

日本の医療制度の課題と経営改革の方向

梶山女学園大学現代マネジメント学部 星野優太

Abstract

Japan's publicly owned hospitals have fallen on the contrary into deficit operation, since the profit is not considered by the support of subsidy and public insurance system. This paper has examined the structural problems facing the health care system on increase of health expenditure by ageing, improvement of the medical quality, and efficiency of the hospital management. In addition to the problems, I studied important problems awaiting solution on efficiency and quality of services. For the quality of care, my search observed at issues related to structural dimensions of care quality. This study suggests that it seems to be one case of the strategic management accounting that the Balanced Scorecards is introduced in constructing the medical accounting.

Keywords: health care system; quality of care; health policy; efficiency and quality of services; balanced scorecards

1 はじめに

近年における医療技術の発達と医療システムの進展には目を見張るものがある。その結果、それらが日本人の平均寿命の伸びと健康状態の向上に寄与していることは疑いのない事実である。しかし、現在の医療システムには、高いコストにもかかわらず質的にはいくつもの不均衡があり、病院の経営効率は概して良いとはいえない。しかも医師の過酷な勤務体制が引き起こす医療事故や医療者側のミスや過誤による医療事故の頻発、あるいは患者や家族との治療上のトラブルなど医療リスクも決して低いとはいえないのが実情だ。

日本で医療政策が議論されるにつれて、医療が危機的な状況にあることに国民もやっと気づき始めてきた。いまやわが国の医療制度についての問題は、国民の最も高い関心事の一つとなっている。日本の医療制度には優れた点も多く、そのことが良好な健康状態を維持するのに貢献しているともいえる。しかし、その関心の高さに比べて世界保健機構（WHO）の調査では、現在、日本の医療費対GDP（Gross Domestic Product）比は先進7カ国の中で一番低いことが指摘されている。OECD Health Data 2012によれば、医療費対GDPの比率は、米国17.6%、フランス11.6%、ドイツ11.6%、カナダ11.4%、スウェーデン9.6%、英国9.6%、そして日本が9.5%である¹。

一方、OECDの『対日経済審査報告書2009年版』（以下『報告書2009』と略称）によれば、「医療制度の重大な課題」として次のような項目が指摘されている²。

- (1) 人口高齢化の急速な進展が医療支出に増加圧力をかけている（2025年までにGDPの2%程度増加と予測）
- (2) 医療サービスの「質」に対する不満が増大している
- (3) 救急治療や小児科医の不足など、地域間で医療格差が生じている
- (4) 医療保険料の滞納や未払いの増加が国民皆保険制度維持に大きく影響している

このような日本の医療制度への課題を提示した『報告書2009』は、その課題解決に向けて主に2つの提言を行っている。その2つの提言とは、(ア)医療の効率性をどのようにして高められるか、(イ)医療の質をどのようにして改善できるか、である。ここでは、それに加えて(ウ)医療費増大の要因になっている高齢化にどのようにして対応していけるか、という併せて3つの対策を講じていく必要がある。

医療を巡る経済問題は、限られた資源をどのように効率的に配分し、誰がどのようにコストを負担し、そしてできる限り多くの人々に公平にその医療サービスを提供するかということにある。それは、医療コスト、医療へのアクセス、そして医療の質の3つのバランスをいかに取るかという問題でもある³。

本小論では、これらの点を認識した上で、高齢化による医療費の増加、医療の質の向上、それに経営の効率化、という3つの問題についてその論点を整理しながら、検討してゆくことにしたい。

2 高齢化による医療費増加と社会的入院

医療費の増加要因には、人口の増加や高齢化や疾病構造の変化など「自然増」によるものと、在院日数が長いことや医用材料価格が高いことなど「わが国特有の増加要因」によるものがある。前者は、高齢化が進むにつれ、高齢者への医療費の配分のあり方をめぐって、公的財源による医療費をどうするかが問題となるだろう。今後、この問題を含めて、公的医療費と私的医療費の配分をどうするかを医療政策の制度設計を考えるなかで解決していく必要がある。とくに、後者は病床数が多い、薬剤使用量が多い、医用材料価格が高い、各種の検査⁴が多いなど日本特有の問題に起因しており、これらは医療システムを改善することが解決へのヒントとなるだろう。もっとも、医療の効率化や薬剤価格の調整によって改善できる場合も少なからずあると考えられる⁵。

結核、脳血管疾患などによる死亡率が高かった半世紀前と違って、今日では生活習慣病が増え、疾病構

¹OECD (2012)。日本のこの数値は、OECD加盟国全体で見ても、平均以下となっている。ちなみに、韓国は7.1%である。

²OECD (2009)。(邦訳 (2010) p. 21 および p. 111)。

³ポーター (2009, pp. 26-43) を参照。M・ポーターは、米国の医療システムの問題を取り上げ、それを経営学の理念と医療の倫理とを統合して論じ、とくに患者にとって医療の価値を向上させることを目標として据え、その目標に沿った戦略プランを提示している (p. ix 参照)。

⁴出月 (2008, p. 60)。出月教授によれば、国民皆保険制度が完成した1961年以降に、いまや通常行われているCTスキャン、MRIなどの画像診断、超音波検査、内視鏡検査、核医学による診断法、免疫学的な検査が普及したという。

⁵出月 (2008, pp. 60-61)。

造もかなり大きく変化してきた⁶。それに高齢化が進んだことで医療体制のあり方や医療制度について新たな課題を検討する時代となってきている。50年前当時は病院など医療機関で亡くなる人は30%であったが、現在では死亡者の85%が医療機関で亡くなるという。このことはそれだけ高齢化社会へのあり方や医療機関の終末医療に対する役割が大きくなっていることを示している。

一方、日本の医療制度の一つの欠陥は、医療の質を保証する制度がなく、それを検証するにしても医療ミスに関するソース・データが公表されていないことがその原因としてあげられるといわれる⁷。そして、個人情報保護の重視が言われ出してから、研究の分析対象となる調査データを入手することが難しくなっており、そのことが、日本で医療研究が発達しない理由でもある。

さて、日本が高度経済成長期にあった1960年の高齢化率は、5.7%であったが、1970年には7.1%となり、2005年に一気に高齢化率20.1%となった⁸。今後の見通しとして、2030年には、日本の高齢化率は31.8%と3人に1人が高齢者になると予想される。同様に、日本と多くの共通点をもつカナダおよび韓国の高齢化率はそれぞれ23.4%、24.3%と、これらの国々も4人に1人が高齢者になると予想されている。

こうして、日本が確実に高齢化社会に入り、医療費の高負担に対する対策と医療提供に対する政策のあり方が検討課題となってきた。今後、高齢化率はますます高まっていくことが予想され、われわれとしてはこれからの高齢者医療にどのように対処していくかが問われてくるだろう。そこで、以下では高齢化による医療費の負担とその適切性について述べることにする。

2004年における日本の保健医療支出（米ドル換算）は約3704億米ドル、これを一人当たりで見ると2901米ドルである。ちなみに、カナダの保健医療支出は約968億米ドル、そして韓国のそれが約374億米ドルで、一人当たり換算すると、カナダは3029米ドル、韓国は777米ドルとなる。

しかし、1985年からの伸び率（年率平均）で見ると、日本は7.4%、カナダが5.4%、韓国は11.7%となり、日本、カナダの医療費の伸びが漸増的なのに対し、韓国の伸びは急進的であるという特徴がみとれる⁹。

一方、医療費の財源負担では、日本は公的財源が81.7%、社会保険が65.9%、公費が15.8%となっている。私費による支出が18.2%と比較的低く、公的な負担割合が8割を超え3カ国の中で最も高いのが特徴だ。韓国は、公的財源が52.6%にとどまっており、そのうち社会保険の割合が41.6%、公費が11.0%となっている。それに比べて、私費の支出が47.4%と多く、家計支出は38.1%にのほり、民間保険は3.4%を占めている。

3カ国の共通点は、(1)公的な皆保険制度を採用していること、(2)そのペースに違いがあるものの、高齢者人口の増大および出生率が低下していること、(3)医療制度改革を継続していくことが求められること、である¹⁰。

⁶戦前の死亡原因として深刻だったのは、肺炎、胃腸炎といった感染症である。そして半世紀前の死亡原因として高かったのは、結核、脳血管疾患などで、いまは悪性新生物（癌）、心疾患、糖尿病など生活習慣病の疾患が死亡原因の上位にある。近年、生活習慣病のなかでも悪性新生物の死亡率が循環器系の疾患に比して著しく高くなっている。

⁷池上（2009）。

⁸ちなみに国連が定義する「高齢化社会」は高齢化率7%以上である。

⁹小島・尾形（2008, p. 48）。

ところで、良質な高齢者医療を実現するために、何が必要なのだろうか。あるいは、高齢者医療の問題点として何があげられるだろうか。印南(2010)はその最大の病理ともいべき問題として、「社会的入院」があるという。以下、彼の主張を引用しよう。

ここで、社会的入院とは、「医学的な必要性が小さいのに新規に入院したり、入院を継続したりすること¹¹⁾」である。この社会的入院の患者数は約20万人前後、費用は約1兆円とみなされている。印南(2010)によれば、社会的入院の本質的な問題は費用にあるのではなく、医療の質にあると指摘する¹²⁾。

日本の一般病床は、急性期、亜急性期、慢性期、そして場合により介護期まで入院をするベッドの名称として使われている。病院は、本来、急性期の治療を行い、疾患をいち早く直して、速やかに退院するところなのである。長く入院することで、かえって第二次疾患を併発する危険性を指摘する専門家もいる。印南(2009)はこうした社会的入院こそが、日本の医療制度の最大の病理だと指摘する¹³⁾。医療従事者は、社会的入院が望ましくないことは理解しつつ、経営上、社会的入院を黙認し、それを利用してきたともいえる。

そして、社会的入院の理由としては、一般病床、療養病床ともに、(1)家族介護力の不足、(2)家族の介護忌避(入院継続希望)の可能性、(3)介護施設の不足、の3つをあげる¹⁴⁾。

そこには、需給両方の問題があるという。まず需要サイドからは、患者・家族ともに病院に依存する体質がある。高齢者が入院しても、完全に回復するとは限らない。しかし、そこには、入院していれば、いつかは完全に治癒するという家族の過剰な期待があり、しかも高齢者を預けておくには介護施設よりも病院のほうが安心だという気持ちがつきまとう。だが、印南(2009)は、病院は長く滞在する場所ではなく、とくに高齢者の場合には廃用症候群を発症するリスクがあることを知るべきだと警鐘を鳴らしている。

他方、供給サイドからみると、日本では、民間の病院・介護施設が主流であるが、これは医療サービスの公益性にもかかわらず、収入を確保しなければならないという事由に基づく。もう一つの特徴は、社会保険としての医療保険・介護保険が非常によく整備されているために、その収入の大部分が保険からの償還によって賄われているということである。しかし、国際的にみると、日本には病床数が異常に多い半面、医者をはじめとする医療スタッフが少ないという現実と直面する。医療技術はどんどん進歩し、進んだ医療やケアを提供する素地はできているものの、病床当たりのマンパワーが不足するために密度の濃い医療が提供できていないという問題がある¹⁵⁾。入院基本料が低く抑えられているため、病院はできるだけベッ

¹⁰⁾小島・尾形(2008, pp. 52-53)。

¹¹⁾印南(2009, p. v)。彼は社会的入院を別の箇所で、「不適切な入退院」と定義している。一方、印南(2010)では、日本における2000年の「介護保険制度創設の目的の一つがこうした社会的入院の解消であった」(p. 44)という。

¹²⁾印南(2010, p. 45)。

¹³⁾印南(2010, p. 46)。

¹⁴⁾印南(2010, p. 46)。彼は、統計調査から、一般病院の高齢入院患者の約3分の1(17万人)、療養型病院の高齢入院患者の約半数(15万人)が社会的入院患者と推計している。また、未完退院は年間27万人(延べ人数)、不適切な転院は実に年間81万人(延べ人数)にも上るとも指摘する。社会的入院の解消によってもたらされる医療費の適正化額は、年間約1兆5千億円(推計)に上るといふ。

¹⁵⁾日本は10万人当たり、主要諸外国に比べて、数倍もの病院と病床を保有しているものの、医療に従事する医師数は最も少ない。一方、病床数の多さに比べて、急性期病床が占める割合も8割を超える諸外国に対して6割にも達していない。

ドを満杯にして、収入を確保するのに迫られている¹⁶。

印南（2010）によれば、この低密度な医療体制が手のかからない医療を提供し、必要性が乏しい社会的入院を助長する原因となっているという。社会的入院を解消し、良質な高齢者医療とケアを提供するには、医療に多くの人を雇って、高密度のケアを提供する施設に高い診療報酬を償還するシステムを作ることであるという。しかも医療報酬システムも、医療の成果に基づいて支払うようなシステムに変えるべきと主張する。こうした改革は、現在の医療水準を変えることなく行うことができるのである¹⁷。

3 医療の質の向上をいかに達成するか

さて、理想の医療は質の高い医療を効率よく提供することだといわれている¹⁸。ここで、医療の質が高くしかも効率がよいことは確かに重要であり、この関係を探究することが今後の病院経営のあり方に大きな影響を与えると思われる。質と効率というこの2つの指標はときにトレード・オフの関係になることがあり、両者の要因をともに満足することは非常に難しい。つまり、質を高めると効率が低くなり、効率を重視すると逆に質が低下するという具合に、両者にミスマッチが生ずる。この効率をコストに置き換えて考えても同じことがいえよう。

企業の収益性は売上高に対してどのくらい利益を獲得することができたのかを売上高利益率を用いて表し、そして効率性は売上高に対してどのくらい資産や負債があるのかを示す回転率を用いて表す場合が多い。一般には、投入された資源（コスト）に対するそれにより得られた産出（利益）の割合によって評価されるとみなしてよいだろう。医療機関の経営効率も、基本は投入に対する産出で測る点は同様だが、ただし企業のように利益率だけで評価できないところがある。それは、医療サービスには人的要素に占める割合が高く、単にコストや利益といった指標だけでは測れない要素があるからである。とくに、医療の質といった、医療特有の要因をどのように測定・評価するかは非常に難しい側面をもっている。最近では、こうした資源の投入に対する効果性を、病院や医療機関に対する効率性評価として判定する研究が数多く発表されている¹⁹。

こうした医療の質を評価することは、医療関係者だけが求めているのではなく、保険医療の立場から、あるいは民間保険会社など保険者側や政府からも要請されているという²⁰。事実、保険医療の6分の5はマネージドケアの管理の下になるといわれる。ここで、マネージドケアとは、非医師が医療を経営的観点

¹⁶印南（2010, pp. 46-47）。

¹⁷印南（2010, p. 48）。

¹⁸南・郡司（1994, p. 39）。

¹⁹例えば、南・郡司（1994）は、非営利機関である医療機関を効率性測定モデルである包絡分析法（Data Envelopment Analysis: DEA）を用いて、人的資源の効率性を実証的に分析し、その測定モデルの有用性を検証している。その評価結果は効率改善のための意思決定プロセスに役立てることができるとし、とくに非効率であると評価された病院は効率改善のための目標値を提示している。また、中山（2004）は、自治体病院の技術効率性と補助金との間の関係を DEA によって測定している。分析の結果、補助金の割合が多くなればなるほど非効率であることを明らかにしている。

²⁰杉浦（2007, p. 2）。

から管理し、医療コストを低減しようとすることを意味する²¹。杉浦（2007）によれば、米国では、一般的に医療の質や患者満足度は低く、医療サービスの格差が大きいという実態があると指摘している。一方で、こうしたマネージドケアの浸透は、医療をビジネスの思考で評価する傾向が行き過ぎることもあり、かえって本来の医療のあり方がゆがめられているという側面も否定しきれない。そこで、米国では、主観的な情報に基づくだけでなく、客観的な情報によって医療の質を測定し、もって本来の診療の質を高め医療そのものを改善していき、一定の質を保証しようとする動きがでてきている²²。

ところで、日本でもこうした医療の質が様々なケースで議論されている。それは特に、医療サービスの提供の体制と関連して取り上げられることが多い。今日では、一般に、医療の質の測定は、1980年に米国の医療経済学者であるA・ドナベディアン（Donabedian）が発表した論文のなかで指摘した「構造（Structure）」、「過程（Process）」、「成果（Outcome）」の3つの側面からおこなわれるようになってきている²³。したがって、医療の質の向上はこの3つの側面についてそれぞれの改善が行われるようになってきた。これまで構造的には医師や看護師の不足、あるいは医療現場体制の不備であり、過程では病院のシステムや医療従事者の連携の欠如であり、成果は入院治療や手術死亡率など詳細な医療データの分析や活用が十分にされてこなかった嫌いがある。いずれにしても、日本の場合、医師や病院などの専門家のガバナンスが弱く、説明責任が十分に果たされてこなかったという経緯がある。これらを、今後どのような視点から解決していくかを十分に考えていかなければならないだろう。

Hashimoto et al. (2011) はドナベディアンのモデルである Structure—Process—Outcome を使って、日本の医療の質を評価している。その検証の結果、彼らは、日本の医療制度には、2つの対照的な特徴があるという²⁴。それは、診療報酬により支払いの管理を厳密にする一方で、サービス体制の構築・提供がおろそかになっているということである。他方、彼らは日本の医療の質を高めるために何ができるかにねらいを定めて、医療費抑制と医療の質とのトレード・オフはあったのかを問い、それについて明らかにしている。

彼らは、医療費抑制は制度的に改善することは難しいとしたうえで、医療の質を改善するための構造改革を提言している。それは、まず第1に、サービス提供の管理に対して自由放任を見直し、サービスの組織化と提供の方法に対する管理を強めつつ支払い条件の柔軟性を高めていくこと、第2に、サービスの提供・管理に関する都道府県の権限を強めること、第3に、日本の医学教育制度を改革指定量の質を高めること、である²⁵。いずれにせよ、彼らは、研究の結果、医療サービスの利用拡大・機会均等化、医療費支払いの不平等を解消することを保健医療政策の最優先課題とし、その後に医療サービスの効率性と医療の質の向上を目指すべきだという結論を導いている²⁶。

²¹同上。

²²杉浦（2007, p. 3）。

²³Donabedian (1980), 東訳 (2007, pp. 84-143)。

²⁴Hashimoto et al. (2011, p. 1179) 橋本他 (2011, p. 64)。

²⁵Hashimoto et al. (2011, p. 1180) 橋本他 (2011, p. 65)。

²⁶Hashimoto et al. (2011, p. 1174) 橋本他 (2011, p. 57)。

4 経営の効率化の必要性

日本の公立病院は、自治体の補助金や運営費交付金、および公的保険制度の支援により、採算を考慮しないですむようになっており、そのため赤字経営が慢性的に発生するという側面があることは否定できない。そのため、近年では、「民間経営」の手法を取り入れた経営改革が行われる傾向にあり、そのため医療の効率性や医療の質の測定といった面からの客観的な評価や、民間の経営手法として思い切ったコスト削減が施行されつつあるといえよう。実際、全国の公立病院が、地域医療の危機打開や経営再建に向けて、コスト削減の徹底に動き始めたという事例も見られる²⁷。公立病院が医療機器を個別に購入・発注すれば、コスト高になりがちといわれる。総務省の調査によれば、医薬品などの「材料費」は病床百床あたりで、公立が民間に比べて12%も高かったという²⁸。

一方、全国の医療機関で患者数が減少している。その減少の主な理由としては、近年の医療技術の急速な進歩と新しい薬剤の開発などが挙げられよう。厚生労働省が行った平成23年度の「患者調査」によれば、病院や一般診療所で診療を受けた推計患者数で、入院は134.1万人であるのに対して、外来は589.8万人であった（これについては表1を参照）。こうした数字は、近年、入院、外来ともに減少する傾向だという。入院患者の減少の背景には、手術や診察の技術進歩に伴う入院日数の短縮化にあり、他方、外来患者の減少は、川湖孝一東京医科歯科大教授によれば、(1)一度に大量の投薬処方を受ける患者が増えたこと、(2)検査の迅速化による通院回数が減ったこと、にあるという²⁹。

ところで、医療機関のコスト削減の主な項目として、光が当てられるのは、水道光熱費、業務委託費、診療材料費、消耗品費などである。これに対して、人件費や薬剤費をはじめとする医用材料費などのコストは医療の質に関わる重要な部分なのでなかなか削減することは難しいのが実情だ。もちろん、削減が可能なコストである水道光熱費などにしても、医療機関に所属する院長をはじめ全職員で計画的に進めなければなかなか達成は難しい。そして、その達成をTQM（総合品質管理）やカイゼン、あるいは目標管理制度を利用して、グループで取り組んでいくことが大事である。そこでの一定の成果を上げた個人やグループには報酬を与えるなど、いわゆる業績報酬制度（pay for performance）などを採用して、職員を評価することも必要である。

わが国の診療報酬については、2年毎に改訂されている。その目的は、診療報酬制度により価格管理と国民皆保険制度の管理の2つにあるといわれる。同じ疾病に一定の診療報酬を当てはめることにより、病院経営を安定させ、また国民皆保険により患者の負担を軽減しようという意図があったと思われる。しかし、近年の少子高齢化と急速な医療技術の進歩により、質の高い医療サービスの提供が渴望されてきていることもまた事実であろう。そこで、2003年4月より、特定機能病院を対象に診断群分類（DPC）による包括支払制度が導入された。これは、診療科別に1日当たりの定額報酬が支払われること、在院日数に応じた報酬が設定されることから、病院や診療所に無駄な検査や投薬をしなくて済むように、またそのこと

²⁷日本経済新聞 2009年1月19日付参照。

²⁸同上。

²⁹「患者数、医療の技術で減少」日本経済新聞 2010年12月22日付参照。

表1 来院時の状況別にみた推計患者数

平成23年10月

来院時の状況	推計患者数（上：単位：千人）（下括弧：単位：％）					
	入院			外来		
	総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所
総数	1341.0 (100.0)	1290.1 (100.0)	50.9 (100.0)	5898.0 (100.0)	1659.2 (100.0)	4238.8 (100.0)
通常の受診	1070.7 (79.8)	1,266.7 (79.6)	44.0 (86.4)	5852.3 (99.2)	1622.1 (97.8)	4230.2 (99.8)
救急の受診	270.3 (20.2) (100.0)	263.4 (20.4) (100.0)	6.9 (13.6) (100.0)	45.7 (0.8) (100.0)	37.1 (2.2) (100.0)	8.6 (0.2) (100.0)
救急車により搬送	138.6 (51.3)	137.1 (52.0)	1.6 (22.9)	15.3 (33.4)	13.2 (35.6)	2.1 (24.0)
診療時間内の受診	71.1 (26.3)	69.9 (26.5)	1.2 (17.8)	7.3 (16.1)	5.9 (15.9)	1.4 (16.8)
診療時間外の受診	67.5 (25.0)	67.2 (25.5)	0.4 (5.1)	7.9 (17.4)	7.3 (19.7)	0.6 (7.2)
徒歩や自家用車等による救急の受診	131.7 (48.7)	126.3 (48.0)	5.3 (77.1)	30.4 (66.6)	23.9 (64.4)	6.5 (76.0)
診療時間内の受診	80.1 (29.6)	76.9 (29.2)	3.2 (45.8)	12.5 (27.4)	7.8 (21.2)	4.7 (54.3)
診療時間外の受診	51.6 (19.1)	49.4 (18.8)	2.2 (31.3)	17.9 (39.2)	16.0 (43.2)	1.9 (21.6)

- 注) 1) 外来には、歯科診療所の推計患者数は含まれていない。
 2) 「救急車により搬送」とは、救急車で搬送され受診したものをいう。
 3) 「徒歩や自家用車等による救急の受診」とは、徒歩や自家用車等で来院し、救急で受診したものをいう。
 4) 「診療時間内の受診」、「診療時間外の受診」とは、医療施設が表示する診療時間内、外に受診したものをいう。
 5) 宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。
 (出所：厚生労働省「2012年度患者調査の概況」の「推計患者数」により集計した)

で入院日数を減らそうとするインセンティブ効果が期待できる³⁰。また、病院によっては、入院から退院までの標準的なスケジュールをまとめた入院診療計画（クリティカル・パス³¹）で、医療行為を決めて行こうとするところもある。

在院日数短縮と病床利用率向上という2つの経営目標を同時に達成している施設に関して調査した尾形・植草（2011）は、どうすれば収入を増やせるのか、それには病院の体質強化に3つの処方箋があると

³⁰長谷川（2006，p. 15）。

³¹ここでクリティカル・パスとは、もともとオペレーション・リサーチの工程管理技法を医療分野に応用したものだといわれている。1985年に米国ボストンにあるニューイングランド医療センターの看護師カレン・ザンダーがこれを開発し、その中身は疾患ごとのケアの内容やタイミングを時間軸でまとめたものである。長谷川（2006，p. 13）を参照。

指摘する³²。まず第1は、クリティカル・パスにより標準的な医療行為を定めることで、医療の質と効率の改善の場を設けること、第2に、診療科毎に部分最適を目指すのではなく、病床や設備、医療スタッフを融通しあうなど標準的なクリティカル・パスを定めておくこと、第3に、選択と集中で得意分野を打ち出すこと、がそれである。

従来、一般に営利企業などの事業会社の経営は、効率性・利益率を重視して行われている場合が多く、そこには、必然的に管理会計制度が活用されてきたといえる。それと同じ論理で、医療の世界でも、その経営の効率性が、強く求められるようになってきている。したがって、そこには、病院の経営の改革にとって管理会計制度の導入が進んでも決しておかしくはない。実際、荒井（2011）は医療界における原価計算の効果について定性的な調査研究に基づいてその有効性を明らかにしている³³。この分野では管理会計のモデルの構築を通して、病院や医療機関の経営改革の業績への影響に関する定量的な検証はまだ行われてはいないが、こうした実証研究の成果が出るのもそう遠い話ではないだろう。

先述したとおり、医療の現場に対するカイゼン活動には、品質管理（QC）や総合的品質管理（TQM）の試行はすでに行われており、とくにバランスト・スコアカード（BSC）を導入した企業のいくつかの事例を見ることができる。TQMの導入をするにあたって、その手段としてBSCが活用できると思われる。

そこで、次節では、そのBSCを医療の活動に活用するとどのような事例と効果が得られるかを、試論として展開してみよう。

5 経営改革の一つの方向—BSCへの適用—

(1) バランスト・スコアカードの理念と特長

トップ・マネジメントが事業の迅速かつ総合的な視点を評価できる尺度として、1990年代の初頭に登場してきたのが、いわゆるバランスト・スコアカード（BSC）³⁴である。このBSCは、Kaplan and Nortonによって、最初は業績評価システムとして提案され、その後これを適用する過程で改善され戦略目的を実現する管理手法として進化・発展していった。さらに、品質や顧客満足度や製品開発などのような非財務的業績評価尺度を戦略に組み込むことにより、この手法の骨格が完成していったのである。それは単なる業績評価尺度ではなく、「製品、プロセス、顧客、市場開拓といった重要な領域にブレークスルーをもたらす組織改善を動機づけるマネジメント・システム³⁵」なのである。そこでは、戦略の実行と創出をサポートできるように非財務的業績尺度を組織に導入した点に大きな特徴がある。

もちろん、品質や顧客満足、それにイノベーションなどの非財務的業績尺度を含むように業績測定シ

³²尾形・植草（2011）。

³³荒井（2011）。

³⁴バランスト・スコアカードは、過去の戦略の成果を表す財務指標も含みつつ、その財務指標を補うように将来の業績の決定要因ともいえる顧客満足度、社内プロセスおよび組織の改善や改革といったものを評価するオペレーション上の指標からなる。したがって、この技法は単なる評価指標以上の意味をもっており、従来の財務指標には欠けていた、顧客、社内業務のリエンジニアリング、企業革新や改善運動といったものの実績を測り、財務指標を補完したものとなっている。

³⁵Kaplan and Norton（1993, p. 134）

システムを拡大することは口で言うほど簡単なことではない。しかし、戦略を実行するにあたって財務的視点のみならず非財務的な視点からシステムを改善する目的で使う効果的な業績測定はマネジメント・プロセスにとって欠かすことができないものである。結局、これは戦略の実行を管理し、企業の戦略自体を活動プロセスごとに業績評価尺度に変換させるためのフレームワークを提供するものにほかならない。

ここで無形資産の実体やそれが生み出す業績を測定するツールとして、「財務」「顧客」「業務プロセス」「学習・成長」の4つの視点を挙げている点にこのBSCの構想のユニークさがある。こうした無形資産は、たとえば、顧客リレーションシップ、従業員のスキルや知識、ITであったり、イノベーションや問題解決、組織改革を肯定する企業文化であったりする。もちろん、このような個々の資産そのものに価値が存するというよりも、価値は資産全体と個々の資産を結びつける戦略から生まれてくるといったほうがより適切かもしれない。

そうした狙いのもとに、導入されたバランスト・スコアカードによって、従業員に求められる知識やスキル、システム（学習・成長）、それによって事業が改革され、構築される適切な戦略実行力と効率性（内部業務プロセス）、市場に提供する自社の価値（顧客）、そしてそこから最終的に導き出される株主価値（財務）を読みとることが可能となる。こうした戦略的手法は、事業の成果を多面的に分析することで、短期的・長期的評価を可能とすることから、数多くの企業がこれを導入し始めているという。BSCは、1つの戦略を実行するために必要な手段であるに違いないが、あらゆる企業に一律に適用できるような定型的なものではない。

(2) 医療BSCのコンティンジェンシー・モデル

ここで医療にバランスト・スコアカードを導入することによって、医療管理会計を構築するケースについて考えてみよう。

医薬分業や診療報酬制度の改訂など最近の医療制度が大きく変化することによって、病院経営を取り巻く環境は厳しくなる傾向にある。その結果、原価計算や管理会計に関心をもつ病院が多くなってきている³⁶。もちろん、コストを考慮することは病院経営にとって重要な視点ではあるが、コストを抑えることによって医療技術を含む医療サービスが低下してしまっては本も子もない。したがって、コストの改革と患者への医療サービスの質を向上させることは両者ともに必要な条件となる。両者は経済的にはトレード・オフだが、バランスト・スコアカード的には医療の質と経営支援という両方の条件を満たしながら、病院の戦略的な管理会計をどう効果的に構築していくかが一つのポイントとなる。

それにもう一つの視点としては、特定機能病院や公共の総合病院それに個人病院など医療機関の種類ごとの情報システムの整備が必要であり、また診療科別の病院経営システムや情報システムなどを構築する必要もあろう。これは、企業で言えば戦略類型にあたり、病院の戦略型経営として類推的に考える基礎となる。

そこで、医療の会計を構築するにあたりこのBSCを導入することは、戦略管理会計の一つの事例となり得るし、さらにそこにコンティンジェンシー理論³⁷を応用することで環境と戦略を考慮に入れる新たな効

³⁶山本（2006，p.132）。

果的なケースとなろう。それでも、医療の場合には伝統的に「医療の質」の向上を図ることが最も重要な課題と考えられる。したがって、医療のBSCにおいては、ある意味で「顧客の視点」(=「医療の質」)が最重要課題として位置し、その上で「医療の質」を維持改善するために「財務の視点」を関連づけるというプロセスの導入が要点となるだろう³⁸。

ところで、BSCの特徴の一つに因果連鎖があるが、病院の場合にはこれを考慮に入れたケースは決して多くはなく、現段階ではBSCを業績管理システムとして導入しているケースの方が多いいわれている³⁹。しかし、BSCの特長を生かし、この4つの因果連鎖を考慮に入れて構想していく方が効果的であろう。谷(2006)も、この4つの視点をそれぞれ戦略目標、成果目標、行動目標に関連づけて課題ごとにとりまとめ、戦略マップを描いて、BSC導入のアクション・リサーチを行って成果を上げている。したがって、ここで基本となるのは「財務の視点」「患者(顧客)の視点」「内部(院内)業務プロセスの視点」、それに「学習と成長の視点」の4つの因果連鎖をどのように医療の管理会計に組み入れていくかである。

まず「患者(顧客)の視点」では、病院に対して期待すること、たとえば正確な病状を診断し患部の治療を早期におこなって、患者の要求に応える。そして、質の高い医療サービスを提供・改善しつつ、インフォームド・コンセントの充実など患者満足度を高める手だてを考えることである。とくに、患者の人間性を無視した根本的体制の見直しをはじめとして、待ち時間の短縮、診察室や病室そして、集中治療室に至るまでの環境整備や品質管理を徹底する必要がある。

次に、「財務の視点」では医療法や医療制度を踏まえて、長期のビジョンを経営目標にあった財務方針を立て、それに沿った財務目標を達成するうえで収益性の向上や成長性の向上などに向けて努力する。とくに、急性期医療か長期療養型医療かなど組織の戦略マップはしっかり立てておく必要がある。その上で、単に財務の視点の論理を先行するだけでなく、同時に患者の要求を満たす医療の質の向上に尽くすことが重要である。さらに、診療科別などのコスト把握に管理会計の手法を導入して病院価値の増大に体系的に努めることも重要となってこよう。

一方、「内部(院内)業務プロセスの視点」では、院内業務プロセスとして医療行為全体の業務の効率化とクレーム数の減少などを図り、医師や看護師の適正な人数とコストの適正化などを導き出す。さらに、患者とのカルテや処方箋などの記録の開示やインフォームド・コンセントなど契約内容に沿った患者要求事項を実現する院内プロセスを構築していく。また、検査の迅速化、処置の際に患者の誤認や医療ミスをなくすなどを含め各種検査態勢の整備を図っていくことが求められる。

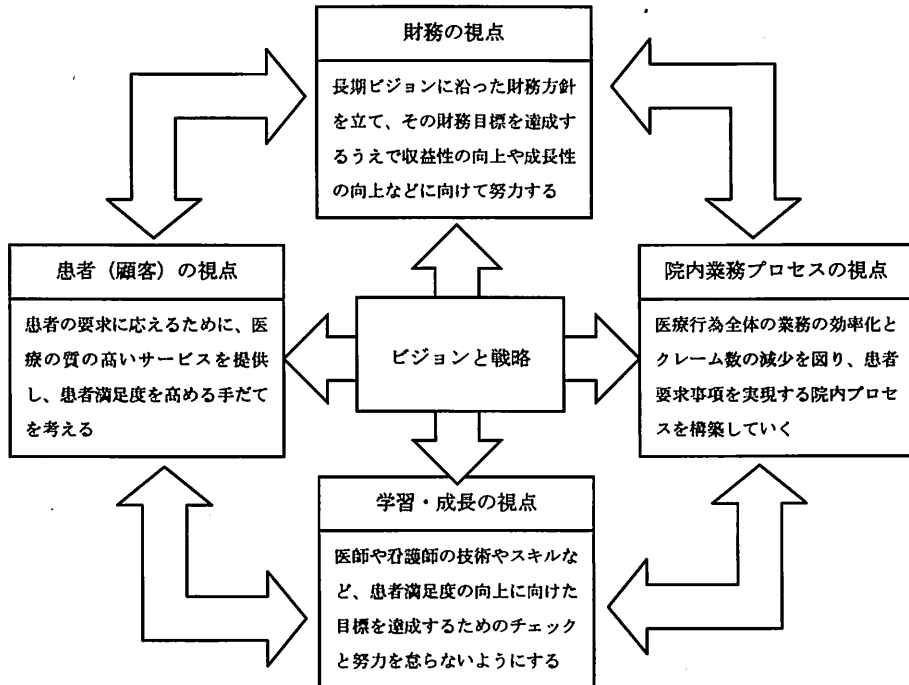
さらに、「学習と成長の視点」では、医師の治療や手術のスキルに対する絶えざる研究、看護師の看護技術の向上、一般職員の研修会などを通じたスキル・アップなど、患者満足度の向上に向けた目標を達成す

³⁷コンティンジェンシー理論とは、条件適合理論ともいい、あらゆる環境に対して唯一最善の組織というのはあり得ず、環境が異なれば有効な組織も異なるという考え方である。つまり、組織は、外部環境の変化に応じてその管理方針を適切に変化することが求められ、したがって、環境・戦略・技術・規模などの条件に適応した構造をもつことで、より高い成果を上げられるというものである。この理論は、最初、Lawrence and Lorsch (1967)によって構築され、それをMiles and Snow (1978)がより高度な理論に精緻化していった。これに関して詳しくは、星野(1992)の第1章を参照されたい。

³⁸羽生(2005, p. 57)。

³⁹羽生(2005, pp. 58-59)。

図1 バラント・スコアカードによる4つの視点



(出所) Kaplan and Norton (1996), 吉川武男訳 (1997, p. 76) の図を参考に、病院のBSCによる4つの視点を図式化した。

るためのチェックと努力を怠らないことである。医療技術の向上はもちろんのこと、医療機器の操作能力や情報技術の活用能力の向上など目に見えない能力開発や人材の育成にも心がけることも大切になってこよう。また、優れた医療チームや病院特有の組織風土づくりにも絶えず努めることが、この「学習と成長の視点」にとって重要である。これらの関係をBSCによる4つの視点として描くと、図1のようになる。

これに、コンティンジェンシー理論を援用してモデルを構成することも考えられる。ここで、コンティンジェンシー・モデルは、組織目標→戦略→BSCの階層→組織有効性、のように直線的な流れ(リニアモデル)として表すことができる。組織(病院)は、良好な業績を上げるのに適切なシステムとしてコントロールできる様々な要因に適合するように行動する。他方で、そのような優良な業績水準は、またBSCの4つの視点に対して条件変数である環境変数によっても影響を受ける。もちろん、このフレームワークは、過度に単純化したものにすぎない。組織(病院)の戦略は、その環境から影響を受けるし、BSCの因果連鎖にも十分影響を及ぼしうる。これは組織が存続できるかどうか、良好な業績を達成することができるかどうかとも関係してこよう。しかし、組織の重要な外部資源についての依存性とその組織と他の組織との相互依存性のパターンについては、これまでほとんど考察されてはこなかった。組織が存続できるかどうかの重要な鍵は、物的資源および人的資源を獲得し維持する能力と境界関係を管理する能力とにある⁴⁰。

⁴⁰Pfeffer and Salancik (1978) 参照。

6 むすび

本稿では、最近の高齢化による医療費の増加、医療の質の向上、それに病院など医療機関の経営の効率化、という3つの問題についてその論点を適宜整理しながら、検討を加えてきた。医療経済の問題は、限られた資源をどのように効率的に配分し、誰がどのようにそのためのコストを負担し、そしてできる限り公平に医療サービスを受けられるようにするかということである。そうした3つの問題に加えて、今日では、医療の質と経営効率の問題を考えていかなければならない。

医療の質と効率というこの2つの指標はときにトレード・オフの関係になることがあり、両者の要因を同時に満足することは非常に難しい。それは、医療機関の経営効率も基本は投入に対する産出で測る点と同様だが、企業のように収益性や効率性だけで評価できないところがあるからにはほかならない。そこで、医療の質をいかに科学的に評価するかが問題となってくる。今日しばしば、医療の質の測定は、ドナベディアン (Donabedian) が提唱した「構造 (Structure)」、「過程 (Process)」、「成果 (Outcome)」の3つの側面からおこなわれるようになった。Hashimoto et al. (2011) はこのドナベディアンのモデルを使って、日本の医療の質を研究した結果、医療サービスの利用拡大・医療の機会均等化、医療費支払いの不平等を解消することが最優先課題とし、その後に医療のサービスの効率性と質の向上を目指すべきだと結論している。

日本の公立病院は、自治体の補助金や交付金、それに公的保険制度の支援により、採算を考慮しないために、かえって赤字経営が慢性的に発生するというジレンマに陥っている。そのため、近年では、民間の経営手法を取り入れ思い切ったコスト削減を施行しつつあるのが一つの特徴となっている。もう一つは、その達成をTQM (総合品質管理) やカイゼン、あるいは目標管理制度を利用して、グループで取り組んでいく傾向にある。そこでの一定の成果には報酬を与えるなど、いわゆる業績報酬制度 (pay for performance) などを採用して、職員を評価する医療機関もある。一方、医療の世界でも、その経営の効率性を念頭に置いて、病院の経営改革にとって管理会計制度の導入を進めている病院もある。なかでも、医療にQCやカイゼン活動やTQMの試行はすでに行われており、とくにBSCを導入した事例を多く見ることができる。

いずれにせよ、医療の会計を構築するにあたりこのBSCを導入することは、戦略管理会計の一つの事例となり得ると考えられる。ここで基本となるのは「財務の視点」「患者 (顧客) の視点」「内部 (院内) プロセスの視点」、それに「学習と成長の視点」の4つの因果連鎖をどのように医療の管理会計に組み入れていくかである。組織 (病院) の戦略は、その環境から影響を受けるし、BSCの因果連鎖にも十分に影響を及ぼしうる。病院や医療機関についても、組織が存続できるかどうかの重要な鍵は、物的資源および人的資源を獲得し維持する能力と境界関係を管理する能力とにあることに変わりはないだろう。

謝辞

本稿は、2010-2012年度名古屋市立大学大学院経済学研究科プロジェクト研究に関する補助金による研究成果の一部である。ここに記して謝意を表したい。

参考文献

- Donabedian, Avedis (1980), *Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, The Foundation of the American College of Healthcare Executives. (東尚弘訳「医療の質の定義と評価方法」NPO法人 健康医療評価研究機構 (iHope)).
- Donabedian, Avedis (2005), Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, NO. 4, pp. 691-729.
- Hashimoto, Hideki, Naoki Ikegami, Kenji Shibuya, Nobuyuki Izumida, Haruo Noguchi, Hideo Yasunaga, Hiroaki Miyata, Jose M Acuin, Michael R Reich (2011), Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Japan: Universal Health Care at 50 years 3* www.thelancet.com *Lancet* 2011 Vol. 378, September 24. (橋本英樹・池上直巳・渋谷健司・泉田信行・野口晴子・康永秀生・宮田裕章・ホセ・M・アキン, マイケル・R・ライシュ (2011), 「〈日本特集号: 国民皆保険達成から50年 3〉 わが国における医療費抑制と医療の質: トレードオフはあるのか」, 「ランセット」(英国). <http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/lancetjapan/>
- Hoshino, Yuta (1998), "An Empirical Study of the Performance Measurement System in Japanese Manufacturing Industries," *Hirosaki Economic Review*, No. 21.
- Ittner, C. D. and D. F. Larcker (2003) "Coming up Short on Nonfinancial Performance Measurement," *Harvard Business Review*, Vol. 81, No. 11, pp. 88-95.
- Kaplan, Robert, S. and David P. Norton (1996), *The Balanced Scorecard: Translating strategic into Action*, Boston: Harvard Business School Press. 吉川武男訳 (1997) 「バランス・スコアカード—新しい経営指標による企業変革—」生産性出版。
- Kaplan, Robert, S. and David P. Norton (1993), "Putting the Balanced Scorecard to Work," *Harvard Business Review*, January-February.
- Lawrence, P. R. and J. W. Lorsch, (1967), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Boston: Harvard Business School Press, Division of Research.
- Miles, R. E. and Snow, C. C., (1978), *Organizational Strategy, Structure, and Process*. New York: McGraw-Hill.
- OECD (2009), *OECD Economic Surveys: JAPAN 2009*. (OECD 編著 大来洋一監訳「OECD 対日経済審査報告書 2009年版」明石書店, 2010年).
- OECD (2012), *Health Data 2012*. (June).
- Peffer, J. and G. R. Salancik (1978), *The External Control of Organizations*, Haper & Row.
- 荒井耕 (2011), 「医療界における管理会計制度の有効性に関する定量的検証」『会計』第179巻第6号。
- 出月康夫 (2008), 「過度の医療費削減がもたらした医療崩壊—その縮図としての救急医療—」『都市問題』第99巻第9号。
- 中山徳良 (2004), 「自治体病院の技術効率性と補助金」『医療と社会』(医療化学研究所), Vol. 14, No. 3。
- 長谷川敏彦編著 (2006), 「保健医療セクターにおける「総合的品質管理 (TQM) 手法」による組織強化の研究」JICA 研究所, 6月。
- http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/kyakuin/200606_he.html
- 羽生正宗 (2005), 「医療機関におけるISO9001とバランスト・スコアカード」『慶應商学論集』第18巻第1号。
- 星野優太 (1992), 「企業戦略と会計情報システム—環境適応と革新に関する理論的・実証的研究—」多賀出版。
- 池上直巳 (2009), 「(巻頭言) なぜ医療研究は日本で発達しないのか?」『医療と社会』Vol. 19, No. 2。
- 印南一路 (2009), 「「社会的入院」の研究」東洋経済新報社。
- 印南一路 (2010), 「良質な高齢者医療&ケアを実現するためには—社会的入院の問題点と解消策—」『The Keizai Seminar』June/July.
- 小島克久・尾形裕也 (2008), 「カナダ・日本・韓国の高齢化等の状況と医療政策のあり方」『海外社会保障研究』No. 163。
- マイケル・ポーター (2009), 山本雄士訳「医療戦略の本質」日経BP社。
- 南商暁・郡司篤晃 (1994), 「医療機関における効率性評価に関する研究—DEAによる自治体病院の人的資源の効率性評価を中心に—」『病院管理』Vol. 31, No. 1。
- 尾形裕也・植草徹也 (2011), 「医療の質を維持するには病院の効率経営が不可欠」『日本経済新聞 (経済教室) 2011年6月

3日付」。

杉浦淳之介 (2007), 「米国における医療の質評価に学ぶ」『*Fujitsu Research Institute*』。

山本浩二 (2006), 「管理会計の領域拡大の方向(3)」『企業会計』第58巻第6号。