

「医療機関における能力・役割主義 人事制度の導入と今日的課題」

埼玉大学大学院経済科学研究科博士後期課程

学籍番号 12VE109

氏名 齋藤清一

「医療機関における能力・役割主義人事制度の導入と今日的課題」

目次

序章	医療機関における人材の育成・活用・処遇-----	1
1、	本論文の課題-----	1
2、	本論文の問題関心事と先行研究-----	2
3、	研究方法-----	24
4、	本研究の構成-----	24
第一章	医療機関における経営管理の特殊性-----	26
1、	病院経営管理の環境と現状-----	26
2、	医師の秘儀的専門性と賃金-----	28
3、	人事制度のベースになる職能資格等級制度の修正-----	32
4、	医療機関における組織管理の特殊性-----	38
第二章	病院専門職人材(プロフェッショナル)の育成とその特性----	54
1、	専門職制度の導入の背景-----	55
2、	医師の専門性、セカンダリケアの人材育成-----	56
3、	医療職に必要なコンピテンシー分析-----	59
4、	職能資格等級制度と人材育成-----	61
5、	優れたリーダーのリーダーシップの実証分析-----	74
第三章	X病院医師の活性化と人事賃金制度改革-----	79
1、	職能資格等級制度の導入とその後の発展-----	80
2、	能力主義基準(職能要件書)の作成-----	95
3、	昇格・昇進制度の推進-----	103
4、	適材適所による人材の多様な活用-----	106
5、	人事考課と目標管理の推進-----	114
6、	人事考課と業績管理の有効性-----	126
7、	時代に即した新賃金制度の運用-----	130

第四章	H会グループの業績拡大と人事制度-----	142
1、	組織活性化と職能職務資格等級制度の導入-----	142
2、	役職昇進制度の明確化-----	147
3、	経営計画を実現するBSC評価制度-----	148
4、	加点主義人事制度による業績拡大-----	151
5、	賞与総原資算定方式の導入とそのシステム-----	163
6、	超過成果の成果配分賃金-----	165
7、	職能給と成果による半期年俸制度の導入-----	166
8、	医師の年俸制の設計システム-----	174
第五章	医療職と病院の活性化-----	180
1、	医師のマインドと病院組織の活性化分析-----	180
2、	医師や他医療職の幸福感と組織活性化に関する研究	185
終章	結論と課題-----	190

巻末、参考文献 1～6。

図表リスト

図表序-1	能力主義の弱点と成果主義の強み	17
図表序-2	イメージの等級基準	18
図表序-3	職能資格等級制度と実力等級制度との関連	21
図表—4	病院組織の特徴	38
図表—5	厚生局、病院書類不整備指摘事項上位 10 項目	50
図表—6	関東信越厚生局、診療録作成不備の主な改善指摘事項（一般例示）	51
図表—7	医療法人、A 病院、診療科別、後期研修期間	58
図表—8	社会医療法人 X 病院、診療科別専門医コースの研修期間	59
図表—9	職能資格制度をベースとした能力開発人事の仕組み	70
図表—10	整形外科医師課業一覧表（例示、一部抜粋）	72
図表—11	X 病院の経営理念・経営方針	81
図表—12	職能資格等級フレーム	86
図表—13	複線型職群管理図	87
図表—14	職群の選択の色分け	89
図表—15	職能資格等級制度と等級の色分け（院内ステータス）	90
図表—16	「宣誓書」	91
図表—17	医師入職時病院ミッションチェックリスト	91
図表—18	医師の共通職能要件書の例示（一部抜粋）	96
図表—19	脳神経外科課業・職能要件書	100
図表—20	昇格試験の公示（例示）	104
図表—21	医師職群・等級別人員（平成 26 年 7 月現在）	106
図表—22	院内公募制度(例示)	107
図表—23	プロジェクトメンバー公募（例示）	109
図表—24	総合職系キャリアパス	112
図表—25	専門職系キャリアパス	113
図表—26	X 病院、年度別人事考課結果の推移	116
図表—27	医師業績考課カード	122
図表—28	プロファイル	123
図表—29	X 病院における医業収入等の推移	127
図表—30	医業収入の推移グラフ	128
図表—31	人件費の推移グラフ	128
図表—32	医業経費の推移グラフ	128
図表—33	医業原価の推移グラフ	129
図表—34	医業利益の推移グラフ	129
図表—35	年度別人事考課結果別推移グラフ	130

図表—36	総合職 6 等級の昇給額-----	131
図表—37	総合職 6 等級の昇給額（2014 年度現在の昇給額）-----	132
図表—38	26 年度 4 月医師考課別昇給額の実態-----	133
図表—39	医師職能給モデル賃金と実際賃金-----	135
図表—40	医師職能給表「段階号俸表、標準 1 号俸」-----	136
図表—41	人事考課別賞与支給率-----	138
図表—42	職能職務資格等級フレーム-----	143
図表—43	看護職職種別課業一覧表-----	146
図表—44	Y 病院事業所経営計画-----	149
図表—45	B S C の事業計画-----	150
図表—46	経営指針の展開-----	152
図表—47	経営本体H会（Y 病院）経営状況の年度別推移-----	154
図表—48	H会グループ医業総収入・経常利益（月次データ）-----	158
図表—49	H会グループの変遷-----	158
図表—50	役割職能資格等級フレーム-----	161
図表—51	成果配分賃金の計算式（例示）-----	166
図表—52	科の業績（内科）-----	168
図表—53	いきいきカード（チャレンジカード）指導監督職層-----	169
図表—54	個人の業績（目標）-----	170
図表—55	26 年 4 月医師の等級別人事考課実績（兵庫県）-----	172
図表—56	26 年 4 月医師の等級別人事考課別習熟昇給額実績（兵庫県）-----	173
図表—57	医師賃金表、昇格昇給額-----	173
図表—58	段階号俸表（標準 5 号昇給）-----	174
図表—59	2013 年度、医師最終評価と昇給額-----	176
図表—60	医師の役割給、業績給一覧-----	177
図表—61	X 病院組織活性化診断表-----	184
図表—62	Y 病院組織活性化診断表-----	184
図表—63	X 病院仕事観・幸福感調査-----	186
図表—64	人材と責任のクロス分析-----	187
図表—65	組織貢献・組織利益獲得の関心度クロス分析-----	188

序章 医療機関における人材の育成・活用・処遇

1、本論文の課題

本論文は医療機関における人材の育成と活用および処遇の現状を解明しそれらを改善するための手掛かりを探ろうとするものである。このような課題設定に到った問題意識を簡単に述べれば、次のとおりになる。医療機関は何より人的集約産業である。人材こそが資本なのである。なかでも医師は病院の看板であり、これらの医師に惹かれて患者は集まる。

そこで第一の課題となるのが専門的能力を持つ看板医師の「育成」である。医師の育成は一体どこで、どのように行われるのかということである。より具体的には、はたして専門医は病院組織内で育成することが出来るのか、否かである。

第二の課題は、育った人材の「活用」である。専門医はどこで、どの様に活用すべきかということである。一般的に専門能力を持つ人は「職人肌」が多いと言われている。ただし、医療の専門能力を有する医師の場合は単なる「職人肌」では困る。医療法で医師は管理職と言う位置づけにあり、関連する多様な職種の人を統括しなければならないからである。現に医師の場合その人材活用の道も管理者（manager）、専門職（specialist）、専任職（expert）などのコースがある。適性は人によって異なるがその人の持ち味を如何に適材適所で生かすかが大切である。

第三の課題は人材活用の結果、その功に報いる「人事・賃金処遇」のあり方を明確化することである。働きに見合った人事・賃金処遇を公平、公正に行うためには、成果をどう捉え、その評価を人事・賃金処遇制度にどのように結びつけるかが問われる。適切な処遇は、極めて重要な人材マネジメントである。

以上を要するに、病院経営体制の強化には、何より医師の質的人材管理の充実が大切であるということである。解決すべきは「人材の育成」と「人材の活用」、「人事・賃金の処遇」の3点でありこれにかかわる人事賃金制度のあり方やその具体策を事例分析から導出し新たな知見を付け加えるのが本研究の課題である。

この際、医師は高度な国家専門資格を持った人材であり、いわゆる職業別労働市場に属する特徴を有しているが、同時に企業内（組織内）労働市場に属する側面をも併せ持っていることに留意する。すなわち、育成・活用・処遇のそれぞれおよび全体において、職業と言う性格に規定されながらも、各々の医療機関の性格によって強く特徴づけられる側面に注目しようとするのである。本論では、この医療機関の個性が、医師の育成・活用・処遇にどのような影響を及ぼすのかを主に検討することになる。

2、本論文の問題関心事と先行研究

先行研究を踏まえ、本研究の問題関心を少し具体的に述べよう。本論文が研究対象とする医療機関は一般企業とは異なる。

第一、一般企業であれば一個の従業員に過ぎないかもしれないが、医療機関において医師は患者診察治療行使について法的に認められた大きな権限を持っている。

第二、病院は非営利事業であり、その組織は、多職種専門職人材を取り込んだ職種別縦割りの社会的職種集団で構成される。これらの集団は、既に触れたように職業別労働市場とともに企業（組織）内部労働市場を形成しており、その「人材の育成」は一般企業とは大分異なる。

第三、処遇が極めて伝統的である。今、一般企業における人事の主流は能力・実力・成果主義と言われているが、病院の人事制度は昔も今も一貫して年功主義で変わらない。病院は未だに公務員準拠の年功主義人事を踏襲しているのである。

これら一般企業との相違点を意識しながら先行研究に照らしつつ、上記の三つの課題について検討を加えよう。まずは、第一課題の育成である。永年年功主義に依存してきた医療機関の人事管理であるが、いま年功主義の有意性とは何かを改めて考えてみる必要がある。年功主義のファクターは勤年（経歴）、学歴、性別、身分などの属性基準であるが、これらは基本的に逆転不能な基準である。育成によって逆転を可能にすると言う考え方とは両立しがたいのである。従って、年功主義依存が今後のために望ましいか、再検討しなければならない。

ところで、年功主義の歴史的過程とその意味に関する研究は多岐にわたる。たとえば、氏原正治郎（1980）は生涯雇用に関する労使双方の規範意識が年功主義を支えているとみた¹。同じような脈絡で久本憲夫（2009）は「年功主義は長期的安定雇用を制度的前提とする」ととらえる²。

一方、高橋伸夫（2003）は年齢を重視する生活給的保障給型賃金が戦後日本の高度成長を支えたと主張する³。なお、「終身雇用は日本民族の精神的基盤を形成していた家族主義思想そのものにほかならない。労働条件はこれに伴って年功序列型労働条件が成立したのは当然の成り行きであった」という主張もある⁴。いずれにせよ歴史的な経緯から年功主義の成立と

¹氏原正治郎「年功賃金、生涯雇用、企業別組合は三位一体化」『賃金実務』第407号、1980年、産総合研究所。

²仁田道夫・久本憲夫編『日本的雇用システム』ナカニシヤ出版、2009年、16ページ。

³高橋伸夫「日本型年功制の再評価～賃金の成果主義をどう考えるか～」『赤門マネジメントレビュー』第二巻八号、2003年。

⁴掛谷力太郎『労務管理論』白桃書房、1973年、57ページ。

その機能を捉えていると言えよう。問題は、この年功主義から能力主義への転換如何である。企業においてはその転換が相対的にスムーズに行われてきた。それに対し学校、病院、農協、運輸、通信等においては公共的色彩が強いことなどから、能力の評価が難しく、能力主義への転換が遅れたのである。ただし、今や毎年増え続ける社会保障費の赤字は国家財政存亡の危機をもたらしており、政府は聖域なき経営の合理化や年功主義の見直し、職能意識の徹底などの改革を強力に進めるとしている。

このように医療経済は政府の政策によっても刻々と変わるが、病院経営の難問は専門職的思考が優先し経営管理的志向がなかなか育ちにくい環境にあることである。すなわち、自分の担当する専門分野への関心は高いが組織への調和や経営参画意識が弱く、また、それぞれ専門集団であるので互いのチームワークや協調性が不得手な人が多いのが問題となるのである。さらに、専門職ゆえに権威意識が強く、専門分野ごとに、セクショナリズムに陥る傾向があるのも問題である。

あるべき病院経営の姿とは、院長の指揮のもとに各専門集団が有機的に結合しハイレベルの医療サービスを提供することであると言えよう。それには「わが病院の標榜科の専門医を自院で育てる」と言うキャリア形成プログラムも必要であろう。そのためには能力開発のターゲットである診療科別専門課業（仕事）の習熟要件と修得要件を明らかにした能力明細書（職能要件書）の作成が必要である。ここで習熟要件とは、「このような仕事がこのようなレベルで出来ること」に対する期待を明確化したものである。

一方、修得要件とは「その仕事をやるためにはこのような勉強をしなければならない」と言う専門的知識や技術、技能とそれを修得するための手段、方法等を明確化したものである。それを踏まえ、育った人材を組織内部にどのように取り込み、パフォーマンスさせるかと言う人材マネジメントが課題となるのである。

これら人材育成の人事軸は能力主義人事制度である。能力主義は別名、職能資格等級制度とか能力開発制度とも言われており、その中身は前出の課業（仕事）一覧表、職能要件書で構成されている。能力主義人事制度の導入は、まず、職務調査を実施し仕事を洗い出し、能力開発基準となる職能要件書を作成することからスタートする。この要件書は職種（診療科）別等級別に作成する。しかし、こうして作成した要件書をどのように活用して、能力開発や、人事の昇格・昇進に繋げるのか、そのルールを明確にしておかないと運用においてやたら年功に流れ年功主義と何ら変わらない制度となってしまうのである。

次は、第二課題の「人材の活用」である。これは、要件書を人事基準に

して、どのように人材を使い、その人材を活かすかと言う課題である。人材活用の前提は適切な要件書の作成および修正である。時代に対応した職務変化を踏まえ、木目の細かい職能要件書のメンテナンスや整備を行うことが必要となる。能力主義人事制度は職能要件書を基本軸にした能力トータル人事制度で構築されている。中でも育成型絶対考課は人材活用マネジメントの重要な領域を担う。人事考課は要件書を期待基準にして、その期待するバーを上回ったのか、下回ったのかを、部下と上司で互いに確認し、目標達成度の内容分析を中心に良く話し合う。期待基準に対しての自己評価と上司評価とのギャップが、部下の次期能力開発のターゲットになる。

一方、職能充足度の拡大は昇格、昇進などに繋がり、内部労働市場におけるキャリア形成をステップアップする。この際、職能充足度の確認は人事考課によって行われるのが一般的である。

この人事考課のフィードバックについては絶対考課、相対考課が常に議論になる。たとえば、人材育成論や公平性に必要以上に注意を払うことは、絶対考課と言う妄想に入り込むこととなり、逆に組織の活性化を奪うのではないかと言う実務家の意見もある。⁵ただし、人材を最大限活用するためには絶対考課の適切な運用を考えるべきである。

第三の課題は、人事マネジメントの成果を「人事・賃金処遇」にどのように公平、公正に配分するかと言うことである。成果には各職員の職能に見合った目標達成成果と係・課・部・法人全体単位のグループ成果の2つがある。各職員の個人別人事考課の集約が組織成果になるのが理想である。

しかし、各個人の人事考課の結果は梅崎修（2009）⁶が職能給の問題点として指摘するように、能力の序列と職務の序列とが乖離しているために、その多くは過払い的な支給になっている可能性がある。各人が能力に見合った職務を担当してこそ正しい能力考課と正しい賃金支給が出来るが、その実現は容易ではない。本論文ではその実現のための前提条件を検討する。なお、個人成果と組織成果との相関を高めるための条件についても検討を試みる。組織成果についてはどの単位で評価し、またどのような仕組みで配分するのが、次の組織活性化に繋がる最良の方法なのか、考察しようとするものである。

さて、これ等の課題の解明に当たっては、その前提として、病院経営の現状と人事制度の概要や医師の専門性、病院ガバナンスの実態などを知っておく必要がある。以下、順にみる。

⁵ 竹内崇夫編『加点主義人事事例集』経営書院、1993年、118ページ。

⁶ 梅崎修「第二章賃金制度」仁田道夫・久本憲夫編『日本的雇用システム』ナカニシヤ出版、2009年、98ページ。

(1) 病院経営の現状と組織活性化

病院経営はすなわち、人事管理諸問題の解決と言われる。それほど人の問題に尽きる。病院における人的資源管理の問題は、非営利事業と言う側面もあいまって、問題を一層難しくしている。医療は最たる労働集約型産業である。よって、人材を育て、その働きに見合った労働対価を如何に支払うかが、病院経営者の最大の課題となる。

経営者は人件費の高い医師が必ずしもそれに見合う働きをしていないと良く言う。反面、現場の医師や医療職は、我々は医療の質に責任を持てば良いと言う意見である。経営者と現場集団とは二律背反の関係にあるのである。これらの課題については伝統的に効率化か、質か、そのうち、どちらを優先すべきかで議論が繰り返されてきたところである。医療機関の存在意義や目的、組織の成り立ちは一般企業とは大きく異なる。ただし、医療サービスの安定的な提供を継続する為には、非営利事業と言っても、ある程度の効率性、収益性は無視できない現実がある。折しも2014年度に診療報酬改定が行われた。そのうち、病院経営に大きな影響を与えたのは、

7対1入院基本料算定病棟の削減であり、施設基準を厳格化したことである。

もともと2006年度の診療報酬改定では、高度な急性期入院を担う病棟は厚生労働省の想定で2万から3万床程度であった。しかし、実際は35万床を越えている。このことは医療費支出を押し上げ、且つ在宅復帰が進まない結果をもたらしてしまった。今回の改定要旨は、これらの諸問題の解決を含めて、医療費赤字を抑制する政策医療の推進である。いずれにせよ、病院経営には年々増え続ける医療費の赤字と高齢化に伴う医療費の自然膨張など、難問が山積している。

ところで、これらの諸問題に対応する病院経営の先行研究としては、二木立(2012)や足立浩(2008)がある。なかんずく前者は医療複合体の経済学的な分析を試みており、示唆に富む。ただし、いずれも経営的側面からのアプローチであり、筆者が研究を進めている人事制度の有効性分析とは距離のあるものである。

筆者の関心は管理の意識が希薄と言われる病院経営に於いて、人事制度は組織活性化や医師や医療職のやりがい、生きがいにどれほどの影響力を持つかを解明することである。人事力は経営を再生する力であると言う立場に立って、本論文は、2病院の成功事例から効率的な経営のあり方を探る。本論文の視点からすると、病院経営の効率化とは次のような問題がある。年々患者家族からは従来にはない木目の細かいサービスの提供を要求されるようになってきている。これは、コスト削減とは相容れない関係に

ある。一方、政府からの要求も簡単ではない。政府は医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実などを推し進めている。特に高度医療で高額医療を必要とする急性期病院は公的病院に集約する反面、慢性期医療は民間の医療機関に任すと言う、医療の質による医療機関のすみ分けを誘導している。このなか、医療機関の絶対数の削減と公的医療費のコントロールをも併せて行われている。病院経営は今、厳しい外圧にさらされているのである。

これ等の問題解決の突破口は医師の専門性強化と人材活用である。そのためには、まず職能資格等級制度を院内に確立し、次に職務遂行能力を能力開発、昇進、賃金など人事労務管理の様々な領域に関連させることが必要となる。これによる組織活性化で経営の効率性を高めることが緊要なのである。

(2) 医師の専門性の評価の有意性

石井まこと(2007)⁷によると、民間大企業ではポスト不足に対して管理職群の中に専門職を置き、複線型のキャリア管理を行っていると言う。ただし、専門職と管理職との融合が進み、本格的な専門職は少ないと言う。国家資格をベースとする医療専門職との違いがここにある。病院は、全員専門職群で、その中に管理職を置くと言う、民間とは全く逆スタイルの構図である。

難易度の高い国家資格免許を獲得した医師には権威がある。この権威は、資格免許のほかに、ある種の「秘儀性」による。猪飼周平(2011)⁸によれば医師と患者との間に緊密な関係が作られる背景には、医師の「秘儀的専門性」に対する社会的承認があると言う。なお、猪飼は同じ著書の中で、医師の専門性に関する日米欧の違いを論じている。すなわち、ヨーロッパ諸国ではプライマリケアに特化した一般医とセカンダリケアを担う専門医とが2つの領域を分け合うのが一般的である反面、アメリカや日本では、一般医の医師は養成されず、専門医かそれ同等の専門性を有する医師によってプライマリケアとセカンダリケアの全領域がカバーされているのが特徴だと言うのである。そこで、ここでは日本の医師が保有する専門性とは何か、専門性のよりどころはなにかを明らかにする必要がある。本論文が重要視する課業一覧表や職能要件書等と関連するので、少し長くなるが詳しく検討しよう。医師の専門性は基本的に国家資格に依拠しており、その

⁷石井まこと「ホワイトカラーの生産性向上と専門性の雇用管理」一組織志向から市場志向への変化と専門職制度一『大分大学経済論集』59巻3号、2007年。

⁸猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2011年、226ページ。

意味では David Marsden の言う所の、「職務ルール」「職域/職種ルール」「職能ルール」「資格ルール」のうち、「資格ルール」の適用を受けると言える。⁹ただし、医師と言えども、組織内で行われる具体的な業務遂行を通じてその専門性が深まると考えられる故、例えば職能との関連性を問う必要がある。ところで、職務遂行能力に関しては多くの研究がある。

小池和男（1997）は「個々の知的熟練の向上度を、より明確に把握する必要がある。具体的にはブルーカラーのあの仕事表や昇格基準表を、ホワイトカラーにも工夫して適用する。（中略）ホワイトカラーなら、幅の評定は、経験した係や課の数で表してもよい。そして、例えばある資格への昇格基準を三つの係の経験を要する」¹⁰と述べるなど、仕事と能力を体系的に把握することの重要性について重要な示唆をしている。一方、高木朋代（2008）¹¹の場合、非定型的な仕事や不確実性に対処する職務能力が大切であり、その能力を何らかの尺度によって具体的に測定する必要があるとする。なお、伊藤賢治（2001）¹²においては、職務によってその能力やキャリアに違いが生じる可能性について触れている。さて、労働力内部化に関する一般理論では企業に貢献する技能が内部化されることにより効率的な企業組織が形成されるとしている。

例えば Doreinger and Piore（1971）¹³は「職務が持つ特異性」ゆえに内部労働市場が形成されるとし、その特異性とは、1）設備の特異性、2）作業工程の特異性、3）非公式的チームへの適用、4）コミュニケーションの特異性によって現れるとした。

この議論を前提として Williamson(1975)¹⁴は「職務の特異性（job idiosyncrasy）」へ対応する技能が効率的な企業にとって重要な要素である」と指摘している。

このようなことは、医療機関の診療科別の専門診療業務にも、ある程度はあてはまると思われる。ただし、残念ながら職業別労働市場と企業内（組織内）労働市場が交錯するところの技能形成に関する分析は未だ十分でないと言わざるを得ない。

一方、小池は能力開発に当たっての職務等級表の必要性を論じているが、

⁹David Marsden（宮本光晴・久保克行訳）『雇用システムの理論』NTT出版株式会社、2007年、46ページ。

¹⁰小池和男『日本企業の人材形成』中公新書、1997年、109ページ。

¹¹高木朋代『高年齢者雇用のマネジメント』日本経済新聞出版社、2008年、151ページ。

¹²伊藤賢治『情報化対応職務能力診断システムの構築に関する研究報告書』第3章、高年齢者雇用開発協会、2001年。

¹³Doreinger, Peter B. and Michael J. Piore. *Internal Labor Markets and Manpower Analysis*. Massachusetts: D.C. Heath and Company Lexington. 1971.

¹⁴Williamson. Oliver E., *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, New York. Free Press, 1985.

職能資格等級制度を前提とすれば、医療機関の場合は診療科別等級別職能要件書が重要となる。職務等級表の場合、その活用のメインは、職務分析による職務の価値づけと職務給の支給あるいは、査定付の成果主義賃金の導入である。これに対し、診療科別等級別職能要件書の場合は別名で能力開発制度とか、能力主義人事制度とも言われるように人材の開発・育成がその主な狙いとなる。

医師の専門性の育成と人材活用の人事基本軸は、再三、述べたように、人材育成をメインとするのであれば、その柱は間違いなく能力主義であり、人材活用にウエイトを置くのであれば、その柱は成果主義である。また、人材育成と活用の両面にウエイトを置くのであれば、それは中間的概念である役割主義と言う選択になる。世間一般では能力、実力、成果が同義の意味合いで使われているが、ここで、能力主義と成果主義、また役割主義の差異を明らかにすることが大切である。

医療機関における能力主義人事制度の成立の要件は、診療科別等級別職能要件書の作成である。この要件書が医師の能力開発や人材マネジメントに大変重要な役割を果たす。要件書等を文書化することの必要性については、David Marsden の指摘が参考になる。Marsden は、職務等級表作成の役割は2つあるとし、次のように説明している。「その一つは各従業員が持つ技能の幅と深さについて後輩を指導するラインマネジャーに伝えること、もう一つは上司がどの従業員のどの能力を評価しているかということそれぞれの従業員に伝達し比較可能にすることである。結果として従業員と経営者の双方がそれぞれの従業員に何を期待できるかということが明らかにされる」。¹⁵これは、基本的に職務等級表に関する説明であるが職能要件書が持つ機能に関しても適用できると思われる。この際、重要な論点の一つは職務分析（賃金基準）なのか、それとも職務調査（能力開発基準）なのかということである。Marsden が言うように、職能資格等級制度であれば局所をおさえるだけでよく職務記述の完全性に気を使う必要はない。職務分析と職務調査では分析の制度が異なるからである。¹⁶

なお Marsden は能力主義について小池和夫の職能ルールと職務ルールの論理を取り上げている。職能ルールは柔軟性があり労働者に大きな自立性を与える¹⁷と語っているが、これは能力主義の特徴を端的に言い表している。さて、要件書に基き、医師の専門性の評価が行われることになる。人材の育成・活用においては職能要件書を基準にして、要件書の期待するバーを

¹⁵ David Marsden (宮本光晴・久保克行訳) 前掲書、212 ページ。

¹⁶ David Marsden (宮本光晴・久保克行訳) 前掲書、21 ページ。

¹⁷ David Marsden (宮本光晴・久保克行訳) 前掲書、64 ページ。

本人がどの程度上回ったのか、あるいは下回ったのかを中心に評価を行う。要件書で定めた職務遂行の結果を基に面接が行われ、同時に能力評価も行われる。

能力主義は要件書を人事基準にすると再三述べたが、要件書は能力開発、だけではなく、採用、評価、育成、活用（昇格昇進・異動配置）、賃金処遇、さらには組織管理や人事責任の拠り所となる。すなわち医師に対する人事管理の絶対基準となるのである。

留意すべきは、評価の方法としての人事考課についてである。人事考課は飽くまでも組織活性化の管理手法の一つである。ただし、能力開発のための人事考課制度と言うインプット論だけでは経営のメリットはない。人事考課を実施する最終目標は組織成果（医業収入高や医業利益など）に結びつけることであり、これに関するアウトプット論がなければ人事考課の意味はないと考える。能力は活用してこそ評価すべきだからである。実務的な見地からは、医師の専門性や医師の活力をより引き出すための人事考課であるならば、減点なしでチャレンジを褒めたたえる制度が良い。つまり加点主義人事考課制度の導入である。

(3)医師の業績評価と成果配分

一般的に言って業績を評価することは容易ではない。その困難性について、Holmstrom and Milgrom(1991)は次のように指摘している。「一般に多重のタスクが存在する時、奨励金はリスク配分のためだけではなく、厳しい仕事に対する動機づけ、または、様々な職務の間で、エージェントの努力配分を指示するのにも役立つ。(中略)一般的に、マルチタスク、プリンシパル-エージェント問題において、職務設計はインセンティブをコントロールするための重要な手段である」。¹⁸ここで提起された課題は、職務設計の難しさの問題である。

その評価とは、職務のレベルとその職務を何処まで達成したのか、また、組織への利益貢献度はどの程度かを評価するのが業績考課である。従って、役割や能力レベルを踏まえた目標（職務設計）の設定とその評価基準、目標のウエイトの置き方などを工夫することが必要である。一方、八代充史(2014)は「ヒトがヒトを評価する際には個人の主観から逃げることはできない。

人事考課そのものは『労働力の合理的活用』と言う範疇に含まれるとし

¹⁸ Holmstrom, B. And Milgrom.P.(1991) 'Multitask Principal-agent Analysis:incentive contracts,asset ownership,and Job design'.*The Journal of Law,Economics and Organization*, 7,pp.25-26.

ても、それを行うのは感情を持った人間だからである」¹⁹と指摘している。評価が主観性を伴うこと自体は、否めない事実である。ただし、人事考課の研究を深めるために敢えて反論をすれば能力(職能資格等級)が全く同じ2人に全く同じ仕事を与え、その成果を見れば、どちらが優秀かを判断することが出来ると言うことである。このような場合は、主観が入る余地は余りないのではと思われる。よって、評価基準を明確化したうえで顕在化した事実を基に評価することで、ある程度の客観性を獲得できると考える。では、医師の活力を引き出すには、どのような業績評価のシステムを考えれば良いのだろうか。一般的に医師は概念的な評価よりは具体的な数値評価に納得する傾向がある。その意味では業績評価の適用が良い。業績評価は基本的に組織への貢献度を評価する制度である。業績評価は、「役割の高さ(アカウントビリティ)×達成度(パフォーマンス)」の公式で表示することが出来る。また、業績評価の成立条件を上げれば、それは、職務の選択や拡大が比較的に自由であることである。よって裁量権のある医師や上級管理者に適用される評価であると言える。

一つの論点は業績評価を行う単位は個人か、それとも診療科別のグループか、と言うことである。これに関して、正解はない。選択はあくまでも病院が決める問題である。より大切なのは業績評価指標の選択、目標レベル、達成基準の確認などであり、診療科レベルの数値成果の調整である。

さて、業績には大きく分けて量的業績と定性的(質的)業績の2つがある。量的業績は、病院の経営活動の結果を表す数値成果であり、たとえば病床稼働率、医療収入高、外来患者数などの大きさを言う。その他、対前期比、対前年同期比などの達成率も量的業績をはかる指標の一つになる。これらは、目標に対して超過成果があったのか、あるいはマイナスの成果なのかを問うものである。

もう一つの定性的業績とは、達成成果を間接的に支える質的成果である。例えば、電子カルテの導入、クリニカルパスの作成等がそれで、これらは間接的ではあるが、経営成果(財務諸表)に直結するものである。量的業績と質的業績の目標自体は、チャレンジぎみに医師本人が作成をすることを原則にする。ただし、目標設定と評価に際しての留意点は、医師本人の能力(職能資格等級)に対して目標が妥当であるか、高すぎないか、低すぎないかを検証し、調整することが大切である。この際、重要なのは目標の中に能力に見合ったチャレンジがどの程度含まれているかである。

業績は、基本的に期待目標(職責×チャレンジ目標=役割)の達成度で決ま

¹⁹八代充史『人的資源管理論～理論と制度～』第2版、中央経済社、2014年、158ページ。

るからである。目標設定においては、何処までやるかの達成基準「目標値」が定められる。これが評価の基準となる。達成度評価の原則は、期待レベルの「B」を基準に、期待レベルを上回る「A」、期待レベルを下回る「C」の3段階で行うことである。しかし、現実的には、業績が顕著な場合、すなわち、期待レベルをはるかに上回る場合の「S」、および期待レベルを大幅に下回る場合の「D」を含め5段階評価を採用している病院が多い。これら業績評価の結果は医師の個別賃金(昇給、賞与、昇格昇給、昇進時の役職手当)に反映される。同時にその超過成果は組織単位としての成果であり、その配分は頑張った組織に還元される。成果配分とは、ある一定の目標を超えた超過成果を分配基準に基づいて追加還元する方法である。その狙いは、労使一体の経営参加を促すことである。成果の確認のためには、可能な限り経営情報をオープンにすることが求められる。これが経営にとってはある種のコストとなる。しかし、成果配分賃金の導入によって基本給や月例賃金を安定化させることができる。構成員のモチベーションを高めるほか、賃金調整機能としてのメリットもあるのである。成果配分は、組織内での協調を促進する効果があると思われる。組織内における利害行動について、Edward P. Lazear は次のように述べている。「利益共有制度はおそらく相互監視のインセンティブを発生させるだろう。各労働者は他の労働者が怠ければ自分の報酬が減るので、責任を十分に果たさない労働者に対して怒りを感じるようになる。しかし、ただ乗り効果は相互監視の面でも問題になる。(中略) 企業の上層部は競争的な人々によって占められている公算が強いので、そこに近いところにいる人々の報奨制度には相対基準ではなく絶対基準を使ったほうがよい。そうしておけば、協調することがことに重要であるマネジャーたちの間に好ましくない相互作用が生じるのを防ぐことができよう。(中略) 上級役員には相対評価ではなく、個々の業績に連動した賞与を支給するほうがよい。」²⁰

Lazear が言うように、利益共有制度はグループ評価に基くものであるもので、ただ乗りをする者がいるかもしれない。しかし、これらは監視の強化ではなく、役割分担や目標割当の明確化などの管理の充実で十分に解決できる問題ではなかろうか。一方、上層部の評価は必ずしも絶対考課がベターとは言えない。なぜならばベンチャー企業とか事業部制の組織では、互いに競い合う相対考課の方が当人の持てる力を精一杯発揮できる方法と言えるからである。「絶対考課は観念論、あるべき論に偏っているのではないか、絶対考課と言う妄想に入り込むことによって逆に客観性を失った職制

²⁰ Edward P. Lazear (樋口美雄・清家 篤 訳)『人事と組織の経済学』日本経済新聞社、2005年、285ページ。

の自己満足的メリハリのない考課になって行くことも現実に起きている」等の論評²¹もある。しかし、役員クラスともなれば、経営方針の展開、経営計画目標の確実な実行等、バランスの良い経営成長を評価することが大切で、これを考えれば、絶対考課が理解しやすい。

Lazear によると、「お互いに競争してしまうかもしれない従業員同士を協力し合うようにさせるための最後の、そして最も当たり前の方策は、協調に対して報奨金を出すか、あるいは非協調的言動を罰するかということであろう。このようにしておけば、同僚に協力しない、あるいは同僚の足を引っ張るタカ派は、給与あるいは昇進の可能性に悪影響があることを知ることになる。」²²ここで言う報奨金の一つの形態として成果配分を考えることが出来る。問題は成果評価の単位の決め方である。成果が最大限利益に結びつく範囲をそれぞれの病院ニーズに基づいて決め、成果配分システムを考える事が必要である。

(4)日本型雇用システムと人事・賃金制度

以上で医師を中心に医療機関の人事問題を考察してきたが、その解決策を模索する前に、日本型雇用システムの現状を簡単に検討しておこう。病院も国内産業の1つであるゆえ一般産業の動向に無関心であるわけにはいかないからである。大局的な視点から人事制度の流れをつかみ、病院における人事制度の設計を考えてみることにする。

今、一般産業界では高齢化、低成長化、国際化、価値観の多様化、人手不足と言ったいわば成熟社会の中で、日本型雇用システムのあり方を根本から見直す時期にある。

折しも2014年7月30日付の朝刊『日本経済新聞』に、「パナソニックは10年ぶりに社員の賃金制度を見直す」という記事があった。「10月から年齢に応じて支給額が上昇する年功的要素を廃止し、役職にあわせた成果を大幅に反映する。部課長制も復活させ権限と責任を明確にする。(中略)長期雇用を重視し給与など処遇もあまり差をつけない『日本型雇用』を維持してきた。新制度は国内の全社員を対象に成果を重視した形にする」とある。いわゆる日本型雇用システムの変容を物語っているとと言える。

²¹ 竹内崇夫編『加点主義人事事例集』経営書院、1993年、118ページ。これらの研究では、企業規模にもよるが公平性に必要以上の注意を払うことは、逆に組織の活力を奪い官僚的な面を色濃くさせると主張する。

²² Edward P. Lazear (樋口美雄・清家 篤 訳) 前掲書、284-285ページ。

さて、久本憲夫（2009）²³によると雇用システムとは「雇用関係を律するルール」の体系である。なお、「日本型」とか「日本的」と呼ぶ時、それをもって全体像とすることはできない。なぜなら、具体的な雇用システムは業界によっても大きく異なるからである。久本によると、多くの中堅企業に特徴的な雇用システムを「日本型」と呼ぶにすぎないと言う。確かに、経済情勢によって日々変動する雇用システムの中で、何が本質的な特徴かと言う問題はある。しかし、敢えてその特徴を取り上げれば、定期採用が入り口で定年が出口、採用から退職までの長い勤続の中での社員教育や技術の伝承、それを踏まえてのキャリア開発を継続的に行い、内部昇進を行い、賃金も定期的に高まり続けていくことなどが、日本型雇用システムの中身と言えるのではなかろうか。

つまり、日本型雇用システムとは社員の成長に視点を置く人間基準人事でこの点で欧米における仕事・賃金基準とは本質的に性格が異なる。たとえば、アメリカの労働市場の特性について笹島芳雄（2008）²⁴は次のように言う。非常に流動的であり、転職しやすいので、社員の処遇は長期的な観点で処遇することはできない。賃金制度等に不備があれば、人材流出が発生しかねないので、賃金制度や賃金水準には注意を払っていると言う。欧米型人事は、仕事で人を採用し、仕事の価値で賃金を支払う客観的で合理的な成果主義である。人件費コスト論から言えば、成果主義が優れていることは明らかである。

能力主義は過去の習熟・修得の蓄積であるから、一旦取得した能力は下がらない。反面、成果主義は仕事下がれば、賃金も下がる。この賃金の変動について笹島（2008）はペイ・フォー・パフォーマンス（PFP）の柱は基本給の査定昇給（merit increase）であると前提しつつ次のように述べている。

「査定昇給においてはマイナス昇給が発生しないのが一般的である。最悪でも昇給率が0%である。これに対して日本では成果主義賃金の名の下でしばしば月例賃金の引き下げが発生する。すなわち基本給の引き下げがアメリカではおこなわれず日本では行われる、という点が注目されて良い。この背景としては、アメリカでは消費者物価上昇率が継続的にプラスであり、実質賃金維持のためのベースアップが必要となるからである。他方、わが国では消費者物価上昇率がマイナスを記録したこともあり、実質賃金維持のためのベースアップを必ずしも必要としなかったことが影響してい

²³久本憲夫「序章日本の雇用システムとは何か」仁田道夫・久本憲夫編『日本的雇用システム』ナカニシヤ出版 2009年、1～2ページ。

²⁴笹島芳雄、『最新アメリカの賃金・評価制度』日本経団連出版、2008年。173ページ。

る」。²⁵このように人件費の変動性と言う点からすると、アメリカの制度が優れていると言える。ただ、一般的に言えば能力主義は柔軟で安定しており、また、しなやかなで、特に働く者からすれば、成果主義よりも優れた制度であるとの論評が多い。成果主義は若いうちから結果を求めるので、能力が委縮してしまうと言う批判とか、能力開発のための人事異動が出来ない等の問題指摘もある。

今野浩一郎（1998）²⁶は「日本型の人事・賃金制度は労働力を供給する従業員の『能力』『労働意欲』を重視する供給サイド重視型で有りこの点にこそ、もっとも重要な特徴がある」と述べている。一方、梅崎修（2009）は、人間基準をベースにする日本の能力主義は、今、「能力と職務の乖離が顕在化している」とみる。²⁷なお、石田光男（1990）は、「職能給の再構成が必要」²⁸と論評する。

これ等、職能給の課題を解決するために、一般企業では職能資格等級制度の抜本的見直しや等級基準の明確化、人事考課制度や昇格・昇進・賃金表の再設計などを進めている。能力主義の一層の整備を進め、グローバル経済の下、成果主義をメインにした実力等級制度へと人事パラダイムを転換すべく努力しているのである。梅崎修が指摘しているように、能力主義の問題の一つは、能力と仕事との乖離、勤続と能力との因果関係に対する疑問である。職務遂行能力の基準が曖昧であれば、結局のところ職務能力自体ではなく、年齢や勤続でそれが測られる可能性が高い。能力主義の賃金には定昇がある。能力が陳腐化しても一旦上がった賃金は落とすことができない。これでは人件費コストが過多となる。結果、巷では成果主義が主流となったが、ただし、社員の序列化を如何に図るかは企業組織にとって最も重要な基本課題である。それに関して、石田光男・樋口純平（2009）²⁹は、社員等級を区分する基礎を、①職務に置くのか、②職能に置くのか、③それともその中間的概念である役割に置くのかと問い、職務等級と役割等級とは何がどう違うのかを論じている。

以上から理解できるように、能力主義と成果主義はともにメリットとデメリットを持つが、これからの病院経営においては、どのような人事軸を選択すべきか、考察を深めなければならない。

²⁵ 笹島芳雄、前掲書、172-173 ページ。

²⁶ 今野浩一郎『勝ち抜く賃金改革～日本型仕事給のすすめ』日本経済新聞社、1998年、86 ページ。

²⁷ 梅崎修、前論文、98 ページ。

²⁸ 石田光男『賃金の社会科学』中央経済社、1999年。

²⁹ 石田光男・樋口純平『人事制度の日米比較』ミネルバァ書房、2009年、19 ページ。

かかわって、日本賃金センターでは①職務等級は職務の価値、ホワイトカラーは職責の価値、②職能等級は能力（修得・習熟能力…知識・技能等のほか、何々の仕事出来る能力）の保有度、③役割等級は職務の価値・職責の価値×目標チャレンジ（職務拡大、革新、創造等のチャレンジ）との理論を提案している。

(5) 新たな「能力・役割主義人事制度への段階的移行システム」の提言

日本の主流は人事パラダイムの転換を推し進めているのに、病院は、昔も今も年功主義³⁰から脱していない。病院が年功主義を堅持できているのは、診療報酬制度に支えられているためなのか、それとも医師を頂点にするヒエラルキーの頑固な壁のためなのか、即断はできない。ただし、理由はともあれ、現在の価値観で年功主義のファクターを分析すれば、一言でダーティ（dirty）であり、逆転不能な人事制度であると言える。勤年や性別は変えることができないし、また、年功は努力を否定する側面を持つからである。では、年功主義を廃止するとして、これからの人事管理を支える柱は何にすべきであろうか。

その答えは、能力主義か、成果主義か、両者の中間的な役割主義かのいずれかである。現実的には、病院の公的使命に照らし、まず人を育てる能力主義から出発して、次に人材が育った後は成果主義で人材を活用するというステップを踏む人事軸を提案したい。そもそも能力（職能資格等級制度）と成果（実力等級制度）は別概念である。能力がある者は全員実力もあり、また成果を上げるとは言えないのである。キャリア形成の前半は能力主義、キャリアの後半は成果主義と言う考え方を理解するには、いわゆる雇用ポートフォリオのうち、長期蓄積能力活用型が参考になる。

石田光男（2007）³¹は、日経連が1995年に提唱した長期蓄積能力活用型、すなわち長期雇用を前提にした中核的従業員の人事賃金管理について、その要点を次のように述べている。①職能資格制度は間違っていない。ただし、能力評価の基準や育成の指標となる職能資格の基準を職務が具体的に分かるものにすべきである。②職能資格制度の最大の問題点は運用にある。年功的運用を排し昇格を厳格に行うべきである。③最短年数を満たした後は、能力があれば昇格させ、逆に職能が発揮できなければ降格も行う。④職能資格制度全体の設計に複線型人事制度を導入する。⑤賃金は一定資格までは職能給と年齢給の二つで設定する。または職能給一本にすることも考える。ただし、管理職は洗い替え方式による職能給ないしは年俸制とする。業績によって上下に格差がつく、いわゆるラッパ型の賃金管理を志向すべきである。⑥賞与は年間賃金に占める比重を高め、業績と貢献度の反映度合いを高める。要するに若い時能力本位の人事管理を、中堅以降は成果本位の人事管理を行うことを主張しており、理にかなっていると言えよう。病院の場合も財政赤字の下より効率的な経営が求められる今日、その

³⁰ 日本賃金研究センターが提案している年表によれば、年功主義は大凡1960年から1975年位までの人事管理である。

³¹ 石田光男『仕事の社会科学』ミネルブア書房、2007年、207ページ。

改革の方向性は同じと考えられる。ただし、能力主義と成果主義についてはすでに触れたが、もう一つの人事軸である役割について、より明確にしておこう。楠田丘・齋藤清一（1998）³²によれば、役割とは次の3次元で構成される。仕事の量的側面、つまり役割の大きさ（X軸）と、仕事の質的側面、つまり役割の難易度（Y軸）及び、どれだけ難しい業務か、さらにはチャレンジ度（Z軸）という3軸を掛け合わせたもので、役割の重さが決まると言うのである。従って、例えば配置の都合上、X軸、Y軸つまり役割の重さが軽くても、本人がチャレンジをすれば、役割の価値は上がることになる。つまり、上から与えられた職責の価値に自ら申し出て付け加えた目標（Z軸）で、今季やるべき職務（役割業務）が決まるのである。本人のチャレンジ如何によって役割の大きさが変わるところに欧米型や一般の成果主義との違いがある。

以上を踏まえ、これからの病院における人事制度としては、「能力・役割主義へのチャレンジを段階的に進める人事システム」を薦めたい。以下、このシステムを略して「能力・役割主義人事制度」とする。成果主義にパラダイムを転換しても一向に業績アップや組織活性化に繋がらない企業もあると聞く。これは明らかに選択の誤りである。すなわち能力・役割主義人事制度、言葉を換えれば、日本型成果主義の導入が日本の風土に良くマッチするのである。

若いうちから「結果、結果」と結果ばかりを追い求めては能力は萎縮してしまう。結果は能力があつてこそ、形になる。これを考えれば若いうちは能力開発にじっくりと時間をかけるべきであろう。そしてその後、人材が育った後には日本型成果主義に切り替える事が大切である。総じて、これからの病院の人事制度は、能力主義（職能資格等級制度）と成果主義（実力等級制度）の二つの人事システムを一つにセットし、更にそこに職務拡大などのチャレンジをつけ加えた「能力・役割主義人事制度」に果敢に転換すべきである。

(6) 二つの人事システム統合の意味とその効果

能力主義は、前述したように、年功に流れる傾向があると批判されている。その問題点を成果主義のメリットで補完し（図表序—1）能力主義人事制度を再構築する事が、いま求められている。

32 楠田丘・齋藤清一『目標面接の手引き』経営書院、1998年、36～38ページ。

図表序—1 能力主義の弱点と成果主義の強み

項目	能力主義の問題点	成果主義のメリット
1 基準	<p>1、「…出来る。知っている」などの潜在能力を基準にしている。</p> <p>2、能力と実際にやっている仕事にレベルギャップがある。</p> <p>3 職能要件書(課業一覧表、職能要件書、役割要件書)作りが大変。</p>	<p>1、顕在能力を基準にするので客観的で理解と納得性が高い。</p> <p>2、仕事に人をつけるので能力とのギャップは生じない。</p> <p>3、職能要件書の作成は必要だが能力開発制度ではないので実力等級制度の等級別メイン業務(職務、職責)の洗い出しだけでよい。</p>
2 昇格	<p>1、昇格が年功で行われている</p> <p>2、抜擢や飛び級昇格ができない</p> <p>3、卒業方式で降格がない。</p>	<p>1、実際に昇格先のメイン業務を先取りで遂行していない限り昇格は出来ない。</p> <p>2、抜擢や飛び級、降格自由自在。</p> <p>3、入学方式で降格自由自在。</p>
3 昇進	<p>1、役職と資格の関係が硬直的である。</p> <p>2、組織のフラット化に対応できない。</p>	<p>1、役職と資格の関係は一応決まっているが実際に役職の役割業務を遂行しているのであれば一般から、または下位の役割から抜擢昇進も自由にできる。</p> <p>2、アセスメント(事前考課)で実力を確認し役割遂行が出来る者を責任者に登用。組織のフラット化に柔軟に対応できる。</p>
4、業績	業績や成果に対してインパクトが弱い。	業績、成果に対する意識は大。

出所：筆者作成。

能力主義人事は人間基準と言われるように、その運用を誤ると年功主義に落ちいる。能力主義にも良く考えると、真性能力主義と疑似的能力主義の2つがある。真性能力主義には次に示す5つの人事・賃金のパーツがある。

- ① 職能資格制度（課業一覧表・職能要件書・役割要件書＝等級基準とも言う。昇格・昇進基準の明確化、複線型昇進制度）。
- ② 職能給体系（含む賞与、退職金制度）。
- ③ 評価制度（育成型絶対考課）。
- ④ 目標面接制度、公募制度。
- ⑤ 能力開発制度。

これらのパーツを持たない能力主義は擬似的能力主義であり、年功主義と変わらない形だけの制度になる。次の例示は、多くの企業、病院で見られる等級基準であるが、これではとても能力主義人事基準とは言えない。結果として年功的運用となることは明らかである。

図表序－２ イメージの等級基準

等級	等級基準
9	経営方針に基づき担当部門の長（含む担当業務に従事する専任職）として社内外の事情に精通し、幅広い専門知識と豊富な経験を持って自主的に重要業務の企画・判定を行い且つ高い統率力を持って部下を管理指導し全社的に定められた目標と計画に従って長期的な視野から業務の運営を組織的に推進する。また、環境の変化を先取りし職能活動の革新を図ると共に経営方針・経営戦略の策定に参画する。
8	経営方針に基づき担当部門の長（含む担当業務に従事する専任職）として社内外の事情に精通し、幅広い専門知識と豊富な経験を持って自主的に重要業務の企画・判定を行い且つ高い統率力を持って部下を管理指導し全社的に定められた目標と計画に従って長期的な視野から業務の運営を組織的に推進する。また、適切な情報の提供、経営問題の提起を通じてトップの全般的経営管理を補佐する。

出所：筆者作成。

能力主義システムのパーツがないものは必ず年功に流れる。これらのパーツが稼働、機能してこそ能力主義はパワーを発揮し生産性向上や組織活性化に結びつくものとなる。では、なぜ職務主義ではなく職務遂行能力に基づく能力主義システムでなければならなかったのか、これに関し、橋元秀一（2003）³³は造船重機械メーカーX社における職能資格等級制度と職能給の導入についての研究を踏まえ、次のように語っている。「能力主義の職

33 橋元秀一「第2章職務等級制度と職能給」佐口和郎・橋元秀一編著『人事労務管理の歴史分析』ミネルバァ書房、2003年。102ページ。

能資格等級制度は身分差別との批判のあった職員・工員の区分を廃止して「社員」として統合するとともに職務能力の種類と言う区別で従業員を再編成した。(中略) 学歴差ゆえに差別的な扱いを受けていると感じてきた工員にとって、この制度の下で昇格を重ねて行けば技能職から監督職へ、監督職から管理職へ、いわゆる青空の見える昇進ルートが拓けたことを意味していた」。また、職務を基準にした場合、定員制による昇格の制限が生じることへの組合や労働者の強い反対があったことは事実であり、それを無視することはできなかつたという。それ以上に会社側の判断としても職務遂行能力でなければならなかつた。その理由は、職務そのものは変化すること、また特別専門職群のように限定的にしか職務を明確化出来ない職員と、ある程度明確化し得ていた工員とを共通の理念と手法によって処遇するには職務能力を中心にして能力段階で格付けをする職務等級制度とそれにリンクする職能給化をはかるほかなかつたと指摘している。「職務と能力」に基づく職能資格等級制度と職能給化は極めて大きな意義を持つものであつた事が伺える。

さて、ここでは提案する人事軸のベースとなる能力の概念について、もう一度、確認をしておこう。

能力とは、過去から現在までの、「…知っている。…出来る」で表現される知識や技術などの学習の蓄積を評価するものである。これに対し、実力とか成果という言葉は、結果の概念である。

能力主義の能力とは、今やっている仕事の価値を評価しているのではない。例えて言えば、課長としてのマネジメント能力があるか、否かを評価するものである。職能資格等級制度で言えば、課長クラスは7ないし8等級に格付けられるが、その資格等級の職務遂行能力があるか否かを絶対考課で評価するもので、実際に7または8等級レベルの仕事をやっているか否かにかまわない。資格レベル以上の仕事でもあるいは下位の仕事でも現在やっている仕事はどんな仕事でもかまわないのである。これに対し、成果とは資格・役割＝仕事と言うタイトな関係にあり、役割や仕事の遂行結果である業績を評価したものである。従って資格・役割に見合った仕事のレベルが重要になり、仕事のレベルの上下動によって人事賃金処遇も可変性自由自在に、また処遇のベクトルを何処へでも持って行くことが出来る。

今、巷では中高年者の能力と実力のミスマッチが頻繁に取り上げられているが、成果主義であれば、これらは問題にもならない。ただし、これからの人事制度がライフの全ステージを能力主義あるいは成果主義だけで乗り切ることが難しい。そこで、人材が育つ40才までは企業責任のもとで能

力主義を実施し、40歳を超えたら自己責任のもとで役割主義に切り替える事を提案する。まさに「能力・役割主義人事制度」を導入するのである。ただし、若くして部課長に登用されれば年齢に関係なく、その時点で実力等級制度に格付けされ、「能力・役割主義人事制度」へ移行される。

(7) 役割主義人事制度への資格等級格付け

能力主義の人間基準から仕事基準へ切り替えるには成果責任や権限を明確にしなければならない。

これまでのわが国の人事管理は集団主義的管理であり、各人の職務を見つめた個別管理の志向は希薄であったと言える。しかしこれからは40才を過ぎたら、能力ではなく仕事である。よって、能力グレードの職能資格等級制度と仕事ラダーとしての実力等級制度の2つの関連を明確にしておく必要がある。例えば、職能資格等級制度で1～2等級に格付けられた者は、原則として実力等級制度ではⅠ等級に格付けられ、3～4等級者は原則としてⅡ等級に格付けられるなどである。但し、4等級者でも特に仕事のレベルが高く、業績も優秀と認定した者は、実力Ⅲ等級に格付けするなどの措置を行う。審査は、実力等級基準（職能要件プラス役割要件書）により厳正に行われる。能力と実力の相互関連は密ではあるが、必ずしも能力のある者が実力もあるとは限らない。

橋元秀一（2003）³⁴が指摘をするように従来の職能資格等級制度には保障進級制度があった。ただし、これからはなくなる。そこで、40才到達時に各人の役割や職務を洗い替えし、実力再評価を行う。能力を蓄積し職能資格等級制度では高位に格付けされていても、今やっている仕事のレベルと業績考課（実力評価）により、組織への利益貢献、組織貢献度を評価して、相当の実力がないと判定されれば、実力等級制度では低い等級格付けとなる。その一例を示したものが、図表序—3である。

³⁴ 橋元秀一、前掲論文、97ページ。

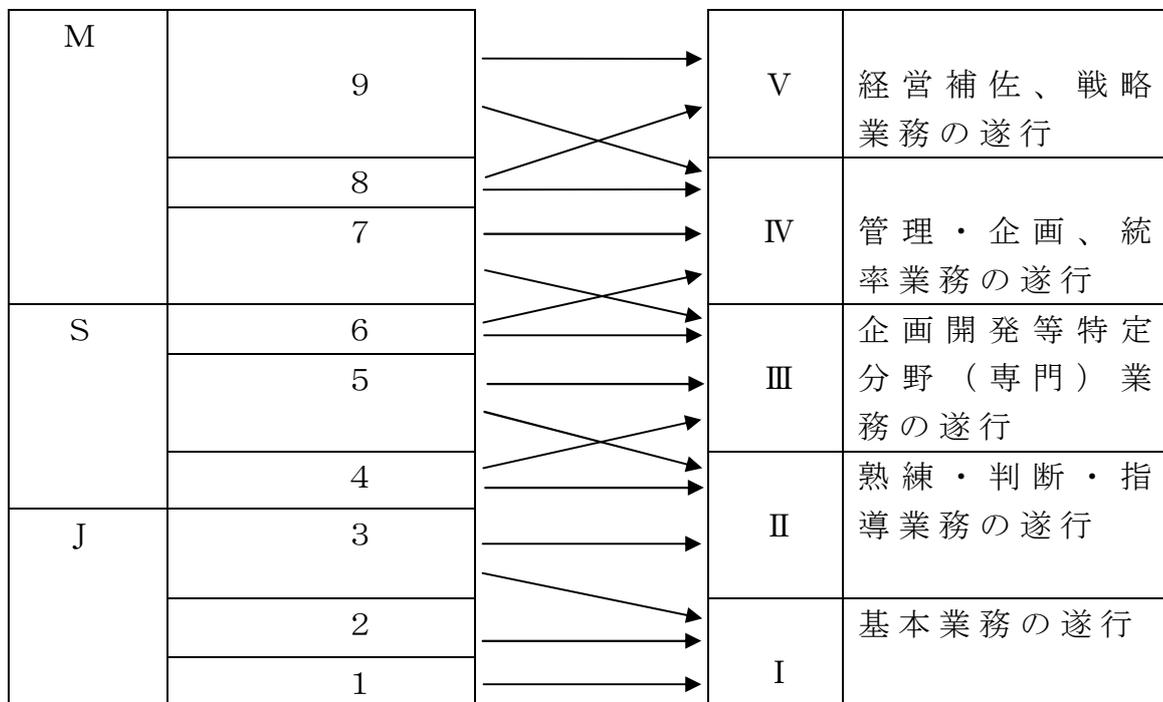
図表序—3 職能資格等級制度と実力等級制度との関連

職能資格等級制度

実力等級制度

能力主義（職能要件書）

役割主義（職能、役割要件書）



出所：筆者作成。

すなわち、40歳になったら、能力と役割の洗い替えを行い、新たな人事軸の実力等級制度に再格付けを行うのである。この際、移行時のJ（ジュニア）とS（シニア）クラスの職能資格等級制度（1～4等級まで）は実力等級制度の相関関係も尊重しながら、原則として穏やかに実力等級制度に置き換える。従って、職能資格1～2等級は実力等級Iへ、3～4等級は例外者を除きII等級の格付けとする。その後は、実際の職責達成度で再格付けが行われると言う形をとる。職責の達成度が不十分ならば、洗い替えを行い、降格もある。実力等級制度に乗り換えた後の職能資格等級制度の資格付与（肩書き）や継続適用の有無は経営の判断による。能力資格は名誉的な肩書きとして定年まで残すのか、それとも捨てるかの選択となるが、ステータスとして生涯褒め称えるのであれば、職能資格昇格基準（卒業方式）の明確化とともに、職能・役割遂行能力の審査の厳格化が求められる。一方、役割と配置は実力等級昇格基準（入学方式）で決める。この際、卒業と、入学の違いの明確化は、能力と成果の違いを表している。

これ等、職能・職務管理の方向性については、すでに向摯・花岡正夫(1973)³⁵が論じている。「能力主義管理は職務中心の管理体制を基盤にしている。(中略)その職務に人間をあてはめていくやり方は正しいものとは言えない。(中略)人間があって職務があるのであり、職務があって人間があってはならない」と、能力主義管理の有意性を鮮明にしているのである。

(8)病院経営のガバナンスと人事管理

平成26年度診療報酬改定の一つである入院基本料7対1の算定要件には、基準値である在宅復帰率75%以上などが含まれる。このような医療行政の変化によって、今まで以上に戦略的で実効性の高い経営努力が求められている。一方、患者疾患の主流が感染症から生活習慣病へと変化するにつれ、患者ニーズも質の高い医療の要求から負担相当のサービスの要求へと変化している。例えば、サービスの内容によっては自ら病院を選択したり、あるいは、納得がいかない医療については、気軽に訴訟を起こすなど、患者の権利意識も一段と強まっている。

これに対し、病院では目安箱を設けたり、患者・家族の意見や要望に対する改善策を告知をしたりはしているが、多様な患者・家族のニーズをアクセスするには、未だ、そのハードルは高い。

病院によっては、日本病院医療機構³⁶から認定をうけるか、ISO³⁷を取得するなど、外向きのPRに腐心している病院も多い。ただし、病院経営者は皆「企業は人なり」と言うものの、人材育成キャリアパスのプログラムを持つ病院は皆無と言えよう。問題は人事管理如何が、経営の存続に直接響くケースが少なくないことである。前述したように、病院経営は診療報酬制度に守られ、放漫経営でなければ一応安定経営を維持できた。しかし、これらの恵まれた環境の中にあっても、経営不能となる病院がある。

たとえば、平成24年度の保険医療機関の保険指定取り消し(含む取消相当)数は実に72件にも上っている。その問題点を探ってみると、医師が医療法で決められている法定資料を作成しなかったという稚拙な怠慢もある。

³⁵向摯・花岡正夫(1973)『職能開発人事管理』白桃書房、1973年、31ページ。

³⁶日本病院医療機構は日本の財団法人で、「医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関」として、1995年(平成7年)に設立された。

³⁷ISO(国際標準化機構)が定めた、組織における品質マネジメントシステムに関する一連の国際規格群。企業などが顧客の求める製品やサービスを安定的に供給する“仕組み(マネジメントシステム)”を確立し、その有効性を継続的に維持・改善するために要求される事項などを規定したもの。

病院、診療所は医療法第1条の5で規定³⁸されているところ、公衆又は特定多数のために医業を行う場所である。保険医療機関とは健康保険法³⁹等で規定される療養の給付を行う病院、診療所であり、保険医は病院・診療所の開設者の申請によって厚生労働大臣が指定する（健康保険法第65条）とおり、先ず保険医の登録から始まり、診療業務に関する全ての業務について保険医自身が係わり、なお必要書類を残すことが法律で定められている。医療監視⁴⁰において、「うっかりして記入するのを忘れた」、「そんなルール（基準）があるのを知らなかった」などの理由は一切許されない。医師および医療職の人事管理問題は、病院経営のガバナンスにも直結する経営問題であり、法定人員の配置⁴¹や定められた書類の作成など法的遵守から始まる。その他、ガバナンスチェックの指標としての適正利益の獲得は、重要な項目である。医業利益率を厚生労働省「平成23年度病院経営管理指標」⁴²で見ると、医療法人78.6%に対し、公的病院は自治体病院が16.5%、社会保険関係団体病院が47.1%、その他公的60.4%となっている。これから

38 医療法第一条の五の法律において、「病院」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。この法律において、「診療所」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設をしないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

39 保険医療機関とは、厚生労働大臣の指定を受けた、保険証が使える病院、診療所、薬局のことをいう。保険医療機関ではない医療機関では、保険証は使えないということで、医療費は全額自己負担。

40 医療監視とは医療法（昭和23年法律第205号）第25条第1項の規定に基づく立入検査により病院が医療法及び関連法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて検査することにより、病院を科学的で、かつ、適正な医療を行う場にふさわしいものとするを目的とする。（医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱）。

41 法定人員とは適正な医療を実施するためには一定水準以上の人員を確保する必要があることから、医療法では、病院及び療養病床を有する診療所において有するべき人員の「標準」が示されている。

42 医業利益率を見ると、特に自治体病院の経営状態が悪い様子が鮮明に分かる。（厚生労働省「平成23年度病院経営管理指標」15ページ）。

も分かるように、自治体病院は医師の努力なしには今後の経営の存続は厳しい。トップのミッションをスタッフと共有して目標達成に向けて鋭意努力することが今一層求められる。

3、研究方法

基本的にケース・スタディーによる。ケース・スタディーにおいては、データの収集のほか、インタビューとアンケート調査に依拠する。ケース・スタディーの対象は、X病院およびY病院の二つの病院である。

最先端医療を推進する社会医療法人 X 病院に対しては当病院が進めた能力・役割主義人事制度導入時の資料を収集したうえで、アンケート調査とインタビュー調査を実施した。前者においては、24年8月、「組織活性化診断」（設問45項目）「仕事観・幸福感調査」（設問20項目）を「YES」「NO」「どちらでもない」の3段階の回答方式で実施した。アンケート調査の対象は、医師76名、看護職86名、コメディカル職45名、事務職49名、計256名である。後者においては、平成25年3月、主に経営者、上級管理職（看護職、事務職）を対象に聞き取りを行った。

一方、慢性期医療を中心にM&Aを展開し、複合型経営では日本でも業績トップクラスを誇る民間法人 Y 病院に対しては、人事制度改革を中心とした資料を収集したうえで、上記同様のアンケート調査とインタビュー調査を実施した。前者においては平成24年9月、医師18名、看護職21名、コメディカル職17名、事務職22名、計78名を対象に、医療・介護サービスの質の違いが組織活性化に及ぼす影響を確認するためにアンケート調査を実施した。後者においては、平成24年10月、主にBSCの展開を対象に聞き取りを行った。

以上に依拠し必要によってはX病院とY病院を比較しながら両病院における人事管理の実態と、人事改革を前後した経営の変化を踏まえ、医療機関の人事管理の現状と課題を分析する。

4、本研究の構成

本論文では、人事改革により、甦り活性化したX病院と、M&Aで業績拡大を続けるY病院の人事改革の中味を、収集したデータとアンケート調査及びインタビュー調査の結果から分析し、これから求められる医療機関の人的資源管理の有り方について、必要な提言を行う。本論文は、序章のほか、次の5つの章と終章で構成される。

第一章では、主に病院を取り巻く経営環境の現状と医療機関における経営管理の特殊性を分析する。これからの厳しい経営環境を生き抜くために

は医師の活性化が必要である。そのためには経験、学歴の年功主義を改め能力・役割主義人事制度へ人事パラダイムを転嫁することが必要である。

また、医師の人事管理は経営のガバナンスにも直結する重要な課題である。

第二章では、主に病院専門職人材（プロフェッショナル）の育成とその特性に関して論じる。

病院では、資格免許を持つ者は全員専門職との認識で管理、専門などの役割認識は希薄である。

特に日本の医師の専門性の育成については日欧米とは異なる。日本では人材育成に職能資格等級制度を導入するが、それは、専門医育成にも有効なのか、職能資格等級制度の中身をのぞき分析を進める。

第三章では医師の活性化と人事賃金制度改革の実際を X 病院の事例から分析する。病院経営発展の鍵を握るのは特に医師の付加価値のある働きである。X 病院の成果獲得の人事基本軸は、職能資格等級制度による人材の育成と活用である。医師の成功事例を分析する。

第四章では、M&A で業績拡大を続けている Y 病院の事例を中心に人事制度改革と業績向上との関係を検討する。その改革のメインは「職能資格等級制度と実力等級制度の導入」による徹底した職能意識やコスト管理である。年功主義から能力主義へそして、「能力・役割主義」へ順次パラダイムを転換した。その成功事例を分析する。

第五章では、両病院に対するアンケート調査に依拠し医療職のおかれた状況と病院の活性化状況を検討する。医師をはじめ各医療職が持つ「仕事観・幸福感」が「組織活性化」にどのような影響を及ぼすのか、やりがい、生きがいなど、モチベーション等への影響は医療の質の違い（急性期の X 病院、慢性期中心の医療を展開する Y 病院）によっても異なるものなのか、同じなのかをアンケート調査しその知見をまとめる。最後の終章では本論文の知見を要約し、その意義と今後の課題について簡略に述べる。

第一章 医療機関における経営管理の特殊性

1、病院経営管理の環境と現状

一般企業の経営においては、公正な競争を通じて適正な利潤を追求することは当たり前の経済原則である。しかし、非営利事業の医療機関では「利益」とか「効率」と言う言葉は相容れないものとされてきた。しかしここへ来て毎年1兆円ずつ増え続けると言われる社会保障費の増大を押さえるため厚生労働省は高齢者医療保険の1割を26年4月から2割へ引き上げた。また、特養入所基準を要介護度認定3以上者⁴³に引き上げ案を国会審議するなど介護費抑制についても、その都度の付け焼刃的対応に苦慮している。

今、病院経営は、淘汰の厳しい局面を迎えている。医療法人は1948年に制定された医療法施行において非営利が前提とされ余剰金の配当禁止等の制約が課せられてきた。

1958年には国民健康保険法が制定され診療報酬体系にもとづく出来高払い制度ができ1961年には国民皆保険制度が創設され、全国の市町村で国民健康保険事業が始まる。国民は「誰でも」「どこでも」「いつでも」保健医療が受けられる国民皆保険体制が確立したのである。

「国民皆保険制度」は世界に「冠たる制度」と言われるように平等で質の高い医療を国民に提供をしてきたと言える。しかし、急速に高齢化が進んだ今日、1995年には65歳以上の人口の割合が14%を越え、また、経済成長

⁴³ 2015年度からは特養への入居条件として「要介護度3以上」とするよう改める案を、厚生労働省が固めた。これは増大し続ける介護給付費の抑制を目的とした政策である。
(<http://www.minnanokaigo.com> 2014年4月19日最終確認)。

の鈍化に伴う国・自治体の財政難はより深刻になってきており、2014年4月には消費税を5%から8%に上げ、社会医療費に使うとしているが、もはや「低負担」「高保証」は難しい状況にある。

1985年には第1次医療法改正がおこなわれ、医療供給の量的規制が始まった。都道府県ごとに医療計画を策定し、病床総数を規制するのが目的であった。わが国の医療体制の歪みとして特に目につくのは病床数は先進国の中で、人口1000人当たり、急性期病院で8.4床とアメリカの3倍⁴⁴もあるが、医師数は人口1000人当たりドイツ3.56人、フランスの3.34人に対して日本は2.15人⁴⁵（厚生労働省、中医協 人口1000当り臨床医数の国際比較、2008年）と少ないが、この理由を国際比較で見ると、わが国は病床数が多く、これは、自由開業制によるものであることが分かる。

わが国の診療は一つの診療科内だけに限定された業務であり、従来から医師一人医療という慣例に従い、医師の個人的な裁量権行使の規範によって支えられてきた。単一診療科の縦割りによる診療科独自の完結型の診療形態で、このことがコスト意識の低下や病院経営不振の大きな問題を発生させたとも言われる。先進諸国ではゼネリック薬品の普及を始め日帰り手術や入院日数の短縮が進んでいる中でも、わが国の医療は社会的入院や医療介護の連携の遅れなど、医療体制の不効率化が目立つ。これらは日本医療のマクロ的な問題と言える。

この様な不効率な経営でもやってこられたのは、公的産業であり、国民の命は皆同じ価値と言うわが国の平等医療と言う医療政策によって支えられてきたからである。更なる消費税10%引き上げが話題に上る中、国民感情としても甘い経営での病院存続は許されない環境になってきた。

44 厚生労働省「(資料2) OECD諸国の種類別の病床数2007年。
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/08/d1/s0827-9j.pdf>、2014年2月14日最終確認)。2ページ。

45 厚生労働省「(中医協 総-5-2参考) I. 医師数の状況と対策」2011年3月2日。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002nakz.../2r9852000002naq4.p>、2014年2月14日最終確認)。4ページ。

さて、ここで登場してくる諸問題が組織の活性化問題である。再三述べているように病院は医師、看護師を中心とする人的集約産業である。また、病院は女性の職場とも言われている。職種毎に自己主張の強い各医療職を一つの職場で、働きがい、生きがい、やりがいを持たせながら、良好な人間関係の基で働いてもらう為には、各職種人材をまとめる人事管理政策が必要である。しかし一般的に病院の管理は弱いと言われている。各職員がいきいきと頑張れる職場作りに向けて今病院が抱える人事戦略課題は次の通りである。

その一は生産性管理である。

その二は医師と看護師の採用と定着問題である。(医師をはじめ各医療職は根なし草と言われる人が多い。)

その三は人材の評価・育成・活用の問題である。

特に生産性向上には人材が必要だが、民間病院はブランド名のある公的病院に比較すると労働条件や人材育成、処遇面では太刀打ちができない。また、新人を根から手塩にかけて育てたと言う実績も少ない。このことはロイヤリティー(忠誠心)の欠如にも現れているように思われる。

特に医師、看護師の人事管理が大切である。医師は大学からの派遣医が多いが、希望病院に勤務できた医師の定着は当然ながら良い。やりがい、生きがいを持たせるメリハリのある人事政策が求められていると言えよう。

2、医師の秘儀的専門性と賃金

日本では国家試験に合格した医師は自由に標榜科目を選択することが出来るが日本専門医制評価・認定機構では5年以上の専門研修を受け資格審査ならびに専門医試験に合格して学会等によって認定された医師を専門医と定義している。日本はイギリスのような身分階層(一般医、専門医)ではないにしても臨床研修医制度による後期研修で、ただ臨床を研修しただけでは専門性は身につかないとの認識で専門医の資格を取得するため、専門研修を受ける事が定着化している。資格を取ったか、持たないかが一般医師と専門医師の違いである。

医師の権威については専門性もさることながら猪飼周平(2011)の研究⁴⁶によれば、「E. フリードソンが1970年の著作で示したところによれば、医師の権威の源泉は、その秘儀的専門性(esoteric expertise)にある。これは、患者がこの医師の専門性の中身を理解することができないために医師に対して弱い立場におかれざるをえないと言う議論である。」

46 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2011年、226ページ。

この議論の前提にあるのは医師の能力は秘儀的な性格のものであるにもかかわらず、その有用性は明らかであると言う社会的認知である。これがないと「いかがわしい」とみなされた民間療法の施術が不法行為として摘発されるケースを見れば理解できる。20世紀に於ける医師の秘儀的専門性が医師の権威を高める方向に機能してきた前提には、医師による治療行為がいかがわしくないとする社会的認知がないといけない。国家試験や医師法などの法制度にはこの社会的認知の制度化という側面が含まれている。

猪飼は「医師の権威および医師と患者関係の緊密な関係は医師の専門職化（professionalization）に必要な秘儀的専門性に対する社会的承認は病院の世紀における治療に対する社会的期待の高まりを前提としなければ決して得られないからであるとし、これらの考え方をベースに医師の権威の前提条件となってきた」⁴⁷と述べているがその通り納得できる論評である。

この点について筆者は30年猶予に亘り医師の診療科別業務の明確化に努力してきた。医師の課業（仕事一覧表）の作成、職能要件書（知識、技術などの能力明細書）の作成を続けているが未だに完成に至っていない。

その理由は猪飼が言うように秘儀的専門性の堅持である。診療科別の専門性はその多くがベールに隠しているが医師共通課業の洗い出しには協力を得ることが出来た。共通課業の等級格付けは医師自身が難易度評価を行っている。それを見ると高いレベルの課業は少なくそれはそれでまた興味深い。また、猪飼は医師の専門職の権威の低下について戦後、先進国においてのコンシューマリズムや医療費抑制政策も医師の権限を傷つけるものであると述べている。

医師と患者との関係を商行為として捉え「患者様」と呼ぶ機関が増えてきているのは、その1例であるとしているが、それが好ましいか否かは別にして、医師対象に接遇訓練を実施する病院も多く、医療の指導権がコンシューマリズムの影響を受けていることは確かと言えるだろう。

一方1980年代以降、医療費を抑制する動きの中から保険者機能を強化する一連の政策は単純に言えば医師の治療行為を効率面から医療保険会社や団体に監視させようとするものであり、医師の治療行為を別の医師に監視させる制度の構築と言う側面を有していると猪飼は分析⁴⁸している。筆者もその通りと納得している。

また、コンシューマリズムや個別医療の妥当性を外部社会が判断できる

⁴⁷猪飼周平 前掲書、2ページ。

⁴⁸猪飼周平 前掲書、299ページ。

仕組みを導入することで医師の権威を相対化しようとしているとも述べているが同感である。重要な事は医師の秘儀的専門性の有効性を認めた上で組織と良い折り合いを作ることである。また今後、医師と患者関係の影響も猪飼が指摘するように変化していくだろう。猪飼は包括ケアシステムの領域が地理的にも機能的にも極めて多義にわたるため医師は包括システムの統括者になることはできないとしている。

また、患者が医師に求める権威はより部分的なものになっていく可能性が高いと述べているが、既に看護師やソーシャルワーカーが部分的な役割を担っていると言うのが実態であり理解できる。

すなわち、包括システムは高度な専門的な治療を担う専門医のグループを除けば患者の生活にとって何が必要かの患者主体の判断基準を取り入れなければならない。従来医師の助言は主に医学的判断に依存してきたが患者の属する社会階層、家族、地域社会と言った要素を考慮する必要性は小さかった。しかし、生活支援をするためには患者の支援者は多元的な社会的価値に対応をしなければならない。これからの医師にはこれまで以上にコミュニケーション能力が必要となる。

多様な価値観を患者の生活や人生から学ぶことができる社交性と教養が必須の能力として必要になる。我が国は高齢化社会の真っ只中にあるが、その事は医師から「患者様」主役の治療、ケアが進行していることを物語っている。しかし、そのことが、医師の権限の衰退に直に繋がっていると説明するには少し無理がある。

猪飼の見解にもあるように老健、特養、自宅療養の患者の間には医師との信頼関係を形成する時間がある。そこでは「先生がそう判断するならばそれで良い」⁴⁹と言う誤診や失敗を許容する信頼関係が期待できるからと説明をしているが、なるほどと納得出来る。これからの医師業務は今以上に診療医療サービスのコーディネート役割業務が増えると思われるが、役割の拡大は極めた専門性があることである。患者のたらい回しが度々ニュースに取り上げられるが、その事実は未経験症例のリスク回避の問題もあると言う。スタッフとして働く看護師や医療職の目は厳しい。医師の「秘儀的専門性」は時として情報の非対称性問題ともなる。これらの問題解決にスタッフ職員（看護師、コメディカル）が忙しく手を取られているケースも少なくない。すなわち医師の権威は専門性とコミュニケーション能力によって支えられていると言っても言い過ぎではないだろう。特にコミュニケーション能力は時として患者・家族とのトラブルの原因ともなる

⁴⁹猪飼周平 前掲書、231 ページ。

医師として職業能力の重要なファクターの一つでもある。

次に医師の秘儀的専門性と賃金の関係を考えてみよう。一般的に専門性が高いという事は産業の特殊性を除き、希少価値であり売り手市場にあると考えられる。石田光男(2007)は雇用に関するルールの体系を技術、社会関係、市場の3つの視点から分析し理論を展開している。「雇用労働は労働力の売買を契機とする。売り＝有用労働の支出であり、買い＝賃金の支払いである。この取引が短期的(スポット的)であれば雇い入れた労働者が勤勉であるかどうかの買い手側の懸念は市場賃率を提示し、働きが悪ければ再度雇わないという形で解消される。(中略)ところが、如何なる理由に基づくにせよ雇用が長期化すると、この労働力の取引は市場を媒体にしないことになる。」⁵⁰「(ア)買い手の側からこの状況を見ると労働支出が不十分な労働者であっても雇用契約の終了で処理できないと言う問題である。

ここで買い手側が行使できる手段は賃金である。もはや、この賃金は市場賃率ではないから良き働き方と好ましくない働き方とで賃金を差別化することによって良き働き方を助長・刺激する。

報酬を操作することによって働き方を間接的にコントロールするわけである。(イ)他方、売り手の側からすると一つは賃金が市場賃率から乖離しているから各種の圧力により賃金を引き上げる余地が生ずること、二つには賃金は与えられたものとすれば雇用の不安がないから各種の圧力により労働支出を節約する余地が発生することの二つが重要である。」としている。

⁵¹この論理は面白いし、なるほどと思わせる部分もある。しかし医師不足の中、まず、法定人員確保のためには市場賃率の提示は最低限のガイドラインである。このラインを踏まえた上での経営協力に対する別途インセンティブ賃金の基準化を考えなければならない。

課題は雇用が長期化すると、この労働力の取引は市場を媒体にしないと述べているが医師の中には、長期勤務は組織貢献、利益貢献度として賃上げ要求をする医師が多い。年俸制導入の医療機関では、賃金規定はあっても、毎年、更新時に有利な労働条件を引き出している医師もいる。労働力の売値と買値の賃金相場に敏感なのは医師ばかりではない。経営は、いつも職種別市場賃率(相場)に留意しながら、自院の賃金表の書き換え(ベースアップ作業)を行っている病院もある。特に医師、看護師は法定人数に余裕を持っておきたいと努力をしているのが民間病院の実態であり、医師の人件費管理、モチベーション管理は病院経営そのものである。

⁵⁰石田光男『仕事の社会科学』ミネルバァ書房、2007年、80ページ。

⁵¹石田光男 前掲書、131ページ。

人件費管理について石田は成果主義と雇用関係の記述の中で、「労働力の売買を市場で行うことと組織で行うこととの相違に根ざす理論的問題として考察される必要がある。成果主義は上述したように市場での成果に直結することを企画した組織内のルール編成である」⁵²と述べている。

医師、看護師の賃金は専門職としての相場が外部労働市場（職業別労働市場）にある。これらの専門職を内部労働市場に取り込むには相場を意識しながらも基本的には年功に基づいて決められてきた。これは誰でも平等処遇を受けられるという分かりやすい長所があったが、今のような変化の時代にはもはや合わない。現状に安住をする職員もいるからである。

病院経営発展のキーは医師の戦力化である。医師のチャレンジとモチベーションアップを如何に引き出すかにある。人事制度はそのための有効な手段、方法になり得るかであるが、その効果は大変に大きいと思慮している。

その人事制度の力の発揮は「能力・役割主義人事制度」の導入である。そこから人事戦略、戦術の知恵を提言することは難しいことではないと思慮している。

3、人事制度のベースになる職能資格等級制度の修正

人事制度は時代のニーズにより変化する。年功主義による経験、学歴、性別は前出のとおりその優位性を失ったことは今更言うまでもない。そこで能力・役割主義人事制度へパラダイムを転換することになるが、その人事制度の原点になる能力主義は異質異能主義の考え方に立つ。異質異能の者は互いに比較することができない。だから基準が必要である。また能力主義には可能性を大切にす人事理念があり努力をして成果を上げた者には天に至る道が用意されている。

能力主義は別名で人を元気づけるロマン制度とも言われている。これに対し年功主義は等質画一基準である。そのファクターは学歴、勤年、性別等であるがこの年功主義は別名で差別基準、逆転不能基準とも呼ばれてきた。同じ入社年次で誰が一番優秀か、また、男は女よりも優秀であるなどと属性を基準にした比較論が成り立つ世界である。同じ入社年次や勤年の者は皆、能力が同じと考えるので比較論が成り立つ。年功主義にはこのように努力を否定する精神が包含されていると言える。病院人事制度の大多数は未だに学歴差や資格免許による年功主義を脱していない。正看護師、

⁵²石田光男 前掲書、189 ページ。

准看護師はその最たる例で完全なヒエラルキーの世界である。公的資格では上下のランク付けがあっても院内資格はロマン制度で人事設計ができる。能力があれば資格免許に関係なく最高の院内資格を獲得することができるのが職能資格等級制度（能力主義）そのものであるが、能力主義人事制度を導入しても、なお且つ、頑なに職種間の資格免許のグレードの違い（上下）を主張する職員が多数いる。資格免許によるヒエラルキー社会が暗黙のうちに形成されている。職種別初任給の違いをグレードの違いとして理解している職員も多い。これらの問題を解決する人事賃金制度のベースが「能力・役割主義人事制度」であり、意識改革を促すのは人事システムそのものである。人事を経営の力に変えるのは人事システムである。人事の力は目標面接、人事考課をベースにした目標管理から始まる。

まず、評価制度をスタートに、育成（役割・職能要件書を能力開発基準とする。）→活用（昇格、昇進、配置）→処遇（賃金、賞与、退職金、成果配分）のために「能力・役割主義人事制度」の好循環サイクルを廻すことにより組織は活性化する。

人事システムは年功主義を廃止し40歳までは企業責任で人材育成を行う能力主義を適用する。40歳を過ぎたら自己責任による役割主義人事制度に人事賃金のパラダイムを転換し人材活用を推し進める。時代は実力成果主義時代であるが、成果の獲得は能力の上に成り立つのであり、能力主義は外せない。

さて、病院経営の安定を目指すのであれば複合型経営の選択も必要である。急性期病院の経営は最先端医療機器の導入など多額の設備投資が必要であり、収支には波があり、利益計画の策定が難しい。政府が進めている公的病院と民間病院の役割分担のすみ分け集約が誘導されている。診療報酬改定等医療行政の方向を先取りし早め早めに経営戦略を策定することが望まれる。

また、複合型の安定経営を起動させるためには法人間の蜜なる人事交流や病院施設間の連携強化をより一層進める事が重要になる。これら病院と施設の連結ピンの役割を果すのが目標管理や人事考課であり、また成果配分賃金など人事システムの導入である。

しかし、これらの人事システムの有効性を何を以って確認するかは容易なことではない。一般的には職員のモチベーションや病院業績の指標を決めて、その実績データの向上分を確認出来れば有効性があると判断できると考えるがその兆候でもつかめればと考えている。

一方、モチベーションであるが、これは病院の経営形態によっても違ったものになると推測する。モチベーション（「個人の意欲」「組織活性化」）

は慢性期病院に働く職員の方が急性期病院よりも良いのではないかと考える。その理由は心の余裕である。慢性期病院の多くは複合型経営で病床管理も比較的安定しており経営は安定的に推移している。このことは職員の精神的な安定にも繋がっていると思われるがこれ等を検証する術はない。しかし超多忙な急性期病院に勤務する職員は患者の入退院のベットコントロールや急変患者の対応などで追われ精神的にも疲弊している。これ等の働く環境の違いは職員のモチベーションにも大きな影響を与えているのではないかと思う。

最後に残った人事の一番の難問は医師の人材活用である。医療法では医師は管理者であり、組織の長としての位置付けである。しかし、勤務医の多くは経営には興味がない。自己の専門性の医療の質には強いコミットメントを持つが経営には全く無関心の医師もいる。雇われ院長、副院長はただの医師業務専従者で良い意味でも悪い意味でも職人という言葉がピッタリと似合う専門職である。

これらの医師を捕まえて無理やりに苦手なマネジメント業務に従事させても経営リスクは大きいし得策とは言えないのではなかろうか。収入源の医師を診療業務以外のマネジメント業務に従事させても経営的なメリットは期待できない。医師以外の他の者で対応できるのであれば、その方が経営効率は良いからである。以上、病院経営における人事制度の有効性分析は長年人事業務に携わる筆者の解明しなければならないライフワークである。超高齢化社会を迎えたわが国の病院経営のモデルを模索する論評は多数ある。自らも病院、施設経営に携わる日本医師会常任理事の鈴木邦彦氏（2013）や池上直巳（2012）、田中滋（2006）二木立（2004）、猪飼周平（2011）などがあるが、いずれも、日本の医療に対してのマクロ的視点からの行政への提言であったり、また、高齢化社会に於ける医療システムのあり方、病院経営競争優位のコスト戦略、中小病院の複合化戦略、日本における病院創成の歴史などの議論が中心である。特に田中滋・二木立（2006）は各国には歴史的、政治的背景ゆえに医療制度と医療制度の仕組に沿った病院の運営があると現場の実態分析に基づいた今後の医療問題の構造を普遍的な枠組みの中で整理し日本の医療経済のあり方を政策的に提言しているが非常に貴重な論評である。二木立（2006）は日本の複合体の大半は今後も地域密着型の「地場産業」であり続けると思うと述べているが同感である。二木等の論点は医療経済学からの示唆を与えるものだが、筆者の人事実務面から問題解決に深く立ち入った研究とは大分違いがある。

そこで、まず最初に人事制度の領域についてまず確認をしておきたい。筆者は人事制度の領域を人事管理の領域ととらえ次の8つに分類整理して

いる。

- ①能力の把握・評価-----職能資格等級制度を導入し仕事の成果や日常業務の遂行行動を通じて実証的に能力の位置づけを確認する。人事考課制度、目標面接制度により各職員の能力を事実に基づいて評価する。
- ②人材の活用-----実力等級制度を導入し適材適所で人材を配置、活用する。人事異動基準、コンピテンシー評価による適材適性配置を行う。
- ③人材の育成と人材開発-----職能資格等級制度をベースに能力開発・教育制度を確立し能力開発プログラムに基づき計画的・意図的に人材育成と人材開発を推進する。OJT、ローテーション研修、職階別研修、職能別研修制度等の内容整備と計画的な研修の実施。
- ④能力・業績や成果に対する処遇-----職能資格等級制度と実力等級制度のツラダレ制度の導入により昇格、昇進、賞与を能力・実力等級基準に基づいて人事・賃金処遇を行う。
- ⑤能力の成長に対する処遇-----職能資格等級制度をベースに若手職員の抜擢昇格、賃金（定昇）を基準に基づいて行う。
- ⑥モチベーション管理-----職員一人ひとりのやる気、働きがい、いきがいの管理を推進する。加点主義人事考課制度、目標管理制度、成果配分賃金制度、公募制度、表彰制度等の制度化と実施。
- ⑦労使関係管理-----労働法、個人情報保護法、労働協約、就業規則の遵守指導、人間関係づくりなど法律を踏まえた良好な人間関係づくりを進める。
- ⑧職場規律維持の管理-----職場規律、勤怠管理、職場ルールの周知と管理の実施。

以上人事諸制度の内容やその制度管理についてはその時代の企業体（病院）の経営・組織活性化状況によっても違ったものとなる。しかし、病院も1つの企業体であり、今後も継続して発展していくためには、人事制度の近代化整備は必要不可欠であり、そのベースは「能力・役割主義人事制度」の導入が必至である。

(1) 日本型年功制の再評価論議

「能力・役割主義人事制度の導入」の必要性に対し高橋伸夫（2006）の論文では否定的な見解が論じられており、日本型年功制の再評価についても次のように述べている。「戦後『年齢別生活費保障給型』の賃金カーブがベースライン（平均値）として設計されてきたという事実に関しては異論は聞いた事がない。」また、高橋は「従業員の生活を守るという路線の延長線上で戦後の47年には経営陣は身分制度の撤廃に同意し年齢

を重視する生活給的色彩の強い新基本給が労使間で合意されたのである。

こうして準戦時体制、戦時体制の下で確立した大企業の賃金カーブが戦後直後の生活給的賃金制度に受け継がれさらに春闘方式の下で『年齢別生活費保障給型』の賃金カーブが定着する。それが戦後日本の高度成長を支えてきたのだ。業績や成果に連動した賃金によるインセンティブ・システムなど、そもそもなかったわけだから、それが高度成長を支えられたわけではない。」⁵³との見解である。年齢別生活費保障給型が日本の高度成長を支えたと説明するにはいささか材料不足で説得力に欠けると思う。誰もが戦後の生活困窮期には一生懸命に働かなくては生活ができなかったのであり、年齢別生計費、つまり年功主義が経済成長を支えた原動力と推論できるような論理展開は飛躍過ぎる。

当時と現在では明らかに産業構造も大きく変化しているしグローバル経済の中で日本企業の生産・販売拠点は海外が主力である事を考えれば能力・役割（成果）主義の有意性は議論の余地はないと思う。

また高橋は年功制について次のように見解を述べている。「日本型の人事システムの本質は給与で報いるシステムではなく次の仕事の内容で報いるシステムである。その仕事の成果の評価によって、さらにその後の仕事の内容が違ってくる。そして重要なことはこうした評価のもとになっている仕事の内容自体にどんどんと差がついてくるために多くの場合それに引きづられる格好で昇進・昇格・昇給のスピードにも加速度的に差が開いてくる。従ってこれは正確な意味での年功序列ではない。あくまでも日本型の『年功制』なのである。」⁵⁴と、この論理については一見うなずけるところもある。しかしこれは年功制の表面的なある事象を捕らえた評論であり、年功制の本質的な論議ではない。年功制の主なファクターは学歴であり勤年であり性別であった。東大卒はエリートとして出世も早い。勤年が長い者は仕事ができる。また男は女より優秀であるという概念の基に男が優遇され同じ勤続であれば男を役職者につけた。年功主義時代はまさに男社会であった。最後に高橋は「年功制」の多くの不満は運用上の問題として「制度なんか変えたって何も解決しないことは明らかである。」⁵⁵と述べているがこれは違うと反論をしたい。年功制は生まれながらによって、変えることのできない属性基準である。これに対して「能力・役割主義人事制度」の基準は職務遂行能力また仕事の価値とチャレンジを基準にしており主観的な運用ができない客観的なフ

⁵³高橋 伸夫『日本の企業システム』有斐閣、2006年、375—376 ページ。

⁵⁴高橋 伸夫、前掲書、379 ページ。

⁵⁵高橋 伸夫、前掲書、388—389 ページ。

ァクターを基準にしている。このルールをなくしては年功も能力も役割もまた成果も全く同じものになってしまうのである。

(2)能力主義人事の修正論

さて、能力主義については石井耕(2006)の論評がある。能力主義を基調とする人事制度の根幹は職能資格等級制度であり、これを中核にして賃金・人事考課・昇進昇格・能力開発・キャリア形成等が体系的に制度化された。職能資格等級制度とは職務遂行能力を段階的に発展させていくものであると要約しているが同感である。能力主義は職能資格等級制度を基本軸にした能力トータル人事制度であり、必ず能力開発制度がセットされる。この点について石井は人事考課は上位の資格等級では業績考課が重視され情意考課は重要ではない。最近成果主義といわれているが日本企業の人事考課は特に上位等級では業績考課をこれまでも重視してきたことを指摘している。下位等級では将来の可能性や能力開発への努力を期待するが、上位等級ともなれば能力のある者は必ず成果を出すことを期待し業績考課に重点を置く。これからの経営は真面目だけではなりたたないことは明らかである。人事考課について守島基博(1997)は「過程の公平性の確保」について論じているがその通りで目標の設定や結果のフィードバック、多面評価制度等本人の納得するプロセスがないと評価に対する不満が生じ人事諸制度自体が成立しないことになる。

正に人事考課制度は人事制度の根幹をなす制度である。この人事考課は昇給、賞与、昇格、昇進、配置、能力開発等すべての人事賃金制度に反映される。特に昇進昇格などについて石井は次の様に述べている。「高度成長期には、すでに競争原理に基づく、言い換えれば能力主義の人事政策が実施されていたのである。小池和男は日本企業の昇進・昇格の特徴を『遅い選抜』とした。欧米の早い選抜とは異なる」⁵⁶と述べているが良く理解できる。また、石井は日本企業はマラソン・レースのように長期間昇進競争が行われているが優秀者はいくら結果を出しても20歳代には昇格格差、賃金格差がつかないので転職志向が強くなる。しかし日本企業の人事政策が大きく変化してきていると次のように述べている。

「長的内部昇進競争は最近先鋭化されてきている。日本企業の大卒ホワイトカラーにおけるキャリア形成の特徴である『遅い昇進』をやや早めようと言うことである。具体的には職能資格段階の減少、必要滞留年数の短

⁵⁶石井耕(伊丹敬之、藤本隆宏、岡崎哲二、伊藤秀史、沼上 幹編)「第12章日本企業の能力主義人事政策」『日本の企業システム第Ⅱ期』有斐閣、2006年、345-346ページ

縮などがあげられる。いずれも第一選抜をより早く行う可能性を示唆した論調である。これまで日本企業の弱点となっていた、経営者候補者への早期人材選抜・育成への道を拓く。そして第一選抜者を、子会社や海外現地法人に積極的な意味で出向させ、30歳代から経営者としての経験をさせ始める。(中略)部分的ではあるが、日本企業がようやく早期からの経営人材というゼネラリスト育成に踏みきりはじめた段階であるにとらえられる。」⁵⁷と述べている。筆者の現場確認情報と全く違和感はない。また、石井は日本企業の長期内部昇進競争という経営の先鋭化について述べているが要約すると次の通りである。⁵⁸

- ① 職能資格段階を減少する。(「遅い選抜」を早める。)
- ② 同一資格での必要滞留年数の短縮(遅い選抜を早める)
- ③ 役職定年制の採用(若い管理職の登用)
- ④ 職能給の比重を増す。
- ⑤ 管理職に年俸制を導入する。
- ⑥ 30歳代から子会社などへ出向・派遣、経営者としてのトレーニング、経営人材の育成をすすめるなど、である。

4、医療機関における組織管理の特殊性

(1) 病院組織の特徴

医療機関の人事賃金制度の見直し、再構築のコンサル過程で、筆者が病院組織を観察分析した結果を整理してみると次のように2～3の特長が見えてくる。

図表一4 病院組織の特徴

区分	主な特徴
1、経営者と経営への係わり	1 診療報酬、介護単位の獲得には一生懸命であるが、マネジメントや事務を軽視する傾向がある。 2 経営をサポートする補佐役がない。全て院長に決済が集中している。

⁵⁷石井耕(伊丹敬之、藤本隆宏、岡崎哲二、伊藤秀史、沼上 幹編)前掲書、355-356ページ。

⁵⁸石井耕(伊丹敬之、藤本隆宏、岡崎哲二、伊藤秀史、沼上 幹編)前掲書、356ページ。

<p>2、病院の組織と管理</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 医師を頂点にしたヒエラルキーの組織が形成されており、プロフェッショナル（専門技術）集団である。 また、横の連携が弱い。 2 病院には経営や管理（マネジメント）がないと言われてきた。管理者が担当している職務を検証してみるとその多くがスタッフ業務と同じ定型業務を遂行している。 3 人事組織管理は一般産業に比べ約35年以上の遅れである。人事組織は年功主義人事で公務員準拠方式である。 4 権威主義（資格免許）の集団であり、プライドが高い集団である。 5 経営上「戦略」が論じられることは稀である。手厚い診療報酬制度に守られて「戦略」がなくても、過剰設備投資や放漫経営がなければ利益を生み出すことが可能な組織である。
<p>3、医師のマインド</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 派遣医は医局ローテーションがあり、勤務病院に対して腰掛的意識があり、帰属意識は一般的に希薄である。 2 勤務医の多くは社会貢献、社会の役に立ちたいと言う志のある医師もいるが、自分の働きには関係なく医師不足の足元を見て極めて組織の秩序を外れたわがままな要求をする医師がいる。この傾向は人手不足の看護師にも見られる現象である。 3 多くの勤務医は人の秩序や組織の秩序を余り気にしない人達であり、従って

	組織の序列とか指揮命令で組織の方針や職場ルールに従わせる事は難しい人達と言える。
4、事務の仕事	事務部門はどこでも雑用係で、また一般定型業務に追われおり人材が手薄である。
5、成果に対する認識	一般的に「成果」(アウトプット)に対する評価は曖昧である。

出所：筆者作成。

以上を要約すると医療機関の組織管理問題はその大半が医師の人事管理問題に帰着する。さて、医師の勤務態様について一般論で言えば、経営参加意識は余りないが、中にはミッションの共感を重視する医師もいる。自分の専門診療業務だけではなく、組織共通課題のミッションも共有できれば、組織全体のモチベーションも高まり、業績に直結すると考えられる。

その他、病院組織管理の特徴を取り上げれば一般的に専門技術有資格者を管理するのは同じ有資格者である。仕事が分からない者が責任者になっても管理は出来ないし、部下が指示命令に従わない。専門技術者は一般的に管理業務が苦手の人達と言われている。管理とは何かであるが管理する内容は大きく次の5つの役割に分類できる。

部門統括、部下掌握育成、業務推進、企画開発、上司補佐の役割業務である。役割は役割の大きさ(権限と責任)によって、役職職階が設定される。組織運営原則の概念を医師職で説明すると、一般医師職の直属の上司は医長一人であり、指示と報告の経路は一本である。しかし、実際の指示命令系統は統一されていない。これらの状況は病院共通の問題点である。病院における診療、治療業務は医療法の定めで、医師の指示なしでは他の医療職は患者治療には係わることができないことを定めている。従って、自分は夫々の分野毎の専門職であると自負していても、医師の処方箋がないと動けない、また動かないのである。医師の診療拒否など、救急患者のたらい廻しが社会問題になっているが、これらの問題解決も他の医療職が統治できない権限を越えた課題である。病院における一般的な指示命令権は次の通り一応はあるが、殆ど機能をしていない。ここに組織とは何かの問題がある。野田稔(2005)は組織の定義について「協働のために意図的

に調整された、複数の人間からなる、行為のシステム」⁵⁹と説明をしている。

(一般的な職種別指示命令系統)

- ① 診療職 (院長→副院長→部長→科長→医長→医師)
- ② 看護職 (副院長→部長→師長→主任→看護師)
- ③ 医療技術職 (技師長→副技師長→技師)
- ④ 事務職 (部長→課長→係長→一般事務員)

(2) 病院の組織づくりと人づくり

医療機関の組織は、医療安全、高度医療、救急医療、病診連携、病院機能の向上など医師を管理者とし、組織編成に規制がある。

病院の一般的な組織図では院長の下に診療部、看護部、医療技術部、事務部などがある。医療機関における組織の秩序は院長の下に資格序列のヒエラルキ社会が築かれている。

従来は経営者である理事長は医師でなければならないとされていたが、現在はこの要件は緩和されたが⁶⁰、実態は余り変わっていない。また、医師以外の職種からの副院長職への人材登用など先進病院の人事改革の事例も見られるようになったが、その数もまだ少ない。

副院長兼務部長職にいる上級管理者のマネジメント行動を観察して、いつも感じることは、副院長とは名ばかりで所属部門の利益代表的な立場の人もある。

これらは経営者教育が行われていないことやキャリアパスがないことを意味している。経営者を育てる視野拡大のための人事異動やキャリアパス(人事、経理、総務、広報、地域支援、企画)は意図的、計画的に行われていない。また、民間医療法人では経営を司る理事会はその多くが親族による同族経営で行われており、意思決定や責任の所在も不明確で、ガバナンスが機能していない。公的病院の理事会でも理事長の意気のかかったメンバー構成が多く、経営改善に対する前向きな意見・要望などの提案は少ない。その他、社会的に存在意義のある医療機関においても高齢者が病院の貢献者として、名誉院長、名誉会長の処遇で組織に居座り続けるなどの例はいくらでも見かける光景である。理事会が公正、公平に機能しているか否かの検証が必要と感じる病院が実に多い。

民間病院の最近の話題は後継者継承問題である。どのように事業を継承

⁵⁹ 野田 稔『組織論再入門』ダイヤモンド社、2005年、13ページ。

⁶⁰ 理事長に関しては医療法第46条の三において医療法人の理事のうち一人は、理事長とし、医師又は歯科医師である理事のうちから選出すると規定されている。ただし、都道府県知事の認可を受けた場合は、医師又は歯科医師でない理事のうちから選出することができるという規定がある。

するかで頭を悩ましている理事長が多いが、この病院は誰のものか、経営の分担責任や内部統制に問題はないか、理事長の経営能力はどうか、監査は正しく行われているか、などなどについて外部有識者や地元の有力者などで評議委員会を設置して、理事会を監視する体制を作っている医療機関もあるようだが、まだ少ない。

また、医療機関には組織の特質を示す数多くの委員会が設置されている。例えば、医療事故防止委員会、院内感染防止委員会、個人情報保護対策委員会、倫理委員会、治療審査委員会などであるが、医療行政指導に対応する形だけの組織もあり、本来のチーム医療としての機能を果たしていないところが少なくない。

委員会の性格からして必ずしも委員長は医師でなくても良い組織もある。問題は形だけの組織を作り、委員長は診療活動兼務の医師を任命して、実際の委員会活動が止まっているケースも多々ある。

また、経営実態に即さない同じような委員会も多数あり、重複の問題点も散見される。いずれにしても組織を効果的に機能させるためには、組織間の重複機能の見直しや組織の統廃合を行い組織機能の明確化を図ることが必要である。

例えば、重複業務や組織の細分化の経緯を調べてみると人事の問題も見えてくる。病院の昇進体系が年功主義であることにも一因がある。スカウト人事や人を処遇するために人で組織（役職ポスト）を作ってきたケースが多く散見されることだ。また、病院や施設には「運営会議」「幹部会」などの会議があるが、意思決定機関の会議体と実務遂行を伴う委員会に分けるところが一般的である。こうすることにより指示命令系統の明確化と院内の課題解決の責任体制を確立することが出来るからである。また、委員会の設置はメンバー各人の役割意識の醸成にも繋がっているようである。

病院の組織作りで留意する点を敢えて一つ取り上げれば、患者・家族満足の組織をどう作っているのか気にかかる。患者・家族側はハイレベルの診療行為やサービスを求めているのだが、患者・家族のニーズに密着した組織であれば利益に直結した組織になる。しかし、利益と云う言葉を使うこと事態に反対の職員も多い。非営利組織と言えども赤字経営では存続が出来ないが、この折り合いをどうつけるかが問題である。

各医療職は医師の処方箋の指示に従って専門領域の仕事を手順通りにやればそれで良いと考えている職員が多い。これは医師の処方箋による指揮命令系統が形成されたものと考えられる。従って医療職から医師の処方箋の不適合をアドバイスをする事例は例外である。このことは病院は医師を組織の長にして、職種別ヒエラルキーの文化や価値観に縛られてきたと言

える。しかし、今やこれらの職種別の垣根を取っ払い風通しの良い組織風土の基に経営拡大を続けている病院もある。Y病院はそのモデルケースの一例である。例を上げれば放射線技師が経営管理部長職務を遂行したり、薬剤師が事務長であつたり、看護師が事務長であるなどは今では珍しくない当たり前の事になっている。管理者登用の役割要件と人材要件のクリアーを絶対条件として適性があれば職種は関係ないことになる。Y病院の事務長の重要職責は、病院の業績アップと職員の働きがいや生きがいのある職場作り、モチベーションアップ等である。また、人材要件では、使命感、忠誠心（ロイヤリティー）を持つ人材であり、マネジメント能力では、組織力、状況対応力、問題解決力、危機管理能力、トップ補佐力等のコンピテンシー、クラスター（評価項目）が資格要件となる。忠誠心のクラスターについてはY病院のみならず、他の多くの経営者が経営幹部登用の重要な人材要件と考えている。なぜか、若林直樹は日本経済新聞、経済教室の記事に「忠誠心は業績を上げるか？⁶¹社員の企業への帰属意識が会社業績にどのような影響を与えるか、海外でも効果を確認している。日本企業には社員の忠誠心の高さを強みにした独自のチームワークによる競争力があつた」と記述している。

管理監督者の適性配置については職務、職責の資格要件を明確にして、適材者の配置が必要である。病院経営を担う副院長の役割は大きいが、現状では先にも触れたように、副院長とは名ばかりで経営にはタッチしていない処遇職である。処遇職とは、永年勤務の功労報奨や賃金処遇のための格付けである。病院組織の脆弱さが分かる。役職の適材配置には、役割・職務の適性検査やアセスメント⁶²（事前考課）を実施し、適格者を選抜登用することが必要であるが病院ではこれらの選抜は殆ど行われていない。この分野での先行研究は少ない。

(3) 医師の養成と特異性、独立性

医師一人ひとりには独立事業を行う形を取っているゆえ組織的には部長、科長、医長などの職階は一応あるが、科別の専門性が優先された並列組織になっており、上級管理者は一般的な組織統括などの管理業務以外、専門業務推進に関する指揮命令権は持たない。これらの組織の類似として、大学など学校の教職員を取り上げる事ができるが、教職員の場合は、専門性は異なっても教職員の労働契約は組織としての統一契約で行われている。しかし、医師の場合は統一契約ではなく、医師個人との診療契約が中心で、

61 若林直樹「経済教室、忠誠心は業績を上げるか？」『日本経済新聞社』2014年4月21日、朝刊。

62 期待する人材像に照らして各人の適合度をみるものがアセスメントである。

医師の特異性、独立性がある。

これらの状況の背景はどこから生じたのだろうか。医師不足による需要と供給の力関係によるものなのか、それとも、大学医局による人事管理なのか、医師職能団体と言われる医師会の利権なのか、医師会と行政の甘い関係なのか、検討すべきである。「経済産業省出身で行政改革に詳しい古賀茂明氏は厚生局と医師会の関係は密接だ。医師に配慮した行政指導にある。(中略) 全国8カ所の厚生労働省厚生局、医療費の無駄に切り込むべき役所が、診療報酬を不適切に請求した疑いのある医療機関の約半数を調査せず見逃していた。(中略) 監査は診療録などを調べ、患者からもヒヤリングし、5年分の不正請求分の返還を求めることができる。だが、ほとんど行われていない地域もある」⁶³と指摘している。監査時の医師の立会いは健康保険法や厚労省局長通知で制度化されているが立会いの医師の時間にも配慮し日程調整をする身内に甘い行政の体質が見える。また、今の医師の自由性や特異性は専門医を認定する各学会基準のバラツキにも垣間見ることができる。わが国の現在の「専門医は医師国家試験に合格した医師は自由に標榜科を選ぶ事ができるが、社団法人日本専門医制評価・認定機構では加盟している各学会⁶⁴と協調し、5年以上の専門研修を受け、資格審査ならびに専門医試験に合格して学会等によって認定された医師を専門医と定義している。」⁶⁵しかし、現在学会ごとに独自基準で認定している現状を改め専門医の乱立状態や技術・質のバラツキを改善し専門医の質向上を図るために日本専門医機構（理事長・池田康夫、早稲田大学特命教授）が「専門医」を統一的な基準で認定する第三者機関を2014年5月に立ち上げた。今後、新しい認定基準や研修プログラムを作り、2020年度から認定を始める予定という。⁶⁶

現状、専門医の質の管理は各学会が独自に行っており学会認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念があったとされる。新たな仕組みについて例えば「専門医を『夫々の診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師』と定義、『神の手を持つ医師』や『スーパードクター』を意味するものではな

⁶³ 「厚労省、調査半数見逃し」『朝日新聞』2014年5月11日、朝刊。

⁶⁴ 学会数は平成25年8月現在で88に上る。(http://www.japan-senmon-i.jp/data/ 2014年5月20日最終確認)

⁶⁵ 社団法人日本専門医制評価・認定機構、「About Medical Specialist 専門医とは」(http://www.japan-senmon-i.jp/ (2014年5月20日最終確認))。

⁶⁶ 「専門医の質向上へ、第三者機関 統一基準で認定」『日本経済新聞』2014年5月8日朝刊。

い」⁶⁷としている。一方、医師の卵である派遣医の養成については、ある一定の期間、各医療機関でローテーションを行い、専門性の習熟を積むことになる。派遣医は自分の専門性の習得には熱心だが勤務先の組織貢献に対しては無頓着な行動や振る舞いを取る医師が目につくが勤務先病院には人事権がないことが医師を統括できない頭の痛い問題としてある。これらの派遣医を含め医師を如何に組織に引き入れることができるか、経営に参加させることができるかが重要な人事管理であり、このことが病院経営のガバナンスにも直結する。

(4) 病院人材の特異性と人事改革の必要性

医師職の特異性、独立性を見てきたが、病院職員は皆、専門性の高い有資格職員であり、その専門性も錯綜しているので、必ずしも組織上の管理職や上級職に指揮命令権があるとは限らない特異性のある組織である。診療部門と同様にコメディカル部門は独立した管理機能を持っている。

しかし、看護部、事務部は指揮命令系統が確立されているのはなぜなのか。医師には診療科別に細分化された認定医、専門医などの専門分化があり、専門性に特化した学会も多数あり全国で活発に行われている。

しかしこの事は看護師の専門性においても全く同様である。同じ看護師でも職種別に専門性が特化しているのに指揮命令系統が明確化しているが、医師にはあるとは言えない。如何なる理由によるものか、考えて見ると、医師は医師免許を取得した時点で年齢、経験に関係なく医療法の裁量権による管理者として位置づけられていることも大きな理由の一つと考えられる。⁶⁸一般管理業務においても、業務の都合を理由に、どこの病院でも院長や副院長の指示に従わない医師を何人か見かけるが、これは医師養成教育や社会の受け入れ態勢の問題などが背景にあることが指摘されている。なかには、契約事項にないことは一切やらないという傲慢な態度をとる医師もいる。需給関係から経営側も辞められたら困るので、黙認をせざるを得ない状況が多かれ少なかれある。

医師である瀬戸山は「従来からの医師の原型と言う慣例に従い医師は個人的な裁量権行使の規範によって支えられてきた。単一診療科の縦割りに

67 厚生労働省「新たな専門医に関する仕組みについて①（専門医の在り方に関する検討会報告書概要）

(http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/384217_2189979_misc.pdf)

(2014年5月20日最終確認)。

68 「医師法 19 条 1 項」、保健指導の義務「医師法 23 条」、管理上の義務等、注意義務などの義務によって法的責任を問われることにある。医師は自己の倫理観と価値観に従って医療を行う自己決定（自律性）を持つという意味で、「自由権」を持っている。

よる。しかも診療科独断の自己完結型の診療形態が医療の質の低下のみならず病院経営の不振の大きな原因になっていた。」⁶⁹とも述べているが、大きな裁量権の解釈を社会的地位などと拡大解釈をして傲慢な振る舞いをする医師もいるようだ。

その他の医療職でも、筆者が指導先で常に感じることは、専門性を有していることで権威を持ち、専門性を捨て去ることが難しい人達が大勢いるため、マネジメントのトレーニングが難しい場面が多々ある。従って専門性に名を借りたぶら下がり人間も多数いる。とは言っても多数の定型日常業務をこなす職員が必要なのも病院なのである。

これらの諸問題を踏まえて病院におけるマネジメント人材育成の教育ポイントを考えてみると次のようになる。

①病院経営の最終目的は組織の業績を向上させ、事業を発展させることで社会貢献を果すことにある。そのためには多様な特性を持つ人達を組織に結集させることが必要である。トップマネジメントは異質・異能な人材を如何にマネジメントに参加させるかを常に考えていなければならない。

②厳しい経営環境の中で競争優位を保つ為には付加価値を生み出す「コア人材」を育てることが必要だが、その育った人材を組織のどこで使うのか、持てる力を最大限に発揮してもらい適材適所を考えていなければならない。人事部長に看護師が、臨床検査技師がなっても良い。経営は職種を問わずセンスが必要な時代である。

③人材マネジメントの成果評価には最低2年間程度の猶予期間が欲しい。能力、実力、成果の評価には新部署や新プロジェクトを担当させ直ちに結果を求めるものではなく、人材育成の中長期の視点が必要である。期待する職員としての結果を求めるには、先ず能力の育成後の結果評価である。能力育成を省略したマネジメントは人材の育成も成果の獲得も難しい。

また経営が常に考えておかなければならない病院人事制度改革の課題は次の3点である。

- ①法的な制約を遵守しながら医療サービスの質を落とさない効率的な組織運営。
- ②組織としての指示命令や管理の徹底。
- ③部門間の円滑なコミュニケーション。

この3点を実行するために人事制度改革の有効性とその変化を考察することが必要である。

69 瀬戸山元一『患者さん中心にしたら病院はこうなった』医療タイムス社 2001年、81ページ

(5) 組織活性化とは何か

病院人材を活性化させたい。ここでは、組織のあるべき姿の原点に戻って組織活性化とはどのような状態を言うのか、まず、その定義を明らかにする。組織活性化について高橋伸夫（1989）は組織活性化を企業の「ぬるま湯的体質」に着目し、「ぬるま湯につかる」「ぬるま湯だと感じる」意味を解明するため、組織活性化状態をぬるま湯感と仕事の充実感の相関のアンケート調査（クロス分析）で説明している。

すなわち組織活性化とは「現状に甘んじることなく変化を求める傾向、現状を打破して変化しようとする傾向、これを変化性向と呼び、ここでは、組織のシステムとしての変化性向をまず考え、変化性向が大きければ『温度』は高く熱いと感じ、逆に変化性向が小さければ、『温度』は低く、ぬるま湯と感じる」⁷⁰と論じている。巷では、容易に、業績低迷の企業のことを「ぬるま湯体質だから…」等と言う言葉を良く使う。この論理について高橋は「一般には環境の状態が等しければより高い業績を上げる組織の状態が普遍的に存在することを想定し、その状態を『活性化された状態』と考えていると言ってもいいだろう」⁷¹と述べ、そのうえで必ずしも高業績に結びついたものでもないとも言っている。例えば「ひどい不況時には企業は高業績を挙げる事はほとんど望めないが、このような時にも活性化された状態を実現する事は可能で、例え、高業績を挙げているからと言って組織が活性化しているとも限らない」⁷²とも述べている。組織活性化を単なる表面的な現象で捉えるのではないということだが、高橋は組織活性化状況をまとめて次のように述べている。「組織メンバーが組織と共有している目的、価値を能動的に実現していこうとする状態ではないだろうか」、⁷³筆者もこれに同感である。一方、医療職の

70 高橋伸夫「日本企業のぬるま湯的体質」東京大学経済学部、『行動計量学』16巻2号（通巻31号）1989年、2ページ。

71 高橋伸夫『組織活性化の測定と実際』日本生産性本部、1989年、35ページ。

72 高橋伸夫、前掲書、35ページ

73 高橋伸夫、前掲書、35ページ。

モチベーションでは、いくつかの研究がある。⁷⁴

その代表的なものの一つが「医療従事者の働き方とキャリアに関する調査」⁷⁵である。これによれば、「給与、賃金の額の満足度」では、満足しているが 5.9 %、まあ満足しているが 17.6 %で、計 23.5 %が一応満足している結果となる。しかし、医師不足が顕著な麻酔科蘇生科では、満足しているが 16.7 %、まあ満足しているが 33.3%で、半数が満足していることとなる。麻酔科蘇生科の医師はどここの病院でも人材不足が深刻で過酷な労働をしている。これらの状況から経営も優遇措置をせざるを得ない状況にあり、その状況が満足度の数値にも表れている。しかし、残りの半数は労働との見返りに納得していないと読み解くことが出来る。

また「仕事と生活の優先度」では、仕事優先 36.5 %、どちらかといえば仕事を優先するが 31.2%で、計 67.7 %と約 7割弱が仕事優先を選択している。その内訳は月当たりの宿直は 3 回以上、オンコール 1 回以上、週 60 時間以上、週あたり休日 1 日以下、年次有給休暇取得 0 ~ 3 日と過酷な大学病院勤務医の労働実態が分かる。このような労働状況のなかで働く勤務医の仕事と生活に関する希望調査の結果では、「仕事」を選択するは、僅かに 5.3 %であり、どちらかといえば仕事を選択する 18.8%を合わせても、計 24.1%にすぎない。

性別内訳では男性が 31.1%、女性の選択はたったの一桁 9%にしか過ぎない。また、勤務先の仕事の質や内容の満足度では、満足をしているが 10%で、まあ満足が 47.6%、で半数以上が満足していることになる。しかし、救急科、救命救急、集中治療部での満足度調査では、満足しているが 20%で、まあ満足 80%を合わせると 100%になり、全ての医師が業務満足

74 たとえば、病院勤務医の意識を探るものとして、医療制度研究会「医師の勤務状況調査・調査報告」2012年 (<http://www.iryoseido.com/chosa/001.html>、2014年1月30日最終確認) および山形大学大学院医学系研究科「山形 県内病院勤務医勤務実態調査報告書」2012年等がある。これらの研究は、アンケート項目のなかに「医師の仕事に誇りを持っているか？」を入れるなど、本論文と共通の関心が見られる。ただし、全体的に勤務医の離職要因の分析に重点を置いていると考えられるゆえ、ここでは主に医療従事者の働き方とキャリアにかかわるものに絞って検討する。

75 労働政策研究・研修機構「医療従事者の働き方とキャリアに関する調査」JILPT, 国内政策研究・研修機構「医療従事者の働き方とキャリアに関する調査」JILPT, 国内労働情報、2013年。

をしている結果である。第一線で人命救助に携わる医師の使命感とやりがい伝わってくる。また勤務先（職場全体）の満足度については満足しているが14.1%、まあ満足しているが47.1%で、6割が満足していることとなる。また、将来の働き方については、今の病院で働き続けたいが37.6%、別の病院に異動したいが44.7%あり、その別の病院で働きたいという内訳をみると女性が52.3%、男性43.1%で、女性と男性では9.2ポイント女性が高く、年齢では30代が54.6%もある。逆に50代になると64.3%の医師が今の病院で働き続けたいとしている。次に今の病院で働きたくない主な理由を拾ってみると昇進、昇給、給与に不満があるが36.3%で、次いで長時間労働と仕事と私生活（家事含む）の両立が困難であるが31.4%となっている。当調査では仕事と生活のどちらを優先しているか、現在の状況と今後の希望に分けて尋ねているが、現在の状況では仕事が優先（仕事、どちらかといえば仕事の合計）が67.7%と過半数以上を占める。その他、仕事と私生活が同じくらいが20%、私生活の生活優先（生活とどちらかといえば生活の合計）は11.7%と少ない。不明が0.6%となっている。他の医療職においても医師と似通った数値を確認している。しかし、事務職では（仕事、どちらかといえば仕事の合計）が43.7%と医師、医療職に比べ約20%も低く、逆に「生活優先」の数値結果になっている。これは、医療・看護技術を持たない事務職の満たされない思いが数値にも表れていると思慮している。逆に救急、救命救急、集中治療など人命救助の第一線に係わる医師（含む医療職）ほど、私生活を犠牲にして診療、治療に頑張っているが満足度100%と生きがい、やりがいを持っていることが分かる。人命救助と言う、人のために貢献すると言う使命感があり、それが満足度に繋がっていると推察できる。

(6) 医療経営におけるガバナンスの基本的問題

医療経営では特にコーポレート・ガバナンス⁷⁶が大切である。一度、医療事故や医療過誤を起こすと病院は潰れる。また、医療費の不正請求は許されない事だが、請求業務不慣れな事務ミスも不正請求と判定されるケースもある。また、その対処方法を誤ると保険医療機関の保険制度の指定を取り消される重大な問題になる場合もある。厚生労働省保健局医療課による「平成24年度における保健医療機関等の指導・監督等の実施状況につい

⁷⁶ コーポレート・ガバナンスの概念について小島愛(2008)はその目的は概ね「企業不祥事の防止」と「企業競争力の強化」と言えると言っている。今日企業の永続的な活動には、コーポレート・ガバナンスだけでは不十分と指摘され『企業競争力の強化』と言う手段を実施するコーポレート・ガバナンス改革が期待されるとしている。『医療システムとコーポレート・ガバナンス』,文眞堂、2008年、34ページ。

て」の資料によると平成 24 年度に保険指定を取り消された医療機関は全国で「指定取消：31 件」「指定取消相当：⁷⁷41 件」計 72 件に上るが、医師が関与する書類の不整備の問題もある。

「厚生局⁷⁸指摘事項上位 10 項目」（平成 20 年 10 月分～平成 24 年 7 月分）は次の通りである。

図表－5 厚生局、病院書類不整備指摘事項上位 10 項目

No	指摘事項	件数	主な指摘内容
1	移動・転入 転出・変更	256	保険医の異動等があったが、届出がされていない。
2	診療録の作成	219	必要事項の記入（主訴、診療の開始日、症状、治療内容、所見など）が出来ていない。
3	入院診療計画書	186	医師、看護師、作業療法士、等関係職種が共同し個々の患者に合わせて策定していない。
4	保険外負担	173	費用を一律に徴収するなど徴収方法が適切でない。
5	院内感染防止対策	150	感染情報レポートが週 1 回程度作成されていない。

⁷⁷ 取消相当とは本来取消処分（保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消）を行うべき事案について保険医療機関等が既に廃止され、または保険等が既にその登録を抹消している等のため、これ等行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が公表されるほか、原則として 5 年間、再指定（再登録）を受ける事が出来ない。厚生労働省「平成 24 年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について」

（<http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf07/documents/0206-3.pdf> 2014 年 12 月 24 日最終確認）

⁷⁸ 厚生労働省の地域支部局の一つ。地方に於ける国の「政策実施機関」kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/about/厚生局は厚労省の出先機関で北海道、東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、九州の 7 局と四国支局。2001 年の省庁再編で 8 つの地方医務局と 9 つの地区麻薬取締官事務所を統合し設置。2009 年の社会保険庁解体に伴い病院や診療所の指導・監督業務を継いだ。覚醒剤の取り締まりや健康保険組合・企業年金の指導も行う。正規職員数は全国で 1728 人（14 年度）「診療報酬不適切請求の疑い」『朝日新聞』2014 年 5 月 11 日朝刊。

6	褥瘡対策	141	専任の医師および5年以上の経験を有する専任看護師が褥瘡対策に関する診療計画を作成していない。
7	投薬等	124	禁忌投薬、適用外投与等による自主返還が多い。 効果・効能・用法・用量が遵守されていない。
8	栄養管理	113	医師、管理栄養士、薬剤師、看護師等が共同管理をしていない。
9	標示・掲示 保険医療機関	104	見やすい場所に掲示されていない。
10	食事検食	97	検食に係る所見の記載が無い。 検食簿の記載内容が充実していない。

出所：武田誠「自主返還に係わる主な指摘事項等」⁷⁹

図一5をみると診療録作成不備のほかにも医師に係わる業務が多いことが分かる。⁸⁰病院経営は医療法に定められた、決まり事項の励行がガバナンスである。次の診療録作成の改善指摘事項の詳細を見てみると、診療開始年月日の記載もれのものから傷病名の記載不足など医師の職責を問われる課題が散見される。

図表一6 関東信越厚生局 診療録作成不備の主な改善指摘事項
(一部例示)

NO	指摘事項	主な指摘内容
1	診療録の取扱い	保険医は診療の都度、遅滞なく必要事項を記載すること。
2	診療録の記載内容	1、診療録に必要事項の記載が乏しい例が認められたので改めること。 (1)診療の開始年月日、終了年月日、転

79 武田誠「自主返還に係わる主な指摘事項等」保険診療と診療報酬施設基準等に係わる研修会資料、公益社団法人 日本精神科病院協会、保険診療・指導監査に対する専門対応チーム主催(平成24年12月13~14日実施)302頁。

80 関東信越厚生局が平成24年度に実施した個別指導に於いて保険医療機関(医科)に改善を求めた主な指摘事項は、診療に係わる事項(14項目)、看護・食事に係わる事項(2項目)、事務的取扱いに係わる事項等(1項目)の3つに分類整理して指摘をしている。診療に係わる事項の第一に診療録を取り上げ診療録(カルテ)は診療経過の記録であると同時に診療報酬請求の根拠であるとして、事実に基づいて必要事項を十分に記載していなければ不正請求の疑いを招く恐れがあると啓蒙をしている。

		<p>帰欄の記載がない又は不備。</p> <p>(2)主訴の記載が不備</p> <p>(3)診療の点数等の欄の記載が省略されている</p> <p>(4)症状、所見、治療内容、治療計画等の記載が乏しい</p> <p>2、診療録の記載が乱雑なため、判読困難な例が認められたので、第三者にも判読できるように丁寧な記載に努めること。</p> <p>3、傷病名欄の1行に複数の傷病名が書かれている例が認められた。1行には1傷病名のみを記載すること。</p> <p>4、傷病名欄の記載について、診療開始日から時系列に記載すること</p> <p>5、診療録に医師の署名がない。複数の保険医による診療が行われる場合は、責任の所在を明確にするため、診療の都度、診療録に署名又は記名・押印等を行うこと。</p>
3	診療録の記載方法	<p>1、診療録等を鉛筆で書いている例が認められたが、ペン等で記載すること</p> <p>2、診療録の修正は、修正前の内容が判読できるよう二重線で行うこと。</p> <p>3、診療録では以下の記載方法は避けること。</p> <p>(1)鉛筆書き ・ 欄外記載 ・ 不適切な空行処理</p> <p>(2)修正液及び修正テープによる訂正 ・ 塗りつぶしによる訂正</p> <p>4、医学的に妥当性のある傷病名を記載すること。</p> <p>(1)傷病名を省略して記載している例が認められたので改めること。</p>

		<p>(2) 傷病名については適宜見直しを行い、中止、治癒など病名整理をすること。 急性疾患でありながら、長期にわたって未記載</p> <p>(3) 傷病名が症状・所見及び検査結果等の根拠に基づかない例が認められたので改めること</p> <p>不安神経症、統合失調症、末梢神経障害、偏頭痛、逆流性食道炎、気管支肺炎、結核性膿胸、胃潰瘍（非ステロイド性消炎鎮痛剤による）、偽膜性腸炎、大腸癌の疑い、膵炎、急性膵炎、腎臓病の疑い、溶血性尿毒症性症候群、膀胱炎、ビタミン欠乏症、糖尿病の疑い、慢性葉酸欠乏症、発熱性好中球減少症、播種性血管内凝固</p> <p>(4) 初診時の主訴・現病歴及び既往症等の記載が不十分で、診断根拠不明な傷病名が認められたので改めること。</p> <p>(5) 傷病名の記載がない例が認められたので改めること。</p>
--	--	--

出所：平成 24 年度関東信越厚生局「保険医療機関（医科）」改善指摘事項より筆者が作成。

第二章 病院専門職人材（プロフェッショナル）の育成とその特性

超高齢化、経済の低成長化社会が進行する中で中高年齢者の人事諸制度の見直しが進んでいる。特に急速に進む中高年齢化社会が役職昇進を渋滞させ、それが職員のモラルや能力開発また人材活用を阻害し組織の活力を低下させる恐れがある。このことは指導先の病院においても例外ではない。経済低迷化の中で、管理職のポスト不足が重要な課題になり、その対策を含めて一匹狼の「専門職制度」が注目されている。しかし、専門職制度も、いま一つ本来の機能を発揮しているとは言えない。各病院に於ける「専門職制度導入の目的」を調べて見ると概ね次の通りである。

「専門職とは特定分野において極めて高度な専門知識・専門技術を持つ人材に、登用の道を開くことによって専門家(スペシャリスト)を育成すると共に適切な昇進処遇を行い積極的にその能力を活用し組織の効率化、活性化を図ることにある」。⁸¹また、厳密に言うと専門職制度に類した制度に業務推進の名手と言われる専任職制度がある。筆者の理解では医師を含め病院職員の有資格者のほとんどが専任職と理解をしている。すなわち「専任職制度は特定業務について、永年の経験によって得た優れた業務知識と熟達した技能を持つ人材に登用の道を開くことによって専任者(エキスパート)を育成すると共に適切な昇進、処遇を行い積極的にその能力を活用することによって、ダイナミックな組織運用と組織活性化を図る」⁸²とされているのである。多くの企業の専門職・専任職規定の「定義」には概ね次のように書かれている。

「専門職とは主に部単位・科単位組織に属し専門知識・技術を駆使して特定分野業務の研究、企画開発立案業務を単独または協働で行い経営者・管理者に援助と助言を与え必要に応じて下級者の指導を行う職位」⁸³を言う。

一方「専任職とは主に部単位・科単位組織に属し、永年の経験と深い経験によって得た優れた業務知識と熟達した技能を持って担当業務を単独又は協働で行い必要に応じて、下級者の指導を行う職位を言う」⁸⁴とある。

また、専門職・専任職は職種担当業務の領域が定められているのが普通で

81 S 病院「専門職登用規定（目的）第1条」、2010年、1ページ。

82 S 病院「専任職登用規定（目的）第1条」、2010年、1ページ。

83 S 病院「専門職登用規定（定義）第2条」、2010年、1ページ。

84 S 病院「専任職登用規定（定義）第2条」、2010年、1ページ。

ある。

専門職の資格要件は職務を遂行する上で極めて高度な専門知識や専門技術を駆使して研究・企画・開発業務に従事することが必要な職種とその担当業務領域を明確にすることによって、専任職と一線を画しているのが一般的である。

また、専任職は職務を遂行する上で、永年の深い経験と実績によって得た優れた知識と熟達した技能を駆使して行うことが効果的な業務領域とする旨、多くの専門職・専任職規定に記載されているが、指導先の病院ではその殆どが定義通りの厳密な資格要件による区分けはなく、病院職員は自分は免許資格を持っているので専門職であると認識しているのが実態である。

そのため、部下を持つ者が管理者で管理職至上主義であり、専門職・専任職制度が機能していない。例外として、医師などの特定の職種の権威を保つため、診療職種を限定して医師全員に専門職制度を導入している病院も例外的にある。

組織への位置付けを見てみると専門・専任部長、専門・専任課長として職能資格制度の上位に格付けをしている。一般産業では経営活動の専門化、複雑化が進む中で、より高度な専門知識が必要とされるようになり管理職が万能ではなくなり専門職を管理職の上位に位置付けて処遇をしている企業も散見される。

規定の定義では管理職は役割昇進、専門職・専任職は仕事昇進で管理職との分業、協働の役割分担を担っている。しかし、先述のように病院ではこのような役割認識は乏しく資格免許を有する者は全員専門職であるとの認識があり、専門職・専任職制度は機能しているとは言えないのが実態である。

1、専門職制度の導入の背景

わが国に於ける専門職制度導入の背景を探って見ると日本で最初に専門職制度を導入したのは1949年で三菱電機に事例を見ることが出来る。三菱では人材の有効活用と言う面から専門職を一匹狼的な準管理職として組織上に位置づけていた様子が伺える。専門職制度については、複線型人事制度の類型⁸⁵また、本来の意味の専門職養成のほかに管理職ポストの代用との

⁸⁵安藤史江によれば 管理者としての能力を満たさない人が専門職の方に回されている実態が多々見られた。会社側がどう力説しようとも『専門職＝管理者不適格者』『専門職＝出世コースから外れた人々』と言う図式が従業員の意識の底に沈着してしまったと考えられる。安藤史江「専門職制度の実とその社内効果」『クォーターリー生活福祉研究』,通巻58号、Vo1.15 No.2、1ページ。

位置付けである。⁸⁶石井まこと（2007）によれば、「80年代には職能資格制度を前提としつつ管理職群での管理職・専任職・専門職へのコース分けが行われる。専門職制度の前提は職能資格制度であり、同制度の基盤の上で設計された。」⁸⁷また、日本に於ける専門職制度で欧米の専門職との違いについても次のように述べている。「欧米の専門職は専門団体が存在し、そうした専門職団体が関与する相当の正規教育を受け自立的な仕事をしている。専門職カテゴリーが社会に存在しており、企業が技術革新や産業高度化に対応した新しい人事戦略として企業内に招聘するプロフェッショナル・エンプロイヤー（Professiona employee）の側面が強い」⁸⁸と語っている。日本の場合は企業外の人材を専門職と招聘するケースは石井が言うようにほとんどなく、日本の専門職は企業内の長期雇用の中で培われた組織内プロフェッショナルで欧米で言うところのプロフェッショナルではなく汎用性の低い制度であると語っているが筆者もその通りと理解している。

2、医師の専門性、セカンダリケアの人材育成

猪飼周平（2011）は医師の専門性についてプライマリケア（primary care）とセカンダリケア（secondary care）の機能領域に関する概念の違いについて次のように触れている。⁸⁹高度かつ専門分化した先端的機能が担う領域が出現してきたのは19～20世紀転換期頃からでこれがセカンダリケアである。このセカンダリケアから見ればプライマリケアは医療の入口（portal of medical services）であり、そこには3つの機能的意味があると言っている。第1に門番機能（gatekeeping）である。これは細分化された専門的診療科の集合組織でセカンダリケアに患者を適切に配分する機能、第2には特定の医師が、かかりつけ医として日常、住民の健康管理（疾病予防、保険機能）を行う役割、第3には、プライマリケア領域のケアである。

この診療構造が医師のキャリア形成、専門性にどのような影響を与えているのだろうか、この点について、猪飼は脚注の中で「セカンダリケア内部において『二次医療』『三次医療』と言う具合で更なる機能分業が形成さ

⁸⁶ 70年代の高度経済成長の終焉によって日本の人事制度は見直しを迫られた。不況期において長期雇用を前提に正社員の処遇を如何なる制度と運用に落とし込むかは当時の人事制度の焦点であり見直しとして注目されたのが専門職制度の導入・拡充であった。

石井まこと「ホワイトカラーの生産性向上と専門性の雇用管理」『大分大学経済論集』2007年、59巻3号、73—95ページ。

⁸⁷ 石井まこと 前掲書、76ページ。

⁸⁸ 石井まこと 前掲書、77ページ。

⁸⁹ 猪飼周平『病院世紀の理論』有斐閣、2011年、17-18ページ。

れている。これはセカンダリケアの中にも専門性の深さに濃淡があることを意味している。第2に病院制度への依存度の低い専門科の存在である。伝統的に眼科・皮膚科・耳鼻咽喉科などはその代表例である。これらの専門科でも、もっとも高い専門的治療が病院で行われることには違いはないが、通常の専門医の活動に際しては診療所の専門外来で用が足りる⁹⁰としている。

次に日米英の3国比較での違いから日本における特質を見ると次の通りである。「プライマリケア/セカンダリケアの機能分業はイギリスを含むヨーロッパ諸国ではプライマリケアに特化し、セカンダリケアを供給する知識・技能を持たない一般医 (general practitioner) とセカンダリケアを共有する訓練を積んだ専門医 (specialist) によってプライマリケアとセカンダリケアの2つの領域を分け合うのが一般的である」。⁹¹

これに対して猪飼は「アメリカや日本は一般医に対応する医師は養成されず、専門医やそれ同等の専門性を有する医師によってプライマリケアとセカンダリケアの全領域をカバーされることになる」と論じている。⁹²ただし、日本の専門医、認定医制度は学会の認定ではあるが猪飼が言うように日本は皆、専門性が高く、セカンダリケアに繋がるシラバスになっているのかという疑問は残る。日本の医師は欧米の専門医と比較をして専門性の高さは研究医、臨床医としても同等か、それ以上にあると言えるのだろうか。A病院(865床、千葉県K市)の「各診療科に於ける研修医期間の基準⁹³」図表一7とX病院(502床、長野県、M市)の専門医コース研修期間⁹⁴図表一8を見てみると一人前の医師になるのに病院によって同じ診療科なのに研修期間が異なっている。

このことは専門医の育成は研修医受け入れ病院に任されていることを意

90 猪飼周平、前掲書、17ページ。

91 猪飼周平、前掲書、20ページ。

92 猪飼周平、前掲書、20ページ。

93 医療法人 A病院ホームページ「後期研修医募集サイト」(2014年7月12日最終確認) 筆者がアレンジ作成。

94 社会医療法人 X病院ホームページ「専門医コース医師各科研修プログラム」(2014年7月12日最終確認)、筆者がアレンジ作成。

味しまた同じ病院の中でも診療科別の研修期間は一律ではない。こうなると研修医は何処の病院で専門性を身につけるか一大事であることが分かる。

X病院の「指導医・指導者規程」の第2条に指導医の資格について次のように記述されている。

「定義、第2条、指導医は臨床研修期間を含め7年以上の臨床経験を有する医師（医師法16条の2項）であり、且つプライマリ・ケアの指導方法に関する指導医養成講習会を受講・修了した医師またはX病院が指導医として要請した統括医長等であり病院長が任命した者とする」。⁹⁵と、指導医としての資格要件を定めているのである。OJTによる実践教育、専門的知識、技術の指導等指導医としての職責は重い。専門医コース研修終了後引き続きX病院に勤務している医師は平成19年から平成24年までの受け入れ実績28名中、26年12月25日現在の在籍は9名、歩留率32%となっている。（T常務理事に確認）。

図表一7、医療法人A病院診療科別、後期研修期間

診療科	研修期間
総合内科	3年
循環器内科	3年
呼吸器内科	3年
腎臓高血圧内科	4年
腫瘍内科	3年
リウマチ膠原病内科	3年
小児科	3年
内科小児科	4年
家庭医診療科	4年
心療内科・精神科	3年
感染症科	3年
神経内科	4年
糖尿病内分泌内科	3年
リュウマチ	3年
アレルギー内科	

出所：医療法人A病院ホームページより筆者が作成。

95 X病院指導医・指導者規程（定義）第1項～2項。

図一 8 社会医療法人 X 病院診療科別専門医コースの研修期間

診療科	研修期間
総合内科 (消化器内科・呼吸器内科・神経内科腎臓内科・循環器内科・糖尿病内科)	4年
消化器内科	4年
循環器内科	4年
腎臓内科	4年
神経内科	4年
糖尿病内科	3年
外科	3年
心臓血管外科	3年
救急科・救急総合診療科	3年
整形外科	4年
麻酔科	2年または5年
病理科	4年
脳卒中脳神経センター	4年
リハビリテーション科	3年
泌尿器科	4年

出所：社会医療法人 X 病院ホームページより筆者が作成

3、医療職に必要なコンピテンシー分析

専門職（プロフェッショナル）の働き方は多様である。病院勤務者の専門職の特徴を上げれば、その多くの雇用形態は正職員として病院に勤務する。しかし、専門職のなかには病院と業務委託の契約を結んだフリーエージェントや自らが企業経営者である者もいる。特に医師の場合は大学派遣、個別診療契約職員というように外部労働市場の色彩が強い。しかし、この医師を少しでも内部労働市場に引き込む努力が経営活性化のためには是非必要である。

言葉を変えれば組織コミットメントの強い医師を探し、如何に育てるか、経営に協力をさせるか、また、定着させるかである。「組織コミットメントが強い職員は離職率が低く、また組織への忠誠心はやる気の原点であり、生産性を高めると言われる。組織コミットメントの高さは「コンピテンシ

一」と言う概念の中核となる能力である」。⁹⁶

コンピテンシーは高成果実現行動特性をクラスター「評価項目」とディクショナリー「要素別行動特性の短文」の2つで構成している。また、クラスター（評価項目）を樹木に例えれば、「根コン＝ベーシック、またはマザーとも言われている。すなわち社会人として必要なもの」、「幹コン＝コア。社員共通に求められるもの」、「枝コン＝ファンクショナル、またはリーダーシップとも言われている。このコンピテンシーは専門性の高いものと言われている」の3段階で構成している。

根っ子の部分は目では見えない潜在能力部分、使命感、人間性、社会性、忍耐力、など、動機やスキル（素質）までを含めて「根コンピテンシー」という。これまでの病院人事は人材と言えば「免許資格や頭の良さと発揮成果＝経験」すなわち、枝コン（専門性）を特に重視してきたきらいがある。しかし、時代の変化は早く一旦身につけた専門的知識も3年～5年で陳腐化してしまう。

そう考えると、これからの時代に一番大切なのはどんな苦難に遭遇しても最後まで諦めない、使命感とか忍耐力などの「根コン」であり、人材採用や配置時の選考基準でも、根コンピテンシーのチェックに重点が置かれている。

この「根コン」のことを別名マザーコンピテンシーとも言っているが、その理由は「根コン」がしっかりしていれば、これから、どんなに厳しい経済環境や状況に遭遇しても生き残ることができる「根は力なり」であり組織活力の原点であると考えているからだ。そこで医師など病院専門職のコンピテンシーの文献を探したが、見つけることができなかったので「技術者/専門職に顕著なコンピテンシーをリストするとパフォーマーを最も頻繁に峻別している特性は「達成の重視」と「インパクトと影響力」⁹⁷であった。目標を達成する「強い思い」という根コンが重要と理解出来る。

さて、根コンは成果だけではなくプロセスも見る。果たして、強い組織のリーダーのコンピテンシーは如何なるものなのか、また、X、Y病院2病院で組織を引っ張る、各トップマネジャーまたリーダーのコンピテンシーは何か筆者の面接によるコンピテンシー抽出作業の結果は次の通りである。

96 高橋俊介[2004]はコミットメントには自分の仕事の目標から、会社全体に対する責任感、あるいは自分が会社を良くしたいという思いまで様々なレベルがありコミットメント(仕事、チーム、会社)の重層性があるとしている。『ヒューマンリソース・マネジメント』ダイヤモンド社、2004年、129ページ。

97 ライルM. スペンサー、シグネM.スペンサー『コンピテンシー、マネジメントの展開』生産性出版、2001年、207ページ。

4、職能資格等級制度と人材育成

(1)職能資格等級制度の概要

役割、実力、成果という言葉は能力をベースにした概念である。能力があるから成果を獲得できる。そこで先ず、はじめに明らかにしなければならないのが能力の概念である。能力開発は職能資格等級制度を導入することによって具現化することが出来るが、ここで特に問題となるのは、プロフェッショナルと言われる医師の能力開発は企業内で育てる事ができるのかということである。たとえば X 病院では経営理念を浸透させるために職能資格等級制度を全職種 1 本の共通軸として導入している。職能資格等級制度は別名で能力主義人事制度とか、能力開発制度とも言われているロマン制度である。この制度は人間は誰でも志を持ち努力をすれば天に至ることができるという人間の可能性に期待する人間基準の人事制度である。人間基準にも 2 つある。擬似的能力主義と真性能力主義である。

擬似的能力主義のファクターは年令、勤続、学歴、性別などであり能力主義人事の代理指標として使われてきた年功主義人事制度である。この年功主義人事制度は石田光男（2004）によると 1960 年代の中葉から 1970 年代にかけて職能資格制度、職能給に収斂する形で拡大したと述べている。⁹⁸ 従って、年功主義人事は 1960 年中葉以前の年代となる。⁹⁹年功主義人事制度は年齢や性別、勤続年数などの属人要素に応じて、賃金・役職が自動的に上昇する人事制度である。

これに対し真性能力主義は属人的年功要素は全て捨てさり、職務遂行能

98 石田光男 [2004]は能力主義の人事制度が広く行き渡りいきおいを持っていた時代は大凡 1960 年代中葉から 1980 年代末までであったとしている。楠田丘、石田光男『賃金とはなにか』中央経済社、2004 年、2 ページ。

99 三谷直紀は賃金制度は 1980 年代までの職能資格制度への収斂から拡散する傾向にある。と述べている。「年功賃金・成果主義・賃金構造」

(http://www.esri.go.jp/jp/others/kanko_sbubble/analysis_06_07.pdf、2014 年 4 月 29 日最終確認)。

力によって評価・育成・活用・処遇を行う人事基準である。革新的企業では1960年初期頃から真性能力主義の導入が始まる。しかし、筆者の病院指導は一般産業に遅れること30年の1990年に、はじめて能力主義人事制度が、A病院（千葉県865床、精神60床）MI病院（宮崎県）で導入される。当時のA病院の職能資格制度の導入説明会の資料には次のように書かれている。「職能資格制度とは、能力を高め、仕事を高め、賃金を上げると言う三者の高位均衡を目指し職能資格制度を導入いたしました。メリハリのある能力主義を推進するため職能資格制度を能力主義の基本軸に据え、評価、育成、昇格、昇進、処遇の流れで人事トータルシステムを構築し平成2年4月より導入いたしました。しかしながらドクターについては、その作業が遅れていますが全病院同一フレームで平成4年6月より導入することに致しましたのでご承知下さい。この能力主義人事の制度は本人の意思と適性を適切に反映させ、職員が自ら目標設定に参加しチャレンジができるシステムです。そして自己の生活設計が描ける内容になっています。従来の年功（学歴、男女、勤続）を排除し、異質異能主義の考え方に立ち、本人の意思と適性をくみとったフレキシブルでクリエイティブな制度の定着を目指しています。そのねらいは働きがい、生きがいを実現し、絶えざる能力向上を図る高い生産性の向上に直結させる公平な処遇の実現へとサイクルを好循環させていきたいものです。これからは昇進は単なる役割と考える（配置当番）、昇格は処遇（能力のグレード）を表わしています。職能資格等級は処遇そのものであり、その意味からも大切な基本軸です」。¹⁰⁰

これまで病院、学校は年功主義の人勸準拠であったが、筆者の指導先では医療機関の先陣を切ったのが先述の2病院であった。能力主義人事は職能資格制度で具現化する。職能資格等級制度は全体を3層構造に設計する。一般職能（ジュニアクラスJ）、中間指導職能（シニアクラスS）、管理・専門職能（マネジャークラスM）である。職能資格等級制度の留意点は資格等級数の設定であるがそれは病院の職員数、管理者層の分布、及び資格等級別人員の滞留箇所などを良く見極めながら、ある等級に長期滞留者が発生しないように留意をして、等級数を決めることになる。もし、滞留傾向が見られるならば、上位等級と該当長期滞留者の等級の間に新たな資格等級を設ける。これらの作業は職能資格等級制度の本来の機能である能力開発や組織の活性化を促し且つ制度の維持のためにも最低必要不可欠なメンテナンスである。資格等級数は以上の点に着目して等級数を決めるが、等級数を決める絶対的な公式はない。目安としては職員数、役職者数を指標に

100 A病院能力主義人事制度導入説明会資料

する。先ず職員数が10人以上～100人未満の時は8等級（Jクラス3つの資格等級段階、Sクラス3つの資格等級段階、Mクラス2つの資格等級段階）100人以上～1000人未満は9等級（Jクラス3、Sクラス3、Mクラス3、）1000人以上～5000人未満では10～11等級（Jクラス3、Sクラス4、Mクラス3）、5000人以上は12～13等級（Jクラス3、Sクラス5、Mクラス4）となる。しかし職員の高齢化状況によっては資格等級数を1等級増やす事が適切である。すなわち職員の平均年齢が35才を越えていれば等級数をプラス1で考える。年功処遇で年で役職につけている場合が多分にあるからスタート時には既得権を認め穏やかに等級数を増やしてでも新人事制度に乗せることがまず大切であるからである。

職員数により等級数の目安ができたなら次に役職を資格等級に当てはめて職能資格制度の中での位置づけのバランスを確認する。役職階級数が5つあれば、これだけで5つの等級数が必要になる。役職階級の基本形は部長、課長、係長の3ランクであるが屋上を重ねる役職位を設定している病院においてはその役職位を廃止しなければ役職の数だけ等級数が増えることになる。

等級数が決まってもこれで職能資格等級制度のフレームの設計ができたわけではない。職能資格等級制度の中味作りの作業が残っている。一番の大仕事は課業（仕事）一覧表・職能要件書（その課業をどんなレベルで出来なければならないのかの習熟要件、また、そのようなレベルで出来る為にはどのような知識・技術が必要なのかの修得要件の能力明細書）の作成である。

職能資格等級制度は縦軸に職種を横軸に等級をセットし基盤の目を作る。この眼の中に主たる課業とその職能を一つずつセットして組み込んでいく。この作業をスムーズに進めるためにはフレームの組み立てを固めておく事が必要である。例えば、資格呼称、等級定義、初任格付け、対応役職位の設定、等級滞留年数の設定である。

資格呼称はその人の院内グレード（本籍地）を表すものである。何等級にいるかは処遇そのものであり、大切な基本軸である。能力主義人事では資格等級で名誉も賃金も決まる事になる。

資格呼称はこの等級に名称をつけて院内外に通じるステイタスシンボルとする。従って資格呼称は出来るだけイメージの明るいモラルアップに結びつく名称にして名刺肩書きとして使用している病院も多い。どのような名前にするのだが、その留意点は組織の役職と混乱しない名称にするなど院内の秩序を乱さない事が留意点になる。職能資格等級制度は資格にステイタスを持たせる事によって昇格（処遇）と昇進（配置）の完全分離を進

めることができ処遇と配置のいずれもが安定的に運用できる事をねらいにしているが、実際は処遇イコール配置が散見される。

資格をメイン・ステータスとする効用で役職適性の有無や新しい職務の変化に応じて昇進、降職が自由自在に行われることを期待して組織の活性化を進めることが本来の狙いである。1990年、A病院の「資格呼称の取扱いと人事改革」の説明会で筆者は全職員を対象に次のように説明している。

「資格呼称は等級に名称をつけ、院内外に通じるステータス・シンボルとして使用するものです。その様に活用した方が名実共に実態に即した処遇軸となります。当院では組織の役職位と混同しない横文字を使うことにしました。資格にステータスを持たせることによって、昇格（処遇と昇進）と配置の分離を行うことが出来ますし、処遇と配置のいずれも安定的に運用する事ができるのです。他方、能力や適性があってもポストがなければ、役職につけません。資格というベンチに入れば、ステータスは十分に満たすことができます。一方、役職についている人でも、適性の有無や新しい職務の発生変化に応じて昇進、降職が自由自在に行える柔軟な制度と致しました。資格をメインとし組織そのものの活性化もここから生まれてくると期待をしています」。要するに資格呼称は正に従来の昇進制度に変わる新しい役職基準としてスタートしたのである。

石井まこと（2007）は職能資格制度について1980年代に日本の人事制度の要となったと評している。また、小越洋之助（2006）によると、日経連は60年代後半から職能資格制度を提唱し、役職や専門職以外の「新しい昇進概念」として位置づけられ昇進基準の中心に位置づけたと述べている。日経連はわが国の人事管理は「職務と人の関係を弾力化した制度」づくりが望ましいと考えていた事が1970年代の当初においてははっきりとメッセージをしている。

等級定義とは等級内容をイメージしたものであり、等級基準とは異なり、抽象的な記述になっているのが一般的である。職能資格等級の内容理解のために文章化したものである。

次の初任格付けとは学卒者の初任格付けである。一般的に高卒定期入社は1等級、短大卒は2等級に、大卒者は3等級に、大卒医師は4等級に格付けする。学歴は修得能力を満たしたと認定し該当等級に格付けするものである。修得能力の確認は入社試験による筆記試験、面接、適性検査などで行うことになる。従って学歴別職能資格等級格差は修得能力と習熟能力を確認した格付けと理論づけている。高卒者は例外者を除き4年間の実務による習熟能力を身につけて、22歳時には大卒と同じ3等級に昇格する。ここで学歴差は解消され、以後の昇格は該当等級の職務遂行能力の充足度

判定によって昇格基準を満たしたと認定されれば昇格をして行く。

対応役職位の設定とは等級と役職との関係を表したもので役職に昇進するためには「昇格先行の原則」により、必ず該当等級に役職よりも早く昇格をしていなければならない事を条件とする。役職位に就くには先ず職能資格等級が先行して昇格をしていてその後に役職が就いてくる考え方である。部長、課長の昇進対応等級に先ず在籍していなければならない事を意味している。例えば部長の役職対応等級を8等級、9等級とすると最低でも8等級に昇格していなければならない。例えで考えると昇格は野球のベンチに入る事を意味し昇進はピッチャーマウンドに立つと解する事ができる。これが昇進する理屈で、今日の役職は、今一番調子の良い選手をベンチから監督がを見つけ出しマウンドに送る。これが昇進の考え方である。病院における役職職位の設定の留意点はマネジメント系管理者とプロフェッショナル系の役職者の資格要件の決め方である。

一般感覚では病院ではその多くが専門職というプロフェッショナル系である。プロフェッショナルの定義¹⁰¹にはいろいろあるが、深い経験と実績を持ち極めて高い専門知識を駆使して企画立案などの業務に取り組む業務推進の名手、研究企画開発の名手の役割を推進できるエキスパート、スペシャリストである。

最後の等級滞留年数とは別名で経験年数と言われるもので当該等級に期待し求められる習熟、修得能力を身につける期間である。この滞留年数の決め方は夫々の企業の期待像によって設定する事になる。例えばこの仕事と知識、技術は3年間でマスターして欲しいと言う具合である。従って企業が違えば、トップの考え方で皆異なったものになる。職員にとって滞留年数の明示は一つの励みにもなり、また自己啓発の目安にもなるもので、この年数も標準（理論モデル）年数、最短昇格年数、自動昇格年数、最長自動昇格年数の4つが明示される。

標準（理論モデル）年数とは職能資格等級制度設計の理論的な根拠になるもので上位資格等級への昇格習熟年数を理論的に設定した年数でエリート滞留年数と言われている。賃金ペイスケール計算の基になる年数である。

最短昇格年数は役員候補者やスカウト人材に適用される超エリートモデル滞留年数とも言われる。どんなに優秀な者でもこの最短年数をクリアしなければ絶対に昇格させない年数として設定されている。

¹⁰¹ プロフェッショナルとはある分野において、社内はもちろん、広く社外でも第一線で通用する専門知識、実務能力を持ち、自らその分野で価値を生み出すための戦略や方策を立案し、実践できる人材を指す。当該分野における深い知識、豊富な経験が要求される。また、関連する資格を取得し、客観的にもプロとして認められることも必要である

(<http://fhs-les.ivp.co.jp/osakagas/education/port.html>、2014年5月5日最終確認。)

自動昇格年数とは定型的業務に携わる1等級～3等級までは一定年数の経過によって昇格する期間として定めている。仕事の難易度、習熟度から言って、執務態度に問題がなければ成績もある程度期待できることから自動昇格としている。

最長自動昇格年数の設定はなぜ必要なのか、これは全くの企業政策、労使間での取り決めと言える。賃金水準、労務構成、年令分布、平均勤続など企業の実態を見て最低どこまで救済措置を設けるのかは経営側の考え方による。しかし、この年数の設定は能力や成績、勤務態度に関係なく誰でもこの年令に達すると昇格をするので経営は余程の覚悟を持って設定する事が肝要である。

以上、職能資格等級制度の概要を見てきたが、この章で敢えて職能資格等級制度を取り上げたのは職能資格等級制度が果たして医師に上手く適応出来るのか否かを検証することである。そもそも、職能資格等級制度は別名能力開発制度と言われることについては先述の通りであるがプロフェッショナルが一企業内で育成できるのかどうか、大変に疑問があったからである。

医師の能力開発にとって、職能資格等級制度はどのような意義を持つものであろうか、プロフェッショナルな人材育成にも効果があると言えるものなのだろうか、制度導入病院の事例を見てみる価値があると思慮している。

(2) 職能資格等級制度と能力開発制度のしくみ

医師と能力開発の関係を一つの慢性腎不全の治療の例示で考えてみよう。同じ慢性腎不全の治療でも医師によって入院期間、使用薬剤、検査項目が異なるが、管理者である科長ドクター、また、部長ドクターは、何をどう治療するのかについて具体的な指示を出すことも治療経過の報告を求めたりすることもない。

クリニカルパス¹⁰²があってもパスをほとんど使はない医師もいる。また、勤務態度に問題がある医師がいても辞められると困るので経営側も黙認しているのが実態である。これらの状況の中で、医師の能力開発や行動改善が本当にできるのか、職能資格等級制度における能力開発のしくみはどうなっているのかを検証して見る必要がある。

職能資格等級制度を一般的に能力主義人事制度と言うがこの能力主義人

¹⁰²従来の医療は担当医師の知識や経験に基づき治療が行われていたがクリニカルパスを使用することで、科学的な根拠に基づいた検査や処置、治療、看護ケアを、一定の質を保ちながら行うことができ医療の標準化を図ることができる。

事制度は期待像を軸にした能力トータルシステムである。楠田丘（1985）は能力主義人事を進めるためには企業が期待する能力像、仕事像、人材像を明確にしなければならない¹⁰³と述べている。

また、日経連は楠田丘論を遡ること、既に10余年前に先に述べたが人と職務の弾力的な関係づくりの提唱を行っている。その中で、われわれはアメリカ流の職務給や人事管理制度を理想としているものではないとも言い切っている。¹⁰⁴すなわち、日本の人事管理は人間成長の側に立つ能力主義であり、新人を定期採用し人を育て仕事を創りあげる人事基準である。その能力像は企業によって当然に職種別、等級別に異なったものとなる。従って職種別、等級別にわが病院の期待する職務遂行能力を明示しなければならない。それが等級基準であり中身は習熟要件、修得要件、キャリア要件の3つによって構成される。まず、その一つ習熟要件は、どのような仕事（課業）をどの程度やればよいのかと言うように課業一覧表¹⁰⁵を作成して「何々が…できる」と言う形で表示される。他のもう一つの修得要件は、「その仕事を無難に遂行するには一体どのような知識や技術が必要なのか、どんな勉強をする必要があるのか」の習熟要件と修得要件のこの2つが基本的な職能要件書の中身となる。その他、キャリア要件とは、この職務やこの職位を遂行また、担当するには、これらの異職種、異部署、またはプロジェクトチームの参加経験が必要ですよというように職務遂行の資格要件やキャリアルートを明示したものである。例えば、将来、わが病院の院長候補者になる人は、クリニカルパス作成の委員長、臨床研修医の指導医の経験、検診センターのセンター長の職歴経験が必要であるなどである。このようなキャリア要件設定の意味は医師業務だけでは身につかない管理センスを身につけさせるために幅の広い業務を経験させることによって将来管理者としての業務処理の勘所を勉強させる狙いがあるなどである。

従って能力開発はこの習熟要件と修得要件をベースにして目標面接で行われる。職能要件書は職務調査により職種別等級別に作成されているため、この要件書を見れば、自分は何を勉強すれば良いのかが分かるようになっている。例えば病院の診療部、整形外科職種4等級の医師の能力開発は、職能要件書を基準に自分の能力をすり合わせその不足点が能力開発のター

¹⁰³ 企業が期待する能力像、仕事像、人材像の一連の期待像の具体化は職務調査が必要である。楠田丘『職務調査の理論と方法』産業労働調査所、1985年、37ページ。

¹⁰⁴ 日本の風土に適したやり方として並存型職務給、混合型職務給や資格制度との2本立て管理が工夫されることは当然である。日経連職務分析センター『職務・職能管理の方向と実際』日本経営者団体連盟弘報部、1973年、25ページ。

¹⁰⁵ 課業とはこれ以上分割分担がさせられないまとまり仕事である。一課業一評価ができる大きさの仕事である。

ゲットになる。また、能力開発を進めるためには上位等級の仕事も出来るようになることが期待されている。能力は背伸びをすることによって伸びる。これを一般的にはチャレンジと言っている。

さて「できる」には3つのレベルがある。「ある程度の指示や援助によって出来る」と「独力で出来る」最後の「完全に出来る」のでき方である。これも能力開発のステップある。例えば人事職種の給与計算業務は3等級レベルの業務としたとしよう。この時に、2等級者が給与計算業務を担当した時の出来栄えは「独力で出来れば良い」。しかし、3等級者には「完全に出来る」ことを期待し求められる。

従って2等級者が3等級の給与計算業務を完全に遂行出来れば能力開発は1ランク上の仕事が完全に出来たので、期待レベルをはるかに超えている「AまたはS」と評価される。

この時、3等級者が3等級の給与計算業務を完全に遂行した（期待レベルを超えている。申し分ない出来栄え）のときの評価は「A」、能力に見合った期待レベルの出来栄えのときは「B」と評価される。

このように能力開発は部下の能力の伸びに応じて段階的に高めていくのが上手なやり方である。一つ一つ着実に課業を習得し期待レベルのバーを上げていく。能力の伸びを課業とのセットで表現すれば次のようになる。

『対応資格等級課業』は原則として1年間で『完全に出来る』レベルまでの伸長を期待する。『本人の資格等級より上位1等級レベルの高い課業』の遂行は原則として1年間で『独力で出来る』状態までの伸長を期待する。『本人の資格等級より上位2等級までの課業』は1年目で原則として『援助を受けて出来る』状態に、2年目は『独力で出来る』レベルに、3年目は『完全に出来る』状態の水準までに能力開発を計画的に進める¹⁰⁶ことが求められる。

例えば、医師の脳神経外科業務で説明をすれば次のようになる。S病院では「基本検査の実施」「①腰椎穿刺の実施②脳血管造影検査の実施」は5等級レベルの課業と設定している。この課業の習熟要件は「検査の必要性、手順方法を理解し、患者の疾患状況に適応した必要検査（腰椎穿刺、脳血管造影検査）を一人で完全に実施し後輩の医師にも教えることができる必要がある。」と記述してある。また、このような出来栄えでできるようになった時にあなたの能力判定は期待レベル「B」と評価します。この課業で「A」と評価されるためには、役割を持つ必要があります。「たとえば後輩を指導教育をしているとか、また当課業のクリニカルパスを作成しているとか組織、また

¹⁰⁶ 齋藤清一『人事賃金制度改革のすすめ方』2005年、67ページ。

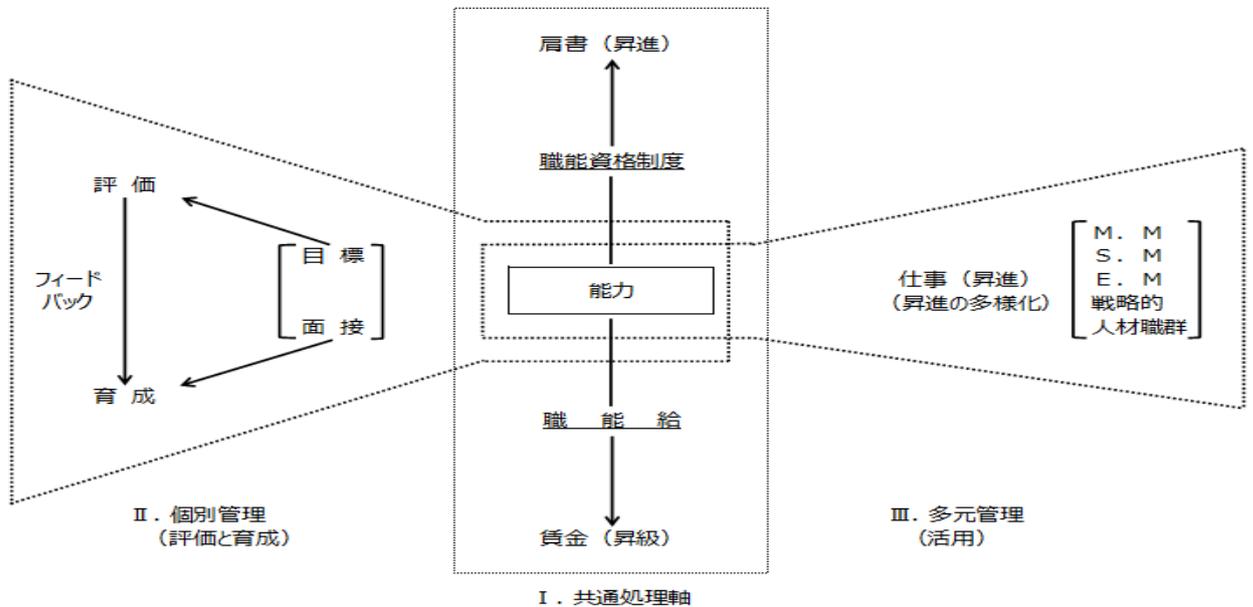
は利益貢献に努力をしているなどです。また、このようにできるようになるためには修得要件、関連解剖学的知識として合併症、禁忌事項を良く勉強しておかなければなりません。学習方法は臨床研修指導医が月2回（水）実施している勉強会に参加し修得習熟状況を所定のレポートにまとめて所属長経由で院長宛に提出して下さい」などである。この同じ課業を等級レベルが1ランク低い4等級の医師が実施するときには「この仕事は独力でできる必要があります。独力とは時々難解な課題が生じたときには上司や先輩医師に即座に連絡し指示を仰いで下さい。なんとか、一人で患者対応が出来るのでしたら評価は期待レベル「B」となります。もし4等級の医師が5等級医師の職能レベルでできるようになればチャレンジですから申し分なしの「A」と評価をします」。などとなる。「脳神経外科の等級別に定められたこのメイン課業が遂行できるようになれば該当等級を卒業したと認め一つ上の上位等級に昇格認定を致します。一日も早く上位等級に上げられるように頑張ってください。期待をしています」。

このように能力主義人事制度（職能資格等級制度）は等級基準が課業レベルで明確化されているので能力開発も計画的に推進できる理論構成がある。何をどう努力すれば良いのか、ターゲットが明確であるので意欲ある医師は自ら能力アップのために行動を起こす医師もいる筈である。努力に報いる職能資格等級制度や職能給などの賃金体系が明確化されていれば努力のしがいもある。職能資格等級制度は医師を引きつける力を持つ制度である。

図－9の「職能資格等級制度をベースとした能力開発人事の仕組み」をご覧頂きたい。飛行機は胴体だけでは飛ぶことはできない。胴体に当る部分が職能資格等級制度であり、この職能資格によって賃金（職能給）が決まり、また肩書（ステータス＝偉さ）が決まる。正に職能資格等級制度は人事制度の共通処遇軸となる重要な柱であり、一般的には職能資格等級制度のことを能力主義人事制度と言っている。しかしこの能力主義も胴体だけでは飛ぶことができないし翼が必要である。能力主義は職能資格等級制度を基本軸に置いた評価（人事考課）→育成（能力開発・人事異動）→昇格・昇進→（等級昇格・役職昇進）→処遇（賃金）が連動し機能する能力トータル人事システムである。この職能資格等級制度を核とした人事システムを築くためには、先に述べたようにその中味の仕事像、能力像を明らかにする職務調査の作業が必要であった。職能資格等級制度はこの職務調査によって能力主義は実務としても具現化され、この職能資格等級制度を等級基準にして一つの翼は目標面接制度、もう一つは昇進の多様化の翼によって能力主義の飛行機は高々と空に舞い上がる事ができる。

図表—9

職能資格制度をベースとした能力開発人事の仕組み



出所；齋藤清一『病院職種別等級別職能要件書マニュアル全集』¹⁰⁷

目標面接では等級基準を材料にして上司と部下が膝を交えて面接を行う。この面接を通じて上司は部下の悩み、不満、要望、意見等をくみ取り、部下との人間関係の醸成やコミュニケーションの円滑化を図ることができる。

目標面接に臨むにあたっては、各職員は、自分が担当している課業と課業レベルを先ず確認し、その上で、これからのキャリア開発のために自分はどのような仕事を覚えなければならないのか、上位課業の職務遂行能力を習得する努力と自己啓発の内容を理解する事が必要である。目標面接は各職員一人ひとりの意思や適性を受けとめ、チャレンジを引き出す個の尊重の人事管理であり、ひなやかな個別管理である。

2つ目の翼は昇進の多様化である。これを多元的人事管理という。職能資格等級制度の理念は個の尊重と人材の育成(可能性の追求)である。

育成があつて、はじめて人材の活用が可能になる。能力主義は人材の育成にウエイトを置き一人ひとりの能力や長所に応じた多様な育成と人材活

¹⁰⁷ 齋藤清一『病院職種別等級別職能要件書マニュアル全集』経営書院、2006年、19ページ。

用を目的にしている。しかし、多様な価値観を持つ人達を一つの旗の下に結集させる為には、これまでのような同質的、画一的な人事管理では到底やってはいけない。そこで本人の意思と適性や能力を基準にして人材をいくつかのグループにセグメント（細分化）する。その細分化したグループを職群と言っている。

これからの人事管理は職群によって勤務形態も労働態様も能力（知識、技術、技能）の深度（深まり、高まり、広がり）も全く異なったものとなる。職能資格等級制度の上位等級に格付けされるのが適性による昇進の多様化である。昇進コースには管理職、専任職、専門職、戦略人材群の4つの職群などがある。

まず、管理職（マネジメント、マネジャー）は部門統括、部下掌握育成を主な役割としながら企画や業務推進にも当る人材群で幅の広い視野が必要でありまた経営に対するバランス感覚が重視される職群である。

専任職（エキスパート、マネジャー）は一定分野での深い経験を生かし高度熟練者として担当業務を推進する。業務推進の名手として高い成果を上げ続けることを期待されている人材群でその道のベテラン職の職群である。

専門職（スペシャリスト・マネジャー）は特定分野で極めて高度な知識、技術、技能を身につけ、研究企画開発業務に従事する専門家グループである。

戦略人材群とは新規事業展開など内部人材の育成では機会損失になる事業立ち上げなどに必要人材を外部からスカウトするタレント人材群である。

前出のA病院ではアメリカで頑張っている著名な心臓外科医を3年契約でスカウトして、この医師の持つ専門知識、技術を同科の医師が共に働く実践の中で習熟、取得に務めている。ではこのような職能資格等級制度の土台をなす課業一覧表について見てみよう。図表—10は整形外科医師の課業一覧表である

・「ハとは1～2年で援助を受けて出来るようになり続く2～3年で独力で出来るようになり、更に3～4年で完全に出来るようになる課業である。」

習熟度指定が終った段階で必然的に職能資格等級が決まる。「難易度・習熟度と職能資格等級の関係は次の通りである。

Aーイと判定した時は	1等級で完全に出来る課業と認定する。
Aーロと判定した時は	2等級で完全に出来る課業と認定する。
Bーイと判定した時は	2等級で完全に出来る課業と認定する。 (Aーロと等級がダブっても良い)
Bーロと判定した時は	3等級で完全に出来る課業と認定する。
Bーハと判定した時は	4等級で完全に出来る課業と認定する。
Cーイと判定した時は	4等級で完全に出来る課業と認定する。 (Bーハと等級がダブっても良い)
Cーロと判定した時は	5等級で完全に出来る課業と認定する。
Cーハと判定した時は	6等級で完全に出来る課業と認定する。
Dーイと判定した時は	6等級で完全に出来る課業と認定する。 (Cーハと等級がダブっても良い)
Dーロと判定した時は	7等級で完全に出来る課業と認定する。
Dーハと判定した時は	8等級で完全に出来る課業と認定する。
Eーロと判定した時は	8等級で完全に出来る課業と認定する。 (Eーイの等級がなくても良い)
Eーハと判定した時は	9等級で完全に出来る課業と認定する。

●上位資格等級の課業を下位の資格等級者が遂行する場合の期待される出来るレベルは「1ランク上位の課業は独力で出来る」

「2ランク上位の課業は援助を受けて出来る」レベルを期待される。

以上から分かるように課業（仕事）にはレベルがある。このレベルの意識が医師はじめ医療従事者には希薄であったように思う。また、このように自分が出来なければならない課業の一覧とその課業を遂行するために必要な修得要件、また、その課業はこんなレベルで出来なければならないという習熟要件の明示によって自分はどの程度充足しているかをチェック確認し、未充足の部分（ギャップ部分）の解消に努力することが出来る。職能資格等級制度の期待基準は能力開発の必要性を心の中でひそかに考えているだけでは一向に能力開発は進まない。

上司は職能要件書を期待基準とし、今期の能力開発・育成のターゲットを明確に部下に示すことができる。これにより人材育成は確実に進む。

5. 優れたリーダーのリーダーシップの実証分析

(1) ハイパフォーマーのコンピテンシーの抽出と総括

コンピテンシーはハイパフォーマーの高成果実現行動特性であるが、このコンピテンシーは役割(権限と責任)および職種によっても異なったものとなる。役割は部長、課長、係長、一般職員の職階別に違い役割の大きさも当然に違ってくる。また、同じ部長でも事務長と看護部長では役割の大きさは違うし、またコンピテンシーも異なる。職階、職種の違いは職能の違いであり、従って成果も異なると言うのが理屈である。

コンピテンシーでは、その成果の違いをクラスター(評価項目)とディクショナリー(高成果実現行動特性)でとらえ成果を獲得するにはどのような行動をとれば良いのかを目で見える形で行動化する¹⁰⁸。役割の大小によって行動の仕方が変わるが、大切なことは、コンピテンシーで取り上げる行動は、必ず成果に結びつく行動に限ることである。

どんなに学問や教養があっても専門知識があっても保有している能力を成果に出せない人もいる。行動や成果に現れない能力は一切コンピテンシーとしては評価しない。もう一つの約束事は優秀人材は企業文化の違いによっても異なる。すなわち、コンピテンシーは企業によって異なるということである。以上を念頭においてインタビューでX、Y病院のトップマネジャー、トップリーダーのマインド・コンピテンシーの行動特性の抽出作業を行った。

「事務長コンピテンシー」の洗い出しに当たっての最初の質問では事務長の役割を確認したが2病院の事務長で共通している役割業務は、「法人全体または各部門の総括」「経営方針や事業計画の戦略・戦術の企画立案や調整、予算統制」などで、これらを一言で言えば、「法人経営目標の必達と業績管理の総括責任者業務」その他、「経営課題の解決および職員のモチベーションの管理」である。これらの役割業務の重責を考えると誰でも事務長職が務まる訳ではない。

2病院に於ける事務長担当者のコンピテンシーは「根コン」は「組織へのロイヤリティー＝忠誠心、使命感、忍耐力」また、「幹コン」では「状況判断力」が共通のクラスターとして把握することが出来た。

¹⁰⁸ 楠田丘・齋藤清一(2000)によれば、コンピテンシーの構成は構造的で根コン、幹コン、枝コンの3つで成立しその中身はいくつかの評価項目(クラスター)でできている。『病院人事賃金の革新』経営書院、82ページ。

看護については、看護の力＝病院力と見る人が多い。これは人数的にも大部隊を率いることから当然と考えられるが、特に Y 病院では「看護部の人事管理のほか、法人グループ全体の病床管理と医療業績の管理の役割」を看護部長が一手に担っている。

先ず、「根コン」のクラスターでは、明るい性格、安定した感情の維持、使命感、「幹コン」は「コミュニケーション力、指導力」、「枝コン」は大きな組織をまとめて動かす「組織力」を把握する事ができた。

最後に、トップマネジャー、とグループ統括トップのコンピテンシーは根コンでは「ロマン、演出力」が印象として残っている。トップマネジャー、トップリーダー等の個別インタビュー結果は次の通りである。

(2) X 病院トップマネジャーのコア・コンピテンシーの洗い出し

理事長を永年、支えてきた T 常務理事、事務局長に直接インタビュー(平成 25 年 3 月 5 日)を行った。

T 氏は長野県の地方銀行、八十二銀行を平成 8 年 3 月末、小諸支店長を 55 歳で退職、同年 4 月に当時は医療法人であった X 病院に常務理事、事務局長で入職。平成 25 年 3 月末で 17 年勤続になる。トップマネジャーとして組織を管理する T 氏の信条は「明るく、大きく考えよう。二度とない人生だから…」である。この考えは銀行支店長経験 9 年間で培ったものだ。X 病院に勤務して一番気づいた事は「病院は物品や薬剤材料購入において交渉が何も行われていない」と感じたことだと言う。T 氏は企業経営では当たり前のコストダウンを徹底的に行い資金作りを行った。経営の補佐役に徹する T 氏はあえて憎まれ役を買って出ることもあった。そして、金を集め、人を集めた。また、理事長のブレーンとして、「私はあくまでも補佐役、院長を立てるのが私の役割と思ってきた。しかし、理事長は、今まで医療については、やりたい放題にやってきた。その一つ、陽子線治療センターを 26 年の秋から稼働させる。これに加えてトモセラピとガンマナイフ治療も行う。約 47 億の投資。しかし理事長を独裁者にしてはいけない。」と考えてきたとも語っている。

「今、X 病院は急成長中で人材が不足している。特に看護師は平均年齢は 35.5 才と若い。」これ等の成長を確かなものにするために、X 病院では日本病院機能評価に変わり JCI (世界品質基準) に挑戦し 25 年 2 月に資格を取得した。この基準の取得は急性期、屈指の最先端医療の病院として、医療の質の向上と、これから尚一層の組織の一体化を図るため必要であったとの説明を受けた。T 氏とのインタビューで特に印象的であったのは、「理事長は医者としては珍しく経営を勉強していた。」「私は入職の時、大きな太

鼓が打てるようにと理事長から常務理事、事務局長と言う大きな権限と責任を貰った。だから仕事が出来た。」と感謝の言葉を何度も語っている。T氏は自ら、「自分は高卒であり、たいした男ではない」といつも謙虚に語る。実力はあるのに、いつも控えめで誠実な人柄が人間として大きく見え、職員にも好感をもって受け入れられているのだと推察した。銀行時代には中小企業診断士の資格も取るほどの努力家でもある。「謙虚」「忠誠心」「使命感」のコンピテンシーはT氏の人柄そのものと分析をしている。

(3)Y病院トップマネジャーのコア・コンピテンシーの洗い出し

G氏には平成25年3月22日にインタビューをした。G氏は理事長の義弟(Y病院の院長)である。インタビューではなぜ業績が良いのか、その要因は何かを中心に話を伺った。G院長は個室を持たないと言う。各医師とのコミュニケーションを取るために敢えて、各医師と同じ大部屋にいて、毎朝、医師の朝礼で病床別稼働率の確認を行っていると言う。科別の売り上げ目標は明示しているが個人別にノルマになるような売上高目標は一切明示していないと語っている。Y病院の今までの発展は軸になる人材がいたし、また、時代にマッチした新しいマネジメントを早め早めにやってきたと語る。人事考課制度もその一つ。その他、病院を発展させる為には医師がいないといけないので「医師集めは、私の仕事」と言う様に役割(権限と責任)を明確に認識している。また、「病院の強みについては、チーム医療の徹底である。医療機関が減っている。人口が減っている。今の医療を如何に続けるか、対応策を常に考えて早め早めにマネジメントを行うことが必要で医師との個人面接(常勤62名)も半期ごとに行っている」と言う。「努力に報いる賃金を支給しているので医師は辞めない。例えば外科医について言えば、術後の保険診療点数(一定の点数以上)の仕事をやった医師には保険診療点数×X%をインセンティブ賃金として支給をしている」と言う様にきめの細かいマネジメント行っている。Y病院の姫路、大阪、東京市場進出、更なる発展はY病院の本丸を守るG院長の存在があってこそS理事長の夢が現実のものになり拡大発展をしていると筆者は理解した。理事長の黒子になりきっているG氏のコア・コンピテンシーは脇役に徹する根コン、クラスターでは「謙虚」と「使命感」「バランス感覚」であると強い印象を受けたのである。

(4)Y病院トップリーダーのコア・コンピテンシーの洗い出し(その1)

Y氏(経営管理部長)に平成25年3月22日にインタビューをした。本職は放射線技師(入職勤続20年)である。

Y氏の仕事マインドは「当たり前とと思っていることが、当たり前ではないよ。」との経営感覚を大切にして、自分や部下に言い聞かせてきたと言う。「私は技師だから人事や経理の事は何も知らない。だから、これらの知識は下から教えてもらわなければ分からない」と。また「今、こう言うやり方をやっているけれども、もっと良いやり方があれば、自分の考え方で変えても良いよ。」といつも、言っていると言う。副院長兼看護部長のH氏はY部長について、「組織のあり方や物の見方が他の人とは全く違っている」とコメントしている。また、H氏曰く、彼女が「良い仕事をここまでやってきたのは、『根性』『信念』『忠誠心』『使命感』『革新力』のコアコンピテンシーを持っていたからである」と言っている。このコンピテンシーについてY氏本人に確認してみた。Y氏は理事長がM&Aをする時の資金繰りなど、また失敗をしたら大変と言う「緊張感」に尽きると言っている。M&Aでは今まで、何度か、理事長と対決する修羅場があったようだ。経営を命がけで支える参謀であり、正に、理事長の右腕の一人であると実感した。特に部下からの信頼が厚いのは経営に命がけであり、トップにこびない真剣勝負の仕事姿勢が上司、部下から評価されている。部下の人事課長のM氏はY部長の評価について、「どこまでも、ついていきたいと言う気持ちにさせてくれる人、上に媚びない、しっかりとした仕事をやっているから」と語っている。先述した「謙虚」「根性」「信念」「忠誠心」「使命感」「革新力」のコア・コンピテンシーは、理事長、院長、H副院長兼看護部長、M人事課長、の多面評価の結果のクラスター（評価項目）である。

(5)Y病院トップリーダーのコア・コンピテンシーの洗い出し（その2）

H氏(副院長兼看護部長)に平成22年3月22日にインタビューをした。H氏は入職勤続40年、理事長より財務以外の経営（病床管理、診療報酬業務を含む）の全てを任される等理事長の絶対的な信頼を得て経営を取り仕切っている。入職40年のキャリアを持つが理事長と対峙する為、経営学、経営書を読み漁って勉強し、ここまできたと語るなど感慨深いものがあるようだ。部下育成については「育てるものと思っているので仕事を指示する時には具体的に何をどうするのかを示している。部下の身になれば、思っただけ言われても部下は分からないから…。私はコミュニケーションを大切にしている」と言う。この点がY部長や理事長とは違っていると思うと自身で語っている。理事長、Y部長の二人は、部下は「育つもの」との持論であるとのことである。また、仕事観や幸福感については「私は家族にも恵まれ、職場にも恵まれ、本当に幸せである」と答えている。仕事の信条は「誰が考えてみても正しいと思う事は私欲を捨てて、理事長に進言す

る」。その姿が部下から圧倒的な信頼を得ているという事が分かった。この事はY部長も同様である。H氏のコア・コンピテンシーは「謙虚」「信頼感」「忠誠心」「使命感」「忍耐力」と言う高い評価（理事長、院長、Y部長の評価）であった。

(6)Y病院グループ統括トップのコア・コンピテンシー

S理事長に平成25年3月23日にインタビューをした。S氏は自分の生い立ちやY病院の風土について次のように語っている。

「僕は頑張って医者になったわけではない。医者の息子だから自然に医者になった。そんな具合だから医者は偉いなどと思った事は一度もない。他の人と同じだ。…風通しがいい職場など、話やすいのではないかな…。皆のびのびと働いている。」日本でもトップレベルの利益を上げている集団ではあるが、おごらない、謙虚で、親しい雰囲気さえ感じる。「組織のヒエラルキがないし、チーム医療ができています」と語っている。「わがY病院グループのマネジメントのポイントを一つ上げれば、職人タイプが上（管理職）には来ない」と言われたのはとても印象的であった。まさに経営の真髓と理解した。G院長、H副院長兼看護部長、Y部長のS理事長のコンピテンシー評価は建物を建てるのが好きだし、常に全職員に「ロマン」を語っている。希望を分かりやすく職員に伝える「演出力」がとても上手であるとトップマネジャーとトップリーダーは理事長を評価している。

第三章 X病院医師の活性化と人事賃金制度改革

この章では X 病院の事例に即して主に医師を対象とした人事賃金制度改革のプロセスとその実態を分析する。資料は特にことわらない限り X 病院の内部資料と X 病院に対するコンサルの過程で実際に作成あるいは使用をした資料に依拠する。X 病院のコンサルは基本的には 1996 年 11 月から 1999 年 10 月まで行われた。人事コンサルの成果は職員の働きがいや生きがいのある職場づくりと病院業績向上への協力指導である。そのために人事賃金システムの構築や人件費管理が重要な手段方法になる。なかでも医師の人事賃金制度は、病院活性化の核になる経営課題であるが多くの経営者はその重要性は重々認識しながらもその対応策を誤ると病院崩壊のリスクになると人事改革に慎重にならざるを得ない状況にある。一方、研修医や派遣医の派遣についても、未だに大学医局が主導権を握っているのが現状で、賃金一つを決めるのにも大学医局の決済を得なければならない状況である。

しかしながら、これらのやり方では何時まで経っても経営の主体性はない。そこで進んだ病院では自病院の人事・賃金基準を作り大学に提案する病院も出てきたが全体的には少数派である。医師の人件費管理は経営の根幹を揺るがす課題であるが医師がいなくては商売にならないと言うことで大学にはもの申せないと言うのが大学と病院との従属関係である。マネジメントが出来ずその人件費管理のしわ寄せは必然的に事務に押しつけられていると言ったら言い過ぎだろうか。支払い能力がないのに賃金は支払えない。対策は如何に医療収入の増大を図るかである。患者増や、病床稼働率を増やすには一体何をどうすれば良いのだろうか。

第一には、新規市場開拓など、頑張る医師にはインセンティブ賃金の支払いも考える必要があるだろう。

第二には、他にない患者・家族サービスの提供である。問診、診察にどんな付加価値をつけるかである。例えば休日診療、日帰り手術の実施や在宅訪問診療の推進など新たなメニューを作り付加価値をつける必要がある。

第三には付加価値の向上は働き手である医師その他の職員と経営側に還元される。付加価値が向上すれば必然的に医師・職員の労働分配率の引き上げと言う形で分配されることになる。分配率は付加価値(利益)に対する人件費の割合である。働いた成果の獲得は次への働きの意欲を醸成し、ひいては医療収入増大の好循環に結びつくように成果配分政策を講じることが大切である。今、平均的な病院の分配率は 70%ラインにあり、経営は厳しい。分配率は固定してでも、医療サービスの質的向上、新医療機器の導入・

新技術料の確保によって集患力を高め、人件費アップを吸収する積極的な収入増対策が図れば労働分配率は同じでも人件費枠のパイは増大する。それによって賃上げ原資は増える。パイの面積を拡大できれば必然的に新ME機器の購入や先端医療の提供も可能になる。

そのためにはもっと医師に働いてもらうことである。その仕掛けづくりが、「能力・役割主義人事制度」の導入である。

1、 職能資格等級制度の導入とその後の発展

事例でとりあげる X 病院は前述の賃上げ吸収策を見事にクリアーした病院である。平成 8 年 11 月より、組織活性化を目指して人事・賃金処遇制度の見直しと改善検討を進め、平成 10 年 4 月に、先ず、職能資格等級制度をベースにした職種別、等級別、職階別人事考課を診療部から導入を開始、次いで、医療技術部（コメディカル）事務部へ、最後に、同年の 10 月に看護部へと全部署に人事考課制度を導入する。

X 病院は長野県の医療圏にある。駅から歩いて程なく明治 41 年（1908 年）創業で 100 年の歴史を刻む。

平成 23 年度の X 病院の実績は、医療収入 165 億円、医療原価 29 億円、医療利益 4.2 億円、人件費率 48.2%、病床数 502 床、職員 1688 名、365 日 24 時間体制の救急医療を展開している。

現在の理事長・院長がトップに就任したのが 1994 年。理事長就任後 11 年目になる 2005 年（平成 17 年）4 月に救命救急センターの指定を受けその後、理事長の強いリーダーシップの基に職員が一丸となって急性期医療を進めてきた。

北米型 ER の開設、屋上ヘリポートなど救急医療を強化するためのさまざまなハード面の整備も行ってきた。23 年実績で年間ヘリ搬送 136 機、救急車搬送数 5585 台、外来患者数約 210000 人を数える。地域医療支援病院（2001 年）電子カルテ導入病院（2002 年）臨床研修病院（2003 年）新型救命救急センター（2005 年）DPC 対象病院（2006 年）7 対 1 の看護体制（2006 年）地域がん診療連携拠点病院（2008 年）JCI 世界品質基準（2013 年）の認定を受け急速に全国の最先端病院としての地位を築き上げてきた。

X 病院の飛躍的な発展の原動力は人事制度改革と理事長は言い切る。新人事制度を導入し職員一人ひとりが能力開発に努力し、より高いレベルの仕事にチャレンジ出来るようになったことが病院の総合力に繋がったと語る。

成長の歴史をみると創業期（1908-1951）、開花期（1952-1974）、成長期（1975-1993）、第 2 創業期（1994-2001）、飛躍期（2002-2008）に分類でき、現在は更なる飛躍を目指している。

現在の理事長が就任した1994年には5年連続赤字の見込みで、早急な経営の建て直しが求められていた。この年度の医療収入は64億9887万円で税引き前利益は2億4897万円の赤字、職員数は544人であった。ただし、2011年度は医療収入165億円、職員数1688名となっている。その間、2008年8月には特定・特別医療法人から社会医療法人の認可を受けた。「このような急成長を遂げられた要因は様々上げられるが私は人事制度の改革が最も重要な役割を果たしたと思っている」と理事長は重ねて述べている。

赤字経営からの脱却を目指して病院の理念や達成すべき目標を全職員に明示、経営方針を公開したのは1995年であった。(図表—11)

図表—11 X病院の経営理念・経営方針

<p>「慈しむ心の泉を大切に」</p> <p>経営理念</p> <ol style="list-style-type: none">1、私たちは患者さんのために真心の医療サービスを行います。2、私たちは地域のみなさまから信頼される病院づくりに努めます。3、私たちは、常に新しく良質な医療の提供ができるように心がけます。4、私たちは、皆様の健康増進、疾病予防のお役に立ちたいと願っています。 <p>経営方針</p> <ol style="list-style-type: none">1、高度医療も行える急性期病院として、24時間対応で医療ニーズに答える。2、質の高い医療サービスを提供することにより、患者さんの満足と地域の信頼を得る。3、持てる資源を有効に活用できる経営体制を確立し持続発展する。4、患者さんが生きるエネルギーを感じ取れる様な生き生きとした職場づくり。
--

出所：X病院人事課提供資料

年度基本計画をしっかりと立てかなり強引なトップダウン経営で翌年には税引き前利益で1億円の黒字の成果が見込まれる状態になったと理事長は語る。当時の年度基本計画(1995年)の主な項目を拾って見ると、以下の通りで、そこには最先端の急性期病院を目指す方針が明確に示されている。

「医療機関の整備」

- 救急医療体制の充実。
 - ① 救急外来のより一層の充実
 - ② ICU・HCUのより一層の充実
 - ③ コメディカルの日当直体制の充実
- 医療の行動化・専門性の確保と充実（地域医療支援病院を目指して）。
 - ① 画像診断体制の充実
 - ② 内科専門外来制度による専門性の明確化
 - ③ 病理診断体制の充実
 - ④ 循環器疾患の治療体制の充実
 - ⑤ 内視鏡センターの創設
 - ⑥ 外傷センターを目指す
 - ⑦ 消化器治療に於ける内科、外科連携のより一層の充実
 - ⑧ 透析センターのより一層の充実
 - ⑨ 脳血管疾患の治療体制のより一層の充実
 - ⑩ 診療部医師の学会活動への積極的参加

「効率的で質の高い医療サービスの提供」

- 急性期医療をさらに充実させる事により、質の高い医療サービスを提供する。
 - ① 平均在院日数 20 以内を目指して計画的診療を行う。
 - ② 在宅医療の充実と病診連携の強化、推進。
- 効率的な医療サービスを提供する。
 - ① 手術室の効率的運用
 - ② 医療設備・器機の効率的運用
 - ③ 外来予約システムの見直し
- より質の高い医療サービスを目指す。
 - ① メディカルクラーク課の創設
 - ② 病棟薬剤師業務の確立
 - ③ 選択メニュー制の実施
 - ④ 糖尿病教室の実施
 - ⑤ 新サプライシステムの構築
 - ⑥ メッセージャー業務の見直し
 - ⑦ 看護記録の整備と充実

- ⑧ 個々の看護能力の向上を図る
- ⑨ 新たなコンピューター医事システムの導入とパソコン LAN システムの再構築
- ⑩ 診療情報管理室の充実（退院時予約の院内統一）
- ⑪ 病院全体で接遇の向上に取り組む
- ⑫ 診療評価システムの検討

「環境整備・アメニテイの確保」

「健全な経営体質の確保」

- 低コスト体質の確立。
- 確実な収入確保。
- 法人理念、経営方針の周知徹底。
- 院内に於ける円滑な情報伝達システムの確立。
- 地域医療情報の管理と広報活動の充実。

「新人事制度の確立と運用」

- 新人事制度を確立し活力のある生き生きとした職場作りとマグネットホスピタルを目指す。
- 教育システムを構築し人材を人材にすることを目指す。など

年度計画の策定と公開で全職員のベクトル合わせは出来た。しかし大切なのは、これからの継続的な目標の達成であった。そのためには職員一人ひとりが生き生きと働けるシステムと職員の成長をサポートする仕組みが必要と考えたと理事長は言う。

(1) X病院に於ける年功人事制度とその課題

1991年にバブルが崩壊したが、医療業界はバブル崩壊まで毎年診療報酬は引き上げられ人件費上昇にも病院経営は経営者のマネジメント能力やセンスが特段必要とされる状況にはない甘い産業であった。

当院の人事賃金制度は公務員準拠の完全年功職階制だったのである。筆者のコンサル指導は1996年11月からスタートするが特に今でも鮮明に記憶に残っているのは管理職である部科（課）長全員に、やれば、やっただけの残業手当が支給されていたのである。医師の残業手当額は半端ではない。賃金体系は学歴・経験年数・性別をファクターにする完全な年功基準で、制度、規定は全くない状況であった。人事制度の4本柱、すなわち、評価（人事考課制度）、育成（教育研修制度）、活用（役職昇進基準、人事異動基準）、処遇制度は完全な公務員準拠であった。役職昇進は年功基準で

行われており、賃金処遇（賃金・賞与・退職金制度）は公務員準拠の俸給表を活用している。毎年膨らみ続ける人件費比率と特に月例賃金と賞与は年功基準のため一般職員の勤続者が役職者を上回る現象も見られ、また、年収ベースでも逆転現象が多数散見された。

現在の X 理事長は 1991 年当時はまだ副院長職であったが副院長は民間セミナーに参加し自分の置かれた医療業界があまりにも世間とずれた世界であると痛感したと言う。世間とのズレを感じた X 副院長は先ず経営の方向を示す事が急務であると考えたようだ。

1991 年の病院祭の挨拶の中で副院長は次のように述べたと言う。「この数年、病院を取り巻く環境が大きく変わっていく中で我々の病院は目標さえも明確にされず、ただ、平々凡々と仕事を行っているのみで病院の進むべき方向もわからず、また職員皆さんも向くべき方向がつかみきれずにいました。そのような中で看護師不足問題をきっかけとして今後の病院の進むべき方向を見定めていくために…（中略）病院理念の作成を企画運営会議で決めました」。¹⁰⁹

ここに X 病院発展の礎が明確にされたのである。理念の職員宛の具体的なメッセージでは、「私たちの病院には…（中略）急性期医療を担う地域の中核病院として、新しく良質な医療を行うために機能的で活力のあるチーム医療を常に心がけ地域の皆さんから信頼される病院づくりに取り組んでいます。今日のような変化の時代においては、とらわれのない柔軟な発想と積極的で前向きな行動が必要になりますが、また同時に何事も新鮮にとらえることの出来る豊かな感受性と他を思いやる優しさも大切にして行きたいと考えています。病院を自己実現の場として、職員一人一人が生き生きと仕事を行い、みんなでそのエネルギーを結集する事により私たちの病院を夢と感動と輝きに満ちた病院にしていきたいと思えます」¹¹⁰ と言う。X 病院はこの時に急性期病院として生きるという X 副院長の強い決意がメッセージされたのである。

1994 年 10 月に副院長は理事長兼院長に就任した。就任当時の X 理事長のメッセージは「出来ない理由を探すな、どうしたら出来るかを考えろ…（中略）経営として足りないものを補う方策を必死になって考えることだ。そしてやるべきことをやるまでだ」¹¹¹ と言う。この X 理事長の熱い経営に取り組む気持を T 常務理事は自費出版で記述している。

¹⁰⁹ 塚本建三『患者に医療を取り戻せ』自費出版、2011 年、6 ページ。

¹¹⁰ 塚本建三、前掲書、7 ページ。

¹¹¹ 塚本建三、前掲書、8 ページ。

(2)、能力主義トータル人事制度改革のスタート

年功序列体系による公務員準拠方式の人事制度を改め能力主義人事制度にパラダイムを転換するスタートは1996年11月であった。そのきっかけは筆者が7月に箱根で3泊4日の合宿で講師を務めた「能力主義人事・賃金制度の構築セミナー」への参加から始まる。T常務理事、S企画調査室長（現在は理事・経営企画部長）の2人がX理事長の特命を持ってセミナーに参加しその席上コンサル指導の要請を受けたのだった。

当時X病院は赤字経営に陥っており経営の存続も危機的存在であった。そのため、収益改善のために、医師から意識改革を進めたいと言う理事長の強い要望であった。コンサルの常識では、本丸の医師から始めるのは極めて危険であり、自信がないし出来ないと伝えたのを今でも覚えている。しかし、X病院の当時の経営状況から考えると藁をもつかむ思いだったと思う。

自信はなく、不安な思いで一杯であったがなんとかスケジュールを調整して11月から医師の人事改革をスタートする。改革スタート時のX理事長と筆者とのインタビューでX理事長は「人件費率もさることながら、病院が発展をしていくためには人材の育成が急務である。病院は医師を頂点として看護師、医療技術職、事務職の順で縦型社会を形成している。横型社会にしなければチーム医療なんてできる筈がない。新しい人事制度で意識改革を図り人材を育成していく必要がある」と語っている。

さて、人事制度改革の柱は職能資格等級制度・複線型人事制度（複線型職群管理制度とも言う）・人事考課制度・職能給の四本柱からなる。

2013年、筆者が理事長に面会時にX病院の人事制度の変遷について理事長は次のように語っている。「現在のわが病院の人事制度はかなり完成度の高いシステムになっている。しかし、これで完成ではない。医療行政や経済環境の変化に応じて人事賃金制度も変り続けていかなければならない。今ある人事制度は改革にかかわった人、全ての汗と涙の結晶であり、かけがいのない宝である。今後も人材を育て続けると共に病院と職員が共に進歩発展を続けていくための人事制度を大切に育てる。人事制度とはそのようなものではないか、…」と語られた。

理念のX病院としてわが国にその名を知られるようになったその裏には

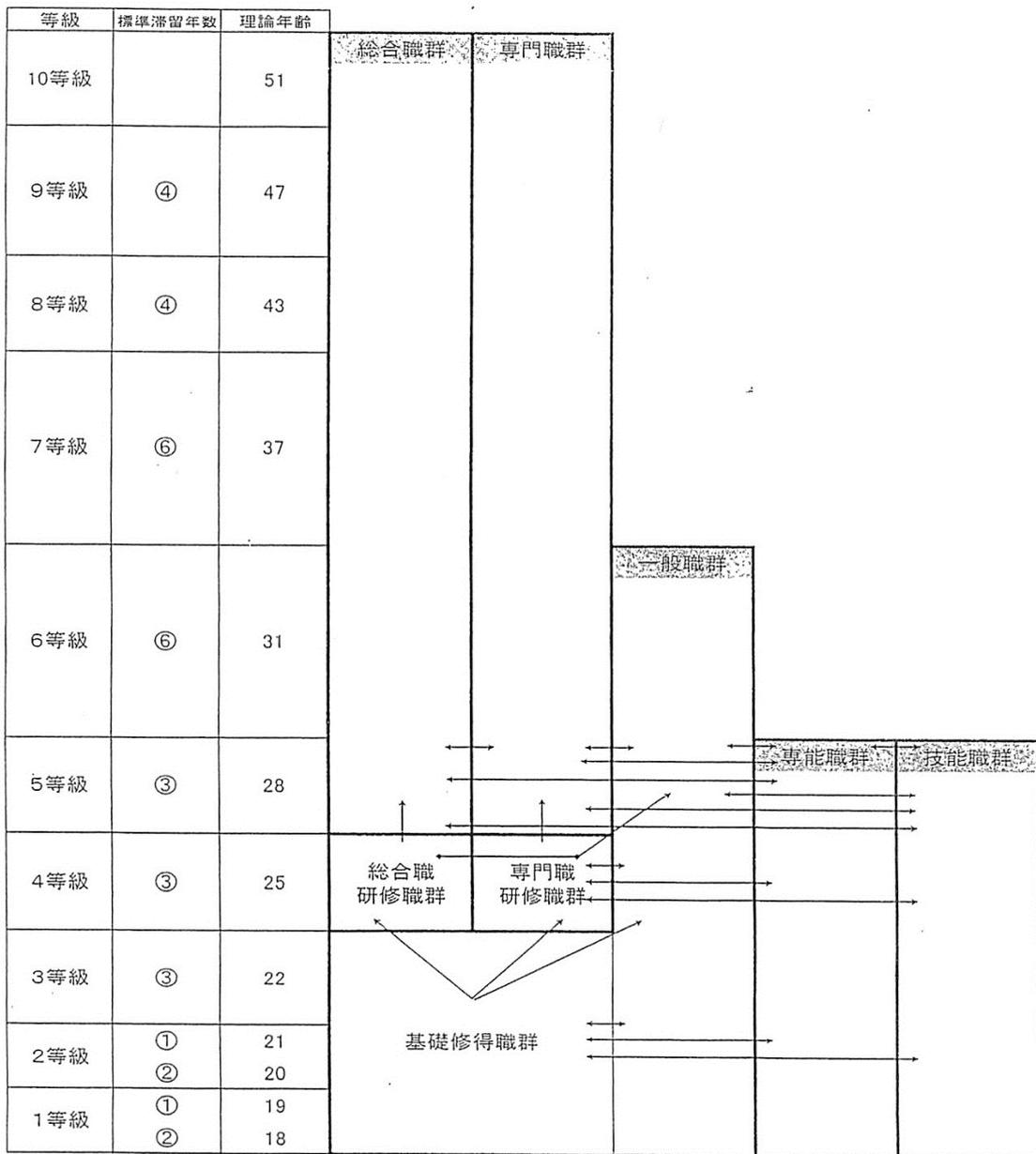
図表—12 職能資格等級フレーム

等級	等級定義	昇格年数		
		初任給格付け(例示)	最短モデル	理論モデル
10	<経営管理・高度熟練専門業務> 高度な経営能力を有し、法人全般にわたって経営管理できる職能段階 地位と名声により高度専門領域で貢献できる職能段階			51歳
9	<管理統括・高度専門業務> 高度な経営能力を有し、大単位組織を統括できる職能段階 長年の深い経験と熟練によって行う極めて高度な複雑判断業務を遂行できる職能段階			47歳 ④
8	<上級管理指導・熟練専門業務> 高度な管理能力を有し、大・中単位組織の統括と企画立案を遂行できる職能段階 長年の深い経験と熟練によって行う高度複雑判断業務を遂行できる職能段階			43歳 ④
7	<管理指導・専門業務> 管理能力を有し、中・小単位組織の統括と企画立案業務を遂行できる職能段階 長年の深い経験と熟練によって行う高度判断業務を遂行できる職能段階			37歳 ⑥
6	<上級指導監督・上級判断業務> 基礎的管理能力を有し、小単位組織(担当範囲)の統括と指導監督により判断業務を遂行できる職能段階 長年の経験と熟練によって行う上級判断業務を遂行できる職能段階			31歳 ⑥
5	<中級指導監督・中級判断業務> 自らも判断業務を遂行し、後輩を指導できる職能段階 長年の経験と熟練によって行う中級判断業務を遂行できる職能段階			28歳 ③
4	<初級指導・初級判断業務> 自らも判断業務を遂行し、熟練を要する業務を遂行するとともに一般職員をリードできる職能段階	博士卒	24歳 ②	25歳 ③
3	<複雑定型・熟練業務> 概略的指示により、経験と熟練によって行う複雑定型業務を遂行できる職能段階	修士卒 大学卒	22歳 ②	22歳 ③
2	<一般定型業務> 一般的指示、または定められた基準に従い多少の経験によって行う一般定型業務を遂行できる職能段階	専門学校2～4年卒 准看護学院2年卒 短大卒	21歳 ① 20歳 ②	21歳 ① 20歳 ②
1	<補助・単純定型業務> 具体的指示、または定められた手順に従って補助および単純定型業務を遂行できる職能段階	専門学校1年卒 高校卒	19歳 ① 18歳 ②	19歳 ① 18歳 ②

◇ 初任給付けは各学校を標準的に卒業した年齢ではりつけ、3等級までは自動昇格の対象とする。
 ◇ 昇格年数の○内数字は滞留年数を示す。
 ◇ 理論モデルとは各等級職能を○内数字で獲得したいという期待(モデル)滞留年数。

出所：X病院 人事課提供資料

図表—13 複線型職群管理図



出所 X 病院:人事課提供資料

人材育成に対する理事長の熱い思いと執念があった。それでは X 病院の人事制度の現状を見てみよう。

① X 病院の職能資格等級制度のフレーム設計

職員の働く意識を変えるために、現在の経験、学歴、身分等の年功主義人事を能力、実力主義人事にパラダイムを転換しなければならない必要性から説明会を実施している。

多くの医師、医療職は総論では理解しても各論になると自分の利益（処遇）が気になり総論賛成、各論反対で説明会が紛糾する場面が何度かあった。

しかし新人事制度の導入に当っては、現状を保障し穏やかに新制度に置き換える事を原則としたため、特段の問題もなく導入が出来たかに見えたが看護師の集団退職が発生し1病棟閉鎖の事件が起きたのである。

X病院の人事賃金制度改革の努力を振り返りその苦悩と成功事例から、何が有効で何が問題であったのか、モデル化できるものと、できないものとをまとめよう。X病院の人事賃金改革は前出のように常識ではやらない本丸の医師からスタートしたのである。それだけ、切迫した経営状況であったと言える。まず、職能資格等級制度のフレーム作りから始まる。

職能資格等級制度のフレームは図表の通りであるが医師の人事賃金改革に当り、はじめに人事改革プロジェクトチームで話し合った「職能資格等級制度導入のポイント」は次の通りである。

- 1) 職能資格等級制度は医師を含め全職員同一の一本の体系とする。（医師を別体系にするなど特別扱いはしない。資格は同じでも、賃金は当然に社会相場で職種によって異なることから、同一資格、別建実質賃金とする。（医師には医師の社会相場がある。）
- 2) 資格呼称は全職種、統一の同一資格同一呼称とする。
- 3) 職能遂行能力の洗い出し（職務調査）は専門職種別に作成することを原則とするが、万が一の場合は最低でも共通職能要件書（医師として、どの診療科でも診療が出来なければならない基本的な習熟要件、また、マスターしておかなければならない修得要件、知識、技術）は作成し整備する。
- 4) 昇格、昇進は職能要件書を基準として実施する。職能要件書については各医師に確りと説明し基準を厳守する。
理論モデル年数は職能資格等級制度の骨格を決める年齢でエリート年令である。昇格する為には卒業方式と入学方式があるが当院では卒業方式を採用する。当該等級に定められている仕事の習熟や知識、技術を習熟、修得することを卒業と言う。入学は上位等級職務を先取りし習熟、修得することを言う。
- 5) 昇進は役割要件（権限と責任）と人材要件を満たした人材を候補者として選抜する。役職登用は役割であり賃金処遇を上げるための手段方法ではないことを大学や各医師に周知徹底する。
- 6) 賃金は職能資格等級制度をベースにその上に実力・成果主義の賃金を組み立てる。

- 7) 年俸制は月例賃金のマルメ方式とはしない。その基準賃金は職能給と役割給で構成する。
- 8) 人事考課はチャレンジ加点主義人事考課制度を導入し、マイナス点はつけない。
- 9) 職能資格等級制度をベースに、担当する仕事の性格と質的差異に応じた複線型職群人事制度（医師職は総合職と専門職の2種類）を導入し、その職種・職群毎に病院が求める職務遂行能力を等級別に名札で色分けして明示する。

職群の選択は本人の意思と適性により自ら選択するが、この名札の色分けによって院内で競い合う切磋琢磨する風土を醸成する。医師職の選択は総合職群（含む総合職研修職群）、専門職群（含む専門職研修職群）の2種類が対象になる。

図表—14 職群の選択の色分け

職 群	資 格 等 級	名札の帯色
総合職群	5 ～ 10 等 級	桃
総合職研修職群	4 等 級	桃
専門職群	5 ～ 10 等 級	あさぎ
専門職研修職群	4 等 級	あさぎ
一般職群	1 ～ 7 等 級	桜
専能職群	1 ～ 5 等 級	藤
技能職群	1 ～ 5 等 級	若竹
基礎修得職群	1 ～ 3 等 級	—

出所：X病院人事課提供資料

- 10) 職群の選択の色分けとは別に院内には院内資格と言われる職能資格を意識させ更なる能力アップに努力をしてもらうために資格等級の色分け（院内のスティタス）を名札の帯に入れる。

図表—15 職能資格等級制度と等級の色分け（院内ステータス）

職 能	等級	名札の帯色
人材活用職能	10 等級	金
	9 等級	紫
	8 等級	藍
	7 等級	青
	6 等級	緑
	5 等級	黄
能力開発職能	4 等級	橙
人材育成職能	3 等級	赤(3本線)
	2 等級	赤(2本線)
	1 等級	赤(1本線)

出所：X病院人事課提供資料

- 11) 職員はどの職種の中の職群の何等級に格付けされるかによって基本給が決まる。昇給は評価制度により段階号俸表で昇給する。
- 12) 医師の初任給の等級格付けは4等級スタートする。医師以外の職員が対象になる職員の昇格は3等級までは自動昇格とする。昇格申請は医師も含め自己申告により受験し昇格試験で昇格を決める。などである。

② 成功要因の一つ、経営理念の共有

医師に対する経営理念・方針の周知徹底はX病院の今日を支えた根幹をなすものである。また、現在、理念のX病院と言われる所以は、X病院の理念・経営方針の完全周知徹底にある。特に医師採用時の図表-16、「宣誓書」の作成の義務付けはユニークで人手不足といわれる医師採用においてもいささかも揺るぎなく理念・方針の周知徹底を行っている。医師採用時に経営理念、経営方針に賛同しない医師は如何に優秀であっても採用はしない。「宣誓書」のサインに当りチェック内容は図表-17の通りである。

図表—16 「宣誓書」

私はJ会 X病院の経営理念、経営方針に則り、患者様のためにまごころの医療を行い、常に向上心をもって地域医療の質的向上を図ることを厳粛に誓います

平成 年 月 日

氏名（サイン）

図表—17 医師入職時病院ミッションチェックリスト
社会医療法人X病院

私どもX病院はJ会ミッション、ビジョン,病院ミッションを実現するため、ご入職時に下記の項目のチェックをお願いしております。
 自己評価の程よろしく願い申し上げます。

ご入職医師名： _____ 面接日： _____
 _____ 面接者： _____

確認書類	該当・評点
医師免許証	取得年月日
履歴書	
認定医・専門医・指導 医等証明	科（認・専・指・）
	科（認・専・指・）
	科（認・専・指・）
著書・学会発表記録等	提出あり ・ 提出なし
資質	

所信表明に対する共感度	5	4	3	2	1
病院理念・経営方針理解度・共感度	5	4	3	2	1
チーム医療ができる人か	5	4	3	2	1
コミュニケーションのフロンティアを目指す人か	5	4	3	2	1
チームカンファレンス重視の姿勢	5	4	3	2	1
カルテ等に適正な記述ができるか	5	4	3	2	1
セクシャルハラスメントを起こさないか	5	4	3	2	1
直情径行型でないか	5	4	3	2	1
他の職種を見下さないか	5	4	3	2	1
組織のルールがまもれるか	5	4	3	2	1
社会常識があるか	5	4	3	2	1
挨拶がまともにできるか	5	4	3	2	1
(頭髪・髭・爪など清潔・身なり)	5	4	3	2	1
金品の受領の禁止規定遵守	5	4	3	2	1
時間厳守：外来開始・手術等	5	4	3	2	1
通路で道を譲れるか	5	4	3	2	1
病院でスリッパを履かない等 (床の雑菌を巻き上げないため)	5	4	3	2	1
人間的な優しさがあるか	5	4	3	2	1
人間的な温かさがあるか	5	4	3	2	1
人間性を統治する意欲があるか	5	4	3	2	1

医療の質を重視できるか	5	4	3	2	1
(コストを考慮したEBMに基づく)					
第三者の評価を受容できるか	5	4	3	2	1
自己の診療行為を点検できるか	5	4	3	2	1
全人的な医療ができる人か (患者を人間として捉える)	5	4	3	2	1
インフォームド・コンセントを重視できる人か	5	4	3	2	1
医療安全に対する認識は適正か	5	4	3	2	1
医療の倫理をわきまえているか	5	4	3	2	1
総 評	採用 ・ 保留 ・ 不採用				
採用形態	A	B	C		
A : 完全年俸制 B : 給与規則適用 C : 給与規則適用で調整給個別増額適用	所見 :				
自分の考える理想の医師像を確認	5	4	3	2	1
前職の離職理由に不審は無い	5	4	3	2	1

(評価基準) 5=申し分ない。4=良好、3=普通、2=不十分、1=全く出来ない

出所 : X病院人事課提供資料

③ 医師対象の人事改革説明会の実施

医師に対する新人事制度導入説明会では、一つひとつの制度について、きめ細かく神経を使って行った。プロジェクトメンバー間で想定質問に対する模擬回答書を作るなど、誰が説明しても一貫した説明ができるように留意をしたのがまず成功の第一ステップであった。

打ち合わせの留意点は大凡次の通りである。

- 1) どんなに良い制度でも皆（医師）が理解できなければ全く意味がない。理解を促すように説明会の開催、チラシ配布、広報を徹底する。
- 2) 人事賃金制度はすべて理論通りに説明できるものでなければ医師は納得しない。
- 3) どんなに理屈は正しくても、急激な変革は理解を得られない。あるべき姿とのギャップを埋めるには2～3年は現状を保障して穏やかに新制度に切り替える説明をする。
- 4) 制度は全てオープンにして良いか、出来るか、慎重に検討する。オープンにすることが原則だが、制度の理解不足のために誤解が生じることもある。そのような案件については経過説明会の反応で随時考える。
- 5) 医師の理解と納得が大切と言っても全員が賛同することは難しいことだ。5～6割の医師の賛成が得られれば成功と考え制度を先ずスタートさせる。そして走りながら制度のメンテナンスと定着を考える。
- 6) 人事賃金改革の推進はスケジュールを作り、意図的、計画的に進める。
- 7) 最初から病院ニーズによる人事制度の応用展開はしない。基本理論の原則を大切にして制度設計を行い定着後ニーズによる応用展開を考える。
- 8) 説明会の実施はチームメンバーが手分けをして行う。パワーポイントや説明会用パンフレットを作成する。説明会資料には、可能な限り文字を入れず、イラストなどを入れ目で見分けるように易しく説明をする。説明会時に説明者は文章を読まない。
- 9) 説明会は少なくとも10数回は行う。第1回目は、「これから進めようとする人事・賃金制度の全体像の概要」から説明を始める。
- 10) 人事・賃金制度の設計に当っては、職員満足、患者満足、経営満足、社会満足の順番を忘れずに説明をする。まず、職員満足を錦の旗に「私たちの賃金を上げ続けるための人事賃金制度の設計を進めるにはどうしたら良いのかを訴えよう。」「人事は明るくをスローガンに…」公平で公正な基準作りに留意することを訴える。

④能力主義人事制度、切り替え時の資格等級格付け

いよいよ実際の職能資格等級格付け作業が始まる。当然ながら年功基準から能力主義人事への切り替え作業が問題になった。等級格付け作業は本来であれば医師の職能要件書に照らして能力を審査し能力イコールで等級格付けを行うのが本当である。しかし、そのようなドラスチックな置き換え作業は反発を買うだけである。そこで定石通りに穏やかに既得権を保証しながら医師になってからの経験年数で基準を作り、画一的に格付けを行いスタートすることにしたのである。

能力主義人事制度の導入を第一優先として穏やかに実施している。一方、役職者は例外者を除き、役職に対応する下限等級の等級を適用し画一的に実施した。すなわち、等級格付け作業は人事課が決めた基準に従って実施している。

自己申告や上司推薦は一切受付をしていない。職能資格等級への格付けの留意点を敢て上げれば、1年間は仮等級に格付けをしたことである。その基準は40才以下で役職についていない前期研修医は全員3等級に、また、後期研修医は全員4等級に格付けをしている。

一方、役職者は医長クラスは5等級に、科長・医局長クラスは6等級に、部長クラスは7等級に格付けを行いスタートをしている。この様に、一部の例外者を除き、一般の医師は経験年数で、また、役職者は役職に対応する下限等級の職能資格等級で仮等級を決めている。しかし、次年度は、真の能力主義人事制度を推進するにあたり、課業一覧・職能要件書の作成は必修であった。

X病院では能力主義人事制度導入時は他病院の課業・職能要件書に若干の修正を加えて活用をしている。¹¹²その後、自病院の職能要件書を作成しているが当時は一刻も猶予ならない経営状況であった。必至の覚悟で人事改革を進めたことを思い出す。

次に示すのは医師の共通職能要件書であり、専門職種、脳神経外科の職能要件書（X病院独自作成）の例示である。

2、能力主義基準（職能要件書）の作成

(1) 医師の共通職能要件書の作成¹¹³

能力主義人事制度を確立するためには能力の明細書である職能要件書が必要である。この要件書がないと「頑張っている。頑張りが足りない」

¹¹²医師の共通職能要件書はKO病院作成の職能要件書をサンプルに一部修正を加えて活用。

¹¹³診療科にかかわらず医師免許を所持する者は自分の専門職種に関係なく出来なければならない共通の手技手法また専門知識の明細。

などのイメージ考課となることから、X病院では新賃金制度導入後、直ぐに要件書を作成、整備している。多忙な医師に要件書作成の協力を得るには相当なエネルギーを要したことは言うまでもない。

図表—18 医師の共通職能要件書の例示（一部抜粋）

<p>・ 4 等級と 5 等級</p> <p>「問診と診察」</p> <ol style="list-style-type: none">1、症状の聞き取り。その想定される疾患の鑑別診断の為、丁寧な言葉使いで又優しい態度で詳しく聞き取ることができる。（修得手段・方法）『外来でのコミュニケーション技法』日本医事新報社『新しい問診、面接法』医学書院2、診察、先入観に左右されずに頭部から下肢まで系統的診察ができる。3、鑑別すべき疾患の想定が出来る。『P O 臨床診断マニュアル』メデイカル・サイエンス・インターナショナル、『内科診断学』西村書店、『今日の診断指針』医学書院4、他の医師が分かるように症状と所見を簡潔、正確にカルテに記載できる。5、情報から想定される疾患を鑑別し危険性の高い順番に病態と病状を仮定してその重症度の想定から危険を回避するため入院治療あるいは検査入院や通院の必要性を決定できる。6、患者及び家族に想定される疾患を上げて重症度に基づいた入院治療あるいは鑑別診断や確定診断に必要な検査入院や通院検査の必要性について患者及び家族が納得できるように説明が出来る。7、疾患鑑別や診断根拠の確認、あるいは重症度の判断をするため検査の指示をカルテに記載し検査伝票に目的を明確に記入できる。 <p>「検査結果の分析と指示」</p> <ol style="list-style-type: none">1、一般的検査結果（尿検査、便検査、血液生化学検査、肺機能検査、内分泌検査、細菌検査などパラメディカルの実施する検査）について検査室の能力や測定誤差を考慮の上、以上の有無を判断できる。「臨床検査のABC」
--

日本医師会、『臨床検査ガイド』文光堂、『症状から見た臨床検査』日本医師会、『検査値の見方』中外医学社

2、基本的検査(病理組織検査、内視鏡検査、脳波、超音波検査、X線検査、CT、MRI、RIなど主に専門科が実施、あるいは判定する検査)について専門医師の意見に基づき結果を解釈できる。『胸部X線写真のABC』『心のエコーのABC』『腹部エコーのABC』日本医師会。

3、自ら判断ができない場合や疑問がある場合は専門の医師に確認し大凡の診断と病状の把握ができる。解釈を基に次に必要な検査あるいは処置を決定できる。

「検査の計画と実施」

1、専門的検査を自ら実施する場合、検査の優先順位を基に危険性、患者の苦痛や侵襲、その対策などを十分出来る。

2、検査、処置のメリット、デメリットを比較して、自らの好奇心や好み、得て不得手などを除外して公平に判断できる。自らの業務繁忙にかかわらず、遅滞なく実施できる。

3、検査の危険性、患者の苦痛や侵襲、その対策などを十分説明した上で、尚、患者及び家族の同意が得られるように、検査の目的と必要性について理解を得るように説明できる。診断の確定が出来る。

4、自らの技量を良く自覚して知識や経験の不十分なときは上司に援助を依頼して危険に対する対策を十分に講じた上で実施できる。

5、精度の低い疾患が想定される場合、あるいは稀な検査を実施する場合はその専門の医師あるいは上司のアドバイスや援助を得て検査を実施できる。

「専門的検査の依頼」

1、検査の適応と危険性について判断し、危険性、患者の苦痛や侵襲、その対策などを十分理解できる。

2、その専門の医師あるいは上司に検査目的を伝え、適応と危険性のアドバイスを得て検査を依頼できる。

3、検査の危険性、患者の苦痛や侵襲、その対策などを十分説明した上で、なお、患者及び家族の同意が得られるように検査の目的と必要性について理解を得るように説明が出来る。

「処置の実施(A)」

- 1、消毒、採血、静脈注射、皮下や皮内注射、筋肉注射、導尿、などについて病態と病状に応じて遅滞なく適応を決定できる。『日常診療で迷ったら』JIM 第3巻5号。
- 2、危険性を予測し、それを回避できる。
- 3、患者の病状、病態から処置の目的を十分説明し同意が得られる。
- 4、処置の的確な実施と記録が出来る。

「処置の実施(B)」

- 1、腹腔胸腔穿刺、中心静脈持続注射、胃管挿入と管理、ドレーンの管理、皮膚縫合などについて、病態と病状に応じて遅滞なく適応を決定しそれを遅滞なく実施できる。『ベットサイド基本手技アトラス』メディカル・サイエンス・インターナショナル『図鑑診断基本手技』Medicina1992、vol29no.11。
- 2、危険性を予測し、それを回避するように実施できる。
- 3、患者の病状、病態から処置の目的を十分説明し、成功率と危険性を十分説明しても、患者及び家族の同意が得られる。
- 4、はからずも危険な状態が生じた場合、的確に対処できる。患者および家族に事態を説明し、理解を得られる。その事態と患者への説明の内容をきちんと記録ができる。

「基本治療の実施」

- 1、医師と病態に基づいて薬剤の効能と副作用や投与方法を熟知した上で薬剤の処方、薬剤の注射、輸血などの適応を決定できる。『The Washinnton Manual』『外来診療のコモンセンス』J I M 第4巻9号『臨床医のコモンセンス』J I M 第4巻10号、11号『今日の治療指針』医学書院。

出所；KO病院医師共通職能要件書。

医師共通職能要件書の作成によってその活用は病院経営にとっても大きな意義がある。

その一つは「能力・役割人事制度」を確立することが出来ることである。能力・役割主義という一つの旗のもとに全職員が集結し人事の統一ができること、また、院内における医師の診療科別秘儀的専門性の問題を回避する拠り所基準とすることができる。

その二は組織の確立である。共通職能要件書を基準に医師の能力判定

が可能になる。この要件書により院長、副院長は専門性が異なってもリーダーシップを発揮することができる。

その三は医師職の昇進・昇格の統一基準とすることができ、また、院内で医師のレベルを統一した能力開発研修が実施できる。

その四はこの要件書を部下と話し合うコミュニケーションの材料とすることが出来る。これらから人間関係を醸成することが出来るなどである。

(2) 医師専門職種「脳神経外科課業一覧表」

医師の職能要件書は前出の「医師共通職能要件書」と「専門職種別職能要件書」の2つがある。次に示すのはX病院診療職「脳神経外科課業・職能要件書」であり（図-19）、この課業・職能要件書を基準に能力の発揮度合いや仕事の成果や業績を評価することが出来る。

脳神経外科専門医になるためには卒後臨床研修2年後に脳神経外科に関する専門的な研修を4年受けることが必要で学会の認定する「研修プログラム」の下での研修が必要である。「研修プログラムは」複数の病院群によって形成されている。専門医研修を終了すると専門医認定試験の受験資格が得られ筆記試験と口頭試問があり、この両試験に合格すると「脳神経外科専門医」となれる。しかし認定後も最新の知識と技術を学び続けることが義務付けられ5年ごとに資格を更新する必要がある。また、これ等専門医を指導する指導医の認定要件も厳しく決められている。¹¹⁴以上は「脳神経外科専門医」を目指す認定基準の一例であるがX病院では各種学会の専門医資格認定基準をクリアーすべく各職種別専門医「研修プログラム」を策定していると言う。この研修プログラム策定の基準ベースになるものが「課業・職能要件書」である。（X病院院長にインタビュー）専門医を育成するには臨床症例の数や指導医のレベルと人材育成のシステムが大切であることが分かる。課業・職能要件書は人事の基軸として能力・成績評価に、また、これらの評価結果は昇格、昇進、能力開発、賃金処遇に反映する基礎資料となっている。

X病院の今日までの発展を省みれば職員一人一人を見つめる課業・職能要件書があり、これが人事の能力・役割トータルシステムを廻すしっかりとした土台になっていたのである。

¹¹⁴「専門医認定制度内規」社団法人日本脳神経外科学会 平成22年1月24日改正

図表—19 脳神経外科課業・職能要件書

基礎項目
1.患者および家族との信頼関係が確立できる。
2.患者および家族に対して診療内容を理解し、納得出来るように説明できる。
3.チーム医療が円滑に行えるようにコメディカルとの信頼関係を確立し、調整ができる。
4.他科からの診療依頼・他科への診療依頼に対して円滑に対応できる。
5.診療中の偶発事故対応できる。
専門項目
【検査】
1.腰椎穿刺を行う事ができる。 検査結果を判定できる。
2.CT、造影CT、CTA、PWIなどの検査法を理解し、適切な検査オーダーができる。 検査結果を判定できる。
3.MRI、造影MRI、MRA、PWIなどの検査法を理解し、適切な検査がオーダーできる。 検査結果を判定できる。
4.脳血管撮影の検査法を理解し、検査を実施することができる。
【開頭手術】
手術のプランニング
1.各種手術に最適な体位を選択できる。
2.手術体位を適切に設定することができる。
3.頭部の位置を決め、適切に固定することができる。
4.適切な皮膚切開と開頭を選択し、実施することができる。
5.手術顕微鏡の構造と使用方法を習得している。
6.穿頭術
慢性硬膜下血腫
脳室ドレナージ
脳室腹腔シャント術
脳室心房シャント術
腰椎腹腔シャント術
定位的脳内血腫吸引術
7.外傷
急性硬膜外血腫
急性硬膜下血腫
頭蓋陥没骨折整復術
脳圧センサー留置

出所；X病院人事課提供資料

脳神経外科

専門項目
8.脳血管障害
脳内血腫除去術
減圧開頭術(外減圧術)
減圧開頭術(内減圧術)
中大脳動脈瘤クリッピング
内頸動脈瘤クリッピング
前交通動脈瘤クリッピング
前大脳動脈遠位部動脈瘤クリッピング
脳底動脈瘤クリッピング
椎骨動脈瘤クリッピング
脳動静脈奇形摘出術(表在性、小型、出血症例)
浅側頭動脈-中大脳動脈吻合術
浅側頭動脈-上小脳動脈吻合術
後頭動脈-後下小脳動脈吻合術
前大脳動脈遠位部吻合術
頸動脈内膜血栓剝離術
9.脳腫瘍
脳腫瘍の治療方針を適切に診断できる。
γナイフ治療の対象と適応を理解している。
放射線治療と化学療法の対象と適応を理解している。
腫瘍摘出術
髄膜腫
松果体部腫瘍
表在性神経膠腫
転移性脳腫瘍
下垂体腫瘍
小脳橋角部腫瘍
10.脳神経減圧術
三叉神経痛
顔面痙攣
11.定位脳手術
脳深部刺激
電池の留置、交換
12.脊椎手術
椎弓形成術
脊髄空洞症
13.その他
脳膿瘍吸引術、摘出術
気管切開

脳神経外科

専門項目
【血管内治療】
動脈瘤コイル塞栓術
頸動脈ステント術
脳動静脈奇形塞栓術
硬膜動静脈瘻塞栓術
脳腫瘍塞栓術
選択的血栓溶解術
血栓吸引術
【診断・治療】
1.神経救急に対する初期評価と初期治療ができる。
2.多発外傷における治療の優先度を判断して、トリアージを行うことができる。
3.緊急手術の適応を判断し、それに対処することができる
4.脳・神経疾患の手術適応を理解している。
5.脳卒中の初期評価と初期治療ができる。
6.脳卒中の検査を理解し、適切にオーダーできる。
7.脳卒中の診断と治療方針が立てられる。t-PA治療の方法と適応を理解し、実施できる。
8.脳卒中や神経救急疾患の家族へのICが実施できる。
9.栄養管理ができる。経管栄養の適応を理解し実施できる。
10.抗生剤の適正な使用ができる
11.術後患者の輸液管理ができる。
12.抗けいれん剤の適応判断と適切な投与ができる。
13.リハビリの適応を判断し、処方できる。

3、昇格・昇進制度の推進

(1) 医師昇格審査の実際

新人事制度は能力による区分だけに限らず、各職員の意思と適性を尊重している。働き方は人によって異なるライフスタイルを重視して、医師には2つの仕事の選択肢(総合職群(含む総合職研修職群)、専門職群(含む専門職研修職群))を設けている。昇格審査項目、内容は次の通りである。審査項目は①レポート、②筆記試験、③適性試験(総合職群のみ)、④面接・口頭諮問の4項目がある。

昇格審査の基本は職務遂行能力の確認である。昇格希望者が「課業・職能要件書」を基準に自己推薦をする手続きになっているが推薦内容を見ると人によっては自己評価が甘い人も辛い人もいる。人事課ではこれら甘辛調整と指導を行っている。人事の公平、公正化を期するため本人の推薦にもとづいて職務遂行能力の確認をレポート、筆記試験で行っている。

なお、総合職群を選択した医師については将来経営幹部候補者としての役割を果たす能力があるか否かを確認するため適性検査を実施している。

昇格候補者の資格要件は、①同職群、同等級に3年以上滞留、②決められた所定の研修に参加していることを絶対条件としている。その他③人事考課結果がB-B以上者で昇格希望者が自己申告をする。

昇格審査は年1回実施している。

(2) 平成25年度の昇格審査の実際

平成25年度の昇格審査(中途採用者の格付けを含む)は次により実施された。

- ①申請資格者は平成25年9月30日現在で同職群・同等級に3年以上滞留した者。
- ②現在の職群・等級で求められている職能要件の基準を満たしている者。
(職能要件に求められている活動実績がない場合は申請できない。)
- ③中途採用の審査対象者は平成25年9月30日現在で入職1年以上2年未満の中途採用者(平成23年10月2日～平成24年10月1日の期間における中途入職者)
- ④等級基準を満たし昇格する卒業方式となっているため活動実績報告書に記載がない場合、職能要件書の項目が全て満たしていない場合は申請ができない。
- ⑤申請は該当する所定の提出書類(総合職系、専門職系)を期日(平成25

年 9 月 2 日 17:30 締切まで提出のこと。

⑥ 審査内容は 1 次審査と 2 次審査に分けて実施する。

- ・ 1 次審査は書類審査および筆記試験とする。

図表— 2 0 昇格試験の公示（例示）

・ 日 時：平成 25 年 9 月 9 日（月） 18:00～20:00
・ 会 場：Y 大ホール
・ 合否基準：以下の点数に満たない場合は不合格とする。 総合・専門職 7 等級以上への昇格対象者 80 点以上 総合・専門職 6 等級以下への昇格対象者 70 点以上
・ 試験内容：ミッション・ビジョン及び J 会職員としての最低限の基礎知識
・ 合否連絡については書類審査および筆記試験の結果をもって 9 月 13 日（金）までにメッセージャー便にて個々へ案内する。
・ 申請者数により審査時間を決定する。9 月 4 日（水）に院内 H P 「業務連絡」にて案内。
・ 原則として筆記試験日の変更は認めない。勤務の都合上、やむおえない場合は早急に人事部までご連絡のこと。

出所；X 病院人事課提供資料

なお、2 次審査は面接審査（一次審査通過者）による。

・ 日 時：平成 25 年 9 月 24 日（水）～10 月 11（金）の期間を予定。 面接審査では主に印象、品格、人物、信頼性など管理者の適否をみている。

⑦ 備考

- ・ 部署責任者は申請された所属職員の職能要件チェックの提出に協力をする。
- ・ 関係書類は院内 H P 登録書類＞人事制度関連＞H 2 5 昇格審査フォルダーより印刷可能である。

⑧ 提出書類関連

総合職系

- (a) 申請書類
- (b) 総合職活動実績報告書(指定様式)
- (c) 職能要件チェックシート(現等級の要件にて自己評価)
- (d) 適性検査(レーダーチャート)

専門職系

- (a) 申請書
- (b) 専門職活動実績報告書(指定様式)
- (c) 職能要件チェックシート(現等級の要件にて自己評価)

⑨ 昇格試験合格者の取り扱い

- (a) 昇格者は昇格後1つ上位の等級初号に格付ける。
- (b) 昇格昇給は原則として10月1日付けをもって行う。

⑩ 不合格者の取り扱い

面接を行い次回の再チャレンジを促す。場合によっては職群の転換も示唆する。

以上、「等級昇格試験の狙いは能力開発と職務遂行上必要とする能力の保有度を確認し更に能力の伸長を期待するために行うものである」¹¹⁵と職能資格等級規程に書かれている。

(3) 医師職の複線型等級別人員管理

職能資格等級制度は別名で能力開発制度とも言われている。資格制度の管理は企業(病院)の期待像を受けとめた職務遂行能力を基軸に資格等級管理が行われるがこれだけでは経営側の期待像の押しつけになる。

そもそも能力主義人事管理は本人の意思と適性を尊重した異質異能主義の人事管理である。これが能力主義人事制度の理念であり努力する全ての職員は職能、役割要件を満たすことによって天に至ることができると言った能力開発のロマン制度だ。

したがって本人の意思と適性を加えることによって職能資格等級制度はしなやかな能力主義人事制度となる。

115 等級昇格試験の目的、第17条『X病院職能資格等級規程』

図表— 2 1 医師職群・等級別人員、(平成 26 年 7 月現在)

等級	基礎研 修医	専門研 修医	専門職	総合職	その他	合計
3	19					19
4		20				20
5			12			12
6			26			26
7			25	6		31
8			17			17
9			8	5		13
10			1	5		6
その 他					3	3
合計	19	20	89	16	3	147

出所；X病院人事課提供資料

(その他¹¹⁶)

これが複線型人事管理であり X 病院では医師職については専門職と総合職の 2 つのキャリア形成プログラムを作成し、医師として専門性を追求するコースと将来マネジメントを志すコースにわけ人材育成に努めている。人事の基本軸は能力主義人事制度であり人材育成は経営の基本軸になっている。

4、適材適所による人材の多様な活用

(1)院内公募制度の導入

病院は専門職集団であると同時に圧倒的に女性が多い職場である。女性が多いと言うことは優秀者も多いと言うことで性別に関係なく自分の意思でキャリアを選択できるため女性の管理職も多い。能力のある外国人も積極的に人材活用をしている。院内のイントラネットを利用し様々な企画のプロジェクトでメンバーを公募している。新規企画にチャレンジできる機会が職員の誰にでも公平に与えられている。

志のあるメンバーを病院内から手上げ方式で人材を集め最新医療に当たっている。プロジェクトメンバー公募制度、院内公募制度は問題の解決と人材発掘、人材育成の一手段方法としても成果を上げている。

¹¹⁶ その他は理事職の医師を示す。

図表—22 院内公募制度（例示）

<p>院内公募制度</p>
<p>職員各位</p>
<p>『次世代経営幹部候補』の公募について</p>
<p>理事長</p>
<p>激変している医療環境の中で飛躍的な発展を遂げている J会において将来を見据えた次世代幹部の育成は重要な課 題である。今後、J会の管理部門の中核として知識・資質の 研鑽により、強いリーダーシップを発揮し、会に貢献できる 「次世代経営幹部候補」を育成していく予定である。 今年度は下記のように「次世代経営幹部候補」を公募するの で意欲のある人のチャレンジを期待する。</p>
<p>記</p>
<ul style="list-style-type: none">● J会が求める経営幹部の人材像。<ul style="list-style-type: none">・ 人間的に誠実であり高い倫理観を持っている人。・ 会のビジョンと経営戦略の達成に向けて強いリーダーシッ プが発揮できる人・ 組織を活性化させる高いモチベーションがある人・ チャレンジ精神が旺盛な人間力のある人・ 広い視野を持った経営幹部となりうる人● 育成方法：次世代幹部育成プログラムに基づく。<ul style="list-style-type: none">・ 外部研修…病院経営管理者養成課程通信教育（2年）ほか。・ 内部研修・ キャリアパス…異動によるキャリア蓄積。● 応募資格；主任以上の役職者。● 募集期間：2008年1月21日（月）～2008年1月31日（木）● 応募方法：課題レポートと上司推薦書を添えて人事部長 まで。● 課題レポート：「自身のキャリアプラン」。● 選抜方法；レポート審査・面接審査・アセスメント。
<p>照会先人事部長。</p>
<p>以上</p>

出所：X 病院人事課提供資料。

X 病院の次世代経営幹部候補者に求める人材要件は自立と自律型人材である。従って主役はあくまでも「あなた」であり、人事制度システムの設計も「あなたが主役」の人事制度になっている。具体的には人材を次の 5 つのタイプに分けて公表している。

その一は専門職タイプ（コア人材）で新しスキルを習得し専門知識が高まることによって動機づけられるタイプである。

その二は総合職タイプ（コア人材）で他者を動機づけ・教育・指導など管理職としての職務を遂行する事に喜びを感じる総合職タイプ。

その三は一般職タイプで、リスクを取ることを好まず、変化の少ない環境に於いて確実に職務を遂行することを好むタイプ。

その四は経営者タイプで新しいプロジェクトやビジネスを立ち上げるなど何かを創造することにやりがいを感じるタイプ。

その五は起業家タイプで他者のやり方に倣うのではなく自らの自由と独立を追求するタイプ。

以上のように人にはその人の持ち味がある。その持ち味を生かす事が出来れば各人は爆発的なパワーを発揮すると考える理事長の信念により毎月 100 を超える科、課長以上の役職者（医師を含む）を対象に理事長面接を行っている。

この継続のパワーは職員の能力アップを可能にし改革を加速させているという。また、職員が頑張り続けるためには目に見える成果が上がらなくてはならない。そのためには夢を持つことが出来る「理念」と「ビジョン」、納得ができる「方針」・「戦略」努力すれば達成可能な「目標」と「計画」が必要と考えて目標面接を徹底し手塩にかけて人材を育てている。

図表—23 プロジェクトメンバー公募（例示）

プロジェクトメンバー公募

全職員殿

R J 08-302

平成 21 年 3 月 18 日

病院長

呼吸サポートチーム（R S T）（仮称）メンバー募集について

病院が医の原点であると考え実践してきた救急医療の推進によって当院は急性期医療を提供する基幹病院としての地位を確固たるものにしました。更に躍進を続ける当院が四年度以降に掲げた長期方針には標準的医療を推進し急性期医療分野で全国トップレベルの質を希求すると共にその後に引き続く治療・療養においての連携の充実・強化を図ることが謳われています。それらの長期方針をより円滑に実現していくために当院にとって次なるコア・コンピタンスの一つに特定入院期間超過や死亡退院の上位を占める呼吸器疾患に対する機能強化があると考えます。歴史上類を見ない高年齢化・高度医療化によって、適正な呼吸器管理の需要は一層高まってきました。平成 7 年にスタートした 3 学会（日本胸部外科学会・日本呼吸器学会・日本麻酔科学会）合同呼吸療法認定士委員会による資格取得の有資格者が複数在籍する組織となった現在、彼ら有資格者や今後資格取得を目指す職員の能力を活かして呼吸器に障害を抱えた人やその予備軍の問題をより適切に対応していく体制を整備していくことと致しました。

つきましては職員の皆さんからメンバーを募集いたしますので積極的な参加をお願いします。

『主な活動内容』

- ① 人工呼吸管理中の患者を定期的にラウンドし、呼吸管理の実態把握と評価を行う。
- ② 人工呼吸管理以外でも呼吸状態に問題を有する患者管理について

ては相談・援助を行う。

③呼吸管理に関する最新情報について職員へ情報を提供する。

④院内における呼吸関連の研修会を計画し主催する。

⑤呼吸療法認定資格取得のため定期勉強会を開催する。

* チームメンバーは積極的に外部研修等に参加し院内の体制づくりを推進する。

『募集要項』

応募締め切り：3月27日(金)。

リーダー、サブリーダー、メンバーの決定：応募者の中から
病院長が任命

応募及び照会先：経営企画部，S氏宛

電話もしくは院内メールでお願いします。

(2)適材適所の配置

経営側からの人材活用と言うのは得意な仕事や好きな仕事でパワーを発揮してもらうことである。

その適材適所配置を推進する人事制度に複線型人事制度がある。管理職登用は能力があれば年齢に関係なく抜擢するシステムにしている。

能力主義導入時は職能資格等級と役職との対応関係を遵守していたが実力主時代の問題解決に柔軟に対応するため、資格と役職の対応関係を現在は外している。変革や事業拡大のスピードが速く各部門の統括管理者の育成が追いついていないのが現状である。

適任でないと判断した時は適宜降職を実施し役割の交代を行っている。医師も無論同様である。

また、昇格面接では幹部職員による複数者で面接を行い次世代管理者候補者の早期発掘を行っている。

(3)医師の役職昇進制度

先述の通り現在は年功基準を外し年令、経験に関係なく実力主義で登用を決めている。医師の昇進コースは「専門職系」と「総合職系」の2区分に分類されている。コースの選択は各医師の自己申告による。

役職登用審査内容は「レポート審査」「適性検査」「面接審査」の3項目で

降職自由自在の制度になっている。さて、役職昇進審査のポイントを述べれば「専門職系」は仕事昇進と言われる人たちで極めて深い経験と実績を持ち、組織に貢献する業務推進の名手（expert）を目指す人たちである。一方、企画研究開発の名手（specialist）を目指す人たちもいる。また将来、組織の長（manager）になって大きな役割を果たしたいと思っている人たちもいる。しかし、思いはいろいろとあっても果たして適性があるか否かは分からない。業務推進の名手（expert）の専任職になるためには深い経験と実績が大切であり、また企画開発の名手（specialist）と言われる専門職を目指す人には極めて高度な専門的知識、専門技術が必要になるからである。一方、沢山の部下を統括し組織目標を達成する管理者（manager）になるためにはマネジメント能力や人間的魅力が必要となる。役割の違いによってそれぞれの資格要件が異なり、それらの能力の充足度をレポートや適性検査、面接審査で確認することになる。（理事長にインタビュー）

①総合職系マネジャー医師に期待される人材資格要件は

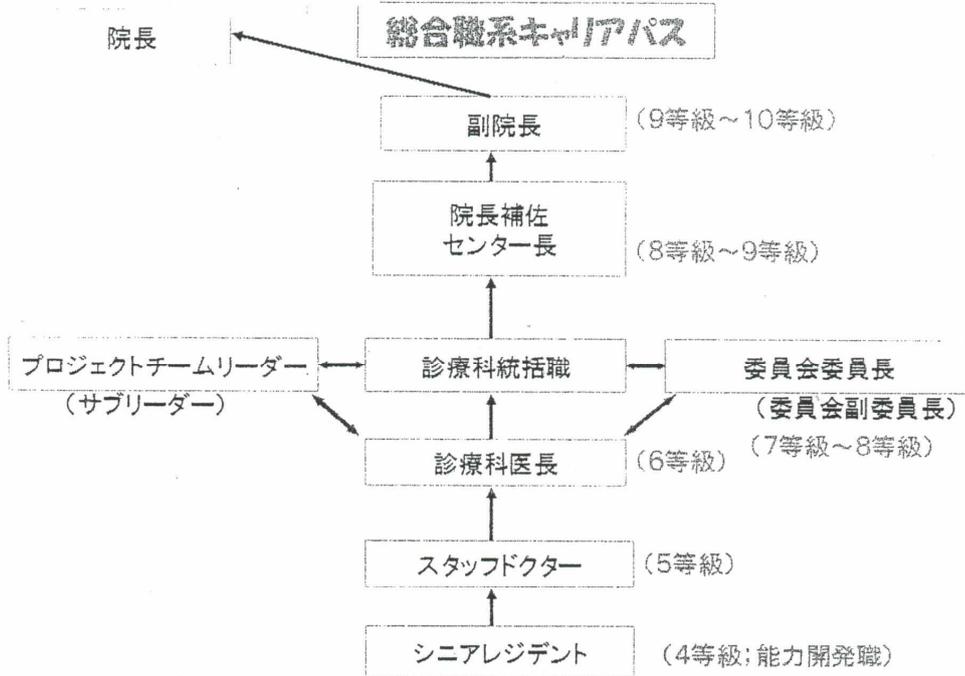
経営資源を自己の裁量で組み替え、自律的な組織活動を実現し、組織として成果を上げることに責任を持つ人。決断力、他人を組織の目標に沿って活動させる力、積極的に変革を受けられる力、高い成果を追求する力、組織のバランスを保つ力、などある種の行動様式や資質が求められる。また、総合職系のマネジャーになるためには、必要な経験を積むキャリアパスが必要であると記載されている。

②専門職系マネジャー医師に期待される人材資格要件は

高度な専門的な知識やノウハウを活用し、組織目的に沿った成果を実現できる人。

専門的知識と専門領域の経験の積み重ねと人脈が必要となる。知識を高めて経験を重ねるキャリアパスが必要と記載されている。

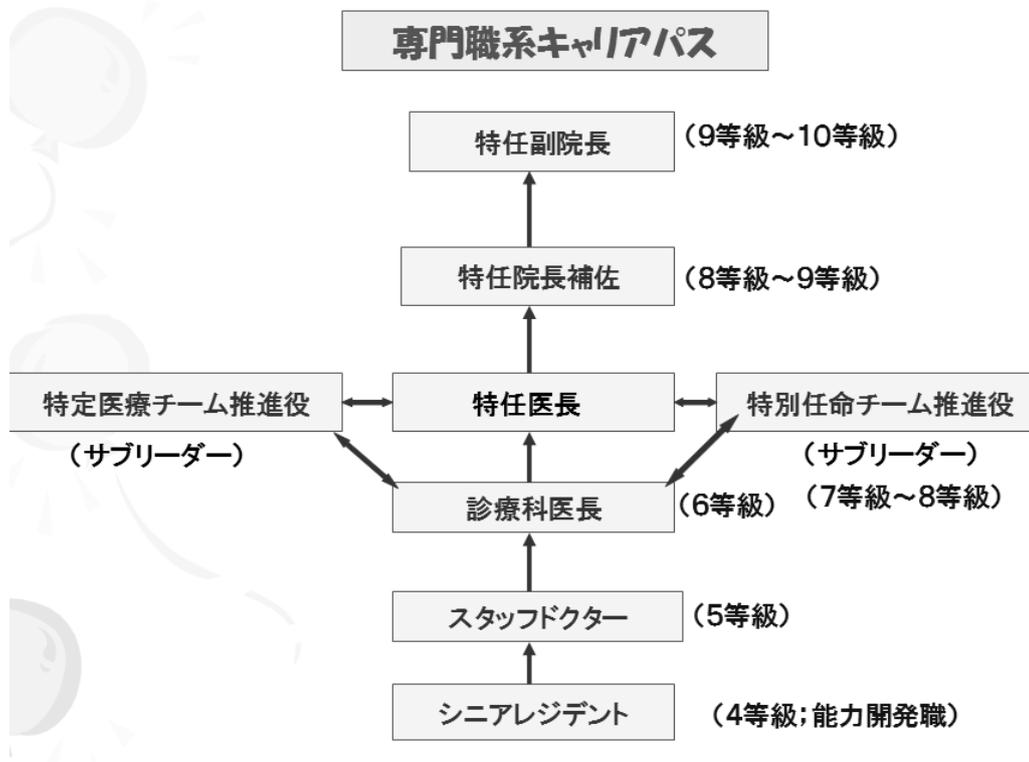
図表—24 総合職系キャリアパス



出所； X 病院人事課提供資料

- 役職名と役職グレードは管理職は4段階に分類している。管理職上位から並べると
- 管理職Ⅰは副院長、(大)センター長、事務長、統括院長補佐、統括部長職にある者で(大)センターの規模は原則として所属スタッフ数50人以上のセンター長。
 - 管理職Ⅱは院長補佐、(中)センター長、病棟長、部門長、(中)センターの規模は原則として所属スタッフ数20~50人未満。」
 - 管理職Ⅲは統括医長、科・課長、(小)センター長、病棟看護責任者、推進役、メディカルコーディネータ、(小)センターの規模は原則として所属スタッフ数20人未満。
 - 管理職Ⅳは医長、主任。

図表-25 専門職系キャリアパス



出所：X病院人事課提供資料

医師の複線型人事管理では、平成26年7月現在、専門職系89名、総合職系19名（含む理事3名）その他は研修医39名となっており、研修医を除く専門職系と総合職系の選択割合は専門職系82.4%、総合職系17.6%となっている。予想通り多くの医師がマネジメント系の総合職より、専門職系を選択している。職能資格等級制度をベースに明日のマネジメントを託す総合職系人材の人材育成戦略が必要である。

5、人事考課と目標管理の推進

医師に対する人事評価が必要なのは、第一に、医師不足と言う現状の中で病院を経営するためには、医師の活性化が必要だからである。

病院経営の活性化を考えると、200床未満の民間医療法人で実際に人事考課や目標管理が機能するのかを考えさせられる場面がある。また、いままで、筆者が進めてきた複線型人事管理や加点主義人事考課の導入が機能するのはある程度の規模が必要ではないかと考えるようになった。このことは一般企業でも同様である。ただ人事制度は病院でも企業でも制度のエキスの部分を応用展開することで十分に組織活性化に寄与することができ本研究の意義はあると筆者は考えている。

第二に、病院の幹部職員の役割業務をつぶさに眺めてみるとマネジメント意識は希薄である。苦手意識が強いと言った方が適切かも知れない。例えば、院長と言うトップの肩書きを持つ医師でも診療業務が第一優先であり、何かと理由をつけてマネジメント業務や人事プロジェクトの委員長を回避しようとする傾向がある。患者第一主義の考え方はマネジメントを嫌う口実に使っている医師もいるようだ。結局経営を真剣に考えているのは、逃げ場のない理事長一人と言うことに問題がある。

幹部の医師に役割業務の職責を質問してみると、医師は現場の臨床業務を離れると技術が陳腐化し将来医師として働けなくなるとの不安があると答える。

また、医師数名のインタビューの結果ではマネジメント業務で時間を取られるのは、わずらわしく疲れると言う。一般企業の管理者とは違う。管理者ともなれば立ち振舞いも変わるが、病院は職人集団であり、また、専門性が高いが故に専門性を有している事で権威を持つことができその権威が組織運営の基盤になっていることが分る。そのため、専門性に埋没し、マネジメント力を専門力より軽視する傾向がある。経営が弱いためにぶら下がり人間が多数いるのも病院の組織の特異性である。また、日常、多数の定型業務をこなすことが必要なのも病院業務である。

病院経営の最終目標は病院業績の向上と安定した医療サービスの継続的な提供である。そのためには多様な特性を持つ人材を組織に参集させマネジメントを行なわなければならない。

職員への期待像は病院によって異なったものとなるが、医師をはじめ各職員はどの様なやりがいや生きがいを持っているのであろうか、人事考課や目標面接は職員の働く意識や行動にどのような影響力を持っているのだろうか、この解明は容易ではないが X、Y 病院の人事考課実施の状況報告から

ヒント的な提案が出来ればと思っている。

さて X 病院で人事考課、目標面接制度を導入して後 15 年余が経過した。当院では人事考課、面接制度を医師から導入したが、これは他に例がないことであった。人事考課制度導入時の状況とその後の経過を追ってみる。何がどう変わったのか興味深い。

(1) 人事考課制度導入における諸問題

X 病院の人事改革の経過を振り返れば、職員の間には当初「変わる事への不安」、特に人事考課と賃金（職能給）については自分の給与が増えるのか、減るのかと言った不安を持つ職員が多かった。しかし、説明会を重ねる事によって不安は徐々に解消したが、特に医師からは「医師を評価するとは何事か」「給与を下げるために能力主義人事を入れるのか」など院内外（大学医局）からも猛烈な反発が起こったのである。

しかし、新制度導入に当り賃金は「調整給」を使ってでも現状を保証すると説明、穏やかに対応をしたため全体的には大きな問題もなく導入されるかに思えたが、看護部の反乱があった。看護部の部長や師長クラスの中心的メンバーやベテラン看護師がゴソッとやめる事件が起きてしまったのである。一般論だが M 市と言う閉鎖的な地域性もあったと思われるが女性には変化を好まない傾向が強く感情的に判断するきらいがある。医師については当院の派遣先はそのほとんどが S 大学であったこともあり、S 大学の医局を巻き込んでの反対応酬があったと聞いている。

このことは後述する Y 病院でも同じく理事長が直に O 大学の医局を訪問し能力主義の必要性を説明したが医局長から「理事長は自分の私服を肥やすために医師に過酷な労働を課すのか」と言った強い叱責を受けたと聞く。

結果的に後から見ると制度について丁寧に説明をすれば納得し理解してくれることが分かった。人事考課制度を中心にした職能給は単に賃金を減らすためのものではなく、努力すれば増えると言う事が良く理解されたのだと思う。

図表－26「年度別人事考課結果の推移」を見よう。図表は平成 10 年から平成 25 年までの人事考課結果別考課実績の一覧である。年度考課実績欄の計を見ると人事考課対象者（4 等級以上者）は平成 11 年は 455 人が平成 12 年には 283 人と 172 人も減っている。平成 13 年から徐々に人事考課対象者は増えているが看護職が能力主義反対で多数退職したため看護部門は考課を中止しているため被考課者の人数が減っている。

図表-26 X病院、年度別人事考課結果の推移

年度	前期考課実績							後期考課実績							年度考課実績						
	SS	S	A	B	C	D	計	SS	S	A	B	C	D	計	SS	S	A	B	C	D	計
H10	未設定	0	15	2	0	0	17	未設定	4	82	310	22	2	420	未設定	0	11	385	24	0	420
率	*	0.0%	88.2%	11.8%	0.0%	0.0%	100.0%	*	1.0%	19.5%	73.8%	5.2%	0.5%	100.0%	*	0.0%	2.8%	91.7%	5.7%	0.0%	100.0%
H11	未設定	0	11	106	33	0	150	未設定	0	29	202	34	0	265	未設定	0	94	297	64	0	455
率	*	0.0%	7.3%	70.7%	22.0%	0.0%	100.0%	*	0.0%	10.9%	76.2%	12.8%	0.0%	100.0%	*	0.0%	20.7%	65.3%	14.1%	0.0%	100.0%
H12	未設定	0	26	135	3	0	164	未設定	0	36	209	36	2	283	未設定	0	15	229	38	1	283
率	*	0.0%	15.9%	82.3%	1.8%	0.0%	100.0%	*	0.0%	12.7%	73.9%	12.7%	0.7%	100.0%	*	0.0%	5.3%	80.9%	13.4%	0.4%	100.0%
H13	0	0	70	220	1	1	292	0	1	66	222	1	4	294	0	0	41	250	1	2	294
率	0.0%	0.0%	24.0%	75.3%	0.3%	0.3%	100.0%	0.0%	0.3%	22.4%	75.5%	0.3%	1.4%	100.0%	0.0%	0.0%	13.9%	85.0%	0.3%	0.7%	100.0%
H14	0	8	70	213	12	5	308	0	17	140	190	4	4	355	0	7	131	207	10	0	355
率	0.0%	2.6%	22.7%	69.2%	3.9%	1.6%	100.0%	0.0%	4.8%	39.4%	53.5%	1.1%	1.1%	100.0%	0.0%	2.0%	36.9%	58.3%	2.8%	0.0%	100.0%
H15	4	9	139	166	13	1	332	3	9	138	194	7	2	353	1	8	144	191	7	2	353
率	1.2%	2.7%	41.9%	50.0%	3.9%	0.3%	100.0%	0.8%	2.5%	39.1%	55.0%	2.0%	0.6%	100.0%	0.3%	2.3%	40.8%	54.1%	2.0%	0.6%	100.0%
H16	7	6	125	201	3	0	342	4	2	123	231	9	2	371	2	6	145	211	9	0	373
率	2.0%	1.8%	36.5%	58.8%	0.9%	0.0%	100.0%	1.1%	0.5%	33.2%	62.3%	2.4%	0.5%	100.0%	0.5%	1.6%	38.9%	56.6%	2.4%	0.0%	100.0%
H17	2	1	64	279	12	3	361	2	0	81	341	27	3	454	2	1	87	353	17	3	463
率	0.6%	0.3%	17.7%	77.3%	3.3%	0.8%	100.0%	0.4%	0.0%	17.8%	75.1%	5.9%	0.7%	100.0%	0.4%	0.2%	18.8%	76.2%	3.7%	0.6%	100.0%
H18	0	0	42	383	20	0	445	0	0	97	394	21	0	512	0	0	68	432	11	1	512
率	0.0%	0.0%	9.4%	86.1%	4.5%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	18.9%	77.0%	4.1%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	13.3%	84.4%	2.1%	0.2%	100.0%
H19	0	0	94	410	5	1	510	0	0	113	424	34	3	574	0	0	338	235	0	1	574
率	0.0%	0.0%	18.4%	80.4%	1.0%	0.2%	100.0%	0.0%	0.0%	19.7%	73.9%	5.9%	0.5%	100.0%	0.0%	0.0%	58.9%	40.9%	0.0%	0.2%	100.0%
H20	0	7	150	367	38	0	562	0	18	286	298	15	2	619	0	8	240	364	7	0	619
率	0.0%	1.2%	26.7%	65.3%	6.8%	0.0%	100.0%	0.0%	2.9%	46.2%	48.1%	2.4%	0.3%	100.0%	0.0%	1.3%	38.8%	58.8%	1.1%	0.0%	100.0%
H21	0	8	306	284	0	0	598	0	0	206	438	21	0	665	0	0	307	349	9	0	665
率	0.0%	1.3%	51.2%	47.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	31.0%	65.9%	3.2%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	46.2%	52.5%	1.4%	0.0%	100.0%
H22	0	4	288	356	11	0	659	0	5	361	359	13	0	738	0	3	408	314	13	0	738
率	0.0%	0.6%	43.7%	54.0%	1.7%	0.0%	100.0%	0.0%	0.7%	48.9%	48.6%	1.8%	0.0%	100.0%	0.0%	0.4%	55.3%	42.5%	1.8%	0.0%	100.0%
H23	0	8	153	530	23	2	716	6	32	355	372	8	2	775	1	9	337	419	8	1	775
率	0.0%	1.1%	21.4%	74.0%	3.2%	0.3%	100.0%	0.8%	4.1%	45.8%	48.0%	1.0%	0.3%	100.0%	0.1%	1.2%	43.5%	54.1%	1.0%	0.1%	100.0%
H24	0	0	90	623	43	1	757	0	0	38	693	94	1	826	0	0	72	713	41	0	826
率	0.0%	0.0%	11.9%	82.3%	5.7%	0.1%	100.0%	0.0%	0.0%	4.6%	83.9%	11.4%	0.1%	100.0%	0.0%	0.0%	8.7%	86.3%	5.0%	0.0%	100.0%
H25	0	0	0	915	0	0	915	0	0	96	537	297	5	935	0	0	96	537	297	5	935
率	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	10.3%	57.4%	31.8%	0.5%	100.0%	0.0%	0.0%	10.3%	57.4%	31.8%	0.5%	100.0%

出所；X病院 人事課提供資料

平成17年から漸く看護部門も人事考課ができる所から導入して行ったと言う苦い経験がある。なお、平成10年の前期考課実績計17人は試験的に医師の統括医長クラスから人事考課を実施した人事考課結果の記録である。

医師と看護師の思考・行動特性は何かが違うのかもしれない。組織への係わり方、働き方、価値観などの特性の違いが感じられる。

常任理事のT氏によれば今になって振り返れば「結果的に医師から導入したことが大成功に繋がった」と論じている。「経営の効率化」¹¹⁷を上手く進めた一つの事例である。

(2) X病院における人事考課プロジェクト委員会の使命。

X病院のコンサルは平成8年11月に遡る。委員会メンバーは看護部、コメディカル、事務部門からメンバーを選抜、診療部はオブザー参加でスタートする。人事考課プロジェクトに課せられた究極の課題は赤字経営を改善する

優先課題の第一は人事考課・目標管理制度の成案作りで、診療部から導入し、そして賃金へ結びつけると言う経営生き残りの決死の覚悟であった。導入時の医師対象のPR文章のスロガンは「花咲かそ、人咲かそ、夢咲かそ」の「人の夢」作りであった。

成案は、平成10年4月に、まず、診療部から説明会を開始し、その後、医療技術部（コメディカル）事務部へ、そして、最後の同年10月に看護部へと順次全部署に導入して行った。赤字経営からの脱却を目指して1995年に病院の理念や達成すべき目標を明示、目標としての経営方針を明確にしてその実行のベクトル合わせの目標面接を実施したのは丁度この頃（1995年）であった。

しかし、人事考課と目標面接のシステム化はまだ出来ておらず、経営理念や経営方針だけでは目標の具現化はできないジレンマがあった。成果目標を達成するためには目標管理制度が必要である。しかし、そのベースになる職能資格等級制度の中身の役割・職能要件書の作成が出来ていなかったのである。

結果として前出のように他病院の職務調査資料（役割・職能要件書）に赤字を入れ流用することで取り敢えず能力主義をスタートさせることに全力を注いだ。

¹¹⁷ 黒字病院の人件費比率は57.3%に対し赤字病院は65.7%と8.4ポイントも高い。資本比率も黒字病院4.7%、赤字病院8.1%、特に金利負担率は黒字の0.8%に対し赤字病院は1.4%と1.75倍の開きがある。自己資本比率は黒字病院では4割を超えているが赤字病院では-30.2%と大きな開きがある。（厚生労働省、前掲論文43ページ）。

当院では筆者がコンサルに入る前から理事長が全課員・科長・部長と1対1の面接を行っていた経緯がある。

理事長は言う。「職員は皆、良く頑張っている。しかしリーダーの思いを正確に反映しているとは限らない。頑張っ努力をしているのにバラバラの頑張りでは力を分散させてしまう。これでは十分な結果を出すことはできない。リーダーは理念や方針を示すだけでは不十分で実際にやる所まで引っ張っていくベクトル合わせが必要なのだ。そのベクトルが同じ方向に向かって集中した時に組織は爆発的なパワーを発揮する。」とインタビューで語っている。

そんな訳で理事長は面接が得意で現在でも毎月100人を超える課・科長以上の役職者（医師を含む）面接を行っている。人事考課、目標面接制度成功定着のベースが既にあったのである。医療タイムス社（2008）のインタビュー¹¹⁸の中で理事長は次のように語っている。「人事を変えることが意味があるのではない。新しい仕組みを作ってそれを使いながら如何に職員のベクトルを一つの方向に集中させていくか、人事考課を教育的に使って成果を上げたと思います。地域支援病院も新型救命救急センターもDPCも…職員のエネルギーが非常に良くかみ合った。他所の病院よりもテンポが早くおそらく他で3年がかりでやる所をわが病院では1年でやってしまった」と述べている。

(3) 目標管理の推進

経営は言うまでもなく経営理念、経営方針を達成するために計画を立て組織を動かし、人を動かし計画を実行する。X病院ではこのベクトル合わせを人事考課制度の「実施計画表」、「考課基準表」を使い、部門方針が理事長の理念や経営方針と整合性が取れているか否かを理事長との面接を繰り返す中で一つ一つ細かく決めて行動基準に落とし込んでいる。

面接は目標面接、理事長報告（部門・部署統括者は3ヶ月に1回、年4回、顧問、医長は6ヶ月に1回、年2回）、考課後の育成面接がある。目標面接は経営方針に基づく各科（課）の目標の設定、個人目標への連鎖など具体的な実現可能な目標になっているかを組織目標とすり合わせて目標を設定する。理事長面接では目標の進捗状況の確認と理事長目標とのベクトル合わせのために実施されている。育成面接は前期の目標の達成結果を総括し、更なる成長のために次期目標を設定する面接である。これらの面接は人事考課面接であると共に人育ての育成面接でもあり、業績成果を上げるための重要な面接になっている。

¹¹⁸ 「特別医療企画・経営力の時代」『医療タイムス社』2008年、4、14号、15ページ。

この目標面接、人事考課制度はX病院発展の原動力になったと理事長、T常務理事は次のように語っている。

「目標を設定するためには必要な情報を集め分析をしなければならない。目標を設定したら目標達成のための手段、方法を徹底的に考えて絞り込まなければならない。目標達成のための組織や人体制を整えなければならない。この繰り返しが人を成長させ、病院を発展させた」。…すなわち、経営目標を人事考課の成果目標に落とし、また、目標面接に取り上げて、その課題解決が、人材を育てたと言う。

例えば2001年から15年間のX病院の発展経過を「人事考課の課題目標」で見ると次の通りである。

①2001年度、地域医療支援病院の認定、人事考課項目は、平均在院日数の縮小、紹介患者率、逆紹介率の増加など。

②2002年度、急性期特定入院加算(入院外来比率)の取得、電子カルテ導入病院。

③2003年度、臨床研修指定病院(剖検数)の認定、

④2004年度、病院機能評価更新(医療の質)の認定

⑤2005年度、DPC対象病院、新型救命救急センターの認定

⑥2006～2007年度、2006年からは病院の発展、職員の成長にあわせ、考課項目を量から質へと転換をしている。具体的には、次のとおりである。

- ・ 7対1の看護体制の維持
- ・ チームカンファレンスの実施
- ・ インフォームド・コンセントの実施
- ・ 入院診療計画書の作成
- ・ 退院療養計画書の作成
- ・ 退院時サマリーの作成率の向上

⑦2008～2009年度

地域がん診療連携拠点病院、考課目標は次のとおりである。

- ・ 入院時診療録の充実
- ・ 入院経過記録の充実
- ・ 退院時評価の充実

⑧2010～2012年度、考課目標は次のとおりである。

- ・ 退院時評価の記載
- ・ 検査結果の評価の実施
- ・ チームカンファレンスへの参加率の向上

⑨2013年度、JCI世界品質基準の認定。

これら経営方針、事業計画の達成が当院の売上拡大(業績アップ)や利

益獲得、知名度の周知に繋がったと思われるがその事実を探してみることが大切と思う。

(4) 医師の人事考課システム

医師の人事考課は可能な限り数字化し分かり易いシステムにすることが重要である。法人全体業績 40%、部門・部署目標達成度 40%、職位考課(職位別のコンピテンシー考課)20%、計 100%で考課している。別に加点項目としてプロジェクト業績・特定医療チーム、功労加算があるが、これらの加算は直接賞与に金額加算するもので 100%プラスの加算ではない。図表 27 の「業績考課カード」参照。

X 病院医師の業績考課は①法人業績 40%②部門・部署目標達成度 40%③職位考課 20%④加点項目(賞与へ金額加算)で構成されている。

第一の法人業績は全医師の共同責任の評価である。業績項目の内訳は人件費比率 5 点、入院収益増加率 10 点、回復リハ病棟入院料の算定 10 点、一人当たり医業利益 5 点、収益増加率(対前年度比) 15 点、J 会キャッシュフロー 5 点の 6 項目で計 50 点満点。評価は夫々 5 段階評価で法人全体業績で項目ごとに点数化がされる。

第二の部門・部署目標達成度の評価は年度初めに理事長から示された経営方針に基づき各診療科の医師および統括管理者が部門・部署の基本計画を 4 項目で 40 点満点で立案しその達成度を評価する。項目ごとのウエイト付けは統括管理者に任されている。

第三の職位考課は職位ごとに取りべき期待行動基準がコンピテンシーで示されている。20 点満点である。したがって医師業績考課の満点は 110 点満点となっている。目一杯の働きを引き出しその働きに報いようと考えているからである。

第四の加点項目は業績考課点には加点されていない。功労加算等の実績があると上司が判定した場合は賞与一時金で処理している。

(図 28 プロファイルの 8、「本年度の部門・部署課題」を参照。)

さて X 病院の人事考課は理念の浸透から始まる。その流れは別紙に示す図表 28「プロファイル」の用紙を使い「ビジョン」の展開からスタートする。部門・部署長は理事長(会や事業体)のビジョンを受けて自部門・部署のビジョンを作成するが、そのビジョンは理事長のビジョンと方向がズレていないか否かをベクトル合わせをすることから始まる。

そのビジョン作成の留意点は自分の部署は 3~5 年後にどのようになっているのか、誰にでも分る具体的な「ビジョン」を描く。職場のビジョン作成ではトップのビジョンとの連鎖が重要なことは言うまでもないこと

だが、わが部門・部署のビジョン作成の留意点は

- ①職場がどの方向に進むかを示すもの、またメンバーが具体的にイメージできるもの。
- ②実現したいと自分とメンバーが思えるもの。
- ③夢物語ではなく実現が可能であるもの。
- ④リーダーの意欲情熱が感じられるもの。
- ⑤義務的、強制的な内容ではないもの。

この「ビジョン」に基づいて「自部門・部署目標」を具体的に作成し目標管理は展開する。これら「部門・部署目標」の企画立案に当っては部門・部署長は別添のプロファイルで「現在のサービス内容」の実態を客観的に把握し「サービスの提供体制、スタッフの勤務体制」「スタッフの構成」「スタッフの能力(免許資格の保有状況)の確認」、「治療に必要な主要設備、機器の常備状況」を確認する。最後に本年度の努力の成果目標値を過去2年間の実績値を基に「実績と目標値」欄に記入する。この目標値を達成するためには、何を、どうすれば良いのかの部門・部署課題を4項目を取り上げ、その課題を「実施計画書」に記入する。これを部門・センター会議にかけ、会議で承認を得た目標が正式に部門・部署の目標となる。実施・計画書で取り上げた4つの目標課題は期末に、その達成度を夫々5段階で評価(5点~1点)する。その5段階評価基準は4つの目標課題毎に「考課基準表」を使い、5点から1点の考課段階毎にその達成度を明記したものである。図表一28は診療部「脳神経外科」のJ会及び事業体のミッション・ビジョンから落とし込んだ「脳神経外科」のプロファイルである。プロファイルの項目8の「H26年度の部門・部署目標」が年度の部門・部署目標となり「実施計画書」「考課基準表」の目標となる。プロファイルと考課基準表が完成したところで、人事考課カードを使いながらスタッフとの目標面接を行い、自部署の目標及び考課内容の説明を行い目標管理がスタートする。X病院ではトップ方針展開のために目標管理を上手く活用している。医師業績考課の肝は全診療科共同責任目標である法人業績指標を意識させながら、この目標を達成するために自部門・部署では何を、どうするのかを考えさせ、組織としての一体感作りをしている点の特徴である。ちなみに研修医(前期、後期)には人事考課は実施していない。理事長の人材の育成・活用論に人の実力成果を見るためには十分に能力を育成してからで良いとの理念に基づいている。

「図表一27 医師業績考課カード

平成26年度 26年4月1日～27年3月31日

所属部署(役職)	
職群・等級	
氏名	◎

<input type="checkbox"/> 目標面接	/	慈泉会本部長	◎
<input type="checkbox"/> 育成面接	/	慈泉会本部長	

項目I	考課内容	結果	ウェイト(%)	考課	備考
法人(慈泉会)業績	<人件比率> 5= 54.0%未満 4= 54.0%以上～ 55.0%未満 3= 55.0%以上～ 56.0%未満 2= 56.0%以上～ 57.0%未満 1= 57.0%以上		10		
	<入院収益増加率> 5= 104.0%以上 4= 103.0%以上～ 104.0%未満 3= 101.1%以上～ 103.0%未満 2= 100.0%以上～ 101.1%未満 1= 100.0%未満		20		
	<回復期リハ棟様入院料の算定> 5= 年度内に「I」が算定できた 4= 27年度内に「I」の算定ができる目処が立った 3= 2015/1/1から「II」の算定ができた 2= 上記が達成できなかった 1= ***		20		
	<一人当り医療利益> 5= 30万円以上 4= 20万円以上～ 30万円未満 3= 10万円以上～ 20万円未満 2= 5万円以上～ 10万円未満 1= 5万円未満		10		
	<収益増加率(対前年度比)> 5= 108.0%以上 4= 106.0%以上～ 108.0%未満 3= 100.0%以上～ 106.0%未満 2= 98.0%以上～ 100.0%未満 1= 98.0%未満		30		
	<慈泉会キャッシュフロー> 5= 10千万円以上 4= 6千万円以上～ 10千万円未満 3= 0円以上～ 6千万円未満 2= -5千万円以上～ 0円未満 1= -5千万円未満		10		
集計欄	考課結果 I		100.0		* 40% =

項目II	考課内容	結果	ウェイト(%)	考課	備考
部門・部署目標達成度	① 「 」考課基準表による				
	② 「 」考課基準表による				
	③ 「 」考課基準表による				
	④ 「 」考課基準表による				
集計欄	考課結果 II		0.0		* 40% =

項目III	考課内容	考課	備考
職位考課	>職位による職務基準による		
集計欄	考課結果 III		* 20% =

考課結果		
------	--	--

加算項目	<賞与へ金額加算> >プロジェクト業績・特定医療チーム業績 >功労加算
------	-------------------------------------

特記事項	
------	--

出所；X病院；人事課提供資料

「図表—28」

事業体長承認 2月4日 ⑩

プロフィール

平成 26 年度

<部門・部署名>

【策定者】役職名：統括医長

氏名：

1	ビジョン
<p>① J会のミッション・ビジョン より 「質の高い医療を効率的・継続的に提供することで、高い社会的信頼を創造する。」 当院脳神経外科の存在・実力を臨床の場で発揮し、かつ地域かかりつけ医や市民へ広くこの存在を伝え、質の高い脳卒中・脳神経疾患を提供する。</p> <p>②自部署のビジョン 脳神経疾患において、透明性の高い標準的な治療を迅速かつ正確に実施する。また、高度かつ最新の技術も積極的に導入・展開し、標準以上の上質な診療も実施する。</p>	
2	現在のサービス内容
<p># 外来：月曜～金曜 平日午前、脳神経外科外来、脳卒中外来 # 救急対応 24時間 365日 脳卒中、神経救急疾患への対応 # 手術：予定手術 火曜と金曜日の2回/週、緊急手術 常時対応可能 # 主な入院疾患 ・脳卒中：脳出血、脳梗塞、くも膜下出血 ・未破裂脳動脈瘤：一般外来、ER、紹介、脳ドック経由 ・脳腫瘍：転移性脳腫瘍、頭蓋内原発腫瘍 ・頭部外傷：外傷性頭蓋内出血、脳挫傷、急性硬膜下・外血腫、慢性硬膜下血腫、開放性頭部損傷など ・水頭症、感染性疾患 # カンファレンス ・脳卒中・脳神経センターカンファレンス(月～土 毎朝)：外来や救急、入院患者について治療方針の確認・調整を実施。 ・リハビリテーションカンファレンス(毎週1回)：担当医毎に障害のある患者について、リハビリの進捗状況確認、退院に向けた方針・計画の確認を実施。 # 脳ドック読影業務：2013年10月～MRIの時間外予約枠の増加により脳ドック受け入れ可能人数が増加ことを受け、一次読影増加分を当科が担当。 # 現在稼働中の手術顕微鏡：主術者を含めて助手2名が立体視できるオリンパス社製の手術用顕微鏡を使用している。研修医・学生指導にはとても好評なシステムではあるが、脳血管手術において安全性を高めるための有用性が多数報告されている、術中蛍光血管撮影を行うための赤外線撮影機能を現品に備えることは出来ない。現在手術室にある、赤外線カメラでは、頭蓋内の微小な血管評価が行えないため、代替機器がないのが実情である。</p>	
3	サービス提供体制（勤務体制）
<p># 脳神経外科外来：月曜から金曜の平日、脳神経外科外来 ・専門外来 ・脳卒中外来：平日毎日新患担当医</p>	

出所：X病院：人事課提供資料

・頭痛外来 :水曜日、木曜日 ・脳血管内治療外来:火曜日、金曜日(脳血管内治療センター医師による) # 救急対応 24 時間 365 日: 脳卒中、神経救急疾患への対応(手術、血管内手術 共)																			
4	スタッフ構成 脳神経外科:4 名 () (+ 脳血管内治療センター 2 名:) *()内の数値は兼務者の人数																		
5	資格 院外資格保有者数 : ・ 脳神経外科専門医 4 名 ・ 脳血管内治療 専門医 2 名 ・ 脳卒中専門医 4 名 ・ 救急専門医 2 名 ・ リハビリテーション臨床認定医 1 名 ・ 高血圧酸素治療専門医 1 名 院内資格保有者数 :																		
6	主要設備、主要機器 主要設備 : ・ SCU 病棟、5B 病棟 主要機器 : ・ 手術室:手術顕微鏡 オリンパス 1 台 神経内視鏡システム 1 定位脳手術システム 2 (杉田式、レクセル式) ナビゲーションシステム 共有 ・ 術中蛍光血管撮影可能な新型手術用顕微鏡 (新規購入予定)																		
7	実績と目標値 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">主要項目</th> <th style="width:12.5%;">23 年度実績</th> <th style="width:12.5%;">24 年度実績</th> <th style="width:12.5%;">25 年度予測</th> <th style="width:12.5%;">26 年度目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>新入院数</td> <td>1070</td> <td>880</td> <td>966</td> <td>1000</td> </tr> <tr> <td>手術件数</td> <td>225</td> <td>224</td> <td>221</td> <td>230</td> </tr> </tbody> </table>				主要項目	23 年度実績	24 年度実績	25 年度予測	26 年度目標値	新入院数	1070	880	966	1000	手術件数	225	224	221	230
主要項目	23 年度実績	24 年度実績	25 年度予測	26 年度目標値															
新入院数	1070	880	966	1000															
手術件数	225	224	221	230															
8	H26 年度の部門・部署課題 新患増加対策を継続、拡大していきたい。また、高い医療技術の提供として、新規手術用顕微鏡の導入を計画している。 ①市民にとって“魅力ある脳神経外科”のアピール ②救急隊、かかりつけ医との連携強化 ③新規蛍光血管撮影可能な手術用顕微鏡の導入 ④脳ドックへの積極的関与、協力の推進																		
9	概要計画																		

①専門外来の拡充：脳動脈瘤外来の新設（毎週月曜日）

②啓発活動

・ホームページの改訂：実績表示、外観の改善は変更済み。加えて、医療情報など市民に必要な、疾患情報や治療に対しての情報の充実。

・地域かかりつけ医・登録医との情報交換：松本医療圏脳卒中神経疾患研究会の継続（年 1 回定例）。出前講座（年 3 回目標）。

・救急隊：勉強会の積極的実施。最低でも年に 2 回 を行いたい。救急隊との日程調整が可能であれば、半期に 2 回ずつ行いたい。

・救急隊への事例経過報告書の作成。

③術中蛍光血管撮影が可能な新型手術用顕微鏡の購入計画あり。これにより、直径 1mm 未満の微小血管の血流を術中リアルタイムに確認することが出来るため、血管手術の精度と安全性をこれまで以上に高められる。

④脳ドック：有意異常所見受診者への迅速な対応。一次読影の担当を行い、新患増加を目指す。

添付；実施計画書・考課基準表（別紙）

スタッフ確認欄

【部門の場合】事業体長承認後、部門・センター会議で伝達・周知し、承認を得た日付を記載して下さい。

【部署の場合】事業体長承認後、所属スタッフへの伝達・周知の確認印(サイン)を得て下さい。

6、人事考課と業績管理の有効性

X病院における目標面接・人事考課制度は飽くまでも手段、方法にしか過ぎない。事例に見るように目標達成のために目標面接・人事考課制度を経営戦略推進の手段方法として活用し、医療の質と効率化管理を上手く行っている様子が伺える。

2006年度から量から質の経営に方針を転換しているが、これも時代のニーズを常に先取りしている結果である。医療の質の目玉として2013年の秋から稼働予定であった陽子線治療センターの稼働が認可の関係で2014年秋にずれこんだが、これに加えてトモセラピーとガンマナイフ治療を行う計画である。数々の事業計画を経営指針書に掲載しているが今、当院は急成長中で人材不足に直面している。特に看護師は若手の塊で平均年齢は35.5才と若い。若い力で医療の質の追求を行っている。2013年2月に日本病院機能評価に変わり、JCI(世界品質基準)を取得、急性期、屈指の最先端病院として更なる発展を期している。

経営計画を人事考課目標として全部署で受け止める。これを基に部方針を作成し、目標を達成するために部員はわが事意識で考える習慣が出来ている。各個人目標への割り当ては職群、職種、資格グレード毎に実行可能な目標を考課項目として手作りで作成する。組織目標と個人目標を上手く統合している。当院の収益推移を見ると毎年の医療収入は1998年度(平成10年)7638百万に対し2013年度は18140百万と2.37倍、人件費は3726百万(職員数631名)に対し10502百万(職員数1652名)と2.82倍(職員数2.62倍)になった。この15年間で2倍から3倍に成長をしていることが分かる。

年代別の病院成長の伸びは毎年の戦略目標が医業収入と医療利益にも影響している様子が伺える。2001年(平成13年)の赤字は地域医療支援病院の認定資格を取得するため平均在院日数を政策的に削減、逆紹介率基準の獲得に苦労があったと推測している。

また、2002年(平成14年)は電子カルテ導入に多額の費用を投入した結果、医業利益は目立って落ち込んだ。

その他、目につくのは1998年(平成10年)の人件費率が48.8%であったが2013年度(平成25年)には57.9%にも上昇したが社会医療法人になった気のゆるみとも言え人件費が負担になりつつある。

医療収入のアップや人件費対策を考慮しなければならない収支状況になりつつある。病院力のパワーアップのためには人件費節約と更なる人事活性化対策が必要である。

また、現在の役職制度は管理型の管理者が中心であるが、一匹狼の研究企画の名手の専門職、業務推進の名手である専任職、管理監督者の公募制、FA制により専任職(15%位は育成したい)専門職(3%位は育成したい)管理職(5%位に留め

たい)のセグメントが必要な集団になっていると筆者はトップに進言している。

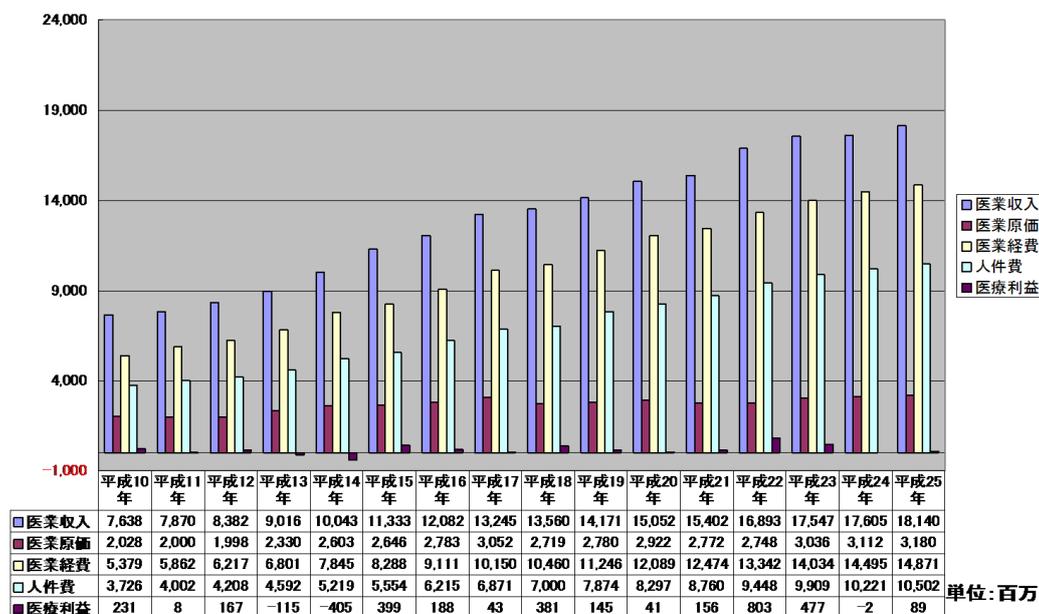
今、当院は次のステップに大きく飛躍する時期を迎えている。「医業利益の推移」を図-34で確認すると平成24年度及び25年度の利益が大幅に減少していることが分かる。それは、大型投資をした陽子線治療センターの稼働の遅れが大きく影響した。

人事考課と業績管理の有効性については、図-35で示した人事考課結果のうち、「A=申し分ない。期待レベルを上回る」の評価を受けた人の比率の波形線が「医業利益の推移」の波形線図-34と似ていることから、次のようなことが言える。

人事考課「A」の波形線は「医業利益の推移」の波形線の1~2年後に現れる後追型になっている。人事考課は結果を媒体にした事後評価であるからである。A評価者が多いということは業績(医業利益)も良いということである。すなわち、X病院では人事考課制度を平成20年から能力開発型の人事考課を業績直結型のシステムにメンテナンスをしている。医師や医療職をしっかりと働かせるように数値評価指標(売上高や利益拡大)などを盛り込んでいる。人事考課制度は人材の効果的な配置と活用の重要なマネジメント資料になっている。

マネジメントで大切なことは各職員が組織目標や役割目標に向かってチャレンジする環境、風土づくりである。X病院は今、経営全体のマネジメントパラダイムの転換を急いでいるが、そのベースは目標面接・人事考課制度であることを本研究から実態分析をすることが出来たと思慮している。

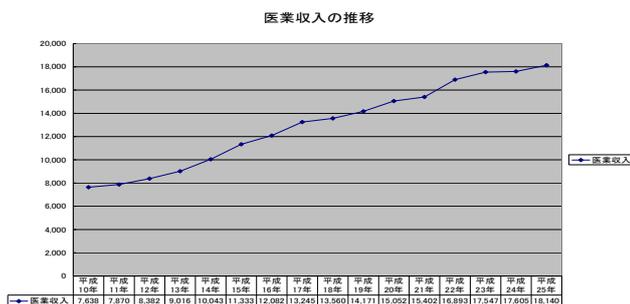
図-29 X病院における医業収入等の推移



出所：X病院の損益計算書より筆者が作成。

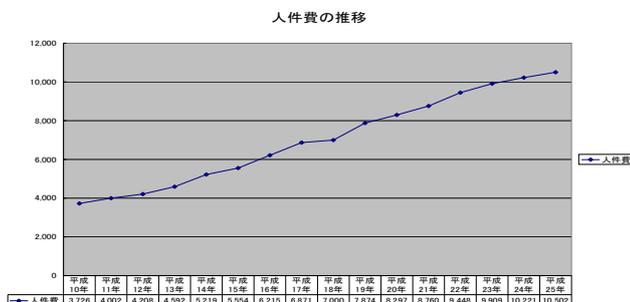
医業収入、人件費、医業経費の推移の波形グラフは同じような波形線を描いているがこれは当然のこととあらずける。収入が増える事はそれに伴って人件費、医業経費が増える。ただ医業原価の関係は医療材料の選択や設備投資、固定資産等の適正なマネジメントが必要であり波形グラフを見る限り高止まりの傾向にある。これは最先端医療を行う急性期病院の特徴の一つとして理解している。

図－30 医業収入の推移グラフ



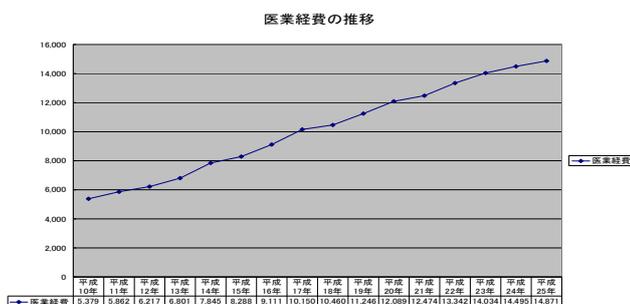
出所：X病院の損益計算書より筆者が作成

図－31 人件費の推移グラフ



出所：X病院の損益計算書より筆者が作成

図－32 医業経費の推移グラフ



出所：X病院の損益計算書より筆者が作成

医業原価については波形線を水平に維持するマネジメント努力が今一層求められることが医療原価の推移波形線から読み取ることができる。

図-33 医業原価の推移グラフ



出所：X病院の損益計算書より筆者が作成。

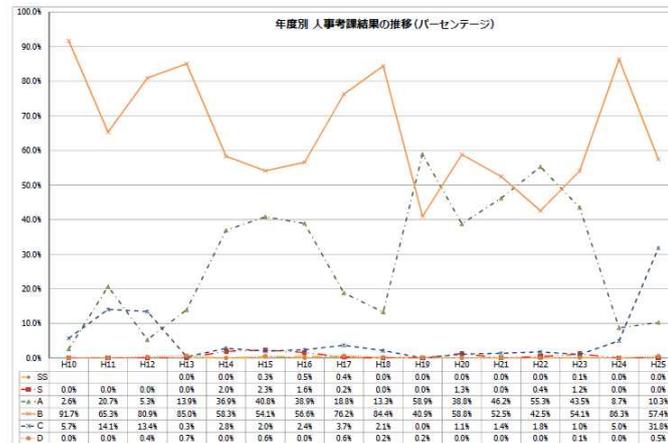
問題は医療利益である。急性期病院の医療利益は病院機能の性格上アップダウンが激しい。また医療行政にもストレートに反応する。これら問題点の解決案の一つとして、X病院では回復リハの訪問看護を平成26年6月1日づけにてスタートさせた。医療利益の変動幅を少しでも安定化させることが狙いである。これらの経営努力なしには急性期病院の存続発展は極めて厳しい状況になっている。

図-34 医療利益の推移グラフ



出所：X病院の損益計算書より筆者が作成。

「図－35」 年度別人事考課結果別推移グラフ



出所：X病院人事課提供資料より筆者が作成。

7、時代に即した新賃金制度の運用

職能給は職能資格等級制度に基づいて職能給（昇格昇給、習熟昇給）と年齢給（生活給）の2つで基本給を構成する。当院では1997年（平成9年）に医師から導入した。職能給の習熟昇給は定期昇給であり、同一等級内の仕事の深まり、広がりに応じて昇給するもので毎年1回、全ての職員を対象にして実施される。昇給額は等級によって異なるが人事考課の結果が反映される仕組みである。

昇格昇給は臨時昇給であり、仕事や能力の高まり、深まり、広がりに応じて上位等級に昇格した時に昇給する臨時昇給である。優秀者は最短2年間で職能を確認し、役割・職能資格要件を満たしたと認定された卒業方式によって、上位資格等級に昇格する。

時代は実力・成果主義で役割や仕事のグレードアップがなければ昇給なしが原則だが当院では能力主義を指向し職能給を導入以来堅持してきた。しかし、賃金体系は職能給だが運用実務において実力・成果主義賃金と変わらない内容になっている。

(1) 賃金表の再度の改定

賃金表は時代の不整合性を見直し改定を重ね職能給の重複型（下位資格等級者が上位資格等級者の賃金を上回る形）から開差型（下位資格等級者の賃金と上位資格等級者の賃金が重ならず開差がある形）に見直しをしている。職能資格等級制度が卒業方式であることを考えれば理論的には接続型

が適切といえるが年功賃金を採用してきた当院では安定的に昇給が行われ、労使関係や労働意欲面に配慮し重複型を採用した経緯がある。

しかし上位資格等級との賃金のダブリが 50% もあった。当時は習熟昇給が保障されるため、新賃金体系への移行がスムーズにできた。賃金表は段階号俸表を採用し現在も同じ賃金表を使用している。段階号俸表は公務員が採用している号俸表の 1 号当りのピッチを例えば 4000 円であるとする、その 5 分の 1 をもって号俸を刻み込んだものである。

5 分の 1 とは 1 ピッチ 800 円となり人事考課 B（標準＝普通）は 5 号昇給で 4000 円、人事考課が A の時は 6 号昇給 4800 円、逆に、C の時は 4 号昇給で 3200 円の昇給となる。この賃金表は昇給査定を行いたい、査定の上積もしたい、また能力と賃金の位置付けも明確にしたい等といった賃金表である。職能給導入当時は職務遂行能力のアップを習熟昇給 1.5、昇格昇給 1 の割合で反映していたが時代の変遷と共に昇格にウエイトを高め、逆に習熟昇給のウエイト割合を逡減させている。

人事考課結果と昇給号俸の変遷は次の通りである。

図表—36 総合職 6 等級の昇給額

1997 年の昇給額			2002 年の昇給額			2003 年の昇給額		
考課	昇号数	昇給額	考課	昇号数	昇給額	考課	昇号数	昇給額
S	7	7,700	S S	6	6,600	S S	4	4,400
A	6	6,600	S	5	5,500	S	3	3,300
B	5	5,500	A	4	4,400	A	2	2,200
C	4	4,400	B	3	3,300	B	1	1,100
D	0	0	C	1	1,100	C	-1	-1,100
			D	0	0	D	-2	-2,200

X 病院人事課提供資料。

2002 年(平成 14 年)及び 2003 年(平成 15 年)、更に 2010 年(平成 22 年)に改定を行い現在に至る。2002 年に職能給導入前の総合職 6 等級人事考課 B の昇号数は 5 号であったが導入後は同じ B 考課で 3 号昇号となり額的にも 2200 円マイナスの 3300 円となり、翌年の 2003 年には更に B 考課で 1 号昇号となり、額も更に 2200 円のマイナスで昇給額 1100 円となった。ただし、水準の見直しで 2010 年には昇給額が 2620 円に回復し現在に至っている。

図表—37 総合職 6 等級の昇給額
2014 年度現在の昇給額

考課	昇号数	昇給額
SS	4	10,470
S	3	7,850
A	2	5,240
B	1	2,620
C	-1	-2,620
D	-2	-5,240

出所：X 病院人事課提供資料。

特に目を引くのは C 考課の時は -1 号の昇号で基本給が -2620 円、D 考課では -2 号で基本給額が 5240 円マイナスとなる可変性豊かな賃金であり、職能給の形をとりながらも実質的にはなんら実力成果主義賃金と変わらないことが分る。

ところで賃金表には 4 種類ある。それぞれ一長一短がある。当該組織のニーズを十分に考えて賃金表を選択することが大切である。

①号俸表とは各人の賃金は等級別に各号俸で決められる。各等級別に 1 号から始まり各号俸がセットされ 2 号の賃金は各等級の初号賃金にそれぞれの習熟昇給額を加算したもので以下習熟昇給額を順次加算して各号俸額が設定される。この賃金表は「公務員型賃金表」ともいわれ原則として昇給査定は行わず昇格がなければ昇給は最終号俸で止まる仕組みである。すなわち能力の差は上位等級昇格時に反映させる賃金表である。

②昇給表は昇給額が等級別人事考課ランク別に示された一覧表で賃金の絶対額を示したのではなく人事考課の考課ランク別に示された S A B C D の昇給額を示している。たとえば 3 等級 B の昇給額が 2600 円とすると人事考課 A は B 考課の 2600 円の 1 割展開で 2900 円、C 考課者は 2600 円のマイナス 1 割展開でマイナス 300 円で 2300 円と云うように昇給額で示される。

③段階号俸表は号俸表と良く似ているが号俸の一号あたりのピッチを例えば標準 5 号昇給の場合は 5 分の 1 を以って号俸を刻み込んだものが段階号俸表である。標準を 3 号、4 号、6 号など、どのようにでも設定できる。この段階号俸表は昇給査定を行いたい査定者の累積もしたい、また能力と賃金の位置づけも明確にしたいなどといった賃金表である。X 病院が採用して

いる賃金表である。

④複数賃率表は1つの等級で1枚ずつの賃金表で、例えば9等級あれば9枚の表を作る。そして考課により展開する。例えば5等級のB考課（標準昇給額）を4000円とした場合これを4段階一致で賃金表に置き換えると $4000円 \div 4 = 1000円$ となりこの1000円を人事考課Aには標準昇給額4000円+1000円で5000円、Sは5000円+1000円で6000円、逆にC考課には $4000円 - 1000円 = 3000円$ をC系列にセットする。毎年1号昇給するがその時の人事考課によっていずれかの賃率が適用される。査定は一切累積されない能力＝賃金表で過去の累積が一切排除される賃金表である。例示は4段階一致であるが3段階一致、5段階一致等の作り方をする。

当院では人事制度は理念の浸透を周知徹底し個人の成長を期待する能力主義人事制度を指向し賃金も職能給を貫いているが、職能給は定昇があり、理論では賃金を上げるか、止めるかの2つの選択の機能しか持たないが、これでは現実対応ができないためマイナス昇給を実施している。

また、51歳以上者の定昇も中止しており、職能給の能力開発賃金論だけでは現実的対応が難しいことをこのケースは物語っている。ちなみに26年度の考課別医師昇給額の実態を見ると次の通り25年度は業績が不振であったことを受けて人事考課結果は厳しく、その結果が昇給額にも現れている。

図表一38 26年度4月医師考課別昇給額の実態

等級	考課	人数	一人平均昇給額
5等級	B	4	1,875
	C	3	-1,663
	D	1	-4,990
5等級 合計		8	-310
6等級	B	11	2,141
	C	4	-1,960
	D	1	-5,230
6等級 合計		16	655
7等級	B	7	914
	C	4	-688
7等級 合計		11	332
8等級	B	4	695
	C	5	-698

8等級 合計		9	-79
9等級	B	2	180
	C	2	-175
9等級 合計		4	3
総計		48	228

※年俸契約者26名、研修医、信大ローテ医師、51歳以上の医師は昇給なしのため除く。

出所：X病院人事課提供資料。

次の図表－39は医師のモデル賃金と実在者賃金との比較である。医師の賃金は世間相場または人事院の生計費等公的一般の賃金データに比べ高水準にあるため医師の職能給の設計は労働対価の原則の職能給のみの設計である。

図を見るとモデル賃金と実在者賃金がほぼ重なり合っている。筆者は図－39はモデル賃金ではないと判断をしている。モデル(エリート)適用者は最大でも25%限度であるからである。図-39を見るとほぼ全医師がモデル者であり、これはあり得ないからである。

理由を考えると医師の相場賃金がX病院のモデル賃金を上回る状態になっていたが、数年、モデル賃金の見直し再設計を行わず、調整手当などの便法措置で水準調整を行いその都度、相場賃金に合致させることで対応してきたと推測される。人事考課結果はインセンティブ賃金として加算し相場賃金を形成している。

考課反映により賃金額に高低ができる。いずれにして抜本的に基本給、所定内賃金、年収ベースの見直しとモデル賃金の再設計が必要である。

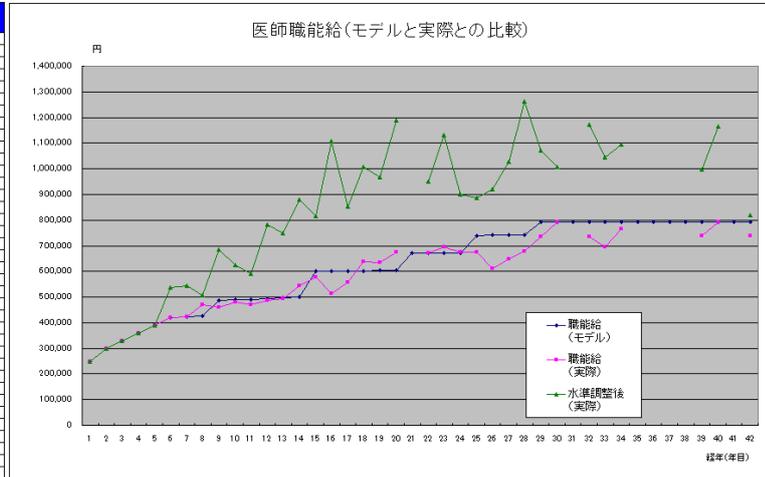
図表－39 医師職能給モデル賃金と実際賃金

医師職能給 モデルと実際との比較

(平成16年7月)

経年 (年目)	職能給 (モデル)	モデル 寄附-号係	モデル 年齢	職能給 (実際)	水準調整後 (実際)
1	250,000	基礎3-1	24	250,000	250,000
2	300,000	基礎3-2	25	300,000	300,000
3	330,000	専門4-1	26	330,000	330,000
4	360,000	専門4-2	27	360,000	360,000
5	390,000	専門4-3	28	390,000	390,000
6	421,010	専門5-1	29	421,010	527,000
7	428,500	専門5-2	30	428,500	543,935
8	428,000	専門5-3	31	459,910	507,030
9	485,210	専門5-4	32	488,435	685,135
10	438,930	専門5-5	33	478,792	623,422
11	491,450	専門6-3	34	468,840	593,837
12	494,060	専門6-4	35	488,267	780,933
13	496,680	専門6-5	36	492,317	749,770
14	499,290	専門6-6	37	543,009	873,530
15	599,510	専門7-1	38	577,108	915,928
16	600,430	専門7-2	39	612,370	1,107,320
17	601,350	専門7-3	40	655,783	853,695
18	602,260	専門7-4	41	638,015	1,008,868
19	603,180	専門7-5	42	636,065	967,645
20	604,090	専門7-6	43	673,790	1,188,700
21	670,310	専門8-1	44		
22	671,010	専門8-2	45	672,960	950,200
23	671,700	専門8-3	46	695,777	1,130,813
24	672,400	専門8-4	47	675,467	900,672
25	740,270	専門9-1	48	674,610	807,393
26	740,450	専門9-2	49	610,510	813,440
27	740,630	専門9-3	50	647,800	1,025,935
28	740,810	専門9-4	51	676,840	1,263,490
29	791,870	専門10-1	52	736,667	1,070,290
30	791,870	専門10-1	53	791,870	1,006,250
31	791,870	専門10-1	54		
32	791,870	専門10-1	55	736,480	1,170,940
33	791,870	専門10-1	56	695,020	1,042,797
34	791,870	専門10-1	57	766,070	1,092,875
35	791,870	専門10-1	58		
36	791,870	専門10-1	59		
37	791,870	専門10-1	60		
38	791,870	専門10-1	61		
39	791,870	専門10-1	62	740,270	997,060
40	791,870	専門10-1	63	791,870	1,163,810
41	791,870	専門10-1	64		
42	791,870	専門10-1	65	740,270	820,300

※年俸者除く



出所：X病院人事課提供資料

(2)、医師の年俸制度

当病院にはスペシャリストとしての能力を生かす医師の個別処遇のために年俸制度を策定している。年俸制度導入の目的は医師の一般的な賃金水準では対応できない戦略人材をスカウトするために定めた賃金で、医師人数、約150名中2割弱の医師に年俸制を適用、8割の医師は月給制である。

年俸制導入のねらいは

- ① 役割と成果に応じた賃金を支給することによって組織を活性化する。
 - ② 業績への貢献と賃金との結びつきを強めることによって経営参画意識を高める。
 - ③ 能力、実力、成果主義の人事処遇を強めることにより法人の活性化を図る。3点である。また年俸スタイルは次の2つがある。
- ① 単純年俸制は当院が勝手にネーミングをした年俸であるが原則としてプロ人材として知名度の高い医師が対象で1年間の契約金としての年俸である。
 - ② 業績連動型年俸は当院に貢献する医師に支給する年俸である。業績連動型の年俸体系は
 - (a) 基本年俸 = 基準賃金 (役割給 + 管理職手当 + 家族手当) × 12ヶ月 (確定年俸)。
 - (b) 業績年俸 = 基準賃金 (役割給 + 管理職手当 + 家族手当) × xヶ月 × 業績考課係数 × チャレンジ係数 × 法人業績係数 × 部門・部署業績考課係数

図表 - 40 医師職 職能給表「段階号俸表、標準1号俸」

号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1			250,000	300,000	388,570	486,210	599,510	670,310	740,270	791,870
2				312,950	391,070	488,830	600,430	671,010	740,450	792,050
3				315,310	393,560	491,450	601,350	671,700	740,630	792,230
4				317,670	396,060	494,060	602,260	672,400	740,810	792,410
5				320,030	398,550	496,680	603,180	673,090	740,980	792,590
6				322,390	401,050	499,290	604,090	673,790	741,160	792,770
7				324,750	403,540	501,910	605,010	674,480	741,340	792,950
8				327,110	406,040	504,530	605,930	675,180	741,520	793,130
9				329,470	408,530	507,140	606,840	675,870	741,690	793,310
10				331,830	411,030	509,760	607,760	676,570		
11				334,180	413,520	512,370	608,670	677,260		
12				336,540	416,020	514,990	609,590	677,960		
13				338,900	418,510	517,610	610,510	678,660		
14				341,260	421,010	520,220	611,420	679,360		
15				343,620	423,500	522,840	612,340	680,040		
16				345,980	426,000	525,450	613,260	680,740		
17				348,340	428,490	528,070	614,170	681,430		
18				350,700	430,990	530,690	615,090	682,130		
19				353,060	433,480	533,300	616,000	682,820		
20				355,420	435,980	535,920	616,920	683,520		
21				357,770	438,470	538,530	617,830	684,210		
22				360,130	440,970	541,150	618,750	684,910		
23				362,490	443,460	543,770	619,670	685,600		
24				364,850	445,960	546,380	620,580	686,300		
25				367,210	448,450	549,000	621,500	686,990		
26				369,570	450,950	551,610	622,410	687,690		
27				371,930	453,440	554,230	623,330	688,380		
28				374,290	455,940	556,850	624,250	689,080		
29				376,650	458,430	559,460	625,160	689,770		
30				379,010	460,930	562,080	626,080	690,470		
31				381,360	463,420	564,690	626,990	691,160		
32					465,920	567,310	627,910	691,860		
33					468,410	569,930	628,830	692,550		
34					470,910	572,540	629,740	693,250		
35					473,400	575,160	630,660	693,940		
36					475,900	577,770	631,570	694,640		
37					478,390	580,390	632,490	695,330		
38					480,890	583,010	633,410	696,030		
39					483,380	585,620	634,320	696,720		
40					485,880	588,240	635,240	697,420		
41						590,850	636,150	698,110		
42						593,470	637,070			
43						596,090	637,990			
44						598,700	638,900			
45							639,820			
46							640,730			
47							641,650			
48							642,570			
49							643,480			
50							644,400			
51							645,310			

D = -2号俸

C = -1号俸

仮に現在 = 10号俸とする

B = +1号俸

A = +2号俸

S = +3号俸

SS = +4号俸

出所；X病院人事課提供資料

(業績連動年俸)の2つによって構成されている。
基本年俸(確定年俸)があることで年俸も安定的になる。業績年俸は可変性豊かな年俸で病院全体業績と部門・部署業績の変動を受けとめた年俸である。年俸を選択するかあるいは月例賃金を選択するかは飽くまでも本人の選択である。

(3)賞与と年収ベース

賃金体系の一つとして賞与基準を明確にし成果に見合った賞与を支給することが大切である。賞与の性格には生活一時金部分(固定賞与部分)と業績反映部分がある。

どんなに多額の賞与を支給していても月例賃金が社会的水準より明らかに低いとするのならば、そこで働く職員は賞与を月例賃金の後払いと考える。従って賞与を考える時、月例賃金が安定的に支給されて、基本給も世間ベースにあるかどうかを検証して見る必要がある。

次に月例賃金と臨時給与(賞与)の合計支給額、すなわち年収ベースがどうなっているかを確認する。この臨時給与が病院の業績変動を吸収する人件費の調整機能を持つ。昇格、昇給、賞与を処遇の3本柱と呼ぶが、そのなかでも賞与は独特の性格をもっている。賞与査定は一過性のものであり決して累積的でない。

当病院では月例賃金は世間相場や消費者物価の動向などを確認し世間相場を意識して対応をしてきたが賞与については、その時の業績による一過性の処遇システムとして次の算式に基づき原資の把握から個人別賞与を計算し支給している。

個人別賞与を決める計算ステップは先ず原資ありきから始まる。

① 賞与支給総原資額 =
 予定付加価値 × 予定労働分配率 - (月例総人件費 × 12 カ月)

② 賞与平均支給率 =
$$\frac{\text{賞与支給総原資額}}{\text{賞与支給対象者の基準賃金総額}}$$

③ 職員1人当たり平均賞与額 =
 賞与支給総原資額 ÷ 職員数

④ 個人別賞与支給額 = 算定基礎額 × 平均支給月数 × 定率部分 60% + (算定基礎額 × 平均支給月数 × 成績・業績反映部分 40% × 勤怠係数)

当院では賞与の性格には生活一時金部分 60% は月例賃金の後払い部分が包含されていると考え、この部分を除いた 40% 部分に成績・業績考課を反映させている。

(例示) 仮に算定基礎額が 50 万円、平均支給率 2 ヶ月、医師 7 等級とすると

・定率部分 60%

$$500000 \times 2 \text{ ヶ月} \times 60\% = 600000 \text{ 円}$$

・成績・業績反映部分 40%

考課 A …………… $500000 \times 2 \text{ ヶ月} \times 40\% \times 1.5 = 600000 \text{ 円}$

考課 B …………… $500000 \times 2 \text{ ヶ月} \times 40\% \times 1.0 = 400000 \text{ 円}$

考課 C …………… $500000 \times 2 \text{ ヶ月} \times 40\% \times 0.5 = 200000 \text{ 円}$

となり A 考課者は定率部分賞与 60 万円と成績・業績反映部分 60 万円を足して計 120 万円の支給となる。同様に、B 考課者は 60 万円 + 40 万円 = 100 万円であり、C 考課者は 60 万円 + 20 万円 = 80 万円である。

成績・業績考課反映支給率の係数は次の通りである。まず、3 等級以下の職員には人事考課は実施していない。研修医も人事考課は実施していない。従って人事考課支給率は全員 B 考課を適用している。ほかの支給率は図表 - 4 1 の通りである。

図表 - 4 1 人事考課別賞与支給率

(I ~ 4 等級)

人事考課	SS	S	A	B	C	D
係数	1.4	1.3	1.2	1.0	0.8	0.5

(5 ~ 6 等級)

人事考課	SS	S	A	B	C	D
係数	1.6	1.5	1.3	1.0	0.7	0.2

(7 ~ 10 等級)

人事考課	SS	S	A	B	C	D
係数	2	1.7	1.5	1.0	0.5	0

出所：X 病院人事課提供資料

人事考課別支給率の係数を見ると当然のことながら上位等級に昇格する

程、支給格差（SS～D）は大きく広がっていることが分る。職能給をベースに運用で時代ニーズに対応している一つのモデルと言えよう。

(4)、基本給と切り離れた退職金制度

能力主義人事制度に切り替えれば必然的に退職金も見直しをしなければならない。以前、当院の退職金制度は勤続年数で退職金額が決まる完全な年功制であった。

退職金の問題は一般企業と同様に定年延長と勤続年数の増加がそのままストレートに退職金の増加に跳ね返ることで制度の見直しをしなければならない状況にあったと言える。

プロジェクトチームにおける検討に当っては「退職金とは何か、何のために退職金を支払うのか」を明確にする必要があった。

議論の末、従来の勤続貢献ではなく在職期間中の功労貢献度に対する報奨であることを意思統一し職員に周知することにした。その際、医師も特別扱いにはしない功労貢献度制度とするため、賃金と切り離れた毎年の貢献を積み重ねるポイント制退職金制度を導入したのである。すなわち医師の賃金は需要と供給によって社会相場で決まる要素も多いため基本給が高いと必然的に功労貢献度に関係なく高額な退職金を支払うということになる。これらの問題も排除するためであった。

さて、他病院の一般的なポイント制退職金の要素を見てみると勤続を絡ませた職能・役職ポイントの組み合わせが主流であるが、当院は功労貢献の能力主義人事制度を貫くために勤続を外し、職群・等級からなる職能ポイントと役職ポイントの2点のポイント制を導入している。制度見直しに当っては、従来の退職金制度のあり方を含め、概ね次の諸点について検討を行っている。

- ① 退職金の性格の変化をどうとらえるか。
- ② 退職金の計算方式をどうするか。
- ③ 退職金の支払い形態をどうするか。
- ④ 退職金の水準とその動向。

退職金の性格についてはその時代背景によっても大きく異なるが、当院での議論では

- ① 賃金の後払い的性格は全く姿を消している。
- ② 老後の生活保障的性格については初老期の生活程度のものと考えられる。

例えば毎月30万円の生活を送るとすると退職金1800万円は5年程度しか持たない水準である。最近の早期退職優遇制度の普及は永年勤続奨励型

の退職金とは逆の性格に変わっていることを意味しているが、当院が導入を決定した「職能貢献ポイント」は各職能資格等級在級期間における貢献度合いを見たものであること、また「役職位貢献ポイント」は職能貢献以外に役職位就任による役割の貢献度を評価したものであり、職能貢献度とは質が異なることを確認している。

さてポイント制退職金の設計に当たっては、先ず職群別の退職金モデルを設計しそこからポイントを編み出している。ポイントを使っての退職金の算定は、職能累積ポイント×ポイント単価（1万円）＋役職貢献ポイント×ポイント単価（1万円）×退職予告係数（自己都合退職を6ヶ月以上前に申しでた時から退職までの期間が6ヶ月以上ある時は自己都合支給率に1.0を加算、3ヶ月以上6ヶ月未満の時には0.8を加算）して支給している。退職予告係数加算は人手不足に協力し早めに申し出てくれた協力度を評価するものである。

その他、職能ポイントの加算点には加算期間を設けている。各等級には標準滞留年数を設けており、ある一定の年数を経ても上位等級に昇格しなかった場合には職能ポイントはストップする制度である。また医師以外の一般職群，専能職群，技能職群は年令51歳以上は支給打ち切りとなる。

退職金受給資格は貢献度退職金であることから勤続は5年以上（従来は1年以上）者で、職能資格等級制度3等級以上者（医師は4等級以上者）からポイント点が付与される。

以上、賃金、賞与、退職金制度の流れを追ってみてきたが、形は能力主義人事のトータルシステムの形を取りながらも、筆者のコンサル後メンテナンスを加え、実力成果主義人事賃金制度となんら変わらない制度になっている。すなわち、マイナス昇給があり、昇進昇格のチャレンジ、人材の公募と選抜基準の公開、人事考課結果の賃金反映の格差拡大（賃金、賞与）退職金の職能ポイント加算期間の設定など基準を明確にし、チャレンジシステムを再構築している。

巷では能力主義人事は時代遅れとのイメージが強く仕事基準に切り替えた実力、成果主義人事制度を指向する医療機関も多いが、このX病院の能力主義は理念の浸透から始まり人材を育てそして適材適所で人材を活用し処遇をしている。能力主義は人間の可能性を見ており、個の能力伸張は病院の成長を促進する。また、人間基準の人事は柔軟であり職員一人ひとりが職種の枠を超え仕事の幅を広げて生き生きと働く事ができれば個の成長も、病院の発展も約束される。全職員のエネルギーを結集することにより更なる発展に繋がるからである。X病院の能力主義は今後、他の医療機関の価値あるモデルケースになると確信している。

上記の総括では①一方では、「マイナス昇給があり、昇進、昇格のチャレンジ、人材の公募と選抜基準の公開、人事考課結果の賃金反映の格差拡大(賃金、賞与)退職金の職能ポイント加算期間の設定など」いわゆる「選抜=競争」による、個人へのインセンティブ効果を重視して、②他方では人材を育てそして適材適所で人材を活用」する。個人の能力開発・発揮への動機付与の効果を重視している。これらは一致する保証はなく互いに衝突する可能性は排除できない。相反する政策と考える人がいるかもしれない。狙いはただ一つ、飽くまでも賃金を押えることではない。人間は緊張感がないと能力開発も成果も獲得できないし能力は意識してこそ光り輝くことが出来るからが理由である。

第四章 H会グループの業績拡大と人事制度

この章では Y 病院の事例に即して、主に医師を対象とした人事賃金制度の改革のプロセスとその実態を分析する。資料は特にことわらない限り、Y 病院の内部資料と、Y 病院に対するコンサルの過程で実際に作成あるいは使用した資料に依拠する。Y 病院に対するコンサルは基本的に 2000 年 3 月から 2002 年 9 月までに行われた。

Y 病院グループが事業展開を行う兵庫県は 2 次医療圏の中心に位置し、人口は 5 万人余り（2009 年 1 月末）である。A 市には AS 病院（自治体病院）（420 床、一般病床）があり、急性期医療に対応できる病院は AS 病院と Y 病院の 2 軒のみである。2002 年、Y 病院では本格的な経営戦略目標を作成したが、その中身は次の通りである。当時の A 市の人口は 5 万人、国民医療費 31 兆円、介護費用 6 兆円、計 37 兆円。その当時の Y 病院の医業収入高は 60 億円弱、これを 1 人当りの費用で割ると 2 万人、これは A 市の人口 5 万人の 40% に当る。この 40% を維持できるならば経営は成り立つ。限られた人口の中で急性期だけでは生き残れないとの判断から急性期、亜急性期、回復期リハビリテーション、施設介護・在宅介護（地域包括型医療法人）作りが始まった。人口密度の高い都市部はさておき過疎化の進んだ高齢者の多い地域においては患者の一体管理のできる管理システム（電子カルテ、法人内 LAN の敷設）によりタイムラグのない病棟移動、施設移動、在宅移動を行っている。1994～95 年に地域包括医療法人へと方向転換を切り始める。1998 年 Y 病院は現在の 265 床と言う体制を確立するが経営赤字を計上し自己資本比率 7% 台と言う資金繰りの危険ラインに陥る。現 S 理事長が経営を引き継いだのは 2000 年で 2001 年に人事考課制度を導入、2003 年に外来を分離し H 会病院を開設、2004 年には DPC へ参加と経営効率化に向けた取り組みが一層加速する。

理事長は人事改革を柱に「相互に声を掛け合ってジャスト・オン・タイムの改革に努力した」と述べている。マーケット戦略では「全分野でシェア 40% 確保」は経営存続のデットラインとして頑張ってきた。

この 40% を確保するために各部署では、何を、いつ、どこで、誰が、どうすれば良いのかの経営指針書を作成し、この指針書からトータル人事システムに展開をしていった。

1、組織活性化と職能職務資格等級制度の導入

職能職務資格等級制度を導入するためには、先ず、わが病院にはどんな仕事はどの程度あるのか、その仕事はどの程度の難易度なのか、また、その仕事をやるためには、どんな知識や技術を身につけなければならないの

「図表-42」職能職務資格等級フレーム

階	職能資格等級		昇格年令	初任格付	対応職種										定職				
	等級	資格呼称			理論	最長	管理職												
管理職	9	GM ゼネラル マネージャー	46	最長	▲院 長	▲副 院 長	▲施 設 長	▲部 長	▲事 務 部 長	▲護 理 部 長	▲医 長	▲課 長	▲婦 長	▲薬 局 長	▲技 師 長	▲部 長	▲専 門 職(Dr)	<管理統括・高度熟練専門業務> ・高度な統括能力を有し、大単位組織を統括できる ・永年の深い経験と熟練によって行う極めて高度な複雑判断業務を遂行出来る <上級管理指導・熟練専門業務> ・高度な管理能力を有し、大・中単位組織を統括し企画立案業務を遂行出来る ・永年の深い経験と熟練によって行う高度な複雑判断業務を遂行出来る <管理指導・専門業務> ・管理能力を有し、中・小単位組織の統括と企画立案業務を遂行出来る ・永年の深い経験と熟練によって行う高度な判断業務を遂行出来る <上級指導監督・上級判断業務> ・基礎的管理能力を有し、小単位組織(担当範囲)の統括と指導監督により判断業務を遂行出来る ・永年の経験と熟練によって行う上級判断業務を遂行出来る	
	7	AM アシスタント マネージャー	36 ⑤	3ヶ月	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	<中級指導監督・中級判断業務> ・自らも判断業務を遂行し、後援と指導出来る ・永年の経験と熟練によって行う中級判断業務を遂行出来る <初級指導監督・初級判断業務> ・自らも判断業務を遂行し、熟練を要する業務を遂行すると共に一般職員をリード出来る
	6	SC セクション チーフ	32 ④	3ヶ月	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	<基礎型・熟練業務> ・概略的指示により、経験と熟練によって行う基礎型業務を遂行出来る <一般定型業務> ・一般的指示、または定められた基準に従い多少の経験によって行う一般定型業務を遂行出来る
	5	TL チーム リーダー	28 ④	26 ②	博士卒	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	<補助・単純定型業務> ・具体的指示、または定められた手順に従って補助及び単純定型業務を遂行出来る
	4	L リーダー	25 ③	24 ②	修士卒 大卒	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	<基礎型・熟練業務> ・概略的指示により、経験と熟練によって行う基礎型業務を遂行出来る <一般定型業務> ・一般的指示、または定められた基準に従い多少の経験によって行う一般定型業務を遂行出来る
3			22 22 22 30 ∞	③ ②	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	<基礎型・熟練業務> ・概略的指示により、経験と熟練によって行う基礎型業務を遂行出来る <一般定型業務> ・一般的指示、または定められた基準に従い多少の経験によって行う一般定型業務を遂行出来る	
2			20 20 24	② ② ⑥	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	<基礎型・熟練業務> ・概略的指示により、経験と熟練によって行う基礎型業務を遂行出来る <一般定型業務> ・一般的指示、または定められた基準に従い多少の経験によって行う一般定型業務を遂行出来る	
1			18 18 18	② ② ⑥	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	<基礎型・熟練業務> ・概略的指示により、経験と熟練によって行う基礎型業務を遂行出来る <一般定型業務> ・一般的指示、または定められた基準に従い多少の経験によって行う一般定型業務を遂行出来る	

・能力判定試験は、2ヶ所に設定する(3→4・6→7)

3→4 能力確認試験

6→7 マネジメント教習修了を要件とする

・部長以上の役職並びに7等級以上の職員は、時間外手当の対象外とする

・初任格付は各年次を基準的に卒業した年齢で張り付ける

・代行職は当該役職とみなす(一→B:代行職)

・昇格年数の○内数字は滞留年数を示す

・理論とは各等級職能を○内数字で獲得したという期待滞留年数

出所: Y 病院人事課提供資料

か、勉強をするターゲットを修得要件として職能要件書に明記している。例えば「読本、見なければいけない DVD、また通信教育・セミナーの受講、レポートの提出、他病院・施設の見学」など、勉強をしなければならない内容を具体的に明示している。

これが現在の多能化人材の育成に繋がる基礎を作ったと副院長兼看護部長及び経営管理部長は言う。

Y 病院人事改革の第一のポイントは全職種横断的な制度として職種間のヒエラルキーを廃することであった。職能職務資格等級制度を通じてまず形を整えることが壁を壊すことになると考えたのである。

従って職能職務資格等級制度を曖昧に決めることはできず、しっかりと、「職種別等級別課業一覧表と職能要件書」を作成して、整備し納得性の高い要件書に仕上げる必要があったと言える。この要件書を通じて各職員は病院・施設は今何を求めているのか、何が出来なければならないのか、何ができれば上位等級に昇格が出来るのかを明確に理解することが出来るようになり、その結果、自主的にチャレンジをする自立型の職員が多くなったと理事長はじめ経営管理部長は言っている。なお当院には他の病院・施設にはないロテーション制度があり、この制度が職能職務資格等級制度をさらに有意義な制度にしている。

Y 病院の図表—42 職能職務資格等級制度のフレームをご覧いただきたい。Y 病院は老健・特養など複合型経営の施設が多く介護士、ヘルパー、調理師等の職務は職務の価値で賃金処遇をする人達である。図表—42 には「職能職務資格等級制度フレーム」と職務が表示されている。X 病院の図表—12 の「職能資格等級フレーム」とは異なる表示がされている。Y 病院はこの表示の様に職能＝能力主義と職務＝職務主義が混在していることを示している。介護士、ヘルパーは職務＝賃金であり、実際にやっている仕事で賃金が決まる。これに対して職能資格等級制度の適用者は職能＝賃金であり、昨年と今年と同じ仕事をやっても習熟・修得能力が成長していれば賃金は上がる。本来であれば職能と職務は別のフレームを作成すべきであるが組織の一体化を図るために敢えて一本のフレームとしている。しかし、このフレームも時代の変化と共に職能と職務の制度に分離した制度に切り替えている。詳細は後述する。

さて職能部分の資格等級制度の中身は図表-43 で示した看護職職種別課業一覧表である。前出の図表-19 医師と比べてその特徴を上げれば、看護師の職務領域は広く多岐にわたる職種で看護職群が形成されていることが分かる。これは一人前の看護師になるためにはいくつかの診療科業務を遂行できる知識と技能（体に身につける技）が必要でありメイン職種はマスタ

一しておかなければならない。一方、医師職は一職種ではあるが極めた専門職であり、高度な知識技術（学問や研究等で身に着く術）の修得・習熟のための勉強と時間が必要であり一人前の医師になるには長い時間が必要である事が専門項目から読み取ることが出来る。

2、役職昇進制度の明確化

Y病院の役職昇進基準はユニークである。理事長の昇進についての考え方は職能資格等級制度の資格要件を満たしただけでは、役職に昇進できないことを全職員に明確に発信している。その内容は次の通りである。

- ・ 自分最適は平社員どまり。
- ・ 部門最適は主任どまり。
- ・ 全体最適は課長どまり。
- ・ 将来最適は部長以上

このように、いくら仕事が出来ても自分最適を優先する者には部下を持たせないと決めている。また、自分の利益より所属部署最適を優先する者は主任の資格がある。課長になるためには自分の部署を超えて病院全体の最適を考える人でなければ課長職にはつけない。更に部長になるためには病院の将来最適を優先する人でなければならないというメッセージを全職員に発信している。

役職に昇進するためには昇格試験とは別に職階毎に面接と論文、グループ討議と言う3つのハードルを設けている。

すなわち能力主義人事は昇格と昇進を完全に分離しているが、その教科書通りに頑なに実施している。現在の仕事が出来ることと組織を管理する能力は異なると考えているからであり、知性とコミュニケーション能力に欠けるものは管理者には向かないとの考え方で適性をしっかりと観察している。

その一つの場面がグループ討議である。

課長登用時のグループ討議の一例を見てみよう。

① 課長登用候補者数人を1グループとし、課題を与えて一定時間の後に自由に討議をさせ、その課題解決のための集団内での発表や言動を観察し評価している。

② 課題は事前に法人事務局で決定し当日のグループ討議時に該当者全員に同時に示している。

③ 討議の進め方

- 1) 人事担当者が受験者を着席させ討議の仕方を説明する。
- 2) 課題を与える。
- 3) 20分程度自分の考え方をまとめる時間をあたえる。
- 4) 人事担当者が進行係となり、各人に自己紹介をさせる。
- 5) 討議に入る。(40分程度)

④ 審査方法

グループ討議の審査は審査委員会委員が別に定める評定表に基づき審査を行う。グループ討議の審査では、a、課題の趣旨に沿った発言であるか、b、起承転結で筋を通して述べているか、c、提案に具体性はあるか、d、広い視野から課題を掘り下げてとらえて発言をしているか。E、発言態度に自信があり、場の雰囲気にもまれていないか、f、他者にも発言を求めるなど課題解決のリーダーシップを発揮しているか等、の評価である。特にメンバーの意見をまとめるリーダーシップ性などの評価点は高い。

3、経営計画を実現するB S C評価制度

S 理事長に病院経営について筆者がインタビューした時の理事長のコメントで今でも忘れられない言葉がある。「病院経営については他の病院から学ぶことは一つもない。病院には経営がない。だから私は一般の一流企業から学びたい。また、経営は緊張感がないと発展しない、だから、私は労働組合を作りたい。切磋琢磨して成長をしていきたいのだ。…」と語った。労働組合については組合のない病院でも職員一人ひとりが生きがい働きがいを持って働ける先取りをした人事賃金管理をやれば良いのだと幹部職員と筆者で懸命に理事長を説得し現在まで組合はない。

また当病院では中小企業同友会で学んだ経営指針書を中心に経営理念（平等医療）をベースに経営計画を立てその実践に勤めている。

経営指針書はS W O T分析を行い、図-45のようにB S C（バランス・スコアカードシステム）で作成している。通常、B S Cの流れは財務の視点→顧客の視点→学習と成長の視点→業務プロセスの視点であるが当病院ではB S Cのシステムの考え方を応用展開し一連の努力の成果が財務に結びつくとの考え方から、業務プロセス→患者の視点→学習と成長の視点→財務の視点と言うように業務プロセスを一番先に、財務の視点を最後に逆転させている。「事業所経営計画」の一部抜粋は次の通りである。

「事業所経営計画書」の作成に当たっては、1月の年始めに理事長から発表された「理事長経営指針」を部署単位で全員で読み解くところから始まる。

理事長指針を受けて、わが部署では今年は何を優先課題にしなければならないのか、S O W T分析と昨年度の目標達成度の検証も交えながら皆で喧々諤々と議論を行う。その結果、優先課題を絞り込むが、取り上げた課題が達成された時の結果が最終目標の医療収入額に直結するかどうかを

図表—44 Y 病院事業所経営計画

事業所 Y 病院	理念	医療従事者は病める人および地域住民の生命と健康を守るために、愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。私どもは自分自身が人としての基礎基本をさらに高めるよう研鑽を重ねて教養を深め、また日々進歩する医学の成果を学ぶことにより医療の質の向上に努め、常に最新の全人的な医療を行うことを目指す。私どもは、さらによりよい医療を提供するために、病院および医療に関するあらゆる安全管理に最大限の努力を傾注する。医療を通じて多大な社会的貢献を果たすことにより、職員の生活と権利を確保する。
	昨年度検証	病床稼働率は96.9%→96.8%と微減で、新入院患者・紹介患者は増加となる。手術件数は200件以上増加している。それに伴い全麻件数は増加となっている。DPCの日当点の増加もあり、医業総収入は目標値を達成している。研修医の確保と後期研修ともにアプローチの強化が今後必要である。

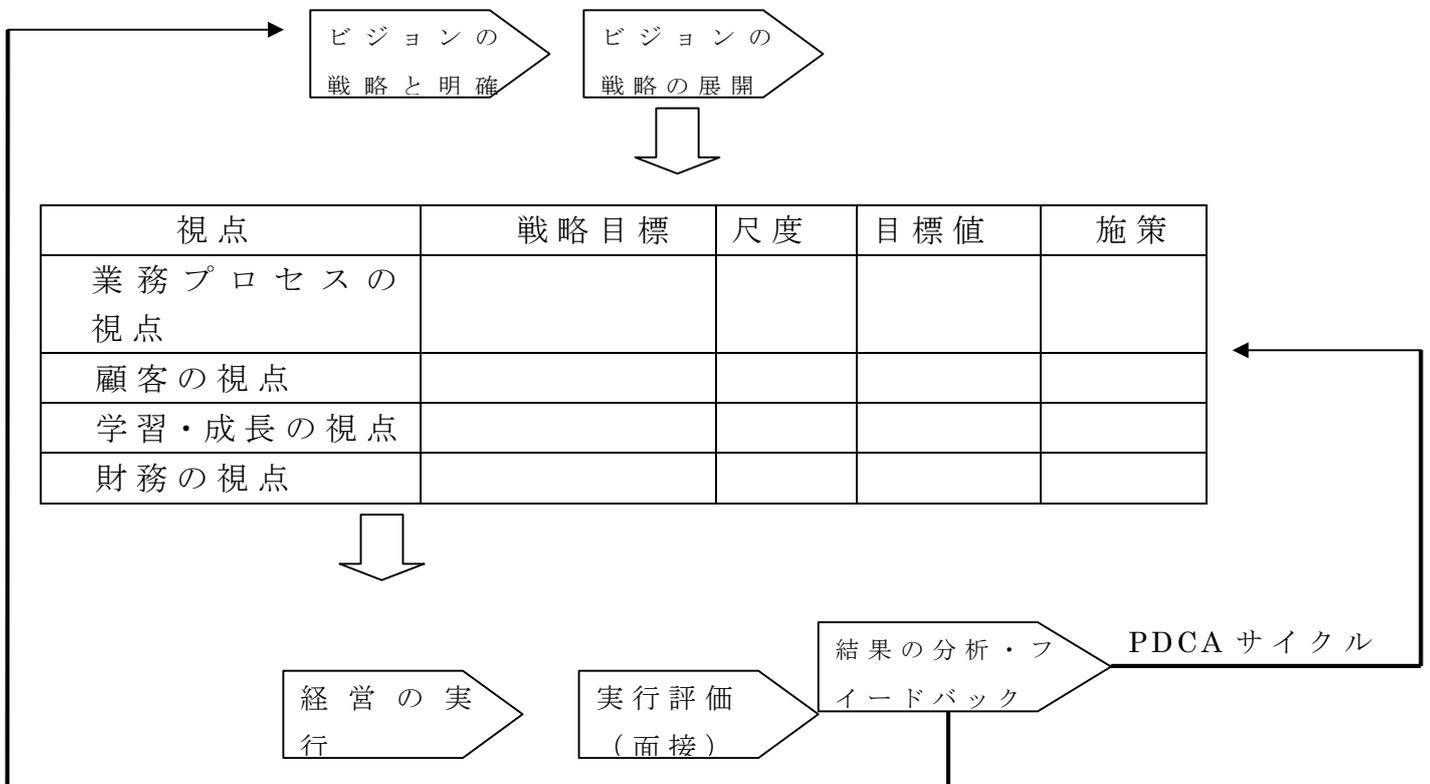
	戦略目標	成果尺度	目標値	実施項目			
				実施項目	期限	担当	
業務プロセス（医療の質の向上）	診療報酬改定 薬価改定（後発品採用の検討）	後発品指数 後発品使用数	0.01147 52%	後発品採用品目検討 各科協議・医療安全対策	H26.9	平井 長尾・矢部	
	DPC係数の確保 7:1 看護の継続 ICUの継続 夜勤加算の取得	7:1継続 ICU継続 取得	継続 継続 取得	看護士の確保 業者依頼と職員からの紹介	H27.3	香根 人事	
	消化器内科増員による内視鏡充実・化学療法充実	内視鏡件数増 化学療法増	500件増 500件増	外来患者へのPR 診療所等へのPR	H27.3	大木 地域連携	
	医師確保	小児科医師 脳外科医師 回復期専従医師 整形外科増員	1人 1人 1人 非常勤	医局との交渉 業者依頼 リハビリ専従研修参加	H27.3	長尾 矢部	
	恒常的に良質な研修医が確保 初期研修 後期研修	人数 人数	4人 2人	見学学生の指導 研修医説明会への参加 先輩研修医による広報	H27.3	萱野 矢部 研修委員	
	委員会の内容充実 感染委員会 グループ内連携（合同勉強会） システム検討 医療安全・NST・褥瘡 グループ内勉強会	実施回数 導入の有無 実施回数	2回 導入 2回	各施設の呼びかけ 各ソフトの検証・価格検討 各施設の呼びかけ	H27.3 H27.3 H27.3	矢部・勝平 矢部・勝平 各委員会	
	環境整備 案内表示・掲示物の巡回	ラウンド回数	1回/月	各課の実行の徹底	H27.3	経営管理	
	病棟機器・器具等の見直し案 （ナースコール ICUモニター トイレ）	予算確定有無	確定する	機器選定・計画作成	H27.3	機器購入	
	患者の視点（患者体験向上）	接遇のさらなる向上（委員会強化） 職員ユニフォーム・髪・爪のチェック クレーム対応の勉強会実施	回数 回数	1回/週 2回/年	各課の実行の徹底 全職員対象の計画作成 外部講師の依頼	H27.3 H27.3	接遇・全員 経営管理
		安全な医療提供 インフォームド・コンセントの徹底と記録 インシデント発生時における対策会議の構築	医師 構築の有無	全医師 構築できた	記録の確認 委員会との協議	H27.3 H27.3	医師・看護 委員会・院長
学習と成長（教育）	病院の学術的評価のレベルアップ	発表数 外部講師招聘	10 年2回以上	学会発表、投稿 講師選定	H27.3	全員	
	研修医の教育の充実	プログラム 指導医講習会派遣	1人以上	改訂 充実	H27.3	研修委員	
	教育制度の確立（全職種）	委員会構築	確立	委員会構築・資格等の検討		山本・高谷	
財務	新規入院患者数	新規入院患者数	345人/月	H24:334.3人 H25:338.9人	H27.3		
	紹介患者数	紹介患者数	275人/月	H24:253人 H25:273人	H27.3		
	救急者搬入患者数	救急者搬入患者数	105人/月	H24:102.0人 H25:99.0人	H27.3		
	収入の確保	医療総収入	52.69億	H24:51.14億 H25:52.29億	H27.3		

出所：Y 病院 人事課提供資料

検証して目標の加筆修正も行う。例えば接遇の更なる向上も教育の充実も最終目標である財務目標に結びつかなければなんの意味がないと考えているからである。

目標は部署ごとに全員が集まり作成しているが自分が提案した目標が部署目標として取り上げられた時は、自分が担当したいという気持ちになる。Y病院では全員が経営者と言われる所以がここにある。Y病院のチャレンジ風土はこのようにトップの経営指針書を受けて醸成されている。

図-45 B S Cの事業計画



4、加点主義人事制度による業績拡大

Y病院では毎年、年度末に本年度の事業所別目標の達成度評価と本年度の成果を受けて次年度の経営指針発表会を実施している。

各事業所責任者による経営指針書の作成は、まず、毎年、新年早々1月に発表される理事長の新経営指針書を熟読するところから始まる。経営指針書は4項目の内容で構成されている。その1は「経営指針発表にあたって」、その2は「経営理念」、その3は「経営戦略」、その4は「新規事業計画」である。

26年度の経営指針書の巻頭文には他の病院とは一味違う次のような指針が記述されている。「(前略) …今回は診療報酬額以外にも7:1看護師基準の厳格化、平均在院日数から除外疾患の設定、特例一般入院の廃止、7:1看護病院からの悪急性期病棟の排除など、やっとの思いで急性期医療を継続していたタイプの病院に特に厳しい改定となっている。

今回も相当数の病院が倒れると予想される。…(中略)…われわれが経営環境の悪化を嘆いても全く建設的ではない。経営環境悪化時代に強い経営主体であり続ければ逆に成長をするチャンスではないか。この苦しい環境下で更に経営力を強化し経常利益を維持向上させる。

この苦しい環境下でベースアップを行い有能な人材に対する吸引力を強化する。この二つの目標を同時に達成するためには従来にも増して職員の労働生産性を向上し一人当たりの収益性を上げなければならない…」。

年度が始まり、経営指針に発表したトップの経営姿勢が問われるところの、2014年6月のある日のS理事長のブログには次のようなことが書かれていた。

「診療報酬改定後の4月、5月の月次決算をにらんで今年度のベースアップ額(定期昇給じゃないよ。本当のベースアップ)を決めました」。具体的には「基本的には労働分配率(人件費/粗利)職員一人当たり利益で給与水準の変更を行っています。…(中略)…東京、兵庫の給与はベースアップを同一の1万円にしました」とある。一流企業にもない1万円のベースアップ額に驚いた筆者は早速Y経営管理部長と直接S理事長に面会を申し込みブログ内容を確認したが真実であった。

経営理念には「H会グループ共通の経営理念は平等医療である」とあるが、この経営理念を分りやすくして、我々は何をなすのか、何ができないのかを一般職員が分る言葉に置き換えて明示している。

経営戦略とかかわっては医療圏の市場分析が地域別に行われている。特に目を引くのは医療地域毎の年齢別人口推移予測に基づく市場分析で、その市場攻略のためにトップが考える経営戦略が詳しく記述されている。経

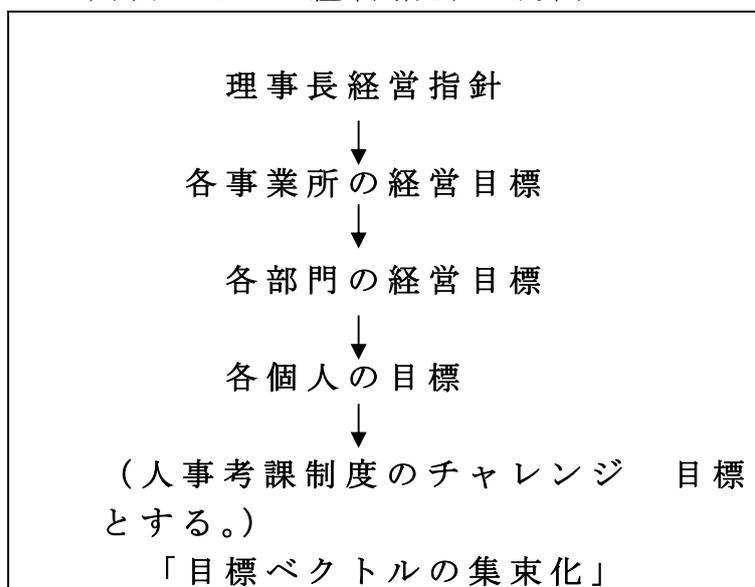
営戦略の内容は外部環境分析（医療介護業界の分析、当法人周辺環境の分析）と内部環境分析（各施設の分析）が行われている。

これらのトップの経営指針を受けて各事業所では自分の事業所のSWOT分析を次により行っている。

- ①現在の「強み」「競争優位」、顧客に選ばれる理由、・内部環境・外部環境の分析。
- ②現在の「弱み」「競争劣位」・内部環境・外部環境の分析。
- ③今後の「事業機会」「ビジネスチャンス」
- ④現在・今後の脅威　・内部環境　・外部環境の分析記述。
- ⑤次年度の医業総収入目標、医業総利益目標、経常利益目標。

以上から「経営指針のおとしこみ」を整理してみると、図表—46のようになる。

図表—46 経営指針の展開



出所：Y病院人事課提供資料。

経営指針書の効果として経営が認識していることは、次の3つで、

その1は、短時間に全職員に方針が明確化される。

その2は、理事長の指針書を基に各施設・各部署、各職員が目標設定するため目標ベクトルの集束化が図れる。

その3は、従来の漠然とした『頑張ろう』から『目標は実現するもの』の意識となる。

この経営指針書の特徴は次のとおりである。

①H会グループ連結経営数値目標の内訳が公開されている。

その内容は、医業総収入、医業原価合計、医業総利益、一般管理費合計、

医業外収入、医業外費用、経常利益、経常利益率などで、これらは事業所毎に明示されている。

②前年度事業所別生産性が公開されている。その内訳は、常勤換算(人)、医業総収入、総収入/人、総利益(粗利)、総利益/人、人件費、人件費/人、経常利益、経常利益/人などである。

③病院における1人当りの経営数値が事業所毎に公開されている。その主な内容を拾って見ると総病床数、常勤換算職員数、医業総収入、人件費、医業費用、医業利益、経常利益、労働分配率などである。

このように経営情報のほぼすべてが一般職員まで公開されている。各職員はこれらの経営目標との連鎖を考え個人目標を設定する。組織目標と個人目標の統合がシステム的に行われ、これらの結果が毎年の業績拡大に繋がっている。わが国を代表する「経営のY病院」としてその名を全国に知られるようになったが、その力の原点は目標達成のために「職員一人一人が経営者」となって事業所の目標に果敢にチャレンジをするという「集団成果主義」を職員各人が理解納得し且つ職員連帯感を大切にして頑張っていることにある。

さらに、事業計画とかかわっては、大阪市此花区に日本最先端の放射線治療施設「大阪陽子線クリニック」を開設すること、陽子線治療器は三菱電機製シンクロトロン・ガントリーを用いることなどが取り上げられている。

その他にIMRT(強度変調放射線治療器)もしくはライナック、診断機器としてCT、MRIが入る。施工は2014年8月、開業は2016年7月の予定、延べ床面積 2979 m² 耐久構造、総費用は機械設備を含め50億円を予定する。このように開院後5年間の予想損益計算書までを全職員に開示している。後述するが業績拡大の結果は業績連動の賞与に、また成果配分賃金として全職員に還元される。

さて各事業所の目標達成度の評価と新年度の経営目標の発表会の実施は毎年、年度末に全管理者と一般職員が一堂に会し実施している。一般職員は業務に支障がない限りの自由参加である。またこの発表会は院外に対してもオープンで実施しているため全国から病院・企業経営者等が毎年40～50名が見学に訪れるという。

また、発表会の場を盛り上げるため、発表会の場を借りて業績優秀事業所と業績優秀者の表彰を行っている。表彰推薦は自薦、他薦を問わず、職員個人でも、グループ表彰でもいずれでも良い。表彰には理事長賞、医療の質向上賞、顧客満足度賞、地域貢献賞の4つからなり表彰は表彰状と10万から5万までの賞金までである。

この表彰制度開催の発端は「人事考課制度導入プロジェクト委員会」の

成功を表彰することから始まった。当病院で人事考課制度の導入が出来たことを祝いプロジェクトチームが理事長から金一封、現金 10 万円の表彰を受けた。この 10 万円の使い道についてプロジェクトで議論をした思い出がある。

筆者もプロジェクトメンバーの一員でありその便益に預かったのだった。職能給制度導入成功時にも同様の表彰を受けた記憶がある。

この時のチームメンバーは私を含め確か 8 名ぐらいだったので 1 人当たり 12000～13000 円ではあったが、何に使おうか相当に盛り上がった記憶がある。結局、皆で飲み会で一杯やったり、また、豪華な弁当を取り寄せて食べた楽しかった思い出がある。金額ではなく、皆の前で誉められ、理事長から金一封を貰う、この名誉を現在まで継続し次の仕事への楽しさややりがいなどに繋げている。表彰が組織活性化の良い刺激材になっている。

(1)、M&A を展開する H 会本体 Y 病院の実力分析

A 市を出発点として M&A を展開しわが国の代表的病院に成長した H 会グループの本体 H 会（兵庫）Y 病院の底力は一体如何なるものなのかを次に「年度別経営状況の推移」から年表を追って見る。

図表-47 経営本体、H 会（Y 病院）経営状況の年度別推移（単位：千円）

年度	総収入	経常利益	経営状況・実施事項
H 9 年	4,903,710	－ 161,370 (3.3%)	・先代の理事長赤字の現状を知らない。
H 10 年	5,016,820	－ 76,650 (1.5%)	・運転資金貸し渋り。・建設会社へ 3.6 億未払い。医材料、医薬品 1.5 億未払い。
H 11 年	5,355,340	474,250 (8.9%)	・全職員へ経営情報開示（経費削減の徹底）・事業計画作成・リスケジュールで各銀行に融資依頼に奔走。 ・人事・賃金制度改革コンサル開始。
H 12 年	5,366,950	444,140 (8.3%)	・人事・賃金制度原案作成導入準備。

			<ul style="list-style-type: none"> ・現理事長就任。・中小企業同友会参加。
H 13 年	5,641,450	583,020 (10.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ・人事考課制度スタート。 ・デイサービス、いきしま開設。 ・介護老人施設痴呆棟 28 床増床。 ・リハビリ棟増床。 ・回復期リハビリ棟 (40 床)。
H 14 年	5,677,460	608,393 (10.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ・賃金と切り離れたポイント制退職金制度スタート・検診センター設置。 ・新オーダーリングスタート。 ・電子カルテスタート。 ・外来予約システム開始。 ・ISO,14001 取得。
H 15 年	5,973,056	606,138 (10.1%)	<ul style="list-style-type: none"> ・Aクリニック開設 (18 床)。 ・H 会デイサービスセンター開設。 ・急性期入院加算承認取得。 ・夜間加算承認取得。
H 16 年	6,252,742	639,241 (10.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC 参加。 ・デイサージェリースタート。
H 17 年	6,759,171	682,956 (10.1%)	<ul style="list-style-type: none"> ・NH 医療専門学校開校。 ・PET 検査開始。 ・特殊疾患療養病棟開設 (入院 I) 40 床。 ・M&A AA 会開設 87 床。
H 18 年	7,516,002	921,568 (12.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護 10 : 1 ・生活習慣病管理センターフィジカルフィットネス開院。 ・M&A 産婦人科 S0 病院開設 39 床。 ・A 病院無菌室設置。

H 19 年	8,820,456	1,186,420 (13.4%)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護療養から医療療養に変更。 ・Y病院医療療養29床を一般に変更(急性期145→190床)。 ・小規模多機能居宅介護事業所「SIの家開設」(登録25人)。
H 20 年	9,118,468	1,517,201 (16.6%)	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護事業所「SAの家」開設(登録25人)。 ・グループホーム「SKの家」開設18床。
H 21 年	10,029,799	1,376,341 (13.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護老人施設KM開設、46床。 ・高専賃「FTの家」開設30床。
H 22 年	10,773,374	1,718,106 (15.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・M&A OS病院(332床、老健70床)。
H 23 年	11,316,506	1,877,676 (16.6%)	<ul style="list-style-type: none"> ・OS病院、新人事賃金制度改革導入。
H 24 年	11,500,336	1,940,027 (16.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・M&A(東京)SR病院(199床)。 ・AH会新築移転。 (Aリハビリテーション病院に改名 87→97床)。
H 25 年	11,990,150	2,030,000 (16.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・OS病院新築移転482床スタート。 ・老健施設「Kの家」開設。 ・ディサービスF(大人の学校)開設。

出所；Y病院人事課提供資料

図表-47の「総収入・経常利益」を見ると、地場産業発展の限界を超えるM&Aでの事業展開の魅力を感じる。なお、H9年からH25年までの17年間の医業総収入と経常利益を見るとH9年、10年の赤字経営を克服しH11

年からは見事に黒字に転じている。その後、医療行政の流れを見ながら環境変化に柔軟に対応してきたことが伺える。

最もその努力に賞賛すべきことはH11年以降、現在の25年まで15年間、総収入、経常利益とも一度も前年を下回ることなく増収、増益を続けていることである。このように経営基盤本体が磐石であることが、仕掛ける積極的経営に繋がっているのは今更言うまでもない。

A市から始まった図表-49の、「H会グループの変遷」はそれを物語っている。

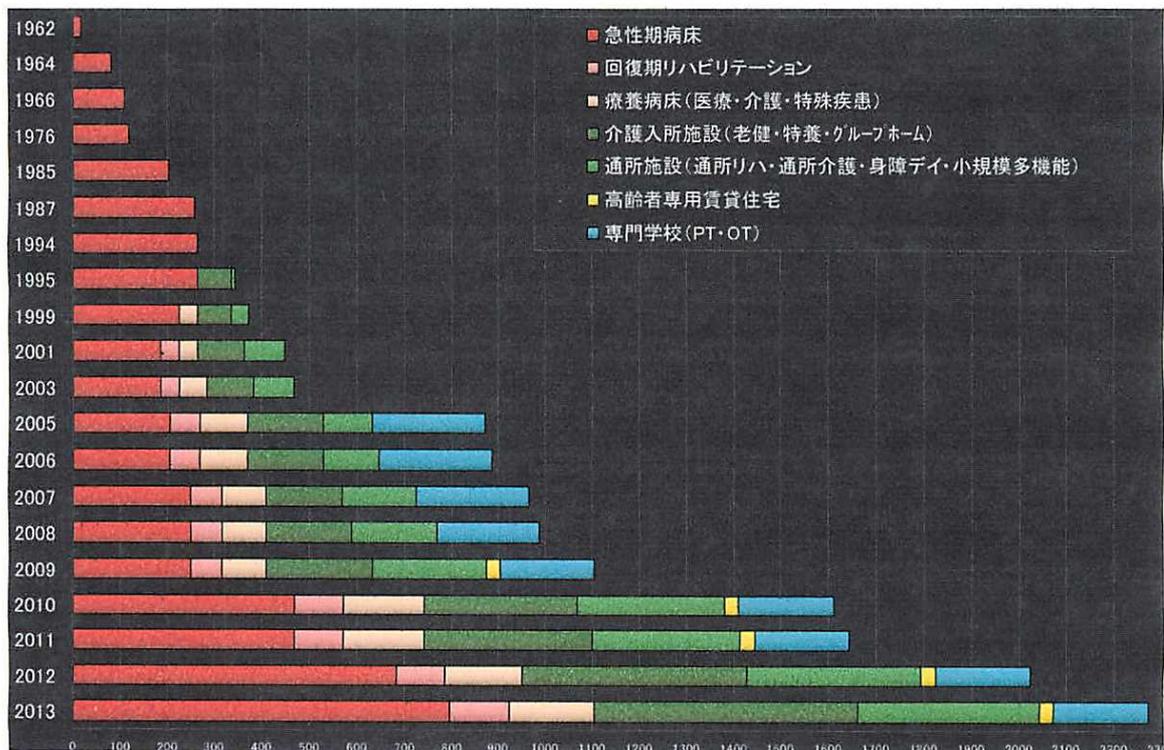
いずれにしても人事賃金改革から始まった“人間の働く喜び生きがい作り”が、先ず職員の満足づくり→患者・利用者満足→経営満足→社会満足という経路を通じて、これだけの経営改善を生み出していることには驚かざるを得ない。

図表-48 H会グループ 医業総収入・経常利益
(月次データ)



出所：Y 病院 人事課提供資料

図表-49 H会グループの変遷



出所：Y 病院 人事課提供資料

(2) 職員の成長に合わせて成果主義人事制度の導入

Y 病院は X 病院同様に人事制度は職能資格等級制度の導入から始まっている。しかし Y 病院では X 病院に於ける能力主義を主体にした実力成果主義への運用とは異なり、2010 年に M&A で大阪 G 病院（482 床、年商 100 億円目標）を傘下に置いたのを機会として、「役割職能資格等級フレーム」（図表一50）、職能資格等級と役割（実力）等級制度）に H 会グループの人事制度を全面的に組み換えた。

筆者がメンテナンズの指導に入ったのは 2010 年である。

大阪 G 病院は創立 100 年も間近い老舗の社会福祉法人であった。4 年連続赤字決算、債務超過 3 億円、経営交代直後より黒字転換、年商 49 億円、経常利益 4.6 億円となったが、成果主義一辺倒で恒常的に業績を上げようとすれば職員の成長を待つことができない。時代が変わったとは言っても長期雇用によって人材を育てるわが国においては競争力を高め続けていくためには結局職員が成長できる職能資格等級制度の能力開発制度は残す人事賃金制度が効果的であるとトップは判断をしたのである。

その意味では一部では甘いと言われる職能資格等級制度を残して職員の成長を重視、賃金は実力で支払う実力等級制度を新たに導入した。Y 病院の S 理事長に病院成長の秘密をインタビューした。

理事長は「我々の法人にはドラフト上位指名を受けるようなエリートは一人もいない。全員がドラフト外の選手ばかりの雑草集団である。しかし我々は過去 40 年間にわたり毎年増収を記録しており経常利益率もこのところ 10%内外の高い水準を示している。」と語る。H 会グループの病院 1 人当りの年間平均医業収入高は 2013 年度実績で医療系 1539 万円、介護系は 840 万円を超えている。特に目につくのは一人当りの人件費で医療系は年間平均約 700 万円、介護系 447 万円と高額であることだ。付加価値の高い働き方であることが分る。2010 年に M&A をした社会福祉法人の大阪 G 病院では医療系は一人当たり年間総収入 1286 万円、介護系 756 万円、人件費は年間一人当たり、医療系 620 万円、介護系 462 万円である。同じく 2012 年 M&A の東京、S 病院では年間平均一人当たり人件費は 711 万と 700 万円を超え、介護系も 519 万円と 500 万円を超えている。

一般に急性期病院の職員一人当たりの収入は 1200 万円を目標にせよと言われているがその期待値をはるかに超えた優良水準にある。

「人事賃金制度とは企業戦略そのものである。また人事賃金制度は企業トップの事業に対する理念の集約である」と S 理事長は語ったが高額賃金を支払える人事賃金システムの力を次に探してみる。

このような H グループの成長を支えてきたのが、成果主義人事制度である。

そして、そのバックボーンをなすのが役割職能資格等級制度である。そのフレームワークを示すと図表- 50 の通りとなる。

図表-50 の役割職能資格等級フレームには3つの人事制度が組み込まれている。一番左に「職能資格等級制度」、真ん中には「職群と対応役職（管理職と専任職）＝複線型人事制度ともいう」一番右に「役割等級制度＝実力等級制度とも言う」である。

すなわち、Y病院の人事制度は「職能資格等級制度」と「複線型人事制度」および「役割等級制度」の3つで形成されている。「職能資格等級制度」については前出の通りであるので割愛するが、「複線型人事制度は」は「本人の意思と適性による人材育成コース」と「適性による人材活用コース」の2つがある。職能キャリア形成の前期は本人の意思と適性による人材育成であり、また職能後期は適性による人材活用（昇進）として位置づけている。いずれも職能資格等級制度を共通の処遇軸として独立的にキャリア形成が行なわれる。大切なことは職群とは職種グルーピングではないということである。あくまでも本人の意思を尊重した育成職群（コース）の選択である。Y病院では育成職群に3つの選択肢を設けている。

はじめに「一般職」は職務限定職員と言われる。限られた担当業務で習熟を極め経験を主体にした業務を推進する。広い地域間異動、職種間異動は原則としてない。教育はより実践的な職能訓練やOJT教育に主力が置かれる。次の契約一般職は、この契約とは2年とか3年の期間を決め一般職の資格要件のもとに、特別な労働条件で働く職員に適用するものである。

その他の契約職群もそれぞれの資格要件のもとに、特別な労働条件を定めて働く職員を意味するものであり、以下同様であり省略をする。

「専能職」は一定の分野で経験を積み技能を身につけて、将来高度な熟練者を目指すコースで「職種指定職群」とも言われている。いわゆるベテランとして仕事を推進し、エキスパートを志向する人材群である。職種間異動は職務柄、担当業務周辺に制限される。しかし、地域間、事業所間異動は普通に行われる。

「総合職」は多能化コースとも言われ幅広い知識や技能を修得し判断力、折衝力、指導力等の習熟能力（経験）を身につけることを期待している職群である。地域間異動等キャリア開発などの研修受講も義務づけられている人材育成グループである。いわば将来の幹部候補生と言われるコースで経営方針の策定や企画立案業務に参画する基幹職員として位置づけている。

さて、以上、3つの育成職群の職能資格等級制度の位置づけであるが、仕事の深まり、高まり、広がりから「一般職」は4等級どまり、「専能職」は5等級どまり、「総合職」は最上の9等級まで職能要件を満たせば

昇格できる。職群間の転換は35歳まで3回まで認められている。年齢制限の理由はコース別のキャリア要件を極めるには相当の時間を必要とするからである。「専任職」「管理監督職」「戦略人材」については前出のとおりであり説明は割愛する。

さて「役割等級制度」は賃金制度の基準として活用しているのが特徴と言えるだろう。役割等級制度の中身は仕事基準人事であるので実力が明確に分かる。

仕事基準で賃金を決めると仕事がプロモートしない限り賃金の昇給はない。それでは、若い職員は不安を感じ離職するだろうとの判断から役割等級Ⅰ等級者に限って職能給を運用して「昇給あり」を認めている。役割等級Ⅰ等級を職能資格等級に置き換えると大凡1～3等級者クラスに該当する。役割等級Ⅱ等級以上者については職能資格等級の位置づけに係わらず実際に遂行している役割業務・課業により抜擢格付も行っている。

抜擢は役職についても同様である。フレームの中では各役職位ごとに職能資格等級制度との対応関係を明示しているが、優秀と判定すれば下限等級（破線部分）から、院長代行、副院長代行、部長代行として自由に抜擢し実力成果主義人事を推進している。役割の中身を構成するのは職務であるので職務は変わる可能性がある。しかしY病院では器である役割（例えば経営管理部長の役割は、H会グループの業績向上、モチベーションアップなど）をしっかりと固めているところにY病院の強さの秘密を知ることが出来るのである。

5、賞与総原資算定方式の導入とそのシステム

医療機関の経営は人件費管理で決まると言われる程、人件費問題は最も重要な経営課題である。筆者のコンサルも結論的に言えば如何に最小の費用をもって最大の効果を上げることが出来るかの経済原則に基づく指導である。人件費管理のベースになる考え方は目標達成時の還元システムの合理性と客観性である。成果配分とは労使が一体になって「公開、協議、還元」のシステムを作り対処する方式であるから、目標成果を明確にし目標を上回った成果(売上高、付加価値、利益額の超過成果)があった場合、その超過成果をあらかじめ設定した分配基準によって追加還元するシステムが用意されていることが大切である。これに対して業績賞与は病院側の裁量で支払われるもので、業績賞与と成果配分賃金とはある一線を画している。当院で成果配分賃金導入に当って筆者は理事長に次の進言を行っている。

- ① 成果配分賃金が所期の効果を上げるには成果の具体的な指標やその配分算式、分配比率、その他、利益や経営資料の公開などガラス張り経営がまず前提となること。
- ② 労使が一体になって具体的な指標や目標づくりを進めることが必要であること。
- ③ 指標(目標値)や基準はできるだけ単純明快で各人に分りやすく、また業種、規模や業態、部門特性にマッチしたものであることが大切であること。
- ④ 指標や目標値は次の成果に向けて連続性がありその指標を達成することが企業の発展にも結びつくものであること。
- ⑤ 指標や基準には理論的な裏づけがあり、労使共に納得し共有出来るものであること。
- ⑥ 成果配分目標や基準値は一度決めたら固定化してしまいうものではなく、事態の変化に対応し調整機能を持つものであること。

このように成果配分賃金導入の目的の第一は職員の経営参加の機会作り(職員一人ひとりが経営者)である。

この成果配分賃金には労使一体の経営参加を促進する機能があるが、経営は経営情報を職員に全面開示が出来るか否かが大切であり、この点について理事長、経営幹部と時間をかけて話し合いを行いトップの承認を得て次の第二ステップの議論に進む。

第二には、賃金の調整機能を成果配分賃金に持たせる。こうすることで基本給や月例賃金は安定化させることが出来ること、基本的な年収は可能な限り社会動向や社会相場に合わせて支給する。

しかし、業績・利益などの変動部分は成果配分で受け止めることにする。

第三は、当病院では職能給の賃金体系を導入するが職能給は人間基準の賃金であるため、ある程度ファジィ性のある賃金であることを理解すること、業績をストレートに反映できない賃金制度であることを理解すること。等の了解の基に次の成果指標の選択をトップと話し合った。

目標とする成果指標は職員にとって分かりやすいこと、大切なのはどの職種でも努力をすれば成果を獲得出来る共通の指標であることであり、筆者は次の代表的な成果指標算定方式の4つを提案した。

①売上高基準方式

成果配分原資 = (売上高 - 基準売上高) × 配分係数

②付加価値（または粗利益額）基準方式

成果配分原資 = (付加価値額 - 基準付加価値) × 配分係数

③付加価値人件費率配分方式

成果配分原費 = (付加価値額 × 労働分配率) - (支給済賃金)

④経常利益額基準方式

成果配分原資 = (経常利益額 - 基準経常利益額) × (① - 税率)

このようにいろいろあるがどれを採用するか、経営側から考えれば④の最終の利益が大切で経常利益方式の選択となる。しかし働く側から考えれば、こんなに忙しく働いたのだからとの意見も多く、労働者はきっと①の売上高基準方式の選択になる筈であると筆者は説明をした。

理事長はしばらく考えた後に私に次のように答えた。「本音で答えれば無論経常利益である。しかし、それでは職員の多くは、うちの理事長は儲け主義だというだろう。そこで考えたのだが、成果指標は、①の売上高基準方式と④の経常利益額基準方式の2つの公式を一緒に採用したい。…」との要望であった。

具体的には次の成果配分算式を用いることで理事長決済を得て業績変動部分の原資作りがルールが決まり、平成13年(2001年)以降、長い間、人件費のコントロール機能をもち経営発展のベースになってきた。

平成13年当時の成果配分原資算定基準は

成果配分原資(賞与総原資) = 売上高(医業総収入・半期) × A% + 経常利益額(半期) × B%で、売上高と経常利益額の割合は、売上高2:経常利益額1の割合と決める。

この算定公式で売上高2の割合は職員が頑張っって患者、利用者の獲得が増えれば必然的に職員の配分は増える。職員の頑張りをストレートに受け止めた賃金を職員に還元する仕組みを明確にしたのである。

売上高2の割合については、平成13年当時の実際の賞与支給総原資をま

ず3で割り、売上高2、経常利益額1の額に分離し、その2:1の2の割合の原資は売上高に対して何パーセントに該当するのか、また、経常利益額の1とは1の割合の原資は経常利益額に対して何パーセントを占めるのかを計算し、その時の配分率(%)を8年間適用した。

周知の通り、売上高や経常利益額のパイが増えれば配分率は夫々固定をしていても必然的に成果配分総額は増え続けていくのである。

この好循環の流れが現在のY病院の財務体質の強化と発展に繋がっていると見える。成果配分賃金とは経営サイドから見れば業績の向上を狙いとして導入する制度であるが経営環境が急激に変動したり厳しい状況に陥る場合も予想される。したがってあらかじめ計算式の見直しのルールを定めておくことが必要になる。

現在はM&Aも進行し事業展開地域を3箇所分割し次の基準によって地域の経営状況を見ながら業績反映賞与を支給している。

兵庫地域… (粗利×7%+利益×12.5%) / 賞与支給者人数

東京地域… (粗利×5.5%+利益×15%) / 賞与支給者人数

大阪地域… {粗利×5%+利益×25% / 賞与支給者人数

6、超過成果の成果配分賃金

Y病院では余剰利益を職員に分配する本来の成果配分賃金を導入して15年になる。経常利益10%を越えた場合に余剰利益として扱いその20%を「臨時賞与」として職員全員に均等に配分するシステムである。グループを兵庫県、大阪、東京の3カ所に分け各々のグループで医師もヘルパーも清掃作業員も全員同額として支給をしている。無論、通常の賞与は職種ごとに違いがある。しかし、この超過臨時賞与は医師は医師として職責を果たした、清掃作業員は作業員として自分の持てる力を最大限に発揮して職責を果たしたこの価値は皆同じとして組織に還元するという考え方で支給を続けてきた。この臨時賞与が組織に潤いを与え明日の力になっているようだ。臨時賞与は現金支給で年度決算が終了した5月に支給している。

26年度の臨時給与は兵庫県グループが22万1千円であった。臨時給与は地域連携、人事交流のある単位を大括りに支給している。その理由は各職員には常に「グループ最適」を追求してもらいたいというトップの願いからである。例えば自分の職場が高い業績を上げててもその業績がグループの最大利益に結びつかない働き方では臨時賞与は増えない仕組みにしている。一方、人事考課を反映する賞与は自らの力で勝ち取るものとの区分を明確にしている。

図表—51 成果配分賃金の計算式（例示）

グループ全体の経常利益が 10%を超えたら成果配分賃金（臨時賞与）を支給する。超過した利益の 20%を成果配分原資とする。		
（例示）		
医療総収入	10,000,000,000	円
経常利益	1,500,000,000	円
医療総収入の 10%	1,000,000,000	円
超過した利益	500,000,000	円
超過した利益の 20%	100,000,000	円
職員常勤換算人数	700	人
成果配分賃金（臨時賞与支給額）	142,857	円
	常勤職員-----	100%
	パート 4 時間以上勤務---	50%
	パート 4 時間未満勤務---	25%
	学生-----	寸志

7、職能給と成果による半期年俸制度の導入

裁量権を持つ医師職及び経営幹部（部長職）にある者については半期年俸制度を適用している。半期年俸制導入の目的は単なる人件費節約ではなく役割の遂行と経営参画意識の向上である。6カ月前の業績を6ヶ月後に反映するタイムリーな半期年俸制で業績変化に即応している。

半期年俸制を計算する基準賃金の構成は職能給と業績給と諸手当であるが、諸手当についてはその人の個人的受給権は一切認めていない。すなわち家族手当は家族のいる人といない人を比べた場合、家族がいるだけで高額賃金をもら得るような属人的な賃金では誰が見ても実力給とは言えないからである。そこで、属人的要素を持つ手当は一切排除し、例えば家族手当について言えば家族はいてもいなくても配偶者、子供2人と統一して他の人も皆同じく、3人の家族手当を職能給に合算する。こうすることによって、年俸制は真の実力賃金となる。他の手当も全く同様で、例えば課長職の管理職手当も人によって6万円、4万、3万と格差があった場合、例えば課長手当は課長職全員5万円と言うように同一額に統一し職能給に合算する。年俸制には手当と言う概念が全くないのである。属人的な要素を認めることは真の実力賃金とは呼べないからである。年俸制は職能給と成

果主義の役割給（24歳～30歳）、業績給（31歳以上）と言う両者をミックスにして年俸制計算のための基準賃金を構成し、この基準賃金をベースに年俸制は基本年俸、業績年俸の2つをもって次の算式で計算する。

基本年俸＝基準賃金（職能給＋役割給＋家族手当＋管理職手当）×12ヶ月

業績年俸＝基準賃金×xヶ月×業績考課係数（法人・科業績・個人業績）

この基本年俸と業績年俸の2つを合算した金額がその年の年俸額となる仕組であるが Y 病院では半期年俸を採用しているのも特徴の1つである。法人や事業所、部門の成果目標は数値化されて評価がし易いが、数値化がしにくい定性的目標については病院にプラスになる目標なら何でも目標化して良いことにしている。個人の成果を強調するあまりチーム医療に支障をきたしたり院内で無意味な競争が起こしたりしないように配慮していると言う。

この科別の業績基準を示したのが、図表—52である。目標値が考課段階ごとに明示されている。期待する目標値を達成するためには、どのような検査をやればよいのか、前年同期の実績を踏まえ今年度の期待される目標値が考課段階毎に数値で示されている。たとえば、これらの期待される目標値を確認し、自分は何処まで何を頑張るのか、またやるのかを示したのが図表—53の「いきいきカード」である。医師には名前を変えて図表—54「個人の業績（目標）」としている。図表—54で示すとおり「私の担当業務（重点課題）」欄に今期の重点課題を定めて、どこまでやるかの数字目標を書き込んでいく。達成基準案は十、±、－欄に夫々自分で書き込んでいく。十の達成基準とはどの程度の達成度を考えているのか、自分が考えている出来栄えを記述する。以下同様に±、－の出来栄えを記入していく。

次に、この目標を達成するためには、何をどう努力すればよいのか、どのような手段や方法でやるのかの手段、方法を選択して書き込んでいく。無論、いつまでにやるのか、優先順番を決めて期日を書き込むルールが明確になっている。

ユニークなのは医師の情意考課だ。

医師の情意考課のチェックは現場で医師と一緒に仕事をしている看護師、コメディカルによる多面考課である。制度スタート時は医師からの反発や苦情があったと聞くが現在は慣れてしまったのか、さしたる問題もないと聞いている。加点項目については上限20点を上限にチャレンジをした時のみに認められる点数でその内容は職群・職種毎によって異なったものとなる。

図表-52 科の業績 (内科)

ウイット	料別評価基準 100		内科 (2009年度下半期)H21					
	本院人数	全国平均 ×人数	H20下半期	評価				
				D	C	B	A	S
15 外来	7.6	22,436	25,234	~19,999	20,000~21,499	21,500~23,499	23,500~25,999	26,000~
15 入院	6	12,155	14,349	~13,499	13,500~14,499	14,500~16,999	17,000~17,999	18,000~
30 収入	6.8	594,671	861,158	~779,999	780,000~829,999	830,000~869,999	870,000~899,999	900,000~

H20下半期								
項目	Bランク1月平均	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
5 外来CTオーダー数	1,346	~1,099	1,100~1,199	1,200~1,299	1,300~1,399	1,400~		1,400~
5 外来MRIオーダー数	117	~49	50~69	70~89	90~109	110~		110~
5 内視鏡オーダー数(入外)	788	~619	620~659	660~699	700~749	750~		750~
5 外来エコーオーダー数	190	~199	200~239	240~299	300~359	360~		360~
15 新入院患者数	496	~319	320~369	370~419	420~469	470~		470~
5 リハオーダー数	387	~149	150~199	200~249	250~299	300~		300~
100								

項目	Bランク1月平均	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外来CTオーダー数	200.0~216.5	257	209	236	209	203	254	1,368
外来MRIオーダー数	11.7~14.8	17	17	12	21	15	25	107
内視鏡オーダー数(入外)	110.0~116.5	154	119	151	126	127	132	809
外来エコーオーダー数	40.0~49.8	47	33	30	27	28	44	209
新入院患者数	61.7~69.8	94	90	81	86	75	92	518
リハオーダー数	33.3~41.5	39	51	33	34	36	37	230
外来	3,589~3,917	4,661	4,922	4,307	4,454	3,971	4,499	27,414
入院	2,417~2,839	2,778	2,693	2,721	2,630	2,520	2,605	15,947
収入	133,333~145,000	172,766	167,340	179,072	168,381	158,516	170,373	1,017,053

出所: Y病院, 人事課提供資料

図表-53 いきいきカード (チャレンジカード) 指導監督職層

年度 上期・下期	考課対象者	所属	役職	職群	資格等級	級在籍年数	氏名	一次	二次	三次

達成度評価	自己	いつまでに	逆行基準 (手段・方法)	達成基準 (期待目標)	達成度評価		
					自己	いつまでに	逆行基準 (手段・方法)
1.							
2.							
3.							

達成度評価	自己	いつまでに	逆行基準 (手段・方法)	達成基準 (期待目標)	達成度評価		
					自己	いつまでに	逆行基準 (手段・方法)
1.							
2.							
3.							

達成度評価	自己	いつまでに	逆行基準 (手段・方法)	達成基準 (期待目標)	達成度評価		
					自己	いつまでに	逆行基準 (手段・方法)
1.							
2.							
3.							

＜記入方法＞ 資格等級レベル記号……C:チャレンジ L:レベル
 達成度評価記号……+ :期待以上 ±:期待どおり - :期待を下回った
 合計点数

出所: Y 病院: 人事課提供資料

図表一54 個人の業績（目標）

個人目標 ウエ-介 (%)	80 私の担当業務(重点課題)	達成基準	いつまで		自己評価	
			遂行手段(手段・方法)	1次	2次	
1	+		S・A・B・C・D	S・A・B・C・D	S・A・B・C・D
	±				
	-				
2	+		S・A・B・C・D	S・A・B・C・D	S・A・B・C・D
	±				
	-				
	+		S・A・B・C・D	S・A・B・C・D	S・A・B・C・D
	±				
	-				

情意目標	20	項目	評価
		回診を定期的に行い、患者様の求診をよく把握している。	S・A・B・O・D
		医師(従事者や看護師)が困らないように、わかりやすく診察や治療方針、薬検のムンテラ内容がカルテに記載されている。	S・A・B・O・D
		緊急時や主治医不在時の診察を頼まれた場合には、快く対応している。	S・A・B・O・D
		患者様や家族にムンテラされ、信頼関係が図られている。	S・A・B・O・D
		看護師や介護員に対し、チーム医療の一員として、相手を尊重した態度や言葉使いをしている。	S・A・B・O・D
		経営管理も考慮して業務を行っている。	S・A・B・O・D

S 非常によい A 良い B 普通 C 努力が必要 D 非常に悪い

加点目標	上限20
学会発表数	1回プラス2点
雑誌掲載数	1回プラス4点
医師会行事参加数	1回プラス1点
院内教員	1回プラス1点

病院全体 100点・科 100点・個人(個人+情産) 100点・加点 上限20点 出所; Y 病院 人事課提供資料

表で示されているのは医師の加点目標で個人業績（目標）のパーアヘクト点は120点になる計算である。人に優れる努力をした時、この努力を褒めたたえる加点で、この努力が人を成長させ、病院の発展（活性化）に繋がると考えている。

医師の評価基準は3つの評価項目で構成され配点内訳は次の通りである。合計点は320点満点となっている。

- ① 法人全体の業績-----100点
- ② 科の業績 -----100点
- ③ 個人の業績（チャレンジカード＝個人の目標、情意考課） ---100点
- ④ 加点---- 上限、20点

26年度4月に実施した医師の等級別考課別人事考課結果（兵庫県）を見てみると昇格管理も人事考課もしっかりと行われていることが分かる。「個人の業績（目標）」の配点ウエイト120点の内訳は①個人の目標（2項目設定）80点、②情意考課（看護師による多面考課）20点、③加点上限20点（学会発表1回プラス2点、雑誌掲載1回4点、医師会行事参加1回1点、院内教育1点）となっており、情意目標の評価では業績に直結する重点課題の達成度やチームの一員としての期待像の遵守度、努力度を看護師・コメディカルから多面考課を受けているのは特徴的である。この人事考課ではトップの理事長も他の医師と同様に基準に基づき多面考課を受けており、その結果は賃金処遇に反映されている。その実態を見ると26年4月現在の人事考課の結果は、図表-55のとおりである。

この表から見えることはパレートの法則、人材育成の2-6-2の法則に似ている。人事考課別合計人数、優秀SとAは7名（19.4%）、普通B+とBは20名（55.6%）、B-とCとDは9名（25%）である。これらの人事考課結果から人材育成、人材活用の人事管理対象者はB-以上の28名（77.8%）であることが分かる。C、Dの8名の医師は後任が見つかるまでの暫定要員としての位置づけである。人材育成と言っても医師としての基本的な資質（使命感、責任性など）に欠ける者は育たないからである。経営管理部長に確認したが同じような答えであった。就業の間は患者・家族への対応や法定書類の作成など齟齬がなきよう、経営管理部でしっかりとマネジメントをしているとのことである。

図表－55 26年4月医師の等級別人事考課実績（兵庫県）

等級	S	A	B+	B	B-	C	D	等級別人数
9	1	1	2					4
8		1	2	1				4
7		2	3	3			1	9
6		2	4	1	1	2	3	13
5			1	2		1	1	5
4			1					1
計	1	6	13	7	1	3	5	36

出所：Y病院人事課提供資料。

人事考課は上期、下期の6カ月毎に年2回実施している。上期（4/1～9月末）の人事考課結果は業績年俸へ反映し、また下期（10/1～3月末）の人事考課結果は上期の人事考課結果と合算し年間の平均値を出し、その結果をトップが査定で修正した最終評価を基本年俸と業績年俸決定の参考資料としている。人事考課結果は飽くまでも評価計算方式に基づいたアウトプットであり、この人事考課結果をそのままストレートに賃金処遇に反映させるのか否かについて人事は良く考えなければならない。明日への活力に結びつかない人事考課のための人事考課であってはならないからである。

人事考課はあくまでも経営活性化の1手段・方法に過ぎないからである。

図表—56 26年4月医師の等級別人事考課別習熟昇給額実績〈兵庫県〉

等級	S	A	B+	B	B-	C	D	B+の昇給額
9	5810	4980	4150					4150
8		5700	4750	3800				4750
7		6420	5350	4280			0	5350
6		5700	4750	3800	2850	1900	0	4750
5			4550	3640		1820	0	4550
4			4350					4350

出所：Y病院人事課提供資料

上記の図表—53の昇給額は図表—52の人事考課に対応した医師一人当たりの昇給額である。昇給額（定昇）は7等級の医長クラスを最高にして8～9等級の部長、副院長、院長クラスの昇給額は低減していることが分かる。このクラスともなれば習熟昇給よりも昇格昇給に昇給のウエイトをかけ、新しい等級に昇格した時に昇格昇給（図表—57）で賃金が上がるという仕組みである。良い仕事をやって昇格をして欲しいというトップのメッセージが賃金表に込められている。本来の習熟昇給額（定昇）の原資を削減し昇格昇給額の原資に加算する形で賃金表が作られている。これからの実力・成果主義賃金設計の1モデルとして参考になると思う。

図表-57 医師賃金表、昇格昇給額

等級昇格	昇格昇給額
4 → 5	17550
5 → 6	22550
6 → 7	20750
7 → 8	32100
8 → 9	31500

出所：Y病院人事課提供資料

8、医師の年俸制の設計システム

現在、能力主義人事制度を導入している多くの病院・施設の賃金体系では年齢給（生活給）に職能給を加えこれを基本給にしている。いくら能力主義賃金とは言っても能力のない者は生活が成り立たないようでは賃金論は成立しないからである。そこで最低必要な生計費の保障が必要になり、

図表—58 段階号俸表（標準5号昇給）

	4,150	4,350	4,550	4,750	5,350	4,750	4,150
	J-3	J-4	J-5	S-6	S-7	S-8	M-9
1	234,750	237,900	264,150	300,350	335,350	388,850	439,350
2	235,580	238,770	265,060	301,300	336,420	389,800	440,180
3	236,410	239,640	265,970	302,250	337,490	390,750	441,010
4	237,240	240,510	266,880	303,200	338,560	391,700	441,840
5	238,070	241,380	267,790	304,150	339,630	392,650	442,670
6	238,900	242,250	268,700	305,100	340,700	393,600	443,500
7	239,730	243,120	269,610	306,050	341,770	394,550	444,330
8	240,560	243,990	270,520	307,000	342,840	395,500	445,160
9	241,390	244,860	271,430	307,950	343,910	396,450	445,990
10	242,220	245,730	272,340	308,900	344,980	397,400	446,820
11	243,050	246,600	273,250	309,850	346,050	398,350	447,650
12	243,880	247,470	274,160	310,800	347,120	399,300	448,480
13	244,710	248,340	275,070	311,750	348,190	400,250	449,310
14	245,540	249,210	275,980	312,700	349,260	401,200	450,140
15	246,370	250,080	276,890	313,650	350,330	402,150	450,970
16	247,200	250,950	277,800	314,600	351,400	403,100	451,800
17	248,030	251,820	278,710	315,550	352,470	404,050	452,630
18	248,860	252,690	279,620	316,500	353,540	405,000	453,460
19	249,690	253,560	280,530	317,450	354,610	405,950	454,290
20	250,520	254,430	281,440	318,400	355,680	406,900	455,120
21	251,350	255,300	282,350	319,350	356,750	407,850	455,950
22	252,180	256,170	283,260	320,300	357,820	408,800	456,780
23	253,010	257,040	284,170	321,250	358,890	409,750	457,610
24	253,840	257,910	285,080	322,200	359,960	410,700	458,440
25	254,670	258,780	285,990	323,150	361,030	411,650	459,270
26	255,500	259,650	286,900	324,100	362,100	412,600	460,100
27	256,330	260,520	287,810	325,050	363,170	413,550	460,930
28	257,160	261,390	288,720	326,000	364,240	414,500	461,760
29	257,990	262,260	289,630	326,950	365,310	415,450	462,590
30	258,820	263,130	290,540	327,900	366,380	416,400	463,420
31	259,650	264,000	291,450	328,850	367,450	417,350	464,250
32	260,480	264,870	292,360	329,800	368,520	418,300	465,080
33	261,310	265,740	293,270	330,750	369,590	419,250	465,910
34	262,140	266,610	294,180	331,700	370,660	420,200	466,740
35	262,970	267,480	295,090	332,650	371,730	421,150	467,570
36	263,800	268,350	296,000	333,600	372,800	422,100	468,400
37		269,220	296,910	334,550	373,870	423,050	469,230
38		270,090	297,820	335,500	374,940	424,000	470,060
39		270,960	298,730	336,450	376,010	424,950	470,890
40		271,830	299,640	337,400	377,080	425,900	471,720
41		272,700	300,550	338,350	378,150	426,850	472,550
42		273,570	301,460	339,300	379,220	427,800	473,380
43		274,440	302,370	340,250	380,290	428,750	474,210
44		275,310	303,280	341,200	381,360	429,700	475,040
45		276,180	304,190	342,150	382,430	430,650	475,870
46		277,050	305,100	343,100	383,500	431,600	476,700
47		277,920	306,010	344,050	384,570	432,550	
48		278,790	306,920	345,000	385,640	433,500	
49		279,660	307,830	345,950	386,710	434,450	
50		280,530	308,740	346,900	387,780	435,400	
51		281,400	309,650	347,850	388,850	436,350	
52		282,270	310,560	348,800	389,920	437,300	
53		283,140	311,470	349,750	390,990	438,250	
54		284,010	312,380	350,700	392,060	439,200	

55		284,880	313,290	351,650	393,130	440,150
56		285,750	314,200	352,600	394,200	441,100
57			315,110	353,550	395,270	442,050
58			316,020	354,500	396,340	443,000
59			316,930	355,450	397,410	443,950
60			317,840	356,400	398,480	444,900
61			318,750	357,350	399,550	445,850
62			319,660	358,300	400,620	446,800
63			320,570	359,250	401,690	447,750
64			321,480	360,200	402,760	448,700
65			322,390	361,150	403,830	449,650
66			323,300	362,100	404,900	450,600
67				405,970	451,550	
68				407,040	452,500	
69				408,110	453,450	
70				409,180	454,400	
71				410,250	455,350	
72				411,320	456,300	
73				412,390	457,250	
74				413,460	458,200	
75				414,530	459,150	
76				415,600	460,100	

出所：Y病院 人事課提供資料

年齢給をベースに職能給を設定している。しかし医師は世間の他職種に比べてもトップクラスの高賃金であり生活の心配はない。そこで初めから役割給とか業績などによって変動する業績給を導入するのが一般的である。自分の裁量によって仕事をコントロール出来るエクゼンプト層の賃金設計の基本は職能給と役割給または業績給で構成されている。役割給とは職責にチャレンジ目標（重点課題）を加えた賃金の事で「期待給」とも言える。一方業績給は期待した役割目標の達成度を評価した賃金である。これに職能給を加えて基本給を構成する。役割給を適用するか業績給を適用するかは企業ニーズ（病院）による選択になるが業績給を選択した場合は基本給部分も每期変動する可変性豊かな賃金となりこれを年俸に置き換えた時には基本年俸も業績年俸同様に可変性豊かな年俸になる。Y病院では研修医を終了した31歳から業績考課を反映した可変性豊かな業績給を適用しこれに職能給を加算し基本給を算出する。そのほか家族手当と管理職手当を更に

図表—59 / 2013年度、医師最終評価と昇給額

医師 等級	常勤	2013上				2013下				年間評価			上半期 月額増加額	下半期 月額増加額	
		科業績	個人目標	加算	合計	科業績	個人目標	加算	合計	評価	最終評価 修正	修正			
1	9	123.00	123.00	0	246.00	A	107.72	107.72	5	220.44	B+	B+	B+	8,936	5,258
2	9	122.24	122.24	0	244.48	A	111.25	111.25	5	227.50	B+	B+	B+	11,564	11,706
3	9	142.91	112.22	4	259.13	A	152.50	126.66	1	280.16	S	A	A	11,799	20,948
4	7	76.67	130.00	2	208.67	B	123.33	132.20	0	255.53	A	B+	B	7,358	5,140
5	7	138.33	85.55	1	224.88	B+	118.33	86.67	1	206.00	B	B	B	10,520	7,310
6	9	130.00	130.00	0	260.00	S	128.33	128.33	10	266.66	S	S	S	14,009	21,713
7	7	113.33	124.44	12	249.77	A	98.33	122.22	5	225.55	B+	B+	B+	8,564	10,129
8	7	113.33	82.22	6	201.55	B	98.33	108.89	2	209.22	B	B	B	8,248	7,692
9	6	105.00	101.11	1	207.11	B	133.33	84.44	1	218.77	B+	B	B	7,947	10,644
10	6	138.33	100.00	1	239.33	A	143.33	103.33	2	248.66	A	A	B+	10,014	15,364
11	6	0.00	196.66	0	196.66	B-	0.00	200.00	0	200.00	B	B-	B-	7,166	7,554
12	6	96.67	75.56	1	173.23	C	73.33	77.78	2	153.11	D	D	C	7,199	9,014
13	8	146.67	110.00	4	256.67	A	146.66	102.22	4	252.88	A	A	B+	7,421	14,397
14	6	160.00	127.78	5	292.78	A	73.33	128.89	2	204.22	B	B+	B+	10,465	7,233
15	6	96.67	72.22	4	172.89	C	98.33	72.22	0	170.55	C	C	C	9,195	8,302
16	8	126.67	100.00	12	238.67	A	110.00	94.44	12	216.44	B+	B+	B	4,422	5,219
17	7	126.67	120.00	8	254.67	A	110.00	94.44	5	209.44	B	B+	B	9,305	6,049
18	7	138.33	114.44	4	256.77	A	118.33	87.78	3	209.11	B	B	B	11,583	10,305
19	8	138.33	101.11	7	246.44	A	118.33	101.11	4	223.44	B+	B+	B+	14,907	13,673
20	5		200.00	0	200.00	B	0.00	200.00	0	200.00	B	B	C	9,681	10,475
21	5										B	A	B		5000
22	6	156.67	92.22	0	248.89	A	160.00	130.00	0	290.00	S	S	B+	16,614	21,286
23	8	156.67	93.33	0	250.00	A	160.00	98.89	0	258.89	A	A	B	14,025	20,872
24	6	113.33	117.78	5	236.11	A	98.33	120.00	1	219.33	C	B+	B+	9,666	11,027
25	6	142.91	110.00	5	257.91	A	152.50	72.22	5	229.72	C	C	C	10,419	10,548
26	6	121.33	126.66	0	247.99	A	116.66	113.33	2	231.99	A	A	A	15,050	16,000
27	7	0.00	213.33		213.33	B	0.00	262.22	0	262.22	S	A	A	5,100	20,857
28	5	146.67	90.00	5	241.67	A	146.66	102.22	2	250.88	A	A	B+	10,478	10,536
29	7	156.67	107.77	0	264.44	S	160.00	67.78	0	227.78	B+	A	D	-41,346	-15,367
30	6	60.00	180.00	0	240.00	A	146.67	0.00	0	146.67	D	B+	B+	22,704	10,131
31	6	138.33	96.67	2	237.00	A	118.33	85.55	2	205.88	B	B+	D	9,165	4,205
32	6	126.67	101.00	0	227.67	B+	110.00	97.78	0	207.78	B	B	D	5,048	4,500
33	5	138.33	94.44	1	233.77	A	118.33	100.00	3	221.33	B	B+	D	3,017	2,242
34	4	146.67	118.67	2	267.34	S	146.66	115.55	1	263.21	S	S	B+	10,185	13,308
35	7	105.00	100.00	2	207.00	B	133.33	138.89	4	276.22	S	A	A	5,988	25,270
36	5						116.66	113.33	0	229.99	B+	B+	C		7,752

出所 Y病院 人事課提供資料

加えて年俸制計算の基になる基準賃金を算定している。年俸制には手当の概念がないのでこれをすべて基準賃金に包含している。家族がいるから年俸が高い、古参の部長だから管理職手当が高い等の属人的要素や過去の評価の累積は現在の実力とは関係ない。従って家族手当は子供がいてもいなくても、また部長手当など管理職手当が人によって違っていてもこれをすべて統一金額に定め直し、例えば家族手当は 35000 円、部長手当は 75000 円、課長手当は 50000 円等と統一して基準賃金を算出する。

図表—60 医師の役割給、業績給一覽
役割給の適用（24才～30才）

標準年令	経験年数	役割給
24	0	255500
25	1	265000
26	2	274500
27	3	284000
28	4	293500
29	5	303000
30	6	312500

管理職系の業績給（31才以上者に適用）

職責 ランク	役職なし	医長 クラス	部長 クラス	院長 クラス	倍率
I	386300	463500	556100	667200	1.20
II	354200	424900	509800	611700	1.10
III	322000	386300	463500	556100	1.00
IV	305900	367000	440400	528300	0.95
V	289900	347700	417200	500600	0.90

職責 ランク	役職なし	医長クラス	部長クラス	倍率
I	343700	378000	415800	1.10

Ⅱ	328100	360900	396900	1.05
Ⅲ	312500	343700	378000	1.00
Ⅳ	281300	306400	340300	0.90
Ⅴ	265700	292200	321400	0.85

専門職系の業績給（31才以上者に適用）

出所：Y病院人事課提供資料。

Y病院の役割給および業績給の基本骨格を示せば図表-60のとおりとなる。医師の医大卒の標準年齢は24才（学校卒業年次を浪人、現役に係わらず24才と設定する。標準年齢とは給与年齢とも言う。）ここから医師になるための研修医の前期2年、後期3年の研修が始まり正式の医師になるためには最短で30才スタートとなる。選択した診療科によっては後期研修4年、5年もある。一般的には31歳からは一人前の医師としてスタートすることから賃金表は30才までは年齢ごとに毎年自動的に昇給する役割給を適用している。役割給とは他の医療職、事務職などホワイトカラーに適用する年齢給に該当する賃金であり他に職能給があり役割給（図表-60）と職能給（図表-58）の2つによって基本給を構成している。しかし、31歳の一人前の医師になると役割給から業績給の賃金表が変わる。格付けは役職なしの場合は職責ランクⅢに格付けられる。医長等に昇進の場合は直近上位額にスイッチされ職責ランクが決まる。業績給は1年限りのキャンセル方式であり、業績考課により職責ランクが上下に変動する可変性豊かな業績給である。職責ランクの変動は2年連続単位で業績考課が「優秀A」以上と考課された時は職責のランクは一つ上に、逆に「劣るC」と評価された時には一つ下のランクの格付けとなる。

研修医になった6年間はY病院では人材育成期間として役割給を適用しているので賃金は下がることはない。それ以上の経験を持つ医師には業績給を適用し半期年俸でメリハリのある賃金を支給している。ここで留意する点は役割給、業績給導入目的は人件費節約ではないことだ。医師一人ひとりに自分に与えられた職責を理解してもらい社会貢献のマインドを持つこと、医療技術の発展等医療行政や患者ニーズの環境変化に留意しその対応能力を身につけてもらうこと、専門知識を駆使して患者満足度を高める医療を提供することにある。その結果として医師は働きに見合った賃金を受け取ることになると全医師にトップは機会あるごとにブログ等でメッセージをしている。

一方、職能給は職能資格等級制度をベースにスケールは初号から始まって上限までの範囲給として設計している。医師の初任給格付けは4等級からスタートする。職能資格等級制度は全職種共通の人事基本軸である。昇給は能力の高まりに応じて習熟昇給と昇格昇給を包含した別添の図表-57の「段階号俸表（標準5号昇給）」の賃金表に基づいて行っている。

標準とは人事考課結果が「B考課」の時の昇給ステップを表しており5号昇給することを意味している。例えば「優秀A」と考課された時の昇給ステップは標準を上回るものとなり6号昇給となる。また、「劣るC」と考課された時の昇給ステップは4号昇給となる。この昇給ステップは企業（病院）政策によって如何様にでも設計できる。標準を4号でも3号でもいずれでも良い。職能給をベースとする賃金体系では月例賃金でも年俸でも習熟能力は発展し続けると考え、たとえ昇格はなくても在籍する資格等級の上限までの昇給が約束されている。人事考課による習熟昇給額（定昇）が現給（職能給）に加算され号俸の座席が先に進む。

医師の賃金は半期年俸制なので新たな半期年俸額として6カ月毎に表示される。基準賃金の明細内訳には職能給に増額して表示される。このように半期年俸制は賃金マルメ方式や一過性の賃金支払方式ではない。きちんとした賃金表に基づいて計算し算定する可変性豊かな実力成果主義賃金である。賃金表には号俸表、昇給表、段階号俸表、複数賃率表の4種類がある。査定の有無、査定の累積、査定のキャンセル、賃金額の明示、非明示などそれ一長一短があるが、病院のニーズを考えてY病院では査定の累積のある段階号俸表を選択している。この段階号俸表の特徴については前述の通りであるが昇給査定を行いたい、査定の累積もしたい、また能力と賃金の位置づけも明確にしたいなどと言った賃金表で能力イコール賃金額明示型である。査定が累積する欠点があるので年度末に査定をキャンセルし能力以上の査定累積を防ぐことも可能である。筆者が一番推奨しているのは複数賃率表である。昇給は毎年1号昇給するがその時の人事考課によっていずれかの賃率が適用される。査定はするが一切累積はされない。現時点での能力の高さで賃率を決める査定キャンセル型の理想の賃金表である。純粹に現在の能力で賃金を決めると言うのであれば今日の能力の高さで賃金を決めるのが筋であるが多くのトップは過去の能力の蓄積と貢献度を累積加算した段階号俸表を選択する。一言で言えばこれが日本的人事管理の特徴とも言えるものではないかと思っている。

第五章 医療職と病院の活性化

1、医師のマインドと病院組織の活性化分析

(1) 人と組織のかかわり合い。

人と組織との係わり合いから組織の活性化度を調査分析してみると、「職務満足や人の動機づけに関する古典的な議論としてホーソン工場で行われた照明実験（1924年～1932年）やG.E.メイヨー、F.J.レスリス・バーガー（ハーバード大学）が提唱した人間関係論（Human Relation：HR）また、近代ではP.F.ドラッカーのマネジメント論などがある。その他、職務満足と生産性の事実関係では金井壽宏、高橋潔（2007）が「モチベーションは努力の投入レベルを左右するので働く個人の活力に係わり、組織の元気も、つまるところ一人ひとりの個人の元気が基盤だ。」¹¹⁹と述べている。本多勇（1983）は職場の活性化には「個人の活性化と集団の活性化が考えられるが、それぞれ無関係ではない。個人を活性化することによって集団の活性化を高める。また、集団の活性化を進めることによって個人を活性化するという関係にある」と論述している。¹²⁰また、組織と管理の関係で、飯野春樹（1995）はバーナード理論を取り上げ、この理論は組織と管理の一般理論であり、企業、病院、学校にも適用可能なことである。「個と全体、個人と組織、個人主義と全体主義、その対立と統合」はますます重要な問題となり、それ故にバーナード理論が少なくともこの点で陳腐化することはなかったのは幸いであつた」と述べている¹²¹。しかし、行政の規制の多い非営利事業の「病院の組織と管理」は一般企業と明らかに異なる。具体的に勤務医に当てはめて考えてみると特に医師と組織のかかわり方は特殊である。先述したように医師は組織としての統一契約ではなく、医師個人との「診療契約」が中心であり、医師の特異性、独立性がある。医師一人ひとりとは独立事業主である。組織的には部長、科長、医長などの職階は一応あるが、科別の専門性が優先された並列組織になっており、上級管理職は一般的な組織統括などの管理業務以外、専門業務推進に関する指揮命令権は持たない。類似例として、大学などの教員例で考えて見ると教員の場合の専門性は異なっても教員の労働契約は組織としての統一契約である。医師の労働

¹¹⁹金井壽宏、高橋潔『組織行動の考え方』東洋経済新報社、2007年、57ページ。

¹²⁰本多 勇、『管理者のリーダーシップ』現代経営講座/管理者コース第3単元、社団法人日本経営協会、1983年 59ページ。

¹²¹飯野春樹、『バーナード組織論研究』文真堂 1995年、iii・ivページ。

契約は診療契約であり、所定労働日数、勤務時間、賃金処遇等は個別契約で人によって労働条件も異なる。これらの背景には深刻な医師不足があるからである。

今、病院経営の一大関心事は、医師の職務満足度と組織業績の向上を如何に図るかにある。職務満足と生産性の事実関係では金井壽宏、高橋潔がある。なお、報酬システムが業績とリンクするのか、「ハングリー精神などがやる気を引き出すきっかけになっている」¹²²などの論述もある。

賃金と業績（生産性）の相関関係についても一般的にはいろいろと言われてきたところである。ハングリーがやる気を引き出す論で考えれば医師の賃金は医師以外の医療職、また、一般産業の社会水準（モデル賃金）よりも高額である。ハングリーでない医師はやる気がないと短絡的に決めつける事はできない。また、生産性（多くの患者を診察、治療をする。高度医療を行う。また在宅復帰、患者・家族満足の支援、接遇など）を上げる為に目標管理などでプレッシャーをかけることが生産性を支えるという説もある。

しかし、プレッシャーは、逆に医師を疲弊させ、職務満足を低下させるということにも繋がりがねない。実際、勤務医のマインドやモチベーションは、何によって動機づけられているのだろうか、この点を考えるマネジメントの視点としてP. Sドラッカー（2001）は仕事と労働について次のように述べている。

「仕事の生産性をあげる上で必要なものと、人がいきいきと働く上で必要とされるものは違う。また、働く者が満足をして仕事が生産的に行われなければ失敗、逆に仕事が生産的に行われても人がいきいきと働けなければ失敗」である¹²³と、まさに、人事管理の問題点と解決の方向付けを示唆した一文である。

さて、最近、組織コミットメントという言葉がよく使われるようになったが、この言葉は組織に対する愛着や帰属意識、忠誠心という概念でとらえられている。組織コミットメントの定義を金井壽宏、高橋潔（2007）は「特定の組織に対して個々人が感じる一体感の強さ、あるいは組織への関与の強さ、組織に対して主体的にかかわり組織と自分が一体だと感じられること、組織を簡単に去りがたいしがらみも意味している」¹²⁴と

¹²² 澤田善次郎、小島敏彦、本野省三 『総比較、モチベーションマネジメント百科』日刊工業新聞社、1989年、13ページ。

¹²³ P.F.ドラッカー（上田惇生編訳）『マネジメント』ダイヤモンド社、2001年、57ページ

¹²⁴ 金井壽宏、高橋潔『組織行動の考え方』東洋経済新報社、2007年、224ページ。

述べている。そのためには組織の価値を受け入れること、組織の目標達成に努力を惜しまないこと、組織の一員であることに誇りを感じる事ができることが必要である。

組織人としての行動を嫌う医師が多いのは、医師の多くは大学からの派遣であり、病院勤務は単なる一時の出先との理解からである。しかし、常勤医までが組織人としての概念が希薄な医師も見かけるが、この問題は医師の育成過程と、医師採用時の個別労働条件契約に起因するものと思われる。調査によって医師の組織へのかかわり方の特徴が解明出来れば医師の人事管理の方向付けが出来る。

(2) X病院医師の組織活性化アンケート調査結果

先行研究の確証を得る為、次に「YES」と回答した主なアンケート調査結果を拾って見た。

- ・「あなたの職場はいきいきと活気に満ちた職場だと思いますか…50%」
- ・「友人に、わが病院は良い病院だから勤めないかと迷わず進める事ができますか…34.2%」
- ・「あなたは、この病院で将来的にも自分のキャリアを形成したいと考えていますか…36.8%」
- ・「あなたが、患者であるとしたら当院を利用しますか、…52.6%」
- ・「あなたは現状の業務に満足をしていますか 38.2%」
- ・「この病院で努力をすれば必ず報われるとあなたは思っていますか…31.6%」
- ・「人事考課は客観的で、納得のいく制度になっていますか、…27.6%」
- ・「良くやっている職員は高い評価を受けていると思いますか…30.3%」
- ・「あなたは自分の仕事にやりがいや生きがいを感じていますか …67.1%」
- ・「現在の仕事は自分の能力や性格にあっていると思いますか…67.1%」

(3) Y病院医師の組織活性化アンケート調査結果

医師が「YES」と回答し一番高い数値を示している項目は「個人の意欲」で60%、第2位は看護師が58.1%と続く。また「満足度」では57.4%と4職種中、看護師60.3%に続き2位。その他の項目は、全て3位以下になっている。

医師の状況を一言で言えば、X病院と同様に、医師の有意性は特別には確認できない。エリート医師も組織の中では特別の意識を持ち、立ち振る舞うなど他の医療職などと違った行動を取る人達ではない。特に目についたのはY病院は慢性期を中心とする病院ではあるが「教育・キャ

リア志向」の意欲の程度は、36.1%と低い。(職種間比較では最低)看護師の1位78.6%に比べると特に目につく。

X病院の医師との比較では「個人の意欲」で4.5%も高く、「満足度」では9.6%も高く、逆に「教育・キャリア志向」では11.7%も低い結果である。この違いは、急性期、慢性期という病院経営形態の違いなのか、人事管理の問題なのかの解明が必要である。

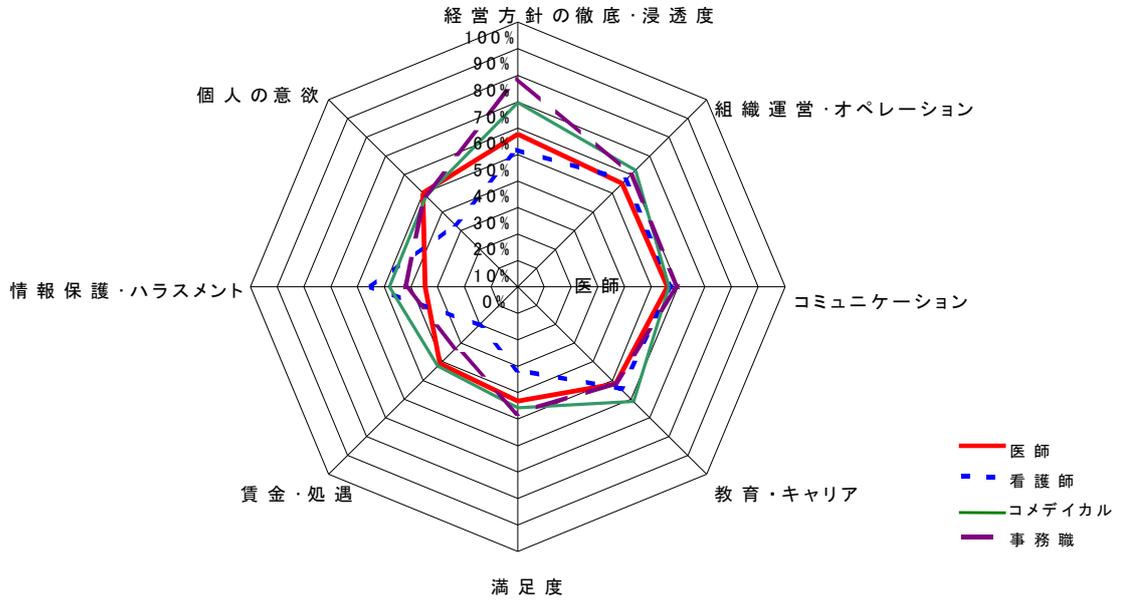
(4) 医師の思考・行動特徴分析の総括コメント

X病院、Y病院、両病院に見られる医師共通の思考・行動特徴の分析結果は概ね予測した通り、組織人としての意識や行動は希薄である。また、組織では、特別の意識を持って経営に参加する人達ではない。また、医師だからといって特段モチベーションが高いとか、他の医療職に比べて特段優位性を持って、模範的な行動をとる人達でもない。

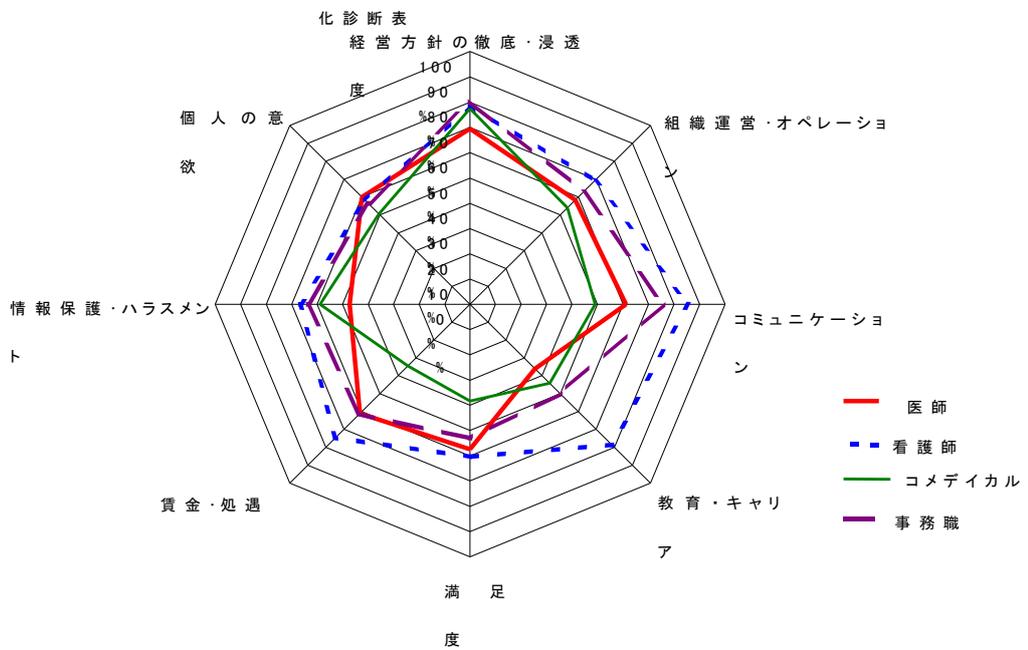
しかしながら、X病院の中では医師の「満足度」は急性期の代表病院として他の医療職に比べると55.5%と一番高い。看護師(33.5%)に比べて、22%も上回っているが、これは最先端医療に携わっているという誇りと緊張感、また、医師としてのプライド(意識)と理解した。X病院で技術を磨きたいと言う専門志向の憧れやマインドの充実、満足感が、全国から優秀な医師を引きつけているようだ。(T常務理事談。退職者はほとんどいない。医師の応募は全国レベルである由)また、専門性について、お互いに切磋琢磨をしていることで自分自身のレベルアップ(生きがい、やりがい、自分の能力や性格にあっている67.1%)に結びつき、その結果、患者満足度も高まることが数値に表れている。一方で、教育・キャリア形成の質問では、50%と思ったほどの数値が出ていない。

賃金処遇の満足度では41.2%である。この点について医師の統括管理責任者のT氏にインタビューをしたが、「賃金は高いので、今まで、医師の不満や要望は聞かれない」と言う回答であった。

図表—61 X病院組織活性化診断表



図表-62 Y病院組織活性化



2、医師や他医療職の幸福感と組織活性化に関する研究

幸せとは何か…金井壽宏、高橋潔（2007）は職業場面に限ればと限定し「職務満足と呼ばれる概念が幸せを捉えてきたといっても良い。経営学のボキャブラリーの中に『幸せ』の2文字はない。しかし、『職務満足』がそれに近い…」と述べ、また「職務満足は人が職場や組織に持ち込む感情の問題として奥行きのある深いテーマである」¹²⁵とも述べている。また「職場で幸福であること、仕事のなかでハッピーさを追求していくことを正当化するためには、一つのロジックとして職務満足と生産性との間に強い関連性がもたらされることが是非とも必要となったのである。」と論じているが全く同感である。¹²⁶しかし金井壽宏、高橋潔（2007）は「実証研究で職務満足と生産性の間に低い相関しか見出せなかった」としているが、その理由はこの2者の関係性の間に報酬システムが大きく絡んでいるからだ。¹²⁷と理由づけをしているが納得できる。さて、人はなぜ一生懸命に働くのだろうか…と言う実証研究ではエイブラハム・H・マズロー（Maslow 1954, 1968）の「欲求5段階説」やフレデリック・ハーズバーグ（Herzberg 1966）の「動機付け・衛生理論」やマグレガー（D. McGregor）の「企業の人間的側面」の著書で学会・実業界に大きな影響を与えた「X理論」「Y理論」などがある。¹²⁸本稿の課題は「仕事観・幸福感」すなわち医師を中心にその他の医療職、事務員のモチベーションが「組織活性化」にどのような影響を及ぼすのか、及ぼしているのかを把握することにある。

(1)、X病院医師の主な仕事観・幸福感アンケート調査の結果

医師の仕事観・幸福感の思考・行動特性はいったい如何なるものなのか、アンケートと調査結果は次の通りである。

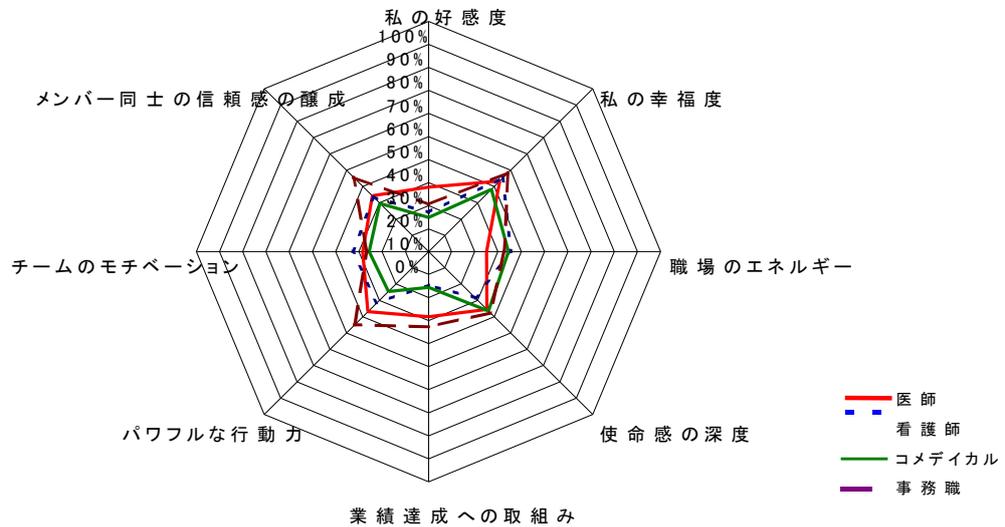
¹²⁵金井壽宏、高橋潔、前掲書、211ページ。

¹²⁶金井壽宏、高橋潔、前掲書、213ページ。

¹²⁷金井壽宏、高橋潔、前掲書、213ページ。

¹²⁸澤田善次郎・小島敏彦、本田省三、前掲書、14ページ。

図表—63X病院、仕事観・幸福感調査



医師の自己評価は意外と低い結果であった。「職場で自分は有能、重要な人材である」と評価しなかったのである。その理由を解明するのは容易ではない。但し、少なくとも二つは考えられる。一つは勤務環境が厳しいことである。365日24時間体制の救急医療を展開している中、2012年度実績で、年間へり搬送数137機、救急車搬送数6292台、外来患者数271528人であった。その結果、医師一人当たり1週間の平均残業時間は2013年4月、8月、12月の平均で10.07時間であった。これは、管理者や年俸者を除き時間外手当の申請があった者だけの平均値であり、宿日直時間は含まないゆえ、医師の業務負担が大きく気持の余裕もない状況に置かれていることが良く分かる。もう一つは、いわゆるエリート同士が集まっていることである。実際2014年2月現在の正職員医師計151名うち、北大、東北大、東大、名古屋大、京大、広島大など旧帝大を含む国公立大学出身者が129名で、全体の85.4%を占める。なお、私大卒の場合も名門と言われる慶応、東京慈恵会医科大、順天堂大、東京女子医科大、昭和大等の出身が22名も在籍し、いわば、一流の病院といえる。よって精神科病院F理事長が言うように「X病院は日本の最先端に行く急性期病院であり、日本中から優秀なドクターが集まってくる。…優秀者も一流の中に混じれば普通になる。もし、これらのドクターが地方の病院に勤務すれば1~2位を競うエリートであろう。だが、一流のドクターの中で自分も一緒に臨床や研究をしているので、自信喪失とまでは言わないが目立たないということだ…」との評価に理解

と納得ができるのである。

医師の主な仕事観・幸福感調査の結果は次の通り

- ・「職場では重要な人材であると思う…21.1%」
- ・「職場では有能な人材であると思う…31.6%」
- ・「3年後、5年後も輝いていると思う…31.6%」
- ・「この瞬間も輝いている…42.1%」
- ・「幸福度を理解した上で職責を全うしている…50%」半数の医師は幸せを感じている。その他、
- ・「仕事を一生懸命にやる事により自己の成長が実現できる。…63.2%」
- ・「チーム全体の共有目標を有している。…では僅か…26.3%」と組織目標には関心がない。組織の統制を嫌う医師の一面が見える。

(2) X病院医師の仕事観・幸福感と組織活性化の相関クロス分析

医師や各医療職のやりがい、生きがい、などの幸福感が、どの程度、組織活性化と相関関係があるのかをいくつかの項目を拾いクロス分析を実施してみた。

図表—64 人材と責任のクロス分析

私は職場で重要な人材であると思う	あなたは職場目標の一翼の責任を担っていると思いますか			計
	YES	NO	どちらでもない	
YES	14	1	1	16
NO	20	10	14	44
どちらでもない	11	0	5	16
計	45	11	20	76

「私は重要な人材と回答した」医師は16名、全医師（76名）に対する割合は21%。しかし職場では「一翼の責任を担っている」との質問の回答では45名が「YES」と答えている。

自分を「重要な人材と思っている医師」は僅か16名であるが、「職場の一翼の責任を担っていると思っている医師」は45名（59.2%）で大き

なギャップがある。責任は担っているが、自分は重要な人材とは思っていないと言う結果である。…「重要な人材であると思う」との質問に「NO」と回答した医師は44名いるが、その内訳は「一翼の責任を担っている」との質問に対しては「YES」20名、「NO」10名、「どちらでもない」14名となっている。

次に「重要な人材であると思う」との質問に対し「どちらでもない」と回答をした医師は16名いる。その内訳は「一翼の責任を担っている」と回答した医師は11名おり、責任性の数値が高い。また、「一翼の責任を担っていると思う」の質問に対しての計を見ると「YES」は45名おり、全医師の59.2%と約6割を占め、その他「NO」は11名「どちらでもない」20名となっている。

この調査結果から確認できた事は医師は自分のことを、エリートであると特に意識はしていない。しかし、医師としての職業柄か、職場目標の一翼の責任を担っているという責任感を約6割の医師が持っているということがこのデータから確認、知ることができる。

図表—65 組織貢献、組織利益獲得の関心度クロス分析

組織貢献度、組織利益獲得のために努力している	あなたは病院の業績や業務改善または職場の動向に関心を持っていますか？			
	YES	NO	どちらでもない	計
YES	15	0	3	18
NO	8	7	7	22
どちらでもない	20	2	14	36
計	43	9	24	76

「組織貢献度、組織利益獲得のために努力している」「YES」と回答した医師は18名で全医師の23.7%しかいない。また「病院の業績や業務改善

または職場の動向に関心を持っているか」の質問では「YES」と回答した医師は43名で56.6%もいる。

病院の業績に関心があると回答した医師は半数以上いるのに、組織の利益獲得の為に努力する医師が少ないのは、医師の特異性なのか、業績に関心がない「NO」と答えた医師は9名、「どちらでもない」24名を加えると33名で、全医師の43.4%を占める。医師を如何に経営に協力をさせることができるか否かが病院経営の鍵を握る。

終章 結論と課題

本論文は医療機関における人材の育成と活用・処遇の現状を解明し、それらを改善する手掛かりを探ることであった。なかでも医師の育成・活用・処遇は病院経営の重要な人事マネジメントの課題である。これ等についてX、Y、2つの病院事例から得られた知見を中心にまとめれば次のようになる。

第一の「育成」では、X、Y両病院とも人事の基本軸に人材成長をベースにした「能力・役割主義人事制度」を導入している。この制度を入れるには、まず、「能力」を明らかにすることが必要である。そのために、人材育成のベース資料となる課業一覧、職能・役割要件書を病院で作成し、これに基づいて教育や人事管理を展開している。このことは、医師職ばかりではなく、他の医療職等においても同様に実施している。そして人が育った後に仕事基準の人事に切り変えている。これを筆者は「役割主義」と呼んでいるが、役割とは、仕事の質×量＝職責×チャレンジ目標（業務）＝「職務」の公式で表示されるように、欧米型の職責の重みを評価する単なる成果主義とは異なったものとなる。すなわち、日本型成果主義はチャレンジ目標を付加した立体的価値を評価する仕組である。このチャレンジが人材を育てている。

チャレンジを引き出すために、両病院とも目標管理、人事考課制度を有効に活用している。

第二の「活用」では、40歳になったら、また役職に就いたら、能力と役割の洗い替えを行い、実力処遇に切り替えている。

現在、巷では、能力主義は硬直化した制度と言われ、資格と役職との関連、または降格なしの問題点を指摘されているが、両病院はこれ等の問題点を払拭し、職能資格昇格基準の明確化と共に職能・役割遂行能力の審査を厳格化し、抜擢昇進、降職自由自在、公募制度の実施、降格、減給あり、など人材の多様な活用を行っている。

他に、本人の意思と適性を受け止める複線型人事制度を導入し、適性による人材活用を実施している。医師について言えば、専門性を追求するコースとマネジメントコースの2つを設けている。

第三の「処遇」では組織・利益貢献度を人事考課で査定し、昇給・降給を行っている。賃金体系は両病院とも職能給だが、定昇額（習熟昇給）は極力抑えて、浮いた原資を昇格昇給に上乘せした賃金設計とし、実力・成果主義時代の時代感覚を取り入れている。月例賃金は世間相場や消費者物価等を勘案しながら対応をしているが、賞与はその時の病院業績による一

過性の処遇システムとして原資の把握から個人別賞与額を計算し支給をしている。他に、Y病院では、予算を上回る超過成果（余剰利益）があった場合は「臨時賞与」を医師を含めたグループ単位で職員数の頭割りの均等額を支給している。この制度の効果はお互いの友情と協力関係を作り出している。

以上の事例から導出された、本論文の最も重要な示唆・含意をまとめれば次のとおりである。

一つ、「能力・役割人事制度」は、年功主義に依存してきた病院の管理に有効と思われる故、広く、一般的に導入する必要があることを提言する。

この際、「能力・役割人事制度」が病院の業績にも役に立つ可能性があることを付け加える。しかし、本論文では業績との強い関連性についての追及は容易ではなく立証されたとはいえないが、関連性は示せたと思う。

二つ、次に重要な含意として、課業一覧表および職能・役割要件書が医師の育成に重要な役割を持つことに鑑み、それを他の病院でも広く導入することを提言する。

三つ、本論文から得られる示唆の一つとして、急性期と慢性期病院を比較すると慢性期病院の方が活性化の程度が高い。これは、医師の育成と能力の発揮において、単に業績との関連だけを重視すればよい、という単線的な論理が通用するものではないことを示唆する。

従って、病院の特性と医師の業務内容を勘案し、その職場環境等にも目を配りながら、人事管理を進める必要があることを指摘する。

四つ、本論文から得られる示唆の一つとして、従来の病院管理の特徴は、医師が経営管理を中心に担うことがあったが、必ずしも、これが合理的な選択肢とは言えないことが分かった。よって、管理を「専門的」に担える人材の育成とその能力の発揮に報いる処遇の設計・運用が必要であることを提言する。

最後に、残された主な課題を簡単に述べれば次の通りである。

一つ、医師の能力発揮にどの人事制度が有効なのか、人事制度と業績の有効分析とその解明。

二つは、医師の育成について、大学病院や医局、学会など横のつながりの調査とキャリアモデルの作成。

の二点である。これ等は、引き続き今後の研究課題としたい。

以上

参考文献一覧

1、参考文献一覧

X病院創業100周年編集プロジェクトチーム

『X病院創業100周年記念誌』J会 X病院出版 2008年。

安藤史江『専門職制度の充実とその社内効果』『クオータリー生活福祉研究』、
通巻58号、Vo1.15 NO.2。

足立 浩「医療法人伯鳳会グループの経営戦略とマネジメントシステム—ソシオ
マネジメントの視点から—」『日本福祉大学経済論集』第36号、2008年。

飯野春樹『バーナード組織論研究』文眞堂、1995年。

猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2011年。

池上直己『医療問題』第3版、日本経済新聞出版社、2012年。

池上直己『医療・介護問題を読み解く』日本経済新聞出版社、2014年。

石井 耕『現代日本企業の経営者』文眞堂、1996年。

石井まこと「ホワイトカラーの生産性向上と専門性の雇用管理」『大分大学
経済論集』59巻3号。

石田光男『仕事の社会科学—労働研究のフロンティア—』ミネルヴァ書房、
2003年。

石田光男『賃金の社会科学』中央経済社、1999年。

石田光男・樋口純平『人事制度の日米比較』ミネルヴァ書房、2009年。

石田英夫『研究開発人材のマネジメント』慶応義塾大学出版会、2002年。

伊丹敬之・藤本隆宏・岡崎哲二・伊藤秀史・沼上幹編

『日本の企業システム第Ⅱ期』有斐閣、2006年。

伊藤賢治『情報化対応職務能力診断システムの構築に関する研究報告書』第3章、
高年齢者雇用開発協会、2001年。

医療タイムス社『特別医療企画・経営力の時代』2008年。

氏原正次郎「年功賃金、生涯雇用、企業別組合は三位一体化」『賃金実務』
第407号 産業総合研究所 2009年。

梅崎 修「第二章 賃金制度」仁田道夫・久本憲夫編『日本的雇用システム』
ナカニシヤ出版、2009年、73—106ページ。

大橋昭一「ホーソン実験の現代的意義に関する諸論調、」『関西大学商学論集』
2007年、6月、52巻第12号合併号 59-70ページ。

尾形裕也「OECD諸国医療制度改革の動向」『医療と社会』Vo1.12 No.2
財団法人医療科学研究所、79—105ページ。

楠田丘・石田光男『賃金とは何か』中央経済社、2004年。

楠田丘・齋藤清一『病院人事賃金の改革』経営書院、2000年。

楠田丘『賃金テキスト』第9版、経営書院、2010年。

- 楠田丘『職務調査の理論と方法』産業労働調査所、1985年。
- 楠田丘・齋藤清一『病院能力主義人事の進め方』経営書院、1996年。
- 楠田丘・齋藤清一『成果主義導入のための目標面接の手引き』経営書院、1998年。
- 小越洋之助『終身雇用と年功賃金の転換』ミネルヴァ書房、2006年。
- 小越洋之助「成果主義人事の理念と現実—土田道夫+山川隆一編『成果主義賃金と労働法』の問題提起と関連して—」労働法律旬報No.1591、2005年。
- 掛谷力太郎『労務管理概論』白桃書房、1973年。
- 金井壽博宏、高橋潔『組織行動の考え方』東洋経済新報社、2007年。
- 川喜多喬・小玉小百合著『優れた人材キャリア形成とその支援』ナカニシヤ出版、2008年。
- グロービス・マネジメント・インスティテュート
『ビジネス・リーダーへのキャリアを考える技術・作る技術』
東洋経済新報社、2007年、2版。
- 小池和男『仕事の経済学』第3版、東洋経済新報社、2005年。
- 小池和男『日本企業の人材形成』中公新書、1997年。
- 小島 愛『医療システムとコーポレート・ガバナンス』文眞堂、2008年。
- 今野浩一郎『勝ち抜く賃金改革—日本型仕事給の進め』
日本経済新聞社、1998年。
- 笹島芳雄『最新アメリカの賃金・評価制度』日本経団連出版、2008年。
- 齋藤清一『人事賃金制度改革のすすめ方』医療タイムス社、2005年。
- 齋藤清一『職務調査の進め方・活用の仕方』経営書院、1992年。
- 齋藤清一『職能給の決め方がわかる本』第2版、経営書院、1995年。
- 齋藤清一『医師の賃金はこう決める』経営書院、2001年。
- 齋藤清一『トータル人事制度の組み立てと運用』経営書院、1990年。
- 齋藤清一『病院・施設の人事賃金制度の作り方』
日本能率協会マネジメントセンター、2005年。
- 齋藤清一『加点主義人事制度の設計と運用』同友館、2013年。
- 齋藤清一『エクセレントホスピタル』日総研出版、2008年。
- 齋藤清一『病院人材育成とコンピテンシー活用の仕方』経営書院、2006年。
- 齋藤清一『人事考課実践テキスト』第3版、経営書院、2003年。
- 齋藤清一『人事・賃金制度策定事例集』経営書院、1994年。
- 齋藤清一『病院職種別等級別職能要件書マニュアル全集』経営書院、2006年。
- 佐口和郎・橋元秀一『人事労務管理の歴史分析』ミネルヴァ書房、2003年。
- 澤田善次郎、小島敏彦、本田省三『モチベーションマネジメント百科』

- 日刊工業新聞社、1989年。
- 仁田道夫・久本憲夫『日本的雇用システム』第2版、ナカニシヤ出版、2008年。
- 須田敏子『HRMマスターコース』慶応義塾大学、2010年2版。
- 瀬戸山元一『患者さん中心にしたら病院はこうなった』医療タイムス社、2001年。
- 高橋俊介『人材マネジメント論』、東洋経済新報社、2006年。
- 高橋俊介『ヒューマンリソース・マネジメント』、ダイヤモンド社、2004年。
- 高橋伸夫「日本企業のぬるま湯的体質」東京大学経済学部、
『行動計量学』16巻2号（通巻31号）1989年、2ページ。
- 高橋伸夫『組織活性化の測定と実際』日本生産性本部、1989年。
- 高橋伸夫『虚妄の成果主義』日経BP社、2004年。
- 高橋伸夫「日本型年功制の再評価～企業の成果主義をどう考えるか～」
『赤門マネジメントレビュー』第二巻八号、2003年、339-366ページ。
- 高木朋代『高齢者雇用のマネジメント』日本経済新聞社出版社、2008年。
- 竹内崇夫『加点主義人事事例集』経営書院、1993年。
- 田中滋・二木立『講座 医療経済・政策学第3巻保険・医療提供制度』
勁草書房、2006年。
- 塚本建三『患者に医療を取り戻せ』自費出版、2011年。
- 徳丸満夫『マネジメントアセスメント、～管理能力の開発と評価～』
産能大学出版、1992年。
- 二木立「日本の保険・医療・福祉複合体の最新動向と地域包括ケアシステム」
『文化連情報』408号、2012年3月号、28-35ページ。
- 二木立『保険・医療・福祉複合』医学書院、1998年。
- 野田稔『組織論再入門』ダイヤモンド社、2005年。
- 西松空也『グッドバイホスピタル』文芸社、2003年。
- 日経連職務分析センター『職務・職能管理の報告と実際』1973年。
- 濱口佳一郎『若者と労働』中央公論新社 2014年。
- 古野庸一『リーダーになる極意』PHP研究所、2005年。
- 橋元秀一「第2章、職務等級制度と職務給」佐口和郎・橋元秀一編著
『人事労務管理の歴史分析』ミネルバア書房、2003年。63-108ページ。
- 花田光世「人事制度における競争原理の実態—昇進・昇格のシステムからみた
日本企業の人事戦略」『組織科学』第21巻第2号、44-53ページ。
- 本田勇『管理者のリーダーシップ』現代経営講座/管理者コース、
第3单元、社団法人日本経営協会、1989年。
- 真野俊樹『21世紀の医療経営—非営利と効率の両立を目指して—』薬事日報社。
- 宮城まり子『キャリア・カウンセリング』2版、駿河台出版、2012年。

向摯・花岡正夫『職能開発人事管理』白桃書房、1973年。
守島基博『人材マネジメント入門』日本経済新聞社、2004年。
守島基博『人材育成の戦略』ダイヤモンド社、2007年。
八代充史『人的資源管理論～理論と制度～』第2版、中央経済社、2014年。
渡辺一明『コンピテンシー成果主義人事』日本実業出版社、2000年。
経済企画庁『国民経済計算年報』2000年。
社会保障審議会医療保険部会、「病院勤務医の負担に係わる問題について」
2007年、14ページ。

独立行政法人労働政策研究・研修機構、
「医療従事者の働き方とキャリアに関する調査」
JILPT 国内労働情報、2013年、53-169ページ。
内閣府『平成26年版高齢者白書（全体版）』2014年。
山形大学大学院医学系研究科調査資料、「山形県内病院勤務医勤務実態調査
報告書」山形大学医学部地域医療システム講座、2012年。

2、外国文献

Abegglen, James C.(1958); *The Japanese Factory: Aspects of Its Social
Organization*, Glencoe: Free Press.
占部都美監訳『日本の経営』ダイヤモンド社、1958年。
Andrew Gordon（二村一夫訳）『日本労使関係史、1853-2010』2012年。
David Marsden（宮本光晴・久保克行訳）『雇用システムの理論』
NTT出版、2007年。
Edward P. Lazear（樋口美雄・清家 篤訳）『人事と組織の経済学』
日本経済新聞社、2005年。
DiMaggio, P.J. & Powell, W.W.(1983) “The Iron Cage Revisited: Institutional
“Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields” *American
Sociological Review*, Vol.48, NO.2, PP.147-160.
Doeringer, Peter B. and Michael J. Piore, *Internal Labor Markets and Manpower
Analysis*, Massachusetts: D.C. Heath and Company Lexington, 1971.
Holmström, B. and P. Milgrom, (1991) ‘Multitask Principal-agent Analysis: incentive
contracts, asset ownership, and Job design’. *The Journal of Law, Economics and
Organization*,
Lyle M. Spencer, Jr., Ph.D., and Signe M. Spencer, Ph.D. (梅津祐良・成田攻・横山
哲夫訳)
『コンピテンシー・マネジメントの展開』生産性出版 2001年。
Peter F. Drucker (1990): *Managing the Nonprofit Organization*, Harper & Row
上田淳生・田代正美訳『非営利組織の経営』ダイヤモンド社、1991年。
Peter F. Drucker 上田淳生編訳『マネジメント』ダイヤモンド社、2001年。
Harvard Business Review (DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部)

Williamson, Oliver E., *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, New York; Free Press, 1985.

3、雑誌記事

「特別医療企画・経営力の時代」『医療タイムス』2008年4月。

「平成26年度診療報酬改定の影響と看護部対応」『看護部長通信』

2014年4.5月号。

「医師・看護師大激変」『週刊ダイヤモンド』2014年5月号。

4、新聞記事

「経済教室、忠誠心は業績を上げるか？」『日本経済新聞』2014年4月21日朝刊。

「専門医の質向上へ、第三者機関統一基準で認定」『日本経済新聞』

2014年5月8日朝刊。

「診療報酬不適切請求の疑い」『朝日新聞』2014年5月11日朝刊。

「厚労省、調査半数見逃し」『朝日新聞』2014年5月11日朝刊。

「パナソニック、年功廃止、賃金制度10年ぶり見直し」『日本経済新聞』

2014年7月30日朝刊。

「専門医の質向上へ、第三者機関統一基準で認定」『日本経済新聞』

2014年5月8日朝刊。

5、インターネット

医療制度研究会、「医師の勤務状況調査 (<http://www.iryoseido.com/chosa/001.html>、
2014年1月30日最終確認)。

厚生労働省、「平成23年度病院経営管理指標」

委託先、株式会社明治安田生活福祉研究所 2013年。

厚生労働省「(資料2) OECD諸国の種類別の病床数2007年。

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/08/dl/s0827-9j.pdf>、

2014年2月14日最終確認)。

厚生労働省「(中医協 総-5-2参考) I. 医師数の状況と対策」2011年3月2日。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002nakz.../2r9852000002naq4.p>、

2014年2月14日最終確認)。

厚生労働省「新たな専門医に関する仕組みについて①専門医の在り方に関する検討会報告書概要」

(http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/384217_2189979_misc.pdf

(2014年5月20日最終確認)。

厚生労働省「平成24年度における保健医療機関等の指導・監査等の実施状況について」(<http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf07/documents/0206-3.pdf>

2014年12月24日最終確認)。

「厚生局指摘事項上位10項目」 kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/about/

(2014年5月15日最終確認)。

三谷直紀「年功賃金・成果主義・賃金構造」

(http://www.esri.go.jp/jp/others/kanko_sbubble/analysis_06_07.pdf、

2014年4月29日最終確認)。

医療法人A病院ホームページ「後期研修医募集サイト」

(2014年7月12日最終確認)筆者がアレンジ作成。

社会医療法人X病院ホームページ「専門医コース医師各科研修プログラム」

(2014年7月12日最終確認)、筆者がアレンジ作成。

6、資料

A病院『能力主義人事制度導入説明会小冊子資料』1990年。

S病院『専門職登用規定』2010年。

S病院『専任職登用規定』2010年。

社団法人日本脳神経外科学会『専門医認定制度内規』2010年。

KO病院『医師共通職能要件書』1995年。

HA会「改革に揺れるオランダ医療～知られざる高コスト構造と

わが国への応用～」日本医師会・民間病院オランダ医療・福祉調査団
報告書 2013年。

H会「Y病院他H会グループ、第45期(平成26年度)経営指針書」 2014年。

X病院『指導医・指導者規定』2003年。

X病院『職能資格等級規程』1998年。

以上