

新型コロナウイルス感染症下の医療機関経営と バランスト・スコアカードの活用

浅川 哲郎

〔要 旨〕

新型コロナウイルス感染症が日本社会に及ぼした影響は教育から経済活動まで多方面にわたり、また規模も大きなものである。その中でも医療機関への影響というものは最も大きなもののひとつであろう。医療機関の経営は高齢化社会の下、徐々に難しいものになっていたが今回の感染症によって一段と経営環境が厳しくなっている。それは病床利用率の減少と言った指標に表れてきている。医療機関経営は劇的に改善することは考えにくく、長期的な視野を持って改善の努力をすることになるが、その際に役に立つ手法の一つがバランスト・スコアカードである。バランスト・スコアカードは医療機関の経営改善のみならず、行政によるアカウントビリティーを果たす手段や遠隔医療など新しい仕組みを評価する手段としても用いることができ、今後の医療システムの改善に貢献できるものと考えられる。

1. はじめに

本稿を書いている時点（令和4年1月27日）では新型コロナウイルス感染症も第六波を迎え、筆者が居住している福岡県においても本日付けで「まん延防止等重点措置」が適用されている。昨年秋の時点で一旦は終息したかに見えたこの感染症は、予想より長く流行しそうである。新型コロナウイルス感染症はわが国においては令和2年の年初から罹患者が発生したのであるが、この感染症が日本社会に及ぼした影響は教育から経済活動まで多方面にわたり、また規模も大きなものである。その中でも医療機関への影響というものは最も大きなもののひとつであろう。治療法も確立されていない新しい疾病に対し、最初は医療資材の調達に苦慮し、治療法が見いだされてからは医療スタッフに対する感染リスクと戦いながら患者と向き合うことになった。この過程で例えば他国と比較して多いとされる病床を有効活用されていないなどの、わが国における医療システムの弱点が指摘されることになる訳であるが、医療機関の経営に関しても大きな影響を与えていることは想像に難くない。本稿では医療機関経営の特に財務的な影響を検討し、その後に関後の医療機関

経営に役に立つと考えられるバランスト・スコアカード（Balanced Scorecard：以下「BSC」と略す）について検討することにしてしよう。

2. 令和2年度の「医療費の動向」

現況において新型コロナウイルス感染症の影響が最も大きいと考えられる令和2年度の医療費について紹介しておこう。令和2年度の「医療費の動向」は令和3年8月31日に厚生労働省から発表されている¹。その概要は、令和2年度の医療費は42.2兆円となり、前年度に比べて約1.4兆円の減少となった。また医療費の内訳を診療種類別にみると、入院17.0兆円（構成割合40.4%）、入院外14.2兆円（33.7%）、歯科3.0兆円（7.1%）、調剤7.5兆円（17.9%）となっている。医療費の伸び率は▲3.2%。診療種類別にみると、入院▲3.4%、入院外▲4.4%、歯科▲0.8%、調剤▲2.7%となっている。医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数の伸び率は▲8.5%。診療種類別にみると、入院▲5.8%、入院外▲10.1%、歯科▲6.9%となっている。1日当たり医療費の伸び率は+5.8%。診療種類別にみると、入院+2.6%、入院外+6.4%、歯科+6.6%、調剤+7.3%となっている。

上記の発表があった日の翌日（令和3年9月1日）の日本経済新聞には、令和2年度の大幅減は「コロナ禍という特異な背景があるものの、真に必要な受診への絞り込みなど医療コストの効率化の余地が大きい」と記している。同記事において日本総合研究所の成瀬道紀氏は、小児の受診は「必要性が高くない受診もある程度存在していた可能性がある。医療費は予算制約があり、自己負担を課すことが望ましい。コロナ後を見据え、受診の必要性を判断するガイドラインの作成なども有効ではないか」とし、病床についても「日本は急性期を中心に全体として過剰。地域医療構想の下で適正化していくのが望まれる。コロナ後は在宅医療の体制強化が必須だ」と指摘している。またみずほリサーチ&テクノロジーズの仁科幸一氏は、「感染拡大当初は発熱患者を断るといった対応をしたクリニックも多く、軽症患者らの受診控えと相まって外来診療は特に影響が大きかった」としている。今後において患者側はより安心できる医療体制の確立を希望することになろうし、医療機関側はその患者側の希望を受けて患者の受け入れ態勢、システム整備が課題となるだろう。また病院収入が極端に減少する状況においては行政・保険者側は、感染症下におけるよりよい診療報酬支払の仕組みが必要と認識されるのではないだろうか。次に病院経営の鍵と

¹ 厚生労働省のホームページより。

https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/20/dl/iryohi_data.pdf 令和4年1月27日閲覧。

なる指標を紹介しよう。

3. 病院経営の鍵となる指標

医療機関の収入構造はシンプルなもの厚生労働大臣が決定する診療報酬に対して、各医療機関が提供した医療サービスを掛けることによって医療機関の収入は計算することが出来る。入院患者を受け入れる病院の場合は、病床の利用率という数値が医療機関の収入に大きく影響してくることになるが新型コロナウイルス感染症が流行する前である令和元年までの値は（第1表）の通りである²。

第1表 病院の病床利用率、病床の種類×年次別

(単位：%)

各年間

年次	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
平成11年(1999)	84.6	93.2	1.7	45.0	91.0	81.9	・
14 (2002)	85.0	93.1	2.5	45.3	94.1	80.1	…
17 (2005)	84.8	91.7	2.7	45.3	93.4	79.4	…
20 (2008)	81.7	90.0	2.4	38.0	90.6	75.9	94.2
23 (2011)	81.9	89.1	2.5	36.6	91.2	76.2	94.6
26 (2014)	80.3	87.3	3.2	34.7	89.4	74.8	92.9
29 (2017)	80.4	86.1	3.3	33.6	88.0	75.9	90.9
令和元年(2019)	80.5	85.9	3.8	33.2	87.3	76.5	90.7

資料：政策統括官（統計・情報政策担当）「病院報告」

注：1）「療養病床」については、平成11年は「療養型病床群」、平成14年は「療養病床」及び「経過の旧療養型病床群」の数値である。

2）「一般病床」については、平成11年は「その他の病床（療養型病床群を除く。）」、平成14年は「一般病床」及び「経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）」の数値である。

3）平成11年までは従来の計算式による。

4）東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。

（第1表）からうかがい知れるのは、全病床の稼働率は、この20年間80%強を保ちつつ、微減傾向にある。また稼働率は病床の種類によって多少異なり、精神病床や療養病床はこの10年間で90%を割るようになってきている。一方、一般病床は20年ほど前の80%台から最近では70%半ば位で推移するようになってきている。このことから考えると病院経営において安定はしているが徐々に厳しくなっているという印象を受ける。

また病院の病床自体の推移は（第2表）の通りである³。

² 厚生労働省のホームページより。

https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html 令和4年1月27日閲覧。

³ 厚生労働省のホームページより。

https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html 令和4年1月27日閲覧。

第2表 病床数・人口10万対病床数、年次×病床の種類別 各年10月1日現在

病床の種類	平成17年 (2005)	平成20年 (2008)	平成23年 (2011)	平成26年 (2014)	平成29年 (2017)	令和元年 (2019)
総数	1,798,637	1,756,115	1,712,539	1,680,712	1,653,303	1,620,097
病院	1,631,473	1,609,403	1,583,073	1,568,261	1,554,879	1,529,215
精神病床	354,296	349,321	344,047	338,174	331,700	326,666
感染症病床	1,799	1,785	1,793	1,778	1,876	1,888
結核病床	11,949	9,502	7,681	5,949	5,210	4,370
療養病床	359,230	339,358	330,167	328,144	325,228	308,444
一般病床	904,199	909,437	899,385	894,216	890,865	887,847
一般診療所	167,000	146,568	129,366	112,364	98,355	90,825
(再掲)療養病床	24,681	17,519	14,150	11,410	9,069	7,882
歯科診療所	164	144	100	87	69	57
	人 口 10 万 対 病 床 数					
総数	1,407.7	1,375.3	1,340.0	1,322.5	1,304.8	1,284.1
病院	1,276.9	1,260.4	1,238.7	1,234.0	1,227.2	1,212.1
精神病床	277.3	273.6	269.2	266.1	261.8	258.9
感染症病床	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5
結核病床	9.4	7.4	6.0	4.7	4.1	3.5
療養病床	281.2	265.8	258.3	258.2	256.7	244.5
一般病床	707.7	712.2	703.7	703.6	703.1	703.7
一般診療所	130.7	114.8	101.2	88.4	77.6	72.0
(再掲)療養病床	19.3	13.7	11.1	9.0	7.2	6.2
歯科診療所	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0

資料：政策統括官（統計・情報政策担当）「医療施設調査」

第3表 病院の平均在院日数、病床の種類×年次別 各年間

年次	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養 病床	介護療養病床 を除く全病床
平成11年(1999)	39.8	390.1	11.0	102.5	165.3	27.2	・	・
14 (2002)	37.5	363.7	8.7	88.0	179.1	22.2	…	…
17 (2005)	35.7	327.2	9.8	71.9	172.8	19.8	…	…
20 (2008)	33.8	312.9	10.2	74.2	176.6	18.8	292.3	31.6
23 (2011)	32.0	298.1	10.0	71.0	175.1	17.9	311.2	30.4
26 (2014)	29.9	281.2	8.9	66.7	164.6	16.8	315.5	28.6
29 (2017)	28.2	267.7	8.0	66.5	146.3	16.2	308.9	27.2
令和元年(2019)	27.3	265.8	8.5	64.6	135.9	16.0	301.4	26.7

資料：政策統括官（統計・情報政策担当）「病院報告」

注：1）「療養病床」については、平成11年は「療養型病床群」、平成14年は「療養病床」及び「経過旧療養型病床群」の数値である。

2）「一般病床」については、平成11年は「その他の病床（療養型病床群を除く。）」、平成14年は「一般病床」及び「経過旧その他の病床（経過旧療養型病床群を除く。）」の数値である。

3）東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。

(第2表)からは認可病床数は一貫して減少していることが読みとれよう。また一般病床の減少幅は少ないが、精神病床と療養病床の減少幅が比較的大きい。この病床数の減少は(第3表)の平均在院日数の推移と深く関係している⁴。

(第3表)からは平均在院日数が平成11年の39.8日から令和元年の27.3日へと一貫して減り続けていることがわかる。これは診療報酬制度において平均在院日数が入院基本料(一般病棟入院基本料)の重要な基準となり、その日数が短縮されてきたことに関係している。その背景には高齢化によって足りなくなるベッド数を抑えるべく、国が一日当たりの医療密度を上げるように政策的に誘導した経緯がある。

経営コンサルタント会社のマッキンゼー等を小松大介氏は、病床稼働率80%の水準が病院の経営において黒字を出す損益分岐点と指摘する⁵。(第3表)で示したように、平均在院日数が短縮している現況では、この採算ラインを維持するために新規入院患者数を増やし続けなければならないことを意味する。つまり医療の近代化や経営の革新を続け、より多くの患者をより効率的に診ることができる医療機関が生き残ることは自明であろう。

小松氏は初診患者と再診患者の間⁶には一定の規則性があり、近年は初再診の合計回数に占める初診の割合(初診率)は、12%前後で推移していたとし、初診率12%が経営安定の一つの鍵となる数値としている⁷。そうであるとしたら(第4表)は平成29年の値を示

第4表 推計患者数・構成割合、外来×施設の種別別

平成29年(2017)10月

施設の種別	外来(B)	初診率		
		初診(A)	再来	
	推計患者数(単位:千人)			(A)/(B)
病院	1,630.0	227.0	1,403.1	13.9%
精神科病院	67.1	2.6	64.4	3.9%
特定機能病院	140.5	14.4	126.0	10.2%
療養病床を有する病院	340.4	47.0	293.5	13.8%
地域医療支援病院	387.2	55.3	331.9	14.3%
一般病院(上記以外)	694.9	107.7	587.2	15.5%
一般診療所	4,213.3	844.7	3,368.6	20.0%

注:推計患者数とは、医療施設(病院)ごとに指定した調査日当日に医療施設で受療した患者の推計数である。

出所:厚生労働省のホームページ(https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html 令和4年1月27日閲覧。)を筆者一部編集。

⁴ 厚生労働省のホームページより。

https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html 令和4年1月27日閲覧。

⁵ 小松(2015)4頁。

⁶ 「外来患者」は最初に新患で来たときは「初診患者」であり、その後治療のために継続的に来院すると「再診患者」となる。

⁷ 小松(2015)6頁。初診率は低い方が初診患者と比較して再診患者が多いことになり、一般的に言って経営的に安定する。

しているが、精神科と特定機能病院以外は初診率において12%を超えており、平成29年の時点で既に医療機関は経営的に厳しい環境に置かれていたと指摘できよう。

4. アフターコロナの病院経営指標

それでは新型コロナウイルス感染症が病院の経営指標にどのような影響を与えているか、について検討することにしよう。厚生労働省は、「病院報告」として1日平均患者数、月末病床利用率、平均在院日数を毎月公表しているが⁸、令和元年7月から3ヶ月間と令和3年7月から3ヶ月間とを比較したのが（第5表）から（第7表）である。

これらの表からは、外来患者数の減少幅は小さいけれども在院患者総数の減少幅は7%

第5表 1日平均患者数

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	令和元年9月	令和元年8月	令和元年7月	令和元年9月	令和元年8月
病院					
在院患者数					
総数（A）	1,227,174	1,238,341	1,232,468	△11,167	5,873
精神病床	282,434	283,213	282,543	△779	670
結核病床	1,491	1,519	1,486	△28	33
療養病床	269,276	270,467	270,531	△1,191	△64
一般病床	673,901	683,064	677,840	△9,163	5,224
外来患者数（C）	1,296,867	1,306,935	1,379,652	△10,068	△72,717

各月間

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	令和3年9月	令和3年8月	令和3年7月	令和3年9月	令和3年8月
病院					
在院患者数					
総数（B）	1,130,001	1,148,034	1,136,629	△18,033	11,405
精神病床	270,607	271,615	272,190	△1,008	△575
感染症病床	9,970	13,490	5,455	△3,520	8,035
結核病床	1,194	1,204	1,136	△10	68
療養病床	243,861	244,251	244,510	△390	△259
一般病床	604,369	617,473	613,338	△13,104	4,135
外来患者数（D）	1,281,753	1,252,714	1,247,989	29,039	4,725

各月間

在院患者総数の減少率	-7.9%	-7.3%	-7.8%	((B) - (A)) / (A)
外来患者数の減少率	-1.2%	-4.1%	-9.5%	((D) - (C)) / (C)

出所：厚生労働省のホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html> 令和4年1月27日閲覧。）を筆者一部編集。

⁸ 厚生労働省のホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html> 令和4年1月27日閲覧。）を参照。

第6表 月末病床利用率

	月末病床利用率 (%)			対前月増減	
	令和元年9月	令和元年8月	令和元年7月	令和元年9月	令和元年8月
病院					
総数	78.9	78.0	80.6	0.9	△2.6
精神病床	85.7	86.0	86.2	△0.3	△0.2
結核病床	34.2	34.8	34.1	△0.6	0.7
療養病床	86.3	87.0	87.0	△0.7	0.0
一般病床	74.2	72.3	76.8	1.9	△4.5

注：病院の総数には感染症病床を含む。

	月末病床利用率 (%)			対前月増減	
	令和3年9月	令和3年8月	令和3年7月	令和3年9月	令和3年8月
病院					
総数	74.6	75.7	74.4	△1.1	1.3
精神病床	83.1	83.4	83.8	△0.3	△0.4
感染症病床	246.7	825.9	480.1	△579.2	345.8
結核病床	28.6	30.1	29.0	△1.5	1.1
療養病床	84.3	84.7	84.5	△0.4	0.2
一般病床	68.2	68.5	67.0	△0.3	1.5

注：月末在院患者数は、許可（指定）病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。

このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

出所：厚生労働省のホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html> 令和4年1月27日閲覧。）を筆者一部編集。

第7表 平均在院日数

各月間

	平均在院日数 (日)			対前月増減 (日)	
	令和元年9月	令和元年8月	令和元年7月	令和元年9月	令和元年8月
病院					
総数	27.7	26.7	26.3	1.0	0.4
精神病床	267.9	268.1	252.8	△0.2	15.3
結核病床	70.3	66.8	62.5	3.5	4.3
療養病床	139.2	138.5	136.2	0.7	2.3
一般病床	16.1	15.6	15.4	0.5	0.2

注：病院の総数には感染症病床を含む。

	平均在院日数 (日)			対前月増減 (日)	
	令和3年9月	令和3年8月	令和3年7月	令和3年9月	令和3年8月
病院					
総数	27.4	26.7	27.2	0.7	△0.5
精神病床	272.1	278.2	273.2	△6.1	5.0
感染症病床	9.4	9.1	9.1	0.3	△0.0
結核病床	48.0	41.6	48.1	6.4	△6.5
療養病床	131.2	133.1	136.7	△1.9	△3.6
一般病床	16.1	15.8	15.9	0.3	△0.1

出所：厚生労働省のホームページ（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html> 令和4年1月27日閲覧。）を筆者一部編集。

以上と大きなものであることが見て取れる。また月末病床利用率の減少幅は6%から4%で、特に一般病床で振れが大きい。そして平均在院日数はほとんど変化していない。これらのデータからは病床利用率向上が経営上の重要な要素であることが理解できる。そのためには「2. 令和2年度の『医療費の動向』」の項で示したように医療機関の信頼回復が必要になってくる。信頼回復のためには医療機関の積極的な情報開示、つまりアカウントビリティーの充実が重要になってくるが、本稿ではBSCによる情報開示そして経営改善への役立ちを検討することにする⁹。

5. バランスト・スコアカード

バランスト・スコアカード (Balanced Scorecard: 以下「BSC」と略す) は、ハーバード・ビジネス・スクール教授のロバート・キャプラン (Robert Kaplan) と経営コンサルタントのデビット・ノートン (David Norton) が1992年にハーバード・ビジネス・レビュー誌に発表以来、様々な企業や組織で導入されている経営戦略を遂行するための業績評価システムである。これは1990年代の企業間の競争がよりグローバルかつ熾烈になり、経営トップが策定した全社的企業戦略をより迅速確実に実行するためには、企業を構成する各部門の具体的な目標、実行方法、業績測定尺度といった要素へ転換し、それらを結合する新たな仕組みが必要と考えられたのである。また当初は業績評価システムとして用いられてきたが、1990年代後半以降、視点間の因果連鎖や視点内の目標とその要因との因果連鎖など、因果連鎖を重視した戦略的経営システムとしての性格を強めている。BSCの特徴は経営の全社的ビジョンと戦略を、財務的視点、顧客の視点、社内ビジネスプロセスの視点および学習と成長の視点、の4つの視点へ転換し、それぞれの視点から各部門の具体的な目標、業績測定尺度などを明らかにした点にある¹⁰。実務上のBSCには視点ごとに、目標、業績評価指標、ターゲット、具体的提案プログラムが明確に記入されるようになっている。またBSCは企業のガバナンスやアカウントビリティーの手段としても用いられ、考案者のカプランらは、企業の取締役会がアカウントビリティーを果たすBSCの例を示している¹¹。

BSCは経営戦略を遂行するためのシステムであるために、利用者は営利組織に限定さ

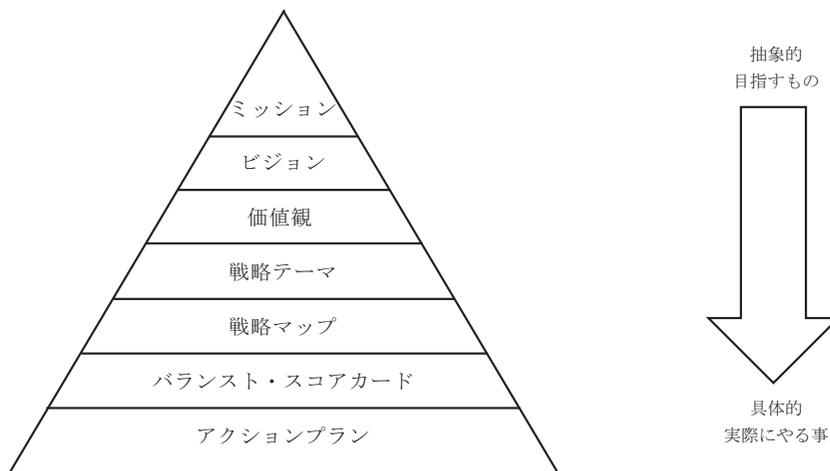
⁹ BSCを含む米国医療におけるアカウントビリティーについて検討したものとして浅川 (2009) 参照。

¹⁰ アカウントビリティーには組織の内部に対するものと外部に対するものがある。BSCは経営の全社的ビジョンと戦略を具体化し組織の構成員に示すものであるため、組織内部に対するアカウントビリティーはその仕組みからして当初より果たすものである。

¹¹ Kaplan and Nagel (2004) pp. 34-37

れなく、非営利組織においても用いられている。しかし営利組織と非営利組織の目的は異なっている。これについてドラッカー（Peter Drucker）は、病院のような非営利組織の場合は具体的な行動目標である使命、つまりミッションが必要であるとしている。そしてミッション達成には、機会、能力、信念の三つが必要としている。つまり、組織の外部に目を向けて、機会つまりニーズを探り、それらを達成するための能力と遂行するための信念が必要であるということである¹²。非営利組織はミッションの遂行を目的として存在しているところが営利組織とは異なっている。ではミッションとBSCとの関係は如何に考えれば良いだろうか。カプランはこの問題について、非営利組織の経営者は達成指標を持っていないために、活動の焦点がずれ、限られたアカウントビリティーしか果たしていないと指摘する。そして非営利組織のミッションがその組織にとって存在意義であり、BSCを導入することによって非営利組織は、そのミッションの焦点を絞ることができ、寄付者や支援を受けている団体により多くの情報を提供できアカウントビリティーを果たすことができるとしている¹³。日本医療バランスト・スコアカード研究学会が示したミッションからアクションプランまでの位置関係は（第1図）のようなものである。BSCは経営トップが策定した戦略を中間管理職、またはそれより下位の従業員に伝達する手段と考えられている。

第1図 ミッション・ビジョンの体系上の位置づけ

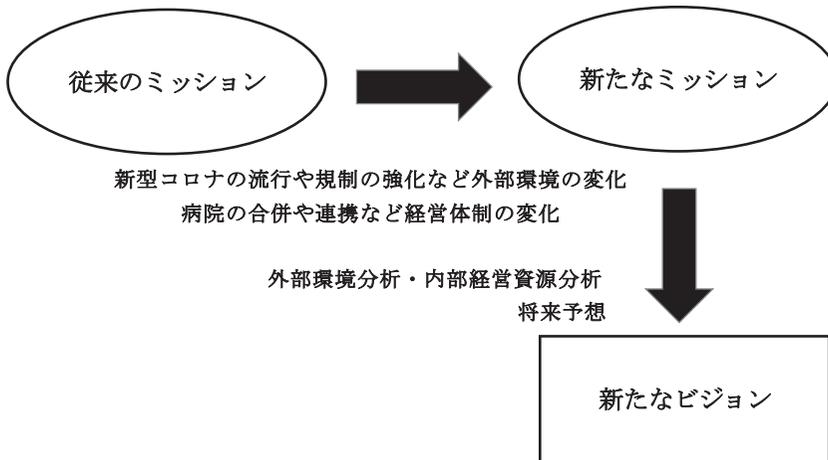


出所：日本医療バランスト・スコアカード研究学会（2007）37頁。

¹² Drucker（1990）pp. 6-11。例えば病院のミッションとして「健康を守ることがミッションである」という病院として何をすべきなのか判断に困るものよりも、より具体的な「患者を安心させることがわれわれのミッションである」といったより具体的な構成員の行動目標がミッションには必要であるとする（pp. 6-7）。

¹³ Kaplan（2002）pp. 1-4

第2図 ミッションの変化



出所：筆者作成

このBSCは2000年から2010年頃にかけて医療機関においても盛んに取り上げられ、数多くの研究もなされている¹⁴が（第2図）に示すように、今回の新型コロナウイルス感染症の流行により病院のミッションが変化せざるを得ないために経営トップと中間管理職、またはそれより下位の従業員とコミュニケーションする手段としてもBSCは用いられてくるように想像している。

次にこれまでのBSCの導入事例を3つ紹介しておこう。

(1) 聖路加国際病院

聖路加国際病院は、1901年（明治34年）米国聖公会の宣教医師であるルドルフ・トイスラー博士によって創設された東京都中央区に位置する総合病院である。病床数は520床で、これに加えてマタニティケアホームの19床が存在している。石松伸一院長によると、創設者のトイスラー博士が1933年に作成・宣言したMission Statement（病院の業務目的）を強く意識して管理運営していると言う¹⁵。

同病院は国際的医療施設評価機関であるJCI（Joint Commission International）¹⁶の認証を継続的に得るなど高い品質の医療を志向していることで知られている。BSCも2004（平

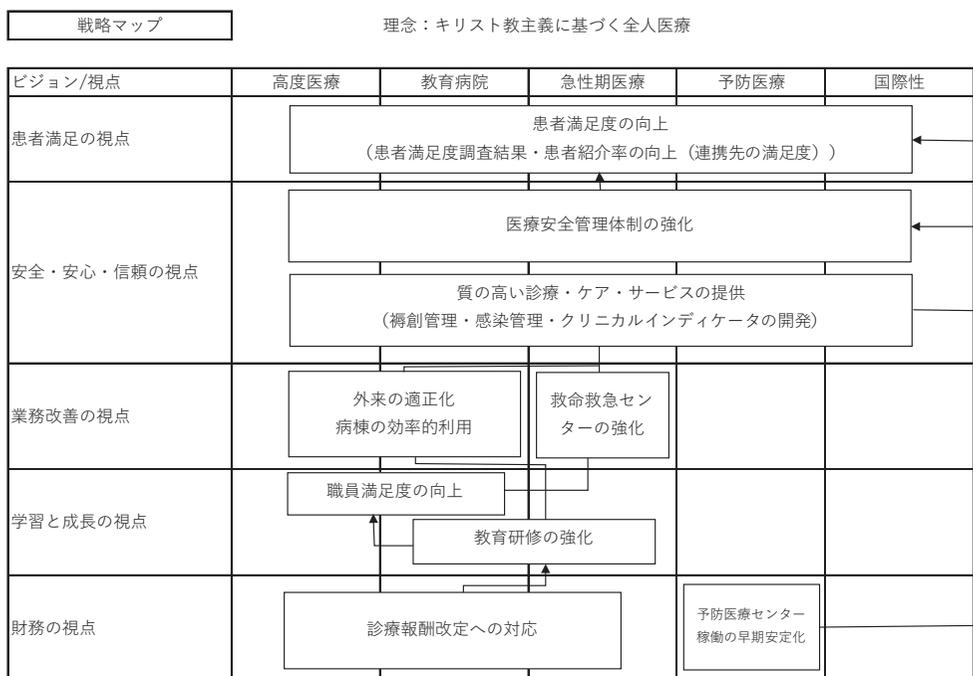
¹⁴ 2003年には日本医療バランスト・スコアカード研究学会が設立されている。

<http://www.hbsc.jp/about/index.html> 令和4年1月27日閲覧。

¹⁵ 聖路加国際病院のホームページ（<https://hospital.luke.ac.jp/about/index.html>）。令和4年2月5日閲覧。

¹⁶ 医療施設認定合同委員会（Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization：JCAHO）によって1998年に設立された国際組織。

第3図 聖路加国際病院の戦略マップ



出所：医療安全推進者ネットワークのホームページ。http://www.medsafe.net/contents/hot/77ikss.html を令和4年1月10日閲覧。

16) 年から導入が試みられている。同病院はキリスト教系の病院であるため、ミッションは「キリスト教精神に基づく全人的医療。そのための医療・看護・病院管理。」そして「患者中心の医療と看護。」と設定されている。またビジョンは「急性期患者の診療を重点的に行う総合病院としての機能」、「高度医療の提供」、「予防医療の重視」、「教育病院としての機能強化」そして「国際病院としての使命」が挙げられている¹⁷⁾。

同病院のミッション（理念、行動規範となるもの）とビジョン（長期計画）に基づいて、（第3図）のような戦略マップを作成した¹⁸⁾。戦略マップのデザインの基本形には、財務の視点、顧客の視点、業務プロセスの視点、成長と学習の視点の4つがあるが、同病院ではそれに「安全・安心・信頼の視点」を加えている¹⁹⁾。BSCのフレームワークを病院の環境・事情によって変形している訳である。

聖路加国際病院はBSCを導入することによって数多くの改善がなされている。例えば患者満足度の視点では、顧客満足度を向上させるべく、今まで看護部と事務部の2箇所に分か

¹⁷⁾ 聖路加病院のバランス・スコアカードの実例：医療安全推進者ネットワークのホームページ。http://www.medsafe.net/contents/hot/77ikss.html を令和4年1月10日閲覧。

¹⁸⁾ 医療安全推進者ネットワークのホームページ。

¹⁹⁾ 医療安全推進者ネットワークのホームページ。

れていた受付を一本化するという戦略目標が設定された。また業務改善の視点では、まず目標が達成できなかった原因を分析している。例えば、救急部門では、救急車のお断り件数を減らすという戦略目標が設定されていたが、救急車のお断り原因のひとつに緊急手術が入らないことが指摘されていた。平均在院日数が短縮化し、病棟の回転が多くなった結果、手術スケジュールが過密になったり、手術室の看護動線を再検討する必要があったり、外来患者数の増加に伴い、手術開始時間がずれ込むなどの原因が分析されたのであった。そこで、手術室の効率的利用のためにプロジェクトを設立して検討を行い、看護師を5名増員することとするなど改善が図られている²⁰。

聖路加国際病院院長の福井次矢氏は新型コロナウイルス感染症の影響について第二波が来る前の令和2年6月24日付けの日本経済新聞に「外来患者はかなり減少した。目立ったのは小児科で、コロナ以前に比べて6割減った。入院に関しては、コロナ前は病床の稼働率は90%近かったが、70%台に落ちた。手術にも影響しており、不急の手術を中心に2割減少した」と語り、経営面での影響も「4月が前年同月比でマイナス7億円、5月は8億円の減収だった。6月も億単位の減収を見込む。当院は健診の収入がコロナ前は月に2億5000万円ほどあった。4月に入ってすぐ、不要不急とされた健診業務を全面的に休止した。それが5月まで続いたため、ほぼ2か月分まるまる減収になった」と指摘している²¹。新型コロナウイルス感染症の影響として特に緊急部門の対応が困難になるということが一般的に指摘されているが同病院も「当院は救急車で搬送患者受け入れの実績が都内でトップクラスだ。院長として救急医療を最も重視してきた。そんな当院もコロナ感染のピーク時には、疑い患者の搬送を苦渋の思いで断ったことがあった。収容能力が限界に達していたからだ」と上述の過去に実施した改善では対応できなかったことを示唆している。そのための改善策としては「東京全体の救急搬送の状況を俯瞰（ふかん）でき、現場の救急スタッフもリアルタイムで知ることのできるシステムが必要だ。患者の発生状況と救急病院の空き病床、専門医の有無などをマッチングさせる大きな掲示板のイメージだ。IT（情報技術）、AI（人工知能）を活用し、感染症対応に限らず日常の救急搬送でも都や東京消防庁が主導してできないだろうか」と行政主導のアカウントビリティー充実のシステムを要望している。行政側がアカウントビリティーを果たす手段としてBSCは海外では用いられている。

²⁰ 医療安全推進者ネットワークのホームページ。

²¹ 第二波が来る前の段階で既に財政的に厳しい状況に陥っているので、第六波が来ている現況では財政的には更に悪化しているものと想像できる。また同病院が今後BSCを導入する場合に病床の稼働率というのはひとつの指標として用いられよう。

(2) カナダ・オンタリオ州

BSC のアカウントビリティーという視点ではカナダのオンタリオ州のケースが有名である²²。オンタリオ州では、オンタリオ州病院協会（Ontario Hospital Association：以下「OHA」と略す）が中心になって1997年からBSCを用いた医療の品質向上・効率化と州民へのアカウントビリティーの向上を図る仕組みを作っている。1998年には急性期病院のシステムレベルに関する「ホスピタル・レポート98（Hospital Report 98）」を公表した。「ホスピタル・レポート98」は、オンタリオ州病院全体のシステムに関する報告書であったが、1999年には個別病院ごとのBSCの4つの視点の実績を公表した「ホスピタル・レポート99（Hospital Report 99）」を発表している。これはカナダにおける病院レベルでは最大のアカウントビリティーのプロセスであり、北米においての最大の患者満足度の調査とされた。

2013年9月には「急性期医療スコアカードレポート（Critical Care Scorecard Reports）」が四半期ごとに発行されている。2020年4月に発出された同レポート²³によるとこのレポートは「ユニット・スコアカード（Unit Scorecard）」、「ローカル・ヘルス・インテグレーション・ネットワーク²⁴・スコアカード（Local Health Integration Network Scorecard）」そして「州スコアカード（Provincial Scorecard）」の3つの種類から構成されている。「ユニット・スコアカード（Unit Scorecard）」が最も基礎的な単位で2013年9月の最初のレポートから報告されている項目である。主に対象とする利用者はICUマネージャー、病院管理者、前線の医療従事者である。「ローカル・ヘルス・インテグレーション・ネットワーク・スコアカード」は2015年4月から開始されており、ローカル・ヘルス・インテグレーション・ネットワーク（Local Health Integration Network：以下「LHIN」と略す）の責任者、LHIN事務所、病院の責任者やオンタリオ州の保健省を主な対象者としている。

「ユニット・スコアカード」と「ローカル・ヘルス・インテグレーション・ネットワーク・スコアカード」には「ランチャート（Run Charts）」と呼ばれる長期間にわたるプロセスやシステムについてのデータを示すグラフ²⁵を含んでおり、それは品質改善の監視や将来の業績を予想するためにしばしば用いられる。この「ランチャート」を用いる目的は

²² 同州におけるBSCとアカウントビリティーについて詳述したものとして浅川（2009）参照。

²³ 「オンタリオ州急性期医療スコアカードレポート」https://criticalcareontario.ca/wp-content/uploads/2020/11/CC-Unit-Scorecard-Reports-Guide-Apr_2020-with-CCSO-logo.pdf を令和4年2月4日閲覧。

²⁴ ローカル・ヘルス・インテグレーション・ネットワーク（Local Health Integration Network：LHIN）とはオンタリオ州で2007年4月に設定された医療行政の単位で、同州には14つのLHINが存在する。LHINは担当する地域の医療計画や医療サービスの提供に責任を持っている。

²⁵ 「ユニット・スコアカード」における「ランチャート」の例として人工呼吸器関連肺炎（ventilator-associated pneumonia：VAP）率や人工呼吸器自己抜き取り率（unplanned extubation rate）など6例が掲載されている。

プロセスの安定性を維持するためである。このことは「ランチャート」に「コントロール・リミット (control limits)」を設定することによって担保されている。また「州スコアカード (Provincial Scorecard)」は最も上位に位置するスコアカードで2015年4月から開始されており、主な対象者は「ローカル・ヘルス・インテグレーション・ネットワーク・スコアカード」と同じである。また情報の品質を担保するために2018年2月から「ユニット・レベル・データ・クオリティ・スコアカード (Unit level Data Quality Scorecard)」が開始されている。

このオンタリオ州のBSCの試みは行政側がアカウントビリティーを果たす手段として評価されるであろう。同州は「COVID-19 ホスピタル・キャパシティー：アップデート (COVID-19 Hospital Capacity : Update)」として新型コロナウイルス感染症の下、病床の空き状況を逐次公開している²⁶。これなどは聖路加国際病院院長の福井次矢氏が希望するシステムの一つのように感じられる。

(3) 遠隔医療の価値測定

新型コロナウイルス感染症の下、感染の予防のために遠隔医療に注目が集まっている。遠隔医療についてはわが国においては慎重な姿勢を示す意見が多い²⁷が、米国では比較的積極的に利用されており、その有効性に関してもBSCを用いた評価が行われてきている。米国医師会 (American Medical Association) と医療コンサルタント会社のマナット・ヘルス (Manatt Health) は遠隔医療の価値測定のフレームワークを研究している。そのフレームワークは、遠隔医療が患者や医師、保険者そして未来の社会の利益を増進させることによって、全体的な「健康に関するリターン (return on health)」を向上させるかどうかを説明する手段となるものである。そしてそのフレームワークは医療機関が新しい遠隔医療を発展させ評価する手段として、保険者をして保険の対象と支払い決定を連絡する手段として、また行政をして遠隔医療の将来を描く規制を構築する手段として用いることができるのである²⁸。

このフレームワークは構造的には明確なバリューストリーム (value stream) にインパクトを与えるいくつかの環境変数 (environment variables) について定めており、デジタル化されたモデルから導かれる全体的な価値を計算することが出来るものである。ここで

²⁶ <https://www.oha.com/news/covid-19-hospital-capacity-update> を令和4年1月10日閲覧。

²⁷ そのひとつとして日本医師会の意見を参照。

<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/009595.html> を令和4年1月10日閲覧。

²⁸ Barron, Mishra, Lloyd, and Augenstein (2021) p.2.

環境変数には、診療の型式 (practice type)、支払方法 (payment arrangement)、患者の対象 (patient population)、臨床事例 (clinical use case)、遠隔医療機器 (virtual care modality) を含んでいる。このフレームワークは異なる医療機関がその環境または戦略の延長線上に基づき異なるモデルを追求するために柔軟なものである。例えば、出来高払い方式に基づくメディケア対象者が多い小さな田園部のプライマリーケアの医院では、大きな垂直的に統合された地域の医療機関とは遠隔医療の価値は異なっている²⁹。

フレームワークは6つのバリューストリーム、つまり臨床上のアウトカム (clinical outcomes)、医療の品質と安全性 (quality and safety)、医療へのアクセス (access to care)、患者と家族の経験 (patient and family experience)、医師の経験 (clinician experience)、財務的および事業上のインパクト (financial and operational impact)、そして医療の平等性 (health equity) を含んでいる。遠隔医療モデルのインパクトはこれら全てのバリューストリームに基づいて計測される。つまりバランスドスコアカード方式³⁰で遠隔医療の可能性を測定し実現することが出来るのである³¹。

米国において遠隔医療は新型コロナウイルス感染症の影響を受けて幅広く用いられるようになってきている。VCU (Virginia Commonwealth University) Health というバージニア州の医療機関はパンデミックに対応して精神医療の外来患者を、従来の1パーセントから2020年は90パーセント以上へと遠隔医療の割合を増やしている。同機関は新しい遠隔医療の影響をこのフレームワークにおける様々なバリューストリーム (value stream) に基づいて評価し始め、いくつかの新しい発見をしている。例えば予約した診療に来ない患者の割合 (財務的および事業上のインパクトの要素) はパンデミック前の11パーセントからパンデミック中には6パーセントへと落ちており、VCU Health は予約枠の浪費の数を減らし、業績とアクセス (もうひとつのバリューストリーム) を改善させるためにいかに遠隔医療を用いるべきか考えている³²。今後も遠隔医療におけるバランスドスコアカード方式による評価、そして医療の品質等の改善の動きは継続的に行われると予想されよう。

²⁹ Barron, Mishra, Lloyd, and Augenstein (2021) pp.3-4.

³⁰ 通常の BSC は 4 つの視点であるがここでは 6 つの視点から測定されることになる。

³¹ Barron, Mishra, Lloyd, and Augenstein (2021) p.4.

³² Barron, Mishra, Lloyd, and Augenstein (2021) p.4.

6. 終わりに

新型コロナウイルス感染症の長期化は医療機関の経営に大きな影響を与えている。厚生労働省から発表された令和2年度の「医療費の動向」にはわが国全体における医療費の減少傾向が示されており、また聖路加国際病院院長の福井次矢氏の言葉には医療機関単体の姿が示されている。今後はこれらのデータを基に医療政策が立案されていく訳であるが、医療機関の経営環境としては楽観できる要素は少ないと感じられる。そのような状況においてバランスト・スコアカードのような経営を改善させ、アカウンタビリティーの充実に貢献できる仕組みが医療機関や行政等にも有効に機能していくものと指摘できる。

医療システムのあり方については新型コロナウイルス感染症を受けて国民的な関心が向いている。そのような時期にこそ医療がもたらすべき安心とは何か、を現代の多様な価値観に照らして再定義し、わが国の最重要インフラである医療システムを総点検することが肝要である。

引用・参考文献

- (1) 浅川哲郎「米国医療におけるアカウンタビリティーと管理会計の役割」九州産業大学『商経論叢』第49巻第2号 2009年。
- (2) 小松大介著、大石佳能子編『病院経営の教科書』日本医事新報社 2015年。
- (3) 日本医療バランスト・スコアカード研究学会『医療バランスト・スコアカード導入のすべて』生産性出版、2007年。
- (4) Peter F. Drucker 'Managing the Nonprofit Organization,' 1990 (上田惇生、田代正美訳『非営利組織の経営』ダイヤモンド社、1991年)
- (5) Meg Barron, Vimal Mishra, Stacy Lloyd, and Jared Augenstein, 'How to Measure the Value of Virtual Health Care' Harvard Business Review, June 24, 2021.
- (6) Robert S. Kaplan 'The Balanced Scorecard and Nonprofit Organizations' Harvard Business School Publishing, 2002.
- (7) Robert S. Kaplan and Michael E. Nagel 'Improving Corporate Governance with the Balanced Scorecard' (Working Paper), July 5, 2006.