

＝次世代の医療・福祉事業の経営者をどのように育むのか＝

先日、NHKを見ていたら、企業の社長の後継者がいないという番組をやっていました。

これを見ながら、医療・福祉事業でも同じことだなと感じました。どのような制度を設けても、医療や福祉は、最終的に事業者により提供されます。したがって、その事業主体の経営層が、どのような人であるかが、その提供される医療や福祉の質と、その効率性に、最も大きな影響を与えます。

今回は、2 月にあった ある自治体病院からの抗議を導入として、将来の医療・福祉事業を担う経営者をどのように育てていくのかについて、考えてみます。

<私の誕生日に抗議文を受け取った>

…具体の個人や団体等に対して個別意見を付した記事を書く場合、特に、それが相手方に否定的な考えである場合には、相手方の関係する必要な情報や裏付けとなる資料等を踏まえるのが常識と考えますが、〇〇市民病院の経営実態や取り巻く医療環境、また、自治体病院として果たすべき役割、増床に至った経緯、工事内容等の具体について、どの程度ご認識された上でのご意見なのでしょうか。当院への取材等は行われたのでしょうか。根拠のないものは、誹謗・中傷でしかありません。

…また、この記事が原因で患者や地域住民と当院の信頼関係が損なわれるようなことがあってはなりません。大変失礼とは存じますが、該当する段を訂正・削除されるなど、賢明なご判断をお願いします。

これは、ある公的病院の病院報に、1 年間、連載(各回 A4 1 枚程度の分量)していた際の、最終回の記事に、病院名は書かずに、「70 億かけて 100 床増床する」という計画に、「経営効率の悪い自治体病院で無駄に税金が使われるかと心配」と、懸念を示したことに対して、当該自治体病院の「参事」の方(市役所からの出向者のようです)から寄せられた抗議文の一部です。

本年 2 月の私の誕生日の日付でした。

この文書を開封し、内容を見た家族は、「何これ?!」と、驚くとともに、怖い…と感じたようです。

私も、この程度の「拙文」に、大市民病院の幹部の方が意見を言うのも妙に感じましたが、全額税金で行われることから、何かしらの問題が地域であるのだろうと推測はできました。この地域には、この事業に反対する者も少なからずいる(市民病院だけへの過大な資金投入、将来の看護師確保の苦労などの理由から)ということが。

原稿を書いた私のスタンスは簡単です。

国立も自治体も民間も、医療費という国民が最終的に負担する保険料・税で賄われている以上、いずれも基本的には公的な主体であり、どのような主体でも、医療の標準化や地域医療の支え、障害医療などに役割を果たし続けるとともに、医療費以外の税金に依存することなく、子ども達の将来の税負担を軽減すべく努力する立場と考えます。

また、自治体が、自治体病院に投入する資金は地方交付税で賄われており、その地方交付税は全国から集められる所得税や法人税の一部を使っています。その意味では、自治体病院の公費投入は、その自治体の問題だけではなく、全国の納税者が関心を持つべき事項であり、公費投入に説明を求めるべき立場だということです。

原則、自己資金で建築等をする NHO や民間では、誰に何を言われても止める人はいませんので、もし私のような拙文を見ても、「バカなことを言っている。見てればわかるさ。」で終わり程度の話とは思いますが、自治体病院は外部の関係者(行政・議会)の理解を得ないと何もできません(理解が過半を超えれば何とかできる)ので、内部に目を向けるのではなく、外部への説明に力を注ぐこととなります。賛成と反対が拮抗する場合には、こうした些細な声にでも神経質になるのでしょうか。反対する人を勢いづけないように…

しかし、こうした行動自体が、事業経営とは無縁の原理で支えられており、本来なすべき、病院内部の管理を弱め自律経営を阻害することになるというのが、私の考えです。また、こうした環境下では、病院の経営を健全なものにしていく経営者が育つことはないでしょう。

＜医療・福祉事業は、いずれも後継者難＞

「経営」とは、外部環境の変化等を分析し、それを踏まえて、内部を変える、組織に関わるといった行動です。内部をほっておいて、外部に訴えるのは、陳情でしかありません。

しかし、医療・福祉事業の分野では、この当たり前の内部を向いた行動を苦手とする事業者、経営層が多いようです。もちろん、それを極めて高いレベルで達成している事業体もありますが、そうした主体もトップの交代、中核となる経営層の交代で、そのレベルが揺らぎます。

医療分野では、組織のトップはほとんどが医師ですが、その経歴からして、大組織の一員として働くことは稀です。大きな病院に勤務しても、特定の診療科での診療にとどまり、病院全体の管理という面での経験は、ほぼ皆無です。

その経験不足のまま、理事長、院長として、医局の統率の問題、看護師等の離職・採用の問題、建設投資・設備投資判断の問題、人事・給与の問題、職員間の労務問題など、これまで直面したことのない問題に、次々に追われます。医療収入が100億を超え職員数も1千人を超えるのも病院では珍しくありませんが、病院規模が2倍になれば、起きる問題は4倍、8倍と増えていきます。これからも病院の人員は増え続けるでしょうから、さらに経営層の管理能力の向上が問われることとなります。

こうした大変さ、面倒さから、組織トップになることを忌避する人が増えています。

世襲制が多い民間医療法人・病院でも、後継者と目される人が、その立場を嫌がり外での臨床家としての立場を求める事例も多くあります。また、大学医局との関係などで決まることの多い公的病院でも、なかなかトップにふさわしい人を選定することは難しくなっているようです。

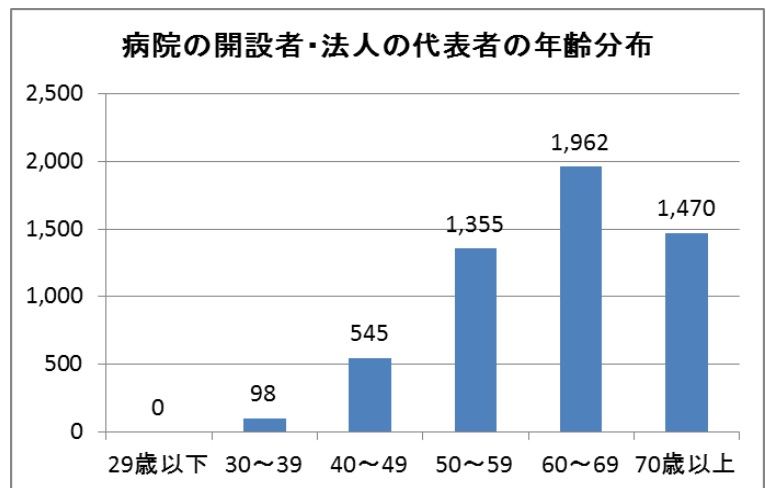
その背景は、NHK番組の社長後継者がいないと同じく、リスクを引き受ける意欲が社会全体として低下していることもあると思いますが、理事長・院長になるための準備を体系的に受けていないという問題も大きいと思います。誰しも、一定のトレーニングを受けずに、いきなり責任を引き受け、全うしろと言われても 尻込みするものです。

全国には、8千か所を超える病院がありますが、医師・歯科医師・薬剤師調査(2010)の結果では、病院の開設者(院長)等は、5千人を超える程度です。

その年齢分布をみると、60歳以上が6割を占めており、今後10年程度で、数千人の院長交代が起きることが容易に予測されます。

この院長候補を、どのように社会的に育成していくか、そこで医療を受ける立場から言っても、重要な問題です。

国立保健医療科学院において、以前、病院長候補を対象としたマネジメント研修があったようですが、平成24年度の研修計画ではなくなっており、残念なところです。



介護・障害分野では、医療分野との比較では、経営層はもとより、管理職候補すら不足しているという意味で、状況は悪いと言えます。(株)日本経営と介護事業に関する勉強会を1年以上続けてきましたが、コンサルタントの現場感覚として、「管理職の名前はついているが、管理職としての実力は不十分」という現実に、皆が悩んでおり、それが職員離職の一因とも考えられるとのことでした。

この分野では、職員の処遇改善という趣旨で賃金補助(平成24年度改定で報酬の加算に)の制度が設けられ、その前提として職員のキャリアパスの整備が促されました。しかし、専門職としての技能向上はともかく、各事業体で、管理職候補すら不足しているなかで、どのように職員のレベル向上を図れるかは、個人的には、想像できません。

ましてや、事業のトップ候補となると限られてきます。以前、特別養護老人ホームの施設長となった元銀行員のひと話をした時に、彼が施設長になるために受講した「社会福祉施設長資格認定講習会」が話題になりました。

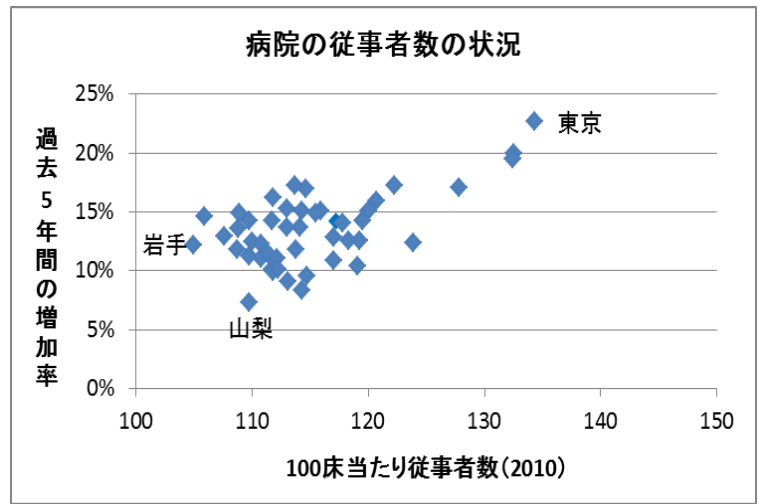
民間で長く働いてきた彼から言うと、「あの講習会で組織トップの責任を果たすのは無理ですね。」とのこと。

彼自身は、専門知識(〇〇福祉概論など)は勉強になったが、事業管理の面の講習内容は、ほぼ無意味と感じたとのこと。実際の施設運営は、民間時代の知識・経験を活かしているとのことでした。施設長の仕事の多くは、専門職としての役割より、組織を動かすということに重点があると、私は理解しました。

<トッパー人では 何もできない>

実際に、スタッフ数を急激に増やす急性期病院、複数事業を展開してグループ化する医療法人・社会福祉法人など、経営管理する＝動かす組織の規模は大きくなっています。

右図は、都道府県別の病院 100 床平均の従事者数を示すものですが、過去5年間で、最も少ないものでも+7%、多いもので+23%増加しています。東京23区では既に100床平均で150人のスタッフを超えています。全国的にも、数年以内で、この水準を超えることが見込まれます。



例えば 200 床規模の病院では、単純計算で 300 人程度の人員がいることとなります。こうした規模は、小中学校の平均的な生徒規模に相当しますが、これを1人の校長で何ともできないことは当然です。中学校の平均的な教職員数は 25 名程度ですが、病院でも、この程度の経営層・管理職がいなと組織は回りません。人員規模が 1 千人、1 万人と大きくなれば、なるほど、この経営層・管理職の能力、組織化の方法(意思疎通等)が高く求められることは当然です。

そして、事業規模の拡大と、経営層・管理職の人員・質の成長とにギャップが生じると、組織は内部崩壊をします。経営が苦しいとする医療・福祉事業の多くは、こうした状態にあります。また、表面的な数字が良いところでも、一皮むくと・・・という場合も結構あります。

さて、これらの集団組織を率いるリーダー、トップが内部組織向けにする仕事は何でしょうか？

- ① 組織の目指す理念・方針を、現場に理解させ、納得させ、行動につなげること
- ② 他の経営層に判断を委ねたことが合理的に行われているかを確認し、必要があれば修正すること
- ③ 自分の判断、経営層への指示が、適切に動いているかを確認するため、現場の意識、不満を確認すること
- ④ 現場の支持を受けていない経営層の更迭など、現場のモチベーションを維持するため経営層を活性化すること
- ⑤ 次世代のリーダー、トップ候補を育成すること

等といったもので、これらは一般企業でも変わることはないでしょう。

問題は、こうしたことを普通にできる人材を、今後、どのように育成していくかです。こうした動きが既にできている組織では、その組織内で学べば、ある程度人材は育っていくでしょうが、できていない組織でどうしていくかは、極めて難しい課題です。

私自身のトライアルは、コラム(9月11日付)でも書いたように、組織の意思決定プロセスを整理して、その最も重要な場で、どのように考えるべきかを示しながら、その結論は、実際の経営者に委ねるという形で進めています。その場で、少なくとも必要な情報は公開し共有する、議論する場合には全員が対等、決まったことは必ず実施するという前提です。

現在の経営者、将来の経営者候補は、種々の思いはあるでしょうが、こうしたプロセスを経ることで、自分の判断に自信を持って、少しずつは自主的に動き始めているように感じます。

また、医療分野については、日本経営の役員の方との雑談で、「将来、病院経営者になりたい、経営者にならなければならない人を対象に、大学で講座を持つと良いのではないか。」と盛り上がり、役員の方は、ある大学に持ちかけているようです。事の成否は不明ですが、もし動き出せば、何らかの協力はしなければならないでしょう。

いずれにしても、経営者として判断すべき事項に係る基礎知識を身につける、実際に他人や集団に関わる方法論を身につける、それを一定の保護管理下で実践する機会を設ける、失敗・成功した際の要因分析を行うといった手順を繰り返すしかないでしょう。

場合によっては、現在の経営層が、そうした動きの障害になります。「上司が、体たらくなのに、なぜ自分が苦勞する必要があるのか」といった意識です。こうした意識を払拭するには、上司を変えないのであれば、本部等の組織でその動きに対して相当レベルの支援する(上司の管理下ではなく、本部の管理下で行うなど)が必要になります。

今の組織内の表面的な融和ではなく、人材育成を重視するという決意です。これがなければ人は育たないでしょう。

<抗議文の顛末>

送られてきた抗議文については、「記載した事項の判断理由を書かずに懸念だけを表明したこと」については、書面で率直にお詫びする一方で、「記載した事項に関し(取材もなしに)判断した理由自体が誤っているかどうか」については、公表されているデータ(病院 HP、総務省 HP、中医協 DPC 資料など)を活用して、10 ページを超える分析資料を作成し、問題となった病院報を発行する病院から、市民病院に渡していただき、コメントを求めました。

整理しコメントを求めた事項は、主に次の点です。

- ① 材料費が著しく高い。この改善(他病院並み)が進めば税金投入は不要であるが、なぜ実現しないのか？
- ② 循環器関係の設備は、DPCデータの診療実績からは明らかに過大であり、(常識的には日本でトップクラスの件数をこなす病院のもの)、経営的にはあり得ないが、どう考えているのか？
- ③ 総工費 69 億の内訳は未公表であるが、一定の推定根拠から、建築費 50~60 億程度、医療機器 10~20 億程度の配分と考えるが、間違っているか？
- ④ これを前提に、NHOの 1.5 倍~2 倍近い建築費用 及び 保有額からみて明らかに過剰な設備投資を病院の収益ではなく税金でという点は、地方交付税の原資を支払う納税者として納得いかないが、どう考えるか？
- ⑤ 疾病別の平均在院日数は、全国的には長いものが多く、院内の在院日数の短縮を進めると、現在より、5 割程度の新入院患者を確保しないと、新病床は稼働率が上がらないが、そのような前提で考えたのか？
- ⑥ 同じ金をかけるのであれば、病院の増床ではなく、既存病棟の強化(在院日数を圧縮)、医療必要度の高い人を受け入れる後方支援病院の育成、急性期病院から直接地域に出る患者のフォローのため自院に訪問機能を付加するという地域整備のほうが効果的と考えるが どうか？

ちなみに、このレポートは、病院報の発行病院の方にも、ご覧いただいたようで、企画課長からは、「無料でコンサルをしてもらっている」との発言があったとのことですが、私自身も、その病院の成長のために、彼らが考えていないであろう視点を整理したつもりでした。

さて、それから 1 週間後、次のような回答文が届きました。

…病院運営の考え方については、それぞれが設置された背景や地域性あるいは専門性等によって一律のものとはならないと考えておりますが、ご指摘いただいた内容については今後の参考とさせていただきます。
なお、今回は、経営の具体について議論するためにお便りしたのではなく、記事として取り扱う場合の慎重な配慮をお願いしたものであり……

また、病院報の発行病院からも、市当局の保健衛生部門に行った際にあった部長のコメントも届けられました。
その地域には、等しく、地域に貢献する 4 つの中核病院があるにも関わらず、「前財務部長のような意見もあるが、市としては、これからも市民病院(うちの病院)に、集中して資源投入する。」とのことでした。

市民病院に届いた私の文書は、それから市当局に届けられ、今後の取り扱いが相談されたのでしよう。
こうした環境下にある病院は 自立した経営者が育ち、子供たちに将来無駄な負担をさせないと考えることもないの
でしょう。これからも、自分たちの論理だけにしがたって、行動し続けるのでしょうか…
この病院は、他の自治体病院より経営水準は悪くなく、あと一息で、自立できると考えているので、本当に、残念なことです。

同じ税金をつぎ込むなら、人件費補填や建築・設備投資でなく、経営者育成のほうが、はるかに安上がりと思うのは私だけでしょうか？ どのように育てるかの方法論の定番はありませんが…

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一