

Title	民間中小病院の類型化と、そのポジションによる経営者のリーダーシップの違いに関する考察： 民間中小病院事例からの分析
Sub Title	
Author	岩本, 俊輔(Iwamoto, Shunsuke) 中村, 洋(Nakamura, Hiroshi)
Publisher	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
Publication year	2018
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	修士学位論文. 2018年度経営学 第3406号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002018-3406

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.

学位論文（ 2018 年度）

論文題名

民間中小病院の類型化と、そのポジションによる経営者のリーダーシップの違いに関する考察—民間中小病院事例からの分析—

主 査	中村 洋 先生
副 査	小幡 績 先生
副 査	後藤 励 先生
副 査	田中 滋 先生（経営管理研究科名誉教授）

氏 名	岩本 俊輔
-----	-------

論文要旨

所属ゼミ	中村洋研究会	氏名	岩本俊輔
(論文題名) 民間中小病院の類型化と、そのポジションによる経営者のリーダーシップの違いに関する考察—民間中小病院事例からの分析—			

【問題意識】我が国の医療機関経営は、これまでの病院完結型医療から地域完結型医療への大きな変化を求められている。そこで重要になるのが、ポジションの明確化と、それに向けて組織を導くリーダーシップである。しかし、リーダーシップは一様ではなく、そのポジションによって異なるだろう。なぜなら、ポジションごとに組織を構成する職種や医療チーム形態が異なるからである。これまでの医療機関リーダーシップ研究には、ポジションからの観点で体系的に検討したものはない。本研究では、ポジションによるリーダーシップの違いを、特に自身が将来携わりたいと考える民間中小病院に焦点を当てて明示することで、そのリーダーに対して新たな視点を提供したい。

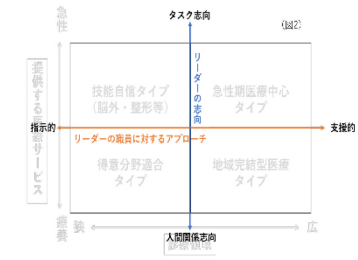
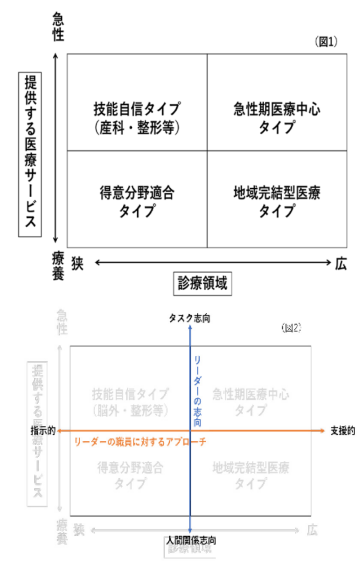
【研究目的】本研究の目的は、民間中小病院の事業ドメインに関するポジションの類型化と、それを土台としたリーダーシップフレームワークを提示することで、望まれるリーダーシップの違いをポジションごとに明らかにすることである。

【研究方法】本研究は主に民間中小病院の類型化と、それを土台としたリーダーシップフレームワークの構築、そしてその分析から成る。以下が具体的な研究の手順である。

- ・我が国の医療機関経営の変遷と近年の動向、民間中小病院経営の現状調査
- ・リーダーシップ論の先行研究（特に Fiedler's contingency model、Situation Leadership model の条件適応論）と、医療機関リーダーシップ論の先行研究調査
- ・民間中小病院事例から事業ドメインを類型化したポジションフレームワークを作成
- ・ポジションフレームワークを土台とし、リーダーシップフレームワークを構築
- ・リーダーシップフレームワークの適合性を民間中小病院の事例から分析

※対象とした民間中小病院事例：過去 15 年分（平成 14-29 年）の厚生労働省医療施設経営安定化推進事業において掲載された民間中小病院経営事例延べ 40 例

【得られた結論】我が国の医療機関経営の動向調査、民間中小病院の経営現状調査から、経営が安定化した民間中小病院は地域における自院のポジションを決め、経営資源を特定の事業ドメインに集中させていることが分かった。また事例分析の結果、それらの事業ドメインは、提供する医療サービスの病期と、診療領域の幅という二軸での類型化が可能であると考えられ、ポジションフレームワークを構築した(図 1)。次にリーダーシップの先行研究調査から、特に条件適応論に注目した。なぜなら、条件適合論は「リーダーシップは状況に応じてスタイルが異なる」という前提に基づいており、ポジションの違いによるリーダー像を説明する本研究の主旨に合致すると考えられたからである。条件適合論のうち、組織が置かれている状況からタスク志向と人間関係志向に分類した Fiedler's contingency model は、提供する医療サービスの病期と適合度が高いと考えられた。というのも急性期を提供する組織の多くは、医師を中心とした明確な指示系統を持ち、各職種は自身の専門分野に集中する。つまり、職種間での職務境界が明確であるため、リーダーはタスク志向をとると考えられる。一方、療養期を提供する組織の多くは、多職種の協働作業が多く、職務の重複が増す。つまり、職務境界が不明確であるため、リーダーは人間関係志向をとると考えられる。次に、フォロワーの違いからリーダーの行動を指示的行動と支援的行動に分類した Situation Leadership model は、診療領域の幅との適合度が高いと考えられた。というのも診療領域が狭い場合、構成する職種の数が少なく、その多様性は低くなり易い。その場合、リーダーは価値観の共有や意思統一が図りやすいため、指示的行動で組織統一を図ると考えられる。一方、診療領域が広い場合、構成する職種の数が多く、その多様性は高くなり易いことから、価値観の共有や意思統一は図り難い。その場合、リーダーは支援的行動で組織維持を図ると考えられる。以上より、提供する医療サービスの病期の違いはリーダーの志向と関連し、診療領域の幅はリーダーの職員に対する行動と関連するという、リーダーシップフレームワークを構築した(図 2)。最後にその適合性を事例分析したところ、ある程度合致していると考えられたことから、民間中小病院の経営者のリーダーシップはポジションによってその在り方が異なり、本モデルで概ね説明が可能であるという結論に達した。



【本研究の限界】 本研究の限界は、事例分析において主観を排除しきれていないこと、リーダーのパーソナリティと成長時間軸が加味されていないこと、病院の経営状況が加味されていないことが挙げられる。また本フレームワーク以外の、リーダーシップの枠組みもあり得ることに留意する必要がある。

目次

第1章	研究の背景.....	5
第1節	本研究の問題意識.....	5
第2節	本研究の目的.....	6
第2章	事前調査.....	6
第1節	我が国における医療政策の変遷と近年の動向.....	6
第2節	民間中小病院における経営の現状.....	10
第3章	研究方法.....	18
第4章	先行研究.....	18
第1節	リーダーシップ論の変遷.....	18
第2節	条件適応論.....	21
第3節	医療機関に関する組織論とリーダーシップの先行研究.....	22
第4節	多職種連携における disciplinary model.....	30
第5章	研究結果.....	32
第1節	医療機関リーダーの戦略構築のプロセス.....	32
第2節	事業ドメイン別ポジションの類型化.....	34
第3節	リーダーシップフレームワークの構築.....	41
第4節	事例分析.....	45
第5節	事例のマッピング.....	52
第6節	結論.....	53
第6章	考察.....	54
第7章	本研究の貢献.....	57
第8章	本研究の限界.....	57
	参考文献一覧	

第 1 章 研究の背景

第 1 節 本研究の問題意識

本研究は医療機関の中でも、特に「民間中小病院」を対象としたものである。ここでいう中小病院とは 200 床未満の病院のことを指す(精神病床や感染症病床、結核病床を除く)。

医療サービスは地域の公益な事業であり、営利のためにすることが禁じられている。一方で民間母体である医療法人は、地域に質の高い医療を継続的に提供する上で一定の収益を確保する必要もある。そしてその収益の中心となる保険診療は、診療報酬制度のもとで政府による公定価格で行われており、新規参入の脅威は少ないものの、経営の自由度は低いといわれる。

そのような中で中小病院経営は、病床の削減、医療費の抑制方針のもと、厳しい経営環境にさらされている。

救急医療、がん治療などを中心とした地域の基幹病院として位置づけられている大病院の場合、以前は診療報酬の配分の上で、急性期医療への重点的な配分により収益の点では有利であった。しかし 7 対 1 病床の削減方針等により、その急性期医療を担う病院でさえ近年の財務状況は決して楽ではない。まして中小病院の場合は、もともと診療報酬の上でも、戦略的にも有利なポジションを占めることは難しく、マネジメントの力でやりくりするしかない状況といえる。また中小病院は大病院に比べて、診療単価が安く生産性が低いといわれ、更に医師や看護師を獲得する競争力も弱い。

近年の病院経営においては、機能分化と地域連携がカギと言われる。中小病院を抱える各法人は、地域特性、法人特性を生かして、様々な方法で、機能分化と地域連携を図っている。しかし、その要点を体系的に整理し、各ポジショニングによるリーダー像の違いを明示した研究は未だない。

そこで本研究の問題意識として挙げられるのは、環境が厳しい中小病院を抱える医療法人の経営において、「どのような要点を考え、自身の機能（ポジショニング）を文化させていくべきか」、「ポジショニングを決めた後にどのようなリーダーシップをとるべきか」ということである。つまり、中小病院を抱える民間法人

において、機能分化という視点を整理し、それによって自組織に向けて取り得るリーダーシップの違いを明確に提言することで、自組織を導くリーダーに新たな視点を提供したい。

第2節 本研究の目的

本研究の目的は、中小病院の事業ドメインに関するポジショニングフレームワークと、そのリーダーシップフレームワークを提示することで、ポジションによるリーダー像の違いを明らかにすることである。すでに事業安定化事例として厚生労働省から提示された中小病院のポジショニングとリーダーシップを整理することで、今後の医療機関リーダーが考慮すべき新たな視点を提供したい。

第2章 事前調査

第1節 我が国における医療政策の変遷と近年の動向

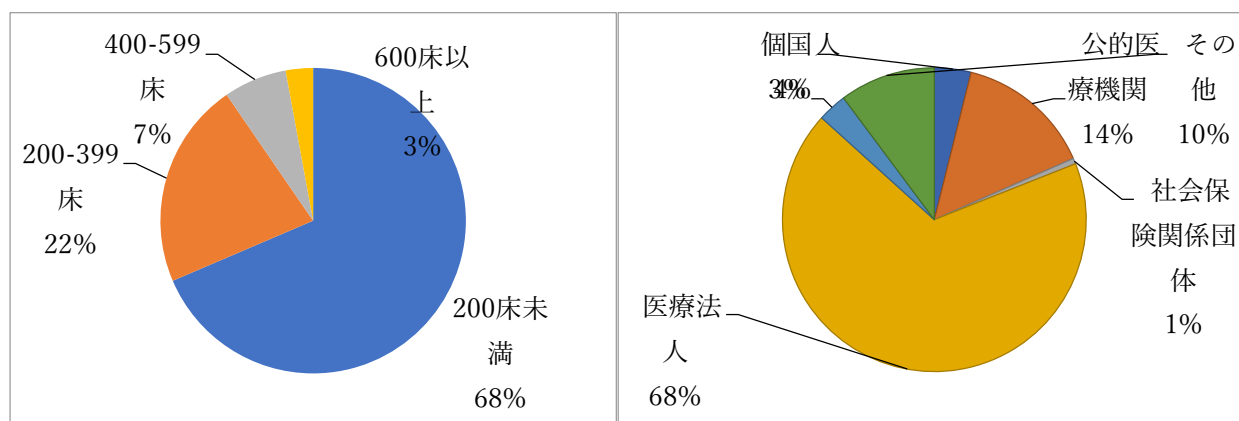
我が国の病院経営は、常に外部環境要因（経済情勢、社会情勢、医療行政）の強い影響下に置かれ、変革を遂げてきた。歴史的には主に表1の如く、4期に分類されると考えられる。即ち、①高度経済成長とその終焉を迎える1980年代までの総合型病院経営モデル②少子高齢化の社会問題を背景とした1990年代の保健・医療・福祉複合型経営モデル③情報社会とIT化の進展による2000年以降の医療ネットワーク型経営モデル④そして、2025年を見据えた地域包括ケアシステムにおいて、医療機関が重要な担い手として期待されている地域連携型経営モデルが現在進行中といえよう。

(表 1) 病院経営モデルの沿革

時期	経営モデル	特徴
～1980年代	総合病院型	複数診療科による規模と範囲の経済を追求
～1990年代	複合型	保健・医療・福祉複合体による新たな軸での範囲の経済追求と患者囲い込み
2000年以降	医療連携型	医療ネットワークの構築により、病病連携、病診連携の重視
2025年に向けて	地域連携型	機能分化の推進と地域包括ケアシステムの一員として外部の保健・介護・福祉・社会まで広げたネットワークの構築

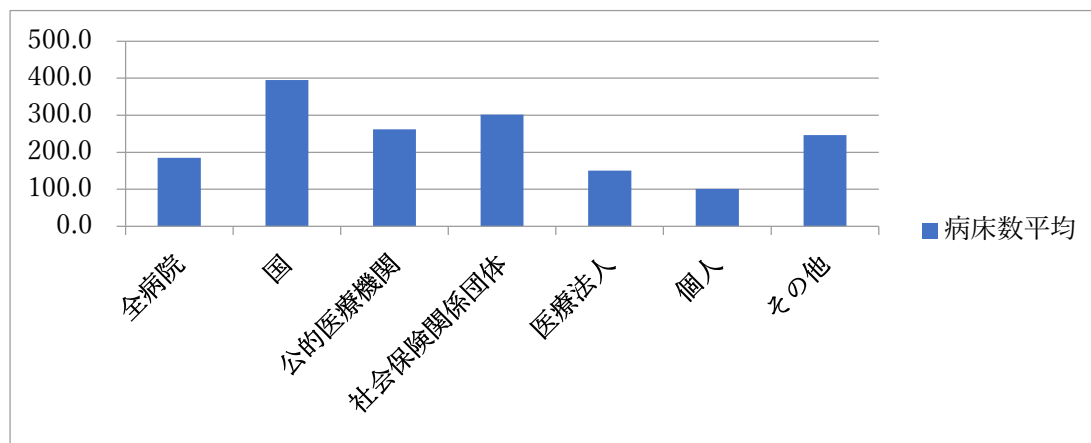
平成 29 年度の厚生労働省医療施設調査⁽¹⁾によると、この 200 床未満の中小病院は日本の病床の 68%を占める最大のカテゴリーである(図 1)。また病院を開設者別にみると、医療法人は日本全体の病院の開設者として 68%を占め最も多く(図 2)、その平均の病床数は 150 床であること(図 3)から、民間医療法人が最大の中小病院の担い手であると言える。こうした中小病院の患者の診療圏は大病院に比べると狭く、約 80%の患者が 5 キロ圏内から来院しているとされ、まさに「地域医療の中心を担う役割」であるといえる。

(図 1) 病院規模別割合 (図 2) 病院開設者の内訳



(平成 29 年度厚生労働省医療施設動態調査より作成)

(図 3) 開設者別平均病院病床数



(平成 29 年度厚生労働省医療施設動態調査より作成)

現在、日本の医療業界は大きな変革期を迎えている。厚生労働省では団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、医療と介護のサービス提供体制を機能分化させ、その間で連携の推進を図っていく方針であり、表2の如く、医療法人は様々な複合的要因を加味する必要がある。

(表 2) 医療機関経営の要点

	これまで	今後(2025年)
医療提供体制(マクロ)	病院完結型	地域完結型
医療提供体制(ミクロ)	病床数が多く、多数の診療科を抱える大病院中心	機能分化の推進。在宅復帰を促進し、入院期間を短縮。地域包括ケアシステムにより、医療から介護まで切れ目ないネットワークの構築
ニーズ	青壮年層を対象にした救命・延命・治癒、社会復帰を前提とした医療	慢性疾患と共存しながら QOL の維持・向上を目指す医療
フリーアクセスの意味	いつでも、好きなところで	必要な時に必要な医療を
他法人・病院との関係性	競争的關係(過重投資、患者・医療従事者獲得競争)	協調・連携
医療計画	病床規制	都道府県による地域医療ビジョン、病床機能報告制度
医療法人・社会福祉法人制度	法人単独での運営	非営利性を堅持しながら、再編・統合が行われる

(社会保障制度改革国民会議報告書⁽²⁾より作成)

特に日本は国際的に見て人口当たりの病床数が多い。また、医療機能の専門分化が依然として不十分な施設や、連携も未だ充足しているとは言えない地域も存在し、必ずしも効率的なサービス提供体制が確立されていない。そこで県単位で地域医療構想を策定し、まず一般病床を機能分化して絞り込み、急性期病院を高度な医療を提供する高度急性期病床と一般の急性期病床の他、回復期リハビリ病床・地域包括ケア病棟と療養病床に分け、病床を増やさずに高齢化に対応しようとしている。

一方で介護・福祉を含んだ政策として、高齢化に備えて居住系施設や外来での在宅医療を大幅に増加させ、医療・介護・福祉全体で高齢者を支える地域包括ケア

システムを構築しようとしている。地域医療構想の策定により、病院の機能分化が進むと、高度急性期ではない一般の中小病院は急性期、回復期、慢性期の医療をつかさどる役割を担うことが期待され、連携病院として、急性期医療から在宅への橋渡しや、在宅では療養できない患者を一時的に診る機能を果たすこと、そして、地域の医療機関として地域包括ケアシステムでの医療の重要な担い手として期待されている。

この状況下において、中小病院を経営の中核とする民間医療法人は、今後の生き残りをかけて地域医療におけるイニシアチブを獲得し、地域連携型経営モデルとして安定した医療提供環境を構築することが必須である。

第2節 民間中小病院における経営の現状

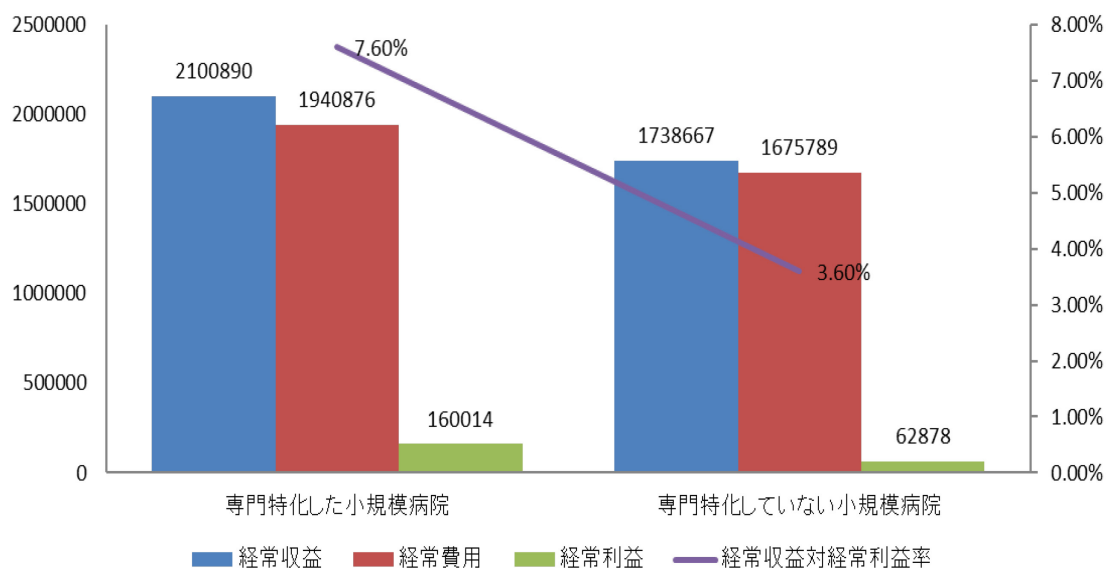
現在、中小病院の経営は大きな変化を求められている。中でも中小病院の経営に影響を及ぼす外部環境の変化としてあげられる要素は、①行政の方向性、②疾病構造の変化、③患者の意識変化をあげることができる⁽³⁾。

以下簡単に内容を説明する。

① 行政の方向性についてであるが、中小病院の経営を考える際に影響を及ぼす行政の施策は、病院の機能分化の推進である。これは、医療制度改革のひとつとして、急性期医療を集約化することによって医療の質的向上をはかるとともに、療養や介護分野の充実をはかり資源の有効活用を目指すものであり、施策の推進に診療報酬での誘導がなされている。たとえば、急性期であれば、手術件数が一定数に満たなかったり、平均在院日数が長くなると点数が減額するといったことや、大病院の外来抑制として外来患者の診察料が中小病院に比べ低く設定されていること、さらに分化した医療機関の機能を統合するために、他の病院や診療所と連携を行なうことに対して「診療報酬情報提供料」といった誘導の仕組みも設定している。すべての病院は、このような機能分化の推進によって、急性期医療、リハビリテーション、長期療養、在宅医療等といったいずれかの医療機能の選択を迫られることとなり、中小病院においても経営の方向性に対する決断や自院の機能の明確化の実行が迫られている。事実、福祉医療機構のリサーチレポート⁽⁴⁾では、専門特化の有無による小規模病院の収支比較において、専門特化型病院の

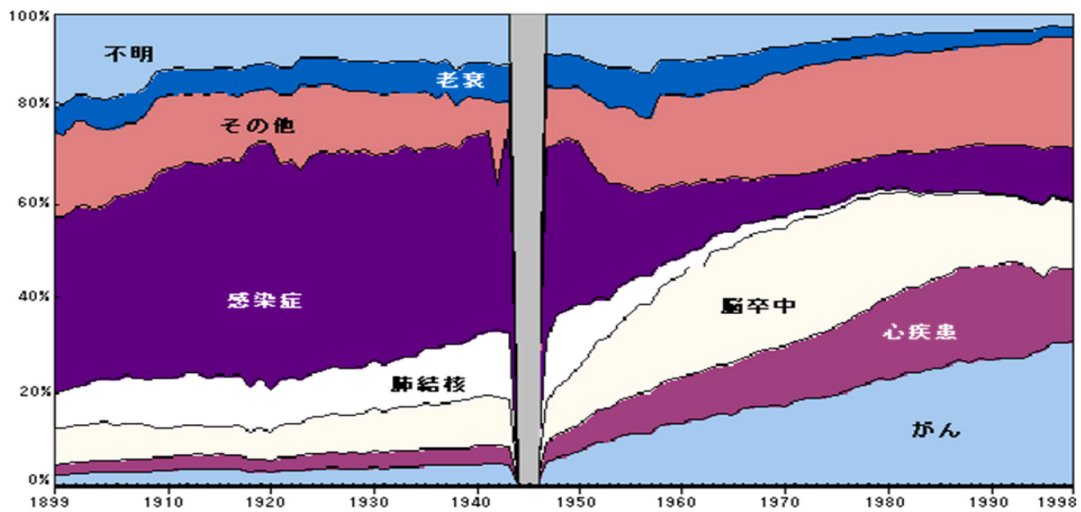
方が収益性において高いことが示されている(図 4)。

(図 4) 専門特化の有無による小規模病院の収支比較



② 疾病構造の変化とは、従来は急性感染症などの急性疾患が患者の疾病の中であったが、近年は糖尿病などの慢性疾患や生活習慣病が増加していることを指す(図 5,6)。こういった疾病構造の変化は、介護需要の急増と病院の役割の変化につながるものである。病院の役割の変化とは、慢性疾患や生活習慣病が中心となると、治癒を目的に医療サービスを提供する急性感染症とは異なり、進行を抑えることはできても治癒させることは難しく、病院は患者の生活にまで踏み込んだケアを中心としたサービス提供が病院の役割として求められることになっていくと考えられる。

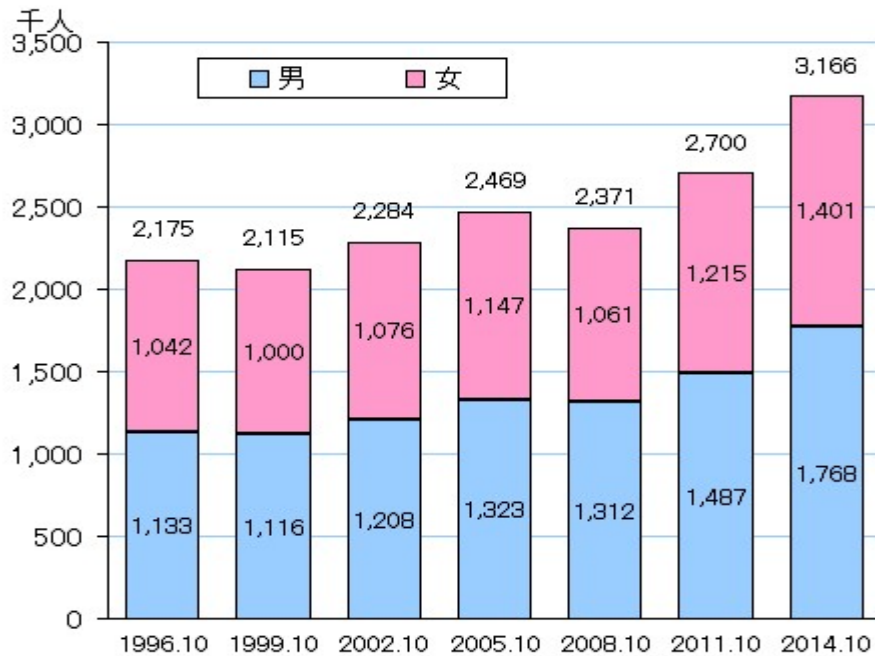
(図 5) 我が国における死因別死亡割合の経年変化



(厚生労働省健康日本 21⁽⁵⁾より引用)

(図 6) 糖尿病患者数の推移

糖尿病の総患者数

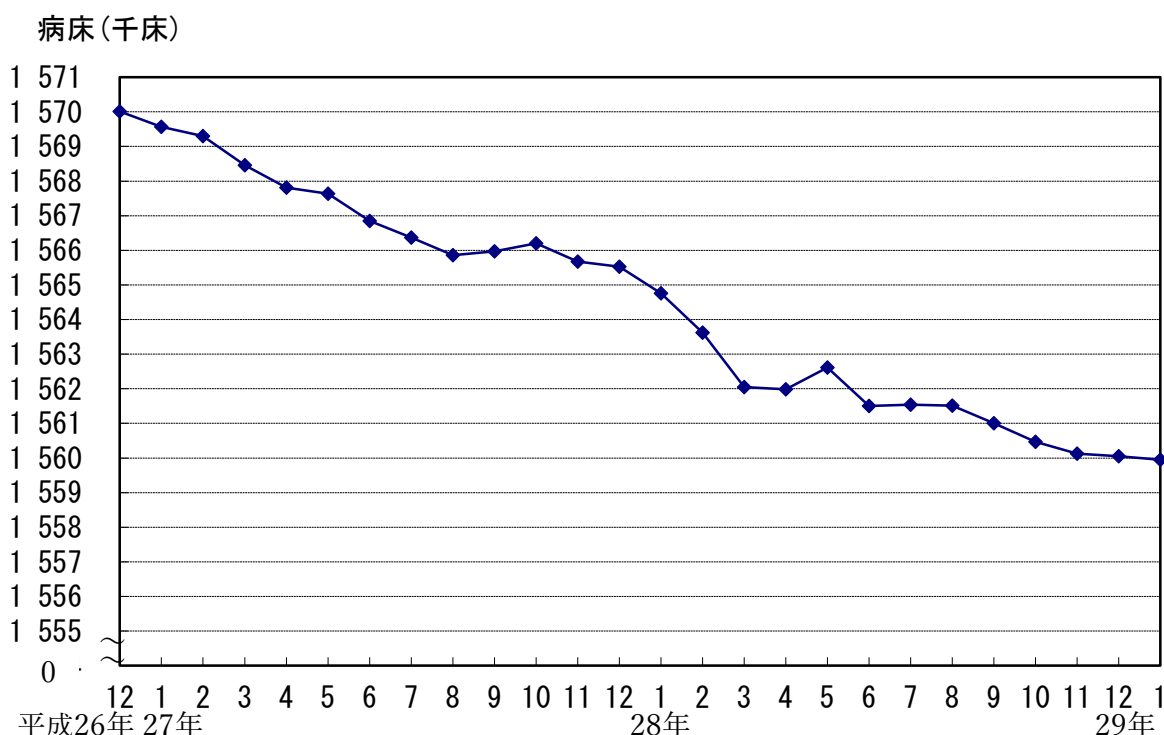


(2014年厚生労働省患者調査⁽⁶⁾より)

③ 患者の意識変化とは、健康・医療関連情報や医療機関・医師についての情報をメディアが頻繁に取り上げるようになったこと、そしてインターネットの普及によって患者が地域の医療機関の情報を得やすい環境に変化したことによって、従来の医師への「おまかせ医療」から、納得できる医療サービスを病院に求めるという患者の意識が変化したことである。また、社会的な患者主権強化の流れもこの意識変化に影響を与えている。こうしたことから患者が医療機関を選ぶ目は厳しさを増しており、患者のニーズを明確に意識し、そのニーズに応えられる医療サービスの提供のあり方を模索することは中小病院経営にとって重要なこととなると考えられる。このように中小病院に強い影響を及ぼす外部環境の変化に伴い、我が国の中小病院経営はどのような状況なのだろうか。

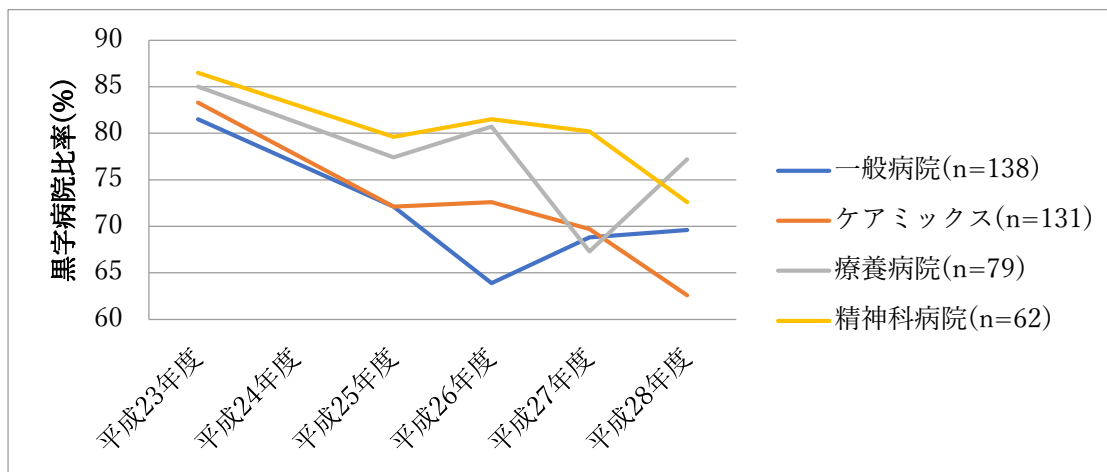
図 7 は我が国の病院総病床数の推移を示したものであるが、病床総病床数が減少の一途を辿っていることがわかる。また、医療法人立の黒字病院割合の年次推移（図 8）を見ると、年々その割合は減少傾向にあり、更に病床規模別（図 9）では、規模が小さいほど赤字病院の割合が高くなる傾向にある。

（図 7）我が国の病院病床数の推移



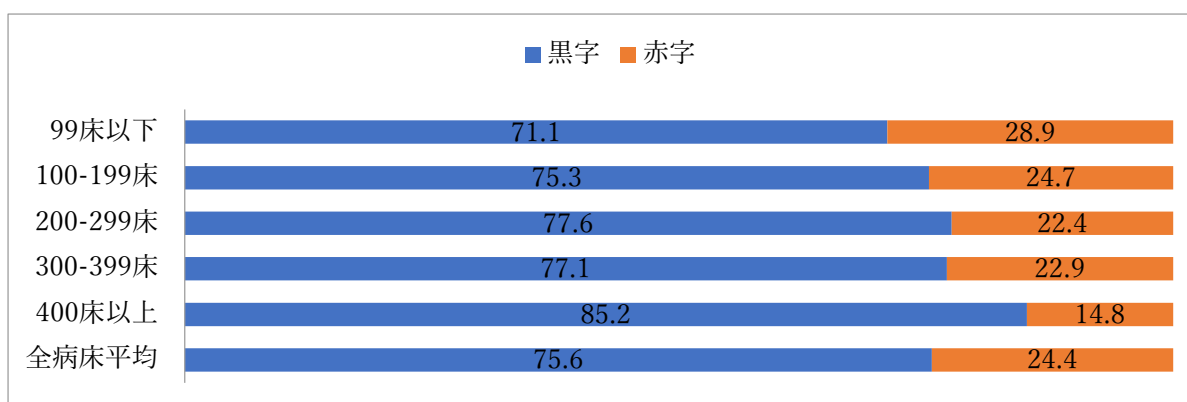
（平成 29 年度厚生労働省医療施設動態調査より引用）

(図 8) 医療法人立病院の黒字病院割合 (経常利益)



(平成 28 年度厚生労働省病院経営管理指標⁽⁷⁾より作成)

(図 9) 病床規模別黒字病院割合 (経常利益)



(平成 26 年度厚生労働省病院経営管理指標⁽⁸⁾より作成)

そのような中で、平成 27 年度より進められている地域医療ビジョンの策定により、今後厚生労働省主導のもと地域医療提供者の機能分化や統廃合がより促進していくと考えられ、平成 27 年度データでも 200 床未満の中小病院の減少が最も多く、中小病院が統合・廃止・機能移転等、様々なアクションをかけている現状がみえる (表 3)。

(表 3) 平成 27 年度病床規模別にみた病院動態

	開設	廃止	増減
200 床未満	68	98	△30
200-399 床	23	19	4
400-599 床	3	3	-
600 床以上	2	1	1

(平成 29 年度厚生労働省医療施設動態調査より作成)

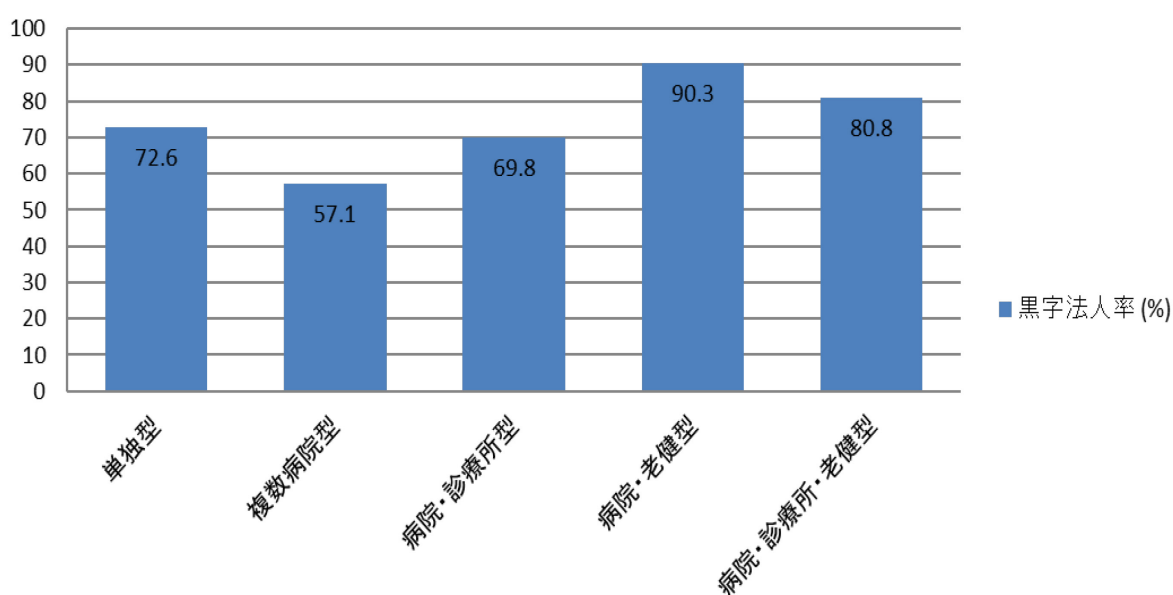
では、なぜ中小病院の経営は厳しいのだろうか。まず挙げられる理由として、中小病院は経営資源に恵まれていない。日本の医療は歴史的に看護基準だけでなく、より症状の重い患者を診る集中治療室、救命救急センター等、より質の高い医療重視の方針で予算が重点配分されてきた。そのため、資本力があり、患者の集まる大型の急性期病院が配分の中心となっていた。以前は中小病院も7対1病床となった場合は、この点での恩恵を受けることも可能ではあったが、7対1基準の厳格化等により、入院基本料だけに頼っていたのではこれまでほどの収益を生まなくなっている。また、そもそも中小病院では医療機能が高い施設は少数派で、医師だけでなく、看護師をはじめとするコメディカルスタッフの人材の確保にも苦勞しており、満足な医療機能の提供ができていないところも少なくないのが現状である。そもそも中小病院では医療機能が高い所は少数派で、臨床研究の中核病院となっている所も少なく、研修医や通常の医師集めに苦勞している。また看護師をはじめとする医療技術者の獲得においても不利であり、満足な医療機能の提供ができていないところ多い。更に近年は、医療安全やデータ整備、労働基準法遵守の徹底など、規模に関わらず病院に求められる本部機能が増加している。そうした負担にスケールメリットの出ない小規模病院が耐えるのは楽ではない。

このように相対的に経営資源が弱い中小病院を持つ医療法人は、介護保険の誕生以降、訪問看護ステーションや老人保健施設など川下に向かって事業の複合化を行う例を多く認めてきた。複合化により医療・介護の切れ目のないサービスの提供と効率的運営を目指すと同時に、利用者の囲い込みや病院経営におけるリスク

分散を図ってきたのである。ただしこの分野は保険制度が異なり、介護保険、または福祉としての措置の分野である。介護保険は要介護度に応じて支払いの上限が決められ、その予算内で介護サービスの内容がケアプランで組み立てられるのであり医療保険と制度が異なる。そして、医療と比較してサービス業としての付加価値をつけ難く、事業収益に対する費用は人件費割合が極めて高いことも事実である。この複合化に関する先行研究は数多い。特に我が国の医療提供システムは非営利性が求められながらも、市場経済と深く関わって存在しているため、主に一般企業の発展形態として認められる垂直統合、水平統合、多角化等の視点からの研究が進んでいる。

医療・介護複合体に関連する研究として代表的なものとして、二木立による「保健・医療・福祉複合体」⁽⁹⁾がある。それによると、病院、老人保健施設、特別養護老人ホームを併せて経営する私的医療機関母体の複合化が進んでいることを指摘しており、事実上の「医療の企業化」と呼んでいる。また、大野による研究⁽¹⁰⁾では、「複合体」を「多角化」という視点で捉え、医療法人の経営として医療施設と介護施設の組み合わせが、病院単独経営や医療施設のみとの組み合わせと比較して、黒字に対するプラス効果が強いことを指摘している（図 10）。

（図 10）複合体類型別法人黒字化率



更に鄭、井上らの研究⁽¹¹⁾によれば、①「複合体の方が医療単独よりも生産性が高い」②「複合体の施設形態の差による（収益上の）特徴的差異はみられない」ことの2つを結論づけている。

これらの研究は、主に財務データをもとに、複合化することと収益の「赤字・黒字」を結び付けているものが多いといえる。もちろん先に述べたとおり、医療サービスの継続において、収益性の確保が必要となるものの、2025年に向けて求められる医療連携型経営モデルは、財務データだけでは見えない地域特性や地域連携の在り方、人材マネジメント、医療の質等にまで踏み込んだ要素と収益性との因果関係を考える必要がある。

これらを考慮した経営戦略を考えるには、各事例を詳細に検討する必要があり、財務データを用いる統計解析からの一般化は困難と考えられる。

そのような中で、白木の研究⁽¹²⁾では、BCGのアドバンテージ・マトリックスを用いて中小病院の複合体の事業特性を事例検討している。ここでは、「診療科特化」と、「内部の巧みなマネジメント」が複合型経営における収益性の確保に重要であると指摘している。

また羽田の研究⁽¹³⁾は、中小病院を対象としたものではないが、全国の赤十字病院の財務データを比較したところ、競争優位の源泉は病院経営全般に係る組織能力を活用する「マネジメント能力」の違いが大きいとの結果を得ている。

確かにこれらの重要性に異論の余地がないが、あくまで実行結果に焦点を当てているに留まり、戦略構築のプロセスにおける選択肢には触れられていない。

先に述べた通り、医療法人の経営戦略は地域特性や法人特性が大きな要素となるため、一般解を導き出すことは困難である。そのため、各法人の外的整合性と内的整合性を考慮し、経営理念やビジョンを実行可能なアクション・プランに落とし込むための流れ（プロセス）が重要となる。今後、大きな環境変化が待ち受けるであろう、医療法人の戦略策定の一助になるべく、その策定プロセスを提示し、そのプロセスを実行するためのリーダーシップについてフレームワークを構築する。

第3章 研究方法

本研究は、本研究は主に民間中小病院の類型化と、それを土台としたリーダーシップフレームワークの構築、そしてその分析から成る。以下が具体的な研究の手順である。

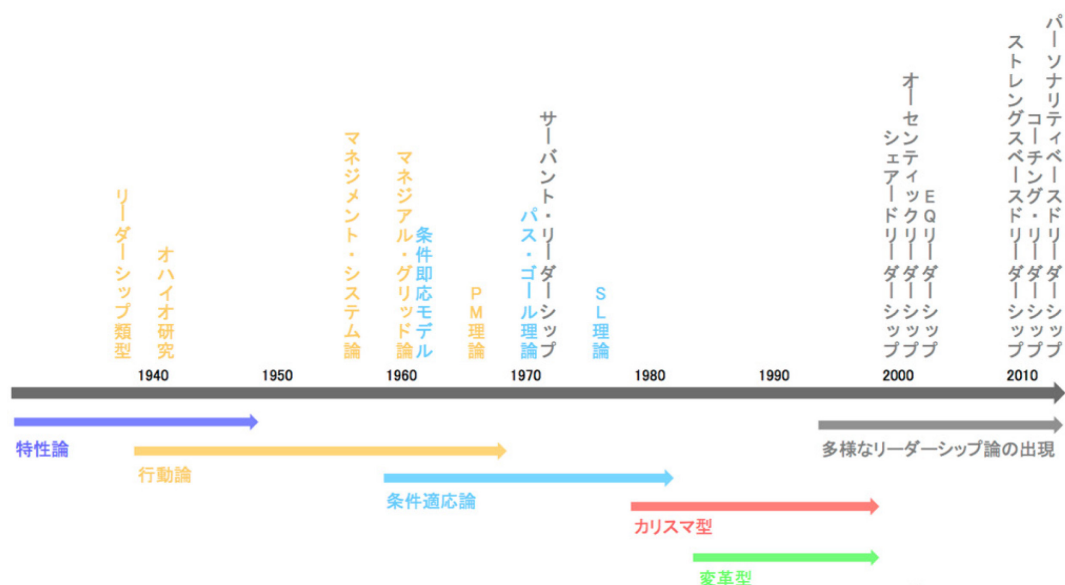
- ・民間中小病院の事例から事業ドメインの選択肢を抽出し、ポジショニングフレームワークを作成
- ・上記のポジショニングフレームワークを土台とし、条件適応論の二次元モデルを用いてリーダーシップフレームワークを構築
- ・リーダーシップフレームワークの適合性を民間中小病院の事例から分析

※対象とした民間中小病院事例：過去15年分（平成14-29年）の厚生労働省医療施設経営安定化推進事業⁽³²⁾において、掲載された民間中小病院経営事例延べ40例を参照し、分析を行った。

第4章 先行研究

第1節 リーダーシップ論の概念と変遷

(表4) リーダーシップ論の変遷



ユクル⁽¹⁴⁾によれば、リーダーシップとは、「何を、どのようになすべきかについて、他者が理・合意できるように影響を与え、共有された目標を達成するために、個人的・集合的な努力を促進するプロセス」である。リーダーシップに関する概念は、これまでの膨大な研究でもある程度同様の意味が含まれており、ほぼ一致している。しかし、具体的なリーダーシップ論となると、時代とともに様々な観点から研究されている。その変化を時系列で並べると、表4の如くなる。即ち、1950年代頃まで主流であった、「特性論」、1940年代から出現した、「行動論」、更に1960年代から登場した、「条件適応論」、そして、1980年代、1990年代より主流となった、「カリスマ型、変革型リーダーシップ」や、近年見られる「分散型リーダーシップ」や「サーバント・リーダーシップ」などの概念がある。

そこで、これまでのリーダーシップ論の変遷について簡単にまとめたい。リーダーシップの考え方として古代から1950年代頃まで主流であったのは、「特性論」である。「特性論」とは、優れた資質を持ち合わせた偉人こそがリーダーと成り得る、リーダーは作られるものではなく生まれながら持つ特質である、という考え方である。その考えを打ち破る形で1940年代頃から出てきたものが「行動論」である。「行動論」とは、リーダーシップは行動であり技術である。したがって習得できるという考え方であり、これにより今日のようにリーダーシップを研修などで学ぶようになったといわれる。しかし、ここまでのリーダーシップ論はあくまでリーダーの行動特性のみに注目していたが、1960年代頃より「条件適応論」と呼ばれる、リーダーシップは状況に応じて取るべきスタイルが異なるという考えが登場した。「行動論」でとらえたリーダーが組織を牽引したからといって、必ずしも好業績を残すわけではないことから、リーダーシップを解明するにはリーダーの行動特性だけでなく、何らかの追加条件が必要なのではないかと研究者の間で考え始められた。1980年代1990年代より「カリスマ型、変革型リーダーシップ」の考え方が登場した。リーダーシップとは組織の変革を促すためにカリスマ的行動をとること、ビジョンを示し目標を達成していくことであると考えられた。「カリスマ型、変革型リーダーシップ」が登場した背景として、将来のビジョンを描いて部下を牽引するマネジメントが求められるようになったことが挙げられる。というのも、経済の停滞によって競争環境が激変し、今まで通

りに部下をマネジメントするだけでは満足な業績が出せなくなったからである。2000年頃から変革型をベースとしつつ、リーダーとフォロワーとの関係性を重視する考え方が広まり、そこから発展していく考え方として「多様な理論の出現」が見受けられる。これは1990年代半ば以降に広がった、リソース・ベースド・ビューやコア・コンピタンスの中でも「人」と「組織文化」に帰着する強さこそが最も模倣困難なものであるという認識が影響しているといえる⁽¹⁵⁾。更に、これまでのリーダーシップ機能を一個人が発揮することを前提とする考え方から、リーダーシップ機能がグループにおける複数メンバーによって共有されるという「分散型リーダーシップ」が2000年代に入り注目されるようになった。この流れは、近年の知識創造が重視される環境への変化に寄与するところが大きいと考えられる。フレッチャー⁽¹⁶⁾は分散型リーダーシップの特性として以下の3つを挙げている。即ち、①トップレベルの個人によるものではなく、組織のあらゆるレベルに共有・分散しており、②上意下達の階層的なものだけでなく、リーダーとフォロワーの相互作用に関係し、③相互学習、集合的な学習が生じるような学習環境を作る、という特性である。このような観点を背景として、後に述べるサーバント・リーダーシップと呼ばれる概念も出現してきたと考えられる。以上のようにリーダーシップ論の研究は時代の変化とともに様々な考え方が導出されてきた。

本研究の目的は、第1章,第2節でも述べた通り、中小病院における事業ドメインのポジション別リーダーシップの違いを明らかにすることである。つまり、「ポジションという状況が中小病院経営者のリーダーシップのスタイルを変えるであろう」、という前提が背景に存在する。これは、先に述べた条件適応の前提と非常に近いと考えられた。そのため、本研究では条件適応論の大乗的なリーダーシップ二次元モデルを参考にして、研究を進めていくこととした。

第1節 条件適応論 (*Fiedler'scontingencymodel* と *situationalleadershipmodel*)

① *Fiedler'scontingencymodel*

条件適応論の中でも最も有名なものに、Fiedlerによって1967年に提唱された、*Fiedler'scontingencymodel*⁽¹⁷⁾がある。この理論では、リーダーとメンバーとの関係性や職務の明確さ、そしてリーダーの権限の3つを状況要因として考えている。そして、リーダーにとって状況要因が好ましいか、もしくは逆に好ましくないとき、リーダーは「タスク志向」と呼ばれる志向をとる。タスク志向とは、部下を課業に集中させ、役割や仕事を割り当てることをいう。好ましい状況においては、フォロワーたちも問題解決の手順を十分に知っており緊張状況にはない。そのため、リーダーの知的能力が集団の成果に対し、影響を与える余地は小さくなる。ここでは、リーダーは課題解決の目標を明確にすることで、目標達成への関心を保ち、集団を前向きに進めることが可能になるのといわれる。一方、好ましくない状況では、フォロワーたちはそもそも、問題解決について十分な知識があるわけではない。このような場合、リーダーは明確なタスクを示し、構造作りを行うことで課題に取り組もうとする。そこでは個々に配慮をすることにとらわれ身動きできなくなってしまうよりも、集団に強い調子で接するタスク志向の方が、高い業績を上げることが可能だと結論づけられている。一方、状況がリーダーにとって好ましいとも好ましくないとも言えない、不明確な状況の場合、リーダーは「人間関係志向」と呼ばれる志向をとる。人間関係志向とは、集団のモラルを向上させ、課業達成のための協働へ動機付けることをいう。このような状況では、リーダーにもフォロワーにとっても目標が見えにくく、何らかのタスクを示すことでの動機付けは難しい。また、ある程度の時間的猶予もある。そのため、リーダーは構築に時間を要す人間関係に配慮することで、組織力を高めようとする方が、高い業績を上げることが可能とされる⁽¹⁸⁾。

② *Situational leadership model*

もうひとつの条件適応論の他の代表的理論の一つに 1977 年に Hersey と Blanchard によって提唱された *situational leadership model*(SL理論)⁽¹⁹⁾がある。この理論は状況対応理論ともいわれ、フォロワーの能力や意欲という状況要因によって効果的なリーダーシップ行動が変わることを指摘している。この理論ではリーダーシップ行動を「指示的行動」と「支援的行動」という二次元で示している。ここでいう指示的行動とは、リーダーが具体的な指示命令を与え、仕事の達成にきめ細かく介入する行動であり、支援的行動とは、リーダーが仕事の達成に向かって部下の努力を促し、意思決定に関する責任を分かち合う行動をとることをいう。SL 理論では、フォロワーの成熟度が最も低い状況においては、指示的行動が有効とされ、その成熟度に応じて、説得的、参加的と続く。そして最後にフォロワーが高い成熟度を示している場合には、委任的（支援的）な行動が有効となるとされる。

第2節 医療機関に関する組織論とリーダーシップの先行研究

我が国での医療機関に関する組織論の研究は数少ないが、諸外国では 1960 年代以降、主に米国研究者による医療機関組織研究が蓄積されている。医療機関組織の機能に着目する研究によれば、医療機関組織は、患者の治療、医学研究、医療者および患者の教育など、複数の目的を同時に追求する「多目的組織」であるといわれる⁽²⁰⁾。また同時に、各医療専門職が業務を高度な知識に基づいて自律的に遂行する「専門職支配」を特徴とし、更に公共性・非営利性という性格を持ちながら各専門職が自ら設定した規範に沿って患者を診療する「規範的組織」でもある。医療機関組織の内部管理機構に着目する研究⁽²¹⁾によると、医療機関組織はさまざまな職種 of 専門職が、「官僚制」と呼ばれる組織の構成員として協業する、「専門職官僚制」であるとされる。それは高度な技術と情報処理能力を持つ専門職がスタッフとして自律的な業務遂行権限を持つ一方で、現実的には管理者から官僚的な階層的業務管理統制を受けるという二重の構造を持ち、「専門職の自律

性と官僚制による統制の対立」を内包する組織といわれる⁽²²⁾。さらにそれは、組織を構成する複数の専門職種が、各職種の地位向上のためや、業務管轄権の拡大を巡って職種間および職種内で競争を繰り広げる組織でもあるとされる⁽²³⁾。

こうした欧米の医療機関組織研究の知見が、日本の医療機関組織にどの程度当てはまるだろうか。田尾⁽²⁴⁾も、官僚制と専門職との間には多くの対立項があるとす。仕事の枠組みは、統制のための基準や規範ではなく専門知識の体系であること、管理手法がヒエラルキーによる統制ではなく専門職資格を持った同僚による統制であること等を挙げている。また、専門職の自律性は、テクニカルなものに限られ、予算、事業計画、資源配分などの経営管理は官僚制と対立すると述べており、組織内部に関しては欧米の医療機関組織研究と相違は少ない。

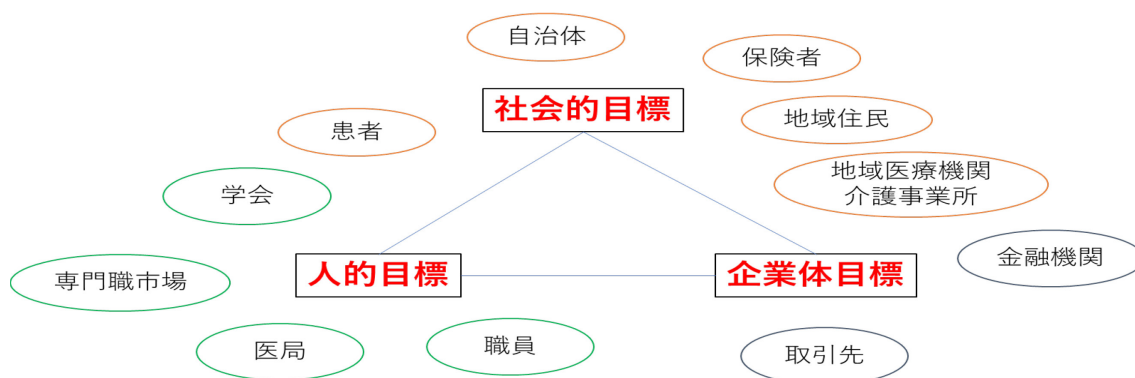
しかし、組織の主要な構成員である専門職市場という観点からすると、状況がやや異なる。河村⁽²⁵⁾によると、日本の医療機関組織は、一般企業や米国の病院に比べ「供給者間競争の弱い患者市場」でサービスを提供し、一般企業よりも「需要者間競争の強い医療労働市場」で労働力を調達していると述べている。このため日本の医療機関組織は、提供する医療サービスが患者にもたらす価値を巡って他病院と競争する必要は少なく、むしろ協働・連携が重要視される。一方、組織内部の専門職雇用について考えると、多くの人員配置基準が専門職種ごとの人数によって設定されているために、需要者間競争が強い専門職種をいかに確保するかが問題となる。こうした環境で活動する医療機関組織の経営を考えると、現代日本の医療制度は、専門職市場については、大学医局制度という特殊要因があるものの、ある程度の市場原理が働いている一方で、医療サービスの量と質を保障するために、政府と医療職能団体が協議して各種施設・免許基準と診療報酬基準を設定し、病院に業務・組織・経営の標準化を要請している。このため、米国の病院のように経営管理の専門知識・技能をもつ専門経営者の元で、業務・組織・経営を行わなくても、日本の病院の活動に本質的な支障を生じることは少ない。この意味で、現代日本の医療機関経営の特徴の一つとして、多くの医療機関組織が構造的に同質化しやすく、個々の病院が患者価値と雇用者価値を高めるために独自の業務・組織・経営を試みるインセンティブも限られているため、業務・組織・経営改革への取り組みが、内部からは生まれにくいと考えられる。また、日

本の医療機関組織の多くは、医師という専門職をトップとする専門職官僚制となっている。前述の米国医療機関組織研究によれば、専門職官僚制とは、医療専門職による自律性と、職種間および職種内での業務管轄権をめぐる対立がその構造的な特徴とされ、複数部門・職種の業務を調整・標準化する機能が弱いために業務・組織・経営の標準化は逆に抑制される⁽²⁶⁾。この結果、標準化に向けた組織内部のコミュニケーションと調整にかかる時間とコストが増大する。そのような中で医療機関のトップには大きな葛藤が発生することになる。日本の医療機関組織の多くはトップが現場ミドルと同一専門職のため、自ら内部での専門職としての立場と管理者としての立場を意識的に使い分けなくてはならない。即ち、専門職アイデンティティと管理責任との狭間で大きな葛藤が生ずる。杉⁽²⁷⁾は専門職管理者について、管理職能と専門職としての専門的リーダーシップという二重の職能を持つとしている。専門的リーダーシップとは専門職の先輩として部下に対して助言や指導をするリーダーとしての専門職権限であり、また専門職を育成する教育的機能も有する。一方、医療専門職の管理者は、経営管理・組織管理の論理を使わなくてはならず、医療専門職として、また先輩として納得できない場合にも管理上やむを得ないことを部下に説得する必要がある。このような葛藤に伴うコストも一因で、これまで医療機関におけるリーダーシップに関する深い議論が置き去りにされてきたと考えられる。

これらの理由から、医療機関のリーダーシップには、経営者としてのリーダーシップや専門職組織内部でのリーダーシップ等、様々な形態が存在し、かつ複合的に研究されてきた経緯があり、唯一の評価軸としてクライアントである患者の満足という主観的評価が生産性や効率を評価する指標として重視されるようになった⁽²⁴⁾。しかし、その達成基準を客観的かつ具体的指標によって明示できないことも多く、一般企業のような合理的な経営システムを組み立てることは困難である。従って、日本の医療機関組織はトップが効果的なリーダーシップをとり難い構造にあると言える。またその評価基準が不明確なことから、体系的なリーダーシップ研究となるとほぼ皆無であり、経営者自身の経験や、一例報告を中心としたものが多く、一見すると混乱を招く可能性がある。例え

ば、理念の追求に関する考察は、先行研究でも大きく二分している。高橋⁽²⁸⁾は、病院組織では経営理念の内容を共有できることが重要であるとしており、経営理念の重要性が数多く言われる一般組織とほぼ一致している。また木村らの文献⁽²⁹⁾では、具体的な病院事例を挙げ、そのリーダーシップの在り方を考察している。その中で地方の急性期基幹病院の事例から学ぶこととして、「ミッションの活用により病院すべての職員が同じ理念を共有し、ミッションの実現に向けて日々の業務や意思決定にあたることができる」と、その重要性を指摘している。更に、猶本らの文献⁽³⁰⁾でも同様に急性期基幹病院の事例から、「トップが率先して病院全体が目指す方向性を指し、それが組織全体に浸透するよう、繰り返し何度もメッセージとして伝え続ける」ことを指摘している。一方で、中島⁽³¹⁾によると医療機関組織には多様なステークホルダーと、それに対応する三つの目標群があり、経営理念の共有は困難であるとしている。その三つの目標とは図 11 の如く、①社会的目標、②専門職目標、③企業体目標である。

(図 11) 医療機関の目標とステークホルダー



① 社会的目標

社会的目標とは、公共性・非営利性・規範性などを包含し、ミッション・ビジョンなどと呼ばれる組織の上位目標である。

② 専門職目標

専門職目標には、医療従事者個人がもつ、能力成長目標が挙げられ、その集合体が専門職チームや部署の目標になっている。また、医療専門職には専門職社

会が存在する。自身が勤務する病院とは別に、複数の専門職社会を準拠集団としており、自らの専門能力向上を最大の目標と考えている。

③ 企業体目標

企業体目標とは、組織の永続性を担保するための収益の確保のことを指す。

これら三つの目標は、親和性の高い場合もあるが、ギャップが存在することも多い。患者や地域社会、保険者の要求が医療機関の社会的目標であるが、それを担保するのは、専門職の能力成長目標と企業体としての利益目標の達成である。しかし患者や地域社会は、医療機関の企業体としての目標にあまり関心がない。更に従業員の要求はまずは専門職目標となるが、専門職としての社会的責任の自覚もあり、報酬を受けるという意味では、企業体目標にも一応関心はあるものの、医療専門職は労働力の流動性も高く組織に対するロイヤリティは低い。このような複合的な目標が存在する中で、医療機関の大部分を占める専門職を突き動かしているのは、専門職アイデンティティや個人の能力成長目標とされ、専門職は個人の目標が独立して存在することから、企業で行われるような理念の追求が逆効果になる危険性もあるという⁽³¹⁾。また、先に挙げた木村らの文献⁽²⁹⁾でも、都内で複合体を形成している医療機関事例では複合体のデメリットとして、「目的の共有が図りにくく、その調整とコミュニケーションの調整により多くのコストが必要となる」と述べており、グループ内の各施設や管理者との調整を行う仕組み作りの重要性を挙げている。同様の意見は、白木⁽³²⁾の研究でも述べられている。白木は、介護施設を複合的に経営する中小医療生協を対象とした研究において、その経営管理能力について離職率を指標として分析した結果、目標管理に熱心な経営トップの存在、トップができるだけ部門や事業所に権限を委譲し、目標数字を追うだけでなく部下の相談に積極的にのり助言を惜しんでいないこと、更に率直に話し合える風土の醸成が重要であると述べている。特に中小病院の場合は、介護事業が拡大しつつあり、遠隔地にも多様な人材を抱えていることが多く、そこで組織の一体感を醸成・維持することは容易ではないことから、内部の部門間の密接な連携があることが前提で、こうした組織がつくられていることが重要であると述べている。

これらの考察は、医療機関の特徴をどの視点から捉えるのか、また医療機関が

どのような事業体を持つのかによって組織の導き方が変わることを暗に示していると思われる。

即ち、高橋の見解は病院組織の特性を「非営利組織」という観点から捉えているため、理念の共有を重要視している。一方、中島の見解は、病院組織の特性を「専門職組織」として捉えており、上記の如く理念の追求が逆効果と述べている。また、木村や猶本らの文献でも急性期基幹病院は、理念共有の重要性を指摘している一方で、複合体を形成する医療機関においては、コミュニケーションによる調整の方に重きを置いている。

更に、具体的なリーダーシップの在り方についても文献によって見解は分かれる。

武⁽³³⁾は、病院長のやる気と手腕が重要だと指摘し、院長を中心としたいわゆるカリスマ型リーダーシップを強調する。また池上⁽³⁴⁾によると、病院組織は実働部の医師に権限が集中しており、これは Mintzberg の専門職官僚制と近似した組織であるという。このような組織では、トップの役割は実働部の医師の意見調整と、組織を代表して他団体に対応することに通常留まり、組織改革を行うにはトップの権限を強めることが必要だという。これら武や池上の見解は、急性期基幹病院を想定したものである。一方で、松尾⁽³⁵⁾によると、組織の先頭に立って変革を推進する「変革主導型リーダー」の他に、職種間のコミュニケーションを促進し、変革を側面から支援する「対話促進型リーダー」の存在が必要であるとしている。この考えは、リーダーシップの形態が特定の個人に集中せずチームメンバーに分散している「分散型リーダーシップ」の形態に近い。この事例として挙げられた3病院は600床を超える総合病院であること、母体がキリスト教や医療生活協同組合であり、リーダー個人に依らない理念が既に確立していることが、リーダーシップの分散という見解に至った理由の一つと考えられる。

この分散型リーダーシップに関する考察は、猶本⁽³⁰⁾らの文献でも述べられている。猶本らは、多数の施設を有す保健・医療・福祉複合体グループの病院組織ガバナンスの考察から、意思決定が特定の人物の思惑のみに沿ったものではなく、グループを取り巻くステークホルダーによる意思決定の創発的な連鎖が経

営統治機構を構築するとしており、意思決定を行うリーダーが複数存在することを指摘している。

また、別な視点として、太田⁽³⁶⁾は専門職にとってリーダーシップは支援的機能であるべきだと主張する。専門職にとって組織はインフラ型組織であるべきで、リーダーも部下をリードするという強力な能動的機能ではなく、仕事に必要な条件を提供し、側面からサポートするようなインフラ型のリーダーシップが必要だとする。猶本らの文献でも複合体グループ医療機関において、業務改善活動のインフラをリーダーが準備し、現場が「自責的発想」で、活動を行う仕組みを作ったリーダーシップの存在を指摘している。

これは、近年、医療機関リーダーシップについての様々な研究で言われているサーバント・リーダーシップの考え方に近い。サーバント・リーダーシップとは Greeleaf⁽³⁷⁾が 1991 年に提唱したものだが、指示・命令・管理・コントロールするのではなく、組織メンバーの一人ひとりがもっている才能・能力・可能性を十二分に発揮できるように助けるリーダーとされる。檜原⁽³⁸⁾においては、米国では看護管理者のサーバント・リーダーシップが看護師の職務満度を向上させ、成長を促すことが認められているとしており、多くの専門職が集まる医療現場では、サーバント・リーダーシップが有効なリーダー像として当てはまるとしている。また、加藤⁽³⁹⁾の研究でも、医療にとって必要不可欠な安全文化を醸成するリーダーシップとは、サーバント・リーダーシップであるとされている。このリーダーシップは、より医療現場に近いチーム医療に関するリーダーシップを想定しているものと考えられる。

このようなチーム医療に関する研究は、日本では特に医師以外の医療従事者による経験的な記述が占めている。概ね、メンバーである医療従事者の中にはチーム医療に対して各々が抱えている認識にズレがある^(40,41)という見解が多く、その源泉として潜在的なコンフリクトの存在に注目が集まってきた。医師と看護師間には、医療の歴史的背景や法的規定「医師の指示」など医師優位から専門職による階層性である「専門職支配」が存在し、パワーの不均衡があると指摘されている。そこで医師と看護師および医療従事者間の協働性に焦点を当て、チーム医療の類型化や協働の要素として、コミュニケーションと情報の共有をどのように

促進するかが研究対象とされた⁽⁴²⁾。コミュニケーションと情報共有の欠如がコンフリクトの起因と推測され、リーダーのマネジメントだけでなく、そもそもリーダーは誰になるべきなのかといった職能間における権限・責任問題にまで議論が拡大している。諸外国でも協働性に着目し、パワー、コンフリクト、チーム、リーダーシップに焦点を当てた組織行動研究が展開され、メンバー間のコンフリクトやチームの有効性を改善するためのチーム・ビルディングに関する蓄積がある。医療チームでは、チーム内で主に看護師から医師に対する一方向の潜在的なコンフリクトが存在するとされ、それがチームワークに少なからぬ影響を与えているといわれている⁽³¹⁾。そのような中で、現場のチームワークに関する理論的な研究に草野の研究⁽⁴³⁾がある。チームの有効性を評価するモデルとしてインプット-プロセス-アウトプットという枠組みを用いて分析した結果、リーダーシップのスタイルは、プロセスに影響を及ぼすインプット要因に分類された。そして、リーダーシップのスタイルに大きな影響を及ぼすのがメンバーのレディネスであり、レディネスが高い程、自主性、自律性を尊重する委任的スタイル、連携や相互依存を高める設計が有効となり、有効なアウトプットにつながると述べている。つまり、リーダーシップのスタイルはチームメンバーという「フォロワー」の能力に影響されるという。

以上のように、医療機関のリーダーシップにおける先行研究は、多様な側面から見た見解が提言されている。しかし、それらの見解を読み解く上で重要となるのが、その提言が想定する医療機関の特性と、対象とするリーダーのレベルである。つまり、民間病院なのかそれとも公共病院なのか、大病院なのかそれとも中小病院なのか、更には診療科や医局派遣医師の割合等の医療機関特性と、リーダーが医療機関のトップなのか、部門・診療科のトップなのか、またはより現場に近い医療チームのトップなのか、というリーダーのレベルまで考える必要がある。これらの整理が行われていない現状を踏まえると、医療機関のリーダーシップとはいいいながらも、実践的な参考になるとは言い難い。

そこで本研究は自院の事業ドメインに関するポジションの違いによる特性に注目し、ポジションを確立するために医療機関の経営トップが、如何に自組織の専門職に対してリーダーシップをとっていくべきか、ということを体系的に整

理し、説明していくこととする。

第3節 多職種連携における disciplinary model

医療サービスは労働集約的である。そのため、自組織の人的資源は常に考慮する必要がある。従業員個々人の性格や能力等も重要であるが、医療サービスはチームを構成して提供されるため、そのチーム形態を再考することが欠かせない。ここでは医療チームの形態が、対象とする患者の病期によって異なってくることを述べる。

医療チームの形態として学術的に表されるのが多職種連携における、disciplinary model である。

中でも代表てきなのが、multidisciplinary model と、interdisciplinary model である。これらの多職種連携チームモデルについての先行研究は数多いが、その代表例として wilcox の研究⁽⁴⁴⁾の概要を以下にまとめる。

(表 5)disciplinary model の概要

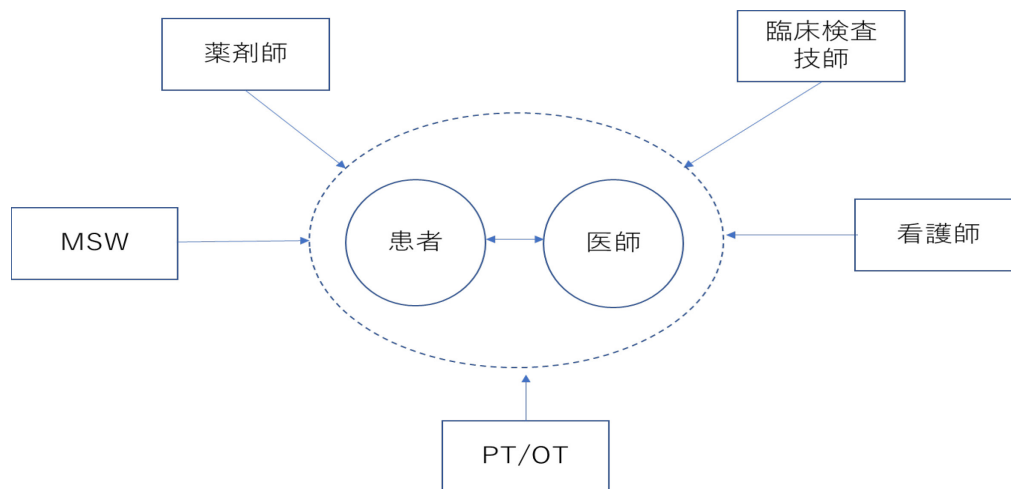
Multidisciplinary model	Interdisciplinary model
様々な分野の専門職は独立してアセスメントを行い、サービスを提供するが、コミュニケーションのための正式なメカニズムを持っている。情報は共有されて全体の計画が決められる。	専門分野の境界を越えた関わりと、伝統的な専門職の役割と責任の共有という役割解放の概念を含んでいる。また協働したアセスメントと介入を含んでいる。

Germain⁽⁴⁵⁾は multidisciplinary model の例として、病院の医療チームを上げている。医療チームは医師の患者の治療に対する専門性と法的責任によって、リーダーシップとコントロールが医師に帰属するので、本質的に階層的であり、メンバーはチームが機能するために必要である専門性によって選ばれるものであるとしている。そして、チームの解決すべき臨床的な課題は、比較的予測可能で患者に共通しているという特徴もある。そのため、multidisciplinary model は、メンバーのコミュニケーションよりも、集団の文脈の中で個人的な課題を果たすようなチームに近いと考えられる。患者の治療という共有された目的を達成する

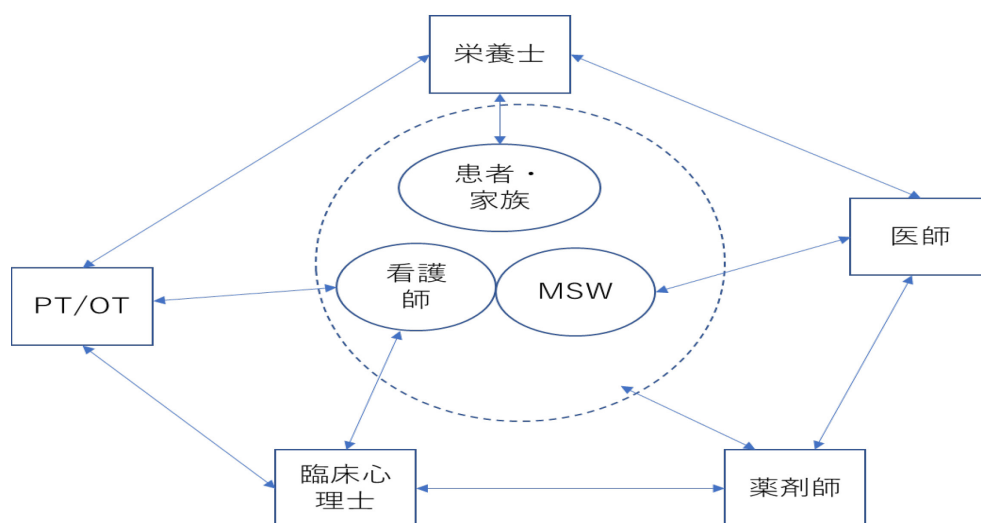
ために、医師の指示によりそれぞれの課題を果たしていくようなメンバーの機能の仕方は、チームに課せられた医療という課題を達成するために適した機能方法である。それに対して **interdisciplinary model** は在宅サービスを提供するチームのような協働・連携を重視するものであり、医療チームのように、人命に関わる危機的状況や時間的制約のもとで活動することが少なく、また一人の人物から指示を受ける必要も少ない。そしてその課題は様々な専門領域の概念、方法そしてデータを、単に調整するだけでなく、統合することであるという。これは療養期のニーズは多様であり、チームが解決すべき課題が一入一人異なる上に複雑であることを反映しているためと思われる。

以下に、各モデルの概念図を示す。

(図 12)Multidisciplinary model



(図 13)interdisciplinary model



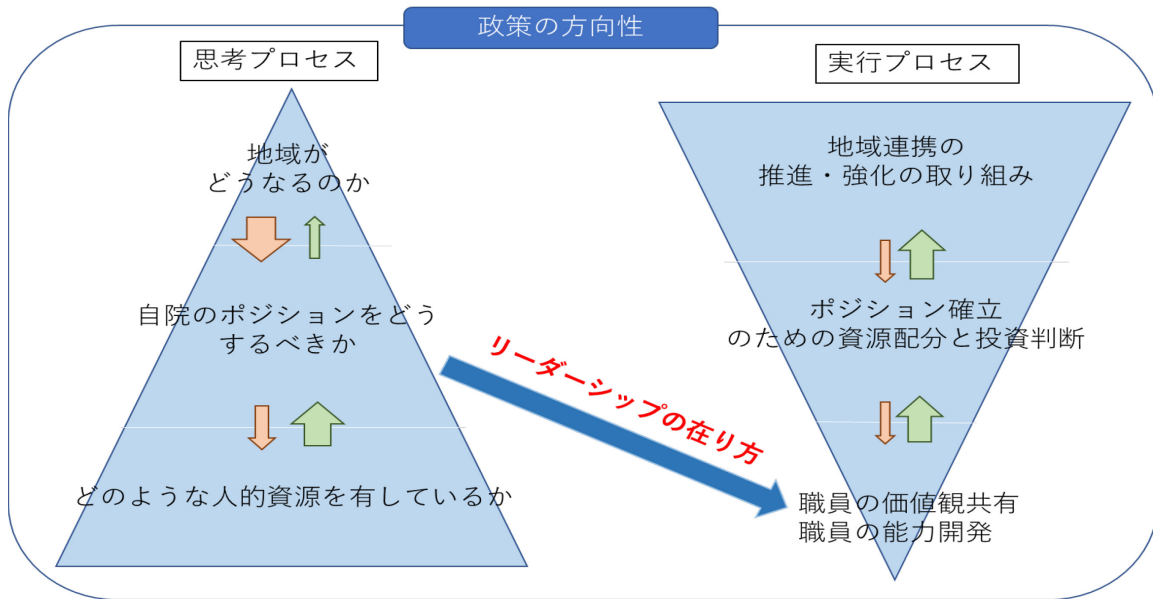
リーダーは自組織の人的資源がどのようなチーム形態でサービスを提供しているのか、そして今後とり得るポジションとの整合性はあるのかを問う必要がある。

第5章 研究結果

第1節 医療機関リーダーの戦略プロセス

過去15年分（平成14-29年）の厚生労働省医療施設経営安定化推進事業⁽⁴⁶⁾において、掲載された病院経営事例計40例を参照した結果、中小病院の戦略思考から実行へのプロセスは図9の如く行われていると考えられた。

(図 14) 中小病院の戦略プロセス（施行から実行へ）



即ち、医療提供サービスは社会保障制度の枠組みの中で行われるため、「政策の方向性」は常に察知しておく必要がある。政策の方向性の元において、外部環境（地域特性）の評価と自組織の内部環境（主に人的資源）の評価を行う。そしてその二を評価したうえで、最適な事業ドメインを設定し、ドメインから得られるポジションの決定へと進む。ここまでがリーダーが行う思考のプロセスである。次にポジションを決定したら実行プロセスへ移る。医療は人件費比率が 50%と非常に高く、労働集約的な産業である。そのため、実行プロセスにおいてまず必要なことは、従業員の価値観共有やポジションに見合った能力開発から着手する必要がある。そして、ポジション確立のための資源配分や投資判断を行い、地域連携推進・強化に取り組むという段階を踏む。

そして、この思考プロセスから実行プロセスに移行する段階において、リーダーは自組織に対するリーダーシップをどう表現していくかを問う必要がある。これが本研究における主題である、ポジション決定後に考えるべきリーダーシップの在り方である。（そこで、本研究では、思考プロセスと、思考プロセスから実行プロセスに移るときのリーダーシップを詳しく見ていく）

以上が思考から実行へのプロセスとなるが、これらのプロセスは必ずしも一方通行というわけではなく、常に行き来を繰り返しながら進むことは言うまでもない。

次に、思考プロセス毎にその内容を整理する。

第2節 事業ドメイン別ポジションの類型化

① 地域がどうなるのか

医療サービスは国の政策によって大きく変化する。しかし、政策の方向性はある程度予想できるものの、一医療法人が受動的な対応になることはある程度止むを得ない。そのような中でも、病院経営は各地位に根差した地域産業ともいえる。従って、病院経営は地域特性を無視して成り立ち得ないし、病院が存在する地域特性によって経営戦略が大きな影響を受ける⁽⁴⁷⁾。そこで、今回は、地域特性に焦点を当てて整理した（表6）。

地域特性は、視点の取り方によって様々に分けることができるが、本研究では機能分化の推進という政策条件の中で中小病院がどのような機能を選択していくのかという視点から、主に人口動態要因を中心に考えることとし、表6の如く、地域を大都市、地方都市、群市部の3種類に分類した。というのも医療サービス提供者にとって、最も大きな地域特性は、その人口動態と考えられる。特に少子高齢化が叫ばれる昨今、その変化は無視できない。

東京23区部や政令指定都市等の大都市圏では、人口集中と団塊の世代の高齢化による後期高齢者の急増が予想される。一方、群市部に属する過疎地においては、高齢化以上に急激な人口減少に見舞われると考えられる。また、それらの急激な人口動態変化の中間に位置するのが、地方中核都市レベルであろう。これらの傾向を考慮し、自身の地域がどの分類に属するかによって、提供していくサービスのポジションを考える必要がある。

（表6）地域特性の分類

分類	大都市 （東京都区部、政令都市）	地方都市 （地域中核都市レベル）	郡市部 （その他の市町村）
人口動態	後期高齢者の急増	平均的な高齢者増加と	急激な人口減少

の変化		人口減少	
-----	--	------	--

② どのような人的資源を有しているのか

先述の如く、医療サービスは労働集約的であり、そのサービス内容により現場のチーム形態が異なる。業員個々人の性格や能力等も重要であるが、そのチーム形態を再考することが欠かせない。

何れのチームにおいても、連携・協働は必要な要素となるが、その関わりに深さは様々である。そのため、自組織の人的資源とチーム形態は常に考慮する必要がある。これについては、第3章第4節の多職種連携における disciplinary model にて詳しく述べたため、割愛する。

③ 事業ドメインの設定

政策という枠組みの中で、自組織が属する地域特性と人的資源を考慮した上で、次に地域において自身が実行するドメインを設定する。それがポジショニングである。本研究では事例を参考に民間中小病院のポジショニングを分類した（図15）。

病院の経営戦略は、多くの視点（軸）から考えるべきものであるが、主要な軸を2つ選ぶとするなら、病院がどのような医療を提供するかという「提供医療軸」と、病院はどれくらい広い疾患に対応できるのかという「診療領域軸」と考えた。以下、2つの軸を説明する。

まず病院がどのような医療を提供するかという「提供医療軸」を説明する。この軸は、小売業で言うならどのような商品売るかを決めることに相当する軸といえ、経営戦略を考える上で最も重要な軸であると考えられる。

この軸は、医療には病気を治すことを目的とする従来の急性期医療を主に提供する医療と、高齢者に対して病気の治癒を目指すというより生活が維持できるような体調を整えるような療養型の医療があるという考え方を基本にしている。急性期医療を提供するのは中核的医療機関のことが多いが、その他に脳外科・整形外科・産科等の専門特化した病院も含む。一方、療養型は、高齢者の継続的治療、地域

での看取り医療の提供を行う医療機関（急性期医療も提供する亜急性期）や、リハビリテーションなども含む。

次に診療領域軸について説明する。

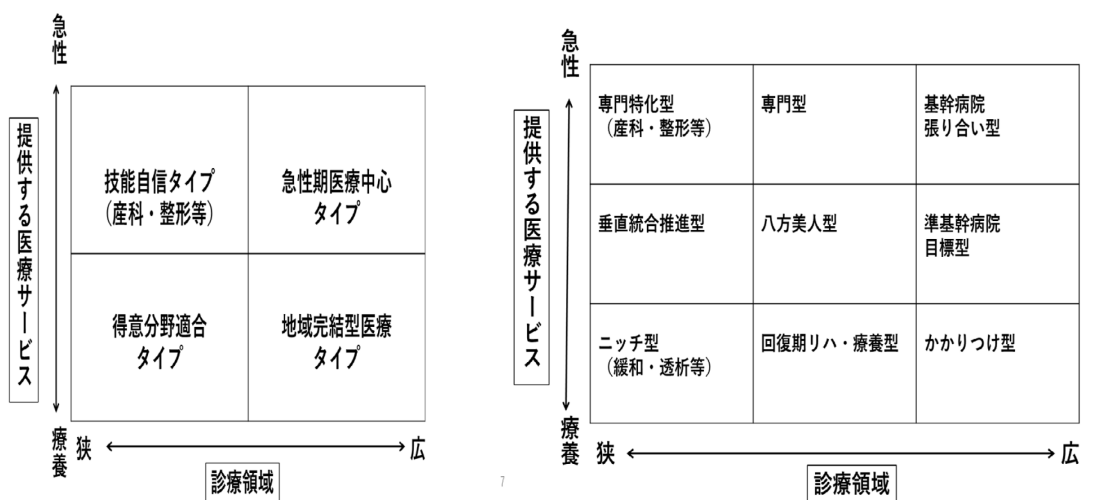
この軸は、小売業で言うなら商品ラインナップの幅を決めることに相当する軸といえ、マーケティング戦略を考える上で重要な軸であると考えられる。

この軸は、幅広い領域の疾患群に対応し、患者を疾患で限定しない総合診療型と、専門特化した疾患のみに対応し、際立った品質のサービスを提供しようとする専門特化型の医療機関が存在するという考え方を基本としている。

総合診療型の医療機関は、救急の受け入れを多く行い、基幹病院としての地位を築こうとするタイプの他、かかりつけ医として様々な疾患を持つ患者の生活・在宅支援を行おうとするタイプがある。一方、専門特化型は、脳外科・整形外科・産科等の専門特化した救急疾患を受け入れるタイプの他、緩和や透析などの療養期における専門性を発揮するタイプが含まれる。

この二つの軸を用いて2×2のフレームワークを作成し、これを広義のドメインフレームワークと定義した。更に、個別事例を詳細に考察した結果、広義の各フレーム境界線上に位置する事業ドメインを持つ病院が存在することから、更に3×3のフレームワークを用い、9パターンに分割することで、殆どの事業ドメイン設定を網羅できると考えられた(図16)。

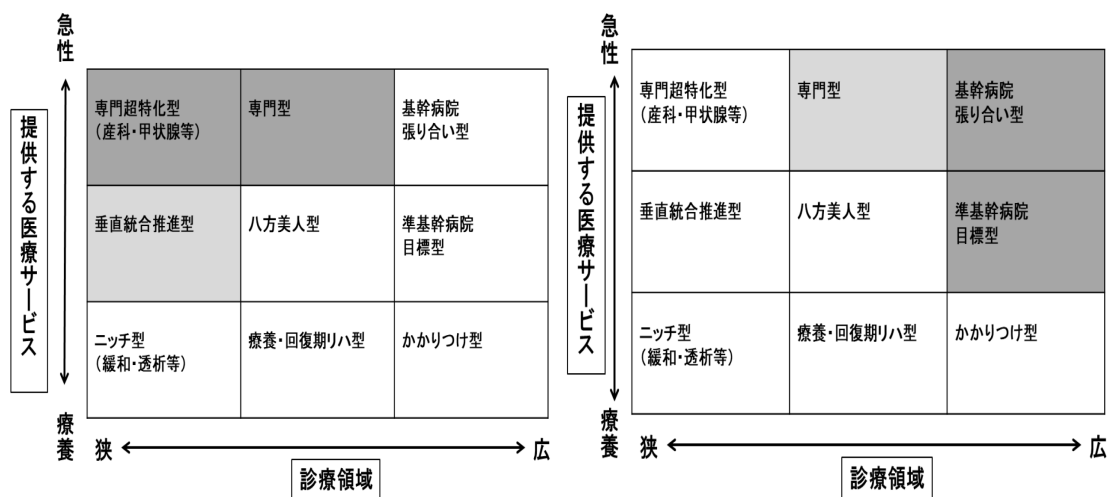
(図15) 広義の事業ドメイン (図16) 狭義の事業ドメイン



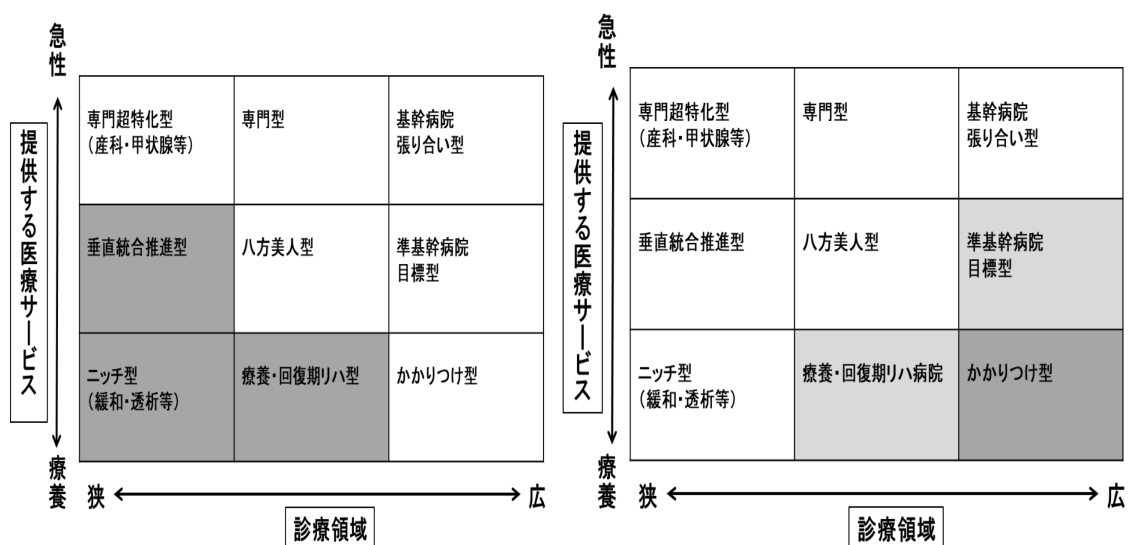
即ち、提供する医療サービスの病期（急性—療養）、診療領域（狭い—広い）という2軸のフレームワークである。

また、9つのパターンは図17-20の如く、広義の分類との整合性があると考えられる。※図中、濃色領域は「最もそのタイプをとる傾向が強い」、薄色領域は、「場合によってそのタイプをとる可能性がある」ことを意味する。

(図17) 技能自信タイプ (図18) 急性期医療中心タイプ



(図19) 得意分野適合タイプ (図20) 地域完結型医療タイプ



以下に各タイプと型の説明を行う。

<広義のドメイン分類>

A)技能自信タイプ：手術や診断技術等の内部資源が自身の強みと考えており、その分野を磨くことで、差別化を図っている群。

B)急性期医療中心タイプ：急性期医療を中心に大病院に近いサービスを提供し、地域における基幹病院を目指している群。

C)得意分野適合タイプ：慢性期患者を対象に狭い診療領域で自信の差別化を図ろうとする群。

D)地域完結型医療タイプ：地域医療を主眼とし、かかりつけ医的存在を目指す群。

これら4つのタイプの特徴は表7の如く整理される。

(表7) 各タイプの違い

	技能自信タイプ	急性期医療中心タイプ	得意分野適合タイプ	地域完結タイプ
患者の居住範囲	狭～中域	中～広域	広域	狭域
患者のニーズ	確実性	強固な受け入れ体制	特徴的専門性	利便
戦略概要	症例数の確保 マーケティング	集患システム	専門性 マーケティング	地域との関係性
前方戦略	広域に及ぶ集患体制	救急体制の強化	広域に及ぶ集患体制	地域連携の強化
後方戦略	退院先との連携強化	退院先との連携強化	リピーターを生む仕組み	フォローアップ体制の保有

<狭義のドメイン分類>

a) 専門超特化型：診療科を単科に絞り込み、際立った差別化を図るタイプ。主に、産科専門病院や甲状腺専門病院等が考えられる。

- b) 専門型：ある程度の専門性と急性期医療を主眼とするが、それだけでは患者を全身的に診療できないため、2-3 の必要な診療科を補助的に持つておくタイプ。主に、脳外科、整形外科を主科とする病院に多く認める。
- c) 基幹病院張り合い型：地域の基幹病院と同様の超急性期医療を提供しようとするタイプ。中小病院では、内部資源的にこのドメインを取るのには困難と考えられる。
- d) 準基幹病院目標型：地域の基幹病院と真っ向勝負するのではなく、地域の 2 番手、3 番手レベルを目指すタイプ。救急医療に強みをもつ中小病院の場合、このドメインを目指す事が多い。
- e) 垂直統合推進型：元々は急性期中心の狭い診療領域に特化していたが、より慢性期患者にもサービスを提供しようとするタイプ。回復リハビリが必要な脳外科、整形外科等に特化した病院に多い。
- f) 療養・回復期リハ型：療養型病床もしくは、回復期リハビリ病床を中心とするタイプ。前方・後方との連携が欠かせない。
- g) かかりつけ型：地域医療連携を進んで行き、慢性期を中心に地域に根差したサービスを提供するタイプ。在宅医療や介護分野まで進出し、「複合体」を形成する例が多い。
- h) ニッチ型：狭い診療科の慢性期に特化するタイプ。非常に稀有な存在であるが、緩和に特化したホスピス等が挙げられる。
- i) 八方美人型：あらゆる分野に手を出そうとし、迷走しているタイプ。中小病院が最もとってはいけない戦略と考えられる。

表 8 に狭義のドメイン分類で行っている具体事例を示す。

(表 8) 狭義の事業ドメイン別病院事例

b	狭義分類	大都市	地方都市	郡市部
急性期医療中心タイプ	基幹病院張り合い型			
	準基幹病院目標型	東京曳舟病院	宮崎善仁会病院	
	専門型	岡山旭東病院	丸の内病院	
技能自信タイプ	専門型	川越胃腸外科病院		沼田脳神経外科 循環器科
	専門超特化型	伊藤病院 北原脳神経外科	相良病院	
	垂直統合推進型		美原記念病院	八女中央病院
得意分野適合タイプ	垂直統合推進型	常盤台外科病院 藍の都脳神経外科病院	明野中央病院	佐用共立病院
	ニッチ型	越川病院		
	回復期リハ病院	初台リハビリテーション病院	リハビリテーション病院アルペンリハビレッジ	
地域完結型医療タイプ	回復期リハ病院	元気会横浜病院		新生病院
	かかりつけ型	日扇会第一病院	志村大宮病院 笠井病院	くろさわ病院
	準基幹病院目標型	中央林間病院	高木病院	ヨコクラ病院
	八方美人型			

以上より、基幹病院張り合い型、八方美人型の事例は今回調べた範囲内では存在しなかった。これは、中小病院に対して機能分化が求められている政策の中で、このポジショニング戦略がマッチしていないことの表れだろう。

また、専門長特化型やニッチ型が人口の少ない地域に存在しないのは、市場が限られているためニーズが少ないためといえるだろう。

第3節 リーダーシップフレームワークの構築

① 条件適応論を採用した理由

第3章の先行研究で示した通り、一般組織においても、我が国における医療機関においても、リーダーシップ論はその切り口が異なれば考え方も異なるため様々なものが提唱されている。その中で本研究は条件適応論に注目した理由を説明する。

条件適応論とは、「あらゆる状況に適用できる唯一の最善の組織は存在しない」という前提に基づいており、状況が異なれば有効な組織は異なるという。

これは、ポジションという状況に応じたリーダーシップの違いを明らかにする本研究の目的との適合性が高いと考えられた。

条件適応論において、状況の特定化を図る場合に、特定化の要因として何を取り上げるのかによって理論モデルのタイプが異なる。

要因として挙げられているものとして、環境・技術・規模・文化・従業員等がある。中でも、環境という要因は最も重要なものであるが、環境とは一般的環境と特定の環境との関係がある。一般的環境は、個々の組織に対しては間接的に影響するもので技術的・法律的・政治的・経済的・人口統計的を含むものである。一方、特定の環境とは、課業環境に当たり、組織との相互関係が直接的なものとされる。条件適応論は主に課業環境を取り上げ、その特質を不確実性あるいは技術のルーティン性としてとらえ、これと組織構造の対応関係を主に扱っている。

これまで述べてきたポジショニングフレームワークにける提供するサービス病期や、診療範囲はまさに課業環境にあたりと考えられ、本研究では条件適応論を採用することとした。

そして、図15で示した広義のポジションフレームワークを土台として、リーダーシップのフレームワークを構築する。

そこで、図 15 の縦軸（提供するサービスの病期）と、横軸（診療範囲）とが、それぞれどのように条件適応論に適合するかを説明する。

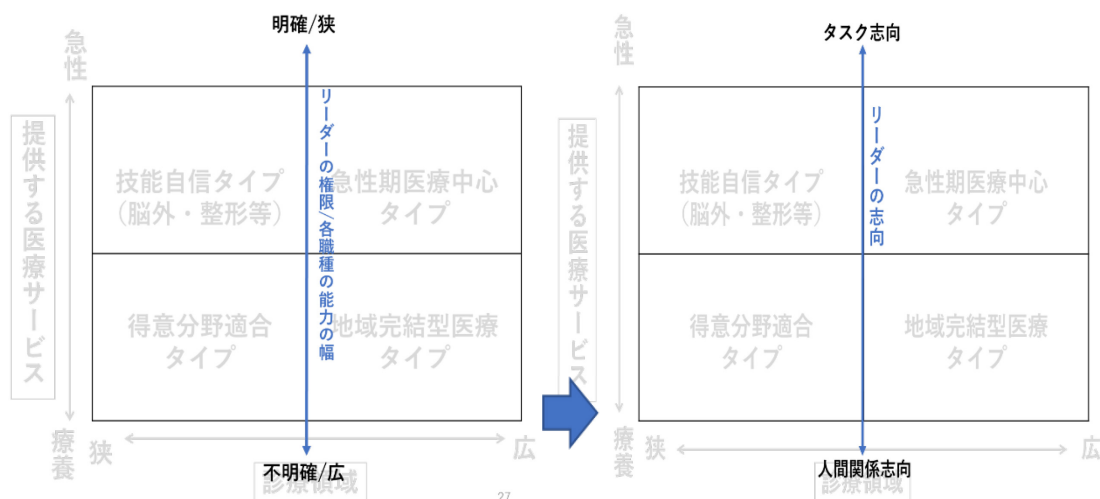
② 縦軸（提供するサービスの病期）の考え方

今回、ポジションニングフレームワークの縦軸である、「提供するサービスの病期」は第 3 章で述べた *Fiedler's contingency model* が当てはまると考えられた。この理論は、タスク志向と人間関係志向とのリーダーシップ二次元モデルである。急性期を提供する組織では、多くの医療機関においてリーダーとなっている医師をトップとしたチームを組んでおり、その指示命令系統は明確といえる。また、各職種は、自身の専門分野におけるパフォーマンスを高めることが求められることから、職種間での職務の境界は明確といえよう。従って、リーダーはタスク志向をとると考えられる。

一方、療養期を提供する組織において、リーダーである医師は、現場のチームにおいてはリーダーになることは少なく、看護師やソーシャルワーカー、ケアマネジャー等が中心となる。そのため、チーム内での指示命令系統は急性期と比べると不明確になり、時間をかけて合意形成を行いながら目標に向かって進んでいく。更に、患者個々人の社会的背景や生活背景をチームメンバー全員が考える必要性があり、専門分野以外の視野や能力が求められる。つまり職種間での職務の境界は不明確になり易く、リーダーはタスクを明示し難い。従って、リーダーは集団のモラルを向上させ、課業達成のための協働へ動機付ける人間関係志向をとると考えられる。

そこで、本研究のフレームワークの縦軸については急性期では「タスク志向」、療養期では「人間関係志向」という二次元軸を設定し、その軸名を「リーダーの志向」とした。

(図 21) 提供する医療サービスによるリーダーシップの違い

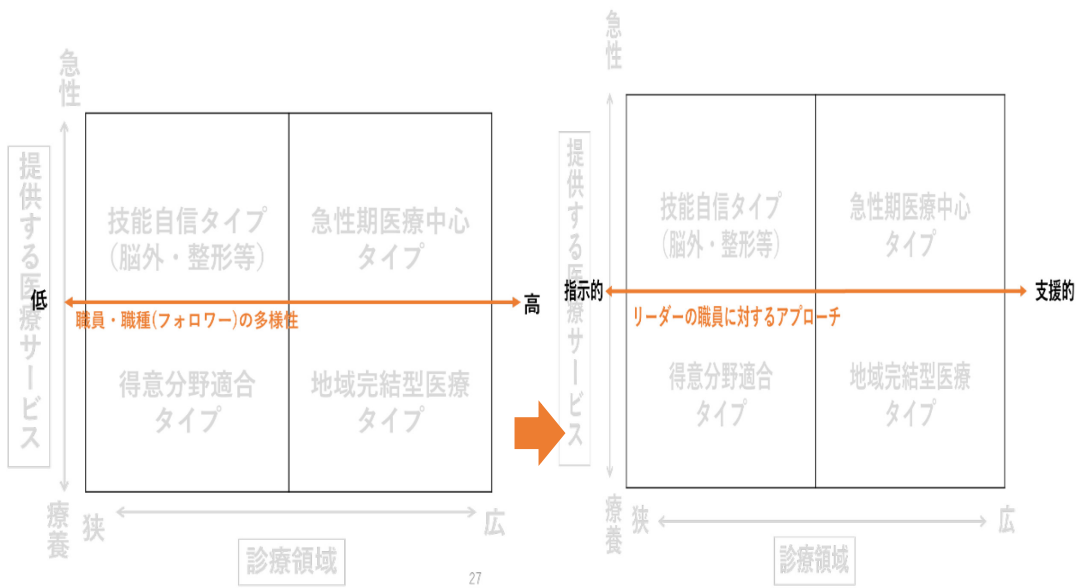


③ 横軸（診療領域）の考え方

ポジショニングフレームワークの横軸である、「診療範囲」は第 3 章で述べた *situational leadership (SL)* 理論に当てはめて考えた。この理論は組織の成熟度に応じて、リーダーシップ行動を「指示的行動」と「支援的行動」という二次元で示している。しかし、医療機関においてフォロワーの成熟度、つまり「従業員の能力」という状況要因をそのまま診療範囲に適応することは困難である。というのも、従業員の多くは国家試験によるライセンスを獲得した専門職であり、能力の優劣は、診療範囲の如何に関わらず、医療機関間では均一的と考えられるからである。そのため、本研究では「従業員の能力」を「従業員の多様性」という観点で考えることで、SL 理論における二次元との整合性を高めた。即ち、診療範囲が狭い場合、組織が抱える職種の数が少なくなるため、多様性は低くなる。その場合、リーダーは価値観の共有や意思統一が図りやすいため、指示的行動によって組織統一を図ると考えられる。一方、診療範囲が広い場合、組織の抱える職種の数が多くなるため、多様性は高くなる。その場合、価値観の共有や意思統一は図りにくいため、リーダーは支援的行動によって組織維持を図る傾向になると考えられる。

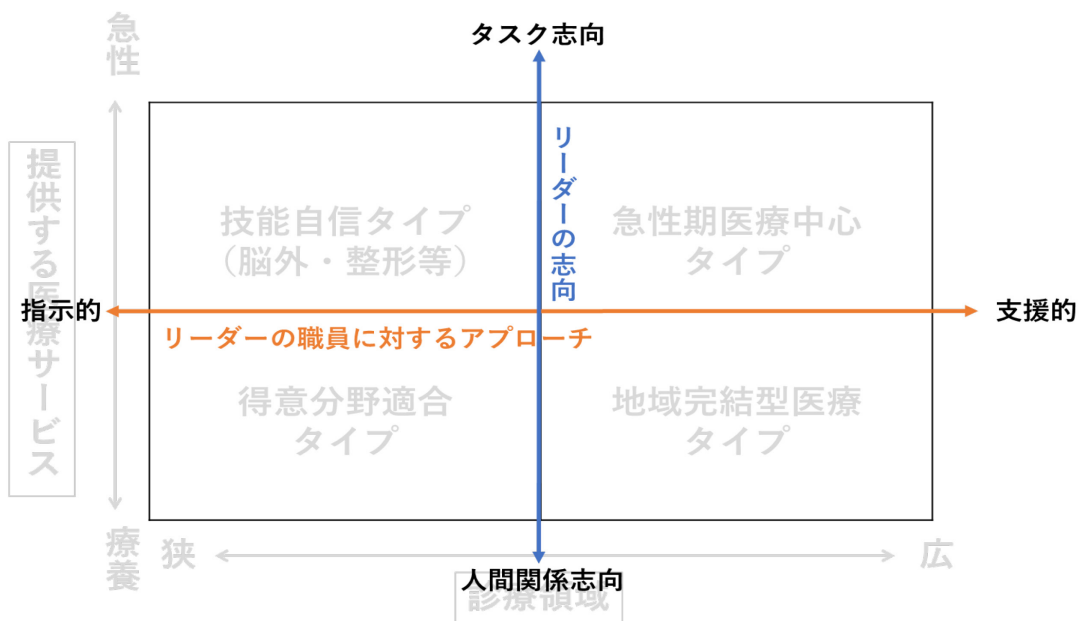
そこでフレームワークの横軸は、診療範囲が狭い場合は「指示的行動」、診療範囲が広い場合には「支援的行動」という二次元軸を設定し、軸名を「リーダーの職員に対するアプローチ」とした。

(図 22) 診療領域によるリーダーシップの違い



以上より、ポジショニングに合わせたリーダーシップについて「志向」と「行動」という二軸でフレームワークを構築した。

(図 23) ポジション別リーダーシップ



第4節 事例分析

本研究では、過去15年分（平成14-29年）の厚生労働省医療施設経営安定化推進事業において、掲載された民間中小病院経営事例延べ40例のうち、経営者のリーダーシップについて記載されている15例について分析を行った。各医療機関の経営者の志向がタスク志向か人間関係志向か、経営者の行動が指示的行動か、支援的行動かに分類し、それぞれマッピングを行うこととした。

以下の表9が各事例をまとめたものであり、以下に各事例についてその特徴をまとめる。

(表9)事例から見るポジショニングとキーワード

病院名	コア事業	ポジショニング	キーワード
宮崎善仁会病院	救急・内科	準基幹病院目標型	積極的な権限委譲・競争原理を働かせる
丸の内病院	産婦・整形	垂直統合推進型	意思決定スピード重視・週単位で経営数値管理
越川病院	緩和ケア	ニッチ型	理事長が連携を担当・職員のメンタルケア推進
常盤台外科病院	慢性期・介護	かかりつけ型	職員の活躍の場を提供する
新生病院	回りハ・療養	回復期リハ・療養型	トップの権限回避・現場とのコミュニケーション活性化
作用共立病院	救急・療養	垂直統合推進型	トップが細かく介入・医局派遣医師の積極採用
日扇会第一病院	療養・在宅	かかりつけ型	トップダウンからの脱却・介護職との密接な連携・家族を含めたケアの意識
明野中央病院	整形・リハ	垂直統合推進型	率先垂範・現場コミュニケーション活性化
中央林間病院	救急	準基幹病院目標型	指示系統明確化・トップから各医師へ直接指示
藍の森脳神経外科病院	脳外・回りハ	垂直統合推進型	トップの積極介入・職種の垣根を超えた協力
八女中央病院	整形・救急	垂直統合推進型	情報伝達スピード重視・業務効率化の徹底
高木病院	救急・整形	準基幹病院目標型	様々な方法で医師の行動変容を促す・救急断りに対して院長指導
くろさわ病院	療養・在宅	かかりつけ型	徹底的な議論・職員間の風通し
川越胃腸病院	救急・外科	専門特化型	理念を追求・成果主義に基づく評価
北原脳神経外科	脳外科・救急	専門特化型	トップダウン・ファーム型組織を目指す

事例 1：宮崎善仁会病院（準基幹病院目標型）⇒支援的行動/タスク志向

本病院は、宮崎県宮崎市の宮崎東諸県医療圏に位置する。同医療圏の人口は県全体の 37.8%を占めており、地方都市部に属する。本病院は、昭和 58 年の開設以来、「患者様のために医療は存在する」という法人の理念のもと、「24 時間 365 日、断らない救急医療」の提供を信念として幅広い疾患を積極的に受け入れていることから、準基幹病院目標型に分類した。理事長は、信念である「断らない救急医療」を再度徹底すべくリーダーシップを発揮した。

その手法として、病院を外科中心病院と、内科中心病院に二分割し、両病院ともに急性期医療を担うことで、互いに競争原理を働かせることにした。まさにこれは、リーダーのタスク志向に近いと考えられる。一方で、職員が「自分達のやりたいことを自由にやらせてもらっている」と語っているように、大幅な権限移譲を行うことで、自律的な組織を作り上げている。この行動は、支援的行動に近いと考えられる。

事例 2：丸の内病院（垂直統合推進型）⇒指示的行動/タスク志向

本病院は、長野県の松本保健医療圏に位置する。また本病院が位置する松本市は、医療圏 27 病院のうち 17 病院があるという病床過剰の地方都市部である。本病院の院長は、ポジションを設定するにあたって、手術を収益構造の主体に置く必要があると考えた。また、地域密着型病院を志す一方、それだけでは生き残ることは難しいと考え、ハイレベルの技術を提供することも戦略とした。具体的には、整形外科においては人工関節置換術を主体とする四肢の機能再建術を中心に、県全域からの患者を見据えた。また、開院以来、継続して分娩を取り扱ってきており、近隣病院の分娩取扱い停止などもあり、その分のニーズを引き受ける方策を採った。また、回復期リハ病床や療養病床を抱え、垂直統合を図っているため、垂直統合推進型に分類した。

リーダーシップの具体的な手法として、院長自らが積極的に情報収集に動き、意思決定のスピード重視を掲げている。これは、リーダーの指示的行動と考えられる。また、それに合わせて経営会議を週 1 回という高頻度で行い、数値目標等の進捗管理を徹底している。これは、リーダーのタスク志向と考えられる。

事例 3：越川病院（ニッチ型）⇒指示的行動/人間関係志向

本病院は東京都の区西部保健医療圏という大都市圏に位置し、緩和医療というニッチ分野を中核事業に据えているため、ニッチ型とした。リーダーシップの特徴として、本病院の院長は、緩和医療というニッチ事業にポジショニングするにあたり、経営理念・方針を様々な取り組みを通して院内に示し続けたという。また、患者獲得において重要となる連携においては、院長自らが連携室長となり、介入する姿勢を示している。これらの行動は指示的行動に近いものと考えられる。一方で、従業員のメンタルケアを重視した取り組みや患者家族との情報共有に努めており、人間関係志向と考えられる。

事例 4：常盤台外科病院（かかりつけ型）⇒支援的行動/人間関係志向

本病院は東京都の区西北部保健医療圏という大都市部に位置する。元々、総合病院的機能を果たしていたが、周辺地域に基幹病院が数多く存在する激戦区であることから、介護も含め「医療福祉のトータルケアサービス」を提供する戦略に切り替え、療養期・介護も含めた事業を進めていることから、かかりつけ型に分類した。元々総合病院的機能を担っていた中で、療養期や介護事業へ進出するためには、多職種の職員の士気向上を図るリーダーシップが必要となった。そこで、理事長は「職員の活躍の場を提供する」という考えに基づき、職場環境整備を整えた。この行動は支援的行動と考えられる。また、職員の評価基準のウェイトを、「職務処理能力」ではなく、「業務への取り組み姿勢」に置いていると明記しており、人間関係志向と考えられる。

事例 5：新生病院（回復期リハ・療養型）⇒支援的行動/人間関係志向

本病院は、長野県の長野保健医療圏に属し、高齢化率も 30%程度という群市部に位置する。本病院は、回復期リハビリテーション病棟を中核事業に据えていることから、回復期リハ・療養型に分類した。リーダーシップの特徴として院長個人に依存し過ぎることがないような組織設計を行っていることが挙げられる。これは、支援的行動と考えられる。また、医療職と事務職の対立がおこらないような仕組みや、コミュニケーションの活性化を促す仕組みなどの構築を図っており、

人間関係志向が強く働いていると考えられる。

事例 6：佐用共立病院（垂直統合推進型）⇒指示的行動/タスク志向

本病院は兵庫県の西播磨医療圏に位置し、高齢化率が既に 30%を超える群市部である。本病院は急性期を中心に据えた病院であるが、同法人内に療養期病院も抱え、法人内でトータルに診療を行っているため、垂直統合推進型とした。リーダーシップの特徴として、本病院の実質トップである副院長は、救急車の受け入れ態勢だけでなく、検査の適応・対応の仕方まで細かく介入をしており、指示的行動に近いと考えられる。一方、医師採用に関しては大学医局派遣医師を好んで採用している。というのも、まずは医師の頭数確保という現実性を重視し、診療が滞るリスクを減らす努力をしている。これは、タスク志向に近いと考えられる。

事例 7：日扇会第一病院（かかりつけ型）⇒支援的行動/人間関係志向

本病院は、東京都の区西南部保健医療圏という大都市部に位置する。「疾病だけでなく、家庭環境も含めた生活に密着した医療を提供する」という理念のもと、医療圏唯一の在宅療養支援病院であり、かかりつけ型に分類した。理事長は、自身のリーダーシップに依存しすぎることなく、組織として対応することを掲げており、支援的行動が強いと考えられる。そして、介護職との密接な連携や家族を含めたケアの意識を大事にしており、人間関係志向と考えられる。

事例 8：明野中央病院（垂直統合推進型）⇒指示的行動/人間関係志向

本病院は、大分県の中部医療圏に属し、人口・面積とも県内最大の医療圏であることから地方都市部に位置している。整形外科と回復期リハビリテーションを中核事業としていることから、垂直統合推進型に分類した。本病院は、「大規模病院と診療所の谷間を埋める医療」の提供を掲げている。リーダーシップの特徴として、経営陣が率先して動くことが挙げられる。また、コミュニケーション活性化させるための取り組みも経営陣が主導で行っており、指示的行動と考えられる。また、職場環境改善への積極的取り組みや地域住民との交流会の立ち上げなど、人間関係志向と考えられるリーダーシップも発揮している。

事例 9：中央林間病院（準基幹病院目標型）⇒指示的行動/タスク志向

本病院は神奈川県の中核医療圏の最東端に位置し、政令指定都市である相模原市や横浜市と接する大都市部に位置する。本病院は救急医療への取り組み強化と急性期対応を掲げており、準基幹病院目標型とした。リーダーシップの特徴として、理事長は全ての医師と定期的に面談を行い、医師へ理事長の具体的な要望を直接伝えている。これは指示的行動と考えられる。また、「救急や入院を1件でも多く受け入れることが良い」という考えを浸透させ、実践させている。これは、タスク志向に近いと考えられる。

事例 10：藍の森脳神経外科病院（垂直統合推進型）⇒指示的行動/人間関係志向

本病院は大阪市医療圏の中で東部基本医療圏という大都市部に位置する。脳神経外科を専門としながら、急性期から回復リハビリ、療養、介護までトータルに多角化しており、垂直統合推進型とした。リーダーシップの特徴として、理事長は現場に直接介入することを心掛け、それがコミュニケーションの円滑化に寄与すると考えている。これは指示的行動に近い。また、チームワークを重視しており、多職種から経営幹部として抜擢し、部署の垣根を超えた協力を促している。これは人間関係志向に近いと考えられる。

事例 11：八女中央病院（垂直統合推進型）⇒指示的行動/タスク志向

本病院は、福岡県の八女筑後医療圏に属し、高齢化率 30%近い群市部に位置する。本病院は、整形外科を中心としながら、リハビリ病棟や老健などの施設を有し、垂直統合を図っていることから垂直統合推進型に分類される。本病院のリーダーシップの特徴として、「ビジョン駆動型組織」という言葉がある。これは、全スタッフが経営理念を習得し、具現化することを目指すもので、グループマネージャーと呼ばれるスタッフにその査定権と人事権を与え、仕組み作りを行うというピラミッド構造である。これは、リーダーの指示的行動と考えられる。その他の特徴として積極的な ICT システムの導入がある。その目的として、情報伝達スピードを上げること、そして業務効率化の徹底が挙げられ、タスク志向に近い

ものと考えられる。

事例 1 2 : 高木病院 (準基幹病院目標型) ⇒ 支援的行動/タスク志向

本病院は、東京都の西多摩保険医療圏に位置する。高齢化率は 27% と比較的高く、地方都市部レベルに属する。本病院は、整形外科を中心としているが、多数の診療科を揃えており、救急の受け入れ態勢を重視した地域密着型病院を目指していることから、準基幹病院目標型に分類した。リーダーシップの特徴として、院長は情報公開を積極的に行うこと、安心して働ける環境づくりに取り組むことで、スタッフの行動変容を促している。これは、支援的行動に近いと考えられる。一方、救急車の受け入れに関して、院長は救急受け入れに関しては、インセンティブ制度を設けており、タスク志向に近いと考えられる。

事例 1 3 : くろさわ病院 (かかりつけ型) ⇒ 支援的行動/人間関係志向

本病病院は長野県の佐久医療圏に属す、群市部に位置する。医療圏内には、地域医療として全国的に有名な佐久総合病院が存在している。そのような中で、本病院は医療圏内で必ずしも充実しているとはいえない介護分野重視の戦略をとっている。佐久市内における介護分野のシェアは圧倒的であり、介護分野のリーダー的存在であることから、かかりつけ型に分類した。介護分野において、多職種の連携と協働が鍵となることから、本病院は職種間で「徹底的な議論をする」ことで、患者本位のサービスを追求し、ボトムアップの組織作りを行っている。これは、リーダーの支援的行動と考えられる。また、様々なイベントを通じて、職種間の風通しをよくし、何かと話し合う風土の醸成に取り組んでおり、人間関係志向と考えられる。

事例 1 4 : 川越胃腸病院 (専門特化型) ⇒ 支援的行動/タスク志向

本病院は、埼玉県の川越比企保健医療圏に属し、人口 80 万人を擁する都市部に位置する。本病院は消化器疾患 (内科・外科) に特化しており、専門特化型に分類した。本病院の特徴として、「スタッフの幸せの追求」が、「患者満足度」につながるという理念が挙げられる。そのため、職員満足度を上げるべく、様々な取

り組みが構築されており、これは支援的行動と考えられる。一方、職員の評価制度は能力・成果主義に基づくものであり、これはタスク志向といえるだろう。

事例 15：北原脳神経外科病院（専門特化型）⇒指示的行動/タスク志向

本病院は東京都の南多摩医療圏に位置する。同医療圏内には人口 140 万人以上が住んでおり、都市部に属する。本病院は、理事長の強烈なリーダーシップの元、積極的な脳外科救急診療に取り組んでおり、理事長のトップダウンによる仕組み作りが行われている。これは、指示的行動と考えられる。また、組織体制についても、法律事務所や会計事務所のような「ファーム型組織」の構築を目指しており、タスク志向と考えられる。

第4節 事例のマッピング

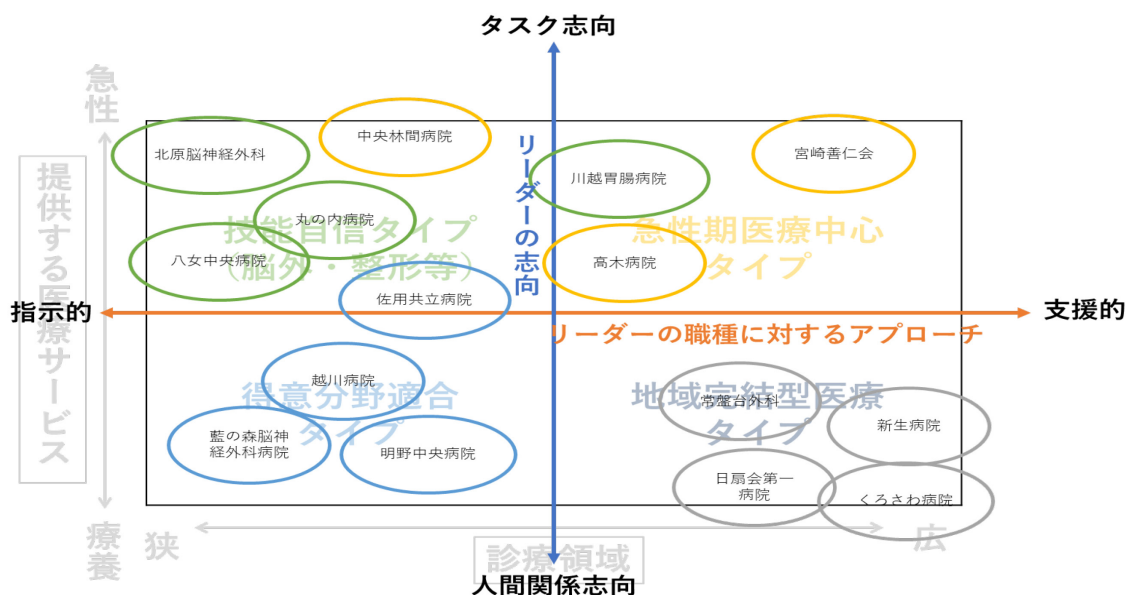
以上より、15 事例についてリーダーの職員に対するアプローチとリーダーの志向を分類してきた。これらをまとめたものを表 10 に提示する。

(表 10)事例ごとのリーダーシップ

病院名	コア事業	ポジショニング	キーワード	リーダーシップ	
				アプローチ	志向
宮崎善仁会病院	救急・内科	準基幹病院目標型	積極的な権限委譲・競争原理を働かせる	支援的	タスク
丸の内病院	産婦・整形	垂直統合推進型	意思決定スピード重視・週単位で経営数値管理	指示的	タスク
越川病院	緩和ケア	ニッチ型	理事長が連携を担当・職員のメンタルケア推進	指示的	人間関係
常盤台外科病院	慢性期・介護	かかりつけ型	職員の活躍の場を提供する	支援的	人間関係
新生病院	回りハ・療養	回復期リハ・療養型	トップの権限回避・ 現場とのコミュニケーション活性化	支援的	人間関係
作用共立病院	救急・療養	垂直統合推進型	トップが細かく介入・医局派遣医師の積極採用	指示的	タスク
日扇会第一病院	療養・在宅	かかりつけ型	トップダウンからの脱却・介護職との密接な 連携・家族を含めたケアの意識	支援的	人間関係
明野中央病院	整形・リハ	垂直統合推進型	率先垂範・現場コミュニケーション活性化	指示的	人間関係
中央林間病院	救急	準基幹病院目標型	指示系統明確化・トップから各医師へ直接指示	指示的	タスク
藍の森脳神経外科病院	脳外・回りハ	垂直統合推進型	トップの積極介入・職種垣根を超えた協力	指示的	人間関係
八女中央病院	整形・救急	垂直統合推進型	情報伝達スピード重視・業務効率化の徹底	指示的	タスク
高木病院	救急・整形	準基幹病院目標型	様々な方法で医師の行動変容を促す・ 救急断りに対して院長指導	支援的	タスク
くろさわ病院	療養・在宅	かかりつけ型	徹底的な議論・職員間の風通し	支援的	人間関係
川越胃腸病院	救急・外科	専門特化型	スタッフの幸せの追求・成果主義に基づく評価	支援的	タスク
北原脳神経外科	脳外科・救急	専門特化型	トップダウン・ファーム型組織を目指す	指示的	タスク

更に、各病院のポジション分類とリーダーシップの在り方が実際に図 23 で示したフレームワークと一致するかを確認するため、マッピングを行った（図 24）。

(図 24) 事例のマッピング結果



※各病院は、ポジション分類別に色分けしている。

第5節 結論

図 24 から分かることとして、概ね多くの病院が、事業ドメインのポジションと一致した、リーダーシップをとっていることがまず挙げられる。

即ち、急性期医療中心タイプの場合、支援的行動かつタスク志向、技能自信タイプの場合、指示的行動かつタスク志向、得意分野適合タイプの場合、指示的行動かつ人間関係志向、地域完結型医療タイプの場合、支援的行動かつ人間関係志向ということである。

中でも、地域完結型医療タイプは、事例で分析した同タイプの病院すべてが、支援的行動かつ人間関係志向と一致しており、このタイプの病院のリーダーシップとして標準形と考えられる。

一方、複数の病院において、タイプと一致しないリーダーシップをとっている病院も見受けられる。例えば、中央林間病院は準基幹病院目標型として急性期医療中心タイプに分類したが、支援的行動というよりも指示的行動の要素の方が強い。この理由として、事例内の時期が正に経営再建を行う時期であったからと考えられる。つまり、危機的な状況から再建を行うときは、支援的行動をとっている資金的余裕がないため、トップダウンで再建を行う必要がある。事例内ではまさに

この時期のリーダーシップについて記載されている。そのため、経営が安定化した後は、リーダーの行動が指示的から支援的に変容していく可能性が考えられ、リーダーシップの行動変容も追っていく必要がある。また、川越胃腸病院の場合、専門特化型として技能自信タイプに分類したが、指示的行動というよりも支援的行動のウェイトが強いと考えられた。この理由として、中小病院としては珍しく第三者評価を古くから積極的に活用してきたことが影響していると考えられる。これは病院が抱えている閉鎖性を打開するための方策として取り組んできたことである。川越胃腸病院は病院機能評価の第1回認定病院であり、消費者志向優良企業表彰制度において、医療界で初めて大臣賞を受賞している。これらの第三者評価を得るには、トップダウンだけでは困難であり、全職員の協力が必要となる。そのような中で、川越胃腸病院のリーダーシップは支援的行動をとる必要があり、そのアプローチが醸成されてきたと考えられる。

これらの理由で、ポジション分類とは一致しないリーダーシップをとる事例も見受けられた。しかし、その他の事例については、ポジション分類とほぼ一致しており、本研究で提案した、ポジション分類別のリーダーシップフレームワークは、適合性が高いと考えられた。

第6章 考察

本研究で提示したフレームワークの縦軸・横軸について再考したい。

つまり、①なぜ急性期ではタスク志向、療養期では人間関係志向になるのか②なぜ診療範囲が狭いと指示的行動、診療範囲が広いと支援的行動になるのか、についてである。

① なぜ急性期ではタスク志向、療養期では人間関係志向になるのか

この命題について考察するには、病期による提供するサービスの違いと、関わる専門職の自律性を考える必要がある。

病期によるサービスの違いについては、先にも述べたことであるが、急性期を提供する組織は、医師をトップとしたチームを組んでおり、その指示命令系統は明確といえる。また、患者に対する目標も治療という明確なものがあり、更に意思決定までの時間的猶予が少ないことから、各職種が自身の専門分野におけるパフ

パフォーマンスを高めることにコミットすることが特徴である。そのため、リーダーは明確な課題と目標を掲げ、その目標に対する達成を要求した方が、フォロワーのモチベーションは高まる。一方、療養期を提供する組織において、チームのリーダーは、看護師やソーシャルワーカー、ケアマネジャー等様々な職種が中心となる。そのため、指示命令系統は不明確となる。また、患者に対する目標も社会的背景や生活背景を考える必要性があることや、目標達成までの時間的猶予も長いことから、各職種が自身の専門分野以外の視野や能力を併せ持ち、時間をかけた合意形成が継続的に行われる。そのため、リーダーが、定量的に職員のパフォーマンスを評価することは困難であり、組織内の人間関係構築によって、組織力を高めることに注力する傾向にあると考えられる。

次に関わる専門職の自律性について考えたい。一般的に専門職は、一般職よりも自律性が高いとされるが、その中でも急性期サービスを提供するチームの中核となる医師は、完全専門職と分類され、特に自律性が高いといわれる⁽⁴⁸⁾。一般職種は組織の目標と個人目標を一致させることが比較的容易であり、所属する組織に対してコミットし組織からの報酬によって主要な欲求を充足する「組織人」であることが多い。一方、専門職は、組織目標と個人目標を一致させることが困難である。特に完全専門職にとっての高次欲求は、専門職としての能力成長により、学会などの外部組織からの承認や賞賛を受けることである⁽⁴⁹⁾とされるため、彼らのモチベーションは組織外に向いている。つまり、専門職務という「仕事」にコミットする「仕事人」である。彼らにとっては、専門職務に専念し、能力を発揮できる組織づくりが必要となるため、「仕事」という「タスク」に志向する傾向があると考えられる。

一方で、療養期サービスを提供するチームの中核は、看護師やケアマネジャー、ソーシャルワーカー等の準専門職が担うことになる。準専門職は、一般職と比べると自律性は高いとされるものの、医師を代表とする完全専門職と比べるとその程度は低い。また、準専門職にとっての高次欲求は、外部組織からの承認もさることながら、組織内での承認や賞賛、またクライアントである患者や家族からの承認に向いている。そのため、完全専門職と比較すると、「組織人」的なウェイトが多くなる。その場合、組織内での円滑なコミュニケーションや人間関係が、

組織やクライアントからの承認につながるため、彼らのモチベーションは組織内に向いている。そのため、療養期では、人間関係を重視したリーダーシップをとることで、中核メンバーの高次欲求を充足しようとする傾向にあると考えられる。

② なぜ診療範囲が狭いと指示的行動、診療領域が広いと支援的行動になるのか
この命題について考察するには、診療領域による職種の多様性の違いと、リーダーの診療領域に対する理解度を考える必要がある。診療領域による職種の多様性については、先にも述べた通りであるが、診療範囲が狭い場合、組織が抱える職種や専門性は少なくなるため、その多様性は低くなる。そのような組織では、リーダーは価値観の共有や意思統一が図りやすいため、指示的行動によって組織統一を図ると考えられる。一方、診療範囲が広い場合、組織の抱える職種や専門性は多くなるため、多様性は高くなる。その場合、価値観の共有や意思統一は自ずと図りにくくなるため、支援的行動によって組織維持を図る傾向になると考えられる。また、リーダーの診療領域に対する理解度について考えると、多くの中小病院リーダーは医師である。一般的に自院の診療領域はリーダー自身の専門性に準拠することが多い。特に診療領域が狭い場合、リーダー自身の専門領域が中核事業であることが多く、リーダーが専門家として現場に介入することが容易であり、また職員もリーダーの介入に対して受容し易い。そのため、リーダーは積極介入によって、リーダーの価値観を伝えていく指示的行動をとると考えられる。一方、診療領域が広い場合、リーダー自身の専門外の診療領域も事業として持つことになる。専門外の事業に対しては、リーダーとはいえ現場介入が困難になると考えられる。また、職員も専門外職種からの介入を受容し難い。そのため、リーダーは積極介入よりは、滞りない組織運営を外からサポートすることで、価値観を緩く伝える支援的行動になると考えられる。

第7章 本研究の貢献

本研究は、民間中小病院の事例を参考に、そのポジションによるリーダーシップの違いを、学術的に周知されているリーダーシップ行動理論からフレームワークで類型化することを試みた。そして、事例分析の結果、ある程度の整合性が確認された。即ち、民間中小病院のリーダーシップは、リーダーの志向が「タスク志向」か「人間関係志向」か、リーダーのフォロワーに対する行動が「指示的行動」か「支援的行動」かの4象限に分類されると考えられた。

第2章でも述べた通り、我が国の医療機関経営は大きな変化が求められており、医療機関組織を率いるリーダーが自身のリーダーシップを再考する必要がある。しかし、これまで我が国の医療機関リーダーシップに関する体系的な研究は少なく、想定される医療機関の特性が各々異なるため、その提言も多岐にわたる。従って、実際に医療機関リーダーが自身のリーダーシップを見直し、体系的に考えるのに必要な資料は乏しいといえる。そこで本研究のフレームワークがその一助になり得れば、その意義はあると考えられる。

第8章 本研究の限界

- ・事例分析において主観を排除しきれていない

本研究で提示したフレームワークを分析する際、出版事例と厚生労働省医療施設経営安定化推進事業報告書に掲載されている事例、全15事例を参照した。分析の際、事例内に記載されているリーダーの考え方や、行動に関するキーワードを抽出した。しかし、そのキーワードを記載した事例執筆者（厚生労働省医療施設経営安定化推進事業報告書の場合、リーダー本人が執筆者ではない）の主観が排除できていないこと、またそのキーワードを「リーダーの志向」と「リーダーのフォロワーに対する行動」に当てはめる際に本研究執筆者の主観が排除できていないことで、一定のバイアスがかかっている可能性がある。

- ・リーダーのパーソナリティと成長時間軸が加味されていない

本研究で提示したリーダーシップは、条件適応論の考え方を踏襲したものであり、状況によってリーダーシップが変化することが前提である。つまり、地域の状況

や保有する人的資源、事業ドメインから受動的にリーダーシップを変化させることが前提となっている。しかし、リーダーシップはリーダー本人のパーソナリティによっても左右されると考えられ、そのパーソナリティで能動的に大きく異なるだろう。本研究はリーダーのパーソナリティにまで分析できていないことが限界の一つである。

また、本研究で参照した事例の多くが、何らかの経営的困難時期から安定化させるまでの経過を追ったものであるが、一部の事例は安定時期に継続的な改革を行った事例も含まれる。また、元々トップであったリーダーの行動変容に関する事例や、承継等によりトップが交代してからの変化を追った事例等、状況の統一性に乏しく、その成長時間軸まで加味できていない。

- ・ 病院の経営状況が加味されていない

先述の通り、分析事例の状況は様々であり、やはり個々の経営的状況も加味されていない。

- ・ 本研究で導き出されたフレームワークが唯一のものではない

本研究は、事業ドメインのポジションという視点でリーダーシップを分類した。しかし、上記の通り、様々な要因が加味されておらず、リーダーシップを考える上での切り口は多々ある。従って、本研究で提示したフレームワークが唯一のものではなく、他のリーダーシップ像もあり得ることに留意する必要がある

参考文献

- (1) 平成 29 年度医療施設動態調査報告
- (2) 平成 25 年社会保障制度改革国民会議報告書
- (3) 中島和人 中小病院における社会的課題解決のドメイン設定 政策科学
2004.9
- (4) 独立行政法人 福祉医療機構リサーチレポート 2014 年
- (5) 厚生労働省 健康日本 21
- (6) 平成 26 年 厚生労働省 患者調査
- (7) 平成 28 年度厚生労働省病院経営管理指標
- (8) 平成 26 年度厚生労働省病院経営管理指標
- (9) 二木立 保健・医療・福祉複合体 医学書院 1998 年
- (10) 大野博 医療法人の経営多角化と黒字経営に関する研究
日本医療経済学会会報：29 巻:2 号(2010) p1-17
- (11) 鄭丞媛, 井上祐介, 足立浩, 鍋谷州春医療・福祉サービスの複合化の経営
効果分析－医療生協のデータを中心に－日本医療経営学会誌 第 3 巻:1 号
(2009) P53-60
- (12) 白木秀典 複合型経営の中小医療法人の経営 保健医療経営大学紀要 5
号(2013) p17～23
- (13) 羽田明浩 病院経営における競争優位の源泉の検証 日本医療・病院管
理学会誌 52 巻 4 号(2015) p201-208
- (14) Yukl,G. leadership in Organizations (6th ed) N.J.:Prentice Hall.
- (15) 金井壽宏 組織におけるリーダーシップとコンティンジェンシー理論
神戸大学研究年報 32 巻(1986) p129-169
- (16) Fletcher, J.K. The Paradox of Postheroic Leadership An Essay on Gender,
Power, and Transformational Change. Leadership Quarterly, 15: 2004 p647-
661,
- (17) Fiedler, F. E. A Theory of Leadership Effectiveness, New York:
McGraw-Hill. (1967)

- (18) 日野健太 リーダーシップのコンティンジェンシー理論における フォロワーの再考 駒大経営研究 38 巻 1 号(2006) p19-57
- (19) Hersey, P. and Blanchard, K. H. *Management of Organizational Behavior 3rd Edition- Utilizing Human Resources.*(1977)
- (20) Perrow CA: Hospitals: Technology, Structure, and Goals. March JG (ed) : Handbook of Organizations. Rand McNally, Chicago, 1965
- (21) Mintzberg H: 人間感覚のマネジメント-行き過ぎた合理主義への抗議 ダイヤモンド社 1991
- (22) Etzioni A: 現代組織論 至誠堂 1967 年
- (23) Macdonald KM : The Sociology of the Professions. SAGE publications, London, 1995
- (24) 田尾雅夫 ヒューマンサービスの組織 法律文化社 1995 年
- (25) 河村尚也 現代日本の病院組織の特徴と経営課題 病院 76 巻 3 号 2017 年
- (26) Freidson E: 医療と専門家支配. 恒星社 厚生閣 1992 年
- (27) 杉政孝 病院の組織と人間関係 医学書院 1973 年
- (28) 高橋淑郎 病院経営の非営利的側面 中央経済社 2002 年
- (29) 木村憲洋ら 1 からの病院経営 碩学舎 2013 年
- (30) 猶本良夫ら 病院組織のマネジメント 中央経済社 2010 年
- (31) 中島明彦 ヘルスケアマネジメント同友館 2007 年
- (32) 白木秀典 地域中小医療法人の経営評価のフレームワーク 佐賀大学工学系研究科 2017 年
- (33) 武弘道 こうしたら病院はよくなった! 中央経済社 2005 年
- (34) 池上直己 医療管理:病院のあり方を原点からひもとく 医学書院 2018 年
- (35) 松尾 睦 学習する病院組織 同文館 2009 年
- (36) 太田肇 仕事人と組織 有斐閣 1999 年

- (37) Greenleaf, R. K. *Servant Leadership: A Journey into the Nature of Legitimate Power and Greatness* (25th anniversary ed.). New York: Paulist Press(2002)
- (38) 梶原理恵 中規模病院の看護師長がサーバントリーダーシップを獲得するための支援モデルの開発. 博士学位論文 聖隷クリストファー大学(2016)
- (39) 加藤淳 医療組織の安全文化とリーダーシップ 人間環境学研究 15巻2号(2017) p157-162
- (40) 細田満和子「チーム医療」の理念と現実 日本看護協会出版会 2003年
- (41) 田村由美ら「褥瘡対策チーム」に所属する専門職のチーム 医療に対する認識 神大医保健紀要 第20巻 p.21-33. 2004
- (42) 高山智子 チーム医療における患者医療者関係 医歯薬出版株式会社 2002年
- (43) 草野千秋 プロフェッショナルのチームワークに関する考察 経営論集 26巻1号 p65-83
- (44) Wilcox,M.J. : Delivering communication-based services to infants, toddlers, and their families:Approaches and Models, Topics in Language Disorders,10(1),p68-79 1989
- (45) Germain,C.B, Social Work Practice in Health Care, Social Service Review 50(4), p601-610 1976
- (46) 平成14-29年厚生労働省医療施設経営安定化推進事業報告書
- (47) 松原由美 これからの中小病院経営 医療文化社 2004年
- (48) 日野原重明ら 医療社会学 医歯薬出版 1975年
- (49) 海老根精二 チーム医療における放射線技師の専門性とは 病院 51巻3号 1992年

謝辞

本研究を進めるにあたり、主査の中村洋教授から研究や分析方法について丁寧かつ熱心なご指導を受け賜りました。ここに感謝の意を表します。また、副査の田中滋名誉教授から、研究や社会保障制度についてご指導を賜り、心より感謝申し上げます。そして、副査の小幡績准教授には、研究の着眼点について鋭いご指摘を頂き、副査の後藤励准教授には、研究の理論や経済学的観点についてご助言とご指導を賜りました。感謝申し上げます。

そして、多くのご指摘と気付きを与えてくださいました中村ゼミの同期と、田中ゼミの同期の皆様に感謝いたします。