

病院看護部の組織構造の特徴と業務特性に関する一考察

久米 龍子ⁱ⁾
久米 和興ⁱⁱ⁾
村川 由加理ⁱⁱⁱ⁾

A hospital is generally an administrative organization. Each department, including a nursing department, has a bureaucratic structure. However, the organizational chart of a nursing department presents a characteristic which is different from any other department. Specifically, the chart shows the concrete locations of nursing activities (e.g., each ward section and outpatient department).

We think this suggests the following three points.

- 1) The characteristic organizational chart of the nursing department is associated with the historical fact that nurses have been required to carry out various management roles at accommodation for sick people.
- 2) It is necessary to investigate the relationship between nursing activities and their locations in order to understand the essence of nursing duties.
- 3) The fundamental object of nursing duties is concerned with the various managerial phenomena, which arise where nursing activities take place.

Key words: Hospital Nursing Department, Organizational Structure, Operational Characteristics

I はじめに

病院で働く医療専門職者は多種類にわたり、医師、看護師、薬剤師、技師等の国家資格が必要なものだけでも20種類前後にのぼっている(明石, 2005, 23頁)。したがって、病院の活動は多種類の医療専門職者の活動が全体として調整されることにより抛出されると考えられる。抛出される活動は、具体的には患者の疾病治療を通じて個々の患者の入院目的の達成を目指すものであるが、ここで極めて重要なことは、抛出された活動が維持され続けなければならないということである。換言すれば、病院における活動が実施される治療

i) Department of Nursing, School of Health Sciences, Toyohashi Sozo University (豊橋創造大学保健医療学部看護学科)

ii) Department of Nursing, Faculty of Health Science, Yamagata Prefectural University of Health Science (山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科)

iii) 名古屋市立大学看護学部(成人看護学)(Nagoya City University School of Nursing)(Adult Nursing)

の場¹⁾が24時間維持されなければならないということである。

その理由は、一つには、病院における活動が患者の生命に直接的に関わっているからである。もし治療の場の活動が24時間継続されず活動が中断されれば、そのことにより患者の生命が危険にさらされ、最悪の場合には患者は死に至る可能性さえある。二つには、病院の治療の場の一つである病棟で入院患者が日常生活を送っているからである。入院患者のなかには夜間は特に治療処置がない人もいるであろうが、日常生活の継続はすべての入院患者に必要なことである。すなわち、患者の日常生活を維持するために治療の場も維持される必要がある。このことが、病院が一つの経営組織であっても、いわゆる一般企業と大きく異なる点である。一般企業では、休業日があり活動がストップする日がある。しかし病院では、外来の休みとなる日はあっても病棟の活動が休みになる日はない。患者の入院目的の達成を目指して医療行為は継続され、同時に患者の日常生活を維持するための活動も行われる。すなわち、病院の活動には継続し続けるということが課せられているのである。

われわれは、病院における治療の場を維持するために、看護部が病院内で最も多くの職員数を抱えている現状に必然性を認める。この立場から看護部の役割をみた場合、その組織構造や業務は、治療の場の維持に必要な特長や特性を有すると考える。しかし、このことについて考察した先行研究は探したかぎり見当たらない。したがって本論文は、病院における看護部の組織構造と業務を治療の場との関連において考察することを目的とする。

II 組織構造の特徴

1. 組織図からみた病院の特徴

本論文において病院とは、医療法第一条の五における「医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のための医業又は歯科医業を行う場所であって、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するもの(平井他, 2002, 3893頁)」という定義に準じるものとする。

病院で働く職員が一般企業の場合と異なる点として、一つには、医師や看護師など配置人数の基準が医療法などによって定められている職種があり、そのような職種では必然的にある程度の人員数を必要とするということ、二つには、多くの職種について法律に基づいた資格ごとの業務範囲が定められているということがあげられる。したがって、職員への指揮命令系統や職務責任の所在を表すものである組織図においても企業の場合との違いがみられる。企業の場合には、機能別、製品を軸にした事業別、マーケット単位の地域別を組み合わせた形で組織図が描かれる(今村他, 2006, 244頁)(図1)。しかし、病院の場合には、資格ごとの機能別構成を基本とする組織図が描かれていることが多い(図2)。

1) 本論文で治療の場とは、病院において、患者への疾病予防、疾病治療、リハビリテーション等の医療を提供するという目的を達成するための活動を中心的に行っている場のことを言い、具体的には外来部門や入院病棟等をさすものとする。当然のこととはいえ、病院という限定をとれば、治療の場は訪問看護や在宅看護が行われている地域にも拡大する概念である。

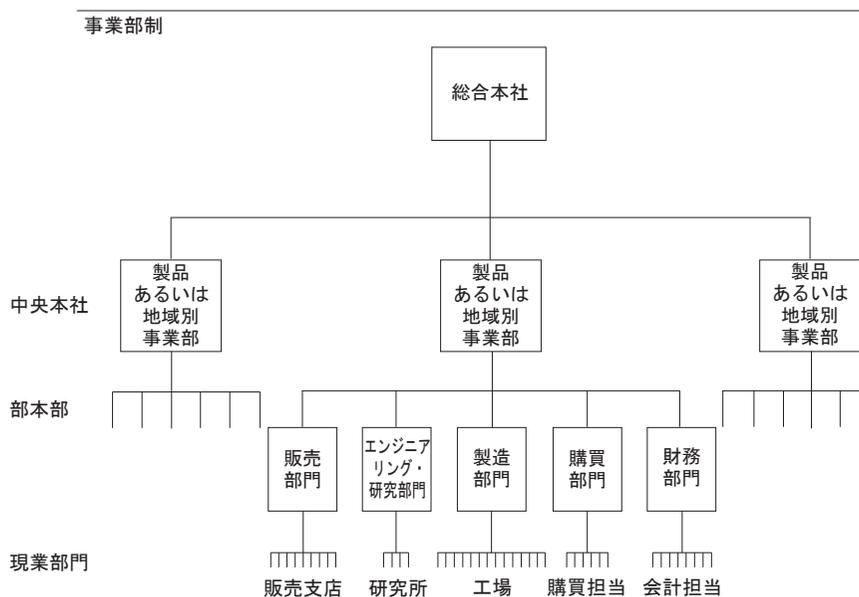


図1 企業の組織図例

出所：Alfred D. Chandler, Jr., *Strategy And Structure*, M.I.T. Press, 1962.
 有賀裕子訳『組織は戦略に従う』ダイヤモンド社，2004年，5頁。

通常，理事長や病院長をトップにして，病院長の下に副院長と事務局長がおかれている。副院長の指揮命令の下には，診療部，人工透析部，中央手術部，中央検査部，中央放射線治療部，看護部，薬剤部，リハビリテーション部などが入っている。これらのうち，検査部，放射線治療部，薬剤部，リハビリテーション部を中央診療科と名付け，一つにまとめている病院もある。

診療部は医師が所属する部門であり，内科，外科，小児科などのように，多くの診療科目に分かれている。診療部のトップは診療部長であり，診療部長から各診療科目のトップである医長，さらに医長から当該診療科目の医師へという順に，上から下へ指揮命令系統が構成されている。つまり，診療部では，医師の専門診療科目による縦割りの組織構造を基本としていると考えられる。病院内にはすべての医師が集まる場所として医局がおかれているが，その医局の中でも内科や外科などの診療科目ごとに部屋が分かれている場合が多いことは，その基本構造を示す一端といえる。

診療部以外の部門には，人工透析部には臨床工学技士が，中央検査部には臨床検査技師が，中央放射線治療部には診療放射線技師が，看護部には看護師や准看護師が，薬剤部には薬剤師が，リハビリテーション部には理学療法士や作業療法士が所属している。すなわち，これらの部門の職員の中心となっているのは医療専門職者であり，各部門では，例えば薬剤部であれば薬剤師が薬剤部長，看護部であれば看護師が看護部長というように，それぞれの部門

の中心となる医療専門職者がトップとなり，部長から副部長へ，さらに下位の職員へと指揮命令系統が作られている。

また，中央手術部は，手術室を使用しての患者への医療活動が行われる部門である。した

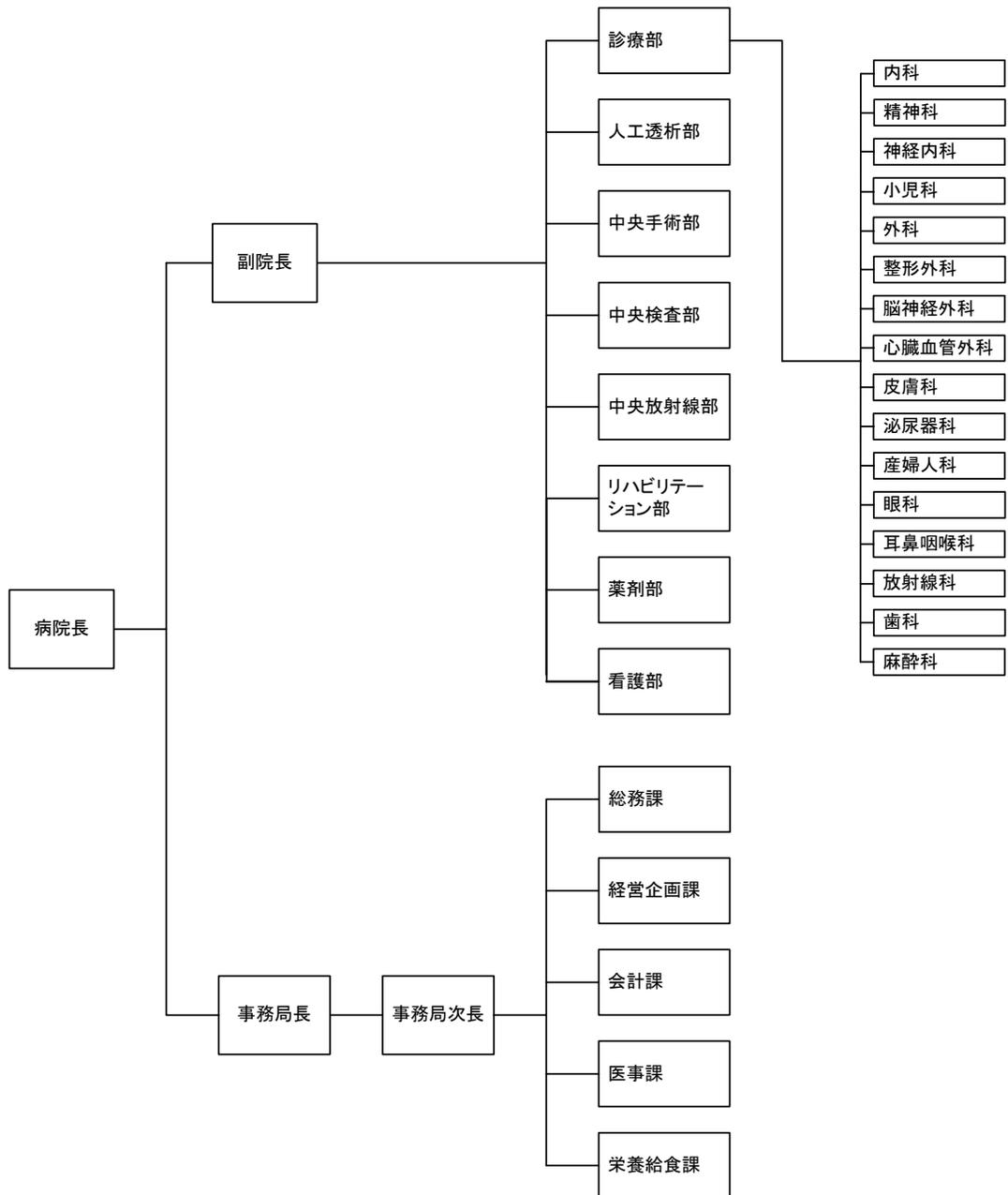


図2 病院組織図例

がってこの部門には、その医療活動に参加する医師と看護師が集結する。通常、トップの手術部長は医師であるが、多くは診療部に所属しながら役割を兼任する形をとることから、専任スタッフとなっているのは看護師である。手術室看護師の指揮命令系統は看護師長から主任、看護師の順である。また、入院患者への給食や栄養相談、栄養指導を担当する栄養・給食部門については、独立部門としている病院もあるが、そうではなく事務部門の中に栄養給食課などをおく形にしている病院もある。したがって、栄養士は医療専門職者の一人であるが、自らが中心となる部門を持っていない場合もある。

次に、理事長または病院長に続く職位として副院長と並ぶのは事務局長である。事務局長以下の指揮命令系統は、事務局長の下に事務局次長が、その下に総務課、医事課、会計課、経営企画課などに分かれた事務部門が続く。事務部門内各課のトップは、課長、その下に係長、主任、主事というように事務職員には上から下へとさらなる指揮命令系統がある。

以上のことから、病院は理事長あるいは病院長をトップとし、以下医療資格ごとの機能別構成を基本とする医療専門職者の部門と事務職者の部門の二つの指揮命令系統を持ち、上から下への裾広がり階層性の組織構造的特性を持つことによって、多くの職員を統括していると考えられる。

2. 官僚制としての特徴

医療専門職者や事務職者の部門に所属する多くの職員を抱える大規模な病院を統括するためには、それにふさわしい構造として官僚制をとらなければならない。官僚制は、狭義では「国家官僚制」「公的官僚制」「行政官僚制」などと同義に、つまり国家行政の執行機関だけに限定されて用いられ、広義では現代の大規模な組織に多少とも共通にみられる合理的な管理機構一般をさすものとして用いられている(菅野, 1969, 5頁)。形式的には、近代社会の社会圏の拡大、構造の複雑化、技術の高度化、これらに伴う事務の量的・質的拡大など、人間生活が大規模へ移行することに伴い必要となった大規模かつ合理的な管理機構である。実質的には、資本の生成とその集中化によって展開された新しい階級社会に必要な支配機構であり、少数の資本家と大量の労働者が複雑な利害関係のもとで対立するという、かつての階級社会では類をみなかった新しい事態に対し、それにふさわしい合理性を与えられた階級支配の道具であるともいえる(菅野, 1969, 2頁)。

M. ウェーバーは、支配は支配者と被支配者において支配の「正当性」の根拠により内面的に支えられるのが常であり、支配の「正当性根拠」の完全に純粋な型は、合法的支配、伝統的支配、カリスマ的支配の三つであると述べている(菅野, 1969, 32-59頁)。そして、官僚制的支配は合法的支配の最も純粋な型であって、その特質は「怒りも興奮もなく」という冷厳な態度で貫かれた「没主観的非人格性」であると指摘している。また、他のあらゆる支配形態とくらべた場合の官僚制の「純技術的優秀性」を強調し、その「精確性、迅速性、明確性、文書に対する精通、継続性、慎重性、統一性、厳格な服従関係、摩擦の防止、物的および人的費用の節約」などの特性について論及している(ウェーバー, 1960, 91頁)。

ウェーバーのとらえる官僚制に貫かれている基本的原理は、「規則中心の原理」「専門化の

原理」「形式合理性の原理」の三つである(南, 2007, 163頁)。「規則中心の原理」は、官僚制における人間支配の型を特質づけその支配原理自体を明示するものであり、官僚制支配構造をつくりだし、これを有効に動かしていく場合に必要となる根本的原理である。「専門化の原理」は経営組織の形成ないし編成にかかわる基本的原理であり、職務の合理的配分に関する組織原理である。この原理の作用によって「職能化」と「階層化」が推し進められ、その他いくつかのより具体的な組織編成に関する原理・原則が派生するのである(南, 2007, 164頁)。重要なものとしては、単位組織の規模と数、すなわち組織の階層化の程度を規定する「統制範囲の原理」、命令・指揮の系統や上下のコミュニケーションの流れを一元化し、もって組織の秩序性や統一性を保持することにかかわる「命令一元性の原理」、職務遂行に必要な各種の権限とそれに対応する責任事項を付与することにかかわる「権限・責任の原理」などがある。「形式合理性の原理」は、達成すべき目的ないし価値そのものを問うことにかかわる「実質合理性」の概念とは異なり、手段的・技術的観点に基づいて把握された合理性を意味している。具体的には、達成すべき目的や期待されている結果が成員自身にとっていかなる意味をもとうとも、規則によって規定・配分された職務、権限、責任の枠内で職務遂行することを意味している。

さて、官僚制はその技術的長所に着目して近代社会に不可欠な合理的管理機構として把握されているが、大規模組織のなかに悪循環的に展開される機能障害にとくに着目して把握される場合もある。

形式合理的行為が徹底されればされるほど、成員の規則への過剰な同調や規則遵守の自己目的化を本質として、本来の手段そのものの合理性が自己目的へ転化するという、目的と手段の転倒という非合理化の問題も大きくなることが指摘されている(南, 2002, 38頁)。

H. ラスキ, R.K. マートンは、官僚制を「お役所仕事」「ハンコ行政」「杓子定規」「形式主義」「繁文縟礼」「非能率」「傲慢と不親切」「縄張り争い」「事なかれ主義」「無気力さ」「責任の転嫁」「専門閉塞」などの諸特性を一括する官僚主義と同じ意味のものとして、機能障害の側面から把握している(菅野, 1969, 7頁)。そして、組織目的に向かう活動に支障をきたし組織の機能が損なわれ逆機能(dysfunction)(マートン, 1961, 181-186頁)を引き起こす問題を指摘している。

C・ヘックシャーは、官僚制における合意(consensus)は名ばかりであって、権威、規則、伝統への黙認を通じて作られるが、人々の合意を得るための対話は権力よりもむしろ影響力の活用によって定義される。すなわち、人々は命令する力よりもむしろ、説得する力にもとづいた意思決定を好むものであると主張し、官僚制における組織メンバー間の合意についての欠点を指摘している(Heckscher, 1994, p25)。

しかし、官僚制の技術的卓越性とその機能障害については、単に把握の視点にかかわる別々の問題ではなく、現実の機能場面でそれらが表裏一体に結合している官僚制のアンビバレントな特殊性の表現であり、それらは官僚制をとりまく諸条件との関連のなかで統一的に理解されるべきものという主張もある(菅野, 1969, 8頁)。

さて、官僚制の特徴をふまえて病院を考えれば、その成員の多くは法律に基づく医療資格

が必要な専門職者であり、病院長の資格、医療専門職者の配置人数や業務の範囲が法律の規則によって定められていること、病院長をトップとする階層的な指揮・命令系統があり、職務遂行に必要な各種の権限とそれに対応する責任事項が付与され、その枠内で職務遂行するための構造となっていることはいうまでもない。これらの組織構造上の諸属性から、病院にも現代の大規模経営組織と同様に「規則中心の原理」「専門化の原理」「形式合理性の原理」の三つの原理が貫かれており、基本的に官僚制の特性を有すると考えられる。以上のことから、本論文で取り上げる病院の基本的組織構造は官僚制であり、三つの組織原理の適用を通じて多種多様な医療専門職者や事務職員等を統括していると理解する。

ただし、医師については、医師が自分の出身大学医学部のいずれかの講座への従属性が強く、その講座から病院へ派遣されているメンバーと見なされていることから、たとえば出身医学部講座の教授から病院長の力が及ばない昇級のチャンスを与えられたりする場合もある。森による地方中核都市の総合病院における勤務医師に対するインタビュー調査（明石，2005，23頁）によれば、病院長の指示についてどのように考えるかについての勤務医師の発言内容には、例えば「院長は診療報酬を増やして費用を減らすようにいうけれども、医療は基本的に収益事業ではなく、現場の医師がそうしたことを気にしては責任のある診療はできない」というような発言がみられる。病院経営において採算性の向上は当然のことと考えられるが、医師は上司である病院長の指示に従おうという意識が薄いことが伺われる発言である。このような傾向は医師だけではなく、薬剤師や臨床検査技師、リハビリテーション等の医療技術部門や看護部門の管理であっても、程度の差こそあれ同様の状態が発生すると指摘する文献（明石，2005，24頁）もあるが、病院長が医師の人事に介入する力が弱いという現状と併せて考えれば、医師は格別に病院内における階層制的従属性が弱い職種であるということができるとは思えないかと考える。したがって、医師が所属する診療部には、病院としての官僚制組織構造に組み込まれながらもその支配に縛られない面があり、専門診療科目による縦割りの構造が見られることは、医師という職種の特徴の現れとみることができる。

3. 看護部の組織構造の特徴

当然のことながら看護部は、病院内の一部門としてその基本的組織構造に組み込まれている。このことから、看護部もまた官僚制の組織構造を持ち、所属する多くの看護師を統括していると理解する。したがって、看護部としての指揮命令系統を表す組織図（図3）は必然的に階層性を示している。すなわち、看護部長をトップとし、その下に複数の副看護部長がいる。各副看護部長は、それぞれ複数の看護師組織を統括し、看護師組織は看護師長をトップとして、以下主任、看護師の順に下位の職員が配置されるという構造である。

しかし、看護部の組織図は、他の部門のように上から下への職員の職階による指揮命令系統が示されているだけではなく、看護師組織が、病棟、外来、手術部、検査部、放射線部などの患者への医療活動が行われる場とひと組になって示されていることには注意が必要である。それは、看護師が看護師組織という集団として、患者への医療活動が行われる場のうちのいずれか一カ所を担当することを意味している。医師の場合にも、例えば外科や内科など、

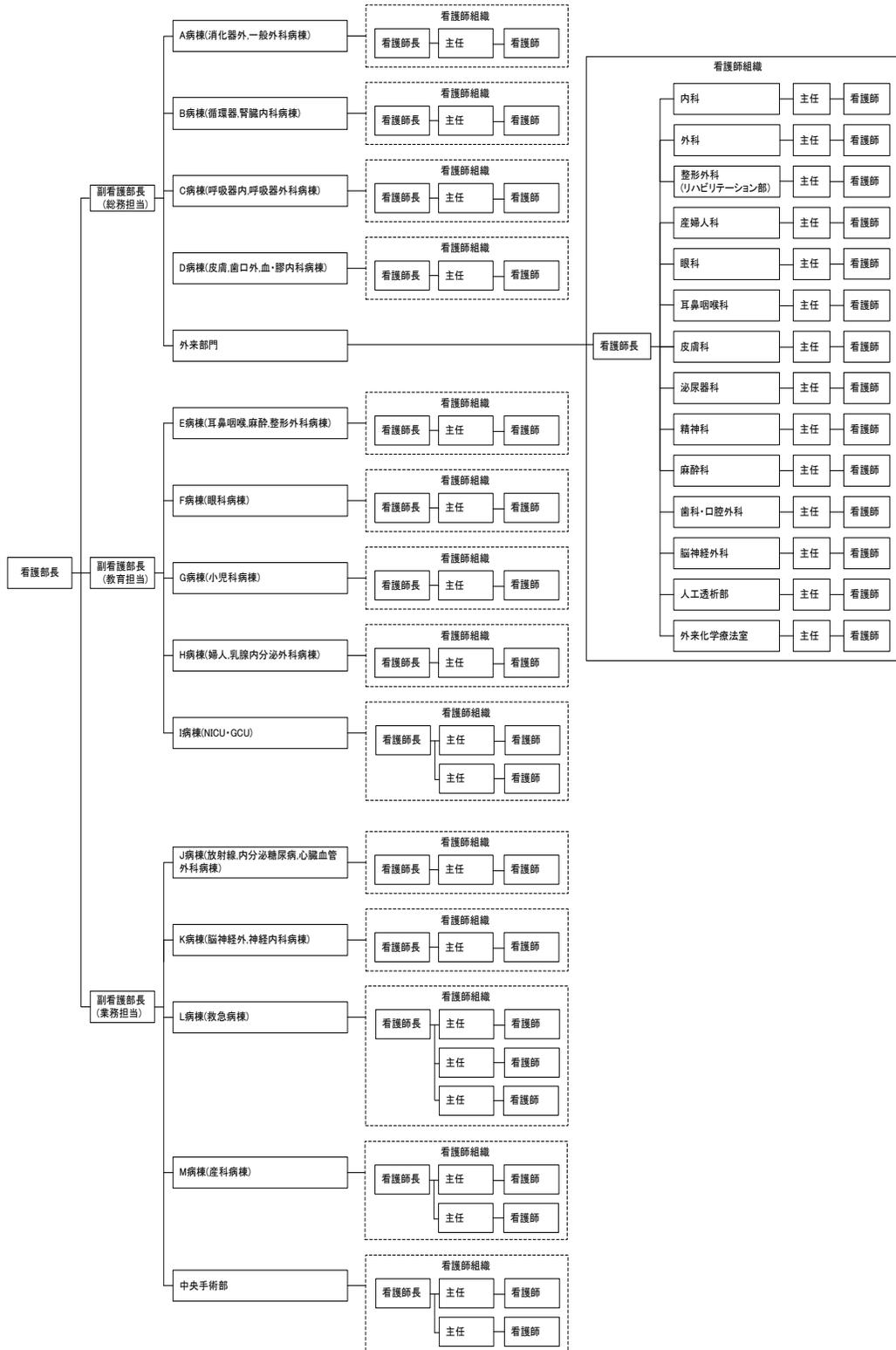


図3 病院看護部組織図例

それぞれの専門診療分野の疾病治療にあたるために担当の外来や病棟などの医療活動を行う場を持つが、特定の場1カ所だけを持つわけではない。前述したように医師は、自らの専門診療科目と共に存在が示される職種であるが、看護師は、患者への医療活動が行われる病院内の場（治療の場）と共に存在が示される職種であって、その結果、治療の場が看護部内の組織図においては必要不可欠な要素として示されていると考えられる。

ただ近年、医療安全対策などについて、看護部をこえた病院全体としての活動を行うリンクナース制度も作られており、各病棟から1～2名の看護師が参加している。このことは、看護師が看護師組織として病院内の治療の場とひと組で存在するという看護部の基本的組織構造における変化を示しているものと考ええる。

Ⅲ 業務特性

1. 病院における業務の3分類

仮にもし、患者への診療業務を外来のみで行うのであれば、最低限医師一人の個人診療所でも実施は可能であろう。しかしながら、数多くの患者に対して疾病の検査、診断、治療を実施するためには個人診療所では人員や設備等において限界があることは明らかであり、複数の外来、複数の入院病棟を備え、種々の医療専門職者が配置され、多種多様な医療機器や設備を備えた病院が必要である。病院は組織構造的には通常複数の部門を持ち、それらは患者の診療活動に携わる医療専門職者の部門と事務職者の部門の2部門に大別される。しかし、これらの部門で行われる業務については三つに分類できると考える。すなわち、一つには、経営方針の決定、資金の予算配分や投資の計画策定、人事など、一経営組織として必要不可欠な経営管理業務である。二つには、医療専門職者による患者の診療業務である。三つには、事務職者の部門は医事業務をはじめとする診療に関連するあらゆる事務的業務である。

経営管理業務は、病院のトップである病院長と各部門長およびそれら人々の業務を支援する総務担当事務職員によって担われ、患者の診療業務と診療に関連する事務的業務を統括していると考えられる。医療専門職者による患者の診療業務は、病院が患者の疾病の治癒回復を目指すところであることから、病院における中心的業務であると考えられる。看護部門も医療専門職者として患者の診療業務の一翼を担っている。診療に関連する事務的業務は、医療専門職者による業務と同時的に行われているとみることができるとは、その他、病院内の各部門における補助的業務を担当する業務員もこの部門に所属している。

以上のように、病院では医療専門職者による業務と事務部門による業務が同時並行的に行われ、かつ、経営管理業務がその両者を統括していると考えられる。

2. 誕生の経緯にみる看護師の特徴

医療専門職の業務は、医療法などの法律に基づいた業務の範囲が定められている。医師法第一条で「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与

し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」と規定されるように、医療活動における中心的役割を担う専門職は医師である。したがって、たとえば病院や診療所、保健所の長は医師でなければならないとか、患者等に関する医学的な診断書や意見書は医師でなければ書くことができないなど、医師には種々の業務的特権が付与されている。医師による医学的診断書は就労・就学の許可や免除、入学、就職、施設入所、医療専門職の免許申請、銃砲刀剣類所持の免許申請などの場合に必要としており、医師の意見書については、たとえば身体障害者の認定や障害者年金の認定、生活保護の医療保護や介護保険の適用において必要とされている。すなわち、医師の裁量や権限は人々の日常生活の広い範囲に及んでいるとみることができる。このことは、医療の原型が患者と治療者（プラクティショナー）との1対1の人間関係にあり、治療者として医師は、弁護士および聖職者とともに「伝統的専門職」の一つとみなされ、保健・医療に関与する非呪術的な専門職としては唯一の存在として、その専門性は患者の目からは唯一絶対的なものであったという歴史的経緯（保健・医療社会学研究会、1983, 1頁）からも裏付けられる。

しかし、近代以降の社会では、知識と技術の高度化と分化がさらに多くの専門的職種を生み出し、それらの専門職は伝統的専門職の完全な専門職性と高い社会的威信を先行モデルとして、専門職性と威信の序列を上昇しようと努める新興専門職群を形成するようになる。このことは保健・医療においても例外ではなく、医師の職能からの専門分化によって多くの医療専門職が誕生してきたという歴史的特徴がみられる（保健・医療社会学研究会、同上）。

これに対し、看護師の誕生は、歴史的経緯からみて医師の職能からの専門分化による（保健・医療社会学研究会、同上）とはいえないのではないかとわれわれは考える。西欧社会では以下のような経緯（フズネ、ペラン、2005, 9-18頁）がみられている。すなわち、看護は貧者のために開放された場所で働き寝起きする修道女たちに彼らの保護をまかされていたことが起源である。社会集団として明らかに認められる看護師の起源は修道会であり、看護に携わった最初の修道会は13世紀におけるパリの「神の館」施療院の聖アウグスティヌス会派女子修道会であったと考えられている。「神の館」とは、中世のフランスにおいて神への愛によってひとを介抱する施療施設をさす言葉であった。隣人愛からあるいは魂の救済のために、教会は「神の家」施療院を建立し、大きな修道院の施療院には、疫病が発生すると病人が収容され看護されたという。17世紀には看護師たちの職業集団は社会に認知され、看護は神への愛（信仰心）による貧窮者への慈善とみなされ、看護行為はまったくの無報酬の仕事であった。それはキリストの贖罪の考え方からきていると考えられている。やがて、19世紀になると、政教分離政策によって修道女たちが病院から立ち去り、かわって一般の看護師が登場する。それ以降、全くの未経験者である女性たちへの、病院での見習い実習と学校での理論による新しい教育が出現するのである。その教育期間は一年間で、講義は医師が行い、講義内容はまさに医学であり、医療行為の補助をするのに役立つようにプログラムされていた。以上のことから、西欧における看護の仕事は、その始まりにおいてはキリスト教とともにあり、魂の救済と身体ケアは同一視されていたといえる。また、修道女たちが病人の世話に専念するようになったことで、看護という仕事が女性のものとなっていったと考えら

れる。

日本の場合には以下のような経緯がみられている。すなわち、歴史書の多くで戊辰戦争（1868年—1869年（明治元年—2年））の折、負傷兵に対する藩士の妻や娘による戦時救護活動が行われ、官軍負傷兵の治療病院であった横浜病院では、イギリス人院長ウィリアム・ウィリス（William Willis）らによって女性看病人が導入された。この病院の「日本陸軍病院記録」の中には、看病の知識・技術を持たない看病婦人を注意して看病の心を育成し、主に病院において最も危惧されていた病人の乱暴や狼藉対策として、軽症の病人には数多くの看病人を付き添わせたことなど、当時の看病人に関する記述が見られている。その後、各地で医学校や病院が設立されるのに伴い女性看病人の需要が高まり、各地で次々とそれを派遣する派出婦会が誕生する。この派出女性看病人から病院雇用の看病婦へ、そして看病婦から官立病院における看護婦の養成へと至り、1896年（明治29年）には、初めて病院の各科の病室ごとに婦長を置く構想が見られる。1898年（明治31年）からは、本格的な婦長養成教育が開始されている。看病婦長服務心得書（1900年）によれば、婦長の服務の中心は物品管理、環境管理であり、患者、付添人、見舞人に対しては監視の役割を課せられていた（井部俊子、2003、23-30頁）。これらのことから、現在の看護師という専門職の歴史を遡れば、その業務目的は病院における病人の乱暴や狼藉対策に発しており、各科の婦長の役割は多くの患者が収容されている場の全体的な管理を行うことであったとみることができる。

以上のことから、西欧でも日本でも看護師は、病人を収容する施設あるいは場というものができた結果、そこで病人の世話や管理的役割を担うために必要な人間として登場したと考えられる。このことは看護師以外の医療専門職が医師の業務からの専門職分化の歴史を持っていることと明らかに異なっている点であり、注目すべきところではないかと考える。したがってわれわれは、看護師は患者への医療活動が行われる病院内の場（治療の場）とともに存在が示される職種であり、現代の病院看護部の組織図においてそれが必要不可欠な要素として示されていることは、この歴史的事実由来すると考える。

3. サービス業としての特性

近年、医療はサービス業の一種であるといわれることがある。その場合、病院をサービス業を行う経営組織の一つとみることができる。サービス業の特徴として、提供したサービスの量は測定できる場合もあるが、品質に関する測定が困難であることが指摘されている（今村他、2006、47頁）。また、製造業では提供した製品の量も品質も測定できるが、サービス業では人的資源とアウトプットとしてのサービスの関係がより直接的であり、人的資源のマネジメントが重要であるという主張もある（今村他、2006、同上）。

医療には、そのサービスを提供する側がもつ情報がそれを受ける側がもつ情報よりも質、量ともに勝っているという特徴があり、このことが医療サービスにおける情報の非対称性の問題として指摘されている（今村他、2006、同上）。病院の医療サービスが多職種、多部門によって提供され、あるサービスがある個人によってほとんど提供されているとはいえないことがこの問題をさらに複雑にしている。したがって、医療サービスについて他者が評価する

ことや、サービスが生む対価や価値を分配するという事は容易ではない。販売業などでは売上高で個人の評価ができるので、売上高を給与や職位に反映させることも可能と考えられる。しかし、病院の場合には医療機関としての収益は測定できるが、収益を医師や看護師など医療専門職者に配分するための基準はなく、人的資源の評価（人事考課）を行う必要はあるが、アウトプットを測定することは非常に難しい。このことが医療サービスを提供する経営組織における経営管理業務上の困難な点と言われている（今村他，2006，同上）。

医師がある期間に診療を行った患者数や実施した手術件数などは、その期間における達成した業務結果として定量化が可能であり、それに対する業績評価も比較的なじみやすいと考えられる。しかし、看護師は病棟などで集団（看護師組織）として業務を実施しており、それを個々の看護師の業務として公平に定量化することは非常に困難ではないかと考えられる。

4. チーム医療としての特性

病院における業務の特性を端的に示す文言としてチーム医療という言葉がある。これは、ひとりの患者の疾病治療を行うために、医療専門職者を中心に多くの病院職員が密接に連携し医療を行うことを意味している。すなわち、病院における業務を担うための労働力編成は多種多様な医療専門職者の比重が大きい。このことは、各医療専門職間のコミュニケーションを良好に保ち、活発な情報交換や情報共有をはかるための組織内調整が必要であることを示している。

ダフトは組織の構造に影響を与える技術²⁾の特徴として相互依存性をあげている。相互依存性とは、各事業部門がその業務を遂行するための資源や物資について相互にどれだけ依存しあっているかという程度のことをいう。相互依存性が低いということは、事業部門がそれぞれの仕事を相互に依存することなく独立して行うことができ、相互作用や協議、物品のやりとりをする必要がほとんどないということである。一方、相互依存性が高いということは、事業部門間で絶えず資源のやりとりをしなければならないということである（ダフト，2002，121頁）。病院は組織が取り扱う最も複雑な相互依存性である相互補完的な依存関係³⁾を持つ組織の代表と説明されている（ダフト，2002，152頁）。

相互補完的な依存関係は、A部門からのアウトプットがB部門のインプットとなり、B部門のアウトプットが再びA部門へのインプットとなる時に生じる。すなわち、ある事業部門のアウトプットが相互補完的に他の事業部門に影響を与えるのである。この関係は、さまざまな生産やサービスを組み合わせること⁴⁾でクライアントに提供する組織で生じる傾向が強く、病院では患者がレントゲン検査、手術、物理的療法を必要に応じて行ったりしながら治療を受けるというように、相互に調整しあうサービスが患者に提供されていることからこうした組織の好例であると考えられている（ダフト，2002，同上）。

2) ここでいう技術とは、組織のインプット（物資、情報、アイデア）をアウトプット（製品とサービス）に変換するのに利用されるツール、技法、機械、行動のことを言う（ダフト，2002，121頁）。

3) ダフトはジェームズ・トンプソンによる組織の相互依存性についての3つのタイプ（Thompson, 1967）を参照し考察している。

4) ジェームズ・トンプソンはこれを「集約的技術」と呼ぶ（ダフト，2002，152頁）。

相互補完的な依存関係にある組織では、各事業部門が緊密に協力し密接な連絡を取り合うことと、常設チームなどを通じた水平方向の頻繁なコミュニケーションと調整が可能な組織構造がマネジメントの条件として必要とされる。病院では包括的な計画の立案が必要とされるが、計画だけですべての問題を予期し解決できるわけではなく、事業部門間で毎日連絡を取り合い相互に調整しあうこと、すなわちいくつかの事業部門のマネージャーが直接顔を合わせて調整したり、チームワークによる意思決定にかかわったりすることの必要性が指摘されている(ダフト, 2002, 152-153頁)。

しかし、病院では多種類の専門職がそれぞれの卒業大学や職能団体等の準拠集団をもつ。看護部門でも、所属する看護師の殆どが日本看護協会という職能団体に所属している状況にある。各専門職は当然のごとくそれらが準拠する外部集団の価値観や人事権の影響を受け、それらに活動が制約されると考える。そしてそのことが、専門職における病院長の権限の受容や専門職種間の連携を困難にすると考えられる。以上により、病院は複数の価値観が内在し全体としてのコントロールが難しい組織であると考えられる。

5. 業務遂行上の特性—看護師業務が行われる場の拘束性—

病院では日常的に多くの人が入出りを繰り返し、それぞれが各自の目的によって内部を移動する。それは理解しやすいことである。人が病院に来る目的は、診療や検査を受けるため、常用している薬剤処方箋を受け取るためなど様々である。ある人が患者として病院に来てから帰るまでの一連の診療の流れを考えると、それは直線的ではない。

たとえば、病院に来た人にはまず受付業務を担当する事務職員が対応し、目的に応じた部署の案内を行う。外来診療科には医師と看護師と事務職員が配置されており、医師は順に患者の診察を行いその内容を診療録に記入する。その結果、必要に応じて治療処置の実施、検査の指示、薬剤処方箋の記載などが行われる。診断書や紹介状を書く場合もある。入院の必要性があると判断すれば、病棟に連絡し病室が確保できるかどうかを確認する。ベッドがあることが確認できれば入院の指示を出す。その結果、患者は外来から病棟へと移動する。入院とならない場合でも、患者はX線撮影のために放射線治療部に行ったり、採血のために中央採血室に行ったり、また外来に戻ったりする。医師の診察が終了しても、診察代金の支払いのために会計窓口に行き、その後処方された薬剤を受け取るために薬局窓口へと移動したりする。

このように、ある患者に対する診療行為の実施過程には多くの病院職員が携わり、しかもその流れは何かの製造工程のように経時的、段階的ではなく、分岐しながら、時には行きつ戻りつしながら進むといえる。つまり、病院の業務は、前述の病院組織例(図2)にみられるように、医療専門職者への指揮命令系統と事務職員への指揮命令系統という二つの指揮命令系統に沿った形で単純に行われているわけではない。大枠では患者の治療に関する各科医師からの指示と職種ごとの部門管理者からの指示系統が存在しているといえるが、実際には第一線の各職種に対して複数部門からの指示や依頼、諸伝達、意見などが交錯し、そのことが何らかの問題を引き起こす可能性や病院全体のコントロールを阻害する要因となることが考

えられる。

デイビスとローレンスは、病院組織は世の中で最も複雑な組織の一つであり、病院におけるマトリックス組織の導入は、あまりに厳格すぎる組織構造に柔軟性を付加するという通常の目的とは逆に、むしろあまりに混沌とした病院組織に少しでも規則性を付加することを目的としていると指摘し（デイビス、ローレンス、1980、276頁）、病院組織の複雑性をうまく捉えている。また、医療組織はあまりにも複雑であるために、多くの行動は第一線の各成員のそれぞれの価値観にもとづく判断に委ねられることになるという指摘（明石、2005、25頁）や、個人のもつスキルという点からみると、ある医療機関に特有のスキルというものは考えづらく、一般には従業者のロイヤリティは低くなりがちであるという指摘もある（今村他、2006、244頁）。

さて、病院の活動は多くの異なる種類の医療専門職の活動に依存している。したがって、それぞれの医療専門職者が業務を行う場は、医療提供業務の実際に即していると考えられる。医療専門職者が業務を行う場は通常、外来、中央検査部、中央採血室、中央放射線治療部、中央手術部、薬剤部、人工透析部、リハビリテーション部、病棟などである。多くの場合、医師はこれらのうち薬剤部と中央採血室を除くすべての場で業務を行い、看護師は薬剤部とリハビリテーション部を除くすべての場で業務を行っている。

医師と看護師以外の医療専門職者は、基本的にそれぞれの専門業務を担当する場でのみ業務を行っている。特に薬剤師は他の医療専門職と業務の場を共有することは少ない。その理由は、薬剤師が調剤業務を行う場に直接患者が入ることがないからであると考えられる。薬剤師以外は、医師と看護師のどちらとも業務の場を共有するか、医師あるいは看護師のいずれかと業務の場を共有している。このことは、その業務が患者を対象に直接行われるかどうかに関連し、医師や看護師と業務の場を共有する必要性の程度によって決まると考える。

医師と看護師が業務を行う場はかなりの程度一致していると考えられる。このことは医師と看護師が業務の場を共有する必然性があるということともいえる。たとえば両者の外来における業務を考えると、医師は外来診察室で順番に自分が担当する患者の診療業務を行い、すべての患者の診察が終了するまで診察室に居続ける。一方、外来看護師は、医師のように自分の診察担当患者を順に一人ずつ対応するわけではなく、外来にいる患者はもちろん、その家族などの付き添い者、外来で業務をしている複数の医師などを直接的な対象として同時に業務を行っている。医師が自分の担当患者を一人一人診療する同じ場で、看護師は外来におけるすべての人への対応とその調整をはかる業務を行っている。すなわち、医師の業務はあくまでも個々の患者を対象として行われるが、看護師の業務の対象は、それが行われる治療の場に生まれる諸々の管理上の現象である。そして、看護師の業務は、遂行上、治療の場による拘束を受けるという特性をもつと考える。

IV 結論

病院看護部の組織構造の特徴と業務特性について以上のように考察した。看護部は病院全

体と同様に官僚制の組織構造を基本としている。しかしながら、看護部門の組織図は、他部門の組織図にはみられない特徴を持っている。すなわち、看護師組織とそれが担当する具体的活動の場（各病棟、外来）とがひと組になって示されるという特徴である。このことは、病人を収容する場で諸々の管理的役割を担うために看護師を必要とした歴史的事実に由来すると考えられる。また、医師の業務はあくまでも個々の患者を対象として行われるのに対し、看護師の業務対象は、それが行われる治療の場に生まれる諸々の管理上の現象である。したがって、看護師の業務は遂行上、治療の場による拘束を受けるという特性がある。

以上のことから、病院看護部の組織構造と業務は、治療の場と不可分な関係にあると考える。

V 終わりに

本研究から病院看護部の組織構造と業務が、治療の場と不可分な関係であることを示してきた。

今後、看護師組織が行う具体的な業務と治療の場を維持することとの関連から病院における看護部の機能とその意義を考察し、それをもとに看護師業務の本質を追求することが課題である。

【参考文献】

- 明石純，医療組織における理念主導型経営，組織科学，Vol.38 No.4，2005年。
井部俊子編，看護管理概説：21世紀の看護サービスを創る（看護管理学習テキスト①），東京，日本看護協会出版会，2003年。
今村知明・康永秀生・井出博生，医療経営学，東京，医学書院，2006年。
看護行政研究会監修，看護六法（平成18年度版），名古屋，新日本法規出版，2006年。
菅野正，現代の官僚制，東京，誠信書房，1969年。
平井宣雄・青山善充・菅野和夫編，六法全書（平成14年度版），東京，有斐閣，2002年。
保健・医療社会学研究会編，保健・医療における専門職，東京，有斐閣，1983年。
南瀧久，現代企業の経営組織（第8版），東京，白桃書房，2002年。
南瀧久，現代の経営管理，東京，中央経済社，2007年。
C.D. フレズネ，G. ベラン（2005年），久世順子・刀根洋子・平尾真智子（訳），看護職とは何か，東京，白水社，2005年。
M. ウェーバー（1956年），世良晃志郎（訳），支配の社会学Ⅰ，東京，創文社，1960年。
R.L. ダフト（2001年），高木晴夫（訳），組織の経営学：戦略と意志決定を支える，東京，ダイヤモンド社，2002年。
R. マートン（1957年），森東吾・森好夫・金沢実，他（訳），社会理論と社会構造，東京，みすず書房，1961年。
S.M. デイビス，P.R. ローレンス（1977年），津田達男・梅津祐良（訳），マトリックス経営，東京，ダイヤモンド社，1980年。
Charles Heckscher，“Defining the Post-Bureaucratic Type”，*The Post-Bureaucratic Organization: New Perspectives on Organizational Change*, ed. C. Heckscher & A. Donnellon, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications, 1994.
J. Thompson, *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*, New York, McGraw-Hill, 1967.