を病床数の変化でみていきたい。1965年に一般内科を新設し、病床数は結核病床192床に対して、一般病床8床となる。1968年には、リハビリテーションに力を入れる病院として建て替えを行い、結核病床100床、一般病床68床となる。1972年に結核病棟を廃止し、翌年から一般病床68床で再スタートする。1976年には、一般病床を103床に増床する。1995年に、一般病床のうち、54床を療養病床に転換する。転換後から療養医療が開始された。2000年には、介護保険法の施行に伴い、療養

⁶ 貢献利益のことを直接利益と呼んでいる。

⁷ インタビュアーは、伊藤和憲教授(専修大学)、挽文子教授(一橋大学)、梅田宙(高崎経済大学)である。

病床のうち、30 床を介護病棟へ転換する。2003 年には、療養型病院へと全面転換し、一般病床を廃止した（図表 5-3）。

図表 5-3 病床数の変化

	結核	一般	医療療養	介護療養	計
1965 年	192	8			200
1966 年	155	35			190
1968 年	100	68			168
1972 年		68			68
1976 年		103			103
1995 年		49	54		103
2000 年		49	24	30	103
2003 年			62	30	92
2017 年			79	13	92

出典：筆者作成。

図表 5-3 の病床数の推移にも示した通り、当初は結核専門の療養所であり、結核病床が多くを占めていた。その後、一般内科やリハビリテーションに用いる一般病床の割合が大きくなる。さらに、「療養型病院へと展開する中で、現在は介護療養病床から医療療養病床への転換を進めている」。インタビュー調査の中で、「医療療養病床へ転換する意思決定を下す中で部門別原価計算を活用した」と述べている。

「介護療養病床から医療療養病床への転換を、手掛けるべき案件としているにもかかわらず、できていないという状況が続いていた」。介護療養病床だと、費用が収益を上回る状況であるという懸念があったためである。菊池氏が病床別の原価計算を行うと、想定していた通り介護療養病床は赤字であった。「医療療養病床と介護療養病床を同じフロアで混合しているため看護師を 1.5 倍配置する必要があった。そのため、収入から人件費を引くと赤字になるという経営を長く続けていた」。部門別原価計算を行うまでは、「病院内で、この点について異議を申し立てられることがなかった」。

部門別原価計算は引き続き行っていく。部署ごとに収支を把握することで、経営が悪化した際にどこに原因があるのかを探るためである。部署に個別にアプローチするときに数字という根拠を示すことが重要だと指摘した。

同病院に医療の質について質問したところ、以下のように述べられた。「病棟 2 階が 56 床ありますが、看護師 1 名とケアワーカー 2 名でやっております。以前は重症度患者の割合が 50% でよかったのですが、これを 8 割にしないと施設基準を満たせない改定が行われました。56 名も看護師 1 人で看るのは厳しいということになり、現在は看護師 2 名、ケアワーカー 1 名という体制に変えています。プレッシャーが大きい仕事ですし、きっちりと看護の質を担保できないとやめてしまうと思います。」原価低減を優先するのであれば看護師は基準を満たせる 1 名でよいはずである。医療の質向上を優先して 2 名体制で業務を行っている。

3 部門別原価計算の活用

本節では 2 節で整理したインタビュー調査に基づいて、部門別原価計算がいかに経営に活用されているのかを明らかにする。第 1 に聖路加国際病院が実施した原価計算の精緻化について検討する。第 2 に、2 病院の部門別原価計算の活用目的を検討する。第 3 に部門別原価計算の名称について論じる。

3-1 聖路加国際病院：配賦計算

1 節で示したように、多くの病院では配賦基準にフロア面積や診療報酬が用いられていた。これらの配賦基準は、容易に基準数値を収集できる点でメリットがある。また診療報酬が高い部門ほど、配賦金額が大きくなるため、負担能力主義の考えで配賦を行っている。

一方、原価の発生と関連性が薄い配賦基準を用いると、業績評価を受ける管理者の納得性が低下する。特に管理費に属する費目を合理的な基準をもって各科に配賦することが難しい。納得性が低い基準を用いた配賦を行うと、現場が数値を受け入れなくなる危険性が生じる。

聖路加国際病院も当初は原価の発生と関連が薄い配賦基準を用いていた。その後、セグメント別会計を作成することで、管理費を情報システムと管理部門に割り当てるようになった。この結果、病院事業で発生する原価をもとに、部門別原価計算を行うことが可能となった。業績評価情報として用いる際には、管理費を診療部門に配賦しなくなった。

さらに病院事業内での配賦計算にも工夫がなされていた。たとえば診療科に間接費を実際配賦するのではなく標準配賦率を設定している点、医師からの提案によって配賦基準を柔軟に変更する点などである。医師からのアドバイスによって、合理的な配賦基準を追究することにつながったという。以上のように、納得性が得られる方法で部門別計算に取り組んでいることがわかる。

3-2 病院における部門別原価計算の活用目的

先行研究では、部門別原価計算の目的として、正確な原価の計算、業務管理（原価管理と予算管理）が示されていた。2節で取り上げた2つの病院では様々な目的で部門別原価計算が活用されていた。まず、聖路加国際病院では、原価計算の精緻化と業務管理という目的を達成するために導入されていた。第1の正確な原価の計算については、3-1の配賦基準の精緻化でとりあげたとおりである。

図表 5-4 A科の業績評価

A科診療報酬

直接材料費

A科人件費

A科直接利益

間接費

A科粗利

出典：インタビュー調査に基づき筆者作成。

業務管理について、科別の業績評価があげられる。図表 5-4 に、業績評価を

行うためのフォーマットを示す。まず A 科の診療報酬が上部にくる。報酬額は診療報酬制度によって決まっているため、獲得できる収益の枠内で利益を生み出す必要がある。次に直接材料費や A 科の人件費といった直接費が直課される。同病院では、収益から直接費を差し引いた利益を直接利益と呼んでいる。直接利益から間接費を差し引くことで、A 科の粗利を算定する。

科別の業績は部長・管理医長会で開示される。会計数値は絶対額ではなく、過年度の比率が注目される。診療の性質上赤字が避けられない科もあるためである。過年度の比率に注目し、なぜ数値が増減したのかという原因を追究するために活用される。

部署ごとに予算と対応した事業計画を提出させていた。全 90 ほどの部署が作成した事業計画の妥当性を確認するために、事務チームがヒアリングを行う。例えば物品費が予算に計上されていれば、物品の必要性や効果などを調査する。人員の追加を求めている場合、目指している医療があり、実現するためにこのような能力を持つ人が何人必要かを具体的に計画する。現状と比較して人員が足りてない場合、その手段の 1 つとして採用があるが、既存の人員をトレーニングする方法もある。以上のように、部門別原価計算によって、部署の責任者が事業計画や計画に必要な原価を意識しながら、日々の職務を行うことを促す仕組みが構築されている。

一方、ベトレヘムの園病院では、赤字部門の把握と病院経営の方向性を決定するために部門別原価計算が活用されていた。つまり、病院の将来の方向性を定めるための意思決定目的として部門別原価計算が活用されている。介護療養を病院経営の中心に据えても、採算が合わないことが明らかとなり、医療療養への転換を進めていた。2000 年の病床の内訳が一般病床、療養病床、介護病床にバランスよく割り振られていたことと比較して、2017 年には病床の 8 割以上が療養病床となっている。部門別原価計算の結果、医療療養病院として、大きく舵を切ったことがうかがえる。

3-3 医療機関における部門別原価計算と収益

本章は病院のマネジメント・システムに関する実態把握というアンケート調

査で、部門別原価計算を導入していると回答した病院に対して訪問調査を行ったものである。アンケート調査の用語説明では、部門別原価計算について原価を部門単位に集計して原価計算することであるとした。製造業では製品原価を計算する上で間接費の配賦を精緻化することが部門別原価計算の目的の一つである。

ところで、先行研究とインタビュー調査を踏まえると、医療機関においては部門別（科別）に原価だけでなく収益の集計も行っている。インタビュー調査の際も、部門別原価計算の実践を伺うと当然のように収益を集計している資料を提示されたり、説明を受けたりする機会が多かった。

本ケースで取り上げた2病院は科別に収益まで集計することによって経営管理に役立てていることが明らかになった。すなわち病院の病床を転換すべきか意思決定目的と、業績評価目的である。意思決定の際には当然収益の把握も必要である。また業績評価には、科別の収益から原価を差し引いた粗利に基づいて、設備投資や新たな医師を採用することによって生じる人件費の採算が取れるのかを計算していた。どちらの事例も収益の集計が経営上不可欠であると考えられる。

医療機関においては、部門別原価計算ではなく、部門別収益管理や診療科別損益計算（島ほか、2017）といった名称の方が計算実践を捉えられると考えられることが示唆された。

おわりに

本章は、日本の病院で部門別原価計算を導入する理由と活用実践を明らかにすることが目的であった。その結果3つの発見事項があった。

第1に、導入理由について、部門別原価計算を実施する目的として挙げられていた正確な原価の計算、原価管理、予算管理のほかに意思決定目的で活用されていた。ベトレヘムの園病院の事例では、部門別計算の情報をもとにして病院資源の選択と集中を行った。すなわち、介護病院から医療療養病院へと資源を集中させる意思決定を下していた。

第2に、活用実践について、聖路加国際病院では情報システムの構築に合わせて部門別計算を洗練化させていた。当初は階梯式配賦法の全部原価計算方式で部門別計算を行っていた。その後、配賦基準の精緻化を行い、業績評価の際には貢献利益に類似した利益を用いていた。また、セグメント別会計を作成することで、業績評価の際に管理費を診療部門に配賦しない工夫を行っていた。

第3に、部門別原価計算の名称である。医療機関においては部門（科）に原価だけでなく収益も集計しているため、部門別収益管理や診療科別損益計算等、収益も包摂するような用語を用いるべきであることが示唆された。

謝辞

本研究に当っては、聖路加国際大学法人事務局長渡辺明良氏とベトレヘムの園病院事務部長菊池誠氏に多くのご協力を賜りました。記して感謝を申し上げます。

参考文献

- 荒井耕(2004)「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』 Vol.56, No.2, pp.119-125。
- 荒井耕(2007)「アメリカ病院界における部門別原価計算発達史」『経理研究』 No.50, pp.247-255。
- 衣笠陽子(2012)「病院経営における管理会計の機能—病院予算を中軸とした総合管理—」『管理会計学』 Vol.20, No.2, pp.3-18。
- 櫻井通晴(2014)『原価計算』同文館出版。
- 島吉伸・栗栖千幸・真田正博(2017)「病院管理への診療科別損益計算の活用」『産業経理』 Vol.77, No.1, pp.119-130。
- 山本友太・平井孝治(2006)「公益から見た病院経営の現状—公的病院の赤字経営を中心として—」『立命館経営学』 Vol.45, No.1, pp.85-105。
- 渡辺明良(2011)「病院原価計算手法の今日的課題」『日本医療マネジメント学会雑誌』 Vol.112, No.3, pp.186-189。

渡辺明良(2012)「原価の定義とその範囲の再考」『病院』Vol.71, No.1, pp.72-75。

梅田宙（高崎経済大学）

第 6 章 日本版医療 MB 賞を利用した病院マネジメント —元気会横浜病院の事例研究—

はじめに

医療機関において、1990 年代後半から医療事故を背景にした医療の質を重視する流れと、インフォームド・コンセントを始めとする患者の視点から医療提供を見直す流れが生じている。これに加え、医療機関では、経営そのものへの注視や民間企業の動向に即した経営手法の導入や、機能転換が求められるなかでの継続的な業務改善や競争力のある組織構築が求められている。

こうしたなか、医療機関による第三者評価の受審が盛んに行われるようになってきた。日本の医療機関における第三者評価としては、病院機能評価や国際医療機能評価¹（以下、JCI 認証）や ISO（International Organization for Standardization: 国際標準化機構）などが知られており、これらの受審が 2016 年からは総合入院体制加算・緩和ケア診療加算・総合ケア病院入院料での施設基準として規定されている（厚生労働省、2016）。こうした第三者評価のなかで、2010 年代に少しずつ注目を浴び始めたのが日本版医療マルコム・ボルドリッジ国家品質賞クオリティクラス（以下、日本版医療 MB 賞）である。中小病院での受審も行われ、医療分野の実務誌（月刊ジャーマック編集部、2013a；2013b；2013c；フェイズ・スリー編集部、2013；水町、2011 など）でも報告が始まっている。

本研究の目的は、第三者評価のうち日本版医療 MB 賞を利用した病院マネジ

¹ The Joint Commission の国際版である Joint Commission International による世界的な第三者評価のこと。正確には同団体による第三者評価としての認証ということになるが、本稿では日本での同認証の通称に従い JCI 認証と表記する。

メントに関する導入（受審）や成果を明らかにすることである。とくに日本版医療 MB 賞の導入経緯や運用実態を踏まえた実践形態による特徴を示すこと、並びに他の第三者評価とどのように異なるかという観点から特徴を示すことである。

1 先行研究

1-1 第三者評価

1-1-1 第三者評価の概要

医療における第三者評価は、1910年代のアメリカで始まり、1951年の JCAH（The Joint Commission on Accreditation of Hospitals）の発足、そして1987年の JCAHO（The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations）への改組²といった長い歴史がある（郡司，1993）。日本においては、1976年に日本医師会において病院委員会が設置されて地域医療の中での病院に関する機能が問われたこと、そして JCAH に関する議論が日本にも入ってきたことで、1985年に日本医師会と厚生省合同委員会として病院機能評価に関する研究会が立ち上がったことが背景にある（橋本ほか，1996）。またこれと同時期の東京都私立病院会青年部での JCAHO 研究会での議論が重なり、1990年に病院の医療の質に関する研究会への発展と、1993年に厚生省における病院機能評価基本問題検討会での検討が行われ、1995年の財団法人³日本医療機能評価機構（以下、日本医療機能評価機構）の設立と1997年からの同機構による病院機能評価に繋がっていくこととなる（郡司，1993；橋本，2013；橋本ほか，1996）。

これ以降、日本の医療機関では第三者評価の受審、第三者評価を利用したマネジメントが拡大していくこととなった。具体的には、先述の病院機能評価や JCI、ISO などに加えて、医療の質奨励賞や日本版医療 MB 賞などがあげられる。

² なお、2007年に先述の The Joint Commission へと名称変更した。

³ 2011年に公益財団法人に移行している。

1-1-2 病院機能評価

病院機能評価は、日本医療機能評価機構によって認証される第三者評価である。前述のとおり 1997 年から認証業務を開始し、2019 年 9 月現在 2,172 病院が認定を受けている（日本医療機能評価機構 Web サイト）。同認証は、もともと「医療施設が役割を果たす能力を評価すること」（中野，1997a）を目的としており、「病院の質改善活動を支援するツール」（日本医療機能評価機構 Web サイト）として提供されるものである。2018 年 4 月以降の機能種別版評価項目<3rdG:Ver2.0>では、①患者中心の医療の推進、②良質な医療の実践 1、③良質な医療の実践 2、④理念達成に向けた組織運営といった 4 つの領域から構成されている。この観点については、従来の体制の整備／規程の整備といったストラクチャーから、組織的な活動から機能の発揮／組織活動といったプロセスへ、そしてそのプロセスを「理念・基本方針」「質改善活動の実績」「ガバナンス」の論点への昇華へと評価の重点がシフトしつつある（神保，2019；遠矢，2019）。具体的には、書面調査と訪問審査によって行われ、各領域下部の項目が S～C の 4 段階で評価され、一定の水準をクリアすると審査を通過し有効期間が 5 年となる認証が発行される（日本医療機能評価機構 Web サイト）。

病院側が認識する効果としては、直接的には院内における業務の見直し（成尾ほか，2017）や改善すべき問題点が明確となって（白鳥，2019）、組織における業務プロセスの標準化（中野，2000）といった認識の共有や意思疎通が進むといったことがある（中野，1997b）。この点では、受審を契機とした、質改善活動のプロジェクトの活性化（荻野，2018；長島ほか，2016）や、内部監査室の立ち上げによる監査部門・被監査部門の協力や相互理解（富永ほか，2013；長島ほか，2016）といった報告にも繋がっている。また間接的にも、病院の全体像の全職員による理解や人材登用への契機そして診療部の病院運営への参画意識の向上といった点も期待でき（鈴木，2017）、外部の管轄組織への報告書の提示により協力を得られやすくなることといったこともあげられている（中野，1997b）。

1-1-3 JCI 認証

JCI 認証は、The Joint Commission International によって認証される第三者評価である。前述のとおり初期の母体は 1951 年の JCAH に遡ることができ、2007 年に現在の名称へと変更された。2019 年 9 月現在の日本における認証機関は 28 機関⁴である（The Joint Commission International Web サイト）。同認証は患者安全と医療の質向上を目的としたもので、評価領域は 14 章（国際患者安全目標・ケアへのアクセスと継続性・患者と家族の権利・患者の評価・患者のケア・麻酔と外科的ケア・薬剤の管理と使用・患者と家族の教育・品質改善と患者安全・感染の予防と管理・組織管理・施設管理と安全・職員の資格と教育・コミュニケーションと情報の管理）から構成されている。「実践的」（熊崎，2013）といった評価がされており，例えば国際患者目標での正確な患者確認の向上として院内の統一ルール策定（ルールの妥当性）や実施評価を求めるものとなっている（武井・熊崎，2012）。このような 1,200 を超える項目に対して，訪問審査日に先立つ 4 か月の記録を参照しながらトレーサー・メソドロジーと呼ばれる患者ごとの流れの追跡（患者トレーサー）や感染管理などの横断的な仕組み（システム・トレーサー）の実査が行われ（佐野，2013），適合（10 点）・部分的適合（5 点）・不適合（0 点）での採点がなされて不適合項目に関する改善計画を提出してその評価を受けることとなる（木下，2012）。

受審側が感じている効果としては，直接的なメリットとすると医療ツーリズムにおける患者受け入れ，すなわち海外の保険会社が支払可能とする医療機関としての評価ということとなる（権藤，2013；真野，2013）。これ以外には，疼痛評価⁵の徹底・患者確認方法の統一・手術部位のマーキング⁶に関する業務見直し（佐野，2013）や，BLS⁷研修や FMEA⁸実施や停電訓練など（秋山ほか，

⁴ JCI では，いわゆる病院だけでなく，診療所や長期療養施設や研究室なども認証対象となる。

⁵ 患者の感じる痛みのパターンや強さなどに関する評価のこと。適切な評価を行うことで投薬などの必要な処置や患者の状況や症状の程度を確認することができる。

⁶ 手術における手術部位への印付けのこと。手術時には，患者は病棟から手術部へと接する機会が少ない医療職に委ねられ，かつ無意識となることがある。そのため患者の取り違え防止の一環として行われる。

⁷ Basic Life Support の略称。心肺停止や呼吸停止に対する 1 次の救命処置のこと。

⁸ Failure Mode Effect Analysis の略称。医療に関する不具合事象に関する体系的な分析のこと。組織としての対応策検討の観点から，潜在的なリスクを含めて将来の不具合事

2013)といった具体的な業務改善があげられている。また第三者評価受審としての職員の一体感・達成感・意識向上(木下, 2015; 鳥居, 2013)といった効果以外にも, JCI の特徴に基づく 3 年周期で 12 か月の記録参照による更新といった継続的な改善の重視(佐野・夏目, 2013)や管理者のあり方や潜在的リスクに対する可視化(小迫, 2013)といった報告もなされている。

1-1-4 ISO

ISO は, 国際標準化機構のことであり, 同機構が発行する規格の適合に関する第三者評価と認知されている。日本では, 公益財団法人日本適合性認定協会が認定組織とされて国内の審査登録機関の認定審査を行っており, 審査登録機関により各組織は適合審査を受審する。医療分野についていえば, 品質マネジメントシステムである ISO9001 の受審が多く⁹, 2019 年 9 月現在の医療及び社会事業で 374 組織が適合とされている(日本適合性認定協会 Web サイト)。同認証は, 「顧客や社会などが求めている品質を備えた製品やサービスを常に届けるための仕組み」(日本適合性認定協会 Web サイト), つまり患者満足や医療の質に関する将来にわたる品質保証(勝又, 2015; 進士, 2013; 宮川・大岡, 2004)を目的とする規格管理である。主たる要求事項は, 「品質マネジメントシステム」「経営者の責任」「資源の運用管理」「製品実現」「測定・分析及び改善」となっており, マニュアル作成・体系的な整備といった文書管理と内部監査の実施(井上, 2004)による予防処置・再発防止(宮川・大岡, 2004)がとくに問われている。この時に, 質の継続的な改善を促進する仕組みづくりが焦点となることから(進士, 2013), 文書審査・予備審査・登録審査を経て, 継続するには 12 か月ごとに受審が求められている(井上, 2004; 勝又, 2015)。

病院が認識する効果としては, 直接的には業務の可視化・標準化(業務プロセス・手順の見直し)や, さらに患者の優先的な選択や顧客満足度の向上やクレームの減少などがあげられる(進士, 2013; 関塚ほか, 2017)。これに伴う,

象の防止に努めるために行われる。

⁹ 他には, 環境マネジメントシステムである ISO14001 や情報セキュリティマネジメントシステムである ISO27001, また医療機器の品質マネジメントシステムである ISO13485 や臨床検査業務マネジメントシステムである ISO15189 などの受審状況が窺える。

医療安全と医療事故の防止や継続的改善による質の向上といった具体的なメリット（黒沢，2006）も語られている。加えて，受審を契機とする，職員の意識向上や組織風土の改革（増井，2000）や経営者の方針浸透（黒沢，2004）や組織の基盤構築（関塚ほか，2017）についても報告されている。

1-1-5 医療の質奨励賞

医療の質奨励賞は，日本科学技術連盟が設けていた表彰制度である。2004年5月に立ち上げられ，2組織が表彰されたものの，2008年には応募を休止し現在に至っている（日本科学技術連盟 Web サイト）。同賞は，医療提供の質向上を奨励することを目的としており，日本病院機能評価や ISO 取得病院の更なる発展を目指して TQM などの品質管理を核とした医療の質向上の仕組みづくりを奨励するものである（山崎，2007；JMS 編集部，2004）。基本的な評価項目の枠組みとしては，（１）活動と（２）成果に区分されている（村川，2005）。

（１）活動は，必須項目としての「一般基礎項目」として①組織トップのリーダーシップ，②日常管理と標準化，③質向上への取り組みと，選択項目である「個別重点項目」として①新しいサービスの提供，②新しい診断・治療法の開発と導入，③質情報の収集・伝達・分析・活用，④情報技術の活用，⑤質向上のための科学的方法・手法の活用，⑥小集団活動の展開，⑦人材の育成，⑧それ以外の組織固有の質経営の要素からなる。また（２）成果は，「医療の質向上」として①診療の質向上，②業務の質向上，③社会的質向上，④経営効率の改善があげられている。受審は，実情説明書に基づいた書面審査と本審査のステップがあり，項目ごとに５段階で評価されるものである（村川，2005；山崎，2007）

病院側の認識する成果としては，当初の賞創設時の期待と，休止となったことから受賞２組織の状況を把握することしかできない。創設時には，リーダーシップが発揮できる土壌の醸成・経営課題の明確化と達成・質改善・PDCA サイクルの確立・標準化と日常管理の定着・全員参加の活動などが期待されていた（山崎，2007）。また受賞２組織についてはすでに取得していた第三者評価の発展した形として，済生会横浜市南部病院では転倒・転落アセスメントシートを利用した安全管理（医療の質）や早期の地域連携室開設に伴う地域連携の推

進（社会的質）や患者アンケートを利用した業務見直し（業務の質）が評価されていた（保坂，2007）。また，聖隷浜松病院では，積極的な高度医療機器導入（構造としての質）やクリニカルパス導入やてんかん治療などの新しい診断・治療法の導入（プロセスとしての質）やクリニカル・インディケーターや経営指標の推進（結果としての質）が評価されていた（山田，2007）。

1-1-6 日本版医療 MB 賞

日本版医療 MB 賞は，財団法人社会経済生産性本部（当時：現・公益財団法人日本生産性本部）が 1995 年に設けた「日本経営品質賞」を発展させたものである。同賞は，日本の医療システムにはより多くの医療機関が継続的に経営の質を高めていくことを促進する社会的な仕組みが必要であるという認識に基づいている。そして，病院経営者・経営幹部・経営サポートスタッフの経営能力の向上（人材育成）を通じて病院の経営の質を高め社会インフラとしての医療システム強化と市民の QOL の向上を目指すこと，今後の日本における病院経営のモデルを追求していくこと，経営の質の向上を通じて，病院と各ステークホルダーとの新たな関係を構築しより公正な相互関係を促進させることを目的に創設された（日本版医療 MB 賞クオリティクラブ Web サイト）。

具体的には，8つのカテゴリーについての経営活動とその評価を継続するマネジメントシステムである。そのステップとしては，①ミッション・ビジョンをもとに，現状をきちんと認識し，論理的に戦略を検討する段階，②8つの視点からどのようなマネジメントを実践し目的を果たそうとしているかを文章や図を使って整理する段階，③アセスメントとして認証を受審する段階，④課題を改善し，また一定の期間後にセルフアセスメントを継続する段階と進むものである（伊藤，2010；大久保，1997；久賀田ほか，2001；日本生産性本部，2007；水町，2011 など）。

しかしながら，日本版医療 MB 賞については，2006 年に研究会が発足し，2010 年から日本版医療 MB 賞クオリティクラブが発足するといったごく近年の取組みといえる。そのため，賞の全体像や評価の枠組みの紹介（真野，2015；水町，2011；水町，2015）や川越胃腸病院・福井県済生会病院といった少数の

受賞病院の事例報告に留まっており（月刊ジャーマック編集部，2013a；2013b；2013c；フェイス・スリー編集部，2013），日本版医療 MB 賞を利用したマネジメントに関する研究があるとはいえない。

1-2 残された課題

第三者評価そのものとしては多くの手法があり，最も普及している医療機能評価を中心として徐々に研究が積み重ねられてきている段階である。しかしながら，日本版医療 MB 賞については，徐々に事例報告の集積が重ねられている段階である。そのため，そもそものような形で第三者評価が行われているのか，また導入前後の変化が十分に報告されていない。とくに，事例報告がされている川越胃腸病院は初回受審であった病院機能評価（月刊ジャーマック編集部，2013c），福井県済生会病院は導入済みであったバランスト・スコアカード（月刊ジャーマック編集部，2013b；フェイス・スリー編集部，2013）の影響を強く受けているゆえ，その影響を加味すると日本版医療 MB 賞単体での評価が十分に判断できない状況である。

また第三者評価間での日本版医療 MB 賞の選択理由，つまり各手法内での位置づけについては明らかになっていない。この点で，各手法の第三者評価の棲み分けについては若干の報告・考察がなされており，病院機能評価と ISO に関する相違について医療への特化や医療の質の定義（進士，2011；廣瀬，2004）や ISO の具体性（荒木・原田，2004）や PDCA サイクルへの意識（荒木・原田，2004；神坂ほか，2004；黒沢，2004）が指摘されている。また病院機能評価と JCI 認証については，JCI 認証の方が実践的（熊崎，2013；小室，2019；橋本，2016）であるが，海外の環境に基づくため日本の実情と即さない点も指摘されている（橋本，2016）。そして ISO と JCI 認証については JCI 認証の末端までの手順の浸透や組織内の基準の整合性といった審査の徹底ぶり（竹股，2010）が強調されている。このように，第三者評価のそれぞれの違いは徐々に示されているものの，各手法の位置づけについては必ずしも明確ではなく，日本版医療 MB 賞に関しては ISO の要求適合への留意といった指摘（水町，2015）がされているに過ぎない。

各手法については医療機関への導入期間に比して事例・考察が蓄積されつつあり、また手法間の棲み分けについても徐々に理解されつつあるといえる。その一方で、日本版医療 MB 賞については医療機関内での導入事例が多くはなく、そして同賞が第三者評価としてどのような特色があるのかは十分には理解されていない。これらの点を鑑みると、日本版医療 MB 賞に関する導入（受審）や成果を明らかにし、受審・運用実践からの特徴や第三者評価における位置づけからの特徴を示すことは、医療機関の第三者評価を利用したマネジメント研究の課題といえる。

2 方法

本研究では、先行研究を踏まえたインタビュー調査による事例研究を実施する。インタビューは、2018～2019 年にかけて、日本版医療 MB 賞の事務局を担う公益財団法人日本生産性本部（以下、日本生産性本部）と同賞の受賞による変化が報じられている医療法人社団元気会横浜病院（以下、元気会横浜病院）に対して実施した（図表 6-1）。

図表 6-1 訪問調査記録

日時	インタビュー
2018年7月6日 14:00-15:30	元気会横浜病院 西村亮彦事務長
2019年6月14日 14:50-16:20	日本生産性本部 柳本直行参事、塩見英明課長、福村清和シニア・プロフェッサー
2019年7月2日 16:00-18:00	元気会横浜病院 北島明佳理事長、西村亮彦事務長

出典：筆者作成。

日本生産性本部は、財団法人日本生産性本部と社団法人社会経済国民会議を起源にもち、旧財団法人社会経済生産性本部として社会経済システムおよび生産性に関する調査や情報提供や普及活動で知られている（日本生産性本部 Web サイト）。同組織が日本版医療 MB 賞の事務局を務めていることから、同賞の啓発並びに審査プロセスを確認するために訪問した。

また、元気会横浜病院は神奈川県横浜市緑区にある長期の医療・介護を必要とする高齢者を対象とする病院である（元気会横浜病院 Web サイト）。病院規模として、病床数は 326 床（医療療養病床 220 床・介護療養病床 56 床・認知症治療病床 50 床）で、職員数は約 310 名で、売上高は約 21.9 億円で平均在院日数は約 500 日となっている。1981 年に開院して徐々に病床を増やし、1991 年に医療法人化し、2006 年に父親の跡を継承する形で北島明佳氏が理事長となり、同賞のフレームワークを活かしたマネジメントを実施している。同病院は、それ以前には特記するようなマネジメントシステムの利用がなく、導入から約 10 年が経過したものの継続して同賞のフレームワークを利用している。そのため、同賞の特性がよく確認できると考えられたこと、並びに先行した日本管理会計学会 2017 年度スタディ・グループ（医療機関におけるマネジメント・システムの導入とその成果に関する研究）のアンケート回答を踏まえて、リサーチサイトとして採用した。

インタビューでは、先行研究を踏まえた第三者評価としての日本版医療 MB 賞の実際、並びに医療機関が受審に至るまでの経過やマネジメントシステムとしての年間の運用計画について聞き取りを行った。その際に、日本版医療 MB 賞と日本経営品質賞の相違を始めとする第三者評価としての日本版医療 MB 賞の位置づけ、並びに日本版医療 MB 賞の受審によりどのような効果が生じるのか（どのような効果を感じるのか）についても確認した。また直接のインタビュー以外にも、詳細な点について両組織に対して複数回のメールを通じて確認している。これに加えて、両組織の公開資料だけでなく許可を受けて内部資料を閲覧しており、本研究の趣旨に沿って支障のない範囲で使用了。

本研究により、第三者評価として医療機関が日本版医療 MB 賞を選択する理由、そして経営手法単独での導入報告が僅少な日本版医療 MB 賞の導入について、具体的な導入プロセス・前後比較による成果に関する実情が明らかになると考えられる。

3 結果

3-1 日本生産性本部

3-1-1 日本版医療 MB 賞クオリティクラブ概要

日本版医療 MB 賞は、日本生産性本部の 1 事業であり、メイン 1 名に他構成員がサポートする事務局体制となっている。同事務局は、日本版医療 MB 賞クオリティクラブ（Japan Healthcare Quality Club：以下、JHQC）を運営しており、この活動の一環として日本版医療 MB 賞の運営が行われている。

JHQC のもともとの活動イメージとしては、月例会や訪問研究会で会員相互が切磋琢磨して活動する「クラブ」である。月例会では医療経営や経営品質に関する講演が行われ、訪問研究会では年 1 回程度の経営面で優れた病院の見学が行われ、どちらも会員間の交流を促しているところに特徴がある。これに加え、JHQC では MB 賞受審に向けての短期集中型の経営品質導入ゼミ（後述）で日本版医療 MB 賞の受審を支援する体制を取っている。会員数は現在およそ 50 である。医療施設だけでなく医療に関連するシンクタンクなども入っており、また個人会員として経営に関心がある院長・理事長などが個人として入っている場合もある。会員そのものは日本版医療 MB 賞との受審に直接は関係がないものの、多くの医療施設が受審あるいは受審に関心のあるものとなっている。そして、こうした活動をベースに、日本版医療 MB 賞に関する実質的な活動として認証審査にあたる評価委員会が開かれている。

3-1-2 JHQC 発足の経緯

1995 年に日本経営品質賞が実質化し 1996 年から審査を開始している。当時、日本経営品質賞判定委員長であった嶋口充輝慶應義塾大学教授は、公益財団法人医療科学研究所長でもあり、日本生産性本部・柳本直行氏が医療関係の経営学者を対象に同研究所で日本経営品質賞に関する講演の機会があったことが契機となる。その際に、真野俊樹多摩大学教授（現・中央大学）が関心を示し「医療機関に（一般企業で用いられている）日本経営品質賞の概念を導入できるか」という問題意識から、2005 年 3 月より 7 つの病院関係者と合同で医療分野で

の適用可能性について、日本経営品質賞アセスメント基準書の医療機関への読み替えや慶應義塾大学ビジネススクールの協力を得た米国 MB 賞に関するケーススタディの翻訳といった自発的な勉強会が始まった。

2006 年 7 月になると、JHQC の前身となる日本版医療 MB 賞研究会が発足し、月例のセミナーで外部参加者 50 人以上が集まるなどの活動範囲が広がっていった。そして 2007 年には「クラブ準備会」へ発展し、日本経営品質賞の基準に関する勉強を進めるとともに、受審者となる側への経営品質導入ゼミ（後述）の活動とともに、審査員となる側にも模擬審査の形などで医療に関する研修を行うといった審査体制を整えることとなった。そして最終的に、2009 年 3 月に正式に JHQC として組織化し、最初の認証を行うこととなる。

3-1-3 受審・評価プロセス

日本版医療 MB 賞は、日本経営品質賞（≠日本版医療 MB 賞）の「日本経営品質賞アセスメント基準書」に基づくものである。「卓越した経営」を行ううえでの前提となる価値観である基本理念をもとにして、その後の展開も含めて大きく 3 つの受審ステップ¹⁰（組織プロフィール受審・上位クラス認証・日本経営品質賞受審）が用意されている（フェイズ・スリー編集部，2013；水町，2015）。

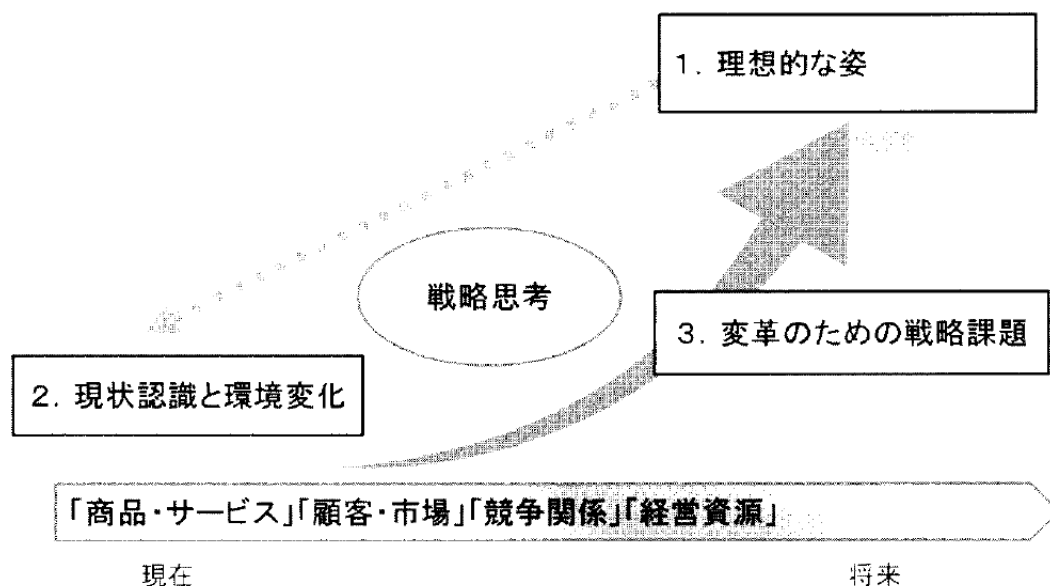
まず、基本理念であるが、4 つの概念・重視する考え方を確認させるものになっている。すなわち、基本理念としての、①顧客本位、②独自能力、③職員重視、④社会との調和である。この際に経営革新を目的とすることから組織能力のイノベーションを重視する考え方を示しており、①コンセプトを考える（コンセプト・変革・価値前提）、②創発の場をつくる（プロセス・創発・対話）、③戦略を構築する（戦略思考・ブランド・イノベーション）といったことができるかを問うものである。

実際の受審については、最初の段階は組織プロフィール受審であり、評価を受けるに当たっての対象となる組織の情報を整理したものを書面評価（アセスメント）されることとなる。具体的には、1 理想の姿、2 現状認識と環境変化

¹⁰ 認証機関は各 3 年となり、継続審査が必要となる。

（顧客認識・競争認識・経営資源認識・安全認識・変革認識，3変革のための戦略課題からなる。理想の姿を基本理念の4つの視点から将来構想として描き，その姿と現状認識・環境変化と対照させ，そのギャップを埋めるための変革のための戦略課題構築を要請する（可視化する）ものとなっている（図表 6-2）。この書面（10数ページ程度）が作成できるか，つまり組織目標を定義し現状分析と将来予測を踏まえて今後の戦略課題を明らかにすることができているかを評価するものとなっている。なおこの受審に当たって，JHQCは日本経営品質賞（≠日本版医療 MB 賞）の経営品質導入ゼミの受講を推奨し紹介している。経営品質導入ゼミは，入会後に組織プロフィールの作成支援のためのもので，受講・課題を経ることで組織プロフィール作成の実質的なサポート機能となっている。ゼミの構成としては，月1回・1日×4カ月となっており，JHQCとしては院長・看護部長・事務長の3人の受講を推奨している。

図表 6-2 組織プロフィール受審にあたり記載が求められる内容



出典：日本経営品質賞委員会(2019)より引用。

次の段階は，上位クラス認証受審となる。組織プロフィール認証を受けた機関を対象としており，組織プロフィール認証を取得翌年以降に受審することが

できる。上位クラス認証では、組織プロフィールに加えて組織プロフィールを展開した8つのカテゴリーに関する書面作成を行い、そして書類審査（50ページ程度）・実地審査（3日間）を受けることとなる。8つのカテゴリー（配点）は、①リーダーシップ（100点）、②社会的責任（50点）、③戦略計画（50点）、④組織能力（100点）、⑤顧客・市場の理解（100点）、⑥価値創造プロセス（100点）、⑦活動結果（450点）、⑧振り返りと学習（50点）である。このとき、カテゴリー内では各カテゴリーの基本的な考え方や具体的な取組みを記すこととなっており、組織プロフィールを具体的な評価基準に落とし込むものとなっている。審査では、原則3名の審査員と1～2名の専門審査員が担当し、書類を個別審査したのちにミーティングにて相互の認識の相違を確認し、実地審査にて実情を確認して評するプロセスを取っている。一定の点数をクリアするとAクラス認証、さらに上位の点数をクリアするとSクラス認証となる。なおここでもJHQCは、日本経営品質賞（≠日本版医療MB賞）のアセスメント・コースの受講を推奨し紹介している。具体的なケースを用いながらの3ステップで各2日×3コース¹¹であり、各部門の中心人物などの受講が推奨している。

図表 6-3 日本版医療 MB 賞 受審・評価スケジュール

	組織プロフィール	上位クラス認証
1月	資格申請	資格申請
3月 上旬		書類提出
中旬		審 査
4月 下旬	書類提出 担当審査チーム編成 審 査	
5月 下旬	↓	↓
6月 下旬	審査委員会	審査委員会
7月 中旬	クオリティクラス評価委員会	クオリティクラス評価委員会／評価レポート送付
8月 上旬	認証組織発表	認証組織発表
9月 上旬	認証式	認証式

出典：内部資料をもとに筆者作成。

¹¹ A1 コースがアセスメントの全体像習得、A2 コースがアセスメントプロセスの段階的習得体験、A3 コースが成果に結びつくアセスメントの実践ポイントの体得を目的としており、対象者はすべてのコースの受講が推奨されている。

この２段階の受審・評価スケジュールについては図表 6-3 のとおりである¹²。
1 年に 1 回の受審の機会となり、いずれとも 3～4 月といった時期に書類提出がされ、夏に決定が確認されるものとなっている。

そして、S クラス認証を取得した病院は、日本経営品質賞の表彰制度に参加することができる。全産業を対象としているなかで、医療機関以外の一般企業と比べても優れた経営と認められるかということであり、800 名ほどの参加者の前で顕彰され優れた経営を目指す企業経営者などに存在を知られることとなる（フェイズ・スリー編集部，2013）。

3-1-4 日本版医療 MB 賞の特徴

まず、経営に注視した取組みであることを確認するため、一般企業を対象とする日本経営品質賞と、医療機関を対象とする日本版医療 MB 賞との違いを把握しておきたい。基本的には、両賞とも日本経営品質賞の枠組みのもとで動いており、日本版医療 MB 賞も日本経営品質賞アセスメント基準書をそのまま適用している。しかし、審査において２点の医療分野に対する専門性の確認を行っている。１点目は日本版医療 MB 賞の組織プロフィールの提出に関する書類である。日本版医療 MB 賞では、日本経営品質賞で要求される書類に関して２つの追加を求めている。ひとつは組織プロフィールの追加項目として、「医療安全 認識」について記載を求めており、医療サービスを安全に提供するための重視事項や医療環境変化のなかでの医療安全に関して求められる変化について記すよう要求されている。もうひとつは医療安全の実績および関連指標の提出を求めており、転倒・転落発生率や褥瘡発生率といった医療特有の安全関連データ、また平均在院日数や病床利用率といった医療提供プロセス全体の管理に関わる指標の提出を求めている。２点目は審査に関わる専門審査員である。担当審査チームは、日本経営品質賞では原則 3 名の審査員のみであるが、日本版医療 MB 賞ではそれに 1～2 名の専門審査員を加えて構成されている。これは、

¹² 2019 年実施スケジュールをもとに作成した。

医療分野特有の環境確認，例えば政策による変化や指標解釈の適切性についてのサポートのため設けられたものであり，病院関係者などで医療機関の経営環境に詳しい人が委嘱されている。ただし，審査そのものに加わっているわけではなく，必ずしも日本経営品質賞アセスメント基準書に詳しいとは限らないアドバイザーの位置づけである。

また，評点制度という特徴についても確認しておきたい。日本版医療 MB 賞・上位クラス認証は 1000 点満点での素点が開示される。評点については，カテゴリー（カテゴリー 1～6・8）あるいはサブ・カテゴリー（カテゴリー 8）ごとに，D～AAA+までの 11 段階のレベルで 10%刻みの数値が振り分けられて評価し，最終的に評点を合計して 10 段階で表すものとなっている。そのため，受審のたびにカテゴリー（サブカテゴリー）ごとの点数が確認でき，組織内での取組結果が直接的に把握できるものとなっている。認証の取得有無という結果だけでなく，次回以降の審査に向けた PDCA サイクルを廻しやすいものといえる。この点については，審査において審査員から 30 ページ程度の評価レポートも提示されるため，フィードバックをもとにした業務改善も可能なものとなっている。こうした到達度といえる評価結果がカテゴリーごとに示されるため，その点数をみて新たな戦略策定・改善提案を構築できることも特徴である。

3-2 元気会横浜病院

3-2-1 北島理事長就任時の状況

現理事長である北島明佳氏は，2006 年に父親の跡を継承している。北島氏は大学卒業後に精神科医となり，大学院に進学しながら同院の非常勤としても勤務し，大学院修了後の 28 歳で理事長となった。病院経営には興味は持っていたものの，父親の体調面での問題から想定より早く理事長就任という運びとなり，マネジメントの経験はなく同院の経営面についても分かっていない状況での就任となった。

その頃の同院は，病院外部の環境としては，高齢者医療を提供する療養型病院に大きな変化が訪れた状況であった。具体的には，厚生労働省は 2000 年に始まった医療機関に設置された介護保険適用である医療・介護機能を提供する

介護療養病床の廃止を提示し、介護機能をベースとする介護老人保健施設（老健施設）などへの転換を迫ることとなった¹³。また病院内部の環境としても、混迷を極めていた。北島理事長の就任 4 年前に新しい病棟を立て替えて多額の債務を抱えていたものの、職員が自宅で作った野菜を食堂で勝手に販売したり、突然病院に来なくなったりといった組織としての規範ができていない属人的な病院運営の状況が見られた（フェイズ・スリー編集部，2015）。またこうした外部・内部環境から、当時の医療職の慢性期医療に対する評価も低いために人手不足が著しく、職員を鼓舞するために北島理事長自ら薬の調剤やシーツ・おむつ交換を行うこともあった。

3-2-2 受審に向けた経緯

組織としてのまとまりをつくるため、2008 年から始めたのが「環境整備」であった。1 日 20 分間部署ごとに整理整頓、清掃に全員で取り組むというものがあった。北島理事長自身はこのころ経営・マネジメントに関する研修などに盛んに参加していたが、この環境整備についても（ダスキン事業を展開する）株式会社武蔵野に 2008 年ころに研修に参加していた。その時に同社が日本経営品質賞のフレームワークでマネジメントを進めていたこと、また日本版医療 MB 賞の立ち上げ期であったことから、2009 年から勉強会に参加することとなった。

この日本経営品質賞（日本版医療 MB 賞）のフレームワークを用いようと思った理由について、北島理事長は以下のように述べている。

（日本版医療 MB 賞は）経営をもれなく、ダブリなく、包括的に行いたいという思いがありました。MECE¹⁴ですね。それにはいいツールなのかなというので、トライしました。

¹³ 当初は 2012 年までに廃止する予定であったが、医療・介護に跨るサービス提供のニーズが残ることから迷走し、最終的に 2023 年をめどに新たに設けられた医療・介護機能を持つ介護医療院への転換を図ることとした。

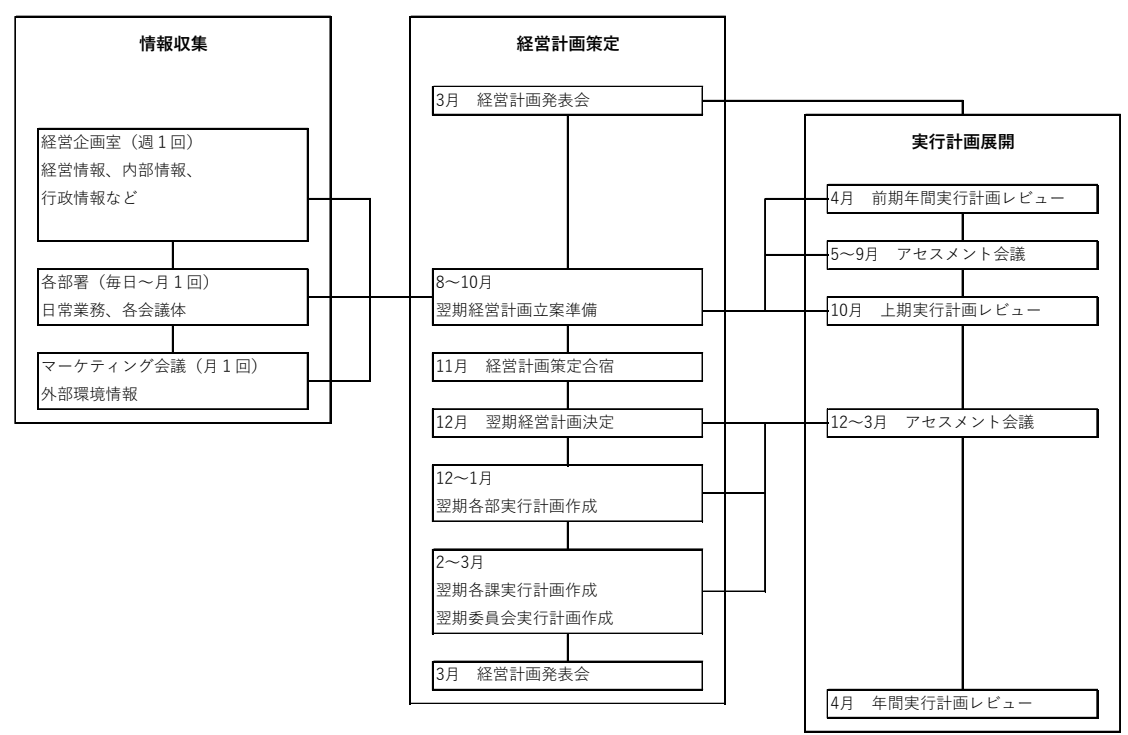
¹⁴ 経営実務で用いられるロジカルシンキングのフレームワークのひとつで、Mutually Exclusive and Collectively Exhaustive の略となる。相互に排他的であまりのない集合体となる事象の見方を示している。

そもそも自身が経営・マネジメントに不慣れであるという自覚があり、そのなかで全体像を多角的な視点で確認できること、もれなく・ダブリなくといった包括的な立ち位置を求めていると考えることができる。この点は北島理事長自身の日本経営品質賞の理解の仕方として「顧客視点で経営全般を見直し、自己革新を通じて新しい価値を創出し続けるというものです」(フェイズ・スリー編集部，2015)という言葉からも確認できる。

3-2-3 年間スケジュール

元気会横浜病院では、この日本経営品質賞のフレームワークを、年間の経営計画に落とし込み、各会議をリンクさせる形で、情報収集・経営計画策定・実行計画展開のフェーズに分けるプロセスとして運用している（図表 6-4）。

図表 6-4 元気会横浜病院の経営計画の運用プロセス



出典：内部資料をもとに筆者作成。

統括するのは法人事務長下にスタッフ部門として設けられた経営企画室である。兼任を含めて 6 名のメンバーで構成されており、経営企画室長を兼務する事務長を始めとする事務スタッフ以外にも医師や医療技術部長といった臨床現場のスタッフが所属している（月刊医療経営士編集部 2016）。業務としては、経営データ収集・分析・発信、診療報酬・介護報酬などの国の施策への対応、日本版医療 MB 賞のフレームワークを利用した運用管理、法人の長期ビジョン達成に向けた取組みとなっている。そして、全体の経営管理としては、最高意思決定機関は月 1 回の経営会議（出席者：理事長・部長・事務長）で、計画の変更といった経営の根幹に関わる点が議論され、日常の管理については週 1 回の幹部会議（同メンバー）で、この日本版医療 MB 賞のフレームワークをも利用した経営全般の状況が共有されるという構造となっている。

情報収集のプロセスとしては、経営企画室のメンバーを中心とする毎週の経営企画室会議・毎月のマーケティング会議だけでなく、各部署や各委員会の会議がある。そこでは、日常的に収集している外部の情報と内部の実態を共有するように努められており、上部の会議体に参加するメンバーが下位の会議体（公式・非公式に）加わったりするなど、実情がどのようなになっているかを注意深く情報収集するよう心掛けられている。

経営計画策定のプロセスとしては、翌期の計画策定が夏ごろに始まり、11 月には部長職以上の幹部と経営企画室の 10 人程度が合宿を開いて立案している。それをベースに修正を重ね、12 月中には法人としての計画を固め、12～1 月また 2～3 月にかけて各部・各課へと下位展開するようになっている。この下位展開では、法人・部といった上位との一貫性だけでなく、関連する部署間の整合性を調えるため土日を費やして行い、まとまらない場合は翌週といった丁寧な擦り合わせを行うプロセスとなっている。そして、構成された計画全体については、3 月末に経営計画発表会という形で全職員に周知されるが、理事長・院長・事務長・部長陣が今年度の振り返りと来年度の計画といった形で発表するスタイルとなっている。

実行計画展開のプロセスとしては、計画における進捗管理を担っているアセスメント会議が中心である。経営幹部と経営企画室でのメンバー構成となって

おり、月 1 回に 30 ページほどの資料を丸 1 日かけてレビューする形となっている。全体計画－部門計画－課計画の各カテゴリーの各目標に対して、アウトカム指標・プロセス指標といった設定された定量目標の到達状況や、それらを部門別に統合した全体の達成率などが確認されることとなり、資料では数値とともに経営企画室がコメントを付して準備している。それらを参照しながら、経営指標でのワーニングと見られるものや、計画の未達となっているものについて分析するという形となっている。ここで議論された点については、幹部が所属している各部門に持ち帰る形となり、翌月以降の改善・進捗に反映されることとなる。この際に、目標数値そのものは見直されることはない。それよりも、そもそもそうした目標数値を設定した仮説は何だったのか、その仮説は正しかったのか、間違ったのならどこを直す必要があるのかといった検証プロセスととらえており、PDCA をどのように廻すのかといったことを意識している。

こうした情報収集・計画策定・実行管理の結果については、職員に対しても報償の形で還元がされている。最も直接的なものとしては期末賞与で、目標経常利益を超えた部分に関して一定の割合を還元している。それ以外にも職員に直接声掛けする機会としては称すべき対応をした職員に対するサンクスカード、評価面談でのフィードバックといったものがあり、組織内での顕彰としては元気会カンファレンスとして優れた臨床症例の共有や組織内での表彰制度設けている。

3-2-4 効果検証

同病院では導入後約 10 年が経過しており、この間の変化は「変わりすぎていて」（理事長）という言葉のとおり、組織運用としては大きな変革を遂げたものとなっている。この点について、導入効果として上位認証の結果・振り返りと学習を除く①～⑥のカテゴリーごとに導入前後でとくに大きく変わったと理事長が認識している点で確認してみたい。

①リーダーシップについては、目指すべき法人の姿が明確化されたことと、組織の実質的な体制が整ったことがある。法人像については、当初はどのよう

な組織にしたいのかということが抽象的にはあるものの、具体的に職員に落とし込むような形では整理されていなかった。それが活動報告書をまとめるにあたり徐々に言語化され、さらに職員に示すために図を作成するなどの過程で醸成されていった。また組織体制については、組織図そのものは大きな変更はないものの、当初は理事長の下に各部門があったものの部門長が機能せず理事長が実質的に兼務するような体制となっていた。それが、部門として部門長が管理できるようになり、そして部長クラスでの擦り合わせができるような体制になってきている。

②社会的責任については、そもそも医療提供のエビデンスとなる法定で必要な書類が整えられていない状況があり、そのため指導・監査などで指摘を受けることがあった。現在はこの点については理解とともに整備されている。また地域という視点では、環境整備の一環として周囲の道路の清掃などは行っていたが、現在では身体拘束ゼロの取組み（後述）について地域の医療機関へセミナーなどでレクチャーするなど、医療技術の伝授といった地域では同病院でしかできない試みを広げている。また何よりも、社会的責任・社会貢献という意識がそもそも職員のなかでも必要なものとして高まったという効果が生じている。

③戦略計画については、もちろん当初よりは仕組化され運用が組織的になっているものの、理事長としては計画策定・進捗管理のプロセスを構築しつつある段階で、まだできあがってはいないと考えている。とはいえ、確実にリーダー人材が育ってきているという認識がある。この点は、ひとつは採用で理念にあう人材を採用するようにしたこと、もうひとつは時間をかけて経営に関する意識が浸透したことがある。人材不足にあって、介護職では応募者の10%程度、事務職では2%程度しか合格に至らないといった、定着を見据えた理念への合致を見るシビアな採用選考を行っている¹⁵。また実行計画については、理事長が当初はヒアリングしながら書類作成などをしていたが、一緒にやる・しつこ

¹⁵ この人材登用の過程で、事務長となる西村亮彦氏が採用された。西村氏は前職の急性期機関が日本版医療MB賞の導入を検討したことから研究会に参加していた経験がある。当院では、2013年のAクラスの継続認証から関わることとなり、その経験や外部の医療機関を経験した視野から北島理事長を支えていくこととなる。

くやることで意識が高まりかつ成功体験を重ねることで、リーダークラスの人材が育ち自律して運用できるようになってきたと感じている。

④組織能力については、できることの範囲が広がってきたという実感がある。当初は理事長がすべて関与して計画し管理する必要があったが、理事長が知らないことも出てきている。当初の理事長を中心とする属人的な管理となっていた状況から、理事長から権限を委譲された部門長がその責任を担うことができるという組織として管理が進んできた状況となっている。

⑤顧客・市場の理解については、当初の病院にくる患者・利用者を対象とするという考え方から、患者・利用者に本当に求められているものは何かという意識に変化してきた。行政の動向も踏まえた地域における同病院の位置づけ、つまり地域のなかのどの層に対して働きかけるのが同院の役割なのかという理解が深まり、患者・利用者像が明確になることで伝え方・深まり方が変化してきている。この点については、患者・利用者層も変わってきていると感じており、同病院をわざわざ求めるゆえの入院待ちの患者もおり、同病院への大きな期待を寄せた患者・利用者家族といった面会者も増える環境にある。この結果、安定的な利益を確保でき、教育研修費や期末賞与、給与としてスタッフに還元されている。

⑥価値創造プロセスについては、最も大きな変化を遂げたといえる。リーダーシップや組織能力にもリンクするが、同病院の特徴として「身体拘束ゼロ」という取組みを行い、この点で評価されている。高齢者の長期入院の施設では、認知症や精神的な不安の観点から転倒・転落予防や暴力予防のために、一部に患者の身体を拘束せざるを得ない環境があるのは事実である。しかし、同院では先端的なケア技法を導入し、様々な研修を施すことでこの身体拘束をゼロにしようという取組みをはじめ、小委員会を立ち上げ理事長も参加し推進した。この結果、拘束ゼロを実現し、医療分野で高い評価を得ていることから周囲の医療機関へのノウハウの講習などを開くまでに至っている。

4 考察

4-1 日本版医療 MB 賞の受審・運用プロセスからみるマネジメントへの反映

日本版医療 MB 賞の受審・運用のプロセスの特徴としては、PDCA を重視したサイクルであること、卓越を求める変革つまり独自能力を求めることが特徴的であるといえる。

PDCA を重視したサイクルであることは、とくに評点制度で確認することができる。ほかの医療機関の第三者制度では認証取得の可否に焦点が当てられることが多いものの、同賞の審査は点数制となっている。そのため、可否に関わらず点数の上下を把握することができ、対象病院の経営レベルの伸長が把握できるということである。北島理事長自身も日本版医療 MB 賞は「長期の視点」から当たる必要があること、それには「10 年はかかる」と感じていることから整合している。

そして独自能力については、上位クラス認証でも A/S クラスと分離しており、さらにより上位といえる日本経営品質賞の表彰機会といったより優れた評価で求められると公言されている。元気会横浜病院では、例えば身体拘束ゼロができるオペレーションが存在している。これは個人や特定の部門が秀でることとでなされるものではなく、組織として介護開発室（山本ほか，2015）を設けて、部長たちが同じ部屋でコミュニケーションの質・量を取れるという工夫を凝らして、組織のなかで連携して整合性をとることとでなされるものである。そうした「全体最適化」（北島理事長）の域に達することではじめて発揮できるものとなっている。

このように日本版医療 MB 賞の受審・運用面での特徴として観測できることは、認証を取ることができるかどうかではない、一過性では終わらせない仕組み（水町，2007）となっていることである。そのため長期にわたる取り組みを通じた成熟度の形で測ることができるということである。そのひとつの到達点が各部門の機能を一体化した身体拘束ゼロができるといった独自能力の発揮であるといえよう。

そしてこの点でのとくに大きな組織への反映としては、人材教育・育成（フ

エイズ・スリー編集部，2017）が促された仕組みの構築といえる。北島理事長自身が「世の中が変化するなか，そのスピードに対応でき，進化し続けることができる病院をつくりたいと考えました」（フェイズ・スリー編集部，2017）という意識に対応する通り，理事長が業務・責任を委ねられるスタッフが育ってきているという点でも確認することができる。

4-2 日本版医療 MB 賞の第三者評価としての位置づけからみるマネジメントへの反映

日本版医療 MB 賞の第三者評価の位置づけとして，一般企業と同様の審査基準・サポート体制があること，経営のフレームワークとしてその網羅性があることが確認された。

一般企業と同様の受審体制であることについては，そもそも（≠日本版医療 MB 賞）日本経営品質賞アセスメント基準書に基づいた評価であること，そして日本経営品質賞の経営品質導入ゼミ・アセスメントコースといった受審サポートの体制が取られていることから確認できる。この点については，北島理事長が「経営に必要な観点」を求めたということで，医療機関・医療分野以外の様々な研修機会を模索していたことも裏付けるものとなる。

またその網羅性については，理想の姿と現状のギャップから始めること，すなわち理念をベースに戦略を導き出すことから，必然的に組織全体の経営計画・行動計画に対して包摂的な仕組みであることが分かる。この点について，北島理事長は以下のように全体と各要素が有機的に繋がっているシステムであることを述べている。

全体の枠組みとその内訳という形になっているが，どちらも構成要素として必要で，全体像のもとでどの部分がいま重要かという認識をもち，それがまた全体にどのように反映されるかという流れで考えている。

補記するならば，元気会横浜病院ではこの全体像について，「元気会エンゲージメント・マネジメント・モデル」というものを体系性を示すものとして独自

に作成している。これにより、経営層という戦略策定側だけでなく、ミドルマネジメント層という戦略の実質的なコントロール側も、そして一般スタッフ層という行動実施（戦略実施）側も一覽でその状況を理解できることに繋げようとしているといえる。

つまり、日本版医療 MB 賞は、既存の病院機能評価や JCI のように医療がベースにあるのではなく（真野，2015），民間企業と同じ土俵で経営の仕組みを見つめなおすものであるといえる（久賀田ほか，2001）。そしてそれは、アメリカ MB 賞と病院機能評価や ISO といった他プログラムとの違いで指摘された「すべてのツールを包括している」（水町 2007）特徴があるともいうことができる。

この点でのとくに大きな組織への反映としては、経営面でのひとつの結実といえる安定的な利益という形で示されており、多くの教育研修費を許容できる安定的な医業利益が計上されている。そして何よりも、多くの患者や利用者の支持と職員離職率や平均年齢の大幅な低下といった高い社会評価に繋がっている。基本理念に基づいた経営戦略を、一般企業と同様の一般性をもって網羅的に実行することで、組織全体の理想的な姿に至らせる段階を踏んでいるといえることができる。

まとめ

本研究では、日本版医療 MB 賞に関する導入や成果について、日本生産性本部と元気会横浜病院に対する調査で明らかにした。すなわち、導入・運用に関しては、PDCA を重視したサイクルと独自能力を求める点が特徴で、とくに人材育成の点での成果を確認できた。また第三者評価としての位置づけに関しては、一般企業と同基準での受審と経営についての網羅性に特徴があり、患者・利用者の支持を始めとする理想の姿に向けた段階を着実に踏んでいる形で成果が示されている。

本研究の限界としては、単一の事例研究であることがいえる。病院の開設主体や環境、つまり公的病院や規模などでは異なる実態があることも想定され、さらに先行事例が複数のマネジメント・システムで運用していたことからそ

うした状況についても考察を重ねる必要がある。これらの点については本研究を踏まえた今後の研究課題といえる。

参考文献

- 秋山剛・金谷健生・落合慈之(2013)「NTT 東日本関東病院の JCI 再受審への取り組み－医療の質の向上を目指して」『病院』 Vol.72, No.1, pp.45-49。
- 荒木幹枝・原田万理子(2004)「第三者評価を利用した組織で記録の質向上を支援する仕組みづくり－ISO9001 と病院機能評価の取り組み」『看護きろく』 Vol.14, No.2, pp.80-85。
- 伊藤和憲(2010)「グループ経営戦略とグループ子会社の業績評価制度－日本経営品質賞のアセスメントによる検討」『専修大学会計学研究所報』 Vol.20, pp.1-29。
- 井上博志(2004)「ISO 認証取得時の注意点と取得後の評価－これからの外部評価 ISO9001 取得を目指す」『看護きろく』 Vol.14, No.7, pp.32-38。
- 大久保寛司(1997)『経営の質を高める 8 つの基準－日本経営品質賞のねらい』かんき出版。
- 荻野一樹(2018)「病院の質改善活動を支援するツールとしての病院機能評価」『医事業務』 Vol.544, pp.61-63。
- 勝又敏幸(2015)「医療機関における ISO9001 品質マネジメントシステムの運用と効果」『病院経営 MASTER』 Vol.5, No.1, pp.14-17。
- 神坂登世子・鈴木正子・鈴木啓子・棟近雅彦(2004)「病院機能評価と ISO をどう活用していくか」『看護管理』 Vol.14, No.11, pp.912-920。
- 木下佳子(2012)「国際版医療機能評価 JCI (Joint Commission International) とは」『看護展望』 Vol.37, No.9, pp.4-7。
- 木下佳子(2015)「国際的な医療機能評価 JCI 審査で部署の看護の質 UP－安全管理, ケアの質向上, 人材育成への活用事例」『ナースマネジャー』 Vol.17, No.7, pp.44-48。
- 久賀田全計・美濃地研一・島崎耕一(2001)「卓越したパフォーマンスを生み出す経営変革のフレーム・日本経営品質賞」『SRIC report』 Vol.6, No.4, pp.9-

21。

熊崎博司(2013)「JCI に学ぶ患者安全と医療の質改善の仕組み－JCI 受審から得られた気づき」『医療アドミニストレーター』 Vol.4, No.40, pp.39-46。

黒沢功(2004)「医療機関の第三者評価導入による取組みと効果－ISO9001 認証取得をとおして」『群馬医学』 Vol.80, pp.105-110。

黒沢功(2006)「病院経営 tool としての第三者評価」『群馬医学』 Vol.84, pp.157-162。

郡司篤晃(1993)「医療の質の第三者評価活動とその歩み」『看護』 Vol.45, No.14, pp.166-173。

月刊医療経営士編集部(2016)「医療法人社団元気会横浜病院経営企画室－国や地域の動向をキャッチし戦略を策定、現場を動かす（医療経営ただいま推進中！）」『月刊医療経営士』 Vol.20, pp.62-63。

月刊ジャーマック編集部(2013a)「機能評価から経営品質賞へ①－経営全般の成果が問われる」『月刊ジャーマック』 Vol.24, No.4, pp.12-14。

月刊ジャーマック編集部(2013b)「機能評価から経営品質賞へ②－患者さんの立場で考える福井県済生会病院」『月刊ジャーマック』 Vol.24, No.5, pp.14-18。

月刊ジャーマック編集部(2013c)「機能評価から経営品質賞へ③－医療法人財団献心会川越胃腸病院」『月刊ジャーマック』 Vol.24, No.7, pp.13-16。

（医療法人社団）元気会横浜病院 Web サイト <http://genkikaiyokohama.jp/>
（2019 年 8 月 19 日最終アクセス）

厚生労働省(2016)「平成 28 年厚生労働省告示第 53 号：基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（告示）」 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114832.pdf> （2019 年 9 月 27 日最終アクセス）

小迫正実一(2013)「世界基準へのボトムアップ－JCI 受審を通して見えたもの」『新医療』 Vol.40, No.3, pp.120-122。

小室克夫(2019)「病院機能評価と JCI」『病院設備』 Vol.61, No.1, pp.38-41。

権藤学司(2013)「JCI 認証取得の目的と取得後の変化」『新医療』 Vol.40, No.3,

pp.112-115。

佐野元子(2013)「日本における JCI 認定」『日中医学』 Vol.28, No.2, pp.22-25。

佐野元子・夏目隆史(2013)「2 回の JCI 審査から学んだ継続的改善の視点」『新医療』 Vol.40, No.3, pp.116-1119。

白鳥秀(2019)「5 度の病院機能評価認定と今後」『病院羅針盤』 Vol.145, pp.27-32。

進士君枝(2011)「ISO9001 と病院機能評価における継続的質改善の考察」『社会保険旬報』 Vol.2458, pp.16-23。

進士君枝(2013)「病院における ISO9001 マネジメントシステムの導入効果と今後の展望」『病院』 Vol.72, No.1, pp.40-44。

神保勝也(2019)「病院機能評価の活用と受審のポイント」『病院羅針盤』 145, pp.10-17。

鈴木紀之(2017)「病院機能評価とともに歩んで 32 年, 5 つの星を目指して成果と課題を振り返る」『病院羅針盤』 Vol.102, pp.11-16。

関塚永一・原彰男・細田泰雄・永田修(2017)「多彩な第三者評価(トリプル ISO 等)を活用した病院マネジメントー熱き思いとシステムで医療の質向上基盤を強化する」『病院羅針盤』 Vol.102, pp.17-26。

武井純子・熊崎博司(2012)「JCI 受審への取り組みとそこから見えた変化と課題」『看護展望』 Vol.37, No.9, pp.20-27。

竹股喜代子(2010)「第三者評価の意義」『看護』 Vol.62, No.5, pp.59-60。

遠矢雅史(2019)「病院機能評価について」『大分県立病院医学雑誌』 Vol.46, pp.98-108。

富永裕佳子・田中恵子・村田君代・井上千代・刀谷峰子(2013)「病院機能評価内部監査の効果と今後の課題」『済生会千里病院医学雑誌』 Vol.23, No.1, pp.49-52。

鳥居裕一(2013)「JCI 認証取得がもたらした医療の質と安全管理への影響」『新医療』 Vol.40, No.3, pp.108-111。

中野夕香里(1997a)「病院機能第三者評価活動の意義と効果①ー病院機能評価事業運用調査を終えて」『看護学雑誌』 Vol.61, No.5, pp.463-468。

中野夕香里(1997b)「病院機能第三者評価活動の意義と効果②－病院機能評価事業運用調査を終えて」『看護学雑誌』 Vol.61, No.6, pp.569-573。

中野夕香里(2000)「第三者評価－病院機能の評価および改善活動支援システム」『看護』 Vol.52, No.1, pp.44-47。

長島久・川真田樹人・本郷一博(2016)「大学病院における病院機能評価の手法を応用した継続的質改善システムの構築」『病院羅針盤』Vol.88, pp.38-43。

成尾隆一・今岡まなみ・小玉雅朗・坂本澄子・多田雄能・為則真幸・長谷川恭久・平田政寛・藤原愛樹・本上浩伸(2017)「当院における病院機能評価 3rdG:Ver1.1 受審の有用性」『三菱神戸病院誌』 Vol.7, pp.69-72。

(公益財団法人) 日本医療機能評価機構 Web サイト <https://jcqhc.or.jp/>
(2019 年 10 月 10 日最終アクセス)

(公益財団法人) 日本生産性本部 Web サイト <https://www.ipc-net.jp/> (2019 年 10 月 10 日最終アクセス)

(一般財団法人) 日本科学技術連盟 Web サイト <http://www.juse.or.jp/>
(2019 年 9 月 28 日最終アクセス)

日本経営品質賞委員会(2019)『2019 年度版日本経営品質賞アセスメント基準書』
(生産性出版)

日本生産性本部編(2007)『決定版日本経営品質賞とは何か』 生産性出版。

(公益財団法人) 日本適合性認定協会 Web サイト <https://www.jab.or.jp/>
(2019 年 9 月 28 日最終アクセス)

日本版医療 MB 賞クオリティクラブ Web サイト <http://www.jhqc.jp/index.html>
(2019 年 8 月 7 日最終アクセス)

橋本徹(2016)「JCI 受審を終えて－私が感じた病院機能評価との違い」『患者安全推進ジャーナル』 Vol.45, pp.75-78。

橋本廸生(2013)「日本における病院機能評価の現状と課題」『日中医学』 Vol.28, No.2, pp.17-21。

橋本廸生・河北博文・大道久・梅里良正・中野夕香里・今中雄一(1996)「病院医療の質の評価－第三者評価事業の促進と評価研究のパースペクティブ」『病院管理』 Vol.33, No.3, pp.275-300。

- 廣瀬昌博(2004)「安全管理への第三者評価認定の受審と活用－継続的質改善を目的とした提案」『看護管理』Vol.14, No.11, pp.926-931。
- フェイズ・スリー編集部(2013)「日本経営品質賞：社会福祉法人恩賜財団済生会支部福井県済生会病院(外部評価の積極活用が病院改革を推進する)」『フェイズ・スリー』Vol.346, pp.18-21。
- フェイズ・スリー編集部(2015)「北島明佳：地域を巻き込むかたちで医療と介護の質を上げ高齢者医療に貢献（イノベーターの構想力）」『フェイズ・スリー』Vol.372, pp.1-3。
- フェイズ・スリー編集部(2017)「北島明佳：アウトカム評価による患者価値を追求（U-40 が語る「医療経営」）」『フェイズ・スリー』Vol.395, pp.22-23。
- 保坂洋夫(2007)「PDCA による「医療の質」の向上－2005 年度医療の質奨励賞：済生会横浜市南部病院」『クオリティマネジメント』Vol.58, No.11, pp.68-73。
- 増井いづみ(2000)「医療サービスにおける ISO9001 の効果」『病院設備』Vol.42, No.5, pp.533-539。
- 真野俊樹(2013)「JCI 認証取得がもたらすもの－日本における展開，最近の試みも含め」『新医療』Vol.40, No.3, pp.104-107。
- 真野俊樹(2015)「医療に経営品質を持ち込めば組織の真の姿が見えてくる（経営改革の舞台裏－経営品質賞病院のマネジメント力）」『フェイズ・スリー』Vol.365, pp.36-39。
- 水町浩之(2007)『医療経営品質－世界的な経営革新の基準ボルドリッジ賞に学ぶ』生産性出版。
- 水町浩之(2011)「リーダーは自らの経営を振り返ることで成長の可能性を広げる（医療の質を高める最終回）」『医療アドミニストレーター』Vol.2, No.12, pp.64-67。
- 水町浩之(2015)「理想の実現に向けた真の課題を明確にしその解決に向けて全員で取り組む仕組みをつくる（経営改革の舞台裏－経営品質賞病院のマネジメント力）」『フェイズ・スリー』Vol.366, pp.64-67。
- 宮川操・大岡裕子(2004)「リスクマネジメントと ISO9001 のシンクロ・ワーク」

『看護管理』 Vol.14, No.11, pp.921-925。

村川賢司(2005)「医療の質奨励賞の有効活用－医療ミスの撲滅と医療機関の発展を目指して」『クオリティマネジメント』 Vol.56, No.6, pp.50-53。

山崎正彦(2007)「日本品質奨励賞・医療の質奨励賞の受審から何を得るか」『クオリティマネジメント』 Vol.58, No.12, pp.40-44。

山田哲也(2007)「差別化としての質の向上・保証－2006年度医療の質奨励賞：聖隷浜松病院」『クオリティマネジメント』 Vol.58, No.10, pp.50-57。

山本雄二・北島明佳・鈴木裕介・武内和久・松本晴樹・吉田雄人(2015)「よりよき地域医療構築を目指して地域医療再生を担い、2025年の医療介護を支える人財」『医療経営白書 2015-2016年版』（医療経営白書編集委員会編）日本医療企画。

JMS 編集部(2004)「「医療の質奨励賞」創設される」『JMS (Japan Medical Society)』 Vol.95, pp.41-43。

The Joint Commission International Web サイト
<https://www.jointcommissioninternational.org/> (2019年9月27日アクセス)

阪口博政（金沢大学）

関谷浩行（北海学園大学）

第 7 章 日本の病院における財務的マネジメント・システムの重要性

ーコンサルティングの現場視点での考察ー

はじめに

コンサルティングに期待される役割は、組織の歴史、背景について理解したうえで、未来における組織のあるべき姿や方向性を経営者に認識させることである。

今回とりあげる日本の病院（医療機関）は、筆者がこれまでコンサルティングを実施した経験の中では、経営者のマネジメントへの関心はまだまだ低い業種、業界といえる。これは医療事業が営利を目的としない事業であることに大きく起因していると考えられる。

本章においては、特に財務の視点から考察した「財務的マネジメント・システム」という表現を使い、病院経営者の財務・会計への理解が深まることを期待したい。ここでいう「財務的マネジメント・システム」とは、過去会計や会計基準（病院会計準則）を中心とした会計手法や財務諸表そのものではなく、未来会計、管理会計を取り入れ、会計・財務の数値がより経営に資するように取り扱われている体制のことを指す。

なお、本章については、この分野における先行研究などの考察を含め切れておらず、筆者がこれまで実際に現場で感じたことを中心に記述していることを予めご了承ください。

1 日本の病院を取り巻く環境

1-1 病院数の推移

日本の一般（医科）診療所は、1990年に80,852施設であったものが2018年には102,105施設と21,253施設（約26%）増加し、同様に歯科診療所は、1990年に52,216施設であったものが2018年には68,613施設と16,397施設（約31%）増加している。よく比較されるコンビニエンスストアの店舗数は、1990年に17,408店であったものが2019年9月現在55,711店であり¹、伸び率は劣るとはいえ、事業所数としては一般（医科）診療所、歯科診療所ともにはるかに多い。

これに対し病院数は年々減少し、2018年10月1日現在では、厚生労働省の医療施設調査によると8,372施設である²。最も多かった1990年は10,096施設であり、28年間で1,724施設（約17%）もの病院が何らかの理由で減少している。

この間、日本の国民医療費は1990年の約20.6兆円から2016年は約42.1兆円に増加している。つまり、市場が拡大している状況下で、一般（医科）診療所、歯科診療所は増加しているのに対し、病院が約17%減少しているという事実は、病院事業が運営、継続において困難な状況になっていることを表しているといえる。

政府の成長戦略において、継続して次世代ヘルスケアシステムの構築が位置づけられているように、超少子高齢社会における我が国の医療は、アジアをはじめとする世界の医療をリードし、日本の国力を成長させる産業として注目を浴びている。その結果、事業規模の大きい病院において、その運営を支えるマ

¹ JFA コンビニエンスストア統計調査月報 2019年9月度より確認することができる(2019/10/28)。

<https://www.jfa-fc.or.jp/particle/320.html>

² 医療施設数については厚生労働省のホームページより確認することができる(2019/10/28)。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>

ネジメントの重要性はこれまで以上に高まっているのである³。

1-2 日本の医療保険制度と医療提供体制

日本の医療保険制度は社会保険方式の国民皆保険であり、さらにすべての国民が医療を受ける医療機関を選べるフリーアクセスが特長である。加入する医療保険は大企業の健康保険組合、中小企業の協会けんぽ、自営業者等の国民健康保険等の種類の違いはあるが、高齢者、低所得者、その他一般の市民も基本的に平等に医療を受けられる制度となっている。公的保険者による医療保険制度である。よく比較される米国では、高齢者や低所得者には公的な保険が適用されるが、一般の市民は州や企業によって異なる民間の医療保険に加入するのが基本であり、フリーアクセスではない。

医療サービスの提供者である医療機関の経営の視点では、収入となる医療費の支払いは昭和の時代までは出来高払い中心であった。現在においても、出来高払いの制度をベースに、包括払いの診療報酬も取り入れられている。保険者から医療機関に支払われる診療報酬は実質的には政府が定めており、病院を含む医療機関の経営は公的な仕組みの中で行われているともいえる。自由診療も存在するが、原則として保険診療と自由診療を同時に行う混合診療が認められていない現状では、自由診療は矯正歯科などほんの一部の限られた医療のみである。医療機関は、自由に医療行為（サービス）を行い、自由にその対価としての報酬を独自に決定できるわけではなく、実質的に政府の定める制度の中という限定された枠組みの中で事業を行っているともいえる。

そのため、政府が考える将来の医療政策の方向性を理解しておく必要がある。しかし、政府が考える日本全体の医療政策と、個別の病院、個別の患者さんへの医療サービスの適用、提供と必ずしも一致するものではない。実態としては、各病院の理念のもと、現場の医療従事者によって最善と思われる医療サービス

³政府の成長戦略 2018 については官邸のホームページより確認することができる(2019/10/28)。

https://www.kantei.go.jp/ip/singi/keizaisaisei/pdf/miraitousi2018_zentai.pdf

が提供されている。ここに、政府が定める診療報酬に基づく収入と、実際に提供する医療サービスの差が生まれ、病院のマネジメントが困難になっている一因があるといえる。つまり、病院の経営努力が必ずしも成果となって現れるものではない。また、入院料には地域ごとの物価差等を考慮した地域加算という診療報酬の仕組みがあるが地域格差を完全にカバーすることは技術的にも難しく、それ以外の診療報酬は北海道であっても、東京であっても、沖縄であっても同一であり、人口減少や過疎化の問題とあいまって、病院のマネジメントを複雑化させている。

このような日本の医療制度のもとで、医療機関が地域医療において果たすべき役割の遂行には、少なくとも先を見据えた戦略やマネジメントが必要であることは想像に難くないだろう。そのため、医療機関の経営実態を適切に把握し、将来のあるべき方向性を示し、管理することができる管理会計や財務的マネジメント・システムが求められることになる。

1-3 病院の開設主体

日本の医療機関において、民間が開設主体となっているのは、一般（医科）診療所では約 82%、歯科診療所は 99%で、ほぼ民間といってよい。

これに対し、病院は 2018 年 10 月 1 日現在で 8,372 の病院数のうち国、公的機関等の占める割合が約 30%、医療法人や個人が開設主体となっている病院が約 70%である。これらを見る限り日本の医療は民間により支えられていると言って過言ではない。民間による運営が多いだけに、医療機関の経営に対する関心と意識を高めることは重要である。

繰り返しにはなるが、医療機関の経営主体の多くは民間であるにもかかわらず、医療機関に支払われる診療報酬は政府の決定に委ねられている。従って、民間の医療経営は政府の方向性に従わざるを得ず、施策の先取りと医療の本質の両立が求められている。

図表 7-1 開設者別にみた施設数

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)	増減数	増減率 (%)	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)
病 院	8 372	8 412	△ 40	△ 0.5	100.0	100.0
国	324	327	△ 3	△ 0.9	3.9	3.9
公的医療機関	1 207	1 211	△ 4	△ 0.3	14.4	14.4
社会保険関係団体	52	52	－	－	0.6	0.6
医療法人	5 764	5 766	△ 2	△ 0.0	68.8	68.5
個 人	187	210	△ 23	△ 11.0	2.2	2.5
その他	838	846	△ 8	△ 0.9	10.0	10.1
一般診療所	102 105	101 471	634	0.6	100.0	100.0
国	536	532	4	0.8	0.5	0.5
公的医療機関	3 550	3 583	△ 33	△ 0.9	3.5	3.5
社会保険関係団体	464	471	△ 7	△ 1.5	0.5	0.5
医療法人	42 822	41 927	895	2.1	41.9	41.3
個 人	41 444	41 892	△ 448	△ 1.1	40.6	41.3
その他	13 289	13 066	223	1.7	13.0	12.9
歯科診療所	68 613	68 609	4	0.0	100.0	100.0
国	5	5	－	－	0.0	0.0
公的医療機関	262	265	△ 3	△ 1.1	0.4	0.4
社会保険関係団体	7	7	－	－	0.0	0.0
医療法人	14 327	13 871	456	3.3	20.9	20.2
個 人	53 682	54 133	△ 451	△ 0.8	78.2	78.9
その他	330	328	2	0.6	0.5	0.5

(出典：厚生労働省 平成 30(2018)年医療施設（動態）調査・病院報告の概況 I 医療施設調査 p.7)

一方で、米国においては、6,210 の病院施設のうち米国定義における For-Profit（この意味は税務上の For Profit である）の病院は 1,322 施設と約 21% にすぎない（2017 年 AHA Annual Survey）。すなわち、米国において病院は公的な位置づけの高い開設主体が大半となっている。対照的に、日本の診療報酬に相当する収入は、大半が民間保険会社によって支払われている。日本の医療保険制度は政府が管掌し、提供体制は主として民間の医療機関、これに対して米国では医療保険はほとんどが民間、提供体制は公的な医療機関となっている。

米国における病院は、医療提供においても、また学術、教育の分野においても歴史があり、社会的位置づけも高い。日本の医療マネジメントのコンサルティングにおいては、医療保険制度の理解だけでなく、その将来の姿を先取りし

て判断することがさらに求められることになる。

図表 7-2 From The 2017 AHA Annual Survey⁴

Total Number of All U.S. Hospitals	6,210
Number of U.S. Community ¹ Hospitals	5,262
Number of Nongovernment Not-for-Profit Community Hospitals	2,968
Number of Investor-Owned (For-Profit) Community Hospitals	1,322
Number of State and Local Government Community Hospitals	972
Number of Federal Government Hospitals	208
Number of Nonfederal Psychiatric Hospitals	620
Other ² Hospitals	120

(出典：Fast Facts on U.S. Hospitals, 2019)

1-4 民間病院における、事業承継

現在、病院は医療計画による病床規制により自由に開設することは出来ず、医療計画の中で定められた病床の枠の中での開設となっている。従って、一般的には新たな病院が開設されることは稀であり、承継により継続されているのが現状である。

また、民間病院では、昭和中期から後期の年代に創業した病院の経営者が、現在 60 歳代以上が 66.1% となり、その多数が事業承継期を迎えている⁵。

⁴Fast Facts on U.S. Hospitals, 2019

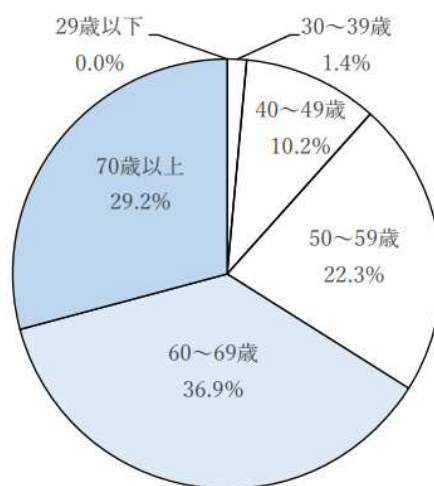
<https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>

⁵日医総研ワーキングペーパー 医業承継の現状と課題

<http://www.imari.med.or.jp/download/WP422.pdf>

民間病院のオーナー、経営者は原則的には医師である。病院創業期だった昭和の時代は、全般的に許認可行政で規制も厳しかった。そのような時代背景の中で高い志とともに医療事業を創業し、地域医療を担ってきたのが、現在承継を控えている経営者の方々である。数々の困難を医療の理念と経営の理念により乗り越え、病院を事業として成長拡大させてきた医師であり、経営者である創業者のカリスマ的経営能力は、時として理論を超越したものがある。理論を超越したカリスマ創業者である経営者から医療事業をその組織とともに承継することは、次世代の経営者にとっては大きなチャレンジであると言わざるを得ない。

図表 7-3 病院開設者・法人代表者（年齢別割合;%）



（出典：日医総研ワーキングペーパー 医業承継の現状と課題 p.12）

医療事業に限らず一般企業においても同様であるが、承継世代においては組織的な運営が求められる。創業者が大きなカリスマ性を持って経営を担っていた組織を承継するため、そのカリスマ性や経営力が、短期間に、あるいは、ある日突然に、次世代の経営者に備わるわけではない。

体系化された組織運営は、創業者の感性や経営感覚を次世代へと承継させるための一助となる。根拠を持つ会計数値による財務的マネジメント・システムは、経営者の経営判断を支える組織文化となり風土になる。財務的マネジメン

ト・システムは、事業を継続させるために重要な経営的機能であり、それを組織文化として定着させ経営者を支えることが求められる。

2 病院の次世代経営者に求められる財務的マネジメント・システム

2-1 病院における財務的マネジメント・システムと月次決算

今回のアンケート調査における質問事項にあるように、病院における代表的な財務的マネジメント・システムとしては以下が挙げられる。

- ・ 予算管理
- ・ 事業計画
- ・ BSC
- ・ 部門別原価計算（診療科別損益計算）

その他、目標管理、設備投資計画、TQM、アメーバ経営等の様々な手法があるが、代表的なものとしては以上の4つである。これらのマネジメント・システムは、いずれも経営管理に重要な役割を果たすものである。

いずれのマネジメント・システムであっても、経営管理の基本である月次決算を前提にして機能させるべきものであると筆者は考えている。月次決算には様々な定義や目的や手法があるが、財務・会計的な視点から経営管理を行い、事業の成長発展につなげる重要な管理手法であるということは共通の理解だろう。

事業年度毎の年次の決算は、法律や制度に基づいて行われる制度会計が主となる。税法を基本とする税務会計、あるいは会計監査が求められる法人においては、会計基準を主として決算が行われる。一方で、月次決算は制度や法律に基づいて行われるものではなく、経営のためのものである。

実務的には、月次決算の発展形が診療科別損益計算であり、事業計画であり、予算管理である。月次決算を機能的に活用できている医療機関は、診療科別損益計算、事業計画、予算管理をはじめとする財務的マネジメント・システムの導入と、継続した活用による経営成果を上げている。月次決算を組織文化

として機能させている医療機関は、意思決定の精度が高く、経営環境の変化への対応力が高い。

基本である月次決算は一番シンプルであり基礎となるものである。この月次決算が十分に機能していなければ、筆者の経験上、それを前提とした各種のマネジメント・システムを導入したとしても機能させることは困難であると考え

る。

また、月次決算を有効に活用できている病院は、経営管理に対する意識も高い。月次決算は全業種、全事業において重要であり、月次から週次、日次と管理会計のサイクルを早めていくという感覚は重要であるといえる。換言すると「数字で経営する」という考え方が重要である。月次決算は経営者の経営に対する意識を高める効果が非常に高い。また、組織的に月次決算を高次化させることは、経営管理の意識を組織に文化・風土として定着させる効果がある。

病院における特徴的な財務的マネジメント・システムとしては、診療科別損益計算や部門別原価計算が挙げられるが、月次決算が十分に機能していなければ診療科別損益計算が組織に役に立つことはありえない。しかしながら、コンサルティング現場においては月次決算が機能していない状態であっても、診療科別損益計算をはじめ様々な財務的マネジメント・システムを導入したいという要望は多い。そのため、月次決算の機能化から始めることになる。

現状における医療制度と診療報酬体系において、月次決算が機能しない状況で業績を安定させることは困難である。形式のみの月次決算ではなく、経営者が経営に活用できていることが重要である。

しかし、現実には病院においては機能していないことが多く見受けられるが、それは以下のような状態を指す。

- ・ 月次決算書がない
- ・ 月次決算を経営者が見ていない
- ・ 月次決算を経営に活用していない
- ・ 月次決算が遅い
- ・ 月次決算が正確ではない

病院規模の大小にかかわらずこのような状態は存在する。前述のように、月次決算が機能しなければ財務的マネジメント・システムは、その本来あるべき成果を最大にすることが出来ず、機能しない。また、月次決算の重要性が理解できない経営者は、財務的マネジメント・システムの考え方を理解することも使いこなすことも出来ない。

月次決算を組織に機能的に定着させることは、財務的マネジメント・システムの成果を最大にし、継続させるために重要である。

2-2 月次決算を組織的に機能させる

月次決算を組織的に機能させるためのポイントとしては、下記のようにまとめることが出来る。

1)月次決算の実施

基本の中の基本であるが、月次決算を行わずして財務的マネジメント・システムが機能することは有り得ない。月次決算を行っていない要因としては主に以下が考えられる。

- ・経営者に意識がない
- ・経理担当者が頻繁に退職し続かない

月次決算は、精度や有効性等の課題は別議論として、実施そのものは難しいことではない。しかしながら、現実として月次決算が行われていない要因として大きなものが、経営者の意識の問題である。

経理担当者が頻繁に退職し定着せず、月次決算以前に経理業務自体が危うい状態があるとする。この場合においても、要因としては経営者、あるいは管理部門を管轄する管理職の意識に問題がある。月次決算が経営の道しるべであるという意識があれば、決してこの業務をないがしろにするようなマネジメントはしないはずである。

では、月次決算を実施するためには、どのようなことが重要であるか。

筆者は、純粹に経営者に月次決算が重要であるとの認識を持っていたべく他に方法はないと思う。経営者が「数字で経営する」という認識を持てるかどうかにかかっている。

現在の病院は、主に昭和の時代に創業されている。その時代における医師である創業者は、医療により患者を治癒し、痛みを和らげ、地域社会に貢献することを願って病院を創業している。病院事業を創業することによって利益をあげて個人資産を増加させることを目的としていることは決してない。当時は、医療の視点による運営が行われ、数値的な経営の視点が弱くても、高度成長期における社会保障の機能として一定程度カバーされていたことも時代背景として存在した。

利益よりも医療が優先されるべき事業であることは事実であり、医療よりも利益が優先されては病院の存在価値はない。それは誰もが納得をすることである。一方で、利益がなければ医療が継続できないことも誰もが認める事実である。

2)月次決算の早期化

月次決算は遅くとも翌月末には実施される必要がある。早ければ早いだけ有効であるが、最低限、翌月末、最終的には翌月 15 日までに実施されることが望ましい。企業においては、月末に締めて翌月 1 日には月次決算に基づいて実績検討が行われることがあるが、病院においては、まずは翌月 15 日を目指したい。

筆者の経験から、月次決算が翌々月、あるいは数ヵ月後という状態になる要因としては以下が思い当たる。

- ・月次実績検討が行われていない
- ・実績検討に月次決算が使われていない
- ・経理作業が間に合わない、忙しい、他部署の協力が無い
- ・診療報酬の入金後に仕訳処理している

では、月次決算を出来るだけ早い時期に実施するためには何が必要であるか。それは、理事会、経営会議、幹部会等において月次実績検討を組織的に実施することである。月次決算の数値を用いた実績検討会議を設けることで、期日を区切ることが重要なのである。実績検討の場において、医療的な指標（患者数、単価、手術件数、平均在院日数等）と月次の診療報酬実績のみが用いられているケースが多々見受けられる。しかしながら、これらの数値だけでは感覚的な認識のみになり、経営実績としての判断材料としては不十分である。

また、診療報酬のみの収入認識では、返戻、保留、過誤等も管理ができていないため、収益が正確とは言えない。貸借対照表と損益計算書の会計資料がなく、断片的な数値のみで経営実績を把握した感覚になり、経営の意思決定を実施することは不可能であり危険である。

組織的な実績検討は、経営者と経理のみの確認ではなく、理事会、経営会議、幹部会等の経営判断に関わる者によって定期的に開催されることにより、トップマネジメントだけではなく経営に関与する者の相互の視点が組織的な継続性を支えることになる。

財務的マネジメント・システムを機能させるためには組織的な継続性の文化・風土は不可欠であると考ええる。月次実績検討に月次決算を機能的に活用することにより、トップと経営陣の意識が高まれば、月次決算のスピードやあるべき機能性は自ずと改善に向かうことになるであろう。

なお、月次決算を高次化するためのテクニク的な改善はもちろん存在するが、本章では割愛する。

2-3 事業別会計による月次決算

民間病院（ここでは医療法人に限定する）における月次決算は、法人単位であることが財務会計上は最低限必要だが、実務においては、法人単位だけではなく、事業別会計が月次決算では必須となる。医療法人だけではなく公的な医療機関においてもこれは同様の考えである。

- ・ 定款における事業別の会計を行う
- ・ 貸借対照表も事業別に管理する
- ・ 本部費・共通費を現実的な基準により配賦する
- ・ 事業別管理会計を実務で使う

病院は、病院事業を単独で行っていることはほとんどなく、介護、福祉、関連事業をあわせて運営をしている。それらの事業を複合的に行わなければ、医療事業は成り立たないのである。そのため、複合的に行っている事業を同時に、また適切に管理することは、病院事業の管理において大変重要なことである。

病院が病院としての独特の管理手法が必要であるのと同様に、老人保健施設、グループホーム、在宅事業、通所事業等、それぞれが適切な管理会計が必要になる。

医療機関における財務的マネジメント・システムは、医療機関＝病院と認識しそうであるが、医療機関には様々な事業が含まれている。そのため、医療機関におけるマネジメント・システムは病院を開設する医療法人、あるいは公的な医療機関においては、関連する事業を包括した一体経営として認識する必要がある。一例だが、利益を生み出す事業の視点では、必ずしも病院が中心とは限らないということもある。

3 実務的に病院で財務マネジメントを機能させる要諦

3-1 ステップとしては病棟別損益計算から

BSC など様々なマネジメント・システムが医療事業では運用されている。しかしながら、それらのマネジメント・システムを導入しても継続できておらず、機能していないケースが散見される。マネジメント・システムの一助になる会計が管理会計であることは、改めて言う必要はないだろう。マネジメント・システムが機能していない要因として考えられることは、基本となる管理会計が十分に機能しておらず、管理会計を使いこなせない要因を別のマネジメント・

システムに求める傾向があることである。

もちろんマネジメント・システムは形式的に作ることが目的ではなく、使って経営に役立てて意味があり、使わず機能しないのであれば手間だけかかってやらないほうがよいと現場は判断する。理論としてのマネジメント・システムは存在するが、継続して機能しているケースは多くはないのが現状である。

病院特有の代表的な財務的マネジメント・システムである病棟別損益計算を、継続的に行っているところも現実には少ない。医療機関における管理会計の第一ステップは月次決算，第二ステップは事業別会計，そして第三ステップは病棟別損益計算であると考ええる。病棟別損益計算が機能していないと事業計画，予算管理，診療科別損益管理は機能しないと考ええる。

主な入院医療の主な病棟種類としては、以下のものがある。

- ・急性期病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・回復期リハビリテーション病棟
- ・医療療養病棟
- ・精神科病棟

病院にとって、地域医療の中でどのような機能を果たしていくのかを判断することは重要なことである。将来の経営判断のためには、経営結果の実績を検証する病棟別損益管理は必須の管理会計であるといえる。

急性期病院，慢性期病院，ケアミックス病院，精神科病院等の様々な機能がある病院事業は、経営管理において大きな違いがある。大学病院等の特定機能病院は全床急性期であり，中小病院はケアミックスが大半である。そのような中小病院においては、診療科別損益計算の前に病棟別損益計算を行うことが重要である。病棟別損益計算と診療科別損益計算を同時に行うこともあるが、病院の管理部門の状況や経営者の認識を考慮すると、先に病棟別損益計算から継続して機能させることが望ましいと考える。

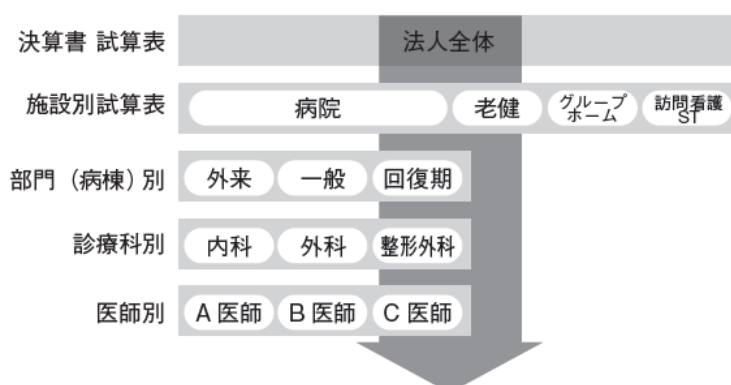
病院における原価計算の取組については、以下のような指摘もある。

「原価計算に取り組む場合の優先順位としては、部門（病棟）別原価計算，診療科別原価計算，医師別原価計算の順に取り組むとよいでしょう（図表 7-4）。

部門（病棟）別原価計算は、主に病棟機能と患者層がミスマッチしていないか、人員配置は適切な状態であるかを把握するためのハード面（施設基準や法定人員）に関する指標。

診療科別原価計算は、主に医師 1 人あたりの医業収益や受け持ち患者数，病院としての診療科構成や設備投資の適切性について把握するための運用面に関する指標となります」⁶

図表 7-4 原価計算の優先順位



（出典：日本経営ウィル税理士法人（2017, p.65））

病院の大部分を占める中小病院の管理会計や財務的マネジメント・システムは、基本となる月次決算から段階的にステップアップさせていくことが機能的に継続させることにつながる。一方で、全床急性期の大規模病院であれば診療科別損益をはじめとする財務的マネジメント・システムの導入が進み、継続的に機能するかという点必ずしもそうではない。

その要因としては以下が考えられる。

⁶日本経営ウィル税理士法人（2017, pp.65-66）

- ・経営者に経営に対する関心が弱い，医療への関心と責任感は強いが経営に対しては弱い
- ・組織の中に数値を管理する風土がない，経理は行うが経営管理に使う風土がない
- ・管理部において作成したが，活用において診療部の幹部からの反発により頓挫した
- ・精緻で正確性を求めるあまり現場の業務量，正確性の結論に至らず出来なかった
- ・そもそも月次決算が機能していない
- ・公的な医療機関においてはトップマネジメント層が短期間で交代することにより経営に対する関心が弱い。管理能力の課題がある。
- ・民間病院と公的病院ではマネジメント・システムが機能しない要因に違いがある。

前述しているように，民間病院は，昭和の時代に医師である経営者が，医療的な理念から創業をしており，そもそも経営の意識が弱い時代背景の中でスタートしている。それでも医療経営が成り立った時代は過去にはあったが，その時代は過ぎ去り，適切な経営管理をしなければ淘汰され，事業が継続できないことを認識する必要がある。現在は，大多数の創業経営者から次世代の経営者へ承継が行われている。今までは創業経営者としてのカリスマ性に支えられた組織から，次世代の経営者においては体系的な組織力が求められることになる。その基礎を整備することは創業経営者の責務である。体系的な組織力がない状態で若い次世代へ承継が行われると，次世代が直系であっても第三者であっても組織力が弱くなり，あるべき医療の提供が困難になる。

創業世代においても承継世代においても，経営に対する関心と意識を高めることは，地域医療の継続と発展のために必須であることを理解いただくことを願う。

公的な病院，あるいは公的な位置づけに近い病院においては，経営管理者が短期間で交代する現状がある。また，その管理現場においても一定期間で担当者の交代が行われることがある。このような状況下では，経営に対する関心を高めることは容易ではない。公的病院あるいは公的な位置づけに近い病院においては，その開設主体である自治体，公的機関そのものが，病院経営に対する関心と意識を高める必要がある。

3-2 医療（臨床）指標と財務指標の両方により経営を管理する

病院の第一優先の目的は利益ではない。これは医療法の第七条 6 項において，医療法人は営利を目的としないとされていることから明らかである。

（第七条 6 項）

営利を目的として，病院，診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては，第四項の規定にかかわらず，第一項の許可を与えないことができる。

（第五十四条）

医療法人は，剰余金の配当をしてはならない。

医療現場において，利益第一優先で医療の提供が行われているのではない。病院の経営においては，財務の経営数値だけでは経営を行うことはできず，医療の指標と財務の数値の両方を管理に機能させることが必要になる。財務の数値だけでは医療現場を動かすことはできず，また誤った方向性と判断を誘発する可能性がある。従って，財務数値を活用する場合には医療の指標（臨床指標）を併用することが不可欠である。

病院において他の産業より BSC がマネジメント・システムとして採用されているが，これは，「医療」と「経営」の両方の管理を仕組みとして機能させることに対する期待の大きさと考えられる。

月次決算における事業別損益計算，病棟機能別損益計算，あるいは診療科別損益計算，これらの病院における代表的な財務的マネジメント・システムの活

用において、医療現場および管理現場の反発によりマイナス効果、あるいは継続不能になることがある。

その反発を誘発する要因としては以下が考えられる。

- ・事業責任者である施設長、あるいは診療科の責任者である診療部長に数値を公開したことにより営利のためとして認識されること。
- ・経営数値を人事評価に活用しようとしたこと。
- ・他事業、他診療科の比較において納得性が得られない。

これらへの対応としては、次のアプローチが考えられる。

① 医療そのものが営利を前提としておらず、その医療にかかわるスタッフも経営的な教育や経験を有していないことを、経営者は理解をしなければならない。一般的に事業責任者あるいは診療科の責任者は、経営とくに財務的な経営感覚の意識が備わっていない。そのため財務数値を公開することは、レベルの高い活用となる。従って、段階的に活用の幅を広げると同時に、幹部に対する経営能力の教育を併せて行うことが求められる。まずは実態として経営判断を担っている経営者において、活用することが第一ステップである。

② 前述のように、保険者から支払われる診療報酬は政府が定めており、病院が自由に診療報酬を設定することができない。そのため、必ずしも患者に提供される医療行為が、民間サービスの提供における適切な「値決め」が行われているわけではない。

医療法人が開設する急性期病棟における利益率、回復期リハビリテーション病棟の利益率、療養型の利益率等はすべて異なる。入院外来の区分の視点では入院医療は利益プラス、外来医療は利益マイナスが一般的な損益である。診療科においては、内科系は利益プラス傾向、外科系は利益マイナス傾向。病棟種類別においては、急性期病棟は利益若干、回復

期リハビリテーション病棟は利益 15%超が目安となっておりベースとなる収支構造が異なる。さらにこれらの傾向は、診療報酬（改定）によって2年ごとに影響を受ける。

このように、診療報酬が医療サービスのパフォーマンスを人事評価に活用できるだけの合理的な仕組みとなっているわけではない。従って、損益の絶対値を人事評価に直接活用することは適切ではないといえる。病院における人事評価は、医療におけるパフォーマンスのプロセスの視点が重要である。特に目標設定と実績評価においては、チーム単位の考え方を重視すべきである。

- ③ 診療科の責任者に診療科別損益計算を公開するにあたり、全診療科の数値を公開した場合、管轄する診療科だけではなく他の診療科との比較に関心が行く。自身の診療科が赤字である場合にその正当性や、他の診療科が黒字である場合の不合理性・数値の算定基準や配賦基準等の議論になることがある。他の診療科の実績検討ではなく自身の診療科の実績検討に集中するためには、その診療科の実績のみを時系列実績として活用することが望ましい。診療科実績をその責任者に公開する前提は、経営者において十分に経営判断に活用している実績があり、経営者が診療科別損益の管理資料をもとに当該責任者に改善指導が出来る状態であることが必要である。診療科別損益等の財務的マネジメント・システムはあくまでも経営のための道具であり、マネジメント・システムそのものが経営を管理し改善をリードするものではない。マネジメント・システムを活用するのは経営者であり、経営者が活用する能力を備えてはじめて機能するものである。それをトップ、経営者、幹部は理解する必要がある。

3-3 正確性の定義を変化させる

管理会計における各事業、各病棟、各診療科の利益の算定は、税務会計を目

的としておらず、また、会計基準の制度会計を目的としているものではなく、経営管理のための会計である。そのため、施設間、あるいは診療科間における費用の配賦においても 100% 正確な答えがあるわけではない。

この点については、以下のような指摘もある。

「弊社では月次試算表を活用することでその数値を求めています。軸となる数値は各事業・部門が集約された病院全体を表すことから、数値の計上方法は「直課と配賦」を行いすべて計上します。コストを按分させる配賦に 100% の精度を求めることはできないのですが、失敗する代表例として、この精度にこだわるあまり、数値に振り回され最終的には作成に時間を費やし、活用されないといったケースが少なくありません。当然ながら配賦基準については、できる限り現場が納得できる基準が必要です。100% の精度が得られないという性質上、実際原価計算には一定の妥協点が必要です」⁷

正確であるべきことを前提に適用すると、医療現場からの要望に対して応えることは困難となる。また、精緻で正確性を求めると管理現場における事務負担が膨大なものとなり、完成までに至らない、継続することが出来ないといった問題が発生する。まずは、病院の各部門で実際に使っている、あるいは存在するデータで作成することからスタートすべきである。最初から完璧なものを求めるのではなく、正確性の定義を段階的に変化させ、無理なく各現場の協力を得ながら進化させていくことが重要である。形式的に適用し作成するだけが目的になると、活用されず経営に有効なマネジメント・システムとして機能しない。大事なことは作ることではなく、活用して経営に役立てることである。小さく生んで大きく育てる気持ちが必要である。

活用し、経営に役立て、継続させ、発展させていくことが、マネジメント・システムそのものを成長発展させていくことになる。最初から 100% の完成を期待するのではなく、病院の組織の状況に応じたマネジメント・システムの選択と活用のステップが必要である。

⁷ 日本経営ウィル税理士法人（2017, p.68）

まとめ

病院におけるマネジメント・システムの機能は、国家の医療制度の状況によってそのあるべき適用が異なる。米国の医療制度は、日本と異なり政府による国民皆保険ではない。医療の提供体制も大きく異なり、800床の大学病院であればスタッフ数は1万人を超える。診療報酬は日本のように単一ではなく保険会社が数百を超えるため、報酬は個々の病院、個々の保険会社、個々の保険制度ごとに異なる。病院組織と医師の組織は別組織であることも多く、診療報酬も病院の診療報酬と医師の診療報酬は別の支払方法になっている。従って、病院のマネジメントは日本よりはるかに複雑であり戦略性が求められる。このような、病院経営において適用されるマネジメント・システムは、日本と共通して適用されるものもあるが、別々の視点とアプローチが必要である。

日本における病院のマネジメント・システムを機能的に発展させていくためには、今後、諸外国の医療制度の違いによるマネジメント・システムと機能性の差異を考察し、病院の経営発展に寄与する財務的マネジメント・システムのあり方を検討する必要がある。

財務的マネジメント・システムの基本は、月次決算の活用には他ならない。月次決算が機能せずして他の財務的マネジメント・システムが機能することはない。個々の病院のガバナンスの状態、経営者の経営管理に対する意識、幹部の経営管理能力により、その適用の段階は異なる。しかし、どのケースにおいても経営者の経営に対する関心と経営管理に対する意識を高めることが、財務的マネジメント・システムを機能的にする。

現在、多くの民間病院は、事業承継に直面している。少子高齢化がさらに加速する日本において、病院への期待は大きい。また、医療は政府の成長戦略の重要産業のひとつでもある。病院の次世代の経営者が医療事業を地域社会で永続させ成長発展させるために、経営に対する関心と意識を高めるとことは最重要である。財務的マネジメント・システムはその支援としての役割を果たすことが出来る。

本章においては特に病院の財務的マネジメント・システムとして代表的な病

棟別損益計算，とその前提としての月次決算と事業別管理会計を重点的に解説した。日本の病院における管理会計および財務的マネジメント・システムは，日本の医療の特徴を十分に認識及び理解して活用しなければならない。日本の病院開設者，医療と医療制度の歴史と背景，国民皆保険制度に基づく診療報酬体系，日本の過去，現在，そして未来の医療を考えて今後の考察は深められるべきである。

財務的マネジメント・システムが病院経営に役立ち，病院が地域医療を発展的に支えることを期待したい。

参考文献

日本経営ウィル税理士法人（2017）編著『病院経営の健全化と継続性を創る財務管理体制：財がなくては事業は続かず，事業なくては人は育たず』株式会社 MAS ブレーン。

丹羽修二(日本経営副社長)

第 8 章 医療機関におけるマネジメント・システムのアンケート調査

はじめに

医療機関に対する管理会計研究の関心は年々高まっている。その背景には、2000 年ぐらいを境にして、医療機関の経営が急激に悪化した現状をどうすれば是正することができるかといった危機意識がある。医療機関の経営を適切に行っていくためには、医療の質の向上だけではなく、経営の質の向上も併せて検討していかなければならない。医療の質と経営の質の一体化を目指す医療機関になるためには、管理会計の知見が必要になる。

管理会計システムには、現場の人々を動かす力がある。人の行動を変えることが管理会計の一番重要な役割である（伊丹・青木, 2016, p.1）。医療機関ではせっかく導入したマネジメント・システムを中止したり、変更したり、導入に二の足を踏んでいるケースがあるのではないか。われわれはこのような問題意識のもと、管理会計を中心としたマネジメント・システムに関する実態把握を行うために、「医療機関における経営の目的とマネジメント・システムの導入に関する調査」のアンケートを実施した。

本章の目的は、アンケート調査の結果を分析し、医療機関のマネジメント・システムの現状と課題を明らかにすることにある。この目的のために、第 1 節では、アンケート調査の概要について述べる。第 2 節から第 4 節にかけて、われわれが調査した 12 のマネジメント・システムを 3 つに区分して、先行研究と合わせて調査結果を示す。具体的には、第 2 節では最新のマネジメント・システムとして、ABC（Activity-Based Costing：活動基準原価計算）、BSC（Balanced Scorecard：バランスト・スコアカード）、原価企画、アメーバ経営を取り上げた。第 3 節では伝統的なマネジメント・システムとして、事業計画、

予算管理，設備投資計画，目標管理，部門別原価計算を取り上げた。第4節では現場改善のマネジメントとして，方針管理，トヨタ生産システム，TQM（Total Quality Management：総合的品質管理）を取り上げた。最後に本章のまとめを行う。

1 アンケート調査の概要

本節ではアンケート調査の概要を述べる。はじめにアンケートの調査対象を示す。次に，アンケートに回答してくださった病院の規模，病院区分を整理し，最後に，各マネジメント・システムの定義を明らかにする。

1-1 調査対象

本研究では2018年1月末現在の8,401病院のうち改廃を除くすべての病院（8,392施設）を対象とした郵送によるアンケート調査を行った。宛先は施設の院長または院長と同等の知識を有する人物とした。調査期間は，2018年2月1日から2月28日までとした。回答数は248施設，回答率は2.96%であった。質問票は記名式で依頼をして，病院名が無記名なものや回答内容に不備があるものを分析対象から除いた。その結果，有効回答数は233施設，有効回答率は2.78%になった。

日本の病院数は1992年の10,096施設をピークに年々減少傾向にある。ここで，病院とは20床以上の病床を有する施設をいい，診療所とは病床を有さないものまたは19床以下の病床を有する施設をいう。図表8-1は開設者別にみた施設数である。

図表 8-1 開設者別にみた施設数

No.	開設者別	回答数	施設数	No.	開設者別	回答数	施設数
1	国 厚生労働省	0	14	14	厚生連	4	103
2	独立行政法人国立病院機構	2	142	15	国民健康保険団体連合会	0	-
3	国立大学法人	0	48	16	健康保険組合及びその連合会	1	9
4	独立行政法人労働者健康安全機構	0	34	17	共済組合及びその連合会	0	43
5	国立高度専門医療研究センター	0	8	18	国民健康保険組合	0	1
6	独立行政法人地域医療機能推進機構	0	57	19	公益法人	3	217
7	その他	0	24	20	医療法人	164	5,762
8	都道府県	3	199	21	私立学校法人	1	114
9	市町村	27	629	22	社会福祉法人	11	199
10	地方独立行政法人	4	101	23	医療生協	2	82
11	日赤	3	92	24	会社	2	38
12	済生会	1	81	25	その他の法人	0	192
13	北海道社会事業協会	0	7	26	個人	5	205
合 計						233	8,401

出典：厚生労働省（2018）を基に回答数を加筆。

1-2 回答病院の病院規模

図表 8-2 は、回答した病院の規模を表している。本研究では病院の規模を 3 つに区分した。具体的には、100 床未満を小規模病院、100 床以上 299 床未満を中規模病院、300 床以上を大規模病院と位置づけた¹。また、病床数については、稼働病床数とした。稼働病床とは許可病床数（医療法の規定に基づき許可を受けた病床）から休床の届出をしている病床の他、過去 1 年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のことをいう。

その結果、小規模病院は 102 施設（43.8%）、中規模病院は 98 施設（42.1%）、大規模病院は 33 施設（14.2%）であった。回答のあった病院規模と全国の病院

¹ 厚生労働省の病院の規模に関する定義は、小規模病院 20 床～99 床、中規模病院 100 床～499 床、大規模病院 500 床以上としている。日本能率協会総合研究所（2016）の調査では病院規模を、①20 床～199 床、②200 床～399 床、③400 床以上の 3 つに区分している。また、中田（2017）は、小規模病院 149 床以下、中規模病院 150 床以上 299 床以下、大規模病院 300 床以上に区分している。厚生労働省の定義を使用すると、500 床以上の病院からの回答率が著しく下がることが予想されたため、本調査では上記の先行研究を総合的に判断して病院規模を定めた。

規模の構成割合は概ね一致している。

図表 8-2 回答病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	102	98	33	233
%	43.8%	42.1%	14.2%	100%

1-3 回答病院の病院区分

図表 8-3 は、回答した病院の病院区分を示している²。一般病院とは、一般病床が全体の 80%以上を占める病院である。療養型病院とは、療養型病床が全体の 80%以上を占める病院である。精神科病院とは、精神病床が全体の 80%以上を占める病院である。ケアミックス病院とは、上記以外の病院である。その結果、一般病院が 101 施設（43.3%）、療養型病院が 40 施設（17.2%）、精神科病院が 17 施設（7.3%）、ケアミックス病院が 75 施設（32.2%）であった。

図表 8-3 回答病院の病院区分（再掲第 1 章図表 1-4）

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	101	40	17	75	233
%	43.3%	17.2%	7.3%	32.2%	100%

1-4 回答病院の病院区分と病院規模のクロス表

図表 8-4 は、回答病院の病院区分と病院規模の間に関連があるかを検討するためにカイ 2 乗検定を行ったところ、両者の間に有意な関連がみられた。

² 病院区分に際しては、厚生労働省「医療施設経営安定化推進事業 平成 28 年度 病院経営管理指標」の病院種別比較の定義にしたがった。

図表 8-4 回答病院の病院区分と病院規模のクロス表

(行パーセント表示)

		病院規模			計
		小規模	中規模	大規模	
病院区分	一般	52.5 (53)	25.7 (26)	21.8 (22)	100 (101)
	療養型	55.0 (22)	40.0 (16)	5.0 (2)	100 (40)
	精神科	5.9 (1)	70.6 (12)	23.5 (4)	100 (17)
	ケアミックス	34.7 (26)	58.7 (44)	6.7 (5)	100 (75)

※ 注1：カッコ内は度数である。

※ 注2： $\chi^2(6, N = 233) = 35.08, p < .001$

1-5 マネジメント・システムの定義

本研究では、管理会計手法を中心とした 12 のマネジメント・システムとして、①ABC、②BSC、③事業計画、④予算管理、⑤原価企画、⑥設備投資計画、⑦目標管理、⑧方針管理、⑨アメーバ経営、⑩部門別原価計算、⑪トヨタ生産システム、⑫TQM を取り上げた。各マネジメント・システムの定義は、図表 8-5 のとおりである。

図表 8-5 マネジメント・システムの定義

1	ABC（活動基準原価計算）とは、原価を活動単位で把握し原価計算することである。
2	BSC（バランスト・スコアカード）とは、戦略の策定と実行のマネジメント・システムである。
3	事業計画とは、3年もしくは1年の経営計画である。
4	予算管理とは、年度の予算編成と月次の差異分析に基づく管理である。
5	原価企画とは、新たなサービスを開発時の戦略的なコストマネジメントである。
6	設備投資計画とは、電子カルテなど情報投資や医療設備の投資の経済計算のことである。
7	目標管理とは、個人目標を上司と部下で握り合うことである。
8	方針管理とは、トップの方針を目標と実施項目で現場に展開して管理することである。
9	アメーバ経営とは、小グループに利益責任を持たせて、時間当たり採算管理することである。
10	部門別原価計算は、原価を部門単位に集計して原価計算することである。
11	トヨタ生産システム or リーン生産とは、改善活動によって効率的な生産体制を構築することである。
12	TQM（総合的品質管理）とは、全職員を巻き込んでQCストーリーに基づいて改善することである。

2 最新のマネジメント・システム

本節では調査した 12 の病院マネジメント・システムのうち、ABC、BSC、原

価企画、アメーバ経営の4つを最新のマネジメント・システムとして位置付けた。はじめに、マネジメント・システムの近年の先行研究を紹介する。次に調査結果として、導入状況、導入病院の病院規模、導入病院の病院区分、導入年数、院長の関与度について明らかにする。最後に、本節を小括する。

2-1 ABCに関する先行研究

病院を対象とした最初のABC文献はHelmi and Tanju (1991)であり、それ以降病院におけるABCの実践報告や提唱が相次いでなされている(荒井, 2007, p.50)。荒井(2007, p.12)によれば、病院ABCを主張する文献では、原価計算目的として償還額交渉目的³も含まれているが、原価管理目的や品質管理目的に利用することが強調されているという。

公立病院に焦点をあてた原価計算の実態調査に中田(2017)⁴がある。中田は全国の公立病院・診療所を対象にアンケート調査を実施した。その結果、ABCを利用しているのは、①市町村立病院 0.0% (規模別内訳：小規模 0.0%, 中規模 0.0%, 大規模 0.0%), ②都道府県立病院 2.6% (規模別内訳：小規模 0.0%, 中規模 5.9%, 大規模 0.0%), ③独立行政法人 0.0%, ④組合立病院 0.0%であった。

近年では、Kaplan and Anderson (2004)が提唱したTDABC (Time-Driven Activity-Based Costing: 時間適用ABC)が病院でも導入されるケースが見られるようになってきた⁵。病院でTDABCを利用する目的として、①未利用キャパシティの活用、②タスク・シフティング(業務移管)に有益な情報をもたらすことがあげられている(足立, 2019, p.214)。

³ 償還目的とは、医療原価の償還に関わる目的であり、①原価償還のための保健機関との契約交渉目的、②無保険者に対するサービス価格設定目的、③契約交渉および価格設定の前提としての償還対象別採算分析目的、④保険機関への提出が義務づけられている原価報告書作成目的が含まれる(荒井, 2007, p.2)。

⁴ 中田(2017)の2016年調査では、アンケート発送数1,095施設、有効回答数293施設(有効回答率26.8%)である。この調査では公立病院を①市町村立病院、②都道府県立病院、③独立行政法人、④組合立病院の4つに区分している。さらに、市町村立病院と都道府県立病院については、病院規模を小規模20床以上144床以下、中規模150以上299以下、大規模300床以上に区分している。

⁵ 病院におけるTDABCに関する近年の議論については、足立(2019)が詳細に論じている。

先行研究において、わが国における病院でも ABC が導入されるケースがあるというのが本当だろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

2-2 ABCの実態調査結果

2-2-1 ABCの導入状況

図表 8-6 は、ABC の導入状況について、7 つの質問項目で回答していただいた。「1_ABC を知らない」81 施設（34.8%）、「2_ABC について聞いたことがある」45 施設（19.3%）、「3_ABC の内容がわかる」61 施設（26.2%）、「4_ABC の導入を検討中」19 施設（8.2%）、「5_ABC を導入予定」5 施設（2.1%）、「6_ABC を導入中」15 施設（6.4%）、「7_ABC を中止した」1 施設（0.4%）、「未回答」6 施設（2.6%）であった。

図表 8-6 ABC の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	81	45	61	19	5	15	1	6	233
%	34.8%	19.3%	26.2%	8.2%	2.1%	6.4%	0.4%	2.6%	100%

2-2-2 ABC 導入病院の病院規模

図表 8-7 は ABC を導入している病院（15 施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 8 施設（53.3%）、中規模病院は 3 施設（20.0%）、大規模病院は 4 施設（26.7%）であった。

図表 8-7 ABC 導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	8	3	4	15
%	53.3%	20.0%	26.7%	100%

2-2-3 ABC 導入病院の病院区分

図表 8-8 は、ABC を導入している病院（15 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 8 施設（53.3%）、療養型病院が 3 施設（20.0%）、精神科病院が 1 施設（6.7%）、ケアミックス病院が 3 施設（20.0%）であった。

図表 8-8 ABC 導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	8	3	1	3	15
%	53.3%	20.0%	6.7%	20.0%	100%

2-2-4 ABC の導入年数

図表 8-9 は、ABC を導入している病院（15 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 6 施設（40.0%）、「5 年以上 10 年未満」が 2 施設（13.3%）、「10 年以上」が 4 施設（26.7%）、「未回答」が 3 施設（20.0%）であった。

図表 8-9 ABC の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	6	2	4	3	15
%	40.0%	13.3%	26.7%	20.0%	100%

2-2-5 院長の関与度

図表 8-10 は、ABC を導入している病院の院長が、ABC の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 4.31、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、3 施設（23.1%）であった。

図表 8-10 ABC に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし		どちらともいえない			強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7
ABC	13	4.31	5	2.10	度数	3	0	0	2	5	1	2
					%	23.1%	0.0%	0.0%	15.4%	38.5%	7.7%	15.4%

2-3 BSC に関する先行研究

病院 BSC に関連する実態調査は、これまでもいくつか実施されてきた。全国の病院を対象にした先駆的な研究に、日本能率協会総合研究所(2016)がある。同研究所は日本の全病院を対象に 2004 年度より実施しており、その成果は日本医療バランスト・スコアカード研究学会を中心に公表されている(深代ほか, 2006; 高橋ほか, 2011; 福田, 2011; 高橋・北村, 2017; 中川, 2017)。直近の 2015 年度のアンケート調査によれば、BSC を導入している病院の割合は回答した病院のうち 21.3%であった⁶(日本能率協会総合研究所, 2016)。

公立病院に焦点をあてた BSC の実態調査に中田(2017)⁷がある。中田(2017)は全国の公立病院・診療所を対象にアンケート調査を実施した。その結果、BSC を利用しているのは、①市町村立病院 9.0%(規模別内訳:小規模 3.4%, 中規模 10.3%, 大規模 18.4%), ②都道府県立病院 23.1%(規模別内訳:小規模 20.0%, 中規模 23.5%, 大規模 25.0%), ③独立行政法人 11.1%, ④組合立病院 10.0%であった。

医療法人を対象にした BSC の実態調査として、荒井(2016)は総収益 10 億円以上の医療法人を対象に、BSC の戦略マップに関連する事項、成果指標データに基づく対策検討会の実施頻度等についてアンケート調査を実施した⁸。その結果、BSC 導入率は 44.0%であり、戦略マップを作成していない法人が 32.5%

⁶ 日本能率協会総合研究所(2016)の調査では、アンケート発送数は 8,457 施設、回答数は 432 施設(回答率 5.1%)である。

⁷ 中田(2017)の 2016 年調査では、アンケート発送数 1,095 施設、有効回答数 293 施設(有効回答率 26.8%)である。

⁸ 荒井(2016)の調査では、アンケート発送数は 2,847 施設、回答数は 91 施設(回答率 7.4%)である。

であったことなどを明らかにした。荒井（2017）はまた、DPC/PDPS 対象病院⁹を対象にした BSC に関するアンケート調査を実施した¹⁰。その結果、57.6%の病院で BSC を実施していることがわかった。

先行研究では BSC の導入率が 21%程度と 50%以上の調査結果があるが、どちらが本当だろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

2-4 BSC の実態調査結果

2-4-1 BSC の導入状況

図表 8-11 は、BSC の導入状況について、7 つの質問項目で回答していただいた。「1_BSC を知らない」45 施設（19.3%）、「2_BSC について聞いたことがある」41 施設（17.6%）、「3_BSC の内容がわかる」57 施設（24.5%）、「4_BSC の導入を検討中」15 施設（6.4%）、「5_BSC を導入予定」13 施設（5.6%）、「6_BSC を導入中」53 施設（22.7%）、「7_BSC を中止した」2 施設（0.9%）、「未回答」7 施設（3.0%）であった。

図表 8-11 BSC の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	45	41	57	15	13	53	2	7	233
%	19.3%	17.6%	24.5%	6.4%	5.6%	22.7%	0.9%	3.0%	100%

2-4-2 BSC 導入病院の病院規模

図表 8-12 は BSC を導入している病院（53 施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 19 施設（35.8%）、中規模病院は 16 施設（30.2%）、大規模病院は 18 施設（34.0%）であった。

⁹ DPC/PDPS とは Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System の略で、診断群分類包括評価制度のことをいう。入院医療費を従来のすべての診療行為の行った回数等に応じた出来高払いから、患者ごとに診断名、治療方法等をもとに、1 日あたりの定額報酬算定方式のこと。

¹⁰ 荒井（2017）の調査では、アンケート発送数 1,580 施設、回答数 158 施設（回答率 10.0%）である。

図表 8-12 BSC 導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	19	16	18	53
%	35.8%	30.2%	34.0%	100%

2-4-3 BSC 導入病院の病院区分

図表 8-13 は、BSC を導入している病院（53 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 34 施設（64.2%）、療養型病院が 7 施設（13.2%）、精神科病院が 1 施設（1.9%）、ケアミックス病院が 11 施設（20.8%）であった。

図表 8-13 BSC 導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	34	7	1	11	53
%	64.2%	13.2%	1.9%	20.8%	100%

2-4-4 BSC の導入年数

図表 8-14 は、BSC を導入している病院（53 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 17 施設（32.1%）、「5 年以上 10 年未満」が 19 施設（35.8%）、「10 年以上」が 17 施設（32.1%）、「未回答」が 0 施設（0.0%）であった。

図表 8-14 BSC の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	17	19	17	0	53
%	32.1%	35.8%	32.1%	0.0%	100%

2-4-5 院長の関与度

図表 8-15 は、BSC を導入している病院の院長が、BSC の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 5.94、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、36 施設（73.5%）であった。

図表 8-15 BSC に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし どちらともいえない 強く関与						
						1	2	3	4	5	6	7
BSC	49	5.94	6	1.38	度数	1	1	1	3	7	14	22
					%	2.0%	2.0%	2.0%	6.1%	14.3%	28.6%	44.9%

2-5 原価企画に関する先行研究

原価企画とは、製品の企画・開発にあたって、顧客ニーズに適合する品質・価格・信頼性・納期等の目標を設定し、上流から下流までのすべての活動を対象としてそれらの目標の同時的な達成を図る、総合的利益管理活動である（日本会計研究学会, 1996, p.23）。原価企画はこれまで製造業を前提としてきたが、近年ではサービス業にも拡張可能性があるという研究が報告されている（岡田, 2010; 田坂, 2010; 伊藤, 2016 など）。

病院における原価企画に類似する手法として、クリニカルパス／クリティカルパスをとおした医療の質の向上と原価低減活動がある。クリニカルパス／クリティカルパスとは、医療の質を確保しつつ効率的に医療を提供するため、主に入院患者に対して、必要な治療・検査やケアなどをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸に取って作った診療スケジュール表のこと。荒井（2011, p.61）は、医療界においても原価企画は利用可能であり、またすでに広がり始めている診療プロトコル開発活動¹¹は、多くの面から原価企画活動と類似する性質を有して

¹¹ 診療プロトコルとは、クリニカルパス／クリティカルパスのこと。ただし、荒井（2011, p.2）は、「診療プロトコルは、クリティカルパスなどとも呼ばれているが、その内容は一般産業界において伝統的に使われている本来の意味でのクリティカルパスではなく、標準的な総合診療計画である。そこで本書では、診療プロトコルという言葉を用いる。

いると指摘している。

先行研究では、医療機関にも原価企画が導入されているというのが本当だろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

2-6 原価企画の実態調査結果

2-6-1 原価企画の導入状況

図表 8-16 は、原価企画の導入状況について、7つの質問項目で回答していただいた。「1_原価企画を知らない」61施設（26.2%）,「2_原価企画について聞いたことがある」53施設（22.7%）,「3_原価企画の内容がわかる」67施設（28.8%）,「4_原価企画の導入を検討中」18施設（7.7%）,「5_原価企画を導入予定」8施設（3.4%）,「6_原価企画を導入中」21施設（9.0%）,「7_原価企画を中止した」0施設（0.0%）,「未回答」5施設（2.1%）であった。

図表 8-16 原価企画の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	61	53	67	18	8	21	0	5	233
%	26.2%	22.7%	28.8%	7.7%	3.4%	9.0%	0.0%	2.1%	100%

2-6-2 原価企画導入病院の病院規模

図表 8-17 は原価企画を導入している病院（21施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は7施設（33.3%）,中規模病院は10施設（47.6%）,大規模病院は4施設（19.0%）であった。

用いる」と述べている。荒井（2011, p.61）は、加工組立型製造業における取組みを基礎として理論構築された原価企画の特質・内容と、医療界における原価企画的活動の特質・内容は、完全に一致するものではないと指摘している。

図表 8-17 原価企画導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	7	10	4	21
%	33.3%	47.6%	19.0%	100%

2-6-3 原価企画導入病院の病院区分

図表 8-18 は、原価企画を導入している病院（21 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 11 施設（52.4%）、療養型病院が 3 施設（14.3%）、精神科病院が 2 施設（9.5%）、ケアミックス病院が 5 施設（23.8%）であった。

図表 8-18 原価企画導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	11	3	2	5	21
%	52.4%	14.3%	9.5%	23.8%	100%

2-6-4 原価企画の導入年数

図表 8-19 は、原価企画を導入している病院（21 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 7 施設（33.3%）、「5 年以上 10 年未満」が 2 施設（9.5%）、「10 年以上」が 7 施設（33.3%）、「未回答」が 5 施設（23.8%）であった。

図表 8-19 原価企画の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	7	2	7	5	21
%	33.3%	9.5%	33.3%	23.8%	100%

2-6-5 院長の関与度

図表 8-20 は、原価企画を導入している病院の院長が、原価企画の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 5.26、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、10 施設（52.7%）であった。

図表 8-20 原価企画に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし		どちらともいえない			強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7
原価企画	19	5.26	6	1.63	度数	1	1	0	2	5	6	4
					%	5.3%	5.3%	0.0%	10.5%	26.3%	31.6%	21.1%

2-7 アメーバ経営に関する先行研究

アメーバ経営とは、機能ごとに小集団部門別採算制度を活用して、すべての組織構成員が経営に参画するプロセスである（アメーバ経営学術研究会，2010，p.20）。経営の本質は売上最大，経費最小を実現することにある。そのために、アメーバ経営では、会計の知識がない者でも簡単に実践できるように時間当たり採算という評価尺度を用いて部門別に採算計算を行っている。近年では病院にもアメーバ経営を導入するケースが増えている¹²（庄司，2010；挽，2013；松井，2017）。

通常、病院の収益センターは診療部である。一方、看護部・医療技術部などの部門は単体で利益を生み出すことが難しいため原価センターに位置づけられる。病院におけるアメーバ経営では、チーム医療を促進させるために、院内協力対価¹³という取り組みを行っていることが特徴的である。

¹² アメーバ経営を導入するケースは病院だけでなく、民間企業においても増加している。しかし、導入した企業のなかには運用を中止してしまう企業も少なくない。渡辺（2019）はアメーバ経営の中止の原因を解明するために、アメーバ経営を継続的に運用している企業と中止した企業を比較して、部門別採算制度の諸側面がパフォーマンスに及ぼす影響メカニズムについて多母集団同時分析を用いて検討した。

¹³ 院内協力対価の流れは次のとおりである（挽，2013）。第 1 に、診療報酬は保険医の請求に基づく収益であるとの観点から、すべての診療報酬と患者負担金が、まず医師の所属する各診療科の収益とされる。第 2 に、各コメディカル部門などの採算単位の部門に

院内協力対価によって各部門の活動成果が可視化される。京セラコミュニケーションシステム株式会社が医療機関向けのアメーバ経営コンサルティングで初めて協力対価方式を採用したのは 2006 年である。以来、医療機関へのアメーバ経営導入は、すべての案件で協力対価方式を採用している。2016 年 9 月末での医療機関へのアメーバ経営導入実績数は 50 施設となっている(松井, 2017, p.298)。

先行研究ではアメーバ経営を導入する医療機関が増加しているとあるが本当であろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

2-8 アメーバ経営の実態調査結果

2-8-1 アメーバ経営の導入状況

図表 8-21 は、アメーバ経営の導入状況について、7 つの質問項目で回答していただいた。「1_アメーバ経営を知らない」82 施設 (35.2%), 「2_アメーバ経営について聞いたことがある」62 施設 (26.6%), 「3_アメーバ経営の内容がわかる」73 施設 (31.3%), 「4_アメーバ経営の導入を検討中」6 施設 (2.6%), 「5_アメーバ経営を導入予定」1 施設 (0.4%), 「6_アメーバ経営を導入中」1 施設 (0.4%), 「7_アメーバ経営を中止した」2 施設 (0.9%), 「未回答」6 施設 (2.6%) であった。

図表 8-21 アメーバ経営の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	82	62	73	6	1	1	2	6	233
%	35.2%	26.6%	31.3%	2.6%	0.4%	0.4%	0.9%	2.6%	100%

2-8-2 アメーバ経営導入病院の病院規模

図表 8-22 はアメーバ経営を導入している病院 (1 施設) の病院規模を示して

対して、協力してもらった対価を支払う。これを協力対価というが、協力対価は診療報酬に基づいて該当する部門間の交渉によって決定される。第 3 に、診療科は各部門への協力対価を差し引いたものを自身の収入とする。

いる。アメーバ経営を導入している病院規模は中規模であった。

図表 8-22 アメーバ経営導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	0	1	0	1
%	0.0%	100.0%	0.0%	100%

2-8-3 アメーバ経営導入病院の病院区分

図表 8-23 は、アメーバ経営を導入している病院（1施設）の病院区分である。
アメーバ経営を導入している病院区分は療養型病院であった。

図表 8-23 アメーバ経営導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	0	1	0	0	1
%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100%

2-8-4 アメーバ経営の導入年数

図表 8-24 は、アメーバ経営を導入している病院（1施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満，5 年以上 10 年未満，10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果，アメーバ経営を導入している病院は，「5 年以上 10 年未満」であった。

図表 8-24 アメーバ経営の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	0	1	0	0	1
%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100%

2-8-5 院長の関与度

図表 8-25 は、アメーバ経営を導入している病院の院長が、アメーバ経営の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、院長の関与度は 4（どちらともいえない）であった。

図表 8-25 アメーバ経営に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし		どちらともいえない			強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7
アメーバ経営	1	4	4	0.00	度数	0	0	0	1	0	0	0
					%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0%

2-9 小括

ABC を導入しているのは 15 施設（導入率 6.4%）あった。導入を検討中 19 施設，導入予定 5 施設を含めると 39 施設である。公立病院を対象にした先行研究である中田（2017）の調査と同様，一定の割合で ABC を導入している（導入を希望する）病院があることがわかった。一方，ABC を中止したのは 1 施設（全体の 0.4%）あった。われわれは中止した病院にインタビュー調査をすることができた。その病院では，ABC における活動は診療報酬に基づいて定義していた。活動を診療報酬に紐づけることで，コストを細分化することが可能となったが，データを維持するためのコストや手間が多くかかることが顕在化した。新たな電子カルテの更新時に ABC を維持するための予算が獲得できなくなったことが契機となり中止となった。

BSC を導入しているのは 53 施設（導入率 22.7%）あった。日本能率協会総合研究所（2016, p.30）の調査によれば，BSC を導入している病院の割合は回答した病院のうち 21.3%（発送数：日本の病院 8,457 施設，回答数は 432 施設（回収率 5.1%））であった。本研究とほぼ同等の割合であることがわかった。また，BSC に取り組んでいる病院では，概ね 8 割以上の病院において，経営トップの理解のもと，継続的な支援がなされている（日本能率協会総合研究所，

2016, p.35)。本調査において、院長の関与度の平均値は 5.94、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、36 施設（73.5%）であった。第 1 章でも指摘されているが、BSC は財務データだけでなく、非財務データをも重視している。つまり、医療従事者が良い医療を行った結果として財務に繋がるという発想である。病院で BSC を実践されている割合が一般企業よりも高い理由の一つであると考えられる。

原価企画を導入しているのは 21 施設（導入率 9.0%）あった。そのうち、小規模病院では 7 施設導入していた。病院ではクリニカルパス／クリティカルパスの開発を原価企画と呼んでいる可能性が高い。したがって、荒井（2011, p.61）も指摘しているが、一般企業に導入している原価企画と病院で導入している原価企画の特質・内容は完全に一致するものではないため、議論をする際には注意が必要である。

アメーバ経営を導入しているのは 1 施設（導入率 0.4%）あった。また、導入を検討中が 6 施設、導入予定が 1 施設あり、アメーバ経営を導入しようとする病院が増加している傾向がみとれる。一方で、アメーバ経営を中止したのが 2 施設（全体の 0.9%）あることは興味深い。残念ながらアメーバ経営を中止した施設へのインタビュー調査は実施できなかったが、渡辺（2019）が述べているように、アメーバ経営を継続している組織と比較的短期で中止してしまった組織におけるパフォーマンスに及ぼす影響を検討することは重要である。渡辺（2019, p.51）は一般企業でアメーバ経営を継続している企業と中止した企業を比較した結果、比較的短期間で中止してしまった企業では、アメーバ経営の運用によって一定程度グループのパフォーマンスが向上したとしても、それ以上にアメーバ経営の運用に伴う負担感や不満が大きかったのかもしれない。導入プロセスにおいて行動的・組織的要因に対する配慮が影響している可能性がある」と指摘している。

3 伝統的なマネジメント・システム

本節では調査した 12 の病院マネジメント・システムのうち、事業計画、予算

管理，設備投資計画，目標管理，部門別原価計算の 5 つを伝統的なマネジメント・システムとして位置付けた。はじめに，マネジメント・システムの近年の先行研究を紹介する。次に調査結果として，導入状況，導入病院の病院規模，導入病院の病院区分，導入年数，院長の関与度について明らかにする。最後に，本節を小括する。

3-1 事業計画に関する先行研究

病院の事業計画がどのように運用されているか，また事業計画が業績にどのような効果をもたらすのかといったことは十分に明らかになっていない。荒井（2018）は総収益 10 億円以上の医療法人を対象にアンケート調査を実施した¹⁴。その結果，医療法人内の各施設事業別の事業計画を策定している割合は 79.1%であった。また，事業計画の利用程度をリッカート尺度 7 点法で回答した結果，（1）トップ経営層による各施設事業の分析に利用している割合は 5.2，（2）職員に対して経営管理意識の醸成や自立性促進に利用している割合は 4.7 であった。

荒井（2019, p.209）はまた，2012 年に DPC 関連の病院に対して実施したアンケート調査¹⁵から，事業計画をトップ経営層が経営状況の分析のために利用している病院の方が黒字病院割合で見た場合，広義の私的病院群を中心に有意に採算がよく，事業計画の積極的な利用は，採算性の確保（黒字維持）に貢献していることを明らかにした。

先行研究では事業計画を導入している医療法人が 79.1%もあるというのが本当だろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

3-2 事業計画の実態調査結果

3-2-1 事業計画の導入状況

図表 8-26 は，事業計画の導入状況について，7 つの質問項目で回答していた

¹⁴ 荒井（2018）の調査では，アンケート発送数は 2,759 施設，回答数は 194 施設（回答率 7.0%）である。ただし，事業計画の策定の有無に回答したのは 191 施設であった。

¹⁵ 荒井（2019）の調査では，アンケート発送数 1,619 施設，回答数 221 施設（回答率 13.7%）である。

だいた。「1_事業計画を知らない」8施設（3.4%）,「2_事業計画について聞いたことがある」13施設（5.6%）,「3_事業計画の内容がわかる」42施設（18.0%）,「4_事業計画の導入を検討中」9施設（3.9%）,「5_事業計画を導入予定」6施設（2.6%）,「6_事業計画を導入中」154施設（66.1%）,「7_事業計画を中止した」0施設（0.0%）,「未回答」1施設（0.4%）であった。

図表 8-26 事業計画の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	8	13	42	9	6	154	0	1	233
%	3.4%	5.6%	18.0%	3.9%	2.6%	66.1%	0.0%	0.4%	100%

3-2-2 事業計画導入病院の病院規模

図表 8-27 は事業計画を導入している病院（154 施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 55 施設（35.7%）,中規模病院は 69 施設（44.8%）,大規模病院は 30 施設（19.5%）であった。

図表 8-27 事業計画導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	55	69	30	154
%	35.7%	44.8%	19.5%	100%

3-2-3 事業計画導入病院の病院区分

図表 8-28 は、事業計画を導入している病院（154 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 72 施設（46.8%）,療養型病院が 23 施設（14.9%）,精神科病院が 9 施設（5.8%）,ケアミックス病院が 50 施設（32.5%）であった。

図表 8-28 事業計画導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	72	23	9	50	154
%	46.8%	14.9%	5.8%	32.5%	100%

3-2-4 事業計画の導入年数

図表 8-29 は、事業計画を導入している病院（154 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 45 施設（29.2%）、「5 年以上 10 年未満」が 28 施設（18.2%）、「10 年以上」が 74 施設（48.1%）、「未回答」が 7 施設（4.5%）であった。

図表 8-29 事業計画の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	45	28	74	7	154
%	29.2%	18.2%	48.1%	4.5%	100%

3-2-5 院長の関与度

図表 8-30 は、事業計画を導入している病院の院長が、事業計画の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 5.88、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、110 施設（72.3%）であった。

図表 8-30 事業計画に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし どちらともいえない 強く関与						
						1	2	3	4	5	6	7
事業計画	152	5.88	6	1.45	度数	5	3	2	10	22	44	66
					%	3.3%	2.0%	1.3%	6.6%	14.5%	28.9%	43.4%

3-3 予算管理

病院の予算管理に関する研究は、国内外を問わず一定の蓄積がある領域である。海外の医療分野の予算管理研究は、組織行動への影響に対する実証研究（阪口ほか, 2015）や予算管理と管理者業績評価の関係に関する研究（荒井, 2019）などがある。国内の研究では主にケーススタディを中心に、株式会社立の病院における予算を中軸とした管理会計研究に焦点をあてた研究（衣笠, 2013）、医療法人における予算管理のプロセスに焦点をあてた研究（阪口ほか, 2015）などがある。

予算管理の導入状況に関する調査については、荒井・尻無濱（2011）によれば、医業収益 10 億円以上の医療法人を対象にした調査で、部門別収益予算を策定しているのは 40.6%, 部門別費用予算を策定しているのは 35.5%であった。荒井ほか（2013）の DPC/PDPS 関連病院を対象にした調査によれば、部門別収益予算を策定しているのは 22.9%, 部門別費用予算を策定しているのは 12.9%に留まっているという。

先行研究では部門別予算管理を導入している割合は少ないが、予算管理の導入率はどうだろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

3-4 予算管理の実態調査結果

3-4-1 予算管理の導入状況

図表 8-31 は、予算管理の導入状況について、7つの質問項目で回答していた。 「1_予算管理を知らない」 11 施設（4.7%）, 「2_予算管理について聞いたことがある」 13 施設（5.6%）, 「3_予算管理の内容がわかる」 48 施設（20.6%）, 「4_予算管理の導入を検討中」 20 施設（8.6%）, 「5_予算管理を導入予定」 5 施設（2.1%）, 「6_予算管理を導入中」 133 施設（57.1%）, 「7_予算管理を中止した」 2 施設（0.9%）, 「未回答」 1 施設（0.4%）であった。

図表 8-31 予算管理の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	11	13	48	20	5	133	2	1	233
%	4.7%	5.6%	20.6%	8.6%	2.1%	57.1%	0.9%	0.4%	100%

3-4-2 予算管理導入病院の病院規模

図表 8-32 は予算管理を導入している病院（133 施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 47 施設（35.3%）、中規模病院は 60 施設（45.1%）、大規模病院は 26 施設（19.5%）であった。

図表 8-32 予算管理導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	47	60	26	133
%	35.3%	45.1%	19.5%	100%

3-4-3 予算管理導入病院の病院区分

図表 8-33 は、予算管理を導入している病院（133 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 64 施設（48.1%）、療養型病院が 18 施設（13.5%）、精神科病院が 7 施設（5.3%）、ケアミックス病院が 44 施設（33.1%）であった。

図表 8-33 予算管理導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	64	18	7	44	133
%	48.1%	13.5%	5.3%	33.1%	100%

3-4-4 予算管理の導入年数

図表 8-34 は、予算管理を導入している病院（133 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区

切った。その結果、「5 年未満」が 36 施設（27.1%）,「5 年以上 10 年未満」が 19 施設（14.3%）,「10 年以上」が 71 施設（53.4%）,「未回答」が 7 施設（5.3%）であった。

図表 8-34 予算管理の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	36	19	71	7	133
%	27.1%	14.3%	53.4%	5.3%	100%

3-4-5 院長の関与度

図表 8-35 は、予算管理を導入している病院の院長が、予算管理の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 5.59, 強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、82 施設（63.1%）であった。

図表 8-35 予算管理に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし			どちらともいえない			強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7	
予算管理	130	5.59	6	1.43	度数	4	2	4	14	24	43	39	
					%	3.1%	1.5%	3.1%	10.8%	18.5%	33.1%	30.0%	

3-5 設備投資計画に関する先行研究

病院では高額な医療機器への過剰投資による経営悪化が問題となっている。一方で、病院を対象にした設備投資計画研究は、国内外を合わせても限られており、管理会計の視点から設備投資計画の導入状況を調査した研究はほとんどみられない。荒井（2013）は 8 つの法人（公的病院、医療法人、財団法人、学校法人）を対象に、医療機器等投資を大規模な機器等投資を伴う新規事業展開レベルの投資、分析担当部署、新規事業展開レベルを含む高額医療機器等の投資、高額機器等への投資意思決定プロセスの 3 つの視点からケーススタディを

行った。その結果、経営管理に積極的な法人であっても経済性計算は十分に行われておらず、採算性とは関係のない要素を投資判断の要素としていることを明らかにした。

古井（2018）は、医療機関での設備投資計画における投資案の作成段階から事後評価に至るまでの意思決定プロセスを明らかにするために、済生会川口総合病院のケースを検討している。その結果、投資判断は回収期間法を基本としながら、投資の優先順位付けのために 8 つの判定区分¹⁶を考慮していることを明らかにした。また、同病院では設備を購入した後、300 万円以上の機器に関して毎年、使用状況、稼働率、採算性などの事後評価を実施している。事後評価を行うことで、遊休資産とならないように監視する体制を構築していることを指摘した。

先行研究では設備投資計画において経済計算を行っていないというのが実際はどうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

3-6 設備投資計画の実態調査結果

3-6-1 設備投資計画の導入状況

図表 8-36 は、設備投資計画の導入状況について、7 つの質問項目で回答していただいた。「1_設備投資計画を知らない」30 施設（12.9%）、「2_設備投資計画について聞いたことがある」25 施設（10.7%）、「3_設備投資計画の内容がわかる」55 施設（23.6%）、「4_設備投資計画の導入を検討中」28 施設（12.0%）、「5_設備投資計画を導入予定」11 施設（4.7%）、「6_設備投資計画を導入中」79 施設（33.9%）、「7_設備投資計画を中止した」0 施設（0.0%）、「未回答」5 施設（2.1%）であった。

¹⁶ 8 つの判定区分とは、①設定予算額と投資総額、②医療安全的観点、③経済性、④必要性、⑤使用頻度、⑥先進技術、⑦話題性、⑧購入予定価格等である（古井，2018，p.77）。

図表 8-36 設備投資計画の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	30	25	55	28	11	79	0	5	233
%	12.9%	10.7%	23.6%	12.0%	4.7%	33.9%	0.0%	2.1%	100%

3-6-2 設備投資計画導入病院の病院規模

図表 8-37 は設備投資計画を導入している病院（79 施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 25 施設（31.6%）、中規模病院は 37 施設（46.8%）、大規模病院は 17 施設（21.5%）であった。

図表 8-37 設備投資計画導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	25	37	17	79
%	31.6%	46.8%	21.5%	100%

3-6-3 設備投資計画導入病院の病院区分

図表 8-38 は、設備投資計画を導入している病院（79 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 39 施設（49.4%）、療養型病院が 12 施設（15.2%）、精神科病院が 4 施設（5.1%）、ケアミックス病院が 24 施設（30.4%）であった。

図表 8-38 設備投資計画導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	39	12	4	24	79
%	49.4%	15.2%	5.1%	30.4%	100%

3-6-4 設備投資計画の導入年数

図表 8-39 は、設備投資計画を導入している病院（79 施設）の導入年数を示

している。本研究では 5 年未満，5 年以上 10 年未満，10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果，「5 年未満」が 23 施設（29.1%），「5 年以上 10 年未満」が 12 施設（15.2%），「10 年以上」が 41 施設（51.9%），「未回答」が 3 施設（3.8%）であった。

図表 8-39 設備投資計画の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	23	12	41	3	79
%	29.1%	15.2%	51.9%	3.8%	100%

3-6-5 院長の関与度

図表 8-40 は，設備投資計画を導入している病院の院長が，設備投資計画の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果，平均値は 5.78，強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは，54 施設（72.9%）であった。

図表 8-40 設備投資計画に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし			どちらともいえない			強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7	
設備投資計画	74	5.78	6	1.44	度数	3	1	0	7	9	28	26	
					%	4.1%	1.4%	0.0%	9.5%	12.2%	37.8%	35.1%	

3-7 目標管理に関する先行研究

目標管理とは，目標設定への個々人の参画および自己コントロールを目的として，組織目標と整合性のある個人目標を掲げて，企業にとっても望ましい目標を設定し，それに従って自己をコントロールしていく管理の方法である。目標管理は，経営計画の枠組みのなかで，予算管理を通じて実践される（櫻井，2019, p.189）。

目標管理はマネジメント・システムとして，営利組織だけでなく，非営利組

織にも導入されている。労務行政研究所（2018）による一般企業を対象にした目標管理の実施率は、79.3%である¹⁷。病院を対象にした中田（2010）の調査¹⁸によれば、目標管理を採用している病院は53.6%である。そのうち、目標管理の対象は、診療科や病棟などの単位が76.5%、個人単位が21.8%であった。

先行研究では病院で目標管理を導入している割合が53.6%とあるが、実際はどうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

3-8 目標管理の実態調査結果

3-8-1 目標管理の導入状況

図表 8-41 は、目標管理の導入状況について、7つの質問項目で回答していた。 「1_目標管理を知らない」22施設（9.4%）, 「2_目標管理について聞いたことがある」27施設（11.6%）, 「3_目標管理の内容がわかる」57施設（24.5%）, 「4_目標管理の導入を検討中」22施設（9.4%）, 「5_目標管理を導入予定」12施設（5.2%）, 「6_目標管理を導入中」88施設（37.8%）, 「7_目標管理を中止した」1施設（0.4%）, 「未回答」4施設（1.7%）であった。

図表 8-41 目標管理の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	22	27	57	22	12	88	1	4	233
%	9.4%	11.6%	24.5%	9.4%	5.2%	37.8%	0.4%	1.7%	100%

3-8-2 目標管理導入病院の病院規模

図表 8-42 は目標管理を導入している病院（88施設）の病院規模を示してい

¹⁷ 労務行政研究所（2018）の調査は、上場企業および上場企業に匹敵する非上場企業440社を対象としている。人事労務関連の制度の実施状況について、1981年から定期的に実施している。

¹⁸ 中田（2010）の郵送調査では、アンケート発送数1,781施設、回答数317施設（回答率17.8%）である。対象病院は一般病床とそれ以外の病床数の合計が150床以上の病院（精神病床を中心とする病院は対象外）である。この調査での目標管理の定義は、「目標管理とは事前に責任単位（部署や担当者）ごとに目標を設定し（plan）、一定の時間経過（do）後にその目標がどの程度達成されているかを事後的に評価し（see）、その結果を次期の計画に役立たせるための仕組み」としている。

る。その結果、小規模病院は 26 施設 (29.5%)、中規模病院は 42 施設 (47.7%)、大規模病院は 20 施設 (22.7%) であった。

図表 8-42 目標管理導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	26	42	20	88
%	29.5%	47.7%	22.7%	100%

3-8-3 目標管理導入病院の病院区分

図表 8-43 は、目標管理を導入している病院 (88 施設) の病院区分である。その結果、一般病院が 47 施設 (53.4%)、療養型病院が 11 施設 (12.5%)、精神科病院が 5 施設 (5.7%)、ケアミックス病院が 25 施設 (28.4%) であった。

図表 8-43 目標管理導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	47	11	5	25	88
%	53.4%	12.5%	5.7%	28.4%	100%

3-8-4 目標管理の導入年数

図表 8-44 は、目標管理を導入している病院 (88 施設) の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 28 施設 (31.8%)、「5 年以上 10 年未満」が 17 施設 (19.3%)、「10 年以上」が 39 施設 (44.3%)、「未回答」が 4 施設 (4.5%) であった。

図表 8-44 目標管理の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	28	17	39	4	88
%	31.8%	19.3%	44.3%	4.5%	100%

3-8-5 院長の関与度

図表 8-45 は、目標管理を導入している病院の院長が、目標管理の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 5.29、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、40 施設（48.8%）であった。

図表 8-45 目標管理に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし どちらともいえない 強く関与						
						1	2	3	4	5	6	7
目標管理	82	5.29	5	1.63	度数	5	1	2	13	21	16	24
					%	6.1%	1.2%	2.4%	15.9%	25.6%	19.5%	29.3%

3-9 部門別原価計算に関する先行研究

病院における部門別原価計算の導入調査は、いくつか確認することができる。荒井ほか（2013）の DPC/PDPS 参加病院を対象としたアンケート調査では、部門別原価計算の導入率は 46.8%、DPC 別原価計算の導入率は 23.6%であった。また、阪口ほか（2017）も DPC/PDPS 病院を対象としたアンケート調査を実施した¹⁹。その結果、回答病院中 47.3%が原価計算を導入しており、そのうち、部門別原価計算のみの実施は 24.6%、DPC 別原価計算のみの実施は 1.8%、両者を実施している病院は 21.0%であった。

公立病院に焦点をあてた原価計算の実態調査に中田（2017）²⁰がある。中田

¹⁹ 阪口ほか（2017）の調査では、アンケート発送数 1,580 施設、回答数 167 施設（回答率 10.6%）である。

²⁰ 中田（2017）の 2016 年調査では、アンケート発送数 1,095 施設、有効回答数 293 施設（回答率 26.8%）である。

(2017) は全国の公立病院・診療所を対象にアンケート調査を実施した。その結果、診療科や病棟ごとに原価の集計を毎月行っている原価計算に取り組んでいるのは、①市町村立病院 11.4% (規模別内訳：小規模 1.1%，中規模 3.4%，大規模 34.7%)，②都道府県立病院 2.6% (規模別内訳：小規模 0.0%，中規模 5.9%，大規模 0.0%)，③独立行政法人 16.7%，④組合立病院 20.0%であった。

先行研究では、部門別原価計算の導入率が 47%程度あるが本当だろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

3-10 部門別原価計算の実態調査結果

3-10-1 部門別原価計算の導入状況

図表 8-46 は、部門別原価計算の導入状況について、7つの質問項目で回答していただいた。「1_部門別原価計算を知らない」15 施設 (6.4%)，「2_部門別原価計算について聞いたことがある」25 施設 (10.7%)，「3_部門別原価計算の内容がわかる」85 施設 (36.5%)，「4_部門別原価計算の導入を検討中」32 施設 (13.7%)，「5_部門別原価計算を導入予定」15 施設 (6.4%)，「6_部門別原価計算を導入中」50 施設 (21.5%)，「7_部門別原価計算を中止した」6 施設 (2.6%)，「未回答」5 施設 (2.1%) であった。

図表 8-46 部門別原価計算の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	15	25	85	32	15	50	6	5	233
%	6.4%	10.7%	36.5%	13.7%	6.4%	21.5%	2.6%	2.1%	100%

3-10-2 部門別原価計算導入病院の病院規模

図表 8-47 は部門別原価計算を導入している病院 (50 施設) の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 20 施設 (40.0%)，中規模病院は 18 施設 (36.0%)，大規模病院は 12 施設 (24.0%) であった。

図表 8-47 部門別原価計算導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	20	18	12	50
%	40.0%	36.0%	24.0%	100%

3-10-3 部門別原価計算導入病院の病院区分

図表 8-48 は、部門別原価計算を導入している病院（50 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 21 施設（42.0%）、療養型病院が 9 施設（18.0%）、精神科病院が 2 施設（4.0%）、ケアミックス病院が 18 施設（36.0%）であった。

図表 8-48 部門別原価計算導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	21	9	2	18	50
%	42.0%	18.0%	4.0%	36.0%	100%

3-10-4 部門別原価計算の導入年数

図表 8-49 は、部門別原価計算を導入している病院（50 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 22 施設（44.0%）、「5 年以上 10 年未満」が 6 施設（12.0%）、「10 年以上」が 20 施設（40.0%）、「未回答」が 2 施設（4.0%）であった。

図表 8-49 部門別原価計算の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	22	6	20	2	50
%	44.0%	12.0%	40.0%	4.0%	100%

3-10-5 院長の関与度

図表 8-50 は、部門別原価計算を導入している病院の院長が、部門別原価計算の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 5.06、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、24 施設（48.0%）であった。

図表 8-50 部門別原価計算に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし			どちらともいえない		強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7
部門別原価計算	50	5.06	5	1.79	度数	5	0	2	9	10	12	12
					%	10.0%	0.0%	4.0%	18.0%	20.0%	24.0%	24.0%

3-11 小括

事業計画を導入しているのは 154 施設（導入率 66.1%）であった。この結果は、調査した 12 のマネジメント・システムのなかで最も導入率が高かった。第 1 章でも考察されているように、一般企業において事業計画は予算管理と同義に用いられる。しかし、病院では中期経営計画と同じ意味で用いている病院もあることがインタビュー調査から明らかになった。先行研究である荒井（2018）によれば、医療法人内の各施設事業別の事業計画を策定している割合は 79.1% であった。残念ながら今回の調査では、中期経営計画については調査項目に含めていない。

予算管理を導入しているのは 133 施設（導入率 57.1%）であった。また、導入年数が 10 年以上と回答した施設が 53.4% と半数以上ある。一方で、予算管理を「知らない」（11 施設）、「聞いたことがある」（13 施設）、「内容がわかる」（48 施設）、「導入を検討中」（20 施設）と回答したのは合計で 92 施設であった。これらの施設は予算管理を導入していない施設である。予算管理を導入していない病院を規模別で見たとところ、小規模病院 51 施設、中規模病院 34 施設、大規模病院 7 施設であった。つまり、病院規模が小さいほど予算管理を導入していない実態が明らかになった。

設備投資計画を導入しているのは 79 施設（導入率 33.9%）あった。また、導入年数が 10 年以上と回答した施設が 51.9%と半数以上あった。しかし、荒井（2013）が指摘しているように、経営管理に積極的な法人であっても経済性計算は十分に行われていないのが現状である。われわれが実施したインタビュー調査においても、事前の経済計算、期中の進捗管理、事後管理の監査といった設備投資に関わるプロセス管理をしていないことが明らかになった。本アンケート調査では、病院の設備投資計画を導入しているか否かを把握することを重視し、経済性計算に関する具体的な項目（投資利益率法、回収期間法など）を含めて調査していない。この点については今後の課題である。

目標管理を導入しているのは 88 施設（導入率 37.8%）あった。先行研究の中田（2010）の調査では、目標管理の導入率は 53.6%であった。調査対象の範囲が違うためか、先行研究と比較してわれわれの調査では導入率が若干低い結果となった。

部門別原価計算を導入しているのは 50 施設（導入率 21.5%）あった。調査対象は異なるが、先行研究の阪口ほか（2017）では回答病院中 24.6%が部門別原価計算を導入していた。本調査結果とほとんど同じであることがわかった。また、第 5 章でも指摘されているが、われわれが行ったインタビュー調査では、病院の部門別原価計算は収益の集計も行っていた。病院では部門別原価計算という名の部門別収益管理が行われていることが多い傾向にあることがわかった。

一方、部門別原価計算を中止したのは 6 施設（全体の 2.6%）あった。調査した 12 のマネジメント・システムのうち、最も中止した数が多かったのが部門別原価計算である。残念ながら中止した病院にインタビュー調査を実施することはできなかったが、推測するに赤字の診療部門長からの反発があるのではないだろうか。たとえば、産婦人科や救命救急センターなどは、医師の負担が大きいにも関わらず赤字になりやすい部門である。原価計算の配賦基準に課題があるのか、それとも月次の経営会議などで部門別原価計算の結果を報告するだけで、改善するための支援体制が構築できていないのか。病院ごとに置かれた状況に違いはあるだろう。いずれにしても、病院で原価計算が普及しないのには、構造的な課題が潜んでいるように思われる調査結果になった。

4 現場改善のマネジメント・システム

本節では調査した 12 の病院マネジメント・システムのうち、方針管理、トヨタ生産システム、TQM の 3 つを現場改善のマネジメント・システムとして位置付けた。はじめに、マネジメント・システムの近年の先行研究を紹介する。次に調査結果として、導入状況、導入病院の病院規模、導入病院の病院区分、導入年数、院長の関与度について明らかにする。最後に、本節を小括する。

4-1 方針管理に関する先行研究

方針管理における方針とは、「トップマネジメントによって正式に表明された、組織の使命、理念及びビジョン、又は中長期経営計画の達成に関する、組織の全体的な意図及び方向付け」（日本品質管理学会、2016, p.6）とされている。方針を基に「全部門・全階層の参画のもとで、ベクトルを合わせて重点指向で達成していく活動」（日本品質管理学会、2016, p.6）が方針管理である。

方針管理は、TQC（Total Quality Control）の発展過程で生まれてきた QC（Quality Control）的な管理・改善活動を行うシステムである。病院のマネジメント・システムとして方針管理を単独で取り上げている文献は少ない²¹。しかし、方針管理を活用して、BSC のカスケードに用いるケースはいくつか紹介されている。

関谷（2013）は、海老名総合病院のケースを通じて、組織全体の戦略を下位組織へカスケードするためには、方針管理の応用として特性要因図を作成し、戦略目標を整理する方法の有用性について指摘した。一般企業を対象としたケースとしては、山田・伊藤（2005）は、BSC は戦略実行のために戦略を現場へカスケードする仕組みが必ずしも確立されていないため、方針展開によって戦略を現場に伝達する仕組みを持つ方針管理と BSC を補完的に連結することができることを示した。また、乙政・梶原（2009）は、方針管理が BSC の実践を

²¹ 日本語の医学系論文で膨大な情報量を持つ医中誌 Web で「方針管理」をキーワードに検索したところ、14 本の論文しかヒットしなかった（2019 年 10 月 18 日現在）。

促進することを実証研究で明らかにした。具体的には、方針管理と BSC は、相互補完的に実践されることで、内部コミュニケーションの必要性および非財務的指標の有用性が高まる状況において、方針管理の限界を克服するという。

方針管理を単独のマネジメント・システムとして利用しているケースはどの程度あるだろうか。また、方針管理と BSC を併用しているケースはどの程度あるだろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

4-2 方針管理の実態調査結果

4-2-1 方針管理の導入状況

図表 8-51 は、方針管理の導入状況について、7つの質問項目で回答していただいた。「1_方針管理を知らない」34施設（14.6%）,「2_方針管理について聞いたことがある」43施設（18.5%）,「3_方針管理の内容がわかる」51施設（21.9%）,「4_方針管理の導入を検討中」22施設（9.4%）,「5_方針管理を導入予定」7施設（3.0%）,「6_方針管理を導入中」68施設（29.2%）,「7_方針管理を中止した」1施設（0.4%）,「未回答」7施設（3.0%）であった。

図表 8-51 方針管理の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	34	43	51	22	7	68	1	7	233
%	14.6%	18.5%	21.9%	9.4%	3.0%	29.2%	0.4%	3.0%	100%

4-2-2 方針管理導入病院の病院規模

図表 8-52 は方針管理を導入している病院（68施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 21施設（30.9%）,中規模病院は 34施設（50.0%）,大規模病院は 13施設（19.1%）であった。

図表 8-52 方針管理導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	21	34	13	68
%	30.9%	50.0%	19.1%	100%

4-2-3 方針管理導入病院の病院区分

図表 8-53 は、方針管理を導入している病院（68 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 36 施設（52.9%）、療養型病院が 9 施設（13.2%）、精神科病院が 5 施設（7.4%）、ケアミックス病院が 18 施設（26.5%）であった。

図表 8-53 方針管理導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	36	9	5	18	68
%	52.9%	13.2%	7.4%	26.5%	100%

4-2-4 方針管理の導入年数

図表 8-54 は、方針管理を導入している病院（68 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 19 施設（27.9%）、「5 年以上 10 年未満」が 14 施設（20.6%）、「10 年以上」が 23 施設（33.8%）、「未回答」が 12 施設（17.6%）であった。

図表 8-54 方針管理の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	19	14	23	12	68
%	27.9%	20.6%	33.8%	17.6%	100%

4-2-5 院長の関与度

図表 8-55 は、方針管理を導入している病院の院長が、方針管理の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 6.1、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、45 施設（76.2%）であった。

図表 8-55 方針管理に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし		どちらともいえない			強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7
方針管理	59	6.1	7	1.21	度数	1	0	0	6	7	15	30
					%	1.7%	0.0%	0.0%	10.2%	11.9%	25.4%	50.8%

4-3 トヨタ生産システムに関する先行研究

病院におけるトヨタ生産システム（リーン生産）は、米国および北欧を中心に導入されている。一方、日本での導入事例は少ない。主な導入目的は患者待ち時間の短縮、コスト低減といった業務改善だけでなく、医療の質の向上に資することにある。病院にトヨタ生産システムを導入することで、医療の現場に携わる者が曖昧さを可視化できるように業務プロセスを設計し、その場しのぎの文化から脱却できるようになる（Spear, 2005; 大西, 2010）。

日本でトヨタ生産システムを導入している数少ない施設の 1 つに、いでした内科・神経内科クリニック（広島県広島市）がある。同クリニックでは、患者待ち時間の短縮のためにトヨタ生産システムを導入した。1992 年に開院した当初の待ち時間は平均 90 分であったが、トヨタ生産システムに取り組んだことで、外来患者の待ち時間は目標の 60 分以内を達成し、現在は平均 45 分となり開院当初の 90 分に比べて半減した（井手下, 2015, pp.14-17）。同クリニックは 2007 年に「ハイ・サービス日本 300 選」に輝いている。

米国ワシントン州シアトルにあるバージニアメイソン病院（Virginia Mason Medical Center）は、病床数 336 床の私立総合病院である。同病院がトヨタ生産システムを導入した背景には、近隣の病院間との競争が激化したこ

とで赤字経営に陥り、医療従事者のモラルが低下したことが導入のキッカケであった。トヨタ生産システム（同病院では VMPS と呼称）を導入した成果として、2008 年 12 月現在、受入不可の時間は、以前に比べて 17%削減された。また、一次医療の予約待ち日数の目標値は 2000 年には 7 日であったが、2005 年には 3 日に短縮された（川上・工藤, 2010, pp.79-80; 川上, 2011）。同病院ではトヨタ生産システムを導入したことで、患者という顧客ニーズに応じたプルシステム²²の医療サービスの提供が可能となった。

病院におけるトヨタ生産システムは、海外での導入事例が多く日本での導入事例はあまりみられないことが先行研究をとおして明らかになった。そこで、アンケート調査をとおして、日本での導入状況を把握する。

4-4 トヨタ生産システムの実態調査結果

4-4-1 トヨタ生産システムの導入状況

図表 8-56 は、トヨタ生産システムの導入状況について、7 つの質問項目で回答していただいた。「1_トヨタ生産システムを知らない」77 施設（33.0%）,「2_トヨタ生産システムについて聞いたことがある」81 施設（34.8%）,「3_トヨタ生産システムの内容がわかる」59 施設（25.3%）,「4_トヨタ生産システムの導入を検討中」5 施設（2.1%）,「5_トヨタ生産システムを導入予定」2 施設（0.9%）,「6_トヨタ生産システムを導入中」3 施設（1.3%）,「7_トヨタ生産システムを中止した」0 施設（0.0%）,「未回答」6 施設（2.6%）であった。

図表 8-56 トヨタ生産システムの導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	77	81	59	5	2	3	0	6	233
%	33.0%	34.8%	25.3%	2.1%	0.9%	1.3%	0.0%	2.6%	100%

²² プルシステムは患者（顧客）がそれより前の川上の活動から価値を（自分たちの方に向けて）得るシステムである（Chalice, 2007, p.51）。すなわち、患者が求めるものを、求めているときに、求めているだけ提供するシステムである。

4-4-2 トヨタ生産システム導入病院の病院規模

図表 8-57 はトヨタ生産システムを導入している病院（3 施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 1 施設（33.3%）、中規模病院は 1 施設（33.3%）、大規模病院は 1 施設（33.3%）であった。

図表 8-57 トヨタ生産システム導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	1	1	1	3
%	33.3%	33.3%	33.3%	100%

4-4-3 トヨタ生産システム導入病院の病院区分

図表 8-58 は、トヨタ生産システムを導入している病院（3 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 2 施設（66.7%）、療養型病院が 0 施設（0.0%）、精神科病院が 0 施設（0.0%）、ケアミックス病院が 1 施設（33.3%）であった。

図表 8-58 トヨタ生産システム導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	2	0	0	1	3
%	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	100%

4-4-4 トヨタ生産システムの導入年数

図表 8-59 は、トヨタ生産システムを導入している病院（3 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 1 施設（33.3%）、「5 年以上 10 年未満」が 0 施設（0.0%）、「10 年以上」が 1 施設（33.3%）、「未回答」が 1 施設（0.0%）であった。

図表 8-59 トヨタ生産システムの導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	1	0	1	1	3
%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100%

4-4-5 院長の関与度

図表 8-60 は、トヨタ生産システムを導入している病院の院長が、トヨタ生産システムの実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 6.33、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、2 施設（66.7%）であった。

図表 8-60 トヨタ生産システムに対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし			どちらともいえない		強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7
トヨタ生産 システム	3	6.33	7	1.16	度数	0	0	0	0	1	0	2
					%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%

4-5 TQM に関する先行研究

TQM とは、伝統的な経営管理実務を再構築することによって製品の品質と顧客満足を改善しようとする活動である。TQM には、顧客志向の品質、強い品質リーダーシップ、カイゼン、事実・データ・分析に基づく活動、品質原価計算、および従業員の参加という特徴が含まれる（櫻井，2019，p.421）。米国 JCAHO（The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations：医療施設認定合同機構）は 1987 年に、Agenda for Change という医療の質評価認証指針の大変革を発表し、TQM の推進を今後の JCAHO の方向として提唱した（荒井，2011，p.41）。

日本の病院でも医療の質を向上させるために、TQM 活動には積極的に取り組んできた（猶本・水越，2010；松尾・川上，2011）。医療の分野での TQM が本格的に導入され始めたのは、1998 年と 1999 年に日本品質管理学会・日本医療

機能評価機構が主催・後援して開催された 2 つのワークショップ「病院 QC サークルの現状と課題」「医療の改善活動：医療・看護・患者サービスへの取り組み」が契機であった。この 2 つのワークショップの後、医療の質の向上と業務改善の定期的な交流を期待する声が高まり、1999 年に一般社団法人である医療の TQM 推進協議会が設立された（川上，2011，p.63）。

先行研究では病院で TQM を積極的に導入されてきたというのが実態はどうだろうか。アンケート調査をとおして明らかにする。

4-6 TQM の実態調査結果

4-6-1 TQM の導入状況

図表 8-61 は、TQM の導入状況について、7 つの質問項目で回答していただいた。「1_TQM を知らない」71 施設（30.5%）、「2_TQM について聞いたことがある」53 施設（22.7%）、「3_TQM の内容がわかる」63 施設（27.0%）、「4_TQM の導入を検討中」12 施設（5.2%）、「5_TQM を導入予定」2 施設（0.9%）、「6_TQM を導入中」27 施設（11.6%）、「7_TQM を中止した」1 施設（0.4%）、「未回答」4 施設（1.7%）であった。

図表 8-61 TQM の導入状況

導入状況	1_知らない	2_聞いたことがある	3_内容がわかる	4_導入を検討中	5_導入予定	6_導入中	7_中止	未回答	計
度数	71	53	63	12	2	27	1	4	233
%	30.5%	22.7%	27.0%	5.2%	0.9%	11.6%	0.4%	1.7%	100%

4-6-2 TQM 導入病院の病院規模

図表 8-62 は TQM を導入している病院（27 施設）の病院規模を示している。その結果、小規模病院は 5 施設（18.5%）、中規模病院は 14 施設（51.9%）、大規模病院は 8 施設（29.6%）であった。

図表 8-62 TQM 導入病院の病院規模

病院規模	小規模病院	中規模病院	大規模病院	計
	100床未満	100床以上 299床未満	300床以上	
度数	5	14	8	27
%	18.5%	51.9%	29.6%	100%

4-6-3 TQM 導入病院の病院区分

図表 8-63 は、TQM を導入している病院（27 施設）の病院区分である。その結果、一般病院が 13 施設（48.1%）、療養型病院が 4 施設（14.8%）、精神科病院が 1 施設（3.7%）、ケアミックス病院が 9 施設（33.3%）であった。

図表 8-63 TQM 導入病院の病院区分

病院区分	一般	療養型	精神科	ケアミックス	計
度数	13	4	1	9	27
%	48.1%	14.8%	3.7%	33.3%	100%

4-6-4 TQM の導入年数

図表 8-64 は、TQM を導入している病院（27 施設）の導入年数を示している。本研究では 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上の 3 つに年数を区切った。その結果、「5 年未満」が 11 施設（40.7%）、「5 年以上 10 年未満」が 7 施設（25.9%）、「10 年以上」が 9 施設（33.3%）、「未回答」が 0 施設（0.0%）であった。

図表 8-64 TQM の導入年数

導入年数	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	未回答	計
度数	11	7	9	0	27
%	40.7%	25.9%	33.3%	0.0%	100%

4-6-5 院長の関与度

図表 8-65 は、TQM を導入している病院の院長が、TQM の実践についてどの程度関与しているかについてリッカート尺度 7 点法で伺った結果を示している。その結果、平均値は 5.69、強く関与（6 と 7 の合計）していると回答したのは、17 施設（65.4%）であった。

図表 8-65 TQM に対する院長の関与度

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	院長の 関与度	まったく関与なし		どちらともいえない			強く関与	
						1	2	3	4	5	6	7
TQM	26	5.69	6	1.05	度数	0	0	0	5	4	11	6
					%	0.0%	0.0%	0.0%	19.2%	15.4%	42.3%	23.1%

4-7 小括

方針管理を導入しているのは 68 施設（導入率 29.2%）あった。先行研究でも述べたが、病院のマネジメント・システムとして方針管理を単独で取り上げている文献は少ない。方針管理は BSC の実践を促進することが先行研究（乙政・梶原, 2009 など）から明らかにされている。われわれのアンケート調査によれば、方針管理を単独で導入している（他の 11 のマネジメント・システムと併用していない²³）施設は、0 施設であった。また、方針管理を導入しており、かつ BSC も導入しているのは 28 施設あった。残念ながら方針管理を導入している病院にインタビュー調査をすることはできなかった。

トヨタ生産システムを導入しているのは 3 施設（導入率 1.3%）あった。導入を検討中 5 施設、導入予定 2 施設を含めると 10 施設である。これら 10 施設を病院規模別で見えてみると、小規模病院 5 施設、中規模病院 3 施設、大規模病院 2 施設であった。小規模病院の方がトヨタ生産システムに対する関心が高いことがわかる。トヨタ生産方式の導入目的には、主に患者待ち時間などの業務改善タイプと経営の質を含めた医療の質向上タイプがある（Spear, 2005; 大西,

²³ 方針管理の導入状況で、「1_知らない」、「2_聞いたことがある」、「3_内容がわかる」、「4_導入を検討中」、「5_導入予定」、「7_中止」と回答した施設のこと。

2010; 川上・工藤, 2010; 川上, 2011)。小規模病院の場合、経営の質まで考慮することは限られた経営資源の関係で難しいため、患者待ち時間の短縮といった効率化を目的として導入しようとしているのではないかと推測できる。しかし、本アンケート調査では、病院のトヨタ生産システムを導入しているか否かを把握することを重視し、導入目的（業務改善タイプか医療の質向上タイプ）までを含めた調査はしていない。この点については今後の課題である。

TQMを導入しているのは27施設（導入率11.6%）あった。川上（2011）が指摘するように、1990年代後半から本格的にTQMを導入する病院が増加した。病院においては規模に関わらず、品質管理に関連する改善活動に対して積極的に取り組んでいる。しかし、一方で疑問が生じる。病院の場合、TQMとトヨタ生産方式の違いをきちんと認識できているのであろうか。これらのマネジメント・システムを同列にみなしてはいないだろうか。残念ながらTQMを導入している施設にもインタビュー調査を実施することはできなかった。

まとめ

本章では、スタディ・グループで実施した「医療機関における経営の目的とマネジメント・システムの導入に関する調査」のアンケート調査について分析した。本章を要約すると、次のようになる。郵送によるアンケート調査は、2018年1月末現在の8,401病院のうち改廃を除くすべての病院（8,392施設）を対象とした。その結果、回答数は248施設（回答率2.96%）、有効回答数233施設（2.78%）であった。

本研究では、病院で利用されている12のマネジメント・システムを3つに区分して考察した。具体的には、第1に、最新のマネジメント・システムとして、ABC, BSC, 原価企画, アメーバ経営の4つを取り上げた。第2に、伝統的なマネジメント・システムとして、事業計画, 予算管理, 設備投資計画, 目標管理, 部門別原価計算の5つを取り上げた。そして第3に、現場改善のマネジメント・システムとして、方針管理, トヨタ生産システム, TQMの3つを取り上げた。

調査の結果、回答した病院で導入されているマネジメント・システムの導入率が高かったのは次のとおりである。①事業計画（66.1%）、②予算管理（57.1%）、③目標管理（37.8%）、④設備投資計画（33.9%）、⑤方針管理（29.2%）、⑥BSC（22.7%）、⑦部門別原価計算（21.5%）、⑧TQM（11.6%）、⑨原価企画（9.0%）、⑩ABC（6.4%）、⑪トヨタ生産システム（1.3%）、⑫アメーバ経営（0.4%）（括弧は導入率）。マネジメント・システムの導入率が50%以上だったのは、事業計画と予算管理の2つのみであった。また、導入率が50%以上かつ導入年数が10年以上と回答した割合が50%を超えているのは予算管理のみであった。

本研究の課題として、導入されていないマネジメント・システムの背景について取り上げていない。なぜ導入しないのかというアプローチは、これまでの先行研究ではほとんど言及されていない点である。また、開設者別の分析について示すこともできなかった。最後に、医療機関のマネジメント・システムの実践に関しては、施設規模が影響を与えることが知られている。この点も考慮しながら、今後もインタビュー調査を継続して行い、医療機関のマネジメント・システムに関する更なる研究の充実を図りたい。

謝辞

本研究は日本管理会計学会 2017 年度スタディ・グループ「医療機関におけるマネジメント・システムの導入とその成果に関する研究」研究助成、日本医療バランスト・スコアカード研究学会研究助成、(株)日本経営研究助成、JSPS 科研費 JP18K01940（伊藤和憲）、JSPS 科研費 JP18K12899（梅田宙）、JSPS 科研費 JP16K17210（関谷浩行）を受けた研究の一部である。

参考文献

Chalice, R. (2007) *Improving Healthcare Using Toyota Lean Production Methods: 46 Steps for Improvement 2nd ed.* American Society for Quality, Quality Press.

Helmi, M. A. and M. N. Tanju. (1991) Activity-based costing may reduce costs, aid planning, *Healthcare Financial Management*, Vol.45, No.11, pp.95-96.

Kaplan, R. S. and S. R. Anderson. (2004) Time-Driven Activity-Based Costing, *Harvard Business Review*, Vol.82, No.11, pp.131-138.

Spear, S. J. (2005) Fixing Health Care from the Inside, Today. *Harvard Business Review*, Vol.83, No.9, pp.78-91.

足立俊輔 (2019)『アメリカ病院原価計算：価値重視の病院経営に資する時間主導型コスト・システム』同文館出版。

アメーバ経営学術研究会編著 (2010)『アメーバ経営学：理論と実証』KCCS マネジメントコンサルティング。

荒井耕 (2007)『医療原価計算：先駆的な英米医療界からの示唆』中央経済社。

荒井耕 (2011)『医療サービス価値企画：診療プロトコル開発による費用対成果の追求』中央経済社。

荒井耕 (2013)『病院管理会計：持続的経営による地域医療への貢献』中央経済社。

荒井耕 (2016)「医療法人におけるバランスト・スコアカードの実態：質問票調査に基づく定量的把握」『原価計算研究』 Vol.40, No.1, pp.110-121。

荒井耕 (2017)「病院界におけるバランスト・スコアカードの効果を高める実践：因果関係考慮の重要性」『原価計算研究』 Vol.41, No.2, pp.73-83。

荒井耕 (2018)「病院経営医療法人における事業計画の特徴・利用状況と業績評価活用：BSC 的性質の有用性」『会計』 Vol.194, No.4, pp.25-39。

荒井耕 (2019)『病院管理会計の効果検証：質が高く効率的な医療の実現に向けて』中央経済社。

荒井耕・尻無濱芳崇 (2011)「医療法人における管理会計制度の導入状況」『病院』 Vol.70, No.10, pp.777-782。

荒井耕・阪口博政・渡邊亮 (2013)「DPC 関連病院における管理会計の活用状況」『産業経理』 Vol.73, No.3, pp.77-89。

伊丹敬之・青木康晴 (2016)『現場が動き出す会計：人はなぜ測定されると行

- 動を変えるのか』日本経済新聞出版社。
- 井手下久登（2015）「待ち時間が半分に減少，功を奏した「トヨタ生産方式」：医療法人社団いでした内科・神経内科クリニック（広島県安佐北区）」『月刊保険診療』 Vol.70, No.2, pp.14-17。
- 伊藤嘉博編著（2016）『サービス・リエンジニアリング：顧客の感動を呼ぶホスピタリティを低コストで実現する』中央経済社。
- 大西淳也（2010）『公的組織の管理会計：効果性重視の公共経営をめざして』同文館出版。
- 岡田幸彦（2010）「サービス原価企画への役割期待：わが国サービス分野のための研究教育に求められる新たな知の体系の構築に向けて」『会計』 Vol.177, No.1, pp.63-78。
- 乙政佐吉・梶原武久（2009）「バランス・スコアカード実践の決定要因に関する研究」『原価計算研究』 Vol.33, No.2, pp.1-13。
- 川上智子・工藤美和（2010）「病院におけるトヨタ生産方式の導入：バージニアメイソン病院」（猶本良夫・水越康介編著『病院組織のマネジメント』中央経済社，pp.69-96）。
- 川上智子（2011）「医療サービス分野におけるトヨタ生産方式導入の理論的意義」『関西大学商学論集』 Vol.56, No.3, pp.56-68。
- 衣笠陽子（2013）『医療管理会計：医療の質を高める管理会計の構築を目指して』中央経済社。
- 古井健太郎（2018）「医療機関における設備機器投資の意思決定実務に関する事例研究：済生会川口総合病院における事後評価を利用した取り組み」『原価計算研究』 Vol.42, No.1, pp.71-82。
- 厚生労働省（2018）「医療施設動態調査（平成 30 年 1 月末概算）」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m18/is1801.html>〔最終閲覧日：2019 年 10 月 14 日参照〕。
- 阪口博政・荒井耕・渡邊亮（2015）「医療法人における予算管理の事例研究」『原価計算研究』 Vol.39, No.2, pp.24-34。
- 阪口博政・渡邊亮・荒井耕（2017）「医療機関における原価計算システムの導

- 入・活用に関する影響要因：DPC/PDPS 対象病院に対するアンケート調査の結果から」『原価計算研究』Vol.41, No.2, pp.97-109。
- 深代達也・五艘豊・狩俣一郎・坂俊英・高橋淑郎（2006）「医療経営における BSC 活用に関する調査研究」『医療バランスト・スコアカード研究』Vol.2, No.1, pp. 41-53。
- 櫻井通晴（2019）『管理会計第 7 版』同文館出版。
- 庄司育子（2010）「とくなが病院（兵庫県たつの市）部門別の収支管理徹底で収益を改善：職員のコスト意識が向上し全員参加の経営が実現」『日経ヘルスケア』No.249, pp.72-75。
- 関谷浩行（2013）「特性要因図を活用した戦略のカスケード：医療機関でのアクションリサーチに基づく検討」『原価計算研究』Vol.37, No.2, pp.88-98。
- 高橋淑郎・北村世都・青木武典（2011）「日本の病院における BSC の利用と成果に関する実証的分析」（高橋淑郎編著『医療バランスト・スコアカード研究【経営編】』生産性出版, pp.371-398）。
- 高橋淑郎・北村世都（2017）「BSC と病院経営に関する研究：第 12 回病院の経営課題等に関する調査から その 2」『医療バランスト・スコアカード研究』Vol.14, No.1, pp.111-120。
- 田坂公（2010）「原価企画の新展開と課題：サービス業への適用可能性」『久留米大学商学研究』Vol.16, No.2, pp.211-231。
- 中川篤（2017）「BSC と病院経営に関する研究：第 12 回病院の経営課題等に関する調査から その 1」『医療バランスト・スコアカード研究』Vol.14, No.1, pp.102-110。
- 中田範夫（2010）「病院の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として」『山口経済学雑誌』Vol. 59, No.1・2, pp.45-81。
- 中田範夫（2017）「公立病院改革の現状分析：組織・内部環境・マネジメント手法の観点から」『山口経済学雑誌』Vol.65, No.6, pp.45-81。
- 猶本良夫・水越康介編著（2010）『病院組織のマネジメント』碩学舎。
- 日本会計研究学会（1996）『原価企画研究の課題』森山書店。

- 日本能率協会総合研究所（2016）「第12回 病院の経営課題等に関する調査 結果報告」http://jmar-im.com/healthcare/news/bsc-report_12nd.pdf〔最終閲覧日：2018年11月22日〕。
- 日本品質管理学会（2016）「方針管理の指針」<http://www.jsqc.org/ja/oshirase/33-001mokuji.pdf>〔最終閲覧日：2019年10月30日〕。
- 挽文子（2013）「病院における経営と会計」『会計』Vol.183, No.6, pp.715-729。
- 福田和久（2011）「医療 BSC の全国調査分析：日本の病院の経営課題と BSC 導入病院の現状」（高橋淑郎編著『医療バランスト・スコアカード研究【経営編】』生産性出版, pp.357-369）。
- 松井達朗（2017）「協力対価方式の発案：医療・介護業界，日本航空への導入」（アメーバ経営学術研究会編『アメーバ経営の進化：理論と実践』中央経済社, pp.287-307）。
- 松尾睦・川上智子（2011）「社会医療法人・愛仁会の TQM：方針管理と業務改善」『神戸大学ディスカッション・ペーパー』No.2011-23, pp.1-14。
- 山田義照・伊藤和憲（2005）「BSC と方針管理における役割期待とその関係：戦略プロセスとの関連を中心に」『原価計算研究』Vol.29, No.1, pp.47-57。
- 労務行政研究所（2018）「人事労務諸制度実施状況調査」<https://www.rosei.or.jp/research/pdf/000073723.pdf>〔最終閲覧日：2019年10月17日〕。
- 渡辺岳夫（2019）「アメーバ経営システムの運用の継続企業と中止企業の比較：組織成員に対する心理的な影響メカニズムの多母集団同時分析」『管理会計学』Vol.27, No.1, pp.35-55。

関谷浩行（北海学園大学）