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

Title	急性期病院の経営健全化と多職種・多機能間連携について : 院外連携を意識した院内連携の仕組み構築のための成功要因の探索
Sub Title	
Author	藪, 康人(Yabu, Yasuhito) 中村, 洋(Nakamura, Hiroshi)
Publisher	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
Publication year	2012
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	修士学位論文. 2012年度経営学 第2802号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002012-2802

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.

慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士課程

学位論文（　　2012　年度）

論文題名

急性期病院の経営健全化と多職種・多機能間連携について
―院外連携を意識した院内連携の仕組み構築のための成功要因の探索―

主　査	中村 洋　教授
副　査	田中 滋　教授
副　査	大藪 毅　専任講師
副　査	高田 朝子　教授（法政大学）

2012 年 3 月 1 日提出

学籍番号	81131041	氏　名	藪　康人

論 文 要 旨

所属ゼミ	中村　洋 研究会	学籍番号	81131041	氏名	藪　康人

（論文題名）

急性期病院の経営健全化と多職種・多機能間連携について
―院外連携を意識した院内連携の仕組み構築のための成功要因の探索―

（内容の要旨）

【問題意識】

組織の業績の向上には、経営資源の効率的利用の仕組みが不可欠である。医療機関では、多職種・多機能間連携が経営資源の効率的利用の仕組みとして考えられる。チーム医療を多職種連携の一形態として取り組んでいる医療機関は多い。しかし、チーム医療が医療機関の業績にどう影響するかについて検討されることはほとんどない。他方、経営の健全化が達成されると、医療機関は経営資源をさらに蓄積し、医療機関としての機能が強化され、多職種・多機能間連携をより強固なものにできる。この経営の好循環に関し、多職種・多機能間連携をキーワードに研究することで、医療機関の経営の在り方に新たな視点を提供したい。

【研究の目的】

本研究の目的は、主に急性期病院に焦点をあて、多職種・多機能間連携を医療機関の重要な経営政策と位置づけ、その仕組みを院内並びに院外で構築、活性化するための成功要因を明らかにすることである。

【研究の手法】

- 医療機関の多職種・多機能間連携に関する政策動向調査
- 医療機関における多職種・多機能間連携の事例分析
- ダイバシティ・マネジメント、組織コミットメント、コミュニケーションに関する文献調査
- 医療機関を対象としたインタビュー調査・分析

※対象病院の抽出：DPC 対象国公立病院 70 病院の財務諸表分析を行った。それと比較し、『「病床あたり従業員数が多く」かつ「病床あたり医業収入が高い」医療機関』を人材の効率的利用によって好業績を達成している医療機関とし、その中からインタビューが可能となった医療機関を分析した。

【調査・分析から分かったこと】

医療機関の多職種・多機能間連携に関する政策動向を調査した結果、良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制を構築するために、病院・病床の機能分化・強化と連携深化を推し進めていることが分かった。
インタビュー調査の結果、対象病院では、医療機関の特性を活かした院内並びに院外連携体制を構築することで業績を向上させ、経営資源をさらに蓄積するという経営の好循環を達成していることを確認した。
また、医療機関の特性を活かした院内並びに院外連携体制を構築のための成功要因（**①対話の場**、**②評価制度**、**③人材育成**、**④情報共有**、**⑤マネジメントコントロール・システム**）を発見した。

⇒職種や部門を超えて協働の意識を職員の間で醸成する上で、**①対話の場**が重要な役割を果たしていた。「場」とは、普段の仕事をする場所や職種を超えてディスカッションをする機会のことで、共通の目的を持って空間や時間を共有することである。理念の浸透は、「場」の共有や理念に基づいた**②評価制度**と組み合わせることで達成できる可能性があった。「場」の共有によってコミュニケーションネットワークを組織内に張り巡らせて職種間の垣根を低くし、理念の浸透によって組織コミットメントを強化することができていた。

多職種・多機能間連携の仕組みが機能するには、**③人材育成**が重要であった。地域医療機関を対象とした勉強会の開催や病院職員に外部機関での研修機会を提供することなどによって、多職種・多機能間連携に関わる人々のレベルを合わせ、チーム・アプローチのボトルネックを解消する必要があった。

さらに、情報を組織内で循環させる方法として、IT 技術等を活用した**④情報共有**が考えられた。経営企画部門等が中心となり、データの収集・加工を行い、全職員が情報にアクセスできる機会をポータルサイトの開設や報告会などで確保していく必要があった。また一連の取り組みの整合性の確保のためには、**⑤マネジメントコントロール・システム**が必要であった。管理部門への人材の重点配置、医療専門職の登用などを進めることで機能を強化し、病院業務に経営指標を活用していくことが重要であった。

【論文の限界】

本研究の限界はインタビュー調査のサンプルが少ないことである。また急性期病院以外の医療機関の多職種・多機能間連携のあり方について十分に検討されていないことが挙げられる。

目次

1　はじめに

1.1　問題意識――――――――――――――――――――――――――――――――1

1.2　研究の背景

1.2.1 医療を取り巻く環境の変化――――――――――――――――――――2

1.2.2 医療機関の多職種・多機能間連携に関する政策動向――――――3

1.3　研究の目的――――――――――――――――――――――――――――――5

1.4　研究の手法と論文の構成

1.4.1 研究の手法――――――――――――――――――――――――――――5

1.4.2 論文の構成――――――――――――――――――――――――――――5

2　文献調査

2.1　「ダイバシティ・マネジメント　多様性を活かす組織」（谷口真美：2005）

――――――――――――――――――――――――――――――――――――6

2.2　組織コミットメント――――――――――――――――――――――――――8

2.3　コミュニケーション――――――――――――――――――――――――――9

3　分析フレームワークの提示――――――――――――――――――――――１３

4　事例分析

4.1　研究対象病院の選定――――――――――――――――――――――――１４

4.2　医療機関における多職種・多機能間連携の事例分析――――――１７

4.3　社会福祉法人恩賜財団済生支部　福井県済生会病院――――――２１

4.4　地方独立行政法人　那覇市立病院――――――――――――――――２９

4.5　医療法人財団松圓会　東葛クリニック病院――――――――――３４

5　考察――――――――――――――――――――――――――――――――――３８

6　結論――――――――――――――――――――――――――――――――――４２

7　本研究の限界と展望――――――――――――――――――――――――――４５

参考文献

謝辞

1　はじめに

1.1　問題意識

急性期病院の中には、質の高い医療サービスを提供することで患者から高い評価を受け、同時に経営の健全化を達成している病院がある。

このような医療機関の経営モデルは、他の医療機関に転用できるだろうか。どのような経営モデルであれば、転用が可能となるのか。またその際のマネジメント上の課題はなにか。転用ができないとすれば、それはなぜか。

これらを明らかにするには経営学の視点からの分析が必要であると考える。

経営の健全化には、経営資源の効率的利用の仕組みが不可欠である。医療機関の場合、多職種・多機能間連携が経営資源の効率的利用の仕組みとして考えられる。

チーム医療を多職種連携の一形態として取り組んでいる医療機関は多い。しかし、チーム医療について、医療の質向上（合併症の発生率の減少や在院日数の短縮化等）の面から研究がなされることは多いが、チーム医療の経営への貢献や仕組み構築の成功要因について、経営学の視点から検討されることは少ない。

他方で、経営の健全化が達成されると医療機関は経営資源をさらに蓄積し、医療機関としての機能が強化され、多職種・多機能間連携をより強固なものにできる。

この経営の好循環を如何に達成していくかについて、多職種・多機能間連携をキーワードに研究することで、医療機関の経営の在り方への示唆を得たい。

1.2　研究の背景

1.2.1医療を取り巻く環境の変化

医療の高度化と量的増大

特に急性期病院において顕著なのが、ここ十数年来の急激な医療の進歩に伴う医療技術の高度化である。疾患や治療に関する知識は早いスピードで更新され、医師のみですべてをカバーすることは不可能になってきている。その結果、医療に携わる各専門職の独立性は高まってきている。

また患者の高齢化も業務を複雑化させる要因となっている。

例えば外科手術の場合、治療技術の進化により以前は適応とならなかったような高齢患者にも治療を行うことができるようになってきている。治療の対象が若い患者に限られていたときは、患者の運動機能は保たれていたため、手術後の長期安静や禁飲食の期間を経ても廃用症候群が発症することは少なかった。しかし、高齢患者の場合は運動機能が若年者に比べて低下しており、また栄養状態に関しても術前から低栄養傾向であることが多い。そのため、手術後の数日の床上安静や禁飲食によっても容易に廃用症候群を発症し、その他術後合併症を発症するケースが多くなっている。このようなケースでは、医師や看護師だけで周手術期の患者管理を行うことはできず、リハビリテーションスタッフや栄養士などと共に治療を行っていくことが必要となっている。

さらに、医療においては間接業務の増大が指摘されている。患者との関係においては、全国的な医療事故や医療訴訟の問題等により信頼関係の構築がますます重要になってきている。そのためにさまざまな手続きや書類の作成が必要となり、医療行為以外の間接業務が増えている。

急性期医療の効率性を重視した診療報酬制度

医療機関の収入は、診療報酬点数表に基づき計算される。診療報酬点数表は、２年に一度中央社会保険医療協議会により改定が行われる。

近年の改定は、医療においても効率性を重視する傾向がある。その中で大きな変化の一つはDPC/PDPSの導入である。

DPC/PDPS とは診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払いの方法である。それまでの出来高払い制度と異なり、DPC/PDPS の下では病院は一人の患者から得られる１日当たりの診療報酬は決まっている。例えば、周手術期の肺炎などの合併症の発生

により診断群で指定されている以外の薬物療法が必要となった場合でも医療機関は追加の診療報酬を受け取ることができない。さらに DPC/PDPS では患者 1 日当たりの診療報酬は患者の入院日数が一定期間を超えて長くなると、段階的に減少する。

以上から、医療機関は入院期間を延長させてしまうような合併症の予防や早期からのリハビリテーションの実施などを通して、効率的な医療の提供を目指していかなければ、経営の健全性を達成できなくなっている。医師を頂点とした従来の医療から、多職種の協業による総合力の医療への転換が求められている。

平成 24 年度の診療報酬制度の改定でもこの傾向は強くなっている。DPC/PDPS では医療機関の機能を係数によって調整を行い、同じ診断群でも病院によって単価に差がつくようになっている。DPC/PDPS の開始当初、制度導入に伴う各医療機関の急激な診療報酬の増減を緩やかにすることで円滑的な制度導入をするために設定された調整係数から、各医療機関の機能や診療実績、医療の質向上等を評価する係数へ段階的な移行が始まっている。

労働市場における競争

医療専門職の確保においても大きな変化が起きている。

2004 年からスタートした医師の臨床研修制度では、研修医は研修先を自由に選べるようになった。それ以前の大学医局との関係性だけでは医師を獲得できず、各病院は研修医にとって魅力ある研修環境を整えていく必要がある。

看護師については、看護体制を重視した診療報酬制度の改定によって全国規模で看護師の争奪戦が行われるようになっている。東京の大病院が全国各地で看護師の獲得を目指す事例が増えてきており、看護師の採用においても競争が激化している。

1.2.2 医療機関の多職種・多機能間連携に関する政策動向

平成 24 年診療報酬改定では負担の大きな医療従事者の負担軽減や介護報酬制度の同時改定であったことを受け、超高齢化社会に向けて、医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実に診療報酬の大きな配分がなされた。

医療機関における多職種連携の推進に関わる内容としては 25 対 1 急性期看護補助者体制加算が創設された。また前回の改定で導入されていた栄養サポートチーム加算に加えて精神科リエゾンチーム加算や外来緩和ケア管理料の創設、その他患者指導管理料の

充実が図られている。この他に患者のサポート体制を評価する患者サポート体制充実加算が創設されている。患者等の相談に幅広く対応できる体制を評価するもので専任の看護師や社会福祉士等の配置や患者サポートに関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等の体制整備を求めている。

地域医療機関との多機能間連携では、周手術期口腔機能管理料が創設されている。入院前の段階から手術をする病院と連携する歯科医療機関の間で協働して歯科治療を行うことで双方に診療報酬が支払われることになった。

今後の大きな政策の方向性として厚生労働省は、①医療機関の機能の明確化と連携の強化、②医療機関と在宅／介護施設との連携強化、③医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築、を挙げている。2011 年度現在で約 107 万床ある一般病床をその機能に応じて高度急性期、一般急性期、亜急性期等に分けて医療資源の効率的な配分を目指していくことになっている。

このように、多職種・多機能間連携を通して、良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の構築が推し進められている。

1.3　研究の目的

本研究の目的は、主に急性期病院に焦点をあて、多職種・多機能間連携を医療機関の重要な経営政策と位置づけて、その仕組みを院内並びに院外で構築、活性化するための成功要因を明らかにすることである。

すでに多職種・多機能間連携の仕組みを構築、活性化することで経営の健全化を達成している医療機関の成功要因を明らかにすることで、これからその仕組みを構築したいと考えている医療機関の経営者へ示唆を提供したい。

1.4　研究の手法と論文の構成

1.4.1研究の手法

研究の背景では、多職種・多機能間連携に関する政策動向の整理を行い、医療機関が多職種・多機能間連携の仕組み構築を行う意義を確認した。

本研究では、多職種・多機能間連携について組織マネジメントの視点から分析するために、ダイバシティ・マネジメント、組織コミットメント、コミュニケーションに関する文献調査を行った。

多職種・多機能間連携の先行事例と医療機関に対するインタビュー調査を行い、仕組み構築のための成功要因の検討を行った。

1.4.2研究の構成

第 1 章では、問題意識と研究背景を特に政策面から説明し、医療機関が多職種・多機能間連携の仕組み構築に取り組む意義を示した。

第 2 章では、本研究に関わる文献調査の結果について述べる。第 3 章では前章までを受けて分析フレームワークを提示する。第 4 章では、多職種・多機能間連携の実践事例分析とインタビュー調査・分析を行う。第 5 章では、第 4 章で明らかにした成功要因を整理する。第 6 章では、本研究の限界と今後の展望について記す。

2　文献調査

2.1　文献調査

2.1.1「ダイバシティ・マネジメント　多様性を活かす組織」（谷口真美 2005）

ダイバシティとは

ダイバシティは「ジェンダー、人種・民族、年齢における違いのことをさす」（米国雇用機会均等委員会）と伝統的には定義される。しかし、ダイバシティ研究においてはダイバシティのカテゴリーは表層的か深層的かの 2 つに分けることができる。

表層的なダイバシティとは可視的なダイバシティのことで、ジェンダーや人種、年齢のことである。深層的なダイバシティとは不可視的なダイバシティのことで、パーソナリティや価値、信条などの心理的特性が含まれる。

ダイバシティとパフォーマンス

パフォーマンスには財務的基準と非財務的基準がある。

財務的基準とは、売上高、業績、最終的な利益のことで財務データを指す。

非財務的基準とは、従業員のモチベーション、職務満足度、勤続年数、離職率、コミットメントなどがある。

ダイバシティがパフォーマンスに結び付く過程に関する理論には、次の 3 つがある。

一つ目が情報・意思決定理論である。この理論では、ダイバシティとはあるグループはより多様な情報ネットワークを組織外に持つことができ、そこから得られた新しい情報は、革新や問題解決、意思決定、製品設計において有効であるとする。

メンバーの多様化が進むことでアイディアや選択肢、解決策、スキル、教育訓練の経験、能力が増加し、変化に柔軟に対応して、パフォーマンスを向上させると主張する。

二つ目がソーシャル・カテゴリー理論である。この理論では、人は、自己及び他者を社会的に分類する。そのため、内集団、外集団を形成し、外集団に対する偏見や固定観念、コミュニケーション障害を生むとする。

つまり、異質な価値観を持ったグループは対立すると言うことを主張している。この結果、メンバーの満足度の低下、離職率の増加、集団凝集性の低下、コミュニケーションの減少をもたらすとしている。

三つ目の類似性・アトラクション理論は、属性における類似性は、個人間の好意を増大させ、惹きつけ合わせる。そのため、異なる属性の個人間では、コミュニケーション

が減少し、意図表の歪曲や欠落が生じるとしている。

このようにソーシャル・カテゴリー理論と類似性・アトラクション理論はダイバシティとパフォーマンスとの関係についてネガティブな主張をし、情報・意思決定理論はポジティブな主張をしている。

この結果の違いは、一つにはタスクの種類よって異なるとされている。複雑性の高いタスク（業務内容）ではダイバシティはプラスとなるが、単純作業ではマイナスとなる。

コンフリクトの種類によってもダイバシティのパフォーマンスへの影響は異なる。

ダイバシティがパフォーマンスにマイナスに働くと主張する人たちは、感情的なコンフリクトを意識している。感情的なコンフリクトとは、文化や価値観、生き方、ルール、態度の違いを指している。

反対にダイバシティがパフォーマンスにプラスに働くと主張する人たちは、タスクコンフリクトを意識している。タスクコンフリクトとは、職務上の使命の違いによる対立のことである。

本書では、製品開発におけるデザイン部門と原価管理部門の関係を例に、両者はデザイン性の追求と原価低減という職務使命の違いによって対立することがあるが、良い製品を作るという目的を共有することで最適化された製品を作り上げることができると主張している。

つまり、感情的なコンフリクトを抑えつつ、タスクコンフリクトを活性化することで、ダイバシティをパフォーマンスに繋げていくことは可能である。

ダイバシティ・マネジメント

ダイバシティ・マネジメントとは、「人材のダイバシティを用いてパフォーマンスを向上させるマネジメント手法である。そのために多様な人材を組織に取り込み、パワーバランスを変え、戦略的に組織変革を行う」ことである。

ダイバシティ・マネジメントを実践していくには、「組織戦略」、「組織構造」、「組織文化」「組織プロセス」を変える必要がある。具体的には以下のようなものがある。

- 「組織戦略」：革新的な戦略、ミッション、行動指針
- 「組織構造」：トップのコミットメント、意思決定システム（役割や権限）、人事制度
- 「組織文化」：メンバーのモラル、職場の価値観、行動規範

- 「組織プロセス」：コミュニケーションツール、ミーティングの実施

小さな成功を作る

ダイバシティ・マネジメントを導入するに辺り、小さなユニットにわけて導入していく戦略がある。

小さなユニットにわけて導入していくことのメリットは以下の通りである。

① 共通の目的を見つけやすい

② 個々人を再カテゴリー化しやすい

③ コンフリクトやミスコミュニケーションといったダイバシティのマイナス面が少なくて済む

④ 既存のシステムとは分離させて、異なるバリューチェーンを作ることができる

⑤ 小さなユニットは、活動を把握しやすく、成果や進歩を測定しやすい

2.1.2組織コミットメント

組織コミットメントとは、「組織の目標・規範・価値観の受け入れ、組織のために働きたいとする積極的意欲、組織に留まりたいという強い願望によって特徴づけられる情緒的な愛着」［Porter, 1974]と定義されている。

組織コミットメントは、他のコミットメントや職務満足感よりも離退職を予測できる[Williams, 1986]。また組織コミットメントの効用が組織成員のパフォーマンスや生産性の向上、欠勤や遅刻の減少と関係する［Beteman, 1984］［Morris, 1981]。

［Allen, 1990]は組織コミットメントを、従業員と組織の関係を特徴づけ、組織の一員でい続けようという意思決定を内包する心理状態とした。またコミットした従業員はコミットしていない従業員よりも、その組織に居続ける度合いが高いとした。さらに、この心理状態は情緒的、存続的、規範的の 3 つの要素の組み合わせと、その程度によって決まることを述べている。

情緒的組織コミットメントとは、組織に対する愛着のことである。

存続的組織コミットメントとは、組織を去る時に支払う代償への知覚に基づくもので、転職先の有無にも関係する。つまり、組織を去ることにより、組織で築いてきた地位を失ったり、それまでに養った企業特殊技能を他では活用できなかったり、新たな雇用先を見つけること自体が難しいと感じると存続的組織コミットメントが高まると考えら

れている。

規範的組織コミットメントは、理屈抜きでコミットメントすべきという忠誠心を表す。

各要素に先行するものについては、組織内での経験が期待と一致し、欲求が満足されると情緒的組織コミットメントが養われ、組織に対する投資が蓄積され、それが去る時に失われると知覚されると存続的組織コミットメントが形成される。組織に対する忠誠心を強調するような社会化を経験すると規範的コミットメントが養成されると考えられている［太田さつき，2012］。

［Meyer，2002］によれば、勤続年数や組織サポート、リーダーシップ、公平感が情緒的組織コミットメントを高めることを指摘している。

各要素に後続するものについては、高い情緒的コミットメントや規範的組織コミットメントは、高いパフォーマンスや組織内での良き市民としての行動に関係するが、存続的組織コミットメントはそれらとは無関係もしくは負の関係にある［Meyer J.P.，1993］。つまり、情緒的コミットメントや規範的組織コミットメントの高い従業員は組織にとって望ましいメンバーといえるが、存続的組織コミットメントの高い従業員はその逆と言える。

2.1.3コミュニケーション

［Barnard，1980］は、「人々をして『共通目的』の達成に向かわせ『貢献意欲』を引き出すような『コミュニケーション』が保障されるとき、組織が成立する」と述べている。また、「労働時間のほぼ 70%をコミュニケーション―読む、書く、話す、聞くに費やしており、集団がうまく機能するのを妨げる最大の要因は効果的なコミュニケーションの欠如である」［スティーブン P.ロビンス，2009］と言われるように、組織の能力や規模は組織のコミュニケーション・システムの設計によって規定される。

以下では、単なる「情報の移動」に留まらない、相互の理解を深めていくためのコミュニケーションの形である「対話」ついて説明する。さらに、組織でのコミュニケーション活性化に関して、「場」のマネジメントについてまとめる。

「情報の移動」から「人の変化へ」

「対話」とは、「共有可能なゆるやかなテーマのもとで、聞き手と話し手で担われる創造的なコミュニケーション行為」である［中原淳、長岡健，2009］。

「自由な雰囲気」の中での「たわむれのおしゃべり」である雑談や「緊迫したムード」の中での「真剣な話し合い」である議論と異なり、「対話」とは、「自由な雰囲気」の中での「真剣な話し合い」のことである。

議論が一定の選択肢の中から論を戦わせ何らかの結論を出すことを目指しているのに対し、「対話」は他の選択肢を探るとか評価基準そのものを再設定するなどの方向へ話し合いを進める。「対話」と議論は、話し合いの中で適宜切り替えながら徐々に合意の達成を目指していく相互補完的な関係がある。

「対話」では、「私」を前面に出した一人称的発話のやり取りの中で、今まで気がつかなった新たな意味が生み出され、物事の理解が深まったり、新たな視点や気づきが生まれたりする。人は「対話」をすることで、物事の意味づけを行う。そして意味づけのプロセスを共有することで、相互理解を深めることができる。

中原らは、単に言葉や思いを一方的に伝えるコミュニケーションから脱却し、コミュニケーションをもっと双方向、インタラクティブな環境の中に捉え、ロジカルなものだけでなく、必要に応じてストーリーを語り合い、意見を述べ、相互の理解を深めていき、考え方や行動が変化していくプロセスの重要性を指摘している。

また、中原らは、「対話」が組織にもたらす効果として、①協調的な問題解決が可能になる、②知識の共有が進む、③組織の変革につながる、の 3 点を挙げている。

まず、①協調的な問題解決が可能になるためには、問題解決に着手する以前に、適切な問題設定と適切な選択肢の設定が必要である。問題や選択肢を所与の物として話し合いを進めていく議論ではなく、さまざまな立場のメンバーがもつ多様な視点を活かす「対話」を行うことで協調的な問題解決を行うことができる。

次に、②知識の共有に関して、暗黙知・実践知を組織内で共有するには、人が「私」の経験やエピソードを語り合い、そこから洞察を得るという機会が不可欠である。

実際のビジネスでは、きわめて多様な状況が起こり得るために、あらゆるパターンに対応した手続き的知識を個人で修得することはほとんど不可能である。しかし、個人で所有をしていなくても、必要なときに必要な知識を他社から引き出すことができる親密なネットワークをもっていれば、ネットワーク全体に分散している経験の束を、さまざまな状況において役立てることができる。

そこで行われる問題解決の過程は、即興的な「協調的な問題解決」として実践され、そこでの新たなエピソードは再びネットワークに分散した経験の束となっていく。

「対話」の観点から言えば、協調的な問題解決を繰り返していくことで、アクティブなネットワークを構築することこそが、知識共有であるということができる。

3つ目の組織の変革について、組織文化や企業理念、価値観といった「組織を動かす見えない力」を推進力に組織変革に取り組んでいる企業は多い。

組織文化は、組織を構成する人々の日常的な経験に根ざしていて、「共通の体験」を語り合い、意味づけていくことによって生まれるものである。また、理念が日常の行動と結びつくには、その内容について、自分なりに腹に落ちていなければならない。

そのためには、一人ひとりが自分の考えや意見を述べ、主体的な姿勢で理念を意味づけていく機会を作ることが必要である。その役割を果たすのが、「対話」である。

また、組織の変革には、対話を実践に結び付けていこうとする意識が必要である。

対話は普段のコミュニケーションとは異なる雰囲気を持っており、対話の場では人々の気分は高揚しやすい。その結果、対話は盛り上がるが行動はまったく変わらないといったことが起きやすい。同時に研修は職場から一定の距離が置かれた場で行われるからこそ、自由に理念などについて語ることができる。

「対話」を活用した組織の改革を推進していくためには、実践と結びつくかたちで対話が進む場を設定することが重要である。

場のマネジメント

コミュニケーションは、何らかの介入なしには促進されない。特にこれまで述べてきた「対話」のようなコミュニケーションを組織内に広めていくためには、さまざまな仕掛けを作っていく必要がある。その仕掛けの一つとして「場」についてまとめる。

「場」とは、「人々が参加し、意識・無意識のうちに相互に観察し、コミュニケーションを行い、相互に理解し、相互に働きかけ合い、共通の体験をする、その状況の枠組み」である[伊丹敬之、加護野忠男，2003]。

その状況の枠組みとは、人々がさまざまな様式やチャネルを通じて情報を交換し合い、刺激し合う、情報的相互作用の容れものである。この情報的相互作用によって、人々の間に共通理解が増すことと、心理的共振が起きることが言われている。

共通理解には、「周囲の人々と同じ見解を持つ」という意味と、「集団の人々とは自分が現実に対する理解が異なるということをお互いに理解する」という意味がある。この二つを含んで共通理解とし、情報的相互作用によってそれは達成される。

共通理解は、組織の中の協働のためには、非常に必要なことである。

協働のためには、人々の行動が相互に整合的なものである必要がある。その整合性をもった協働のためには、情報的相互作用の結果として生まれる共通理解が大きな意味をもつ。共通理解があるから、個々で行われる意思決定が整合性のあるものになり、関係者間の調整がスムーズにすすみやすくなる。

心理的共振とは、心理的な周波数の共有と考えるとイメージがしやすい。

心理的共振には、元気な人の側にいると自分まで元気なるといった感覚や類似の感じ方をする人を見つけた時にもたらされる連帯感と言ったプラスの共振と共感性の少ない上司のもとで心理的エネルギーが下がるというマイナスの共振がある。

この情報的相互作用が継続的に生まれるような状況的枠組みを「場」と呼ぶ。

「場」には 4 つの基本要素がある。この基本要素を共有できて「場」が成立する。

一つ目がアジェンダである。情報的相互作用が何に関するものかを大まかにでも指定されている必要がある。

二つ目が解釈コードである。情報的相互作用の過程でメンバーが発するさまざまなシグナルを解釈するルールである。このルールが共有されていないとコミュニケーションは成立しない。シグナルには、特定の状況での発言や表情、しぐさのこと、発信者の慣習やそこに至るまでの経過を了解していないと正確な解釈ができない。解釈コードを共有するとは、このような理解や了解をかなり共通にもっていることである。

三つ目が、情報のキャリアーである。会話がされる言葉やメールの文面、コンピューターに画面に映し出されるグラフなどである。その他にも、メンバーの表情や口調なども情報のキャリアーになるし、例えば会議に欠席すると言った行動も情報のキャリアーになる。また会議など、「物理的空間の共有」は情報のキャリアーの共有を可能にし、情報のキャリアーを飛躍的に増大させると点で重要である。

四つ目が、連帯欲求である。連帯欲求は、人々の間に程度の差こそあれ、人間が社会的な存在であるということの根源にある欲求である。連帯欲求を共有していてはじめて、情報的相互作用が心理的共振につながる。

「場」の生成のマネジメントとは、基本要素を設定し、それを共有させることである。マネージャーが基本要素について熱心に説くことでチームの一体感を醸成していく方法や職場の物理的なデザインを変えることで人々が接触する回数やコミュニケーションと取られ方などを変化させることが考えられる。

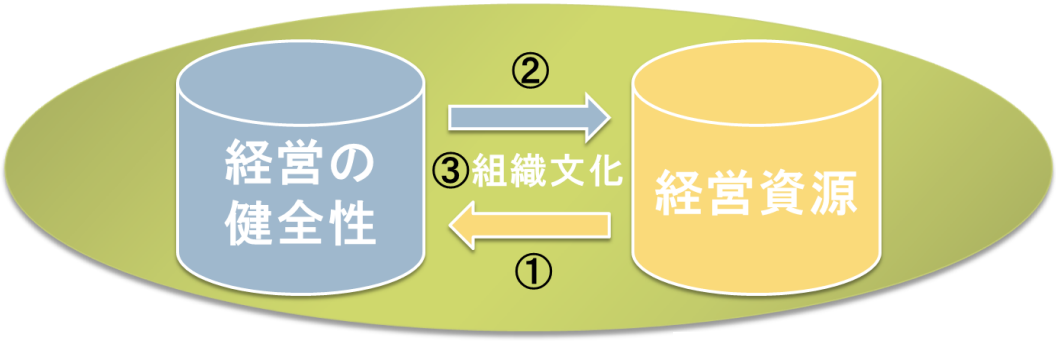
3　分析フレームワークの提示（図表１）

本論文において、急性期病院の経営の好循環を以下のように定義する。

① 医療機関の特性を活かした院内並びに院外連携体制を設計することで経営の健全化を達成し、

② その経営の健全性を背景に経営資源をさらに蓄積して、多職種・多機能間連携を強化する。

③ この過程で、協働する組織文化が醸成される。



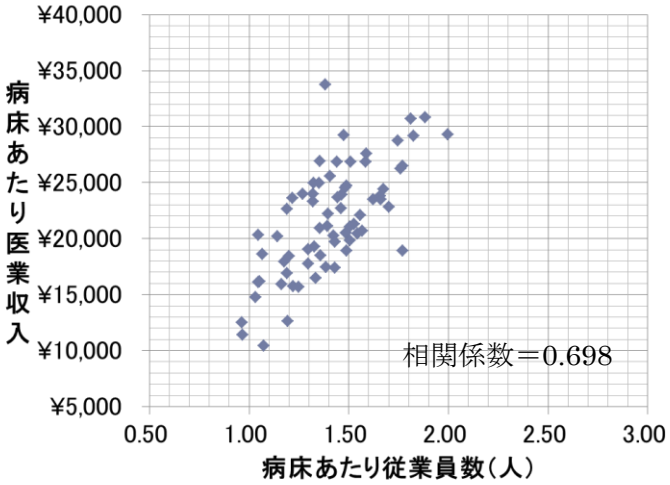
図表１:分析フレームワーク

第４章では、この分析フレームワークに基づいて、いくつかの医療機関の事例を整理した上で、各医療機関で行われていた多職種・多機能間連携の仕組み構築、活性化のためのマネジメントコントロール･システムの分析を行い、成功要因を明らかにしていく。

4　事例分析

4.1　研究対象病院の選定

DPC/PDPS 対象国公立病院 70 病院の平成 23 年度の財務諸表分析を行った。その結果、スタッフ数の充実度を示す「病床あたり従業員数」と病院の経営の健全性を示す「病床あたり医業収入」の間には正の相関がある事を確認した（図表２）。



図表２　病床あたり従業員数と病床あたり医業収入の関係

研究対象病院の選定

対象病院の抽出に当たっては、DPC/PDPS 対象国公立病院 70 病院の財務諸表分析の結果と比較して、「病床あたり従業員数が多く」かつ「病床あたり医業収入が高い」医療機関を人材の効率的利用によって好業績を達成している医療機関と定義した。

その中から本研究に必要な情報が入手できた医療機関の分析を行った。

本研究で取り上げる医療機関とは以下の通りである。

尚、福井県済生会病院、那覇市立病院、東葛クリニック病院の３病院についてはインタビュー調査への協力が得られたため、インタビューを踏まえた事例分析を行った。

インタビュー調査に基づく事例分析（3 病院）

社会福祉法人恩賜財団済生支部　福井県済生会病院

地方独立行政法人　那覇市立病院

医療法人財団松圓会　東葛クリニック病院

公表資料による事例分析（6 病院）

社会医療法人近森会　近森病院

社会福祉法人聖隷福祉事業団　総合病院聖隷浜松病院

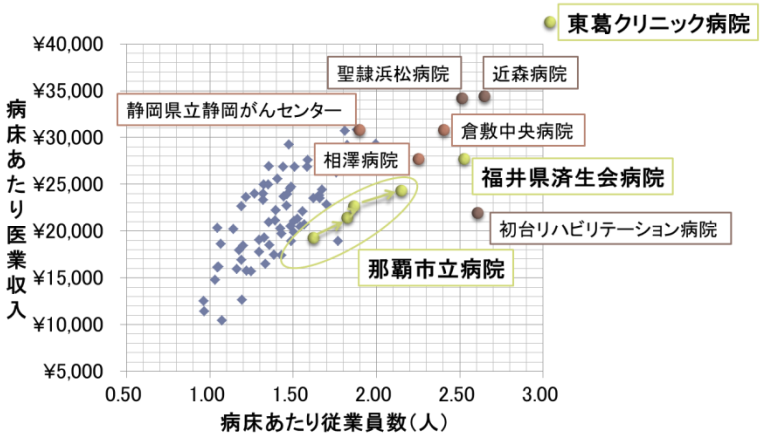
医療法人社団輝生会　初台リハビリテーション病院

静岡県立静岡がんセンター

社会医療法人財団慈泉会　相澤病院

財団法人　倉敷中央病院

研究対象病院の財務データ（図表３）



図表３　研究対象病院の財務データ

今回、事例分析を行った医療機関の財務諸表分析を行ったところ、すべての医療機関で病床あたり職員数が多く、かつ高い病床あたり医業収入を達成していた。

初台リハビリテーション病院については、病床あたり医業収入が約 22,000 千円と他の急性期医療機関に比べて低いが、回復期リハビリテーションの専門病院としては好業績である。急性期医療は多くの高価な医療資材等を必要とするため診療報酬点数が高く設定されている。また回復期リハビリテーションは急性期医療に比べて在院日数が長くなるため、急性期医療機関に比べて病床あたり医業収入は低く抑えられる。

東葛クリニック病院は、腎臓の専門病院として透析クリニックを運営している。透析医療では、透析の実施回数によって診療報酬が大きく異なる。東葛クリニック病院は、その他の急性期医療機関とは異なって、腎臓病の急性期医療の担う本院と慢性期・維持期を担うサテライトクリニックの両輪で運営されており、法人全体で業績を判断する必

要があった。そのため病床あたり医業収入が高くなっていた。

那覇市立病院は、平成 20 年に地方独立行政法人へ移行した。それ以前は、多くの累積赤字を抱えていたが経営改善を進め、現在は黒字化に成功している病院である。那覇市立病院では、独法化に伴い人材の獲得・充実を進めてきた。その様子が、図表 3 の病床あたり従業員数の変化に表れている。病床あたり従業員数の充実によって高い病床あたり医業収入の達成を実現している医療機関として取り上げた。

4.2　医療機関における多職種・多機能間連携の事例分析

多職種連携の仕組みの設計（院内連携）

多職種連携の仕組みの設計は、多数精鋭と「分業と協業」による質の向上、労働生産性の向上を行い、病院機能の強化を目的に行われる必要がある。

病院機能が強化されると入院患者の重症化に対応できるようなる。より高度な医療を要する患者を受け入れるようになると患者一人当たりの診療報酬は増加する。

また多数精鋭と「分業と協業」により手をかけた医療を行えば、患者からの評判はよくなり、患者数は増加する。

従業員数の増加によって人件費の絶対額は増加するが、売り上げが増加すれば人件費率は変わらない。従業員数は質・量ともに向上し、病院らしい病院としてあり続けることができる。

分析を行った医療機関では、このようなに多職種連携の仕組みによって高経費高収益を達成していくことが目指されていた。

近森病院では、チーム医療を職種間の業務の重なり合いが大きい「もたれあい型」と重なり合いが少ない「レゴ型」に分けて、状況に応じて使い分けを行っていた。

「もたれあい型」は多職種が顔を合わせるカンファレンスで摺合せを行う、治療中心モデルである。医療のレベルは高いため、手術患者や重症患者など高コスト高品質の医療を必要とされる数少ない場面に適している。

現在の多くの医療現場ではこの「もたれあい型」のチーム医療が多いため、負担が高くなっていると考えられた。近森病院では、業務の標準化を進めることで質を保ち、多くの患者に標準的な医療を提供する「レゴ型」のチーム医療を活用している。

「レゴ型」の代表例は、褥瘡対策チームや栄養サポートチームなど患者の状態をよくするチーム医療である。院内における症例数も極めて多く、「もたれあい型」には適さない。コメディカルが中心となって行われるチーム医療である。

参加者一人ひとりの機能を絞り込んで組み合わせていく多職種連携のメリットは、これまで述べたような医療の質の向上や労働生産性の向上がある。

医療の質の向上は、多数による手をかけた医療を提供することでもたらされる。

労働生産性の向上は、特に医師や看護師といった高コスト人材にしかできない業務に従事させて処理能力を高めることで達成される。

多数精鋭の医療は、医療の質向上と労働生産性の向上に繋がっていた。

一方で多数による医療は、情報交換や意思疎通にかかるコストを増加させる。そこで必要なのは、近森病院で行われていたような業務の標準化と電子カルテを活用した情報共有の仕組み、役割と権限の明確化、教育であった。

初台リハビリテーション病院では、多職種が協業しやすいように、情報共有のツールとして電子カルテを活用していた。カルテの記載では、すべての職種が同じ比重で記入するスペースが与えられていた。また近森病院では、特に「レゴ型」のチーム医療では標準フォーマットを作成し、情報共有がしやすくなる工夫が行われていた。

役割と権限の明確化に関して、静岡県立静岡がんセンターでは看護師の役割や権限強化を行っている。単に看護師やコメディカルの権限を強化するのではなく、教育と組み合わせることで看護師やコメディカルのレベルを上げることに注力していた。

医師からの指示待ちではなく、役割と権限を明確に与えることで専門職として自立していくことを意識させることができた。これに教育を組み合わせることで、医療の質を担保し､それがまた看護師やコメディカルの自信につながっていると考えられた。

多機能間連携の仕組み構築（院外連携）

本研究では、主に急性期病院に焦点を当てている。急性期病院は、地域の重要な医療拠点として比較的医療需要の大きな患者に質の高い医療を提供することが求められている。第 1 章でも触れたように、病院・病床機能の分化、強化と連携深化は重要な政策課題となっており､病院完結型から地域完結型の医療への移行が求められている。

また急性期病院の経営の面から多機能間連携について考えると、地域の医療機関と連携を強化することで、より高度な医療サービスを必要とする治療に注力することができ、高い病床回転率を達成できる。それが結果として経営の健全化に繋がる。

以上のような理由から、急性期病院にとって地域の医療機関とどう連携するかは重要な経営課題となっている。

多機能間連携の仕組み構築のためには、地域医療機関との顔の見える関係の構築が必要である。

聖隷浜松病院では、地域医療支援室の設置や開放型病床の導入によって地域医療機関との連携を強めている。

地域医療支援室には、専任のメディカル・ソーシャルワーカーや看護師などを重点的に配置し、地域医療機関との話し合いの際には医師などとともに必ずメディカル・

ソーシャルワーカーが同行する体制を採っている。

また開放型病床では、地域に医療機関の医師に ID カードを発行し、自ら指示も出せる体制を整えている。

浜松市内の急性期病院の院長と医師会長が集まる会議、副院長クラスが集まる会議、事務長会議といったように組織のあらゆるレベルのメンバー同士が直接言葉を交わす機会を年数回設けている。また聖隷浜松病院が自ら主催者となって行う連絡会議や聖隷浜松病院の医師が講師となって行う勉強会など現場レベルでの交流も盛んにおこなわれている。その結果、紹介率は概ね 85%、多いときには 90%となるなど成果を出している。

また倉敷中央病院ではホームページを活用して地域への情報公開を重視している。情報システムの専従職員を配置し、タイムリーな情報更新を行っている。

このように多機能間連携の仕組みを構築するには、地域医療機関との顔の見える関係構築と情報公開が重要であるが、同時に病院としての機能を強化していくことも必要である。地域医療機関との機能分化があって初めて、協業が生まれるのである。また個別の事例に目を向ければ、院外連携は院内から見ればメディカル・ソーシャルワーカーが中心となって行うチーム・アプローチの一つである。多職種連携の仕組み構築の場合と同様、多数精鋭による分業と協業の視点が必要である。

院外連携を意識した院内連携体制を構築しなければ経営の好循環は達成できない。両者は相互補完的な役割を果たしていることを確認した。

多職種・多機能間連携の活性化

多職種・多機能間連携の仕組みの活性化には、協業の意識を如何に浸透させていくかが重要である。

初台リハビリテーション病院では、仕事の「場」の共有を行っている。各スタッフは個別の部門に配属されるのではなく、病棟に配属される。物理的な空間を一緒に過ごすことで言葉を交わす機会を増やすことに成功している。時間やスペースの共有が情報交換や意見のすり合わせに役立っている。

また静岡県立静岡がんセンターでは、理念の浸透に重点をおいている。特に特徴的なのが採用の段階でチーム・アプローチに共感できる人材だけを集めている。初台リハビリテーション病院でも理念にどうしても順応できない場合は院長自らが話し合い

を持つことがある。

多職種・多機能間連携の活性化には情報を組織内で循環させる方法も必要である。すでに述べたようにカンファレンスや電子カルテの活用が多くの医療機関で行われていた。

相澤病院では、院内で医学雑誌を発行し従業員の成果の共有を行っている。また、年一回発行される年報では、病院全体の業績や組織目標や計画だけでなく、各部門・病棟レベルの活動報告が行われて、院内全体の流れを一覧できるようになっている。

人材マネジメントの面から見ると、評価制度としてチーム医療への貢献を評価に盛り込んでいる医療機関があった。また、分業と協業を推進するためにスタッフの教育研修機会の提供によって専門性の強化と全体のレベル・アップを図表っていた。

さらに、一連の取り組みの成果を明らかにして、PDCA サイクルを廻していくために、クリニカルインディケーターを作成やベンチマーク分析などの経営管理ツールを導入していた。数値的に可視化していくことで、次の取り組みへと繋げていくことが行われていた。

4.3　インタビュー調査・分析（社会福祉法人恩賜財団済生支部　福井県済生会病院）

沿革

恩賜財団済生会は明治 44 年に明治天皇から賜った「恵まれない人々のために施薬救療し、済世（生命を救うの意）の道を広めるように」という済生勅語によって創設された。

福井県済生会病院は昭和 16 年に恩賜財団済生会福井診療所として、今の福井駅前に設立された。その当時は病院の規模も小さく、職員数は 10 数名程度で地域のお助け病院として活動をスタートさせた。昭和 25 年には福井県済生会病院に改称し、徐々に設備やスタッフを充実させていった。平成 5 年に現在の福井市和田中町に新築移転した。

2012 年 11 月時点で、診療科目は 22 科、許可病床数は 460 床、職員数は 1,356 名（派遣、嘱託職員含む、2012 年 10 月時点）の大病院に成長している。また地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院の指定を受け、地域医療において重要な位置を占めるようになっている。

患者さんの立場で考える

福井県済生会病院では、「患者さんの立場で考える」を理念として掲げている。患者さんの立場で考えるという理念は医療の基本であり、同様の理念を掲げている病院は多い。しかし、職員がきちんと理念を理解してそれを体現することができている病院は少ない。

福井県済生会病院では、ともに働く者同士が同じ価値観（バリュー）を共有するために「済生会バリュー」を掲げている。長年受け継がれてきた 6 つのバリュー（１．進取の精神、２．変革、３．前向き、４．使命感、５．やさしさ、６．チームワーク）を活動の基盤とし、「患者さんの立場で考える」という理念の実現を目指している。

職員同士が価値観を共有し、理念を理解して初めて患者さんのために何をするべきかが考えられるようになる。福井県済生会病院では、価値観の共有のためにはコミュニケーションが重要であると考え、フラットな組織づくりを行っている。そのための施策として「ワークアウト」や「ワールドカフェ」の手法を取り入れ、職員同士が目的を持って対話する場を多く設けることで、理念や価値観を全職員で共有し、チーム医療を実践している。

福井・坂井医療圏[1]

福井県済生会病院は、福井・坂井医療圏に属している。福井・坂井医療圏は福井県の最北部の医療圏で石川県に接している。県庁所在地を含んでいるため、人口は約 40 万人と福井県の他の医療圏に比べて多いが、福井県の人口は減少傾向にある（80 万 6314 人、全国 43 位、2010 年度国勢調査）。また、高齢化率は 2010 年時点で 25.2%（全国 21 位）と全国平均 23.0%よりも高齢化が進んでいる。高齢化率は今後も上昇し、2015 年に 28.3%、2025 年に 31.8%となると推計されている。

また、競合の状況としては、県立病院や大学病院、赤十字病院など福井県済生会病院を含めて８つの大規模急性期病院がある全国でも有数の病院激戦区である。

診断の済生会

福井県済生会病院は、昭和 52 年に日本で 2 番目に全身ＣＴスキャンを導入し、北陸では最も早く画像診断センターを開設した。福井県の病院だけでなく、近隣の府県からも患者の紹介を受けるようになり、「診断の済生会」と呼ばれるようになった。また検査の結果は、患者とともに紹介元に戻すことで地域医療機関から信頼を得ることができた。この地域医療機関との関係性は今日の病診連携、病病連携の基盤となっている。

福井県済生会病院は、診断技術の高さからがんの早期発見、治療の経験を積んできた。平成 10 年に緩和ケア病棟を開設、平成 15 年にはがん診療連携拠点病院に指定され、福井県におけるがん治療の中心的な医療機関としての地位を確立した。その後も 64 列ＣＴの導入、放射線治療センターの開設、全国でも数台しかないトモセラピーの稼働など

---

[1]医療圏とは、地域の医療需要に対応して包括的な医療を提供するための区域である。医療圏は、初期の診断・治療を担う一次医療圏、一般的な入院・治療を担う二次医療圏、高度・特殊な医療を担う三次医療圏に大別される。福井県では、二次医療圏を４つの医療圏に、三次医療圏を県全域に設定している（以下では特に断りがない限り、単に医療圏とは二次医療圏を指す）。

都道府県は、地域の実情に応じて効率的な医療提供体制を構築するために、医療法に基づいて医療計画を策定しなければならない。医療計画では、地域の人口や年齢構成、病気の傾向に合わせて医療圏の設定、基準病床数、病院や救急体制の整備について計画を策定する。

福井県だけでなく北陸のがん治療をリードし続けている。最近では、マイクロアレイ検査（数滴の血液でがんの検査ができる）と言った最先端医療にも取り組んでいる。

福井県済生会病院は、がん患者の受け入れ数が福井県でもっとも多い。がん治療は多くの検査や治療を必要とするため、診療報酬点数が高く設定されており、患者一人当たりの単価が高い。ただし、ＤＰＣ制度の下では単価の高い患者を多く受け入れるだけすぐに経営の安定性には繋がるわけではない。

福井県済生会病院は、複数科の医師や看護師、薬剤師等がチームを組んでがんの集学的治療にあたっている。院内での多職種連携を強化することで質の高いがん治療を患者に提供しており、ＤＰＣ制度においても高い評価を得ている。さらに地域医療機関と連携してがん患者を早期に地域医療機関へ戻すことができている。

福井県済生会病院は、①診療単価の高い患者を受け入れて、②効率的な医療を提供することで在院日数を短縮し、③地域医療機関を連携することで高い病床稼働率を実現している。その結果として経営の安定性を確保している。

患者から選ばれる病院

福井県済生会病院は、患者から選ばれる病院となるためにＣＳ向上に向けたさまざまな取り組みを行っている。その基本精神が理念にもなっている「患者さんの立場で考える」である。

その取り組みが患者の不安に応えるフロアマネージャーとよろず相談外来である。

フロアマネージャーは患者の受付、会計の案内だけでなくフロアの様子を注意深く観察して困っている患者を見つければすぐに手を差し伸べる。その対応の細やかさは一流ホテルのコンシェルジュを思わせる存在である。

またよろず相談外来とは、医師の説明では分からなかったことや入院治療に関する不安をゆっくり相談できる窓口である。患者本人の問題だけでなく、家族のことや経済的な悩みについても相談を受け付けている。

この他にも福井県済生会病院では医療秘書を導入している。彼らは医師や看護師の補助業務だけでなく、外来診療における患者応対の役割も担っている。

これらは「患者さんの立場で考える」という理念と患者さんからの要望によって生まれたサービスである。これらの取り組みには患者の不安や訴えに丁寧に対応することで患者満足を高めるだけでなく、医療スタッフがそれぞれの仕事に専念できるという効果

もあった。

広報戦略

患者サービスを充実させて高い患者満足を達成するとその患者を中心としたネットワークでよい口コミがうまれ、より多くの患者に利用してもらえるようになる。

それに加えて、福井県済生会病院では職員を中心としたネットワークこそが最も強力な媒体になると考えている。職員自身が自信を持って福井県済生会病院を家族や友人・知人に勧められるようになるために、ＥＳ向上を重視している。

済生会クオリティマネジメントシステム（SQM）

福井県済生会病院では、ISO9001 と BSC を独自に組み合わせた、済生会クオリティマネジメントシステム（以下、SQM）を戦略的な組織マネジメントシステムとして導入している。

福井県済生会病院が ISO9001 の取得に取り組むようになったきっかけは、平成 5 年の移転以降、急激に病院の規模や職員数が拡大したが、それに伴い業務が忙しくなったことによってサービスの質が低下することへの危機感だった。外部環境の変化に対応し、かつ「患者さんの立場で考える」の理念の下、医療サービスを改善していく仕組みを院内に取り入れたいとの思いから、サービス提供のプロセス管理に取り組み始めた。

このような動きがでてきた 1 年ほど前に、BSC の導入が医事課を中心に進められていた。医事課は診療報酬の計算や請求作業を行う部門であるが、医師や看護師等の医療部門と異なり直接的な利益を生み出さない。しかし、病院にはなくてはならない機能である。BSC では、組織の戦略を 4 つの視点で分解し、財務数値だけでなく非財務的な側面を指標化して、全体として整合性のある戦略を構築・検討できる。医事課がどのように病院の経営に関わっているのかを BSC を用いて分かりやすく見せることで、医事課職員の理念の統一やモチベーションの向上に役立てたいと考えた。

ISO と BSC を組み合わせた SQM の基本的な流れは以下の通りである。

まず経営会議によって中期経営計画から戦略目標が策定される。各部門に割り当てられた戦略目標を BSC の 4 つの視点で具体的な行動目標に落とし込む。各部門はこの行動目標に沿って戦略を実行していくことになるが、そのプロセスを管理するのが ISO である。ISO の PDCA サイクルの確認や業務マニュアル、ドキュメントの作成・整理、レビ

ューといった機能によって、BSC で設定された目標を達成していく。年 2 回の SQM インタビュー（内部監査）とマネジメントレビューでは、BSC の達成状況とプロセスが評価され、その結果が翌年の重点目標としてフィードバックされる。

SQM に関わるすべての情報は職員専用のポータルサイトで公開されている。また SQM インタビューは研修を受けた職員自身がインタビュアーとなって行うことになっている。それによって、職員は病院全体の流れを眺めることができ、また他部署の職員との情報交換が促進され、病院全体で情報共有がなされる仕組みになっている。

対話の場の設置

SQM で設定された目標で特定の部署に割り当てられないものは、組織横断チームを編成して目標達成を目指す。

それを担っているのがワークアウトである。ワークアウトには問題解決力の養成や理念の浸透といった教育目的の他にセクショナリズムを打破するという役割もある。

ワークアウトに参加するメンバーは、職種も所属部門もバラバラである。そのチームには、SQM から課題を提示され、期間を区切って問題解決を行っていく。

プロジェクトに必要なデータは、経営企画部門や経営分析チームから提供される。また資金が必要となった時は経営会議より提供される。提案された解決策は SQM に戻され、実際に院内で運用し、さらに PDCA サイクルが廻っていく。

ワークアウトに参加した職員のアンケートでは、参加する前は選ばれたことに対してネガティブな意見が多いが、終わってみると「達成感を共有できた」「いろいろな部署の人と仲良くなれた」などポジティブな意見になると言う。特に医師・看護師といったメディカルスタッフとそれ以外の職員の間の垣根は高いと感じている職員は多い。それに対してプロジェクトベースで目標や解決プロセスを共有していくことで心理的障壁が低くなったと多くの職員が実感している。

福井県済生会病院ではこの他にもワールドカフェスタイルの研修を行うなど組織内におけるコミュニケーションネットワークの構築を促進する仕掛けがあった。

済生会ホスピタリティ賞プログラム

福井県済生会病院では、理念に沿った活動をした職員や部署を表彰する済生会ホスピタリティ賞プログラムを行っている。

賞の種類は、①患者や職場の仲間に対して思いやりのある行動をとった職員をたたえる感激レポート、②業務の改善案を出すグッドアイディアレポート、③各部署の管理者が部下を推薦するベストスタッフレポート、④米国メイヨークリニックに倣って協力して患者を助けた事例などを推薦する協力の科学、⑤SQM インタビューで素晴らしい改善活動をしている部署を推薦するベスト・サイトの 5 つである。すべて職員が推薦レポートを書く。提出されたレポートはすべて院長が目を通す。4 半期ごとに 5 名、年間 20 名が選出され、その中でも最も理念に沿って優れた行動をした人が年一回の表彰式で発表される（選ばれた人は家族とともにリッツ・カールトンに招待され、最高のおもてなしを受ける）。

レポートの内容は共有できるものはすぐに職員ポータルサイトなどで公開される。場合によってはビデオが作成され、表彰式などで上映される。受賞者や表彰式の様子は院内広報誌などで大々的に紹介されるようになっている。

外部評価の活用と職員満足度調査

福井県済生会病院では、外部機関による評価を積極的に受けている。近年では、福井県経営品質賞や日本版医療 MB 賞である JQCH の S クラス認証を川越胃腸病院とともに日本で初めて受けた。さらに 2012 年には日本経営品質賞（大規模部門）を受賞した。

福井県済生会病院は、「患者さんの立場で考える」の理念の浸透を最優先と考え、経営幹部が率先して病院内はもとよりビジネスパートナーまで浸透を図表っている。医師・看護師・薬剤師・検査技師・栄養士など専門職が一体で治療計画を立てる「クリニカルパス」の高い実施率により、診療サービス標準化、生産性と医療過誤・誤診の防止、効率性、職員のプロ意識の向上など、垣根を越えた取り組みが複合成果を生み、医療サービス提供の革新を実現している。その結果、入院と外来双方の「病院満足度ポイント」も全国で高い水準を実現している。また、病院としての基幹プロセスの充実を確認するために、病院機能評価等を活用し、職員満足から患者満足が向上する組織になっているかを確認するために、日本経営品質賞を活用し、改善する仕組みを構築している。

こうした結果、満足が高い組織が出来上がり、職員意識調査結果と患者満足度外部調査結果が合致した全国トップレベルの結果となっている。職員満足から患者満足を向上するという変革の経緯、理念の浸透と働き甲斐の追求が患者満足に通じていることの再確認のしくみなど、医療機関

をはじめ他業界の組織にとっても参考となり、経営品質の基本理念の具現化や組織開発に対する多くのヒントが含まれている。以下が、今回の審査で高く評価した点である。

1．　理念の共有・浸透度から行動を振り返る学習の常態化

2．　医師と職員が一体化した医療サービスの提供と革新と全国比較で高水準の「入院・外来の患者満足の実現」

3．　組織マネジメントを意識した現場改善および組織風土改善ツールの展開とその学習の仕組み

4．　地域医療における連携医との良好な関係構築と選ばれる病院づくりの革新

2012 年度日本経営品質賞（大規模部門）表彰理由

外部機関の評価を受けることの効果には、マネジメントシステムの見直しができることや地域での評判が向上するという主側面と、外部からの評価を職員やその家族が見聞きすることで仕事にやりがいを感じたり組織に愛着を感じたりするという副次的側面があった。

福井県済生会病院では、年 1 回外部機関を利用した職員の満足度調査を実施している。調査結果はほとんどすべての項目で全国平均を大きく上回っている。特に「理念の共有」の項目が全国平均 60%程度なのに対して 86%と職員に理念が深く浸透していることが分かっている。

今後は「自分の病院を家族や友人等に薦めたいか」や「自分はこの病院にとって必要な人材だと感じているか」の項目を KPI として設定し、その割合を倍にすることを目標にしている。

今後の課題

福井県済生会病院は、経営の安定性を背景に、職員が働きやすい環境を提供し、また理念を浸透させることで患者満足度を向上させることに成功している。ES を向上させて CS を向上させるという好循環を達成している。

一方で福井県済生会病院は次のような経営課題に直面していると考えられた。

一つ目は、「診断の済生会」という競争優位性だけで今後も経営の安定性を確保できるかという問題である。福井県の高齢化率は右肩上がりである。それに対して人口は減少傾向にある。高齢化が進展するとがんよりも脳血管障害や心血管障害の割合が増加し

てくるため、がんに強いだけでは今後成長できなくなる可能性が高い。

また、高齢者の場合、積極的な治療よりも余生を安楽に過ごしたいという希望を持つ場合が多い。そのような『ＣＵＲＥからＣＡＲＥへ』というニーズの変化にも対応していく必要がある。

二つ目は、人的資源管理に関する問題である。特に組織の高齢化にどのように対応していくかという課題である。人件費は医療機関における最大の費用科目である。組織の高齢化は、経営にダイレクトに影響し、収益を圧迫するようになることが予想される。

また、組織が常に革新的であるためにはメンバーの一定程度の新陳代謝が必要である。如何にして組織の革新性を保っていくかは今後の収益の柱を育てていくという面でも重要である。

さらに、現在の変革の文化を構成員が変わっても組織の文化として定着させていけるかという課題も考えられた。

4.4　地方独立行政法人　那覇市立病院

沿革

那覇市立病院は、市民の医療を確保し、市民の健康と福祉の増進を図ることを目的として、昭和 55 年 5 月 1 日に診療科 14 科、一般病床 295 床の総合病院として開院した。その後、医療の高度化、多様化に対応すべく、最新の医療機器の導入、診療科の新設、施設の増改築を行ってきた。

那覇市立病院は、平成 24 年 4 月現在、診療科 27 科、一般病床 470 床、職員数は 1036 人（パートタイム含む）にまで成長している。

また、地域医療支援病院とがん診療拠点病院の指定を受け、地域における急性期医療の中核病院として24時間365日小児科専門医が常駐する小児救急を始めとする救急医療や、各種がん疾患専門医を配置したがん医療を市民・地域住民に提供している。

南部医療圏

那覇市立病院は、南部医療圏に属している。南部医療圏は沖縄県最大の医療圏である。県庁所在地を含んでおり、医療圏人口は約 70 万人と沖縄県の人口の約 50%を占めている。沖縄県の人口は増加傾向にある（140 万 1 千人、全国 30 位、2011 年度国勢調査）。また、高齢化率は 2011 年時点で 17.3%と全国平均 23.0%に比べても低い。高齢化率は今後も上昇し、2035 年に 27.7%となると推計されている。

また、競合の状況としては、同じ医療圏に 200 床以上の総合病院が 10 か所ある。

地方独立行政法人への移行

昭和 55 年の開設から平成 6 年までの間に累積欠損金が約 60 億円となるなど深刻な経営不振に陥り、県より第四次経営健全化団体の指定を受けるに至った。連日のように地元新聞によって経営健全化団体への移行が報道された。「那覇市のお荷物」と揶揄され、市議会で糾弾された。

当時の病院長を中心に連日対策を検討し、14 億 3 千 3 百万円にも上る不良債権を 5 年で解消する経営健全化計画を立てた。組織一丸となって経営改革に懸命に取り組んだ結果、不良債権を 3 年間で解消し、その後はほぼ黒字基調を維持した。

2000 年代に入り、小泉純一郎内閣のもとさまざまな医療制度改革が断行された。その中でも最も大きな出来事の一つが、2006 年 4 月に診療報酬改定において厚生労働省

より示された 7 対 1 新看護基準の導入だった。

那覇市立病院の場合は 60 人程度増員できれば、診療報酬が上がり赤字を抑えられると考えられた。しかし、地方公共団体を所管する総務省は国と地方公務員の定数を削減するという方針を出ししていた。那覇市も削減目標が設定されていたため、那覇市の一機関である市立病院の看護師を増やすことは事実上不可能であった。

那覇市立病院は、地域に信頼される病院となるために 24 時間救急入院を受け入れていた。そのため、業務は多忙を極め、多くの人員を必要としていた。すでに述べたように常勤看護師を増やすことはできないため、人手不足は非常勤職員によって賄われていた。非常勤看護師の割合は実働看護師の 30%にまで登っていた。

さらに追い打ちを掛けるように行われた 7 対 1 看護基準の導入に対して、経営の機動性に優る民間病院が中心となって看護師の積極採用に乗り出した結果、非常勤看護師の多くはより条件のよい病院へ移っていくという事態に直面した。

非常勤の看護師が短期間の入れ替わることでチームとして成長できず、また人手不足から多忙となり、ゆとりを持った看護ができなくなった。この結果、仕事に対するモチベーションが低下するという事態を招く可能性があった。

この経営の悪循環から脱するために、連日会議が行われ、真剣な議論がなされた。

そこの結果、近年の変化の激しい経営環境に迅速かつ柔軟に対応していくために、院長をはじめとした病院の職員自らが地方独立行政法人への移行を決定した。

市長への直談判、市議会への説明、職員との折衝を経て、平成 20 年 4 月 1 日全国の公立病院に先駆けで地方独立行政法人へ移行した。

人材の確保

独法化以降、さまざまな経営改革に取り組んだ。その中でも人材の確保は積極的に行った。独法化以前も人材の削減は決して行っていなかったが、平成 20 年 4 月時点で 738 人であった職員はその後の 4 年間で 300 人程増加した。

医師の獲得に関しては、近隣に特徴的な研修制度を導入している医療機関があったことや研修地としての沖縄の人気から、臨床研修医制度の導入以降も、安定的に確保ができている。

看護師の獲得に関しては独法化直後から安定的に行うことができている。

沖縄の特徴として本土の学校に進学した学生でも卒業後沖縄に帰って就職する割合

が高いと言われている。看護師の場合も県外の学校に進学して免許を取得した看護師が沖縄に帰ってきて就職するケースが多くなっている。

那覇市立病院の場合も、そのようなUターン看護師を多く獲得できていた。またさらにすでに他の病院で数年の経験を積んだ看護師が那覇市立病院に移ってくることも多かった。即戦力を獲得できたことで、急激な人材増加にあっても業務への影響を最小限に抑えることができたと考えられた。

臨床経験のある看護師を獲得できたのは、那覇市立病院の働き易さがあったと考えられた。

那覇市立病院は、元々市の一機関であったことから近隣の病院に比べて福利厚生制度が充実していた。かなり早い時期から病院の敷地内に保育園が整備し、また産休育休制度の取得もしやすくなっている。

病院は、看護師をはじめとして女性の割合が高い。このように女性が働きやすい体制が整えられていたことも人材の獲得にプラスに働いた。実際に那覇市立病院における女性の割合は、看護部だけでなく医師やその他のコメディカルにおいても高い。

管理体制

那覇市立病院における経営の最高意思決定機関は「管理会議」と呼ばれる。管理会議は、院長、副院長（診療部長、診療支援部長、看護部長）、事務局長と各課課長 5 人の合計 9 人で行われる。重要な診療科の部長と技師長を加えた「拡大管理会議」と所属長と看護師長、係長以上で行われる「運営会議」は月 1 回ずつ行われる。

会議の運営には、経営企画課が重要な役割を果たしている。会議に必要な各種データの収集や分析を担当し、経営判断のサポートをしている。

管理部門の強化

独法化以前は管理部門の職員は、市からの派遣であった。独法化以降も管理部門の職員を市からの派遣として雇用していたが、徐々に病院への移管を行い、那覇市立病院が直接募集を行って採用する人数も増やしている。

管理部門の充実を行う理由は、継続的に病院の経営戦略を担う人材を確保したいとの考えからだった。

独法化以前は管理部門の職員は市からの派遣だった。それらの職員は数年の任期で

異動してしまうため、長期的な視点で経営戦略を、立案・実行する人材がいなかった。管理部門の職員を病院経営のプロフェッショナルとして育成することはできず、病院管理に関するノウハウの蓄積がされなかった。また病院職員の人数は市から決められていたため、医療専門職の人数を増やすために、事務系職員はアウトソーシング化せざるを得なかった。そのため、日々の診療報酬情報や決算情報などの重要な経営情報をタイムリーに経営判断に反映していくことが難しかった。

管理部門の採用では地元の大学の卒業生や民間病院での経験のある人材の確保ができている。特に民間病院での経験を有し、病院経営や診療報酬等について専門的な知識を持つ事務職員のノウハウを活用して、施設基準や各種加算を積極的に取得し、診療報酬単価の増加による大幅な収益改善を実現できた。

管理部門を充実させた結果、経営の効率化を進めることができ、また経営情報がタイムリーに分析され、その情報を院内活動に反映できるようになってきている。

中期経営計画とマネジメントコントロール

独法化に伴い、那覇市立病院は中期経営計画（5か年）を策定し、平成24年度からは第2期中期経営計画へ移行している。中期経営計画は管理会議などが中心となって単年毎の目標に割り振られる。さらにその目標は診療科や部門、病棟などに割り戻される。各部署はその目標に対しての計画の策定・実行・評価を行うことが求められる。

各部署の計画に関しては、院長自らが事務局とともにヒアリングを行い、承認を行う。また進捗の管理については半期毎に報告を行うようにするようになっている。

各部署には必要に応じて予算を求めることが許されている。計画に必要なデータに関しては事務局に依頼すると得ることができる。管理部門の機能を強化したことで、各部署はタイムリーに計画実行の進捗管理が行えるようになっている。

対話の場の設置

那覇市立病院では、新採用者の研修は全職員共通で行われる。その他にも接遇研修などの定期研修で、職種を超えた場の共有の機会が設けられている。

また那覇市立病院では、すべての医師が一つの部屋で仕事をし、多くの病院にあるような診療科ごとの部屋（医局）を持たない。物理的空間を共有していることで、患者の治療などで困った時にすぐに相談ができるようになっていた。

また院長室は、事務局のすぐ近くに置かれている。院長が事務局と頻繁にコミュニケーションが取れる体制が整えられていた。

今後の課題

第 1 期中期経営計画は、理事長、職員が一丸となって病院運営に取り組んだ結果、医療サービスの向上及び病院経営の効率化、収支の大幅な改善を達成できた。

那覇市立病院は地域に選ばれる急性期病院となるために、人的資源の強化を通して病院としての機能を強化してきた。実際、多くの人材を獲得し、さらに教育研修の機会を積極的に提供して人材のレベル・アップを図ってきた。

一方で那覇市立病院は、次のような経営課題に直面していると考えられた。

それは、組織の急激な拡大に伴い、コミュニケーションネットワークが希薄化してしまうことである。

職員の数が増えればそれだけコミュニケーションを組織の隅々まで浸透させることは難しくなる。コミュニケーションの密度は、職員の組織コミットメントに大きく影響する。またコミュニケーションが希薄化すると、理念の浸透も困難になる。独法化以前の文脈を知らない職員が多くなったことは、職員同士の意識の共有を益々難しくしている。

この課題に対して、那覇市立病院では組織横断型のチームを作り課題解決に当たらせることでコミュニケーションを活発化しようと試みている。この取り組みを院内全体に波及させ、対話する組織へと変貌させる方法を考える必要があった。

4.5　医療法人財団松圓会　東葛クリニック病院

沿革

東葛クリニック病院は、1973 年に千葉県東葛地区における血液透析療法のパイオニアとして松戸市に開設された。1977 年には有床診療所から病床数 76 床の病院へ移行し、さらに研究および検査棟の整備を行った。1999 年に現在の場所へ新築移転した。

開設当初から現在に至るまで慢性腎不全を中心とした腎機能疾患の治療に取り組む一方で、周辺領域の診療科目の充実にも努め、現在では 11 科目の診療領域をカバーするに至っている。

2011 年現在で、病床数は 95 床、職員数は 380 名、本院と 6 つのサテライトを持つ。

其接也以恕　其治也以協

東葛クリニック病院の理念は、「其接也以恕　其治也以協」である。相手の立場に立った思いやりの心である恕の精神で人に接し、専門性を超えたコミュニケーションを尊重する協の精神でチーム医療を推進することを目指している。

東葛北部保健医療圏

東葛クリニック病院は、東葛北部保健医療圏に属している。東葛北部保健圏は千葉県の最北部の医療圏で埼玉県や東京都と接している。医療圏人口は約 134 万人と千葉県の人口の約 20%を占めている。千葉県の人口は減少傾向にある。また、高齢化率は 2011 年時点で 20.0%と全国平均 23.0%に比べてやや低い。高齢化率は今後も上昇し、2025 年に 30.3%となると推計されている。

また、同じ医療圏の中には、大学病院やがんセンター、循環器の専門病院を含む 57 の病院がある。

腎臓疾患の中核病院

東葛クリニック病院は、地域における腎臓疾患の専門病院としてそのプレゼンスを保ってきた。現在は、松戸市にある本院に加え、6 つのサテライトを有している。

サテライトに対する本院の役割は、腎不全患者の急性増悪期における集中治療や透析合併症への対応である。本院で質の高い医療を集中的に行うことで、早期にサテライトでの維持透析に戻していく役割がある。

東葛クリニック病院のような腎臓専門病院の経営の健全性は透析の回数で決まる。東葛クリニック病院では、本院（急性期）とサテライト（慢性期）の多機能間連携によって法人全体として収益を確保していた。

腎臓病患者の特徴として、糖尿病などの合併症を多く抱えていることが挙げられる。腎臓病や糖尿病を持つ患者や狭心症や心筋梗塞といった心臓血管系の病気や脳出血などを合併することがある。

東葛クリニック病院は、近隣の循環器専門病院などと連携し、心筋梗塞や脳出血といった重要な合併症を発症した患者の治療を行っている。院外連携の仕組みを構築することで合併症に早期に対処できる体制を整えていた。

東葛クリニック病院はまた、透析患者が元気に長生きできるように、質の高い腎臓医療を提供すべく、研究や人材開発を行っている。

腎臓病患者は医療技術の発達に伴い、透析を導入してからも数十年に亘って生活を維持していくことができるようになっている。他方で近年の医療費の高騰を受け、透析移行する前に予防することの必要性も認識されている。

腎臓病患者の治療は、患者自身が積極的に治療に関わって、生活の上の制限や生活パターンの変更を受け入れていく必要がある。腎臓病治療の成功には、患者の生活にも根ざした介入が必要となってくる。

このような場合は、医師が頂点となって指示を出す治療パターンではなく、さまざまな専門家が集まって、チームとしての総合力で医療を提供していくことが必要となる。

東葛クリニック病院では、この課題に対して早期から取り組んでいた。

チーム・アプローチ

東葛クリニック病院では、慢性腎不全サポートチーム、栄養サポートチーム、感染対策チーム、褥瘡対策チーム、フットケアチームの５つの診療チームが編成されている。

各チームには、医師や看護師をはじめ、薬剤師、管理栄養士、臨床工学技士、放射線技師、医療事務担当者、メディカル・ソーシャルワーカーなど実に多彩なメンバーが参加している。

東葛クリニック病院でチーム・アプローチがはじめに導入されたのは、栄養サポートチームであった。管理栄養士と医師が発起人となり、活動開始当初は、終業後の部活動

のようなもので有志が集まって患者の回診やカンファレンスを行っていた。

栄養サポートチームの活動が軌道に乗り出すと、次々に他の取り組みが始まっていった。そして現在の５つのチームが編成されるに至っている。

この過程を後押しした要因は、第一には職員がやりたいといったことは決して否定しないというマネジメント層の方針があった。

それだけではなく、栄養サポートチームが活動の過程で、栄養管理のノウハウをまとめた手帳を作った時も予算をつけ後押しを行っている。

また二つの目の要因としては、組織理念の浸透を行っていたことが挙げられた。

「協」は東葛クリニック病院の組織理念の中核をなす言葉である。協力して治療に当たることの重要性について職員の中で「腹落」していたからこそ、栄養サポートチームのようなチーム・アプローチの動きが、職員の中から起こってきたと考えられた。

「場」の共有

では、理念の浸透はどのように達成されたのだろうか。

東葛クリニック病院では、職員同士の対話の場が多く用意されていた。

社会人として基礎的なこと（接遇など）は、職種横断的な集合研修を行っている。また職種横断的に必要な医学教育なども職種に関係なく対象者全員に行う。

これらの研修は新採用時、3 か月、6 か月、1 年と定期的に実施され、5 年目のフォロー・アップ研修まで続く。

また、プロジェクト型の研修も行われていた。職員同士が協力して何かをやり遂げる経験や対話する場を多く持てるように工夫していた。プロジェクト型の研修では若手が抜擢されることが多く、プロジェクト活動によって、職員間の横のつながりが強くなっていた。

理念の浸透に関しては、トップのコミットメントの高さも重要な要素であったと考えられた。東葛クリニック病院では、イントラネットを通じて院長がメッセージを発信できるようになっていた。メッセージの中で繰り返し、理念に沿った職員の活動を紹介したり、院長が考えていることを述べたりすることで、理念に対する職員の理解をさらに深めていった可能性があった。

今後の課題

東葛クリニック病院には、以下のような課題があると考えられた。

一つ目が患者の高齢化への対応、または透析需要の減少への対応である。

すでに述べたように透析技術の向上に伴い、透析を行っている患者も平均寿命まで生きられるようになって、患者の高齢化が進んでいる。患者が高齢化すると運動機能の低下などにより、通院で透析を行うことが難しくなることが考えられた。

また、新規に透析が導入される患者の数は毎年増えているが、患者の高齢化に伴う自然減がそれと同じくらいがやや多いため、全体としては横ばいか、長期トレンドとしては減少していくと考えられた。

二つ目は、サテライトへの対応である。

東葛クリニック病院のチーム・アプローチは本院が中心となって進められてきた。慢性腎不全患者のサポートなどサテライトでの活動が重要になってきている中で、本院とサテライトがどこまで理念を共有して協力していけるようにするかが課題になってくると考えられた。

実際、東葛クリニック病院が行った職員満足度調査では、本院に比べてサテライトで職員満足度が低い傾向にあることが確認されていた。患者満足の向上には従業員満足の向上が不可欠である。

法人全体としての一体感を如何に醸成していくかが重要な課題となっていると考えられた。

5　考察

院外連携を意識した院内連携体制の設計（経営戦略）

福井県済生会病院や那覇市立病院は、急性期医療の中核病院として地域に貢献する役割を担っている。その中でも地域におけるがん治療の最先端病院としての地位を確立している。

福井県済生会病院の場合、診断の済生会という評価の始まりは、当時はまだ珍しかった全身ＣＴを導入した昭和 52 年にまで遡る。診断を軸にノウハウを蓄積した結果、がん治療のメッカになった。

がんは日本人の死因の第一位であり、生涯のうちに国民の多くが罹患する病気である。政策面でもがん対策基本法を制定されるなど、がん撲滅に向けた取り組みがなされている。治療においては多くの検査、治療を必要とすることから診療報酬が高く設定されている。また、ケースで述べた通り福井県済生会病院や那覇市立病院は地域におけるがん治療の中核病院であることから、がん患者が多く集まる病院になっている。

現在の DPC/PDPS の下では、効率的な医療の提供しなければ病院の収益性は低下する仕組みになっている。医療機関は患者に効率的で質の高い医療を提供することができて初めて経営的メリットを享受できる。

この課題に対してケースで示した病院では、多職種連携をすることで対応した。これまでの医師を頂点とした治療ではなく、看護師や薬剤師、臨床検査技師、リハビリテーション専門職、事務職など多くのメンバーとチームを作り、総合力で結果を出している。

特に福井県済生会病院には、医療専門職だけでなく事務職や患者サービスの向上のための職員を多く配置している。人材を手厚く配置することで手を掛けた医療を提供し、また患者サービスを充実させることで患者満足を向上させている。患者の口コミによる広告効果にも注目し、地域から信頼される病院を作っている。

一方で、医療機関の最大の費用科目は人件費である。通常急性期医療機関では人件費率が 50%を超える。医師や看護師は通常でも高コストである上に、近年、労働市場での競争は激化するばかりで福井県済生会病院でも獲得に苦慮している。それに加えて患者サービスを担う人材を多く配置し、病床あたり職員数が 2.86 人と全国でもトップレベルの医療サービス提供体制を敷いている。高い人件費で収益性の悪化が予想されるが実際は高い利益率を保っている。

DPC/PDPS の下では、医療の効率性に繋がる人件費の増加は収益を増加させる。

手を掛けた医療を提供できる体制を作ることで、単価の高い患者を受けることができる。その患者に対して手厚い医療を提供することで合併症などを起こすことなく早期の社会復帰を実現できる。また患者サービスを充実させることで地域における評判も上がり、患者に選ばれる病院になる。

多職種連携の経営的メリットは、医業収入を生み出す医療専門職が本来の仕事に集中できることにある。高コストの資産を効率よく活用できるのである。

ケースで紹介した病院はこれまで述べた仕組みによって『高経費高収益』という経営モデルを確立していた。

ダイバシティ・マネジメント

では、ケースで示した病院ではどのようにして多職種が連携する仕組みを作ったのか。多くの病院で多職種連携の取り組みは行われているが、経営的な成果に結びついている病院は少ない。

多職種連携が機能した要因の一つ目は、職種を超えたコミュニケーションネットワークが院内全体に構築されていることである。

福井県済生会病院は福井駅前の小さな病院からスタートした。当時は、職員の数が少なく、全員が顔を見知った仲だった。昭和５２年（１９７７年)、当時の院長の新しい取り組みを推奨する方針もあり、北陸初の全身ＣＴを導入して患者が急激に増えた。すでに福井市内には県立病院など大病院があり、福井県済生会病院は４番手からのスタートだったが、診断の済生会という評価を得て、福井だけでなく北陸でのプレゼンスがあがってくると院内の士気も高まって経営の好循環に入っていった。

しかし、規模が大きくなると小さい組織のようなコミュニケーション・スタイルが機能しなくなることは多い。例えば那覇市立病院でも、それまでの経緯を知らない職員が増えてきていた。

医療の高度化が進み、社会において医療の標準化の要請が強くなってくると医師一人で治療計画のすべてに責任を持つことは難しくなる。そのような背景から福井県済生会病院ではクリニカルパスの導入に着手した。クリニカルパスの作成、導入には様々な職種が目標を共有して役割をシェアしていく必要がある。これが多職種で協働するきっかけとなった。

東葛クリニック病院では、管理栄養士と医師が発起人となった栄養サポートチームの取り組みが、院内でチーム・アプローチが広がる端緒となった。

2つの事例は共に、院内における小さなケースではあったがここでの成功がその後院内全体で多職種連携に取り組んで行くきっかけとなっていった。

福井県済生会病院では、ワークアウトやワールドカフェなど職種や部門を超えてコミュニケーションを取る機会が多く用意されている。これらは単に職員同士が話をするための場ではなく、病院の理念や経営課題を題材にして運営される。初めは、これまで話したこともない相手と理念について話すことに抵抗感を持つ職員も多いが、一つの目標を共有しそれを実現するプロセスを踏むことで、職種間の垣根を低くすることができている。東葛クリニック病院でも職員横断型の職員研修を定期的実施し、職種を超えてコミュニケーションを取れるようにする工夫を行っていた。

二つ目は、理念を職員同士で共有することができていることである。

職員同士が理念や価値観を共有できると同じ目標に向かって行動を起こせるようになる。また、理念や価値観が共有されることで所属している組織に対して愛着を持てるようになる。

一般的に医療専門職は労働力としての流動性が高く、また知識・技術の向上に強い関心を持っているため仕事に対するコミットメントは高いが、組織コミットメントを持たないことが多い。医療専門職は組織に対する情緒的コミットメントが低い傾向にあることが指摘されている。

福井県済生会病院では徹底した理念教育が行われている。入職時のワールドカフェスタイルの研修から始まり、ワークアウトなどで理念について話し合う機会を作り、済生会ホスピタリティ賞によって理念を体現した職員を評価している。これらの仕組みによって「患者さんの立場で考える」と言う理念を職員の中に定着をさせていった。

職員が理念に共感するようになると組織に対して情緒的なコミットメントを持つようになる。職員が一体感を感じたり、組織から評価されたりすると職員の満足度を高まっていく。

福井県済生会病院は報酬制度や人事制度を整えるだけではなく、上述のように理念の共有によって職員の中に情的資本を構築し、ＥＳを高めることに成功したと考える。

マネジメントコントロール

福井県済生会病院では、継続的な改善活動と戦略プロセスを可視化するために ISO と BSC を統合したオリジナルのマネジメントシステムを導入している。那覇市立病院や東葛クリニック病院の場合も経営データの分析を行い、経営戦略に役立てていた。

共有した理念を実行して患者満足度を高め経営の安定化に繋げていくためには、継続的な改善活動と戦略の確実な実行が必要である。福井県済生会病院の SQM はその両者を有機的に統合したマネジメントシステムであると考える。多職種連携の仕組みと共に、継続的な改善プロセスによって効率的で質の高い医療の提供し、経営の安定性を実現した。

福井県済生会病院や那覇市立病院、東葛クリニック病院ではほとんどの経営情報は公開されている。あるいは職員が求めればすぐに手に入れることができるようになっていた。戦略プロセスのすべてを可視化することで職員は全体の中での自分の仕事の位置づけや目標について考えることができた。またワークアウトやその他のプロジェクトと組み合わせることで、全職員に戦略の実行プロセスに参加させる機会を提供した。これらの結果、戦略や経営目標に対して職員は当事者意識を持つことができるようになったと考えた。

6　結論

医療機関の特性を活かした院内並びに院外連携体制の基本設計の在り方と５つの促進要因（①対話の「場」、②評価制度、③人材育成、④情報共有、⑤マネジメントコントロール・システム）を発見した。

業務の標準化とチーム・アプローチの使い分け

多職種・多機能間連携体制の設計は、「多数精鋭の分業と協業によって、医療の質と労働生産性を向上し、病院機能を強化すること」を基本コンセプトに行われていることが分かった。

多職種・多機能間連携体制の設計の前提となるのが、業務の標準化とチーム・アプローチの使い分けであった。

チーム・アプローチは、メンバー間のコミュニケーション工数などが増加するため、すべての場面や事例で同じ方法を採用していてはコストが大きくなり過ぎてしまう。

この課題を解決するためには、業務の標準化を進め、各部門の責任・義務の明確化することが重要であることが分かった。

業務の標準化を行った上でチーム・アプローチを、メンバー間の業務の重なり合いが大きい「すりあわせ型（インテグラル型)」と業務の重なり合いが少ない「組み合わせ型（モジュラー型)」に分けて運用していくことで、人的資源の効率的な利用ができる可能性があることが分かった。

人材育成と情報共有

すりあわせ型であっても、組み合わせ型であってもチーム・アプローチを機能させていくためには、メンバーのレベルを合わせていく必要があった。

そのためには、勉強会や研修の機会を積極的に提供してメンバー全体のレベルを向上させて、チーム・アプローチのボトルネックを解消し、チームとしての機能を強化していくことが重要であった。

またそれぞれの役割を確実に果たしていくためには、チームの中で情報が循環している必要があった。さらに必要な情報がタイムリーにメンバーで共有されるために、IT技術を活用できることが分かった。

今回調査を行った医療機関では、電子カルテのフォーマットを工夫するなどして、チ

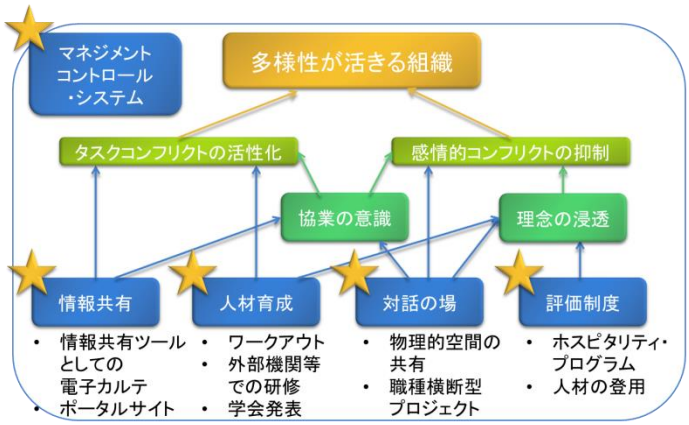
ーム・アプローチに必要な情報を共有するツールして活用されていた。

多職種・多機能間連携の仕組みの活性化策―多様性が活きる組織の構築―（図表４）

多職種・多機能間連携の仕組みの基本設計と共に重要なのが、協業の意識を組織に浸透させていくことである。メンバーが共通の目的を持ち、全体の中での自分の位置づけを理解することやそれによって自分の果たすべき役割を考えることができるようになるために、組織として工夫を行っていくことも重要であった。

今回調査を行った医療機関では、職員の間で目標を共有し、その実現に向かって組織全体で進んでいくための様々な取り組みが行われていた。

本研究の結果、多職種・多機能間連携の仕組みが活性化している組織を多様性が活きる組織として定義し、多様性が活きる組織の構築と促進要因を以下のように整理した。



図表４　多様性が活きる組織

職種や部門を超えて協働の意識を職員の間で醸成し、理念（共通の目標）を浸透させるためには、**①対話の「場」**が重要な役割を果たしていた。

「場」とは、普段の仕事をする場所や、職種を超えてディスカッションをする機会のことで、共通の目的を持って空間や時間を共有することである。

理念の浸透は、対話の場や理念に基づいた**②評価制度**と組み合わせることで達成できる可能性があった。対話の「場」によって公式・非公式のコミュニケーションネットワークを組織内に張り巡らせて職種間の垣根を低くし、理念の浸透によって組織コミットメントを強化することができる可能性が示唆された。

地域医療機関を対象とした勉強会の開催や病院職員に外部機関での研修機会を提供することなどによって、多職種・多機能間連携に関わる人々のレベルを合わせ、チーム・アプローチのボトルネックを解消すると言う基本設計上の目的に加え、事例の中では**③人材育成**は理念の浸透や協業の意識を醸成する役割を果たしていた。この点からも、多職種・多機能間連携の仕組みが機能するには、人材育成が重要であることが分かった。

さらに情報を組織内で循環させる方法として、IT 技術を活用した**④情報共有**が考えられた。経営企画部門等が中心となりデータの収集・加工を行い、ポータルサイトの開設などによって全職員が情報にアクセスできる機会を保障することが重要だった。

ここで共有される情報は、チーム・アプローチの際に重要となる患者情報などではなく、決算情報等の全組織的な情報である。医療専門職に対しても経営情報を示すことで組織的な視点を醸成できる可能性があった。また組織に関する情報の共有は、個人の組織に対するコミットメントを向上させると考えられていることから、職員の情報アクセスの保障は重要な経営施策であったと考えられた。

また一連の取り組みの整合性の確保のために、**⑤マネジメントコントロール・システム**の重要性が示唆された。

マネジメントコントロールは、病院の管理部門がその役割を担うことが多い。このような部門に人材を多く配置することや、医療専門職の参加を促すために、医療専門職をその部門に登用するなどの工夫も重要だった。

また、今回の調査では、BSC などの経営学のマネジメントツールが医療機関へ応用できることを確認できた。

組織を全社的・総合的にマネジメントしていくためには、効率的なコントロールの仕組みや管理会計情報が必要である。それは医療機関においても同様で、医療機関の活動は計数化できない要素も多く、企業における管理会計情報システムはなじまないと考えられている面もあるが、現場との対話を通して、状況をよく理解しながら、管理指標を設定し、医療機関の経営に活用していくことはできると考えられた。

以上のように、急性期病院の健全化は、エンジンとしての多職種・多機能間連携の基本設計と、それを走らせる燃料の役割である多様性が活きる組織の構築が両輪となって機能することで達成されることが分かった。

7　本研究の限界と展望

本研究の限界はインタビュー調査のサンプルが少ないことである。また、急性期病院以外の医療機関の多職種・多機能間連携のあり方について十分に検討されていないことが挙げられる。

研究の展望としては、急性期病院のインタビュー調査を継続することで、本論文で指摘した成功要因の検証と追加を行っていくことが考えられる。

また、研究対象をその他の医療機関にも広げて、地域医療連携の仕組み構築と活性化の成功要因を探索していくことが考えられる。

参考文献

1. 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会.(平成 20 年 9 月 22 日). 中間とりまとめ. 千代田区, 東京都: 厚生労働省.
2. 患者のニーズに応えるサービス　社会福祉法人恩賜財団済生会支部　福井県済生会病院.(2010). 病院.
3. AllenN.J.,&Meyer,J.P. (1990). The measurement of antecedents of affective,continuance and normotive commitment to organization. Journal of Occupational Psychology, 1-18.
4. BarnardI.Chester.(1980). 新訳　経営者の役割. ダイヤモンド社.
5. BetemanT.S.,&Strasser,S. (1984). A longgitudial analysis of antecedents of organization commitment. Academy of Management Journal, 95-112.
6. Meyer J.P.Allen,N.J.,&Smith. (1993). A commitment to organaizations and occupations:Extention and test of a three-commitment conceptualization. Journal of Applied Psychology, 538-551.
7. MeyerJ.P.,Stanley,D.J.,Herscovitch,L.,&Topolnysky. (2002). Affective,continuance,and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents,correlates and consequences. Journal of Vocational Behavior, 20-52.
8. MorrisJ.,&Sherman,J.D. (1981). Generalizationblility of drganizational commitment. Academy of Management Journal, 512-526.
9. PorterL.W.,Steers,R.M.,Mowday,R.T.,&Boulian,P.V. (1974). Organizational commitment,job satisfction,and turnover among psychiatric technicians. Journal of Applied Psychology, 603-609.
10. WilliamsL.J.,&Hazer,J.T. (1986). Antecedents and consequences of satisfaction and commitment in turnover models:A reanalysis using latent variable structual equation methods. Journal od Applied Psycology, 219-231.
11. アール・アンド・デイ.(2012). 病院年鑑　2012 年度版　No2 関東.
12. アール・アンド・デイ.(2012). 病院年鑑　2012 年度版　No3 中部.

13. アール・アンド・デイ. (2012). 病院年鑑　2012 年度版　No4 近畿.
14. アール・アンド・デイ. (2012). 病院年鑑　2012 年度版　No5 中国・四国.
15. アール・アンド・デイ. (2012). 病院年鑑　2012 年度版　No6 九州.
16. スティーブン P.ロビンス. (2009). 【新版】組織行動のマネジメント―入門から実践へ. ダイアモンド社.
17. チーム医療の推進に関する検討会. (平成 22 年 3 月 19 日). チーム医療の推進について. 厚生労働省.
18. チーム医療推進方策検討ワーキンググループ. (2010 年 6 月). チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. 厚生労働省.
19. マイケル・E・ポーター、エリザベス・オルムステッド・テイスバーグ. (2009). 医療戦略の本質―価値を向上させる競争―. 日経 BP 社.
20. 伊丹敬之、加護野忠男. (2003). ゼミナール経営学入門. 日本経済新聞社.
21. 横田絵里、高田朝子. (2009). 地方独立行政法人　那覇市立病院. 慶應義塾大学ビジネススクール.
22. 蒲生智哉. (2008). 「チーム医療」の組織論的一考察―協働システム理論をふまえて―. 立命館ビジネスジャーナル, 25-47.
23. 蒲生智哉. (2008). 「医療の質」と「チーム医療」の関係性の一考察－クリニカルパス活用による一貫性のある医療の実現－. 立命館経営学, 163-183.
24. 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム. (2011). 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書～魅力ある職業として”職場づくり、ひとづくり、ネットワークづくりの推進”～. 厚生労働省.
25. 近森正幸. (2012). 「はじめにチーム医療ありき」ではない　発想の転換がチーム医療成功のカギ. 医療経営の理論と実践, 8-9.
26. 栗原誠一郎、上野佐保. (2005). 病院における人材マネジメントの在り方. UFJ Institute REPORT, 7-16.
27. 厚生労働省保険局医療課. (2012). 平成 24 年度診療報酬改定の概要. 厚生労働省.
28. 厚生労働省保険局医療課. (2012). 平成 24 年度診療報酬改定の概要（DPC 制度関連部分）. 厚生労働省.
29. 高田朝子、横田絵里. (2010). キャリア継続に繋がるネットワークの形成―女性医師についての調査からの一考察―. 経営行動科学, 15-26.

30. 高木晴夫. (2008). 企業組織と文化の変革. 慶應義塾大学ビジネス・スクール.
31. 今村知明、康永秀生、井出博生. (2011). 医療経済学　病院倒産時代を生き抜く知恵と戦略. 東京都文京区: 医学書院.
32. 社会医療法人財団　慈泉会. (2012). 年報　vol16. 社会医療法人財団　慈泉会.
33. 厨子　直之. (2008). 病院における人事評価と給与制度. 病院, 724-728.
34. 石井ひろみ. (2002. 2). 回復期リハビリ病棟に学ぶチーム医療推進のためのヒント. 日経ヘルスケア 21, 58-61.
35. 太田さつき. (2012). 第 2 章　コミットメント : 組織コミットメント、ジョブインボルブメント、キャリアコミットメント、職務満足. 著: 松本真作、長沼裕介、浅井千秋、町田秀樹、太田さつき、佐藤舞、音山若穂, 中小企業における人材の採用と定着―人が集まる求人、生きいきとした職場／アイトラッキング、HRM チェックリスト他から― (ページ: 218 - 262). 独立行政法人　労働政策研究・研修機構.
36. 大藪毅. (2011). チーム医療とは何か―導入をめぐる組織マネジメント的分析. 病院, 910-917.
37. 谷口真美. (2005). ダイバシティ・マネジメント　多様性をいかす組織. 白桃書房.
38. 地方独立行政法人　那覇市立病院. (2012). 平成 23 年度那覇市立病院概要. 地方独立行政法人　那覇市立病院.
39. 中原淳、長岡健. (2009). ダイアローグ　対話する組織. ダイヤモンド社.
40. 中島　明彦. (2008). 医療専門職の特性と病院組織. 病院, 526-529.
41. 田中滋、古川俊治. (2008). MBA の医療・介護経営. 文京区: 医学書院.
42. 渡辺明良. (2008). 急性期病院における医療連携の戦略的意義に関する一考察. 情報科学研究, 41-53.
43. 武久洋三. (2008). 看護師とチーム医療　病院と施設を考える. 病院, 303-306.
44. 末松総一郎、中村洋. (2011). 静岡県立静岡がんセンター―多職種チーム医療の院内連携から地域医療連携の構築まで―. 慶應ビジネス・スクール.
45. 芒錫蔡. (2007). 専門職集団と組織―科学者・技術者の組織への包摂と役割コンフリクトを中心として. 日本労働研究雑誌, 21-32.

謝辞

本修士論文は、筆者が慶應義塾大学大学院　経営管理研究科　修士課程在学中に行った研究をまとめたものです。本研究に関して終始ご指導ご鞭撻を頂きました中村洋教授に心より感謝致します。

また、本論文をご精読頂き有用なコメントを頂きました田中滋教授、大藪毅専任講師、法政大学の高田朝子教授に深謝致します。

本研究において行ったインタビュー調査に快くご協力下さいました、医療法人財団松圓会東葛クリニック病院の山根伸吾様、野口隆司様、社会福祉法人恩賜財団済生会支部福井県済生会病院の登谷大修様、齋藤哲哉様、地方独立行政法人那覇市立病院の来間淳様、渡嘉敷操様に深く感謝致します。

最後に、日常の議論を通じて多くの知識や示唆を頂いた中村洋研究会の皆様に心から感謝を申し上げます。