

公開セミナー

# 医療分野で必要とされる マネジメント力

原 英 彰	Hara Hideaki	(岐阜薬科大学副学長兼薬学研究科長)
飛 田 拓 哉	Hida Takuya	(安心生活株式会社代表取締役)
山 本 紀 子	Yamamoto Noriko	(JCHO 中京病院附属介護老人保健施設主任作業療法士)
宮 川 正 裕	Miyagawa Masahiro	(中京大学大学院ビジネス・イノベーション研究科長)

日時：2014年12月7日(日) 13:00～16:00

場所：中京大学16号館アネックス6階

アネックスホール

司会：潮 清孝

(中京大学大学院ビジネス・イノベーション研究科准教授)

## 1. 宮川正裕研究科長の挨拶

中京大学の公開セミナー、今回は特に医療分野におけるマネジメントというテーマでの開催です。会場には、中京大学のビジネススクールで勉強したいという方もおられると思いますので、この機会にこの大学院の紹介をさせていただきたいと思います。

当研究科は、経営理論の研究と実践教育の融合というものを目指し、新たなビジネスリーダーを育成して世の中に送りだそうというコンセプトを持つビジネススクールとして設計されております。ここでは、企業人、公務員の方、医療分野で働かれる方等、

### 目次

1. 宮川正裕研究科長の挨拶
2. 医療分野で必要とされるマネジメント力  
(原 英彰)
3. 医療介護分野で必要とされる  
マネジメント能力について (飛田拓哉)
4. 医療関連分野におけるマネジメントの重要性  
(山本紀子)
5. パネルディスカッション

いろいろな分野から多彩な方々が院生として学び、巣立っておられます。院生が、経験豊かな客員教授や専任教授から学び、他の院生も交えたディスカッションを通じて、新たな知見を得ていく「学びのコミュニティ」というものを目指した運営が図られています。



また、MBA コースだけではなく、経済産業省の認定のもとにスタートさせた中小診断士の登録養成課程があります。この中小診断士コースでは、中小企業診断士として必要となる実務についても学び、MBA コースともリンクして人脈形成も可能なコース設計になっております。

さて今回の「医療分野で必要とされるマネジメント力」というテーマは、お手元の資料にありますように、岐阜薬科大学さんと中京大学の提携が背景にございます。今年の1月に、岐阜薬科大学の薬学の博士課程と中京大学のMBA コースのダブルディグリーに挑戦する全国初の制度を走らせる協定を両大学間で結びました。国際的な視野に立って医薬の研究と医薬業界の経営に実力を発揮できる人材の育成に向けて連携協力を進めていますので、今回、医療関係において注目されているマネジメント能力について話し合う機会として公開セミナーを設定いたしました。本日のプログラムは、まず第1部が3

人の講師による講演、第2部は、「医療分野で必要とされるマネジメント力」というテーマでのパネルディスカッションになっております。

それでは講師の皆様のご紹介をさせていただきます。

原英彰先生は、岐阜薬科大学をご卒業されたあとカネボウに勤められ、その後、東北大学やハーバード大学、参天製薬でも研究をされ、現在岐阜薬科大学の副学長兼薬学研究科長をお務めです。よろしくお願いいたします。

続きまして飛田拓哉先生をご紹介します。名古屋大学の医学部をご卒業のあと、聖路加病院に内科研修医として入られ、ミシガン大学でMBAを取られたということです。2010年より、安心生活在宅クリニックの葵内科院長を務められ、MBAを持つお医者さんということで、今日はいろんなお話を伺えると思います。

そして山本紀子先生です。山本さんはMBAをこのBI研究科で取得された中京大学の卒業生です。作業療法士の免許を取得後日本赤十字病院に入り、その後中京病院に移られて、現在は中京病院附属介護老人保健施設の技術主任として勤務されています。

本日はこのお三方に講演をお願いしますので、拍手をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

(\*拍手)

潮：それでは、さっそくではございますが、原先生にご講演をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

## 2. 医療分野で必要とされる マネジメント力(原 英彰)

岐阜薬科大学の原です。今日はこのような大変素晴らしい、興味深いセミナーで発表させて頂く機会を与えて頂きまして、宮川先生始め関係の先生方、皆様方に御礼申し上げます。私の与えられたテーマは、「製薬企業や病院の薬剤部の現場で必要とされるマネジメント能力とは」でした。私は、MBAを取得したいとは思っておりましたが、あと10歳若かったら取ったかなとは思いますが、そういうわけにはいきませんし、頭も付いていきません。



私は以前、製薬企業で21年間、創薬研究、医薬品開発研究を行い、新薬の製造承認の申請を行ってきました。その後、10年前に岐阜薬科大学に赴任してまいりました。そのような経験の元に製薬企業や病院の薬剤部におけるMBAの重要性について話をさせていただきます。

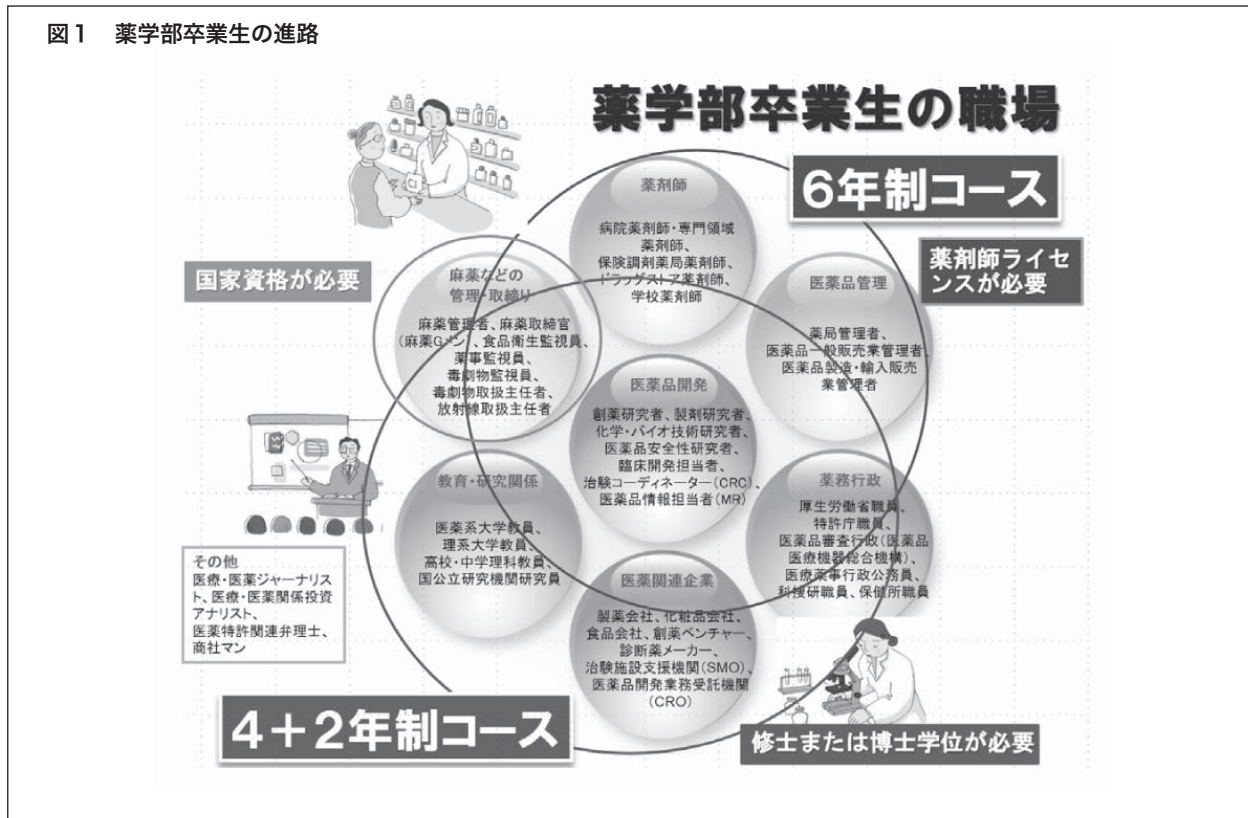
まず薬学部、いわゆる薬剤師を養成する学部、それから医薬品開発とはどういうものかについて話をさせていただきます。新薬開発には、そのプロジェクト

を進めるのか、あるいはやめるのかという非常に重要な経営判断が場面、場面で要ります。これは薬局経営でも同じだと思います。どういうふうに展開していくかというところを非常に重要なところの経営判断が常につきまといまいます。MBAとは何か？何故この分野でMBAが必要か？という話をして、最後にMBAと薬学博士のダブルディグリーの意義について話をしたいと思います。

さて、薬品は、大きく二つに分けることができます。一般用医薬品と医療用医薬品です。今日はこちらの医療用医薬品に特化してお話したいと思います。製薬企業の組織には、研究開発部門、いわゆる新薬を見出す部門。それから工場、営業部隊、その他は、ライセンス、人事とか、あるいは信頼性保証部門、薬事、国際開発部門等がありますが、メインは研究開発、営業、工場です。薬学部の卒業生はどこへ行くかということ、この研究開発で研究したいとか、あるいは製剤関係の仕事ですと工場に行つて錠剤を作るとか注射剤作るとかになります。あるいは、今は少なくなりましたが、MR(医薬品営業職)に行く人もいます。薬学部を卒業しますと、こういうところで働くわけですが、年とともにまたその人の有する能力に従って各部署に異動します。例えば、40歳位で経営、研究開発企画部とか、経営推進部とかに異動する場合も少なくありません。なかなか今までの経験を元に、こういう部署へ行っても、これまでに経験してこなかったことが多々出てきます。

つぎに製薬企業の採用状況について話をします(図1参照)。薬学部の卒業生が研究開発の部署に就職するのは、大体600名程度、営業には2000名程度です。6年制を卒業する学生数は約1万2000人。それから研究者コースの4年制が1300人です。6年制になって、大学もずいぶん増えましたが、実は

図1 薬学部卒業生の進路



非常に合格率が下り、受験生は苦勞しており、合格率は約60%で合格者は約7300人です。大学の数が増えたにも関わらず、出てくる薬剤師の数は、今まで4年制の大学の時よりも増えておりません。これが現状です。6年制の大学を卒業した後は、病院、薬局、麻薬取締官、厚生労働省、PMDA〔(独)医薬品医療機器総合機構〕、科捜研(科学捜査研究所)などの薬務行政とか、薬剤師のライセンスが必要な職種に就きます。もう一つの4年制の上にある2年間の修士課程を卒業して就職する学生もいます。基本的には薬剤師免許は取得しないのですが、製薬企業を中心とした研究者や高度技術者になる場合が多いです。

つぎに薬学部を卒業して製薬企業に行く場合にと

の部署に行くのでしょうか？それは、主に研究、臨床開発、技術、営業などです。経営戦略、経営管理、海外事業、情報システムなどの薬学とは直接関係ないような部署には、就職してすぐには配属されません。ましてや、監査、財務経理には、入社後すぐに薬学部出身者は行くことはほとんどありません。しかし、色々な部署で経験を積み重ねた後に、その人の有する能力や経験をもとに、そのような部署に行くことがあります。

さて、つぎに製薬企業の研究の面から見た求められる人材は、薬学に基礎的素養がある人、生命倫理が身に付いている人、科学的、合理的思考ができる人、患者の目線で判断できる人、さじ加減が感覚的に理解できる人です。しかし、その後5年、10年、

15年と研究を行った後は、チーム全体をマネジメントするようになります。即ち営業、研究開発、技術というところで頑張っている仕事をした後は、昇進してチームを率いる、あるいはグループを率いることが求められてきます。今までこの辺りの仕事の実務をしてこなかった人達が、経営戦略、経営管理、海外事業等の部署に、これまでの経験を活かして、またジョブローテーションという観点から、研究所から異動するケースもあります。継続してずっと研究、臨床開発の部署で、専門能力を発揮する人はもちろんいるわけですが、これまでの経験とは全く違った部署での活躍が求められます。希望していく場合もありますが、本当に十分な知識と経験を持っていくだろうかということに私は疑問を感じております。研究、臨床開発などの薬学の専門能力を発揮する人材と経営、戦略などの薬学とは異なる人材の能力やバックグラウンドは異なります。しかし、職位が上がってくるとそれら両方を兼ね備えた人材が求められます。企業でトップレベルの人材になるには、両方を兼ね備えておく必要があります。

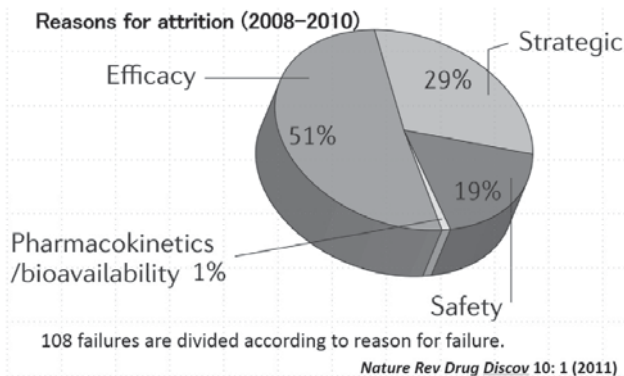
つぎに医薬品開発の流れ・プロセスについて話をします。製薬企業は、新薬になる候補化合物を作って、動物で実験を行い、患者さんに投与する臨床試験を行います。そして、その結果をまとめて厚生労働省に製造承認申請を行います。製造承認取得後に市販された後も、その薬が患者さんに副作用がないかを調査する義務があります。非常に長いこのプロセスの中で色々な部署が関与してきます。駅伝のように襷を渡しながら、色々な部署と連携しながら、共同しながら、一つの薬のために動いていくこととなります。これを前に進めていく過程で、どこかが失敗すると、もう全部ダメになります。したがって、このプロセスを効率よく束ねていく人、マネジメントができる人が、薬の開発においては非常に重要な

キーパーソンになります。

日本の新薬開発事情について、世界の売上高上位100位までの製品を、開発した起源国籍別にみると、日本で生まれた医薬品は12品目で、米国の49品目、イギリスの16品目に続く世界第3位です。日本はこの優れた新薬開発力により、世界の医療への高い貢献度を誇っています。今、中国の経済力は目を見張るものがありますが、中国はまだ医薬品を作る力（創薬力）は今のところありません。日本の医薬品開発力は、日本の得意分野であり、日本の基幹産業の一つであると言えます。また日本は、面積の小さい国ですが、この医薬品市場のシェアは2位です。2位というのは世界から比べれば、北米の次、その大きな市場の中で日本は医薬品を開発できるということです。現在問題になっていることは、グローバルな会社（外資系製薬会社）が日本に来て、そこで儲けたお金を外国に送金する、あるいは高価な新薬を外国から購入する。それが2兆円といわれています。この医薬品の貿易赤字は、日本全体の貿易赤字の隠れた主役です。

さて、医薬品を作るのに膨大なコストが掛かります。多分野の研究と比べましても、突出しています。それも年々上がり、十数年前の2～3倍になっています。資金がないと研究開発はできません。小さい会社ですと、一つの新薬開発を失敗すれば命取りとなります。したがって、いくつも候補化合物をもち開発を行っていく必要があるから、製薬企業は吸収・合併して大きくなる必要が出てくるわけです。日本の新薬の開発成功率は、32万個化合物を作って28個が臨床試験に移行します。28個臨床試験を行って、その28分の1が成功します。これは薬学出身者が主に作りますが、合成する化合物を1個作るのに大体、1から3週間かかります。32万個の化合物を作るとなると気が遠くなるような天文

図2 医薬品開発のボトルネック



学的な数字です。新薬開発は確率的には非常に悪い、しかしこの確率を目指さない限り製薬会社は成り立ちませんし、新薬を出せない会社はジェネリック(後発医薬品)を開発する会社以外には存在しないわけです。このように、製薬会社はM&Aでどんどん大きくなっていく。そして、このリスクを如何に少なくするかが会社の命運を分けます

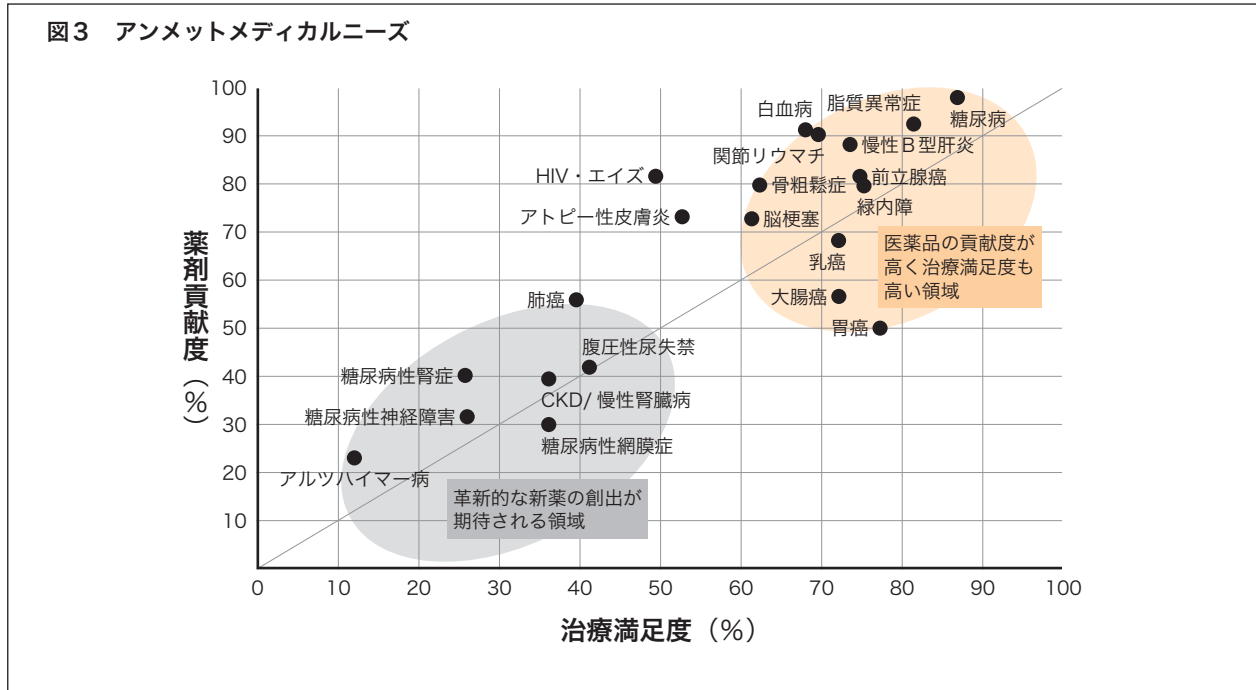
さて、では何故医薬品開発はリスクが大きいのか？ 医薬品開発のボトルネックは、その候補医薬品の効果が十分ではなかったおよび安全性に問題があった事が原因でドロップアウトすることが、それぞれ51%および19%あります(図2参照)。しかし注目してほしいのは、開発の戦略が間違っていた事によってドロップアウトするのが29%もあります。良く効くし安全性も良い、でも戦略がミスしていたということになります。効かなければ仕方ない、安全性が低ければ、これも薬として成り立たない訳です。医療ニーズ、発売する時期における競合品との関係、どういう時期に出すか、もうすでにいくつか薬があるとなれば、それはなかなか薬として使われない。差別化できるのか。その分野での2番手・3番手はまだ薬になりますが、3番手・4番手になる

と、もう薬としての価値は小さくなります。ストラテジックな問題というのは、医療ニーズとどう合致するかも含めて、非常に重要なポイントです。

医薬品開発を進めていく中で、プロジェクトを前に進める(GO)か、あるいは中止するか(NO-GO)という岐路に立たされます。いわゆる経営判断の類です。アルツハイマー病や糖尿病の3大合併症(腎症、網膜症、神経障害)などをはじめとして、決定的な治療薬がなく、治療の満足度が低い病気も少なくありません。このように、まだ医療ニーズが満たされていない領域では、革新的な新薬の創出が待望されています。

図3 [(財)ヒューマンサイエンス振興財団「平成22年度国内基盤技術調査報告書」より一部改変]には、医師にアンケート調査して得られた治療満足度と薬剤の貢献度の相関図です。縦軸が治療に対する薬剤の貢献度、横軸が治療の満足度を示しています。たとえば糖尿病、緑内障、白血病などは、薬剤の貢献度も治療の満足度も高い。一方、いずれも満足していないものには、アルツハイマー病、糖尿病網膜症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症などがあります。この薬が無い、十分な治療法も無い疾患の

図3 アンメットメディカルニーズ



新薬がほしい領域で、新薬を開発することが、いわゆるアンメット・メディカル・ニーズ（満たされていない医療ニーズ）に答える事になります。しかしこれら領域は、病態が十分に解明されていないので、薬を作ることが困難な領域でもあります。このような中で、製薬会社は医療ニーズを念頭に置いて、競合品との位置関係、自社の強み弱み分析、成功確立、市場分析などをもとに、NO-GO と GO を判断して行く必要があります。

NO-GO と GO の判断は、医薬品開発にとっては非常に重要です。長江敏男先生（岐阜薬科大学客員教授）によれば、これには4つのパターンがあります。(1) たとえば、アルツハイマー病の薬を開発しようとして、多額のお金をかけてうまくいった場合、これは「GO の成功」です。(2) 一方、開発したけど、薬にはならなかった場合、これは「GO の間違い」です。(3) やらなかったが、やったと

しても成功はしなかった場合、これは「NO-GO の成功」です。(4) やらなかったけど、やっていたら成功していた場合、これは「NO-GO の間違い」です。それぞれに理由があるわけですが、確率論的には、NO-GO を選択する方が確率は上がるわけですが、新薬を開発できなければ何にもならない。いずれにしても NO-GO または GO の判断において、どちらを選ばいいか？という経営判断というか目利きというか、そういうところは実は非常に重要になってきます。大阪大学の元総長の岸本忠三先生は、IL(インターロイキン)-6を発見され、中外製薬に話を持って行って、中外製薬はGO を選択して、結果的に関節リウマチ、全身型若年性特発性関節炎の効能効果により、日本のみならず世界に医療貢献されました。これはGO の成功事例です。一方、自治医大の間野博行教授は2007年に非小細胞肺がんの原因遺伝子EML4-ALKを発見し、Natureに発表し

ました。製薬会社が一齐に治療薬の開発に乗り出し、最初に承認されたのがファイザー（医療用医薬品売上世界一の製薬会社）の薬でした。治療の標的の発見からわずか4年で治療薬が承認されたのは、世界のがん治療薬開発の歴史で最速です。当初は、間野先生は創薬の段階から日本の会社に色々話をして、何処もやろうとしなかった。もう仕方ないからアメリカのファイザーへ話に行き、韓国で臨床試験をやったら非常に効いたとの話です。これは日本初のアイデアでしたが、最終的にファイザーの薬になってしまって、日本の製薬会社は結果的に機会損失しているわけです。こういうケースも、「目利き」がなかったということになり、日本の会社の失敗例になってきます。別の例では、ソニーは今苦しい立場にあると言われていています。スティーブ・ジョブズがiPodを作ろうという話を持ちかけてきたにも関わらず、それには乗らなかった。ソニーのウォークマンは、1990年前後からものすごい勢いで世界中を凌駕しました。今はiPodやiPadでの時代です。これはいわゆる「NO-GOの機会損失」の典型的な例です。また別の例では、パナソニックとかシャープとか、こういった会社がプラズマ、液晶に多額のお金を注いで、多額の赤字を作ってしまった。これはGOということによる過大投資です。

成功体験が目利きを狂わす、新しいことへチャレンジできないなどの要因が、機会を損失させることになります。医薬品業界でも、新薬のネタはベンチャーにあります。大手の製薬会社は良い薬のネタを持っているベンチャーを買い取ることは良くあることです。新しいことにチャレンジすることをやめた時点で成功はありません。また、日本人の性格や考え方にも問題があるだろうと思います。目的が非常に曖昧で、保守的でリスクを避け、決断を避けたがる、それから決断まで非常に時間が長く、変化

を避けたいとか、いろんな日本的な状況が横たわっています。国民性というのでしょうか。一方、欧米はこの点逆で理論的に戦略的に物事を進めていき、一つ一つの決断をクールにスピーディーに行う場合が多いように思われます。以上のことから、経営判断や物事を進めていくときの考え方を、学生時代にしっかりと学んでおくことは、将来非常に役に立つと思います。

つぎに、MBA (Master of Business Administration、経営管理学修士号) について話を進めていきたいと思えます。MBAの目的は、経営者や経営をサポートするビジネスプロフェッショナルを短期間に育成することです。MBAコースでは、主に社会人を対象に、経営に必要な知識や能力を修得することができます。財務会計、戦略とオペレーション（経営、戦略、マーケティング、生産管理、国際ビジネス戦略）、組織/人材マネジメントなどで有機的に構成され、さらにビジネス・スキルの向上を目指す実務科目を開設しており、これに経済を理解するためのマクロ・ミクロ経済学が加わり、基本的なMBAの科目が構成されます。一方、新薬を作る（創薬）という研究に基盤をおいた職業である研究職の仕事とは、全くかけ離れているわけです。しかし、最終的な新薬につなげていくには、研究で見出されてきたネタを市販できる形にしていくには、MBAで学習するようなことも当然必要になってきます。両方が効率よく、機能的に融合することが大切です。

これは、クレイトン・クリステンセンが唱えていることですが、イノベーションするには現状を変えたいという、何とかしたいという、強い意志を持った上で、質問力、観察力、ネットワーク力、実践力などを駆使することによって実現できる。そして、イノベーションを起こす能力は、先天的なものではなく後天的に育成できると言っています。このよう



図4 医薬品の業種に活かせるコア科目

コア科目	薬局経営	MR	研究開発	生産
ビジネス経済学	◎	○	○	○
財務会計	◎	○	○	◎
組織行動学	◎	◎	◎	◎
人的資源管理	◎	◎	◎	◎
技術経営 (MOT)	○		◎	○
ストラテジー	◎	◎	◎	◎
クリティカル・シンキング	◎	◎	◎	◎
ロジカル・シンキング	◎	◎	◎	◎
管理会計	◎	○		○
ファイナンス	◎	○		○
マーケティング	◎	◎	◎	○
オペレーション管理	◎	○	○	◎
情報システム管理	◎	○	○	◎
国際ビジネス	○		○	
ビジネス法	◎	○		
ビジネスコミュニケーション	◎	◎	○	○

に、学習することによって習得できるというわけでは、

では、なぜ PhD と MBA を両方持つ必要があるか？です。MBA と PhD をそれぞれ持っている人が、お互いに協力すればよいと思いますが、現実はそのうまいいくものではありません。私は以前、ある製薬会社のトップであった方に、MBA について聞いたことがあります。「MBA を学生の時に取得して製薬会社に就職したら、どうでしょうか？」と聞いたところ、「MBA は実際そのような仕事に就いた時に取ればいいよ。」と言われたことがあります。そのときは少しがっかりした記憶があります。現在は確かにそうですが、将来、PhD と MBA を持って会社全体を見回せるような人材になりたいと希望を持っている学生、理系の学部に進んでも MBA を取得し

たいと考えている学生は、学生時代にこの MBA について学ぶ機会を与えてはと思います。MBA は現在、その多くは社会人入学ですが、社会に出た時に役に立つだろう基礎力を学ぶことは良いことです。

薬学部と関係のある職種には薬局経営、MR (営業)、研究開発、生産などがあります。図4 (鈴木博文氏 Ph.D, MBA 作成) にあるように、絶対必要なコア科目 (◎) を、必要な科目 (○) に分類することができます。

薬局経営は、そのほとんどが必要になってきます。すべての業種に共通な科目は、組織行動学、人的資源管理、ストラテジー、クリティカルシンキング、ロジカル・シンキング、マーケティングなどがあります。これらを見ると、医薬品の業種においてビジネススクールで学ぶ学問の科目というのは非常に重

要であることが分かります。この図4の中にある技術経営について話をします。技術経営とは、技術を事業につなげる経営のことです。そのように技術を事業化するか、いかにして技術戦略と経営戦略の相乗効果を高めるか、あるいは技術でいかに収益を上げて、技術でいかに成長していくかということを主眼にした経営のことです。このような視点も必要になってきます。技術をベースにした経営、技術を活かす経営ということであり、技術は技術屋さんに任せれば良い、経営は経営屋さんに任せればよいというものではなく、それは表裏一体というか、一緒に相乗的にやらないと意味はないと思います。続いて、トランスフェラブルスキル（移転可能なスキル）について話をします。研究者の言葉・考えを分かりやすく経営陣に伝える能力の事を指します。このスキルは、科学の専門的な話を科学者ではない人に伝える能力のことを言い、具体的には研究プロジェクトを推進し関係部署に交渉し研究を推進していく管理能力を意味しており、PhD スキルとは別の能力です。これらのスキルは、多様性を有し、国際的な場で活躍できる人材に必要とされます。すなわち、研究で学んだ専門的なスキルをビジネスの現場で活用できる人材の育成が今後の大学院教育の中でも求められています。たとえば研究者が社長の前とか経営会議で、新薬開発の候補化合物について科学の専門的な話を、一生懸命に話しをしても、なかなか理解して頂けません。この薬の、周りを取り囲む医療ニーズ、マーケティング、経済効果などを含めて会社全体の資源や会社の強みや弱みも含めて話を分かりやすくしないと理解はされません。如何に分かりやすく、求められている要素を入れて説明できるかが重要です。

ピーター・ドラッカーの言葉に、「企業の目的は顧客創造である以上、企業の基本的な機能はマーケ

ティングとイノベーションの2つしかなく、そのほかはすべてコストだ」があります。いわゆるマーケット、それからイノベーション、技術革新、コスト、この三つを理解して進むべきことが根幹であり、これを学ぶことが企業発展に繋がっていくと思います。

以上、研究者が技術経営、移転可能なスキル技術、経営について学ぶことは必要であると思います。研究能力と経営能力の両面を持った人材を育成する大学院教育が今後必要になってくると確信しています。



この薬学領域において、MBA 取得の現状はどうかについて話を進めたいと思います。下記のような現状があります。

- 1) 企業に就職して、必要になった時に MBA を取得する。
- 2) しかし、その時期は仕事に忙しく、学ぶ時間がない。
- 3) 経営戦略や財務等の企業運営全般の知識を集中的に詰め込む。
- 4) MBA 取得はキャリアアップの資格になる。
- 5) 人を育てるという日本独特の人材育成は、外資系企業の台頭により激減している。
- 6) 研究者職から、その人の能力などによってスタッフ部門に異動することがある。

→その時に MBA 取得するのは遅い。

- 7) 年齢と共に仕事の内容が変わってきて、マネジメント、コーチング、財務管理、マーケティングなどの業務を任されることがある。
- 8) 製薬企業、特に外資系のトップは、MBA を当然のように持っている。

私が製薬企業に研究職として就職して、その後10年以上経つとプロダクトマネージャーとして研究企画にも兼務でやるようになりました。その時はもう忙しいです。薬にしないではいけなくて、MBA に関する知識を学ぶ時間もない。そういう中で、2年間、MBA ビジネススクールに行くことは現実不可能でした。また今は、時間、スピードが勝負ですから、会社の中でゆっくり、じっくりと人を育てるということは少なくなってきました。日本の良さがなくなってきたのかもしれない。自分が持っているスキルを会社で育ててもらおうという時代ではなくなってきました。今は、何かをやってもらおうじゃなくて、自分は何ができるかということを問いかけて身に付けていかないといけない時代です。製薬企業の研究職にいて、研究を進めていくうちに、その人にマネジメント能力があるということが分かってきたら、全体を見る部署に行つてはどうかということもあります。この時からMBA を取ることは非常に忙しくなり大変です。また、東京、名古屋、大阪などの大都市ならば、学ぶ場所（スクール）もあるでしょうが、地方に行けばないという地理的な問題もあります。

年齢と共に仕事も変わってきます。企画業務（研究、営業、戦略など）、マーケティング、財務管理などこれまでの研究とは違うスキルが必要になってきます。また、マネジメント能力、コーチング力、コミュニケーション力、などが問われます。こういうことを早めに学んでおくことは必要であると思います。大切なことは、誰でも学べばよいということ

ではなく、「やる気」のある人が学ぶということが大切です。「やる気」が無ければ成長はできません。以上のことから、できれば学生時代からこのようなMBA で学ぶスキルを身につけて会社に入って意識的に仕事をすれば大きく成長できると思います。

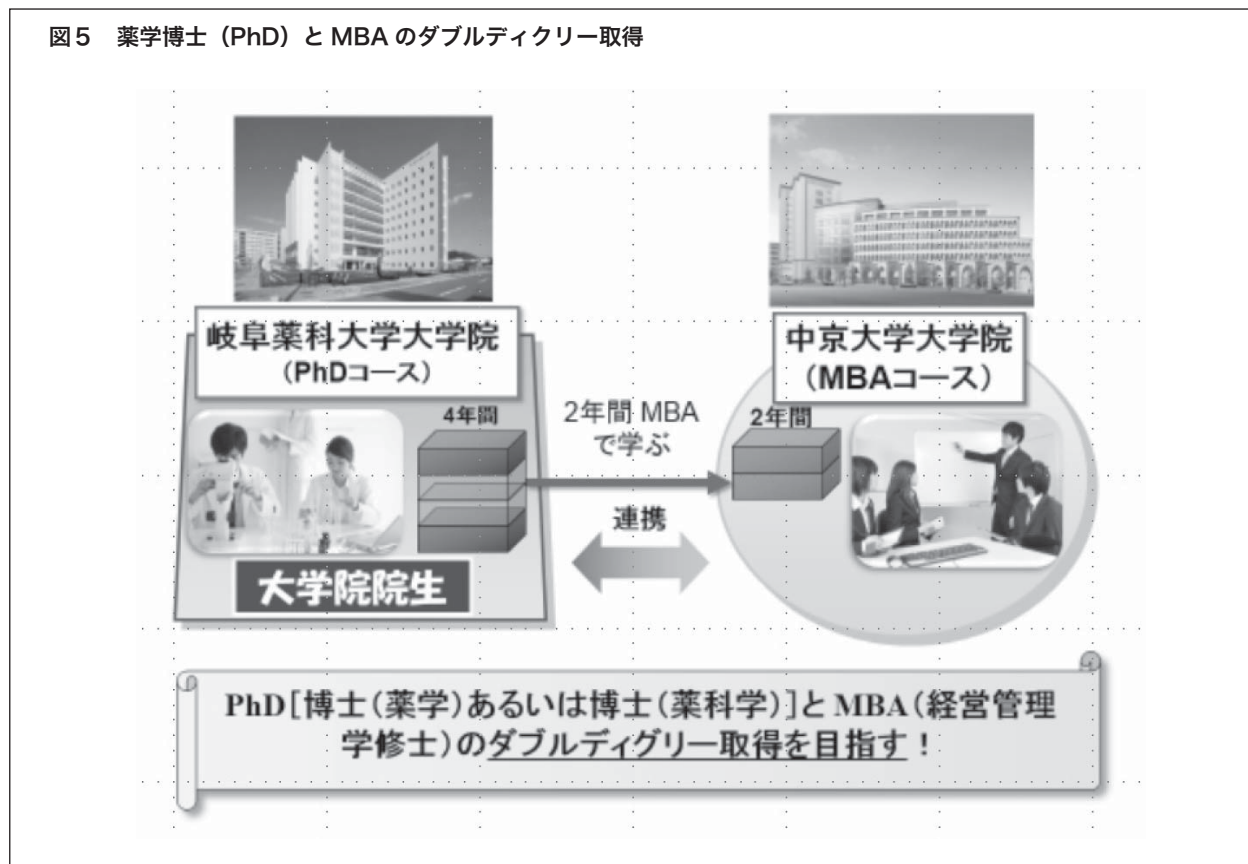
以上をまとめますと、薬学領域でMBA を取得する意義としては、1) 社会に出る前から、自分がやりたいことを探すことは大切であり、自分を知ることになる。2) 異分野を勉強することにより、大きな視点を持つ。3) 経験した後に知識を蓄積する方法ではなく、知識を得て経験する。4) 学生の就職を有利にする。5) 視野の広い薬学出身者の創出をしたい。ことになるかと思えます

最後になりますが、今回、岐阜薬科大学（岐阜市）と中京大学（名古屋市）は、上記の社会情勢に鑑み将来の製薬基幹産業の中核で活躍できるグローバル人材の輩出を目的に、薬学（薬学または薬科学）博士号とMBA の両学位を取得する有能な学生の育成に他大学に先駆けて着手するため、両学位を取得できる連携協定を2014年1月に締結しました。この内容は、薬事日報（図5）、中日新聞、岐阜新聞、



図5 薬事日報での紹介記事

図5 薬学博士 (PhD) と MBA のダブルディグリー取得



日経新聞などに掲載されました。下図に示しますように中京大学大学院 MBA コースと岐阜薬科大学の大学院において、2年間で両方で学ぶこととなります。平日の夕方までは岐阜薬科大学で研究を行い、夜 (週2~3日) または土曜日に中京大学で学ぶこととなります (図5)。

MBA と薬学博士のダブルディグリー取得することによって、

- 1) 医薬品の開発・流通および医薬品産業の経営分野で活躍できる専門人材の育成、
- 2) 日本の医薬品産業がグローバル展開するための道標の提示、

- 3) 薬学研究科の学生と社会人学生との協働・協学による新しい実践的学習モデルの提示、などの成果が期待できると思います。

ご清聴ありがとうございました。

(\*拍手)

潮：原先生、ありがとうございました。それでは引き続きまして、飛田先生にご講演をお願いしたいと思います。テーマは、医療分野で必要とされるマネジメント能力とは。サブタイトルが、医療介護分野で必要とされるマネジメント能力

についてでございます。

(\*拍手)

### 3. 医療介護分野で必要とされる マネジメント能力について(飛田拓哉)

こんにちは、皆さん。原先生、ありがとうございます。ダブルディグリーの意味、それから製薬企業の意思決定の仕組み、大変分かりやすいお話でした。



さて、私の自己紹介はあとで行いますけども、今、介護施設をやりながらお医者さんをやっている、ちょっと変わった立場の人間です。そのバックグラウンドとして、ビジネススクールに通った経験があるということで、今回、山本先生の方からお声かけいただきまして、本日講演を務めさせていただきます。30分程度ですが、皆様よろしく願いいたします。

では、まず自己紹介から。これが私ではなく、日野原先生ですね、皆さん、よく知っている方もいると思いますけども。私はもともと2001年、今か

ら13年前ですね、名古屋大学の医学部を卒業して、聖路加国際病院というところ、東京にある病院ですね、そこで5年間、内科医をしておりました。そのあと何を思ったか、海外のミシガン大学のビジネススクールに入学しまして、そのあとサラリーマンやっています。ペイン・アンド・カンパニーというところ、外資系のコンサルティングファームですね。こちらで、先ほど原先生がおっしゃいました、製薬会社のパイプラインをどうやって管理するかとか、そういう話をやっておりました。そのあとに安心生活株式会社、現在やっている有料老人ホームを設立しまして、現在はこの一個作って、二個作って、もう二個作って、今に至るとなっております。

順を追って、どんな経緯だったかをお話しします。まず聖路加国際病院なんですけど、こんな病院でした。東京の築地というところにあります。東京駅からタクシーで大体5分ぐらいのところですかね、5分か10分行ったところ。隅田川が隣に走ってまして、ここの10階建ての病院の中で内科医としてやっていました。最初はやっぱり、何ていうんですかね、研修医としてやりましたし、いろんなマネジメントの経験もしました。

なぜ聖路加病院で働いたか。通常、名古屋大学出た人っていうのは、愛知県内の病院、たとえば第一日赤とか第二日赤、あるいは医療センターとか、大きな病院、回っていくんですけども、私はそれをしなかったんですね。なんでかっていうと、当時の、現在はだいぶ変わってきましたが、当時の愛知県内の臨床教育のスタンスっていうのは、私にとってはちょっと物足りなかった。だから東京に行く必要があったんですね。聖路加病院を選んだ理由としては、まず診療の基本技術を学びたい。次に標準的な治療方法。教育技術。最後に混合病棟で内科全体を診れる、そういう先生になりたかったんです。

順を追っていきますと、まず診察の基本技術というのは、身体診察とか病歴聴取、あとは診断、そういったお医者さんとして基礎の基礎、足腰になる部分をここでは徹底的に鍛えてくれる。治療方法についても決して革新的ではないです。ただ、標準的。海外で通常行われている、いわゆる、今でこそエビデンスという言葉が非常に強くいわれてますが、10年前そんなこといってる人いなかった。13年前ですかね。当時その時からすでにエビデンスというものを意識して治療を行っていたのが、ここだったんです。あと教育技術というのは非常に大きなもので、どうやって教えるかを教えてくれるんですね。

あと専門は何科ですかといわれると、いつも僕、内科と答えるんですけども、循環器も診れるし、神経内科も診れるし、呼吸器も診れるし、ほとんど診れます。苦手なものもありますね、膠原病とか、ちょっと苦手ですけど。それ以外のところだったら大体診れます。そんな理由で聖路加病院を初期研修に選びました。

いわゆる普通のお医者さんが10年かからないとできない能力を3年ぐらいで濃縮して教育受けますから、大体3年目とかになると、病棟、病棟20人から30人の患者さんを、研修医と一緒にほとんど管理できるようなスキルが付きます。

聖路加病院でいわゆるお医者さんとしては、ある一定の水準に達したと思ったんですけども、その時に考えたのは、お医者さんって技術者なんですよ。目の前の患者さんを治すことはできるんですけども、自分の目の前にいない患者さんを治すことはできないんです。お医者さんはその場、目の前、あるいはせいぜい研修医の先ぐらいまでしかマネジメントできないんですけども、ちょっと物足りなさを感じて、もう少し影響力を与える範囲を広げたかった。だから組織の管理を勉強したいと思って、ビジネス

スクールに行きました。当時は、そうですね、行政に行くことも考えたし、ちょっと面白いのは軍隊に行くことも考えました。軍隊も組織管理の、何ていうんですかね、一番最先端というか、そういうものやってたんで。ちょっと軍隊、さすがに28歳になって軍隊って、ちょっとないかと、それでビジネススクールにいったんですよ。

ビジネススクールで学んだのは、こういったところですね。コミュニケーションスキルと、あと本当に基本的なビジネススキルです。ビジネススクールへいったら、優秀なビジネスパーソンになれるかという、そんなことないです。ただ優秀なビジネスパーソンと話をして、相手のいっていることが分かるようにはなります。ほかにコミュニケーションの中では、やっぱりいろんな国から学生さん来ますし、それこそ製薬会社さんからも来てましたね。万有製薬から来た日本人なんですけど、その子は会社をいったんやめてビジネススクールに来てます。

グループワーク、みんなでやって一つの課題を解くという、そういう課題ですかね、あるんですけど、その中でやっぱり、お医者さん、すごいねとは言ってくれるんですが、何やってくれるの？ってなるわけです。お医者さんって別に大したことないんですね、ビジネススクールでは。ただ治療はできるけれども、別にグループワークで治療は必要ないので、それだったら、あなた何できる？というところを説明しなきゃいけない。あとは表現方法、これも文化の問題なんですけれども、価値観が違えば、価値観が違えばいいんですけども、根本的な価値観ってそんなに変わらないですね。生命倫理とか、あと何を幸せと感じるかとか。ただ優先順位が違ったりします。あと表現方法が直球だったり回りくどかったり、あえていわないとか、そういうふうな違いがあるだけで、基本的にはやっぱり何でもきちんといえば分

かってくれるんだなということを学びました。

あと学んだのは、フレームワークとかMBAワードですね。フレームワークという言葉自体がもうすでにMBAワードなんですけども、なんかマーケティングの何とかとか、もう私も忘れちゃいましたけど、いろいろ格好いい言葉、勉強しました。ビジネススクールに在学中は、みんなそれ使います。いつてる自分に酔っちゃみたいなの、そんな時代がありました。でもすぐには使えません。こういうMBAワード。実際に実社会に落とし込んで、初めて、あ、これはあそこで習ったあれなのかな、みたいな感じですね。だから自分の中で知識を身に付けるとか、学位だったり資格とか、いろんな表現ありますけど、これは、考え方の、一つの考え方を一通りおさらいするぐらいの感じですね、相撲のルールを覚えるという感じなんです。相撲のルールを覚えてても、相撲を取って勝てるかと、そういうわけじゃないですね、練習が必要です。

そういうふう考えた私は、次にベイン・アンド・カンパニーというところへ就職しました。これ、何でかという、やっぱりルールを知ってるだけじゃ使えないねっていうことが、ビジネススクールへ行ってよく分かったの、それだったら、そこから自分が医療機関に入るなり、会社経営するなり、何かやる前に、ちょっとルールを実践する方法に落とす経験が必要だな。そういう時って、自分でいきなり始めるという方法もあるんですけども、やっぱりきちんとした教育システムが備わっているところで、ちょっとだけやると、教育効果が高いんですね。すでにある仕組みを利用してやれ、ですね。

なのでベイン・アンド・カンパニーというところ、これ外資系のコンサルティングファームという、今だと大きいところ三つですかね。ベインとBCGとマッキンゼー。その三つのうちの一つがベイン・ア

ンド・カンパニーで、ここで英語のプロジェクトが半分、日本語のプロジェクトが半分と、そんな感じの会社で、社員数100人ぐらいですかね。

入社した直後にリーマンショックがあつて、リストラチャリングも経験しています。隣の同僚がある日、突然来なくなると。3か月後ぐらいに、グッバイフォーオールのメールが飛ぶわけですね、入った時は130人ぐらいいたのが、1年後に80人ぐらいいまでシュリンクしましたね。ひどかったですね、リーマンショック。リーマンショック、あの会社の雰囲気を味わえたのもいいですね。あのリストラされる会社の雰囲気。分かんないんですよ、中にいないと。次はオレかなとかいいながら、みんな飲んだりするわけですね。

あとは、ここでどういうこと学んだかという、これですね。こういうことを学びました。一番大きな学びはこれです、挫折です。私はここで挫折しました。1回挫折、経験しているんですね。経歴だけ見ると、何かすごそうじゃないですか。実際、挫折してます。挫折はあとにおいて、何を学んだかという、まずコミュニケーションスキルですね。A、B、C、だからDだよ、D、なぜならばA、B、Cとか、そういう使い分けとか、帰納的な論理の組み方、演繹的な論理の組み方、そういうロジックのお話とか、あと戦略的思考。これ戦略的思考って。何かよく分かんないですよ。戦略的、何なの？それって。戦略的思考って、要は本来あるべきはこうだよ。現状はこうだよ、どうやったら上に上げられますか。それが戦略的思考だと僕は思っています。戦術的な思考は、現在こうだよ、こういうふうにしたら、よりいい方向にいくんじゃないって、改善ですね。改善は戦術チックな話ですけど、戦略はどっちかという、答えを最初に作っちゃうんです。それに至らなきゃいけません、私たちは。なぜならば

X、Y、Z。じゃあそれにどうしたらいいですかというのを考えるのが戦略だと思います。

あとファクト・ロジック、ここらへんはいいですよね。よくいわれますよね。あと、ビジネスの実務的な技術もよく学びました。エクセル、なんていうんですかね、コンピュータゲームみたいにエクセルやります。隣でそれを見てると、画面がチカチカチカッてする間にスプレッドシート、PLができてるとか、そういう感じですね。あとプレゼンテーション技術、これはよく使ってますね。

最後、挫折。これ、より優秀な同僚とのグループワーク。これはすごいよかったですね。本当に私から見るとミュタントみたいに賢い人たちがいます。私が2時間ごりごり考えて作ったA4のプレゼンのラフを、1分ぐらいで、ここここに論理の飛躍が3箇所あるから直しといてというような感じで、それが25歳だったりします。まあ本当に賢い人に囲まれました。そこで私は頭を使って勝負するのはやめました。世の中に賢い人たちはこんなにいるんだから、それまでは、お医者さんでビジネススクールに行って外資系コンサルで、オレ無敵ぐらいに思ってた。だけでも上には上がいると。なので、IT業界で起業するというのも一つ考えたんですけども、IT業界ってそれこそミュタントの集まりですから、そんなところにいっちゃダメだ。製薬会社に行くことも考えたんですけども、製薬会社のトップってというのは、目茶苦茶賢いんです。外資系ですよ。日本のは、どちらかというと、私、ちょっとしゃべったことがないので分かんないですけど。外資系企業の人たちは賢いんです。あんなところでやってけんなど。

自信喪失した私は、1年半ぐらい務めてやめたんですけども、私の方から。私は首にはならなかった。ちょうどプロジェクトが盛り上がったところで、お

前やめるな、それじゃあ困るといわれたんですけども、いや、もう僕はここで多分1年後やってもハッピーになれないような気がするから自分でやめるといって、それで退職しましたね。

これが現在の安心生活株式会社です。今、設立して4年目で売上げが10億円ぐらい。実はグループ会社がもう一つあって、そこを入れると13億円ぐらいですかね。もうちょっとか、14億円ぐらい。従業員数は180人ぐらいです。四つの施設、これプラス大府の方にももう一個施設があります。これ、理念。理念がどれだけ大事かって、自分で会社やって初めて分かりました。よくビジネススクール、組織が、理念が、ビジョンがとか、そんなの役に立たねーよと思ってたら、あれすごい大事ですね、実際に会社やる時に一番大事なのが、これしかないという、理念しかない。理念以外だったら何とでもなるんですけど、理念がゆるいと本当に何やってるか分かんなくなっちゃいます。理念に基づいて、いろんな仕組みを作りあげていくんですね。

これが安心生活、保育園も一緒にやってるんでね。園児たちとお年寄り。これ保育園のスタッフ。ケアのスタッフ。子供たち見るとホッとしますね。

これがグループホームの写真ですね。

じゃあ何で私が安心生活？ そんな介護事業をいきなりやったのか。お医者さんが介護事業をやる、しかも当時33歳ですからね、頭おかしいんじゃないかと思われましたけども（\*笑い）。

いろいろ考えがあります、実は。まず経済的な成功。これは個人的なものです。当然、経済的に成功しないとダメだと僕は思っていました。それは悪いことじゃない。あと社会的な成功。これ大事ですね。社会から求められているというのは当然いい、自分にとっても気持ちがいいし、社会にとっても幸せです。



これが私の目標ですね、当時抱いていた。社会的な影響と商業的な成功、これ二つ。労働問題、女性と貧困、これを今でこそアベノミクスで女性女性といってますけど、これ4年ぐらい前、5年ぐらい前から女性のM字カーブのMのポイントを引き上げるだけで、どれだけ世の中が変わるかということを考えてました。中小企業だったので、優秀な人材を探りたい。でもネームバリューのないところに、これまで活躍してきた男性の人って来ないですね。だから女性にあえてフォーカスを絞りました。そういう、当社としてもOKなんですけども、社会としてもOKって、そういう会社を作りたいと。

あと介護施設の中の医療ってひどいんですね。一言でいうと。何やっているのかよく分かんないと。お医者さんがいても70歳とか80歳、どっちか入居者が分かんないような状況になってますから、それだったら、そこでちゃんとした医療を提供してあげるのがいいんじゃないの。介護市場、細分化されて成長性が高い、これ、あとからどんなのか説明します。

規制はあるけれども強くはない。小規模な初期投資ですむし、弱い競合、介護施設で成功されている施設のところのトップと話したりすると、なんでこの人成功しているんだろうというような感じだったんで、あ、これ大丈夫かなと。失礼ですけど、介護施設やってらっしゃる方いらっしゃらない？ もしいらっしゃったら、あ、これは失礼、いらっしゃいました。

(参加者) 医者です。

あ、お医者さん。ビジネスと医療のフィット、これはうまくやっている。これだったらいけるでしょうと。だから介護市場にいったんですね。

医療分野で必要とされるマネジメント、これが今回のお題なんですけども、まず最初に医療は特殊ですかと。たまたま医療と、医療以外の両方を経験しました。とって返すと、僕は医療は特殊じゃないと思います。大体よく医者は、何だろう、医者だから常識がないとか、いろいろな人がいますけど、確かに医者の常識というのは、いわゆるビジネスマンの常識とはちょっとずれてるんですね。でもいいところもたっぷりあって、たとえば休みの日だって患者さんのためだったら、ちょっと顔を出さなかなと、そういう職業倫理とか、そういうのはビジネスパーソンには皆無ですから、皆無といったらいかんけど、ほとんどないですね。休日だから休まないのと、そういった感じだったりしますね。

ところが一方で、やっぱりお医者さんだから、なかなか融通が効かない。自分が常に意思決定をする立場だから、ちょっと癖のある性格になってたりとか、そういうのはあると思います。じゃあ医療市場において、医療は、何ですかね、ビジネス視点からすると、僕はそんなに特殊性は強くないと思います。よっぽどインフラ産業とか、そっちの方がよっぽど特殊ですね。原発とかエネルギーとか、あるいは軍事とかね、あっちの方がよっぽど、ほかに考えなきゃいけない印象が多いような気がします。

医療っていうと、特徴としては、規制が強い。公的資格とかね、業務独占資格とか存在してる、これはあんまりないですよ。あと情報の非対称性が強かったり、これ情報の非対称性っていうのは、つまり、何だろう、この薬の効果は医者の方がよく知っている、そういうやつです。だからお医者さんにある程度、任せなきゃいけないじゃないですか。ソムリエもそうですよね。お客さんとソムリエの立場、ソムリエ、どれがおいしいワインかってよく知ってるけど、お客さん知らない、あれと同じです。

あと高い多様性。これもそうですね。たとえば挿管チューブだけでも、100種類ぐらいあるのかな、よく分かんないけど。サイズの違いをいったら、すごいSKUの数ですね。

あとプライレスのサービス、これもインフラ的な話ですね。命よりも高いものはないと。ここですね。水道会社だってそうだと思います。日本は国がやっていますけども。

そうすると、個々のこういうファクターを見ると、どれもほかに類似の産業があつたりしますね。この組み合わせが、こういう、何ていうんですかね、非常に狭い商圏で取り入れられているのは、医療の特殊なところかなとは思いますが、じゃあこの特殊なのか分からないけれども、マネジメント能力、僕はあまり変わらないと思います。だから、いわゆる民間企業をやっている方が、病院の方で経営を行うというのは、あながち無理じゃないんじゃないかな。一つのジレンマは生命的な倫理ですね。経営と命、どっち取るといった時に、迷わず命といえないと、ちょっと厳しいかもしれない。私も会社やって、経営と、やっぱり生命っていうの、医療的な倫理、ジレンマありますよ、当然。この人、要はこの人、治療したら、早くよくなって帰っちゃう。つまり経営的には打撃なんです、ずっといてほしいから。でもそういう時には、必ず医療の方を優先するようにしています。そうしないと判断がぶれちゃって、医者として辛かったりしますから。

安心生活の歩みなんです、私が何をやったかというの、伝えますね。まず、ワークと書いてよく分かんないですね、これ。まず市場を定義してセグメンテーションして、売上・費用構造を大まかに把握、これインタビューベースですね。事業計画を策定して、ワークプランを策定、理念、事業、いろいろやりました。

たとえば市場構造の分析、こんな感じです。1番簡単な市場構造の分析ですね。成長性とシェア、確認します。こういうのはビジネススクールではやるかな、ちょっとだけやりますね。こういうことも。これ、メッセージは、細分化された市場なんですね。上位10社のシェアが何と1割、これは衝撃的です。製薬会社は上位10社で50パーはいつてますよね、いつてますもんね、製薬会社。多分、自動車でも4割5割ぐらいいくのかな。日本国内の有料老人ホームマーケットって、上位10社で10パーセント、しかもその割合は下がってるんですね。ところがたった2年間でこれぐらいの成長率がある。だから小規模な事業者がどんどん入ってきている、乱立している。そういう市場なんですね。



次に、いわゆる勝ち組、勝ち要件ですね。勝ち組って誰が勝ってるの？と、そういうのを分析します。これは会社のホームページとか、いろんな産業のレポートとか、そういうものを見たりとか、直接話を聞きにいったり。これはコンサルタントの時の知識が役に立ちましたね。結局三つしかなかった。価格と商品と立地。この三つをうまくバランス取れるようなところが勝ち組だった、ということが分かって、特に名古屋地区では最大の決定要因は受給年金額、価格はね、もらってる年金、資産よりも、だか

ら1億円の家を持ってても、毎月の年金額は15万円だと、15万円を予算として決めます。東京では違いますね。売って入るという構造なので、入居一時金を目茶苦茶高くしても大丈夫。ところが名古屋はそういう消費行動を取らないですね。家は残しておきたいというやつです。あと子供の経済的な状況にも強い影響を受けます。

商品については、たとえば認知症とか医療対応、リハビリ、この三つが重要なファクターですね。若年高齢者では住居の豪華さ、こういったものも非常に意識します。

立地は、実は駅からの距離はそんなに影響しないですね。それよりも家族からの距離とか勤務先からの距離、そういったものを中心に選んでいるということが分かりました。

これは大体こんなものかなという、これはある程度、シミュレーションして、本当に紙と鉛筆で大体これぐらいっていう、そういうものを作りましたね。これぐらいだったら、やっても無理じゃないなというのを、大まかには。

これ、事業計画。スプレッドシート、巨大です。これ、何でしょうね、2メガとか3メガとかあるエクセルのファイルなんです。一般的なコンサルティング会社にいったら、そんなもんだと思いますけども、おそらく普通の事業会社でやってると、なかなか作らないと思います。

バックグラウンドに、たとえば住宅の価格を15万円で、入居率を80パーセントとやるとこうなるとか。その入居率とかも横軸で、経年変化でワッツとやっていますね。それでやってると、一番最初、営業開始の時は、税引き前の営業利益は1200万円の赤字となっていますね。これをガーンと作ると、大体必要な初期投資額、施設を作るプラス運転資金でどれぐらい用意しておけばいいかなとか、それを悲観

的なシナリオ、楽観的なシナリオ、ありそうなやつ、三つで把握して、金融機関さんにピュッと出して、金融機関さんは、ああ、こんな感じなんですねとって、納得してお金を貸してくれると。

これは詳細ですね。週あたりに達成すべき事項。縦軸に、施設をオープンするまでにやるべきことを全部リストアップしています。横軸に、この日にオープンで、今がここ。だったらこういう順番でやらなきゃいけないよねというのを、週単位で作成しました。これは何でしょう、一番、ピラミッド構造の一番上にあたるワークプランなんですけども、ここからさらに一つひとつ黒マスのところが、やるべきこと、トゥ・ドゥ・リストと付いています。こんなことをやって、あと理念と文化、人事制度、こういうものを作成しましたね。労働市場も一つのお客さんとして考えています。労働市場、日本では1600万人の介護職員がいて、平均年収280万円の離職率30パーセント。離職理由としては、給与、人間関係、負担。だから私たちはこれを大事にしましょう、そして、ちゃんと利益が出るように作っていきましょうというふうに考えました。

あと法律、たくさんありました。法律、結構時間がかかりましたね。私、一番時間をかけたのがこれです、労働。就業規則の作成を1か月ぐらいかかりました。一番大変でした。いろんな判例も読みましたし、それで隙のない、自由度が高い就業規則を作りました。ここらへんは大体知ってましたし、介護保険法はそんなに難しくないんで。ちょっと癖がありますけどね。自治体レベルで、運用の方法が違ってたりとかします。

これが大体のスケジュールですね、次のスライド。大体、この青色のところ、人と会うタイミングですね、営業してたりとか。それ以外のところで今みたいな作業をねちねちやると。そうすると、どうして

も時間が足りないので、朝3時に起きて、3時半から仕事、夜10時に帰って寝るみたいな生活を半年ぐらいしていました。何かもう、ハイになっちゃって、休みとかいらなくなっちゃうんですね、起業している時って。全然いらぬ。寝ても覚めても会社のことなんで、もう夜2時半ぐらいにドキドキして目が覚めるんです。仕事したくてしょうがなかった。今はそんなに、今は飲みたくてしょうがないですけど（\*笑い）、何しろ。

これ、1か月前。1か月前もちょっとひどいですね。3か月前に比べると、ああ、1か月前の方がひどいですね。ヘルパー2級の学校とかいってましたね。あれ、すごいよかったと思いますし。僕、おむつ交換できますし、一番最初、おむつ交換してました（\*笑い）。利用者さんにひどい引かれましたけどね、先生なのにそんなことさせて申しわけありませんとか、いや、人がいないからゴメンねとかいって、おむつ交換してました。

安心生活、今何をやっているかという、今やっているのは、人材開発。私のエネルギーの60パーセントぐらいを人材開発に注いでいます。何かって言うと、これが成功要因なんですけど、医療とケアをちゃんとうまく組み合わせたところ、企業風土がうまく作用していました。女性が働きやすい環境をどうやって整備するかってことをいろいろ考えて作ってあります。

ただ、それでもまだ十分じゃないです。今、我々の会社のボトルネックになっているのは人材です。特に管理系の人材。チームをまとめられるようなリーダーシップが、リーダーシップといってもそんな格好いいものじゃないですけどね。何か悩みがあったらどうしたの？と聞けるとか、AさんとBさんがケンカしたら、お前のいってることも最もだけど、こういうふうにした方がいいんじゃない？とか、

そういう、いわゆる現場監督感のある人材が本当に少ないですね。この業界だと。

じゃあそういう人たちをどうやって作るか。自然発生的にこれまでは中間管理職的な人たちを引き上げてきたんですけども、これからはちょっと意図的に作ろうと思って。ということで、いろいろやります。

あと、女性に対しての支援をさらに充実しようとしていますね。なぜかという、弊社の人材をまずは維持することが非常に重要だと考えているからです。

これはうちの会社の年齢層ですね。女性が75パーセント占めています。これ全スタッフですね、管理部門も入れた全スタッフ。75パーセントが女性で、うち子育て世代がほとんど75パーセント、子育て世代なんですね。なので子育て世代への支援というのは、会社にとっては非常に重要なテーマなんです。

そのお子さんがいる30パーセントの人たちの内訳を見ると、未就学の人が6割ぐらいを占めている。小学校前が6割。みんな働きながら子育てしているんですね。全従業員のうち3割が子育てをして、30人が子育て中なんですけども、一人親が5人います。事業所内託児所というものを作って、うまくそれを利用して、生活しながら仕事をするということを可能にしています。今までこういう人たち、さっき女性と貧困といいましたけど、こういう一人親の女性たちが勤務する先っていうのは、何だろう、比較的、男性向けの業態が多いんですよ。資格もない、経験もない、いきなり離婚しちゃった。それじゃあちょっと可哀相でしょということで、私は事業所の中に託児所を作って、そこで子育てしながら仕事ができるようにして、一人親の方々がちゃんと生活ができるような、これは私は一つの社会貢献だと考

えていますね。だんだん増えてきてます。これが事業所内託児施設ですね。入口すぐに入ってます、子育ての様子を見ながら、いろいろできる。これを4年前に作ってます。

アベノミクス、女性の活躍推進とかっていつてますけど、何かちょっと私として、冷ややかな目というか、何を今さらいつてんみたいな(\*笑い)、いいんですけどね、あれ非常に大事なことなんで。

私たちがやりたいのは、これをなぜここで、こういうふうにするとうまくいくよっていうこと、伝えるかという、これを是非、広めてほしいんですね。これが私が先ほどいった経済的な成功と、もう一つ社会的な成功というのがこれです。私の組織が真似されること、こんなにいいことはないです。女性の活躍をうまく支えてくださいね、事業所、そういう意味でこういうこと、どんどん紹介しています。

たとえば事業所、託児所を確保して、子育てを支援するという、そういう風土ができるんですね。お昼休みに授乳できるとか。あと、すぐにいける。通勤の負担が母子共に少ない。その結果、育休と産休取った人たちの中で、そのままやめちゃう、育休、産休取ったけど、やっぱり仕事続けられる自信がないからやめますという人は、これまで1人もいないですね。

労働環境も、たとえば時間をいろいろ融通を効かせたり、土日は必ず休みにさせるとか。子育て優遇が非常に強いので、ほかのスタッフたちをどうやって処遇するのか、バランス取るのかが比較的問題になっています。定時に必ず帰宅しますからね。

この看護休暇を、施策として、いろんな、取りやすくするような施策をします。そうしたら1人当たり大体平均のこの看護休暇の取得数は1人当たり、従業員1人当たり4日から5日になってますね。法律で決められてるのは5日なんですけども、

うちは大体4日から5日使えるようにしています。

有給の取りやすい雰囲気にはしています。有給取得率、大体8割ぐらいですね。何でもかという、もう有給を全員取るもんだという、100パー消化するという前提で人事計画、施策、打ってます。だからほかの施設よりも人件費、ちょっと上がると思えますね。有給ってというのはコストになりますから。でもスタッフ一人ひとりがきちんと生活をしてくれないと、僕も困るわけです。だから有給消化率を必ず100パーになるように声をかけて促すとかね。何でもか、直接メールしたりとか、有給消化率低いんで有給使ってくださいと。事業部長を呼んで、誰々さん、有給が低いから、使うようにうまくシフト組んでよと依頼したりとか、そういうトップからの直接スタッフたちにメッセージ伝えてますね。

これ非常に重要なことで、残業時間を短くする、女性の働き方をよくするためには、絶対に男性の働き方をよくしないといけない、うまくいかないですね。男性ばかり残業して、女性は残業しない、そんなの無理ですから、男性も残業できないし、しない、させない、もう残業しないような前提で業務を組んでます、管理部門もそうだし、介護部門も、保育部門もそうです。全体の残業時間が大体、今一人当たり7時間6時間と、それぐらいなんですけど、それぐらいにすると、女性もやっと定時に帰っても気後れしないような風土になります。

さらに子育て世代へ手当を重点化しています。だから教育資金をちよつとずつ、教育のお金かかるから、入学の時にお金かかるから、ランドセル代とか、クリスマスのプレゼント代とか、そんなふうにして、何でもしょうね、低賃金とはいわれていますから、確かに贅沢はできない賃金ですけど、その中でもちよつと負担は少ないよねっていうような会社になりたいというふう考えています。

これ、宣伝なんですけども、スリーキーズって私、知らないんですけど、ここの代表、どういう人かとか。ただ私、すごく支援したいなと思ってて、これ、貧困の家庭に生まれた子供たちに教育を支援しているNPO法人で、私たちは自動販売機にそこを、自動販売機を貸すんですかね、自動販売機の売上手数料というのが大体月々5万円ぐらい入ってくるんですけども、その5万円を全部寄付するというような施策を取っています。そうすることで、世の中が少しでもいいふうに変わればなと思うんですね。すいません、ちょっと長くなってしまいましたけど。以上がプレゼンテーションです。

(\*拍手)

潮：先生、ありがとうございました。では引き続き、山本紀子先生にご講演をお願いしたいと思います。テーマは、医療関連分野におけるマネジメントの重要性についてです。

(山本) よろしくお願いたします。

(\*拍手)

#### 4. 医療関連分野における マネジメントの重要性 (山本紀子)

私は、2013年中京大学のビジネス・イノベーション研究科を卒業させていただきました。現在、病院とその附属介護老人保健施設でリハビリの訓練士をしており、本日は医療組織で働く者として医療関連分野におけるマネジメントについてお伝えしたいと

思います。私がMBAを目指した理由ですが、当時、職場において私の周辺では問題が山積しており、組織的問題を抱えていました。それを解決するために私は成長しなければと思いました。私がMBAで学んだ結果、人や組織はマネジメントによって変化し成長することを知りました。環境変化を変革の機会と捉えるようになりました。人のアイデアや思い、提案が実現に至るまで支援したいと思うようになりました。



本日の内容です。医療関連分野のマネジメントの重要性について、学んだ手法から課題研究の取り組みを報告、そしてこれから取り組んでいきたいことをお伝えします。

病院関連分野の現場の困りごとは、「人が足りない」、「離職者が多い」、「人が育たない」、「医療安全」、「医療サービスの質」、「診療報酬の低減による減収」、「倫理観やモラルの低下」、「社会変化に対応できる組織づくり」、「介護の問題」などが挙げられます。

医療介護現場で働く医療技術者のプロフェッショナルが経営学を学ぶ必要性が高まっていると感じます。この理由は、社会変化に伴う職場環境の変容に直面していることが大きいように思われます。また、医療従事者は自分の専門領域以外に安全管理、診療

## 医療介護現場で働くプロフェッショナル が経営学を学ぶことの高まり

- 社会変化に伴う職場環境の変容に直面している。
- 医療従事者は日常的な専門業務以外に安全管理、診療管理、患者満足度向上などの業務を担い、マネジメントの責任者となる機会が増えている。
- ミッションに対しプロセスを立案し、目標達成にあたる立場。プロセスを実行する過程で、人を育て、組織を発展させていく能力が必要となっている。

の管理、患者満足度向上などを委員会業務として担っており、そのマネジメントの責任者という立場に立つ機会もあります。これらのミッションに対してプロセスを立案し目標達成にあたるわけですが、プロセスを実行する過程で医療人材を育て組織発展させていくという能力が求められます。

高いクオリティを実現したり、診療実績や病院で受けられる医療の質に関する情報を公開したり、地域活動や医療現場のイノベーション創出といった経営課題があります。これらは社会保障政策や診療報酬改定を主導として導かれるものもありますが、必要なものを必要な形にしていく現場のマネジメント力が広く求められます。医療マネジメントが捉える質として、「医療の質」、「経営の質」、「患者満足度」、「従業員満足度」があります。

病院組織のマネジメントは、「地域に必要とされる医療を提供する」というミッションがあるとし、それを実現するためにNSTや緩和ケアなどの

特殊診療チーム、医療安全や感染対策、経営戦略といった医療活動に必要な幅広い事柄に対しチームが横軸に組まれます。事務局、医局、看護局などの部署の異なる人々の参加によってチームが編成されます。マネジメントプロセスは評価-実践-再評価されます。「紹介率を上げる」、「在宅復帰率を上げる」、「診療件数を向上する」などの目標に向けて、数値化された尺度を用いて現状分析し達成します。これらの過程を通して人材と組織の発展を実現していくことが医療関連分野におけるマネジメントといえます。

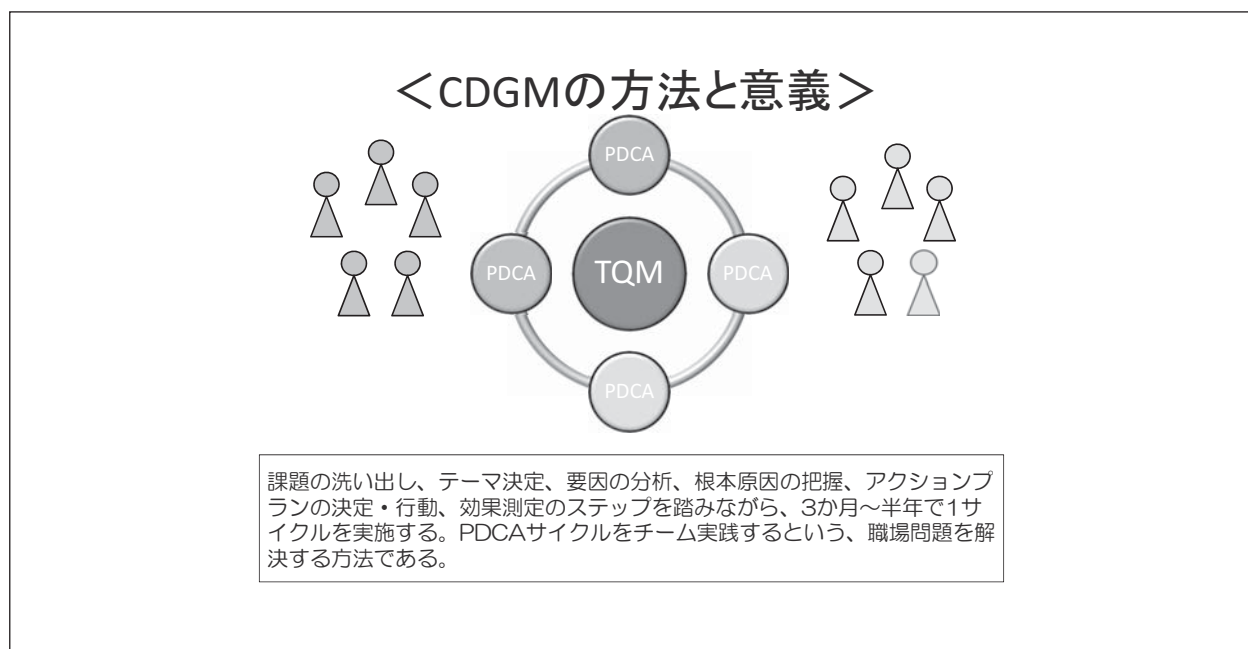
刈谷豊田総合病院の事例について、少し本からご提示させていただきます。表に示す通り医療収益は2000年から2007年まで右肩上がりに向上しています。在院日数も順調に短くなり、医療効率は向上しています。入院延べ患者数、外来延べ患者数も増加し、地域病院からの紹介率も増加しました。救急車の受入れ件数は概ね培ぐらゐの数字となり、手術

件数は 3467 件から 5258 件に増えました。また服薬指導件数については、2000 年には 1007 件でしたが 2007 年には 9170 件に増加しました。これらの数字から推察されるのは、目標実現には組織の仕組みが作られ、システムが強化された結果であるということです。

取組みは、製造現場にいた理事長が就任し「経営の透明性を高めなければ患者さんからの信頼は得られない」という方針を出されました。医業と経営を分担し、ものづくりの合理性を取り入れた病院経営を効率的に行う努力を継続して取り組まれました。現場で働く医療従事者は知識労働者、現場でしか知らない経験値を蓄積した存在であり、業務改善活動を推進し「コスト意識」、「5 回のなぜ」、「日本で有数の病院を目指して」、「誇りを持った現状否定」を行う活動を推進しました。理事長は「病院で働く職員が誇りを持ち、胸を張って院内を歩けるようにする」という具体的目標を大切にされました。

平成 24 年度厚生労働科学特別研究事業から医療機関の勤務環境改善活動、つまり目的意識を共有した形の参加型の PDCA サイクルによる課題解決の仕組み等の導入が、医療の質や安全管理に有用であったという報告がされました。平成 26 年度には各都道府県の努力義務として、医療勤務環境改善支援センターの設置がされました。センターでは、医療安全の確保及び医療の質向上と医療従事者の安定した雇用確保を目的に、医療コンサルタントや社労士の先生方と行政支援が受けられます。2014 年秋に東京で始めて新設され、そこから各都道府県に支援センターが設置されました。現状は病院の中だけでなく、病院の外にいる他分野の方たちの支援をいただきながら、病院の改革に向かっていく必要性が高まっています。

次に私が大学院で学んだこと、課題研究論文の取組みについてご説明します。課題研究では、トータル・クオリティ・マネジメント（以下 TQM）に





ついて検討しました。中島先生（2005）によれば、TQM 活動は単なるサービス向上だけではなく、医療環境の変化に対する適応へのマネジメント手法であること、組織のライフサイクルにおける成長動機として影響することを述べられています。

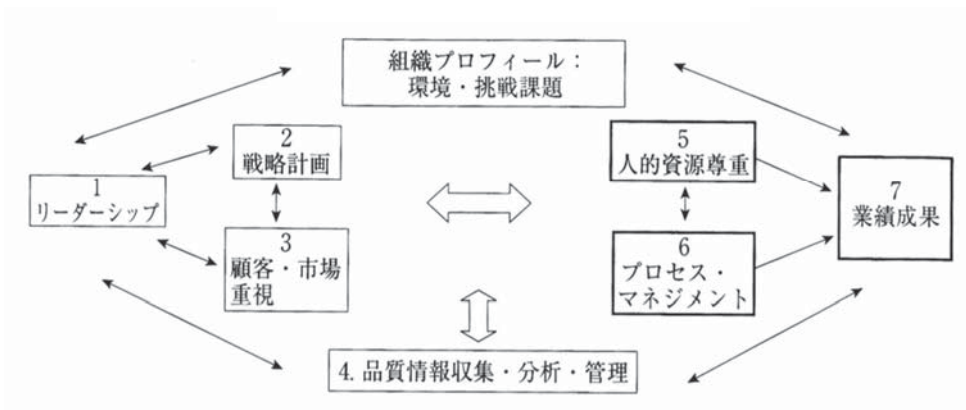
当施設の 2012 年戦略マップを示します。職員満足度向上をベースとし、医療の質・安全の視点として「TQM による医療の質の向上」が戦略の中に盛り込まれました。これが示された時は、TQM とは何？何をやったらいいの？というような状況で現場にはなかなか分かり難いものでした。

私は Creative Dynamic Group Method（以下 CDGM）を用いて当該部署の TQM に取り組みました。CDGM とは、質と生産の向上を図り、協力強化を目的とするあらゆる組織において可能なグループ活動を実践する方法です。ご存知の方もいるかと思いますが、数名のグループに分けて職場の課題を洗い出し、テーマをグループ内で決め、課題の要因

分析をし、さらに根本原因を深めて検討した上で問題が改善するアクションプランを立案実行していくものです。活動の主体は PDCA サイクルをチーム実践するというものです。3 か月から半年間で実践と効果判定を行い、その結果をグループで発表します。

実施前の職員満足度を示します。組織のコミュニケーション、職務の満足度、病院との一体感、給与と公平感、労働環境という大項目について満足度調査を実施しました。全国平均と比べ、職員の満足度は全体的に高い傾向でした。小項目で全国平均よりも低い項目がありました。「公平な管理」、「実行力」が全国平均よりも低い値でした。そして、これが CDGM 実施後の状態です。結果は大項目の全体的向上を示しました。問題となった小項目の「公平な管理」、「実行力」は CDGM 実施後に改善されました。職員満足度は全体的に向上し、問題であった低値項目も改善する結果が得られました。

### 米国マルコム・ボートリッジ国家品質賞 (MB賞)モデル



こちらは米国、マルコムボルドリッジ国家品質賞（MB賞モデル）を用いて、CDGMの効果を組織の質について検討したものです。マルコムボルドリッジ賞は顧客満足の改善や実施に優れた経営システムを有する企業に授与される賞です。「リーダーシップ」、「戦略策定」、「顧客市場の重視」、「情報と分析」、「人材開発とマネジメント」、「プロセスマネジメント」、「業績結果」という7つの要素を評価し、全社的な経営システムが評価されます。モデルに示すようにリーダーシップ、戦略計画、顧客市場重視がそれぞれ関連し、人的資源尊重、プロセスマネジメント、業績成果がそれぞれ関連し、さらにそれらのリンケージが左右上下に関連して環境・挑戦課題解決力に影響し、品質・情報収集や分析管理力に影響します。

この評価を用いて、CDGMを実施する前後で組織の質を評価しました。実施前の組織は、「戦略計画」、「情報と分析」、「人材開発とマネジメント」が低い組織という結果でした。モデルの検討からも組織全体が業績に結び付く方向で動いていないという結果となりました。実施後には「戦略計画」、「情報と分析」は実施前よりも優位に改善しました。「人材開発とマネジメント」については実施前後で変わらないという結果でした。TQM小項目においては、「経営方針の浸透」、「目標の共有」、「臨床指標の活用」が実施後に優位な改善を認めました。TQM相関図はスライドに示すように循環型へ変化しました。サービス提供する人材とその組織活動の質を向上させる取組みが、医療分野のマネジメントにとって重要であると思われます。職場の改善活動を通じて、チームメンバーのコミュニケーションと創造力を最大限に発揮し、働きがいのある職場を作り、組織全体の競争力を向上させることが可能な手法としてCDGMは病院組織マネジメントにおいて有効で

あったと思われました。



次に現状とこれからについてお話したいと思います。人口減少と高齢化問題は、医療業界のみならず皆様の生活や業界においても日々感じるところかと思えます。私ども医療介護関連分野では、日本の人口問題として2025年問題が挙げられます。若い人口が減り高齢者が増え他の国と比べても厳しい状況で、労働人口の減少や介護問題が大きな社会問題となることが予想されます。名古屋市の将来人口を示します。2010年から徐々に右肩に下がっていきます。一方で、65歳以上の高齢者は増えてきます。各都道府県の人口と高齢化率を示します。愛知県は今のところ比較的若い年齢もいる県ですが、今後は急速に高齢化が進む都市型地域です。人口減少と高齢化率などそれぞれの地域特性に合わせた医療介護サービスを設計し、地域社会に必要な社会保障サービスを創出することが求められます。名古屋市の区別の高齢化率を示します。私の病院は南区にあります。3年前の高齢化率は名古屋市全体が21.4%に対し南区は25.2%でした。名古屋の中で最も高齢化率の高い区といえます。昨年25年度には名古屋市全体が23%と上がり、南区は27.5%となりました。高齢化率の進行と人口減少が進んでおり、当院は2040年には15%ほど病床が減少するという予

## 名古屋市 区別の人口

【区別の人口】(平成23年10月1日現在) (人)

区分	総人口	高齢者人口	高齢化率	(参考) 年少人口比率
千種	161,052	33,235	21.1%	11.8%
東	74,114	15,092	21.3%	10.6%
北	164,897	39,513	24.2%	12.0%
西	114,980	31,737	22.2%	12.4%
中村	135,960	33,250	25.0%	9.8%
中	79,152	14,405	20.7%	7.6%
昭和	105,436	22,028	21.4%	11.1%
瑞穂	105,088	24,179	23.2%	12.2%
熱田	64,771	15,112	23.6%	10.7%
中川	221,473	46,373	21.1%	13.9%
港	148,225	31,743	21.4%	13.9%
南	140,495	35,056	25.2%	11.5%
守山	169,456	34,915	20.7%	15.5%
緑	231,573	42,838	18.6%	16.3%
名東	161,253	28,384	17.9%	15.2%
天白	158,592	28,877	18.5%	14.0%
計	2,266,517	476,737	21.4%	13.0%

※ 資料 「愛知県人口動向調査(名古屋市分)」

測があります。地域に合わせた介護や医療のビジョンとそれに合わせた病院・介護施設の運営が必要です。

高齢者の高齢疾病の増加は医療環境に変化を与えています。病気になったから病院にいつて治してもらおうという急性期モデルではなく、慢性疾患を抱えながらしかも複数の疾患を抱えて生活している高齢者が増加するということです。在宅医療が重要で長期継続的なケアニーズを支える医療というものが重要となっています。

高度急性期から在宅医療重視へ病床モデルが変遷し、7対1という高度医療を提供する病床は減り、手厚い高度急性期医療体制のワイン型が地域医療充実のヤクルト形になり、在宅医療に病床や人材が注力されます。高度急性期医療病床はさらに短い期間

で、効果の高い治療提供が求められます。

2013年の社会保障審議会資料によれば、現行の医療法における医療機関への行政関与は、公的医療機関については病床過剰地域における開設・増床は許可しないことができます。また、稼働していない病床は削減を命令することができます。

在宅死亡率の推移について説明します。多くの人が家で亡くなりたいたいという希望があります。グループホーム、有料老人施設、介護付高齢者マンションも在宅扱いとされます。2007年頃より自宅を含めたこれらの在宅サービスの居宅で亡くなる件数が増えています。これからは病院ではないところで、高齢者の看取りをどこでしていくのか大きな問題です。

高齢者の救急搬送について説明します。大勢の高齢者が救急病院にひっきりなしに搬送されても、病院は受け止めきれません。ですから、在宅医療との連携が重要であり、亡くなるまでの間、病気のある生活を穏やかに過ごすために支える医療が重要となっています。地域の医療の必要性に応じて病床削減され、新しい医療体制が地域全体を巻き込んで提案されていきます。

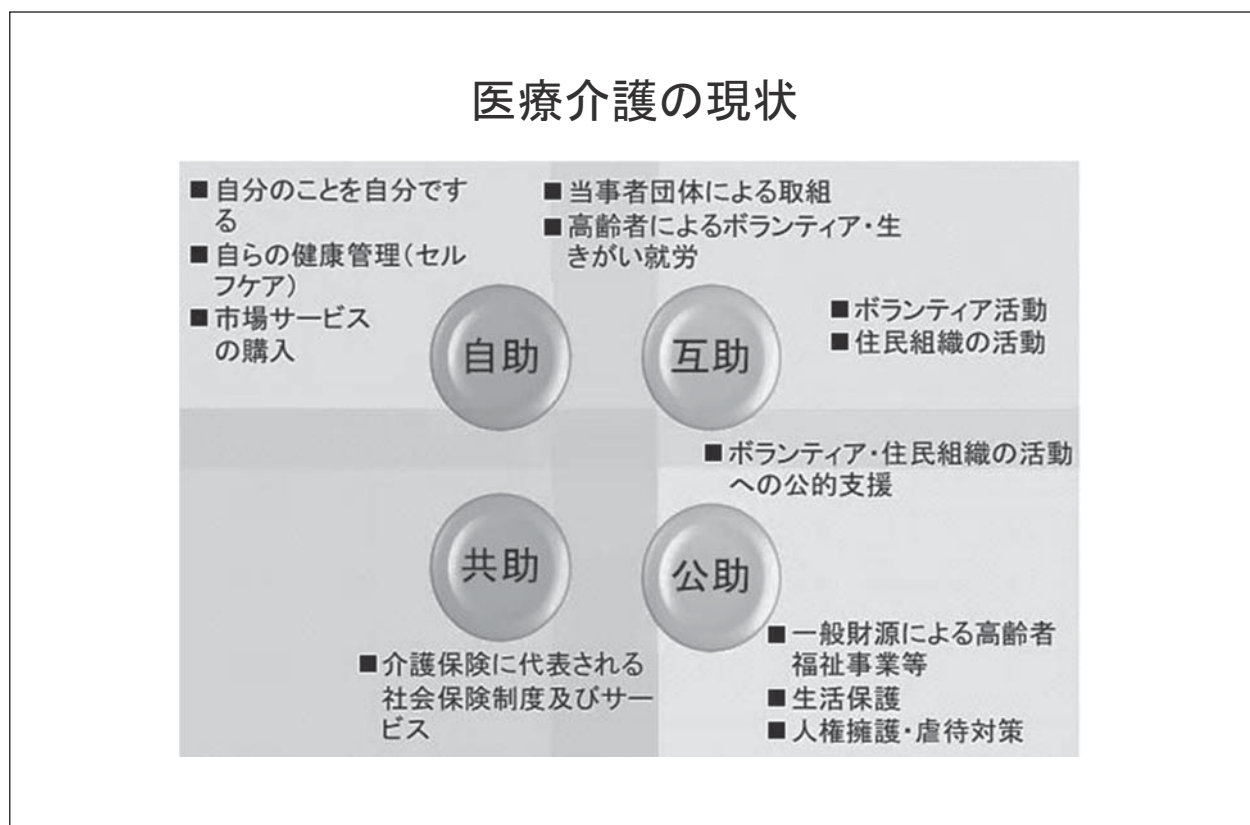
地域包括ケアシステムというのが地域高齢者の生活を支える要になっています。

在宅の生活を支えるために、地域のボランティア、介護施設や社会サービスが循環し必要時に利用できるよう整備しネットワークを構築する仕組みです。それらを総動員して、高齢者の地域生活を実現しま

しょうというものです。

「共助」である医療保険や介護保険などの社会保障、一般財源による「公助」である高齢者福祉事業や生活保護を維持することは、人口減少と高齢化が著しい現状では大変厳しいです。市場サービスの購入、自分のことは自分で行う、自らの健康管理などの「自助」やボランティア活動や住民組織の活動、当事者団体の活動などの「互助」を強化していくことが望まれます。

私の施設ですが全国に 54 施設ある独立行政法人で、病院と介護老人保健施設が併設しているものは約 50%です。地域ケアシステムをどのように支えていけるのか、地域医療や介護機能を真剣に考え実現していくことが組織のミッションです。



私の職場についてですが、介護老人保健施設に移ったのが今年の4月です。介護老人保健施設というのは、地域に帰っていただく、もしくは有料老人施設や介護付きのマンション等に移っていただくための中間施設です。介護老人保健施設の特養化問題が私の施設でも生じています。長期入所の方が本当に多くて、その方たちがどんどん歳を重ね平均年齢は86歳、100歳以上が1割入所されています。以前と比べると、介護は重症化し食事介助も多くの入所者に必要で、一人に1時間かかってしまうような方が増えています。介護の人手が足りなくなり、これ以上の介護は人手不足でできないということで入所制限が先日もかかりました。高齢者の長期入所を抱え施設機能が果たせなくなるという悪循環になってしまうこともあります。在宅復帰率30%を達成する在宅復帰強化型介護老人保健施設に転換することが早急に必要となり、平成26年より取り組みが始まりました。しかし半期実績は23%に留まりました。併設病院への入院、特に長期入所者の再入院による退所が在宅復帰率の引き下げとなっています。

高齢者は何回かの病気の発症と寛解を繰り返されて、ADLが徐々に低下し亡くられます。これらを支える地域医療が必要であり、長期的疾患の共存と高齢者の人としての尊厳を守れる環境作りが医療従事者に求められています。

名古屋市における在宅医療シンポジウムから地域医療マネジメントについてお話しします。在宅医療では急性期病院の主治医、在宅医療の主治医、ケア・マネージャー、訪問看護事業所、通所リハビリ事業所など施設を超えたICTを活用した情報共有システムも開発導入されています。

在宅の看取りを支える医療では、24時間365日の対応を一つのクリニックだけで支えきれない問題

があります。主治医がいなくても在宅療養支援病院からの支援を受けられる仕組みが地域で育ちつつあります。

また、高齢社会の問題とされる認知症増加と在宅生活支援については、暴力・暴言など問題行動が進行した場合に主治医と精神科医師が連携して専門的治療を提供するネットワークが始まっています。

医療福祉関連分野のこれからは、人口減少、高齢化率、財源問題、認知症など大変難しい周辺環境がありますが、関係各機関の努力と協力、創意工夫が求められています。今後の医療関連分野のマネジメントは、一つの事業所内に留まらず地域における役割機能を見出し、他事業との連携を図り、地域包括ケアを推進することが重要です。変化に対応した整備は急務ですし、新しいパラダイムシフトに向けた組織整備と人材の育成が要となります。自分の病院・施設だけの成長ではなく地域の成長を促進するマネジメントを実践し、マネジメントとする対象を拡大して取り組むことが必要です。

ここからはMBAへの進学を検討されている方へ。社会人が学ぶことは、経験を整理する機会になります。新しい知識や情報、他者の経験を共有してまた新しい経験につなげていくことができます。自分の強み、組織の強み、そして弱みに気付く、そしてどのようにしたら良いかという将来ビジョンを描くことに繋がります。また自分の取組みによって変化することが大学院で学ぶことで経験できる範囲かと思えます。前に進む、踏み出す力を養うことができます。

私はチームで結果を出せるようリーダーシップが取れる人物になりたくて、進学を機会に自分を変えたいと思っていました。MBAではプロジェクトマネジメントやリーダーシップ、プレゼンテーションなどたくさんのことを学ばせていただきました。

人が望ましいと思う生き方を支援できるようになりたいと今は思っております。

ビジネス・イノベーション研究科で学んだ理論や手法は、医療現場で抱える問題を理解し改善することに役立ちました。個人としては環境変化を恐れず前に進む力を身に付けることができました。共に多くを学び、互いの成長を応援できる仲間と、そして先生方と出会いました。検討される方がみえましたら、進学に踏み出していただけたらと思います。以上です。

(＊拍手)

潮：山本先生、ありがとうございます。それでは10分間の休憩に入りたいと思います。

(＊休憩)

## 5. パネルディスカッション

宮川：はい、それでは第2部に移りたいと思います。第2部、パネルディスカッションということで、講師の方々にも段上に上がっていただきました。テーマは、こちら側に書いてありますように、「医療分野で必要とされるマネジメント力とは」ということで設定いたしました。通常、MBA、ビジネススクールといいますと、どのように売上げを上げるのか、どうやったら利益を取ることができるのか、そういう方法論を学ぶところだというふうに捉えられがちなのですが、今日は、講師の方々からのお話を聞いてい

ただいたように、医療分野で必要とされるマネジメント力の重要性についてお話ししたいと思います。

プロジェクト・マネジメントや人と組織のマネジメント等、経営の質や働く人の質を高めて生産性や競争力を上げる方法論についてMBAの知識として学びますが、組織で働く人がいかにやりがいを持ってその仕事を為しえるか、というマネジメントについて学ぶことも重要だと思います。それは将来的にどう生きがいを持つのか、自己実現という形に向けて、どう生きていくのかという問題意識にもつながってくるわけですね。

そうした背景から、企業だけではなくて、医療分野、教育、公官庁、それからNPO法人などでもこういったマネジメントの知識、スキルというものが必要になってくるのではないかと考えます。今回のテーマの背景としての問題意識をここに書いておりますけれども、医療分野における医療機関の淘汰、再編の動き、そしてヘルスケア分野の急成長等、医療福祉施設、医療関係産業をめぐる環境は大きく変化しています。

こういう状況の中で、人々のクオリティ・オブ・ライフをサポートし、地域医療を担う医療関係の健全な発展を図り、力強い経営を実現するためのマネジメント力というのはどのようなものなのか、という観点から先生方のお話を伺いたいと思います。またフロアの皆さんからの質問も後程受け付けたいと思います。

先ほど原先生からお話がありましたけれども、医療分野への経営学的知見の導入というのは、アメリカでは2000年前後から本格化しているのですね。当時は、日本産業の競争力が非

常に強かった時であり、なぜ日本の企業はあれだけ強いのだろうかと米国がベンチマークした結果、日本製品のクオリティやその組織力といったものが浮かび上がってきたのです。そしてアメリカでは、その質を高める運動が製造業だけではなく、教育分野や医療分野でも行われ、ひたひたと進行していったといわれます。今、日本でも高等教育の質的改善を図るために国立大学、私立大学が躍起になっている背景には、こういった社会情勢もあるように思います。

この中京大学のビジネス・イノベーション研究科には、いろんな分野から院生が集まって学んでいます。医師、薬剤師、看護師等、医療関係で活躍されている方も非常に多くおられます。今日会場においていただいている卒業生の皆さんにも、またのちほどご意見を伺いたいと思います。

それでは、先ず原先生にお伺いしたいと思います。先ほどトランスファラブル・スキルというお話がありましたけれども、私が昨年9月にイギリスのマンチェスター大学やケンブリッジ大学等を訪問しました際、高等教育におけるトランスファラブル・スキルの重要性を再認識しました。大学院のドクターコースで専門性プ

ラス社会人基礎力的なトランスファラブル・スキルというものを身に付けることを奨励しているということでした。先生のご経験の中で、欧米企業のトップでMBAのマネジメント力を活かして活躍されている理想型のようなイメージがあったらお聞かせ願いたいのですが、いかがでしょうか。

原：私は21年間製薬企業におりまして、新薬開発を行ってきました。入社後は創薬研究を行い、つぎに開発研究を行ってきました。その間、研究所にいながら、研究企画、臨床開発、営業、学術などの経験もしました。たとえば、研究所で新薬のネタを見出して、本格的にプロジェクトとして提案する時には、研究所のトップに説明して諒解を得る必要があります。研究トップというのは経営者ではなくて科学者の方が多いので、説明する上においてそれ程苦労はありません。そのプロジェクトが更に進めば、次は経営会議の諒解を得る必要があります。その経営会議には、営業のトップ、財務のトップの方々など、研究畑ではない人が審議します。説明する時は、研究の用語を使うのではなく、その方々に分かり易い言葉で話す必要があります。いわゆる、トランスファラブルなスキルが必要です。また、新薬の導入や導出する際には、外国の製薬企業やベンチャーを訪問する機会があります。その方々は、研究面と経営的な面の両方が分かる、すなわち Ph.D. または M.D. (医師) でありながら、MBA を持っている人が多いです。科学的にはよく理解していますし、同時に彼らは経営的視点での判断もできます。判断が非常に早い。逆に日本は、判断が非常に遅いのが問題です。科学的な力並びに経営能力を併せ持つておき、すぐに判断できる人材が求めら



れています。その意味で科学者が MBA を取得することは意義があると思います。

**宮川：**ありがとうございます。スライドの中で、いろいろ薬学関係の産業で必要となるスキルとして、マネジメント力やリーダーシップ、コミュニケーション力や戦略的ものの考え方等、MBA に関わってくるキーワードがありました。今日、会場にお見えの岐阜薬科大学の西尾先生、商学のバックグラウンドがおありだということですので、西尾先生からご覧になったの MBA を学ぶ意義について、コメントをいただければと思います。

**西尾：**こんにちは、岐阜薬科大学の西尾と申します。現在、私は、岐阜薬科大学で英語を担当しております。実は、学部は商学部出身ですが、学生時代は、ちょっと怠け者でした。それでも、その時には、経済学と経営学を勉強し、将来的には MBA を取るぞと思っていたのですが、何を間違ったかアメリカに留学しました。それから英語が面白いということになり、日本に帰り、名古屋大学の国際開発研究科で Ph.D. を取り、現在こういう仕事をしております。結局、(残念ながら)MBA 自体は取りませんでした。本日は岐阜薬科大学の学生も参加させていただいていますが、彼らは、研究に対しても真摯に取り組んでおり、薬剤師になる、また製薬会社等でも将来非常に優秀な研究者になると思います。英語の授業を通して、学生たちは、薬剤や研究のことはよく分かるのですが、視野が狭い、一般的なコミュニケーション力が十分ではないと思う場面があります。たとえばニュース記事で、製薬会社での訴訟問題を題材にして、それについてどう思う？みたいなことを英語で展開していくわけです。そこで、2、3人でチームを組ん

で話をしてごらんという時に、なかなか自分の思いをちゃんとうまく伝えられない。それはもちろん、英語だからということもあるのですが、日本語でもかなり難しいわけですね。

これからトップとなっていく人としては、おそらく、経営学などを学び、MBA の学習を通して、幅広い知識を得て、様々な人と様々な事柄について、コミュニケーションしていくというのが一つの大きなテーマだというふうに思っています。MBA で学ぶ手法はおそらく、これから医療の現場でも製薬会社でも、外資系、国内の企業を問わず役立つと思います。また、さらに介護の現場でどんどん外国人の方が入ってきて、日本人の介護している中で、外国人の人と一緒に仕事をしていくということが増えていくわけですが、日本語でも、もちろん英語でも、そういった基本的なコミュニケーション力が付くようなことを、MBA の授業を通して是非学んでほしいなと思っています。岐阜薬科大学の学生もそうですが、今回来られた方で是非興味のある方は、中京大学の (\*笑い)MBA コースに入っていただきたいと思います。簡単ですが、ありがとうございました。

**宮川：**はい、ありがとうございます。PR までしていただきまして、ありがとうございます。では、飛田先生、先ほどのご発表の中で、ミシガン大学で MBA を取られ、「それは相撲のルールのような感じのものであり」とお話しされましたが、MBA コースで学んだことと(その後実社会での)実践経験の中で、一番大事だと思われるようなことについてお話しいただければと思います。

**飛田：**ビジネススクールで学んだ一番大事なこと？

**宮川：**そうですね、学んで役に立ったな、あるいは



役に立たなかったことでも結構なんですけども。

**飛田**：実際のところ、私、ビジネススクールで学んだこと、ほとんど忘れちゃってます。何を忘れたかも覚えていない。多分、自分の無意識のうちにそういう思考パターンになって、思考のプロセスみたいなものになっているので、これを学んだってピックアップするのが難しいんですね。血となり肉となりすぎて、これを学びましたみたいな、こういうふうに明示するのが難しいですね。強いていえば、今振り返ってみると、私が経営者じゃない立場でビジネススクールに行って、現在ひよっとしたら病院の勤務医だったかもしれない。そう仮定すると、二つあって、一つは説得能力ですね。もう一つは翻訳能力。この二つが多分、身に付けられたのかなと思います。

最初の説得能力って何かというと、現場の意見を経営者に聞いてもらうには、経営者の言葉で伝えないと効果的なコミュニケーションにならないですね。経営者の目線で現場の問題点をプレゼンテーションできるというのは、ビジネススクールで学べる大きなものだと思います。もう一つの翻訳能力、これは何かというと、今度、経営者から下りた来た言葉が出てきます。たとえば患者さんの満足度をこうやって上げなきゃいけない。それ、現場の人たちは多分聞いても、まあそうだろうけど、何でそんなことしなきゃいけないのっていうところで、クエスチョンマークが。その時に現場にビジネススクールの知識を持っている人がいると、院長がこういうふうを示している、あるいは薬局の社長さんがこういうふうにいっているのはこういう意図だからっていうことで現場に落とし込む

ことができる、そういう、比較的、中間管理職として望ましいスキルなのかなっていうふうには感じています。

**宮川**：はい、ありがとうございます。山本さん、仕事をやりながらこの中京大学のBIで学ばれ、今また医療の現場におられて、「医療分野で必要とされるマネジメント力とは」どういうものとお考えでしょうか。

**山本**：はい、宮川先生ありがとうございます。病院の中には問題意識を持っている医療従事者がたくさんいます。向上心も高く、患者さんのためによくしてあげたいという倫理観のある方が多いです。MBAを学んだ後の私の変化といった部分ですが、そのような医療従事者の思いや個の力を感じ、個人の成長過程を支援したいと思うようになりました。それを組織の力に変えていくという視点を意識できるようになったように感じます。様々な壁にぶつかり、プロジェクトを抱えて困っている医療人に対し問題構造を整理し、どのような手法で対応するのが良いか検討したり、うまくいきそうな点をサポートして実現できるよう支援することにMBAでの学びが活かされていると実感する経験をいたします。

**宮川**：はい、ありがとうございます。さて、医療関係で活躍されているBIの卒業生Aさん、今日講師の先生方のお話を聴かれて、ここで学んだことが仕事で役立っているのか、医療の分野で必要とされるマネジメント力とは何かについて、コメントをいただければと思います。

**修了生A**：今ご紹介いただきましたように薬剤部の責任者をしておりますが、イノベーション研究科を卒業して、一番、今役立っていると思うのは、やっぱり人材マネジメントだと思います。

やはり多様性を認めて、どういう方向に病院のベクトルと部のベクトルを結び付けていくとか、同じ方向にしていくかというのを考えた時に、宮川先生の人材マネジメントの授業の中で、とにかく人の話を聞いて、そのベクトルに向けることを学んで助かっているというのを非常に感じます。

それとあともう一つは、やはり水谷研治先生の授業で、やはり国家予算の決め方であるとか、国の国家財政をどういうふうに考えて自分たちの仕事まで下ろしていくかと、そういうものの考え方ができたというのが非常によかったというふうに感じております。

**宮川：**はい、ありがとうございます。それではもう一人、後ろの方のBさん、いかがでしょうか。お久しぶりにお顔を拝見します。病院で活躍して、医療の改善活動にも取り組まれてましたけど、コメントをいただければと思います。

**修了生B：**すいません、私は、BI10期で卒業したのですが、職種は看護師です。専門病院の管理職をやっております。

一番病院の中で要となる医師は、比較的エネルギーが高くて引っ張っていく人材なのですが、看護師は、先ほど飛田先生もいわれたように、いろいろな価値観の多様化が進んで、非常に働き方を選ぶ職種です。ですが、医師と看護師がいないと、当然病院経営はできないので、最近では人材育成ということで、宮川先生からご講義いただいたCDGMをですね、先ほど山本先生からもお話しがありましたが、現場に3年間取り入れてやっています。

特に病院では、普段患者様からの声を具体的に形にするということが、現場で今までできていなかったの、その価値観を聞いてきた看護

師が形にしています。CDGMを通して、方法論にのっけて業務改善を、ビフォー・アフターで評価していき、醍醐味を現場が実感しています。患者様も、そのサービスに関してご理解いただいて、うちのファンになって、どんどん顧客が増えていくというような、プラスの構造もある面と、多様化の中で働き方をどうしていくんだというヒューマンリソースですね、個の成長に関して職場の理念を、どうやって人材育成に繋げていくというところでも、非常にBIで学んだことが生きています。

あと、経営に立場的参画しているものですから、戦略のところでは全く数字が読めなかったのですが、その数字をどうやって、明日からの戦略につなげるかということも、実際、実践でやらせてもらっています。失敗もあるというか、外れもありますが、前のぶっつけ本番ではなくて、戦略マネジメントで、まず8割ぐらい計画ができて、それを実行プロセスに繋げるというところは、医療現場であまりないですから、そこは非常にBIにきたことで、意見が通り、形にさせていただけるという、喜びと楽しさは日々感じています。

その他2年間の材料としては、当然僕は看護師なので、医療現場では医師とかメディカルばかりの接点でしたが、BIで他の業界の方といろいろ接して、医療の閉鎖感というか、考え方の閉塞性を非常に実感しました。新しい価値観を、BIの同期もしくは先生・先輩方からいろいろお知恵をいただいて、今、活かしているなと思います。

宣伝しちゃったようですが、非常に今、楽しくやらせていただいています。

**宮川：**はい、ありがとうございます。会場から声を

いただきました。それでは残りの時間、フロアの方からも質問を受けて、質疑応答をしながら進めたいと思います。挙手をしていただいて、どの先生にどういうことを伺いたい、ということをお願いします。

**伊藤**：こんにちは。中京大学ビジネス・イノベーション研究科で教員をしております伊藤です。まず1点、コメントですけど、遠からず介護のお世話になる身でございまして、飛田先生のお話聞いて、何となく僕、元気になりました。ありがとうございました。

で、二つ目、質問です。山本さんに質問かな。今日は医療とマネジメントというテーマで。ま、マネジメントって非常に広いんですけど、その中で一つのジャンルとして、いわゆるTQMだとか、5つのなぜだとか、PDCAっていう、こういうスキームの導入みたいな話をされたんですけど、確かに病院いくと、何かたらい回しされるなとか、待たされるなとか、薬ももっと早く出せよとかね、是非そういうのやってほしいという、ジャンルはあるんですけど、逆にいうと、オレ。機械とちゃうよね？と、だからそういう活動の行き着くところって標準化じゃないですか。だから何か標準化されるの？って、すごい違和感、僕はあるんですよ。わかりますか。だから、いわゆるそういうスキームを医療の世界で導入する時に、いわゆるやるべき部分とやっちゃいけない部分があるような気がするんですけども、そういうのを経験されて、いかがでしょうか。

**山本**：やっちゃいけないというのは、患者さんにとことしてでしょうか？

**伊藤**：僕と山本さんと多分違いますよね。僕がお医者さんにしてほしいこと？（\*半疑問形）山

本さんがお医者さんにしてほしいこと、多分違いますよね。これを、PDCAとかでぐるぐる回していくと標準化になるわけですよ。僕は僕なりにやってほしい気持ちがあるものですから。だからそこをどうマネジメントしていくのかなというのは、これからの医療を考える上で結構、大切なテーマなのかなと僕は思っているわけです。いかがでしょうか。

**山本**：はい、ありがとうございます。標準化といった部分では、その病院で受けられるサービスの質が安定して受けられるといった意味では良いと思います。やはり患者さんが、医療ってこういうところがおかしいよねとか、もっとこうして欲しいというご意見があります。例えば値段も知らされずに手術されて、退院する時に高額請求され驚かれることもあります。その、皆さんが感じている、一般の方が感じている価値観と医療者側の価値観、患者さんが望まれるサービスと医療者側の判断で提供されるサービスと、大きな隔たりがあると思います。その部分を埋めていくという意味において、ご意見を取り込んでサービスを一般化していくというところは良いかと思います。そこで、先生のご指摘の「変えてはいけないところ」という問題はあります。変えてはいけないところということで、例えば薬剤の話があります。医療材料費を下げてくださいということで、薬も後薬品を使ってくださいと推奨されます。効果が半減する、薬自体は問題ないけれども包んでいるカプセルに人によっては合わないものがあり副作用の問題が取りざたされるなども「標準化すべきではない」点かかもしれません。他にも似たような問題はあり、入院期間をどんどん短くし、医療の効率化は加速しています。その中で

こぼれ落ちていく方は実際います。画一化されたサービスでは行き届かないものもあり、その状態では元の生活に戻れないのではないかと、とか、介護施設でも在宅復帰の促進がされているので頑張って地域に戻っていただくのだけれども・・・、帰った先で生きていけなくなる生活問題があることもあります。個別的に丁寧にみていかなければいけないという意味では、医療者としての倫理観、そういったところが崩れるようなことはあってはいけないなと感じます。

**宮川：**よろしいでしょうか。ほかに会場の方から、ご質問ありますでしょうか。はい、どうぞ。

**質問者A：**私も放射線技師出身で、MBAを取って、飛田先生がおっしゃっていたように、血と肉となったなというか、ガラッと人生が変わったという経験がありますが、キャリアチェンジを考えていらっしゃる方もいらっしゃると思いますので、キャリアチェンジについてご質問させていただきたいと思います。MBAを取って、私も臨床を完全に離れて、東京にはたくさんの就職先がありました。私もコンサル会社にいきまして、メーカーからも声がけというのはたくさんありました。東京では働く先がたくさんあったのですが、名古屋に帰ってこようと思った時、本当に困りました。MBAを取って、東京で給料も上がったのですが、この水準で働こうと思っても、働き先が、医療の経営に関わって高給をもらおうと思うと、なかなか難しかったです。医療現場、あるいは医療現場でなくても良いのですが、このヘルスケアでMBAを取った人たちが、どのように、特に地方都市でキャリアを活かしていけばいいのか。もしくはどこに求められているのかをお聞きしたいと

思います。よろしくお願いいたします。

**飛田：**難問ですね（\*笑い）。というのは、どうしても、ああいう本社機能って呼ばれるんですけども、経営管理ってどうしても本社機能に属するんですよ。そうした時に、本社が東京じゃなくて地方にある会社っていうのは、まず大企業ではそんなにないですよ。じゃあ一方、中小企業に目を向けると、今度どうか。地方に本社としてやってる企業が、まずそもそもヘルスケア業界で地方に本社があるところって本当に少ないと思います。じゃあ、たとえば、どこだろう、科研さんとかそうなのかな。あるところもあるんです。じゃあ、そういうところは、企画、経営管理とか、そういう視点で捉えてくれるだけのリテラシーがある会社かどうかということ、なかなかそれも難しいかもしれない。そうすると、本当に個人的なネットワークで一本釣りを狙うしかないですよ。やっぱりオーナー企業さんでも、特に代替わり、2代目に代替わりしたところなんていうのは、経営企画の考え方を捉えようとしているような会社さんがいますよね。なので、そういうところが狙い目かなっていうふうには思います。

**質問者A：**ありがとうございます。



宮川：よろしいでしょうか。はい、ほかにフロアの方から質問ございませんでしょうか。永石先生、よろしく願います。

永石：はい、中京大学ビジネス・イノベーション研究科で経営戦略を担当している永石と申します。

ご説明の中で、高齢者住宅市場が分散傾向にあるというご説明ありましたですね。これについては、もう少し教えていただきたいなと思ったんです。というのも、なぜ分散型の市場になるのかということについて、たとえば一般論でいえば、競争変数がかなり多くて、そこで分散しちゃうということもあると思うんですけども、飛田先生は、価格商品立地という、大まかにいえば競争変数はそんなに多くないというようなご説明を私は伺ったと思うんですね。ただ私は、じゃあどう考えたかという、その中で先生も説明してくださってましたけど、競争変数は少ないけれども、その中で価格は価格の中で地域性がある特殊なニーズに地域ごとに分かれていくので分散してしまうということのかなというふうに受け止めたんですけども、そういう受け止め方で遠くないでしょうかというのが、一つ目の質問です。

もう一つは、ただ競争変数が今こうであるということ、将来的にその競争変数が変わるかわからないかというのは、また別問題なので、将来的には、たとえば規模の経済が効くような競争変数がこの業界に現れて、飛田先生が、たとえばその中でその変数を捉まえて、市場シェアを一気に獲得するというようなことがあり得ると思ってらっしゃるかということ、ちょっと伺えればと思います。

飛田：質問を明確にしたいので、申し訳ないんです

けども、一つ目の質問は、分散化された市場の原因は競争変数の少なさと考えてよいのかというのが質問、

永石：競争変数が少ないと規模が効いてきそうな気がするんだけど、分散するっていうのは、変数は少ないけれども、価格、見なきゃいけないのは価格なんだけど、価格に対するニーズが地域ごとにいろいろあって、たとえば名古屋には名古屋の、おっしゃってたような受給年金額みたいな制約が効いてくるという価格の特殊性があって、それが地域ごとにまとまってこない、分散するのかなという、

飛田：その価格弾性みたいなものが地域ごとに差異がありすぎて、その結果、分散してしまったのか、

永石：ということ、

飛田：ああ、なるほど。もう一つは何でしたっけ。

永石：今現在のそういう競争変数と、将来の競争変数はまた違うかもしれないので、そのへんはどう考えてらっしゃるか、それと共に自分の事業拡張のチャンスをどう考えていらっしゃるかということです。

飛田：なるほど、わかりました。まず1番最初は、私はノーだと思っていて、多分同じスライドの下に書いてあると思うんですね。なぜ分散化しているのかというのは、それが私が考える分散化している市場の特徴だと思います。確かに地域ごとの価格弾性が、というか商品の嗜好とか異なるって、地域性というものを、それはあると思うんですけども、ただそんなのはマクドナルドの世界でもあることですから、それが原因で分散化しているというふうには考えてないですね。

あと2番目の質問なんですけど、あ、そう

そう、1番目の質問に付け加えると、価格要素が、競争要素、差別化の要素が少ないからといって、それが原因で、何ていうんですかね、寡占市場になるかっていうと、私はそう考えてないです。

2番目の質問なんですが、成長の機会を捉えて、たとえばスケールメリットが効くような産業になるかという、私は比較的それはないかなと思っています。たとえばスケールメリット、コスト競争力とか、あるいは研究開発、あるいは本社機能だったり、宣伝広告、そういったものがよく効く産業がスケールメリットが効くというふうに一般的にはいわれています。ところが介護事業というのは、どちらかというと商圏、非常に狭いですよね。ブランドで決めないですよ。ブランドで決めるのは、確かに認知度は上がります。ところが決定に関しては、やはりその中のスタッフだったり、そういう、ごくごくもう少しウエットな部分が左右しますから。そうすると、なかなかスケールメリットというのは効かないかなと思う。その証拠に規模が大きくなれば、利益が上がるかという、介護事業所では少なくともそれはいえてないですね。自動車メーカーとか非常に強く効くと聞いてますけども。介護事業者はスケールメリットは効きづらいと考えています。ただ、ネットワーク・エクスターナリティーという、このネットワークを広げれば広げるほど、そこの競争力は増す。たとえばフェスブックとかインターネット業界とか、そういったもの、加入者数がさらに加入者数を呼ぶみたいな、そういうものが効き出すと、産業の構造が変化する何かのきっかけになるかなと思って、そういう意味で、新聞記事とかは、それが起きないかどうか、起き出

したら、自分もそれに対応しないと危なっかしいんです。

その2番目の質問に加えれば私の会社はさらに成長するか？実は私は成長狙ってないです。いかに真似されるかっていうことを狙ってます。真似されて社会が変わった方が、僕にとってはハッピーです。

永石：ありがとうございます。

宮川：はい、非常に専門的なご質問とご回答をいただきまして、ありがとうございます。

今日のテーマは「医療分野で必要とされるマネジメント力」についてですけれども、我々が取り組んでいるビジネス・イノベーションの内容等についてでも結構ですので、ご質問いただきたいと思います。潮先生いかがでしょうか。

潮：はい、まさかマイクを持っている私に（\*笑い）回ってくるとは思ってませんでしたので、だいぶ虚を突かれて驚いておりますが。そうですね。ちょっと話は変わりますが、MBAで何を勉強しますかというのは、これは学部生がたとえば大学院で何を勉強しますかということと結構、私、近いかなというところはあるんですが、もちろんそのルールであったり、いろんな理論を学ぶってということも、非常に有用なんです。何年か前に私の友達の友達は何かかみみたいな話がありましたが、それに非常に近いメリットがあるんじゃないかと。それはやはり、なかなか一つの組織の中で仕事をしているだけでは、その業界でしかつながりができない。それが一方、飛び出せば、人材マネジメントの専門家がいたり、医療の現場で働いている方がいたり、全く違う分野で働いている方もいたりということで、そこをこう、つながって、もう一歩、知り合いの知り合いではないんですが、つなが

ることで、より大きなものがありますし、そういう意味でいうと、何を教えているか、これも本当は我々が何を教えているかって非常に重要なんですが、こういった人脈、もちろん学生さん同士の人脈もありますし、我々を通じた人脈というものもありますし、そこをうまく利用できるような、若干したたかなという表現がいいかどうか分かりませんが、是非そういうところは活用していただきたいなというのが、一番大きいですかね。

ちょっと全然、質問と答えが違うんですが(\*笑い)。そういったことは是非、意識していただきたいし、我々が先ほど、永石からもありましたが、将来やっぱり医療であったりヘルスケアに関連する経営っていうことを、非常に重視しているのは、そういった全く今までとは違った分野が、我々の中に入ってくることで、より大きなネットワークができるんじゃないかなという期待もありますので、是非いろんな方でできれば入っていただきたいですし、そういった思いが、そういったことがMBAの価値の一つかなというふうに思ったりしますので、是非ヘルスケア関係の講座ができた時には、ご協力をお願いしたいなと(\*笑い) 思います。

**宮川**：はい、ありがとうございます。それでは原先生ご質問をどうぞ。

**原**：山本先生にお聞きいたします。医療介護現場での新しいパラダイムシフトとありますが、これは今の包括、地域包括ケアシステムであるとか、かかりつけのいろんな医師や薬剤師であるとか、何かそれ以外に新しいパラダイムシフトとしてイメージされているものはありますでしょうか。今我々がしている以外に。こうなるかもしれない、或いはもっとこうすべきであるとか、

その辺りを伺えればと思います。

**山本**：ありがとうございます。新しいパラダイムシフトは、高齢者に対する医療が増加しますので、今までの治すというモデルとは変わります。地域で高齢者の生活を支える医療が展開される、高度急性期医療に特化した医療サービスでは無くなるという点でパラダイムシフトと書かせていただきました。これからの医療や介護の発展系として、どのようにあるべきかという点については、病院から離れて高齢者対応の介護施設にいますので、その領域しか見えていないというようなところが申しわけないのですが。地域包括ケアシステムについては、事例報告が厚労省のホームページで50例ぐらい取組みが示されています。地域特性に合わせた取り組みという紹介のため、具体的にこうやって地域づくりをするという指針にはなっていないと手探りな段階です。先ほど在宅医療システムについてモデル事業として取り組まれているものをご報告しましたが、サービスの創出状況は名古屋市内においても医療圏ごとに地域差があります。十分な状況ではありませんので、その辺りを整備していくといったことが当面の課題と思っております。

**宮川**：はい、原先生ありがとうございます。もう一つ山本さんに私から伺いたいことがあります。先ほどのスライドの中で、刈谷の豊田総合病院の例が出ていましたが、看護師さんの離職率が多いことを改善してきたとか、職員が胸を張って仕事ができるような病院にしようといったコンセプトを作ったというお話について、もう少しお話し願えないでしょうか。

**山本**：看護師の離職率については、看護協会の取組みが進んできています。看護大学系大学院にお

いても、「働きがい」や「看護師のキャリア形成」、「離職予防」といった研究も進められています。ご報告した、医療勤務環境改善センターについても女性医師や看護師の継続就労を支援する目的が中心にあるように感じております。質問ですが・・・

**宮川：**病院の経営においても、働く人の満足度を上げるといふマネジメントが重要であるという例として、(豊田総合病院の場合) 職員が胸を張って仕事ができる病院にしようというコンセプトを作ったこと、それがどう病院を変えていったのか、といった点でもし気付かれことがあればお話し願います。

**山本：**働く人の満足度が低い状態とか離職率が高い組織というのは、人が育たないというか組織の使命をはたす力がどんどん小さくなっていきます。取組みが継続して行えない、人が離れていってしまうような職場というのは、やはり病院だけに限らないと思いますが存在できなくなってしまう。病院では人が大きな経営資源ですので、働く人の充実感とか満足感とか働きたいという思いを前向きに育てていく仕組みや、それを経営手段として取り入れ、実践する過程が何より大事なのだと感じました。

**宮川：**はい、ありがとうございます。時間も迫ってきましたけども、フロアの方で最後に質問をとという方がおられればお受けしますけども。よろしいでしょうか。

**質問者C：**今回、ダブルディグリー、カリキュラムを組まれていく中で、何か特別にこういったものを新たな講座として取り入れるような、そういう考え方っていうのは何かありましたらご紹介いただければと思います。

**宮川：**当研究科では、サービス産業人材の育成とい

う観点から、新たなコースや講座開設の可能性について検討中です。ビジネス・イノベーション研究科には、いろんな分野から院生が集まり、経営診断士コースもあって企業の診断という形での学びもしている。医療分野のみならず、ホテルやレストランにおけるサービスのあり方について客員教授を招いて人材を育成し、人脈を形成していくことも重要な検討課題であるという問題意識を持っています。

**宮川：**よろしいでしょうか。それではちょうど時間になりましたので、シンポジウムをこれで終わりにしたいと思います。講師の皆様には拍手をお願いします。

(\*拍手)

**潮：**それでは講演会を終わらせていただきたいと思えます。皆様、お忙しい中、ありがとうございました。気を付けてお帰りくださいませ。

(\*終了)