

米国及びカナダにおけるBSC実施病院レポート

平成 16 年 9 月 11 日から 18 日まで BSC(Balanced Scorecard)に関する講義の受講と施設見学のためアメリカおよびカナダを訪問した。今回は、施設見学が主体ではなく、アメリカ・カナダにおける病院の BSC に関する見識を広げることが本来の目的であるため、その内容に重点を置いて報告する。訪問先は下記の通りである。

1. Duke Univ.
2. North Carolina Univ.
3. Toronto Univ
4. Toronto Rehabilitation Institute
5. St. Elizabeth Home Care
6. University Health Network



デューク大学病院の正面玄関

病院という組織が慢性的に抱える問題点として、1. 経営管理ツールの不足、2. 病院職員、特に事務職員の育成方法、3. 人事考課制度が存在していない、4. 職員のベクトルの方向性の統一、を挙げることができる。その課題をクリアするためにベンチマーキング法などが取り入れられているが、さらなる進歩のために昨今クローズアップされつつあるのがこの BSC である。国内では聖路加国際病院、三重県立病院などで導入を試みられており、その成果が注目されているところである。



デューク小児病院の玄関ホールに飾られている水槽。背景のエレベーターのデザインも含めて、小児にとって不安感を助長しないようなデザインが重視されている。

バランススコアカードとは、ハーバード大学のロバート・キャプラン教授とデビッド・ノートン氏が 90 年代前半に提唱した経営管理（業績評価）モデルであり、「財務的視点」「顧客の視点」「社内ビジネスプロセスの視点」「学習と成長の視点」という4つの視点から評価指標を設定することにより、バランスのとれた経営管理（業績評価）を可能とする仕組みである。企業経営においてはシックスシグマ等に並んでポピュラーな経営管理手法である。アメリカ・カナダの主な医療機関では 90 年代後半から積極的に導入・実践されており、大きな効果を生んでいる。今回、訪問した施設の中で、BSC を導入し、最も効果を得た施設がデューク大学病院の中のデューク小児病院だと言える。デューク大学病院全体で約 1,000 床のうち、約 150 床が小児病院である。90 年代中ごろまでは赤字経営だったものが BSC を導入し、90 年代後半には黒字転嫁した実績がある。

アメリカ・カナダにおいて、BSC がここまでポピュラーになった要因は、日本と異なり、アメリカ・カナ

ダの社会的な側面によるところが大きいと考えられる。例えばアメリカでは施設の情報を報告・開示する義務があり、相対的な評価が悪いと結果として経営に大きなダメージを受ける可能性がある。そのため、施設の品質保持は絶対的に必要なものとなる。カナダの場合でも同様に、多くが自治体立病院であることや、CCHSA(日本で言う病院機能評価)による評価システムが確立しているため品質保持は絶対的に必要なものであったことが大きな要因であろう。

これから BSC を実際に導入しようとする場合、危惧されるのが医師を中心とする医療職員と経営管理を担う事務・管理職員との温度差ではないだろうか。この問題点は実際にデューク小児病院でも起こった問題であるが、時間をかけて説明・納得してもらうことで解決するしかない。当然のことながら、事務・管理職員が経営的に判断した目標数値を医療職員へ一方的に押し付けるような形態であっては反発を生むだけであり、何の効果も得ることはできない。医療職員に納得してもらうために説明で用いた資料が“戦略マップ”である。

戦略マップとは、「財務的視点」「顧客の視点」「業務プロセスの視点」「学習と成長の視点」の 4 つの一見は何の関連性もない項目に何らかの関連性を見出し、それらを具体的に図示したものである。戦略マップの存在が BSC の特徴とすることができ、日本医療バランスト・スコアカード学会では基本的にこの戦略マップが作られなければ BSC としては認めないとのことである。

次に日本の医療機関が期待する BSC の効果として、人事考課制度との連携やその結果として職員の士気向上を考えるのではないだろうか。前述のとおり、これらの項目はまさに日本の多くの病院が抱えている問題点であり、その解決のための万能薬的な期待と言える。しかし意外なこともかもしれないが、アメリカ・カナダでは人事考課制度とはまったく関連させていないとのことであった。理由としては、BSC を給与に連携させると、職場内の人間関係に決して良い結果をもたらさないと理由であったが、これこそアメリカ・カナダの国民性と病院が置かれている環境の違いの一端を表しているのかもしれない。アメリカ・カナダでは明確な“ビジョン”のもとに与えられた“ミッション”は確実に実行しなければならないという意識が高く、病院経営についても環境が独立した経営である必要があったためだと考えられる。一方日本の医療機関では、病院機能評価の必要性が叫ばれるまで、ビジョンやミッションにあたる“経営理念”ですら明確になっていなかった医療機関が多く、アメリカ・カナダの医療機関と比べると経営レベルは大きな差が現状でも見られるものと考えられる。

BSC の導入に際して、もう一つ問題になるのが目標設定可能な指標をどれだけ多く収集できるかどうかを挙げることができる。現時点では収集できている情報量は大きな開きがあり、日本の医療機関ではそれに対応できる状況にはない。また大きな労力をかけずに収集するためにはそれなりの医療情報システムの導入が必要となるが、医療情報システムの導入費用自体が非常に高額であり、様々なデータを入手可能なまでカスタマイズを行うと、さらに高額となってしまいう危険すらあ

る。

少し BSC から論点は外れるが、人員配置体制に日本と大きな違いが見られる。急性期病院の人員配置の比較は様々な書籍で述べられているとおり広く知られているが、今回視察した Toronto Rehabilitation Institute の人員配置の状況からも医療の姿勢の差がより明確になる。この施設はその名の通りリハビリテーションを中心とした施設であり、1病棟当り24床に対して看護師3名、看護助手2名、MSW2名、PT3名、OT3名、ST2名の人員配置となっている。日本の回復期リハビリテーション病棟に比べると看護師・看護助手は少ないが、リハビリに携わる職員の配置状況は手厚い状況と言える。

St. Elizabeth Home Care では“バランスト・スコアカード”と呼ばず、“パフォーマンス・スコアカード”とその名称を変化させて活用している。また、University Health Network における BSC は戦略マップが存在しない。これらは BSC が 90 年代前半の開発された当初の形態から、21 世紀版の新たな形態へと変化を始めていることを意味しているのではないだろうか。このことから北米の BSC の形態を、そのまま日本に輸入し、当初の運用が順風満帆なものでなかったとしても、徐々にその形態を進化させ、最終的には“日本版 BSC”の完成が必要なのではないだろうか。