

Organization Structure of Medical Institution : A Study of Visiting Nurse Station

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-07-28 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 磯山, 優, 王, 麗華 メールアドレス: 所属:
URL	https://saigaku.repo.nii.ac.jp/records/662

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



医療機関の組織構造

— 訪問看護ステーションを中心に —

Organization Structure of Medical Institution

-A Study of Visiting Nurse Station-

磯山 優・王 麗華¹⁾

ISOYAMA, Masaru · WANG, Lihua

1. 問題の所在

急速に進行している我が国の高齢化は、社会に対して様々な影響を与えるようになってきている。特に、高齢化に伴う医療費の急激な増加は、税制度の見直しや国家財政にまで影響を及ぼすようになってきている。人口構成を人為的に変化させるのが困難である限り、また、人命を尊重することが重要である限り、医療費の問題は制度的な工夫などによって解決することが急務となっている。

医療の現場で日々直接患者と関わっているのが、病院を始めとする様々な医療機関である。そのため、現場で実際に様々な医療行為を行う医療機関の組織をどのように設計するかが、われわれにとって重要な課題となっていると言えよう。医療機関は、そのいずれもが制度によって目的を厳密に定められ、さらにその組織を構成する人員の数やその資格などが厳しく定められていることも少なくない²⁾。そして、企業などと同様に、医療機関の組織においてもその中心に骨格ともいえる組織構造が存在している。

組織構造は、様々な要因によって規定される。代表的な要因としてあげられるのは、技術、環境、規模などである。そしてこれらに加えて、組織構造の設計に大きな影響を与えているのが、制度や文化である。制度は、組織を内包する団体の目的の設定に大きな影響を与えるだけでなく、組織構造の設計そのものに大きな影響を与える。また、文化はそれぞれの国民に特有な文化だけではなく、制度に影響される組織に固有の文化も存在している。

医療機関の組織構造については、これまで病院における組織構造が中心に検討されてきた。しかし、先に述べた医療費の問題なども踏まえて、病院以外の様々な医療機関が医療の問題に取り組んでいる。その一つが訪問看護ステーションである。

訪問看護ステーションは、医師の指導の下で保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士がケアを必要とする人がいる居宅へ訪問して、療養上の世話や必要な診療の補助を行う医療機関である。このような医療機関が必要とされるようになったのは、医療費

キーワード：訪問看護ステーション、組織構造、機械的構造、有機的構造、組織デザイン

Key words : visiting nurse station, organization structure, mechanical structure, organic structure, organization design

の圧縮のためであろうが、社会の高齢化に伴い、病院での治療だけでなく退院後も看護などを必要とする人の数が増加していることが背景にある。病院などと異なり訪問看護ステーションは、その名のとおり、療養者など医療サービスを必要とする人が物理的に移動してやってくるのではなく、サービスを提供する人が移動していく、という大きな特徴がある。このため、病院など他の医療機関の組織構造とも異なってくる。

そこで本論では、組織構造を規定する要因についての分析を踏まえた上で、訪問看護ステーションの組織構造の特徴について明らかにしていきたい。

2. 組織デザインと規定要因

コンティンジェンシー理論によると、組織構造を規定する要因としては、制度、技術、環境、文化、規模、目的などさまざまなものがあげられる。このうち、本論では制度、技術、環境について考察する。

(1) 制度と目的

組織は団体を維持・運営するための社会的関係であるから、その団体が持っている目的の達成は組織にとって重要であり、団体の目的は組織をデザインする上で重要な要因となる。なぜならば、目的は組織が団体を維持・運営する方向性を示し、存在理由を示すからである。

ただ、ここで注意しなければならないのは、組織が所属する団体の目的は、その団体が自由に決定できるとは限らない、という点である。すなわち、団体の在り方を規定する制度によって目的が定められている場合、その目的が団体の目的になるのであって、自主的に目的を定められるのではない。Weber (1972)

は、団体は自律的であるか他律的であるか、すなわち、自分たちの行動を規制する規律を自ら決定できるかどうかで分類できるとしている³⁾。このことを踏まえると、自らの行動の方向性を示すその団体の目的を、自ら定めているのか、それとも目的が制度的にあらかじめ定められているかで、組織の自律性は大きく異なってくると考えられる。すなわち、目的が制度的にあらかじめ定められている場合は、その団体の自律性は大きく制限されている、ということになる。

また、このことは以下のようなことを意味している。すなわち、制度的に団体の目的があらかじめ定められている場合、組織のメンバーは、その目的を自分たちの団体や組織の目的であると再認識しているだけにすぎない、ということである。そのため、団体や組織のメンバーが個人ごとに、制度的に定められた目的を再認識する過程が求められるのと同時に、その再認識の過程において個人ごとに認識の度合いの深さが異なったり、場合によっては認識にずれが生じ、再認識する過程を繰り返す必要が生じる場合がある。さらに、目的の認識に対して個人間でずれが生じた場合、修正を求められるのは個人の目的に対する認識の方であって、制度的に定められた目的ではない⁴⁾。

また、制度によって、目的は同じであっても団体の呼称を始め、社会的な位置づけなどが異なる場合もある。たとえば、「病院」はなぜ「病院」と呼ばれるのか？患者に対して同じサービスを提供し、同じ目的を持っているにもかかわらず、なぜ「病院」と呼ばれる団体と「診療所」と呼ばれる団体が存在するのか？同じことは企業でもいえる。なぜ「会社」と呼ばれる企業と「個人事業」と呼ばれる企

業が存在するのか？⁵⁾

その理由は、これらの違いは制度上の区別によるものである、ということである。「病院」と「診療所」は、持っているベッド数の違いにより区別されている。「会社」と「個人事業」は、法人格の有無によって区別されている。「病院」と「診療所」のいずれにおいても両者に本質的な違いはなく、医療サービスを提供することにより患者の生命を救うという目的を持っていることに変わりはない。「会社」と「個人事業」においても営利を追求するという目的に違いはない。

すなわち、われわれが同じサービスを提供するある団体・組織を「病院」と呼ぶのか、それとも「診療所」と呼ぶのかを決定するのは、われわれではなく、あらかじめ決められた制度なのである。これは、その団体・組織のメンバーにとっても同様であり、自分たちがどのような団体・組織であるかを規定するのは自分たちではなく、自分たち以外の何者が定めた制度によって規定されるのである。

さらに、組織の活動の許容範囲や自由度は、制度や目的により異なる。たとえば、周知のとおり、企業は「営利追求」が目的となっている。また、大半の企業組織の場合、設置に求められる職種や資格などについての規定がほとんどないため、組織構造の選択などについて自由度が比較的高い。

これに対して医療機関や教育機関、企業などでも免許制となっている金融機関などは、設置に必要な職種や資格、さらに規模についても規定されていることがあるため、組織構造の選択などについて自由度が低い。組織をデザインする際における制度の影響は、このような点においても現れてくるのである。

(2) 技術

技術は、組織が独自に展開することが可能な要因であり、大きく分けて生産技術とサービス技術に分類される。さらにPerrow(1970)は、技術の多様性 (variety) と分析可能性 (analyzability) という二つの指標⁶⁾ から、組織における技術の特性を分析している。

このうち、技術の多様性は、その技術を用いる対象の多様性としてもとらえられる。そして、既存の問題解決法がどの程度利用できるのか、すなわち、既存の問題解決法を修正しなければならない予想外の出来事がどのくらい起きるのか、ということによって判別される。たとえば、生産技術の場合には生産しようとする原材料の種類の豊富さや、それまで使ったことがない原材料を扱うことの頻度などによって判別されるであろうし、サービス技術の場合、対象となる顧客の種類の豊富さや新規の顧客を対象とする頻度などによって判別される。

また、分析可能性は、問題解決法を修正しなければならなくなった際に、その問題の中身をどの程度分析できるのか、さらに新たな問題解決法を策定して技術や知識を蓄積する際に他人に対してどの程度説明できるのか、ということと関連している。分析可能性が高ければ、他人に対する説明も容易になり、マニュアル化したりして知識や技術を共有することが可能になる。逆に低い場合は、他人と知識や技術を共有することが困難になる。

この二つの指標は、技術のルーティン化 (routine) という指標に統合され、ルーティン化できる技術を用いる場合、組織は機械的構造を採用する方が良く、逆にルーティン化困難な技術を用いる場合は有機的構造を採用する方が良い⁷⁾とされている。

（3）環境

オープン・システムである組織にとって、環境との相互関係は不可欠であり不可避である。また、環境は技術と異なり、組織が所与の要因として受け止めざるを得ない事態が多い要因である。環境は、組織に対して不確実性と資源依存という二つの要因で組織構造に影響を与える。

①不確実性

意思決定する際に、環境を構成する各要素について十分な情報を持っておらず、外部環境の変化を的確に予測できない状況を生み出す要因が不確実性であり、不確実性が高い場合、不確実性への対応に失敗するリスクが高まるので、リスクを回避するために必要なコストをより多くかけなければならなくなる。Duncan（1972）によると、環境の不確実性を把握するための指標は二つあり、一つは単純－複雑指標である。この指標は、環境を構成する要素の数が多いか少ないか、そしてその要素間での異質性が大きい小さいかによって測定される。もう一つの静的－動的指標は、環境を構成する要素が安定しているか、すなわち、環境の変化がどのくらいの頻度で発生するのか、そして環境変化が予測の範囲内であるかどうかで測定される。

この二つの指標を組み合わせることで環境の不確実性が判断され、複雑で動的な環境ほど不確実性は高くなる⁸⁾。また、複雑で静的な環境よりも単純で動的な環境の方が不確実性は高い。なぜならば、環境を構成する要素が多くて複雑な環境でもあらかじめ準備することは可能であるが、突発的な環境変化にはあらかじめ準備することは困難だからである。そして、不確実性が低い環境に置かれている組織は、機械的構造を採用する方が、不確実

性が高い環境に置かれている組織は、有機的構造を採用する方が適切である。

②資源依存

Pfeffer and Salancikは、組織が資源を環境からいかに安定的に獲得するかが重要であるとし、組織にとって環境は資源の獲得先であると同時に、獲得するために依存しなければならない対象でもあると考えた⁹⁾。そして、組織の他の組織への依存は相互依存的なので、資源の獲得に伴う依存関係をどのように処理するかが重要となる。このような資源依存の度合いを測定するにあたり、Pfeffer and Salancikは二つの指標を提示している。一つは、組織の継続的な運営ならびに生き残りのために、その資源をどの程度必要としているかという組織にとっての資源の重要性である。もう一つはある資源についてどのくらいその資源の代替物（alternative）が存在しているのか、すなわちどの程度資源がある組織に集中しているのかという資源の集中度である¹⁰⁾。

資源の重要性および資源の集中度によって資源依存の度合いが判別され、資源依存の度合いが高い場合は有機的構造を、低い場合には機械的構造を採用した方が適切である¹¹⁾。なぜなら、資源依存が高い場合、資源の提供先の変化に対して柔軟な対応が必要とされるからである。

3. 訪問看護ステーションの組織

（1）制度・環境・技術と医療機関の組織

医療機関の組織デザインを、第2節で検討した制度、環境、技術の観点から検討すると、以下のような特徴が理解できる。

第一に制度についてである。医療機関の組織は、呼称をとってみても、ベッド数によって診療所と病院が区別されるように、他の組

織と比較すると制度的な枠組が厳密に適用されているのが大きな特徴である。そして、医師に非常に大きな権限と責任を付与することが医師法を始めとする法制度によって規定されている。たとえば、医療機関の設置母体となる医療法人においても、理事長になれるのは医師のみとなっているし、病院の院長になれるのも医師のみである。すなわち、医師を頂点に厳密な階層が形成されていて、その頂点に権限と責任が集中する集権的組織が制度的には求められており、この点から見れば、機械的構造が適切である。

第二に環境についてである。医療機関の環境は、不確実性は中程度であり、資源依存の度合は低い。不確実性のうち、環境の複雑性は対象となる要素の数は限られているので低い。これに対して、感染症の突発的な大流行などがあり得るため、環境の不安定性は高い。このため、中程度の不確実性となる。資源依存については、医療機関が必要とする資源の提供先は多く、しかも代替が可能な資源が多いため、資源依存は低くなる。このため環境の観点からみると、医療機関の組織は機械的構造が適切である。

第三に技術についてである。医療の現場において用いられる技術は、対象としているのが複雑でデリケートである高い人体であるため、非常に高度であり専門的である。さらに医療技術はヒューマン・サービス技術としての側面を持つため、対象となる患者の個性が高く、サービス提供者の個人的特性がサービスの質に影響する。このような技術的な特性から見て、医療機関の組織は有機的構造が適切である。

医療機関の組織をデザインする上で重要な3つの観点から検討すると、制度と環境の観

点からは機械的構造を採用する方が適切であるのに対して、技術の観点からは有機的構造を採用する方が適切であると考えられ、食い違いが生じている。このような食い違いを解決するために、医療機関の組織では様々な工夫が必要となる。医療機関の組織のうち、印南（1998）は病院組織の特徴について5点指摘しており¹²⁾、このうち病院組織における専門職として各担当者や部門の自律性が高いという指摘と、日常的にチーム活動が行われているという指摘は、組織デザインを考える上で重要である。すなわち、自律性の高さは、強固な分業関係を構築すると同時に、病院長の権限の弱さや意思決定権限の分散、さらにセクショナリズムと組織の硬直性を生み出す原因となっている。そして日常的なチーム活動は、専門家集団である医師や看護師、検査技師などの各部局が、患者についての情報を共有しながら協調して治療に当たり、上で述べた食い違いを解決するための工夫の一つであると言える。

（2）制度・環境・技術と訪問看護ステーションの組織

訪問看護ステーションは、他の医療機関と比較して際立った特徴がある。それは、患者にサービスを提供する場についてである。病院や診察所など他の医療機関の大半は、患者が来るのを待ち受けているのに対して、訪問看護ステーションは、担当者がサービスを必要とする人のいる居宅に向向いてサービスを提供する。また、病院などでは患者が来て初めてサービス提供に必要な情報が得られるのに対して、訪問看護ステーションでは登録済みの療養者に対してサービスを提供するため、あらかじめ必要な情報を持っていることが多く、訪問看護ステーションでは、限定された

範囲の知識で対応することが可能になる。このことは、訪問看護ステーションの技術と環境に大きな影響を与えている。

第一に技術についてである。訪問看護ステーションで用いられる技術は、他の医療機関で用いられる技術と比較して限定された範囲の知識で対応できるため、分析可能性が高く、ルーティン化しやすいのである。このため、病院などと比較すると機械的構造を採用しやすいという特徴がある。

第二に環境についてである。訪問看護ステーションの環境は、他の医療機関より不確実性が低くなる特徴がある。なぜなら、あらかじめ登録された療養者を対象としているので療養者の範囲が限定され、比較的単純で静的な環境を対象とすることになるからである。また、資源依存については他の医療機関と大きな違いはない。そのため、環境の観点からみれば、訪問看護ステーションにおいては機械的構造を採用した方が適切である。

第三に制度についてである。訪問看護ステーションは、健康保険法や介護保険法、厚生労働省の省令など、他の医療機関と同様に厳格な制度的枠組の下で活動している。また、訪問看護ステーションにおいても医師の役割や責任が重視されており、訪問看護を行う際には主治の医師に訪問看護計画書を提出し、医師と密接な連携をとることが必要とされている。また、人員配置においても同様である。訪問看護ステーションでは常勤換算で2.5人

以上の看護師等の看護職員を配置することが義務付けられており、所長も看護師もしくは保健師でなければならない。このような制度的枠組の下では、他の医療機関と同様に集権的である機械的構造の方が適していると考えられる。

（3）訪問看護ステーションの組織の問題点

以上の考察の結果を踏まえると、訪問看護ステーションは、機械的構造を採用して組織をデザインする方が適していると考えられる。しかし、現実には訪問看護ステーションは規模が非常に小さく、機械的構造を採用するのは困難である。

全国訪問看護事業協会の調査によると、訪問看護ステーションにおいて中心的な役割を担う看護職員の数が常勤換算数で10人以上となっている訪問看護ステーションの割合は5.2%であり、逆に3人未満は16.0%を占めている。すなわち、訪問看護ステーションの16%は設置基準を辛うじて満たしているというのが現状である¹³⁾。

Greiner (1972) やDaft (2007) によると、このように組織が小規模である場合、メンバー同士のコミュニケーションの問題から、有機的構造を採用する方が適切である¹⁴⁾。しかし、このことは、制度、環境、技術といった他の要因が訪問看護ステーションは機械的構造の方が適切であることを示していることと食い違っている。そしてこの食い違いは、訪問看護ステーションの経営に大きな影響を

表 職員数別訪問看護ステーション数

	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上
常勤換算人数	122 (16.0%)	315 (41.3%)	265 (34.7%)	40 (5.2%)
常勤実人数	186 (24.4%)	358 (46.9%)	178 (23.3%)	18 (2.4%)
非常勤実人数	340 (44.6%)	175 (22.9%)	138 (18.1%)	53 (6.9%)

全国訪問看護事業協会 (2008) より作成。n=763。ただし、無回答を省略したため合計しても100%にはならない。

与えていると思われる。同じく全国訪問看護事業協会の調査によると、職員数が少ない訪問看護ステーションほど赤字のステーション数が多く、特に、常勤換算で3人未満のステーションでは半数以上である51.6%が赤字となっている。これに対して10人以上で赤字となっているのは14.8%であり、少人数の訪問看護ステーションの経営状態とは際立った違いを見せている¹⁵⁾。

そのため、このような問題を解消するには、小規模な訪問看護ステーションの一か所あたりの規模を拡大し、組織を整備して機械的構造を導入することが重要である。これによって組織構造を規定する要因の間で発生する食い違いが解消され、訪問看護ステーションの経営状況の改善も可能になると考えられる。

4. 今後の課題

医療機関としての訪問看護ステーションは、病院などと同様に基本的には機械的構造を採用した方が適切である。しかし、現状では小規模である訪問看護ステーションが大半であるため、機械的構造を導入することは困難である。そのため、訪問看護ステーションの規模を拡大することが必要であることを本論では指摘した。

今後の課題としては、訪問看護ステーションはどのように規模を拡大していけば良いか、ということがあげられる。慢性的に看護師が不足している現在の状況の中で、小規模な訪問看護ステーションが新規に看護師を雇用して、規模を拡大しようとするのは困難であろう。そのため、たとえば小規模な訪問看護ステーションを集約・統合し、一か所あたりの職員数を増やすという方法も考えられる。

しかし、訪問看護ステーションはサービス

を提供する組織であり、しかも、看護サービスを必要とする療養者の居宅に行く必要があることから、サービスの提供を必要とする患者の近隣にステーションを配置しなければならない。そのため、規模拡大のために既存の訪問看護ステーションをある地域から離脱させて統合するということは、訪問看護のサービスの質の低下やサービス提供の空白地域の発生など、別の問題を引き起こしかねないため困難である¹⁶⁾。

そのため、他の医療機関などとの緊密な連携や訪問看護ステーション間のネットワークの形成¹⁷⁾、さらには訪問看護ステーションに関するもっと大胆な制度改革も視野に入れる必要があるのではないかと考えられる¹⁸⁾。

注

- 1) 群馬パース大学保健科学部看護学科所属。
- 2) 以前筆者らは、医療機関における制度的枠組と経営構造の問題について考察し、特に設置主体別にみた訪問看護ステーションの経営基盤の脆弱性の問題について指摘した。磯山・王(2007)。
- 3) Weber(1972)、S.26参照。また、団体の特徴や、団体と組織の分析については、中條(1998)、磯山(2009)を参照。
- 4) この点についてBarnardは、組織目的(共通目的)と個人目的の乖離の問題点として指摘している。
- 5) われわれが実際に患者になった際に、病院と診療所のどちらで治療を受けることを望むのか、どちらの治療を信頼するのか、という点についてはここでは議論しない。ただ、会社と個人事業では、会社に対する信頼度の方が明らかに高く、銀行の融資を受ける際に会社の方が受けやすい。また、学卒者が就職先を決める際にも、会社の方が選択されやすいのも事実であろう。この際、同じ会社でも合資会社や合名会社などよりも、株式会社の方が選択されやすいであろう。

- 6) 論者によって指標 (index) という用語を用いたり、次元 (dimension) という用語を用いたり、とさまざまであるが、本論では指標という用語に統一する。
- 7) 機械的構造は、集権的であり垂直方向のコミュニケーションが重視されるのに対し、有機的構造は分権的で水平方向のコミュニケーションが重視される。機械的構造と有機的構造の違いなどについては、Burns and Stalker (1961)、磯山 (2009) を参照。
- 8) Duncan (1972)、p.320参照。
- 9) Pfeffer and Salancik (1978)、p.24。
- 10) *ibid.*, p.46。
- 11) この点については、資源依存が高い場合には機械的構造を採用し、低い場合には有機的構造を採用しているという見解も存在している。たとえば、Aston groupの企業組織に対する研究では、他組織への依存が高まるにつれて、他組織に関連する意思決定を素早く行う重要性が高まるため、意思決定の権限が上位に集中する傾向があるとされている。Pugh et.al, (1969) 参照。また、小島廣光は非営利組織に対する実証研究により、資源依存が高いほど、意思決定の権限が組織の上位の階層に集中していることを見出している。ただし、小島は資源依存性が高い組織における戦略決定は、非営利組織における理事会・総会よりも低い階層である専務理事・事業部レベルで行われているという事実も指摘している。小島 (1998) p.172-173。この結果を率直に解釈すると、資源依存が高い場合は、組織が分権化しているととらえられる。
- 12) 印南 (1998)、20～22頁。
- 13) 全国訪問看護事業協会 (2008)、7頁。
- 14) Greiner (1972)、pp.40-43、Daft (2007)、p.329。
- 15) 全国訪問看護事業協会 (2008)、9頁。
- 16) たとえば、へき地における訪問看護の問題については、村嶋編 (2006) を参照。
- 17) 事例の分析については、全国訪問看護事業協会 (2009) を参照。
- 18) たとえば、逆に現在の職員の常勤換算人数を見直し、「一人訪問看護ステーション」の設置を認めるなど、発想の転換が必要なのではないか。

※本論は、平成21年度科学研究費補助金（基盤研究(C)）、「看護ネットワークの構築による訪問看護ステーションの経営基盤強化に関する研究」（課題番号:21590576）の研究成果の一部である。

引用・参考文献

- Barnard, Chester I., *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, 1938. (山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社 1968年)
- Barns, Tom, and G. M. Stalker, *The Management of Innovation*, Tavistock Publications, 1961.
- 中條秀治、『組織の概念』、文眞堂、1998年。
- Daft, Richard L., *Organization Theory and Design, 9th Edition*, Thomson Corporation, 2007.
- Duncan, Robert B., “Characteristics of Organizational Environments and Perceived Environmental Uncertainty”, *Administrative Science Quarterly*, Vol.17, 1972.
- Greiner, Larry E., “Evolution and Revolution as Organizations Grow”, *Harvard Business Review*, 1972.
- 印南一路、「組織としての病院」、『組織科学』第32巻第3号、1998年。
- 磯山優、『現代組織の構造と戦略』、創成社、2009年。
- 磯山優・王麗華、「医療機関の制度的枠組と経営構造 - 訪問看護ステーションを中心に -」、『埼玉学園大学紀要』、2007年。
- 医療法制研究会編、『医療六法（平成19年版）』、中央法規、2007年。
- 小島廣光、『非営利組織の経営 - 日本のボランティア』、北海道大学図書刊行会、1998年。
- 村嶋幸代編、『地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討』、(社) 全国訪問看護事業協会、2006年。
- Pfeffer, Jeffrey, and Gerald R. Salancik, *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, Harper & Row, 1978.
- Pugh, Derek S., D. J. Hickson, C. R. Hinings, and C. Turner, “The Context of Organization Structure”,

医療機関の組織構造

Administrative Science Quarterly, vol.14,
1968.

社団法人 全国訪問看護事業協会編、『訪問看護ステーション経営概況緊急調査 報告書』、2008年。
同上、『訪問看護事業所の機能集約および基盤強化促進に関する調査研究事業 報告書』、2009年。

Weber, Max, *Wirtschaft und Gesellschaft : Grundriss der verstehenden Soziologie 5.Aufgabe*, J.C.B.Mohr, 1972.