

リスク・ケース

総合研究部門（大阪）

病院人事リスクマネジメント研究会

荒木、大野、加子、鈴木、綾

I 外発的要因

1. M&A（病院組織改変）

●●病院は100床規模の老舗病院で一昔前は業績が非常に好調であった。理事長（院長）は、納税するくらいなら設備投資をしたり、職員に還元したほうが良いと、必要性の低い高額な医療機器を購入したり、職員の賃金を一律に上げたりした（①）。その考え方が行き過ぎ、施設の大規模修繕や高額医療機器の購入によって借入金が大きく増えていった。

数年間はそれでも好調な経営に支えられて、資金繰りに困ることはなかったが、相次ぐ診療報酬のマイナス改定や借入金の利子負担等の原因から、次第に経営が厳しくなり、2～3年前からは資金繰りが厳しくなり、借入金返済のために新規借入れを繰り返す状態になっている。

こうした状況下XX病院からM&Aの話が持ち込まれ契約書が取り交わされた。●●病院の経営陣は全て退任し、新任の院長が●●病院に就任した。そして、諸施策が矢継ぎ早に実施された。コーポレートガバナンスの徹底、経理・会計システムの改定、マーケティング施策の実行、賃金を中心とした人事制度の改定、等である。

ワンマンな前理事長のもとで組織的な動きをしていなかった●●病院の幹部・中堅職員にとって、新たな諸施策は苦痛以外の何ものでもなかった。しかも、賃金水準の切り下げというダブルパンチも加わって幹部・中堅職員の退職が相次いだ。幹部・中堅職員といっても、ワンマン前理事長の指示を受けて行動していたため、部下を育成するという観点が欠落していたのである（②）。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 節税目的の不用意な一律的賃上げは、本来の支払能力とは無関係に行われることが多いため病院経営にリスクをもたらす危険性がある。更に、職員対しても、自らの貢献度によって賃上げを獲得したという意識を薄れさせてしまうとともに、賃上げは当然のごとくあるものだという安易な気持ちを持たせる危険性がある。

リスク

*職員の賃上げを容易に行うと賃金は上がり続け、病院経営を圧迫するようになる。更に、職員にとっても賃金は上がり続けるものだという意識が根付いてしまうため、賃上げが出来ない状況に陥ったときに職員の意識に与えるマイナス効果は大きい。（人件費高騰リスク、モチベーション低下リスク）。

- ② 組織的な動きをせず高くなった賃金に見合った働きをしてこなかった幹部・中堅職員はコア人材たり得ない。いざというときにやめてしまうし、後継者育成も全くできていなかった。更に、残った職員の育成にはかなりの時間が必要である。

リスク

* 権限に見合った仕事をしてこなかった、等、本来のあるべき教育を受けていない幹部・中堅職員を温存してきたため、いざという事態に対応できなかったばかりか彼らの大量離職を招いてしまう（経営の不安定リスク、人材流出・定着率悪化リスク）。

* 何も教育を受けていない職員ばかりでは現場の改革はなかなか進まない（改革推進の難航リスク）。更に、実力が伴わない職員に過度の期待をすると負担に耐えきれず辞めてしまう（人材流出・定着率悪化リスク）。

2. 人事制度改革

(1) 評価制度の改革

[1] 医師評価制度

●●病院では、病院機能評価をクリアするため及び医師毎の働きぶりに差異がある現状から医師評価制度を導入した。プロジェクトチームを編成して1年間の期間をかけて評価制度を構築し、賃金・賞与・退職金の処遇制度との連動化をはかった。医局会において新制度の説明会を開催し、様々な質問に対して丁寧に応答した。

そして、各医師と年俸契約を更改という形で締結し新制度に移行しようとした。ところが、契約締結を拒む医師が5名も出たのである(①)。彼らの言い分を要約すると、

- 1) 評価者が四六時中被評価者を観察しているわけではないので見落としがあるのではないか。
- 2) 評価者の訓練が十分行われていない。
- 3) 評価結果のフィードバックが難しい。よほど納得性のあることを言わないと紛糾する可能性がある。

ということであり、評価者は評価制度の運用に自信がもてない、被評価者は評価者の評価に疑念・不安を抱いている(②)。

推進者である院長は、このままでは医師同士の疑心暗鬼を招き当院への定着化に支障を来す恐れがあるのではないかと不安になってきた。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 年俸契約を拒む医師は、大学医局に駆け込んで教授に対してあることないことを申し立て、自分がいかに不当な取扱を受けているかを主張する恐れがある。こうなると大学医局側は派遣先の病院の言い分に対して聞く耳を持ちにくくなる。下手をすると病院側は、医師の総引き上げという事態も覚悟せねばならなくなる。

リスク

* 病院固有の人事制度を構築しても、医師がその趣旨を理解せず大学医局に駆け込み、「不当な扱いを受けている」と訴えることにより教授の不興をかい、構築した制度が実施できなくなる（改革推進の難航リスク）。更に事態が悪化すると、医師の総引き上げという最悪の事態となる（人材流出・定着率悪化リスク）。

* 一旦医師総引き上げという事態を招くと悪い風評が一気に広まって、医師の採用が困難になる（風評リスク（人事労務系）、採用難リスク）。

- ② 医師は医療行為以外の職務に関して関心が薄い場合が多い。評価は余分な職務であると考えている医師に対して、前向きな姿勢を導き出すのは難しい。

リスク

* 評価に関しては実施すべきであると考えてるが部下の反発は招きたくない、という総論賛成・各論反対の意見を持つ場合に多々遭遇する。（改革推進の難航リスク）。

* ●●病院ではややこしい人事評価があり部下との関係がギクシャクしているらしいという風評が広まり、医局経由の派遣者も断りを入れてくるなど、応募も激減している（採用難リスク）。

* 部下を納得させることが難しい評価を実施するのが苦痛で辞めたいと漏らす医師が増えている（人材流出・定着率悪化リスク）。

[2] コメディカル職・2次評価の波紋

評価制度改革に伴って、●●病院のXXさん（女性）は、コメディカル職を統括する医療技術部長に非医師職として初めて就任した（①）。XXさんは、臨床検査技師でその手堅さを見込まれての就任であったが、心配事があった。それは、自分よりも年上の科長が2人（放射線科及び臨床工学科）おり、しかも彼らは科長在任10年以上の超ベテランであった（②）。彼らは、前任部長（医師職）に対しても反抗的で、前任部長の2次評価に対してあの手この手で注文をつけていた。しかし相手が医師なので反抗も軽度で済んでいたという状況であった。

人事評価の時期が来て、科長による1次評価が済み甲さんによる2次評価が行われた。XXさんは、2人の科長の評価が甘すぎると判断した。放射線科4人、臨床工学科6人（いずれも科長を除く人数）の評価項目は全てB以上でAやSも散見された。放射線科、臨床工学科には問題児が各2人ずついたが、彼らにもB、Aがつけられていた。

XXさんは、この事態を予測して観察記録ノートにコメディカル職全員の行動と情報収集した事実を書き留めていた。●●病院では、2次評価者が1評価者の評価を修正する場合には、1次評価者に修正を告知しなければならなかった。XXさんは、2人の科長に対して修正を告知した。すると、面談の席で放射線科長はその修正は認められないと捨てぜりふはいて席を立ってしまったし、臨床工学科長からは他科の者（ヨソ者）に何がわかるのかと悪態をつかれた。しかし、XXさんはひるまず評価者面接を終えた。

ところが予想外の事態がおこった。臨床検査科を除く医療技術部の他科でXXさんのもとでは仕事はやっていけないという声わき上がり、放射線科・臨床工学科の2科長が院長に今回の混乱の責任者としてXXさんの更迭を直訴するという事態にまで発展し

たのである。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① せっかく非医師職の部長を選任してもセクショナリズムが心理的障壁となって新しい人選をつぶす方向に向いてしまう

リスク

- * 医師職の後ろ盾なくして様々な科が併存する医療技術部を、非医師の特定の科出身者が統括することに納得感がなく、やっかみを生む。(改革推進の難航リスク)。
- * 初めての非医師部長として張り切っているのに各科長の協力が得られず焦りの気持が先行してしまう (モチベーション低下リスク)。

- ② 年上のベテラン科長を与党化するためには、硬軟取り混ぜた懐柔策が必要である。XXさんのマネジメントスタイルは直球的すぎてそれが反発を醸成している。前任部長に対する2科長の態度から彼らの協力を取り付けるのは容易でないことはわかっていたが想像以上の難しさにひるんでしまう。その心の余裕のなさの故に硬軟取り混ぜた懐柔策ではなく職権に基づく命令口調で相対したためかえって2科長の反発を招いてしまった。

リスク

- * ベテランの職員を統括する、または、他の有資格者の上司となることは、病院組織においては、非常に運営が難しい。個人の努力だけでなく、組織的なバックアップが無ければ、折角の良い人材がつぶれてしまう危険性がある (メンタルヘルスリスク、モチベーション低下リスク)。
- * また、組織がうまく動かない状況を放置すると、組織全体の風土も悪化することも考えられる (.モラル (倫理・道徳) 低下リスク)。

(2) 賃金制度の改革 (業績連動型、昇給率引き下げ、等)

●●病院では、俸給表に基づく年功主義賃金を人事評価に基づく能力主義賃金に改定すると同時に賞与の一部に部署の成果を反映する成果連動型賞与を導入した。そして、賃金制度改定に際して、従来昇給率が2.5%と高かったため1.8%に引き下げることにした。適用対象は、医師を含む全職員であり、医師は聖域であるという意識の払拭を行い、全法人一丸となって改革を推し進めるという意思を示した。

職員説明会における新人事制度の概要説明後の質疑応答では、新制度に関する否定的な質問が相次いだ (①)。それらを要約すると次のようになる。

- 1) 病院を取り巻く環境が厳しくなってきた、それに対応した人事制度に転換しなければならないことはわかっている、自分の賃金が増えない又は減らされるのは理解できない。
- 2) 昇給率の引き下げによって今後先輩の水準に追いつけなくなるのは納得できない。後の世代ほど不利益になる制度は、本当に良い制度なのか。
- 3) 評価制度の運用が新制度成功の鍵になるということであるが、十分な評価

者のレベルアップ策のメニューを用意しているのか。

- 4) 成果賞与に反映する部署別成果の内容及び水準に納得がいかない。
- 5) 医師職に対しても厳しく運用するといっているが、従来のことを勘案すると腰砕けになるのではないか。

理事長は新制度を運用しながら徐々に浸透化を図っていこうと考えていたが、否定的な意見ばかり出たため不安になった。導入を1年遅らせて、その間に様々な意見を聞いては話し合いを行い、賛同者を増やしていくほうが良いのではないかと考え始めた(①)。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 制度改定に対する職員の不安感を払拭する努力を怠ったため理事長に対する信頼感がかなり低下してきている。

リスク

*職員（医師職を除く）は、新人事制度の導入に明るい展望が見出せなければ失望感を抱き、新制度を前向きに受け止めなくなるし、しらけてしまう（改革推進の難航リスク、モチベーション低下リスク）。

*説明責任を果たさず腰砕けになった理事長に対する不信感が高まり、職員の病院に対するロイヤリティが低下する（モラル（倫理・道徳）低下リスク）。

(3) 賃金水準の引き下げ

地方都市に立地する●●病院は、医業収入の減少と医業費用の増加により医業収支差額は年々悪化の一途であった。医業費用の中でも、特に人件費の割合が高く、医業収入に占める人件費の割合は50%後半から60%に迫る勢いであった。そのため、定期昇給の一律20%カット、ベースアップのストップ及び賞与の一律30%カットを実施してきた(①)。ところが、前回の診療報酬改定により、医業収入が更に落ち込んだため定期昇給もストップした。その結果、職員からは「三重苦では人生設計ができない」、「恒産なくして恒心はあり得ない」、という声が病院全体を覆い尽くした。特に、20歳代後半から30歳代前半の看護師の離職が相次いだため7:1の基準が維持できなくなり(②)、医業収入減少に追い打ちをかけた。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 人件費比率悪化に伴って各種人件費抑制策が発動され、それが職員のモチベーション低下を招き、顕著な負のスパイラルに陥る。

リスク

*人件費削減のニュースは瞬く間に周辺地域に広まり「●●病院は経営が危ないらしい、医師もどんどん辞めていくらしい」と言うような風評が蔓延し、患者数が減る上、職員の士気も落ち込む（風評リスク（人事労務系）、モチベーション低下リスク）。

*人件費の削減は職員の採用、とりわけ若手職員の採用を困難にする（採用難リスク）。

- ② 看護師の離職により、想定していた看護体制が維持できなくなると医療収入の減収につながる。

リスク

*看護体制が維持できなくなると医療収入が減少し経営に悪影響を与える上、残った看護師の負担が増して不平不満を醸成し、更なる離職も招きかねない（経営の不安定化リスク、モチベーション低下リスク、人材流出・定着率悪化リスク）。

3. 病院経営方針、医療提供体制の改編

本年度から施行された第5次医療法改正では、「良質で安心・信頼のできる医療サービスの提供」を図ることを目的に、以下の7つの基本項目から構成されている。

1. 患者等への医療に関する情報提供の推進
2. 医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進
 - ・退院時調整等、在宅医療推進のための規定整備
3. 地域や診療科による医師不足問題への対応
 - ・都道府県の「医療対策協議会」を制度化
4. 医療安全の確保（医療安全支援センターの制度化）
5. 医療法人制度改革（非営利性の徹底と社会医療法人の創設）
6. 有床診療所に対する規制の見直し

医療機関は、医療の質そのものの向上ももちろんではあるが、以上の項目に対応し、選ばれる医療機関として存続するためには、企業体として、経営戦略、特に組織・人事面での戦略を整備することが求められてきている。

●●法人は、近隣する市において病床数300床程度の病院を一つずつ経営している。十数年前、この地域の名士であった前理事長は、同じ地域の有力者からの紹介で病院の資金を使って不動産投資を行った。その契約は前理事長が独断専行したもので、事務長以下、幹部職員も契約が確定するまでは何も知らされていなかった（①）。

その後、不動産の価格は下がり、思うように売却もできないまま、不動産購入のための借入金利息が大きく膨らんできた。この不動産投資自体には病院経営と直接の関連があったわけでもなく、結果として病院自体は患者さまであふれているが、財務面で困窮する事態になってしまった。

しかし、2代目理事長のリーダーシップもあって、紆余曲折の末、なんとか経営的危機を脱した。40才台半ばの新理事長は前理事長の子で、やはり医師ではあるが、医師免許取得後、経営学も一通り学び、一般企業の経営者との交流も積極的におこなっていた。

当面の経営危機を脱却した昨年、新理事長は。

A：筋の通った経営思想がなければ今後、病院経営は成り立たない。

B：今後、医療法がどのように改定されるかは予測できないが、確固たる経営基盤と戦略をもっておれば、大きな問題は生じない。

との信念のもと、今回の医療法改正の先を見越し、病院を単に病人、けが人を治療する場としてのみではなく、地域住民の健康の保持、増進をおこなう基点として機能させることを目指した。

具体的には、病院とは別の法人を設立し、地域の医療機関のみならず、衣・食・住と

いった生活に密接にかかわる企業・店舗、また、スポーツ施設やクッキングスクールをネットワーク化する。そして、そのネットワークの中に自らの病院を組み込み、生活の質の向上を進める会員組織を構築していこうとの構想を運営会議にて発表した。

その実行計画を、長年勤めてきた事務長以下数名の病院幹部に策定するよう指示した (②)。しかし、採用業務に奔走している事務長から¹、いつまでたっても計画案は提出されなかった。

また、事務長、医師職の部長以上、コメディカル職、看護職の管理者に対しては、専門能力だけではなく、マネジメント能力を高めるよう求めた。マネジメント能力を人事考課の指標に組み込んで、強く現場に期待したのである (③)。

その結果、それらの職員から、“患者さまに應對する時間が取れなくなった”、“マネジメントと言っても何をして良いか判らない”、“評価内容があいまい、納得できない”といった声が多くあがり、かえって病院運営に支障を来たすような事態に陥ってしまった。

【リスク原因と発生想定状況】

- ① 病院組織では、理事長等の経営者が医師である場合が多い。医療産業が手厚く保護されていた過去には、ある程度の経営的な誤りがあっても病院全体の収支に大きな問題を生じなかった。しかし、近年の数度の法改正、診療点数の改定にともなって病院経営の損益分岐点は低下を続け、経営的なゆとり（車のハンドルの“遊び”）部分が小さくなってきている。病院経営者には経営者としての能力向上がいつそう必要とされてきているのである。また、経営者を補佐する経営幹部も必要であり、そのような経営幹部の能力向上と、何より経営トップに対して“発言できる風土”を担保することが急務である。

リスク

- * 経営者不信からくる職員のモチベーションダウン（モチベーション低下リスク）。
- * 病院トップの経営能力の欠如による経営危機（経営の不安定化リスク）。

- ② 病院における多くの管理職は、事務長以下、往々にして経営者的な立場で政策を企画提言する場が与えられてこなかった。それゆえに、突然そのようなタスクを課しても戸惑うばかりである。今までになかった経営施策を打ち出そうとするときは、そのタスクに合った人材を新たに組織に引き入れることが必要である。採用にあたっては、“業務監督者”としての処遇感覚から脱し、一般企業における企画専門職の処遇水準を十分に認識しなければ、中途半端な能力しかもたない人材しか確保できない。

¹ 2007年の7：1看護加算の導入の影響を受け、看護師の特需（需給バランスの話）が発生している。例えば某国立大学の附属病院は、ほとんど「無試験」の状態を採用を決め、人数確保を急いでいる。このような対応は、採用後の能力開発の不徹底というリスクを抱える。長期的には、年功賃金制度を前提とした処遇体系を導入しているような場合、人件費の増大リスクをより拡大させることにもつながる。一方、中小病院では対照的に深刻な看護師不足に陥り、それを回避するために“特別手当”を加算するなど、賃金管理上の問題も引き起こしている。

リスク

- * 経営戦略に基づく企画、発案に類する創造的思考が求められる業務に接する機会が少なかった管理職に対して、そのような業務成果に対する過度なプレッシャーを与えすぎると、職務遂行能力のアンマッチが顕在化し、職員の気持ちを萎縮させてしまう恐れがある（メンタルヘルスリスク）。
- * 高度専門職に対する処遇水準認識の不足からくる採用難（採用難リスク）。

- ③ 病院職員は国家資格またはそれに準ずる資格をもち、その資格に規定された専門技術的職務を（その職務のみを）自らの役割であると認識している者が多い。専門的知識や技術に加えてマネジメント能力を向上させることが確かに重要であり、それを高める施策の導入は必要である。

リスク

- * あまりに早急な能力向上期待に対するプレッシャーをかけすぎると、特に真面目で、職務に真摯にあたっていこうとする気持ち強い職員ほど、今の自分の能力と期待レベルの格差に悩んでしまう（メンタルヘルスリスク）。
- * 对患者コミュニケーション時間を低下させずに、管理業務の増加が発生すると、労働時間全体が長くなる（過重労働発生リスク）。

4. 病院運営実権者の交代（モラル・モチベーションの低下）

●●病院は 300 床規模の病院で、開業 25 年の老舗病院である。理事長はバブル後期に不動産投資に手を出した。その際、不動産投資は不動産屋に丸投げであった。更に、その頃には開業後数年から数十年経っており病院経営も安定していたためか、理事長自身は病院経営や診療からほとんど手を引き勤務医の副院長や事務部長に任せ、院外活動に力を入れ始めていた (①)。その際、院外活動に職員を使ったり、資金の一部を病院から支払っているのではないかという疑惑がもたれていた (②)。

現在は、バブル期の負債が重くのしかかり、本業（医業）の収益から返済できる状況ではない。更に、理事長自身が診療及び経営から離れ、勤務医や事務部長に診療や経営を任せた結果、人件費比率も経費比率も他病院に比べ高くなっており、病院そのものの収益性も落ちている。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 病院経営や診療方針を全て他人任せにした点も重大な過ちであった。勤務医には経営観念が薄い場合が多いため、医薬品は高いものを使い、看護師も多く配置し、病院経営に関係なく患者の退院時間を設定する等の傾向がある。事務部長は医師に対して強く言える場合が少なく、医師である理事長がしっかりと経営を把握し、勤務医に言うべき事（特に診療方針について）を言わないと歯止めがきかなくなってしまう。

リスク

- * 理事長が経営や診療方針を他人任せにした結果、高コスト体質になってしまい病院の収益力にマイナスの影響を与える可能性がある（. 経営の不安定リスク）。
- * 事務部長は財務面の悪化に気づいて何とかしようとするが、如何せん副院長に聞き入れられない場合が多いため、ジレンマの中事務部長はヤル気を喪失して辞職に至る可能性がある（モチベーション低下リスク、人材流失・定着率悪化リスク）。

- ② 理事長の院外活動に病院の職員を使ったり、病院資金の流用化疑惑という公私混同は大いに問題がある。見本となるべき理事長に公私混同がみられると、全ての職員（特に、幹部クラス）に同じような傾向があらわれてくる。

リスク

- * 理事長の公私混同が職員に影響を与え士気の低下を招いている（. モラル（倫理・道徳）低下リスク）。
- * 経営者をはじめ職員全体のモラル低下は来院者に不快感と不安感を与え、そうした評判が近隣に伝わり、患者数の減少につながる（風評リスク）。
- * 職場全体を覆うモラル低下は、良識ある職員の辞職を招く（人材流失・定着率悪化リスク）。

5. 電子カルテ・オーダーリングシステムの導入

1990年代中ごろに本格的に実用化された電子カルテについて、2001年、厚生労働省から「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」が示された。その中では、2006年までに400床以上の病院の6割以上、診療所の6割以上に電子カルテの導入を目指すとの目標が掲げられており、システム構築に対する補助金の交付制度も盛り込まれていた。

しかしながら、実際にはシステム導入のための費用、メンテナンス、システム化すべき業務の再整備、職員の意識改革等、様々なハードルがあり、当初の予定通りには進んでいない。

また、2006年度の診療報酬改定には、電子化加算（一定要件以上のシステム導入をおこなった医療機関にたいして初診料3点を加算する決まり）が盛り込まれた。これは2010年度までの時限措置ではあるが、その後の診療点数改定にもこの考え方が継続するものと予想される。

さて、●●病院でも昨年、病院長の肝いりで推進派を中心メンバーとした（①）電子カルテ導入プロジェクトを立ち上げ、3カ月ほど前に完成して本格稼動に入った。

電子カルテ導入のための研修もセットしたのだが、一部の医師・職員は業務都合等で欠席した（②）。このように本格稼動には若干の不安もあったが、多額の費用をかけたことでもあり、早期に本格稼動させたいと考え、きちんと対応してくれるものと期待して導入に踏み切った。

その結果、外来で特に散見されるのだが、医師が手書きしたカルテを看護師や医事課

員が入力して（医師から“入力させられて”）おり、本来業務に支障を来たすような状況となってきた。入力する内容についても、綺麗な字ならまだしも、どれも走り書きかつ、医師によってはドイツ語、英語が混在するなど、“解読”が大変との声があがっている。X医師などは“オーダーリング・システムを使うより、看護師を走らせたほうがはやい”などと公言している。

また、システムを導入して時間が経っていないことが原因かもしれないが、システム自体のメンテナンス対応に想定以上に多くの時間が必要となっている。医療現場もそうであるが、システム管理をしている部署の職員の時間外作業が非常に多い状態が継続している。

【リスク原因と発生想定状況】

- ① 電子カルテのように、多くの職員の運用を頼りとする組織管理施策の導入には、確かに始めの段階では推進派メンバーによる早期の骨格づくりが良いと考えられる。しかしながら、本格導入に至るまでに、否定的な職員の“巻き込み”が必要である。一般的に病院組織は会社組織のように、上役の“パワー”が弱く（専門職集団なので・・・）マイルド化、組織管理施策が変更されたからといって、素直には従わない職員（特に医師職で顕著）が往々にして見られる。

リスク

- * “こんな仕事などやってられない”といった声が顕在化し、悪くすれば離職に至ってしまう（人材流出・定着率悪化リスク）。
- * 病院の方針に従わず、自分のやり方・考え方を固辞しようとする職員を放置し続ければ、病院に対する不信が顕在化する（モチベーション低下リスク）。
- * 管理業務過多による肉体的・心理的負荷の増大と（メンタルヘルスリスク）、状況が悪化すれば、業務の質そのものの低下が懸念される。

- ② システム構築の場面と同じく、導入時と導入後の推進について、病院組織全体で一貫した対応が求められる。特定の職員を特別扱いにして、説明会や研修の不参加、また、システム導入後の対応を個別に斟酌して従前のやり方の継続を認める、などをすれば全体が崩れる。

リスク

- * 業務負荷の高まりに起因する組合からの要求内容がエスカレート（組合の敵対化リスク）。
- * 残業代の高騰（人件費高騰リスク）。

6. 病院と大学医局との力関係

ケースA：病院固有の人事制度はなく、給与から役職まで医局の指示に従って決定している病院

これまでの我が国の大学医局を中心とした医師供給と育成のシステムは、功罪半ばといいながらも多くの私的・公的病院がその恩恵に浴してきた。功の部分といえるのは、

医師を安定的に供給してもらえたこと、医師の在職年数が平均5年程度であることから伺えるように、病院は中長期的視野での医師の育成やキャリアに責任を負わなくて済んだこと（医師は短期的な医局からの出向者のような存在）、そして某病院は〇〇大学系というように、大学医学部の信頼を共有することができたことが挙げられる。

●●病院でも、医師はすべてXX大学の医局から代々派遣されてきているが、給与水準から役職まで派遣にあたって医局から指示があり、とくに近年では、ドクターの不足している麻酔科や小児科、産科については例年以上の高給と副院長格での採用を指示されて (①) おり、従わない場合はドクター不在になりかねない状況にある。

ところが最近、XX大学以外の出身の医師が直接応募してくるケースが増えており、採用に至った者も増加している。これらの医師の給与、役職についてはXX大学出身者に準じて決定しているが、明確な給与体系もきちんとした評価基準もないために一般的にXX大学からの派遣医師より給与水準が低くなる傾向にある。そのためにXX大学の指揮を受けないこれらのドクターから不満が高まっている。

実は、同病院の理事長は、「医師職の待遇と評価の基準を当院固有のものにすることは不可能、あるいは意味がない」との固定観念が強く、一昨年導入した新人事制度でも医師職は除外していた (②)。そのことで、看護師職や他の職種からも、医師職の改革をさしおいて進めるのは納得性も実効性がないとの批判と不満が高まってきている。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 能力や貢献実績に基づかない処遇制度は往々にして年功基準になりがちであり、とくに医局等の外部の基準を飲んで処遇を決める場合は人件費の通増が避けられない。

リスク

- * 当人の能力に相応した賃金設定ができないために、能力>賃金となるような人材に対しては不満（モチベーション低下リスク）を、能力<賃金となるような人材では不必要な人件費の発生（人件費高騰リスク）が見られるようになる。

- ② これまで、大学医局の指名する医師を医局が指定する条件で雇用するばかりの体制であったために、医局人事の影響力の希薄化した、あるいは医局人事から独立した医師が増加しつつある時代において、医師の役割、能力や実績を基準として待遇を決定する仕組みの欠落が顕在化してきた。

リスク

- * 医局から独立した医師はもちろん、医局人事の場合も医師が部長職(診療科責任者)に昇進した以降は、現在でも医局人事による異動発令がめっきり少なくなるにもかかわらず、当人をいわば病院のプロパー職員として処遇していく仕組みやキャリアパスが明確になっていない（モチベーション低下リスク）。
- * このような状態が継続すれば、医師職の処遇に対する納得性が得られず、医局人事の希薄化もあいまって簡単に自らの意思による転職あるいは大学医局経由の再派遣依頼をしてしまうことになる（人材流出・定着化悪化リスク）
- * 一方、病院独自の人事制度を整備しようとしても、医局との関係を見捨てるような枠組みにはできない（改革推進の難航リスク）
- * 「いつまでもこの病院にいる訳ではないので固有の制度の適用を受ける筋合いにない。」という医師の思いを結果として尊重してしまっている（モラルリスク）。

ケースB：病院固有の基準によって処遇を決定している病院

●●病院ではXX大学から派遣されてきた医師の給与や役職等はつど理事会で決定して発令していた。●●病院の理事長はXX大学の名誉教授であり、いまなお医局に対する発言力を有しているため、医局もXX病院の決定する給与や役職に関して異論を唱えることはなかった。そのため医師がXX病院の給与水準、昇給ルール、評価結果に不満を持ったとしても大学医局に対して軽々に不満を表明したり転勤の申し入れをすることはできなかった。

ところが最近入職した医師は、大学医局の人事ではなく、自ら直接応募してきた経緯があり、給与の決め方や水準に不満がある(①)としてたちまち他院に転職してしまった。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 医師の処遇が病院固有の人事制度で決まる体系は、当該病院へ医師を派遣する主要な大学医局との関係が良好な場合はとくに問題もなく、派遣されてきた医師の処遇を決めることに寄与する。医師はたとえ不満があったとしても医局に対して訴えることは制度として定められたもの故に、多くは表面かしない。近年のように医局以外の直接採用が増えてくると、処遇水準はもとより、評価基準や手当の支給基準等に不満がある場合に、病院側でその根拠や正当性をきちんと説明できるに足るだけの枠組みを用意しておく必要がある。

リスク

- * 病院組織に確立した人事制度があったとしても、水準や評価基準や人事処遇がきちんと説明できなければ、病院（理事長）に直接向かう（モチベーション低下リスク）。
- * さらに、説明責任を果たせない場合は退職もあり得る（人材流出・定着化悪化リスク）。

7. 近隣の競合条件（他院廃業⇒当院業務量拡大）

●●病院は近隣のXX病院廃業の影響により、各診療科とも患者数が増加した。中でも産婦人科の患者数増加は顕著で、常勤医師2名は病院に泊まり込みの日々が続いていた。助産師・看護師も超繁忙で疲労困憊している(①)。●●病院では、小児科と産婦人科を連携させた周産期医療体制を整備して、妊娠の異常、分娩期の異常、胎児・新生児の異常に適切に対処する高度専門医療施設をめざし、昨年、産婦人科と小児科の病棟をリニューアルしたばかりであった(②)。しかし産婦人科があまりにも忙しくなったため当該構想の見直しを迫られている。

●●病院の産婦人科は、安心して産めるという評判が確立しており、その評判は周産期医療体制の整備で盤石化するはずであった。理事長は、自分自身の構想は正しいと確信しながらも、他院廃業による業務量増加という思わぬ状況変化に困惑している。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 他科に比べて忙しすぎる状況が継続すると職員の不満が高まり、離職を考える職員が多くなる。そのため、引き留め策を考えざるを得なくなる。

リスク

* 忙しさが限度を超すと大量離職を招く（人材流失・定着率悪化リスク）。

* 不満を和らげるための医師に対する報奨金制度、助産師・看護師に対する繁忙手当の設定は効果があるが、人件費が増大する（人件費高騰リスク）。

- ② 周産期医療体制の整備という強みを活かすべく実施した設備投資が功を奏しない恐れがある。

リスク

* 周産期医療体制が整っている病院というメリットを訴求できなくなるとともに、小児科の看護師等関係する職員は計画の未実施によりの士気を低下させる（経営の不安定リスク、モチベーション低下リスク）

8. 地域の過疎化人事・労務上のリスク

過疎地域（市町村数）は738、全国1,805市町村数の約40%に相当する。

過疎市町村の人口は国内全体を集計すると、約1,068万人余りで全国の人口のおよそ8.4%に過ぎないが、その面積は日本国土総面積のうち、54%（204,268 km²）を占めている²。過疎地域においては、急速な高齢化が進行し老人医療需要が増大する一方、なお無医地区³が存在し、加えて集落が点在している事もあって、医療・介護サービスを十分に受ける事が難しい状況である。

A郡は市街地から離れた場所にあり、交通の便が悪い。

A郡の中には数十件の民家から成る集落がいくつもあり、特にB集落は標高700mの斜面に民家が点在している状況である。ここから病院に向かうためには山道を下がった集会場までバイクや軽トラックで行き、そこから村の福祉バスに乗り換えて10kmほど離れたC町の病院まで移動しなければならない。

いまA郡で大きな問題が浮上している。この地域で唯一の小児科専門院である●●病院が閉鎖の危機に陥っている事である。原因は、高齢による医師（院長でもある）の引退と後継者の不在である（①）。院長の実子も小児科医であるが、彼はいま母校である東京のXX大学病院に勤務医として勤めている。自身のキャリア、学生時代に会って結婚した妻（東京生まれ東京育ち）の拒絶、子供の教育問題、地元地域の因習に癖々している事等によりUターンする気は全くないとのことである。

医師を連れてきて病院を存続させるにしても、地域には財源がない上にコネクション（大学医局とは縁遠い病院であったため大学からの支援もあてにならない）もない状態である②。医師のみならず看護師も宿直回数の増加は当然の事ながら通常勤務も過重状態が継続（③）していることから、体力のみならず、精神的な疲労が蓄積している。何らかの手を打たねば本当に小児科が無くなり、安心して子供が産めない地域になってしまう。

² 平成19年度総務省自治行政局過疎対策室の調査（平成18年度版「過疎対策の現状」について）

³ 無医地区；50人以上が暮らしながら、半径40km以内に医師がいない地区。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 語るまでもなく、地方、特に過疎地域では医師の確保が非常に困難な状況にある。病院の医師不足と獲得難が職員にたいして顕在化すると、“病院閉鎖”という言葉も職員間でうわさされるようになる。

リスク

- * 雇用不安から、できるだけ早く他院にポジションを求めてその病院を離ようとする職員がでてくる（人材流出・定着率悪化リスク）。

- ② 地方の個人経営の病院では、病院運営の任せられる医師を新たに採用することは難しいといわれている。医師には知的向上心が非常に高い者が多く、臨床例の少なく高度専門スキル向上が望みにくい過疎地での勤務を敬遠することがその理由の一つとして指摘されている。そのため、医師の後継者はその親族を当てにしているケースが多い。後継者の予定が崩れた時、それが病院閉鎖の引き金になりかねない。対応策として、地方自治体と協力して、医師を確保する試みや病院自体を公立化する動きも見られるが昨今の緊縮財政の中、コスト面ではつまずくケースが多い。

リスク

- * 過疎地では医師職のみならず、医療にかかわる有資格者の確保が非常にきびしい。通常の状態でもそうであるのに、医療従事者の数の不足が顕在化しているような病院はなおさらである。地域住民にたいして医療提供に対する不安を与えかねず、更なる採用難の連鎖が生じる可能性がある（採用難リスク）
- * 過疎地域においては病院経営が財務面で成り立たない（経営が成り立つレベルの需要は無い）。地区の自治体立に切り替えたところで赤字は免れないし、そもそも税収が細り自治体自体が破綻しかけている中で、病院の開設という決断は考え難い。（経営の不安定化リスク）

- ③ 過重労働、特に夜勤回数の増加は、体力・精神力共に大きな疲労を蓄積させる。このことは、医師のみならず全ての職員にも当てはまる。

リスク

- * 責任感が高い医師・職員ほど体力よりも精神的に疲弊し易い。少人数で病院を運営しなければならない状態が続くとなおさらである（9：メンタルヘルスリスク）。

参考

「過疎地域の定義」と、「過疎地域における医療の確保」については『過疎地域自立促進特別措置法』（平成12年3月31日法律第15号）に定められている。以下を参照。

9. 地域財政の破綻

●●市の財政逼迫はますます深刻さを増し、市内の事業所で働く市民はいずれも所得の低下傾向が著しい。●●市立病院も予算の削減が厳しいうえ、経済的理由によるものと思われる入院・外来患者数の低下に歯止めがかからない。医療費の回収にも問題が発生している。固定費削減の一環として、医師、看護師をはじめとする医療従事者に対する処遇水準も厳しく抑えられてきている。賞与はもとより、昇給も抑制せざるを得ない状態である (①)。

従来から医師職は医局を通じて派遣先の病院の給与水準やその他の待遇についてひろく情報が交換されている。また、看護師職、コメディカル職についても給与の情報交換はよく行われているため、●●市立病院の窮状と給与抑制策については周知の事実となっている (②)。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 病院経営が困難な局面に陥ってしまったとき、医業収入の増大と共に費用圧縮の取り組みが求められる。一般の企業ではそのような場合、臨時的（または恒久的とも言える）人件費圧縮を行うことが多い。しかしながら、国家資格者である医師や看護師は特定の（現勤務先の）病院の盛衰と生活の質を同調させるほどのロイヤルティは保ちがたく、賞与の大幅な切り下げや賃金抑制を行うことは、一般企業以上に大きなリスクを伴う。

リスク

- * 職員はもとより、医師職については従来、医局人事の力が強く、個人の意思での退職は希有であったが、処遇水準の悪化の程度によっては退職もあり得る（人材流出・定着率悪化リスク）。
- * 個人の努力や成果と病院の経営状態が必ずしも強く連動しないことは医療職員に絡じて当てはまる。財政逼迫による医業収入減少や国の医療費抑制策による処遇の悪化がモチベーションを低下させてしまう（モチベーション低下リスク）。
- * さらには、離職者の増加に伴い、患者様本位の職務遂行姿勢や規程に則った着実な業務がおろそかになるおそれがある（モチベーション低下リスク、モラル低下リスク）

- ② 病院組織では、勤務する者と、サービスを受ける者が、日常的に直接接触する機会が多い。病院の具体的な窮状が職員にたいしてオープンになったとき、その情報が顧客である患者を通して地域に拡大する恐れが高い。

リスク

- * 医師の不足が続く診療科や、人材需給の逼迫するコメディカル職については世間相場に合わせて初任給(年俸)を設定することが迫られているが、原資が不足することと、既存職員の昇給賞与を抑制していることから採用競争力のある水準の提示ができない状況が生まれる（採用難リスク）。

10. 労働基準監督署の査察

[1] 医師の当直に関する指摘による現場の混乱

●●病院・医局では救急病院であり、1回5,000円の当直手当を支給することで、時間外の勤務手当を支給せず当直を担当させていた(①)。労働基準監督署より、当直とは、わずかの電話対応などの業務以外は仮眠できる正規の時間外の勤務を指すため、入院患者診療や救急患者診療で長時間診療業務をこなす必要がある医師の当直はいわゆる当直ではなく、時間外勤務に当たるという見解が示された。つまり、時間外勤務であれば時間外手当が支給されるべきであり、更に当直明けは必ず休まないと労基法に抵触するというものであった。この見解の提示により、医療現場ではかなりの戸惑いが起こった。

【リスクの原因と発生想定状況】

① 当直に関する労働基準監督署の見解と実際の医療現場の労働慣行(つまり当直といえども長時間診療業務をこなし、当直明けも通常の診療に当たるといった慣行)とのギャップが明らかになる。

リスク

* 医師が法律と現実とのギャップをあらためて認識することによって病院に対する不信感が醸成され、更に法律通り運用することを要請しても、病院の経営サイドに受け入れられ難いため、その不合理さに耐えきれず辞職するケースが出てくる(モチベーション低下リスク、人材流失・定着率悪化リスク)。

[2] 労働基準監督署からの呼び出しが来た場合の対処の仕方

●●病院の事務部長は、職場規律を乱した職員を即時解雇した。ところが、当該職員が労働基準監督署に不当に解雇されたという訴え(=労働条件に関する相談)を行い、その結果労働基準監督署から呼び出しを受けた。しかし、どのように対処をすれば良いのかがわからず苦慮している(①)。

【リスクの原因と発生想定状況】

①労働基準監督署は司法警察権を持っており、労基法違反に関して逮捕・起訴することができる。また、労基法を守らせるために監督指導する権限を持っている。労働者から労働基準監督署へ訴えがあったからといって、よほど悪質と判断されるケースを除きいきなり臨検⁴ということはなく、最初は呼び出し⁵(調査)が行われるのが一般的である。

⁴労働基準監督署が事業所に立入検査することを臨検といい、主に次の3種類がある。

- 1) 定期監督: 労働基準監督署の計画に基づいて行われる検査。主に建設業、運送業や危険有害業務を行っている事業所が対象になりやすい。
- 2) 申告監督: 労働者の申告に基づき行われる検査。申告監督では、実際に事業場へ立入検査するより、経営者を労働基準監督署へ出頭させることが多い。
- 3) 再監督: 定期監督等を受けた事業所に対する実施状況を確認するための検査。

⁵呼び出しは法的強制力がないのに対して、出頭命令は労基法で定められた出頭命令権に基づく命令であるため、無視すると30万円以下の罰金が科される。

リスク

- *労働基準監督署からの呼び出しがあるという風評が伝わると内部で職員のゴタゴタがあって運営がうまくいっていないのでは、という評判が生まれる（風評リスク、経営の不安定リスク.）。
- *理由の如何によっては職員が即時解雇されたというのは他の職員に動揺を与え、上層部に対する不信感を醸成する（経営の不安定化リスク、モラル（倫理・道徳）低下リスク）。

[3] 解雇に関する労働トラブル

●●病院の事務職員XXは、健康上問題がないにもかかわらず無断欠勤を繰り返す等勤務態度に問題があった。これに対して事務部長は、他の職員にも影響が出る恐れがあると考えXXに対して解雇通知を出した（①）が、労働基準監督署から呼び出しを受けた。XXは解雇通知が送付される前から、事務部長の解雇意思を感じ取り、「明日から来るな」とか「やめてしまえ」という会話をテープに録音したり、何かにつけメモを残したりして、証拠を取り、その証拠を持って労働基準監督署に訴え出ている（②）。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 解雇の通知により職員の間にも動揺が広がり、さらに労働基準監督署からの呼び出しを受けたことにより事務部長の管理体制に対する不信感も生じている⁶。

リスク

- *同僚が解雇されるというのは、他の職員に対して当然だという気持ちと、辞めさせる前に何らかの手をうてなかったのかという気持ちが交錯して伝わっていく。やり切れないさが職場を覆い、次は自分ではという被害妄想に陥るケースも出てくる（モラル（倫理・道徳）低下リスク、モチベーション低下リスク、メンタルヘルスリスク）。

しかし、呼び出しを軽く考え、無視し続けるのは問題がある。数回程度無視しても臨検となることはないが、過去に7～8回無視し続けた結果、臨検による出頭命令がでたケースがある。

労働基準監督署から呼び出しがあるというのは、任意の呼び出しなので、法的強制力はない。但し、あからさまに呼び出しを無視し続けると臨検による出頭命令がくるということになりかねないため、電話でもいいし、代理の者（事務部長、等）を労働基準監督署に出向させる等、なんらかの対応が必要である

⁶解雇の通知は口頭でも効力が生じる。又解雇という言葉がなくても客観的に考えて解雇と受け取られる言葉があれば効力が生じる。「明日から来るな」というのは解雇と受け取られる。経営側は、即時解雇又は整理解雇により解雇予告手当を支払うと決めている時以外は、解雇と受け取られるような言動は避ける必要がある。

解雇と受け取られるような言動をしまい、翌日から当該職員が出勤しなくなった場合は、必ず「何故出勤しないのか」と電話等で連絡を取る必要がある。こうすることで病院側には解雇の意思がないことが明確になる。もし、職員が居留守を使って電話等に出ず、労働基準監督署に訴えたとしても、解雇しない証拠として電話等の通信記録を使うことができる。

- ② 職員が病院側の解雇意思を感じ取り、テープに録音する等の証拠を持って労働基準監督署へ訴えることによって、病院側は不利な立場に立たされる。(そうならないために、勤務態度の改善の注意や警告、出勤の催促などは文章で行い、当該文章を保管しておくことが重要である。)

リスク

*一旦、病院側の態度に疑心暗鬼を抱くと、とめどない猜疑心を持つようになるため極端な行動に出ることが多い。職員間にも、問題児に共感する者、辞めさせて当然とする者、無関心な者、等不協和音が醸成される。職員と病院側との信頼関係にもひびが入り相互不信が高まり、職員のロイヤリティーが低下する(モラル(倫理・道徳)低下リスク、モチベーション低下リスク)。

[4] 退職に関する労働トラブル

●●病院のある職員がいきなり2週間後に退職すると申し出、しかも2週間について有給休暇を使うと主張した。これを認めると業務の引継ぎがほとんど出来ないため、その申し出を拒否した(①)ところ、当該職員が労働基準監督署に訴え出、その結果、労働基準監督署から呼び出しがあった。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 退職を申し出た職員と同部署の職員に動揺を与えるとともに、退職防止に何も手を打てなかった管理職に対する批判がわき起こる⁴。

リスク

*他の職場で退職を考えている職員にも影響を与えるとともに、各職場の管理職は明日にでも退職の申し出があるのではないかと部下に対して疑心暗鬼になる(モチベーション低下リスク、10.モラル(倫理・道徳)低下リスク)。

⁴ 民法 627 条(「期間の定めのない雇用の解約の申し入れ：雇用は、解約の申し入れの日から2週間を経過することによって終了する」)により、職員が2週間(14日)前までに退職届けを出せば、退職させなければならない。

突然の退職を防止するためには、退職に関するル-ルを就業規則に盛り込む必要がある。

例えば、「就業規則に定められた退職届の提出期限までに退職届を提出せずに退職した時は、退職金の全部又は一部を支払わない」というル-ルは有効である。退職金は、労基法上必ず設けなければならないものではないからである。従って、退職金の減額ないし不支給条項は労基法に反するものではない。「就業規則に定められた退職届の提出期限」は、業務引継期間を考慮すると少なくとも2ヶ月前までとする規定が望ましい。

II 内発的要因

1. 組合との敵対的関係の継続

●●病院では10年ほど前に、定期昇給の凍結と院内給食の廃止に伴う人員整理を強硬におこなった。その際に職員と経営層の間に軋轢が生じ、労働組合の発足に至った。

昇給や賞与といった処遇問題について、組合と経営層が協議することとなったが、理事長は協議の場に様々な理由をつけて出たがらず(①)、事務長に対応を押しつけるような状況が継続している。組合側は、理事長のそのような態度をみて、経営層に対する不満をつのらせていった。

●●病院では、公務員俸給表準拠の賃金表をもとに給与管理をしている。組合からは現状の賃金管理の継続と、全体水準の向上(ベア)を毎年要求されているが(修正)、年功色が強まっていくことに経営側が我慢できず、定期昇給をストップするような対応を一方的におこなった(②)。確かに、昇給を十分に実施できない経営状況でもあったが、職員にたいして、ほとんど説明らしい説明もなかったため、今では経営層に対して完全に不信感を抱く状況になっている。

昨年、経営側は優秀な職員への処遇アップと優秀な事務職員の採用確保のために、人事評価制度と能力主義的賃金制度の導入を組合に申し入れた。しかし、組合は「体の良い賃下げではないか。」との受け取り方で、導入どころか、検討のための意識調査すら協力してくれない状況であった。

また、●●病院の職員には近隣に居住する者も多く(③)、個人的に患者さまと知り合いであることも多い。そのためか、最近では患者さまからも「この病院は労働組合ができて、院長と職員の間がうまくいっていないと聞いたけれど、(患者にたいする)対応は大丈夫？」と心配されるまでになってしまった。

【リスク原因と発生想定状況】

- ① 病院の経営責任者である理事長の中には、病院の人事労務問題を、自らの職責として認識していないのではないかと思えるほどの者がある。もちろん、面と向かってそのことを肯定する者はいないが、行動が伴わないケースが散見されるのである。現場で組合にたいし直接対応している事務長などは、ほどなく神経がまいってしまい、さらには、経営に対する不信感がつのり、組合ばかりではなく、管理職層も大きく育ててしまう。

リスク

- * 組合対応している事務長を始めとする管理職の精神的疲労の蓄積(メンタルヘルスリスク)。
- * いっそう組合との敵対的状況が強まる(組合の敵対化リスク)。

- ② 組合との十分な協議や交渉なしに、職員の処遇にかかわる改定を強行すれば、大量の離職者を出しかねない。このような姿勢では人事制度の改革など、初めから聞く耳をもってくれないし、さらには、経営側が求める業務や院内改善活動に関する委員会への協力についても“面従腹背”のような対応を誘発させてしまうこともある。

リスク

- * 職員同士が語り合っただけで同時に退職してしまう（人材流出・定着率悪化リスク）。
- * そもそも病院の経営施策の変更に対して協力してくれない（改革推進の難航リスク）。
- * 上長からの指示を真摯に聞いてくれないような状況も生まれ易い（モチベーション低下リスク）。
- * 組合との話がこじれて、新制度の合理性を争点とした申し立てや訴訟を引き起こす恐れもでてくる（組合の敵対化リスク）。

- ③ 特に都市圏以外の病院では、近隣に住む者を職員として採用する機会が多い。院内で大きな軋轢が生じ、それが継続していった場合、どうしても“人の口に戸は立てられない”。

リスク

- * 病院内の運営がうまくいっていないことが広がり、地域の住民にたいして、診療そのものへの不安意識をたかめてしまう（風評リスク）。
- * そのような評判の立っている病院には、応募してくれる者も少なくなってしまう（採用難リスク）。

2. 賃金が年功的な状態継続

●●病院では、公務員俸給表を基準として職員の賃金を決めている（①）。また、職員各人の評価は、個別に理事長が賞与の決定に際して若干の斟酌を加える程度で、制度としては実施してこなかった（②）。また、職員各人の貢献度を一定のルールをもとに測定すること、そして、その程度に応じて適切な処遇水準を決める部署・ポストもなかった（③）。

それ故に、貢献度の高さ＝病院での勤続の長さ（または資格取得からの年数）という風土が生まれ、必然的に給与処遇の実態も年功的色彩が強化された。

それでも、看護師が頻繁に世代交代し、若手の看護師が定期的に入職していた時代には大きな問題にならなかったのだが、A病院では、ここ数年職員の離職率が低下し、比較的年齢の高い職員の割合が増加しつつある。その理由としては次のような原因が考えられる。

- ・ 女性看護師が結婚後も共働きで勤める状況が定着してきたこと。
- ・ 景気が悪く、昇給や残業が抑えられている一般企業に努める配偶者よりも当病院の職員の給料の方が高い状態も世代によっては散見されるようになってきたこと。
- ・ 現在は配偶者の給与の方が高いが、年齢の上昇による給与アップを見込むと、途

中で退職すると“損”との意識が高くなってきたこと。

- ・ 配偶者がリストラされて、継続勤務を余儀なくされていること。

【リスク原因と発生想定状況】

- ① 勤続年数をもとに決定する俸給表は、病院経営の観点から生まれた賃金管理体制とは言えない。現に、自治体病院の大半が赤字であり、その原因が人件費の高さにあることが主な原因としてあげられている。賃金管理の考え方として、勤続（または年齢）の高さに応じて給与を上げることも、生計費の観点、職員各人のモチベーション維持の観点から有用ではある。しかしながら、病院経営を考えると、それを全職員一律に、画一的におこなうことは、利点を上回るデメリットを生ずる危険性がある。

リスク

- * 若手で優秀な職員を採用したくとも、他の職員との横並びを崩せないため「特別手当」という不明朗な調整給与をつけなければ採用できない（採用難リスク）。また、そのような対応なくして採用できたとしても、仕事に見合った給与にならないと言って直ぐに辞めてしまう（人材流出・定着率悪化リスク）。
- * 医業収入に占める人件費比率、平均給与が年々増加し、病院経営を圧迫してきている。この状況が続くと病院の存続自体が危うくなる（人件費高騰リスク）。

- ② 自分が他の職員よりも明らかに頑張ったと思えるとき、直接上長が部下に対して賞賛の言葉をかけてあげることが非常に重要なことである。しかし、言葉だけの賞賛ではモチベーションが長く続かない場合が多い。職員個々の意識にもよるが数年経てば限界が見えてくる。特に若年層になればなるほど、貢献度に応じた具体的な見返りを望む声が大きいの。

リスク

- * 職員全体が、年功（年齢の上昇）でしか給与が上がらないしくみの下では他の職員より頑張って職務にあたらうとする意欲が全体的に落ちてきている（モチベーション低下リスク）。
- * “頑張っても頑張らなくても同じ”という風潮が高まると、事務的な仕事を意図的におろそかにするような態度を誘引するおそれがある（モラル（倫理・道徳）低下リスク）。

- ③ 人事処遇の決定作業を役割として担い、当該職務をコントロールする職員には、他の多くの職員や制度間の調整をおこなうことが求められる。さらに、人事制度を新たに構築するときには、通常以上に大きな労力が必要となる。年功的賃金管理をおこなっている病院が、能力給を導入しようとするような場合、コアとなる部署（人材）と経営層の強いバックアップが必要である。民主的に中堅の職員をメンバーとして新人事制度構築プロジェクトを立ち上げてもうまくいかなかったとの例をよく耳にする。

リスク

- * 新制度の検討のためにプロジェクトを立ち上げたのだが、いっこうに進捗しない。どうも、現制度であれば自分たちの給与が上がっていく過程にあるのに、今の段階で能力給導入をおこなえば「損をする」というような意識が働いているようだ（改革推進の難航リスク）。

3. 賃金水準の相対的低下

●●病院は都市部にある中規模の総合私立病院である。5年前から、近隣の病院との差別化を図る目的で、最新検査機器の導入をはじめ施設の改築など巨額の設備投資を実施してきた。

積極的な設備投資を行う一方で、経費削減の一環として人件費の抑制も行っており、全職員についてこの4年間で一部を除いて定期昇給を据え置いてきた(①)。更に残業代抑制の号令が、近年導入した成果主義型人事制度における管理職の業績目標と合間って不適切な労務管理を助長し、一般職員の残業実績は実態にそぐわない過小にカウントされものとなる事が悪習となっていた。結果、近隣の総合病院と比較して、同じような働き方をしているも賃金水準が明らかに低い状態になってしまった(②)。

そのような中、近隣の病院への転職者が目立つようになった。その多くが入職3～5年目の中堅層であったため、病院運営にとって非常に厳しい状況になってきている。

病院としても、なるべく早い段階で賃金水準を是正することの必要性を認識してはいるものの、病院の経営環境を考えると目処が立たない状況である。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 制度上定められている定期昇給をストップすることは、職員の病院に対する経営不信を増大させると共に、十分な説明のない場合には、組合との関係も悪化する。実際に退職する看護師の言葉によれば、低い給与水準それ自体ではなく昇給が凍結され続けている事による将来不安が一番大きな原因となっているとのこと。

リスク

- * 特に都市部では退職しても近隣に受け入れてくれる病院が多く存在する。賃金管理をあまりに軽視（このケースに関しては、昇給停止を続けていること、どういう状況になれば再開するかを公言していないこと）すれば人材の定着率を悪くする（人材流出リスク、定着率悪化リスク）。
- * 病院は患者だけではなく、職員にも十分な説明責任を果たすことが求められる。処遇問題でそれが充分でない場合、労使間の関係が破綻することもある（組合の敵対化リスク）
- * 退職してしまった職員の「口」は止められず、病院の経営難がまことしやかに伝わることも考えられる（風評リスク）

- ② 賃金水準が相対的に低下してしまい是正の目処が立たない状況でも、なんとか職員にやる気を出してもらおうと人事制度の改革に着手しようとする病院がある。制度設計の前提・同時並行して、職員からの信頼感を回復するための手立てを充分におこなうことが重要である。

リスク

- * 病院経営への信頼感を失うような対応を継続してしまっただけでは、人事制度の構築を進めることは多くの障害を越えていかなければならない。「現状に追い討ちをかける制度ではないか（更に厳しくするのはではないか）」と職員が疑心暗鬼になってしまっているからである（改革推進の難航リスク）。
- * 昇給がないということは、1年間の成長や頑張りに対する具体的な見返りが無い（その分を認めてもらっていない）ということである。一生懸命やっても昇給がなされないために、職員の士気が低下しかねない（モチベーション低下リスク）。

4. 脆弱なコンプライアンス体制

●●病院では夜間当直の医師に対しては宿直手当を支給しているが、急患に対する夜間の診療はもとより、緊急手術を行った場合も深夜勤務手当の支払いをしていない(①)。しかし、診療日報には当直中の診療行為の時間帯が明確に記録されている。

また、●●病院では患者様の個人情報のもとより、カルテの内容の一部もドクターが個人パソコンに保有しており、診療と研究の境界も曖昧なために、個人パソコンの持ち込み、持ち出しが自由に行われている (②)。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 深夜勤務手当の未払いや残業の足切り等の労基法上のコンプライアンスの問題について、近年、民間企業を中心に労働基準監督署の是正勧告を受けるケースが増加している。多く指摘される問題点は、次のような問題である。
- イ) 自己申告主体の労働時間管理のため、正しく申告されていないなど、サービス残業を誘発しているケース。
 - ロ) 休憩時間が正味取得されておらず、実質勤務時間の増加につながっているケース。
 - ハ) 明らかに管理監督職と認められない職員の残業代を支給していないケース
- これらは、残念ながら従来から人件費圧縮のために散見された事態であるが、コンプライアンスに対する世間一般の注視度は年々高まりを見せつつある。コンプライアンス経営は、職員の満足（E S）、働きがいのもとより、「地域に根ざした医療機関」、「患者様本位の診療」の実現のための基本的な考え方として重視していく必要がある。

リスク

- * 夜勤の頻度や救急部門の職員のローテーションサイクル等を許容範囲に抑えなければ、医局を通じて、また、地域に居住する職員の家族等を通じて、ハードな勤務実態が情報として流布され、患者の警戒心（医療の質に対する不安）をも喚起してしまう（風評リスク）。
- * さらに、その風評の程度、内容によっては、職員採用にも大きな障害を生じさせる（採用難リスク）。

- ② 個人情報の漏洩に関する報道と世間の関心は高まる一方であり、このような点に関する管理体制の欠如は、通常状態ではなんら問題が顕在化しないが、問題が生じてからでは取り返しがつかない状態に追い込まれる恐れが高い。

リスク

- * 個人パソコンの紛失や情報のネット流出のリスクを多分にはらむとともに、些細な規程違反行為や不正に対する感覚を麻痺させ、ひいては患者本意の姿勢にまで障害を起こすことも考えられる（モラルリスク）。
- * もちろん、そのような問題が顕在化した場合は、病院経営に直接悪い影響を与える（経営の不安定化リスク）

5. ひずんだ労務構成

●●病院では、看護師の労務構成に偏りがある（①）。具体的にはキャリアの長い職員と若手が多く、中堅層がほとんどいない。

このところ、新人の定着率が非常に悪い。新人はほとんど入職後2年以内に退職していくという状況が数年続いている。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 我が国には、まだまだ年功的な組織運用が残っている。特に病院では先輩からの指導、先輩職員が近くにいることによる安心感が、新人の職務遂行にあたっては必須である。

リスク

- * キャリアの長い職員が勤勉で職務向上を続けていけば大丈夫であるが、優秀な中堅層がない又は少ない場合、新人は身近に具体的にイメージできる目標（年齢が少し上の先輩）を失ってしまう。また、緊急対応が求められるとき、具体的に指示・指導してくれる先輩が近くにいない状態が多くなると、職務遂行の不安が蓄積し（メンタルヘルスリスク）、その病院に勤務し続けること自体が不安になる（人材流出リスク・定着率悪化リスク）。
- * また、そのような状態が応募者に知れると、内定を断られるケースも出てくる（採用難リスク）。

6. 事務部門の弱体化

●●病院は、創業者である院長（内科医）の権限が強い約300床の総合病院である。

トップの権限が強いことは、それだけで悪いことではないのだが、院長の言動にやや問題がある。医師以外の職員に対する扱いを軽んじている様子が言葉の端々に表れてしまうのである。特に公的な資格を有しない事務職員に対しては、その傾向が顕著である。病院の経営会議には事務長も出席しているが、発言を許される雰囲気にはなく、院長及び副院長、各診療部長が取り仕切る形式になっている。

その当然の結果として事務部門による病院全体を統制する力が弱く、さまざまな弊害が現われている。例えば、医療法の改正、近隣の病院との競合条件や、協力関係、近隣住宅地の人口減少、等さまざまな外部環境の変化に対応することが必要な懸案事項が、院内の各部署に山積し放置される結果となっている。

また、近年の看護師不足から場当たりに見栄えの良い賃金水準を提示し、採用活動を続けてきたために職員間の処遇にアンバランスが生じ、不公平感が起きる結果となっている (①)。

事務長は、職員間に不満が生じていることに懸念を感じているものの、自分自身も含め、事務部門担当者は日々の業務に忙殺される中で対策を検討することができていない (②)。院長は全体の方向性を示し、院内のこまごまとした事項にも指示を出すのだが、事務部門に対する信頼度が低いため、大きな仕事を任せようとしないのである (③)。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① 医師、看護師やコメディカルの部門に対し、事務部門の及ぼす影響力が相対的に弱いために組織を改革するための実行力が伴わない。

リスク

* 医師、看護師やコメディカルの部門に対し、事務部門の及ぼす影響力が相対的に弱いために組織を改革するための実行力が伴わない。そのために人事制度改革の必要性が内外の状況から高まっているにもかかわらず、改革のための意見を取りまとめることが出来ない。また決定したことを実行に移すことができない。
(改革推進の難航リスク)

- ② 事務部門が日々の業務に忙殺されているため、抜本的な対策を検討することができない。

リスク

* 将来的な展望を持った人員計画や、効果的に人員を採用する計画を立てるような職務遂行機会を与えられてこなかったために、中・長期的な要員管理を行う能力が培われていない場合が散見される (採用難リスク、定着化悪化リスク)。

- ③ 院内全体の事務部門に対する信頼度が低いため、権限の委譲がなされていない。事務部門はやらされ感が強く、全ての物事に対して消極的である。事務部門の消極的な姿勢は院内全体の士気に影響を与えている。

リスク

* 上記②と同様、事務部門に対する病院組織全体の運営や、制度企画業務といった職務の遂行機会を与えられてこなかったために、魅力的な組織管理体制を創っていかこうとする意識が形成されない (モチベーション低下リスク)。

7. セクハラ、パワハラ

●●病院では、創業者である院長（外科医）がオーナー経営者として病院運営の実権を握り、他者の発言を許さない厳然たる雰囲気を保っている。但し医師に対しては甘く、その言動全般に対しても非常に寛容である。医師は全般的に特権的待遇である上に、院長から「ちやほや」される状況が続いているために、中には社会人としての常識を疑われる言動を堂々で行う者もいる。

特に外科部長のXX医師は豊富な経験、海外での華々しい研究実績、明るい応対、柔らかい物腰から患者の評判も良く、病院の看板的存在である。しかし、女性との接触の方法に対する考え方に問題があり、女性看護師、女性コメディカル職員へのボディータッチが日常化している。医院の看板的存在であること、院長がとくに「ちやほや」を繰り返していることがXX医師の言動を公認のものとして、誰も問題化し取り上げることが出来ない（①）。

そのような状況から職員の風紀が乱れた状況になっている。XX医師の行為に倣う者が現れ、それが原因で退職した職員もでてしまっている（②）。

また、一部管理職がわずかな失敗に対して怒鳴り声をあげ、その理不尽さにも苦情が出ているなど、一部の医師によるパワハラが職場の雰囲気をさらに悪化させている（①）。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ① セクハラやパワハラを取り締まる雰囲気に欠けるために職員からの苦情が後を絶たない。そもそも苦情を処理する機能が病院にない。

リスク

* セクハラやパワハラは特定個人の問題にとどまらず、病院の経営姿勢そのものを問われる問題である。セクハラやパワハラを取り締まることのできない組織運営が続くようであれば、そのあきらめから多くの人事問題を発生させることとなる（人材流出リスク、モチベーション低下リスク、定着化悪化リスク、モラル低下リスク）。

- ② 「職員が退職した」ようなことが頻繁に起きれば、病院外に、病院内の問題が具体的な内容の噂となって伝播してしまう恐れがある。

リスク

* 絶えず職員募集の広告を出していることや、退職した職員が話題とするために「働きにくい職場」であるとの風評が、他病院の看護師の間でも定着している（風評リスク）。

8. 経営状態の悪化

●●病院では昨年の医療法改正から極端な医業収入の減少に見舞われている。

医業収入の減少により、昨年暮れの賞与は大幅なカットとなった。また本年春の定期昇給も見送りとなった。従来から●●病院では賞与も定期昇給も年功的ではないが安定的に実施されており、職員の間からも安心感の面が評価されていた。しかし、病院開設以来初めて賞与カットおよび定昇見送りを実施したことにより職員の間で不安感が広がり、勤続年数の短い一部の層から退職に向けて活動を開始した話が漏れ聞こえている (①)。

●●病院の職員のモチベーションの根源は、XX 院長に対する絶対的尊敬と、病院が与えてくれる生活面の安定感（近隣の病院に比べて少し給与水準が高かった、さらに定昇もきちんとあった）であった。しかし絶対的尊敬をうけていたXX 院長は本年度経営状態の悪化の責任をとり退任した (②)。

【リスクの原因と発生想定状況】

①病院開設以来初の賞与の大幅カット、定期昇給の見送りが職員に不安感を与えている。不安を感じた職員の中には、●●病院に見切りをつける者も現れてくる。

リスク

* 転職先を見つけることのできる優秀な職員から先に流出が始まる。また、経営状態が悪化している事態は患者からもうかがい知ることができるようになり、噂として流布しかねない。噂は、新しい採用活動にも支障をきたし、業務運営そのものにも支障をきたす事態に発展する（人材流出リスク、風評リスク、採用難リスク、定着化悪化リスク）。

② 往々にして、創業者である院長が病院から離れてしまうとき、新任の院長の経営方針に対する不安も相まって、特にベテラン職員に対し、大きな心理的影響を与えかねない。

リスク

* 新たな病院経営に対する不安から、職員のモチベーション低下を起す可能性がある（モチベーション低下リスク）。

9. 管理職のマネジメント力弱体

●●病院では創業者XX 院長によるワンマンな体制が継続しているが、ワンマンであるが故に管理職の当事者意識が低い。XX 院長は現場にも直接指示を出すなど、管理職のマネジメント力向上の妨げとなっている (①・②)。その結果、院長以外にマネジメント力を持つものがおらず、約300床の規模となった現在でもマネジメント不在の状況になってしまっている。

具体的な状況としては、管理職のマネジメント力が弱いために各職場では、経験年数の長いことだけが取り柄であるボスの存在の職員の跋扈を許している事実があげられる (③)。その結果として理不尽な「いじめ」が横行することとなった。

看護師Aは都市部の総合病院で身につけた看護技術、先進的看護知識を地方都市にある●●病院の職場改善に活かそうという意欲を持っていたが、看護部のボス的存在から猛烈ないじめを受けることになった。Aが医師や男性患者からちやほやされる機会が多いことなどもAに対するいじめに拍車をかけることになっている。

【リスクの原因と発生想定状況】

- ①管理職のマネジメント力が弱いために、現場の隅々にまで目が行き届いていない。現場の各所で起きている不具合に関しては、事実を吸い上げ、対処することが出来ない。各現場職員の多くはあきらめ感に囚われている。

リスク

*職場での忠実労働意識の低下等、上に何を言っても対応してくれないなど病院に対して何を言っても対応してくれないなどの不満が鬱積しかねない（モチベーション低下リスク、モラル低下リスク）。

*その結果として退職者が発生し、全般的な定着率の悪化が顕在化する危険性をも伴う（人材流出リスク、定着率悪化リスク）。

- ② XX院長が人事制度改革の必要性について認識していない場合、マネジメント力が弱いために組織を改革するための実行力が伴わない。

リスク

*このような状況を改善するために、人事制度改革の必要性が内外の状況から高まっているにもかかわらず、XX院長以外に改革のための意見を取りまとめることが出来ない。また決定したことを実行に移すことができない（改革推進の難航リスク）。

- ③ 管理職のマネジメント力が弱いため、経験年数の長い職員が各職場でボス的存在になっている。そのため、ヤル気のある職員が理不尽ないじめにあっている。

リスク

*職場内のいじめが継続すると、メンタル面での不調が生じ、勤務の継続ができない状況にもつながる恐れがある（メンタルヘルスリスク）。