慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	病院経営戦略モデルの構築
Sub Title	Construction for hospital management strategy model
Author	家里, 誠一(Iesato, Seiichi)
Publisher	慶應義塾大学出版会
Publication year	2007
Jtitle	三田商学研究 (Mita business review). Vol.49, No.7 (2007. 2) ,p.173- 190
JaLC DOI	
Abstract	非営利組織としての病院組織についての研究は，従来から多くの研究者によって進められてきているが，その病院組織を動かす経営戦略についての先行研究は世界的にみても極めて少ないというのが現状である。本研究は，著しい環境変化に対応するため，経営先進病院はどのような策を施しているかを分析することによって，その根幹としての有効な経営戦略とは何かを見い出し，検証する。このため，本研究は，生のデータ収集が必要となり，病院経営の行動主体者であるトップ・マネジメントおよびミドル・マネジメントを対象とする深層的な面接調査を実施し，この結果をもとに病院経営の実態を論理的に抽象化することにより，その実態を反映した病院経営の戦略行動分析フレームワークの構築を行った。これをさらに発展させ，多様な環境変化にも対応可能な，より普遍性・客観性を持つ病院経営戦略モデルの構築を試みる。
Notes	研究ノート
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234698-20070200-0173

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

三田商学研究
第49巻第7号
2007年 2 月

2006年11月24日掲載承認

研究ノート

病院経営戦略モデルの構築

家 里 誠 一

＜要　　約＞

非営利組織としての病院組織についての研究は，従来から多くの研究者によって進められてきているが，その病院組織を動かす経営戦略についての先行研究は世界的にみても極めて少ないというのが現状である。本研究は，著しい環境変化に対応するため，経営先進病院はどのような策を施しているかを分析することによって，その根幹としての有効な経営戦略とは何かを見い出し，検証する。このため，本研究は，生のデータ収集が必要となり，病院経営の行動主体者であるトップ・マネジメントおよびミドル・マネジメントを対象とする深層的な面接調査を実施し，この結果をもとに病院経営の実態を論理的に抽象化することにより，その実態を反映した病院経営の戦略行動分析フレームワークの構築を行った。これをさらに発展させ，多様な環境変化にも対応可能な，より普遍性・客観性を持つ病院経営戦略モデルの構築を試みる。

＜キーワード＞

病院経営戦略モデル，トップ・マネジメント，ミドル・マネジメント，TQM，MQI

はじめに

我が国の病院は，高齢化社会の進展，医療水準の高度化，医療関連法令改正等急速な環境変化への対応を余儀なくされており，今後は，規制緩和が進むとともに，病院間さらには異業種との競争が激化していくと考えられているが，既にその兆候がさまざまな形で出てきている。医療環境の変化は，特に高齢期を迎えた慢性・長期療養患者による近隣の医療機関の利用を増大させ，これにより地域医療の必要性は益々高くなっており，よりよい地域医療支援体制を構築していくことが強く求められている。

このような状況において，これからの病院にとって，真に医療現場との整合性があり，また実現性のある経営戦略モデルに沿った効果的な経営を推進する必要があるとの認識に立ち，まず，我が国の病院経営のリード役として常に注目されている医療機関における実地調査を通して，病院経営の実態の把握に努めた。

本研究のアプローチとしては，まず組織理論の系譜を辿り，次に非営利組織としての病院組織の理論展開について整理し，我が国の病院を取り巻く環境変化とは何かを見極め，それらの環境変化に対応するため「経営先進病院」はどのような策を施しているかを分析することによって，その根幹としての有効な経営戦略とは何かを見い出し，検証し，迅速に実践していくことが必要であると考えた。

1．病院の組織研究から経営戦略研究への進展

1－1　病院組織研究

以上の観点から組織理論の系譜を簡潔にとりまとめる。1930年代以前は課業管理に焦点を置く古典的組織理論が主流を占め，テーラーの科学的管理法が組織における階層・権威に密接に関連した原則を，ウェーバーの官僚制は合理的経済的人間観を打ち出した。1930年代から1940年代は，実験による組織行動における社会的・心理的要因に主眼を置く新古典的組織論が主流となり，ホーソン実験を通じての人間関係学派の発展が見られた。1930年代後半から1950年代後半は，協働体系としての組織を志向する近代組織論が主流となり，バーナードの組織均衡の理論，サイモンの意思決定論，サイアート＝マーチの自律的人間観が打ち出された。1950年代から1960年代は，行動科学による人間関係学派が主流となり，自己実現的人間観の基にモティベーション論やリーダーシップ論が発展した。そして，1960年代後半以降になって，経済的・社会的・心理的・構造的・技術的変数の相互作用の結果としての組織行動に焦点をあてるシステム理論の発展に至った。しかし，このシステム理論を基盤に置く組織論研究者も，それぞれ重視するところを異にしていたため，サブシステムのとらえ方も異なるものとなった。Luthans, F（1973）は，組織構造，組織の過程，組織のテクノロジーの３つのサブシステムを持つとしている[1]。杉（1973）は，人間系サブシステム，物（機械）系サブシステム，技術系サブシステムを基本システムとしている[2]。Schulz, R.（1976）は，病院内部組織のシステム図の中で，患者を中心に位置づけ，その周りを医師，治療計画，支援・調整業務が３等分して描かれており[3]，これらをサブシステムとしてみている。これらのサブシステムのうち，「医師」については，患者の入院指示，患者の診断，サービス指示，治療，結果の検討，同僚間の検討，卒後教育，患者の取扱い方等が示されており，医師には，医師の専門職能が広く含まれている。「治療計画」の中には，看護，検査，物理療法，薬物療法，吸入療法，食餌療法等が含まれ，「支援・調整業務」には，病院管理，事務，給食業務，人事業務，洗濯，ハウスキーピング等が含まれている。

Werley, H. H.（1976）等の編纂した Health Research: The Systems Approach ではサブシステムとして，依頼人，医師業務サブシステム，看護業務サブシステム，管理・支援サブシステムをあげている[4]。「依頼人」は，１人の場合，２人の場合，３人の場合，小集団，またはより大きな社会システムと広義に解しており，サブシステムの中でも中心に位置するサブシステムであるとしている[5]。「医師業務サブシステム」は，医師の専門職能のことで，医師は医師業務サブシステムを構成する基本的単位であるとしている[6]。「管理・支援サブシステムは，Schulz のいう支援・調整業務と同様の内容とみられるが，ここでは監督的役割を持つ看護師をこのサブシステムの中に含めている[7]。

以上，組織論の研究者が組織のサブシステムをどのようにとらえているかをみてきたが，その中でテクノロジーをサブシステムとする見解がみられた。では，病院組織論においてテクノロジーがどのように位置づけられるべきかを考察していきたい。組織論で使われているテクノロジーの意味を諸説から列挙する。Luthans, F.（1973）は，テクノロジーは最狭義では，単純な機械的技術に等しいが，最広義では，人類にわかっている知識の全体であるといい，さらに公式組織に概念上限定した場合は組織の目的達成に役立てるために人間が使う機械的技術および抽象的知識であるとす

1）Luthans, F. *Organizational Behavior*, McGraw-Hill Kogakusha, Tokyo, p.103, 1973
2）杉政孝『病院の組織と人間関係』医学書院，89頁，1973年
3）Shulz, R. *Management of Hospitals*, McGraw-Hill, New York, p.37, pp.183-184, 1976
4）Werley, H. H. *Health Research, The Systems Approach, X*, Springer Publishing, New York, 1976
5）Werley, H. H., Ibid., p.25
6）Werley, H. H., Ibid., p.45, 46
7）Werley, H. H., Ibid., p.78

る。[8] Kast は，テクノロジーは最も一般的な意味では，ある仕事または活動を遂行するについての知識をいう。テクノロジーは，仕事を達成する手段に関する集積された知識および機械や設備のような物的形態を意味し，特に組織のテクノロジーというときの意味は，システムの入力を出力に変換するために使われる技法の複合体を指すという。Koontz, F. E.（1973）は，テクノロジーはものごとを行う方法の知識の総計を意味し，あらゆるものについての組織立てられた知識の広大な蓄積を含むが，それが大きな影響を与えるのは，物財やサービスの設計，生産および分配の方法に関してであるとしている。[9] 森本（1975）は，テクノロジーは生産課題を遂行するため，利用可能なプラント，機械，工具および方法の総体と，それを利用する基礎となる原理をいうとする。[10]

テクノロジーの用語は使われていないが，杉（1973）の「病院施設や医療機械や薬品のような物（機械）系サブシステムとそれらを使いこなすための技術系サブシステム」[11]は，Luthans, Kast および森本の諸説にみられるテクノロジーである。

現代の病院では，医師は高度の教育訓練を経て習得した知識や技術をもって医療を提供する。看護師もまた病院内で多くの技術機能を果たしている。その他にも専門知識を持った多くの専門家（薬剤師・検査技師・放射線技師，メディカルソーシャルワーカー（MSW）・栄養士・理学療法士・作業療法士等）が病院内で各々の専門知識，技術を機能させている。また彼等はその専門知識，技術を駆使するために多くの専門知識や機器を必要とする。病院は，地域住民に包括医療を提供するために存在するのであり，その使命を達成するためには専門知識，技術および専門機器が病院に集積されていなければならない。いまここで対象にしている病院組織は「物的施設を基盤として，その上に展開される病院職員の協働的活動のシステム」である。

8） Luthans, F., Ibid., p.281

9） Koontz, H. *Management 7th ed*, McGraw-Hill Kogakusha, Tokyo, p.59, 1973

10） 森本三男『経営組織論』丸善，187頁，1975年

11） 杉政孝『前掲書』89頁

１－２　病院経営戦略研究

以上の病院組織研究の諸理論を集約すると，協働的活動のシステムを病院組織とみていることである。このように非営利組織としての病院組織そのものについての研究は従来から進められて来ているが，協働的活動システムとしての病院組織を運営するためには何をすべきかを示唆する経営戦略についての研究は，非営利組織とりわけ公益性の強い病院にかかわる経営戦略についての研究は，我が国のみならず諸外国をみてもほとんど行われていない。[12]

病院にかかわる経営戦略モデルの構築が営利企業にかかわる経営戦略モデルの構築に比べ著しい後れをとっている主な原因としては，第１に需要サイドと供給サイドの双方に不確実性が存在すること，第２にサービス市場において公的医療保険が整備されていること，第３にサービスの供給者である医師と消費者である患者の間に情報の非対称性が存在すること，第４に広範囲に政府が介入し競争を制限していることである。また，他の非営利組織と比べた場合にも，人員構成上，専門家集団を主軸とする特殊性を有する。この専門家集団は，免許制度によって就業資格を持つことのできる医師，看護師，薬剤師，放射線技師，理学療法士等広範に及んでおり，彼等専門家集団をマネジメントするのは一般職業集団と比べより困難が伴うといわれて来た。しかし，近年は，医学の進歩や疾病構造の変化に対応し，従来の専制的なひとりの医師を中心に補助者（パラ・メディカル）を配置するという体制から，一人ひとりの患者に応じた複数の医師によるチーム医療や医師と協働者（コウ・メディカル）による体制へと変化しており，患者本位の医療活動を複数の職種のスタッフによって職種の垣根を超えて協働して取り組む集団へと変容しつつある。このように，病院にかかわる経営戦略モデルを構築するためには，病院経営の特殊性をも十分に念頭に入れつつ，その主体者であるトップ・マネジメント，医療従事者のミドル・マネジメントおよびフォロワーそして患

12） 家里誠一「病院経営の戦略行動分析のためのフレームワークの構築」『三田商学研究』第45巻２号，38頁，2002年

者が病院経営にどのような形で影響を与え，また，参画しているかを見極める必要がある。

2．病院経営戦略モデルの構築

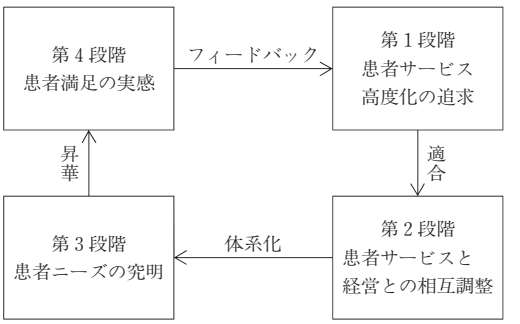
2－1　モデル構築の方法

病院経営戦略の研究は，病院の特殊性・閉鎖性のため，世界的にみても営利経営体のそれに比べ著しく後れをとっており，先人の研究業績も極めて少ない。このため，本研究は，独自に手探りで進めることを余儀なくされたが，これを埋める生のデータ収集のため，病院経営の行動主体者であるトップ・マネジメントおよびミドル・マネジメントを対象とする深層的な面接調査を実施し，この結果を基に病院経営の実態を多層的に順次，論理的に抽象化することにより，その実態を反映した病院経営の戦略行動分析フレームワークの構築を行い，これをさらに発展させ，多様な環境変化にも対応可能な，より普遍性・客観性を持つ病院経営戦略モデルの構築を試みる。

以上の基本概念にもとづく事例研究に着手し，まず環境変化に迅速・果敢に取り組み医療・経営さらには患者対応の面においても極めて優れた業績を持つ医療機関の抽出を行い，財団法人日本医療評価機構によりトップランクの総合評価を得ている首都圏の医療機関として医療法人財団河北総合病院（東京都杉並区阿佐ヶ谷）と医療法人鉄蕉会（亀田総合病院の母体・千葉県鴨川市）の２つの医療機関を取り上げた。次に，これら２医療機関の理事長･院長等トップ･マネジメントと多くの職種のミドル･マネジメントにインタビューを行い，この事例調査を通して，病院を経営するにあたっての戦略を分析し，複数のコアフレーズを探り出し，「患者サービス高度化の追求」「患者サービスと経営との相互調整」「患者ニーズの究明」「患者満足の実感」の４つのコンセプトに集約した。病院の経営戦略について上記２病院の経営トップとの面接調査をもとに考察を進める中で，これら４つのコンセプトのうち，トップ･マネジメントによる患者サービス高度化の追及が起点であるという仮説を導いた。

次に，４つのコンセプトを４段階のチャート（図１）としてとらえた。

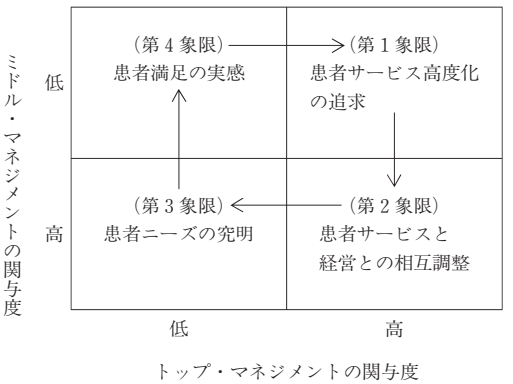
図１　病院経営の戦略行動チャート



この図は，４段階の病院経営の戦略行動チャートである。まず，第１段階で「患者サービス高度化の追求」が行われるが，これはトップ・マネジメントによる創発的なアイデアからビジョンが生み出されることを意味する。第２段階では，「患者サービスと経営の相互調整」が行われ，トップ・マネジメントとミドル・マネジメントが協力してそのビジョンをもとに考案される患者サービスを経営の観点から客観的に調整する適合が進められる。第３段階では，「患者ニーズの究明」が行われ，適合により生み出されるコンセプトを，ミドル・マネジメントがリード役となり，部下との情報交換により体系的な施策の策定に導く体系化が進められる。第４段階では，「患者満足の実感」が生起され，各医療従事者が各自の医療現場において自発的な患者への接触を通じて患者を満足させているという充実感につながり，やがて，社会的に価値あるものと自己が認識する実感へと高められる昇華に至る。さらに，患者満足の実感に内包される知識や情報がトップ・マネジメントへフィードバックされ，第１段階の患者サービス高度化の追求に影響を与える。

以上の（図１）のチャートをもとに，さらに戦略行動の主体者に焦点をあてた考察を進め，トップ・マネジメントとミドル・マネジメントの関与度の高低によるリーダーシップのあり方と（図１）の４つのコンセプトをマトリクスとして組み合わせた病院経営のリーダーシップ特性図（図２）の構築を行った。（図１）のチャートをリーダーシップの観点から掘り下げると，第１象限の「患者サービス高度化の追求」は，トップ･マネジ

図２　病院経営のリーダーシップ特性図



メントの強力なリーダーシップによって発現する。第２象限の「患者サービスと経営の相互調整」は，トップ・マネジメントとミドル・マネジメント両者が協力してのリーダーシップによって発現する。第３象限の「患者ニーズの究明」は患者に常に接し，患者の生の要望を聴取している医療従事者を指揮･監督するミドル･マネジメントの強力なリーダーシップによって発現する。さらに，第４象限の「患者満足の実感」は，各医療従事者の自発的な医療現場活動によって発現する。

（図２）の特性図によって，どのようなリーダーシップのあり方が適切であるかを早急に判断し，必要となれば迅速に是正を進めることが可能となる。トップ・マネジメントやミドル・マネジメントのみならず従業員全員がこの特性図の意味を十分に理解し，職種や職場の枠を超えて組織学習を推進する戦略展開が必要である。

上記（図２）の「リーダーシップ特性図」からさらなる客観性を導くため，組織の観点から，トップ・マネジメントとミドル・マネジメントの機能，コミュニケーション形態，戦略的な組織学習の役割を複合的に体系化したフレームワークの構築を目指すため，戦略的な組織学習体制を確立し，日本医療評価機構からもトップランクの総合評価を得ている医療法人社団カレスアライアンス（北海道室蘭市）と株式会社麻生飯塚病院（福岡県飯塚市）を事例分析していく。

このうち，医療法人社団カレスアライアンスは，北海道室蘭市に本拠を置く日本製鋼所の企業病院から独立した，病床数544床，外来患者数１日平均1,500人，常勤職員800人の総合病院であり，また，株式会社麻生飯塚病院は，福岡県飯塚市に本拠を置く株式会社麻生直営の病床数1,157床，外来患者数１日平均2,000人，常勤職員1,300人の企業立総合病院である。両医療機関ともTQM（総合的質経営）の活動を通して組織学習を実践しており，それぞれの組織運営のあり方を探るため，トップ・マネジメントとの面接調査を実施した。両医療機関の組織運営のあり方を体系図として要約したのが（図３）の「医療法人社団カレスアライアンスの組織浸透図」であり，（図４）の「麻生飯塚病院の組織浸透図」である。（図３）および（図４）の組織浸透図をもとに，（図２）の「病院経営のリーダーシップ特性図」を戦略フレームワークへ発展させるため，両医療機関のミドル・マネジメントとの面接調査を実施した。この調査の結果，（１）カレスアライアンスの理事会および本部運営会議ならびに麻生飯塚病院の株式会社麻生役員会，経営会議および幹事会はトップ・マネジメントとして機能していること，また，カレスアライアンスの総合企画調整委員会，診療科長懇話会および各種委員会ならびに麻生飯塚病院の各種委員会および部長会議はトップ・マネジメントとミドル・マネジメントが融合して機能していること，さらに，カレスアライアンスの職場代表者会議と麻生飯塚病院の管理職会議はミドル・マネジメントとして機能し，TQMは全員参加型のしくみとして機能していること，（２）トップ･マネジメントにおいては，「患者サービス高度化の追求」が「方針提示」という，より具体的なアクションとなっていること，（３）「患者サービスと経営との相互調整」については，「トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの融合体による諸課題調整・検討」という明確な形で遂行されていること，（４）「患者ニーズの究明」については，「ミドル･マネジメントによる情報の集約と伝達」という具体的行動がとらえていること，（５）「患者満足の実感」については，組織的な観点から，TQM活動の一環として「全員参加の戦略的な組織学習推進」によって，個々の従業員が実感した患者満足の共有化や情報交換を通じて分析された結果がトップ・マネジメントにフィードバックされることが明らかとなったこと，

図 3　医療法人社団カレスアライアンスの組織浸透図

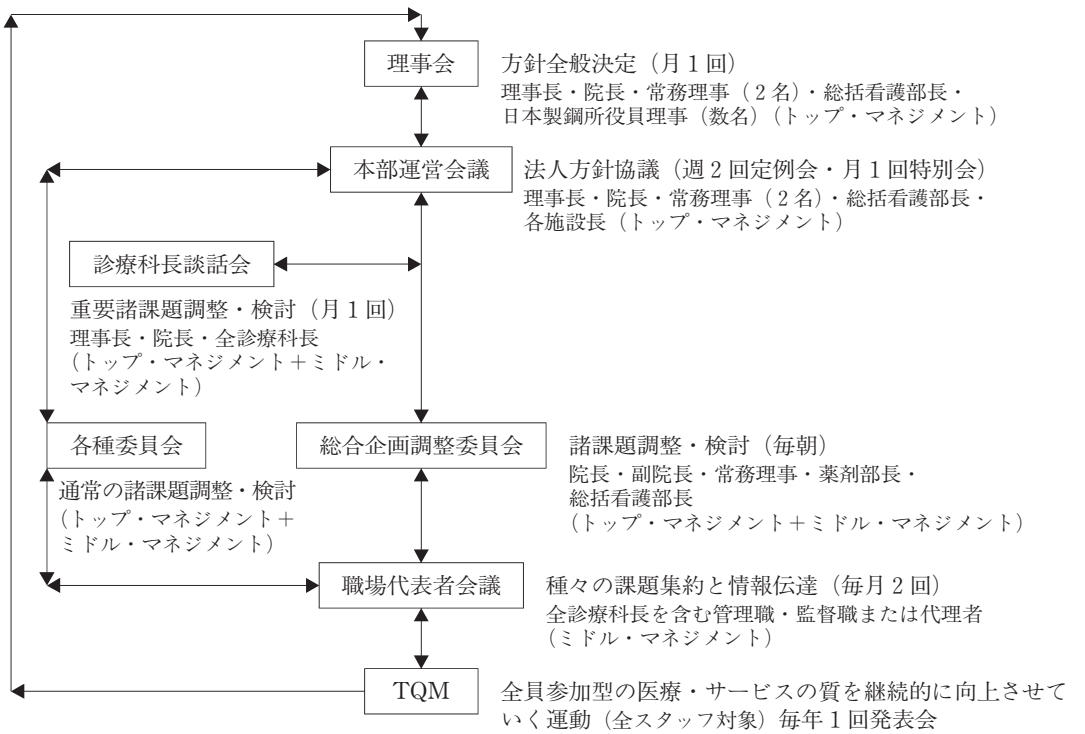


図 4　麻生飯塚病院の組織浸透図

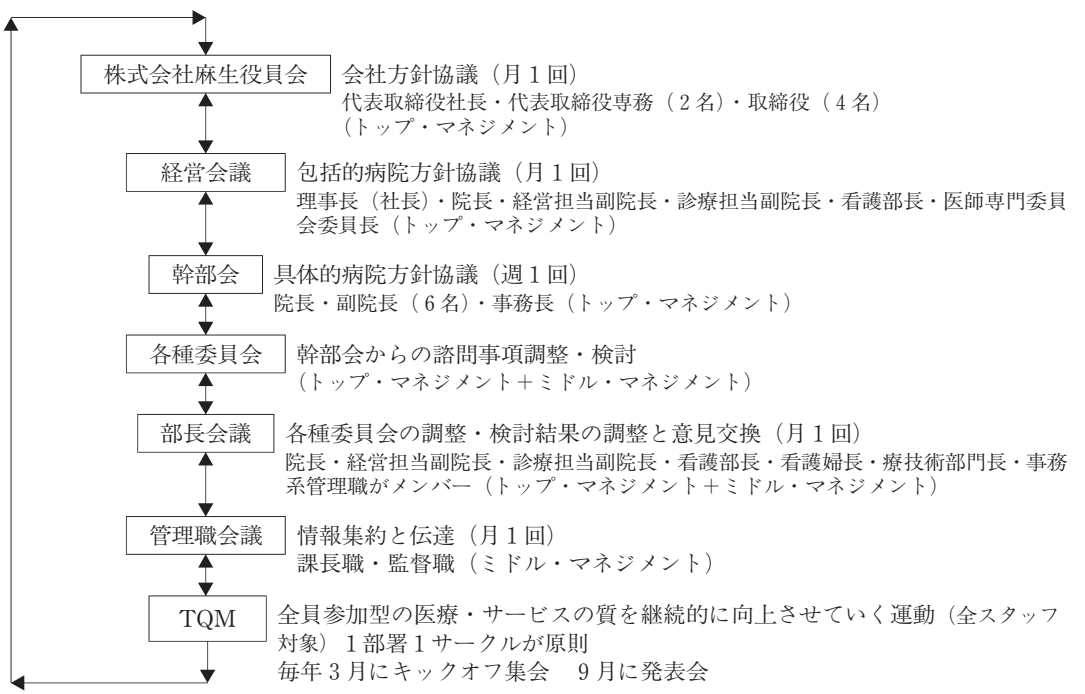


図 5　病院経営のプロセス戦略フレームワーク

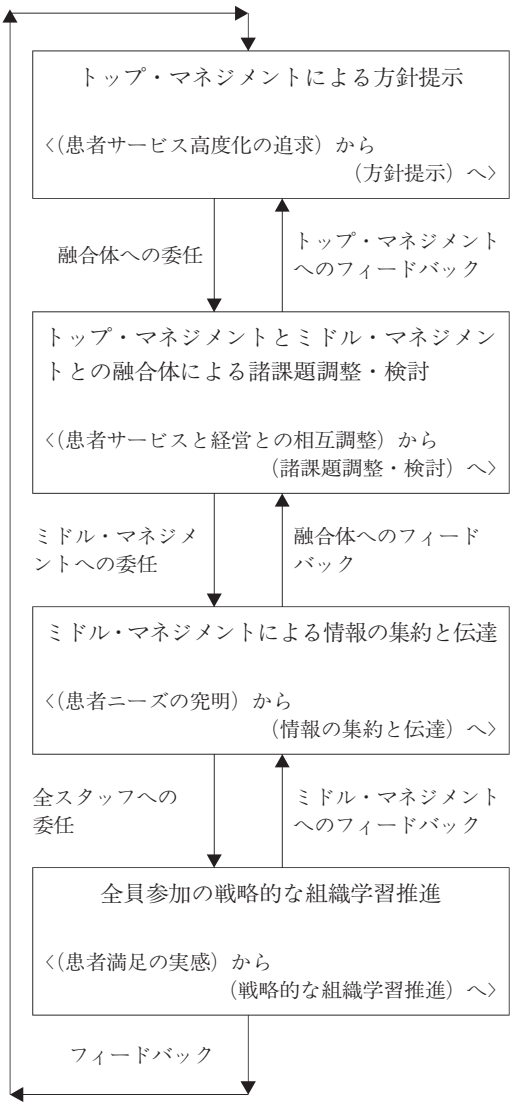
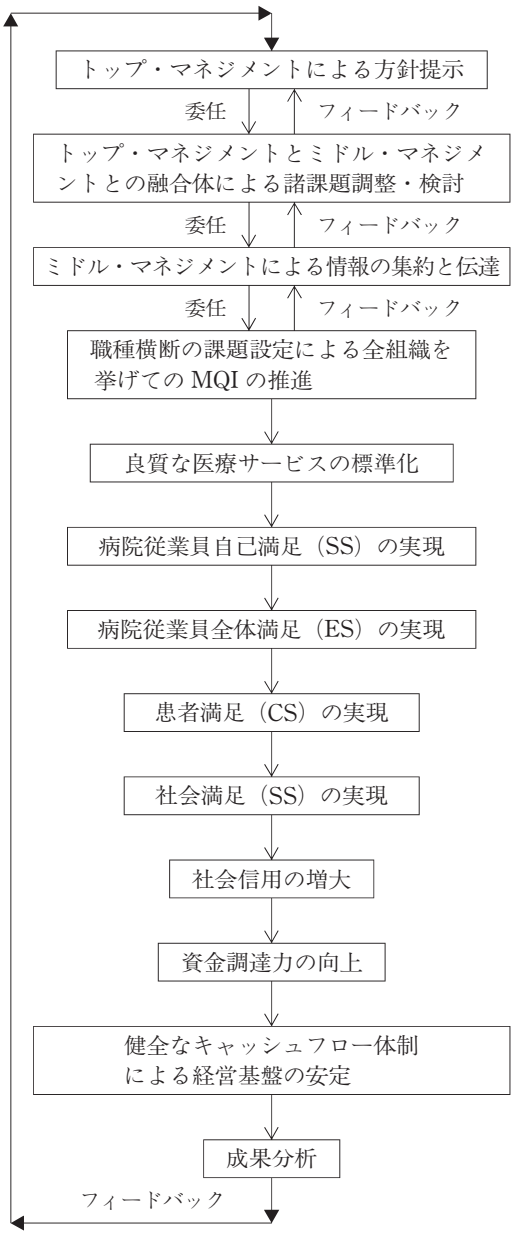


図 6　病院経営のプロセス戦略モデル仮説



以上を集約して「病院経営のプロセス戦略フレームワーク」（図 5 ）を構築した。

さらに，TQM を医療の質向上という観点から MQI[13] と名付け，病院経営の中軸に位置付けて展開している練馬総合病院のトップ・マネジメントの面接を実施し，分析結果をまとめ，上記の病院経営の戦略フレームワークからプロセス戦略モデル仮説（図 6 ）への進展を試みた。

第 1 プロセスの「トップ・マネジメントによる方針提示」は，この病院経営のプロセス戦略モデルの起点に位置付けられる。方針提示の主体者は，強力なリーダーシップを持つトップ・マネジメントである。第 2 プロセスの「トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの綿密な連携」につ

13）　Medical Quality Improvement の略で医療の質向上をめざす TQM

いては，トップ・マネジメントによって提示された方針は，経営資源の観点からの検討が委任され，トップ・マネジメントとミドル・マネジメント両者の強力なリーダーシップのもとに相互調整が行われる。この両者の連携は，種々の会議等フォーマルな媒体によるものとともに，個人間のコミュニケーション等インフォーマルな媒体によるものとがある。第３プロセスの「ミドル・マネジメントによる情報の集約と伝達」については，第２プロセスの「トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの綿密な連携」による検討結果を，ミドル・マネジメントの強力なリーダーシップのもとに集約し，会議・ミーティング・対話，電話，E－メール等多様な媒体によって部下の人達に伝達する。第４プロセスの「職種横断の組織を挙げてのMQIの推進」については，ミドル・マネジメントから組織末端まで伝達された情報は，受容した全従業員によって濾過され，さらには課題として提起される。提起された課題は，職種横断的に組織を挙げての総合的な質経営すなわちMQI運動の中で練磨されていく。第５プロセスの「良質な医療サービスの標準化」については，第４プロセスのMQI活動を通じて獲得されるものであり，所定基準をクリア可能な医療サービスの規格化を行うことによって，医療サービスの質の維持・向上を組織全体で一様に推進しようとするものである。第６プロセスの「病院従業員自己満足の実現」，第７プロセスの「病院従業員全体満足の実現」，第８プロセスの「患者満足の実現」，第９プロセスの「社会満足の実現」については，本音の観点から考察すれば，病院従業員の個人レベルの充足感や働きがい等の自己満足の実現が起点となって患者満足の実現さらには，これが病院従業員全体満足の実現につながり，社会満足の実現へ導かれるとするプロセスが考えられる。社会満足の実現へ至ってはじめて第10プロセスの「社会信用の増大」へと導かれる。この第10プロセスの「社会信用の増大」とは，例えば，地域社会への質の高い医療サービスを継続的に提供することによって，その社会の構成員である多様な背景の人達の中からの信用を得て，第11プロセスの「資金調達力の向上」に至る。金融機関からの融資や公的機関からの補助金の支給を誘導する能力の高揚がこれに該当する。この資金調達によって得られた潤沢な資金を機動的かつ効果的に運用することによって，健全なキャッシュフロー体制[14]を確立し，これが経営基盤の安定を実現するとする第12プロセスの「健全なキャッシュフロー体制による経営基盤の安定」へと至り，逐次，第13プロセスの「成果分析」を行いその結果をトップ･マネジメントへフィードバックし，これがトップ・マネジメントによる方針策定に影響を与えるとしている。

２－２　仮説の再検討

上記（図６）の「病院経営のプロセス戦略モデル仮説」は，（図５）の「病院経営のプロセス戦略フレームワーク」を，飯田修平練馬総合病院院長との面接調査を通してさらに抽象化することによって創造されたものである。この仮説を，再検討し修正を施し，病院経営戦略モデルの構築を進める目的で，練馬総合病院の医療現場に直接・間接にかかわるミドル・マネジメント10人を対象に，面接調査を行った。

練馬総合病院は，東京都練馬区旭が丘にある大都市近郊の病床数244床，外来患者数１日平均600人，常勤職員数250人の総合病院であり，わが国医療機関におけるTQM活動の最先端[15]に位置付けられている。面接調査を通して，「トップ･マネジメントは実態的には飯田修平院長１人であること」が明らかになっている。ミドル・マネジメント対象の面接調査は２日にわたって，各人１時間ずつ対面の質疑応答方式で行った。面接調査対象者は，副院長・財団事務部長・病院事務長・看護部長・渉外部長・事務部医事課長・薬剤科長・臨床検査科長・栄養科長・放射線科長代行の10名であり，MQI活動を医療現場から管理･推進する職責を担うミドル・マネジメントである。

この面接調査を実施した2003年５月29日および６月６日当時は，MQI活動の立て直しを，副院長がMQI推進委員会委員長として懸命に進めており，同時に，トップ・マネジメントの一人体制

14）　資金の流れを逐次把握し，適正かつ適時に資金を運用する体制

15）　職種別のTQCから脱して職種横断的な本格的TQMを展開し，TQMを経営の中軸に位置づけている

から複数人体制移行への検討に着手し始めた時期であった。

面接調査の質問項目は次の通りである。

1 トップ・マネジメントによる方針は明確ですか。なぜそう思うのですか。

2 トップ・マネジメントによる方針を理解していますか。どのように理解していますか。

3 トップ・マネジメントによる方針と経営との調整は誰に委ねられますか。
トップか　トップ&ミドルか　ミドルか
ミドル&フォロワーか　フォロワーか
また，それはどのような会議か。

4 上記3の結果を集約し伝達するのは誰ですか。
トップか　トップ&ミドルか　ミドルか
ミドル&フォロワーか　フォロワーか
また，それはどのような会議か。

5 MQIは組織を挙げて行われていますか。どういうことでそう思うのですか。

6 一定の良質の医療サービス提供の維持にとって最も重要な要件は標準化（質基準を設定した組織的対応と思いますか。なぜそう思うのですか。

7 病院にとっての次の4つの満足主体の優先順位をつけてください。
①病院従業員自己満足の実現
②病院従業員全体満足の実現
③患者満足の実現
④社会満足の実現

8 社会信用の増大は（医療機関の）資金調達力の向上に資すると思いますか。なぜそう思いますか。

9 健全なキャッシュフロー体制による経営基盤の安定が病院戦略の最終目標だと思いますか。なぜそう思うのですか。

10 成果分析を通じてトップ・マネジメントによる明確な方針決定に影響を与えていると思いますか。なぜそう思うのですか。

11 その成果分析はどうあるべきと思いますか（客観的であること，個性的であること，具体的であること，簡潔であること，冷徹であること，人間的な温かみがあること等）なぜそう思うのですか。

12 あなたにとってこの分析すべき成果とは具体的に何ですか。

13 成果はトップ・マネジメントに影響を与えていますか。どのような方法で影響を与えていますか。

14 他院に比べて貴院の最も誇るべきことは何ですか。なぜそう思いますか。

15 貴院は地域社会にどのような貢献をしていると思いますか。また，地域社会からどのようなことを期待されていると思いますか。

以上の質問に対するミドル・マネジメント10人の回答を，質問項目ごとに横断的にとらえて，さらに要約し総括すると以下のようにまとめられる。

1の「トップ・マネジメントによる方針は明確ですか。なぜそう思うのですか。」と2の「トップ・マネジメントによる方針を理解していますか。どのように理解していますか。」の質問については，①方針をできるだけ文章として公表する姿勢については一定の評価をしている。②しかし，迅速にアクション・プランに落とし込むことができるまでの具体性に欠けている。③看護部長および薬剤科長・臨床検査科長・栄養科長・放射線科長代行のコゥ・メディカルの各管理職は，この方針を各部署の実態に合わせて理解しようと努めるとともに，現場の施策を自主的に打ち出し実践している。④副院長は，院長の腹心として，トップ・マネジメントの方針を，明確なものとしてとらえ，自身のフィルターを通して十分に咀嚼しつつ理解しようとしている。⑤財団事務部長・病院事務長・医事課長の3人は，院長に対する注文について他の7人の被面接者と比べ辛口で表面的には厳しくはあるが，院長への信頼と期待がこめられており，「院長が示す方針はできる限り文章化するところは大いに評価できるが，内容が抽象的すぎる。もっと具体的で実行しやすい表現にしていく

べきである。」とするところは一致している。⑥10人の被面接者に共通していたことは，「トップ・マネジメントによって提示する方針は，より具体的で理解しやすく，病院の従業員全員の持てる能力・ノウハウ・知識等の総合的な力を結集できるものでなければならないこと」であった。

この質問の1と2は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第1段階の「トップ・マネジメントによる方針提示」に対応する検証である。この検証を通じて，第1段階は，「トップ・マネジメントによる全員の力を結集できる方針提示」と修正を行うこととする。

3の「トップ・マネジメントによる方針と経営との調整は誰に委ねられますか。トップか　トップ&ミドルか　ミドルか　ミドル&フォロワーか　フォロワーか，また，それはどのような会議か。」の質問については，①院長，副院長，看護部長，財団事務部長，病院事務長を構成員とする管理会議が，組織上はトップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの融合組織となっていること，②機械購入委員会は高額医療機器を購入する際，臨床検査科・放射線科を含めコウメディカル部署のミドル・マネジメントとトップ・マネジメントとの融合組織となっている，③組織上は，管理会議と機械購入委員会があり，トップ・マネジメントによる方針と経営との調整を行うミドル・マネジメントとの融合体の機能を有する，④しかし，実際は，院長と各部署のミドル・マネジメントとのパースン・トゥ・パースンの綿密なコミュニケーションが上記会議体の前後に頻繁に行われている，⑤この綿密なコミュニケーションが，今後は院長と副院長・財団事務部長・病院事務長・看護部長等によるトップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの間で行われることが望ましいとのことであった。

この質問の3は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第2段階の「トップ・マネジメントとの融合体による諸課題調整・検討」に対応する検証である。この検証を通じて，第2段階は，「トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの綿密な連携」と修正を行うこととする。

4の「上記3の結果を集約し伝達するのは誰ですか。トップか　トップ&ミドルか　ミドルか　ミドル&フォロワーか　フォロワーか　また，それはどのような会議か。」の質問については，①月1回開催される課長拡大会議で結果は報告される，②課長拡大会議で報告された事項を，各部署の所属長が所属従業員にミーティングの席上伝達する，③部署ごとのミーティングは，事務部署の週1回からコウ・メディカル部署の毎朝まで頻度に違いはあるが，定例の形で行われている，④看護部門のような多層職種は，看護部長から看護師長会議において伝達され，各看護師から所属部署の看護師ミーティングにおいて伝達される，⑤薬剤科・臨床検査科・栄養科・放射線科のコウメディカルの部署においては，各科長から各部署のミーティングにおいて伝達される。

この質問の4は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第3段階の「ミドル・マネジメントによる情報の集約と伝達」に対応する検証である。この検証を通じて，第3段階はこのまま無修正とする。

5の「MQIは組織を挙げて行われていますか。どういうことでそう思うのですか。」の質問については，①財団事務部長の観点からは，「初期の段階では従業員の士気も高い部分もあり，その自発性の部分で組織的にも評価できたが，最近は業務命令の消化になっている。皮肉な現象であるが，業務命令という点での組織の活動となっている。」とし，MQIが見直しの時機に至っていることを示唆している，②病院事務長，看護部長，渉外部長，医事課長からは，「MQI活動そのものが，自主的な活動から義務的な性格のものと受けとめられてきており，このため，従業員全般の業務負担の増大となっている。」とし MQIの抜本的見直しが必要であるとしている，③臨床検査・薬剤・栄養・放射線の各科長は，MQIの発足当時から現在に至るまで一貫して，MQIの活動を支持しその効用を賞賛する。また，これらの部署の従業員も MQIに自主的かつ積極的な姿勢で参画し，職種横断的なテーマが大部分を占めるいずれのMQIグループの中でも活動を下支えする重要な役割を担っている，④MQI活動の成否は，医師をどの程度まで参画させていくかであり，参画の度合が強い程，職種横断的なグループの各職種間のより円滑な総括的調整が期待でき，また，結果

も医療現場での実現可能性が大きいものとなることを経験している，⑤ MQI の医療の質の向上は，その発生起源である一般企業における総合的質経営（TQM）の原点から見直す必要がある。

この質問の 5 は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第 4 段階の「職種横断の課題設定による全組織を挙げての MQI の推進」に対応する検証である。この検証を通じて，第 4 段階は「医師を中核メンバーとする職種横断の組織を挙げての TQM の推進」と修正を行うこととする。

6 の「一定の良質の医療サービス提供の維持にとって最も重要な要件は標準化（質基準を設定した組織的対応）と思いますか。なぜそう思うのですか。」の質問については，①副院長は，「治療方法については，従来は医療スタッフの経験に依拠しすぎ，しかも検証も十分になされていなかった。検証しながら治療方法の標準化を進めるという繰り返しが必要である。」②財団事務部長は，「従来の品質管理における定量的で統計的な観点からのみアプローチする標準化についてはまだ問題もあるが，クリニカル・パス等の科学的な部分については，日本の医療の現状から考えれば標準化はある程度可能であり，また，必要である。」③病院事務長は，「医師の診療の質の差を無くしていくことに非常に苦慮しており，診療の標準化を進める必要がある。」④渉外部長は，「一定の良質の医療サービス提供の維持にとって最も重要な要件は標準化であるという院長の考えに賛成する。例えば，当院では肝臓外科を診療の目玉として新設するが，この場合もトータルに医療サービスを標準化することが必須の条件となる。」と回答した。10人の被面接者共通の考え方として，医療サービスの標準化は良質な医療サービス提供にとって必要であること，また，看護・薬剤・臨床検査・栄養科・放射線科においては，MQI 活動を通じて医療サービスの標準化に組織を挙げて取り組んでいることが明らかにされた。

この質問の 6 は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第 5 段階の「良質の医療サービスの標準化」に対応する検証である。この検証を通じて，第 5 段階は，このまま修正を行わないこととする。

7 の「病院にとっての次の 4 つの満足主体の優先順位をつけてください。病院従業員自己満足の実現・病院従業員全体満足の実現・患者満足の実現・社会満足の実現」の質問については，①財団事務部長は，「単に順位はつけられない。病院従業員自己満足の実現は自明のことで，患者満足も病院従業員自己満足のための手段だと位置づけられるべきであると考える。また，社会満足については，トップが強制するものではなく，自己実現の内容として考えるか否かである。」②臨床検査科長は，「院長は，常日頃から本音で経営を進めており，われわれ現場のスタッフとも本音で議論をしているので，この順番は本音から出た実態をとらえたものと解釈している。」③放射線科長は，「まず実感として自己満足の実現ということには賛成する。しかし，その自己満足は，利己主義によるものではなく，患者満足や社会満足に根ざしたものでなければならないと思う。」

すべての被面接者に共通するのは，病院にとっての満足主体の優先順位は，院長が本音を焦点にあてて提唱する，病院従業員自己満足の実現，患者満足の実現・社会満足の実現の順が実態をよく表していること，これらは相互関連性があることである。この質問の 7 は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第 6 段階の「病院従業員自己満足（SS）[16] の実現」，第 7 段階の「病院従業員全体満足（ES）[17] 実現」，第 8 段階の「患者満足（CS）[18] の実現」，第 9 段階の「社会満足（SS）[19] の実現」に対応する検証である。この検証を通じて，第 6 段階は「病院従業員自己満足の実現」，第 7 段階は「患者満足の実現」，第 8 段階は「社会満足の実現」とし，「病院従業員自己満足の実現」の単なる総和の意味としてしかとらえられない「病院従業員全体満足の実現」を削除し，「病院従業員自己満足の実現」，「患者満足の実現」，「社会満足の実現」は，「病院従業員自己満足の実現」を起点とする仮説は妥当性があるが，仮説の描く一方向の流れではなく，相互浸透を通して 3 者間を循環するプロセスへと修正を行うこととする。

8 の「社会信用の増大は（医療機関の）資金調達力の向上に資すると思いますか。なぜそう思い

16） Self Satisfaction の略
17） Employees Satisfaction の略
18） Customers Satisfaction の略
19） Social Satisfaction の略

ますか。」の質問については，①副院長は，「理事会のメンバーにこの地域の町会長になっていただいたり，地域懇談会をたびたび開いて地域の方々との親交を深めたりということがらを通じて，地域社会からの信用を得ることによって，公的機関からの資金援助や金融機関からの融資を得やすくなっていると思う。」②看護部長は，「近隣地域の高齢化に対応した受入れ体制の整備や地域社会の人達を対象とした講演会等を通じて社会信用の増大が進められ，これが公的資金や銀行融資等資金調達力の向上に寄与していると思う。」

すべての被面接者は，直接的あるいは間接的に社会信用の増大は医療機関の資金調達力の向上に寄与するものととらえている。質問8は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第10段階の「社会信用の増大」および第11段階の「資金調達力の向上」に対応する検証である。この検証を通じて，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第10段階の「社会信用の増大」は，モデル図の第9段階の「社会信用の増大」および第10段階の「資金調達力の向上」としてそのまま修正しないものとする。

9の「健全なキャッシュフロー体制による経営基盤の安定が病院戦略の最終目標だと思いますか。なぜそう思うのですか。」の質問については，①副院長は，「経営基盤の安定がなければ，何もできない。これが，医療サービスの質・量の拡充を進める上での前提でもある。」②「経営基盤の安定なしには経営は成り立たない。経営基盤の安定が医療の質の維持･向上にもつながると思う。」③栄養科長は，「当院が財団という形態をとり，所定の達成目標がある以上，まず経営基盤の安定を実現し，適正な資金投入によって医療サービスの質･量の充実を図っていく必要がある。」と回答した。その他の被面接者についても，質問に対する理解の差異がみられるものの，「経営基盤の安定を進め，これを実現することによって医療サービスの向上を図る」点において共通の認識を持つ。質問9は，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第12段階の「健全なキャッシュフロー体制による経営基盤の安定」に対応する検証である。この検証を通じて，第11段階は，「経営基盤の安定を通じての医療サービスの質・量の向上」と修正を行うこととする。10の「成果分析を通じてトップ・マネジメントによる明確な方針決定に影響を与えていると思いますか。なぜそう思うのですか。」，11の「その成果分析はどうあるべきと思いますか（客観的であること，個性的であること，具体的であること，簡潔であること，冷徹であること，人間的な温かみがあること等）　なぜそう思うのですか。」，12の「あなたにとってこの分析すべき成果とは具体的に何ですか。」，13の「成果はトップ・マネジメントに影響を与えていますか。どのような方法で影響を与えていますか。」，14の「他院に比べて貴院の最も誇るべきことは何ですか。なぜそう思いますか。」，15の「貴院は地域社会にどのような貢献をしていると思いますか。また，地域社会からどのようなことを期待されていると思いますか。」の質問については，すべて成果分析に関連する質問であるためすべての被面接者の回答の共通点を集約することとする。

このうち，10の「成果分析を通じてトップ・マネジメントによる明確な方針決定に影響を与えていると思いますか。なぜそう思うのですか。」の質問については，「あまり影響を与えていない。MQIの成果分析が十分に行われていないため。」，11の「その成果分析はどうあるべきと思いますか（客観的であること，個性的であること，具体的であること，簡潔であること，冷徹であること，人間的な温かみがあること等）　なぜそう思うのですか。」の質問に対しては，「客観的であることが必要で出来る限り数字として分析結果を明示することが必要である。説得力もあり，影響力もあると思うため。」，12の「あなたにとってこの分析すべき成果とは具体的に何ですか。」の質問については，「当院の強みであり，具体的には今後経営資源を重点的に投入するに値する当院の中核というべき能力である。」，13の「成果はトップ・マネジメントに影響を与えていますか。どのような方法で影響を与えていますか」については「成果の分析が十分でないためトップ・マネジメントにはあまり影響は与えていないと思う」の回答があった。また，14の「他院に比べて貴院の最も誇るべきことは何ですか。なぜそう思いますか。」の質問については，戸惑う場面が多く見られ，中には「MQI」と回答した人もあった。さらに，15の「貴院は地域社会にどのような貢献をしてい

ると思いますか。また，地域社会からどのようなことを期待されていると思いますか。」の質問に対しても，当院のどのような強みを活かして，どのような医療サービスによって地域に貢献していくべきかという具体的かつ明確な回答は得られなかった。このことから，客観的な計測手法による成果分析を通じてのコア・コンピタンスの明確化と全従業員への組織浸透が当院の当面の解決すべき課題であり，また，経営戦略上必須のプロセスであることが解明できた。以上の10，11，12，13，14，15の質問のすべては，病院経営のプロセス戦略モデル仮説の第13段階の「成果分析」に対応する検証である。この検証を通じて，モデル図の第12段階は「客観的な計測手法による成果分析」，第13段階は「コア・コンピタンスの明確化と組織浸透」と修正する。

以上の仮説再検討の結果を下表にとりまとめ，仮説および仮説変更両者の相違を太字で示す。

仮説	仮説変更	変更理由
1　トップ･マネジメントによる方針提示	1　トップ･マネジメントによる**全員の力を結集できる**方針提示	方針は従業員の能力・ノウハウ・知識を結集できなければならない
2　トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの**融合体による諸課題調整・検討**	2　トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの**綿密な連携**	日常業務での両者相互の頻繁かつ緻密な情報交換が必要である
3　ミドル・マネジメントによる情報の集約と伝達	3　ミドル･マネジメントによる情報の集約と伝達	—
4　職種横断の課題設定による**全組織**を挙げての MQI の推進	4　**医師を中核メンバーとする職種横断の組織**を挙げての TQM の推進	成否は医師の参画意識の高さによるため。医療の質向上(MQI)を総合的質経営（TQM）の原点から見直す必要がある
5　良質な医療サービスの標準化	5　良質な医療サービスの標準化	—
6　病院従業員自己満足の実現	6　病院従業員自己満足の実現	—
7　病院従業員全体満足の実現	(削除)	病院従業員自己満足の総和にすぎないことから削除
8　患者満足の実現	7　患者満足の実現	—
9　社会満足の実現	8　社会満足の実現	—
10　社会信用の増大	9　社会信用の増大	—
11　資金調達力の向上	10　資金調達力の向上	—
12　**健全なキャッシュフロー体制**による経営基盤の安定	11　経営基盤の安定**を通じての医療サービスの質・量の向上**	経営基盤の安定と医療サービス向上との両立が必要なため
13　成果分析	12　**客観的な計測手法による**成果分析	できる限り数字として分析する必要がある
—	13　**コア.・コンピタンスの明確化と組織浸透**	他院と比較しての強みを全従業員が認識し活かすことが必要である

2－3　仮説検証総括からモデル構築へ

以上の検証・修正結果を基に，各プロセスごとに段階的に整理する。

第1プロセスの「トップ・マネジメントによる全員の力を結集できる方針提示」は，この病院経営のプロセス戦略モデルの起点に位置付けられる。方針提示の主体者は，強力なリーダーシップを持つトップ・マネジメントであり，方針自体は，他の病院では提供できないようなメリットを患者にもたらすことが可能な病院内部に秘められた独自のスキルや技術の集合体と定義付けられているコア・コンピタンスが組織に広く，かつ，深く浸透していることを前提としている。この組織浸透が実現されてはじめて明確化されたコア・コンピタンスは，具体的な形でトップ・マネジメントにフィード・バックされ，また，トップ・マネジメントに受容され，全従業員の力を結集できる方針を提示することが可能となるのである。

第2プロセスの「トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの綿密な連携」については，トップ・マネジメントによって提示された方針は，経営資源の観点からの検討が委任され，トップ・マネジメントとミドル・マネジメント両者の強力なリーダーシップのもとに相互調整が行われる。この両者の連携は，種々の会議等フォーマルな媒体によるものとともに，個人間のコミュニケーション等インフォーマルな媒体によるものとがある。いずれの場合も，連携の過程では，方針を提示したトップ・マネジメントへの確認およびフィードバックが逐次行われる。

第3プロセスの「ミドル・マネジメントによる情報の集約と伝達」については，第2プロセスの「トップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの綿密な連携」による検討結果を，ミドル・マネジメントの強力なリーダーシップのもとに集約し，会議・ミーティング・対話，電話，E－メール等多様な媒体によって部下の人達に伝達する。情報が集約され伝達される過程の中で，第2プロセスへ逐次フィードバックされる。

第4プロセスの「医師を中核メンバーとする職種横断の組織を挙げてのTQMの推進」については，ミドル・マネジメントから組織末端まで伝達された情報は，受容した全従業員によって濾過され，さらには課題として提起される。提起された課題は，職種横断的に組織を挙げての総合的な質経営すなわちTQM運動の中で練磨されていく。医療機関におけるTQMの先行事例から判断して，その成否は中核メンバーとしての医師が握る。

第5プロセスの「良質な医療サービスの標準化」については，第4プロセスのTQM活動を通じて獲得されるものであり，所定基準をすべてクリアする医療サービスの一様化・規格化を行うことによって，全従業員が普遍的に，医療サービスの質の維持・向上を図ることを推進しようとするものである。

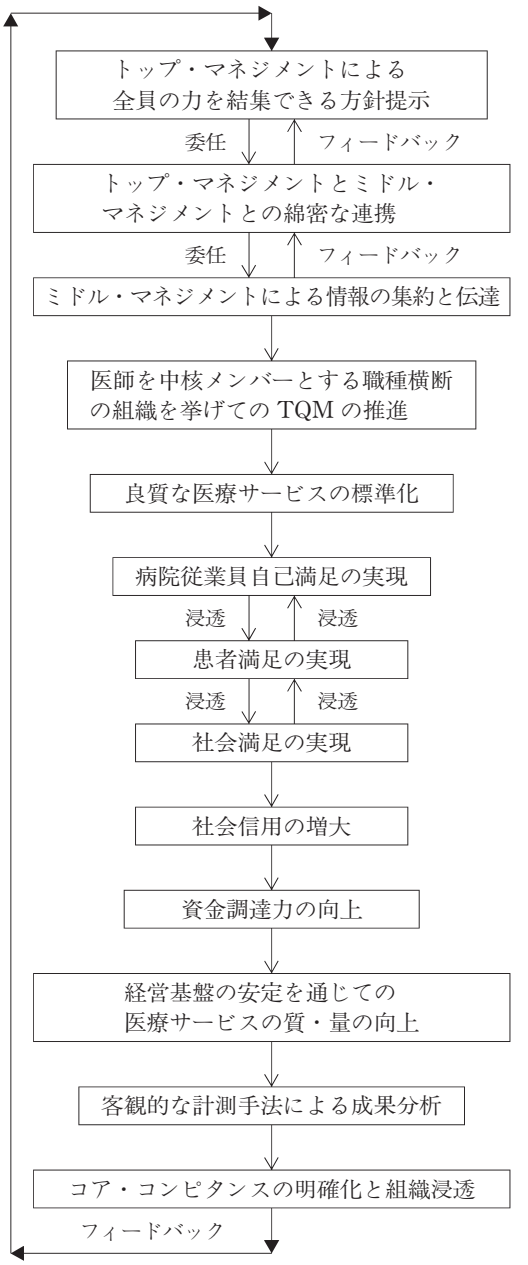
第6プロセスの「病院従業員自己満足の実現」，第7プロセスの「患者満足の実現」，第8プロセスの「社会満足の実現」については，病院従業員の従来からの意識では，「地域を含む社会の満足実現を目標として，医療現場で接する患者満足の実現があり，最終的に自己満足に至る」というのが通常のプロセスとみなされているが，本音の観点から考察すれば，病院従業員の個人レベルの例えば勤務時間・給与・人事評価・処遇等の労働環境の充足感や生きがい・やりがい・働きがい等の精神的充足感を含めた自己満足の実現が起点となって患者満足の実現さらには社会満足の実現があるとするプロセスが考えられる。しかし，この各プロセスは一方通行ではなく，相互浸透を通じて影響し合う関係にある。ただし，この3者間の関係は循環を繰り返すが，この循環から社会満足の実現へと止揚されてはじめて第9プロセスの「社会信用の増大」へと導かれる。この第9プロセスの「社会信用の増大」とは，例えば，地域社会への質の高い医療サービスを継続的に提供することによって，当該病院への信頼さらには信用を増大させることとなり，その社会の構成員である多様な背景の人達の中からの信用を得て，第10プロセスの「資金調達力の向上」に至る。金融機関からの融資のみならず，公的機関からの補助金の支給を誘導する能力の高揚がこれに該当する。この資金調達によって得られた潤沢な資金を機動的かつ効果的に運用することによって，経営基盤の安定を実現し，さらにこの安定した経営基盤の上に立って，医療サービスの量的拡大とともに，質

的な充実を進めていくのが第11プロセスの「経営基盤の安定を通じての医療サービスの質・量の向上」にあたる。医療機関の最終目標である医療サービスの質・量の向上を実現した場合は，逐次，第12プロセスの「客観的な計測手法による成果分析」を行いその結果を数字によって把握するようにする。

第13プロセスの「コア・コンピタンスの明確化と組織浸透」については，数字によって表わされた成果分析結果を体系的にとらえることによって，病院の中核的能力としてのコア・コンピタンスを，基礎のしっかりした一連のプロセスの遂行によって明確化し，さらに，この明確化したコア・コンピタンスの医療機関内部におけるトップから末端に至るまでの組織の浸透を実現することによってはじめて，トップ・マネジメントへの有効なフィードバックが実現できるのである。

以上病院経営のプロセス戦略モデル仮説の検証を経て，理論を体系化し，「病院経営のプロセス戦略モデル」（図７）の構築に至った。

図７　病院経営のプロセス戦略モデル



３．むすび

本研究のアプローチは，最初に，環境要因の分析・究明と環境変化への対応が必要不可欠となっており，このため，先ず，我が国の病院を取り巻く環境変化とは何かを見極め，それらの環境変化に対応するため「経営先進病院」はどのような策を施しているかを分析することによって，その根幹としての有効な経営戦略とは何かを見い出し，検証し，迅速に実践していくことが必要であるとの認識にたっている。

しかしながら，従来の経営戦略モデルは営利企業を対象として構築されており，非営利組織とりわけ公益性の強い病院にかかわる経営戦略モデルは，我が国のみならず諸外国をみても皆無に近い状態である。

病院にかかわる経営戦略モデルの構築が営利企業にかかわる経営戦略モデルの構築に比べ著しい後れをとっている主な原因としては，第１に需要サイドと供給サイドの双方に不確実性が存在すること，第２にサービス市場において公的医療保険が整備されていること，第３にサービスの供給者である医師と消費者である患者の間に情報の非対称性が存在すること，第４に広範囲に政府が介入し競争を制限していることである。また，他の非営利組織と比べた場合にも，人員構成上，専門家集団を主軸とする特殊性を有する。この専門家集団は，免許制度によって就業資格を持つことので

きる医師，看護婦，薬剤師，放射線技師，理学療法士等広範に及んでおり，彼等専門家集団をマネジメントするのは一般職業集団と比べより困難が伴うといわれて来た。しかし，近年は，医学の進歩や疾病構造の変化に対応し，従来の専制的なひとりの医師を中心に補助者（パラ・メディカル）を配置するという体制から，一人ひとりの患者に応じた複数の医師によるチーム医療や医師と協働者（コウ・メディカル）による体制へと変化しており，患者本位の医療活動を複数の職種のスタッフによって職種の垣根を超えて協働して取り組む集団へと変容しつつある。このように，病院にかかわる経営戦略モデルを構築するためには，病院経営の特殊性をも十分に念頭に入れつつ，その主体者であるトップ・マネジメント，医療従事者のミドル・マネジメントおよびフォロワーそして患者が病院経営にどのような形で影響を与え，また，参画しているかを見極める必要がある。

病院経営戦略の研究は，病院の特殊性・閉鎖性のため，世界的にみても営利経営体のそれに比べ著しく後れをとっており，先人の研究業績も極めて少ない。このため，本研究は，独自に手探りで進めることを余儀なくされたが，これを埋める生のデータ収集のため，病院経営の行動主体者であるトップ・マネジメントおよびミドル・マネジメントを対象とする深層的なインタビュー調査を実施し，この結果を基に病院経営の実態を多層的に順次，論理的に抽象化することにより，その実態を反映した病院経営の戦略行動分析フレームワークの構築を行った。これをさらに発展させ，多様な環境変化にも対応可能な，より普遍性・客観性を持つ病院経営戦略モデルの構築を試みた。

近年は，医学の進歩や疾病構造の変化に対応し，従来の専制的なひとりの医師を中心に補助者（パラ・メディカル）を配置するという体制から，一人ひとりの患者に応じた複数の医師によるチーム医療や医師と協働者（コウ・メディカル）による体制へと変化しており，患者本位の医療活動を複数の職種のスタッフによって職種の垣根を超えて協働して取り組む集団へと変容しつつある。このように，病院にかかわる経営戦略モデルを構築するためには，病院経営の特殊性をも十分に念頭に入れつつ，その主体者であるトップ・マネジメント，医療従事者のミドル・マネジメントおよびフォロワーそして患者が病院経営にどのような形で影響を与え，また，参画しているかを見極める必要がある。

この目標を達成するための手段として，以下に記するような事例研究に着手するに至った。本研究において，まず環境変化に迅速・果敢に取り組み医療・経営さらには患者対応の面においても極めて優れた業績を持つ医療機関の抽出を行い，財団法人日本医療評価機構によりトップランクの総合評価を得ている首都圏の２つの医療機関として医療法人財団河北総合病院（東京都杉並区阿佐ヶ谷）と医療法人鉄蕉会（亀田総合病院の母体・千葉県鴨川市）の２つの医療機関を取り上げた。次に，これら２医療機関の理事長･院長等トップ･マネジメントと多くの職種のミドル･マネジメントにインタビューを行い，この事例調査研究を通して，病院を経営するにあたっての戦略を分析し，複数のコアフレーズを探り出した。

さらに，これらのコアフレーズを「患者サービス高度化の追求」「患者サービスと経営との相互調整」「患者ニーズの究明」「患者満足の実感」の４つのコンセプトに集約した。病院の経営戦略について上記２病院の経営トップとの面接調査を基に考察を進める中で，これら４つのコンセプトのうち，トップ･マネジメントによる患者サービス高度化の追及が起点であるという仮説を導いた。

次に，４つのコンセプトを４段階のチャートとしてとらえ，４段階の病院経営の戦略行動チャートから，その戦略行動の主体者に焦点をあてた考察を進め，トップ・マネジメントとミドル・マネジメントの関与度の高低によるリーダーシップのあり方と４つのコンセプトをマトリクスとして組み合わせた病院経営のリーダーシップ特性図の構築を行った。

また，TQM（総合的質経営）の活動を通して組織学習を実践している医療法人社団カレスアライアンスと株式会社麻生飯塚病院のトップ・マネジメントおよびミドル・マネジメントとの面接調査による分析結果を基に病院経営のプロセス戦略フレームワークの構築を行った。さらに，TQMを医療の質向上という意味を込めてMQIと名付け，病院経営の中軸に位置付けて展開している練

馬総合病院のトップ・マネジメントの面接を実施し，分析結果をまとめ，上記の病院経営の戦略フレームワークからプロセス戦略モデル仮説への進展を試みた。このプロセス戦略モデル仮説について，同病院のMQI活動の監督・推進者であるミドル・マネジメントの面接調査によって検証および修正を行い，病院経営のプロセス戦略モデルの構築・創造へ導いた。

今後の医療のあり方として，医療法改正による各種規制の緩和，高齢化，慢性・長期療養患者増大等の医療環境の変化により，患者一人ひとりの多様なニーズに適合するきめの細かい対応を推進しつつ，診療圏内の病院間，病院・診療所間の各機能による役割分担がさらに進められ，また，自治体の提供する各種の福祉サービスへの病院からの医療協力が益々増大するものと思われる。

本研究は，病院がこれらの変化にいかにして取り組んでいるか，さらにどのような経営戦略を展開しているかを精査することを通して，病院経営のプロセス戦略モデルの構築を試みたものである。

我が国の医療にかかわる変化，とりわけ，医療の推進主体である病院を取り巻く環境の変化は，近年著しいものがある。我が国の病院は，この急速な環境変化に直面し苦闘している。この状況を打開するには，最初に，環境要因の分析・究明と環境変化への対応が必要不可欠となっている。このため，先ず，我が国の病院を取り巻く環境変化とは何かを見極め，それらの環境変化に対応するため「経営先進病院」はどのような策を施しているかを分析することによって，その根幹としての有効な経営戦略とは何かを見い出し，検証し，迅速に実践していくことが必要であると考える。

我が国の医療の将来を見据える時，現在のようなごく一部の特定の病院によるのではなく，全国的な規模で病院革新が一大運動として展開していく必要がある。本研究において，時代に先駆けて構築を試み，創造した「病院経営のプロセス戦略モデル」が，より多くの病院および関連機関に理解され，活用され，実践され，さらなる進化を遂げていくことを願う次第である。

主要参考文献

Mintzberg, Henry, “Patterns in Strategy Formation”, *Management Science* Vol24 No9 1978

Mintzberg, Henry, “The Strategy Concept I: Five Ps for Strategy”, *California Management Review*, Fall 1987

Mintzberg, Henry, *Minzberg on Management*, The Free Press, 1989

Mintzberg, Henry, *The Strategy Process*, Prentice Hall, 2002

Porter, Michael E., *Competitive Advantage-Creating and Sustaining Superior Performance*, Free Press, 1985

家里誠一「病院経営の戦略行動分析のためのフレームワークの構築」『三田商学研究』第45巻第2号（2002年）87頁～110頁

石原秀登『社長と幹部の経営戦略』リサーチ出版 1978年

ヴィノーラ・レナード『転進の経営戦略』日本能率協会 1979年

上野明『ボーダレス時代の経営戦略』講談社 1990年

漆博雄『医療経済学』東京大学出版会 1998年

小野圭之介・根来龍之『経営戦略と企業革新』朝倉書店 2001年

尾形裕也『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画 2002年

小笠原祐次他『介護保険施設の経営戦略』中央法規出版 2000年

大西謙『情報化時代の経営戦略』同文舘出版 1993年

岡部鐵男『企業戦略と経営戦略』九州大学出版会 1991年

鍵山整充・大田滋『経営方針と経営戦略』白桃書房 1984年

金井一頼他『経営戦略』有斐閣 1997年

金井壽宏『経営組織』日本経済新聞社 1999年

亀井正夫・加藤寛『新たな経営ビジョンを求めて』セクジェ文庫 1987年

川渕孝一『これからの病院マネジメント』医学書院 1993年

河野豊弘・クレイグS. R.『経営戦略と企業文化』白桃社 1999年

コトラー・P.『非営利組織のマーケティング戦略』第一法規 1991年

佐藤典司『情報消費社会の経営戦略』経済産業調査会 2002年

笹川大助『勝ち残る企業の経営戦略』文芸社 2001年

塩次喜代明『地域企業のグローバル経営戦略』九州大学出版会 1998年

清水龍瑩『大変革期における経営者の洞察力と意思決定』千倉書房 1991年

神野直彦・金子勝編『「福祉政府」への提言』岩波書店　1999年
宣川克『環境経営戦略』三修社　2000年
センゲ・P.『最強組織の法則――新時代のチームワークとは何か――』徳間書店　1995年
十川廣國「コア競争力の構築とトップ・マネジメント」『三田商学研究』第38巻第5号（1995年）23頁～36頁
十川廣國『企業の再活性化とイノベーション』中央経済社　1997年
十川廣國『企業家精神と経営戦略』森山書店　1991年
西村周三『医療ビッグバン――どう変わる明日の医療――』日本医療企画　1997年
財団法人日本医療機能評価機構『病院機能評価事業調査実施マニュアル：平成11年度病院機能評価事業調査票』1999年
野中郁次郎他『知識創造企業』東洋経済新報社　1996年
ハメル&プラハラド『コア・コンピタンス経営』日経ビジネス人文庫　2001年
ポパー・C.『客観的知識――進化論的アプローチ――』木鐸社　1974年
ポラニー・M.『暗黙知の次元――言語から非言語へ――』紀伊國屋書店　1980年
ポラニー・M.『創発の暗黙知』青玄社　1987年
ミンツバーグ・H.『人間感覚のマネジメント』ダイヤモンド社　1991年
ミンツバーグ・H.『マネジャーの仕事』白桃書房　1993年

［慶應義塾大学大学院経営管理研究科事務長・
慶應義塾大学博士（商学）］