

医療法人秀公会 あづま脳神経外科病院の組織風土改革

伊藤 剛史
小川 毅
ゲレルサイハンアリュナー
兒玉 大輔
申 英吉

IIR Case Study CASE#08-06

2008年10月

一橋大学イノベーション研究センター

東京都国立市中2-1
<http://www.iir.hit-u.ac.jp>

本ケースの著作権は、筆者もしくは一橋大学イノベーション研究センターに帰属しています。本ケースに含まれる情報を、個人利用の範囲を超えて転載、もしくはコピーを行う場合には、一橋大学イノベーション研究センターによる事前の承諾が必要となりますので、以下までご連絡ください。

【連絡先】一橋大学イノベーション研究センター研究支援室
TEL:042-580-8423 e-mail:chosa@iir.hit-u.ac.jp

医療法人秀公会 あづま脳神経外科病院の組織風土改革

一橋大学商学研究科経営学修士コース

伊藤 剛史
小川 毅
ゲレルサイハン アリュナー
兒玉 大輔
申 英吉

2008年10月

【謝辞】

本ケースの作成にあたり、多忙な診療業務の合間を縫って2度の取材を快くお引き受けくださり、しかも大変ご丁寧な対応を賜りました、あづま脳神経外科病院の辺院長理事長、牛渡副院長、八木企画情報室長、我妻前人事課長、志和リハビリ部主任、その他職員の皆様方に改めて厚く御礼申し上げます。

1. はじめに

医療法人 秀公会(以下、秀公会という。)は、福島県福島市に所在する医療法人である。秀公会は、24時間の救急体制を備える脳神経外科・循環器科専門のあづま脳神経外科病院を中心に、居宅介護支援事業所「総合ケアセンター」、介護老人保健施設「ケアフォーラムあづま」、小規模多機能介護支援施設「なじみの里」を運営しており、あづま脳神経外科病院本体でも通所介護サービスや訪問介護サービスを行うなど、法人全体として急性期疾患医療から保健、リハビリ、介護まで複合的な医療サービスを提供している。現在、秀公会で働く職員は約350名(常勤医師8名を含む)、あづま脳神経外科病院の病床数は168床(福島市内で第5位)、法人全体の医療収入は2007年度で約25億円となっている(図表1、2、3参照)。

あづま脳神経外科病院は、1984年に設立されて以降、順調に業容を拡大したものの、1995年に診療報酬の不正請求を理由に医療機関の免許取消処分を受ける。この実質的な廃業宣告に対して、秀公会理事長兼あづま脳神経外科病院院長である辺龍秀(以下、辺院長とする)を中心に病院全体で診療再開を目指した取り組みを行った結果、1996年に再指定を受けることに成功し、その後見事に復活を果たした(沿革については巻末資料1を参照のこと)。免許取消後に再指定を受けるケースは全国でも幾つか見られるものの、あづま脳神経外科病院のように病院名や経営者を代えることなく、取消前と同程度以上の規模に業容の回復を果たしたケースは極めて稀である。

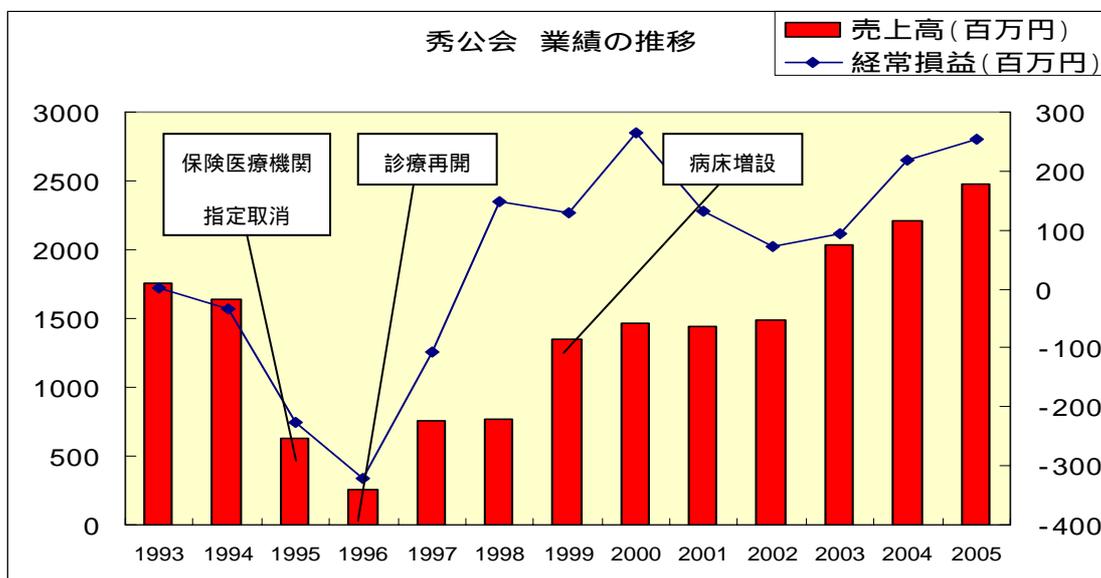
以下では、医療免許取消しというどん底の状態から病院経営を再開し、その後組織風土改革を成功させるに至ったあづま脳神経外科病院の組織改革に関する取り組みを記述する。

【図表1：秀公会の概要】

診療科目	脳神経外科・神経内科・循環器科・心臓血管外科・内科・外科・リハビリテーション科・麻酔科
売上高	25億円(2007年度)
外来数	1,959名/月(2006年度)
入院数	4,498名/月(2006年度)
ベッド数	168床(急性期病棟60床・特殊疾患療養病棟48床・回復期リハビリテーション病棟60床)
医師	26名(常勤9名・非常勤17名)
職員数	353名(2007年9月1日現在)

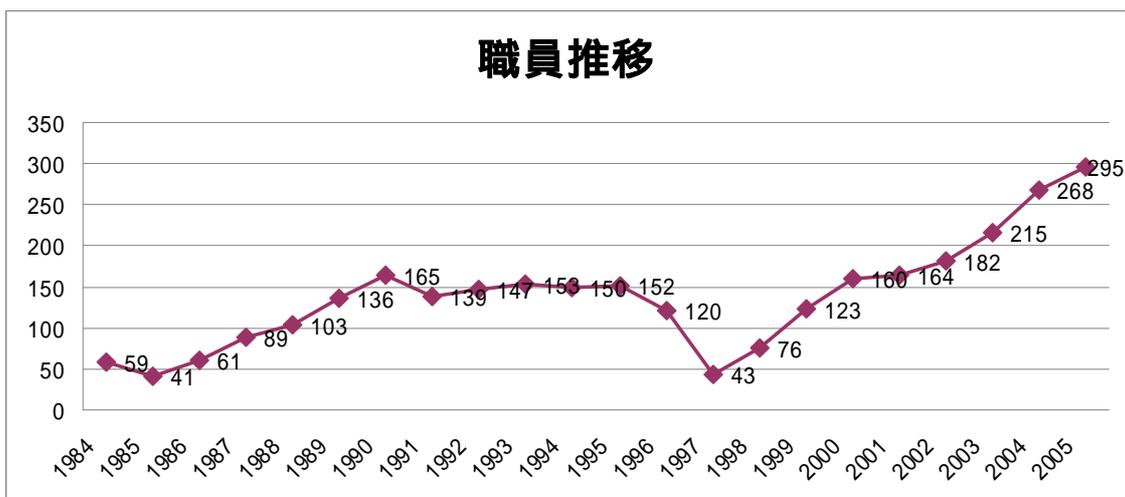
(出所：医療法人秀公会パンフレットをもとに筆者にて作成)

【図表 2：業績の推移】



(出所：秀公会からの提供データに基づき筆者にて作成)
 (注：左目盛が売上高、右目盛が経常利益)

【図表 3：職員数の推移】



(出所：社史「医療法人秀公会 20年のあゆみ」に基づき筆者にて作成)

2. 組織改革に至るまでの経緯

(1) あづま脳神経外科病院の設立から保険医療機関の取消処分まで

あづま脳神経外科病院は1984年2月に病床数112床で開設され、同年12月に救急告示病院の指定を受けた。1986年には日本脳神経学会専門医認定指定訓練施設指定病院となり、翌1987年に病床数を168床に拡大して、大病院への道を歩み始めた。

あづま脳神経外科病院の発展には、当時の福島市周辺院長における医療事情が大きく影響した。病院開設当時、福島市では過疎化・高齢化の進行にもかかわらず、市周辺の脳疾患に関する医療体制は非常に脆弱であった。こうした状況下において、あづま脳神経外科病院の設立は地域社会の長年にわたるニーズを満たすものであり、病院開設後間もなく救急車が病院前に列をなすほどの状況になった。こうした環境下で設立当初から順調に業績を伸ばしたあづま脳神経外科病院は、最盛期には7人の脳神経外科医を擁し、年間手術件数は400件に迫るほどとなった。

しかし、この急速な発展には大きな落とし穴が待っていた。病院規模の急拡大と手術件数の増加の中で辺院長は手術や診療に追われることになり、病院経営は事務部門任せになったため、院内の内部管理は機能しなくなっていった。こうした状況の中、内部告発によって診療報酬の不正請求が発覚し、95年9月に保険医療機関取り消しという行政処分を受けたのだ。内部告発の経緯は明らかになっていないものの、病院周辺の利権が絡む複雑な事件であったと推察される。いずれにしろ、この処分は、病院経営にとって実質的な廃業宣告を意味する非常に重いものであった。

(2) 再指定に向けた取り組み

免許取消によって診療行為が成し得なくなったために、当時約150名いた職員は次々に病院を辞めていった。しかし、不正請求が発生した経緯とその処分に納得せず、何とか病院再建させたいという職員もあり、辺院長と残留した50名ほどの職員は医療機関再指定に向け、以下の取り組みを行った。

まず辺院長は、残留してくれた職員の雇用を確保するため、給与の半額をあづま脳神経外科病院が負担（事実上は辺院長の個人資産で負担）することを条件に、周辺の病院に頼み込んで職員を出向させた。また、病院に残った数名の職員と共に、辺院長は医療費を過剰受領してしまった患者一人一人に対して謝罪と返金を行うとともに、県や市の当局・医師会を頻繁に訪問して、再三にわたり再指定の依頼を行った。さらに辺院長は自らの経営能力の無さを反省し、二度と従業員をこのような目に合わせたくない一心で、あらゆる経営セミナーに参加し、経営に関する多様な文献の講読を行った。なお、出向させた職員に対しては月1回慰労会を開催し、再指定に向けた活動の報告や個人的に励ましの言葉をかけるなどして出向職員の心理的なケアを行った。

職員や患者を中心とする草の根レベルの活動も行われた。患者とその家族が結成した「健

「健脳友の会」は職員と共同して再指定に向けた署名活動を行ってくれた。この「健脳友の会」の協力は、辺院長や職員にとって、病院再建に向けた活動を勇気づける心の支えになったようである。

その後、約1年に亘って行われた辺院長と職員の真摯な謝罪活動と再開に向けた熱意ある取り組み、さらに「健脳友の会」の熱心な署名活動が実を結び、1996年7月にあづま脳神経外科病院は保険医療機関として再指定を受け、同年9月には使用ベッド数20床で診療を再開するに至った。

(3) 再指定後の苦悩（組織風土の劣化）

上記の取り組みによって再指定は果たしたものの、病院再開後の事業運営は非常に苦しいものであった。再開当時の使用病床数はわずか20床、職員は46人にまで減少しており、累積赤字も6億円ほど抱えるという危機的な状況にあった。

こうした状況の中で、辺院長は再開後速やかに、法人の進むべき方向性を示すためのビジョンを明確化し、複合的な医療サービスの提供を目指す「総合医療福祉構想¹」を打ち出した。しかし、資金不足や少人数での多忙な業務運営、免許取消しによる地域の信用失墜など、病院再建に向けての下地が整っていなかったため、現実には構想通りの業容拡大をすぐに実行することはできなかった。

再開後の経営を軌道に乗せるためには、まず資金面での手当が必要であった。法人はキャッシュを持たぬまま多額の負債を抱えており、また辺院長の手元資金も取消中の出向社員への給与支払いによってほとんど残っていなかった。こうした中で銀行との借入交渉を行ったが、当然良い返事をもらえるはずもなかった。しかし、粘り強い交渉を重ねた結果、辺院長の個人資産（不動産など）を売却して法人の負債の返済に当てるという条件のもと、1997年3月に最後の支援として銀行から2億9000万円の融資が実行された。この資金を元手に、辺院長は総合医療福祉構想実現の第一歩として1997年9月から訪問介護サービス事業を開始し、翌1998年5月には病床を120床（一般病床60、療養病床60）にまで回復させた。これにより、秀公会の診療収入は取消前の約8割強にまで回復した。

しかしながら、業容の回復とは裏腹に、院内の雰囲気や業務運営は向上するどころか低下する一方であった。業容回復に伴いあづま脳神経外科病院は職員の採用拡大に着手したが、第4次医療法改正や競合病院の新設、免許取り消しによる信用低下が重なった結果、職員の獲得は容易に進まなかった。特に看護師の確保は困難を極めたため、免許を持っていれば即採用するという状態であった。こうした環境のもとで新たに採用された職員はいわゆる“ジプシー”と呼ばれる看護師・准看護師がほとんどであった。“ジプシー”とは、特定の病院に定着することなく、より良い条件を求め、様々な病院を渡り歩く看護師・准看護師のことを指す。“ジプシー”達は自らが過去に蓄積した知識や能力に依存して仕事を

1 辺院長があづま脳神経外科病院再開時に、理念・方針とともに打ち出した同病院のビジョンである。急性期から在宅まで、保健・医療・福祉を三位一体として提供する構想で、現在の秀公会のビジョンの根幹を成すものである。

行い、あづま脳神経外科病院に以前から勤める古参職員の声にあまり耳を傾けようとしなかった。当時のあづま脳神経外科病院には業務マニュアルや各職務に求められる職能要件などが存在しなかったことも、そうした傾向を助長した。このような状況は古参職員と“ジブシー”職員との心理的な対立を生みだし、その結果院内のコミュニケーションは希薄化した。そして、コミュニケーションの希薄化は業務上のミスを生み出すこととなり、そのミスのフォローを古参の職員が行うことによって、古参職員の業務はますます多忙化した。前看護部長（現副院長）の牛渡悦子は当時の状況を次のようにコメントしている。

以前からこの病院に勤めていた看護婦と新たに入ってきた看護婦の間には確かに変な確執がありました。当然、病院に対するロイヤリティや看護に対する姿勢も違うわけですね。・・・お互いの人間関係もギクシャクして、陰口を言いあったり、時には車やロッカーに傷がつくなんて事件もありましたよ。・・・そういった状況でしたから、職員間のコミュニケーションも少なく職員間の連携も悪くなって、患者さんから「あの人とこの人の言うことが違う」なんて苦情もよく言われました。・・・今から思うと、あの頃は患者さんの急変も今より多かったと思います。（各職員が行うべき）予兆のチェックが前より低下していたのかもしれない。そんなことで、毎日事故が起きないか心配で、前からいる幹部・中堅職員はよく深夜まで患者さんの容体をチェックしていましたね。・・・常にバタバタしていました。²

こうした状況下で、競合病院からの引き抜きにあって退職する古参職員も出始め、またジブシー職員の退職も重なることによって離職率が高止まりするなど、人心は極めて不安定な状態が続いた。その結果、組織内の雰囲気は停滞し、業務運営も非効率となり、それが患者へのサービス低下へと繋がった。また、離職率が高いが故に組織内の知識・経験の蓄積や職員への長期的な教育が進まず、職務スキルの向上も実現しない状況がしばらく続いた。

3. 組織改革の内容とそのプロセス

上記のとおり、再指定後のあづま脳神経外科病院は訪問介護事業の開始と病床の増設によって業績の回復は果たしたものの、現場の業務運営は混乱したままであり、人材の確保や採用後の教育も進まず、人心の不安定な状態が続いていた。職員の多くは、過剰労働や低賃金に対する経営側への不満や病院の将来に関する不安、職員間の確執による他の職員への不満などを抱えていた。こうした環境において、業務効率は低下し、また患者に対する既存サービスの改善や新たなサービスの導入もなされなかった。こういった状況を打開し、真の法人再建を実現するために、辺院長は99年から本格的な組織改革に着手する。

² 牛渡悦子氏（現、副院長）に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

(1) 職能資格制度の導入による人事制度改革

辺院長は、まず初めに職能資格制度の導入による人事制度改革に着手した。辺院長は取消中に参加したセミナーで人材育成の重要性を強く認識していたものの、再開後しばらくの間は病院の経営を軌道に乗せることに専念していたため、トップダウンでの経営に徹していた。しかし、訪問介護事業の開始と病床の増設により経営の安定にある程度の目処が立ち、一方で院内の雰囲気停滞していたため、まずこの改革から着手したのである。

この改革を行う以前のあづま脳神経外科病院では、学歴主義・年功主義に基づく人事制度が採用されていた。具体的には、学歴の違いがそのまま給与に反映され、同じ大卒でも出身大学が一流であるほうが二流大卒よりも給与が高いという状況であった。また、個人の能力に関係なく年功に基づく給与設定が行われていた。このような制度運営であったため、院内には自己の能力を高めようとする意識や行動が生じにくい風土であった。こうした風土を一新するために、辺院長は「人の育たない病院に未来はない。責任は全て自分がとる。」という強い認識をもって人事制度改革に取り組むことを決断したのである。

この改革を発表した当初、賃金が減るという恐れなどから、約半数の職員は反対の意向を示し、特に一部の古参職員を中心に改革に強く反対する動きが生じた。中には退職を申し出る者まで現れた。これらのメンバーは、あづま脳神経外科病院の医療機関取消から再開に向けて尽力した者であった。しかし辺院長は、人事制度改革によって病院再建を実現するという強い決意に基づき彼らの退職を引き止めはしなかった。

この改革を行うにあたり、牛渡をリーダーとする組織横断的な人事制度改革プロジェクトが立ち上げられた。このプロジェクトは理事長直轄の組織であり、メンバーには理事長である辺院長が「将来の法人を担うやる気のあるコア人材」として目を付けた、古参から若手までの幅広い人材が各部署から1名ずつ抜擢された。

人事制度改革の中で最初に実行されたのは、年功制から職能資格制度への給与体系の変更と、賞与の業績連動化であった。ただし、給与や賞与の変更は当時の不安定な人心を更に悪化させる恐れがあり、また評価制度も完全なものに出来上がっていたわけではなかったため、各人の職能ランク（給与ランク）の移行にあたっては、勤続年数を考慮したうえで各人の給与が減ることのないよう配慮された。また、新しい給与テーブルについては、全体的に賃金水準が引き上げられたものとなり、その結果、従来福島市内で最低水準であったあづま脳神経外科病院の賃金水準は全国平均の水準、つまり福島市内でも高い水準へと引き上げられた。この措置は、財源に余裕はなかったものの辺院長の判断によってなされたものであり、当初多くの職員が有していた人事制度改革の導入による賃金カットへの不安感の払拭と、人材流出の回避を意図していた。この配慮により、大きな混乱を生じさせることなく改革をスタートさせることが可能になった。

職能資格制度の導入は、職員の職務能力と管理者の管理能力の向上、及び業務効率化を目的としていた。当該制度の導入にあたり、最も困難かつ重要であったのが「能力の物差し」となる職能要件書の作成であった。それまでのあづま脳神経外科病院では、各職務に

必要となる職能要件が整理されておらず、またプロジェクトメンバー自身もそれを整備できるほどの知識を有していなかった。そのため、職能要件書の作成は各部署の職員全員参加によって約1年をかけて行われた。職能要件書や教育制度の作成時における様子や苦労をプロジェクトリーダーである牛渡は次のようにコメントしている。

評価制度の導入を検討しはじめたときに最初に苦労したのは、個々の職員が自分の能力に照らして評価制度の अच्छが いい、こっちがいいと言いつつ出たことですね。当然、新しい評価制度に基づいて自分が評価され給与が決まるわけですから、当たり前のことです。・・・「個人の価値観は捨てて、病院全体のことを考えてほしい」と言ってもなかなか受け入れてもらえず、最初はかなりやりあいました。³

職能要件を決めるときに、現場の長ですら自分の職場の職能を把握できていないような状況だったんです。そういう状況の中から「あれも必要なんじゃないか、これも必要なんじゃないか」という具合に一つ一つの職能要件を出していったのです。だから、出来上がるまでに1年もかかりました。⁴

職能要件書を作成する過程で、個々人がそれぞれ自分の業務を振り返りながら患者の診療や看護に必要となる業務や能力を洗い出したことにより、現場に適した実用性の高い職能要件書と業務フローが出来上がり、その結果、以前よりも業務効率が飛躍的に向上した。また、牛渡による以下のコメントにあるとおり、個々人の不満や要望を打ち明ける機会を設けたことで、自分の行動に対する反省や望まれる行動の共有化が図られ、日常業務における一種の規範が形成されたようである。

なかなかうまく進まないときに、全員から無記名で自由な意見を書いてもらいました。そして、全員が他の人の悪口を書いてきたのです。「あの人がこれをやらない、この人はこんなこともできない」なんていう感じで。この時、この病院の風土がここまで悪くなっていたのかと実感しました。私はそのアンケート結果をみんなに見せました。そして、「自分がどのように見られているか、各自が力をつけるためにはどのような解決策があるか、(充実した医療にとって不可欠な) チームプレーを行うようにするには何が必要か」などをみんなで考えてもらうことにしました。それから個人の自覚というか何か少しずつ変わっていったような気がします。⁵

こうして作成された職能要件書に基づき、目標設定や管理(人事面接)、個々人の評価(人事考課)が行われることとなった(図表4参照)。また、職能資格制度の導入によって、実力本位の評価がなされた結果、資格にとらわれない昇格・昇進も実現した。実際に、あ

3 前掲牛渡氏に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

4 前掲牛渡氏に対する筆者のインタビューより。2008年1月21日、あづま脳神経外科病院にて。

5 前掲牛渡氏に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

構成され、同会議で法人の中長期戦略が決定・確認されることとなった。また、戦略の実行にあたっては、各部署が同会議で決定した戦略目標を実現するための年次毎のアクションプランを立案し、その内容が年度末に開催される全職員参加の年次経営計画発表大会で発表された。こうしたミドルアップ型組織運営の導入は、ミドルとトップの情報共有及び一体感の醸成を進める効果をもたらした。

しかし一方で、一般職員とミドルとの距離を広げるといったデメリットを表面化させる結果も招いた。中長期経営計画策定会議で決定されたこと以外の一般職員の意見や提案はミドルで留まってトップまで伝わらず、これによって生じたミドルと一般職員の距離感はアクションプランの浸透・実行にも影響し、なかなか目標通りの成果が上がらないという状況を招いた。そのため、患者への充実したサービスの提供、ひいては組織目標の達成度向上を実現するためには、一般職員のモチベーション向上と主体的行動が極めて重要であると認識されるようになった。

院長を囲む即決の会

ミドルアップ型の組織運営によって顕在化した一般職員の不満の解消と、ボトムアップ型の提案活性化及びトップと一般職員とのコミュニケーション強化を目的に 2003 年から導入されたのが「院長を囲む即決の会」(以下、即決の会という。)である。この制度は、改革に向けた一般職員の意欲を引き出すことによって組織を活性化させるために、辺院長自らが考案して導入したものである。

この意思決定システムの特徴は、階層の壁を越えて一般職員がトップに対して院内のサービスや業務改善などに関する多様な提案を自由に提起し、かつその場でトップが直接アイデアの決裁及び意見交換を行うことであり、毎週月曜日の夕方に辺院長が理事長室で待機する形がとられている。なお、ミドルを意思決定ラインから外すこの意思決定システムは、一見ミドルの反発を起しそうなものであるが、幸いそのようなデメリットは顕在化していない。

本制度開始当初は、なかなか理事長室を訪れる者は少なかったとのことであるが、徐々にその数は増加していき、今では理事長室前に行列ができるほどの盛況である(提案件数は年間 300 件を越す)。提案件数が増加した理由として、一般(若手)職員にとっての手続面・心理面双方のボトルネックをうまく解消した点が挙げられる。まず手続面においては、説明のための資料を不要とし、提案者がその場で話すだけという簡易な形式にした。次に心理面においては、病院のトップを前にして職員が萎縮することがないように、提案者に対して提案前にミドルが助言を与えたり練習を手伝うなどして自信を持って会に臨めるよう支援した。さらに、辺院長自身も即決の会が活性化するよう様々な配慮を行い、ミドルに対しては職員から上がってくる提案を即決の会に回すように伝え、また提案者に対しては賛辞の言葉や適切な助言を与えた。

こうした配慮によって、提案件数及び採択数が増えていくと、自分の提案が採用された職

員はモチベーションを向上させ、またそうした行動を横で見ていた別の職員も影響を受けて提案を行うという好循環が生まれた。さらに、この制度は一般職員のスキルアップや部門間連携の強化にも貢献しているという。実際にこの制度を利用しているリハビリ部主任の志和智美以下のようにコメントしている。

即決の会は後輩の教育の場として多く利用しています。後輩に資料を作らせて、考えさせて、企画させて、決裁をもらいに行かせます。そして決済もらったものを実行させて結果を出す。そういう機会ってなかなか無いですし、実際トップと話す機会って言うのも300人くらいの組織ではなかなか無いので、緊張感のある場で発表することで後輩は成長していると思います。・・・自分が提案したい企画について自分の部署だけで実現できない場合には、他部署を巻き込んで実現させます。また、資料作成の過程でも他部署とのコミュニケーションも生まれるので、このプロセスによって部門間連携が強化されていると思います。・・・即決の会は一年目、二年目の職員に多く利用させています。そうすることで、若手の職員の中でいい意味での競争意識や、互いに協力し合う姿勢が身につくため提案数も減ることが無く、常に新しい提案が生まれています。⁸

「患者のために病院が毎日変わっていくので、この病院にいるとやる気が出る」といった意見は、この制度の定着度、職員のモチベーションや改善活動への好循環を物語っており、ここで提案される細かい改善案が、現在のあづま脳神経外科病院におけるサービス向上や業務の効率化に大きく貢献していると考えられる。以下、即決の会によって生まれた制度として「言葉のリハビリ友の会」、「365日のリハビリ」、介護不安軽減のための「おひさまの会」について、簡単に説明する。

まず「言葉のリハビリ友の会」は、リハビリ部の職員が日々接する患者に対して「早くリハビリできるように何かしたい」という考えから生まれた。脳血管疾患患者の2割が言葉をうまく話せない、ろれつが回まわらないなどコミュニケーション障害を持っており、そのため他人に話しかけることが苦手になり、話す機会も減少してコミュニケーション障害からの回復が遅れるという悪循環に陥っていた。そこである職員が患者同士で自然に話しができるようにと、入院患者や患者の家族が皆ごはんを食べたり外出したりするなどの様々なイベントを行う会を即決の会に提案し、採択された。当初は20名程度の参加であったものの、現在「言葉のリハビリ友の会」には、スタッフを含め総勢100名以上の方が参加している。

「365日のリハビリ」は「毎日リハビリしたい」という患者からの希望に応えることを主たる目的とし、リハビリの頻度を高めることが、より高い効果が得られるという理学的根拠もあったため、即決の会で提案され採択された。運営にあたって、365日リハビリが

⁸ 志和智美氏（現、リハビリ部主任）に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

行えるように運営体制を整える必要があったが、シフトの作成などといったリハビリ部の自発的な努力によって、365 日リハビリが開始された。このサービスは開始して間もないため明確な効果はまだ測定されていないが、サービス開始から 2 カ月後に病院が実施したアンケート調査によると、多くの患者や看護師が当サービスの利便性を高く評価している。

最後に、「おひさまの会」は介護者に対して介護専門家がアドバイスや支援を行うとともに、介護者同士の交流場を設けるための会として 2004 年 10 月から導入された。本会の目的は、介護に対する疲弊や介護の仕方に悩む介護者の負担を軽減し、また病院や家族が協力して効率的な介護を実現することである。現在は 2 か月に 1 回の頻度で開催されており、今後は介護者同士が独自に同様の会を主催し、自分たちの思いの共有や介護の問題に関する社会へのアピールを行っていきけるようになることが目標とされている。

(3) 部門間連携を高める取り組み

急性期の診療からリハビリ、介護までの複合医療サービスの品質を向上させていくためには一人一人の患者に関する情報の共有化を図る必要がある、そのためには部門間連携の強化による職員間のコミュニケーションの円滑化が欠かせない。また、多部門にまたがる課題について、各部門が協力して取り組む仕組みや風土も必要である。秀公会はこうした課題に対応するため、組織横断的な取組みを積極的に導入した。その代表例が組織横断プロジェクトの導入と他部門混在型のスタッフステーションの設置である。

組織横断型プロジェクト

組織横断型プロジェクト(以下、CFT とする)は、法人全体に関わる戦略の達成可能性を高め、また部門間の壁を打破して自由度の高い柔軟な組織運営を目指すことを目的に導入された制度である。CFT は人事制度改革プロジェクトから始まり、現在までに数多く設置されており、日常業務では解決できない、かつ法人にとって優先度の高い問題を扱っている。

CFT は理事長直轄の組織であることから、プロジェクトメンバーには高い地位が保証されている。CFT のメンバー選定は、当初全メンバーを理事長が指名する形態であったが、現在では理事長の指名はプロジェクトリーダーのみであり、他のメンバーは公募制となっている。また、CFT における活動成果は人事考課において加点主義で評価され、昇進及び賞与に反映されている。CFT は全社的課題の解決に貢献するばかりでなく、CFT メンバーに対する全社的視野の養成や部門間連携の強化としても機能している。人事制度改革プロジェクトメンバーとして、実際に CFT 活動に携わった志和は CFT 活動の苦労とその活動によって得た成果を次のように述べている。

プロジェクト発足当初の苦労は、他の職員から「患者を離れてプロジェクトのための会議を行うことが良い事なのか」といった反発があったことでした。・・・でも、プロジェクトをや

っていくうちに、色々な人に顔を覚えられて声をかけてもらったり、他部門の方とコミュニケーションをとる中で、病院全体にプロジェクトに対する理解が少しずつ生れてきました。⁹

プロジェクトを通じて得た成果は、一つはものの見方がちょっと大きく見れるようになった事だと思います。例えば普通に働いているリハビリが、理学が、という言葉を使っていましたが、プロジェクトに入って主任になってからは、「法人は」「病院は」という言葉がよく出てくるようになりました。・・・業務をしながらも、(自分が所属する)リハビリ部と法人全体を同じ割合で見る(考える)クセも付くようになったと思います。・・・もう一つは法人全体の方針が決った時に、牛渡看護部長のやり方を間近にみたりして、それを思い出しながらリーダーシップだったり、組織を率いるという感覚を覚えていったことが成果だと思います。¹⁰

現在ではCFTの活動が数々の成果¹¹を挙げており、その重要性が院内にも十分浸透している。また、CFTは中堅職員の実践教育の場となっており、組織全体に関わる大きな仕事に多くの中堅職員が参加することによってコア人材の育成が図られている。この点については何名かのミドル職員が「CFTの活動を通じて部下が自信を持つようになり、ひと回り大きくなっていくのがわかる」と述べている。それと同時に、CFTは将来の幹部候補者の発掘の場ともなっている。

多部門混在型のスタッフステーション

部門間連携を高めるために、あづま脳神経外科病院で行われている特徴的な取り組みとして、「ナースステーション」の代わりに「スタッフステーション」を設置している点も特徴的である。

スタッフステーションは、医師や看護師、レントゲン技師、薬剤師、理学療法士など、様々な業種の職員が混在しながら仕事を場所となっており、患者の治療方法に対し緊密な情報交換を行う場として機能している。このような運営を行うことによって、例えば看護師が患者の症状を報告すると、それを受けた理学療法士がリハビリメニューを変更するといった適切な処置ができるようになり、さらに情報交換した内容が患者との会話のきっかけとなって患者の安心感を生むなど、病院サービスの向上に繋がっている。

このように、多くの職員が普段から部門を越えて接点を持つような工夫が行われていることによって、職員の部門の壁に対する意識が無くなり、セクショナリズムが生じない原因になっているといえる。

9 前掲志和氏に対する筆者のインタビューより。2008年1月21日、あづま脳神経外科病院にて。

10 前掲志和氏に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

11 CFTの具体的成果として、病院機能評価プロジェクトによる病院機能評価認定、老健事業立ち上げプロジェクトによる老人保健施設の開設、ISOプロジェクトによるISO9001認定などがあげられる

(4) 更なる改革の推進

上記以外にも、秀公会は様々な取り組みを次々に実行している。最近導入された主要な仕組みとしては、各種のインセンティブ制度及びバランススコアカード（以下、BSC とする）が挙げられよう。

まずインセンティブ制度¹²は、改革効果の持続と職員の更なるモチベーション向上を目的に導入されたものである。具体的には、業績が目標を超過した場合に当該超過分の 50% を特別賞与として支給する制度や社員表彰制度などが導入されている。社員表彰制度は、加点制度による人事考課のみでは職員の活動意欲を持続させるには不十分という認識から始められたものであり、表彰の種類は理事長賞を筆頭に 5 種類ある（業績や日常業務の改善、地域貢献、学術等で法人に貢献した個人やグループに対して贈られる）。表彰の対象は職員や患者から推薦された個人やグループであり、表彰委員会によって選出された個人あるいはグループに対して年次計画発表会の席上で表彰状と表彰金が授与される。なお、表彰委員会のメンバーには経営トップ層は入っておらず、各部門から各 1 名ずつが参加する形態がとられている。その理由は審議過程の公明性を担保することに加え、審議を職員自らが行うことによって法人の考えや評価事項を広く職員に認知させ、自分達も頑張れば表彰される制度であることを身近なものとして実感させることを考慮したものである（図表 5 参照）。

【図表 5：表彰制度】

表彰の種類	内容	表彰基準	賞金額	備考
理事長賞	従来の延長ではなくチャレンジ業務、または新規に業務を創造して、業務に著しい貢献をし、法人の発展に功労のあったチーム及び職員	表彰委員会で総合得点80点以上を基準とする	10万円	退職金規程の特別加算の対象となる
努力賞	日頃の業務を通じて、医療の質や顧客満足度の向上、業務や作業の効率化に、努力して実績を上げたチーム及び職員	表彰委員会で総合得点60点以上を基準とする	5万円	
地域貢献賞	地域貢献や災害時の対応など、院内外を通じて貢献したチーム及び職員	院外活動を通して貢献した者で、総合得点60点以上を基準とする	5万円	
学術賞	院内研究発表会及び院外研究発表会、会の学会、雑誌などへの発表及び掲載など、より専門性にあふれ法人に有益となる優れた論文を発表したチーム及び職員	表彰委員会で総合得点60点以上を基準とする	5万円	
キラリ・アイデア賞	実現が可能であり、法人に有益となる優れたアイデアを企画立案したチーム及び職員。ただし、提案は企画書を提出し採用された場合とする	実現が可能であり法人に有益となる優れたアイデアを企画立案し採用され、かつ実行された場合	3万円	

（出所：社史「医療法人秀公会 20 年のあゆみ」）

BSC は、過去・現在（法人内・外）・未来を見通せるいくつかの視点で目標を立て、その視点間の因果関係を可視化し、さらに指標を使って達成度を検証する経営手法であり、2005 年度の中長期経営計画より導入された。BSC 導入には、二つの目的があった。一つは、法人全体の戦略目標と部門・個人の目標及び業績との整合性確保であり、もう一つが

12 業績連動の特別賞与、サービスや業績向上に有効な提案に対する各種表彰制度など

個人の目標設定における長期視点の確保であった。秀公会では 顧客、 医療と介護の現場の質、 人材と変革、 財務という4つの視点を用いて、全体戦略や中長期計画と整合性のある目標をそれぞれの視点ごとに設定し、それらの目標に対するフィードバックと学習を繰り返すことにより、業務プロセスや職員の変革を促している。なお、現在では「コミュニティセッション」が導入され、法人全体の戦略目標と各職員の目標及び業績との連動性がより確保されるような管理や教育が図られている。

4. おわりに

現在のあづま脳神経外科病院では、質の高いケアミックスサービスを実現するための職員の主体的行動が随所に見られる。例えば、病院内では事務員を含む全職員がすれ違う患者に対して丁寧なあいさつや気遣いのある声かけを行っており、また歩行の不自由な患者などには近くにいる職員が職種に関係なく手を貸す姿を目にすることができた。組織風土改革が職員の意識を変革し、こうした行動が自然となされる風土が醸成されたのである。

医療免許取消という“どん底”の状態から上記の組織風土改革を成功させるまでに至った過程の中で、辺院長が発揮した強いリーダーシップの存在を忘れてはならない。辺院長は強い信念のもとで改革を断行し、見事に組織を再生させた。その強いリーダーシップを芯で支えたものは何であったのか。辺院長はその点について、以下のとおりコメントしている。

リーダー（経営者）の役割を果たすために重要なことは、まず“覚悟を決めること”だと思います。常に背水の陣を敷いて経営に強くコミットしていくこと、これが絶対に必要ではないかと。この考えは今回の取消から得た教訓ですね。・・・取り消しになった後、「自分自身の全ての資産と時間を投入してやれることは全部やろう、それでだめなら職員に一切の迷惑がかからないように辞めよう」と気持ちを決めたときから、自分自身の行動も（私の行動を見ている）職員の動きも前向きになりました。ですから、平常時でも非常時でもリーダーは常に強い覚悟を持って必死にやらなければいけない、逃げたらだめだと、これがリーダーにとっての前提条件と思います。・・・そしてリーダーの役割としては、月並みな言葉ですけど、組織の方向性をしっかり指し示すこと、ベクトルを統一すること、さらに組織の成長と個人の成長のための機会を用意して成果が上がるように支援していくこと、これが私の経験から重要じゃないかと思うことです。¹³

また、改革による職員側の意識変化について、辺院長とともに改革を牽引した牛渡は次のように述べている。

改革前の自分は、「看護師の長である」という認識しかなく、看護師のことだけを考えれば

13 辺龍秀院長に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

よいと思っていました。他の部署への進言などは、喜ばれるどころか「越権行為だ」と非難されるような風潮があり、余計なことは言ってはいけないと思っていました。でも改革の過程を経て、今では病院全体を見るように視点が変わりました。・・・組織の一員であれば部門の壁など関係ない、患者への無責任だけは絶対にだめだと思うようになりました。¹⁴

同様に、前出の志和は次のように指摘している。

今も昔と変わらずパタパタしていますが、悩みの内容が変わったと思います。昔は職場や同僚に対する不満が悩みのタネでしたが、今では患者さんにとってどのような看護やりハビリが最適か、喜ばれるかというのが悩みです。・・・周りにも仕事がそこそこできる人達が集まっていると思います。周りにそういう人がいると負けないようにしなきゃ、といういい意味での競争みたいなのがでてくるんですね。¹⁵

秀公会は現在でも決して現状に満足している様子はない。理事長や職員は、「うちの組織改革はまだまだ不十分だ」、「まだ理念が十分に浸透していないと感じており、危機感を持っている」と指摘しており、更なる改革に向けた高い意識が定着している。

14 前掲牛渡氏に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

15 前掲志和氏に対する筆者のインタビューより。2008年5月22日、あづま脳神経外科病院にて。

【巻末資料 1 : 秀公会沿革】

1984年	2月	脳卒中専門病院として診療開始(開設許可数 112 床)
1985年	12月	救急告示病院として指定を受ける
1986年	8月	日本脳神経学会専門医認定 指定訓練施設認定
1987年	12月	病床数 168 床開設許可(56 床増床)
1988年	4月	医療法人秀公会設立
1995年	9月	保険医療機関指定取消
1996年	7月	保険医療機関再指定
	9月	診療再開(使用ベッド 20 床) ミッションマネジメントの導入(総合医療福祉構想の確立)
1997年	3月	銀行からの融資
	9月	ひまわり訪問看護ステーション開設
1998年	4月	ケアミックスの選択
	5月	飛躍 21 戦略会議発足 療養型病床開設(一般病棟 60 床・療養病棟 60 床)
1999年	6月	病床増設(一般病床 60 床・療養型病床 108 床)
	12月	職能資格等級制度導入決定 人事制度改革プロジェクト発足
2000年	4月	各介護保険事業所開設 ・指定居宅介護支援事業所 ・たんぼぼヘルパーステーション ・通所リハビリテーション ・短期入所療養介護 新人事賃金制度導入開始 (職能資格等級制度・人事考課・目標面接)
	6月	新給与体制へ移行
	10月	第 1 回中長期経営計画発表
	12月	人事考課・目標面接訓練開始
2001年	1月	全員参加型の経営実践宣言
	3月	各種組織横断型プロジェクト発足
2002年	3月	年次中長期経営計画発表大会開始 表彰制度開始
	5月	職能要件書完成
2003年	4月	コミュニティセッション導入 院長を囲む即決の会開始
	8月	介護老人保健施設ケアフォーラムあづま開設
2004年	4月	変革奨励賞実施
2005年	10月	バランススコアカード導入
2006年	5月	小規模多機能居宅介護事業所 なじみの里開設

(出所：社史「医療法人秀公会 20 年のあゆみ」等に基づき筆者にて作成)

【参考文献】

- ・「日経ヘルスケア」2005.1 p.26-28 日経 BP 社
- ・「日経ヘルスケア」2007.2 p.43-46 日経 BP 社
- ・「日経ヘルスケア」2007.9 p.29-31 日経 BP 社
- ・「看護部マネジメント」(No.153) p.7-14 2002.12.1 産労総合研究所
- ・「看護部マネジメント」(No.246) p.4-25 2007. 3. 1 産労総合研究所
- ・「看護部マネジメント」(No.247) p.29-49 2007. 3.15 産労総合研究所
- ・「看護部マネジメント」(No.248) p.24-58 2007. 4. 1 産労総合研究所
- ・社史「医療法人秀公会 20年のあゆみ」2005 医療法人秀公会