

青森公立大学大学院博士後期課程 博士論文

自治体病院のバランスト・スコアカード導入と 財務の相関関係

－ 財務インパクトと財務インプリケーションのアプローチ －

Study on Correlation of Balanced Score Card introduction and
financial performance affairs of the Municipal Hospitals

－An approach of financial implication and its financial impact－

指導教授

主査 藤永 弘教授

副査 遠藤 哲哉教授

副査 池田享誉准教授

学籍番号：90902031

岩佐 嘉美

自治体病院のバランスト・スコアカード導入と財務の相関関係

－ 財務インパクトと財務インプリケーションのアプローチ －

青森公立大学大学院経営経済学研究科博士後期課程

学籍番号 90902031 岩佐 嘉美

序章

日本における医療市場は、診療報酬体系や薬価制度の改正、医療費の自己負担率の増加による患者数の減少などにより厳しくなっている。それに伴い病院を取り巻く多様で複雑な経営が財務的側面だけでは全体的業績に及ぼす影響は決定的な因子とはならず、病院組織の社会的責任を視野に取り込む必要があると考える。近年医療分野においては HSR(Hospital Social Responsibility)というコンセプトとして徐々に現れつつあり、病院にも社会的使命は何なのかという病院価値の向上が問われている。この HSR と融合し、それを統治するツールとして我が国においても BSC(Balanced Score Card)を導入する事例が増加しており、財政の悪化から自治体病院への導入について論じているものも数多く見られる。BSC を導入すれば、BSC によって促進される無形資産の蓄積が間接的に財務業績を向上させるとされている。しかし自治体病院に導入する事により、財務指標にどのような変化や効果が見られたか、またその財務指標に影響を与えたファクターは何かという視点での研究は多くはない。よって、現状においては BSC 実践による財務との相関や BSC が財務業績に影響を及ぼす重要業績評価指標のメカニズムについては実証的に明らかにされたとはいえない。もともと自治体病院では、財務的成長をアウトカムとせず、公共性という概念に対して制約要因的見解であった財務には注目されてこなかったと言っても過言でない。しかし、自治体病院に要求されている公共性と経済性の調和という観点、更に自治体病院の HSR 活動から創造される病院価値の向上という観点からは、財務の充足は事業継続の条件となると考える。本研究では、Kaplan and Norton の非営利組織への BSC の考え方を踏まえた上で、BSC が導入されている自治体病院の BSC 導入が財務指標に与える直接的影響と、更に BSC 導入事例から KPI(Key Performance Indicators)と財務指標の相関関係を定量的データに基づいて検証し、その影響因子について考察する。また、その上で自治体病院の規範的役割について考察を加える。

第 1 章 非財務指標と新たな業績評価システム

伝統的な財務偏重型の業績評価は、最終的な財務指標を重視してきた。しかし財務指標は過

去の指標であるため、財務情報がフィードバックされても戦略の修正や見直しには遅すぎる。伝統的業績評価システムは、戦略の実行や競争優位の獲得といった戦略的な問題を考慮してデザインされていなかっただけでなく、無形資産がどのようにして財務的成果を生み出したのかも分からないため、組織の戦略的な意思決定や行動に深刻な悪影響を与えた。BSC は財務指標だけでなく、非財務指標をも測定対象とするような業績評価システムによって、戦略の実行状況がタイムリーにモニターされたり、長期の財務的業績向上と競争優位を確保するための Value Driver を明らかにし、業績指標群の因果関係として表現する。

第2章 戦略的マネジメント・システムとしての BSC と非営利組織の BSC の意義

1996 年に Kaplan and Norton は、BSC を単なる戦術的、若しくは業務的な測定システムではなく、長期的に戦略を遂行するためのマネジメント・システムとして改めて定義し、2000 年に戦略マップとして整理されることとなった。Kaplan and Norton は、BSC は Public Sector にこそ適しているとして、2001 年に BSC を非営利組織に適用するために、財務の視点を頂点とした企業向けの BSC を顧客や有権者を階層構造の頂点に置くように、構造の編成を主張した。利益という最終的な成果の尺度がある営利企業とは異なり、非営利組織ではアウトカムをどのように定義するのかという課題を抱えている。しかし昨今では、日本の非営利組織の経営も困難な状況に陥っている。こうした状態に陥っている組織では、存続するために例え非営利組織であっても、収入の増大と費用圧縮を中長期的に考えていかなければならない。このような状況にある非営利組織では、財政の立て直しをするという観点で、BSC の財務の視点を最上位に持ってくることも考えられる。

第3章 自治体病院の経営構造

日本の医療は平等に扱われるべきというコンセプトの下、医療は価値財として位置づけられ、社会的共通資本として整備されてきた。自治体病院には非排除性、非競合性の要素も含んでいるため、他の一般的サービス業と同じ基準での事業合理性を追求できない。この事からも自治体病院は営利企業のように経営面だけを取り上げて評価を行う事もできない。しかし、元来自治体病院においてはこの公共性が強調されるあまり、経営という視点からの改善が遅れていたことも事実である。そこで営利企業のような利益に代わる病院の事業目的は何かという側面から病院経営の効用に関する議論が始まる。究極、病院を取り巻くステークホルダーの対象範囲によって異なる見解がもたらされる。自治体病院は公共性と経済性の両面の実現が求められており、経済性の実現を疎かにしてはいけないものの、本来の目的である公共性の実現に十分留意し、そのバランスを取ることが運

営上非常に重要であることが指摘されている。

第4章 BSC 導入による財務インパクト

自治体病院の BSC は因果連鎖を前提とした効果を期待されつつも、現時点ではまだ十分に因果連鎖を考慮して構築されていない。日本の医療界においては、財務に対して未だに制約要因の見解があり、経営の維持・安定という医療提供の支えの部分であると認識されている事が多い。そこで本章では、既に BSC を導入している 25 ヶ所の自治体病院の財務的效果を検証するために、21 個の財務指標を用いて BSC 導入前後の平均値比較分析と BSC 導入群・非導入群の平均値比較分析、並びに時系列分析を行った。その結果、BSC 導入前後の平均値比較分析と BSC 導入群・非導入群の平均値比較分析において共通して有意差を示した財務指標として、患者一人一日当り入院収益と実質収益対経常費用比率が確認された。BSC の実施継続とともに患者一人一日当り入院収益が向上すれば、医業の根本的収益である医業収益が向上し、その効率性から材料費対医業収益比率や職員一人当たりの医業収益といった生産性にも影響を与える。実質収益対経常費用比率が向上すれば、経常収支比率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、総資産利益率、他会計繰入金対経常収益比率といった指標に影響を与える。更に言えばこれらの指標が遅行的に作用し、累積欠損金比率や自己資本比率等といった資産性指標や資金繰り指標、資金繰り関連指標にも影響を及ぼしていくことが想定される。以上の結果から、BSC の導入は財務へインパクトがあると結論付けられる。

第5章 先行指標と遅効指標のインプリケーション

本章においては、東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院に導入されている BSC に共通して設定されている 7 個の KPI と財務指標について記述統計分析を行った。これにより遅行指標との強い相関を示した先行指標は、『患者紹介率』、『平均在院日数の短縮』、『医療材料・薬品の標準化』、『看護師定着率の向上』であった。分析結果から、先行指標と遅行指標が上手く結合されていると結論付けられ、これらの KPI は収益を向上させる事が可能な影響因子である事を決定づける証拠となった。よって、これらの KPI 項目は財務業績の向上に貢献していると言えるため、以後これらの指標に注力した管理を施すことにより資源の適正配分が可能となり、経営の合理化に資すると言える。しかし本章で対象とした BSC 事例からは、財務業績のみに直接的に影響を与えない可能性がある因子も存在する事が示唆された。将来性や収益性など、様々な要因から形作られる病院価値という観点、CSR (Corporate Social Responsibility) に見られるよう

な地域の社会性という視点からはどうなるのであろうか。本来あるべき医療に立ち戻るためには、自治体病院は、誰のために、何のためにあるのかを追求しなければならない。

第 6 章 戦略的 HSR と BSC フレームワーク

自治体病院は存在そのものが社会的使命であり、事業継続の観点からは公共性と経済性の調和を図ることが第一の使命となる。しかし、それは自治体政策の一環であり、個別の病院価値を向上させたことにはならない。自治体病院経営の目的は、病院価値の創造と向上で、その具体的内容は経済価値、組織価値、社会価値の創造と向上である。よって、戦略目標の遂行と病院価値向上の視点を充実させるためには、医療の質を投影させたブランド価値を向上させる戦略的 HSR と BSC を結合させたマネジメント・システムモデルが必要となる。BSC フレームワークにステークホルダー理論とリソースベースでの VRIO (Value, Rarity, Imitability, and Organization) の 4 つの条件を確保する事で、自治体病院の持続的競争優位性が担保される。RBV 理論 (Resource Based View) は、ステークホルダー理論における自治体病院組織内部のガバナンスの要素を説明することができる。また、規範的統合により、地域における共通認識の醸成、組織内のガバナンスを図り、地域社会における他組織の期待と病院の行動の同調をはかることが可能となる。しかし、自治体病院の規範的統合においては、病院の役割に対する組織の期待が異なること、マルチステークホルダーの期待に対するコンフリクトが生じる。このコンフリクトに対する解決に向けたプロセスが自治体病院の経営戦略となる。BSC はそれらを統合し、コントロールし、モニタリングしていくための戦略的フレームワークという捉え方である。自治体病院における財務の充足は従来の制約条件としての捉え方ではなく、サステナビリティの前提条件という考え方であらう。

終章

本研究では、Kaplan and Norton の非営利組織への BSC 研究成果に依拠しながら、自治体病院の経営構造と BSC の理論的背景にみられる 4 つの視点間の関係を中心に概念的な検討を加え、BSC の財務指標へのインパクトと遅行指標となる財務指標と先行指標のインプリケーションについて実証的検証を行った。その結果、BSC の導入は財務的効果があると結論付けられ、またサンプル、観測数、及びデータは限定的ではあるが、財務業績と有効的に結合する KPI の存在が横断的に確認された。しかし、本研究で分析した 25 ヶ所の自治体病院は BSC 導入から平均で 6 年と日も浅く、また KPI と財務指標の相関結果は僅か 3 ヶ所の自治体病院の一時点におけるものに過ぎず BSC 導入効果がまだ十分には浸透していないことも想定される。従って、BSC を導入し

た自治体病院によってはBSC導入効果に著しい差異が見られたこと、また財務に貢献させることを前提として設定している(投資をしている)と想定される先行指標の中には遅行指標と結合していないものが存在していたこと、更にそれらの要因については本研究では検証出来なかった。自治体病院組織の特徴や取り巻く経営環境が地域によって異なることを考慮すれば、本研究の結果が全ての自治体病院に通じるものであるかどうかは定かなものではない。全ての自治体病院を対象としたBSCの経済的帰結に関する検証は今後の大きな課題となる。

Study on Correlation of Balanced Score Card introduction and financial performance affairs of the Municipal Hospitals

— An approach of financial implication and its financial impact —

The Graduate School of Management and Economy, Doctoral Course Aomori Public
University

Student ID 90902031: Yoshimi Iwasa

Introduction

The medical industry in Japan experiences hardship because of changes in systems including the system of remuneration for medical treatment, the pricing system for prescription drugs and medical supplies, the increase in copayment charges to patients, and the decline in the number of patients. In consideration of the impact that these changes have had on the overall performance of the medical industry, a simple analysis of the financial activities of hospitals is not adequately given and is not a single contributing factor as hospital organizations are committed to diverse and complicated business management systems. Additionally, any analysis needs to include considerations of social responsibilities that hospital organizations have for society. In recent years, medical professionals have conceptualized their social responsibilities as HSR (Hospital Social Responsibility) and gradually practiced this concept. Even within hospitals their managers ask themselves what their societal missions are, and evaluation for the improvement of the value of hospitals is becoming demanded. As an administrative tool, hospitals in Japan incorporate HSR into the Balanced Score Card system (BSC) and practice BSC. The number of hospitals that implement BSC is increasing each year, and also discussions about the introduction of BSC to municipal hospitals have been seen quite frequently due to concerns about the financial deterioration of the hospitals. It is assumed that if BSC is implemented, the hospital can expect to accumulate intangible assets that are promoted by BSC, and as a result, the system will indirectly improve the hospital's financial performance. However, there have been few studies that have examined what changes and influences in financial indicators were observed after implementation of BSC in municipal hospitals and what

factors influenced those hospitals' financial indicators. Therefore, in the present circumstances, a correlation between the financial management of hospitals and the practice of BSC has not been clarified. Likewise, the mechanism of important performance evaluations that indicate the influence of BSC on the performance of each hospital's financial has not been clarified. Traditionally municipal hospitals tend not to consider their financial growth as an outcome because of their public service features. Those hospitals' financial aspects have been restricted from the public perspective; and therefore, it is no exaggeration to mention that their financial performance has been ignored. However, from the perspective that demands a harmonious balance between public service and economic efficiency in municipal hospitals and furthermore from the perspective that requires an improvement of hospital values that are created from HSR activities, the financial sustainability of municipal hospitals is considered as a necessary condition for the continuation of medical services. This study, based on the BSC approach that was developed for non-profit organizations by Kaplan and Norton, examines the direct impacts of BSC on financial indicators of municipal hospitals that have already employed the BSC system. Furthermore, from example cases of BSC employing hospitals, we examine the correlation among KPI (Key Performance Indicators) and financial performance indicators from a quantitative data analysis, and we discuss the influential factors impacting this correlation. Additionally, we also discuss the normative roles of municipal hospitals in that regard.

Chapter 1: Non-financial indicators and the new performance evaluation system

Traditional systems that evaluate financial performance have had a tendency to value financial indicators. However, financial indicators are used to measure the organizations' past performance, and often trends are recognized too late for the organization to formulate ideas for review and revision of its business strategies based on the information collected from these financial indicators. The schemes for such traditional evaluations systems lack considerations of strategic aspects such as the practicality of business ideas and the attainment of a competitive advantage.

Furthermore, they are not designed to recognize how intangible assets influence the financial outcome. As a result, the traditional evaluation system has strongly had a negative influence on certain aspects of the strategic decision making and activities of organizations. On the other hand, BSC employs a comprehensive evaluation system that even includes non-financial indicators as a part of the performance evaluation, and this system can monitor the ongoing status of an organization's strategic performance and clarify its Value Driver, which indicates the securing of a competition advantage and the longitudinal improvement of financial performance. Thus, BSC can identify causal relationships among performance indicators.

Chapter 2: Significance of BSC as a strategic management system and the application of BSC to non-profit organizations.

In 1996, Kaplan and Norton argued that BSC is not merely a strategic or administrative measuring system but redefined it as a management system that implements a long-term business strategy. In 2000, BSC was arranged as a business strategic map. Kaplan and Norton advocated that BSC is most appropriate to public sectors, and in order to make it applicable to non-profit organizations, they advocated an arrangement of the BSC hierarchical structure, which places clients of the organization and voters as the top priority, in contrast to the conventional BSC structure for corporations that considers their financial activities as the highest priority. Non-profit organizations have trouble with how they measure their outcomes, since they are different from for-profit organizations that can ultimately assess their business performance using the amount of profits as a measuring scale. However, non-profit organizations in Japan also experience financial crises. Those organizations that fall into such circumstances, despite their non-profit status, must consider strategies to reduce costs and increase revenues in the mid-to-long term. For this reason, nonprofit organizations that are experiencing financial difficulties can benefit from prioritizing BSC financial activities for the purpose of reformation of their financial status.

Chapter 3: Management structure of municipal hospitals

Under the concept of equality in social services, medical care in Japan has been considered as a merit good and organized with their common social capital. Because municipal hospitals include aspects of nonexcludability and nonrivalry, they cannot simply pursue a business rationale according to the same standard as other general service sectors. For this reason, municipal hospitals cannot be evaluated solely on the aspect of business management like for-profit organizations. However, it is also true that improvement in the management of those hospitals has been delayed because of their emphasis on public services. Therefore, discussions about the effectiveness of hospital management have emerged from the perspective that asks what purpose of hospital operation should take place that pursuit of profit occupies for-profit organizations. Different perspectives are discussed depending on the range of stakeholders that surround the hospitals. Municipal hospitals are required to actualize aspects of both public service and economy. While the hospital cannot neglect actualization of economy, it also needs to pay careful attention to actualization of public service, which has been the traditional mission of municipal hospitals. Therefore, maintaining a good balance of both aspects is considered to be of utmost importance for hospital operation.

Chapter 4: Financial impact of BSC

Even though some effects, given a presumed chain of causality, are expected to result from the implementation of BSC in municipal hospitals, definite causality has not been fully established at this present stage. The medical care industry in Japan tends to have restrictive views about financial performance, and it tends to consider that the maintenance and security of hospital management should be part of the support that medical care can provide. In this chapter, we selected 25 municipal hospitals that have already implemented BSC in order to examine the financial effectiveness of BSC. In particular, we used 21 financial indicators and compared the mean values of these indicators pre and post BSC implementation among participating hospitals. We also compared the mean values of the group of hospitals that employed BSC with a

corresponding group that did not employ BSC. Additionally, we also conducted a time series analysis. The earning rate of in-patient service per patient per day and the ratio of actual earning to operating expense have been confirmed as financial indicators that show a significant difference from the comparisons of mean values pre and post BSC implementation and from the comparison mean values of the BSC group to the non-BSC group. If the earning rate of in-patient service per patient per day increases with continuance of BSC practice, then the profit of medical services, which is the main source of earnings, will also increase. In a related way, because of the expectation of efficiency of profit earning, the increased earning rate will also influence medical services productivity as reflected by the ratio of material costs to medical service earnings and the rate of medical service earnings per medical professional. Improvement in the ratio of actual earnings to operating expenses improves will also impact various financial indicators including the ratio of current income to current expenses, the ratio of medical service earnings to medical service profits, the break-even point of the cost to profit ratio, return on assets (ROA), and the ratio of transferred amount from other accounts to current account amount. Furthermore, it is also expected that these indicators will eventually considerably influence lagging indicators that include asset indicators (i.e. the ratio of cumulative deficit and the capital adequacy ratios), financial indicators, and financially-related indicators. For the above the reasons, it can be concluded that implementation of BSC will cause important financial impact.

Chapter 5: Implications of leading indicators and lagging indicators

In this chapter, we discuss our descriptive statistical analyses of seven Key Performance Indicators (KPI) and financial performance indicators that are commonly established in BSC at the following hospital organizations: Office of Tokyo Metropolitan Hospital Management, Noto General Hospital (in Ishikawa Prefecture), and Asahi Hospital (in Chiba Prefecture). From our studies, leading indicators that were found to have a strong correlation with lagging indicators are as follows: the rate of patient referrals, the shortening of the average number of days stayed in-hospital,

standardization of medical supplies and drugs, and improvement in the stability of nurse workers. As a result, we reasonably concluded that leading indicators and lagging indicators are well correlated with each other and that this correlation is evidence that these KPIs may be the influential factors by which it would be possible to increase hospitals' profits. It can be said that these KPI items contribute to the improvement of financial performance. Therefore, an appropriate distribution of resources becomes possible if hospitals conduct the management analysis that focuses on those key performance indicators, and such analysis eventually facilitates rational hospital management. However, the examples of BSC, which were the object of our research in this chapter, indicated that other factors also exist that possibly do not exert a direct influence on just financial performance. One may wonder how these factors influence the change in the perspective on hospital values that are composed of various factors including future prospect and profitability and from the original perspective of regional social services that are seen in CSR. In order to restore the original state of medical services that should have been provided, municipal hospitals must know and be mindful for whom and for what reason they provide services.

Chapter 6: Frameworks of strategic HSR and BSC

The existence of the municipal hospital is itself a public service mission, and from the perspective of continuance of services, it is important to primarily pursue a harmony aspects of both public service and economy. However, this mission statement is a part of local government policy and does not mean that it has improved the values of each individual hospital. The purpose of municipal hospital management is to create and enhance the hospital's values, and in particular, it is to create and enhance economic value, organizational value, and social value. Therefore, in order to satisfy the vision of successful implementation of management strategies and the enhancement of hospital values, it is necessary to implement a management system model that incorporates HSR and BSC and will strategically improve the brand value reflecting the quality of medical care. By including four conditions of VRIO—value, rarity, imitability, and organization—based on stakeholder theories and resources in

the BSC framework, the competitive advantage of municipal hospitals should be secured. The Resource Based View (RBV) theory illustrates the elements of internal organizational governance inside municipal hospitals in accordance with the stakeholder theory. Also, normative integration makes it possible to foment common consciousness across regions, direct internal governance of the organizational structure, and harmonize expectations of other organizations' involvement and hospitals' activities within a regional society. However, in regard to normative integration in municipal hospitals, the expectations of the hospital organization in terms of its roles are different, and therefore, it causes a conflict among the expectations of multiple stakeholders. The process that aims to resolve this conflict can become a management strategy for municipal hospitals. BSC is indeed said to be a strategic framework that integrates, controls, and monitors these aspects. The financial sufficiency of municipal hospitals should be viewed not as a conventional condition to be restricted but as a prerequisite for their sustainability.

Conclusion

Twenty-five municipal hospitals that participated in our research have implemented BSC for six years on average and that is still a relatively short time interval. In addition, it is expected that the efficiency of BSC may not have been fully realized at three hospital organizations of the Office of Tokyo Metropolitan Hospital Management, Noto General Hospital, and Asahi Hospital. Because of the relatively new implementation of BSC, large differences in the efficiency of BSC were seen among participating hospitals. Our findings include the observations that some hospitals did not link some of the leading indicators, which were established and assumed to influence making financial contributions (i.e. financial investment) as a prerequisite, to lagging indicators. We were not able to investigate those factors in this study. If we consider the fact that specific characteristics of municipal hospital organizations and the environment of management that surrounds each hospital vary by region, it is uncertain whether our findings in this study can be applied to the entirety of municipal hospitals in Japan. Because this concern remains, our direction of future

study should include examinations of the economic consequences relative to the BSC system that is undertaken by all municipal hospitals.

目次	I
図表一覧	VI
序章	1
第1章 非財務指標と新たな業績評価システム	8
第1節 業績評価と測定対象	
第2節 アウトカムの測定	
第3節 伝統的業績管理システム	
第4節 予算管理の限界と非財務指標	
第5節 BSC とは	
第6節 BSC の経営的意義	
第7節 ツールの構成と4つの視点のバランス	
第8節 4つの視点の対立関係と因果連鎖	
小括	
第2章 戦略的マネジメント・システムとしてのBSCと非営利組織のBSCの意義	29
第1節 戦略遂行の経営管理システム	
第2節 多面的業績評価システムから戦略的マネジメント・システムとしての確立	
第3節 戦略マップの意義と役割	
第4節 戦略とBSC の関係	
第5節 BSC のフィードフォワード構造	
第6節 戦略志向の組織体の5原則	
第7節 BSC の効用に関する先行研究レビュー	
第8節 非営利組織のBSC の意義	
8-1 非営利の会計的意義とマネジメント	
8-2 Kaplan and Norton による非営利組織に対するBSC の適用	
8-3 非営利組織のアウトカムの定義	

8-4 非営利組織における財務の視点の位置づけ

第9節 非営利組織へのBSC導入(検討)事例

9-1 札幌市のケース

- (1) BSC導入検討の背景
- (2) 札幌市のBSCへの期待
- (3) 札幌市児童家庭部と緑化推進部、札幌市都市経営BSCのモデル

9-2 新潟県病院局のケース

- (1) 新潟県立病院の経営状況とBSC導入の背景
- (2) 新潟県立病院におけるBSCの特徴と意義
- (3) 目的と効用 一十日町病院におけるBSCによる顧客満足度の向上

9-3 Duke Children's Hospital のケース

9-4 The Children's Hospital at Montefiore のケース

小括

第3章 自治体病院の経営構造・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 84

第1節 医療経済と病院経営論

- 1-1 医療経営を取り巻く制度的、経済的問題
- 1-2 医療のステークホルダー論と病院のガバナンス論
- 1-3 医療政策と病院経営

第2節 自治体病院の使命と役割

- 2-1 自治体病院の使命
- 2-2 自治体病院の存在意義
- 2-3 自治体病院の役割

第3節 自治体病院の経営形態

- 3-1 地方公営企業法一部適用
- 3-2 全部適用による経営責任の明確化
- 3-3 指定管理者制度
- 3-4 独立行政法人

第4節 青森県内主要都市自治体病院の経営実態

- 4-1 むつ総合病院
- 4-2 八戸市立市民病院
- 4-3 三沢市立三沢病院
- 4-4 十和田市立中央病院
- 4-5 弘前市立病院
- 4-6 主要経営指標推移の比較
- 第 5 節 自治体病院の公共性と経済性
 - 5-1 地方財政措置
 - 5-2 自治体病院の経営構造における効率性と非効率性
 - 5-3 自治体病院の経済性と補助金の相関関係
 - 5-4 公共性と経済性のバランスとトレード・オフ

小括

第 4 章 BSC 導入による財務インパクト…………… 137

- 第 1 節 BSC 導入の理論的背景
 - 1-1 伝統的病院業績評価の問題点と医療 BSC への期待
 - 1-2 自治体病院への BSC 導入の必要性
 - 1-3 民間病院と自治体病院の BSC の差異
 - 1-4 医療 BSC の因果連鎖と財務的課題
 - 1-5 病院を対象とした BSC の財務的効果に関する先行研究レビュー
- 第 2 節 分析のフレームワーク
 - 2-1 サンプル(分析対象病院群)
 - 2-2 分析に用いる財務指標
 - 2-3 分析対象財務指標の記述統計量
- 第 3 節 分析方法
 - 3-1 BSC 導入前と BSC 導入後の平均値による比較方法
 - 3-2 BSC 導入群と BSC 非導入群の平均値による比較方法
- 第 4 節 分析結果
 - 4-1 BSC 導入前と BSC 導入後の平均値による比較の分析結果

4-2 BSC 導入群と BSC 非導入群の平均値による比較の分析結果

(1) 分散値による分析結果

(2) 平均値による分析結果

第 5 節 BSC 導入による財務パフォーマンス

5-1 BSC 導入前と BSC 導入後の比較によるアプローチ

5-2 BSC 導入群と BSC 非導入群の比較によるアプローチ

5-3 BSC 導入群の導入前後と BSC 非導入群における時系列比較によるアプローチ

(1) 実質収益対経常費用比率の推移分析

(2) 患者一人一日当り入院収益の推移分析

小括

第 5 章 先行指標と遅効指標のインプリケーション…………… 169

第 1 節 東京都病院経営本部の BSC と財務インプリケーション

1-1 BSC 導入背景

1-2 BSC の構成と戦略マップ

1-3 東京都病院経営本部の財務指標の推移状況

1-4 東京都病院経営本部と BSC 非導入群の主要財務指標推移の比較

1-5 KPI と財務指標の相関

第 2 節 公立能登総合病院の BSC と財務インプリケーション

2-1 BSC 導入背景

2-2 BSC の構成と戦略マップ

2-3 公立能登総合病院の財務指標の推移状況

2-4 公立能登総合病院と BSC 非導入群の主要財務指標推移の比較

2-5 KPI と財務指標の相関

第 3 節 国保旭中央病院の BSC と財務インプリケーション

3-1 BSC 導入背景

3-2 BSC の構成と戦略マップ

3-3 国保旭中央病院の財務指標の推移状況

3-4 国保旭中央病院と BSC 非導入群の主要財務指標推移の比較

3-5	KPIと財務指標の相関	
第4節	先行指標と遅行指標の相関係数分析	
	小括	
第6章	戦略的 HSRとBSCフレームワーク	219
第1節	病院の機能分化と戦略論	
1-1	ポジショニングベースのアプローチ	
1-2	リソースベースのアプローチ	
第2節	自治体病院経営における病院価値	
第3節	CSRの潮流	
第4節	CSRの病院経営への適合性	
第5節	自治体病院のBSCとHSR	
第6節	因果連鎖を想定したBSCとHSRの結合モデル	
	小括	
終章		255
参考文献		263
謝辞		277

図表一覧

【図一覧】

- 図 1 BSC サイクル
- 図 2 BSC の 4 つの視点と因果連鎖
- 図 3 BSC 因果連鎖フレームワーク
- 図 4 戦略マップ・イメージ
- 図 5 非営利組織における BSC の因果連鎖フロー
- 図 6 City of Charlotte Performance Management System Linkage
- 図 7 非営利組織における BSC 構造
- 図 8 札幌市児童家庭部の BSC 構築の戦略マップ
- 図 9 札幌市組織における BSC の導入イメージ
- 図 10 Duke Children's Hospital の戦略マップ
- 図 11 The Children's Hospital at Montefiore の新たな戦略
- 図 12 The Children's Hospital at Montefiore の BSC
- 図 13 病院開設者別の分類
- 図 14 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の流動比率の推移
- 図 15 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の未収金回転率の推移
- 図 16 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の不良債務比率の推移
- 図 17 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の累積欠損金比率の推移
- 図 18 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の自己資本比率の推移
- 図 19 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の総資産利益比率の推移
- 図 20 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の医業収益対医業利益率の推移
- 図 21 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の経常収支比率の推移
- 図 22 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の収支分岐点比率の推移
- 図 23 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の実質収益対経常費用比率の推移
- 図 24 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の職員給与費対医業収益比率の推移
- 図 25 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の病床利用率の推移
- 図 26 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の患者一人一日当り入院収益

- 図 27 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の患者一人一日当り外来収益
- 図 28 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の職員一人当たりの医業収益
- 図 29 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の他会計繰入金対経常収益比率の推移
- 図 30 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の補助金比率の推移
- 図 31 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の企業債償還額対減価償却費比率の推移
- 図 32 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の貯蔵資産回転期間の推移
- 図 33 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の総資産回転率の推移
- 図 34 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の材料費対医業収益比率の推移
- 図 35 BSC 導入前後、BSC 非導入群の実質収益対経常費用比率の推移
- 図 36 BSC 導入前後、BSC 非導入群の患者一人一日当り入院収益の推移
- 図 37 東京都病院経営本部の戦略マップ(2012 年度)
- 図 38-1 東京都病院経営本部 BSC の KPI 推移
- 図 38-2 東京都病院経営本部 BSC の KPI 推移
- 図 39-1 公立能登総合病院の戦略マップ(2011 年度)
- 図 39-2 公立能登総合病院の戦略マップ(2012 年度)
- 図 40-1 公立能登総合病院 BSC の KPI 推移
- 図 40-2 公立能登総合病院 BSC の KPI 推移
- 図 41 国保旭中央病院の戦略マップ(2012 年度)
- 図 42-1 国保旭中央病院 BSC の KPI 推移
- 図 42-2 国保旭中央病院 BSC の KPI 推移
- 図 43 RBV と戦略的 HSR の因果連鎖を想定した BSC 結合モデル(私案)

【表一覧】

- 表 1 BSC と他の評価システムとの比較
- 表 2 札幌市児童家庭部の BSC イメージ
- 表 3 札幌市緑化推進部の BSC イメージ
- 表 4 札幌市都市経営 BSC モデル
- 表 5 施設及び業務概況年度別推移

表 6	開設者別にみた施設数及び病床数
表 7	自治体病院における経営形態の種類病院数
表 8	地方公営企業法における全部適用と一部適用の比較
表 9	経営形態別(法適用別、指定管理者・直営別)損益計算書
表 10	利用料金制度と料金収入代行制度の比較
表 11	地方公営企業が適用される自治体病院の損益計算書の推移
表 12	地方公営企業が適用される自治体病院の貸借対照表の推移
表 13	自治体病院における経営主体別黒字・赤字別損益計算書
表 14	自治体病院における病院種類別黒字・赤字別損益計算書
表 15	自治体病院における病床規模別黒字・赤字別損益計算書
表 16	むつ総合病院経営分析
表 17	八戸市立市民病院経営分析
表 18	三沢市立三沢病院経営分析
表 19	十和田市立中央病院経営分析
表 20	弘前市立病院経営分析
表 21	自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の主要経営指標推移
表 22	BSC 導入群と BSC 非導入群の財務指標推移
表 23	BSC 導入群の財務指標の記述統計量
表 24	BSC 導入群の BSC 導入前と BSC 導入後における財務指標の平均値
表 25	BSC 導入群と BSC 非導入群における財務指標の分散値
表 26	BSC 導入群と BSC 非導入群における財務指標の平均値
表 27	BSC 導入前後と BSC 導入群・非導入群の p 値一覧
表 28	BSC 導入前後運用期間別の財務指標の平均値推移
表 29-1	東京都病院経営本部の BSC スコア管理表
表 29-2	東京都病院経営本部の KPI と BSC 導入後の財務指標推移
表 30-1	公立能登総合病院の BSC スコア管理表
表 30-2	公立能登総合病院の KPI と BSC 導入後の財務指標推移
表 31-1	国保旭中央病院の BSC スコア管理表
表 31-2	国保旭中央病院の KPI と BSC 導入後の財務指標推移

【付録一覧】

- 付録 1 KPI と BSC 導入後の財務指標の相関係数
- 付録 2 東京都病院事業の経営指標推移
- 付録 3 埼玉県病院局の財務指標推移
- 付録 4 山形県病院事業局の財務指標推移
- 付録 5 新潟県病院局の財務指標推移
- 付録 6 滋賀県病院事業庁の財務指標推移
- 付録 7 三重県病院事業庁の経営指標推移
- 付録 8 松戸市病院事業の財務指標推移
- 付録 9 国保旭中央病院の財務指標推移
- 付録 10 青梅市立総合病院の財務指標推移
- 付録 11 横浜市病院経営局の経営指標推移
- 付録 12 厚木市立病院の財務指標推移
- 付録 13 射水市民病院の財務指標推移
- 付録 14 公立能登総合病院の財務指標推移
- 付録 15 能美市立病院の財務指標推移
- 付録 16 島田市民病院の経営指標推移
- 付録 17 羽島市民病院の経営指標推移
- 付録 18 市立池田病院の財務指標推移
- 付録 19 三田市民病院の財務指標推移
- 付録 20 市立加西病院の財務指標推移
- 付録 21 井原市立井原市民病院の財務指標推移
- 付録 22 尾道市立市民病院の財務指標推移
- 付録 23 萩市民病院の財務指標推移
- 付録 24 国保水俣市立総合医療センターの財務指標推移
- 付録 25 国東市民病院の財務指標推移
- 付録 26 出水市病院の財務指標推移

序章

日本における医療市場は、診療報酬体系や薬価制度の改正、医療費の自己負担率の増加による患者数の減少などにより厳しくなっている。それに伴い医療経営の分野では、質・量とともに国民経済における重要性を増しており、病院経営における理論的分析、実証的研究が数多く実施されるようになってきている。例えば、川淵（2004）、二木（1999,2006,2009）、西田（1999,2004,2011）等の研究にも伺える。

医療法第 31 条に規定する公的病院¹の多くは医業収益を上回る医業費用を支出しており、存続が問われる赤字状態である。これは健康保険組合の主権者である国民に対して経営責任がしつかりと果たせていないということでもある。また、医療ミスや医療廃棄物の不法処理問題など病院のサービスの質や信頼に関する問題が昨今数多く指摘されている。加えて過重労働による医師、医療従事者不足など、雇用の問題に対する責任がある。このような様々な病院のステークホルダーに対する問題が多々あるにも拘らず、医療経済などマクロな議論に対し、ミクロな病院の社会的責任に関する議論は比較的少ない。

病院間の競争が激しくなる中で、患者に自院の強みを公開する、医療資材のコスト削減等の原価計算・管理の導入²、最先端のIT技術、人事制度の改正、安全管理手法の導入等、経営の見直しを迫られる病院においては医療の質と経営の質³の向上への取り組みが注目されるようになって

¹ 医療法第 31 条「公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、第 30 条の 12 第 1 項の規定により都道府県が定めた施策の実施に協力しなければならない。」例えば、都道府県、市町村、一部事務組合、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人・公立大学法人立大学病院、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、社会福祉法人北海道社会事業協会、厚生連、全国厚生農業協同組合連合会、国家公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、社団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生年金事業振興団、財団法人船員保険会等が挙げられる。

² 日本の病院は、国民皆保険の医療需要の確保・促進と日本経済の継続的発展で 1980 年代までは原価管理に取り組みなくても比較的容易に病院経営を維持することが出来た。診療報酬制度も出来高払いであるため、より多くの診療行為等を提供することにより収益を増大させることができ、診療行為単価価格自体も継続的な日本経済の発展により着実に引き上げられてきたため、収益管理以外の財務管理はあまり取り組んでこなかった。しかし、1990 年代以降の診療報酬単価の継続的な強い抑制という厳しい財務環境の到来とともに病院の数が 1990 年以降減り続けている。こうした中 1990 年代後半以降、詳細な原価情報に基づいてよりしっかりと原価管理を行うためや、財務的証拠に基づいた戦略的意思決定をするために、診療科別原価計算などの部門別原価計算に取り組み始めた（荒井,2007）。このような原価管理や財務的根拠に基づいた戦略的意思決定の本格化とともに、現在及び将来にわたる経営環境が財務と非財務のバランスを要求している。米国の診療報酬は保険会社が介入するも原則として市場において決定されるのに対し、日本では一部を除いて制度で決定されている。わが国でも DPC の導入を契機として米国に習って原価計算を管理に用いる日本の病院が登場してきた（荒井,2004）。例えば、ABC (Activity Based Costing) 等を用いた原価計算が試みられている。しかし、計算に必要なデータ収集にかかる労力、時間等を考慮すると病床数の多い病院では利用が困難とされている。

³ 経営の質について寺本ら（2003）によると、「経営品質は、ある企業が提供する製品やサービスだけを対象にして、その品質を向上させようと意図するものではない。また生産や設計などといった機能に範囲を限定して改善を行う技術システマ的アプローチでもない。経営品質が目指しているのは、モノや機械ではなく、人間によって構成されている「社会システム」の質的高度化である。社会システムは、本質的に多様性と変動性の重なり合った複雑系であり、その全体的な相互関係のダイナミズムの度合いを質としてとらえようとするのが成熟度によるアセスメントである。社会システムを検討する思考方法は全体的思考と呼ばれている。この思考は、組織（あるいは社会集団）

て来ている⁴。医療機関での経営改革に求められていることを以下3点挙げる。

- ① 経営改革を実現する戦略的マネジメント・システムの必要性
- ② 医療の質と経営の質の調和という視点からの病院価値の向上
- ③ ①と②を実現する総合的な業績評価システムの構築の必要性

病院の収益の大半は保険診療収入であり、その財源は国民の医療費である。病院の利益の源泉は診療報酬による定価の診療行為から発生する。それも市場原理主義 (Market fundamentalism) とは異なっており、科学的根拠もなく護送船団方式により決められる診療報酬制度では、コスト削減にも限界がある。従って、その病院の核となる目には見えない独自の強みであるコア・コンピタンス (Core Competence: Gary Hamel and C.K. Prahalad, 1995) を認識し、理解し、育て、利用して利益を確保していかなければならない。どのように医療の質を上げつつ経済的な困難を克服するかが問われている。経営を単純に満足させる手段としては、保険(外)診療の収入を増やす(患者数の増加・患者一人当りの請求の増)、診療コスト(営業費用)を抑制する、の何れかに集約される。しかし、病院を取り巻く多様で複雑な経営が、財務的側面だけでは全体的業績に及ぼす影響は決定的な因子とはならない。つまり、病院組織の社会的責任を視野に取り込む必要があると考える。

近年、営利企業では社会的責任 (Corporate Social Responsibility、以下 CSR)⁵ に対する

をわかりやすい部分や機能に分けて、それを分析的に把握していくものではない。その逆で各部分が互いに作用し合って、全体として統合されて価値創造をしているネットワークの相互関係を包括的にとらえていこうとする」と定義している。寺本義、寺本義也、原田保、岡本正耿、水尾順一『経営品質の理論』、生産性出版、2003年、46-47頁を参照

⁴ 米北西部ワシントン州シアトルの Virginia Mason Medical Center ではトヨタの生産方式を導入し、医療の質と経営の質の改善を進めている。院内に Kaizen Target Sheet を掲示して、「カイゼン」目標を掲げて小さなカイゼンを積み重ねる「質と安全」と「経営」を包括するマネジメント手法は全米でも屈指の評価を受ける病院として注目を集めている。Virginia Mason Medical Center (VMMC) はシアトルにある大学附属病院で、病床数 300 床、従業員 5,400 人、医師数 400 人を擁する。年間入院患者数は 16,000 人、10 ヶ所で延べ 100 万人を超える外来患者を診察している。トヨタ生産方式を真似たスキームを導入した地元企業が業績を劇的に改善したという話を聞いて、試みたという経緯がある。手術室の棚に備品補充が一目でわかるよう工夫したり、医師の個室の廃止と書類の削減により診療・看護に集中できるようにし、付加価値を生まない無駄の排除などを実施した。日本での事例としては、広島市の「いでしたクリニック」では、トヨタ流生産方式のコンサルタントを導入し、クリニックでは日常発見した問題点と改善法を報告し、クリニックの作業標準手順書に即座に反映させるなど地道で徹底した「無駄とり」や「効率向上 (一般外来患者の待ち時間の短縮、受け付けから会計までに要した時間を計測し検証するなど)」の患者の視点に立ったサービスの向上など、トヨタ流情報共有「可視化」を実現している。

⁵ 企業が事業活動において利益を優先するだけでなく、顧客、株主、従業員、取引先、地域社会などの様々なステークホルダーとの関係を重視しながら果たす社会的責任。具体的には、安全で高品質な製品・サービスの提供、環境への配慮、社会的公正・倫理にかなった活動などを行っているかなどが挙げられる。このような社会的責任を果たすことにより、業務プロセス改善によるコスト低減、技術・サービス革新、企業イメージの向上等に貢献し、CSR に積極的に取り組む動きが広がっており、「CSR 報告書」を公開し、アピールする企業が増えてきている。また、近年では社会的責任を十分に果たしている企業に投資する、社会的責任投資 (SRI) という考えもある。これは、従来の財務面による投資基準に加え、社会的責任を果たしているかを投資基準に加えて投資行動を行うことで、企業が CSR への対応を迫られる要因の 1 つとなっている。

関心が高まっている。企業活動に、社会的公正性や倫理、環境への配慮を取り入れ、ステークホルダーに対して倫理的に責任ある行動をとるべきという社会責任の考え方にに基づき、新しい企業基準を設定しようとする動きが背景にあった。限られた経営資源を調達し有効に活用するため、企業は他社との差別化をし、競争優位性を確立し、高収益を実現しなければならない。企業価値を高められなければ、企業は持続的な発展を維持することができない。この状況のもとで CSR に期待されるのは、CSR の遂行を通じて企業が持続的な発展を維持し、最終的には企業価値⁶を向上させることである。これに応じて、M.E.Porter らをはじめとした CSR への戦略的アプローチに始まり、近年医療分野においては HSR(Hospital Social Responsibility)⁷というコンセプトとして徐々に現れつつある。病院にも社会的使命は何なのかという HSR と病院価値の向上が問われている。山本(2006)は HSR の行動規範を「医療の質と量を担保し、人の健康や成長に資すること」と定義している。そのためには同時に病院経営そのものの事業継続性(Going Concern)が問われているといえる。病院は、院内感染、医療事故など不祥事による業務停止、赤字部門の診療科目の廃止など、社会的に容認されるべきものではない。一般営利企業では当たり前認められることであっても、公益の観点や人命を扱っていることから、病院にはより高度の規範が要求されている。

この HSR と融合し、それを統治するツールとして我が国においても Balanced Scorecard(以下、BSC)を導入する病院が増加しており、高橋(2004)、荒井(2005)、谷(2006)、伊藤(2006)、日本医療バランス・スコアカード研究学会(2007)等により、導入事例に関する研究が確認される⁸。これらの研究は、医療法人等と言ったいわゆる民間病院に関するものだけではなく、高橋(2004)、荒井(2005)、山口(2006)等の研究にも見られるように財政悪化から地方公営企業法に基づく病院(以下、自治体病院)への導入について論じているものも数多く見られる。現在、日本医療バランス・スコアカード研究学会(会長:日本大学商学部高橋淑郎教授)が各地で BSC 医療フォーラムを開催している。公的病院においても、済生会熊本病院、旭中央病院、聖路加国際病院、三重県

⁶ CSR について櫻井(2005)は、「ステークホルダーの立場から経済的価値だけではなく社会・環境業績を高めることで、企業価値を増加させようとする活動(櫻井,2005)」と定義している。

⁷ HSR(Hospital Social Responsibility)は、日本医師会は 2004 年「医師の職業倫理指針」、日本看護協会は 2003 年「看護者の倫理綱領」の中で触れているが、何れも指針という程度であり抽象的である。全日本病院会は「病院のあり方に関する報告書(2004 年版)」において病院経営の行動基準やマニュアルの必要性について言及している。先進的な病院等はコンプライアンスを重要視し HSR を意識しているが、やはり抽象的か、又は従来の医療事故対策の領域を出るものではない。また、HSR の研究も医療訴訟に関する対策か、不祥事防止、コンプライアンス等についての内容しか確認できない。

⁸ 日本の導入事例において荒井(2005)によると、「関心を持っている病院であっても、関心のある職員が現在 BSC を学習中であつたり、BSC を導入すべきか検討中であつたり、特定の部署の管理者が自部門を想定して BSC 試案を作成してみたりといった状況の病院が多いと思われる。また実際に BSC 導入を決定し、導入中の病院でも、まだ本格的に取り組んでいるところは多くないといえるだろう。」という指摘のように、検討はしているものの実際には BSC を導入していない病院もまだ数多く存在する。(荒井耕『医療バランス・スコアカード』中央経済社,2005 年,88 頁を参照)

病院事業庁等で BSC が導入され、病院全体や各部署単位で実施されている。また、昨今では労災病院全体で BSC の実施を行うことが議決された。このように BSC が注目されている理由に、BSC は病院経営に最も適したツールであると評価されはじめていることが挙げられる。

一方、管理会計分野では Anthony(1965)によって、①戦略的計画設定、②マネジメント・コントロール、③オペレーショナル・コントロール⁹という経営管理のフレームワークが提起されて以来、このフレームワークに対応する形で研究されてきた。例えば、戦略的計画設定では長期利益目標、中期計画、マネジメント・コントロールでは予算、オペレーショナル・コントロールでは原価管理等が扱われてきたとされる(上總,1993)。一方で、Johnson and Kaplan(1987)は管理会計の理論が実務と乖離して管理会計論はもはや有用な情報を提供していないという意味を含めて、管理会計の適合性の喪失を主張した¹⁰。これと前後して、戦略に有用な情報を提供する戦略的管理会計が提唱された。これらの議論は経営戦略に関わる意思決定に有用な情報を提供することが主な課題であった。1980年代以降、戦略の重要性が問われるようになってから管理会計の分野においても戦略と管理会計との関係が盛んに研究されるようになってきた。戦略と管理会計の関係に関して注目が集まっている理由の一つに、昨今の変化の激しい経済状況の中で、Anthony(1965)が提唱したフレームワークの中で戦略を実行するためにPDCAサイクルを回すという伝統的手法に対する批判があった。即ちフィードバックのタイミングが遅すぎて役に立たないというような議論である(Johnson and Kaplan,1987)。それに対応するように戦略的管理会計論や様々な管理会計技法の戦略的利用に関する研究が盛んに行われてきた。特に昨今では、過度な財務情報への依存によって戦略を見失っているとの批判に対応するため、Kaplan and Nortonによって提唱された

⁹ Anthony(1965)の経営管理フレームワーク

① 戦略的計画

組織の目的、目的の変更、目的達成に用いられる資源、及び資源の取得・利用・処分に際して準拠すべき方針を決定するプロセス。中長期経営計画は典型的な戦略的計画である。

② マネジメント・コントロール

組織目的の達成のために、資源を効果的かつ能率的に取得・利用することを経営者が確保するプロセス。予算管理は典型的なマネジメント・コントロールのツールである。

③ オペレーショナル・コントロール

特定の課業が効果的かつ能率的に遂行されることを確保するプロセス。生産管理や在庫管理は典型的なオペレーショナル・コントロールの課題である。

¹⁰ 「企業の管理会計システムは、計画設定や統制の情報のための活力ある役割と、伝達、動機づけおよび評価のための役割をもっているので、競争的成功を収めるために企業戦略上不可欠の要素である。もちろん、卓越した管理会計システムそれだけでは、今日の経済情勢において成功は保障されないであろう—究極的には、成功は、顧客のニーズに合致している製品、能率的な生産および流通システム、効率的なマーケティング努力などに依存するからである。しかし、管理会計システムが効率的でないと、優れた製品開発、工程改善およびマーケティング努力が知らないうちに害されてしまうので、非効率な管理会計システムが普及している状況で最善の結果を得るのは、管理者が、そのシステムの不適合性を理解し、かつ個人的な情報システムを開発することで、それを無視するときである。しかし、システムが不適切であることを認識せずに、経営統制情報や製品の意思決定のために誤ってそのシステムに依存しているならば、管理者ははからずも困難を招くであろう。」

BSC が、戦略マネジメントのためのツールとして注目を集め、様々な方向から研究されている。

BSC は、企業の戦略経営を可能にする経営手法であり、1992 年に米国の Kaplan and Norton により発表された概念である。元々 BSC は報酬に連動させるための業績評価システムとしての色彩が強かったが、導入先企業において経営戦略を実行に移すツールとして利用され、組織の戦略やビジョンを可視化し、戦略マネジメント・システムとして進化を遂げた¹¹。現在においては営利企業のみではなく、非営利組織においても積極的に活用されている。例えば、Duke Children's Hospital は、患者一人当たりのコスト削減と臨床医、及び研究員による病院の戦略認識のために BSC が活用されている。

BSC は、全ての経営組織体に一様に適用できるというような定型的な戦略ツールではなく、組織体の置かれている位置という文化・社会的背景や当該組織に固有の戦略的意図やビジョンにより異なった BSC となる。BSC の本質は各組織体固有のミッションとこれを実現するための行動・価値基準があり、ビジョンに基づき、それぞれの視点についてデザインし、視点間の優先順位を明解にすることがその本質である。病院経営では、公共性と経済性という両面のパラレルバランスをもって経営して行くことが社会的に要請され、医療の質もスコアカードの重要な要件となる。経営という視点からの改革改善において医療の質はどうあるべきか、病院組織がミッション、ビジョン、戦略目標を共有して一体的展開をする仕組みとしての対応策を講じなければその効果は薄れてしまう。

BSC を導入すれば、BSC によって促進される無形資産の蓄積が間接的に財務業績を向上させる (Kaplan and Norton, 1996, 2001) とされている。病院における BSC の導入については、財務の視点が業績を測定・評価することにより、経営の維持・存続にとって重要であることは論を俟たない。それは、医療サービスの質の向上が将来の収益性確保に結びつき、病院のビジョンを達成するため、患者に対してどのような医療サービスを提供すれば良いのかの視点が因果関係のループを形成する。そして関連する諸領域でのリンケージを強化することにより財務業績や患者満足度を維持させ、向上させるためには業務プロセスはどのように改善すべきかの数値データをまとめた視点が必要であり、更に戦略を実現するために、どのようにして組織を改善するのかという学習と成長の視点がその因果連鎖の中に加わるからである。荒井 (2005) は因果関係の考慮や視点枠組みといった BSC の設計面や導入上の重要成功要因を中心に検討している。しかし、BSC 導入の便益についても言及はあるが、多くは定性的な便益についての論述である。

¹¹ 吉川 (2006) によれば、BSC という術語は時代の要請を受けて、第一世代「業績評価システム」、第二世代「戦略的マネジメント・システム」、そして 21 世紀に入り、第三世代「企業や行政や病院などを戦略志向に変えるマネジメント・システム」として位置付けることができると述べている。(吉川武男『バランス・スコアカードの知識』, 日経文庫, 2006 年, 3 頁参照)。

BSC を戦略策定のためのマネジメント・システムとして捉えた場合、自治体病院に導入する事により、財務指標¹²にどのような変化や効果が見られたか、またその財務指標に影響を与えた重要業績評価指標は何かという視点での研究は多くはない。乙政(2005)によると、BSC の導入効果を測定した先行研究はほとんど海外の研究であり、またわが国においては、伊藤、清水、長谷川(2001)や櫻井(2003)の一般企業における BSC 導入効果の事例紹介はあるものの、自治体病院の導入効果を検証したものは見当たらない。よって、現状においては BSC 実践による財務との相関や BSC が財務業績に影響を及ぼす重要業績評価指標のメカニズムについては実証的に明らかにされたとはいえない。

もともと自治体病院では、財務的成長をアウトカムとせず、公共性という概念に対して制約要因の見解であった財務には注目されてこなかったと言っても過言でない。しかし、自治体病院に要求されている公共性¹³と経済性¹⁴の調和¹⁵という観点、更に自治体病院の HSR 活動から創造される病院価値の向上という観点からは、財務の充足は事業継続の条件となると考える。

こうした視点を考慮すると、自治体病院に導入する事により財務にどのような変化や効果が見られたか、その要因は何かという視点での研究は必要となろう。継続事業体としての自治体病院の財務指標の変化を分析する事によって適正な資源配分を把握することができ、延いては経営の合理化に資する。

そこで本研究では、Kaplan and Norton の非営利組織への BSC の考え方を踏まえた上で、BSC が導入されている自治体病院の BSC 導入前後における財務指標の変化と、BSC 導入群と BSC 非導入群の財務指標の比較、更に BSC 導入事例から KPI(Key Performance Indicator)¹⁶と財務指標の相関関係を定量的データに基づいて検証し、BSC の導入そのものが財務指標に

¹² ここで示す財務とは、自治体における予算・決算、起債管理、財務会計等を含めた経済的作用を財政と言うが、財政管理作用、すなわち、地方公共団体が財政管理の構成を確保するため、その内部手続として、自己の財産及び収支を管理する作用(田中・熊谷,1986)を指す。また財務指標とは、財務について、経営の収益性、成長性、生産性、安全性等の観点より総合的に診断し、判断する為の指標を言う。

¹³ 自治体病院に要求されている公共性とは、地域住民にとってなくてはならない公共的な医療政策であり、かつ本来的には民間病院では担えない地域住民の健康確保に必要とされる施策全般に対応し、当該地域住民の必要とする医療を確保・補完することを意味している。具体的にはへき地医療、救急医療、高度・先進医療、臨床研修、医師派遣拠点機能の提供等である。これには医療のみならず、衛生・予防・保健・介護等の健康福祉政策全体が包含されている。政策として掲げられる自治体病院の事業目的は、本質的に収益と結びつかないものが多い。

¹⁴ 経済性とは希少な資源を有効に使い、費用に比して得られる収益が大きいことを言うが、自治体病院における経済性を論じるにあたっては単なる投下資本の回収、医業収益等という財政的視点のみではなく、労働環境、患者サービスの同時充足という生産性の観念の総合化が必要である。

¹⁵ 公共性と経済性の調和とは、経済性を強調する主張に対して単に公共性を対置し強調するだけではなく、情勢の変化に応じた公共性と経済性のバランスであり、言い換えれば、公共性を如何なく発揮させるための経済性が充足されている状態である。

¹⁶ KPI(Key Performance Indicator)とは、目標の達成度合いを計る定量的な指標をいう。目標に向かうにあたり、何を進捗するのかを定義するための尺度。達成すべき目標を定量的な指標で表現したものは KGI(Key

与える直接的影響とその影響因子について考察する。また、その上で自治体病院の規範的役割について考察を加える。

第1章 非財務指標と新たな業績評価システム

1970年代までの工業化時代の企業は、規模の経済からいかに多くの利益を獲得するかによって勝敗が決まった。しかし、1990年代の情報化時代が到来し、設備等の有形資産にではなく、無形資産に投資を行い、それをマネジメントすることが要求された。1980年代は、米国企業の製品の品質や顧客満足の低下、外国企業の参入等によって、米国企業の業績は著しく悪化した。この要因の一つとしては、業績評価システムが財務業績に過度に依存する一方、品質、顧客満足、マーケットシェアといった戦略上重要な非財務指標が組み込まれておらず、モニターの対象になっていなかったためだといわれている(Kaplan and Norton, 1996)。日本企業でも1980年代までは品質管理と原価低減によって競争優位に立つことができたものの、1990年代以降は更なる経営の効率化を図るために品質管理と原価管理を徹底するとともに、測定を前提とした経営の「可視化」が重要となり、明確なビジョンと戦略に基づく経営が要求された。顧客、取引先、従業員、プロセス、技術、イノベーション等のステークホルダーにも投資を行うことが求められ「企業価値の創造」を行うことが日本企業にとって不可欠となった。このような将来の企業価値の創造や評価を行う場合には、財務的業績評価指標を利用することだけでは不十分となった。このため将来の業績向上を導く業績評価指標として非財務指標を加えることで、過去の業績を示す財務指標を補填する。加えて、その戦略的フレームワークが必要となる。1つの解決策として非財務指標を業績評価システムに組み込むことが提唱されている。

本章では、BSC創設までの史的背景と他の業績評価システムとの比較について整理する。

第1節 業績評価と測定対象

業績とは、活動のアウトプット¹⁷、またはその活動に消費された経営資源の実績値、或いはそれらの相対比によって表現される、活動の機能的・経済的実績である。アウトプットとは、製品やサービスなど事業活動により生み出される産出物のことであり、顧客がその消費・利用を通じてニーズを満たすものである。プロセスとは、アウトプット産出・提供のために必要な具体的な行動・作業のことであり、その遂行により資源を消費する。インプットとは、施設・設備や労働力、資金などのように、活動遂行のために消費された資源のことであり、業績はこれらアウトプット、プロセス、インプット全てのレベルを測定の対象としており、どのような業績を測定するかによってその業績を端的にあらわす具体的な指標を設定する。アウトプット指標には作業時間や作業回数、原価などが、インプット指標と

¹⁷ インプット(投入): 活動等を実施するために投入された財政的、人的、物的資源をさす。アウトプット(結果): インプットおよびアクションによって、組織内で産み出される結果をさす。アウトカム(成果): 諸活動の対象者に対する効果や影響も含めた結果をさす。

しては人員数や人件費、専有面積などがあげられる。

このように業績指標はそれぞれの実績値として設定されることもあれば、効率や効果を測定するためにそれらを相互に対応させて設定することもある。例えば、作業時間当りの生産量などの人的生産性＝アウトプットと活動、一人当たりの生産性や1㎡当たりの販売量＝アウトプットとインプット、総作業時間や一人当たりの作業時間＝活動とインプットである。指標は数値で表現できることが望ましく、会計情報は操作可能性や比較可能性の観点から優れているため業績指標として利用されることが多い。

評価とは、測定した業績を目的・目標水準や過去の実績、或いは他の組織の実績との比較などにより達成度や優劣を見極めることである。従って業績評価とは、事業活動の遂行状況をアウトプット、活動及びインプットの実績について実数・相対比により測定し、過去の実績や所定の目的・目標水準および他の組織・業務等との比較により、その効率・効果を評価するものである。

従って有効な業績評価が実施されるには、インプット⇒アクション⇒アウトプットが、明確に定義づけられ、それらが数値により測定可能であることが必要条件となる。

ところでこのような業績評価では不十分であることが広く指摘されている。この事業活動モデルに基づく業績評価によっても今日用いられている多くの生産性・効率性指標は計算できる。しかしアウトプットそのものは産出量を示すのみであり、アウトプットとアウトカムが結びつくことが望ましいが、アウトプットそのものは達成された結果を示すものではない。アウトカムは組織の内部ではなく外部にある。しかし、行政機関の事業報告書に多く見られる傾向として、成果ではなく実施結果、即ちアウトプットを成果としているケースを散見する。その結果を見ても、顧客がどの位便益を受けたかについてはわからない。従ってアウトプットと成果の因果は保証されない。それゆえ成果を直接測定することが重要になる。このような問題から、アウトカム重視型の業績評価システムが主張されている。

第2節 アウトカムの測定

アウトカムとは、アウトプットや業績が満たすステークホルダー(Stakeholder)のニーズ充足度、及び使命・目的の達成度である。プログラムやプロジェクトの評価には、アウトカム評価、アウトプット評価、パフォーマンス評価、プロセス評価がある(志村,2009)。アウトカム評価とはアウトプットが顧客のニーズを満たし、組織の目的・ミッションを達成したかどうかを重視する業績評価の方法である(福田,2011)。アウトプット産出の効率性は資源が有限であることを考えると重要ではあるが、アウトプットが顧客や社会の要請に合致していなければ、産出効率を問うことにはさほど意味がない。この場合、有効な業績評価がなされるには、アウトプット、アクション、インプットのみならず、アウトプット

のニーズ充足度・目的達成度すなわちアウトカムが明確かつ測定可能でなければならず、その前提として受益者や資源提供者及びミッション・目的が明確であることが必要条件となる。アウトカムに重点を置いた考え方は、アウトプットはニーズが充足されたか、目的が達成されたかどうかを示すものではないからである。アウトプット自体はニーズ充足や目的達成の可能性、潜在性があるに過ぎず、顧客による購買や利用、消費をもって顕在化するのであり、アウトカムを測定しなければ理解できないという主張がアウトカム重視型の業績評価システムである。

しかし業績評価の対象をアウトカムとすることは、業績評価の複雑化を伴う。ニーズ充足度により測定されるアウトカムはニーズが深化・拡大するに応じて成果として認識する範囲も広がる。それにより受益者は広範囲に及び、アウトカムが短期的に認識されない場合がみられるようになる。とりわけ非営利組織体が担う事業にこのような状況が認められるであろう。こういった問題に対応するため、アウトカムを、中間アウトカム(Intermediate Outcome)、最終アウトカム(End Outcome)に更に分類する試みがある(福田,2011)。中間アウトカムとは「最終目標の達成につながることを期待されるアウトカムであるが、それ自体は最終目標ではないもの」を指す。最終アウトカムとは「プログラムの実施によって得られたプログラムが望んでいる結果である。もっと一般的にいえば、プログラムの顧客や市民にとって重要な事柄の状態のこと」である。

アウトプットとこれらアウトカムとの関係を病院の診療行為を例にしてみる。病院の診療の目的は患者の疾患の治療である。この場合、病院が提供する診療はアウトプットである。その際のアウトプット指標は診療回数やリハビリテーション回数等となる。中間アウトカムは例えば患者数で測られる。患者数は診療の消費量を表すが、診療の最終目的の達成度にはならないので中間アウトカムである。最終アウトカムは患者の治療であり、死亡率、回復率、再入院率、患者満足度等の指標で測定される。しかし、病院によらず医療行為の目標は一患者の治療の先にある「健康増進による豊かな福祉社会の実現」等となると、更に最終アウトカムの測定は複雑になり、患者の対象さえ明確には出来なくなる。

つまり業績評価とは、アクションとインプット(Resources)とアクションが生み出したアウトプットについて、それらの実績並びに資源提供者と受益者への成果の観点から測定し、過去の実績や目標値あるいは他の組織および業務との対比により、活動の効率・効果の達成度・優劣を明らかにすることである(福田,2011)。受益者が広がるにつれアウトカムの認識・測定範囲も広がり技術的に難しくなる傾向があり、そのような状況は特に非営利組織が実施する事業に見られる傾向がある。業績評価を何のために行うのか、誰がその指標を必要としているのかという側面が重要となる。

第3節 伝統的業績評価システム

廣本(1986)によると、管理会計システムには「情報システム」としての側面と「影響システム」としての側面がある(廣本,1986)としている。管理会計システムの一部としての業績管理システムにも、当然ながら情報システムとしての側面と影響システムとしての側面が備わっている。情報システムとしての業績管理システムには、戦略立案や資源配分に関する意思決定に有用な情報を提供することが期待されている。例えば事業部制組織における資源配分には ROA(Return on Assets) や ROI(Return on Investment)等といった資本効率に関する会計情報が欠かせない。業績管理システムはこのような会計情報を提供する。一方、影響システムとしての業績評価システムには戦略の実現に向けて経営者の意思決定に影響を与えることが期待されている。例えば戦略目標の達成度と報酬を連動させる業績評価システムは、戦略の実行を確実なものにするために用いられる。業績管理システムを通じて業績の目標値と実績値との定量的な比較が財務的見地から可能になると同時に、部門や部署といった細分化された組織単位と会計責任を連動させることにより、組織内の活動が定量的な方法で統合可能になるからである。

財務指標は経営活動の業績を正しく表すことが出来ても、それは過去に集約された指標である。どのような経営活動や人材も含む無形資産が財務的成果を生み出したのかという情報を含んでいない。無形資産は、人材、暖簾、品質、評判、顧客満足等であるが、これらは会計システムでは捉えられない非財務的な性格を備えている。更に、過去の業績として財務情報がフィードバックされたとしても、戦略の修正や見直しにとっては遅すぎる。製品ライフサイクルの短縮化や技術の急速な進歩が常態化した経営環境において、フィードバックの遅さは情報そのものの価値を失う。

財務数値は過去の活動結果を示すことには長けているものの、将来の業績の予測には有用ではない。伝統的業績評価システムは、戦略の実行や競争優位の獲得といった戦略的な問題を考慮してデザインされていなかっただけでなく、組織の戦略的な意思決定や行動に深刻な悪影響を与えた。顧客は品質、応答性、スピードなど提供される財や用益の様々な面に価値を見出し、従業員はプロセスの品質やスピードのような非財務的尺度を用いて財務的フィードバックを補う必要が生じた。新たなシステムによって重要なプロセスを絶えず改善させることが必要となった(Kaplan and Cooper,1998)。

また、個人への伝統的業績評価の反省点として真野(1971)は、以下の3点を指摘している。

- ① 伝統的業績評価制度は、その評価の過程において次第に個人の性格で、従業員の評価を行なう方向に向って来ているという点が上げられる。そして、こうした場合一般に取り上げられる諸要素は注意力、統合力、創造力、適応力、常識、職務への関心、自信と言った様なものが

ある。

② 伝統的評価制度においては、最高管理者、中間管理者、人事部職員、監督者、被評価者が、それぞれ異なった目的や機能をそれに期待して来た。業績の改善、昇進、降職、解雇、配置転換、増給、組織における現在の地位と将来の見込みへの解答等が、各関係者それぞれの期待によって求められて来たと言える。この為に評価制度自体が、何れの目的にも十分には答え得ない中途半端なものとなって来ており、関係者達から不満を持たれて来ているのである。

③ 伝統的評価制度の大前提として、管理者はその部下を十分に知っており、部下の能力開発を行なうのにどのようにすればよいかを決定する能力を有しているという非現実的な管理者像が存在している。

更に真野(1971)は、現実の管理者は彼自身が更に上位の管理者により評価されるという制度上の問題もあって、意識的に主観的な偏った評価を行なおうとする場合は例外的であるとしている。そして、上下の接触関係において発生する諸問題の中において、業績評価制度の成功率は良好なものであり、この制度に関してのみ完璧を期待することは人間のやることである以上不可能であろう(真野,1971)と指摘している。

第4節 予算管理の限界と非財務指標

Anthony and Welsch(1974)によると、予算とは特定の期間、通常一年に対して、量的に通常貨幣額で表現された計画(Anthony and Welsch,1974)であるとし、また、予算管理とは、策定された戦略を財務的な数値に置き換え、部門に落とし込まれることで短期的な目標となるものであると指摘している(Anthony and Govindarajan,2001)。櫻井(1986)はこの点を踏まえ、予算管理システムは業務執行計画として現実の企業活動を規定し、戦略的経営計画に盛られたビジョンを具体化するために用いられる(櫻井,1986)と指摘する。つまり予算とは、戦略と現場のタスクを結びつけるためのツールと考えるのが妥当である。標準的な予算管理を実行している組織であれば、まず組織全体の目標を考え、それを達成するためにビジネス・ユニットや部門で個別の予算目標を設定する。ここで、ビジョンや戦略は財務数値に変換されることになるので、ビジョンや戦略そのものに関わる情報は、トップ・マネジメントやミドル・マネジメントの間でのみ閉鎖的に共有される。つまり、戦略はボトムにおいて必ずしも必要な情報ではない。そして、ローワー・マネジメントと下位のサブ・ユニットは計画期間における財務目標の達成にのみ注力していればよい。また、従業員も予算目標を達成することに専念すればよいので、戦略の認識を持たなくても業務と目標の達成に集中できる。そ

れゆえ、戦略の遂行には従業員間で過剰な戦略に関するコミュニケーションは必要なく、その分のコストも節約できる。トップ・マネジメント及びミドル・マネジメントは、戦略の策定や予算の編成・管理の役割に集中し、ボトムでは、戦略の遂行または予算目標の達成の役割に集中すればよいので、合理的な機能分担が実現できる。予算管理はこのようなシンプルな構造の上に成り立っているからこそ、現在も多くの組織で中核的なマネジメント・システムとして利用され続けていると考えられる。

しかし小林(1995)によると、現実には戦略が予算へと統合され吸収されるプロセスは、ときには戦略的目標が予算のうちに明確に痕跡をとどめないような複雑な経過を持っていることもあってか、変化に富んだ現代の市場環境のなかで、予算管理は戦略経営に役立たないと多くの批判があると指摘する。伝統的な理論によれば、経営戦略を基礎にした戦略的計画を所与とした上で実施されるマネジメント・コントロールが、戦略的マネジメント・コントロールであるとされる。しかしこの見解には、経営戦略はトップだけが関与し現業のマネジメントはそれを受け入れるにすぎない(櫻井,2004)。例えば、Kaplan and Norton は、無形資産や知的資産といった資産や組織能力が今日のそして明日の競争環境での成功において重要である(Kaplan and Norton,1996)が、それらの財務的評価は困難であり、現実には予算管理のプロセスが戦略的計画設定プロセスとは別に行われている。そのために、コントロールのための主要な手段として予算が用いられていると、短期的な財務目標値を達成することに注意が向けられる(Kaplan and Norton, 2001)としている。利益目標の未達成が生じ、その要因が戦略の不適切な遂行方法にあると過程した場合、マネジメント・コントロールの失敗である。つまり、何らかの要因によってマネジメント・コントロールに障害要因が生じ、本来目標の達成を促すはずだった機能に障害が起きていると考えられ、そこに予算管理によるマネジメント・コントロールの限界があると考えられる。

予算への批判として、志村(2005)は以下の4点をまとめている。

- ① 予算を編成するのに膨大な時間と労力(3~4ヶ月)をかけている割には効果が乏しい。
- ② 戦略と連動しておらず、環境の変化に迅速に柔軟に対応できない。
- ③ 逆機能的行動を誘発する。
- ④ 前年の予算実績に基づいて設定されるという増分主義である。

特に④については、Kaplan and Cooper(1998)は、責任センター長とシニア・エグゼクティブとの間で、反復的・交渉的な折衝がなされてきた。責任センター長は絶えずより多くの資源や資金を得ようとするが、他方、シニア・エグゼクティブは分権化された組織単位について承認される支出の増加を絶えずコントロールしようとする。その結果、次年度の予算はシニア・エグゼクティブと事業部のマネジメントとの交渉の結果により、前年度の予算に数パーセント増減して決定されるということに

なると指摘する(Kaplan and Cooper,1998)。

また、森沢(2005)によると、伝統的予算管理制度の問題構造として、以下の5つを挙げている。

- ① 1年後の業績を予想するのはほぼ不可能
- ② 予算の策定コストは高く、費用対効果は低い
- ③ 年度で固定することの弊害
- ④ 目標を達成したモン勝ちという風土面の問題
- ⑤ 戦略と予算の乖離の問題

しかし、当然予算管理によるマネジメント・コントロール・システムを用いることの利点がないというわけではなく、予算管理によるマネジメント・コントロールの限界を克服する新しいマネジメント・コントロール・システムの機能が戦略に付与され、その十分に機能するための条件が必要であると考えられる。

志村(2005)はこのような予算管理への批判を踏まえ、以下の3つの点を検討する必要があると指摘している。

- ① 予算自体が目的となってしまう点。
 - 予算を作ることが一種の儀式となっている。
- ② 環境の変化に対して容易には当初の予算を修正できない状況がある。
- ③ 予算が有効に働くコンテキストが検討されていない。
 - 予算を個人の業績評価に結びつけている企業が少ない。

更に志村(2005)は予算管理を改善する案の候補として、活動基準予算(Activity Based Budgeting:以下、ABB)と活動基準原価計算(Activity Based Costing:以下、ABC)の必要性を指摘している。資源(間接費)を段取り、修繕、材料注文などの細分された業務プロセス別に集計し、各活動コストをそれぞれのドライバーで製品・サービスに割り当てる技法がABCであるが、ABBはこの資源→活動→製品・サービスの因果関係を基礎として、これに資源キャパシティ管理を関わらせて予算を編成する方法である。そうするなら、増分主義的な予算設定を排除できるという。また、戦略と予測販売量がリンクしているので、戦略を反映した予算を設定できると指摘している(志村,2005)。

以上の点を踏まえ、予算と業務活動の管理を戦略の管理と統合するには、相互作用的控制システム(Interactive Control System)が有効である(櫻井,2004)と言える。相互作用的控制システムは、ボトム・アップ方式の創発型の戦略を導きやすいからである。つまり、診断的控制システムが当初に意図した戦略の実行に対する調整と監視を目的としているのに

対して、相互作用的コントロール・システムは、当初から意図された戦略だけでなく、現場での行動の結果をもとにした組織学習を通じて得られた新しい戦略を創発するのに適している。

例えば、BSC は財務業績に影響を与えると考えられる諸変数を非財務指標として測定対象にするよう提唱されている (Kaplan and Norton, 1996, 2001)。財務指標だけでなく、非財務指標をも測定対象とするような業績評価システムによって、戦略の実行状況がタイムリーにモニターされたり、必要な場合には戦略の見直しにつながったりするような情報を生み出すよう期待されている。

非財務指標を業績管理システムに組み込むことは、財務数値に依存した業績管理システムが抱える問題を解決する一つの方法として提唱されている。安酸ら(2008)は、非財務指標への期待として 2 点を挙げている。

第 1 に財務業績の先行指標となることに向けられる。非財務指標が財務業績の変動に関する説明力を持つ可能性に注目しているのである。例えば、顧客からのクレームは、値引きや補償、将来の収益の減少に反映される可能性がある。しかし財務指標によって把握されるのは、収益や費用の増減に関する情報のみである。会計上の収益や費用の増減からは、その増減に影響を与えた要因を特定できない。そのため、値引き、補償の発生、将来の収益といった財務情報と、顧客からのクレーム、顧客満足度等のような非財務的な情報を結び付けることによって、財務数値の変動に関する要因や傾向を把握出来る可能性がある。非財務指標を業績評価システムに組み入れることによって、過去の経営活動の成果としての財務業績と将来の財務業績を予測する先行指標を同時にモニターすることができる。非財務指標を組み込んだ業績評価システムは、戦略に関する情報や財務業績の変動に関する情報をより多く提供する情報システムとして期待されている。

第 2 の期待は、経営者の近視眼的な行動を抑制し、戦略課題の達成に導くことである。目標設定に非財務指標を組み入れ、達成度とインセンティブとしての報酬を連動させることによって、短期的な財務指標の達成だけではなく、将来の財務に影響を与える戦略的目標の遂行への誘因効果がある。

従来の経営計画のやり方では、PDCA (Plan-Do-Check-Action) のマネジメント・サイクルに、ビジョンや戦略を効果的に統合させることができなかった。BSC を導入することによって、PDCA のサイクルにビジョンや戦略を効果的に統合することが可能になる。

第 5 節 BSC とは

BSC は 1990 年、高度情報化社会に適合した新たな業績評価システムを検討するため、米国コンサルティングファーム KPMG のリサーチ部門ノーランノートン研究所 (Nolan Norton Institute)

経営コンサルタントの David.P.Norton 博士が行った「未来の企業における業績測定」という研究プロジェクトが起源である。この研究に学術顧問として参加したハーバード大学の Robert.S.Kaplan 教授は、経営コンサルタントの David.P.Norton 博士を研究主査として共に研究成果をまとめ、1992 年に Harvard Business Review で「新しい経営指標 バランス・スコアカード」として発表したことに始まる。それ以降も Harvard Business Review に掲載した論文で度々 BSC を紹介してきた (Kaplan and Norton, 1992, 1993, 1996)。Kaplan and Norton は、伝統的な財務尺度は前年度に起きた事象について報告するだけで、次年度の業績向上について示さないが、BSC は現在と将来の成功の基礎となる。バランスの取れた尺度の組合せは、業績測定尺度の間に存在するトレードオフを明らかにし、重要な成功要因の間にトレードオフを生ずることなくマネジャーが将来の目標を達成することを促進するとしている (Kaplan and Norton, 1993)。更に、Kaplan and Norton は、リエンジニアリング、TQM、エンパワーメントなどの部分的なレベルの改善プログラムには統合的な感覚が欠けている。BSC は優先順位を決定し、マネジャーや従業員だけでなく、投資家や顧客にまでも伝えるので、企業の業務に対して焦点を与える。ただし、BSC は、企業一般や産業全体に適用できる共通の雛型ではない。市場の状況、製品戦略、競争の状況が異なれば、異なる BSC が必要となる。各部門は、そのミッション、戦略、技術、企業文化に合うような自前の BSC を作成するべきである (Kaplan and Norton, 1993) と主張している。注目すべきは、Kaplan and Norton は「効果的な業績測定は、マネジメント・プロセスと不可分である (Kaplan and Norton, 1993)」とし、マネジメント・プロセスとの関係性を考慮しながら、BSC をマネジメント・システムと捉えている事である。

もともと BSC を考案するきっかけになったのは、半導体デバイスを製造する米国の多国籍企業である Analog Devices 社への訪問と事例執筆であった。Analog Devices 社のコーポレートスコアカードには、伝統的な財務指標に加えて、業績（主としてリードタイムや納期遵守に関連するもの）や、業務プロセス（産出量、品質コスト）、そして新製品開発（イノベーション）に関する指標が含まれていた。その後 Analog 社のコーポレートスコアカードの重要性は、ノーラン・ノートン研究所との 1 年にわたる業績測定調査プロジェクトに従事したときに明らかとなり、12 社に対する 1 年間の調査の結果「トップ・マネジメントが事業を迅速かつ総合的な視点から見ることができる指標」として BSC へと結実するに至った。

1993 年、Kaplan and Norton は「BSC は、エグゼクティブたちに企業の戦略目標を首尾一貫した業績評価尺度の組合せに変換する包括的なフレームワークをもたらすものだった。測定の実施だけではなく、BSC は、製品、プロセス、顧客、市場展開といった極めて重要な改革・改善領域に

おける飛躍的な向上を促すことができるマネジメント・システムである(Kaplan and Norton,1993)と主張するにいたった。Kaplanらは、BSCが提供する伝統的な財務指標及びそれを補完する顧客、業務プロセス、学習と成長の4つの視点は伝統的に企業で利用されてきたものであるが以下の点で異なる。

第1に、多くの企業は業務的・物理的な指標をすでに数多く有するが、それは現業を前提したボトムアップ情報である。しかしBSC指標は、組織体の戦略目標と競争上の諸要求を前提したものである。

第2に、伝統的な財務指標は、マネジメントが将来いかに業績を改善するかを示さず、過去に何が起こったかを報告するに過ぎないのに対し、BSCは企業の現在及び将来の成功の基盤としての役割を果たす。

第3に、リエンジニアリングや品質管理、権限委譲等、現場主導の改善プログラムを実施している企業の多くが、その全体的な整合性や統一性を欠いているが、BSCはこれらの優先事項を決定・伝達する組織的な取り組みの中心的な役割を担う。そしてこれらに対応したBSC利用、即ち①戦略と業務の結合、②長期業績の計画、③戦略情報の整理統合を試みている企業として、それぞれRock Water(事業部)、Apple Computer社、Advanced Micro Devices(AMD)社を紹介している。

Kaplanらは、これらの企業及びその他の事例から、BSCは「変化のプロセスを促進させるために利用した場合に、最も効果を発揮する(Kaplan and Norton,1993)」と主張した。しかし「BSCは、常にそういった劇的な変化の刺激となるわけではない」とし、AMD社のように、マネジャーが既に学習済みの知識を要約したに過ぎない。BSCでは、優れたマネジャーに不可欠の企業業務全体の広さと深さを理解する能力を強化するには違いないが、影響力は弱く、有効性も制限されたとした。そして「BSCは単なる測定システムではない。それは競争力のある業績への突破力を動機づけるマネジメント・システムなのである」と指摘している。また、Kaplan and Nortonは、伝統的な業績測定システムは、財務の専門家によって設計され観察されてきたので、トップ・マネジメントの参加はあまり必要でなかった。そのため、伝統的な業績測定システムは従業員にとらせたい行動を特定して従業員が実際にそのように行動しているかどうかを測定するという統制のシステムであり、工業化時代のエンジニアリング的思考には合っていた(Kaplan and Norton, 1992)。これに対して、BSCを導入するには、企業のビジョンや優先順位についての最も完成度の高いイメージをもつトップ・マネジメントの参加が必要になるBSCは、統制ではなく戦略やビジョンを中心におき、目標を設定して従業員がその目標を達成するために必要な行動をとることを仮定している。業績尺度は従業員が

全社レベルのビジョンへと向かうように設計され、トップ・マネジメントは最終結果がどうあるべきだと知っていても、従業員が業務を行う状況が堅実に推移しているかぎり、その最終結果をどのように達成するかについては正確には指示しない(Kaplan and Norton, 1992)。Kaplan and Nortonは、このようなBSCの効果として、財務の視点、顧客の視点、内部プロセスの視点、学習の視点を組合せることで、マネジャーが多くの相互関係を明確に理解するのに役立ち、意思決定や問題解決の向上をもたらすとともに、企業を未来志向にさせることをあげている(Kaplan and Norton, 1992)。また、Kaplan and Nortonは、非財務的な尺度の重要性を述べつつも、単純に非財務的な尺度を取り入れることとBSCを導入することとの違いについて次のように論じている。「多くの企業がすでにさまざまな業務尺度や物量尺度を部分的なレベルの活動には取り入れていることは明らかであるが、これらの尺度はボトム・アップ的なもので特定のプロセスから導き出されている。一方、BSCの尺度は、戦略目標と競争上の必要性に基づいている。BSCは、マネジャーに4つの視点それぞれについて決定的な指標を厳選させることで、戦略的なビジョンに集中するのに役立つ(Kaplan and Norton, 1992)」という。

Kaplan らは「戦略マップ(Strategy Map)」を開発し、2000 年に「The Strategy Focused Organization」で発表した。Kaplan 自身、こうした BSC の使われ方を『組織と変革のフレームワーク』と呼んでいる。このフレームワークでは、まず戦略マップで戦略を記述・定義し、これに基づいてCSF(Critical Success Factor:重要成功要因)¹⁸、KGI(Key Goal Indicator:重要目標達成指標)¹⁹、KPI(Key Performance Indicator:重要業績達成指標)を設定してスコアカードを作成する。PDCA を例に挙げると、P(計画)で KGI と CSF を設定し、D(実施)で CSF を実行し、その KPI を C(チェック)することにより、KGI の実現を予測して、必要に応じて CSF の実現方法を A(アクション)するということになる。このように作成された戦略スコアカードは、組織体の戦略を反映したものであり、組織体が想定する目標、成果、達成方法などを体系的に明確化、詳細化したものとなる。これは、戦略を効率的かつ迅速に実行するための戦略マネジメント・システムのベースとなる。BSC は、企業のもつ重要な要素が企業のビジョン・戦略にどのように影響し業績に現れているのかを可視化するための業績評価手法である。従来の財務分析による定量的業績評価に加えて、企業の視点から見た顧客、顧客の視点から見た企業の視点、製品(サービス)の質や業務内容に関する視点、企業に蓄積されたノウハウや従業員の意識・能力の視点という定性的な側面を加味した

¹⁸ CSF(Critical Success Factor:重要成功要因):KGI を実現するための重要な手段。重点的な戦略実施項目。

¹⁹ KGI(Key Goal Indicator:重要目標達成指標):何がどれだけのレベルになったら経営目標が達成したのかを測定できる尺度で定量化に示したもの。

評価を行なうことで、企業のもつ有形資産、無形資産、未来への投資などを含めた現在を総合的な視点で評価するツールである。

伝統的な財務偏重型の業績評価は、最終的な財務指標を重視してきた。過度にこの業績評価が監視されることになれば、会計期間中に財務的な業績には反映されないが将来業績に大きな影響を及ぼすような重要な業績要因への適切な取り組みに消極的になる。BSC は、これら将来財務的な成果として顕在化する業績要因についても併せて評価の対象とすることで、中長期的な成長を損なわないようにするのである。財務的な視点により、短期的な利益を維持ないし確保できる一方で、この業績測定から(将来の)業績管理への移行をフィードバック・コントロールからフィードフォワード・コントロールへの移行と特徴づけることもできる。BSC は、長期の財務的業績向上と競争優位を確保するための Value Driver(価値創造)を明らかにしてくれるのである(Kaplan and Norton,2000)。また BSC の特徴の一つとして、事業戦略を多様な非財務指標及び財務指標からなる業績指標群の因果関係として表現する点にある (Kaplan and Norton,1996,2001)。

第 6 節 BSC の経営的意義

櫻井(2003)によると、BSC の実際の経営への役立ちとしては、第 1 に戦略の策定と実行のシステム、第 2 に報酬に連動させた業績評価システム、第 3 に経営品質向上のためのツール、であると指摘する。BSC を構築するに当たっては、企業のミッションとビジョンを起点に、これを実現する戦略を具体化していく。プロトタイプでは 4 つの視点が設定し、財務の視点、顧客の視点、業務プロセスの視点、学習と成長の視点から企業の業績測定を行い、バランスをとりつつ戦略の実施を図る。吉川(2003)はビジョンと戦略を実現するための視点を抽出することを目的に、Jhon.F.Rockart 教授の重要成功要因(CSF:Critical Success Factor)分析を応用すべきであると指摘している。

BSC の「バランス」とは以下の 3 点を意味している。

- 第 1 に、財務的業績評価指標と非財務的業績評価指標の間のバランス。

財務指標と非財務指標をバランスしながら制御することを意味する。

- 第 2 に、組織の内部及び外部の要素間のバランス。

外部の要素とは、財務面についての利害関係人および顧客を指し、内部の要素とは、被雇用者および組織内部における業務プロセスを指しており、戦略を効率的に実践するうえで利害が衝突する。これらの要素がバランスすることを意味する。

- 第 3 に、遅行指標(Lag Indicators)と先行指標(Lead Indicators)の間のバランス。

過去と現在並びに将来の時間の経過に沿った均衡を意味する。

先行指標はパフォーマンス・ドライバーであり、遅行指標の目標値達成の前提をなす。典型例としては、遅行指標とされる「顧客満足度(の向上)」の前提指標となる「応対時間(短さ、或いは長さ)」がある。ただし、応対時間のような指標は、将来の業績改善を占う性格を有するものであるものの、これらの指標の主観的性質(定性的)から正確なデータの収集は遅行指標に比して相対的に困難である。しかし遅行指標だけでは将来を見通した目標への到達方法が明確にならず、先行指標だけでは足下の改善動向を把握することは難しいという意味で、両指標は補完関係にある。

財務指標または非財務指標のどちらか一方に依存して経営を行うことは困難である。財務指標だけでは、明確な目標や事業の核心部分を捕らえることが難しいため、経営者には財務とオペレーション両方のバランスを取ることが求められる。Kaplan and Norton(1992)によるBSCはこれらの観点を織り込んでいる。BSCは、事業を4つの視点(財務、顧客、内部ビジネス・プロセス、学習と成長)から眺めることによって、複数分野にまたがる指標の同時的な把握を可能とする。4つの視点のスコアカードによって、具体的には以下の利点が考えられる(Kaplan and Norton,1992)。

- BSCを報告書と組み合わせることによって、顧客中心主義、納期と対応の短縮、品質向上、チームワーク強化、新製品開発時間の短縮、長期的視点の経営など本質的に相容れない目標の両立が可能である。
- BSCによって重要な業務上の指標を一括管理し、中途半端な最適化を回避できる。

BSCがもたらす情報は、営業利益のような外面的尺度と、新製品開発のような内面的な尺度とのバランスが図られるため、異なる業績評価指標間のトレードオフや、成功要因同士の矛盾を調整し、将来の目標の達成に貢献する(Kaplan and Norton, 1993)。企業価値創造の源泉として、企業独自の資源である無形資産の開発能力に関心が集まるが、BSCのコンセプトは、顧客、ビジネス・プロセス、学習と成長の3つの視点によって財務指標を補完し、ビジョンの明確化と社内コミュニケーションを充実させる(Kaplan and Norton,1996)。価値創造のために短期的な財務業績と長期的な企業戦略をいかに関連づけるかが、BSCの大きなポイントとなる。

第7節 ツールの構成と4つの視点

Kaplan and NortonはBSCを飛行機のcockpitの文字盤や計器類に例えている。飛行機の操縦には燃料やスピード、高度、方位、目的地や現在地といった多種多様な情報を必要とする。現代の企業経営も同様に複雑極まりなく、経営者は複数の分野に跨る評価指標を同時に把握する必要がある。Kaplan and NortonのBSCの特徴は、主として4つの視点から企業経営を捉える事にある。それらは「顧客の視点(Customer Perspective)」「業務プロセスの視点(Internal

Business Process Perspective)」「学習と成長の視点(Learning and Growth Perspective)」「財務の視点(Financial Perspective)」である。

- 顧客の視点...

「戦略を達成するために、顧客に対してどのように行動すべきか」という視点である。リードタイムや品質、機能そしてサービスという顧客が関心を寄せる主要素について具体的な評価指標と目標水準を設定し、その進捗度(達成率)を把握しつつ、顧客が要求する要素・水準をどの程度満足させることができているかを見るものである。KPI には、顧客満足度、顧客定着率や対象市場におけるマーケットシェア(市場占有率)、新規顧客獲得数、クレーム発生率などが挙げられる。

Kaplan and Norton によると、顧客の視点は、顧客が時間、品質、パフォーマンスとサービス・コストの 4 点に関心をもち傾向があるとして、これらに関わる目標を設定しそれを測定するための尺度を決定することを説明している(Kaplan and Norton,1992)。

- 業務プロセスの視点...

「株主と顧客を満足させるために、どのような業務プロセスに秀でることが求められているか」という視点である。顧客が要求する要素・水準(顧客の視点)を満足させるうえで、どのような業務プロセスや分野に秀でるべきかを明らかにし、それらに関わる具体的な評価指標及び目標水準の設定、進捗度管理を行う。具体的には「製造に要する時間、品質、従業員の技能水準、生産性に及ぼす要因」などがあげられる。KPI には、開発効率、在庫回転率、生産リードタイム、改善施策提案数などが挙げられる。

Kaplan and Norton は、内部業務の視点の重要性について説明している。内部プロセスにおける尺度は、顧客満足に大きな影響を及ぼす業務プロセスから導き出される。企業は、どの業務プロセスやコンピタンスに優れ、それをどのように測定するべきかを決定しなくてはならない。サイクル・タイムの短縮、品質の向上、生産性の向上、コストの削減といった目標を達成するためには、従業員の行動によって影響を受ける尺度をマネジャーが開発しなくてはならない(Kaplan and Norton, 1992)。また、Kaplan and Norton は、従業員たちがミッションや戦略に沿った行動をとるようにするためには、この業務プロセスにおける尺度が重要である点を次のように説いている。「多くの行動が部門や個人レベルで取られるので、マネジャーはサイクル・タイム、品質、生産性、コストに関する全社的な尺度を部門レベルへと分解しなくてはならない。この尺度によって、トップ・マネジメントの重要な内部プロセスやコンピタンスについての判断が全社的な目標に影響する個々人の行動につながる。この連携により現場の最前線で働く従業員たちが、全社的なミッ

ションに貢献する行動、意思決定、改善活動に対する明確な目標値を持つことが確実になる (Kaplan and Norton, 1992)。

- 学習と成長の視点²⁰...

「戦略を達成するために、どのようにして変化と改善のできる能力や環境を維持するか」という視点である。組織変革や技術革新を生み出す能力に関わるもので、「顧客の視点」及び「業務プロセスの視点」が、戦略を成功に導く要因を浮かび上がらせるのに対し、その成功に向けた目標自体を改善・変革する。KPI には、資格保有率、従業員満足度、新技術開発数、特許出願数等の従業員の能力開発や会社全体の知的財産がどれだけ蓄積されたかを表す。注意点としては、目標設定においてその年度の実績に直接影響をするものは少なく、人材への投資や組織の活性化といった中長期的に業績へ影響していくことを期待する指標が中心になる。

イノベーションと学習の視点について、Kaplan and Norton は次のように論じている。「顧客の視点と業務プロセスの視点における尺度は、企業が競争で成功するために最も重要なものを考察しているが、状況は常に変化しつつある。厳しいグローバルな競争のもとでは、既存の製品やプロセスを改良しつつ、また、新製品を導入する能力をもたなくてはならない。イノベーション、改善、学習の能力は、企業の価値に直接つながり、これが企業の成長、延いては株主の価値の増大になるというのである (Kaplan and Norton, 1992)。

- 財務の視点...

財務の視点とは、財務的業績の向上のために、株主に対してどのように行動すべきか、また戦略計画とその実施が利益の増加にどれだけ貢献したのかを示す視点である。具体的には利益率や成長率、株主価値といった業績評価指標により、その進捗度・達成度を管理する。それぞれの視点で達成すべき「戦略目標 (Objectives)」とそれを端的に示す「測定指標 (Measures)」、その目標達成水準を示す「ターゲット (Target)」、その達成のために必要な「施策 (Initiatives)」が示される。必要に応じて、測定指標の実績や達成割合が示される。KPI には、売上高、利益、EVA (Economic Value Added: 経済付加価値)、ROA (総資本利益率: Return on Asset)、ROE (Return on Equity: 株主資本利益率)、ROI (投下資本利益率: Return On Investment)、それらの KPI の構成要素である売上高利益率、資本回転率等が挙げられる。

²⁰ 1992 年に発表された「イノベーションと学習の視点」についての説明では、そのほとんどがイノベーション、業務プロセスの改善、能率の向上に関する尺度のみを取り上げており、従業員の能力や教育などについての説明はほとんどない (Kaplan and Norton, 1992)。1996 年の「学習と成長の視点」では、イノベーションに関する尺度は、業務プロセスの中に取り入れられるようになり、学習と成長の視点では、従業員、情報システム等について整理されている。

Kaplan and Norton は、財務の視点の尺度について、企業の戦略やその遂行が最終損益に貢献しているかどうかを示すと説明している。品質、サイクル・タイム、配送、新製品の導入などについての尺度の向上が、市場占有率、営業利益、資産回転率の向上や原価低減に対して、どのようにつながっていくのかを特定することが必要であり、このような現業活動と財務との間に明確な関連をつけることを学ぶことが重要であるという (Kaplan and Norton, 1992)。また、確実なことは、業務のパフォーマンスが向上したのに最終損益に反映されない場合には、企業のトップ・マネジメントが、戦略やミッションの基本的な仮定が間違っていたのではないかと再検討するべきであるということである。...中略...どんなに優れた尺度を BSC に設定したとしてもそれは戦略の成功を保証するものではない。BSC は企業の戦略を特定の測定可能な目標に落とし込んでいくことができるだけである。BSC で測定された業務のパフォーマンスの向上を財務業績の向上に転換できなければ、トップ・マネジメントは最初の段階に立ち戻って企業の戦略やその実行計画を再考しなければならない (Kaplan and Norton, 1992) と指摘している。

Kaplan and Norton (1996) は、「4 つの視点が必要かつ十分であるという数学的理論は何もない」とするものの、戦略を記述するためのテンプレートとして 4 つの視点を提示している。4 つの視点において、様々な利害関係者を考慮の対象として含めるのか否かは、個々の利害関係者の戦略的な重要性に応じて変わる、とするのが Kaplan and Norton の基本的な考え方である。

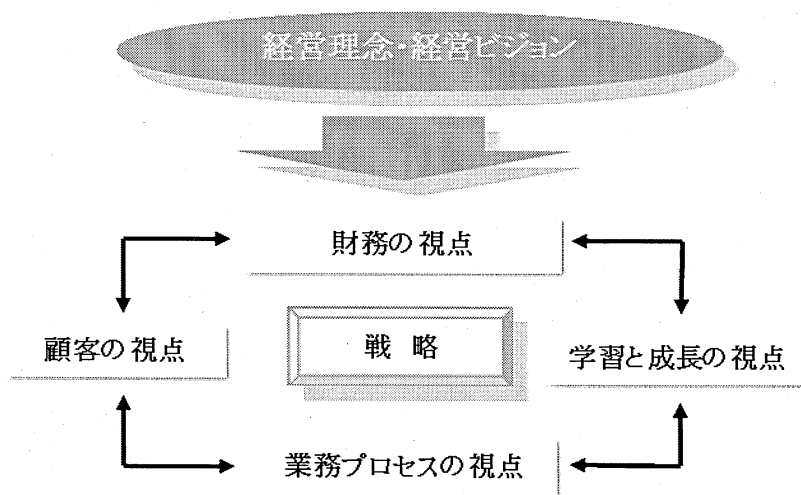


図 1. BSC サイクル

第 8 節 4 つの視点の対立関係と因果連鎖

Kaplan and Norton は、1996 年の「The Balanced Scorecard」において、パフォーマンス・ドライバ (Performance Drivers) と成果尺度を明確に区別した。従来、業績評価の尺度として一

般に用いられてきたのは、原価又は費用、収益、損益といった成果尺度であった。ただし、原価又は費用、収益、損益の発生を業務活動の結果として把握できたとしても、その原因となった経営活動の間接的な管理にしか役立たない。これに対して、BSCの4つの視点それぞれには、単に事後的な結果を測定する成果尺度だけではなく、成果を生み出す要因として、業務遂行の原動力であるパフォーマンス・ドライバーを設定する。結果のみを追求するのではなく、その結果に至るまでのプロセスを見るためにパフォーマンス・ドライバーを把握することで、業務活動そのものをも管理の対象にしようとしているのである。成果尺度が事後的に測定した指標であるのに対し、パフォーマンス・ドライバーは業務活動を遂行するうえでの先行指標である(Kaplan and Norton, 1996)。

また、BSCの当初の目的は、諸要素(視点)間の均衡、戦略目標の調和を図ることにあったが、既に提唱されていた4つの視点間に「因果関係」が存在することも体系化されるに至った。Kaplan and Nortonによると「優れたBSCは、単なるCSFの寄せ集めではない。優れたBSCの業績評価指標は、一連の目標と首尾一貫し補強しあっている業績評価指標と整合性を保ち矛盾がないようになっている。BSCは、複数のCSF間の複雑な因果関係も当然組み込んである。因果関係のみならず、成果の業績評価指標とパフォーマンス・ドライバーとの間でも連携をとる」と指摘している。

4つの視点には、均衡させるべき「対立関係」があったことが前提とされていた。しかし戦略マップが提唱されると、対立関係にあったと指摘された諸要素間の関係は「因果関係」へと置き換えられた。そして今や戦略マップの構築とその業績マネジメントとしてのBSCとして体系化されるに及んで、個々の視点間(戦略目標)を結ぶ因果関係は、BSCが目標管理²¹など他の業績測定方法²²に対

²¹ 目標管理(Management by objectives: MBO)

1954年P.F.Druckerにより提唱された組織マネジメントの概念で、個別またはグループごとに目標を設定し、それに対する達成度合いで評価を決める制度。P.F.Drucker(1954)「The Practice of Management」, Harper & Rowを参照。原著では『Management by Objective and Self-control』と表記している。上司から一方的に指示し業務を遂行させるのではなく、個別に何を達成するのかを明確にし、個人と組織のベクトルを合わせ、最終的に個人の目標と組織の目標をリンクさせる。目標設定のポイントは、①明確で具体的な目標、②適正な目標レベルの設定、③時間軸の設定、④目標を達成するための方法を明記、⑤会社目標との関連や自分の使命は何か、を考えながら目標設定することが挙げられる。目標が達成できたか否かが明確になるため、実績を評価しやすく、評価制度・賃金制度に応用されている。

²² BSCは、1990年代の米国において企業再生の一大ツールとなったが、様々な疑問や批判も投あつた。

① 目標管理との相違点

特に日本においては、長期的な視点から場合によっては、TQCによる顧客や従業員の満足が財務的な目標以上に重視されてきただけに、BSCに斬新さを見出さないという見解もあつた。目標管理は我が国では1960年代に導入され、当初は結果重視のマネジメント・ツールであつたが、次第にプロセスの視点も重視されるようになっていった。財務的目標と非財務的目標のバランスを鑑みて配置している点は双方同じであるが、BSCは、最終的には非財務的な目標が財務的目標に関連付けられ、変換されていく点に特徴がある。つまり、多様な目標を単に並べて業績を多角的に評価するのではなく、縦と横の因果連鎖によって、最終目標である財務的目標を達成するという手法をとる経営管理ツールである。

② 方針管理との相違点

方針管理とは、戦略をTQCの管理原則であるPACA(Plan-Do-Check-Action)のサイクルに沿って効果的に管理する手法である。「目標展開」と「方策展開」という2つのプロセスによって行われる。目標展開では、組織のビジョンと戦略が中長期の経営計画をベースに短期経営方針として設定され、更に各部門長の方針、下位レベ

してその存在意義を示す生命線となった。「因果関係が存在するという前提は最も重要である。なぜなら、その前提こそが将来の財務業績を予測するうえで、非財務的な領域での測定を利用することを許容する根拠となるからであり、この前提条件が崩壊することは、戦略マップの有効性がなくなることを意味する。

BSC は、長期的な利益と短期的な利益のバランスを図るべく、短期的な視点で抽象的に表現される財務指標を補うために、これを媒介する事業・業務プロセスと、事業に利害を有する顧客や株主などの対立関係を同時にバランスさせることである。その問題点としては短期的な財務指標と対立する、経営資源のキャパシティやステークホルダー間の利害を損なわないよう事業経営のバランスをとることが強く要求されている。

1992 年時点では、Kaplan and Norton はこれら 4 つの視点間に「対立関係」を認めていなかった。「行動や業務プロセスに焦点を当ててはいない」、「競争を見る時間軸が変わってきたことに対応していない」、「顧客満足度、品質、リードタイム、従業員のやる気の向上について評価しない」といったような、財務指標に基づく業務管理に対する批判について、TQM (Total Quality Management) 等のプロセス改善を強化するが、邪魔するものではないと反論し、更に「業務効率の向上と財務的な成功との相関性は弱く、しかもあいまいである、と述べている。以上のように、当初の BSC は、伝統的な財務指標偏重型の管理がもたらした諸問題、過度の短期的利益追求がもたらす長期的な競争力の阻害(従業員訓練や開発投資の抑制、業務プロセスの分断や数値合わせなどを解消するために、財務指標と同時に対立する長期的競争力の源泉(顧客からの信頼、従業員・組織のスキル、知識等)に関わる諸指標を管理することで、両者の間の矛盾を解消・克服することを目的としていた。「長期的競争力を築き上げようとする力と、歴史的原価に基づく財務会計モデルを固守しようとする力が激突し、その結果、BSC が誕生したといえる。例えば、財務の視点は、従業員や株主などステークホルダーの期待に応えるために、財務的目標の達成を目指す。財務の視点を実現するために顧客の視点がある。財務的目標の達成や顧客満足度を向上させるために業務プロセスの視点がある。企業が競合よりも優れた業務プロセスを備え、顧客満足を図り、財務的目標を達成するために学習と成長の視点がある。このように 4 つの視点は、因果連鎖を伴う事が大きな特徴である。

ルの方針へと、順次、階層的に展開される。また、方策展開は、目標を達成するための手段である方策を明確にするプロセスで、BSC のパフォーマンス・ドライバーとほぼ同義である。方針管理は、目標を段階的に下位に展開し、これを実現する方策(活動)に結びつけることによりビジョンと戦略を達成する方法である。これに対し BSC は、目標(戦略)自体が多元的で、複数の視点の中に存在する。このため、目標と方策との識別という観点では、方針管理の方が精度の高い分析が可能となるといえる。BSC は戦略を実行するための活動の全てをスコアカードに記入してコントロールするものではなく、重要な指標のみを効果的に配置したデザインになっている。

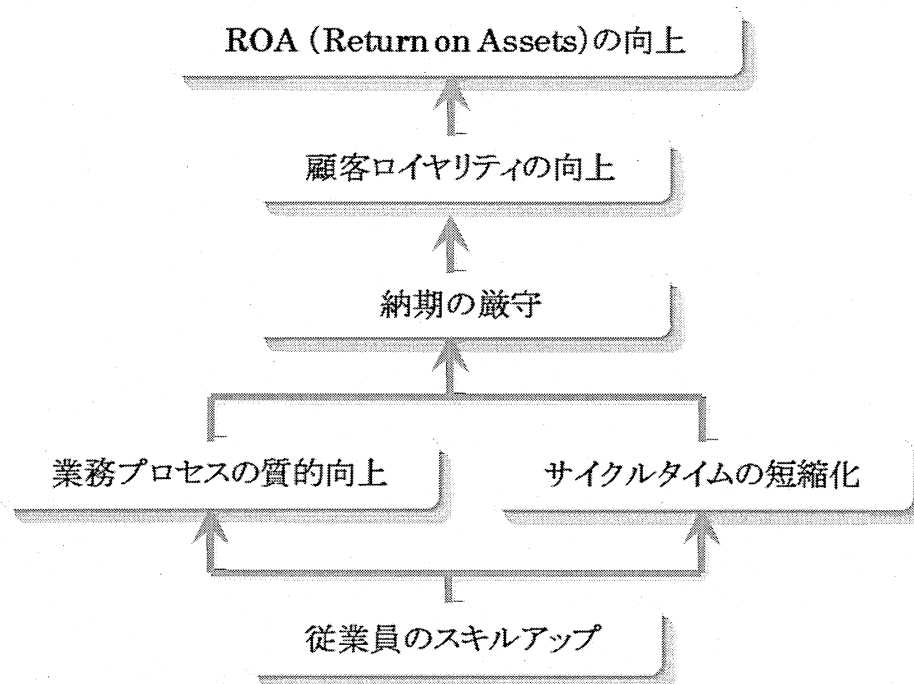


図 2. BSC の 4 つの視点と因果連鎖

BSC は、複数の CSF 間の複雑な因果関係も当然組み込んである。因果関係のみならず、成果の業績評価指標とパフォーマンス・ドライバーとの間でも連携をとると指摘している。また、戦略は因果関係に関する一種の仮説であるとし、BSC で設けられる 4 つの視点こそは、因果関係を叙述する際の基本的な要素となると主張している。

Kaplan and Norton によれば、その因果関係とは例えば次のようなものである。

「現場の従業員を教育訓練し、スキルアップをはかる」(学習と成長の視点)事ができれば、「業務プロセスのサイクル・タイム短縮・質の向上」(業務プロセスの視点)を実現し、それが「納期厳守及び顧客ロイヤリティの向上」(顧客の視点)に繋がり、最終的に「総資本利益率の向上」(財務の視点)が達成される。「適切に構築された BSC は、一連の因果関係を通じてビジネス・ユニットの戦略のストーリーを語る」という。これらを調整・均衡させるべき 4 つの視点の間には実は因果関係があるとされ、「学習と成長」から「業務プロセスの視点」、「顧客の視点」、「財務の視点」へと連なる原因と結果の関係で捉える事が出来れば、企業戦略を実現に導く「戦略マップ (Strategy Map)」となる。

しかし、因果連鎖の構築については次のような指摘や批判がある。小林 (2000) は、Norreklit 他の所説を検討しながら、「時間と空間のなかで近接して観察できる 2 つの独立的事象があり、一方の事象が時間の経過のなかで他の事象に先行し、前者の事象が観察されると必ずあるいは高い確率で後者の事象がその後で観察される」という経験的に実証可能な関係が存在するといふときに

のみ、因果関係が存在すると考えられている」(小林哲,2000)という。従って、厳密に因果関係が BSC で広く存在しうるのかという点についてはこれを肯定することは困難であり、実際に BSC に組み込まれる諸変数間の因果関係を見出したり、検証することは容易ではない(小林哲,2000)と批判している。また、BSC を利用したマネジメント・プロセスについては、戦略を理解したり、目標を設定するというが、そのプロセスについて Kaplan and Norton はあまり明確な説明をしていない(小林啓, 1998)という指摘もある。

しかし、これらの指摘や批判は、BSC に対する誤解が影響していると思われる。これらの指摘・批判について吟味するためには、実際に BSC の導入効果を分析し、因果連鎖を検証する必要がある。

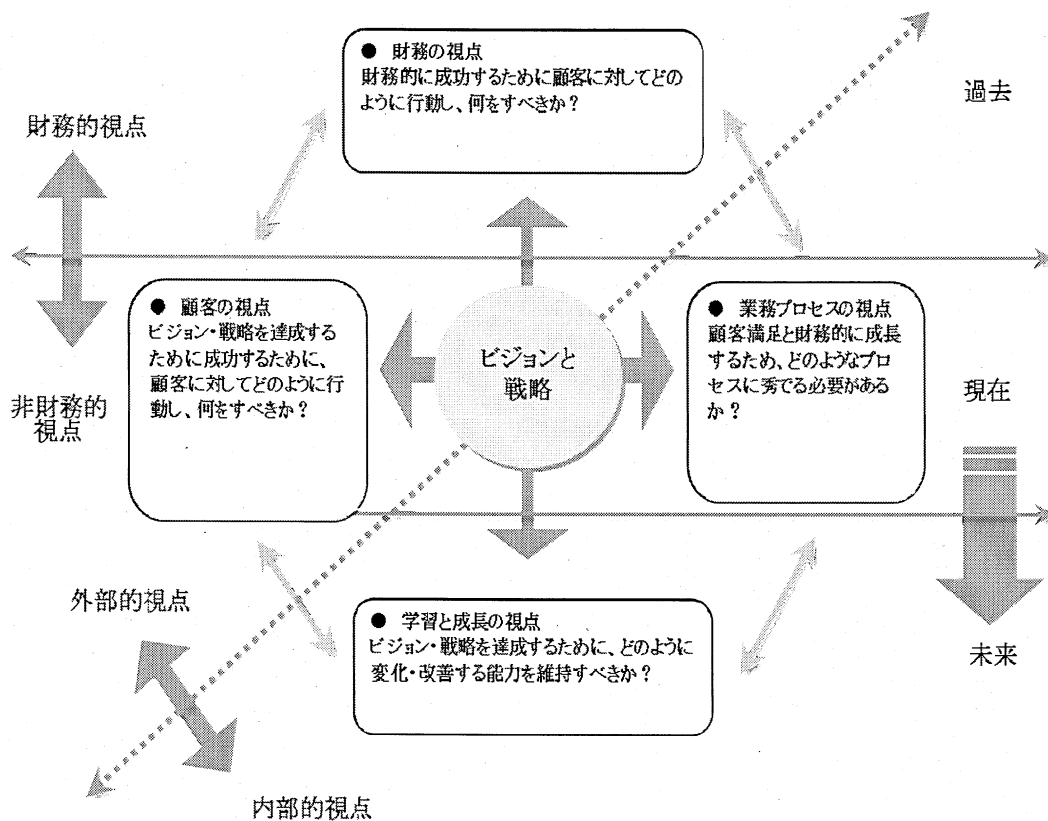


図 3. BSC 因果連鎖フレームワーク

【小括】

伝統的な財務偏重型の業績評価は、最終的な財務指標を重視してきた。しかし財務指標は過去の指標であるため、財務情報がフィードバックされても戦略の修正や見直しには遅すぎる。伝統的業績評価システムは、戦略の実行や競争優位の獲得といった戦略的な問題を考慮してデザイン

されていなかっただけでなく、無形資産がどのようにして財務的成果を生み出したのかも分からないため、組織の戦略的な意思決定や行動に深刻な悪影響を与えた。また、現実には戦略が予算へと統合され吸収されるプロセスとして、予算管理は戦略経営に役立たないと多くの批判がある。無形資産や知的資産といった資産や組織能力の財務的評価は困難であり、現実には予算管理のプロセスが戦略的計画設定プロセスとは別に行われている。そのために、コントロールのための主要な手段として予算が用いられていると、短期的な財務目標値を達成することに注意が向けられる。利益目標の未達成が生じ、その要因が戦略の不適當な遂行方法にあると過程した場合、マネジメント・コントロールの失敗となる。つまり、本来目標の達成を促すはずだった機能に障害が起きていると考えられ、そこに予算管理によるマネジメント・コントロールの限界がある。

BSC は財務業績に影響を与えると考えられる諸変数を非財務指標として測定対象にするよう提唱されている。財務指標だけでなく、非財務指標をも測定対象とするような業績評価システムによって、戦略の実行状況がタイムリーにモニターされたり、必要な場合には戦略の見直しにつながったりするような情報を生み出すよう期待されている。BSC は、将来財務的な成果として顕在化する業績要因についても併せて評価の対象とすることで、中長期的な成長を損なわないようにする。長期の財務的業績向上と競争優位を確保するための Value Driver を明らかにし、事業戦略を多様な非財務指標、及び財務指標からなる業績指標群の因果関係として表現する。

第2章 戦略的マネジメント・システムとしてのBSCと非営利組織のBSCの意義

1996年にKaplan and Nortonは「Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System」を発表した。この時点でKaplan and Nortonは、BSCを単なる戦術的、若しくは業務的な測定システムではなく、長期的に戦略を遂行するためのマネジメント・システムとして改めて定義している(Kaplan and Norton,1996)。これは、戦略を明確にして周知するだけでなく、これを遂行するためにBSCを利用するトップ・マネジメントがいたために、BSCそのものが業績測定システムからマネジメント・システムへと進化した(Kaplan and Norton,1996)²³ためである。

高度情報化時代の企業においては、事業推進に伴い、新しい組織の在り方も検討していかなければならない。一般的に事業部制組織とは、企業規模の拡大により経営者の意思決定の負担が重くなった事によって創造された、組織の分権化に適合した組織構造モデルであると認識されている。しかし、Chandler(1992)によれば「意思決定に対する経営陣の過重負荷は、確かに新しい組織構造が開発された理由である。しかし、新しい組織構造が生まれる理由は、企業規模が拡大されたためではなく、むしろ経営陣の意思決定に多元性と複雑性が増えたためである」と指摘している。このような点について、Kaplan and Norton(1996)は、以下の6つを挙げている(Kaplan and Norton,1996)。

- ① 機能横断的特質
- ② 顧客及びサプライヤーとのリンク
- ③ 顧客のセグメンテーション
- ④ グローバルな規模での競争
- ⑤ 製品・サービスの生産・提供プロセスの革新
- ⑥ 知的労働者

Chandlerが示しているように、まずは経営戦略に合わせて企業組織を構築していかなければならない。また組織は戦略に従って構築されるので、もっと複雑な組織はいくつかの基本的戦略の結合から生まれるものである。

²³ わが国の実務界においてはBSCに対する誤解が生じている。Kaplan and Nortonにより1992年に発表された論文には「新しい経営指標・バランスト・スコアカード」という邦題がつけられている。これは、当時Kaplan and Norton自身もBSCを業績測定システムとして捉えていたため、わが国ではBSCは4つの視点から見る「業績測定システム」として波及した。また、Kaplan and Nortonにより1996年に出版された著書においても、4つの視点を検討する「業績測定システム」や「新しい経営指標」といった理解にとどまったままのものが多かった。BSCが戦略遂行のマネジメント・システムである限り、BSCを利用した経営においては、マネジメント・プロセスや因果連鎖が重要となるのだが、論点がそこまで到達していなかった。BSCが業績測定システムであるという誤解の背景には、こういった状況があると想定される。またこのような誤解は実務界にも波及している。

また、ここ数年間で、TQC (Total Quality Control)、JIT (Just in time)、ABC/ABM (Activity Based Costing / Activity Based Management)²⁴、リエンジニアリング等といった数多くの改善プログラムが提唱されてきたが、Kaplan and Norton はいずれも貧弱な結果しか生まれなかったとしている (Kaplan and Norton, 1996)。その理由の最も重要な点は、これらのプログラムは企業の断片であり、企業の戦略や財務、及び経済的成果の達成のいずれにも結びついていない (Kaplan and Norton, 1996) と指摘している。業績を躍進させるためには、組織の利用する業績測定、及び経営管理システムも戦略の遂行に伴い変化していかなければならない。企業にとって様々な戦略の重要性は認識されてきたものの、BSC の登場により最終的な財務業績に結びつけるには戦略の実行段階での業績管理が極めて重要であるということが指摘された。多くの企業は、売上高、利益等といった財務業績目標のみで中期計画や予算管理などを策定してきたが、財務データは過去の数値であり、それだけでは戦略の実行段階をマネジメントすることはできない。財務目標に加え、非財務目標も考慮した体系的・総合的な業績管理が BSC の基本的な意図である。

本章では、戦略マネジメント・システムとしての BSC の考え方と非営利組織に適合した BSC の意義について整理する。

第 1 節 戦略遂行の経営管理システム

戦略とは、元々軍事用語であるが、企業経営の分野で戦略という考え方が導入されたのは 1960 年代になってからである。その後、経営手法が進歩するとともに、戦略は企業経営の骨格を成す重要な位置を占めるようになってきた。戦略 (Strategy) という言葉が経営学の概念として初めて使用されたのは Chandler (1962) である。Chandler は、経営史的観点から大企業の成長戦略とその企業の組織構造との間にどのような適応関係があるのかを明らかにしたうえで、「組織構造は経営戦略に従う」という命題を主張した。Chandler によると、戦略とは企業の基本的な長期目標と具体的目標を決定し、これらの目標を遂行するために、必要な行動経路を決め、必要な経営資源を割り当て、配分することである (Chandler, 1962) としている。企業経営において経営者が行なう最も重要な意思決定が経営戦略の策定、決定である。企業は、何を生産し、これを販売するのか、どのようなサービスを提供するのか、どのような顧客と取引をするのか、と自らの行動を選択することができる。即ち企業は自身が適用しようとする環境を自ら選択し、その環境の中でどのようなポジションを築く

²⁴ ABC (Activity Based Costing: 活動基準原価計算) は、1980 年代に Kaplan が提唱した管理会計手法である。製品やサービスを提供するための間接コストを活動単位に分割して、個々の活動ごとの基準を用いてコストを算出し、原価計算を行う手法である。ABC から得られるコスト分析を基に業務効率を改善していく経営手法を ABM (Activity Based Management: 活動基準原価管理) という。当初は企業のコスト分析手法として利用されたが、現在は自治体や病院等で導入されている。

かを決定することができる。

Chandler(1962)の分析的アプローチは、企業の経営戦略をドメインという概念を中心に以下の3つにセグメントしている。

① 全社レベルでの企業戦略

企業全体の観点から、既存事業の枠を超えて自らの事業ドメインを決定することと、そのために必要な諸資源を獲得・配分する方針を決定する意思決定である。企業戦略は、複数の事業にまたがる決定でもあるので、全社戦略とも呼ばれる。

② 事業部レベルでの事業戦略又は競争戦略

顧客と製品に関する事業分野はすでに決定されて所与条件となるので、中心的な内容は同様な事業を営む競争相手に対して、如何に競争優位性を確立するかという意思決定である。

③ 職能部門レベルでの機能戦略

財務、人事、研究開発、生産製造、マーケティングなどの各職能部門の意思決定である。上位に位置する企業戦略、特に事業戦略によって大きく規定され、与えられた資源の範囲内で上位の戦略を如何に完璧に実現するかが中心的なテーマとなる。

1980年代以降、戦略的管理会計(Strategic Management Accounting: 以下、SMA)に関する研究が発表され、戦略との関わりにおいてあるべき管理会計の形態を議論するようになった。

Simmonds(1981)は事業戦略の策定と監視のため、競争業者の原価と種々の操業度に関する情報収集を目的として、SMAの必要性を主張した。Simmonds(1981)によると、SMAとは、事業戦略の展開とそのモニターの際に利用するために、ある事業およびその競争相手に関するコストと価格、営業量、市場占有率、キャッシュフロー(Cash Flow)等といったデータを作成し、分析することと定義している(Simmonds, 1981)。Simmondsが提唱したSMAは、事業戦略のための会計であり、その鍵となる概念は競争相手と比較した場合の自社の競争優位ポジションである。Simmondsが伝統的な管理会計を批判し、新たにSMAを提唱したのも伝統的管理会計が自社データに指向した情報システムであるという点であった。Simmondsは、自社と競争相手双方の戦略上のポジションを会計的に認識し、測定し、更に顧客の視点を交えて分析を行うことを通じて、これまで経営管理が企業の内部に向けていた視点を企業外部に向けさせ、価値連鎖の中で、全てのステークホルダーの利益が増加するように戦略が策定されることの必要性を説いている。しかし経営管理システムは、戦略策定に直接的に働きかけるものではない。経営管理システムはそれ自体が戦略を創案するものではなく、戦略策定を援助するものである。しかし戦略の策定以後についての経営管理システムとしては、従前のように伝統的管理会計においては予算を中心とした議論がなされているに過ぎな

い。Hamel(1996)が指摘するように、戦略実行計画は戦略の本質ではない。しかし、清水等(1997)は、戦略実行計画及び統制の重視されるべき点として以下の2点を挙げている。

- ① 戦略の成果を十分に引き出すためには、戦略が予定された通りに遂行されなければならないが、そのためには洗練された実行計画が不可欠である。ここには、企業のビジョン及び戦略を組織の構成員が完全に理解し、自らの行動が戦略に対してどのような影響を及ぼし、自らの行動によっていかに戦略が達成されるかを知ることが重要である。
- ② 戦略の立案にも関わるものであるが、戦略の遂行の中で新たな戦略を生むというような相互作用の機能を管理プロセスに持たせることである。

①は、伝統的経営管理システムの延長上にあるが、戦略を組織に浸透させ、具体的な活動と密接に結合させるという、従来の不十分であった点を補うことを意図している。

「組織(構造)は戦略に従う。そして、いくつかの基本戦略の連鎖と組み合わせによってより複雑な組織が形成される(Chandler,1962)」という主張からも、戦略は、ビジョンを基に作成されていくので組織構成員が戦略とともにビジョンを理解することは極めて重要であると言える。

ビジョンそのものが明示されていたとしても、必ずしもそれが十分戦略に反映されていたり、後述するが、従業員がビジョンや戦略を完全に理解しながら戦略目標を達成していくかについては疑問が残る。即ち、戦略が設定された後には、ビジョンは現場においては単純な財務指標、非財務指標に置き換えるため、十分な内容理解を伴わない可能性がある。戦略を十分理解し、これを完遂するためにどのような観点から何を具体的に行えばよいかについて、組織全体が完全にコミットするための経営管理システムが求められる。

戦略策定が戦略という無形の行動指針を創出するものであり、戦略遂行は、戦略に沿って企業活動が実施されているかをトレースするというようにその性質が大きく異なっている。従って、これらを1つのフレームワークで構築することは困難であり、現在のところ、これらを融合したシステムを構築することは想定されていない。従来、戦略との有機的連携を保有し、長期的な競争優位を保持することを目的とした経営管理システムは十分に議論されることはなかった。この問題を克服し、戦略に対するフィードバックを得るための経営管理システムがBSCであると言える。しかし、BSCは単に戦略とアクションを結びつけるツールではなく、戦略の修正、或いは創出にも関わる経営管理システムとしてとらえることが重要である。

第2節 多面的業績評価システムから戦略的マネジメント・システムとしての確立

BSCは、財務的指標の問題点を克服すべく、4つの視点を介して財務的指標と非財務的指標

を併用する業績評価システムとして開発された。BSC のそもそもの基本的性格は、財務的指標と非財務的指標を体系的にまとめたマネジメント・レポートであった。マネジメント・レポートに非財務的指標を含めることによって、マネジャーが意思決定を行う際に業績を多面的に評価できるように図ったのである。その後、BSC は多面的業績評価システムとしての側面を中核として、戦略を実行及び管理するための戦略的マネジメント・システムへと発展していくことになる。

Kaplan and Norton(1996)は、戦略的マネジメント・システムとしての BSC を利用することで、4 つのマネジメント・プロセスが導入できることを明らかにした。「BSC は、単なる戦術的ないしオペレーショナルな業績評価システムではない。革新的な企業は、BSC を『戦略的マネジメント・システム』として利用し、長期的展望に立って戦略をマネジメントしていると指摘している。

- ① ビジョンをわかりやすい言葉に置き換える (Translating the Vision)
- ② コミュニケーションとリンケージ (Communicating and Linkage)
- ③ 経営計画 (Business Planning)
- ④ フィードバックと学習 (Feedback and Learning)

多面的業績評価システムは、このうち①と④に対応している。①のプロセスでは、トップ・グループがビジョンや戦略を組織成員に理解しやすいオペレーショナルな非財務指標に置き換える。このプロセスを通じて、ビジョンや戦略をあいまいに理解していることが多かったトップ・グループのあいだで、戦略目標やそれを達成するのに必要な行動とは何かということについて明快なコンセンサスが得られる。このプロセスでは、戦略マップ (Strategy Map) が大きな役割を果たす。

④のプロセスでは、戦略の有効性が検討される。このプロセスにおいて、トップ・マネジメントは従来あまり意思決定に利用することがなかったオペレーショナルな業績指標に注目する。BSC がもたらすこのようなフィードバック情報をもとに、月次或いは 4 半期ごとの会議において、戦略の基礎となる仮説が検証され、評価され修正される。この④のプロセスは、①のプロセスに還元される。ここで、必要に応じて戦略の仮説に関する最新情報や次期に必要なパフォーマンス・ドライバー (Performance Drivers) が再度検討される。BSC の多面的業績評価システムの側面では、上記 2 つのプロセスを通じてトップ・マネジメントの間で自社の事業の理論 (Drucker, 1994) が理解され、検証されることになる。

Kaplan and Norton は、BSC の利用目的 (Kaplan and Norton, 1997) について、以下のよう

- ① 戦略を明確にしてコンセンサスを得る。
- ② 企業内に戦略を浸透させる。

- ③ 部門や個人の目標と戦略の整合性をとる。
- ④ 戦略目標を長期のターゲットや年度予算にリンクさせる。
- ⑤ 戦略プログラムを明確にし、整合性をとる。
- ⑥ 戦略を期間的、かつ、体系的に検討する。
- ⑦ 戦略の見直しと学習のためにフィードバックする。

BSCの特長は、戦略マップによって4つの視点間、各視点の戦略目標間、および評価指標間を因果連鎖として統合的に把握することができる点である(Kaplan and Norton,2005)。BSCの4つの視点の戦略目標は互いに因果関係で結びつけることができることが明らかになり、戦略マップの構築へと発展した。

第3節 戦略マップの意義と役割

戦略マップ(Strategy Map)は、戦略を記述するための論理的で包括的なフレームワークである。戦略テーマで何をすべきかについての因果関係を表す働きをする。2000年、Kaplan and Nortonによる『The Strategy Focused Organization』によって「戦略マップ」として整理されることとなった。財務業績を達成するためには、顧客を満足させ収益を生まなければならない。顧客を満足させるには、顧客が望む価値をつくり出す業務プロセスを整備しなければならない。また財務業績の達成には、業務プロセスを効率化することも求められる。更に業務プロセスを遂行するには、その能力を有する人材や情報システムによるサポート、技術などが求められる。前述した4つの視点間の対立関係は、個々の視点内部での対立する諸要求の関係へと意味内容が変化しており、顧客の諸要求(時間、品質、価格、機能)を同時に満たさなければ結果としての財務的な戦略目標は達成されないことが戦略マップでは含意されている。

戦略マップは、階層状に配したBSCの4つの視点を示すエリアに各視点での取り組むべき課題、達成すべき目標を置いて、互いに影響や関係のあるものを矢線で結び付けた図である。各個別目標間の因果関係を可視化することで、全体として整合性のある戦略を構築・検討することができる。BSCフレームワークにおける戦略とは、「どうしたら成功するか?」を示した仮説である。戦略マップにより、組織体の求める成果がどうしたら得られるかについての仮説が提供される。戦略マップはそのストーリーを図にまとめたものである。戦略の全体像を把握するのに適しており、戦略策定・検討ツールとして有効である。また、一般従業員にとっても「会社の方向性」「全体の中での自身の位置付けや役割、求められる貢献度」が理解し、共有しやすい。結果として戦略実行時の意思統一ツール、社員のモチベーションアップツールとしても貢献する。

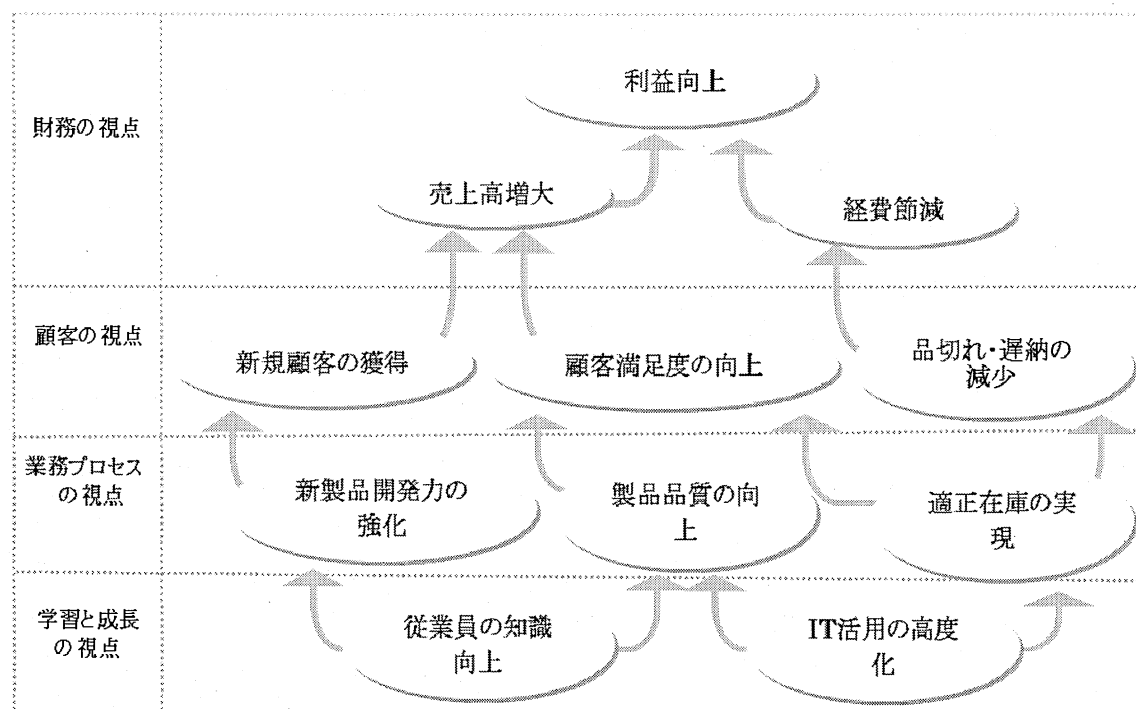


図 4. 戦略マップ・イメージ

視点内部の個々の要因は、「戦略目標 (Strategic Target)」と言われ、総体としての企業戦略を実現・達成するうえで、個々の視点で達成すべき目標をいう。ここでは一般的・抽象的な言葉で表現されているが、それぞれの企業が置かれた環境、ビジョンと戦略、顧客への価値提案(製品の優位性、業務の卓越性、緊密な顧客関係など)、企業がもつ固有の強みと弱み等を反映して決められ、より具体的な目標へと置き換えられる。そしてその戦略目標の遂行状況を端的に監視できる KPI を設定し、最終的に BSC へ集約されることになる。戦略は個々の視点で達成すべき「戦略目標」を具現化した KPI で進捗管理がなされ、環境の変化や実績の測定に対応し、BSC の見直し、戦略そのものの見直しへとフィードバックされることになる。

戦略は未来の不確実で未知の領域で企業の進むべき道を示す。これまで誰も経験したことのないポジションを描くから、戦略は一連の仮説を繋ぎ合わせて構築される。戦略マップはこれらの仮説を科学的に検証し、必要があれば、検証の結果から新しい戦略を再構築することができる。その意味で戦略マップはこれまでは科学的な検証が難しいとされていた一連の仮説を可視化することによって戦略を検証するためのツールであるといえることができる。

戦略マップが適切に構築されていれば、戦略がどのように成し遂げられるかについて統合された論理的な関係を描くことができる。戦略マップは、財務的な尺度とは違って、満足、市場占有率、顧客リピート率、革新、コンピタンスといった価値創造のプロセスを記述・測定することができる。顧客

の価値提案は、能力が高くやる気のある従業員、高いスキル、優れた顧客情報システムといった無形資産が、新製品開発や顧客満足から得られる収益ないし利益という有形の成果に変換していく関係ないしプロセスを記述する。その結果、戦略マップは無形資産から企業価値がいかに創造されるかを記述することが可能になる。

戦略マップは、異なった組織間のコミュニケーションにも役立つ。戦略目標間の関連性が明確に可視化できるからである。それゆえ、活用の方法によっては、企業の組織風土の変革や業務改革において大きな役割を果す。戦略マップは戦略策定の意義を認識するためにも非常に有効である。BSC では戦略マップを用いることで戦略を可視化することができる。戦略マップはどのようにして企業価値を創造したらよいかの道筋を示す。株主価値の増大に焦点をおく企業では、財務の視点では収益性の改善と生産性向上の戦略が有効である。収益性を改善するには顧客満足による顧客価値の向上が有効である。生産性向上のための一つの戦略としては、リエンジニアリングによる原価構造の改善と資産の有効利用が、企業価値の創造にとって有効である。BSC は多様なステークホルダー(利害関係者)の立場から、企業価値の創造に役立てることができる。

また Kaplan and Norton は、こうした戦略マップの役割について以下のように述べている。戦略マップを用いると、戦略を記述するうえで統一した一貫性のある方法となり、その結果、戦略目標と尺度を設定し管理することができる。戦略マップは、戦略策定と戦略実行の欠けている連鎖をつなぐものである(Kaplan and Norton,2004)。このように、BSC と戦略マップは戦略の実行に大きな役割を果たすのである。このような BSC と戦略マップの役割を Kaplan and Norton は次のように表現している。BSC は 1992 年に紹介されて以来、戦略実行を管理する高度なシステムの主役へと進化してきた。このアプローチによる効果は 2 つの単純なケイパビリティ、つまり①戦略を明確に記述する能力(戦略マップの貢献)と、②戦略をマネジメント・システムに結合させる能力から生じる。その最終的な成果として、企業の全ての組織ユニット、プロセス、及びシステムを戦略に方向づける能力が生み出される(Kaplan and Norton,2006)。

また、Kaplan and Norton(2004)は、M.E.Porter の主張である「企業が持続可能な差別化を市場において創造するために抜きん出るべき一連の活動を選定する」²⁵という差別化戦略論の立場から戦略を定義し、具体例として顧客の視点について説明している。企業はターゲットとする顧

²⁵ Robert.S.Kaplan and David.P.Norton(2004)「Strategy Maps. Harvard Business School Press(櫻井通晴・長谷川恵一他監訳『戦略マップ』,ランダムハウス講談社,2005 年)p67 を参照。ここでいう持続可能な差別化とは、顧客に競合他社よりも大きな価値を提供するため、若しくは同じ価値であっても競合他社よりも安いコストで提供するためのものとしている。

客セグメントを測定・認識しなければならない。それを理解すれば、各顧客セグメントの必要や期待に応じた価値を識別することが出来る。それぞれに対応した価値として、第一に「お買い得品、最低のトータル・コスト」、第二に「製品の革新性・製品リーダーシップ」、第三に「完全な顧客ソリューション」、第四に「ロックイン戦略²⁶」が提案される(Kaplan and Norton,2004)。どの顧客セグメントに焦点をあてるかは業種などによって異なり、企業や事業部門の戦略に方向づけられて、顧客の視点の戦略目標を決定する。

第4節 戦略とBSCの関係

James.C.Collins and Jerry.I.Porras(1995)によると、一流企業として存続し続け、仮に経営難になっても、強靱な回復力を維持した企業の特徴は、カリスマ的指導者や先見的サービス、卓越したアイデアなどではなく、適切なビジョンが確立され、組織に浸透している点にあると指摘している。また、P.F.Drucker(1995)は、富の創造のためには経済連鎖全体の成果が考慮されなければならないと、それには4つの情報(基礎的情報、生産性に関する情報、卓越性に関する情報、資源に関する情報)が必要であり、その情報により資源配分の優先順位を組織全体に示さなければならないと指摘する。Gary Hamel and C.K.Prahalad(1990)は、コア競争力に基づく資源配分の優先順位の明示は、トップ・マネジメントに対し配分決定のための枠組みを提供するとともに、下位の管理者に対しては、配分の優先順位の理論とトップが持ち続ける一貫性に関する原則を理解する助けとなると述べている。

伝統的なマネジメント・コントロールにおいて策定された戦略は、責任会計を通じて組織単位に分解されて伝達される。個々の組織のサブ・ユニットは必ずしも戦略の全体像を知っている必要はなく、個々の責任が達成されれば全体目標が達成されると想定している。一方 BSC では、戦略を具体的にストーリーとして記述した戦略マップやスコアカードを組織全体に普及させることにより、従業員全てに対して戦略が伝達され、共有化が図られる。結果として、組織内部の各部門が互いにどのように連携するか、或いは自らの役割が他の部門にどのようなインパクトを与えるのかに関して理解を促進するといわれる(Kaplan and Norton,1996)。BSC によって戦略の伝達・共有化を図るのは、戦略の実行のためには従業員を動員する必要があるためである。BSC では、モチベーションとエンパワーメントによって、組織の末端従業員からの顧客志向のプロセスと業績改善のアイデアが出てくることが期待されている(Kaplan and Norton,1996)。

²⁶ Switching Cost は行動を変える際にかかるコストであり、顧客が行動を変えられないようにする戦略がロックイン戦略である。

Kaplan and Norton(2001)は、BSC を使用して経営情報を可視化することにより、企業のトップから従業員までが一貫してその情報を理解すると主張する。戦略マップの作成によって、企業の内部的な矛盾が可視化され、企業全体の戦略のトレードオフの認識が深まり、価値連鎖内での明確かつ効果的な方法による対処が可能となる。BSC を媒介として、Gary Hamel and C.K.Prahalad(1990)が指摘するように上位の経営者と下位の管理者との間に戦略の一貫性が図られ、財務上の戦略にコミュニケーション手段が提供される。

BSC は「厳密に言えば戦略を実行するためのツール」(Kaplan and Norton,2001)である。BSC は、伝統的なマネジメント・コントロールよりも強力なコントロールを展開する装置になると考えられる。会計情報に大きく依存するマネジメント・コントロールでは、戦略実行の結果として達成されるべき財務的指標が事前の目標として設定されると時に、当該指標の事後的な測定を通じて戦略の実行結果をモニタリングする。一方、BSC では非財務的指標を通じて戦略が表現されるため、どのような行動をとって財務業績が達成されるべきかが一つのシステムの中で明確にされる。更に報酬システムとのリンクを通じて、BSC を通じた戦略の実行はより一層強化されることになる。

第 5 節 BSC のフィードフォワード構造

BSC は、業績尺度として伝統的に使用されてきた財務的尺度に将来の業績ドライバーを表す尺度を補完したもの(Kaplan and Norton,1996)であり、BSC は戦略を遂行するための戦略的マネジメント・システムである。しかし、戦略的マネジメント・システムに関して櫻井(2004)は、以下の 3 つの論点を主張している。

1 つは、戦略的マネジメント・システムと伝統的なマネジメント・コントロール・システムとの異同である。

2 つ目は、創発された戦略がミドルまたはロー・マネジメントのレベルで実行されるのか、それとも中期計画を通じてトップで承認された上で実施に移されるかである。仮にミドル、又はローで戦略が創発されたにしても、それらは中長期の経営計画を通じてトップの承認を得た後にマネジメント・コントロールのシステムを通じて主として予算管理を通じて実施されることになる。

3 つ目は、戦略的なマネジメント・システムはどんなシステムとしてもつのが望ましいかについてである。この点に関して、Kaplan and Norton(2001)は、創発戦略を活発化すべく、戦略と予算編成とを連携させるためにダブル・ループ学習のプロセスとの結合を提案している。

企業は、事業の継続、若しくは成長させることによって、ステークホルダーに報いるという社会的・経済的使命を果たすことができる。経営管理システムが戦略の修正、或いは新たな戦略の創発に

つながるという新たな観点にたつものである。従来の Chandler による分析的アプローチに対しては、将来の目標と予測をもとに、将来の企業行動を合理的に設計し、制御することによって効果的な環境適応をはかることができる(加護野,1985)という見解である。加護野(1985)は、分析的アプローチの特徴として、以下の3点を指摘している。

- ① 組織のトップレベルで目的志向的に引き起こされる変異のみを重視し、それ以外の偶発的な変異の発生が極力抑えられる。
- ② 確立されたパターンとしての保存プロセスが優越している。
- ③ 選択プロセスにおいて合理的選択を優越させる。

①の偶発的な変異の抑制とは、戦略スタッフ主導の独善的な戦略の立案につながり、保存過程の重視は、組織の硬直化をもたらしかねないことも指摘している。このようなアプローチがとられる場合、その組織が環境変化に適応するための学習としてはシングル・ループ学習が行われている。シングル・ループ学習では、基本的な価値観は所与として、そのための新たな情報がストックされていく。また、シングル・ループ学習では、一度策定された戦略は変更されることがない。Mintzberg(1987)が指摘する「戦略形成のプロセスは専ら前例なきものであり、前例なきものであり、進行中の諸活動から体系的でないアイデアが創発する」や Kaplan and Norton(1996)が指摘する「刻々と変化する環境では、当初の戦略計画が明確にされたときには予期しなかった機会に資本投資を行ったり、最前線から様々な脅威を克服するためのアイデアが得られることもある」等という点を考慮すると、分析アプローチによる経営管理システムは、環境変化が継続的に生じているところでは戦略を形成したり遂行・検証を促進することには役に立たない。

これを克服するためには、ダブル・ループの学習が必要となる。ダブル・ループの学習では、戦略そのものの有効性を常に検討することに焦点が当てられていく。また、組織は当初戦略が開始された時の過程が有効かどうかの検討を行うためのフィードバックも必要とする。更に、野中、竹内(1996)が指摘するように、組織が知識創造によって連続的イノベーションを獲得するものであるためには、ダブル・ループの学習は不可欠であり、また Prahalad and Hamel(1990)によっても主張されるように、競争優位は外部の市場環境で発見されるのではなく、企業内部の資源や技能に見いだされるべきであるとすれば、学習によって高められていく社内プロセスをも強化していく必要がある。

管理会計においても伝統的に展開されてきたシングル・ループのフィードバックは、アウトプット実績を把握してから、アウトプット実績とアウトプット目標を比較してその差異を認識するシステムである。このコントロールは、コントロールの基準となるアウトプット目標とコントロールの対象となるアウト

アウトプット実績とを事後に比較するものであり、例えば標準原価計算における標準原価と実際原価の差異認識のような形で、伝統的な管理会計においても展開されてきた(丸田,2003)。

ダブル・ループのフィードバックは、アウトプット実績をアウトプット目標と比較してその差異を認識するシングル・ループに加えて、そのアウトプット目標を達成すれば実現されると仮定されているアウトカム目標と、アウトプット実績によって実際にもたらされたアウトカム実績との差異をも見るもう一つの閉じたループを持つシステムある。このときアウトプットはプロセスが生み出す財・サービスの量的結果であり、効率性の指標となるのに対し、アウトカムはプロセスが生み出す財・サービスの質的帰結であり、有効性の指標となる。ダブル・ループの背景には、このアウトプットとアウトカムの乖離という問題への対応がある(澤邊,1999)。

即ちシングル・ループには、目標は常に正しく、従って差異が無ければ修正は要らないという前提があり、システムの内部的で先行的なアウトプット目標を達成すれば、外部的で遅行的なアウトカム目標も自ずと達成されるという関係が前提とされている。

ダブル・ループでは、目標は常に正しいとは限らず、従って差異が無くても修正が要るかも知れず、例えばアウトプット目標が達成されても望ましいアウトカムが実現するとは限らないというアウトプットとアウトカムの乖離という状況が前提的に考慮されている。

フィードフォワードは、アウトプットが生じる前の段階で、そのインプットの投入によって生じるであろうアウトプットを予測し、それがアウトプット目標を満たすかどうかでコントロールを行うものであり、アウトプット実績の把握というループを持たない開かれたシステムとなっている。もしアウトプット目標が未達の場合には、インプット、又はプロセスを修正するか、若しくはアウトプット目標、更にはアウトカム目標までも修正するということになる。

即ちフィードバックは、問題の発生と原因が特定された確定的な情報に基づくコントロールであるため、コントロールの信頼性は相対的に高いものとなるが、一方で差異の発生という事実を受けてからの原因の分析や対策の検討を経るため、一定のタイムラグを許容せざるを得ず、コントロールの適時性という点では相対的に低いものとなる。一方、フィードフォワードは、予測に基づいて問題にタイムリーに介入しようとするコントロールであるため、相対的に適時性を優先するものとなるが、不確定な事前情報に基づくため予測の精度が低ければそれだけコントロールの信頼性も確保されないことになる。従って相互補完的に互いに精度を高めあっていくという関係が必要となるのである。

伝統的なマネジメント・コントロールは、立案した戦略が実行されているかどうかについて計画そのものを疑うことなく、結果が計画から逸脱していれば失敗とみなし、目標を達成するために既存のオペレーションを改善させていくという戦術へのシングル・ループのフィードバックのみを担ってきた。

しかし環境変化の激しい状況の下で、かつ益々多様化していく複数のアウトカムを同時に満たしていくためには、戦略を立案した際に設けた基本的な前提が有効であるのかどうか、そして立案した戦略が実行可能なものであるのかどうかについて、継続的に検証し必要に応じて修正を促していくために、戦略へのダブル・ループのフィードバックを可能とするものとして BSC が提唱されている (Kaplan and Norton,1996)。

そして環境が目まぐるしく変化する状況では、固定された目標へ向けてマネジメントするためのオペレーショナルなフィードバックではなく、ビジョンや戦略の見直しと学習のための戦略へのダブル・ループのフィードバックを促進し、更には将来を予測し必要なら BSC を再構築して、戦略を環境変化に応じて弾力的にアジャストし、動く戦略目標に向かってマネジメントしていくフィードフォワードが特に重要なプロセスとなる (吉川,2000,2001,2003; 長谷川,2002; 清水,2003)。そのために、組織の業務や活動が戦略の実現に向けて有機的に統合するように、業績を計画策定段階で事前に戦略的に作り込んでいくデザイン・ツー・パフォーマンス (Design to Performance) を実現していく必要がある (伊藤,2001,2003)。

しかし BSC におけるフィードフォワードでは、どのプロセス指標が結果指標の達成へと導くかについての信頼できる予備知識が不可欠であり、先行指標と運行指標の間に仮定されている因果関係は、成果指標が達成されたかどうかを判明する事後にならなければその妥当性を判断することができない。

以上のように BSC は、運行指標との因果関係において選択された先行指標としての非財務的パフォーマンス・ドライバーの目標値が達成されているかどうかをフィードフォワードでモニターしながら運行指標としての財務的な成果指標の目標値が達成されているかどうかをフィードバックでモニターするという、体系的な戦略的コントロールのシステムである。

「業務のパフォーマンスが向上したのに最終損益に反映されない場合には、企業のトップ・マネジメントが、戦略やミッションの基本的な仮定が間違っていたのではないかと再検討するべきであるということである。...(中略)...どんなに優れた尺度を BSC に設定したとしてもそれは戦略の成功を保証するものではない。BSC は企業の戦略を特定の測定可能な目標に落とし込んでいくことができるだけである。BSC で測定された業務のパフォーマンスの向上を財務業績の向上に転換できなければ、トップ・マネジメントは最初の段階に立ち戻って企業の戦略やその実行計画を再考しなければならない (Kaplan and Norton,1992)」。

第 6 節 戦略志向の組織体の 5 原則

Kaplan and Norton(2001)は、戦略マネジメント・システムとしてBSCをうまく機能させるために5つの原則を提示した。KaplanらはBSCを使って戦略をマネジメント・システムの中心においている組織体のことを「戦略志向の組織体」(Strategy Focused Organization)と呼び、5つの原則をまとめたものが「戦略志向の組織体の5原則」である(Kaplan and Norton,2001)。5つの原則は以下である。

- ① エグゼクティブのリーダーシップを通じて変革を促す
- ② 戦略を現場の言葉に置き換える
- ③ 組織の戦略へのアラインメント
- ④ 戦略を全社員の業務に関連させて動機づける
- ⑤ 戦略を継続的なプロセスにさせるべく管理する

Kaplan and Nortonはこの5原則を軸に、戦略マネジメント・システムとしてのBSC論を展開している。

①の原則は、シニア・エグゼクティブのリーダーシップ・スタイルがBSCの最も重要な成功要因であり、リーダーたちは、コミュニケーションを通じてミドル・マネジャー、技術者、営業員、現場の従業員、本社スタッフ全員の心と気持ちをつかまなければ戦略は成功しないというものである。従って、エグゼクティブ・チームが自分の問題であるという気持ちをもって積極的にBSC導入のプログラムに参加することが必要である。戦略を実行するためには、組織体のあらゆる部分からの変革が必要になる。更に、それらの変革を調整するためのチームワークが必要になる。そして、戦略の実行には目標とした成果に照らして、変革をもたらす実施項目と業績について継続的に注意し焦点をあわせていくことが必要になる。トップが、BSC導入のプロセスでリーダーシップを発揮しなければ、変革を起こすことは不可能であろうし、戦略は実行できない。革新的な業績を求める機会も失われる。

②の原則は、戦略は理解されなければ実行することができないし、明確に記述されなければ理解することもできないのであり、戦略の記述について信頼できて首尾一貫したフレームワークを構築する必要があるというものである。その際BSCは一貫した洞察に富む方法で戦略を記述し伝達するためのフレームワークを提供する。また、戦略マップは戦略を記述するための論理的で包括的なフレームワークであり、組織体の戦略と直結したBSCを作成するための基礎を提供する。従って、戦略を戦略マップとBSCの論理的な構造に変換することで、組織体は全ての組織単位と従業員に、普遍的で容易に理解できる業績評価体系を提供することができる。

③の原則は、全社レベルや事業部レベルで作成したBSCを分権化した組織単位に結びつけることで、組織全体にわたっての方向づけやシナジーを生み出すことができるというものである。その

際、BSC は戦略的なものの見方とスキルをユニットのマネジャーたちに根づかせるとともに、分権化されたユニット同士の戦略やユニットの戦略と事業部との戦略のベクトルを調整する仕組みを提供する。

④の原則は、全ての従業員をビジネス・ユニットの戦略と全社レベルの戦略へと結びつけるというものであり、そのためにコミュニケーション、個人レベルの目標の設定、成果連動型報酬制度との結合が必要になる。企業の戦略は全従業員が理解していなければならないし、企業はその戦略目標を達成するのを支援するようにしなければならない。戦略志向の組織体では、従業員たちは戦略目標を達成するよう日常的な活動を方向づけられ、また、新しく革新的で、職能や部門を越えて組織全体の戦略目標に貢献するための機会を発見することが必要だからである。BSC は、従業員たちに戦略目標を命令するのではなく、コミュニケートする役割を果たすものである。即ち、トップの戦略を効果的に実行しなければならない最前線の人たちや後方支援のスタッフ部門の人たちの日常的な行動へと変換するための架け橋を提供するのである。

⑤の原則は、戦略を単年度の出来事として終わらせるのではなく、たえずそれを調整すべく組織体が生み出すアイデアと知識を用いることで、戦略を継続的なプロセスにするというものである。その際、BSCを中心に据えた戦略を管理するためのプロセスであるダブル・ループ・プロセスを導入し、財務的な数値で表現された予算と月次の再検討からなる戦術と戦略のマネジメントを継ぎ目のない継続的なプロセスに統合していく。そのために、①組織体は戦略を予算編成プロセスに結合し、戦略予算と業務予算の区別をする、②戦略を話し合うためのシンプルな経営会議をもつ、③戦略を学習し適応するためのプロセスを展開する必要がある。

このように、これら 5 つの原則は、BSC が戦略マネジメント・システムとして機能するために極めて重要な役割を果たすものである。つまり、効果的に戦略を実行するために、BSC は戦略マップというサポートツールを伴い、その両ツールを効果的にするよう 5 つの原則が支えているという関係になっているのである。

また、Kaplan and Norton は、「BSC を利用すればマネジャーに外的な環境だけでなく、競合者の業績を無視させるような内的志向を生み出すと主張する論者がいる」としてこれに反論している (Kaplan and Norton, 2000)。また、マネジャーや従業員が競合者の動向や外的な環境に関する情報を収集するよう動機付けられなくなるという批判に対して、まず少なくとも以下 3 つの方法で競合者の動向や外的環境が BSC の構築に組み込まれていると主張する。

① 最初期の戦略が策定されるとき、マネジャーは標準的な戦略的計画作成の方法論に従っている。

- ② スコアカード上の多くの指標は競合者との比較の上に立って測定されることである。更に、一旦戦略が策定された後に新しい脅威が生じた場合にも問題はない。
- ③ 戦略を全従業員にコミュニケーションするのに成功している限り、従業員が目となり耳となって戦略に影響を与える可能性のある要因の発見に努め、発見した要因を社内イントラネットの利用によりマネジャーに知らせてくれる。

Kaplan and Norton(2000)によれば、BSC は①と②と③の効力によって本来の期待される機能を果たすのであるとする。Kaplan and Norton は、BSCを導入・実行するにあたって、BSCを「トップダウン・コントロール」に利用するのではなくて、「トップダウン・コミュニケーション」に利用するよう特に強く要請している(Kaplan and Norton,1996)。

BSC は効果的な戦略の実行のために機能するが、そこで「実行される戦略」とは、トップによって策定された戦略である。しかし、戦略には、戦略実行の過程において生まれてくるタイプの戦略も考えられる。Henry Mintzberg(1998)はこのような戦略を、創発戦略(Emergent Strategy)と呼んでいる。創発戦略とは、最初から明確に意図されたものではないが、行動の1つ1つが集積され、その都度学習する過程で戦略の一貫性やパターンが形成される戦略であり、最初から実現されることを意図した戦略である計画的戦略(Deliberate Strategy)とは区別されるものである。

計画的戦略は「コントロールに焦点をあて、経営的な意図が行動において確実に実現されるようにする」のに対して、創発戦略は「学習を強調し、様々な活動を通じて、何が最も重要な経営的意図であるかを理解するプロセス」である(Mintzberg,1998)。

また、Chandler(1990)によると、「組織能力を維持することは、それを創り出すことと同様大きな挑戦課題だった。なぜなら時間とともに設備は消耗し、スキルも衰える。更に技術や市場は常に移り変わり、既存の設備やスキルを陳腐化させる。トップ・マネジメントにとって常に最も重要な職務の1つが、これらの能力を維持し、全体が部分の総和以上のものとなるように設備やスキルを1つの統一された組織へ統合していくことであつた」と指摘しており、企業の組織能力を重視している。企業が競争優位を維持し続けるためには市場や技術といった外部環境の変化に対応して組織能力を再構築する必要がある。Kaplan and Norton は、前述した「戦略志向の組織体の5つの原則」の中の⑤の原則において、予算と業務活動の管理と戦略の管理との統合によるダブル・ループのプロセスによる「組織学習」の重要性を強調している。即ち、BSC は、業務のコントロール・プロセスと戦略を管理するための学習／コントロール・プロセスとを結合させる戦略的な学習プロセスの要として機能する」(Kaplan and Norton,2001)と指摘している。このようにして、ダブル・ループの戦略的マネジメント・システムは、戦略を継続的なプロセスにするための基礎を提供するのである

(Kaplan and Norton,2001)。BSC がそのような機能を果たすために、①戦略と予算編成との連携、②戦略ループを閉じる、③検証、学習、適応の 3 つが必要であるとされる(Kaplan and Norton,2001)。このうち、③の検証、学習、適応に関して次のようにその戦略的学習の意義を強調している。

BSC は戦略上の仮説を明示的にする。BSC によるフィードバック・システムから入手される情報を用いて、エグゼクティブ・チームは戦略上の仮説を検討し検証するので、より一層分析的になる。新しいアイデアと方向が組織から創発されるとき、戦略はリアルタイムに進展する(Kaplan and Norton,2001)。このような創発戦略は、組織体内部で「現場における実施項目と実験から生まれる」点を指摘している(Kaplan and Norton,2001)。

このように、戦略の創発に際しては、組織内の人々の側で何をすべきかを理解しているかどうか、そしてトップが、提案された創発戦略を適切に受け止めることができるかどうか重要なポイントになるといえる。個々の従業員が「全社レベルの戦略目標を達成したり、或いは新しい成長機会への道を拓く戦略のバリエーションを識別するための新たな予期せざる方法を編み出したり発見する」ためには、戦略志向の組織体の④の原則をとおして、コミュニケーションと方向づけによって既存の戦略について十分によく理解している必要がある点を強調している(Kaplan and Norton,2001)。

そしてまた、「シニア・マネジメントは、創発戦略を生むよう従業員を奨励していくべきであり、また現場における実施項目の実行可能性を、四半期会議を使って査定すべきである」と述べている(Kaplan and Norton,2001)。

このように BSC は、戦略志向の組織体の 5 原則のサポートのもとにダブル・ループの戦略学習を通じた戦略の創発を誘発・促進する機能も果たしている。従って、これまでの検討から、戦略マネジメント・システムとしての BSC には、戦略のマネジメントに関して、意図した戦略(計画的戦略)の効果的な実行と戦略の創発を誘発・促進するという 2 つの機能があるといえる。

第 7 節 BSC の効用に関する先行研究レビュー

Kaplan and Norton(1996)によると、BSC の実践は、無形資産の蓄積を通じて財務業績を高めると主張する。Kaplan と Norton は、有形資産に投資をするよりも有形・無形の資産を最大限に活用しようとする能力が不可欠になるとしており、無形資産は以下の点にとって重要であると強調している(Kaplan and Norton,1996)。

- ① 現在顧客のロイヤルティと顧客関係を開発し、新しい顧客セグメントやマーケット分野に対し有効かつ効率的に製品やサービスの提供を可能にする。

- ② 標的とした顧客セグメントが求める革命的な製品およびサービスを導入できる。
- ③ カスタマイズされた高い品質の製品およびサービスを低コストかつ短いリードタイムで生産することができる。
- ④ プロセスの能力、品質、反応速度において継続的に改善を行うために従業員のスキルとモチベーションを活用できる。
- ⑤ 情報技術、情報データベース及び情報システムを開発することができる。

無形資産に対する経営資源の投入は、企業の無形資産の蓄積につながる。資源投入は、人材の育成と技術の向上や業務プロセスの構築、顧客ロイヤリティの向上を通じて、無形資産の蓄積に寄与する。また、無形資産の増大は財務業績の向上に貢献する。

Davis and Albright(2004)は、BSC の導入によって財務業績がいかに改善されるのかを検証した。本研究では、米国の銀行各支店の 1999 年 6 月から 2001 年 6 月までのデータが用いられ、BSC を採用したグループと BSC を採用しなかったグループとの間で、9 つの財務数値²⁷を統合した指標にどのような差異があったのかを検討した。その結果、BSC を採用したグループの業績の方が BSC を採用しなかったグループの業績よりもはるかに改善され、「BSC を採用することによって財務数値を統合した指標に著しいプラスの影響があった」(Davis and Albright, 2004)ことが明らかにされている。即ち、「財務指標のみに注目する従来の業績測定システムと比較して、BSC は財務業績の改善を促しうる」(Davis and Albright, 2004)ことが立証されているのである。

Banker ら(2000)²⁸は、インセンティブ契約に顧客満足という非財務指標を組み込むことにより業績にいかなる影響があるのかを検証した。本研究では、18 ヶ所のホテルを経営するホテルチェーンの 72 ヶ月に渡るデータが用いられ、その影響が実証的に検討されている。その結果、「顧客満足という非財務指標は、将来の財務業績を予測するのに役立ち」、「顧客満足の指標は将来の財務業績と密接な関係がある」(Banker et al.2000)ことが明らかにされている。しかも、「顧客満足は当期の財務業績ではなく将来のそれに影響を与える」(Banker et al.2000)ことも明らかにされている。また、「マーケティングの文献によれば顧客満足の上昇が利益の増大に結びつきうるのは、企業が価格をあげて儲けを大きくすることができるからであり、そして、再び同一の顧客との取引がおこなわれるからであるといわれている」(Banker et al,2000)が、本研究では後者の取引高(ホテル業界では稼働率)の影響が効いているという。また本研究では、業績をあげるうえで顧客満足が重

²⁷ 貸付残高、無利息の預金額、貸付利率、受取利息以外の収益、純損失処理額、預金利子率、支払利息以外の費用、貸借契約違反率、給与費対収益率

²⁸ R.D.Banker and G.Potter and D.Srinivasan(2000)「An Empirical Investigation of an Incentive Plan that Includes Nonfinancial Performance Measures」,Accounting Review,Vol.75,No.1,pp.82,89

要であるということにホテルの管理者は気づいてはいたが、その関係のタイミングや深さがわからな
いがゆえに、顧客満足指標がインセンティブ契約に組み込まれるまで、顧客満足を向上させるため
に努力することがいかによいかを管理者が実感できなかったことが明らかにされている(Banker et
al,2000)。このことは「BSC を実践することによる重要な効果は、管理者の裁量と将来の財務業績
との関係のタイミングや深さを理解できることである」という Kaplan and Norton の主張と一貫して
いる。

また、日本の営利企業・非営利組織を対象とした BSC の導入効果に関する研究として、組織レ
ベルのアプローチ、職員個人レベルのアプローチの事例を以下いくつか整理する。

NRI 野村総合研究所が 2003 年 6 月に売上高 500 億円以上の公開企業 1,330 社(一部、非
公開企業を含む)を対象に実施したアンケート調査では、回答企業 189 社のうち、BSC を導入済
みとしたのは 35 社(18.5%)となっている。アンケートの「何に期待して導入したか」という設問に対
して、「BSC を導入することで、実際に財務業績が向上する」を掲げた企業の割合は、相対的に低
い事が分かった。財務業績の向上に至るまでの中間的な成果に対する期待が高い(森沢、黒
崎,2003)²⁹。

菊池(2008)は、BSC の採用事例が多い電機メーカーを対象を絞り、BSC 採用企業 5 社(リコ
ー、パイオニア、日立製作所、沖電気、シャープ)と非採用企業 5 社(オリンパス、日本ビクター、
東芝、オムロン、三洋電機)の BSC 採用前後 6 年間について、Kaplan and Norton(1996)の 4
つの視点のうち、内部プロセス、成長、財務成果の各項目に関する結合と遅効性関連指標の推移
と相関係数の時系列の比較分析を行った。内部プロセス指標は BSC の採否に関わらず改善が見
られ、電機業界自体の業務効率化に対する積極的な取り組みが伺われた。成長指標は BSC の採
否によって大きく傾向が分かれ、売上成長率では BSC の採否が明暗を分けた。また、BSC 企業は
非 BSC 企業よりも投資キャッシュフローにおいて大きな支出があったが、フリーキャッシュフローの
状況から、営業キャッシュフローの範囲内で投資を行う堅実な経営が浮かび上がった。BSC の業
務改善はコストを掛けた劇的なものというよりは、日々の地道な業務改善の積み重ねにより業績改
善を目指すものと考えられる。成果指標の動向は、BSC 採用企業には営業キャッシュフローと経常
利益相当の改善が顕著となった。これは BSC 非採用企業の成果指標が低迷していることと対照的
である。BSC 採用企業の相関係数の変化から営業キャッシュフローには直線的に向上が見られ、

²⁹ 本調査による BSC への期待としては、①戦略の質の向上...4 つの視点や各戦略目標のつながりを意識すること
で、重要な戦略目標の絞り込み、抜け漏れ防止ができる。②戦略コミュニケーションが活発になる...上司と部
下が同じ BSC の上で戦略を論じる等により、戦略が組織の下の方まで理解される。③戦略目標の達成状況が
明らかになり、それが業績評価に反映されることで、戦略遂行力が高まる。④期首に立てた目標と、それを実現
するための達成指標との因果関係を検証することで、仮説検証サイクルが確立する。

経常利益相当は+2 年から改善する傾向にあるが、当期純利益については+2 年のタイムラグを持ってしても改善が明確とはいえない。BSC の採用によって、日本企業の強みである内部プロセスの効率化が財務成果と有効的に結合することが、複数の企業を横断して実証された。また、成果指標の利益とキャッシュフローでは改善に時間差が見られることも判明した。多元的業績評価システムにおいても、キャッシュフローの概念は整合的なものと言える。

溝田ら(2008)の行った研究では、非営利組織の構成員の意見提案を起点とするボトムアップ型のプロセスでの構築を試みた結果、構成員のモチベーションや士気の向上に効果が見られた。一方で、構築プロセスにおける直接対話の重要性やトップダウンとの連携について課題が指摘された。BSC 試案に対するアンケート回答の多くは「この試案をさらに練り上げ具体性のある行動につながれば、自分と組織の成長につながりそうだ。」との評価であった。また、構築プロセスに対する評価においても、「職員ひとりひとりの自主性を促すような力強いプロセス」、「職員層の意見や気持ちが反映されそうなイメージが湧きます」といった評価が得られ、構成員の自発的な参加の促進に有効であるとの感触が得られた。事務局においても、事例研究を進める中で徐々に意見等の整理・集約に係る発言提案も増え、本プロセスに対する理解と協力を得ることができた。ボトムアップ方式による BSC 構築の試みは、構成員のモチベーションや士気向上において有効性を示すことが証明された。しかし一方で、内容面あるいは構築プロセスの面でいくつかの課題が明らかになった。まず内容面において、「個人としてどう動くべきかのヒントになるものとは性質が少し異なる」といった、アクション・プランの掘り下げ不足、職員の行動レベルへの落とし込み不足が指摘された。またアンケート等への回答率も低く、構成員の声を十分に拾い上げたとはいえない結果となった。これについて溝田らは、①今回の構築プロセスにおいて多用したアンケート手法の問題、②ボトムアップ型のプロセス自体が内包する問題、という 2 点を指摘している。ボトムアップ方式という非営利組織の特徴である構成員の自発的参加をベースに置いたことから、「職員ひとりひとりの自主性を促すような力強いプロセス」、「職員層の意見や気持ちが反映されそうなイメージがわきます」といった自主性促進、現場の声の届きやすさについて評価が得られた一方、経営層の関与があいまいであることから実現性に対する疑問も指摘された。

羽田(2010)は、BSC 導入が東北地方にある公立 F 病院の業績改善にどのように貢献し、従業員に対してどのような影響を与えたのかを考察する目的で BSC 導入初年度終了後に職員に対するアンケート調査を行った³⁰。アンケートの内容は、従業員の BSC の理解度、BSC 導入による

³⁰ 羽田(2010)「バランスト・スコアカード(BSC)の導入効果—BSC 導入 F 病院の職員アンケート調査のケース・スタディ」、『立教ビジネスレビュー』3 巻, pp.136-146 を参照。

職員の F 病院の戦略等認識状況、BSC 導入に向けた打合せ状況等を確認するものであった。職員の階層別分析調査の結果、管理職員の方が一般職員よりも BSC の内容理解、戦略理解の平均値が統計的に有意に高く、また BSC の部門目標設定のための打ち合わせ回数との関係では、打ち合わせ回数が多いほど戦略認識理解度が統計的な有意差を示した。BSC 導入により組織のビジョン、経営戦略、組織の経営状態を理解し、組織の業績改善を意識した変革行動を取った者の存在が確認でき、職員の戦略認識や行動変革において BSC 導入効果はあったことを検証した。BSC 導入結果として組織のビジョン・経営戦略・組織の経営状態を理解し、組織の業績改善を意識した変革行動を取った者の存在を確認し、従業員の戦略認識や行動変革において BSC 導入の効果が検証できた。一方で、BSC を理解していない者、戦略・ビジョン等を理解せず業績改善に向けた行動を取っていない者³¹も半数近く存在する事も検証できた。このように BSC 導入直後の組織職員に対してアンケート調査を行うことで、BSC 導入による戦略認識効果を検証したとともに BSC 導入に関する課題を考察したところに本研究の意義がある。

渡邊(2009)は、BSC を導入した 3 ヶ所の病院に勤務する看護師を対象に調査を行った³²。渡邊は内発的動機づけに関する自己決定論に基づいて、看護職が戦略意識(財務面についての意識と患者に関する意識)を形成する心理的プロセスを次のようにモデル化している。①外部からの業績評価基準が内在化すると業務に対する自律性が高くなり、②業務に対する自律性の高まりが継続的な学習意識を高め、③継続的な学習意識が高いほど戦略意識が高くなる。そしてこれらの関係は BSC の利用に熟達している組織ほど強くなるという仮説がたてられた。分析の結果、心理プロセスに関する仮説は統計的に支持された。一方、病院間での違いは③でしか見られず、BSC 利用の熟達が影響を与えていた心理プロセスは③だけであったという。従って、BSC の利用が心理プロセスの強化に与える影響は限定的であったとしている。

羽田(2010)と渡邊(2009)の研究からは、BSC の運用により戦略理解度が向上し、継続的学習意識が戦略理解を高める程度が大きくなることが示唆された。しかし、その効果が及ぶ範囲、心理プロセスに与える影響力という観点から見てその効果は限定的であるといえる。これらの研究で示された結果が BSC の導入による効果であるという結論は早計である。

林(2004)は、BSC 共有効果が組織全体に浸透しない理由として BSC 導入から日が浅いため

³¹ 「無理解者」(「よくわからない」または「全くわからない」を選択した回答者)の割合の調査結果は、BSC の無理解 47%、ビジョンの無理解 44%、戦略の無理解 46%、病院の経営状態の無理解 44%、病院の業績改善 31%、自身の行動変革 38%、病院の事業年度目標無理解 34%、所属部門の目標は 28%、個人目標不明確 20%となっている。この調査結果から BSC 導入によって戦略・ビジョン等の共有効果はあるものの、職員全体に戦略・ビジョン等の共有効果が浸透しているわけではなく、共有効果は限定的であることが判明した。

³² 渡邊(2009)「バランス・スコアカードが戦略意識および内発的動機づけとの関係性に及ぼす効果—わが国病院を対象とした定量分析—」『原価計算研究』第 33 巻第 2 号,pp,14-23 を参照。

戦略共有効果が組織全体に浸透していないこと、BSC 導入が組織の上位層にとどまり、組織全体に BSC が浸透していないことをあげている。林の研究は、BSC 導入企業 9 社従業員に対する調査から、BSC 導入後の戦略共有効果が確認されている。この研究は日本の BSC 導入企業 9 社に勤める 178 名の従業員を対象に BSC 導入前後の従業員の意識変化を確認する質問票調査³³を行なっている。林(2004)は BSC による戦略共有効果に注目している。導入によりマネジメント・ツールの経営戦略に対する結合度が高くなったと認識されているかどうかを質問する項目(戦略共有の直接効果)と導入によって経営戦略に対する従業員の意識が高まったかどうかを確認する項目(戦略共有の間接効果)を設定している。調査の結果、BSC 導入によって高い戦略共有の直接効果とそれに準ずる間接効果がもたらされたことが示唆された。また、部長・次長以上の管理職のほうが一般職員よりも高い戦略共有効果を報告していた。しかし林の研究結果は、BSC 導入後の組織のみの研究であり、BSC 導入と戦略共有の因果関係については十分ではない。

坂、渡辺、高橋(2006)によれば、BSC を戦略マネジメント・ツールとして導入したのにもかかわらず、単なる業績評価ツールになることがあり、それは BSC を作成する際に従業員全員で作成するかに関わるものであり、BSC は従業員参画のもので全員が作るからこそ新しい発見が生まれ、コミュニケーションが生まれ、相互理解が深まっていくとしている。

乙政(2005)によると、組織成員が財務指標と非財務指標の因果関係を理解することには、2 つの効果が想定できるとしている(乙政,2005)。

第 1 に、財務指標と非財務指標との因果関係を理解することにより、組織成員は将来の財務業績の向上に寄与する無形資産の重要性を理解するとともに、無形資産の蓄積に努力や関心を振り向ける。品質管理活動については、BSC を通じて品質と財務業績との因果関係が理解されれば、無形資産を構築するための品質管理活動に対する支出、即ち品質管理活動費を増大させると考えられる。

第 2 の効果は、財務業績の向上に査結する非財務指標の改善に対して優先的に経営資源を振り向けることによって得られる。非財務指標の改善活動がすべて財務業績の向上をもたらすわけではない。財務業績との関係性が稀薄な非財務指標に対して、有限の経営資源を配分するようであれば、企業の財務業績は低下する。逆に、BSC を通じて財務業績と非財務業績との関係性を理解すれば、財務業績の向上に寄与しない非財務指標への経営資源の配分を控えることが出来る。ひいては、企業の財務業績は向上すると考えられる。

しかしながら、国外の研究においてはどの先行研究も戦略共有効果が財務業績にどのような影

³³ 調査内容は、BSC 導入後に「BSC 導入前と比較してどうか」という問いである。

響をもたらすのかについては検証されていない。我が国で BSC の効果に関する実証研究は限定されており、財務業績との直接的因果を対象とした実証研究は見当たらない。BSC 実践からの財務業績への直接効果については十分な議論がなされてきたとはいえない。BSC の直接効果として一つに、BSC を実践すれば、適切な問題解決や資本投資を行うといった多面的業績測定による経営意思決定の改善を介して財務業績の向上に寄与すると考えられる。

一方で、BSC の導入・実践には様々な困難性やコストを伴うことが明らかにされている(乙政, 2005)。BSC と財務業績とのあいだの直接的関係についてはポジティブな効果およびネガティブな効果の両方が想定され、一概に効果の方向を規定することはできない(乙政, 2005)。

第 8 節 非営利組織の BSC の意義

非営利組織には、自治体、社団法人、財団法人、医療法人³⁴、社会福祉法人、学校法人、宗教法人、中間法人、生活協同組合、自治会、NPO (Non-Profit Organization)、NGO (Non-Governmental Organization) 等が含まれる。どのような組織にもその存在意義があり具体的なミッションが存在するが、営利組織と非営利組織とではミッションの位置付けが根本的に異なっている。営利企業の場合、利益を追求することが最大の存在理由であり、それを実現するために様々なミッションを掲げる。しかしそのミッションはどのようなものであっても、最終的には企業に利益をもたらす、企業の発展に寄与するために設定されるものと考えられる。対して非営利組織の場合は、営利追求とは全く無関係にミッションの追求そのものが最大の存在理由であり、それを実現するために様々な公益活動を行っている。

従来非営利組織は戦略的な経営を得意としないという側面があった。この点について P.F.Drucker(1990)は、非営利組織の多くが自分たちへのニーズがあることは自明であるとの認識があるために戦略を軽視する、と指摘している。しかし現実には、非営利組織を取り巻く環境の変

³⁴ 医療法人とは、医療法 39 条 1 項に「病院、医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所又は介護老人保健施設を開設しようとする社団又は財団」と定義されている。医療法では営利目的の病院、診療所の開設を許可しないことと明記され、また医療法人は剰余金の配当をしてはならないと厳しく規制されている。この非営利性が、医療法人の最大の特徴であるといえる。2014 年現在、医療法人総数は全国で 49,889 法人あり、病院の 66.37%、診療所の 37.19%を占めている。このうち 41,476 法人は出資持分のある社団医療法人であり、出資配当は禁止されているものの、退社や解散時の残余財産の分配、出資持分の譲渡や相続の評価などでは非営利性が必ずしも担保されていないなどの実情がある。また 41,659 法人(2014 年現在)に上る一人医師医療法人の設立目的の多くに節税効果が挙げられる実態も、「非営利性」が厳格に位置づけられた背景となっている。第 5 次医療法改正に伴い、2007 年 4 月より医療法人制度改革が実施された。2007 年 4 月以降新たに認可される法人は、新設された社会医療法人と基金拠出型医療法人(出資額限度法人)の 2 種類となる。この改正により医療法人の非営利性の性格が明確にされ、医療法人解散時の残余財産の帰属すべきものを国や自治体、他の医療法人等に限定し、医療法人の非営利性を厳格に位置付けた。ただし、既に許認可が出されている医療法人については、「当分の間」適用しないとしており、基金拠出型医療法人などへの強制移行はせず、現在の状況にて存続することができる。

化は大きく、非営利組織といえども、自ら主体的に戦略を立て、限られた資源をいかに集中させて最大の成果を得るかについて注力しなければならない状況になっている。これらのことを考慮すると、非営利組織の運営には構成員の自発的参加が不可欠であり、戦略的な運営を考える上でもトップダウン方向だけではなく、ボトムアップ方向の働きかけが非常に重要であると考えられる。この点から組織のビジョンや戦略が構成員の行動レベルにまで落とし込まれ、組織運営のプラットフォームとなるという点で BSC の機能が注目される。従って、非営利組織における構成員のボトムアップ方向での自発的参加と士気向上のためのツールとして BSC の機能が有効性を示すと考えられる。

8-1 非営利の会計的意義とマネジメント

Salamon(1992)によると、非営利組織とは、①公式に設立されたものであること、②民間組織であること、③利益を配分しないこと、④自らの活動を管理する力を備えていること、⑤自発的な参加によるものであること、⑥公益のためのものであることとされ、構成員の自発的な参加の重要性が指摘されている。

ここでは③の会計的側面に注目する。これは非営利組織の持分の有無と関連する。営利組織の場合、株主が株式を購入する形で自らの財産を企業に拠出・提供し、営利組織はこの資金を企業活動に充て、利益を獲得するための営利活動を行う。そして利益を得ることができれば、企業は株主総会において配当金で株主に還元する。これを剰余金の配分といい、株主から見れば所有している株式数に応じて配当金額が決まるため、自らの拠出した資金の額を限度として責任を持つことになる。一方でその資金は企業から見れば株主の出資ということになるので、資本金として認識される。しかし非営利組織の場合は、例えその組織の所有者が資金を組織に提供したとしても、組織活動の結果得られた剰余金は所有者に還元されることはなく、引き続き組織活動の資金として活用されるのである。従って非営利組織には資金提供者に対する還元は無く、持分権も存在しないのである。しかし、非営利という用語は誤解を招く。非営利とは、営利を最終目的としないという意味で用いられているが、利益を獲得してはいけないということではない。

これら利害関係者は一見するとその組織の掲げるミッションのもと一致団結し、組織の維持・発展のために努力しているように思える。しかし河口(2001)によれば、彼らは各々異なる期待を非営利組織体に持っているため、彼らのモチベーションに統一性は無く、バラバラに行動することが多いと指摘する。彼らは自分の理想や非常に高い自己実現をモチベーションとしているからこそ、その非営利活動に参加している。しかし、営利組織の利害関係者のように「利益の獲得による利害関係者の満足」という共通の尺度が非営利組織体の利害関係者にははっきりとした形で存在しない。確

かに共通のミッションは非営利組織に存在するが、それを実現することは容易でない上に、それを定量的に可視化することが非常に困難である。その組織のマネジメントの立場からすれば、彼らの異なる高い理想が逆にマイナス要因として働いてしまい、組織に遠心力が働き、組織力が拡散しやすい上に、経営が客観性を欠き、自己満足的になりやすい(河口,2001)という弊害をもたらしてしまう。営利組織とは異なる非営利組織のマネジメントの難しさがある。この点について P.F.Drucker (1990)も、企業においても人は報酬だけで動機づけられるわけではないが、非営利組織では、報酬に代わる何かの果たす役割が企業よりもはるかに大きいと述べ、組織のあり方や成果に対する構成員の充足感の重要性を指摘している。

Mintzberg (2003)によると、多くの活動が Public Sector Organizations(以下、PSO)に残されているのはまさしく成果を測定できないからであると指摘するように、非営利組織で成果を測定することは難しい。アウトカムがアウトプットの直接の成果によるものであるかの特定が困難である。例えば、「市民の健康の増進」は健康診断を多く実施すれば効果が上がるのか、或いは予算・人員を投入すると効果が上がるのかという判断は難しい。そのために、アウトカムとアウトプットとの因果関係のモニタリングが不足し、アウトプット自体が最終目的化しがちになっている。

Simon も同様に、組織の均衡について、営利組織、政府組織、非営利組織のそれぞれを区分した上で、その相異点と共通している点について論じている(Simon,1997)。Simon は組織の意志決定者として、「支配的集団」という概念を設定する。Simon によれば、この支配的集団は、営利組織の場合、主として利益と組織存続を志向すると考えることができる。そして、その支配的集団は、以下の2つの方法によって、貢献と誘因のバランスを取るとしている。

第1に、顧客の要求に応じて組織目的を変更することであり、第2に、組織目的に照らして与えられた資源をできる限り有効に使用することである。

この第2のタイプの調整を、Simon は「能率」と呼んでいる。Simon の言う能率は、組織的意志決定の様々な場面において判断基準となる指標である。その能率の基準とは、「決定問題における事実的要素に適用されなくてはならない合理性の基準」であるとしている(Simon,1950)。そしてその意志決定は支配的集団が行うのである。

ただし、多くの営利組織において、そうした貢献と誘因の調整が便宜的にしか行われなくても関わらず、かなり安定的な目的を維持する傾向がある。このことについて、Simon は3つの考え方を示している。1つには、「埋没原価(Sunk Cost)」があるために、存続の観点から直接の急激な調整は避けられるという理由。2つ目には、組織はその特定の分野について、ノウハウ(埋没資産)を獲得するためという理由。3つ目には暖簾効果と呼ばれる、特定の分野におけるブランド力や名声を

獲得するためである。

こうした営利組織における特徴に対し、政府諸組織においては、まず、その支配集団は「顧客」である議会が対象となる。営利組織と比べ、これらの公的組織は様々な相異点があるが、結局のところ、能率が意志決定の基本的基準となる。その理由は、その支配集団は、彼らが処分できる資源でもって組織目的を、たとえその目的がどのように決められようとも、最高に達成しようと努力するからであると Simon はしている。

さらに、非営利組織においてもいくつかの点で営利組織の組織均衡とは、その特徴が異なっている。まず、非営利組織においては、営利組織と異なり、利益目的と組織目的などとの間に葛藤がないとされている。更に非営利組織の支配集団は組織目的と容易に一体化し易いとしている。そのため、貢献と誘因のバランスの取り方としては、営利組織に比べ、第 1 の組織目的を変更はより便宜主義的に、戦略的に行われるとしている。しかしそれにも関わらず、第 2 の能率の基準は営利組織と同様の役割を持つとしている。

8-2 Kaplan and Norton による非営利組織に対する BSC の適用

J.P.Kotter(1996)は、変革プロセスに関連してリーダーシップとマネジメントを明確に区別している。変革を成功に導く際に重要な影響を及ぼすのはリーダーシップであると主張し、リーダーシップとは組織を誕生させる、或いはその組織を激しく変化している環境に適応させていく様々なプロセスであり、組織の将来はどうあるべきかを明らかにし、そのビジョンに向けて人材を整列させ、更に待ちかまえる障害をものともせず必要な変革を実現する方向に人材を鼓舞するというプロセスと定義している。また、Kaplan(2000)も、強いリーダーが伝統的 Public Sector Organizations の知見に強力に抵抗し、極めて高い業績基準を設定するときに成功裏に実行できると述べている(Kaplan,2000)。

Kaplan and Norton は、BSC はこうした Public Sector にこそ適しているとして、戦略テーマという管理ツールを提案している。戦略テーマは全社の目標、業績尺度、実施項目を BSC の 4 つの視点と対応させながら俯瞰するためのツールである(Kaplan and Norton,2006)。このツールを用いると組織を改編する必要がない。このツールは実際上バーチャル組織的な取り組みともいえる。そこでは、分権化された各組織が個々の戦略を追求しながら、同時に全社の優先課題にも貢献すると主張する(Kaplan and Norton,2006)。

Kaplan and Norton は当初、BSC は主として営利企業を対象としたマネジメント・ツールとして説明していた。2001 年、「The Strategy Focused Organization」の中で BSC を非営利組織に

適用するために、財務の視点を頂点とした企業向けの BSC を顧客や有権者を階層構造の頂点に置くように、構造の編成を主張した。また、非営利組織と政府機関では、BSC の頂点に長期の目標を示す最も重要な目標を置くことを考えるべきであると指摘した (Kaplan and Norton, 2001)。特に顧客の視点と財務の視点については、特別の配慮が必要であると主張している。Kaplan and Norton (2001) は、営利企業では顧客がサービスへの対価を支払い、サービスを受け取るが、非営利組織ではサービスに対価を支払う集団 (財源資金提供者) とは別の集団 (有権者) がサービスを受け取るため、非営利組織は支払う集団と受け取る集団の両方が顧客であるとしている。よって、資金提供者の視点と受取人の視点の両顧客の視点を BSC の頂点に設定した上で目標を設定し、両顧客に望ましい価値提案を提供する内部プロセスを明らかにすべきであると指摘している。

BSC における 4 つの視点には階層性がある。即ち、4 つの視点の最上位には財務の視点があり、株主や投資家に対して自社をどのように見せるのか、という観点が前提であった。最終的に、ビジョン達成のためには財務の健全化が図られなければならないという意味で、基本型は財務の視点を最上位に据える。反対に従業員の成長を中心とする学習と成長の視点は最も成果を出すのに時間がかかることから最下位に置く。しかし、非営利を強く意識した病院などでは、財務より利用者 (顧客) の視点をトップに据えるケースが多い。現在においては既に数多くの病院や大学、地方自治体といった非営利組織においても BSC は導入されている。非営利組織では、その使命を果たすことが第一に求められており、その意味では、利益という概念を挟まない分、営利企業よりもむしろ BSC は作成しやすいといわれてきた。つまり非営利組織では、発生するサービス (使命) を利用する利用者が既に決まっており、その利用者が満足するためのスキームをいかに作り上げていくのかを考えればよい。そして、そのスキームは予算という財務的な制約の中で達成されなければならない、財務の視点の役割は、営利企業の場合と比較すると副次的な役割になる。

また、Kaplan and Norton (2001) らは、Public Sector Organizations の BSC における顧客の視点と財務の視点については、以下の 3 点³⁵から認識することを主張している。

① コストの発生

コストの発生については、組織内で発生したコストだけでなく、業務を通じてその他の組織に課された社会的コストを含めなければならない。例えば、環境関連の組織は、民間企業にコストを負担させることがあるが、このコストは、環境関連の組織が活動を行うためにかかるコストの一部で

³⁵ Kaplan and Norton (2001) : 櫻井通晴監訳『キャプランとノートンの戦略バランスト・スコアカード』東洋経済新報社, pp.175-178 を参照。

ある。ミッションに示される便益を提供するために必要な直接のコストと社会的コストを最小化するようにしなければならない。

② 価値の創造

組織で創造される便益については、教育の水準の向上、汚染の減少、健康の増進、混雑の緩和、地域の安全等からその便益を財務的に軽量化することは通常困難であるが、BSC では、創造された価値の代理変数として、特定のスキルと知識を獲得した学生の割合、水・大気・土壌の汚染濃度、標的とする母集団の病的状況と死亡率の改善、犯罪率と公共の安全への信頼、移動時間等を含んで活用することができる。

③ 支援の合法化

特にあらゆる政府にとって重要な「顧客」は、その機関に財源を提供する組織（一般には議会）である「資金提供者」であるので、政府の活動に継続的な財源を保証するためには、その財源の出所（議会、最終的には市民と納税者）の目標を満たそうとする努力をしなければならない。

以上のように、Kaplan and Norton は、非営利組織における BSC の活用について、企業が活用する BSC とは別の構造を、非営利組織で活用する BSC に適用する必要を述べており、特に顧客の視点と財務の視点については、特別の配慮が必要であると主張している。

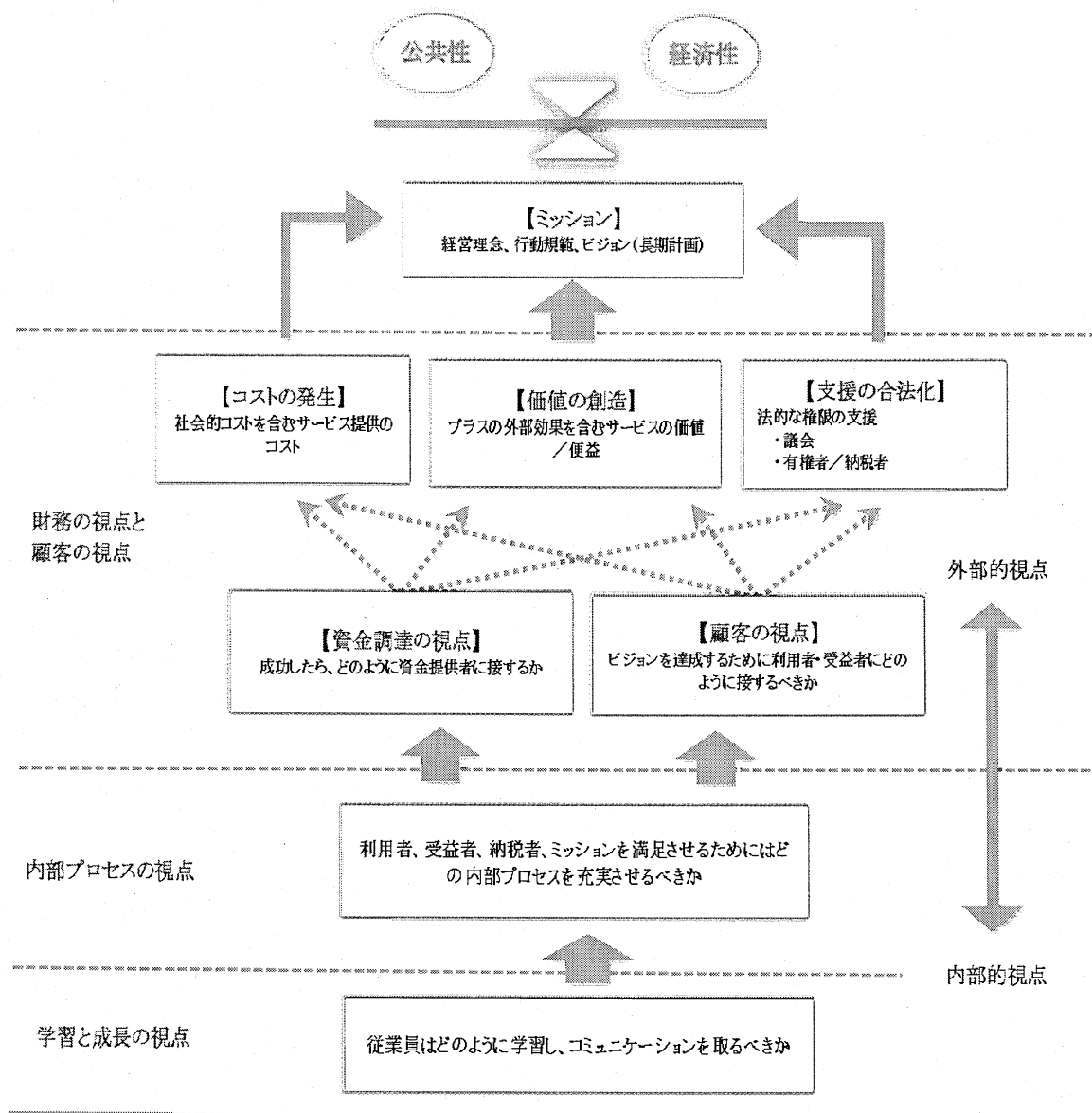


図 5. 非営利組織における BSC の因果連鎖フロー

(出所) Kaplan and Norton (2001) の非営利組織の BSC フレームワーク・モデルより筆者作成

図 5 は非営利組織における BSC の公共性と経済性の因果連鎖フローを表している。BSC の頂点に顧客の視点を設定するか、財務の視点を設定するかは、その事業体の実態とミッション、ビジョン、政策・戦略によって異なるであろう。例えば病院であれば、その本質からは公共性、顧客(患者)の視点が頂点に置かれ、その公共性を維持・存続・発展させるために経済性が存在すると考えられる。継続的事業体には経営理念があり、それを実現するために長期ビジョンを設定し、そのビジョン

を実現するために戦略を設定し、実行経営計画としての予算編成³⁶がなされ、予算によるコントロールが行われ、その結果が財務に写像³⁷される。

非営利組織のBSCは、個々単体の事業体ではなく、組織全体、部門などの評価ツールとして適している。評価主体を外部・内部に分けると内部評価に位置付けられる。他の評価システムとの連携が容易であり、大きな単位から細分化した単位へのカスケード方式の評価による体系化が可能である。事業評価及びベンチマークとの比較を表1に示す。

8-3 非営利組織のアウトカムの定義

非営利組織へのBSCの導入事例では、財務の視点と顧客の視点が並列になり、その下に内部プロセスの視点と学習と成長の視点がつながるもの、また、上から顧客の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点、そして一番下に財務の視点があるものなど、様々なBSCが存在している。このことは、非営利組織が存在する意義は、顧客となる利用者に対して、適切かつ十分なサービスを提供することであり、そのために内部プロセスが充実させられ、さらに組織で働く従事者の能力やインフラを高めていくという流れをもっとも重視していることを示している。経営を考慮しなければ、こうした流れと思考方法は、組織運営には適切であると考えられる。ただし、利益という最終的な成果の尺度がある営利企業とは異なり、非営利組織ではアウトカム(成果)をどのように定義するのか、という課題を抱えている。この点について上山(2002)によれば、行政評価(Performance Measurement)とは、行政の各施策について、「具体的に顧客は誰か」、「顧客の満足度を上げるために何をすべきか」、「実際にどこまで達成できたか」、そして、「もっと効率的で良い別の施策はないのか」といったことを定期的にチェックする目標管理のシステムであると指摘し、非営利組織のアウトカムについて示唆している(上山,2002)。

P.F.Drucker(1990)によると、非営利組織の経営については、会計的利益だけでは経営成果を判定することは出来ず、「実現すべきアウトカム」を定義しこれに基づく尺度を設定する必要があると指摘している(P.F.Drucker,1990)。また、アウトカムの定義について、P.F.Drucker(2000)によれば非営利組織は企業のように直接的な顧客の満足だけを成果と考えるわけにはいかず、多種多様なステークホルダーと支持者(顧客)を満足させることが重要であるという(P.F.Drucker and G.J.Stern,2000)。例えば病院であれば、顧客たる患者だけでなく、地域の納税者、取引業者、地域住民や金融機関などの債権者、従業員をも満足させる必要があるという事になる。また、

³⁶ 櫻井通晴(2008):『バランスト・スコアカードー理論とケース・スタディ』同文館出版,pp.86-87を参照。

³⁷ 片岡信之・齊藤毅憲・佐々木恒男・高橋由明・渡辺峻(2010):『アドバンスト経営学ー理論と現実』中央経済社,pp.388-390(藤永弘,第11章 II 理論編 2 経営活動の将来・現在・過去の写像)を参照。

P.F.Drucker(1990)は「非営利機関のトップにとって最初のしかも最も難しい仕事は、その非営利機関の長期目標は何であるかということについて、関係者の同意を得ることである。こうした多種多様な関係者を統合するには、長期的な目標を中心とするしかない。短期的な結果に焦点を合わせようものなら、それぞれのグループが別々の方向に飛び跳ねることになる」と指摘する(P.F.Drucker,1990)。このように、組織の使命や理念に基づいて、多種多様なステークホルダーの声をすり合わせて長期目標を立てることが重要である。そして、それを計画化して初めてアウトカムを定義することができる。

また、アウトカムを正しく定義するだけではなく、アウトカムが出せるように経営しなければならない。P.F.Drucker(1990)によると、「非営利機関には、正しいことだからという理由だけで限られた資源を浪費するのではなく、成果の出るところに資源を振り向けるという義務がある。」また、「非営利機関は人間を変革する機関でもある。従って、その成果は、常に人間の変化の中にある。即ち成果は、人間の行動、環境、ビジョン、健康、希望、そしてなかんずく人間の能力と資質に現れる。最終的には、ビジョン、基準、価値、責任、そして人間の能力をどれだけ創出したかによって自らを判定しなければならない」(P.F.Drucker,1990)と指摘している。

つまり、P.F.Drucker は、非営利組織には収益という基準が無いからこそ、一般企業以上にマネジメントを必要とすると主張している。また、非営利組織の成功の基底として、マネジメントへのコミットメントをかせぎ、「非営利組織は、善を成すことに身を捧げる。しかし彼らはよき意図が、組織、リーダーシップ、責任、仕事成果に代わりうるものではないことを承知している。これらのものためには、マネジメントが必要であることを認識している。そしてそのマネジメントが、組織の使命からスタートすることを知っている」と述べている(P.F.Drucker,1989)。即ち、P.F.Drucker は組織における使命の達成のためには、組織、リーダーシップ、責任、仕事成果を管理する必要があり、そのためにはマネジメントが必要であると主張している。

昨今では、日本の非営利組織の経営も困難な状況に陥っている。病院、大学更には地方自治体でも倒産状態になっている組織は少なくない。こうした状況に陥っている組織では、存続するために例え非営利組織であっても、収入の増大と費用圧縮を中長期的に考えていかなければならない。このような状況にある非営利組織では、財政の立て直しをするという観点で、通常の営利企業と同様に財務の視点を最上位に持ってくることも考えられる。危機的な状況を脱した後は、再びミッションの遂行をメインにした BSC へと戻っていくということになる。BSC の形が組織の活動段階によって変化していくという点は、営利企業と異なる際立った特徴である。

米国のノースカロライナ州シャーロット市(The City of Charlotte)のケースを紹介する。シャーロ

ット市は 20 年以上に渡り、MBO (Management By Objectives: 目標管理制度) による業績測定を実施してきたが、MBO の問題点が露呈するに伴い、代替えとして BSC を導入した(櫻井, 2008)。シャーロット市議会では市のミッション、ビジョンを基に重点政策課題(Focus Area)を設定したが、その達成に向けた戦略の進行状況の把握と、必要に応じた戦略の修正に関する判断材料としての業績評価システムがなかった。MBO のみでは市の戦略に対してどのように取り組むべきか、変革を推進するために何をすべきか露呈されない。1980 年代後半以降、米国の他の自治体と同様に同市も税収の大幅な落ち込みと人口増加に伴う住民サービス支出の増大に直面し、財政危機に陥っていた。

BSC 導入の時、同市では以下のような問題が提起された。

- ① もしわれわれの目指すビジョンが、競争に勝ち残れるものとしたら、それをどのようにすれば実現できるか？
- ② 我々の戦略が顧客に対するサービスを改善し、コミュニティの望むものを与えることとしたらそれはどのようにして実現できるか？
- ③ 業績評価を通じて、どのようにすれば戦略的な目標を実現することができるのか？我々の現在の MBO は関係できるのか？
- ④ どのようにして我々は改革を継続することができ、組織の学習意欲を維持していくのか？
- ⑤ もし我々が競争に打ち勝たなければいけないならば、どのような分野に力を注がなければいけないか？
- ⑥ 市の財政と組織のビジョンと戦略をいったいどのように遂行していくべきか？

BSC の導入を通じて、同市では 800~900 の指標で構成される MBO を利用していたが、BSC の導入を機に 1998 年時点では、ビジネスプランレベルの指標を含めても、226 指標まで削減することに成功している。問題を構造化するとともに、成果指標の活用を進めることによって指標数の削減が可能になった。また、市議会と市長が市の状況を把握する上でのコミュニケーションツールとして有効に機能しており、活用されており、BSC の内容は、四半期ごとに業績報告書として出されており、この結果は市民や従業員に伝えられている。このプロセスを通じて、戦略的なフィードバックが可能になった。これにより、それぞれの組織長が部門の問題をしっかりと認識できるようになり、組織が戦略的に機能するようになった。

導入後、全市に導入されるまでに 5 年を要したが、同市の経済成長率は 20% という高率を誇っており、ここ 16 年間は税金を上げておらず、「増税なき再建」を維持している。また、犯罪率も減少し、金融では全米第 2 位に躍進している。

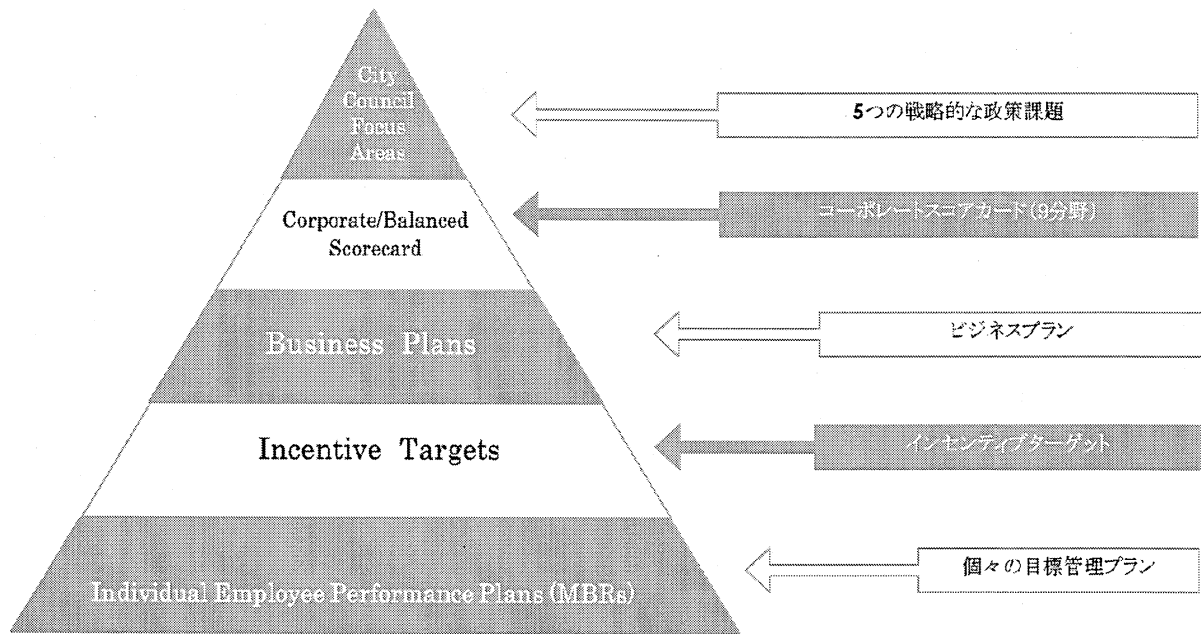


図 6. City of Charlotte Performance Management System Linkage

8-4 非営利組織における財務の視点の位置づけ

非営利組織では、BSC の頂点に長期の目標を示す最も重要な目標を置くことを考えるべきである(Kaplan and Norton,2001)。非営利組織の最も重要な目標は、財務的な視点ではない。非営利組織や政府機関にとって、財務尺度はその組織が自らのミッションを果たしているかどうかについての適切な指標ではない(Kaplan and Norton,2001)。非営利組織の長期的な目標は、ミッションを果たすことであり、利用者へ良質のサービスを提供し、利用者の満足を高めることである。従って、BSC の頂点にはミッション、または利用者の視点が置かれることになる。

ここで、非営利組織においては財務の視点がどのポジションに位置付けられ、どう他の視点と関連付けるかが問題となる。財務的考慮は支出権限付与的または制約的役割を果たすが、主要な目標となることはまれである(Kaplan,1999)。しかし、P.F.Drucker(1990)は、特に非営利組織では、財政面のリスクが大きすぎないかどうかについて、絶えず測っていなければならないと指摘する。財務の制約要因的見解は、BSC の一特性である各視点における戦略目標間の因果関係が成り立たないからである。つまり、財務の視点を戦略マップの頂点に置かない限り、BSC として機能し得ないと考えられる。

財務の視点というと、予算が前提とされるが、これは非営利組織では最終目標とはなりにくい。予算は成果というよりむしろインプットである。予算は資源の効率性、有効性を測定する尺度とはなりにくい。予算が余剰したといっても効率的かつ有効に経営がなされたとは言えない。むしろ余剰す

ると来年度の予算獲得のマイナス要因となると考えるのである。予算編成に増分アプローチが採用される限り予算を使い切るほうが賢明であるということになる。従って、財務指標としては予算関連指標以外のもの、例えば財務の健全性を示す指標（経常収支比率、実質収支比率など）が適切である。明確な目的もなくコストの引き下げという財務目標は戦略目標にはならない。コストはサービスの質、顧客満足との関係で測定されなければならない。

顧客である利用者の視点や内部プロセスの視点における戦略目標の業績尺度が、財務の視点との因果関係があるかどうかは課題となる。例えば、住民への行政サービスの向上や住民満足度が、どのように財政の改善に結び付くのかという側面である。また逆に、財政の向上は住民満足度を高めることになるのかという視点である。「最小のコストで最大の効果をあげること」、「継続的な行政サービスの実施を可能にする財政状態の達成と維持」などは住民満足度をあげる構成要素ではあるものの、営利組織で頂点に置かれている財務の視点とは明らかに質が異なる。つまり、前者の指標が後者の財務指標の先行指標、パフォーマンス・ドライバーとなるかどうか検証されねばならない。

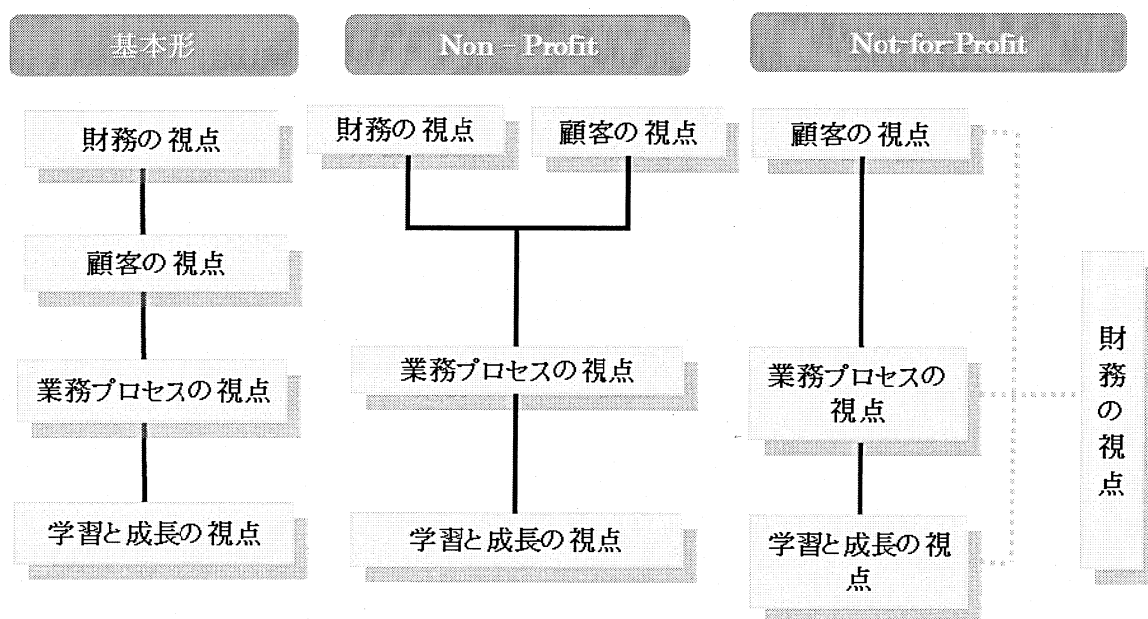


図 7. 非営利組織における BSC 構造

第 9 節 非営利組織への BSC 導入(検討)事例

本節では、実際の非営利組織における BSC の導入、検討事例について整理する。

9-1 札幌市のケース

札幌市では、2000 年に庁内で『札幌市 BSC 研究会』を設置し、総合的なマネジメント・システムとして BSC の研究を行った。

自治体を取り巻く環境は、右肩上がりの経済成長の終焉による厳しい財政状況に加え、少子高齢化、IT 革命、グローバル化など社会環境が大きく変化し、行政需要も複雑多様化している。2000 年 4 月には、地方分権一括法が施行され、各自治体に自己決定・自己責任を原則とした分権型社会の到来という新たな時代を迎えた。こうした厳しく激しい環境の中、これからの行政運営にあたっては、市民と行政の役割分担を再構築する一方で、顧客主義、成果主義の下、民間企業における経営理念・手法、更には成功事例などを可能な限り行政現場に導入することが求められている。これらのことを通じて、公共サービスの質の向上を図りつつ、行政の効率化・活性化といった経営的観点から行政運営を行っていくことが重要となっている。このため、札幌市では経営管理手法として、MBO、方針管理、TQM、行政評価等のツールが次々と導入されていたが、これをどう使いこなしていくか、また、どのように機能を向上させて組織に浸透させていくかが課題となっていた。体系的、かつ戦略的なマネジメント機能の期待として、札幌市 BSC 研究会では 2000 年 8 月から、BSC に焦点をあて、既存の経営管理システムと連携・統合を図り、札幌市への導入可能性について調査・研究を始めた。

(1) BSC 導入検討の背景

札幌市は、もともと行政改革に先駆的に取り組んでいる自治体であり、これまでも「新行政改革大綱」（1995 年 11 月）に基づき、ダイナミック・リファイン・プログラム(DR 運動)、事業再評価プログラム等の取組を行い、これらの取組を基礎として、1998 年 2 月に「行財政改革推進計画」を策定し、更なる改革を進めた。この行財政改革推進計画には、具体的な取組課題を明示したほか、人員・組織・財政面において数値目標を掲げており、これらの取組項目の実施状況と数値目標の達成状況を毎年公表し、随時必要な見直しを行った。また、1998 年 9 月には「新時代に向けた行政運営体制再構築のための局機能強化等の指針(ガイドライン)」を策定し、「局への権限委譲」、「予算・定数・機構等行政システムの見直し」、「事業評価システムの構築」などの取組も進めている。これらの取組は、世界的な潮流となっている New Public Management(以下、NPM)の核心の考え方に合致するものである(大住,1999)³⁸。

札幌市では、行政改革の取組の中において「組織内分権化」、「業績・成果の測定」等を進めており、更に企業会計的手法の導入、ISO14001 認証の取得を目指すなど、NPM の潮流を先取りしながら、行政経営システムの構築を進めてきた。また、PFI(Private Finance Initiative)と言われる公共事業における民間活力の導入についても積極的な検討を行っている。しかし、行政マ

³⁸ 大住 荘四郎『ニュー・パブリックマネジメントー理念・ビジョン・戦略ー』日本評論社,1999 年を参照。

マネジメントの向上への様々な先駆的な試みについては、事業担当部局のみならず管理部門においても、5 年計画、予算、定数・機構など従来の行政システムの段階的な見直しの中にあって、新たなシステムがその全体像、将来像が見えないまま次々と導入、または検討されているという現状に負担感や不安感が増大しており、庁内においてこうした取り組みを整理・統合する必要性が高まっていた。

(2) 札幌市の BSC への期待

行政マネジメントの向上を実効あるものとするためには、様々な経営情報を組織内の戦略的な意思決定に活用することが求められる。しかし札幌市の現状においては、経営管理ツールは次々と導入されたが、総合的に管理するシステムがないため、それらの効用が発揮されず、負担感のみを増幅させていた。BSC は、これらのマネジメント・システムを整理・統合し、政策形成や組織・業務の抜本的な改革につなげられる事を期待した。

BSC による評価システムは、事業評価システムなど既存の経営管理ツールと組み合わせることによって既存システムの問題を解決し、実用性を高めるための仕組みとして有効であると考えられるが、特に期待される成果として以下の 3 点を挙げていた³⁹。

① 組織における経営マインドの醸成、パフォーマンスの向上

第 1 に期待される成果は、組織における経営マインドを醸成し、パフォーマンスの向上に資することである。組織を対象とした業績評価システムとして、BSC を構築することによって、庁内の分権化を支える基礎的な経営情報が整理されることになる。組織目標とその達成方策の明示を通じて、目標達成重視型の組織文化が形成されることが期待される。

② 評価情報の共有化促進

第 2 の期待される効果は、各種の経営情報の共有化を促進するプラットフォームとして機能することである。行政の場合、経営管理関連部門が財政、総務、人事、企画など多様である。その結果それぞれの部門の評価結果を相互に共有することが難しい状況である。この点、BSC の評価の視点に各部門の評価の視点を関係づけることによって、評価情報の共有が促進されることが期待できる。更に、評価の視点が明確になることから、職員、市民にとっても情報を共有しやすい。

③ 事業評価システムの機能性の改善

³⁹ 札幌市バランス・スコアカード研究会(2000)「戦略的総合マネジメント・システム構築に関する研究報告書～バランス・スコアカードによる経営管理システムの統合と向上を目指して～」,pp.29-30 を参照。

BSC の導入によって期待される第 3 の成果は、事業評価システムの改善である。これまでの事業評価システムは、対象が細かい事業レベルであり、評価の位置づけが分かり難い、評価の結果がどのように活用されるのか分かり難い等の問題点が指摘されていた。この点、BSC は、個々の事業を束ねた施策やそれを扱う組織(局や部)を対象として、目標設定を踏まえて評価を行う仕組みなので、評価の位置づけがわかりやすいといえる。また、目標達成のための方策が明示されていることから、評価結果を用いた改革も行いやすいと考えられる。この他、BSC の構築作業を通じて、政策形成能力の向上などの人材育成や情報のプラットフォームの役割を担うなど様々な成果がもたらされる。

BSC は、長期総合計画に基づいた政策を単位に導入することも可能である。しかし、行政は長期総合計画で示された街づくりのビジョンを実現するために、実際の行政活動を組織単位で実施しており、また、導入の目的の一つでもある局マネジメント・システムの強化を考えると、札幌市における BSC は、組織を対象とした目標管理型の業績評価システムとして構築することが最も効果的である。札幌市では、従来政策内容を示す「長期総合計画」と業務のやり方の改善方向を示す「新行政改革大綱」が個々別々に作成されている。

BSC は、分権化の潮流の中で長期総合計画と新行政改革大綱の内容を市全体でなく、組織別に整理する取組みに活用する事を前提としていた。

札幌市 BSC 研究会の戦略的総合マネジメント・システム構築に関する研究報告書(2000)⁴⁰に

⁴⁰ 札幌市バランス・スコアカード研究会,前掲,p32 によると、BSC 導入の際の留意事項として以下を指摘している。

● 数値目標の設定

BSC は、多面的な業績評価(Performance Measurement)である。多面的な視点で目標管理型の評価をしながら、視点間でのバランスを考慮する。このため目標が明確に数値化されなければモニターできない。目標に対して上昇したか、下降したか、現状維持かが評価の基本にある。数値目標の設定が不可欠であると同時に数値目標には当然責任が伴う。全国の自治体でベンチマーク指標の設定が進んでいるが、身近な例では、目標管理型評価を徹底するため、北海道では既存の総合計画を維持しながら新たに数値目標の設定に動き出している。成果指標の数値目標は、自治体において趨勢になっている。目標値の設定には責任が伴うが、設定と評価を繰り返し、目標に対する精度も上がってくるものである。当初目標は期待値、参考値として割り切り、目標に対して実績はどうか、達成できない原因は目標そのものが原因か、社会の情勢か、行政の努力不足かを見極めることによって行政がどの部分を担うかを考慮した上で目標設定が必要とされている。「You get what you measure(人は設定した業績指標によって行動する)」。これが BSC の背景にある。ただし、目標設定と管理については当初は完璧を追求するのではなく、漸進主義のレベルアップを図ることが求められる。

● BSC の位置付けと枠組みの精査

位置付けでは、BSC を「長期総合計画」及び「組織(局)ビジョン」とどのように関連づけるか整理していく必要があり、枠組みでは、「環境」の視点の扱いを検討する必要がある。

● 導入後の運用方法及び執行体制の明確化

BSC の作成、公表の時期などについて、予算編成作業や既存の事業評価システムとの連動も考慮しつつ想定していく必要がある。体制面では、評価主体や評価結果のオーソライズ、共有化の体制を明確にする必要がある。

● 計画とのリンク

BSC は、単なる評価システムではなく、まちの戦略計画と密接不可分の関係にある。よって BSC の戦略課題は

よると、BSC を成功に導くための諸条件として以下を指摘している。

① 組織風土・文化の変革

BSC を組織に根づかせ、その効果を引き出すために最も必要なことは、業績評価の公平性及び明瞭性を重視する組織風土であり、責任の所在をあいまいにせず、結果ないし成果を正しく評価する組織風土を培うことこそ真っ先に取り組まなければならない。こうした組織風土・文化がなくては、BSC を導入しても局マネジメント・ツールとして有効に機能しない。

② トップ・マネジメントのコミットメント

トップ・マネジメントの強力なコミットメントも、BSC による組織マネジメントを成功に導く重要な要素である。トップが BSC の重要性を理解し、自らリーダーシップを発揮することなしには、成功はおろか、導入すらおぼつかない。BSC は、組織や個人の業績評価に直結するツールであるだけに、運用いかんでは組織内に様々な不満や疑念が噴出するおそれがある。それだけに、トップが強い決意で BSC によるマネジメントに臨み、かつコミットしていくことが組織の不協和音を防止するために必要である。また、いかなる尺度を設定するにせよ、成果が常に明確に評価できるとはかぎらないので、調整していくことが重要である。言うまでもなく、これはトップにしかできない役割であり、BSC によって部下の行動や組織を管理するという意識にとどまるのではなく、自らがその担い手であるという自覚をもつことが必要である。

③ 戦略及びビジョンの明確化

行政は、公平性や平等性を強く求められるあまり、事業の選択と集中といった戦略的な思考に慣れてはいない。しかし、明確な戦略やビジョンを持つことも BSC マネジメントの重要な要素である。BSC は、戦略そのものを策定するためのツールと強調される場合もあるが、むしろ戦略の遂行をサポートするツールといったほうが適切である。従って、あらかじめ明示的な戦略を策定したうえで BSC の作成に臨んでいる。戦略があいまいであれば、あいまいな事業の方向性しか描けず、スコアカードも実効性に乏しいものになってしまう。

④ 人材育成と負担の軽減

BSC は政策形成と評価を統合したシステムある。参加する職員には、分析力、洞察力、戦略的思考など政策形成能力が不可欠である。評価とすると評価シートの記入に眼が奪われる。し

計画に定められた事項とリンクしていることが必要である。将来的には、具体的な数値目標を示した戦略計画を策定して、BSC と直接的にリンクさせることが理想である。

● 予算への活用

組織の目標を明確にして、目標達成のために事業を組み立てることにより、精度が向上すれば成果との因果関係を考えた事業の優先順位づけが可能となる。事業評価やBSCの情報を予算査定に活用するのはもちろんであるが、本格的な活用には選択と重点化の基準づくりが必要である。

かし、最も大切なことは戦略的な思考と意思決定である。このため、人材育成を意識したシステム導入が必要である。また、戦略的な思考に時間を割けるように、IT化によるデータ収集や作業時間の短縮など負担軽減が求められる。自治体等公共機関の仕事としての事務事業は、3,000～4,000件にのぼる。関連組織の数も多い。こうした事務事業、組織に関する基礎データを活用するためには、データの総合化や問題箇所の検索を可能にするデータベースとして、BSCを構築することが不可欠である。更に情報共有プラットフォームとしての機能をもたせるためには、イントラネットと結びつけたシステムとすることが重要である。更に、データベースとして構築することによって、「政策体系⇔組織体系」の変換を行うことも容易である。こうしたBSC活用のベースとなるITインフラのあり方についても見当を深めていくことが重要である。

(3) 札幌市児童家庭部と緑化推進部、札幌市都市経営 BSC のモデル

児童家庭部では、「安心して子供を生み育てられる環境づくり」という組織ビジョンを前提とした上で目標、指標、方策を設定している。児童家庭部の BSC シート(表 2)を見ると、顧客の視点は概ね、長期総合計画の内容に沿って整理されている。財務の視点は、財政基盤強化への貢献、費用負担の適正化など全市的な視点から、また、内部プロセス、学習と成長の視点は、新行革大綱、行革推進計画などの内容を踏まえ設定されている。

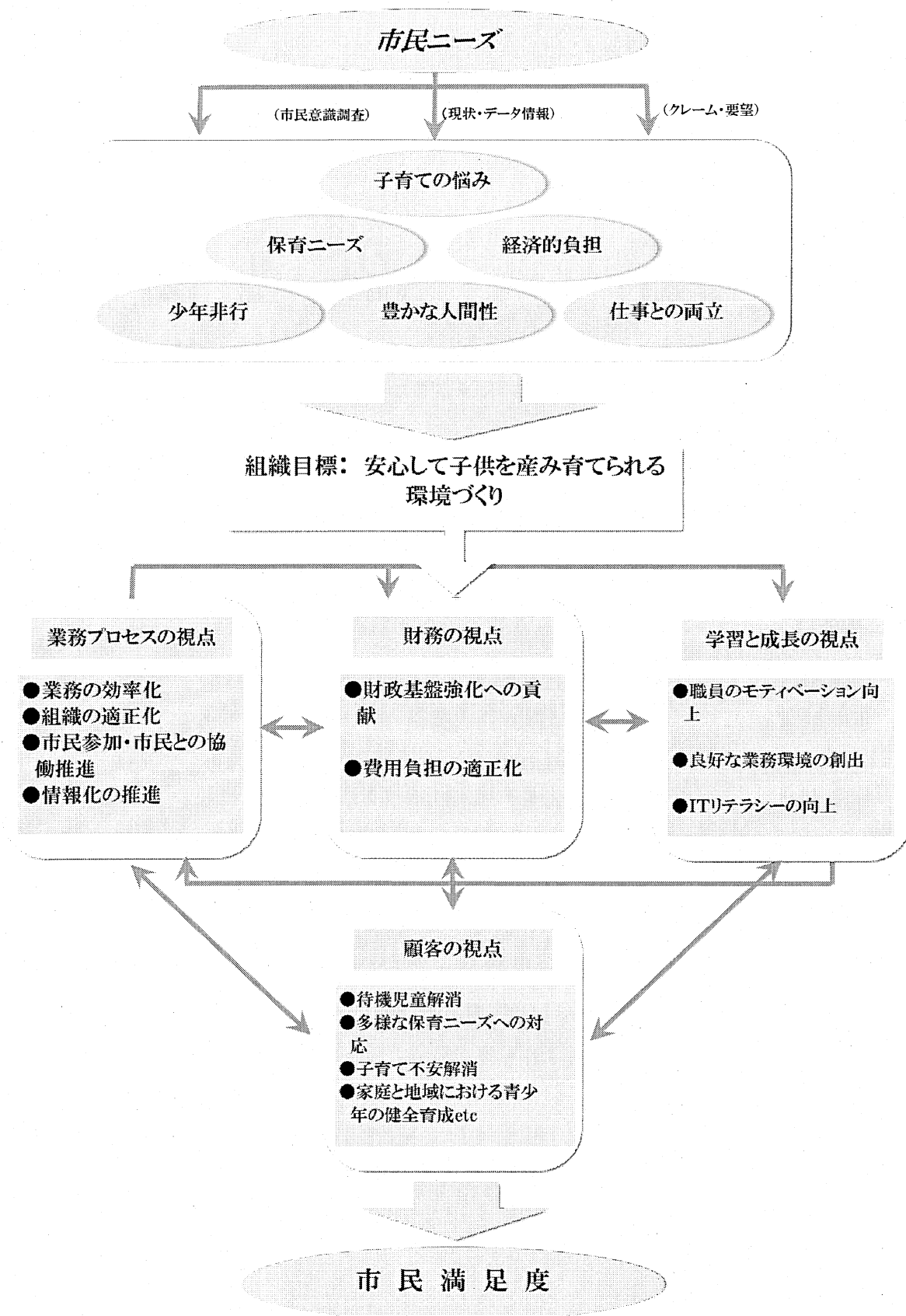


図 8. 札幌市児童家庭部の BSC 構築の戦略マップ

緑化推進部は、公園整備などのハード事業に加えて、市民参加などのソフト事業の充実が課題となっていた。このような観点から「市民とともにみどりを守り、育て、増やし、人とみどりが輝く街づくり」という組織ビジョンを前提とした上で、目標、指標、方策を設定されている。緑化推進部の BSC シート(表 3)を見ると、顧客の視点は、現行長期総合計画が、ハード中心の記載になっていることから、ソフト事業も大きく位置づけている「緑の基本計画」のフレームワークから整理されている。また、内部プロセスでも、市民参加と市民との協働の推進の視点が重要な構成要素として位置付けられている。

更に、事例検証を踏まえ、札幌市 BSC 研究会メンバーの 1 人が全市の BSC をモデル的に作成した。(表 4)

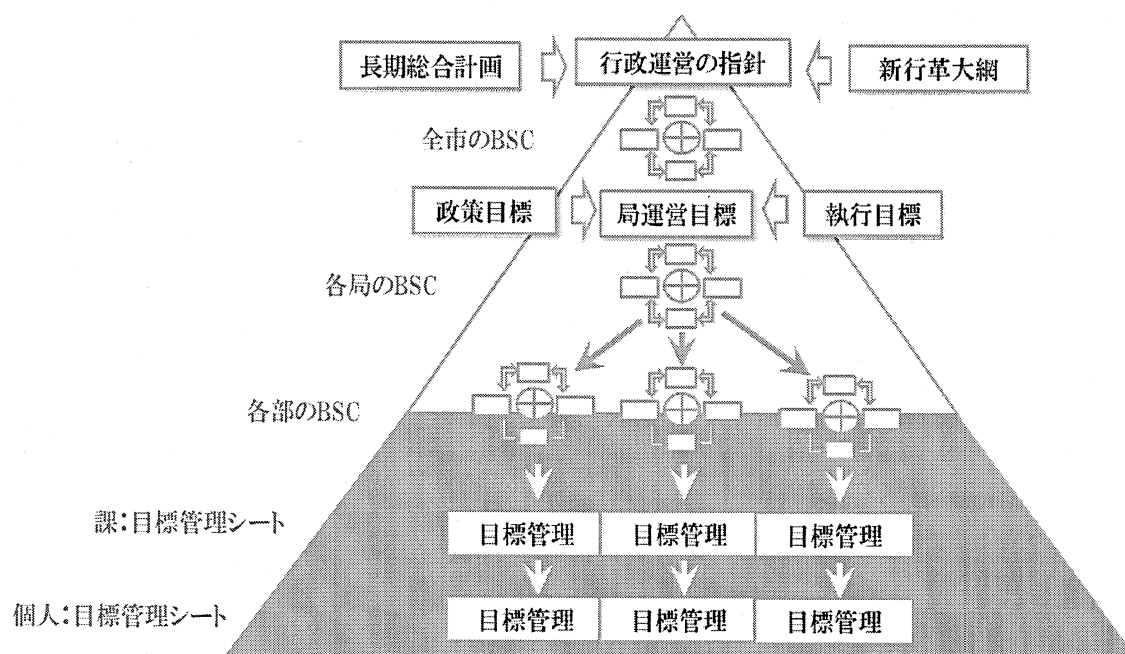


図 9. 札幌市組織における BSC の導入イメージ

9-2 新潟県病院局のケース

新潟県は二次保健医療圏域を 7 つ(下越、新潟、県央、中越、魚沼、上越、佐渡)に区分し、圏域ごと広域自治体病院における BSC の導入の医療体制の整備・充実に取り組んでいる。新潟県は、広域自治体として岩手県に次いで全国 2 番目に多い 15 ヶ所の県立病院を擁している。BSC 導入の発端は、2004 年 10 月 23 日に起きた中越地震の影響で、1971 年に建設された十日町病院の 6 階建て入院病棟の柱に亀裂が入り、2 ヶ月間の病棟閉鎖を余儀なくされ、4 億超の年度欠損金を出したことに始まる。2005 年 4 月に着任した新潟県立十日町病院塚田院長は、2002

年から赤字に転落し、更に地震被災が加わり、続いて 20 年来の豪雪が重なり、新潟県知事による地域医療再生のための公設民営化案を提案されるという、四重苦に打ちのめされている病院事情を目の当たりにした。塚田院長はまずは、職員の元気を回復し、被災から再建するために、院長の意思を伝えることが重要と考えた。シリーズで「院長講話」を企画し、職域毎の「院長と語る会」を開き、継続的情報交換の目的で BSC を導入した。

(1) 新潟県立病院の経営状況と BSC 導入の背景

新潟県病院局傘下の 15 病院の構成は、専門機能に特化した病院が 3 病院、広域基幹病院（複数の二次医療圏を含む高機能病院）が 2 病院、地域中核病院が 4 病院、地域医療病院（一次医療、亜急性期対応病院）が 6 病院となっている。

全病院の入院延患者数と外来延患者数ともに減少の一途を辿っており、診療報酬のマイナス改定とともに、医業収益の大幅な落ち込みにつながった。患者数減少の理由については、供給面と需要面の両方の要因があった。需要面については、都市部への人口集中とへき地における過疎化の進行による診療圏人口の減少、競争相手となる新たな民間病院等の設立、県立病院に対する利用者の不満等様々な要因が考えられる。しかし最も大きな理由は供給面の要因であり、具体的には医師不足による医療機能の縮小である。医師不足の原因には、医師の絶対数の不足、診療科間の医師の偏在の拡大、開業医志向の高まりによる勤務医の減少といったものもあるが最も影響が大きいのは、2004 年における新医師臨床研修制度の導入を発端とする大学病院からの医師派遣の減少である。

新潟県立病院は、民間病院だけでは供給が十分に行われない地域医療、特殊・高度医療や政策医療の提供主体として、県内における医療ネットワークの維持・確保に重要な役割を果たしてきた。今後も現在の経営を維持するためには経営健全化が急務の課題となっている。ただ、県立病院を取り巻く環境は厳しさを増しており、深刻な医師不足による診療科の縮小・休止・閉鎖、診療報酬のマイナス改定、診療圏内人口の減少といった要因が、経営を一層悪化させている。

このような状況の下、県立病院を管轄する新潟県病院局は今後の取組方針として、「信頼される病院づくり」を課題とし、これを実現する取組みとして「地域医療のネットワーク化」と「適正運営」を挙げている。このうち「地域医療のネットワーク化」については、先駆的取組みとして魚沼圏域の医療高度化を掲げている。魚沼圏域には松代、六日町、十日町、小出の 4 病院があるが、救命救急・高度医療を担う病院の不足、医師の不足と偏在、既存 4 病院の老朽化といった課題を抱えている。このため、新潟県は魚沼圏域の医療高度化を目的として、魚沼基幹病院の整備を計画して

いる。『魚沼基幹病院(仮称)基本計画(素案)』によれば、新たに魚沼地域の拠点的医療を担う魚沼基幹病院(仮称)を公設民営方式により整備し、小出病院、六日町病院、南魚沼市立ゆきぐに大和病院の3病院の機能を移管するとともに、3病院を住民に身近な医療を担う周辺病院へと再編するとしている。なお、再編に伴い、小出病院を魚沼市に六日町病院を南魚沼市にそれぞれ移管することを予定している。さらに「適正運営」については様々な活動や経営資源の配分を効率的、合理的に行うことで、地域の医療ニーズに応え、良質な医療サービスを提供するために、「BSC手法による病院経営」を推進していくとしている。

(2) 新潟県立病院における BSC の特徴と意義

新潟県立病院では、2004年度から一部の病院で BSC の導入を開始していたが、2006年度には全体の3分の2で導入、2007年度から15病院全てに本格導入している。県立病院では病院 BSC を「マネジメントシート」と呼称しているが、マネジメントシートは院長シート―部門長シート―セクション長シート―個人シートという4層構造となっている。

新潟県立病院における BSC の特徴⁴¹を以下列挙する。

① 「顧客の視点」の位置付け

一般に、BSC では組織ないしはビジネス・ユニットの最終的なターゲットとして「財務の視点」を最上位に位置付けている。新潟県立病院の場合は医療ネットワークの維持、確保のために必ずしも利益を生まない医療分野であっても行わなければならないという理念から、利益の確保を最終的な目的ではなく、医療行為を通じた地域住民や患者への貢献を最終的な目的としている。一方で、これを実現していくためには県立病院を存続させなければならない。そのためには経営健全化に向けた一層の努力が求められることから、「顧客の視点」における目標の達成を通じたビジョンの実現を最終的な目的とし、「財務の視点」については、ビジョンを実現する上での制約要因として位置付けている。

② 戦略マップと BSC を一体化

BSC を単なる業績評価システムとしてではなく、全員参加による戦略管理を促進する戦略マネジメント・システムとして機能させるためには、特に最上位シートである院長シートにおいて病院戦略を可視化することが不可欠である。そこでマネジメントシートの様式は戦略マップと

⁴¹ ④と⑤について、院長シート―部門長シート―セクション長シート―個人シート間の「縦のつながり」を確保するため、マネジメントシートの作成にあたっては、病院 BSC (院長シート) をもとに部門長シート、セクション長シートへと展開し、まず院長シートを作成し、その後、院長シートをもとに部門長シートを、更に、部門長シートをもとにセクション長シートを作成するという手順を取っている。

BSC を一体化し、シートの作成にあたってはまず病院戦略について十分な検討を行い、戦略マップ上で「戦略の明確化・可視化」を行ってから BSC 上で「戦略の実践・評価」のための重要成功要因、業績評価指標、アクションプランを明確化することを求めている。

- ③ マネジメントシートを戦略マネジメント・システムとして位置付け
- ④ 院長シート―部門長シート―セクション長シート―個人シート間の「縦のつながり」を重視
- ⑤ 病院 BSC(院長シート)をもとに組織下位へ展開する「縦展開アプローチ」を採用
- ⑥ 院長シートにおける戦略の策定を重視
- ⑦ 年 1 回のマネジメントシートの見直し

新潟県の病院事業には、県の医療政策の中核を担う主体として、必要不可欠な医療サービスを地域住民に提供するという重要な使命があり、利益が見込める医療分野や地域に限定する収益医療を提供することは想定されていない。そのため現在の県病院事業には、病院経営健全化とユニバーサル・サービスの維持という、相反しうる二面的な目標の同時実現が求められている。病院局には、県立病院の機能維持・強化と経営健全化及び県全体の医療基盤(医療機能・医療水準)の維持・確保が、県立病院には病院の機能維持・強化と経営健全化及び医療圏における医療体制の維持・確保が求められている。

(3) 目的と効用 ―十日町病院における BSC による顧客満足度の向上―

以下は、当初意図した BSC の効用である。

- ① BSC 作成により新たな 4 つの視点を獲得し、内部プロセスが充実する。
- ② BSC に経営者メッセージを載せ、意思伝達機構として利用する。
- ③ BSC の情報交換や評価により、一般職員に経営や運営の擬似体験をさせる。
- ④ BSC 目標達成による顧客(患者・職員・地域)満足度の向上を企図する。

BSC 導入後、臨床の現場ではもちろんの事、医療機器の選定、クリパスやマニュアル作成、患者お知らせ掲示、院内アート企画、救急・災害医療など、どの瞬間、どの話題においても、顧客や経営の視点で討論をする風土が出来上がりつつあるという⁴²。BSC への発信は会議での討論と異

⁴² しかし新潟県立病院における BSC 導入にあたって、山口(2010)は以下の 4 つの問題点を挙げている。

- ① 組織の継続性に対する疑念
- ② 戦略の自由度に関する制約
- ③ 戦略策定についての課題
 - 戦略策定能力の不足
 - 「市場対応力の強化」の検討が不十分
 - 「専門性の強化」については特定機能強化の視点に偏っている
- ④ 院長シートから下位シート(部門長シート・セクション長シート)への展開についての課題

なり、発信者はゆっくり考えることができる。そして、発信の機会は毎年決まって与えられる。発信の方向性は明示され続けるので、共通する視点を発信し徐々に浸透し、BSC は評価の物差しとなり、討論する際の共通言語を与え続ける。顧客満足の視点の浸透は『医療安全分野』にも貢献しつつある。

また、日常の診療には顧客の視点で対応しきれないと、医療事故やクレームに結びつくことが多くある。ヒヤリハットやマニュアルで対応を考えてきたが、安全安心を与える診療を実践するには、即座の判断の中にも出てくる、定着した顧客の視点が不可欠である。スピーディに行動するためには、日頃の訓練か理念の浸透が有用であると思っていたが、顧客の視点での病院の動きは、職員の意識改革から社会の理解ある対応に広がりつつある。

新潟県立十日町病院では、部署 BSC や委員会 BSC 作成を担当している各技師長や看護師長・看護副師長 25 人にアンケート調査を行った(塚田,2009)。日常業務の中で BSC の 4 つの視点を「常に考える」と「ときに考える」が 22 人(88%)と多数を占めた。BSC は仕事上のメリットになるかとの質問には、「よく感じる」と「ときに感じる」が 19 人(76%)と、この点も有用評価であった。院長シートの顧客の視点が 43 項目中 27 項目と多数を占めていたことについて、「意識していた」や「そんな気がする」とした 19 人(76%)、BSC の経営改善効果について「大変効果あり」と「少しは効果あり」が 15 人(60%)と、BSC 導入の意図はある程度達成している。更に「BSC は中間管理職に必要ですか」の質問には、「必要である」7 人「あってもいい」11 人は「あまり必要でない」の 2 人に比べ、肯定的な反応を示している。しかし一方では、BSC 作成は「したくない」と「やや苦しい」が 20 人(80%)に上り、苦痛な業務になっている反応も見られた。BSC は情報交換ツールとしての活用が現状である。

塚田(2009)によると、院内で実践した内容と成果は以下になるという。

① 職員のチーム力アップに回診システム導入

業務を使って部署間交流を図り、職員のチーム力アップ及び職員満足度向上に有用と考え、多職種からなる定期回診を行う医療チームシステムを導入した。塚田院長着任時には唯一院内感染対策チーム巡回が当番性で行われていた。それに加えて、メンバー全員の回診を原則とする栄養サポートチーム、褥瘡チーム、緩和ケアチームを稼働させた。患者と主治医・担

-
- 上位シートとの連携が確保されていない
 - 医師の参画が得られない
 - 個々の病院への帰属意識が低い
 - 経営管理機能が脆弱
 - インセンティブがない

当看護師の狭い関係から、コメディカル・事務職員等も加わり、チーム回診での広がりのあるケアは、安心感を通じて直接顧客である患者満足度に貢献した。多職種交流が最終顧客である職員相互の満足度を向上させている。

② 報償の制定

病院に最も貢献した職員、部署、医師を表彰する報奨制度を設けた。2005 年度に院内全職員による投票で選出する「十日町病院 Award2005」を開始し、毎年継続している。表彰は、全職種・部署の集まる、年度末の運営連絡会議で行う。また、職員以外ではボランティアで患者案内をしていた方、明るく挨拶をしてくれる掃除の委託職員等に対しても特別賞を授与した。これは間接顧客である地域・社会満足度向上を意図している。

③ 管理室長制度

職制や機構に対しては制約があるので、従来の部署責任者的なポストである医局長や臨床検査室長、手術室長や病棟長などに加えて、セーフティーマネージャーをはじめ、医療連携室長、情報管理室長、褥瘡対策・栄養管理室長、ME 管理室長、感染対策室長、DMAT・MC 室長レセプト管理室長、医療安全室長、臨床研修管理室長といったポストを委嘱し、院内機能充実とともに医師の病院運営参加意識を刺激した。病院内で活性化の最も難しい医局に、活気と運営参加の意識を植え付け、選ばれた人としてリーダーシップを自覚し、満足度向上とチーム意識育成につながった。

④ 管理型臨床研修病院

医師のレベルアップとモチベーション維持には欠かせないアイテムである。新潟大学の協力型研修病院となっていたが、2006 年度には管理型病院として申請し、2007 年からマッチングに参加しました。卒後7年目以上の先生は全て指導者講習を済ませ、この数年で専門医教育・修練施設として新たに 5 学会から認定を受けた。

⑤ 地震被災により生まれた救急・災害医療

十日町病院の対象とする十日町圏域には、人口 10 万人対医師数 111 人と医師不足であり、医師会は会員数が少なく、時間外当番医の拡充を求めても、病院業務の参加を求めても応えられない状況にあった。ところが 2004 年 10 月 23 日、中越地震が起き、当院も被災し、入院患者の全員避難誘導最中に、大勢の被災者が救急外来に殺到する事態を経験した。この間に、自然発生的に災害医療・救急医療への意識が芽生えた。被災前から全診療科拘束体制のもとに 24 時間救急対応を行った。新潟大学救急部からの赴任が得られ、来春には救急科を標榜する事ができた。その成果は、キャリアアップとして職員満足向上に結びついている。

⑥ EMTR から DMAT⁴³

これら救急・災害医療への姿勢を地域に評価され、十日町地域 MC 協議会から病院前救急救命訓練施設 (EMTR) を依頼された。EMTR は院外者が病院施設を利用して救急救命訓練に励み、年間数百人の実績になっている。2008 年 2 月に DMAT 研修を受け、新潟県災害拠点病院に加えて DMAT※認定病院になった。更に 2008 年 10 月 27 日には、十日町地域広域事務組合との間に、救急業務に病院スタッフを派遣する協定書を締結し、地域と一体になってのドクターカー運用に踏み出した。これにより、24 時間救急受け入れを超えて、病院前救急処置に病院スタッフを派遣し参加させる道を切り開いた。

⑦ 外部委員招聘による地域満足

2008 年 3 月から倫理委員会に外部委員を招聘し、定期的に管理会議など病院運営中核の会議に出席をしてもらい、意見を頂くようになった。外部委員の助言と仲介により、新病院建設時に漢方内科を新設させ、更に地域音楽愛好家グループや高校の音楽クラブによる演奏会、趣味のサークルから写真展示などの申し込みが来たのを契機にクリスマスコンサートや新春コンサートを開催した。

⑧ 「大地の芸術祭」から文化交流

新潟県出身の芸術家北川フラム氏 (現新潟市美術館長) が企画し 2000 年に始まった、妻有の郷の大地を舞台にした越後妻有アートトリエンナーレには、世界から芸術家が集い 3 年毎に各種のアートが展開された。十日町病院も 2006 年に名古屋芸術大学のアートの舞台となり、患者を癒し職員を癒す芸術の数々が展開された。この活動は、作品制作による患者・職員・地域満足に止まらず、新病院建設時にアート融合の建築に発展しようとしている。

9-3 Duke Children's Hospital のケース

米国ノースカロライナ州にある Duke Children's Hospital⁴⁴は、1994～1995 年にかけて患者一人当たり 35% のコスト増、ならびに入院に関わる費用が目標値を 15% 超過するという事態に陥り損失を計上することとなった。そのような状況にもかかわらず、4 千万ドルの支出を伴う医療センターの建設計画が実行され、何らかの抜本的な改善策を講じる必要に迫られた。そこで現状の分析を

⁴³ DMAT とは、災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されている。2001 年度厚生科学特別研究「日本における災害時派遣医療チーム(DMAT)の標準化に関する研究」報告書より。

⁴⁴ Duke University Medical Center Duke Children's Hospital & Health Center

行ったところ、スタッフの間で病院の目的や提供するサービスの内容についての共通認識が持たれていない、医療の質や患者の満足と財務的目標とが一致していない、同じ市場に競争上の脅威があるといった等といった課題が浮上した。以下 5 点に要約する。

- ① 医療サービスのうち、どのサービスを提供すべきなのかが不明瞭
- ② 病院の管理者、医師、看護師など、医療従事者の業務上の目的が共有されていない
- ③ 小児科医とのコミュニケーション・調整が不十分
- ④ 病院の市場ポジションに競争上の脅威がある
- ⑤ 医療の質、患者の満足度、医療従事者の満足度、教育と研究といった医療サービスに重要な要素を、財務目標とバランスさせることが極めて困難

これら 5 つの課題を解決するため、「できる限り最良で配慮のある医療サービスを患者、家族、1 次診療の医師に提供し、優れたコミュニケーションを行うこと」というビジョンが掲げられた。このための戦略は「患者の紹介と収益を増やすこと」とし、最重要の目標は、「コストを削減し、平均在院日数を短縮すること」とされた。病院は、管理者、医師、看護師、検査技師などに職能分化され、これらの様々なスタッフの連携によって医療サービスが提供されていることから、各分野のスタッフによって編成されたチームによるワークショップで検討され、いろいろな意見が集約された結果、全ての小児科病棟を対象とした図 10 の BSC プログラムが作成され、開始されることとなった。

BSC の各 KPI「患者、家族、一次診療の医師にできる限り最高で最も配慮あるケアを提供し、優れたコミュニケーションを行うこと」というミッションの下に、顧客、財務、内部プロセス、研究・教育の 4 つの視点と患者の満足率や患者 1 人あたりコストといった業績管理指標が示されている。

最良で配慮のある医療サービスを提供するためには、「研究」と「教育」が不可欠であることから、「学習と成長」の視点は「研究と教育」に置き換えられ、変革プロセスにスタッフを巻き込むことと、存立目的である子供のケアに秀でることが目標とされた。Kaplan and Norton(2000)によれば、デューク小児病院の BSC については、研究・教育を基礎として、待ち時間・品質・生産性を内容とする内部プロセスが改善され、それにより患者及び一次診療医からなる顧客と財務の視点の目標が達成され、それにより使命が達成されるという因果連鎖が図示されている。また、必要な努力(時間・金)と顧客満足への潜在的な影響を分類するため、2 次元のマトリックスが作成され、財務面での貢献の観点から、影響の強い実施項目の中から低コストで済むものが選択された。これにより、医療サービスの提供者は、患者の退院に向けた最良の方法を日々検討することになり、患者の家族は在院中の治療に関する教育を受け、また、1 次診療の医師は、入院患者の治療と退院後の望ましい治療に関する情報がタイムリーに提供されることになった。更に、医師は、毎月、患者当たり

のコストと患者満足度の評価を受け取り、他の医師と比較する。

Duke Children's Hospital の BSC では、顧客の視点と財務の視点が同レベルに配置されており、財務の視点に因果連鎖が収束するように設計されていない。暗黙的に顧客の視点を最終目的とし、それを支える内部プロセス目標、更にそれを支えるイノベーションと学習の目標があり、一番底辺でこれらの目標を支える視点として財務があるという考えを示唆している。この点は、利益の追求を第一義的な目的とはしない病院経営に BSC を導入する特徴的な点となるであろう。

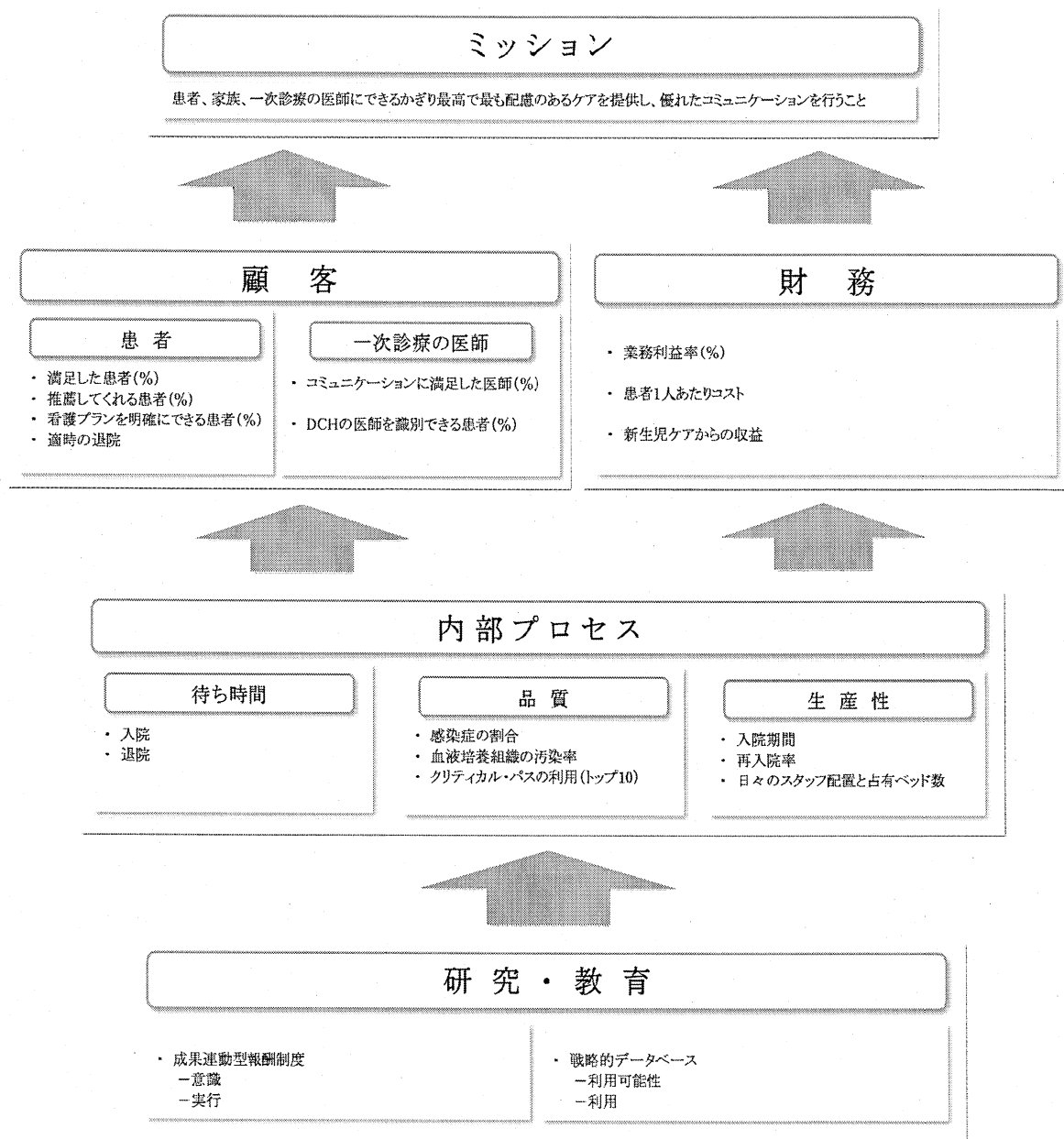


図 10. Duke Children's Hospital の戦略マップ

この BSC を活用して、臨床医や管理スタッフを新しい戦略に向けて協力させることで患者と医者の満足とロイヤリティを高め、患者一人当たりの原価の引き下げと入院期間の短縮を図ることができ、デューク小児科病院では BSC の導入によってプロセス改善の劇的な効果を得ることができた。こうした改善努力の結果、3 年間で患者 1 人当たりのコストが 3,743 ドル削減され、平均在院日数は 2 日短縮され、営業利益は 6,000 万ドル改善され、従来の 5,000 万ドルの赤字から、逆に 1,000 万ドルの利益を生み出す結果となった。これらの成果は、職能的に分化されている医療従事者を共通のビジョンの下に 1 つにまとめ上げ、改善プロセスを日々着実に実行していくことにより、臨床成果と財務面が改善されたことによるものである。更には、患者・家族の満足度を高めるとともに、医療サービスの提供者側の満足度も高めることになり、より一層財務面の改善に貢献した成功事例の一つといえる。

9-4 The Children's Hospital at Montefiore のケース

年間予算 10 億ドルを超える The Children's Hospital at Montefiore は、アルバート・アインシュタイン医科大学の大学病院である。この病院は、ニューヨーク州ブロンクスにある 2 つの拠点病院、26 のプライマリーケア（1 次診療）用衛星施設のネットワーク、1 カ所の大きな専門集中診療所、40 万人の在宅ケアの訪問から構成されている。

Montefiore の 2 つの病院は 4 マイル離れており、30 年以上にわたって別個の部門として運営されてきたが、1996 年に 1 つの事業部門に統合された。医療センターは、ブロンクスにいる貧困と疾病の比率が高いヒスパニック系、アフリカ系のアメリカ人や高齢者に広く医療を提供するという課題に直面していた。また一方で、教育と研究のリーダーになろうと努力していた。

1996 年に新たに統合された急性患者ケア部門の責任者である上級副社長に任命された Elaine Brennan は、病院業務、臨床、基礎医学といった職能別サイロに沿って構築された組織を引き織いだが、現実の権限はなかった。Elaine Brennan は医療センターの計画設定プロセスに参加して、The Children's Hospital at Montefiore の新しい戦略である GRIP を以下のように策定した。

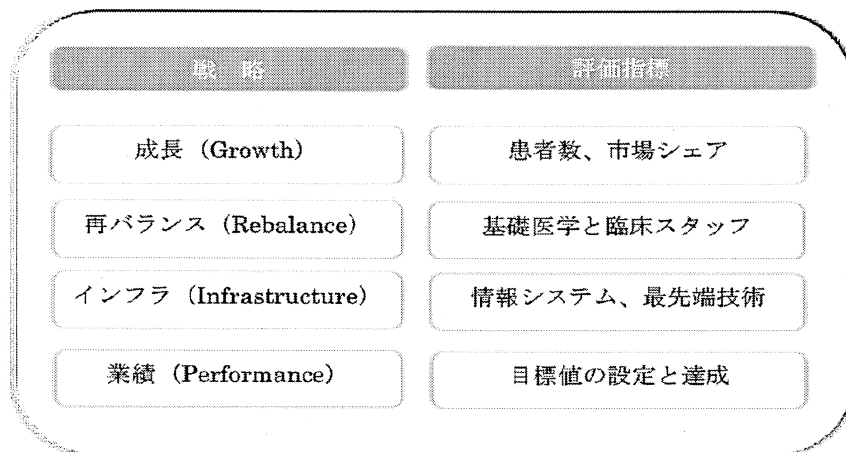


図 11. The Children's Hospital at Montefiore の新たな戦略

- ① 特定の人々にすべてのものをということで、特定の母集団(子供、女性、高齢者)に対してすべての医療サービスを提供することに焦点をあてた母集団をベースにしたアプローチを展開すること。
- ② すべての人々に特定のものをということで、ブロンクス以外からの患者を集めるために専門センターを設置し、より南部のウエストチェスター地区からの患者を集めるために母子サービスを開発した。

課題は、以前は 2 つの地区で競争していた病院が戦略の実行のために協力できるように、官僚的で細分化した組織をどうやって再編成するかであった。一般に病院は、管理者、医師、看護師、検査技師、サポート職員などに職能が分化され、医療サービスの提供は医師に集権的である。また、公的病院は財務的な問題を抱えているものの、医療従事者は患者からの収益にかかわらず報酬額は保障されているので、顧客との接点が薄れがちである。The Children's Hospital at Montefiore は地域の拠点病院であることから、組織がとても官僚的であったので、Elaine Brennan は先ず組織を分権化し、特定の患者母集団のニーズにそれぞれ焦点をあてた 5 つの臨床ケアセンターと 3 つのサポート・センターを創設した。ケアセンターはそれぞれ、医師、看護師、管理者等が 1 つの組織にまとめられ、「収益」、「コスト」、「品質」、「サービス」、「労働環境」、「従業員」といった様々な視点に責任を負う共同運営に改められた。従来、The Children's Hospital at Montefiore の業績評価の 90%は財務指標であったが、これまでの財務面に加え、「成長」と「コントロール」という 2 つの視点から、図 12 のような BSC が導入された。例えば、心臓ケアセンターは、すべての心臓病関連のサービスを提供する。それぞれのケアセンターは多くの専門分野からなり、看護婦、医師、は 1 つの組織にまとめられた。ケアセンターは入院患者と外来患者に提供されるサービスの大多数をコントロールし、管理職レベルのマネジャー、医師、看護婦が共同で運営する。ケ

アセンターは、収益、コスト、品質、サービス、労働環境、従業員と言った様々な側面で成果に責任を負っている。Elaine Brennan は、新しいケアセンター組織の業績をどのように測定するかという問題に直面した。Montefiore の既存システムでは、病院の測定尺度の 90%が財務的なものであった。

Elaine Brennan とその経営チームは、1998 年 10 月から 1999 年 6 月まで作業にあたり、連邦・州・市の例を用いて、BSC によるマネジメント・システムの構造と内容を定義した。このモデルでは、連邦は Montefiore 急性患者ケア部門、州はそれぞれ 8 つのケアセンター、市はそれぞれのサービス(コスト・センター)になる。グループは最初に連邦の BSC を構築するために作業し、次にその経験と高次の戦略テーマにもとづいてケアセンターに移り、州と市の BSC を作成した。

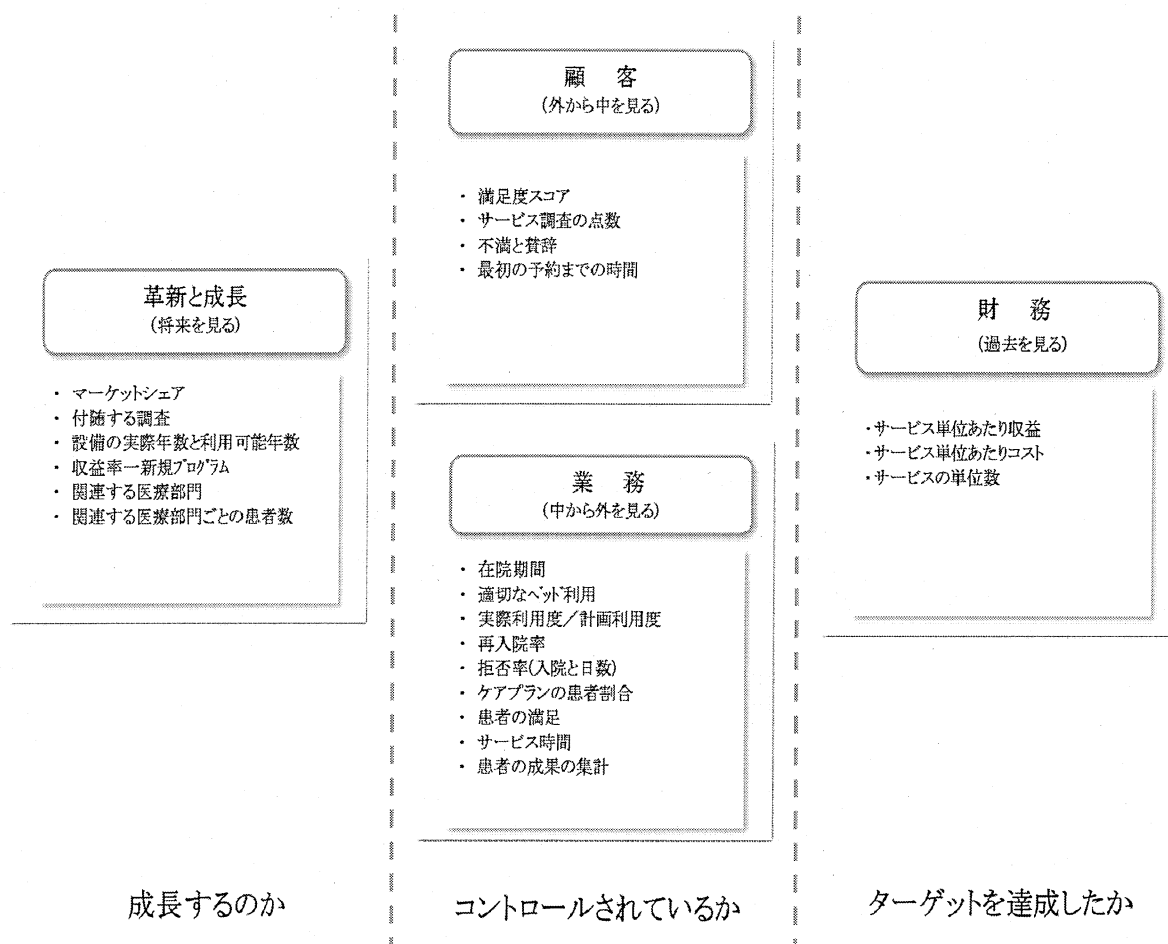


図 12. The Children's Hospital at Montefiore の BSC

The Children's Hospital at Montefiore では、患者の満足と、患者への便益を生むために設計された臨床・管理のプロセスとに焦点をあてた。The Children's Hospital at Montefiore の BSC は、患者の満足と患者への便益のため、臨床と管理プロセスに焦点を当て、尺度の多くは業

務的で患者に対する処置と治療に関するプロセス改善とコスト・品質・適時性の改善に注意を向けるように設計された点に特徴がある。The Children's Hospital at Montefiore を将来適切な方向に導くために用いられた戦略的な尺度は、革新と学習の視点である。特に、「設備の実際年数と利用可能年数は、一般に米国の医師は、最先端の技術とイノベーションによって病院を選択することから選定された指標である。また、「新規プログラムの収益率」は、病院の経営戦略が成功し、新たな医療サービスの提供が拡張されたことを示す指標である。この「革新と成長」の視点によって、病院の成長プロセスを BSC によって実効性を高めた点が、従来までの BSC と大きく異なっている。

また、注目すべき点は「成長」戦略である。患者数と市場シェアの尺度は GRIP 戦略の G を反映して、現在把握しているブロンクス地域への浸透を進めるとともに、専門センターと患者志向のケアセンターを通じて近隣の地域から顧客を集める。単に患者数を増やして市場シェアを高めるという漠然とした目標では達成が困難なので、「特定の人々にあらゆる医療サービスを提供する」とことと、「あらゆる人々に特定の医療サービスを提供する」という、相反するテーマを同時に掲げ、具体的なターゲットを提示した。前者は、子供や女性、高齢者にあらゆる良質な医療サービスを提供することによって患者数を増やすことであり、後者は、立地しているニューヨーク州ブロンクス以外の医療圏から患者を集めるため、母子医療サービスの提供によって患者を増やすこととしたことである。

設備の平均経済寿命に関する尺度は、最先端の技術とイノベーションが担当医師の病院選択に貢献することを示唆した市場調査から生まれた代理変数である。新しいプログラムからもたらされる収益の割合と、担当医師の数は、戦略が成功してサービスの到達範囲、浸透、種類が広がったことを反映していた。心臓ケアセンターではプログラムの成長がみられた。即ち、サービスのキャパシティと症例の数が増加し、戦略の実行のために新しい提携先とジョイント・ベンチャーを形成し、医師とスタッフの採用努力はうまく行われている。おそらく、初期の成功を示す最も重要な指標は、新しい組織に対する臨床と管理両方のスタッフの熱心さ、戦略目標の明確化、それぞれの部門での意思決定とアカウントビリティを促進する新しい測定システムとマネジメント・システムであった。

The Children's Hospital at Montefiore は、組織を再編し、職能別の組織を分権的で顧客志向の体制に置き換えることによって、より効率的な医療サービスを提供し、新しい良質な医療サービスの提供による市場シェアの拡大によって成長を続けている。これは、分権的ユニットの中で BSC を通じてスタッフに戦略を伝達するとともに実行するためのメカニズムを提供し、成功した事例である。このように、病院が顧客への良質な医療サービスを提供し、財務改善を行う上で、BSC は非常に効果的な経営管理システムといえる。

以上のように、元々は企業経営のために開発された BSC を非営利組織に導入して成功した事

例を紹介したが、それが可能となったのは、非営利組織とは言え事業型・生産型の組織であり、助成金や補助金に依存した消費タイプの非営利組織ではなく、営利企業と変わらない行動様式を取る事が必要となっていると考えられる。例えば病院であれば装置産業としての側面も持つ一方で従業員が創造する無形の知識やサービスとそれらの総合である組織能力によって競争優位がつくられるのであって、その戦略の実行には全ての従業員が戦略の実現に方向付けられることが必要であり、この戦略と組織を結びつけることが BSC の重要な役割となるからである。また、時間の経過とともに陳腐化していく従業員の知識・ノウハウを常に最新化していくために、各従業員、及び病院組織としての学習と成長を戦略的に遂行していくことが極めて重要となってきた。ビジョン達成に至る戦略を可視化する戦略マップの作成などを通じて因果連鎖を考慮することの重要性を強調する BSC は、戦略的思考を非営利組織に浸透・定着させる有効なツールとして期待されてきている。

【小括】

1996 年に Kaplan and Norton は「Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System」を発表した時点で、BSC を単なる戦術的、若しくは業務的な測定システムではなく、長期的に戦略を遂行するためのマネジメント・システムとして改めて定義し、2000 年、Kaplan and Norton による『The Strategy Focused Organization』によって「戦略マップ」として整理されることとなった。戦略目標やそれを達成するのに必要な行動とは何かということについて明快なコンセンサスが得られ、因果関係を表す働きをする。4 つの視点間の対立関係は、個々の視点内部での対立する諸要求の関係へと意味内容が変化しており、顧客の諸要求(時間、品質、価格、機能)を同時に満たさなければ結果としての財務的な戦略目標は達成されないことが戦略マップでは含意されている。

Kaplan and Norton(2001)は、創発戦略を活発化すべく、戦略と予算編成とを連携させるためにダブル・ループ学習のプロセスとの結合を提案している。管理会計においても伝統的に展開されてきたシングル・ループのフィードバックとは異なり、ダブル・ループのフィードバックは、アウトプット実績をアウトプット目標と比較してその差異を認識するシングル・ループに加えて、そのアウトプット目標を達成すれば実現されると仮定されているアウトカム目標と、アウトプット実績によって実際にもたらされたアウトカム実績との差異をも見るもう一つの閉じたループを持つシステムある。フィードフォワードは、アウトプットが生じる前の段階で、そのインプットの投入によって生じるであろうアウトプットを予測し、それがアウトプット目標を満たすかどうかでコントロールを行うものであり、アウトプット実績

の把握というループを持たない開かれたシステムとなっている。もしアウトプット目標が未達の場合には、インプット、又はプロセスを修正するか、若しくはアウトプット目標、更にはアウトカム目標までも修正するということになる。BSC は、運行指標との因果関係において選択された先行指標としての非財務的パフォーマンス・ドライバーの目標値が達成されているかどうかをフィードフォワードでモニターしながら運行指標としての財務的な成果指標の目標値が達成されているかどうかをフィードバックでモニターするという、体系的な戦略的コントロールのシステムである。

また、Kaplan and Norton は、BSC は Public Sector にこそ適しているとして、2001 年、「The Strategy Focused Organization」の中で BSC を非営利組織に適用するために、財務の視点を頂点とした企業向けの BSC を顧客や有権者を階層構造の頂点に置くように、構造の編成を主張した。特に顧客の視点と財務の視点については、特別の配慮が必要であると主張している。利益という最終的な成果の尺度がある営利企業とは異なり、非営利組織ではアウトカム(成果)をどのように定義するのか、という課題を抱えている。しかし昨今では、日本の非営利組織の経営も困難な状況に陥っている。こうした状態に陥っている組織では、存続するために例え非営利組織であっても、収入の増大と費用圧縮を中長期的に考えていかなければならない。このような状況にある非営利組織では、財政の立て直しをするという観点で、通常の営利企業と同様に財務の視点を最上位に持ってくることも考えられる。危機的な状況を脱した後は、再びミッションの遂行をメインにした BSC へと戻っていくということになる。財務の制約要因的見解は、BSC の一特性である各視点における戦略目標間の因果関係が成り立たない。つまり、財務の視点を戦略マップの頂点に置かない限り、BSC として機能し得ないと考えられる。

第3章 自治体病院の経営構造

医療は、市場の失敗が生じても私的財として一般市場でもそのまま取引している財である。日本においては、医療供給のための諸制度を整備することで医療需要に応じた分配を目指しているのは、医療を価値財として位置づけ、政府が介入することを社会的価値観が認めているからである。医療は外部性を伴う準公共財といった位置付けもなされているが、何れにせよ、医療の性質は、私的財的な側面を持ち、公的な規制と介入によって供給されてきた。

準公共財として位置付けられる自治体病院は、医療法に定められた民間病院の区分とは異なり、地方公営企業法⁴⁵で分類されている。それによると、都道府県・市町村立、及び条例によって定められる事務組合や広域連合によって運営され、自治体病院とされている。自治体病院が地域医療に果たす役割は大きい。自治体病院の経営は、自治体やその周辺地域の人口構成に影響される側面も多く、過疎地域であれば当然経営状況も厳しいであろう。それ故、自治体本体の財政難から財務困窮な経営状況となっているケースも多い。しかし、民間病院の設立が期待できない地域でも、その地域の住民ニーズに応えるための社会的責任を担って設立された自治体病院も少なくない。

表5によると、2000～2012年の13年間に、自治体病院は155施設(15.5%)減少した。主に地域医療の中核となってきた病院、過疎地の診療所の両者を合わせた全削減病床数は実に5,000床以上にも上る。代替えの民間病院や診療所があればよいとしても、赤字続きという理由だけで閉鎖する事は都道府県民・市町村民への責任義務を果たしていない事になる。都道府県民・市町村民の視線は、地方自治体の首長ではなく、病院事業管理者や院長へも向けられる。しかし、自治体病院の場合、実際には経営に関する権限が殆ど与えられていない状態である。

自治体病院のガバナンスから論じられるのは、誰が主権を保持し、どのように為政者をコントロールするかである。そのテーマを自治体病院に置き換えてみると、組織の創設や廃止、事業の拡大や縮小、トップ・マネジメントの選任、パフォーマンスの総合評価等について、誰が根源的な影響力を振るい、それはまたどのように行なわれるか、を明らかにすることであろう。武(1996)によると⁴⁶、「(前略)...県立病院や市町村立病院の経営責任は法的には市町村長にあるのだが実際には役所の健康福祉部長や病院課長が経営の権限を握っている所が多い。その欠点として、これらの役職は平均2年位で交代するので、中長期的な将来計画を作って病院を長い目で育てるということ

⁴⁵ 地方公営企業法の第1章(総則)第2条第2項には、「...次条から第6条まで、第17条から第35条まで、第40条から第41条まで、並びに附則第2項及び第3項の規定(以下「財務規定等」)は、地方公共団体の経営する企業のうち病院事業に適用する」とある。第2章(組織)で管理者の役割や権限について記述されているが、財務規定だけの一部適用であって、他は設置者のコントロールに服すとされていた。

⁴⁶ 武弘道「あの人に聴く:病院再建人、医療維新に駆ける」『e-doctor』2006.3.1を参照。

が行われず、病院の現場を理解しないで朝令暮改の近視眼的施策が次々に下りてくるということが挙げられる。」と指摘する。自治体病院にはガバナンスの前提条件が、そもそも存在しないのである。地方公営企業とは呼称されてはいるか、独立の会計処理が行なわれるにすぎない。病院独自では、予算の編成権などではなく、個別に外部契約は結べず、赤字なら自治体本体に依存するだけである。資金の出入りをきちんと記帳して報告するしかないとすれば、経済性の発揮など不可能な経営体制にある。

また、自治体病院の赤字経営の問題点の 1 つに自治体病院経営の非効率性が存在していると考えられる。地方財政難が深刻化し、自治体病院の経済性と公共性の比重やそのバランスが改革等の進展により、影響を受けている。

本章では、本研究の対象となる自治体病院の経営構造について把握する。その前に、一般産業界とは異なる日本の病院を取り巻く医療市場とそれに伴う病院の経営構造について整理し、把握する。

第 1 節 医療経済と病院経営論

日本の医療市場は、1980 年代まで財務的に恵まれていたため、財務面からの戦略的意思決定の必要性も低く、また一次診療と二次診療の機能分化もなされておらず、大部分の病院が急性期から慢性期までを網羅し、更に出来るだけ多くの診療科を整備する傾向があった。これは、財務環境が悪くなかった 1980 年代までは多くの病院で可能であったが、日本社会の成熟化と公的保険機関の財務状況の悪化を背景として、政府は医療需要者側の要求にも大きな配慮をするようになった。ここでは、医療経済の現状と政策医療と病院経営について整理する。

1-1 医療経営を取り巻く制度的、経済的問題

昨今少子高齢化が一つの大きな問題となり、それにいかに対処していくかが各業界で議論されているが、それは医療業界においても例外ではない。医療の分野、病院経営に具体的にどのような影響を与えるのか、以下の 3 点を挙げる。

① 少子高齢化と国民医療費の関係

2011 年度の国民医療費は 38 兆 5,850 億円に上り、過去最高となった。前年度に比べて約 1 兆 1,648 億円 (3.1%) 増加。人口 1 人当たりの国民医療費も 3.3% 増え、30 万 1,900 円となり、前年度に比べて 9,700 円増加した。自然増に加え、医療の高度化が進んだことが影響しているという。内訳は、65 歳未満が約 17 万 4,800 円 (対前年比 3.2% 増) で、65 歳以上では約 72 万 0,900 円 (対前年比 2.6% 増) だった。

国民医療費の国民所得に対する割合は 11.13%となっており、近年 GDP(Gross Domestic Product:国内総生産)の伸びが緩やかになっているのに対して、政府の見解によれば 2025 年には国民医療費は 65 兆円となるとも言われている。

年間の医療費支出を測るには、国民医療費を用いる。医療費は主に 3 つの構成要素(保険料、公費、自己負担)によって構成されており、この 3 者の微妙なバランスの上で日本の医療は成り立っている。この国民医療費は、1999 年度に初めて 30 兆円を突破した後もなお増え続けている。国民医療費を対国民所得と比較してみても、その割合は増え続けている。この国民医療費増加の最も大きな原因は「人口の高齢化」であるといわれている。高齢者は一般に、病気にかかるリスクが高く、病態も慢性化・複合化する傾向がある。そのため、現役世代と比べて相対的に多額の医療費がかかる⁴⁷。

このような状況の中で問題となるのは、1 つ目は、国民医療費の伸びに国民の生産力が追いつかないという財政上の問題であろう。国民医療費の増加原因としては、高齢化の問題や医療の高度化などが挙げられるが、こうした要請に応えるだけの生産力が追いついていない。高齢者の医療費の大半は老人保健制度を通じた就業者からの所得移転によって維持されている。高齢者が消費する医療費の大きさから、高齢化が医療費の負担構造にもたらす影響の大きさが分かる。さらにいえば、高齢化が医療費の負担構造にもたらす影響の大きさは、医療制度の根幹に関わるものである。出生率の低下と平均寿命の伸びによる少子高齢化により、制度上の「支える側」である若年層と、「支えられる側」である高齢層との比率が大きく変化してきた。高齢者の生命や健康を支える高度な医療技術や進歩する医療内容などの需要増と、それらの財源となる保険料や税収入が少子化により減少に向かっている。

2 つ目は、国の生産力と医療業界との相関関係である。医療分野は、他の営利企業や非営利企業とは異なる特殊な環境にある。何時でも、何処でも、何度でも、平等に質の高い医療サービスを提供して欲しいという国民の需要に応えることが、人々の健康を保障し生産力に資することとなるが、結果としては国民医療費高騰の要因となった。極論としては、医療の高度化や技術の進歩など医療サービスの質や量を向上させることは望まれるが、それ自体の成長は財政上の問題により望まれない。医療の分野は、資本主義とは相容れることができない関係である。その中で病院は、診療報酬の改定や患者負担の増額などの制度改革に起因する収益面で多大な影響を受けている。つまり、競争原理(市場原理主義)とは別の次元で病院の経営をどのように行うのかという問題が出

⁴⁷ 老人医療事業年報(2010)によると、70 歳以上の高齢者 1 人当たり診療費は現役世代の 4.6 倍にもなる。加えて、2010 年度の国民医療費 37 兆 4,202 円のうち、44.3%の 16 兆 5,771 円は 70 歳以上の高齢者が消費した。

てくる。

② 診療報酬の改定と医療費財源のバランス

診療報酬の改定に関する大きな動きとして、以下 2 点挙げられる。

1 つ目は、定額払い制度の導入である。2001 年 7 月の総合規制改革会議で、医療費の総額抑制を目的とした出来高払いの診療報酬を一部定額払い制度に改めることを決定した。個々の診療行為や医薬品等に価格を付け、提供したサービスの総額を支給する「出来高払い」が現在でも中心であるが、定額払いは診療行為の実施の有無などとは独立に入院一日あたりに疾病別（或いは登録別）に幾らかが決まる算定方式である。

いわゆる出来高払いは医業収益を稼ぐため一部で検査漬け、薬漬けを引き起こしたが、逆に定額払いは医業費用を低減するため治療の内容を薄める危険性を秘めている。後者の場合、一定の収益で医療の質を担保するには、病院でも原価計算⁴⁸を始めとした管理会計の手法を導入せざるを得ないが、このことが今日の病院経営を研究する大きな切掛けとなった。2 つ目は、治療や薬の公定価格である診療報酬の改定である。2006 年 2 月に厚生労働省が示した基本方針では、過去最大の 3.16% の引き下げを掲げており、初診料や再診料を下げることになった。一方、医師が不足している小児科に手厚くしたほか、新たに心臓などの脳死移植を保険適用の対象とするなど、配分にめりはりをつけることになった。同年 4 月から新しい診療報酬が適用されることとなった。

日本の医療費の財源は主に 3 つある。日本は社会保険方式を採用しているため、財源に占める医療保険給付の割合が相対的に高い。それに次ぐのが公費負担、そして自己負担である。日本は社会保険を主要な財源調達手段としつつも、公費（租税）を必要に応じて投入することによって制度の安定化を図っている。しかし、ここ数年の傾向として、保険料の割合が減少し、自己負担割合が増加している。これは、被用者保険における自己負担率の引き上げと薬剤一部負担導入、自己負担限度額の引き上げ、老人医療における自己負担額の引き上げなど、一連の制度改正の影響である。2003 年に被用者保険自己負担率の更なる引き上げが行われたが、この傾向は現在も続いている。この自己負担額の増加によって、国民の医療に対する負担が増大することは明らかである。高リスク者（病気にかかりやすい人）や、低所得者の負担が大きくなる。この自己負担額の増加によって、モラル・ハザードによる無駄な医療費を削減できる反面、高リスク者および低所得者の医療アクセスを阻害する危険をはらんでいる。医療費財源において理想の体系は、すべて単一の制度にすることであるが、利害関係が複雑に絡み合う日本の医療制度においては、例えば保険料に

⁴⁸ 東京都立病院では部門別に原価計算を行っているが、米国 Duke Children's Hospital では診療科別に原価計算を行っている。診療科別に損益を把握する原価計算制度は、日本の医療制度へ導入することが妥当かどうか検討すべきであろう。

よって「公平的負担」を担保しつつ、自己負担によってモラル・ハザードによる無駄な医療費を削減するなど、「効率的負担」を図り、そして公費で「政策的負担」を行う、という三者のバランスを保つことが必要になる。

このような状況において、医療だけではない高齢者の介護面での需要が急速に高まっている実情もあり、病院の使命は治療中心から、療養や介護、リハビリテーションなどの需要に対応した医療サービスも提供しなければならなくなった。

③ 医療費増加の原因と患者負担の増額

医療費が増加してきた原因として、医療サービスの名目価格の上昇、高齢化、所得の増加や医療技術の変化などが考えられてきた。健康であり続けるために、「予防」による医療費の増加も考えられる。国民医療費の抑制を政府は望んでいるが、抑制にもさまざまな問題が含まれていることも考慮しなければならない。例えば、診療報酬の抑制によって、医療費の抑制を図るケースを考える。そのような状況になると、採算が見合わなくなった病院や診療所はつぶれていくという危険性がある。さらに、診療報酬の低下に対して、供給量の抑制、質の低下という問題が発生する可能性もある。

2003年に被用者保険の本人3割負担が導入されたが、更に2006年2月には、政府は高齢者を中心にした患者負担の引き上げなどを柱とする医療制度改革関連法案を閣議決定した。これは75歳以上からも保険料を徴収する一方、新たな高齢者医療制度を設けるなどして、高齢化で膨らむ医療給付費を抑える狙いがある。これら高齢者医療費(や年金負担)を抑制するには、負担率の変更だけではもはや手に負えなくなりつつある。

このような少子高齢化による収益面や利用者の需要の変化を受け、更には診療報酬の切り下げの結果、現在病院は既存の経営を見直す転換期にある。

1-2 医療のステークホルダー論と病院のガバナンス論

日本の医療は平等に扱われるべきというコンセプトの下、医療は価値財⁴⁹として位置づけられ、社会的共通資本⁵⁰として整備されてきた。そのため国民皆保険制度が施行され、所得や年齢、性

⁴⁹ 例えば、価値財について田中は「公的介入のない状態で決まる利用水準では、当該社会の価値観から見て必須のニーズを充足しないと思われるため、政府による費用負担を通じて、利用・生産を支援する私的財」(田中,1993)と定義している。また、医療は普遍平等的に扱われる財であるが、公共財としては位置付けられない。田中は、ヘルスケアの変遷の検討において、古典的感染症が中心であった時代の医療の相対的な外部性の強さ、また、公衆衛生活動が時代を超えて公共財に位置づけられることを論じてはいるが、現代の医療ではほとんどの診療・看護活動は非排除性、非競合性を持たないとし医療は本質的には私的財であるとみなしている(田中,1993)。しかし、私的財であるとしても、医療サービスが人権概念という公正の価値規範のもとで社会保障によって支えられていることから、ニーズに応じて配分されるべき価値財として合意されていると論じているのである(田中,1993)。

⁵⁰ 宇沢弘文『社会的共通資本としての医療』,東京大学出版会,2010年を参照。

別に関係なく、誰もが平等な医療を受けられる仕組みとなっている。また、医療には情報の非対称性⁵¹があり、医療提供側の裁量権で診療・医療サービスの内容が決まる⁵²。例えば退院時期を判断する際に、利益の出ている患者は入院させ、利益が出なくなった患者から退院させていくといった利益優先の考えではなく、患者の便益を第一とする病院の判断が保証されるためには、利益至上主義とする営利法人より非営利法人の方が適していると言えるだろう。医療はサービス業の一形態であるが、他の産業とは異なる性質をもつといわれている。川渕(1993)は日本の病院組織の特殊性を以下のようにまとめている⁵³。

- ① 一般企業は営利組織であるが、病院は原則「非営利型組織」である。
- ② 一般企業は社員のほとんどがほぼ同質な集団であるが、病院は国家資格に裏付けられた多種多様な専門職集団である。病院組織では診療部門を中心とする医療関係部門が、一般企業の開発、製造、販売部門を兼ねている。
- ③ 一般企業は総合職などで部門間移動があるが、病院は専門職集団なので部門間の移動はあまりない。
- ④ 一般企業は「会社一丸」という組織風土をつくりやすいが、病院組織は個人主義が強く、あまりに欠ける。
- ⑤ 一般企業は社員同一の給与表が適用されるが、病院では職種別の給与表が存在する。
- ⑥ 一般企業は終身雇用制度を原則としているが、病院は中途退職・採用が一般的で職員の離職率・転職率が高い。

厚生労働省「医療施設(動態)調査」により全国の病院を開設者別に分類すると、国、公的機関、社会保険関係団体、医療法人、個人、その他に分類される。これら開設者を更に細分化すると、国には厚生労働省や独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構等の運営する病院が属しており、いわゆる国立病院や国立大学附属病院、労災病院といった病院が含まれる。

宇沢は社会的共通資本について、一つの国ないし特定の地域が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置であると定義している。

⁵¹ 医療情報の対称性について、例えば豊山(2009)は「医療者と患者のあいだには病気や治療方法に関して大きな情報の格差が存在し、それゆえ患者は医療者の提供する医療サービスの必要性を判断できず、そのことが医療者に患者に対して必要以上のサービスを提供させる誘因となる」と指摘している。

⁵² 医療サービスでは、需要者である患者と供給者である医療者や病院とのあいだに情報の非対称性があり、それに起因するモラル・ハザードをいかに解決するかは、政策の大きな課題である。その方策としてはインフォームド・コンセントや医療カルテの患者への公開による医療者側からの情報提供、第三者機関による病院評価、病院の広告規制の緩和などが考えられている。(小塩隆士『社会保障の経済学[第3版]』,日本評論社,2005年,p204-205を参照)

⁵³ 川渕孝一『これからの医療マネジメント』,医学書院,1993年,p32を参照。

公的医療機関には、都道府県や市町村などの自治体、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、社会福祉法人北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会が運営する病院が含まれる。

社会保険関係団体に属する病院では、社団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生年金事業振興団、財団法人船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合が運営する病院が含まれる。ここまでの国、公的医療機関、社会保険関係団体が公的病院である。公的病院は全体の病院の約 2 割、病床数では約 3 割を占めている。

医療法人や社会福祉法人、学校法人、医療生協、公益法人、福利厚生目的の株式会社等が開設する「民間病院」は、全体の施設数の約 8 割、全体の病床数の約 7 割を占めている。このように施設数・病床数ともに開設者が医療法人である病院が公的病院よりもはるかに多い。

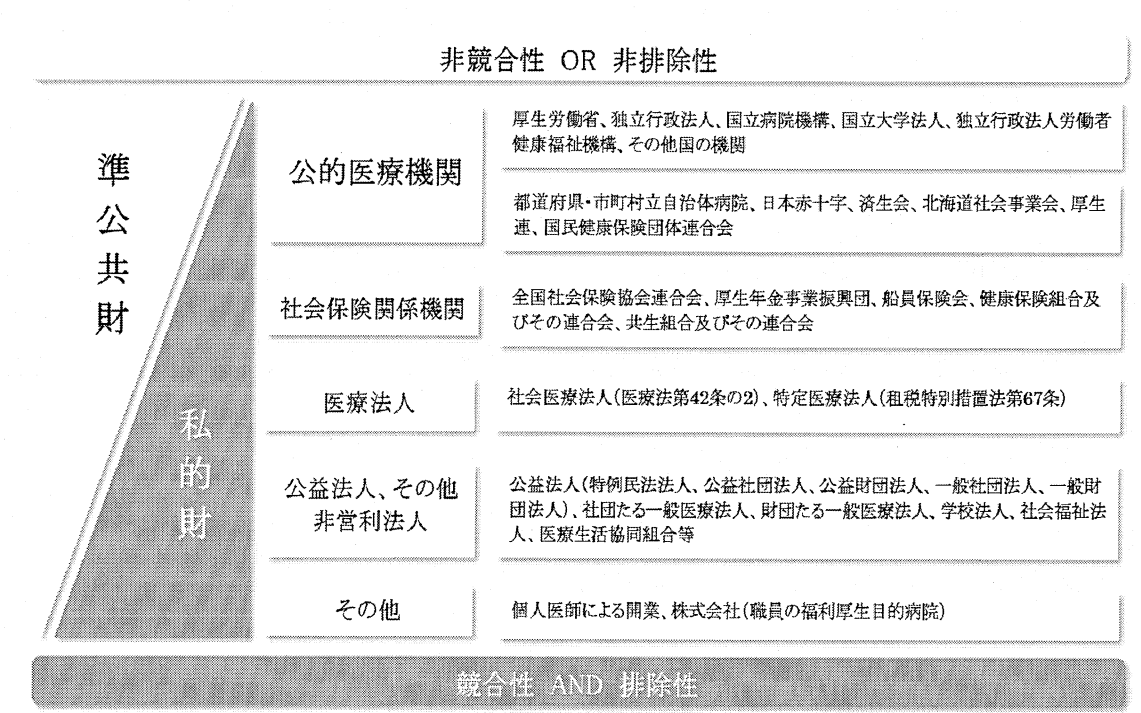


図 13. 病院開設者別の分類

営利企業を対象とした経営学において、ステークホルダー理論は極めて重要な位置を占め、1970 年代以降各研究において発展してきた。1960 年代より環境問題、人権問題、消費者運動等、営利組織の事業活動が影響を与える社会問題を背景に世論の企業批判が高まり、それが業績に悪影響を与えていた。そこで営利企業は、株主以外の存在を新たなステークホルダーとして認識せざるを得なくなった。組織にとってのステークホルダーは誰か、組織はなぜステークホルダーに

対応する必要があるのか、組織はステークホルダーにいかに対応すべきなのかといった営利企業とステークホルダーの関係に関する課題への解決が強く求められるようになった。この課題に応えるべく理論の発展に影響を与えたのは Freeman(1984)⁵⁴である。Freeman は、外部環境の変化にさらされている営利組織には、新たなフレームワークが必要であると主張した。その新たなフレームワークは、「組織の目的達成に影響を与え得る、あるいは目標達成の影響を受ける集団又は個人」(Freeman,1984)⁵⁵と定義されるステークホルダーに焦点をあてたステークホルダー・アプローチの視点から形成されるとした⁵⁶。そして組織には、ステークホルダー・マネジメントを高めることが求められると主張した(Freeman,1984)⁵⁷。

ステークホルダー理論は、経営組織論や社会的責任論等と結びついて論じられてきた。しかし Freeman(1984)は、その適合性が最も高い経営フレームワークは、戦略的マネジメントであるとしている⁵⁸。外部環境が激しく変動する現代、企業の持続可能性を保つためには、外部環境を制度的かつ持続的に組織経営に取り入れることが不可欠である。従ってステークホルダー理論は「最も有効な企業戦略とは、その環境に最も適合する戦略である」ことを前提とする戦略的マネジメント論と親密にあり、戦略的マネジメントのアプローチを開発する際に、それを統括する役割を果たすことができる(Freeman,1984)⁵⁹と考えられている。

Friedman(1982)は、株主とそれ以外のステークホルダーの存在をいかに捉えるべきなのかという課題に対して、企業の収益に財務的利害を持つ「株主」のみが営利組織の責任範囲としている(Friedman,1982)⁶⁰。病院を取り巻くステークホルダーの例を挙げると、病院出資社員、病院職員、国民、患者・利用者、国、保険組合(支払基金・国民健康保険団体連合会)、取引業者などがある。これを病院経営における意思決定との関係で整理すると、経営者、医療従事者、その他病院職員などから構成される病院を取り巻く利害関係者は、以下に分けられる。

- ① 診療報酬など制度設計の決定権を有する行政
- ② 医療サービスを受ける患者・利用者
- ③ 病院に診療報酬を給付する保険組合

前述のように、経営学では「会社は誰のものか」という論題が数多く論じられ、昨今では米国を中

⁵⁴ R.E.Freeman(1984)「戦略的マネジメント・ステークホルダー・アプローチ (Strategic Management-A Stakeholder Approach)」

⁵⁵ R.E.Freeman,前掲,p53

⁵⁶ R.E.Freeman,前掲,pp.3-27

⁵⁷ R.E.Freeman,前掲,pp.53-54

⁵⁸ R.E.Freeman,前掲,pp.31-43

⁵⁹ R.E.Freeman,前掲,p247

⁶⁰ M.Friedman(1982)「Capitalism and Freedom」,University of Chicago Press」,p133

心とした傾向としては「出資者である株主のもの」という定説が定着しつつある状況にある。株主の出資金で企業は経営活動を行うことができ、その対価として配当を支払う仕組みができており、所有という観点に立てば出資者はそれに妥当する。一方、Freeman(1984)は、営利組織の活動に影響を受けまた影響を与える株主以外にも営利組織は責任があり、これらも株主同様に重要なステークホルダーであるとしている。現在営利企業の多くは、組織内外の広範な当事者(ステークホルダー)の利益に供するように経営されるようになってきており(大平,2009)、営利企業の経営目的と持続可能性は、株主の利潤の最大化という単一なものから、多元的なステークホルダーの価値創造に変化してきている。つまり、営利企業においてもFriedmanの主張する株主価値を重視する議論は実態にそぐわなくなっている。営利企業は、株主というステークホルダーに示される責任範囲のみならず、より広い範囲の社会に対して責任があるといえる。

では、「病院は誰のもので、何のために存在するのか」。営利企業のガバナンスの観点からいえば、病院を設立した開設者(又は出資社員)が所有者ではある。しかし病院の提供するサービスは、人の生命に資する。それは営利企業の提供するサービスとは性質が異なる。医療の性質として、西村は、疾病が所得に影響を与えるゆえに、公的に所得再分配や疾病の際の相互扶助が図られるのだとした⁶¹(西村,1977)。この性質ゆえに公的介入による社会保障のシステムが必要とされるということである。同様に公的な介入に関わる特徴として、池上(1992)は、普遍平等性⁶²を挙げている。つまり医療サービスそのものの使命が、公益に資すべきものである。そういった意味では、病院は主権を有する国民のものであり、その実務を国が代行しているとも考えることができる。更に極端に言えば、営利企業は採算の合わない事業においては縮小や撤退をすることが可能であり、また消費者は「消費をしない」という選択をすることができる。しかし病院は採算が合わないことを理由に診療科を廃止したり、患者も病気になった場合に医療を拒絶する事は不可能である。国民の根源的な医療ニーズに対して、病院には診療拒否⁶³は認められていない。このことから病院は元来公のための経営を行っている準公共財⁶⁴と言える。またこのことは病院に収益を提供する仕組みからも考え

⁶¹ 西村周三『現代医療の経済学的分析』メヂカルフレンド社,1977 年を参照。

⁶² 池上直己『医療の政策選択』,勤草書房,1992 年を参照。

本来の社会保障は国民にとっての最低限の保障であるのが原則であるにもかかわらず、医療保障に限っては普遍平等な同一基準が採用されていることを指す。そして、普遍平等性の根拠を、生命の尊厳に特別な価値が見いだされている以上、それに直接関わる医療サービスも人命と同様に普遍平等に扱うのが適当だとする考えにあると論じている(池上,1992)。

⁶³ 医師法第 19 条 1 項...診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

⁶⁴ 病院は、医師の提供するサービスそのものが公共財の性質を満たしてはいない。医師から受ける便益も等しくない。しかし、国民皆保険という観点からすれば、いつでも安価に平等な医療サービスを受けることが可能である。医療保険は、所得に応じて負担する仕組みとなっているが、実際には保険料を多く負担している勤労者世帯よりも、少ない保険料を負担している高齢者の方が多く便益を受けとっているという構造となっている。これはある

ることができる。医業収益は、患者・利用者の自己負担による収益等もあるが、基本的には診療報酬を元に支払われる。診療報酬額はごく一部の自由診療を除き、病院の作成するレセプト(Rezept)によって申請され、審査支払機関(支払基金・国民健康保険団体連合会)を通して、保険組合にて査定される。つまり、実際に病院の収益を担保しているのは保険組合であり、最終的な診療報酬額(売上高確保)の「決定権」を持っている。

では、その診療報酬の財源は何かというと、保険組合に納付された国民の掛け金であり、納税者の納めた税金である。即ち病院のほとんどの収益は国民によって支えられているのである。また、後述するが公的病院における赤字は「運営費交付金」という形で補填されており、ここにも税金が投下される。つまり病院の主権は国民にあることになる。このような観点から病院のガバナンスは、国民であることになる。一方、企業においては「所有と経営の分離」が一般となった。そして株主によって選ばれた「代表者(経営代理人)」によって経営が行われている。

病院は医者や看護師、医療技術者などの専門家集団で構成されており、その経営は日本においては事実上ほとんどの病院において医師である院長が担っている。E.Freidson(1970)⁶⁵によって理論化された医療における専門家支配、即ち「医師を頂点とする組織ヒエラルキー」は、少数の医師ではなく病院という組織の活動として営まれるようになると、経営面を除いた狭義の医療面にしか機能しなくなり、医療と経営の分化が生じる。自治体病院では経営を設置者である地方自治体が直接引き受ける。医療と経営が相互に牽制し合う民間病院と大きくことなり、経営の支えを欠いて非常に非効率な運営が繰り返される。ましてや端から経営の専門家ではない医師が病院経営を行っているのであるが、自治体病院の医師に将来を見越した経営意識が醸成されるはずがない。しかしこれからは医療主権者の意向を挺した病院経営者の存在が不可欠となる。

病院は、一般的なサービス業に属されるように見える。しかし、病院は営利目的で経営を行うわけではない。病院が提供する医療サービスは、国民の健康や生命、成長に資するものである。病院の使命は、国や都道府県・市町村における地域の規制や利用の規制を受けており、自己資本の調達も納税者である地域住民による出資により支えられている。このような医療サービスを提供する医療従事者は、国民の健康や生命を支える存在であり、公益に資する存在だと言える。

医療は、公共経済学概念である非排除性、非競合性、外部性を持たないという視点からは、純粋な公共財ではない。医療は私的財としての要素もあり、準公共財でもある。よって、これらの財

種、フリーライダー(Free Rider)と言えるだろう。公共財とは、費用を負担しないものでもその便益を受けることが可能となる。しかし、医療はそのサービスの特殊性から、公共財という議論だけでは説明できない。このような側面から、病院は公共財に近い性質を持つ準公共財として定義できる。

⁶⁵ Eliot Freidson(1970)『Professional Dominance:The Social Structure of Medical Care』,Atherton Press(進藤雄三、宝月誠翻訳『医療と専門家支配』,恒星社厚生閣,1992年)を参照。

の供給は必ずしも政府による直接供給のみではない。しかし一方で、不採算部門やへき地不採算地区医療の供給は、政府や地方自治体の介入なしに地域医療は確保されない。よって、病院には非排除性、非競合性の要素も含んでいるため、他の一般的サービス業と同じ基準での事業合理性を追求できない。また病院は営利企業のように経営面だけを取り上げて評価を行う事もできない。しかし、元来病院においてはこの公共性が強調されるあまり、経営という視点からの改善が遅れていたことも事実である。そこで営利企業のような利益に代わる病院の事業目的は何かという側面から病院経営の効用に関する議論が始まる。究極、病院を取り巻くステークホルダーの対象範囲によって異なる見解がもたらされる。ガバナンス理論と一般に考えられるのは、どのような内容と形態の経営を組織の基盤とするか、ステークホルダーは誰とするかである。今後自治体病院は、公共性の高い医療分野の切り離しが進められかねない。経営を赤字の解消に限定させる政府の規制も、ガバナンスの構造を大きく歪ませる一因となる。

1-3 医療政策と病院経営

病院の経営は、2つの異なった視点から考える必要がある。国の医療政策、医療制度の視点と個々の病院の経営状況の視点である。

病院にはそれぞれが置かれた独自の環境や内部事情があり、自院が最善と思われる経営方針に則って独自にマネジメントを遂行すれば良いように思われるが、国の医療政策や医療制度の視点における改定が、各々の病院の経営に極めて大きな影響を与える。

西田(2001)によれば、前者はいわば病院経営を持続させる仕組みであり、政府が国民皆保険制度を前提として、自由開業医制と出来高払い制の下で、医療の公定価格を診療報酬体系で決定し、この診療報酬を改定するプライスコントロールによって医療システムを維持しようとするもので、病院の存立する環境を決定するものであると指摘する。後者は病院経営を持続する仕組みであり、例えば病院で使う医薬品を公定価格である薬価よりも安く仕入れることによって差額を手に入れるいわゆる薬価差益の仕組みを利用して、薬剤処方という医療サービスのボリュームを膨らませるといったように、患者に提供する医療サービスの自由度によってコントロールすることによって、病院をマネジメントしていくことであると指摘する。

また、明石(2006)は病院経営について、医療経営に特有の状況や背景を医療コンテキストと名づけ、外的コンテキスト(制度、市場等の外部の文脈⇒医療制度と競争原理の矛盾)と内的コンテキスト(資源や組織等内部の文脈⇒専門分化と組織の統合との矛盾)の2つを区別して考察することが必要であると指摘している。即ち、病院は医療保険制度等といった規制の下で他の医療機関と

の競争を展開していかなければならないという外部環境問題と、専門化を進めて競争上の優位性を獲得するという戦略を前面に打ち出して行けば行く程、組織としての統合性の維持が困難となり、誤った戦略を選択してしまう状況に陥るといった内部環境問題を抱えている。

本来、2つの視点は、区別されて論じられるべきものと考えられる。前者はその時々々の政府の医療政策を反映する医療制度として展開される公共政策論として論じられるべきものである。一方、後者はキャピタリズムにおける個別的企業の経営と同様、個々の病院のマネジメントに関する問題として論じられなければならないものである。

しかし、両者を別々のロジックで考察することが容易ではない現実がある。政府による政策として医療制度改革が実施されれば、病院経営に重大なインパクトが生じ、個々の病院は生き残りをかけて新たな独自の戦略を展開し、経営改革を図っていかざるを得ない。地域医療の担い手である病院の経営方針に重大な変更が生じれば、地域の医療提供体制に大きな波紋を及ぼすこととなり、住民生活にも多大なる影響がもたらされる。

第2節 自治体病院の使命と役割

地方財政の悪化や市町村合併などにより、自治体病院を取りまく経営環境は著しく厳しくなっており、その役割を果たすことが難しくなっている。自治体病院への依存度が大きい地方を中心として、自治体病院の撤退や診療科目の減少によって地域住民が医療サービスを満足に受けられない事態が発生しており、地域住民の生存権が脅かされている。慢性的な赤字経営に直面している自治体病院は、十分な医療サービスを提供することと同時に、経営の健全化と経営の基盤強化を図ることが強く求められ、コスト削減を徹底させるための経営管理の設計が重要な課題となっている。

これらを受けて、地方公営企業としての自治体病院を管轄する総務省は2007年12月、「公立病院改革ガイドライン」を作成し、病院事業をもつ地方自治体に対して2008年度内に「公立病院改革プラン」を作成するよう要請している。その中では、自治体病院の①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しを図るよう促している。しかし、厚生労働省「医療施設動態調査(2013年2月末概数)」によれば、都道府県立及び市町村立の病院、並びに診療所(歯科含む)は4,168施設(205,004病床数)であり、施設数で全体の3.83%、病床数で12.05%を占めている(表6)。近年の自治体病院数の推移は、市町村合併の進展などにより、年々減少傾向にある。また、全国公私病院連盟と日本病院会で行った病院運営実態分析調査(2011)によると、回答のあった自治体病院553病院のうち総損益差額から見た黒字・赤字病院の割合は、黒字病院は

15.4%(85 病院)となっていて、赤字病院は 84.6%(468 病院)に上った⁶⁶。

2-1 自治体病院の使命

近年、地方自治体や自治体病院の財政健全化に対する関心が高まっている。総務省は、2007 年に『公立病院改革ガイドライン』を策定し、2008 年には『公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書』を公表した。また、2009 年 4 月には『地方公共団体の財政の健全化に関する法律』が全面施行された。その他にも、2009 年度からは特定の自治体病院における経営改善の事例を調査するなどの事業として『公立病院経営改善事例等調査・研究事業』が実施されている。また、2009 年 12 月には『地方公営企業会計制度等研究会報告書』が公表され、公営企業会計に企業会計原則を適用することで経営実態を正確に把握する試みがなされている。これらは医療を所管する厚生労働省ではなく、総務省によってなされている。自治体病院のあり方については、医療政策の視点とともに経済性の視点が重視されつつある。財政的に永続可能な経営状態であって初めて、自治体病院の役割を安定的に確保できるのである。

2-2 自治体病院の存在意義

自治体病院は、医療法に定められた病院の区分とは異なり、地方公営企業法で分類されている。都道府県・市町村、及び条例によって定められる事務組合(国区民健康保険組合など)や広域連合によって運営される病院が自治体病院とされている。大半は都道府県立・市町村立であり、その数は 2011 年で 968 施設である。全国の公私病院総数は 8,567 施設であるから、自治体病院は全体の約 11.3%を構成している。1 病院当たり平均病床規模は約 241 床、1 病院当たり平均医師数は約 25 名である。

自治体病院に期待される役割としては、地域の医療体制の中核的な役割を果たすこと、民間病院が対応できない、或いは対応しない傷病に対応できる診療科や人材、施設、機械設備等を備えておくことなどが指摘できる。また、先端医療の実行組織として、医療分野全体の技術や治療方法等の向上を率先して行うという側面も有している。さらに、災害時等には医療提供の拠点として機能するに足るだけの、十分な耐久性や対応を可能とする建物や設備等を有することも求められる。このような使命を果たしうる組織として設立された自治体病院は、自治体病院以外の民間病院等でも行われている医療行為を提供することが可能な人材、建物、機械設備等を保有しているため、

⁶⁶ 不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。

一般的な医療行為、即ち収益医療も実施している。その結果、自治体病院が民間病院等と同様の組織であると認識されることが多く、経営状況の評価指標にも民間病院と同様の、会計上算定される期間損益の数値が用いられている。

自治体病院を一般的な企業として比較した場合、自治体病院とは営利主体ではなく非営利主体であるという点がある。即ち、病院という組織の主たる目的は利益獲得ではなく、出資者に対する利益配分でもない。しかし、非営利主体であるからといって、利益を獲得してはならないというわけではない。組織外部への剰余金の配当を行ってはならない組織であって、利益の内部留保を行うことは何ら問題がない。むしろ、病院は安定的な組織運営を行うためにも、利益の内部留保を積極的に行うべきである。

よって、病院の経営指標の一つに会計上算定される損益情報を適用することは、不適切な対応ではない。特に民間病院であれば、病院の設立或いは解散を経営者が意思決定することが可能であり、更には診療科の選択や増設、解散の決定権を経営者が有するという点からしても、損益情報を用いた組織の経営評価を行うことにはなんら問題ないといえる。

しかし、自治体病院に自院の損益情報をそのまま経営評価の指標として用いることは、必ずしも適切ではない。自治体病院の主たる目的は政策医療であり、政策医療が果たすべき重要な使命として、健全な地域医療の維持・存続と医療水準の向上が指摘できるからである。総務省の示す公立病院の目的でも明らかなように、採算性にかかわらず、地域で必要とされる医療の提供を行うことが、自治体病院の目的である。具体的には、採算性の低い診療科であっても地域住民の求めに応じて設置と存続を求められるのが、自治体病院である。更に先端医療に関しても、期間損失を増大させることが事前に明らかな医療行為であると予測できていたとしても、自治体病院は地域や自国の医療水準向上のために、先端医療を実施することとなる。

病院が実施している医療を大別する場合には、政策医療と収益医療という二つの領域に分けることが可能である。

政策医療は、国や地域の医療水準の向上を目的とした先端医療の実施や、他の民間病院では対応できない高度な医療行為、採算性の面で対応できない診療科を設けるといった行為である。

収益医療は、医業収益の獲得を前提とした医療行為の提供である。民間病院が行う医療行為は、基本的に収益医療であると言える。

自治体病院は、政策医療と収益医療の両方を実施している病院であるが、政策医療は収益獲得を前提として実施されるものではない。そして、政策医療の主たる担い手は自治体病院であることを考えると、自治体病院の主たる活動は政策医療であって、収益医療は政策医療に必要とされ

る人材や建物、設備等を転用しているに過ぎないという見方が可能である。

自治体病院の主たる活動を政策医療と位置づけた場合、自治体病院の損益情報をそのまま経営指標として用いることは不適切であることが理解できる。すなわち、主たる活動の評価指標を経営評価の中心とすべきであって、損益情報を評価の中心的な指標とすべきでない。自治体病院の経営を評価する際に会計上の期間損益情報をそのまま用いることが不適切である。

2-3 自治体病院の役割

前項に示した状況から、自治体病院は大きな岐路に立たされていると言える。この課題解決を目的として提示されたものが、2007 年 12 月公表の総務省公立病院改革ガイドラインである。そこでは、2008 年度中に各地方公共団体に公立病院改革プランの策定を求め、その策定プランには、①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し等を求めている。更にこの策定されたプランは、その実施状況について年1回以上の点検・評価・公表を行うことを求めている。特に経営の効率化については、経営指標に関する数値目標の設定を求め、病床利用率が過去3年間連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的に見直すことが適当であるとされている。

一方、これまで自治体病院は、地域の医療の担い手であるという主張がなされてきた。特に総務省公立病院改革ガイドラインでも、公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち採算性等の面から民間病院による提供が困難な医療である、例えば①へき地医療、②救急医療、③高度・先進医療、④臨床研修、⑤医師派遣拠点機能を提供することとしているように、現在でも自治体病院の役割が否定されているわけではない。自治体病院(地方公営企業法適用)の経営規模をみると、自治体病院のうちおよそ3分の1が300床以上の大規模病院であり、地域における基幹病院、中核病院として高度医療を中心に担っているといえる。また、全国自治体病院開設者協議会の資料によれば、「へき地医療拠点病院」では68.3%(2009年7月現在)、「救命救急センター」は38.5%(2010年10月現在)、「臨床研修病院」は29.7%(2010年9月現在)、「基幹災害医療センター」は56.1%(2010年7月現在)、「小児救急医療拠点病院」は38.7%(2010年3月現在)、「地域がん診療連携拠点病院」は38.7%(2010年4月現在)、「周産期母子医療センター」は40.5%(2010年4月現在)自治体病院が占めており政策医療において一定以上の役割・機能を果たしている。つまり、中には民間病院と補完関係にあるだけでなく、代替関係にある自治体病院も存在している。

政策医療について塩谷(2008)は、自治体病院の開設経緯・立地条件・規模・医療内容・実績等は千差万別で、都会には都会の、田舎には田舎の特性としての文化と生活があるとし、「都会の

論理」を一方的に地方に押しつけ、自治体病院の役割を画一的に「かくあるべし」と定義するのではなく、地域特性を反映した、個別性に富んだ医療を提供することが求められてくる。つまり、自治体病院がなすべき政策医療とは、単に高度医療や特殊医療をいうのではなく、むしろ「地域に不足している医療」でありまた「自治体が責任を担うべき医療」であり、さちには、「自治体病院だからこそ、やらなければならない医療」である。そしてそこに時代の要請推進役こそ、自治体病院の普遍的な使命の意義を見出すべきであると述べている(塩谷,2008)。また、小山田(2006)は、自治体病院の経営努力を必須としながらも、不採算な医療行為に対する補助金投入の必要性を主張している。救急医療が不採算な医療行為であるとするならば、それを支えるための補助金が政策医療に対する対価としての合理性を有するものであり妥当なものであるとしている。

しかし自治体病院の不採算問題は、地方自治体が大幅な財政難に直面している現在、そのあり方に関する議論に大きな影響を与えている。

第3節 自治体病院の経営形態

偏に自治体病院と言っても様々な経営形態が存在している。ここでは自治体病院の経営形態の種類について触れる。

3-1 地方公営企業法一部適用

自治体病院は、地方公営企業法により経営されていることが多く、経営責任の所在は明確ではない。また、自治体病院でも、民間病院でも病院は剰余金の配当を禁止されており、病院には利益を帰属させる請求者が存在しないため、病院経営者には利益を追求するインセンティブは有しない。

地方公営企業法一部適用病院における院長の権限は、財務管理等に限定され、予算原案、組織の設置、職員の任免、給与・勤務時間等の勤務条件、資産取得、労働協約締結は首長の権限である。更に一部適用では管理者が設置されず、病院の経営が能率的、合理的なものでなかったとしても、病院に経営責任を問うことはできない体制となっている⁶⁷。よって、民間病院に比して自律性は低いと言える。

小山田(2006)は、2003年度および2004年度の自治体病院と民間病院の経営データを比較し、自治体病院の経営は給与費や薬剤購入費が民間病院より高いことを明らかにした。またそれに

⁶⁷ 武(2006)によると、「国立病院が独立行政法人化し、その経営のあり方を大きく変えたのに比べ、自治体病では50年1日のごとく、同じやり方の病院も多い。病院経営を取り巻く環境は年々悪化している昨今では、自治体病院も事業管理者という経営責任者を置いて、企業体として動くべき時に来ていると考え、その普及を各地方自治体に働きかけている。」と指摘している。

に伴い、自治体病院の赤字経営体質は放置できない重要な課題であるとして、自治体病院の赤字経営脱却のためには、病院経営の責任の明確化を図ること、自治体病院の地方公営企業法全部適用などの改革が必要であると提言している。

病院が赤字でも、開設者である自治体の首長は黙認し、議会も赤字決算を認めて、そのつけを住民に積み残している。赤字病院の病院長も職員も定年になれば退職金をもらい赤字に対しても責任はない。赤字国債を増発して誰も責任を取らない国のやり方そのままである。これが最大の問題なのである(小山田,2003)。また堀(2007)は、自治体病院担当者へのアンケートに基づいて自治体病院と民間病院の平均給与を比較し、自治体病院の経営悪化の構造要因として、自治体病院における政策医療の実施と年功序列型の公務員給与体系が関係していることを明らかにした。堀は、経営責任を明確にし、給与体系の見直しなどを含むさまざまな経営手法を採用することによって、自治体病院の経営は改善できる余地があると指摘している。

3-2 全部適用による経営責任の明確化

自治体病院の経営責任を明確化させる手法としては、地方公営企業法の全部適用導入があげられる。

従来主流は地方公営企業法の財務規定のみが適用される一部適用となっていたが、近年これを全部適用とし、事業管理者を設置することにより、人事・労務等をも委ねる手法を採用する自治体病院が増えている。2009年3月現在で949病院の内29.4%の279病院が全部適用病院となり、前年度より8.6%も増加した(表7)。

表8に示すように地方公営企業法の規定により、病院事業に対し財務規定等の一部適用のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより管理責任者である事業管理者に対し、人事、予算、契約の締結等に係わる権限が付与され、首長に与えられた権限の多くが病院管理者(病院長)に移譲される。病院管理者を設置するということは病院経営に長けた人事を可能にし、経営責任の明確化という経営のガバナンスにも繋がる。そして経営状況に応じた職員の人事・給与体系への移行や職員の経営への参加を促すことで、職員のコスト意識の改善や職員の努力に対する適正な評価が為されることとなる。

齋藤(2009)は、全部適用病院と一部適用病院の経営に及ぼす効果に関する研究を行った。全部適用及び一部適用の同規模類似病院に、それぞれほぼ同様の方法で経営改革を行い、全部適用化の経営改革に及ぼす実際の効果を検証した結果、全部適用病院は、医療の経済性と公共性を両立できる最適の経営形態であると指摘した。

① 全部適用病院では、一部適用病院で困難であった経営管理体制の改革の目標をおおむね達成するとともに、それ以外の医療・経営全般の改革の目標も、一部適用の病院より迅速に達成した。それに伴い、収支均衡を一部適用の病院よりも早期に達成できた。

② 全適化の実際の効果は、法律上予測される効果よりはるかに大きかった。法律上の個別条項による効果は経営管理体制の改革に限定的であったが、病院事業管理者の設置による効果が医療・経営の改革全般に及び、かつ大きいことがその理由と考えられた。

また武(1996)は、当時において全部適用に移行した病院では、医療経営に通じた管理者を採用していることなどから、地域の中核的な大型自治体病院(500 床以上)を取り上げ、医業収益の中から他会計負担金を差し引き、医業費用で除した修正医業収支比率によってランキングを行った。ランキングの上位 12 病院では、①医師、及び職員の年齢、②職員給与割合、③一日平均患者数、④入院一日一人当たり収入、⑤一般病床利用率の各指標によるランキングにおいても上位に位置することが分かった。

佐藤(2005)は、法の適用形態(一部適用・全部適用)を従属変数、また収益性(医業収支等)、生産性(粗付加価値率等)、費用構造(職員給与費比率)、規模(病床数等)、および政策負荷(立地条件、補助金等)の財務を中心とした限定された範囲ではあるが各指標を独立変数とするロジスティック回帰を行った。その結果、自治体病院全体については生産性を示す粗付加価値率、また自治体病院については、収益性を示す実質収益対経常費用比率について、全部適用病院の経営状況は一部適用病院を上回る財務比率があるという事を証明した。これは地方公営企業法の全部適用が、自治体病院の経営効率の向上にとって効果があることを示している。

確かに、2012 年度地方公営企業年鑑において経営指標を「全部適用病院」と「一部適用病院」とで比較(表 9)してみると、経常収支比率では「全部適用病院」は「一部適用病院」よりも 0.8 ポイント上回っている。他会計繰入金対経常収支比率を見てみると一部適用病院よりも全部適用病院の方が 0.8 ポイント低い。つまり、一部適用病院よりも全部適用病院の方が繰り入れ金額の投入率が低い事になる。病院単体としての医業収支比率では、1.9 ポイントも高い。

しかし、全部適用病院では人事管理について権限委譲がなされているにもかかわらず、職員給与費対医業収益比率は、全部適用病院では 54.0%と、一部適用病院に比して実に 1.3%も高い。これらの数値は、全部適用病院は必ずしも自治体病院の経営健全化を裏付ける政策ではない根拠を示唆するものである。

全部適用病院では「組織・人事・定数・予算・給与・契約」等の権限と、「任期 4 年以内に成果を生みださなければ、罷免されることもあり得る」という明確な経営責任をあわせもつ病院事業管理者

を配置することによって、一部適用病院とは異なる、独立性・弾力性・迅速性・企業性に富んだ病院運営が可能となる。しかし、人事権に関しても、制度上は病院事業管理者の権限において職員を採用することができるが、現実には「人事委員会の承認」が必要であるという障壁が存在する。また医師の年俸制導入や病院職員の給与制度の見直し等、全部適用で付与された権限を実際の病院経営に反映させた事例は殆どないのが現実である。つまり、全部適用という制度の趣旨を、十分に活かすための院内外の環境は、まだまだ十分には整備されていないといえる。

3-3 地方独立行政法人

地方独立行政法人は、公共の見地からその地域において、確実に実施される必要のある事業のうち地方公共団体が直接実施する必要はないものの、民間の主体に委ねては確実な実施が確保できない恐れがあるものを効率的、効果的に行わせるため、地方公共団体が設立する法人である。

病院事業を行う地方独立行政法人は公営企業型と言われ、職員の雇用形態により特定（公務員型）と一般（非公務員型）の2種類ある。

メリットとしては、財務、職員定数・人事、予算、契約などの面で地方公営企業法の全部適用よりも、自律的な経営が可能となり、中期経営計画と定期的な法人業績評価等により、権限と責任の明確化に資することが期待される。

デメリットとしては、法人の設立に一定の手続きに時間がかかり、地方公営企業法全部適用と同様に有能な経営者の確保が課題である。出資や長期借入金は、地方公共団体に限定されているため、財政的基礎の確保の点では実質的には公設と同じであり、一定の経営上の制約を受ける事があげられる。

3-4 指定管理者制度(公設民営方式)

指定管理者制度とは、地方公共団体が設置した施設の管理に関する権限を、当該地方公共団体が指定する指定管理者に委任して行わせるものであり、公設民営方式とも言われる。地方自治法の規定により、法人その他の団体であって当該普通地方公共団体が指定するものに、公の施設の管理を行わせる制度である。民間の医療法人等⁶⁸を指定管理者として指定することにより、民間

⁶⁸ 指定管理者の範囲については、特段の制約を設けず、出資団体に限らず一般民間事業者も議会の議決を経て指定管理者となることができる。指定は、期間を定めて行う。設置者たる地方公共団体は、管理権限の行使自体は行わない。また、指定管理者が地方公共団体の指示に従わないとき、その他当該指定管理者による管理を継続することが適当でないと認めるときは、指定の取消や業務停止命令を行うことができる。適正な管理の

事業者の能力を活用し、民間的経営手法の導入し、効果的・能率的な公の施設の管理を実現する観点から、適正な管理を確保するための規定を整備した上で、指定管理者に対し、処分に該当する使用許可まで行わせることができる。人材確保や病院運営に係わる公共の業務負担がなくなり、前述の経営形態よりも指定管理者(事業者)の病院経営の裁量自由度は拡大できる。しかし、適切な事業者の選定、事前に自治体の要求する医療水準と事業者側の提供可能医療水準の調整、また地方公共団体と事業者との適切な負担区分とリスク管理等⁶⁹が課題である。従前の地方独立行政法人制度との相違点を以下列挙する。

- ① 地方独立行政法人制度では、当該施設を地方公共団体から分離・独立して地方独立行政法人に移管し、当該地方独立行政法人の責任により管理を行わせるが、指定管理者制度では、公設民営で行われる。
- ② 地方独立行政法人では、利用者に損害を与えた場合は基本的に地方独立行政法人自身が責任を負うのに対し、指定管理者制度においては、原則として当該地方公共団体が責任を負う。

指定管理者制度には「料金収受代行制」と「利用料金制⁷⁰」という 2 つの方式が存在する。指定管理公立病院においては、診療報酬の取り扱いに関連して利用料金制のメリットが強調されている。

通常の公共施設では、条例により施設の利用料金が定められ、その料金は指定管理者が徴収を代行し、最終的には地方公共団体の収入となり、管理運営に必要となる経費が指定管理者に支払われるというのが料金収受代行制度である。一方、指定管理者となる事業者の経営努力を誘導し、事務の効率化を図る目的で、指定管理者が収受した施設の利用料金を指定管理者自身の収

確保のために、各地方公共団体の条例で、指定の手続き、管理の基準、業務の範囲等を具体的に定めることとしている。その他、事業報告書の提出期限、委託料の金額、施設内の物品の所有権の帰属等の管理業務の実施にあたっての詳細な事項については、両者による協議で定める。

⁶⁹ 指定管理者が管理する施設の管理の適正を期するため、地方公共団体から指定管理者に対して以下の監督体制が存在する。

- ① 指定管理者は毎年度終了後、その管理する公の施設の管理業務に関し事業報告書を作成し、当該施設を設置する地方公共団体に提出しなければならない。(地方自治法第 244 条の 2 第 7 項)
- ② 地方公共団体の長または委員会は、指定管理者に対して管理の業務または経理の状況に関し報告を求め、実地について調査し、または必要な指示をすることができる。(地方自治法第 244 条の 2 第 10 項)
- ③ 普通地方公共団体は、指定管理者が前項の指示に従わないときその他当該指定管理者による管理を継続することが適当でないと認めるときは、その指定を取り消し、又は期間を定めて管理の業務の全部又は一部の停止を命ずることができる。(地方自治法第 244 条の 2 第 11 項)
- ④ 監査委員または外部監査人が、指定管理者が行う公の施設の管理業務に係る出納関連の事務について監査を行うことができ、その結果については公表することとされている。なお、指定管理者の管理業務そのものについては監査の対象とはならない。(地方自治法第 199 条第 7 項)

⁷⁰ 地方自治法第 244 条の 2 第 8 項(公の施設の設置、管理及び廃止)

普通地方公共団体は、適当と認めるときは、指定管理者にその管理する公の施設の利用に係る料金(事項において「利用料金」という。)を当該指定管理者の収入として収受させることができる。

入とするというのが利用料金制度である。よって、利用料金制度は独立採算を目的とする自治体病院に適していると言える。しかし利用者に対して安価で公平なサービスを提供することに重きを置く自治体病院においては料金収受代行制度のほうが無難であるとされている。利用料金制度と料金収受代行制度の比較を表 10 に示す。

第 4 節 青森県内主要都市の自治体病院の経営実態

総務省自治財政局編「地方公営企業年鑑」から、地方公営企業法が適用される自治体病院の損益推移の状況(表 11)を見ると、2012 年度の医業収支は 2,703 億円の赤字となったが、前年より 1,341 億円改善している。しかし、経常収益から経常損失を差し引いた経常収支については 110 億 2,344 万円の赤字となり、経常収支は前年よりも 15 億 5,289 千万円減少している。更に 887 億 9,740 万円もの特別損失を計上し、純損益は 3,594 億 4,013 万円もの赤字となり、前年度よりも 3,588 億 6,335 万円も増加した。

表 12 の貸借対照表推移の状況を見ると、資金の不足状態を示す不良債務は約 106 億円で前年度に比べ約 48 億円(31.48%)減少しているが、依然経営悪化が顕在化している。一般会計から多額にわたる補助金投入に加え、収支は慢性的な赤字構造となっており、その不採算性と合わせて、現在地方財政上の重要な課題となっている。

総務省地方公営企業年鑑(2012 年度)によると、自治体病院 847 病院のうち損益差額から見た黒字・赤字病院の割合(表 13)は、黒字病院は 48.44%(404 病院)、赤字病院はその過半数を超える 51.55%(430 病院)にも上った。経営主体別の黒字・赤字の割合を見ると、都道府県立では黒字病院は 50.32%、赤字病院は 49.67%、政令指定都市立では黒字病院は 51.35%、赤字病院は 48.65%、その他の市立では黒字病院は 47.81%、赤字病院は 52.19%、町村立では黒字病院は 45.35%、赤字病院は 54.65%、事務組合立では黒字病院は 51.92%、赤字病院は 48.08%となっている。

また、病院種類別の黒字・赤字病院の割合(表 14)を見ると、一般病院における黒字病院は 48.44%、赤字病院は 51.56%、結核専門病院は全国で唯一 1ヶ所配置されているが赤字であり、精神病院における黒字病院は 50.00%、赤字病院は 50.00%となっている。

更に、病床規模別の黒字・赤字病院の割合(表 15)では、500 床以上の大規模病院では黒字病院は 74.71%、赤字病院は 25.29%、400 床以上 500 床未満の病院の黒字病院は 71.01%、赤字病院は 28.99%、300 床以上 400 床未満の病院の黒字病院は 44.86%、赤字病院は 55.14%、200 床以上 300 床未満の中規模病院の黒字病院は 34.12%、赤字病院は 65.88%、

100 床以上 200 床未満の病院の黒字病院は 40.38%、赤字病院は 59.62%、50 床以上 100 床未満の病院の黒字病院は 45.66%、赤字病院は 54.34%、50 床未満の小規模病院の黒字病院は 47.76%、赤字病院は 52.24%となっている。この統計から、特に 100 床以上 400 床未満の病床規模において赤字病院が黒字病院の割合を上回っていることから、自治体病院の経営規模によって技術効率性と規模の経済性(瀬口,2011)⁷¹が存在する事が示唆される。

2011 年度時点における累積欠損金残高は 1 兆 9,581 億 2,306 万円で前年度に比べ 3.66% (744 億円)減少しているものの、期間損益で純損失を計上している状況を鑑みると、何らかの公的資金を投入し、これを補填している事が伺える。

表 5 は、自治体病院の病床数と患者数の推移を時系列に示したものである。病床数は 2000 年度から平均すると毎年 $\Delta 1.56\%$ 減少し、2012 年度には 196,124 床に至っている。一方、年間延入院患者数も 2000 年度から平均すると毎年 2.58% 減少し、2012 年度には 52,578,441 人にまで落ち込んでいる。よって、当然の事ながら病床利用率も減少する傾向にあり、自治体病院の経営をさらに圧迫している。

本節では個別の事例として、青森県内主要都市の自治体病院の財務諸表より経営分析を行い、経営の実態を把握する。

4-1 むつ総合病院

青森県むつ市にあるむつ総合病院(むつ市小川町 1 丁目 2 番 8 号)は、1874 年 8 月に青森町の「私立病院済衆社田名部分院」として創立して以来、青森県下北半島のほぼ中央部に位置する 1 市 1 町 3 村による病床数 434 床(2012 年現在)の自治体立病院である。半島内唯一の総合病院であり、中核基幹病院でもあるため多くの患者が集中する。また、県内主要都市から遠隔にあるため、むつ総合病院での完結が求められている。むつ総合病院は下北地域保健医療圏における中核病院として、青森県が 2003 年 9 月に策定した「自治体病院機能再編成計画」において、脳卒中、癌、心筋梗塞などの一般的な医療を完結させるため医療機能の充実、強化を図るべきとされたところである。圏域内において、手術体制・設備を備える唯一の施設として、二次医療を中心に医療サービスを提供し、地域がん診療連携拠点病院として、放射線治療、化学療法、外科治療

⁷¹ 瀬口(2011)は、全国の自治体病院(一般病院)836 病院の技術効率性と規模の経済性を評価し、その上で、関西圏の自治体病院と、全国及び関東圏の自治体病院との技術効率性を比較検討した。その結果、自治体病院全体の平均で、約 20%前後の技術非効率が生じていることを証明した。また、規模の経済性に関して、運営効率の維持を前提とし、病床規模の改善によってより効率的な経営が可能になる病院が 718 病院(全体の約 85.9%)と存在している事を明らかにし、更に地域的傾向としては、関西圏の自治体病院の効率度合いが、関西圏を除く全国や関東圏よりも上回っていることを明らかにした。総じて、小規模病院よりも大規模病院の方が効率的に運営されている事実を証明した。

など統合的で、高水準のがん治療をも提供していくものである。また、二次救急医療機関として、むつ市のみならず圏域全体における事故、疾病に対応し、圏域住民の安全、安心を確保していくものである。

入院患者数は第五次病院事業経営健全化計画による努力目標を掲げてはいるが、表 16 によると 2002 年度から 2012 年度まで平均すると $\Delta 0.45\%$ 減少の一途を辿っている。個別には 2009 年度 11 月から脳神経外科医師の退職に伴い、入院診療ができなくなったため前年度と比較すると $\Delta 3.68\%$ 減少となった。

病床利用率は 2002 年度から 2012 年度まで平均すると 83.92%だが、毎年平均 0.55%程度微増している。しかし、2009 年度 10 月からメンタルヘルス科病棟の稼働病床数を減らしたことにより、前年度よりメンタルヘルス科入院患者数は $\Delta 10.50\%$ 減少しているものの、それに伴い病床利用率は前年度より+6.48%改善している。

2002 年度から 2012 年度までの 11 年間の医業収益対医業利益比率の推移を見てみると 2007 年度に一度医業収支比率は $\Delta 0.06\%$ となり、損益分岐点に近い数値まで改善したが、そのピークを境に 2012 年度の医業収益対医業利益比率は、 $\Delta 7.46\%$ ($\Delta 7.40$ ポイント)となった。2012 年度は、医業収益 84 億 6,697 万円に対して医業費用は 90 億 9,837 万円で、医業収支は $\Delta 6$ 億 3,140 万円の赤字となっている。

また、経常収支比率としても 2006 年度から 2008 年度にかけて毎年平均 0.02%微増推移しており、2009 年度に一度 100%を下回ったが 2010 年度はかろうじて 100.07%と改善している。一概には言えないが、『その他医業収益』の医業収益に占める割合が年々増加している事も注意しなければならない。

医業費用の推移について見ると、医業費用の総費用に占める割合は、平均すると約 93.68%であり、また医業費用は 2002 年度から 2012 年度の間に毎年平均 0.25%微増している。職員給与費対医業収益比率は 2012 年度 60.52%となり、全体としては平均 0.03%上昇傾向にあり 50%台を下回る傾向にはない。材料費対医業収益比率は 28~29%前後で微増推移している。公的医療機関の場合は 32%~34%の範囲が望ましいとされていることから、今後は材料購入費の徹底した原価計算をはじめ、棚卸の洗い出し、適切な原価管理の整備が求められる⁷²。経費率については、9%台から 11%台に上昇傾向を示しているものの、一般的に良好な範囲にとどまっていると言える。減価償却費対医業収益比率は 2002 年度から 2012 年度まで平均 $\Delta 0.3\%$ 程度減少して

⁷² 2011 年 10 月 7 日、むつ総合病院の財務担当者へヒアリングを行った。自治体病院においては、医薬品や医療資材等は入庫と出庫の管理のみで、棚卸しという会計処理を行っていないという事である。

いる。これは新たな設備投資を行なっていないことが伺える。

医業外収益では、2007 年度に一度減少したがその後微増推移している。医業外収益で大半を占めているのは、市町村補助金、市町村負担金、補助金である。補助金の内訳は国庫補助金と県補助金である。補助金は 11 年間平均すると 11.01%減少しているのに対して市町村補助金は 8.17%、市町村負担金は 174.26%も増えている。

流動比率は 2008 年度にようやく 100%を超えたが、年々下降はしているものの 2012 年度においては 38 億円もの一時借入金計上されている。

4-2 八戸市立市民病院

青森県八戸市にある八戸市立市民病院(八戸市大字田向字毘沙門平 1 番地)は、1976 年 12 月 26 日条例第 57 号に基づき設置された市立の病院である。市民の生命と健康を守るため、常に医療の質の向上に努め、患者中心の恕(おも)いやりのある医療を提供する事を理念として、青森県の南東部に位置する病床数 584 床の基幹病院である。青森県内では青森県立中央病院(青森市)とともに、中核病院として高度な先進的医療を提供しており、地域の中核的基幹病院として、他の医療機関では提供できない不採算医療をはじめとする医療の提供、医療機能の充実が求められている。

- ① 救命センター、周産期センターを含む急性期医療
- ② 地域がん診療連携拠点病院、脳血管疾患、心疾患等への対応などの高度な専門医療
- ③ 地域完結型医療を推進する地域医療連携機能等の充実
- ④ 医師不足対策の一環としての臨床研修機能の充実
- ⑤ 災害拠点病院、緊急時被ばく医療等のその他政策的医療

八戸市立市民病院の 2002 年度から 2012 年度までの各指標(表 17)によると、病床利用率は 2002 年度から 2012 年度まで平均すると 90.08%で、ほぼ横ばいで推移している。

医業収支の推移では、毎年上昇傾向があり、特に 2012 年度は前年に比して 3.45%増加した。医業収益対医業利益率は 2002 年度より毎年平均 0.70 ポイント程度上昇推移している。特に 2010 年度においては 100%に達しており、2008 年度より経営形態を、後述する法の全部適用へ移行しており 2009 年度より飛躍的に上昇した事との因果関係がある事が示唆される。

医業費用の推移について見ると、医業費用の総費用に占める割合は平均すると約 92.55%であり、また医業費用は 2004 年度から 2010 年度の間に毎年平均 2.26%程度微増している。しかし、

材料費対医業収益比率、減価償却費対医業収益比率、経費対医業収益比率、職員給与費対医業収益比率は、全体的に平均すると毎年 $\Delta 0.01\%$ 程度で推移しており、若干ではあるが相対的に医業費用は圧縮されていると考えられる。

医業外収益では、2009年度に一度20億を超えたが2010年度には $\Delta 15.52\%$ 減少した。医業外収益で大半を占めているのは、市町村負担金と補助金である。市町村負担金は2009年度17億に達したが、2010年度は $\Delta 19.70\%$ 減少した。しかし、やはり他会計繰入金⁷³は増加傾向にあり、他会計繰入金対経常収益比率に見られるように、2012年度においても経常収支に対して9.88%も他会計繰入金が入入されている。流動比率は2008年度にはようやく100%を超え、固定長期適合率も100%を下回った。

4-3 三沢市立三沢病院

三沢市立三沢病院(三沢市大字三沢字堀口164番地65号)は、1958年10月に青森県厚生連から三沢市に移管され、三沢市立三沢病院として発足以来、上北郡、十和田市、三沢市を含む上十三地域(かみとおさん)保健医療圏における病床数220床の中核病院である。

三沢市立三沢病院の2004年度から2010年度までの各指標(表18)によると、病床利用率は2002年度から2012年度まで平均すると87.89%と、ほぼ横ばいで推移している。医業収支比率は2002年度よりほぼ横ばいで推移しているが、2012年度における経常収支比率は前年より $\Delta 0.95$ ポイント減少した。医業費用の推移について見ると、医業費用の総費用に占める割合は平均すると約93.71%であり、また医業費用は2002年度から2012年度の間に毎年平均 $\Delta 0.04\%$ 程度減少している。

特段目立った指標としては、流動比率が2010年度には前年より101.92ポイント増加し、合わせて自己資本比率⁷⁴も6.89ポイント増加した。また、外部からの借入金はなく、不良債務比率(資金不足比率)も2002年度より毎年平均 $\Delta 2.89$ ポイント改善されており、資金繰りは良好といえる。

⁷³ 公営企業に対しては、経営の健全化を促進し経営基盤を強化するため、一般会計から繰入(負担・補助等)を行っており、その運用上の基準としては、総務省から繰入金に関する通知が出され、一般会計が負担すべき経費や基準等が示されている。建設改良に要する経費、へき地医療の確保に要する経費、救急医療に要する経費、附属診療所の運営に要する経費、結核病院・精神病院の運営に要する経費、高度医療等に要する経費、附属看護師養成所経費、保険衛生活動費、経営基盤強化対策に要する経費に順じている。地方公営企業法2条「第17条の2第1項:第1号(1号該当経費、1号経費)、第2号(2号該当経費、2号経費)」。

⁷⁴ 自己資本比率とは、総資本のうちどの程度が自己資本でまかなわれているかを示す指標である。つまり、総資本に占める自己資本の割合が大きいほどその企業は返済不要の資本を元に事業を行っていることになるため、借入金の返済負担が少なく安全な経営が行われていると判断される。自己資本は、通常では株主からの拠出金と内部留保で構成される。しかし、自治体病院のケースでは資本の部に公営企業債等と言った「借入資本金」が存在するため、自己資本の定義として資本金合計額より借入資本金を控除して算出した。

・ 自己資本比率=(資本金合計額-借入資本金)÷総資本

4-4 十和田市立中央病院

十和田市立中央病院(十和田市西十二番町 14 番 8 号)は、十和田市とその周辺町村の基幹病院であり、救急指定病院、災害拠点病院に指定され、青森県二次医療圏の一つである上十三地域保健医療圏の中核的病院として、地域の医療・保健・介護福祉との連携の強化を図り、地域住民の医療・福祉の大きな役割を担っている。しかし、2008 年 5 月に開設した新病棟の建設費約 164 億円が経営を圧迫し、2009 年度末の不良債務は 15 億 4,727 万円にも上った。2009 年度末決算において資金不足比率が 27.8%に達し、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」に定める資金不足比率 20%基準を超えたため、個別外部監査を行い、財政健全化計画の策定が義務付けられた。2009 年 3 月に市が策定した病院改革プランによると、新病棟の開設により患者数は増えると予想し、2010 年度末には不良債務を解消する計画であった。しかし、実際には医師不足などで想定した診療ができず、患者数は入院、外来ともに伸びず、新築や高度な医療器具の導入に伴う支出により、収支が悪化し、経営健全化団体へ転落した。表 19 の病床利用率も 2008 年度より増加傾向にはあるが、2010 年度において 73.09%と改革プラン 2010 年度目標値の 81.5%より 8.41 ポイントも低い実績となった。

現状では、一般会計から毎年度約 15 億円程度の一般会計繰出金を支出しなければならない状態である。既に経営形態の見直しや人件費の削減等を進めているが、建設費にかかる地方債約 164 億円は 2008 年度から 30 年かけての元利償還、更には、医業収入の面では入院、外来とも目標の患者数を達成できていない状況を鑑みると、今後も長期にわたり十和田市民への重い税負担が懸念される。病院開設者である十和田市長は、病院事業だけで不良債務を償還するのは困難であると判断し、2010 年度末に不良債務 15 億 4,724 万 7,000 円を一般会計から病院事業に繰出した。これにより法律で定める財政健全化計画の策定は不要とはなったが、このままの経営が続けば不良債務は毎年 15 億円ずつ増えていき、病院の赤字が市の財政を圧迫し、市そのものが財政再生団体に転落する危険性もある。

4-5 弘前市立病院

弘前市立病院(弘前市大字大町 3 丁目 8-1)は、1958 年 12 月、厚生連津軽病院が弘前市に移管されて発足した弘前市国民健康保険津軽病院が前身であり、1971 年 4 月に弘前市立病院と改称となった。

表 20 より、医業収益対医業利益率の推移を見てみると 2007 年度を境に平均 0.44 ポイント改

善しており、また、経常収支比率も 2007 年度から 2012 年度にかけて平均 1.88 ポイント改善している。職員給与費対医業収益比率も毎年平均 $\Delta 0.04$ ポイント減少しており、収益的収支は改善の傾向を示している。また、流動比率や固定長期適合率も 2008 年度を境に改善の傾向は見られ、一時借入金の減少により借入金比率、負債比率も減少傾向にあり、自己資本比率も平均 0.51 ポイント改善している。

しかし、病床利用率は毎年平均 $\Delta 1.56$ ポイント減少しているが、一方で患者 1 人 1 日当り入院収益は毎年平均 2.73 ポイント増加しており、入院収益対外来収益比率も平均 0.87 ポイント増加している。1 日平均外来患者数は平均 $\Delta 1.51\%$ 減少しているものの、患者 1 人 1 日当り外来収益は平均 6.09%も増加している。つまり、入院、外来共に単価を増加させているという状況が想定される。

4-6 主要経営指標推移の比較

むつ総合病院、八戸市立市民病院、三沢市立三沢病院、十和田市立中央病院、弘前市立病院の主要経営指標⁷⁵を全国自治体病院、全国市立病院（総計、黒字、赤字別）の統計値とで推移を比較する（表 21）。

流動比率は、流動負債を流動資産がどの程度カバーしているかを示す比率であり、この比率が高いほど、短期的な資金繰りに余裕があることを示している。流動比率が 100%以下であれば、短期的な支払いのために自己資本や固定負債が使用されていることになる。むつ総合病院は、2006 年度より安定的に改善してきており、2008 年度でようやく 100%を上回った。しかし、年々減少傾向はあるが一時借入金が 2012 年度時点で総資産の約 29%程度も占めている。八戸市立市民病院は、2011 年度に比して 2012 年度は 36.66 ポイントも改善している。しかし、2008 年度より公営企業債を毎年 11 億 9 千万円発行しており、病院事業の本業から生み出された短期的資金繰りが改善したわけではない。三沢市立三沢病院は、2009 年度末決算において約 52 億円もの未払金を計上しており、111.90%まで減少したが、2010 年度においては 101.92 ポイント改善し、2012 年度は 350.26%と改善している。十和田市立中央病院は、2005 年度～2009 年度にかけて 100%を下回り、特に 2007 年度と 2009 年度に至っては 50%をも下回り、資金繰りが大変危険な状況となった。弘前市立病院も 2002 年度から 2011 年度にかけて 100%を下回っていたが、2012 年度

⁷⁵ 財務指標としては、地方公営企業年鑑上のデータから算出可能な、13 の財務指標を利用した。なお、損益計算書は個別病院別に公表されているものの、一部事務組合下北医療センターのように複数の病院を持っている場合、貸借対照表は複数の市立病院全体での公表となっており、個別病院ごとの総資産額などは把握できない。よって、本研究では個別の財務諸表を請求し、個別に分析した。

にようやく 100%を上回った。

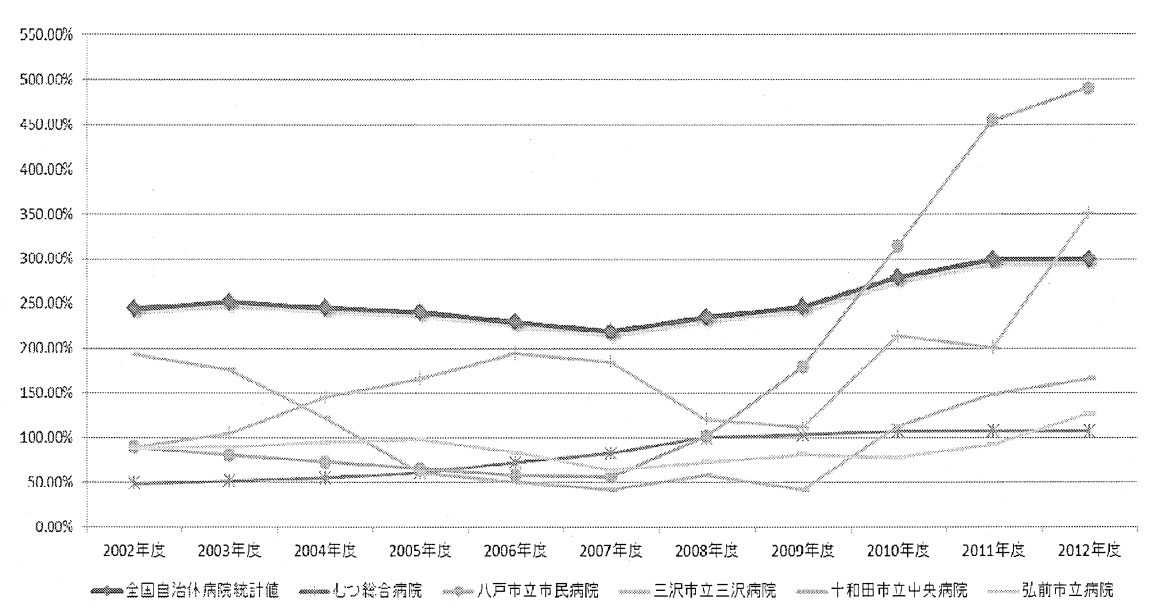


図 14. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の流動比率の推移

未収金回転率は、未収金の回転速度を示すもので、高ければ高いほど回転が速く、債権が未回収のまま残留する期間が短いことを示している。むつ総合病院の平均値は 1.54 回転となっており、全国自治体病院統計値と比較すると実に 4.01 回転も低い。この指標が 1.54 回転ということは、未収金が約 7.76 ヶ月で回収されている事を意味する。医業収益の大半を占める診療報酬は、レセプト請求⁷⁶により 3 ヶ月後に入金することから、その倍以上もの期間回収されずにいる状態にある。また、三沢市立三沢病院は 2009 年度に前年に比して未収金が 74.60%増加し、未収金回転率が△3.48 ポイント減少した。2002 年度から 2012 年度までの平均値は 4.78 回転となっている。この指標が低いということは本業において資金繰り悪化を招くことは言うまでもない。

⁷⁶ レセプト(Rezept)とは、患者が受けた診療行為について、医療機関が保険者(市町村や国民健康保険団体連合会等)に請求する医療報酬の明細書を指す。

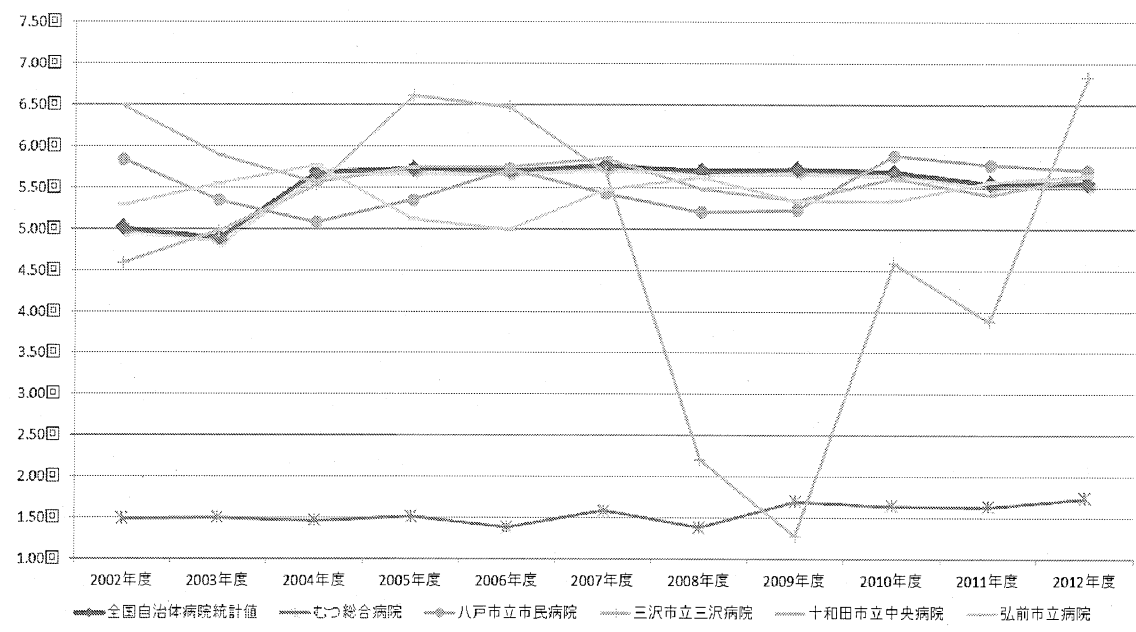


図 15. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の未収金回転率の推移

不良債務比率は、医業収益に占める不良債務の割合を示しているので当然比率が低いほど経営状態は良好と言える。三沢市立三沢病院以外は平均値に比して非常に高い値で推移しているが、2008年度にはむつ総合病院と八戸市立市民病院は10ポイント以上一気に減少しており、資金繰りが良好になった事を意味する。しかし、2008年度における両病院の他会計繰入金額は、前年に比してむつ総合病院は27.19%、八戸市立市民病院は14.22%増加した。十和田市立中央病院は個別の例にも示したように、2007年度、2009年度は20%基準を上回っている。弘前市立病院は平均3.22%程度で推移しているが、平均値に比して高い状況が続いている。

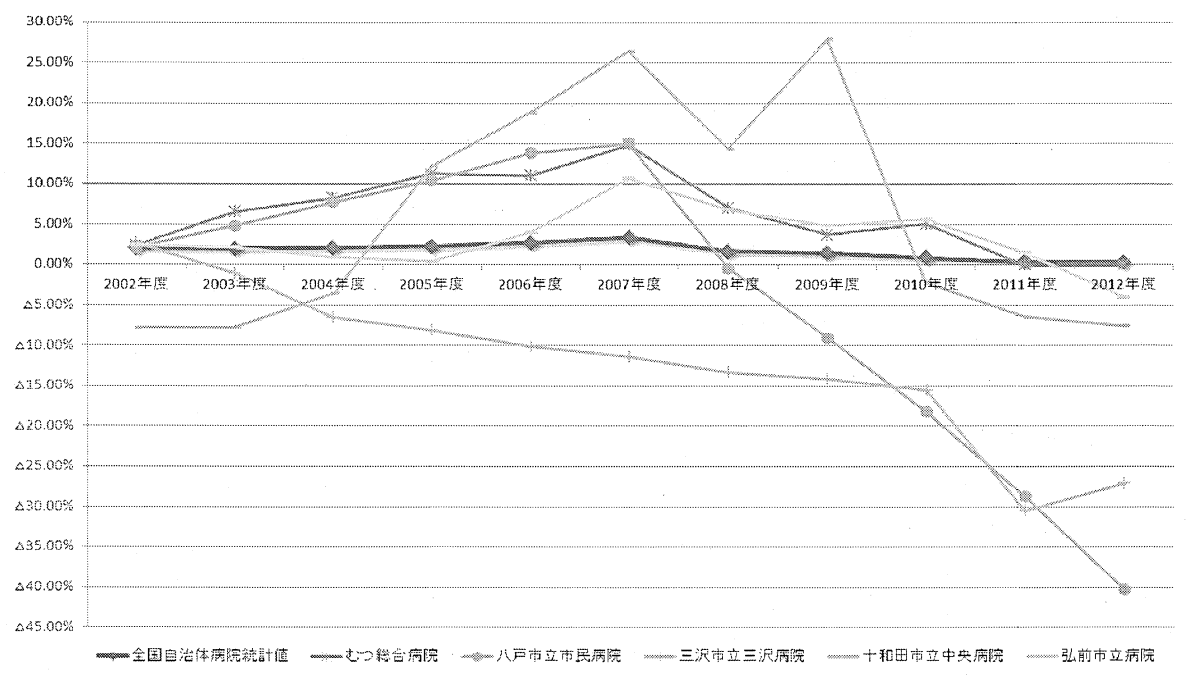


図 16. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の不良債務比率の推移

累積欠損金率⁷⁷は、累積欠損金比率は、事業体の経営状況が健全な状態にあるかどうかを、累積欠損金の有無により把握しようとするもので、医業収益に対する累積欠損金の割合をいう。この比率が高いほど単年度収益に比べて累積欠損金が多いことを示し、経営が悪化しているといえる。むつ総合病院は2002年度から2007年度まで、八戸市立市民病院は2003年度から2009年度まで、十和田市立中央病院は2012年度に100%を上回っている。つまり、この指標が100%を超えるという事は、累積未処理欠損金額が1年間の医業収益額と同等以上という事を意味する。むつ総合病院は、2009年度に1.23%、2010年度は $\Delta 0.08\%$ まで下がっているが、これはむつ市本体の他会計勘定で処理したことによるものである。

⁷⁷ 累積欠損金比率とは、地方公営企業法適用企業で、過去からの赤字のことを累積欠損金と言う。純損失を積み上げた未処理欠損金には、減価償却費等の実際に現金支出がない費用も含まれているため、資金繰り不足を表すものではないが、累積欠損金が発生している以上は、経営の健全性に何らかの課題があると言える。累積欠損金が少なくてもこの比率が高い場合は、経営努力だけでは累積欠損の解消が困難となり、一般会計からの補助等が必要となることがある。この指標がマイナスの場合は、当年度未処分利益剰余金が計上されていることを意味する。

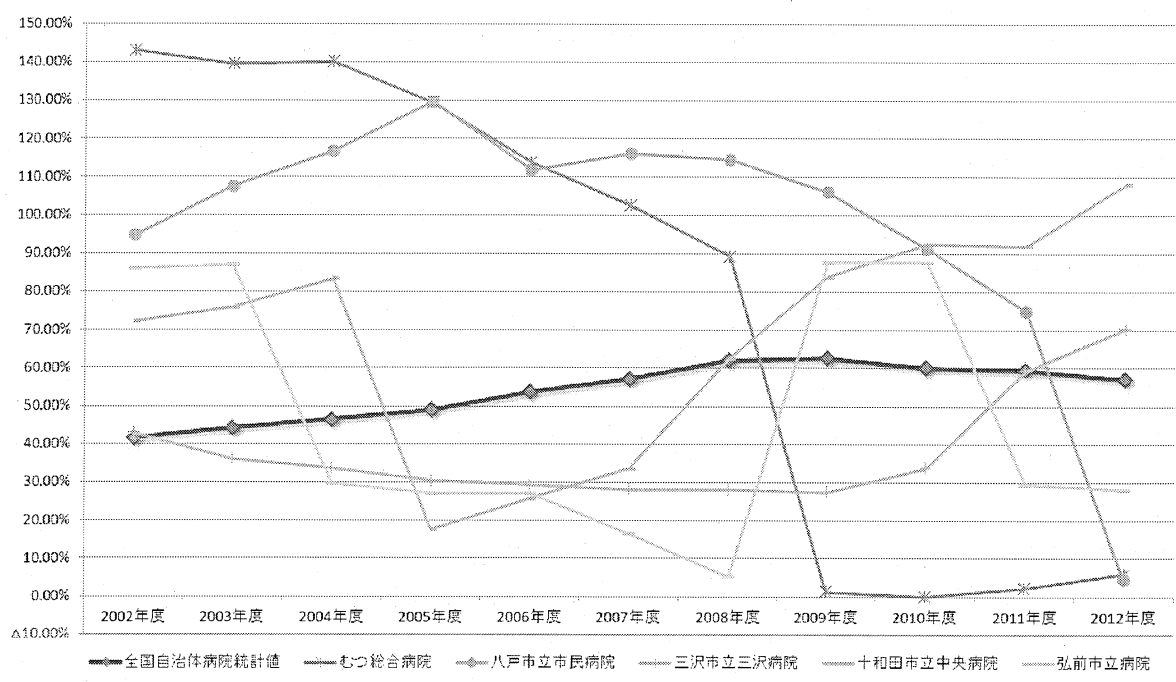


図 17. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の累積欠損金比率の推移

自己資本比率では、むつ総合病院、弘前市立病院は平均値より下回ってはいるものの毎年安定的に改善している。唯一、三沢市立三沢病院の平均値は 38.52%と全国自治体病院統計値の 32.24%を 6.28 ポイント上回っている。しかし、八戸市立市民病院は資本金の約 98%強を借入資本金⁷⁸に依存しており、2010 年度において約 126 億円もの繰越欠損金を計上しているためマイナスとなっている。しかし 2011 年度より、借入資本金を差し引いてもプラスに転じている。また、十和田市立中央病院は 2008 年度において約 160 億円もの企業債(=借入資本金)を発行している。

⁷⁸ 自治体病院の貸借対照表には、資本の部に借入資本金という勘定項目がある。これは従来建設改良の財源にかかる借入金等は資本金の一部(借入資本金)として整理されてきたが、一部改正地方公営企業法施行令、及び一部改正地方公営企業法施行規則においては、民間企業と同様に負債に計上される。

- ① 借入資本金制度を廃止し、建設又は改良に要する資金に充てるための企業債及び一般会計又は他の特別会計からの長期借入金は負債に計上する(地方公営企業法施行令第 15 条第 2 項)。1 年以内に返済期限が到来する債務は、流動負債に分類(地方公営企業法施行規則第 7 条第 3 項)。債務とは、地方公営企業法第 29 条第一項の規定による借入金をいう。
- ② 負債計上に当たり、建設又は改良等に充てられた企業債及び他会計長期借入金について、他の借入金と区分表示(地方公営企業法施行規則第 7 条第 2 項及び第 3 項)
- ③ 負債のうち、後年度一般会計負担金については、その旨「注記」(地方公営企業法施行規則第 39 条第 2 号)

従来、借入資本金の返済元金の 2/3 は一般会計から、繰入資本金として拠出される。借入資本金は、企業会計における長期借入金と同様である。公営企業会計でも長期借入金は存在するが、異なる点は元金の償還金に補填措置があるか否かである。拠出される場合は、繰入資本金が増額し、金利についても同様の割合で一般会計から補助される。この場合は、医業収益の他会計負担金収入となる。病院会計は 1/3 を負担する事になるが、自治体本体の一般会計には負担をかけている事になるため、連結で考えれば同様である。返済資金が補填される事実は、自治体病院のコスト削減意識が生まれない要因となっている。

また、約 31 億円もの繰越欠損金を計上しているためマイナスとなり、以降はマイナスで推移している。

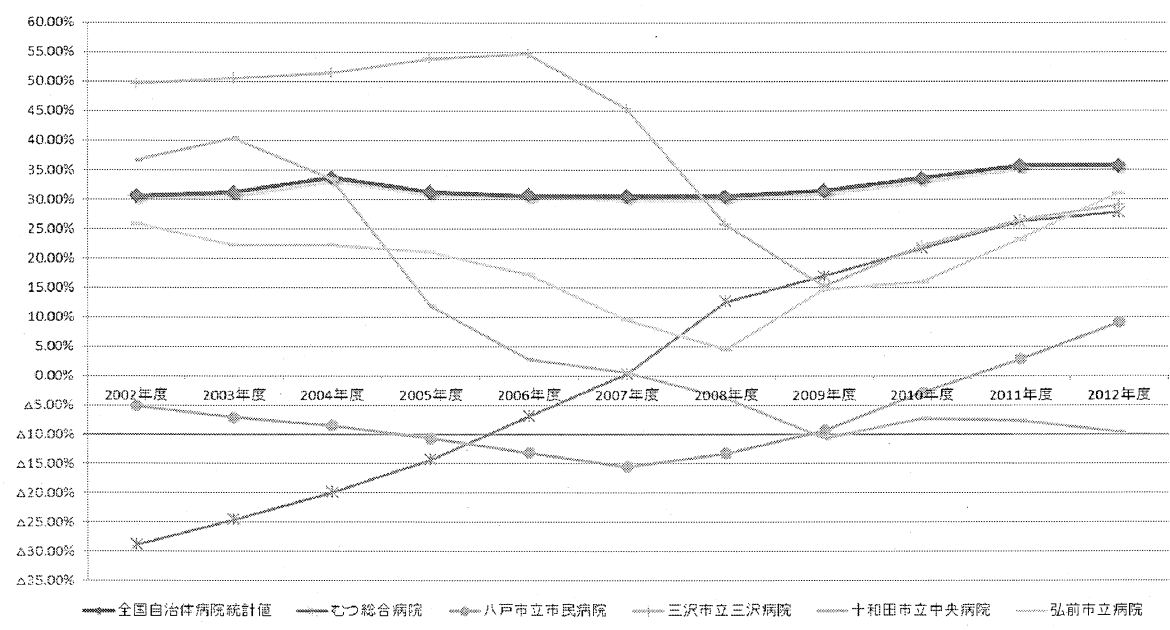


図 18. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の自己資本比率の推移

総資産利益率は、病院経営の総合的な収益力を判断するための指標である。経常利益を総資産で除したものであり、病院として投下した資本に対してどれだけの利回りを得たかを表す。この指標では、八戸市立市民病院は医業収益の増大に伴い 2010 年度には 0%と改善の傾向は見られるものの、マイナス推移している。十和田市立中央病院は、従前の設備投資により有形固定（償却）資産を医業収益でカバーできていないことから平均 $\Delta 11.41\%$ となっている。弘前市立病院は、2010 年度には前年よりも約 10 ポイント減少し、平均値と比しても平均 10%も低い状況である。

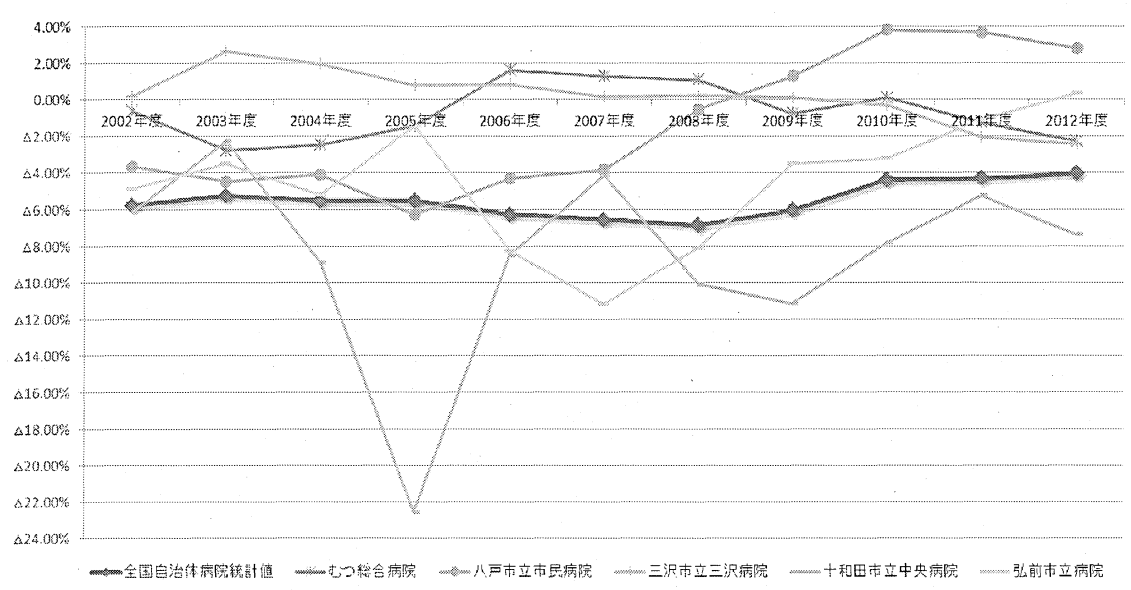


図 19. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の総資産利益比率の推移

医業収益対医業利益率は、医業収益に占める医業利益の割合を示しており、病院の本業の収益力を測る指標である。むつ総合病院、八戸市立市民病院、三沢市立病院は平均 $\Delta 10\%$ 未満となっており、全国自治体病院統計値と比較すると高い数値といえる。しかし、本来的には後述する自治体病医院の独立採算制を前提とすると、この指標がマイナスで推移しているという事は、本業で支出を賄いきれていないことを意味するため他の全ての指標に影響を及ぼしてくる。

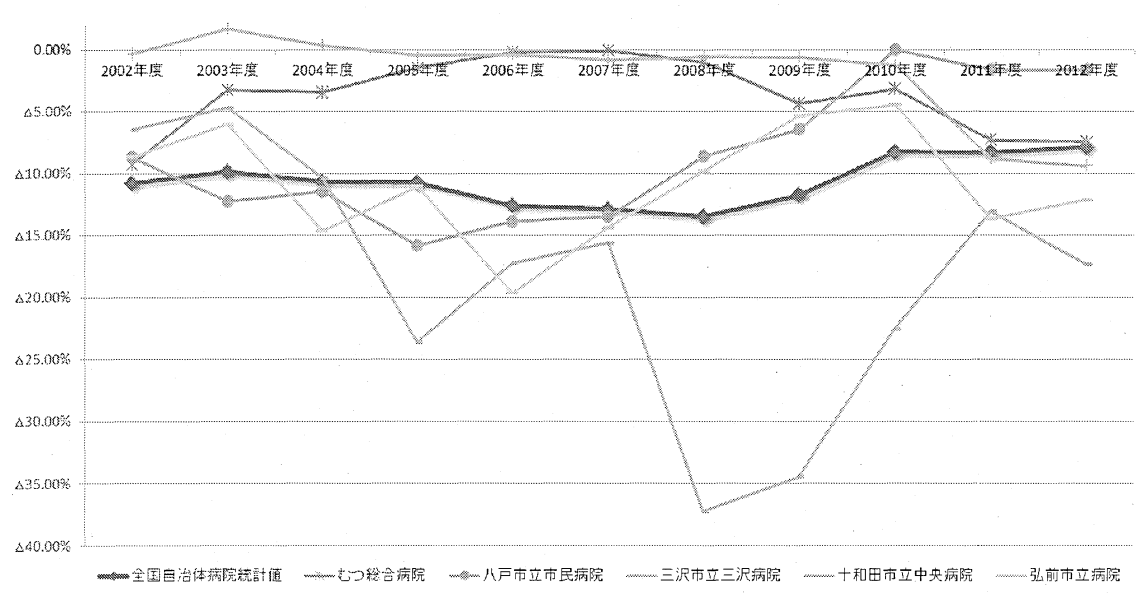


図 20. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の医業収益対医業利益率の推移

経常収支比率は、経常的な収入と経常的な支出との比率である。この比率が高ければより収益性が高いと言える。100%の値が収支分岐点となる。経常収入は医業収益と医業外収益を合算した額であり、医業外収益には自治体からの国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計負担金等といった自治体病院の本業の収入以外が含まれている。平均値を見ると、むつ総合病院のみ100%を超えており、利益が捻出されている事になる。

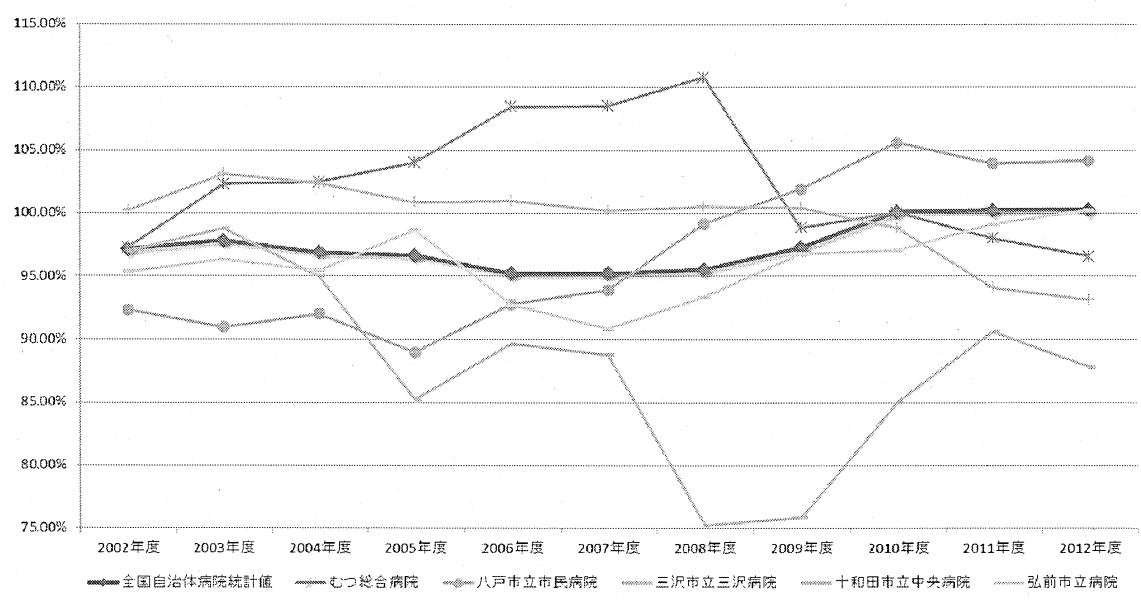


図 21. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の経常収支比率の推移

収支分岐点比率は、医業収益に対して収支分岐点医業収益⁷⁹がどの位置にあるかを表す指標であり、100%を下回った時に医業利益が捻出されている事を意味する。医業収益と医業利益(医業損失)の均等を計る指標であるため、医業収益対医業利益率と表裏一体の関係にある。十和田市立中央病院は、医業収益対医業利益率、及び経常収支比率と同様に2008年度、2009年度に比率が異常に上がっている。

⁷⁹ 医業利益が0円の時の医業収益のことを言う。医業収益がこの値を超えれば医業利益が捻出され、この値を下回れば医業損失という時の医業収益である。

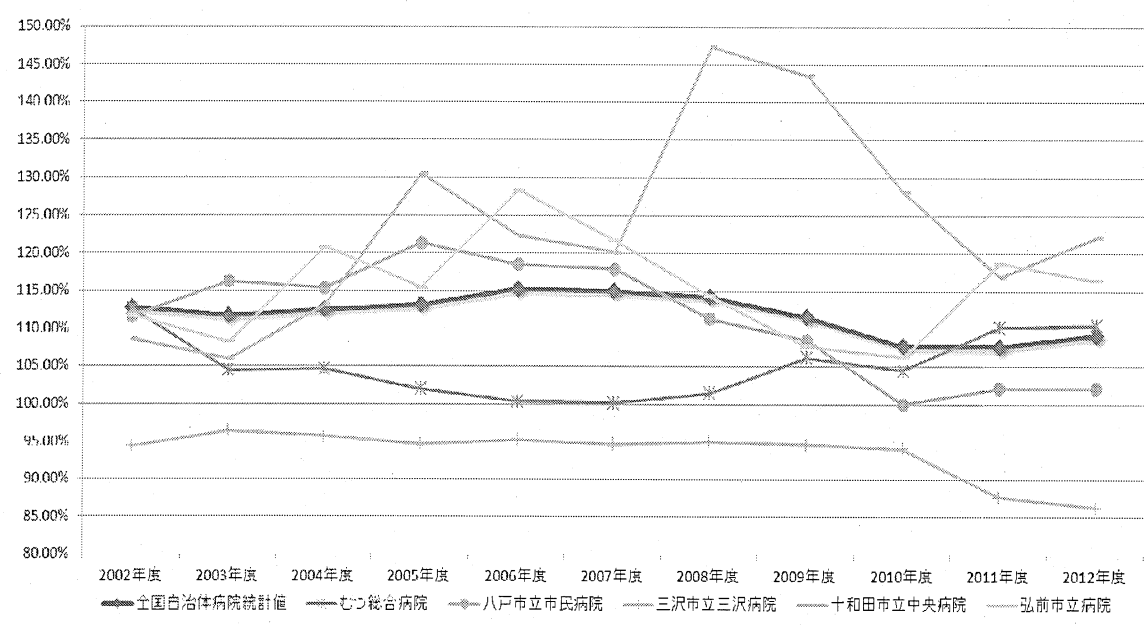


図 22. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の収支分岐点比率の推移

実質収益対経常費用比率とは、経常費用に対する実質の収益（経常収益から他会計繰入金を除いた額）の比率を示し、独立採算での収益力を表す指標と言える。数値が 100%を超えていれば収支均等を意味し、経営状況が良いと言える。推移を見る限りでは、十和田市立中央病院以外は全国自治体病院統計値を超えている事がわかる。しかし、他会計繰入金以外にも国庫、都道府県補助金等の外部補助金があり、総収益に対して概ね 6～12%程度を占めている状況であるため、実質収益という意味では独立採算経営には程遠い状況と言える。不採算医療を考慮しても 100%程度以上で推移する事が望ましいと考える。

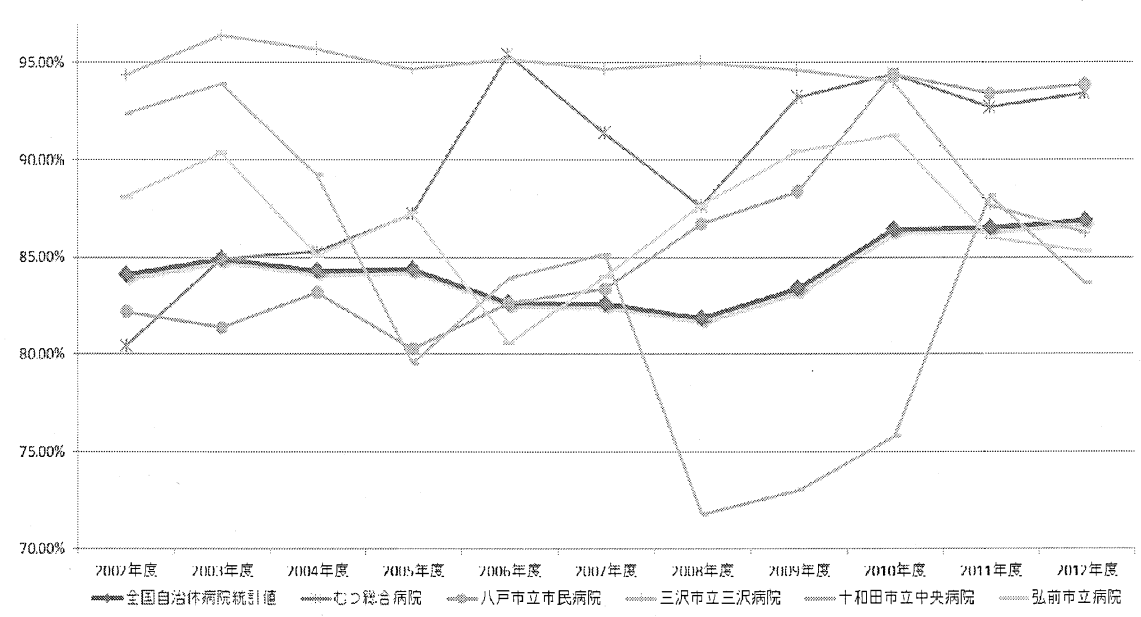


図 23. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の実質収益対経常費用比率の推移

職員給与費対医業収益比率は、医業収益の中で職員給与費が占める割合を示している。民間営利企業では 50%を超えると経営状態が厳しいと言われている。医業収益の半分以上が固定費である職員給与費に費やされ、医療サービス向上のための先行投資が困難になる。全国自治体病院統計値の平均値は 54.77%と厳しい状況にあるが、更にむつ総合病院、八戸市立市民病院、十和田市立中央病院は全国自治体病統計値を上回っており、この裏付けには地方の医療従事者の人材の確保問題があるものと想定される。

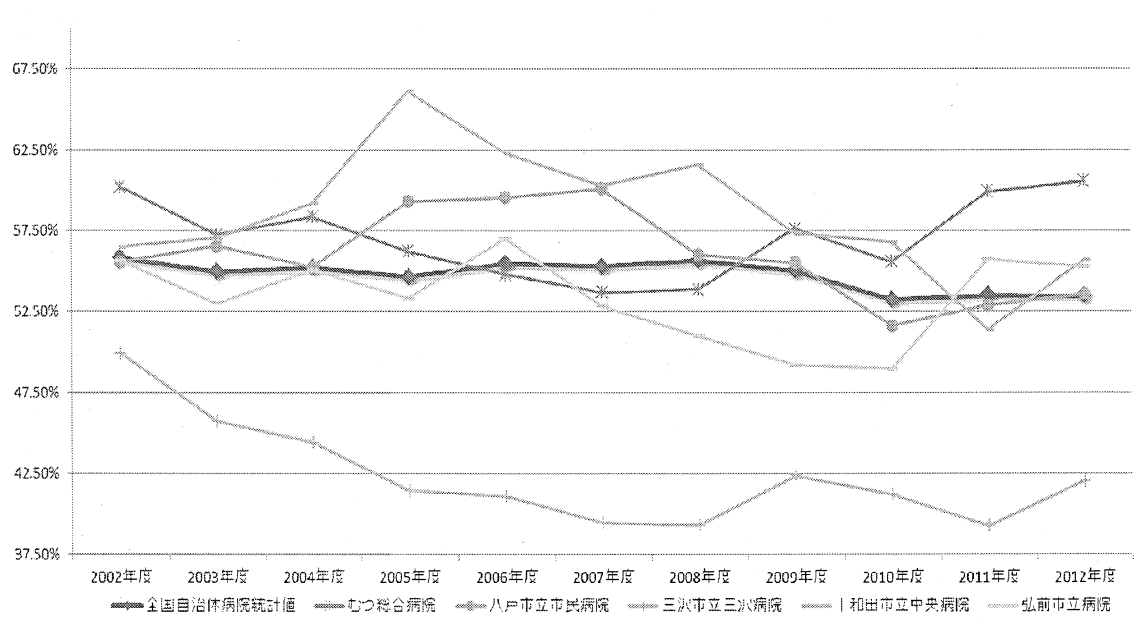


図 24. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の職員給与費対医業収益比率の推移

病床利用率は、病院において設置された病床がどの程度利用されているか、どの程度空いているかを示す割合である。当然利用率が高ければ高いほど効率のよい病院経営が行われているとされている。この指標も十和田市立中央病院以外は概ね 80～90%台で推移しており、全国自治体病院統計値を上回っている事が分かる。しかし、青森県主要都市以外にも全国自治体病院の許可病床数の推移にも注目しなければならない。表 5 の許可病床数の推移にもあるように毎年平均 $\Delta 1.56\%$ も病床数が減少しており、病床利用率のみでは増患による因果かどうかは把握できない。

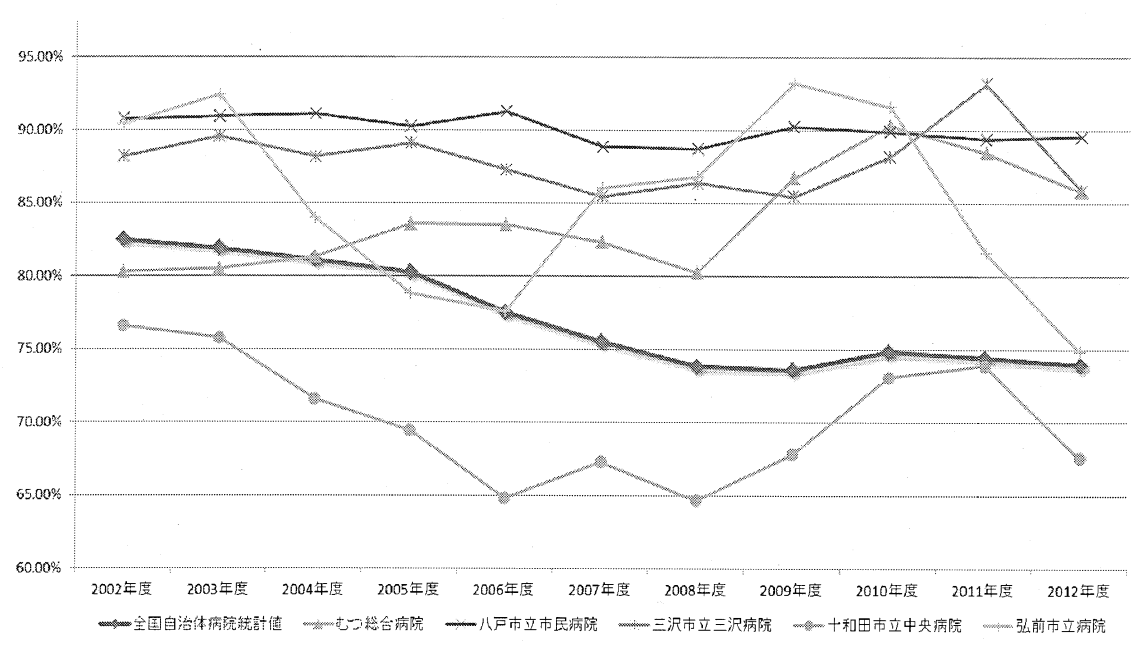


図 25. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の病床利用率の推移

患者一人一日当り入院収益は、入院収益を在院患者延数で除した値である。入院一人単価を示している。推移を見ると、全体的には上昇傾向があり、特に飛躍的に増加している十和田市立中央病院は平均約+5%を上回って推移している。

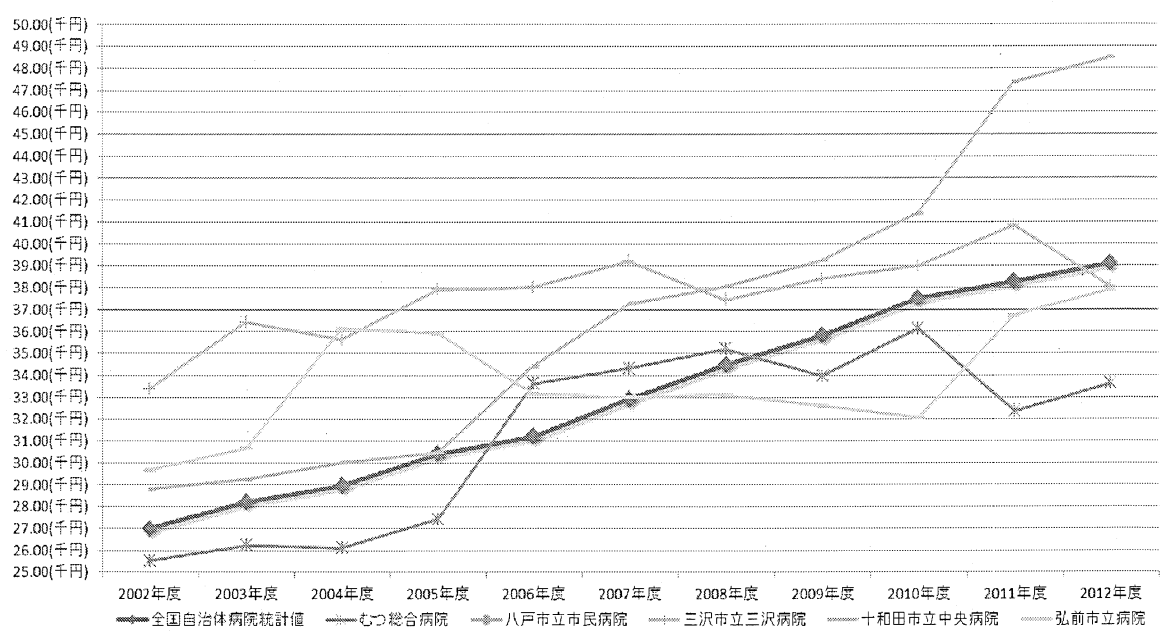


図 26. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の患者一人一日当り入院収益

患者一人一日当り外来収益は、外来診療収益を外来患者延数で除した値である。外来一人単価を示している。この指標も八戸市立市民病院以外は平均+5%以上で推移している。入院、外来共にこれらの指標は、地域特有のそれぞれの経営環境によって左右すると考えられ、病院の経営戦略が裏付けにあるものと想定される。

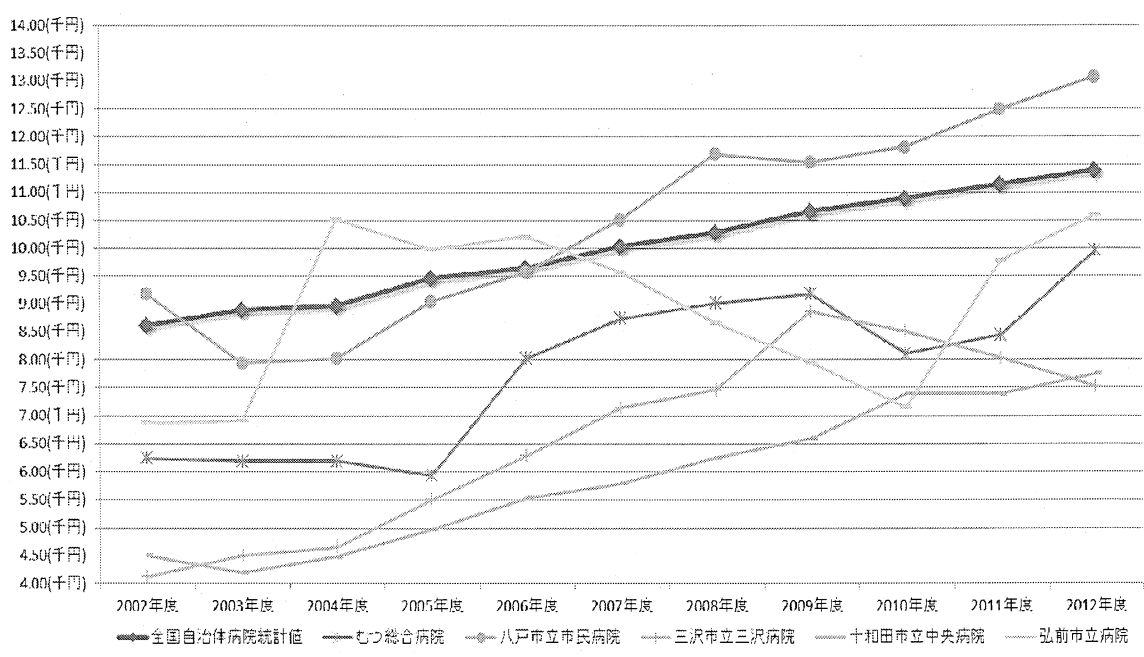


図 27. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の患者一人一日当り外来収益

職員一人当たりの医業収益は、医業収益を常勤と常勤換算の非常勤の従業員数で除した値であり、労働生産性を示している。十和田市立中央病院は毎年平均すると0.8ポイント増加しており、適正職員配置のコントロールと、先の患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益向上による医業収益の増加による相関が想定される。

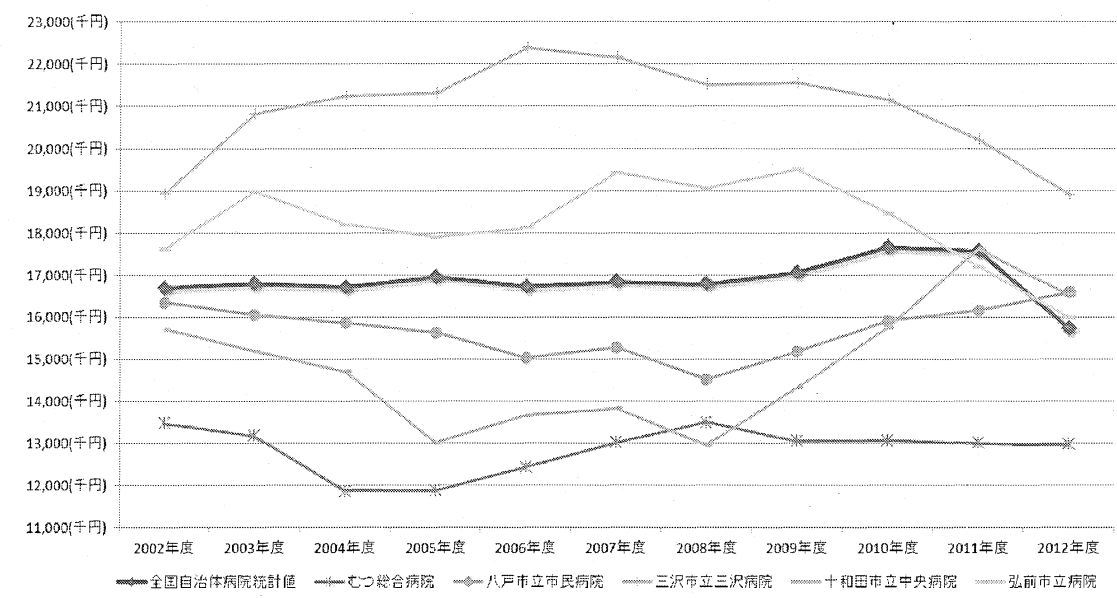


図 28. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の職員一人当たりの医業収益

他会計繰入金対経常収益比率は、経常収益に占める他会計繰入金等の割合を示している。この指標は当然低い方が望ましく、全国自治体病院統計値と比較すると全ての病院で平均値は下回っている。しかし、八戸市立市民病院と十和田市立中央病院は10%を超えている。つまり、経常収益の10%を自治体本体からの繰入金があることになる。両病院とも医業収益対医業利益率、及び経常収支比率が増加傾向にあるので、収益の増加に伴い、他会計繰入金も増加しているということが分かる。

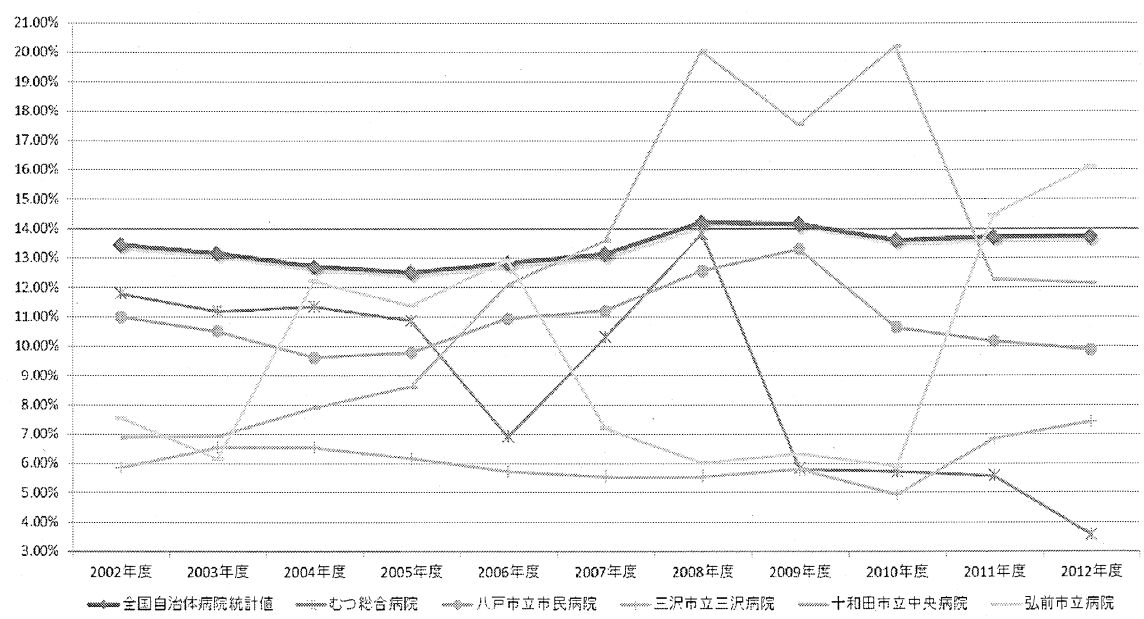


図 29. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の他会計繰入金対経常収益比率の推移

補助金比率は、他会計繰入金に加え、国庫補助金、都道府県補助金に対する総収益の比率を示している。他会計繰入金対経常収益比率と概ね同様の傾向が見られる。しかし、むつ総合病院の他会計繰入金は毎年平均 $\Delta 4.70\%$ 減少しているのに対し、補助金は特に2006年度に前年対比1,257.98%増加している。自治体本体からの他会計繰入金は減少しても、経営は国費・都道府県費の補助金に依存しており、公営企業としての独立性はない状況である。

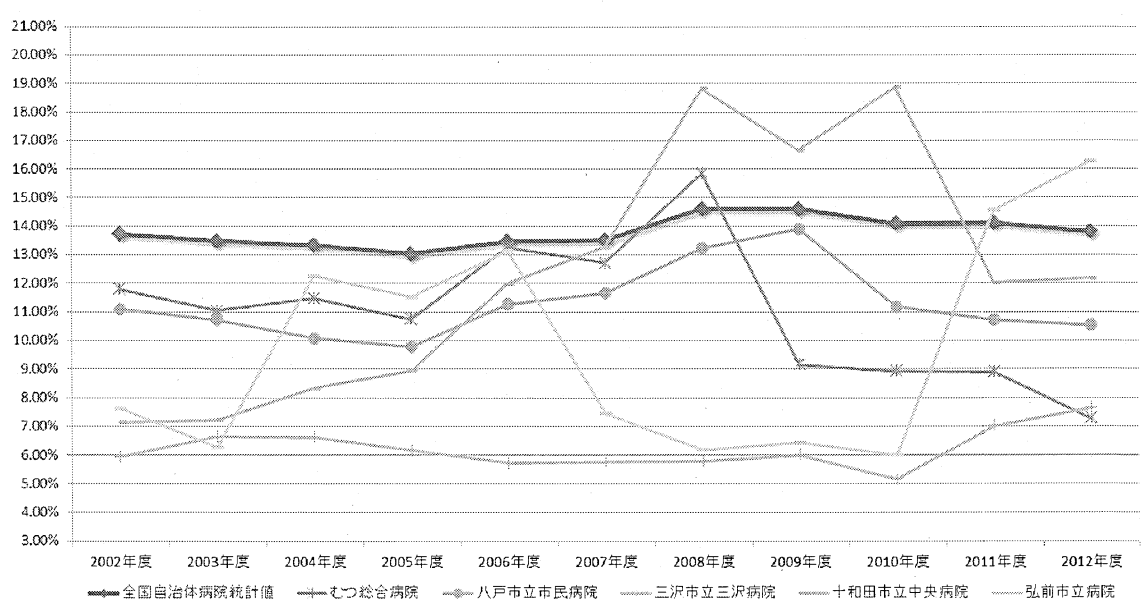


図 30. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の補助金比率の推移

企業債償還額対減価償却費比率⁸⁰に注目してみると、2007 年度を境に 100%を超え、企業債等の外部資金に頼らざる得なくなっている状況が分かる。医業収支比率、及び経常収支比率、総資産利益率等といった収益指標について、2009 年度若干の改善は見られたものの、累積欠損金比率の改善傾向は未だに見られない状況である。

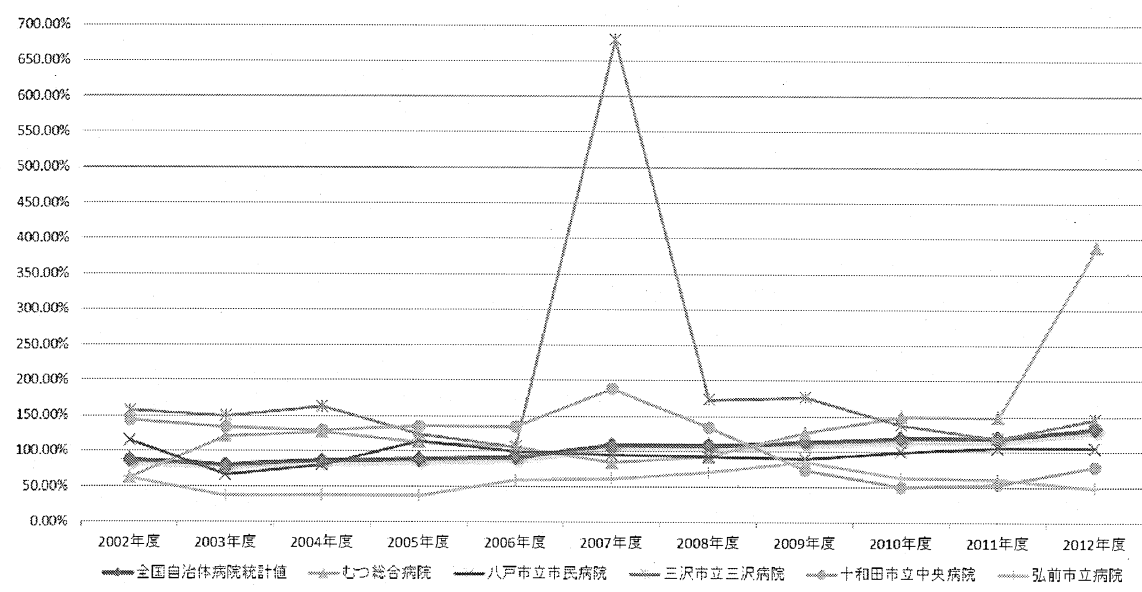


図 31. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の企業債償還額対減価償却費比率の推移

貯蔵資産回転期間とは、貯蔵資産回転率⁸¹の逆数となる。事業年度末における棚卸資産額が、その事業年度において消費された棚卸資産の額(=売上原価)に占める割合を示す。これにより在庫として存在する平均的な期間を年数で示すことになる。実務上、棚卸しの徹底と原価管理の結果が反映する指標である。貯蔵資産回転期間の推移を見てみると、弘前市立病院以外は全国自治体病院統計値を下回っている。各病院別の延外来患者数に注目してみると、弘前市立病院以外の延外来患者数の毎年度平均伸び率は $\Delta 2.68\%$ であった。ここに、延外来患者数と、医薬品や医療資材の回転率との相関があるものと想定される。

⁸⁰ 企業債償還額対減価償却費比率は、100%以内である場合は減価償却による内部留保資金で企業債償還の資金を賄えているといえる。

⁸¹ 棚卸資産回転率とは棚卸資産の残高が適正かどうかをみる指標である。貯蔵資産回転率が低いという事は貯蔵資産が多すぎるという事を意味し、資金繰りの圧迫につながる。また商品管理の側面からは商品の陳腐化の危険性も生じてくる。

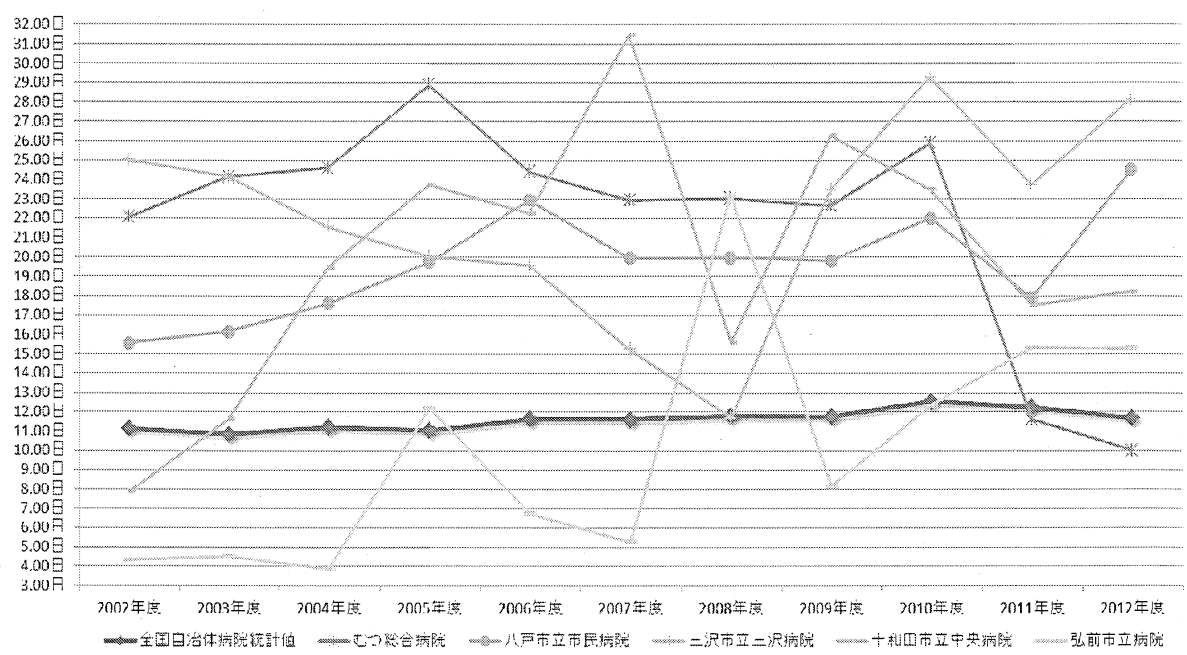


図 32. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の貯蔵資産回転期間の推移

総資産回転率とは、事業に投資した総資産がどれだけ有効に活用されたかを示す指標である。医療サービスの提供目的の資産である貯蔵資産以外の例えば固定資産等が直接的に提供されて収益獲得に貢献するという視点ではないが、各自治体病院で保有する総資産が直接的に収益獲得に貢献したと仮定し、医業収益が総資産の何倍あるか(何回転しているか)により自治体病院が調達した総資産の有効活用度合いを示したものである。

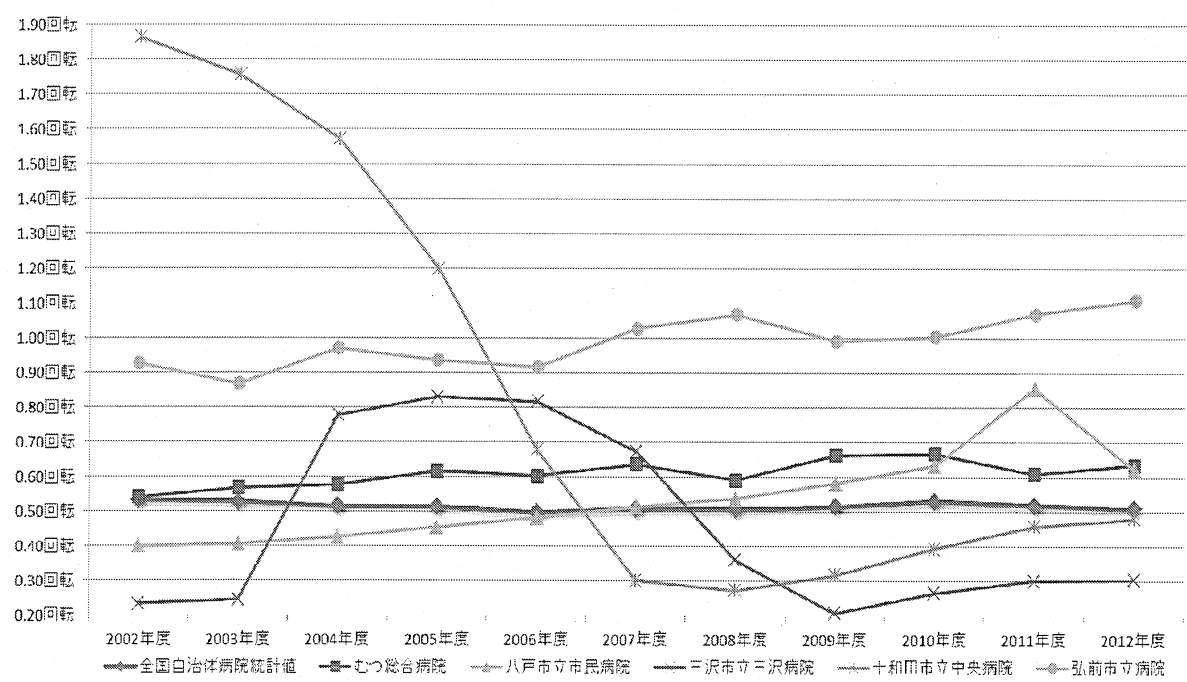


図 33. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の総資産回転率の推移

材料費対医業収益比率とは、医業収益を上げた分に対してかかった材料費のことで、消費した医薬品や医療資材の仕入れ原価等を言う。この比率が上昇している場合は、材料費がかさみ、利益を確保しにくくなっている状況を示している。平均すると、むつ総合病院、三沢市立三沢病院、弘前市立病院が、全国自治体病院統計値を上回っている。

患者一人一日当り外来収益に注目してみると、むつ総合病院、三沢市立三沢病院、弘前市立病院は全国自治体病院統計値を著しく下回っていた。つまり、外来患者にかかる一件単価が低いため、医薬品や医療資材といった材料費の比率が高騰している事が分かる。

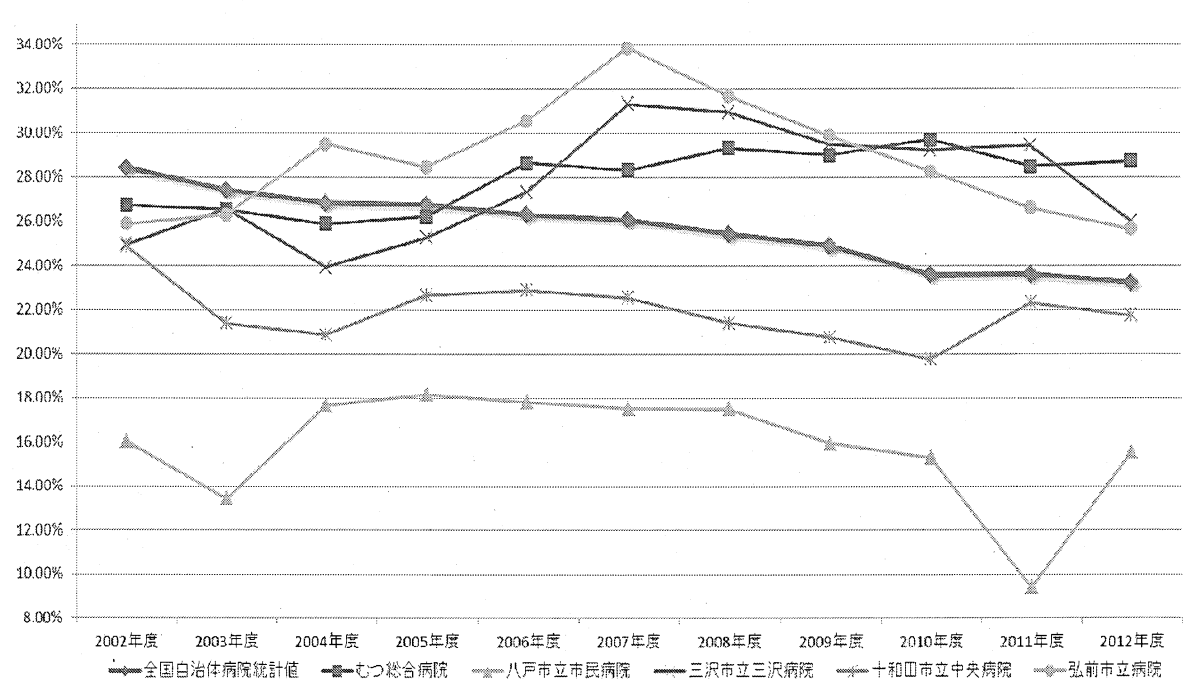


図 34. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の材料費対医業収益比率の推移

第 5 節 自治体病院の公共性と経済性

自治体病院の赤字経営を改善するための問題点は、自治体病院経営の非効率性にあると考える。非効率性の理由としては、経営責任の所在が不明確なことや病院経営の専門家が不在なこと等が挙げられる。更に、自治体病院を支える財源が逼迫している中、病院がいかにして医療サービスを維持しつつ効率性を図るかは重要な課題であるといえる。全部適用は公共性では優れているが、前項でも述べたように地方公共団体からの自由度の制約などに起因する経営の非効率性等から、経済性の発揮には一部疑問が残った。自治体病院は、医療の公共性と経済性⁸²の調和⁸³を保持することが必要であり、それが病院の存続につながる。つまりここで問題となるのは、自治体病院の経済性と公共性のバランスである。医療現場での公共性と経済性の両立は容易ではない。しかし、首長と院長の相互理解、意識改革、民間医療機関との連携などを手掛かりに、地域医療の最適化・住民のための医療の実現をめざすべきである。自治体病院は、医療の公共性と経済性の調和を保持することが必要であり、そうすることが自治体病院の持続的存続につながると言える。

⁸² 経済性とは希少な資源を有効に使い、費用に比して得られる収益が大きいことを言うが、自治体病院における経済性を論じるにあたっては単なる投下資本の回収、医業収益等という財政的視点のみではなく、労働環境、患者サービスの同時充足という生産性の観点の総合化が必要である。

⁸³ 公共性と経済性の調和とは、経済性を強調する主張に対して単に公共性を対置し強調するだけではなく、情勢の変化に応じた公共性と経済性のバランスであり、言い換えれば、公共性を如何なく発揮させるための経済性が充足されている状態である。

地方公営企業法には「地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てなければならない」⁸⁴という原則が謳われており、自治体病院は自治体本体の特別会計のもとで独立採算を前提に経営するものである。そして、自治体病院には地方公営企業法の財務規定⁸⁵が適用され、「常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない」⁸⁶と定義されている。しかし、政策医療としての公共性に重点をおけば経済性が低下し、経済性に軸足を移せば公共性が疎かになる。ここで問題となるのは、自治体病院の公共性と経済性のバランスである(塩谷,2007)。自治体病院は経済性と公共性のバランスを取ることが、組織運営上、重要かつ基本的な事項とされている(塩谷,2006)。しかしこのバランスを取ることが容易なことではない。近年、地方財政がその深刻さを増すにつれ、この自治体病院の公共性と経済性の比重やそのバランスが改革等の進展により、大きく揺れ動くようになってきている。持続的存続を前提とすると自治体病院は、公共性と経済性の調和を保持することが必要であり、また公共性と経済性をどのように統合するかが問われている。

重要な点は、公共性を発揮するためには経済性も求められているという点である。自治体病院は、地域住民によって構成され、地域住民のために存在し、地域医療を守るための要にならなければならない。その役割を果たすためにこそ、その存在意義と政策のアカウンタビリティが求められ、それに基づく効率性が求められている。このような条件を踏まえた上で、初めて経済性は公共性に帰属し、そして調和すると考える。またそれに伴い、公共性を高めるために投下された資本がミッション、ビジョンとして掲げられた医療政策の実現に如何に寄与したかという視点での評価が必要となる。

本節では、経営状況の悪化と言われながらも、公共性と経済性のバランスを要求されている自治体病院にフォーカスを当て、まずは自治体病院の現状を把握する。次いで公共性と経済性を加味した中でのより広範な観点から自治体病院の経営管理について考察を加える。

5-1 地方財政措置

地方自治体が設置する病院は、地方公営企業である。その組織・運営を律する地方公営企業法(1952年8月1日法律第292号)では、その基本原則として「地方公営企業は、常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない(第3条)」とされている。このように自治体病院は、公共性(公共の福祉の増進)と経済性の両面の実現が求められている。ここで公共の福祉の増進とされる「公共性」とは、本来的には民間

⁸⁴ 地方公営企業法第17条の2第2項(経費の負担の原則)

⁸⁵ 地方公営企業法第2条第2項(この法律の適用を受ける企業の範囲)

⁸⁶ 地方公営企業法第3条(経営の基本原則)

病院では担えない地域住民の健康確保に必要とされる施策全般に対応し、当該地域住民の必要とする医療を確保・補完し、公共の福祉に寄与することを意味している。具体的には、他の医療機関が提供することが困難な高度・専門・先進医療の供給、地域に不足する医療や辺地医療の補完などである。ここには医療のみならず、衛生・予防・保健・介護等の健康福祉政策全体が含まれている。ただし地域における医療確保が地域住民の健康確保において、大きな比重を持っているとするのならば、狭義の公共性とは、絶対的に医療施設が不足している地域での一般医療サービス供給と、救急医療などの採算性を理由として不足している医療サービスを政策的に供給することである。

自治体病院の財政措置には、国庫補助金、病院事業債、一般会計繰出金等が充てられる。

国庫補助金は、厚生労働省所管分として「医療施設等施設整備費補助金」と「医療施設等設備整備費補助金」が存在し、へき地医療拠点病院等の施設・設備整備事業について補助が行われている。なお、この両補助金については、三位一体改革により、自治体病院に対する措置の大部分が地方交付税の基準財政需要額に算入され一般財源化されており、現在はへき地における医療の確保に係るもの等に限定されている。公営企業債である病院事業債に充当する資金には、政府資金（財政融資資金）、公庫資金（地方公営企業等金融機構資金）及び民間等資金での市場公募等である。又、病院事業債の元利償還金の 50%については一般会計から繰出すことも可能であり、繰出し額に対して 45%を事業割として、15%を病床割として普通交付税にて措置される。

2007 年 12 月 24 日付総務省自治財政局長通知による公立病院改革ガイドラインによると、『公立病院は地方公営企業として運営される以上、独立採算を原則とすべきものである』と定義づけられている一方で、『地方公営企業法上、①その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費⁸⁷、及び②当該地方公営企業の性格上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費⁸⁸について

⁸⁷ その性質上、企業の経営に伴う収入をもって充てることが適用でない経費（地方公営企業法第 17 条第 2 項の 2）。公的必要性から看護師養成所等のように厳密に言えばその性質上一般行政事務であるものが、たまたま企業経営とあわせて行われている場合もある。

- ・ 看護師確保のための養成事業経費
- ・ 救急の医療を確保する経費
- ・ 集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務経費

⁸⁸ 地方公営企業の性格上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費（地方公営企業法第 17 条第 2 項の 2）。地方の基幹病院として高度の医療機器による治療等を必要とするものもあり、その設備費と医療需要を勘案した場合、全く採算のとれないものも行わなければならない場合もある。

- ・ 地域における医療水準の向上をはかるため必要な高度※1 又は特殊※2 な医療で採算をとることが困難であると認められるものに要する経費

は、一般会計等において負担するものとされている』としている。地方自治体の一般会計又は他の特別会計が負担する自治体病院への繰出金については、毎年度、総務省自治財政局長から『繰出基準』が通知されている。そして、この『繰出基準』に該当する経費については、その年度の地方財政計画に計上され、その一部について普通交付税と特別交付税が支給されている。又、前述した地方公営企業法全部適用、一部適用の経営形態に変更した場合においても、直営で実施する場合と同様の地方交付税措置が行われている。地方交付税は元来資金使途に制約が無く自治体が自由に使用できる財源であり、病床数等に応じて交付税が算定される場合には、病床を設置する程限界費用が低下する。

自治体病院に対する特定補助金による財源措置は望ましいと考えるが、少なくとも独立採算を前提とした体制としては実質収益対経常費用比率(繰入前経常収支比率)100%以上等といった効率化指標による経営管理も必要であろう。各自治体病院に対する望ましい財源措置(特定補助金等)のあり方については特に協議する必要がある。

5-2 自治体病院の経営構造における効率性と非効率性

自治体病院の経営構造に関連する先行研究としては、坂本・安西(1990)、荒牧・豊川・小林(2005)、武(1996)、熊谷(2007)、佐藤(2005, 2007)等が挙げられる。

坂本・安西(1990)は経常収支に与える要因分析を検討した。医業収支比率の平均値の最も低い自治体立病院と最も高い一部事務組合立病院を取り上げ、1977年度と1987年度の地方公営企業年鑑の損益計算書データを基に、医業収支に影響を与える要因分析を行った。各病院の医業収支を目的変数とし、19の経営指標を説明変数として重回帰分析を実施した結果、10年間の状況変化に左右されずに医業収支比率に影響を与えるのは、自治体立病院では、①職員給与費対医業収益比率(-0.837)、②投薬薬品費割合(-0.348)、③1床当りの固定資産(-0.187)、④病床100床当りの看護婦(師)数(0.215)、⑤病床利用率(0.090)、⑥一般病床数(0.082)の6指標、一部事務組合立病院では、①職員給与費対医業収益比率、②材料費割合の2指標であることを明らかにした。

※1: 高度な器械、設備、技術等によって行う医療で患者数等からみて採算をとることが困難であるが、地方公共団体の経営する病院として行わざるを得ないものをいうものであり、この医療に要する経費には、その運営費のほか、建設改良に要する経費が含まれるものである。何が高度な医療であるかは病院の所在する地域の実情によって異なり、個々の具体的な実情をもって勘案して判断しなければならないものである。

※2: (1)リハビリテーションその他の先駆的医療、(2)未熟児収容部門における医療その他特殊の看護を要する医療、(3)その立地条件からみて患者数に対応して施設の縮小転換が直ちに困難と認められる結核病院における医療、(4)病理解剖等いずれも採算をとることは困難であるが、地方公共団体の経営する病院として行わざるを得ないものをいうものであり、その運営費のほか、建設改良に要する経費が含まれる。

また、荒牧等(2005)は、赤字経営の要因として職員給与費や減価償却費の増加が主な問題であることを指摘している。坂本等の研究と同様に医業収支比率を目的変数とし、最終的に 9 の経営指標を説明変数として 2001 年度の地方公営企業年鑑の 910 病院のデータ全体に対して重回帰分析を行った。その結果、医業収支比率に最も影響を与えるのは、①職員給与費対医業収益比率 (−0.604)である事を証明し、次いで②経費割合 (−0.274)、③減価償却費割合 (−0.273)、④病床利用率 (0.171)、⑤医師平均月額給与 (−0.119)、⑥看護部門 1 人 1 日当りの診療収入 (−0.106) の 6 指標であることを明らかにした。この研究では、他会計繰入金を医業収益から除くことによって純粋な本業(医業)としての収益に基づいて分析し、自治体病院全体に対して独立採算制による効率性を図る着眼点を明らかにした。

一方、自治体病院の赤字問題に関して、その生産活動に非効率性が存在する可能性が注目され、測定が行われている。中山(2004)や野竿(2007)は、補助金、立地条件、救急告示の有無、看護基準等の病院ごとの個別的要因や社会経済要因を加味し、データ包絡分析法 (Data Envelopment Analysis:DEA)を用いて経営の非効率性を計測している。中山(2003)は、生産要素を投入した時に、技術的に最大の産出量を生産していない場合に発生する非効率性を技術非効率性と呼び、その計測を行った。その結果は、日本の公立病院の技術効率性は約 60~88% 程度であり、技術非効率性が存在することを明らかにした。

しかし、佐藤(2007)によると、自治体病院の採算性については、「公的医療サービスを継続的に供給することを可能とする事業運営能力」と定義している。また、これを何らかの財務指標に集約することは至難であり、この点に自治体病院の採算性を考える上で困難性があるとも指摘している。

熊谷(2007)は、自治体病院に対する負担金・補助金に着目し、日本の公立病院が持つ再分配効果に着目した分析を行った。地域における公立病院の医師のシェアに比例して補助金が繰り入れられている事を分析し、「規制当局(市町村)が公立病院に対して指導的立場の役割を担い、病床数比の入院患者数を若干引き上げることによって医業収益を改善できれば、負担金比率を引き下げることができるかもしれない(熊谷,2007)」とそこに改善の余地がある事を指摘している。

以上から自治体病院に関する経済学的研究では、自治体病院の経営構造、及び生産活動に効率性と非効率性が存在していることが確認されており、その大きな要因として補助金⁸⁹との関連が指摘されている。

⁸⁹ ここでいう補助金とは、医業収益の他会計負担金、医業外収益の国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計負担金、特別利益の他会計繰入金の 6 項目の合計である。

5-3 自治体病院の経済性と補助金の相関関係

自治体病院を非効率的に経営することが可能な要因としては、補助金の存在によるものである。つまり自治体病院の経営実態は、経常収支等といった事業面だけではなく、他会計繰入金の動きについて理解しなければ把握することはできない。

自治体病院は、地域医療の拠点として高度・先進医療、或いは僻地・離島医療、更には不採算地域医療における不採算地区病院⁹⁰等、それぞれの地域医療計画に基づいた課題に対処しなければならない。これら政策医療の対価として、「経費負担区分の原則」を根拠として、地方公共団体から自治体病院に一般会計繰出金等が拠出されるのである。一般会計繰出金とは、地方財政計画に計上された経費項目として法令による精算基準に従って自治体病院に繰り出される財政資金であって、自治体病院の非効率な経営による損失の補填に拠出されることは認められていない。しかし、実質的には医業損失が生じた場合には、一般会計繰出金が医業損失の補填財源として経常損益の計算過程に組み込まれている。また地方財政計画に計上された一般会計繰出金とは、その一部が普通交付税及び特別交付税で措置されている。従って、自治体病院の経済性とは、一般会計繰出金や補助金というよう財政資金を源泉としていることを前提としておく必要がある。

一方、自治体病院側の他会計繰入金は、大きく収益的収支と資本的収支の2つがあり、これらの合計が他会計繰入金の総額になる。この収益的収支と資本的収支にどれだけの資源を配分するかは各自治体の裁量によりある程度自由に決定できる。つまり経常収支比率は、ある程度操作することが可能である。

自治体病院の経営と補助金の関係については、中山(2004)と野竿(2007)、大島・石田(2011)によっていくつか実証的な分析が行われている。中山と野竿の両研究測定にはデータ包絡分析法(Data Envelopment Analysis:DEA)を利用して計測している。この手法は、分析対象とする公立病院について、投入と産出によって表現できる生産行動を考え、そのグループ内で最も効率的な公立病院を基準としてその公立病院からの乖離幅を非効率性として表現するものである。大島・石田の研究ではパネルデータ分析を用いて計測している。

中山(2004)の研究では、2002年度のデータを利用し、566の公立病院の技術効率性を規定する要因を分析し、公立病院の他会計繰入金対経常収益比率の割合が多くなるほど非効率の程度が高まっていることを示した。中山の実証モデルを利用して、公立病院の技術的非効率性と補

⁹⁰ 不採算地区病院とは、①その他の有する病床が100床未満又は前年度における1日平均患者数が100人未満であること、②前年度における1日平均外来患者数が200人未満であること、③当該病院の所在する市町村の区域内に他の一般病院が存在しないこと、又は当該病院の所在する市町村の面積が300km²以上であって当該市町村の区域内に存在する他の一般病院の数が1に限られていることの条件が満たされている病院をいう。

助金の関係を明示し、公立病院が受けている補助金の状態を示す変数として他会計繰入金対経常収益比率を利用した。トービット・モデルによって推定した結果、この比率が 10%ポイント高まるごとに非効率値が 0.03 ポイント増加していることが示されている。

野竿(2007)は、2001 年度のデータを利用して、606 の自治体病院を分析対象として技術的非効率性を計測している。野竿の研究では補助金の状態を示す変数 S は、医業収益の他会計負担金、医業外収益の国庫補助金、都道府県補助金、他会計補助金、他会計負担金、特別利益の他会計繰入金の 6 項目の総額を医業収益と医業外収益と特別利益の総額で除した前年度の補助金等比率を利用している。同じくトービット・モデルによって推定した結果、この比率が 10%ポイント高まるごとに、非効率値が 0.02~0.03 ポイント増加していることが示されており、この公立病院の非効率性と補助金については明確な関係がある。

大島・石田(2011)は、他会計繰入金には 2 つの効果あると考えた。第1は、病院経営における予算上、補助金として収入源となる。第 2 は、他会計繰入金の安定的な繰り入れは、経常費用を増加させてしまう負の効果がある。継続的に他会計繰入金を補助金として投入することが、病院経営における費用削減のインセンティブを低下させ、結果的に経常費用を増加させてしまうというモラル・ハザードが生じる。他会計繰入金が経常費用を増加させるとの推計結果は、このような負のインセンティブ効果を他会計繰入金が有していることを示唆している。また、不採算地区における医療サービスの提供は必ずしも経常費用を増加させることにつながるわけではなく、政策医療⁹¹の提供は費用を増加させることも明らかにした(大島・石田,2011)。

自治体病院は、財務困窮という理由により容易に倒産させることができない機関である。しかし各自治体のガバナンスが上手く機能していない場合、自治体病院にはサービスの質を高める、効率的なサービスのイニシアティブを取るというインセンティブは発生しにくい。その結果自治体が繰り出す経費は増大し、自治体病院自体の累積赤字も増える。特に倒産によって整理することができない自治体病院の累積赤字は、事後的には交付金により救済されることになる。つまり、自治体病院のインセンティブについては、地方交付税における誘因効果が指摘される。

5-4 公共性と経済性のバランスとトレードオフ

赤字経営に苦しむ自治体病院を運営している地方自治体のほとんどが、「病院あり方検討委員会」を設置し、様々な観点から病院の方向性を模索している。しかし、そこでの議論の大前提は、

⁹¹ 政策医療とは、通常の医業収入だけでは採算性を確保されないものとみなされているへき地医療、救急医療、高度先進医療、不採算地区医療など国庫補助や地方公営企業法による補助対象となる医療を意味する。一般医療とは、公的資金投入の対象となる政策医療を除く通常医療を意味する。

「赤字」という財政問題が主流を占めている。確かに税金を投入しての自治体病院の運営が、「すべての住民に、公平で良質な医療を提供するための、最も効率的な方法であるか否か」は議論されなければならないし、政策的に必要な医療機能は、地域の医療環境により異なり、また、時代とともに変化するものであり、それらの状況に応じた医療機能の明確化が常に求められている。しかし、その一方で、黒字経営を堅持している自治体病院に病院あり方検討委員会が設置されたケースは、存在しない(塩谷,2003)。つまり、病院が黒字であれば、存在意義を問いたずことは無い。逆に、赤字経営の病院に対しては、短絡的に厳しく経営改善を求めているのである。議論の大前提を、経済性にのみおいていいのだろうか。

政策として掲げられる自治体病院の事業目的は、本質的に収益と結びつかないものが多い。それゆえ、その経済性を論じるにあたっては、単に投下資本の回収、医業収益という狭い意味ではなく、投入された資本が、目的として掲げられた医療政策の実現に、いかに寄与したかを評価することに重きをおかなければならない。つまり、本来の目的である「公共性の確保」と切り離した形で、制約条件に過ぎない「経済性の発揮」のみを議論の主軸におくことは、行政の一環として存在する自治体病院には馴染まない。漆(1986)は、国公立病院が果たすべき機能として、不採算となる医療サービスであっても、資源配分・所得分配の観点から、供給することが望ましい医療サービスがある。このような医療サービスとしては、人口過疎地域における医療サービスと高度特殊医療サービスや重症救急患者のための医療サービスがあげられると述べている。

しかし、これらの指摘は、経済性の実現と相反する。このように自治体病院は、経済性の実現を疎かにしてはいけないものの、本来の目的である公共性の実現に十分留意し、そのバランスを取ることが運営上非常に重要であることが指摘されている。しかしこの経済性と公共性は、そのバランスを取るのは難しい。塩谷(2007)によると、自治体病院のジレンマとして「自治体病院が政策医療としての公共性に重点をおけば経済性が低下し、経済性に軸足を移せば公共性が疎かになる。つまり、公共性の確保と経済性の発揮という 2 つの重い責務を、天秤棒のようにその肩に背負っている自治体病院の苦悩には深いものがある。まさに、ここに自治体病院のジレンマが存在するのである」と公共性と経済性のトレードオフについて述べている。しかし、このジレンマを解決し、住民の期待に応えるためには、両者のバランスを取る事ではなく、自病院の基盤を固める必要がある。自治体病院が成長すれば、公共性と経済性の因果連鎖はバランスを保ち、高まる。「自立と自律」こそが、これからの自治体病院改革のキーワードである(塩谷,2007)。

【小括】

日本の医療は平等に扱われるべきというコンセプトの下、医療は価値財として位置づけられ、社会的共通資本として整備されてきた。また、医療には情報の非対称性があり、医療提供側の裁量権で診療・医療サービスの内容が決まる。よって、利益至上主義とする営利法人より非営利法人の方が適していると言える。病院の提供するサービスは、人の生命に資する。医療サービスそのものの使命が、公益に資すべきものである。そういった意味では、病院は主権を有する国民のものであり、その実務を国が代行しているとも考えることができる。このことから病院は元来公のための経営を行っている準公共財と言えるが、医療は私的財としての要素もある。よって、これらの財の供給は必ずしも政府による直接供給のみではない。しかし一方で、不採算部門やへき地不採算地区医療の供給は、政府や地方自治体の介入なしに地域医療は確保されない。よって、病院には非排除性、非競合性の要素も含んでいるため、他の一般的サービス業と同じ基準での事業合理性を追求できない。この事からも病院は営利企業のように経営面だけを取り上げて評価を行う事もできない。しかし、元来病院においてはこの公共性が強調されるあまり、経営という視点からの改善が遅れていたことも事実である。そこで営利企業のような利益に代わる病院の事業目的は何かという側面から病院経営の効用に関する議論が始まる。究極、病院を取り巻くステークホルダーの対象範囲によって異なる見解がもたらされる。病院経営は、国の医療政策、医療制度の視点と病院個々の経営状況の視点から考える必要がある。

自治体病院を営利企業として比較した場合、自治体病院とは営利主体ではなく非営利主体であるという点がある。即ち、病院という組織の主たる目的は利益獲得ではなく、出資者に対する利益配分でもない。しかし、非営利主体であるからといって、利益を獲得してはならないというわけではない。自治体病院の経営責任を明確化させる手法としては、地方公営企業法の全部適用導入があげられる。本章では地方公営企業法の全部適用にまずは移行し、経営責任の明確化させることを示唆したが、全部適用という制度の趣旨を、十分に活かすための院内外環境は十分に整備されていない状況である。他にも地方独立行政法人や指定管理者制度へ移行し、第三者評価機関に患者と地域住民を組み込むことでガバナンスのみならず医療専門家支配の在り方が変わってくる。自治体病院の場合、それらの改革が整備されてこそ収益増やコスト減の意識も醸成される。

自治体病院には、公共性と経済性の両面の実現が求められている。それ故、自治体病院の財政措置には、国庫補助金、病院事業債、一般会計繰出金等が充てられる。自治体病院に関する経済学的研究では、自治体病院の経営構造、及び生産活動に効率性・非効率性が存在していることが確認されており、自治体病院を非効率的に経営することが可能な要因として補助金の存在が指摘されている。政策として掲げられる自治体病院の事業目的は、本質的に収益と結びつかない

ものが多い。自治体病院は、経済性の実現を疎かにしてはいけないものの、本来の目的である公共性の実現に十分留意し、そのバランスを取ることが運営上非常に重要であることが指摘されている。

第4章 BSC 導入による財務インパクト

自治体病院の経営には公共性と経済性のバランスが要求されており、単なる経営上の収支のみで判断出来ない事は前章で指摘したとおりである。前章での自治体病院の経営構造における指摘事項を集約し、自治体病院の経営において明らかにすべき点を以下にあげる。

① 病院の成長段階

成長期、停滞期、下降期にあるのかを判断する。収益(他会計繰入金を除く、病院単体での入院・外来・介護事業別)状況から患者数、単価の動向とその要因分析(患者負担増、診療報酬など外的要因か診療体制など内的要因か)

② 公共性と経済性のバランス

収支の均衡(損益的観点だけではなく、投資額・病床数に対する収益性等)、支出の適切性(人件費特に退職給与費、材料費、減価償却費、利子負担等)、医療サービスの質と量

③ 他会計繰入金の適切性

収益的収支、資本収支別の繰入額、繰入金比率の比較。実質収益対経常費用比率(繰入除く)と経常収支率(繰入含む)の比較。自治体交付税額と自治体から病院への繰入額の比較。

④ 病院価値の評価

医療の質と経営の質のバランス

これらの課題から自治体病院経営は、自病院の現状が財務とどのような相関関係があり、地域の医療要求に適合しているのか、地域に不足する医療は何か、地域の他の公私病院との機能分担と連携は整合性をはかれるかを判断することが必要となる。また、急速に陳腐化していく職員の知識・ノウハウを常に最新化していくために、各職員及び病院組織としての学習と成長を戦略的に遂行していくことが極めて重要となってきた。更に、急速に変化する患者満足度を得るためのサービス価値を向上させるとともに、患者期待の知覚価値(Perceived Value)も高めていかなければならない。これらを自治体病院で確実に具現化していくためにBSCに対する期待が高まっており、実際に全国の自治体病院での導入が散見される。

第2章でも示したように、BSCは財務だけでなく非財務的側面も考慮し、戦略を成功に導く重要成功要因を指標化することで把握が可能となり、4つの視点は戦略を可視化し戦略を組織全体に伝えるコミュニケーション機能という優れた戦略的マネジメント・ツールである。このようなBSCの本質的機能に鑑み、公共性と経済性のバランスが要求されている自治体病院の戦略マネジメントや業績評価にも効果を発揮する戦略管理ツールとなる。自治体病院にBSCを導入・活用することに

より、各診療科や医師をはじめとした医療技術スタッフ個々人が病院の競争力強化のためにどれだけ貢献しているかなどの実現可能な目標とその焦点の因果関係が、明確な戦略・ビジョンとして打ち立てられる。即ち、医療サービスの提供や安心・安全な医療への対策など、自治体病院が掲げる戦略を実現するために、患者に対してどのようなサービスを提供するかという患者の視点、また患者を満足させるためにどのような業務を改善するかという業務プロセスの視点、そのためにはどのような技術を蓄積すべきかの学習と成長の視点等の多面的視点で総合的に判断できる。

わが国においても医療制度改革が進み始め、自治体病院経営においても患者満足経営、ダイバーシティ・マネジメント(Diversity Management)⁹²、医療の質と経営の質のバランス等の視点をもとに、自治体病院にも戦略的経営が求められるようになって来ているという背景がある。ビジョン達成に至る戦略を可視化する戦略マップの作成などを通じて因果連鎖を考慮することの重要性を強調する BSC は、戦略的思考を病院組織に浸透・定着させる有効なツールとして期待されてきている。

営利企業における BSC の最終的な目的は、将来の会計的利益、ROA、ROE、ROI、EVA (Economic Value Added)⁹³等の財務業績の向上にあるといえよう。多くの営利企業が品質や顧客満足度等の非財務指標を重要視しているが、非財務指標は将来の財務業績を向上させる事が前提条件である。非財務指標の導入が将来の財務業績にどのような影響を及ぼしているのかという問題は、非財務指標の前提条件に関わる重要な問題であるといえる。コンティンジェンシー理論(Contingency Theories)⁹⁴によれば、全ての組織に共通して有用となる組織、経営管理の技法

⁹² 「誰も有利または不利にせず、全従業員が生産性高く働くことができる環境を築き上げる統合的なマネジメント・プロセス(A comprehensive management process for creating an environment that enables all members of workforce to be productive without advantaging or disadvantaging anyone.: Harvard Business Review)」また、さまざまな違いを尊重して受け入れ、違いを積極的に活かすことにより、変化しつづけるビジネス環境や多様化する顧客ニーズに最も効果的に対応し、企業の優位性を創り上げることと定義されている。経済産業省では、2012 年度より「ダイバーシティ経営によって企業価値向上を果たした企業」を表彰する「ダイバーシティ経営企業 100 選」(経済産業大臣表彰)を実施している。評価のポイントとしては、「多様な人材を活かし、その能力が最大限発揮できる機会を提供することで、イノベーションを生み出し、価値創造につなげている経営」としている。「ダイバーシティ経営企業 100 選」ホームページ: <http://www.diversity100sen.go.jp/> を参照。

⁹³ 米国スターン・スチュワート社が開発した企業が生み出す経済的付加価値を測定する指標であり、企業がある期間で生み出した収益を投資された資本に対して測定したものである

● 経済的付加価値 = WACC(税引き後事業利益) - (投資資本×NOPAT(加重平均コスト))
資本コストを超えて投資家にもたらした付加価値を測定する指標である。

⁹⁴ コンティンジェンシー理論は、Lawrence&Lorsch(1967)によって提出された。この理論は、組織と外部環境との関係に焦点をあてた最初の組織のマクロ的な研究として注目され、1970 年代には組織論研究の支配的な研究動向となったのである。不安定な環境下において官僚制は有効であるとは限らない、という官僚制の逆機能論の問題意識を継承して、唯一最善の組織構造は存在せず、組織の環境と構造との適合(contingency)関係によって組織成果が向上する、という前提に基づく分析枠組のことであり、安定した環境下では機械的組織が有効であるが、不安定な環境下では有機的組織が有効である(Merton,1940)。また野中郁次郎(2008)は「組織は、環境、戦略、技術、規模などに適応した構造を持つことにより、高い成果を上げることが出来る」としている。

などではなく、組織が有する特徴、或いは環境によって適合する組織形態や経営管理技法が決定されるとしている。つまり、単純に自治体病院において画一的に BSC を導入したからと言って、財務業績の向上につながるとは限らない。現状においては自治体病院への BSC 導入による財務との相関や BSC が財務業績に影響を及ぼす重要業績評価指標のメカニズムについては実証的に明らかにされたとはいえない。もともと自治体病院では、財務的成長をアウトカムとせず、公共性という概念に対して制約要因的見解であった財務には注目されてこなかったと言っても過言でない。しかし、前章で示したように自治体病院に要求されている公共性と経済性のバランスという観点からは財務の充足は事業継続の条件となると考える。こうした視点を考慮すると、自治体病院に導入する事により財務にどのような変化や効果が見られたかという視点での研究は必要となろう。継続事業体としての自治体病院の財務指標の変化を分析する事によって適正な資源配分を把握することができ、延いては経営の合理化に資する。本章では、自治体病院への BSC 導入の理論的背景について整理した上で、BSC の導入が将来の財務業績にどのような影響を及ぼすのか、財務指標への直接的影響について検証する。

第 1 節 BSC 導入の理論的背景

1-1 伝統的病院業績評価に対する BSC への期待

伝統的なマネジメント・コントロールにおける予算と実績の差異のみでは、成功・失敗の要因は不明瞭である。伝統的な病院業績評価の課題を以下に示す。

- ① 業績評価基準が成文化されておらず、総合的な評価しか行っていない。或いは評価基準が形骸化しているため、曖昧な評価しか下せない。
- ② チームや部門を単位とする業績評価体系が多いため、評価結果が個人の人事評価や報酬に直結しにくい。
- ③ 責任会計を初めとした財務的な業績評価の基準が医業総収益(売上高)、利益等の絶対額であり、KPI が少ない。

昨今こうした伝統的な業績評価のあり方が問題視され、「企業価値創造のための可視的評価」「効率指向の指標採用」「報酬につながる業績連動型の評価体系」を重視した業績評価が必要になってきている。

一方、病院の経営戦略や管理面においても、年次予算プロセスが必ずしも戦略(短期及び中長期経営計画)と共有化されておらず、短期的な業務目標とそれに基づく管理が中心となり、元来の戦略が忘れ去られるという問題点がある。このように、経営戦略と整合しない権限規定や人事諸制

度、経営戦略にそぐわない目標や、報酬、能力開発等が設定されるといった問題が、病院経営においては依然として解決されていない。

BSC では多様性に富んだ指標の利用を通じて、戦略に関する情報が大量に生み出されると同時に、戦略策定・計画立案の前提となった諸条件の有効性をも継続的かつシステムティックにチェック出来るよう設計されている。BSC からもたらされるフィードバック情報に則り、事業を運営する上での前提条件の重大な活動を適切に評価できるのであれば、戦略に関する組織学習が促進され、戦略は常に更新されていくことになる。このとき、BSCの戦略実行に関するフィードバック・プロセスではトップ・マネジメントを中心とした組織学習だけが起こるわけではない。組織メンバーに戦略が伝達され共有されることによって、ミドルやロー層においても戦略に関する組織学習が促進されると考えられている(乙政,2005)。

年次予算を主たるツールとするマネジメント・コントロールにおいては、戦略実行に際して財務的に測定可能な部分のみを測定することになる。これに対して、BSC では非財務指標が利用される。患者満足度のように財務数値との因果関係が定かではない指標であっても、戦略を実行する上で財務的成果に影響を与えると想定できる非財務的指標ならば、スコアカードに記載される。更に 4 つの視点のもとに設定される各業績指標は、「因果関係に関する仮説の集合」である戦略によって相互に関連付けられる。各業績指標が戦略を中心にして相互に関連付けられることによって戦略は一つのストーリーとして表現される。即ち、財務目標を達成するために病院組織として何をすれば良いのかが明確になり、短期的利益と長期的利益、全社目標と部門目標、顧客・従業員等のステークホルダー間のバランスを取りながら、統一的な戦略策定とその戦略と整合性のある実践が行われるようになる。また「質の高い医療サービス体制」実現のための「医療の質」、「経営の質」両面のバランスがとれた経営改革、業務改善を推進する事ができる。従って、伝統的なマネジメント・コントロールと比較した場合の BSC の特徴及び期待される役割としては、非財務指標を通じて戦略実行のための過程を明確化することにある。

また、荒井(2005)によると病院における従来の経営指標の問題点と BSC への期待として以下を指摘している。

① 収益関連指標中心(原価関連指標限定)

多様な側面を捉える中で収益関連指標だけではなく原価関連指標も多く活用される事になる。

② 病院全体単位のための指標情報中心

BSC の目的をより徹底的に遂行するために BSC は病院全体レベルのみでなく、部門レベルや主要疾患別診療チームレベルなどでも展開されることになる。そのため BSC 活動の下では、病

院全体レベルの集計指標データだけでなく、各部門レベルや各主要疾患診療チームレベルで集計された指標データも活用される事になる。

③ 予定値・目標値の欠如(前年対比のみ)

BSC では設定した指標に対して目標値とその達成のための具体的な行動計画を設定するため、従来の経営指標による管理において欠如していた目標値と実績値との比較による目標達成のための努力の促進という面に対応できる。

④ 診断的管理システムとしてのみの活用

BSC の主目的の一つには、ビジョン及び戦略を現場職員まで浸透させて職員を病院の戦略に対して方向付けたり、職員間のコミュニケーションを促進したりする事がある。BSC 活動では指標やその目標値・実績値は積極的に現場職員に公開され、またビジョン及び戦略と指標とのリンク及び指標間の因果関係が明示的に表示される。そのため BSC が適切に導入されるならば、従来の経営指標により管理における診断的管理のみの活用の問題が解決される。

⑤ 効率管理中心(多様な業績側面の考慮の欠如)

効率性面と有効性面の両者を含む多様な業績側面を捉える中で、収益関連指標だけでなく原価関連指標も多く活用されることになる。

⑥ 戦略とのリンク及び因果連鎖考慮の欠如

戦略とのリンク及び因果連鎖考慮の欠如が解決される。この問題点に対応しうするため BSC の典型的な 4 つの視点を採り入れることにより、日本医療界における従来の経営指標により管理の問題点のほとんどが解決される潜在的可能性があるという。

1-2 自治体病院への BSC 導入の必要性

昨今自治体病院においても、より妥当性、効果的な評価に対する必要性は高まりつつある。地方自治体での業績評価制度が始まって以来、現在は自治体の組織・事業単位ごと、政策別等の様々な単位で業績測定が行われている。しかし、地域住民中心と業績中心の地方自治政策を具現化するためには、それらを統合し、改善することができる新しい業績評価システムが必要であり、BSC の導入が注目されている。自治体病院の革新を推進するためには、持続的かつ統合的な業績管理が不可欠であり、そのためには、このような現実を反映した行政革新モデルが求められ、これに BSC が対応できるからである。特に財務業績管理中心の政府の政策体系は、組織のビジョンとミッション達成のための政策目標や主要業績指標を提示する体系へ転換されたため、成果評価に対する認識向上を備えようとする意図、組織発展の原動力である無形資産の蓄積を含めた均衡

的業績管理の必要性増大、そして組織のミッションとビジョンを全体・部署・個人目標と体系的に結合する管理手法の適用が必要となったのである。また、政策に関する戦略中心体系の重要性が提起され、政府の意識と形態を変化させるため、BSC 手法の導入が求められた。

以下、自治体病院に BSC が必要な点を整理する。

第 1 に、病院内での職員個人の業績評価、部門の業績評価がシステムとして行われていない。一般論として、医師や医療技術者は自身の業務を評価されることを嫌う傾向にあることが多く、地域の中核病院のように医師たちが互いに切磋琢磨するような教育的風土は、自治体病院では殆ど見受けられない。更に地方の自治体病院では、医師や医療技術者の確保が優先事項となりかねず、業績評価に至らないことも想定される。しかし、病院経営を持続可能にするには、医師や医療技術者の業績評価、部門の業績評価が多面的に客観的に正しく行われる必要がある。

第 2 に、前章で述べた公共性と経済性というトレードオフを如何にバランスさせるかが要諦となるが、BSC はステークホルダー間のバランス、内部と外部のバランス、中長期と短期のバランス、医療の質と経営の質のバランス等を上手くバランスさせるフレームワークとして機能することができる。

第 3 に、ミッション・ビジョンの達成、コスト管理、医療の質の向上、成長利益の確保など様々な次元の異なった目標を同時に到達することが必須であるが、BSC はこれらを上手くバランスさせて多面的、多元的に病院経営を方向付けできる。

第 4 に、自治体病院が地域の中でどのような HSR を果たし、病院が目指す方向にベクトルを合わせて職員が各自の部署で病院の方向性を認識し、機能していくことは重要なことであり、BSC にはそれを可能とする機能が備わっている。また、従来病院に経営戦略があったとしても、それは病院事業管理者(全部適用)自身が認識しているだけであり、それが病院組織で共有されることは少なかった。これに対し、病院のミッション・ビジョンにつながる戦略を可視化するという作業が BSC 作成段階で機能する。戦略マップによって戦略を多面的に説明し、コミュニケーションの手段となるのが BSC でもある。更に、スコアカードで戦略を病院全体に論理的に方法と根拠を分かりやすく明示することができる。

第 5 に、多くの病院では財務データ、臨床データ、患者データがリンクしていないことが多いが、BSC は各データをつなぐ仕組みづくりが可能となる。

自治体病院に BSC を導入することによって、医療の質の向上、安全と安心の医療体制が保証されて行くと仮定するならば、米国の医療経済学者 A.Donabedian(1980)の主張する医療の質⁹⁵

⁹⁵ 戦略を実現させるためのマップを策定して行く行程の中で、BSC の顧客の視点を経営の中核にして患者の視点から目標を設定し、評価指標に落とし込み、それを達成するための内部プロセスを設計して行くことで患者の

に関する考え方で、医療を①構造、②過程、③結果の3つの要素⁹⁶からそれを評価することが出来る。A.Donabedian(1980)は「患者の健康と満足を達成しているかどうか」が医療の究極の指標であるとし、医療の質における患者満足の重要性を強調している。A.Donabedian (1966)によると、医療の質は、健康の維持と患者の満足水準によって評価されるべきである。これは健康の維持はまさに病院のもつ本質的サービスであり、医療の質を測る上で不可欠であるが、同時に患者の満足が直接的成果として評価の対象となりうるという主張である。一般産業界における顧客満足という概念は、企業の収益性を向上させるためのツールとして考えられるため、財務満足のための間接的なプロセスとして捉えることができる。これに対して A.Donabedian (1966) は、病院では満足水準は直接的成果目標であると主張している。つまり、病院において患者満足は重要な概念であるといえる。患者満足の意義は、医療サービスを医療従事者からの一方的な評価ではなく、患者の主観的な評価という視点⁹⁷を考慮することによって、双方向的な評価を行うことにあると考えられる。即ち患者満足は、患者と医療従事者の相互の関わりを通して、患者の意向が医療の提供に組み込まれ

ニーズが何であるのかが明確になり、医療の質の全体の底上げにつながると考えられる。しかし、医療の質は病院で実施されている患者満足度調査(アンケート等)と各部門の関係性の相互因果連鎖が見えにくい。

⁹⁶ A.Donabedian(1980)「Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume I (Michigan:Health Administration Press)(東尚弘訳『医療の質の定義と評価方法』,健康医療評価研究機構,2007年)を参照。

① 構造(Structure)

評価基準が作りやすく、評価が容易である。施設基準、人員配置などの医療監視は構造評価である。

医療が提供される上での安定した配置と医療を提供する時に用いられた資源をいう。医療が提供される条件を構成する因子で、施設や設備などの物的資源、専門家の数、多様性、資格などの人的資源、医師・看護婦スタッフの組織、教育研究機能、監視及び医療であるとしている。安定した配置とは、医療を行う場所の面積や建物の構造、また医師や看護職員などの専門職の種類と人員配置のことである。資源とは医療の提供のために用いられた人的資源、物的資源及び情報を意味する。なお、構造には、地域ニーズなどの地域特性を含む場合がある。

② 過程(Process)

医療保健福祉サービスを構成する活動のことで、サービス内容やその流れを意味する。誰が、いつ、どのような医療が提供されたのか、またどの程度の頻度で行われているのかを評価することになる。診断、治療、リハビリ、患者教育など、通常専門家によって行われる診療行為及び特に患者や家族などの医療への参加であるとしている。評価が最も難しいといわれ、専門的技術の質として、治療計画内容、内視鏡などの処置、手術の技術などが挙げられる。接遇の質には、有形性、信頼性、迅速性、確実性、共感性などの要素がある。医療の中間結果に注目した臨床指標(Clinical Indicator)もプロセスの品質として重要である。これは、数値目標を定め改善をしようというものである。

③ 結果(Outcome)

評価に時間がかかる、評価内容が直接改善に結びつきにくいことがある、といった欠点がある。

構造及び過程によって患者にもたらされた結果のことであり、サービスを提供した後の状態を意味する。一般的には、患者の状態の経時的な変化を示すことが多い。改善率などが最もよい指標となる。提供された医療に起因する個人や集団における変化であり、具体的には健康状態の変化、患者または家族が得た将来の健康に影響を及ぼしうる知識の変化、将来の健康に影響を及ぼしうる患者または家族の行動の変化、医療及びその結果に対する患者や家族の満足度であるとしている。

⁹⁷ A.Donabedian(1980)は患者満足(Patient Satisfaction)について、患者満足度はケアの質の評価であり、主に患者の期待と評価に関連する、特別の質に関する要素がある。満足度は、本質的に個人的な質の定義であり、絶対的(技術的)かつ社会的な定義とは矛盾するものであるとしている。

ていくという使われ方をすることが望まれる。延いては医療の質を評価⁹⁸ということはその尺度が必要となるという事である。医療の質を評価することとは病院、医療従事者が医療の提供という本来の目的に沿って適正に運用され、その結果実際に患者の治療に寄与しているかどうかを第三者の立場から客観的に評価し、欠陥や問題点の改善を図ることである。

業績評価基準を設定・導入・運用して行く上において、品質、コスト、時間のバランスがスコアカードの重要な要件となるため、プロセスとアウトプットという評価基準を促すことが、自治体病院の方針管理や個々の目標管理としての過程となる。このような点について BSC は、業績評価は基より病院全体の戦略の策定と実施に関して、理論的に医師や医療技術者の参画とその個別の評価を行えるスキームといえる。上記のような BSC の特徴が、準公共財としての自治体病院経営の課題を克服することが可能になると考える。

高橋(2004)は、病院 BSC のメリットを以下のように指摘している。

- ① 病院の目的を戦略に沿って効率的に達成する
- ② 病院と職員が同じ方向に向かって心をひとつにする
- ③ コミュニケーションを活性化し、組織を強化する
- ④ 病院を客観的・多角的に評価する
- ⑤ スタッフの働く意欲を高め、意識改革を行う
- ⑥ 非財務的指標を使用することで、職員に納得がいくような患者価値を生み出すプロセスを確認できる
- ⑦ 経験という暗黙知を、BSC の持つコミュニケーション向上力によって伝承することができる
- ⑧ BSC を作成するプロセスで、いままでみえていないものがみえてくるという「気づき」が起こることとで院内が活性化される

BSC はビジョンと戦略を明確にすることで、財務数値に表される業績だけではなく、財務以外の経営状況や経営品質から経営を評価し、バランスのとれた業績の評価を行う事ができる。そのビジョンと戦略を KPI→業績評価指標→アクションプランと現場の日常業務まで反映させることで、従業

⁹⁸ 伊賀(1991)は、「医療の質の評価、或いは評価システムはわが国の医療社会に定着しているとは言えない」とした上で、「高度に専門分化する医療を人のクオリティ・オブ・ライフの観点に立って具現化する臨床の価値観、即ち臨床の質の問題が問われている」と分析し、更に「評価システムを進めるには、まず基準となる価値観の認識から始めなければならない、それを怠ると医療が社会から孤立していく危険がある」ことを示唆している。郡司(1998)は、「医療の質の評価について、最低基準を定めることは不可能であり、よって質の評価は、良い医療からどのくらい離れているかを判断することになる」と指摘している。また、評価のもつ性質について、「評価は客観的でなければならないが、量的なものを測定する場合は比較的明確であるが、質的なものを測定することは困難が多く、質的なものはそのまま人の判断に頼らなければならない場合が多い。」と質的評価の難しさを指摘している。

員は日々の業務がどのように目標達成に影響するのかを認識でき、経営陣は視覚的、実質的に目標達成までをコントロールすることができる。BSC のフレームワークは、財務、顧客満足度、内部プロセス、学習と成長という4つの視点から、バランスが意味するように4通りの2分類にまとめられた「短期・長期とのバランス」、「財務・非財務とのバランス」、「過去と将来のバランス」、「内部・外部のバランス」の相互にバランスよく組みあわせ、関連させて組織の業績を評価するのが特徴である。

組織の望ましい状態を明確にし、それを得るための課題やその優先順位を明らかにすること、更にその課題に一貫性をつくり、全従業員が共有して組織としてのパフォーマンスを上げるツールとしてBSCが存在する。現在では、事業庁レベル、病院全体、各部署単位で実施されており、BSCが自治体病院経営に最も適したツールであると評価されはじめていることが注目されている要因であろう。

医療 BSC における4つの視点(例)の一部を以下にあげる。

① 患者の視点...

患者中心の医療実現、外来／入院患者数の増加率、顧客満足度や対象市場におけるマーケットシェア、新規顧客獲得数、クレーム発生率 など

② 学習と成長の視点

能力開発・医療技術の向上、生産性の向上、業務の効率化 など

③ 業務プロセスの視点...

安心できる医療サービスの提供 など

④ 財務の視点...

病床回転率の向上、EVA、ROA、ROI、ROE、Free-C/F 等といった KPI、またその構成要素 など...

上記4つの視点はそれぞれ独立ではなく、各指標間の因果連鎖関係に基づいて設定されることが求められる。また、ケースバイケースとして上記4つに限定されるものではない(荒井,2005)。それにより、短期的利益と長期的利益、全社目標と部門目標、顧客・従業員等のステークホルダー間のバランスを取りながら、統一的な戦略策定とその戦略と整合性のある実践が行われるようになる。また「質の高い医療サービス体制」実現のための「医療の質」、「経営の質」両面のバランスがとれた経営改革、業務改善を推進する事ができる。

自治体病院は、分権化されたサービス単位やチームを通じて組織を運営していることから、戦略を組織全体に伝え浸透させるコミュニケーション機能、及びメッセージ機能という優れた性質が活かされやすい組織であると考ええる。

1-3 民間病院と自治体病院の BSC の差異

自治体病院の効率的な運営や維持・管理のため、業績評価が体系的に行われるべきであるにもかかわらず、自治体病院における業績評価は営利法人等に比べて、大分遅れていると言える。無論、自治体病院の業績は量的に測定しにくい側面が多いだけではなく、追求する目的そのものが多次元的かつ多目的な性質が強いからと言える。しかし、こうした難しさにもかかわらず、業績評価は必ず必要であり、そのため、多様な業績評価手法が開発され適用されるべきという認識の広まりとともに、BSC を中心とした多くの研究が行われている。

財務指標のみではなく、非財務指標を重要視する BSC は、そもそも公共部門に適合したモデルで公共部門は民間部門とは異なり、財務的な結果を通じて業績を測定しにくい点があつて、非財務指標に重点をおいた評価が必要である。しかしながら自治体病院は財務、患者、評価主体の側面から民間病院とは異なるアプローチが必要である。

第 1 に、民間病院は単純で明確な利益を追求する一方、自治体病院は複雑で不明確な便益を追求し、便益には効率性・民主性・公平性などが内包されるため、計量化しにくい側面がある。

第 2 に、民間病院では財務の視点が最終的に組織の業績を示すが、自治体病院では政策執行のための制約(予算)が前提条件となる。

第 3 に民間病院は評価主体として患者と出資者が異なるが、自治体病院では患者と出資者が同様となる。また顧客の側面では、民間病院では財務的な成果創出のための核心要素と見ることができ、自治体病院では患者を使命達成のための核心要素とみなす。

第 4 に、自治体病院において、経営を包括する戦略マネジメント・システムそのものの理解と、BSC を推進する首長と組織の理解、また運用する人材の採用・育成が課題である。

使命を最高位に位置付けることによって、自治体病院と民間病院の BSC には明確な差異がある事が推測されるが、使命達成を財務的な責任と同一視するかわりに、組織はそれが誰のため奉仕するかを目的として、要求事項を充足させることができるか決定すべきで、自治体病院の業務プロセスの視点は、患者の視点から反映された事実命題から導き出されると考える。従って、組織の永続性にあたって優先的に考慮すべき価値命題という視点から見てみると、単に予算目標を達成し、問題が発生しないようにすることに慣れていた自治体病院の立場からは、業績評価が見慣れないと感じられるであろう。従って、自治体病院には強力なビジョンとリーダーシップをもって地域の患者親密度、更にはサービス先導力の目標を図らなければならない。

1-4 医療BSCの因果連鎖と財務的課題

非営利組織は公共の利益を提供するために存在するがゆえに、財務的成功は究極的な目標ではなく、財務視点は当該組織が長期目標に対応することを可能にするための手段である。財務的に成功するために我々は株主に対してどのように見えるべきか？(Kaplan and Norton,1996)ではなく、我々の使命を達成することを可能にするために、我々が達成しなければならない財務状態は何か、である。

自治体病院のBSCは因果連鎖を前提とした効果を期待されつつも、現時点ではまだ十分に因果連鎖を考慮して構築されている状況ではない。因果連鎖を考慮している限られた事例においては、形式上は財務視点を最終目標としているものが多い⁹⁹。顧客の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点を包含する「医療の質」が財務視点よりも上位にあるという暗黙的な合意があると考えられる。財務の視点が因果連鎖の最高位にある場合でも、多くの場合それは財務の視点が最終目標であるのではない。最終目標と関連する顧客視点の改善の結果として、財務的なリターンがあるという因果関係にある(荒井,2005)。

非営利組織である事を強調する病院においても財務視点が最上位にあり、一般産業界を想定したKaplan and Nortonのテンプレートを基に安易に戦略マップ及びBSCを作成している医療界の現状がある。しかし、DPC¹⁰⁰の導入やマネジドケア¹⁰¹による強力な原価削減圧力を背景に財務的な危機に瀕した経験のある病院も多いため医療界において軽視されがちな財務視点の重要性を強調する必要性を感じている病院経営者が多いという事もあると考えられる。財務的基盤の重要性を医療職員に認識させるためや財務的危機からの脱却のために財務的視点を最上位に位置づける場合もある。

現実には病院に適切な視点枠組みと因果連鎖¹⁰²を十分に考慮した上で BSC を導入している

⁹⁹ Duke Children's Hospital の事例では、財務的成果に結びつけるため影響の強い実施項目の中から、低コストで済むもののみが選択されて、BSCが作成されていた。一般に、顧客満足が財務業績に結びつくのは、低コストで高い満足が得られる場合に限られる。顧客満足と低コストはトレードオフの関係にあり、顧客満足を満たせば必ず財務的成果に結びつくものではない。このため、部分最適な業績を生み出す成果尺度を設定する恐れがあり、各視点間の関連性は必ずしも因果的ではなく、故意による必然的に設定される事もある。

¹⁰⁰ DPCとは Diagnosis Procedure Combination の略で診断群分類別包括制度とも言う。患者の病名や症状をもとに手術等の診療行為の有無に応じて、厚生労働省から定められた1日当たりの診断群分類点数を基に医療費を計算する会計方式である。これにより医業収入の算定は簡素化されたが、包括部門(約80%)と出来高部門(約20%)が混在するため原価計算をより複雑にしているという側面もある。

¹⁰¹ マネジドケア(Managed Care)とは、医療の質を確保しながら、不必要な医療コストを抑制することを目的とする方法である。

¹⁰² 一般に、顧客満足が財務的成果に結びつくのは、低コストで高い満足が得られる場合に限られる。スコアカードを作成する際に、戦略が歪められ、計画された戦略と実際の諸活動に反映される戦略との間にギャップが生じることから、戦略的なマネジメント・ツールとしては好ましくないという批判もある。実務面からも、4つの視点の間に因果関係を見出し連鎖させるのは、現実的にはなかなか難しいという意見もある。

病院は少なく、Kaplan and Norton の典型的な BSC に無理矢理合わせて導入している病院が多いという実情がある。こうした問題点を解決するために、荒井(2003)は、長期的かつ継続的な視野と努力が必要とされると指摘している。Kaplan らが行った医療機関に対する BSC 開発から導入に至る平均的所要時間もおおよそ 5 年であり、BSC の定着には多くの研修・議論・合意形成に時間をかける必要があるとしている(Kaplan and Norton,2002)。

日本の医療界においては、財務に対して未だに制約要因の見解があり、経営の維持・安定という医療提供の支えの部分であると認識されている事が多い。また、財務の視点の具体的な KPI も、原価改善や患者増・マーケットシェア増であることが多く、投資利益率といった財務目標・指標であることは少ない(荒井,2005)。一般産業界を対象とした典型的な BSC は、財務の視点を究極的な視点と捉えた上で、遅行指標である財務指標にのみ依存する事の弊害を是正するために将来の業績を左右する顧客視点指標等の財務指標以外の先行指標にも注意を向けさせ、またその各視点指標間の因果連鎖を仮定する。つまり、典型的な BSC においては、財務視点が最終的な到達点として因果連鎖が構築されている。医療界においては、伝統的に「医療の質」(顧客・内部プロセス・学習と成長の視点)が上位にあつて、「医療の質」をささえるために財務を考慮するという考え方が基本にある。

1-5 病院を対象とした BSC の財務的効果に関する先行研究レビュー

日本国内外を問わず病院を対象とした BSC に関する先行研究は数多いが、BSC の規範的な議論、概念的解釈を展開する内容が大半であり、その財務的効果に関する実証的な研究は多くはない。BSC の財務的効果に関する先行研究としては、例えば以下のような事例がある。

谷ら(2005)は、19 ヶ月間にわたる時系列データに基づき新須磨病院¹⁰³の整形外科への BSC 導入効果を研究している。この研究では、BSC 導入を 3 つのステージにセグメントしている。

- 第 1 ステージ(3 ヶ月) : 戦略マップ策定・成果指標・目標値設定
- 第 2 ステージ(3 ヶ月) : 戦略的イニシアティブの検討
- 第 3 ステージ(6 ヶ月) : 実運用(月次の業績測定と検討ミーティング)

第 1 ステージと第 2 ステージが BSC による業績測定開始前の段階、第 3 ステージが BSC 業績

¹⁰³ 特定医療法人慈恵会新須磨病院(154 床:神戸市須磨区磯馴町 4-1-6)

2003 年にまずは整形外科単体で BSC を導入した。以後病院全体での展開を検討、試験運用を経て、2005 年 4 月より全診療科、看護部、薬剤・検査・医事・管理等の間接部門で BSC を導入・運用を開始した。病院全体での BSC の運用は、整形外科単体での運用の際には見られなかった問題を顕在化させた。①マトリクス組織という病院独特のシステム、②診療科間の壁、③医師とそれ以外のスタッフとの立場・知識格差、④病院と大学医局の関係等(谷、三矢、松尾,2005)。

測定開始後の段階である。時系列分析の結果、第 1 ステージでベッドの有効利用指標が改善した。第 2 ステージでは外来予約率、手術室の有効利用指標が改善していたことが判明した。これは、BSC の実運用前に組織業績に改善が見られたということである。第 3 ステージで改善したのは「他院からの紹介率」だけであった。新須磨病院整形外科の財務データを用いた時系列分析を行った結果、戦略マップ、成果指標、戦略的イニシアティブについての議論を通じて、各現場従業員の自主的な改善活動が戦略・ミッションに沿ったものへと焦点化し、業績が改善した。戦略的課題を組織成員が認識しアクションをどの段階でとるかによって、業績改善が見られるタイミングが変わるということである。谷らの BSC 導入前後の業績の変化に焦点を当てた研究は、病院で BSC を運用することで業績指標が改善し、BSC が戦略マネジメントに有効なシステムであることを実証的に示すものである。しかし、谷らの研究では対照群となる BSC 非導入群は研究対象となっていない。時系列の公開財務データを採用することで研究の内的妥当性を高めている点は評価できるが、サンプルが 1 ヶ所の病院を対象としているため外的妥当性が低い。

兼松ら(2010)は、医療法人を母体とした社会福祉法人の通所介護施設で 2007 年より導入・運用している BSC の収支に与える影響について研究を行った。データは、2007 年 4 月～2009 年 3 月末までの 2 期を対象とし、月収入と月延利用者数の変化を比較し、更に SWOT 分析、マップを比較し、施設運営に戦略がどのように影響を与えたかを検討した。1 期目と 2 期目の検定の結果、1 期と 2 期の平均収入はそれぞれ $2,891.67 \pm 51.94$ 千円、 $3,778.5 \pm 139.59$ 千円と収入は有意に増加し、また平均延利用者数は 312.17 ± 4.74 人、 425.17 ± 13.34 人と延利用者数も有意に増加した。兼松らはその結果から、次のように考察している。

- ① 導入 1 期目は、ニッチサービス(日曜祝祭日・短時間利用)を提供できる施設を目指し取り組んできた。しかし、短時間利用や日曜祝祭日実施だけでは当初計画した顧客の獲得が計画通りには進まず、スタッフは自信を失い活気がなくなっていた。そこで導入 2 期目の事業計画を考えるに当たり、1 期目の反省点を補い前進できる計画を作成するため、職員一同で BSC を作成した。
- ② 1 期目の反省を生かし、SWOT 分析を行った結果、グループの組織力を生かし、大きく運営方針を方向転換した BSC を作成した。その内容は、競合事業所が行っていないサービス内容の売りとなる「運動に特化した施設」を目指した。
- ③ 自分たちで作成した 2 期目の BSC という目標(運動に特化した施設)を達成するため、リーダーを中心に職員一同で取り組んだ。結果、収入・利用者数ともに増加し、1 期目を大きく上回る結果が出せた。

- ④ BSC を職員一同で取り組むことは、目的意識を明確化でき、施設運営において有用である。

山田ら(2010)は、2004 年に総合病院の外来部門からスピノフして開院した大規模診療所を対象として、導入 4 年目を向かえた BSC が経営に与える影響について研究を行った。開院初年度から医師の退職や予約制の実施で患者数が減少し、これを改善するために患者数・診療単価増加の対策、費用削減の対策として BSC 導入をした。業務プロセスの視点では、①診療 1 ポイント当たりの患者数増加、②診療枠の見直し、③看護外来の充実、④看護相談から診療への誘導を行い、また顧客の視点では、患者数を減少させない取り組みとして全スタッフが一定レベルの接遇ができるように、接遇担当者の育成を行い、身だしなみ、接遇レベルの向上、業務プロセスの視点では、固定費の削減の取り組みとしてスタッフの適正な人員配置を行った。各 KPI は 1 年ごとに検証し、広報活動の強化や患者満足度の充実に図るための指標などを追加した。山田らによると、目標未達成の項目や前年を下回る項目があったが、年間延べ患者数は徐々に増加したという事である。その要因として、BSC の数値目標を明確にすることにより行動計画が職員に示しやすくなり、職員の共通認識として定着させることができ、戦略マップを職員参加型で作成することで各自の立場、行動の意識付けが徐々に浸透したことが、患者数増加の一因になったと指摘している。

Lorden(2008)の研究では、2003 年に BSC を導入したが閉鎖してしまった非営利型病院(150 床)を対象とした。この研究では、従業員満足度と患者満足度が、BSC 導入によってどう変化するかを時系列で見ている。入院患者や外来患者サービスのための外部のベンダーによって集計した四半期患者満足度の平均スコアは 4 つにセグメントし、分散分析(ANOVA)を用いて比較した。2 つのサンプルを生成したカイ二乗分析(Chi-Squared Analysis)を通して、マン・ホイットニー U 検定(The Mann-Whitney U-test)を用いて比較した。

患者満足度のうち、入院患者満足度は BSC 導入により上昇傾向を示したが統計的に有意な差は出なかったが、上昇傾向を示した。外来患者満足度は BSC 導入中に導入前と比較して統計的に有意な上昇($p<0.05$)を示し、プロジェクトが終わった後も高い値を示した。従業員満足度は、職員満足度については統計的に有意な変化はなく、スーパーバイザーと役員の従業員満足度は 3 つの指標で統計的に有意($p<0.05$)な減少を示した。2003 年度中にこの病院はテクニカル・デフォルト(Technical Default)を起こし、その影響で BSC に基づく改革は大幅に縮小され、2004 年に病院は閉鎖に追い込まれた。病院が閉鎖に追い込まれるような状況だったにも関わらず、患者満足度は上昇し、職員従業員満足度はほとんど変化していない。Lorden はこの理由について、BSC の運用を積極的にサポートしたケアサービス担当副院長と経営上の混乱が職員のレベルまで及ば

ないようにしたスーパーバイザーの存在によるものだとしている。

Huangら(2004)は、台湾のある地方病院の救急部門での BSC 導入効果を検証した。BSC 導入はパイロット・スタディとして行われたので、9 つの業績指標しか設定されていなかったが、BSC 運用前後で 5 つの指標(職員の職務満足度、3 種類の 30 分以内臨床検査完了率、患者満足度)で統計的に有意な差が見られた。それらの指標は全て改善を示しており、他の 4 指標も BSC 運用前後で統計的に有意な差はないものの改善傾向を示していた。

営利企業を対象とした先行研究のケースにおいては、BSC 導入群と BSC 非導入群(対照群)を対象にした BSC 導入後の調査が多い。研究調査グループが、大量の企業群を対象にした質問調査の結果を用いて統計解析を行なっている実証研究が大多数である。この場合、株式公開企業を対象としたケースでは BSC 非導入群(対照群)を調べることも可能だが、非公開企業では時系列分析を行うことは難しい。一方、非営利組織の研究では BSC 導入組織(実験群)のみを対象にした時系列研究が多い。本研究で取り上げた先行研究も単一の病院に対する BSC 導入効果の検証を目的にしたアクションリサーチである。中には BSC を導入した病院の職員による研究も散見するが、そのようなケースでは BSC を導入した病院における BSC 導入前後の時系列分析を行うことが至極当然であり、逆に対照群(BSC 非導入)を設定した研究は少ない。しかし、このような研究アプローチの違いは営利・非営利といった組織タイプの特徴が生み出す本質的な違いではない。

そこで次節以降では、特に前述の先行研究の課題を克服すべく、サンプル数、観測数を担保し、更に BSC 非導入の対照群を対象とした BSC 導入と財務指標の相関についても分析することにより、BSC 導入による財務指標への直接的影響について検証する。

第 2 節 分析のフレームワーク

BSC が導入されている自治体病院 25 ヶ所の BSC 導入前と BSC 導入後における財務指標の変化と、BSC を導入している自治体病院と BSC を導入していない自治体病院について比較を行う。

2-1 サンプル(分析対象病院群)

全国自治体病院 968 ヶ所の内、BSC の導入を検討している自治体病院の数はかなり確認出来たが、筆者が把握している限りで実際に BSC を導入している地方公営企業法に基づく自治体病院 42 ヶ所の内、病院全体に BSC を導入していて、かつ 2014 年現在も継続的に BSC の運用を行っている 25 ヶ所の事例を対象を絞って分析を行った。対象病院は以下になる。

東京都病院経営本部(東京都)、埼玉県病院局(埼玉県)、山形県病院事業局(山形県)、新潟

県病院局(新潟県)、滋賀県病院事業庁(滋賀県)、三重県病院事業庁(三重県)¹⁰⁴105、国保旭中央病院(千葉県旭市)、松戸市病院事業(千葉県松戸市)、青梅市立総合病院(東京都青梅市)、横浜市病院経営局(神奈川県横浜市)、厚木市立病院(神奈川県厚木市)、射水市民病院【旧:新湊市民病院】(富山県射水市)、市立島田市民病院(静岡県島田市)、羽島市民病院(岐阜県羽島市)、公立能登総合病院(石川県七尾市)、能美市立病院(石川県能美市)、市立池田病院(大阪府池田市)、三田市民病院(兵庫県三田市)、市立加西病院(兵庫県加西市)、井原市立井原市民病院(岡山県井原市)、尾道市立市民病院(広島県尾道市)、萩市民病院(山口県萩市)、国保水俣市立総合医療センター(熊本県水俣市)、国東市民病院(大分県国東市)、出水総合医療センター【旧:出水市立病院】(鹿児島県出水市)。

2-2 分析に用いる財務指標

使用する財務指標¹⁰⁶は、流動比率、未収金回転率、不良債務比率、累積欠損金比率、自己資本比率¹⁰⁷、総資産利益率¹⁰⁸、経常収支比率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、材料費対医業収益比率、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益、病床利用率、他会計繰入金対経常収益比率、補助金等比率、企業債償還額対減価償却費比率¹⁰⁹、貯蔵資産回

¹⁰⁴ 三重県病院事業庁が、BSCを導入した背景には、1998年度から2001年度までの4年間を対象にした第1次経営健全化計画の存在がある。三重県立病院は、1987年度以降は毎年度が赤字となり、1996年度末には累積欠損金115億円に膨らんでいた。地域医療に貢献し質の高い医療を提供するという公共性と、財務の健全性という経済性を両立するには、BSCの導入が最も適していると判断した。県議会では民営化の必要性が議論され、2期目に入った北川正恭知事(当時)による全庁的な「生活者起点の行政システム改革」の中で、第1次経営健全化計画が策定された。この計画では、計画期間中に収支均衡を達成する(収支の健全化)という明確な目標が示された。計画の推進をする中で大きな成果は、地方公営企業法の全部適用により、病院事業庁・病院事業管理者を設置し、権限の移譲をしたこと、また、経営健全化推進プランとして250項目の指標と目標値を設定し、目標管理の整備をしたことである。

¹⁰⁵ 三重県病院事業庁の傘下にあった「三重県立総合医療センター」は、2012年4月より公営企業型の「地方独立行政法人三重県立総合医療センター」として独立したため、2012年度決算からは除外されている。本研究における財務指標の時系列分析では三重県病院事業庁に加算して算定した。

¹⁰⁶ 各自治体病院の財務諸表(1991～2002年度)、及び総務省地方公営企業年鑑の財務諸表(2003～2012年度)より財務指標を算出した。ここで使用する財務指標は、公立病院改革プランに示される「経営効率化に係る計画」で使用される財務指標を参考とし、総務省地方公営企業年鑑、及び各病院の財務諸表から算出可能な財務指標を選定した。更に、それぞれの財務指標の構成要素として補填する指標である、総資産利益率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、職員一人当たりの医業収益、補助金等比率、貯蔵資産回転期間、総資産回転率を加えた。

¹⁰⁷ 自己資本比率とは、総資本のうちどの程度が自己資本でまかなわれているかを示す指標である。自己資本は、通常では株主からの拠出金と内部留保で構成される。しかし、自治体病院のケースでは資本の部に公営企業債等と言った「借入資本金」が存在するため、自己資本の定義として資本金合計額より借入資本金を控除して算出した。

● 自己資本比率=(資本金合計額-借入資本金)÷総資本

¹⁰⁸ 総資産利益率(ROA)の構成要素は、総資産回転率×医業収益対医業(経常)利益比率となる。

¹⁰⁹ 企業債の償還財源としての減価償却費の割合を示す。減価償却費は資金の支出を伴わない費用であるた

転期間、総資産回転率の 21 指標とした(表 22)。

また、流動比率、不良債務比率、企業債償還額対減価償却費比率を「資金繰り指標」、未収金回転率、貯蔵資産回転期間を「資金繰りに関連する指標」、総資産利益率、経常収支比率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率を「収益性指標」、病床利用率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、材料費対医業収益比率、他会計繰入金対経常収益比率、補助金等比率を「収益性に関連する指標」、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益を「生産性や労務関連指標」、累積欠損金比率、自己資本比率、総資産回転率を「長期的資産性指標」と定義し、分類する。

2-3 分析対象財務指標の記述統計量

BSC が導入されている全国自治体病院 25 ヶ所の財務指標の推移においては、1991 年～2012 年の運営期間を対象とした。サンプルは、各自治体病院において BSC が導入された事業年度から 2012 年度までの期間を「導入後」、導入される前の事業年度から導入後と同期間を遡った事業年度までの期間を「導入前」とした。各自治体病院の BSC 導入年数は 1～11 年で、平均運用期間は 6 年である。

また、表 22 において各自治体病院の経営主体により県立、若しくは市立と表記し、更に各自治体において病院を 1 ヶ所運営している場合は「単体」、2 ヶ所以上を運営している場合は「複合体」と表記した。BSC を導入している自治体病院の各財務指標のデータ量は表 23 のとおりとなった。

第 3 節 分析方法

本章では、BSC の導入前と BSC 導入後の 2 つのカテゴリーにセグメントし、データのばらつきから有意な差があるのかどうかを判別するために有意差検定を行い、更に BSC を導入している自治体病院の BSC 導入後と全国自治体病院統計値の 2007 年度から 2012 年度を対象に有意差検定を行う。

t 検定の手順は次の通りとする。まず、帰無仮説とその否定である対立仮説を用意する。その後、有意水準を決定する。

有意水準とは帰無仮説を棄却するかどうかを判定する基準であり、例えば有意水準 10% で検定を行うということは、帰無仮説が真であるにもかかわらず棄却してしまうという、第 1 種の過誤を犯す

め、減価償却費見合い資金は内部留保される。このため一般的にはこの割合が低いほど資金的に余裕があるといえる。

- 企業債償還額対減価償却費比率 = 企業債償還額 ÷ 減価償却費比率

危険率が 10%であることを意味する。

本稿においては、有意水準を 5% で設定した。これは、帰無仮説が棄却された場合と棄却されない場合それぞれにおいて、それが過誤であった場合を考えた時に、自治体病院にダメージを与えるのが、帰無仮説が誤であるのに帰無仮説を支持してしまう第 2 種の過誤であったためである。例えば、帰無仮説が棄却されることは、BSC 導入前後の財務指標に差があることになり、本稿において言えば導入後の事業年度群の方が財務指標は向上しているので、自治体病院は BSC を採用した方が良いと考えられる。もしこれが過誤であるとすれば、帰無仮説が正であるのにそれを棄却してしまう第 1 種の過誤であり、本来は BSC を導入しても導入しなくても財務指標には差がなく、他の経営改善手法に優れた点があったのかも知れないのに BSC を導入しないということになる。逆に帰無仮説が支持される場合、BSC を導入してもしなくても財務指標には差がないのだから、他の視点から業績改善をするか否かの意思決定を行うべきであると考えることができる。これが過誤であるとすればそれは第 2 種の過誤であり、そしてこの状況下では BSC 導入しない方が財務指標は良いにもかかわらず、BSC を採用してしまうケースが出てくる。このように考えると、分析の偶然性を排除しつつ、第 2 種の過誤の可能性を排除するために、有意水準は 1% よりも出来るだけ高めに設定したほうがよいを考える。従って、本研究において有意水準は 5% で設定し、統計的片側仮説検定を行う。

3-1 BSC 導入前と BSC 導入後の平均値による比較方法

BSC を導入している自治体病院の BSC 導入前後の財務指標の変化に対して t 検定（一対の標本による平均の検定）¹¹⁰を用いて比較検討した。本研究においては、「BSC 導入後は BSC 導入前よりも財務指標は改善しない」を帰無仮説、「BSC 導入後は BSC 導入前よりも財務指標は改善する」を対立仮説とし、有意水準は 5% で統計的片側仮説検定を行う。（表 24）

3-2 BSC 導入群と BSC 非導入群の平均値による比較方法

BSC を導入している自治体病院 25 ヶ所の BSC 導入後と、全国自治体病院統計値の財務指標を対象とした。全国自治体病院の BSC 実施率 2.6%¹¹¹を前提とし、「BSC 導入あり」のトリートメント・グループと全国自治体病院統計値を「BSC 導入なし」のコントロール・グループの分析を行う。表 25、及び表 26 においては「BSC 導入あり」の群を「導入群」、「BSC 導入なし」の群を「非導入群」

¹¹⁰ 一対の標本による平均値の t 検定：母集団の平均値 μ が特定の値である μ_0 と等しいかどうかの帰無仮説を検定する際に使用する。 $\{x\}$ は標本平均であり s は標本の標準偏差である。標本量は n であり、t 検定における自由度は $n-1$ である。

$$t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s/\sqrt{n}}$$

¹¹¹ コントロール・グループ：BSC 導入の分析対象自治体病院数 25 ヶ所÷全国自治体病院数 968 ヶ所 = 2.6%

と表記した。BSC 導入群の BSC 平均運用期間が 6 年であるため、BSC 非導入群は 2007 年～2012 年の 6 年間の事業年度を対象とした。

なお、t 検定を行う前に等分散に関する F 検定¹¹²を実施し(表 25)、その後 2 通りの方法によって検証する事とする。1 つは「等分散を仮定した二標本による検定 (Student's t-test)¹¹³」、2 つ目は「分散が等しくないと仮定した二標本による検定 (Welch's t-test)¹¹⁴」を行う。表 26 では、前者を①、後者を②と表記する。

F 検定においては、「BSC 導入群と BSC 非導入群の財務指標の分散値には差はない」を帰無仮説、「BSC 導入群と BSC 非導入群の財務指標の分散値には差がある」を対立仮説とし、有意水準は 5% で統計的両側仮説検定を行う。

また、t 検定においては、「BSC 導入群は BSC 非導入群よりも財務指標は優れていない」を帰無仮説、「BSC 導入群は BSC 非導入群よりも財務指標は優れている」を対立仮説とし、有意水準は 5% で統計的片側仮説検定を行う。

第 4 節 分析結果

BSC の導入前後、BSC 導入群と非導入群の比較における t 検定、F 検定の分析結果をそれぞれ以下に示す。

4-1 BSC 導入前と BSC 導入後の平均値による比較の分析結果

BSC 導入前後の平均値による比較の分析結果を表 24 に示す。

収益性指標に関しては、総資産利益率 (p 値 = 0.00639。以下、同様)、経常収支比率 (0.00112)、医業収益対医業利益率 (0.00556)、収支分岐点比率 (0.00371)、実質収益対経常

¹¹² F 検定: 統計量 (F) を使用し、2 つの標本の分散値の大きさが有意に異なるかどうかを検討する。

$$F = \frac{\frac{SS_2}{N_2 - 1}}{\frac{SS_1}{N_1 - 1}}$$

¹¹³ Student's t-test: 比較する両群を X_1, \dots, X_m 及び Y_1, \dots, Y_n とする。両群から標本平均 $\{X\}$ 及び $\{Y\}$ 、並びに

不偏分散 U_x 及び U_y を求める。両群を合わせた分散の推定値 U_e を算出する。

$$t_0 = \frac{|\bar{X} - \bar{Y}|}{\sqrt{U_e \left(\frac{1}{m} + \frac{1}{n} \right)}}$$

これから検定統計量 t_0 を算出する。

両群の平均が等しい場合には「統計量 T は自由度 $v = m + n - 2$ の t 分布に従う」ので、これを帰無仮説として検定を行う。この t 分布における t_0 の上側の p 値を求め、有意水準 α と比較する。 $p < \alpha$ であれば帰無仮説は棄却され、「両群の平均値には有意差がある」といえる。

$$t_0 = \frac{|\bar{X} - \bar{Y}|}{\sqrt{\frac{U_x}{m} + \frac{U_y}{n}}} \quad \nu = \frac{\left(\frac{U_x}{m} + \frac{U_y}{n} \right)^2}{\frac{U_x^2}{m^2(m-1)} + \frac{U_y^2}{n^2(n-1)}}$$

¹¹⁴ Welch's t-test: 検定統計量 t_0 を算出する。 t 分布の自由度 ν は、 $\nu = \frac{\left(\frac{U_x}{m} + \frac{U_y}{n} \right)^2}{\frac{U_x^2}{m^2(m-1)} + \frac{U_y^2}{n^2(n-1)}}$ となるが、これは整数になるとは限らないので、10 未満の場合は小数自由度の t 分布表を利用する。 T 及び ν が計算されると、これらの統計量は「母集団の一方の平均値がもう一方よりも大きい」という帰無仮説を検定するために t 分布と共に用いることができる。

費用比率(0.00424)と有意な改善が見られた。

更に収益性に関連する指標である患者一人一日当り入院収益(0.0000001)、患者一人一日当たりの外来収益(0.00084)、材料費対医業収益比率(0.0000003)でも、帰無仮説が棄却される結果となった。一方、病床利用率(0.28903)、他会計繰入金対経常収益比率(0.26581)、補助金等比率(0.22933)においては、有意な改善は見られなかった。このように一部の指標で有意ではない結果となったが、収益性に関連する指標では、多くの指標で全体的に高い有意な改善が見られた。

生産性や労務関連指標である職員給与費対医業収益比率(0.03569)と職員一人当たりの医業収益(0.01995)には有意差が見られた。

一方で、資金繰り指標である流動比率(0.10724)、また流動比率と同様に事業性資金の効率性を表している不良債務比率(0.12932)は有意な改善を示さなかった。更に、これらの指標に関連し短期的に資金繰りに関連する指標である未収金回転率(0.14778)、貯蔵品回転期間(0.46845)においても帰無仮説は棄却されなかった。資金繰りに関連する指標の中で唯一有意差が確認された財務指標は、企業債償還額対減価償却費比率(0.00355)のみである。

更に、長期的資産性指標である総資産回転率(0.37387)、累積欠損金比率(0.06258)、自己資本比率(0.45280)でも統計的有意な改善は見られなかった。

4-2 BSC 導入群と BSC 非導入群の平均値による比較の分析結果

(1) 分散値による分析結果

先の等分散に関する F 検定の結果を表 25 に示す。

流動比率(0.00009)、未収金回転率(0.03775)、不良債務比率(0.000003)、累積欠損金比率(0.0000006)、自己資本比率(0.00010)、医業収益対医業利益率(0.00820)、収支分岐点比率(0.01132)、実質収益対経常費用比率(0.00251)、病床利用率(0.00001)、患者一人一日当り入院収益(0.00302)、患者一人一日当り外来収益(0.00032)、職員給与費対医業収益比率0.00013、職員一人当たりの医業収益(0.00124)、他会計繰入金対経常収益比率(0.000004)、補助金等比率(0.000005)、企業債償還額対減価償却費比率(0.000004)、材料費対医業収益比率(0.00169)、貯蔵資産回転期間(0.0000004)、総資産回転率(0.0000004)の分散値には有意差が見られ、帰無仮説が棄却された。

一方、総資産利益率(0.20818)、経常収支比率(0.07345)に関しては、分散値に有意差が見られず、帰無仮説が支持された

(2) 平均値による分析結果

以上の結果に基づき、総資産利益率、経常収支比率には Student's t-test を行い、他の指標は Welch's t-test を行う。具体的には流動比率、未収金回転率、不良債務比率、累積欠損金比率、自己資本比率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、病床利用率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益)、他会計繰入金対経常収益比率、補助金等比率、企業再償還額対減価償却費比率、材料費対医業収益比率、貯蔵資産回転期間、総資産回転率である。BSC 導入後(BSC 導入群)と全国自治体病院統計値(BSC 非導入群)の財務指標の平均値に関する t 検定の結果を表 26 に示す。

流動比率(0.00562)、不良債務比率(0.00000001)、実質収益対経常費用比率(0.01892)、病床利用率(0.00202)、患者一人一日当り入院収益(0.01136)の各財務指標においては、BSC 導入群は BSC 非導入群よりも有意に優れており、帰無仮説が棄却された。

一方で、未収金回転率(0.10674)、累積欠損金比率(0.10119)、自己資本比率(0.30667)、総資産利益率(0.24427)、医業収益対医業利益率(0.13609)、経常収支比率(0.44742)、収支分岐点比率(0.12550)、患者一人一日当り外来収益(0.23583)、職員給与費対医業収益比率(0.20020)、職員一人当たりの医業収益(0.06818)、他会計繰入金対経常収益比率(0.12656)、補助金等比率(0.12541)、企業償還額対減価償却費比率(0.38835)、材料費対医業収益比率(0.23994)、貯蔵資産回転期間(0.20336)、総資産回転率(0.12247)の各財務指標においては、BSC 導入群は BSC 非導入群よりも有意に優れてはおらず、帰無仮説が棄却されなかった。

第 5 節 BSC 導入による財務パフォーマンス

BSC 導入前と BSC 導入後の平均値比較において統計的有意差を示した財務指標と、BSC 導入群と BSC 非導入群の平均値比較で統計的有意差を示した財務指標を表 27 にまとめる。本節では、前節の有意差検定による結果から BSC 導入と財務パフォーマンスについて考察する。

5-1 BSC 導入前と BSC 導入後の比較によるアプローチ

BSC 導入前後の平均値を比較した分析結果について以下考察する。

収益性指標、並びに収益性に関連する指標に関しては、総資産利益率、医業収益対医業利益率、経常収支比率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、材料費対医業収益比率に高い有意な改善が確認された。総資産利益率はその構成要素である医業収益対医業利益率の高い増加により、BSC 導入前後において有意な改善が見られた。また、患者一人一日当り入院収益、

患者一人一日当たりの外来収益も帰無仮説が棄却され、収益性に関連する指標においても全体的に高い有意な改善が見られた。しかし、病床利用率は帰無仮説が支持され、BSC 導入前後で有意な改善は見られなかった。病床利用率の BSC 導入前後の平均値は、導入前で 81.55%、導入後で 80.01%と(Δ)1.54 ポイントと減少しており、BSC 導入後に改悪している事が確認される。つまり自治体病院全体として、入院・外来共に患者の収益単価の向上に重点を置いている事が想定される。他会計繰入金対経常収益比率と補助金等比率には有意な改善が見られず帰無仮説は棄却されなかった。BSC 導入前後の平均値を比較すると他会計繰入金対経常収益比率は(Δ)0.42 ポイント、補助金等比率は(Δ)0.49 ポイント減少している事により若干の改善傾向は見られるが、総体的には横ばい傾向にある事にある。他会計繰入金が高いという事は経常収益の伸びに比べて一般会計の繰出金¹¹⁵が多くなっていることが指摘でき、ここに第 4 章で述べた自治体病院の経営効率における非効率性¹¹⁶が存在しているものと想定される。しかし、これらの指標と相関が高く、有意な改善が確認された実質収益対経常費用比率の BSC 導入前後の平均値を見てみると、導入前で 86.13%、導入後で 89.10%(+2.97 ポイント)と著しく増加している。この指標は経常収益から他会計繰入金を控除し経常費用で除した値であるため、独立採算を前提に経営する上では重要な尺度である。他会計繰入金対経常収益比率が増加していながら実質収益対経常費用比率も増加しているという事は、他の収益性指標が著しく改善している事実を鑑みると、材料費や給与費をはじめ経常費用の圧縮によるものである事が分かる。今後 BSC を継続的に実施すれば、収益が増加し、投資効率の良い適正な費用が適正に運用されていく事により次第に他会計繰入金が圧縮されていき、実質収益対経常費用比率の向上に反映していく事が想定される。

一方で、資金繰り指標である流動比率は有意な改善を示さず、帰無仮説は棄却されなかった。また、これらの指標に関連し短期的資金繰りに関連する指標である未収金回転率、貯蔵品回転期間においても帰無仮説は棄却されなかった。流動比率と同様に事業性資金の効率性を表している不良債務比率も有意差な改善は示さず、帰無仮説は棄却されなかった。BSC 導入前後の平均値を比較すると有意な改善は見られなかったが、流動比率は+56.93ポイント増加、不良債務比率は(Δ)2.88 ポイント減少しているため若干は向上していると言えるが、一方で、未収金回転率は(Δ)14.34 ポイント減少し、貯蔵資産回転期間は(+)0.09 日増加しているため、BSC 導入後に改悪し

¹¹⁵ 公営企業に対しては、経営の健全化を促進し経営基盤を強化するため、一般会計から繰入(負担・補助等)を行っており、その運用上の基準としては、総務省から繰出金に関する通知が出され、一般会計が負担すべき経費や基準等が示されている。地方公営企業法 2 条「第 17 条の 2 第 1 項:第 1 号(1 号該当経費、1 号経費)、第 2 号(2 号該当経費、2 号経費)」。

¹¹⁶ 中山 2004)「自治体病院の技術効率性と補助金」『医療と社会』Vol.14No.3.P69-79,医療科学研究所を参照。

ている。その要因としては、前述の収益性指標、及び収益性に関連する指標の向上に伴い流動資産は充実していくはずであるが、サンプル自治体病院の内、当期純利益を計上しているのは全体の35%程度であり、実際にはまだまだ資金不足に陥っているのが現状である。

資金繰り指標、並びに資金繰りに関連する指標の中で唯一統計的有意差が確認された財務指標は、企業債償還額対減価償却費比率である。しかしこの有意差は、BSC導入前の平均値84.35%、BSC導入後の平均値109.94%の差((+)25.60ポイント)によるものであるが、BSC導入後はむしろ100%を超え改悪している。つまり、BSC導入前後と財務指標の相関では、正の相関と負の相関があることになる。BSC導入後にこの指標が改悪した自治体病院は全体の僅か24%であり、大方企業債発行による借入資本金の増加が著しい。企業再償還額対減価償却費比率が100%を超えているという状況は、毎期の減価償却の内部留保資金により、企業債償還の資金を賄っていない事を意味している¹¹⁷。つまり、資金不足に陥っている事が窺える。自治体病院の整備財源を調達するために発行された企業債発行額¹¹⁸の推移を示した地方債統計年報¹¹⁹によると、1988年の所謂バブル期から1998年にかけての10年間で企業債の発行が急増しており、その後は一転して減少推移している。これはバブル経済崩壊後の景気対策の一環として、自治体病院の増築・改築等のハード面の整備が積極的に図られたことが関係しているものと予想される。総務省公立病院改革懇談会における外部委員からの指摘にもあるが、現在の自治体病院を取り巻く財政問題の1つとして、上記のような建設投資の過剰問題があると考えられる。

生産性や労務関連指標である職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益にも有意な改善が見られた。これらの側面については後述するが、特に都市部ではない地域に設置している自治体病院のケースにおいて、医師を始めとする医療専門職スタッフ不足や患者減等により、診療科の縮小、ダウンサイジングや経営形態の見直し等が行われている事が背景にあるものと想定される。

長期的資産性指標である総資産回転率、累積欠損金比率、自己資本比率には有意な改善は

¹¹⁷ 地方公営企業年鑑から、本研究で対象とした自治体病院25ヶ所の1991年～2012年現在までの減価償却費の伸び率を見てみると平均8.35%であった。これに対し企業債償還額の伸び率は平均15.64%であった。企業債償還額の伸び率は減価償却費の伸び率に比べて倍近い状況である。

¹¹⁸ 自治体病院の企業債に充当する資金には、政府資金(財政融資資金)、公庫資金(地方公営企業等金融機構資金)及び民間等資金が存在する。2014年度の総務省地方債計画では、病院事業・介護サービス事業(通常収支分)4,123億円が計上されている。総務省ホームページ:

(http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01zaisei05_02000059.html)を参照。病院事業債の元利償還金の2分の1については必要に応じて一般会計から繰り出すことができ、一般会計から繰り出した額に対して45%を事業割として、15%を病床割とし普通交付税で措置されることになっている。また、2008年度に限り「公立病院特例債」の発行が認められており、総務省が示した「公立病院改革ガイドライン」による改革プランの着実な実施に取り組む病院事業に対して、特例債の支払利息の一部について特別交付税措置が講じられる。

¹¹⁹ 『地方債統計年報第9号～35号(昭和63年～平成25年度版)』,一般財団法人地方債協会を参照。

見られなかった。BSC 導入前後の平均値を比較すると、総資産回転率は $\Delta 0.008$ 回転の減少、累積欠損金比率は(+)11.41 ポイントの増加により悪化しており、一方自己資本比率は+0.33 ポイント増加により若干の改善傾向を示している。総資産回転率が減少している要因として考えられる事は、収益は全体的に増加傾向を示しているが、同時に償却資産や流動資産も増加している事である。これらは特に資本的収入¹²⁰による増加傾向がある事には注意しなければならない。よって、本稿における正味自己資本自体は増加していないと言える。また、累積欠損金比率が増加している要因としては以下が想定される。経常収支比率を見てみると収支 100%以上の状態となっている自治体病院は 25 ヶ所の内 32%程度である。更に 72%の病院は経常収益(経常損失)よりも当期純利益(純損失)の方が下回っている状態(悪化)にあるため、仮に経常利益でプラスとなっても特別損失¹²¹によりマイナスとなるため累積欠損金は一方向に減少しない。これも損益上のネガティブファクターの一因となる。自治体病院の大半は他会計繰入金等の収益的収入を持ってしても収支均等の状態にはなっていないという事が確認される。

しかし BSC 導入後に、明らかに収益性指標、及び収益性に関連する指標の有意な改善が見られた事実を鑑みると、今後 BSC の継続的实施と共に資金繰り指標、資金繰りに関連する指標、更に利益剰余金により自己資本が増加していく事により、累積欠損金比率と自己資本比率にも間接的にインパクトを与えていく事が想定される。

5-2 BSC 導入群と BSC 非導入群の比較によるアプローチ

BSC 導入群と非導入群を比較した分析結果について以下考察する。

収益性指標、並びに収益性に関連する指標については、全体的に BSC 導入群は BSC 非導入群よりも優れてはいなかった。しかし BSC 導入群・非導入群の平均値を比較すると、総資産利益率は(Δ)0.53 ポイント、医業収益対医業利益率は+2.19 ポイント、経常収支比率は+0.26 ポイント、収支分岐点比率は(Δ)3.08 ポイント、患者一人一日当り外来収益は+502 円、材料費対医業収益比率は(Δ)0.82 ポイントと BSC 導入群は全体的に BSC 非導入群を上回る傾向が見られた。ここで患者一人一日当り外来収益と材料費対医業収益比率、貯蔵資産回転期間(非導入群対比(+)2.22 日)に注目する。材料費とは医薬品や医療資材が大半である。また貯蔵資産とはそれに

¹²⁰ 地方公営企業法施行令第 17 条(予算)の 2 前項第二号に掲げる予定収入及び予定支出は、収益的収入及び支出と資本的収入及び支出に大別し、さらにこれらを款項に区分するものとする。

資本的収入とは、借入資本金(企業債・他会計借入金)、固定資産売却代金、他会計からの出資金、建設改良事業の補助金、負担金、寄付金等収益に関係のない収入で現金を予定されるものをいう。

¹²¹ 自治体病院における特別損失とは、例えば医業未収金や減価償却費の過年度損益修正損、固定資産等の除却損等がある。

伴う在庫である。外来診療において、診療プロトコルマネジメント¹²²、活動基準原価計算・管理、予算管理等の経営管理手法、並びに特殊原価調査に類する品質コストマネジメント等の管理会計システムが整備されていくことは、BSC の導入を考慮する上で最も重要となる。外来患者の一件単価が向上すれば、材料費対医業収益比率も向上するという相関関係があるため、DPC (Diagnosis Procedure Combination) に裏付けられる診療プロトコルマネジメント原価企画と BSC による管理の実施により、この指標は向上していく。無論、原価管理のみではなく、患者の回転率についても注目していく必要がある。

収益性指標、並びに収益性に関連する指標で統計的有意差があり、BSC 非導入群よりも BSC 導入群の方が優れている事が確認された指標は、実質収益対経常費用比率、病床利用率、患者一人一日当り入院収益である。

実質収益対経常費用比率と関連性が深い他会計繰入金対経常収益比率には統計的な有意差は見られなかったが、BSC 導入群・非導入群の平均値を比較すると(Δ)1.58 ポイント高い。つまり、BSC 導入群は非導入群と比べて自治体本体からの一般会計繰出金には比較的依存していない傾向があるという事が分かる。また補助金等比率でも統計的有意差は見られなかったが、BSC 導入群は非導入群と比べて(Δ)1.54%と国や都道府県費からの補助金・負担金にも比較的依存していない事が分かる。

医業収益全体の 7 割以上を占める入院収益と深い関連性がある病床利用率(非導入群対比+5.68 ポイント)と患者一人一日当り入院収益(非導入群対比+5,107 円)は帰無仮説が棄却され、BSC 導入群は BSC 非導入群よりも明らかに優れている。これらの指標は、後述するクリニカルパス (Clinical Path) を BSC に組み込む事により、相乗していくものと考えられる。

資金繰り指標である流動比率、不良債務比率は BSC 導入群と非導入群と比較して明らかな統計的有意差が見られ、BSC 導入群は BSC 非導入群よりも優れていると言える。資金繰り指標は、BSC 導入群の BSC 導入前後の比較分析では統計的有意差はなく改善傾向を示さなかったが、BSC 非導入群は元々資金繰り指標(流動比率:平均 253.17%、不良債務比率:平均 1.80%)の値が低く(悪く)、BSC 導入群は BSC 導入後に遅行して値が向上したために有意差を示したと考えられる。

資金繰りに関連する指標である未収金回転率には統計的有意差は見られなかったが、BSC 導

¹²² 日本医療界においても、90 年代後半以降、先駆的な病院を中心に診療プロトコルマネジメントが普及し、今日では大病院では殆どで実施されるようになったが、アメリカと異なり、クオリティマネジメントの手法として導入されてきたことが明らかになった。しかし 2000 年代後半以降の DPC 導入の広がりを受けて、コストマネジメント(原価企画)手法としての性格を強めつつある状況も明らかになった(荒井,2011)

入群は非導入群よりも+0.48回転高く、BSC導入群は資金繰りが良好な状態となっている事が分かる。

生産性や労務関連指標では統計的有意差は見られず、BSC導入群はBSC非導入群よりも優れてはいなかった。BSC導入群と非導入群の平均値を比較してみると、職員給与費対医業収益比率は(+)1.43ポイント、職員一人当たりの医業収益はΔ1,114円となっておりBSC導入群の方が悪い。前節でも触れたが、本研究の対象とした自治体病院の内9割程度は都市部ではない地域に拠点があり、医師を始めとする医療専門職スタッフの確保問題が反映された結果と想定され、医業収益に対して効率的な職員配置となっていない事が想定される。

長期的資産性指標である累積欠損金比率を見ると、BSC導入群は非導入群に比べて、(Δ)11.67ポイントとなっはいるが、平均値で医業収益の半分近くが累積欠損金となっている。また、BSC導入群の内4ヶ所の自治体病院はこの指標が100%を超えており、1年間の医業収益以上の累積欠損金があるという状況である。民間病院であれば間違いなく破綻¹²³、若しくは事業譲渡を免れない。また、自己資本比率にも統計的有意差は見られなかったが、BSC導入群(平均値35.62%)は非導入群に比べて+2.44ポイント高い。また、企業債償還額対減価償却費比率でも統計的有意差はなく、BSC導入群(平均値109.94%)は非導入群に対して(Δ)0.045ポイントという状況ではあるが、減価償却費による内部留保資金の範囲を超えている状況である。各自治体病院と全国自治体病院統計値の自己資本の内訳を見てみると、その構成は固有資本金よりも大半は繰入資本金¹²⁴という自治体本体からの資本的収入である。仮に、繰入資本金が少なくとも自己資本比率が充実しているようなケースでも、4章で指摘したように借入資本金として企業債、若しくは他会計借入金を多額に計上しているケースが大半である。ここで地方公営企業法「地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てなければならない(地方公営企業法第17条の2第2項)」に示される、その「経営に伴う収入」について議論する必要があるが出てくる。しかし前項でも示したように、以後BSCの実施継続とともに収益、利益が増加して行くと仮定すれば、両指標にもインパクトを与え

¹²³ 自治体病院でも破綻のケースはある。北海道にある夕張市民総合病院(北海道夕張市社光6)は、夕張炭鉱病院として1910年に発足した、10科170床の市内唯一の総合病院であった。2003年頃より、医師、看護師の退職が相次ぎ、各科は月に週1回程度の稼働、2005年度の患者動向では入院率は40%台まで落ち、常勤医師は2名で病床利用率も20%まで下がっていた。負債総額は累積39億円、2005年度の赤字3億3千万円を夕張市が補填出来なかったため、事実上の廃止、更に診療所への格下げとなった。2007年度夕張市は財政難のため公設民営化となり、医療法人財団夕張希望の杜(理事長:村上智彦)が指定管理者となり、夕張医療センターに改称された。

¹²⁴ 地方公営企業法第18条(出資)

地方公共団体は、第17条の2第1項の規定によるもののほか、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に出資をすることができる。

2 地方公営企業の特別会計は、前項の規定による出資を受けた場合には、利益の状況に応じ、納付金を一般会計又は当該他の特別会計に納付するものとする。

ていくものと思われる。総資産回転率の平均値にも統計的有意差が見られなかった（非導入群対比+0.05 回転）。その要因として考えられる事は、BSC 導入群の自治体病院の収益性は BSC 非導入群とほぼ同等である事は示したとおりであるが、それに対して特に固定資産残高が BSC 非導入群に比べて若干低い事が一つ考えられる。しかし、以後の経過年数と共に収益の増加と固定資産の減価償却により、この指標にもインパクトを与える事が想定される。

5-3 BSC 導入群の導入前後と BSC 非導入群における時系列比較によるアプローチ

BSC の特徴は、長期安定期な成長に向けての様々な活動を促進させる先行指標を業績評価システムの中に含んでおり、先行的なドライバー KPI が、遅行的な財務指標と結合することにある。よって、中長期の成長に配慮した戦略を業績評価システムの中に包摂することは BSC の特長であり、本来 BSC 導入による直接的影響は資金繰り指標や長期的資産性指標よりも、先ずは収益性指標に現れる事が想定される。その点について柴山ら(2001)によると、BSC 導入後、業績改善効果が増えるには 2~3 年は掛かるとし、先行性指標と遅効性指標のタイムラグについて指摘している¹²⁵。また乙政(2005)は、「BSC 導入の成果の測定は基本的には財務指標の向上が一つの成果変数となるが、財務指標の成果は経済状況や規制状況、政治的要因等の外的要因の影響を強く受け、BSC が有効に機能したとしても、そもそも企業が備えている経営資源などの内的要因に応じて、財務指標の業績向上までのタイムラグが生じることもある」と述べている。

本研究で検証した 25 ヶ所の自治体病院は、BSC 導入から平均で 6 年が経過しており、その内 76% (19 ヶ所) の自治体病院が 4 年以上経過している。業績改善の BSC 導入効果が現れるのに 2~3 年以上掛かるという柴山らの指摘によれば、本研究における BSC 導入前と BSC 導入後、BSC 導入群と BSC 非導入群の平均値比較においては財務指標が改善、又は優れている傾向を示していると言える。財務業績が改善した自治体病院に限っては、経営管理ツール、或いは業績評価ツールとして、ある程度は BSC が機能したとも解釈できる。表 28 は BSC 導入前と BSC 導入後の平均値比較において統計的有意な改善(正の相関)が確認された総資産利益率、医業収益対医業利益率、経常収支比率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たり医業収益、材料費対医業収益比率の 10 個の財務指標と、負の相関が確認された企業債償還額対減価償却費比率に対して、BSC 導入前後±1 年~±6 年の期間においてそれぞれ運用期間別に有

¹²⁵ 柴山慎一、正岡幸伸、森沢徹、藤中英雄『実践バランス・スコアカード』, 日本経済新聞社, 2001 年を参照。

意差検定を行ったものである。それによると、90%以上もの財務指標（総資産利益率、医業収益対医業利益率、経常収支比率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、患者一人一日当り外来収益、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益、材料費対医業収益比率、企業債償還額対減価償却費比率）が BSC 導入後 3 年目以降に最も高い有意差を示している。つまり、この反応の時間差は成果における先行指標と遅行指標の関係を示しており、ここでもタイムラグが生じている事が想定される。先行指標、遅行指標双方の成果尺度を多元的に取り込むことによって、事業への早期的なフィードバックと長期的な成長戦略を鑑み、的確な経営政策を両立させる事が出来ると期待される。しかし、時系列的には±4 年よりも±5 年の方が高い相関係数を示しているが、±6 年では相関係数が下がっている指標が多く、これは BSC 導入後の財務指標の一時的な停滞、若しくは負の相関であると解釈できる。

本項では、BSC 導入前と BSC 導入後の比較で BSC 導入後に有意な改善を示し、且つ BSC 導入群と BSC 非導入群の比較で BSC 導入群が優れているという結果を示した実質収益対経常費用比率と患者一人一日当り入院収益の 2 個の財務指標に着目し、柴山らの指摘を考慮した上で、BSC 導入前と導入後の前後 6 年間（導入前－6 年、導入前－5 年、導入前－4 年、導入前－3 年、導入前－2 年、導入前－1 年、導入後＋1 年、導入後＋2 年、導入後＋3 年、導入後＋4 年、導入後＋5 年、導入後＋6 年）における財務指標の変化と、BSC 非導入群の 2001 年～2012 年の 12 年間¹²⁶の推移比較について時系列で相関分析を行う。

（1）実質収益対経常費用比率の推移分析

図 35 は、実質収益対経常費用比率の推移を、BSC 導入前後と BSC 非導入群で比較したものである。

BSC 導入群は、BSC 導入前後で BSC 導入後＋1 年以降で激的な増加（右上がり）傾向が確認される。特に導入後＋1 年の傾きの違いが大きい（表 28（ p 値＝0.0362357（ $p<0.05$ ））。BSC 導入群は＋1 年以後、平均 0.07 ポイントのプラス成長を上げている。また、導入後＋3 年で一旦下落しているが、＋4 年に改善するという傾向を示しており、BSC 導入前－1 年～導入後＋1 年では 0.89 ポイント、導入後＋2 年～＋4 年の成長率は平均 0.64 ポイントと 2 段階で成長している。何れにせよ、BSC 導入後に平均値は増加していることを示し、自治体本体からの他会計繰入よりも医業活動単体で得た収益の範囲が増加してきていることを示している。

これに対し、BSC 非導入群は 2008 年度に大きく落ち込み、その後 2008 年～2010 年にかけて

¹²⁶ BSC 非導入群の推移 12 年間の根拠としては、25 ヶ所の BSC 導入自治体病院（BSC 導入群）の BSC の平均運用期間は 6 年間であったため、非導入群も直近 2012 年までの 6 年間と更にその同年数を遡り、合計 12 年間とした。

大幅に改善しV字回復しているが、これは法の基準変更に伴う利益管理による影響の可能性もある。全体として近似曲線を見るときはなだらかな成長で推移している。総体的に、BSC 非導入群よりも BSC 導入群の方が漸増的に増加している事が確認される。

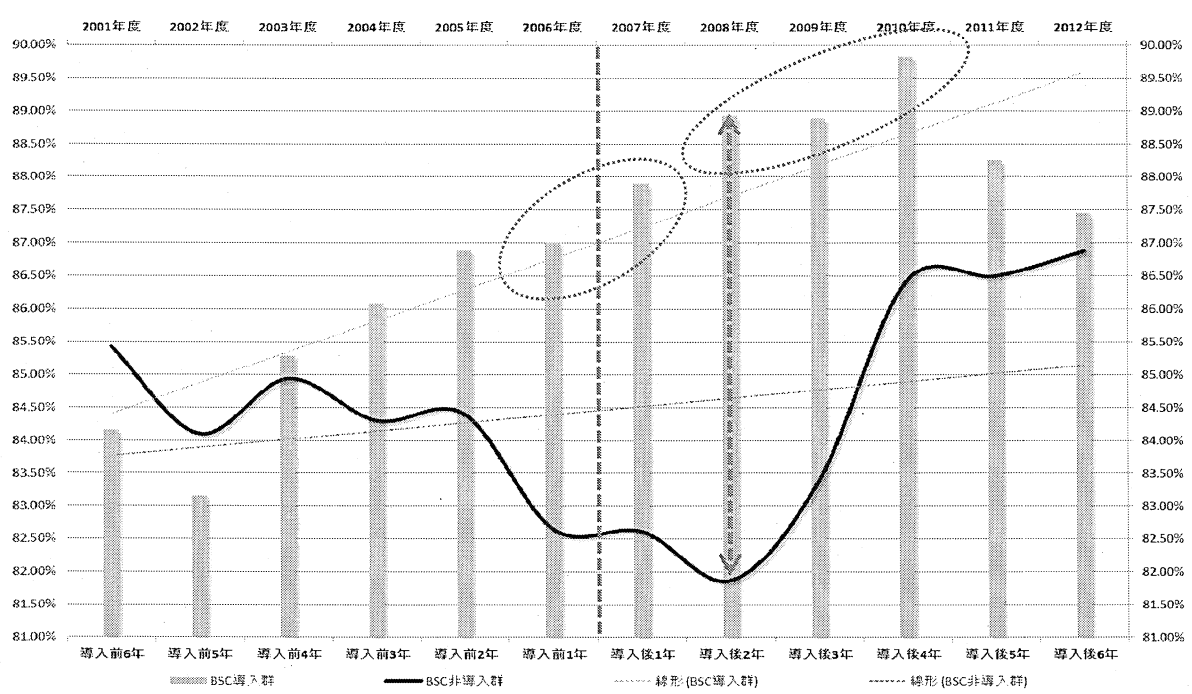


図 35. BSC 導入前後、BSC 非導入群の実質収益対経常費用比率の推移

(2) 患者一人一日当り入院収益の推移分析

図 37 は、患者一人一日当たり入院収益の推移を、BSC 導入前後と BSC 非導入群で比較したものである。全体的に BSC 導入群の指標が高くなっていて、中でも特に導入後+1 年の傾きの違いが大きい(表 28(p 値=0.0000001(p<0.05))。

BSC 導入群は実質収益対経常費用比率ほど極端ではないが、導入前-1 年～導入後+1 年の成長率は 5.02%、導入後+2 年～+4 年の成長率は平均 1.26%と 2 段階で漸増的な増加が見られるため、実質収益対経常費用比率の相当部分の成長をこの指標で説明できると思われる。これに対して、BSC 非導入群の 2007 年以降の平均値は 36.37(千円)と導入群に比べると低く、近似曲線でもなだらかな成長推移となっている。

患者一人一日当り入院収益は、他の財務指標、特に経常収支比率等の利益率を上げるための根幹となる重要業績評価指標の一つと考える。つまり、あまりにも病床利用率に主眼を置き、特に地方の自治体病院において病床利用率を高めようとするとは今度はそれに伴い人材の確保の問題が顕在化してくる。よって、患者一人一日当り入院収益の向上が、病院経営における効率化策の

入口戦略となると考える。しかし、BSC 導入群、並びに非導入群の 12 年間の推移を見ると、BSC 導入群では導入前－6 年と導入後＋6 年で対比すると＋10.12 千円、非導入群では 2001 年と 2012 年を対比すると＋13.34 千円も増加している。これも、法の基準変更に伴う利益管理による影響の可能性も示唆される。一件単価を上げるということは、当然医療サービスの質の向上と業務プロセスの改善が相関することは言うまでもない。しかし、あまりにも一件単価を上げ過ぎると今度は患者満足度にも悪影響を及ぼしかねない。適正な病院の規模と経営資源を把握する必要がある。

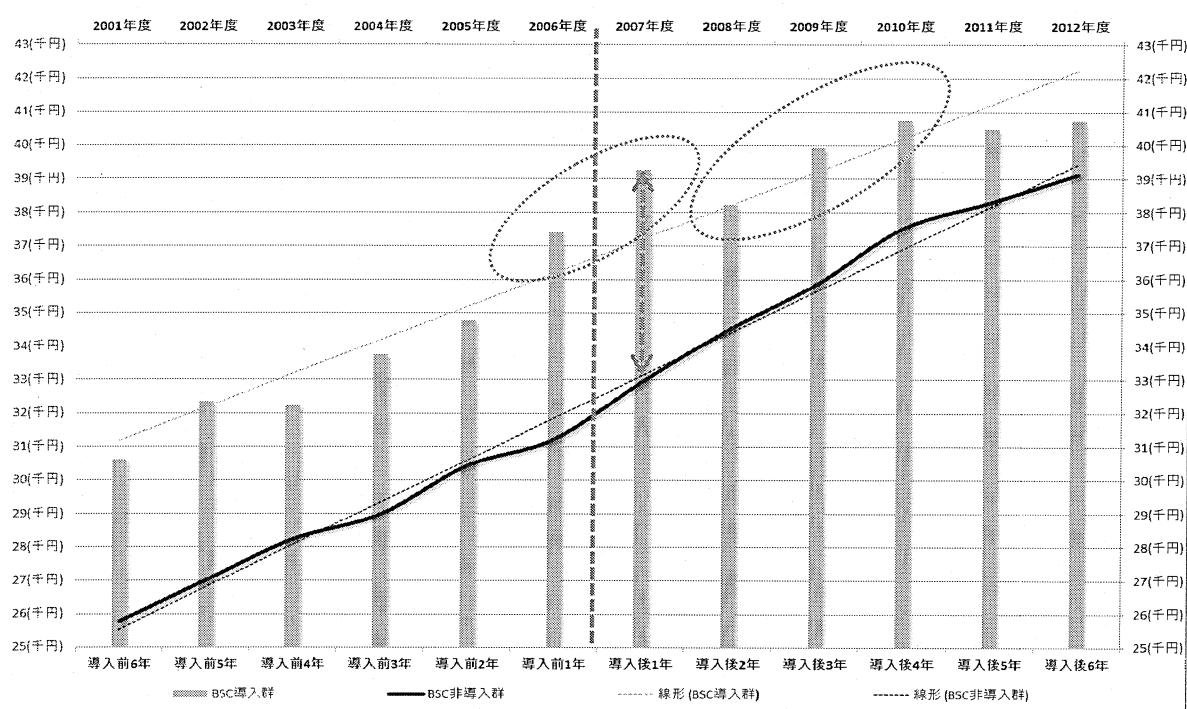


図 36. BSC 導入前後、BSC 非導入群の患者一人一日当り入院収益の推移

以上のように、BSC 導入前と導入後、また BSC 導入群と非導入群について段階を追って比較してみると、BSC 導入により財務指標に何らかのインパクトがある事は証明された。

【小括】

自治体病院の経営には公共性と経済性のバランスが要求されており、単なる経営上の収支のみで判断出来ない。自病院の現状が財務とどのような相関関係があり、地域の医療要求に適合しているのか、地域に不足する医療は何か、地域の他の公私病院との機能分担と連携は整合性をはかれるかを判断することである。しかし、病院の経営戦略や経営管理は、年次予算プロセスが必ずしも戦略と共有化されておらず、短期的な業務目標とそれに基づく管理が中心となり、元来の戦略

が忘れ去られるという問題点がある。これに対して、BSC は非財務指標が利用され、患者満足度のよ
うに財務数値との因果関係が定かではない指標であっても、戦略を実行する上で財務的成果に影響
を与えると想定できる非財務的指標はスコアカードに記載され、4 つの視点のもとに設定される
各業績指標は、「因果関係に関する仮説の集合」である戦略によって相互に関連付けられる。即ち、
財務目標を達成するために病院組織として何をすれば良いのかが明確になり、短期的利益と長期
的利益、全社目標と部門目標、顧客・従業員等のステークホルダー間のバランスを取りながら、統
一的な戦略策定とその戦略と整合性のある実践が行われるようになる。また質の高い医療サービ
ス体制実現のための医療の質、経営の質両面のバランスがとれた経営改革、業務改善を推進する事
ができる。

しかし、自治体病院の BSC は因果連鎖を前提とした効果を期待されつつも、現時点ではまだ十
分に因果連鎖を考慮して構築されている状況ではない。前章でも示したように、他会計繰入金、補
助金を持ってしても収支均衡になっていないにもかかわらず戦略マップに財務の視点が因果連鎖
の最高位にある場合でも、多くの場合それは財務の視点が最終目標ではないという。日本の医療
界においては、財務に対して未だに制約要因的見解があり、経営の維持・安定という医療提供の
支えの部分であると認識されている事が多い。以上のように、自治体病院における BSC との接点は
未だ発展途上にあるということであり、医療 BSC の完成されたフレームワークを形成するまでには、
現在の経営活動のあり方を分析・検証することが求められ、自治体病院の戦略的な議論を待たな
ければならない。

そこで本章では、既に BSC を導入している自治体病院の財務的效果を検証するために BSC 導
入前後の平均値比較分析と BSC 導入群・非導入群の平均値比較分析、更に BSC 導入群の導
入前後と BSC 非導入群における時系列比較分析を行った。その結果、BSC 導入前後の平均値
比較分析と BSC 導入群・非導入群の平均値比較分析において共通して有意差を示し、改善、又
は優れていると判断できる財務指標は、実質収益対経常費用比率と患者一人一日当り入院収益
が確認された。

BSC の実施継続とともに患者一人一日当り入院収益が向上すれば、医業の根本的収益である
医業収益が向上し、その効率性から材料費対医業収益比率や職員一人当たりの医業収益といっ
た生産性にも影響を与える。実質収益対経常費用比率が向上すれば、経常収支比率、医業収益
対医業利益率、収支分岐点比率、総資産利益率、他会計繰入金対経常収益比率といった指標
に影響を与える。更に言えばこれらの指標が遅行的に作用し、累積欠損金比率や自己資本比率
等といった資産性指標や資金繰り指標、資金繰り関連指標にも影響を及ぼしていくことが想定され

る。以上の相関関係から、BSC の導入は財務ヘインパクトがあると結論付けられる。つまりこれは自治体病院における伝統的な認識とは異なり、公共性と経済性の調和を前提としても赤字を出すことが良い医療を提供している、という二律背反関係にはないという証拠ともなるものである。自治体病院においても、医療の質を落とすことなく収益性の追求や原価の削減を返して財務を向上させること、また経営の効率性を維持したまま医療の質を向上させることは十分可能であると言え、更に医療の質と経営の効率化の統合的管理システムとして BSC が適しているという事も証明された。特に地方の自治体の財政難が顕在化される中、数々の公的補助金・負担金が交付されている自治体病院にとっては、投資に対するパフォーマンスの認識は重要である。Kaplan and Norton による BSC の本質である 4 つの視点での戦略の因果連鎖関係の明確化という考え方と、自治体病院の医療の質と経営向上に向けた方向性は基本的に対応出来る事が証明されたと言える。医療制度改革や近年の自治体病院の経営状況の急激な悪化など、医療の現状に対する強い危機感が社会に広がっている中、自治体病院にも戦略的経営が求められるようになって来たという時代の要請である

しかし、本章で示した BSC 導入と財務インパクトの相関分析からは、それがどのようなオペレーションやアクションと相関しているかまでは当然把握出来ない。次章では、実際に運用されている BSC の KPI と財務指標の相関について考察する。

第5章 先行指標と遅行指標の財務インプリケーション

BSCの先行指標はやがて遅効指標たる財務指標に結合されねばならず、そうでなければBSCの導入は意義を持たない。BSCを利用した経営では、BSCを作成することのみではなく、作成したBSCによってどのように戦略を管理・遂行するかということが重要である。BSCを導入し、自治体病院の建て直しに成功した事例として、例えば新潟県、東京都、三重県、滋賀県、埼玉県の各病院局では顧客(患者)の視点、山形県の病院局は財務の視点を頂点に位置づけている¹²⁷。自治体病院へBSCを導入した事例で筆者の知る限りでは今のところ失敗例は確認できない。しかしBSCの成功、失敗は、組織は何を目的として成功、失敗したかの定義と目的に対してどのような成果が得られたかという視点によって全く異なる。

Kaplan and Norton(2007)は、「バランスト・スコアカード・コラボレイティブ社は毎年、数社を選択し、戦略実行に成功した会社としてBSC殿堂入りをさせる。殿堂入りをした企業は、バランスト・スコアカードに基づく業績管理システムを用いて戦略をうまく実施していることを証明してきた。」と述べている。つまりこれは、BSCを導入した企業で戦略実行に成功した企業を殿堂入りさせる反面、BSCを導入したにも関わらず、戦略実行に失敗した企業すなわち業績が悪化した企業も存在することを認めている。

BSCの導入に関する失敗要因としてKaplan and Norton(2000)によると以下の7点を挙げている。

- ① シニア・マネジメントの関与が足りないこと
- ② あまりにも関係者が少ないこと
- ③ KPIをトップのレベルにとどめてしまうこと
- ④ 開発プロセスが長すぎる
- ⑤ BSCをシステムのプロジェクトとして扱うこと
- ⑥ 経験のないコンサルタントを雇うこと
- ⑦ BSCを報酬のためだけに導入すること

BSCは何をもって、成功、失敗とするか、客観的な判断基準を設けることは難しい。まずは、導入病院の自己評価、即ち当初企図した目的が果たされているか、また、BSCが順調に運用されているか、ということを判断材料にするのが妥当であろう。BSCは、究極的には中長期的な企業価値向上に資する、すなわち価値創造経営の申核となりうるツールだが、そこに至るまでには、いくつか

¹²⁷ 戦略マップの頂点に顧客の視点を設定しているケースでも、後述する東京都病院経営本部の事例等にも見られるように、因果連鎖の終着地点を財務の視점에設定しているケースもある。

の中間的な到達点がある。BSCを導入する自治体病院のミッション、ビジョンに資する。

荒井(2005)によると、財務の視点が因果連鎖の最後にある場合でも、多くの場合それは財務の視点が最終目標であるのではなく、最終目標と関連する顧客の視点の改善の結果として、財務的なリターンがあるという因果関係にあると述べている(荒井,2005)。しかし、従前のように自治体病院の経営状況は厳しく、現状では補助金や他会計繰入金だけでは収支を均衡させることが出来ない自治体病院も数多い。俯瞰的観点からは、継続事業体としての地方自治体の財政にも悪影響を及ぼしている事は既に明らかである。財務困窮に陥っている自治体病院は、継続事業体として公共性(地域住民)と経済性(業績)の地方自治政策を具現化させていくためには、財務の視点を頂点とし、自らが経営の評価を行う必要がある。

しかし乙政(2005)によると、BSCを導入したことによって財務業績が向上したとしても、BSCによってもたらされた成果であると特定することはできず、経済状況や規制緩和のような外的な要因、或いはもともと所有するコンピテンスのような内的な要因などさまざまな要因を受けるからであると述べており、BSC導入による財務変化を測定することの困難さについて言及している。また乙政(2011)は、「非財務指標の改善活動がすべて財務業績の向上をもたらすわけではない。財務業績との関係性が稀薄な非財務指標に対して、有限の経営資源を配分するようであれば、企業の財務業績は低下するであろう。逆に、BSCを通じて財務業績と非財務業績との関係性を理解すれば、財務業績の向上に寄与しない非財務指標への経営資源の配分を控えることができる。ひいては企業の財務業績は向上すると考えられる。」と述べている。

従って、前章では BSC 導入によってどの財務指標へ変化をもたらせたかは実証されたが、更にそこから財務指標の影響因子の分析として、先行指標と遅行指標のインプリケーションに関する相関分析が必要となろう。

本章では、戦略的重要性に適合した KPI の利用が、財務パフォーマンスにどのように貢献しているのかという観点から実証的に分析する。対象は前章で分析対象とした自治体病院 25ヶ所の内、サンプル事例として人財と教育の視点を頂点に設定している東京都病院経営本部、財務の視点を頂点に置いた公立能登総合病院と国保旭中央病院の事例¹²⁸を用いて、BSC 導入前と BSC 導入

¹²⁸ 筆者が把握している限りで病院全体に BSC を導入している地方公営企業法に基づく自治体病院 27ヶ所の内、8ヶ所(県立・市立)より開示の承諾を頂いた。その中で東京都病院経営本部、公立能登総合病院においては、BSC の導入目的が財務困窮からの脱却という明確なビジョンのもとで財務の視点を頂点に設定しており、財務への直接的影響を検討する上で妥当性があるものと判断した。また国保旭中央病院においては、BSC の導入目的が医療人の育成を重点目標に、内視鏡外科等の積極的推進という明確な戦略のもとで財務への因果連鎖を前提とした教育・成長の視点を頂点に設定しており、財務との相関を検討する上で妥当性があるものと判断した。

後に直接的影響¹²⁹を示した財務指標¹³⁰と KPI の相関関係を分析し、影響因子を考察する。

表 29-1、表 30-1、表 31-1 は東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の BSC スコアカードであり、表 29-2、表 30-2、表 31-2 は、東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の BSC にある先行指標と財務指標の時系列推移である。財務指標は、前章の BSC 導入前と BSC 導入後の平均値比較で統計的有意な改善(正の相関)を示した 10 個の財務指標と、負の相関が確認された企業債償還額対減価償却費比率、更に統計的有意差は示さなかったが BSC 導入前後でマイナスとなり高い負の相関があった累積欠損金比率を加えた 12 個の財務指標を対象としている。KPI 項目は、3 機関で共通して設定されている KPI 項目を選定した。

第 1 節 東京都病院経営本部の BSC と財務インプリケーション

東京都の病院事業は、明治初期のコレラ、チフス等の伝染病の流行に伴う「避病院(ひびょういん)」、また、精神疾患対策としての東京府癲狂院(てんきょういん)の開設を起源とする。大正期以降、終戦後から昭和 30 年代前半にかけては、医療の絶対的不足や結核の流行から、普通科、産院、結核病床が設置され、量の確保に重点を置いた整備を行った。その後、1965 年には「量から質への転換」が課題となり、高度・専門医療体制の整備、拡充を図るため、都立病院の改築整備を進めた。一方、病院事業を取り巻く経営環境は厳しさを増し、都立病院が果たすべき役割を明確にしつつ、同時に安定した経営基盤の確立に向けた経営改善を図ることが重要な課題となった。

現在東京都の病院事業は、地方公営企業法全部適用の都立病院(当然財務)は 8 病院であり、内訳は普通病院 5、小児病院 1、精神病院 2 となっている¹³¹。

- 広尾病院(東京都渋谷区恵比寿 2-34-10)
... 救急・心臓病・島嶼医療(とうしょいりょう)
- 大塚病院(東京都豊島区南大塚 2 丁目 8 番 1 号)
... 母子医療・障害者医療
- 駒込病院(東京都文京区本駒込 3 丁目 18 番 22 号)

¹²⁹ BSC の財務に対するアプローチは間接的影響と直接的影響(乙政・梶原,2011)の 2 つが考えられている。間接的影響は無形資産の蓄積を通じて財務業績の向上に貢献するというアプローチである。一方直接的影響は、経営者の近視眼的な行動を抑制し、経営改善の意思決定を介してのアプローチである。本稿においては、この間接的影響を長期的視点、直接的影響を短期的視点と解釈する。

¹³⁰ BSC 導入前後の統計的有意差では、総資産利益率、医業収益対医業利益率、経常収支比率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益、材料費対医業収益比率の 10 個の財務指標に正の相関、企業債償還額対減価償却費比率には負の相関があった。ここでは、P 片側 5%基準では統計的有意差は示さなかったが、比較的高い有意差がある累積欠損金比率(0.06258>0.05)も負の相関に加える。

¹³¹ 旧:東京都立荏原病院(東京都大田区東雪谷 4 丁目 5 番 10 号)は 2006 年 4 月より、旧:東京都立豊島病院(東京都板橋区栄町 33 番 1 号)は 2009 年 4 月より、『公益財団法人東京都保健医療公社』へ運営移管された。

... がん・感染症医療

- 墨東病院(東京都墨田区江東橋 4 丁目 23 番 15 号)

... 区東部医療圏の中核的医療機関

- 神経病院(東京都府中市武蔵台 2 丁目 6 番 1 号)

... 神経難病専門医療

- 松沢病院(東京都世田谷区上北沢 2 丁目 1 番 1 号)

... 東京都における精神科医療の中核,

- 多摩総合医療センター¹³²(東京都府中市武蔵台 2 丁目 8 番 29 号)

... 多摩地域の中核的医療機関

- 小児総合医療センター¹³³(東京都府中市武蔵台 2 丁目 8 番 29 号)

... 小児患、新生児医療・小児心臓病、小児専門精神科

以上 8 病院の総病床数(予算定床)は、5,397 床で、職員定数は 6,438 人となっている(2014 年現在)。また、2014 年度予算は、収益的收入 2,127 億円、収益的支出 2,034 億円、うち一般会計からの繰入金は 398 億円、資本金収入 49 億円、資本金支出 213 億円となっている。

1-1 BSC 導入の背景

少子高齢化に代表される社会環境の変化、救急医療や小児医療、精神医療の不足といった都内の医療環境の変化、施設の老朽化など、さまざまな問題に対応する必要性が生じてきた。また、2002 年度は診療報酬のマイナス改定が行なわれ、一般会計からの繰り入れを行なってもなお、過去最大の 30 億円の赤字決算となり、病院経営のあり方そのものが問われる危機的な状況を迎えた。このため、乳幼児から高齢者まで、365 日 24 時間、いつでも、質の高い医療と患者サービスを受けられることができるよう、「開かれた医療」「安心できる医療」「無駄のない医療」を基本方針とする「東京発医療改革」の核として「都立病院改革」を推進し、2001 年 12 月に基本的な計画として「都立病院改革マスタープラン」を策定し、2003 年 1 月に実施計画として内容をより具体化した「都立病院改革実行プログラム」を策定した。従来、東京都病院経営本部では、患者数や収支比率など、主に経営状況を表す指標を目標として定め、その達成度により病院を評価し、一定の予算を配分するという形で目標管理を行ってきた。しかし病院経営は、患者サービスの向上や医療連携の推進な

¹³² 2010 年 3 月に、旧：東京都立府中病院より全面移転し名称を変更した。同建物内には小児総合医療センターが併設されている。

¹³³ 2010 年 3 月より、旧：東京都立清瀬小児病院(東京都清瀬市梅園 1-3-1)、旧：東京都立八王子小児病院(東京都八王子市台町 4-33-13)、旧：東京都立梅ヶ丘病院(東京都世田谷区松原 6-37-10)の 3 病院は、東京都立小児総合医療センターへ統合された。

ど、多面的な視点から評価していく必要があるため、「都立病院改革マスタープラン」においては従来の目標管理手法の見直しを計画化した。計画期間はそれぞれ約 10 年間と 5 年間であり、現在、計画の実現に向けて取り組んでいる。「都立病院改革実行プログラム」に基づいた 2004 年度の「病院経営本部行動計画」に経営革新プログラムの 1 つとして BSC を活用した経営管理を新たに取り入れた。

病院経営本部は、BSC 導入のメリットとして以下の 3 点を挙げている。

① 目標管理の一層の向上が実現

4 つの視点ごとにバランスよく指標設定を行ない、誰もがわかるスコアカードの形で表示することにより、有効性・信頼性の高い部門別の目標管理が可能となる。

② 病院の方向性(ビジョン)の見直しが可能

財務指標と非財務指標の体系化を図る事により、財務悪化への対応策(何が原因で財務目標が達成できないのか)の検討が可能となる。

③ 目標達成のための動機付けが明確化

病院経営戦略を「現場の言葉」に落とし込んでいくため、現場スタッフの日常的な業務遂行が病院全体の目標達成にどう貢献するかが明確となる。

病院経営本部では、三重県病院事業庁や民間病院、営利企業の調査・検討を行った。各病院における BSC の策定に当たっては、院長以下、幹部職員が参加する「幹部会」又は「経営改善委員会」において、概ね月 1 回のペースで 2003 年度内に 3 回程度審議することになった。

(1) 第 1 回委員会(2003 年 12 月開催)

① テーマ病院経営方向性の確認

② 事務局作業(2003 年 12 月～2004 年 1 月)

- ・ 戦略的目標・業績評価指標調査の集計
- ・ 業績評価指標の採用可能性検討 【各指標の見極め¹³⁴】

(2) 第 2 回会議(2004 年 1 月)

① テーマ戦略的目標、業績評価指標についての意識共有

② 事務局作業(1 月～2 月) 【「業績評価指標別課題一覧」の作成】

(3) 第 3 回会議(2004 年 2 月)

¹³⁴ 業績評価指標は、同種の指標を一つにまとめ、最も一般的な指標名を主項目名とし、4 つの視点ごとに、選出した委員の多い指標から順に記載した。また、意見の概略や、提案した委員名を記載するなど、委員同士の議論を誘発しやすい表形式とした。集計段階で 100 以上にも達する膨大な指標群から、実現可能性のある指標を 20 程度に絞り込む必要があるため、採用しないことが明らかなもの(病院を代表する約 20 指標に加えるには余りに細かすぎるもの、数値による進行管理が不可能なもの、具体性の全くないものなど)を除外した。

- ① テーマ戦略マップ、業績評価指標の討議と決定
 - ② 戦略的目標の設定、仮：戦略マップの作成、業績評価指標の選択
- (4) 目標値設定等(2004年3月～2004年4月中旬)
- ・ 業績評価指標の具体的内容算定方法、進行管理方法、指標の集計・進行管理セクションを決定
 - ・ 目標値院内各科ヒアリング等、例年のスケジュールにより、目標値(数値)を決定

1-2 BSCの構成と戦略マップ

東京都病院経営本部では、1981年以降各病院の収支目標の達成度等により経営の評価を行い、その結果に基づいた予算配分を行う「病院業績評価」を実施してきたが、経営指標のみに重きが置かれがちであった。しかし、BSCを評価項目に加えたことにより、「都立病院改革マスタープラン」に沿った多面的な視点による評価が可能となった。2004年度に、各病院のBSC、更に看護部など院内の各部門BSCがそれぞれ策定され、それぞれの都立病院が病院経営本部のBSCを勘案した上で、独自にBSCを作成した。

■ 顧客の視点

① 患者の満足度の向上

患者満足度は入院患者の退院時アンケートで「満足」と回答した割合で設定している。

② 地域医療との連携

地域の他の医療機関との連携を強化し、役割分担を明確にしていく事を想定し、紹介率及び返送・逆紹介率を用いている。紹介という行為が地域の医療機関に都立病院を利用頂いているという考え方によるものである。

■ 財務の視点

修正経常収支比率は、一般会計からの繰入金を除いたものである。病床利用率については、数年来、平均在院日数の短縮に取り組んだ結果、低下傾向にあったことから指標として採用し、90%を目標として掲げている。

■ 内部プロセスの視点

① 業務の効率化として、平均在院日数の短縮は、患者負担の軽減、収益単価の向上の両面から内部プロセスの視点で取り上げている。

② 安全・安心な質の高い医療として、退院サマリーは期間を2週間と定め、100%の提出率を目標としている。安全管理研修については、毎年開催回数を増やし、職員の受講を目標

として定めている。

■ 学習と成長の視点

- ① 職員の知識・技術の向上として、各種学会の認定資格については各種認定看護師資格の取得者数を目標とした。
- ② 職員の意識改革として、職員向けに実施するアンケート¹³⁵の回答のうち、肯定的な回答の割合を評価している。

東京都病院経営本部のBSCの戦略マップは、顧客の視点が4つの視点の階層構造の頂点に位置づけられているが、図37に示されるように、戦略的目標(重要成功要因)間の因果連鎖を意味する矢印が財務の視点に終着していることが特徴的である。他の自治体病院等を含む非営利組織のBSCの構造では、一般的に顧客の視点を階層構造の頂点に設定している事が多いが、東京都病院経営本部のBSCでは、実質的に「財務の視点」が階層構造の頂点になっていると言える。ここに財務困窮に陥った自治体の実情が覗える。

各都立病院の比較可能性や統一性を持たせるため、「患者満足度」「職員満足度」「病床利用率」「平均在院日数」「未収金率」の5つの戦略的目標は共通の項目として盛り込まれている。

¹³⁵ 質問例は「仕事を通じて、自分の能力が向上していると思いますか」である。

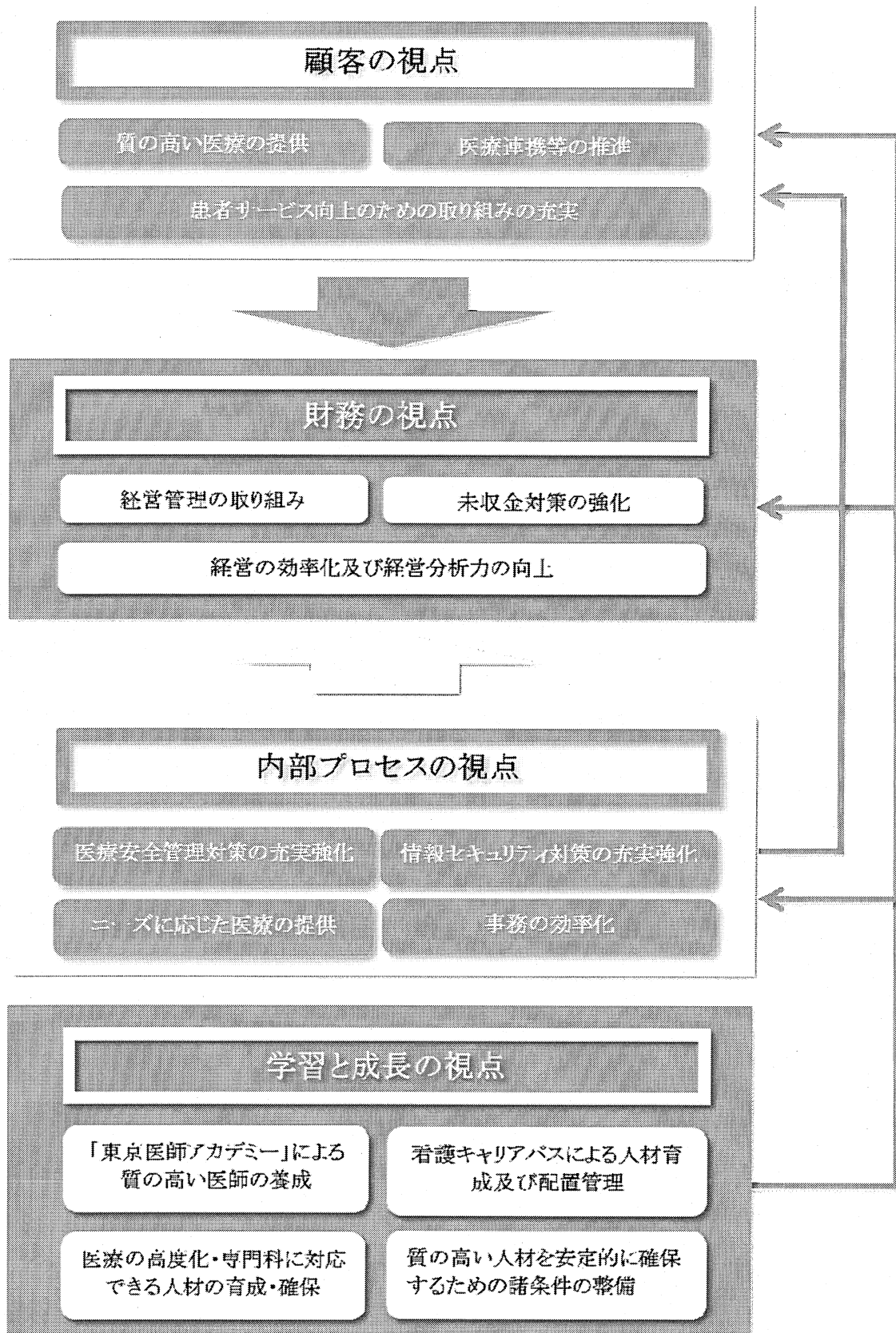


図 37. 東京都病院経営本部の戦略マップ(2012 年度)

1-3 東京都病院経営本部の財務指標の推移状況

付録 1. 東京都病院経営本部の財務指標推移は、東京都病院経営本部の財務諸表より 61 個の財務指標を算出し、BSC を導入した 2004 年度から直近の 2012 年度までの 9 年間と、同年数を遡った 1995 年からの財務指標の推移である。

入院患者数は 1995 年度から 2012 年度までの伸び率を平均すると $\Delta 0.57$ ポイントではあるが、2008 年度を境に若干増加している。病床利用率は 1995 年度から 2012 年度までの平均は 82.15% である。BSC を導入した BSC を導入した 2004 年度からの患者 1 人 1 日当り入院収益は毎年平均 3.66% 増加しており、入院収益対外来収益比率は平均 1.91% 増加している。1 日平均外来患者数は平均すると $\Delta 1.77\%$ 減少、2002 年度より減少傾向にあり、患者 1 人 1 日当り外来収益は平均 3.04% 増加している。BSC を導入した 2004 年度から 2012 年までの変化を見てみると、患者 1 人 1 日当り入院収益では毎年平均 3.83% 増加、患者 1 人 1 日当り外来収益では 4.29% 増加している。つまり、一件単価は入院、外来共に増加させている。

1995 年度から 2012 年度までの 18 年間の医業収益対医業利益率の推移を見てみると、毎年平均すると 1.66 ポイント増加しているが、BSC を導入した 2004 年度からの平均では 0.34 ポイントと伸び幅が緩やかになっている。また、経常収支比率としても全体としては平均 0.08 ポイントの緩やかな伸びであるが、BSC 導入後の 2004 年度から 2012 年度にかけては平均 0.31 ポイントと順調に増加推移しており、2008 年度を境に 100% を上回った。

医業費用の推移について見ると、医業費用の総費用に占める割合は、平均すると 94.43% であり、また医業費用は 1995 年度から 2012 年度の間に毎年平均 $\Delta 4.76\%$ 減少している。職員給与費対医業収益比率は平均すると $\Delta 1.60$ ポイント減少しているが、2009 年度の 65.45% をピークに、全体としては横ばい傾向にあり 2012 年度には 50% 台となった。材料費対医業収益比率は平均 24.85% で平均 $\Delta 1.09$ ポイント減少推移している。特に 2007 年度を境に毎年平均 $\Delta 2.85$ ポイントも減少している。BSC 導入 + 4 年後に効果が見られたことから効用のタイムラグが考えられる。経費率については平均 1.02 ポイント増加してはいるものの平均 30.83% と、一般的にかなり高めと言える。減価償却費対医業収益比率では 1995 年度から 2012 年度まで平均 0.01 ポイント程度微増している。

医業外収益で大半を占めているのは、他会計負担金、他会計補助金、国庫補助金、都道府県補助金である。国庫補助金は 18 年間を平均すると 10.91% も増加しているが、他会計補助金は $\Delta 3.40\%$ 微減、他会計負担金は 0.32% 微増、更に医業収益に含まれる他会計負担金は $\Delta 0.98\%$

微減している。

現金預金残高は、2006 年以降毎年平均 46.39% 上昇し、2009 年度には約 577 億円となった。しかし流動比率は、2008 年度に未収金・未払費用が約 106.68% 増加し、2008 年度以降の伸び率は 27.16 ポイント程度となっている。

しかし、固定長期適合率¹³⁶は BSC 導入後の 2004 年度以降は $\Delta 8.55$ ポイント減少しており、また未収金回転率は、全体で毎年平均 4.46 回転であり、2004 年度以降は毎年平均 0.09 ポイント向上している。不良債務比率は全体を平均すると $\Delta 24.89\%$ で、2004 年度以降毎年平均 2.94 ポイント改善している。その要因としては、他の自治体病院に見られる一時借入金がない事にある。

企業債残高(借入資本金)¹³⁷は、毎年平均で 1.13% 増加しており、特に 2008 年度には前年比 23.12% も増加している。これは 2010 年度に旧：清瀬小児病院、旧：八王子小児病院、旧：梅ヶ丘病院の 3 病院が小児総合医療センターへ統合され、また旧：府中病院が多摩総合医療センターへ全面移転された際の建設総工費約 2,600 億円¹³⁸にかかる企業債発行によるものである。

しかし、企業債償還額対減価償却費比率は 2004 年度に境に毎年平均 $\Delta 2.81$ ポイント減少している。従前より 2008 年度より固定資産が増加し、減価償却費も平均 7.60% も増加しているおり、特に 2010 年度は 37.61% も増加している。これは外部資金に依存せず内部資金によるバランスが保たれている状態であると考えられる。

1-4 東京都病院経営本部と BSC 非導入群の主要財務指標推移の比較

東京都病院経営本部の主要財務指標と BSC 非導入群(全国自治体病院統計値)の推移を比較する(表 22)。不良債務比率、累積欠損金比率、自己資本比率、総資産利益率、経常収支比率、病床利用率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、企業債償還額対減価償却費比率、材料費対医業収益比率は、全国自治体病院平均値に比して安定的に上回っている事が分かる。

しかし、反対に流動比率、未収金回転率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益、他会計繰入金

¹³⁶ 固定長期適合率は、固定資産のうちどの程度が自己資本と固定負債(長期借入金)で賄われているかを示す指標であるが、独立採算を前提とし、自己資本の内借入資本金(企業債等)は負債の性質がある判断し、自己資本勘定からは除外して算出した。

¹³⁷ 現行会計制度では、企業債等の借入資本金は自己資本となり負債勘定ではないため、不良債務比率といった財務指標には企業再償還額等の資金状態は反映されない。

¹³⁸ 両センターは、「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律(1999 年法律第 117 号・PFI 法)」に基づき、民間事業者が建設して施設完成直後に東京都に所有権を移転し、民間事業者が維持管理及び運営を行う BTO (Build Transfer and Operate) 方式に基づき建設された。

対経常収益比率、補助金等比率、貯蔵資産回転期間、総資産回転率の各指標が平均値を下回っている。

流動比率は、未払金・未払費用といった負債勘定が毎年平均 15.23%増加しており、特に 2008 年度は前年に対して 106.68%も計上している。これは従前の小児総合医療センター、多摩総合医療センターの新規建設にかかる収益的支出に伴う医業行為以外の未払費用によるものであることが想定される。よって、2008 年度の流動比率は前年よりも $\Delta 50.74$ ポイントも減少しているため、全体を通して BSC 非導入群よりも低い状況となっている。

未収金回転率は、BSC 非導入群と比較すると $\Delta 0.49$ 回転低い状況である。つまり、医業収益を同値と仮定すると、実に 7 億円以上の資金の回収が遅れている事になる。しかし全体としては、毎年平均 0.01 回転改善傾向を示している。

医業収益対医業利益率は、BSC 非導入群の平均値と比較すると 27.33ポイントも低い。東京都病院経営本部の医業収益は全体としては 2.14%増加傾向にあるが、一方で医業利益は $\Delta 1.94\%$ 減少推移している。2004 年度の BSC 導入後では減少幅は $\Delta 0.65\%$ と若干緩和されているが、以前本業で利益を捻出できる状態にはない。収支分岐点も同様に全体として平均で $\Delta 2.82$ ポイントで推移しているが、依然 100%を下回る状態にはない。

実質収益対経常費用比率は、東京都病院経営本部の平均値は BSC 非導入群に比して 14.17ポイントも低い、東京都病院経営本部の BSC 導入後は平均 0.35ポイントで微増している。東京都病院経営本部の他会計繰入金は全体的に減少推移傾向にはあるが、BSC 非導入群の他会計繰入金対経常収益比率の平均値と比較しても 16.33ポイントも高く、未だに改善傾向にはない。また補助金等比率でも BSC 導入後に $\Delta 0.09$ ポイント微減しているが、BSC 非導入群と比較すると 15.75ポイントも高い。

職員給与費対医業収益比率は、BSC 非導入群と比較すると平均 14.15ポイントも高い。東京都は人件費、物価共に全国で最も高い水準であり、入院費に僅かな地域加算が認められてはいるが、基本的には診療報酬制度は全国一律である。高次レベルの医療スタッフの確保は、都市部も、地方も同様の問題を抱えている。しかし地域加算の水準に妥当性があるのか¹³⁹、この問題はまた別に議論が必要になる。

¹³⁹ 例えば、東京都福祉保健局が 2011 年に実施した介護報酬に関する調査(介護報酬改定に関する緊急提言,2011)によると、介護保険施設及び介護事業所の人件費割合は、特別養護老人ホームで約 63%(算定基準 45%)、介護老人保健施設で約 59%(算定基準 45%)、認知症対応型共同生活介護で約 65%(算定基準 45%)、訪問介護で約 77%(算定基準 70%)、通所介護で約 62%(算定基準 45%)であり、介護報酬の算定人件費割合基準と大きく乖離していた。この要因としては、調理師、清掃員、一般事務職員等の間接部門スタッフの人件費が除外されている事にある。

職員一人当たりの医業収益は、BSC 非導入群と比較すると平均 $\Delta 2,281$ 千円低い。全体としては 2.57%の増加傾向にあるが、医業収益の伸びと職員給与費対医業収益比率に見られるように、人員の効率的配置となっていない事が想定される。

貯蔵資産回転期間は、BSC 非導入群と比較すると平均 $\Delta 1.75$ 日遅い。貯蔵品が 1.75 日遅く費用化されるという意味合いは、2012 年度の材料費を参考にして計算してみると、実に 62,000 千円程度の資金が在庫として寝ている事になる。しかし、2004 年度の BSC 導入後では平均 1.21 ポイントの増加傾向があり、今後は改善されていくものと想定される。

総資産回転率は、BSC 非導入群と比較すると平均 $\Delta 0.07$ 回転低い。医業収益は平均 2.14%増加し、総資産も平均 3.73%増加している。特に約 90%を占める固定資産残高も 2010 年度の新病院建設に伴い、以降減価償却費が平均 16.36%も増加しているが、それに対して医業収益の伸び幅が少ないため BSC 非導入群より低いと考えられる。

1-5 KPI と財務指標の相関

表 29-1 は東京都病院経営本部の毎年の BSC スコア管理表を筆者が集約したものであり、表 29-2 は、東京都病院経営本部の BSC の KPI 推移と BSC 導入後の財務指標推移を示している。東京都病院経営本部では 2004 年度より BSC を導入しているが、ここでは入手可能であった 2006 年度から 2013 年度までの推移について分析を行う。

東京都病院経営本部の BSC は、Kaplan and Norton の基本テンプレートを基準とし、顧客の視点を頂点に、財務の視点、業務プロセスの視点、学習と成長の視点の 4 つの視点を設定している。

■ 顧客の視点

『紹介率、返送・逆紹介率』は、概ね目標値、前年値を上回っており結果的に増患に繋がっているため病床利用率、医業収益増加率(平均+0.59%)にも反映されている。

また、患者満足度は医療の質のアセスメントとしては基本となる指標である。表 29-2 によると、『患者満足度率』は、概ね目標値、前年値を上回っており、安定的に緩やかに増加している。これも増患に結びついている一因と考えられ、収益性全体に貢献していると言える。

図 38-1 によると、『患者紹介率』は BSC 導入後+4 年～+7 年で急激な増加(平均+3.43P)が見られ、医業収益対医業利益率(平均+4.48P)、収支分岐点比率(平均(Δ)6.80P)、実質収益対経常費用比率(平均+2.75P)、患者一人一日当り入院収益(平均+8.98%)、患者一人一日当り外来収益(平均+5.20%)、職員給与費対医業収益比率(平均(Δ)3.16P)、職員一人当た

りの医業収益(平均+5.16%)、材料費対医業収益比率(平均(Δ)3.15P)、企業債償還額対減価償却費比率(平均(Δ)10.13P)に増加が見られた。

■ 業務プロセスの視点

『安全・安心な質の高い医療、医療安全管理対策の充実強化、省エネルギー対策等の充実強化』といった KPI 項目は全体的に目標を下回っている。反対に業務の効率化における平均在院日数、クリニカルパス適用率等といった KPI 項目は比較的目標、前年を大きく上回っている傾向がある。例えば、『平均在院日数』といった KPI は、病床利用率、患者 1 人 1 日当り入院収益といった収益性に関連する指標、また医業収益対医業利益率といった収益性指標に影響すると考えられる。病床利用率は、全体では伸び率Δ0.72 ポイントであるが、BSC が導入された 2004 年度から 2012 年までを平均するとΔ0.04 ポイントに圧縮されている。また、表 29-2 によると、『平均在院日数の短縮』は BSC 導入後+3 年～+5 年で減少が見られ、患者一人一日当り入院収益(平均+6.82%)、材料費対医業収益比率(平均(Δ)5.03P)との高い相関が確認される。

また、『クリニカルパス適用率』も概ね毎年度の目標値を上回っている。クリニカルパスは、疾患・疾病の治療や検査に対して、標準化されたスケジュールが各治療や検査毎に 1 つずつ作られている。クリニカルパスは、病院用、患者用がそれぞれあるため治療の行程をスタッフと患者の双方で情報を共有出来る。また、それに伴い退院までの原価の洗い出しが可能となるため、原価管理にも貢献する。表 29-2 に示される『クリニカルパスの適用率』は、BSC 導入後+5 年～+7 年で平均+2.97 ポイント増加推移しており、それに伴い医業収益対医業利益率(平均+4.48P)、収支分岐点比率(平均(Δ)6.80P)、実質収益対経常費用比率(平均+2.75P)、患者一人一日当り入院収益(平均+8.98%)、材料費対医業収益比率(平均(Δ)3.15P)の各指標が増加推移しており、高い相関があると考えられる。その他、東京都病院経営本部では財務の視点に盛り込まれているが、後発医薬品(ジェネリック医薬品¹⁴⁰)採用率といった KPI も毎年度目標値、前年地を上回っている。図 38-1 によると、『医療材料・薬品の標準化(後発医薬品採用率)』は BSC 導入後+5 年～+7 年で毎年度増加しており、この KPI と高い相関があると考えられる患者一人一日当り入院収益(平均+8.98%)、患者一人一日当り外来収益(平均+5.20%)、材料費対医業収益比率(平均(Δ)3.15P)も増加推移している。

また、この指標も財務の視点に盛り込まれているが、『未収金発生率、未収金削減率』といった KPI は、未収金回転率といった財務指標に影響し、2004 年度から 2012 年度までを平均すると

¹⁴⁰ ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、特許が切れた医薬品と同じ成分で製造された後発の医薬品。先発医薬品には約 260 億～360 億円という巨額な開発費がかかるのに対し、ジェネリック医薬品は開発費が不要なので、安価に製造できる。新薬に比べ 20～80%程度の価格である。

9.55 ポイント改善している。この因子も影響し、現預金残高は 2004 年度から 2012 年度までの平均推移では 33.85%も増加している。

■ 学習と成長の視点

認定看護師養成計画達成率や学会発表数以外は目標未達成の項目、及び前年を下回っている。KPI 項目として特に目につくのが、医師及び看護師の確保や職員満足度の項目である。他の病院の殆どの BSC 導入事例では医療スタッフ確保の KPIが見られる。東京都のような大都市においても、医療専門職スタッフの確保という現実が職員給与費対医業収益比率の高さ、及び職員一人当たりの医業収益の低さにも影響を与えている。

表 29-2 の『適正人員の確保(医師充足率)』では、BSC 導入後+5 年～+7 年の間に、医業収益対医業利益率(平均+4.48P)、収支分岐点比率(平均(Δ)6.80P)、実質収益対経常費用比率(平均+2.75P)、患者一人一日当り入院収益(平均+8.98%)、職員給与費対医業収益比率(平均Δ3.16P)、職員一人当たりの医業収益(平均+5.16%)、材料費対医業収益比率(平均(Δ)3.15P)、企業債償還額対減価償却費比率(平均(Δ)10.13P)といった各指標に直接的にインパクトを与えている。

一方、『看護師定着率の向上(新卒看護師定着率)』は、図 39-1 によると、BSC 導入後+4 年以降に急激な増加が見られ、それに伴い職員給与費対医業収益比率(平均(Δ)1.15P)、職員一人当たりの医業収益(平均+1.80%)との相関が高いと考えられる。

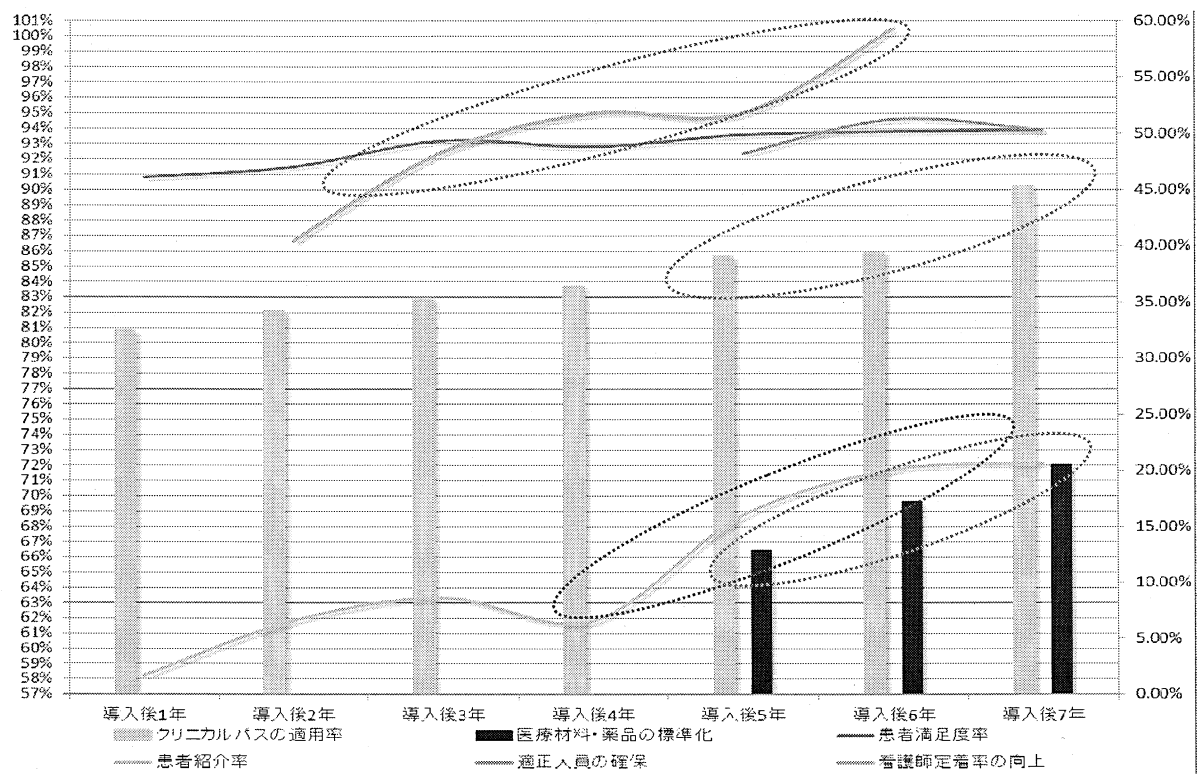


図 38-1. 東京都病院経営本部 BSC の KPI 推移

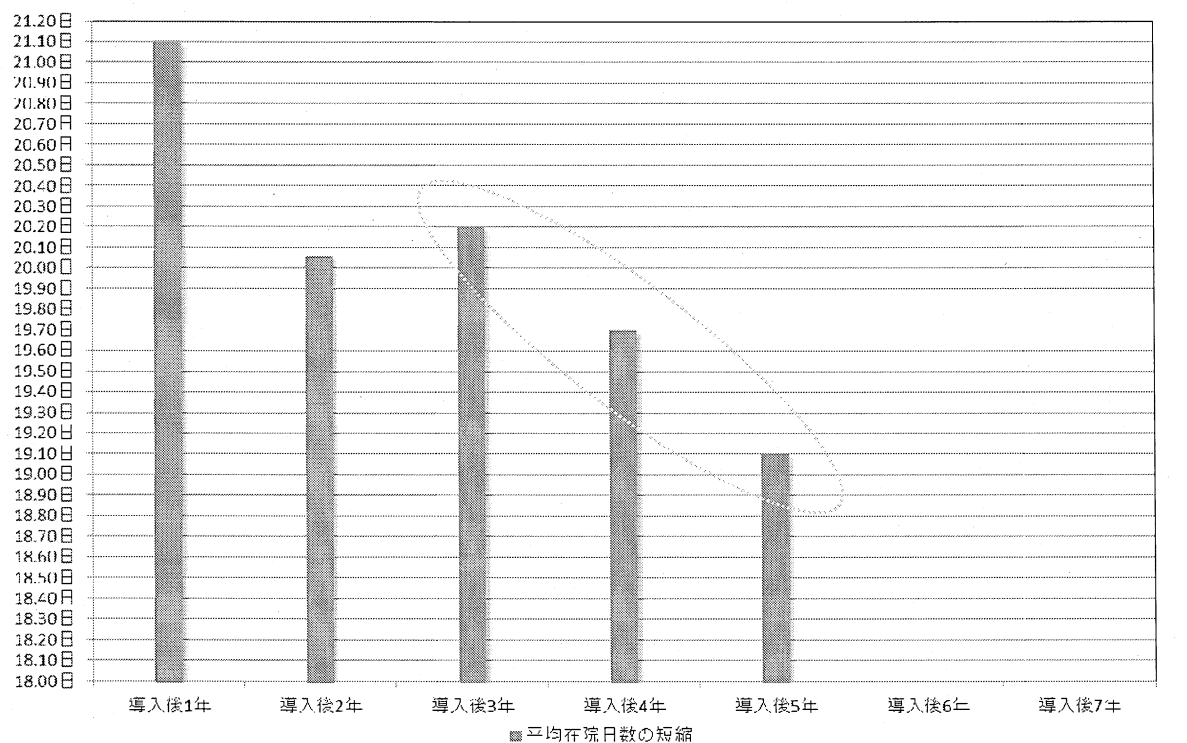


図 38-2. 東京都病院経営本部 BSC の KPI 推移

以上の結果より、学習と成長の視点→業務プロセスの視点→顧客の視点では殆どの KPI で効果が出ており、総体的に財務の視点との相関が確認される。東京都病院経営本部では、非財務指標の成果が財務指標の成果へと結び付けられていると言える。

第 2 節 公立能登総合病院の BSC と財務インプリケーション

公立能登総合病院(石川県七尾市藤橋町ア部 6 番地 4)は、七尾市と鹿島郡中能登町が加盟する七尾鹿島広域圏事務組合が運営する 23 科、434 床の自治体病院である。1943 年医療利用組合連合会能登病院として開設。2000 年 5 月 1 日に「救命救急センター」の指定を受け、全能登地区の医療機関、消防本部が一体となる救急医療体制のネットワークを構築。救急医療、心臓や脳の血管障害に対する高度医療、マルチスライス CT、ライナック・サージャリーなど最先端機器による悪性疾患の診断・治療に力を入れるとともに、在宅医療にも取り組んでいる。地元医師会の医師に開放型病床の運営に参加してもらい、高額医療機器の共同利用を通して密接な医療連携を築くなど、能登全域の住民が安心できる医療を提供している。県内では、能登地区唯一の「救命救急センター」として 24 時間 365 日の救急搬送の受け入れ、二次救急としての入院救急医療及び三次救急医療を担っている。

また、2012 年 4 月 1 日、石川県から「石川県地域がん診療連携協力病院」に指定され、また能登地区の自治体病院精神医療の拠点として病床数 100 床の精神センターを開設した。障害者自立支援法に基づく共同生活援助事業(精神障害者グループホーム)の指定をうけ、グループホームを運用し、患者の社会復帰及び自立の促進を図っている。地域の関係機関との連携をとりながら治療を行うとともに、精神保健福祉士等による医療福祉相談や訪問看護、外来デイケア及び精神科作業療法にも積極的に取り組み、精神科医等が不足している能登北部の精神科ニーズに応え、医師や臨床心理士などの派遣を行っている。

2-1 BSC 導入の背景

公立能登総合病院では、2000 年 3 月の移転新築費約 200 億円の減価償却費、及び企業債償還金の増加に加え、新臨床研修制度による医師不足、職員の高齢化による退職金等給与費の増大、更に診療報酬のマイナス改定等により著しく経営状況が著しく悪化した。2005 年度の累積欠損金は約 60 億円に上った。数年で現金預金が底をつくという危機的状況から、2005 年度に改

革担当部署として経営企画室を設置し、2006年度から3年間を集中的に経営状況の改善を目指す期間として位置づけ、「単年度黒字」を実現する経営目標を掲げ、「経営改革のシナリオ」としてまとめる。更に、これら取組みの実効性を確保するため、経営形態を2007年度から地方公営企業法全部適用に移行し、より広く、より強い権限と責任を持った病院事業管理者を設置した。より強い権限と責任を持った病院事業管理者のもと、BSCを導入し、職員意識の共有化を図りながら職員一丸となって経営改革に取り組んだ。2008年に公立病院改革ガイドラインが公表されたこともあり、「経営改革のシナリオ」により3年間取り組んだ「第1次」改革の実績を踏まえ、さらに改革を継続・発展させるための計画として「第2次経営改革のシナリオ」を策定。

2-2 BSCの構成と戦略マップ

Kaplan and Nortonによって示されたようにBSCは戦略遂行のための因果連鎖を明確にする。公立能登総合病院のBSCにおいても財務の視点は最終的な全体業績の結果を示している。前項の状況により、財務の視点はBSCの頂点に位置付けられている。それ以外の3つの視点は、結果的な業績を獲得するためのドライバーを表したものであり、具体的活動の指針となりうべきものを表している。しかし、実際の業務レベルまで落としこんで考えれば、これら4つの視点、とりわけ顧客の視点、業務プロセスの視点、並びに学習と成長の視点では、それぞれの中で更に因果連鎖を組み込まなければならない。業務プロセスを例にとってみると、業務ミスの減少を業務プロセスの目標としてあげたと仮定する。これを測定する尺度は業務ミス発生率であるが、この尺度は結果の尺度であって、そのために何を行うべきなのか、またそれを行うことがどういった尺度に表現されるのかといった点まで考察しなければ、目標を達成することは不可能である。更に作業改善のアイデアが現場の従業員から発生させるためには、従業員の能力を十分に引き出すための体制が求められる。つまり、目標を達成するためのドライバーを認識し、当該ドライバーを動かすことによって生ずる尺度を見出し、連鎖を完済させたシステムを作り上げていく。このようにして縦の連鎖と横の連鎖が相乗するシステムが完成される。BSCにおいて示された視点は、財務の視点、顧客の視点、業務プロセスの視点、学習と成長の視点という4つの視点であり、理論的にはこの4つの視点に集約されるというものの、実際に病院が自社の因果連鎖を構築する際には、必ずしも4つの視点のみに限定する必要はない。とりわけ、患者或いは業務プロセスの視点では、病院の形態や規模等によって経営理念の重要性に伴い、病院にとって特徴的な視点が独立することもある。

以下は、公立能登総合病院の BSC¹⁴¹の 4 つの視点である。

① 財務の視点

→ 財務の業績向上のために何をしたらよいか。

② 顧客の視点

→ 患者様が満足する医療やサービスを提供し、十分な利益を確保するために、患者様の視点から患者満足度を向上するために何をしたらよいか。

③ 業務プロセスの視点

→ 患者様に満足してもらうために提供した医療やサービスの業務内容をより効率的に運用するためには何をしたらよいか。

④ 学習と成長の視点

→ 病院が優れた医療の質や業務プロセスを備え、患者満足度の向上をはかり、財務的目標を達成するために人材の確保と職員一人一人のスキルアップをどのようにして行ったらよいか。

また、公立能登総合病院の BSC には Kaplan and Norton の示す 4 つの視点に加え、2010 年度より『医療の質の視点』を病院独自に設定している。

⑤ 医療の質の視点

→ 患者様に満足してもらうために提供した医療やサービスの質を向上させるためには何をしたらよいか。

下図の公立能登総合病院の戦略マップにも明示されているように、この視点を業務プロセスと並列に位置付ける事によって、学習と成長の視点と顧客の視点の因果連鎖を前提として設定されている。

¹⁴¹ 公立能登総合病院の BSC では、2007 年～2013 年の間に 245 指標もの KPI を設定していた。しかし、あまりにも多くの業績評価指標を抱え込んでしまうことは、管理コストの増大、重要要因の不明確化を招いてしまう危険性がある。実際に業績評価指標があまりにも多くの業績評価指標を抱えてしまっている事例は少なくないようである (Kaplan and Norton, 1992)。こうした場合、業績評価指標の数を絞り込む必要があるといえる。業績評価指標を取捨選択する際には、様々な属性 (例えば、測定の正確性、測定にかかるコスト、理解のしやすさなど) が考慮されるが、近年では、指標が戦略的重要性に適合していることが重要な基準として考えられている (Kaplan and Norton, 1996)。

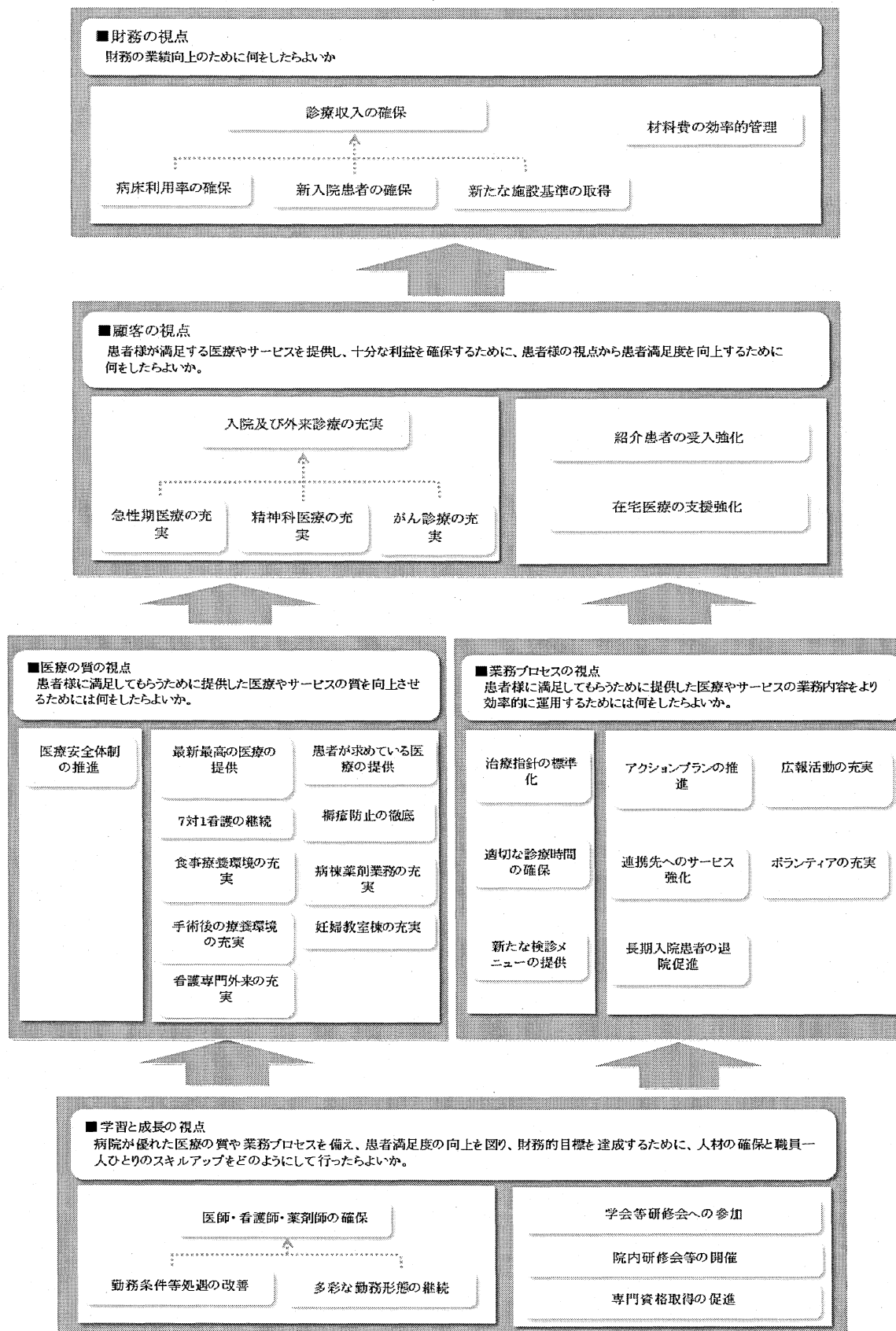


図 39-1. 公立能登総合病院の戦略マップ(2011 年度)

2012年度の戦略マップは、カスタマイズされている。

財務の視点では診療報酬改定への迅速な対応、顧客の視点では救命救急センター機能の充実、二人主治医制の推進、在宅医療の支援強化から充実へ、医療の質の視点では感染管理による環境整備、患者主体の医療の提供、業務プロセスの視点では DPC¹⁴²の効率的運用、新アクションプランの推進、退院調整機能の強化が追加されている。

¹⁴² DPC (Diagnosis Procedure Combination)とは、診断群分類別包括制度とも言う。患者の病名や症状をもとに手術等の診療行為の有無に応じて、厚生労働省から定められた一日当たりの診断群分類点数を基に医療費を計算する会計方式である。

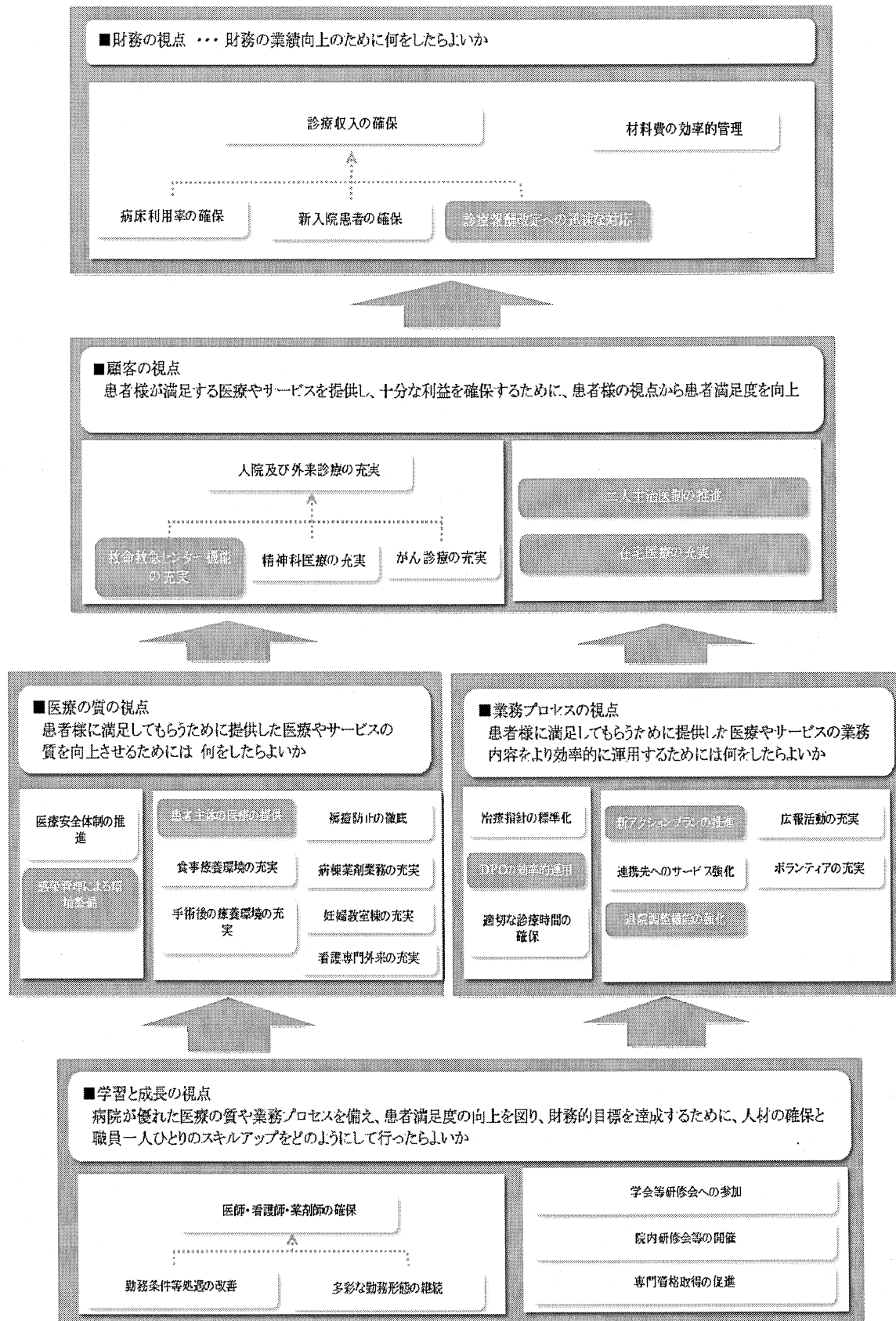


図 39-2. 公立能登総合病院の戦略マップ(2012 年度)

公立能登総合病院では院内役職者 15 名の委員から構成される「BSC 推進委員会」を設置している。各ユニット別にスコアカードと戦略マップを設定しており、それを全体の BSC で集約している。

2012 年度における BSC は、以下 36 ユニット¹⁴³の BSC から構成される。

- 地域医療支援病院認定対策 PT
- 医事企画推進 PT
- 職員満足度向上 PT
- 医療機器及び施設整備検討 PT
- 内科
- 形成外科・美容外科
- 脳神経外科
- 皮膚科
- 泌尿器科
- 産婦人科
- 眼科
- 放射線科
- 歯科口腔外科
- 救命救急センター
- 精神センター
- 内視鏡部
- 人工透析部
- 栄養サポート部
- がん相談支援室
- 臨床検査部
- 薬剤部
- 栄養部
- リハビリテーション部

¹⁴³ ユニットの中には外注業者の参画も見られ、BSC の KPI も鑑み、ステークホルダー含む 360 度による評価を実施している。

- 臨床工学技士室
- 看護部
- 4 階東病棟
- 4 階西病棟
- 5 階東病棟
- 5 階西病棟
- 6 階東病棟
- 6 階西病棟
- 手術滅菌部
- 健診部
- 医療安全管理部
- 太平ビルサービス
- ニチイ学館

毎年 6 月に公立能登総合病院精神センター体育館内で BSC 発表会を開催し、病院内外でこれを共有している。

2-3 公立能登総合病院の財務指標の推移状況

前項で示した「第 2 次経営改革のシナリオ」では、「経営効率化」に係る部分は 2009 年度から 2011 年度まで、「再編・ネットワーク化」及び「経営形態の見直し」に係る部分は、2009 年度から 2013 年度までの期間を対象としている。経営改革の結果、2005 年度に 14 億 1,229 万円であった単年度純損失は年々減少し、2011 年度には 2 億 2,940 万円の単年度純利益を計上するなど、「第 2 次経営改革のシナリオ」における当初の目標はほぼ達成されている。シナリオ最終年度である 2011 年度は、従来までの目標を継続し、持続可能な健全経営の確立を目指して取り組んでいる。また、がん相談支援室及び緩和ケア外来を開設し、がん診療の充実を図った。

付録 14.公立能登総合病院の財務指標推移は、公立能登総合病院の財務諸表より 61 個の財務指標を算出し、BSC を導入した 2007 年度から直近の 2012 年度までの 6 年間と、同年数を遡った 2001 年からの財務指標の推移状況である。

入院患者数は 2001 年度から 2012 年度までの伸び率を平均すると $\Delta 0.67$ ポイントではあるが、2008 年度を境に増加している。病床利用率は 2001 年度から 2012 年度までの平均は 85.81%である。2001 年度からの患者 1 人 1 日当り入院収益は毎年平均 1.66%増加しており、入院収益対

外来収益比率は平均 4.54%増加している。1 日平均外来患者数は平均すると $\Delta 2.89\%$ 減少、2008 年度を境に減少傾向にある。患者 1 人 1 日当り外来収益は平均 2.65%増加している。BSC を導入した 2007 年度から 2012 年までの変化を見てみると、患者 1 人 1 日当り入院収益では毎年平均 2.21%増加、患者 1 人 1 日当り外来収益では 3.42%増加している。つまり、一件単価は入院よりも外来に主眼を置きつつも、入院患者数は増加させている。

2001 年度から 2012 年度までの 13 年間の医業収益対医業利益率の推移を見てみると、2011 年度には $\Delta 1.37\%$ となり、収支分岐点に近い数値にまで改善し、毎年平均すると 0.40 ポイント増加している。また、経常収支比率としても特に 2006 年度から 2011 年度にかけては順調に増加推移しており、2008 年度を境に 100%を上回った。

医業費用の推移について見ると、医業費用の総費用に占める割合は、平均すると 93.65%であり、また医業費用は 2001 年度から 2012 年度の間に毎年平均僅か $\Delta 0.52\%$ 微減している。職員給与費対医業収益比率は平均すると 0.93 ポイント微増しているが、2005 年度の 64.42%をピークに、全体としては横ばい傾向にあり 50%台を上回る傾向にはない。材料費対医業収益比率は平均 25.68%で平均 $\Delta 1.27$ ポイント減少推移している。公的医療機関の場合は 32%~34%の範囲が望ましいとされていることから、ある程度材料購入費の原価計算をはじめ、適切な原価管理の整備が伺える。経費率については平均 0.25%微増しており平均 15.13%と、一般的に若干高めと言える。減価償却費対医業収益比率では 2001 年度から 2012 年度まで平均 $\Delta 0.31$ ポイント程度減少している。これは新たな設備投資を行っていないことが伺える。

医業外収益で大半を占めているのは、他会計負担金、他会計補助金、国庫補助金、都道府県補助金である。国庫補助金は 12 年間を平均すると 268.93%増加、都道府県補助金は平均すると $\Delta 12.45\%$ 減少しているのに対して、他会計補助金、他会計負担金は 4.11%増加している。

現金預金残高は、2008 年以降上昇し、2012 年度には約 36 億円となった。これに伴い、流動比率は 100%基準を優に超えて増加傾向しているが、固定長期適合率は 100%基準を著しく下回っている。未収金回転率は、2009 年度には 6 回転を超えた。これは未収金が 2 ヶ月で回収されていることを意味しており、また、不良債務比率は平均すると $\Delta 0.61$ ポイントと年々改善している。その要因として、他の自治体病院に見られる一時借入金がない事にある。

企業債残高(借入資本金)は、毎年平均で $\Delta 3.13\%$ 減少しており、2002 年の新病院建設時の約 165 億円から 2012 年度には約 120 億円まで減少している。しかし、企業債償還額対減価償却費比率も 2011 年度に 100%を超え、平均 4.76 ポイント増加している。特に固定資産への投資も減少し、減価償却費も平均 $\Delta 3.25\%$ 減少しているため、この指標からは内部資金のみでは賄いき

れていないと判断される。

2-4 公立能登総合病院とBSC非導入群の主要財務指標推移の比較

公立能登総合病院の主要財務指標をBSC非導入群(全国自治体病院統計値)とで推移を比較する(表22)。

流動比率、未収金回転率、不良債務比率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、病床利用率、患者一人一日当り入院収益、他会計繰入金対経常収益比率、補助金等比率、企業債償還額対減価償却費比率、材料費対医業収益比率は、全国自治体病院平均値に比して安定的に上回っている事が分かる。

しかし、反対に累積欠損金比率、自己資本比率、総資産利益率、経常収支比率、患者一人一日当り外来収益、職員給与費対医業収益比率、職員一人当たりの医業収益、貯蔵資産回転期間、総資産回転率の各指標が平均値を下回っている。

累積欠損金比率は、2009年度によりやく純利益がプラスに転じ331万の純利益を捻出出来るようになったため累積欠損金残高69億1,500万円を償却し始めたが、2012年度時点においても未だに29億5,715万もの未処理累積欠損金が残っているため、この比率もマイナスとなっている。

自己資本比率では、平均値より下回ってはいるものの毎年安定的に改善傾向を示している。本研究においては自己資本総額から借入資本金を控除して自己資本比率を算出しているが、公立能登総合病院においては自己資本の約80%を借入資本金に依存しているという財務状態にあり、借入資本金残高は毎年 $\Delta 3.13\%$ 減少はしているものの、2012年度においては約120億円もの残高がある。繰越欠損金も従前のように減少傾向にはあるものの、2012年度には約29億円の繰越欠損金を計上しているためこの指標はマイナスとなっている。

総資産利益率の推移は、平均すると $\Delta 2.38\%$ と低い状況にある。要因として、総資産の増加率が平均すると $\Delta 2.85$ ポイント減少しているが、それに対して医業収支の伸び率が低い事が上げられる。

経常収支比率は、BSC非導入群と比較すると平均 $\Delta 2.98$ ポイント低く、一方で医業収益対医業利益率では平均すると2.98ポイント高い。経常収支比率は従前のように2008年度には前年よりも2.13ポイント増加し、収支分岐点を超えている。過去全国平均値より低かった要因としては、医業外費用の内約55.07%を占めている企業債利息の負担と他会計繰入金対経常収益比率のBSC非導入群との差にも見られるように他会計繰入金が比較的低い点にあると考えられる。

患者一人一日当り外来収益は、BSC非導入群と比較すると、平均 $\Delta 1.1$ (千円)低い。延外来患

者数は平均すると $\Delta 2.89\%$ 減少傾向にある。外来収益単価を向上させなければ、医業収益に著しく悪影響を及ぼしていく。

職員給与費対医業収益比率は、BSC 非導入群と比較すると平均 0.07 ポイント高い。この要因としては、後述する非財務指標との因果が考えられる。

職員一人当たりの医業収益は、BSC 非導入群と比較すると平均 $\Delta 2,238$ 千円低い。一方、医業収益対医業利益率では BSC 非導入群と比較すると 2.98 ポイント高いため、職員給与費対医業収益比率に見られるように、人員の効率的配置となっていない事が想定される。

貯蔵資産回転期間は、BSC 非導入群と比較すると平均 $\Delta 1.69$ 日遅い。貯蔵品が 1.69 日遅く費用化されるという意味合いは、2012 年度の材料費を参考にして計算してみると、実に 8,282 千円程度の資金が在庫として寝ている事になる。

総資産回転率は、BSC 非導入群と比較すると平均 $\Delta 0.1$ 回転低い。医業収益は平均 $\Delta 0.11\%$ 微減し、総資産は平均 $\Delta 2.39\%$ 減少している。特に総資産の約 80%を占める固定資産残高も減価償却が進み平均 $\Delta 3.53\%$ 減少しているが、医業収益の伸び幅が少ないため BSC 非導入群より低いと考えられる。

2-5 KPI と財務指標の相関

表 30-1 は公立能登総合病院の毎年の BSC スコア管理表¹⁴⁴を筆者が集約したものであり、表 30-2 は公立能登総合病院の BSC の KPI 推移と BSC 導入後の財務指標推移を示している。公立能登総合病院では 2007 年度より BSC を導入しているが、ここでは入手可能であった 2007 年度から 2013 年度までの推移について分析を行う。BSC 導入当初から、毎年定期的に KPI を再検証したため、項目は毎年カスタマイズされている。

■ 顧客の視点

『紹介患者の受入強化(紹介患者数、逆紹介患者数、逆紹介率推進に向けた面談実施率)』、並びに『入院及び外来診療の充実』では、入院及び外来に付随する『内視鏡検査・治療数、血管造影検査・治療数、休日リハビリ総単位数、全身麻酔による手術件数、分娩件数、透析延件数、糖尿病療養指導件数、健診受診件数』、更に『がん診療の充実(外来化学療法延患者数、放線治療件数、緩和ケア外来延受診者数、がん診療に関する相談件数、登録レジメン数)』は、項目によっては目標値を下回ってはいるものの、前年値は上回っており結果的に増患に繋がっているため医業収益増加率にも反映されている。特に逆紹介率推進に向けた面談の実施は患者の視点に

¹⁴⁴ スコア管理表は、病院の全体を示す公立能登総合病院の院長シートを使用した。

立ったアフターサービスであり、地域の連携という視点では必要不可欠なものとなる。表 30-2 に示す『患者紹介率』では、各年度概ね目標値は下回っているが、BSC 導入後+2 年～+3 年で平均+5.20P も増加している。BSC 導入後+2 年～+3 年では、総資産利益率(平均+0.59P)、医業収益対医業利益率(平均+3.36P)、経常収支比率(平均+1.22P)、収支分岐点比率(平均(Δ)4.42P)、実質収益対経常費用比率(平均+1.67P)、患者一人一日当り外来収益(平均+5.95%)、材料費対医業収益比率(平均(Δ)0.84P)の各指標が増加しており、『患者紹介率』との高い相関が確認される。しかし、表 30-1 の顧客の視点に示される『休日リハビリテーション提供の実施』は、365 日でのリハビリテーションを提供できる体制を備えていることが前提となるため、医療専門職スタッフの確保と職員給与費のコントロールが重要となる。職員給与費対医業収益比率では、BSC 導入後は平均 55% 台で横ばい推移している。

『地域に開かれた病院づくり』の一環として、『出前講座の開催、ホームページの充実、広報誌陽だまりのリニューアルと全世帯配布、ケーブルテレビでの病院番組の放映、情報機関への積極的な情報提供、能登地域医療連携フォーラムの開催、病院開放デーの実施』といった率先した PR 活動を評価しており、ここではこのコストパフォーマンスは検証できないが、これも増患に結びついている要因の一つと考えられる。

表 30-2 に示される、『患者満足度率(退院時アンケート満足度)』と財務指標の比較では、関連性の高いと考えられる患者一人一日当り入院収益は全体では平均伸び率+1.71%の増加であるのに対し、退院時アンケートの実施を開始した BSC 導入後+4 年から平均伸び率は+2.82%と伸び幅が増加している。

■ 業務プロセスの視点

表 30-2 では、クリニカルパスの適用件数、平均在院日数の短縮、医療材料・薬品の標準化(ジェネリック医薬品割合)の推移と財務指標推移を比較している。

広報活動やボランティア活動の項目以外は比較的目標値や前年値を上回っている傾向がある。例えば、『材料費等の効率的利用』といった KPI は、貯蔵資産回転期間といった財務指標に影響し、BSC が導入された 2007 年度から 2012 年までを平均するとΔ1.23 日短縮されている。これが相関し、短期的に資金化しやすい当座資産に対する流動負債の比率である当座比率では 2007 年度から 2012 年度までの平均推移は 23.20 ポイント伸びている。また、『クリニカルパスの推進』は活動基準での原価計算を可能とする。クリニカルパス適用比率は目標値の 50%を下回っているが、

『材料費等の効率的利用・管理』『診療材料 SPD 商品割合¹⁴⁵』や『ジェネリック医薬品割合』といった KPI も概ね目標を達成しており、BSC を導入した 2007 年度からの材料費対医業収益比率は平均(Δ)0.31 ポイント減少している。表 30 - 2 に示されるように、『クリニカルパスの適用件数』の推移では、圧倒的に収益性指標、並びに収益性に関連する指標の推移に影響を与えていると言える。

また、『未収金の発生防止と回収率の向上、過年度未収金の回収率』といった KPI は、未収金回転期間といった財務指標に影響し、2007 年度から 2012 年度までを平均するとΔ0.67 日短縮している。これが相関し、流動比率では 2007 年度から 2012 年度までの平均推移ではΔ44.77 ポイント減少しているが、総体的には 7.97 ポイント増加している。延いてはこれ等が資金繰りの改善につながり不良債務比率にも反映され、2007 年度から 2012 年度までの平均推移はΔ2.77 ポイント減少したものと考えられる。

更に、『長期入院患者の退院促進』、『連携先へのサービス強化』、『救命救急センター機能の充実(救急 1 日入院の促進、入院率の向上)』といった項目は、延入院患者数(平均 0.64 ポイント増)、病床利用率(平均 0.50 ポイント増)、患者 1 人 1 日当り入院収益(平均 2.21 ポイント増)に反映されていると予想され、財務との因果を示唆される。『最新で最高の医療技術の提供(DPC の効率的運用)、病院機能評価 Ver5.0 の受審医療機械器具の整備』の各項目は、当然医療の質の視点、顧客の視点との因果連鎖を想定して設定していると考えられる。しかし、表 30-2 によると、『平均在院日数の短縮』では、BSC 導入後+4 年以降に日数が延長(悪化)しているため、患者一人一日当り入院収益に悪影響を与える事が想定されるが、特に相関はなく、直接的インパクトはない。その他の指標では、総資産利益率(平均(Δ)0.09P)、経常収支比率(平均(Δ)0.14P)、職員給与費対医業収益比率(平均(+)0.82P)、材料費対医業収益比率(平均(+)0.25P)の各指標が悪化している。

表 30 - 2 にある、『医療材料・薬品の標準化(ジェネリック医薬品割合)』は、BSC 導入後+5 年～+7 年で平均+1.60 ポイント増加している。これは材料費対医業収益比率との高い相関が考え

¹⁴⁵ SPD(院内物流管理システム)【Supply(供給)、Processing(加工)、Distribution(分配)】とは、医療現場からの要望により、医療消耗品等を適格に各部署に供給し、死蔵・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減、保険請求漏れを防止し、病院経営をサポートするシステムである。

- ・ 物流動線の集約により物品を適正な量で払出を行い死蔵・過剰在庫を防止し、消費・在庫管理をも含めた形で実現することにより運営効果の改善を図ると共に院内職員の業務過多を減少させる。
- ・ 精度の高い在庫管理を実現し、市販後の安全管理としてトレーサビリティを可能にする。
- ・ 定数管理システムの徹底により物品請求業務の軽減。
- ・ 院内在庫金額の削減とロット別在庫管理の実現。
- ・ 保険請求漏れ防止と患者別使用情報管理の実行。
- ・ システム導入により、消費データの出力を可能にする。

られるが、表 22 では材料費対医業収益比率の BSC 導入前の平均は $\Delta 2.51$ ポイントで減少推移しており、反対に BSC 導入後では $\Delta 0.24$ ポイントとむしろ減少幅が下がっている。医療材料費は、医薬品のみではなく給食費やその他の医療材料費も存在するため、この KPI による財務への直接的インパクトはない。

■ 学習と成長の視点

目標未達成の項目、及び前年を下回る項目として目につくのが、医師及び看護師、薬剤師等の確保や勤務形態、各種研修への参加奨励、福利厚生等の項目である。七尾市は人口約 56,000 人弱の都市であり、医療専門職スタッフの確保という現実が職員給与費対医業収益比率の高さ、及び職員一人当たりの医業収益の低さにも影響を与えている。表 30-2 によると、『適正人員の確保(医師以外の離職率)』では、導入後+5 年で 0.20%(+4 年対比 $\Delta 4.8P$)と減少しているが、関連性が高いと考えられる職員給与費対医業収益比率、及び職員一人当たりの医業収益にはインパクトはない。また、『看護師定着率の向上(看護師数)』では、BSC 導入後+4 年～+6 年の間に平均+3.46%増加推移しており、同じく関連性の高いと考えられる職員給与費対医業収益比率も平均(+) $0.82P$ 増加している。しかし職員一人当たりの医業収益も平均+1.64%増加している事を鑑みると、病院全体の職員数を減らし、看護師数を増加されていることが想定される。

■ 医療の質の視点

学習と成長の視点、業務プロセスの視点の向上が反映され、顧客の視点との因果連鎖を興す。感染症の発生率を始めとした『医療安全体制の推進』の各項目は比較的向上している。

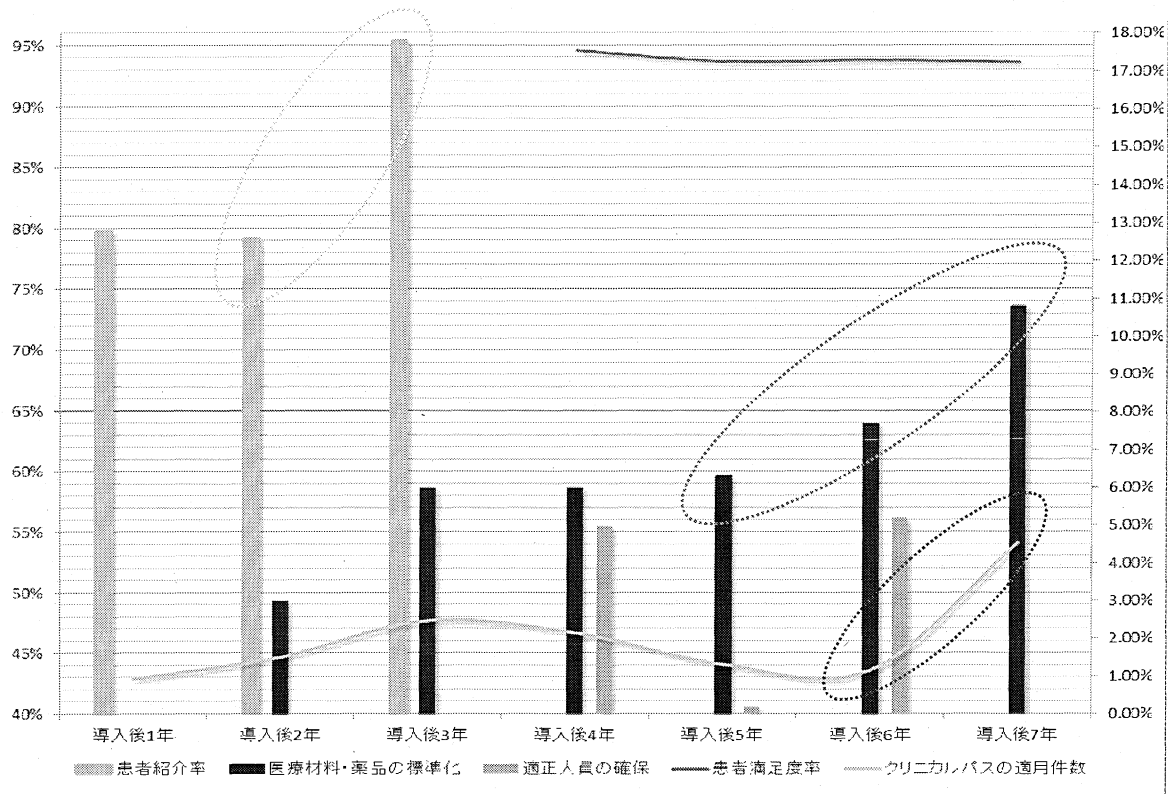


図 40-1. 公立能登総合病院 BSC の KPI 推移

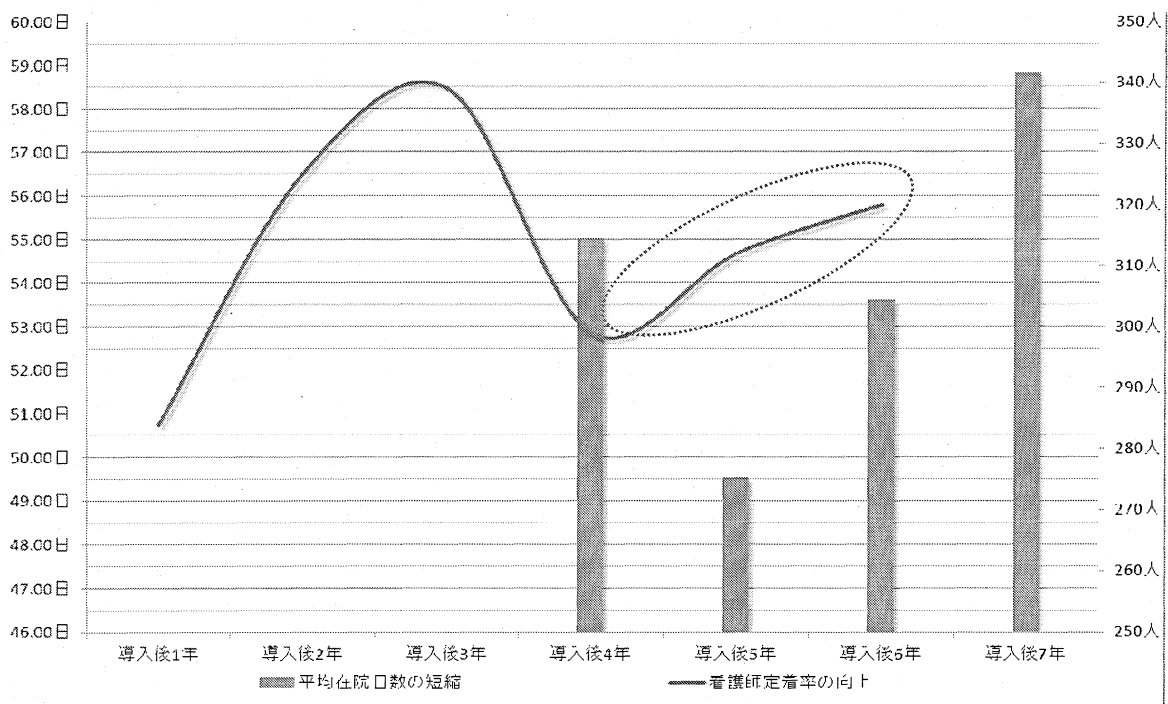


図 40-2. 公立能登総合病院 BSC の KPI 推移

以上の結果より、業務プロセスの視点→顧客の視点ではそれぞれの効果は出ている事が確認される。総体的に見ると、財務の視点への因果連鎖が働いている事が考えられる。公立能登総合病院では、非財務指標の成果が財務指標の成果へと結び付けられていると言える。

第3節 国保旭中央病院のBSCと財務インプリケーション

国保旭中央病院(千葉県旭市イの1326番地)は、千葉県東部にある、開設以来50年の歴史をもつ、診療科目36科、病床数989床の大規模市立病院である。内訳は、一般病棟763床、精神病棟220床、感染病棟6床である。診療圏は、旭市と飯岡町、海上町、干潟町を中心とした半径30kmで、診療圏人口100万人、救急患者数が年間57,000人に達する救命救急センターを併設している。

国保旭中央病院は、地域住民の健康を守り、国の皆保険制度実現に協力するため、旭町外8ヶ町村(現旭市)で1953年3月1日に開院した。開院当時は、病床数113床(一般病棟35床・結核病棟78床)、診療科目4科、職員数45名(内医師8名)、敷地面積6,600㎡、建物面積2,375㎡であった。以後、増改築工事を重ね、近年では1993年9月に各病棟・外来棟の改修、1996年11月に救命救急センターの増築、1999年3月に1号館(1~4F外来棟・5~7F病棟・屋上庭園)が竣工、同年11月に基幹災害医療研修センター(1F資料館・2~4F診療録管理室・5F災害医療研修施設)が竣工、2002年3月に附属飯岡診療所移転新築、2004年10月にPET画像診断センターの新築を行った。しかし、拡張の結果、患者動線悪化、老朽建物の増加、耐震性の確保の問題が生じ、新本館の建設を含む再整備事業(2006~2012年)に着手した。2009年12月には、放射線科治療棟がオープンし、2011年3月に、地上12階建ての免震構造による待望の新本館が完成した。2012年3月には、地域医療再生計画に基づき、地域医療支援センターが開設された。現在は職員数1,985名(内医師238名・看護師856名)、敷地面積172,402㎡、建物延床面積164,701㎡となっている。

3-1 BSC導入の背景

国保旭中央病院は本体の旭市の一般会計予算を上回る病院事業予算を持ちながら、創立以来黒字経営を維持している。国保旭中央病院では、2002年度に中・長期経営計画を立案し、診療の質の向上と高度化、財政基盤の強化と経営の多面的改革、社会に貢献できる医療人の育成を重点目標とした。これに応じて、地域の中核医療機関としての体制整備につとめ、地域ニーズに

応え地域から信頼される病院になるため、内視鏡外科の利点を積極的に取り入れた戦略を策定した。そのためには高度先進医療に対応しうる新たな内視鏡外科の指導医の確保、技術の習得、内視鏡外科に付随する問題の解決、職場・患者・社会の許容、教育、経済効果、導入メリットなどの対応が急務となった。そこで 2006 年度に教育・成長の視点を頂点に設定した BSC を導入し、内視鏡外科の積極的推進という戦略の立案・遂行に有用と考えられたことが BSC を導入する契機となった。

更に国保旭中央病院は BSC 導入に先立ち、1998 年度には日本医療機能評価機構の認定、2005 年度には ISO9001¹⁴⁶の認証を取得、更に SWOT 分析¹⁴⁷を導入して医療の質の向上を図っている¹⁴⁸。将来的には BSC の中に ISO9001 を取り込む予定であるという。

SWOT 分析では、S(強み)は、診療圏内に同規模の病院がなく、救命救急センターを併設しており、いつでも診療対応があることで患者の信頼感が高いこと。また患者中心という病院理念の職員教育が行き届いていることもあって、職員の姿勢が前向きであり、オーダーリングシステム導入での業務効率化がはかられていること。患者集積がよく、良好な財務体質を維持していることといえる。

一方、W(弱み)は、自治体病院の宿命ともいべき不採算部門を抱えた診療体制を堅持していること、直接患者が来てしまうため紹介率が低いこと、患者数が多いため待ち時間が長いこと、職員は仕事量が多いために心身ともに余裕がえられないこと、したがって院外での教育の機会が少ないことといえる。

O(機会)は、疾病が増加しつつあることと、近隣他医療機関の当院への依存状況から内視鏡外科の圧倒的需要が見込まれることで、T(脅威)としては医療制度改革に由来する病院の機能分化推進などの外圧と考えた。このように様々な問題点を抱えている旭中央病院にとって、S(強み)と O(機会)を十分活用した BSC を導入し、それを軌道に乗せることが W や T に対する対策ともなり、病院医療経営的にも資するものとなるのではと考えられた。

BSC を専門とする研究者の講義を 3 回聴いたのち、BSC プロジェクトを開始した。このプロジェクトには、病院長をはじめ、副院長、看護部長、事務部より経理課長、総務課長、医事課長、病棟か

¹⁴⁶ 国際標準化機構 (ISO) による品質管理、品質保証に関する国際規格。国保旭中央病院では ISO による目標管理と BSC を一体化して運用している。ISO の年度基本方針に沿って各部署で目標管理を行い、この因果として全体の BSC を達成させるよう関連付けている。2011 年度からは病院中期計画の内容ともリンクさせ、三位一体の管理方法としている。国際標準化機構 (ISO) による品質管理、品質保証に関する国際規格。

¹⁴⁷ SWOT 分析 (Strength and Weakness and Opportunity and Threats analysis) とは、企業の全体評価を行うための分析手法であり、Strength (強み)、Weakness (弱み)、Opportunity (機会)、Threat (脅威) の 4 つの視点から内部環境と外部環境にセグメントして評価を行う手法である。

¹⁴⁸ 2011 年までの国保旭中央病院の BSC は Kaplan and Norton の BSC のテンプレートを基盤としているが、2012 年以降の BSC は自院オリジナルの『KPI スコアカード』として改変している。本研究においては 2011 年度までの BSC を分析対象とした。

らは部長、医長、看護師長、看護主任、手術室より看護師長、外来から看護主任、さらに医療情報部、診療録管理情報士の参加をえた。そこでの議論は、病院 BSC を先に作り、それをブレークダウンすることで部門別 BSC を目指すべきか、まず各部門でいわばユニット BSC を作り、その集約を病院 BSC とすべきかであった。病院全体戦略との整合性を考えると、当然前者が望ましいと思われるが、その方向性は、ISO や目標管理と異ならないため、大幅な変革が期待しにくいと考えられた。巨大化し、自由な身のこなしに難点のある「病院全体の BSC」に取りかかって、つまりいては元も子もない。病院 BSC 導入に先立つ小回りの効く「部門別 BSC」の先鞭として、外科が斥候役として外科 BSC を試行することを提唱し了承された。

3-2 BSC の構成と戦略マップ

国保旭中央病院の理念は「すべては患者さまのために私たちは地域の皆様の健康を守るために、常に研鑽に努め、医学的にも経済的にも社会的にも適正な模範的医療を提供します」であり、病院 BSC はこの理念に則った戦略となる。予想される病院全体戦略を念頭におき、その整合性を保つべく、BSC のビジョンを、地域の中核医療機関としての体制整備に努め、高い医療水準を保つとともに地域ニーズに応え地域から信頼される病院になることとし、戦略は、内視鏡外科を発展的融合し、地域の如何なるニーズにも対応しうる外科体制を展開することとしている。企画立案・構成は、当初外科部長がファシリテーターの役目をなした。BSC の基本骨格である、学習・成長の視点、業務プロセスの視点、財務の視点、顧客の視点という4つの視点につき各々戦略目標を立て、各視点の因果連鎖が想定された戦略マップを構成し、KPI は毎年度3年先の目標を設定している。以下は4つの視点の戦略目標である。

① 学習と成長の視点 ...

医療の質向上と患者価値の創造に資すべく14項目の戦略的業績評価指標を設定している。前向きの組織風土と、人材の育成、技術の定着とした。前向きの組織風土は、職員が一致団結して BSC 目標に向かうこと、特に外科ではチーム医療を推進しようとする心構えを重視している。重要成功要因は、短期的には技術者確保と技術の修得、長期的には人材育成で、職員満足とのバランスの上で患者価値の創造がはかられる。

② 業務プロセスの視点 ...

4つの戦略的目標に合致する18の戦略的業績評価指標を設定している。中心をなすのは医療の質、サービスの質、安全性の向上、患者価値の創造に資する戦略的業績評価指標である。パスの使用と内視鏡外科の導入推進は、在院日数短縮や合併症の減少、セーフティ・マネジメントに

資することを前提に設定されている。これらは医療の質、安全性向上のための重要成功要因と考えられ、内視鏡手術のアウトカムが患者価値の創造に直結するものである。

③ 財務の視点 ...

患者ニーズに資する 11 項目の戦略的業績評価指標が設定され、患者獲得と収益増加、市場開拓を戦略目標としている。市場開拓と患者獲得は互いに関連があるものの、一方を能動的行為の評価とし、他方を受動的状況評価として、将来を見据えた非財務的指標としている。

④ 患者の視点 ...

当初は患者ニーズ、患者満足度を評価する 12 項目の戦略的業績評価指標を設定し、患者満足度の向上と患者ニーズへの対応を戦略目標としている。

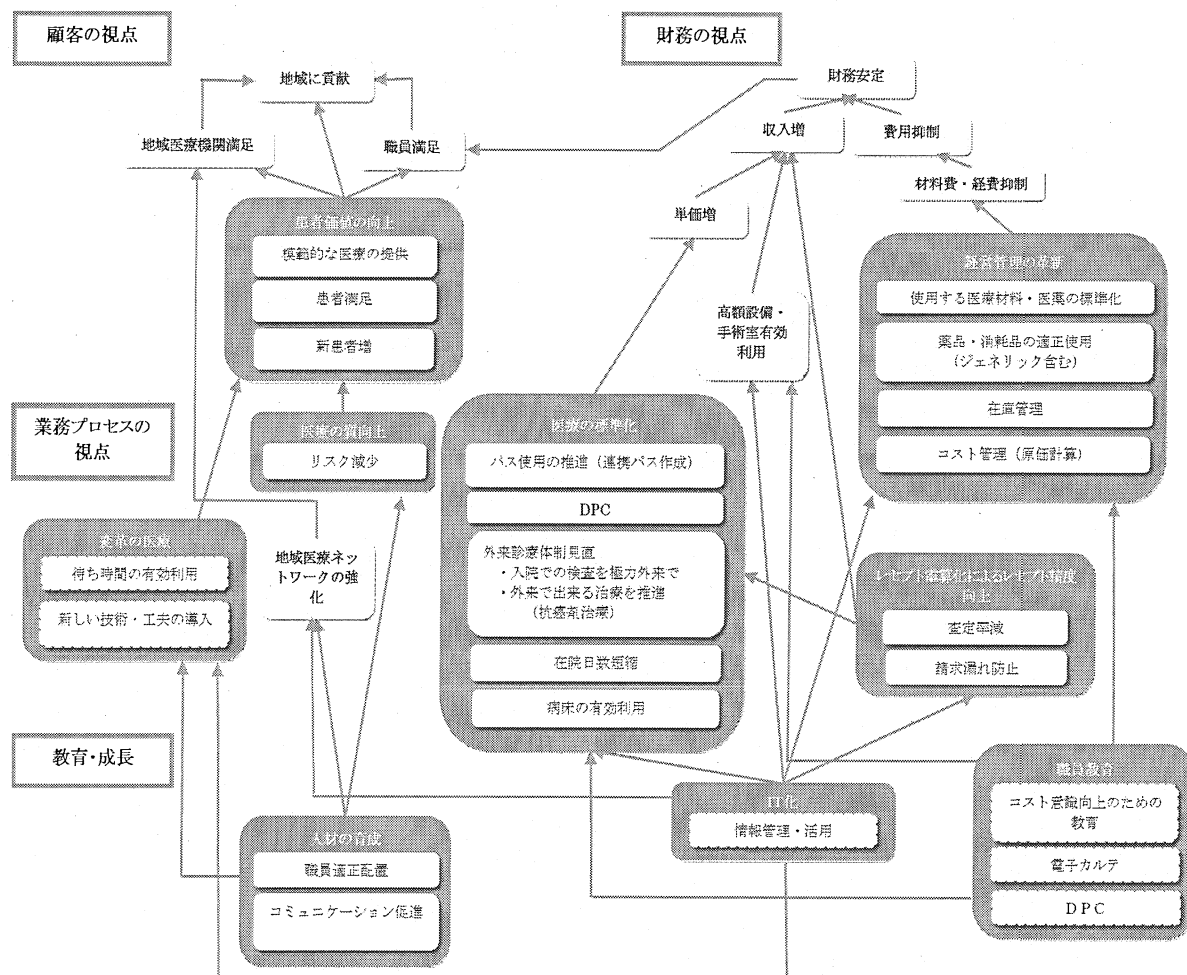


図 41. 国保旭中央病院の戦略マップ(2012 年度)

3-3 国保旭中央病院の財務指標の推移状況

付録 9.国保旭中央病院の財務指標推移は、国保旭中央病院の財務諸表より 61 個の財務指

標を算出し、BSCを導入した2006年度から直近の2012年度までの7年間と、同年数を遡った1999年からの財務指標の推移状況である。

入院患者数は1999年度から2012年度までの伸び率を平均すると $\Delta 1.16\%$ で、2006年度を境に $\Delta 3.05\%$ と悪化している。病床利用率は1999年度から2012年度までの平均は88.82%である。BSCを導入した2006年度からの患者1人1日当り入院収益は毎年平均4.47%増加しており、入院収益対外来収益比率は平均 $\Delta 0.36$ ポイント微減している。1日平均外来患者数は平均すると $\Delta 1.02\%$ 減少、2005年度を境に減少傾向にある。患者1人1日当り外来収益は平均4.63%増加している。BSCを導入した2006年度から2012年までの変化を見てみると、患者1人1日当り入院収益では毎年平均6.13%増加、患者1人1日当り外来収益では3.92%増加している。一件単価は外来よりも入院に主眼を置いているが、入院患者数は減少している。

医業収益対医業利益率はプラスで推移しているが、1999年度から2012年度までの14年間で毎年平均すると $\Delta 0.05$ ポイント微減している。また、経常収支比率もプラス推移しているが、2006年度から2011年度にかけては $\Delta 0.17$ ポイント微減推移している。

医業費用の推移について見ると、医業費用の総費用に占める割合は、平均すると90.98%であり、また医業費用は1999年度から2012年度の間に毎年平均3.47%微増している。職員給与費対医業収益比率は平均すると $\Delta 0.95$ ポイント微減している。材料費対医業収益比率は平均32.66%で、BSCを導入した2006年度からの平均は $\Delta 0.19$ ポイント減少推移している。経費率については平均で0.69ポイント微増しており、2006年度からの平均は15.36%と、一般的に高いと言える。減価償却費対医業収益比率では1999年度から2012年度まで平均0.17ポイント程度増加している。

医業外収益に含まれる、国庫補助金は平均18.28%増、都道府県補助金は平均9.46%増、他会計補助金は平均 $\Delta 0.10\%$ 減、他会計負担金は平均4.44%増加している。

現金預金残高は、2005年以降毎年平均18.76%上昇し、2012年度には約82億円を超えた。これに伴い、流動比率、固定長期適合率は増加傾向にある。未収金回転率は、2004年度には11回転近くまで増加した。これは未収金が1ヶ月で回収されていることを意味している。また、不良債務比率は平均すると $\Delta 1.03$ ポイントと年々改善している。

企業債残高(借入資本金)は毎年平均で6.60%増加しているが、特に2009年～2010年度の企業債残高は新本館の建設、並びに既存棟の改修工事(1号館、2号館、3号館、7号館)にかかる建築総工費約300億円の工事費として平均50%程度増加している。しかし、企業債償還額対減価償却費比率も2009年度を境に減少傾向にある。減価償却費も2009年度からの平均は

12.57%増加しており、内部留保で企業再償還額が賄える状態にあると判断される。

3-4 国保旭中央病院とBSC非導入群の主要財務指標推移の比較

国保旭中央病院の主要財務指標をBSC非導入群(全国自治体病院統計値)とで推移を比較する(表22)。

流動比率、未収金回転率、不良債務比率、累積欠損金比率、自己資本比率、総資産利益率、医業収益対医業利益率、経常収支比率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、病床利用率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、職員給与費対医業収益比率、企業債償還額対減価償却費比率、他会計繰入金対経常収益比率、補助金等比率、貯蔵資産回転期間、総資産回転率といった大半の財務指標は、BSC非導入群に比して安定的に上回っている事が分かる。

しかし、職員一人当たりの医業収益、材料費対医業収益比率が平均値を下回っている。

職員一人当たりの医業収益は、BSC非導入群と比較すると平均 $\Delta 1,145$ 千円低い、全体としては2.29%の増加傾向にある。BSC導入後の2006年以降に注目してみると、職員給与費は平均0.83%微増しており、一方職員数は平均0.53%微増している。しかし、医業収益は平均2.33%増加傾向にあるので、職員給与費対医業収益比率は平均 $\Delta 0.61\%$ 微減推移している。つまり、医業収益対医業利益率は平均 $\Delta 0.35$ ポイント減少傾向にあるので、医業収益の伸びに対して人員の効率的配置となっていない事が分かる。

材料費対医業収益比率は、BSC非導入群の平均値に対して6.48ポイントも高い。国保旭中央病院の材料費対医業収益比率をBSC非導入群の26.18%まで圧縮させるということは、単純計算で医業収益を390億円(+76億円)まで増加させるか、若しくは材料費を82億円($\Delta 19$ 億円)まで圧縮させるかしか方法はない。医業収益を上げる方法としては、病床利用率を高め入院患者数、若しくは外来患者数を増やす、患者1人1日当り入院収益、外来収益を増加させるしかない。過去の実績より、入院収益、外来収益の構成比率は入院が54%、外来が46%であったので、約41億円を入院収益、約35億円を外来収益で補わなければならない。入院では、患者1人1日当り入院収益は59.51千円なので年間にすると入院収益は21,722千円となり、つまり年間161名の増患が必要となる。許可病床数が989床で病床利用率が76.04%なので、キャパシティの観点からは161名の入院患者は十分可能であると言える。一方、外来では患者1人1日当り外来収益は18.34千円なので、年間にすると190,840名の外来患者を診なければならない。過去最高で2001年に年間延外来患者数が899,140名であった事実を鑑みると、年間+35,766名となり、1日当り

146名の外来患者を増加させることになる。一概にどちらを向上させるのが良法かはここでは分かり得ないが、医業収益を上げる事だけに専念した場合、他の費用、特に職員給与費に悪影響を与える事は明白である。また、材料費のみを圧縮しようとした場合も医療の質に悪影響を及ぼしかねない。適正な原価管理と利益管理のバランスが必要となる。

3-5 KPIと財務指標の相関

国保旭中央病院は表 22 でも示されるように、1999 年以降経常収支比率、医業収益対医業利益率といった指標は全てプラスで推移しており、また創立以来全ての年度で黒字を実現しているという。BSC の財務の視点はそれほど重視しておらず、また BSC 導入による財務的効果は、それほど目立たない。表 31-1 は国保旭中央病院の毎年の BSC スコア管理表¹⁴⁹の KPI の目標と実績を筆者が集約したものであり、表 31-2 は国保旭中央病院の BSC の KPI の推移と BSC 導入後の財務指標推移を示している。国保旭中央病院では 2006 年度より BSC を導入しているが、ここでは入手可能であった 2006 年度から 2011 年度までの推移について分析を行う。

2006 年度の BSC 導入当初は一般産業界を想定した Kaplan and Norton のテンプレートを前提に戦略マップ、及び BSC を作成しているが、2008 年度より 4 つの視点に拘らず実務的な目標設定にアレンジしている。よって、毎年定期的に KPI 項目は毎年カスタマイズされている。国保旭中央病院の BSC フォームは、非営利組織であることを重視し、顧客の視点が最上位に来ている。戦略マップ上では、4 つの視点の因果関係を表す矢印が、教育と成長の視点→業務プロセスの視点→顧客の視点↔財務の視点と、最終的に顧客の視点と財務の視点に向かっている。

国保旭中央病院の BSC では、2006 年度から 2011 年度を通じて、財務の視点で継続して実施している指標は見当たらない。特に重視している指標としては、薬品費削減や給食材料費削減等といった費用削減項目である。例えば材料費対医業収益比率について注目してみると、BSC 導入前の 1999 年度から 2006 年度までは平均 0.53 ポイント増加しているが、BSC 導入後の 2006 年度から 2012 年度では平均△0.19 ポイントの減少している。BSC の予算実績対比でも概ね目標に達している。しかし、その他の財務の視点の KPI 項目は継続実施しておらず、1 人 1 日当りの単価項目以外は殆ど目標値を達成していない。

■ 顧客の視点

顧客の視点に関連する項目では、2007 年度までは入院・外来患者へのアンケートを行い家族・

¹⁴⁹ 国保旭中央病院の BSC は病院の全体を示す院長シートを採用した。また表 31-1 におけるスコア管理表の KPI は、毎月の実績推移が算出されていたので、各年度毎にそれぞれの KPI ごとに平均値を算出した。

知人の紹介の他、地域医療機関へもアンケート調査を行い、紹介元・紹介先の満足度向上、クレームの削減に努めている。表 31-2 の『開業医(かかりつけ医)との連携強化(紹介率)』では、各年度目標値を下回ってはいるが、BSC 導入後+1年～+4年では平均+2.41P 増加推移している。収益性指標には特段大きな変化はなく相関はないと考えられるが、患者一人一日当り入院収益(平均+8.19%)と患者一人一日当り外来収益(平均+4.59%)の各指標との高い相関が確認される。

■ 業務プロセスの視点

表 31-1 の業務プロセスの視点に関連する項目においては、DPC の対応、在院日数の短縮や長期入院患者の減少、逆紹介率の向上と関連させてクリニカルパスの作成・使用率、手術件数(手術室稼働率)の増加、広報室設置による情報発信、ジェネリック薬品比率向上等が主な指標であるが、何れも目標、及び前年指標を上回っている傾向が見られた。

表 31-2 では、パス使用の促進(パス使用率)、平均在院日数の短縮(平均在院日数)、ジェネリック化の推進(全品目に占めるジェネリック薬品品目の割合)の推移と財務指標推移を比較している。

在院日数の短縮では、病床利用率の低下と患者数の減少をもたらせたが、これにより手術件数項目は飛躍的に向上し、また、高額設備・手術室有効利用¹⁵⁰といった KPI 項目の飛躍的向上により、患者一人一日当りの入院収益、患者一人一日当りの外来収益に相関した。これにより、前述した内視鏡外科等の発展にもみられるように専門性と規模の経済¹⁵¹によってイノベーションに繋げる契機となる事が期待される。表 31-2 の『平均在院日数の短縮(平均在院日数)』では、BSC 導入後+1年～+2年の僅か2事業年度の推移ではあるが、対比 $\Delta 22.15$ 日(Δ)63.82%)も短縮しており、患者一人一日当り入院収益(平均+4.29%)、職員一人当たりの医業収益(平均+1.40%)の各指標が増加している。

また、クリニカルパスの作成・使用、ジェネリック薬品比率向上、及び財務の視点に関連する項目の材料費削減、経費削減、査定率ダウン、給食材料費の削減等といった KPI により、BSC 導入後の 2006 年度からの材料費対医業収益比率では毎年平均 0.18 ポイント減少している。表 31-2 に示す『パス使用の促進(パス使用率)』の BSC 導入後+1年～+4年の推移では、平均+0.24 ポイント増加推移しており、圧倒的に患者一人一日当り入院収益(平均+8.19%)にもインパクトを与

¹⁵⁰ 指標は、PET、MRI、CT 等の高額医療機器の使用件数。

¹⁵¹ M.E.Porter and E.O.Teisberg(2006)『山本雄士訳(医療戦略の本質—価値を向上させる競争)』、日経 BP 社、pp.144-345(第4章:医療の価値を向上させる競争の原理、第5章:医療提供者の取るべき戦略)を参照。M.E.Porter and E.O.Teisbergによると、医療が目標とすべきは患者にとっての医療価値の向上であり、それは個別の医療機関の専門性と規模の経済によって実現されるとしている。

えている。また、『ジェネリック化の推進(全品目に占めるジェネリック薬品品目の割合)』は、材料費対医業収益比率との関連性が考えられるが、BSC 導入後通年度の材料費対医業収益比率平均値は $\Delta 0.08$ ポイント程度であり、この指標による直接的インパクトはないと考えられる。更に表 22 に示す貯蔵資産回転期間では、BSC 導入後の 2006 年度から 2011 年度までを平均すると 0.19 日短縮されている。レセプト電算化による精度向上といった KPI も、未収金回転率に影響し、2002 年度から 2011 年度までを平均すると 8.53 ポイント向上している。延いてはこれ等が資金繰りの改善につながっていく。

■ 教育・成長の視点

2006 年度の BSC では教育・成長の視点を頂点に設定しており、適正人員の確保や認定者人員数の適正化、コミュニケーション促進等を通じて、医師及び看護師の確保、定着や勤務形態の改善、各種研修・学会への参加奨励、福利厚生等の項目を重点項目として設定している。しかし、何れも目標未達成、前年値を下回ってはいるが、生産性や労務に関連する指標である職員給与費対医業収益比率では、BSC 導入後の 2006 年度から 2011 年度までの毎年平均(Δ)1.83 ポイント圧縮されている。それに伴い、職員一人当たりの医業収益でも 2000 年から毎年平均 2.57 ポイント増加している。

表 31-2 によると、『適正人員の確保(専門医医師数)』では、導入後+1 年～+2 年で 0.20% (+1 年対比 $\Delta 0.11$ P)と減少しているが、関連性の高いと考えられる職員給与費対医業収益比率(平均 $\Delta 0.60$ P)、及び職員一人当たりの医業収益(平均+1.40%)には悪化によるインパクトはない。また、『実就業看護師数の確保(離職率)』では、BSC 導入後+3 年では前年比(+2 年対比)+4.97 ポイントも増加し、反対に導入後+4 年で前年対比(+3 年対比) $\Delta 5.80$ ポイントも減少している。関連性の高いと考えられる職員給与費対医業収益比率は BSC 導入後+3 年では前年比(+2 年対比)(Δ)0.25 ポイントも減少し、反対に導入後+4 年で前年対比(+3 年対比)+0.27 ポイント増加している。職員一人当たりの医業収益では、BSC 導入後+3 年では前年比(+2 年対比)+0.45%増加し、反対に導入後+4 年で前年対比(+3 年対比) $\Delta 1.73\%$ 減少している。特にコメディカルの中でも大半を占める看護師の確保といった KPI は、生産性や労務関連指標との相関が確認される。

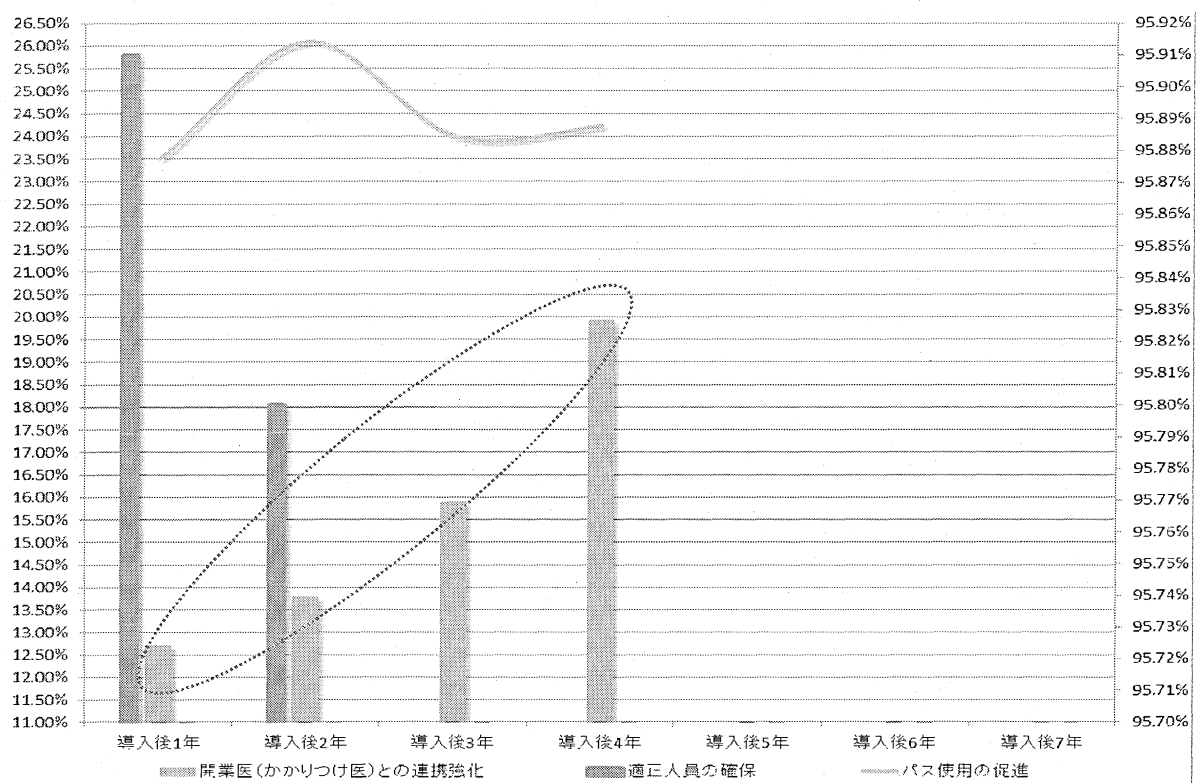


図 42-1. 国保旭中央病院 BSC の KPI 推移

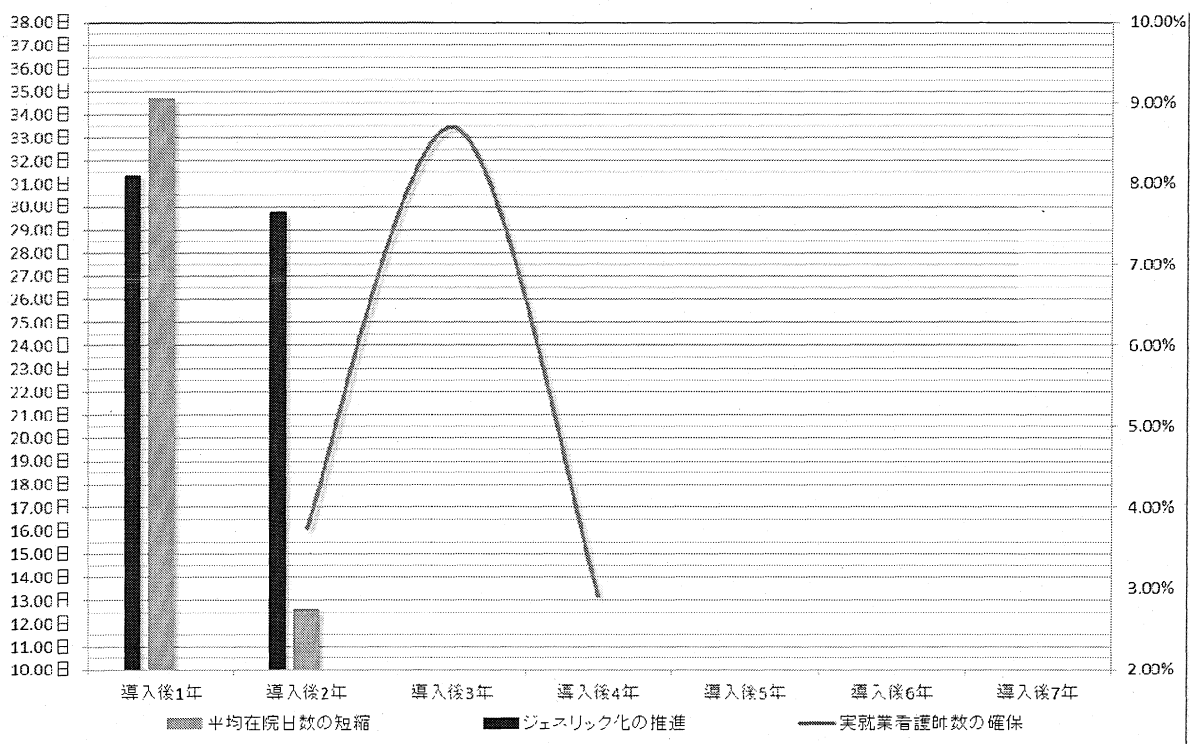


図 42-2. 国保旭中央病院 BSC の KPI 推移

以上の結果より、教育・成長の視点→業務プロセスの視点→顧客の視点ではそれぞれの効果は出ているものの、総体的には財務の視点との相関は確認できない。診療報酬の引き下げなどの影響があることも考えられるが、国保旭中央病院の KPI 指標は相対的に漸増傾向にはなく、全ての財務指標が増加しているとは言い難い。よって、非財務指標の成果が財務指標の成果へと結び付けられているとは言えない。

第 4 節 先行指標と遅行指標の相関係数分析

本節では、前節までの東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の 3 ヶ所の医療機関の KPI と財務指標の相関に基づき、BSC の顧客の視点、業務プロセスの視点、学習と成長の視点の先行性指標は、BSC の導入によってどの遅効性指標（財務指標）に結びつくか否かを検証し、KPI 指標は財務成果の先行指標となるかという観点から検証する。

『付録 1 KPI と BSC 導入後の財務指標の相関係数』は、KPI と財務指標の時系列推定結果を要約し、ピアソンの積率相関係数 (Pearson product-moment correlation coefficient)¹⁵²により算出したものである。財務指標は、前章において BSC 導入前後で有意差を示した正の相関があった 10 個の財務指標と、負の相関があった 2 個の財務指標とした。相関係数は 0.7 以上 (−0.7 以上) の強い相関関係がある場合に絞り、更に 3 ヶ所の医療機関の内、2 ヶ所以上の医療機関に共通して強い相関係数が見られた場合に対象を限定して以下分析する。

■ 顧客の視点

『患者満足度率 (Customer Satisfaction)』では、3 医療機関共に共通的に正の相関はみられなかった¹⁵³。しかし、前章において BSC 導入前後で負の相関があった企業債償還額対減価償却費比率には強い負の相関が見られた。個別に見ていくと、東京都病院経営本部における患者満足度率は毎年平均 +0.52 ポイント漸増推移しており、企業債償還額対減価償却費比率は BSC 導入後では毎年平均 (Δ) 2.81 ポイント減少 (改善) している。公立能登総合病院における患者満足度率は毎年平均 Δ0.33 ポイント減少推移しており、企業債償還額対減価償却費比率は BSC 導

¹⁵² 変数 X の数値の高いほど変数 Y の数値が高くなるというような量的な 2 変数の関係を相関という。これに対し質的な 2 変数の関係を連関という。ピアソンの積率相関係数 r は、2 変数 XY 間の直線的関係について調べるものである。r=0 であっても、直線的関係がないことを示すだけで関係がないことを示すものではない。2 変数 XY 間に曲線的関係がある場合、r は有効でない。

$$r = \frac{s_{xy}}{s_x s_y} = \frac{\sum (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum (X_i - \bar{X})^2} \sqrt{\sum (Y_i - \bar{Y})^2}}$$

¹⁵³ 本研究のサンプルでは、BSC 導入後 +7 年程度の観測値であるため、データ上の制約から規定要因、顧客満足及び顧客ロイヤルティと財務指標の間にタイムラグを考慮していない。

入後では毎年平均(+)8.32 ポイント増加(悪化)している。つまり、トレードオフの関係になっているため強い負の相関係数を示している。財務との正のインプリケーションという意味合いでは東京都病院経営本部 1 ヶ所のためのため、この相関関係は本研究では除外する。

患者の健康維持は病院の本質的なサービスであり、医療の質を測る上では必要不可欠なものであるが、同時に患者の満足度が直接的成果として評価の対象となる。営利企業における顧客満足という概念は、企業の収益性を向上させるためのツールとして考えられ、間接的なものとして捉えられている。しかし、Donabedian(1966)は病院では満足水準は直接的成果目標であると主張している。つまり、病院におけるサービスの受け手の満足度は病院価値を向上させる。しかし、顧客満足とその規定要因という先行指標に一定の経営的効用があるとしても、それは収益を決定する因子の一部に過ぎないため、これらの指標に大きく依存することには危険を伴う。例えば、患者満足度の向上により収益は増加したが、そのために投下したコストが収益を上回る場合には、患者満足度と財務業績には負の関係が生じていると言える。これを防ぐためには、顧客満足度を向上させるための方策によるコストと効果を推定する手法を有していなければならない。患者満足の意義は、病院からの一方的な尺度ではなく、患者からの主観的評価を考慮し、双方向での多面的な評価を行うことにあり、患者と病院職員の相互の関わりを通じて、患者の意向が医療の提供に組み込まれていくという使われ方をすることが望まれる。しかし、本研究からも患者満足度の財務業績への効果は限定的なものであるということが分かった。本研究から推測できることは、患者満足度のような先行指標は、概ね財務業績の改善に貢献するが、それはどのような病院のどのような状況においても起こり得るものではないということである。

『患者紹介率』では、経常収支比率との正の強い相関関係が見られたが、医業収益対医業利益率等といった他の収益性指標には相関は見られなかった。また、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益共に強い相関関係が見られた。一方、収支分岐点比率と材料費対医業収益比率には強い負の相関関係が確認された。個別に見ていくと、東京都病院経営本部における患者紹介率は毎年平均+2.32 ポイント漸増推移しており、収支分岐点比率は BSC 導入後では毎年平均(Δ)1.11 ポイント減少(改善)、材料費対医業収益比率は毎年平均(Δ)1.66 ポイント減少(改善)している。公立能登総合病院における患者紹介率は毎年平均+2.50 ポイント漸増推移しており、収支分岐点比率は BSC 導入後では毎年平均(Δ)1.32 ポイント減少(改善)、材料費対医業収益比率は毎年平均(Δ)0.24 ポイント減少(改善)している。つまり、これらは財務改善を意味しているため、正の相関があることになる。

患者の一件単価を上げるためには、病院としての医療機能の絞り込み(分化)が必要であると考

える。外来でも一般のかかりつけの患者の外来は、1回の診察を行い投薬するだけで単価は低い。むしろ救急外来や患者の紹介、専門外来の方が患者の一件単価は高く、そうした方向に病院の医療機能を絞り込むことが重要になってくる。しかし地域にとって不足する医療機能は、地域のかかりつけ医との地域医療連携によって補う必要性が生じてくる。地域の医療連携戦略は、病院全体の戦略マップでの因果連鎖のみならず、間接的には他の戦略目標にも影響を与えている。つまり、単に紹介率向上による外来患者を増加させる事が良い戦略とは言えず、外来から単価の高い入院医療に医療機能を絞り込む事である。急性期病院において入院診療への経営資源のシフトといった病院全体の経営戦略に対して、医療連携が大きな役割を果たしていることが示唆されるのである。つまりこのような医療構造のメカニズムより、患者紹介率が増加すると、単純に収益性指標だけではなく、一件単価を含む収益性に関連する指標にも影響を与える事になる。

三谷(2006)は、医療連携と病院全体の経営戦略との関係について BSC を用いた戦略構築の事例から、一番重要なことは自院のポジショニングであるとし、急性期医療から在宅医療までの患者の疾患のどのステージを主として担うのか、というドメインの設定によって戦略が変わると指摘している¹⁵⁴。また、その上で急性期病院の場合の外来戦略として、外来における医療連携の役割は「患者数を増やす」のではなく、「外来単価の上昇」を一つの指標として考えるべきであり、その手法として「逆紹介」の推進が最大の役割であると指摘している(三谷,2006)。しかし、川渕(1993)は医療連携が求められている日本の医療業界において医療連携が進まない理由の一つとして、「診療情報提供料」などの点数が低く、紹介のインセンティブが低い事¹⁵⁵を挙げている。そこで行政も病院が効率的な医療を実施するためのインセンティブを診療報酬制度の中にも組み込む取り組みを始めている。

■ 業務プロセスの視点

『クリニカルパスの適用件数』では、3 医療機関で共通の相関は見られなかった。

クリニカルパスの作成は、各病院、各診療科や各病棟により偏りがあり、個々の患者への具体的な医療の提供は、病院内の各職種の様々な連携の中で行われるものであるにもかかわらず、作成に当たっては多くの場合看護部門が中心になっており、医局部門や他のコメディカル部門の関与が希薄であるという問題もある。また、クリニカルパスのチェック体制や作成後の評価、分析、改善を行う体制が不十分であるという問題もある。

従来日本の診療報酬制度に基づく保険支払い方式は、出来高払い制をとっていたため、クリニ

¹⁵⁴ 三谷嘉章(2006)「バランスト・スコアカードによる医療連携室の戦略構築」『Clinician』554号,P1155-1162

¹⁵⁵ 川渕孝一『これからの医療マネジメント』,医学書院,1993年,p70を参照。

カルパス導入の経済的インセンティブは、米国の事情とは異なっている。しかし、在院日数に連動した入院基本料の逓減措置や、包括支払い方式の導入を視野に入れた試行、診療の標準化への動きなどに呼応して、クリニカルパスへの関心が高まっている。また、臨床医学の分野でも、これまでのプロセスを重視する医療からアウトカム(成果)を重視する医療に変わってきていると言われており、これに伴い、クリニカルパスを、治療結果、医療資源の効率的活用、患者や職員の満足度等の期待されるべき成果を実現するための重要な経営手法としてとらえる考え方が出てきている。クリニカルパスの作成に当たって診療活動を見直していく中で、医療サービスの更なる向上に向けて職員の意識改革を進めるとともに、病院運営全体の活性化を図ることができるという大きな意味を持っている。クリニカルパスを導入する事によって、得られると考えられる効果を以下列挙する。

- ① 医療の質の向上¹⁵⁶
- ② インフォームド・コンセントの充実¹⁵⁷
- ③ 業務の効率化¹⁵⁸
- ④ 在院日数の短縮¹⁵⁹
- ⑤ 業務の明確化¹⁶⁰
- ⑥ チーム医療の強化¹⁶¹

クリニカルパスの効果としても考えられる『平均在院日数の短縮』では、唯一材料費対医業収益比率に正の相関が見られた。しかし一方で、総資産利益率と経常収支比率には負の相関が見られた。個別に見ていくと、東京都病院経営本部における平均在院日数は毎年平均(Δ)2.44ポイント減少(改善)推移しており、総資産利益率はBSC導入後では毎年平均+0.19ポイントの微増推

¹⁵⁶ クリニカルパスを作成することで、疾病ごとの標準的な治療計画が明示され、主治医の違いによる治療のばらつきをなくしていくことが可能となり、治療の標準化と均質な医療の提供が可能となる。治療の標準化が可能になれば、標準から外れた症例について検討することにより、標準の見直し、処置や投薬等の内容の再検討等を通じ、医療の質の向上を図ることができる。

¹⁵⁷ クリニカルパスを活用してインフォームド・コンセントの充実を図ることにより、患者は、自己の診療内容、入院中の手術、検査等の予定はもとより、クリニカルパスの計画次第で入院前や外来通院中の処置等まで把握することが容易となる。また、診療内容、治療目標が明確になり、患者が診療に主体的に参加できるようになる。更に、退院の目安が分かり、退院の準備が円滑にできるようになる。

¹⁵⁸ クリニカルパスを適用した場合に、現実の事例とのバリエーションが生じる可能性がある。しかし、バリエーションの原因を分析することで、診療の仕組みについてその問題点を明確にすることができ、業務の改善につながる。

¹⁵⁹ 医療の質の向上、効率的な業務の遂行、インフォームド・コンセントの充実が図られる結果、効果的治療が可能となるとともに、患者側の理解及び協力が進み、在院日数の短縮にもつながる。

¹⁶⁰ ・処置、投薬等の業務の手順が明確になり、各種の処置、検査、服薬指導、栄養食事指導、術後の麻酔科回診等の漏れを確実に防ぐことができるようになる。

・職員に対する教育効率が上がる。また、病棟で通常対応していない他の診療科の患者が入院してきた場合でも、適切なケアを行うことが可能となる。

・業務の明確化による適切なケアの実施が、結果的に医療事故の防止につながり、安全な医療の提供を行うことができる。

¹⁶¹ 情報の共有化により、職員の意識改革を図ることができ、職種を超えたチーム医療を促進・強化することができる。

移、同じく経常収支比率も毎年平均+0.31 ポイント微増推移している。また公立能登総合病院における平均在院日数は毎年平均(+)2.66 ポイント増加(悪化)推移しており、総資産利益率はBSC 導入後では毎年平均+0.73 ポイントの微増推移、同じく経常収支比率も毎年平均+1.54 ポイント増加推移している。つまり、これらのインプリケーションは財務改善を意味しているため、正の相関があることになる。

平均在院日数は、急性期病院の治療能力¹⁶²を反映していると言える。従来の医療保険制度では、「出来高払い」制度が中心であったため、入院在院日数を短縮することに対する病院側の経済的インセンティブはなかった。しかし DPC の導入により、必要以上に患者が長期間入院すると医業収入が減少するため、平均在院日数をいかにして短縮するかが急性期病院経営の大きな課題となる。出来高制度の基ではコストの積み上げが収益となるので、例え無駄な医療であったとしても増益に貢献した。DPC は 1 日単位で算定を行うので、医療の質の向上とコストの削減、効率的な医療が求められることになる。つまり、患者を早く治療して在宅へ戻すという、アウトカム重視経営の価値判断が重要になってくる。分析結果より、平均在院日数を短縮させ、材料費対医業収益比率、総資産利益率、経常収支比率が増加したという事実を考慮すると、平均在院日数を短縮すると規模の経済が生じて材料費(原価)との間に正の相関が生じ、また貯蔵資産(棚卸資産)の回転率が向上し、またその他のコストも減少させ収益性指標にも影響を与えたという事が考えられる。

しかし、アウトカムのみに注力すると、病院のアイデンティティが揺らいで来るため、経営理念を設定にすることが重要になる。つまり、経営理念に基づいてアウトカム重視の経営をする事が求められている。そのためにも病院の医療機能の絞り込みと医療従事者の機能の絞り込みが必要となり、経営理念を遂行するためにサステナビリティとして変革し続ける組織を創造する必要がある。

三谷(2006)によると、入院戦略としては在院日数の短縮を効果的に実行するためには他院への転院を調整する機能の強化が重要であり、そのためには提携病院制度の確立が重要であると指摘している。入院戦略と外来戦略が補完しあいながら業務の優先順位や予算配分などにこれらを当てはめ、戦略的に医療連携を進める必要があり、そのツールとして BSC は有効であるとしている(三谷,2006)。しかし、平均在院日数を短くする事は容易ではなく、入院→治療→回復→退院までの一連のプロセスを考慮すると、正確な診断と適切な治療方法を選択する能力、出来るだけ患者の身体に負担をかけずに治療を行う能力、合併症や医療ミスを防止する教育訓練、患者の回復を助けるリハビリ支援、適切な退院支援や転院医療施設との連携、更に出来るだけ患者の経済的負担を軽減するなど、プロセスに問題があると患者は計画的に退院することが出来ず、病院の平均在

¹⁶² 仮説:平均在院日数が短いほど、治療能力が高く、医療の質が高い。

院日数を延長する結果となる。よって、クリニカルパスや平均在院日数といった KPI は、急性期病院としての医療の質が問われている指標だと言える。

『医療材料・薬品の標準化』では、医業収益対医業利益率、実質収益対経常費用比率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益といった収益性指標、並びに収益に関連する指標に正の強い相関が見られた。一方、収支分岐点比率には負の相関が見られた。個別に見ていくと、東京都病院経営本部における医療材料・薬品の標準化は毎年平均+3.85 ポイントも増加推移しており、収支分岐点比率は BSC 導入後では毎年平均(Δ)2.49 ポイントも減少(改善)推移している。公立能登総合病院における医療材料・薬品の標準化は毎年平均+1.56 ポイント増加推移しており、収支分岐点比率は BSC 導入後では毎年平均(Δ)2.18 ポイントも減少(改善)推移している。このインプリケーションは財務改善を意味しているため、正の相関があることになる。

日本では、従来ジェネリック医薬品があまり普及しなかった¹⁶³。従来日本の製薬業界では、ジェネリック医薬品の品質は低く見られ、医師の信頼度も低かった。しかし普及しなかった要因はそれだけではなく、薬価差益の存在がある。保険医療で使われる薬価は国が定めているが、病院は薬価よりも安く薬を仕入れることができる。製薬会社の値引き分(薬価差益)が医業外収益となり、従来病院経営は差益に依存してきた。一方、ジェネリック医薬品は安価のため薬価差益が小さくなる。病院にとっては採用するインセンティブが働かなかったと言える。しかし、国民医療費は約 39 兆 2,117 億円(2012 年度現在)に達し、今後高齢化で更に拡大する事は確実であり、健康保険財政と国の財政に益々圧迫の度を強めていく。医療費の抑制は国の政策でもあり、内閣府経済財政諮問会議は、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進」を促している。ジェネリック医薬品の採用で、薬剤費は国民医療費の約 20%、年間 1.1 兆円の薬剤費削減¹⁶⁴につながるという。

■ 学習と成長の視点

『適正人員の確保』は、東京都病院経営本部では収益性指標を中心に相関が見られたが、公立能登総合病院では収益性指標との相関はない。特に相関が想定される職員給与費対医業収益比率には双方共に相関もない。適正人員の確保と費用のバランス、更に収益の増加とのバランスの困難性が示唆され、人員の確保と収益性はトレードオフの関係性にはない。

『看護師定着率の向上』でも収益性指標、収益性に関連する指標にはほとんど相関関係はなかった。唯一強い相関が確認されたのは、生産性を表す指標である職員一人当りの医業収益である。強い相関関係が確認された公立能登総合病院は『看護師数』、国保旭中央病院は『離職率』とい

¹⁶³ 米国 53%、英国 55%、独国 46%、日本 16.8%。

¹⁶⁴ 出所：日本ジェネリック製薬協会による試算より。

った指標であるが、看護師の確保は医業収益に直結する因子であることが分かる。病院の医療の質を向上させ、好評判と共にブランド価値を向上させ、増患策を図る一方で、生産性を上げ、人件費比率や医療材料費等のコストを圧縮していくためには、医療従事者の機能の絞り込みが必要不可欠となる。しかし、東京都病院経営本部と国保旭中央病院の職員給与費対医業収益比率には強い負の相関が確認された。個別に見ていくと、東京都病院経営本部における看護師定着率は毎年平均+3.45ポイントも増加推移しており、職員給与費対医業収益比率はBSC導入後では毎年平均(Δ)1.49ポイントも減少(改善)推移している。国保旭中央病院における『看護師離職率』では毎年平均(Δ)0.42ポイント減少(改善)推移しており、職員給与費対医業収益比率はBSC導入後では毎年平均(Δ)0.48ポイント減少(改善)推移している。つまり、強い負の相関係数を示しているが、これらのインプリケーションも財務改善を意味しているため、正の相関があることになる。

看護師定着率が向上し、職員一人当りの医業収益と職員給与費対医業収益比率が改善した事を考慮すると、看護師以外の職員のコントロールを行い、生産性や労務関連指標を改善させたと考えられる。医師、看護師を中心に医療の質を高めようとすると、人件費が高騰する。しかし医師には医師にしかできないこと、例えば医師であれば、それぞれの専門分野に専念させる事によって、増患に繋がり、延いては収益も増加する。それに伴い生産性も高まり、不足しがちな他の職種のスタッフを数多く確保しても相対的には人件費比率を減少させることが出来る。同時に、規模の経済性でコストも圧縮でき、間接費の配賦も可能となる。医師のみではなく、看護師やコメディカル、事務職等、様々な職種のスタッフも高い専門性を持って、チーム医療を実現する事によって、医療の質の向上させることになる。重要なことは、医療機能の絞り込みと医療従事者の機能の絞り込みであり、その結果増収・増益となり、延いては次なる戦略のリソースとなる。出来高制度では利益は様々な診療行為との差益であったが、現在は診療報酬が極限まで抑制されて差益が減り、それに伴い利益も急激に減少している。そのような状況のもとで人員を確保し、良質で効率的な医療をするほど人件費が増え、物のコストも上がり経営が更に厳しくなる。しかしDPCでは一日単位の包括払いなので、スタッフを増やしチーム医療を実現することにより、合併症を予防し、長期入院が減少し、在院日数を短縮させ、医師、看護師一人当たりの処理患者数が増えるため収益が増え、利益が増える。そして無駄のない医療をするほど、物のコストが下がって利益が増える。これらにより生産性が向上し、人件費比率が相対的に下がってくることになる。構造的に人を定着させてチーム医療を実現させ良質で効率的な医療を提供するほど範囲の経済性¹⁶⁵が発揮できると言える。

¹⁶⁵ 生産量の増加、事業の多角化をした場合に、一製品や一事業当りのコストを削減できるという概念である。これは複数の製品を複数の企業体で生産するよりも、複数の製品を一つの企業体で生産した方がコストを削減で

患者ロイヤルティを向上させるための具体的な行動としては、患者の維持、リピーター患者の獲得、患者の紹介等が考えられる。患者ロイヤルティを得るためには当然患者満足度が求められ、患者満足度は患者のニーズに見合うようにサービスが計画・設計され、それを実行する事によってもたらされる。これを提供するのが従業員満足度 (Employee Satisfaction) の向上による従業員の定着と生産性であると考え。従業員満足度のドライバーとなるのは、職場環境の充実、職務分掌の整備、従業員の教育、従業員のインセンティブと人事評価等がある。患者満足度が外部価値と仮定すれば、従業員満足度は内部価値と言える。よって、学習と成長の視点においては、従業員の定着、確保や各種研修会参加への奨励等の指標と比較すると軽視されがちな従業員満足度は、患者を仕えるための非常に重要な尺度であると考え。

以上の結果から、『患者紹介率』、『平均在院日数の短縮』、『医療材料・薬品の標準化』、『看護師定着率の向上』の各 KPI が遅行指標である財務と結合されていると言える。しかし、3 医療機関共に BSC 導入後僅か 6~7 年程度の経過状況であり、短期的視点での総合的な経営評価判断は早計である。伊藤(2007)によれば BSC の導入プロセスを、①開始期(検討開始段階)→②採用期(採用開始段階)→③適応期(マネジメント・システムとして活用され始めた段階)→④認知期(全社導入が認知された段階)→⑤日常化期(新たなシステムに置き換えられる段階)→⑥導入期(ダブル・ループによる戦略学習が完全に機能している段階)に分類すると、開始期~採用期では、変化への期待、パートナーシップ、戦略分析のプロセス、戦略を継続的なプロセスとすること等が活性化要因となり、適応期~認知期では、導入の納得性、トップのコミットメントが活性化要因となるという¹⁶⁶。本章の研究におけるプロセスは、開始期~適用期において機能したといえる。これらを十分に全組織に落とし込み、定着させて運用していくためには、次の段階として日常化期、導入期における対応が必要となる。伊藤(2007)の指摘に従えば、具体的にはそれぞれの自治体病院においてフィードバックプロセスで明らかとなった進め方に関する課題を解決し、BSCを更に具体性のあるものへ練り上げていくとともに、組織へ浸透・定着させるために導入の意義を十分納得しながら進めることや、首長や病院事業管理者のコミットメントを明確にするなどであろう。自治体病院の不得手とするボトムアップの自発的参加を促進しつつ、トップダウンとの連携を高めていくことで、より効果的な BSC による戦略的マネジメントが可能となると思われる。

本章においてはある程度財務指標に貢献すると想定される KPI 項目に絞って分析したが、3 医療機関の BSC 事例からは、財務業績のみに直接的に影響を与えない可能性がある因子も存在す

きるようになるという理論である。コスト削減が可能となるのは、複数の事業で同じ設備や情報を共有したり、コストをかける場合、複数の事業にコストを配賦出来るからである。

¹⁶⁶ 伊藤和憲(2007)「戦略マップと BSC 導入の促進要因と阻害要因」,専修商学論集第 84 号を参照。

る事が示唆された。例えば本章で対象とした3医療機関の事例からは、BSCを導入することが法令を遵守した経営につながるという期待がなされていたり、災害・防災対策(安否情報システム登録率)や省エネルギー対策(光熱水費節減目標達成率)、医療事故・苦情等に関わる早期解決のための体制づくりの一環としての医療安全管理対策(医療にかかる安全管理研修受講率・医師のリスクマネジメント研修受講率・医療安全ワークショップ受講率)や地域に開かれた病院づくりとしてボランティアを充実(ボランティア活動登録者数)させたり、病病・病診連携の実施として疾患別地域連携協議会を発足する等のKPI項目の存在である。

将来性や収益性など、様々な要因から形作られる病院価値という観点からは、BSC導入の意義はあるのであろうか。更には、CSR(社会的責任)に見られるような地域の社会性という視点からはどうなるのであろうか。自治体政策として今後行っていくべきことは、BSCと自治体病院のこれ等様々な側面との関係性について、実証的な分析を行っていくことである。本来あるべき医療に立ち戻るためには、「自治体病院とは、誰のために、何のためにあるのか」を追求しなければならない。自治体病院は私的財なのか、或いは患者(都道府県民・市町村民)の便益のための準公共財なのか、病院の利益を自己資本(資金)として残していくのか、それとも病院の固定資産として残すのか、或いは医療従事者の技術の蓄積として残すのかである。自治体病院は医療というサービスを提供しているサービス業であり、良質な人的資源の投入量が多いほど質の高い医療サービスが提供できる。自治体病院の利益をいかに人的・技術の蓄積へ投資するのか、それが自治体病院として生き残るための大きな原動力になるのではないかと考える。そのような良質な医療従事者を数多く確保するためには、地域の医療連携を図ることにより本業の医業収益を伸ばし、医業費用を圧縮し、絶えず利益を捻出していかなければならない。病院のリソースをどのような形で利用し残していくのが、今後の自治体病院のサステナビリティに大きく関わってくることになる。

【小括】

本章においては、東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院にそれぞれ導入されているBSCのKPIと財務指標について定量的に記述分析を行った。更に、相関係数が3医療機関に共通して0.7以上の非常に強い相関を示した財務指標に絞って、記述統計分析を行った。これにより遅行指標との強い相関を示した先行指標は、『患者紹介率』、『平均在院日数の短縮』、『医療材料・薬品の標準化』、『看護師定着率の向上』であった。

以上の結果から、先行指標と遅行指標が上手く結合されていると結論付けられ、これらのKPIは収益を向上させる事が可能な影響因子である事を決定づける証拠となった。特に患者紹介率と医

療材料・薬品の標準化は財務成果の先行指標として非常に重要な役割を果たしていた。

医業本業の成果を測定する代表的な尺度としては医業収益対医業利益率等が挙げられるが、事業の成長に伴い増加する資源の投資は、これらの尺度に異なる影響を与えていた。本章では 3 医療機関に共通する KPI と収益性指標、及び収益に関連する指標を中心とした財務指標の結合に着目しているが、共通 KPI 項目の改善はどれも業務の無駄を最小化し改善する取り組みであると言え、このような効率化は利益よりもまず先に、収益性に指標に関連する一件単価や原価の改善に反映されている事が確認された。よって、これらの KPI 項目は財務業績の向上に貢献していると言えるため、以後これらの指標に注力した管理を施すことにより資源の適正配分が可能となり、経営の合理化に資すると言える。しかし、本章における KPI と財務指標の相関結果は僅か 3 ヶ所の自治体病院の一時点におけるものに過ぎない。今後、サンプル数、観測数を増やし、追跡調査を行うなどして分析の精度を高めていく必要があるだろう。

本章で分析対象とした 3 医療機関の BSC 事例からは、財務業績のみに直接的に影響を与えない可能性がある因子の存在が確認された。病院価値という広範な観点からは、「自治体病院とは、誰のために、何のためにあるのか」を追求しなければならない。病院のリソースをどのような形で利用し残していくのが、今後の自治体病院のサステナビリティに大きく関わってくることになる。

第6章 戦略的 HSR と BSC フレームワーク

前章で示した東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の BSC 事例では、患者紹介率の向上、平均在院日数の短縮、医療材料・薬品の削減、看護師定着率の向上等といった KPI 項目が、収益性指標、並びに収益性に関連する指標に貢献しているファクターであることが確認された。更に、そこから医療機能の絞り込みと医療従事者の機能の絞り込みを行った上で、地域社会における病病・病診連携を図り、経営理念を遂行するためにサステナビリティとして変革し続ける組織を創造する必要があることが示唆された。しかし、医療の機能分化や医療連携が病院経営に対して重要な機能であるとしている反面、その組織体制は戦略的とは言えず、具体的に医療連携がどのように自治体病院経営に影響を及ぼすのかというメカニズムについては殆ど検証されていない。

政府は、病院と診療所との機能分化や病院間における急性期から亜急性期中心と慢性期中心の機能分化など、診療報酬制度や病床区分の明確化・届出などを通じて機能分化を積極的に推し進めるようになってきた。これに応じて病院においても経営戦略論が注目されるようになってきた。自病院の強み・弱みを把握し、また自病院が置かれた環境を分析して機会と脅威を把握し、自らの明確なビジョンに基づいて自らの積極的な意思により、医療機能、提供医療サービス領域の選択・特化による資源重視のアプローチである。外部環境に焦点をあて、企業の競争優位性の源泉を市場でのポジショニングに求めるアプローチは、産業構造を重視し内部資源はそれに適応できるよう調整するといったアプローチであるのに対し、資源重視のアプローチは内部資源を積極的に活用することで産業構造に働きかけるアプローチである。自治体病院においても経営という概念を認識すれば、模倣困難かつ希少で価値のある自院特有の経営資源を、開発・蓄積・活用し、競争優位を獲得する必要がある。しかし、外部環境(行政政策)が著しく変化すると、蓄積した無形資産を含む経営資源が活用できなくなる可能性もあり、それに対応するために職員による新規の知識の獲得により、新たな経営資源の開発・蓄積を定期的に取り組むなどの活動が必要になる。

また前章の BSC 事例からは、BSC は遅行指標への直接的インパクトを前提とした先行指標のみを設定したものではない事が確認された。それを伴い病院価値という観点、地域の社会性という視点からは、BSC 導入の意義はどうなるかという課題が残った。

本来あるべき医療に立ち戻るためには、「自治体病院とは、誰のために、何のためにあるのか」を追求しなければならない。病院は患者の病気を治療するという社会的ミッションを負っており、このミッションが大きいほど社会的目標を掲げた活動に重点が置かれる可能性が高くなる。このミッションが CSR 活動へと発展する。そして、多くの病院が寄付、または金銭以外の支援を通じて地域団体

と地域の目標を支援するという強力な伝統を築いてきた(Kaplan and Norton,2001)。M.E.Porterらをはじめとして、医療分野においても戦略的アプローチによるCSR概念が徐々に現れつつある。病院は「患者の治療」という明確な社会的使命を負っており、このミッションが大きいほど社会的目標を掲げた活動に重点が置かれる可能性が高くなる。このミッションがCSR活動へと発展する。しかし、CSRへの戦略的アプローチを実践しても自治体病院にとって意味をなさない理由も存在する。自治体病院は存在そのものが社会的使命であったが、現代は医療水準が高まり、質の高い医療サービスの公平な提供が要求されている。従って、自治体病院はその社会的責任を果たすために、病院単体での戦略を考える中にCSR戦略を組み込むことも必要であるが、同時に地域社会の中で病院が持っている数多くの経営資源を外部組織と協働してサービスを提供していくという戦略も必要となるだろう。その時の重要な点は病院を取り巻くステークホルダーとのパートナーシップであり、これが可能であれば病院単体の存在としての単なる社会貢献¹⁶⁷からCSRを果たせる病院となる。患者と医療従事者の協働で提供される医療サービスについては、そのマネジメント¹⁶⁸が重要となる。田中(1993)¹⁶⁹によると、病院におけるマネジメントの問題点として以下を指摘している。

- ① 医療従事者と患者の協働による不確実性¹⁷⁰
- ② 需要の時間的量的偏在
- ③ 医療サービスの生産拠点が需要者立地となる
- ④ スケールメリットが利用しにくい。
- ⑤ 品質管理の不統一¹⁷¹
- ⑥ コスト管理
- ⑦ 患者の医療サービス選択に対する不安¹⁷²

¹⁶⁷ P.F.Drucker は、社会貢献活動についてはCSRの対象としていない。

¹⁶⁸ P.F.Drucker は、アメリカ南西部のカトリック系の病院チェーンの事例を挙げ、病院の使命を明らかにし、成果に焦点を合わせることがいかに重要であるかを説明している。ここでは、アメリカの病院を取り巻くメディケア(高齢者向け医療保障)からの収入の減少と入院期間の短期化傾向にもかかわらず、治療と看護の水準を上げることによって、収入の15%を伸ばし、赤字を出さずにすんだ点を指摘し、その理由として単に病院を経営するのではなく、病院を取り巻く環境の変化に抵抗するのではなく、むしろその変化に乗り、自ら、救急手術センターやリハビリセンターの設立、レントゲンその他の検査のネットワーク化、医療保険組合の結成といった患者に利益になることを率先して行ったことを挙げている。こうしたP.F.Druckerの主張から考えれば病院にも経営という概念は必要であると言える。

¹⁶⁹ 田中滋(1993)『医療政策とヘルスエコノミクス』,日本評論社を参照。

¹⁷⁰ 医療サービスの提供時点においては、患者(需要者)と医療従事者(供給者)の相互作用的な協働が生じ、患者という不完全にしかコントロールできない他者が、医療サービス生産過程の中に、熟練した供給主体の相手として参加するという生産条件が生じ、患者の行動がサービス生産効率に大きな影響を及ぼし、生産計画において不確実性が高い。

¹⁷¹ 医療サービスの品質を何で管理するか測定尺度の決定が困難である。

¹⁷² 患者は医療サービスの提供が終了しないと、その効用を得ることができず、サービスの選択に代替性があるか

- ⑧ リカバリーの不可
- ⑨ 需給両者の相互依存性
- ⑩ 組織目標と消費者目標のずれ¹⁷³
- ⑪ 高度の専門性とオートメーション化
- ⑫ 低コストの未実現による近代化の遅れ
- ⑬ 価格形態の多様性
- ⑭ 法的保護の問題
- ⑮ 主観的マネジメントの存在

以上を大別すると、患者のニーズをどのように把握し対応するかという患者の視点、医療サービスをどのように管理するかという品質管理の視点、組織や設備等をどのように運用するかという経営の視点の3つの問題点に集約される。しかし、この問題点を個別に解決するだけでは、根本的な解決にはならない。マネジメントは、何を目的とし、その目的を達成するために何が必要であるかというプロセスを踏まなければならない。これに対して、田中(1993)の挙げた問題点を認識、解決するだけでは個別の問題改善でしかなく、全体像を把握する事が出来ない。そこで、P.F.Drucker(2000)の「事業の定義は、目標に翻訳しなければならない。そのままではせつかくの定義も実現されることのない洞察、よき意図、よき警告に終わるだろう」¹⁷⁴という指摘をどのように解釈し、達成させるか。即ち、病院の経営理念とミッションを確立し、経営理念との比較で現状を把握するための体系的なマネジメント・システムを構築する必要がある。しかし、自治体病院の果たしている役割を評価する際には、行政全般の中での役割を総合的、多面的に評価する事が必須である。しかし、現状客観的・多面的な業績評価は出来ておらず、課題点は数々あるもののそれが漠然としていて、多くの非財務指標が有効に活用されていないという現状がある。

BSCは3章で指摘したように、ビジョンと戦略をその中核概念に財務的側面だけでなく、非財務的側面も考慮の視点に取り込んだバランスのとれた4つの視点から構成された戦略マネジメント・ツールである。各視点は無秩序に配列されているのではなく、経営理念とリンクし因果連鎖を形成している。即ち、収益性を確保するための視点から、患者満足度を向上させるための視点が必要であり、患者満足度を向上させるためには、卓越した医療技術と優れた医療サービスを実現する業務プロセスの視点が求められ、そのためには学習と成長の視点による優秀な人材の創造がマネジメン

どうかを考慮することが難しい。

¹⁷³ 患者の求める効用最大化(治療行為等)と供給組織(病院)の求める費用最小化(コスト削減)の間には、ずれが生じる。

¹⁷⁴ P.F.Drucker「The Essential Drucker on Management」(上田惇生編訳『チェンジ・リーダーの条件』、ダイヤモンド社、2000年)p.38を参照。

トの焦点となって来るというように、BSC は財務以外の視点をも指標化し、経営の可視化を実現して目標を達成させることに特徴がある¹⁷⁵。病院において、その業績評価基準に関して定量的基準と定性的基準の2つの側面を把握するマネジメント手法は、経営改革を促すことにつながる。また、BSC は組織の社会的使命をマネジメント・システムへ統合するという高い潜在力を持っている。Kaplan and Norton による基本的な BSC には、先行性指標として職員の無形資産の蓄積に貢献する視点、または顧客に対する社会的責任を消費者保護という観点で BSC の中に組み入れている。これは病院の CSR の一環としての患者の視点が患者志向の戦略の目標、指標及び評価を BSC に組み入れることができることを示している。

以上から、本章では課題として残ったいくつかのキーワードを基に、自治体病院経営における医療連携の戦略的意義と自治体病院の CSR を包含した BSC フレームワークについて規範的観点から検討する。

第1節 病院の機能分化と戦略論

病院経営の問題点は、厚生労働省による護送船団方式下では多くの病院に明確なビジョンや経営戦略がなく、専門家集団の病院では、病院職員の目的も個々各々であり、個々の業務オペレーション・技術は長けてはいるが、経営戦略を構築する能力が弱い点である。また大規模な病院になるほどタテ割、セクショナリズムが生じ、部門間のコミュニケーションが図りにくく、経営者が経営計画を策定しても現場の従業員が認識していないという点にあると考える。これは病院の経営戦略を持つことの重要性が明確に組織内で認識されていないという事である。

経営戦略は、企業全体の戦略である全社戦略、事業レベルの戦略である事業戦略、人事・財務・販売・研究開発・情報システムなど職能別戦略などいくつかのレベルがある。各レベルの戦略は独立したものでなく、互いに整合がとれていなければならない。

経営戦略を考える際に重要な観点の1つは外部環境である。企業が事業活動を行っている市場には、製品やサービスを購入する顧客が存在するとともに、競争相手の企業が存在する。また、企業は規制などの法律や政策、人々の生活様式や諸々の社会システムなど様々な環境の中で経

¹⁷⁵ 高橋淑郎「医療経営」日本医療企画、2004年、No.233、19頁を参照。

高橋(2004)は、病院経営にとってBSCの導入が必要であると主張し、その理由として次の3点を挙げている。

第1に、職員が創造する無形の知識やサービス、組織能力及び人間関係によって競争優位を作って行く上でこのツールが重要な役割を果たすこと。

第2に、これまでの病院経営には戦略概念が欠落していたことで新たに「戦略とは何か」を全組織で定式化することが可能であること。

第3に、自分の所属する病院にオリジナル性の高い戦略が創造できることで戦略とBSCが連携することにより努力が成果に結びつく組織が実現できる。

営活動を行っているが、これらの外部環境は常に変化する。企業はその変化にうまく適応しなければ成功することは出来ない。環境変化にいかに対応するかが重要な点となる。

2 つ目の観点として、企業自身の内部環境である。特に企業が持つ経営資源に着目することが重要で、外部環境の中で競争に勝つには自身がどのような経営資源を持っているのか、どんな強みと弱みがあるのか知る必要がある。

このように経営戦略は外部環境と内部環境との関係の中で策定されるが、基本的には長期的視点を前提とする。移りゆく外部環境の中で自社の特徴を認識しながら目標を定めるために、経営理念やドメインを制定することが重要となる。

経営戦略は長期的な目標に基づいて策定されるが、単なる構想ではなく、実現に向けての方法が明確になっていなければならない。この実現のための方法を時間軸と共に明示するのが計画であると言えるが、計画とは「適正資源の配分」と言える。必要な資源を必要な部門に割り当てなければ目標が達成出来ない。経営の資源である、例えば人の場合、単なる労力の質と量だけでなく、活動そのものが重要な資源だと言える。戦略を示すことによって仕事の優先順位が明確になり、これによって従業員の活動という資源を目標に向けて集中できるようになる。また、情報についても自社の戦略にふさわしい情報を収集・蓄積しなければ意味を成さない。外部環境と内部環境を見ながら、長期的視野で目標を定めて適正な資源配分を行うといったことは経営者でなければ出来ない。換言すれば、このような経営戦略を策定して実行する事が経営者の役割であると言える。このような経営戦略は、組織の中で行われる様々な意思決定のガイドラインやルールになって展開される。

病院も多くの従業員や患者を抱え、独立採算制の経営を行っている一つの組織体である点では企業と同様、組織の維持、発展のためには企業のマネジメントの考え方や技法を積極的に取り入れ、組織の合理的かつ円滑な運営を図って行く必要がある。企業は、経営の出発点として、経営理念やビジョン策定する。病院においても個別に経営理念を示すことが多い。しかし、抽象的、漠然とした理念では、厳しい経営環境下で独自性を出して永続していくことは困難であろう。

病院の経営戦略を策定する場合、まずは経営理念について策定することが必要である。営利企業においても当然経営理念を要するが、非営利組織に含まれる病院、とりわけ公益性の更に高い準公共財としての自治体病院ではより一層重要となると考える。非営利組織は利潤を第一に追求するものではない。つまり利潤以外のものを目的にするだけに、何のために事業を行うのかを明確にする必要がある。経営理念を作成する場合、戦略と直接的に整合する必要がある。つまり事業の目的や使命などを経営理念で明確にして戦略策定の基礎にするということになるが、この観点から見ると現在多くの病院において経営理念は不十分であるといえる。また、全ての病院の形態に当て

はまるような一般論的理念を掲げている病院の事例が散見される。経営戦略とは、前述のように成功するために自院独自の資源を模索し、他院とは違う経営計画を立てることである。従って、経営理念を戦略と結びつけるには、他の病院とは明確に異なる理念でなければならない事は当然である。経営理念には、一般的に組織の目的や将来像、価値観や基本姿勢などが示されるが、戦略に結びつく独自性のある理念にするには病院の活動領域を文言に入れる方法がある。自院の診療分野や急性期・回復期などの機能、事業分野或いは患者本位の医療提供方法など、自院として追求していきたいドメインを明示する。このことが資源ベースで戦略を考える際に必要になる事業ドメインの定義につながっていく。事業ドメインを定義すると、必要な資源は何かを識別することが可能となるが、重要なことは病院組織全体の一貫性である。病院の経営戦略は、経営理念を定めて、外部環境を見ながら事業ドメインを定義し、必要な経営資源を識別して形成・蓄積していくことが骨格になるが、極めて重要な事は「内部の経営資源」の定義である。これは人・物・金・情報など個々の経営資源を組織全体の能力に結びつくように活用する能力である。病院組織では、人材や技術など個々の資源は重要視されるが、それらを全体的に活用する能力についてはあまり着目されていない。病院では目標達成のために諸資源を統合する能力は脆弱である。前述のようにあまりにも医療政策や診療報酬制度に依存し過ぎる体制であることと、30 職種以上もの有資格専門家集団¹⁷⁶は、自己主張が強くチームプレーが苦手であり、自院で経営戦略を立てることを放棄する傾向にある。また、日本の病院では医師には全能、かつ強い権限¹⁷⁷が与えられている。そのため、病院組織の内部に戦略検討部署があっても、医師達の関与なしに検討を行うことは不可能である。自治体病院の組織能力を高めるには病院事業管理者が主導して戦略策定を行うことが前提となる。

現在、病院で行われている効率化とは、採算目的の合理化である。従前のように経営理念を実現するための合理化・効率化でなければならない。その場合の指標は、患者負担の軽減・患者サービスの向上、業務の効率化、収益(利益)の向上の実現であり、更に医療の質は上がったか、患者からのクレームはないか、医療従事者は満足しているか等にセグメントされる。そのファクターもやはり経営理念とそれを具現化する経営戦略に帰属する必要がある、理念の実現のための効率化を測ることが出来るかである。例えば、2001年3月に改正された医療法では、それまでの病床区分において「その他の病床」とされていたものを「一般病床」と「療養病床」という2つの分類に分けることとなった。この病床選択に当たり、各々の病院は自らが提供するサービスに内容や何をもって地域

¹⁷⁶ 医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・視能訓練士・臨床工学技士・義肢装具士・救急救命士・言語聴覚士・歯科衛生士・歯科技工士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師・精神保健福祉師・栄養士等。

¹⁷⁷ 医師法第4章業務第17条「医師でなければ、医業をなしてはならない。」

医療に貢献するかという基本的な理念と立ち位置、或いはミッションを明確にして臨むことを求められた。この病床選択の問題は、医療制度改革の進展により従来とは異なる経営環境に直面した病院が、ビジョンや戦略の策定を病院経営に関わる極めて重要な問題と認識するに至った一つの事例であると考えられる。

機能分化と地域連携に早くから取り組んできたのが国家公務員共済組合連合会熊本中央病院である。熊本県は「全県一区」で、熊本市内に7つの急性期医療を担う高機能病院が集中している。この体制が確立した結果、他の病院は急性期と慢性期双方の医療サービスを行うのが難しく、回復期向けや慢性期向け、介護施設を含めた複合体といった形で機能分化が進んだ。熊本中央病院のモデルの特徴は、行政主導で実現したわけではなく、自然発生的に取り組まれた。こうした中で病院経営者に求められるのは「Vision(展望)」「Mission(使命)」「Strategy(戦略)」で、自らの病院のミッションとビジョンを立てて、戦略を打ち出していくことが重要であると指摘している。

例えば熊本中央病院¹⁷⁸の事例では、1997年まで立地していた熊本市中心部から、中心市街地を大きく外れた郊外へ移転した。その立地戦略は、入院医療を中心とした非救急型の急性期高機能病院を目指す、というミッションに基づいていた。そして、そこには1987年に策定された「特長を持たない、何でも診療する総合病院は将来なくなるだろう」というビジョンが背景にあった。病院や診療所からの紹介を受けた患者の入院治療を行うのに、アクセスが良い場所はかえって一般外来患者が多数来院してマイナスだ、という判断から、郊外に移転した。ミッションが変われば、戦略も当然変わる。仮に急性期高機能病院でも救急型を選択したら、アクセスの良い場所に立地しなければならないという事になる。

自院の事業ドメイン領域を定義することが経営戦略の基本となる。ドメインは自院の形態や規模で定義することもできれば、それとは違った定義をすることもできるが、当然の事ながら定義の仕方

¹⁷⁸ 国家公務員共済組合連合会熊本中央病院(熊本県熊本市南区田井島1丁目5番1号)

① 急性期入院医療への特化

熊本中央病院は、短い在院日数の下で高機能の入院医療に特化するという明確なポジショニングをとっている。同病院の技術水準の高さには定評があり、入院の診療単価は同規模の一般病院に比べかなり高い。このため、手厚い人員配置を行う(看護7対1等)とともに、診療科も呼吸器科、循環器科、整形外科等を中心に絞っている。いわゆる「選択と集中」が病院経営において徹底している。

② 地域における機能分化と連携

こうした高機能入院医療への特化を支えているのが、地域における医療の機能分化と連携の推進である。熊本医療圏は医療資源が豊富にあり、競争も熾烈であるが、熊本中央病院は早くから地域の診療所や中小病院との間の機能分化と連携を進めてきた。30年以上にわたるカンファレンスや勉強会の開催という地道な努力の積み重ねが地域の医療機関や医師との信頼関係につながり、7割近い紹介率をもたらしている。

③ Mission-Vision-Strategyの明確化

病院経営実績は偶然の産物ではなく、岩永勝義院長の強いリーダーシップの下におけるMission-Vision-Strategyの明確化の賜物である。その組織は何のために存在するのか(Mission)、現在及び将来をどのように展望するのか(Vision)、そのために何をなすべきか(Strategy)を常に徹底して考え抜き、全従業員に明確な言葉でこれを語り、実行してきた。

によって事業展開が変わってくる。病院の場合は事業展開の幅も限られていることから、まずは物理的な定義から始める事になる。その際、地域のニーズを考えながら定義することになるので、市場の観点からのアプローチとリソース・キャパシティの観点からのアプローチを適合させる必要がある。

本章では、自治体病院の競争力を決める要因として、医療の市場構造という外部環境を重視するポジショニングベースのアプローチと個別レベルのケイパビリティという内部環境を重視するリソースベースのアプローチを中心に競争戦略論を整理する。

1-1 ポジショニングベースのアプローチ

Simons(1995)は意図した戦略について、競合他社と自社の組織能力の分析にもとづき、特定の商品市場での実施を企図した戦略であると述べている。

経営戦略を考える際に外部環境と内部環境の双方の視野が必要であるが、当初は主に外部環境に着目するところから諸理論が開発された。これらは市場の中で、いかにして自社に都合のよい位置(Position)を確保するかという観点から、ポジショニング・アプローチと呼ばれる。このアプローチは、特に 1960 年代後半から 1970 年代にかけて米国で多角化が急速に進んだ結果、多様化した事業活動をいかに管理し、諸事業間の経営資源をいかに配分するかなどが問題となり、多角化の過程で、ポートフォリオ(Portfolio)を考えるために、どの事業が最適かを分析することが先駆けになった。代表的なものとしてボストン・コンサルティング・グループが開発したプロダクト・ポートフォリオ・マネジメント(Product Portfolio Management:以下、PPM)が有名で、これは市場成長率と相対的マーケットシェアという 2 つの次元で構成されたマトリックスの中に、多角化した各事業を位置づけて投資や撤退を判断するツールある。昨今では医療経営の実務でも良く散見するが、医療経営の規範的背景を考慮せずにツールのみが一人歩きしている事例が見受けられる。

PPM による分析が有効になるには、いくつかの前提条件がある。各事業が導入期・成長期・成熟期・衰退期といった典型的なライフサイクルを描く分野であること、累積生産量が増加するにつれてコストが低下するという経験効果が存在すること、各事業単位は採算等が独立したものであること、各事業間にシナジー(Synergy)が存在しないこと、等である。

しかし医療では、ダイナミックな規模の経済による効果は殆どなく、また診療科や各事業のライフサイクルも殆どない。各診療科や健診等の各事業は独立したものとして見るより、複数の診療科や事業の間に相乗があり、むしろ相乗効果を狙って診療科の増設や新規事業などを行うことが多い。従って、本来の PPM の考え方に基づけば、PPM は病院の診療科や各事業の増強や廃止の参考にはならない。

1980年代に入ると、経営戦略の対象が企業全体の多角化から個別事業の競争戦略に視点が移ってきた。戦略そのものの重要性を強調し、「市場競争原理の働く環境において包括的なポジションを選択するために、とくに分析に集中し、産業構造の分析から戦略ポジションが導かれ、ひいては組織設計に影響を与えることになる」と主張する(Henry.Mintzberg and B.Ahlstrnd and J.Lampel,1998)¹⁷⁹。ポジショニング・アプローチの代表的論者である M.E.Porter(1979)の5つの競争要因が有名である。戦略の本質は競争への対応であり、ある業界における競争の強さは5つの基本的要因によって決定される。①既存の競合企業間のポジション競争、②新規参入の脅威、③代替製品・サービスの脅威、④供給業者(買い手)の交渉力、⑤売り手の交渉力の5つの競争圧力で決まるという。これを医療に当てはめる事例も散見される。しかし、医療は一般ビジネスの市場とは異なった性格を持つ、規制の強い業態であり、この理論をそのまま適用することは出来ない。厳しい規制の中では5つの脅威はそれぞれ弱くなる。また、M.E.Porter(1985)によって提唱された、①差別化戦略¹⁸⁰、②コストリーダーシップ戦略、③集中戦略という3つの基本戦略についても、差別化とコストリーダーシップは病院経営には当てはまらないと考える。

競争戦略の基本は差別化にあり、意図的にライバルとは異なる一連の活動を選び、独自の価格を提供することである(M.E.Porter,1996)。「価値連鎖」は競争優位性を構築する上で、情報技術が競争において果たす役割を示す概念である。価値連鎖は相互に依存する活動をリンケージによって繋いだシステムであり、コストや差別化を通じた競争優位はその企業の価値連鎖によって決まる。価値活動はそれぞれ、潜在的なコスト面での優位を決定づけるようなコスト要因を内包している(M.E.Porter and Miller, 1985)。しかし従前のように、医療においては差別化によって価格を

¹⁷⁹ Henry.Mintzberg and B.Ahlstrnd and J.Lampel(1998)「Strategy Safari:A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management」,The Free Press. (木村充・奥澤朋美・山口あけも訳『戦略サファリー-戦略マネジメント・ガイドブック-』東洋経済新報社,1999年,P80)を参照。

¹⁸⁰ Kaplan and Norton(2004)は、M.E.Porterの差別化戦略論の立場をとって「組織が市場で持続可能な差別化を創造するために卓越すべき活動を選定する」(Kaplan and Norton,2004)と定義している。Kaplan and Norton(2004)「Strategy Maps. Harvard Business School Press(櫻井通晴・長谷川恵一他監訳『戦略マップ』,ランダムハウス講談社,2005年)を参照。

Kaplan and Nortonは、戦略の具体例として顧客の視点について説明している。企業は最初にターゲットとする顧客セグメントを特定しなければならない。その上で、各顧客セグメントの必要や期待に応じた価値を提案しなければならない。一般的には、顧客は4つのセグメントに分けられ、それぞれに対応した価値として、「最低のトータル・コスト」「製品の革新性・製品リーダーシップ」「完全な顧客ソリューション」「システム・ロックイン」が提案される。どの顧客セグメントに焦点をあてるかは業種などによって異なり、企業や事業部門の戦略に方向づけられて、顧客の視点の戦略目標を決定する。BSCは、戦略マネジメント・システムおよびコミュニケーションツールとして次の順序で活用される。

- ① ビジョンと戦略を明確にし、コンセンサスを形成する。
- ② コミュニケーションによって組織全体で戦略を共有する。
- ③ 戦略に方向づけられた目標、評価指標、ターゲット、イニシアティブを特定する。
- ④ 戦略について学び、改善するためにフィードバックを得る。

BSCの特長は、戦略マップによって、4つの視点間、各視点の戦略目標間、及び評価指標間を因果連鎖として統合的に把握することができる点である(Kaplan and Norton,2004,邦訳 p.67)。

調整することは出来ない。医療市場は純粋な市場とは異なっており、更に日本の医療市場は、政府によって完全に計画・管理された市場とも異なる。病院間では企業のような自由な競争はできず、厳格な制度や規制の中での競争であり、人員基準や設備など医療機関の質を担保するとともに、市場原理にのみに依存しているのではない。また政府の完全なコントロール下にあるわけでもなく、両者の特徴を併せ持っている。日本では公定価格が定められているため、保険診療部分での価格競争は起こり得ないが、価格以外の面では競争が起こっている。例えば、医療サービスの質の面での競争としては、医療のサービス・クオリティやアメニティ・サービス等が挙げられる。診療報酬が改定され新しい基準の導入や変更により、多くの病院はそれに適合させようとする。病院は制度適合競争を行っていると見える。しかし、制度や政策は急激に変化することがあり、制度を信奉するだけでなく、制度や政策が変化することを前提として、そのリスクにも対処することが求められている。一方、病院は制度に適合すれば患者が増え、経営が上手くいくわけでもない。日本の医療は国民皆保険の下、患者は自由に病院を選択できるので、患者獲得のためには地域への働きかけや評判づくりの工夫を行う。また、近隣に同様の診療科、同様の事業形態を提供する病院があれば、何らかの患者獲得競争が生じる事になる。これが医療における市場原理の側面である。

例えば、新規の外来患者を増加させるという目標を立て、地域の病院への個別訪問により紹介率を上げるという方策である。三谷(2006)によると、医療連携と病院全体の経営戦略との関係について、一番重要なことは自院のポジショニングであるとし、急性期医療から在宅医療までの患者の疾患のどのステージを主として担うのか、というドメインの設定によって戦略が変わると指摘している。その上で、急性期病院の場合の外来戦略として、外来における医療連携の役割は「患者数を増やす」のではなく、「外来単価の上昇」を一つの指標として考えるべきであり、その手法として「逆紹介」の推進が最大の役割であるとしている。また入院戦略としては、在院日数の短縮を効果的に実行するためには他院への転院を調整する機能の強化が重要であり、そのためには「提携病院制度」の確立が重要であるとしている。このように入院戦略と外来戦略が補完し合いながら、業務の優先順位や予算配分などにこれらを当てはめ、戦略的に医療連携を進める必要があるとしている。

また、伊藤、折茂(2005)は病院経営における医療連携のあり方について、「多数の外来患者を診て、入院につなげるという従来のような量的な経営は次第に困難になってきている。従って地域支援型の病院が地域に密着した病院経営を行うためには、地域の「かかりつけ医」と連携して質の高い医療サービスを提供すること、...(中略)...一方でこのような医療機関の役割分担と連携は、質の高い日常診療と医療機関としてのコンセプト、更にはそれぞれの医療機関同士、医師同士の信頼関係によって成り立つものであることを忘れてはならない」とし、病院の基本方針として病院全体

で医療連携を捉えることの必要性和他の医療機関や医師との「顔の見える」連携のあり方を提言している。

塩塚(2006)は、病院経営改善にあたり、地域医療連携が病院経営に与えた影響を分析し、紹介率の向上と平均在院日数の短縮、入院患者数の増加が見られるとした。医療連携のために実施した診療体制の整備、特色のある診療科の充実による手術件数の増加などがその大きな要因であるとしている。また、地域医療連携の担当者は院内・院外の医療連携の潤滑的役割を担うものであり、病院経営の判断に必要な情報の提供を行うことが重要な責務であるとしている。

小林(2007)は、大学病院における地域連携室の活動により、紹介率の10%増加や平均在院日数が20日から18日台へと減少する中において、病床利用率の経年的な低下が抑制された効果を報告するとともに、国立大学の法人化という外圧がこれらの活動の背景となったことや、各診療科の横断的協働の充実が必要であり、旧態依然の非効率的な院内組織の改善が必要であることを指摘している。

一方、木佐貫、瀬尾、中山(2006)は、医療連携実務者の立場から医療連携業務の実態と課題を整理した¹⁸¹。連携室の位置づけは基本的にはマーケティングセクションであり、医療連携を戦略的に進めていくにはキーパーソンとなる人材を連携室に配置すべきであると指摘している。また連携室の担当者が病院の幹部クラスや院長に相談しやすい体制を整えることが必要であると指摘している。

日本の医療提供の中心をなす保険診療の範囲においては、制度・規制と市場原理が混在していることが特徴で、ポジショニングベースの戦略論を医療に適用する場合は、病院は双方を見据えた経営を進める必要がある。

1-2 リソースベースのアプローチ

CSRのメインとなるステークホルダー・マネジメントでは、病院内に社会的無形資産が蓄積されることで、病院は財務パフォーマンスを含め、総合的に他院より優れることができるという事にある。しかし、ここでいう無形で社会性のある資産がなぜ病院の財務パフォーマンス等に好影響を与え、競争優位性をもたらすのかという点に関しては、理論的フレームワークが必要となる。それを示すのが、以下に挙げるリソース・ベースド・ビュー(Resource Based View:以下、RBV)理論である。

Mintzberg(1998)は、戦略を策定する段階では意図されなかった戦略を創発戦略

¹⁸¹ 木佐貫ら(2006)は、東京都連携実務者協議会が行ったアンケートから、医療連携担当者の3割以上が医事課の所属であり、前例のない中で参考書籍等を頼りに暗中模索で業務を遂行している実態があることや、臨時の派遣職員や新人をとりあえず担当者に据えて「連携室」としているケースがあることを指摘している。

(Emergent Strategy)と提唱した。従業員が実験や試行錯誤を通じて予測不能な脅威や機会に対処する際に、組織内部で自然に発生する戦略であるとしている(Mintzberg,1998)。創発戦略は現場の第一線の経営者ないし担当者から提案される行動や戦略で、それらに一貫性やパターンが生まれ、最終的には企業の目的を達成するのに最適と思われる戦略が生みだされるプロセスである。トップによって策定された戦略だけが実行されるのであれば、戦略的マネジメント・システムは戦略に従ったマネジメント・コントロールであると解される。しかし、戦略はトップだけが策定するだけではなく、戦略実行の過程で創発された戦略からも形成される。戦略的マネジメント・システムは戦略をマネジメントするシステムでもなければならない(櫻井,2004)。戦略的計画はトップ・マネジメントの責任で策定される。策定された戦略が実施に移されるだけでなく、ミドル、又はローで創発された戦略がトップで承認され、主にミドル・マネジメントが実施するマネジメント・コントロールのシステムを通じて実行される。オペレーショナル・コントロールは現場のロー・マネジメントによって行われる。前述のようにポジショニング・アプローチは、環境や市場の有利な場所に自社を位置づけるという点で、組織の外部に注目した戦略であるが、仮に市場を的確に分析して好都合な場所が見つかったとしても、それにふさわしい資源や能力がなければ成功することはできない。そこで、1990年代に入ってから組織の内部に注目する考え方が出てきた。自社の資源を認識して、それを競争優位性の源泉にするという資源ベースのアプローチである。

内部資源に注目した理論として代表的なものは、RBV である。これを、直訳すると「経営資源に基づいた視点」であり、競争優位の源泉を企業の蓄積された内部資源に求めるという考え方である。RBV は、ポジショニング・アプローチよりも若干遅れた 1980 年代半ば以降に登場してきたが、比較的分断されていた経営資源に関する研究が RBV に統合される方向に向かったと言える。RBV の基本的な理論モデルとしては J.B.Barney(1991)が有名である。RBV は、個々の企業が保有する経営資源が、企業利潤の最大化に最も強い影響力を及ぼす因子であるとし、実証可能な仮説を提供する企業戦略論として注目されている。J.B.Barney によると、経営資源とは全ての資産、ケイパビリティ(Capability)、またはコンピタンス(Competence)、情報、ナレッジ等、企業がコントロールし、企業の持続的成長に寄与する全てのもの(J.B.Barney,2002)と定義している。

J.B.Barney は、「企業が自らの力でコントロールできる競争優位について、その要因を探るために用いる基本的な経済理論は、研究者によってその定義が多様であるが、その核心をなす考え方については意見が一致していると述べ、次の三点を挙げている(J.B.Barney,2001)。持続的競争優位を左右する第一の要因は、所属する業界の特質や形態ではなく、企業が業界に提供する能力である。第二に、稀少で模倣にコストのかかる能力・資源は、他のタイプの資源よりも、持続的競

競争優位をもたらす可能性が高い。第三に、企業戦略の一環として、資源の開発や有効活用のために、適切な組織が編成されている企業は持続的競争優位を獲得する(J.B.Barney,2001)。そして、こうしたケイパビリティは、その企業独自の歴史、サプライヤー、顧客、従業員との間に築かれた関係性を反映することが多いとされている。これらの考え方が RBV の基本的要素であり、中心にあるのは模倣されない経営資源の戦略的な蓄積である¹⁸²。

J.B.Barney は、企業の内部資源が持続的競争優位性の源泉となるための要件として、「VRIO」と定義し、V(価値の創出)、R(希少性)、I(模倣困難性)、O(資源を有効に戦略遂行に結びつける組織の存在)の4つの条件が必要であると主張した(J.B.Barney,1991)。

事業領域や提供すべき顧客の価値との一貫性があり、貴重にして希少で簡単に模倣されにくい経営資源は持続的競争優位をもたらす要因である。V(価値の創出)とは、顧客との価値の相違のある経営資源が非常に模倣困難であり、希少であっても競争優位の源泉とはなりえない。経営資源の顧客との価値の一貫性が重要である。R(希少性)とは、競合他社が所有しない経営資源を獲得・蓄積することは競争優位の源泉となりえる。そのため、経営資源先にありきの戦略により、希少性の高い経営資源を手に入れることが重要である。

そして、この VRIO のうち、持続的競争優位を獲得するうえで最も重要となるのが、I(模倣困難性)である。模倣が困難な資源には次のようなものがあげられる。まず、第一に模倣をするにあたってコストや時間が非常にかかるという困難性がある。これは、模倣する対象や模倣の方法もわかっているのであるが、獲得するにあたって時間とコストが非常にかかるため、時間差もコスト差も競争優位の源泉になるという理論である。先行して経営資源を獲得し、蓄積する企業は、新規参入者に対する優位が生じることになる。この種の経営資源を獲得するには、先見性とそれを実行する行動力が必要になる。次に、性質上模倣することが困難であるという経営資源がある。これは、コストや時間をかけたとしても、模倣すること自体が経営性質上困難な状況である。資源自体がわからないうえ、どのように模倣してよいのかわからない、因果関係が不明確な状況や、模倣する対象はわかっているが、複雑で把握できないなどといった模倣困難性がある。このように、複雑でわかりにくい競争優位の源泉は、資源を保有している病院でさえ理解できず、その経営資源を持っていることすら認識できない。それは、病院にとって当たり前のことになっているからであり、このような場合、他院は完全に模倣することは困難である。最後に、競合病院が自らの事情で模倣できない状況である。この状況は、模倣する対象は分かっているが、模倣する側が何らかの理由で模倣できないというも

¹⁸² RBV の考え方にもとついて行われている研究には、Mintzberg(1978)による創発戦略論、Praharad& Hamel(1990)によるコア・コンピタンス、Hamel&Praharad(1994)による能力ベース経営(Competence - Based Management)、紺野・野中(1995)による知識創造理論などがある。

のである。模倣する側の企業が競合他社のイノベーションなどにより、今まで競争優位であった病院が、従来は強みの源泉であった経営資源が、逆に弱みになってしまう。ステークホルダーとの関係性など今まで強みだった経営資源が足かせになり模倣できない状況が起こりうる。

これらの模倣困難性をもつ経営資源を保有することによって、持続的競争優位を獲得する。しかし、他院に模倣されないからといって、その資源が常に競争優位の源泉になるとは限らず、自院の保有する源泉が顧客に対して価値のないものであれば、競争優位の源泉とはなりえない。そのため、自院が患者に提供しようとする価値の一貫性も競争優位をもたらすのに非常に重要である。

RBV をまとめると、患者価値を実現し、競争優位を支える内部資源が競合する他院による模倣が不可能である場合に持続的競争優位を獲得する。資源ベースの戦略では、長期的に資源や能力を蓄積することによって、その資源や能力が使える場所を様々な領域で見出すことが可能となる。また、長期にわたって学習・構築されてきた知識は、競合他社による模倣が困難となる。こうしたことから内部に注目した資源ベースの戦略論が展開されるようになった。

ポジショニング・アプローチが分析的で計画された戦略であるのに対して、リソース・アプローチは、プロセス重視の戦略とも言え、M.E.Porter の戦略論が外部環境志向であるとすれば、RBV は内部環境志向であり、これら是对立関係にあるというよりは相互補完的とする見方が妥当である。また、長期的な改善や学習によって独自能力が蓄積される過程においては、偶発的に戦略が生じることもあり得る。従って、分析的なポジショニングの戦略がトップ・マネジメント主導であるのに対して、リソースベースはトップ・マネジメントと組織全体の関与が重要になると言える。

病院経営においてポジショニングの戦略が役に立つケースもあるが、前述の通り、医療政策や医療制度による制約条件が多い病院の経営は、リソースベースに軸足を置くほうが良いと考える。必要な診療科の需要があったとしても、それに相応しい内部経営資源がなければ実現は不可能である。自治体病院経営に、RBV の要素を使うことで、前章で明示したステークホルダー論が延いては財務パフォーマンスの向上に相関すると考える。J.B.Barney の指摘する「模倣困難な資源」は、ステークホルダー論でいうステークホルダーとの相互依存関係によって生み出される無形資産という捉え方となる。RBV によれば、CSR の 1 つと考えられるガバナンス関連の要素を、VRIO フレームワークの「O: 資源を有効に戦略遂行に結びつける組織の存在」によって解釈することができる。自治体病院経営に RBV 理論を使うことで、4 章で示したステークホルダー理論でいう「ステークホルダー・マネジメント」が自治体病院の財務パフォーマンス向上にまでつながると考える。即ち、RBV 理論の「稀少で模倣困難な内部資産」が、ステークホルダー理論でいうステークホルダー・マネジメントによって創造される社会的無形資産であるという捉え方である。

第2節 自治体病院経営における病院価値

そもそも自治体病院における企業(病院)価値とは何か。営利企業(株式公開会社)の場合では、企業価値は株式市場で形成される株価の時価総額を指す。端的には時価総額に負債を加えた企業価値となる。閉鎖会社の場合、貸借対照表上の純資産に保有資産の含み益を調整したものが株主に帰属する企業価値ということになるが、それは過去の企業活動の結果であり、清算価値という捉え方となる。将来に向けた評価という観点では、企業が今後生み出す利益が企業価値ということになる。M&A(Mergers and Acquisitions)では、将来キャッシュフローの割引現在価値となるDCF法(Discounted cash flow method)等が用いられる。

Ronald Dore(2006)は、「会社は誰のためのものか」¹⁸³について、その本来あるべき姿の正解はない、それは個人個人の価値体系によって理想が違うからだと主張する。従って、それぞれの立場の人が多様な価値観の中で理想の均衡点を模索するのだという。また、M.E.Porter(2006)は医療における価値について、経費1ドル当たりの健康上の成果であるとし、「医療価値＝アウトカム／コスト」¹⁸⁴としている。医療の価値が生み出されるのは病態¹⁸⁵のレベルであって、病院や開業医というレベルではない。病態に対応する場合、医療の価値は個別の治療行為からではなく、予防、診断などのケア・サイクル全体を通して生み出されている。そのため、病態のレベルで、成果とコストの両方を、個別の治療行為や処置についてではなく、ケア・サイクル全体にわたって医療価値を評価しなくてはならない。ただし、短期的にコストを削減できても、長期的にコストが増大するようでは医療価値の向上とは言えない。ここでいうアウトカムとは「患者にとっての価値」と記している。不必要なサービスや無駄をなくすことは有益だが、コスト削減は真の効率の良さから生じるものであり、コスト削減よりもアウトカムを高めるべきとしている。回復に要した時間、生活の質(自立度、痛み、可動範囲など)に価値を置く患者もいれば、治療中の精神状態も価値でありアウトカムであるという。

病院価値の決定因子として注目されるようになったのが、社会的無形資産である。しかし無形資産は外形的には可視化しにくい。企業会計原則ではソフトウェアや研究開発費、営業権等、無形固定資産として計上される以外は貸借対照表に反映されないため、定量的に把握する事は難しい。無形資産の中核的存在で重要な経営資源といわれている1つにブランド価値がある。経済産業省

¹⁸³ Ronald Dore(2006)『誰のための会社にするか』,岩波新書を参照。

¹⁸⁴ M.E.Porter and Elizabeth.O.Teisberg(2006)「Redefining Health Care-Creating Value-Based Competition on Results」,Harvard Business School Press(山本雄士翻訳『医療戦略の本質・価値を向上させる競争-』,日経BP社,2009年)を参照。

¹⁸⁵ 病態とは、それに選任し、かつ連携した医療が功を奏す一連の健康状態を指す。共通の施設で診療を受けることにメリットがあり、かつ診療と密な連携が必要な、合併しやすい状態をまとめたものであると言える。ここでいう病態という用語には、疾病や体調不良、障害、それに妊娠などの生理現象も含まれる。

ブランド価値評価研究会によると、ブランドとは「企業が自社の製品等を競争相手の製品等と識別化または差別化するためのネーム、ロゴ、マーク、シンボル、パッケージデザイン等の標章」¹⁸⁶と定義されてきたが、営利企業にとっては収益の維持・増大を図るうえで重要な競争戦略であると言える。ブランドには企業が提供する個別の商品・サービスを示す製品ブランドと、企業自体を示すコーポレートブランドがある。顧客に対しては、品質・機能が同じであっても、ノン・ブランド製品に比べ高いプレミアム価格で販売できる、顧客ロイヤルティが高まり継続購入率が高まる等という効果がある。つまり、こうした概念は企業価値と言い換えることもできる。

また、患者や患者の家族の病院に寄せる信頼度を付加価値と見ることができる。つまり、患者が絶えず集まる病院とそうでない病院との差が、付加価値を生み出す病院なのかそうでないのかの分岐点と言える。では、患者のニーズを把握するとはどういうことか。その意味を確立することが、病院経営における病院価値を生み出すことになる。それは、それぞれの自治体病院によって異なる概念であろう。

CSRの展開は、社会への貢献を通じて顧客の信頼度を獲得し、将来収益の拡大と企業の持続的発展に繋がるという意味で、コーポレートブランド戦略と重なる部分が多い。また、CSR活動で向上を目指すべき無形資産として、ブランド価値以外のものに人的資源(Human Resources)がある。従業員がモラルを維持しモチベーションを高めるには、自らが働く病院への自信・信頼がなければ難しい。業務の社会性を高めれば、業務を通じて成長する機会も多くなる。その意味で、CSRは従業員の帰属意識、誇りを高め、スキルや生産性を向上させる。また、優れた人材の採用・確保という面でも効果があると考えられる。

自治体病院は、社会的課題に挑戦し、絶えず治療プロセスや医療サービスを継続的に見直すことで、組織資本・技術資本としてイノベーションの促進による医療技術・ノウハウの蓄積、医療の研究開発力の向上等が期待される。また、各部門間の協働、地域社会との協働、外部パートナーシップとの協働や、地域の他の医療機関との連携強化などバリューチェーン(Value Chain)¹⁸⁷の見直しを通じた組織力の強化、更に持続的成長に向け求心力を高めることで、病院風土がより強固なものとなるであろう。これら無形資産の蓄積は持続的成長の前提かつ新たな成長機会の源泉

¹⁸⁶ 経済産業省ブランド価値評価研究会「ブランド価値研究会報告書(2002)」。

¹⁸⁷ M.E.Porter(1985)「Competitive Advantage:Creating and Sustaining Superior Performance((土岐坤・中辻萬治・小野寺武夫訳)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,1985年)」を参照。Value Chainとは「価値連鎖」と訳され、製品やサービスを顧客に提供するという企業活動を、調達→開発→製造→販売→サービスといったそれぞれの業務が一連の流れの中で順次、価値とコストを付加・蓄積していくものととらえ、この連鎖的活動によって顧客に向けた最終的な価値が生み出されるとする考え方。M.E.Porterは、企業の競争優位の源泉を明らかにするために企業の内部環境を分析するフレームワークとして提唱した。

といえる。CSR 活動を行うことで、直接的な財務の増減とは別に、無形資産への影響を通じ中長期的な病院価値に貢献するという側面が重要となる。

しかし、CSR 活動は自治体病院の経営本質そのものであるという観点からは、自治体病院の事業継続にとって最も重要な条件となる財務との関係は重視しなければならない問題である。単純に経済的観点から考えると、自治体病院が社会的責任を果たすためにはそれに対応するコストの負担をしなければならない。結果としてコストの負担は、財務を減少させ、CSR と財務業績の関係を否定させることも考えられる。従って、CSR に対しては肯定的な見地と否定的な見地が生じてくるのは当然である。CSR が自治体病院と地域社会の持続可能な発展を実現する手段と位置づけられるのであれば、当然その帰結は病院存続の柱である財務の向上に最終的に結びつかなければならない。そうでなければ自治体病院は長期的に CSR へ取り組み続けることは出来ない。CSR への取り組みは、自治体病院にとって経済的にも持続可能な発展をもたらすものであるか、ということが本章の問題意識となる。

第 3 節 CSR の潮流

病院の CSR に関する先行研究は少ない。従って、病院経営に CSR を採用すべきか否か、という是非を考えるとところから検討する必要がある。まずは CSR に関する先行研究と潮流について整理する。

営利企業では何らかの社会的ニーズを満たすことを使命としており、コア事業を促進し、雇用を維持し、納税することで本質的には社会貢献をしている。しかし、営利至上主義的経営戦略だけでは社会的ニーズを見逃し、潜在的なリスクを抱えることもありうる。雇用や納税以外の社会的な要請への対応も営利企業の社会的使命の一環として CSR に取り組んでいく必要性があると言える。

経済産業省は、「今日経済・社会の重要な構成要素となった企業が、自ら確立した経営理念に基づいて、企業を取り巻くステークホルダーとの間の積極的な交流を通じて事業の実施に努め、またその成果の拡大を図ることにより、企業の持続的発展をより確かなものにするとともに、社会の健全な発展に寄与することを規定する概念」¹⁸⁸と CSR を定義している。高ら(2003)は、CSR とは企業が、市民、地域、社会を利するような形で、経済上、環境上、社会上の問題に取り組む場合のバランスのとれたアプローチ¹⁸⁹としている。また、「法令遵守を中心に倫理実践、社会貢献を含み、倫理実践とは法令の背景にある基本の考え方で積極的に守り実践していくことで、社会貢献は、自

¹⁸⁸ 「企業の社会的責任(CSR)に関する懇親会」中間報告書(2004)を参照。

¹⁸⁹ 高、辻、S.T.Davis、瀬尾、久保田『企業の社会的責任』日本規格協会、2003 年を参照。

らの社会的影響力を前向きに活用し、しかも消費者、従業員、市民などの賛同や協力を導きながら、持続可能な社会づくりに寄与すること(高,2004)」¹⁹⁰と指摘している。これに対して、小林(2005)は、「経済的・社会的・人間的価値など多様な価値、あるいは利害関係者のニーズへのバランスのとれた対応」¹⁹¹とし、谷本(2006)は「企業活動のプロセスに社会的公正性や環境への配慮などを取り込み、ステークホルダーに対してアカウンタビリティを果たしていくこと。その結果、経済的・社会的・環境的パフォーマンスの向上を目指すこと」¹⁹²としている。CSRは、事業により得た収益をどのように配分するのかというより、事業においてどのように収益を取得するのか、日常の経営活動のあり方を問うものであり、企業経営のあり方、さらには企業社会のあり方を設計するものである(谷本,2004)と主張されているように、「環境、人権、地域などに配慮した儲け方をどうするか、またどうあるべきか」に主眼が移っている。企業を取り巻く経済、社会、環境はそれぞれによって捉え方が異なり、またステークホルダーとの関係も曖昧であり、CSRは各企業の自主的活動の範疇となっているので定義も曖昧となっている。高ら(2003)は、「CSRとは実際に何を指すのか、何に対応しなければならないか(例:人権、労働環境、環境保護、地域貢献など)」という具体的な定義はほとんど不可能であると考えている。なぜならば、CSRは社会又は市場との関係においてその内容が決まってくるものであるからである」と指摘している。

以上のようにCSRについて議論する場合、コンプライアンスやガバナンスについても言及することが多い。いずれもCSRの土台となる側面で、確かに営利企業にとっては必須かつ重要である。しかし、CSRは「社会的責任」であり、法令等に基づく法的義務を超越した領域にある。従って法令遵守だけではCSRとはならない。

一方、企業の社会的責任の消極論者としてM.Friedman(1962)は、企業の営利性として株主利益の最大化が企業の社会的責任であるという立場であった。またその主張は、「市場経済において企業が負うべき社会的責任は、公正かつ自由でオープンな競争を行なうというルールを守り、資源を有効活用して利潤追求のための事業活動に専念することだ。これが、企業に課されたただ1つの社会的責任である(M.Friedman,1962)」¹⁹³といった記述からも明らかである。また、加えてM.Friedmanは、企業が社会的責任として慈善事業に取り組むべきであるとの議論に対して「企業は株主の道具であり、企業の最終的な所有者は株主である。もしも企業が何か寄付をしたら、その

¹⁹⁰ 高(2004)『CSR 企業価値をどう高めるか』、『日経 CSR プロジェクト』,pp.26(日本経済新聞社,2004年)を参照。

¹⁹¹ 小林(2005)「経済教室・会社とは何か(中)新たな「公共」の一翼担え」,日本経済新聞,2005年8月30日を参照。

¹⁹² 谷本(2006)『CSR 経営』,中央経済社,2006年を参照。

¹⁹³ Milton.Friedman(1962)「Capitalism and Freedom」,The University of Chicago Press.P133, Milton.Friedman『資本主義と自由』(村井章子訳)日経 BP 社,2008年,pp248 - 249

行為は、株主が自分の資金の使い道を決める自由を奪うことになる」として厳しく避難している。しかし企業の CSR への取組みは、M.Friedman の企業の社会的責任論¹⁹⁴では、説明することが困難になってきている。企業は、公正な競争に基づいた利益の最大化だけでなく、事業活動を行う地域の求める社会的責任に応えているのが実態だからである。

M.E.Porter 等が CSR を経営戦略として論じてきた事により、CSR の捉え方も変化してきた。また、それに伴い昨今では守りの CSR (基盤的 CSR)、攻めの CSR (戦略的 CSR) という区分がよく使われる。

守りの CSR とは、コンプライアンスの遵守と規模相応の社会貢献、一般的な社会的要請への対応を含む CSR の基本的な部分である。ISO26000¹⁹⁵にしても、持続可能性を阻害する要因の回避・排除を目指す項目が多いと言え、社会に及ぼす負の影響を軽減・回避し、企業価値を防衛するという意味でリスク管理の色彩が強い。しかし、M.E.Porter (2006) は、これまでの CSR が企業の成功と公共の福祉をゼロサムで捉え、コスト概念に捉われがちであると批判している (M.E.Porter and M.R.Kramer, 2006)。社会との相互依存関係を強調し、CSR を競争戦略・価値創造と位置付けたうえで、共通価値実現への投資は R&D 費と同様、未来の競争力を支える長期投資と見るべきであると主張している。

¹⁹⁴ Milton.Friedman (1962), 前掲, pp.133-134, Milton.Friedman, 2008 年, 前掲, pp.249-250 を参照。

Milton.Friedman は、経済社会に対する政府の介入は、最小限であるべきとしている。また、自由で公正な競争を阻害する独占について厳しく避難している。市場経済においては、公正かつ自由でオープンな競争を行なうルールを守り利益を最大化することが唯一の責任であるとしている。社会的責任を果たすよう要請されることは、自由が侵害されるとする。「企業経営者の使命は株主利益の最大化であり、それ以外の社会的責任を引き受ける傾向が強まるほど、自由社会にとって危険なことではない。これは、自由社会の土台を根本から揺るがす現象であり、社会的責任は自由を破壊するものである。株主の利益を最大化すること以外の社会的責任が仮に経営者にあるとして、それは何なのか。一企業の一介の経営者に何が社会の利益になるのかを決められるのだろうか。また社会の利益に貢献するためなら、会社や株主はどの程度の負担を引き受けるべきだと言えるのだろうか。」

¹⁹⁵ ISO26000 とは、国際標準化機構 (ISO) で策定された規格の一つである。日本では 2011 年 10 月に批准した。この規格は社会的責任を明確化するものであり、規格批准をした国は企業のみならず、活動が社会及び環境に及ぼす影響に対して、全ての組織が等しく責任を負うことが求められている。

■ 社会的責任を果たすための 7 つの原則

- ① 説明責任 (組織の活動によって、外部に与える影響を説明する。)
- ② 透明性 (組織の意思決定や活動の透明性を保つ。)
- ③ 倫理的な行動 (公平性や誠実であることなど、普遍的な倫理観に基づいて行動する。)
- ④ ステークホルダー (利害関係者) の利害の関係 (様々な利害関係者へ配慮して対応する。)
- ⑤ 法の支配の尊重 (各国の法令 (憲法、各種法、条例等) を尊重し、順守する。)
- ⑥ 国際行動規範の尊重 (法令のみならず、国際的に通用している規範 <スタンダード> を尊重する。)
- ⑦ 人権の尊重 (重要かつ普遍的な人権を尊重する。)

■ ISO26000 における中核主題

- ① コミュニティ参画・発展 (雇用の創出、スポーツ促進、児童生徒の教育活動、ボランティア活動)
- ② 人権 (差別のない雇用、人権教育)
- ③ 消費者課題 (積極的な情報開示、消費者にやさしい商品づくり)
- ④ 組織統治 (適正運営、利害関係者との対話や社外専門家 <第三者> の活用)
- ⑤ 労働敢行 (職場の安全環境の改善、人材育成・職業訓練)
- ⑥ 公正な事業敢行 (社会に対して責任ある倫理的行動、意識向上、内部告発・相談窓口の設置)
- ⑦ 環境 (省エネ・省資源、二酸化炭素削減、環境保全活動)

一方、CSR を事業機会として捉え企業価値向上に向けて経営戦略として取り組むのが「攻めの CSR」(＝戦略的 CSR)である。昨今、企業価値創造に繋がる戦略的 CSR が強調されることが多くなった。M.E.Porter and M.R.Kramer(2006)は、従来の CSR 活動を「受動的 CSR」とし、共有価値の創出を目指す取り組みについては「戦略的 CSR」とし、その後更に、戦略的 CSR ではなく、CSV(Creating Shared Value)と定義した(M.E.Poter and. R.Kramaer,2011)¹⁹⁶。本業を通じた社会貢献が中心となるが、本業以外の社会貢献活動でも本業への波及効果を吟味し、将来への投資という観点で行われる場合は戦略的 CSR である。守りの CSR で企業価値を防衛し、更に戦略的 CSR により長期的な競争優位を確保することが求められる。攻めと守りは表裏一体であり、どれほど攻めの CSR に取り組んでも、守りの面を疎かにし法令違反やコンプライアンス上の問題を起してしまえば意味がなくなる。守りの CSR を定着させてこそ、より高度な戦略的 CSR に発展させることが出来る。

戦略的 CSR に関しては、善良的な企業市民活動と価値連鎖活動から生じる悪い影響を抜け出し、企業及び社会にユニークで影響力の強い何かしらの大きなインパクトを生じさせるような活動に集中しなければならない。従って、CSR を事業や戦略と切り離すのではなく、関連させて経済的価値と社会的価値、即ち経済成果と社会成果を同時に満たすようなことを行うべきであると示している。M.E.Porter and M.R.Kramer は、製品やバリューチェーンのなかには企業の競争力と社会の両方に資するイノベーションを生み出す要素があるとし、戦略的 CSR¹⁹⁷であれば自社の競争力を強化する社会環境に投資することで社会と共有できる価値を生み出せるとしている。更に、戦略とは常に選択で CSR の成功もその例外ではなく、企業と社会に共通の価値を創出するための投資とは R&D コストのように将来の競争力を支える長期投資と見るべきである(M.E.Porter and M.R.Kramer,2006)としている。このような観点から、競争に勝ち抜くうえで CSR の重要性は増しており、いかなる企業も自社が最も貢献でき、かつ最大の競争優位につなげられそうな社会問題を見つけ出すことは可能である。つまり、営利企業も非営利組織も、それぞれの共通の価値に基づいて競争することが求められていると言える。J.Brugmann and C.K.Prahalad (2007)は、CSR は

¹⁹⁶ しかし、戦略的 CSR と CSV は基本的には同様の概念と考える。当初、CSV の定義はまだ十分に固まっていなかったため、戦略的 CSR と呼称していたといえる。M.E.Porter らの主張は、寄付やフィランソロピー等を中心に据えた従来の CSR 活動から脱却することが必要であるとし、CSR を本業以外の社会貢献活動などに限定したものとし、企業において CSR はそれぞれの事業から距離を取る必要はなく、事業戦略と結び付いたものが必要であるという意味を持たせるために戦略的 CSR したという。

¹⁹⁷ 伊吹(2005)は、戦略的 CSR の基本フレームに基づいて取り組みを進める場合に 3 つの本質を押さえる必要があると述べている。(1) CSR は主体的な取り組みであるゆえに企業独自の戦略が必要であること、(2) CSR は攻めの取り組みであり、企業価値の向上に結びつけるという攻めの姿勢で臨むことが必要であること、(3) CSR は日常の取り組みであり、社内に効果的に展開していくためには、その経営的意義をわかりやすく説明することが必要になる。

一般に「企業が自らの評判を守り、社会部門との関係を築く方法として、あらゆる状況に対応できる言い回しとして使用されている。企業は自社のリソースを NGO が定めるところの社会的に有意義な問題に取り組むために使用する」¹⁹⁸ (J.Brugmann and C.K.Prahalad,2007)と述べている。しかし、J.Brugmann and C.K.Prahalad は、これらのアプローチは組織の戦略からは独立した形をとる傾向にあると述べており、更に「ほとんどの CSR の取り組みは、企業の中核をなす企業活動とは無関係であるが、企業と NGO それぞれが、新たなビジネスモデルを試行錯誤する上での基礎となる」(J.Brugmann and C.K.Prahalad,2007)としている。同じく、M.E.Porter and M.R.Kramer は、「企業は、CSR に関与する道徳的義務があるという信念、持続可能性といった企業環境を作り出す必要性、事業継続の資格、すなわち市場で事業を展開する上での必要条件、世評を良くするためなど戦略上の目標から大きくかけ離れた理由から CSR を正当化する傾向にある」¹⁹⁹ (M.E.Porter and M.R.Kramer,2006,)と述べている。

こうしたなか、社会的課題への対応と企業価値向上のバランスという観点で M.E.Porter が提唱した「共通価値の創造」(Creating Shared Value:以下、CSV)が注目されている。M.E.Porter and M.R.Kramer(2006)は、本業においては戦略的に CSR を実践することで、組織の経済成果を出し、更に社会成果も生むことを目指す CSV が必要であると述べている²⁰⁰。「共通価値(Shared Value)とは、企業がサービスや製品を展開する地域社会の社会的かつ経済的状況を発展させるとともに企業の競争力を向上させる企業方針とその実践と定義することができる」(M.E.Poter and M.R.Kramer,2011)²⁰¹という。つまり CSV とは社会的課題への対応を通じて経

¹⁹⁸ J.Brugmann and C.K.Prahalad(2007)「Cocreating business's new social compact」(鈴木泰雄訳 (2008)Diamond ハーバード・ビジネス・レビュー,2008 年 1 月号「企業と NGO の共創モデル」P70 を参照)

¹⁹⁹ Michael.E.Porter and M.R.Kramer(2006)「Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility」(村井裕訳「競争優位の CSR 戦略」DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー,2008 年 1 月号,p40 を参照)

²⁰⁰ M.E.Porter の CSR に対する問題意識:M.E.Porter は「CSR の呪縛からの脱却」を訴え、事業活動を通じた価値創造や社会変革こそが企業の本質的な役割であるとした。そのうえで、それに直接関係する取組を「戦略的 CSR」と位置付け、それ以外の取組を「善行的 CSR」、又は「受動的 CSR」と呼称した。そして、従来のフィランソピーなど社会貢献活動では、大きな価値創造や社会変革を起こすことはできないとして、戦略的 CSR の重要性を指摘してきた。更に、「CSR」という言葉を使う限り、善行的 CSR、又は受動的 CSR のレベルから抜け出せず、「CSR の呪縛からの脱却」する事が必要であると主張する。別の表現をすれば、企業の事業活動を通じて新たな経済的価値と社会的価値を同時に生み出し、社会の発展に貢献することこそが企業の社会的責任の「本質」であると主張しているのである。それゆえ、「CSR から CSV への移行」が必要であると強く主張している。勿論、この社会的課題の解決をビジネスチャンスと捉えるという M.E.Porter の主張と提案に説得力と合理性があることについては、議論の余地はない。しかし、CSR とは、本来そういうものであろうか。やはり、自社の事業活動が環境や社会に及ぼす影響については、しかるべく適切に対応する責任があると考えられる。CSV のような社会的課題解決に向けた本業における事業開発には意味と価値があるが、専らビジネスの視点だけから社会的課題を考えることには一面性がある。

²⁰¹ Michael.E.Porter and M.R.Kramer(2011)「Creating Shared Value」,Harvard Business Review,2011,January-Februarypp.2-17(編集部訳『共通価値の戦略』DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー,2011 年,pp.8-31)を参照。

済的価値も創造するという、事業活動と一体化させた CSR 概念であると言える。企業は多様な責任を持っており、例えば地域社会の持っているある種の道徳的基準を満たすこと、或いは法律を積極的に順守するといったことなどである。また環境汚染等で社会に悪影響、或いは負の成果を出すことで、事業活動そのものを継続できないということを招かないための持続可能性も求められる。そこで CSR の更に次のステージとして CSV という概念が生まれた。即ち、企業による寄付やフィランソロピー (Philanthropy)²⁰²、メセナ (mécénat)²⁰³ を中心とする本業以外の社会貢献活動に対して異議を唱え、企業は社会と共有できる価値を創造することにより、競争力強化と社会的課題解決の統合をめざすべきだと主張する。その上で、M.E.Poter and M.R.Kramer (2011) は以下 3 つの具体的なアプローチを示した²⁰⁴。

① プロダクトと市場の見直し

→ 社会的課題を解決する製品・サービスの開発・販売。社会的課題をビジネスチャンスと捉え、それを解決する製品・サービスの開発・販売を積極化することである。言うまでもなく、企業は社会のニーズに対応して製品・サービスを提供するが、CSV では政府や国際機関などが取り扱う地球環境問題や途上国の貧困問題などの社会的課題を想定する。

② バリューチェーンの生産性の再定義

→ バリューチェーンの競争力強化と社会貢献の統合。バリューチェーン全体のエネルギー利用や物流の効率化、あるいはサプライヤー育成を通じた高品質原材料の安定確保など、新たな視点から自社のバリューチェーンの最適化・競争力強化を図りつつ、現地の社会的課題を解決することである。グローバル化とともに企業のネットワークは国外に及び、バリューチェーンにかかわる社会的課題が企業にネガティブな影響を及ぼす事件の増加が背景にある。

③ 操業地域での事業基盤の創出・強化

→ 事業展開地域での事業基盤強化と地域貢献の統合。自社が拠点を置く地域で人材育成、関連産業創出、輸送インフラ整備、公衆衛生の改善などを自ら実践することにより、操業地域の発展・活性化に貢献しつつ、自社の事業基盤を強化することである。企業は操業地の人材、

²⁰² フィランソロピーとは、利他的活動や奉仕的活動等を指す。或いは慈善的な目的を援助するために、時間、労力、金銭、物品等を捧げる行為のことである。米国では個人や企業による社会貢献活動や、寄付行為に対する呼称として定着している。日本ではフィランソロピーは「博愛主義」や「慈善」と訳され、企業による公益活動のみを意味することが一般的である。

²⁰³ 企業が主として資金を提供して文化、芸術活動を支援することである。音楽、美術、演劇、舞踊、建築、映像、文学、伝統芸能、文化遺産・歴史的建造物、生活文化など、多岐にわたる芸術分野に渡る。多様化するアートそのものの変化を受け、メセナ活動もまた変容してく(公益社団法人企業メセナ協議会)。企業による資金以外の経営資源(人材・施設等)による支援も少なからず行われている。

²⁰⁴ M.E.Poter and M.R.Kramer, 前掲, p11

資源、サプライヤー、社会インフラあるいは規制などの事業基盤に支えられているため、その強化は自社の競争力強化でもある。

CSR に注力している企業は既に「戦略的 CSR」にシフトしつつあるが、CSR 活動を純粋なコスト、即ち財務の制約要因として捉えるのであれば、業績悪化時には縮小、廃止され継続はしないだろう。事業を通して社会貢献を行う形であれば持続性が高く、企業の長期的な利益拡大に繋がるといのが CSV の考え方である。また、事業を通じた新たな社会的課題の解決は従来のビジネスモデル、或いは製品を革新させるイノベーションの契機でもあり、新しい市場の開拓、生産性向上、コスト削減にも繋がる。近年、グローバル化の進展により企業が対処すべき社会的課題が複雑化・高度化している。CSV はハードルの高い社会的課題を解決し企業価値を大きく向上させるという意味で、戦略的 CSR の発展型と位置付けられる。

一方、P.F.Drucker(2000)によれば非営利組織は企業のように直接的な顧客の満足だけを成果と考えるわけにはいかず、多種多様なステークホルダーと支持者(顧客)を満足させることが重要である(P.F.Drucker and G.J.Stern,2000)としている。また、P.F.Drucker(2003)は、マネジメントは、公共の利益に無関心であることはできない。しかも自らの利益を公益に従属させるだけでは十分ではない。まさに公益を自らの利益とすることによって、公益と私益の調和を実現しなければならないと主張している。P.F.Drucker(2001)は「組織の中核の機関がマネジメントであり、マネジメントをその役割で定義しなければならない。」と述べている。そして、「マネジメントには、自らの組織をして社会に貢献させる 3 つの役割がある」と指摘する。

- ① 自らの組織に特有の使命を果たす。マネジメントは、組織に特有の使命、すなわちそれぞれの目的を果たすために存在する。
- ② 仕事を通じて働く人々を活かす。現代社会においては、組織こそ、一人ひとりの人間にとって、生計の資(かて)、社会的な地位、コミュニティとの絆を手にし、自己実現を図る手段である。当然、働く人を生かすことが重要な意味を持つ。
- ③ 自らが社会に与える影響を処理するとともに、社会の問題の解決に貢献する。マネジメントには、自らの組織が社会に与える影響を処理するとともに、社会の問題の解決に貢献する役割がある。

また、「これら 3 つの役割は、異質ではあるが同じように重要である。」と述べ、「社会的責任の遂行は、マネジメントにとって第三の役割」と主張している。ここで、P.F.Drucker の CSR の位置付けについて整理する。

P.F.Drucker の社会的責任のマネジメントに対する考え方は、「あらゆる企業にとって、社会的

責任は、自らの役割を徹底的に検討し、目標を設定し、成果をあげるべき重大な問題である。社会的責任はマネジメントしなければならない」と述べている。そして、社会的責任はどの側面で生じるかについては、社会的責任の問題は、企業にとって 2 つの領域において発生すると明確に指摘する²⁰⁵。

① 自らの活動が社会に対して与える影響

企業が事業活動を通じた社会に対する行為に関わる責任であり、「あらゆる組織のマネジメントが、自らの生み出す副産物について、すなわち自らの活動が人、環境、社会に与える影響について責任をもつ。」とする。更に「故意であろうとなかろうと、自らが社会に与える影響については責任がある。これが原則である。」とする。そして、「遅かれ早かれ、そのような影響を除き、問題を解決するために責任ある行動をとらなかった者に対して、高い代償を払わせる。」と責任の重さを強調する。

② 自らの活動とは関わりなく社会全体の問題

企業が社会全体の問題解決に向けた可能性に関わる責任であり、「あらゆるマネジメントが、社会的な問題の発生を予測し解決することを期待される。」とする。「社会の問題は、社会を退化させる病」として、その解決は企業にとっての挑戦であり、商機の源泉であると位置付ける。つまり、「社会の問題の解決を事業上の機会に転換することによって自らの利益とすることこそ、企業の機能である」としている。また、「企業の価値観や固有の能力などによって限定される」としている。

このことから明らかなように、②の社会的責任は M.E.Poter の主張する CSV にも通ずる概念であると言える。P.F.Drucker はキャピタリズムにおける企業のマネジメントに信頼を置きつつ、その社会的責任の重要性を強調する。そのなかで異質な 2 つの社会的責任を峻別せよとの指摘は、基盤的 CSR と CSV (戦略的 CSR) の関係を考えるうえで重要な示唆を与えてくれる。つまり、マネジメントの基本的な役割である CSR には 2 種類あり、その 1 つが CSV であることを示している。

つまり、ステークホルダー理論、RBV 理論を用いて、CSV を企業のステークホルダーに対するマネジメントであると捉え、そのマネジメントが企業の競争優位を生み出すという仮定となる。

第 4 節 CSR の病院経営への適合性

CSR と病院経営の適合性について以下考察する。

岩本 (2005) によれば、経営理念に基づき医療をもって地域や人々に奉仕する精神で、常に安

²⁰⁵ P.F.Drucker (2001) 「Management」(上田惇生翻訳「マネジメント【エッセンシャル版】ー基本と原則ー」,ダイヤモンド社,2001 年)を参照。

心で良質の医療、サービスを提供する。医療を取り巻く環境の急速な変化に伴い、高水準・最適・効率的な医療を提供できる診療機能や体制の整備、安全の確保、良質なサービスの提供など診療の質の向上が必要であるとしている。

石井、水越(2008)によれば、病院にとっては、ブランド構築を通じて、集客効果とロイヤルティ効果を期待できる。すなわち、優れたブランドは、提供するサービスにより多くの患者を集めるとともに、患者ロイヤルティを向上させ、持続的なサービスの提供を可能にする。また、ブランド構築を通じて、より効果的なプロモーション活動を行うことができるようになる。ブランドが広く認知され、その意味や特徴が知られているため、必要な情報を迅速かつ的確に患者に届けられる。その効果は患者に対してだけではなく、多くのステークホルダーに対しても発揮される。患者にとっては、第1に、ブランドが存在することで、信頼を提供して意思決定に関わる時間が短縮される。第2は、ブランドの存在は、患者の自己表現を媒介する役割を果たすものである。第3は、ブランドの存在は、患者に対して有用性を構築する。こうしてブランドは、病院側にとっても、患者側にとっても、重要な価値を提供している。

ブランドは、人々がその病院に対して抱くイメージを決定づける無形の個性となる。それは自院と他院を差別化し、存在感と信頼感を広義のステークホルダー²⁰⁶に与える機能を持っている。高いブランド価値はサービスを通じて患者に高い満足と価値を与える。ブランドという無形資産が、ブランド価値に裏づけられた革新を生み、また新たな革新がブランドという無形資産の価値を向上させるというスパイラルが形成される。ブランドの本質は、実体的な価値とイメージによる価値を併せた統合価値としての訴求力である。CSRとブランディングを高次に融合させることで、レバレッジ効果を生み出し、自院ならではの競争優位が創出できる。他の病院とは明らかに異なる競争優位なサービスを提供することによって、患者から信用、信頼、安心を得ることができる。

また、阿部(2005)は、病院版のCSR、いわゆるHSRについても基本的にはCSRの構造に対応させて考えることができるとしている。「HSRの基本はコンプライアンスであり、柱は病院ごとの行動規範の策定である。はじめに当該病院のステークホルダーを検討する。病院関係者としては、医師以外の薬剤師や臨床検査技師などの医療従事者、或いは事務職員、事務職員、救急救命士やボランティア等も挙げられる。そして、病院関係者がそれぞれ関係する法令の病院経営上の遵守事項やリスク要因を列举し、医療従事者間などの関係も整理し、あるべき姿勢や行動の規範にまとめていく。...(中略)...行動規範策定をはじめとする倫理体制構築のPDCAサイクルも応用しコン

²⁰⁶ ここでは自治体病院における『狭義のステークホルダー』を地域の患者のみと定義し、それに対して『広義のステークホルダー』としている。

プライアンス体制が整った上で、病院の本来の使命である診療実績を高めていく。そして、地域医療との連携、公衆衛生や保健医療への協力、国際活動への参加等、各病院に可能な独自の社会貢献を行っていく。これらの活動をステップごとに充実させて整合性を持たせて総合的に取り組んでいくのが HSR と考えられる。病院といっても開業医、大規模な病院、大学病院、設置・運営母体や診療と研究の違いなど、それぞれに適した内容²⁰⁷を実行する必要がある(阿部,2005)²⁰⁸と主張する。

ここで、病院が追求する HSR の戦略的アプローチが注目される。しかし、病院は営利企業とは異なり、病院は存在そのものが既に社会的使命を果たすためのものである。病院は、患者を治療する事を第一の使命として設立されており、更に広範な社会的目標を備えた教育や研究などの活動に注力することも病院の使命といえる。米国においても大半の病院は非営利型の病院²⁰⁹であり、全ての病院が、社会貢献に関連する部門を設立している、補助的活動としてのボランティア活動を通じて、また何らかの資金調達手段を持つことにより慈善活動のための収入源を確保している(Kaplan and Norton,2001)。従って、病院はその社会的責任を果たすために病院単体での戦略を考える中に HSR 戦略を組み込むことも必要であるが、同時に地域社会の中で病院が持っている他院の模倣困難な資源を外部組織と協働してサービスを提供していくという戦略も持ち合わせることが必要となる。これが可能であれば、病院単体の存在としての単なる社会貢献から地域に役立ち、社会即応性に満ちて社会的責任を果たせる病院となる。このような視点から見たとき、自治体病院は HSR の活動を実行する組織というよりは、HSR というビジョンを掲げる組織であるという見方も出来る。自治体病院は規制が多く、政府によって社会的目標に沿うべく活動を指示されている。従って、戦略的 HSR は自治体病院の全体の経営戦略の一部となるだろう。更に、HSR 戦略で策定すべく社会的目標は、大半は地方自治体が果たすべき目標の範囲となるだろう。しかし、6 章で言及した通り、日本の自治体病院の多くに見られるように「赤字を出すことが良い医療を提供してい

²⁰⁷ 現在、一部の病院ではエコロジーガーデンの採用、排出削減、医療倫理体制に関する報告を公開している。日本では先進的な病院、或いは医療事故を起こした病院などの一部にコンプライアンス重視、ステークホルダーへの説明責任の向上、病院ブランドの向上、病院の連携による地域での完結した患者への適切な医療サービスの提供、地域の住民でもある職員の交通事故数削減と交通ルールの順守などが見られる。HSR を意識した取り組みが見られるものの、従来のコンプライアンスの域を出るものは殆ど見当たらない。日本医師会は 2004 年に「医師の職業倫理指針」を、日本看護協会は 2003 年に「看護者の倫理綱領」を公表している。しかし、いずれも病院経営全般のコンプライアンス体制を視野に入れたものではない。また、全日本病院会は「病院のあり方に関する報告書(2004)」において、病院経営の理念や基本方針とともに、更に行動基準や関連諸規定・マニュアルの必要性について言及しているが、HSR を積極的に病院経営に取り入れようとしているものではない。

²⁰⁸ 阿部(2005)「病院の社会的責任－CSR からの視点」『病院』第 64 巻第 6 号, pp.454-457 を参照。

²⁰⁹ アメリカ病院協会(American Hospital Association: AHA)の統計調査(2012)によると、2012 年における全米登録病院数は 5,723 病院で、内 2,894 病院(50.6%)が民間非営利病院、1,761 病院(30.7%)が自治体立病院、1,068 病院(18.7%)が民間営利病院となっている。アメリカにおいても 8 割以上は非営利主体の病院であり、営利病院は僅か 2 割にも満たない。

る」という主張は誤りである。病院経営にとって必要なことは、技術効率性と組織有効性をバランスよく追究しながら経営することである。そして、組織有効性の確保の一部として HSR が機能することにより、経営バランスを保つと考えられる。M.E.Porter and M.R.Kramer(2006)は、首尾よくなされた戦略的 CSR は、善良な企業市民(Corporate Citizen - Ship)や有害な価値連鎖の影響を超えて、大きく際立った社会的恩恵や企業への恩恵をもたらす少数の取り組みを創生するに至っていると述べている²¹⁰。

第 5 節 自治体病院の BSC と HSR

地域社会の要請に応えつつ、自治体病院が自らの HSR を積極的に果たそうとする動きが戦略的にも重要なファクターとなってきた。例えば、Kaplan and Norton(2001,2003)は、戦略テーマの 1 つに「規制と環境」或いは「規制と社会プロセス」を掲げて、その重要性を強調してきた²¹¹。また、Kaplan and Norton は CSR、多様なマルチステークホルダー、及び戦略の関係を次のように説明する。「規制と社会」のプロセスでは、企業が従業員やコミュニティに対して CSR を果たすことが重要であると認識している。ただし、CSR を重視するのは、株主至上主義を批判し、他の主要なステークホルダーである従業員、顧客、コミュニティ、サプライヤーの要求・期待にも一方的に回答するよう主張するステークホルダー論と同じではない。戦略マップと BSC に「規制と社会」に関する目標を設定するという事は、CSR についての評価が戦略に影響を与え、その結果、長期の株主価値を実現できなくなることもあるからである。CSR についての高い評判は、企業イメージを向上させ、優秀な人材の採用・定着や、顧客の購買行動や投資家の投資行動に良い影響を与える可能性がある。これとは反対に、CSR の悪い評判は、事業活動、顧客の購買行動、投資家の投資行動などに悪い影響を与える可能性がある。この因果関係の連鎖は、「規制と社会」の内部プロセスがどのように長期の株主価値創造のドライバーとなるかを例証している(Kaplan and Norton,2004)。Kaplan and Norton は、「さらに重要なことは、多くの企業は、『規制と社会』プロセスにおいて優れた業績を達成することが、長期の株主価値を向上させると信じていることである」とも述べている(Kaplan and Norton, 2004)²¹²。

²¹⁰ M.E.Porter and M.R.Kramer(2006)「Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility」,Harvard Business Review,84(12)(村井裕訳「競争優位の CSR 戦略」DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー,2008 年 1 月号,p47 を参照)

²¹¹ リコー、及び宝ホールディングスでは、既存の 4 つの視点の他に 5 つ目の視点として、「環境保全」、「社会・環境行動」の視点を加えるといった独自の取り組みがなされている。また、アサヒビールでは、4 つの視点を「ミッション&財務」、「ステークホルダー」、「業務イノベーション」、「スキル・ノウハウアップ」というように独自にアレンジした CSR が反映された戦略マップを作成している。

²¹² Kaplan and Norton(2004)「Strategy Maps. Harvard Business School Press(櫻井通晴・長谷川恵

自治体病院のミッションの実現、持続可能な経営の基盤作りに向けて、HSR はどのようなプロセスで如何に機能すべきかを考える必要がある。自治体病院は、存在そのものが社会的責任として認識されてきたが、現在は HSR の意義を十分にすることが必要であり、それが果たせない自治体病院は医療サービスの提供だけで、社会的責任を果たしていることにはならない。BSC の本来的意義をとらえ、Kaplan and Norton の BSC の基本的な戦略実行のフレームワークとしての BSC の機能、或いは組織変革のツールとしての BSC に沿ったものを考えるべきである。それには、自治体病院が BSC と HSR を利用しながらミッションを追究していく事が一つ考えられる。

現在、病院の BSC に HSR を組み込んだケースがいくつか見られる²¹³。HSR の導入事例では、導入当初は法令順守や環境への配慮等が多いが、当然これだけが HSR ではない。コンプライアンスを順守した上で、組織は様々なリスクや内部統制を現場レベル、事業レベル、全体レベルで明確にし、社会性をもって積極的に対応することで、社会性を含んだミッションを達成することができる。このコーポレートの活動が、ミッション実現に向けた HSR の活動と BSC の機能である。しかし、HSR を前提とした自治体病院の経営を考えると、HSR は地域社会の利害を反映するという側面を考慮すると、Kaplan and Norton の示した 4 つの視点だけで十分ではないと考える。しかし、Kaplan and Norton は、例えば『CSR の視点』として 5 つ目の視点として位置づけなかった。営利企業の CSR は確かに重要な戦略的要素となってきたとはいえ、基本的には組織全体の経営戦略の一部として位置づけられる性質のものである。従って、自治体病院においても HSR 戦略のみに特化して BSC を作成しても、どこまで実行可能性を担保出来るかが課題である。Kaplan and Norton がこれを戦略テーマの一つに位置づけた理由もそこにあると思われる。BSC を HSR 実行のための戦略経営のフレームワークに使用するにはいくつかの前提条件があると考え。

- ① マルチステークホルダーから病院組織が認められるかといったことを考慮する。
- ② 病院組織のミッション、ビジョンに HSR 関連の項目が盛り込まれている。
- ③ 病院組織全体が長期的な視点でのサステナビリティを認識している。

前節で触れたように、経営戦略は自社の成長、競争優位状況の獲得、ビジョンの追究等の計画

ー他監訳『戦略マップ』、ランダムハウス講談社、2005 年 p217 を参照)

²¹³ 溪仁会グループは北海道札幌市を拠点として、3 つの病院を中心に老人保健・福祉施設、在宅サービス事業所等を展開する医療・保健・福祉の複合事業体である。2003 年に事業理念、サービス憲章と行動基準、コンプライアンス・マニュアルを制定し、倫理・法令を遵守するコンプライアンスの精神と行動基準を全職員に提示し、社会の要請に自律的に応える組織風土の醸成を目指し、CSR 経営を志向している。CSR の理念を具現化することを目的として、理念を経営戦略に取り込む試みを行っており、その目標設定は BSC を用いて各病院・部門・部署、個人へ展開されている。病院が目指す理念と方向性を明確に示すために、CSR の活動内容を中心に、CSR レポートとして毎年発行している。

である。従って、利益極大化だけを狙った単純な経営戦略ではなく、顧客の創造²¹⁴や顧客満足²¹⁵、社会貢献などをビジョンに組み込むことで戦略に織り込むことが必要になる。更に、戦略の策定では利益追求と HSR 活動というトレードオフの関係にあることを同時に組み込み実行していく手法が求められ、そこに BSC の利用価値があると考ええる。

組織が、戦略を策定し実行する際に BSC を利用することで可能になることは、トレードオフの関係にあることを戦略マップ上に明示することができることにある。即ち、ミッションを追究するために、ビジョンをまず全職員が理解することで、中長期の組織のあるべき姿が具体的により明確になる。それを BSC で戦略マップとスコアカードに落としこむことによって、追究する戦略的思考回路の中で患者の価値向上戦略、生産性向上のための戦略、イノベーションを通じた成長のための戦略、HSR 追究のための戦略を描き、実行することが可能となる。

以下、自治体病院における HSR 概念と CSV 概念を整理する。

- ① HSR は自治体病院のあらゆる医業・事業活動において必要不可欠な概念となる。HSR は、持続可能な社会の実現のため、企業意思決定や事業活動が社会や環境に及ぼす影響に配慮し、マイナスの影響があれば、それを予防ないし改善することで社会的責任を果たそうとするものである。ISO26000 をはじめ世界的なイニシアティブで明記される「社会への影響に対する責任」は、自治体病院においてもあらゆる事業プロセスとプロダクトにおいて不可欠なものとなる。
- ② CSV は HSR の前提条件となる。前述より CSV の概念は、社会的課題の解決と病院価値向上による競争力の強化を同時に実現しようとする競争戦略の手法となる。HSR とは元々位置づけの異なる CSV は、HSR に代替えられるものではなく、CSV に取り組んでいれば病院の社会的責任が免れるわけでもない。CSV に取り組んでいてもいなくても、HSR があらゆる事業活動において必要不可欠であることに変わりはない。社会への影響に対する責任は、経営戦略である CSV においても求められ、その事業プロセスとプロダクトの社会的公正と社会にとっての持続可能性が検証・評価されるべきである。社会的責任の原則（説明責任、透明性、倫理的な行動、ステークホルダーの利害の尊重、法の支配の尊重、国際行動規範の尊重、人権の尊重）に従うことは、CSV においても同様の概念である。

- ③ CSV によって創出された社会的価値のアセスメントとモニタリングが必要となる。自治体病院が

²¹⁴ P.F.Drucker(1965)「The Practice of Management」(上田惇生翻訳『新訳現代の経営(上・下)』,ダイヤモンド社,1996年)を参照。

『企業の目的は、それぞれの企業の外にある。企業は社会の機関であり、目的は社会にある。したがって、事業の目的として有効な定義は一つしかない。顧客の創造である。』

²¹⁵ A.Donabedian(1980)「Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume I」,Michigan:Health Administration Press(東尚弘訳『医療の質の定義と評価方法』,健康医療評価研究機構,2007年)を参照。

CSV を通じて創出された社会的価値が、社会的課題を真に解決するものとなっているのか、HSR と同様に病院自らによる不断の検証・評価とアカウンタビリティが必要となる。その際には、HSR の重要なファクターであるマルチステークホルダーへの公約と CSV が実施される現場の実情への最大限の配慮が不可欠となる。

第 6 節 因果連鎖を想定した BSC と HSR の結合モデル

以下では持続可能な自治体病院経営を志向する HSR を組み込んだ BSC のフレームワークを考察していく。

伊藤(2006)は、CSR の戦略目標を株主価値の向上をターゲットとする他の戦略目標との論理的な関連性を保ちながら、BSC 或いは戦略マップ上に描き出すことは困難であるとして、3 次元戦略マップなるものを考案している。通常の戦略マップが 4 つの視点を 2 次元(平面)で描いているのに対して、3 次元戦略マップは結果を導き出すアウトカム次元、それを達成するための行動指標のドライビング・フォース次元、そしてリスク・制約次元といった形で描いている。3 次元戦略マップによって戦略を実現するだけでなく、より信頼できるもの、より実践に即したものになると述べている(伊藤,2006)²¹⁶。当該研究は CSR と BSC というコンテキストにおいて考察したものではあるが、CSR を「リスク・制約」と捉え、リスクを BSC に組み込む上での示唆を与えるものである。BSC の戦略目標と CSR の視点の戦略目標(リスク・制約)とをトレードオフの関係で捉えている。

荒井(2005)が指摘するように、BSC は Kaplan and Norton の示した基本の 4 つの視点に限定されるわけではない。地域社会が組織を取り巻く主要なステークホルダーとして認識される以上、HSR を独立した視点として設ける事も一考である。BSC はもともとマルチステークホルダーを前提としたものであり、HSR それ自体も同様の観点に立つからこそ、その統合ツールとして BSC が有効である。しかし、HSR のマルチステークホルダーは地域社会や環境も包摂されているが、BSC にはこれらに対応する専用の視点は存在しない。一考としては、HSR のマルチステークホルダーの特性を意識して、4 つの視点にもう 1 つ視点を増やすというアプローチが考えられる。地域社会が組織を取り巻く主要なステークホルダーとして認識される以上、これを独立した視点として設けることは理にかなっている。しかし、Kaplan and Norton をはじめ、大多数の事例では、HSR の視点を増やすといったアプローチをとってはこなかった。BSC には、単に異なるマルチステークホルダーとの利害を投影した視点を追加すればよいというものではない。この点に加えて、戦略目標ないし重要成

²¹⁶ 伊藤嘉博(2006)「戦略マネジメント・システムとしてのバランスト・スコアカードの現状と展望ーその基本構造の普遍性と拡張性に関する検討ー」『管理会計学』,日本管理会計学会誌第 14 巻第 2 号を参照。

功要因が、各視点の因果連鎖によって結ばれていることが、実行力ある戦略マネジメント・システムとしてそれらが機能するための条件となる。しかし、この因果連鎖を想定した HSR 関連の戦略目標を BSC に描き込むことは困難であり、ましてや 5 つ目の視点として HSR を独立して設けるとなると更に困難となるだろう。それは自治体病院の BSC には、最終的に社会的使命を全うしようとする視点の他に、財務の確保に向けて因果連鎖を構築するという側面も包含されており、戦略目標と HSR はトレードオフの関係になるからである。

BSC の戦略マップは、その構造からして HSR の各活動間の相互関連性という可視化の課題には大いに貢献するものと考えられる。更に、医療活動の成果と HSR 活動の成果との因果連鎖や HSR 活動が規制や社会性・環境に与える影響についても同様な効果が期待される。ただし、HSR の戦略マップについては、マップ上に医療活動に関連した重要成功要因を設定する事は難しい。ともあれ、戦略マップの登場以来、BSC 自体は成果指標の体系表としての性質である。それゆえ、HSR の可視化に BSC フレームワークを利用しようとするアプローチが戦略マップにフォーカスをあてるのは当然といえよう。しかし、HSR の可視化には各活動間の因果連鎖を示すだけでは不十分であり、更に財務的成果へとつながるプロセスを想定すると限界が生じる。HSR はその各部門のマップとしては機能しづらい面がある。この点に関しては、HSR は特定の部門だけが関与するのではなく、経営全体に関わる問題であるだけに組織全体で対応すべきという議論も出てくる。例えば、HSR の実行する担当部署が院内に設置された場合、当該部門の戦略マップに必要とされる要件はいかなるものであり、他の部門や組織全体のそれらとはどの点で異なるのか²¹⁷。HSR 活動の個別の重要成功要因が、財務的成果と強い因果連鎖を持つ事は考えにくい。そうであれば、HSR に特化した戦略マップが機能しないと考えられる。病院が実践すべき HSR 活動の体系的な関連性を示すものとはいえ、HSR 関連のアクションプランの域をでるものではないといえる。HSR 活動の個々の具体的な中身やあり方について検討する際、戦略との関わりや財務との関連性を想定するのは困難となり、HSR の諸活動だけが独り歩きするといった事態もあり得る。

HSR の戦略目標は、そもそも財務に直結するものではない。勿論 HSR に注力することにより戦略的経営を行い、ブランド価値²¹⁸を高め、院内と院外をブランド戦略で統合して持続的競争優位

²¹⁷ アサヒビールの CSR 戦略マップは、CSR 担当部門の活動ないし課題が体系化され、各重要成功要因に対しては成果指標も識別されており、CSR 活動の内容と範囲を明確に読み取ることができる。一方で、CSR 戦略マップからは企業の経済的成果との関わりは把握出来ない。『ミッションと財務の視点』における重要成功要因は、ミッションに関連した抽象的な内容であり経済的な要因は一切識別されていない。

²¹⁸ 水越康介(2008)は、ブランドが構築された後も、ブランド・マネジメントは必要になると指摘している。一瞬でもマネジメントを怠れば、ブランドはすぐに崩壊してしまう。それゆえ、長期的で継続的な資産構築の手法として正しく理解されなくてはならない。

219を構築し、病院価値が向上する可能性はある。しかしその反面で、業務プロセスの革新を図っていく過程で、HSR の戦略目標の実現は他の戦略目標の達成を阻害する要因として働く可能性がある。そのため、CSR を積極的に推進している営利企業ですら、これを重要成功要因と認識しているところは少なく、営利企業では CSR を怠れば、財務に悪影響を及ぼすという制約条件として位置づけているケースも多い。もしも自治体病院の HSR 関連の戦略目標が組織の基本戦略を実現に導く重要成功要因としてよりも、制約条件として機能するとすれば、既存の BSC では HSR の意義を明確に描き出すことはできない。重要な事は4つの視点の中で、「規制や社会性、環境への配慮」といった視点をどの視点に入れ込むかということである。医療 BSC の因果連鎖を想定すると、学習と成長の視点が向上し、業務プロセスの視点で効率的業務を行い、それぞれの患者に新しい価値を提供することで、最終的には財務につながるという基本の4つの視点での関係性となるが、これらを考慮すれば「規制や社会性、環境の視点」が入るべき視点としては業務プロセスの視点であろう²²⁰。従って、学習と成長の視点⇒業務プロセスの視点(規制や社会・環境の視点)⇒患者の視点⇒財務の視点とすることが基本になると考える。

以上のように、戦略マップに HSR を組み込んでいく方法は、基本型は BSC の基本構造である。共通して言えることは、その後一連の BSC の基本的な活動を行い、情報のディスクリージャーを行うだけではなく、そのアカウンタビリティを果たすこと、それを推進する組織力があるかである。これらを基に地域社会に対して、公共政策を超越した HSR 戦略を包含することが可能になると考える。営利企業の場合、事業目的は長期的・継続的な顧客の創造にある。長期にわたって継続的に営利を追求する事ができる、またそのパフォーマンスが高い企業が企業価値の高い企業となる。ブランドはそうした企業価値の形成に非常に重要な要素の一つと認識されている。よって、HSR を組み込んだ BSC による戦略実行フレームワークにより、ブランド価値が向上し、病院価値の向上に相関するのである。病院価値を増大させるには、HSR は医療の質を外部からの視点、地域社会の求めるものにまで高めていくことである。患者が得た満足感こそが、収益性の高いブランドを生み出す推進力となる。戦略マップでは、トレードオフの関係となる生産性・効率性戦略、財務戦略、戦略的 HSR をバランスよく追究することを分かりやすく職員に可視化することで、学習と成長の視点での職員育成を充実させ、病院の社会成果を追究する方向性に職員のベクトルを合わせる事が可能になるツールとなる。

²¹⁹ 水尾、清水、蟻生(2007)は、CSR のブランド化がもたらす成果は、①安心・安全、そして満足イメージを創造する。②組織や従業員に夢を提供する。③新しい変化を生み出す。④企業の品性を高める。⑤優秀な人材のリクルートにつながるとし、不祥事を起こす企業は CSR ブランドを築くことはできず、全従業員の行動がもたらす企業イメージや感覚、感性などの評価、それが CSR ブランドにつながると指摘している。

²²⁰ 三菱東京 UFJ の戦略マップのケースでは、CSR 項目を BSC の内部プロセスの視点に組み込んでいる。

また、BSC フレームワークに前述のステークホルダー理論と RBV 理論を併用することで、戦略的 HSR への取り組みが自治体病院の財務パフォーマンスを向上させるという理論を説明することが出来る。更に、RBV 理論はステークホルダー理論で戦略的 HSR を説明する上での弱点とされる自治体病院内部のガバナンスの要素も加味することができる。

地域における共通認識の醸成、組織内のガバナンスを図る要素としては、規範的統合²²¹が挙げられる。ここで示す規範的統合とは、各地域の文化的差異、価値観の相違を認めつつもその差異を超越した「共有化された価値観」を共有することである。つまり、規範的統合は地域社会における他組織の期待と病院の行動との同調をはかることである。多元的・多義的な病院組織において、一つ一つの行動や判断を規則やマニュアルで縛ることはできない。そのため、中核となる病院の経営理念が意思決定や行動の規範となる。

自治体病院の規範的統合における問題点は、病院の役割に対する組織の期待が異なること、マルチステークホルダーの期待に対して自治体病院がそれを受容できないことである。このコンフリクトに対する解決に向けたプロセスが自治体病院の経営戦略となる。

コンフリクトはマルチステークホルダーが組織に過大な期待を課したために発生するが、この解決に当たって自治体病院は、この場合第三者の立場となる地方自治体の支持を得ることにより、組織間の競合する要求を均衡化する。ここで自治体と自治体病院の公共性と経済性の調和を説明することが出来る。また、病院にとって正当化できない要求から隔離する規範は、規範関連集団の支持を動員することである。つまり、地域医療機関との病病・病診連携である。これらの戦略は自治体病院が特定の他組織からの圧力を減少させようとすることを意味する。筆者はこの側面を CSV 活動に通ずる概念と理解している。

以上から、自治体病院は戦略的 HSR に取り組むことによって、マルチステークホルダーとの良好な関係を構築することができる。地域の医療機関との連携、地域住民の尊厳の保持と自立生活の支援のための仕組みを地域社会で実現する上で自治体病院は中心的な役割を果たす。そして、どのように地域の医療を構築するかは、地域住民の参画のもと決定するべきであり、自治体病院にはその選択肢を地域住民に提示する責任がある。更に自治体病院は、実際の構築に向けて地域住民に加え、医療支援・医療サービスに携わるマルチステークホルダーにも働きかけ、目標を共有

²²¹ 古沢(2008)は、今日の多国籍企業に求められる親会社と子会社間および子会社間の「調整メカニズム」においては、単なる分権化のみならず経営理念や価値の共有化を意思決定の基礎とする「規範的統合(社会化)」が必要であると述べ、グローバルな人的資源管理を遂行するためには、本国で行われてきた人的資源管理の諸制度を世界共通のものとして運用する(制度的統合)と同時に、この規範的統合の両立が重要であると述べている。本章において言う「規範的統合」はグローバリズムの観点ではなく、自治体病院と地域社会の地域住民の統合を指す。

していく規範的統合が求められる。結果として、病院としての魅力、提供する医療サービスの魅力がマルチステークホルダーから高い評価を受け、マルチステークホルダーからの継続的な支持を得ることができ、病院の無形資産を高めることができる。そして無形資産は財務業績を高め、究極的には病院価値を向上させることになる。図 43 は、RBV と戦略的 HSR の因果連鎖を想定した BSC 結合モデル(私案)である。

また、規範的統合は自治体の首長、若しくは病院事業管理者による強い関与が求められ、自治体にはまちづくりや医療(介護)サービスの基盤整備に関して、明確な目的と政策方針を明示する計画の中で示すことが求められる。今後戦略的 HSR は自治体病院の財務業績を悪化させる制約要因ではなく、将来の自治体病院にリターンをもたらす投資であるという概念が主流になっていくのであろう。法規制や医療市場の変化とともに、マルチステークホルダーと良好な関係を構築することで自治体病院の無形資産を高めることによって病院価値を向上させていくのである。更に、前述の分析結果により、公共性と経済性の調和を前提とした経済価値の向上については説明する事が可能となったが、自治体病院の病院価値全般を向上させるためには社会価値と組織価値にも留意することが必要になってきている。

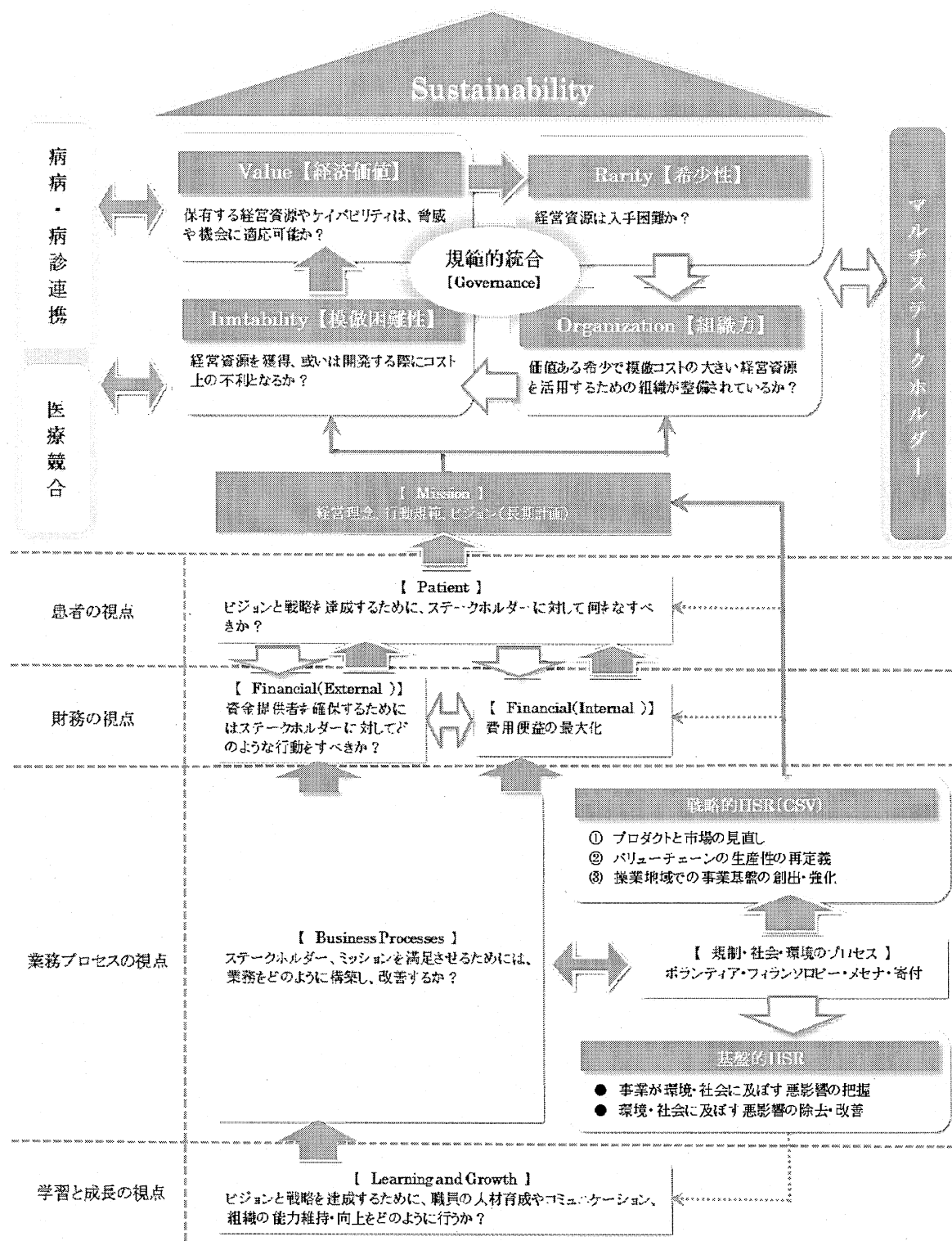


図 43. RBVと戦略的 HSR の因果連鎖を想定した BSC 結合モデル(私案)

【小括】

自治体病院は存在そのものが社会的使命であり、事業継続の観点からは公共性と経済性の調

和を図ることが第一の使命となる。しかし、それは自治体政策の一環であり、個別の病院価値を向上させたことにはならない。自治体病院経営の目的は、病院価値の創造と向上で、その具体的内容は経済価値、組織価値、社会価値の創造と向上である。BSC は病院価値の創造と向上に有用な管理会計手法であり、単なる業績評価でなく、経営改革の方向を示し、病院の経営理念・行動規範、目標等を達成するための経営戦略を反映した戦略マップに基づいて、経営改革・経営活動の将来の姿、現在の姿、過去・結果の姿を写像しながら病院経営が行われる。よって、戦略目標の遂行と病院価値向上の視点を充実させるためには、医療の質を投影させたブランド価値を向上させる戦略的 HSR と BSC を結合させたマネジメント・システムモデルが必要となる。

BSC フレームワークにステークホルダー理論とリソースベースでの V(価値の創出)、R(希少性)、I(模倣困難性)、O(資源を有効に戦略遂行に結びつける組織の存在)の 4 つの条件を確保する事で、自治体病院の持続的競争優位性が担保される。RBV 理論は、ステークホルダー理論における自治体病院組織内部のガバナンスの要素を説明することができる。また、規範的統合により、地域における共通認識の醸成、組織内のガバナンスを図り、地域社会における他組織の期待と病院の行動の同調をはかることが可能となる。しかし、自治体病院の規範的統合においては、病院の役割に対する組織の期待が異なること、マルチステークホルダーの期待に対するコンフリクトが生じる。このコンフリクトに対する解決に向けたプロセスが自治体病院の経営戦略となる。BSC はそれらを統合し、コントロールし、モニタリングしていくための戦略的フレームワークという捉え方であろう。

しかし、2012 年現在で全国自治体病院の約 52%が赤字状態(表 11)である。経常収支比率の全国平均値は 2010 年度にようやく 100%を超えたが、他会計繰入金対経常収益比率の全国平均値は 13%台で横ばい推移している。実質収益対経常費用比率の全国平均値も 80%台で横ばい推移しており(表 21)、財務体質は改善傾向にあるとは言えない。赤字経営や他会計からの繰入・補助金による経営維持は、病院価値が向上しているとは言えない。

従って、自治体病院における財務の充足は従来の制約条件としての捉え方ではなく、サステナビリティの前提条件という考え方であろう。

終章

本研究では、Kaplan and Norton の非営利組織への BSC 研究成果に依拠しながら、自治体病院の経営構造と BSC の理論的背景にみられる 4 つの視点間の関係を中心に概念的な検討を加え、既に自治体病院に導入されている BSC の財務指標への直接的インパクトと遅行指標となる財務指標と先行指標のインプリケーションについて実証的検証を行った。

BSC は当初、財務、顧客、業務プロセス、学習と成長の 4 つの視点を設け、過度の財務偏重型管理がもたらす短期的な利益追求による長期的な競争力・成長の阻害を克服する業績評価システムとして考案された。長期的な競争力の強化・成長を講じるためには、財務指標だけではなく、非財務指標も見なければならないという主張は、管理会計学の論理的結論である。その後、Kaplan and Norton によりさらなる調査・研究の結果として、それら 4 つの視点間の均衡させるべき対立関係は、業績の結果を示す財務指標と、将来の成果指標を左右するドライバー指標、或いは先行指標の関係、更には学習と成長から業務プロセス、顧客、財務へと連なる一連の因果関係へと置き換えられ、戦略を実現する道筋を示す戦略マップとして再整理されることとなった。戦略マップは、これら対立する利害関係者、及びその要求を均衡、更には同時に満足させるために利害関係者の必要条件として戦略実現の道筋を限定することにより、対立関係を均衡させつつ、戦略実現を図ろうとする。しかし BSC は、全ての組織に一樣に適用できる定型的な戦略ツールではなく、組織の文化、社会的背景、組織に固有の戦略的意図やビジョンにより異なる。非営利組織には、事業活動の用役受益者、及び資源提供者との間に経済的な取引そのものがないことから、インプットやアウトプット、アウトカムを測定する会計指標が存在しない。営利組織では財務的尺度が組織業績とされているのに対し、非営利組織では BSC 内の業績評価尺度が組織業績であるとされる。自治体病院の経営には公共性と経済性のバランスが要求されており、単なる経営上の収支のみで判断出来ない。自治体病院の BSC は因果連鎖を前提とした効果を期待されつつも、現時点ではまだ十分に因果連鎖を考慮して構築されている状況ではない。他会計繰入金、補助金を持ってしても収支均衡になっていないにもかかわらず戦略マップに財務の視点が因果連鎖の最高位にある場合でも、多くの場合それは財務の視点が最終目標ではない。日本の医療界においては、財務に対して未だに制約要因的見解があり、経営の維持・安定という医療提供の支えの部分であると認識されている事が多い。全国各地の自治体病院で BSC は運用され、戦略の体系的実践に貢献しているが、本研究で示したような多種多様な経営形態で矛盾なく機能する普遍性を獲得するには更なる論理的な検討が必要となるであろう。しかし自治体病院においては、事業継続性を社会的責任として捉える必要があり、HSR 活動から創造される病院価値の向上という観点も踏まえると、財務の充足は

その前提条件となる。

そこで本研究では、自治体病院に要求されている公共性と経済性の調和という観点から、公共性という概念に対して制約要因的見解であった財務に着目した。

BSC 導入が自治体病院の財務業績の改善に果たす役割を検証するために、BSC を導入している自治体病院 25 ヶ所の BSC 導入前後における財務指標の変化と、BSC 導入群と非導入群の財務指標を比較し、更に BSC 導入前後と BSC 非導入群の財務推移について時系列分析を実施した上で BSC の導入そのものが財務指標に与える直接的影響を検証した。更に東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の導入事例から、BSC 導入後 6～7 年間の経過について、顧客、業務プロセス、学習と成長、各財務指標項目に関する推移を時系列で比較分析を行い、KPI と財務指標の相関関係を定量的データに基づいてその影響因子について考察した。その結果、BSC の導入前後、更に BSC 導入・非導入群の比較において必ずしも財務業績の改善の向上につながらない負の影響因子がありながらも全体としては有意な差異が見られることと、BSC 導入事例における相関分析により明らかに財務に貢献している KPI を考察したことに本研究の意義はあったものと思料する。

本研究における BSC の財務インパクトと財務インプリケーションを整理すると、以下の 2 点が明らかになった。

① 財務インパクト

21 個の財務指標を用い、BSC を導入している自治体病院 25 ヶ所の BSC 導入前後の比較で BSC 導入後に改善を示し、且つ BSC 導入群(自治体病院 25 ヶ所の BSC 導入後)と非導入群(全国自治体病院統計値)の比較で BSC 導入群が優れている事を示した財務指標は、実質収益対経常費用比率と患者一人一日当り入院収益の 2 個の指標であった。

- 実質収益対経常費用比率は、BSC 導入前後で BSC 導入後+1 年以降で激的な増加傾向が確認された。導入後+3 年で一旦下落しているが+4 年にまた改善するという傾向があるため、BSC 導入後に平均値は増加していることを示しており、自治体本体からの他会計繰入よりも医業活動単体で得た収益の範囲が増加してきていることを示している。
- 患者一人一日当り入院収益は、全体的に指標が高くなっており、特に導入後+1 年の傾きの大きさが確認された。実質収益対経常費用比率ほど極端ではないが、導入前-1 年～導入後+1 年、導入後+2 年～+4 年の成長率は 2 段階で漸増的な増加が見られるため、実質収益対経常費用比率の相当部分の成長をこの指標で説明できる。一件単価を上げるということは、当然医療サービスの質の向上と業務プロセスの改善が相関する。

以上の分析結果は、BSC の財務的有効性を示すものである。以後 BSC の実施継続とともに患者一人一日当り入院収益が向上すれば、医業の根本的収益である医業収益が向上し、その効率性から材料費対医業収益比率や職員一人当たりの医業収益といった生産性にも影響を与える。実質収益対経常費用比率が向上すれば、経常収支比率、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、総資産利益率、他会計繰入金対経常収益比率といった指標に影響を与える。更に言えばこれらの指標が遅行的に作用し、資産性指標や資金繰り指標、資金繰り関連指標にも影響を及ぼしていくことが想定される。自治体病院においても、医療の質を落とすことなく収益性の追求や原価の削減を返して財務を向上させること、経営の効率性を維持したまま医療の質を向上させることは十分可能であると言え、更に医療の質と経営の効率化の統合的管理システムとして BSC が適している事も証明された。

② 財務インプリケーション

BSC を導入している東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の 3 医療機関に共通して設定されている 7 個の先行指標を対象とした相関分析で、①の BSC 導入前後で有意差を示した 12 個の遅行指標²²²と強い相関を示した先行指標は、患者紹介率、平均在院日数の短縮、医療材料・薬品の標準化、看護師定着率の向上の 4 個の KPI であった。その内、①の財務インパクトにおける KPI ファクターは、患者紹介率と医療材料・薬品の標準化であった。

- 患者紹介率では、経常収支比率、収支分岐点比率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益、材料費対医業収益比率に正の強い相関関係が見られた。
- 平均在院日数の短縮では、総資産利益率、経常収支比率、材料費対医業収益比率に正の相関が見られた。平均在院日数を短縮させ、材料費対医業収益比率、総資産利益率、経常収支比率が増加したという事実から考えられる事は、平均在院日数を短縮すると規模の経済が生じて材料費(原価)との間に正の相関が生じ、また貯蔵資産(棚卸資産)の回転率が向上し、またその他のコストも減少させ収益性指標にも影響を与えた。
- 医療材料・薬品の標準化では、医業収益対医業利益率、収支分岐点比率、実質収益対経常費用比率、患者一人一日当り入院収益、患者一人一日当り外来収益といった収益性指標、並びに収益に関連する指標に正の強い相関が見られた。
- 看護師定着率の向上では、生産性や労務関連指標である職員一人当たりの医業収益、職員給与費対医業収益比率に強い相関が確認された。看護師定着率が向上し、職員一人当たりの

²²² 第 4 章における BSC 導入前後の有意差検定では統計的有意差は示さなかったが、比較的高い有意差がある累積欠損金比率(0.06258>0.05)を負の相関に加え、有意差を示した財務指標を 12 個とした。

医業収益と職員給与費対医業収益比率が改善した事を考慮すると、看護師以外の職員のコントロールを行い、生産性や労務関連指標を改善させたと考えられる。

以上の KPI と財務業績の分析結果からは、基本的には正の相関性があると言え、これらの KPI は自治体病院の財務に対していくつかのインプリケーションを与えるものと考えられる。3 医療機関の事例においても、毎年カスタマイズされた KPI とその目標値を明確にすることによって従業員に行動計画を示しすくなり、これが患者数増加、病床回転率の向上、原価削減、看護師の定着、延いては収益性の向上の一因になったと考えられる。しかし、既に各 KPI が十分に高い自治体病院では、各指標をこれ以上向上させる事は困難であり、各 KPI の上昇が財務業績につながらないこともあると考えられる。更に言えば、各 KPI の上昇による各財務指標の増加を、そのために投下したコストが上回る場合には、各 KPI と財務指標には負の関係が生じることになるであろう。例えば、3 医療機関共に見られたように従業員への手厚い福利厚生や教育、設備への投資は将来収益を生む可能性はあるが、短期的視点では費用のみが増大し利益率を低下させてしまう事になる。しかし、この会計的認識が既に述べた財務偏重型管理の弊害をもたらす要因である。こうした事態を抑止するためには、先行指標と遅行指標を向上させるための方策によるコストと効果を推定する手法を有していなければならない。従って長期的な競争力の強化・成長を狙うには、財務指標だけではなく、非財務指標を見なければならないという管理会計学の論理的主張は、本事例からも明らかとなった。

本研究からは、Kaplan and Norton による BSC の本質である 4 つの視点での戦略の因果連鎖関係の明確化という考え方と、自治体病院の医療の質と経営向上に向けた方向性は基本的に対応でき、BSC は有用である事が証明されたと言える。総じて言うならば、BSC は将来の財務業績を向上させると言えるであろう。即ち、自治体病院が将来の財務業績を向上させることを目的として BSC を導入することには一定の合理性があるという事である。また BSC の導入は、従来自治体病院にはマネジメントは馴染まないと言われてきた現状を変換した先進的な取り組みであると言えよう。更に BSC の内容は、東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の 3 医療機関の事例を見て明らかであるように、川渕の指摘する影響要因²²³に該当する指標を多数含んでおり、医療マネジメントにおける問題点を時宜に適って管理しているとも考えられるであろう。これらの観点から、BSC の活用が自治体病院において有用であると認識することができる。競争が激しく、法改正等による変化の多い医療の市場環境では多元的なパフォーマンス・ドライバーを有効活用す

²²³ 川渕孝一『これからの医療マネジメント』,医学書院,1993 年を参照。病病・病診連携、紹介患者数、経常収支比率、医療事故数等。

ることによって、経営状態を迅速かつ的確に捉え、経営環境の変化に適応した戦略にフィードバックする事が可能となる。そして自治体病院の多元的なパフォーマンス・ドライバーにおいても、実質収益対経常費用比率と患者一人一日当り入院収益の概念は整合的なものとなるであろう。

しかしながら、従来マネジメントという概念が無かった組織へ新たに BSC を適用したことで BSC の有用性を認識したのであるとすれば、今後は BSC 以外のマネジメント・システムに活用方法があるのかを考察することが課題となるであろう。特に第 4 章で示したように、荒井(2003)の指摘した問題点については現行の Kaplan and Norton の創設した BSC では対処できない可能性がある。ここに BSC 以外のマネジメント・システムの活用、若しくは BSC と別のマネジメント・システムの併用²²⁴が考えられる。例えば、本研究で対象とした国保旭中央病院では、BSC と四半期ローリング予測²²⁵、活動基準原価計算、分権的投資管理²²⁶を併用することで予算不用の経営システムを構築した。これは僅か一例であり、直ぐ様他の医療機関に適用できるものではないが、BSC の適用を考える上で、一つの方向性を示す可能性はある。

本研究で分析した 25 ヶ所の自治体病院は BSC 導入から平均で 6 年と日も浅く、また東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院の 3 医療機関においても BSC 導入効果がまだ十分には浸透していないことも想定される。その結果、BSC を導入した自治体病院によっては BSC 導入効果に著しい差異が見られること、また財務に貢献させることを前提として設定している(投資をしている)と想定される先行指標の中には遅行指標と結合していないものが存在していたこと、更にそれらの要因については本研究では検証出来なかった。BSC の導入が必ずしも財務業績の向上に繋がるとは限らない。戦略、サービス開発サイクル等の病院の特徴に適合する KPI の導入が必要不可欠なのである。やみくもな KPI の設定は、将来の財務業績を向上させるどころか悪化させる可能性もあり、最悪の場合、非財務指標の利用にステークホルダーが不満足を抱くことにもつながりかねない。非財務指標をシステムティックに組み込んだ BSC を導入する場合にも、KPI の意味合い、戦略と KPI との関連性をステークホルダーが理解し、KPI の重要性が担保されていることが必要となる。つまり、BSC を導入する場合には、病院を取り巻く様々な条件を理解し、それらの条件に適合する非財務指標を設定し、更には病院組織にそれらの条件と KPI との関連性を浸透させなければならない。自治体病院組織の特徴や取り巻く経営環境が地域によって異な

²²⁴ 市立池田病院は、BSC と EVA の自院版である OVA (Olympus Value Added) を経営の中心に据え、業績評価は OVA によって行っている。

²²⁵ 四半期にわたる全社の財務に関するローリング予測を作成し、四半期毎に改定を行う。業績評価は、今四半期の結果を前四半期や前年同四半期の結果と比較し、また直近の 4 ヶ月の結果をその前の 4 ヶ月の結果と比較する。また、6 ヶ月毎に自社の結果と競合他社の結果と対比する。この結果事業に関する組織と市場に関して明確な仮説を設定して予測を行う。

²²⁶ 市場や顧客に最も近い各現場部門の責任者に投資の権限を委ねる方法。

ることを考慮すれば、本研究の結果が全ての自治体病院に通じるものであるかどうかは定かなものではない。全ての自治体病院を対象とした BSC の経済的帰結に関する検証は今後の大きな課題となる。しかし、この検証結果から KPI を無作為に導入することは慎重に検討する必要があることが判明したことにも本研究の意義があったものと考えている。

また、管理会計分野の実証研究にはデータ取得の困難さが伴うため、サンプル、観測数、及びデータは限定的ではあるが、本研究では BSC の導入によって、自治体病院の KPI が財務業績と有効的に結合することが複数の自治体病院を横断して確認された。また BSC 導入効果は、資金繰り指標、資金繰りに関連する指標、生産性や労務関連指標、長期的資産性指標と、収益性指標、収益性に関連する指標では改善に時間差が見られることも確認された。今後の課題点として、本研究は総務省地方公営企業年鑑等の外部データベースに公開されているデータ、及び入手可能な財務指標と BSC のみで比較分析を行ったが、今後は自治体病院独自の非財務指標による統計データや個別の病院に対するインタビュー情報、BSC の数値目標自体が全従業員の共通認識として定着させることができたかどうか、戦略マップを全従業員参加型で理解させた上で作成することで各従業員の立場、行動の意識付けが浸透したかどうか、費用の削減に対するインセンティブをどのように設定するか等を追加していく事によって、より明確な結論が導かれる可能性がある。また、現在は BSC 導入自治体病院の数が限定されているが、今後 BSC を導入する病院が増えることによって、公開データによる分析の精度が上がることが期待される。

本研究結果により、公共性と経済性の調和を前提とした経済価値の向上については説明する事が可能となったが、自治体病院の病院価値全般を向上させるためには社会価値と組織価値にも留意することが必要になってきている。BSC には、単に異なるステークホルダーとの利害を投影した KPI 項目を追加すればよいというものではない。自治体病院の BSC には、最終的に社会的使命を全うしようとする視点の他に、財務の確保に向けて因果連鎖を構築するという側面も包含されており、HSR の戦略目標はそもそも財務に直結するものではなく、戦略目標と HSR はトレードオフの関係になる。もしも自治体病院の HSR 関連の戦略目標が組織の基本戦略の実現に導く重要成功要因としてよりも、制約条件として機能するとすれば、既存の BSC では HSR の意義を明確に描き出すことはできない。そこで BSC フレームワークにステークホルダー理論と RBV 理論を併用することで、戦略的 HSR への取り組みが自治体病院の財務パフォーマンスを向上させるという理論を説明することが出来る。本研究では病院における HSR の概念的な検討、及び整理を行い、私案として HSR と BSC の統合フレームワークを提示した。更に地域における共通認識の醸成、組織内のガバナンスを図る要素として規範的統合を挙げた。組織の病院の役割に対する期待、マルチステークホルダ

一の期待に対して自治体病院がそれを受容できないというコンフリクトに対する解決に向けたプロセスが自治体病院の経営戦略となるであろう。コンフリクトはマルチステークホルダーが組織に過大な期待を課したために発生するが、この解決に当たって自治体病院は地方自治体の支持を得ることにより、組織間の競合する要求を均衡化する。ここで自治体と自治体病院の公共性と経済性の調和を説明することが出来る。また、病院にとって正当化できない要求から隔離する規範については、地域医療機関との病病・病診連携で解決ができ、筆者はこの側面を CSV 活動に通ずる概念ではないかと提言した。自治体病院は戦略的 HSR に取り組むことによって、マルチステークホルダーとの良好な関係を構築することができる。結果として、病院としての魅力、提供する医療サービスの魅力がマルチステークホルダーから高い評価を受け、マルチステークホルダーからの継続的な支持を得ることができ、病院の無形資産を高めることができる。そして無形資産は財務業績を高め、究極的には社会価値と組織価値を包含した病院価値を向上させることになる。今後戦略的 HSR は自治体病院の財務業績を悪化させる制約要因ではなく、将来の自治体病院にリターンをもたらす投資であるという概念が主流になっていくのであろう。

BSC は病院価値の創造と向上に有用な管理会計手法であり、単なる業績評価でなく、経営改革の方向を示し、病院の経営理念・行動規範、目標等を達成するための経営戦略を反映した戦略マップに基づいて、経営改革・経営活動の将来の姿、現在の姿、過去・結果の姿を写像しながら病院経営が行われる。BSC は定期的に評価目標の検証を行うことで、意識の継続問題点の抽出ができるため継続した検証を行うことが重要と考えられる。よって、戦略目標の遂行と病院価値向上の視点を充実させるためには、医療の質を投影させたブランド価値を向上させる戦略的 HSR と BSC を結合させたマネジメント・システムモデルが必要となる。

最後に、自治体病院の BSC の導入と運用における前提条件として筆者の考えを以下 5 点提言する。

- ① 自治体の首長、及び病院事業管理者の強いコミット
- ② 自治体病院組織における経営を包括する戦略マネジメント・システムそのものの理解
- ③ BSC を成功に導く人材の起用と育成
- ④ 組織のメンバーによる戦略共有効果の確認、分析と検証、及び継続的フォロー
- ⑤ 地域医療機関との病病・病診連携、マルチステークホルダーとのパートナーシップによる規範的統合

自治体病院(又は地方自治体)では、BSC は他の経営管理システムと相互補完的視点で統合ツールとして活用されているケースが多く、BSC の管理システムの機能とこれらのシステムが、経営

組織体の戦略の共有にどう影響しているかはより高度なレベルにおいて検討して行く必要がある。

今後 TPP による混合診療や TPP がもたらす医療への市場原理の問題も踏まえ、急激に推し進められる医療制度改革により経営環境がますます混沌とする中で、自治体病院も生き残りをかけた競争を強いられている。自治体病院経営においても、営利企業経営におけるベストプラクティスを参考にしながら様々な理論や技法を取り入れようと努力している。しかし、自治体病院経営においては営利企業経営と全く同じスキームをそのまま適用するわけにはいかない。BSC を用いた自治体病院の経営戦略の考え方や技法を病院マネジメントに具体的にどう取り入れていくかについては、一方で医療政策の方向性とその影響を鑑みながら、自院がおかれた状況を分析し、弾力的に検証していく必要がある。

参考文献

- 1) 赤井伸郎、山下耕治、佐藤主光『地方交付税の経済学-理論・実証に基づく改革』,有斐閣,2003 年
- 2) 阿部 博人(2005)「病院の社会的責任－CSR からの視点」『病院』第 64 巻第 6 号, pp.454-457.
- 3) 荒井 耕(2001)「病院管理会計実務の病院属性別実態」『産業経理』Vol.61 No.3, 産業経理協会
- 4) 荒井 耕(2003)「医療分野における管理会計の展開:私企業管理会計の活用」『会計』163 (5), 森山書店
- 5) 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』56 巻 2 号, 中央経済社
- 6) 荒井 耕『医療バランスト・スコアカード－英米の展開と日本の挑戦』,中央経済社,2005 年
- 7) 荒井 耕『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,2007 年
- 8) 荒井 耕『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,2011 年
- 9) 荒牧登史治・豊川智之・小林廉毅(2005)「自治体病院の経営に関連する要因の研究」『病院管理』第 42 巻第 3 号
- 10) 伊賀 六一(1991)「医療の質の評価をめぐって」『病院』(医学書院)第 50 巻第 6 号
- 11) 池上 直己『医療の政策選択』,勤草書房,1992 年
- 12) 石井淳蔵、水越康介(2008)「医療現場とマネジメントブランドの構築プロセス」『外科治療』Vol99, pp.106-110
- 13) 石川 伊吹(2005)「RVB の誕生・系譜・展望戦略－マネジメント研究の所説を中心として－」立命館経営学 2005 年 3 月第 43 巻第 6 号
- 14) 石崎忠司、黒川保美『公共性志向の会計学』,中央経済社,2009 年
- 15) 伊藤 和憲(2007)「戦略マップとBSC 導入の促進要因と阻害要因」,専修商学論集第 84 号
- 16) 伊藤雄二、折茂賢一郎(2005)「地域に密着した病院経営:病診連携を踏まえて」『治療』87 号第 2 巻,p323
- 17) 伊藤 嘉博(2002)「デザイン・ツー・パフォーマンス-BSC 導入企業にみるその可能性と課題-」,国民経済雑誌第 186 巻第 1 号
- 18) 伊藤嘉博、清水孝、長谷川恵一(2001)『バランスト・スコアカード－理論と導入』,ダイヤモンド

ド社,2001 年

- 19) 伊藤 嘉博(2006)「戦略マネジメント・システムとしてのバランスト・スコアカードの現状と展望
ー その基本構造の普遍性と拡張性に関する検討ー」『管理会計学』,日本管理会計学会誌
第 14 巻第 2 号
- 20) 稲村 和彦(2008)「【事例病院の環境活動】溪仁会グループ」『病院』第 67 巻第 11 号, pp.
984-987.
- 21) 伊吹 英子『CSR 経営戦略』,東洋経済新報社,2005 年
- 22) 岩本 一壽(2005)「済生会病院の社会的責任」『病院』第 64 巻第 6 号,pp.474-478.
- 23) 宇沢 弘文『社会的共通資本としての医療』,東京大学出版会,2010 年
- 24) 漆 博雄(1986)「わが国における医師の地域的分布について」『季刊社会保障研究』第 22
巻第 1 号,国立社会保障・人口問題研究所
- 25) 小塩 隆士『社会保障の経済学[第 3 版]』,日本評論社,2005 年
- 26) 大島誠・石田和之(2011)「自治体病院の経営に他会計繰入金や政策医療が与える影響に
ついてのパネルデータ分析」『徳島大学社会科学研究所』第 24 号
- 27) 大住 莊四郎『ニュー・パブリックマネジメントー理念・ビジョン・戦略ー』日本評論社,1999 年
- 28) 大平 浩二(2009)『ステークホルダーの経営学:開かれた社会の到来』,中央経済社.
- 29) 小山田 恵(2003)「自治体病院におけるコスト管理の問題点」『病院』Vol.62(8),医学書院
- 30) 小山田 恵(2006)「自治体病院の役割と改革」『都市問題』Vol.97No.2, 東京市政調査会
- 31) 瀬口 浩一(2011)「地方公営企業の効率性に関する研究ーIV自治体病院の効率性」『関
西社会経済研究所資料』,関西社会経済研究所
- 32) 貝塚 啓明『財政学』,東京大学出版会,2003 年
- 33) 上總 康行『管理会計論』,新世社,1993 年
- 34) 上總 康行(1999)「戦略的計画設定と予算管理との結合ー戦略的管理会計論に関する一
考察ー」『経済論叢』第 164 巻第 6 号
- 35) 兼松大和、山田真介、箱田旭美、村田瑞香、谷岡英樹、川端康之、向井誠、濱中和彦
(2010)「BSC が収支に与えた影響についての比較検討」『医療バランスト・スコアカード研究』
第 7 巻第 1 号,pp125-127.
- 36) 河口 洋行『医療の効率性測定-その手法と問題点』,勁草書房,2008 年
- 37) 河合隆治、乙政佐吉(2007)「バランスト・スコアカードによる業績連動型報酬制度の運用」『企
業会計』,59(4)

- 38) 河口 弘雄『NPO の実践経営学』,同友館, 2001 年
- 39) 川渕 孝一『これからの医療マネジメント』,医学書院,1993 年
- 40) 川渕 孝一『進化する病院マネジメント』,医学書院,2004 年
- 41) 木佐貫篤、瀬尾利加子、中山和則(2006)「連携実務者が語る連携室の現実とこれから」『連携医療』3 号,pp77-79
- 42) 熊谷 成将(2007)「公立病院に対する繰入金と医療サービスの水平性公平性」『医療経済研究』Vol.19 No.1,医療経済研究機構
- 43) 郡司 篤晃「医療の質とは何か」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所, 1998 年
- 44) 小林 健吾「差額利益分析と期間損益」『青山経営論集』第 30 巻第 2 号,1995 年
- 45) 小林 哲夫(2000)「BSC と戦略的マネジメント」『會計』第 158 巻第 5 号
- 46) 小林 利彦(2007)「大学病院における地域連携室の役割」『日本医療マネジメント学会誌』8 号第 2 巻,
- 47) 小林 啓孝(1998)「管理会計変貌の視点」『會計』第 153 巻第 3 号, p336-339
- 48) 小林 陽太郎(2005)「経済教室・会社とは何か〈中〉新たな「公共」の一翼担え」,2005 年 8 月 30,日本経済新聞
- 49) 齋藤 貴生(2009)「公立病院経営改革の経験からー全適は医療の公共性と経済性の両立に最適」『病院』Vol.68.No.3,医学書院
- 50) 齋藤 貴生「自治体病院の経営改革ー原則と実践ー」『九州大学出版会』,2012 年
- 51) 坂本眞一郎、安西将也(1990)「自治体病院の経営収支に影響を与える要因の分析ー都道府県立病院と一部事務組合立病院に注目してー」『病院管理』第 27 巻第 4 号
- 52) 櫻井 通晴「経営計画と企業予算」佐藤精一編『現代管理会計の展開』,中央経済社,1986 年
- 53) 櫻井 通晴『企業価値を創造する 3 つのツール EVA・ABC・BSC』,中央経済社,2002 年
- 54) 櫻井 通晴「BSC による経営戦略の実行と評価」『技法 第 82 号』日本ユニシス,2004 年
- 55) 櫻井 通晴『バランスト・スコアカードー理論とケース・スタディ戦略的マネジメント・システム』,同文館出版,2008 年
- 56) 櫻井 通晴『管理会計-第四版』,同文館出版,2009 年
- 57) 佐藤 清和(2004)「自治体病院における経営状況の分析ー地方公営企業法の全部適用と経営状況との関連性」『青森公立大学経営経済学研究』10(2),P75-98,青森公立大学

- 58) 佐藤 清和(2007)「自治体病院の採算性評価式－LIM による社会的コストの推定－」『金沢大学経済論集』第 42 号,P63-95,金沢大学
- 59) 佐野 洋史(2007)「公立病院行動と財源補填の目的整合性」『病院管理』Vol.44.No.3,pp.5-15.
- 60) 澤邊 紀生(1999)「会計制度分析への Exit-voice 論の拡張可能性について」『経済学研究』(九州大学)66-4:277-296.13)
- 61) 塩塚 康子(2006)「医療連携の取り組みからみた病院経営管理」『日本医療マネジメント学会誌』7 号第 2 巻,p340-342
- 62) 塩谷 泰一(2007)「共感と感動の医療が求められる自治体病院」『都市問題』Vol.98No.11.P83-92, 東京市政調査会
- 63) 塩谷 泰一(2008)「自治体病院の社会的責任と今後のあり方」『国際文化研修』Vol.60.P14-21, 全国市町村国際文化研修所
- 64) 柴山慎一、正岡幸伸、森沢徹、藤中英雄『実践バランス・スコアカード』,日本経済新聞社,2001 年
- 65) 清水孝、長谷川恵一(1997)「戦略遂行のための経営管理システム-バランス・スコアカードを中心として-」『早稲田商学』,第 374 号
- 66) 清水 孝(1997)「戦略的管理会計への管理会計領域の拡大」『会計』第 152 巻第 2 号
- 67) 志村 正(2005)「予算不用論の背景と論点」『文教大学大学院情報学研究科 IT News Letter』Vol.1,No.1
- 68) 志村正、石田晴美(2009)「パブリック・セクター組織におけるBSCの適用」『文教大学大学院情報学研究科情報学ジャーナル』,Vol.4-(2)
- 69) 鈴木 研一(1997)「病院における原価管理システムの考察－マトリックス組織における部門別チーム別原価管理システムの基本的枠組み－」,大阪大学経済学,第 47 巻 1 号
- 70) 高橋 淑郎『医療経営のバランス・スコアカード－ヘルスケアの質の向上と戦略的病院経営ツール』,生産性出版,2004 年
- 71) 高 巖(2003)『コンプライアンスの知識』,日本経済新聞社
- 72) 高巖、辻義信、Scott.T.Davis、瀬尾隆史、久保田政一『企業の社会的責任』日本規格協会,2003 年
- 73) 高 巖(2004)『CSR 企業価値をどう高めるか』,「日経 CSR プロジェクト」,pp.26(日本経済新聞社,2004 年)

- 74) 武 弘道(1996)「大型自治体病院の経営実態を分析する(第 1 部)500 床以上の中核病院
50 の経営を 8～12 年間フォローして」『病院』Vol.55.No.4, P391-394,医学書院
- 75) 武 弘道「あの人に聴く:病院再建人、医療維新に駆ける」『e - doctor』2006 年
- 76) 田中 滋(1993)『医療政策とヘルスエコノミクス』,日本評論社,1993 年
- 77) 田中 滋(2003)「社会全体の中から見た医療と市場経済」『社会保険旬報』2003
年,pp26-31
- 78) 谷武幸、三矢裕、松尾貴巳(2005)「新須磨病院整形外科における BSC の導入についての
時系列分析:アクション・リサーチとエンピリカルリサーチの統合アプローチ」『原価計算研究』
第 29 巻第 1 号,pp35 - 46.
- 79) 谷本 寛治『CSR 経営』,中央経済社,2004 年
- 80) 塚田 芳久(2009)「BSC による顧客満足度の向上」『全国自治体病院協議会雑誌』,2009
年 1 月号
- 81) 寺本義也、原田保、岡本正耿、水尾順一『経営品質の理論』,生産性出版,2003 年
- 82) 豊山 宗洋(2009)「情報の非対称性とセルフヘルプグループ・病院の協力」,大阪商業大学
論集 5 巻 2 号,pp39～55
- 83) 中尾 麗イザベル(2006)「企業の社会的責任と財務パフォーマンスに関する実証分析」大阪
大学大学院国際公共政策研究科
- 84) 中山 徳良(2003)「パラメトリックな方法とノンパラメトリックな方法による距離関数の比較:日
本の公立病院の例」『医療と社会』Vol.13No.12.P83-95,医療科学研究所
- 85) 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』Vol.14
No.3.P69-79,医療科学研究所
- 86) 西村 周三『現代医療の経済学的分析』,メヂカルフレンド社,1977 年
- 87) 二木 立『保健・医療・福祉複合体(全国調査と将来予測)』,医学書院,1999 年
- 88) 二木 立『医療経済・政策学の視点と研究方法』,勁草書房,2006 年
- 89) 二木 立『医療改革と財源選択』,勁草書房,2009 年
- 90) 西田 在賢『マネジドケア医療革命:民活重視の医療保険改革』日本経済新聞社、1999 年
- 91) 西田 在賢『新時代に生きる医療保険制度-持続への改革論-』,薬事日報社,2004 年
- 92) 西田 在賢『ソーシャルビジネスとしての医療経営学』,薬事日報社,2011 年
- 93) 野中郁次郎、竹内弘高著、梅本勝博訳『知識創造企業』,東洋経済新報社,1996 年
- 94) 羽田 明浩(2010)「バランスト・スコアカード(BSC)の導入効果～BSC 導入 F 病院の職員

アンケート調査のケーススタディ〜」,立教ビジネスレビュー3 巻

- 95) 野竿 拓哉(2007)「地方公営病院におけるインセンティブ問題－DEA による非効率性の計測及びその要因の計量経済分析とともに－」『会計検査研究』No.35,P117-128.
- 96) 長谷川 恵一「バランスト・スコアカードと予算管理」『會計』, 第 161 巻第 5 号, 2002 年
- 97) 長谷川恵一、清水孝(2001)「バランスト・スコアカード経営における戦略マップの意義」『企業会計』53 巻 2 号
- 98) 羽田 明浩「企業価値向上ツールとしてのバランスト・スコアカード」『企業価値創造の経営』学文社,2007 年
- 99) 羽田 明浩「バランスト・スコアカード(BSC)の導入効果－BSC 導入 F 病院の職員アンケート調査のケース・スタディ」,『立教ビジネスレビュー』3 巻,pp.136-146,2010 年
- 100) 林 攝子(2004),「戦略コミュニケーションツールとしてのバランスト・スコアカード」『企業会計』Vol.56,No.4
- 101) 久 道茂『病院経営ことはじめ』,医学書院,2004 年
- 102) 福田 哲也(2011)「非営利組織体における業績評価の課題」関東学院大学『経済系』第 248 集
- 103) 藤永 弘(2010a)「会計学を学ぶ－会計学を学ぶと何がみえるか－」倉田三郎、藤永弘編著「現代会計学入門新訂版」『同文館出版』,2010 年
- 104) 藤永 弘(2010b)「経営と会計」片岡信之、佐々木恒男、藤永弘他編著「アドバンス経営学」『中央経済社』,2010 年
- 105) 堀 真奈美(2007)「医療供給体制における自治体病院のあり方」『会計検査研究』第 36 号,pp61-76,会計検査院
- 106) 真野 脩(1971)「業績評価と企業成長」『北海道大學經濟學研究』第 21 巻号,Vol.21,No.3
- 107) 丸田 起大.2003「原価企画と原価改善のフィードフォワード構造」『原価計算研究』(日本原価計算研究学会)27-1:28-38.22)
- 108) 丸田 起大(2003)「戦略管理会計のフィードフォワード構造:ダブルループ・フィードバックとフィードフォワード」北海道大学經濟學研究 53-3,
- 109) 丸田 起大『フィードフォワード・コントロールと管理会計』同文館出版,2005 年。
- 110) 溝田健一、池本久利(2008)「非営利組織における戦略的マネジメント手法導入に係る一考察－ボトムアップ型手法によるバランス・スコアカード構築の可能性と課題－」『日本環境

衛生センター所報 No.35』

- 111) 水尾順一、清水正道、蟻生俊夫編著『やさしい CSR イニシアティブ:取り組みガイドと 53 事例』日本規格協会,2007 年
- 112) 水越 康介(2008)「病院管理フォーラム病院のブランド・マネジメント」『病院』第 67 巻第 7 号, pp.642-644
- 113) 水村 典弘(2004)『現代企業とステークホルダー:ステークホルダー型企業モデルの新構想』, 文真堂
- 114) 水村 典弘(2008)『ビジネスと倫理:ステークホルダー・マネジメントと価値創造』,文真堂 76) 溝口 一雄『原価計算入門』税務計理協会,1990 年
- 115) 三谷 嘉章(2006)「バランス・スコアカードによる医療連携室の戦略構築」『Clinician』 554 号, p1155-1162
- 116) 森川 正之(2010)『病院の生産性ー地域パネルデータによる分析』,経済産業研究所 RIETI ディスカッション・ペーパー10-J-041』
- 117) 森沢徹、黒崎浩(2003)「バランス・スコアカードを活用した経営管理システム改革」,知的資産創造(野村総合研究所)
- 118) 安酸建二、乙政佐吉、福田直樹(2008)「非財務指標研究の回顧と展望」国民経済雑誌,198(1):79-94
- 119) 山口 直也(2010)「広域自治体病院における BSC (Balanced Scorecard) の導入ー新潟県立病院のケースー」,会計検査研究,No.42
- 120) 山下 耕治(2003)「地方公共サービスの非効率性と財源補填ー地方公営企業に対するソフトな予算制約問題の検証」『日本経済研究』No.47,pp.118-133.
- 121) 山田潤、中川亜希、柳農浩右(2010)「SC 導入が大型クリニックの経営に与えた影響について」『医療バランス・スコアカード研究』第 7 巻第 1 号,pp139-140.
- 122) 山本友太、平井孝治(2006)「公益から見た病院経営の現状ー公的病院の赤字経営を中心としてー」,立命館経営学第 45 巻第 1 号
- 123) 吉村 裕之(2006)「三重県の行政システムはどう変化したか」『三重中京大学地域社会研究所叢書 7』,pp.131-133.
- 124) 渡邊 直人(2009)「バランス・スコアカードが戦略意識および内発的動機づけとの関係性に及ぼす効果ーわが国病院を対象とした定量分析ー」『原価計算研究』第 33 巻第 2 号,pp.14 - 23.

- 125) 札幌市バランス・スコアカード研究会(2001)「戦略的総合マネジメント・システム構築に関する研究報告書～バランス・スコアカードによる経営管理システムの統合と向上を目指して～」
- 126) 総務省(2007)『公立病院改革ガイドライン』
- 127) 総務省(2008)『公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書』
- 128) 総務省(2009)『公立病院経営改善事例等調査・研究事業の実施』
- 129) 総務省(2009)『地方公営企業会計制度等研究会報告書(案)』
- 130) 厚生労働省大臣官房統計情報部『医療施設(動態)調査(2012年度)』
厚生労働省統計情報部ホームページ:
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m12/is1202.html>
- 131) 総務省自治財政局編「地方公営企業年鑑(2003年～2012年度)第51～60集, 総務省自治財政局ホームページ(地方公営企業決算):
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei_kessan.html
- 132) 全国自治体病院開設者協議会調査資料『Ⅱ. 指定医療機関等における自治体病院の割合』,全国自治体病院開設者協議会調査資料ホームページ:
<http://www.jmha.or.jp/conf/activity/activity15.html>
- 133) 一般社団法人全国公私病院連盟調査報告『2011年病院運営実態分析調査の概要(2011年6月調査)』, 全国公私病院連盟調査報告ホームページ:
<http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/cyosa.htm>
- 134) 『地方債統計年報第9号～35号(昭和63年～平成25年度版)』,一般財団法人地方債協会
- 135) 自治体病院経営研究会編(2009)「自治体病院経営ハンドブック〈第16次改訂版〉(2010年)」,ぎょうせい
- 136) 『読売新聞』(2012年2月14日)朝刊 野辺地病院最悪の赤字
- 137) Alfred.D.Chandler,Jr(1962)「Strategy and Structure : Chapters in the History of the American Industrial Enterprise」,The M.I.T.Press(有賀裕子翻訳『組織は戦略に従う』ダイヤモンド社),2004年)
- 138) Alfred.D.Chandler,Jr(1990)「Scale and Scope : The Dynamics of Industrial Capitalism」,Harvard University Press(安部悦生、川辺信雄、工藤章、西牟田裕二、日高千影、山口一臣翻訳『スケールアンドスコープー経営力発展の国際比較』,有斐閣,1993年)

- 139) Alfred.D.Chandler,Jr (1992)「History and Management Practice and Thought」
『In Arthur G.Bedeian (ed),Management Laureates:A Collection of
Autobiographical Essays(Volume 1),Greenwich,Connecticut: JAI Press inc
- 140) Avedis Donabedian (1966)「Evaluating the quality of medical care」,Milbank
Memorial Fund Quarterly,44,pp166-206
- 141) Avedis Donabedian (1980)「Explorations in Quality Assessment and Monitoring
Volume I (Michigan:Health Administration Press)(東尚弘訳『医療の質の定義と評
価方法』,健康医療評価研究機構,2007 年)
- 142) R.D.Banker and G. Potter and D. Srinivasan (2000)「An Empirical Investigation
of an Incentive Plan that Includes Nonfinancial Performance
Measures」,Accounting Review,Vol.75,No.1,pp.65-92
- 143) Davis,S. and T.Albright (2004)「An Investigation of the Effect of Balanced
Scorecard Implementation on Financial Performance」,Management Accounting
Research,Vol.15,Issue2,pp.135-153.
- 144) Eliot Freidson (1970)「Professional Dominance:The Social Structure of Medical
Care」,Atherton Press(進藤雄三、宝月誠翻訳『医療と専門家支配』,恒星社厚生
閣,1992 年)
- 145) R.Edward.Freeman (1984)「Strategic Management－A Stakeholder Approach
－」,Boston: Pitman Publishing
- 146) Milton.Friedman (1982)「Capitalism and Freedom」,University of Chicago Press
- 147) Gary Hamel and C.K.Prahalad (1995) (一条和生翻訳『コア・コンピタンス経営-大競争
時代を勝ち抜く戦略』,日本経済新聞社,1995 年)
- 148) H.Igor.Ansoff, (1979)「Strategic Management」,Palgrave Macmillan(中村元一、田
中英之、青木孝一、崔大龍翻訳『経営戦略論』,中央経済社,2007 年)
- 149) H.A.Simon (1997)「Administrative Behavior」,The Free Press(松田武彦、高柳暁、
二村敏子翻訳『経営行動』,ダイヤモンド社,1989 年)
- 150) H.A.Simon and P.W.Smithburg and V.A.Thompson (1950)「Public
Administration」, Transaction Publishers
- 151) Henry.Mintzberg and B.Ahlstrnd and J.Lampel (1998)「Strategy Safari:A
Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management」,The Free Press.

- (木村充・奥澤朋美・山口あけも訳『戦略サファリー戦略マネジメント・ガイドブック』東洋経済新報社,1999 年)
- 152) J.Brugmann and C.K.Prahalad(2007)「Cocreating business's new social compact」. Harvard Business Review, 85 (2), pp.80-90, 156(鈴木泰雄訳(2008)Diamond ハーバード・ビジネス・レビュー,2008 年 1 月号「企業と NGO の共創モデル」pp.64-78).
 - 153) James.C.Collins and Jerry.I.Porras(1995)「Built to Last」(山岡洋一翻訳『ビジョナリー・カンパニー時代を超える生存の原則-』,日経 BP 社,1995 年)
 - 154) Jay B. Barney(2001)岡田正大監訳久保恵美子訳「リソース・ベースド・ビュー」,ハーバード・ビジネス・レビュー第 5 号
 - 155) Jay B. Barney(2003)(岡田正大翻訳『企業戦略論【上】基本編-競争優位の構築と持続-』,ダイヤモンド社,2003 年
 - 156) Kotter,John P. (1990). A Force for Change: How Leadership Differs From Management. New York: Free Press. (梅津祐良訳『変革するリーダーシップ——競争勝利の推進者たち』ダイヤモンド社、1991)
 - 157) Kotter, John P. 『Leading Change』(梅津祐良翻訳『企業変革力』,日経 BP 社,2002 年)
 - 158) Lester M.Salamon(1992)「America'sNonprofit Sector, The Foundation Center」入山映翻訳,『米国の「非営利セクター」入門』,ダイヤモンド社, 1994 年
 - 159) Michael.E.Porter(1985)「Competitive advantage: creating and sustaining superior performance」,Free Press(土岐坤、中辻萬治、小野寺武夫翻訳『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,1985 年
 - 160) Michael.E.Porter and M.R.Kramer(2002)「The competitive advantage of Corporate philanthropy」,Harvard Business Review,80(1),pp.256-268,DIAMOND (ハーバード・ビジネス・レビュー「競争優位のフィランソピー」2003 年 3 月号,pp24-43).
 - 161) Michael.E.Porter and Elizabeth.O.Teisberg(2006)「Redefining Health Care-Creating Value-Based Competition on Results」,Harvard Business School Press(山本雄士翻訳『医療戦略の本質-価値を向上させる競争-』,日経 BP 社,2009 年)
 - 162) Michael.E.Porter and M.R.Kramer(2006)「Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility」,Harvard Business Review,84(12)pp.78-92,163(村井裕訳「競争優位の CSR 戦略」DIAMOND ハーバー

ド・ビジネス・レビュー,2008 年 1 月号,pp36-52)

- 163) Michael.E.Porter and M.R.Kramer(2011)「Creating Shared Value」,Harvard Business Review,2011,January-Februarypp.2-17(編集部訳『共通価値の戦略』DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー,2011 年,pp.8-31)
- 164) Neely A, Kennerley M and V Martinez(2004)「Does the balanced scorecard work:an empirical investigation」,in Neely,A,Kennerly, M., Waters, A.(Eds),Performance Measurement and Management : Public and Private,Centre for Business Performance, Cranfield University,Cranfield,pp.763 - 770.
- 165) P.F.Drucker(1954)「The Practice of Management」,Harper & Row「The Practice of Management(2006)」,Harper Business;Reissue
- 166) P.F.Drucker(1989)「What Business Can. Learn from Nonprofits」,Harvard Business Review
- 167) P.F.Drucker(1991)「Managing the Nonprofit Organization」(上田惇生,田代正美訳『非営利組織の経営-原理と実践-』,ダイヤモンド社,1991 年)
- 168) P.F.Drucker and Gary.J.Stern(1998)「The Drucker Foundation Self-Assessment Tool: Participant Workbook, (Revised Edition)」,Jossey-Bass(田中弥生監訳「非営利組織の成果重視マネジメント-NPO・行政・公益法人のための「自己評価手法」-」,ダイヤモンド社,2000 年)
- 169) P.F.Drucker(2000)「The Essential Drucker on Management」(上田惇生編訳『チェンジ・リーダーの条件』ダイヤモンド社,2000 年)
- 170) P.F.Drucker(2001)「Management」(上田惇生翻訳「マネジメント【エッセンシャル版】-基本と原則-」,ダイヤモンド社,2001 年)
- 171) P.F.Drucker(2003)「Drucker Saying50n Manegement,Published by arrangement directlywith the author, Through Tuttle-Mori Agency, Inc.,Tokyo(上田惇生編訳(2003 年)『経営の哲学』ダイヤモンド社)」
- 172) Robert King Merton (1957)「Social Theory and Social Structure.3rd ed. Free Press」(ロバート・K・マートン(著)、森東吾、森好夫、金沢実、中島竜太郎(共訳)『社会理論と社会構造』,みすず書房,1961 年)
- 173) R.N.Anthony (1965) 「Planning and Control Systems: A Framework for

- Analysis」,Harvard University, Division of Research (高橋吉之助翻訳『経営管理システム 14 の基礎』,ダイヤモンド社,1968 年)
- 174) R.N.Anthony and G.A. Welsch (1974)「Fundamentals of Management Accounting, Homewood, 111, RichardD. Irwin
- 175) Robert.S. Kaplan, David.P.Norton (1992)「The balanced scorecard: measures that drive performance」,Harvard Business Review79(本田桂子翻訳「新しい経営指標 バランスド・スコアカード」DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー」第 17 巻第 3 号,1992 年)
- 176) Robert.S.Kaplan and David.P.Norton(1993)「Putting the Balanced Scorecard to Work」, Harvard Business Review
- 177) Robert.S. Kaplan and David.P.Norton(1993) (吉川武男翻訳『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,1993 年)
- 178) Robert.S. Kaplan and David.P.Norton(1996)「Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System」, Harvard Business Review(鈴木一功翻訳「バランス・スコアカードによる戦略的マネジメントの構築」DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー」第 22 巻第 2 号, 1997 年)
- 179) Robert.S. Kaplan and David.P.Norton(1996)「Translating Strategy into Action」, Harvard Business Review(吉川武男翻訳『バランス・スコアカード』,生産性出版,2011 年)
- 180) Robert.S.Kaplan and R.Cooper(1998)「Cost&Effect」,Harvard Business School Press Boston,(櫻井通晴翻訳『コスト戦略と業績管理の統合システム』,ダイヤモンド社,1998 年)
- 181) Robert.S.Kaplan (1999)「The Balanced Scorecard for Public Sector Organizations」,Balanced Scorecard Report (article reprint No.B9911C)
- 182) Robert.S.Kaplan and David.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『キャプランとノートンの戦略 バランスド・スコアカード』,東洋経済新報社,2001 年)
- 183) Robert.S.Kaplan, Syeda Noorein Inamdar (2002),「Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider Organization」of JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT May/June 2002, No.43, P3

- 184) Robert.S.Kaplan and David.P.Norton(2004)「Strategy Maps. Harvard Business School Press(櫻井通晴・長谷川恵一他監訳『戦略マップ』,ランダムハウス講談社,2005年).
- 185) Robert.S.Kaplan and David.P.Norton (2006a)「How to Implement a New Strategy without Disrupting Your Organization」,Harvard Business Review(有賀裕子翻訳『戦略テーマ』BSCの新ツールー大規模な組織改編は必要ないー」DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー,2006年)
- 186) Robert.S.Kaplan and David.P.Norton (2006b)「Alignment」,Harvard Business School Press(櫻井通晴、伊藤和憲監訳『BSCによるシナジー戦略』ランダムハウス講談社,2007年)
- 187) Robert.S.Kaplan and Steven.R.Anderson(2007)「Time-Driven Activity-Based Costing」,前田貞芳、久保田敬一、海老原崇翻訳『戦略的収益費用マネジメント』,マグロウヒルエデュケーション,2008年
- 188) Robert.S.Kaplan (2010)「Managing Alliances with the Balanced Scorecard」,Harvard Business Review(スコフィールド素子翻訳『戦略的提携実現するバランス・スコアカード』, DAIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー,2010年)
- 189) Ronald Dore(2006)『誰のための会社にするか』,岩波新書
- 190) Simmonds, K. 1981a. The Fundamentals of Strategic Management Accounting. London, UK, TheInstitute of Cost and Management Accountants.
- 191) Simmonds, K. 1981b.“Strategic Management Accounting,” Management Accounting (ICMA),59(4): 2629.
- 192) Simmonds, K. 1982. “Strategic Management Accounting for Pricing: A Case Example,”Accounting and Business Research, 12(47): 206214.
- 193) Simmonds, K. 1983. “Strategic Management Accounting,” in: D. Fanning, ed., Handbook of Management Accounting. Aldershot, Hants, UK, Gower Publishing Company Ltd.: 2548.
- 194) Simmonds, K. 1985.“How to Compete,” Management Today, 3943, and 84.
- 195) Simmonds, K. 1986.“The Accounting Assessment of Competitive Position,” European Journal of Marketing, 20(1): 1631.
- 196) Simmonds, K. 1988. “Strategic Management Accounting,” in: R. Cowe, ed.,

Handbook of Management Accounting, 2nd edition. Aldershot, Hants, UK, Gower Publishing Company Ltd.: 1436

- 197) Simons, R. (1991). Strategic orientation and top management attention to control systems. *Strategic Management Journal*, 12 (1), 49-62.
- 198) Simons, R. (1995). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal..* Harvard Business School Press. (中村元一・黒田哲彦・浦島史恵訳『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, 1998年)
- 199) Simons, R. (2000). *Performance measurement & control systems for implementing strategy.* Prentice Hall (伊藤邦雄監訳『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, 2003年)
- 200) Simons, R. (2010). Stress-test your strategy: The 7 questions to ask. *Harvard Business Review*, 88 (11), 93-100.
- 201) Thomas.H.Johnson and Robert.S.Kaplan(1987)「Relevance Lost:The Rise and Fall of Management Accounting」,Harvard Business School press (鳥居宏史翻訳『レバンス・ロスト』,白桃書房,1992年)

謝辞

本論文は、青森公立大学大学院経営経済学研究科博士後期課程において、主査の藤永弘教授、副査の遠藤哲哉教授、池田享誉准教授のご指導の下で研究成果をまとめたものです。

この間藤永弘教授には、わがままな筆者の研究内容にもかかわらず暖かく見守っていただき、論文のとりまとめに至るまで、ご指導ご鞭撻を賜りました。心より厚く御礼申し上げます。主査、副査の先生方より、時に応じて厳しくご指導頂いたこと、また励まして下さったことを通して、筆者自身の至らなさを実感することができたことは今後の糧になるものであります。

また、博士後期課程への進学、及び研究全般のフレームワークに関して多大なるご支援、ご指導を賜りました前青森公立大学学長佐々木恒男教授、更に統計学について全くの門外漢であった筆者に統計学の基礎的研究から広範な統計的見識についての貴重なご教示、ご助言を頂きました村尾博教授には感謝に堪えません。

本研究は、学外の多くの方々のご協力なくしては完稿できませんでした。第4章は、日本経営実務研究学会、並びに日本医療経営学会に投稿し、掲載された論文をもとに改稿したのですが、「経営実務研究」、並びに「日本医療経営学会誌」では複数の査読者から有益なコメントを頂きました。また、第3章、第4章では、全国自治体病院の財務担当者の方々より財務諸表を初め多くのデータをご提供頂き、第5章では、東京都病院経営本部、公立能登総合病院、国保旭中央病院のBSC担当者の方々よりBSCデータの提供と様々なご協力を頂きました。ここに記して、感謝の意を表します。

最後に、本研究の遂行にあたってご協力を賜りながらもここにお名前を記すことが出来なかった青森公立大学の諸先生方、並びに筆者を支えてくれた先輩、同期の皆様へ深い感謝の意を表して謝辞と致します。本当にありがとうございました。

表1. BSCと他の評価システムとの比較

比較項目		BSC		事業評価システム (事務事業評価)		ベンチマーク (政策評価)	
特徴	評価対象	各部局の政策・施策、組織		各課の事務事業		自治体全体の政策・施策	
	主たる評価主体	局長、部長(プロジェクトチーム)		事務事業の実施担当課		住民又はその代表から構成する委員会等	
	評価指標	4つの視点		インプット、アウトプット、アウトカム		アウトカム(一部アウトプット)	
	指標の性質	過去・現在・未来、外部・内部、財務・非財務の視点をバランス		インプット、アウトプット、アウトカム		住民の成果に直結、社会的	
	主たる評価のフィードバック先	予算、計画及び執行プロセス		予算及び執行プロセス		計画、予算	
評価の視点	成果の因果関係	◎	成果の因果関係が論理的	○	活動と業績が密接	×	成果の因果関係が不明
	戦略的マネジメント	○	ビジョンが明確で、職員・市民に共有性あり	×	評価対象へのビジョンが反映しづらい	×	マネジメントとの関係が希薄
	政策形成	◎	ビジョンが明確で、職員・市民が共有、政策形成活用に適する	×	大局的な判断に適しない	○	住民の関心、ニーズが明白
	予算の反映	○	目標へのアプローチが明確で、予算にリンクしやすい	○	活動内容と予算が密接	×	政策の優先性など大局的には反映するが事業にはしづらい
	情報公開	○	4つの視点で分りやすい	×	評価対象のなじみが薄いため、分りづらい	◎	指標が分りやすい
	品質管理	◎	成果の因果関係が論理的で改善方策検討に適する	○	活動内容と業績が密接、組織全体の品質には不適	×	品質管理に不適
	他の仕組みとの親和性	○	システムの運用範囲が広く、他のシステムとの連携に適する	○	データが詳細、他システムへ適用可	×	単独運用例が多い
	システムの運用	×	システムが複雑で、運用に手間あり	○	形態が一般化、運用が効率的	○	仕組みが単純、指標設定後は運用が容易

※ ◎:大変有効である ○:有効である ×:有効でない

表2. 札幌市児童家庭部のBSCイメージ

組織名称	児童家庭部				
組織ビジョン	安心して子供を生み育てられる環境づくり				
区 分	目 標	指 標	現状値	目標	方 策
顧客の視点 ※顧客にどのようなサービスを提供すべきか	○保育基盤の充実	○待機児童数			○保育所の新・改築の推進
	○延長保育によるサービスの充実	○延長保育実施園率			○延長・一時・休日保育乳幼児健康支援サービス ○トワイライトステイの実施
	○子育て不安の解消	○事業参加者数			○地域交流の推進 ○子育てリーダーの育成 ○支援ネットワークの形成
	○家庭と地域における児童・青少年の健全育成	○児童会館利用率 ○補導件数			○児童会館等でのサービスの充実 ○子供プラザ ○児童家庭支援センター設置
財務の視点 ※財源をうまく活用しているか	○財政基盤強化への貢献	○部関連市債残高			○固定費率 ○事務事業統廃合進捗率 ○事務事業の統廃合
	○費用負担の適正化	○保育単価 ○補助率			○保育単価の見直し
内部プロセスの視点 ※顧客満足度向上、財源活用を効果的に進められるか	○業務の効率化	○外部委託率 ○目標未達成事務事業数			○外部委託の推進 ○既存業務の統廃合 ○共通内部事務の統一的な処理
	○組織の適正化	○計画人員配置率			○保育園栄養士配置基準の見直し ○母子相談業務体制の見直し ○保育センター育児相談事業と乳幼児健全育成相談事業の統合
	○市民参加・市民との協働の推進	○ボランティア登録者数			○ボランティア登録システムの機能充実 ○子育てボランティアとの協働を前提とした業務プロセスの構築
	○情報化の推進	○電子申請化事業数			○各種申込みの電子化 ○子育て電子掲示板の開設等インターネットの活用
学習と成長の視点 ※改革の取組を継続できるか	○担当職員のモチベーション向上 ○業務を行いやすい環境の創出 ○ITリテラシーの向上	○職員満足度 ○資格取得者数 ○研修参加者数			○ベストプラクティス表彰制度の創設 ○資格取得の促進 ○パソコン1人1台体制の実現 ○職員IT研修の実施

出典：札幌市BSC研究会(2001)「戦略的総合マネジメント・システム構築に関する研究報告書～BSCによる経営管理システムの統合と向上を目指して～」より作成

表3. 札幌市緑化推進部のBSCイメージ

組織名称	緑化推進部				
組織ビジョン	市民とともにみどりを守り、育て、増やし、人とみどりが輝くまちづくり				

区 分	目 標	指 標	現状値	目標	方 策
顧客の視点 ※顧客にどのようなサービスを提供すべきか	○市民によるみどりづくりの支援 ○みどりの大切さの普及啓発	○参加者数 ○緑化活動に関する相談件数			○自然歩道事業、市民植樹祭事業の継続 ○パークセンターの実現 ○インターネットを活用した情報発信 ○講習会の開催
	○自然緑地の保全と活用	○緑被面積			○市民の森事業の推進 ○都市環境緑地事業の推進 ○緑地保全地区指定の拡大
	○質的向上を目指した都市緑化の推進	○都市公園面積 ○緑視率			○都市公園整備 ○緑の協定制度の推進 ○道路緑化、歩道美化の推進
財務の視点 ※財源をうまく活用しているか	○財政基盤強化への貢献	○部関連市債残高 ○都市緑化基金運用益 ○公園面積当たり維持管理費 ○基金残高			○事務事業の統廃合 ○募金・寄付の奨励 ○維持管理費の抑制・削減 ○施設LCAの導入
	○費用負担の適正化	○施設使用			○公園駐車場有料化
	○委託の適正化	○委託単価			○委託単価の見直し
内部プロセスの視点 ※顧客満足度向上、財源活用を効果的に進められるか	○市民参加・市民との協働の推進	○町内会公園管理率 ○ボランティア登録数			○受け皿の多様化(母親の会、愛好家、NPO等) ○市民参加の促進(保険、報償費、権限委譲) ○公園管理におけるPIの推進
	○業務の効率	○外部委託率			○外部委託の推進
	○組織の適正化	○計画人員配置率			○組織の再編成
	○情報化の推進	○システム利用者数			○スポーツ施設予約システムの充実
学習と成長の視点 ※改革の取組を継続できるか	○担当職員のモチベーションの向上 ○業務を行いやすい環境の創出 ○ITリテラシーの向上	○職員満足度 ○業務改革提案数 ○研修参加者数			○技術講習会における発表会 ○職員IT研修の実施

出典：札幌市BSC研究会(2001)「戦略的総合マネジメント・システム構築に関する研究報告書～BSCによる経営管理システムの統合と向上を目指して～」より作成

表4. 札幌市都市経営BSCモデル

組織名称	札幌市役所
組織ミッション	○個人が生活者として豊かな社会生活を送ることができる地域社会を構築していくために、政策を企画し、資金を運営体に提供し、その業績を監視する機関
組織ビジョン	○市民一人ひとりの暮らしの充実とそれを支えるまちづくり ○環境と調和した活力と創造性に富んだまちづくり

区 分	目 標	指 標	現状値	目標	方 策
顧客の視点 ※顧客にどのようなサービスを提供すべきか	○経済の活性化	○市内総生産 ○市民1人当たりの所得	69,628億円 3,073千円	71,020億円 3,165千円	○コミュニティ・ビジネスの推進 ○集客交流産業の振興 ○新札幌型産業の育成・振興 ○産業の高度化や販路拡大支援
	○教育の充実	○不登校児童生徒率 ○補導及び注意件数	0.879% 11,622	0.650% 5,500	○学校、家庭、地域の連携 ○主体的な活動を通じた学習への支援 ○学校教育の充実
	○少子・高齢社会に対応した地域福祉の推進	○合計特殊出生率 ○満足度	1.11 —	1.11 —	○介護保険の円滑な導入 ○少子化対策の推進 ○福祉のまちづくりの推進 ○市民の自主的な取り組みの支援 ○多様なサービスの提供
	○環境の保全	○二酸化炭素排出量	3,517kt	3,000kt	○廃棄物の少ない資源循環型都市の実現 ○健康的で安心できる生活環境の確保 ○地球環境保全への取り組み
財務の視点 ※財源をうまく活用しているか	○自立的な財政運営	○市税収入率	92.30%	97%	○市税収納の強化 ○資金調達ルートの多様化 ○財政基盤の強化
	○弾力的、自由度のある財政運営	○財政力指数 ○経常収支比率 ○起債制限比率	0.658 83.2% 10.8%	0.700 80.0% 8.0%	○義務的経費の抑制 ○費用負担の適正化
	○効率的な財政運営	○平均運用利率	0.76%	1.50%	○財産の適切な管理・活用 ○基金の適正な管理・活用
内部プロセスの視点 ※顧客満足度向上、財源活用を効果的に進められるか	○事業活動における環境配慮の継続的改善	○廃棄物量	3,134t	2,820t	○ISO14001認証取得
	○市民・企業とのパートナーシップの推進	○NPO登録団体数 ○情報公開率	405 99.4%	500 100.0%	○意識の醸成と環境整備 ○積極的な情報提供 ○行政評価システムの構築 ○パブリックコメントの構築
	○効率的な業務プロセスの採用	○管理職ポスト数 ○外部委託率	860 64.5%	430 85.0%	○機動的かつ意思決定の速い組織体制の整備 ○民営化、外部委託及びPFIの推進 ○マーケティング機能の充実
	○情報化の推進	○パソコン導入率 ○イントラネット接続率	26.5% 17.6%	100.0% 100.0%	○1人1台PC体制、全PCイントラネット接続
学習と成長の視点 ※改革の取組を継続できるか	○分権時代における職員育成	○研修受講者率	25.40%	40.00%	○多様な職員採用制度 ○戦略構築力、リーダーシップ能力向上のための経営者教育の推進 ○職員の政策形成能力の向上 ○政策研究機能の充実 ○ITリテラシー向上
	○職員のモチベーションの向上	○職員満足度	—	—	○快適かつ安全な職場環境の整備 ○多様化する職員ニーズに対応した勤務体制の整備 ○業績評価に基づいた人事給与制度の構築 ○適材適所の人材活用 ○職員提案制度の改善

出典：札幌市BSC研究会（2001）「戦略的総合マネジメント・システム構築に関する研究報告書～BSCによる経営管理システムの統合と向上を目指して～」より作成

表5. 施設及び業務概況年度別推移

項目	年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
病院数		1,002ヶ所	1,006ヶ所	1,007ヶ所	1,003ヶ所	1,000ヶ所	982ヶ所	973ヶ所	957ヶ所	936ヶ所	916ヶ所	883ヶ所	863ヶ所	847ヶ所
病床数		237,226床	238,382床	239,921床	239,489床	238,655床	235,232床	230,573床	227,529床	223,579床	216,135床	206,482床	200,632床	196,124床
外来患者														
年延数(人)		142,642,425	143,540,902	134,898,192	129,917,459	125,128,015	119,637,553	111,941,885	106,316,338	99,904,263	96,138,237	91,982,788	89,394,464	87,765,975
1日平均(人)		568,297	571,876	535,310	511,486	496,540	471,013	440,440	420,413	396,132	384,092	366,883	357,791	349,003
入院患者														
年延数(人)		72,103,150	72,283,778	71,723,539	71,219,948	70,227,469	68,840,687	65,055,319	62,751,948	60,048,109	57,717,536	55,839,988	54,095,256	52,578,441
1日平均(人)		201,405	201,910	199,787	196,198	193,464	189,123	179,080	173,259	165,358	159,497	154,206	150,003	146,083
入院外来患者														
年延数(人)		214,745,575	215,824,680	206,621,731	201,137,407	195,355,484	195,355,484	176,997,204	169,068,286	159,952,372	153,855,773	147,822,776	143,489,720	140,344,416
1日平均(人)		769,702	773,786	735,097	707,684	690,004	690,004	619,520	593,672	561,490	543,589	521,089	507,794	495,087
病床利用率(%)		84.00%	83.50%	82.50%	81.90%	81.10%	80.30%	77.50%	75.50%	73.80%	73.60%	74.80%	74.42%	73.90%
外来入院比率(%)		197.80%	198.60%	188.10%	182.40%	178.20%	173.80%	172.10%	169.40%	166.37%	166.57%	164.70%	165.25%	166.90%

出典：総務省地方公営企業年鑑【第2編統計資料6.病院事業1. 総括表(5)施設及び業務概況】年度別推移：2002年～2011年】より作成

表6. 開設者別にみた施設数及び病床数

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施 設 数	病 床 数	施 設 数	病 床 数	施 設 数
総 数	8,563	1,577,198	100,180	123,947	68,462
国(厚生労働省)	14	5,862	30	-	-
独立行政法人国立病院機構	144	55,398	-	-	-
国立大学法人	48	32,663	129	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13,062	4	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4,376	-	-	-
そ の 他	26	3,937	425	2,237	1
都 道 府 県	216	57,905	243	150	9
市 町 村	671	144,456	3,038	2,493	274
地 方 独 立 行 政 法 人	73	28,546	15	-	1
日 赤	92	36,872	208	19	-
済 生 会	80	22,308	52	10	-
北海道社会事業協会	7	1,862	-	-	-
厚 生 連	110	35,193	68	64	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	51	14,051	2	-	-
厚生年金事業振興団	7	2,795	-	-	-
船員保険会	3	786	7	10	-
健康保険組合及びその連合会	9	1,743	352	10	4
共済組合及びその連合会	46	14,899	182	10	8
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公 益 法 人	373	87,891	812	475	145
医 療 法 人	5,718	853,408	38,054	84,605	11,672
私 立 学 校 法 人	108	54,869	174	107	16
社会福祉法人	187	33,199	8,262	334	29
医 療 生 協	85	14,250	321	249	46
会 社	61	12,671	2,110	31	15
その他の法人	53	11,578	424	213	64
個 人	338	32,298	45,254	32,911	56,176

出典:厚生労働省医療施設動態調査【2013年2月末概数】より作成

表7. 自治体病院における経営形態の種類病院数

地方公営企業法	
全部適用	279
一部適用	670
うち公設民営(指定管理者)	(48)
うちPFI方式	(7)
地方独立行政法人	11
非公務員型	(5)
公務員型	(6)
診療所化	42
民間移譲	25
統合・廃止	19

出典: 社団法人全国自治体病院協議会調べ(2009年現在)より作成

表8. 地方公営企業法における全部適用と一部適用の比較

	全部適用	一部適用
経営責任	財務規定のみではなく、企業管理者の設置や組織、人事労務 い)に関する規定など地方公営企業法の全部を適用	地方公共団体立病院の通常の経営形態。地方公営企業法の財務規定のみ(経営の基本原則、特別会計の設置、経費分担の原則等)を適用
議会の関与	設置等に係る条例制定、年度予算議決、決算認定、料金に関する条例制定	
組織体制に関する権限	設置条例で設置及び経営の基本を定め、その他は事業管理者が企業管理規程で制定	設置条例で設置及び経営の基本を定め、その他は地方公共団体の長が規則等で制定
業務実績評価と公開	任意	任意
予算の執行	単年度予算主義、契約制度の制約、首長が予算案作成	単年度予算主義、契約制度の制約、管理者が予算案作成
医療法上の病院管理者(病院長)	事業管理者が任命する者	地方公共団体の首長が任命する者
職員の採用に関する権限	事業管理者	地方公共団体の首長が任命する者
職員の身分	地方公務員	地方公務員
職員の給与	経営の状況その他の事情等を考慮して、労使交渉を経て決定する。一部適用のときの要件に加え、当該地方公営企業の経営状況その他の事情等を考慮して、企業独自の給料表を設定可(人事委員会勧告の対象外)給与の種類及び基準は条例で決定給与の額及び支給方法等の詳細は、労働協約、企業管理規程等による(条件等は法律及び条例に基づき、労働協議を経て管理者が決定)	人事院勧告を基に、市の決定する給料と同額とする。一般の地方公務員と同様に、給与の額及び支給方法は条例で定められる。(人事委員会勧告の対象)給与は、その職務と責任に応ずるものでなければならない給与は、生計費並びに国及び他の地方公共団体の職員並びに民間事業の従事者の給与その他の事情を考慮して定めなければならない。
職員の任命	事業管理者が任命	地方公共団体の長が任命
一般会計からの繰入	公営企業法に基づき、負担金、補助金として繰入可能	地方公務員(職員団体の結成可、当局と職員団体との協定締結可。但し、法的拘束力はない。
労働組合	団結権、団体交渉権は認められるが、争議権は認められない	地方公務員(職員団体の結成可
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・経営責任が明確になる ・機動性、迅速性の発揮 ・自立性の拡大 ・職員の経営意識の向上 ・業績に応じた給与体系の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・行政施策が反映しやすい ・人事院勧告どおりの人事管理が可能
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・経営状況悪化に伴う給料減少に対する職員の不安増 ・労務管理の負担が増大 	<ul style="list-style-type: none"> ・経営責任が不明確 ・職員の意識、危機感の欠如

表9. 経営形態別(法適用別、指定管理者・直営別)損益計算書

法適用別(条例全部・当然財務別)

(単位:千円)

項目	規模	条例全部	当然財務	計
1. 総収益		2,244,165,936	1,691,849,431	3,936,015,367
(1) 経常収益		2,230,017,592	1,681,273,798	3,911,291,390
(ア) 医業収益		1,971,258,266	1,461,596,599	3,432,854,865
ア 入院収益		1,312,734,198	925,675,282	2,238,409,480
イ 外来収益		534,689,682	435,561,464	970,251,146
ウ その他医業収益		123,834,386	100,359,853	224,194,239
他会計負担金		63,837,300	50,566,225	114,403,525
室料差額収益		18,247,646	14,307,605	32,555,251
公衆衛生活動収益		11,019,286	12,329,272	23,348,558
医療相談収益		8,774,028	8,045,947	16,819,975
その他		21,956,126	15,110,804	37,066,930
(イ) 医業外収益		258,759,326	219,677,199	478,436,525
ア 受取利息及び配当金		713,086	3,518,303	4,231,389
イ 看護学院収益		601,403	781,486	1,382,889
ウ 国庫補助金		4,675,712	2,828,821	7,504,533
エ 都道府県補助金		5,701,948	6,432,079	12,134,027
オ 他会計補助金		70,758,929	44,693,649	115,452,578
カ 他会計負担金		145,707,257	130,616,760	276,324,017
キ 患者外給食収益		247,148	345,763	592,911
ク その他医業外収益		30,353,843	30,460,338	60,814,181
(2) 特別利益		14,148,344	10,575,633	24,723,977
他会計繰入金		9,718,611	7,753,793	17,472,404
固定資産売却益		1,723,661	808,853	2,532,514
2. 総費用		2,234,269,380	1,697,359,978	3,931,629,358
(1) 経常費用		2,215,355,601	1,683,765,755	3,899,121,356
(ア) 医業費用		2,108,012,144	1,594,952,605	3,702,964,749
ア 職員給与費		1,064,759,086	770,889,103	1,835,648,189
イ 材料費		482,401,890	315,004,480	797,406,370
薬品費		247,029,880	165,407,512	412,437,392
給食材料費		9,901,612	7,725,814	17,627,426
ウ 経費		427,646,321	399,060,318	826,706,639
修繕費		20,766,395	15,221,049	35,987,444
光熱水費		37,812,413	25,635,400	63,447,813
委託料		175,465,941	170,904,721	346,370,662
交際費		182,648	132,031	314,679
厚生福利費		2,082,507	1,500,544	3,583,051
燃料費		9,044,519	8,087,490	17,132,009
その他		182,291,898	177,579,083	359,870,981
エ 減価償却費		137,912,487	112,660,874	250,573,361
オ 資産減耗費		7,001,087	6,624,968	13,626,055
カ 研究研修費		9,057,668	5,933,911	14,991,579
旅費		3,413,980	1,935,066	5,349,046
図書費		1,685,509	1,153,320	2,838,829
その他		3,958,179	2,845,525	6,803,704
(イ) 医業外費用		107,343,457	88,813,150	196,156,607
ア 支払利息		41,955,703	30,856,726	72,812,429

企業債利息	41,510,277	30,375,222	71,885,499
一時借入金利息	91,464	263,775	355,239
イ 企業債取扱諸費	20,478	191,820	212,298
ウ 看護学院費	2,468,972	2,978,776	5,447,748
エ 繰延勘定償却	11,881,199	6,838,075	18,719,274
オ 患者外給食材料費	193,455	232,654	426,109
カ 雑損失	50,823,650	47,715,099	98,538,749
(2) 特別損失	18,913,779	13,594,223	32,508,002
3. 経常利益	54,937,214	33,860,114	88,797,328
4. 経常損失	40,275,223	36,352,071	76,627,294
5. 純利益	52,917,746	34,794,725	87,712,471
6. 純損失	43,021,190	40,305,272	83,326,462
7. 他会計繰入金(基準額)	250,286,663	192,080,167	442,366,830
8. 他会計繰入金(実繰入額) (再掲)	290,022,097	233,630,427	523,652,524
9. 総収支比率	100.44%	99.68%	100.01%
10. 経常収支比率	100.66%	99.85%	100.31%
11. 医業収支比率	93.51%	91.64%	92.71%
12. 職員給与費対経常収益比率	47.75%	45.85%	46.93%
13. 職員給与費対医業収益比率	54.01%	52.74%	53.47%
14. 他会計繰入金対経常収益比率	12.57%	13.43%	12.94%
15. 他会計繰入金対医業収益比率	14.22%	15.45%	14.75%
16. 他会計繰入金対総収益比率	12.92%	13.81%	13.30%
17. 実質収益対経常費用比率	88.01%	86.44%	87.33%
18. 病院数	365.00	469.00	834.00

出典:総務省地方公営企業年鑑【第2編統計資料6.病院事業1. 総括表(6) 損益計算書 オ 経営形態別
(法適用別・指定管理者・直営別)(ア)法適用別(条例全部・当然財務別):2012年】より作成

表10. 利用料金制度と料金収入代行制度の比較

	利用料金制度	料金収受代行制度
特徴	施設の管理運営を包括的に外部委託するものであり、民間事業者にも委託可能。地方団体は、指定管理者の選定や指定管理者と締結する協定を通じ適正な管理を維持しつつ民間事業者等のノウハウを幅広く活用し、サービスの向上や効率化を図ることが期待できるもの。	
	指定管理者が料金を収入として収受する方式 ※公の施設に関する権限を指定管理者に委任して代行させる。	利用料金制を採らない方式 ※料金収入は、地方公共団体が収入として収受(指定管理者に料金の収納業務を行わせるかは団体の判断による。)
根拠法	地方自治法第244条の2第3項等	地方公営企業法
法人格	あり (指定管理者が行う事業として法人格を有する)	独立の法人格はなし
設立団体	地方公共団体	
設立要件	地方自治法244条の2第3項に基づく条例で定める事項(指定の手続、管理の基準、業務内容等)を満たすこと。 議会の議決を経て指定(地方自治法244条の2第6項)	
実際に施設の管理を行うもの	指定管理者	
施設所有者	地方公共団体	
事業法上の事業者	原則指定管理者(地方公共団体の場合もある)	地方公共団体
設立団体の長の関与	<ul style="list-style-type: none"> ・指定管理者(議会の議決を経て)指定(地方自治法244条の2第3項) ・毎年度終了後の(指定管理者が作成する)事業報告書の受理(地方自治法244条の2第7項) ・指定管理者が(条例の定めるところにより)定める利用料金の承認(地方自治法244条の2第9項) ・管理の適用を期すための管理業務又は経理の状況の報告徴収、調査、指示(地方自治法244条の2第10項) ・指定の取り消し、管理業務の停止命令(地方自治法244条の2第11項) ※指定は、期間を定めて行う(当該期間終了時の指定見直しの機会となるもの。)(地方自治法244条の2第5項)	
議会の関与	<ul style="list-style-type: none"> ・地方自治法第244条の2第3項に基づく条例(指定の手続、管理の基準、業務内容等)の制定。 ・指定に係る議会の議決(地方自治法244条の2第6項) ・地方自治法第244条の2第9項に基づく条例(利用料金)の制定。 	
財務		
① 資金調達手段	国庫補助金(地方財政法10条の2、16条等) 特定の経費につき一般会計等からの出資、貸付、負担金、補助等(地方公営企業法17条の2①等) 企業債(地方財政法5条1号) 料金(地方公営企業法21条)	
② 財政措置	通常の地方公営企業に対する措置と同様の措置を予定	<ul style="list-style-type: none"> ・繰出基準に基づく地財措置 ・企業債の元利償還に係る地方交付税措置等
地方自治法の財務規定の適用	なし	あり
決算	指定管理者は、毎年度終了後、管理業務に関し事業報告書を作成し、地方公共団体に提出(地方自治法244条の2第7項)。	
会計制度	企業会計原則	地方公営企業法令に基づく公営企業会計制度
監査	監査委員の監査(地方自治法199条の7)	
地方公共団体の長の関与	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は長の補助機関としての権限を行使する。 ・管理者は広範な権限を有するが、一部の事項について、地方公共団体の長の指示を受ける。
組織の長(選解任の形態)	指定管理者 (事業法上の事業者)	公営企業管理者(地方公営企業法7条)(地方公共団体の長による任命、罷免、懲戒処分)※財務適用及び公企令第8条の2に該当する場合には管理者不要
職員の身分	非公務員 ※個別法の規定により制限が課されている場合あり。	
メリット	事業者の自主的な経営努力を促すことができ、弾力的な収支計画の立案が可能となる。	地方公共団体の意図する価格でのサービス提供が可能となる。
	市場動向に敏感な事業者によって、適切な料金水準を設定することができる。	収入面でのリスクが極小化されるため、事業継続性が高まる。
デメリット	事業者の経営状態が料金設定に影響してくること(料金が高くなる等)を否めない。(事業の継続が難しくなる可能性もある。)	指定管理料が固定の場合は、利用増加のためのインセンティブが事業者にはないため、利用促進の面で難がある。(利用者が多くなれば多くなるほど、経費も増加する。)
	事業者の判断によって、力を入れる事業と、力を抜く事業が発生する可能性がある。	事業者が工夫を行わない可能性がある。

表11. 地方公営企業が適用される自治体病院の損益計算書の推移

項目	経営主体	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
1. 総収益		4,184,841,938	4,197,826,652	4,158,646,844	4,154,431,408	4,008,968,902	4,027,199,647	3,990,054,244	3,998,676,700	3,978,917,449	3,944,245,546	3,942,866,283
(1) 経常収益		4,166,835,283	4,184,268,750	4,128,077,619	4,136,397,064	3,979,100,718	3,995,416,354	3,959,700,135	3,964,591,481	3,955,763,001	3,913,892,723	3,917,808,130
(ア) 医業収益		3,643,980,700	3,666,763,615	3,625,549,861	3,640,987,599	3,494,816,399	3,500,782,386	3,446,404,914	3,446,276,324	3,450,985,231	3,422,882,550	3,432,854,865
ア 入院収益		2,306,249,162	2,343,566,119	2,327,867,210	2,341,998,077	2,243,787,332	2,251,878,932	2,226,877,321	2,210,917,710	2,250,736,619	2,225,541,640	2,238,409,480
イ 外来収益		1,125,943,678	1,109,850,695	1,086,739,429	1,087,385,658	1,035,784,622	1,029,442,799	993,279,219	999,268,267	975,547,509	973,152,608	970,251,146
ウ その他医業収益		211,787,860	213,346,801	210,943,222	211,603,864	215,244,445	219,460,655	226,248,374	236,090,347	224,701,103	224,188,302	224,194,239
他会計負担金		104,859,674	103,799,085	101,457,203	101,178,644	105,505,583	108,393,966	116,464,739	122,744,111	114,803,977	114,179,758	114,403,525
室料差額収益		35,033,463	35,523,858	35,881,228	37,039,517	35,915,754	36,503,282	35,626,737	33,927,399	33,230,915	32,786,630	32,555,251
公衆衛生活動収益		20,521,066	21,123,232	20,519,451	20,138,938	19,665,308	19,818,564	19,571,593	23,494,006	22,219,902	23,273,117	23,348,558
医療相談収益		16,330,286	16,924,193	16,989,144	17,261,548	17,466,990	17,878,072	17,297,234	18,052,997	17,499,587	17,051,596	16,819,975
その他		35,043,371	35,976,433	36,096,196	35,985,217	36,690,810	36,866,771	37,288,071	37,871,834	36,946,722	36,897,201	37,066,930
(イ) 医業外収益		522,854,583	517,505,135	502,527,758	495,409,465	484,284,319	494,633,968	513,295,221	518,315,157	504,777,770	491,010,173	484,953,265
ア 受取利息及び配当金		3,159,103	3,284,520	3,285,830	3,359,611	4,018,320	5,516,995	5,733,439	5,307,005	4,524,472	3,993,967	4,445,361
イ 看護学院収益		941,710	962,736	1,072,791	1,076,926	1,073,589	1,232,637	1,264,709	1,308,892	1,279,589	1,290,670	1,382,889
ウ 国庫補助金		5,263,795	5,570,815	8,347,636	8,483,525	7,762,515	7,804,405	8,525,949	8,686,196	9,230,593	8,953,731	7,504,533
エ 都道府県補助金		9,182,231	9,375,333	9,344,926	8,629,166	6,952,666	7,083,802	7,784,762	8,792,111	9,716,166	11,052,473	12,190,565
オ 他会計補助金		80,068,077	77,803,324	72,726,188	73,423,624	73,071,698	81,038,788	91,113,258	105,892,127	110,116,513	119,261,448	115,511,030
カ 他会計負担金		368,450,253	363,529,750	349,276,068	342,052,152	331,428,456	332,254,049	336,083,452	323,297,165	303,128,802	285,110,658	276,916,669
キ 患者外給食収益		1,102,899	1,030,818	954,125	862,549	947,083	735,322	685,585	652,111	623,205	621,202	592,911
ク その他医業外収益		54,686,515	55,947,839	57,520,194	57,521,912	59,029,992	58,967,970	62,104,067	64,378,750	66,158,430	60,726,024	66,409,307
(2) 特別利益		18,006,655	13,557,902	30,569,225	18,034,344	29,868,184	31,783,293	30,354,109	34,085,219	23,154,448	30,352,823	25,058,153
他会計繰入金		6,433,703	5,775,327	13,528,989	7,948,919	15,385,091	7,341,222	23,128,946	14,456,205	13,660,704	17,997,906	17,806,290
固定資産売却益		7,786,398	2,970,509	6,636,679	4,678,234	8,023,230	4,256,146	2,577,700	12,962,185	2,829,623	1,772,117	2,532,514
2. 総費用		4,311,209,228	4,299,111,548	4,284,717,413	4,302,054,845	4,207,457,885	4,221,867,704	4,171,716,565	4,105,634,076	3,977,975,947	3,944,822,325	3,938,623,960
(1) 経常費用		4,288,873,720	4,277,475,298	4,259,801,634	4,279,442,501	4,178,799,500	4,195,975,155	4,144,187,776	4,074,900,433	3,950,123,423	3,904,422,174	3,905,699,827
(ア) 医業費用		4,037,232,240	4,028,262,024	4,012,801,274	4,031,933,334	3,935,314,450	3,951,668,741	3,911,912,220	3,850,675,342	3,735,465,241	3,706,653,095	3,703,207,577
ア 職員給与と費		2,034,004,482	2,015,508,558	2,002,962,866	1,990,115,918	1,939,205,898	1,935,994,201	1,918,225,486	1,896,458,771	1,837,703,179	1,832,277,370	1,835,787,322
イ 材料費		1,035,979,692	1,005,293,125	973,044,440	974,463,325	919,622,362	913,012,994	877,061,968	858,195,830	814,363,419	808,214,841	797,406,370
薬品費		595,493,097	553,297,373	525,133,886	517,164,161	486,070,764	477,997,606	448,888,665	435,548,245	420,572,195	418,822,485	412,437,392
給食材料費		35,494,246	33,703,219	32,664,724	30,222,051	27,500,009	25,833,253	24,006,506	22,140,992	19,961,215	18,696,564	17,627,426
ウ 経費		682,465,377	710,436,134	737,713,903	765,905,706	777,343,901	798,130,252	814,183,973	804,724,698	804,221,070	790,423,624	826,805,071
修繕費		38,874,115	40,374,885	41,262,844	40,863,311	38,562,836	38,711,769	37,729,493	37,218,824	35,920,795	35,933,318	35,987,514
光熱水費		68,348,435	66,458,195	66,914,992	66,387,661	65,136,618	66,005,939	70,140,633	61,694,606	60,426,875	60,893,484	63,447,813
委託料		299,695,795	317,623,932	328,104,047	342,147,848	338,936,966	349,396,505	356,376,923	369,025,109	369,321,642	349,964,133	346,410,474
交際費		466,701	734,891	270,223	251,065	231,955	225,873	215,246	209,003	214,241	267,952	314,679
厚生福利費		4,994,879	4,910,625	4,859,634	4,320,616	3,690,531	3,566,471	3,626,648	3,638,945	3,565,083	3,579,372	3,583,151
燃料費		12,144,857	12,306,729	13,967,345	17,977,132	18,572,491	19,626,025	20,332,108	13,798,745	15,620,369	17,243,551	17,132,192
その他		257,940,595	268,026,877	282,334,818	293,958,073	312,212,504	320,597,670	325,762,922	319,139,466	319,152,065	322,541,814	359,929,248
エ 減価償却費		262,787,136	274,102,601	273,750,857	277,705,228	276,191,127	278,595,199	277,373,729	267,568,304	256,536,107	251,315,961	250,576,957
オ 資産減耗費		8,302,379	9,373,531	11,679,287	10,054,747	9,559,147	12,166,826	10,712,144	9,718,543	8,735,404	10,126,168	13,626,055
カ 研究研修費		13,693,174	13,548,075	13,649,921	13,688,410	13,392,015	13,769,269	14,354,920	14,009,196	13,906,062	14,295,131	14,993,316
旅費		4,556,464	4,593,944	4,626,636	4,601,231	4,661,379	4,747,245	4,974,894	4,816,813	4,853,563	4,826,918	5,350,426
図書費		3,059,950	3,029,289	3,069,138	3,018,356	3,062,735	3,018,653	3,049,401	2,828,401	2,783,400	2,745,216	2,838,881
その他		6,076,760	5,924,842	5,954,147	6,068,823	5,667,901	6,003,371	6,330,625	6,363,982	6,269,099	6,722,997	6,804,009
(イ) 医業外費用		251,641,480	249,213,274	247,000,360	247,509,167	243,485,050	244,306,414	232,275,556	224,225,091	214,658,182	197,769,079	202,492,250
ア 支払利息		130,390,829	126,944,938	123,236,487	121,010,985	118,145,878	116,027,715	104,068,514	96,101,536	90,172,307	77,853,686	78,993,572
企業債利息		128,480,391	125,245,725	121,529,272	119,025,341	115,921,331	110,525,877	101,525,877	94,447,819	88,869,453	76,835,527	78,066,583
一時借入金利息		953,146	874,047	868,061	852,352	1,102,425	1,851,019	2,003,847	1,084,380	392,224	651,815	212,613
イ 企業債取扱諸費		22,926	41,339	39,908	40,103	41,773	50,090	159,809	113,373	105,021	75,087	5,447,748
ウ 看護学院費		6,288,919	5,913,644	5,659,754	5,527,267	5,328,060	5,525,268	5,520,209	5,100,910	5,385,143	5,240,055	18,722,267
エ 繰延勘定償却		14,642,305	16,195,096	16,401,833	17,792,699	19,241,641	21,240,321	20,193,172	20,707,905	20,350,309	18,079,422	426,109
オ 患者外給食材料費		921,594	950,290	754,799	641,670	590,848	530,775	505,543	730,853	434,929	432,640	98,689,941
カ 雑損失		99,374,907	99,167,967	100,907,669	102,496,443	100,136,850	100,932,245	101,936,500	101,470,514	98,210,473	96,088,189	32,924,133
(2) 特別損失		22,335,508	21,636,250	24,915,779	22,612,344	28,658,385	25,892,549	27,528,789	30,733,643	27,852,524	40,400,151	88,797,402
3. 経常利益		32,502,433	45,961,667	39,271,233	37,050,161	23,271,511	23,117,049	26,154,302	41,436,013	89,573,854	88,266,487	76,689,099
4. 経常損失		154,540,870	139,168,215	170,995,248	180,095,598	222,970,293	223,675,850	210,641,943	151,744,965	83,934,276	78,795,938	87,712,545
5. 純利益		32,527,971	44,275,726	46,340,422	38,875,313	30,037,599	33,641,348	37,767,390	51,722,966	89,103,853	94,710,700	83,470,222
6. 純損失		158,895,261	145,560,622	172,410,991	186,498,750	228,526,582	228,309,405	219,429,711	158,680,342	88,162,351	95,287,479	442,910,354
7. 他会計繰入金再掲(特別利益を除く)		553,378,004	545,132,159	523,459,459	516,654,420	510,005,737	529,028,025	566,790,395	566,390,408	541,709,996	536,549,770	524,637,514
8. 総収支比率		97	97.6	97.1	96.6	95.3	95.4	95.6	97.4	100.0	99.9	101.0
9. 経常収支比率		97	97.8	96.9	96.7	95.2	95.2	95.5	97.3	100.1	100.2	100.3
10. 医業収支比率		90	91.0	90.3	90.3	88.8	88.6	88.1	89.5	92.4	92.3	92.7
11. 職員給与と費対経常収益比率		49	48.2	48.5	48.1	48.7	48.5	48.4	47.8	46.5	46.8	46.9
12. 職員給与と費対医業収益比率		56	55.0	55.2	54.7	55.5	55.3	55.7	55.0	53.3	53.5	53.5
13. 他会計繰入金対経常収益比率		13	13.0	12.7	12.5	12.8	13.1	13.7	13.9	13.3	13.2	13.4
14. 他会計繰入金対医業収益比率		15	14.9	14.4	14.2	14.6	14.9	15.8	16.0	15.3	15.1	15.3
15. 他会計繰入金対総収益比率		13	13.1	12.9	12.6	13.1	13.1	14.2	14.2	13.6	13.6	13.3
16. 実質収益対経常費用比率		84	85.1	84.6	84.6	83.0	82.8	82.4	83.7			

表12. 地方公営企業が適用される自治体病院の貸借対照表の推移

体	経営主	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
1. 固定資産		5,316,697,047	5,388,724,998	5,464,243,266	5,518,098,895	5,495,530,972	5,447,234,462	5,381,580,345	5,267,913,004	5,050,974,801	5,023,883,953	5,066,666,838
(1)有形固定資産		5,260,010,000	5,325,489,117	5,392,184,371	5,432,331,682	5,386,829,628	5,328,903,854	5,268,593,637	5,160,916,330	4,947,137,423	4,919,030,186	4,956,320,746
ア 土地		551,698,879	573,128,643	586,033,881	598,712,024	607,680,525	607,858,912	624,012,078	608,293,524	590,477,760	605,338,574	606,840,361
イ 償却資産		7,352,134,512	7,546,862,798	7,778,302,488	7,974,115,578	8,093,022,167	8,205,129,486	8,256,597,654	8,204,434,317	7,979,227,447	7,942,489,118	7,973,455,305
ウ 減価償却累計額(△)		2,843,737,918	3,021,658,253	3,186,131,128	3,313,426,050	3,443,989,314	3,598,630,301	3,734,378,501	3,781,198,962	3,751,713,684	3,772,953,656	3,803,803,396
エ 建設仮勘定		195,698,891	196,216,331	167,101,099	132,725,996	122,893,645	103,592,041	116,552,136	92,707,143	95,533,407	115,263,667	153,462,382
(2)無形固定資産		8,499,799	10,556,013	12,653,349	13,358,694	12,570,770	13,311,182	15,020,755	12,918,722	10,704,478	10,651,287	12,866,673
(3)投資		48,187,248	52,679,868	59,405,546	72,408,519	96,130,574	105,019,426	97,965,953	94,077,952	93,132,900	94,202,480	97,479,419
2. 流動資産		1,404,980,968	1,440,286,921	1,454,083,263	1,447,143,454	1,402,384,789	1,314,323,242	1,294,724,772	1,318,218,370	1,355,509,243	1,484,553,086	1,564,065,483
うち												
(1)現金及び預金		726,675,554	749,181,977	753,747,822	757,023,699	735,885,902	653,535,658	630,415,406	646,993,228	676,639,191	780,767,661	864,889,397
(2)未収金		623,708,286	640,198,134	643,218,251	634,937,852	606,900,115	609,172,108	611,979,612	622,879,495	621,967,115	640,178,448	628,802,617
(3)貯蔵品		31,614,735	29,881,921	29,920,250	29,059,324	29,537,301	28,563,462	28,098,251	27,126,662	28,704,426	25,399,932	25,666,771
(4)短期有価証券		10,925,584	8,864,682	9,561,566	13,176,600	14,797,103	9,652,792	7,828,461	12,469,135	16,337,289	23,183,993	21,826,039
(5)短期貸付金		0	0	0	0	0	0	0	0	1,068,372	1,368,437	1,436,000
3. 繰延勘定		102,580,143	106,421,634	112,996,164	119,135,185	120,069,530	119,740,837	116,958,211	111,616,143	100,257,435	97,673,190	93,464,715
4. 資産合計		6,824,258,158	6,935,433,553	7,031,322,693	7,084,377,534	7,017,985,291	6,881,298,541	6,793,263,328	6,697,747,517	6,506,741,479	6,606,110,229	6,724,197,036
5. 固定負債		149,424,666	146,230,916	151,488,895	150,731,174	183,485,409	180,849,129	240,939,148	242,371,592	237,932,451	241,789,766	256,162,709
(1)企業債		2,325,374	2,622,242	4,150,769	4,693,899	19,914,059	24,401,515	16,607,128	24,488,583	20,893,532	18,565,087	15,055,705
(2)再建債		0	0	0	0	0	0	57,250,400	49,160,587	44,630,145	30,695,102	23,782,769
(3)他会計借入金		93,270,015	87,338,767	78,144,948	76,361,761	78,725,888	79,574,911	89,529,277	98,092,844	101,449,934	107,294,664	102,300,406
(4)引当金		46,961,704	50,262,723	54,503,792	55,940,989	59,806,374	60,665,372	62,400,817	67,654,999	69,309,874	80,069,910	92,825,192
(5)その他		6,867,573	6,007,184	14,689,386	13,734,525	25,039,088	16,207,331	15,151,526	2,974,579	1,648,966	5,165,003	22,198,637
6. 流動負債		574,227,506	571,385,718	592,630,880	600,292,615	611,052,455	600,790,095	550,423,367	534,866,187	485,177,438	495,839,788	480,491,698
(1)一時借入金		154,339,069	153,145,112	162,662,467	167,044,442	164,275,734	194,335,710	138,072,334	121,155,203	98,545,565	66,583,206	50,876,199
(2)未払金及び未払費用		399,017,449	398,045,266	407,863,477	409,503,363	422,556,254	381,833,645	386,393,485	392,589,373	365,387,844	407,428,335	402,106,264
(3)その他		20,870,988	20,195,340	22,104,936	23,744,810	24,220,467	24,620,740	25,957,548	21,121,611	21,244,029	21,828,247	27,509,235
7. 負債合計		723,652,172	717,616,634	744,119,775	751,023,789	794,537,864	781,639,224	791,362,515	777,237,779	723,109,889	737,629,554	736,654,407
8. 資本金		6,230,022,743	6,350,994,066	6,453,726,935	6,565,244,478	6,506,105,169	6,502,676,638	6,505,952,911	6,419,456,503	6,172,239,883	6,161,911,000	6,118,761,948
(1)自己資本金		2,217,018,170	2,291,803,081	2,364,556,664	2,442,859,969	2,433,748,904	2,502,746,798	2,574,395,934	2,605,313,327	2,571,526,970	2,650,332,587	2,645,212,398
ア 固有資本金(引継資本金)		128,257,913	128,955,073	179,560,344	191,712,306	184,420,798	188,520,428	242,443,981	244,079,984	190,028,031	200,967,390	194,094,153
イ 繰入資本金		1,875,311,794	1,943,671,326	1,959,247,976	1,967,545,824	1,988,240,693	2,059,474,772	2,096,471,653	2,127,471,134	2,128,821,891	2,198,367,341	2,177,587,497
(2)借入資本金		4,013,004,573	4,059,190,985	4,089,170,271	4,122,384,509	4,072,356,265	3,999,929,840	3,931,556,977	3,814,143,176	3,600,712,913	3,511,578,413	3,473,549,550
ア 企業債		3,940,322,352	4,003,487,225	4,041,575,399	4,078,178,151	4,029,321,980	3,957,190,205	3,883,484,793	3,767,829,501	3,551,835,947	3,464,594,169	3,428,983,915
イ 他会計借入金		72,682,221	55,703,760	47,594,872	44,206,358	43,034,285	42,739,635	48,072,184	46,313,675	48,876,966	46,984,244	44,565,635
9. 剰余金		-129,416,757	△133,177,147	△166,524,017	△231,890,733	△282,657,742	△403,017,321	△504,052,098	△498,946,765	△388,608,293	△293,430,325	△131,219,319
(1)資本剰余金		1,234,062,706	1,329,052,711	1,361,867,904	1,399,839,847	1,458,020,746	1,470,470,896	1,515,229,899	1,533,626,036	1,561,410,457	1,613,107,300	1,693,651,786
ア 国庫補助金		204,545,788	213,495,883	221,182,383	225,391,961	224,842,407	229,429,674	233,572,540	234,244,154	281,009,983	244,422,625	249,842,404
イ 都道府県補助金		215,562,031	239,938,621	238,756,316	247,054,054	250,166,493	254,181,258	263,339,676	273,468,029	286,899,421	326,321,808	329,824,932
ウ 工事負担金		9,149,165	9,059,303	9,782,185	10,167,868	11,333,788	12,003,793	11,698,295	11,312,548	16,283,439	12,798,128	13,116,370
エ 再評価積立金		385,014	361,384	344,560	611,379	552,906	537,722	1,003,545	930,775	961,236	959,397	1,664,187
オ その他		804,420,708	866,197,520	891,802,460	916,614,585	971,125,152	974,318,449	1,005,615,843	1,013,670,530	976,256,378	1,028,605,342	1,099,203,893
(2)利益剰余金		-1,363,479,463	△1,462,229,858	△1,528,391,921	△1,631,730,580	△1,740,678,488	△1,873,488,217	△2,019,281,997	△2,032,572,801	△1,950,018,750	△1,906,537,625	△1,824,871,105
ア 減価積立金		27,703,001	28,732,615	28,417,102	28,207,563	27,731,072	24,878,497	22,088,154	20,314,205	23,133,528	18,929,255	19,488,698
イ 利益積立金		7,504,693	7,665,982	6,302,126	4,642,613	4,500,818	3,789,219	3,511,804	2,980,740	2,840,195	2,718,026	2,625,810
ウ 建設改良積立金		64,441,484	65,511,645	68,958,325	69,818,926	60,541,955	53,292,011	51,125,186	46,676,802	41,771,204	43,668,358	43,219,461
エ その他積立金		2,172,212	2,209,413	1,108,344	497,399	598,531	4,621,057	4,824,574	5,527,001	5,070,420	5,406,237	6,028,962
オ 当年度未処分利益剰余金		47,015,272	52,673,471	49,398,882	47,064,292	39,517,557	41,432,472	35,966,241	49,060,150	47,871,405	55,331,683	61,889,029
当年度未処理欠損金		1,512,316,780	1,619,022,984	1,682,576,700	1,781,961,373	1,873,568,421	2,001,501,473	2,136,797,956	2,157,131,699	2,070,705,502	2,032,591,184	1,958,123,065
うち												
経常利益		25,855,015	35,478,351	25,803,890	21,880,595	10,724,451	10,616,475	13,932,998	25,524,284	70,459,225	71,664,230	72,359,282
経常損益		147,893,452	128,684,899	157,527,905	164,926,032	210,423,233	210,653,925	198,420,639	135,833,236	64,819,647	62,200,643	60,250,979
うち												
当年度純利益		25,233,458	34,780,002	31,881,077	24,560,797	15,650,240	22,455,836	25,912,736	36,352,693	68,654,025	73,297,943	68,646,812
当年度純損失		151,600,748	136,064,898	157,951,646	172,184,234	214,139,223	216,277,588	206,620,176	143,310,069	67,712,523	74,421,144	64,404,489
10. 資本合計		6,100,605,986	6,217,816,919	6,287,202,918	6,333,353,745	6,223,447,427	6,099,659,317	6,001,900,813	5,920,509,738	5,783,631,590	5,868,480,675	5,987,542,629
11. 負債資本合計		6,824,258,158	6,935,433,553	7,031,322,693	7,084,377,534	7,017,985,291	6,881,298,541	6,793,263,328	6,697,747,517	6,506,741,479	6,606,110,229	6,724,197,036
12. 累積欠損金		1,512,316,780	1,619,022,984	1,682,576,700	1,781,961,373	1,873,568,421	2,001,501,473	2,136,797,956	2,157,131,699	2,070,705,502	2,032,591,184	1,958,123,065
13. 不良債務		74,736,153	74,222,034	76,140,845	83,434,558	95,262,289	118,610,298	57,549,409	50,751,566	30,691,832	15,477,678	10,604,870
14. 実質資金不足額		74,430,553	74,222,034	75,736,739	83,434,558	93,611,123	118,586,219	57,545,509	50,751,566	30,681,432	15,477,678	10,604,870
15. 赤字団体数		483	457	482	463	669	501	481	401	295	288	304
16. 累積欠損金を有する団体数		561	569	569	529	553	558	562	546	524	510	494
17. 不良債務を有する団体数		96	95	100	98	104	114	96	84	63	37	31

出典：総務省地方公営企業年鑑【第2編統計資料6.病院事業1. 総括表(7)貸借対照表-経営主別(ア)総計：2002～2012年】より作成

表13. 自治体病院における経営主体別黒字・赤字別損益計算書

主体	経営			総計			都道府県			政令指定都市			その他の市			町村			組合		
	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計
1. 総収益	2,489,007,074	1,447,008,293	3,936,015,367	756,421,459	399,678,887	1,096,100,346	293,260,190	63,387,960	355,648,140	1,075,336,985	736,157,472	1,811,494,457	85,912,984	115,755,957	201,668,941	275,075,456	193,025,027	471,103,483	277,099,485	191,347,004	468,446,489
(1) 経常収益	2,481,746,224	1,429,545,166	3,911,291,390	755,247,524	398,810,445	1,094,058,043	291,708,131	57,341,699	349,049,830	1,072,178,014	727,755,982	1,799,933,996	85,612,996	114,290,038	199,803,032	249,469,485	167,985,692	417,256,754	249,469,485	167,985,692	417,256,754
(7) 医療収益	2,208,293,385	1,294,621,480	3,432,854,865	649,548,754	273,437,894	922,986,678	259,284,404	43,328,394	302,612,798	982,020,496	646,569,076	1,626,589,572	67,918,338	93,490,525	161,409,163	162,409,425	105,960,449	268,363,874	162,409,425	105,960,449	268,363,874
ア 入院収益	1,405,093,978	773,315,502	2,238,409,480	447,331,431	183,944,798	631,276,229	181,984,363	28,956,324	210,530,637	638,277,797	432,441,431	1,044,212,231	35,090,962	48,279,557	83,370,519	71,877,404	49,769,600	121,643,974	71,877,404	49,769,600	121,643,974
イ 外来収益	610,905,135	359,346,011	970,251,146	163,187,580	72,177,577	235,365,157	63,239,324	10,297,489	73,536,813	286,724,940	192,840,097	475,565,037	10,341,248	14,261,190	24,602,438	15,174,264	12,065,612	27,239,576	15,174,264	12,065,612	27,239,576
ウ その他医療収益	132,234,272	47,955,522	180,189,794	39,023,743	17,315,449	56,345,192	14,060,717	4,334,641	18,495,358	57,017,759	47,984,545	104,812,304	6,951,789	10,349,720	17,301,509	15,174,264	12,065,612	27,239,576	15,174,264	12,065,612	27,239,576
エ 医療費負担金	66,918,003	47,485,522	114,403,525	24,717,275	10,998,189	35,715,464	9,178,382	2,264,264	11,442,646	29,980,640	24,717,275	47,984,545	3,380,162	5,060,836	8,440,998	5,495,004	5,430,059	10,925,063	5,495,004	5,430,059	10,925,063
ロ 委託費収益	20,300,209	12,025,042	32,325,251	5,196,126	2,458,514	7,654,640	2,458,514	681,560	3,131,070	955,939	6,347,799	15,908,415	513,343	718,367	1,231,710	2,822,664	1,620,812	4,443,476	2,822,664	1,620,812	4,443,476
ハ 会費収益	12,269,141	11,079,367	23,348,508	1,593,668	918,539	2,512,207	720,790	959,939	6,234,343	13,061,839	15,908,415	513,343	1,504,932	1,766,156	3,271,080	1,503,946	2,035,539	3,543,485	1,503,946	2,035,539	3,543,485
ニ 医療相次収益	10,200,544	6,615,431	16,819,975	1,019,980	346,935	1,366,915	266,697	76,618	6,334,315	6,234,343	13,061,839	15,908,415	513,343	1,766,156	3,271,080	1,503,946	2,035,539	3,543,485	1,503,946	2,035,539	3,543,485
ヒ 医療相次収益	22,312,925	14,754,605	37,066,530	6,602,694	2,975,272	9,577,966	2,975,272	1,091,419	2,430,448	9,577,966	10,450,826	17,944,114	1,128,594	1,548,190	2,676,784	3,096,182	1,971,446	5,067,618	3,096,182	1,971,446	5,067,618
ヘ その他	273,512,938	174,932,686	478,445,625	106,698,444	65,372,427	171,071,866	32,423,727	1,043,305	46,337,032	90,157,618	181,886,906	171,444,424	17,594,358	20,799,511	38,393,869	27,638,392	18,351,348	51,189,735	27,638,392	18,351,348	51,189,735
(4) 医療外収益	273,512,938	174,932,686	478,445,625	106,698,444	65,372,427	171,071,866	32,423,727	1,043,305	46,337,032	90,157,618	181,886,906	171,444,424	17,594,358	20,799,511	38,393,869	27,638,392	18,351,348	51,189,735	27,638,392	18,351,348	51,189,735
ア 受取利息及び配当金	2,733,133	1,498,256	4,231,389	2,143,391	1,143,607	3,286,998	20,898	2,684	23,582	315,456	112,230	427,680	62,486	179,698	242,184	190,902	60,037	250,939	190,902	60,037	250,939
イ 有価証券収益	975,070	1,980,819	1,362,889	83,628	83,628	136,710	47,290	17,259	64,549	315,456	112,230	427,680	62,486	179,698	242,184	190,902	60,037	250,939	190,902	60,037	250,939
ロ 有価証券収益	5,623,814	1,980,819	7,504,533	2,903,445	890,702	3,794,147	352,036	27,583	379,889	1,680,038	644,431	2,324,469	108,461	100,096	208,557	479,839	317,632	797,471	479,839	317,632	797,471
エ 都道府県補助金	6,823,374	12,134,027	19,957,401	1,131,351	113,851	1,245,202	502,060	154,753	656,813	3,379,849	3,362,332	6,742,180	184,865	376,143	561,008	1,861,959	1,800,795	3,662,754	1,861,959	1,800,795	3,662,754
カ 都道府県補助金	64,492,309	50,960,269	115,452,578	22,700,996	11,631,892	34,332,888	7,748,551	2,603,341	10,351,891	25,621,301	36,304,874	51,886,175	2,945,234	4,932,132	7,877,366	5,576,227	5,428,031	11,004,258	5,576,227	5,428,031	11,004,258
キ 他会計負担金	157,992,223	118,331,794	276,324,017	68,491,235	47,422,232	115,913,467	19,253,677	9,741,910	28,995,588	44,010,972	38,919,651	82,930,623	12,046,162	11,995,427	24,040,586	14,191,276	10,552,574	24,443,850	14,191,276	10,552,574	24,443,850
ク その他医療外収益	299,183	293,728	592,911	41,457	64,006	105,463	1,085	1,869	2,954	108,649	72,468	181,117	79,359	125,177	204,536	68,633	30,208	98,841	68,633	30,208	98,841
(2) 特別利益	35,574,449	25,239,732	60,814,181	8,983,317	4,007,203	12,990,520	4,498,129	1,463,637	5,961,766	14,817,618	11,362,386	26,180,004	3,158,971	3,959,988	7,118,601	5,106,494	5,433,256	10,539,750	5,106,494	5,433,256	10,539,750
ア 特別利益	7,260,650	17,463,127	24,723,777	868,442	668,442	1,536,884	1,552,059	5,046,251	6,598,312	13,588,971	8,401,490	18,000,461	399,988	3,959,988	4,359,976	975,971	1,681,023	2,658,994	975,971	1,681,023	2,658,994
イ 特別利益	1,053,036	14,359,368	15,412,404	28,720	27,596	56,316	421,710	4,511,288	4,932,998	1,655,626	7,332,955	8,988,581	385,500	965,565	1,351,065	621,480	1,621,964	2,143,444	621,480	1,621,964	2,143,444
ロ 固定資産売却益	1,053,036	14,359,368	15,412,404	28,720	27,596	56,316	421,710	4,511,288	4,932,998	1,655,626	7,332,955	8,988,581	385,500	965,565	1,351,065	621,480	1,621,964	2,143,444	621,480	1,621,964	2,143,444
エ 固定資産売却益	2,410,034,791	1,521,594,567	3,931,629,358	723,384,203	357,846,662	1,081,230,865	280,914,567	70,864,099	351,778,666	1,044,226,365	769,657,038	1,813,913,403	83,210,352	121,345,629	204,555,881	270,299,304	201,851,239	472,150,543	270,299,304	201,851,239	472,150,543
(1) 経常費用	2,392,948,896	1,506,172,460	3,899,121,356	723,384,203	357,846,662	1,081,230,865	280,914,567	70,864,099	351,778,666	1,044,226,365	769,657,038	1,813,913,403	83,210,352	121,345,629	204,555,881	270,299,304	201,851,239	472,150,543	270,299,304	201,851,239	472,150,543
(7) 医療費用	2,279,493,863	1,423,869,356	3,703,363,219	688,864,754	339,320,677	1,028,185,431	268,285,055	62,591,542	330,876,597	989,198,132	722,328,713	1,711,526,849	78,970,121	113,417,205	192,387,326	258,877,331	187,011,415	440,893,740	258,877,331	187,011,415	440,893,740
ア 職員給与費	1,193,437,883	712,210,306	1,905,648,189	347,166,489	178,156,114	525,322,603	125,625,843	25,558,324	151,183,943	359,228,743	325,925,813	814,022,015	41,957,366	59,941,265	101,898,621	132,822,442	91,285,291	218,177,733	132,822,442	91,285,291	218,177,733
イ 材料費	597,626,627	259,780,743	857,407,370	168,266,639	56,404,340	224,670,979	67,740,540	7,783,777	75,524,317	220,598,607	142,050,729	372,649,336	13,068,740	18,263,180	31,331,870	57,921,101	35,276,767	93,193,866	57,921,101	35,276,767	93,193,866
ロ 薬品費	275,050,860	137,367,318	412,418,178	84,517,861	28,539,561	113,057,422	31,888,535	4,190,920	36,079,455	121,951,956	74,868,345	196,820,301	10,596,277	15,636,131	26,232,401	38,241,445	18,192,451	46,333,866	38,241,445	18,192,451	46,333,866
ハ 検査材料費	10,000,860	7,426,566	17,427,426	3,882,957	2,016,164	5,899,121	616,771	252,401	869,172	3,569,595	3,083,012	6,652,607	585,999	756,495	1,342,494	1,545,588	1,318,494	2,864,032	1,545,588	1,318,494	2,864,032
ニ 修繕費	461,870,221	328,848,974	790,719,195	172,640,135	76,868,810	249,508,945	55,817,512	17,839,742	73,657,252	208,672,880	160,816,060	369,488,940	18,845,927	28,450,927	47,296,414	50,993,767	44,873,875	95,867,642	50,993,767	44,873,875	95,867,642
ヒ 光熱水費	12,222,711	35,987,444	47,999,444	7,692,989	3,216,691	10,906,680	2,605,294	327,803	2,933,097	10,190,633	5,983,352	16,173,985	585,289	854,192	1,439,481	2,690,529	1,840,673	4,531,201	2,690,529	1,840,673	4,531,201
ヘ 委託料	38,536,683	24,911,130	63,447,813	11,258,914	5,632,877	16,791,791	5,490,171	1,955,886	7,446,056	26,099,377	12,491,634	29,001,611	1,196,882	1,767,725	2,964,607	4,080,739	3,163,009	7,243,748	4,080,739	3,163,009	7,243,748
コ 交際費	199,132,662	147,237,999	346,370,661	61,492,064	41,398,765	102,880,829	23,453,629	7,895,167	31,349,797	156,389,692	65,446,765	108,383,303	6,544,765	10,383,303	16,927,068	21,560,799	17,553,247	38,814,046	21,560,799	17,553,247	38,814,046
ク その他	194,718	119,961	314,679	106,572	922	107,494	1,521	497	2,018	40,585	61,486	102,071	26,327	37,190	63,517	9,713	19,866	39,779	9,713	19,866	39,779
カ 経費	2,651,259	1,529,792	4,181,051	668,634	340,599	1,009,233	193,133	12,437	205,570	847,911	799,934	1,647,845	114,952	129,924	224,878	228,629	246,900	475,529	228,629	246,900	475,529
イ 燃料費	9,459,470	17,132,009	26,581,479	1,633,617	4,583,087	6,216,694	227,661	46,939	274,600	4,239,952	3,901,293	8,141,245	750,771								

表14. 自治体病院における病院種別黒字・赤字別損益計算書

(単位:千円, %)

類	病院種	一般病院計			結核病院計			精神科病院計		
		黒字	赤字	計	黒字	赤字	計	黒字	赤字	計
1. 総収益		2,452,464,126	1,400,314,135	3,852,778,261	-	765,901	765,901	36,542,948	45,928,257	82,471,205
(1) 経常収益		2,445,236,177	1,382,907,783	3,828,143,960	-	725,020	725,020	36,510,047	45,912,363	82,422,410
(ア) 医業収益		2,182,467,742	1,195,537,641	3,378,005,383	-	400,640	400,640	25,765,643	28,683,199	54,448,842
ア 入院収益		1,445,504,998	751,132,148	2,196,637,146	-	268,934	268,934	19,588,980	21,914,420	41,503,400
イ 外来収益		606,352,431	353,767,506	960,119,937	-	123,070	123,070	4,552,704	5,455,435	10,008,139
ウ その他医業収益		130,610,313	90,637,987	221,248,300	-	8,636	8,636	1,623,959	1,313,344	2,937,303
他会計負担金		65,749,160	46,501,867	112,251,027	-	-	-	1,168,843	983,655	2,152,498
室料差額収益		20,491,384	12,003,237	32,494,621	-	-	-	38,825	21,805	60,630
公衆衛生活動収益		12,224,005	11,066,506	23,290,511	-	2,027	2,027	45,186	10,834	56,020
医療相談収益		10,162,603	6,613,042	16,775,645	-	1,123	1,123	41,941	1,266	43,207
その他		21,983,161	14,453,335	36,436,496	-	5,486	5,486	329,164	295,784	624,948
(イ) 医業外収益		262,768,435	187,370,142	450,138,577	-	324,380	324,380	10,744,404	17,229,164	27,973,568
ア 受取利息及び配当金		2,710,614	1,306,901	4,017,515	-	-	-	22,519	191,355	213,874
イ 看護学院収益		587,070	795,819	1,382,889	-	-	-	-	-	-
ウ 国庫補助金		5,159,438	1,760,971	6,920,409	-	-	-	364,381	219,743	584,124
エ 都道府県補助金		6,254,877	5,795,586	12,050,463	-	-	-	55,776	27,788	83,564
オ 他会計補助金		63,235,162	49,266,171	112,501,333	-	55,003	55,003	1,257,147	1,639,095	2,896,242
カ 他会計負担金		149,295,524	103,434,349	252,729,873	-	269,223	269,223	8,696,699	14,628,222	23,324,921
キ 患者外給食収益		287,276	286,140	573,416	-	82	82	11,907	7,506	19,413
ク その他医業外収益		35,238,474	24,724,205	59,962,679	-	72	72	335,975	515,455	851,430
(2) 特別利益		7,227,949	17,406,352	24,634,301	-	40,881	40,881	32,901	15,894	48,795
うち										
他会計繰入金		3,113,036	14,358,813	17,471,849	-	-	-	-	555	555
固定資産売却益		1,076,679	1,448,879	2,525,558	-	-	-	6,728	228	6,956
2. 総費用		2,374,936,063	1,471,466,090	3,846,402,153	-	930,719	930,719	35,098,728	49,197,758	84,296,486
(1) 経常費用		2,358,161,310	1,456,569,890	3,814,731,200	-	898,037	898,037	34,787,586	48,704,533	83,492,119
(ア) 医業費用		2,245,509,802	1,376,828,194	3,622,337,996	-	789,998	789,998	33,585,591	46,251,164	79,836,755
ア 職員給与費		1,101,081,703	684,166,030	1,785,247,733	-	488,744	488,744	22,356,180	27,555,532	49,911,712
イ 材料費		534,570,450	256,787,378	791,357,828	-	75,806	75,806	3,055,177	2,917,559	5,972,736
薬品費		272,790,841	135,060,793	407,851,634	-	45,822	45,822	2,259,233	2,280,703	4,539,936
給食材料費		9,726,098	7,036,957	16,763,055	-	202	202	474,762	389,407	864,169
ウ 経費		455,923,666	316,585,007	772,508,673	-	158,268	158,268	5,946,555	12,105,699	18,052,254
修繕費		23,405,285	11,941,523	35,346,808	-	5,442	5,442	359,448	275,746	635,194
光熱水費		37,881,964	24,252,113	62,134,077	-	19,638	19,638	654,719	639,379	1,294,098
委託料		196,707,233	141,215,962	337,923,195	-	80,328	80,328	2,425,430	5,941,709	8,367,139
交際費		193,684	119,905	313,589	-	-	-	1,034	56	1,090
厚生福利費		2,022,638	1,490,155	3,512,793	-	-	-	30,621	39,637	70,258
燃料費		9,191,997	7,438,601	16,630,598	-	23	23	239,694	261,694	501,388
その他		186,520,865	130,126,748	316,647,613	-	52,837	52,837	2,235,609	4,947,478	7,183,087
エ 減価償却費		138,556,724	106,449,757	245,006,481	-	65,402	65,402	2,067,868	3,433,610	5,501,478
オ 資産減耗費		5,879,679	7,608,569	13,488,248	-	549	549	38,751	98,507	137,258
カ 研究研修費		9,497,580	5,231,453	14,729,033	-	1,229	1,229	121,060	140,257	261,317
旅費		3,410,773	1,822,787	5,233,560	-	483	483	60,444	54,559	115,003
図書費		1,771,171	1,020,446	2,791,617	-	475	475	22,628	24,109	46,737
その他		4,315,636	2,388,220	6,703,856	-	271	271	37,988	61,589	99,577
(イ) 医業外費用		112,651,508	79,741,696	192,393,204	-	108,039	108,039	1,201,995	2,453,369	3,655,364
ア 支払利息		39,041,089	31,514,264	70,555,353	-	95,272	95,272	745,717	1,416,087	2,161,804
企業債利息		38,750,780	30,955,495	69,706,275	-	72,550	72,550	744,015	1,362,659	2,106,674
うち公立病院特例債分		117,791	149,693	267,484	-	-	-	1,063	-	1,063
一時借入金利息		98,363	255,478	353,841	-	-	-	183	1,215	1,398
イ 企業債取扱諸費		199,020	6,394	205,414	-	-	-	151	6,733	6,884
ウ 看護学院費		2,524,811	2,922,937	5,447,748	-	-	-	-	-	-
エ 繰延勘定償却		10,721,356	7,558,127	18,279,483	-	870	870	81,845	357,076	438,921
オ 患者外給食材料費		198,765	213,893	412,658	-	-	-	7,164	6,287	13,451
カ 雑損失		59,966,467	37,526,081	97,492,548	-	11,897	11,897	367,118	667,186	1,034,304
(2) 特別損失		16,774,753	14,896,200	31,670,953	-	32,682	32,682	311,142	493,225	804,367
3. 経常利益		87,074,867	-	87,074,867	-	-	-	1,722,461	-	1,722,461
4. 経常損失		-	73,662,107	73,662,107	-	173,017	173,017	-	2,792,170	2,792,170
5. 純利益		80,934,417	5,295,441	86,229,858	-	-	-	1,482,613	-	1,482,613
6. 純損失		3,406,354	76,447,396	79,853,750	-	164,818	164,818	38,393	3,269,501	3,307,894
7. 他会計繰入金(再掲)		281,392,882	213,561,200	494,954,082	-	324,226	324,226	11,122,689	17,251,527	28,374,216
8. 総収支比率		103.3	95.2	100.2	-	82.3	82.3	104.1	93.4	97.8
9. 経常収支比率		103.7	94.9	100.4	-	80.7	80.7	105.0	94.3	98.7
10. 医業収支比率		97.2	86.8	93.3	-	50.7	50.7	76.7	62.0	68.2
11. 職員給与費対経常収益比率		45.0	49.5	46.6	-	67.4	67.4	61.2	60.0	60.6
12. 職員給与費対医業収益比率		50.5	57.2	52.8	-	122.0	122.0	86.8	96.1	91.7
13. 他会計繰入金対経常収益比率		11.4	14.4	12.5	-	44.7	44.7	30.5	37.6	34.4
14. 他会計繰入金対医業収益比率		12.8	16.7	14.1	-	80.9	80.9	43.2	60.1	52.1
15. 他会計繰入金対総収益比率		11.5	15.3	12.8	-	42.3	42.3	30.4	37.6	34.4
16. 実質収益対経常費用比率		91.9	81.3	87.8	-	44.6	44.6	73.0	58.8	64.7
17. 病院数		388	413	801	0	1	1	16	16	32

出典:総務省地方公営企業年鑑【第2編統計資料6.病院事業1. 総括表(6) 損益計算書 ウ 経営規模別(黒字・赤字別):2012年】より作成

表15. 自治体病院における病床規模別黒字・赤字別損益計算書

[illegible]

出典:総務省地方公営企業年鑑【第2編統計資料6.病院事業1. 總括表(6)損益計算書】 経営規模別(黒字・赤字別):2012年1～2月期

表16. むつ総合病院経営分析

	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
I. 安全性指標										
流動比率	49.19%	52.07%	55.16%	61.36%	72.21%	82.81%	100.44%	103.19%	107.60%	107.82%
流動資産回転率	1.45回転	1.45回転	1.41回転	1.41回転	1.30回転	1.36回転	1.23回転	1.57回転	1.58回転	1.58回転
当座比率	48.04%	50.74%	53.79%	59.56%	70.41%	80.79%	98.15%	100.26%	104.00%	104.41%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	60.77%	57.58%	54.46%	51.19%	50.66%	48.44%	49.05%	95.96%	94.85%	93.56%
債権(未収金)回転率	1.49回転	1.49回転	1.46回転	1.51回転	1.38回転	1.58回転	1.38回転	1.70回転	1.64回転	1.63回転
債権(未収金)回転期間	245.53日	244.15日	250.05日	240.11日	246.96日	245.06日	245.43日	240.16日	215.11日	230.07日
債務(未払金)回転率	5.60回転	6.46回転	6.14回転	5.85回転	6.77回転	6.05回転	2.23回転	4.43回転	3.82回転	7.48回転
債務(未払金)回転期間	65.16日	56.47日	89.13日	90.40日	81.02日	87.12日	192.66日	165.59日	134.27日	101.51日
借入金比率	72.64%	72.92%	71.94%	68.29%	62.06%	53.41%	40.17%	36.51%	33.33%	32.18%
不良債務比率(資金不足比率)	71.17%	63.58%	57.74%	44.65%	29.71%	15.22%	△0.35%	△1.96%	△4.46%	△4.60%
累積欠損金比率	142.97%	139.50%	140.13%	129.34%	113.71%	102.61%	89.24%	1.23%	△0.08%	2.22%
自己資本比率	△28.83%	△24.56%	△19.94%	△14.32%	△6.94%	0.26%	12.57%	16.88%	21.58%	26.18%
負債比率	314.53%	307.22%	293.21%	247.90%	182.74%	129.38%	92.27%	69.11%	64.66%	55.96%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△1.41倍	△0.54倍	△0.61倍	△0.30倍	△0.05倍	△0.01倍	△0.27倍	△1.27倍	△1.05倍	△2.56倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	93.38倍	△0.01倍	0.00倍	△0.04倍	72.57倍	71.82倍	71.57倍	67.22倍	65.04倍	△0.03倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	135.38%	203.03%	144.62%	115.85%	127.96%	1,810.97%	529.20%	174.81%	318.47%
医業収益対医業利益率	△9.24%	△3.24%	△3.42%	△1.46%	△0.22%	△0.06%	△1.01%	△4.36%	△3.15%	△7.29%
経常収支比率	97.27%	102.32%	102.50%	104.03%	108.47%	108.51%	110.78%	98.89%	100.07%	98.04%
収支分岐点医業収益	8,390,147(千円)	7,840,367(千円)	7,668,289(千円)	7,832,920(千円)	8,115,431(千円)	8,244,793(千円)	8,504,105(千円)	8,876,629(千円)	9,058,662(千円)	9,009,460(千円)
収支分岐点比率	112.62%	104.42%	104.62%	101.98%	100.31%	100.08%	101.43%	106.14%	104.48%	110.20%
実質収益対経常費用比率	80.45%	84.91%	85.28%	87.21%	95.40%	91.39%	87.62%	93.20%	94.38%	92.69%
許可病床1床当たり医業収益	15,297,906(円)	15,418,345(円)	15,050,434(円)	15,772,240(円)	18,641,793(円)	18,981,254(円)	19,317,663(円)	19,269,416(円)	19,978,261(円)	19,978,262(円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	0.79%	△2.39%	4.80%	5.33%	1.82%	1.77%	△0.25%	3.68%	△5.71%
入院収益対外来収益比率	172.16%	178.27%	191.87%	195.46%	211.72%	214.20%	227.06%	212.03%	228.36%	201.24%
病床利用率	80.29%	80.49%	81.31%	83.57%	83.51%	82.33%	80.24%	86.72%	90.32%	88.48%
延入院患者数	142,715人	143,080人	144,540人	148,555人	148,449人	146,351人	142,634人	137,379人	143,080人	140,160人
1日平均入院患者数	391.00人	392.00人	396.00人	407.00人	406.71人	400.96人	390.78人	376.38人	392.00人	384.00人
患者1人1日当り入院収益	25,521(円)	26,224(円)	26,113(円)	27,436(円)	33,619(円)	34,336(円)	35,211(円)	33,990(円)	36,133(円)	32,356(円)
延外来患者数	421,890人	422,135人	390,530人	419,930人	313,301人	290,430人	272,277人	276,547人	309,148人	301,584人
1日平均外来患者数	1,722人	1,723人	1,594人	1,714人	1,279人	1,185人	1,116人	1,143人	1,267人	1,236人
患者1人1日当り外来収益	6,246(円)	6,194(円)	6,195(円)	5,942(円)	8,029(円)	8,743(円)	9,022(円)	9,183(円)	8,108(円)	8,445(円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	△4.75%	△2.22%	2.80%	4.04%	1.66%	2.74%	3.05%	2.47%	△1.92%
材料費対医業収益比率	26.74%	26.53%	25.89%	26.23%	28.68%	28.34%	29.35%	29.03%	29.72%	28.52%
減価償却費対医業収益比率	8.37%	7.95%	7.77%	6.81%	4.97%	5.50%	5.24%	4.97%	4.59%	5.05%
経費対医業収益比率	12.97%	11.38%	11.02%	11.76%	11.32%	12.07%	12.04%	12.13%	12.71%	1.33%
経常収益対支払利息率	6.10%	5.67%	5.27%	4.63%	4.00%	3.79%	3.47%	3.14%	2.75%	2.56%
資本費対医業収益比率	14.93%	14.00%	13.40%	11.73%	9.36%	9.61%	9.03%	8.39%	7.58%	7.89%
利子負担率	2.76%	2.76%	2.72%	2.65%	2.48%	2.63%	2.66%	2.73%	2.55%	2.35%
III. 労務指標										
付加価値率	73.26%	73.47%	74.11%	73.77%	71.32%	71.66%	70.65%	70.97%	70.28%	71.48%
労働分配率	82.18%	77.91%	78.75%	76.21%	76.84%	74.91%	76.22%	81.19%	79.06%	83.77%
職員給与対医業収益比率	60.21%	57.24%	58.36%	56.21%	54.81%	53.68%	53.85%	57.63%	55.56%	59.88%
職員1人当たりの医業収益	13,472,116(円)	13,173,218(円)	11,860,131(円)	11,871,840(円)	12,427,862(円)	13,014,003(円)	13,500,589(円)	13,046,687(円)	13,058,081(円)	12,998,132(円)
職員1人当たりの総人件費	8,111,007(円)	7,540,328(円)	6,921,460(円)	6,673,640(円)	6,811,105(円)	6,985,916(円)	7,269,696(円)	7,518,359(円)	7,255,589(円)	7,783,566(円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△0.62%	△2.78%	△2.45%	△1.44%	1.61%	1.28%	1.06%	△0.77%	0.08%	△1.26%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△10.30%	△3.37%	9.95%	6.28%	1.91%	△14.96%	△4.77%	△17.14%	△9.75%	△17.11%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△1.97%	10.91%	9.89%	11.48%	8.12%	7.95%	4.82%	0.68%	1.59%	△2.13%
他会計繰入金額【収益的収支】	945,183,900(円)	895,377,949(円)	888,942,350(円)	887,196,762(円)	614,130,124(円)	920,358,415(円)	1,264,022,401(円)	530,476,701(円)	540,767,537(円)	506,538,066(円)
他会計繰入金増加率	-	△5.27%	△0.72%	△0.20%	△30.78%	49.86%	37.34%	△58.03%	1.94%	△6.33%
他会計繰入金対経常収益比率	11.79%	11.20%	11.35%	10.87%	6.91%	10.30%	13.81%	5.81%	5.73%	5.58%
他会計繰入金対医業収益比率	12.69%	11.92%	12.13%	11.55%	7.59%	11.17%	15.08%	6.34%	6.24%	6.20%
補助金等比率	11.79%	11.05%	11.47%	10.75%	13.24%	12.72%	15.84%	9.16%	8.92%	8.89%
企業償還額	389,010,382(円)	720,366,467(円)	724,193,495(円)	588,207,372(円)	426,629,043(円)	381,951,007(円)	408,351,500(円)	524,733,357(円)	593,546,478(円)	612,315,199(円)
企業償還額対減価償却額比率	62.40%	120.60%	127.20%	112.50%	106.10%	84.30%	92.90%	126.30%	149.30%	148.40%
固定資産回転率	0.88回転	0.95回転	1.00回転	1.11回転	1.15回転	1.21回転	1.15回転	1.15回転	1.16回転	1.00回転
許可病床1床当たり総資産額	28,243,159(円)	27,106,178(円)	25,992,246(円)	25,576,360(円)	27,536,802(円)	26,603,381(円)	29,124,936(円)	29,035,260(円)	29,859,852(円)	29,859,852(円)
許可病床1床当たり器械備品	3,295,317(円)	2,637,126(円)	2,052,931(円)	1,713,223(円)	2,703,843(円)	2,639,869(円)	3,460,306(円)	4,204,895(円)	4,047,443(円)	10,894,812(円)
許可病床1床当たり建物構築物	206,920(円)	189,741(円)	175,704(円)	166,288(円)	174,539(円)	162,483(円)	150,430(円)	138,916(円)	135,717(円)	421,745(円)
貯蔵資産回転率	16.54回転	15.11回転	14.83回転	12.64回転	14.94回転	15.91回転	15.84回転	16.11回転	14.09回転	31.45回転
貯蔵資産回転期間	22.07日	24.15日	24.61日	28.88日	24.42日	22.95日	23.04日	22.66日	25.90日	11.61日
総資本回転率	0.54回転	0.57回転	0.58回転	0.62回転	0.60回転	0.64回転	0.59回転	0.66回転	0.67回転	0.61回転
総資産増加率	-	△4.03%	△4.11%	△1.60%	7.44%	△3.39%	9.48%	△10.97%	2.84%	3.38%

出典: むつ総合病院貸対照表(2002年度～2012年度)、及び損益計算書(2002年度～2012年度)を基に筆者作成

表17. 八戸市立市民病院経営分析

	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
I. 安全性指標										
流動比率	89.71%	80.53%	73.07%	65.84%	57.94%	56.85%	102.18%	179.44%	314.40%	454.22%
流動資産回転率	5.49回転	5.04回転	4.78回転	4.97回転	5.25回転	5.05回転	4.86回転	4.89回転	3.75回転	2.72回転
当座比率	84.41%	76.07%	68.82%	61.27%	53.16%	52.95%	95.63%	167.92%	298.35%	439.96%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	99.12%	100.41%	102.02%	103.80%	106.26%	107.82%	98.41%	93.25%	86.89%	79.69%
債権(未収金)回転率	5.84回転	5.35回転	5.08回転	5.35回転	5.73回転	5.43回転	5.20回転	5.23回転	5.89回転	5.78回転
債権(未収金)回転期間	62.46日	68.27日	71.83日	68.24日	63.75日	67.18日	70.17日	69.74日	62.00日	63.20日
債務(未払金)回転率	0.55回転	0.33回転	0.35回転	0.21回転	0.38回転	0.22回転	0.27回転	0.19回転	0.19回転	0.33回転
債務(未払金)回転期間	663.43日	1,122.16日	1,055.35日	1,769.35日	950.36日	1,687.07日	1,336.36日	1,962.54日	1,915.26日	1,117.06日
借入金比率	2.38%	6.55%	8.26%	11.26%	11.06%	14.84%	7.03%	3.72%	5.09%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	2.09%	4.79%	7.71%	10.44%	13.84%	15.02%	△0.44%	△9.05%	△18.20%	△28.69%
累積欠損金比率	94.67%	107.51%	116.73%	129.67%	111.69%	116.10%	114.56%	106.08%	91.22%	74.83%
自己資本比率	△5.19%	△7.12%	△8.53%	△10.70%	△13.17%	△15.55%	△13.27%	△9.31%	△2.98%	2.79%
負債比率	10.43%	12.81%	15.75%	16.18%	18.88%	21.82%	19.44%	13.87%	12.45%	14.28%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△1.19倍	△1.70倍	△1.64倍	△2.31倍	△2.14倍	△2.21倍	△1.50倍	△1.26倍	△0.00倍	△0.41倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	△0.00倍	4.15倍	3.75倍	3.35倍	3.03倍	2.78倍	2.61倍	2.44倍	2.12倍	1.77倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	△38.56%	5.97%	△37.30%	11.62%	0.10%	34.32%	20.84%	99.96%	△78,354.47%
医業収益対医業利益率	△8.66%	△12.23%	△11.45%	△15.82%	△13.86%	△13.45%	△8.60%	△6.42%	△0.00%	△1.61%
経常収支比率	92.34%	90.97%	92.05%	88.99%	92.78%	93.90%	99.17%	101.93%	105.63%	103.98%
収支分岐点医業収益	12,569,855(千円)	12,856,264(千円)	12,806,683(千円)	13,383,469(千円)	13,190,269(千円)	13,508,849(千円)	13,111,485(千円)	13,531,029(千円)	13,840,006(千円)	14,929,700(千円)
収支分岐点比率	111.58%	116.26%	115.31%	121.32%	118.47%	117.90%	111.32%	108.47%	100.00%	102.10%
実質収益対経常費用比率	82.19%	81.40%	83.20%	80.29%	82.63%	83.38%	86.71%	88.36%	94.39%	93.40%
許可病床1床当たり医業収益	19,289(千円)	18,935(千円)	19,017(千円)	18,890(千円)	19,065(千円)	19,620(千円)	20,167(千円)	21,360(千円)	23,698(千円)	25,038(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	△1.84%	0.44%	△0.67%	0.93%	2.91%	2.79%	5.92%	10.94%	5.65%
入院収益対外来収益比率	331.06%	392.87%	395.39%	388.76%	407.72%	405.43%	390.65%	369.63%	388.00%	368.63%
病床利用率	90.75%	90.92%	91.10%	90.24%	91.27%	88.87%	88.70%	90.24%	89.90%	89.38%
延入院患者数	193,450人	193,815人	194,180人	192,355人	194,545人	189,435人	189,070人	192,355人	191,625人	190,530人
1日平均入院患者数	530.00人	531.00人	532.00人	527.00人	533.00人	519.00人	518.00人	527.00人	525.00人	522.00人
患者1人1日当り入院収益	41,536(円)	42,626(円)	43,280(円)	43,382(円)	44,165(円)	46,585(円)	47,334(円)	48,341(円)	54,489(円)	57,162(円)
延外来患者数	264,252人	264,496人	264,740人	237,168人	220,088人	206,912人	195,932人	217,892人	227,652人	236,436人
1日平均外来患者数	1,083.00人	1,084.00人	1,085.00人	972.00人	902.00人	848.00人	803.00人	893.00人	933.00人	969.00人
患者1人1日当り外来収益	9,185(円)	7,950(円)	8,029(円)	9,051(円)	9,575(円)	10,520(円)	11,692(円)	11,545(円)	11,821(円)	12,496(円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	1.38%	△0.26%	3.23%	△0.79%	2.55%	△1.61%	3.80%	4.25%	7.35%
材料費対医業収益比率	16.04%	13.44%	17.67%	18.18%	17.82%	17.54%	17.51%	15.93%	15.30%	9.41%
減価償却費対医業収益比率	11.29%	16.90%	12.72%	11.87%	10.94%	10.42%	10.36%	10.30%	9.84%	15.25%
経費対医業収益比率	16.04%	13.44%	17.67%	18.18%	17.82%	17.54%	17.51%	15.93%	15.30%	9.41%
経常収益対支払利息率	6.64%	6.50%	6.29%	6.15%	5.67%	5.31%	4.93%	4.39%	3.87%	3.49%
資本費対医業収益比率	18.59%	24.11%	19.71%	18.72%	17.40%	16.50%	16.08%	15.39%	14.19%	19.17%
利子負担率	2.94%	2.83%	2.85%	2.89%	2.88%	2.78%	2.81%	2.79%	2.69%	2.75%
III. 労務指標										
付加価値率	74.79%	75.19%	74.76%	74.23%	75.03%	75.16%	75.90%	75.84%	77.39%	76.47%
労働分配率	74.28%	75.20%	73.91%	79.88%	79.35%	79.96%	73.80%	73.22%	66.70%	69.13%
職員給与費対医業収益比率	55.55%	56.54%	55.25%	59.29%	59.54%	60.10%	56.02%	55.53%	51.61%	52.87%
職員1人当たりの医業収益	16,349,644(円)	16,048,981(円)	15,865,693(円)	15,625,428(円)	15,025,578(円)	15,277,434(円)	14,522,474(円)	15,175,655(円)	15,907,608(円)	16,157,171(円)
職員1人当たりの総人件費	9,082,306(円)	9,074,096(円)	8,766,427(円)	9,264,488(円)	8,945,802(円)	9,181,549(円)	8,134,902(円)	8,426,418(円)	8,210,545(円)	8,541,664(円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△3.65%	△4.48%	△4.09%	△6.28%	△4.28%	△3.83%	△0.52%	1.28%	3.81%	3.67%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△4.89%	△6.19%	△5.36%	△6.71%	△7.07%	△6.66%	△4.20%	△3.27%	△0.00%	△1.04%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	1.05%	1.90%	0.54%	△1.80%	△1.41%	△1.56%	0.95%	2.25%	6.23%	8.83%
他会計繰入金額【収益的収支】	1,361,733,000(円)	1,290,007,000(円)	1,188,345,000(円)	1,201,862,267(円)	1,387,447,392(円)	1,472,107,394(円)	1,716,088,236(円)	1,929,000,497(円)	1,658,921,991(円)	1,668,209,000(円)
他会計繰入金増加率	-	△5.27%	△7.88%	1.14%	15.44%	6.10%	16.57%	12.41%	△14.00%	0.44%
他会計繰入金対経常収益比率	10.99%	10.52%	9.62%	9.78%	10.94%	11.21%	12.57%	13.31%	10.64%	10.17%
他会計繰入金対医業収益比率	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%
補助金等比率	11.10%	10.72%	10.08%	9.78%	11.27%	11.66%	13.23%	13.89%	11.18%	10.72%
企業債償還額	1,460,977,629(円)	1,235,113,533(円)	1,138,188,064(円)	1,495,350,710(円)	1,208,764,155(円)	1,133,710,338(円)	1,134,032,726(円)	1,150,745,529(円)	1,354,452,935(円)	2,350,507,482(円)
企業債償還額対減価償却額比率	114.90%	66.10%	80.60%	114.20%	99.20%	95.00%	92.90%	89.60%	99.50%	105.40%
固定資産回転率	0.44回転	0.45回転	0.48回転	0.51回転	0.54回転	0.58回転	0.61回転	0.67回転	0.77回転	0.86回転
許可病床1床当たり総資産額	48,163,043(円)	46,598,445(円)	44,654,753(円)	41,471,482(円)	39,496,406(円)	38,136,708(円)	37,464,378(円)	36,713,106(円)	37,885,256(円)	38,705,229(円)
許可病床1床当たり器械備品	2,884,043(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)	2,884,044(円)
許可病床1床当たり建物構築物	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)	711,046(円)
貯蔵資産回転率	23.44回転	22.58回転	20.74回転	18.47回転	15.90回転	18.28回転	18.27回転	18.43回転	16.59回転	20.38回転
貯蔵資産回転期間	15.57日	16.16日	17.60日	19.76日	22.96日	19.97日	19.98日	19.81日	22.00日	17.91日
総資本回転率	0.40回転	0.41回転	0.43回転	0.46回転	0.48回転	0.51回転	0.54回転	0.58回転	0.63回転	0.86回転
総資産増加率	-	△3.25%	△4.17%	△7.13%	△4.76%	△3.44%	△1.76%	△2.01%	1.83%	△21.75%

出典：税務省自治財政局編地方公営企業年鑑第51集(2003年度)、八戸市立市民病院貸借対照表(2002年度～2012年度)、及び損益計算書(2002年度～2012年度)を基に筆者作成

表18. 三沢市立三沢病院経営分析

	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
I. 安全性指標										
流動比率	89.86%	104.97%	144.86%	166.43%	194.64%	185.11%	121.11%	111.90%	213.82%	200.78%
流動資産回転率	0.24回転	0.22回転	0.21回転	0.20回転	0.21回転	0.25回転	0.77回転	1.33回転	0.29回転	0.38回転
当座比率	0.83回転	0.97回転	1.35回転	1.55回転	1.81回転	1.75回転	1.21回転	1.10回転	1.97回転	1.91回転
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	102.05%	98.73%	93.83%	92.36%	90.72%	91.00%	92.10%	93.38%	92.88%	90.73%
債権(未収金)回転率	4.58回転	4.98回転	5.52回転	6.61回転	6.47回転	5.68回転	2.20回転	1.28回転	4.59回転	3.88回転
債権(未収金)回転期間	79.65日	73.29日	66.11日	55.22日	56.42日	64.22日	165.76日	285.99日	79.59日	94.09日
債務(未払金)回転率	0.32回転	0.38回転	0.32回転	0.48回転	0.38回転	0.42回転	2.04回転	4.04回転	0.46回転	0.64回転
債務(未払金)回転期間	1,131.19日	948.26日	1,151.31日	765.08日	949.26日	866.45日	179.21日	90.36日	794.70日	571.60日
借入金比率	13.91%	7.33%	5.22%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	2.68%	△1.04%	△6.54%	△8.13%	△10.12%	△11.38%	△13.34%	△14.18%	△15.54%	△19.16%
累積欠損金比率	42.93%	36.05%	33.65%	30.48%	29.26%	28.18%	28.06%	27.31%	33.71%	59.23%
自己資本比率	49.61%	50.55%	51.51%	53.84%	54.70%	45.33%	25.66%	15.11%	22.01%	26.40%
負債比率	25.56%	20.59%	12.81%	11.33%	9.59%	9.90%	29.64%	32.91%	3.77%	6.08%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△0.13倍	0.74倍	0.17倍	△0.29倍	△0.28倍	△0.62倍	△0.81倍	△0.49倍	△0.52倍	△3.55倍
ネット・デット・エグイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	0.68倍	0.59倍	0.48倍	0.39倍	0.37倍	0.52倍	0.60倍	1.14倍	1.55倍	1.29倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	△620.13%	△80.55%	△248.65%	△11.53%	113.53%	△32.07%	9.20%	114.95%	597.59%
医業収益対医業利益率	△0.36%	1.69%	0.33%	△0.46%	△0.40%	△0.83%	△0.57%	△0.62%	△1.28%	△8.78%
経常収支比率	100.22%	103.14%	102.39%	100.88%	100.97%	100.23%	100.56%	100.44%	98.89%	94.11%
収支分岐点医業収益	3,632,335(千円)	3,864,153(千円)	3,934,624(千円)	4,265,481(千円)	4,299,126(千円)	4,462,328(千円)	4,380,323(千円)	4,434,804(千円)	4,631,093(千円)	5,201,944(千円)
収支分岐点比率	100.47%	97.70%	99.57%	100.61%	100.55%	101.21%	100.83%	100.87%	101.81%	112.44%
実質収益対経常費用比率	94.35%	96.39%	95.69%	94.66%	95.19%	94.67%	94.98%	94.61%	94.01%	87.66%
許可病床1床当たり医業収益	4,982,982(千円)	5,451,091(千円)	17,962,336(千円)	19,271,009(千円)	19,434,532(千円)	20,041,723(千円)	19,747,323(千円)	19,983,605(千円)	20,676,418(千円)	21,029,164(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	9.40%	△0.09%	7.29%	0.85%	3.12%	△1.47%	1.20%	3.47%	1.71%
入院収益対外来収益比率	213.43%	213.99%	203.58%	200.10%	185.50%	175.33%	168.66%	169.58%	175.60%	195.50%
病床利用率	88.18%	89.55%	88.18%	89.09%	87.27%	85.45%	86.36%	85.45%	88.18%	93.18%
延入院患者数	70,080人	70,445人	70,810人	71,540人	70,080人	68,620人	69,350人	68,620人	70,810人	71,175人
1日平均入院患者数	192.00人	193.00人	194.00人	196.00人	192.00人	188.00人	190.00人	188.00人	194.00人	195.00人
患者1人1日当り入院収益	33,387(円)	36,430(円)	35,638(円)	37,915(円)	38,019(円)	39,223(円)	37,455(円)	38,402(円)	38,980(円)	40,828(円)
延外来患者数	265,720人	266,085人	266,450人	246,375人	228,490人	214,985人	206,225人	175,200人	184,690人	185,055人
1日平均外来患者数	728.00人	729.00人	730.00人	675.00人	626.00人	589.00人	565.00人	480.00人	506.00人	507.00人
患者1人1日当り外来収益	4,126(円)	4,507(円)	4,652(円)	5,502(円)	6,286(円)	7,140(円)	7,468(円)	8,870(円)	8,511(円)	8,032(円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	7.26%	0.72%	8.14%	0.34%	3.60%	△1.75%	1.65%	11.27%	21.19%
材料費対医業収益比率	24.95%	26.58%	23.94%	25.28%	27.35%	31.32%	30.95%	29.50%	29.26%	29.45%
減価償却費対医業収益比率	2.98%	2.87%	2.87%	2.65%	2.77%	2.56%	2.23%	2.13%	2.45%	6.53%
経費対医業収益比率	22.06%	22.78%	28.04%	30.71%	28.80%	27.09%	27.52%	26.08%	27.92%	33.08%
経常収益対支払利息率	2.68%	2.13%	1.84%	1.50%	1.37%	1.27%	0.67%	1.19%	2.31%	2.29%
資本費対医業収益比率	5.81%	5.14%	4.83%	4.25%	4.22%	3.89%	2.93%	3.38%	4.89%	9.00%
利子負担率	4.54%	4.91%	4.87%	5.47%	5.09%	3.27%	0.97%	0.92%	1.83%	2.00%
III. 労務指標										
付加価値率	77.94%	77.22%	71.96%	69.29%	71.20%	72.91%	72.48%	73.92%	72.08%	66.92%
労働分配率	66.55%	62.26%	58.40%	55.45%	56.57%	57.45%	56.94%	60.07%	58.26%	55.69%
職員給与対医業収益比率	49.94%	45.71%	44.42%	41.43%	41.10%	39.46%	39.31%	42.35%	41.21%	39.29%
職員1人当たりの医業収益	18,927,838(円)	20,816,632(円)	21,245,774(円)	21,304,633(円)	22,385,325(円)	22,156,678(円)	21,506,985(円)	21,550,946(円)	21,157,265(円)	20,202,690(円)
職員1人当たりの総人件費	9,452,932(円)	9,515,342(円)	9,437,102(円)	8,826,714(円)	9,199,304(円)	8,742,347(円)	8,455,203(円)	9,126,417(円)	8,719,144(円)	7,937,869(円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	0.18%	2.63%	1.94%	0.77%	0.83%	0.16%	0.21%	0.10%	△0.32%	△2.04%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△0.34%	1.65%	0.29%	△0.42%	△0.36%	△0.61%	△0.27%	△0.17%	△0.35%	△2.81%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	2.54%	4.46%	2.81%	2.03%	2.13%	1.28%	0.78%	0.42%	0.32%	△0.72%
他会計繰入金額【収益的収支】	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
他会計繰入金増加率	-	23.40%	△0.04%	0.38%	△6.79%	△0.29%	△1.35%	6.07%	△11.70%	43.94%
他会計繰入金対経常収益比率	5.86%	6.55%	6.54%	6.17%	5.72%	5.55%	5.55%	5.80%	4.94%	6.85%
他会計繰入金対医業収益比率	20.39%	23.00%	6.98%	6.53%	6.03%	5.83%	5.84%	6.12%	5.22%	7.39%
補助金等比率	5.93%	6.63%	6.61%	6.17%	5.72%	5.75%	5.77%	6.00%	5.15%	7.01%
企業債償還額	169,446,491(円)	169,446,492(円)	184,583,520(円)	139,319,355(円)	125,351,840(円)	765,520,744(円)	167,049,000(円)	165,168,612(円)	153,361,754(円)	358,090,410(円)
企業債償還額対減価償却額比率	157.26%	149.40%	162.60%	123.90%	105.80%	679.40%	172.50%	176.40%	137.80%	118.50%
固定資産回転率	0.95回転	0.99回転	0.94回転	1.00回転	0.99回転	0.81回転	0.51回転	0.30回転	0.30回転	0.35回転
許可病床1床当たり総資産額	21,345(円)	22,144(円)	23,065(円)	23,177(円)	23,757(円)	29,756(円)	54,607(円)	96,187(円)	77,659(円)	69,757(円)
許可病床1床当たり器械備品	41,255									
許可病床1床当たり建物構築物	45,318									
貯蔵資産回転率	14.59回転	15.10回転	16.92回転	18.22回転	18.65回転	23.94回転	31.24回転	15.55回転	12.46回転	15.38回転
貯蔵資産回転期間	25.02日	24.18日	21.57日	20.04日	19.57日	15.25日	11.68日	23.48日	29.30日	23.73日
総資本回転率	0.23回転	0.25回転	0.78回転	0.83回転	0.82回転	0.67回転	0.36回転	0.21回転	0.27回転	0.30回転
総資産増加率	-	3.75%	4.16%	0.48%	2.50%	25.25%	83.52%	76.14%	△19.26%	△10.18%

出典：総務省自治財政局地方公営企業年鑑第51集(2003年度)、三沢市立三沢病院貸借対照表(2002年度～2012年度)、及び損益計算書(2002年度～2012年度)を基に筆者作成

表19. 十和田市立中央病院経営分析

	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
I. 安全性指標										
流動比率	193.56%	176.76%	122.57%	60.98%	50.30%	42.02%	58.53%	42.14%	113.20%	148.76%
流動資産回転率	6.21回転	5.61回転	5.21回転	5.23回転	5.25回転	5.23回転	4.95回転	4.93回転	5.21回転	5.08回転
当座比率	±0.00%	±0.00%	0.04%	0.03%	0.03%	0.03%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	82.32%	82.87%	91.83%	121.55%	113.57%	105.11%	49.94%	107.58%	97.21%	95.93%
債権(未収金)回転率	6.49回転	5.89回転	5.56回転	5.75回転	5.75回転	5.86回転	5.48回転	5.34回転	5.61回転	5.41回転
債権(未収金)回転期間	56.22日	61.99日	65.68日	63.49日	63.44日	62.33日	66.59日	68.36日	65.02日	67.47日
債務(未払金)回転率	0.21回転	0.26回転	0.29回転	0.31回転	0.30回転	0.48回転	0.34回転	0.38回転	0.36回転	0.40回転
債務(未払金)回転期間	1,744.94日	1,403.76日	1,239.67日	1,195.69日	1,208.35日	765.15日	1,070.17日	958.50日	1,017.46日	916.64日
借入金比率	4.93%	7.19%	14.26%	29.13%	20.67%	10.41%	7.42%	12.74%	3.85%	1.94%
不良債務比率(資金不足比率)	△7.78%	△7.74%	△3.53%	12.23%	18.83%	26.39%	14.32%	27.86%	△2.24%	△6.45%
累積欠損金比率	72.17%	75.89%	83.31%	17.57%	25.67%	33.61%	62.55%	83.80%	92.41%	91.87%
自己資本比率	36.67%	40.39%	33.47%	11.77%	2.75%	0.53%	△3.95%	△10.73%	△7.36%	△7.72%
負債比率	18.46%	21.60%	32.70%	60.23%	34.57%	15.89%	20.45%	28.34%	14.88%	12.87%
イングレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△29.76倍	△29.00倍	△36.35倍	△38.31倍	△31.61倍	△14.42倍	△10.35倍	△10.93倍	△10.13倍	△9.09倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	0.29倍	0.25倍	1.33倍	1.54倍	3.63倍	8.37倍	7.59倍	6.35倍	3.51倍	3.00倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	△30.23%	117.13%	98.16%	△23.68%	△8.93%	128.14%	2.56%	△26.49%	△36.10%
医業収益対医業利益率	△6.48%	△4.66%	△10.35%	△23.61%	△17.22%	△15.60%	△37.21%	△34.45%	△22.50%	△13.08%
経常収支比率	97.00%	98.81%	95.02%	85.22%	89.65%	88.77%	75.24%	75.90%	85.05%	90.64%
収支分岐点医業収益	6,573,454(千円)	6,210,181(千円)	6,485,034(千円)	6,504,077(千円)	6,380,353(千円)	6,296,679(千円)	7,387,000(千円)	7,968,229(千円)	8,004,384(千円)	8,029,281(千円)
収支分岐点比率	108.62%	105.93%	113.08%	130.53%	122.33%	120.15%	147.35%	143.48%	128.04%	116.84%
実質収益対経常費用比率	92.36%	93.89%	89.24%	79.52%	83.91%	85.16%	71.76%	73.00%	75.78%	88.16%
許可病床1床当たり医業収益	12,634(千円)	12,239(千円)	11,972(千円)	10,403(千円)	10,889(千円)	10,941(千円)	10,466(千円)	11,594(千円)	13,051(千円)	14,347(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	△3.23%	△2.22%	△15.09%	4.46%	0.48%	△4.53%	9.73%	11.16%	9.03%
入院収益対外来収益比率	202.94%	230.33%	221.93%	222.09%	227.24%	219.02%	245.30%	242.12%	246.77%	285.62%
病床利用率	76.62%	75.78%	71.61%	69.46%	64.80%	67.28%	64.64%	67.81%	73.09%	73.88%
延入院患者数	133,955人	132,495人	125,195人	108,770人	101,470人	93,075人	89,425人	93,805人	101,105人	102,200人
1日平均入院患者数	367.00人	363.00人	343.00人	298.00人	278.00人	255.00人	245.00人	257.00人	277.00人	280.00人
患者1人1日当り入院収益	28,805(円)	29,244(円)	30,018(円)	30,493(円)	34,442(円)	37,265(円)	38,058(円)	39,261(円)	41,404(円)	47,372(円)
延外来患者数	421,575人	400,405人	377,775人	300,030人	278,130人	273,385人	221,920人	230,680人	229,220人	229,220人
1日平均外来患者数	1,155.00人	1,097.00人	1,035.00人	822.00人	762.00人	749.00人	608.00人	632.00人	628.00人	628.00人
患者1人1日当り外来収益	4,510(円)	4,201(円)	4,482(円)	4,978(円)	5,530(円)	5,793(円)	6,252(円)	6,594(円)	7,401(円)	7,395(円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	△4.78%	3.14%	△2.67%	△0.74%	△0.90%	13.54%	8.55%	2.55%	1.48%
材料費対医業収益比率	24.89%	21.40%	20.87%	22.65%	22.90%	22.56%	21.40%	20.76%	19.77%	22.33%
減価償却費対医業収益比率	2.74%	2.73%	3.09%	3.52%	3.45%	3.26%	6.91%	14.55%	17.28%	14.57%
経費対医業収益比率	21.78%	22.99%	26.60%	30.76%	28.01%	28.92%	37.91%	37.79%	27.89%	24.31%
経常収益対支払利息率	1.35%	1.25%	1.14%	1.37%	1.46%	3.17%	5.98%	5.64%	4.87%	4.25%
資本費対医業収益比率	4.17%	4.06%	4.32%	5.01%	5.03%	6.69%	13.60%	20.78%	22.76%	19.26%
利子負担率	5.07%	4.76%	3.45%	2.24%	1.17%	1.07%	0.94%	1.83%	2.07%	2.08%
III. 労務指標										
付加価値率	75.11%	78.60%	79.13%	77.35%	77.10%	77.44%	78.60%	79.24%	80.23%	77.67%
労働分配率	75.20%	72.59%	74.81%	85.48%	80.80%	77.85%	78.30%	72.34%	70.77%	66.15%
職員給与費対医業収益比率	56.48%	57.05%	59.20%	66.11%	62.30%	60.28%	61.54%	57.32%	56.78%	51.37%
職員1人当たりの医業収益	15,718,473(円)	15,187,254(円)	14,704,364(円)	13,010,298(円)	13,653,738(円)	13,827,599(円)	12,954,403(円)	14,313,683(円)	15,746,280(円)	17,620,679(円)
職員1人当たりの総人件費	8,877,686(円)	8,664,829(円)	8,704,985(円)	8,601,470(円)	8,505,940(円)	8,335,923(円)	7,972,543(円)	8,205,299(円)	8,940,861(円)	9,052,503(円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△6.15%	△2.26%	△8.89%	△22.58%	△8.50%	△4.12%	△10.08%	△11.14%	△7.81%	△5.23%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△32.93%	△20.28%	△48.64%	△240.59%	△425.15%	△890.88%	257.72%	101.90%	120.50%	77.74%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△8.25%	△4.13%	△15.16%	△38.61%	△12.56%	△4.31%	△9.98%	△8.11%	△2.37%	0.77%
他会計繰入金額【収益的収支】	444,567,000(円)	433,572,000(円)	488,410,000(円)	465,820,000(円)	684,200,000(円)	770,594,000(円)	1,126,115,000(円)	1,076,505,000(円)	1,421,918,000(円)	931,434,000(円)
他会計繰入金増加率	-	△2.47%	12.65%	△4.63%	46.88%	12.63%	46.14%	△4.41%	32.09%	△34.49%
他会計繰入金対経常収益比率	6.89%	6.94%	7.90%	8.62%	12.09%	13.59%	20.04%	17.54%	20.20%	12.27%
他会計繰入金対医業収益比率	7.35%	7.40%	8.52%	9.35%	13.12%	14.70%	22.46%	19.38%	22.75%	13.55%
補助金等比率	7.15%	7.23%	8.33%	8.94%	11.99%	13.29%	18.81%	16.67%	18.87%	12.01%
企業負債還額	237,864,165(円)	213,502,611(円)	228,643,948(円)	237,166,699(円)	241,588,032(円)	321,927,840(円)	464,252,859(円)	601,184,736(円)	543,201,269(円)	541,772,548(円)
企業負債還額対減価償却額比率	143.50%	133.30%	129.20%	135.10%	134.40%	188.50%	134.10%	74.40%	50.30%	54.10%
固定資産回転率	2.68回転	2.58回転	2.27回転	1.58回転	0.80回転	0.33回転	0.30回転	0.35回転	0.43回転	0.51回転
許可病床1床当たり総資産額	6,777,253(円)	6,967,854(円)	7,613,647(円)	8,671,564(円)	16,057,620(円)	36,310,438(円)	38,284,167(円)	36,529,063(円)	33,102,727(円)	31,271,115(円)
許可病床1床当たり器械備品	1,983									
許可病床1床当たり建物構築物	20,814									
貯蔵資産回転率	46.31回転	31.39回転	18.73回転	15.38回転	16.40回転	11.60回転	23.38回転	13.88回転	15.53回転	20.86回転
貯蔵資産回転期間	7.88日	11.63日	19.49日	23.73日	22.25日	31.46日	15.61日	26.29日	23.50日	17.50日
総資本回転率	1.86回転	1.76回転	1.57回転	1.20回転	0.68回転	0.30回転	0.27回転	0.32回転	0.39回転	0.46回転
総資産増加率	-	2.81%	9.27%	13.90%	85.18%	126.13%	5.44%	△4.58%	△9.38%	△5.53%

出典：総務省自治財政局編地方公営企業年鑑第61集(2003年度)、十和田市立中央病院貸借対照表(2002年度～2012年度)、及び損益計算書(2002年度～2012年度)を基に筆者作成

表20. 弘前市立病院経営分析

	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
I. 安全性指標										
流動比率	88.72%	89.51%	95.10%	98.12%	83.75%	63.71%	72.68%	81.32%	77.69%	92.72%
流動資産回転率	5.19回転	5.44回転	5.65回転	4.88回転	4.85回転	5.33回転	5.52回転	4.74回転	5.07回転	5.15回転
当座比率	87.05%	87.72%	93.25%	93.55%	81.44%	62.04%	71.29%	78.74%	73.84%	85.77%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	100.53%	100.03%	99.41%	99.42%	104.07%	115.43%	125.31%	105.80%	107.01%	101.42%
債権(未収金)回転率	5.29回転	5.55回転	5.77回転	5.12回転	4.99回転	5.48回転	5.63回転	5.33回転	5.34回転	5.57回転
債権(未収金)回転期間	68.99日	65.75日	63.27日	71.31日	73.12日	66.62日	64.82日	68.46日	68.41日	65.50日
債務(未払金)回転率	0.15回転	0.18回転	0.16回転	0.20回転	0.22回転	0.16回転	0.16回転	0.20回転	0.25回転	0.44回転
債務(未払金)回転期間	2,391.54日	2,064.67日	2,313.71日	1,805.16日	1,693.92日	2,350.03日	2,342.40日	1,864.04日	1,486.11日	837.66日
借入金比率	16.00%	13.46%	13.22%	13.81%	16.27%	24.38%	20.88%	19.46%	18.00%	9.57%
不良債務比率(資金不足比率)	2.45%	2.16%	0.91%	0.39%	4.01%	10.69%	6.81%	4.84%	5.67%	1.53%
累積欠損金比率	85.98%	86.90%	29.64%	27.07%	27.07%	16.54%	5.25%	87.62%	87.66%	29.47%
自己資本比率	25.81%	22.22%	22.20%	21.02%	17.22%	9.45%	4.38%	14.63%	15.85%	23.20%
負債比率	25.24%	21.73%	22.04%	24.35%	29.24%	43.46%	55.90%	51.70%	49.07%	39.54%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△6.19倍	△4.17倍	△15.42倍	△9.66倍	△14.29倍	△10.14倍	△6.95倍	△3.89倍	△2.98倍	△16.06倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	△0.00倍	0.66倍	0.63倍	3.17倍	2.68倍	2.28倍	2.45倍	1.44倍	1.25倍	1.01倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率		16.11%	△34.29%	△49.67%	△16.85%	△16.77%	△13.00%	△10.52%	△7.97%	△35.69%
経常収支比率	95.34%	96.33%	95.46%	98.68%	92.73%	90.83%	93.36%	96.79%	97.07%	99.13%
医業収益対医業利益率	△8.66%	△6.03%	△14.65%	△11.05%	△19.64%	△14.36%	△9.79%	△5.36%	△4.46%	△13.67%
収支分岐点医業収益	3,816,849(千円)	3,838,654(千円)	4,703,960(千円)	4,276,437(千円)	4,439,634(千円)	4,539,880(千円)	4,269,937(千円)	4,114,990(千円)	3,882,261(千円)	4,588,978(千円)
収支分岐点比率	111.69%	108.18%	120.79%	115.44%	128.29%	121.71%	114.33%	107.64%	106.22%	118.63%
実質収益対経常費用比率	88.09%	90.35%	85.08%	87.25%	80.58%	84.01%	87.64%	90.43%	91.25%	85.98%
許可病床1床当たり医業収益	13,669(千円)	14,194(千円)	15,577(千円)	14,818(千円)	13,843(千円)	14,920(千円)	14,939(千円)	15,292(千円)	14,620(千円)	15,473(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率		3.84%	9.75%	△4.88%	△6.58%	7.78%	0.12%	2.36%	△4.39%	5.83%
入院収益対外来収益比率	139.61%	137.27%	140.60%	143.47%	147.43%	144.01%	142.42%	137.91%	136.35%	141.40%
病床利用率	90.40%	92.40%	84.00%	78.80%	77.60%	86.00%	86.80%	93.20%	91.60%	81.60%
延入院患者数	82,490人	84,315人	76,650人	71,905人	70,810人	78,475人	79,205人	85,045人	83,585人	74,460人
1日平均入院患者数	226	231.00人	210.00人	197.00人	194.00人	215.00人	217.00人	233.00人	229.00人	204.00人
患者1人1日当り入院収益	29,674(円)	30,660(円)	36,137(円)	35,908(円)	33,151(円)	33,005(円)	33,109(円)	32,594(円)	32,072(円)	36,740(円)
延外来患者数	122,976人	122,000人	98,820人	103,456人	98,332人	107,360人	114,680人	116,876人	119,072人	106,872人
1日平均外来患者数	504.00人	500.00人	405.00人	424.00人	403.00人	440.00人	470.00人	479.00人	488.00人	438.00人
患者1人1日当り外来収益	6,877(円)	6,920(円)	10,518(円)	9,982(円)	10,213(円)	9,568(円)	8,665(円)	7,951(円)	7,149(円)	9,778(円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率		1.32%	18.67%	△7.87%	0.65%	3.02%	△3.88%	△1.77%	△5.21%	15.16%
材料費対医業収益比率	25.89%	26.30%	29.52%	28.47%	30.57%	33.87%	31.69%	29.90%	28.28%	26.64%
減価償却費対医業収益比率	3.01%	3.66%	4.58%	3.54%	3.92%	3.66%	3.65%	3.50%	3.73%	4.69%
経費対医業収益比率	23.80%	22.74%	25.28%	25.44%	27.90%	23.46%	22.90%	22.31%	23.23%	26.39%
経常収益対支払利息率	1.30%	1.36%	0.84%	1.01%	1.20%	1.32%	1.33%	1.30%	1.42%	0.73%
資本費対医業収益比率	4.41%	5.10%	5.53%	4.69%	5.29%	5.08%	5.06%	4.88%	5.23%	5.54%
利子負担率	1.85%	1.71%	1.26%	1.46%	1.65%	1.72%	1.86%	1.73%	1.96%	1.42%
III. 労務指標										
付加価値率	74.11%	73.70%	70.48%	71.53%	69.43%	66.13%	68.31%	70.10%	71.72%	73.36%
労働分配率	75.08%	71.91%	78.09%	74.53%	82.09%	79.89%	74.66%	70.15%	68.24%	75.96%
職員給与費対医業収益比率	55.64%	53.00%	55.04%	53.32%	56.99%	52.83%	51.00%	49.18%	48.94%	55.72%
職員1人当たりの医業収益	17,615,330(円)	18,975,995(円)	18,197,902(円)	17,895,643(円)	18,118,775(円)	19,427,109(円)	19,054,327(円)	19,504,658(円)	18,460,030(円)	17,192,333(円)
職員1人当たりの総人件費	9,801,861(円)	10,056,374(円)	10,015,668(円)	9,541,362(円)	10,326,152(円)	10,263,938(円)	9,717,587(円)	9,592,240(円)	9,034,985(円)	9,580,298(円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△4.87%	△3.50%	△5.21%	△1.42%	△8.26%	△11.18%	△8.08%	△3.49%	△3.21%	△1.08%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△31.13%	△23.56%	△64.05%	△49.23%	△104.69%	△156.32%	△238.88%	△36.32%	△28.27%	△63.02%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%
他会計繰入金額【収益的収支】	276,805,000(円)	232,256,000(円)	536,217,000(円)	476,291,000(円)	513,154,000(円)	289,055,000(円)	239,041,000(円)	256,337,000(円)	228,066,000(円)	648,890,000(円)
他会計繰入金増加率		△16.09%	130.87%	△11.18%	7.74%	△43.67%	△17.30%	7.24%	△11.03%	184.52%
他会計繰入金対経常収益比率	7.55%	6.17%	12.21%	11.38%	12.93%	7.20%	6.02%	6.32%	5.91%	14.47%
他会計繰入金対医業収益比率	8.10%	6.55%	13.77%	12.86%	14.83%	7.75%	6.40%	6.71%	6.24%	16.77%
補助金等比率	7.63%	6.26%	12.25%	11.52%	13.12%	7.46%	6.18%	6.43%	6.00%	14.55%
企業償償還額	64,175,280(円)	47,359,845(円)	67,606,399(円)	48,057,264(円)	79,762,200(円)	83,454,046(円)	95,875,648(円)	114,551,190(円)	86,932,664(円)	110,452,503(円)
企業償償還額対減価償却額比率	62.40%	36.50%	37.90%	36.60%	58.80%	61.10%	70.40%	85.50%	63.70%	60.90%
固定資産回転率	1.16回転	1.06回転	1.19回転	1.17回転	1.14回転	1.28回転	1.33回転	1.26回転	1.26回転	1.36回転
許可病床1床当たり総資産額	14,737(円)	16,342(円)	16,048(円)	15,812(円)	15,079(円)	14,500(円)	13,979(円)	15,414(円)	14,544(円)	14,464(円)
許可病床1床当たり器械備品	3,228									
許可病床1床当たり建物構築物	36,080									
貯蔵資産回転率	84.39回転	80.87回転	94.64回転	29.93回転	54.19回転	69.36回転	15.73回転	44.79回転	29.64回転	23.80回転
貯蔵資産回転期間	4.33日	4.51日	3.86日	12.20日	6.74日	5.26日	23.21日	8.15日	12.31日	15.33日
総資本回転率	0.93回転	0.87回転	0.97回転	0.94回転	0.92回転	1.03回転	1.07回転	0.99回転	1.01回転	1.07回転
総資産増加率		10.89%	△1.79%	△1.47%	△4.64%	△3.84%	△3.59%	10.27%	△5.65%	△0.55%

出典 総務省自治財政局編地方公営企業年鑑第51集(2003年度)、弘前市立病院貸借対照表(2002年度～2012年度)、及び損益計算書(2002年度～2012年度)を基に筆者作成

表21. 自治体病院統計値と青森県内主要市立病院の主要経営指標推移

経営指標／病院名	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
流動比率											
全国自治体病院統計値	244.67%	252.07%	245.36%	241.07%	229.50%	218.77%	235.22%	246.46%	279.38%	299.40%	325.51%
むつ総合病院	49.19%	52.07%	55.16%	61.36%	72.21%	82.81%	100.44%	103.19%	107.60%	107.82%	107.03%
八戸市立市民病院	89.71%	80.53%	73.07%	65.84%	57.94%	56.85%	102.18%	179.44%	314.40%	454.22%	490.88%
三沢市立三沢病院	89.86%	104.97%	144.86%	166.43%	194.64%	185.11%	121.11%	111.90%	213.82%	200.78%	350.26%
十和田市立中央病院	193.56%	176.76%	122.57%	60.93%	50.30%	42.02%	58.53%	42.14%	113.20%	148.76%	166.18%
弘前市立病院	88.72%	89.51%	95.10%	98.12%	83.75%	63.71%	72.68%	81.32%	77.69%	92.72%	127.04%
未収金回転率											
全国自治体病院統計値	5.01回	4.89回	4.81回	4.81回	4.75回	5.36回	5.47回	5.33回	5.10回	4.38回	3.97回
むつ総合病院	1.49回	1.49回	1.46回	1.51回	1.38回	1.58回	1.38回	1.70回	1.64回	1.63回	1.73回
八戸市立市民病院	5.84回	5.35回	5.08回	5.35回	5.73回	5.43回	5.20回	5.23回	5.89回	5.78回	5.71回
三沢市立三沢病院	4.58回	4.98回	5.52回	6.61回	6.47回	5.68回	2.20回	1.28回	4.59回	3.88回	6.83回
十和田市立中央病院	6.49回	5.89回	5.56回	5.75回	5.75回	5.86回	5.48回	5.34回	5.61回	5.41回	5.64回
弘前市立病院	5.29回	5.55回	5.77回	5.12回	4.99回	5.48回	5.63回	5.33回	5.34回	5.57回	5.65回
不良債務比率(資金不足比率)											
全国自治体病院統計値	△22.80%	△23.70%	△23.76%	△23.26%	△22.64%	△20.38%	△21.60%	△22.73%	△25.22%	△28.89%	△31.56%
むつ総合病院	2.38%	6.55%	8.26%	11.26%	11.06%	14.84%	7.03%	3.72%	5.09%	0.00%	0.00%
八戸市立市民病院	2.09%	4.79%	7.71%	10.44%	13.84%	15.02%	△0.44%	△9.05%	△18.20%	△28.69%	△40.32%
三沢市立三沢病院	2.68%	△1.04%	△6.54%	△8.13%	△10.12%	△11.38%	△13.34%	△14.18%	△15.54%	△19.16%	△16.73%
十和田市立中央病院	△7.78%	△7.74%	△3.53%	12.23%	18.83%	26.39%	14.32%	27.86%	△2.24%	△6.45%	△7.57%
弘前市立病院	2.45%	2.16%	0.91%	0.39%	4.01%	10.69%	6.81%	4.84%	5.67%	1.53%	△4.01%
累積欠損金比率											
全国自治体病院統計値	41.50%	44.15%	46.41%	48.94%	53.61%	57.17%	62.00%	62.59%	60.00%	59.38%	57.04%
むつ総合病院	142.97%	139.50%	140.13%	129.34%	113.71%	102.61%	89.24%	1.23%	△0.08%	2.22%	5.90%
八戸市立市民病院	94.67%	107.51%	116.73%	129.67%	111.69%	116.10%	114.56%	106.08%	91.22%	74.83%	4.45%
三沢市立三沢病院	42.93%	36.05%	33.65%	30.48%	29.26%	28.18%	28.06%	27.31%	33.71%	59.23%	70.15%
十和田市立中央病院	72.17%	75.89%	83.31%	17.57%	25.67%	33.61%	62.55%	83.80%	92.41%	91.87%	108.06%
弘前市立病院	85.98%	86.90%	29.64%	27.07%	27.07%	16.54%	5.25%	87.62%	87.66%	29.47%	28.07%
自己資本比率											
全国自治体病院統計値	30.59%	31.12%	31.26%	31.21%	30.65%	30.51%	30.48%	31.45%	33.55%	35.68%	37.39%
むつ総合病院	△28.83%	△24.56%	△19.94%	△14.32%	△6.94%	0.26%	12.57%	16.88%	21.58%	26.18%	27.72%
八戸市立市民病院	△5.19%	△7.12%	△8.53%	△10.70%	△13.17%	△15.55%	△13.27%	△9.31%	△2.98%	2.79%	8.99%
三沢市立三沢病院	49.61%	50.55%	51.51%	53.84%	54.70%	45.33%	25.66%	15.11%	22.01%	26.40%	28.97%
十和田市立中央病院	36.67%	40.39%	33.47%	11.77%	2.75%	0.53%	△3.95%	△10.73%	△7.36%	△7.72%	△9.60%
弘前市立病院	25.81%	22.22%	22.20%	21.02%	17.22%	9.45%	4.38%	14.63%	15.85%	23.20%	30.94%
総資産利益率											
全国自治体病院統計値	△5.76%	△5.21%	△5.51%	△5.52%	△6.28%	△6.55%	△6.85%	△6.04%	△4.37%	△4.30%	△4.02%
むつ総合病院	△0.62%	△2.78%	△2.45%	△1.44%	1.61%	1.28%	1.06%	△0.77%	0.08%	△1.26%	△2.26%
八戸市立市民病院	△3.65%	△4.48%	△4.09%	△6.28%	△4.28%	△3.83%	△0.52%	1.28%	3.81%	3.67%	2.79%
三沢市立三沢病院	0.18%	2.63%	1.94%	0.77%	0.83%	0.16%	0.21%	0.10%	△0.32%	△2.04%	△2.41%
十和田市立中央病院	△6.15%	△2.26%	△8.89%	△22.58%	△8.50%	△4.12%	△10.08%	△11.14%	△7.81%	△5.23%	△7.36%
弘前市立病院	△4.87%	△3.50%	△5.21%	△1.42%	△8.26%	△11.18%	△8.08%	△3.49%	△3.21%	△1.08%	0.32%
医業収益対医業利益率											
全国自治体病院統計値	△10.79%	△9.86%	△10.68%	△10.74%	△12.60%	△12.88%	△13.51%	△11.73%	△8.24%	△8.29%	△7.88%
むつ総合病院	△9.24%	△3.24%	△3.42%	△1.46%	△0.22%	△0.06%	△1.01%	△4.36%	△3.15%	△7.29%	△7.46%
八戸市立市民病院	△8.66%	△12.23%	△11.45%	△15.82%	△13.86%	△13.45%	△8.60%	△6.42%	△0.00%	△1.61%	△1.62%
三沢市立三沢病院	△0.36%	1.69%	0.83%	△0.46%	△0.40%	△0.83%	△0.57%	△0.62%	△1.28%	△8.78%	△9.39%
十和田市立中央病院	△6.48%	△4.66%	△10.35%	△23.61%	△17.22%	△15.60%	△37.21%	△34.45%	△22.50%	△13.08%	△17.33%
弘前市立病院	△8.66%	△6.03%	△14.65%	△11.05%	△19.64%	△14.36%	△9.79%	△5.36%	△4.46%	△13.67%	△12.14%
経常収支比率											
全国自治体病院統計値	97.15%	97.82%	96.91%	96.66%	95.22%	95.22%	95.55%	97.29%	100.14%	100.24%	100.31%
むつ総合病院	97.27%	102.32%	102.50%	104.03%	108.47%	108.51%	110.78%	98.89%	100.07%	98.04%	96.60%
八戸市立市民病院	92.34%	90.97%	92.05%	88.99%	92.78%	93.90%	99.17%	101.93%	105.63%	103.98%	104.17%
三沢市立三沢病院	100.22%	103.14%	102.39%	100.88%	100.97%	100.23%	100.56%	100.44%	98.89%	94.11%	93.16%
十和田市立中央病院	97.00%	98.81%	95.02%	85.22%	89.65%	88.77%	75.24%	75.90%	85.05%	90.64%	87.81%
弘前市立病院	93.34%	96.33%	95.46%	98.68%	92.73%	90.83%	93.36%	96.79%	97.07%	99.13%	100.25%
収支分岐点比率											
全国自治体病院統計値	115.08%	113.58%	114.60%	114.66%	117.11%	117.42%	118.12%	115.63%	110.79%	110.85%	110.26%
むつ総合病院	112.62%	104.42%	104.62%	101.98%	100.31%	100.08%	101.43%	106.14%	104.48%	110.20%	110.46%
八戸市立市民病院	111.58%	116.26%	115.31%	121.32%	118.47%	117.90%	111.32%	108.47%	100.00%	102.10%	102.09%
三沢市立三沢病院	94.35%	96.39%	95.69%	94.66%	95.19%	94.67%	94.98%	94.61%	94.01%	87.66%	86.24%
十和田市立中央病院	108.62%	105.93%	113.08%	130.53%	122.33%	120.15%	147.35%	143.48%	128.04%	116.84%	122.14%
弘前市立病院	111.69%	108.18%	120.79%	115.44%	128.29%	121.71%	114.33%	107.64%	106.22%	118.63%	116.34%
実質収益対経常費用比率											
全国自治体病院統計値	84.10%	84.94%	84.30%	84.40%	82.65%	82.61%	81.87%	83.39%	86.43%	86.50%	86.88%
むつ総合病院	80.45%	84.91%	85.28%	87.21%	95.40%	91.39%	87.62%	93.20%	94.38%	92.69%	93.39%
八戸市立市民病院	82.19%	81.40%	83.20%	80.29%	82.63%	83.38%	86.71%	88.36%	94.39%	93.40%	93.88%
三沢市立三沢病院	94.35%	96.39%	95.69%	94.66%	95.19%	94.67%	94.98%	94.61%	94.01%	87.66%	86.24%
十和田市立中央病院	92.36%	93.89%	89.24%	79.52%	83.91%	85.16%	71.76%	73.00%	75.78%	88.16%	83.65%
弘前市立病院	88.09%	90.35%	85.08%	87.25%	80.58%	84.01%	87.64%	90.43%	91.25%	85.98%	85.29%
職員給与対医業収益比率											
全国自治体病院統計値	55.82%	54.97%	55.25%	54.66%	55.49%	55.30%	55.66%	55.03%	53.25%	53.53%	53.48%
むつ総合病院	60.21%	57.24%	58.36%	56.21%	54.81%	53.68%	53.85%	57.63%	55.56%	59.88%	60.52%
八戸市立市民病院	55.55%	56.54%	55.25%	59.29%	59.54%	60.10%	56.02%	55.53%	51.61%	52.87%	53.59%
三沢市立三沢病院	49.94%	45.71%	44.42%	41.43%	41.10%	39.46%	39.31%	42.35%	41.21%	39.29%	42.05%
十和田市立中央病院	56.48%	57.05%	59.20%	66.11%	62.30%	60.28%	61.54%	57.32%	56.78%	51.37%	55.66%
弘前市立病院	55.64%	53.00%	55.04%	53.32%	56.99%	52.83%	51.00%	49.18%	48.94%	55.72%	55.26%
病床利用率											
全国自治体病院統計値	83.27%	81.90%	81.10%	80.30%	77.50%	75.50%	73.80%	73.60%	74.80%	74.40%	73.90%
むつ総合病院	80.29%	80.49%	81.31%	83.57%	83.51%	82.33%	80.24%	86.72%	90.32%	88.48%	85.83%
八戸市立市民病院	90.75%	90.92%	91.10%	90.24%	91.27%	88.87%	88.70%	90.24%	89.90%	89.38%	89.55%
三沢市立三沢病院	88.18%	89.55%	88.18%	89.09%	87.27%	85.45%	86.36%	85.45%	88.18%	93.18%	85.91%
十和田市立中央病院	76.62%	75.78%	71.61%	69.46%	64.80%	67.28%	64.64%	67.81%	73.09%	73.88%	67.55%
弘前市立病院	90.40%	92.40%	84.00%	78.80%	77.60%	86.00%	86.80%	93.20%	91.60%	81.60%	74.80%

患者一人一日当り入院収益

全国自治体病院統計値	27.01千円	28.22千円	28.97千円	30.43千円	31.22千円	32.93千円	34.50千円	35.85千円	37.52千円	38.29千円	39.11千円
むつ総合病院	25.52千円	26.22千円	26.11千円	27.44千円	33.62千円	34.34千円	35.21千円	33.99千円	36.13千円	32.36千円	33.62千円
八戸市立市民病院	41.54千円	42.63千円	43.28千円	43.38千円	44.17千円	46.59千円	47.33千円	48.34千円	54.49千円	57.16千円	57.46千円
三沢市立三沢病院	33.39千円	36.43千円	35.64千円	37.91千円	38.02千円	39.22千円	37.46千円	38.40千円	38.98千円	40.83千円	38.04千円
十和田市立中央病院	28.81千円	29.24千円	30.02千円	30.49千円	34.44千円	37.27千円	38.06千円	39.26千円	41.40千円	47.37千円	48.50千円
弘前市立病院	29.67千円	30.66千円	36.14千円	35.91千円	33.15千円	33.01千円	33.11千円	32.59千円	32.07千円	36.74千円	37.90千円

患者一人一日当り外来収益

全国自治体病院統計値	8.62千円	8.89千円	8.97千円	9.46千円	9.64千円	10.04千円	10.28千円	10.66千円	10.90千円	11.15千円	11.39千円
むつ総合病院	6.25千円	6.19千円	6.19千円	5.94千円	8.03千円	8.74千円	9.02千円	9.18千円	8.11千円	8.45千円	9.95千円
八戸市立市民病院	9.18千円	7.95千円	8.03千円	9.05千円	9.58千円	10.52千円	11.69千円	11.55千円	11.82千円	12.50千円	13.07千円
三沢市立三沢病院	4.13千円	4.51千円	4.65千円	5.50千円	6.29千円	7.14千円	7.47千円	8.87千円	8.51千円	8.03千円	7.53千円
十和田市立中央病院	4.51千円	4.20千円	4.48千円	4.98千円	5.53千円	5.79千円	6.25千円	6.59千円	7.40千円	7.39千円	7.75千円
弘前市立病院	6.88千円	6.92千円	10.52千円	9.98千円	10.21千円	9.57千円	8.66千円	7.95千円	7.15千円	9.78千円	10.59千円

職員一人当たりの医業収益

全国自治体病院統計値	16,694(千円)	16,805(千円)	16,711(千円)	16,965(千円)	16,724(千円)	16,846(千円)	16,792(千円)	17,072(千円)	17,664(千円)	17,572(千円)	15,729(千円)
むつ総合病院	13,472(千円)	13,173(千円)	11,860(千円)	11,872(千円)	12,428(千円)	13,014(千円)	13,501(千円)	13,047(千円)	13,058(千円)	12,998(千円)	12,966(千円)
八戸市立市民病院	16,350(千円)	16,049(千円)	15,866(千円)	15,625(千円)	15,026(千円)	15,277(千円)	14,522(千円)	15,176(千円)	15,908(千円)	16,157(千円)	16,586(千円)
三沢市立三沢病院	18,928(千円)	20,817(千円)	21,246(千円)	21,305(千円)	22,385(千円)	22,157(千円)	21,507(千円)	21,551(千円)	21,157(千円)	20,203(千円)	18,899(千円)
十和田市立中央病院	15,718(千円)	15,187(千円)	14,704(千円)	13,010(千円)	13,654(千円)	13,826(千円)	12,954(千円)	14,314(千円)	15,746(千円)	17,621(千円)	16,516(千円)
弘前市立病院	17,615(千円)	18,976(千円)	18,198(千円)	17,896(千円)	18,119(千円)	19,427(千円)	19,054(千円)	19,505(千円)	18,460(千円)	17,192(千円)	15,983(千円)

他会計繰入金対経常収益比率

全国自治体病院統計値	13.43%	13.17%	13.01%	12.68%	13.20%	13.24%	14.31%	14.29%	13.69%	13.71%	13.39%
むつ総合病院	11.79%	11.20%	11.35%	10.87%	6.91%	10.30%	13.81%	5.81%	5.73%	5.58%	3.55%
八戸市立市民病院	10.99%	10.52%	9.62%	9.78%	10.94%	11.21%	12.57%	13.31%	10.64%	10.17%	9.88%
三沢市立三沢病院	5.86%	6.55%	6.54%	6.17%	5.72%	5.55%	5.55%	5.80%	4.94%	6.85%	7.42%
十和田市立中央病院	6.89%	6.94%	7.90%	8.62%	12.09%	13.59%	20.04%	17.54%	20.20%	12.27%	12.14%
弘前市立病院	7.55%	6.17%	12.21%	11.38%	12.93%	7.20%	6.02%	6.32%	5.91%	14.47%	16.11%

補助金等比率

全国自治体病院統計値	13.72%	13.48%	13.34%	13.04%	13.47%	13.51%	14.61%	14.60%	14.09%	14.11%	13.81%
むつ総合病院	11.79%	11.05%	11.47%	10.75%	13.24%	12.72%	15.84%	9.16%	8.92%	8.89%	7.28%
八戸市立市民病院	11.10%	10.72%	10.08%	9.78%	11.27%	11.66%	13.23%	13.89%	11.18%	10.72%	10.54%
三沢市立三沢病院	5.93%	6.63%	6.61%	6.17%	5.72%	5.75%	5.77%	6.00%	5.15%	7.01%	7.63%
十和田市立中央病院	7.15%	7.23%	8.33%	8.94%	11.99%	13.29%	18.81%	16.67%	18.87%	12.01%	12.18%
弘前市立病院	7.63%	6.26%	12.25%	11.52%	13.12%	7.46%	6.18%	6.43%	6.00%	14.55%	16.26%

企業価値還額対減価償却費比率

全国自治体病院統計値	87.30%	79.88%	86.50%	88.40%	91.21%	108.80%	108.10%	113.46%	118.60%	118.60%	132.24%
むつ総合病院	62.40%	120.60%	127.20%	112.50%	106.10%	84.30%	92.90%	126.30%	149.30%	148.40%	389.10%
八戸市立市民病院	114.90%	66.10%	80.60%	114.20%	99.20%	95.00%	92.90%	89.60%	99.50%	105.40%	105.40%
三沢市立三沢病院	157.26%	149.40%	162.60%	123.90%	105.80%	679.40%	172.50%	176.40%	137.80%	118.50%	145.34%
十和田市立中央病院	143.50%	133.30%	129.20%	135.10%	134.40%	188.50%	134.10%	74.40%	50.30%	54.10%	78.90%
弘前市立病院	62.40%	36.50%	37.90%	36.60%	58.80%	61.10%	70.40%	85.50%	63.70%	60.90%	48.90%

貯蔵資産回転期間

全国自治体病院統計値	11.14日	10.85日	11.22日	10.88日	11.72日	11.42日	11.69日	11.54日	12.87日	11.47日	11.75日
むつ総合病院	22.07日	24.15日	24.61日	28.88日	24.42日	22.95日	23.04日	22.66日	25.90日	11.61日	10.00日
八戸市立市民病院	15.57日	16.16日	17.60日	19.76日	22.96日	19.97日	19.98日	19.81日	22.00日	17.91日	24.51日
三沢市立三沢病院	25.02日	24.18日	21.57日	20.04日	19.57日	15.25日	11.68日	23.48日	29.30日	23.73日	28.15日
十和田市立中央病院	7.88日	11.63日	19.49日	23.73日	22.25日	31.46日	15.61日	26.29日	23.50日	17.50日	18.21日
弘前市立病院	4.33日	4.51日	3.86日	12.20日	6.74日	5.26日	23.21日	8.15日	12.31日	15.33日	15.29日

総資産回転率

全国自治体病院統計値	0.53回転	0.53回転	0.52回転	0.51回転	0.50回転	0.51回転	0.51回転	0.51回転	0.53回転	0.52回転	0.51回転
むつ総合病院	0.54回転	0.57回転	0.58回転	0.62回転	0.60回転	0.64回転	0.59回転	0.66回転	0.67回転	0.61回転	0.64回転
八戸市立市民病院	0.40回転	0.41回転	0.43回転	0.46回転	0.48回転	0.51回転	0.54回転	0.58回転	0.63回転	0.86回転	0.62回転
三沢市立三沢病院	0.23回転	0.25回転	0.78回転	0.83回転	0.82回転	0.67回転	0.36回転	0.21回転	0.27回転	0.30回転	0.31回転
十和田市立中央病院	1.86回転	1.76回転	1.57回転	1.20回転	0.68回転	0.30回転	0.27回転	0.32回転	0.39回転	0.46回転	0.48回転
弘前市立病院	0.93回転	0.87回転	0.97回転	0.94回転	0.92回転	1.03回転	1.07回転	0.99回転	1.01回転	1.07回転	1.11回転

材料費対医業収益比率

全国自治体病院統計値	28.43%	27.42%	26.84%	26.76%	26.31%	26.08%	25.45%	24.90%	23.60%	23.61%	23.23%
むつ総合病院	26.74%	26.53%	25.89%	26.23%	28.68%	28.34%	29.35%	29.03%	29.72%	28.52%	28.73%
八戸市立市民病院	16.04%	13.44%	17.67%	18.18%	17.82%	17.54%	17.51%	15.93%	15.30%	9.41%	15.55%
三沢市立三沢病院	24.95%	26.58%	23.94%	25.28%	27.35%	31.32%	30.95%	29.50%	29.26%	29.45%	26.00%
十和田市立中央病院	24.89%	21.40%	20.87%	22.65%	22.90%	22.56%	21.40%	20.76%	19.77%	22.33%	21.74%
弘前市立病院	25.89%	26.30%	29.52%	28.47%	30.57%	33.87%	31.69%	29.90%	28.28%	26.64%	25.67%

出典：総務省自治財政局編地方公営企業年鑑第51集（2003年度）、各病院貸借対照表（2002年度～2012年度）、及び損益計算書（2002年度～2012年度）を基に筆者作成

表22. BSC導入群とBSC非導入群の財務指標推移

[illegible]

實質收益對經常費用比率

BSC非営利人組(全国自治体病院施設)	都道府県	施設名	設立年度	9年	1年	3年	5年	7年	9年	11年	13年	15年	17年	19年	21年	23年	25年	27年	29年	31年	33年	35年	37年	39年	41年	43年	45年	47年	49年	51年	53年	55年	57年	59年	61年	63年	65年	67年	69年	71年	73年	75年	77年	79年	81年	83年	85年	87年	89年	91年	93年	95年	97年	99年	101年	103年	105年	107年	109年	111年	113年	115年	117年	119年	121年	123年	125年	127年	129年	131年	133年	135年	137年	139年	141年	143年	145年	147年	149年	151年	153年	155年	157年	159年	161年	163年	165年	167年	169年	171年	173年	175年	177年	179年	181年	183年	185年	187年	189年	191年	193年	195年	197年	199年	201年	203年	205年	207年	209年	211年	213年	215年	217年	219年	221年	223年	225年	227年	229年	231年	233年	235年	237年	239年	241年	243年	245年	247年	249年	251年	253年	255年	257年	259年	261年	263年	265年	267年	269年	271年	273年	275年	277年	279年	281年	283年	285年	287年	289年	291年	293年	295年	297年	299年	301年	303年	305年	307年	309年	311年	313年	315年	317年	319年	321年	323年	325年	327年	329年	331年	333年	335年	337年	339年	341年	343年	345年	347年	349年	351年	353年	355年	357年	359年	361年	363年	365年	367年	369年	371年	373年	375年	377年	379年	381年	383年	385年	387年	389年	391年	393年	395年	397年	399年	401年	403年	405年	407年	409年	411年	413年	415年	417年	419年	421年	423年	425年</
---------------------	------	-----	------	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

患者一人一日当り外来収益

[illegible]

材料費対医療収益比率

[illegible]

紅藏寶歷回轉期間

Organization	Year	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度	2030年度	2031年度	2032年度	2033年度	2034年度	2035年度	2036年度	2037年度	2038年度	2039年度	2040年度	2041年度	2042年度	2043年度	2044年度	2045年度	2046年度	2047年度	2048年度	2049年度	2050年度	2051年度	2052年度	2053年度	2054年度	2055年度	2056年度	2057年度	2058年度	2059年度	2060年度	2061年度	2062年度	2063年度	2064年度	2065年度	2066年度	2067年度	2068年度	2069年度	2070年度	2071年度	2072年度	2073年度	2074年度	2075年度	2076年度	2077年度	2078年度	2079年度	2080年度	2081年度	2082年度	2083年度	2084年度	2085年度	2086年度	2087年度	2088年度	2089年度	2090年度	2091年度	2092年度	2093年度	2094年度	2095年度	2096年度	2097年度	2098年度	2099年度	2100年度	2101年度	2102年度	2103年度	2104年度	2105年度	2106年度	2107年度	2108年度	2109年度	2110年度	2111年度	2112年度	2113年度	2114年度	2115年度	2116年度	2117年度	2118年度	2119年度	2120年度	2121年度	2122年度	2123年度	2124年度	2125年度	2126年度	2127年度	2128年度	2129年度	2130年度	2131年度	2132年度	2133年度	2134年度	2135年度	2136年度	2137年度	2138年度	2139年度	2140年度	2141年度	2142年度	2143年度	2144年度	2145年度	2146年度	2147年度	2148年度	2149年度	2150年度	2151年度	2152年度	2153年度	2154年度	2155年度	2156年度	2157年度	2158年度	2159年度	2160年度	2161年度	2162年度	2163年度	2164年度	2165年度	2166年度	2167年度	2168年度	2169年度	2170年度	2171年度	2172年度	2173年度	2174年度	2175年度	2176年度	2177年度	2178年度	2179年度	2180年度	2181年度	2182年度	2183年度	2184年度	2185年度	2186年度	2187年度	2188年度	2189年度	2190年度	2191年度	2192年度	2193年度	2194年度	2195年度	2196年度	2197年度	2198年度	2199年度	2200年度	2201年度	2202年度	2203年度	2204年度	2205年度	2206年度	2207年度	2208年度	2209年度	2210年度	2211年度	2212年度	2213年度	2214年度	2215年度	2216年度	2217年度	2218年度	2219年度	2220年度	2221年度	2222年度	2223年度	2224年度	2225年度	2226年度	2227年度	2228年度	2229年度	2230年度	2231年度	2232年度	2233年度	2234年度	2235年度	2236年度	2237年度	2238年度	2239年度	2240年度	2241年度	2242年度	2243年度	2244年度	2245年度	2246年度	2247年度	2248年度	2249年度	2250年度	2251年度	2252年度	2253年度	2254年度	2255年度	2256年度	2257年度	2258年度	2259年度	2260年度	2261年度	2262年度	2263年度	2264年度	2265年度	2266年度	2267年度	2268年度	2269年度	2270年度	2271年度	2272年度	2273年度	2274年度	2275年度	2276年度	2277年度	2278年度	2279年度	2280年度	2281年度	2282年度	2283年度	2284年度	2285年度	2286年度	2287年度	2288年度	2289年度	2290年度	2291年度	2292年度	2293年度	2294年度	2295年度	2296年度	2297年度	2298年度	2299年度	2300年度	2301年度	2302年度	2303年度	2304年度	2305年度	2306年度	2307年度	2308年度	2309年度	2310年度	2311年度	2312年度	2313年度	2314年度	2315年度	2316年度	2317年度	2318年度	2319年度	2320年度	2321年度	2322年度	2323年度	2324年度	2325年度	2326年度	2327年度	2328年度	2329年度	2330年度	2331年度	2332年度	2333年度	2334年度	2335年度	2336年度	2337年度	2338年度	2339年度	2340年度	2341年度	2342年度	2343年度	2344年度	2345年度	2346年度	2347年度	2348年度	2349年度	2350年度	2351年度	2352年度	2353年度	2354年度	2355年度	2356年度	2357年度	2358年度	2359年度	2360年度	2361年度	2362年度	2363年度	2364年度	2365年度	2366年度	2367年度	2368年度	2369年度	2370年度	2371年度	2372年度	2373年度	2374年度	2375年度	2376年度	2377年度	2378年度	2379年度	2380年度	2381年度	2382年度	2383年度	2384年度	2385年度	2386年度	2387年度	2388年度	2389年度	2390年度	2391年度	2392年度	2393年度	2394年度	2395年度	2396年度	2397年度	2398年度	2399年度	2400年度	2401年度	2402年度	2403年度	2404年度	2405年度	2406年度	2407年度	2408年度	2409年度	2410年度	2411年度	2412年度	2413年度	2414年度	2415年度	2416年度	2417年度	2418年度	2419年度	2420年度	2421年度	2422年度	2423年度	2424年度	2425年度	2426年度	2427年度	2428年度	2429年度	2430年度	2431年度	2432年度	2433年度	2434年度	2435年度	2436年度	2437年度	2438年度	2439年度	2440年度	2441年度	2442年度	2443年度	2444年度	2445年度	2446年度	2447年度	2448年度	2449年度	2450年度	2451年度	2452年度	2453年度	2454年度	2455年度	2456年度	2457年度	2458年度	2459年度	2460年度	2461年度	2462年度	2463年度	2464年度	2465年度	2466年度	2467年度	2468年度	2469年度	2470年度	2471年度	2472年度	2473年度	2474年度	2475年度	2476年度	2477年度	2478年度	2479年度	2480年度	2481年度	2482年度	2483年度	2484年度	2485年度	2486年度	2487年度	2488年度	2489年度	2490年度	2491年度	2492年度	2493年度	2494年度	2495年度	2496年度	2497年度	2498年度	2499年度	2500年度	2501年度	2502年度	2503年度	2504年度	2505年度	2506年度	2507年度	2508年度	2509年度	2510年度	2511年度	2512年度	2513年度	2514年度	2515年度	2516年度	2517年度	2518年度	2519年度	2520年度	2521年度	2522年度	2523年度	2524年度	2525年度	2526年度	2527年度	2528年度	2529年度	2530年度	2531年度	2532年度	2533年度	2534年度	2535年度	2536年度	2537年度	2538年度	2539年度	2540年度	2541年度	2542年度	2543年度	2544年度	2545年度	2546年度	2547年度	2548年度	2549年度	2550年度	2551年度	2552年度	2553年度	2554年度	2555年度	2556年度	2557年度	2558年度	2559年度	2560年度	2561年度	2562年度	2563年度	2564年度	2565年度	2566年度	2567年度	2568年度	2569年度	2570年度	2571年度	2572年度	2573年度	2574年度	2575年度	2576年度	2577年度	2578年度	2579年度	2580年度	2581年度	2582年度	2583年度	2584年度	2585年度	2586年度	2587年度	2588年度	2589年度	2590年度	2591年度	2592年度	2593年度	2594年度	2595年度	2596年度	2597年度	2598年度	2599年度	2600年度	2601年度	2602年度	2603年度	2604年度	2605年度	2606年度	2607年度	2608年度	2609年度	2610年度	2611年度	2612年度	2613年度	2614年度	2615年度	2616年度	2617年度	2618年度	2619年度	2620年度	2621年度	2622年度	2623年度	2624年度	2625年度	2626年度	2627年度	2628年度	2629年度	2630年度	2631年度	2632年度	2633年度	2634年度	2635年度	2636年度	2637年度	2638年度	2639年度	2640年度	2641年度	2642年度	2643年度	2644年度	2645年度	2646年度	2647年度	2648年度	2649年度	2650年度	2651年度	2652年度	2653年度	2654年度	2655年度	2656年度	2657年度	2658年度	2659年度	2660年度	2661年度	2662年度	2663年度	2664年度	2665年度	2666年度	2667年度	2668年度	2669年度	2670年度	2671年度	2672年度	2673年度	2674年度	2675年度	2676年度	2677年度	2678年度	2679年度	2680年度	2681年度	2682年度	2683年度	2684年度	2685年度	2686年度	2687年度	2688年度	2689年度	2690年度	2691年度	2692年度	2693年度	2694年度	2695年度	2696年度	2697年度	2698年度	2699年度	2700年度	2701年度	2702年度	2703年度	2704年度	2705年度	2706年度	2707年度	2708年度	2709年度	2710年度	2711年度	2712年度	2713年度	2714年度	2715年度	2716年度	2717年度	2718年度	2719年度	2720年度	2721年度	2722年度	2723年度	2724年度	2725年度	2726年度	2727年度	2728年度	2729年度	2730年度	2731年度	2732年度	2733年度	2734年度	2735年度	2736年度	2737年度	2738年度	2739年度	2740年度	2741年度	2742年度	2743年度	2744年度	2745年度	2746年度	2747年度	2748年度	2749年度	2750年度	2751年度	2752年度	2753年度	2754年度	2755年度	2756年度	2757年度	2758年度	2759年度	2760年度	2761年度	2762年度	2763年度	2764年度	2765年度	2766年度	2767年度	2768年度	2769年度	2770年度	2771年度	2772年度	2773年度	2774年度	2775年度	2776年度	2777年度	2778年度	2779年度	2780年度	2781年度	2782年度	2783年度	2784年度	2785年度	2786年度	2787年度	2788年度	2789年度	2790年度	2791年度	2792年度	2793年度	2794年度	2795年度	2796年度	2797年度	2798年度	2799年度	2800年度	2801年度	2802年度	2803年度	2804年度	2805年度	2806年度	2807年度	2808年度	2809年度	2810年度	2811年度	2812年度	2813年度	2814年度	2815年度	2816年度	2817年度	2818年度	2819年度	2820年度	2821年度	2822年度	2823年度	2824年度	2825年度	2826年度	2827年度	2828年度	2829年度	2830年度	2831年度	2832年度	2833年度	2834年度	2835年度	2836年度	2837年度	2838年度	2839年度	2840年度	2841年度	2842年度	2843年度	2844年度	2845年度	2846年度	2847年度	2848年度	2849年度	2850年度	2851年度	2852年度	2853年度	2854年度	2855年度	2856年度	2857年度	2858年度	2859年度	2860年度	2861年度	2862年度	2863年度	2864年度	2865年度	2866年度	2867年度	2868年度	2869年度	2870年度	2871年度	2872年度	2873年度	2874年度	2875年度	2876年度	2877年度	2878年度	2879年度	2880年度	2881年度	2882年度	2883年度	2884年度	2885年度	2886年度	2887年度	2888年度	2889年度	2890年度	2891年度	2892年度	2893年度	2894年度	2895年度	2896年度	2897年度	2898年度	2899年度	2900年度	2901年度	2902年度	2903年度	2904年度	2905年度	2906年度	2907年度	2908年度	2909年度	2910年度	2911年度	2912年度	2913年度	2914年度	2915年度	2916年度	2917年度	2918年度	2919年度	2920年度	2921年度	2922年度	2923年度	2924年度	2925年度	2926年度	2927年度	2928年度	2929年度	2930年度	2931年度	2932年度	2933年度	2934年度	2935年度	2936年度	2937年度	2938年度	2939年度	2940年度	2941年度	2942年度	2943年度	2944年度	2945年度	2946年度	2947年度	2948年度	2949年度	2950年度	2951年度	2952年度	2953年度	2954年度	2955年度	2956年度	2957年度	2958年度	2959年度	2960年度	2961年度	2962年度	2963年度	2964年度	2965年度	2966年度	2967年度	2968年度	2969年度	2970年度	2971年度	2972年度	2973年度	2974年度	2975年度	2976年度	2977年度	2978年度	2979年度	2980年度	2981年度	2982年度	2983年度	2984年度	2985年度	2986年度	2987年度	2988年度	2989年度	2990年度	2991年度	2992年度	2993年度	2994年度	2995年度	2996年度	2997年度	2998年度	2999年度	3000年度	3001年度	3002年度	3003年度	3004年度	3005年度	3006年度	3007年度	3008年度	3009年度	3010年度	3011年度	3012年度	3013年度	3014年度	3015年度	3016年度	3017年度	3018年度	3019年度	3020年度	3021年度	3022年度	3023年度	3024年度	3025年度	3026年度	3027年度	3028年度	3029年度	3030年度	3031年度	3032年度	3033年度	3034年度	3035年度	3036年度	3037年度	3038年度	3039年度	3040年度	3041年度	3042年度	3043年度	3044年度	3045年度	3046年度	3047年度	3048年度	3049年度	3050年度	3051年度	3052年度	3053年度	3054年度	3055年度	3056年度	3057年度	3058年度	3059年度	3060年度	3061年度	3062年度	3063年度	3064年度	3065年度	3066年度	3067年度	3068年度	3069年度	3070年度	3071年度	3072年度	3073年度	3074年度	3075年度	3076年度	3077年度	3078年度	3079年度	3080年度	3081年度	3082年度	3083年度	3084年度	3085年度	3086年度	3087年度	3088年度	3089年度	3090年度	3091年度	3092年度	3093年度	3094年度	3095年度	3096年度	3097年度	3098年度	3099年度	3100年度	3101年度	3102年度	3103年度	3104年度	3105年度	3106年度	3107年度	3108年度	3109年度	3110年度	3111年度	3112年度	3113年度	3114年度	3115年度	3116年度	3117年度	3118年度	3119年度	3120年度	3121年度	3122年度	3123年度	3124年度	3125年度	3126年度	3127年度	3128年度	3129年度	3130年度	3131年度	3132年度	3133年度	3134年度	3135年度	3136年度	3137年度	3138年度	3139年度	3140年度	3141年度	3142年度	3143年度	3144年度	3145年度	3146年度	3147年度	3148年度	3149年度	3150年度	3151年度	3152年度	3153年度	3154年度	3155年度	3156年度	3157年度	3158年度	3159年度	3160年度	3161年度	3162年度	3163年度	3164年度	3165年度	3166年度	3167年度	3168年度	3169年度	3170年度	3171年度	3172年度	3173年度	3174年度	3175年度	3176年度	3177年度	3178年度	3179年度	3180年度	3181年度	3182年度	3183年度	3184年度	3185年度	3186年度	3187年度	3188年度	3189年度	3190年度	3191年度	3192年度	3193年度	3194年度	3195年度	3196年度	3197年度	3198年度	3199年度	3200年度	3201年度	3202年度	3203年度	3204年度	3205年度	3206年度	3207年度	3208年度	3209年度	3210年度	3211年度	3212年度	3213年度	3214年度	3215年度	3216年度	3217年度	3218年度	3219年度	3220年度	3221年度	3222年度	3223年度	3224年度	3225年度	3226年度	3227年度	3228年度	3229年度	3230年度	3231年度	3232年度	3233年度	3234年度	3235年度	3236年度	3237年度	3238年度	3239年度	3240年度</
--------------	------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	----------

總資產回轉率

施設名		0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	31年	32年	33年	34年	35年	36年	37年	38年	39年	40年	41年	42年	43年	44年	45年	46年	47年	48年	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年	60年	61年	62年	63年	64年	65年	66年	67年	68年	69年	70年	71年	72年	73年	74年	75年	76年	77年	78年	79年	80年	81年	82年	83年	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	115年	116年	117年	118年	119年	120年	121年	122年	123年	124年	125年	126年	127年	128年	129年	130年	131年	132年	133年	134年	135年	136年	137年	138年	139年	140年	141年	142年	143年	144年	145年	146年	147年	148年	149年	150年	151年	152年	153年	154年	155年	156年	157年	158年	159年	160年	161年	162年	163年	164年	165年	166年	167年	168年	169年	170年	171年	172年	173年	174年	175年	176年	177年	178年	179年	180年	181年	182年	183年	184年	185年	186年	187年	188年	189年	190年	191年	192年	193年	194年	195年	196年	197年	198年	199年	200年	201年	202年	203年	204年	205年	206年	207年	208年	209年	210年	211年	212年	213年	214年	215年	216年	217年	218年	219年	220年	221年	222年	223年	224年	225年	226年	227年	228年	229年	230年	231年	232年	233年	234年	235年	236年	237年	238年	239年	240年	241年	242年	243年	244年	245年	246年	247年	248年	249年	250年	251年	252年	253年	254年	255年	256年	257年	258年	259年	260年	261年	262年	263年	264年	265年	266年	267年	268年	269年	270年	271年	272年	273年	274年	275年	276年	277年	278年	279年	280年	281年	282年	283年	284年	285年	286年	287年	288年	289年	290年	291年	292年	293年	294年	295年	296年	297年	298年	299年	300年	301年	302年	303年	304年	305年	306年	307年	308年	309年	310年	311年	312年	313年	314年	315年	316年	317年	318年	319年	320年	321年	322年	323年	324年	325年	326年	327年	328年	329年	330年	331年	332年	333年	334年	335年	336年	337年	338年	339年	340年	341年	342年	343年	344年	345年	346年	347年	348年	349年	350年	351年	352年	353年	354年	355年	356年	357年	358年	359年	360年	361年	362年	363年	364年	365年	366年	367年	368年	369年	370年	371年	372年	373年	374年	375年	376年	377年	378年	379年	380年	381年	382年	383年	384年	385年	386年	387年	388年	389年	390年	391年	392年	393年	394年	395年	396年	397年	398年	399年	400年	401年	402年	403年	404年	405年	406年	407年	408年	409年	410年	411年	412年	413年	414年	415年	416年	417年	418年	419年	420年	421年	422年	423年	424年	425年	426年	427年	428年	429年	430年	431年	432年	433年	434年	435年	436年	437年	438年	439年	440年	441年	442年	443年	444年	445年	446年	447年	448年	449年	450年	451年	452年	453年	454年	455年	456年	457年	458年	459年	460年	461年	462年	463年	464年	465年	466年	467年	468年	469年	470年	471年	472年	473年	474年	475年	476年	477年	478年	479年	480年	481年	482年	483年	484年	485年	486年	487年	488年	489年	490年	491年	492年	493年	494年	495年	496年	497年	498年	499年	500年	501年	502年	503年	504年	505年	506年	507年	508年	509年	510年	511年	512年	513年	514年	515年	516年	517年	518年	519年	520年	521年	522年	523年	524年	525年	526年	527年	528年	529年	530年	531年	532年	533年	534年	535年	536年	537年	538年	539年	540年	541年	542年	543年	544年	545年	546年	547年	548年	549年	550年	551年	552年	553年	554年	555年	556年	557年	558年	559年	560年	561年	562年	563年	564年	565年	566年	567年	568年	569年	570年	571年	572年	573年	574年	575年	576年	577年	578年	579年	580年	581年	582年	583年	584年	585年	586年	587年	588年	589年	590年	591年	592年	593年	594年	595年	596年	597年	598年	599年	600年	601年	602年	603年	604年	605年	606年	607年	608年	609年	610年	611年	612年	613年	614年	615年	616年	617年	618年	619年	620年	621年	622年	623年	624年	625年	626年	627年	628年	629年	630年	631年	632年	633年	634年	635年	636年	637年	638年	639年	640年	641年	642年	643年	644年	645年	646年	647年	648年	649年	650年	651年	652年	653年	654年	655年	656年	657年	658年	659年	660年	661年	662年	663年	664年	665年	666年	667年	668年	669年	670年	671年	672年	673年	674年	675年	676年	677年	678年	679年	680年	681年	682年	683年	684年	685年	686年	687年	688年	689年	690年	691年	692年	693年	694年	695年	696年	697年	698年	699年	700年	701年	702年	703年	704年	705年	706年	707年	708年	709年	710年	711年	712年	713年	714年	715年	716年	717年	718年	719年	720年	721年	722年	723年	724年	725年	726年	727年	728年	729年	730年	731年	732年	733年	734年	735年	736年	737年	738年	739年	740年	741年	742年	743年	744年	745年	746年	747年	748年	749年	750年	751年	752年	753年	754年	755年	756年	757年	758年	759年	760年	761年	762年	763年	764年	765年	766年	767年	768年	769年	770年	771年	772年	773年	774年	775年	776年	777年	778年	779年	780年	781年	782年	783年	784年	785年	786年	787年	788年	789年	790年	791年	792年	793年	794年	795年	796年	797年	798年	799年	800年	801年	802年	803年	804年	805年	806年	807年	808年	809年	810年	811年	812年	813年	814年	815年	816年	817年	818年	819年	820年	821年	822年	823年	824年	825年	826年	827年	828年	829年	830年	831年	832年	833年	834年	835年	836年	837年	838年	839年	840年	841年	842年	843年	844年	845年	846年	847年	848年	849年	850年	851年	852年	853年	854年	855年	856年	857年	858年	859年	860年	861年	862年	863年	864年	865年	866年	867年	868年	869年	870年	871年	872年	873年	874年	875年	876年	877年	878年	879年	880年	881年	882年	883年	884年	885年	886年	887年	888年	889年	890年	891年	892年	893年	894年	895年	896年	897年	898年	899年	900年	901年	902年	903年	904年	905年	906年	907年	908年	909年	910年	911年	912年	913年	914年	915年	916年	917年	918年	919年	920年	921年	922年	923年	924年	925年	926年	927年	928年	929年	930年	931年	932年	933年	934年	935年	936年	937年	938年	939年	940年	941年	942年	943年	944年	945年	946年	947年	948年	949年	950年	951年	952年	953年	954年	955年	956年	957年	958年	959年	960年	961年	962年	963年	964年	965年	966年	967年	968年	969年	970年	971年	972年	973年	974年	975年	976年	977年	978年	979年	980年	981年	982年	983年	984年	985年	986年	987年	988年	989年	990年	991年	992年	993年	994年	995年	996年	997年	998年	999年	1000年
-----	--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

出典：全国のBSCを導入している自治体病院の財務諸表より筆者作成

表23. BSC導入群の財務指標の記述統計量

	流動比率	未収金回転率 (回転)	不良債務比率	累積欠損金比率	自己資本比率	総資産利益率	医業収益対医業利 益率
平均	4.27	5.49	-0.28	0.40	0.35	-0.01	-0.11
標準誤差	0.54	0.29	0.03	0.09	0.04	0.00	0.02
中央値	3.46	5.77	-0.25	0.32	0.30	-0.02	-0.09
標準偏差	2.72	1.46	0.17	0.44	0.22	0.02	0.10
分散	7.42	2.14	0.03	0.19	0.05	0.00	0.01
尖度	2.39	3.58	-0.53	-0.37	-1.46	-1.02	1.86
歪度	1.39	-1.35	-0.45	0.75	0.37	0.12	-1.27
範囲	11.64	7.38	0.62	1.44	0.69	0.08	0.41
最小	1.02	0.80	-0.63	-0.10	0.06	-0.05	-0.38
最大	12.66	8.18	-0.01	1.34	0.75	0.03	0.03
合計	106.81	137.20	-7.00	10.04	8.86	-0.33	-2.66
標本数	25	25	25	25	25	25	25
最大値(1)	12.66	8.18	-0.01	1.34	0.75	0.03	0.03
最小値(1)	1.02	0.80	-0.63	-0.10	0.06	-0.05	-0.38
信頼区間(95.0%)	1.12	0.60	0.07	0.18	0.09	0.01	0.04

	経常収支比率	収支分岐点比率	実質収益対経常費 用比率	病床利用率	患者一人一日当り 入院収益(千円)	患者一人一日当り 外来収益(千円)	職員給与費対医業 収益比率
平均	0.97	1.14	0.88	0.81	38.18	10.58	0.57
標準誤差	0.01	0.03	0.02	0.01	1.83	0.57	0.02
中央値	0.98	1.12	0.88	0.82	36.49	10.11	0.57
標準偏差	0.05	0.14	0.09	0.07	9.14	2.87	0.09
分散	0.00	0.02	0.01	0.01	83.60	8.24	0.01
尖度	2.40	1.68	-0.84	3.97	0.65	1.09	-0.89
歪度	-1.12	1.23	-0.32	-1.00	0.52	1.24	0.17
範囲	0.23	0.56	0.32	0.38	40.46	11.15	0.32
最小	0.82	0.95	0.70	0.58	21.51	7.30	0.43
最大	1.05	1.51	1.03	0.96	61.98	18.46	0.75
合計	24.27	28.61	21.90	20.19	954.49	264.50	14.35
標本数	25	25	25	25	25	25	25
最大値(1)	1.05	1.51	1.03	0.96	61.98	18.46	0.75
最小値(1)	0.82	0.95	0.70	0.58	21.51	7.30	0.43
信頼区間(95.0%)	0.02	0.06	0.04	0.03	3.77	1.18	0.04

	職員一人当たりの 医業収益(千円)	他会計繰入金対経 常収益比率	補助金等比率	企業債償還額対減 価償却費比率	材料費対医業収益 比率	貯蔵資産回転期間 (日)	総資産回転率 (回転)
平均	15,400	0.12	0.13	0.97	0.26	13.97	0.57
標準誤差	614	0.01	0.01	0.12	0.01	2.85	0.04
中央値	15,230	0.11	0.11	0.83	0.25	10.75	0.46
標準偏差	3,068	0.07	0.07	0.62	0.05	14.24	0.22
分散	9,414,508	0.01	0.01	0.38	0.00	202.79	0.05
尖度	-0.10	-0.43	-0.43	11.02	-0.26	17.45	0.88
歪度	-0.19	0.69	0.69	2.94	-0.10	3.89	1.24
範囲	12,438	0.26	0.26	3.11	0.20	75.56	0.83
最小	8,581	0.04	0.04	0.34	0.15	1.61	0.32
最大	21,019	0.30	0.30	3.45	0.35	77.17	1.14
合計	384,999	3.10	3.21	24.30	6.42	349.21	14.20
標本数	25	25	25	25	25	25	25
最大値(1)	21,019	0.30	0.30	3.45	0.35	77.17	1.14
最小値(1)	8,581	0.04	0.04	0.34	0.15	1.61	0.32
信頼区間(95.0%)	1,267	0.03	0.03	0.25	0.02	5.88	0.09

出所:総務省地方公営企業年鑑、及び各自治体病院の財務諸表より算出した財務指標より筆者作成

表24. BSC導入群のBSC導入前とBSC導入後における財務指標の平均値

	流動比率		未収金回転率		不良債務比率		果積欠損金比率		自己資本比率		総資産利益率		医業収益対医業利益率	
	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後
平均	3.9878	4.5571	5.5597	5.4163	-0.2657	-0.2945	0.3446	0.4587	0.3529	0.3562	-0.0198	-0.0062	-0.1302	-0.0823
分散	6.0670	11.2679	2.5623	1.9456	0.0345	0.0336	0.1684	0.2759	0.0560	0.0536	0.0009	0.0005	0.0174	0.0068
観測数	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
ピアソン相関	0.7469		0.9088		0.7717		0.7315		0.8249		0.5417		0.7638	
仮説平均との差異	0		0		0		0		0		0		0	
自由度	24		24		24		24		24		24		24	
t	-1.2751		1.0693		1.1570		-1.5889		-0.1198		-2.6903		-2.7511	
P(T<=t) 片側	0.10725		0.14779		0.12932		0.06258		0.45280		0.00639		0.00556	
t境界値 片側	1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109	
(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意														

	経常収支比率		収支分岐点比率		実質収益対経常費用比率		病床利用率		患者一人一日当り入院収益		患者一人一日当り外来収益		職員給与費対医業収益比率	
	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後
平均	0.9576	0.9839	1.1811	1.1076	0.8613	0.8910	0.8155	0.8001	34.8866	41.4729	9.9231	11.2370	0.5900	0.5581
分散	0.0033	0.0022	0.0349	0.0117	0.0102	0.0086	0.0118	0.0078	88.8068	89.1826	7.5041	10.6974	0.0118	0.0066
観測数	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
ピアソン相関	0.7468		0.7634		0.8602		0.0565		0.8787		0.8231		0.6367	
仮説平均との差異	0		0		0		0		0		0		0	
自由度	24		24		24		24		24		24		24	
t	-3.4206		2.9244		-2.8672		0.5639		-7.0861		-3.5356		1.8864	
P(T<=t) 片側	0.00112		0.00371		0.00424		0.28903		0.000001		0.00084		0.03570	
t境界値 片側	1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109	
(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意														

	職員一人当たりの医業収益		他会計繰入金対経常収益比率		補助金等比率		企業債償還額対減価償却費比率		材料費対医業収益比率		貯蔵資産回転期間		総資産回転率	
	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後	導入前	導入後
平均	14.969	15.831	0.1261	0.1219	0.1307	0.1258	0.8435	1.0994	0.2772	0.2366	13.9105	14.0261	0.5722	0.5637
分散	9,603,593	11,196,921	0.0068	0.0045	0.0065	0.0042	0.2434	0.6094	0.0025	0.0027	257,5120	174,2021	0.0662	0.0416
観測数	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
ピアソン相関	0.8128		0.9221		0.9236		0.8616		0.8233		0.8957		0.8657	
仮説平均との差異	0		0		0		0		0		0		0	
自由度	24		24		24		24		24		24		24	
t	-2.1725		0.6347		0.7532		-2.9427		6.6571		-0.0800		0.3254	
P(T<=t) 片側	0.01996		0.26581		0.22933		0.00355		0.0000003		0.46845		0.37387	
t境界値 片側	1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109		1.7109	
(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意														

出所: 総務省地方公営企業年鑑、及び各自治体病院の財務諸表より算出した財務指標より筆者作成

表25. BSC導入群とBSC非導入群における財務指標の分散値

	流動比率		未収金回転率		不良債務比率		累積欠損金比率		自己資本比率		総資産利益率		医療収益対医療利益率	
	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群
平均	4.5571	2.6746	5.4163	4.9339	-0.2945	0.0136	0.4587	0.5970	0.3562	0.3318	-0.0062	-0.0114	-0.0823	-0.1042
分散	11.2679	0.1677	1.9456	0.3756	0.0336	0.0001	0.2759	0.0005	0.0536	0.0008	0.0005	0.0002	0.0068	0.0007
観測数	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6
自由度	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5
観測された分散比	67.1980		5.1802		263.4280		505.1178		64.6191		2.1091		10.3261	
P(F<=f) 両側	0.00009	***	0.03775	**	0.000003	***	0.0000006	***	0.00010	***	0.20818		0.00820	***
F境界値 両側	6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780	
(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意														
	経常収支比率		収支分岐点比率		実質収益対経常費用比率		病床利用率		患者一人一日当り入院収益		患者一人一日当り外来収益		職員給与費対医療収益比率	
	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群
平均	0.9839	0.9813	1.1076	1.1384	0.8910	0.8461	0.8001	0.7433	41.4729	36.3655	11.2370	10.7354	0.5581	0.5437
分散	0.0022	0.0006	0.0117	0.0013	0.0086	0.0005	0.0078	0.0001	89.1826	5.6318	10.6974	0.2670	0.0066	0.0001
観測数	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6
自由度	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5
観測された分散比	3.7418		8.9635		17.1128		151.0036		15.8355		40.0622		57.4431	
P(F<=f) 両側	0.07345		0.01132	**	0.00251	***	0.00001	***	0.00302	***	0.00032	***	0.00013	***
F境界値 両側	6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780	
(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意														
	職員一人当たりの医療収益		他会計繰入金対経常収益比率		補助金等比率		企業価値償還額対減価償却費比率		材料費対医療収益比率		貯蔵資産回転期間		総資産回転率	
	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群
平均	15,831	16,946	0.1219	0.1377	0.1258	0.1412	1.0994	1.1446	0.2366	0.2448	14.0261	11.7891	0.5637	0.5149
分散	11,196,921	487,771	0.0045	0.0000	0.0042	0.0000	0.6094	0.0026	0.0027	0.0001	174.2021	0.2942	0.0416	0.0001
観測数	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6
自由度	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5	24	5
観測された分散比	22.9553		225.9797		220.1086		233.9555		20.2212		592.1681		570.8637	
P(F<=f) 両側	0.00124	***	0.000004	***	0.000005	***	0.000004	***	0.00169	***	0.0000004	***	0.0000004	***
F境界値 両側	6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780		6.2780	
(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意														

出所: 総務省地方公営企業年鑑、及び各自治体病院の財務諸表より算出した財務指標より筆者作成

表26. BSC導入群とBSC非導入群における財務指標の平均値

	流動比率(②)		未収金回転率(②)		不良債権比率(②)		累積欠損金比率(②)		自己資本比率(②)		総資産利益率(①)		医業収益対医業利益率(②)	
	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群
平均	4.5571	2.6746	5.4163	4.9339	-0.2945	0.0136	0.4587	0.5970	0.3562	0.3318	-0.0062	-0.0114	-0.0823	-0.1042
分散	11.2679	0.1677	1.9456	0.3756	0.0336	0.0001	0.2759	0.0005	0.0536	0.0008	0.0005	0.0002	0.0068	0.0007
観測数	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6
ブールされた分散	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仮説平均との差異	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自由度	27	19	19	25	25	25	24	24	27	11	11	27	27	27
t	2.7210	1.2872	1.2872	-8.3441	-1.3106	0.5112	0.7166	0.7166	0.5112	0.7166	0.7166	1.1209	1.1209	1.1209
P(T<=t)片側	0.00562	0.10674	0.10674	0.00000001	0.10119	0.30667	0.24428	0.24428	0.30667	0.24428	0.24428	0.13610	0.13610	0.13610
t境界値 片側	1.7033	1.7291	1.7291	1.7081	1.7109	1.7033	1.7109	1.7109	1.7033	1.7033	1.7959	1.7033	1.7033	1.7033

(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意

	経常収支比率(①)		収支分岐点比率(②)		実質収益対経常費用比率(②)		病床利用率(②)		患者一人一日当り入院収益(②)		患者一人一日当り外来収益(②)		職員給与費対医業収益比率(②)	
	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群
平均	0.9839	0.9813	1.1076	1.1384	0.8910	0.8461	0.8001	0.7433	41.4729	36.3655	11.2370	10.7354	0.5581	0.5437
分散	0.0022	0.0006	0.0117	0.0013	0.0086	0.0005	0.0078	0.0001	89.1826	5.6318	10.6974	0.2670	0.007	0.000
観測数	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6
ブールされた分散	0.00190	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仮説平均との差異	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自由度	29	25	25	25	29	25	25	25	29	28	28	27	27	27
t	0.13334	-1.1752	-1.1752	2.1760	3.1649	0.00202	3.1649	0.00202	2.4060	0.7297	0.7297	0.8544	0.8544	0.8544
P(T<=t)片側	0.44742	0.12550	0.12550	0.01892	0.00202	**	0.00202	**	0.01136	**	0.23583	0.20020	0.20020	0.20020
t境界値 片側	1.6991	1.7081	1.7081	1.6991	1.7081	1.6991	1.7081	1.7081	1.6991	1.6991	1.7011	1.7033	1.7033	1.7033

(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意

	職員一人当たりの医業収益(②)		他会計繰入金対経常収益比率(②)		補助金等比率(②)		企業価値選額対減価償却費比率(②)		材料費対医業収益比率(②)		貯蔵資産回転期間(②)		総資産回転率(②)	
	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群	導入群	非導入群
平均	15,831	16,946	0.1219	0.1377	0.1258	0.1412	1.0994	1.1446	0.2366	0.2448	14.0261	11.7891	0.5637	0.5149
分散	11,196,921	487,771	0.0045	0.0000	0.0042	0.0000	0.6094	0.0026	0.0027	0.0001	174.2021	0.2942	0.0416	0.0001
観測数	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6	25	6
ブールされた分散	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仮説平均との差異	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自由度	29	25	25	25	25	25	25	25	29	29	24	24	24	24
t	-1.5320	-1.1698	-1.1698	-1.1756	-1.1756	-1.1756	-0.2867	-0.2867	-0.7157	-0.7157	0.8445	0.8445	1.1919	1.1919
P(T<=t)片側	0.06818	0.12656	0.12656	0.12541	0.12541	0.12541	0.38835	0.38835	0.2399451	0.2399451	0.20337	0.20337	0.12247	0.12247
t境界値 片側	1.6991	1.7081	1.7081	1.7081	1.7081	1.7081	1.7081	1.7081	1.699127027	1.699127027	1.7109	1.7109	1.7109	1.7109

(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意

出所: 総務省地方公営企業年鑑、及び各自治体病院の財務諸表より算出した財務指標より筆者作成

表27. BSC導入前後とBSC導入群・非導入群のp値一覧

		BSC導入前とBSC導入後 【BSCを導入している自治体病院 のBSC導入前とBSC導入後にお ける財務指標の平均値比較】	BSC導入群とBSC非導入群 【BSCを導入している自治体病院 と全国自治体病院統計値におけ る財務指標の平均値比較】
資金繰り 指標	流動比率	0.10724539	0.00562457 ***
	不良債務比率(資金不足比率)	0.12932457	0.00000001 ***
	企業債償還額対減価償却費比率	0.00355363 ***	0.38834935
資金繰りに 関連する 指標	未収金回転率	0.14778909	0.10674421
	貯蔵資産回転期間	0.46845398	0.20336679
収益性 指標	総資産利益率	0.00639357 ***	0.24427819
	医業収益対医業利益率	0.00555976 ***	0.13609740
	経常収支比率	0.00112054 ***	0.44742087
	収支分岐点比率	0.00371110 ***	0.12549889
	実質収益対経常費用比率	0.00424421 ***	0.01892172 **
収益性に 関連する 指標	病床利用率	0.28903096	0.00202444 ***
	患者一人一日当り入院収益	0.00000013 ***	0.01136328 **
	患者一人一日当り外来収益	0.00084345 ***	0.23583046
	他会計繰入金対経常収益比率	0.26581318	0.12655619
	補助金等比率	0.22933120	0.12541427
	材料費対医業収益比率	0.00000035 ***	0.23994515
生産性 指標	職員給与費対医業収益比率	0.03569809 **	0.20020444
	職員一人当たりの医業収益	0.01995997 **	0.06818400 *
長期的 資産性 指標	累積欠損金比率	0.06258321 *	0.10119345
	自己資本比率	0.45280412	0.30667256
	総資産回転率	0.37386520	0.12247051

(注) ***1%有意、**5%有意、*10%有意

出所:総務省地方公営企業年鑑、及び各自治体病院の財務諸表より算出した財務指標より筆者作成

表28. BSC導入前後運用期間別の財務指標の平均値推移

	導入前後±1年 【BSC導入前－1年 対 BSC導入後+1年】	導入前後±2年 【BSC導入前－2年 対 BSC導入後+2年】	導入前後±3年 【BSC導入前－3年 対 BSC導入後+3年】	導入前後±4年 【BSC導入前－4年 対 BSC導入後+4年】	導入前後±5年 【BSC導入前－5年 対 BSC導入後+5年】	導入前後±6年 【BSC導入前－6年 対 BSC導入後+6年】
総資産利益率	0.0516637 *	0.2979015 **	0.0361188 **	0.0640172 *	0.0112386 **	0.0624670 , *
医業収益対医業利益率	0.0082799 ***	0.0421382 **	0.0023378 ***	0.0258389 **	0.0177951 **	0.0876780
経常収支比率	0.0208520 **	0.0694050 *	0.0122771 **	0.0101547 **	0.0016708 ***	0.0205063 **
収支分岐点比率	0.0089766 ***	0.0272029 **	0.0023160 ***	0.0239991 **	0.0109255 **	0.0577570 *
実質収益対経常費用比率	0.0362357 **	0.0779789 *	0.0232144 **	0.0336604 **	0.0107502 **	0.0991434 *
患者一人一日当り入院収益	0.0000001 ***	0.0001028 ***	0.0000618 ***	0.0000050 ***	0.0005038 ***	0.0009192 ***
患者一人一日当り外来収益	0.0364303 **	0.0143659 **	0.0027203 ***	0.0050012 ***	0.0122731 **	0.0296128 **
職員給与費対医業収益比率	0.0910117 *	0.1079057	0.0638969 *	0.0516947 *	0.0797113 *	0.0994497 *
職員一人当たりの医業収益	0.1301443	0.1393344	0.1107828	0.0451074 **	0.2942296	0.2627031
材料費対医業収益比率	0.0355046 **	0.0002956 ***	0.0014686 ***	0.0000876 ***	0.0002020 ***	0.0000434 ***
企業負債償還額対減価償却費比率	0.4294193	0.0071604 ***	0.0637801 *	0.0817521 *	0.0092686 ***	0.0065525 ***

(注)***1%有意、**5%有意、*10%有意

出所:総務省地方公営企業年鑑、及び各自治体病院の財務諸表より算出した財務指標より筆者作成

表29-2. 東京都病院経営本部のKPIとBSC導入後の財務指標推移

		導入後1年	導入後2年	導入後3年	導入後4年	導入後5年	導入後6年	導入後7年	
K P I	顧客の視点	患者満足度率	90.80%	91.50%	93.20%	92.80%	93.60%	93.80%	93.90%
		患者紹介率	58.20%	61.80%	63.30%	61.80%	68.70%	71.70%	72.10%
	業務プロセスの視点	クリニカルパスの適用率	32.40%	34.20%	35.20%	36.30%	39.00%	39.40%	45.20%
		平均在院日数の短縮	21.10日	20.06日	20.20日	19.70日	19.10日		
		医療材料・薬品の標準化 後発医薬品採用率					12.80%	17.20%	20.50%
		適正人員の確保 医師充足率					92.30%	94.60%	93.90%
	学習と成長の視点	看護師定着率の向上	86.70%	92.50%	95.00%	95.00%	100.50%		
		新卒看護師定着率							
	財務指標	総資産利益率	Δ1.36%	Δ0.16%	0.66%	0.88%	0.76%	0.53%	1.08%
		医療収益対医療利益率	Δ31.59%	Δ32.41%	Δ32.58%	Δ39.31%	Δ36.05%	Δ30.27%	Δ25.87%
経常収支比率		97.81%	98.40%	97.98%	99.76%	101.19%	101.80%	101.49%	
収支分岐点比率		144.06%	144.79%	144.94%	149.53%	141.23%	134.38%	129.14%	
実質収益対経常費用比率		70.90%	70.41%	70.36%	66.98%	69.30%	72.63%	75.25%	
患者一人一日当り入院収益		36.75(千円)	37.69(千円)	38.75(千円)	39.04(千円)	45.64(千円)	47.92(千円)	50.33(千円)	
患者一人一日当り外来収益		13.18(千円)	13.52(千円)	14.13(千円)	14.64(千円)	15.91(千円)	16.40(千円)	17.03(千円)	
職員給与費対医療収益比率		64.89%	65.67%	64.73%	65.45%	63.03%	59.11%	55.96%	
職員一人当たりの医療収益		15,341(千円)	15,475(千円)	15,812(千円)	15,225(千円)	15,660(千円)	16,726(千円)	17,699(千円)	
材料費対医療収益比率		28.30%	27.65%	27.50%	20.64%	12.55%	11.95%	11.20%	
負の関相	累積欠損金比率	3.33%	Δ7.69%	Δ9.21%	Δ26.50%	Δ0.51%	2.14%	2.13%	
	企業負債償還額対減価償却費比率	61.40%	69.90%	53.30%	64.20%	57.60%	42.00%	33.80%	

出所: KPIは表29-1より各BSC共通項目を抽出し、財務指標は表24の結果から表22を基に作成

表30-1. 公立能登総合病院のBSCスコア管理表

[illegible]

[illegible]

学習と成長の視点

項目	内容	評価	2007年度		2008年度		2009年度		2010年度		2011年度		2012年度	
			計画	実績	計画	実績	計画	実績	計画	実績	計画	実績	計画	実績
医療の質と患者サービスの向上	住民に対し、質の高い医療とサービスの提供	医師の経歴意識改革の徹底	BSCへの参加促進											
			研修医応募者数											
			常勤救命救急医数											
			常勤麻酔科医師数											
			低用試験応答者数											
	医師及び看護師、薬剤師等の確保		本年度看護師臨床研修生確保数											
			看護師臨床研修プログラムの取組											
			看護師研修交付金制度の取組											
			看護師採用試験応募者数											
			常勤医師数及び看護師数											
経営基盤の構築一持続性のある病院経営の推進と内部留保資金の蓄積	学会等研修会への参加		学会等研修会参加人数											
			CPC開催回数											
			臨床ケースコンファレンス開催回数											
			がん化学療法勉強会開催回数											
			各種研修会の開催回数											
	専門資格の促進		認定看護師											
			認定臨床検査技師											
			認定放射線技師											
			認定薬剤師											
			認定臨床工学技士											
働きがいのある職場づくり	職員の資質向上のための研修体制の強化		世界標準医療に関する研修会の開催回数											
			経過・個人情報管理研修の開催回数											
			院内研修会の開催回数											
			院内研修会の開催回数											
			院内研修会の開催回数											
	勤務条件等処遇の改善		職員満足度調査の実施											
			新卒翌日の給与見直し回数											
			1人当り休取付日数											
			院内育児支援施設設置											
			病児保育室「たんぽぽ」の活用促進											
人材確保と育成	継続的な医師・看護師等を持って働き続ける職場づくり		多様な勤務形態の選択											
			医師以外の職種転換											
			医師専攻生確保数											
			4人夜勤体制化回数											
			学術研修会等への積極的な参加											
	職員のキャリアアップ		高度専門資格取得への助成金制度の活用											
			職員満足度調査の実施											
			医師確保率(医師会)の改善											
			医師研修交付金制度の取組											
			医師研修交付金(臨床系)											
徹底した医療安全体制の構築	住民に信頼される、安心・安全で最善な医療の提供		職員の意識改革の徹底											
			院内安全体制の推進											
			医療安全委員会(臨床系)											
			院内安全体制の推進											
			院内安全体制の推進											
	医療事故、苦情等に関する早期解決のための体制づくり		医療安全体制の推進											
			医療安全体制の推進											
			医療安全体制の推進											
			医療安全体制の推進											
			医療安全体制の推進											

※ 2007年度
※ 2008年度
※ 2009年度
※ 2010年度
※ 2011年度
※ 2012年度

表30-2. 公立能登総合病院のKPIとBSC導入後の財務指標推移

		導入後1年	導入後2年	導入後3年	導入後4年	導入後5年	導入後6年	導入後7年
K P I	顧客の視点	患者満足度率	退院時アンケート 満足度					
		患者紹介率	12.80%	17.80%	94.60%	93.70%	93.80%	93.60%
	業務プロセスの視点	クリニカルパスの適用件数	42.90%	47.70%	46.70%	44.10%	43.60%	54.10%
		平均在院日数の短縮			55.00日	49.50日	53.60日	58.80日
		医療材料・薬品の標準化		6.00%	6.00%	6.30%	7.70%	10.80%
	学習と成長の視点	適正人員の確保			5.00%	0.20%	5.20%	
		看護師定着率の向上	284人	325人	299人	312人	320人	
		看護師数						
財 務 指 標								
負 関 の 相								

出所: KPIは表30-1より各BSC共通項目を抽出し、財務指標は表24の結果から表22を基に作成

表31-1. 国保旭中央病院のBSCスコア管理表

区分	戦略マップ重要項目	戦略的目的	主要成功要因	業績評価指標	戦略的業績評価指標	2006年度					2007年度					2008年度					2009年度					2010年度					2011年度																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
						現状 (ベンチ マーク)	目標 2006年度	目標 2007年度	目標 (3年値)	2006年度 実績 (平均値)	現状 (2007.1 月まで)	目標 2007年度	目標 2008年度	目標 2009年度	2007年度 実績 (平均値)	現状 2007年度	目標 2008年度	目標 2009年度	2008年度 実績 (平均値)	現状 2008年度	目標 2009年度	目標 2010年度	2009年度 実績 (平均値)	現状 2009年度	目標 2010年度	目標 2011年度	2010年度 実績 (平均値)	現状 2010年度	目標 2011年度	2011年度 実績 (11月末 現在)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
1.人材の育成 (1)職員養成計画	教育課 職員の確保	教育課 職員の確保	教育課 職員の確保	教育課 職員の確保	教育課 職員の確保	児童科員数	46	46	56	66	5.6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

麻客の視点

品	2006年度
类	2007年度
实	2008年度
种	2009年度
组	2010年度
系	2011年度

[illegible]

品	2006年度
市	2007年度決算
費	2008年度決算
給	2009年度決算
出	2010年度決算
入	2011年度決算

表31-2. 国保旭中央病院のKPIとBSC導入後の財務指標推移

K P I		導入後1年	導入後2年	導入後3年	導入後4年	導入後5年	導入後6年	導入後7年
顧客の視点	患者満足度率	—	—	—	—	—	—	—
	開業医(かかりつけ医)との連携強化	12.69%	13.76%	15.88%	19.92%			
	パス使用の促進	23.50%	26.09%	24.00%	24.22%			
	平均在院日数の短縮	34.71日	12.56日					
	業務プロセスの視点							
	ジェネリック化の推進	8.10%	7.64%					
	全品目に占めるジェネリック薬品品の割合							
	適正人員の確保	95.91%	95.80%					
	学習と成長の視点							
	実就業看護師数の確保		3.73%	8.70%	2.90%			
正の相関	総資産利益率	△20.03%	△18.60%	* △14.77%	△12.55%	△12.00%	△10.36%	△16.08%
	医業収益対医業利益率	3.53%	3.50%	3.50%	2.50%	5.57%	1.93%	0.67%
	経常収支比率	101.06%	101.05%	101.33%	101.47%	105.14%	101.88%	101.16%
	収支岐点比率	144.06%	144.79%	144.94%	149.53%	141.23%	134.38%	129.14%
	実質収益対経常費用比率	96.70%	96.13%	96.41%	95.87%	98.90%	95.78%	95.00%
	患者一人一日当り入院収益	40.47(千円)	42.71(千円)	44.01(千円)	47.12(千円)	55.18(千円)	58.98(千円)	59.51(千円)
	患者一人一日当り外来収益	14.11(千円)	14.88(千円)	15.52(千円)	16.58(千円)	16.87(千円)	17.60(千円)	18.34(千円)
	職員給与費対医業収益比率	42.06%	41.12%	40.87%	41.15%	39.99%	38.88%	39.21%
	職員一人当たりの医業収益	16,134(千円)	16,512(千円)	16,586(千円)	16,299(千円)	17,221(千円)	17,782(千円)	17,471(千円)
	材料費対医業収益比率	33.03%	33.23%	33.20%	34.18%	32.78%	33.49%	32.56%
負の相関	累積欠損金比率	△4.16%	△4.92%	△5.99%	△7.15%	△11.80%	△4.46%	△0.88%
	企業償還額対減価償却費比率	59.00%	63.20%	77.80%	69.60%	66.20%	36.80%	40.00%

出所: KPIは表31-1より各BSC共通項目を抽出し、財務指標は表24の結果から表22を基に作成

付録1. KPIとBSC導入後の財務指標の相関係数

				東京都病院経営本部	公立能登総合病院	国保旭中央病院
顧客の視点	患者満足度率	正の相関	総資産利益率	0.902896738	-0.362329335	—
			医療収益対医療利益率	0.153328941	-0.940689391	—
			経常収支比率	0.801810028	-0.399507724	—
			収支分岐点比率	-0.570363821	0.939469755	—
			実質収益対経常費用比率	0.302490303	-0.621471056	—
			患者一人一日当り入院収益	0.822956684	-0.767079357	—
			患者一人一日当り外来収益	0.891069924	-0.889579466	—
			職員給与費対医療収益比率	-0.673096831	-0.588540110	—
			職員一人当たりの医療収益	0.652356782	-0.840375845	—
			材料費対医療収益比率	-0.819416528	0.111109602	—
			累積欠損金比率	0.048563704	0.885232752	—
	患者紹介率	負の相関	企業価値還額対減価償却費比率	-0.728600422	-0.938700968	—
			総資産利益率	0.686820251	0.578755759	0.962176530
			医療収益対医療利益率	0.464446197	0.753522617	-0.917879359
			経常収支比率	0.916490114	0.573465742	0.947024242
			収支分岐点比率	-0.850110659	-0.756501818	0.952970610
			実質収益対経常費用比率	0.611720288	0.809559070	-0.786381484
			患者一人一日当り入院収益	0.977328537	0.538760313	0.979554874
			患者一人一日当り外来収益	0.966527989	0.968058786	0.981336560
			職員給与費対医療収益比率	-0.879763339	0.638746633	-0.533246151
業務プロセスの視点	クリニカルパスの適用件数	正の相関	職員一人当たりの医療収益	0.837705418	0.360300007	0.092069305
			材料費対医療収益比率	-0.920064299	-0.835854687	0.944367068
			累積欠損金比率	0.413389071	0.326770447	-0.981647576
			企業価値還額対減価償却費比率	-0.828479446	0.977378697	0.568514000
		負の相関	総資産利益率	0.724598935	0.257846123	-0.152281922
			医療収益対医療利益率	0.490447131	0.407543226	0.124359105
			経常収支比率	0.855571743	0.271080917	-0.338714668
			収支分岐点比率	-0.840553643	-0.407478827	-0.055198565
			実質収益対経常費用比率	0.632972014	0.280266741	-0.497660389
			患者一人一日当り入院収益	0.945235703	-0.268208005	0.055284506
			患者一人一日当り外来収益	0.953299119	0.107266861	0.014101858
			職員給与費対医療収益比率	-0.913606764	-0.178089079	-0.446267337
			職員一人当たりの医療収益	0.886272802	0.163551289	0.538272374
			材料費対医療収益比率	-0.882821852	-0.434698193	-0.009724767
			累積欠損金比率	0.283410044	0.375522041	0.062206870
			企業価値還額対減価償却費比率	-0.839728598	0.173498481	-0.147069453
	平均在院日数の短縮	正の相関	総資産利益率	-0.851238595	-0.876726142	—
			医療収益対医療利益率	0.687371235	-0.502432223	—
			経常収支比率	-0.894834584	-0.895354627	—
			収支分岐点比率	0.113797159	0.499336142	—
			実質収益対経常費用比率	0.583546667	-0.979681267	—
			患者一人一日当り入院収益	-0.843834065	-0.175121486	—
			患者一人一日当り外来収益	-0.909884373	-0.387738269	—
			職員給与費対医療収益比率	0.503693397	0.068940425	—
			職員一人当たりの医療収益	-0.252843311	-0.295261519	—
			材料費対医療収益比率	0.857978052	0.724002040	—
		負の相関	累積欠損金比率	0.328458472	0.379029299	—
			企業価値還額対減価償却費比率	0.080303618	-0.497396815	—
			総資産利益率	0.506618764	0.570063566	—
			医療収益対医療利益率	0.999991625	0.965224596	—
	医療材料・薬品の標準化	正の相関	経常収支比率	0.552368702	0.584788495	—
			収支分岐点比率	-0.999981530	-0.965139558	—
			実質収益対経常費用比率	0.999908786	0.789029552	—
			患者一人一日当り入院収益	0.995073637	0.879300977	—
			患者一人一日当り外来収益	0.987368654	0.946166617	—
			職員給与費対医療収益比率	-0.999808395	0.967944578	—
			職員一人当たりの医療収益	0.998426407	0.035466724	—
			材料費対医療収益比率	-0.988851841	-0.585092830	—
		負の相関	累積欠損金比率	0.902978077	-0.710849212	—
			企業価値還額対減価償却費比率	-0.995459714	0.960127246	—
			総資産利益率	-0.209884771	-0.976107662	—
			医療収益対医療利益率	0.733860712	-0.241256866	—
学習と成長の視点	適正人員の確保	正の相関	経常収支比率	0.970649932	-0.984054139	—
			収支分岐点比率	-0.732510843	0.237783834	—
			実質収益対経常費用比率	0.727433384	-0.996735961	—
			患者一人一日当り入院収益	0.665959318	0.106517166	—
			患者一人一日当り外来収益	0.620178748	-0.115171707	—
			職員給与費対医療収益比率	-0.723255339	0.344535491	—
			職員一人当たりの医療収益	0.697550753	-0.016979630	—
			材料費対医療収益比率	-0.627721053	0.887704554	—
		負の相関	累積欠損金比率	0.955758140	0.105799936	—
			企業価値還額対減価償却費比率	-0.797662158	-0.235610488	—
			総資産利益率	0.663134206	0.312884484	0.019069993
			医療収益対医療利益率	0.043233863	0.552023374	0.606967559
	看護師定着率の向上	正の相関	経常収支比率	0.816020989	0.342355864	0.076833316
			収支分岐点比率	-0.597290551	-0.549143442	-0.588949526
			実質収益対経常費用比率	0.240422867	0.329735188	0.928560780
			患者一人一日当り入院収益	0.814160948	-0.046490501	-0.356994282
			患者一人一日当り外来収益	0.901054227	0.276278228	-0.272315650
			職員給与費対医療収益比率	-0.824745007	0.018750033	-0.998966684
			職員一人当たりの医療収益	0.669058115	0.845842909	0.787880644
			材料費対医療収益比率	-0.823221191	-0.359437278	-0.628384492
		負の相関	累積欠損金比率	0.243018554	-0.092526479	0.155954321
			企業価値還額対減価償却費比率	-0.834993260	0.407288290	0.833268092

(注) 相関係数の解釈

相関係数の絶対値	解釈	相関係数の絶対値
0.0～0.2	ほとんど相関関係がない	0.0～0.2
0.2～0.4	やや正(負)の相関関係がある	-0.2～-0.4
0.4～0.7	かなり正(負)の相関関係がある	-0.4～-0.7
0.7～1.0	強い正(負)の相関関係がある	-0.7～-1.0

付録2. 東京都病院事業の経営指標推移

	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
Ⅰ. 安全性指標																		
流動比率	204.40%	203.53%	214.53%	134.53%	213.40%	272.46%	222.71%	256.61%	218.78%	220.28%	264.65%	263.00%	234.75%	184.01%	171.03%	188.74%	189.73%	370.55%
流動資産回転率	3.19回転	2.83回転	2.62回転	1.45回転	3.15回転	2.79回転	2.74回転	3.26回転	3.14回転	3.04回転	2.86回転	2.37回転	2.11回転	1.33回転	1.09回転	1.29回転	1.37回転	1.67回転
当座比率	198.30%	198.48%	208.64%	132.81%	206.79%	264.40%	216.37%	249.57%	213.36%	215.51%	259.01%	258.59%	231.17%	182.04%	169.74%	186.96%	187.79%	366.38%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	209.48%	206.54%	207.94%	268.31%	266.10%	240.69%	236.80%	239.93%	236.60%	231.34%	212.46%	167.38%	164.47%	172.04%	156.53%	165.22%	173.91%	159.67%
債権(未収金)回転率	4.93回転	6.09回転	5.87回転	3.46回転	3.77回転	3.96回転	3.99回転	4.12回転	4.25回転	4.48回転	3.50回転	4.22回転	5.48回転	4.18回転	3.59回転	4.57回転	4.80回転	5.11回転
債権(未収金)回転期間	73.97日	59.94日	62.20日	105.60日	96.91日	92.20日	91.52日	88.67日	85.83日	81.48日	104.18日	86.42日	66.61日	87.27日	101.69日	79.87日	76.11日	71.40日
債務(未払金)回転率	0.52回転	0.60回転	0.63回転	1.79回転	0.52回転	0.48回転	0.60回転	0.42回転	0.56回転	0.56回転	0.49回転	0.57回転	0.73回転	1.49回転	2.61回転	3.27回転	3.22回転	1.44回転
債務(未払金)回転期間	707.72日	606.19日	578.13日	204.11日	701.33日	762.83日	611.42日	878.38日	655.74日	649.58日	751.86日	643.95日	500.54日	245.22日	139.88日	111.66日	113.46日	252.82日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△16.01%	△17.99%	△20.34%	△17.68%	△16.89%	△22.67%	△20.07%	△18.74%	△17.28%	△17.94%	△21.73%	△26.15%	△27.17%	△34.39%	△38.27%	△36.41%	△34.52%	△43.77%
累積欠損金比率	△1.82%	△2.11%	△1.95%	△1.12%	△0.53%	△4.32%	△0.25%	3.01%	3.56%	3.14%	5.07%	3.33%	△7.69%	△9.21%	△26.50%	△0.51%	2.14%	2.13%
自己資本比率	39.35%	38.24%	37.05%	26.55%	31.37%	33.55%	33.92%	34.56%	34.31%	35.15%	37.67%	40.82%	45.78%	39.71%	42.76%	42.30%	40.18%	44.88%
負債比率	8.88%	11.00%	11.50%	24.54%	7.37%	7.15%	8.85%	6.36%	8.47%	8.33%	7.35%	15.46%	11.52%	20.19%	24.24%	18.32%	17.60%	7.73%
インクレメント・カレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△9.60倍	△9.24倍	△9.08倍	△8.81倍	△8.67倍	△8.08倍	△8.36倍	△9.19倍	△6.99倍	△7.14倍	△7.26倍	△10.38倍	△11.33倍	△12.30倍	△16.02倍	△15.22倍	△13.45倍	△12.20倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	△0.14倍	△0.27倍	△0.29倍	△0.57倍	△0.06倍	△0.15倍	△0.15倍	△0.08倍	1.62倍	1.53倍	1.40倍	0.91倍	0.76倍	0.66倍	0.50倍	0.61倍	0.67倍	0.72倍
Ⅱ. 収益性・成長性指標																		
医療収支伸び率	-	△5.56%	△0.07%	△3.04%	13.73%	△9.22%	△0.86%	3.85%	△25.52%	△2.92%	△4.24%	1.44%	3.68%	2.32%	12.21%	△0.21%	△8.26%	△9.84%
医療収益対医療利益率	△54.15%	△47.47%	△46.06%	△43.70%	△48.65%	△41.81%	△40.85%	△42.55%	△28.90%	△29.82%	△28.28%	△31.59%	△32.41%	△32.58%	△39.31%	△36.05%	△30.27%	△25.87%
経常収支比率	100.58%	101.58%	101.24%	100.02%	101.02%	100.36%	100.17%	98.10%	99.12%	97.81%	98.40%	97.98%	99.76%	101.19%	101.80%	101.49%	101.02%	101.90%
収支分岐点医療収益	144,196,520(千円)	145,659,812(千円)	147,647,406(千円)	148,356,280(千円)	157,965,326(千円)	156,431,204(千円)	157,540,629(千円)	160,373,748(千円)	153,168,193(千円)	145,811,668(千円)	145,183,883(千円)	136,864,764(千円)	138,984,768(千円)	141,611,078(千円)	135,871,324(千円)	139,616,101(千円)	145,150,722(千円)	147,145,022(千円)
収支分岐点比率	177.06%	166.73%	164.09%	161.23%	168.17%	157.64%	156.27%	159.76%	139.12%	140.59%	138.84%	144.06%	144.79%	144.94%	149.53%	141.23%	134.38%	129.14%
実質収益対経常費用比率	65.73%	68.64%	69.45%	70.12%	67.50%	70.51%	71.13%	70.19%	72.09%	71.70%	72.97%	70.90%	70.41%	70.36%	66.98%	69.30%	72.63%	75.25%
許可病床1床当たり医療収益	187,649(千円)	201,299(千円)	207,332(千円)	211,874(千円)	216,438(千円)	228,642(千円)	231,990(千円)	231,298(千円)	253,677(千円)	238,641(千円)	240,941(千円)	218,805(千円)	221,175(千円)	225,127(千円)	209,363(千円)	227,789(千円)	248,881(千円)	282,549(千円)
■ 医療収益指標																		
医療収益増加率	-	7.27%	3.00%	2.19%	2.15%	5.64%	1.46%	△0.30%	9.68%	△5.93%	0.96%	△9.19%	1.08%	1.79%	△7.00%	8.80%	9.26%	5.49%
入院収益対外来収益比率	257.63%	265.02%	267.14%	272.08%	276.38%	287.54%	276.03%	280.43%	290.47%	292.76%	283.76%	280.93%	281.60%	277.69%	257.42%	275.63%	291.73%	290.08%
病床利用率	91.07%	92.38%	92.28%	92.39%	90.82%	90.50%	89.38%	87.36%	79.19%	78.94%	78.51%	75.45%	74.11%	73.71%	67.00%	71.11%	75.71%	78.80%
延入院患者数	2,091,815人	2,116,635人	2,134,155人	2,136,710人	2,146,200人	2,156,420人	2,128,315人	2,098,385人	2,058,965人	1,964,795人	1,941,070人	1,729,735人	1,693,965人	1,664,400人	1,498,325人	1,449,780人	1,543,585人	1,552,345人
1日平均入院患者数	5,731人	5,799人	5,847人	5,854人	5,880人	5,908人	5,831人	5,749人	5,641人	5,383人	5,318人	4,739人	4,641人	4,560人	4,105人	3,972人	4,229人	4,253人
患者1人1日当り入院収益	27.62(千円)	29.48(千円)	30.17(千円)	30.98(千円)	31.56(千円)	33.48(千円)	34.08(千円)	34.67(千円)	36.25(千円)	35.84(千円)	36.50(千円)	36.75(千円)	37.69(千円)	38.75(千円)	39.04(千円)	45.64(千円)	47.92(千円)	50.33(千円)
延外来患者数	2,181,116人	2,248,948人	2,268,956人	2,305,556人	2,344,596人	2,395,836人	2,463,180人	2,321,416人	2,198,928人	2,010,316人	1,978,108人	1,717,272人	1,677,500人	1,643,340人	1,551,840人	1,508,408人	1,545,984人	1,581,364人
1日平均外来患者数	8,939人	9,217人	9,299人	9,449人	9,609人	9,819人	10,095人	9,514人	9,012人	8,239人	8,107人	7,038人	6,875人	6,735人	6,360人	6,182人	6,336人	6,481人
患者1人1日当り外来収益	10.28(千円)	10.47(千円)	10.62(千円)	10.55(千円)	10.45(千円)	10.48(千円)	10.67(千円)	11.18(千円)	11.69(千円)	11.96(千円)	12.62(千円)	13.18(千円)	13.52(千円)	14.13(千円)	14.64(千円)	15.91(千円)	16.40(千円)	17.03(千円)
■ 医療費用指標																		
医療費用増加率	-	2.62%	2.01%	0.54%	0.78%	0.78%	0.91%	△0.83%	△5.25%	△0.23%	△6.84%	1.71%	1.92%	△2.28%	6.26%	4.62%	1.93%	
材料費対医療収益比率(原価率)	29.72%	28.86%	28.13%	28.63%	28.62%	27.46%	27.40%	28.80%	26.14%	26.54%	27.18%	28.30%	27.65%	27.50%	20.64%	12.55%	11.95%	11.20%
減価償却費対医療収益比率	12.37%	11.69%	11.26%	11.04%	14.05%	13.69%	13.41%	13.45%	11.99%	12.09%	11.95%	11.17%	10.85%	10.75%	10.18%	12.88%	12.23%	12.48%
経費対医療収益比率	27.91%	27.93%	27.27%	26.77%	26.77%	26.29%	25.78%	24.86%	27.66%	26.21%	25.75%	26.34%	27.27%	28.52%	41.88%	46.45%	46.00%	45.22%
経常収益対支払利息率	3.35%	3.14%	3.06%	3.06%	3.33%	3.22%	3.05%	2.94%	2.80%	2.84%	2.64%	2.02%	1.86%	1.71%	1.51%	1.50%	1.49%	1.42%
資本費対医療収益比率	17.82%	16.62%	16.02%	15.67%	19.35%	18.54%	17.96%	17.80%	15.76%	15.90%	15.47%	13.91%	13.43%	13.14%	12.42%	15.04%	14.28%	14.38%
利息負担率	5.38%	4.91%	4.49%	3.08%	3.64%	3.62%	3.53%	3.50%	3.44%	3.39%	3.29%	2.58%	2.81%	2.15%	1.92%	1.82%	1.73%	1.71%
Ⅲ. 労務指標																		
付加価値率	70.28%	71.14%	71.87%	71.37%	71.38%	72.54%	72.60%	71.20%	73.86%	73.46%	72.82%	71.70%	72.35%	72.50%	79.36%	87.45%	88.05%	88.80%
労働分配率	118.27%	109.38%	109.19%	106.94%	108.88%	100.71%	100.99%	104.61%	84.26%	87.27%	85.86%	90.49%	90.77%	89.28%	82.48%	72.07%	67.14%	63.02%
職員給与費対医療収益比率	83.12%	77.81%	78.48%	76.32%	77.71%	73.06%	73.32%	74.49%	62.24%	64.11%	62.53%	64.89%	65.67%	64.73%	65.45%	63.03%	59.11%	55.96%
職員1人当たりの医療収益	11,623(千円)	12,468(千円)	12,751(千円)	13,062(千円)	12,699(千円)	13,426(千円)	13,674(千円)	13,661(千円)	15,198(千円)	15,173(千円)	15,526(千円)	15,341(千円)	15,475(千円)	15,812(千円)	15,225(千円)	15,660(千円)	16,726(千円)	17,699(千円)
職員1人当たりの総人件費	9,660(千円)	9,702(千円)	10,006(千円)	9,969(千円)	9,869(千円)	9,808(千円)	10,025(千円)	10,176(千円)	9,459(千円)	9,728(千円)	9,708(千円)	9,954(千円)	10,163(千円)	10,235(千円)	9,965(千円)	9,870(千円)	9,887(千円)	9,904(千円)
Ⅳ. その他の指標																		
総資産利益率 (Return on Assets)	0.49%	1.28%	0.97%	0.01%	0.69%	0.24%	0.11%	△1.38%	△0.64%	△1.53%	△1.12%	△1.36%	△0.16%	0.66%	0.88%	0.76%	0.53%	1.08%
自己資本医療利益率 (Return on Equity)	△71.47%	△65.19%	△63.20%	△60.02%	△66.38%	△56.18%	△54.79%	△59.21%	△44.56%	△43.29%	△38.97%	△37.50%	△34.28%	△32.53%	△30.91%	△30.70%	△28.73%	△25.05%
投下資本医療利益率 (Return on Investment)	△21.70%	△18.79%	△17.69%	△11.91%	△14.81%	△12.68%	△12.48%	△13.99%	△8.94%	△9.05%	△8.48%	△9.90%	△10.44%	△8.66%	△9.79%	△8.35%	△6.88%	△5.82%
他会計繰入金額【収益的収支】	45,949,725(千円)	44,477,890(千円)	44,021,032(千円)	41,651,906(千円)	49,595,692(千円)	44,455,167(千円)	43,554,566(千円)	42,234,696(千円)	40,460,783(千円)	37,076,000(千円)	36,624,000							

付録3. 埼玉県病院局の財務指標推移

	2011年度	2012年度
I. 安全性指標		
流動比率	582.56%	411.91%
流動資産回転率	1.33回転	1.18回転
当座比率	579.01%	409.69%
固定長期適合率 (固定資産 対長期資本比率)	81.82%	112.20%
債権(未収金)回転率	5.06回転	5.76回転
債権(未収金)回転期間	72.09日	63.40日
債務(未払金)回転率	0.39回転	0.62回転
債務(未払金)回転期間	947.37日	587.08日
借入金比率	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△62.49%	△64.33%
累積欠損金比率	△2.06%	△1.40%
自己資本比率	72.73%	57.24%
負債比率	13.34%	14.07%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△17.01倍	△17.50倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	△0.16倍	0.24倍
II. 収益性・成長性指標		
医業収支伸び率		△3.89%
医業収益対医業利益率	△18.59%	△17.49%
経常収支比率	101.85%	101.12%
収支分岐点医業収益	38,940,255(千円)	39,259,053(千円)
収支分岐点比率	127.28%	125.65%
実質収益対経常費用比率	80.98%	80.97%
許可病床1床当たり医業収益	70,495(千円)	71,992(千円)
■ 医業収益指標		
医業収益増加率		2.12%
入院収益対外来収益比率	279.14%	266.25%
病床利用率	79.53%	78.79%
延入院患者数	348,940人	345,655人
1日平均入院患者数	956人	947人
患者1人1日当り入院収益	61.44(千円)	62.51(千円)
延外来患者数	429,440人	426,512人
1日平均外来患者数	1,760人	1,748人
患者1人1日当り外来収益	17.89(千円)	19.03(千円)
■ 医業費用指標		
医業費用増加率		1.18%
材料費対医業収益比率(原価率)	31.86%	31.81%
減価償却費対医業収益比率	6.80%	7.01%
経費対医業収益比率	18.28%	18.64%
経常収益対支払利息率	0.87%	0.81%
資本費対医業収益比率	7.89%	8.00%
利子負担率	2.42%	1.04%
III. 労務指標		
付加価値率	68.14%	68.19%
労働分配率	87.82%	86.21%
職員給与費対医業収益比率	59.84%	58.79%
職員1人当たりの医業収益	16,069(千円)	15,966(千円)
職員1人当たりの総人件費	9,615(千円)	9,386(千円)
IV. その他の指標		
総資産利益率(Return on Assets)	1.07%	0.51%
自己資本医業利益率(Return on Equity)	△12.04%	△11.23%
投下資本医業利益率(Return on Investment)	△6.08%	△4.26%
他会計繰入金額【収益的収支】	7,863,131(千円)	7,704,912(千円)
他会計繰入金増加率		△2.01%
他会計繰入金対経常収益比率	20.49%	19.93%
他会計繰入金対医業収益比率	25.70%	24.66%
補助金等比率	21.33%	20.19%
企業負債償還額	725,941(千円)	744,346(千円)
企業負債償還額対減価償却額比率	34.90%	34.00%
固定資産回転率	1.31回転	1.81回転
許可病床1床当たり総資産額	49,369(円)	63,934(円)
許可病床1床当たり器械備品	0(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		0(千円)
貯蔵資産回転率	84.82回転	69.53回転
貯蔵資産回転期間	4.30日	5.25日
総資産回転率	0.47回転	0.37回転
総資産増加率		30.92%

出典：総務省自治財政局編地方公営企業年鑑第59巻(2011年度)～第60巻(2012年度)、埼玉県病院局の貸借対照表(2011年度～2012年度)、及び損益計算書(2011年度～2012年度)を基に

付録4. 山形県病院事業局の財務指標推移

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標												
流動比率	188.02%	277.61%	250.01%	258.68%	217.91%	171.42%	179.58%	290.29%	284.96%	276.54%	242.58%	271.43%
流動資産回転率	4.69回転	5.61回転	4.02回転	4.21回転	3.86回転	3.71回転	4.10回転	3.17回転	3.53回転	3.43回転	3.14回転	3.14回転
当座比率	181.57%	270.65%	245.19%	253.88%	213.49%	168.11%	176.15%	286.84%	281.12%	270.86%	237.87%	257.85%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	108.46%	426.17%	408.25%	374.68%	342.08%	343.02%	313.58%	230.74%	220.65%	207.93%	205.46%	197.36%
債権(未収金)回転率	5.35回転	6.71回転	5.54回転	5.44回転	5.33回転	5.28回転	4.85回転	5.13回転	5.16回転	5.28回転	4.63回転	5.00回転
債権(未収金)回転期間	68.24日	54.36日	65.85日	67.10日	68.44日	69.12日	75.20日	71.15日	70.67日	69.14日	78.79日	72.99日
債務(未払金)回転率	0.20回転	0.16回転	0.36回転	0.34回転	0.44回転	0.59回転	0.50回転	0.41回転	0.37回転	0.41回転	0.53回転	0.48回転
債務(未払金)回転期間	1,859.68日	2,239.27日	1,004.91日	1,084.82日	827.03日	618.18日	734.29日	889.88日	980.62日	895.90日	686.98日	764.49日
借入金比率	1.31%	0.64%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△9.97%	△11.41%	△14.92%	△14.59%	△14.00%	△11.22%	△10.81%	△20.66%	△18.40%	△18.62%	△18.75%	△20.11%
累積欠損金比率	78.60%	60.27%	72.31%	75.49%	75.86%	80.60%	79.70%	69.87%	69.51%	△67.54%	△65.37%	△62.60%
自己資本比率	49.52%	20.17%	21.06%	23.06%	25.03%	25.01%	26.94%	36.35%	38.43%	40.56%	40.72%	42.22%
負債比率	4.18%	3.09%	4.22%	4.00%	5.33%	6.88%	6.92%	4.94%	4.79%	5.31%	6.61%	6.16%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△2.72倍	△2.42倍	△2.69倍	△2.85倍	△2.69倍	△3.13倍	△3.04倍	△5.01倍	△2.37倍	△2.65倍	△3.10倍	△2.88倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	△0.02倍	△0.04倍	2.11倍	2.05倍	1.98倍	1.98倍	1.98倍	1.47倍	1.42倍	1.34倍	1.38倍	1.35倍
II. 収益性・成長性指標												
医業収支伸び率	-	9.73%	△17.94%	0.49%	△10.39%	10.59%	△4.66%	△26.57%	△15.70%	4.82%	9.56%	△12.92%
医業収益対医業利益率	△15.79%	△13.61%	△12.98%	△13.00%	△11.44%	△12.86%	△11.99%	△11.75%	△9.65%	△9.92%	△10.65%	△8.94%
経常収支比率	97.90%	98.94%	99.01%	97.41%	98.72%	97.31%	99.34%	97.96%	99.27%	100.44%	100.57%	100.54%
収支分岐点医業収益	39,332,637(千円)	49,032,449(千円)	41,634,325(千円)	41,761,058(千円)	41,768,193(千円)	41,778,816(千円)	42,320,530(千円)	31,578,519(千円)	31,637,757(千円)	32,311,890(千円)	33,216,624(千円)	33,760,414(千円)
収支分岐点比率	121.52%	119.03%	117.44%	117.46%	115.35%	117.25%	116.21%	115.67%	112.88%	113.07%	113.89%	111.61%
実質収益対経常費用比率	76.57%	79.18%	79.64%	80.01%	80.36%	79.16%	80.23%	79.68%	81.01%	82.26%	82.92%	84.45%
許可病床1床当たり医業収益	74,580(千円)	94,912(千円)	81,684(千円)	81,919(千円)	83,432(千円)	82,104(千円)	83,914(千円)	62,904(千円)	64,582(千円)	65,847(千円)	67,203(千円)	69,699(千円)
■ 医業収益指標												
医業収益増加率	-	27.26%	△13.94%	0.29%	1.85%	△1.59%	2.20%	△25.04%	2.67%	1.96%	2.06%	3.71%
入院収益対外来収益比率	284.39%	327.78%	276.91%	280.13%	284.48%	280.96%	281.00%	271.37%	276.93%	277.30%	276.91%	272.37%
病床利用率	87.28%	88.15%	86.98%	86.81%	83.92%	83.40%	81.61%	77.51%	80.87%	78.51%	77.53%	76.91%
延入院患者数	731,095人	738,395人	726,715人	725,255人	701,165人	696,785人	681,820人	498,225人	486,180人	471,945人	462,090人	458,440人
1日平均入院患者数	2,003人	2,023人	1,991人	1,987人	1,921人	1,909人	1,868人	1,365人	1,332人	1,293人	1,266人	1,256人
患者1人1日当り入院収益	31.61(千円)	41.13(千円)	32.73(千円)	33.02(千円)	34.60(千円)	34.03(千円)	35.67(千円)	35.77(千円)	38.09(千円)	40.68(千円)	42.43(千円)	44.34(千円)
延外来患者数	1,174,860人	1,146,068人	1,089,704人	1,043,100人	983,076人	941,352人	924,516人	1,015,772人	1,001,132人	985,516人	653,920人	648,308人
1日平均外来患者数	4,815人	4,697人	4,466人	4,275人	4,029人	3,858人	3,789人	4,163人	4,103人	4,039人	2,680人	2,657人
患者1人1日当り外来収益	6.92(千円)	8.08(千円)	7.88(千円)	8.20(千円)	8.67(千円)	8.97(千円)	9.36(千円)	6.47(千円)	6.68(千円)	7.02(千円)	10.83(千円)	11.51(千円)
■ 医業費用指標												
医業費用増加率	-	24.87%	△14.42%	0.31%	0.44%	△0.34%	1.42%	△25.20%	0.74%	2.21%	2.74%	2.11%
材料費対医業収益比率(原価率)	26.64%	28.49%	25.60%	25.53%	25.47%	25.45%	25.99%	25.03%	25.09%	24.10%	23.34%	22.99%
減価償却費対医業収益比率	4.94%	4.42%	4.09%	3.95%	2.22%	2.36%	2.60%	2.45%	2.41%	2.37%	2.47%	3.10%
経費対医業収益比率	13.37%	14.36%	14.80%	15.50%	16.15%	16.00%	16.57%	17.73%	17.47%	18.66%	19.04%	19.04%
経常収益対支払利息率	4.78%	4.67%	4.05%	3.90%	3.64%	3.54%	3.36%	2.03%	3.49%	3.17%	2.92%	2.69%
資本費対医業収益比率	10.74%	10.05%	8.91%	8.51%	6.47%	6.47%	6.54%	4.80%	6.47%	6.11%	5.90%	6.20%
利子負担率	2.96%	3.86%	2.97%	2.93%	2.83%	2.66%	2.65%	1.73%	3.24%	3.18%	2.87%	2.73%
III. 労務指標												
付加価値率	73.36%	71.51%	74.40%	74.47%	74.53%	74.55%	74.01%	74.97%	74.91%	75.90%	76.66%	77.01%
労働分配率	94.17%	91.18%	90.45%	90.03%	89.42%	91.26%	88.74%	87.61%	85.14%	84.12%	84.71%	81.63%
職員給与対医業収益比率	69.08%	65.20%	67.30%	67.04%	66.64%	68.04%	65.67%	65.68%	63.78%	63.84%	64.94%	62.86%
職員1人当たりの医業収益	13,020(千円)	16,677(千円)	13,751(千円)	13,904(千円)	14,144(千円)	13,968(千円)	14,243(千円)	13,657(千円)	13,869(千円)	13,218(千円)	13,239(千円)	13,510(千円)
職員1人当たりの総人件費	8,995(千円)	10,874(千円)	9,254(千円)	9,322(千円)	9,426(千円)	9,504(千円)	9,354(千円)	8,970(千円)	8,845(千円)	8,439(千円)	8,597(千円)	8,493(千円)
IV. その他の指標												
総資産利益率 (Return on Assets)	△0.65%	△0.68%	△0.57%	△1.52%	△0.74%	△1.52%	△0.38%	△1.10%	△0.41%	0.25%	0.32%	0.30%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△7.96%	△35.65%	△28.26%	△26.29%	△21.14%	△22.68%	△20.00%	△14.05%	△11.42%	△11.32%	△11.69%	△9.75%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△2.71%	△4.86%	△4.27%	△4.41%	△4.51%	△4.98%	△4.53%	△4.24%	△3.45%	△3.67%	△3.88%	△2.84%
他会計繰入金額【収益的収支】	8,563,203(千円)	9,934,006(千円)	8,254,955(千円)	7,421,561(千円)	7,851,121(千円)	7,720,815(千円)	8,245,700(千円)	5,888,579(千円)	6,002,590(千円)	6,098,072(千円)	6,011,513(千円)	5,572,061(千円)
他会計繰入金増加率	-	16.01%	△16.90%	△10.10%	5.79%	△1.66%	6.80%	△28.59%	1.94%	1.59%	△1.42%	△7.31%
他会計繰入金対経常収益比率	21.79%	19.97%	19.57%	17.86%	18.60%	18.65%	19.24%	18.66%	18.40%	18.10%	17.55%	16.00%
他会計繰入金対医業収益比率	26.46%	24.12%	23.29%	20.87%	21.68%	21.67%	22.64%	21.57%	21.42%	21.34%	20.61%	18.42%
補助金等比率	21.79%	19.98%	19.83%	18.22%	18.88%	18.85%	19.48%	18.93%	18.73%	18.28%	17.87%	16.36%
企業債償還額	2,870,748(千円)	3,534,237(千円)	2,801,176(千円)	3,037,853(千円)	3,032,903(千円)	2,812,557(千円)	2,913,857(千円)	2,198,310(千円)	3,774,249(千円)	3,854,093(千円)	3,659,661(千円)	3,519,176(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	179.40%	194.30%	193.10%	216.30%	376.60%	334.60%	308.30%	328.30%	559.40%	569.00%	508.10%	375.40%
固定資産回転率	2.15回転	1.63回転	1.87回転	1.85回転	1.85回転	1.94回転	1.93回転	1.93回転	1.86回転	1.82回転	1.87回転	1.81回転
許可病床1床当たり総資産額	56,472(円)	33,973(円)	32,229(円)	31,894(円)	32,319(円)	32,845(円)	32,988(円)	33,979(円)	35,703(円)	35,641(円)	37,594(円)	38,031(円)
許可病床1床当たり器械備品	0(千円)	0(千円)	21,000(千円)	20,528(千円)	20,357(千円)	21,147(千円)	21,288(千円)	20,959(千円)	22,287(千円)	22,001(千円)	22,040(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物	0(千円)	0(千円)	4,536(千円)	4,751(千円)	4,978(千円)	5,290(千円)	5,768(千円)	5,886(千円)	6,162(千円)	6,287(千円)	7,656(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	36.46回転	63.73回転	53.40回転	57.97回転	48.53回転	48.95回転	55.88回転	66.86回転	65.76回転	40.24回転	37.68回転	32.79回転
貯蔵資産回転期間	10.01日	5.73日	6.84日	6.30日	7.52日	7.46日	6.53日	5.46日	5.55日	9.07日	9.69日	11.13日
総資産回転率	0.25回転	0.53回転	0.46回転	0.47回転	0.46回転	0.44回転	0.45回転	0.43回転	0.46回転	0.46回転	0.45回転	0.46回転
総資産増加率	-	△39.84%	△0.86%	△1.33%	2.63%	3.19%	0.35%	△22.52%	△1.93%	0.20%	5.69%	0.66%

出典：総務省自治財政局編地方公営企業年鑑第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、山形県病院事業局の貸借対照表(2001年度～2012年度)、及び損益計算書(2001年度～2012年度)を基に筆者作成

付録5. 新潟県病院局の財務指標推移

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標												
流動比率	172.01%	145.98%	132.18%	124.41%	120.76%	113.13%	121.33%	120.50%	116.66%	121.65%	130.54%	139.42%
流動資産回転率	4.33回転	4.59回転	4.33回転	4.65回転	4.12回転	5.60回転	5.84回転	6.06回転	6.04回転	5.97回転	5.94回転	4.83回転
当座比率	168.81%	142.86%	129.69%	121.45%	118.34%	109.68%	118.35%	118.04%	113.78%	118.60%	127.06%	136.42%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	709.20%	757.03%	764.06%	771.87%	707.37%	808.66%	850.56%	855.52%	705.23%	584.53%	525.65%	503.92%
債権(未収金)回転率	6.37回転	6.34回転	6.25回転	6.11回転	6.07回転	6.12回転	6.35回転	6.25回転	6.22回転	6.18回転	6.21回転	6.46回転
債権(未収金)回転期間	57.29日	57.56日	58.39日	59.77日	60.15日	59.65日	57.51日	58.43日	58.72日	59.07日	58.81日	56.50日
債務(未払金)回転率	0.26回転	0.30回転	0.34回転	0.35回転	0.39回転	0.39回転	0.41回転	0.37回転	0.40回転	0.32回転	0.40回転	0.52回転
債務(未払金)回転期間	1,425.48日	1,235.16日	1,083.46日	1,057.06日	939.00日	932.33日	895.65日	993.35日	908.26日	1,140.32日	910.13日	702.63日
借入金比率	4.10%	4.36%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債権比率(資金不足比率)	△9.67%	△6.87%	△5.62%	△4.22%	△4.17%	△2.07%	△3.01%	△2.81%	△2.36%	△2.98%	△3.94%	△5.85%
累積欠損金比率	125.08%	124.66%	54.05%	58.65%	60.28%	69.22%	73.25%	78.30%	44.53%	42.23%	40.96%	40.67%
自己資本比率	11.39%	11.32%	9.65%	9.73%	10.73%	10.06%	9.51%	8.34%	9.15%	11.57%	13.51%	14.11%
負債比率	10.75%	11.38%	13.38%	12.97%	13.99%	9.48%	8.72%	9.76%	11.84%	12.43%	11.97%	13.16%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△3.22倍	△3.95倍	△3.60倍	△3.81倍	△3.70倍	△4.43倍	△4.33倍	△5.01倍	△4.88倍	△4.09倍	△4.63倍	△4.92倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	2.12倍	2.08倍	2.03倍	2.09倍	2.29倍	2.80倍	2.71倍	2.57倍	2.44倍	2.28倍	2.15倍	2.00倍
II. 収益性・成長性指標												
医業収支伸び率	-	17.25%	△13.92%	0.12%	△8.39%	27.56%	5.12%	3.93%	△7.75%	△20.92%	△0.57%	△3.84%
医業収益対医業利益率	△11.46%	△14.10%	△12.24%	△12.56%	△11.39%	△15.48%	△16.13%	△16.86%	△15.20%	△11.40%	△11.08%	△10.65%
経常収支比率	98.04%	96.46%	97.55%	97.27%	98.13%	95.83%	96.18%	97.06%	96.82%	99.94%	100.21%	102.41%
収支分岐点医業収益	77,720,590(千円)	76,557,879(千円)	73,961,126(千円)	72,180,760(千円)	71,828,861(千円)	70,544,252(千円)	71,622,112(千円)	71,789,780(千円)	72,171,728(千円)	72,638,655(千円)	74,089,968(千円)	73,695,047(千円)
収支分岐点比率	116.99%	120.99%	117.86%	117.85%	116.19%	121.51%	122.27%	123.28%	121.16%	115.67%	115.32%	114.65%
実質収益対経常費用比率	85.37%	83.57%	85.12%	84.94%	85.91%	82.28%	81.42%	81.01%	82.39%	85.49%	86.02%	86.18%
許可病床1床当たり医業収益	153,070(千円)	145,799(千円)	144,595(千円)	141,122(千円)	142,448(千円)	133,773(千円)	134,969(千円)	134,176(千円)	137,254(千円)	144,691(千円)	148,042(千円)	148,104(千円)
■ 医業収益指標												
医業収益増加率	-	△4.75%	△0.83%	△2.40%	0.94%	△6.09%	0.89%	△0.59%	2.29%	5.42%	2.32%	0.04%
入院収益対外来収益比率	162.19%	172.24%	182.12%	193.27%	196.95%	213.15%	223.14%	220.74%	216.64%	216.90%	210.60%	209.34%
病床利用率	87.24%	85.14%	83.70%	83.93%	84.35%	84.34%	73.88%	80.64%	79.67%	80.12%	78.60%	76.11%
延入院患者数	1,267,280人	1,235,525人	1,214,720人	1,199,025人	1,199,755人	1,157,780人	1,013,970人	1,107,045人	1,086,970人	1,093,175人	1,072,370人	1,038,425人
1日平均入院患者数	3,472	3,385人	3,328人	3,285人	3,287人	3,172人	2,778人	3,033人	2,978人	2,995人	2,938人	2,845人
患者1人1日当り入院収益	31.48(千円)	31.44(千円)	32.42(千円)	32.65(千円)	33.14(千円)	32.87(千円)	38.22(千円)	34.65(千円)	35.86(千円)	37.75(千円)	38.99(千円)	40.12(千円)
延外来患者数	2,642,520人	2,412,672人	2,298,724人	2,217,228人	2,124,020人	1,969,080人	1,835,124人	1,739,720人	1,682,380人	1,668,228人	1,652,124人	1,601,372人
1日平均外来患者数	10,830	9,888人	9,421人	9,087人	8,705人	8,070人	7,521人	7,130人	6,895人	6,837人	6,771人	6,563人
患者1人1日当り外来収益	9.31(千円)	9.35(千円)	9.41(千円)	9.14(千円)	9.50(千円)	9.07(千円)	9.46(千円)	9.99(千円)	10.69(千円)	11.41(千円)	12.02(千円)	12.43(千円)
■ 医業費用指標												
医業費用増加率	-	△2.49%	△2.44%	△2.13%	△0.10%	△2.65%	1.46%	0.04%	0.84%	1.94%	2.02%	△0.35%
材料費対医業収益比率(原価率)	32.58%	32.81%	31.46%	29.67%	29.60%	28.04%	27.60%	27.59%	28.15%	27.24%	27.64%	27.30%
減価償却費対医業収益比率	7.30%	7.38%	6.68%	6.06%	5.78%	6.14%	8.91%	8.81%	8.41%	8.24%	7.36%	6.68%
経費対医業収益比率	11.18%	11.67%	11.92%	12.45%	12.67%	13.79%	14.31%	14.77%	15.18%	15.15%	15.44%	16.09%
経常収益対支払利息率	3.12%	3.11%	2.98%	2.89%	2.71%	3.02%	3.21%	2.88%	2.72%	2.43%	2.09%	1.85%
資本費対医業収益比率	10.86%	10.96%	10.08%	9.36%	8.86%	9.64%	12.67%	12.21%	11.57%	11.05%	9.77%	8.85%
利子負担率	3.43%	3.50%	3.57%	3.39%	2.86%	2.66%	2.93%	2.77%	2.78%	2.77%	2.59%	2.40%
III. 労務指標												
付加価値率	67.42%	67.19%	68.54%	70.33%	70.40%	71.96%	72.40%	72.41%	71.85%	72.76%	72.36%	72.70%
労働分配率	88.91%	91.92%	90.06%	90.88%	89.19%	92.90%	89.42%	89.97%	87.65%	82.71%	82.98%	82.37%
職員給与費対医業収益比率	59.94%	61.76%	61.73%	63.92%	62.79%	66.85%	64.74%	65.15%	62.98%	60.18%	60.05%	59.89%
職員1人当たりの医業収益	15,453(千円)	14,664(千円)	14,446(千円)	14,096(千円)	14,291(千円)	13,350(千円)	13,432(千円)	13,587(千円)	13,843(千円)	14,533(千円)	14,626(千円)	14,243(千円)
職員1人当たりの総人件費	9,263(千円)	9,057(千円)	8,917(千円)	9,010(千円)	8,973(千円)	8,925(千円)	8,696(千円)	8,852(千円)	8,718(千円)	8,745(千円)	8,783(千円)	8,529(千円)
IV. その他の指標												
総資産利益率 (Return on Assets)	△1.82%	△3.38%	△2.30%	△2.53%	△1.51%	△3.08%	△2.95%	△2.41%	△2.71%	△0.05%	0.20%	2.25%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△91.25%	△114.47%	△101.58%	△101.72%	△74.19%	△94.06%	△108.05%	△135.94%	△117.82%	△75.83%	△67.00%	△61.61%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△3.77%	△6.17%	△5.23%	△5.97%	△4.60%	△6.36%	△5.09%	△6.07%	△5.54%	△2.81%	△3.49%	△3.77%
他会計繰入金額【収益的収支】	9,780,863(千円)	9,700,374(千円)	9,151,616(千円)	8,861,605(千円)	8,758,252(千円)	9,495,308(千円)	10,507,785(千円)	11,376,844(千円)	10,318,384(千円)	10,493,343(千円)	10,484,786(千円)	11,941,025(千円)
他会計繰入金増加率	-	△0.82%	△5.66%	△3.17%	△1.17%	8.42%	10.66%	8.27%	△9.30%	1.70%	△0.08%	13.89%
他会計繰入金対経常収益比率	12.92%	13.36%	12.75%	12.67%	12.46%	14.13%	15.35%	16.53%	14.90%	14.46%	14.17%	15.85%
他会計繰入金対医業収益比率	14.72%	15.33%	14.58%	14.47%	14.17%	16.36%	17.94%	19.54%	17.32%	16.71%	16.32%	18.58%
補助金等比率	12.99%	13.45%	12.80%	12.78%	12.59%	14.21%	15.45%	16.61%	15.02%	14.58%	14.31%	15.84%
企業債償還額	4,347,784(千円)	3,906,434(千円)	3,490,058(千円)	3,365,337(千円)	3,539,279(千円)	3,554,683(千円)	4,793,845(千円)	5,743,321(千円)	5,758,335(千円)	7,443,756(千円)	6,810,010(千円)	6,939,162(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	89.60%	83.60%	83.30%	90.60%	99.10%	99.70%	91.80%	111.90%	115.00%	143.90%	122.90%	161.60%
固定資産回転率	0.99回転	1.00回転	0.99回転	1.02回転	1.15回転	1.41回転	1.35回転	1.28回転	1.20回転	1.09回転	1.02回転	0.98回転
許可病床1床当たり総資産額	18,399(円)	17,323(円)	16,804(円)	17,007(円)	19,379(円)	22,675(円)	22,083(円)	20,523(円)	19,558(円)	18,914(円)	18,339(円)	18,130(円)
許可病床1床当たり器械備品	12,348	11,852(千円)	11,341(千円)	11,032(千円)	10,589(千円)	15,816(千円)	15,229(千円)	14,407(千円)	13,956(千円)	13,325(千円)	12,733(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		2,114(千円)	1,956(千円)	1,959(千円)	2,135(千円)	3,583(千円)	3,482(千円)	3,137(千円)	2,972(千円)	2,800(千円)	2,542(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	124.63回転	95.59回転	106.06回転	105.53回転	127.88回転	104.87回転	110.24回転	115.15回転	127.39回転	111.14回転	127.25回転	104.36回転
貯蔵資産回転期間	2.93日	3.82日	3.44日	3.46日	2.85日	3.48日	3.31日	3.17日	2.87日	3.28日	2.87日	3.50日
総資産回転率	0.91回転	0.92回転	0.80回転	0.79回転	0.70回転	0.61回転	0.64回転	0.67回転	0.71回転	0.77回転	0.82回転	0.82回転
総資産増加率	-	△5.95%	13.72%	△0.80%	13.91%	7.34%	△3.29%	△5.71%	△3.01%	△2.83%	△3.62%	0.08%

出典: 越前市 自治体財政局 地方公営企業年報第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、新潟県病院局の貸借対照表(2001年度～2012年度)、及び損益計算書(2001年度～2012年度)を基に筆者作成

付録6. 滋賀県病院事業庁の財務指標推移

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標												
流動比率	193.70%	315.82%	326.05%	354.72%	342.97%	430.80%	418.28%	369.80%	335.84%	325.20%	350.93%	391.47%
流動資産回転率	1.28回転	2.25回転	2.47回転	2.29回転	2.07回転	2.02回転	1.92回転	1.95回転	2.02回転	2.01回転	2.01回転	1.86回転
当座比率	192.00%	309.34%	315.32%	345.85%	336.17%	422.87%	412.11%	366.59%	330.95%	320.22%	346.54%	384.82%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	261.24%	420.53%	395.34%	385.49%	379.68%	230.62%	228.52%	227.96%	224.65%	221.76%	205.75%	183.83%
債権(未収金)回転率	7.01回転	5.73回転	7.09回転	6.83回転	7.03回転	7.61回転	7.00回転	6.70回転	6.36回転	6.56回転	6.08回転	6.41回転
債権(未収金)回転期間	52.10日	63.69日	51.48日	53.47日	51.94日	47.94日	52.13日	54.46日	57.38日	55.65日	60.03日	56.94日
債務(未払金)回転率	1.31回転	0.42回転	0.42回転	0.39回転	0.43回転	0.39回転	0.45回転	0.51回転	0.57回転	0.59回転	0.54回転	0.52回転
債務(未払金)回転期間	278.83日	875.09日	876.91日	926.06日	844.27日	936.87日	819.12日	712.50日	642.03日	615.46日	672.12日	704.60日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△37.70%	△30.32%	△28.09%	△31.41%	△34.25%	△38.07%	△39.63%	△37.33%	△34.81%	△34.18%	△35.52%	△39.97%
累積欠損金比率	△54.62%	62.36%	64.63%	68.79%	76.22%	81.94%	92.58%	98.76%	101.48%	97.62%	94.10%	91.16%
自己資本比率	24.30%	19.61%	20.83%	20.82%	20.60%	35.35%	35.33%	35.01%	35.20%	35.34%	37.46%	41.03%
負債比率	17.22%	4.12%	3.95%	4.07%	4.63%	3.80%	4.07%	4.85%	5.57%	6.05%	6.10%	6.23%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)			△3.37倍	△3.27倍	△3.62倍	△3.77倍	△4.49倍	△5.38倍	△4.63倍	△4.87倍	△5.06倍	△4.78倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt-Equity Ratio)	0.71倍	1.75倍	1.54倍	1.40倍	1.25倍	1.21倍	1.15倍	1.09倍	1.04倍	1.04倍	0.96倍	0.86倍
II. 収益性・成長性指標												
医療収支伸び率	-	42.29%	6.78%	△7.50%	5.64%	0.49%	14.95%	△4.47%	△17.64%	△9.86%	0.39%	△11.46%
医療収益対医療利益率	△12.15%	△17.55%	△17.41%	△15.73%	△16.72%	△16.89%	△20.03%	△18.60%	△14.77%	△12.55%	△12.00%	△10.36%
経常収支比率	84.33%	79.80%	80.14%	81.55%	81.13%	80.21%	78.09%	79.74%	82.58%	84.75%	85.19%	86.65%
収支分岐点医療収益	14,800,987(千円)	15,633,060(千円)	16,633,556(千円)	16,754,846(千円)	16,899,835(千円)	16,711,913(千円)	16,711,689(千円)	16,888,920(千円)	16,754,763(千円)	17,325,150(千円)	18,082,514(千円)	18,205,476(千円)
収支分岐点比率	117.37%	125.88%	124.41%	122.42%	124.23%	123.45%	127.37%	125.17%	119.74%	116.71%	116.03%	113.88%
実質収益対経常費用比率	72.74%	69.65%	70.70%	72.27%	72.58%	71.54%	69.14%	71.06%	74.46%	76.96%	78.32%	81.82%
許可病床1床当たり医療収益	29,057(千円)	28,616(千円)	30,806(千円)	31,535(千円)	31,345(千円)	31,193(千円)	30,233(千円)	31,089(千円)	32,242(千円)	34,203(千円)	35,909(千円)	36,836(千円)
■ 医療収益指標												
医療収益増加率	-	△1.52%	7.65%	2.37%	△0.60%	△0.48%	△3.08%	2.83%	3.71%	6.08%	4.99%	2.58%
入院収益対外来収益比率	254.42%	259.37%	265.27%	267.40%	255.07%	261.41%	277.72%	288.61%	283.25%	273.68%	257.93%	246.50%
病床利用率	85.51%	74.87%	79.08%	77.33%	75.03%	71.12%	66.67%	68.69%	70.18%	72.20%	75.57%	75.71%
延入院患者数	207,868人	202,502人	213,890人	209,145人	202,940人	192,355人	180,310人	185,785人	189,800人	195,275人	204,400人	204,765人
1日平均入院患者数	570人	555人	586人	573人	556人	527人	494人	509人	520人	535人	560人	561人
患者1人1日当り入院収益	36.84(千円)	37.71(千円)	39.37(千円)	41.47(千円)	42.37(千円)	43.81(千円)	45.40(千円)	46.04(千円)	47.14(千円)	48.78(千円)	48.40(千円)	49.76(千円)
延外来患者数	313,638人	301,242人	304,268人	311,100人	312,808人	304,024人	270,352人	390,400人	267,912人	401,868人	273,524人	274,744人
1日平均外来患者数	1,285人	1,235人	1,247人	1,275人	1,282人	1,246人	1,108人	1,600人	1,098人	1,647人	1,121人	1,126人
患者1人1日当り外来収益	9.60(千円)	9.77(千円)	10.43(千円)	10.43(千円)	10.78(千円)	10.60(千円)	10.90(千円)	7.59(千円)	11.79(千円)	8.66(千円)	14.02(千円)	15.05(千円)
■ 医療費用指標												
医療費用増加率	-	3.23%	7.52%	0.90%	0.24%	△0.34%	△0.47%	1.61%	0.36%	4.03%	4.48%	1.08%
材料費対医療収益比率(原価率)	30.05%	32.16%	28.67%	29.83%	30.99%	27.98%	26.82%	26.09%	25.15%	24.89%	25.11%	25.34%
減価償却費対医療収益比率	6.71%	7.13%	14.89%	14.50%	14.08%	13.82%	14.38%	13.12%	10.88%	10.01%	10.93%	10.49%
経費対医療収益比率	21.25%	23.03%	22.81%	21.33%	21.73%	22.76%	24.05%	23.96%	22.79%	23.10%	21.48%	21.60%
経常収益対支払利息率	3.00%	3.78%	4.47%	4.32%	4.01%	3.70%	3.64%	2.87%	2.66%	2.18%	2.01%	1.85%
資本費対医療収益比率	10.30%	11.66%	20.23%	19.61%	18.79%	18.27%	18.80%	16.54%	14.03%	12.56%	13.29%	12.66%
利子負担率	2.54%	2.00%	2.66%	2.71%	2.56%	2.45%	2.44%	2.03%	2.02%	1.71%	1.75%	1.72%
III. 労務指標												
付加価値率	69.95%	67.84%	71.33%	70.17%	69.01%	72.02%	73.18%	73.91%	74.85%	75.11%	74.89%	74.66%
労働分配率	75.72%	79.69%	70.49%	70.08%	71.10%	71.12%	73.20%	73.59%	73.34%	71.27%	71.65%	69.77%
職員給与費対医療収益比率	52.96%	54.06%	50.28%	49.17%	49.07%	51.22%	53.57%	54.39%	54.90%	53.53%	53.66%	52.09%
職員1人当たりの医療収益	17,275(千円)	16,150(千円)	16,775(千円)	17,172(千円)	17,553(千円)	16,390(千円)	15,847(千円)	15,855(千円)	15,687(千円)	16,082(千円)	16,268(千円)	15,987(千円)
職員1人当たりの総人件費	9,149(千円)	8,731(千円)	8,435(千円)	8,444(千円)	8,613(千円)	8,395(千円)	8,489(千円)	8,623(千円)	8,612(千円)	8,609(千円)	8,730(千円)	8,328(千円)
IV. その他の指標												
総資産利益率 (Return on Assets)	0.39%	△1.89%	△2.44%	△2.22%	△2.72%	△1.79%	△2.69%	△2.62%	△1.41%	△0.73%	△0.47%	0.34%
自己資本医療利益率 (Return on Equity)	△20.86%	△29.91%	△31.08%	△29.83%	△32.55%	△15.97%	△18.97%	△18.92%	△15.93%	△13.92%	△13.48%	△10.65%
投下資本医療利益率 (Return on Investment)	△2.27%	△3.48%	△0.94%	△0.48%	△1.06%	△1.03%	△1.89%	△1.95%	△1.48%	△1.00%	△0.45%	0.06%
他会計繰入金額【収益的収支】	4,193,826(千円)	4,020,689(千円)	4,059,740(千円)	3,931,653(千円)	3,719,956(千円)	4,125,644(千円)	4,176,481(千円)	3,946,973(千円)	3,847,440(千円)	3,794,563(千円)	3,828,649(千円)	3,511,982(千円)
他会計繰入金増加率	-	△4.13%	0.97%	△3.16%	△5.38%	10.91%	1.23%	△5.50%	△2.52%	△1.37%	0.90%	△8.27%
他会計繰入金対経常収益比率	27.83%	27.06%	25.42%	24.30%	23.24%	25.29%	26.27%	24.55%	23.20%	21.81%	20.94%	18.73%
他会計繰入金対医療収益比率	33.26%	32.37%	30.36%	28.73%	27.35%	30.48%	31.83%	29.25%	27.50%	25.56%	24.57%	21.97%
補助金等比率	27.83%	27.06%	25.47%	24.44%	23.37%	25.36%	26.42%	24.71%	23.46%	22.12%	21.67%	20.50%
企業債償還額	802,622(千円)	938,771(千円)	1,421,756(千円)	1,205,002(千円)	1,164,195(千円)	1,195,269(千円)	2,870,224(千円)	1,451,858(千円)	1,524,068(千円)	1,668,474(千円)	1,718,815(千円)	1,704,347(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	94.80%	106.07%	71.40%	60.70%	60.80%	63.90%	152.10%	82.00%	100.10%	112.30%	100.90%	101.60%
固定資産回転率	1.58回転	2.47回転	2.21回転	2.03回転	1.95回転	2.44回転	2.41回転	2.25回転	2.09回転	2.01回転	1.84回転	1.80回転
許可病床1床当たり総資産額	45,384(円)	50,154(円)	48,535(円)	46,793(円)	45,783(円)	54,635(円)	52,901(円)	51,153(円)	49,748(円)	51,137(円)	50,013(円)	51,166(円)
許可病床1床当たり器械備品	3,824(千円)	6,400(千円)	33,514(千円)	32,011(千円)	30,929(千円)	32,274(千円)	30,897(千円)	29,437(千円)	28,159(千円)	26,776(千円)	25,486(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		730(千円)	5,624(千円)	4,761(千円)	4,114(千円)	4,141(千円)	3,723(千円)	3,428(千円)	3,346(千円)	5,490(千円)	5,138(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	43.77回転	35.32回転	21.77回転	27.27回転	32.32回転	30.64回転	34.93回転	58.83回転	34.81回転	32.76回転	40.43回転	47.00回転
貯蔵資産回転期間	8.34日	10.34日	16.77日	13.38日	11.29日	11.91日	10.45日	6.20日	10.48日	11.14日	9.03日	7.77日
総資産回転率	0.42回転	0.33回転	0.37回転	0.39回転	0.40回転	0.33回転	0.33回転	0.36回転	0.38回転	0.39回転	0.42回転	0.42回転
総資産増加率	-	22.95%	△3.23%	△3.59%	△2.16%	19.34%	△3.17%	△3.30%	△2.75%	2.79%	△2.20%	2.31%

出典：総務省自治財政局編地方公営企業年鑑第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、滋賀県病院局の貸借対照表(2001年度～2012年度)、及び損益計算書(2001年度～2012年度)を基に筆者作成

付録7. 三重県病院事業庁の経営指標推移

	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
Ⅰ. 安全性指標																						
流動比率	218.16%	153.68%	116.37%	170.48%	200.02%	257.28%	170.41%	217.51%	274.21%	325.46%	419.61%	224.37%	261.65%	206.30%	295.30%	181.91%	181.81%	179.39%	179.81%	189.31%	195.68%	225.19%
流動資産回転率	4.38回転	2.75回転	1.46回転	4.16回転	4.54回転	3.48回転	1.85回転	1.67回転	2.12回転	2.12回転	2.04回転	2.25回転	3.43回転	3.25回転	3.61回転	2.91回転	3.99回転	5.46回転	5.38回転	3.82回転	2.09回転	2.55回転
当座比率	211.68%	150.04%	115.28%	165.18%	195.23%	252.63%	169.22%	216.81%	271.49%	322.97%	418.30%	222.43%	256.98%	202.54%	289.22%	178.12%	178.03%	173.90%	175.58%	185.75%	192.74%	222.56%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	459.07%	453.61%	749.54%	729.95%	921.98%	835.39%	804.35%	723.82%	884.62%	1,032.58%	963.75%	1,081.34%	798.02%	762.28%	638.94%	671.29%	704.69%	790.08%	781.96%	651.48%	324.96%	160.91%
債権(未収金)回転率	6.52回転	3.89回転	3.54回転	5.59回転	6.46回転	5.20回転	2.40回転	2.58回転	2.67回転	3.27回転	3.42回転	4.76回転	5.86回転	5.98回転	6.27回転	6.49回転	5.63回転	6.35回転	6.05回転	6.22回転	6.38回転	7.14回転
債権(未収金)回転期間	55.99日	93.82日	103.02日	65.34日	56.53日	70.24日	151.83日	141.54日	136.47日	111.63日	106.77日	76.74日	62.28日	61.08日	58.23日	56.23日	64.81日	57.51日	60.30日	58.68日	57.17日	51.09日
債務(未払金)回転率	0.29回転	0.66回転	1.71回転	0.39回転	0.30回転	0.31回転	0.98回転	1.00回転	0.68回転	0.59回転	0.51回転	0.83回転	0.49回転	0.67回転	0.41回転	0.81回転	0.58回転	0.42回転	0.43回転	0.62回転	1.12回転	0.46回転
債務(未払金)回転期間	1,255.37日	549.94日	213.03日	936.14日	1,207.48日	1,159.57日	370.69日	363.30日	533.48日	619.31日	713.79日	437.43日	740.72日	543.86日	897.24日	451.40日	627.86日	871.26日	856.01日	592.80日	325.30日	801.13日
借入金比率	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%	40.00%
不良債権比率(資金不足比率)	△12.30%	△12.71%	△9.61%	△9.93%	△11.02%	△17.58%	△22.20%	△22.29%	△29.91%	△32.61%	△37.30%	△21.67%	△18.01%	△15.81%	△18.31%	△15.35%	△11.27%	△8.10%	△8.25%	△12.90%	△23.35%	△21.79%
累積欠損金比率	76.36%	73.34%	68.51%	77.44%	75.32%	78.28%	87.31%	98.32%	111.19%	113.58%	108.65%	115.02%	109.52%	4.72%	5.98%	14.30%	23.50%	32.64%	39.69%	42.44%	61.93%	122.57%
自己資本比率	△2.38%	3.75%	3.04%	5.34%	2.36%	2.90%	3.61%	5.02%	5.23%	5.71%	8.19%	6.99%	10.26%	10.70%	13.01%	12.11%	11.99%	10.96%	10.90%	11.75%	4.67%	△12.41%
負債比率	35.33%	36.43%	35.46%	13.82%	13.56%	14.18%	22.18%	18.27%	11.35%	8.25%	5.01%	9.69%	6.27%	8.25%	5.45%	9.97%	7.44%	5.79%	6.24%	9.55%	44.29%	162.36%
インテレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△5.13倍	△5.79倍	△7.69倍	△4.42倍	△2.95倍	△2.73倍	△4.11倍	△2.96倍	△3.64倍	△3.69倍	△2.11倍	△2.19倍	△1.41倍	△2.96倍	△1.70倍	△2.96倍	△3.12倍	△5.38倍	△8.85倍	△4.05倍	△5.60倍	△0.90倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	14.69倍	17.80倍	30.17倍	45.17倍	44.06倍	41.68倍	45.14倍	46.15倍	49.40倍	46.49倍	43.52倍	42.04倍	43.68倍	41.99倍	41.59倍	40.41倍	43.37倍	43.11倍	41.27倍	38.77倍	27.14倍	19.82倍
Ⅱ. 収益性・成長性指標																						
医業収支伸び率	-	4.54%	27.34%	18.28%	9.44%	△9.72%	7.88%	△3.39%	18.19%	△20.28%	△32.98%	△1.18%	△36.44%	37.58%	△20.79%	63.76%	4.59%	15.78%	△1.50%	△10.13%	18.19%	△77.86%
医業収益対医業利益率	△21.80%	△21.33%	△26.60%	△29.09%	△26.55%	△22.58%	△21.34%	△24.57%	△29.38%	△22.70%	△1.63%	△14.28%	△8.67%	△12.50%	△9.71%	△17.10%	△17.73%	△20.42%	△20.01%	△17.51%	△20.58%	△4.75%
経常収支比率	95.43%	98.57%	95.39%	92.76%	92.18%	94.42%	93.27%	94.56%	91.65%	95.60%	100.36%	101.05%	97.42%	99.60%	94.62%	94.86%	94.26%	95.25%	97.73%	94.46%	99.67%	
収支分岐点医業収益	13,993,132(千円)	13,859,704(千円)	14,968,047(千円)	16,468,503(千円)	19,449,746(千円)	19,703,566(千円)	19,929,145(千円)	18,758,921(千円)	19,309,533(千円)	18,615,388(千円)	17,705,124(千円)	15,984,195(千円)	15,422,626(千円)	15,562,836(千円)	15,313,406(千円)	17,488,705(千円)	15,768,548(千円)	18,386,459(千円)	18,304,796(千円)	19,207,528(千円)	18,949,552(千円)	15,160,711(千円)
収支分岐点比率	132.91%	132.64%	140.29%	144.45%	140.57%	134.04%	135.54%	133.53%	138.90%	129.70%	118.69%	118.55%	111.04%	115.97%	112.47%	122.24%	123.09%	126.71%	126.25%	122.50%	126.21%	105.83%
実質収支対経常費用比率	79.77%	80.04%	76.78%	73.60%	73.69%	76.24%	75.02%	74.98%	72.20%	76.21%	81.64%	82.05%	83.36%	81.21%	82.52%	76.65%	76.62%	74.38%	75.09%	76.82%	73.95%	76.64%
許可病床1床当たり医業収益	22,594(千円)	24,074(千円)	24,583(千円)	26,588(千円)	31,881(千円)	33,871(千円)	33,877(千円)	32,420(千円)	32,032(千円)	33,056(千円)	34,372(千円)	34,858(千円)	36,590(千円)	34,775(千円)	35,469(千円)	33,967(千円)	33,260(千円)	33,434(千円)	33,403(千円)	34,247(千円)	34,432(千円)	33,009(千円)
■ 医業収益指標																						
医業収益増加率	-	6.83%	2.11%	8.16%	19.90%	6.24%	0.01%	△4.30%	△1.20%	3.20%	3.98%	1.41%	4.97%	△4.90%	1.99%	△7.05%	0.89%	0.52%	△0.09%	2.52%	0.54%	△4.13%
入院収支対外來収支比率	186.28%	200.28%	190.91%	203.14%	203.95%	202.95%	202.36%	238.43%	245.08%	255.48%	282.44%	297.49%	291.42%	300.29%	288.11%	276.79%	278.45%	268.96%	270.61%	276.66%	277.50%	299.74%
病床利用率	0.85703369	85.47%	85.17%	85.52%	87.41%	87.63%	85.16%	84.70%	88.61%	84.06%	87.40%	88.88%	144.25%	132.66%	127.14%	117.19%	116.02%	109.41%	96.50%	94.25%	91.91%	75.48%
入院患者数	409,165人	408,070人	406,610人	403,690人	425,590人	426,685人	414,640人	406,245人	394,565人	394,565人	410,260人	417,195人	677,075人	623,690人	586,775人	550,655人	544,580人	518,555人	492,965人	442,380人	431,430人	230,315人
1日平均入院患者数	1,121人	1,118人	1,114人	1,106人	1,166人	1,169人	1,136人	1,113人	1,081人	1,124人	1,143人	1,855人	1,706人	1,635人	1,507人	1,492人	1,474人	1,241人	1,214人	1,182人	1,182人	631人
患者1人1日当り入院収益	15,300(千円)	16,811(千円)	16,914(千円)	18,833(千円)	21,381(千円)	22,559(千円)	23,233(千円)	23,824(千円)	24,347(千円)	25,441(千円)	26,194(千円)	26,468(千円)	16,455(千円)	17,222(千円)	18,011(千円)	17,833(千円)	18,244(千円)	19,066(千円)	21,601(千円)	22,781(千円)	23,161(千円)	37,671(千円)
延外來患者数	347,700人	392,325人	432,124人	434,808人	499,712人	538,261人	537,288人	541,924人	548,756人	538,508人	518,988人	497,272人	729,316人	681,980人	659,532人	609,024人	601,216人	569,984人	521,184人	506,544人	498,004人	289,628人
1日平均外來患者数	1,425人	1,608人	1,771人	1,782人	2,048人	2,206人	2,202人	2,221人	2,249人	2,207人	2,127人	2,038人	2,889人	2,785人	2,703人	2,496人	2,464人	2,336人	2,136人	2,076人	2,041人	1,187人
患者1人1日当り外來収益	9.67(千円)	8.73(千円)	8.55(千円)	8.61(千円)	8.93(千円)	8.82(千円)	8.86(千円)	7.49(千円)	7.15(千円)	7.30(千円)	7.33(千円)	7.47(千円)	5.24(千円)	5.24(千円)	5.65(千円)	5.82(千円)	5.93(千円)	6.39(千円)	6.94(千円)	7.19(千円)	7.23(千円)	9.97(千円)
■ 医業費用指標																						
医業費用増加率	-	6.42%	6.55%	10.28%	17.55%	2.80%	1.46%	△4.12%	2.62%	△2.14%	△2.86%	1.08%	△0.20%	△1.58%	△0.51%	△0.75%	1.43%	2.82%	△0.11%	0.36%	3.17%	△16.72%
材料費対医業収益比率(原価率)	33.75%	34.64%	33.98%	34.55%	34.55%	33.71%	31.52%	26.73%	24.45%	23.70%	21.69%	23.14%	21.77%	21.76%	22.19%	23.11%	23.24%	23.57%	23.67%	22.21%	21.50%	18.47%
減価償却費対医業収益比率	5.87%	5.66%	5.32%	4.43%	13.14%	12.22%	12.03%	13.85%	14.65%	14.70%	12.09%	10.80%	10.57%	10.33%	8.55%	9.10%	8.92%	9.80%	9.53%	8.98%	8.21%	10.66%
経費対医業収益比率	11.63%	11.46%	12.64%	12.19%	12.42%	12.81%	13.14%	15.08%	15.59%	16.36%	14.26%	14.85%	15.45%	16.52%	16.88%	18.24%	18.95%	19.61%	19.43%	19.46%	21.93%	23.62%
経常収益対支払利息	3.35%	3.28%	2.73%	5.11%	7.08%	6.60%	6.23%	6.42%	6.28%	5.80%	5.57%	5.23%	5.01%	5.15%	4.87%	5.01%	4.71%	4.67%	4.24%	3.54%	3.41%	5.15%
資本費対医業収益比率	9.93%	9.25%	8.74%	10.94%	22.10%	20.47%	19.85%	22.15%	22.71%	22.05%	19.00%	17.31%	16.56%	14.40%	14.37%	15.06%	14.56%	15.48%	14.71%	13.30%	12.32%	16.55%
利子負担率	2.85%	2.30%	1.38%	2.40%	3.98%	3.95%	3.39%	3.17%	3.07%	2.96%	3.02%	3.07%	3.25%	3.27%	3.21%	3.08%	2.93%	3.06%	2.90%	2.47%	2.13%	3.00%
Ⅲ. 労務指標																						
付加価値率	66.25%	65.36%	66.02%	65.45%	65.45%	66.29%	68.48%	73.27%	75.55%	76.30%	78.31%	76.86%	78.23%	78.24%	77.81%	76.89%	76.76%	76.43%	76.33%	77.79%	78.50%	81.53%
労働分配率	105.27%	105.96%	112.53%	114.91%	100.82%	95.15%																

付録8. 松戸市病院事業の財務指標推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標										
流動比率	397.46%	467.23%	362.34%	343.50%	442.14%	389.74%	381.23%	446.95%	371.72%	309.87%
流動資産回転率	3.03回転	2.99回転	3.05回転	3.07回転	3.30回転	3.32回転	3.21回転	3.42回転	3.08回転	3.06回転
当座比率	376.80%	462.89%	334.52%	338.62%	436.28%	384.91%	376.73%	440.62%	368.11%	307.02%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	145.17%	140.16%	140.51%	136.75%	131.56%	126.61%	120.63%	115.18%	110.80%	111.24%
債権(未収金)回転率	5.92回転	6.16回転	5.41回転	5.57回転	5.44回転	5.46回転	5.21回転	5.08回転	5.13回転	5.15回転
債権(未収金)回転期間	61.64日	59.25日	67.43日	65.49日	67.09日	66.83日	70.06日	71.86日	71.17日	70.87日
債務(未払金)回転率	0.00回転	0.00回転	0.00回転	0.00回転	0.00回転	0.00回転	0.00回転	0.00回転	0.00回転	0.47回転
債務(未払金)回転期間	±0.00日	±0.00日	±0.00日	±0.00日	±0.00日	±0.00日	±0.00日	±0.00日	±0.00日	±0.00日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△21.67%	△26.25%	△23.77%	△23.13%	△23.43%	△22.39%	△23.02%	△22.70%	△23.72%	△22.14%
累積欠損金比率	10.60%	10.71%	15.08%	18.23%	21.89%	23.48%	24.32%	24.62%	21.61%	25.45%
自己資本比率	53.47%	55.49%	55.79%	57.44%	60.84%	62.95%	65.09%	68.21%	68.21%	68.62%
負債比率	6.66%	5.66%	6.84%	7.04%	5.03%	6.31%	6.31%	6.31%	7.70%	8.45%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△0.78倍	△1.58倍	△3.08倍	△4.13倍	△6.01倍	△5.71倍	△5.75倍	△4.86倍	△1.52倍	△5.32倍
ネット・デット・エグザイティ・レシオ (Net Debt Expiry Ratio)	0.71倍	0.62倍	0.62倍	0.51倍	0.47倍	0.39倍	0.33倍	0.29倍	0.23倍	0.21倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	87.32%	82.54%	25.39%	34.49%	△19.90%	△7.31%	△22.81%	△71.87%	212.82%
医業収益対医業利益率	△2.35%	△4.50%	△8.37%	△10.67%	△15.00%	△11.82%	△10.80%	△8.02%	△2.10%	△6.73%
経常収支比率	102.10%	100.21%	96.52%	97.75%	98.01%	98.48%	99.18%	99.08%	101.38%	98.51%
収支分岐点医業収益	15,250,340(千円)	15,319,982(千円)	15,764,710(千円)	15,903,996(千円)	15,946,057(千円)	15,646,564(千円)	15,691,308(千円)	15,812,718(千円)	15,798,903(千円)	16,325,942(千円)
収支分岐点比率	103.02%	105.81%	110.85%	113.73%	119.26%	115.07%	113.76%	110.27%	102.64%	108.54%
実質収益対経常費用比率	90.34%	89.63%	86.67%	84.35%	81.15%	83.80%	84.63%	86.89%	90.87%	87.91%
許可病床1床当たり医業収益	34,110(千円)	33,360(千円)	32,769(千円)	32,223(千円)	30,808(千円)	31,331(千円)	31,781(千円)	33,043(千円)	35,467(千円)	34,656(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	△2.20%	△1.77%	△1.67%	△4.39%	1.70%	1.44%	3.97%	7.34%	△2.29%
入院収益対外来収益比率	269.32%	258.83%	281.09%	282.58%	269.06%	290.59%	268.26%	273.38%	278.37%	266.50%
病床利用率	82.51%	82.51%	84.22%	80.39%	76.70%	77.44%	76.45%	77.31%	77.19%	72.75%
延入院患者数	249,660人	249,660人	249,295人	237,980人	227,030人	229,220人	226,300人	228,855人	228,490人	215,350人
1日平均入院患者数	684人	684人	683人	652人	622人	628人	620人	627人	626人	590人
患者1人1日当り入院収益	40.21(千円)	39.40(千円)	39.69(千円)	40.58(千円)	40.18(千円)	41.13(千円)	41.33(千円)	42.97(千円)	45.90(千円)	47.31(千円)
延外来患者数	454,572人	448,960人	366,000人	338,428人	477,996人	451,644人	441,884人	273,524人	275,964人	282,308人
1日平均外来患者数	1,863人	1,840人	1,500人	1,387人	1,959人	1,851人	1,811人	1,121人	1,131人	1,157人
患者1人1日当り外来収益	8.20(千円)	8.46(千円)	9.62(千円)	10.10(千円)	7.09(千円)	7.18(千円)	7.89(千円)	13.15(千円)	13.65(千円)	13.54(千円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	△0.14%	1.86%	0.42%	△0.64%	△1.12%	0.51%	1.36%	1.46%	2.14%
材料費対医業収益比率(原価率)	22.06%	22.56%	22.89%	22.28%	22.10%	21.57%	21.54%	21.91%	20.38%	21.29%
減価償却費対医業収益比率	3.28%	3.26%	3.55%	3.92%	3.98%	3.73%	3.67%	3.51%	2.87%	3.16%
経費対医業収益比率	16.10%	16.04%	17.56%	18.49%	18.62%	20.34%	20.15%	18.91%	18.72%	18.81%
経常収益対支払利息率	2.65%	2.52%	2.42%	2.23%	2.07%	1.76%	1.60%	1.45%	1.26%	1.14%
資本費対医業収益比率	6.27%	6.11%	6.27%	6.51%	6.48%	5.80%	5.55%	5.16%	4.25%	4.42%
利子負担率	4.73%	4.49%	4.40%	4.41%	4.48%	4.16%	4.14%	4.16%	3.81%	3.58%
III. 労務指標										
付加価値率	77.94%	77.44%	77.11%	77.72%	77.90%	78.43%	78.46%	78.09%	79.62%	78.71%
労働分配率	77.85%	80.46%	83.12%	84.56%	89.88%	84.00%	83.07%	81.20%	75.10%	80.18%
職員給与対医業収益比率	60.67%	62.31%	64.10%	65.71%	70.02%	65.88%	65.18%	63.42%	59.79%	63.10%
職員1人当たりの医業収益	13,458(千円)	13,091(千円)	12,824(千円)	12,771(千円)	12,166(千円)	12,362(千円)	12,337(千円)	12,331(千円)	12,870(千円)	12,308(千円)
職員1人当たりの総人件費	8,166(千円)	8,157(千円)	8,220(千円)	8,393(千円)	8,519(千円)	8,143(千円)	8,042(千円)	7,820(千円)	7,695(千円)	7,767(千円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	1.51%	0.15%	△2.53%	△1.67%	△1.53%	△1.17%	△0.63%	△0.73%	1.06%	△1.15%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△2.36%	△5.12%	△9.36%	△11.60%	△15.42%	△12.10%	△10.83%	△8.08%	△2.18%	△6.71%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	0.60%	△0.78%	△3.00%	△4.21%	△6.89%	△5.21%	△4.65%	△3.10%	0.54%	△2.44%
他会計繰入金額【収益的収支】	1,923,531(千円)	1,721,688(千円)	1,630,016(千円)	2,220,431(千円)	2,778,133(千円)	2,382,152(千円)	2,371,412(千円)	2,009,843(千円)	1,754,616(千円)	1,801,862(千円)
他会計繰入金増加率	-	△10.49%	△5.32%	36.22%	25.12%	△14.25%	△0.45%	△15.25%	△12.70%	2.69%
他会計繰入金対経常収益比率	11.52%	10.55%	10.20%	13.70%	17.21%	14.91%	14.67%	12.30%	10.36%	10.76%
他会計繰入金対医業収益比率	12.99%	11.89%	11.46%	15.88%	20.78%	17.52%	17.19%	14.02%	11.40%	11.98%
補助金等比率	12.25%	11.40%	11.00%	13.90%	17.41%	15.24%	14.96%	12.60%	10.62%	11.01%
企業負債還額	657,720(千円)	661,266(千円)	676,375(千円)	792,531(千円)	848,776(千円)	846,015(千円)	819,282(千円)	738,429(千円)	758,849(千円)	740,143(千円)
企業負債還額対減価償却額比率	135.50%	140.00%	133.80%	144.60%	159.50%	166.60%	161.80%	146.70%	171.70%	155.80%
固定資産回転率	1.20回転	1.24回転	1.26回転	1.27回転	1.29回転	1.24回転	1.21回転	1.16回転	1.09回転	1.13回転
許可病床1床当たり総資産額	27,461(円)	27,654(円)	28,101(円)	27,614(円)	26,374(円)	26,015(円)	26,049(円)	25,709(円)	26,872(円)	27,108(円)
許可病床1床当たり器械備品	10,782(千円)	10,564(千円)	10,571(千円)	10,354(千円)	10,088(千円)	9,862(千円)	9,607(千円)	9,369(千円)	9,151(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		2,571(千円)	2,650(千円)	2,638(千円)	2,473(千円)	2,388(千円)	2,406(千円)	2,338(千円)	2,693(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	62.00回転	74.47回転	59.53回転	48.88回転	56.21回転	59.06回転	59.82回転	53.88回転	65.94回転	72.57回転
貯蔵資産回転期間	5.89日	4.90日	6.13日	7.47日	6.49日	6.18日	6.10日	6.77日	5.53日	5.03日
総資産回転率	0.65回転	0.63回転	0.62回転	0.62回転	0.63回転	0.64回転	0.65回転	0.69回転	0.71回転	0.68回転
総資産増加率	-	0.70%	△0.59%	△1.73%	△4.49%	△1.36%	0.13%	△1.31%	4.52%	0.88%

出典：税務省自治財政局編地方公営企業年鑑第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、松戸市病院事業の貸借対照表(2003年度～2012年度)及び損益計算書(2003年度～2012年度)を基に筆者作成

付録9. 国保旭中央病院の財務指標推移

	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標														
流動比率	398.51%	542.49%	489.98%	577.85%	487.29%	509.04%	537.79%	527.52%	593.22%	656.05%	688.34%	501.65%	571.31%	470.70%
流動資産回転率	3.52回転	3.22回転	2.87回転	5.60回転	2.44回転	2.44回転	2.48回転	2.57回転	2.64回転	2.65回転	2.62回転	2.35回転	2.31回転	2.27回転
当座比率	389.70%	532.26%	483.49%	564.15%	482.21%	504.30%	532.45%	517.20%	577.55%	637.62%	672.97%	491.65%	560.38%	462.09%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	154.54%	146.13%	139.68%	387.73%	127.74%	124.05%	118.88%	118.35%	112.15%	109.23%	116.50%	148.40%	147.04%	145.46%
債権(医業未収金)回転率	15.76回転	7.10回転	7.32回転	8.60回転	10.04回転	10.96回転	10.32回転	8.32回転	7.24回転	7.18回転	6.18回転	5.29回転	4.89回転	4.11回転
債権(医業未収金)回転期間	2.30日	2.08日	1.62日	1.54日	±0.00日	52.53日	53.12日	52.80日	52.81日	53.80日	54.89日	55.54日	58.80日	±0.00日
債務(未払金)回転率	0.21回転	0.17回転	0.21回転	0.09回転	0.24回転	0.23回転	0.20回転	0.21回転	0.17回転	0.16回転	0.15回転	0.24回転	0.21回転	0.27回転
債務(未払金)回転期間	1,697.95日	2,197.29日	1,771.77日	3,935.11日	1,519.62日	1,567.13日	1,790.29日	1,761.31日	2,096.46日	2,340.14日	2,496.44日	1,522.67日	1,743.44日	1,360.91日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△21.31%	△25.32%	△27.74%	△14.76%	△32.52%	△32.87%	△32.81%	△31.54%	△31.50%	△31.96%	△32.59%	△34.03%	△35.77%	△34.66%
累積欠損金比率	△1.52%	△4.04%	△2.97%	△4.35%	△4.99%	△3.23%	△3.18%	△4.16%	△4.92%	△5.99%	△7.15%	△11.80%	△4.46%	△0.88%
自己資本比率	52.96%	54.61%	54.90%	20.20%	56.36%	57.68%	59.47%	60.19%	62.54%	64.98%	62.26%	51.12%	50.91%	50.55%
負債比率	6.56%	5.46%	7.16%	3.97%	9.04%	8.92%	8.55%	8.22%	7.71%	7.37%	6.51%	6.71%	5.98%	7.34%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	0.48倍	0.79倍	1.05倍	1.72倍	2.62倍	2.09倍	1.81倍	2.14倍	2.32倍	2.62倍	2.10倍	4.32倍	1.06倍	0.36倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	1.85倍	1.73倍	1.80倍	4.12倍	1.89倍	1.79倍	1.58倍	1.37倍	1.12倍	1.00倍	1.05倍	2.03倍	2.07倍	1.96倍
II. 収益性・成長性指標														
医業収支伸び率	-	67.47%	30.32%	55.92%	45.16%	△23.60%	△17.72%	13.01%	3.30%	1.85%	△27.14%	134.66%	△64.09%	△65.46%
医業収益対医業利益率	1.32%	2.13%	2.60%	3.97%	5.38%	3.99%	3.11%	3.53%	3.50%	3.50%	2.50%	5.57%	1.93%	0.67%
経常収支比率	101.40%	103.77%	102.79%	104.03%	104.83%	103.09%	102.35%	101.06%	101.05%	101.33%	101.47%	105.14%	101.88%	101.16%
収支分岐点医業収益	19,993,625(千円)	20,402,012(千円)	21,624,942(千円)	21,616,996(千円)	22,667,909(千円)	23,852,652(千円)	25,526,764(千円)	25,279,988(千円)	26,283,993(千円)	26,812,945(千円)	27,769,178(千円)	27,860,152(千円)	30,649,305(千円)	31,118,265(千円)
収支分岐点比率	98.10%	96.90%	96.18%	94.14%	92.02%	94.11%	95.30%	94.74%	94.75%	94.76%	96.20%	91.71%	97.10%	99.01%
実質収益対経常費用比率	95.84%	97.43%	96.99%	98.17%	99.28%	98.16%	97.70%	96.70%	96.13%	96.41%	95.87%	98.90%	95.78%	95.00%
許可病床1床当たり医業収益	21,319(千円)	22,024(千円)	23,518(千円)	24,019(千円)	25,767(千円)	26,104(千円)	27,167(千円)	27,913(千円)	29,016(千円)	29,597(千円)	30,194(千円)	30,716(千円)	31,914(千円)	31,779(千円)
■ 医業収益指標														
医業収益増加率	-	3.31%	6.78%	2.13%	7.27%	2.90%	5.68%	△0.38%	3.95%	2.00%	2.01%	5.24%	3.90%	△0.42%
入院収益対外来収益比率	124.45%	125.53%	124.66%	125.47%	119.83%	116.25%	111.58%	109.97%	106.26%	105.96%	101.79%	112.68%	115.36%	119.72%
病床利用率	91.95%	91.42%	92.78%	93.31%	96.03%	95.98%	94.93%	94.14%	90.79%	89.64%	83.89%	76.85%	75.73%	76.04%
延入院患者数	320,835人	319,010人	323,755人	325,580人	335,070人	340,180人	341,640人	328,500人	316,820人	312,805人	292,730人	277,400人	273,385人	274,480人
1日平均入院患者数	879人	874人	887人	892人	918人	932人	936人	900人	868人	857人	802人	760人	749人	752人
患者1人1日当り入院収益	34.04(千円)	35(千円)	36.86(千円)	37.53(千円)	38.24(千円)	38.19(千円)	39.54(千円)	40.47(千円)	42.71(千円)	44.01(千円)	47.12(千円)	55.18(千円)	58.98(千円)	59.51(千円)
延外来患者数	856,928人	880,108人	899,140人	875,716人	875,228人	889,624人	863,028人	856,684人	855,708人	837,164人	817,156人	804,956人	794,124人	744,066人
1日平均外来患者数	3,512人	3,607人	3,685人	3,589人	3,587人	3,646人	3,537人	3,511人	3,507人	3,349人	3,299人	3,269人	3,268人	3,062人
患者1人1日当り外来収益	10.24(千円)	10.22(千円)	10.65(千円)	11.12(千円)	12.22(千円)	12.56(千円)	14.03(千円)	14.11(千円)	14.88(千円)	15.52(千円)	16.58(千円)	16.87(千円)	17.60(千円)	18.34(千円)
■ 医業費用指標														
医業費用増加率	-	2.45%	6.27%	0.69%	5.71%	4.40%	6.65%	△0.81%	3.98%	2.01%	3.07%	1.93%	7.91%	0.85%
材料費対医業収益比率(原価率)	30.76%	31.22%	31.82%	32.17%	32.59%	32.27%	33.92%	33.03%	33.23%	33.20%	34.18%	32.78%	33.49%	32.56%
減価償却費対医業収益比率	6.70%	7.33%	6.64%	6.68%	6.71%	6.84%	6.93%	6.87%	7.05%	6.68%	6.41%	6.20%	9.19%	8.91%
経費対医業収益比率	9.11%	11.42%	12.66%	11.59%	11.18%	12.29%	11.76%	13.78%	14.51%	15.14%	15.13%	15.02%	15.80%	18.10%
経常収益対支払利息率	2.55%	2.48%	2.29%	2.15%	1.94%	1.83%	1.63%	1.56%	1.41%	1.26%	1.11%	1.18%	1.66%	1.68%
資本費対医業収益比率	9.51%	10.09%	9.14%	9.02%	8.81%	8.81%	8.71%	8.55%	8.57%	8.03%	7.61%	7.49%	11.01%	10.76%
利子負担率	3.61%	3.69%	3.59%	3.24%	3.25%	3.24%	3.07%	2.93%	3.00%	2.98%	2.27%	1.42%	1.95%	1.99%
III. 労務指標														
付加価値率	69.24%	68.78%	68.18%	67.83%	67.41%	67.73%	66.08%	66.97%	66.77%	66.80%	65.82%	67.22%	66.51%	67.44%
労働分配率	74.55%	69.08%	67.07%	66.41%	64.64%	64.94%	65.80%	62.81%	61.58%	61.19%	62.51%	59.49%	58.46%	58.15%
職員給与費対医業収益比率	51.62%	47.51%	45.73%	45.05%	43.57%	43.98%	43.48%	42.06%	41.12%	40.87%	41.15%	39.99%	38.88%	39.21%
職員1人当たりの医業収益	13,073(千円)	13,505(千円)	14,412(千円)	14,424(千円)	15,140(千円)	15,087(千円)	15,421(千円)	16,134(千円)	16,512(千円)	16,586(千円)	16,299(千円)	17,221(千円)	17,782(千円)	17,471(千円)
職員1人当たりの総人件費	6,748(千円)	6,416(千円)	6,590(千円)	6,497(千円)	6,597(千円)	6,636(千円)	6,705(千円)	6,787(千円)	6,789(千円)	6,779(千円)	6,706(千円)	6,887(千円)	6,914(千円)	6,851(千円)
IV. その他の指標														
総資産利益率 (Return on Assets)	0.73%	1.20%	1.53%	4.20%	3.22%	2.45%	1.92%	2.16%	2.29%	2.39%	1.61%	2.74%	0.94%	0.32%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	1.38%	2.20%	2.78%	20.80%	5.72%	4.25%	3.24%	3.60%	3.67%	3.68%	2.58%	5.36%	1.85%	0.64%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	4.63%	5.53%	5.67%	11.69%	7.63%	6.99%	6.52%	6.68%	7.20%	7.23%	5.93%	6.04%	5.64%	4.83%
他会計繰入金額【収益的収支】	1,231,125(千円)	1,430,527(千円)	1,388,216(千円)	1,408,378(千円)	1,412,120(千円)	1,306,774(千円)	1,330,652(千円)	1,242,379(千円)	1,457,618(千円)	1,486,642(千円)	1,733,519(千円)	1,971,564(千円)	2,072,238(千円)	2,110,746(千円)
他会計繰入金増加率	-	16.20%	△2.96%	1.45%	0.27%	△7.46%	1.82%	△6.63%	17.32%	1.99%	16.61%	13.73%	5.11%	1.86%
他会計繰入金対経常収益比率	5.49%	6.11%	5.64%	5.63%	5.30%	4.78%	4.54%	4.31%	4.86%	4.86%	5.51%	5.93%	5.99%	6.09%
他会計繰入金対医業収益比率	6.04%	6.79%	6.17%	6.13%	5.73%	5.16%	4.97%	4.66%	5.25%	5.25%	6.01%	6.49%	6.57%	6.72%
補助金等比率	5.49%	6.85%	6.38%	6.34%	6.13%	5.79%	5.36%	4.82%	5.43%	5.45%	6.09%	6.47%	6.57%	6.88%
企業価値選額	319,452(千円)	429,206(千円)	499,853(千円)	962,741(千円)	831,251(千円)	865,174(千円)	1,068,138(千円)	1,081,117(千円)	1,235,133(千円)	1,469,453(千円)	1,286,782(千円)	1,246,437(千円)	1,067,560(千円)	1,119,528(千円)
企業価値選額対減価償却額比率	23.39%	27.80%	33.50%	62.80%	50.30%	49.90%	57.50%	59.00%	63.20%	77.80%	69.60%	66.20%	36.80%	40.00%
固定資産回転率	0.68回転	0.71回転	0.76回転	1.33回転	0.83回転	0.86回転	0.88回転	0.86回転	0.93回転	0.96回転	0.89回転	0.65回転	0.65回転	0.66回転
許可病床1床当たり総資産額	38,470(千円)	39,034(千円)	40,048(千円)	22,720(千円)	43,006(千円)	42,561(千円)	43,868(千円)	45,485(千円)	44,342(千円)	43,357(千円)	46,992(千円)	62,439(千円)	65,358(千円)	65,895(千円)
許可病床1床当たり器械備品	8,732(千円)	4,010(千円)	4,322(千円)	4,582(千円)	22,494(千円)	11,430(千円)	12,092(千円)	13,385(千円)	13,977(千円)	14,137(千円)	14,377(千円)	16,425(千円)	16,789(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		1,673(千円)	23,692(千円)	23,362(千円)	4,514(千円)	687(千円)	676(千円)	698(千円)	846(千円)	849(千円)	820(千円)	820(千円)	0(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	48.90回転	54.83回転	71.70回転	76.05回転	91.12回転	89.53回転	89.41回転	44.43回転	33.27回転	34.45回転	40.22回転	39.49回転	40.45回転	40.54回転
貯蔵資産回転期間	7.46日	6.66日	5.09日	4.80日	4.01日	4.08日	4.08日	8.21日	10.97日	10.60日	9.07日	9.24日	9.02日	9.00日
総資本回転率	0.55回転	0.56回転	0.59回転	1.06回転	0.60回転	0.61回転	0.62回転	0.61回転	0.65回転	0.68回転	0.64回転	0.49回転	0.49回転	0.48回転
総資産増加率	-	1.47%	2.60%	△43.27%	89.29%	0.52%	4.66%	0.53%	△2.51%	△2.22%	8.38%	37.46%	4.68%	0.82%

出典: 経務省自治財政局編地方公営企業年報第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、国保旭中央病院の貸借対照表(1999年度～2012年度)、及び損益計算書(1999年度～2012年度)を基に筆者作成

付録10. 青梅市立総合病院の財務指標推移

	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標														
流動比率	106.52%	152.14%	161.11%	190.22%	205.61%	280.72%	282.91%	332.40%	349.28%	331.83%	402.59%	368.26%	391.65%	442.35%
流動資産回転率	1.10回転	5.25回転	4.39回転	4.99回転	5.33回転	4.33回転	3.63回転	3.31回転	3.13回転	2.67回転	2.59回転	2.46回転	2.20回転	2.08回転
当座比率	105.43%	143.66%	154.22%	179.96%	194.72%	268.63%	273.17%	322.66%	339.45%	321.41%	392.57%	354.39%	382.89%	430.63%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	316.94%	324.46%	319.60%	308.91%	289.36%	245.25%	220.11%	201.31%	180.33%	177.85%	166.54%	153.71%	140.02%	127.48%
債権(未収金)回転率	5.86回転	6.03回転	6.14回転	5.69回転	5.78回転	5.89回転	5.92回転	6.08回転	5.85回転	6.12回転	5.21回転	5.55回転	5.35回転	5.71回転
債権(未収金)回転期間	62.34日	60.52日	59.41日	64.12日	63.14日	62.00日	61.68日	60.04日	62.38日	59.64日	70.04日	65.76日	68.22日	63.96日
債務(未払金)回転率	2.62回転	0.24回転	0.40回転	0.29回転	0.24回転	0.22回転	0.27回転	0.26回転	0.27回転	0.33回転	0.27回転	0.33回転	0.35回転	0.33回転
債務(未払金)回転期間	139.23日	1,525.60日	916.21日	1,251.44日	1,552.83日	1,632.78日	1,347.55日	1,418.61日	1,374.15日	1,109.60日	1,327.98日	1,114.07日	1,056.93日	1,119.05日
借入金比率	±0.00%	2.43%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△5.58%	△6.53%	△8.64%	△9.50%	△9.64%	△14.88%	△17.80%	△21.10%	△22.81%	△26.19%	△29.04%	△29.67%	△33.81%	△37.18%
累積欠損金比率	△1.30%	△2.99%	△1.50%	△1.32%	△1.61%	△1.96%	△3.28%	△3.00%	△2.24%	△2.96%	△2.83%	△1.52%	△3.32%	△3.52%
自己資本比率	20.48%	27.37%	26.80%	28.13%	29.93%	31.10%	32.51%	34.31%	35.84%	35.27%	37.13%	39.11%	40.94%	43.64%
負債比率	58.41%	9.43%	11.64%	8.86%	8.52%	12.12%	15.84%	16.68%	21.04%	22.78%	22.09%	25.42%	27.86%	28.77%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)					△1.97倍	△1.90倍	△1.38倍	△1.61倍	△1.70倍	△3.29倍	△3.57倍	△2.18倍	△3.70倍	△4.52倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	1.87倍	5.08倍	5.01倍	5.12倍	4.89倍	4.42倍	3.94倍	3.58倍	3.05倍	2.93倍	2.89倍	2.33倍	1.84倍	1.42倍
II. 収益性・成長性指標														
医業収支伸び率	-	-	4.00%	15.24%	△44.38%	△9.21%	△31.84%	9.56%	△0.89%	57.60%	9.00%	△11.62%	61.33%	14.59%
医業収益対医業利益率	△13.17%	△8.98%	△8.35%	△9.56%	△5.02%	△4.44%	△2.97%	△3.27%	△3.17%	△4.94%	△5.33%	△2.90%	△4.66%	△5.30%
経常収支比率	100.29%	101.86%	100.70%	100.73%	100.75%	100.99%	102.22%	102.15%	101.45%	101.97%	101.86%	103.51%	102.42%	102.56%
収支分岐点医業収益	10,964,192(千円)	12,353,616(千円)	13,717,511(千円)	14,040,764(千円)	13,978,332(千円)	14,210,257(千円)	14,155,748(千円)	14,168,550(千円)	14,426,479(千円)	14,979,700(千円)	15,214,893(千円)	15,759,137(千円)	16,223,708(千円)	16,478,890(千円)
収支分岐点比率	119.55%	113.80%	112.93%	114.89%	107.89%	107.03%	104.64%	105.04%	104.84%	107.52%	108.19%	104.38%	107.01%	107.95%
実質収益対経常費用比率	93.97%	95.97%	95.69%	96.03%	96.33%	97.06%	98.35%	98.30%	97.45%	97.68%	97.62%	100.25%	99.20%	99.06%
許可病床1床当たり医業収益	21,133(千円)	25,012(千円)	27,988(千円)	28,158(千円)	29,852(千円)	30,593(千円)	31,172(千円)	31,079(千円)	31,707(千円)	32,102(千円)	32,404(千円)	34,789(千円)	34,932(千円)	35,174(千円)
■ 医業収益指標														
医業収益増加率	-	-	11.90%	0.61%	6.01%	2.48%	1.89%	△0.30%	2.02%	1.25%	0.94%	7.36%	0.41%	0.69%
入院収益対外来収益比率	136.87%	170.50%	187.51%	185.21%	177.10%	173.38%	167.40%	160.45%	152.15%	155.52%	151.93%	160.98%	149.87%	156.44%
病床利用率	87.66%	87.75%	85.83%	84.23%	82.71%	84.01%	85.10%	81.29%	82.38%	80.60%	81.67%	81.32%	80.07%	79.18%
延入院患者数	161,586人	182,245人	193,925人	190,311人	186,880人	189,800人	187,610人	179,215人	168,995人	165,345人	167,535人	166,805人	164,250人	162,425人
1日平均入院患者数	443人	499人	531人	521人	512人	520人	514人	491人	463人	453人	459人	457人	450人	445人
患者1人1日当り入院収益	31.90(千円)	36.67(千円)	39.95(千円)	40.67(千円)	42.69(千円)	43.00(千円)	43.72(千円)	44.69(千円)	47.32(千円)	49.21(千円)	48.59(千円)	54.15(千円)	53.66(千円)	55.67(千円)
延外来患者数	281,552人	286,554人	293,630人	287,505人	291,580人	291,824人	286,700人	335,744人	332,572人	325,008人	320,860人	325,740人	325,252人	316,224人
1日平均外来患者数	1,154人	1,174人	1,203人	1,178人	1,195人	1,196人	1,175人	1,376人	1,363人	1,332人	1,315人	1,335人	1,333人	1,296人
患者1人1日当り外来収益	13.38(千円)	13.68(千円)	14.07(千円)	14.54(千円)	15.45(千円)	16.13(千円)	17.09(千円)	14.87(千円)	15.80(千円)	16.10(千円)	16.70(千円)	17.23(千円)	18.08(千円)	18.28(千円)
■ 医業費用指標														
医業費用増加率	-	-	11.24%	1.74%	1.62%	1.92%	0.46%	△0.01%	1.93%	2.98%	1.32%	4.88%	2.13%	1.31%
材料費対医業収益比率(原価率)	32.61%	34.93%	35.46%	35.81%	36.45%	36.76%	35.88%	35.23%	34.39%	34.30%	34.86%	33.71%	33.53%	33.26%
減価償却費対医業収益比率	3.63%	3.03%	6.09%	6.68%	6.55%	6.54%	6.65%	6.57%	6.62%	5.98%	7.05%	7.10%	7.23%	7.25%
経費対医業収益比率	17.04%	16.97%	15.29%	15.91%	17.98%	17.22%	17.63%	17.83%	18.07%	18.89%	18.22%	18.96%	18.69%	19.36%
経常収益対支払利息率	1.88%	2.77%	2.53%	2.48%	2.30%	2.05%	1.93%	1.82%	1.70%	1.35%	1.34%	1.20%	1.13%	1.05%
資本費対医業収益比率	5.88%	6.30%	9.02%	9.51%	9.10%	8.88%	8.80%	8.60%	8.48%	7.48%	8.53%	8.43%	8.49%	8.42%
利子負担率	1.86%	2.84%	2.86%	2.84%	2.86%	2.65%	2.51%	2.40%	2.32%	1.78%	1.79%	1.77%	1.74%	1.72%
III. 労務指標														
付加価値率	67.39%	65.07%	64.54%	64.19%	63.55%	63.24%	64.12%	64.77%	65.61%	65.70%	65.14%	66.29%	66.47%	66.74%
労働分配率	88.43%	82.30%	78.59%	78.55%	68.99%	69.08%	66.38%	66.95%	66.63%	67.82%	68.91%	64.58%	67.21%	67.59%
職員給与対医業収益比率	59.60%	53.55%	50.72%	50.42%	43.84%	43.69%	42.56%	43.36%	43.72%	44.56%	44.89%	42.81%	44.68%	45.11%
職員1人当たりの医業収益	16,233(千円)	17,396(千円)	18,238(千円)	17,866(千円)	20,729(千円)	20,843(千円)	21,646(千円)	21,755(千円)	22,053(千円)	21,174(千円)	21,021(千円)	22,204(千円)	21,689(千円)	21,653(千円)
職員1人当たりの総人件費	9,674(千円)	9,316(千円)	9,251(千円)	9,009(千円)	9,088(千円)	9,106(千円)	9,213(千円)	9,433(千円)	9,641(千円)	9,435(千円)	9,436(千円)	9,506(千円)	9,690(千円)	9,768(千円)
IV. その他の指標														
総資産利益率 (Return on Assets)	0.13%	1.27%	0.50%	0.54%	0.59%	0.80%	1.72%	1.65%	1.12%	1.46%	1.38%	2.65%	1.85%	1.99%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△24.79%	△19.27%	△19.59%	△22.18%	△11.97%	△10.22%	△6.49%	△6.69%	△6.35%	△9.47%	△9.76%	△5.25%	△7.99%	△8.66%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△3.68%	△3.49%	△1.42%	△1.88%	1.10%	1.50%	2.61%	2.32%	2.47%	0.71%	1.16%	2.97%	1.80%	1.38%
他会計繰入金額【収益の収支】	692,126(千円)	742,115(千円)	697,403(千円)	649,973(千円)	628,918(千円)	590,309(千円)	570,406(千円)	567,150(千円)	592,491(千円)	653,411(千円)	652,716(千円)	524,562(千円)	530,227(千円)	582,688(千円)
他会計繰入金増加率	-	-	△6.02%	△6.80%	△3.24%	△6.14%	△3.37%	△0.57%	4.47%	10.28%	△0.11%	△19.63%	1.08%	9.89%
他会計繰入金対経常収益比率	6.30%	5.79%	4.97%	4.66%	4.39%	3.90%	3.79%	3.76%	3.95%	4.21%	4.16%	3.14%	3.15%	3.42%
他会計繰入金対医業収益比率	7.55%	6.84%	5.74%	5.32%	4.85%	4.45%	4.22%	4.20%	4.31%	4.69%	4.64%	3.47%	3.50%	3.82%
補助金等比率	12.53%	11.91%	11.00%	10.66%	10.15%	9.03%	9.37%	9.36%	8.95%	9.25%	9.42%	7.77%	8.00%	8.07%
企業債償還額	242,866(千円)	265,395(千円)	370,564(千円)	573,503(千円)	647,731(千円)	714,692(千円)	841,269(千円)	684,730(千円)	1,110,728(千円)	631,033(千円)	726,360(千円)	791,349(千円)	841,552(千円)	881,838(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	72.88%	80.68%	50.05%	70.25%	76.30%	82.30%	93.50%	77.30%	121.90%	75.70%	73.30%	73.80%	76.80%	79.70%
固定資産回転率	1.68回転	1.51回転	1.36回転	1.33回転	1.21回転	1.17回転	1.13回転	1.12回転	1.07回転	1.10回転	1.09回転	1.01回転	0.97回転	0.92回転
許可病床1床当たり総資産額	47,122(円)	32,486(円)	31,195(円)	30,263(円)	29,307(円)	30,009(円)	31,574(円)	31,769(円)	34,129(円)	36,667(円)	36,829(円)	37,969(円)	38,409(円)	38,143(円)
許可病床1床当たり器械備品	711,251(千円)	2,090,166(千円)	2,297,468(千円)	2,176,277(千円)	21,522(千円)	20,826(千円)	21,402(千円)	20,681(千円)	21,872(千円)	22,389(千円)	21,981(千円)	21,575(千円)	20,594(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		185,663(千円)	177,468(千円)	123,468(千円)	3,374(千円)	3,716(千円)	3,540(千円)	3,868(千円)	3,797(千円)	4,476(千円)	4,758(千円)	4,755(千円)	4,730(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	34.95回転	32.91回転	36.39回転	33.13回転	38.63回転	39.07回転	40.08回転	42.00回転	40.00回転	30.20回転	37.95回転	22.56回転	34.16回転	26.78回転
貯蔵資産回転期間	10.44日	11.09日	10.03日	11.02日	9.45日	9.34日	9.11日	8.69日	9.13日	12.08日	9.62日	16.18日	10.68日	13.63日
総資産回転率	0.39回転	0.59回転	0.63回転	0.65回転	0.71回転	0.71回転	0.71回転	0.70回転	0.72回転	0.68回転	0.68回転	0.71回転	0.70回転	0.71回転
総資産増加率	-	-	4.46%	△2.99%	△3.16%	2.40%	2.67%	0.62%	△0.04%	7.44%	0.44%	3.10%	1.16%	△0.69%

出典：花巻市若目財政局編地方公営企業年報第51集（2003年度）～第60集（2012年度）、青梅市立総合病院の貸借対照表（1999年度～2012年度）、及び損益計算書（1999年度～2012年度）を基に筆者作成

付録11. 横浜市病院経営局の経営指標推移

	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
Ⅰ. 安全性指標																
流動比率	370.55%	131.53%	200.57%	311.52%	182.01%	126.36%	138.44%	112.58%	159.24%	131.58%	126.40%	120.25%	179.65%	244.94%	292.11%	235.30%
流動資産回転率	3.13回転	0.99回転	2.11回転	3.27回転	2.46回転	1.96回転	4.02回転	4.84回転	3.66回転	3.52回転	3.69回転	4.02回転	4.62回転	3.77回転	3.61回転	3.35回転
当座比率	362.43%	130.33%	191.04%	298.04%	176.89%	123.44%	131.66%	106.41%	152.58%	127.66%	123.01%	117.05%	169.46%	232.56%	279.77%	158.00%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	151.86%	333.40%	261.88%	317.78%	362.45%	475.97%	615.24%	679.06%	659.62%	782.60%	947.13%	1,131.69%	1,090.57%	933.96%	842.31%	735.30%
債権(未収金)回転率	9.52回転	6.38回転	6.14回転	6.88回転	5.82回転	5.75回転	6.95回転	6.69回転	5.69回転	5.49回転	5.44回転	5.36回転	6.70回転	6.20回転	6.09回転	5.64回転
債権(未収金)回転期間	38.32日	57.25日	59.45日	53.04日	62.76日	63.46日	52.52日	54.54日	64.10日	66.46日	67.07日	68.05日	54.45日	58.91日	59.96日	64.67日
債務(未払金)回転率	0.26回転	0.25回転	0.71回転	0.32回転	0.84回転	1.50回転	0.67回転	0.72回転	1.05回転	1.49回転	1.51回転	1.58回転	0.53回転	0.47回転	0.41回転	0.51回転
債務(未払金)回転期間	1,421.28日	162.17日	512.80日	1,158.14日	435.19日	243.49日	541.80日	504.75日	346.70日	245.30日	241.43日	231.45日	682.87日	776.37日	892.29日	722.46日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△23.34%	△24.20%	△23.71%	△20.77%	△18.30%	△10.63%	△6.90%	△2.31%	△10.17%	△6.81%	△5.65%	△4.19%	△9.59%	△15.70%	△18.23%	△17.16%
累積欠損金比率	5.37%	6.37%	31.19%	46.93%	65.81%	78.99%	84.59%	105.82%	94.38%	97.23%	102.78%	112.61%	190.57%	185.76%	191.18%	173.37%
自己資本比率	46.80%	19.84%	30.44%	23.98%	19.41%	16.28%	14.95%	12.97%	12.93%	11.38%	9.40%	7.91%	8.53%	9.80%	10.82%	12.31%
負債比率	8.25%	30.63%	11.27%	7.36%	11.66%	12.37%	3.79%	4.30%	5.03%	6.01%	6.23%	6.02%	2.23%	2.15%	1.93%	2.70%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)							△5.58倍	△6.25倍	△3.25倍	△3.27倍	△3.08倍	△3.33倍	△3.23倍	△3.22倍	△3.74倍	△4.31倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	0.56倍	1.55倍	2.04倍	2.63倍	2.54倍	2.83倍	3.68倍	3.27倍	3.05倍	2.85倍	2.74倍	2.58倍	2.33倍	2.08倍	1.86倍	1.81倍
Ⅱ. 収益性・成長性指標																
医業収支伸び率	-	0.50%	86.90%	31.07%	△0.32%	△1.59%	△9.62%	5.57%	△1.80%	△1.22%	△8.18%	3.59%	△11.27%	△5.80%	10.77%	9.91%
医業収益対医業利益率	△13.70%	△13.62%	△23.41%	△28.75%	△29.47%	△28.80%	△26.33%	△29.46%	△22.59%	△20.27%	△17.66%	△18.24%	△25.65%	△22.63%	△24.51%	△26.53%
経常収支比率	95.41%	94.55%	90.58%	85.31%	85.58%	87.51%	90.33%	86.91%	91.00%	91.36%	92.55%	92.17%	91.11%	94.45%	92.82%	92.43%
収支分岐点医業収益	22,632,614(千円)	22,897,910(千円)	27,651,185(千円)	31,201,225(千円)	30,002,090(千円)	33,051,845(千円)	28,860,998(千円)	28,052,235(千円)	32,703,200(千円)	35,067,310(千円)	36,030,430(千円)	36,260,875(千円)	25,132,923(千円)	26,115,956(千円)	27,234,607(千円)	28,349,011(千円)
収支分岐点比率	120.61%	120.66%	134.98%	141.71%	140.14%	139.37%	135.88%	139.46%	126.98%	123.69%	120.55%	120.97%	132.92%	129.37%	131.87%	135.21%
実質収益対経常費用比率	84.51%	83.24%	73.71%	71.48%	70.09%	71.38%	71.55%	70.02%	74.39%	76.50%	80.00%	79.74%	73.83%	77.76%	76.55%	77.68%
許可病床1床当たり医業収益	43,236(千円)	43,728(千円)	47,544(千円)	50,733(千円)	49,329(千円)	49,684(千円)	49,109(千円)	46,346(千円)	59,340(千円)	65,325(千円)	68,868(千円)	69,067(千円)	43,568(千円)	46,521(千円)	47,585(千円)	48,309(千円)
■ 医業収益指標																
医業収益増加率	-	1.14%	8.73%	6.71%	△2.77%	0.72%	△1.16%	△5.63%	28.04%	10.09%	5.42%	0.29%	△36.32%	6.78%	2.29%	1.52%
入院収益対外来収益比率	147.83%	151.47%	171.79%	200.43%	243.73%	247.14%	229.44%	216.85%	291.68%	314.67%	337.07%	348.02%	318.66%	341.89%	335.90%	346.47%
病床利用率	85.17%	85.17%	70.06%	81.86%	84.48%	85.54%	84.23%	74.23%	79.07%	80.53%	81.03%	79.73%	81.69%	81.82%	80.62%	81.38%
延入院患者数	291,270人	291,270人	291,270人	365,730人	377,410人	382,155人	376,915人	332,150人	435,810人	443,840人	461,360人	460,995人	472,310人	473,040人	466,105人	470,485人
1日平均入院患者数	798人	798人	798人	1,002人	1,034人	1,047人	1,031人	910人	1,194人	1,216人	1,264人	1,263人	1,294人	1,296人	1,277人	1,289人
患者1人1日当り入院収益	33.99(千円)	34.72(千円)	39.29(千円)	35.14(千円)	34.74(千円)	19.23(千円)	35.16(千円)	36.79(千円)	39.99(千円)	44.62(千円)	46.14(千円)	46.68(千円)	27.48(千円)	30.60(千円)	31.89(千円)	33.19(千円)
延外来患者数	637,816人	648,552人	651,236人	675,880人	675,880人	606,340人	613,172人	541,680人	595,848人	610,488人	596,580人	877,424人	906,216人	906,216人	584,136人	592,920人
1日平均外来患者数	2,614人	2,658人	2,669人	2,770人	2,770人	2,485人	2,513人	2,220人	2,442人	2,502人	2,445人	3,596人	3,714人	3,714人	2,394人	2,430人
患者1人1日当り外来収益	10.50(千円)	10.30(千円)	10.23(千円)	9.49(千円)	7.96(千円)	4.90(千円)	9.40(千円)	10.40(千円)	10.03(千円)	10.31(千円)	10.59(千円)	7.05(千円)	4.49(千円)	4.67(千円)	7.58(千円)	7.60(千円)
■ 医業費用指標																
医業費用増加率	-	1.06%	18.10%	11.33%	△2.22%	0.19%	△3.03%	△3.29%	21.25%	8.00%	3.13%	0.78%	△32.96%	4.21%	3.85%	3.17%
材料費対医業収益比率(原価率)	33.52%	34.08%	33.08%	31.07%	26.57%	26.85%	26.61%	25.36%	16.28%	14.43%	14.07%	13.03%	22.08%	22.93%	23.11%	24.65%
減価償却費対医業収益比率	6.76%	6.54%	11.28%	13.57%	13.43%	13.40%	12.86%	12.92%	14.36%	12.45%	11.54%	10.92%	18.84%	17.51%	17.58%	17.64%
経費対医業収益比率	20.20%	19.66%	21.40%	22.04%	22.66%	21.36%	23.52%	24.77%	52.94%	57.76%	58.08%	59.62%	28.25%	27.44%	27.67%	28.31%
経常収益対支払利息率	2.91%	2.80%	4.61%	4.48%	4.49%	4.28%	4.01%	4.04%	5.90%	5.35%	4.91%	4.70%	6.44%	5.66%	5.32%	4.95%
資本負担対医業収益比率	10.01%	9.63%	16.66%	18.70%	18.68%	18.45%	17.63%	17.66%	21.36%	18.68%	17.27%	16.40%	26.78%	24.52%	24.14%	23.80%
利子負担率	6.38%	1.55%	2.85%	2.29%	2.12%	1.71%	1.27%	1.21%	2.32%	2.32%	2.26%	2.20%	2.09%	2.05%	2.03%	2.03%
Ⅲ. 労務指標																
付加価値率	66.48%	65.92%	66.92%	68.93%	73.43%	73.15%	73.39%	74.64%	83.72%	85.57%	85.93%	86.97%	77.92%	77.07%	76.89%	75.35%
労働分配率	79.24%	80.17%	85.02%	87.72%	90.41%	91.30%	85.86%	88.49%	46.34%	41.35%	39.25%	39.60%	71.99%	70.57%	72.30%	73.40%
職員給与費対医業収益比率	52.67%	52.85%	56.90%	60.47%	66.39%	66.78%	63.01%	66.05%	38.80%	35.38%	33.73%	34.44%	56.09%	54.38%	55.59%	55.30%
職員1人当たりの医業収益	16694.34342	16,899(千円)	14,270(千円)	14,476(千円)	13,490(千円)	13,536(千円)	13,263(千円)	14,007(千円)	21,937(千円)	24,568(千円)	26,357(千円)	25,576(千円)	15,705(千円)	16,126(千円)	15,984(千円)	16,041(千円)
職員1人当たりの総人件費	8,794(千円)	8,931(千円)	8,119(千円)	8,754(千円)	8,956(千円)	9,040(千円)	8,356(千円)	9,252(千円)	8,511(千円)	8,693(千円)	8,890(千円)	8,809(千円)	8,809(千円)	8,770(千円)	8,886(千円)	8,872(千円)
Ⅳ. その他の指標																
総資産利益率 (Return on Assets)	△4.79%	△1.83%	△3.98%	△6.42%	△5.88%	△4.21%	△2.76%	△3.74%	△3.20%	△3.37%	△3.09%	△3.38%	△2.81%	△1.86%	△2.56%	△2.82%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△26.13%	△19.92%	△25.22%	△39.10%	△45.28%	△44.19%	△38.11%	△48.15%	△47.64%	△54.50%	△61.87%	△78.72%	△70.18%	△58.98%	△60.76%	△59.78%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△6.20%	△2.05%	△3.98%	△4.95%	△4.79%	△3.85%	△2.92%	△3.51%	△2.24%	△2.39%	△2.01%	△2.50%	△1.59%	△1.31%	△1.86%	△2.46%
他会計繰入金額【収益的収支】	2,385.344(千円)	2,505,743(千円)	4,486,124(千円)	4,078,841(千円)	4,531,983(千円)	4,688,021(千円)	5,278,363(千円)	4,586,084(千円)	5,581,143(千円)	5,370,214(千円)	4,728,554(千円)	4,715,669(千円)	4,424,064(千円)	4,421,537(千円)	4,463,838(千円)	4,163,260(千円)
他会計繰入金増加率	-	4.61%	79.03%	△9.08%	11.11%	3.44%	12.59%	△13.12%	21.70%	△3.78%	△11.95%	△0.27%	△6.18%	△0.06%	0.96%	△6.73%
他会計繰入金対経常収益比率	11.43%	11.96%	18.62%	16.21%	18.10%	18.43%	20.79%	19.44%	18.26%	16.27%	13.56%	13.49%	18.96%	17.67%	17.53%	15.96%
他会計繰入金対医業収益比率	12.77%	13.20%	21.74%	18.52%	21.17%	21.74%	24.77%	22.80%	21.67%	18.94%	15.82%	15.73%	23.40%	21.90%	21.61%	19.86%
補助金等比率	11.69%	12.10%	18.82%	16.41%	18.30%	18.68%	21.03%	19.89%	18.59%	16.44%	13.82%	13.75%	19.58%	18.21%	18.04%	16.47%
企業債償還額	600,503(千円)	583,063(千円)	547,442(千円)	1,073,211(千円)	1,343,634(千円)	1,414,314(千円)	1,728,879(千円)	1,748,658(千円)	1,353,692(千円)	1,531,371(千円)	1,818,455(千円)	2,176,582(千円)	3,030,929(千円)	3,135,209(千円)	3,427,548(千円)	4,823,770(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	47.34%	46.96%	23.51%	35.91%	46.74%	48.94%	63.10%	67.30%	36.60%	43.40%	52.70%	66.50%	85.10%	88.70%	94.40%	130.40%
固定資産回転率	0.80回転	2.44回転	2.58回転	2.70回転	2.89回転	3.41回転	4.25回転	4.39回転	3.30回転	2.91回転	2.70回転	2.62回転	3.99回転	3.58回転	3.40回転	3.26回転
許可病床1床当たり総資産額	22440.28388	69,798(千円)	55,243(千円)	55,152(千円)	58,642(千円)	70,498(千円)	80,464(千円)	77,381(千円)	62,542(千円)	61,386(千円)	58,195(千円)	55,406(千円)	51,126(千円)	49,892(千円)	48,624(千円)	47,742(千円)
許可病床1床当たり器械備品	2,165,580(千円)	2,311,280(千円)	6,006,855(千円)	5,172,686(千円)	4,575,161(千円)	4,043,835(千円)	25,924(千円)	23,765(千円)	43,579(千円)	41,997(千円)	38,632(千円)	39,694(千円)	34,928(千円)	33,207(千円)	31,714(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		393,411(千円)	477,161(千円)	446,177(千円)	424,538(千円)	404,744(千円)	2,501(千円)	1,734(千円)	1,257(千円)	1,365(千円)	1,416(千円)	2,382(千円)	1,570(千円)	1,515(千円)	1,745(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	47.87回転	37.25回転	26.12回転	23.65回転	23.37回転	22.87回転	22.91回転	24.07回転	18.82回転	18.15回転	21.46回転	22.10回転	20.89回転	19.80回転	21.83回転	22.66回転

付録12. 厚木市立病院の財務指標推移

	2011年度	2012年度
I. 安全性指標		
流動比率	249.10%	389.88%
流動資産回転率	2.79回転	2.64回転
当座比率	248.27%	338.85%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	84.72%	84.23%
債権(未収金)回転率	6.77回転	6.77回転
債権(未収金)回転期間	53.93日	53.94日
債務(未払金)回転率	0.73回転	0.51回転
債務(未払金)回転期間	500.90日	714.97日
借入金比率	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△21.44%	△28.21%
累積欠損金比率	9.90%	10.78%
自己資本比率	75.45%	73.77%
負債比率	46.97%	27.56%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△105.61倍	△27.54倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt-Equity Ratio)	△0.24倍	0.24倍
II. 収益性・成長性指標		
医業収支伸び率	—	△53.27%
医業収益対医業利益率	△6.33%	△2.76%
経常収支比率	100.25%	99.41%
収支分岐点医業収益	7,103,057(千円)	7,315,822(千円)
収支分岐点比率	107.83%	103.37%
実質収益対経常費用比率	82.33%	83.74%
許可病床1床当たり医業収益	15,178(千円)	16,306(千円)
■ 医業収益指標		
医業収益増加率	—	7.44%
入院収益対外来収益比率	240.39%	266.18%
病床利用率	76.19%	84.43%
延入院患者数	87,600人	89,060人
1日平均入院患者数	240人	244人
患者1人1日当り入院収益	45.93(千円)	50.01(千円)
延外来患者数	167,140人	162,504人
1日平均外来患者数	685人	666人
患者1人1日当り外来収益	10.01(千円)	10.30(千円)
■ 医業費用指標		
医業費用増加率	—	3.82%
材料費対医業収益比率(原価率)	19.13%	18.36%
減価償却費対医業収益比率	4.07%	3.41%
経費対医業収益比率	21.14%	20.52%
経常収益対支払利息率	0.05%	0.09%
資本費対医業収益比率	4.13%	3.51%
利子負担率	0.33%	0.42%
III. 労務指標		
付加価値率	80.87%	81.64%
労働分配率	76.39%	73.77%
職員給与対医業収益比率	61.78%	60.23%
職員1人当たりの医業収益	17,154(千円)	18,334(千円)
職員1人当たりの総人件費	10,597(千円)	11,042(千円)
IV. その他の指標		
総資産利益率 (Return on Assets)	0.20%	△0.50%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△6.31%	△2.94%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△1.71%	0.51%
他会計繰入金額【収益的収支】	1,285,827(千円)	1,186,039(千円)
他会計繰入金増加率	—	△7.76%
他会計繰入金対経常収益比率	17.88%	15.76%
他会計繰入金対医業収益比率	19.52%	16.76%
補助金等比率	18.32%	16.15%
企業償還額	137,666(千円)	133,614(千円)
企業償還額対減価償却額比率	51.40%	55.40%
固定資産回転率	0.86回転	0.80回転
許可病床1床当たり総資産額	27,809(円)	31,157(円)
許可病床1床当たり器械備品	0(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物	0(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	159.19回転	391.46回転
貯蔵資産回転期間	2.29日	0.93日
総資産回転率	0.75回転	0.79回転
総資産増加率	—	2.79%

出典: 総務省自治財政局編地方公営企業年鑑第59巻(2011年度)～第60巻(2012年度)、厚木市立病院の貸借対照表(2011年度～2012年度)、及び損益計算書(2011年度～2012年度)を基に算出

付録13. 射水市民病院の財務指標推移

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標												
流動比率	319.25%	350.61%	325.05%	281.97%	214.24%	182.52%	201.10%	180.14%	147.60%	240.01%	225.75%	279.83%
流動資産回転率	3.83回転	3.91回転	3.67回転	4.70回転	5.66回転	5.93回転	5.83回転	6.16回転	5.79回転	5.77回転	5.75回転	4.54回転
当座比率	309.37%	339.66%	315.08%	271.85%	206.54%	175.16%	193.71%	173.09%	142.38%	232.70%	218.51%	271.84%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	684.17%	675.01%	705.17%	995.68%	1,308.47%	3,186.41%	14,178.79%	△3,444.57%	△10,765.98%	4,165.51%	1,222.20%	788.54%
債権(未収金)回転率	5.24回転	6.52回転	6.19回転	6.52回転	5.91回転	6.22回転	6.08回転	6.44回転	6.04回転	5.98回転	5.97回転	6.14回転
債権(未収金)回転期間	69.69日	56.02日	58.96日	55.98日	61.80日	58.69日	60.01日	56.66日	60.48日	61.01日	61.14日	59.46日
債務(未払金)回転率	0.30回転	0.25回転	0.31回転	0.28回転	0.31回転	0.32回転	0.32回転	0.34回転	0.46回転	0.28回転	0.30回転	0.33回転
債務(未払金)回転期間	1,233.85日	1,446.12日	1,196.04日	1,306.20日	1,185.18日	1,130.50日	1,149.92日	1,064.44日	794.43日	1,320.95日	1,205.25日	1,103.45日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債権比率(資金不足比率)	△17.92%	△18.27%	△18.87%	△13.74%	△9.42%	△7.62%	△8.62%	△5.57%	△10.11%	△9.68%	△14.17%	
累積欠損金比率	△58.15%	△69.33%	83.30%	102.55%	5.62%	19.20%	29.89%	42.58%	48.65%	46.14%	46.22%	50.48%
自己資本比率	78.25%	88.72%	12.40%	9.02%	6.92%	2.86%	0.64%	△2.63%	△0.83%	2.12%	7.14%	10.73%
負債比率	3.33%	3.01%	3.10%	2.68%	5.16%	7.36%	8.79%	10.81%	9.25%	7.45%	4.76%	4.24%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△1.37倍	△1.67倍	△1.67倍	△2.60倍	△2.37倍	△2.86倍	△2.57倍	△3.33倍	△2.52倍	△1.63倍	△1.56倍	△2.41倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	3.39倍	2.90倍	1.94倍	1.82倍	8.87倍	6.84倍	5.18倍	4.07倍	3.19倍	2.64倍	2.13倍	1.76倍
II. 収益性・成長性指標												
医業収支伸び率	-	#DIV/0!	6.80%	46.33%	△14.46%	13.71%	△12.06%	23.85%	△28.17%	△38.24%	△9.44%	45.18%
医業収益対医業利益率	△7.35%	△8.56%	△8.31%	△12.73%	△10.34%	△11.96%	△10.47%	△13.02%	△9.09%	△5.15%	△4.60%	△7.03%
経常収支比率	92.81%	94.33%	92.75%	87.38%	89.83%	88.72%	90.84%	89.55%	93.74%	98.73%	99.37%	98.45%
収支分岐点医業収益	3,670,749(千円)	3,669,952(千円)	3,509,359(千円)	3,526,246(千円)	3,613,683(千円)	3,632,695(千円)	3,571,734(千円)	3,662,235(千円)	3,597,205(千円)	3,738,355(千円)	3,765,345(千円)	3,673,795(千円)
収支分岐点比率	109.95%	111.80%	111.28%	117.13%	113.89%	116.50%	114.09%	117.41%	112.06%	106.85%	106.07%	109.09%
実質収益対経常費用比率	87.62%	86.80%	86.38%	83.14%	85.34%	83.81%	85.13%	83.26%	85.94%	89.99%	90.67%	88.45%
許可病床1床当たり医業収益	7,693(千円)	7,564(千円)	7,266(千円)	6,937(千円)	7,311(千円)	7,185(千円)	7,214(千円)	7,187(千円)	7,396(千円)	8,061(千円)	8,180(千円)	7,760(千円)
■ 医業収益指標												
医業収益増加率	-	△1.68%	△5.54%	△4.53%	5.39%	△1.72%	0.40%	△0.37%	2.91%	8.99%	1.47%	△5.14%
入院収益対外来収益比率	207.87%	209.15%	193.86%	195.67%	199.67%	202.49%	192.58%	202.67%	202.16%	208.67%	196.28%	188.65%
病床利用率	91.50%	90.90%	87.50%	85.00%	86.50%	87.00%	81.91%	77.89%	75.88%	75.38%	75.38%	71.36%
延入院患者数	66,795人	66,357人	63,875人	62,050人	63,145人	63,510人	59,495人	56,575人	55,115人	54,750人	54,750人	51,830人
1日平均入院患者数	183人	182人	175人	170人	173人	174人	163人	155人	151人	150人	150人	142人
患者1人1日当り入院収益	32.38(千円)	32.15(千円)	31.01(千円)	30.55(千円)	31.76(千円)	31.26(千円)	33.05(千円)	35.19(千円)	36.92(千円)	41.04(千円)	40.82(千円)	40.11(千円)
延外来患者数	170,727人	164,456人	152,256人	145,912人	142,984人	133,712人	128,832人	120,292人	114,924人	116,632人	115,656人	106,628人
1日平均外来患者数	700人	674人	624人	598人	586人	548人	528人	493人	471人	478人	474人	437人
患者1人1日当り外来収益	6.09(千円)	6.20(千円)	6.71(千円)	6.64(千円)	7.03(千円)	7.33(千円)	7.92(千円)	8.17(千円)	8.76(千円)	9.23(千円)	9.84(千円)	10.33(千円)
■ 医業費用指標												
医業費用増加率	-	△0.57%	△1.70%	△0.63%	3.15%	△0.28%	△0.93%	1.93%	△0.67%	5.06%	0.94%	△2.93%
材料費対医業収益比率(原価率)	26.12%	27.44%	26.36%	25.64%	25.59%	27.52%	25.64%	25.20%	24.66%	24.86%	24.23%	22.62%
減価償却費対医業収益比率	14.77%	14.78%	15.16%	12.75%	11.08%	10.16%	11.54%	11.56%	11.74%	12.09%	11.15%	10.31%
経費対医業収益比率	14.48%	14.48%	17.71%	19.90%	22.08%	20.95%	20.95%	22.97%	20.18%	19.36%	20.09%	21.38%
経常収益対支払利息率	5.03%	4.69%	4.64%	4.66%	4.15%	3.98%	3.86%	3.68%	3.37%	2.92%	2.71%	2.65%
資本費対医業収益比率	20.12%	19.90%	20.13%	17.64%	15.43%	14.34%	15.63%	15.49%	15.38%	15.26%	14.11%	13.23%
利子負担率	2.80%	2.81%	2.74%	2.66%	2.64%	2.49%	2.56%	2.55%	2.43%	2.45%	2.49%	2.43%
III. 労務指標												
付加価値率	73.88%	72.56%	73.64%	74.36%	74.41%	72.48%	74.36%	74.80%	75.34%	75.14%	75.77%	77.38%
労働分配率	70.14%	70.83%	66.44%	72.93%	69.07%	72.47%	69.90%	70.81%	68.87%	64.54%	64.45%	67.41%
職員給与費対医業収益比率	51.82%	51.39%	48.92%	54.23%	51.39%	52.53%	51.97%	52.96%	51.88%	48.50%	48.84%	52.17%
職員1人当たりの医業収益	16,051(千円)	15,706(千円)	15,383(千円)	14,758(千円)	15,255(千円)	15,211(千円)	15,272(千円)	15,216(千円)	15,891(千円)	16,984(千円)	14,032(千円)	13,003(千円)
職員1人当たりの総人件費	8,317(千円)	8,071(千円)	7,526(千円)	8,003(千円)	7,840(千円)	7,990(千円)	7,937(千円)	8,059(千円)	8,245(千円)	8,236(千円)	6,853(千円)	6,783(千円)
IV. その他の指標												
総資産利益率 (Return on Assets)	△3.61%	△3.01%	△3.85%	△7.22%	△6.34%	△7.14%	△6.00%	△7.30%	△4.32%	△0.96%	△0.50%	△1.21%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△4.11%	△4.42%	△30.86%	△67.27%	△79.70%	△223.29%	△923.29%	290.75%	654.49%	△166.96%	△17.07%	△15.66%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	3.24%	2.85%	3.15%	0.01%	0.40%	△0.96%	0.60%	△0.86%	1.59%	4.76%	4.80%	2.28%
他会計繰入金額【収益的収支】	198,673(千円)	286,274(千円)	231,992(千円)	153,157(千円)	166,678(千円)	181,601(千円)	208,829(千円)	234,085(千円)	288,539(千円)	337,626(千円)	338,624(千円)	377,476(千円)
他会計繰入金増加率	-	44.09%	16.77%	△33.98%	8.83%	8.95%	14.99%	12.09%	23.26%	17.01%	0.30%	11.47%
他会計繰入金対経常収益比率	5.59%	7.99%	6.87%	4.85%	5.00%	5.53%	6.29%	7.03%	8.33%	8.86%	8.76%	10.16%
他会計繰入金対医業収益比率	5.95%	8.72%	7.36%	5.09%	5.25%	5.82%	6.67%	7.50%	8.99%	9.65%	9.54%	11.21%
補助金等比率	5.72%	8.12%	7.02%	5.01%	5.15%	5.68%	6.38%	7.12%	8.47%	9.05%	8.90%	10.24%
企業債償還額	381,482(千円)	412,389(千円)	374,705(千円)	269,550(千円)	286,064(千円)	266,682(千円)	287,209(千円)	332,341(千円)	287,919(千円)	309,561(千円)	388,059(千円)	342,599(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	77.39%	84.99%	78.40%	70.20%	81.40%	84.20%	79.50%	92.20%	76.40%	73.20%	98.00%	98.70%
固定資産回転率	2.03回転	1.93回転	1.90回転	1.88回転	1.70回転	1.71回転	1.61回転	1.54回転	1.49回転	1.28回転	1.19回転	1.21回転
許可病床1床当たり総資産額	38,165(円)	35,814(円)	34,234(円)	31,579(円)	29,720(円)	29,234(円)	28,003(円)	26,724(円)	26,898(円)	25,633(円)	24,389(円)	24,287(円)
許可病床1床当たり器械備品	5,060(千円)	3,937(千円)	23,277(千円)	22,165(千円)	21,219(千円)	20,197(千円)	19,262(千円)	18,276(千円)	17,337(千円)	16,361(千円)	15,315(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		364(千円)	3,243(千円)	3,674(千円)	3,190(千円)	3,357(千円)	3,130(千円)	3,057(千円)	3,928(千円)	3,480(千円)	3,400(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	32.34回転	34.36回転	34.13回転	36.74回転	40.31回転	40.51回転	40.66回転	39.63回転	40.45回転	47.11回転	43.46回転	35.92回転
貯蔵資産回転期間	11.29日	10.62日	10.69日	9.94日	9.05日	9.01日	8.98日	9.21日	9.02日	7.75日	8.40日	10.16日
総資産回転率	0.44回転	0.46回転	0.46回転	0.48回転	0.53回転	0.53回転	0.56回転	0.59回転	0.60回転	0.69回転	0.73回転	0.70回転
総資産増加率	-	△6.16%	△10.30%	△7.76%	△5.89%	△1.64%	△4.69%	△4.57%	0.65%	△4.70%	△4.85%	△0.42%

出典：各府省自治体財務局編地方公営企業年報第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、射水市民病院の貸借対照表(2001年度～2012年度)、及び損益計算書(2001年度～2012年度)を基に筆者作成

付録14. 公立能登総合病院の財務指標推移

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
Ⅰ. 安全性指標												
流動比率	789.38%	577.85%	635.39%	516.50%	386.65%	814.37%	847.28%	740.52%	746.21%	870.96%	842.66%	545.72%
流動資産回転率	1.97回転	2.09回転	1.97回転	2.01回転	2.10回転	2.55回転	2.57回転	2.71回転	2.59回転	2.29回転	1.92回転	1.60回転
当座比率	769.87%	564.15%	622.04%	504.70%	378.83%	793.18%	826.92%	721.33%	729.33%	857.27%	834.03%	541.24%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	347.33%	387.73%	434.15%	434.23%	557.14%	600.32%	602.68%	635.49%	552.86%	425.75%	329.30%	279.07%
債権(未収金)回転率	6.08回転	5.89回転	5.99回転	5.48回転	4.82回転	5.50回転	5.75回転	5.48回転	6.01回転	6.24回転	6.19回転	5.86回転
債権(未収金)回転期間	60.05日	61.99日	60.92日	73.26日	75.78日	66.33日	63.50日	66.59日	60.73日	58.46日	58.95日	62.29日
債務(未払金)回転率	0.17回転	0.21回転	0.29回転	0.36回転	0.48回転	0.19回転	0.18回転	0.20回転	0.20回転	0.20回転	0.26回転	0.19回転
債務(未払金)回転期間	2,164.61日	1,733.11日	1,241.07日	1,018.95日	762.02日	1,896.56日	2,051.82日	1,838.98日	1,789.61日	1,823.46日	1,397.70日	1,933.61日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△44.30%	△39.56%	△42.87%	△40.02%	△35.36%	△34.40%	△34.29%	△31.94%	△33.48%	△38.59%	△45.87%	△50.99%
累積欠損金比率	18.55%	29.98%	51.01%	64.70%	88.35%	97.18%	95.68%	96.83%	92.64%	84.92%	80.25%	36.30%
自己資本比率	21.74%	20.20%	18.73%	17.40%	12.24%	11.64%	11.66%	12.12%	13.92%	16.66%	19.89%	22.43%
負債比率	3.83%	3.97%	3.00%	5.16%	7.13%	4.13%	3.90%	3.02%	3.12%	4.09%	5.76%	8.89%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△1.88倍	△2.05倍	△2.62倍	△2.94倍	△4.58倍	△2.21倍	△1.31倍	△0.73倍	△0.67倍	△0.50倍	△0.44倍	△1.26倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	4.23倍	4.12倍	3.96倍	3.80倍	3.77倍	3.64倍	3.54倍	3.34倍	3.15倍	2.79倍	2.44倍	2.18倍
Ⅱ. 収益性・成長性指標												
医業収支伸び率	—	△5.22%	△22.99%	△7.58%	△48.72%	52.82%	42.28%	45.57%	12.54%	28.70%	14.96%	△168.24%
医業収益対医業利益率	△8.10%	△8.38%	△12.46%	△13.18%	△20.55%	△9.66%	△5.36%	△2.93%	△2.47%	△1.65%	△1.37%	△3.66%
経常収支比率	89.90%	89.96%	87.86%	88.01%	83.90%	92.13%	97.96%	100.09%	100.41%	101.65%	102.64%	101.37%
収支分岐点医業収益	9,496,833,360(円)	9,723,311,971(円)	8,286,403,881(円)	8,494,652,918(円)	8,765,088,555(円)	7,773,894,881(円)	7,688,131,584(円)	7,412,797,867(円)	7,663,934,467(円)	8,106,186,768(円)	8,256,214,816(円)	8,828,753,271(円)
収支分岐点比率	112.67%	113.52%	116.89%	117.82%	127.43%	112.63%	107.02%	103.80%	103.16%	102.10%	101.73%	104.70%
実質収益対経常費用比率	84.78%	85.13%	82.61%	82.94%	78.90%	86.21%	88.79%	90.67%	92.14%	93.39%	94.58%	93.45%
許可病床1床当たり医業収益	19,422(千円)	19,736(千円)	16,334(千円)	16,613(千円)	15,848(千円)	15,903(千円)	16,553(千円)	16,455(千円)	17,118(千円)	18,294(千円)	18,699(千円)	18,770(千円)
■ 医業収益指標												
医業収益増加率	—	1.62%	△17.24%	1.71%	△4.60%	0.35%	4.08%	△0.59%	4.03%	6.87%	2.22%	0.38%
入院収益対外来収益比率	146.77%	144.44%	243.59%	244.40%	217.33%	201.52%	199.30%	198.69%	194.25%	202.38%	199.58%	196.68%
病床利用率	91.01%	91.47%	91.24%	90.78%	86.18%	81.11%	79.49%	80.65%	81.57%	85.94%	86.18%	84.10%
延入院患者数	144,175人	144,905人	144,540人	143,810人	136,510人	128,480人	125,925人	127,750人	129,210人	136,145人	136,510人	133,225人
1日平均入院患者数	395人	397人	396人	394人	374人	352人	345人	350人	354人	373人	374人	365人
患者1人1日当り入院収益	32.59(千円)	33.02(千円)	33.11(千円)	33.87(千円)	32.79(千円)	34.20(千円)	35.82(千円)	35.02(千円)	35.83(千円)	36.98(千円)	37.84(千円)	38.94(千円)
延外来患者数	332,084人	297,192人	283,528人	288,652人	281,088人	237,900人	251,564人	243,512人	236,192人	238,632人	237,412人	235,948人
1日平均外来患者数	1,361人	1,218人	1,162人	1,183人	1,152人	975人	1,031人	998人	968人	978人	973人	967人
患者1人1日当り外来収益	9.64(千円)	11.15(千円)	6.93(千円)	6.90(千円)	7.33(千円)	9.17(千円)	9.00(千円)	9.25(千円)	10.09(千円)	10.42(千円)	10.90(千円)	11.18(千円)
■ 医業費用指標												
医業費用増加率	—	1.89%	△14.13%	2.36%	1.61%	△8.71%	0.00%	△2.88%	3.55%	6.02%	1.94%	2.65%
材料費対医業収益比率(原価率)	36.09%	37.99%	26.24%	26.04%	25.10%	23.51%	23.65%	22.78%	21.98%	21.59%	21.07%	22.10%
減価償却費対医業収益比率	11.86%	11.47%	13.89%	13.80%	14.10%	12.44%	10.64%	10.39%	9.57%	9.18%	8.38%	8.43%
経費対医業収益比率	13.14%	13.09%	16.08%	15.72%	16.40%	15.45%	14.98%	15.29%	14.91%	14.82%	15.86%	15.84%
経常収益対支払利息率	4.06%	3.88%	4.45%	4.19%	4.19%	4.09%	3.72%	3.62%	3.37%	3.02%	2.81%	2.64%
資本費対医業収益比率	16.14%	15.56%	18.65%	18.28%	18.59%	16.81%	14.70%	14.34%	13.22%	12.46%	11.44%	25.00%
利子負担率	2.07%	2.11%	2.13%	2.09%	2.00%	2.03%	2.02%	2.05%	2.03%	2.02%	1.97%	1.88%
Ⅲ. 労務指標												
付加価値率	63.91%	62.01%	73.76%	73.96%	74.90%	76.49%	76.35%	77.22%	78.02%	78.41%	78.93%	77.90%
労働分配率	72.91%	73.25%	75.57%	77.19%	86.01%	75.49%	72.35%	69.83%	71.08%	70.35%	70.33%	72.90%
職員給与費対医業収益比率	46.60%	45.42%	55.74%	57.09%	64.42%	57.74%	55.24%	53.92%	55.46%	55.16%	55.51%	56.79%
職員1人当たりの医業収益	16,691(千円)	16,762(千円)	13,685(千円)	13,865(千円)	13,304(千円)	13,944(千円)	14,602(千円)	14,515(千円)	14,232(千円)	14,488(千円)	14,702(千円)	13,854(千円)
職員1人当たりの総人件費	7,778(千円)	7,614(千円)	7,628(千円)	7,915(千円)	8,571(千円)	8,051(千円)	8,066(千円)	7,827(千円)	7,893(千円)	7,991(千円)	8,161(千円)	7,868(千円)
Ⅳ. その他の指標												
総資産利益率 (Return on Assets)	△4.35%	△4.64%	△5.18%	△5.37%	△7.62%	△3.66%	△0.97%	0.04%	0.21%	0.88%	1.39%	0.70%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△13.69%	△11.47%	△23.30%	△27.99%	△62.14%	△33.25%	△19.71%	△10.77%	△8.23%	△4.91%	△3.42%	△7.63%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	1.43%	1.26%	0.52%	0.24%	△2.57%	1.16%	2.36%	3.43%	3.41%	3.90%	3.69%	2.43%
他会計繰入金額【収益的収支】	504,977(千円)	485,182(千円)	453,473(千円)	444,070(千円)	439,214(千円)	474,074(千円)	734,939(千円)	734,159(千円)	664,711(千円)	701,390(千円)	695,478(千円)	700,535(千円)
他会計繰入金増加率	1.40%	△3.92%	△6.54%	△2.07%	△1.09%	7.94%	55.03%	△0.11%	△9.46%	5.52%	△0.84%	0.73%
他会計繰入金対経常収益比率	5.69%	5.37%	5.97%	5.77%	5.96%	6.42%	9.36%	9.42%	8.24%	8.13%	7.85%	7.81%
他会計繰入金対医業収益比率	5.99%	5.66%	6.40%	6.16%	6.39%	6.87%	10.23%	10.28%	8.95%	8.83%	8.57%	8.60%
補助金等比率	7.04%	6.90%	6.80%	6.55%	6.74%	6.67%	9.60%	9.67%	8.61%	8.43%	8.04%	8.04%
企業債償還額	567,730(千円)	617,044(千円)	675,458(千円)	964,290(千円)	465,519(千円)	509,041(千円)	593,212(千円)	604,707(千円)	698,105(千円)	696,517(千円)	718,787(千円)	749,980(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	56.80%	62.80%	68.60%	96.90%	48.00%	59.30%	77.60%	81.50%	98.20%	95.60%	105.70%	109.20%
固定資産回転率	0.46回転	0.49回転	0.43回転	0.45回転	0.45回転	0.48回転	0.52回転	0.53回転	0.57回転	0.63回転	0.67回転	0.66回転
許可病床1床当たり総資産額	52,845(千円)	50,047(千円)	46,627(千円)	44,949(千円)	42,819(千円)	39,705(千円)	38,582(千円)	36,989(千円)	36,850(千円)	36,840(千円)	37,663(千円)	40,129(千円)
許可病床1床当たり器械備品	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)	5,548(千円)
許可病床1床当たり建物構築物	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)	1,864(千円)
貯蔵資産回転率	28.79回転	33.49回転	24.55回転	22.98回転	23.33回転	23.73回転	24.89回転	24.38回転	24.87回転	28.96回転	35.01回転	108.80回転
貯蔵資産回転期間	12.68日	10.90日	14.87日	15.88日	14.03日	15.84日	14.20日	15.11日	14.31日	11.59日	9.23日	8.47日
総資産回転率	0.37回転	0.39回転	0.35回転	0.37回転	0.37回転	0.40回転	0.43回転	0.44回転	0.46回転	0.50回転	0.50回転	0.47回転
総資産増加率	—	△5.30%	△6.83%	△3.60%	△4.74%	△7.27%	△2.83%	△4.13%	△0.38%	△0.03%	2.23%	6.55%

出典：総務省自治体財政局編地方公営企業年鑑第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、公立能登総合病院の貸借対照表(2001年度～2012年度)、及び損益計算書(2001年度～2012年度)を基に筆者作成

付録15. 能美市立病院の財務指標推移

	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標									
流動比率	549.84%	647.34%	391.21%	292.36%	595.22%	1,503.87%	2,075.46%	1,840.98%	1,285.43%
流動資産回転率	2.24回転	2.41回転	2.29回転	2.38回転	2.24回転	1.84回転	1.48回転	1.24回転	1.12回転
当座比率	522.16%	627.13%	323.62%	221.40%	582.18%	1,482.65%	2,051.74%	1,780.40%	1,273.54%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	222.67%	206.83%	199.98%	179.17%	160.20%	137.79%	119.81%	106.41%	106.35%
債権(未収金)回転率	4.62回転	4.79回転	4.59回転	4.57回転	4.33回転	3.77回転	4.53回転	4.56回転	3.95回転
債権(未収金)回転期間	79.09日	76.14日	79.46日	79.95日	84.39日	96.78日	80.52日	80.04日	92.35日
債務(未払金)回転率	0.28回転	0.21回転	0.37回転	0.50回転	0.31回転	0.20回転	0.19回転	0.28回転	0.41回転
債務(未払金)回転期間	1,300.19日	1,713.81日	981.20日	736.78日	1,181.31日	1,810.71日	1,943.02日	1,324.22日	894.97日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△36.49%	△35.10%	△32.50%	△27.59%	△37.08%	△50.85%	△64.18%	△76.33%	△82.63%
累積欠損金比率	△2.77%	△4.02%	4.93%	4.05%	3.02%	△4.14%	△13.57%	△22.93%	△26.40%
自己資本比率	36.08%	39.09%	40.55%	44.95%	50.80%	56.08%	60.38%	64.91%	64.72%
負債比率	4.11%	3.56%	5.60%	7.77%	3.84%	2.76%	2.83%	3.45%	4.65%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△0.94倍	△1.65倍	△2.54倍	△1.75倍	△4.30倍	△2.29倍	△0.78倍	0.07倍	△2.18倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	2.27倍	2.00倍	1.76倍	1.36倍	1.04倍	0.84倍	0.57倍	0.36倍	0.35倍
II. 収益性・成長性指標									
医業収支伸び率	-	67.75%	42.90%	△35.32%	115.76%	△51.46%	△69.06%	△108.47%	△2,860.30%
医業収益対医業利益率	△4.72%	△7.94%	△12.30%	△7.44%	△18.62%	△8.53%	△2.52%	0.21%	△6.07%
経常収支比率	101.67%	100.93%	96.11%	100.67%	101.13%	108.34%	108.62%	107.95%	102.08%
収支分岐点医業収益	2,068,910(千円)	2,155,295(千円)	2,098,443(千円)	2,108,656(千円)	2,049,271(千円)	1,923,463(千円)	1,880,384(千円)	1,819,855(千円)	1,901,670(千円)
収支分岐点比率	106.64%	111.35%	117.57%	110.47%	124.58%	110.40%	103.05%	99.75%	107.32%
実質収益対経常費用比率	91.77%	89.02%	85.39%	89.50%	83.69%	89.89%	93.65%	95.08%	90.53%
許可病床1床当たり医業収益	4,470(千円)	4,460(千円)	4,113(千円)	4,398(千円)	3,790(千円)	4,014(千円)	4,205(千円)	4,204(千円)	4,083(千円)
■ 医業収益指標									
医業収益増加率	-	△0.24%	△7.78%	6.94%	△13.82%	5.91%	4.74%	△0.01%	△2.88%
入院収益対外来収益比率	141.92%	137.50%	126.80%	132.07%	191.30%	233.38%	232.73%	240.05%	224.95%
病床利用率	86.01%	83.22%	72.03%	79.72%	76.98%	83.45%	84.17%	87.77%	82.73%
延入院患者数	44,895人	43,435人	37,595人	41,610人	39,055人	42,340人	42,705人	44,530人	41,975人
1日平均入院患者数	123人	119人	103人	114人	107人	116人	117人	122人	115人
患者1人1日当り入院収益	23.95(千円)	24.32(千円)	24.88(千円)	24.61(千円)	25.78(千円)	26.52(千円)	27.57(千円)	26.59(千円)	26.87(千円)
延外来患者数	75,884人	73,932人	67,100人	69,296人	65,392人	63,196人	62,708人	62,464人	61,976人
1日平均外来患者数	311人	303人	275人	284人	268人	259人	257人	256人	254人
患者1人1日当り外来収益	9.98(千円)	10.39(千円)	10.99(千円)	11.19(千円)	8.05(千円)	7.61(千円)	8.07(千円)	7.90(千円)	8.09(千円)
■ 医業費用指標									
医業費用増加率	-	2.83%	△4.06%	2.32%	△4.85%	△3.10%	△1.06%	△2.68%	3.24%
材料費対医業収益比率(原価率)	28.89%	30.11%	30.00%	28.95%	24.23%	17.97%	17.29%	15.91%	17.09%
減価償却費対医業収益比率	7.37%	8.68%	9.61%	8.87%	10.08%	7.74%	7.49%	6.44%	6.98%
経費対医業収益比率	13.14%	13.82%	14.32%	13.82%	17.13%	18.81%	17.72%	18.37%	19.48%
経常収益対支払利息率	3.78%	3.52%	3.55%	3.13%	2.87%	2.50%	2.28%	2.16%	2.03%
資本費対医業収益比率	12.40%	13.47%	14.45%	13.11%	14.41%	11.46%	10.72%	9.42%	9.76%
利子負担率	3.30%	3.40%	3.42%	3.71%	3.55%	3.29%	3.20%	3.22%	2.77%
III. 労務指標									
付加価値率	71.11%	69.89%	70.00%	71.05%	75.77%	82.03%	82.71%	84.09%	82.91%
労働分配率	76.76%	78.79%	82.98%	78.22%	88.33%	76.19%	71.75%	69.97%	74.75%
職員給与対医業収益比率	54.58%	55.07%	58.09%	55.57%	66.93%	62.50%	59.34%	58.84%	61.97%
職員1人当たりの医業収益	9,511(千円)	9,926(千円)	8,707(千円)	9,133(千円)	7,871(千円)	8,376(千円)	8,773(千円)	8,730(千円)	8,602(千円)
職員1人当たりの総人件費	5,191(千円)	5,466(千円)	5,057(千円)	5,076(千円)	5,268(千円)	5,235(千円)	5,206(千円)	5,136(千円)	5,331(千円)
IV. その他の指標									
総資産利益率 (Return on Assets)	0.87%	0.52%	△2.15%	0.39%	0.64%	4.31%	4.29%	3.68%	0.92%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△5.21%	△8.38%	△11.79%	△7.08%	△13.95%	△5.72%	△1.59%	0.12%	△3.08%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	1.05%	0.31%	△1.05%	0.61%	△3.25%	△0.30%	1.89%	2.41%	0.30%
他会計繰入金額【収益的収支】	251,662(千円)	311,473(千円)	271,330(千円)	287,153(千円)	427,391(千円)	441,777(千円)	356,740(千円)	300,048(千円)	274,965(千円)
他会計繰入金増加率	-	23.77%	△12.89%	5.83%	48.84%	3.37%	△19.25%	△15.89%	△8.36%
他会計繰入金対経常収益比率	9.74%	11.80%	11.15%	11.09%	17.25%	17.03%	13.78%	11.93%	11.31%
他会計繰入金対医業収益比率	12.97%	16.09%	15.20%	15.04%	25.98%	25.36%	19.55%	16.45%	15.52%
補助金等比率	9.91%	11.99%	11.38%	11.27%	17.52%	17.26%	13.80%	12.01%	11.33%
企業債償還額	238,249(千円)	276,383(千円)	313,528(千円)	376,824(千円)	247,348(千円)	241,089(千円)	165,035(千円)	197,990(千円)	202,293(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	166.70%	164.60%	182.80%	222.60%	149.10%	178.90%	120.80%	168.40%	163.60%
固定資産回転率	2.03回転	1.98回転	2.10回転	1.89回転	2.15回転	2.09回転	1.93回転	1.93回転	2.12回転
許可病床1床当たり総資産額	34,093(円)	32,809(円)	32,103(円)	31,211(円)	31,103(円)	33,334(円)	34,466(円)	36,188(円)	38,812(円)
許可病床1床当たり器械備品	18,826(千円)	18,466(千円)	18,765(千円)	18,429(千円)	18,830(千円)	18,518(千円)	18,151(千円)	17,789(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		4,506(千円)	3,753(千円)	3,146(千円)	2,895(千円)	3,819(千円)	3,404(千円)	3,767(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	12.87回転	23.24回転	24.75回転	28.69回転	24.82回転	23.38回転	22.44回転	21.25回転	20.61回転
貯蔵資産回転期間	28.36日	15.71日	14.75日	12.72日	14.71日	15.61日	16.27日	17.18日	17.71日
総資産回転率	0.40回転	0.41回転	0.39回転	0.43回転	0.38回転	0.38回転	0.38回転	0.36回転	0.33回転
総資産増加率	-	△3.77%	△2.15%	△2.78%	△3.13%	7.17%	3.40%	4.99%	7.25%

出典:総務省自治財政局編地方公営企業年報第52集(2004年度)～第60集(2012年度)、能美市立病院の貸借対照表(2004年度～2012年度)、及び損益計算書(2004年度～2012年度)を基に筆者作成

付録16. 島田市民病院の経営指標推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標										
流動比率	446.01%	287.57%	253.88%	196.71%	185.53%	190.48%	220.83%	338.25%	353.43%	514.16%
流動資産回転率	2.06回転	2.30回転	3.77回転	5.08回転	5.00回転	5.05回転	4.60回転	3.23回転	2.45回転	2.28回転
当座比率	322.84%	248.30%	244.28%	182.97%	177.00%	182.67%	212.68%	330.40%	341.59%	504.73%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	105.00%	117.19%	127.86%	130.37%	127.30%	124.41%	116.71%	103.90%	94.61%	88.92%
債権(未収金)回転率	4.60回転	6.02回転	6.38回転	6.51回転	6.31回転	6.13回転	6.19回転	5.94回転	5.83回転	6.25回転
債権(未収金)回転期間	79.35日	60.65日	57.23日	56.04日	57.82日	59.56日	59.00日	61.47日	62.56日	58.37日
債務(未払金)回転率	0.41回転	0.56回転	0.41回転	0.39回転	0.42回転	0.43回転	0.41回転	0.37回転	0.47回転	0.34回転
債務(未払金)回転期間	879.82日	650.52日	881.99日	931.45日	867.02日	853.33日	897.89日	981.98日	770.13日	1,070.99日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△37.69%	△28.34%	△16.09%	△9.68%	△9.21%	△9.40%	△11.88%	△21.84%	△29.29%	△35.26%
累積欠損金比率	8.02%	15.96%	24.39%	34.05%	40.41%	47.95%	44.25%	36.32%	31.29%	32.99%
自己資本比率	65.11%	62.81%	64.05%	65.39%	66.27%	67.76%	69.92%	70.91%	71.29%	74.98%
負債比率	7.76%	9.37%	6.51%	6.27%	6.87%	6.43%	6.62%	6.98%	8.72%	6.20%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△2.14倍	△4.69倍	△5.55倍	△7.10倍	△6.36倍	△7.51倍	△2.37倍	4.28倍	4.68倍	△2.69倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt-Equity Ratio)	0.31倍	0.24倍	0.32倍	0.32倍	0.27倍	0.24倍	0.19倍	0.11倍	0.02倍	△0.02倍
II. 収益性・成長性指標										
医療収支伸び率	—	96.06%	12.31%	15.65%	△21.54%	△2.67%	△74.51%	△243.18%	△0.33%	△151.09%
医療収益対医療利益率	△4.23%	△8.88%	△9.86%	△11.34%	△8.65%	△8.55%	△1.97%	2.62%	2.54%	△1.38%
経常収支比率	96.98%	93.37%	92.55%	91.63%	93.35%	93.94%	99.16%	104.55%	104.03%	100.19%
収支分岐点医療収益	10,919,791(千円)	10,821,168(千円)	11,053,195(千円)	11,310,497(千円)	11,255,345(千円)	11,052,184(千円)	11,277,346(千円)	11,434,910(千円)	11,742,947(千円)	11,667,748(千円)
収支分岐点比率	105.73%	112.14%	113.17%	115.20%	111.52%	111.19%	102.58%	96.55%	96.64%	101.84%
実質収益対経常費用比率	91.80%	87.99%	87.58%	85.97%	88.16%	88.93%	94.80%	98.54%	98.92%	95.35%
許可病床1床当たり医療収益	23,796(千円)	22,234(千円)	22,504(千円)	22,622(千円)	23,255(千円)	22,902(千円)	25,331(千円)	27,288(千円)	27,999(千円)	26,400(千円)
■ 医療収益指標										
医療収益増加率	—	△6.56%	1.22%	0.52%	2.80%	△1.52%	10.61%	7.72%	2.61%	△5.71%
入院収益対外来収益比率	216.11%	197.29%	198.49%	196.64%	219.88%	244.41%	239.16%	224.45%	206.74%	188.69%
病床利用率	71.72%	72.73%	87.64%	85.27%	80.73%	80.00%	90.30%	89.18%	86.75%	76.49%
延入院患者数	191,625人	172,280人	175,930人	171,185人	162,060人	160,600人	176,660人	174,470人	169,725人	149,650人
1日平均入院患者数	525人	472人	482人	469人	444人	440人	484人	478人	465人	410人
患者1人1日当り入院収益	35.67(千円)	36.05(千円)	35.73(千円)	36.42(千円)	40.85(千円)	42.03(千円)	41.99(千円)	44.94(千円)	46.30(千円)	48.04(千円)
延外来患者数	367,952人	343,796人	333,304人	329,888人	307,684人	262,788人	261,080人	253,516人	261,812人	249,612人
1日平均外来患者数	1,508人	1,409人	1,366人	1,352人	1,261人	1,077人	1,070人	1,039人	1,073人	1,023人
患者1人1日当り外来収益	8.60(千円)	9.16(千円)	9.50(千円)	9.61(千円)	9.79(千円)	10.51(千円)	11.88(千円)	13.78(千円)	14.52(千円)	15.26(千円)
■ 医療費用指標										
医療費用増加率	—	△2.40%	2.12%	1.88%	0.32%	△1.61%	3.90%	2.87%	2.68%	△1.92%
材料費対医療収益比率(原価率)	26.18%	26.84%	25.16%	25.41%	24.86%	23.59%	23.58%	23.96%	24.31%	24.87%
減価償却費対医療収益比率	8.11%	8.23%	8.69%	9.48%	8.98%	7.87%	6.50%	6.17%	6.04%	6.15%
経費対医療収益比率	14.62%	15.81%	16.50%	16.58%	16.13%	17.01%	14.99%	13.26%	13.37%	13.19%
経常収益対支払利息率	1.84%	1.76%	1.66%	1.49%	1.28%	1.06%	0.79%	0.58%	0.51%	0.48%
資本費対医療収益比率	10.08%	10.11%	10.47%	11.08%	10.34%	9.01%	7.33%	6.78%	6.58%	6.66%
利子負担率	4.41%	3.81%	3.72%	3.78%	3.69%	3.38%	2.96%	2.25%	2.09%	2.00%
III. 労務指標										
付加価値率	73.82%	73.16%	74.84%	74.59%	75.14%	76.41%	76.42%	76.04%	75.69%	75.13%
労働分配率	74.42%	78.41%	77.80%	79.37%	77.46%	78.03%	73.56%	69.79%	70.18%	74.87%
職員給与費対医療収益比率	54.94%	57.37%	58.23%	59.20%	58.21%	59.62%	56.21%	53.07%	53.12%	56.25%
職員1人当たりの医療収益	14,324(千円)	13,553(千円)	13,584(千円)	13,285(千円)	13,732(千円)	13,672(千円)	14,757(千円)	14,183(千円)	14,064(千円)	13,005(千円)
職員1人当たりの総人件費	7,870(千円)	7,775(千円)	7,909(千円)	7,866(千円)	7,993(千円)	8,151(千円)	8,295(千円)	7,527(千円)	7,471(千円)	7,316(千円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△2.09%	△4.39%	△5.32%	△6.48%	△5.37%	△5.05%	△0.71%	3.70%	3.13%	0.15%
自己資本医療利益率 (Return on Equity)	△4.09%	△8.13%	△9.51%	△11.48%	△9.24%	△9.21%	△2.24%	2.95%	2.73%	△1.35%
投下資本医療利益率 (Return on Investment)	2.44%	△0.38%	△0.72%	△1.23%	0.23%	△0.50%	3.60%	7.02%	6.56%	3.49%
他会計繰入金額【収益的収支】	588,984(千円)	597,859(千円)	561,943(千円)	649,635(千円)	597,009(千円)	568,433(千円)	510,053(千円)	724,756(千円)	631,551(千円)	586,041(千円)
他会計繰入金増加率	—	1.51%	△6.01%	15.61%	△8.10%	△4.79%	△10.27%	42.09%	△12.86%	△7.21%
他会計繰入金対経常収益比率	5.34%	5.76%	5.37%	6.17%	5.56%	5.33%	4.39%	5.75%	4.91%	4.83%
他会計繰入金対医療収益比率	5.70%	6.20%	5.75%	6.62%	5.92%	5.72%	4.64%	6.12%	5.20%	5.11%
補助金等比率	5.47%	5.98%	5.54%	6.44%	5.83%	5.65%	4.77%	6.05%	5.23%	5.13%
企業負債償還額	604,103(千円)	616,846(千円)	571,257(千円)	662,972(千円)	662,588(千円)	648,199(千円)	741,634(千円)	402,441(千円)	466,899(千円)	531,167(千円)
企業負債償還額対減価償却額比率	72.10%	77.70%	67.30%	71.20%	73.10%	82.90%	103.80%	55.10%	63.60%	75.40%
固定資産回転率	1.09回転	1.28回転	1.33回転	1.29回転	1.20回転	1.16回転	1.03回転	0.93回転	0.89回転	0.92回転
許可病床1床当たり総資産額	22,422(円)	25,863(円)	28,748(円)	26,961(円)	25,940(円)	24,768(円)	25,823(円)	27,641(円)	29,672(円)	29,186(円)
許可病床1床当たり器械備品	7,667(千円)	9,322(千円)	12,878(千円)	12,969(千円)	12,444(千円)	11,880(千円)	11,660(千円)	11,096(千円)	10,719(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物	3,274(千円)	3,973(千円)	4,898(千円)	4,294(千円)	3,606(千円)	3,172(千円)	3,449(千円)	3,489(千円)	3,541(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	32.35回転	31.27回転	25.55回転	18.78回転	27.59回転	29.49回転	29.85回転	33.68回転	34.10回転	32.23回転
貯蔵資産回転期間	11.28日	11.67日	14.28日	19.44日	13.23日	12.38日	12.23日	10.84日	10.71日	11.32日
総資産回転率	0.63回転	0.57回転	0.62回転	0.66回転	0.71回転	0.73回転	0.79回転	0.80回転	0.76回転	0.73回転
総資産増加率	—	2.26%	△5.80%	△6.22%	△3.79%	△4.52%	1.60%	7.04%	7.35%	△1.64%

出典：総務省自治体財務局編地方公営企業年鑑第51巻(2003年度)～第60巻(2012年度)、島田市民病院の貸借対照表(2003年度～2012年度)、及び損益計算書(2003年度～2012年度)を基に筆者作成

付録17. 羽島市民病院の経営指標推移

	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標																				
流動比率	405.23%	463.35%	548.25%	620.69%	615.69%	586.72%	692.31%	822.28%	552.65%	504.55%	503.07%	307.73%	375.50%	388.43%	384.59%	538.71%	557.39%	465.51%	475.43%	383.10%
流動資産回転率	3.27回転	2.77回転	2.54回転	2.35回転	2.18回転	2.14回転	2.03回転	2.00回転	2.69回転	2.57回転	2.04回転	2.13回転	3.12回転	3.52回転	3.66回転	3.17回転	2.94回転	2.82回転	2.96回転	3.60回転
当座比率	400.43%	449.18%	536.93%	599.78%	599.57%	571.44%	672.83%	798.30%	530.38%	482.74%	403.59%	297.57%	356.39%	369.49%	371.85%	538.71%	546.45%	457.04%	465.86%	373.79%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	122.83%	103.89%	89.43%	78.42%	74.66%	81.48%	72.73%	66.99%	85.48%	81.90%	69.93%	118.77%	127.05%	128.30%	127.01%	47.28%	124.39%	121.15%	120.57%	128.79%
債権(未収金)回転率	6.74回転	6.73回転	6.71回転	6.99回転	6.89回転	7.07回転	6.82回転	6.81回転	6.83回転	6.93回転	6.62回転	6.46回転	6.44回転	6.57回転	6.57回転	6.33回転	6.52回転	6.04回転	6.28回転	6.09回転
債権(未収金)回転期間	54.18日	54.23日	54.40日	52.19日	52.98日	51.62日	53.50日	53.57日	53.41日	52.65日	55.17日	56.49日	56.71日	55.52日	55.54日	57.68日	55.96日	60.42日	58.09日	59.94日
債務(未払金)回転率	0.20回転	0.21回転	0.20回転	0.19回転	0.21回転	0.23回転	0.20回転	0.17回転	0.18回転	0.21回転	0.27回転	0.42回転	0.23回転	0.21回転	0.20回転	0.25回転	0.25回転	0.34回転	0.33回転	0.32回転
債務(未払金)回転期間	1,807.80日	1,721.69日	1,828.24日	1,940.80日	1,747.15日	1,620.97日	1,799.50日	2,154.94日	1,981.99日	1,739.90日	1,357.26日	861.92日	1,581.71日	1,778.54日	1,865.53日	1,459.92日	1,433.26日	1,089.49日	1,115.10日	1,128.64日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債権比率(資金不足比率)	△23.05%	△28.29%	△32.24%	△35.68%	△38.48%	△38.71%	△42.18%	△43.81%	△30.41%	△31.23%	△39.36%	△31.75%	△23.52%	△21.09%	△20.23%	△25.69%	△27.92%	△27.81%	△26.64%	△20.51%
累積損入金比率	△7.56%	△5.16%	△5.77%	△5.75%	△3.97%	△5.60%	△8.19%	△5.98%	△5.16%	△4.00%	△4.24%	△5.79%	0.76%	5.74%	9.26%	17.25%	19.93%	21.09%	23.64%	30.08%
自己資本比率	51.89%	54.72%	58.84%	62.68%	63.42%	61.42%	65.01%	68.86%	70.77%	71.88%	73.28%	56.08%	58.41%	58.33%	58.23%	58.37%	57.95%	57.85%	58.47%	57.71%
負債比率	9.73%	11.52%	11.39%	12.31%	12.33%	11.80%	9.51%	10.74%	12.60%	13.95%	12.64%	12.86%	7.23%	6.52%	6.62%	4.46%	4.65%	5.93%	5.61%	5.69%
インデット・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	0.98倍	1.56倍	2.98倍	2.90倍	2.38倍	3.19倍	4.05倍	3.34倍	3.23倍	2.19倍	2.18倍	4.88倍	△2.98倍	△3.29倍	△2.31倍	△5.30倍	△3.92倍	△3.41倍	△4.07倍	△6.93倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	0.40倍	0.23倍	0.08倍	△0.06倍	△0.14倍	△0.08倍	△0.18倍	△0.25倍	△0.01倍	△0.09倍	△0.11倍	0.27倍	0.43倍	0.43倍	0.40倍	0.38倍	0.33倍	0.30倍	0.29倍	0.33倍
II. 収益性・成長性指標																				
医業収支伸び率	-	59.15%	94.10%	△6.51%	△24.36%	28.56%	30.10%	△24.25%	△11.98%	△39.02%	△14.21%	86.08%	△205.29%	0.13%	△35.59%	110.37%	△27.51%	△15.17%	13.25%	61.08%
医業収益対医業利益率	1.89%	2.87%	5.25%	4.65%	3.47%	4.33%	5.42%	3.98%	3.48%	2.12%	1.86%	3.51%	△3.71%	△3.56%	△2.20%	△5.80%	△4.17%	△3.41%	△3.91%	△6.43%
経常収支比率	102.78%	103.58%	105.55%	104.59%	102.58%	103.44%	104.72%	103.08%	102.71%	100.67%	100.25%	102.17%	94.77%	95.72%	97.12%	95.45%	97.79%	99.25%	98.91%	95.39%
収支分岐点医業収益	4,256,599(千円)	4,878,341(千円)	4,972,151(千円)	5,390,905(千円)	4,478,129(千円)	5,357,474(千円)	5,802,434(千円)	4,810,568(千円)	4,696,016(千円)	4,248,531(千円)	4,118,304(千円)	5,673,752(千円)	6,546,700(千円)	6,826,077(千円)	6,599,834(千円)	5,716,473(千円)	5,965,590(千円)	5,815,830(千円)	5,873,303(千円)	
収支分岐点比率	96.96%	95.46%	91.79%	92.68%	94.60%	93.30%	91.65%	93.80%	94.52%	96.65%	97.08%	94.50%	105.89%	105.53%	103.46%	107.57%	105.49%	104.45%	104.99%	108.29%
実質収益対経常費用比率	102.77%	103.58%	105.54%	102.00%	102.58%	103.43%	104.72%	103.08%	102.70%	100.67%	97.48%	99.16%	91.90%	92.68%	94.10%	90.95%	91.38%	92.62%	92.12%	89.61%
許可病床1床当たり医業収益	11,230(千円)	11,766(千円)	12,482(千円)	13,176(千円)	13,346(千円)	13,759(千円)	14,309(千円)	14,766(千円)	14,860(千円)	14,896(千円)	14,617(千円)	14,326(千円)	14,250(千円)	14,904(千円)	15,522(千円)	12,400(千円)	12,494(千円)	12,805(千円)	12,764(千円)	12,457(千円)
III. 医業収益指標																				
医業収益増加率	-	4.68%	6.17%	5.56%	1.29%	3.10%	4.00%	3.18%	0.65%	0.24%	△2.55%	△1.32%	△0.25%	4.30%	4.14%	△20.11%	0.76%	2.53%	△0.36%	△2.09%
入院収益対外来収益比率	116.82%	114.16%	107.04%	108.62%	109.86%	119.02%	119.58%	133.22%	140.54%	142.27%	131.00%	126.09%	126.85%	131.93%	133.66%	226.00%	219.69%	231.23%	215.71%	207.64%
病床利用率	88.45%	89.77%	90.43%	92.08%	90.10%	91.42%	92.74%	91.75%	92.74%	91.09%	83.83%	83.17%	79.54%	78.12%	77.20%	72.64%	72.04%	71.43%	69.91%	72.24%
入院患者数	97,820人	99,280人	100,010人	101,835人	99,645人	101,105人	102,565人	101,470人	102,565人	100,740人	92,710人	91,980人	87,965人	93,805人	92,710人	87,235人	86,505人	85,775人	83,950人	74,095人
1日平均入院患者数	268人	272人	274人	279人	273人	277人	281人	278人	281人	270人	254人	252人	241人	257人	254人	239人	237人	235人	230人	203人
患者1人1日当り入院収益	26.25(千円)	26.80(千円)	27.44(千円)	28.67(千円)	29.74(千円)	31.37(千円)	32.20(千円)	35.28(千円)	35.87(千円)	36.45(千円)	37.20(千円)	36.43(千円)	37.77(千円)	37.64(千円)	39.96(千円)	40.78(千円)	40.61(千円)	42.79(千円)	42.63(千円)	46.57(千円)
延外来患者数	225,944人	240,096人	240,096人	264,008人	264,984人	271,572人	274,012人	265,228人	253,028人	235,948人	233,020人	225,212人	205,448人	208,132人	202,276人	187,636人	172,020人	164,944人	162,260人	155,428人
1日平均外来患者数	926人	984人	984人	1,082人	1,086人	1,113人	1,123人	1,087人	1,037人	967人	955人	923人	842人	853人	829人	769人	705人	676人	665人	637人
患者1人1日当り外来収益	9.73(千円)	9.71(千円)	10.68(千円)	10.18(千円)	10.18(千円)	9.81(千円)	10.08(千円)	10.13(千円)	10.35(千円)	10.94(千円)	11.30(千円)	11.60(千円)	12.75(千円)	12.86(千円)	13.70(千円)	8.39(千円)	9.30(千円)	9.62(千円)	10.23(千円)	10.69(千円)
IV. 医業費用指標																				
医業費用増加率	-	3.64%	3.57%	6.23%	2.54%	2.18%	2.82%	4.75%	1.17%	1.66%	△2.29%	△2.97%	7.21%	4.15%	2.78%	△17.30%	△0.73%	1.81%	0.10%	0.29%
材料費対医業収益比率(原価率)	37.40%	36.72%	36.02%	36.43%	35.71%	35.32%	35.11%	35.81%	36.49%	36.80%	36.21%	36.09%	37.00%	35.63%	36.30%	23.42%	23.97%	22.71%	21.68%	22.40%
減価償却費対医業収益比率	4.30%	4.13%	3.24%	2.95%	3.12%	2.97%	3.17%	3.27%	3.12%	3.08%	3.16%	3.19%	5.53%	5.70%	5.41%	6.58%	5.85%	5.18%	4.49%	4.26%
経費対医業収益比率	12.16%	11.31%	10.62%	10.59%	10.52%	11.00%	11.23%	11.58%	11.77%	12.08%	12.31%	11.89%	13.77%	14.90%	14.35%	17.77%	17.95%	17.41%	17.90%	20.50%
経常収益対支払利息率	2.14%	1.96%	1.77%	1.60%	1.48%	1.37%	1.32%	1.19%	1.07%	0.95%	0.84%	0.70%	1.22%	1.05%	0.92%	1.05%	1.01%	0.95%	0.91%	0.88%
資本費対医業収益比率	6.54%	6.18%	5.07%	4.59%	4.65%	4.38%	4.53%	4.49%	4.22%	4.05%	4.02%	3.91%	6.77%	6.79%	6.36%	7.67%	6.91%	6.19%	5.45%	5.19%
利子負担率	6.78%	6.62%	6.63%	6.64%	6.14%	4.90%	5.21%	5.32%	5.20%	5.02%	4.96%	1.43%	2.60%	2.45%	2.33%	0.59%	2.15%	2.19%	2.19%	2.18%
V. 労務指標																				
付加価値率	62.60%	63.28%	63.98%	63.57%	64.29%	64.68%	64.89%	64.19%	63.51%	63.20%	63.79%	63.91%	63.00%	64.37%	63.70%	76.58%	76.03%	77.29%	78.32%	77.60%
労働分配率	70.29%	70.54%	69.68%	70.94%	72.72%	71.37%	69.11%	70.18%	70.66%	72.16%	71.15%	70.53%	74.82%	73.09%	71.97%	74.92%	73.65%	74.67%	75.80%	75.77%
職員給与費対医業収益比率	44.00%	44.64%	44.58%	45.09%	46.75%	46.16%	44.84%	45.05%	44.88%	45.61%	45.39%	45.08%	47.14%	47.05%	45.84%	57.37%	56.00%	57.71%	59.37%	58.80%
職員1人当たりの医業収益	18,964(千円)	19,399(千円)	19,210(千円)	19,584(千円)	19,764(千円)	20,242(千円)	20,632(千円)	21,009(千円)	21,497(千円)	21,127(千円)	18,807(千円)	21,293(千円)	20,401(千円)	19,661(千円)	21,385(千円)	16,817(千円)	17,895(千円)	17,874(千円)	17,641(千円)	17,422(千円)
職員1人当たりの総人件費	8,345(千円)	8,660(千円)	8,563(千円)	8,831(千円)	9,241(千円)	9,344(千円)	9,252(千円)	9,464(千円)	9,649(千円)	9,636(千円)	8,538(千円)	9,598(千円)	8,616(千円)	9,250(千円)	8,803(千円)	9,648(千円)	10,021(千円)	10,316(千円)	10,474(千円)	10,491(千円)
VI. その他の指標																				
総資産利益率 (Return on Assets)	3.35%	4.22%	6.42%	5.34%	2.94%	3.60%	4.87%	3.30%	2.85%	0.71%	0.25%	1.45%	△4.15%	△3.71%	△2.66%	△3.68%	△1.80%	△0.63%	△0.95%	△4.31%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	4.32%	6.14%	10.54%	8.76%	6.21%	7.40%	8.75%	6.20%	5.17%	3.06%	2.51%	4.19%	△4.68%	△4.93%	△3.30%	△7.35%	△5.16%	△4.68%	△5.15%	△9.50%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	7.34%	8.20%	10.02%	8.97%	7.48%	7.66%	9.01%	7.78%	6.94%	5.40%	4.96%	4.48%	1.34%	1.73%	2.80%	0.58%	1.27%	1.37%	0.47%	△1.85%
他会計繰入金額【収益的収支】	195,173(千円)	182,830(千円)	154,144(千円)	146,040(千円)	153,540(千円)	169,812(千円)	165,960(千円)	161,200(千円)	162,320(千円)	190,401(千円)	177,354(千円)	196,771(千円)	191,783(千円)	211,196(千円)	214,970(千円)	263,950(千円)	373,779(千円)	392,531(千円)	402,719(千円)	

付録18. 市立池田病院の財務指標推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標										
流動比率	132.97%	104.77%	101.11%	76.11%	81.76%	78.28%	73.07%	85.48%	119.60%	162.60%
流動資産回転率	1.35回転	5.81回転	6.31回転	6.43回転	6.77回転	6.55回転	6.42回転	6.45回転	4.33回転	5.16回転
当座比率	131.61%	99.95%	96.04%	71.79%	79.10%	75.90%	70.93%	83.34%	117.14%	158.98%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	296.08%	350.71%	368.62%	419.68%	427.68%	454.62%	482.89%	481.02%	430.54%	381.03%
債権(未収金)回転率	9.24回転	6.79回転	7.15回転	7.63回転	7.37回転	7.23回転	7.21回転	7.49回転	6.40回転	6.79回転
債権(未収金)回転期間	39.49日	53.77日	51.06日	47.85日	49.55日	50.45日	50.64日	48.70日	57.05日	53.73日
債務(未払金)回転率	1.66回転	0.43回転	0.41回転	0.42回転	0.43回転	0.46回転	0.46回転	0.75回転	0.63回転	0.56回転
債務(未払金)回転期間	220.00日	847.81日	899.33日	870.86日	848.31日	792.40日	792.29日	488.24日	583.26日	647.14日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△18.33%	△0.78%	△0.17%	4.88%	3.29%	4.24%	5.74%	2.63%	△3.78%	△7.46%
累積欠損金比率	95.54%	116.16%	116.56%	134.66%	137.22%	149.86%	153.96%	146.13%	145.42%	148.91%
自己資本比率	26.52%	26.66%	25.33%	22.29%	21.87%	20.53%	19.24%	19.21%	20.61%	23.63%
負債比率	13.91%	3.82%	4.08%	5.25%	4.85%	5.13%	5.83%	5.29%	5.75%	3.57%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△2.86倍	△2.43倍	△2.01倍	△2.55倍	△1.29倍	△1.67倍	△1.75倍	△0.77倍	△1.49倍	△0.61倍
ネット・デット・エグザイティ・レシオ (Net Debt Emity Ratio)	0.78倍	1.11倍	1.06倍	1.01倍	0.96倍	0.91倍	0.86倍	0.85倍	0.76倍	0.70倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	△3.13%	△15.97%	23.35%	△50.79%	25.00%	0.97%	△57.77%	87.27%	△61.03%
医業収益対医業利益率	△14.93%	△15.18%	△11.45%	△14.38%	△6.79%	△8.66%	△8.40%	△3.25%	△5.98%	△2.33%
経常収支比率	87.39%	87.21%	89.29%	86.94%	93.06%	91.54%	91.37%	95.07%	98.21%	96.78%
収支分岐点医業収益	9,066,302(千円)	8,468,111(千円)	9,082,155(千円)	9,210,488(千円)	8,755,357(千円)	8,763,563(千円)	9,094,863(千円)	9,326,239(千円)	9,813,523(千円)	9,394,297(千円)
収支分岐点比率	122.38%	119.93%	115.52%	119.20%	108.78%	111.10%	110.78%	104.11%	107.51%	102.92%
実質収益対経常費用比率	79.59%	87.20%	89.29%	86.93%	93.05%	91.53%	91.37%	95.07%	98.20%	96.77%
許可病床1床当たり医業収益	17,070(千円)	16,269(千円)	18,116(千円)	17,804(千円)	18,546(千円)	18,175(千円)	18,917(千円)	20,641(千円)	21,032(千円)	21,031(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	△4.69%	11.35%	△1.72%	4.17%	△2.00%	4.08%	9.11%	1.89%	△0.00%
入院収益対外来収益比率	107.90%	189.77%	202.75%	196.88%	206.55%	212.48%	220.60%	238.69%	251.62%	250.96%
病床利用率	95.08%	84.62%	93.96%	90.11%	91.21%	89.56%	92.86%	94.51%	93.41%	91.21%
延入院患者数	91,615人	112,420人	124,830人	119,720人	121,180人	118,990人	123,370人	125,560人	124,100人	121,180人
1日平均入院患者数	251人	308人	342人	328人	332人	326人	338人	344人	340人	332人
患者1人1日当り入院収益	39.29(千円)	38.08(千円)	39.16(千円)	39.77(千円)	41.56(千円)	41.58(千円)	42.45(千円)	46.81(千円)	49.03(千円)	50.21(千円)
延外来患者数	307,928人	291,336人	279,380人	265,228人	247,416人	234,484人	227,896人	227,164人	223,260人	224,968人
1日平均外来患者数	1,262人	1,194人	1,145人	1,087人	1,014人	961人	934人	931人	915人	922人
患者1人1日当り外来収益	10.83(千円)	7.74(千円)	8.63(千円)	9.12(千円)	9.86(千円)	9.93(千円)	10.42(千円)	10.84(千円)	10.83(千円)	10.78(千円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	△4.49%	7.75%	0.86%	△2.74%	△0.28%	3.83%	3.93%	4.58%	△3.44%
材料費対医業収益比率(原価率)	33.27%	23.86%	26.17%	25.12%	22.63%	21.95%	22.03%	20.83%	20.43%	20.24%
減価償却費対医業収益比率	14.76%	11.57%	12.64%	12.27%	11.11%	10.91%	10.44%	9.54%	10.59%	10.75%
経費対医業収益比率	19.35%	23.04%	21.40%	20.35%	18.15%	19.60%	19.20%	22.75%	21.01%	20.83%
経常収益対支払利息率	4.85%	5.86%	5.31%	5.28%	4.97%	4.90%	4.57%	4.06%	3.65%	3.65%
資本費対医業収益比率	19.98%	17.92%	18.33%	17.92%	16.40%	16.13%	15.27%	13.78%	14.61%	14.57%
利子負担率	2.48%	2.79%	2.87%	2.88%	2.90%	2.87%	2.85%	2.68%	2.70%	2.73%
III. 労務指標										
付加価値率	66.73%	76.14%	73.83%	74.88%	77.37%	78.05%	77.97%	79.17%	79.57%	79.76%
労働分配率	70.72%	73.78%	68.90%	75.11%	70.46%	71.41%	71.84%	62.75%	66.75%	62.78%
職員給与費対医業収益比率	47.19%	56.18%	50.87%	56.24%	54.52%	55.74%	56.01%	49.68%	53.12%	50.07%
職員1人当たりの医業収益	24,861(千円)	18,387(千円)	21,022(千円)	20,334(千円)	19,583(千円)	19,819(千円)	20,372(千円)	22,340(千円)	21,942(千円)	21,527(千円)
職員1人当たりの総人件費	11,733(千円)	10,330(千円)	10,694(千円)	11,436(千円)	10,677(千円)	11,047(千円)	11,411(千円)	11,099(千円)	11,655(千円)	10,779(千円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△4.29%	△4.79%	△4.49%	△5.76%	△3.09%	△3.89%	△4.22%	△2.48%	△0.95%	△1.75%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△15.56%	△17.12%	△15.77%	△23.14%	△12.09%	△16.65%	△18.49%	△7.77%	△13.68%	△4.95%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△0.05%	△1.09%	0.41%	△0.75%	1.68%	0.89%	0.86%	2.88%	2.17%	4.23%
他会計繰入金額【収益的収支】	711,389(千円)	726,266(千円)	716,515(千円)	679,340(千円)	666,657(千円)	693,947(千円)	616,693(千円)	543,606(千円)	1,066,733(千円)	590,724(千円)
他会計繰入金増加率	-	2.09%	△1.34%	△5.19%	△1.87%	4.09%	△11.13%	△11.85%	96.23%	△44.62%
他会計繰入金対経常収益比率	8.92%	9.48%	8.50%	8.22%	7.78%	8.26%	7.11%	5.81%	10.61%	6.17%
他会計繰入金対医業収益比率	9.60%	10.29%	9.11%	8.79%	8.28%	8.80%	7.51%	6.07%	11.69%	6.47%
補助金等比率	9.03%	9.68%	8.62%	8.46%	8.00%	8.47%	7.32%	5.98%	10.79%	6.35%
企業債償還額	374,085(千円)	386,265(千円)	498,851(千円)	482,768(千円)	505,907(千円)	532,018(千円)	670,405(千円)	675,826(千円)	771,085(千円)	985,673(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	34.20%	47.30%	50.20%	50.90%	56.60%	61.80%	78.20%	79.10%	79.80%	100.50%
固定資産回転率	2.84回転	3.11回転	2.68回転	2.61回転	2.40回転	2.37回転	2.20回転	2.01回転	1.88回転	1.79回転
許可病床1床当たり総資産額	101,521(円)	64,515(円)	61,932(円)	59,155(円)	56,803(円)	54,905(円)	53,289(円)	53,676(円)	53,165(円)	49,913(円)
許可病床1床当たり器械備品	38,062(千円)	39,213(千円)	37,117(千円)	35,151(千円)	33,201(千円)	31,301(千円)	29,415(千円)	27,536(千円)	25,666(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		3,106(千円)	2,826(千円)	2,427(千円)	2,280(千円)	2,438(千円)	2,704(千円)	4,752(千円)	4,303(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	43.87回転	30.17回転	32.95回転	28.42回転	46.93回転	47.16回転	48.31回転	53.82回転	43.16回転	46.96回転
貯蔵資産回転期間	8.32日	12.10日	11.08日	12.84日	7.78日	7.74日	7.55日	6.78日	8.46日	7.77日
総資産回転率	0.28回転	0.30回転	0.35回転	0.36回転	0.39回転	0.39回転	0.42回転	0.46回転	0.47回転	0.50回転
総資産増加率	-	△12.35%	△4.00%	△4.48%	△3.98%	△3.34%	△2.94%	0.73%	△0.95%	△6.12%

出典：経産省自治財政局地方公営企業年報第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、市立池田病院の貸借対照表(2003年度～2012年度)、及び損益計算書(2003年度～2012年度)を基に筆者作成

付録19. 三田市民病院の財務指標推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標										
流動比率	365.88%	313.64%	399.35%	395.20%	594.15%	440.24%	404.52%	465.48%	495.61%	530.35%
流動資産回転率	1.91回転	2.87回転	3.38回転	3.92回転	2.56回転	2.86回転	3.25回転	3.56回転	3.70回転	3.14回転
当座比率	361.06%	306.77%	392.11%	383.38%	580.90%	430.23%	394.38%	447.43%	481.89%	509.61%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	523.73%	568.83%	563.63%	595.88%	679.02%	888.90%	891.86%	834.24%	758.64%	486.27%
債権(未収金)回転率	7.38回転	6.69回転	6.74回転	7.31回転	7.10回転	7.02回転	6.04回転	6.71回転	6.15回転	7.15回転
債権(未収金)回転期間	49.46日	54.56日	54.18日	49.95日	51.42日	51.96日	60.48日	54.40日	59.37日	51.05日
債務(未払金)回転率	0.42回転	0.32回転	0.20回転	0.17回転	0.15回転	0.25回転	0.26回転	0.22回転	0.20回転	0.23回転
債務(未払金)回転期間	878.48日	1,157.09日	1,832.87日	2,138.77日	2,362.55日	1,443.76日	1,380.11日	1,655.07日	1,818.21日	1,578.76日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債権比率(資金不足比率)	△37.98%	△23.70%	△22.18%	△19.06%	△32.46%	△26.98%	△23.13%	△22.06%	△21.55%	△25.82%
累積欠損金比率	65.46%	72.29%	74.07%	86.32%	108.17%	138.87%	139.69%	136.00%	134.89%	125.88%
自己資本比率	14.99%	14.90%	15.26%	14.63%	11.93%	9.31%	9.31%	9.90%	10.88%	16.51%
負債比率	5.88%	4.57%	3.38%	3.03%	3.10%	3.49%	3.76%	3.42%	3.32%	3.95%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△0.83倍	△0.99倍	△0.89倍	△1.28倍	△2.29倍	△2.40倍	△2.09倍	△1.81倍	△1.88倍	△0.16倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	16.47倍	17.59倍	17.37倍	16.86倍	14.81倍	14.54倍	14.14倍	13.38倍	13.19倍	11.94倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	13.96%	△13.02%	38.43%	71.43%	△0.27%	△17.17%	△17.49%	△2.02%	△91.89%
医業収益対医業利益率	△8.18%	△8.90%	△7.08%	△9.96%	△17.90%	△19.97%	△15.43%	△11.73%	△10.92%	△0.85%
経常収支比率	92.61%	92.12%	93.43%	91.17%	86.65%	86.62%	91.95%	94.53%	95.78%	104.39%
収支分岐点医業収益	6,763,978(千円)	7,166,323(千円)	7,653,003(千円)	7,831,985(千円)	8,382,421(千円)	7,414,431(千円)	7,508,305(千円)	7,783,657(千円)	8,108,265(千円)	7,447,878(千円)
収支分岐点比率	112.37%	113.57%	110.97%	115.48%	129.51%	128.17%	121.04%	115.64%	114.49%	101.09%
実質収益対経常費用比率	81.04%	92.11%	93.41%	91.16%	86.64%	86.60%	91.93%	94.52%	95.77%	104.37%
許可病床1床当たり医業収益	13,870(千円)	14,540(千円)	15,890(千円)	15,627(千円)	14,914(千円)	13,329(千円)	14,293(千円)	15,508(千円)	16,318(千円)	16,975(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	4.83%	9.29%	△1.66%	△4.56%	△10.63%	7.23%	8.51%	5.22%	4.03%
入院収益対外来収益比率	123.96%	135.31%	153.05%	154.82%	165.42%	280.90%	289.51%	306.59%	316.28%	307.98%
病床利用率	82.67%	80.00%	85.00%	83.00%	68.67%	71.33%	75.67%	78.67%	79.67%	80.00%
延入院患者数	90,520人	87,600人	93,075人	90,885人	75,190人	78,110人	82,855人	86,140人	87,235人	87,600人
1日平均入院患者数	248人	240人	255人	249人	206人	214人	227人	236人	239人	240人
患者1人1日当り入院収益	34.75(千円)	38.75(千円)	41.70(千円)	42.04(千円)	49.71(千円)	50.05(千円)	51.02(千円)	53.86(千円)	56.50(千円)	58.26(千円)
延外来患者数	203,984人	196,664人	186,416人	179,828人	161,528人	153,476人	160,064人	163,236人	166,164人	168,848人
1日平均外来患者数	836人	806人	764人	737人	662人	629人	656人	669人	681人	692人
患者1人1日当り外来収益	12.44(千円)	12.76(千円)	13.60(千円)	13.72(千円)	13.99(千円)	9.07(千円)	9.12(千円)	9.27(千円)	9.38(千円)	9.81(千円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	5.52%	7.47%	0.99%	2.32%	△9.05%	3.17%	5.03%	4.46%	△5.42%
材料費対医業収益比率(原価率)	33.84%	34.43%	35.47%	35.63%	39.34%	29.10%	26.69%	25.01%	24.60%	22.08%
減価償却費対医業収益比率	11.20%	10.58%	11.00%	11.46%	11.79%	13.13%	12.47%	11.74%	10.55%	5.35%
経費対医業収益比率	23.85%	23.24%	21.78%	23.09%	23.55%	25.19%	29.79%	30.43%	30.91%	30.63%
経常収益対支払利息率	8.51%	7.89%	7.06%	6.97%	6.93%	7.30%	6.38%	5.65%	5.08%	4.65%
資本費対医業収益比率	20.80%	19.42%	18.82%	19.16%	19.55%	21.43%	19.86%	18.22%	16.36%	10.63%
利子負担率	3.76%	3.69%	3.67%	3.71%	3.77%	3.78%	3.80%	3.81%	3.68%	3.63%
III. 労務指標										
付加価値率	66.16%	65.57%	64.53%	64.37%	60.66%	70.90%	73.31%	74.99%	75.40%	77.92%
労働分配率	58.50%	60.89%	59.09%	60.84%	70.42%	73.32%	62.85%	58.73%	58.65%	54.14%
職員給与費対医業収益比率	38.71%	39.92%	38.13%	39.16%	42.71%	51.98%	46.08%	44.04%	44.22%	42.19%
職員1人当たりの医業収益	19,170(千円)	19,122(千円)	20,464(千円)	19,601(千円)	18,599(千円)	15,677(千円)	17,622(千円)	18,542(千円)	18,987(千円)	19,542(千円)
職員1人当たりの総人件費	7,421(千円)	7,634(千円)	7,803(千円)	7,676(千円)	7,944(千円)	8,149(千円)	8,119(千円)	8,166(千円)	8,397(千円)	8,245(千円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△2.83%	△3.25%	△3.00%	△4.26%	△7.15%	△7.01%	△4.55%	△3.39%	△2.75%	2.63%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△17.21%	△20.28%	△17.83%	△27.19%	△62.19%	△85.49%	△74.38%	△60.61%	△54.78%	△2.85%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	0.95%	0.57%	1.51%	0.60%	△2.53%	△2.73%	△1.33%	0.00%	△0.21%	2.48%
他会計繰入金額【収益的収支】	847,656(千円)	893,260(千円)	929,245(千円)	910,281(千円)	982,354(千円)	1,028,625(千円)	1,225,034(千円)	1,273,752(千円)	1,319,645(千円)	1,296,523(千円)
他会計繰入金増加率	-	5.38%	4.03%	△2.04%	7.92%	4.71%	19.09%	3.98%	3.60%	△1.75%
他会計繰入金対経常収益比率	12.50%	12.64%	12.16%	12.16%	13.56%	15.63%	17.05%	16.50%	16.28%	15.51%
他会計繰入金対医業収益比率	14.08%	14.16%	13.47%	13.42%	15.18%	17.78%	19.75%	18.92%	18.63%	17.60%
補助金等比率	12.50%	12.62%	12.16%	12.16%	13.56%	15.57%	17.00%	16.63%	16.42%	15.62%
企業債償還額	660,255(千円)	708,412(千円)	702,981(千円)	768,995(千円)	849,174(千円)	834,504(千円)	839,373(千円)	787,885(千円)	784,907(千円)	807,177(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	97.90%	106.10%	92.70%	98.90%	111.30%	109.90%	108.50%	99.70%	105.10%	204.70%
固定資産回転率	2.56回転	2.52回転	2.25回転	2.19回転	1.97回転	2.10回転	1.87回転	1.63回転	1.53回転	1.46回転
許可病床1床当たり総資産額	63,639(円)	61,916(円)	59,823(円)	56,640(円)	52,039(円)	48,365(円)	46,067(円)	43,861(円)	43,285(円)	44,512(円)
許可病床1床当たり器械備品	25,881(千円)	27,864(千円)	26,478(千円)	25,239(千円)	23,674(千円)	22,067(千円)	20,464(千円)	19,135(千円)	17,668(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		5,245(千円)	5,466(千円)	5,014(千円)	4,634(千円)	4,450(千円)	4,501(千円)	4,030(千円)	5,027(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	49.19回転	45.19回転	66.12回転	46.66回転	45.21回転	36.67回転	34.63回転	22.96回転	32.93回転	17.78回転
貯蔵資産回転期間	7.42日	8.08日	5.52日	7.82日	8.07日	9.95日	10.54日	15.90日	11.09日	20.53日
総資産回転率	0.32回転	0.34回転	0.38回転	0.40回転	0.41回転	0.40回転	0.45回転	0.51回転	0.55回転	0.55回転
総資産増加率	-	△2.71%	△3.38%	△5.32%	△8.12%	△7.06%	△4.75%	△4.79%	△1.31%	2.84%

出典：松野省自治財政局編地方公営企業年鑑第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、三田市民病院の貸借対照表(2003年度～2012年度)、及び損益計算書(2003年度～2012年度)を基に筆者作成

付録20. 市立加西病院の財務指標推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標										
流動比率	122.66%	132.76%	133.99%	135.75%	115.70%	110.15%	109.70%	123.87%	189.23%	224.18%
流動資産回転率	5.21回転	5.90回転	6.49回転	5.45回転	5.54回転	5.38回転	5.28回転	5.51回転	5.03回転	6.14回転
当座比率	122.47%	129.61%	133.82%	132.78%	113.19%	106.37%	107.79%	120.68%	185.22%	218.99%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	398.82%	411.23%	425.24%	431.72%	539.13%	645.86%	691.81%	617.37%	488.57%	516.72%
債権(未収金)回転率	5.39回転	6.14回転	6.65回転	5.75回転	5.85回転	5.76回転	5.44回転	5.90回転	6.04回転	6.50回転
債権(未収金)回転期間	67.75日	59.48日	54.89日	63.43日	62.42日	63.32日	67.05日	61.86日	60.47日	56.16日
債務(未払金)回転率	0.45回転	0.33回転	0.30回転	0.30回転	0.31回転	0.36回転	0.33回転	0.39回転	0.32回転	0.26回転
債務(未払金)回転期間	809.82日	1,097.56日	1,224.02日	1,206.53日	1,193.29日	1,026.67日	1,094.52日	925.69日	1,153.48日	1,419.48日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△3.55%	△4.19%	△3.91%	△4.83%	△2.45%	△1.71%	△1.68%	△3.50%	△9.37%	△9.02%
累積欠損金比率	32.17%	35.69%	40.73%	46.90%	55.54%	59.31%	60.10%	56.59%	52.64%	63.04%
自己資本比率	20.33%	20.00%	19.63%	18.85%	15.18%	12.53%	11.51%	12.86%	15.92%	15.84%
負債比率	12.23%	10.16%	9.08%	10.26%	11.40%	12.53%	13.20%	11.58%	8.05%	5.10%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△3.56倍	△2.85倍	△3.19倍	△3.13倍	△5.62倍	△6.74倍	△6.81倍	△4.42倍	△7.23倍	△10.34倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	1.53倍	1.43倍	1.29倍	1.17倍	1.10倍	1.05倍	1.01倍	1.00倍	1.00倍	0.93倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	9.96%	8.64%	△5.91%	71.76%	△18.04%	△0.54%	△37.34%	62.18%	38.57%
医業収益対医業利益率	△4.46%	△4.81%	△5.28%	△5.20%	△9.20%	△7.29%	△6.90%	△3.98%	△6.27%	△9.43%
経常収支比率	97.00%	96.29%	96.02%	96.29%	93.63%	94.91%	96.78%	98.94%	96.43%	94.87%
収支分岐点医業収益	5,920,408(千円)	6,064,692(千円)	6,032,170(千円)	5,748,660(千円)	5,906,740(千円)	5,936,019(千円)	6,204,454(千円)	6,470,453(千円)	6,885,590(千円)	6,554,065(千円)
収支分岐点比率	106.75%	107.22%	107.91%	107.65%	113.90%	110.66%	110.05%	105.75%	109.20%	112.81%
実質収益対経常費用比率	90.34%	96.28%	96.02%	96.29%	93.62%	94.91%	96.77%	98.93%	96.42%	94.87%
許可病床1床当たり医業収益	12,779(千円)	13,033(千円)	12,880(千円)	12,305(千円)	11,949(千円)	12,360(千円)	12,990(千円)	14,099(千円)	14,529(千円)	13,387(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	1.99%	△1.17%	△4.47%	△2.89%	3.44%	5.10%	8.54%	3.05%	△7.86%
入院収益対外来収益比率	152.02%	167.06%	158.07%	162.47%	147.84%	139.83%	151.21%	163.66%	155.55%	196.48%
病床利用率	79.41%	84.97%	86.60%	70.59%	80.83%	76.69%	80.08%	83.46%	84.21%	79.32%
延入院患者数	88,695人	94,900人	96,725人	78,840人	78,475人	74,460人	77,745人	81,030人	81,760人	77,015人
1日平均入院患者数	243人	260人	265人	216人	215人	204人	213人	222人	224人	211人
患者1人1日当り入院収益	35.76(千円)	35.27(千円)	33.48(千円)	39.73(千円)	37.10(千円)	39.25(千円)	41.29(千円)	44.41(千円)	44.37(千円)	47.12(千円)
延外来患者数	179,584人	157,136人	152,012人	132,004人	123,220人	124,196人	131,516人	138,348人	147,132人	147,132人
1日平均外来患者数	736人	644人	623人	541人	505人	509人	539人	567人	603人	603人
患者1人1日当り外来収益	11.62(千円)	12.75(千円)	13.48(千円)	14.60(千円)	15.98(千円)	16.83(千円)	16.14(千円)	15.89(千円)	15.85(千円)	12.55(千円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	2.33%	△0.72%	△4.54%	0.80%	1.63%	4.72%	5.58%	5.32%	△5.12%
材料費対医業収益比率(原価率)	33.98%	33.47%	33.21%	31.97%	33.81%	31.62%	31.37%	30.67%	31.83%	26.37%
減価償却費対医業収益比率	2.87%	5.62%	5.72%	6.43%	6.19%	5.69%	5.19%	4.70%	5.27%	7.19%
経費対医業収益比率	18.08%	16.50%	17.26%	18.22%	20.31%	22.89%	22.79%	22.21%	22.82%	25.59%
経常収益対支払利息率	1.31%	1.61%	1.57%	1.58%	1.55%	1.05%	0.98%	0.87%	0.84%	0.85%
資本費対医業収益比率	4.25%	7.31%	7.38%	8.10%	7.84%	6.80%	6.24%	5.62%	6.16%	8.10%
利子負担率	1.78%	2.29%	2.32%	2.34%	2.29%	1.61%	1.58%	1.44%	1.33%	1.32%
III. 労務指標										
付加価値率	66.02%	66.53%	66.79%	68.03%	66.19%	68.38%	68.63%	69.33%	68.17%	73.63%
労働分配率	74.50%	73.58%	73.08%	70.89%	73.13%	67.53%	68.69%	66.09%	67.29%	67.62%
職員給与費対医業収益比率	49.19%	48.95%	48.81%	48.23%	48.40%	46.18%	47.14%	45.82%	45.87%	49.79%
職員1人当たりの医業収益	17,606(千円)	17,899(千円)	17,803(千円)	17,920(千円)	18,324(千円)	18,497(千円)	18,668(千円)	19,003(千円)	18,656(千円)	17,292(千円)
職員1人当たりの総人件費	8,660(千円)	8,762(千円)	8,689(千円)	8,643(千円)	8,870(千円)	8,542(千円)	8,800(千円)	8,707(千円)	8,557(千円)	8,609(千円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	△2.78%	△3.75%	△4.23%	△3.89%	△7.01%	△5.75%	△3.79%	△1.26%	△4.28%	△6.38%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△18.71%	△22.13%	△26.04%	△26.41%	△58.63%	△59.05%	△63.89%	△34.45%	△43.00%	△65.60%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	△1.35%	0.75%	0.42%	1.18%	△2.91%	△1.63%	△1.82%	0.80%	△1.09%	△2.47%
他会計繰入金額【収益的収支】	401,950(千円)	396,341(千円)	402,148(千円)	404,781(千円)	462,655(千円)	452,585(千円)	448,045(千円)	435,459(千円)	429,400(千円)	465,930(千円)
他会計繰入金増加率	-	△1.40%	1.47%	0.65%	14.30%	△2.18%	△1.00%	△2.81%	△1.39%	8.51%
他会計繰入金対経常収益比率	6.87%	6.65%	6.81%	7.17%	8.37%	7.98%	7.44%	6.71%	6.43%	7.49%
他会計繰入金対医業収益比率	7.25%	7.01%	7.19%	7.58%	8.92%	8.44%	7.95%	7.12%	6.81%	8.02%
補助金等比率	7.11%	6.97%	7.20%	7.50%	8.75%	8.41%	7.89%	7.08%	6.46%	7.93%
企業償還額	183,093(千円)	216,631(千円)	266,014(千円)	254,970(千円)	246,689(千円)	251,991(千円)	247,467(千円)	291,864(千円)	323,220(千円)	409,388(千円)
企業償還額対減価償却額比率	114.90%	68.20%	83.20%	74.20%	76.80%	82.60%	84.50%	101.50%	97.20%	98.00%
固定資産回転率	0.95回転	0.89回転	0.86回転	0.85回転	0.85回転	0.80回転	0.75回転	0.71回転	0.71回転	0.74回転
許可病床1床当たり総資産額	21,240(円)	20,066(円)	18,878(円)	18,244(円)	20,152(円)	19,874(円)	19,892(円)	20,678(円)	21,702(円)	19,822(円)
許可病床1床当たり器械備品	12,683(千円)	12,181(千円)	11,725(千円)	11,210(千円)	12,445(千円)	11,839(千円)	11,464(千円)	11,210(千円)	10,691(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		3,074(千円)	2,798(千円)	2,412(千円)	2,672(千円)	2,888(千円)	3,038(千円)	3,897(千円)	4,886(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	1,164.70回転	83.11回転	3,450.98回転	79.90回転	86.42回転	50.70回転	96.68回転	75.12回転	93.12回転	82.57回転
貯蔵資産回転期間	0.31日	4.39日	0.11日	4.57日	4.22日	7.20日	3.78日	4.86日	3.92日	4.42日
総資産回転率	0.85回転	0.92回転	0.97回転	0.96回転	0.97回転	1.01回転	1.07回転	1.11回転	1.09回転	1.10回転
総資産増加率	-	△5.53%	△5.92%	△3.36%	△3.98%	△1.38%	0.09%	3.95%	4.95%	△8.66%

出典：総務省自治財政局編地方公営企業年報第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、市立加西病院の貸借対照表(2003年度～2012年度)、及び損益計算書(2003年度～2012年度)を基に筆者作成

付録21. 井原市立井原市民病院の財務指標推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標										
流動比率	226.26%	726.36%	787.13%	777.84%	560.04%	722.90%	745.03%	812.99%	909.47%	810.96%
流動資産回転率	2.24回転	2.04回転	1.73回転	2.12回転	2.04回転	2.37回転	2.35回転	2.24回転	2.00回転	1.73回転
当座比率	222.00%	710.55%	775.97%	766.57%	551.28%	707.89%	729.32%	797.96%	896.67%	802.10%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	671.75%	411.74%	400.51%	507.17%	565.47%	610.42%	581.08%	527.62%	419.82%	330.84%
債権(未収金)回転率	7.25回転	7.15回転	6.09回転	5.60回転	4.62回転	4.05回転	3.37回転	3.36回転	2.86回転	3.52回転
債権(未収金)回転期間	50.35日	51.07日	59.98日	65.19日	79.05日	90.07日	108.29日	108.48日	127.40日	103.58日
債務(未払金)回転率	1.10回転	0.34回転	0.37回転	0.35回転	0.57回転	0.36回転	0.35回転	0.34回転	0.36回転	0.52回転
債務(未払金)回転期間	331.76日	1,073.31日	977.00日	1,029.36日	641.89日	1,010.33日	1,040.65日	1,082.79日	1,019.45日	701.12日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△24.93%	△42.28%	△50.42%	△41.17%	△40.25%	△36.30%	△36.89%	△39.11%	△44.46%	△50.64%
累積欠損金比率	17.88%	11.83%	18.53%	37.13%	36.98%	46.77%	51.96%	57.07%	56.11%	53.99%
自己資本比率	11.58%	18.92%	18.89%	15.54%	13.78%	12.81%	13.29%	14.36%	17.54%	21.36%
負債比率	9.31%	3.75%	3.86%	3.12%	4.07%	3.15%	3.22%	3.26%	3.43%	4.43%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	1.03倍	△0.38倍	△1.93倍	△2.22倍	△2.48倍	△3.32倍	△3.39倍	△3.15倍	△3.59倍	△3.74倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt-Equity Ratio)	9.85倍	5.44倍	5.14倍	4.90倍	4.91倍	4.88倍	4.72倍	4.41倍	4.18倍	3.58倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	△157.92%	407.95%	2.90%	12.37%	32.51%	△1.15%	△11.56%	8.48%	△0.44%
医業収益対医業利益率	2.33%	△1.12%	△6.16%	△7.45%	△8.70%	△11.23%	△10.56%	△9.32%	△9.94%	△9.74%
経常収支比率	100.23%	99.92%	94.82%	92.85%	92.72%	90.76%	93.51%	95.44%	100.03%	101.06%
収支分岐点医業収益	2,157,542(千円)	2,707,786(千円)	2,665,087(千円)	2,294,489(千円)	2,234,995(千円)	2,358,146(千円)	2,463,714(千円)	2,435,652(千円)	2,489,270(千円)	2,520,144(千円)
収支分岐点比率	97.16%	101.40%	107.67%	108.99%	110.28%	113.38%	112.60%	111.09%	111.70%	111.28%
実質収益対経常費用比率	94.85%	99.91%	94.81%	92.84%	92.72%	90.76%	93.50%	95.43%	100.02%	101.05%
許可病床1床当たり医業収益	5,117(千円)	6,153(千円)	5,704(千円)	4,851(千円)	4,670(千円)	4,792(千円)	5,041(千円)	5,052(千円)	5,135(千円)	5,218(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	20.25%	△7.30%	△14.95%	△3.73%	2.63%	5.20%	0.21%	1.64%	1.62%
入院収益対外来収益比率	226.00%	205.57%	192.80%	262.14%	274.26%	282.67%	277.72%	267.25%	253.08%	245.71%
病床利用率	88.33%	86.36%	75.91%	69.09%	81.67%	86.67%	88.89%	85.00%	78.33%	74.44%
入院患者数	58,035人	69,350人	60,955人	55,480人	53,655人	56,940人	58,400人	55,845人	51,465人	48,910人
1日平均入院患者数	159人	190人	167人	152人	147人	156人	160人	153人	141人	134人
患者1人1日当り入院収益	25.14(千円)	24.02(千円)	24.89(千円)	25.37(千円)	25.40(千円)	25.01(千円)	25.28(千円)	26.36(千円)	28.69(千円)	30.37(千円)
延外来患者数	104,920人	111,508人	106,384人	91,012人	74,420人	73,932人	75,640人	77,104人	78,568人	79,300人
1日平均外来患者数	430人	457人	436人	373人	305人	303人	310人	316人	322人	325人
患者1人1日当り外来収益	6.15(千円)	7.27(千円)	7.40(千円)	5.90(千円)	6.68(千円)	6.81(千円)	7.03(千円)	7.14(千円)	7.42(千円)	7.62(千円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	24.50%	△2.68%	△13.92%	△2.62%	5.02%	4.56%	△0.92%	2.23%	1.44%
材料費対医業収益比率(原価率)	17.95%	19.85%	19.63%	17.10%	15.38%	16.03%	16.24%	15.99%	15.01%	13.62%
減価償却費対医業収益比率	2.74%	12.25%	13.89%	14.42%	14.81%	15.52%	14.61%	11.78%	10.13%	9.65%
経費対医業収益比率	13.65%	16.63%	19.74%	15.57%	15.44%	15.74%	15.66%	16.07%	15.38%	15.33%
経常収益対支払利息率	2.16%	2.78%	3.03%	3.21%	3.28%	3.17%	2.85%	2.69%	2.40%	2.23%
資本費対医業収益比率	5.01%	15.20%	17.09%	17.79%	18.27%	18.87%	17.69%	14.72%	12.89%	12.24%
利子負担率	1.03%	1.45%	1.49%	1.51%	1.52%	1.57%	1.61%	1.62%	1.61%	1.60%
III. 労務指標										
付加価値率	82.05%	80.15%	80.37%	82.90%	84.62%	83.97%	83.76%	84.01%	84.99%	86.38%
労働分配率	70.54%	63.32%	63.70%	70.61%	71.98%	74.11%	75.90%	77.32%	81.08%	81.82%
職員給与対医業収益比率	57.88%	50.75%	51.20%	58.53%	60.91%	62.23%	63.57%	64.96%	68.91%	70.68%
職員1人当たりの医業収益	12,069(千円)	11,868(千円)	12,315(千円)	10,320(千円)	10,666(千円)	10,348(千円)	10,621(千円)	10,440(千円)	10,038(千円)	9,847(千円)
職員1人当たりの総人件費	6,988(千円)	6,023(千円)	6,305(千円)	6,040(千円)	6,496(千円)	6,440(千円)	6,752(千円)	6,782(千円)	6,917(千円)	6,959(千円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	0.09%	△0.03%	△2.11%	△2.98%	△3.01%	△4.29%	△3.29%	△2.38%	0.02%	0.57%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	7.41%	△2.29%	△11.94%	△17.68%	△22.93%	△35.02%	△34.85%	△29.60%	△26.44%	△21.26%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	2.03%	4.43%	2.93%	2.65%	2.31%	1.77%	1.84%	1.16%	0.09%	△0.04%
他会計繰入金額【収益の収支】 (全国自治体病院平均値)	125,217(千円) #REF!	197,875(千円) (523,459,459(円))	162,690(千円) (526,124,664(円))	114,794(千円) (524,158,003(円))	127,360(千円) (552,798,354(円))	125,504(千円) (605,545,294(円))	197,335(千円) (618,330,140(円))	224,252(千円) (613,488,104(円))	351,771(千円) (622,982,265(円))	376,717(千円) (622,982,265(円))
他会計繰入金増加率	-	58.03%	△17.78%	△29.44%	10.95%	△1.46%	57.23%	13.64%	56.86%	7.09%
他会計繰入金対経常収益比率	5.36%	6.97%	6.23%	5.20%	5.94%	5.72%	8.35%	9.36%	13.72%	14.35%
他会計繰入金対医業収益比率	5.64%	7.41%	6.57%	5.45%	6.28%	6.03%	9.02%	10.23%	15.79%	16.63%
補助金等比率	5.36%	6.97%	6.23%	5.20%	5.86%	5.72%	8.35%	9.36%	13.72%	14.35%
企業価値償還額	54,472(千円)	83,708(千円)	191,480(千円)	188,845(千円)	220,563(千円)	275,436(千円)	243,878(千円)	231,869(千円)	229,841(千円)	223,233(千円)
企業価値償還額対減価償却額比率	89.60%	25.60%	55.70%	62.20%	73.50%	85.30%	76.30%	89.80%	101.80%	102.10%
固定資産回転率	2.27回転	2.10回転	2.15回転	2.24回転	2.26回転	2.08回転	1.85回転	1.75回転	1.64回転	1.57回転
許可病床1床当たり総資産額	30,841(円)	30,459(円)	29,659(円)	25,185(円)	29,780(円)	28,024(円)	26,818(円)	25,824(円)	25,675(円)	25,894(円)
許可病床1床当たり器械備品	22,677(千円)	20,185(千円)	12,480(千円)	20,016(千円)	19,130(千円)	18,245(千円)	17,418(千円)	16,568(千円)	15,754(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物	-	3,643(千円)	2,488(千円)	2,982(千円)	3,166(千円)	2,648(千円)	1,956(千円)	1,549(千円)	1,484(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	21.30回転	19.48回転	25.66回転	26.12回転	20.07回転	21.09回転	20.53回転	22.27回転	25.43回転	26.18回転
貯蔵資産回転期間	17.13日	18.74日	14.23日	13.97日	18.19日	17.30日	17.78日	16.39日	14.35日	13.94日
総資産回転率	0.37回転	0.39回転	0.37回転	0.37回転	0.36回転	0.40回転	0.44回転	0.46回転	0.47回転	0.47回転
総資産増加率	-	14.75%	△2.52%	△15.50%	△2.29%	△6.67%	△4.23%	△3.68%	△0.51%	1.64%

出典：経産省自治体財政情報地方公営企業年鑑第51巻(2003年度)～第60巻(2012年度)、井原市立井原市民病院の貸借対照表(2003年度～2012年度)、及び損益計算書(2003年度～2012年度)を基に筆者作成

付録22. 尾道市立市民病院の財務指標推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標										
流動比率	395.51%	448.75%	402.51%	486.01%	491.71%	396.23%	398.15%	495.18%	444.23%	448.63%
流動資産回転率	1.94回転	1.05回転	1.16回転	1.14回転	1.37回転	1.55回転	1.45回転	1.39回転	1.26回転	1.33回転
当座比率	390.44%	443.76%	398.71%	477.36%	483.33%	389.65%	391.41%	486.20%	438.88%	442.77%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	130.86%	123.90%	118.76%	116.50%	120.28%	118.32%	114.48%	108.88%	106.39%	108.17%
債権(未収金)回転率	5.81回転	2.65回転	3.06回転	3.23回転	3.15回転	3.35回転	3.52回転	3.57回転	3.61回転	3.51回転
債権(未収金)回転期間	62.80日	137.75日	119.12日	113.14日	116.05日	109.04日	103.68日	102.28日	101.04日	103.85日
債務(未払金)回転率	0.36回転	0.90回転	0.67回転	0.56回転	0.43回転	0.50回転	0.56回転	0.48回転	0.68回転	0.77回転
債務(未払金)回転期間	1,011.08日	406.06日	548.64日	653.82日	851.55日	736.79日	656.75日	761.30日	539.78日	474.42日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△38.42%	△74.24%	△65.01%	△69.79%	△57.98%	△48.16%	△51.75%	△57.42%	△61.46%	△58.50%
累積欠損金比率	△21.05%	△29.74%	△17.00%	△12.32%	△6.34%	△2.92%	△6.04%	△9.72%	△9.76%	△10.28%
自己資本比率	49.13%	54.45%	54.67%	56.09%	56.77%	58.14%	58.87%	61.10%	62.32%	64.03%
負債比率	15.74%	15.57%	17.73%	16.21%	14.70%	15.50%	16.52%	15.17%	15.89%	13.16%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	1.11倍	△4.02倍	1.44倍	0.34倍	△0.15倍	△0.04倍	3.75倍	5.68倍	2.42倍	0.05倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	0.78倍	0.75倍	0.61倍	0.53倍	0.62倍	0.52倍	0.42倍	0.33倍	0.27倍	0.31倍
II. 収益性・成長性指標										
医業収支伸び率	-	△302.94%	△154.98%	△77.76%	△148.52%	△78.43%	△4,732.50%	49.19%	△58.72%	△97.98%
医業収益対医業利益率	3.73%	△8.89%	4.08%	0.95%	△0.44%	△0.09%	3.72%	5.21%	2.31%	0.05%
経常収支比率	102.01%	105.26%	101.43%	97.61%	97.07%	98.09%	103.65%	104.45%	102.05%	101.38%
収支分岐点医業収益	5,801,712(千円)	5,831,714(千円)	5,895,106(千円)	5,902,774(千円)	6,287,424(千円)	6,686,553(千円)	7,008,989(千円)	7,304,186(千円)	7,112,269(千円)	7,327,685(千円)
収支分岐点比率	94.42%	111.55%	94.05%	98.62%	100.66%	100.13%	94.65%	92.62%	96.89%	99.94%
実質収益対経常費用比率	96.55%	105.26%	101.43%	97.60%	97.06%	98.09%	103.64%	104.44%	102.04%	101.37%
許可病床1床当たり医業収益	14,158(千円)	12,045(千円)	14,443(千円)	13,792(千円)	14,393(千円)	15,387(千円)	17,063(千円)	18,171(千円)	16,913(千円)	16,894(千円)
■ 医業収益指標										
医業収益増加率	-	△14.92%	19.90%	△4.51%	4.36%	6.91%	10.89%	6.49%	△6.92%	△0.11%
入院収益対外来収益比率	209.22%	166.17%	196.19%	214.66%	210.91%	205.94%	191.67%	189.36%	236.01%	319.19%
病床利用率	90.30%	100.00%	90.91%	85.76%	79.70%	75.76%	75.45%	77.27%	74.85%	77.58%
延入院患者数	108,770人	87,600人	109,500人	103,295人	95,995人	91,250人	90,885人	93,075人	90,155人	93,440人
1日平均入院患者数	298人	240人	300人	283人	263人	250人	249人	255人	247人	256人
患者1人1日当り入院収益	36.42(千円)	29.66(千円)	36.04(千円)	37.36(千円)	41.93(千円)	46.85(千円)	50.55(千円)	51.90(千円)	53.02(千円)	54.37(千円)
延外来患者数	178,852人	180,072人	169,824人	146,888人	146,156人	150,060人	150,792人	154,696人	140,300人	134,932人
1日平均外来患者数	733人	738人	696人	602人	599人	615人	618人	634人	575人	553人
患者1人1日当り外来収益	10.59(千円)	8.68(千円)	11.85(千円)	12.24(千円)	13.06(千円)	13.83(千円)	15.90(千円)	16.49(千円)	14.44(千円)	11.80(千円)
■ 医業費用指標										
医業費用増加率	-	△3.77%	5.63%	△1.40%	5.82%	6.53%	6.67%	4.84%	△4.08%	2.20%
材料費対医業収益比率(原価率)	33.20%	23.06%	31.52%	31.38%	32.74%	31.36%	30.50%	29.40%	25.61%	20.92%
減価償却費対医業収益比率	6.12%	4.37%	6.48%	6.78%	5.97%	5.93%	5.38%	5.52%	5.91%	6.53%
経費対医業収益比率	12.85%	20.71%	12.42%	13.60%	13.62%	14.36%	14.64%	14.40%	15.41%	15.39%
経常収益対支払利息率	3.25%	1.85%	2.75%	2.76%	2.50%	1.13%	0.95%	0.89%	0.92%	0.88%
資本費対医業収益比率	9.52%	6.58%	9.34%	9.66%	8.55%	7.10%	6.37%	6.43%	6.86%	7.46%
利子負担率	4.10%	1.44%	2.19%	2.13%	2.02%	1.06%	1.00%	1.03%	1.03%	1.05%
III. 労務指標										
付加価値率	66.80%	76.94%	68.48%	68.62%	67.26%	68.64%	69.50%	70.60%	74.39%	79.08%
労働分配率	64.94%	78.46%	65.88%	68.34%	70.33%	70.04%	65.16%	63.68%	67.48%	70.67%
職員給与費対医業収益比率	43.38%	60.37%	45.12%	46.89%	47.30%	48.08%	45.28%	44.96%	50.20%	55.89%
職員1人当たりの医業収益	20,758(千円)	10,801(千円)	20,220(千円)	18,764(千円)	17,950(千円)	18,447(千円)	19,335(千円)	19,520(千円)	17,518(千円)	16,664(千円)
職員1人当たりの総人件費	9,005(千円)	6,521(千円)	9,122(千円)	8,798(千円)	8,490(千円)	8,870(千円)	8,755(千円)	8,776(千円)	8,795(千円)	9,313(千円)
IV. その他の指標										
総資産利益率 (Return on Assets)	1.09%	1.56%	0.44%	△0.73%	△0.94%	△0.66%	1.30%	1.65%	0.71%	0.49%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	4.03%	△4.26%	2.22%	0.49%	△0.23%	△0.05%	2.24%	3.21%	1.27%	0.03%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	5.23%	△1.18%	3.15%	2.22%	1.67%	1.94%	3.22%	4.04%	2.80%	2.25%
他会計繰入金額【収益的収支】 (全国自治体病院平均値)	343,082(千円)	307,156(千円)	346,530(千円)	312,618(千円)	315,648(千円)	313,691(千円)	473,549(千円)	486,804(千円)	540,897(千円)	603,377(千円)
	#REF!	(523,459,459(円))	(526,124,664(円))	(524,158,003(円))	(552,798,354(円))	(605,545,294(円))	(618,330,140(円))	(613,488,104(円))	(622,982,265(円))	(622,982,265(円))
他会計繰入金増加率	-	△10.47%	12.82%	△9.79%	0.97%	△0.62%	50.96%	2.80%	11.11%	11.55%
他会計繰入金対経常収益比率	5.35%	4.90%	5.32%	5.01%	4.89%	4.55%	6.13%	5.99%	7.09%	7.83%
他会計繰入金対医業収益比率	5.58%	5.88%	5.53%	5.22%	5.05%	4.70%	6.39%	6.17%	7.37%	8.23%
補助金等比率	5.35%	4.62%	5.32%	5.01%	4.89%	4.55%	6.13%	5.99%	7.09%	7.83%
企業償還額	297,959(千円)	200,124(千円)	389,755(千円)	351,142(千円)	360,327(千円)	378,483(千円)	362,681(千円)	366,693(千円)	433,461(千円)	407,209(千円)
企業償還額対減価償却額比率	79.20%	87.70%	96.00%	86.50%	96.70%	95.50%	91.00%	84.30%	100.00%	85.00%
固定資産回転率	1.31回転	2.79回転	2.37回転	2.50回転	2.48回転	2.27回転	2.07回転	1.90回転	2.07回転	2.11回転
許可病床1床当たり総資産額	35,055(円)	83,502(円)	63,687(円)	63,273(円)	62,644(円)	61,115(円)	63,385(円)	63,459(円)	65,166(円)	64,868(円)
許可病床1床当たり器械備品	17,465(千円)	19,646(千円)	19,245(千円)	18,671(千円)	21,366(千円)	20,861(千円)	20,692(千円)	20,197(千円)	20,284(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		2,766(千円)	2,523(千円)	2,372(千円)	2,503(千円)	2,437(千円)	2,819(千円)	2,737(千円)	2,958(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	50.40回転	21.72回転	38.62回転	20.05回転	26.39回転	29.36回転	26.08回転	22.55回転	26.88回転	21.39回転
貯蔵資産回転期間	7.24日	16.80日	9.45日	18.21日	13.83日	12.43日	14.00日	16.19日	13.58日	17.06日
総資産回転率	0.53回転	0.26回転	0.30回転	0.29回転	0.30回転	0.33回転	0.35回転	0.38回転	0.34回転	0.34回転
総資産増加率	-	73.24%	4.87%	△0.65%	△0.99%	△2.44%	3.71%	0.12%	2.69%	△0.46%

出典：花巻市自治体財務局編地方官営企業年鑑第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、尾道市立市民病院の貸借対照表(2003年度～2012年度)、及び損益計算書(2003年度～2012年度)を基に筆者作成

付録23. 萩市民病院の財務指標推移

	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
Ⅰ. 安全性指標																				
流動比率	1,747.12%	1,178.36%	1,010.03%	432.55%	488.66%	281.87%	131.11%	202.21%	315.13%	444.30%	421.63%	217.79%	548.35%	662.34%	435.19%	544.11%	649.05%	649.43%	407.78%	731.12%
流動資産回転率	0.73回転	0.89回転	0.98回転	1.11回転	1.16回転	0.94回転	0.47回転	2.86回転	4.10回転	3.75回転	3.29回転	3.42回転	3.11回転	2.41回転	2.25回転	2.19回転	1.98回転	1.76回転	1.43回転	1.54回転
当座比率	1,706.42%	1,146.02%	984.08%	424.40%	476.36%	276.52%	126.20%	195.35%	302.28%	432.22%	409.66%	211.45%	537.88%	653.99%	430.16%	538.88%	642.55%	642.03%	403.86%	724.66%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	17.80%	19.22%	18.56%	21.05%	339.53%	671.49%	921.43%	819.25%	907.27%	847.64%	759.24%	980.79%	837.13%	693.47%	639.71%	539.48%	480.80%	404.81%	356.53%	353.08%
債権(未収金)回転率	6.41回転	6.86回転	6.82回転	6.89回転	7.49回転	5.25回転	0.66回転	4.71回転	5.32回転	5.50回転	5.35回転	4.47回転	5.32回転	4.94回転	4.84回転	5.18回転	4.49回転	4.29回転	4.16回転	4.56回転
債権(未収金)回転期間	56.94日	53.22日	53.50日	53.01日	48.75日	69.47日	556.60日	77.51日	68.57日	66.42日	68.24日	81.68日	68.56日	73.81日	75.38日	70.45日	81.31日	85.03日	87.77日	80.08日
債務(未払金)回転率	0.23回転	0.30回転	0.33回転	0.73回転	0.63回転	1.38回転	1.89回転	0.78回転	0.35回転	0.27回転	0.30回転	0.55回転	0.24回転	0.29回転	0.42回転	0.36回転	0.32回転	0.40回転	0.77回転	0.40回転
債務(未払金)回転期間	1,581.88日	1,206.97日	1,110.36日	501.68日	675.70日	265.17日	193.44日	465.20日	1,038.96日	1,367.87日	1,209.64日	666.59日	1,527.93日	1,278.71日	874.04日	1,002.79日	1,123.47日	918.28日	471.07日	918.31日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	5.30%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△129.20%	△102.92%	△91.58%	△69.21%	△68.31%	△68.91%	△50.73%	△17.68%	△16.66%	△20.65%	△23.20%	△15.83%	△26.30%	△35.21%	△31.28%	△37.31%	△12.62%	△48.04%	△52.72%	△55.95%
累積欠損金比率	101.90%	72.53%	56.18%	△35.16%	△26.67%	△22.53%	△1.45%	3.86%	14.05%	23.56%	29.22%	51.71%	49.77%	52.10%	52.89%	51.00%	54.05%	52.38%	50.12%	53.30%
自己資本比率	95.26%	93.03%	91.79%	80.81%	22.76%	12.43%	9.35%	8.76%	9.52%	10.03%	10.98%	8.69%	9.97%	11.59%	12.14%	14.00%	15.36%	17.61%	19.08%	19.59%
負債比率	23.51%	28.85%	29.66%	65.75%	5.54%	5.94%	9.30%	6.26%	2.35%	2.04%	2.71%	4.88%	2.49%	2.71%	4.66%	4.15%	3.83%	4.57%	9.05%	4.61%
インテレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	0.00倍	0.00倍	0.00倍	0.00倍	0.00倍	△11.34倍	△6.00倍	△4.37倍	△3.85倍	△3.60倍	△3.87倍	△5.87倍	△4.05倍	△2.66倍	△2.72倍	△2.16倍	△3.39倍	△3.01倍	△3.29倍	△4.47倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	△3.54倍	△2.86倍	△2.48倍	△2.33倍	5.88倍	13.26倍	25.46倍	24.49倍	23.58倍	21.88倍	19.95倍	20.50倍	19.06倍	17.57倍	17.02倍	15.99倍	15.59倍	14.14倍	13.20倍	13.58倍
Ⅱ. 収益性・成長性指標																				
医業収支増ひ率	-	19.66%	△15.12%	10.77%	△8.69%	△6.15%	10.46%	104.48%	△9.23%	△9.12%	2.85%	44.81%	△27.40%	△36.11%	△0.61%	△10.12%	32.74%	△13.95%	5.17%	32.64%
医業収益対医業利益率	△63.07%	△74.82%	△61.90%	△67.06%	△67.27%	△66.33%	△68.48%	△31.61%	△21.21%	△20.17%	△20.07%	△29.08%	△18.73%	△12.05%	△11.10%	△9.63%	△12.91%	△10.77%	△10.89%	△14.54%
経常収支比率	89.76%	83.86%	89.07%	89.77%	92.99%	96.80%	93.03%	83.12%	87.12%	92.10%	92.34%	84.04%	96.98%	98.35%	97.27%	99.04%	97.88%	100.03%	100.20%	97.65%
収支分岐点医業収益	554,292(千円)	588,888(千円)	540,097(千円)	580,827(千円)	526,357(千円)	495,638(千円)	544,185(千円)	1,723,590(千円)	1,964,888(千円)	1,965,118(千円)	2,064,334(千円)	2,382,322(千円)	2,297,622(千円)	2,110,712(千円)	2,209,370(千円)	2,290,818(千円)	2,357,795(千円)	2,366,130(千円)	2,465,100(千円)	2,550,563(千円)
収支分岐点比率	194.90%	208.78%	193.10%	193.75%	192.85%	191.42%	196.43%	140.57%	130.98%	126.33%	126.31%	138.48%	124.75%	115.40%	115.08%	112.50%	116.93%	113.79%	113.97%	118.69%
実質収益対経常費用比率	63.21%	58.66%	61.70%	60.67%	60.10%	58.53%	43.19%	72.00%	74.74%	76.96%	74.18%	69.79%	75.88%	80.85%	81.89%	83.18%	81.15%	82.47%	82.45%	79.80%
許可病床1床当たり医業収益	655(千円)	661(千円)	644(千円)	691(千円)	629(千円)	597(千円)	638(千円)	2,825(千円)	3,351(千円)	3,590(千円)	3,766(千円)	3,764(千円)	4,244(千円)	4,215(千円)	4,424(千円)	4,692(千円)	4,646(千円)	4,791(千円)	4,984(千円)	4,952(千円)
■ 医業収益指標																				
医業収益増加率	-	0.86%	△2.19%	7.20%	△8.97%	△5.13%	6.99%	342.60%	18.61%	7.13%	4.91%	△0.01%	12.74%	△0.69%	4.96%	6.06%	△0.98%	3.13%	4.01%	△0.61%
入院収益対外来収益比率	119.12%	122.20%	104.65%	113.88%	112.93%	106.90%	125.46%	315.00%	280.53%	291.67%	260.51%	213.18%	223.59%	217.99%	223.79%	243.35%	238.78%	224.88%	228.60%	222.72%
病床利用率	18.89%	18.89%	17.33%	18.94%	16.83%	14.50%	29.14%	75.57%	81.48%	77.13%	71.30%	71.30%	80.87%	76.52%	77.39%	88.00%	83.00%	82.00%	83.00%	79.00%
延入院患者数	12,410人	12,410人	11,388人	12,447人	11,060人	9,527人	11,169人	31,719人	34,201人	32,376人	29,930人	29,930人	33,945人	32,120人	32,485人	32,120人	30,295人	29,930人	30,295人	28,835人
1日平均入院患者数	34人	34人	31人	34人	30人	26人	31人	87人	94人	89人	82人	82人	93人	88人	89人	88人	83人	82人	83人	79人
患者1人1日当り入院収益	10.21(千円)	10.40(千円)	10.20(千円)	10.36(千円)	10.52(千円)	11.25(千円)	11.02(千円)	25.53(千円)	27.73(千円)	31.78(千円)	35.09(千円)	33.65(千円)	33.59(千円)	34.35(千円)	36.53(千円)	40.09(千円)	42.12(千円)	42.42(千円)	44.05(千円)	46.07(千円)
延外来患者数	12,249人	12,346人	11,785人	11,810人	11,468人	11,102人	10,687人	47,434人	60,805人	84,473人	62,220人	61,000人	62,464人	62,952人	65,392人	67,344人	67,832人	70,272人	72,224人	70,760人
1日平均外来患者数	50人	51人	48人	48人	47人	46人	44人	194人	249人	346人	255人	250人	256人	258人	268人	276人	278人	288人	296人	290人
患者1人1日当り外来収益	8.68(千円)	8.55(千円)	9.41(千円)	9.59(千円)	8.98(千円)	9.03(千円)	9.18(千円)	5.42(千円)	5.56(千円)	4.18(千円)	6.48(千円)	7.74(千円)	8.16(千円)	8.04(千円)	8.11(千円)	7.86(千円)	7.88(千円)	8.03(千円)	8.08(千円)	8.43(千円)
■ 医業費用指標																				
医業費用増加率	-	8.13%	△8.03%	8.60%	△8.86%	△5.66%	8.37%	245.82%	11.92%	3.90%	4.56%	7.46%	3.70%	△6.28%	4.36%	4.38%	1.99%	1.18%	4.12%	2.63%
材料費対医業収益比率(原価率)	33.54%	31.22%	30.29%	28.47%	27.55%	27.44%	28.98%	22.01%	21.85%	22.24%	23.70%	24.43%	24.33%	21.75%	24.37%	22.95%	23.74%	21.87%	22.05%	22.18%
減価償却費対医業収益比率	5.89%	6.34%	5.78%	4.56%	4.88%	4.52%	4.38%	21.34%	19.14%	18.41%	17.56%	17.46%	15.80%	12.15%	9.62%	9.91%	10.10%	10.31%	10.34%	12.00%
経費対医業収益比率	16.25%	16.66%	23.81%	23.00%	26.31%	26.92%	25.87%	26.71%	28.35%	25.82%	25.89%	27.17%	22.64%	21.12%	20.01%	20.93%	20.67%	20.53%	20.72%	20.61%
経常収益対支払利息率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	3.45%	5.14%	6.11%	5.31%	4.68%	4.28%	4.19%	3.70%	3.82%	3.62%	3.36%	3.23%	3.02%	2.79%	2.74%
資本費対医業収益比率	5.89%	6.34%	5.78%	4.56%	4.88%	10.37%	15.76%	28.58%	25.43%	24.10%	22.76%	22.41%	20.43%	16.68%	13.81%	13.80%	13.90%	13.89%	13.65%	15.26%
利子負担率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	0.98%	0.63%	1.83%	1.99%	2.03%	2.04%	1.89%	2.06%	2.07%	2.01%	2.03%	1.98%	1.98%	1.84%	1.78%
Ⅲ. 労務指標																				
付加価値率	66.46%	68.78%	69.71%	71.53%	72.45%	72.56%	71.02%	77.99%	78.15%	77.76%	76.30%	75.57%	75.67%	78.25%	75.63%	77.05%	76.26%	78.13%	77.95%	77.82%
労働分配率	160.25%	174.57%	149.62%	154.26%	148.65%	146.40%	152.55%	73.94%	69.57%	68.96%	68.68%	78.73%	73.34%	72.36%	75.26%	71.96%	75.80%	73.63%	73.38%	75.29%
職員給与対医業収益比率	106.50%	120.08%	104.30%	110.35%	107.70%	106.23%	108.34%	57.67%	54.37%	53.62%	52.40%	59.49%	55.50%	56.62%	56.92%	55.44%	57.80%	57.52%	57.20%	58.59%
職員1人当たりの医業収益	7,687(千円)	7,968(千円)	8,476(千円)	9,086(千円)	10,109(千円)	8,929(千円)	4,695(千円)	16,521(千円)	16,341(千円)	16,399(千円)	16,678(千円)	14,084(千円)	15,221(千円)	15,117(千円)	15,117(千円)	15,426(千円)	14,826(千円)	14,745(千円)	15,231(千円)	14,923(千円)
職員1人当たりの総人件費	8,186(千円)	9,568(千円)	8,841(千円)	10,028(千円)	10,887(千円)	9,485(千円)	5,087(千円)	8,950(千円)	8,884(千円)	8,794(千円)	8,740(千円)	8,379(千円)	8,447(千円)	8,560(千円)	8,605(千円)	8,553(千円)	8,570(千円)	8,484(千円)	8,712(千円)	8,744(千円)
Ⅳ. その他の指標																				
総資産利益率 (Return on Assets)	△10.19%	△20.81%	△14.86%	△15.90%	△3.09%	△0.77%	△0.81%													

付録24. 国保水俣市立総合医療センターの財務指標推移

	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
Ⅰ. 安全性指標																
流動比率	77.08%	71.24%	74.64%	79.90%	73.50%	55.88%	74.22%	91.58%	139.76%	164.13%	334.49%	352.70%	510.83%	683.19%	653.65%	230.78%
流動資産回転率	5.46回転	5.45回転	5.13回転	5.00回転	5.14回転	5.75回転	5.04回転	4.27回転	3.62回転	3.02回転	4.92回転	4.53回転	3.05回転	2.32回転	1.50回転	1.69回転
当座比率	73.98%	68.75%	70.04%	75.95%	70.50%	53.60%	72.59%	90.00%	137.07%	161.47%	324.07%	346.47%	503.29%	673.87%	527.84%	228.18%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	△898.51%	△598.19%	△648.33%	△654.94%	△538.13%	△369.13%	△731.58%	△4,146.28%	959.82%	539.75%	504.44%	352.13%	260.67%	157.53%	110.26%	109.08%
債権(未収金)回転率	6.38回転	6.32回転	6.18回転	6.56回転	6.30回転	6.36回転	6.23回転	6.02回転	6.16回転	5.22回転	5.77回転	5.96回転	5.32回転	5.80回転	5.66回転	3.05回転
債権(未収金)回転期間	57.24日	57.77日	59.04日	55.61日	57.91日	57.43日	58.63日	60.60日	59.29日	69.96日	63.24日	61.27日	68.61日	62.97日	64.49日	119.73日
債務(未払金)回転率	0.25回転	0.36回転	0.51回転	0.31回転	0.35回転	0.27回転	0.25回転	0.30回転	0.28回転	0.56回転	0.28回転	0.30回転	0.30回転	0.32回転	0.50回転	1.28回転
債務(未払金)回転期間	1,451.77日	1,010.42日	713.25日	1,174.56日	1,055.57日	1,363.14日	1,432.67日	1,200.68日	1,296.28日	648.26日	1,302.99日	1,232.11日	1,197.26日	1,144.24日	724.40日	285.05日
借入金比率	21.85%	20.11%	14.52%	21.50%	23.21%	33.61%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	5.45%	7.41%	6.62%	5.03%	7.01%	13.74%	6.89%	2.15%	△7.86%	△12.95%	△14.25%	△15.80%	△26.36%	△36.87%	△56.63%	△33.58%
累積欠損金比率	△24.61%	△31.96%	△27.01%	26.57%	29.37%	36.11%	28.27%	24.81%	20.36%	20.21%	23.71%	19.27%	16.17%	3.25%	△1.72%	△4.57%
自己資本比率	△8.31%	△12.42%	△11.47%	△11.13%	△13.46%	△20.61%	△9.82%	△1.75%	7.21%	12.76%	15.58%	21.88%	26.17%	37.44%	42.24%	51.17%
負債比率	33.84%	36.84%	35.33%	34.69%	38.57%	42.29%	39.61%	32.30%	24.15%	21.94%	6.44%	7.05%	7.17%	8.11%	14.30%	48.08%
インテレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	1.70倍	#VALUE!	2.31倍	1.04倍	△0.66倍	2.10倍	2.82倍	6.06倍	2.41倍	2.86倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt Equity Ratio)	3.36倍	3.39倍	3.71倍	3.53倍	3.39倍	3.25倍	2.82倍	3.16倍	2.88倍	3.06倍	3.54倍	3.23倍	2.84倍	1.86倍	1.04倍	0.55倍
Ⅱ. 収益性・成長性指標																
医業収支伸び率	-	54.14%	△63.58%	6.77%	110.77%	75.66%	△157.36%	△37.77%	112.00%	△56.95%	△164.20%	△396.58%	28.58%	100.01%	△63.95%	7.10%
医業収益対医業利益率	△3.05%	△4.65%	△1.67%	△1.76%	△3.68%	△7.38%	△4.16%	2.70%	5.98%	2.73%	△1.83%	5.30%	6.83%	12.66%	4.57%	4.94%
経常収支比率	98.82%	97.53%	100.06%	100.60%	98.97%	96.54%	108.13%	104.95%	106.51%	102.34%	98.21%	104.54%	106.67%	114.30%	105.02%	103.48%
収支分岐点医業収益	7,920,963(千円)	8,177,862(千円)	7,972,499(千円)	8,072,728(千円)	8,344,782(千円)	7,632,075(千円)	6,708,821(千円)	6,566,548(千円)	6,007,885(千円)	5,928,208(千円)	5,995,537(千円)	5,612,491(千円)	5,482,533(千円)	5,458,865(千円)	6,101,750(千円)	6,005,062(千円)
収支分岐点比率	104.38%	106.69%	102.35%	102.46%	105.14%	109.72%	94.73%	96.60%	92.49%	96.55%	102.30%	93.37%	91.45%	84.37%	94.32%	93.83%
実質収益対経常費用比率	98.81%	97.52%	100.05%	94.70%	98.96%	96.54%	108.12%	104.95%	106.50%	102.34%	98.21%	104.54%	106.66%	114.29%	105.01%	103.48%
許可病床1床当たり医業収益	17,486(千円)	17,661(千円)	17,948(千円)	18,154(千円)	18,288(千円)	16,028(千円)	16,318(千円)	15,663(千円)	14,967(千円)	14,147(千円)	13,504(千円)	13,851(千円)	13,814(千円)	14,908(千円)	14,906(千円)	14,746(千円)
■ 医業収益指標																
医業収益増加率	-	1.00%	1.63%	1.15%	0.74%	△12.36%	1.81%	△4.01%	△4.44%	△5.48%	△4.55%	2.57%	△0.27%	7.92%	△0.01%	△1.07%
入院収益対外来収益比率	162.34%	168.62%	174.44%	175.76%	165.40%	212.92%	240.40%	235.83%	223.39%	211.46%	207.05%	209.76%	202.93%	207.06%	201.71%	191.99%
病床利用率	93.78%	93.24%	92.69%	91.77%	88.30%	83.36%	84.28%	82.12%	90.91%	84.21%	75.06%	76.26%	75.06%	75.06%	73.38%	72.57%
延入院患者数	187,245人	186,150人	185,055人	183,230人	176,295人	166,440人	168,265人	160,965人	138,700人	128,480人	114,245人	116,070人	114,245人	111,690人	106,215人	
1日平均入院患者数	513人	510人	507人	502人	483人	456人	461人	441人	380人	352人	313人	318人	313人	313人	306人	291人
患者1人1日当り入院収益	24.02(千円)	24.91(千円)	25.64(千円)	26.33(千円)	26.97(千円)	27.44(千円)	29.09(千円)	29.07(千円)	31.49(千円)	31.33(千円)	33.42(千円)	33.74(千円)	33.95(千円)	36.48(千円)	37.46(千円)	38.27(千円)
延外来患者数	337,696人	345,260人	345,992人	349,164人	358,680人	320,616人	300,608人	292,800人	271,816人	242,292人	220,576人	211,792人	212,524人	217,892人	229,116人	209,840人
1日平均外来患者数	1,384人	1,415人	1,418人	1,431人	1,470人	1,314人	1,232人	1,200人	1,114人	993人	904人	868人	871人	893人	939人	860人
患者1人1日当り外来収益	8.20(千円)	7.96(千円)	7.86(千円)	7.86(千円)	8.02(千円)	6.69(千円)	6.77(千円)	6.78(千円)	7.19(千円)	7.86(千円)	8.36(千円)	8.82(千円)	8.99(千円)	9.24(千円)	9.05(千円)	10.09(千円)
■ 医業費用指標																
医業費用増加率	-	2.58%	△1.27%	1.24%	2.64%	△9.23%	△9.13%	△2.55%	△7.67%	△2.20%	△0.07%	△4.62%	△1.88%	1.17%	9.26%	△1.47%
材料費対医業収益比率(原価率)	30.34%	30.45%	28.99%	28.48%	28.30%	24.03%	21.07%	20.69%	20.36%	20.97%	20.30%	20.10%	20.08%	18.97%	19.62%	19.84%
減価償却費対医業収益比率	3.95%	3.74%	3.33%	4.27%	4.27%	5.03%	4.95%	5.15%	5.84%	3.82%	5.61%	5.39%	5.70%	5.38%	5.41%	4.77%
経費対医業収益比率	9.94%	10.70%	11.16%	11.09%	11.74%	12.44%	15.90%	15.93%	13.72%	15.00%	16.12%	16.87%	16.77%	16.61%	17.68%	18.70%
経常収益対支払利息率	2.87%	2.75%	2.61%	2.51%	2.37%	2.51%	2.31%	2.25%	2.49%	2.53%	2.68%	2.49%	2.34%	2.01%	1.83%	1.79%
資本費対医業収益比率	7.01%	6.68%	6.14%	6.95%	6.81%	7.74%	7.45%	7.56%	8.45%	6.46%	8.41%	7.96%	8.14%	7.47%	7.31%	6.62%
利子負担率	4.35%	4.27%	4.04%	3.68%	3.63%	3.36%	4.93%	3.91%	4.10%	3.64%	3.77%	3.74%	3.51%	3.51%	2.93%	3.75%
Ⅲ. 労務指標																
付加価値率	69.66%	69.55%	71.01%	71.52%	71.70%	75.97%	78.93%	79.31%	79.64%	79.03%	79.70%	79.90%	79.92%	81.03%	80.38%	80.16%
労働分配率	83.88%	85.31%	81.51%	80.64%	82.42%	86.36%	68.00%	69.10%	67.43%	71.15%	74.66%	64.93%	62.83%	56.25%	64.01%	63.67%
職員給与費対医業収益比率	58.43%	59.33%	57.89%	57.68%	59.09%	65.61%	53.67%	54.80%	53.70%	56.22%	59.51%	51.88%	50.22%	45.58%	51.46%	51.04%
職員1人当たりの医業収益	11,839(千円)	11,810(千円)	11,892(千円)	12,159(千円)	12,248(千円)	11,024(千円)	17,273(千円)	17,475(千円)	17,846(千円)	16,822(千円)	16,556(千円)	17,373(千円)	17,129(千円)	18,539(千円)	18,378(千円)	17,876(千円)
職員1人当たりの総人件費	6,918(千円)	7,007(千円)	6,884(千円)	7,013(千円)	7,238(千円)	7,233(千円)	9,270(千円)	9,576(千円)	9,583(千円)	9,458(千円)	9,852(千円)	9,014(千円)	8,602(千円)	8,450(千円)	9,457(千円)	9,124(千円)
Ⅳ. その他の指標																
総資産利益率 (Return on Assets)	△1.76%	△3.80%	0.08%	0.87%	△1.58%	△5.32%	11.55%	5.90%	7.11%	2.24%	△2.00%	4.68%	6.33%	12.34%	3.82%	2.27%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	50.69%	52.53%	19.12%	21.43%	38.78%	49.28%	△60.08%	△179.29%	92.32%	20.06%	△12.38%	25.19%	25.32%	32.12%	8.32%	6.28%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	1.24%	△1.27%	2.18%	3.40%	0.83%	△3.24%	12.92%	9.14%	13.16%	6.14%	3.98%	11.11%	12.15%	17.14%	7.67%	6.31%
他会計繰入金額【収益的収支】	462,674(千円)	476,099(千円)	477,581(千円)	495,437(千円)	494,032(千円)	492,150(千円)	480,000(千円)	400,000(千円)	245,915(千円)	199,443(千円)	222,718(千円)	235,000(千円)	271,735(千円)	232,130(千円)	209,133(千円)	184,917(千円)
他会計繰入金増加率	-	2.90%	0.31%	3.74%	△0.28%	△0.38%	△2.47%	△16.67%	△38.52%	△18.90%	11.67%	5.51%	15.63%	△14.57%	△9.91%	△11.58%
他会計繰入金対経常収益比率	5.71%	5.81%	5.70%	5.87%	5.81%	6.55%	6.26%	5.49%	3.62%	3.11%	3.64%	3.78%	4.34%	3.45%	3.11%	2.79%
他会計繰入金対医業収益比率	6.10%	6.21%	6.13%	6.29%	6.22%	7.08%	6.78%	5.88%	3.79%	3.25%	3.80%	3.91%	4.53%	3.59%	3.23%	2.89%
補助金等比率	5.70%	5.80%	5.69%	5.87%	5.80%	6.55%	6.31%	5.60%	3.68%	3.17%	3.69%	3.87%	4.34%	3.53%	3.23%	2.91%
企業債償還額	203,531(千円)	214,060(千円)	198,455(千円)	234,489(千円)	367,911(千円)	406,070(千円)	432,519(千円)	395,840(千円)	272,854(千円)	270,127(千円)	274,657(千円)	390,816(千円)	427,318(千円)	492,905(千円)	510,969(千円)	1,868,077(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	67.95%	74.60%	76.59%	69.74%	108.60%	116.11%	123.40%	113.10%	71.90%	115.30%	83.50%	120.70%	125.10%	141.60%	146.10%	612.40%
固定資産回転率	0.54回転	0.53回転	0.57回転</													

付録25. 国東市民病院の財務指標推移

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標								
流動比率	1,063.90%	1,322.72%	924.46%	764.13%	992.52%	582.32%	139.78%	1,109.17%
流動資産回転率	2.17回転	2.06回転	3.17回転	3.15回転	2.76回転	2.36回転	0.76回転	2.26回転
当座比率	1,047.67%	1,308.25%	909.27%	748.92%	978.85%	571.29%	138.97%	1,087.67%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	124.59%	119.87%	127.56%	129.52%	123.77%	131.00%	159.89%	207.45%
債権(未収金)回転率	6.23回転	6.13回転	6.27回転	6.02回転	6.11回転	5.53回転	1.89回転	6.29回転
債権(未収金)回転期間	58.60日	59.53日	58.18日	60.62日	59.77日	65.98日	193.41日	58.04日
債務(未払金)回転率	0.22回転	0.17回転	0.16回転	0.21回転	0.17回転	0.40回転	5.57回転	0.21回転
債務(未払金)回転期間	1,697.41日	2,150.21日	2,241.85日	1,775.54日	2,210.68日	903.88日	65.48日	1,751.57日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△11.69%	△14.89%	△28.16%	△27.61%	△32.58%	△35.10%	△37.37%	△40.17%
累積欠損金比率	△35.30%	△35.05%	△13.94%	△5.33%	1.96%	11.49%	14.94%	68.38%
自己資本比率	61.73%	63.59%	65.85%	65.80%	66.48%	59.93%	41.97%	39.87%
負債比率	3.24%	2.67%	2.50%	2.65%	2.35%	4.55%	41.12%	1.65%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	△0.48倍	△1.45倍	△0.90倍	△4.53倍	△3.43倍	△0.97倍	△1.76倍	△3.64倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt-Equity Ratio)	0.73倍	0.61倍	0.70倍	0.64倍	0.51倍	0.55倍	0.67倍	1.35倍
II. 収益性・成長性指標								
医業収支伸び率	-	170.95%	△40.84%	324.86%	△27.52%	△72.33%	78.09%	141.67%
医業収益対医業利益率	△1.46%	△4.18%	△2.45%	△11.97%	△8.53%	△2.20%	△3.89%	△9.17%
経常収支比率	100.32%	98.00%	98.39%	90.82%	93.59%	98.87%	95.85%	95.28%
収支分岐点医業収益	3,346,486(千円)	3,276,636(千円)	3,236,534(千円)	3,135,303(千円)	3,076,323(千円)	3,065,482(千円)	3,145,725(千円)	3,422,981(千円)
収支分岐点比率	101.83%	105.18%	103.01%	114.58%	110.50%	102.64%	104.68%	110.96%
実質収益対経常費用比率	95.68%	92.84%	94.43%	86.54%	89.16%	94.24%	87.95%	87.54%
許可病床1床当たり医業収益	7,573(千円)	7,178(千円)	7,240(千円)	6,305(千円)	6,415(千円)	6,882(千円)	6,924(千円)	7,108(千円)
■ 医業収益指標								
医業収益増加率	-	△5.21%	0.86%	△12.91%	1.74%	7.28%	0.62%	2.65%
入院収益対外来収益比率	275.09%	246.85%	249.92%	231.66%	236.92%	270.49%	273.57%	297.09%
病床利用率	84.21%	77.54%	79.65%	65.26%	63.51%	86.73%	82.74%	91.83%
延入院患者数	87,600人	80,665人	82,855人	67,890人	66,065人	71,540人	68,255人	69,715人
1日平均入院患者数	240人	221人	227人	186人	181人	196人	187人	191人
患者1人1日当り入院収益	26.23(千円)	26.04(千円)	25.51(千円)	26.28(千円)	27.63(千円)	28.58(千円)	30.00(千円)	30.91(千円)
延外来患者数	103,212人	101,992人	102,724人	86,132人	81,496人	79,544人	79,056人	70,760人
1日平均外来患者数	423人	418人	421人	353人	334人	326人	324人	290人
患者1人1日当り外来収益	8.09(千円)	8.34(千円)	8.23(千円)	8.94(千円)	9.46(千円)	9.50(千円)	9.47(千円)	10.25(千円)
■ 医業費用指標								
医業費用増加率	-	△2.67%	△0.82%	△4.82%	△1.39%	1.02%	2.29%	7.86%
材料費対医業収益比率(原価率)	19.79%	19.18%	18.34%	17.87%	18.79%	16.72%	16.76%	16.36%
減価償却費対医業収益比率	7.18%	7.39%	7.01%	6.55%	6.14%	5.27%	4.86%	8.02%
経費対医業収益比率	10.33%	10.21%	10.91%	11.73%	11.12%	10.75%	10.61%	9.68%
経常収益対支払利息率	2.82%	2.70%	2.55%	2.48%	2.32%	2.06%	2.03%	2.31%
資本費対医業収益比率	10.19%	10.25%	9.69%	9.17%	8.58%	7.44%	7.06%	10.53%
利子負担率	4.11%	4.00%	4.12%	3.73%	3.74%	3.02%	1.60%	1.68%
III. 労務指標								
付加価値率	80.21%	80.82%	81.66%	82.13%	81.21%	83.28%	83.24%	83.64%
労働分配率	79.47%	82.55%	80.53%	90.91%	88.67%	82.98%	85.60%	86.38%
職員給与費対医業収益比率	63.74%	66.72%	65.76%	74.67%	72.01%	69.11%	71.25%	72.24%
職員1人当たりの医業収益	11,865(千円)	12,461(千円)	11,384(千円)	10,249(千円)	10,626(千円)	11,712(千円)	10,968(千円)	10,215(千円)
職員1人当たりの総人件費	7,562(千円)	8,314(千円)	7,487(千円)	7,652(千円)	7,652(千円)	8,094(千円)	7,814(千円)	7,380(千円)
IV. その他の指標								
総資産利益率 (Return on Assets)	0.17%	△1.05%	△0.86%	△4.90%	△3.51%	△0.61%	△1.18%	△2.10%
自己資本医業利益率 (Return on Equity)	△1.17%	△3.18%	△1.86%	△8.36%	△6.23%	△1.85%	△2.32%	△8.99%
投下資本医業利益率 (Return on Investment)	2.83%	1.55%	2.27%	△2.49%	△1.16%	1.55%	0.24%	△0.45%
他会計繰入金額【収益的収支】	162,064(千円)	174,505(千円)	132,663(千円)	136,116(千円)	139,346(千円)	147,515(千円)	268,636(千円)	272,324(千円)
他会計繰入金増加率	-	7.68%	△23.98%	2.60%	2.37%	5.86%	82.11%	1.37%
他会計繰入金対経常収益比率	4.63%	5.27%	4.03%	4.71%	4.74%	4.68%	8.24%	8.13%
他会計繰入金対医業収益比率	4.93%	5.60%	4.22%	4.97%	5.01%	4.94%	8.94%	8.83%
補助金等比率	5.80%	5.81%	4.48%	5.34%	5.17%	5.16%	8.64%	8.43%
企業償還額	263,247(千円)	170,492(千円)	189,138(千円)	91,286(千円)	121,614(千円)	125,195(千円)	131,318(千円)	106,146(千円)
企業償還額対減価償却額比率	111.50%	74.10%	85.90%	50.90%	71.20%	79.60%	90.00%	42.90%
固定資産回転率	1.56回転	1.58回転	1.68回転	1.86回転	1.70回転	1.56回転	2.68回転	2.12回転
許可病床1床当たり総資産額	23,323(円)	22,606(円)	22,084(円)	20,904(円)	20,133(円)	26,176(円)	53,154(円)	37,950(円)
許可病床1床当たり器械備品	13,035(千円)	12,727(千円)	12,419(千円)	12,111(千円)	11,805(千円)	13,310(千円)	12,958(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		2,626(千円)	2,278(千円)	1,912(千円)	1,773(千円)	2,051(千円)	4,403(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	28.20回転	36.08回転	35.34回転	28.28回転	37.66回転	20.84回転	22.27回転	19.11回転
貯蔵資産回転期間	12.94日	10.12日	10.33日	12.91日	9.69日	17.52日	16.39日	19.10日
総資産回転率	0.49回転	0.48回転	0.50回転	0.46回転	0.49回転	0.50回転	0.25回転	0.39回転
総資産増加率	-	△3.07%	△2.31%	△5.35%	△3.69%	3.10%	103.07%	△31.29%

出典：地務省自治体財政局編地方公営企業年鑑第53集(2005年度)～第60集(2012年度)、国東市民病院の貸借対照表(2005年度～2012年度)、及び損益計算書(2005年度～2012年度)を基に筆者作成

付録26. 出水市病院の財務指標推移

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
I. 安全性指標												
流動比率	641.08%	578.89%	382.32%	440.30%	514.91%	474.04%	845.33%	617.02%	580.96%	752.74%	404.69%	1,192.62%
流動資産回転率	2.04回転	1.92回転	1.74回転	1.80回転	1.84回転	1.83回転	2.32回転	3.34回転	2.97回転	2.28回転	1.33回転	1.81回転
当座比率	635.36%	573.28%	379.80%	436.91%	510.54%	469.25%	834.84%	603.65%	574.84%	741.91%	402.81%	1,181.34%
固定長期適合率 (固定資産対長期資本比率)	277.28%	272.50%	260.45%	267.72%	223.06%	241.18%	278.30%	403.22%	282.11%	192.91%	146.55%	142.07%
債権(未収金)回転率	5.95回転	5.98回転	4.81回転	5.98回転	3.98回転	5.20回転	5.47回転	5.62回転	5.43回転	6.01回転	6.27回転	6.44回転
債権(未収金)回転期間	61.38日	61.07日	75.92日	61.03日	91.73日	70.15日	66.70日	64.90日	67.27日	60.68日	58.22日	56.70日
債務(未払金)回転率	0.27回転	0.31回転	0.53回転	0.51回転	0.43回転	0.47回転	0.21回転	0.21回転	0.26回転	0.31回転	1.07回転	0.25回転
債務(未払金)回転期間	1,332.16日	1,176.79日	688.78日	711.16日	845.36日	772.58日	1,757.19日	1,708.69日	1,394.64日	1,194.54日	342.46日	1,473.33日
借入金比率	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%	±0.00%
不良債務比率(資金不足比率)	△41.41%	△43.02%	△42.51%	△42.93%	△43.91%	△43.00%	△38.02%	△25.06%	△27.84%	△38.08%	△56.40%	△50.73%
累積欠損金比率	28.26%	33.82%	38.81%	49.45%	62.22%	81.34%	109.88%	155.83%	168.05%	157.41%	162.65%	152.61%
自己資本比率	22.33%	22.82%	21.62%	20.73%	26.28%	24.87%	23.13%	16.54%	12.48%	16.61%	15.26%	18.51%
負債比率	6.82%	6.71%	9.96%	8.61%	7.31%	7.02%	4.03%	3.75%	10.27%	13.34%	24.13%	18.46%
インタレスト・カバレッジ・レシオ (Interest Coverage Ratio)	0.12倍	△0.57倍	△0.50倍	△1.01倍	△0.31倍	△2.04倍	△2.36倍	△4.57倍	△2.37倍	0.25倍	△1.64倍	△1.49倍
ネット・デット・エクイティ・レシオ (Net Debt-Equity Ratio)	△0.60倍	△0.58倍	1.31倍	1.18倍	0.98倍	0.81倍	0.78倍	0.74倍	0.61倍	0.47倍	0.31倍	0.37倍
II. 収益性・成長性指標												
医療収支伸び率	-	△594.24%	△15.23%	92.31%	△70.29%	522.40%	10.14%	67.58%	△52.82%	△109.50%	△723.23%	△14.57%
医療収益対医療利益率	0.57%	△3.00%	△2.57%	△5.23%	△1.48%	△10.09%	△12.44%	△24.36%	△11.34%	1.04%	△6.74%	△5.43%
経常収支比率	100.18%	96.44%	95.81%	92.73%	95.97%	88.83%	86.61%	80.76%	89.74%	104.43%	101.15%	100.71%
収支分岐点医療収益	5,103,356(千円)	5,066,362(千円)	4,986,672(千円)	4,860,598(千円)	4,857,088(千円)	4,936,194(千円)	4,518,704(千円)	4,354,419(千円)	3,858,734(千円)	3,464,006(千円)	3,640,781(千円)	3,803,217(千円)
収支分岐点比率	99.22%	104.16%	103.56%	106.88%	101.95%	113.21%	115.97%	130.63%	114.22%	98.74%	108.12%	106.54%
実質収益対経常費用比率	94.97%	91.42%	91.17%	87.88%	91.17%	84.07%	81.84%	75.58%	84.65%	93.43%	84.88%	85.24%
許可病床1床当たり医療収益	11,851(千円)	11,207(千円)	11,095(千円)	10,478(千円)	10,978(千円)	10,047(千円)	8,978(千円)	7,681(千円)	7,784(千円)	8,084(千円)	7,759(千円)	8,225(千円)
■ 医療収益指標												
医療収益増加率	-	△5.43%	△1.00%	△5.56%	4.77%	△8.48%	△10.64%	△14.45%	1.35%	3.84%	△4.01%	6.01%
入院収益対外来収益比率	240.25%	232.18%	257.74%	232.59%	228.66%	220.73%	269.57%	232.88%	238.83%	255.92%	232.62%	267.10%
病床利用率	88.92%	87.63%	83.23%	80.24%	80.24%	75.75%	67.07%	53.59%	54.19%	52.99%	49.10%	51.80%
延入院患者数	108,405人	106,836人	101,470人	97,820人	97,820人	92,345人	81,760人	65,335人	66,065人	64,605人	59,860人	63,145人
1日平均入院患者数	297人	293人	278人	268人	268人	253人	224人	179人	181人	177人	164人	173人
患者1人1日当り入院収益	32.79(千円)	31.22(千円)	33.46(千円)	31.69(千円)	33.02(千円)	31.66(千円)	33.88(千円)	34.99(千円)	35.23(千円)	37.17(千円)	37.23(千円)	39.03(千円)
延外来患者数	215,867人	194,932人	180,804人	172,264人	160,796人	130,296人	106,628人	96,136人	91,012人	84,180人	94,428人	91,256人
1日平均外来患者数	885人	799人	741人	706人	659人	534人	437人	394人	373人	345人	387人	374人
患者1人1日当り外来収益	6.85(千円)	7.37(千円)	7.29(千円)	7.74(千円)	8.79(千円)	10.17(千円)	9.64(千円)	10.21(千円)	10.71(千円)	11.15(千円)	10.14(千円)	10.11(千円)
■ 医療費用指標												
医療費用増加率	-	△2.03%	△1.42%	△3.11%	1.04%	△0.72%	△8.74%	△5.37%	△9.26%	△7.70%	3.53%	4.71%
材料費対医療収益比率(原価率)	26.42%	27.88%	27.85%	24.00%	23.71%	23.58%	22.13%	20.46%	20.23%	17.80%	17.00%	16.99%
減価償却費対医療収益比率	7.91%	7.64%	7.90%	8.32%	8.09%	8.95%	9.80%	11.61%	10.78%	9.88%	6.24%	7.01%
経費対医療収益比率	8.47%	8.11%	12.09%	14.54%	15.30%	16.36%	15.92%	24.41%	18.49%	19.89%	22.63%	22.45%
経常収益対支払利息率	4.83%	4.89%	4.78%	4.83%	4.40%	4.61%	4.90%	4.86%	4.58%	3.98%	3.80%	3.48%
資本費対医療収益比率	13.07%	12.86%	12.96%	13.46%	12.78%	13.88%	15.03%	16.93%	15.70%	14.34%	10.72%	11.07%
利子負担率	4.43%	4.33%	4.05%	3.95%	3.71%	3.85%	4.02%	3.88%	3.41%	3.25%	2.70%	2.71%
III. 労務指標												
付加価値率	73.58%	72.12%	72.15%	76.00%	76.29%	76.42%	77.87%	79.54%	79.77%	82.20%	83.00%	83.01%
労働分配率	76.69%	81.75%	74.82%	76.32%	70.64%	79.54%	82.44%	84.81%	76.75%	61.78%	72.58%	69.85%
職員給与費対医療収益比率	56.43%	58.96%	53.98%	58.01%	53.89%	60.78%	64.20%	67.46%	61.22%	50.78%	60.24%	57.98%
職員1人当たりの医療収益	16,539(千円)	15,690(千円)	15,238(千円)	14,622(千円)	15,570(千円)	13,887(千円)	12,817(千円)	11,455(千円)	12,797(千円)	14,497(千円)	13,416(千円)	13,730(千円)
職員1人当たりの総人件費	9,332(千円)	9,251(千円)	8,226(千円)	8,482(千円)	8,391(千円)	8,440(千円)	8,228(千円)	7,728(千円)	7,835(千円)	7,362(千円)	8,083(千円)	7,961(千円)
IV. その他の指標												
総資産利益率 (Return on Assets)	0.12%	△2.35%	△2.60%	△4.64%	△2.41%	△7.25%	△9.37%	△15.33%	△7.15%	2.77%	0.61%	0.43%
自己資本医療利益率 (Return on Equity)	1.61%	△7.83%	△6.65%	△14.01%	△3.04%	△21.87%	△30.54%	△86.68%	△52.98%	3.65%	△20.27%	△15.43%
投下資本医療利益率 (Return on Investment)	5.31%	2.76%	2.98%	1.71%	3.56%	△0.61%	△1.50%	△7.51%	△0.33%	6.38%	△0.23%	0.83%
他会計繰入金額[収益的収支] (全国自治体病院平均値)	286,130(千円)	270,166(千円)	247,058(千円)	253,457(千円)	254,485(千円)	250,507(千円)	229,100(千円)	233,631(千円)	205,756(千円)	413,174(千円)	637,941(千円)	640,436(千円)
	#REF!	#REF!	#REF!	(623,459,459(千円))	(626,124,664(千円))	(524,158,003(千円))	(552,798,354(千円))	(605,545,294(千円))	(618,330,140(千円))	(613,488,104(千円))	(622,982,265(千円))	(622,982,265(千円))
他会計繰入金増加率	-	△5.58%	△8.55%	2.59%	0.41%	△1.56%	△8.55%	1.98%	△11.93%	100.81%	54.40%	0.39%
他会計繰入金対経常収益比率	5.20%	5.20%	4.84%	5.23%	5.01%	5.37%	5.51%	6.41%	5.67%	10.53%	16.08%	15.36%
他会計繰入金対医療収益比率	5.56%	5.55%	5.13%	5.57%	5.34%	5.75%	5.88%	7.01%	6.09%	11.78%	18.94%	17.94%
補助金等比率	5.20%	5.20%	4.84%	5.23%	5.01%	5.37%	5.51%	6.41%	5.67%	10.51%	16.08%	15.36%
企業債償還額	302,923(千円)	313,868(千円)	293,886(千円)	338,136(千円)	397,840(千円)	427,061(千円)	488,774(千円)	593,961(千円)	404,613(千円)	370,646(千円)	364,430(千円)	292,445(千円)
企業債償還額対減価償却額比率	74.46%	84.46%	77.30%	89.40%	103.20%	109.40%	128.00%	153.50%	111.10%	106.90%	173.50%	116.90%
固定資産回転率	1.09回転	1.12回転	1.10回転	1.12回転	1.20回転	1.23回転	1.28回転	1.38回転	1.29回転	1.14回転	1.25回転	1.16回転
許可病床1床当たり総資産額	24,624(円)	24,451(円)	25,761(円)	24,534(円)	26,477(円)	24,222(円)	20,537(円)	16,960(円)	17,350(円)	17,969(円)	21,955(円)	20,301(円)
許可病床1床当たり器械備品	1,981(千円)	2,203(千円)	12,690(千円)	11,901(千円)	10,692(千円)	10,095(千円)	9,475(千円)	9,745(千円)	9,159(千円)	8,523(千円)	8,961(千円)	0(千円)
許可病床1床当たり建物構築物		193(千円)	2,381(千円)	2,598(千円)	2,780(千円)	2,455(千円)	2,137(千円)	2,017(千円)	1,927(千円)	1,638(千円)	2,745(千円)	0(千円)
貯蔵資産回転率	60.30回転	55.33回転	73.31回転	56.13回転	51.23回転	42.79回転	41.36回転	31.57回転	57.03回転	28.18回転	48.90回転	32.43回転
貯蔵資産回転期間	6.05日	6.60日	4.98日	6.50日	7.12日	8.53日	8.83日	11.56日	6.40日	12.95日	7.46日	11.25日
総資産回転率	0.63回転	0.60回転	0.56回転	0.55回転	0.54回転	0.54回転	0.57回転	0.59回転	0.58回転	0.58回転	0.46回転	0.53回転
総資産増加率	-	△0.70%	5.36%	△4.76%	7.92%	△8.52%	△15.21%	△17.42%	2.30%	3.57%	22.18%	△7.53%

出典：経済省自治財政局地方公営企業年報第51集(2003年度)～第60集(2012年度)、出水市病院の貸借対照表(2001年度～2012年度)、及び損益計算書(2001年度～2012年度)を基に筆者作成

