

医療提供施設における経営管理職の CDP 開発

ー近森会グループにおける経営革新を事例としてー

内田 陽子

キーワード：経営管理職、Career Development Program、経営革新、近森会グループ

1. はじめに

社会保障費の抑制政策の展開により病院などの医療提供施設の経営管理は、医療安全をはじめとする医療の質の確保とともに、明確な経営理念、確実な経営方針、具体的な経営計画および計画に基づいた経営実践が求められている。このような医療提供施設の経営実践には、経営目標を達成するための組織的対応とともに各種経営管理手法を活用する必要がある。そのためには、経営革新を遂行する医療提供施設における経営管理職のキャリア・ディベロップメント・プログラム（Career Development Program：CDP）の開発が必要である。

厚生労働省医政局委託 2009 年度医療施設経営安定化推進事業「医療施設経営管理部門の人材開発の在り方等に関する調査研究」では、良質な医療の安定的な提供のために事務職の人材開発の重要性が提起されている。そこで本稿では、高知県高知市で医療事業を展開する近森会グループにおける経営革新を一事例として、経営管理者（事務職）の育成の現状、人材開発のあり方、方法について検討を加え、医療提供施設における経営管理職の CDP 開発についての基本的考え方を明らかにしたい。

近森会グループは、1946 年に近森外科として初代理事長近森正博が開設し、1984 年初代理事長逝去により、長男である近森正幸が理事長に就任する。その当時の近森会は、3 病院合計 579 床、前理事長により量的拡大は達成できたが、救急病院でありながら、寝たきり患者も多く、野戦病院のような様相であったという。近森現理事長は、就任後、1986 年 8 月に院内誌「ひろっぱ」を創刊し、以後、毎月院内誌を発行している。発行後初めての年明け号である第 6 号に 1987 年年頭所感として、「医師を頂点と

したタテの医療体制のみならず、これからは職員のヨコの人間関係を密にして、現在の患者さんを取りまくあらゆる問題により総合的かつ有機的に対処しうるような、チーム医療体制も重要である」と記し、「量から質への医療改革」を掲げている。近森理事長の経営の沿革において、転換点となる戦略的改革のストーリーを院内誌「ひろっば」の記事から詳述し、検討、考察したい。

2. 近森会グループの紹介

2-1. 近森会グループ概要

1946年に近森外科として開院し、1949年に近森病院へ名称変更し、1951年に医療法人近森会が設立された。近森会グループは、地域の急性期医療を担う「近森病院」を基幹病院とし、脳血管疾患を専門とする回復期リハビリテーションを行う「近森リハビリテーション病院」、医療法人松田会を運営主体とする整形疾患を専門とする「近森オルソリハビリテーション病院」、社会福祉法人ファミリーユ高知を運営主体とする福祉施設である「高知リハビリテーションセンター」「障害者福祉サービスセンターウエーブ」、そして「近森病院附属看護学校」から形成されている。グループ総病床数は792床。高知県高知市に位置し、高知駅に近接する地域にほとんどの施設が集約配置されている。2010年に「救急」と「災害」の分野で評価され、社会医療法人の認定を受けた。2016年7月現在近森会グループ職員数2,021名、委託職員を含めると合計2,373名が従事している。経営理念、運営方針、主要施設は次の通りである。

(経営理念)

1. 近森会グループは、患者さんが尊厳ある人生を送ることができるよう、適切な医療サービスを提供する使命があると考えています。
2. 近森会グループは、患者さん中心の医療を、快適に受けられる場所でなければならないと考えています。
3. 近森会グループは、たえず医療水準の向上に努め、スタッフが誇りと責任を持って働ける職場でなければならないと考えています。

(運営方針)

- 1.わたしたちは、24時間365日いつでも、よりよい医療の提供を目指します。
- 2.わたしたちは、急性期からリハビリテーション、在宅まで一貫した医療を提供しています。
- 3.わたしたちは、患者さんと接するすべてのスタッフがそれぞれの専門性を発揮し、チーム医療を行っています。
- 4.わたしたちは、他の医療機関や施設との連携により、豊かな地域医療の推進を目指しています。
- 5.わたしたちは、医療人として豊かな人間性を育てると共に、専門知識の修得や技術の向上に努めています。

(主要施設)

近森病院（一般452床、精神60床）

スーパーICU18床、救命救急病棟18床、HCU16床、脳卒中センターSCU24床
救命救急センター／地域医療支援病院／地域災害拠点病院／
臨床研修指定病院（基幹型）

近森リハビリテーション病院（180床）

回復期リハビリテーション病棟入院料1

近森オルソリハビリテーション病院（100床）

地域包括ケア入院医療管理料1

回復期リハビリテーション病棟入院料3

2-2. 近森会グループの沿革

近森会グループの沿革は表1の通りである。近森病院の前身となる近森外科は、当時の院長によって1946年に開設される。近森外科は1949年に近森病院と名称を変更し、1951年に高知県で2番目に医療法人近森会を設立した。近森病院は、1958年に救急病院告示を行い、救急病院としての機能を持つようになり、その後、時代のニーズに合わせて診療科を増やし、入院患者の増加に併せて病棟を増築してきた。

1984年初代理事長の長男である近森正幸が37歳で理事長に就任する。前述のように、近森理事長は、就任後、1986年8月に院内誌「ひろっぱ」を創刊し、以後、毎月院内誌を発行し、2016年8月現在361号まで発行されている。理事長は、院内誌に年頭所感や一面トップ記事以外にも毎月随筆を記載し、理事長の思いを職員と共有する

ツールとして院内誌を使ってきたが、経営学的にみれば、経営理念や価値の浸透、経営方針の組織内浸透と各成員の行動指針を繰り返し組織内に伝達するツールとして活用するとともに、民間医療機関では重要な経営トップの人柄、考え方、趣味を通じた人間理解を促進する効果があった。

次節では、近森会グループの沿革において、転換点となる戦略的改革のストーリーを院内誌「ひろっぱ」記事を主な資料として再構成したい。

表1：近森会グループ沿革

社会と医療の動向		近森会グループの沿革		
年		年	月	
		1946	12	近森外科開設
1948	《 感染症の流行 》	1949	6	近森病院開設
	医療法制定	1951	9	医療法人近森会設立（県下2例目）
	《 ベビーブーム 》	1952		呼吸器科開設
		1958		整形外科開設
	《 高度経済成長 》	1964	6	救急病院告示
	《 成人病時代 》		9	内科開設
1961	国民皆保険	1968	4	脳神経外科、精神科開設
1973	老人医療費無料化	1973	6	人工透析科開設
		1976	7	本館増改築（地上9階建）
		1979	10	分院開設（人工透析、長期患者）
1980	《 医療費の抑制へ 》	1984	10	第二分院開設（精神科）
1982	健保本人1割負担	1984	11	前理事長死去、近森正幸理事長就任
1982	老人保健法、有料化	1986	6	石川医師着任（4/1） リハビリテーション科開設
		1987	2	近森病院中央診療部増改築
	《 医療経営冬の時代へ 》	1988	1	付添看護から基準看護へ
1986	医療法改定、病床規制	1989	7	総合医療情報システム完成（トータルコンピューター）
	《 高齢社会への準備 》	1989	12	近森リハビリテーション病院開設
1987	国民医療総合対策本部	1991	10	在宅介護支援センターへのくち開設
	中間報告～これからの	1992	7	老人訪問看護ステーションちかもり開設（県下初）
	医療（政策）の方向づけ		7	近森病院新館完成
		1993	12	老人保健施設いごっばち開設
	《 効率化、公平化、質の向上 》	1996	1	訪問看護ステーションポールちかもり開設
	在宅医療の推進	1998	5	在宅総合ケアセンター近森完成
	公的介護システムの導入	1999	5	高知メンタルリハビリテーションセンター開設
	病院の機能評価	2000	2	近森病院開放型病院届出受理
	インフォームドコンセント			居宅介護支援事業所開設
	機能分化と病診の連携		7	近森病院心臓血管外科開設
				近森病院特定集中治療室開設
	《 高齢社会の到来 》		8	近森リハ病院回復期リハビリテーション病棟届出受理
	医療の質評価		10	近森病院急性期病院（加算）届出受理

表1：近森会グループ沿革（つづき）

社会と医療の動向		近森会グループの沿革	
年		年	月
	チーム医療の必要性	2001	
	情報の共有化		9
		2002	2
			6
			10
			11
		2003	2
			10
			10
		2004	1
			2
			6
		2005	7
			8
		2006	4
			10
		2007	7
			10
2008	第5期保健医療計画策定	2009	9
			10
		2010	1
		2011	4
			5
			11
		2012	4
			7
			7
2013	《税と社会保障の一体改革》	2013	10
	第6期保健医療計画策定	2014	1
2014	病床機能報告制度の創設		7
			8
			12
2015	地域医療構想ガイドラインの策定	2015	1
			4
			8
2016	第6期保健医療計画の見直し	2016	1
			5
2018	第7期保健医療計画の見直し		

2-3. 近森会グループにおける経営改革ストーリー

(1) リハビリテーションの導入

近森病院では、1979年よりセラピスト（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）を積極的に採用した。現理事長も「リハビリテーションのない救急病院は寝たきり製造病院になる」とリハビリテーションの重要性は理解しながらも、セラピストを組織としてどのように活かし機能させていけばよいかわからずにいた。そこで、1986年虎ノ門病院分院から石川誠医師を招聘することになる。

石川誠医師は、5名の看護師とともに虎ノ門病院から赴任し、近森会におけるリハビリテーション医療の確立に取り組んだ。当時の近森会におけるリハビリテーションは、医師の関与は乏しく、看護は付き添い看護、リハビリテーションは訓練室で行うものであり、各療法士の人間関係は極めて不良であった。まずチームアプローチを根付かせるために、頻繁に顔を合わせ議論することからはじめ、カンファレンスの充実、記録類の一元化などのシステム作りをした。一緒に着任した看護師たちが中心となって付き添い看護から徐々に看護師が行う看護へ移行していった。数か月後に石川医師からリハビリテーション病院開設の提案があった。いつもならすぐに経営判断する理事長は、月1千万～2千万の赤字は確実で、しかも当時の近森会の財政規模を考えると、過剰投資のため、経営判断に悩んだという。しかし「医療は建物でなく、人がするもの。人がいて初めて建物がつくられる」と近森リハビリテーション病院の建設を決断する。こうして、近森病院分院でのトライアルに続けて、本館東側にプレハブのリハ病棟を建て、スタッフの訓練を行い、1989年に近森リハビリテーション病院は、開設した。1992年の診療報酬改定により総合リハ施設基準が創設されたことで、経営は安定し、開設から4、5年で医業損失発生体質から脱却できた。そして、近森リハビリテーション病院の実績をもとに2000年には回復期リハビリテーション病棟の診療報酬が創設され、直ちに算定できる体制を確保した。

(2) 近森病院新館の建設

近森病院は、急性期医療の強化を進めるために、1987年に中央診療部を増改築し、手術室、画像診断部、集中治療棟を整備した。改築はベッドの増床を伴わない投資であった。1988年に総合医療情報システムの完成に伴い、コンピューターによるシステム化が開始された。その後も、さらなる急性期医療の高度化を目指し、1992年には、近森病院の新館も完成させた。

(3) 基準看護の取得

1986年に近森病院分院で行われた付き添い看護廃止により、これまで病床に呻吟し

ていた若い脊髄損傷の患者さんが、看護師と共に「笑顔で車椅子に乗っている姿を見たとき」、理事長は看護の素晴らしさを再認識し、近森病院でも基準看護を取得することを決断する。1988年1月から近森病院で基準看護がスタートする。看護師長の育成、外部からの招聘、当時の近森会で働いていた准看護師を看護師取得に向け進学させるなど看護の質の飛躍的な向上を図ることになる。

(4) 在宅医療への取り組み

近森会における介護領域への取り組みは、1987年石川誠医師の主導のもと、「病院を退院し自宅に復帰した障害者・高齢者に対して、在宅で安定した質の高い生活が送れるように支援する」ことを目的に、訪問看護ステーションの前身である継続医療室として発足したことに始まる。1991年に「在宅介護支援センターえのくち」、1993年に「老人保健施設いごっぱち」を開設した。1992年に老人訪問看護ステーションが制度化され、同年継続医療室を老人訪問看護ステーションと名称を変更して「訪問看護ステーションちかもり」を設立する。1996年には精神科専門の「訪問看護ラポールちかもり」を開設し、1998年にはショートステイ中心の「老人保健施設いごっぱち」とデイケアを併設した「在宅総合ケアセンター近森」を新築し、介護領域の地域拠点としての役割を担っていくことになる。

(5) 一般外来縮小

1999年整形外科部長より午前は外来業務に忙殺され、昼食も取らずに手術を行い、入院患者への回診は夜中になっていると報告を受ける。なんとか改善しない限り医師が疲弊することは明らかであった。しかし、現実には医師を増やすことができない状況だったため、外来業務負担を軽減する以外の選択がなかった。翌月より多すぎる外来患者を地域のかかりつけの先生方に逆紹介し、近森病院整形外科外来は、外傷などの救急対応と紹介外来、手術後の専門外来に徹底的に絞り込んだ。「外来がいっぱいでは喜ぶ院長から、ガラガラで喜ぶ院長」に180度転換した。こうすることで地域の先生方が安心して近森病院に患者を紹介してくれるようになり、紹介患者は倍近くに増加した。この転換がきっかけとなり、2003年高知県で初めての地域医療支援病院の認可を受けることになる。

(6) 高度急性期病院に向けて

2000年心臓血管外科を新設、心臓血管外科の開設と共にICU（12床）を開設した。2001年呼吸器外科を開設し、外科系のフルラインを整備し、救急医療の充実をはかる。またCCU（12床）を増設して、特定集中治療室24床とし、2004年にはHCU（20床）の届出を行った。

2002年にER（Emergency Room）を設置し、一次救急から三次救急までのすべてに対応する体制を整えた。

2002年にハートセンターがCCUに設置され、2006年に脳卒中センター、消化器病センター、外傷センターが重症患者の受け皿としてICUに設置され、この4つをメインセンターと位置づけ、救命救急医療に不可欠な機能を備えることとなる。

(7)救命救急センター指定

2011年高知県で3番目となる救命救急センター指定を受ける。近森病院が救命救急センターの認可を受けられたのは、第1に2008年に救命救急センターに対する厚生労働省の方針が変更されたことにより、医療機能を絞り込んだ急性期病院でも救命救急センターとして認められるようになったためである。これによって、総合病院的な基幹病院がその地域の三次救急を一手に行うのではなく、数箇所の救命救急センターが足りないところを補完し合いながら連携して救急医療に当たる時代になった。第2に高齢社会の到来と診療報酬の引き下げ、医師の高齢化や医師不足などにより、高知県全体の急性期の医療機能が低下し、実質的に高知市内の基幹病院に重症の救急患者が集中していること。第3に2010年に社会医療法人となり、公益性が高い病院として認められたこと。以上の点から救命救急センターの指定を受けることになった。救命救急病床18床が認可されたことで、高度急性期病院としてさらに機能特化していくこととなる。

(8)NSTの導入

近森病院の入院患者における65歳以上の割合が2001年以降急速に高くなっていった。骨格筋が乏しく低栄養と廃用症候群を伴う高齢者の医療は、栄養サポートとリハビリテーションが車の両輪と言える。セラピストは、1989年より近森リハビリテーション病院で大量に育成、急性期の近森病院においても盛んにリハビリテーションが行われるようになっていた。一方、栄養は大事だと分かっていたが、どうサポートすればいいのかが分からなかった。そこで、2002年1月、現・臨床栄養部長の宮澤靖管理栄養士を招聘し、脳神経外科部長から栄養サポートチーム（Nutrition Support Team：NST）の立ち上げ提案を受け、2003年7月から管理栄養士4名体制で近森病院のNSTを開始した。夜10時11時まで頑張っているが、必要とされる患者さんに適切なサポートが出来ず、アウトカムは出なかった。2006年夏に「業務量が多すぎるんだから、人を増やすしかない」と気づいた。日本式NSTが誕生した瞬間だった。そのときから1病棟1管理栄養士体制がスタートした。

(9) 社会医療法人認定

1964年救急病院告知を受けてから50年にわたりERとして軽症から重度の患者を選び好みせず積極的に受け入れ、救急の質・量ともに高知県でもトップの実績を積んできた。また、阪神・淡路大震災後、災害医療派遣チーム（DMAT）を編成し、病院内外の防災活動へ積極的に参加しており、2009年9月にはこれまでの実績から災害拠点病院に指定された。こうした実績をふまえ、2010年1月に「救急」および「災害」の分野での医療活動の実績と経営の透明性が認められ、高知県知事より「社会医療法人」として認定を受けることになる。

(10) 近森会グループ建築5か年計画

2010年、10年～20年後の医療に充分対応できる病院を目指し、近森病院の中央診療部門が集中する近森病院本館の全面的な建て替えをはじめ、近森病院の急性期医療のさらなる質的向上を図るために、5か年にわたるプロジェクトをスタートさせた。5か年計画途中、近森リハビリテーション病院の新築、近森オルソリハビリテーション病院の改築、移転、近森病院附属看護学校の改築、移転が加えられ、近森会グループ全体のプロジェクトに発展し、7年の歳月をかけて完成した。この7年間に行った増改築は、表2にある通り20か所である。これにより、ヘリポートを有する新本館や陸橋で結ばれた外来センターなど、将来の高度急性期医療に充分対応できるハードを充実させることができた。

表2. 近森会グループ5か年計画の流れ

	増改築された施設	完成年月日
1	立体駐車場	2010年11月10日
2	管理棟 新築	2011年 4月15日
3	外来センター 新築	2011年10月 7日
4	北館病棟 新築	2012年 4月 2日
5	管理棟別館 新築	2012年 7月 2日
6	B, C棟（3～6階） 改築	2012年 7月31日
7	北館、総合心療センター接続工事	2013年12月20日
8	A棟 新築	2014年 8月15日
9	外来センター二次改修（一期）	2014年10月30日
10	B, C棟二次改修（一期）	2014年10月17日
11	B, C棟二次改修（二期）	2014年10月31日
12	B, C棟二次改修（三期）	2014年12月 5日
13	外来センター二次改修（二期）	2014年12月19日
14	A棟棟二次改修	2015年 1月23日
15	外来センター二次改修（三期）	2015年 1月30日
16	B, C棟エレベーター改修	2015年 3月 2日
17	B, C棟二次改修（四期）	2015年 4月20日
18	近森リハビリテーション病院新築、移転	2015年 8月15日
19	近森オルソリハビリテーション病院改築、移転	2016年 1月29日
20	付属看護学校改築、移転	2016年 5月14日

3. 近森会グループにおける経営改革と経営管理者育成

3-1. 近森会グループにおける経営改革

近森会グループでは、「モジュール化」と呼び、図1のように保有する病床や機能を戦略に応じてフレキシブルに組み替えてきた。外部環境・内部環境に合わせて時代により提供サービスを変化させている。

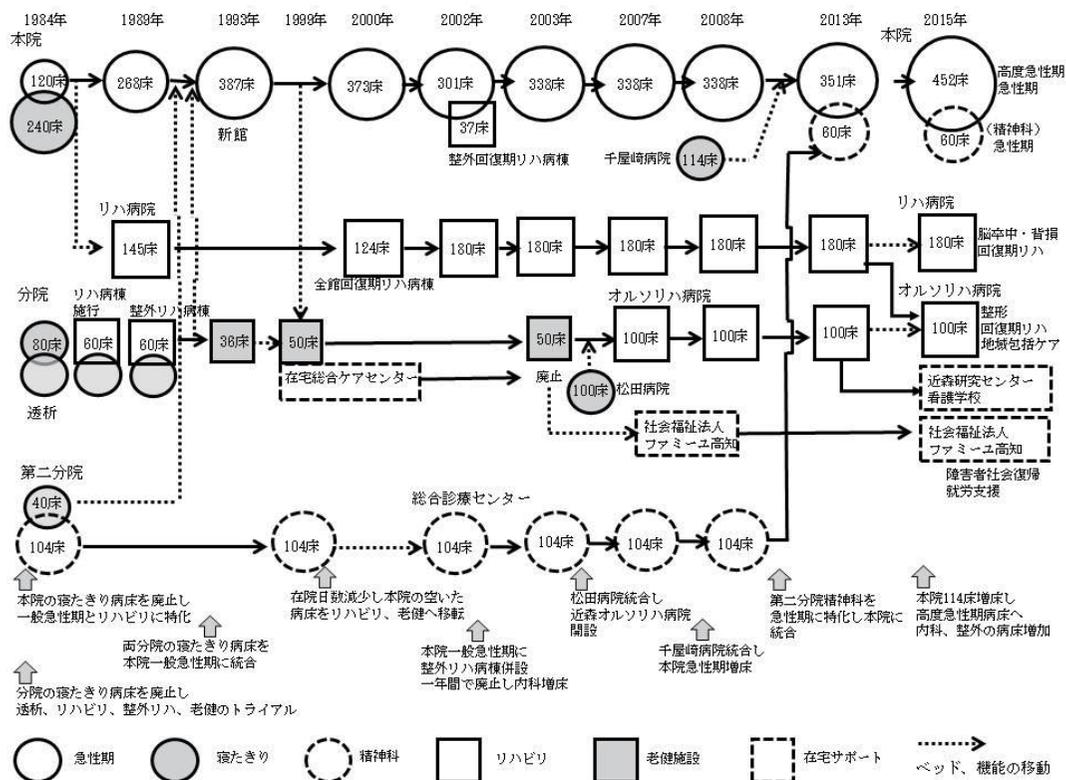


図1：近森会グループ病床変遷

(1) 規模拡大と新規事業展開：急性期～回復期～在宅のシステム構築

1980年代から1990年代前半の近森病院はミッションである「患者さんを早く治して早く自宅へ帰す」を実現するために、積極的な病院施設の投資を行った。回復プロセス（急性期・回復期・生活期）に合わせて近森病院、近森リハビリテーション病院、在宅総合ケアセンター近森を設置し、「急性期からリハビリテーション、在宅まで」というトータル医療システムを構築し、近森病院は成長を遂げた。

(2) 選択と集中

1997年のマイナス改定を受け、従来のように受け入れ患者を増やしても、収入増が期待できなくなった。近森会は「患者を増やして収入をあげる」戦略から、「単価を高めて収入をあげる」戦略に転換する。そこで、近森病院は、外来患者を縮小し、救急、紹介、専門外来患者に絞り込むことで自院のポジショニングを高機能の急性期病院と定め、これまでの救急医療のノウハウを活用し、さらなる発展を目指すことになる。近森病院は「救命救急患者に絞り込んで成長する」というビジョン設定を契機として、急性期医療の病院機能の高度化に向けた投資を行い、分業と協業を徹底して行い急性期病院としての機能を高める方針に変換した。近森会の「選択と集中」は「近森会がすべきでないこと」を明確にしたことにより、高い成果をあげている。

2007年7月に介護から撤退を決定。2000年に介護保険制度が始動し、地域においても介護保険事業所が多くできたこともあり、年間1億円の赤字を抱える在宅総合ケアセンターの廃止を決定する。2007年に医療法人松田会と統合し、在宅総合ケアセンターの跡地に整形疾患専門の「近森オルソリハビリテーション病院」（100床）を開設した。

2013年には、精神科専門病院である第2分院を近森病院に統合している。精神科医療の進歩と自立支援の充実に加え、若年人口の減少により入院医療が大きく変革したことを受け、104床の精神病床を急性期病床60床に特化し、総合心療センターとして、近森病院に統合した。

また、病院機能への選択的な投資も徹底している。近森会グループ病院内での画像診断や検査室、手術室などの重複投資を避け、近森病院に機能を集中させている。

(3) 分業と協業

「選択と集中」、病院機能の絞り込み、患者の絞り込みを実行していく中で、近森会グループでは、常に分業と協業を意識して、マネジメントを展開した。

病院機能の分業と協業の実践が、「地域医療連携」、「病院連携」であり、病院内での分業と協業が「病棟連携」、そして業務での分業と協業が「チーム医療」である。

① 地域医療連携・病院連携

近森病院は、地域支援病院としての役割を果たすことで地域におけるかかりつけ医との協業と分業を成立させた。近森病院が総合病院でないにも係らず、救命救急センターの認可を受けられたのも地域における医療連携の成果といえる。グループ内で高度急性期から在宅までのサービスを有し、急性期病院とリハビリテーション病院の垂直統合を行い、病院間連携の徹底でスムーズに患者さんが回復プロセスに沿い、住み

慣れた地域へ帰る体制を整えている。

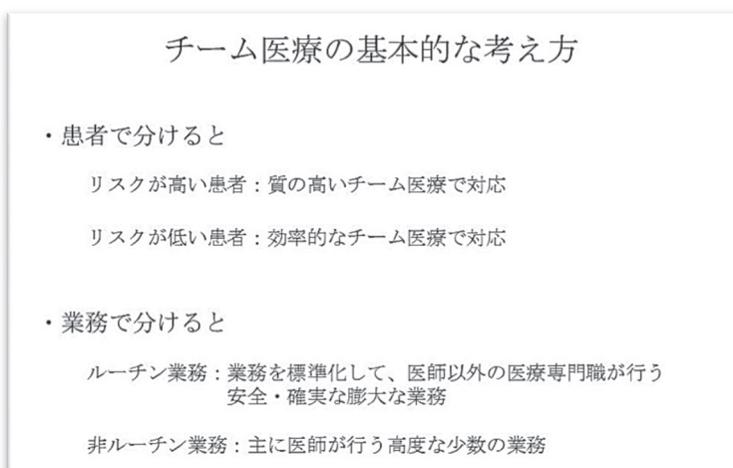
② 病棟連携

近森会グループで経営戦略上、最重視しているのが、近森病院の高規格病棟の運営である。近森病院は現在、高度急性期医療を行っている高規格病棟をスーパーICU18床、救命救急病棟18床、HCU16床、脳卒中センターSCU24床と計76床有している。精神病床を除く452床のうち、16.8%がこれら高規格病棟となっており、各病棟の看護師配置は、2対1、4対1、4対1、3対1と手厚く、更に病棟常駐型チーム医療で多職種が配置されている。重症で手間のかかる患者を、これら看護師やスタッフの多い高規格病棟で集中的な治療を行い、落ち着くと急性期一般病棟へと移すことで、一般病棟の負担軽減につなげている。この病棟連携により入院単価を高め、重症で必要なケアが多い高齢患者を数多く対応できるようにしている。

この高規格病棟のベッドコントロールが最も重要なマネジメントになり、近森病院では、前述の地域医療連携・グループ内病院連携、また病棟連携により患者移動の効率化を行うとともに、高規格病棟ごとに大画面モニターを備え付け、病床利用、入室している患者が入室基準を満たしているか、可視化できるようにし、病床管理をスムーズに行っている。

③ チーム医療

近森会グループでは、チーム医療を推進しているが、その目的を「膨大な業務を質が高く、効率的に処理するため」と定義づけている。チーム医療の基本的な考え方は、図2の通りであり、患者軸と業務軸で分類している。



(出典：近森理事長講演資料より筆者作成)

図2：チーム医療の基本的な考え方

「効率的なチーム医療」は、電子カルテに載せるか、一言、二言の情報交換で情報共有するチーム医療で対応する。医師の高度な判断や手技を必要とする患者には、カンファレンスですり合わせて情報共有するなど「質の高いチーム医療」で対応している。医師、看護師が行う業務を医師、看護師しかできないコア業務に絞り込み、それ以外の業務を多職種に権限委譲して業務を代替している。もっとも資源が少なく専門性が高い医師は、非ルーチン業務の治療行為のみ行うことで、有限である人的資源を有効活用している。こうすることで多職種の専門性を高め、それぞれの専門的視点で患者を診て、判断（自律）し、直接患者に介入（自動）するようになり、多職種の医療専門職が膨大な業務をより迅速、確実に処理することができるようになった。その結果、極めて多忙であった医師や看護師の労働環境の改善と、多職種がいきいき働くやりがいのある職場作りを実現させた。

3-2. 近森会グループにおける経営管理者育成

(1) 近森会グループの経営管理組織

近森会グループ管理部は、管理部長をトップに図3の運営組織で構成されている。管理部長は、1986年から2015年4月まで川添昇部長が務めた。川添前部長は、他業種を経験後、1976年に近森会に就職、医事課長、総務課長、経理課長、事務次長を経て入職10年目に近森病院事務長に就任し、近森理事長と共に経営改革を実践してきた。川添前管理部長が事務長に就任した当初44名であった事務職員は、2016年7月現在229名となっている。以下では、経営管理職育成の沿革について「規模拡大と新規展開」時代、「選択と集中」時代に区分して言及する。なお、ここでいう経営管理職は、社会医療法人近森会における管理部職員のことである。

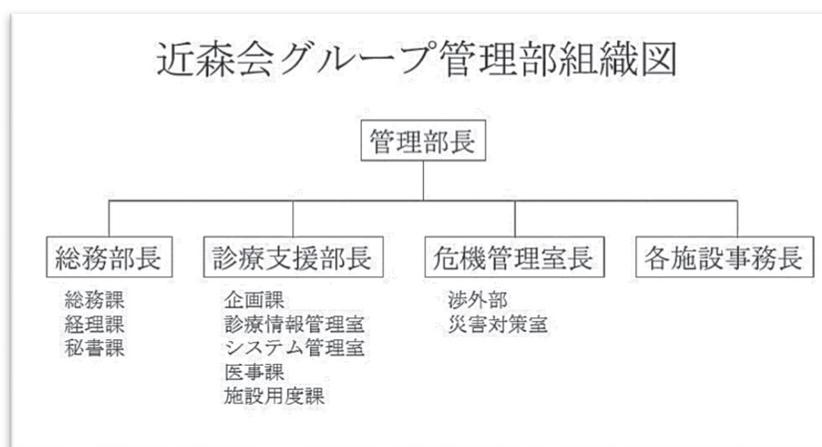


図3：近森会グループ管理部組織図

(2) 近森会グループの経営管理者育成の取り組み

「規模拡大と新規展開」時代

・同一講師による新人研修・リーダー研修・主任研修・管理職研修を全職種合同で実施。

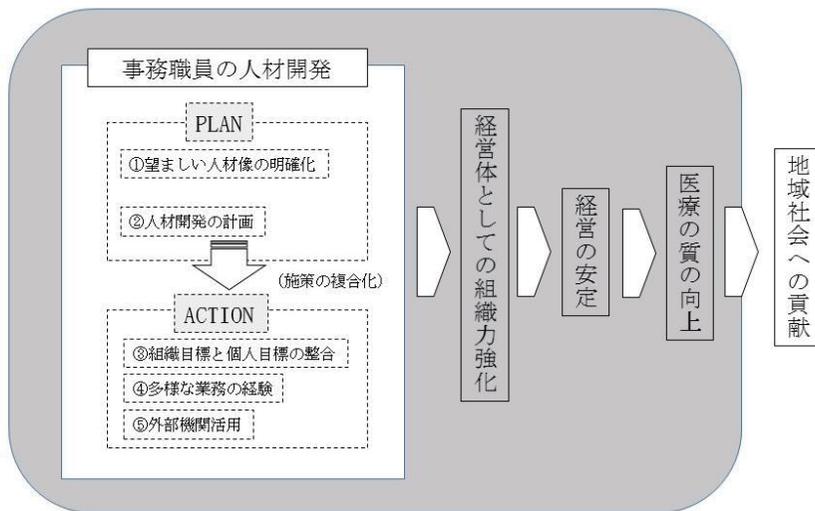
「選択と集中」時代

- ・2003年に経営幹部候補生として3名を採用。
- ・ジョブローテーションの実施。
- ・人事考課制度導入（経営管理職のリーダー不在）。
- ・日本病院会病院経営管理士コース派遣。
- ・2011年、管理棟（Administration Center）建設。
- ・2013年、全職種管理職対象に考課者研修スタート。

4. 経営管理者育成

4-1. 経営管理者育成の重要性

病院を取り巻く環境は厳しさを増しており、病院経営の重要性は高まっている。少子高齢化による人口構造の変化に伴い、国民医療費の増加、労働人口減による医療財政難により、より合理的で効率的な病院運営が社会から求められている。2009年度医療施設経営安定化推進事業「医療施設経営管理部門の人材開発の在り方等に関する調査研究」の調査結果によると、「良質な医療を安定的に提供するためには、専門職の知識、技術に頼るだけでなく、人材、資材、情報などの施設が保有する経営資源を横断的に把握し、業務等の調整を図る、マネジメントができる人材が必要である。事務職はこうした人材の供給源となるべきであるが、現状では、事務職の人材開発の取り組みがあまり進んでおらず人材が育っていない様子がかがえた」とあり、「事務職人材開発のひとつのあり方として、“事務職として期待する望ましい人材像を設定”し、“経営計画等の中で事務職人材開発の位置づけを明確化”して、評価や配置と教育・研修を組み合わせた人材開発を進め、“組織の進む方向とそこで働く個人の目標の整合を図り”、“多様な業務の経験を積ませる”とともに、必要に応じて“外部の教育機関を有効活用する”という方向感が浮かび上がってきた。」と提言され、図4のフレームワークが示されている。



(出典：厚生労働省委託事業 2009 年度経営安定化推進事業「医療施設経営管理部門の人材開発の在り方等に関する調査研究」)

図 4：事務職の人材開発を検討するためのフレームワーク

4-2. キャリア・ディベロップメント・プログラムの確立

キャリア・ディベロップメント・プログラム (Career Development Program : CDP) とは、個々の職員のキャリア形成を、中長期的な視点で支援していくための仕組みである。数年先から 10 数年先のキャリア目標を定め、達成するために必要な能力や経験を計画的に積み重ねていく。教育研修に限られるものではなく、個人の希望や適性を考慮しながら、育成的な人事異動や OJT、社外での自己啓発も含めた多様な実践と組み合わせ、総合的に能力・職務開発を進めることが必要である。(『日本の人事部』用語解説人事辞典より引用)

平野(1994)はキャリア・ディベロップメント (キャリア発達) とは、自律した個人がライフステージとの関連でとらえた職業生涯において、自らの欲求と期待とを、組織との調和の過程で最適に実現していくプロセスであり、キャリアの選択と決定に自己責任を持つものであると定義している。

シャイン(2003)は、人間の持つ価値や欲求は本来多種多様であることを前提とし、個人は組織での経験を通じて新しい動機を学ぶことができるということ、個人の持つキャリア志向は実際の仕事の経験を通じた組織と個人の相互作用から形成されてくるということ、またその志向は人によって異なり、形成の時期も違うとしている。

CDP は、個人のキャリア段階に合わせて職員の自己責任のもと、キャリアパスを決

定し、キャリアアップを図る。組織は、組織が育成した組織人像を明確にし、いくつかのキャリア・パターンを想定したラダーの策定と、その実現に向け職員に対するフォローアップ体制の構築で個人のキャリアアップを実現させる。CDP とキャリアパスの相違は、CDP が画一的なキャリア開発ではなく、個人のキャリアに合わせたもので、またそれに併せて組織がフォロー体制も同時にプログラムしているところにある。

(1) 採用

優秀な人材を計画的に採用する。初期キャリア入職者と中途キャリア入職者について、採用条件等の基準を作成しておくことが望ましい。

(2) 新任研修

キャリア・ディベロップメントの最初の課題は、組織における自己概念の確立である。シャイン(2003)は、キャリア・サイクル・モデルの初期キャリア（17歳～30歳）に自己概念（セルフイメージ）を開発することが望ましいとし、組織側からの働きかけを拠り所とした学習や経験で自己概念は確立されるとしている。組織がどのような組織人を作っていくか目標を明確に示す必要がある。

平岡(1994)によれば、バリュー&ホール(1966)の実証研究で、キャリア初期の職務挑戦と成功体験が、その後のキャリアに大きく影響することが実証されている。初期キャリアでの教育がその後の組織コミットメントに影響を与えることを、全職員が理解して、進めて行く必要がある。

(3) 専門研修

経営管理職員に必要なスキルを検証し、ラダーの作成を行う。ラダーは習得目標を明確にし、計画的に学習する仕組み作りが必要である。

(4) 継続研修

キャリア・パターン別のキャリアパスを作成し、階級を策定する。各階級の到達目標を明確にし、どのような人材をどう育成していくかキャリアパスで明示する。院内教育には限度があるため、階級に応じて、外部機関による教育を組み込んだキャリアパスの構築が重要である。

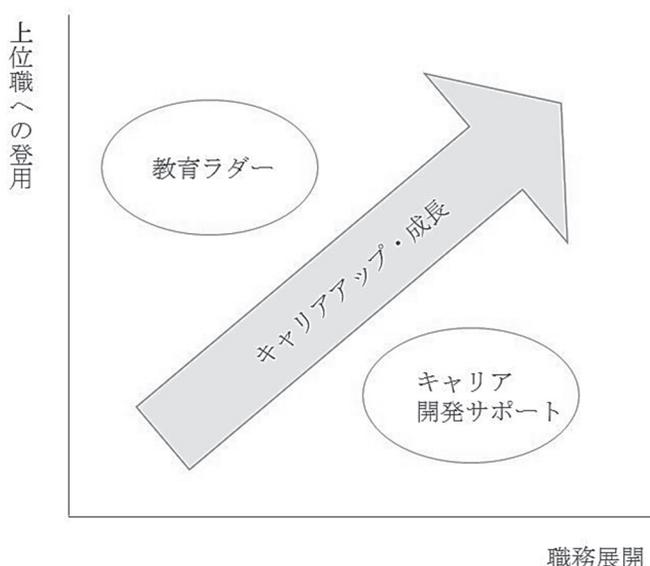
また、個人の適性の評価、個人がどのようなキャリアを望むかを考慮した人事配置やジョブローテーションを組むことができるシステムの構築も必要である。

(5) 再教育

一度身に着けたからといって、その知識がずっと通用するものではない。常に新しい知識を身に着け、成長しつづける体制作りが重要である。

(6) 人事制度

キャリアビジョンを描ける組織づくりは、人事制度の構築なくして実現不可能である。資格と資質・能力と成果・処遇と報酬がすべて整い、かみ合って回ってこそ組織は成長する。CDP は、教育研修支援だけでなく、職務展開を多様化することで個人のキャリアアップ・成長を促進するプログラムであり、人事制度の構築は、必須となる。



(出典：「企業と人材」2014年1月号 p.33より一部抜粋し筆者作成)

図5：キャリア・ディベロップメント・プログラム

4-3. 経営管理者育成方法

経営管理者育成方法は、表3のように「自己学習」「院内教育」「院外教育」「専門教育」に分類できる。自己学習は、インフォーマルなサークルも含む経営管理に関する自己啓発内容すべてを含む。院内教育は、各部署におけるOJTが中心であり、各階層における経営管理に関する研修を実施できる人材が不足しており、院外講師によることが多いと考える。院外教育として、各団体が実施する経営管理者育成コースがある。現在、日本病院会や全日本病院協会、その他法人などの各種団体において、病院経営管理士や病院事務長研修コースなど、病院経営にかかる教育プログラムが開発・実施されている。経営管理の高等教育は、MBA (Master of Business Administration、経営管理修士) である。わが国では、1978年に慶応ビジネススクールがMBAプログラムを始めた。現在では、全国に多くのビジネススクールや専門大学院が設立され、MBAの取得ができるようになっている。近年では、医療経営に特化したプログラムを組ん

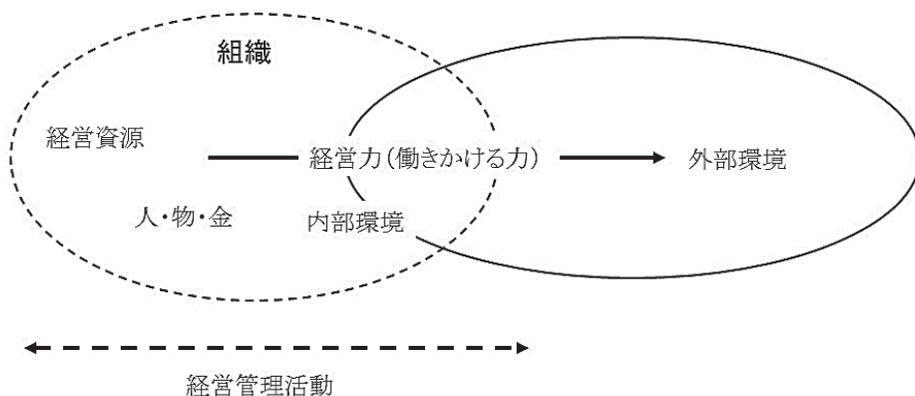
だ経営大学院もできており、表3には、その代表的な大学院を掲載した。

表3：経営管理者育成方法の分類

自己学習	院内教育 (OJT)	院外教育 (off JT)	専門教育
	新人研修	日本病院会	兵庫県立大学経営大学院
	リーダー研修	全日本病院協会	国際医療福祉大学大学院
	主任研修	医療病院管理研究協会	医療経営管理分野
	管理職研修	国立保健医療科学院	九州大学大学院医療系学府
		都道府県病院会等の研修会	経営・管理学専攻
		京都私立病院協会	広島国際大学大学院
		大阪府病院協会	医療・福祉科学研究科
		神奈川県病院協会 等	医療経営学専攻 等

5. 考察

山原(2000)の経営力評価の研究では、財務データの把握だけでは、正確に経営管理活動の実態を捉え切れないという考えから、経営管理活動で発揮される経営力の把握を試みている。山原の研究では、経営の定義を米国経営協会の「経営とは、その組織及びその構成メンバーの目的を達成するために、他の人々とともにまた他の人々を通じて、仕事をする事である」とし、「人」に関する情報の重要性を認識して、分析を行っており、図6を経営力の概観としている。



(出典：山原(2000)p. 38より筆者作成)

図6：経営力の概観

近森会グループの一連の経営改革は、「患者さんを早く治して早く自宅に帰ってもらう」という組織のミッションを近森理事長の「職員がいきいき働ける」組織作りを通して、実現してきた。経営改革のスタートは、常に患者の満足、職員の満足を達成するための経営管理活動（マネジメント）であった。その結果、外部環境に大きな影響を与え、社会的満足も実現させたことから、近森会グループは、経営力の高い組織であることが証明できる。

近森正幸理事長の強いリーダーシップと片腕であった川添昇前部長の経営手腕により、人間力の高い職員たちが力を発揮して組織を運営してきたが、今までのような経験と勘と度胸だけでは経営管理を乗り切れない局面がきている。チーム医療の実践を通して各専門職はその専門性を高めるとともに人材育成を体系的に進めてきた。近森会グループの一連の経営改革の中で、経営管理職も実践を積み、成長していることは間違いないが、教育・人材育成体制が体系的に整っているとは言い難い状況である。小山(2005)は、およそプロと呼ばれる人々の多くは、体系的な基礎教育とともに高度専門職業人としての専門教育を受けている。それゆえ、教育研修を軽視する専門分野は、いずれ衰退することになると述べている。大藪(2005)は、良い働き場所は、どれだけ人間として成長の場として環境が整備され、長期のキャリア形成から見て有効な幅広い教育訓練の制度があり、またそのキャリアを評価してくれる組織文化があることだと述べている。前述したキャリア・ディベロップメント・プログラムの構築と人事制度の確立が近森会グループの更なる発展への一助になると考える。人事制度の運用については、宮部(2008)は、人材マネジメントには人事制度の可視化が不可欠であると述べている。

6. まとめ

本研究を通し、近森会グループには、新しい風を察知し、新しい挑戦を決断して変革していくことを恐れない組織風土が根付いていることが明らかになった。来るべき新しい時代に向け、新しい組織作りも、近森会グループの組織風土があれば達成し、さらに発展しながら事業継続する可能性が高い。

急成長を遂げ2,000人の職員を抱える組織に拡大したグループにおいては、ひとつの経営判断の遅延やミスが経営危機を招くことになる。また、コンプライアンスの重要性を組織全体が理解する組織作り、リスクマネジメントに備えることも大切である。大峡(2008)は、病院を取り巻くリスクマネジメントを考えても、事務系が備えるべき

キャリアは広範囲であり、事務系がそなえるべきキャリアを明確化し、キャリア開発支援制度を構築する必要があると述べている。大藪(2005)は、基本的に資格を持った専門家集団である医療機関内部では、人材育成することは難しいとも述べており、今後の経営管理者育成においては、前述のように off-JT の導入が有効であると考えられる。

経営専門職業人養成校は、経営について、「人事組織」「マーケティング・戦略」「会計・財務」の領域、つまり経営資源であるヒト・モノ・カネを体系的に学ぶことができる。また社会が抱える問題についての最新の知識を得ることが可能である。現場を離れて学びの場を得ることも有益である。現場を離れると違った視点で物事を考えられるようになり、自組織を俯瞰的に捉えることができるようになるだろう。また同じ志をもつものが集う学びの場でネットワークを作ることも大きな財産となる。高度経営専門職業人養成校への職員派遣は今後の組織改革を加速的に進める一助になると考えられるのである。

謝辞 本稿執筆にあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授はじめ、多くの教授陣にご指導を賜り、深謝いたします。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] エドガー・H・シャイン(2003)『キャリア・アンカー』白桃書房。
- [2] 大峽雅男(2008)「民間病院における事務系職員の採用とキャリア形成」『病院』67巻3号、pp224-228。
- [3] 大藪毅(2005)「MBA コースで何を学び、社会・医療機関でどうかすか」『病院』64巻8号、pp614-618。
- [4] 金井壽宏(2002)『働くひとのためのキャリア・デザイン』PHP 新書。
- [5] 小山秀夫(2005)「国立保険医療科学院における「病院管理研修」の実績と課題」『病院』64巻8号、pp619-623。
- [6] 猶本良夫、水越康介(2010)『病院組織のマネジメント』。碩学叢書。
- [7] 平野光俊(1994)『キャリア・ディベロップメントーその心理的ダイナミクスー』文眞堂。
- [8] 宮部剛実(2008)「現場からの可視化(2)可視化と医療経営の課題」『病院』67巻5号、pp452-454。

- [9] 山原克明 (2000) 『経営力評価の研究』 多賀出版。
- [10] 「特集キャリアビジョンを描ける組織は学習する」『看護管理』 20 巻 5 号。
- [11] 「事務職員の人材開発・キャリアパス」『病院』 73 巻 3 号。
- [12] 厚生労働省医政局委託 2009 年度医療施設経営安定化推進事業
「医療施設経営管理部門の人材開発の在り方等に関する調査研究」。

引用ホームページ

- [1] 日本の人事部
<https://jinjibu.jp/> (2016 年 9 月 2 日アクセス)。