

高度専門職業人としての医師のマネジメントに関する研究  
ーバランスト・スコアカードの導入・実践に着目してー

学生番号：201382 多田 昌弘  
指導教授名：加藤 敬太 准教授  
平成27年度提出

## 目次

序章	1
1. 本研究の問題意識	1
2. 本研究の構成	2
第1章 医療組織における医師とマネジメントとの対立	4
1-1. 高度専門職業人としての医師を擁する医療組織の特性	4
1-1-1. 医療組織の非営利性	4
1-1-2. 高度専門職業人としての医師の社会的威信	6
1-2. 医療組織における医師のマネジメントに関する課題	8
1-2-1. 医師の権限・価値観	9
1-2-2. 医療組織における対立	9
1-2-3. 医師の権威を高める要因	14
1-2-4. 対立を解消するための下位者の行動	16
1-3. わが国の医療組織における垂直対立の実例	17
1-3-1. 松前町立松前病院の事例	18
1-3-2. 松前病院における対立を発生させる要因	22
1-3-3. 松前病院長および医師の影響戦術	23
1-3-4. トップ・マネジメントがとるべき対応	24
1-4. 小括	24
第2章 医師のマネジメント	26
2-1. 医師のマネジメントに関する先行研究のレビュー	26
2-1-1. 医師のマネジメントの困難性	26
2-1-2. マネジメントへの医師のコミットメント	27
2-2. 医師の意識変革を促す要因	30
2-2-1. 経営理念	30
2-2-2. 対話	31
2-3. 医師のマネジメントに関する研究課題	32
2-3-1. 経営理念の浸透および対話の実現	32

2-3-2. フォロワーシップ・スタイルの検討 .....	33
2-4. 小括 .....	35
第3章 医療バランスト・スコアカード研究の現状と課題 .....	37
3-1. 医療組織における BSC 導入の実態 .....	37
3-1-1. 医療 BSC の概要 .....	37
3-1-2. わが国医療組織における BSC 導入状況 .....	39
3-1-3. 医療組織の BSC 導入目的 .....	41
3-1-4. 医療 BSC の導入成果 .....	42
3-2. 医療 BSC の導入に関する先行研究のレビュー .....	42
3-2-1. BSC の導入研究の概要 .....	42
3-2-2. 医療組織の BSC 導入に関連するコンテキスト要因 .....	43
3-2-3. 医療 BSC の導入プロセス要因 .....	46
3-2-4. BSC の実践におけるコミュニケーション機能 .....	50
3-3. 医療 BSC の導入研究の課題と BSC における医師のマネジメントの課題 .....	52
3-3-1. 医療 BSC の促進要因に関する研究課題 .....	52
3-3-2. 医療 BSC 阻害要因に関する研究課題 .....	53
3-3-3. BSC による医師のマネジメントに関する研究課題 .....	53
3-3-4. 医療 BSC 研究にける研究方法論上の課題 .....	56
3-4. 小括 .....	56
第4章 調査概要 .....	59
4-1. 研究の視点 .....	59
4-2. 調査先の選定 .....	59
4-3. 調査方法 .....	60
4-4. A 動物病院の概要 .....	61
4-4-1. 診療体制 .....	61
4-4-2. 経営理念 .....	63
4-5. 小括 .....	64

第5章 A 動物病院における医師のマネジメント	66
5-1. BSC 導入以前	66
5-5-1. 開院直後	66
5-1-2. 開院 2～3 年目	69
5-1-3. 開院 4～5 年目	73
5-1-4. 不採算部門・事業	83
5-2. BSC の導入	86
5-2-1. BSC 導入に至る背景	86
5-2-2. BSC の導入プロセス	88
5-2-3. 導入プロセスにて発生した組織的動揺	93
5-2-4. BSC のキックオフ	95
5-3. BSC の実行段階	97
5-3-1. BSC からもたらされるフィードバック情報	97
5-3-2. 第 1 期前期の BSC の実践にて浮かび上がった課題	98
5-3-3. BSC 総会にて浮かび上がった BSC 実践上の課題	107
5-3-4. 第 1 期後期の BSC の実践にて浮かび上がった課題	113
5-4. BSC 導入・実践の成果	138
5-4-1. 財務指標	138
5-4-2. BSC 導入・実践の成果—院長および取締役の認識	139
5-5. 考察	141
5-5-1. トップのコミットメントに関するフォロワーの認識	141
5-5-2. フォロワーシップ・スタイル診断テストの結果	144
5-5-3. 先行研究で指摘される BSC 導入プロセスの促進要因と 獣医師による抵抗の関係	145
5-5-4. マネジメントの変遷と獣医師による抵抗との関係	146
5-5-5. 「トップのコミットメント」と獣医師による抵抗との関係	148
5-5-6. 獣医師の抵抗とフォロワーシップの関係	151
5-5-7. 医師の抵抗に影響を与える要因	151
終章	154

1. 研究要約 .....	154
2. 結論 .....	155
3. 本研究の意義 .....	157
4. 今後の研究課題 .....	157
補足資料 .....	160
参考文献 .....	175

## 序章

### 1. 本研究の問題意識

わが国においては、少子高齢化の進展や、経済基調の変化を起因とする医療制度改革の影響から、医療組織を取り巻く環境は厳しさを増している。赤字病院は年々増加する一方である。

また、2004年度から開始された医師の新臨床研修制度によって、地方の医師不足が顕在化している。地方の医師不足は、自治体の財政難と相まって、地域医療の崩壊にまで発展しかねない社会的な問題となっている。

上記のような厳しい経営環境において、先進的な病院は、TQM (Total Quality Management: 総合的品質管理) のような営利企業にて実践されている経営手法を導入することによって、医療の質を高めるとともに、経営の効率化を図っている。近年では、営利企業にて実践されている経営手法の中でも、バランスト・スコアカード (Balanced Scorecard; 以下、BSC と記す) が、わが国の医療組織から大きな注目を浴びている。

BSCは、財務指標に依存した経営の限界を克服するために、1992年に、ハーバード・ビジネススクールのR. S. Kaplan教授とコンサルタントのD. P. Nortonによって提唱された。提唱当初は多面的業績測定システムを意味していたBSCは、企業への導入・実践が繰り返される中で、組織変革を促進する戦略マネジメント・システムへと発展している。

米国発のシステムであるとはいえ、わが国においても、2000年代から、大企業を中心にBSCの導入が進められている。同時に、わが国の医療組織にもBSCの導入が進んでいる。2003年には、医療組織のBSCへの関心の高さを受けて、「日本医療バランスト・スコアカード研究学会」が創設されている。多くの医療組織においてBSCが導入・実践される中で、わが国の医療BSCに関する研究は活発化している。

しかしながら、医療組織において、医療活動を実施するのは医師であるため、効率経営を実現する上で、医師のマネジメントは不可欠といえるにも関わらず、わが国の医療BSCに関する既存研究では、BSCを実践する際に医師をどのようにマネジメントしているのか、あるいは、BSCの導入・運用局面に医師がどのように関わっているのかについてほとんど記述されていない。記述されていたとしても、医師にBSCを展開できないという現状報告に留まっている。なぜ医師にBSCを展開できないかは不明である。

医療組織において、診療に関わる医師の自律的な意思決定・行動 (専門職的権限) は、組織運営上の管理的権限と対立関係にあることから、医療組織の効率経営の実現は困難になると考

えられている。実際、医師のマネジメントに関する海外の研究では、医師の抵抗によって、トップ・マネジメントの意図通りマネジメントを実施できないことが報告されている。組織変革を促進すると喧伝されているBSCを導入したとしても、専門職的権限と管理的権限との対立関係を解消できるとは限らない。

したがって、医療組織でのBSCの有効性を検証するに先んじて、BSCの導入・実践に際して医師は抵抗するのか否か、抵抗するとすれば、なぜ抵抗するのか、かつ、どのような手段で抵抗するのかについて明らかにする必要がある。医師の抵抗理由を明らかにできれば、どのようにBSCを導入・実践すれば医師の抵抗を回避・緩和できるのかについても考察可能となる。

以上から、本研究は、BSCの導入・実践プロセスに着目しながら、医師がなぜ抵抗するのかについて明らかにすることを目的とする。なお、本研究の目的を達成するために、BSC導入前後の医師のマネジメントに焦点を当てつつ、事例研究を実施する。

## 2. 本研究の構成

本研究の構成は以下のとおりである。第1章では、わが国の病院経営の実態を踏まえた上で、医師の専門家支配による医療組織内での対立状況を概観する。また、データから、わが国の医師の希少性が高いことを確認する。その上で、わが国の公立病院におけるトップ・マネジメントと医師との対立実例を活用して、医師の抵抗に関する実態の把握を行い、医療組織における医師のマネジメントの課題を提示して行く。

第2章では、医師のマネジメントに関する先行研究のレビューを行い、医師の意識変革を促す要因を考察して行く。また、医師のフォロワーシップへの着目の必要性を示した上で、フォロワーシップ・スタイル診断テストについて概観する。

第3章では、医療組織におけるBSC導入の実態を確認する。次に、医療BSCの導入に関する先行研究のレビューを行う。また、医療組織のBSCの導入目的を踏まえて、BSCの実践におけるコミュニケーション機能に関する先行研究のレビューを行う。その上で、医療BSCの導入研究の課題を明らかにすると同時に、BSCにおける医師のマネジメントの課題を提示する。最後に医療BSCの研究方法について提示している。

第4章では、調査概要を示している。具体的には、研究の視点、調査先の選定、調査方法、そしてA動物病院の概要について示している。

第5章では、A動物病院の事例研究を行っている。事例の記述方法は、BSC導入前、BSCの導入、BSCの実践、BSCの導入・実践成果、と時系列に記述している。また、BSCを通じたト

ップとフォロワーの意識と行動の変遷過程を示している。その上で、医師がなぜ抵抗するのかについて考察を行っている。

終章では、研究の要約と結論を示した上で、本研究の意義と今後の課題について述べている。



## 第1章 医療組織における医師とマネジメントとの対立

本章では、医師がマネジメントに抵抗する背景を検討する。

具体的には、第1節で、医師が活躍する医療組織の非営利性の実態について確認すると同時に、医師だけが高度専門職業人である根拠と医師の社会的威信について概観する。第2節では、医療組織における対立の構図と医師の権威を高める背景を見て行き、医師のマネジメントの課題を提示する。第3節では、わが国の医療組織における垂直対立の実例から、トップ・マネジメントと医師との対立の実際と医師の抵抗の実際を確認する。

### 1-1. 高度専門職業人としての医師を擁する医療組織の特性

#### 1-1-1. 医療組織の非営利性

施設数を開設者別に区分けした厚生労働省のデータ<sup>1</sup>によれば、医療法人施設数は、病院総数の67%を占めており最も多い施設数である。一般診療所における医療法人施設数を見ても、一般診療所施設数の38.3%を占めており第2位の施設数である。以上のことを踏まえると、医療法人は医療組織の代表的な経営形態と見なすことができる。

非営利組織である医療法人の開設や管理などは、医療法により定められている。なかでも、医療法人が非営利組織である根拠は、医療法第7条第5項「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第一項の許可を与えないことができる」と、同法第54条の「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」という規定にある。

しかし、前述した医療法以外は民間企業との違いがほとんどないことから、医療経営者に利潤動機が働く可能性は十分あり得るという指摘がある（遠藤, 1996）。また、高橋（2004）は「唯一、医療を守ってきたのは非営利性という大義名分である」（同, p.2）ことを指摘した上で、特定医療法人などの限られた病院以外は非営利性という実態がか細いものであることを指摘している。

高橋（2011a）は「日本では、企業以上に営利性の強い経営を非営利の仮面をかぶって行ってきた民間病院も一部にあった」（同, p. 48）ことを指摘する。民間病院だけが営利的な一面を持っているわけではない。たとえば、東京医科大学茨城医療センターの診療報酬不正受給により、

<sup>1</sup> 厚生労働省 Web サイト (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/>) を参照されたい。

同院は2012年12月から保険医療機関の指定が取り消されている<sup>2</sup>。また、消費者庁の分析によると、美容医療における契約や販売方法を巡る苦情件数は2004年度の651件から2013年度の1743件と、過去10年で2.7倍に増えていることが明らかになっている（『日本経済新聞』2014年9月28日朝刊）。

図1-1には、全国公私病院連盟・日本病院会(2015)で明らかにされている赤字病院の比率を示している。

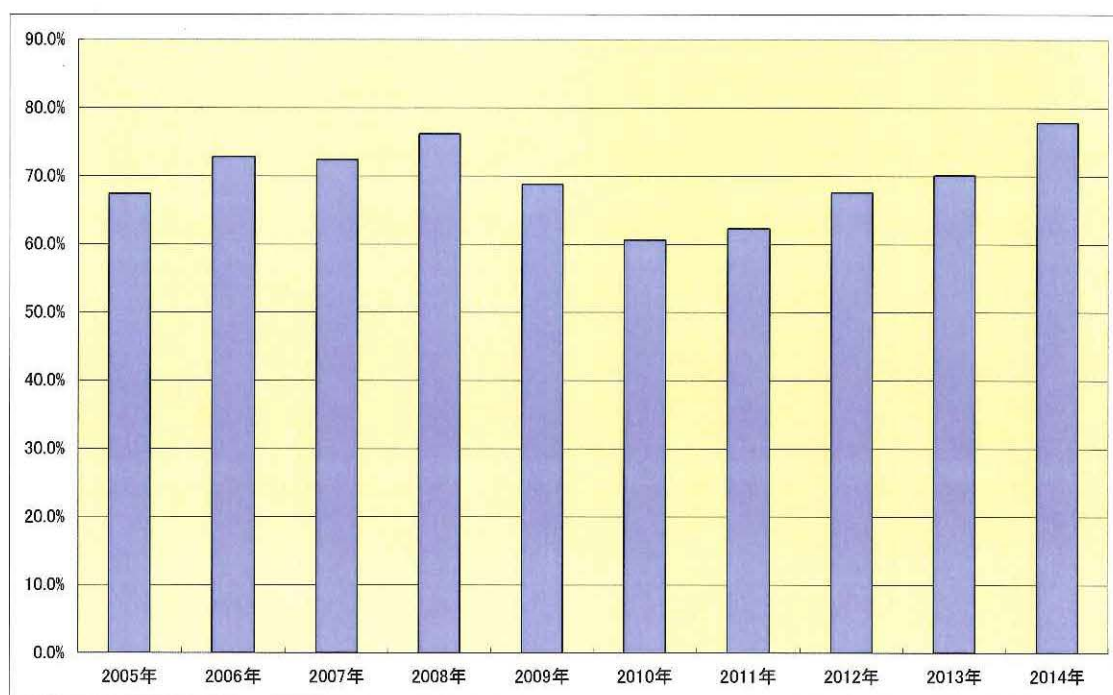


図1-1. 6月度の赤字病院数割合 (%) の年次推移

出所：全国公私病院連盟・日本病院会(2015)より筆者編集

2010年では60.6%だった赤字病院が年々増加傾向を示し、2014年では赤字病院が77.8%と過去10年間で最大の割合となっている。2014年の赤字病院を開設者別で見ると、「自治体病院」の90.8%、「その他公的病院」の66.7%、「私的病院」の52.5%が赤字病院の割合になっており、医療組織は非営利という一面だけでは済まされない現状を垣間見ることができる。た

<sup>2</sup> 毎日新聞 Web サイト (<http://mainichi.jp/articles/20151225/ddl/k29/040/455000c>) では、民間病院の診療報酬不正受給事件を掲載している。

だし、水野（2003）が「もともと開業医の中には自分のことしか考えていない人もいる。（中略）残りの三分の一は「欲張り村の村長」で、これはどうしようもない。医師会長というのは、この三つを代表しているのだ」（同, p. 96）という武見太郎氏<sup>3</sup>の証言を紹介しているとおりに、「私的病院」については赤字病院の割合は最も低い現状である。また、水野（2003）は、日本医師会自体が医師の権益を守るための圧力団体になっていることも紹介している<sup>4</sup>。

上記のような問題は、医療組織が非営利性を含む要素があっても、マネジメント・システムを活用した健全経営が今後ますます必要になってくることを示唆している。その一方で、患者に近い現場の医師ほど医療本来の理想（非営利性）と経営の効率化という現実の狭間で揺れているといえるだろう。

## 1-1-2. 高度専門職業人としての医師の社会的威信

### (1) 高度専門職

高度専門職業人としての医師について概観する前に、本研究における高度専門職とは何かについて示しておきたい<sup>5</sup>。

そもそも、高度専門職という用語は、聖職者、医師、弁護士にあてはまるものとして使用されてきた（進藤・黒田, 1999; 田尾, 2001）。

小野（1998）は、「高度の科学的知識を応用した仕事や高度な水準の専門的性質の仕事をする職業であり、仕事の自律性が比較的高く、長期間の教育訓練を必要とする職業」（同, p. 47）が高度専門職であると述べている。他に、開本（2006）は、自らの専門知識や専門能力を長期の高等教育や訓練によって獲得しているのが高度専門職でありプロフェッショナルであると述べている。

ただし、田尾（2001）は、知的な職業がすべてプロフェッションではなく、単一の技能に習熟するスペシャリストとは区別されるべきであると指摘した上で、プロフェッションとは、①専門的な知識や技術、②自律性、③仕事への積極的な自我関与、④同業者への準拠、⑤倫理性という5つの特徴を備えた職業であると述べている。

<sup>3</sup> 昭和32年より13期（25年間）にわたって日本医師会の会長を務めた人物である。

<sup>4</sup> 水野（2003）に関連した同様の指摘は、辰濃（2010）、野村（2011）などがある。

<sup>5</sup> 中野（1981）は、プロフェッションの概念の内包と外延は柔軟且つ恣意的であり、プロフェッションの複雑さと急速な進展、タームに込められる観察者の感情的・評価的価値判断に由来する可能性を指摘した上で、完全な定義を確定する試みは無意味であるとまで指摘している。加えて、中野（1981）は、プロフェッションとは、社会的・文化的文脈のなかで真の意義を確認できる存在であることに留意する必要性を指摘している。中野（1981）の指摘は、高度専門職業人とは何か、という問いに対して研究者の数だけ定義があることを意味している。それゆえ、ここでは、あくまでも本研究における高度専門職のとらえ方を示すにとどまる。

本研究においても、プロフェッションとスペシャリストとを峻別した上で、田尾（2001）において指摘されている5つの特徴を備えた高度専門職として医師をとらえていく。

## （2）高度専門職業人としての医師

医療組織は看護師やコメディカルといった様々な専門職が集まり成り立っているものの、田尾（2001）は、プロフェッションの社会とは階層社会であり、医療組織においては医師だけがフルプロフェッションであり、それ以外の職業はセミプロフェッション、パラプロフェッションと階層化されていると指摘している。田尾（2001）の指摘通り、医師だけが高度専門職業人と呼べる根拠が3つほど確認できる。

1つ目は、「労働基準法第十四条第一項第一号の規定にもとづき厚生労働大臣が定める基準」<sup>6</sup>に、医師が高度専門職業人であることが確認できる。同法の資格のなかで、「医師」に該当するのは、ロ）医師、ハ）歯科医師、ニ）獣医師の3種類であることが明記されており、医師は高度専門職業人として規定されている。

2つ目は、上記3種類の医師免許は、学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において、医学・歯学・獣医学の正規の課程を修めて卒業した者<sup>7</sup>以外は試験を受けられないことである<sup>8</sup>。

3つ目は、医師法第十七条に「医師でなければ、医業をしてはならない」と業務独占規定<sup>9</sup>があることである。つまり、医師は看護師やコメディカルの業務を行うことが法律上許されているが、看護師やコメディカルは医師の業務を行うことができないばかりか、関係法規に「医師、歯科医師の指示のもとで」と明記されており、看護師やコメディカルは医師の管理を受けている。

前述の田尾（2001）において、高度専門職の特徴の1つとして「自律性」が挙げられている。Freidson（1970）もまた、医師のような専門職のキーワードは「自律性（autonomy）」であるとしている。看護師やコメディカルは医師の管理を受けることから、自律性の有無、あるいは、多寡によって、医療組織においては、医師のみが高度専門職となる。

Freidson（1970）によれば、免許は、自集団の仕事を独占的に遂行する法的な権利であり、

<sup>6</sup> 独立行政法人労働政策研究・研修機構 Web サイト(<http://www.jil.go.jp/rodoqa/hourei/rodokijun/KO0356-H15.htm>) を参照されたい。

<sup>7</sup> 医師法第十一条、歯科医師法第十一条、獣医師法第十二条。3種類の医師と薬剤師は大学で6年間の教育を経て試験を受ける。他方、看護師やコ・メディカルは専門学校・短大・大学のいずれかの教育を経て試験を受ける。

<sup>8</sup> e-gov (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO201.html> ; <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO202.html>) を参照されたい。

<sup>9</sup> 歯科医師は歯科医師法第十七条、獣医師は獣医師法第十七条に規定されている。

他の職種からの参入を防ぐ機能を持っている<sup>10</sup>。わが国で医師という職業に就くためには、医師国家試験に合格し厚生労働大臣の免許を受ける必要がある<sup>11</sup>。

免許を取得した医師は、医師法により業務独占権を持つだけでなく看護師や各種メディカルの行う業務など、医療全般の業務を行う権利を有する。また、医療法第7条により、医療従事者<sup>12</sup>として医師だけが唯一病院の開設が認められている。医師法や医療法は、医師の自律性・自立性を高める要因といえる。

### (3) 医師の社会的威信

Freidson (1970) は、産業化の進んだ国々において、他の職業と比較して医師の威信が高いという<sup>13</sup>。わが国において医師が社会的威信のある職業であることは、都築 (1998) の示す SSM (The national survey of Social Stratification and social Mobility: 社会階層と社会移動) 全国調査・職業威信に関する調査結果で確認することができる。太郎丸 (1998) は、1995 年に実施された SSM 調査・職業威信に関する結果を提示し、また、評定者間の一致度はある程度高く威信スコアの妥当性があることを実証している。職業威信に示されている職業順位は、わが国の職業種を 56 に分類したなかで、1 位「医師」、2 位「大会社の社長」、3 位「裁判官」、と医師が最も職業威信の高い職業であることが示されている<sup>14</sup>。

進藤・黒田 (1999) は、「医師あるいは弁護士が専門職であるというのと同じ意味で、看護婦あるいは司法書士・弁理士が専門職であるという用語法は確立しているとはいえない。

(中略) 専門職という用語が職業分類上の中立的なカテゴリーではなく、社会的威信あるいは評価と密接に関連しているカテゴリーである」(同, p. 47) とする。上記の結果は、医師という職業それ自体が社会的威信に変換していることを示唆している<sup>15</sup>。

## 1-2. 医療組織における医師のマネジメントに関する課題

<sup>10</sup> Freidson(1970, 邦訳, pp. 124-125)。

<sup>11</sup> 医師法第 2 条による。

<sup>12</sup> 医療法により病院の開設が認められているのは医師・歯科医師である。

<sup>13</sup> 「どの国でも医の先祖として特定の神さまが崇められている」(小川, 1964, p. 3) ことに鑑みれば、医師の威厳および権威は長い歴史のなかで社会的に容認を得た経緯があるといえる。

<sup>14</sup> 医師系の高度専門職業人および医療人のスコア順位は、医師・歯科医師 (90.1)、獣医師 (65.7)、薬剤師 (65.7)、助産婦・栄養士・保健婦・看護師 (59.7) である。

<sup>15</sup> 実際、医師の出す診断書は最高の権威であり、社会的に強大な認証権になっている(砂原, 1983)。砂原 (1983) は、「周囲の人々の目から見ればそれほどの病気とは思われなくても、『一週間休養すべし』という医者の診断書の紙きれ一枚で、大手をふって学校や会社を休むことが許されます。診断書次第で殺人者も無罪になるし、事故を起こした飛行機の操縦士も責任を問われることなしにすみませう」(同, p. 45) と具体的に記述している。また、砂原 (1983) は、医師免許さえあれば医療行為については法的にオールマイティーである建前があることを指摘している。

### 1-2-1. 医師の権限・価値観

医療組織は、資格上、医師を頂点としながらも、看護師やコメディカルなど複数の専門職で構成される専門職集団<sup>16</sup>である。

川渕（2004）は、医師について「病院では、個々の医師は、大勢の医療スタッフの一員にすぎず、公の権限を持たないかもしれないが、患者に関する医療活動という各部門のサービスの統合を必要とする局面では、“第一線の指揮官”として機能する」（同, p. 125）と指摘し、また、「看護師やコメディカル職員は、医師のオーダーによって仕事をする」（同, p. 142）と医療組織内の医師と医師以外の職能的な立場の違いについて指摘している。

専門職は、専門職ゆえの長い専門教育過程を経て独自の価値観が根付いているものの、医療専門職は、人命や人の健康に寄与するという共通の目的とミッションに基づき、質の高い医療サービスの提供を目指している。しかし、医療現場では、分業化によって専門性が深まると同時に、セクションごとの価値観が高まり、セクション間の対立の原因<sup>17</sup>にもなっている。

特に、医師においては、医学部時代に医師として必要とされる知識や技能だけでなく、価値観や態度に関わる「医師の社会化」<sup>18</sup>が指摘されている（進藤・黒田, 1999）。つまり、医師は、医学部時代から自律的な医師の活動という価値観やその正当性を習得してきており、それが医療組織内での垂直・水平間での対立の原因になっているといえる。

### 1-2-2. 医療組織における対立

#### (1) 垂直対立

医療組織内における対立には、垂直対立および水平対立が存在する。垂直対立は、「組織のヒエラルキーが有効に機能しないで、権威が正当性を失い、権限の配分に歪みが生じるなどした場合に発生する」（桑田・田尾, 2010, p. 260）。桑田・田尾（2010）は、上下間に心理的な距離感とそれぞれの利害関係、また、価値観の違いがあるゆえに、垂直的な対立は解消され難いと述べている。

<sup>16</sup> 田尾（2001, pp. 90-96）は、医療界などのヒューマンサービスのプロフェッションを次のように3階層に区分けしている。「フルプロフェッション（完成された専門職）」は医師、「セミプロフェッション（準専門職）」は看護師、「パラプロフェッション（補助専門職）」は上記に示した以外の職種を示している。

<sup>17</sup> 対立の原因（潜在的な対立要因）は、価値観だけではない。たとえば、Pondy（1967）は「希少資源のための競争」「自律性」「目標の相違」が対立の原因であることを示しており、また、Robbins（2005）は「コミュニケーション」「構造」「個人的変数としての価値観」が対立の原因になることを示している。

<sup>18</sup> 進藤・黒田（1999）によれば、社会化とは、「当該社会の成員として要請される知識・技術・価値観あるいは態度を習得してゆく過程を意味する」（同, p. 50）という。

家里 (2008) は、「医師以外の職員は病院長を頂点とした完全なピラミッド型の管理階層組織に入るが、医師はその組織から張り出した位置を占める。このため、病院の管理組織は、病院長を頂点とする変形ピラミッド型の組織を形成している」(同, p.107) と指摘しており、医師の自律性が医療組織特有の構造を作り出し、必ずしも指示・命令が企業組織のような一元体制ではない<sup>19</sup>。

すなわち、医療組織は、トップ・マネジメントをはじめとした管理職の管理的権限と、医師の専門職的権限(自律的権限)とが併存する、二重権威構造をもつ(Smith, 1955; Goss, 1961) のである<sup>20</sup>。図 1-2 には、管理的権限と専門職的権限との垂直対立を図示している。

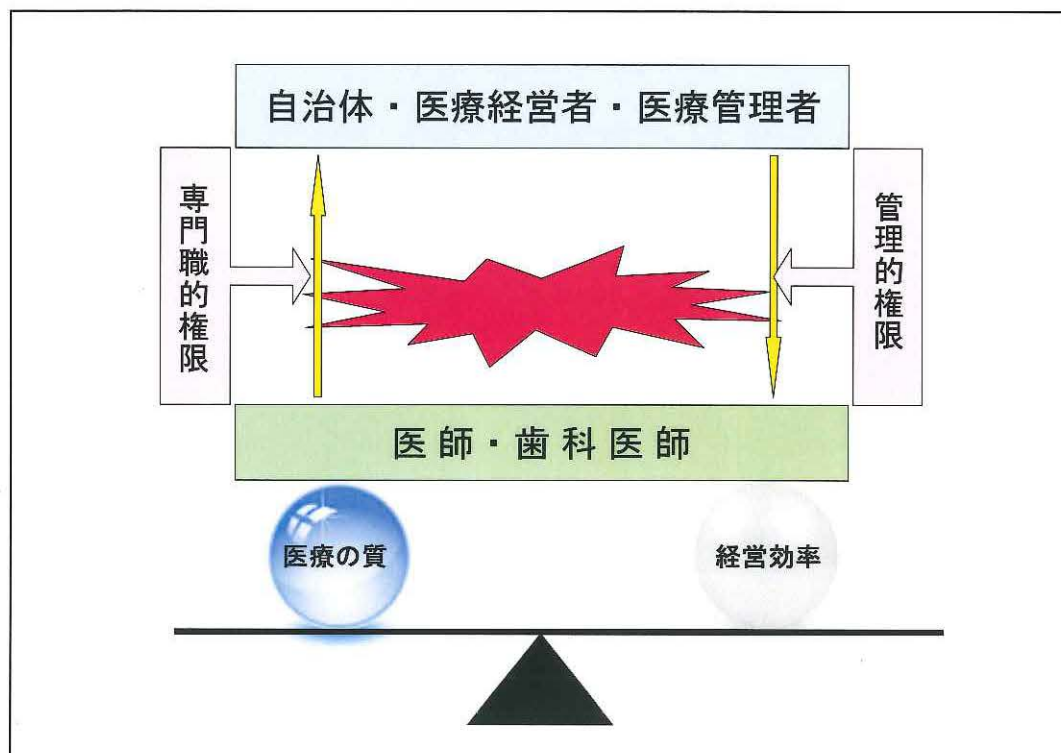


図 1-2. 管理的権限と専門職的権限の垂直対立の構図

図 1-2 で示すように、管理的権限と専門職的権限との対立が発生する背景には、「病院には医師をはじめとして専門職が多く、自律的に仕事をしたいと望む専門職の態度が、管理

<sup>19</sup> 病院組織のなかには「事務部門や院長の能率志向的な経営管理努力には冷淡」である者がいる(杉, 1981, p.138)。マネジメント上で問題になるのは、医師は主治医権を持って任務にあっているため管理者としての監督ができ難いことである(杉, 1981, p.171)。

<sup>20</sup> Smith(1955)では、医師は、積極的かつ強力な介入によって、直接、トップ・マネジメントをコントロールすることが可能であると主張されている。医療組織では、医師の自律性に基づくプロフェッションによる専門家支配がなされている(Goss, 1961; Freidson, 1970; 杉, 1981)。

活動と融和しにくい」(杉, 1981, p.147)という、医療組織ならではの特性がある<sup>21</sup>。そこで、垂直対立の基になっている管理的権限と専門職的権限の本質的な違いについて概観しておく。

表 1-1. 専門職的権限と管理的権限の相違表

	専門職的権限	管理的権限
権限付与先	一定の能力と経験をもった特定の個人	組織内の管理的職位
権限範囲・内容	自分の仕事のやり方に対して他者からの統制や干渉を排して自律性を確保	他者の仕事のやり方を統制したり評価する
帰属意識先	自分と同じ専門分野の団体や組織	病院組織および開設主体

出所：杉（1981, pp. 153-158）を参考に筆者作成。

表 1-1 は、杉（1981）が示した管理的権限と専門職的権限の 3 つの違いについてまとめたものである。杉（1981）によれば、専門職的権限は個人に与えられているのに対して、管理的権限は職制上の職位に与えられる権限である。また、権限の範囲や内容においては、専門職的権限が自律性を確保するために自身の仕事のやり方に対して他者からの統制と干渉を排する志向を持っている。他方、管理的権限は、組織全体の活動を効率的に高めるために他者の仕事のやり方を統制し評価する志向を持っている。さらに、専門職的権限を持つ医師は、学会や研究会、あるいは医師会などの団体に対して親近感と一体感を持ちやすいが、管理的権限を持つ人々は、病院あるいは開設主体からその権限が付与されているため、病院組織および開設主体に対して強い一体感を持つ可能性が高い。

以上のように、管理的権限と専門職的権限とはお互いに相容れない関係にある。なかでも、医師は高度専門職業人であり、医療組織のなかで自律性が最も高い。そのため、病院の効率化を考えるトップ・マネジメントや管理部門にとって、医師の専門職的権限との対立、もしくは、対立から派生する医師による抵抗は、効率経営を実現する上での最大の阻害要因になるといえる<sup>22</sup>。

<sup>21</sup> 杉(1981)はまた、専門職グループと管理スタッフとの対立の原因は専門職グループ側にもあることを指摘している。杉(1981)は、専門職一般に見られる共通的な特徴として、①専門分野に限定された視野の狭さ、②権威主義的な態度傾向、③管理に対する理解の欠如と知識の不足などが、対立の原因になっていると述べている。加えて、杉(1981)は、わが国の病院において「医師を中心とする専門職グループと事務職員を主体とする管理スタッフとの間には、暗黙の対立葛藤すら存在する」(同, p. 27)と指摘している。さらに、Goss (1961)は、医師でない者が医師を管理することの難しさを指摘し、また、それがどのように解決されるのかは重要であると述べている。

<sup>22</sup> 高橋(1997)は、患者に近い現場の医師と病院の効率化や有効性を重視するトップ・マネジメントでは意見の対立がよくあることを指摘している。なお、遠藤(1996)によれば、米国の営利病院の研究から、医師のプロフェッショナリズムは医療の効率化の推進には否定的に働く可能性がある反面、営利動機による医療サービスの質の低下を抑制する可能性があることを指摘し



## (2) 水平対立

医療組織におけるマネジメントには、専門職的権限と管理的権限という垂直関係の調整課題の他に、専門職部門相互間の調整課題があることが指摘されている（杉, 1981, p. 178）。専門職部門相互間の関係の調整とは、図 1-3 に示すように、医師と看護師・コメディカル間における水平間の対立関係を指す。

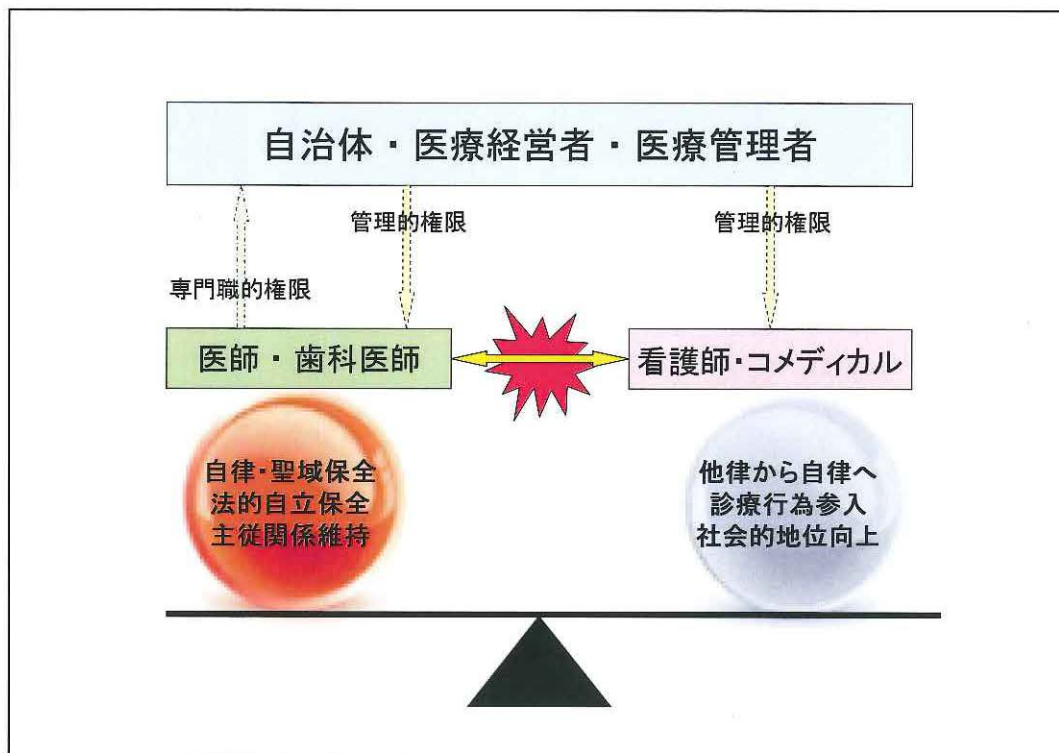


図 1-3. 医師対看護師・コメディカルの水平間対立の構図

看護師やコメディカルと医師との間の対立の原因に関して、岩本・他(2005)は、板橋(2003)の指摘している医師のパターナリズムからの患者に対する保護を行うことが医師と看護師間の対立原因の1つになっている可能性を指摘している<sup>23</sup>。

また、Freidson(1970)は、看護師は十全な意味での専門職ではなく<sup>24</sup>、医師という専門

ている。本研究では、管理的権限と専門職的権限との対立は、医療の質の向上および効率経営の実現を同時達成する上での障害要因としてとらえている。

<sup>23</sup> 岩本・他(2005)の調査では、医師と看護師との対立要因までは明らかにしていないものの、看護師長は医師との対立を頻繁に体験していることを明らかにしている。ただし、田尾(1984)によれば、介補中心で医師に一方的に従うことの多い外来棟の看護師の方が、患者ケアに対して独自の見解を持つ病棟勤務の看護師よりも医師とぶつかり合う可能性は低く、対立的にならないことを明らかにしている。

<sup>24</sup> 杉(1981)は、看護師の心情について次のように述べている。「一般に、看護婦は医師に対して二律背反的な態度をもつと

職の強大さゆえに看護師が専門職としての地位を将来的に達成できる見込みが低いことを指摘している。その上で、看護師の医療業務範囲や社会的地位への不満と葛藤が医師との対立の原因になっている可能性があることを Freidson (1970) は指摘している<sup>25</sup>。

近年の医療組織構造の変化に対して、高橋 (1997) は、「医師がすべてのコ・メディカルへの命令者であったのが、実際はともかく、組織構造的には、依頼者に変化し、パートナーとして協働することが求められている」(同, p. 47) とする<sup>26</sup>。医師と看護師・コメディカルとの対立は、1 つには、医師の既得権益を切り崩すことで診療業務の参入や業務範囲の拡大を図ることから生じている<sup>27</sup>。加えて、業務範囲の拡大により社会的地位を向上させたいとする看護師やコメディカルの願望と欲求が、医師と看護師・コメディカルとの対立を生むもう 1 つの原因になっている<sup>28</sup>。いわば医師を頂点とした身分序列<sup>29</sup>への挑戦と言い換えることができよう<sup>30</sup>。

以上のように、医療組織においては、垂直対立および水平対立が存在する。効率経営を実現する上で水平対立を解消することも重要ではあるものの、本研究の関心は、なぜ医師が

---

いわれる。すなわち、一方では、その権威主義的専断さに反発してそれへの従属的關係を脱却したいと望みながら、同時に他方では、その高い専門職性と権威に憧れ同調する心情をもち、機会があればその権威を借用し、患者など部外の素人に対して医師と威信を共有したいと望むものである」(同, 1981, p.218)。

<sup>25</sup> Freidson (1970) の指摘は、看護師らの協会である「日本看護協会」を通じた業務拡大運動と医師らの反応から確認することができる。たとえば、「特定看護師(仮称)」の創設があげられるが、日本医師会の常任理事・藤川謙二氏は「『侵襲を伴う医療行為は医師がやるべき行為であり、国民の生命に危険を及ぼす』と絶対反対の立場を力説した」(辰濃, 2010, p.389) ことが紹介されている。逆に、「妥協を繰り返してきた日本看護協会などの推進派は『小さく生んで大きく育てる』と釈明する」という「日本看護協会」のコメントが報じられている (yomiDr.Web:www.yomiuri.co.jp/page.jspid=87245)。このような医師の権益を侵しかねない職能間での対立は、医師と看護師間だけに見られるものではない。辰濃 (2010) は、救急救命士の自動体外式除細動器(Automated External Defibrillator; AED)の使用問題があることを指摘している。

<sup>26</sup> 医師・歯科医師以外のすべてのコメディカルの業務の関係法規には「医師、歯科医師の指示のもとで」と明記されている。つまり、法的な観点だけ見ると、医師と歯科医師(以下、まとめて医師と記す)だけが医療組織内で自立した存在といえる。しかし、杉(1981)は「他の職種専門職性の向上によって、医師との隔たりが相対的に縮小したことは否めない事実である」(同, p. 180) ことを指摘した上で「医師は、かつてのように、唯一の専門職として独占的な地位と権威を病院内でほしいままにすることは許されなくなり」と医師以外の専門職に対して敬意を払うことの必要性を主張している。

<sup>27</sup> 田尾(2001)は、「医師というソル・モデルを身近に見聞きするほど、看護婦だけではなく、他のプロフェッションはその立場の強化、あるいは地位の向上を考えざるを得なくなり、結果として組織の管理構造に動揺を与えるようなことがないとはいえない」(田尾, 2001, p. 99) と医師と病院スタッフとの潜在的な対立のリスクを指摘している。

<sup>28</sup> 杉(1981, p. 185)によれば、第二次世界大戦後に、医師に対して看護師およびコメディカルの権威と自律性の評価を要望する気運が高まったとされる。さらに、コメディカル向けに発刊されている北村(2013, p. 4)の著書には「従来、医師(メディカル)に対して、その他の医療従事者をパラメディカル(二次的医療従事者)と称していた。しかし、今や、これらの医療従事者は、近代医療を行うに際して欠くことのできない専門職である。したがって、最近では、医師と協力して医療に当る医療従事者という意味で、コメディカル(医療共同従事者)という名称が用いられている」と記述されており、医療界におけるコメディカルの地位向上の目論みの一部を垣間見ることができる。

<sup>29</sup> Smith (1955) は、医師の権威に起因する病院スタッフの対立問題のトピックを紹介している。具体的には、一部の医師が喫煙しながらエレベーター内に入ってきたとき、病院のスタッフが禁煙の規則を医師に告げている。ところが、それに激怒した医師らは、病院責任者にそのことを伝えた。結果、医師に注意した病院スタッフは責任者の部屋に呼び出され、医師に命令しようとした理由で譴責されている (Smith, 1955, pp. 60-61)。Smith (1955) が示した事例は、病院の規則を破っているのは医師側であるにもかかわらず、規則を遵守して医師に注意した病院スタッフ側が処分された事例である。Smith (1955) のトピックは、医療組織内における医師の地位と権威を示唆している。このような、組織内の対立関係を放置した場合には、従業員の感情はマイナス感情となり、やがて逸脱行為を招くことが指摘されている (Robinson and Bennett, 1995)。

<sup>30</sup> ただし、看護師の職業的成熟のなかで、医師との対立関係は前向きに評価されるべきものであり、病院組織全体の管理を上手に実施できれば医師と看護師の関係はよくなることを指摘されている (田尾, 1984, p. 67)。その意味で、水平対立に関する問題は、チーム医療の向上や看護師の職業的葛藤問題を改善するには必要な視点であるといえる。

マネジメントに抵抗するのかを明らかにすることにあるため、以下では、水平対立を考慮しながらも、垂直対立を中心として考察を進めていきたい。

### 1-2-3. 医師の権威を高める要因

表 1-2 および図 1-4 は、OECD(Organisation for Economic Cooperation and Development: 経済協力開発機構)<sup>31</sup>で公開されている 2012 年度のデータを基に、G7 加盟国の「人口 1000 人当りの医師数」と「人口 1 人当りの平均受診回数」を示したものである。

表 1-2. G7 各国における医師数・受診回数 (2012 年度)

G7	人口1000人 当りの医師数	人口1人当りの 平均受診回数 (年)
米国	2.5人 (2011)	4回 (2010)
英国	2.8人	5回 (2009)
フランス	3.1人	6.7回
ドイツ	4.0人	9.7回
日本	2.3人	13回 (2011)
イタリア	3.9人	7.2回
カナダ	2.5人	7.9回

出所：OECD Health 2014 を編集<sup>32</sup>

表 1-2 および図 1-4 で明らかのように、わが国の医師数は 2.2 人/1,000 人であり、G7 のなかで最下位である。一方、わが国の平均受診回数は 13 回/1 人であり、G7 のなかで最上位<sup>33</sup>である。換言すれば、わが国における医療の現状は、G7 各国のなかで医師数が最も少ない上に、医療機関を最も身近に活用する社会的特性があるといえる。

上記のことから推論できることは、医師不足といわれるわが国特有の社会的・政策的な問題点に加え、医療を身近に活用する国民の意識と行動それ自体が医師の権威を補完していることである。

<sup>31</sup> 34 カ国が加盟している。

<sup>32</sup> OECD Health Statistics 2014([www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)) を参照されたい。また、( ) は Data 年である。

<sup>33</sup> 2010 年度は 13.1 回/1 人の受診回数であり、OECD 加盟国のなかで第 1 位である。

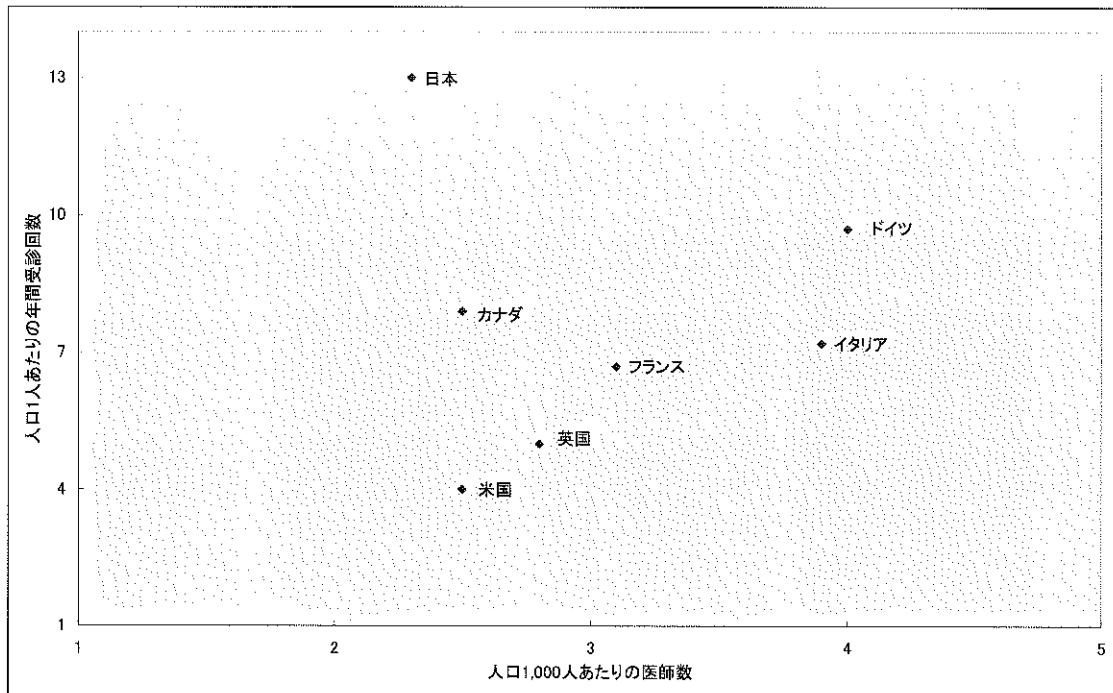


図 1-4. わが国と海外の医師数および患者の受診回数

出所：OECD Health 2014 を編集

わが国の医療政策の課題について掘り下げて見ると、2004 年度から始まった医師臨床研修制度により地域や専門性の医師偏在という問題が顕在化していることが確認できる。地域の医師偏在あるいは専門医偏在は深刻であり、医師不足による医療崩壊にまで発展しかねない問題になっている<sup>34</sup>。

一方、医師に依存するわが国の社会的実態に関して、中野（1976）は、メディアが医師告発キャンペーンの翌年（1973 年）に行われた内閣府の『医療に関する世論調査』において、

<sup>34</sup> わが国の医療問題の 1 つとして、専門医の偏在が明確になっている。たとえば、9 県が産科医不足で深刻な状況にあることを日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会が報告している（『日本経済新聞』2014 年 10 月 26 日、全日版）。たとえば、北海道札幌市に所在する「北海道立子ども総合医療・療育センター」では、産科の常勤医師が 2014 年 4 月から不在になっている（『北海道新聞』2014 年 8 月 28 日、朝刊）。外科医不足も深刻な状況下にある。外科医は 2006 年に底を打ち、6 年間の伸び率は約 6% であり、また、2010 年度には医師臨床研修制度の必修科目から外科が外されている養成課程の構造問題も指摘されている（『日本経済新聞』2014 年 10 月 23 日、全日版）。札幌医科大学の学長は、医師が札幌大の医局に毎年 100 人入っていたのが 75% に減っており、北海道大学および旭川医科大学でも同様の状況であることを証言している。また、医師臨床研修制度は、新人医師は研修先を自由に選択できるため、大学が地方に派遣できる医師を減らすことになり地域医療を破綻させたことが報じられている（『北海道新聞』2014 年 8 月 7 日、朝刊）。地方に居住する住民や地方自治体ほど、医師の流動化が進むにつれて医師の希少性は高まると同時に、医療組織の医師に対する依存度が高まるといえる。それゆえに、北海道自治体病院開設者協議会長は、「地方を敬遠する医師を雇い続けるため、1 年間で 5、6 千万円の給与を用意する市町村もあります。収入減や人件費の膨張で病院会計は赤字となり、一般会計から穴埋めするので自治体経営そのものが厳しくなっています」（『北海道新聞』2014 年 8 月 8 日、朝刊）、と医師への依存度を裏付ける証言をしている。檜山管内せたな町の医師を確保するための「医師の奨学金未返済分貸付」（『北海道新聞』2015 年 11 月 25 日、朝刊）が報じられるなど、医師への依存度を示す報道は枚挙に暇がない。

約 9 割の人々が「医師を信頼している」と回答していることを示し、「日本人は概して  
えば、『権威主義的』社会性格をもっており……、いったん病気になると医師に対して  
『生命あずけます』という感じで、完全依存型の患者になるものが少なくない」（同, p. 54）  
とわが国の「医師に依存する患者」<sup>35</sup>という特性を指摘している。

わが国の医療組織のトップ・マネジメントや管理部門は、「フルプロフェッションの強力  
な抵抗にあって挫折するようなことがしばしばある」（田尾, 2001, p. 96）。それは、管理  
者は、専門職とは違い上司や部下などの多くの人々に大きく依存する性質があるためであ  
る（Kotter, 1979, 邦訳, pp. 12-13）。

Robbins (2005, 邦訳, pp. 295) は、B の A に対する依存度が高いほど A の力が相対的に高  
まるというパワーと依存の関係を指摘している。また、依存度に影響を及ぼすのは、資源  
が重要かつ希少であり非代替性である場合である（Mintzberg, 1983）。

上述のように、わが国において医師の希少性は諸外国よりも高い。医師の希少性が高い状  
況において、病院の収益源であり病院からの最終受益者である患者が医師に依存するほど  
医療組織にとって医師の重要性はさらに高まる。それゆえ、医師の希少性は、わが国の医  
師の専門職的権限を補強する要因になっている。

#### 1-2-4. 対立を解消するための下位者の行動

対立は、時として下位者から上位者への抵抗を引き起こす。抵抗する以前に対立を解消す  
るための行動をとることもありえる。

下位者が上位者に対して影響を及ぼす影響戦術は、Kipnis et al. (1980) が見出している。  
それは、①主張性（積極性）、②ご機嫌取り、③合理性、④交換性、⑤上向き PR（訴え）、  
⑥連合の 6 つである<sup>36</sup>。加えて、抵抗というべき、「制裁（雇用の安全など）」や「遮断（仕  
事の停止・減速）」も影響戦術としてはありえるものの、Kipnis et al. (1980) では、「制裁」  
および「遮断」は下位者から上方向に対する戦術としては不適切として除かれている<sup>37</sup>。

Kipnis et al. (1980) が示した影響戦術については、その後、検証され支持（Erez et al., 1986;

<sup>35</sup> Etzioni (1961) は、一般病院を規範的権威からなる規範的組織と位置づけ、患者の心のなかに服従の必要が非常に内面化さ  
れていることを指摘している（同, 邦訳, pp. 1-38）。服従関係とは、医師と医師に依存する患者の関係である。

<sup>36</sup> ①主張性とは、自分の意見や要求をはっきりと示すなど、②ご機嫌取りとは、機嫌を取る、へりくだるなど、③合理性とは、  
確信させるための計画書提出や論理や理由を説明するなど、④交換性とは、自身の欲することを実施してもらい代わりに、別  
の機会に手助けするなど、⑤上向き PR（訴え）とは、より高い上司に要請するなど、⑥連合とは、同僚の支援を得るなどであ  
る。

<sup>37</sup> Kipnis et al. (1980) の示す「制裁」とは雇用の安全（下位者では退職する）などであり、「遮断」とは仕事のペースを落と  
す減速や停止などである。これらの戦術は、実際の使用頻度が少なく、また、下位者の戦術としては不適切であるとして後に  
除かれている（Schriesheim and Hinkin, 1990; 淵上, 1994）。

Schriesheim and Hinkin, 1990) されている。Kipnis and Schmidt (1988) は、影響戦術の効果について、多くの影響戦術を用いて主張と交渉を行うフォロワーはリーダーに高いストレスを与えると同時に評価が低くなり、それとは逆に、論理性を用いるフォロワーへの評価が高い事実を実証研究により明らかにしている<sup>38</sup>。

ただし、Kipnis et al. (1980) が示した影響戦術に関して、医師を対象とした研究は、筆者の知る限り、見当たらない。それゆえ、トップ・マネジメントと医師とのあいだに対立が生じた場合に、医師がどのような行動を示すのかについては必ずしも明らかではない。わが国の医師のマネジメントを研究する上で、上位者と下位者とのあいだに対立が発生した場合に、下位者である医師はどのような影響戦術を用いているのかを検討していく必要があるだろう。

### 1-3. わが国の医療組織における垂直対立の実例

前節までに、Smith(1955)の示した二重の権限に基づく医師との垂直対立が医療組織のマネジメントを阻害する大きな原因の 1 つであることを確認した。しかしながら、わが国の医療組織を対象として、トップ・マネジメントと医師との対立に焦点を当てた研究は、筆者の知る限り、皆無である。

このことから、本節では、わが国の医療組織におけるトップ・マネジメントと医師との対立に焦点を当てた実例を取り上げつつ、医師の抵抗に関する実際を浮き彫りにする。実例については、報道機関で報じられた記事と公開資料に基づいて記述して行く。

実例として取り上げるのは、北海道松前町に所在する松前町立松前病院<sup>39</sup>（以下、松前病院と記す）である。以下では、松前病院の運営・管理を行う松前町（以下、町と記す）および町議会と、医師らに対立して行く過程を見て行く<sup>40</sup>。このことで、わが国の医療組織においては、医師との間にどのような対立があるのか、また、医師らはどのような影響戦術を示し、トップ・マネジメントらはどのように対立を解消しているのかについて確認して

<sup>38</sup> わが国における上方向への影響戦術の検証は、淵上 (1992; 1994) に詳しい。淵上 (1992) では、看護師を調査対象に上方向への影響戦術を検証した結果、権威的なリーダーに対して部下は「迎合性」（ご機嫌取り）を多く行使し、部下の意見をよく聞く民主的なリーダーに対しては「合理性」を多く行使することを明らかにしている。淵上 (1994) では、これまでの上方向への影響戦略（戦術）に関する研究の動向のレビューを行い今後の研究課題が示されている。

<sup>39</sup> 松前病院は、24 時間体制の救急患者受け入れをはじめ、人工透析も対応する 100 床の病院である。

<sup>40</sup> 『北海道新聞』（2013 年 9 月 19 日; 2013 年 9 月 28 日; 2013 年 10 月 5 日; 2013 年 10 月 11 日; 2013 年 10 月 22 日; 2013 年 10 月 25 日; 2013 年 10 月 26 日; 2013 年 11 月 2 日; 2013 年 11 月 6 日; 2013 年 11 月 20 日; 2013 年 11 月 29 日; 2013 年 12 月 4 日; 2013 年 12 月 5 日; 2013 年 12 月 18 日; 2013 年 12 月 19 日; 2013 年 12 月 20 日; 2014 年 1 月 24 日）および『毎日新聞』（2013 年 10 月 26 日）の記事に基づきケースを記述している。

行く<sup>41</sup>。

### 1-3-1. 松前町立松前病院の事例

松前病院における対立問題が深刻化したのは、2013年3月末である。対立問題の発端は、定年退職となった松前病院前事務局長の再雇用と待遇を巡るものであり、木村真司院長<sup>42</sup>（以下、院長と略す）が町や町議会の考えとは違う見解のもと人事権を発動したことにはじまる。

町は、定年退職者を再雇用する際には給与を月額20万円と規定しており、実際には15万円で運用している。それに加え、前事務局長の資質に疑問があるなどと町議会は反発していた<sup>43</sup>。これに対して院長は、病院黒字化の中心的人物である前事務局長を“余人をもって替え難い”と評価し、2012年春頃に前事務局長の再雇用と好待遇の交渉に入っている。

具体的には、前事務局長が病院経営の中核を担うこと、また、他の施設管理などの業務とは異なることを指摘した上で、前事務局長に月額40万円の給与を院長は主張していたが、交渉時間が切れてしまった。そこで、院長は、松前病院が地方公営企業法の全部適応を導入していることから、病院管理者である院長が前事務局長を非常勤嘱託で採用する人事を発令した。その結果、前事務局長は管理者補佐となり月額40万円の給与を得ることになったのである。

町は、院長の人事に対して、上位の人の採用には町長の同意が必要として撤回を要請し、対立が深刻化して行った。最終的には、2013年4月頃に道保健福祉部が仲裁に入り<sup>44</sup>、前事務局長を臨時職員として再雇用し、給与は月額20万円で決着した。しかし、院長は、町と交わした覚書の内容<sup>45</sup>が履行されないとして、同年9月27日に町長に辞職願<sup>46</sup>を提出した<sup>47</sup>。一方、町長は「『問題は出向職員だった前事務局長の人事の一点。（継続雇用に）最大限配慮したつも

<sup>41</sup> 本事例研究は、いずれの立場・主張を支持するものではなく、また、公開情報に基づいて医師の対立手段とトップ・マネジメント側の対応を示すことを目的に作成している。

<sup>42</sup> 院長は、日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部の支部長に就任している。詳細は、同学会同支部 Web サイト (<http://jpca-hokkaido.jp/>) を参照。また、同院長は、地域医療の先進的な取組みとして「全科診療」を掲げ、若手医師を研修で受け入れるなど、全国的に注目される病院（松前病院）づくりを行っている（『北海道新聞』2013年9月28日朝刊、全道遅版；2013年9月28日朝刊、地方版）。

<sup>43</sup> 『北海道新聞』2013年10月26日朝刊、地方版。また、反対の背景には、前事務局長と一部の町議会議員との間で軋轢が生じていたことが報じられている（『北海道新聞』2013年10月22日朝刊、全道遅版）。

<sup>44</sup> 町長と院長の間で、職員採用などに関する覚書を交わしている。

<sup>45</sup> 前事務局長を経営アドバイザーとして雇用し、院長の人事権の権限を尊重するよう町に求めたとされる（『北海道新聞』2013年9月28日朝刊、地方版）。また、「処遇を明確化する条例改正案を町議会が否決したため、前事務局長は9月末で任期切れのため退職」（『北海道新聞』2013年10月22日朝刊、全道遅版）となることが報じられている。

<sup>46</sup> 辞職時期は、任期途中の2014年3月末の意向。辞職理由は、町や町議会の理解と協力を得られなかったことにある（『北海道新聞』2013年9月28日朝刊、全道遅版）。

<sup>47</sup> 『北海道新聞』（2013年9月19日朝刊、地方版；2013年9月28日朝刊、全道遅版）の記事に基づく。また、院長の辞職願提出までの流れとして「6月定例会では、月額報酬上限20万円で再雇用するとした条例改正案を否決。9月定例会では前事務局長の身分を明確化する条例改正案に対し、一部議員が提出した修正動議を可決し、事実上、再雇用の道を閉ざした経緯」がある（『北海道新聞』2013年10月26日朝刊、地方版）。

りだったが理解が得られず残念。町民の動揺も心配だ』<sup>48</sup>と語っている。

2013年10月4日、松前病院の八木田副院長と吉野内科部長の2名が院長に辞職願を提出した。2名の辞職希望時期については、院長の辞職意向と同様の2014年3月末の意向を示している。八木田副院長は、辞職願を提出した理由について「『リーダー（木村院長）が円満でない形でやめざるを得ない状況となり、来年度以降、院長抜きでやっていくのは難しいと判断した』」と語っており<sup>49</sup>、事実上、院長の意向に賛同し、辞職影響を拡大した交渉戦術ともとれる。

2013年10月10日、新たに熊谷外科部長、熊谷内科部長、青木内科医長の3名が院長に辞職願を提出した。このことから、常勤医が10名いる松前病院において、6名の医師が辞意を明らかにしたことになる。同3名の医師は、院長と同じ2014年3月末で辞職する意向を示している<sup>50</sup>。

2013年10月22日、院長に追随した医師を含めて計7名の医師が辞職の意向を示していることが報じられた。報道内容の一部には、「町は、25日、前事務局長を『非常勤参与』として雇用できる条例改正案を臨時町議会に提出するなどして院長の翻意を期待する。一方、木村院長は『今後続くような病院の体制づくりに取り組んできたが、町議会や町の協力、理解を得られない以上、辞職するしかない。失った信頼を回復するのは極めて困難です』」と町の対応と院長の胸中が紹介されている<sup>51</sup>。

院長を筆頭に7名の医師による「辞職」をカードにした団結は、多くの住民や同病院の職員に動揺を誘った。その結果、「『辞表を出すならすぐ辞めるべきだ。今までの議会との問題も院長と事務局長の側に原因がある』」<sup>52</sup>という地元の会社社長のコメントをはじめ、強い不快感を持つ住民も現れている。

院長らと町・町議会との対立が深まるなか、地域住民らは地域医療の崩壊を恐れて「松前病院を守る会」（以下、「守る会」と記す）が発足した。2013年10月24日、「守る会」の会長は町長に基本方針文書を手渡し、「『万一、医師が減り病院が縮小すれば、町の衰退が始まり、病院だけでなく町全体の問題に発展する。安心して暮らせるような病院をつくってもらいたい』」と会設立の趣旨を説明した。一方、町長は「『木村院長に松前を守ってもらいたいという思いから、誠心誠意お話しさせていただいている。皆さんと思いは一緒だと認識している』」

<sup>48</sup> 『北海道新聞』2013年9月28日朝刊、地方版。

<sup>49</sup> 『北海道新聞』2013年10月5日朝刊、地方版。

<sup>50</sup> 『北海道新聞』2013年10月11日朝刊、地方版。

<sup>51</sup> 『北海道新聞』2013年10月22日朝刊、全道遅版。

<sup>52</sup> 『北海道新聞』2013年9月28日朝刊、地方版。



と語っている<sup>53</sup>。

2013年10月25日、町長は院長の人事権に関する条例改正案を臨時町議会へ提出し、全会一致で可決した<sup>54</sup>。しかし、議員からの質疑が一切ないまま議事が終了した。そのため、傍聴席にいた町民からは怒号が飛ぶ状況となり、「守る会」代表も新聞社の取材に対して不満を述べている<sup>55</sup>。院長も「『なぜ6月の定例会であれだけ反対し、9月には修正動議までかけて（前事務局長排除を）可決した人たちが、質疑応答もないまま可決するのか。まったく理解に苦しむ』と議会の対応を批判」し、2014年3月末に退職する意向は変わっていない、と報じられた<sup>56</sup>。

さらに、「守る会」主催の住民説明会が2013年11月5日に開催された。参加者は、町長、町議会2名（12人中）、院長、町民ら約300人である。町長および町議員2名は、院長のこれまでの功績を称え病院存続を訴えた。しかし、院長は「『町長や議長は、地方公営企業法で定められている病院管理者としての権限を全く認めていない』」と批判し、院長の辞意は固いままである<sup>57</sup>。

町や町議会に対する町民の怒りと批判はさらに高まり、“守る会”は2013年11月19日までの間に町内5カ所で説明会を開催し、延べ1,021人の町民が参加している<sup>58</sup>。また、同年11月19日現在の“守る会”の会員数は、町内外合わせて約3,500人<sup>59</sup>にまで拡大し<sup>60</sup>、対立問題は地域の間で波紋が広がって行った。

2013年11月28日、議会改革調査特別委員会が開かれた。議長を含む大半の議員が院長を不愉快にさせたこと、また、町民を不安にさせたことに対する謝罪の言葉を述べた<sup>61</sup>。

町・町議会が院長への対立姿勢を是正して行くなか、院長らの退職を慰留するために「松前病院職員労働組合」が2013年12月3日に結成<sup>62</sup>された。組合の委員長は「『みんなの大きな力で院長をはじめとする医師を慰留し、職員の雇用も守りたい』」と述べている<sup>63</sup>。

2013年12月4日、町民と病院職員らの院長・医師への支援が高まるなか、新たな医師から院長に辞職願が提出（2014年6月末で辞職する意向）された。これで、辞職の意向を示した医

<sup>53</sup> 『北海道新聞』2013年10月25日朝刊、地方版。

<sup>54</sup> 条例改正案の内容は、院長の権限で非常勤参与を置くことを認めること（『毎日新聞』2013年10月26日）と、非常勤参与の報酬を月額報酬上限50万円として新設すること（『北海道新聞』2013年10月26日朝刊、地方版）である。

<sup>55</sup> 『毎日新聞』2013年10月26日。

<sup>56</sup> 『北海道新聞』2013年10月26日朝刊、地方版。

<sup>57</sup> 『北海道新聞』2013年11月6日朝刊、全道遅版。

<sup>58</sup> 『北海道新聞』2013年11月20日朝刊、地方版。

<sup>59</sup> 後日報道では、町民の4割と町外の住人を合わせて約5,000人に増加していることが報じられている（『北海道新聞』2013年12月20日朝刊、全道遅版）。

<sup>60</sup> 『北海道新聞』2013年11月20日朝刊、地方版。

<sup>61</sup> 『北海道新聞』2013年11月29日朝刊、地方版。

<sup>62</sup> 松前病院の職員数108人のところ、正職員、臨時職員合わせて70人が組合に加入している（『北海道新聞』2013年12月4日朝刊、地方版）。

<sup>63</sup> 『北海道新聞』2013年12月4日朝刊、地方版。

師は 8 人目になった。奇しくも、同日は松前病院の労働組合が院長に要望書を提出した日であり、要望書を受け取った院長は「『重く受け止める』」と新聞社の取材に対してコメントしている<sup>64</sup>。

2013 年 12 月 17 日、町議会（定例会）が開会され、町長と議長は、院長をはじめ医師に対して不信感を与えたことについて謝罪した。しかし、院長は「『具体的な謝罪がなく残念です』」と新聞社の取材に対してコメントしている<sup>65</sup>。

2013 年 12 月 19 日、松前病院において、院長、町長、渡島総合振興局局長らが出席して、町と松前病院との合意事項を確認する会合が開かれた<sup>66</sup>。同日午前、町長は防災無線を通じて「『木村院長から提出されていた退職願について、本日、取り下げをしていただきました。患者、町民の皆さまに多大なご心配とご不安を与えてしまった事に対しまして、心からおわび申し上げます』」と町内に報じた<sup>67</sup>。新聞社は、院長の辞意撤回は「前事務局長を再雇用する環境が整ったことに加え、慰留を強く求める住民運動が起きたこと」<sup>68</sup>と報じている。

しかし、院長と町・町議会の一連の対立問題に対して、町民の見解は分かれているようである。町民の 40 代男性は「『辞任を引き合いに、病院の思いのままの施策が通るのも問題だ。今後歯止めがかからないようにならないか心配だ』」<sup>69</sup>と指摘する。

前事務局長の人事などを巡る院長・医師と町・町議会との対立問題は終結し、前事務局長は非常勤参与として 1 月 1 日付けで松前病院に復職した。その一方で、院長は、辞職願を提出していた医師 7 名に確認をしたところ、3 名の医師は退職する意思を固めたままであることが報じられている。

報道によると、2014 年 3 月末で退職する医師は、外科部長、内科部長、小児科の医師 3 名であり、退職理由は「一身上の都合」である。院長によれば、従来の診療体制を維持するためには、常勤医は院長を含めて最低 8 人必要であり、今後の病院運営に影響があることが指摘されている<sup>70</sup>。仮に、医師の退職に伴う診療科そのものの存続問題が浮上すれば、松前病院を利用する地域住民にとって大きな影響を及ぼすことになる。

以上のとおり、対立問題は一応終結したものの、3 名の医師が予定通り退職するとなれば、町、松前病院、町民にとって大きな爪痕を残す結果となっている。

<sup>64</sup> 『北海道新聞』2013 年 12 月 5 日朝刊、地方版。

<sup>65</sup> 『北海道新聞』2013 年 12 月 18 日朝刊、地方版。

<sup>66</sup> 『北海道新聞』2013 年 12 月 19 日夕刊。

<sup>67</sup> 『北海道新聞』2013 年 12 月 20 日朝刊、地方版。

<sup>68</sup> 『北海道新聞』2013 年 12 月 19 日夕刊。

<sup>69</sup> 『北海道新聞』2013 年 12 月 20 日朝刊、地方版。

<sup>70</sup> 『北海道新聞』2014 年 1 月 24 日朝刊、地方版。

なお、表 1-3 は、公表している松前病院の収支計画の一部を抜粋したものである。また、表 1-4 は、改革プランの実績値の一部を抜粋したものである。

表 1-3. 松前町立松前病院の改革プラン - 収支計画 (単位：千円)

	2006年度実績	2007年度実績	2008年度見込	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
経常収益	1,166,927	1,160,472	1,189,110	1,173,789	1,189,395	1,204,491	1,221,140
医業収益	1,105,404	1,102,276	1,119,995	1,101,348	1,115,298	1,131,457	1,149,244
経常費用	1,308,302	1,279,177	1,251,452	1,221,351	1,223,239	1,213,878	1,199,833
経常損益	△141,375	△118,705	△62,342	△47,562	△33,844	△9,387	21,307

出所：松前町 Web サイト公開資料を筆者編集

表 1-4. 松前町立松前病院の改革プラン - 実績 (単位：千円)

	2006年度実績	2007年度実績	2008年度実績	2009年度実績	2010年度実績	2011年度実績	2012年度実績
経常収益	1,166,927	1,160,472	1,026,837	1,160,382	1,284,261	1,272,608	1,331,911
医業収益	1,105,404	1,102,276	957,420	958,345	1,054,992	1,031,524	1,095,566
経常費用	1,308,302	1,279,177	1,118,186	1,118,145	1,209,502	1,216,288	1,236,738
経常損益	△141,375	△118,705	△91,349	42,237	74,759	56,320	95,173

出所：松前町 Web サイト公開資料を筆者編集

### 1-3-2. 松前病院における対立を発生させる要因

松前病院が 2008 年 9 月 30 日に策定した「松前町立松前病院の改革プラン」（以下、改革プランと略す）<sup>71</sup>の財務成果の分析から、当初の町・町議会と院長との対立の源泉は「価値観」だけでなく、Pondy (1967) が示している「希少資源のための競合」であることは明らかである。また、両者に対話の姿勢が確認できないことから「コミュニケーション」要因も複合的に絡んでいることは明らかである。

次に、財務内容から対立を生む要因を見て行く。

比較対象にする年度は、改革プラン実施前である 2006 年度、改革プラン終了 1 年前（2011 年度）および、終了年度（2012 年度）の計 3 期分の財務実績である<sup>72</sup>。

表 1-3 を確認すると、改革プラン最終年度となる 2012 年度の経常収益目標は 1,221,140 千円、医業収益目標は 1,149,244 千円、経常費用目標は 1,199,833 千円であり、経常損益目標は 21,307 千円の黒字化を掲げている。この最終目標値を超えることができなければ、前事務局長の経営手腕を評価した院長の主張は妥当性を欠くことになる。

<sup>71</sup> 松前町 Web サイト (<http://www.e-matsumae.com/hospital/plan.htm>) を参照されたい。

<sup>72</sup> 松前町 Web サイト (<http://www.e-matsumae.com/koho/>) を参照されたい。

松前病院の経常収益は、2006年度実績は1,166,927千円であり、2011年度実績は1,272,608千円、2012年度実績は1,331,911千円と着実に増収している。しかも、2011年度・2012年度共に、計画を上回っている。

しかし、医業収益を見ると、2006年度実績は1,105,404千円だったのが、2011年度実績は1,031,524千円、2012年度実績は1,095,566千円と、改革プラン以前の業績よりも悪化していることが確認できる。一方、赤字が続いていた松前病院であるが、経常損益は改革プラン策定の翌年（2009年度）から黒字化している。

以上のとおり、V字回復の背景には、一般会計などからの繰入金（収益的収入・資本的収入）の増加を指摘することができる<sup>73</sup>。経営改善の実態は、医業収益によるものではなく繰入金獲得による改革の成果であることは、松前病院の財務内容が示すとおりである。

では、院長が退任をかけてまで前事務局長を取り込もうとする真意はどこにあるのだろうか。松前病院の改革プラン前後の財務実績を踏まえると、前事務局長の予算獲得能力の確保、または、人事権を建て前にした予算獲得の確保であったと推論できる。つまり、記事には記述されていないが「希少資源のための競合」が町・町議会と院長との対立を生む要因だったと考えられる。

しかしながら、院長という役職・立場を考えれば、予算獲得は、充実した医療体制を実現するための手段であり責務といえる。

### 1-3-3. 松前病院長および医師の影響戦術

松前病院は公立病院ゆえに、トップは管理的権限を行使する町・町議会であり、院長および医師は町・町議会にマネジメントされるフォロワーである。

院長は、制度に基づいて人事権を発動しているものの、町・町議会側の一定の理解を得るまでには至っていない。つまり、議論が尽くされていないなかで強行策に打って出ている。その意味で、院長の用いた影響戦術は、人事権を断行するための町・町議会に対する「主張性」を行使したといえる。

一方、町・町議会側は、定年退職者を再雇用する際の給与額と前事務局長の資質に疑問があるという理由を前面に押し出して院長・医師との対立に発展している。このことから、院長との対立の初動段階から町・町議会側の対話を促す姿勢は見られない。

<sup>73</sup> 松前病院の繰入金の実績を公開資料で確認すると、2006年度は88,586千円だったのが、2011年度は298,381千円、2012年度は295,052千円と、11年・12年共に約3.3倍に増加している。しかも、3億円近い繰入金は、改革プラン策定年度（2008年）から5年間連続である。

以上のような町・町議会と院長との対立過程のなかで、院長の行使した上方向への影響戦術は、下位者が頻繁に使用せず、また、下位者が使用するには不適切と指摘されている「制裁」を全面に打ち出して抵抗していることは明らかである。つまり、院長は、トップ・マネジメントとの対立過程のなかで「制裁」を用いて対立から抵抗へと変化させている。

さらに、「制裁」の影響度を高めるために、医師同士が次々と「連合」する上方向への影響戦術の複合化によって抵抗の影響度を高めていることが確認できる。

複合的な上方向への影響戦術を徐々に展開したことが決定打となり、町内外合わせて 3,500 人とも 5,000 人とも報じられている地域住民による「守る会」が発足している。このことから、院長・医師側の複合戦術は効果的であり、トップ・マネジメントの意向を曲げさせるだけの効果を持っているといえる。加えて、医師の退職は、病院存続問題へと発展することが記事に示されており、医師の希少性ゆえに可能な影響戦術であり、医師への依存度の高い地域病院のトップ・マネジメントほど医師の抵抗の脅威度は高まるといえる。

最終的な結果として、管理的権限を最大限に保持するトップ・マネジメント側（町・町議会）は、田尾（2001）が指摘する「フルプロフェッションの強力な抵抗」を受けて挫折した事例といえる。

#### 1-3-4. トップ・マネジメントがとるべき対応

松前病院の事例から、トップ・マネジメントあるいは管理職は、医師との全面对決を招かないマネジメント手法は対話にあるという示唆を得ることができる。

具体的には、トップ・マネジメントは、院長・医師側との見解の相違を確認できた初動の段階から、互いの主張の賛否を問う対立的な議論を実施するのではなく、問題に直視した姿勢を示しながら対話を積み重ねて行く必要があったといえる。

医師との対話を積み重ねて行くことで、問題点や矛盾点を洗い出すだけでなく、松前病院に関わる新たな人事についても双方が納得できる解を見出す機会が生まれたと考えられる。このことから、トップ・マネジメントの問題を直視した真摯な姿勢と対話は、必然的に医師との対立関係を回避・緩和するマネジメントの方法になり得る。加えて、医療組織のトップ・マネジメントは、医師の抵抗を回避・緩和させながら経営効率を図ることは現実的な課題である。

#### 1-4. 小括

本章では、医師がマネジメントに抵抗する背景を概観し検討してきた。

はじめに、わが国の病院経営の厳しい実態を示すデータを提示し、病院が非営利的な一面を持っているといえども効率経営が不可欠である現状を指摘した。また、わが国の医師法および医療法は、医師の自律性・自立性を高める要因になっていることと、わが国の医師という職業それ自体は社会的威信に変換されていることを確認してきた。

次に、医療組織における医師との対立には、垂直対立と水平対立があることを確認してきた。先行研究では、垂直対立に関するトップの管理的権限と医師の専門職的権限による二重権威の構造が医師のマネジメントを困難にする要因であることが指摘されている。しかしながら、わが国の医療組織においては、二重権威の構造の他に、医師の希少性が高いことを OECD のデータに照らして確認し、そのような背景が医師のマネジメントをより困難にする可能性を指摘してきた。

最後に、わが国の医療組織を対象として、トップ・マネジメントと医師との対立に焦点を当てた研究が皆無であることから、わが国の医療組織におけるトップ・マネジメントと医師との対立に焦点を当てた事例を取り上げ、医師の抵抗に関する実際を確認し検討を加えている。その結果、医師の行使する最終的な上方向への影響戦略は、先行研究では下位者が行使するには不適切として除かれている「制裁」、つまり退職を活用していることを明らかにし、医療組織のトップ・マネジメントにとって医師のマネジメントは現実的な課題であることを提示した。

## 第2章 医師のマネジメント

前章では、医療組織の特性を踏まえながら、医療組織における医師のマネジメントに関する課題を提示した。効率経営を実現するためには、専門職的権限を有する医師をいかにマネジメントするかが重要である。本章では、医師のマネジメントに関してどのような研究が蓄積されているのかをレビューした上で、医師の意識変革を促す要因を考察する。

具体的には、第1節は、医師のマネジメントに関する先行研究をレビューする。第2節では、医師の意識変革を促す要因を考察する。第3節では、前節で導き出された医師の意識変革を促す要因を踏まえつつ、トップ・マネジメントと医師の相互コミュニケーションに欠かせないフォローシップを概観した上で、医師のマネジメントに関する研究課題を示して行く。

### 2-1. 医師のマネジメントに関する先行研究のレビュー

#### 2-1-1. 医師のマネジメントの困難性

医療組織は官僚制として指摘されている (Smith, 1955; Goss, 1961)。Mintzberg (1979) は、5つの組織構造を示し、医療組織は「プロフェッショナル官僚制」として位置づけている<sup>74</sup>。

Abernethy and Stoelwinder (1990) は、「プロフェッショナル官僚制」を検証するために、オーストラリアの4つの教育病院のサンプルを用いて検証している。調査は、事務部門、医療部門、医療支援部門の3つに区分けした上で、マネジメント・コントロールの差を検証している。その結果、医療部門のサブユニットマネジャーは、他の部門よりも SPR (患者関連統計情報、品質保証およびスタッフ管理の統計が含まれている) を多く活用している一方、診療業務とは直接的に関係のない予算編成への関心は低く、また、予算編成への関与も低いことが明らかになっている。さらに、管理職の医師は、組織活動を調整・統合するために相互調整を使用するという Mintzberg (1979) の提言を支持する結果が出ている<sup>75</sup>。

Abernethy and Stoelwinder (1995) は、会計などのマネジメント・コントロール<sup>76</sup>が専門家と

<sup>74</sup> 組織構造は「単純構造」「機械的官僚制」「プロフェッショナル官僚制」「事業部制」「アドホクラシー」の5つが示されている (Mintzberg, 1979, p. 301)。「プロフェッショナル官僚制」のコンティンジェンシー要因では、複雑だが安定した環境下に適し、分権的な構造である。また、職務は複雑であるゆえに専門家は自律性を求めるため、専門的な権限を与えられている。なお、これら「プロフェッショナル官僚制」の組織構造として、大学、総合病院、学校組織、会計事務所、ソーシャルワーク代理店、クラフト制作会社が示されている (Mintzberg, 1979, pp. 348-379)。

<sup>75</sup> Goss (1961) もまた、医師の非公式な組織統制を指摘している。Goss (1961) によれば、医師同士の専門職領域における階層的な統制方法については、指示・命令というよりは助言によるものであり、最終的な判断は担当医師に委ねられていることが指摘されている。Abernethy and Vagnoni (2004) においても、Goss (1961) の指摘している非公式の組織の存在と影響を支持している。

<sup>76</sup> 谷 (2011) は、マネジメント・コントロールを「PDCA サイクルを回すことにより、経営管理者が戦略実施を図るプロセス」(同, p. 3) と定義している。また、マネジメント・コントロールには、日常的な管理における「計画」と「統制」が含まれて

官僚組織との間にどのように影響を与えるのか査定した研究がないことを指摘し、それを検証するためにオーストラリアの公的病院を対象にして、マネジメント・コントロールとプロフェッションの役割コンフリクトに関する検証を行っている。調査研究の結果、高いプロフェッション志向をもつ専門職の活動を制限するマネジメント・コントロールを活用することは、役割コンフリクトを増加させると同時に、そのような環境下では個人の職務満足度と業績が低下することを実証している。

Abernethy and Chua (1996) は、オーストラリアの公的な大学付属病院の長期間（1979年－1991年）のフィールド研究を行っている。当該病院は、医師の価値観や医療スタッフに関連する任意のコントロールによって支配されていた。オーストラリアの文化では、医師の正当性と権威は社会的にも浸透していたため、病院の主要な決定をするための医師の正当性と権威を大きく持ち合せていた。当該病院では、伝統的な委員会構成員の再構成にはじまり、医師の説明責任の導入によるガバナンス構造への着手、上層部の予算制約によるコスト意識変革、リソースマネジメントの文化推進と、改革の変遷が示されている。また、水面下におけるCEOのリーダーシップについても記述されている。なお、簡潔であるが、急進的な構造変化の過程において医師らの不安が高まり反対があったことも記述されている。

以上の研究は、医師をマネジメントすることの困難性を示しているといえよう。医師をマネジメントするには医師からの抵抗を受けることもありえる。医師によるマネジメントへの抵抗事例は、Doolin (1999) に見られる。

Doolin (1999) は、ニュージーランドの中央病院の40名に対してインタビュー調査を行い、ケースミックスマネジメントに抵抗を示す医師の事例を記述している<sup>77</sup>。Doolin (1999) は、医療の質と病院効率化のバランスを図る目的で導入するシステムであっても、医師が自身の自律性を侵害するマネジメント・システムであると認識した場合には抵抗を示すことを示唆している<sup>78</sup>。

## 2-1-2. マネジメントへの医師のコミットメント

---

おり、手段としては管理会計システム以外に倫理綱領や社内ルールなどの管理システム、行動マニュアルなどの手引きなど多種多様にある（溝口, 1987; 澤邊・飛田, 2009）。

<sup>77</sup> 中央病院のケースミックスマネジメントの背後目的は、医療情報を収集して資源管理に医師を巻き込むためのコントロールにあった。一方、医師らは、ケースミックスによるマネジメントそれ自体の妥当性への疑問をはじめ、医師の臨時的な自由を潜在的に侵害すると認識している。その結果、医療の標準化に対して、特殊な医療ケースを主張するなどの抵抗を示していたことが記述されている。

<sup>78</sup> ただし、抵抗を示した医師の証言はなく、あくまでもマネジメント・システム導入側に立脚した事例であるといえる。なお、Abernethy and Stoelwinder (1991) においても、多くの先行研究が医師はフォーマルなコントロール戦略を頻りに抵抗し拒絶することを指摘していると述べている。



医師のマネジメントの困難性を示す研究に対して、病院経営やマネジメント・システムに医師がコミットメントすることを明らかにしている先行研究もある<sup>79</sup>。

Kurunmaki(2004)は、フィンランドの医療機関の専門職（医師・看護師など）が管理会計技術を習得するという医療と会計のハイブリッド（以下、ハイブリッド）に焦点を当てた事例研究を行っている。フィンランドにおける医療機関の専門職のハイブリッドは、1980年代後期から1990年代初期の間に公的なマネジメント改革として実施されたものである。フィンランドの医療機関のハイブリッド推進過程では、コンサルタントが地方自治体や関連の医療機関に対して、セミナーや研修を通じて医師や看護師などの医療関係者の参加型予算のアイデアを説明している。なかでも、医長の証言として、コンサルタントの説得は多数の医療専門職に予算責任の権限委譲を受け入れることに成功していることが記述されている<sup>80</sup>。

Comerford and Abernethy (1999) は、プロフェッショナル志向の高い医師であっても、組織目標志向に推奨できれば、医師を予算編成過程に参加させることによって、医師の役割コンフリクトが低減することを明らかにしている。このことは、予算編成過程に医師を参加させることで、医師の抵抗を軽減できる可能性を示しているといえる。また、Comerford and Abernethy (1999) は、予算参加においては信頼が何よりも重要であることを主張しており、医師のマネジメントにおいては、トップ・マネジメントの信頼感が重要であることを示唆している。

Merlino and Raman (2013) は、既に高い評価を受けていたクリーブランド・クリニックが患者体験の改善のために、医師を含めた全職員を巻き込んで成果を上げた事例を示している。同病院に勤務する医師の多くは、その分野のスーパースターであることから、おそらく患者が同病院を選択する理由になっていた。このことから、同病院の医師は大きな権力を有している状況であった。

Merlino は、「すべての従業員が介護者であること、そして医師中心の関係を介護者中心の関係に変えて行く必要があることに気づいた」(Merlino and Raman, 2013, p. 113) ことで、

<sup>79</sup> 石塚 (1995) は、病院を開設者の違いで区分けして、医師の診療モチベーションの違いについて調査している。その結果、大学病院や公的病院・医師の9割は「医療技術の習得」と「医学研究の観点」にモチベーションを示し、一般病院・医師では「病院経営の観点」と「保険審査への考慮」のモチベーションを同等に重視している傾向を明らかにしている。このことは、同じ現場の医師といえども開設者の違いにより医師の診療モチベーションだけでなく価値観も違う可能性を示唆しており、現場の医師が必ずしもマネジメントと対立を引き起こすとはいえない。

<sup>80</sup> このことで、医療専門職は、予算作成を実施し自治体代表に経営責任の約束をしている。予算内に収まらない場合には、理事会で状況報告を実施している。前述の通り、当該医療機関がハイブリッドを進めて行くなかで、医療専門職の財務管理に対するコミットメントは次第に高まると同時に、医療専門職から会計情報の需要が高まるまでに至っている。その結果、医長あるいはプロフィットセンターのマネジャーのコンピュータから経理部門の記録にアクセスできるように手配した、という経理部門の証言が記述されており、ハイブリッドの推進は概ね成果を得ていることを報告している。

医師を含むスタッフ全員を半日講習<sup>81</sup>に参加させる取組みの提案を病院の経営幹部らに行い実施している<sup>82</sup>。結果として、講習に懐疑的だった医師達でさえ、講習を価値あるものとして感じるようになっており、プログラムの効果は期待通りのインパクトであったことを示している。

わが国の医療組織を対象とした先行研究もある。明石（2005）は、医療法人愛仁会（以下、愛仁会と略す）の理念経営の事例を記述している<sup>83</sup>。愛仁会の事例では、機関決定という手続きについての考え方が同病院の中核価値であるとし、「法人の最高議決機関から各施設における委員会に至るまで意思決定において合議制を徹底している」（同, p. 27）ことや、時間の経過とともに合議制<sup>84</sup>が徹底されたことにより信念化され、個人の専断事項が最小限に止まり、決まったことを必ず実行することが徹底されたことを明らかにしている。また、明石（2005）は、中核価値が受容されることで、ここから生まれる具体的方針を拒否することは難しくなることを強調し、理念主導の経営が組織成員のコミットメントを高めることを明らかにしている。

松尾（2009）は、組織学習とリーダーシップという視点で、3つの病院（淀川キリスト教病院、聖隷浜松病院、医療生協さいたま）の事例研究を行っている。淀川キリスト教病院では、院長と事務部長の変革を看護部長が医師を含めた職種間のコミュニケーションを促進するという連携したリーダーシップを実践している。また、同院では、礼拝形式の朝礼によって理念を共有化させていることが示されている。聖隷浜松病院では、スタッフが医師のいいなりになっていたという。それを、看護婦長主導による看護師の発言力を高めるための研修会、看護部のベッドコントロールを背景にしたパワーによって医師との協働を促進させている。その際に、理念が看護師と医師との関係を融和させる役割を担っている

<sup>81</sup> 同病院の講習会は、1つのテーブルに医師や看護師の他に用務員など、計8～10名をランダムに組み合わせ、すべては患者第一の実現のために彼らがしたこと、もっと良くすることができたことについて話しを共有させている。また、規範的なサービス組織の労働者によって基本的な行動の訓練を受けるプログラムである（Merlino and Raman, 2013, p. 113）。

<sup>82</sup> 半日講習については、若干の経営幹部が懐疑的であり、医師が決して計画に賛同しないし、彼らの忙しいスケジュールから時間を取る必要がないと信じられていた。事実、一握りの医師達が半日講習の参加を免除するように求めてきているが、却下している。しかし、半日講習の実践は、医師を含めた従業員達の意識を変えていることを明らかにしている。たとえば、医師以外の従業員は、医師と一緒に席に座り議論する経験に驚いたという。なお、同病院では、半日講習への参加以外にもいくつかの医師を含めた改善活動を実施している。たとえば、介護者同士のコミュニケーションと調整不足による患者からの苦情に対しては、多くの患者を有する専門医師、看護師マネジャー、ケースマネジャー、ソーシャルワーカーなどを週に1度集め、患者の苦情と心配ごとについて話し合いを行っている。そして、話し合いの場で明らかになった問題を解決するために、仲の良くない従業員を含めて定期的なコミュニケーションを取ることを強いている。Merlino and Raman（2013）は、病院経営者は実施したプログラムを正当化できないと思うかもしれないと指摘しながらも、患者に優れた体験を含む患者中心のアプローチは、選択肢ではなく当然に必要なことであることを強調している。

<sup>83</sup> 明石（2005）は、理念を医療経営に用いる特徴として、「理念をあたかも組織をコントロールする手段のように位置づけている。（中略）それは日常組織の中に常駐させることによって行動規範となり組織の動員を可能とするための中核的な価値といえるであろう」（同, p. 29）と指摘している。

<sup>84</sup> 実質的な協議が行われている愛仁会の事例として、理事会での上位者の判断が優先されることなく議論が尽くされ、全員一致で議決することが基本であることが紹介されている（明石, 2005, p. 26）。

ことが示されている。なお、院長は、医師への情報提供とコミュニケーションを受け持つことで、事務長と看護婦長の変革を支援していることが示されている。医療生協さいたまでは、方針や民主的集団医療を実践させるために、医師、看護師、事務が対等の立場で意見を出し合い決めており、集団的なリーダーシップであることが示されている。

近藤・乙政（2013）は、長崎県病院企業団の精神医療センターを対象に「テンション」（引張り合い）の調整<sup>85</sup>に着目した事例研究を行っている。近藤・乙政（2013）によれば、①職能と組織階層を越えた「コントロールの相互補完」、②「非財務指標によるコントロール」、③組織階層を介した「コントロールの相互作用」が、管理的権限と専門職的権限との「テンション」の調整を図っていることを結論として得ている。また、近藤・乙政（2013）は、医師を直接的にマネジメントに関与させない「テンション」の調整を図ると同時に、医師の自律性を尊重した院長の方針<sup>86</sup>により医師の抵抗を招かずに改革の成果を上げていることを明らかにしている<sup>87</sup>。

## 2-2. 医師の意識変革を促す要因

前節では、医師のマネジメントに関する先行研究のレビューを行った。専門職的権限を有する医師のマネジメントは困難ではあるものの、不可能というわけではない。本節では、前節でのレビューを踏まえて、医師のマネジメントに不可欠な、医師の意識改革を促す要因を抽出する。

### 2-2-1. 経営理念

わが国の医療組織を対象とした研究である、明石（2005）、松尾（2009）、近藤・乙政（2013）のいずれも、医師をマネジメントにコミットメントさせる上で経営理念が一定の役割を果たしていることを示している。

<sup>85</sup> 「テンション」とは、垂直関係（トップとフォロワーなど）や水平関係（営業部門と開発部門など）などの矛盾する要因の引張り合いや緊張状態を指している（Simons, 2005; 吉田, 2012）。

<sup>86</sup> 同病院長は、「『具体的にこれだけ黒字出すようにとも絶対言わない（中略）医師に言っているのは好きな医療を好きなだけやれ、それが唯一公立病院のメリットだ』（近藤・乙政, 2013, p. 80）と証言している。また、このような考えは、院長の理念主導の経営・運営と見なすことができる。

<sup>87</sup> 同病院では原則的に医師を含む全部署から責任者が集まる経営会議（月次のチーフカンファレンス）を開催しているものの、同院長の証言によれば医師の参加がないという。定められた経営会議に医師が参加しない状況は、医師の抵抗と見なすことができる。しかし、医師の参加がないからこそ、看護師の積極的な関与による「病床管理報告会（毎朝実施）」により医師の行動把握の機会を作っている。また、会議室に「基準目標達成度（毎日更新）」の掲示をすることで会議体以外の情報共有を図る取り組みなど、「コントロールの相互補完」が機能していることが記述されている。さらに、同病院の成果は、同病院開設者である「企業団本部」から一方的に評価を受けるのではなく、指標の解釈を変容させて「コントロールの相互作用」を実施することで、医師の専門性と収益性のバランスを図っていることが記述されている。

明石（2005）は、病院の経営理念を明確にし、その理念を組織に浸透させることで専門職らの専決事項が最小限に止まり、実行力ある組織へと変革することを示唆している。松尾（2009）に記述されている3つの病院すべてで、理念の共有や方針の徹底が病院組織内のさまざまな職種を融合させるのに貢献している。近藤・乙政（2013）においても、医師の自律性を尊重した院長の方針が、理念として機能しているといえよう。

経営理念は、営利企業のみならず<sup>88</sup>、病院のような非営利組織においても、組織成員に価値観を示しながら、成員を鼓舞する役割を果たしている。病院においても組織全体に経営理念を浸透させることに成功すれば、管理的権限と専門職的権限との対立は、少なくとも緩和されると考えられる。

## 2-2-2. 対話

医師のマネジメントに関する欧米の研究では、Kurunmaki(2004)、Comerford and Abernethy (1999)、Merlino and Raman (2013)のいずれにおいても、医師をマネジメントにコミットメントさせる要因として、「対話」が挙げられている。

Kurunmaki(2004)には、医師のマネジメントへの参加による対話の可能性が示されている。Comerford and Abernethy (1999)でも、組織目標志向に富んだ医師を予算編成過程に参加させることで、医師の役割コンフリクトを低減させる可能性が見出されている。Merlino and Raman (2013)が示した事例は、改善のために職種を越えた対話が重要であることを示唆している。

Blake and Mouton (1965)は、「葛藤を問題解決という態度で処理することのできるようなマネジメントは、より良好な労使関係をうちたてる可能性が多い」（同、邦訳、p. 155）と問題を直視した対話を重ねることの重要性を述べている<sup>89</sup>。Bohm (1996)によれば、対話とは「意味の流れ」というイメージであり、ゲームに勝つ目的のディスカッションとは異

<sup>88</sup> 飛田（2011）は、わが国の中小企業を対象にした実態調査の結果から「ある一定数の従業員を抱える企業において、経営理念が価値観を共通化する手段、あるいは戦略や計画の策定、目標設定を行う際の道標として作用するのかもしれない」（同、pp. 32-33）と理念によるコントロールの実態を述べている。また、澤邊・飛田（2009）では、内部調整・統合を重視する内部志向型組織では、経営理念を中心とした理念コントロールが従業員満足度を高める可能性があることを実証している。ただし、飛田（2011）は、「社是や経営理念が基本的価値観を表しているものの、そうした価値観が十分に従業員へ浸透していない」と理念経営の現実問題について指摘している。

<sup>89</sup> Leavitt (1958)によれば、葛藤は知覚された世界の一部であり、それゆえに葛藤の解決は知覚を再体制化することで次のように解決されるという。1つ目は、「両方の欲求を十分に満足させられるなにか新しい、いままで未知であった手段を見出せばいい」である。2つ目は、「いくつかの欲求のうち1つにたいする気持を変えることができ、もはやそれに関心を示さなくなった場合」である。3つ目は、「他の多数のやり方の1つを用いて、葛藤を新しい、それほど重要でないものと考えられるように世界観を再組織できたばあい」であり、対話によって葛藤を処理できる可能性を示唆している。

なる精神があるという。また、対話による共通の意味を作りだすことが参加であるという<sup>90</sup>。

営利企業を対象とした研究では、対話の重要性が指摘されている。たとえば、Kanter (2003) は、企業再建中の 20 社以上の調査から、組織文化が悪化しだすと問題が連鎖的に発生し下降スパイラルに陥ることを指摘した上で、下降スパイラルから上昇スパイラルにませ換える 1 つの手段として対話の有効性について述べている。

病院組織においても、トップ・マネジメントをはじめとした管理職と医師とのあいだで対話を重ねることができれば<sup>91</sup>、管理的権限と専門職的権限との対立は緩和されると考えられる。

## 2-3. 医師のマネジメントに関する研究課題

### 2-3-1. 経営理念の浸透および対話の実現

医師が経営にコミットメントする組織あるいは、管理的権限と専門職的権限との対立を回避・緩和させている組織の特徴は、トップ・マネジメントのリーダーシップあるいはトップのコミットメントの下、コミュニケーションを通じた理念主導の経営を実践している。特に、コミュニケーションのなかでも、医師の参加による対話は、医師自身の意識変革を促す手段となり得ることを先行研究は示唆している。その意味で、医師のマネジメントは「医師の参加による対話」が重要であるといえる。

しかしながら、経営理念を組織成員に浸透させることは容易ではない。先行研究では、何をどこまで実施することが理念浸透につながるのかは必ずしも明らかではない。対話に関しても、先行研究においては、トップ・マネジメントと医師との相互関係や対話に着目していない。そのために、トップ・マネジメントの役割として、医師に対してどのようなスタンスでマネジメントすることが管理的権限と専門職的権限との対立を回避・緩和するのかは必ずしも明らかになっていない。

経営理念や対話が医師をマネジメントにコミットメントさせる要因であるにしても、経営理念を浸透させたり、対話を実現できなかつたりする場合もある。たとえば、Meliones (2000) は、財務基盤の立て直しと医療の向上を目指すためにマネジメント・システムの

<sup>90</sup> 対話は、新たな価値を意味づける機能を持っている (Weick, 1995; Gergen, 1999)。

<sup>91</sup> もちろん対話の内容も重要となる。Daft and Lengel (1984; 1986) は、メディアリッチネスという概念を提唱するとともに、リッチネスの高い順に、対面、電話、文章 (公的・私的)、数値書類を示している。Daft and Lengel (1984; 1986) によれば、メディアのなかで、多義的な状況ではメディアリッチネスの高い対面メディアが有効であり、不確実性を減らす場合にはメディアリッチネスの高さよりも、情報の量を増やす必要性を主張している。このことは、対面メディアは、曖昧さを除去することで誤解を回避させ、発生した対立の解消に役立つメディアといえる。

1つである BSC を導入した欧米の病院事例で、原価について話し合うなかで 1 人の心臓専門医が会議の場から出て行くといった医師による抵抗の一部について触れている。

BSC は、経営理念・ビジョン・戦略を中心に据えながら事業を多面的な視点から捉えるとともに、PDCA のサイクルを回す中で対話を繰り返すよう画策されたマネジメント・システムである。本来ならば、BSC によって経営理念の浸透や対話の実現を図ることが可能と考えられる。それにも関わらず、管理的権限と専門職的権限との対立から、心臓専門医は BSC の導入に対して抵抗を示しているのである。

とはいえ、心臓専門医がなぜ BSC の導入に抵抗を示したのかは不明である。したがって、次章では医療 BSC に関する先行研究のレビューを通じて、管理的権限と専門職的権限との対立、ひいては、医師の抵抗について考察する。

## 2-3-2. フォロワーシップ・スタイルの検討

### (1) トップ・マネジメントの管理的権限の限界

経営理念の浸透や対話の実現を図る上でトップ・マネジメントのリーダーシップは不可欠である。しかしながら、前章で示した松前病院の事例では、医師の強力な抵抗によってトップ・マネジメント側は挫折している。このことは、トップ・マネジメントがパワーを用いて<sup>92</sup>医師のマネジメントを実践して行くには限界があることを示唆している。

French and Raven (1955) は、リーダーシップの場において、O の P に対する力は「P に影響を及ぼす O の最大潜在能力」と定義し、力の源泉を 5 つに類型化している。5 つの力は、公式の力（「報酬性の力」「強制性の力」「正当性の力」と個人的な力（「準拠性の力」「専門性の力」）に区別している<sup>93</sup>。また、それらの力は、いずれか単独の力の基礎だけで作用するものではなく、複数の力の基礎によってパワーが作用する (French and Raven, 1959, p. 155) ことが指摘されている。

医療組織のトップ・マネジメントは、French and Raven (1955) が示す 5 つの力の基礎

<sup>92</sup> Robbins (2005) は、「リーダーは集団の目標を達成するために力を用い、力とはその達成を容易にする手段である」(同, 邦訳, p. 291) とパワーの必要性を主張している。リーダーの手段となるパワーは、これまでに様々な定義がされている。Kotter (1979, 邦訳, pvii) は、パワーについて「してほしいと思っていることを人におこなわせるための潜在力、あるいは自分がしたくないことを人から強制されないための潜在力の大きさ」と定義している。Robbins (2005, 邦訳, p. 290) は、パワーを「力とは、A が B の行動に影響を与え、A がそうさせなければならなかったであろうことを B にさせる能力」として定義している。伊丹・加護野 (2003, p. 379) は、「人になにかを強制する力」と定義している。

<sup>93</sup> 「報酬性の力」とは、P に対して報酬をもたらす能力を O がもっているという P の認知に基づく力である。「強制性の力」とは、P に対して罰を加える能力を O がもっているという P の認知に基づく力である。「正当性の力」とは、P の行動を規制する正当な権利を O がもっているという P の認知に基づく力である。「準拠性の力」とは、O に対する P の同一視に基づく力である。「専門性の力」とは、O がある特殊な知識をもっている、あるいは O は専門家であるという P の認知に基づく力である。以上が、5 つの力の基礎である (French and Raven, 1955; 1970)。

を複数組み合わせながら、医師に対してリーダーシップを発揮して行くことが求められている。しかしながら、わが国の医師の希少性は前章で確認したとおり先進国のなかで最も高い。それゆえに、トップ・マネジメントは、パワーを前提にした管理的権限を実施するには限界があるといえよう。

## (2) フォロワーシップ

経営理念の浸透や対話の実現を図る上でトップ・マネジメントのリーダーシップは不可欠である。とはいえ、リーダーシップは、他者を導こうとするリーダーと、リーダーについて行くことを選んだフォロワーの関係であり、リーダーとメンバーの双方が参加するプロセスであることが指摘されている (Kouzes and Posner, 2007, 邦訳, pp. 43-48)。

また、フォロワーがリーダーを受け入れるのは、フォロワーがリーダーの資質を認め、これに基づく信頼を持ち、リーダーの影響を受け入れようとすることに依拠していることが指摘されている (Simon et al., 1950, 邦訳, pp. 80-81)。このことから、医師を予算編成に参加させ、あるいはマネジメント・システムに巻き込んで行くためには、Comerford and Abernethy (1999) が指摘するようにトップ・マネジメントの信頼感は最低限必要だろう。

リーダーシップは、リーダーとメンバーの参加プロセスによって成立する以上、フォロワー自身のリーダーシップ潜在能力を開発することは重要な戦略である (Kotter, 1996)。昨今では、フォロワー自身がリーダーシップを自発的に発揮して組織に貢献して行くセルフリーダーシップという概念が指摘されている (Manz and Sims, 1980; Manz and Neck, 1999)。

先行研究では、トップ・マネジメントのリーダーシップの重要性が指摘されるものの、フォロワーシップについてはほとんど検討されていない。組織運営には、組織成員の自発的な意欲とマネジメントに対する責任感が必要である (Argyris, 1994)。管理的権限と専門職的権限との対立、さらには、医師の抵抗について考察するにあたっては、医師のフォロワーシップについて考慮する必要があるだろう。

## (3) フォロワーシップ・スタイル診断テスト

Kelly (1988; 1992) は、リーダーシップと同様に、フォロワーシップの能力が重要であることを強調している。Kelley (1992) のフォロワーシップ・スタイル診断テストは、フォロ

ワーの考え方（依存⇔クリティカル）と関与（消極⇔積極）の度合いを測定<sup>94</sup>し、①「模範的フォロワー」、②「孤立型フォロワー」、③「順応型フォロワー」、④「実務型」、⑤「消極的フォロワー」の5つのフォロワーシップ・スタイルに区分けされる。

Kelly（1992, 邦訳, pp. 133-134）によれば、模範的なフォロワーは、知力だけでなく、あらゆる才能を組織やリーダーに捧げ、場合によってはリーダーの困難な仕事を引き受け、自らリーダーの職務を補うこともあると述べている。

なお、それぞれのフォロワーシップ・スタイルの特徴は、表 2-1 のとおりである。

表 2-1. フォロワーシップ・スタイルの特徴

スタイル	特 徴
模範的	独自のクリティカル・シンキングを持ち、リーダーやグループを見極めて自主的に行動する。 イニシアティブを取り、オーナーシップを引き受け、意欲的に参加し、自発的で、仲間やリーダーをサポートする人物。
孤立的	独自のクリティカル・シンキングを持つが、役割を果たすことにあまり積極的ではない。孤立型のほとんどは、模範的フォロワーとしてスタートしている。 最終的にはリーダーや周囲の人々の怒りを買う。
順応型	独自の考え方は低い、積極的関与の得点は高い。 判断をリーダーに任せ過ぎる。このことから、権力を求めるリーダーからは好かれる。
実務型	リーダーの決定に疑問は挟むが、しよっちゅうでもないし、批判的でもない。 要求される仕事はこなすものの、要求以上の冒険を冒すこともまずない。
消極的	考えることを完全にリーダーに頼っている。仕事に対する熱意はゼロ。 熱意に欠け、与えられた仕事は指示がなければできない。 自分の分担を超える仕事はしない。

出所：Kelley（1992, 邦訳, pp. 100-134）を筆者編集。

#### 2-4. 小括

本章では、医師のマネジメントに関してどのような研究が蓄積されているのかをレビューした。その結果、医師は診療業務以外には関心が低い上に、医師の自律性を侵害するマネジメント・システムであることを認識した場合においては抵抗を示すことが見出されている。つまり、医師のマネジメントの困難性が示されている。一方、「経営理念」と「医師の参加による対話」

<sup>94</sup> 測定は、0-7段階の質問紙によるアンケートによって診断される。質問は、フォロワーの考え方と関与に関する計20の質問を行い、回答は0-7段階に設定されている。詳細は、巻末の補足資料1を参照されたい。



が医師自身の意識変革を促す要因になっていることを見出している。

しかしながら、先行研究では、何をどこまで実施することが理念浸透につながるのか、また、対話に関しても、先行研究においては、トップ・マネジメントと医師との相互関係や対話に着目していないために、医師に対してどのようなスタンスでマネジメントすることが管理的権限と専門職的権限との対立を回避・緩和するのかは必ずしも明らかになっていないことを指摘している。さらに、経営理念に立脚し、対話を促すBSCによるマネジメントにおいても医師が抵抗を示す事例があることから、次章では、BSCに関する先行研究のレビューを行いながら医師による抵抗について考察を行うことを示している。

なお、リーダーシップは、リーダーとメンバーの双方が参加するプロセスであるにも関わらず、先行研究では、トップ・マネジメントのリーダーシップの重要性を指摘するだけで、フォロワーシップについてはほとんど検討されていないことを指摘している。このような状況を踏まえて、フォロワーシップへの考慮の必要性とフォロワーシップ・スタイル診断についても概観した。

### 第3章 医療バランスト・スコアカード研究の現状と課題

わが国の医療組織は、医師の希少性によって専門職的権限が補強される中で、経営効率化を進めなければならない現状にある。そのため、医師との対立、ひいては医師からの抵抗を招かずに、いかに経営効率化を図るマネジメントを実践するかが医療組織の1つの課題になっている。

経営効率化を実現するために、先進的な病院では、営利企業にて実践されている経営手法を導入している。近年では、営利企業にて実践されている経営手法の中でも、BSC がわが国の医療組織から大きな注目を浴びている。実際に BSC を導入・実践する医療組織も増加している。

しかしながら、前章でも示した通り、PDCA のサイクルを回す中で対話を繰り返すよう画策されたマネジメント・システムである BSC の導入に対して抵抗する医師もいる。なぜ BSC の導入に抵抗を示したのかを明らかにする上で、医療組織においてはどのようなプロセスで BSC を導入しているのか、あるいは、どのように運営しているのかを検討していく必要がある。

具体的には、第1節は、医療組織における BSC の導入状況および導入目的ならびに BSC の導入目的に対する成果を概観する。第2節は、医療 BSC の導入に関する先行研究のレビューを行う。また、本節では、BSC の実践におけるコミュニケーション機能に関する先行研究のレビューも行う。第3節は、医療 BSC の導入研究の課題を明らかにし、BSC における医師のマネジメントの課題を提示する。最後に医療 BSC の研究方法について提示する。

#### 3-1. 医療組織における BSC 導入の実態

##### 3-1-1. 医療 BSC の概要

厳しい経営環境において、先進的な病院は、TQM (Total Quality Management : 総合的品質管理) のような営利企業にて実践されている経営手法を導入することによって、医療の質を高めるとともに、経営の効率化を図っている<sup>95</sup>。営利企業にて実践されている経営手法の中でも、BSC へのわが国の医療組織からの関心は高い。

BSC は、1992 年、Kaplan and Norton によって提唱されたマネジメント・システムである。BSC

---

<sup>95</sup> TQM やトヨタ生産方式などの事例研究が行われている(たとえば、坂田, 2007; 医療マネジメント学会, 2006; 樽本・水越, 2010; 村中, 2013)。

とは、企業の戦略を「財務の視点」だけでなく、非財務の視点である「顧客の視点」「業務プロセスの視点」「学習と成長の視点」を定量的な目標で管理し、戦略のフィードバックを基に戦略それ自体を検討して行くことで戦略を遂行させるための戦略マネジメント・システムである。また、BSCは「戦略マップ」と「スコアカード」を通じて前述した4つの視点から戦略を記述する (Kaplan and Norton, 2001a)。さらに、BSCを用いることで①ビジョンをわかりやすい言葉に置き換える、②コミュニケーションとの関連づけ、③経営計画、④フィードバックと学習という4つのマネジメント・プロセスを導入できることが示されている (Kaplan and Norton, 1996a; 1996b)。つまり、BSCを作成することによってビジョンや戦略に関する共通の理解が促進されることでコンセンサスを得やすくなり (①)、BSCで策定した戦略目標を組織全体に浸透させることで事業部および個人別の目的を戦略に関連づけることができるようになる (②)。加えて、BSCは経営計画と財務計画を統合させることができるだけでなく (③)、財務目標および非財務目標から顧客・業務プロセス、そして学習と成長の3つの視点をモニターし長期的な戦略目標を評価することができる (④)。

前述のとおり、BSCは財務偏重のマネジメント・システムではない。また、顧客の視点は患者の視点に置き換えられ、それら非財務指標を財務の指標と同様に数値化して管理することができる。このようなBSCの特徴が、医療界に受け入れられた1つの理由といえる。

伊藤 (2004) は、Kaplan and Norton (2001a) が提唱する戦略志向の組織体の5つの原則 (以下、5つの原則と記す) は戦略マネジメント・システムの要件あるいは、基本プロセスであると指摘する。Kaplan and Norton (2001a) が示す5つの原則とは、以下のとおりである。

原則1：戦略を現場の言葉に置き換える

原則2：組織全体を戦略に向けて方向づける

原則3：戦略を全社員の日々の業務に落とし込む

原則4：戦略を継続的なプロセスにする

原則5：エグゼクティブのリーダーシップを通じて変革を促す

Kaplan and Norton (2001a) が提唱する5つの原則のいずれもが、トップ・マネジメント (リーダー) と組織成員 (フォロワー) との相互コミュニケーションを通じて実行されるといえる。なかでも、原則5は、原則1から原則4のすべてに影響を及ぼす必要条件といえる。Kaplan and Norton (2001a) は、戦略志向の組織体にするためには、構造や設計の問題よりも、シニア・

エグゼクティブのリーダーシップに依存すると指摘している。加えて、Kaplan and Norton (2001a) は、マネジメントチームの多くが戦略に関する議論が行われていないことを指摘し、エグゼクティブのリーダーは、変革、ビジョン、戦略についてのコミュニケーション、インタラクティブな議論、学習を促すプロセス創造の必要性について主張している。その意味で、原則5は、BSCを用いた組織変革において普遍的な原則といえる。それゆえに、原則5は、医療組織の変革においても必要不可欠な要素といえる。

伊藤 (2004) は、BSC のスコアカードと戦略マップは、5つの原則のすべてに関わると指摘しながらも、戦略マップの貢献の方が顕著であることを主張している。なかでも、原則1と原則2に関しては戦略マップの方がスコアカードよりも威力を発揮する可能性が高いことを指摘している。Olve et al. (2004) も、組織全体で戦略のコミュニケーションを容易にする出発点は戦略の視覚化にあることを主張した上で、戦略マップは組織成員を議論に巻き込むための強力なビジュアルツールであることを指摘している。

一方、医療 BSC においては、企業 BSC とは異なる一面をもっている。一般的に、BSC の4つの視点の因果連鎖の順番は、上から「財務の視点」「顧客の視点」「業務プロセスの視点」「学習と成長の視点」で戦略シナリオが記述される。しかし、医療 BSC においては、「顧客の視点」を最上位の究極目標とする事例が多く見られるという指摘がある (荒井, 2003)。また、わが国の医療 BSC は、業績評価のツールとして日常的に使用している (全体の 38%) のではなく、病院ぐるみで目標管理への取組みの一環として使用 (全体の 71%) している特徴があることを調査により明らかにされている (劉, 2014)。

前述のとおり、医療 BSC は、医療組織ならではの非営利的な価値観や文化を反映させた視点に調整して利用する病院をはじめ、BSC 本来の目的とは違う形で活用されている。つまり、医療 BSC は、利用する病院の目的によって視点の配置も活用方法も様々である。

### 3-1-2. わが国医療組織における BSC 導入状況

BSC の導入・実践は、非営利組織にも進んでいる<sup>96</sup> (Kloot, 2000; Kaplan and Norton, 2001a; 2004; Kershaw and Kershaw 2001; 柴山他, 2001; 櫻井, 2003; 中嶋, 2004; 2009; 高橋, 2011a)。

<sup>96</sup> 営利企業での BSC 導入状況に関して、BSC の提唱者の一人である Norton (Kaplan and Norton, 2001b) は、北米の企業および西ヨーロッパ企業の約 50% が BSC を利用していると主張する。1990 年代半ばでは、フォーチュン 1000 社の 40% (Kaskey, 2013) が、あるいは 60% (Silk, 1998) が BSC を利用している、と紹介している。Rigby (2001) は、1999 年に北米企業を対象とした調査を行い、BSC が経営管理ツール 25 種のなかで 12 位の導入率に位置しており、44% の企業が BSC を利用していることを明らかにしている。一方、わが国企業の BSC の導入実績は米国企業と比較してそれほど多くないことが指摘されている (乙政, 2004)。しかし、「BSC を知らない」企業は減少傾向にある (乙政・梶原, 2009)。

わが国においては、非営利で最大分野の医療界（荒井, 2003）であるが、「厚生労働省が各病院の面倒を見てくれなくなってきた、今、各病院は自分で経営を考える必要に迫られている」（高橋, 2004, p.4）ため、BSC の活用による病院経営が有効である（高橋, 2004）と主張されている。

図 3-1 は、高橋（2014）が実態調査によって提示している医療 BSC の実施率を示すグラフである。高橋（2011a）では、2004 年には 5% の病院しか BSC を導入していなかったものの、2009 年には 23.9% の病院が BSC を導入している状況を明らかにしている。さらに、高橋（2014）の実態調査では、2013 年時点で 28% の病院が BSC を導入していることが明らかになっている。

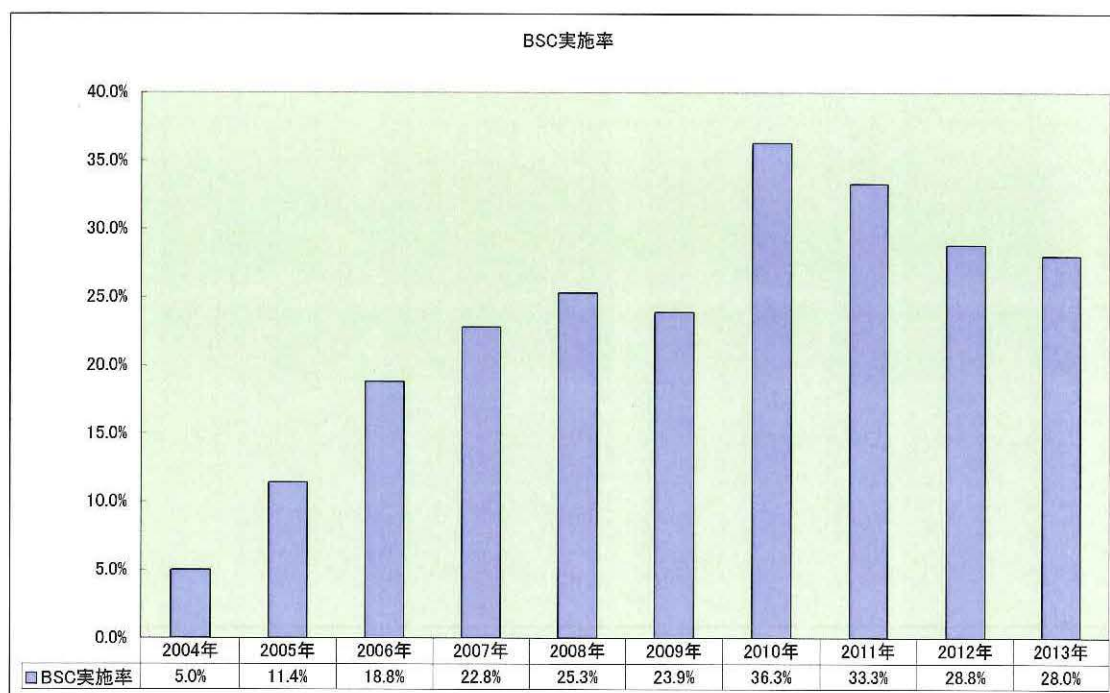


図 3-1. 医療 BSC の実施率

出所：高橋（2014, p.21）を筆者編集。なお、BSC 実施率には計画中也含まれている<sup>97</sup>。

渡邊他（2015）では、高橋（2011a; 2014）とは違う視点、つまり DPC/PDPS を導入して

<sup>97</sup> サンプル数は、2004 年度（n=440）、2005 年度（n=422）、2006 年度（n=309）、2007 年度（n=303）、2008 年度（n=269）、2009 年度（n=263）、2010 年度（n=215）、2011 年度（n=357）、2012 年度（n=320）、2013 年度（n=379）である。

いる病院を対象にした実態調査を実施している<sup>98</sup>。調査の結果、86 病院（41.1%）が BSC を導入している<sup>99</sup>。

高橋（2011a; 2014）および渡邊他（2015）の実態調査からいえることは、わが国の医療組織における BSC の導入状況は徐々に進んでいることである。

### 3-1-3. 医療組織の BSC 導入目的

わが国の多くの病院は、経営や医療の質の向上に役立たせる目的で BSC を導入している（高橋, 2011a; 劉, 2014）。表 3-1 は、高橋（2011a）および渡邊他（2015）が実態調査によって明らかにしている医療組織の BSC 導入目的（第 5 位まで）の一覧である。

表 3-1. 医療組織の BSC 導入目的トップ 5

順位	高橋（2011a）	渡邊他（2015）
1位	戦略の策定・共有・実行	ミッションやビジョンを組織に浸透
2位	経営の質向上	病院戦略の組織への浸透
3位	医療の質向上	病院の戦略策定
4位	情報共有・コミュニケーション向上	部門目標設定
5位	経営の全体最適化向上	患者満足度の向上

出所：高橋（2011a）および渡邊他（2015）を筆者編集。

高橋（2011a）および渡邊他（2015）の調査結果から、医療組織が BSC を導入する目的は、戦略の策定や実行であることが読み取れる。また、高橋（2011a）の第 4 位「情報共有・コミュニケーション向上」は、渡邊他（2015）では第 8 位「スタッフ間のコミュニケーション向上」であった。

しかし、表 3-1 を見ると、「戦略の策定・共有・実行」、「ミッション・ビジョン・戦略の組織への浸透」、「経営・医療の質向上」、「患者満足度の向上」という項目が並んでいる。これらのキーワードは、組織内のコミュニケーションを通じてのみ実行と実現化が可能となる。

今までに戦略思考を持たない医療界<sup>100</sup>においては、どのようにビジョンを掲げ、どのよう

<sup>98</sup> 調査対象 1,496 病院のうち 209 病院の回答である。

<sup>99</sup> BSC 導入 86 病院の内訳は、「病院全体+各部門（カスケードあり）」53 病院（61.6%）、「病院全体+各部門（カスケードなし）」5 病院（5.8%）、「病院全体のみ」8 病院（9.3%）、「一部の部門のみ」20 病院（23.3%）である。

<sup>100</sup> 谷（2004b）は、これまでの経験から「病院においては、戦略思考が十分でないことが多い」（同, p.47）と指摘している。

に戦略を現場に浸透させ、どのように戦略の実行をマネジメントして行けばよいのかという問題を抱える病院は多いだろう。それゆえに、トップ・マネジメントは、BSC を通じた現場とのコミュニケーションに期待を寄せていると考えられる。

#### 3-1-4. 医療 BSC の導入成果

高橋 (2011a) は、BSC に取り組んだ目的に対する達成度について実態調査を実施している。高橋 (2011a) は、表 3-1 に示した BSC 導入目的第 1 位「戦略の策定・共有・実行」と第 2 位「経営の質向上」については、「目的の『50%程度』以上を達成している病院がそれぞれ 7 割以上」(同, 2011a, p. 367) であったことを根拠に、BSC が効果的に進んでいることを主張している。

一方、第 4 位「情報共有・コミュニケーション向上」については、目的の「50%程度」以上を達成している病院は 7 割を下回っている。また、目的の「50%程度」以上を最も達成していない項目は、「組織改革」であり、目的に対して「達成度 0%」は 5.3%、「達成度 30%程度」は 31.6%であることが明らかになっている。

高橋 (2011a) の調査結果は、医療組織の BSC 導入目的は概ね達成されていることを示すものの、BSC の導入目的が「50%程度」以上達成していない病院が 3 割以上ある。なかでも、特筆に値するのは、BSC によって「組織改革」を望んでいる医療組織の導入目的「50%程度」以上達成度が最も低いことである<sup>101</sup>。

Kaplan and Norton (2001a) は、モービル NAM&R やシグナ社などの BSC の活用事例を示し、それらの企業が BSC によって戦略と組織変革の実行の成果を得ている、と強調している。また、Kaplan and Norton (2001a) は、モービル NAM&R やシグナ社などの成功理由について、CEO が BSC を対話型で利用しコミュニケーションに役立てていることを強調している。しかし、高橋 (2011a) の実態調査は、医療 BSC では Kaplan and Norton (2001a) が主張するような成果を必ずしも得られていないことを示している。

### 3-2. 医療 BSC の導入に関する先行研究のレビュー

#### 3-2-1. BSC の導入研究の概要

BSC が「漸く実務に導入されようとしている昨今、管理会計システムの導入研究は理論的にも実践的にも危急の課題といえる」(谷, 2004a, p1) とされる中で、医療 BSC の導入研

<sup>101</sup> 「組織改革」は導入目的 9 項目中 7 位である。

究は蓄積され始めている。

これまでの管理会計システムの導入研究は、促進要因と阻害要因を主な研究対象としている（谷, 2004a; 2004b; 2006）。また、管理会計の促進要因と阻害要因の研究には、管理会計システムの導入意思決定に焦点を当てた「コンテキスト要因」と、導入過程に焦点を当てた「導入プロセス要因<sup>102</sup>」がある（谷, 2004a）。

本稿が対象とする、わが国の医療 BSC の導入研究は、大企業の先行研究ほど知見が蓄積されていない。加えて、わが国の医療 BSC の導入研究は、大企業の先行研究のように「コンテキスト要因」と「導入プロセス要因」の 2 つに区分けした上で、各要因について議論が進められていることは非常に少ない<sup>103</sup>。

したがって、本研究では、医療 BSC の導入に関する促進・阻害要因を、大企業を中心とした先行研究に倣って、体系的に整理して行く。

### 3-2-2. 医療組織の BSC 導入に関連するコンテキスト要因

本項では、先述の通り、大企業を対象として蓄積されてきた先行研究を踏まえながら、医療組織における BSC の導入意思決定に関わる「コンテキスト要因」について文献レビューを行う。

BSC の導入に影響を与える 1 つ目の促進要因は、乙政（2004）が指摘している「BSC の効果を伝達するメディア」である。荒井（2003）によると、経営管理に熱心な病院を中心にして BSC への関心が高まったのだという<sup>104</sup>。経営管理に熱心な病院は情報探索も盛んに行うため、「BSC の効果を伝達するメディア」が複数存在<sup>105</sup>する中で、BSC 未導入病院の意思決定に影響を与えるといえる。

2 つ目の促進要因として、「BSC の専門家」の存在を挙げることができる<sup>106</sup>。たとえば、

<sup>102</sup> さらに、BSC の「導入プロセス要因」は、大きく分けて 2 つある（乙政, 2005a）。1 つ目は、「狭義の導入プロセス」であり、主な関心はスコアカードのデザイン開発にあるとしている。2 つ目は、「広義の導入プロセス」であり、BSC の導入から戦略マネジメント・システムとして組織に定着するまでの広範囲なプロセスを対象としている。ただし、「広義の導入プロセス」を対象とした研究は見当たらない（乙政, 2005a）ため、本研究では、「導入プロセス要因」に関して、広義・狭義の区別は行わない。

<sup>103</sup> ただし、谷（2004b; 2006）は、アクションリサーチにより導入の促進要因を示し、導入要因を議論している。谷（2004a）は、アクションリサーチにより導入プロセスの促進と阻害要因を示し、導入要因について議論している。

<sup>104</sup> 三重県病院事業庁のケース（日本医療企画編, 2004）のなかで、BSC を知ったのは「偶然の出会い」との証言がある。しかし、この証言を額面通りに受け取ることはできない。なぜなら、病院事業庁が何らかの経営課題を抱えていたからこそ、何らかのマネジメント・システムを能動的に探索し、それゆえに BSC の存在を知る機会になったといえるからである。

<sup>105</sup> たとえば、日本医療バランス・スコアカード研究会主催のセミナー、文献などがある。

<sup>106</sup> 医療組織の場合、「BSC の専門家」の多くは研究者が該当する。なお、営利企業の場合、「BSC の専門家」はコンサルタントが該当する。Malmi（2001）は、フィンランド企業 17 社に対してのインタビュー調査から、企業の半数がコンサルタントから BSC に関する情報を得ていたことを明らかにしている。わが国企業においても、コンサルタント会社からの情報発信が BSC を知るきっかけになっていることを、乙政（2005a）は質的研究により明らかにしている。また、乙政（2004）は、「コ



三重県病院事業庁の場合、「BSC の専門家」を訪ねることで知識を深めている<sup>107</sup>（日本医療企画編, 2004）。「BSC の専門家」の存在が促進要因となる理由は2つある。1つ目は、経営効率化が求められている医療界にとって、BSC の概念は魅力的である一方、マネジメントそのものに慣れていない（谷, 2004a）医療界にとって、BSC の導入に関する不安は大きいことである。2つ目は、BSC の導入に関する不安が大きいゆえ、「BSC の専門家」の存在は、BSC の導入に伴う不安を緩和させる機能となり、医療 BSC の導入を促進させていることである。

3つめの促進要因は、「他病院の模倣行動」である。本要因は、何らかの「BSC の効果を伝達するメディア」により、BSC の導入・実践の情報を得た医療機関が模倣行動に出ることを指す。医療組織が模倣行動をとったことを示す研究は見当たらない<sup>108</sup>ものの、三重県病院事業庁のケースは、学術雑誌や医療系実務雑誌など、多数の文献で紹介されている。このことから、他の病院が模倣行動に出ることは至って自然な流れであり、BSC の導入意思決定に影響を与えているといえる。医療界においても「他病院の模倣行動」は BSC の促進要因であることが推測できる。

4つ目の促進要因には、「経営の質向上」に向けた取り組み（高橋, 2011a）<sup>109</sup>がある。谷（2004a）は、練馬総合病院に BSC の導入研究の協力を依頼した理由について「同病院が長年にわたり先進的な品質管理手法を医療現場に導入し、いわゆる医療における質の改革に取り組んできた実績があったからである」（同, p.134）と述べている。その結果、同病院は、導入研究の協力を承諾している。また、福井県済生会病院は、2012 年度に日本経営品質賞を受賞している（高橋, 2013）<sup>110</sup>。医療界は企業と同様<sup>111</sup>、経営の質向上という目的が BSC の導入を促進しているといえる。

---

ンサルティング会社からの売り込み」がわが国企業における BSC 導入の促進要因であることを実証研究により明らかにしている。

<sup>107</sup> 研究者が医療機関に対して研究依頼を行うことで BSC を認知するケースがある（谷, 2004a, p.134）。また、新須磨病院整形外科は、BSC を導入する際に経営学者を2週間に1回ずつ病院に招き会議ファシリテータとしてコンサルティングを受けている（岩崎, 2006; 谷・三矢・松尾, 2005）。さらに、日本医療バランス・スコアカード研究会は BSC の情報発信と導入支援に関するセミナーなどを実施している。

<sup>108</sup> 営利企業に関しては、Malmi (2001) は、BSC の人気の高まりは、模倣行動によって説明できるかもしれないと指摘している。乙政 (2004) は、わが国企業を対象にした実証研究により、「他社のベンチマーク」が BSC 導入の促進要因であることを明らかにしている。

<sup>109</sup> 高橋 (2011a) は、病院が BSC に取り組む目的の第1位が「経営の質向上」であることを、実態調査で明らかにしている。

<sup>110</sup> 高橋 (2011b) は、BSC 本来の目的から外れることを理由に、病院機能評価のためのツールにしないことについて警鐘を鳴らしている。

<sup>111</sup> 経営の品質向上を目指すことは、何も医療経営に限ったことではない。先行研究では、経営品質賞への取り組みが、BSC 導入の促進要因であることを指摘している。伊藤 (2002; 2003a) は、数値的な根拠を示していないが、わが国企業の BSC 導入実態の特徴として日本経営品質賞受賞企業に集中していること、また、BSC で一定の成果をあげている企業が米国のマルコム・ボルドリッジ国家品質賞 (The Malcolm Baldrige National Quality Award; MB 賞) の受賞企業に集中している、と指摘する。伊藤他 (2001) は、富士ゼロックスのケースから、日本経営品質賞への取り組みが BSC の導入に弾みをつけたことを指摘する。青木・櫻井 (2003) も、日本経営品質賞と BSC との親和性が高いことを指摘している。

5 つ目の促進要因は「類似したシステム」の存在である<sup>112</sup>。高橋（2011a）は、わが国の病院は目標管理や方針管理を活用している、と述べている<sup>113</sup>。済生会熊本病院の正木・道端（2006）は、BSC に類似したシステムとして行動計画書の存在を主張している<sup>114</sup>。その上で、行動計画書は「トップリーダーである院長をはじめとする経営幹部から、第一線の現場担当者まで病院の向って行く目標やその方向性、戦略から戦略目標、行動計画まで、病院のポリシーを明示する重要な情報伝達媒体である」（正木・道端, 2006, p. 444）という。だとすれば、彼らのいう行動計画書とは、先行研究で BSC の導入要因として指摘されている類似したシステム、すなわち方針管理や目標管理に該当するものといえる。三重県立病院においても、目標管理制度を実施していた背景がある（荒井, 2005）。一方、職員ごとの目標管理がないゆえに、BSC を導入することで職員の意識改革を推し進めるようとしたケースも存在する<sup>115</sup>。上記の先行研究に鑑みると、「類似したシステム」に満足していなければ、医療組織に対しても「類似したシステム」が BSC 導入の促進要因になると考えられる。

6 つ目の促進要因は「組織規模」<sup>116</sup>である。高橋（2011a）は、病床規模が大きい病院ほど BSC の導入に前向きであることを、実態調査により明らかにしている。乙政・梶原（2009）が指摘するように、組織規模が大きくなるほど内部コミュニケーションの必要性が高まり、BSC の導入を促すという考えの妥当性は高く、医療 BSC にも該当する指摘といえる。

以上から、表 3-2 では、医療 BSC の 6 つのコンテキスト要因に該当する企業 BSC のコンテキスト要因をまとめている。

表 3-2. 医療および企業の BSC を促進させるコンテキスト要因一覧

<sup>112</sup> 先行研究では、「類似したシステム」は BSC の導入を促進する（伊藤, 2002; 櫻井, 2003; 2004; 乙政, 2005b; 乙政・梶原, 2009; 林, 2006）場合もあるが、逆に BSC の導入を阻害する場合もあることが指摘されている（乙政, 2003; 2005b）。つまり、「類似したシステム」に満足している企業は、BSC の存在を認識しても導入しないことが考えられる。

<sup>113</sup> 河合（2010）は、三重県立病院が BSC 導入以前に、チャレンジシートと呼ばれる目標管理制度が整備されていたことを指摘している。

<sup>114</sup> ただし、前後の文脈から、BSC 導入前の行動計画には数値目標が曖昧であるか、加えられていないことが読み取れる。

<sup>115</sup> 福井県済生会病院・医事課が BSC を導入した背景の 1 つである（高橋, 2004, p230）。

<sup>116</sup> 「組織規模」という促進要因については、先行研究でもいくつか指摘されている。Hoque and James（2000）は、オーストラリア 66 社の製造企業の実証研究から、組織規模が大きいほど BSC の活用度が高まることを明らかにしている。Speckbacher et al.（2003）も、ドイツ語圏企業の実態調査から、組織規模が大きいほど BSC の導入傾向が高まることを指摘している。わが国の企業においては、大規模組織が BSC 導入の促進要因であることを示すケースがある。馬場（2004）は、「バランス・スコアカードと予算研究」所属の A 社からの聞き取りにより、「BSC は大企業ほど効果あり」という証言を得ている。一方、乙政（2004）および乙政・梶原（2009）の実証研究からは、組織規模と BSC 実践との関係について統計的に有意な結果を検出できなかった。前述のとおり、先行研究において組織規模が BSC の導入を促進するの否か、未だ決着がつかない。

医療BSC		比較区分	企業BSC	
文献	医療BSCを促進するコンテキスト要因		文献	企業BSCを促進するコンテキスト要因
荒井(2003)	「BSCの効果を伝達するメディア」 (経営に熱心な病院による情報探索)	同 類	乙政(2004) Malmi(2001)	「BSCの効果を伝達するメディア」
日本医療企画編(2004)	「BSCの専門家」の存在	同 類	乙政(2004; 2005a) Malmi(2001)	「コンサルティング会社」「コンサルタント」
無し	「他病院の模倣行動」	同 一	乙政(2004) Malmi(2001)	「他社のベンチマーク」「模倣行動」
高橋(2011a) 高橋(2013)	「経営の質向上」	同 一	伊藤(2002; 2003a) 伊藤他(2001) 乙政・梶原(2009) 青木・櫻井(2003)	「経営品質賞への取り組み」
高橋(2011a) 正木・道端(2006)	「類似したシステム」	同 一	伊藤(2002) 櫻井(2004) 乙政(2005b) 乙政・梶原(2009)	「類似したシステム」
高橋(2011a)	「組織規模」	同 一	Hoque and James(2000) Speckbacher et al.(2003)	「組織規模」

### 3-2-3. 医療 BSC の導入プロセス要因

本項では、医療 BSC の導入過程に焦点を当てた「導入プロセス要因」について文献レビューを行う。

わが国の医療 BSC の導入を促進するプロセス要因は、谷 (2004b) の新須磨病院の事例研究によって見出されている。谷 (2004b) が見出した、医療 BSC の導入プロセスの促進要因は、①トップの明確なコンセプトとサポート、②推進役、③ボトムアップによる導入、④成果指標と行動指標の設定に時間、⑤責任の設定の 5 つである。

上記のことから、医療 BSC の導入を促進するプロセス要因については、谷 (2004b) の示した要因をベースに医療 BSC および先行研究を考察して行く。ただし、谷 (2004b) の示した①「トップの明確なコンセプトとサポート」に関しては、より凝縮化して「トップのコミットメント」<sup>117</sup>、または、「トップのリーダーシップ」という表現に置き換えている。

#### (1) 医療 BSC の導入を促進するプロセス要因

BSC の導入を促進する 1 つ目の要因は、「トップのコミットメント」である<sup>118</sup>。谷 (2004b);

<sup>117</sup> コミットメントという言葉の意味は、『広辞苑 (第六版)』(2008)では「①かかわりあい。関与」であり「②誓約。公約。言質」である。このことから、トップの明確なコンセプトとサポートは、「トップのコミットメント」から生まれる要因と考えられ、「トップのコミットメント」とした。また、谷 (2004a) は、練馬総合病院の事例研究を通じて、トップ・マネジメントのコミットメントの重要性を導き出している。このことから、「トップのコミットメント」としている。

<sup>118</sup> Kaplan and Norton (2001a) は、BSC の導入プロセスは「変革のための緊迫感をリーダーが作ることから始まる」(同, p.333)と指摘し、エグゼクティブのリーダーシップが BSC の促進要因であることを主張している。営利企業を対象とした先行研究においても「トップのコミットメント」が BSC の促進要因として指摘されている。Kloot and Martin (2000) は、質的研究により、組織文化が業績管理にとって重要であることが明らかになった、と指摘している。具体的には、トップが積極的に従業員に関与している方が優れており、トップのコミットメントが促進要因であることを示唆している。McCann(2000)も、経営幹部の関心とコミットメントが必要であることを指摘する。わが国の企業においても「トップのコミットメント」が BSC の促進要因であることを示すケースが存在する。乙政 (2005b) は、住宅設備機器メーカー A 社の BSC の導入推進者である経営企

2006)によれば、新須磨病院の院長自らが導入プロジェクトメンバーに加わり、プロジェクトの推進などをサポートしていたことがBSCの導入を促進させたと述べている。また、三重県立病院のケースでは、病院長などの経営幹部と三役（知事など）とのフリートークの場で、「開設者である知事の強力なリーダーシップにより病院長へ動機付けを行っている」（高橋, 2004, p.218）と紹介されている。なお、谷（2004a）は、練馬総合病院におけるBSCの導入研究の経験から、病院は民間企業以上にトップ・マネジメントのコミットメントが重要であることを指摘している。

2つ目の促進要因は「推進役」の存在（谷, 2004b; 2006）である<sup>119</sup>。谷（2004b; 2006）は、新須磨病院の整形外科部長が推進役となり、成果指標や行動指標の探索をはじめ、BSCの運用をとりまとめたことがBSCの導入を促進させた、と指摘している。また、高橋（2011c）では、Kaplan and Norton（2008）がいう戦略管理室（経営企画室）のような部署を医療機関も設置し、BSC全体の調整役（取りまとめ役）の存在が重要であることを指摘している。

3つ目の促進要因は「ボトムアップによる導入」（谷, 2004b; 2006）である。谷（2004b; 2006）は、「ボトムアップによる導入」が医療BSCの促進要因として一般化できるか否かを問題点として見ているものの、新須磨病院がボトムアップで成功した理由の1つとして「組織が大きくなり、さまざまな提案をしやすい組織カルチャーになっていたかもしれない」（谷, 2006, p.235）と指摘している。ただし、谷（2006）は、「ボトムアップによる導入」を指摘しながらも、トップダウン・ボトムアップの折衷方式が効果的であったことを記述している。

ボトムアップの方が医療BSCの導入を促進するのか、それともトップ・ダウンの方が医療BSCの導入を促進するのかは、論者によって主張が分かれている<sup>120</sup>。たとえば、高橋（2011c）は、医療BSCの導入・実践はトップ・ダウンで行う方が最も適切であることを主

---

画室長に対して、約480分のインタビューを行っている。その結果、社長のコミットメントによって経営企画室長を推進者として後押ししていたことを明らかにしている。また、森沢他（2005）は、武蔵野大学の学院長、学長が明確にコミットメントしたことがBSCを促進させたことを指摘している。

<sup>119</sup> 営利企業を対象とした先行研究においても、「推進役」の存在が促進要因であることが指摘されている。先行研究では、経営企画室長（乙政, 2005b）といった人、経営企画室（柴山他, 2001）や戦略管理室（Kaplan and Norton, 2008）といった専門部署・室として示されている。柴山他（2001）は、伊藤ハムの経営企画準備室が社長直轄の組織となり、BSCの業績評価指標を組織長と調整する段階で効果があったことを紹介している。伊藤他（2001）も、富士ゼロックスの経営品質推進部が中心になり、各営業の現場に延べ40回から50回の説明に行ったケースを紹介している。

<sup>120</sup> 営利企業を対象とした先行研究においても、ボトムアップによる導入とトップ・ダウンによる導入は対立要因になっており、未だ決着がついていない。たとえば、Frigo and Krumwiede（2000）は、BSCの開発段階から関係者を巻き込むことを指摘している。同様に、リコーがBSCの導入に成功したポイントの1つとして、トップ・ダウンではなく、組織長発のBSCを煮詰めて行くアプローチが紹介されている（柴山他, 2001）。一方、伊藤他（2001）は、ボトムアップの導入ではなく、トップ・ダウンで強力に推進した富士ゼロックスのケースを紹介している。パイオニアも、後にボトムアップとトップ・ダウンのバランスが取れたものに変ったが、BSCの導入当初は上位組織から下位組織に展開していることが紹介されている（日経情報ストラテジー編, 2005, p.160）。

張している。

そもそも、BSCの提唱者であるKaplan and Norton (1996a)は、BSCの開発・導入は経営トップからはじめることを推奨していたものの、Kaplan and Norton (2001a)では、BSCをどこの組織から導入するかを選択は、リーダーシップ・スタイルによって決定すべきであると指摘している (Kaplan and Norton, 2001a, pp. 352-353)。

4つ目の促進要因は「成果指標と行動指標の設定に十分な時間をかける」(谷, 2004b; 2006)である。谷 (2004b; 2006)は、BSC運用までの6カ月のなかで、成果指標や行動指標の探索に十分な時間をかけたことが医療BSCを促進させた要因として指摘している。Kaplan and Norton (2001a)は、BSCの構築期間は8週間から16週間は必要であるが、BSCの開発期間が長すぎると導入を阻害してしまうことを指摘している<sup>121</sup> (Kaplan and Norton, 2001a, pp. 364-365)。

5つ目の促進要因は「責任の設定」(谷, 2004b; 2006)である。谷 (2004b; 2006)は、責任者を定め、また、実績報告書を提出する仕組みをつくることによって、アクションを再検討することが確実に became、と指摘している。高橋 (2011c)では、医療BSCによるアクションプラン実施の責任部署を明確にしておかなければ、BSCを作成するだけでBSCを利用しない事例があることを指摘している。また、谷 (2004a)は、練馬総合病院のケースにおいて、旗振り役として設定していた事務局の位置づけが曖昧だったために、医療BSCの導入・実践を阻害していたことを明らかにしている。

## (2) 医療BSCの導入を阻害するプロセス要因

医療BSCの導入を促進するプロセス要因に続いて、医療BSCの導入プロセスを阻害する要因を検討すると、まず谷 (2004b; 2006)は、病院は戦略思考が不足していると指摘している。また、谷 (2004a)は、「病院職員は総じて戦略的な思考プロセスやあるいはマネジメントそのものに慣れていない」(同, p.140)ことを、練馬総合病院の研究を通じて指摘している。登谷・他 (2015)も、病院実務者の立場から医師(院長含む)は、経営知識が少ないことを指摘している。このことから、病院へのBSC導入に関する1つ目の阻害要因は、「戦略思考不足」といえる<sup>122</sup>。

<sup>121</sup> 他に、柴山他 (2001)は、経験側から6カ月をBSC導入の目安にし、作成に2カ月程度かかることを指摘している。しかし、その根拠と具体例については示していない。Kershaw and Kershaw (2001)は、具体的な期間を示さないものの、BSCの開発には数カ月間要することを指摘している。また、長谷川 (2011)は、組織全体へのBSCの展開を急ぐこと、伊藤 (2002)は、BSCを早く仕上げることへの弊害を指摘している。

<sup>122</sup> 谷 (2004)は、「自らが実行しようとする行動の指針を戦略的に表現することに加えて、その行動の結果を定量的なスケ

2 つめの阻害要因は、「医師による抵抗」である<sup>123</sup>。新須磨病院整形外科部長の岩崎 (2006) は、自身の経験から「医療現場ではプロセスの変革に抵抗する人々が必ずいる。そのような人が院内のリーダーや医師として権威を持っていることが多く、直観的に BSC のような業務の数値化や可視化に反対することがある」(同, p. 85) と指摘している。三重県立こころの医療センター院長の原田は、BSC の浸透・理解について「医師が一番難しいと思います」(日本医療企画編, 2004) と述べている。谷 (2004a) は、医師や看護師による阻害要因を含めて「病院におけるバランスト・スコアカードの導入は予想以上に困難である」(同, p. 142) と自らの経験を紹介している。高橋 (2004) は、「各科の医師に『成果指標』を設定してもらうことは難しいと考えた」(同, p. 128) とその難しさを述べている。

わが国の医療界における BSC 導入の抵抗者は、企業一般における組織成員とは異なる点を確認できた。それは、医療界の中核的存在である「医師」が抵抗していることである。無論、医師ばかりか看護師のコミットメントも低い、という指摘も存在する (谷, 2004a, p.142)。しかし、抵抗者として職種名で指摘されるのは圧倒的に医師である。

以上から、医療 BSC の主要な導入プロセス要因と企業 BSC の同一・同類要因を表 3-3 に取りまとめている。

表 3-3. 医療 BSC と企業 BSC の導入プロセス要因

---

ールに落としこむことはかなり困難な作業であったにちがいない」と指摘した上で、「実態を反映する妥当な代理変数が選択されたかどうかは疑わしい面があることを付言しておきたい」と練馬総合病院の「戦略思考不足」による BSC の完成度について指摘している (谷, 2004a, pp. 136-137)。ただし、「戦略思考不足」は、医療界に限らずわが国の企業も指摘されているものであり、本要因は医療界だけの阻害要因と断定づけられない一面を持っているといえる。たとえば、Porter (1996) は、一部の例外企業 (ソニー、キヤノン、セガ) を除き、わが国の企業は戦略を持っていないと批評している。さらに、青木・櫻井 (2003) は、わが国の企業がビジョンや戦略を考慮しながら経営を行っていることを調査により明らかにしている一方、調査結果とは逆の回答が存在することを同時に指摘している。Kaplan and Norton (2001a, p.215) も、自社の戦略を理解している従業員は 5%にも満たないと指摘している。

<sup>123</sup> Kaplan and Norton (2001a) は、BSC は、戦略と組織変革を促進させるために有効であることを主張している。櫻井 (2003) も、BSC の導入目的に共通するのは企業変革であることを指摘している。しかし、変革には困難がつきものであり、多くの場合は組織の抵抗によって管理会計の導入が失敗することが指摘されてきた (加登, 1999)。

医療BSC		比較区分	企業BSC	
文献	医療BSCの導入プロセス要因	同一・同類	文献	企業BSCの導入プロセス要因
谷(2004a; 2004b; 2006)	「トップのコミットメント」	同一	Kloot and Martin(2000) McCann(2000) Kaplan and Norton(2001a) 乙政(2005b) 森沢他(2005)	「トップのコミットメント」「トップのリーダーシップ」
谷(2004b; 2006) 高橋(2011b)	「推進役」の設定	同類	乙政(2005b) 柴山他(2001) 伊藤他(2001)	「経営企画室長」「経営企画室」
谷(2004b; 2006)	「ボトムアップによる導入」	同類	Frigo and Krumwiede(2000) 柴山他(2001)	「関係者巻き込み」「組織長発」
谷(2004b; 2006)	「成果指標と行動指標の設定に十分な時間をかける」	同類	Kaplan and Norton(2001a) 柴山他(2001) 長谷川(2011) 伊藤(2002)	「BSCの開発期間」
谷(2004b; 2006) 高橋(2011b)	「責任の設定」	無し		
< 阻害要因 >				
谷(2004a; 2004b; 2006)	「戦略思考不足」	同類	Kaplan and Norton(2001a) Porter(1996) 青木・櫻井(2003)	「戦略を理解していない」
谷(2004a) 岩崎(2006)	「医師による抵抗」	同一	加登(1999) Malini(1997) 伊藤(2006)	「組織成員の抵抗」

### 3-2-4. BSC の実践におけるコミュニケーション機能

前述のとおり、医療組織が BSC を導入する主な目的あるいは、BSC に期待する役割は、BSC によるコミュニケーションを根底にした理念・ビジョン・戦略の伝達や浸透（共有化）に加えて、BSC を通じた対話というコミュニケーション<sup>124</sup>の促進にあると考えられる<sup>125</sup>。医療 BSC の導入に関して、本項では、BSC の実践におけるコミュニケーション機能についての先行研究をレビューする。

Malina and Selto (2001) は、国際的な大企業を研究サイトにして、BSC のマネジメント・コントロールとコミュニケーション装置として、その有効性をインタビューおよび定性的なデータから検証している。調査結果は、BSC が戦略を伝達し戦略を実施するために有効的であるものの、不正確、または、主観的な場合や BSC のコミュニケーションが一方（トップダウン、参加型ではない）の場合などはマイナス要因となり、非生産的である対立を引き起こすことを見出している。その上で、マイナス要因を修正改善することは比較的低コストで行うことができ、また、研究サイト間（企業と代理店）での対話と同じくらいに

<sup>124</sup> 乙政(2005c)によれば、コミュニケーションは、全成員を戦略に向けて統合するプロセスであり、また、コミュニケーションプロセスにおける BSC の役割とは、戦略の共有により全成員を方向づけるだけでなく、戦略の実施に向けて動機付けることであると指摘している。

<sup>125</sup> 小倉(2006)では、戦略マップの注目から、戦略コミュニケーション機能への関心が高まっていることを指摘している。戦略マップは、Kaplan and Norton(2001a)で提唱されたスコアカード策定の補完ツール（論理的なフレームワーク）であり、戦略を記述できない場合には戦略の実行は期待できないことを強調している。前述のとおり、戦略マップが登場した 2001 年以降より、BSC を通じた組織成員とのコミュニケーションへの期待が一段と高まったと考えられる。

簡単であると指摘している。

林 (2004) では、わが国の企業 9 社に対してアンケート調査を行い、BSC 導入後の戦略共有効果を確認している。調査結果は、目標設定や業績評価に対する経営戦略の結合度の向上の有無を問う戦略共有の直接効果と、経営戦略に対する従業員の理解の有無を問う戦略共有の間接効果のいずれにおいても向上している。さらに、役職が高いほど戦略共有効果が高く、共有効果が最も低いのは「専門職」であった。

一方、BSC それ自体に関する批判がある。Norreklit(2000)は、BSC の重要な目的は、組織に戦略を伝えるためであるが、BSC に記述される因果関係には不明瞭さがあることを指摘している。その上で、言語の意味や理解を促すために BSC の構築に対話型の方法を行うことが重要であると述べている。

また、BSC の提唱者である Kaplan and Norton は、すべての従業員が戦略を理解し、また、戦略を日々の業務活動として実施するためにトップ・ダウンのコントロールではなく、トップ・ダウンのコミュニケーションが必要であることを強調し、BSC を通じた戦略的対話を推奨している<sup>126</sup> (Kaplan and Norton, 1996b, p. 25; 2001a, p. 12)。それにもかかわらず、Norreklit (2000) は、BSC は階層的なトップ・ダウンモデルであり、ダイナミックな組織環境では BSC が組織に根差さない可能性を指摘している。スウェーデンの公立病院組織における BSC の導入を考察した Aidemark (2001) もまた、今後、トップ・ダウンのコントロールが医師などの医療専門職とのコンフリクトによって失敗するの否かを調査することは課題であると述べている<sup>127</sup>。

上記のとおり、BSC のコミュニケーションに関する先行研究は必ずしも多くないものの<sup>128</sup>、BSC の導入・実践が組織成員に対して戦略の共有効果を高めること、また、BSC の使用法によって BSC の組織への定着が阻害される可能性があることを明らかにしている。

しかしながら、林 (2004) では、BSC が戦略共有に効果的であることを示したに過ぎず、トップ・マネジメントと組織成員との間でどのような相互関係の下、戦略が組織に浸透したのかまでは明らかになっていない。加えて、林 (2004) では、「専門職」への戦略共有

<sup>126</sup> Kaplan and Norton (2001a) は、BSC による創発戦略を推奨しており、BSC のコミュニケーション機能を十分に活かす必要性を強調している (Kaplan and Norton, 2001a)。また、バランス・スコアカードを対話型システムとみるべきであると主張している (Kaplan and Norton, 2001a, p. 353)。

<sup>127</sup> Aidemark (2001) は、スウェーデンの公立病院組織における BSC の導入事例において、導入時はトップ・ダウンのコントロールであったものの、議会と病院のレベルで不確実性を低減させるためにコントロール機能が次第に逆転していることを明らかにしている。つまり、BSC によるトップ・ダウンのコントロールが、当初の思惑とは違う方向に展開することを示している。

<sup>128</sup> 乙政 (2005) は、「コミュニケーション」プロセスにおける成果に関する研究は、ほとんど研究がなされていないことを指摘している。このことから、企業 BSC におけるコミュニケーションに関する研究も限られているといえる。



効果が低く、何が原因で戦略が共有できていないのか、また、戦略の共有の成果として成員の意識や行動はどのように変容して行くのかまでは究明されていない。Malina and Selto (2001) では、BSC のコミュニケーション効果を示しているものの、BSC を用いてどのような対話を実践することが対立関係を解消するのか、また、一方向の BSC はなぜ対立関係が引き起こるのかなど、BSC の相互コミュニケーションの詳細までは明らかになっていない。

加えて、BSC のコミュニケーション機能に関して、筆者の知る限り、医療組織を対象とした研究は見当たらない。

### 3-3. 医療 BSC の導入研究の課題と BSC における医師のマネジメントの課題

本節では、前節までの先行研究のレビューを踏まえて、医療 BSC の促進要因および阻害要因に関する研究課題を考察するとともに、前章での議論に基づきながら、医療 BSC における医師のマネジメントに関する研究課題を提示する。さらに、医療 BSC の導入プロセスを解明する上での研究方法論上の課題を検討する。

#### 3-3-1. 医療 BSC の促進要因に関する研究課題

医療 BSC の導入に関して、谷 (2004b) の示した 5 つの促進要因は、企業・医療を問わずに概ね共通していることである<sup>129</sup>。また、企業・医療を問わず、BSC で成果を上げている組織の共通点として「トップのコミットメント」により BSC を促進している。

たとえば、院長への動機付けを行うために知事自身がリーダーシップを発揮していた三重県立病院のケース (高橋, 2004) をはじめ、BSC の導入をボトムアップで実施しながらもトップダウン・ボトムアップの折衷方式を採用した新須磨病院のケース (谷, 2006) をあげることができる。

上記のケースは、トップのコミットメントの良否が、BSC 導入の成否につながることを示唆している。しかし、「トップのコミットメント」とは、どのようなスタイルを指すのかについては必ずしも明らかになっていない。

したがって、トップが BSC の導入に対してコミットメントする中で、組織成員に対して

---

<sup>129</sup> 企業・医療を問わず、BSC の促進要因は概ね類似しているものの、大企業の研究では取り上げられているのに医療界の研究では扱われていない要因 (たとえば、「市場ポジション」「執行役員」「無形資産」等) がある。それらの要因が、医療 BSC でも影響しているのか否かは明らかになっていない。本研究の目的は、医師のマネジメントであるため、残された課題の究明は今後の課題としたい。

どのようなコミュニケーションを図ったのかについて論究していかなければならない。わが国の医療 BSC の研究において、「トップのコミットメント」におけるフォロワーとのコミュニケーションに焦点を当てた研究は確認できない。このことから、医療 BSC の導入を促進させる「トップのコミットメント」と、それに基づくコミュニケーションを究明することが 1 つの研究課題である。

### 3-3-2. 医療 BSC 阻害要因に関する研究課題

先行研究レビューから、医療組織における BSC 導入の阻害要因として、「戦略思考不足」および「医師による抵抗」の 2 つが見出されている。「戦略思考不足」は主に経験や知識の不足から由来しているため、今後の BSC の運用によって改善されていく可能性は高い。一方で、そもそも管理的権限と専門職的権限が対立する医療組織において BSC を定着するためには、「医師による抵抗」を発生させない、もしくは、緩和していかなければならない。

三重県病院事業庁の運営調整部長である長野のコメント「『現実問題として難しいでしょう』」(日本医療企画編, 2004, p.29)をはじめ、同病院の BSC 担当者が医師の BSC がうまくできるのであれば、医療専門職がすべてうまく行くほど医師への BSC は困難であることを証言している(荒井, 2005)。また、「医師による抵抗」の存在を指摘した岩崎(2006)の証言は、医師同士においても医療 BSC の調整が難しいことを示唆している。

わが国の医師は、海外医師以上に「医師の希少性」が高いゆえに、専門職的な権限だけでなく権威と影響力を持っているといえる。その医師が、組織変革を目的とした BSC の導入・実践に抵抗を示す以上、BSC の導入・実践は促進され難く困難を要することは明らかである。

それにもかかわらず、医療 BSC に関する先行研究において、「医師による抵抗」は指摘されるものの、BSC の導入・実践に際して、なぜ医師が抵抗するのかについては明らかにされていない。抵抗理由が、BSC の概念にあるのか、BSC の導入プロセスにあるのか、BSC の運用の仕方にあるのか不明である。医師の抵抗理由を明らかにできなければ、BSC によって医師をマネジメントすることも不可能となろう。

### 3-3-3. BSC による医師のマネジメントに関する研究課題

わが国の医療 BSC の導入プロセス研究は、表 3-4 で示すとおり医師からの証言や医師そ

れ自体に焦点を当てた研究がない。

表 3-4. わが国の BSC 導入事例文献:医師のマネジメントと医師証言

文献	病院名・他	BSC対象部門	医師の参加・マネジメント記述	医師の証言
高橋 (2004)	A病院	病院全体	医師の業績評価, 医師からの成果指標設定難しい	なし
	済生会熊本病院	病院全体	なし	なし
	旭中央病院	外科部門	ミーティング参加	なし
	三重県立病院事業庁	傘下病院	BSCの理解示さず, 研修会, 検討会, 医師個別指導	なし
	福井県済生会病院	医事課、地域医療連携室	なし	なし
荒井 (2005)	三重県立病院事業庁	傘下病院	病院長・研修会, 戦略検討会 その他の医師・納得得られず, 抵抗感があり未実施	なし
高橋 (2011a)	松山赤十字病院	病院全体	診療科別原価計算, 院長ヒアリング	なし
	JA神奈川県厚生連相模原協同病院	病院全体	診療部長計画不参加, BSC導入後診療部長会議参加	なし
	山形県立中央病院	病院全体	なし	なし
	医療法人財団献心会川越胃腸病院	病院全体	なし	なし
	医療法人白水会白川病院	病院全体	なし	なし
	長岡ヘルスケアセンター	病院全体	なし	なし
	ちばなクリニック	法人全体	毎月1回のBSC診療会議に診療部長産科	なし
	東北大学病院地域医療連携センター	同センター	なし	なし
高橋 (2011b)	駿河台日本大学病院	小児科	医師・看護師を中心としたBSC導入計画, 自主的勉強会・講習会	なし
	白川病院	看護介護部	医師の参加が少ないことを言及	なし
	社会医療法人医真会八尾総合病院	放射線科	なし	なし
	医療法人社団慶友会吉田病院	臨床検査課	なし	なし
	福井県済生会病院	医事課	なし	なし

加えて、医療 BSC の既存研究は、BSC 導入前の組織状態<sup>130</sup>を十分に検討しないで「医師による抵抗」を示していることに留意する必要がある。Pondy (1967) は、「コンフリクト

<sup>130</sup> 特に、医師とトップ・マネジメントのコンフリクトやその発生前後の状態を指している。

発生プロセス」(図 3-2)における「前の葛藤余波」が新たな火種となる「潜在的葛藤」にながしかの影響を及ぼすことを指摘している<sup>131</sup>。それゆえ、医師の示した抵抗が BSC 導入以降に原因があるのか、あるいはそれ以前の対立関係の余波が起因しているのか、または、その両方が影響し合っているのかを峻別するためには、BSC 導入前後の組織状態を俯瞰的に見て行く必要がある。

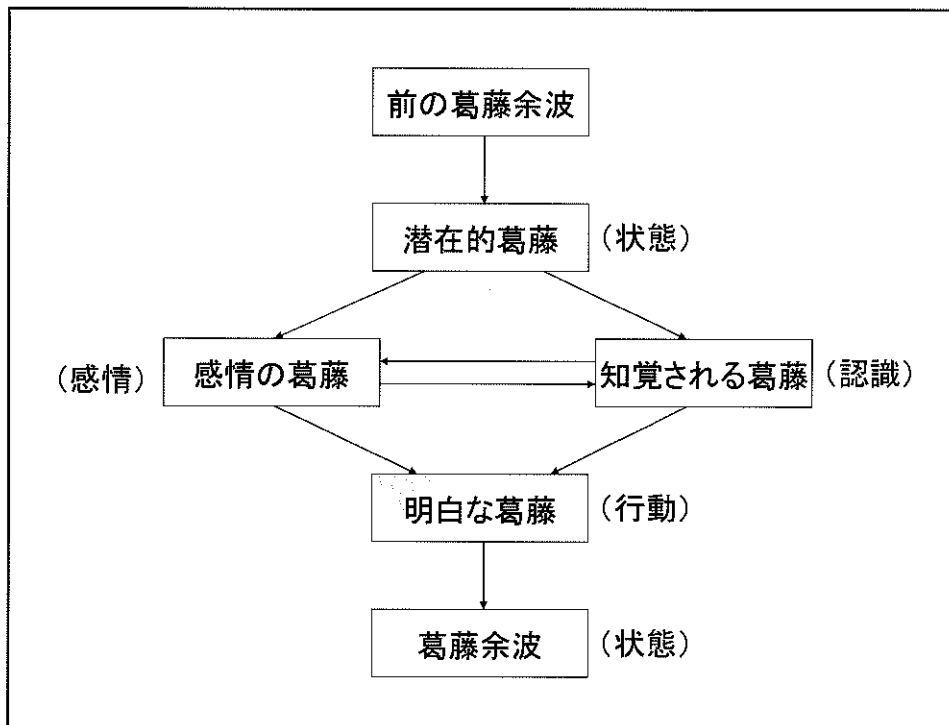


図 3-2. コンフリクト発生プロセス

出所：Pondy (1967, p. 306) を筆者編集。

さらに、前述の議論を踏まえて、医療 BSC の導入における促進要因である「トップのコミットメント」が「医師による抵抗」にどのように関係しているのかを明らかにする必要がある。なぜなら、谷 (2004a) は、練馬総合病院の BSC 導入経験から、トップのコミットメントは民間企業以上に重要であるという指摘をしているからである。

Kaplan and Norton (2001a) は、同じトップ・ダウンでも、「コントロール」ではなく「コミュニケーション」を推奨しており、BSC の使い方が重要であることを指摘しているもの

<sup>131</sup> コンフリクトは、2人以上の人・集団・組織の間で生じる。コンフリクトの発生は、潜在的なコンフリクトを知覚し、また、緊張などの感情を経て行動によってコンフリクトが顕在化(表出)する。また、コンフリクトが解消されても、その余波が次なるコンフリクトに影響する場合がある。

の、どのような BSC の使い方がトップ・ダウンの「コントロール」であり「コミュニケーション」であるのかを示す事例研究は確認できない。しかし、乙政（2005c）は、Kaplan and Norton（2001a）の主張する「コントロール」と「コミュニケーション」の相違は、経営トップもしくは経営トップを支える指導層のリーダーシップであるというインプリケーションを得たと述べている。このことから、BSC の使い方は、トップのコミットメントのあり方と関係していると考えられる。

最後に、医療 BSC の導入プロセスにおいて、第 1 章にて検討した、対立を解消するための下位者の行動、あるいは、第 2 章にて取り上げたフォロワーシップ・スタイルにも注目する必要がある。フォロワーシップの観点から対象医師を分析することで、事例で導き出した医師の抵抗がフォロワー自身の特性によるものか否か、あるいはトップのマネジメントの影響によるものか否かを識別できると考える。

#### 3-3-4. 医療 BSC 研究における研究方法論上の課題

高橋（2011a, p. ii）は、高橋（2004）の文献に対して「『ドロドロした現場をもっと記述すべき』」という批判的な意見が寄せられたことを紹介している。このような意見は、「医師による抵抗」をはじめ、文献に書き記すことのできない阻害要因の存在を示唆するものである。

また、これまでの BSC の導入研究は、BSC を管理する側（使用側）の立場（視点）だけから実施している。BSC で管理する側（リーダー）だけに焦点を合わせた研究は、大切な要因を見落としてしまう可能性がある。そして、見落とされた視点（フォロワー）のなかにこそ、BSC の導入・実践にとって大切な「何か」が存在していると考えられる。なぜなら、BSC の導入・実践は、管理する側（リーダー）と管理される側（フォロワー）との相互作用から成り立つものだからである。ましてや、先行研究において「医師による抵抗」が阻害要因として指摘されている以上、医師はなぜ抵抗するのかを究明することは喫緊の課題である。

医師がなぜ抵抗するのかを明らかにして行くためには、医師が実際に活躍している現場に赴き、院長と医師の両視点からフィールド・リサーチを実施することが最適な研究方法であると考えられる。

#### 3-4. 小括

本章では、わが国の医療組織における BSC 導入の実態を概観した上で、医療 BSC の導入に関する先行研究のレビューを行い、医師のマネジメントに関する研究課題と研究方法について提示している。

わが国の医療組織における BSC の導入は増加傾向にある。しかし、医療 BSC は、医療組織の価値観を反映させた BSC に変容して作成している場合があり、また、業績測定よりも目標管理に使用する場合が多いことを確認した。

医療組織における BSC の導入目的は、組織内のコミュニケーションに関連するものであり、たとえば「戦略の策定・共有・実行」「ミッションやビジョンを組織に浸透」をはじめ「情報共有・コミュニケーション向上」などである。医療 BSC は、概ねの成果を得ていることが確認できる一方、最も BSC に期待を寄せるであろう「組織改革」目的の成果は、他の導入目的と比べて低い現状であることを確認している。

医療組織の BSC の導入目的は、コミュニケーション機能に期待を寄せていることから、BSC の実践におけるコミュニケーション機能に関する先行研究のレビューを実施している。BSC のコミュニケーション機能に関する研究は少なく、BSC の相互コミュニケーションの詳細をはじめ、BSC による戦略共有の成果として成員の意識や行動はどのように変容するのかまで明らかになっていないことを指摘している。加えて、わが国の医療組織を対象にした BSC のコミュニケーション機能に関する研究は見当たらないことを指摘している。また、医療 BSC の導入に関する先行研究のレビューでは、医療 BSC の導入を促進する要因として「トップのコミットメント」であることを導き出している。一方、医療 BSC の阻害要因は、「戦略思考不足」と「医師による抵抗」であることを導き出している。

わが国の医療 BSC の促進要因は「トップのコミットメント」であるものの、「トップのコミットメント」におけるフォロワーとのコミュニケーションに焦点を当てた研究は確認されない。このことから、「トップのコミットメント」と、それに基づくコミュニケーションを究明することが研究課題であることを示した。

一方、医療 BSC の阻害要因は「戦略思考不足」と「医師による抵抗」であった。なかでも、先進国のなかで「医師の希少性」が最も高いわが国の医師は専門職的権限と権威が高いと考えられる。そのため、「医師による抵抗」理由を明らかにすることが研究課題であることを示している。

加えて、わが国の医療 BSC の導入プロセス研究は、医師からの証言や医師それ自体に焦点を当てた研究が見当たらないこと、BSC 導入前の組織状態を十分に検討されていないこと、「ト

ップのコミットメント」とはなにか、また、「トップのコミットメント」が「医師による抵抗」にどのように関係しているのか明らかにされていないこと、対立を解消するための下位者の行動、あるいは、フォロワーシップ・スタイルに着目して対象医師を分析されていないことを指摘している。

最後に、医療 BSC 研究における研究方法として、フィールド・リサーチを実施することが最適な研究方法であることを示している。

## 第4章 調査概要

本章では、第5章の事例研究を実施するための調査概要を示す。具体的には、第1節は、研究の主要な視点を示す。第2節は、調査先を選定した理由などを示す。第3節は、調査方法と研究期間を示す。第4節は、調査先であるA動物病院の診療体制および経営理念に関する概要を提示する。

### 4-1. 研究の視点

第2章において、医師をマネジメントにコミットメントさせる上で経営理念および対話が一定の役割を果たす可能性を有することを提示した。しかしながら、本来ならば、BSCによって経営理念の浸透や対話の実現を図ることが可能と考えられるにも関わらず、管理的権限と専門職的権限との対立から、BSCの導入に対して抵抗を示す医師の存在を記述している研究が見受けられた。

それゆえ、BSCの導入に対してなぜ医師は抵抗を示したのかを検討するために、前章では、医療BSCに関する先行研究のレビューを実施した。先行研究のレビューの結果として、医療BSCに関する研究課題として、次の5点を明らかにしている。

一つに、BSCの導入・実践に際して、なぜ医師が抵抗するのかについて必ずしも明らかになっていない。二つに、医師の抵抗理由を明らかにするために、「トップのコミットメント」とは何かに留意しながら、「トップのコミットメント」に基づくにおけるフォロワーとのコミュニケーションに焦点を当てる必要がある。三つに、トップとフォロワーとのコミュニケーションに焦点を当てる上で、フォロワーシップの観点から医師を分析していく必要もある。四つに、BSC導入前の組織状態を十分に検討する必要がある。五つに、医師の言動に着目しつつ、医師からの証言を得なければならない。

以上の研究課題に取り組むために、本研究では、フィールド・リサーチによってデータを収集しながら、事例研究を実施する<sup>132</sup>。

### 4-2. 調査先の選定

事例研究の対象は、組織変革を必要としている株式会社Aが運営するA動物病院である

<sup>132</sup> フィールド・リサーチは「出来事が起こるまさにその現場でそれをまるごと観察し理解できる」（佐藤, 2006a, p. 141）特徴を持つ。また、Yin (1994) は、問題の発生率や頻度ではなく経時的な追跡が必要な「どのように」と「なぜ」を扱う場合、ケース・スタディ（事例研究）というリサーチ戦略は候補の1つになることを示している。



<sup>133</sup>。動物病院と人間の一般病院では、対象となる患者と診療体系は異なるものの、医療組織のなかにおける「医師」という立場と役割は同一である<sup>134</sup>。

A 動物病院を事例研究の対象として選定した理由として、一つは、獣医師の流動性の高さを考慮したためである。獣医師は医局に縛られないため、医師よりも人材の流動化が進んでいる。そのため、地方の動物病院には獣医師が集まらない傾向が強い<sup>135</sup>。このような現象は、2004 年度から始まった医師の臨床研修制度による医師の流動化の現状に近似している。つまり、医師の流動化が今後も進むにつれ、動物病院組織における獣医師の立場と権威に近似するものと考えられる。今後の医師と病院との関係性を踏まえれば、既に流動化の進んでいる獣医師を研究対象にすることは医師を凝縮して捉えられ有意義といえる。

二つに、筆者がコンサルタントとして A 動物病院に関与したためである<sup>136</sup>。筆者は、コンサルタントとして、「出来事が起こるまさにその現場でそれをまるごと観察し理解できる」（佐藤, 2006a, p. 141）立場にある。それゆえ、研究課題として挙げた、医師からの証言も得やすいと考えられたことから、A 動物病院を事例対象として選定している。

#### 4-3. 調査方法

本研究では、フィールド・リサーチによってデータを収集しながら、事例研究を実施する。フィールド・リサーチにおいては、コンサルタントとして関与しているため、筆者は A 動物病院の準メンバーとしての役割を与えられる「観察者としての参加者」<sup>137</sup>として、「参与観察<sup>138</sup>」および「密度の高い聞きとり」を実施している。

<sup>133</sup> 動物病院の法人は、人間の病院の医療法人とは違い株式会社になる。A 動物病院を運営するのは、株式会社 A であり、院長が代表取締役就任している。法人名および動物病院名は仮称である。

<sup>134</sup> 医師免許証は厚生労働大臣が交付し獣医師免許証は農林水産大臣が交付しているものの、医師・獣医師以外の職能は、医師・獣医師の指示のもとでしか診療業務は行えない特徴は同一である。医師・獣医師は、いわゆる業務独占・名称独占の資格であり、医療のコア・サービスである。また、第 1 章で指摘したとおり、医師と獣医師は共に高度専門職業人に分類されており、それゆえに職務上の基本的な価値観と自律性の高さは同様と考えられる。

<sup>135</sup> たとえば、『Possibility 2013 年度 求人のための大学紹介』（帯広畜産大学, 2013.）の就職関連データによれば、獣医学課程の 34%しかサービス業（動物病院を含む）に進路せず、また、大学が北海道に所在しながらも道内での就職（すべての業種含む）は 42%（他の課程では 64%が道内就職）と半数にも満たない現状である。

<sup>136</sup> 筆者は、マーケティング分野（マーケティング戦略立案・策定、サービス関連 OffJT 開発・実施、現場接遇指導など）と、月 2 回の経営定例ミーティング（面談形式の経営相談・指導）および新人獣医師獲得プロジェクト実施ならびに緊急対応に関与している。なお、院長はじめ全スタッフには、筆者の立場を説明し（コンサルタント業務兼研究者）、公開の同意を得ている。

<sup>137</sup> 佐藤 (2002a) は、社会学者ビュフォード・ジュンカーとレイモンド・ゴールドが提唱している調査者役割を紹介している。調査者役割は 4 つあり、「完全なる参加者」（潜入ルポのような調査であり、対象者には気付かれない）、「観察者としての参加者」（フィールドワーカーが調査目的で現場にいることを対象者に知られており、準メンバーとしての役割を与えられる）、「参加者としての観察者」（一度だけ現場を訪れてインタビューやアンケート調査を実施するような調査）、「完全なる観察者」（マジック・ミラーで対象者の行動を観察するなど、対象者とはまったく接触を持たない）である。筆者は、BSC アドバイザーとして参加している。

<sup>138</sup> 本研究でいう参与観察とは、「現地社会の社会生活に参加しインフォーマントとの密接な人間関係を前提としておこなう、いわゆる『密着取材』的な調査」（佐藤, 2002a, pp. 66-67）を指している。

「参与観察」では、A 動物病院にて開催される各種会議に筆者も出席している<sup>139</sup>。「密度の高い聞きとり」に関しては、半構造化された質問によって個人もしくはグループにインタビューを実施している<sup>140</sup>。データ収集に関してはまた、必要に応じてアンケートを実施している<sup>141</sup>。

各種会議での会話内容は<sup>142</sup>、許可を得た上で録音するとともに、随時、文章化した。ただし、A 動物病院スタッフとの公式面談<sup>143</sup>およびインフォーマル・インタビューについては、真意を聞き出すことや証言者との機密保持の関係から録音は実施していない<sup>144</sup>。

本事例研究におけるフィールド・リサーチの期間は、2013年5月から2015年6月までである。第5章に示す事例の記述は、2013年5月から2015年2月末までである。それ以前の事例記述は、経営陣およびA 動物病院の組織成員（以下、スタッフ<sup>145</sup>と記す）へのインタビュー調査により記述したものである。このことから、事例記述の述べ期間は、約7年間となる。

#### 4-4. A 動物病院の概要

##### 4-4-1. 診療体制

A 動物病院は、2008年にわが国で開院した小動物病院（以下、動物病院と記す）である。A 動物病院の対象動物は牛や馬などの大動物ではなく、犬・猫などの愛玩動物であり、いわゆるペットが患者となる小動物病院である。A 動物病院の診療対象動物は、犬、猫、兎はもちろんのこと、フェレット・ハムスター・モルモット・モモンガなどのエキゾチックアニマル、鳥類全般、亀・蛇・トカゲなどの爬虫類、と診療範囲が広い。それゆえ、片道150Km以上離れた市町村から病気の動物を連れて通院する常連客も少なくない。

図4-1は、経営陣と事業部・部門および役職と対象獣医師における関係を示した(株)Aの組織図である。

<sup>139</sup> 具体的には、月2回の経営定例ミーティング（以下、経営会議と記す）、経営緊急会議、BSCに関わる研修会・講習会、BSC実行委員会・経営計画発表会・BSC総会・副院長会議・営業会議である。

<sup>140</sup> 会議参加、および、インタビュー実施に関する詳細は、巻末の補足資料2を参照されたい。

<sup>141</sup> なお、A 動物病院からは、財務諸表および財務・顧客関連情報などの資料提供を適宜受けている。

<sup>142</sup> 経営会議および副院長会議においては、許可を得た場合のみ録音され、文章化されている。

<sup>143</sup> 一部、許可を得た場合のみ録音され、文章化されている。ただし、この場合においても機密保持の関係から氏名・部門・職能の公開はしていない。

<sup>144</sup> 巻末の補足資料2を作成するにあたっては、被調査人の許可を得た場合においては、調査日付や特定名称を記述している。それ以外は、調査日付を付さず、また、スタッフあるいはスタッフ達として記述している。

<sup>145</sup> A 動物病院長は、従業員をスタッフと呼ぶことが多い。本章および第5章では、スタッフとして記述する。また、組織成員、成員として記述する場合もある。

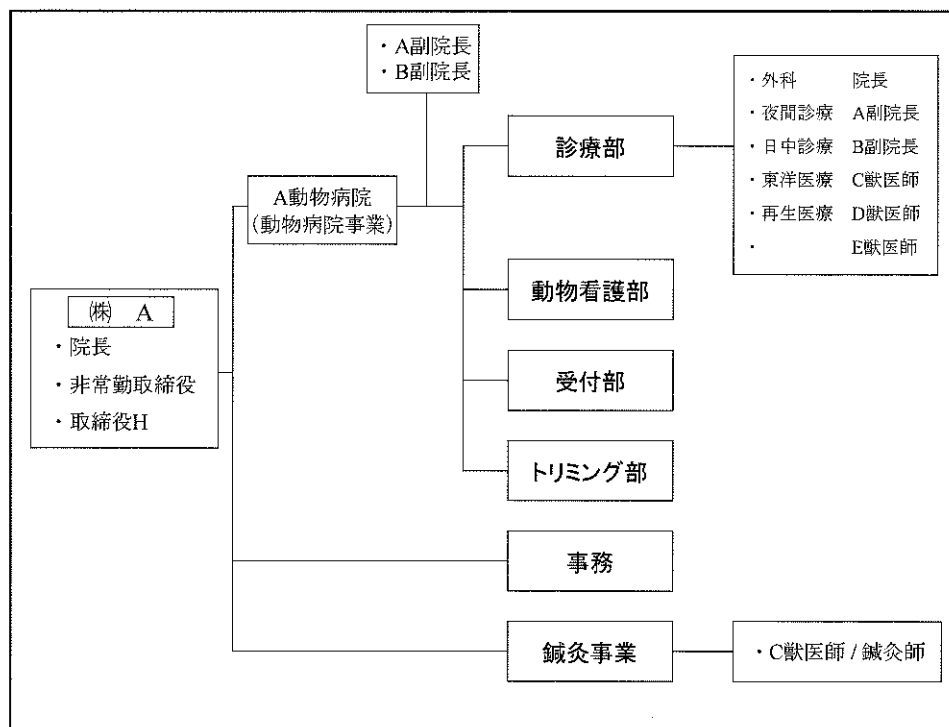


図 4-1. (株)A 組織図

A 動物病院のスタッフ数は計 20 名である<sup>146</sup>。スタッフのなかで、獣医師免許を持つ者は院長を含めて 7 名在籍するが、1 名は非常勤取締役、もう 1 名は株式会社 A の鍼灸事業を兼任している。そのため、実際に A 動物病院で診療にあたる獣医師は計 5.5 名<sup>147</sup>である。

A 動物病院の院長先生（以下、院長と記す）は外科手術が得意な先生として他の動物病院からも一目置かれる存在である。そのため、他社動物病院から手に負えない状態の患者の紹介を受け、手術を引き受けることもある。院長は、診療に強い動物病院を目指しており、動物への本格的な東洋医療<sup>148</sup>の実施、再生医療<sup>149</sup>の実施、365 日・24 時間体制<sup>150</sup>での患者の受け入れ、に取り組んでいる。

なお、A 動物病院を運営する(株)A は、人間の鍼灸院事業も行っている。ただし、鍼灸サー

<sup>146</sup> スタッフの内訳は、代表取締役・院長獣医師 1 名、非常勤取締役（獣医師）1 名、常勤取締役 1 名、獣医師 5 名（内副院長 2 名）、動物看護師・受付・事務（計 12 名）である。

<sup>147</sup> 非常勤取締役を除き、獣医師兼任鍼灸師を 0.5 としている。

<sup>148</sup> 動物への鍼灸などの診療行為は、獣医師免許が必要である。なお、A 動物病院の同市内には、鍼灸治療サービスを行っている動物病院はあるものの、鍼灸師やマッサージ師などの国家資格を保有する獣医師が施術していない。

<sup>149</sup> A 動物病院の同市内において、はじめて再生医療を導入した動物病院は A 動物病院である。再生医療を担当する獣医師は、診察を行いながらの兼務体制であるが、獣医学博士号や獣医療とは直接関係のない修士号を保有し、研究畑で培ってきた経験を活かしながら再生医療の可能性を探る研究を続けている。

<sup>150</sup> 2015 年 5 月末時点での情報である。

ビスは獣医療と考えている院長は、事業部長を担っているのは C 獣医師<sup>151</sup>からの、動物鍼灸だけでなく、従来通り人への鍼灸や体づくりの支援事業を実施したいとの要望に対して、テナントの出店までは承諾せず、店舗のいない出張専門の鍼灸事業として承認している。

#### 4-4-2. 経営理念

##### (1) 院長の方針

A 動物病院を率いる院長の方針は、動物とその家族に対して「嘘・偽りのない正しい動物医療」を提供することである。院長は、開院以来、嘘・偽りのない動物医療サービスの提供を実現するために、獣医師会に所属しないこと<sup>152</sup>、および、ペットショップやブリーダーとの蜜月の関係を築かないこと<sup>153</sup>の2つを実践している。

以上の2つの実践は、正直な動物医療を実践するために収益源のチャンネルをあえて断絶していることで共通している。換言すれば、悪しき慣習を断ち切ることが、A 動物病院の基本方針を実践するための事業戦略ベースになっている。それゆえに、院長は、理念主導の経営に強い拘りを持っているのである。

院長が拘る「嘘・偽りのない正しい動物医療」の提供という信念の背景には、小動物病院業界に身を置く者でしか知り得ない業界特有の現実問題が横たわっている。院長は、動物病院業界の実態について以下のとおり述べている。

「多くの動物病院は、真面目に頑張っています。しかし、成功していると言われる一部の病院では、(ペット) ショップとのつながりから事実を隠さなければならない現実があるのです。(中略) (動物) 病院がショップの手先となり、オーナーさんに事実を隠したままですと、オーナーさんは(病気を治療しているつもりで) その病院に何年と通うこととなります。これは、健全な動物医療の姿とは言えません。誰かがこのような状況を変えなければなりません。僕は、ペットショップや獣医師会

<sup>151</sup> C 獣医師は、院長と同じ大学出身の学友であり、獣医師免許以外に鍼灸師、マッサージ師などの資格を持っている。一部の動物病院では、動物への鍼灸サービスを既に実施していた。しかし、動物に鍼灸施術を行うのは、鍼灸師資格を持たない獣医師であった。このことから、院長は、A 動物病院の差別化戦略として動物への本格的な東洋医療サービスを企画した。C 獣医師は、東京都内で鍼灸院を経営していたが、院長の企画・提案に賛同した。C 獣医師は、2010年12月からA 動物病院の正社員として働くことになり、A 動物病院に東洋医療部門が開設された。

<sup>152</sup> 獣医師会に所属しない動物病院は、大きな収益源の1つである狂犬病予防接種の顧客を動物病院だけの力で獲得しなければならなくなるデメリットがある。A 動物病院所在市には、25以上の動物病院、A 動物病院が含まれる管轄(市町村)では45以上の動物病院が存在するなかで、A 動物病院だけが獣医師会に入会していない異端児的な存在である。

<sup>153</sup> 動物病院は、ペットショップやブリーダー(以下、まとめてショップと記す)と良好な関係を築くことで、ショップから飼い主の紹介を得るメリットがある。しかし、A 動物病院はショップとの関係を持たない結果、顧客獲得機会を損失する反面、他の動物病院ではショップとの関係から診断付けることのできなかつた先天性疾病のある患者を幾つも発見し、正しい診断を顧客に示すことができている。

の力を借りなくても動物病院として成り立ち、そして成長できることを証明させたいのです。それを  
実現させるために、A動物病院を設立しました」（カッコ内は筆者挿入）

## （2）経営理念形成の背景

上記の A 動物病院院長の方針は、次のような過程で掲載されている<sup>154</sup>。まず、院長は獣医学部を卒業して大学院博士課程に進学するものの、心の病により挫折を経験している。そのようななか、学部生時代に合格していた獣医師免許を頼りに獣医師を目指している。あくまでも動物の命を救う使命感ではなく、「でもしか獣医」としてである。

次いで、臨床獣医師としての信念は、勤務医の先輩獣医師や院長先生の姿勢に違和感を覚えたことを契機として固められている。

初めての小動物病院は、「でもしか獣医」であることの劣等感を感じながらも独学で獣医療の勉強を実施している。しかし、勤務医の先輩獣医師の言動に違和感を覚えて退職している。次の小動物病院では、飼い主と動物に献身的な治療に取り組む院長先生や先輩獣医師達の姿勢を見て、院長は共鳴している。そのため、院長は生涯勤務医として働ける職場であると確信して努力を重ねている。また、当該小動物病院の副院長と分院長へと昇進している。しかし、院長は重要なポストで勤務医を続けるなかで、ショップへの便宜を図ることで飼い主に正しい診断を告げられない社内ルールをはじめ、狂犬病予防に関するワクチン液の偽造などを経験し、徐々に疑念を抱いている。

また、当該小動物病院が地域の基幹病院という規模に達していたため、院長は上司に夜間診療実施の提案をしたが却下されている。

院長は前述のような経験を積み重ねて行くなかで、自身の手で理想の動物病院（真に動物と家族のことだけに配慮した動物医療機関）を作ることを信念化させている。

### 4-5. 小括

本章では、第5章の事例研究に関する調査概要を説明している。本研究では、第3章の先行研究レビューによって導き出された5つの研究課題に取り組むために、フィールド・リサーチによってデータを収集しながら事例研究を実施することを示している。調査の方法については、「参与観察」および「密度の高い聞き取り」によって実施することを示している。

本研究においては、動物病院および獣医師を対象にしている。そこで、なぜA動物病院を事

<sup>154</sup> 院長の手記に関しては、巻末の補足資料3を参照されたい。

例研究の対象として選定したのかについて、2つの理由を示している。

最後に、A動物病院の概要を示している。具体的には、A動物病院は診療対象とする動物の種類が多く、本格的な東洋医療や再生医療の実施に取り組み、かつ365日・24時間体制で患者の受け入れを行う診療体制であることを示した。また、院長の手記に基づいてA動物病院の経営理念の背景を確認している。

## 第5章 A動物病院における医師のマネジメント

本章では、BSCの導入に際して、なぜ医師が抵抗するのかを明らかにするために、事例研究を実施する。事例研究の対象は、A動物病院である。事例は、「参与観察」および「密度の高い聞きとり」から得たデータを基本に据えながら、BSCの導入前からBSCの導入・実践過程を時系列に記述していく。また、BSC導入前、BSCの導入、BSCの実践、BSC導入・実践の成果の各段階について記述した後、事例に関する考察を行う。

### 5-1. BSC導入以前

#### 5-1-1. 開院直後

##### (1) 経営理念の実践

前章で示した院長の信念は長い時間を経てA動物病院の経営理念になっている。そして、2008年に、理念の実践の場としてA動物病院が設立された。A動物病院の戦略や行動指針は、院長の信念に基づく経営理念に立脚している。

A動物病院の2階にある院長室には、経営理念が掲げられている。経営理念に記述された文字には、診療対象となる「動物」と「その家族」のためだけにA動物院が存在することが示されている。院長は、経営理念について次のように述べている。

「あそこにかかれていること（経営理念）は、僕が設立前から抱き続けて来た思いというか絶対に譲ることの出来ない信念ですよ。いわば、うちの病院の存在意義です。だから、うち（病院）の憲法みたいなものなんです」（カッコ内は筆者挿入）

A動物病院での指揮采配は、院長が「僕はプレイングマネージャーですから」と認識しているほど、院長を頂点としたトップ・ダウンですべて完結させている。経営の課題や問題は、理念に照らしながらその都度対処している。

A動物病院の事業ドメインは獣医療だけである。動医療以外の収益事業<sup>155</sup>を実施しない代わりに、治療オプションとその周辺サービスに力を入れる差別化集中戦略を実施している。動医療におけるA動物病院の経営理念具現化の挑戦は、以下3つの考えと行動から成り立

<sup>155</sup> トリマー、ペットホテル、ブリーダーなどを指す。A動物病院では、エリアミッションナリーによって市場のニーズの発見から、皮膚疾患の犬に対するメディカル・トリミングを実施している。

っている。1つ目は、A 動物病院での主役は、あくまでも動物と飼い主に置いていること<sup>156</sup>である。2つ目は、夜間診療の提供<sup>157</sup>である。3つ目は、嘘・偽りのない診療サービスの提供<sup>158</sup>である。

A 動物病院の理念の実践が評判になるまでに時間はかからなかった。A 動物病院の広報活動隊<sup>159</sup>責任者である Y 氏は次のように述べている。

「とにかく、院長の動物とオーナーさんに対する姿勢と診療の腕前についての評判は開院間もない頃から聞かれました。(中略)活動中、うちに(A 動物病院に)通ってくれていたオーナーさんに出会うこともあります。元オーナーさんから『あの時(治療時)は、院長先生をはじめ、皆さんに精一杯助けていただき感謝しております。本当にお世話になりました。くれぐれも院長先生には宜しくお伝えください』と当時を振り返り、泣きながら言葉を頂戴することもあります」(カッコ内は筆者挿入)

A 動物病院は、院長を筆頭に理念の実践に向けた取り組みを行うことで、開院6カ月も経たない頃から駐車場は連日満車となり、顧客の路上駐車による通報が度々入るほどであった。広報活動隊 Y 氏と受付の証言によれば、開院1年目の頃には、院長指名の予約は約4カ月先まで埋まっていたという。また、開院して3年の頃には、都市部の動物病院2社が評判を聞きつけて見学に来るまでに急成長している。

<sup>156</sup> 動物と飼い主のための医療を実現する1つとして、飼い主とのコミュニケーションに力を入れている。たとえば、獣医師に対しては、飼い主の話しをじっくりと聞くことで飼い主が動物に対してどのような治療を求めているのか察知することを日々求めている。動物看護師においては、飼い主の気持ちを察し、獣医師に言い難いことを飼い主の代弁者となって言うことが求められている。診療では、獣医師が飼い主に説明をする際に、必要に応じてかがんで説明することも多々ある。動物看護師や受付においても、飼い主から稟告を取っている最中はひざをついて聞き取っている。このような診療時の姿勢は、院長が獣医師らに常日頃いう「動物を診てやっているのではなく、僕たちが診させていたたいている」という立場と感謝の意を表している。動物と飼い主に対する姿勢は、病院終了時間後にも見ることができる。病院終了時間が少し過ぎてから飼い主が来院することも多々ある。その場合、病状に応じて動物を受け入れている。そのまま緊急手術することもあり、獣医師ばかりか動物看護師や受付までもが日付が変わってから退社することも度々ある。

<sup>157</sup> A 動物病院では、開院当初から約3年間、院長や当時在籍していた獣医師が携帯電話を肌身離さず持ち歩くことで夜間救急の対応に備えていた。携帯電話が鳴り出すのは、動物病院を開めた後、深夜の時間帯である。院長は、深夜に動物の病状が急変することが多く、電話を受けてから飼い主の自宅に直接訪問したケースや、病院で緊急手術したことで命を救えたケースがいくつもあった、と証言する。しかし、24時間対応の施策は、院長の体調不良により開院3年で一時中断していた。

<sup>158</sup> A 動物病院は、嘘・偽りのない獣医療を提供するために、「業界のしがらみ」と一切関わらないで運営している。具体的には、他動物病院からの干渉や影響を避けるために獣医師会に所属していない。また、動物病院とショップ双方のメリットにはなるが、飼い主や動物のためにならないショップとの蜜月の関係を持たない経営を実践している。ただし、獣医師会やショップとの関係を持たない独立独歩の経営は、困難も多い。開院当初は市内のショップから嫌がらせや暴言を受けたこともあるという。さらには、A 動物病院が経営理念に基づいた診療サービスを提供することで、薬問屋から狂犬病予防接種のワクチン液を卸してもらえなくなったこともあった。しかし、A 動物病院の理念に込められた思いと、それを実践するスタッフの献身的な姿勢に共鳴する薬問屋も徐々に現れるようになった。

<sup>159</sup> A 動物病院では、設立当初から市場の動向をいち早くキャッチするために同院を起点とした周辺エリアに自宅訪問によるローラー調査を実施している。調査では、A 動物病院の飼い主だけでなく、同院以外の動物病院に通う飼い主との接触により偏りのない生の情報(動物病院業界・A 動物病院利用時の感想、同院の市場評判、トレンド、プライオリティ)を得ている。また、この調査を同院では「エリアミッションナリー」と呼んでおり、A 動物病院の潜在顧客の発掘と顧客ロイヤルティ向上の任務も兼ねたマーケティングの1つである。



図 5-1 は、2013 年 3 月に A 動物病院が同院の所在する地域<sup>160</sup>の全個宅を訪問調査して明らかにした「動物病院の利用率」（シェア）である。

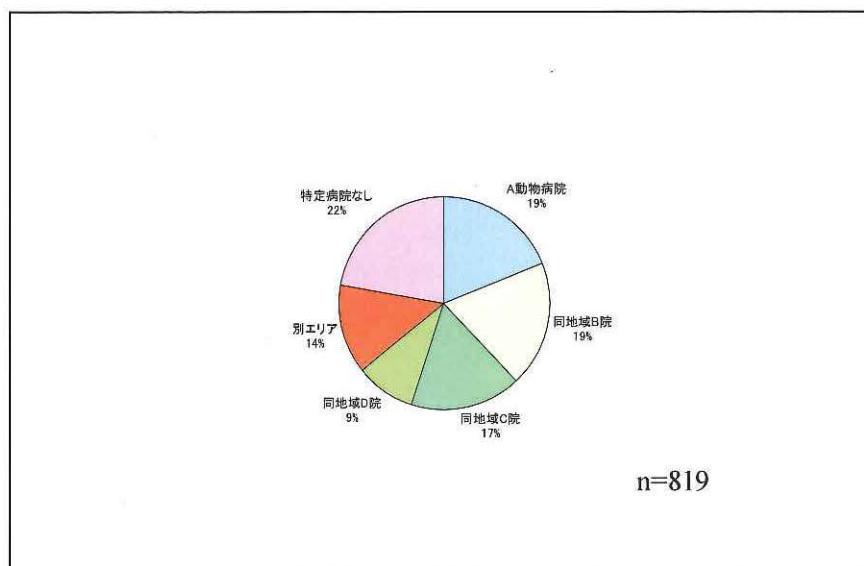


図 5-1. 動物病院の利用率

出所：A 動物病院提供資料に基づき筆者編集

同地域名に所在する動物病院は、A 動物病院、同地域 B 院、同地域 C 院、同地域 D 院の計 4 施設であり、調査実施時点においては市内で最も競合動物病院の多い地域である。

同地域の 1 位（シェア 19%）は、A 動物病院と同地域 B 院である。A 動物病院は開院して僅か 4 年 5 カ月であるのに対して、同地域 B 院は創立 30 年以上の老舗かつ、いくつもの分院を展開するブランド力ある動物病院の分院である。また、同地域 C 院・D 院はいずれも開院 10 年以上の実績ある動物病院であり、そのなかの 1 動物病院は本州資本の分院である。これらの競合環境に鑑みれば、A 動物病院の急速な成長は明らかである。

## （2）経営理念に基づいた診療体制の確立

A 動物病院は、経営理念を実践することで急速な成長を遂げている。しかしながら、急速に成長する過程において、理念浸透を行う方法は、院長の口頭による指揮采配と指導以外はない。また、正式なマネジメント・システムも導入されていない。とはいえ、経営理念

<sup>160</sup> 同地域は、A 動物病院が定める 1 次商圏と 2 次商圏の一部が含まれている。それゆえに、同地域を決戦市場としてエリア活動を強化している場所である。

に基づいた診療体制を確立するための取組は実施されている。

飼い主とのコミュニケーションを円滑にする目的で、診療終了後にカルテミーティングを毎日欠かさず実施している。獣医師のカルテミーティングの参加は強制<sup>161</sup>である一方、動物看護師や受付スタッフ達の参加は自由である。カルテミーティングの実施により、すべての患者が A 動物病院の患者として情報共有されている。また、副次効果として獣医師達の知識とノウハウ習得機会のある場であると同時に、院長の獣医師に対する影響力保持の機会になっている。

また、A 動物病院は、地域で唯一 24 時間開いている動物病院になっている。院長は、24 時間化への思いについて次のように述べている。

「(中略) 開業当初は、当院の患者さん限定ですが、夜間でも出来る限り対応していました。ですが、一人もしくは二人の獣医師だけで 24 時間対応するには限界がありました。日中の診療に支障を来す様になってしまい、一度休止する事になってしまいました。かつて勤務医だったときに、24 時間診療の提案を当時の上司にお願いしても「採算に合わないから」と断られていました。(中略) 本当にやらなければならない事は、持ちだしてでもやるべきだと思っています。今年から夜間に完全な診療体制がとれた事は本当に悲願でした」<sup>162</sup> (カッコ内は筆者挿入)

さらに、院長は、スタッフの一人ひとりが動物とその家族に対する獣医療サービスの提供者であると捉えており、スタッフの教育も熱心に行っている。A 動物病院のマニュアルが完成したのは 2013 年 3 月である。マニュアルを活用した OJT を開始したのは、2013 年度の新人社員入社時期からであるが、それ以前から OJT による教育を実施している。部門毎<sup>163</sup>のミーティングやフードメーカーのセミナー受講は義務化されている。また、A 動物病院専用にカスタマイズされたサービスや接遇に関する OffJT にも力を入れて取り組んでいる<sup>164</sup>。

### 5-1-2. 開院 2～3 年目

<sup>161</sup> 参加していない獣医師は、2013 年から開設された夜間診療を預かる A 副院長と東洋医療部門・事業を預かる C 獣医師の 2 名だけである。

<sup>162</sup> 本文は、2013 年に A 動物病院が地域経済雑誌に提出した原稿を筆者が編集している。院長の許可を得て、編集している。

<sup>163</sup> 部門ミーティングは、動物看護師、受付の 2 部門 (ただし、トリミング部門が配置されてからは、同部門も実施している) である。獣医師は、飼い主がすべて返った後から「カルテミーティング」を毎日欠かさず実施し、全獣医師間で病状などを共有している。

<sup>164</sup> たとえば、毎年恒例の新人社員研修では、社会人として働くことの意義やお客様に対する感謝の気持ちを育むことを目的に、獣医師も含めた実技研修が実施されている。

## (1) 経営理念の揭示

2010年、開院2年目にして(株)Aの経営理念が院長室に掲示されている。その背景には、A動物病院の急速な成長とそれに伴う組織成員の増員がある。A動物病院の開院時(2008年)には、院長と動物看護師の計2名だった組織も、1年後(2009年)には院長を含めて計8名、2年後(2010年)は計9名、3年後(2011年)には計12名、と3年間で開院時の6倍のスタッフ数に拡大して行った<sup>165</sup>。A動物病院は、スタッフ数が増えるにしたがってスタッフ達の当事者意識が希薄化し、動物や飼い主のことよりも各人の業務を優先する体質に変わって行った。その結果、院長は、従来通りの理念を口にするリーダーシップとコントロールが機能不全に陥っていることを認識している。院長は、経営理念を文字に起こして掲示することについて次のように述べている。

「経営理念をあえて掲げることは(当初)まったく考えていませんでした。(中略)ことある毎に、仕事の意味を理念に照らして説明して来ましたし、(スタッフたちへの)指示や注意は声掛け1つで十分足りていました。(中略)スタッフ数が5人を超えたあたりから、1つにまとめる事を難しく感じ始めました。(経営理念を掲示する)必要性を感じるようになったのも、その頃からです」(カッコ内は筆者挿入)

## (2) 経営理念揭示の背景

院長室に経営理念が掲げられる前後に、組織の歪みによるコントロールの低下状況を認識せざるを得ない4つの出来事が起こっている。

1つ目は、2010年度に入社した7名のスタッフのうち5名(71.4%)のスタッフが年度内に退職している。表面上の退職理由は「一身上の都合」とされているものの、退職して行ったスタッフは皆、「拘束時間の長さ」<sup>166</sup>が理由であった。

2つ目は、2011年3月に風紀の乱れを現すような問題が発生している。A動物病院の2階には、スタッフ専用の休憩室が備えられている。休憩室には、院内業務に関する掲示物が貼り出している。その掲示物の余白スペースに、東洋医療部門・鍼灸事業のC獣医師と

<sup>165</sup> いずれの年も11月時点の院長を含めた臨床現場の人員数である。非常勤取締役は人員数に加えていない。

<sup>166</sup> 院長は、患者の需要に対して獣医師2名というキャパシティの限界を認識している。そのため、院長とG獣医師は、理念経営を実践するために昼休みの休憩時間を返上して診療にあたった。院長らは、昼食を口にしない日もあれば、診療時間の合間に食べるなどして、患者と顧客を最優先に考えて行動していた。獣医師以外のスタッフ達も、院長や獣医師に見習い、休憩時間を短縮しながら動医療に専念していた。しかし、それでも最終診療が深夜になることが次第に増え、日付が変わってから退社することも常習化して行った。ただし、2014年度からは、受付部門に続き動物看護師部門は完全シフト制となり時間的拘束は解消されている。

広報活動隊のエリア活動を誹謗中傷する文章が書き込まれていた。院長は、事態を重く受け止め、実行者の探索を行った。その結果、2名の受付スタッフが実行者であることが判明した。受付スタッフによる誹謗中傷の記述動機は、組織の歪みを示していた<sup>167</sup>。

3つ目は、2011年4月にG獣医師が宣告通り<sup>168</sup>退職したことである。G獣医師の評判は高く、A動物病院の売上高の約50%を超えるスター獣医師<sup>169</sup>であった。G獣医師は、院内の業務改善にも手腕を振っていた<sup>170</sup>。G獣医師の退職のきっかけは、院長との経営に関する意見の対立にあった。G獣医師は、動物看護師などから職場環境の改善を望む声を聞くようになり、院長に代弁して改善を求めることもあった。

G獣医師は、診療対象動物を犬や猫などに絞ることでA動物病院の効率性と収益性を高め、そこで得た収益でスタッフ増員を図り、職場改善につなげて行く考えを持っていた。一方、院長は、理念を守るために犬や猫だけでなく、ハムスターやモルモットなどの小動物すべてを診療対象とする考えを固持していた。

院長とG獣医師の経営に関する視点と価値観は次第に噛み合わなくなり、確執が深まって行った。G獣医師は、退職を申し出たことにより院長と対立状態にいた。しかし、院長は、G獣医師に経営理念を変えない考えと診療体制を崩さずに断行して行くことを明言し、G獣医師の退職申し出を受け入れた。

4つ目に、院長の体調不良による「突然休診」が頻発したことである。スタッフ達は、院長の「突然休診」を回避するための改善策を何度も院長に提案し実施して来たが、その成果は見られなかった<sup>171</sup>。

<sup>167</sup> 具体的には、院長の「突然休診」による診療予約の移動対応が頻繁に行われ、顧客への謝罪によるストレスが蓄積されていた。また、昼の外来休診時間帯の来客者への接客や電話対応を受付スタッフがほとんど実施していた。そのため、受付スタッフは不公平を感じていた。さらに、2010年12月に入社したC獣医師の仕事に対する姿勢と院長に対する公平性への疑問を指摘している。C獣医師は、鍼灸の施術業務以外は院内2階で自身の業務だけに没頭する日々を送っていた。何人かのスタッフは、C獣医師の鍼灸施術のない時間帯を目標として、一般外来診療の応援要請を行っているが断られていた。スタッフ達は、C獣医師が院長の学友であることから、実際には、業務ポジションの違いを認識できないスタッフの誤解であるにもかかわらず、鍼灸施術以外の仕事を断り棄てるのが許されていると認識していた。その結果、スタッフ達は、院長の不公平な人事として捉えるようになっていた。誹謗中傷の記述を行った受付2名のうち、1名は自主退職した。もう1名は、院長に反省文を提出することで事態は収束した。

<sup>168</sup> 2010年夏頃に退職の意向を申し出ている。

<sup>169</sup> G獣医師は勤務医でありながら、外と内に目を向ける配慮と実行力により顧客からの信頼を獲得しただけでなく、A動物病院で働く大多数のスタッフ達に対して影響力を持つようになっていた。それゆえに、G獣医師の退職を知った従業員達に動揺が生まれ、それを機に退職したスタッフもいる。広報活動隊Y氏は、エリア活動中にA動物病院の顧客から「なぜG先生が辞めたのですか?」「いい先生(G獣医師)だったので、近所の人にも病院を勧めていたのに」という声がG獣医師退職後も約1年間は聞かれたと証言している。

<sup>170</sup> たとえば、2009年8月から受付スタッフが配置されているが、院長に提案を行い実現させたのはG獣医師である。A動物病院に受付スタッフが誕生したことにより、顧客からの「待ち時間が長い」という不満の緩和に役立った。受付スタッフは、来院客の受付にはじまり、電話対応から会計に至る業務を実施している。その結果、獣医師と動物看護師達は、本来業務である診療に集中できる環境に改善され、業務の効率化につながって行った。

<sup>171</sup> たとえば、2010年以降には、院長の公休日を週2回に設定したものの、院長の「突然休診」は止むことがなかった。さらに、スタッフ達は、院長の「突然休診」による顧客からの苦情件数が増えていることを院長に伝えた上で、院長の休診日を設ける必要性を強く訴えている。しかし、院長は、それを承諾しなかった。院長には、公休日を設けられない現実的な問題があ

広報活動隊 Y 氏は、エリアミッションナリーでの元顧客との会話から、院長の患者が競合動物病院に流れて行った例を幾つも確認しており、院長に報告していたと証言している。また、院長の「突然休診」による A 動物病院や院長に対する顧客からの苦言について、スタッフ達は次のように述べている<sup>172</sup>。

「これ以上の急な休診は（A 動物病院の）評判に傷がつくだけでなく、ダイレクトに患者数減からの売上減につながるものと思います。実際、『今朝発作がおきたので（中略）』といらっしやっただ方に、頭を下げてお帰りいただくしかありませんでした。その後、その飼い主さんから薬の内容について問い合わせがあり、〇〇（競合動物病院）に行かれたことが発覚しました」（カッコ内は筆者挿入、固有名詞は〇〇と記述）

### （3）経営理念の堅持

院長は、開院まもない A 動物病院にこれだけの患者が集まって来る背景には、他院がまともな獣医療を提供していない証だと認識するようになっていた。その結果、院長は、理念主導の経営が間違っていないという認識を強めて行った。院長は、経営理念を断行する意義について、以下のように述べている。

「僕は、社員のためにここ（A 動物病院）を作ったわけではありません。あくまでも、動物とその家族のために（病院を）始めたのです。（中略）経営理念を守って行くことが出来ないくらいなら、ここ（A 動物病院）を存続させる意味がありません。（中略）うち（A 動物病院）の経営理念に共感出来ない者は、たとえ売上に影響が生じるにしても去ってもらうしかありません。理念を譲ることはできないのです」（カッコ内は筆者挿入）

また、G 獣医師が退職した 1 週間後（2011 年 4 月 7 日）、病に伏せ休診日とするなかで、院長は、顧客やスタッフ達から批判を受けていても、理念に基づき診察台の前に立ち続ける意義について、次のように述べている。

「僕たち（獣医師）は、動物の病気を治す努力を常に怠ってはいけません。なぜなら、（獣医

---

った。それは、A 動物病院に残された獣医師は、院長と 4 月入社 of 新人獣医師 2 名、東洋医療サービスを提供する獣医師 1 名になるからである。

<sup>172</sup> 他にも多数の証言を得ている。

師は) 国から動物を診療することを許された唯一の職業だからです。少なくとも僕は、動物を診療することは自分の命を削って使命を果たしていると考えています。だから、命が続く限り診察台の前に立ち続ける覚悟でいますよ。皆(スタッフ)は僕に休め休めと簡単に言いますが、ここ(A動物病院)で僕が命を落とすことになるなら、それは獣医師として本望ですよ。皆(スタッフ)、まだ理念を理解していないんですね」(カッコ内は筆者挿入)

院長は、その後も理念を組織に根付かせるために、無理を押して診療と夜間の救急対応サービスを断行して行った。2011年10月以降は、院長の公休日を週1回設定して対策を講じたものの「突然休診」は度々続いた。

### 5-1-3. 開院4～5年目

#### (1) コントロール不全の前兆

院長のトップ・ダウンによる組織のコントロールが不安定になるなか、A動物病院の組織規模は4年後(2012年)に計15名、5年後(2013年)に計18名へと拡大して行った<sup>173</sup>。

2013年に入り、潜在的だった組織のコントロール不全の状況が顕在化し始めてきた<sup>174</sup>。それは、表5-1に示すように、医療現場としてあってはならないことが立て続けに発生した。

表5-1. 不祥事一覧

月日	内容
6月7日	頻繁に使用する注射薬の在庫切れ
6月8日	酸素ボンベの残量ゼロ・在庫切れ
6月10日	気管挿管用チューブ異常により麻酔事故未遂・手術中止
6月11日	人口呼吸器が作動せず手術を急遽中断
6月25日	冷蔵庫内の血液検査用試薬箱が空のまま放置
6月26日	処方薬をセロテープで修繕された袋に入れて渡されていたことが発覚
6月27日	処方薬の分量ミスが発覚

異常事態が発生する度に緊急ミーティングが開催された。スタッフは、緊急ミーティング

<sup>173</sup> いずれの年も11月時点の院長を含めた臨床現場の人員数である。非常勤取締役は人員数に加えていない。

<sup>174</sup> たとえば、A動物病院の業務連絡や指示などは、院内専用のFacebook(以下、Fbと略す)で行われることが多い。院長が急に診療を休む時も、獣医師が急に休む時も、そのほとんどがFbを連絡手段として活用するようになっていた。必然的に、院長とスタッフ間あるいは、スタッフ間同士の連絡のやり取りもFbを通じて行われることが多くなりFbはA動物病院の主要なコミュニケーション手段として定着化して行った。2012年9月、1人の動物看護師がFbを通じて退職の申し出を上げている。院長が気づき、すぐに退職希望者に連絡を入れたものの、既に連絡の取れない状態になっていた。院長は、退職希望者との面談を行えないまま、退職手続きは進められた。

における院長の発言した内容と状況について次のように述べている。まず、6月10日の緊急ミーティングにおける院長の発言についてである。

「午後2時過ぎです。院長より『午後は外来休診にする。今すぐ全社員でミーティングを行う。公休中でも全員呼べ』と号令がかかりました。（中略）院長は『酸素や気管挿管に関わるミスは即命に関わることであり、そんなミスが2回も短期間の間に起こってしまうということは、この病院はもはや動物病院の体をなさないと言っていい。今日を持って私はこの病院を去るのであとは残ったスタッフで頑張ってください』と発言していました」（カッコ内は筆者挿入）

「院長は『こんな病院を作るために人生をかけてきたわけではない。皆を正しい方向に導くことが出来なかった私に責任がある』と言いました。（その後）H取締役と受付主任が説得にあたっていました」（カッコ内は筆者挿入）

6月25日の緊急ミーティングでは、院長は、スタッフたちに向かって「皆さんには失望しました」と指摘している。さらに、6月27日の緊急ミーティングでの院長発言が次のように記憶されている。

「院長は『こんな形でうちの病院が薬を出すことがあったなんて全く知らなかった。所詮うちはこの程度のレベルなのか』と発言していました。また、院長は（院内）フェイスブック上に薬を直接渡した受付のことを名指しで指摘する書き込みまでしています。書き込みを見た〇〇（受付）は、相当ブレッシャーを受けていたようです」（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述）

## (2) 調剤ミスからの騒動

6月27日の調剤ミスに関して、院長は、カルテに処方方を誤記した受付Tを無期限の出勤停止処分、調剤した担当者が不明だったため動物看護師主任を兼務するH取締役、薬を渡した受付Bの両名を譴責処分としている。同日、事務主任Mは院長に対して無期限の出勤停止処分の軽減、または、撤回の要求をした。事務主任Mは、院長とのやり取りについて次のように述べている。

「私は（院長に対して）『受付に処方方の責任まで問うシステムは、受付には荷が重すぎます。今後

は処方依頼を受けた場合、必ず獣医師が処方内容を確認するというやり方にし、ミスを無くしていくということで、今回の〇〇（受付 T）への処方を何とか軽減、できれば撤回していただけないだろうか』と提案をしました。院長は『そこまで言うなら全スタッフの署名を集めなさい。そこまでするなら考えてもいい』と言いました」（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述）

同日、D 獣医師は、顧客に対して謝罪の言葉と処方量については健康被害を及ぼすほどでないことを伝えた。また、その際に、D 獣医師は、処方に関わったスタッフが懲戒処分されたことを連想させる発言をしていた。6月28日、前日公休（6月27日）だった受付主任は、改めてことの顛末を院長に確認した。院長は、その際にも全スタッフの署名を集める話しを出した。同日、受付主任から事情を聞いた A 副院長は、院長に見られない形で院内 Fb を通じてスタッフ達宛に以下の呼び掛けを行った。

「今後 1 カ月処方などのミスを出さないでいけたら、〇〇（受付 T）への処方を撤回させるための署名を集めましょう」（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述）

A 副院長の全スタッフに対する呼び掛けは、立て続けに起こるミスの抑止とスタッフの身上を案じての対応であった。6月29日、顧客は院長にスタッフの処分ではなく、謝罪で十分であることを伝えるために来院した。院長は、体調不良で欠勤していたため、受付主任が顧客の応対にあたり謝罪した。

7月2日、A 副院長は、出勤停止状態の受付 T と連絡を取り合った。A 副院長は、受付 T の諸事情を知り、署名集めをすぐに始めることを即断した。同日、A 副院長は、6月28日と同様の方法である Fb を通じて全スタッフに署名集めを開始するメッセージを発信した。A 副院長の署名活動により、院長と非常勤取締役を除く全員分の署名がその日のうちに集まった。

A 副院長のもとに集まった署名のなかには、A 副院長を含めた院長の学友獣医師 3 名と獣医師 1 名の署名が入っている。その上、譴責処分を受け、また、経営陣である H 取締役の署名も含まれている。スタッフ達は、A 副院長の署名活動の背景と状況について次のように述べている。

「A 先生（A 副院長）は、当院（A 動物病院）に来て 3 カ月です。そんななかで、T さん（受付 T）



の無期限の処分（出勤停止処分）を目の当たりにしたものですから、自分が何とかしなければなら  
ないと思ったんじゃないでしょうか。（中略）A先生は、（A動物病院に）来た当初から『なんで  
関係のないスタッフまで夜遅くまで残っているの。それだけ皆が残って働いていて、この売上だと  
効率悪いよ』と言って同情していましたから、皆、A先生にならついて行きたいと思ったんだと思  
います」（カッコ内は筆者挿入）

署名活動に賛同したH取締役は、自身のとった行動について次のように述べている。

「皆が、いつの間にかTさん（受付T）が解雇になるという風に思っていたのかもしれませんが。（中  
略）A先生（A副院長）は、『仲間が解雇になる。それを黙って見ていていいのか』と言ってサイ  
ンを求めて来ました。勢いというか流れだったのです」（カッコ内は筆者挿入）

2013年7月3日、受付主任は院長に署名入りの嘆願書を手渡した。院長は、嘆願書を受  
け取り、受付Tの出勤停止処分解除の条件として、受付主任と受付Tで顧客の自宅に行っ  
て謝罪することを命じた。

7月5日、顧客から一連の出来ごとの件で電話連絡が入った。スタッフは、顧客の電話内  
容について次のとおり述べている。

「〇〇さん（顧客）は『先日の件が非常に気になってしまい、このままでは（A動物）病院に行け  
ない。薬のことはもう何とも思っていないが、いきなり処分ではなく、まず私へのケアが欲しかっ  
た。D先生（D獣医師）から聞かされる前に、まずは院長から一言欲しかった』と話していたそう  
です」（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述）

受付主任と受付Tは、7月6日に顧客の自宅に謝罪しに行く予定であった。しかし、顧客  
から前日に電話が入っていたため自分達で勝手に決めて行動して良いのか判断を下せない  
でいた。そこで、受付主任は、体調不良で休んでいる院長にメールを送り判断を仰いだ。  
院長からは、以下の内容の返事が返って来た。

「〇〇様（顧客）は最高責任者である私への怒りを訴えられているので、私が行って土下座してき  
ます。その後、この病院を去ります」（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述）

同日深夜、事務主任 M が院長に病院を去らないように説得のメールを送った。院長は、事務主任 M からの提案を一度は拒んだ。しかし、院長は、事務主任 M からの 2 度目のメールにより、院長自身が顧客の自宅に謝罪に行かないこと、受付主任・受付 T・事務主任 M の 3 名で顧客の自宅へ顛末の説明と謝罪に行くという事務主任 M の提案に承諾した。

7 月 6 日、朝一、H 取締役は、全スタッフを集合させ、院長からの伝言を代読する形で、院長が無期限の長期療養に入ることを告げた。

顧客への謝罪と説明については、受付主任・受付 T・事務主任 M に加え、A 副院長が同行して終了した。事務主任 M は、一連の流れから退職願いを上げ、8 月 20 日付けで A 動物病院を退職した。

院長室に掲示されていた経営理念は、院長自らの手で外され床に伏せられた。H 取締役は、院長の考えと無期限の長期療養に入った背景について次のように述べている。

「院長は『俺がいなくなればオーナーさんが来やすくなるでしょ』と考えていたみたいです。（中略）院長は、受付主任たちが謝りに行こうとしてないと勘違いしているようです。（中略）解釈が合っていない。（中略）院長は、4 年半、理想通りの病院を築いていたつもりだったことに大きなショックを受けていたんです」（カッコ内は筆者挿入）

7 月 25 日・27 日、スタッフ達の心情把握と経営の正常化を目的としたフォーマルな個別面談および退職者を含めたインフォーマルの実態調査が実施された<sup>175</sup>。スタッフ達は、A 動物病院および経営陣に対して次のように述べている<sup>176</sup>。

「納得行かないミスが続いてしまって、オーナーさんに申し訳ない。（中略）人の入れ替わりが早くてやだ。周りも、似通った感じだと思います（中略）上の人たち（経営陣）が何を考えているのかわからないなって所があります。（中略）一番に考えなければならないのはオーナーさんのことじゃないですか。それなのに、院長の復帰目処すら何も言わないので、こちらもオーナーさんへの対応をどうして行けばよいのかわからないのですごく困ります」（カッコ内は筆者挿入）

<sup>175</sup> 面談は、筆者が実施している。面談者には、正確を期するために機密保持を条件で録音の許可を得ている。また、面談日前に、院長の復帰予定日（8 月 5 日）は告知されている。

<sup>176</sup> 明らかに人格否定的な発現、プライベートに関する証言については割愛している。

院長は、受付 T の処分において 1 度も解雇にするとは言っていなかった。それどころか、院長は、ことの重大さから受付 T に対する処罰「懲戒処分・出勤停止」は正当な行為と判断しており、見せしめで行った処罰でないと認識している。しかし、スタッフ達の間では、いつの間にか「受付 T が解雇になる」という解釈が先行し署名活動に走った。

院長は、全スタッフが嘆願書に署名し提出してきた行為について「経営者の人事権が奪われた」と認識している。院長は、全スタッフによる嘆願書提出の背景について次のように述べている。

「僕が完璧を求めていたので、口うるさかったのでしょうか。でも、僕が求める完璧は、たとえば薬の間違えの問題があって、また 3 日後に同じような間違いをして、その 3 日後にまた同じようなことをやって、と言う頻度で起きていることはおかしいだろ、と思うのが僕の完璧なので。(中略) 薬剤欠品の問題もあるけど、トイレトペーパーの変えをほとんど僕が交換しているとか、そういうこともあるけど、薬に関しては本業じゃないですか。トイレトペーパーを変えるのは仕事じゃないけど、でも、視点は一緒だよなって思うわけですよ。何十にチェックしたって、毎日のようにミスが出る。それが駄目だろうってことが、皆にとっては完璧過ぎたんですかね。あるいは、“人間なんだからミスしたっていいじゃん” って思われているところと、“人間だからこそミスをゼロにする努力が必要なんじゃないか” と言う思いが一致しなかったんですよね。もっと言っちゃうと、なぜそうなっちゃったかという、そこは職業意識が低いということ、プロ意識の欠如。(中略) たまたま(ミスしたのは) T (受付 T) だけだったので、次はミスしたら私がそうやって怒られる(無期限の出勤停止) んじゃないか、それが嫌だから(署名して) 反対しておきましょうって、結果だったんじゃないですかね」(カッコ内は筆者挿入)

7 月 30 日、院長を除く全スタッフとの会議が開催された。H 取締役は、本会議を開くことについて、2 つの理由から恐れていた。1 つ目は、スタッフから批判的な意見があがった場合、その勢いが止らなくなりそのまま組織崩壊に進む可能性があると考えていた。2 つ目は、勢いがあり院内の実質的なリーダーと目され、署名活動筆頭者である A 副院長と、常に正論を投げかけて来る B 獣医師が経営陣に対してどのような追求を仕掛けてくるのか予測できないことであった。このことから、面談のスタッフ証言を基に、筆者と H 取締役で会議のシミュレーションの検討が行われた。その結果、会議での紛糾防止策として、午後の一般外来診療が始まる 1 時間前を会議開催時刻に設定することになった。

会議のなかで、H取締役の就任挨拶と抱負を語る時間が設けられた<sup>177</sup>。さらに、経営陣を代表してH取締役とのショート・フリー討議時間を設けた。これは、スタッフ個人の考えが、集団の前ではどのように表出されるのかを確認するための施策であった。討議では、B獣医師を筆頭に、次のような厳しい意見が飛び交った。

「経営陣は、自分達で言ったこと（経営理念・指示事項・約束）を守っていない」

なかには、次のようにH取締役個人に対する不満を表す声もある。

「H取締役の『〇〇補佐』という中途半端な役職が幾つも付いているが、どんな補佐をしているのか。それをいつしているのか。役職がついている割にはその仕事に関わっている姿が見られない。なんでそんなに役職を付けているのか知りたい」（カッコ内は筆者挿入、固有名詞を〇〇と記述）

H取締役は、院長復帰を機に、全員で力を合わせる必要があること、また、今まで以上によりよい病院作りを行う必要があることを全スタッフに向かって精一杯呼び掛けた。経営陣とスタッフ間の関係は冷えたままであったが、会議の終了時には予定通り全員で円陣を組み、理念実行を誓うことが宣誓された。会議3日後、1人の新人社員からH取締役に対する次のような声が上がった。

「H取締役は、外来の忙しいなかでなぜ関係のない仕事を（院長室に閉じこもって）しているのか。どうして手伝いに来ないのか」<sup>178</sup>（カッコ内は筆者挿入）

8月5日、院長は約1カ月間の療養生活を終えてA動物病院に出勤した。外されていた経営理念は、院長の手によって再度院長室に掲げられた。しかし、経営陣とスタッフ間の距離感は、依然改善されておらず、経営陣とスタッフ間の精神的な対立関係は続いていた。8月20日、受付Tから退職願いが上がり、院長は受理した。院長は、受付Tは渦中の人物ただけに、一連の対立のプレッシャーに負けたのではないかと認識している。

<sup>177</sup> 2013年5月、H取締役は取締役役に就任しているものの、就任挨拶を1度も行っていない。また、H取締役への不満緩和を目的に、H取締役の挨拶の時間を設けている。

<sup>178</sup> H取締役は、院長室でコスト削減のための薬価などを調べていただけであった。

### (3) 再建に向けた取り組み

2013年9月4日、院長を除く全スタッフの会議が4時間実施された。目的は、経営陣のコントロール権を奪還し再建することであった。経営陣は、院長のコントロール権を奪還し再建するための施策として、全スタッフから理念経営へ参同する誓約書を取り付けることを企画した。さらに、組織の正常化を図るために、スタッフ一人ひとりの動物医療への思いを会議のなかで発表させることを企画した。

スタッフ達の意見共有の場では、経営陣に対する不信感などの不満は聞かれるものの、院長が午前中しか診療しない体制になったことから「突然休診」防止に向けて良い方向に流れるのではないかと期待する意見や、B獣医師からは現場を任せてもらっているので診療がしやすくなったなど、一部前向きな意見が聞かれた。

しかしながら、H取締役は、スタッフ達に協力することを宣言し、理念経営の必要性を述べた。また、今後は院長を頂点としたトップ・ダウンの運営への協力を呼び掛けた。さらに、会議終了間際、全スタッフに署名させるための誓約書についての説明が行われた。誓約書は、個人版と連名版の2種類あり、全スタッフから理念経営に参加する旨の署名を取り付けた。

同日、院外で経営会議が開催された。経営会議では、スタッフ達の思いや状況についてH取締役から院長に報告された。また、全スタッフから取り付けた誓約書が院長の手に渡された。誓約書を取り付けた翌日、H取締役の目にはスタッフ達の動きがいつも以上に良いものとして映っていたものの、署名をした1名の動物看護師Kから退職願いが上がり、受付T同様、9月20日付けの退職となった。

### (4) 新たな騒動の勃発

2013年9月11日夜、経営陣の参加しないなか、動物看護師Kの退職に伴う送別会が開催された。送別会は、院長無許可での院内送別会企画・実施であり、H取締役の中断・撤回命令を無視して送別会が断行された。これにより、組織のコントロール不全が再び顕在化した<sup>179</sup>。

9月14日、輸液キットの未発注が発覚し、危うく点滴治療を行うことができない事態が

<sup>179</sup> 送別会当日、午後から2階の会議室のテーブルの上に取り皿などが並べられていた。その上、各スタッフは、自主的にブレゼントを用意し、A副院長においては、パエリアを注文し出前が届けられた。経営陣の証言によれば、夜の2階会議室は、パーティー会場のような装いになっていた。A動物病院におけるこれまでの退職者への対応は、1階診療室において全員で輪になり、花束を渡して終了することになっていた。このことから、院長は、「経営陣に対するスタッフの反抗」あるいは「当てつけ」として認識している。

発生した。院長は、単純な発注システムにしているにもかかわらず、何度もミスが繰り返されるのは A 動物病院を良く思っていない他動物病院のスタッフが潜入しているからではないかと疑っていた。そのため、院長は、スタッフ達の前で「皆、スパイじゃないのか。信用できない」と発言した。同日、H 取締役は、全スタッフ宛に Fb を通じてミスに対するコメントを発信した。

9 月 15 日、B 獣医師から H 取締役宛に、今後の経営と運営方針について問うメッセージが送られてきた。H 取締役は、B 獣医師について次のように述べている。

「B 先生（B 獣医師）は真っ直ぐな人なので（中略）。直球で来るので、どう反論したらよいと言うのか、どう返したらよいのか、（B 獣医師から）自分に言われるのが、恐怖になってる。あとひと押しされたら、もうギリギリです」（カッコ内は筆者挿入）

9 月 16 日、B 獣医師は、自身の公休日にもかかわらず院長室に突然現れた<sup>180</sup>。B 獣医師の目的は、先日、H 取締役が Fb に書き込んだ内容の真意を確かめることであった。B 獣医師は、9 月 14 日の事態について、なぜ具体的な改善策や運営の方針を伝えずに「残念です」「悲しいです」という曖昧なことを Fb に書き込むのか、と H 取締役を強く非難した。

B 獣医師は、動物病院として発注ミスはあってはいけないことだが、単に発注ミスという言葉でひとくくりにするべきでない、と強く主張した。加えて、今までとは同様のミスではないし、「残念です」などという曖昧な表現はスタッフ達に誤解を与えるだけでなく、スタッフ達の心を折ることにつながると指摘した。

動物看護師 K が、薬品の在庫管理責任を担当していた。しかし、動物看護師 K は、9 月 11 日以降、退職の関係で出勤していなかった<sup>181</sup>。そのような状況のなか、動物看護師主任を兼務する H 取締役は、新人スタッフに対する在庫管理の手順指導も教育も実施していなかった。B 獣医師は、経営陣は動物看護師の面倒を見て行くスタンスで行くのか、それとも現場に丸投げするつもりでいるのか、どんなスタンスで行くのかはっきりと方針を示すように H 取締役を追求した。

H 取締役は、「悲しいです」という表現はスタッフたちに丸投げしているように思われたのかもしれない、と B 獣医師に弁明した。その上で、「一緒にやっ行ってこうね、となって

<sup>180</sup> 筆者は、H 取締役の相談を受けるために院長室に居た。そこに、B 獣医師が突然訪ねてきて居合わせた。H 取締役と B 獣医師の議論が白熱してきたため、両当事者の承諾を得て録音している。

<sup>181</sup> 動物看護師 K は 9 月 20 付けの退職扱いだが、有給休暇消化の関係から 9 月 11 日以降は A 動物病院に出勤していない。

いたのに、本当に、心底悲しかったからです。丸投げは誤解です」と声を詰まらせ涙ぐみながら弁明を続けた。

H 取締役は、B 獣医師との議論のなかで「上から仕事を与えることも大切なことだが、スタッフは社会人であり入社して半年も経っている。実際に現場の人にやらせてみるのが重要である」という考えを示した。また、わからないことがあれば、アドバイスを上に求めることが社会人としては当たり前なことだ、と主張した。

一方、B 獣医師は、現場に残された動物看護師は新人であり、また、在庫管理を担当したことがないことを理由に上げ、動物看護主任である H 取締役が直接指導・教育をする必要性を訴えた。B 獣医師は、H 取締役に次のような意見を述べた。

「1つお願いというか。(中略)すごい僕、甘い考えですけど、(新人動物看護師が)やったことないから、何をどこまでやって、どこまで行ったらゴールなのかっていうのが全然わかんないと思うんですよ。(中略)たとえば、チェックリスト作るっていう目標を作ったとしても、そこに至る過程とか、何考えたらいいのかっていうのが、わかんないと思うんです。今まで、『これやってね』って言って、それを達成できなかった過程を見ていると。(中略)それこそ、リマインダーじゃないですけど、『これやってね』と言った時に問題が起こってから『やってなかったじゃん』ではなくて、ちよくちよく『これどこまで行ってる』って、聞いてあげてもらいたいです。1個でも達成した流れを経験できたら、後はその繰り返しなので。(中略)改善するためのノウハウ習得みたいな型が身に付くと思うんですけど。今は、まだ何もない状態なので。(中略)眠たくて、面倒くさくてって言うならそんな問題外ですけど、わかんなくて止っちゃってるのはしんどいし、『明日でいいか』でずるずる先延ばしになっているというのもあると思うんです。(中略)何か進めない理由があるので、そこをちよくちよく(H 取締役が)教えてあげるといいのかな。(中略)最初は型練習ではないですけど、誘導でもいいです、とにかく最初から最後まで1回やれるまでちよこちよこ(H 取締役が)手を差し伸べてあげてもらいたい」(カッコ内は筆者挿入)

H 取締役は、B 獣医師の意見・要望に対して一定の理解を示したものの、「改善のやり方は、各自これまで生きて来たなかで、何かしら経験してきている」と指摘し、スタッフ達の自主的な活動に期待している考えを示した。対して、B 獣医師は、患者に不利益が出る前に、H 取締役が臨床スタッフ達の指導・教育を実施し、現場を改善する必要性を最後まで強調した。

#### 5-1-4. 不採算部門・事業

A 動物病院では、動物に対して本格的な東洋医療を提供している。動物への鍼灸サービスは、一部の動物病院で実施されているとはいえ、メジャーな治療オプションではなかった。そのため、院内ポスターを始め、広告掲載、DM、受付スタッフの声掛けなど、飼い主に認知してもらう取り組みを実施していた。しかし、動物鍼灸の需要は低く、思うような反響を得ることはなかった<sup>182</sup>。

動物鍼灸サービスの PR は実施したものの、実際には院内の獣医師推薦によって施術を実施する程度であった。出張鍼灸事業についても、A 動物病院に通う飼い主に告知されたが、計画通りの成果を得られなかった。

C 獣医師は、施術のない時間は、院内 2 階奥にある自分専用のスペースで業務を行っていた。そのため、スタッフ達は、1 階の一般外来診療が混み合ってきた際、獣医師免許を持つ C 獣医師に何度も診療現場の応援要請を行った。しかし、C 獣医師は応援要請をほとんど断っていた。

C 獣医師が入社して 3 カ月も経たない頃に、院内スタッフ達から「C 先生（C 獣医師）は院長の友達だから横柄な態度が許されている」「毎日、机の前に座ってばかりで仕事をしない」という不満の声が出始めた。また、その結果として、スタッフルームの掲示物に C 獣医師を批判するような中傷文を書き込む事件にまで発展している。

院長は、スタッフ達が C 獣医師に対する不満が日増しに高まっていることを知り、重く受け止めた。院長は、C 獣医師に鍼灸業務がない時間帯は、動物看護師の補助業務や獣医師指名のない動物へのワクチン接種を手伝うように命じた。

2011 年 4 月、事務主任 M は、東洋医療部門・事業の採算が軌道に乗らない焦りから同部門・事業の院外チラシ・ポスティング活動（以下、配布活動と略す）を開始することを企画した。配布活動は、C 獣医師と事務主任 M の 2 名体制で行うことになった。しかし、いつの間にか配布活動の中心は C 獣医師ではなく事務主任 M に変わっていた。

2011 年 8 月、事務主任 M は、午前中の配布活動直後、熱中症になり倒れた。さらに、9 月、10 月、事務主任 M は、風邪や持病で体調を壊しながらも配布活動に専念していた。10 月度の C 獣医師の配布活動日数は 2 日間、計 468 枚の配布数であった。一方、事務主任 M

<sup>182</sup> 動物鍼灸サービスの効果は、西洋的アプローチでは対応しきれない病気や、特に慢性疾患を持つ犬・猫に見られた。たとえば、施術を受ける前までは、立つことすら出来なかった動物や後ろ脚を引きずりながら歩行していた動物が、C 獣医師の施術を受けた後は歩行出来るまでに改善している。しかし、C 獣医師の施術を受けてもらうまでは、飼い主に鍼灸治療の効果効能を認めてもらうことは難しかった。



の配布活動日数は12日間、計2,763枚の配布数を実施しており、事務主任Mの活動だけが目立つようになっていた。

配布活動の状況を近くで見ていたスタッフ達は、「なんでC先生（C獣医師）は自分のことなのに、Mさん（事務主任M）ばかりにやらせて自分は配りに行かないんだ」<sup>183</sup>と怒りの声まで聞かれるようになっていた。事務主任Mは、配布活動への抵抗ともとれるC獣医師に困り果て、院長に相談をした。院長は、C獣医師に指導を行った結果、12月度のC獣医師の配布活動日数は9日間、計2,700枚の配布数を実施した。一方、事務主任Mの配布活動日数は8日間、計5,400枚の配布数を実施していた。

冬の時期に入り、配布活動は一旦停止となった。その代わりに、鍼灸セミナーを企画し、数カ月間だけ院内と近隣の公民館でセミナーを実施した。しかし、セミナーから新規客につながることはなかった。

事務主任Mは、マーケティングの検証を行った。その結果、鍼灸事業のPRは、配布活動が最も効果的であることが明らかになった。さらに、事務主任Mは、2011年7月より毎月、全体に占める獣医師別売上高%と獣医師別診療件数およびその%のデータを取り始めていた。データ分析の結果、東洋医療部門・鍼灸事業の効率性が極めて不良である事実が数字として浮き彫りになった（表5-2）。

表5-2. 新人獣医師とC獣医師の1ヶ月間の診療件数・売上高%比較

	2011年9月末		2012年4月末	
	診療件数	売上高%	診療件数	売上高%
新人獣医師	316件 (22.9%)	21.60%	364件 (11.7%)	24.80%
獣医師C	29件 (2.1%)	2.20%	55件 (3.6%)	3.50%

出所：A動物病院の提供データを基に筆者作成。

表5-2は、新人獣医師の入社6カ月目と1年目の診療件数・全体%と総売上高に占める金額%をC獣医師のそれと比較したものである。表5-2のとおり、C獣医師は、新人獣医師の約15%の診療件数と約14%の売上高でしかない<sup>184</sup>。

東洋医療部門・鍼灸事業の2011年度の営業利益は大幅な赤字となった<sup>185</sup>。2012年度は、

<sup>183</sup> スタッフ証言による。

<sup>184</sup> 2014年4月時点では、C獣医師と新人獣医師間の差が拡大している。C獣医師の診療件数は、同一新人獣医師の9.9%、売上高%は同一新人獣医師の10.1%である。

<sup>185</sup> ㈱Aの決算月は1月末である。C獣医師は2010年12月から勤務しているので、2012年度の決算は2回目となる。なお、いずれの営業利益も赤字である。

配布活動を再開すると同時に、鍼灸セミナーを新たに実施して行った。さらに、8月には、事務主任 M 自らが福祉施設を対象に営業活動を展開していた。それにもかかわらず、2012年度の東洋医療部門・鍼灸事業の営業利益は前年度に続き大幅な赤字となった。

スタッフ達から、東洋医療部門や鍼灸事業それ自体への批判が強まり、存在意義すら疑問視する声も上がっていた。院長は、不定期ながらも C 獣医師から現状報告を受けると同時に、対策を話し合うための面談を実施している。しかし、それでも事態は好転しなかった。

院長は、東洋医療部門・鍼灸事業のテコ入れを図るべく、3つの施策を実施して行った。1つ目は、東洋医療部門・鍼灸事業のミーティングを毎月5人のメンバーで開催した。2つ目は、東洋医療部門・鍼灸事業のミーティングでは、損益分岐点売上高を用いた業績管理を実施した。3つ目は、院長の補助の下、C 獣医師自身に東洋医療部門と鍼灸事業それぞれのビジョンを作成させた<sup>186</sup>。

東洋医療部門と鍼灸事業のビジョンには、鍼灸事業のテナント出店が掲げられていた。また、同部門・事業の年間・月間売上高目標は、損益分岐点を超える売上高に設定され、院長は、それを承認した。

東洋医療部門・鍼灸事業のミーティングは院長室で月1回実施された。参加者は、院長と C 獣医師、動物看護主任 H<sup>187</sup>、事務主任 M、受付主任 N である。ミーティングは、院長と C 獣医師の2人だけの時とは違い、それぞれの立場から様々な意見やアイデアが上がるようになった<sup>188</sup>。

2013年6月のミーティングでは、一般外来診療に対する C 獣医師の貢献度が低いことが議題に上がった。院長は、C 獣医師に対して、自主的な獣医療の勉強を行うことで能動的にカルテを取るよう要請した。

7月のミーティングは、院長不在のなかで実施された。受付主任 N は、公休日にも関わらず、会議に参加している。会議では、前月に引き続き一般外来診療に対する C 獣医師の姿勢が議題に上がり紛糾した。H 取締役は、「提案しても跳ね返される」と落胆の色を隠せなかった。8月以降も、損益分岐点の指標を用いて東洋医療部門・鍼灸事業のミーティングが実施されて行ったが、望むような成果を得ることはなかった。

<sup>186</sup> A 動物病院のビジョンは2010年度より策定されている。

<sup>187</sup> 動物看護師 H は、2013年5月より取締役就任している。

<sup>188</sup> たとえば、東洋医療部門・鍼灸事業だけでは損益分岐点売上高を超えられないことから、C 獣医師の鍼灸施術が空いている時間を有効活用する案が出された。具体的には、一般外来診療の西洋医療（以下、一般外来診療と略す）を手伝った分の売上高を同部門・事業の売上高に加算する案が出され取り入れられた。

## 5-2. BSC の導入

### 5-2-1. BSC 導入に至る背景

#### (1) 理念経営実践のための整備

2013年9月17日・18日の2日間、院長室において経営陣と全スタッフの個別面談が実施された。面談の目的は2つあった。1つ目は、A動物病院のスタッフとして、誓約書通りに理念経営に参加するか否かの意思確認であった。2つ目は、7月の嘆願書提出と9月に断行した送別会の件について、院長に謝罪させることであった。

スタッフ達は、院長への謝罪を行った。また、受付主任Nを除き、今後においては経営理念を遵守すると同時に、経営陣の指示に従うことを宣誓した。受付主任Nは<sup>189</sup>、送別会を企画し断行の先導者という理由から、自主退職の意向を申し出た。

経営陣は、幹部スタッフである受付主任Nが送別会断行の首謀者であったことを知り、言葉を失っていた。組織内外で人望が厚い受付主任Nの退職は、これから理念経営を再始動しようとするA動物病院の運営に大きな影響が出ることを院長は認識していた。

しかし、院長は、「これからは、スター・スタッフに頼るのではなく全員野球の経営を目指す」<sup>190</sup>ことを決意し、受付主任Nの退職申し出を受理した。院長は、受付主任Nの退職を受理した結果、A動物病院の組織力が一時的に落ちることを覚悟しつつも、残るスタッフ達が経営理念を遵守した行動になれると確信していた。

#### (2) 管理的権限の強化

スタッフ達が理念経営への誓いを2度行っている<sup>191</sup>とはいえ、経営陣の管理的権限はまだまだ弱いことを院長は認識していた。その上、経営陣であるH取締役までもがスタッフ達の考えに同調し、最終的には嘆願書に署名を行っている。院長は、H取締役の署名と組織全体の体質について次のように述べている。

「Hさん（H取締役）があそこで（嘆願書の連名に）サインしたってことは、自分の立場を超えて自分が叱られたくないっていう方が強く働いたんだと僕は考えてますね。だから、あくまで皆が個人主義だったんだ。組織としてこう言う結果が出したいってところは無くて、自分の保身って言う

<sup>189</sup> 受付主任Nは、部下の面倒見が良く獣医師達からも慕われる存在であった。また、受付主任Nは受付部門のなかでも顧客から一目置かれる存在であり、東洋医療部門・鍼灸事業のミーティングにも参加している幹部スタッフの1人であった。

<sup>190</sup> 受付主任との面談終了後に語った院長の発言である。

<sup>191</sup> 1回目は誓約書取得時、2回目は院長室での宣誓である。

ところだけが、まず行動順位の第1に来たんじゃないですかね、全員。そこの利害が一致したから皆でサインしたんだと僕は思ってます（中略）ミスをしたらクビを切られるんだ。『そんなの嫌だよね』って言いだした人がいるはずなんですよ。（中略）あいつ（院長）の言うこと聞けるかって、根底に空気があって」（カッコ内は筆者挿入）

組織がコントロール不全に陥る前までは、院長自らが一般外来で診療を行い、また、ことある毎にスタッフ達に理念を示しながら指揮を行うプレイングマネージャーとして組織をコントロールしてきている。院長は、自身が臨床現場に立ち指揮する分にはコントロール可能だったそのリーダーシップ・スタイルは、組織成員の増大と健康を害して「突然休診」を余儀なくし始めた頃から機能不全が始まっていたと認識している。

院長は、それでも理念を実行に移して行くためには、コントロール不全からの立て直しが必要であると認識していた。院長は、組織をコントロールしようとした考えについて次のように述べている。

「『言うこと聞けよ』って言うのが（コントロールしようとした）発端でした。『言うこと聞けよ』って、なぜ僕が思ったのかってのは、僕は別に独裁者で皆を思う通りに動かしたいってことじゃなくて、これ（経営理念）あるでしょ、これ（経営理念）わかってる、これ（経営理念）わかってたらこうするはずだよって、するはずだよって思っていたのが（コントロールしようとした）発端です」（カッコ内は筆者挿入）

### （3）BSC 導入の決定

院長は、コントロール不全を立て直すためには、従来通りの理念を示しながら指揮するだけでは難しいことを認識していた。院長は、組織力を活かした全員野球の経営を行うにあたって、スタッフ達は「何をすることが理念経営であるのか」を知る必要があると考えた。さらに、理念に基づく仕事とは何か、どのようにすれば理念に基づく仕事が達成されたことになるのかをスタッフ達が知るための仕組みが必要になると院長は確信していた。図 5-2 は、院長がコントロール不全の組織を立て直すために考えた施策を概念図にしたものである。

2013 年 9 月、院長は、図 5-2 に示した「理念浸透とビジョンの共有」「目標による動機付け」の 2 つを実践することでコントロール不全の組織を立て直すことを目指す決意をし

た。特に、「理念浸透とビジョンの共有」は、院長にとって1番の目的である。そのため、院長は、目的を達成するためにはBSCを活用する方が効果的であると判断し、BSC導入の意思決定を行った<sup>192</sup>。

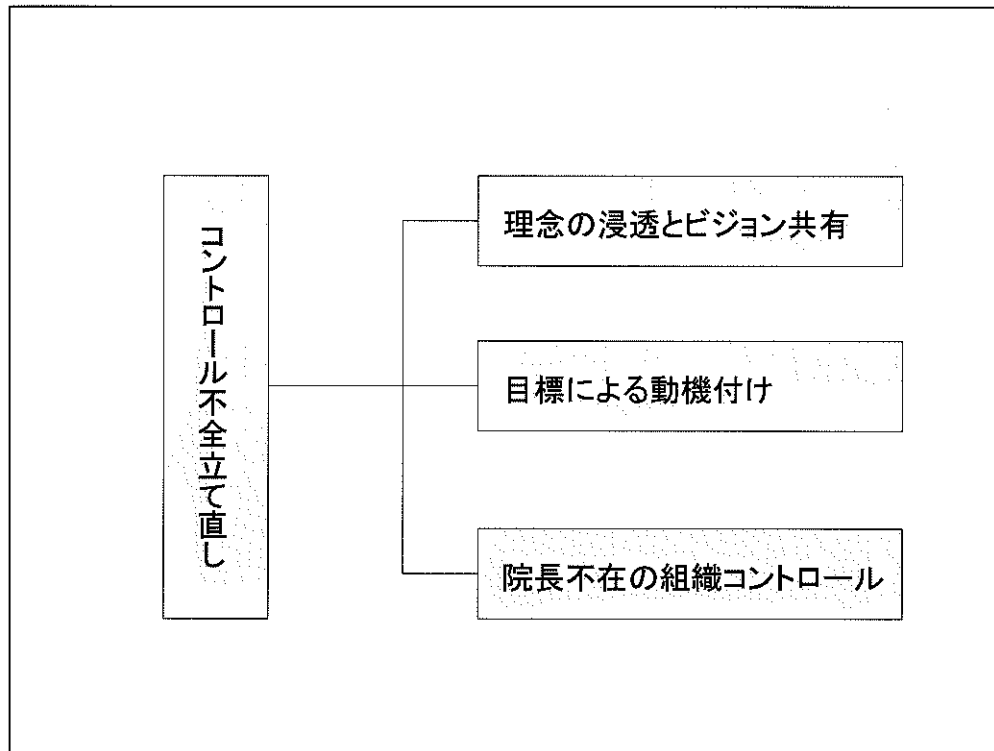


図 5-2. 院長のコントロール不全組織立て直しの施策概念図

## 5-2-2. BSC の導入プロセス

### (1) BSC 導入に向けた取り組み

BSC の導入を意思決定した A 動物病院は、2つのことを実施した。1つ目に、A 動物病院開院以来、初めてとなる経営計画書を院長は策定した。2013 年 10 月、院長が経営計画の策定を進めるなか、スタッフに対する財務と経営に関する教育研修会が、院内 2 階で実施された。

A 動物病院内では、「院長とお金」にまつわる風評が水面下で流れていた<sup>193</sup>。その上、一

<sup>192</sup> 院長は筆者からの紹介で BSC を認知していた。院長は、筆者からの BSC に関するレクチャーを受けたことと、BSC 関連本 2 冊を読んだことから、BSC を活用したコミュニケーション効果に期待を寄せ「BSC に全てをかけた」と証言している。なお、コントロール不全立て直しの 3 つ目の施策「院長不在の組織コントロール」は、2014 年 1 月に追加した施策である。

<sup>193</sup> 風評は、院長の嗜好品からの判断や全く根拠のない内容まで様々である。

部のスタッフは、「動物医療は命に関わる仕事なのでお金を儲けてはいけない」といった偏った感情に支配されていた。あるスタッフは、院長に直接、財務に関する偏見的な意見を上げてきたこともあった。このような背景から、2つ目に、BSCの導入の一環として、スタッフ達の財務に対する抵抗感を緩和する目的で教育研修会が実施されることになった。

財務と経営に関する研修会だけに、研修会の案内通知には、学びたい者だけが参加するように呼び掛けられている。その結果、参加者はH取締役（後のBSC実行委員長）をはじめ、A副院長（A獣医師）、B獣医長（後の副院長）、C獣医師（後のBSC推進役）など計6名が参加している。

研修会では、BSC導入を見据えて、動物医療と財務の関係性を理念と顧客の視点に絡ませた教育研修会が行われている。また、教育研修会は、事後課題が課せられており、事後課題の提出レポートには、動物病院経営には「お金・利益」が必要であることを理解した内容が記述されている。このことから、参加した主幹スタッフ達は、動物医療においても財務が重要であることを認識する機会になっている。

2013年12月4日、経営計画書に「経営理念」「長期目標」「単年度目標」が記述されていた。「長期目標」のなかには、①株Aビジョン2013、②現状分析、③将来予測、④予測に基づく長期施策目標が記述されている<sup>194</sup>。「単年度目標」には、2014年度の売上高目標が示され、具体策として①獣医師確保のためのリクルート活動と獣医師確保（新卒既卒を問わない）、②トリマー増員のためのリクルート活動、③広告宣伝活動の継続、④広報活動の積極化、⑤鍼灸事業の損益分岐点超え、⑥BSC導入が記述されている。

## （2）戦略マップおよびスコアカードの作成

11月18日以降、BSCを作成するための講習会が実施された<sup>195</sup>。講習会にはH取締役をはじめ、A副院長、B獣医長、東洋医療部門・鍼灸事業部のC獣医師、動物看護主任、受付主任、動物看護師1名の計7名<sup>196</sup>が各回参加している。

BSC講習会は、BSCの導入目的とBSC概念・役割の説明に始まり、部門毎のBSC作成

<sup>194</sup> ①株Aビジョン2013は、2016年と2018年のビジョンが示されている。2016年までのビジョンは、「規模拡張」に関する内容が示されている。2018年までのビジョンは、「市内トップクラスのシェア」になる内容が示されている。②現状分析には、「売上高」と「従業員一人当たり売上高」が示され、特に「従業員一人当たり売上高」が業界標準と比較して約1割も低いことが指摘されている。③将来予測には、ペットに対する支出額が近年増加傾向にある反面、飼育頭数の減少傾向や消費税増税、競合病院の増加などの外部要因により現在の延長では2018年ビジョンが未達に終わることが記述されている。④予測に基づく長期施策目標には、「新患者増加」と「リピーター確保」が示され、3年後のカルテ増数目標が示されている。

<sup>195</sup> 開催日は、2013年11月18日、12月9日、2014年1月6日、1月20日、1月23日の計5日間・計10時間、補講1回・3時間で実施された。各講習会では、次回までのBSC作成課題が与えられている。

<sup>196</sup> A副院長は夜間診療部門、B獣医長は日中診療部門として区分けし、計5部門のBSC策定が実施されている。

を毎回経営理念に絡ませながら、段階を追って1つずつ実施されている。そのため、講習会の日程は連日でなく、BSCの作成状況を確認しながら柔軟に進められている。また、各部門のBSCは、2014年1月31日に行われる「株A経営計画発表会」時に行われる“BSC承認・発表会”前に完成させる予定で進められている。

BSCの作成は、A動物病院の理念とビジョンを中心にして、第1ステップ「SWOT分析」、第2ステップ「SWOTクロス分析」、第3ステップ「戦略MAP作成」、第4ステップ「スコアカード作成」という4つのステップで実施された<sup>197</sup>。

BSC導入に際して、BSC作成者からは、最も困難を要した工程は第1ステップの「SWOT分析」と第2ステップの「SWOTクロス分析」次に、第3ステップの「戦略MAP作成」と続いた。獣医師部門は、第2ステップの「SWOTクロス分析」が最も難しいと回答しているものの、「知的で楽しい」という意見が聞かれた。一方、第4ステップの「スコアカード作成」に関しては、「日常の業務とリンクしておりイメージしやすい」「何をすれば良いのか、繋がりが見える」などの意見が全体から上がった<sup>198</sup>。

図5-3および図5-4は、日中獣医師部門および夜間部門のBSCである<sup>199</sup>。

	戦略目標	重要成功要因	成果尺度	目標値
財務の視点	<売上・会計件数の増加>	<売上の増加> <会計件数の増加> <特殊処置・検査・手術数増加>	<売上> <会計件数> <特殊処置・検査・健診数実施件数> <手術稼働率>	<総売上：〇億〇〇〇〇万円> <会計件数：〇〇〇〇件/月> <特殊処置・検査・健診数：〇件/月> <手術稼働率：80%>
顧客の視点	<診療強化で期待にもれなく応える>	<顧客満足度の増大> <診療機会の喪失を防ぐ>	<5段階評価アンケート> <診療機会喪失数>	<5段階評価アンケート：4.5> <診療機会喪失数：〇件>
業務プロセスの視点	<時間効果の高いAC> <業務の効率化> (連携・分業・ムダ削減)	<チーム医療結成と運営> (情報共有・整備)	<時間当たりの診療件数>	<〇件/時> (前院長〇件時)
学習と成長の視点	<メンバーの活用>	<院内業務の把握>	<各種勉強会の実施> <獣医療コミュニケーションゼミ> <予防医学セミナー> <カルテカンファレンス>	<勉強会実施回数 〇/月> <ゼミ回数 〇/月> <セミナー回数 〇/月> <カルテ会実施率 100%/日>

図5-3. 日中獣医師部門BSC

<sup>197</sup> 1月20日、BSC作成に関するグループインタビューが実施された。質問内容は、「BSC作成の4つのステップのなかでどの工程が難しかったか」であり、これまでの作成過程を振り返りながら話し合ってもらい、部門毎の回答を得た。なお、この段階では、2014年度の事業戦略および売上高などの明確な目標がないため、理念、ビジョン、対前年度比の成長率などから予測して暫定的に作成定されている。なお、事業戦略および正式な売上高目標などとリンクしたBSCは、2月から6カ月の期間中に調整を行うことで合意されている。

<sup>198</sup> 全体討議時間は約20分間設定し、各部門4つのステップを難しかった順(1-4)に整理し発表している。なお、獣医師に関しては夜間診療部門と日中診療部門を区分けせずに獣医師部門として、回答している。

<sup>199</sup> 公開可能範囲内でのBSCである。

	戦略目標	重要成功要因	成果尺度	目標値
財務の視点	夜間診療の収益増加 ↑	新開発サービスの提供	売上高 新規件数	総売上高：〇〇〇〇万円 新規件数〇〇〇件/年
顧客の視点	夜間診療がやっていた良かったと思われる診療を提供する ↑	新規顧客の定着 納得できる救急体制 夜間診療の満足	再来院数 紹介 満足度	リピート率 〇〇%/月 口コミ紹介件数 〇件/月 〇月時点 〇〇%
業務プロセスの視点	救急対応の拡充および 納得する説明と診療の実施 ならびにニーズの探索 ↑	迅速な救急体制の確立 満足調査資料作成 診療サービスに関する口頭確認	受付後の処置対応開始時間 資料作成 資料配布 確認実施率	〇分以内/1診療 〇月まで作成 〇月より配布開始 確認率 〇〇%/月
学習と成長の視点	夜間診療スタッフの教育 ↑	知識の共有と意識付け	夜間スタッフミーティング数	週1回実施

図 5-4. 夜間部門 BSC

日中獣医師部門の戦略テーマは「診療受け入れの拡大」であり、夜間部門の戦略テーマは「夜間サービス利用者の増加」である。つまり、日中獣医師部門は、SWOT 分析「弱み」に挙げられた「待ち時間」の改善を図ることで診療受け入れを拡大して行くことを目指す BSC が作成されている。夜間部門の BSC は、夜間サービスの要である救急対応能力を強化すると同時に、夜間診療サービス内容の充実化と利便性を目指すための第一歩として BSC が作成されている。

なお、夜間部門の戦略テーマおよび戦略目標は、その後においても変更は見られない。一方、日中獣医師部門については戦略テーマおよび戦略目標の修正が行われている。

### (3) BSC への期待

A 副院長は、BSC 作成期間中のスタッフの様子の変化について次のように述べている。

「スタッフは、まとまって来ている感じがする。(中略)前は、不平不満がすごくて、どうして良いかわかんないくらいにギクシャクしてた感じがあった。だけど、今はもう、一丸となってやるしかないという感じになって来ている」(カッコ内は筆者挿入)

動物看護主任は、A 副院長の証言に同調して、「BSC の作成を通して、皆が良い方向に変化している」と証言している。なお、第 1 回目の講習会終了後には、BSC 導入に対する



アンケート調査が実施されている<sup>200</sup>。表 5-3 および表 5-4 にはそれぞれ、BSC の導入のメリット、BSC 導入に対する不安についての回答結果をまとめている。主幹スタッフ達は、回答結果で示されているとおり「患者・顧客に対する待ち時間の長さ」や「コミュニケーション不良」が A 動物病院の問題点であることを認識している。また、BSC の導入に対して様々な改善効果に期待が寄せられている。具体的には、BSC の導入により「仕事の明確化」、「共通目標」、「情報共有」による業務の効率化・共有化への期待、「経営理念の業務への落とし込み」、「ローラーまでもが自覚と誇りを持てる」といった期待感が見てとれる。

表 5-3. 質問①「BSC の導入は自社のどのような問題を解決しそうですか」回答一覧

役職・職種	コメント内容
H取締役	目標ができることにより、自分が何をしたら良いのかが明確になり仕事がしやすくなる。
A副院長	具体的に戦略や実施項目が明確化することにより共通の目標ができ、スタッフ間でのコミュニケーションがより取りやすくなる可能性がある。また現在頓挫している問題について、スタッフ個々が問題点を理解する事で、よりスムーズな業務を行うことができる。
B獣医長	ローラーまで、企業の一員だという自覚、誇りがもてる。
東洋医療部門長	経営理念をどのように実際の業務に反映させていくのか、その部分が具体的に見えてくるきっかけになりそうです。
動物看護主任	時短について、具体的に問題解決に取り組めれば、より当社と顧客の両者に有益になると思いました。
受付主任	一人一人がその目標を達成しようと行動する。より努力する（会社にとっても、オーナーさんにとっても有益になる）。今抱えている問題を洗い出すことができ、それに対する対策を検討できる。具体的にどのように改善されていっているのか、またはできていないのか明確にしてくれます。（現在、待ち時間対策をしているが、オーナー様に反映できてきているかなど）
動物看護師	当院では獣医師・看護師や受付さん間で、情報の共有ができておらず、それが原因で飼い主さんにごめいわくをお掛けすることが多々あります。また、飼い主さんが何を不安に思っているか、私達は稟告等でお話しする機会が多くよく耳にすることも、獣医師には伝えにくい（言いにくい）等でいまいち伝わってない。それ故にトラブルが多いと思います。当院のメリット、何をすべきか、改善すべきかを各自わかるようにできれば、そういったトラブルを解決してくれるのでは、と思いました。時短についてもスタッフ全体で改善させることができやすくなるかもと思います。

表 5-4. 質問②「BSC を導入するにあたり、不安はありませんか」回答一覧

<sup>200</sup> アンケートは、①「BSC の導入はどのようなメリットがありそうですか。また、自社のどのような問題を解決しそうですか」、②「BSC を導入するにあたり、不安はありませんか」の 2 つの質問に対して自由回答を求めている。なお、アンケートは、2013 年 11 月 18 日に実施している。

役職・職種	コメント内容
H取締役	尺度、目標値の設定。まだそういうものなのかな・・・という感じで何を不安に思っよいのかがわからない。
A副院長	尺度が現実的なものかどうかわからないので、理想と現実にギャップができ、目の前の問題の解決をおろそかにするスタッフが出てきそうな気がする。 (中間目標を守る事に必死になり、本来の目的を忘れる人が出ないか心配)
B獣医長	ありません。
東洋医療部門長	自分にできるか不安です。
動物看護主任	不安はありません。BSCの導入から、その成果を確認されるのは年単位なのでしょうか？それとも途中経過によりBSCが変更される事はあるのでしょうか？
受付主任	ありません。
動物看護師	(空白) (カッコ内は筆者挿入)

### 5-2-3. 導入プロセスにて発生した組織的動揺

#### (1) C 獣医師の退職問題

BSC の導入が進むなか、懸案事項が 2 つ発生している。その 1 つが、C 獣医師の退職に関する問題であった。2013 年 12 月 5 日午後、院長室で院長と東洋医療部門・鍼灸事業を預かる C 獣医師との面談が行われていた。C 獣医師は、面談のなかで院長に退職の意向を伝えた。院長は、C 獣医師の退職理由について次のように証言している。

「本人から申し出があり、来春をメドに退職したいとの事です。本人の言う所によると、針灸師としての職務は全うしたいが、獣医師（西洋医療を行う者としての）<sup>201</sup>として職務が全う出来ず、結果売上げに貢献できないのが心苦しく、との事でした。動物鍼灸は囑託として継続したいとの事でしたので、(株A)としては、(C) 鍼灸院は閉院、東洋医療科としては専属囑託契約の上歩合給にて存続との方向で考えようと思っております」 (カッコ内は筆者挿入)<sup>202</sup>

筆者は、C 獣医師と 2 回に渡る面談を実施した<sup>203</sup>。C 獣医師の退職理由は、(株A) や院長に対する不満でないことを強調している。その上で、退職希望の直接の要因は 2 つあることを証言した。1 つは、鍼灸師としてサービスを提供出来る体でなくなったこと<sup>204</sup>である。2 つ

<sup>201</sup> (西洋医療を行う者としての) 文は、筆者挿入ではない。

<sup>202</sup> 2013 年 12 月 5 日 18:47、院長より筆者宛に届いたメールによる証言である。本メール文を含め、掲載の許可を院長より得ている。

<sup>203</sup> 2014 年 1 月 6 日および 1 月 23 日に、C 獣医師との面談が院長室で実施された。両日とも、院長室には、筆者と C 獣医師以外は誰もいない。

<sup>204</sup> 鍼灸師としてサービスを提供出来る体でなくなったこと原因は、帰宅時間の遅さにあることを C 獣医師は説明した。C 獣医師は、その日の内に自宅に帰宅出来れば早い方であり、ここ 1 年は深夜の午前 1 時や午前 2 時になることが度々であったこ

目は、損益分岐点を用いた業績管理により精神的に追い詰められたこと<sup>205</sup>である。

さらに、C 獣医師は退職の直接要因ではないと言うものの、院長との関係、スタッフとの関係について語り始めた。2013 年 9 月頃、院長は Fb を通じて、東洋医療部門・鍼灸事業用のチラン在庫全て（1 万枚以上）を 2014 年 1 月一杯までに撤き切るように業務命令を行った。C 獣医師は、スタッフ全員が見ることの出来る Fb で、しかも「これはゲームです」と記述までされていたことから、一方的な業務命令だったと認識している。また、C 獣医師は、獣医師免許を持っていながら西洋医療の診療を手伝わないことが、動物看護師たちへの不満につながっていることを証言し、第 1 回目の面談は終了した。

第 2 回目の面談は、院長の意向を最優先<sup>206</sup>し、慰留の方針で話し合いが進められた。C 獣医師は、第 1 回目の面談同様、損益分岐点による業績の追及に強い抵抗感を示していた。しかし、BSC 作成時に用いた「カルテ数」などの非財務指標については心理的な抵抗を感じなかった、と C 獣医師は証言している。さらに、C 獣医師は、西洋医療部門と東洋医療部門の間には目に見えない壁が存在していることを認識している。そのため、A 動物病院に残ることへの抵抗感を示していた。

以上の対話内容から、C 獣医師が BSC に能動的に関与する機会を作ることで、C 獣医師の抱えている部門間の壁を打開し、また、マネジメントへの抵抗感を緩和させる契機になると考えられた。このことから、筆者は、C 獣医師を BSC の推進役に任命する案を出し、話し合いが続けられた。

C 獣医師は、「BSC はスタッフたちに活気を与えるシステムであることを実感している」と証言し、推進役の任を快諾した。それと同時に、C 獣医師の退職は回避された。ただし、C 獣医師は、BSC によってどの程度組織内が改善されるのか、また、院長との関係性についても見極めたいと考えていた。

このことから、C 獣医師は、1 年間だけ BSC の推進役と東洋医療部門・鍼灸事業の継続を行い、その後も継続するか否かについては、1 年後に返答を出したいとの要望が上がった。さらに、C 獣医師は複数の条件を出して来た。筆者は、C 獣医師の要望する条件の協議を進め<sup>207</sup>、C 獣医師の希望を呑み面談を終えた。院長は、C 獣医師の 3 つの条件を承諾した。

---

とを証言している。C 獣医師は、長時間勤務により精神的にも肉体的にも限界に来てしていると認識している。

<sup>205</sup> 損益分岐点による業績管理は、C 獣医師の部門・事業が赤字である現実を毎月さらされることになった。その結果、C 獣医師は給与に見合った貢献が出来ていないという自覚を持ち始め、歩合制の囑託の道を選んだと証言している。また、C 獣医師は「経営だから損益分岐点を越えなければならないのは当然」と一定の理解を示す一方で、「数字を目標にして鍼灸は出来ない」し「損益分岐点がどこまで行ってもついて来るのは精神的に負担」とであると認識している。

<sup>206</sup> 1 月 22 日、筆者宛に院長からメールが届き、そのメール内容に基づく意向を指している。

<sup>207</sup> 協議の結果、①他のスタッフが残っていても、C 獣医師だけは就業時間に帰宅できること、②損益分岐点を用いて精神的

## (2) A 動物病院継続の検討問題

懸案事項の2つ目として、院長よりA動物病院の売却案が浮上した。A動物病院の売却案は、院長が人を使って仕事をするのが難しいと認識したからである。院長は、獣医師たちと毎日日付が変わるまでカルテミーティングを実施して来た。しかし、治療方針等が浸透しないばかりか治療内容の指示すら守られていない状況が発生していた。さらに、BSCの導入以前から体調不良による「突然休診」を行う獣医師をはじめ、院長の治療方針に合わない獣医師もいた。

このような事態になるのは、院長というよりも獣医師として信頼されていないことが第一の原因である、と院長は認識している。さらに、院内の決め事が守られず、未だに薬剤欠品が発生していた。院長は、プロジェクト管理ができない、また、マネジメントに関する知識が不足しているのは自分自身の責任であると強く認識している。

2013年12月25日、院長はA動物病院売却案に至る詳細な理由について、幹部スタッフ限定のFbを通じて説明した。主な理由としては、院長の治療方針に対して獣医師から疑義が生じたこと、C獣医師およびD獣医師の退職に関すること、経営者変更により職場環境が良化することが挙げられている<sup>208</sup>。

院長のA動物病院売却の通達により、一部の幹部スタッフに動揺が走っていたものの、A副院長をはじめ、各主任は部門のBSC作成を着実に実施して行った。その中で、院長は、自宅に待機しながら、自身の立ち位置などについて悩み抜いていた。しかし、A動物病院売却案を幹部スタッフに通達して10日後、院長は、動物病院の経営の継続に向けて明快な回答を導き出せたとしている。

院長は、経営を積極的に考えられるようになった理由として、経営計画書の策定とBSC導入に対する期待があったと認識している。特に、BSCの導入は、院長自身が臨床から身を引いて経営者だけになることの決断を促した、と院長は証言している<sup>209</sup>。

### 5-2-4. BSCのキックオフ

2014年1月31日午後、株Aの経営計画発表会およびBSC承認会（以下、まとめて発表

---

な圧迫をかけないこと、③一般外来診療はあくまでも応援程度にとどめること、の3点でまとまっている。

<sup>208</sup> 2013年12月26日、院長から筆者宛に送られて来たメールのなかに、幹部スタッフたちへA動物病院売却案に至る理由を通知したことが示されていた。その通知の全文は、掲載の承諾を院長より得た上で、巻末の補足資料4に記載している。

<sup>209</sup> 2014年1月22日、筆者宛のメール内容であり、掲載の承諾を院長より得た上で、巻末の補足資料5に記載している。

会と記す)がA動物病院2階で実施された。参加者は全スタッフであり、(株)A設立以来、初めての発表会となる。

院長は、発表会を期に臨床現場から身を引くことになる。院長が臨床現場から身を引くにあたり問題だったのは、日中獣医師部門の責任者が不在になることであった。院長は、B獣医師を医長から医局長に昇格させる予定でいた。しかし、発表会直前の会談のなかで、B獣医師を副院長にまで昇格させる案が提示された。院長は、その案に即断した。そして、発表会の場でB獣医師を副院長に任命する辞令が交付された。これにより、A動物病院の副院長はA副院長(夜間部門獣医師)とB副院長(日中部門獣医師)の2名体制となった。

発表会で使用する「(株)A平成26年度経営計画書」は、スタッフ全員に配られた。経営計画書のなかに、新たな記述が2箇所あった。1つ目は、「単年度目標」内の具体的方策の7番目として、「7.経営体制を確立する為に、院長は臨床の現場の第一線から身を引く」ことが追記されている。2つ目は、最終頁に「3.終わりに」が追記されている。「3.終わりに」には、院長の思いとA動物病院のあるべき姿が示されており、その内容は以下のとおりである。

「皆さんの『夢』はなんですか？私の夢は、真っ当な方法で真っ当な治療を行う真っ当な病院がナンバーワンになるべきだ、ということ。動物たちが受けるべき治療を必要十分に提供する事だけを目指した病院が、一番に支持されるべきだと信じています。今までの獣医師生活で、この業界のいい面も悪い慣習も沢山見えてきました。病院を維持する為の経営ではなく、いい治療を施す為の病院を維持して来た事を誇りに思っています。今後も動物とオーナーさんの為だけにある病院であり続ける為に、あなたはどんな力を私に貸してくれますか？」

発表会は、15時から始まり5時間実施された。発表会は、経営計画の説明、BSC承認会、BSC実行委員会・発足会の順で進行した。経営計画の説明では、院長が90分間話しをした。院長は、スタッフ一人ひとりに語りかけるように、A動物病院設立の思いやA動物病院の存在意義についてじっくりと説明した。また、数値目標の達成意義について経営理念とA動物病院のビジョンに絡ませて説明すると同時に、BSCにすべて託しており必ず成果がついてくることを声明した。最後に、院長が臨床の現場から身を引くことが語られたが、スタッフ達に大きな動揺はなく経営計画の説明が終了した。

次に、各部門のBSC承認会が160分間実施された。各部門が発表したBSCは、BSC講習

会期間中に作成したものである。BSC を導入する部門は「日中獣医師部門」「夜間獣医師部門」「東洋医療部門・鍼灸事業」「動物看護師部門」「受付部門」の 5 部門であり、責任者は部門長である副院長および部門主任である。承認会では、院長から一部修正要請が出る部門もあったが、最終的に承認<sup>210</sup>された。

最後に、「BSC 実行委員会」の発足会が 30 分間行われた。発足会のなかで、BSC 実行委員会の目的と役割、今後のプロジェクト運営などについての説明が行われた。なお、BSC 実行委員長は H 取締役、推進役は C 獣医師となり、筆者は BSC アドバイザーとして引き続き関与して行くことが説明された。それ以外の部門責任者は、BSC 実行委員となり、BSC プロジェクトが始動した。今後の BSC 導入・実践の基本運営として、BSC 実行委員会を毎月 1 回開催することが確定した。

### 5-3. BSC の実行段階

#### 5-3-1. BSC からもたらされるフィードバック情報

BSC を活用して獣医療事業と鍼灸事業を総統括するのは、BSC 実行委員長の H 取締役である。H 取締役が BSC で統括する部門と事業は、日中獣医師部門、動物看護師部門、受付部門、夜間部門、東洋医療部門・鍼灸事業である。

BSC からもたれされるフィードバック情報は、4 つのフォーマルな会議体にて検討される。

「BSC 実行委員会」と「副院長会議」は、2014 年 2 月より実施され、以降、「BSC 総会」と「営業会議」が追加されている。

「BSC 実行委員会」は毎月 1 回開催されている。「BSC 実行委員会」では、BSC の「プロジェクト全体の進捗状況」「各部門の進捗状況」の報告および他部門からの質疑応答などが毎回課せられる仕組み<sup>211</sup>である。また、「BSC 実行委員会」を重要な会議と位置付けるために、推進役が書記となり、「BSC 実行委員会」の議事録作成を毎回実施している。また、推進役は、他部門 BSC の指標開発期間中の援助や組織全体に BSC を意識付けることで、院内のコミュニケーションを促進させている<sup>212</sup>。

<sup>210</sup> BSC 承認会は、BSC の仮承認として位置付けている。BSC の実践は 2 月 1 日以降から開始されるが、実践 6 カ月間は試運転期間として BSC の戦略マップおよび指標設定のための開発を行うことを目的に運営されている。

<sup>211</sup> 全実行委員は、会議前日までに、会議当日に報告する内容、反省点、新たな指標の構想を共有している。また、会議当日までに、他部門への質問を考えるように段階的に会議の質を高めている。

<sup>212</sup> 実行委員会における院長の立場は、BSC 進捗状況の受報者であるだけでなく、業務アドバイザーと決裁者の役割を担っている。また、筆者は、BSC アドバイザー（兼研究者）と会議のファシリテータとして各回参加している。院長と筆者は、必要に応じて適宜アドバイスをを行い、また、院長が会議のなかで即時決裁を行うことで BSC の促進をサポートしている。

院長は、2014年2月1日より臨床現場の第一線から身を引くことになる。そのため、2名の副院長が院長に代わって現場の指揮を執って行くことになる。院長が上記の体制で現場を上手くコントロールして行くためには、フィードバックによる情報共有だけでなく、院長と両副院長間の問題認識や価値観を共有して行く必要があった。そこで、院長と両副院長の問題認識と価値観共有を主目的に、また、両副院長の教育を図る目的で「副院長会議」を毎月1回実施<sup>213</sup>している。

2014年度のBSC実践は、実践開始6カ月間の前期（2014年2月～同年7月）、その後6カ月間（2014年8月～2015年1月）の後期に分けて進められている。前期・後期に分けた理由は、前期の実践期間中にBSCの戦略マップやスコアカードの練り込みを実施する開発期間とするためである。そのため、2014年7月は前期・後期の節目として「BSC総会」を実施している。

さらに、BSC実行委員達を財務成果にコミットメントさせる目的で、後期の9月から「営業会議」が四半期毎に実施されている。

なお、H取締役および推進役からBSCの資料提出期限や会議開催日などの連絡手段は、会議以外に2階事務室の院内掲示板に貼り出される。また、H取締役がBSC実行委員からの資料受け取り方法は、主に院内用Fbが活用されている。

### 5-3-2. 第1期前期のBSCの実践にて浮かび上がった課題

#### (1) 第1回BSC実行委員会

第1回目（2月24日）のBSC実行委員会において、BSCの推進役はプロジェクトの進捗状況について次のように述べている<sup>214</sup>。

「各部門で実務を進める際に方向性・焦点が定めやすくなっている印象がある」

各実行委員は、BSCの実践開始1カ月目にしてそれぞれにBSCのメリットと課題を感じとっていた。ただし、実行委員メンバー全員で集まる時間が全く取れなかったために、他部門との情報共有をどのように行っていくかが今後の検討すべき課題として議論された。スタッフは、BSCを実践したことの感想について次のように述べている。

<sup>213</sup> 副院長会議は、必要に応じて月2回開催することがある。

<sup>214</sup> 各部門からも、「データ管理の意識が高まり、また、成果が見えやすくなった」といったように、順調な進捗が報告されている。

「以前は、色々あって病院内は変な空気で一杯（中略）皆が何を考えているのかもわかりませんでした。（中略）BSC を皆で何回か作り始めた頃から、だんだんと嫌な空気が無くなってきたように感じます」（カッコ内は筆者挿入）<sup>215</sup>

## （2）第2回 BSC 実行委員会

第2回目の BSC 実行委員会（3月24日）において、BSC の推進役はプロジェクトの進捗状況について次のように述べている。

「2カ月目に入り、BSC の実行については流れに乗ってきているように感じる。その一方で、この形のまま続けていいのかといった戸惑いも耳にする。そのような意味で次のステップを考え始めるタイミングなのかと感じた1カ月だった」（推進役）

また、実行委員長の H 取締役は、BSC 実践上の課題として、データの未入力について述べている。

「集計に関して、（日中）獣医師部門については未入力のデータがある」（カッコ内は筆者挿入）

B 副院長は、会議の席において、日中獣医師部門の BSC の指標が定まり切れていなかったことがデータ未入力の原因になっている、と報告した。BSC の指標が定まり切れていないのは他部門も同様のため、B 副院長に対する批判の声は上がらなかった。

院長は、BSC の実践に取り組むスタッフ達について次のように述べている。

「皆が楽しんで（仕事を）やっている。今までのやり方が駄目だったことがわかる」（カッコ内は筆者挿入）

しかし、院長は、顧客へ渡すアンケート用紙に A 動物病院名が入っていないことなどから、スタッフの帰属意識がまだまだ低く、経営へのコミットメントが弱い状況にあると認識していた。さらに、院長は BSC を約2カ月間実施した感想を次のように述べている。

<sup>215</sup> 2014年「第1回実行委員会」以前のインフォーマル・インタビューでの証言である。



「理念をしっかりさせずに計測して行くと効率化に走って行く事がここ2カ月で確認できました。VT（動物看護師）から、僕にD先生の診療時間が遅いのもっと早くするようにして欲しいと苦言を言ってきました」（カッコ内は筆者挿入）<sup>216</sup>

A動物病院では、1年以上前から待ち時間を短縮させるための「時短プロジェクト」が開始されていた。A動物病院の待ち時間の長さは評判になっており、インターネットの口コミサイトにも記述されていた。なかでも、口コミサイトの「待ち時間」の点数は、市内動物病院の中で最下位の評点が付けられている。それゆえに、待ち時間の長さはA動物病院の弱点<sup>217</sup>でもあり、日中獣医師部門の戦略テーマにも関連している。

これまでの「時短プロジェクト」には責任者もいた。しかし、PDCAサイクルは回らずに、いつの間にか頓挫しては再浮上するなど、安定的な改善活動が行われていなかった。スタッフ達は、BSCを導入・実践し始め、PDCAサイクルを回し始めたことによって「時短プロジェクト」という改善が顧客とA動物病院にとってどのような意味を持つのかを次第に認識するようになっていた。そのため、スタッフは、院長にD獣医師の診療時間改善の意見を上げたのであった。院長は、各獣医師に対して「新患はじっくりと診療し、2回目以降はスムーズに診療する」ように治療方針を示しており、何ら問題はないと認識している。

### （3）第3回BSC実行委員会

第3回目のBSC実行委員会（4月21日）において、BSCの推進役はプロジェクトの進捗状況について次のように述べている。

「BSCに対する悩み事等が上がってきたのでBSCが深まっている印象がある。（また、）各部門のBSCについての見直しを開始した」（推進役、カッコ内は筆者挿入）

日中獣医師部門からは、BSCを実践したことで、BSCに記述された戦略目標と指標に重要そうなものとそうでないものが峻別され、BSCを何度も変更せざるを得ない状況であることが報告された。また、スタッフを巻き込めずに自己完結で終わっているため、今後の

<sup>216</sup> 2014年3月10日経営会議での証言である。

<sup>217</sup> ただし、院長は、待ち時間の長さが必ずしも弱点と捉えていない。むしろ、どこの動物病院よりも丁寧に診察している証として捉えている傾向がある。

課題はスタッフとのコミュニケーションの取り方であることも報告された。

夜間部門については、「力を入れようとしている取り組みが BSC に組み込まれていない」とことと「他部門と協力する指標が抜け落ちている」という 2 点が他部門から指摘された。動物看護師のスコアカードにおいても自部門で完了してしまう内容になっていた。そのため、BSC 上に部門間の連携を組み込むための指標開発の必要性が議論された。

さらに、実行委員会の「協議事項」のなかで、BSC を組織の末端にまで浸透させる施策として「BSC ニュースレター」を作成する案が出された。ニュースレターの作成案は、全員の同意を得て推進役と実行委員長の 2 名が作成して行くことが決まり、2 階院内掲示板に貼り出された。

副院長会議のなかでは、東洋医療部門・鍼灸事業 BSC の「財務の視点」に財務的指標が無いことは不自然であり、他部門への影響があると問題提起された。院長は、C 獣医師が損益分岐点売上高によるマネジメントの対抗策として退職を上げてきたと認識している。このことから、C 獣医師に対する財務指標の設定には慎重な姿勢を崩せないでいた。しかし、院長は、BSC を通じて組織変革を断行するために東洋医療部門・鍼灸事業の BSC に財務的指標を組み込ませることを決断した。

即日、東洋医療部門・鍼灸事業の BSC に財務的指標を組み込むことが要求された。推進役を担う C 獣医師は、抵抗を示すことなく速やかに財務的指標を組み込み、改訂版スコアカードを実行委員長に提出した。あるスタッフは、C 獣医師の最近の様子について次のとおり述べている。

「BSC を始めてから、C 先生（C 獣医師）と皆の間に出来ていた溝みたいなものが和らいでいる感じがします」

なお、B 副院長は、BSC を実践したことによる臨床現場の状況について次のように述べている。

「以前は、院長というリーダー一人に皆が従っていました。ですが、BSC を活用するようになってからは、院長が居なくても現場は（以前と比べ）回り出しています。（中略）先日の会議（副院長会議と BSC 実行委員会）でも話しが出たように、やり方次第でいくらかでも現場を良くして行けるんだと思っています。（中略）BSC は、これまで実行して来たことが数字でわかり、何が出来てい

て何が出来ていなかったのかを振り返る事が出来ます。患者さんのために何が出来ようになるのか、今から楽しみです」(カッコ内は筆者挿入)

しかし、日中獣医師部門と受付部門の BSC の実践が一番遅れており、スタッフを巻き込めずに先走っていると B 副院長は認識している。そのため、B 副院長は、焦りを払拭するために休日などを利用して、BSC に関する著書を手にするようになっていた。

#### (4) 第 4 回 BSC 実行委員会

第 4 回目の BSC 実行委員会 (5 月 19 日) において、BSC の推進役はプロジェクトの進捗状況について次のように述べている<sup>218</sup>。

「部門間の連携が形となって見えてきた。(また、) 委員からの相談も上がってくるようになった」  
(カッコ内は筆者挿入)

具体的には、B 副院長と推進役は、自ら動物看護師部門の BSC 修正作業の場に参加し、BSC について一緒に議論している。また、夜間部門と東洋医療部門の業務連携策について、話し合うようになっていた。このことから、C 獣医師・推進役は、スタッフ間に相互交流が出来つつあると認識している。

C 獣医師の BSC にも変化が表れている。以前、院長から業務命令が出ていたにもかかわらず、ほとんど実施することのなかった東洋医療部門・鍼灸事業用チラシの配布活動を、同部門・事業 BSC の「業務プロセスの視点」のなかに自ら組み込み実行委員長に提出している。

一方、日中獣医師部門と受付部門においては、BSC 報告の提出期限を守らない事態が発生していた。実行委員長は、BSC 実行委員会のなかで資料提出の期限厳守について厳しく指摘した。その上で、BSC プロジェクトの進捗状況について次のように述べている。

「委員は、BSC の要点をつかみ出したためかアイデアが活発に出るようになってきている。委員の中で、BSC は良いものだという実感が出てきているといえる」<sup>219</sup>

<sup>218</sup> A 動物病院編集「第 4 回 BSC 実行委員会議事録」および BSC 実行委員会での証言である。

<sup>219</sup> 同上書および実行委員会参加による証言である。

実行委員長は、BSC の進捗状況を述べた後、BSC に対する自身の思いと協力をお願いを呼び掛け BSC の成功を宣言した。一部の実行委員は、実行委員長の発言に耳を傾け頷いていた。

実行委員長の宣言の背景には、院長から実行委員長に対する指導とアドバイスがあった。

院長は、BSC を通じてスタッフ一人ひとりの意識変革を成功させたいという強い思い入れがあった。その結果、院長は、BSC 実行委員会の責任者である H 取締役に対して次のようなアドバイスを実施している。

「H さん (H 取締役) は (BSC の) 実行委員長として、BSC を通じて絶対に良くしてやると思い込まなければ駄目だ。実行委員長の本気度が、推進役をも巻き込むことになる。(中略) BSC をやることで皆 (従業員) とオーナーさんのためになる。口に出すことで実現できるようになる。次回の委員会 (BSC 実行委員会) では、BSC で絶対に良くするという H さんの強い思いを宣言しなさい」(カッコ内は筆者挿入)<sup>220</sup>

H 取締役は、リーダーシップを示すことが苦手であることを認識していた。そのため、H 取締役は、BSC 実行委員会開催 2 日前 (5 月 17 日) になって、院長に BSC の成功宣言が言い難いことを伝えた。院長は、H 取締役の発言を重く受け止め、H 取締役を実行委員長から外し、院長自身が実行委員長に就任することを考えた。その上で、H 取締役に向かって次のように力説した。

「H さん (H 取締役・BSC 実行委員長) は、経営陣であるにも関わらず、『19 日 (5 月 19 日) の (会議の) 席で、(BSC を通じて A 動物病院を良い病院に変革していく決意の) 宣告をしなくては いけませんかね』と言ったね。(中略) BSC で絶対にうちの病院は良くなると (僕は) 信じている。誰も付いて来なかったとしても、僕は BSC をやる。だから宣言すら出来ないという君 (H 取締役) に、責任者として任せておけない」(カッコ内は筆者挿入)<sup>221</sup>。

院長は、H 取締役のリーダーシップ力が弱いことを指摘し、今後は改めて行く必要がある

<sup>220</sup> 2014 年 4 月 28 日 16 時～20 時 40 分の「緊急経営会議」参加時の院長発言である。

<sup>221</sup> 2014 年 5 月 17 日 19 時 20 分～22 時 30 分の「緊急経営会議」参加時の院長発言である。

ことをアドバイスした。H 取締役は、涙を見せながら実行委員長の席を降りない考えを院長に何度も伝え謝罪した。そのような過程を経て、5月19日のBSC実行委員会で宣言したものである。

5月19日の「副院長会議」<sup>222</sup>では、2014年度経営計画書のなかで課題として示された「従業員一人当たりの売上高」が業界水準以下であることが議題に上がった。

院長とA副院長の対話は、キャッチボールのように相互に流れていた。院長は、質問を何度も実施して対話はさらに深まって行った。A副院長は、院長の考えを理解して、各スタッフの個人主義的な考え方がA動物病院のチーム力を阻害し、生産性を低下させている原因であるという結論に至った。A副院長は、院長との対話により、個人主義からの脱却と帰属意識を高める必要性を認識し共有し合っていた。

A副院長と院長の対話はさらに続いた。A副院長との対話は院長だけに止まらず、会議の場に居る全員が対話に参加していた。そこで、新人研修時に行われている配布活動の話が出た。新人に配布を実施させる目的は、顧客を獲得することの大切さを体験させることで、来院患者に対して感謝の気持ちを持って迎え入れるための教育訓練のためである。

A副院長は、新人スタッフの配布活動をヒントに、スタッフの顧客への感謝の心を高めさせ、また、スタッフ間の結束力を高めるために、新人スタッフのようにA動物病院のチラシを全員でポスティングする提案を導き出した。A副院長が創発したポスティング戦略は、院長とのさらなる対話により練り込まれて行った。その結果、1チーム毎に各部門のスタッフを必ず1名組み込み、計3チーム制<sup>223</sup>で実施することが確定した。

B副院長は、ポスティング戦略への一定の理解を示すものの、臨床現場の人員数が一時的に減ることや、それによる臨床サービスの質の低下を懸念する考えを示した。A副院長は、やり方を考える方が先決であることを指摘した。院長も同調し、これまでも他部門でポスティングを行う案が上がっては実施されていない事例を示した。会議全体の対話のなかから、スケジュール管理を行うことでポスティング戦略が可能であることが示された。

B副院長は、手術予定日時との調整によって時間を捻出できること、また、リレー方式による団結力の向上が臨床現場にも活かされる可能性があることに理解を示し、全員合意に至った。ポスティング戦略は、ゲーム性を取り入れ「ポスティングダービー」と名付けられた。また、ポスティングダービーの進行状況を示すポスターを2階スタッフルームに貼

<sup>222</sup> 副院長会議は、BSC実行委員会と同日の委員会前に実施されている。

<sup>223</sup> リーダーは、A副院長、B副院長、D獣医師である。

り出し、面白くスタッフの意識付けを図ることになった。

また、院長は、配布活動が各スタッフの自主的な参加によるものであることから、A 副院長の自主的なリーダーシップに任せるために権限を委譲した。なお、ポスティング戦略は、日中獣医師部門の BSC でマネジメントされることが確定した<sup>224</sup>。

5月26日、A 副院長は、全スタッフを2階ミーティングルームに集め、ポスティングダービーの趣旨とルールについての説明会を行った。その際に、活動はスタッフ達の自主性に任せているため、仮に勤務時間外に実施した場合においては、配布活動に対する賃金は発生しないことを説明し注意を促した。しかし、ポスティングダービー開始後、まもなくして1名のスタッフから「配布活動に賃金が支払われるのか」という質問が上がった。

院長は、ポスティングダービーは業務命令でないことを A 副院長に説明し、即時中断を命じた。その後、A 副院長は、副院長会議の席でポスティングダービーの必要性を強く訴えた。院長は、A 副院長が再度ポスティングダービーの趣旨とルールを周知徹底することを条件に再開することを許可した。

#### (5) 第5回 BSC 実行委員会

第5回目の BSC 実行委員会(6月30日)において、BSC の推進役はプロジェクトの進捗状況について次のように述べている<sup>225</sup>。

「一部レポート提出が遅れた部門がある。院長と委員長とも話し合い、推進役と委員長の周知不足であった。申し訳ありませんでした。(中略) BSC が少し回り始めてちょっと安心してしまったのか、良くも悪くも一息ついた感があります。しかし、BSC があることで他部門のテーマや方向性、課題等が掴みやすくなり論点が整理しやすくなっていると感じます」(カッコ内は筆者挿入)

実行委員長は、BSC レポートの提出期限を守らないのは気の緩みであることを委員会の席で強く指摘した。提出期限を守らなかった<sup>226</sup>のは、日中獣医師部門であった。推進役は、周知不足という反省点を述べているが、実行委員長は、提出期限を過ぎてから毎日 Fb のメッセージを活用して B 副院長に督促をしていた。

<sup>224</sup> ポスティング戦略(通称:ポスティングダービー)は、組織力を高める目的と収益拡大を同時に実施する新戦略である。それゆえに、院長を筆頭に副院長会議参加者は、BSC の「学習と成長の視点」にあたることを認識しているものの、日中獣医師部門 BSC の「業務プロセスの視点」で目標管理されることになった。

<sup>225</sup> A 動物病院編集「第5回 BSC 実行委員会議事録」および実行委員会参加の証言である。

<sup>226</sup> 4日過ぎての提出である。

実行委員長は、B 副院長から連絡も BSC レポートの提出もないため、BSC 実行委員会前日に A 動物病院に出向いた。実行委員長は、B 副院長が臨床を終えるのを待ち、レポート期限について話し合った。実行委員長は、B 副院長のレポート完成まで院内で待ち、午前 1 時 40 分頃に直接レポートを受け取った。

B 副院長は、レポート提出の期限は厳守しなかったものの、BSC 実践のメリットとして BSC 実行委員会の席で次のように報告を述べている。

「各部門が BSC を活用して、やろうとしていることが明確化している。（中略）5 分でも 10 分でも話し合う時間を作ると、すぐに意見がポンポン出て来るようになっている。最初は、（話し合う時間が）5 分あるからといって何か決まるかっていうのはあった。昨日ですが、ミーティングをやってみると僅か 1 分位で案が出たりしている。また、協力関係が見えてきている」（カッコ内は筆者挿入）<sup>227</sup>

さらに、B 副院長は、日中獣医師部門の指標設定のために測定を開始して気付いた点を報告した。それは、「1 時間当たりの診療件数」が思っていた以上に遅かったことである。ただし、測定を始めたことで獣医師の意識が高まったためか、診療の回転がやや高まって来ていることを付け加えて報告した。

B 副院長は、夜間部門 BSC の目標達成の項目の多さと、成果として診療件数が増えていることに着目し、どのような施策を行っているのか A 副院長に質問を行った。A 副院長は、自部門のスタッフ全員で夜間診療サービスの告知活動を実行していることと、日中の受付部門に協力を促していることが成果につながっていると回答し、その後、短いながらも両副院長間で対話が行われた。

一方、院長は、BSC で成果を上げ始めている夜間部門と、ようやく指標の開発を始め出し、また、成果を得られていない日中獣医師部門との差は「何としてもやり遂げる、という気持ちの問題」であると BSC 実行委員会の場で、B 副院長を厳しく指摘した<sup>228</sup>。

B 副院長は、BSC にコミットメントしようとしても、日中獣医師部門のデータ収集がそれを阻害していたことを認識している。それゆえに、B 副院長は、経営陣にデータ収集の間

<sup>227</sup> A 動物病院編集「第 5 回 BSC 実行委員会議事録」および実行委員会参加の証言である。

<sup>228</sup> 院長の指摘後、動物看護師らは日中獣医師部門の BSC 開発を促すために B 副院長を巻き込んで指標が練り込まれている（院長および B 副院長からの証言）。

題点<sup>229</sup>を伝えている。院長は、事務部門からデータを収集するように指摘し、工夫して処理することを命じている。そのような背景があるなかで、夜間部門と日中獣医師部門との差を気持ちの問題として片付けた院長の言動に正当性がない、と B 副院長は認識している。

7月、副院長会議のなかで、生産性を高める施策の1つとして、全スタッフで街頭配布活動を実施することが確定した<sup>230</sup>。街頭配布は、3カ月間の短期プロジェクトであり、ポスティングダービーとは違い業務命令として全スタッフに周知された。B 副院長は、一部の動物看護師に対して、副院長会議のなかの発言内容をそのまま引用して趣旨を伝えた<sup>231</sup>。

### 5-3-3. BSC 総会にて浮かび上がった BSC 実践上の課題

#### (1) 経営陣の発信-トップのリーダーシップ

2014年7月24日午後、A動物病院2階ミーティングルームにおいて、BSC総会が実施された<sup>232</sup>。BSC総会のスタートは、院長が演題「病院設立の理念と新たな挑戦」について約60分間話しをした。講演の後は、各実行委員から講演内容に関する質疑応答時間が設けられ、その後、部門別のビジョンおよびBSCの発表が行われた。

BSC総会の最後は、BSC承認会が行われた。日中獣医師部門と東洋医療部門・鍼灸事業のBSCだけが承認を得られず、後日、修正版BSCを院長に提出し承認を得た。院長の講演では、A動物病院設立の背景にある信念とA動物病院の今後のあるべき姿が語られ、BSCの導入と現況についての説明が加えられた。院長は、BSC総会の席でBSC導入・実践について以下のように述べている。

「初めは皆、『BSCって何それ?』と思っていたと思うけど、半年やってみて、皆、考え方が変わったのではないかな。1人で(BSCの)シートに向き合っていた時は頭が痛かったと思う。でも、これ(BSC)を基にして誰かと話しをしたことが皆あると思う。その時どうだったんだろうか。」

<sup>229</sup> 日中獣医師部門の会計に関わる情報データ処理は、最も煩雑な手続きだった。A副院長も、2015年度日中獣医師部門と夜間部門合併に伴う「診療部門BSC」に携わるなかで、それを確認しており、会計データに関する複雑さは現場レベルではどうすることもできない問題であると証言している。また、D獣医師は、部下としてBSCにコミットメントできなかった理由は参加意識の低さを認めた上で、「指標を達成させても、オーナー様のリアクションが売上としてどのように影響しているのか、即日でのフィードバックがないため次第に意味を見出せなくなりモチベーションが下がった」とBSC実行委員会(2015年12月7日)のなかで証言している。

<sup>230</sup> 獣医師のみ緊急患者対応に備えるため、近隣でポスティングすることで代替することになった。また、街頭配布活動は、ポスティング戦略の補完として位置付けており、ポスティング戦略の中に含まれる戦略的活動である。

<sup>231</sup> 街頭配布の実施理由は、本年度「経営計画書」に記述されている「従業員一人当たりの売上高」を高める目的にある。そのため、生産性を業界平均値と比較して算出した余剰人員分を顧客獲得活動に振り分けて実施している。

<sup>232</sup> BSC総会は午後4時～午後8時まで実施された。なお、本項ではA動物病院編集「第6回BSC実行委員会(BSC総会)議事録」および実行委員会参加者の証言に基づき記述している。



これ（BSC）を書類として作っている時とぜんぜん違う世界が見えなかったかい。僕は、2カ月前の副院長会議で全体のBSCを最初にやった時、今でも覚えているけど、本当に天にも昇る気持ちになった。いわゆる、フローって言うやつですね。こういうもの（BSC）を使って誰かとディスカッションした時に高揚感が生まれた。視界の霧が晴れて、何かやりたくなってくる。（中略）これ（BSC）は、それぞれの人が現場で何をしたら経営理念の（戦略）目標を達成できるのかって言う所まで一本に繋いでくれるツールであると同時に、仕事に向き合う姿勢自体を根本から覆してくれるような凄いツールだと、やっぱり感じています。それは、ディスカッションしながらBSCを作った人達、複数からそう言う意見が聞こえています。（中略）今は、幹部が中心にBSCをやっているけど、これ（BSC）が全ての職員に伝わった時、最強になると思います。今でも十分良い病院だと思っているが、僕の理想はもっと上にあるから、そこに向かうためにBSCって本当にハマったツールだと、この半年見ていて確信できました。僕も初めスタートした時、頭だけです。（中略）最初に〇〇さん（筆者）からBSCの情報を聞いて、サイト見たりとかBSCに関する本を読んだりとか〇〇さん（筆者）からレクチャー受けたりしながらやっていて、色々なマネジメントのツールがあるけど、これ（BSC）が一番ハマルと感じて、ビックリしている。（中略）皆、普段の業務を普通にやりながら、これ（BSC）をゼロから作るのは、本当に塗炭の苦しみだったと思う。BSCを回すのは、今は幹部ベースだが、皆がここで苦労してくれただけの結果は必ず出ると思っています」（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述した）

実行委員長であるH取締役は、BSCを導入・実践してから半年のなかで、ようやく骨組みが出来たことを実感している、と総会の場で報告している。それと同時に、実行委員長と各部門との話し合いは有意義であることを伝え、今後も引き続き経営理念の具現化に向けてBSCを実践して行く決意を表明している。

## （2）日中獣医師部門からの報告・発表

日中獣医師部門のB副院長は、獣医師以外のスタッフに治療方針等の情報共有を進めるために、今まで以上にBSCを活用して行く意向であることを報告した。しかし、A副院長は、BSC総会の場で、B副院長に対して次のとおりの指摘を行った。

「日中獣医師部門がA動物病院の花形部門であるにもかかわらず、（同部門の）具体的な数字を把握することができないため批評することも話し合うことも難しいです。（中略）具体的なことを

ここで話し合おうと思っても、具体的なもの（数値データ）が今ここにはない（提出されていない）のはどうしてなのか、凄く疑問なんです。花型であり中心的な部門の長が、そう言うことではちょっと困ります。（中略）私達は、BSCと言うものがあまり知らなかった所からスタートしましたが、その都度本気でやらないと（中略）私達の病院は、今、これだけの人数がいるのですから、この場にこうして集まって話し合いが出来ることはすごく貴重な機会なんです。（中略）どんどんステップアップさせていかないと行けないとこ（部門）が、いつもホワホワしたままで終わっているような気がする。その辺は、どうお考えなのか（中略）また、日中獣医師部門単体の売上データを知りたいのに、日中と夜間が組み込まれていたり、東洋医療を含めない数字はどうか等の把握が難しい」（カッコ内は筆者挿入）

BSC 総会には 5 部門が参加している。そのなかで、BSC 総会のためにデータ化した資料を提出していなかったのは日中獣医師部門だけであった。さらに、A 副院長は「B 副院長が総会の場で配布する自部門 BSC のプリントアウトを、当日の午前 9 時頃に行っていた姿勢にも問題がある」と強く指摘した。実行委員長は、期日厳守については、事前にやるように議論していたことが BSC に全く反映されていないと指摘した。

B 副院長は、指摘に対する回答や答弁をせず、ほぼ無言の状態であった。院長は、日中獣医師部門の BSC は完成予想図だけ見せており、現状がどの程度なのかが示されていない状態であることを強く指摘し、不承認とした。

B 副院長は、日中獣医師部門だけの売上データを捉えるためには、病院全体の売上高から日中・夜間部門に分け、さらに分けられたなかから東洋医療部門・再生医療部門・メディカルトリミング部門を除く複数回の工程を経て数値を把握しなければならなかった、と証言している。

また、事務部門から上がって来る売上データは、総じてタイムリーでなかった。そのため、データが B 副院長の手に届くのは、早くて翌日の午後、B 副院長や事務部門の公休日が入ると数日間遅れてデータが提供されていた。その上、日常の診療業務が忙しく、BSC の指標測定を B 副院長が毎回捉え切れていなかったこともあった。こうした一連が、数値データを整理し難く、また、期日までにレポートを提出できない原因であった。

BSC 総会当日夜、獣医師達のカルテミーティングを中止して、日中獣医師部門の BSC 緊急会議が院長室で実施された。参加者は、同部門責任者である B 副院長と勤務獣医師 2 名、院長、H 取締役、筆者の計 6 名である。

B 副院長は、緊急会議の場で、日中獣医師部門の BSC だけが不安定であることを獣医師達に伝えた。緊急会議では、B 副院長を中心に、院長から承認を得るための BSC 作成計画と同部門ならではの業務改善点と戦略案の概要についての話し合いが行われた。

院長は、同部門の BSC の開発・実践が思うように進まなかった背景として、B 副院長が一人で抱え込んでいたことを指摘した。事実、B 副院長は、これまでに一人の勤務獣医師にしか BSC を通じた対話を行っていなかった。

緊急会議は、B 副院長のファシリテートの下、勤務獣医師達から様々な意見を引き出すことができた。B 副院長は、ホワイトボードに書き記した様々な改善点や意見をカメラで撮影し、Fb で閲覧できるようにした。その上で、B 副院長は、翌日午後 10 時から再度ミーティングを実施することを伝え、各獣医師に戦略案を考えてくるように要請した。

同部門の BSC は 4 日後に完成し、院長からの承認を得た。B 副院長は、BSC 作成に関する獣医師達との対話ができなかった理由は、全員が集まれる時間を作ることが難しかったと認識している。また、臨床現場では、スタッフ達に教えなければならないことが山積しており、それを優先したことも獣医師達と BSC について話し合う機会を設けられなかった理由の 1 つであった<sup>233</sup>。

### (3) 夜間部門からの報告・発表

夜間部門の A 副院長からは、損益分岐点売上高を確保できるようになって来ていることが報告された。同部門のサービス開始は、2013 年 5 月からである。夜間診療サービス開始当初は、存続すら厳しかったものの、同年 9 月には月間 30~50 件の診療件数を推移していた。

A 副院長は、BSC 作成を機会に、自ら院長と深夜料金の改定について何度か対話を重ねて行った。その結果、時間外料金が一部時間帯だけに限り撤廃することになった。夜間診療部門の利便性が高まった結果、同年 11 月の診療件数は月間 100 件程度にまで上昇している。

その後も、A 副院長は BSC に関する副院長会議や実行委員会の場を利用して価格戦略や新たなサービス戦略について院長と対話を重ねている。その結果、夜間診療のサービスが充実して行き、1 カ月間の診療件数は、2014 年 4 月で 253 件、2014 年 6 月には 307 件と飛

<sup>233</sup> BSC 緊急会議終了後に院長、H 取締役、B 副院長、筆者の 4 名でインフォーマル会議を実施していた時の B 副院長の証言である。

躍して行った。

だが、夜間部門の業績は順調に推移していたものの、BSC に掲げられた各指標の目標は必ずしも 100% 完遂できなかつた。A 副院長は、BSC 総会の場で、BSC の利点について次のように述べている。

「診療件数はやや安定してきているが、日によって波が大きいのも現状です。（中略）夜間診療サービスは、飼い主さんからも高く評価されており 365 日提供して行きたい。また、夜間診療を継続させて行くためにも人員を増やして行くことが必要ですが、利用者数と売上の増加を安定させることが課題です。そのためには、BSC を活用して行くことが重要になってきます。BSC をやりはじめると、現状の把握と（課題に対する）対策を立てられます。（BSC を活用すれば）自分達でただ考えているのではなくて、皆の意見を聞くことができるので、実際に何が必要かを思い込みではなくて現実が見えて来ますから、BSC の（活用）意義は高いと感じています（中略）夜間部門開始当初は、（組織の中で）孤立しているような感じがあったが、こういうふうにやらせていただく（BSC を活用する）ことで、他部門の方と話して連携するということは患者さんのために重要です。最適な医療サービスを提供できる環境を、BSC を遂行して実行して行きたいです」（カッコ内は筆者挿入）

実行委員長は、売上を上げるための具体策について質問した。A 副院長は、①動物看護師を活用した効率化、②Fb を通じた PR 企画案・意見募集の強化、③配布活動の 3 つの策を示した。なかでも、③については、ポスティングダービー（ポスティング戦略）とは別に、夜間部門の全スタッフで実施することを公言した。

また、A 副院長は、BSC の実践から、早朝という時間帯が 1 つのゴールデンタイムであることを報告した。院長は、同部門の成長戦略を支持して行くために、早朝の時間外料金の撤廃案を示した。その上で、院長は、早朝時間帯の見込み診療件数などの計画書を提出するよう A 副院長に命じた。なお、夜間部門の BSC は院長から承認を得た。

#### （4）東洋医療部門・鍼灸事業からの報告・発表

C 獣医師は、報告発表の冒頭で動物鍼灸に関するポリシーを説明した。C 獣医師が自部門のポリシーの説明を行った背景には、院長からの要請があったからである。東洋医療部門・鍼灸事業の売上高は、BSC を導入しても依然低迷していた。特に、C 獣医師が A 動物病院

に招かれた大義である、動物鍼灸の施術件数が減少傾向にあった。このことから、院長は、C 獣医師に自分の言葉でポリシーを述べるように要請していたのである。

実行委員長は、動物鍼灸の施術件数の落ち込みは、BSC で設定されている「無料施術券」の配布をまったく実施していないことが原因であると指摘した。さらに、実行委員長は、同部門で設定されている「無料施術券」の目標枚数と利用率の関係から、リターン効果を過大に見積もり過ぎていることを指摘し、根拠を示すデータを求めた。しかし、C 獣医師は、根拠となるデータを持ち合せていないため示すことができなかった。

院長は、なぜ「無料施術券」を6カ月で2枚<sup>234</sup>しか配れていないのか理由を問いただした。C 獣医師は「1階診療待合室に行くことが気持ちの問題として大きな抵抗感を覚えていた」と声を詰まらせながら説明した。ただし、「ニュースレター」については、ある程度配れるようになっている状況を説明し、今後は「無料施術券」を配るために飼い主と会話して行くことを説明した。

A 副院長からは、どれだけ配れば反応が得られるのか質問があがった。C 獣医師は、データを持っていないので分からないと回答した。院長は、C 獣医師に対して次のような指摘をした。

「本当はね、厳しいこと言うと、この6カ月で試すべきだったんですよ。30（枚）撒いたらどれだけリアクションするかって言うのを見るための6カ月だったと思うんだけど、データが無いではなくてデータを作らなかったってのが結果なんではないでしょうかね。だから僕は、この先30枚撒くと言うのは、やっぱり絵に描いた餅かなと思っています。今まで20やっていたのを30に増やすならね（理解できるが）、ん、ゼロから生むのは難しいと考えます」（カッコ内は筆者挿入）

B 副院長からは、30枚撒けばよいのではなく、数多く顧客にあたるべきだと意見が出た。また、両副院長は、動物への鍼灸施術の活用法に関する情報が少ないため、顧客に告知するための説明が難しい現状であることを伝えた。院長は、院長自身が臨床現場で診察していた時に慢性疾患の患者をC 獣医師に紹介した事例を説明した。その上で、院長はB 副院長に、鍼灸施術を月何件紹介しているのか質問した。B 副院長は、過去に1・2件紹介したことを告げた。

院長は、動物鍼灸を紹介しなくなった理由は何か、再度質問した。B 副院長は、顧客から

<sup>234</sup> BSC 実践開始月である2月に、1カ月間目標30枚のうち2枚配布しただけである。

「効果があるのか?」と問われた時に、「やってみないと分からない」と言うことだと紹介し難いと言う現状を伝えた。院長は、同部門・事業の「発表および本気度検証タイム」の持ち時間が過ぎていたが、C 獣医師の姿勢について次のようにコメントしている。

「僕は、1つC先生（C 獣医師）に言いたい。C先生自身が、東洋医療に対して敷居が高いんじゃないだろうか。オーナーさん（顧客）が、東洋医療に対して敷居が高いから施術件数が増えないんだって言いながら、言いながら、自分の技術は特別なものである。だから、皆、列をなして自分の施術を受けに来たまえって言う意味での構えが高過ぎるんじゃないかなと思います。だから（A 動物病院の）待合室に頭下げて紙（無料施術券）を渡しに行くことが出来ないんだろうし、自分が高みにのぼってしまって、（顧客自身が）上がって来れないから客が増えないって言うのは、僕は違うと思う」（カッコ内は筆者挿入）

なお、東洋医療部門・鍼灸事業のBSCは承認されず、後日承認となった。

#### 5-3-4. 第1期後期のBSCの実践にて浮かび上がった課題

##### (1) トップのコミットメントとコントロール

A 動物病院におけるポスティングダービー（ポスティング戦略）は、院内でのセクショナルリズムを払拭させると同時に、スタッフ達の団結力を高める目的で、A 副院長が院長との対話のなかから生まれた戦略である。

院長は、コントロール不全の組織を立て直す糸口は、スタッフ達を個人主義から脱却させることにあると認識している。また、院長は、ポスティングダービーなどの配布活動は、スタッフ達に顧客の大切さ、つまり理念の大切さを再認識させると同時に、帰属意識を高めさせるための重要戦略の1つとして院長は位置付けている。それゆえに、院長は、ポスティング戦略を日中獣医師部門BSCで管理させながら、BSC実行委員会と副院長会議のなかでフィードバックを得ている。院長は、フィードバックから組織の実態を捉え、2名の副院長と議論を交わすことで組織をコントロールしている。

8月、核となる動物看護師副主任を含めた計4名の動物看護師と、1名の受付スタッフから一斉に退職願いが上がった。退職理由は、配布活動に関する不満と一身上の都合による

ものであった<sup>235</sup>。院長は、人材が枯渇することによる医療レベルの低下を避けるためにポスティングダービーや街頭配布を廃止するか、それとも A 副院長の組織変革への強い思いを支持すべきか、その意思決定に迷っていた。

院長は、A 副院長から上がって来るフィードバックを受けるだけでなく、戦略的意思決定を行うために A 副院長との対話を積み重ねて行った。そして、院長は、中長期的な視座に立って A 副院長の変革続行案を支持し、退職者を慰留する考えを棄却した。その結果、動物看護師 3 名、受付スタッフ 1 名が退職した。

ポスティングダービーや街頭配布は、継続して実施された<sup>236</sup>ものの、その実施率は次第に低下していた。A 副院長は、BSC 実行委員会や副院長会議の席で、配布活動の低調を毎回報告すると同時に、実施する必要性を呼び掛けた。一方、B 副院長は、退職者による人員減の問題から配布活動で人員を削ることは、臨床現場の質の低下原因になることを副院長会議の場で訴えていた。

このような状況から、副院長会議は、B 副院長と院長および A 副院長との協議ディベートのような状況になる場面が幾度かあり、最終的には、B 副院長が無言になることが多かった。

10 月 27 日、院長は、A 副院長からの街頭配布およびポスティングダービーの現状報告を受け、B 副院長になぜスタッフ達に配布活動を実施させないのか、なぜ業務命令違反を許しているのか理由を問い続けた。B 副院長は、終始無言でいた。院長は、B 副院長に向けて、配布活動を行わない A 動物病院の現状とスタッフ達の姿勢について次のとおり指摘した。

「これで、社員のモチベーションが浮き彫りになる。自発的に撒くことがスタートラインにあるので、別に、うち (A 動物病院) の (動物) 病院を知ってもらいたいと思わないのかな。患者が少しずつ減っているという現実があるにもかかわらず、減ってきていいやと思ってるからまかないという事だよ」 (カッコ内は筆者挿入)

B 副院長は、無言のままである。代わりに、A 副院長が口を開いた。A 副院長は、スタッ

<sup>235</sup> 退職者のなかには、B 副院長から副院長会議の内容をそのまま引用した説明を受けた看護師がいる。院長によれば、その看護師が「看護師業務がしたいのであって、街頭配布がしたくて看護師になったのではない。上司の命令に逆らうことになるので辞めます」と申し出て来た、と証言する。また、退職の引き金になったのは、B 副院長が「看護師が余っている」発言だと思われ、それに伴う街頭配布への疑念が生じたことと院長は認識している。

<sup>236</sup> ポスティングダービーは、一時盛り返したものの次第に下火となって行った。院長は、スタッフ達がポスティングダービーを実施しなくなったのは、2013 年夏以降と同様、経営者に対する圧力であると認識している (2014 年 11 月 17 日副院長会議での証言)。

フ達が配布活動を始めた頃の気持ちを忘れていた可能性があるため、もう一度、一人ひとりにやる意義について、Fb で周知するのではなく直接会って繰り返し伝える意向を院長に説明した。院長は、A 副院長に、配布活動をやらない本人（B 副院長）が会議に同席していることを指摘し、なぜやらなかったのか詳細を聞くように促した。

A 副院長は、B 副院長に、業務命令だからやりたくなかったのか、それとも、A 副院長が企画したことだからやりたくなかったのか質問した。B 副院長は、完全に手が回らなかったことが理由であり、誰がいつ休みなのか分からないことが計画の障害になっていたと説明した。院長は、B 副院長に向けて次のとおり質問した。

「数まくことはゴールではない。皆でタッグを組むことの方が大事ではないのか。何が大事ではじめようと思ったんだっけ」

質問に答えたのは A 副院長であり、スタッフ間の結束を深めることが目的であることを説明した。院長は、A 副院長の発言を支持した上で、B 副院長に向けて次のとおり指摘した。

「リーダーが変質してるんだよ。A 先生（A 副院長）は集患だが、B 先生（B 副院長）は、これ（チラシ）を撒くことに意義があるのかって疑問が生まれたからやらなかったんだろう。正直言ったら、隠す必要ない。だから、このままだったら上手く行かない。さっき言ってたじゃない。うち（A 動物病院）の病院は、人に誇れる（動物）病院じゃないのに集患していいのかって」（カッコ内は筆者挿入）

B 副院長は、「はい」と答えた。院長は、続けて B 副院長に向けて次のとおり厳しく指摘した。

「だから、そこが疑問に思ったから時間を作らなくなったんだよ。自分で、前はやってたのに、夏休みとかあって日程きつい時にやってたのに、その後やらなくなったっていうのは、いいですか、時間が足りないから出来ないんじゃないくて、時間を作ろうというモチベーションが消えたから作らなかったんでしょ。だから、リーダーが変質してしまえば部下は路頭に迷って集患は落ちるのは、当たり前だ」



B 副院長は、反論せず無言のままです。その後、院長の指摘に A 副院長が加わり、B 副院長への質問と指摘が続いた。B 副院長は、ようやく重い口を開き、次のとおり発言した。

「今、一人でも欠けると完全に回らなくなっちゃう。人を出せない」

院長は、業務として実施している以上、業務命令違反であることを説明し、どのようにすれば出来るようになるのか検討するように促した。

11月17日、院長は、副院長会議の場で、No.2である副院長の姿勢について厳しく批評した。院長は、B 副院長に向けて次のとおり指導した。

「悩んでる暇ないんですよ。独裁がいいか民主制がいいかの話しじゃないんですよ。上司の指示に妥当性があるかないかじゃないんですよ。言われたことをやるんですよ、まず。そういう土壌があって、初めて現場が円滑に動いて、そこで生まれた健全な現場の問題ってのは取り上げるに値するんですよ。わかる。(中略)俺の言ってることが腑に落ちないかじゃないんだよ。やれったらやるんだよ。だけど、それをそれぞれが咀嚼して、院長の言ってることは腑に落ちないからやらないでいいとなったら」(カッコ内は筆者挿入)

B 副院長は無言のままだが、A 副院長は院長の話しに頷きながら聞いている。院長は、B 副院長に対して、トップ・ダウンのコントロールの妥当性を理解しやすくするために、比喩を用いながら次のとおり説明した。

「義務は果たさないけど権利はよこせ。下の人達は、そうやって言うかもしれないね。働かないけど給料よこせやって。でも、それってありえるの。そして、それを現場の人達はわかってないよね。わからないのが普通なんです。民主主義って、本当に民衆が成熟していないと成熟しないので、だから、ローマは初期の段階は独裁、寡頭政治その後また独裁、その後ようやく民衆のレベルが上がったんで民主主義に移行して行って崩壊して行ったわけですよ。民主主義がいいですよーって、民主主義の世界だから言うんだけど、本当に民主主義で成功、500年も1000年も成功した国ってないんだよ。今まで、1回も。皆がそれだけレベル高い、自発性に満ちていて、動物を助けようと目をキラキラさせていて、何か、今、自分に出来ることはないかと探し回っている人達ばかりだったらボトム・アップ出来るんですよ。でも、今、うちの会社(A 動物病院・鍼灸事業)は、そ

ういう状況ではないです。今は、トップ・ダウンで行かないと出来ない。現場の声を吸い上げるには、まだ、20年、30年早い。だから、独裁なんです。だから、俺が嫌いなら辞めて下さいって昔から言ってるじゃないですか。（中略）厳しいのが嫌で、皆、逃げているでしょ」（カッコ内は筆者挿入）

院長は、続けて、B副院長にビジョンの妥当性について次のように説明している。

「上の指示を何もしない方が楽なんだよ。それでもいいけどさ、それで上手く行くの。だからビジョン立てて、道筋立てて、方針立てて指示をするんですよ、僕は。そこまで、何時ぞや（Fbに）書いたよな。病院の先々のことを考えてるのは俺だけなんだから言う事聞けて、書いたの覚えている。あれ、本音ですよ。B先生（B副院長）、50年先のこの病院のビジョン言って下さいよ、今。どういう段階踏んで、50年後どういう姿になっているのか」（カッコ内は筆者挿入）

B副院長は、「ないです」と答えた。院長は、B副院長に向けて、院長の指示がビジョンに基づくトップ・ダウンであることを力強い声で次のように述べた。

「それ（ビジョン）に照らして、俺の指示が妥当かどうかを考えてくれるならいいよ。でも、そうじゃない所で悩んでるんだとしたら、言う事を聞いて下さい。僕は考えてます。100年持つ動物病院になるように。それに基づいて指示を出してます。俺からの距離が一番近い人達は、せめてわかって欲しいと、僕はずっと思ってやっていたけど、でも、やっぱりここに線<sup>237</sup>があるんだと思う。今の状況を見るなりね。そうじゃないんだったら、そこに線<sup>238</sup>があるんだって言いたいんだたら、自分達で線を引かしてくれよ、やって見せてくれよ。今日、どうやってサボろうかなって思っている人に引きずられて、この（動物）病院が腐って行くのは、俺は耐えがたい。それを、君らが味方するんだったら、君らと袂を分かつよ。誰に忠誠を誓うんですか」（カッコ内は筆者挿入）

院長は、B副院長に質問を振った。B副院長は、呻き声のような小声で非常にゆっくりと「はい、いんちよーに従います」と回答した。さらに、院長は、現場においても副院長のトップ・ダウンの指示の必要性を述べた。

<sup>237</sup> 院長は、院長席とA副院長・B副院長の間を二分するように指先で線引きするジェスチャーを交えながら話している。

<sup>238</sup> 院長は、院長室のドアに指先を向けて線を引くジェスチャーを交えて語っている。つまり、院長室とそれ以外の現場を意味し、経営陣・経営幹部と現場スタッフの二分を意味している。

「やっというて下さいと言ってもやってくれない。違うくない。ここまで言わないと、あなたの指示はきいてやりますって。ここまで言って、言われたでしょ、正直。よしやるぞじゃなくて、圧力に押されてやらされただろ。そんなことない。この空気に負けてやりますって言っちゃってない。つまり、これ位の圧力をかけなければ、君らについて来てくれるというレベルです。でも、1カ月後、また、腐った目をしていると思うので、また1カ月後に同じようなことを言うわけです。それでも、ここに出ている人達なので1カ月に1回で言う事を聞いてくれる。じゃあ、現場の人達は、毎日踏み絵させないとすぐどっか行っちゃうぞ。(B副院長) 10年後のビジョンはあるかい」(カッコ内は筆者挿入)

B副院長は、小声で「ないです」と答えた。院長は、B副院長にビジョンを見据えながら日々の業務を考える必要性和リーダーシップの効果性について次のように述べた。

「じゃあ、まず、それを考えれよ。100年以上もっている動物病院は、世界中どこにもない。(中略) 100年先だと、俺達、中核の人間は皆、生きてないけど、この場所で理念だけは生きているんだよ。それって、すごくない。そのために、僕らの世代が、何を出来るかということを考えるんですよ、今のうちにね。100年先を見据えたら、20年後に僕らが臨床降りる頃にどういう(動物)病院になっていないといけないのかを想定し、だから〇〇円(本年度予算)売上がないと駄目だ、と現実的な所まで下りてきて来るんですよ。そして、1カ月にいくら売上しなければいけない、そのために、今、今日はどんな努力が出来るんだって考えて、今日やるべきことは決まるんじゃない。いいね。だから、今日やりなさいって言われたことは、明日やるんじゃないんです。このような話しは、現場にいる人達にはなかなか伝わらない。この熱量で言わないと、伝わらない。これがリーダーシップなんだろうなと考えていたんですよ。僕の熱量が一番熱いのは当たり前なんですよ。ここ(副院長会議)で80℃に冷まされるんですよ。現場に行くと60℃なんですよ。でも、今、0℃じゃん。動物助けたいですって、口では言うけど0℃じゃん」(カッコ内は筆者挿入、個別額面は〇〇と記述)

院長は、その後もリーダーシップの必要性を説き、街頭配布の必要性についても説明を続けた。H取締役およびA副院長は、街頭配布の必要性を院長に続いて話し合った。しかし、B副院長は、「今、そんな時期じゃない」と頑なに拒み続けていた。院長は、現在の

組織風土を変える必要の有無について、B 副院長に次のとおり質問した。

「街頭配布をやり切って組織を変えようとして始めたのに、やり切れなかったわけでしょ。だから（組織風土は）変わってないんですよ。それを踏まえて、風土を変える必要があると思うかい」

B 副院長は、「変える必要性がある」と回答した。その後、会議のなかで、配布活動に伴う引継ぎの強化策を実施することと、街頭配布活動の時間短縮を実施することが決められている。

12月9日、院長は、TV 会議方式で B 副院長と「読書会」を開始している。「読書会」は、そもそも H 取締役のリーダーシップを強化する目的で始まった教育の 1 つである。通常、院長との「読書会」は、自由参加で呼び掛けており、H 取締役は継続して実施している<sup>239</sup>。

B 副院長との「読書会」は、診療業務後に開催するカルテミーティングを終えてから、毎日約 30 分間実施している<sup>240</sup>。使用するテキストは、ドラッカーと松下幸之助に関する著書である。院長の「読書会」の目的は、松下幸之助やドラッカーの著書を通じて「素直さ」と「謙虚さ」を B 副院長に教示することで、BSC をはじめマネジメントへの抵抗を緩和することにある<sup>241</sup>。院長は、「読書会」は効果があると認識している。

## (2) トップのコミットメント強化策としての営業会議

院長は、経営陣の BSC へのコミットメントをさらに強く打ち出すことで、理念と財務的成果への意識付けを図る必要性を認識している。BSC 実行委員会の場合は、BSC の指標などの開発をはじめ、PDCA サイクルの確認の場であり実施報告に対する経営陣の叱咤激励が中心になっている。同じく、副院長会議は、現場のリーダーである両副院長の教育と情報交換および価値観の共有の場として実施されている。特に、副院長会議は、組織をコントロールするための調整の場になっている。

しかし、院長は、上記の会議だけでは BSC によって理念の浸透を図ることと、財務成果につなげて行くには不十分であることを認識している。経営会議では、どのようにスタッフ達を財務成果にまでコミットメントさせるのかについて幾度も議論されている。最終的

<sup>239</sup> 2015 年現在では、H 取締役の他、2 名が院長に誘われて実施している。

<sup>240</sup> B 副院長は、「半ば強制的に参加させられたと感じている」と証言している。

<sup>241</sup> 2015 年 2 月 26 日、院長との面談時の証言である。

には、四半期ごとに営業会議を実施することで、トップの本気の姿勢を示すことを院長は意思決定した<sup>242</sup>。

営業会議の大義名分は、A 動物病院の財務成果をベースにした各部門 BSC の実践結果のフィードバックである。だが、真の目的は、院長が最終成果である「財務の視点」に拘りを持っている姿勢を示すことで、スタッフ達の BSC を通じた財務的成果へのコミットメントをより強化して行くことにある。

営業会議では、院長自らが A 動物病院全体と各収益部門の財務状況をパワーポイントで示し、各部門 BSC の成果が財務的成果にどのように影響しているのか講評している。

12月22日、第2回目の営業会議が実施された。第2回目の営業会議は、経営陣が財務的成果に対して強くコミットメントしていることを示した会議であった。H 取締役は、各部門 BSC の目標値が未達であるために、A 動物病院全体の売上高目標が達成できない可能性が確実であることを厳しい姿勢で指摘している。その上で、H 取締役は、両副院長に対して今後どのような施策を考えているのか説明を求めた。両副院長の答弁は、合わせて約15分間続いた。両副院長の答弁の後、H 取締役は、経営陣が BSC に強くコミットメントしていることを示すために次のように述べている。

「あと残り1カ月ちょっとです。経営陣は、最初に立てた経営計画書（の目標）は既に達成しております。あとは、皆さんの頑張り次第だと考えています。この頑張りがあれば、来年度にも繋がって行くと思いますので、今月と来月、今まで以上に頑張ってくださいと思っています」（カッコ内は筆者挿入）

A 副院長は、H 取締役の指摘を受けた後、次のように述べている。

「今、このままで行くと（A 動物病院の）目標額（の81%）は行くことが院長の試算から出ています。が、何もせずに（目標額の81%）をだらだらして（81%を）達成させるのか、さらに目標を立ててそれを達成させて行くのかは大きく違ってくると思います。なぜかと言うと、自分達で目標を立ててそれを実践した結果、そこに到達したと言うことはスタッフの自信に繋がりますし、次の目標を立てた時に、それを具現化する力になると思うので、私としては（売上高最終目標の84%）を目標にして行きたいと思っています。だから、絵に描いた餅ではなくて、公約としてやって行きますので直ぐにで

<sup>242</sup> 2014年9月29日より営業会議が導入されている。

も実施に移して行って結果を出して行きますので、皆さんご協力をお願いします。私達の病院ですの  
でやって行きましょう」(カッコ内は筆者挿入)

A 副院長の公約発表の後、H 取締役は本年度の目標には大きく届かないことを指摘しつつも、公約の金額は最低限達成させるために実行委員達で企画を立て実践するように指導した。その上で、H 取締役は、3 カ月後の営業会議の場で良い結果報告が聞けることを楽しみしていることを伝えた。H 取締役の指摘・指導の後に、院長は次のように述べた。

「わかりませんよ。来月 1 カ月間でプラス 3,000 万円やれば目標達成なんですから。(中略) 今月、開院以来、最高の売上日 (1 日当り目標値の 225%) があつた。3 日前も 1 日に必要な目標値を大きく上回って (1 日当り目標値の 175%) います。(中略) なぜそこで 3,000 万円 (A 副院長公約目標との差額分) が必要だったのか、経営計画発表会の時に総括としてお話しをします。そこで失った 3,000 万円がどれだけ大きかったのか、皆に思い知ってもらおうと思って用意をしております。楽しみに、2 月の 1 日を待っていてください」(カッコ内は筆者挿入)

両副院長はじめ、実行委員達は厳しい表情を浮かべながら会議の場から退席した。さらに、H 取締役は、院長の指示無視を繰り返す D 獣医師の状況を重く受け止め、D 獣医師の診療科と「メディカルトリミング」<sup>243</sup>の 2 部門の BSC を作成させた<sup>244</sup>。

D 獣医師は、実行委員長に提出したスコアカードの指標に「自分を退職させること」の一文を記載した。院長は、H 取締役の自発的な取り組みを支援するために、D 獣医師に連絡を取り、スコアカードの指標から問題の一文を削除するように命じている。

2015 年 1 月、2014 年度の決算を終えた。売上高は、院長の試算 (目標値の 81%) と A 副院長の公約 (目標値の 84%) を超え、2014 年度目標の 85.8% まで到達することができた。院長は、当初から 2014 年度目標を達成させることは無理であることを認識している<sup>245</sup>。なぜなら、本年度の売上高目標額は、2013 年度決算時の 126.6% であり、過去の A 動物病院の売上高成長率に鑑みても不可能に近い目標だったからである。それでも、院長は、チャレ

<sup>243</sup> A 動物病院では、一般的なトリミングサロンでは取り扱えない犬、たとえば皮膚疾患などの犬を対象にしたトリミングを行っており、それを「メディカルトリミング」と呼称している。

<sup>244</sup> D 獣医師の診療科は、日中獣医師部門の一部である。D 獣医師の診療科と同時にメディカルトリミング部門にも BSC を導入したのは、D 獣医師だけに BSC を課していないように思わせることで BSC への抵抗感を緩和させるための経営陣の施策も含まれている。

<sup>245</sup> 2013 年 12 月 10 日、院長との面談時の証言である。

ンジグな目標を課すことに意義があると考えて設定した目標値であった。

第2期 BSC (2015年2月以降)の実践においては、院長が真っ先に日中獣医師部門の BSC に介入し、トップ・ダウンで指標を下ろし実行させた。その結果、1週間で成果が出始めていると院長は認識している。また、カルテミーティングの後に、5分間の「BSC タイム」を設けて毎日話し合うことが決定した。

さらに、院長は、2015年度・第1回副院長会議(2月2日)の席において、A副院長の配布活動報告を受けた後、院長のリーダーシップ・スタイル変更の背景説明および、B副院長に対して要望と指摘を次のとおり述べた。

「(院長が)社員さんに対して、あたり方を変えたのはなぜか。これ(経営理念)をやってもらいたいから、そのために社員さん達のこと、怒らなくなった。じゃあ、誰も怒らなくていいのか。僕、怒ったら、みんなブーイングするじゃん。『私達のこと考えないひどい社長だ』『金の亡者だ』って言ったでしょ。〇〇とか、〇〇とか、〇〇とか、あの辺の人達。だって、これ(経営理念)をやってくれるから大事にしてるんであって、逆なんです。大事にしてくれるならこれ(経営理念)やってやるよって社員の人達に言われちゃうと、じゃあいいよって。結局、辞めて行ったでしょ。辞めて行くんだけど、また、こういう状態になって来てない」(カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述)

院長は、それ以降の副院長会議でも、B副院長に対して厳しく指摘と指導を繰り返した。しかし、B副院長には院長の思いが伝わらず、指示・命令は上手く行かなかった。院長は、B副院長を通じた現場のコントロールが上手く行かなかった原因は、B副院長との信頼関係を築けなかったことにあると認識している。6月からは、D獣医師が副院長となり、院長と共に改革に取り組んでいる。

### (3) 日中獣医師部門の BSC 実践

日中獣医師部門の BSC は、勤務獣医師との協働で作成したことにより「まったく別物」と言われるほどに改善したものの、B副院長とD獣医師は、マーケティングの1施策として実施している「A動物病院公式 Fb」への記事投稿・更新を全く実施していなかった。

院長は、日中獣医師部門と夜間部門の BSC 成果の差は、経験の問題ではなく熱意の差であると認識している。院長は、副院長会議の席で B副院長に対して次のように指摘してい

る。

「決まりを守らないのは、古今東西医師と呼ばれる人です。獣医師が決めたことをやってくれない、と僕のところに苦情が上がって来ている」

Fb への記事未投稿の他に、BSC の指標も幾つか測定されていない箇所があるだけでなく、BSC を活用した部門内での対話もほとんど実施されていない。また、BSC 実践の前期より院長室の壁に貼り付けている営業グラフ（売上高目標値と実績値）は、ポスティング戦略への不参加頃よりまったく記入しないか、院長に再三命令されてから記入している月もある。B 副院長は、営業グラフの記入に意味を見出せなくなったと認識している。

B 副院長は、BSC が上手く進展しない理由は、各獣医師との対話不足と認識していた。そのため、B 副院長は、獣医師達との対話時間を確保して行くためには、院長と獣医師間で行われるカルテミーティングを濃密の高いものにする事で時短して行く必要性があると強く認識するようになっていた<sup>246</sup>。

B 副院長は、第7回 BSC 実行委員会（8月25日）の報告で、カルテミーティングの意義が薄れてきていることと、カルテミーティングの運営のあり方が部門の BSC ミーティングを開催できない原因であることを指摘した。

カルテミーティングは、診療業務を終えてから毎日実施されている。そのため、BSC のミーティング開始時間をカルテ会の後に設定していた。しかし、カルテミーティングが終了する時刻はいつも遅いため、獣医師達は疲弊して BSC ミーティングを行わずに帰宅していた。院長は、B 副院長の現状報告とカルテミーティングの指摘に対して次のように返答した。

「なんでグデッとしてしまうの。BSC よりも（カルテ会の方が）重要な業務だと思うんですけど。本当は、診察中も疲れたらグデッと診察してしまうということなのかい」（カッコ内は筆者挿入）

B 副院長は、院長の指摘に対して次のように返答した。

「何のための会（カルテミーティング）なんだろうって言うのが、参加者（B 副院長）がぼやっと

<sup>246</sup> B 副院長は、カルテミーティングの目的目標が明確でないために、単なる報告会にしかになっていないと考えている。



して来ていて（中略）目的のないことを時間かけてやることほど疲れることはないと思います。目的を明確にして、前向きな気持ちで次の BSC の話し合いに行くと言う流れを作ろうと、今、動き始めています」（カッコ内は筆者挿入）

さらに、B 副院長は、BSC 実行委員会の席で、院長からの業務命令に対して返事を返さなかった。B 副院長は、院長が同会議の席で夜間部門と比較する行為は、スタッフ達の前で自身のことを吊るしあげる行為と認識している。そのため、返事を返さなかった。

8 月 31 日、A 動物病院の院内用 Fb 掲示板（全員閲覧用）に、院長が B 副院長を訓告処分にすることが示された。理由は、カルテミーティングの開催時刻を度々怠ったことであった。B 副院長には、始末書の提出が課せられた。また、処分に不服がある場合は、院長もしくは H 取締役まで申し出るように示された。

カルテミーティングを行う手順は、次のとおりである。まず、その日の残り外来数・入院処置数を勘案する。その上で、B 副院長が毎日 20 時に院長へカルテミーティング開催予想時刻を報告するシステムになっていた。

しかし、B 副院長は、連絡時間を 1 時間以上も遅れたことが 10 回以上あった。院長は、このまま放置することは管理上問題があると判断し、処分に踏み切った。院長の下した処分の真意は、これを機に、B 副院長に時間の約束に対する観念を持ってもらいたいことにあった。

9 月 1 日、B 副院長から筆者宛に退職意向の連絡が来た。筆者は、B 副院長と院外でインフォーマル面談を行った。B 副院長は、これまでも一般外来の混み具合や患者の容体に合わせた対応、緊急の外来対応によって 20 時に連絡できなかったことは多々あったことを認める一方、「連絡をわざと遅らせたことは一度もない」と主張した。さらに、院長が 8 月 30 日に発信した院内 Fb（全員閲覧用）の掲示に「明日は全休」と記述されていたことが、連絡をしなかった理由であることを主張した。

B 副院長は、院長の発信した Fb が全員閲覧用の公式 Fb であったことから、カルテミーティング自体も休みと判断していた。B 副院長は、院長の誤解を招くような Fb の活用は、混乱を招く原因であると認識している。B 副院長は、院長が B 副院長に対して事情聴取もせずに突然訓告処分を下したことは、院長という立場を利用した処遇であり、断じて容認することはできないと主張した。

B 副院長は、処分に対して不服がある場合には直接申し出るようにと指示があったため、

退職届けを提出すると同時に、併せて思う所を述べる意向であることを筆者に伝えた。筆者は、B 副院長の主張に理解を示すと同時に、報告の重要性などを指摘した。B 副院長は、筆者との面談のなかで退職を保留にすることを約束した。B 副院長は、面談のなかで、今の A 動物病院の現状と体制の不满について次のように述べている。

「正直なところ、今の病院（A 動物病院）は、（顧客に）心から薦めることのできない病院です。たとえば、（獣医師の）体調不良による欠勤によって診療の約束が守られていません。カルテの未記入の多い〇〇先生（獣医師）への再三の指導無視に対しても、院長は真剣に対策を講じてくれません。（臨床）現場が手薄で、（経営陣に）応援を求めても、誰（経営陣）も聞いていないかのような状況です。（中略）自分のポジション以外の仕事はやらないと断言し、それでも居場所が認められている〇〇先生（獣医師）もいます。こんな状態の中、新たな患者さんを迎え入れることなんて出来ません。だから、心からスタッフに配布活動を依頼することはどうしても出来ないんです。今、配布活動を実施しているのは、あくまで会社の（利益の）ためであって、理念に則っていません。むしろ（理念とは）逆だと思っています。BSC で活気づいている部門もあることは事実ですので、会社のやり方や方針に口出す気はありません。ですが、今の診療の現状を早急に改善しなければならないのに、院長や H さん（H 取締役）は現場の状況を直視しようとしません。経営者とは、何をやる人なんでしょうか。人（動物看護師）が足りていないのに、H さん（H 取締役）は全く現場を手伝うこともしないし、H さん（H 取締役）がいつ（病院に）出勤するのかわからない状況なんです。（中略）ただでさえ、今通ってくれている患者さんに迷惑をかけているのに、新たな患者さんを迎え入れることは患者さんに対して失礼です。そんなことに（自分は）手を染めたくないのです。（中略）自分を頼って通ってくれる患者さんやオーナーさんは大好きです。なので、診療は全力でしてあげたいです。しかし、もうここ（A 動物病院）にはいられないと感じています」  
（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述）

院長は、配布活動で人員が減る場合には院長が外科手術を手伝うことで、診療業務を支援する意向があることを B 副院長に伝え、実施していた。しかし、B 副院長は、院長の外科手術の支援以上に、不足している診療業務の支援を望んでいた。

B 副院長は、H 取締役が臨床現場に入り応援することは、診療のクオリティを即時に向上させると同時に、新人スタッフらへの教育の機会につながると考えている。それゆえに、B 副院長は、院長と H 取締役が現場の状況を知りながら支援しない行為は、「経営」という

言葉によって臨床現場を放棄していると認識している。

筆者は、院長に B 副院長が退職する意向であったことを報告した。院長は、B 副院長が退職するのであれば、「全面降伏した後、A 動物病院を解体もしくは譲渡する」ことを考えた<sup>247</sup>。

9月3日、B 副院長は院長室に呼ばれた。そこに、C 獣医師も呼ばれ、両者を話し合わせる時間が設けられた。B 副院長は、思いの丈を述べた。C 獣医師は、時間が空いている時には診療業務の補助として手伝う意思があることを B 副院長に伝え、話し合いは終了した。

9月4日、B 副院長と受付スタッフとの間で、Fb 上で議論が炎上した。院長は、B 副院長の指示内容をもって、受付スタッフが不快に思うのは過剰であることを両者に伝え、対立を収束させた。

9月8日、第8回 BSC 実行委員会が開催された。B 副院長は、大幅な遅刻をして途中参加した。BSC 実行委員会の後半頃、A 副院長は、現場のトップである B 副院長が院長に電話で起こしてもらい、また、重要な会議に遅刻しておきながら自分から謝罪しないことについて厳しく叱責した。

しばらくして、B 副院長は立ち上がり、院長の方には向かずに謝罪した。A 副院長は、B 副院長に対して、院長の目を見て再度謝罪することを要求した。しかし、B 副院長は、無言になったまま謝罪することはなかった。筆者は、紛糾状態を解除するために、B 副院長に謝罪を促し、B 副院長は最終的に謝罪した。

A 副院長の提案により始まったポスティングダービーや街頭配布は、B 副院長の曖昧な計画<sup>248</sup>により9月から失速した。B 副院長は、利益が A 動物病院の維持に必要であることを理解している。しかし、B 副院長は、配布活動は「経営陣の金儲け」が目的であると認識している。

B 副院長は、院長室に貼り出してある日中獣医師部門の営業グラフ（売上高）のほとんどに記載することはなかった<sup>249</sup>。さらに、BSC 実行委員会や営業会議に提出する資料の期限無視を何度も繰り返していた。

院長は、B 副院長の抵抗とも取れる行動を見かねて、B 副院長を毎週土曜日午後の診療を休診にして事務処理の時間を確保する案を出した。しかし、B 副院長は、院長の提案は臨床

<sup>247</sup> 2014年9月1日・2日の院長から筆者宛メールと院長との面談による証言である。

<sup>248</sup> B 副院長は、10月27日の副院長会議の席で、曖昧な計画になったのは計画を立てる時間もなく、また、スタッフのシフトを把握できないために放棄したことを認めている。ただし、真意を語っていない。

<sup>249</sup> 副院長会議などで院長から再三指摘されている。B 副院長は、煩雑なデータ処理だけでなく、経営陣の現場放棄と考えられる行動に疑問を感じて、グラフに記入する気になれなかったことをインフォーマル面談時に証言している。

から遠ざかる行為であり、顧客に迷惑をかける原因になると判断して断った。

B 副院長は、院長から Fb や会議という他のスタッフ達が見ている席で叱責を受けたことや、それ以前から院長の臨床現場に望む姿勢などに不審・不満を覚えている。特に、院長からさらし首にされたことで、部下とのコミュニケーションが円滑でなくなったと感じるようになり、B 副院長は思い悩んでいた。筆者は、B 副院長のコミュニケーション力の改善と精神鍛錬を図る目的で合気道を紹介した。B 副院長は、即日合気道場に入門した<sup>250</sup>。B 副院長は、合気道をはじめたことの変化について次のように述べている<sup>251</sup>。

「まだ（合気道を）はじめて 1 カ月しか経ちませんが、世界観が変わってきたことを実感します。何か、自分自身のとげとげしさがなくなり、周囲、特にスタッフを優しく見れるようになった感じがします。心も落ち着いてきた感じがしますので、診療のパフォーマンスにどう影響して行くのか楽しみです」（カッコ内は筆者挿入）

経営陣は「B 副院長から発していた変なオーラが消えた」<sup>252</sup>と感じるようになった。スタッフも、B 副院長の言動が大らかになったと感じるまでに変化していた。院長は、コントロールを強化するために B 副院長との読書会を考案していた。

12 月 8 日、第 11 回目の BSC 実行委員会が開催された。B 副院長は欠席した<sup>253</sup>。スタッフは、B 副院長の携帯電話に連絡を入れたものの、応答はなかった。BSC 実行委員会終了後、A 副院長が B 副院長の自宅に訪問するも応答はなかった。

同日、21 時 30 分頃、B 副院長から筆者に電話連絡が入った。B 副院長は、筆者に連絡を入れる前に院長に連絡を入れ、院長から処分すると言われたことが不服であり、退職の意向があることを伝えた。

B 副院長は、BSC 実行委員会を欠席した理由として、会議前日から A 動物病院に宿泊した結果、体調不良になったことを告げた。その上で、B 副院長は、院長の身勝手な判断によって、B 副院長に責任を押し付ける同院の経営体質に問題があることを付け加えた。B 副院長は、BSC 実行委員会を欠席した前日の出来ごととそれに関する見解について次のように述べている。

<sup>250</sup> 合気道の入門は 2014 年 9 月である。

<sup>251</sup> 2014 年 10 月 30 日、合気道稽古後の証言である。

<sup>252</sup> 2014 年 10 月 31 日、経営会議の席で院長と H 取締役の証言である。

<sup>253</sup> BSC の実行委員会の開催は、B 副院長の公休日である月曜日に設定されている。このことから、欠勤扱いにはならない。

「院長は（臨床）、（臨床）現場の状況を何も知らないのに、Pさん（新人受付スタッフ）に勝手に（動物の）預かり（入院）を許可しました。それに気が付いたFさん（受付スタッフ）は、Iさん（動物看護師）に知らせ、IさんはD先生（D獣医師）に相談しました。IさんとD先生の間で話し合いし、急遽、院長の指示を引き受けることを許可しました。しかし、許可したD先生は体調不良を理由に早退してしまいました。D先生は、入社当初から体調不良による欠勤が多々あります。D先生の欠勤は、たいてい連続2日以上休みますので翌朝（12月8日）出勤してこない可能性があります。そうすると、預かった子（動物）の処置やその子（動物）を迎えに来るオーナーさんへの対応が出来なくなります。それで、急遽、自分が病院に宿泊して対応することにしました。（院長は）現場を知らないのに自分に一言の確認もせず勝手に（動物の）受け入れを許可し、これまたIさんとD先生の間で勝手に引き受けることを取り決め、最終的には院長も誰も預かった子（動物）の責任を（取らずに）自分に押し付けてくる無責任な（病院の）体質は腹立たしいです」（カッコ内は筆者挿入）

筆者は、状況を院長に伝え、B副院長と院長は話し合いを行うことになった。その結果、院長は、B副院長を処分するのではなく注意に止めた。B副院長は、BSCに対して一番反発しているのは「自分自身」である、と証言している。その上で、B副院長は、BSCを実践したことで、B副院長の取って来た言動がいかにか個人主義だったかを痛感していると述べている。それでも、B副院長は、BSCに取り組めないA動物病院の現状について次のように述べている<sup>254</sup>。

「BSCのロジックは好きです。しかし、（臨床）現場としてはまだまだ出来てないことだらけなので嫌になります。経営って、何をやるものなのでしょうか。（臨床）現場には患者さんのために改善しなければならないことが山ほどあります。残っている（動物）看護師さんは新人なのでレベルが低いですし、人（スタッフ）だって足りていません。それなのに、Hさん（H取締役）ですら現場に出て手伝おうとしません。これが、今の病院の現状なんです。現場が上手く動いていない中、人（スタッフ）を外（配布）に出せと言われても困ります。（中略）院長は素敵なビジョンを語り、いい気分にさせてくれます。でも翌日、（臨床）現場に出て見ると院長の語る夢と現実のギャップの大きさを目の当たりにし、愕然とします。（中略）院長の話はとにかく抽象的過ぎて、何をどう

<sup>254</sup> 2014年12月のインフォーマルミーティングでの証言である。

すればそのようになれるのかが示されません。その上、院長やHさん（H取締役）のやっていることと、（経営）理念の一貫性があまりないように思っています。院長が何をしたいのかも理解不能です」（カッコ内は筆者挿入）

B 副院長は、副院長会議の席でポスティングダービーや売上高に関する話し合いが行われる度に、院長と B 副院長との価値観に大きな相違があることを認識している。B 副院長は、現在のスタッフ量と質の両面から判断して、診療レベルの低下は免れない状況であると考えていた。そのため、B 副院長は、副院長会議の席で診療レベルの維持・向上への考えを発言している。しかし、院長は、B 副院長の主張に対してある程度の理解を示すものの、最終的には集患の重要性を説き、B 副院長の考えを押し潰すための議論を仕掛けていた、と B 副院長は認識している<sup>255</sup>。

事実、院長と B 副院長との対話は、院長と A 副院長が言葉のキャッチボールで対話を積み重ねて行くのとは違い、競技ディベートのような対話や院長からの一方的なコミュニケーションが強くなっている。院長と B 副院長との対話が、競技ディベートのようになった時、B 副院長は次第に無口なり、院長の質問に対して回答しない場合や返事だけ返す場合が多い。その結果、B 副院長は、院長との価値観の接点を見出せず、話し合いは平行線のままか論破されて終わっていると認識している。

12月22日の営業会議後、B 副院長は、日中獣医師部門の予算達成に向けた部門予算ミーティングを行うために各獣医師の招集を行った<sup>256</sup>。しかし、予定されていた12月24日の部門予算ミーティングは、D 獣医師の体調不良による欠勤によって実施できなかった。そのため、B 副院長の公休日である翌25日に第1回目の部門予算ミーティングを行い、26日も実施された。

12月27日、B 副院長は過労により欠勤した。B 副院長が欠勤の連絡を入れたのは正午であり、受付主任に伝えている。しかし、経営陣に B 副院長からの連絡は伝わっていなかった。そのため、同日、院長は、H 取締役、A 副院長、受付主任を招集し、緊急経営会議を開催した。会議の目的は、B 副院長退職に備えた今後の運営についてであった。

12月28日、B 副院長は出勤してきた。しかし、同日行われる A 動物病院の忘年会には参加しなかった。B 副院長は、スタッフに体調悪化により参加できないことを伝え帰宅してい

<sup>255</sup> 2014年9月・12月実施のインフォーマルミーティングでの証言である。

<sup>256</sup> 第2回営業会議（12月22日）の席で、経営陣から予算必達に向けた指導が入っている。

た。しかし、B 副院長の伝言は、経営陣に伝わっておらず、経営陣は無断で参加しなかったと捉えている。

2015年1月5日、B 副院長は Fb を通じて、院長に退職の申し出と退職届出用紙を要請した。このことから、同日、筆者は、婚約者を同伴させた B 副院長と院外で公式面談を実施した<sup>257</sup>。その際に、B 副院長は、退職理由について次のように述べている<sup>258</sup>。

「(A 動物病院では)色々あり過ぎて、心身共に疲れました。A 動物病院を退職することに致しました。(筆者には)今まで、本当にお世話になりました。自分がこれからどこに行こうと、紹介していただいた合気道は今後も続けて行きます。(中略)院長の病院なのに、患者さんや(臨床)現場のことよりも、自分達(経営陣)のことが優先であるような現状を見てしまうと、ここ(A 動物病院)で働くことの意味が見出せなくなりました。動物の命に関わり、貢献して行くことはここ(A 動物病院)でなくても出来るのですから。(中略)病院では、学会やセミナーに参加させてくれることになっていますが、自分の興味あるセミナーは約1カ月前に開催が決まるので行けません。病院の規則で、有給休暇の申請は3カ月前からと決まっているから仕方がないですが。(中略)病院の理念は、本当に素晴らしかったです。それに共感し、信じて来たから今までどんなことにも頑張ってきました。ですが、(臨床)現場の実態が理念に伴っていない<sup>259</sup>のに自分達(経営陣)は、(臨床)現場を手伝いません。(中略)医学には限界があります。たとえ新技术を覚えて来ても、当院(A 動物病院)やオーナーさんの予算が原因で(診療を)やってあげたくてもしてあげられない現実もあります。だから、退職した後は、大学の動物病院に就職することを考えています」(カッコ内は筆者挿入)

B 副院長・婚約者と筆者との話し合いは、約3時間続いた。B 副院長の婚約者<sup>260</sup>から、A 動物病院の体質的な問題点について何度も厳しい指摘と質問が上がった。しかし、B 副院長は、筆者との対話のなかで、経営のためではなく、B 副院長を頼って通院している患者と顧客のために A 動物病院に残ることを決意した。

日中獣医師部門の BSC の実践においては、院長が一方向的なトップ・ダウンを強めると

<sup>257</sup> 同日午前11時22分、B 副院長からの Fb メッセージを確認した院長から、筆者に相談の電話が入っている。B 副院長は、(株)Aの花形部門の長であり、A 動物病院売上高全体の4割超を占めるスター獣医師であるため、(株)Aにとって緊急事態である。そのため、筆者は B 副委員長に至急連絡を取り、急遽、同日に公式面談を実施する運びとなっている。

<sup>258</sup> 2015年1月5日の証言を基本とし、1月度のインフォーマルミーティングの証言によって補足している。

<sup>259</sup> B 副院長のいう“現場の実態が理念に伴っていない”とは次の状態を指している。A 動物病院の理念では患者・顧客がすべてであることが示されているが、人員不足や教育不足によって患者・顧客を数時間、あるいは半日以上も待たせる日もあるなかで、獣医師免許を持つ院長および元動物看護主任である A 取締役が診療業務をまったく応援しない状態を指している。ただし、前述したとおり、経営陣は、毎日ではないものの平均2時間程度の手術業務は実施している。

<sup>260</sup> B 副院長の婚約者は、A 動物病院の元社員であり、B 副院長とは同期入社である。

同時に、管理的権限を補強するための「読書会」を実践している。それでも、B 副院長は、経営や BSC それ自体にコミットメントできなかった原因として、経営陣に対する不信感にあると認識している。その結果、BSC の最終成果となる売上高をはじめ、財務的指標はすべて未達となった。

しかし、B 副院長は、BSC を活用してマネジメントを行うことの意義を感じていた。B 副院長は、BSC を 1 年間実践してきたことのメリットと今後の課題について次のように述べている<sup>261</sup>。

「BSC プロジェクトを始めると聞いた時には、正直、いつの間にか曖昧になって消えて行くと思っていました。これまでも、何か問題が発生する度に委員会が立ち上っては、いつの間にかやらなくなっていましたから<sup>262</sup>。でも、BSC は続きました。それだけでも凄いと思うし、それだからなのか自分以外（日中獣医師部門以外の部門）は BSC で結果も出しています。（中略）以前にも話しましたが、BSC のロジックは説明会（講習会）の時から気に入ってます。何かを変えられると思いましたがね。（中略）実際には、現場の医長で仕事していた頃は、何で BSC みたいなものをわざわざ介して情報を集めたり調整したりする必要があるのか、全く理解できませんでした。院長が（臨床）現場にいた時は、何でもトップ・ダウンで言うことをきかせていましたし、自分はそのスタイルしか知りませんでしたので。ですが、副院長となり、病院の将来を考え、他部門のことを把握しなければならない立場を意識せざるを得ないようになってからは、BSC を皆（スタッフ全員）で行う意味を今更ながらですが見えて来るようになりました。他部門が何をやろうとし、どんな障害や課題でつまづいているのか（BSC を実践していて）見えて来ましたので、何が原因かも把握しやすいし、話し合う焦点も合います。（中略）皆さん（実行委員）は、何だかんだ不平を言っても、業務として割り切って BSC をやっていました。だから結果を残せたんだと思っています。自分は、どうしても病院の理念や院長のビジョンと現実のギャップを考えたり、院長や H さん（H 取締役）の言動が気になっていました。だから、BSC は好きであっても二の足を踏んでしまったんだと思っています。（中略）たとえば、1月の会議（実行委員会）で、H さん（H 取締役）は『経営陣は全てやり遂げましたが、あなたたちは何ですか』と自分達を見下したように言い放ちました。院長も会議の終了直前に『未達したことがどういうことか、次回の経営計画発表会で思い知らせてやる』と、自分達（スタッフ達）を何か敵視したかのように発言しました。名前は言えませんが、あの言

<sup>261</sup> 2015年1月29日、院外インフォーマルミーティング時の証言。同日のミーティングは、4時間実施している。

<sup>262</sup> 他のスタッフも、すべてとは言わないまでもほとんどの委員会が頓挫していると証言している。



葉を聞いて怒りを覚えたのは自分だけではありませんでした。でも、あの人（実行委員）は、不満はあっても仕事として割り切り、怒りをモチベーションに変えていましたから凄いい自己処理能力です。それに、院長やHさん（H取締役）は、理念が大事だと口にするわりには動物やオーナーさんのために（臨床）現場に入って手伝おうとしませんでした。院長は、『経営をやってる、経営をやってる』と言ってますので、経営と現場の（業務内容の）違いと言われてしまえばそれまでですが、明らかに人が減ったことでオーナーさんに迷惑をかけているのも事実です。本当に、理念を重く見ているのであれば、そのとき位はなんとかして欲しかったですね。残念ですが、ああいう姿勢を見てから、何を信じれば良いのかわからなくなりました。（中略）BSCを活かすためには、コミュニケーションが必要だと感じています。ですが、コミュニケーションを（スタッフ達と）取ること自体、自分はまだまだ不十分なんだと思っています。それが上手く出来るようになった時、本当の意味でのBSCの凄さが分かるようになるのかもしれませんが。そのためにも、今後の抱負は、合気道などを通じてコミュニケーション（力）をどんどん高めて行くこと（が課題）です」（カッコ内は筆者挿入）

2015年2月、第2期BSCの実践が始まった。B副院長は、一度だけポスティング戦略への協力は示すものの、それ以外の月は抵抗を示したままである。また、B副院長は、3月29日付けで院長との「読書会」の中止を申し出た<sup>263</sup>。

2015年5月末日、B副院長は、A動物病院の臨床現場を改善する目的<sup>264</sup>で、副院長職を辞任した。現在、B獣医師は、顧客と患者のために臨床現場の第一線で奮闘している。また、公休日であっても、必要な処置や説明が必要な場合には率先して出勤し、後輩獣医師の教育や現場の環境整備にも力を入れて貢献している。

#### （4）夜間部門のBSC実践

第7回BSC実行委員会（8月25日）で、夜間部門の月間売上高および診療件数の達成が報告された。

<sup>263</sup> インフォーマル面談の場での証言である。B副院長によれば、初めは松下幸之助の言葉として受け入れられたが、次第に思想を押し付けられているような感じを受けたため読書会の中止を申し出たと証言する。

<sup>264</sup> B副院長が担当していた顧客の動物が、2014年末および年明けにクレーム化している。B副院長によれば、年末のクレームの原因は、B副院長が年末休暇に入るために他の獣医師に引継ぎをしていたが、担当獣医師が体調異変時に適切な処置を行わなかったことが原因であるという。年明けのクレームについては、B副院長の直接のエラーではなかった。いずれの顧客も、院長謝罪を求める大きなクレームに進展して行った。年末のクレームは、A副院長が年末年始にかけて対応している。年明けのクレームは、B副院長が数カ月間に渡り対応している。筆者は、2つのクレーム対策に関与し、院長謝罪を回避している。B副院長は、これを契機に臨床現場改善の信念のもと辞任したと証言している。また、B副院長は、今回のクレーム発生は必然だったと認識している。

同部門のBSC「成長と学習の視点」箇所の指標には、週1回の部門ミーティングの実施が記述されており、毎回達成していた。A副院長は、部下とのコミュニケーションをしっかりと実行していたことが、BSCの成果に結びついていることを認識している。A副院長は、BSCを導入する前と導入・実践後のコミュニケーションの違いについて次のように述べている<sup>265</sup>。

「ミーティングは、BSC導入前からほぼ週1回のペースで実施していました。その頃のミーティングは、論点が定まらずいつも漠然として終わっていました。BSCを実践したことで、個人の目標が数値化されるなど論点が明確になり、部下との話し合いの中で、具体的な改善策を見出せるようになりました。今では、週1回欠かすことなくBSCを活用した近況報告会を行い業務に反映させています。また、何かトラブルがあった時には、その日のうちに部門全員が情報を共有しBSCを通じて改善に役立てています。（中略）BSCを導入してからは、部下だけでなく院長との業務相談において、漠然とした相談から、（BSCの）指標に直結した話し合いができるようになりました」（カッコ内は筆者挿入）

A副院長は、BSCを実践したことで部門を超えた対話が生まれ、仕事に対する充実感とA動物病院の組織全体に対するコミットメントが高まったと認識している。A副院長は、BSCの実践によるモチベーション効果について次のように述べている<sup>266</sup>。

「（BSCを活用する前の）夜間（夜間部門）は、独立部門のような感じがあり、なんとなく寂しかったです。孤立感があるとモチベーションがなんとなく上がりませんでした。BSCを活用したことによって、他部門との連帯感や病院全体の中の一員であることを感じる事が出来るようになり、仕事の充実感がより上がったと思っています」（カッコ内は筆者挿入）

夜間部門は、受付部門とのコミュニケーションは順調だったものの、日中獣医師部門とのコミュニケーションは不良であった。

A副院長は、副院長会議（10月27日）のなかで、日中獣医師部門とのコミュニケーションが円滑でないために伝達ミスが起きていることを議題に上げた。

A副院長は、コミュニケーションの不良理由として、A副院長自身が時限付きのスタッフ<sup>267</sup>であるため、A副院長自身が提案したポスティング戦略や街頭配布への協力無視だけでなく、診

<sup>265</sup> 2014年8月25日、BSC実行委員会のなかでの発言および、インフォーマル会議時のインタビュー証言に基づいている。

<sup>266</sup> 同上。

<sup>267</sup> A副院長は、夜間診療サービスを実施するために、時限付きで入社した獣医師である。

療情報の伝達まで軽んじているのではないかと疑念を抱いていた。

A 副院長は、院長から、カルテミーティングでは「誰の患者ではなく、A 動物病院の患者として扱うように」と日々教育していると説明を受けた。

A 副院長は、院長の発言に理解を示した。A 副院長は、夜間部門と日中獣医師部門の交代時間のなかで、両部門の獣医師による「10 分間カルテミーティング」を実施することを B 副院長に提案した。B 副院長は、朝の出勤時間を今まで以上に早める必要があることを認識しながらも、獣医療向上に必要であることに理解を示し、「10 分間カルテミーティング」を承諾した。これにより、両部門間の診療情報共有は実現された。ただし、院長は「10 分間カルテミーティング」に参加することはなかった<sup>268</sup>。

A 副院長は、BSC 実行委員会で他部門との対話のなかで決まった、他部門サービスの紹介を 11 月度から開始した。その結果、東洋医療部門の売上高に大きく反映してきた。夜間部門においても、12 月度は過去最高の売上高となった。

一方、A 副院長の思惑通りに進まない事態も発生していた。

A 副院長は、第 10 回目の BSC 実行委員会（11 月 10 日）のなかで、A 動物病院全体で実施しているポスティング戦略の深刻な遅れを報告した。そのなかで、配布活動の落ち込みが、夜間部門の診療件数の減少につながっていることを示すスコアカードのデータを明示しながら説明した。

A 副院長は、配布活動のメリットをスタッフ達にしっかりと伝えていた。また、A 副院長は、リーダーだけでは忙しくて動かないチームもあったことを認識していたため、A 副院長は院長と相談してサブリーダーを付ける案などをもらいながら推進を図っていた。しかし、9 月・10 月、そして 11 月 10 日現在においても、各チームリーダーおよびサブリーダーが各スタッフに対して配布活動の指示を強く要請することはなかった。

A 副院長は、BSC 実行委員会の席で、A 副院長が思い悩んだ末に院長と相談してきた事実を伝え、また、ポスティング戦略の衰退する現状について強く指摘した。院長は、同実行委員会の席で、リーダーを代えてみることを提案した。その結果、リーダーの交代が即時、実施された。しかし、2015 年 1 月においても配布活動は実施されず、ポスティングダービーは A 副院長の理想とかけ離れたまま推移した。

夜間部門の最終的な年度予算は未達であったものの、同部門の第 1 ハードルであった損益分

<sup>268</sup> B 副院長は、院長がカルテミーティングを医療品質の維持・向上に欠かせない会として位置付けているにもかかわらず、参加しないことに対して強い不満を持っている。また、院長が臨床現場から身を引くまでは対面ミーティングだったが、2014 年度からは TV 会議に変更され、院長の姿勢に疑問を感じている（インフォーマル会議での証言）。

岐点目標を達成させている。その結果、安定した売上高と新規患者数を維持することが出来ている。

A 副院長は、BSC を 1 年間実践してきたなかで、BSC 導入当初、BSC の指標や数値化するための時間をどのように確保するべきかなど、心身ともに障壁は大きかったことを認識している。

しかし、A 副院長が BSC の心理的障壁を克服し BSC にコミットメントできた背景には、2 つの協力があつたと A 副院長は認識している。1 つ目は、同部門の料金改定や新企画（ポスティングダービー、街頭配布、朝ワクチンなど）に関する院長の理解とバックアップがあつたことである。2 つ目は、他部門のスタッフ（動物看護師・受付）が数値の集計や同部門の施策を補完するような協力を行うなど、獣医師としての本来業務に支障が出ないような配慮と協力があつたことである。A 副院長は、これら 2 つの協力を得られたのは、BSC を通じた上下間および横との対話があつたからだと認識している。

第 2 期 BSC（2015 年 2 月以降）の実践では、2 月度副院長会議の場で、A 副院長はポスティング戦略と街頭配布の強化を通じて、再度、組織の立て直しの必要性を参加者に向けて説明した。さらに、第 13 回目の BSC 実行委員会（2 月 16 日）において、A 副院長は、ポスティング戦略と街頭配布への抵抗に心が折れそうである、と心情を訴えた。院長は、同委員会のなかで阻害行為について次のとおり意見を述べている。

「割り振っても行かないんだ。（中略）その時間になったら、今からポスティングだよって声を掛ける。それでも行かないってことは、何か破壊的な衝動があつて行かないということ」（カッコ内は筆者挿入）

院長の支援行動により、一時的であるものの配布活動は再開された。

なお、2015 年 5 月より、夜間部門は日中獣医師部門と合併し、「診療部門」として BSC を実践し改革に取り組んでいる。

##### （5）東洋医療部門・鍼灸事業の BSC 実践

東洋医療部門の BSC 指標のなかで、「ニュースレター」と「無料施術券」の配布活動は、顧客獲得活動を通じた C 獣医師自身の意識変革を実施するための重要な指標として位置付けられている。それにもかかわらず、2 つの重要指標がまったく達成されていなかった。院長は、BSC 総会の場で C 獣医師の姿勢が重要指標の未達につながっていることを強く指摘

している。

BSC 総会以降、「ニュースレター」の配布活動実績は、7 月度は目標値の 127% 達成、8 月度は目標値の 215% を達成するまでになった。一方、「無料施術券」の配布活動実績は、7 月度は目標未達であったものの、8 月度は目標値の 123% 達成となった。C 獣医師は、BSC を導入する前と導入・実践後の効果や自身の行動の変化について次のように述べている。

「東洋医療科の課題については、漠然と考えてはいたが、BSC を作成する過程でそれぞれのテーマや課題を関連づけて考えられるようになってきたと感じます。BSC 作成はものすごくしんどかったけれども、出来上がったのを見たり、見直すにしてもその先を考えやすくなり、頭の中身を整理することが出来ることを感じました。最初は（BSC を）独りで作成していましたので、心細いような身軽なような感じでしたが、実際に（BSC の作成が）始まってみると誰とも相談できないことによって先に進めないことがありました。BSC 作成前は、（他部門と）納得できる話し合いは難しかったです。ですが、不完全な BSC であっても、BSC を前にして話し合いが出来るようになると、自分の視点が混乱しているような箇所も指摘してもらえるようになり、新しく気付くことがありました。BSC を作成してからは、他部門のスタッフと話し合いがしやすくなったことを実感しました。理由を考えてみると、BSC はテーマも含めて視点が整理された上で、課題が明記してあるのが大きいのかなと思っています。少なくとも、それが（課題が）実行委員会で共有されていて、本当に数分とかの短時間の話し合いでも意見をもらえたりしたことが何回かあったりしました。たとえば、B 先生（B 副院長）は忙しいため、上（2 階）にいる時間はほんの 2~3 分とかなんですけれども、（B 副院長から意見をもらえて）『あっ、なるほど』と思ったりしたことがありました。逆に、自分が他の部門の話し合いに参加させてもらうこともあったんですが、話し合いって本当に面白いなと感じました。他部門と話し合いができるということは、（自部門・事業の）BSC に自分以外の視点が加わり、話し合いを進める中で独りよがりな偏りを是正してもらえています。また、部門が違えば何をしているか不明瞭だったのが、BSC があることによって他部門が何を考え、何を課題にしているのかが分かるようになりました。他部門が何をしているのかが見えてくれば、東洋医療科の BSC を反省する材料にもなっています。（中略）BSC を実行した中で、（1 階診療現場の）待合室に出て行けるようになりました。それが一番大きい（自分自身の）変化だと思っています。何で（待合室に）出て行くことが出来なかったのかというと、怖かった、恐怖感というのが一番近い感覚です。でも、今は、オーナーさんとのやりとりの中から鍼灸の相談を受けることもあり、そういう流れでニュースレターや（鍼灸事業の）チラシ、無料施術券を対面で配れています。これは大きな

メリットだと考えています」（カッコ内は筆者挿入）

2つの重要指標は、9月度も目標値を大幅に上回って達成している。その結果、東洋医療部門の同月売上高は目標値を未達したものの、BSC 実践開始月である2月売上高の2倍超となり本年度最高の売上高となっている。一方、10月度は、2つの重要指標は大幅に未達している。未達の原因は、同部門と鍼灸事業の同月間売上高と受診件数が本年度最高を記録<sup>269</sup>したため、C獣医師が1階診療待合室に出向き、「ニュースレター」などを配布する時間が確保できないことにあった。

BSC 実行委員会や経営会議のなかでは、既にその兆候を察知していたため、最終成果である売上高目標の達成を確保するための対応策が話し合われた。その結果、受付部門が同部門・事業の案内パンフレットを配布する案が持ち上がった。次に、他部門から同部門へ顧客を紹介する案が持ち上がった。他部門から同部門への顧客紹介案は10月度から実施され、まずは、日中獣医師部門との連携が開始された。続いて、夜間部門からも提案が上がり、院内での顧客紹介ネットワークが構築された。

院内での顧客紹介ネットワーク策は、直ぐに効果を見せ始めた。C獣医師は、12月のBSC 実行委員会のなかで、日中獣医師部門および夜間部門からの紹介が東洋医療部門の売上高に直結していることを報告した。

2014年度の同部門・事業目標は未達に終わったものの、12月度の売上高は目標値の99.2%、2015年1月度は目標値の144%となり、同部門開設以来過去最高の売上高を達成するまでに成長している。

C獣医師は、BSCを1年間実践してきたことを振り返って、同部門・事業がBSCにコミットメントできた理由は、経営陣の目標達成のための真剣なサポート<sup>270</sup>があったことと、BSCを通じた話し合いが他部門との相互理解を深め、その結果として他部門との連携を得られたことにあると認識している。

2015年2月、第2期BSCの実践が始まった。実践早々、1年間の退職保留期間を迎えたC獣医師は、院長との面談を実施した。院長は、C獣医師のBSC導入成果を踏まえて、本年春頃を目処に店舗出店の意思決定を行った。また、同部門・事業の財務成果については、

<sup>269</sup> 同月の売上高目標は未達だったものの、目標値の92.2%まで達成している。ちなみに、BSC総会で院長に指摘された7月度の売上高は、目標値の52.2%である。

<sup>270</sup> たとえば、H取締役は鍼灸事業の目標達成に向けてC獣医師と何度も会議を重ねるなど、経営陣のBSCに対するコミットメントを示している。

未達している月はあるものの、5月末日現在まで順調に推移している。

#### 5-4. BSC 導入・実践の成果

A 動物病院は、労使間対立と度重なる業務ミスというコントロール不全の組織状態に陥っていた。院長は、理念を浸透させ、組織の正常化を図るために BSC を導入した。しかし、BSC の導入を進める過程においても、動物病院売却を検討する事案が発生し、A 動物病院の組織は揺れながら BSC を実践して行った。

第 1 期（2014 年度）BSC の導入・実践を踏まえて、A 動物病院の BSC 導入・実践成果の財務指標を示し、次に、トップ・マネジメントの認識を示す。最後に、2名の副院長の認識を示す<sup>271</sup>。

##### 5-4-1. 財務指標

図 5-5 は、A 動物病院の 2010 年度から 2014 年度までの「売上高成長率」と「従業員一人当たりの売上高成長率」である。

A 動物病院における経営計画書および、BSC の指標には「売上高」の目標および、「従業員一人当たりの売上高成長率」に関する目標が示されている。特に、「従業員一人当たりの売上高」は、全国の動物病院業界を下回る状況であることから、院長は生産性を示す指標として同指標を重視している。

BSC の導入・実践の成果を示す 2014 年度の財務成果は、中核部門の副院長が抵抗を示したとはいえ、僅かながら向上している。

2011 年度の指標の落ち込み時期は、院長と獣医師間の対立が発生している。また、2013 年度の指標の落ち込み時期は、院長と獣医師を含む組織成員との労使間対立が発生している。

前述のとおり、組織内における獣医師との対立や獣医師の抵抗は、動物病院事業の財務成果にダイレクトに影響する可能性を示している。

---

<sup>271</sup> 2名の副院長には統一の質問事項を予め用意している。ただし、インタビューの回答を得ながら質問をさらに深めると同時に、テーマについて自由に語ってもらっている。

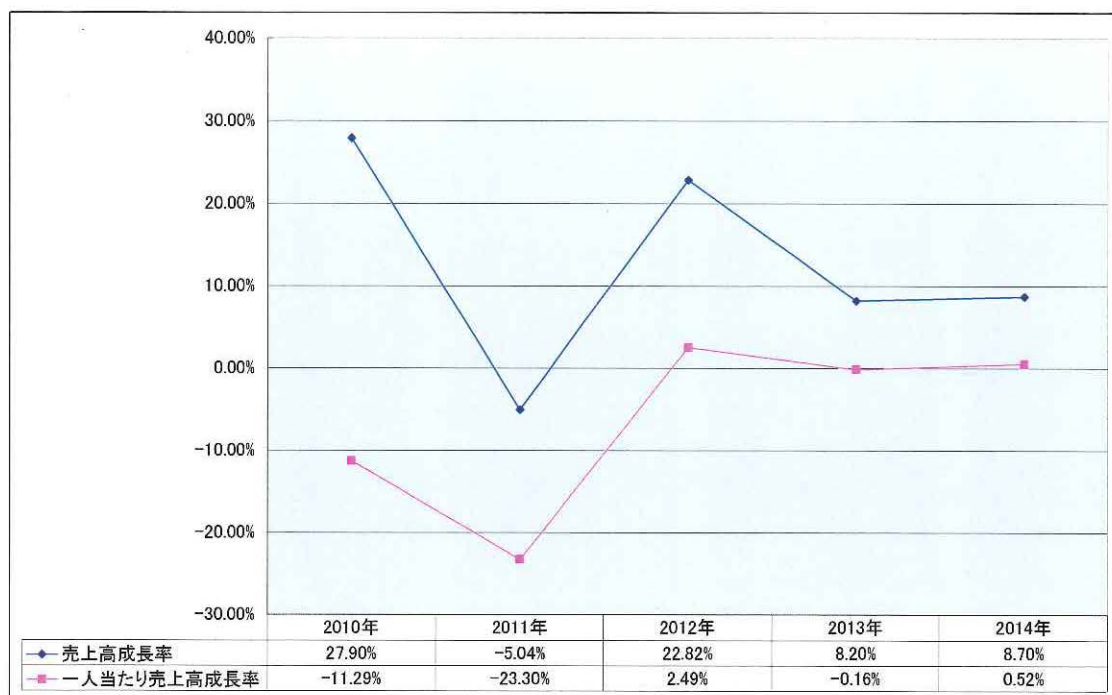


図 5-5. A 動物病院の売上高成長率と生産性成長率

#### 5-4-2. BSC 導入・実践の成果—院長および取締役の認識

H 取締役は、BSC 実行委員長として BSC を 1 年間運営したことの成果について、次のように述べている。

「スタッフ達は、(BSC を導入するまでは) 仕事の目的や目標がわからなかったです。それが、BSC を始めたことで、今では仕事の目的や目標を掴んでいます。特に、(実行) 委員の人達は、わかってきている感じがします。今まで、縦割りだったのが、横と横の話し合いが潤滑しています。いい傾向だと感じています」 (カッコ内は筆者挿入)

事実、従来赤字部門であった東洋医療部門は、C 獣医師の積極的な行動によって、他部門から同部門・事業に患者が紹介される仕組みに変わっている。また、C 獣医師自らが顧客に歩み寄るまでに成長し、財務成果に結びついている。

労使間対立の先導的立場であった A 副院長は、院長と BSC を通じた対話によって組織成員の意識変革を促すポスティング戦略を考案しただけでなく、最も経営にコミットメントする獣医師になっている。その結果、院長に代わって現場統制に貢献し、夜間部門の損益



分岐点突破と安定した顧客獲得を実現している。

ただし、A 動物病院の中核部門である日中獣医師部門 BSC は、院長と B 副院長とのコミュニケーション不良により、財務成果にまで結び付くことはなかった。院長は、現時点での BSC 導入・実践について、次のように評価している。

「BSC を始める前までを 0 点とすると、今は、10 点・15 点位かな。（実行）委員自身がやらされているという思いを捨てないと、その 10 点は 30 点・50 点に伸びない」（カッコ内は筆者挿入）

H 取締役は、院長の評価とは違い、実行委員メンバーは自主的に行動していると評価している。院長は、BSC の現状について評価できない理由を次のように述べている。

「〇〇さん（受付主任）は、怒られるからやってる、B 先生（B 副院長）は、BSC の根底の所に疑義があるから取り組まない。（中略）BSC の委員かわるねって言ったら、皆、『はい』って替わるでしょ、きっと。いや、替わりたくないですって、やりたいですって言い通す人が 1 人でもいるかしらと思うと、やっぱり、まだまだ形骸なんだとは思ってます。（中略）それは、要求し過ぎなんですかね。100 点は、絶対に取りえないものだと僕は思っているの」（カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述）

また、院長は、BSC によってビジョンを示し共有することはできても、それが日々の業務につながっていない状況について次のとおり述べている。

「ビジョンが、（皆の）やり甲斐に結びついているかという点、0 点ですね。（BSC によって）ビジョンは提示されているだけで、何のためにこの作業をやるかって所までしか行ってない。これをやったら、このビジョンが到達できるぞ、じゃあやろうって所まで行ってる人は、たぶん 1 人もいない。そこは、俯瞰的な視点を教えて行かないと、そこ（ビジョンと業務）がガチャッと連結してくれないかな。あくまでも、足し算の積み重ねで結果が出るに過ぎない」（カッコ内は筆者挿入）

それでも、院長は、BSC を導入したことで、導入目的の 1 つである「院長不在の組織コントロール」については、100 点満点中 30 点位と評価する。また、BSC の導入メリットの 1 つとして、BSC フレームに指標を埋めることで、組織成員が考えなくてもある程度結果が

出るのが良いところであると院長は認識している。院長は、近い将来、BSC と報酬制度を連動させて活用する考えを示している。

## 5-5. 考察

本節では、トップのコミットメントに関するフォロワーの認識およびフォロワーシップ・スタイル診断テストの結果を示した上で、医師がなぜ抵抗するのかを究明するために、先行研究で指摘される BSC 導入プロセスの促進要因と獣医師による抵抗の関係、マネジメントの変遷と獣医師による抵抗との関係、「トップのコミットメント」と獣医師による抵抗との関係について考察する。また、獣医師の抵抗とフォロワーシップの関係を検討した後、考察の結果をまとめる。

### 5-5-1. トップのコミットメントに関するフォロワーの認識

A 動物病院の事例を考察するにあたって、まず本節では、トップのコミットメントについて、BSC にコミットメントを示した A 副院長と BSC に抵抗を示した B 副院長の認識を示して行く。両副院長には、トップのコミットメントに関するインタビューを実施している。質問内容は、①トップのコミットメント（関与・責任）について、②院長との相互信頼の程度について、③院長からの BSC 運営に関する支援の程度、の3点であり<sup>272</sup>、次のような回答を得られた。

#### (1) BSC にコミットメントした A 副院長の認識

①の「院長の BSC に対するコミットメント（関与・責任）の度合」に関して、A 副院長は、院長の BSC へのコミットメントは「5」と回答している。A 副院長は、院長が BSC を通じて、業務全般の管理を強めて行った印象があると証言する。しかし、それは、院長が BSC を通じて組織を何としても変えたいという執念の表れとして A 副院長は捉えている。また、その思いが強かったかからこそ、スタッフの連帯感を強化すると同時に、売上にも

<sup>272</sup> 質問項目を予め用意した上で、半構造化されたインタビューを A 副院長・B 副院長に実施している。①質問は、5段階評価（1「まったく思わない」から、5「まったくそう思う」）で考えてもらい回答を得ている。②質問は、5段階評価（1「まったく信用していない・まったく信用されていない」から、5「とても信用している・とても信用されている」）で、BSC を導入する前と導入後（2015年2月末日まで）について考えてもらい回答を得ている。③質問は、5段階評価（1「まったく思わない」から、5「まったくそう思う」）で考えてもらい回答を得ている。A・B副院長合同インタビューは、2015年4月27日に実施。さらに、真意を確かめる目的で A 副院長への単独インタビューを2015年7月6日・8月31日に実施、B 副院長への単独インタビューを2015年8月27日・10月19日に実施している。真意を語っていただくために、録音機は使用していない。

直結するポスティング戦略を実施できたと A 副院長は証言している。

A 副院長は、院長が臨床現場から離れていたにもかかわらず、院長は副院長会議のなかで、BSC に関連する議題に真剣に取り組んでいたと証言する。なかでも、院長との対話は、A 副院長の問題意識と院長の抱える経営課題が 1 つにつながったことを認識できる機会となり、院長との価値観の共有や認識の合致につながっていたと A 副院長は証言する。また、A 副院長をはじめ、夜間部門と院長との一体感を強めた背景には、院長の BSC に対する深い関与を抜かしては説明できないと証言する。

②の「院長への信頼の程度」については、A 副院長は、BSC 導入前の回答はいずれも「3」、BSC 導入後の回答はいずれも「4」と回答している。A 副院長は、BSC を実践して行くなかで、院長と話し合う機会が増えたと証言する。その結果、お互いの考え方や問題点を知る機会になると同時に、対話の積み重ねによって価値観を共有し合えたことが A 副院長の提案などの支持につながり、また、信頼関係に大きく影響していると証言している。

ただし、A 副院長は、院長が臨床現場を離れて経営だけに専念<sup>273</sup>すると公言する以上、診療を含む現場の業務について、もう少し両副院長職を信頼して任せる必要があったと証言する。

③の「院長からの BSC 運営に関する支援」に関して、A 副院長は、院長からの BSC の支援は「5」と回答している。A 副院長は、顧客の利便性を高める新サービスや組織力を高めるためのポスティング戦略の考案と実践ができたのは、BSC を通じた院長との対話によって院長が提案に理解を示し支援したからであると証言する。

また、BSC を実践して行くなかで、院長は A 副院長が考案した戦略の障害に気付いて、副院長会議や BSC 実行委員会のなかで A 副院長の考えを支持していることを表明するなど、戦略推進のための支援的行為が互いの信頼関係の構築に重要であったと証言している。

## (2) BSC に抵抗を示した B 副院長の認識

B 副院長は、院長の BSC へのコミットメントは「5」と回答している。B 副院長は、院長が BSC に強い思い入れがあるため弊害が発生したこともあったと証言する。B 副院長は、日中獣医師部門の話し合いを行うために獣医師達にインフォーマルな会議の参加を呼び掛けている。その際に、院長が突然会議に介入し、最終的には、院長の進めて行きたい方向に話しが流された、と B 副院長は証言する。

<sup>273</sup> 院長は、臨床現場での業務として外科手術のみ実施している。ただし、院長の都合がつかない場合もある。

また、その結果、BSC の指標やアクションプランなどのアイデアを導き出すための会議の場が、いつの間にか部下との議論ではなく院長からの指示・命令のように感じられたと証言する。このことから、日中獣医師部門で実施しようとしていたことは、院長のトップ・ダウンによる指示的発言によって案が曲げられ、皆で取り決めたという感覚ではなく院長の指示・命令的要素の強い BSC であると感じていた、と B 副院長は証言する。

B 副院長は、日中獣医師部門に対する院長の過度な介入は、院長の BSC に傾ける情熱の強さで見ている一方で、B 副院長自身の BSC へのコミットメントを高める機会にはならなかったと証言する。また、B 副院長は、院長の BSC 実行委員会や副院長会議でのトップ・ダウン的な発言だけでなく、半強制的に「読書会」を実施するのは、院長のコミットメントの過剰さを示す一面であると証言する。

②の「院長への信頼の程度」に関して、B 副院長は、BSC 導入前の回答はいずれも「5」、BSC 導入後の回答はいずれも「1」と回答している。B 副院長は、BSC を導入した結果、院長の示す理念（言葉）と行動の相違を目の当たりにしたことが経営陣に対する信頼崩壊の始まりだったと証言する。

また、B 副院長は、院長の発言のブレが院長への信頼感に影響していたと証言する。具体的には、院長は、「売上は、お客様からの『ありがとう』を示す尺度」といいながらも、院長は B 副院長に対して 2014 年度の売上高目標の未達を容認するような発言をしたと証言する。そのため、B 副院長は、スタッフらに何のために目標を強めているのか意味を見出せなくなり院長の言葉の信用性を損ねる契機になったと証言する。

③の「院長からの BSC 運営での支援」について、B 副院長は、院長からの BSC の支援は「1」と回答している。B 副院長は、ポスティング戦略を同意したことで B 副院長の部下 4 名を失う結果になったものの<sup>274</sup>、経営理念と経営陣の行動のギャップを目の当たりにする機会になったと証言する。

B 副院長は、ポスティング戦略に伴う人員減による臨床現場のレベル低下状態について、会議の場などを利用して院長に何度か説明して来た。しかし、経営陣は支援をしない姿勢<sup>275</sup>を示し続けたと証言する。

B 副院長は、BSC を導入する前の院長は、B 副院長を含むスタッフに対して支援的な行動を示していたと認識している。しかし、院長が臨床現場を離れて経営に専念すると公言し

<sup>274</sup> B 副院長は、1名の動物看護師の退職については、会議の内容をあまりオブラートに包まずに伝達したことが原因であることは否めないと認識している。

<sup>275</sup> 経営陣は、手術業務は手伝っている。しかし、B 副院長は、経営陣の診療業務の応援を必要としている。

た2014年度以降は、B副院長のフィードバックにも次第に聞く耳を持たなくなり、臨床現場が求める援助的な行動を的確に実施しなくなったと証言する。

### 5-5-2. フォロワーシップ・スタイル診断テストの結果

続いて、第2章にて論じたフォロワーシップ・スタイル診断テストの結果を示す。当初、フォロワーシップ・スタイル診断テストは、違いが確認されたA副院長（経営にコミットメントした獣医師）とB副院長（BSCに抵抗を示した獣医師）だけに実施した。その結果、A副院長とB副院長の診断テストの結果が二分された。

このことから、フォロワーシップ・スタイル診断テストそのものの妥当性を確認するために、補足的診断テストという位置付けでC獣医師の協力を得てフォロワーシップ・スタイル診断テストを追加で実施した<sup>276</sup>。

C獣医師のフォロワーシップ・スタイル診断テスト結果が、A副院長と同じフォロワーシップ・スタイルになるならば、Kelley（1992）の開発した診断テストが信頼に値するといえる。なぜなら、C獣医師は、A副院長と同じくBSCを通じて経営にコミットメントするまでに意識変革を遂げた獣医師だからである。

3名の獣医師のフォロワーシップ・スタイル診断テスト結果は、表5-5および図5-6のとおりである。

A副院長（A獣医師）およびC獣医師のフォロワーシップ・スタイルは、「模範的フォロワー」と同一である。B副院長（B獣医師）のフォロワーシップ・スタイルは、「孤立型フォロワー」である。

表 5-5. フォロワーシップ診断結果

受検者	診断結果（スタイル）	独自の考え方得点	積極的関与得点
A副院長	模範的フォロワー	高い	高い
B副院長	孤立型フォロワー	高い	低い
C獣医師	模範的フォロワー	高い	高い

出所：Kelley（1992，邦訳，p. 99）を筆者編集。

<sup>276</sup> A副院長には2015年6月8日に実施している。B副院長には、2015年6月1日に実施している。C獣医師には、2015年6月29日に実施している。

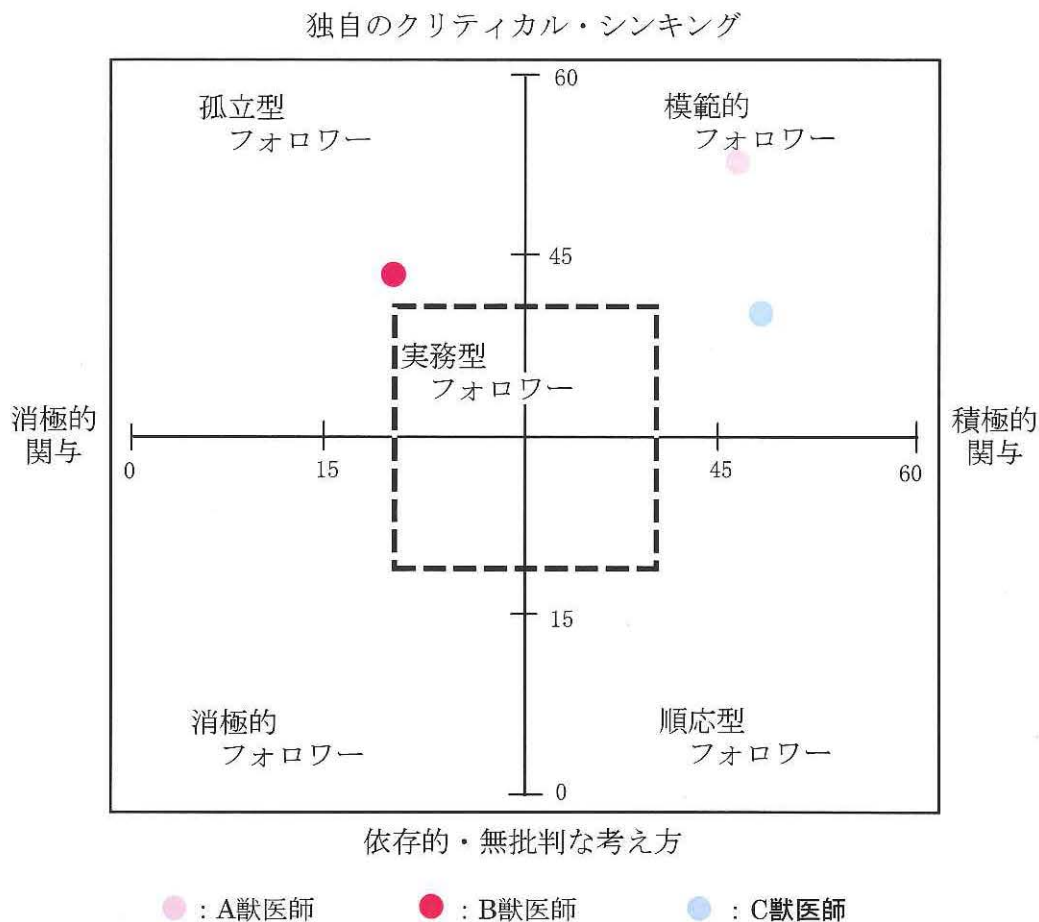


図 5-6. フォロワーシップ・スタイル図

出所 : Kelley (1992, 邦訳, p. 99) を筆者編集。

### 5-5-3. 先行研究で指摘される BSC 導入プロセスの促進要因と獣医師による抵抗の関係

第 3 章で示した通り、先行研究では、BSC の導入・実践に際して、なぜ医師が抵抗するのかについて必ずしも明らかになっていない。A 動物病院において、BSC の導入・実践に際して、なぜ医師が抵抗するのか考察する上で、先行研究で指摘される BSC 導入プロセスの促進要因が見受けられたのか否かを検討しておく必要がある。

A 動物病院の BSC 導入プロセスに関して、谷 (2004a; 2004b) が示した 5 つの促進要因から検討していくと、「トップのコミットメント」について、院長の BSC へのコミットメントは事例の随所において確認することができる。「推進役」は、C 獣医師であり、他部門 BSC の開発を促進させながら、BSC を組織全体に広める施策を行っている。

「ボトムアップによる導入」は、院長の示した経営計画書に基づいて 5 部門から導入をは

はじめ、BSC 実践後期では2つの部門が BSC を導入している。「成果指標と行動指標の設定に十分な時間をかける」は、BSC の策定段階に暫定的な指標を設定し、また、BSC 実践開始においては 6 カ月間の指標開発を実施している。「責任の設定」は、各実行委員が「経営計画発表会」において全成員の前で BSC の内容を発表し目標必達を公約している。加えて、毎月実施する「BSC 実行委員会」において、各部門の成果と反省点を報告し、また、他部門間での質疑応答タイムを設けることで責任を明確にしている。

ただし、BSC 導入プロセスの 5 つの促進要因のすべてを実施していても、A 動物病院においては BSC の実践段階で獣医師による抵抗が発生している。このことから、5 つの促進要因は、獣医師の抵抗を回避・緩和する要因にはなっていないといえる。

#### 5-5-4. マネジメントの変遷と獣医師による抵抗との関係

前節で、先行研究で指摘された BSC 導入プロセスの促進要因が獣医師の抵抗を回避・緩和する要因にはなっていないことを確認したことから、A 動物病院の事例そのものから医師の抵抗理由を探りたい。

BSC を導入する前の A 動物病院は、正式なマネジメントも管理会計の仕組みもない。そのため、病院全体を PDCA サイクルで回すのではなく、創業時から院長の経営理念に基づくトップ・ダウンのリーダーシップで現場を指揮している。しかし、A 動物病院の組織成員が増員するにつれ、院長によるトップ・ダウンの指揮が機能なくなっている。このことから、院長は、院長室に経営理念を掲げることで理念主導の経営強化を図り対応したものの、その効果は見られない。

組織のコントロールが不安定になる背景には、組織成員の増加だけでなく、院長が不公平な人事を行っているため成員が認識してしまうマネジメント上の問題に起因している。院長は理念経営に拘るゆえに、自らが理念実行の模範となるプレイングマネージャーとして早朝から深夜まで指揮を執っている。そのため、院長の身体疲労蓄積による「突然休診」が頻発化し、予約客対応に窮する成員は院長に対して不満を募らせている。その結果、院内休憩室での誹謗中傷文の掲示が発生している。

G 獣医師は、成員らの不満を解消するために、院長に経営に関する改善案を行うものの、理念経営に拘る院長との価値観の相違が顕在化したため対立に発展し退職している。その結果、2011 年度の財務指標にはマイナス影響が示されている。

2013 年度は、業務ミスが頻発している。院長は従来通り、業務ミスが発生する度に理念に基

づいて指導の徹底を図り、また、業務改善のための委員会を立ち上げている。しかし、委員会の PDCA サイクルは回ることなく頓挫している。そのため、業務改善は一行に進むことなく、逆に、院長と院長以外の組織成員との間に誤解を生じている。そのため、院長は、統制を図る目的で業務ミスした成員に対して管理的権限を行使している。その結果、A 獣医師（副院長）を筆頭とする全成員と院長との労使間対立に至っている。このことから、トップが理念を示し、理念に基づく指揮を行うだけでは理念を組織に浸透させ統制することは難しいことを示唆している。

院長は、「理念浸透とビジョンの共有」とマネジメントの強化を図る目的で BSC の導入を意思決定している。

BSC の導入では、実行委員は、BSC の講習会と作成を通じて経営理念と業務のつながりを認識している。とはいえ、BSC の導入最中に、院長と獣医師間における意見対立をはじめ、獣医師からの退職意向<sup>277</sup>が示されている。

C 獣医師の退職意向では、業績管理の実施と管理的権限の行使が原因になっていることが確認できる。C 獣医師が預かる東洋医療部門・鍼灸事業は、(株)A で唯一の赤字部門・事業である。そのため、院長は業績のテコ入れを図るために、2013 年（BSC 導入前）より損益分岐点による業績管理を実施している。加えて、院長は、同部門・事業の業績を上げるために、C 獣医師に対して配布活動の指示・命令を行っている。しかし、C 獣医師は、BSC の導入によって経営理念の重要性を認識しながらも<sup>278</sup>、財務偏重の精神的圧迫と院長からの一方的な配布の指示・命令への不服を理由に退職願いを上げている。また、C 獣医師の抵抗だけでなく、BSC 導入前からある獣医師と院長との診療方針や価値観の相違という「潜在的な対立」および「前の葛藤余波」が影響して意見対立が発生している<sup>279</sup>。

BSC の実践以降は、院長の臨床現場退陣と同時に、BSC を中心にしたマネジメントが実施されている。BSC 導入前には頓挫してしまう委員会制度も、BSC の実践とともに開始された「BSC 実行委員会」によって、完全ではないものの PDCA サイクルが回り出している。また、2 名の副院長を通じて戦略をマネジメント・コントロールする目的で始めた「副院長会議」は、毎月 1 回開催され、BSC を通じた現場からのフィードバックを基にした戦略会議が実施されている。

A 動物病院の BSC 導入目的である「理念浸透とビジョンの共有」は、BSC の導入・実践に

<sup>277</sup> 院長の証言には、獣医師の退職意向を示す行為が「脅迫行為」と思えるほどインパクトの強い抵抗手段として認識していることが示されている。

<sup>278</sup> 表 5-3 を参照されたい。

<sup>279</sup> 巻末の補足資料 4 を参照されたい。



より BSC 導入前よりも進んでいるといえる。なぜなら、患者・顧客の利便性を高めたいという思いから A 副院長を中心に新サービスの開発が行われ提供を実現させているからである。加えて、診療強化のために全実行委員達がセクショナリズムを払拭して他部門間の協力体制を築いた上、財務的な成果を得ているからである。

そもそも、A 副院長は労使間対立の労働者側の急先鋒に立つ獣医師である。その A 副院長が BSC の導入・実践によって経営に最もコミットメントを示しているという事実は、注目に値するだろう。さらに、C 獣医師においても、BSC 導入最中までは業績管理や院長の管理的権限に対して抵抗を示していたものの、BSC の実践においては経営理念と業務・財務の意味を見出したことで、経営にコミットメントし成果を上げている。これらの点は、実行委員達が BSC の導入・実践過程で行われる対話によって「前の葛藤余波」を克服しながら意識変革が進んできたことの証左といえよう。

しかし、B 副院長の示した抵抗で明らかのように、BSC を導入・実践したからといって、必ずしも獣医師から経営に関するコミットメントを引き出せるわけではない。

このことから、BSC の作成に獣医師を参加させ、また、対話させることで経営理念の意識付けを図ることはできても、BSC の導入前の「潜在的な対立」の影響が大きい場合には、獣医師の抵抗は回避・緩和できない。

#### 5-5-5. 「トップのコミットメント」と獣医師による抵抗との関係

A 副院長は、BSC を導入する前の労使間対立の先導的立場であったものの、BSC を導入・実践してからは最も BSC にコミットメントした獣医師である。B 副院長においては、BSC を導入する前は個別的な抵抗はまったく示さなかったものの<sup>280</sup>、BSC を導入・実践以降は抵抗を示した獣医師である。

このことから、本項では、院長のコミットメントのあり方が、獣医師の意識にどのような変化を及ぼしているのか A 副院長と B 副院長の認識を踏まえながら考察する。

まず、院長の「コミットメント（関与・責任）」については、BSC 導入を見据えて策定した「株A 経営計画書 2014」および「経営計画発表会および BSC 発表会」を実施していることから確認できる。また、BSC の導入に伴い、「BSC 実行委員会」および「副院長会議」を毎月欠かさず実施し、院長自らも毎回欠かさず出席している。さらに、BSC の実践上において、実行委員達の業務と財務のリンクを強化するために、四半期に 1 回「営業会

<sup>280</sup> ただし、院長と院長以外の組織成員間に発生した労使間対立の連名書には署名をしている。

議」を実施している。これらの事実から、A 副院長および B 副院長は、院長の BSC に対する「コミットメント（関与・責任）」はとても強いと認識している。

A 副院長に対する院長の BSC の使い方は、理念に立脚した対話重視のコミュニケーションが特徴的である。対話を重視した院長の BSC の使い方は、A 副院長との間に価値観を共有する契機になっている。そればかりか、A 副院長に組織成員の一体感を高める必要性を認識させる契機となり、ポスティング戦略（ポスティングダービー）を生み出し実践するまでに A 副院長の意識を変えている。

これらの点は、院長の対話を重視した BSC の実践が、組織に起きている問題や新たな価値について共同で意味付ける（Weick, 1995; Gergen, 1999）と同時に、BSC 導入前に発生していた対立関係の知覚を再体制化（Leavitt, 1958）したことで A 副院長は経営にコミットメントできたと考えられる。

B 副院長に対する院長の BSC の使い方は、初めは理念に立脚した対話重視のコミュニケーションを実施していたものの、双方の誤解と見解の相違を契機に B 副院長を「コントロール」するスタイルへと変貌している。

B 副院長に対する院長の BSC の使い方の変化は、BSC 導入前の対立関係が院長の心理的な足枷となり規定されていると考えられる。つまり、院長と B 副院長の間にある見解の相違そのものに対して、院長は過去の対立関係の記憶から B 副院長の抵抗と見なしているといえる。

事実、「副院長会議」における院長の発言は、ポスティング戦略が実施できない現場の障害を取り除くための対話を重ねるスタンスではなく、ポスティング戦略を実施しないことを B 副院長の抵抗と見なした指導強化とコントロール強化に偏向していることが確認できる。

新たな価値の確立のために会計以外の文化的なコントロールの組み合わせの有効性が指摘されているが（Abernethy and Chua, 1995）、院長においても「読書会」を通じて B 副院長の抵抗緩和と BSC のコントロールの補強を図ろうとして実施している。しかし、その効果は得られてない。また、「読書会」の取り組みについても、院長が過去の対立関係の経験に規定されているゆえの行動と考えられる。このことから、BSC 導入前の獣医師との対立関係の経験は、「トップの BSC の使用法」にも影響を与える可能性を示唆している。

BSC の使い方には、トップ・ダウンの「コントロール」と「コミュニケーション」の 2 つあることが指摘されている（Kaplan and Norton, 1996b, p. 25; 2001a, p. 12）。A 動物病院に

における「トップのBSCの使用法」は、A副院長においてはトップ・ダウンの「コミュニケーション」方式が使用され、B副院長においてはトップ・ダウンの「コントロール」方式が使用されていることが判明した。

次に、院長の「トップの支援」においては、A副院長とB副院長の認識には大きな違いが見られる。

院長は、A副院長に対して新サービスの提案を支持している。また、A副院長がリーダーとして実施しているポスティング戦略の障害を取り除くために、B副院長や他の実行委員に対して断固とした姿勢を示してA副院長を支援している。これらの支援は、「トップの信頼感」を高める要因であることをA副院長は認識している。

院長は、B副院長に対して的確な「トップの支援」を実施できていない。その背景にあるのは、院長の一方的なBSCの使用法により、B副院長との間に価値観の共有と認識が合っていないことに起因していると考えられる。そのため、院長は、B副院長から得られる臨床現場に関するフィードバックの内容を歪めて解釈してしまっている可能性がある。つまり、院長は、B副院長との認識の違いからフィードバックの内容に応じた的確な「トップの支援」を実施できていない。その結果、B副院長は、院長が示す理念（言葉）と院長の支援実践（行動）のギャップを強く認識するようになり、「トップの信頼感」の低下と同時に、BSCへの抵抗を強めていると考えられる。

一方、院長においては、B副院長の抵抗を緩和させコントロールの強化を図るために「読書会」を実施するものの、B副院長には半強制的な思想の押し付けとして捉えられ抵抗を示すという、「トップのBSCの使用法」を起点とした悪循環に陥っている。

A動物病院の事例からは、トップ・マネジメントの信頼感が獣医師の抵抗に影響しており、その根源はトップ・マネジメントがBSCをどのように使用するかにあるといえる。このことから、「トップのBSCの使用法」は、良くも悪くもフォロワーである獣医師の意識と行動に影響を与える根源といえる。

Aidemark (2001) は、BSCによるトップ・ダウンのコントロールが医師の抵抗によって失敗するの否かは課題であるとしている。A動物病院の事例から類推すると、医師においても、BSCをトップダウン・コントロールとして使用した場合には医師との意思の疎通を欠き、戦略のフィードバックに対する的確な支援活動を行えないことによる「トップの信頼感」の低下につながり、最終的には医師の抵抗が発生する可能性が高いと考えられる。つまり、医療組織においてトップ・マネジメントの信頼感は重要だが (Comerford and

Abernethy, 1999)、その信頼感はトップ・マネジメントの的確な支援の上に成り立つものであり、トップ・マネジメントの BSC の使い方こそが医師による抵抗を招くのか、あるいはコミットメントを引き出すことができるのか、その違いを生む重要な要因といえる。

#### 5-5-6. 獣医師の抵抗とフォロワーシップの関係

A 副院長および C 獣医師は、BSC の実践前 (BSC 導入最中まで) に抵抗を示した獣医師である。しかし、A 副院長および C 獣医師の BSC 導入・実践後のフォロワーシップ・スタイルは「模範的フォロワー」である。加えて、A 副院長および C 獣医師は、BSC を通じたトップ・マネジメントとの関係性から経営へのコミットメントを高めている。

一方、B 副院長においては、BSC 導入前の労使間対立の最中にあっても、患者と顧客を第一に考えて、臨床現場のミス防止策として新人動物看護師への教育の必要性を H 取締役性に訴え、また要請している<sup>281</sup>。しかし、BSC 導入・実践後のフォロワーシップ・スタイルは「孤立型のフォロワー」である。加えて、B 副院長は BSC を通じたトップ・マネジメントとの関係性から BSC に抵抗を示している。

Kelley (1992) は、「孤立型のフォロワー」の多くは「模範的フォロワー」からスタートしていると指摘した上で、調査結果から「期待を満たされなかったり、信頼関係が壊れたこと」(同, 邦訳, p.105) が「孤立型フォロワー」になる多くの原因であり、フォロワーにとって信頼の欠如は重大な問題であると指摘している。BSC 導入・実践前の B 副院長が「模範的フォロワー」であったか否かは別にして、B 副院長が示した「トップの信頼感」が低いという回答は、Kelley (1992) が指摘する「信頼の欠如」と一致している。

獣医師の抵抗をフォロワーシップの観点から考察した結果、獣医師のフォロワーシップに影響を与えているのは BSC を通じたトップの関与のあり方だと考えられる。このことから、B 副院長の抵抗を解消して「模範的フォロワー」にチェンジさせるためには、トップは、BSC にコミットメントするだけでなく、経営理念に立脚しながら BSC の使用方法を常に見直して行くことが望ましい。

#### 5-5-7. 医師の抵抗に影響を与える要因

本項では、これまでの考察を踏まえて、経営にコミットメントした A 副院長と BSC に抵抗を示した B 副院長の相違点を考察することで、獣医師がなぜ抵抗するのか、その要因を

<sup>281</sup> このような B 副院長の考え方と行動は、表 2-1 に示される「模範的フォロワー」の特徴と一致している。

見出して行く。

表 5-6 は、本節の議論をまとめた一覧表である。A 副院長および B 副院長は、先行研究で重要視されてきたトップのコミットメント（谷, 2004a; 2004b; Kloot and Martin, 2000; McCann, 2000）、つまり院長の BSC への「関与・責任」については高く評価している。しかし、A 副院長は経営にコミットメントし、B 副院長は BSC に抵抗を示している。A 副院長と B 副院長の違いを生んだのは、院長の「BSC の使用法」にあることを本節の第 5 項で示した。本項では、それに両副院長のフォロワーシップ・スタイル診断テストの結果を加えて比較・検討して行く。

表 5-6. BSC を通じたトップのコミットメントとフォロワーシップ

	A副院長	B副院長
トップのBSCへの関与・責任	5	5
トップの支援	5	1
トップの信頼感	4	1
トップのBSCの使用法	トップダウンの コミュニケーション	トップダウンの コントロール

フォロワーシップ・スタイル	模範的フォロワー	孤立型フォロワー
---------------	----------	----------

A 副院長にはトップ・ダウンの「コミュニケーション」を用いた結果、院長はフィードバックに基づく的確な支援を実施でき、A 副院長からの信頼を高める結果につながっている。加えて、A 副院長が BSC 導入前に発生している労使間対立の先導者であることを踏まえれば、BSC の導入・実践による対話は労使間の誤解を解消させるだけでなく、院長と A 副院長の新たな価値の創造と共有へとつながり、A 副院長の経営へのコミットメントにつながっている。この結果は、フォロワーシップ・スタイル診断テストの結果にも表れている。

一方、B 副院長には最終的にトップ・ダウンの「コントロール」を用いた結果、院長はフィードバックに基づく的確な支援を実施できていない。その結果、院長と B 副院長の間に生じた誤解は解消されず、院長の信頼感が崩れている。B 副院長は、院長の信頼感が崩れたことにより、院長への抵抗を次第に強めている。また、最終的には退職を示す（「制裁」）まで、B 副院長の抵抗は高まっている。このような B 副院長の意識と行動の結果は、本節

の第2項で示したフォロワーシップ・スタイル診断結果にも表れている。

前述のとおり、A 副院長と B 副院を比較・検討した結果、獣医師の抵抗を招くか否かは、「トップの BSC の使用法」にあるといえ、この点は、トップの影響を受けた結果を示すフォロワーシップ・スタイルの観点からも支持できるものである。

加えて、トップが BSC をどのように使用して行くかは、トップとフォロワーの相互コミュニケーションに大きな違いを生み、その結果として獣医師の抵抗を回避して経営にコミットメントさせることができるか、あるいは獣医師の抵抗を招いて挫折するかの違いにつながるという示唆を得た。

## 終章

### 1. 研究要約

本研究では、医師がなぜ抵抗するのかについてBSCの導入・実践プロセスに着目しながら明らかにすることを目的とした。

第1章では、医療組織が経営効率化に迫られている現状を確認した上で、トップ・マネジメントと高度専門職業人である医師との対立関係を概観した。わが国の医療組織は、トップ・マネジメントの管理的権限と医師の専門職的権限による二重権威構造が対立関係の原因になっているだけでなく、医師の希少性が高いゆえに、時として専門職的権限が管理的権限を上回ることを確認した。さらに、わが国における公立病院の事例によって、医師の上方向への影響戦術は退職（「制裁」）を用いることを明らかにすると同時に、医師のマネジメントが医療組織における課題であることを提示した。

第2章では、医師のマネジメントについて先行研究のレビューを行った。その結果、医師はマネジメントへの関心が低い上に、医師自身の自律性を侵害される場合には抵抗を示すことが示唆されている。一方、「理念主導の経営（直接的・間接的方法）」と「対話」は、医師の意識変革を促し、経営にコミットメントさせる要因であることを見出している。なお、医師のフォロワーシップへの着目の必要性を示し、フォロワーシップ・スタイル診断テストについて概観した。

第3章では、医療BSCの導入に関する先行研究のレビューを行った。その結果、医療BSCの促進要因は「トップのコミットメント」であることを見出した。一方、医療BSCの阻害要因は「戦略思考不足」と「医師による抵抗」であることを見出した。なかでも、「医師による抵抗」は指摘されるものの、なぜ医師が抵抗するのかについては明らかになっていないことを確認している。加えて、医療BSCの導入プロセス研究は、医師からの証言や医師それ自体に焦点を当てた研究がないことを指摘した。また、BSCによる医師のマネジメントに関する研究課題として、なぜ医師が抵抗するのかについて明らかになっていないこと、BSC導入前の組織状態を十分に検討されていないこと、「トップのコミットメント」とは何か留意しながらフォロワーとのコミュニケーションに焦点が当てられていないこと、フォロワーシップの観点から医師を分析されていないこと、そして医師からの証言が得られていないことを提示した。最後に、本研究の目的を達成させるためには、フィールド・リサーチが最適であることを示した。

第4章では、調査概要を示している。具体的には、「研究の視点」として医療 BSC に関する研究課題を究明するために、フィールド・リサーチによって事例研究を行うことを示している。

「調査先の選定」では、なぜ動物病院および獣医師を調査先にしたのか、その理由について示している。「調査方法」では、筆者は「観察者としての参加者」として「参与観察」および「密度の高い聞きとり」を実施することを示している。「A 動物病院の概要」では、A 動物病院の診療体制および経営理念について示している。

第5章では、A 動物病院の事例研究を行っている。事例研究では、①BSC 導入前、②BSC の導入、③BSC の実践、④BSC の導入・実践の成果、と時系列で記述した上で、トップのコミットメントに関するフォロワーの認識およびフォロワーシップ・スタイル診断テストの結果を示した上で、考察を行っている。考察を行った結果、①先行研究で示されている BSC 導入プロセスの5つの促進要因を実施していても、獣医師の抵抗は回避・緩和できないこと、②BSC の導入前の「潜在的な対立」の影響が大きい場合には、獣医師の抵抗は回避・緩和できないこと、③BSC の導入・実践において、トップのコミットメント（関与・責任）が十分に発揮されていても、獣医師の抵抗は発生すること、また、トップ・マネジメントにおいては、BSC の導入前の対立関係の記憶が心理的な足枷となり、BSC の使用法に影響を与える可能性があること、④BSC を通じたトップのあり方が獣医師のフォロワーシップに影響を及ぼすこと、⑤「トップの BSC の使用法」は「トップの支援」に影響を及ぼすと同時に「トップの信頼感」に影響することが明らかになっている。これらを踏まえた上で得られた結論は、トップが BSC をトップダウン・コントロールとして使用することが、高度専門職業人である獣医師の抵抗を招く根本的な原因であることを明らかにしている。

## 2. 結論

A 動物病院の事例を通じて得られた結論は、トップが BSC をトップダウン・コントロールとして使用した場合に高度専門職業人である獣医師は抵抗を示すという結論を得た。

BSC の導入プロセスの既存研究では、「トップのコミットメント」の重要性が強調されている。なかでも、医療組織においては、企業以上に「トップのコミットメント」が重要であると主張されている。しかしながら、「トップのコミットメント」といっても BSC の使用スタイルは様々であり、どのようなスタイルが医師の抵抗を回避・緩和するのか、あるいはどのようなスタイルが医師の抵抗を招くのかを詳細に記述した事例はない。

また、BSC の提唱者である Kaplan and Norton は、BSC の使い方にはトップ・ダウンの「コン



ントロール」と「コミュニケーション」の2つあることを指摘しているものの、わが国の医療BSCの既存研究においては、トップ・ダウンの「コントロール」と「コミュニケーション」の違いを比較できるような事例研究は見当たらない。

しかしながら、本研究では、Kaplan and Nortonが指摘している、BSCにおけるトップ・ダウンの「コントロール」と「コミュニケーション」の実際の使われ方、その影響を受ける獣医師の意識と行動をフィールド・リサーチによって詳細に示している。

事例を考察した結果、A動物病院の事例においては、文字通りのトップのコミットメント、すなわちトップのBSCへの関与と責任がどれだけ高くても、経営理念に立脚した対話を重視しないBSCの使い方をすればコントロールとして発動してしまうことを明らかにした。このことは、階層を越えた「相互作用のコントロール」が機能不全に陥っている状態を意味するものである。

加えて、トップのコントロールの変遷（トップ・ダウンの「コミュニケーション」から「コントロール」へ）は、BSC導入前（組織変革前）の獣医師との対立経験がトップの判断に影響している可能性を示しており、その結果として、獣医師の抵抗を招くという過程をトップとフォロワーの両視点の考察によって明らかにしている。

以上の他に、BSC導入前の組織状態を検討に加えたことで、BSCの導入前の「潜在的な対立」がBSCの導入・実践プロセス上に顕在化することを示したこと、既存研究で示されているBSC導入プロセスの5つの促進要因は、獣医師の抵抗を回避・緩和する要因にはなっていないこと、獣医師をフォロワーシップの観点から考察を加えたことで、獣医師の示した意識と行動は「トップのBSCの使用法」に起因する可能性を示したこと、対立関係にいた獣医師であってもBSCを通じて経営にコミットメントさせる要因を示したこと、また、BSCの戦略会議における対話のなかで新たな戦略が生まれる過程を詳細に示したことは、学術的な貢献を果たしているといえる。

一方、実務的な貢献としては、次の3つが挙げられる。

1つ目は、医師・獣医師の上方向への影響戦術の共通点を導き出したことである。医師・獣医師の上方向の影響戦術は、一般的には組織階層上における下位者が用いるには不適切とされている退職（「制裁」）を用いる。ただし、医師・獣医師の退職をもって抵抗と見なすか否かは、トップ・マネジメントが医師・獣医師にどれだけ依存しているかによって変わる。また、医師・獣医師は、共に高度専門職業人であることから他職種の高度専門職業人（たとえば、弁護士、公認会計士、研究者他）においても重要性・希少性・非代替性が高い場合には適合する

といえる。

2つ目は、BSCの導入・実践は、トップ・マネジメントが理念を主張（言葉）する以上、トップの支援（行動）は何よりも重要であることを明らかにした。また、トップ・マネジメントが支援を的確に実施するためには、Kaplan and Nortonが推奨するようにBSCを対話型のシステムとして活用し、得られたフィードバックからさらに対話を重ねて戦略を検討するスタイルが必要であることを示した。

3つ目は、医師・獣医師とトップ・マネジメントの間に発生したコンフリクトは、対話によって解消できる可能性を示したことである。また、深刻な対立問題が発生した場合においても、組織部外者の介入によって対立問題の解消可能性が高まることを示した。

### 3. 本研究の意義

本研究の意義は、以下の3点であり簡潔に述べて行く。

1つ目の意義は、医師系の高度専門職業人（獣医師）に焦点を当てたことである。これまでの先行研究では、海外を中心として医師のマネジメントに関する知見が蓄積されているものの、わが国の医師のマネジメントに関する研究はほとんどないのが現状である。

本研究では、文献レビューの段階においては医師を対象としているものの、事例研究においては動物病院に勤務する獣医師を対象にしている。このことで、医師と獣医師の上方向の影響戦略と権威の補完要因の共通点を見出している。

2つ目の意義は、単一の事例研究ではあるものの、2年間・延べ301時間（公表可能時間）のフィールド・リサーチの実施により、医師の抵抗の実態に関する新事実の事例を提供していることである。事例では、質問票などのサーベイ調査では探り出すことのできない獣医師の抵抗の実態をはじめ、BSCの導入・実践に基づく獣医師の意識と行動の変遷を浮き彫りにしている。また、BSCを通じてトップ・マネジメント（院長）から管理される獣医師の証言を時系列、且つ克明に記述することで、医師の抵抗の「なぜ」を追求している。なお、わが国の医療BSCの研究において、医師の抵抗に関する研究は、筆者の知る限りにおいて存在しない。

3つ目の意義は、獣医師の抵抗がBSCの導入・実践の影響によるものか否かを見極めるために、約7年間に渡る事例を記述した上で、俯瞰的に考察を行っていることである。

以上のことから、本研究は価値があると考えられる。

### 4. 今後の研究課題

本研究で示した結論は、単一事例に基づく結論であり、そこに1つの限界がある。また、本研究の問題点を分ければ、次の5点に絞られる。1つ目は、医師系高度専門職業人の獣医師だけの事例である。2つ目は、院長をはじめとするトップ・マネジメントと副院長および幹部職員（実行委員会メンバー）に焦点を当てた事例である。3つめは、BSCの導入・実践の一局面にしか焦点を当てていないことである。4つ目は、参与観察法である。5つ目は、トップの特性から検討されていないことである。5点の問題点の詳細は、以下のとおりである。

1つ目に関しては、本研究の結論が、医師系高度専門職業人の結論とはいえ、獣医師だけを調査対象とした分析結果である。このことから、医師がなぜ抵抗するのかについて、そのすべてを解明しているとはいえない。加えて、医師系高度専門職業人全般を対象とした一般化を目指すには、医師および歯科医師を調査対象に含めて研究して行く必要がある。

2つ目に関しては、医師といっても末端の医師から管理職の医師まで階層がある。本事例研究の対象は、いわばトップとミドルの関係性に着目した事例研究である。つまり、本研究では、BSCを通じたミドル医師と下位層の医師との関係、あるいはミドル医師を介した（組織階層を介した）トップと末端医師との関係性を含めた事例ではない。このことから、ミドルを介したBSCの使い方にも着目して行くことで、本研究の結論の対象範囲を拡張して行く必要がある。加えて、BSCを通じた院長と獣医師の関係だけでなく、獣医師と他の職能の関係を含めて近藤・乙政（2013）が結論を得ている「テンション」の調整から検討して行くことで医師のマネジメントの可能性を見出す必要がある。

3つ目に関しては、本研究が示すBSCの導入・実践期間は、準備期間を含めて1年4カ月であり、本研究の結論はBSCの導入・実践の一局面の結論に過ぎない。乙政（2005a）は、広義の導入プロセスに着目する必要性を指摘しており、BSCの導入プロセスを3年、5年、10年の期間で分析した場合、新たな事実が発見できる可能性がある。このことから、広義の導入プロセスの観点から、BSCを通じた医師のマネジメントを究明して行くことは必要である。

4つ目は、参与観察という調査法を実施しているため、結論に影響を与えている可能性が考えられる。つまり、筆者が参与観察以外の調査法を選択していれば、別な結論を導き出している可能性は否めない。このことから、今後の研究においては、参与観察法以外の調査アプローチについても検討して行く必要がある。

5つ目は、BSCを使用するトップのリーダーシップの特性を明らかにできていない。リーダーシップに関する特性を明らかにできれば、トップ側の対応について理論的な考察を加えることが可能である。しかし、リーダーシップの概念は広い。そのため、本研究課題を達成するた

めには、当該分野の文献レビューから始める必要がある。

以上の課題を踏まえて、まずは、本研究の結論を一般化することからはじめる必要がある。そのためには、他の動物病院・獣医師、病院・医師に対して事実の追試・理論の追試を実施して行くことが今後の研究課題となる。その上で、ミドルを介した使用法への拡張、広義の導入プロセスの視点からの解明、調査法の検討、リーダーシップからの検証を順次進めて行く。

病院を対象として知見を蓄積して行く場合には、病院の開設主体に留意しながら調査研究を実施して行く。病院といっても国公立病院、連合・組合系、一般病院など開設主体が複数存在し、その機能的位置づけが異なることから医師の置かれる組織環境をはじめ、医師の権威や医師の価値観も違ってくることが考えられる。このことは、同じ医師という職能であっても、一律に扱うことは適切ではないことを意味する。そのため、病院を対象にする場合には、A 動物病院と同様、一般病院を対象にすることが妥当と考えられる。

なお、研究サイトとなる病院の探索については、今後の課題としたい。

## 補足資料 1. 「フォロワーシップ」アンケートの質問事項

- Q1. あなたの仕事は、あなたにとって大切な、何らかの社会的目的や個人的な夢を叶える助けになっているか？
- Q2. あなた個人の仕事の目標は、組織の最も重要な目標と同一線上にあるか？
- Q3. 仕事、組織に心底のめりこんで精力的に働き、あなたにとって最高のアイデアや成果をもたらしているか？
- Q4. あなたの熱意は広がり、ほかの社員をも元気づけているか？
- Q5. リーダーの命令を待ち、言われたことだけをするのではなく、組織の最も重要な目標を達成するためには何が一番重要な組織活動かを、あなたなりに判断しているか？
- Q6. リーダーや組織にとってより価値のある人間になるために、重要な活動の場においてきわだった能力を積極的に発揮しているか？
- Q7. 新しい仕事や課題を始めるにあたり、リーダーにとって重要な手柄をいちはやくたてているか？
- Q8. あなたが締切りまでに最高の仕事をこなし、必要とあらば“穴を埋めてくれる”ことを承知のうえで、リーダーはほとんど一任する形であなたに難しい仕事を割り当てているか？
- Q9. 自分の業務範囲を超える仕事に対しても貪欲で、首尾よく成功させるためにイニシアティブを取っているか？
- Q10. グループ・プロジェクトのリーダーでなくとも、ときには分担以上のことをして、最善の貢献をしているか？
- Q11. リーダーや組織の目的に大いに貢献する新しいアイデアを自主的に考えだし、積極的に打ち出そうとしているか？
- Q12. (技術面でも組織面でも) 難しい問題をリーダーが解決してくれるのをあてにせず、自分で解決する努力をしているか？
- Q13. 自分がまったく認められなくても、自分以外の社員をよく見せるための手助けをしているか？
- Q14. 必要とあらばあまのじゃく的批評家になるのもいとわず、アイデアやプランがかかえる上向きの可能性、下向きのリスクの両方をリーダーやグループが考えるのを助けているか？
- Q15. リーダーの要求、目的、制約を理解し、それに見合うように一生懸命働いているか？
- Q16. 自分の評価をはぐらかさず、長所も短所も積極的かつ正直に認めているか？
- Q17. 言われたことをするだけでなく、リーダーの知識、判断を心の中で問い直す習慣があるか？
- Q18. リーダーに専門分野や個人的興味とは正反対のことを頼まれたら、「はい」ではなく「いいえ」と答えるか？

Q19. リーダーやグループの基準ではなく、自分の倫理基準で行動をしているか？

Q20. たとえグループ内で衝突したり、リーダーから仕返しされることになっても、大切な問題については自分の意見を主張しているか？

上記の問いに対して、「0」～「6」のレベルを目安に、各質問について自分が当てはまると思うレベルを□枠内にチェックしてください。

めったにない				ときどき				ほとんどいつも
0	1	2	3	4	5	6		

出所：Kelley, R (1992, pp. 91-94)

補足資料2. フィールド・リサーチ実施日時と内容（公表可能分）

面談日	面談時間開始～終了	参加場所・対象	主内容	時間
2013年				
5月14日	15:00-16:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間
5月28日	15:00-16:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間
	16:00-16:40	ミーティングルーム / 事務主任	経営会議	40分
6月11日	15:00-16:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間
6月25日	14:55-15:55	院長室 / 院長	経営会議	1時間
7月1日	12:00-17:00	院外 / B獣医師	業務相談・近況報告	5時間
7月9日	11:50-12:30	院内 / 事務主任	対立経緯	40分
7月16日	15:00-16:30	院長室 / H取締役、事務主任	経営会議、対立経緯	1時間30分
7月25日	16:20-20:10	院長室 / 獣医師含むスタッフ	スタッフ個別面談	3時間50分
7月27日	16:50-20:40	院長室 / 獣医師含むスタッフ	スタッフ個別面談	3時間50分
7月30日	14:00-15:00	院長室 / H取締役	会議内容と対策	1時間
	15:00-16:00	ミーティングルーム（院長除く）	全スタッフと会議	1時間
	16:00-16:40	院長室 / H取締役	経営会議	40分
8月6日	15:00-21:20	院長室 / 経営陣	経営会議	6時間20分
8月19日	15:00-16:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間
9月2日	15:00-16:30	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
9月4日	15:00-19:00	ミーティングルーム（院長除く）	全スタッフと会議	4時間
	19:20-23:00	院外 / 経営陣	経営会議	3時間40分
9月16日	16:00-20:30	院長室 / H取締役、B獣医師	経営会議、教育要請	4時間30分
	20:50-0:20	院外 / B獣医師、他スタッフ	対立経緯、業務相談	3時間30分
9月17日	16:00-22:50	院長室 / 経営陣	スタッフ個別面談	6時間50分
9月18日	12:40-18:00	院長室 / 経営陣	スタッフ個別面談	5時間20分
9月30日	16:00-20:20	院長室 / 経営陣	経営会議、BSC意思決定	4時間20分
10月2日	13:40-14:30	院長室 / 院長	経営会議	50分
	14:30-16:00	ミーティングルーム（院長除く）	全スタッフ・経営理念	1時間30分
10月28日	14:00-16:45	ミーティングルーム	スタッフ・財務研修会	2時間45分
	19:00-20:00	院長室 / C獣医師	業務相談	1時間
	20:00-21:20	院長室 / H取締役	経営会議	1時間20分
11月18日	14:00-16:00	ミーティングルーム / 実行委員	BSC講習会	2時間
12月9日	13:30-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC講習会	2時間
12月10日	14:00-16:00	院長室 / 院長	経営会議	2時間
12月25日	15:00-16:00	院長室 / 経営陣	経営会議	1時間
2014年				
1月6日	13:30-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC講習会	2時間
	15:40-17:30	院長室 / C獣医師	退職意向面談	1時間50分
1月20日	16:30-18:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC講習会	2時間
1月23日	13:30-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC講習会	2時間
	15:30-17:30	院長室 / C獣医師	退職意向面談	2時間
	17:30-18:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC補講	1時間
1月29日	13:30-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC補講	2時間

1月30日	11:30-14:30	院外 / 院長	経営会議	3時間
	16:15-16:45	院長室 / C獣医師	退職意向面談	30分
	17:10-18:50	院外 / B獣医師	業務相談・近況報告	1時間40分
1月31日	15:00-20:00	ミーティングルーム / 全スタッフ	経営計画発表会	5時間
2月12日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
2月24日	14:30-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間
	15:40-16:40	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	1時間
2月28日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
3月10日	10:30-12:00	院長室 / 経営陣	経営会議	1時間30分
3月18日	16:30-18:30	院長室 / 経営陣	緊急経営会議	2時間
3月24日	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
	15:30-19:50	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	4時間20分
3月27日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
4月14日	10:30-12:30	院長室 / 院長	経営会議	2時間
4月21日	14:30-15:40	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
	15:50-22:30	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	6時間40分
4月28日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
	12:00-14:00	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間
	16:00-20:40	院長室 / 経営陣	緊急経営会議	4時間40分
5月1日	18:00-20:00	ミーティングルーム / H取締役、C獣医師	BSC推准会議	2時間
5月17日	19:20-22:30	院長室 / 経営陣	緊急経営会議	3時間10分
5月19日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
	12:00-14:20	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間20分
	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
5月21日	15:00-16:30	院長室 / 経営陣	新人獣医師面談他	1時間30分
5月26日	12:40-14:10	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
	14:20-14:50	ミーティングルーム / 全スタッフ	ポストティングダービー説明	30分
6月9日	10:30-11:50	院長室 / 院長	経営会議	1時間20分
	12:00-14:00	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間
6月30日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
	12:00-14:20	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間20分
	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
7月7日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
	12:00-18:30	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	6時間30分
7月24日	16:00-20:00	ミーティングルーム / 実行委員	BSC総会	4時間
	20:00-21:00	院長室 / 経営陣	経営会議	1時間
	21:00-23:00	院長室 / 経営陣、日中獣医師部門の獣医師	緊急日中獣医師部門会	2時間
7月31日	10:30-12:30	院長室 / 院長	経営会議	2時間
8月21日	17:00-18:00	ミーティングルーム / B副院長	業務相談・近況報告	1時間
8月25日	10:30-11:50	院長室 / 院長	経営会議	1時間20分
	12:00-14:20	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間20分
	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員会	BSC実行委員会	1時間10分
9月1日	14:00-19:00	院外 / B副院長	緊急面談・退職意向	5時間
9月3日	21:10-翌1:10	院外 / B副院長	面談・退職意向	4時間
9月8日	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
	15:40-21:00	院長室 / 院外・院長	経営会議	4時間20分



9月23日	15:20-19:30	院長室 / 経営陣	経営会議	4時間10分
9月29日	12:00-14:20	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間20分
	14:30-16:00	ミーティングルーム / 実行委員	営業会議	1時間30分
	16:00-17:30	院長室 / 経営陣	経営会議	1時間30分
	17:40-19:40	ミーティングルーム / 副院長2名	営業戦略会議	2時間
10月6日	12:30-14:20	院長室 / 院長	経営会議	1時間50分
	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
10月27日	14:00-16:00	院長室 / 院長	経営会議	2時間
	16:00-18:20	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間20分
10月31日	16:30-17:40	院外 / 動物看護師	面談	1時間10分
	17:45-18:25	院長室 / 経営陣	経営会議	40分
11月10日	12:30-14:20	院長室 / 院長	経営会議	1時間50分
	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
11月17日	10:00-14:00	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	4時間
11月28日	12:30-21:00	院長室 / 経営陣	経営会議、他	8時間30分
12月8日	12:30-14:20	院長室 / 院長	経営会議	1時間50分
	14:20-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間10分
12月22日	12:00-14:00	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間
	14:00-15:30	ミーティングルーム / 実行委員	営業会議	1時間30分
	16:10-17:40	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
12月31日	15:20-19:00	院長室・院外 / 院長、A副院長、顧客宅	クレーム対策会議・実施	3時間40分
2015年				
1月5日	18:30-21:30	院外 / B副院長	緊急面談・退職意向	3時間
1月6日	10:30-13:30	院長室 / 経営陣、A副院長	経営会議	3時間
1月13日	14:20-15:50	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間30分
	16:00-19:40	院長室 / 経営陣	経営会議	3時間40分
1月30日	10:30-12:30	院長室 / 経営陣	経営会議	2時間
2月1日	16:00-20:30	院外市内ホテル / 全スタッフ	経営計画発表会	4時間30分
2月2日	10:30-12:00	院長室 / 経営陣	経営会議	1時間30分
	12:00-17:00	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	5時間
2月9日	13:00-18:00	ミーティングルーム / 実行委員	幹部会議	5時間
2月16日	14:20-15:50	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間30分
2月26日	10:30-13:30	院長室 / 経営陣	経営会議	3時間
3月9日	10:30-12:00	院長室 / 経営陣	経営会議	1時間30分
	12:00-14:20	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間20分
	14:20-15:50	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間30分
3月30日	10:30-12:30	院長室 / 院長	経営会議	2時間
4月6日	10:30-12:00	院長室 / 経営陣	経営会議	1時間30分
	12:00-14:20	院長室 / 経営陣、副院長2名	副院長会議	2時間20分
4月27日	12:00-14:00	院長室 / 経営陣	経営会議	2時間
	14:00-15:40	ミーティングルーム / 実行委員	営業会議	1時間40分
	15:50-17:30	ミーティングルーム / 副院長2名	副院長会議	1時間40分
5月11日	10:30-12:00	院長室 / 院長	経営会議	1時間30分
	12:00-14:20	院長室 / 経営陣、副院長2名、D獣医師	副院長会議	2時間20分
	14:20-15:50	ミーティングルーム / 実行委員	BSC実行委員会	1時間30分
5月26日	10:30-14:00	院長室 / 経営陣	経営会議	3時間

※インフォーマルミーティング・インタビューは守秘義務により非公開とする。

### 補足資料 3. 院長の手記

#### ①獣医師を目指した動機

私が幼少時から家には常に猫がおり、犬や小鳥、ウサギ、ハムスターとも暮らしており、動物が常に身近にいたという基盤はありました。ただ、幼少期から将来の夢はと問われるとピアニストであったり、考古学者であったりと答えていました。獣医師と言う職業が身近でなかった事もありますし、子供の頃から何が何でも獣医師になりたい！と思っていた訳では決してありませんでした。

私は兄弟がおらず小学生の頃はずっとピアノばかり弾いている子供でした。父親はエンジニアで毎日夜遅くまで仕事をしておりましたが、休日は必ずどこかへ連れて行ってくれた事を思い出します。日曜日に父の職場に連れて行ってもらい、当時まだ開発したてのコンピュータで、見よう見まねでプログラムを組んで見るのがいつも楽しみでした。一日中やっていたと記憶しています。母親はPTAの活動から障害児教育の改善に熱心に取り組むうちに、いろいろな問題意識を醸成して行ったのか、非核不戦運動や女性自立等の活動を手広くやる様になっていました。あの当時を振り返ると母親の尊敬できる所は、365日飛び回っていたにもかかわらず家事に一切の妥協をしなかった事と、どの政党にも属さず常に超党派で運動をしていた事です。その結果、うちは警察と中核派の両方からマークされる様になってしまいましたが！イデオロギー対立の時代でしたし、自民党も共産党も一緒くたに巻き込んで運動をして行く、というのが理解されなかったのでしょうか。とにかく両親ともいつ寝ているのか不思議な位でしたが、ほおっておかれて寂しい思いをしたという記憶は全くありません。大学時代には父がドイツで、母が実家で、私が北海道で暮らす様になりましたが、家族仲はとても良好だったと思います。

その後進路決定に失敗し、行く所が無くなった私に唯一行き場を提供してくれたのが帯広畜産大学でした。当時私が獣医学科に入学したときは、元々基礎研究をやりたいと気持ちが強く臨床家になる気は全くありませんでした。基礎研究を通じて「生と死」の境界を分けるものは何か？を探求したかったのです。個体としては命を失っていても、細胞を取り出してくればまだ活動をしている。部分と全体で相が違うと言いますか、部分の総和が全体の状態を表していない「システム」に対する純粋な好奇心が強かった様に思います。

学部時代は臨床の授業をさぼってずっと実験している様な学生でした。命自体を見つめるといふより、命を支えるシステムの不思議に心を奪われ、好奇心に突き動かされて奥へ奥へと分け入って行く感覚が心地よかった様に思います。

大学院博士過程に進学も決まり、この時点では獣医師になる気が全くなかった為獣医師国家試験も受けなつもりでした。当然何の準備もしていなかったのですが、友人から「記念受験しない？」と持ちかけられ、本当に唯受けるだけ受けました。後で振り返ればこの一言が無かったら臨床家としての自分は無かったのだなあと思えます。

大学院に進学後、当時の助教授と研究感の違いから大げんかをしてしまい、しばらくひもの様な生活を送っていました。「研究は誰かに褒めてもらう為にするものだ」「博士とる為に研究しなさい」との当時の助教授の言葉は到底受け入れられるものではなく、半年ほど鬱を煩ってしまい外出が出来なくなってしまうのです。

漸く精神的に立ち直って、我が身を振り返ると自分に出来る事が何も無い事に愕然としました。何か仕事をしなくては、と思えばぼろぼろにしていた国家試験の合格通知を取り出して来て、獣医師免許の申請を行いました。免許が届いてから当時暮らしていた帯広市内の全動物病院に「何も出来ないし何も知りませんが雇って下さい」と手紙を出してみました。そのうち3件から返事が届き、1件だけ受け入れてくれた病院が私が臨床獣医師としての第一歩を踏み出した場所でした。

このように、臨床獣医師になった経緯は決して「何が何でも獣医師になって動物の命を救うぞ!」という強い信念に基づいたものではなく、典型的「でもしか獣医」だったのです。

## ②臨床獣医師としての信念

小動物の現場で働きはじめた当初は、とにかく何もわからず、出来ず、知らずで、最初の数ヶ月は犬舎の掃除、ワンコさんのお散歩、洗濯、ゴミの焼却等いわゆる下働きばかりでした。そういう仕事で一日が終わってしまうと、なかなか獣医師としての仕事を教えてもらう時間出来ませんので、それぞれの仕事にいろいろ工夫をする様にしてみると、だんだんと時間が作れる様になって来て、先輩獣医師達から血管注射や血管点適用の留置の方法等を教えてもらう事が出来る様になりました。ただし、診察の理論や治療薬の選択等はほぼ指導してもらえなかったので、大学時代にさぼっていた分を取り返す様に勉強しました。仕事は第一日曜日の午後だけがお休みで、それ以外は毎日出勤でしたが、なんとかやりくりすれば勉強の時間を作る事が出来ました。

当初私は「でもしか獣医」である事を密かに劣等感と感じて過ごしていました。周囲の先輩達は、子供の頃から小動物臨床を志して夢が叶った人たちばかりでしたから、しょうがなくこの道に入った自分とは比べ物にならないくらいモチベーションが高いんだと思っておりまし

た。ところが次第に先輩獣医師達の仕事に対する姿勢に疑問を感じはじめました。

当時務めていた病院の院長は、動物病院をやりつつ、ペットショップとブリーダーと動物霊園を経営していました。いわゆる多角化、というやつです。飼い主さんたちからの評判はすこぶる良く、「アカヒゲ先生」と呼ばれていました。病院の収益だけではなく、動物のライフサイクル全体から収益を上げていたため、周囲の動物病院から比べると診察料が異常に安かったのです。

帝王切開して子犬を取り出しながら「10万～、20万～」等と言っていました。そこには生命の誕生を喜ぶ感性ではなく、商品を取り出す行為に没頭する先輩獣医師達の姿がありました。違和感を感じつつ、それでも私は何の技術ももたず、先輩達から技術と知識を受け取るだけの存在でした。自学が功を奏し、一通りの診療技術が身に付いてから診療の内容を見てみると、それはずさんな診察と治療でした。疑問に思い、先輩獣医師に尋ねると「院長がこれでやってるからいいんじゃない？難しい事はどうでもいいの」と。

勤務医の先輩獣医師達とはだんだんと会話が減り、一通りの処置が出来る様になった時点で、私はその病院を辞しました。

次に勤務した病院は前院とはうって変わって飼い主さんと動物さんに優しい対応をする事でぐんぐんと大きく成長している最中の動物病院でした。院長も先輩獣医師達も非常に忙しく働きつつも、献身的に治療を行い「こここそ自分の求めている職場環境だ！」と嬉しくなり、自分の出来る事をどんどん実行して行きました。ここなら生涯勤務医として働いて行ける、と考え懸命に努力を重ねました。

この病院で働くうちに私が獣医師として何をなしたいのかが次第に鮮明な形を描く様になってきました。動物さんの寿命は人間のそれよりとても短い。だから、動物さんを見送る場に立ち合うこともとても多い。旅立った動物さんの家族の前で泣かなくなったのは、臨床を始めて3年目にある子を安楽死した後からでした。僕好みの、その白いむく毛のじいちゃんミックス犬との付き合いは結構長くて半年以上治りづらい皮膚欠損の治療に通って来ていました。ご家族もとても気さくな方たちで、近所の知り合いの子を治療しているような気分で処置をしていました。夏のある日、立てなくなってその子が病院に担ぎ込まれたとき、すでに陰囊からおなかの内側までハエウジに食い破られ、侵入されていました。数日前から下痢をしていたらしく、外犬のその子はハエに狙われたらしかったのです。生きたまま、ウジに食われる苦痛は想像を絶するものでした。開腹手術と安楽死の提案をし、家族の皆さんの安楽死の決断を受けて準備をはじめました。ゆっくりと麻酔薬を投入しながら号泣。その子と、その子の家族との

日々が今日終わってしまうからです。本来だったらしっかり死亡確認をし、家族とその子の別れを作る立場だったのに、その後診療ができなくなるくらい心を乱してしまいました。「先生があんまりなくから俺は全然泣けなくなっちゃったよ。本当に長いことお世話になりました」と笑って、その子を抱きかかえて帰っていく家族の背中を見送りながら、旅立ちの現場ではもう泣かないと心に決めました。具合の悪い動物さんの治療を通して家族の不安を取り除いてあげたい。その子と家族の歴史に立ち会わせていただく事に喜びを感じるきっかけになりました。動物さんたちの寿命は人間のそれよりも遥かに短い。人間は常に動物さんの旅立ちを見送る側です。最後の瞬間にその子と暮らした年月を穏やかに振り返る事が出来る様にしてあげる事こそ獣医師の真の使命なのだと気づきました。その為にすこしでもその子と過ごす時間が長くなる様に、技術や知識の習得が必要不可欠であるからこそ、技術者として腕を磨く必要があると気づきました。働きぶりを評価していただき3年目に副院長を拝命し、本院移転の際に分院の院長を任せてもらえるようになりました。この時から少しずつ病院と院長に対する感覚が変わってきました。

### ③心に残った出来事

責任ある立場に据えていただき、毎日文字通り粉骨砕身働いていましたが、いくつか疑問に思う出来事もありました。

私が働いていた動物病院ではペットショップやブリーダーとの関係が深く、彼らの便宜を図ってあげる事で患者さんの紹介をしてもらう仕組みになっていました。そのため先天性な疾患をもっている子や購入前に疾患を煩った子に関して、飼い主さん家族に正しい診断を告げる事は禁止されていました。また、ブリーダーの繁殖犬を薬殺する事もありました。もちろん若い獣医師達には到底させる事が出来ませんから、すべて私と院長で実施しておりました。もちろんそんな仕事ばかりではありませんので、次々にいらっしゃる患者さんの為に激務をこなしておりましたが、疑念は少しずつ大きくなって行きます。

また、短期間で急成長した為周辺の先輩動物病院からやっかまれる事も多く、狂犬病予防接種の摂取頭数を少なく見せる為に、ワクチン液の偽造もいたしました。ワクチン液をたくさん購入していると「ちょっと打ちすぎじゃないのか？」等と言われてしまう為です。ワクチン液の購入は獣医師会から購入数が半分公表される様な仕組みになっており、どこの病院がどれだけ打ったかがわかってしまいますので、シマ荒らしの様に言われてしまいます。院長は獣医師会の会合でそれを言われぬ為に抗生剤と消炎剤をカクテルして、ワクチンのバイアルに戻す

方法を指示していました。これも他の獣医師にはさせたくなかったので私がすべて行っていました。もちろんこんな薬を注射しても予防効果は全くありません。

スタッフや飼い主さんに恵まれ、生涯この病院で働こうと思っていた決意が揺らぎはじめました。

#### ④病院設立の動機

前項の様な疑念を抱きつつも、どんどん病院が成長して行く様子を見て「これで本当にいいのか」との想いは消す事が出来なくなって行きました。

地域の基幹病院という規模に達したため、以前からの念願であった完全夜間診療のお願いを院長にも、院長の奥方にも何度もお願いをしてみました。が、「コストがあわないから」という一言で却下されてしまいます。病院が開いている時間は一日の半分だけ。残りの半分の時間に具合が悪くなった子はこの地域では引き受ける所がありません。規模が大きくなった病院には、地域に対する責務というものも生まれると思うのですが、院長ご夫妻には他の「やりたい事」があったようです。

悶々とした日々を過ごすある夜、帰宅すると3歳になった長女に「きょうもねこちゃんおなかいたいのおおしてきた？」と問われました。その日もブリーダーがもう子供が産めないからという理由で持ち込んだフレンチブルドックさんを、薬殺して来たのです。自分はこのままこの病院で働いていていいのか？急速に気持ちが固まりました。出来るかどうかわからない。でも、子供に嘘をついてまで今の仕事を続けるべきではない。理想の動物病院を自分で作るしかないのではないか？

一生勤務医をして行くつもりでしたので、何の準備もありませんでしたが

- ・ 真に動物さんと家族の事だけに配慮した医療機関とする
- ・ 低賃金で使い捨てに近い動物病院の労働環境を一生続けられる仕事に改善する
- ・ 各業者とズブズブの関係がないと、病院は成功しないという前例を打破する
- ・ 夜間診療を実施し、365日24時間動物医療を提供し続ける

等为目标に病院を開業いたしました。

開業後も獣医師会からの指導で、薬問屋から狂犬病予防接種のワクチン液を売れないと言われてたり苦勞も耐えません。理想の実現にはほど遠い状態ですが、ご家族に嘘をつかずに診療にあ

たる事が出来る病院を6年間続けて来る事が出来、平日の24時間化も達成し一定の成果を残す事は出来ています。

#### 補足資料4. 院長のA 動物病院売却に関する通達文

「<通達>

以後の文章を閲覧する際に守秘義務が発生することを宣言します。

近々病院売却を考えています。いくつかの問題点を解消するために最良の方法と考えております。一般社員の動揺を防ぎ、企業の商品価値の低下を防ぐ為に、内容に関して守秘義務を課します。...

理由：

1. (猫) ○○ちゃん治療の際に私の治療の方針に疑義が生じ、結果関係スタッフに不安を招来させたため。：私は今でもクリアクター40万単位/headが間違っているとは思っておりません。今までの使用経験からですが、後肢の不完全冷感・左心室内の小型血栓の存在より強力な線溶賦活が必要と考えて指示いたしました。今までも同様の症例ではこの量を使用してきました。(H取締役) ○○氏がいるところでこの指示に不安を与えるような言動があった場合の影響を鑑みて私の指示が「間違っている」ことを全力で否定するために獣医師の職を辞します。同様にACEIおよびベトメディン不使用に関しても私の指示です。強弱不整を伴う塞栓症例では不整と拍出量の確保ができればそれ以上の投薬は不必要と考えており、その考えは今に至っても何ら変更の要を認めません。

2.カルテミーティング時の教授の無意味さ：カルテミーティング実施時の示唆が全く生かされておらず、私の存在意義を感じないため。

3. (C 獣医師) ○○獣医師の退職について：(C 獣医師) ○○獣医師より来春での退職申し入れがありました。やりたくもない西洋医療をやらされたため、と聞きました。東洋医療科は長らく人件費分も稼げていない状況で(C 獣医師) ○○先生の罪悪感が大きく、それを穴埋めするために西洋医療で「バイト」をしてもらっていました。それが苦痛だったそうで。経営者が変わることで離職が防げるかもしれません。



4. (D 獣医師) ○○先生の退職について：(D 獣医師) ○○先生は私がいると退職することができませんので、私がいなくなることで退職がスムーズになります。

5..売却益確保のため：現在当社は節税対策のためあえて赤字にした一期を除いて毎年黒字です。本年度も増収増益の見通しです。買い手が付きやすい状況と考えます。

6..経営者変更で職場環境が良化することが見込める：思想理念が違う経営者と働くことほど苦痛はないと考えます。もっと優秀な獣医師で、優秀な経営者に交代することで労働者の意欲が回復します。特にプロジェクト管理に秀でた経営者を買ってもらえると、みんながもっと働きやすくなると思います。

実施に移すにはいくつかの問題点があり、クリアしなくてはならない課題がありますが現状打開策としてはベストかとおもわれます。

平成25年12月25日 代表取締役 (○○ ○○) 」

(カッコ内は筆者挿入、固有名詞は○○と記述)

## 補足資料 5. 院長からの報告文

「明快に答えが出ましたのでご報告です。

ずっと引っかかっていた事、解決策はこれかなと思っています。僕はやはり臨床から身を引きます。そうはいつでも難易度の高い危険なオペはまだ正直他の先生たちに任せられないので、そういう物は僕が引き受けます。

その心は、、、

私はずっと経営理念に縛られていました。自分で作った法で自分を縛っていました。それは決していい方向への呪縛ではなく、僕自身の思考法や振る舞い、発言にまで悪い影響を与えていました。「(経営理念の記述)」自分の即物的行動指針まで規定しておりました。

以前、経営者は従業員の幸せを第一に追求すべし、が理解できないと相談しましたよね。あれをずっと引きずっていました。今答えが明快に、すっきりと自分の中に出来上がりました。自分がすべき貢献は、やはりそのきれいごとの追求でいいのだと。ただし、自分が「職人」である事をやめるのが条件です。自分が現場を離れないとその思考が持てない事にやっと自力でたどり着きました。

私の使命は、スタッフが経営理念を実現する為に全力で働ける様にバックアップし、私はスタッフの動きを通じて理念を実現すればいいのですよね。理念の先にある物を指し示す事に注力します。どうしても強力なマネージャーが不可欠ですよね。喉から手が出るほど欲しいです。しょうがないのでしばらく兼務するしかないですね。

ただ、いつまでもマネージャー兼務では結局今回と同じ轍を踏みますので、(H 取締役) ○○と (B 獣医師) ○○を育成しながら行きます。

自力で自分で抱えていた課題が、頭の中の霧が晴れる様に解けて今は気分爽快です。恐らくこれから症状も緩和されてくると思います。現実的に解決していかなければ行けない問題が毎日山ほど襲ってくると思いますが、今回の件で僕は確実に成長したはずで、す。実感があります。これからも見捨てず力を貸して下さいますでしょうか？

1、臨床は引退する。その為に早急に獣医師(経験者)の補充を行う。その為に多少費用をかけても今春には確保する。来年は(F 獣医師学部生) ○○氏を第一候補に確実に新卒を確保する。ただし○○氏の人物評定は自分で実際に面談に行き行う。

2、焦ってフルに復帰するのではなく、自宅勤務も実施しつつ徐々に院長室での執務に復帰する。まじめに長時間院長室にいない様に心がける。来週月曜から午前中2-3時間をメドに復帰スケジュールをたてる。

3、1/31の経営計画発表会は予定通り実施する予定であるが、BSCの進捗状況によって内容の変更、もしくは延期も考える。

4、(C 獣医師) 〇〇課長(科長)の進退に関しては人的資源の枯渇を防ぐため、引き止めの方向で考える。ただし、(筆者) 〇〇氏よりの報告を聞きつつ結果を判断する。

現状では以上の様に考えています。この方向で行く為に必要な根回し、打つ手等は権限の一切を(筆者) 〇〇さんに与えますので、どうぞよしなに」

(カッコ内は筆者挿入、個人名は〇〇と記述)

## 参考文献

- 明石純 (2005), 「医療組織における理念主導型経営」『組織科学』第 38 巻第 4 号, pp. 22-31。
- 青木章通・櫻井通晴 (2003), 「戦略、業績評価および経営品質に関する日本企業の経営行動—バランス・スコアカードに関する郵送調査の分析—」『東京経大会誌 (経営学)』第 236 号, pp. 111-132。
- 荒井耕 (2003), 「医療分野における管理会計の展開—私企業管理会計の活用—」『会計』第 163 巻第 5 号, pp. 717-729。
- 荒井耕 (2005), 『医療バランス・スコアカード—英米の展開と日本の挑戦』中央経済社。
- 家里誠一 (2008), 「病院組織のリーダーシップについての—考察」『慶応経営論集』第 25 巻第 1 号, pp. 101-118。
- 石塚隆男 (1995), 「AHP-AID によるアンケートデータ解析—大学病院と一般病院における医師の診療モチベーションの解析への適応—」『経営論集』第 31 巻第 1 号, pp. 53-77。
- 板橋真木子 (2003), 「看護師にとって「患者の権利」とは—「看護倫理」の土台を踏み固めるために検討すべきこと—」『看護管理』第 13 巻第 8 号, pp. 620-624。
- 伊丹敬之・加護野忠男 (2003), 『ゼミナール経営学入門』日本経済新聞出版社。
- 一般社団法人全国公私病院連盟・一般社団法人日本病院会(2015), 「平成 26 年 病院運営実態分析調査の概要」(一般社団法人全国公私病院連盟資料), [http://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20150311\\_01.pdf](http://www.hospital.or.jp/pdf/06_20150311_01.pdf)。
- 伊藤嘉博、清水孝、長谷川恵一 (2001), 『バランス・スコアカード 理論と導入』ダイヤモンド社。
- 伊藤嘉博 (2002), 「特集 1 わが国におけるバランス・スコアカード実践上の論点と課題」『Business insight』第 10 巻第 1 号, pp. 8-19。
- 伊藤嘉博 (2003a), 「経営品質と BSC」『企業会計』第 55 巻第 5 号, pp. 664-670。
- 伊藤嘉博 (2003b), 「BSC をめぐる主要な論点—グローバルスタンダード経営の羅針盤—」『会計』第 163 巻第 3 号, pp. 204-220。
- 伊藤嘉博 (2004), 「ストラテジー・マップが促進する組織変革—その論点の整理と支援ツール—」『Business Insight: the journal for deeper insights into business』第 12 巻第 3 号, pp. 30-49。
- 医療マネジメント学会監修 (2006), 「事例 1 東京大学医学部付属病院 診療科を越えた医師チーム制を導入」『医療安全』第 7 号, pp. 10-12。
- 岩崎安伸 (2006), 「新須磨病院整形外科—診療科レベルの BSC 導入と運用の実例— 2003 年 2 月から 2006 年 1 月までの 3 年間の経験—」『看護』第 58 巻第 7 号, pp. 77-85。
- 岩本幹子・溝部佳代・高波澄子(2005), 「大学病院において看護師長が体験する倫理的問題」『看護総合科学研究会誌』第 8 巻第 3 号, pp. 3-14。
- 遠藤久夫 (1996), 「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する—考察」『医療経済研究』第 3 巻, pp. 57-73。
- 小川鼎三 (1964), 『医学の歴史』中公新書。
- 小倉昇 (2005), 「「戦略コミュニケーション」の意義—経営戦略を組織全体に浸透させるために—」『バランス・スコアカード徹底活用』日経 BP 社, pp. 24-35。
- 小倉昇 (2006), 「戦略コミュニケーションのための管理会計システムの設計について」『会計』第 170 巻第 4 号, pp. 471-484。
- 小田博志 (2010), 『エスノグラフィー入門 <現場>を質的研究する』春秋社。
- 乙政佐吉 (2003), 「わが国企業における業績評価指標の利用方法に関する研究—バランス・スコアカードとの比較において—」『六甲台論集、経営学編』第 49 巻第 4 号, pp. 29-54。
- 乙政佐吉 (2004), 「わが国企業のバランス・スコアカード導入に対する促進要因の分析」『会計』第 166 巻第 5 号, pp. 767-779。
- 乙政佐吉 (2005a), 「わが国企業のバランス・スコアカード導入における促進・阻害要因に関する研究—A 社のケースを通じて—」『原価計算研究』第 29 巻第 1 号, pp. 58-73。
- 乙政佐吉 (2005b), 「方針管理とバランス・スコアカードの関係に関する研究」『環太平洋圏経営研究』(桃山学院大学) 第 6 巻, pp. 103-135。
- 乙政佐吉 (2005c), 「バランス・スコアカード導入・実践による成果の検証に関する考察」『商学討究』第 56 巻第 2-3 号, pp. 213-239。
- 乙政佐吉、梶原武久 (2009), 「バランス・スコアカード実践の決定要因に関する研究」『原価計算研究』第 33 巻第 2 号, pp. 1-13。
- 小野能文(1998), 『職業と労働のシステム』恒星社厚生閣。
- 加登豊 (1999), 『管理会計入門』日本経済新聞社。
- 金井寿宏 (1990), 「エスノグラフィーにもとづく比較ケース分析—定性的研究法への一視覚—」『組織科学』第 24 巻第 1 号, pp. 46-59。
- 河合晋 (2010), 「病院における BSC の取組みについての—考察」『岡崎女子短期大学研究紀要』第 43 号, pp. 13-21。
- 河合隆治、乙政佐吉 (2013), 「わが国におけるバランス・スコアカード研究の動向—欧米での蓄積状況を踏

- まえてー』『同志社商学』第 65 巻第 1 号, pp. 1-62。
- 川淵孝一 (2004), 『進化する病院マネジメント—医療と経営の質がわかる人材育成を目指して—』医学書院。
- 北村諭 (2013), 『医学概論 5 版』中外医学社。
- 桑田耕太郎・田尾雅夫 (2010), 『組織論—補訂版—』有斐閣。
- 近藤隆史・乙政佐吉 (2013) 「テンションの調整過程と組織成果との関係に関する研究 - 公立病院の経営改革の事例をもとに -」『原価計算研究』第 37 巻第 2 号, pp. 75-87。
- 坂田隆文 (2007), 「医療経営における「トヨタ生産方式」の可能性—医療経営研究会報告書—」『医療と社会』第 17 巻第 3 号, pp.271-283。
- 櫻井通晴 (2003), 『バランスト・スコアカード—理論とケース・スタディー』同文館出版。
- 櫻井通晴 (2004), 「バランスト・スコアカードの起源」『会計』第 166 巻第 1 号, pp. 1-16。
- 佐藤郁哉 (2002a), 『フィールドワークの技法—問いを育てる、仮説をきたえる—』新曜社。
- 佐藤郁哉 (2002b), 『組織と経営について知るための 実践フィールドワーク入門』有斐閣。
- 佐藤郁哉 (2006a), 『フィールドワーク 増訂版—書を持って街へ出よう—』新曜社。
- 澤邊紀生・飛田努 (2009), 「中小企業における組織文化とマネジメントコントロールの関係についての実証研究」『日本政策金融公庫論集』第 3 号, pp. 73-93。
- 柴山慎一、正岡幸伸、森沢徹、藤中英雄 (2001), 『実践 バランス・スコアカード』日本経済新聞社。
- 進藤雄三、黒田浩一郎編 (1999), 『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社。
- 杉政孝 (1968), 「病院組織における人間関係について (健康保険病院庶務課長打合せ講演)」『社会保険医学雑誌』第 10 巻第 4 号, pp. 20-37。
- 杉政孝 (1981), 『病院経営と人事管理』日本労働協会。
- 杉政孝 (1984), 「医師との関係からみた看護業務の責任と権限」『看護展望』第 9 巻第 5 号, pp. 2-6。
- 砂原茂一 (1983), 『医者と患者と病院と』岩波新書。
- 田尾雅夫 (1984), 「医師と看護婦の葛藤」『看護展望』第 9 巻第 3 号, pp. 60-67。
- 田尾雅夫 (1999), 『組織の心理学 [新版]』有斐閣ブックス。
- 田尾雅夫 (2001), 『ヒューマン・サービスの経営』白桃書房。
- 高橋淑郎 (1997), 『変革期の病院経営』中央経済社。
- 高橋淑郎 (2004), 『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版。
- 高橋淑郎 (2011a), 『医療バランスト・スコアカード研究—経営編—』生産性出版。
- 高橋淑郎 (2011b), 『医療バランスト・スコアカード研究—実務編—』生産性出版。
- 高橋淑郎 (2011c), 「医療 BSC 基礎講座 (10) BSC 導入前後に見られる典型的な障害とその解決」『病院』第 70 巻第 11 号, pp. 882-885。
- 高橋淑郎 (2014), 「BSC の基本構造の再確認と医療 BSC 導入・運用と将来展望」『医療バランスト・スコアカード研究』第 11 巻第 1 号, pp. 13-26。
- 高橋義郎 (2013), 「経営品質を高める仕組みや活動に学ぶ ISO の役割と活用事例 (第 4 回) ISO マネジメントシステムと BSC の融合で卓越した経営を実現した試み」『アイソス』pp. 90-93。
- 多田昌弘 (2014), 「わが国のバランスト・スコアカード導入に関する研究課題の考察」『商学討究』第 65 巻第 2・3 号, pp. 183-212。
- 辰濃哲郎・医薬経済編集部 (2010), 『歪んだ権威 - 密着ルポ 日本医師会積怨と権力闘争の舞台裏 -』医薬経済社。
- 谷武幸編著 (2004a), 『成功する管理会計システム: その導入と進化』中央経済社。
- 谷武幸 (2004b), 「病院におけるバランスト・スコアカードの導入—新須磨病院のケース—」Business insight: the journal for deeper insights into business, Vol. 12, No. 4, pp. 28-49。
- 谷武幸 (2006), 「病院経営への BSC の導入—パブリックセンターへの適用を考える糸口として—」『会計』第 169 巻第 2 号, pp. 222-240。
- 谷武幸、三矢裕、松尾貴巳 (2005), 「新須磨病院整形外科における BSC の導入についての時系列分析—アクションリサーチとエンピリカルリサーチの統合アプローチ—」『原価計算研究』第 29 巻第 1 号, pp. 35-46。
- 谷武幸 (2011) 『エッセンシャル管理会計 第 2 版』中央経済社。
- 樽本良夫・水越康介 (2010), 『病院組織のマネジメント』中央経済社。
- 太郎丸博 (1998), 「職業評定の一致度と間主観的階層構造」都築一治編『1995 年 SSM 調査シリーズ 5: 職業評価の構造と職業威信スコア』1995 年 SSM 調査研究会, pp. 15-29。
- 都築一治編 (1998), 『1995 年 SSM 調査シリーズ 5: 職業評価の構造と職業威信スコア』1995 年 SSM 調査研究会。
- 飛田努 (2011), 「熊本県内中小企業の経営管理・管理会計実践に関する実態調査」『産業経営研究』第 30 巻, pp. 29-42。
- 登谷大修・齋藤哲哉・三浦将司 (2015) 「病院の差は職員の差」『医療バランスト・スコアカード研究』第 12 巻第 1 号, pp. 27-34。

- 中嶋教夫 (2004), 「医療機関における Balanced Scorecard の活用に関する研究—三重県病院事業庁の事例を中心として—」 『山村学園短期大学紀要』 第 16 巻, pp. 41-65.
- 中嶋教夫 (2009), 「明星大学におけるバランス・スコアカード (BSC) への取り組み」 『企業会計』 第 69 巻 第 1 号, pp. 116-125.
- 中野秀一郎 (1976), 『現代日本の医師-その職業意識と生活誌』 日経新書。
- 中野秀一郎(1981), 『プロフェッションの社会学』 木鐸社。
- 日経情報ストラテジー編 (2005), 『バランス・スコアカード徹底活用』 日経 B P 社。
- 日本医療企画編 (2004), 「02 年度から BSC シート作成 対話基本にマネジメント実施—三重県病院事業庁」 『最新医療経営』。
- 野村拓編 (2011), 『医療の政治力学』 桐書房。
- 長谷川恵一 (2011), 「バランス・スコアカードについての疑問点」 『産業経理』 第 70 巻第 4 号, pp. 61-72.
- 馬場博伸 (2004), 「BSC マネジメントについての考察」 『産業経理』 第 64 巻第 2 号, pp. 80-93.
- 林攝子 (2004), 「戦略コミュニケーションツールとしてのバランス・スコアカード - 戦略共有効果に関する実証分析 -」 『企業会計』 第 56 巻第 4 号, pp. 610-615.
- 林攝子 (2006), 「マネジメント・システムの統合による戦略共有と戦略実行への効果について」 『会計』 第 169 巻第 6 号, pp. 913-927.
- 開本浩矢 (2006), 『研究開発の組織行動—研究開発技術者の業績をいかに向上させるか—』 中央経済社。
- 淵上克義 (1992), 「部下の影響戦略・部下とリーダーの関係性に及ぼすリーダー行動の効果」 『心理学研究』 第 63 巻第 2 号, pp. 107-113.
- 淵上克義(1994), 「最近の上方向への影響戦略に関する研究の動向 - 社会的相互作用の視点から -」 『実験社会心理学研究』 第 34 巻第 1 号, pp. 92-100.
- 正木義博、道端由美子 (2006), 「病院におけるバランス・スコアカードの導入と看護部の対応—済生熊本病院での実践—」 『看護展望』 第 31 巻第 4 号, pp. 442-447.
- 松尾睦 (2009), 『学習する病院組織—患者志向の構造化とリーダーシップ』 同文館出版。
- 水野肇 (2003), 『誰も書かなかった日本医師会』 草思社。
- 溝口一雄 (1987), 『管理会計の基礎』 中央経済社。
- 村中裕之 (2013), 「TQM 活動 12 年間の取り組み—その成果と課題—」 『日本病院会雑誌』 第 60 巻第 7 号, pp. 640-648.
- 森沢徹・宮田久也・黒崎浩 (2005), 『バランス・スコアカードの経営』 日本経済新聞社。
- 安酸健二・乙政佐吉・福田直樹(2010a), 「非財務指標と業績管理」, 加登豊・松尾貴巳・梶原武久編『管理会計研究のフロンティア』 中央経済社, pp. 173-197.
- 安酸健二・乙政佐吉・福田直樹(2010b), 「バランス・スコアカード研究の現状と課題—実証研究のレビューに基づく検討—」 原価計算研究, 第 34 巻第 2 号, pp. 1-12.
- 吉田栄介 (2012), 「テンション・マネジメントとしての管理会計—原価企画と業績管理の実証分析—」 『三田商学研究』 第 54 巻第 6 号, pp. 75-86.
- 劉慕和 (2014), 「医療機関におけるバランス・スコアカードの導入に関する一考察: 日本、カナダ、台湾の医療バランス・スコアカードを中心に」 『商学集志』 第 83 巻第 4 号, pp. 143-167.
- 渡邊亮・荒井耕・坂口博政 (2015), 「医療機関におけるバランス・スコアカードの活用状況: DPC/PDPS 導入病院を対象とした質問票調査を通じて」 『メルコ管理会計研究』 第 7 巻第 2 号, pp. 15-24.
- Abernethy, M. A., and Chua, W. F. (1996), A Field Study of Control System "Redesign": The Impact of Institutional Processes on Strategic Choice, *Contemporary Accounting Research*, 13(2), pp.569-606.
- Abernethy, M. A., and Stoelwinder, J. U (1990), The Relationship between Organization Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg's Professional Bureaucracy Model, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 3(3), pp. 18-33.
- Abernethy, M. A., and Stoelwinder, J. U (1991), Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: A Test of the 'Fit' Hypothesis in Not-for-Profit Hospitals, *Accounting Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120.
- Abernethy, M. A., and Stoelwinder, J. U (1995), The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations, *Accounting Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17.
- Abernethy, M. A., and E. Vagnoni (2004), Power, Organization Design and Managerial Behavior, *Accounting Organizations and Society*, 29(3/4), pp. 207-225.
- Aidemark, L (2001), The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organization, *Financial Accountability & Management*, 17(1), pp. 23-40.
- Argyris, C (1977), Double Loop Learning in Organizations, *Harvard Business Review*, 55(5), pp. 115-125.
- Argyris, C (1994), Good Communication That Blocks Learning, *Harvard Business Review*, 72(4), pp. 77-85.
- Blake, R. R., and J. S. Mouton (1964), *The Managerial Grid*, Houston: Gulf Publishing Company. (上野一郎監訳『期待される管理者像』 産業能率短期大学出版, 1965。)
- Bohm, D (1996), *On Dialogue*, New York: Routledge. (金井真弓訳『ダイアローグ—対立から共生へ、議論から対話

- へー』英治出版, 2007。)
- Comerford, S. E., and M. A. Abernethy (1999), Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals, *Behavioral Research in Accounting*, 11, pp. 93-110.
- Daft, R. L., and R. H. Lengel (1984), Information Richness: A New Approach to Managerial Behavior and Organization Design, in Staw, B. and L. L. Cummings, eds., *Research in Organizational Behavior*, 6, pp. 191-233.
- Daft, R. L., and R. H. Lengel (1986), Organizational Requirements, Media Richness and Structural Design, *Management Science*, 32(5), pp. 554-571.
- Doolin, B (1999), Casemix Management in a New Zealand Hospital: Rationalisation and Resistance, *Financial Accountability and Management*, 15(3/4), pp. 397-417.
- Erez, M., Y. Rim., and Keider, I (1986), The two sides of the tactics of influence: Agent vs. target, *Journal of Occupational Psychology*, 59, pp. 25-39.
- Etzioni, A (1961), *A comparative analysis of complex organizations*, Free Press. (綿貫護治監訳『組織の社会学的分析』培風館, 1966。)
- Ford, J. D. and L. W. Ford (2009), Decoding Resistance to Change, *Harvard Business Review*, 87(4), pp. 99-103.
- Freidson, E (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New York: Atherton Press. (進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣, 1992。)
- French, J. P., Jr., and B. Raven (1955), The bases of social power, *Studies in Social Power*. Institute for Social Research, pp. 150-167. (三隅二不二・佐々木薫訳編『グループ・ダイナミクスII』誠信書房, 1970。)
- Frigo, M. L. and K. R. Krumwiede (2000), The Balanced Scorecard: A WINNING PERFORMANCE MEASUREMENT SYSTEM, *Strategic Finance*, Vol. 81, No. 7, pp. 50-54.
- Gergen, J. K (1999), *An Invitation to Social Construction*, Sage Publications Ltd. (東村知子訳『あなたへの社会構成主義』ナカニシヤ出版, 2004。)
- Goss, M. E. W. (1961), Influence and Authority Among Physicians in an Outpatient Clinic, *American Sociological Review*, 26(1), pp. 39-50.
- Gumbus, A and R. N. Lussier (2006), Entrepreneurs Use a Balanced Scorecard to Translate Strategy into Performance Measures, *Journal of Small Business Management*, Vol. 44, No. 3, pp. 407-425.
- Hoque, Z. and W. James (2000), Linking Balanced Scorecard Measures to Size and Market Factors: Impact on Organizational Performance, *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 12, pp. 1-17.
- Kanter, R. M (2003), Leadership and the Psychology of Turnarounds, *Harvard Business Review*, 81(6), pp. 58-67.
- Kaplan, R. S (1998), Innovation Action Research: Creating New Management Theory and Practice, *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 10, pp. 89-118.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1992), The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance, *Harvard Business Review*, Vol. 70, No. 1, pp. 71-79.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1996a), Using the Balanced Scorecard as a Strategic management System, *Harvard Business Review*, Vol. 74, No. 1, pp. 75-85. (鈴木一功訳『バランス・スコアカードによる戦略的マネジメントの構築』『DIAMOND ハーバード・ビジネス』ダイヤモンド社, 1997年2-3月, pp. 92-105。)
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1996b), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press. (吉川武男訳『バランス・スコアカード - 新しい経営指標による企業変革 - 』生産性出版, 1997年。)
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2001a), *THE STRATEGY-FOCUSED ORGANIZATION*, Harvard Business School Press. (櫻井通晴監訳『キャブランとノートの戦略バランス・スコアカード』東洋経済新報社, 2001年。)
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2001b), On Balance, *CFO* (February), pp. 73-78.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2004), *STRATEGY MAPS*, Harvard Business School Press. (櫻井通晴・伊藤和憲・長谷川恵一監訳『戦略マップ - バランス・スコアカードの新・戦略実行フレームワーク - 』ランダムハウス講談社, 2005年。)
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2008), *THE EXECUTION PREMIUM: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage*, Harvard Business School Press. (櫻井通晴、伊藤和憲監訳『バランス・スコアカードによる戦略実行のプレミアム - 競争優位のための戦略と業務活動とのリンケージ - 』東洋経済新報社, 2009年。)
- Kaskey, V. L (2013), The Balanced Scorecard: A Comparative Study of Accounting Education and Experience on Common Measure Bias, *Advances in Management*, 6(7), pp. 22-25.
- Kelley, R (1988), In Praise of Followers, *Harvard Business Review*, 66(6), pp. 142-148.
- Kelley, R (1992), *The Power of Followership*, Doubleday. (牧野昇監訳『指導力革命』プレジデント社, 1993。)
- Kershaw, R. and S. Kershaw (2001), Developing a BALANCED SCORECARD to Implement Strategy at St. Elsewhere Hospital, *Management Accounting Quarterly*, Vol. 2, No. 2, pp. 28-35.
- Kipnis, D., S. M. Schmidt, and Wilkinson, I (1980), Intraorganizational influence tactics: explorations in getting ones way, *Journal of Applied Psychology*, 65(4), pp. 440-452.
- Kipnis, D., S. M. Schmidt (1988), Upward Influence Styles: Relationship with Performance Evaluations, Salary, and Stress, *Administrative Science Quarterly*, 33, pp. 528-542.
- Kloot, L and J. Martin (2000), Strategic performance management: A balanced approach to performance management issues in local government, *Management Accounting Research*, Vol. 11, No. 2, pp. 231-251.
- Kotler, P (2001), *Marketing Management Millennium Edition (Tenth Edition)*, Prentice-Hall, Inc. (恩蔵直人監修、月谷

- 真紀訳『コトラーのマーケティング・マネジメント ミレニアム版 (第10版)』ピュアソン・エデュケーション, 2001。)
- Kotter, J. P. (1979), *Power in Management*, AMACOM. (谷光太郎・加護野忠男訳『パワー・イン・マネジメント』白桃書房, 1981年。)
- Kotter, J. P. (1996a), *Leading Change: An Action Plan from the World's Foremost Expert on Business Leadership*, Harvard Business School Press. (梅津祐良訳『企業変革力』日経BP, 2002。)
- Kotter, J. P. (1996b), *Leading Change*, Harvard Business School Press. (梅津祐良訳『21世紀の経営リーダーシップ - グローバル企業の生き残り戦略 -』日経BP, 1997。)
- Kotter, J. P. (1999), What Effective General Managers Really Do, *Harvard Business Review*, 77(2), pp. 145-159.
- Kouzes, J. M., and B. Z. Posner (2007), *The Leadership Challenge.*, John Wiley & Sons. (金井壽宏監訳『リーダーシップ・チャレンジ』海と月社, 2010年。)
- Kurunmaki, L. (1999), Professional vs Financial Capital in the Field of Health Care: Struggles for the Redistribution of Power and Control, *Accounting Organizations and Society*, 24(2), pp. 95-124.
- Kurunmaki, L. (2004), A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals, *Accounting Organizations and Society*, 29, pp. 327-347.
- Leavitt, H. J. (1958), *Managerial Psychology*, University of Chicago Press. (川勝久・石川弘義・滝島英男訳『経営の心理学』法政大学出版局, 1960。)
- Malina, M. A. and F. H. Selto (2001), Communicating and Controlling Strategy: An Empirical Study of the Effectiveness of the Balanced Scorecard, *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 13, pp. 47-90.
- Malmi, T. (1997), Towards explaining activity-based costing failure: accounting and control in a decentralized organization, *Management Accounting Research*, Vol. 8, No. 4, pp. 459-480.
- Malmi, T. (2001), Balanced Scorecards in Finnish Companies: A Research Note, *Management Accounting Research*, Vol. 12, No. 2, pp. 207-220.
- Manz, C. C., and H. P. Sims (1980), Self-Management as a Substitute For Leadership: A Social Learning Theory Perspective, *Academy of Management Review*, 5(3), pp. 361-367.
- Manz, C. C., and C. P. Neck (1999), *Mastering Self-Leadership: 2nd Edition*, Prentice-Hall, Inc. (宍戸由希子訳『なりたいたい自分になる技術』生産性出版, 1999。)
- McCann, M. (2000), Turning Vision into Real, *Management Accounting*, 78(1), pp. 36-37.
- McCunn, P. (1998), The Balanced Scorecard: the eleventh commandment, *Management Accounting*, 76(11), pp. 34-36.
- Meliones, J. N. (2000), Saving Money, Saving Lives, *Harvard Business Review*, 78(6), pp. 57-67.
- Merlino, I. J. and Raman, A. (2013), Health Care's Service Fanatics, *Harvard Business Review*, 91(5), pp. 108-116.
- Mintzberg, H. (1979), *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1983), *Power in and Around Organizations*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1983), Crafting Strategy, *Harvard Business Review*, 65(4), pp. 66-75.
- Mintzberg, H. (1994), *The Rise and Fall of Strategic Planning*, Prentice Hall. (中村元一監訳『戦略計画 - 創造的破壊の時代 -』産業能率大学出版部, 1997。)
- Norreklit, H. (2000), The Balance on the Balanced Scorecard: A Critical Analysis of Some of its Assumptions, *Management Accounting Research*, Vol. 11, No. 1, pp. 65-88.
- Olve, N., C. Johan, J. Roy and S. Roy (2004), Twelve years later: Understanding and realizing the value of balanced scorecards, *Ivey Business Journal* (May-June), pp. 1-7.
- Pondy, L. W. (1967), Organizational Conflict: Concepts and Models, *Administrative Science Quarterly*, 12(2), pp. 296-320.
- Porter, M. E. (1980), *Competitive Strategy*, New York: Free Press. (土岐坤・中辻萬治・服部照夫訳『新訂 競争戦略』ダイヤモンド社, 1995。)
- Porter, M. E. (1985), *Competitive Advantage*, New York: Free Press. (土岐坤・中辻萬治・小野寺武夫訳『競争優位の戦略—いかに高業績を継続させるか—』ダイヤモンド社, 1985。)
- Porter, M. E. (1996), What is Strategy, *Harvard Business Review*, Vol. 74, No. 6, pp. 61-78.
- Rigby, D. (2001), Management Tools and Techniques: A Survey, *California Management Review*, Vol. 43, No. 2, pp. 139-160.
- Robbins, S. P. (2005), *Essentials of Organizational Behavior 8th ed.*, Prentice Hall. (高木晴夫訳『新版 組織行動のマネジメント』ダイヤモンド社, 2009。)
- Robinson, S. L., and Bennett, R. J. (1995), A Typology of Deviant Workplace Behaviors: A Multidimensional Scaling Study, *Academy of Management Journal*, 38(2), pp. 555-572.
- Schein, E. H. (1965), *Organizational Psychology*, Prentice Hall. (松井賈夫訳『組織心理学』岩波書店, 1966。)
- Schriesheim, C. A., and Hinkin, T. R. (1990), Influence Tactics Used by Subordinates: A Theoretical and Empirical Analysis Refinement of the Kipnis, Schmidt, and Wilkinson Subscales, 75(3), pp. 246-257.
- Silk, S. (1998), Automating the Balanced Scorecard, *Management Accounting*, Vol. 79, No. 11, pp. 38-44.
- Simon, H. A., D. W. Smithburg, and V. A. Thompson (1950), *Public Administration.*, Knopf. (岡本康雄・河合忠彦・増田孝治訳『組織と管理の基礎理論』ダイヤモンド社, 1977年。)
- Simons, R. (2000), *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*, Prentice-Hall, Inc. (伊藤邦雄監訳『戦略評価の経営学 - 戦略の実行を支える業績評価と会計システム』ダイヤモンド社, 2003。)



- Simons, R (2005), *Lever of Organization Design: How Managers Use Accountability Systems for Greater Performance and Commitment*, Harvard Business School Press. (谷武幸・窪田祐一・松尾貴巳・近藤隆史訳『戦略実現の組織デザイン』中央経済社, 2009年。)
- Smith, H. L. (1955), Two Lines of Authority Are One Too Many, *Modern Hospital*, 84(3), pp. 59-64.
- Speckbacher, G., J. Bischof and T. Pfeiffer (2003), A Descriptive Analysis on the Implementation of Balanced Scorecards in German-speaking countries, *Management Accounting Research*, Vol. 14, No. 4, pp. 361-387.
- Yin, R. K. (1994), *Case Study Research: Design and Methods 2<sup>nd</sup>*, Thousand Oaks, CA: Sage. (近藤公彦訳『ケース・スタディの方法』千倉書房, 1996年。)
- Weick, K. E. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage Publications, Inc. (遠田雄志・西本直人訳『センスメイキング イン オーガニゼーションズ』文眞堂, 2001。)

## 謝辞

本論文は、筆者が小樽商科大学大学院商学研究科現代商学専攻博士後期課程在学中に行った研究をまとめたものです。

本研究を進めるにあたり、終始ご指導ご鞭撻を賜りました乙政佐吉教授および加藤敬太准教授に心より感謝致します。研究を進めて行くにあたり、終始懇切丁寧なご指導およびご助言を頂きました本学 中浜隆教授に深く感謝致します。本論文をご精読頂き有用なご助言を頂いた本学 玉井健一教授および本学 伊藤一教授に深謝致します。

第 5 章の調査については、動物病院の院長先生およびスタッフの皆様にご協力を頂きました。心より感謝致します。

最後になりますが、研究を進めて行くにあたり、ご指導いただいた本学 諸先生方に心からの感謝の意を表します。

平成 27 年度 小樽商科大学 卒業・修士・博士論文用裏表紙

学生番号	201382	
附属図書館	貸出図書返却確認	
キャリア支援課	進路報告書提出確認	
		領収印
大学生協	論文製本料支払確認 ※支払いは大学生協営業 時間内とする ※電子マネーでの支払い 可	

※図書館確認印押印後、キャリア支援課確認印と大学生協領収印の押印は順不同

※この裏表紙は、卒業論文においては学務課学部教務係、修士・博士論文においては学務課大学院係に論文の最後に添えて提出してください。

※卒業論文・修士論文・博士論文は製本された後、附属図書館学位論文室に保管され、学内者の求めに応じて閲覧に供されることとなります。卒業論文を閲覧に供することにより自分や他人の思想・信条・プライバシー等が侵害されるおそれがあるため閲覧を希望しない場合には、附属図書館に申し出てください。

3月卒業予定者卒業論文提出期限(昼間)：1月29日(金)17時

3月卒業予定者卒業論文提出期限(夜間)：1月29日(金)20時

3月大学院修了予定者修士・博士論文提出期限：1月15日(金)17時