

環境の変化と病院

—病院組織論の課題—

津村 修

はじめに

日本の医療，その中心に位置する病院は，現在転機を迎えている。医学・医療の専門分化・高度化，医療機器や医療技術の発展，高齢化の進展，急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化，国民医療費の増大，患者の権利意識の高まり，患者（国民）と医療関係者の医療情報の格差の縮小，患者が病院・医師を選ぶ時代への移行，競争（市場）原理の浸透など，医療を取り巻く環境が変化したことに起因する。

こうした環境の変化に対応すべく医療制度の改革がなされてきたが，その主眼は高齢化の進展とともに増大する国民医療費の抑制にあった。1980年代初頭から患者の自己負担の増額，診療報酬点数の削減，診療報酬・薬価の引き下げなどがなされてきた。また，医療法の第一次改正にともない制度化された医療計画制度による病床規制と医療関係施設間の連携の確保（1985年），第二次改正によって良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保することを目的とした病院の機能的再編（1992年）などが打ち出された。しかし，国民医療費を抑制するほどの効果をあげることができなかった。それゆえ，2000年前後から株式会社による病院経営，保険診療と自由診療の併用，出来高払い方式から疾患別定額支払い方式への診療報酬制度の改革，総額管理制度の導入などが議論されるようになり，医療政策も競争原理の導入に転換するのである。

国民医療費の抑制を主眼とした改革であり，医療を取り巻く環境の変化に対応した医療制度の根本的な改革ではなかったことの結果が，2000年前後に横浜市立大学附属病院や京都大学附属病院，都立広尾病院，大阪赤十字病院など，高度医療および地域医療の中核を担う病院における医療事故の頻発となって現れることになる。

医療事故の直接的な原因は，医師や看護師などの個人的なミスにあることはいうまでもないが，問題はなぜ「病院」において起こるかである。杉政孝が指摘するように「病院の経営管理のあり方は，医療制度によってほとんど決定的な制約を受けている⁽¹⁾」と

すれば、単純に個人的ミスに還元できない、医学教育や看護教育を含めた医療制度、それに制約された病院組織そのものに医療事故を引き起こす制度的・構造的な要因があるのではないだろうか。拙稿⁽²⁾で述べたように、医療事故の原因として医学の専門分化の進展にともなう医学教育における総合性の崩壊、教授選考における研究能力（研究業績）中心の評価、医療の標準化の遅れ（大学医学部付属病院間の診療パターンの相違）、医療現場における効率化の進展、医療職種間の関係（業務分担と責任の不明確さ、医師を中心とした医療）、研修医の教育体制、出来高払い方式の診療報酬制度などあげられていることに示されている。

医療を取り巻く環境の変化に対応した医療制度の根本的な改革が行われないなかで、1990年代後半から2000年代初頭にかけて医療、病院の現状やあり方に関する本が刊行され、雑誌で病院における意思決定、組織のあり方などに関する特集が組まれるようになる。それは、病院が転機を迎え、どのように再編すべきかが大きな問題になってきているからである。

こうした状況のなかで、医療社会学や経営学、病院組織論はどのような状況にあるのだろうか。本稿では、日本における医療研究の動向と病院組織論の課題について検討することにする。

1. 「病院淘汰の時代」を迎えて

(1) 病院に課せられた課題

第二次世界大戦によって大きな打撃を受けた病院は、医療法が制定された1948年に戦前の水準を回復する。そして、医療法人制度の創設（1950年）、医療金融公庫（現社会福祉・医療事業団）の創設（1960年）、国民皆保険の実現（1961年）、国民健康保険の自己負担率の引き下げや老人医療費の無料化（1973年）などによって、医療機関の総数は表1のように増加する。しかし、病院は1990年をピークに減少しつつある。医療法人は増加しているものの、国や地方自治体、個人を開設主体とする病院、有床の一般診療所が減少している。個人を開設主体とする病院の減少は医療法人化によるところが大きい。

病院数が減少している背景には、病院財政の悪化がある。全国公私病院連盟が行った「平成20年 病院運営実態分析調査（平成20年6月調査）」によれば、2008（平成20）年6月の1ヶ月間の収支差額をみると、回答のあった1180病院のうち76.2%にあたる899病院が赤字であった。開設主体別にみると、自治体病院93.3%、その他の公的な病院63.3%、私的病院54.5%が赤字であった。

診療報酬や薬価の引き下げなどによって財政が悪化する病院が増えるとともに、病院の淘汰が始まる。病床規模別施設数の推移を見ると、表2のように「150～199床」「400～499床」の病院を除いて、軒並み減少している。とりわけ、149床以下の中小規模の病

表1 種類別施設数の推移

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
総数	106,882	113,973	125,500	134,075	143,164	155,082	165,451	173,200	176,192
病院	7,974	8,294	9,055	9,608	10,096	9,606	9,266	9,026	8,862
国	444	439	453	411	399	388	359	294	291
公的医療機関	1,389	1,366	1,369	1,369	1,371	1,372	1,373	1,362	1,325
社会保険関係団体	156	144	140	140	136	134	131	129	123
医療法人	2,089	2,372	2,896	3,450	4,245	4,744	5,387	5,695	5,702
個人	3,167	3,238	3,433	3,406	3,081	2,110	1,173	677	533
その他	729	735	764	932	864	858	843	869	888
一般診療所	68,997	73,114	77,611	78,927	80,852	87,069	92,824	97,442	99,532
有床	29,841	29,104	28,956	26,162	23,589	21,764	17,853	13,477	12,399
無床	39,156	44,010	48,655	52,765	57,263	65,305	74,971	83,965	87,133
歯科診療所	29,911	32,565	38,834	45,540	52,216	58,407	63,361	66,732	67,798
有床	110	97	59	64	51	52	46	49	48
無床	29,801	32,468	38,775	45,476	52,165	58,355	63,315	66,683	67,750

注) 1970年から1980年までは12月31日現在, 1985年以降は10月1日現在の数である。

資料) 厚生労働省労働大臣官房統計情報部「医療施設調査」

表2 規模別施設数の推移

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
病 院	8,294	9,055	9,608	10,096	9,606	9,266	9,026	8,862
20～49床	2,692	2,598	2,296	2,015	1,608	1,392	1,214	1,093
50～99	1,962	2,291	2,467	2,524	2,478	2,419	2,344	2,298
100～149	1,064	1,212	1,416	1,608	1,548	1,459	1,442	1,430
150～199	676	787	915	1,026	1,075	1,186	1,274	1,295
200～299	877	1,003	1,182	1,361	1,295	1,203	1,149	1,150
300～399	495	559	616	721	743	754	764	763
400～499	203	242	292	352	350	357	354	360
500～599	117	132	160	189	202	202	207	199
600～699	74	94	107	119	131	125	123	120
700～799	46	44	59	73	67	61	54	56
800～899	29	30	32	36	32	34	34	33
900床以上	59	63	66	72	77	74	67	65
一般診療所(有床)	29,104	—	—	23,589	21,764	17,853	13,477	12,399
1～9床	18,564	—	—	10,730	9,290	7,108	5,050	4,538
10～19	10,540	—	—	12,859	12,474	10,745	8,427	7,861

注) 1970年から1980年までは12月31日現在, 1985年以降は10月1日現在の数である。

資料) 厚生労働省労働大臣官房統計情報部「医療施設調査」

院が淘汰されている。

日本医療機能評価機構, 新聞や雑誌などによる病院評価・格付け, 病院の診療科や医師のランキング本の刊行, インターネットやマスメディアによる病院の疾患別の症例

数・手術件数や治療成績・生存率、医師の経歴に関する情報の公表など、医療機関の競争を促進する情報環境が、整備されつつある。医療関係者と患者（国民）との医療情報の格差が縮小し、質的に高度で安全な医療を求めて、患者が病院・医師を選ぶ時代になりつつある。医療政策もこれまでの護送船団方式から、競争原理を導入する政策に転換していることを考えれば、今後ますます病院の淘汰は加速することになる。まさに「患者本位の医療、医療における情報公開、安心して受けられる効果の高い医療、納得できる価格の医療サービスといった一連の改革を伴いつつ、医療サービス市場で医療機関同士が競争と淘汰にさらされていく⁽³⁾」時代に入ったといえる。

競争原理が浸透するなかで、患者に「選ばれる病院」として生き残っていくためには、経営を戦略化・効率化するとともに、質的に高度で安全な医療サービスを提供する体制を構築することが、病院に求められているといえる。

(2) 病院経営者の現状認識

病院間競争が激化するなかで、病院の組織改革をしなければ生き残っていけないという危機意識を病院長や副院長、理事長が持つようになるのは当然のことである。以下の言葉はそれを端的に示している。

「自然淘汰どころか積極的に淘汰される時代は既に到来している。円滑な病院運営、健全な病院経営のためには、病院管理がより重要になるが、特に組織体制のあり方と運用方法などが不可欠な条件になる⁽⁴⁾」（瀬戸山元一・島根県立中央病院長）。

「医療業界はまさに荒波の時代に突入しており、組織全体をあげてこれに対処しなければならない。小さな波であれば部分的な対処で済むかもしれないが、これまでに経験もしたことのないような荒波であれば、考えや発想を変えて組織全体で改革を進め、対応しなければ飲まれてしまう。今後は組織的に改革を進めていった組織だけが生き残れるといっても過言ではないだろう⁽⁵⁾」（正木義博・社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院副院長・事務長）。

こうした認識に基づけば、「基本的には病院の組織も一般の企業の組織も形態として変わらない」（井手義雄・医療法人雪ノ聖母会聖マリア病院副院長）、「基本的には一般企業も病院も組織的な違いはないし、病院が特殊だということもないのではないか」（竹田秀・財団法人竹田綜合病院理事長）と述べられている⁽⁶⁾ように、企業と病院は変わらないものと捉えられることになる。しかし、「医師が実権を握っている限り、病院は一般企業と同じになり得ない。診療機能と経営の問題を分離しなければ一般企業と一緒ににはなり得ない⁽⁷⁾」（中村哲也・医療法人社団明芳会板橋中央病院院長）という言葉に示されているように、競争にさらされている点では企業と同じであるが、医師を中心とした組織であり、そうした組織では生き残れないと考えている点で一致している。したがって、競争のなかで生き残っていくための組織改革は、医師を中心とした組織をど

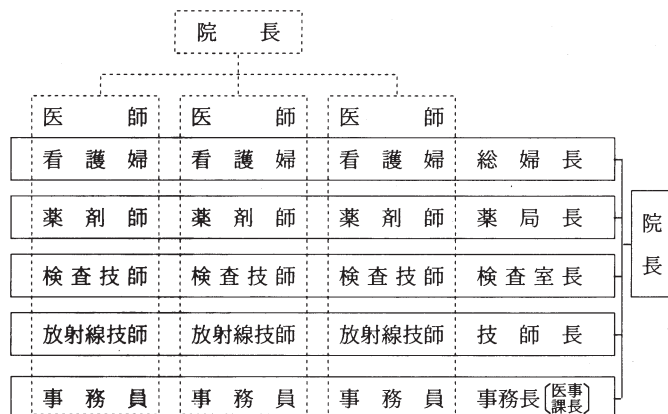
う改革するかにあるということになる。

病院経営者が指摘する組織改革の要点を要約すれば、以下の点をあげることができる。

第一の点は経営と診療の分離である。1874年に制定された「医制」において「院長は医師開業免許を有するものでなければならない」という規定、その規定によってもたらされた経営と診療の未分離という状況が、今日まで存続してきた。しかし、競争のなかで生き残っていくためには、経営が重要になり、経営と診療とを分離せざるを得ない。これと関連して、意思決定（過程）のあり方が問題になる。第二は、「自律性を求める専門職の論理と、組織としての統合と効率性を志向する管理の論理⁽⁸⁾」とを調整するマネジメント組織の創設である。

第三は、組織改革にあたって重要なのは、医師の意識改革であるという点である。医師が実権を握っている限りは、診療と経営とを分離できない。また、さまざまな医療関係職種からなる「チーム医療」に移行したとはいえ、医療関係職種間の関係は対等ではなく、制度的にも医師を中心とした関係になっており、そうした関係の改革にあっても医師の意識が重要な位置を占めている。「看護婦が医師の指示で働く時代ではない。看護婦が旅行会社でいえばプランナーだと思う⁽⁹⁾」（中村哲也・医療法人社団明芳会板橋中央総合病院病院長）と述べられているように、医療関係職種のなかでも看護師・看護組織の役割が重要になってきており、専門職間の関係の再構築が必要だと、病院長・副院長は認識している。

図 病院の組織構造



資料) 石原信吾, 「病院経営」(山城章編著『ノン・ビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社, 1980年)。

第四は、職能部門別横型組織の改革である。病院の組織形態は、第二次世界大戦前までは、図のように診療科別に医師、看護師などの医療関係職種、事務員などが属している診療科別縦型組織（点線部分）であった。1940年代から1950年代にかけて診療科別縦型組織から職能部門別横型組織（実線部分）に移行する。職能部門別横型組織というのは、各診療科に分散していた同種の業務を一つの部門にまとめた組織であり、今日まで存続している。しかし、現在ではプライマリーケアが重要になり、また高齢化の進展とともに急性疾患から慢性疾患へと疾病構造が変化していることから、患者の生活全体を見て診断し、治療すること、地域との連携が求められるようになってきている。したがって、「何十年と変わらない職能を中心とした組織体制^[9]」、職能部門別横型組織では対応できないことになる。

第五は、年功的な人事制度の改革である。「人事制度の戦略的活用が、組織の命運を左右する時代となったといっても過言ではない。これからの人事制度改革は、実力主義を基本に、公平で公正な処遇の実現と、プロフェッショナルな人材の育成を目指すなくてはならない^[1]」という言葉に示されている。

以上のように、経営と診療を分離し、経営の優位性を確保するとともに、医師を中心とした医療関係職種間の関係を再構築することが、病院が競争のなかで生き残って行くうえで重要であると、病院経営者は考えている。

2. 医療社会学・経営学の動向

医療を取り巻く環境が変化するなかで、これまで経営・マネジメントにそれほど関心がなかった医療関係者も経営学に関心を持つようになり、経営学の理論や手法を取り入れようとする動き^[2]が見られるようになる。企業と同様、環境の変化に対応した戦略を立て、効率化を図り、組織を再編して質的に高度で安全な医療サービスを提供していかなければならないからである。しかし、経営学の理論や手法が病院という組織にどの程度適用できるかは必ずしも明確ではない。それは、あらゆる組織に適用できる「普遍経営学」の構築を目指した岩森龍夫^[3]の論理的破綻に示されている。

岩森は、経営学の立場から企業のような営利を目的とする組織の経営理論を非営利組織の典型である病院の経営管理論に適用することの妥当性を検討している。その妥当性が証明されれば、あらゆる組織に「普遍的に成立・妥当する一般原理ないし一般理論を形成する普遍経営学の構築」^[4]の可能性が高まることになるからである。しかし、その試みも、営利組織の経営学と非営利組織の経営学の「既存の観点からの統合は不可能でも、現象世界を超越した視点からの統合は可能ではなかろうか」^[5]という言葉に示されているように、形而上学的結論に達している。

岩森のような普遍経営学の構築という学問的な関心からの病院研究とは異なり、医療

を取り巻く環境の変化に対応すべく医療社会学の再構築を目指す動きが見られ、効率化と質的に高度で安全な医療サービスの提供を同時に達成しうる体制の構築の問題を射程に入れた医療経営理論の体系化の試みがなされるようになるのが、2000年前後からである。

(1) 医療社会学の再構築

これまでの医療社会学を批判し、「医療を対象とする社会学 (sociology of medicine)^[66]」, 「医療を相対化する社会学」として、医療社会学を再構築しようとする動きが1990年代後半に出てくる。医療社会学を「医療を対象とする社会学」として再構築しようとする研究者には、田口宏昭、山崎喜比古、「医療を相対化する社会学」として再構築しようとする研究者には、「社会と医療」研究会の黒田浩一郎、佐藤純一、進藤雄三らがいる。

こうした動きが出てくるのは、第一に、医学・医療関係者の関心のある健康・病気の心理社会的要因や保健・医療制度・政策の問題の解明に社会学の理論や技法を応用する「医療における社会学 (sociology in medicine)^[67]」では、現在の医学・医療を無前提的に所与のものとして受け入れるがゆえに、現在の医学・医療の論理の枠内でしか問題を扱うことができない、また医療社会学の自立性・主体性が確保できないからである。第二に、医療研究は「社会学の一応用分野を離れて、健康の科学ないし行動科学へと変化してきている^[68]」と指摘されているように、医療社会学の存在理由が曖昧になってきているからである。

山崎は、これまでの日本の医療社会学を「医療における社会学」と位置づけ、医療社会学の発展のためには、社会学者が主体となって自らの問題関心や理論的枠組みを保健や医療の領域で検証する「医療を対象とする社会学」、言い換えれば「健康と病気の社会学 (sociology of health and illness)」として再構築する必要があるとする。「医療を対象とする社会学」ではなく、「健康と病気の社会学」という呼称を用いるのは、「今日の医療において支配的な生物医学モデル^[69]に対し批判的なスタンスを保ちやすい」、「健康・病気への人間と社会の対応を『医療』に限定することなく、『医療』の視点では弱くなりがちな、保健や公衆衛生、予防、生活にまで着眼と視野を広げやすくなる」^[70]からである。

社会学は多角的・総合的な視点から健康・病気と個人・社会との関係に接近することができるという点に強みを持っている。しかし、それだけでは不十分である。「健康・病気と保健・医療の世界は、生物医学的な基礎もあり、それがかなりの影響力を持ち、心理・社会的な事象が接し、両者が複雑に絡んで影響を及ぼしあっている世界だから^[71]」である。かくして、「『健康と医療の社会学』は、『社会学的接近』をコアとしつつ『生物医学的接近』が協同・補完する学際的なアプローチによって、対象を捉えることができる^[72]」とする。また、教育学や社会福祉学と同様に、現実的問題の解明・解決

に志向する学問であり、『健康と医療の社会学』は、……、問題の発見や同定、問題の改善や解決ということとの緊張関係を失ってはいけない学問分野である²³⁾と主張するのである。

こうした山崎の「健康と医療の社会学」を、黒田は「近代医学にとってかわる社会学」と位置づける。それは「近代医学に基づく医師を中心とする」正統医療の「管轄領域の拡大や人びとへの影響力の増大に対して、それを『よくない』こと、『不当な』こととして描く傾向」にあり、「近代医学・医療の主流にとってかわるような知識を直接に探究しようとする」からである²⁴⁾。

黒田は「今日の医療はどこかおかしい、このままではいけない²⁵⁾」という考えが、医療社会学の研究を駆動していることを指摘する。しかし、彼にとって医療社会学が目指すのは医療変革の処方箋を提示することではなく、「今日の医学・医療を相対化し、いまある医療とは別の医療もありうるということを示すことで、これらの人びと（医師ばかりでなく、医療サービスの受け手も含めて医療にかかわるあらゆる人びと：引用者）が、この『おかしさ』を捉え、改革のビジョンを描くことに役立つような視点や語彙を提供するという、いわば触媒としての役割である²⁶⁾」。

医療社会学においては、医療社会学の自立性・主体性、存在理由を確立すべく、その学問的性格をめぐる議論が展開し、それぞれにおいて研究が進められている。「医療における社会学」ではなく、「医療を対象とする社会学」「医療を相対化する社会学」を確立しようとする背景には、「医療における社会学」、したがって近代医学、医療を提供する側の論理では問題の解決が困難であるという認識がある。

(2) 医療経営理論の体系化—医療経営学の構築

医療を取り巻く環境の変化にともなって病院が直面している効率化と質的に高度で安全な医療サービスの提供を同時に達成しうる体制の構築の問題が、真野俊樹、今村知明、康永秀生、井出博生らによる医療経営理論の体系化に向けての動きに見られるように、経営学の射程に入るのは2000年代に入ってからである。

真野は、「非営利的な視点でかつ効率的な経営を行うにはどうしたら良いか、どうすべきか」という問いかけに対して、「幅広く経営学や経済学の視点から医療に踏み込む」という視点から回答を試みている²⁷⁾。さらに、医療事故が頻発するなかで、信頼を失いつつある医療機関がなぜ信頼を得られないのか、信頼を回復するためにはどうしたらいいのか、実態調査に基づいて明らかにしようとしている²⁸⁾。

また、今村、康永、井出は「営利を目的としないという前提を堅持することと、十分な設備投資によって医療の質と安全を維持・向上させるだけの財政的基盤を確立すること、これら2つの背反するテーゼを、これからの医療機関は実現しなければならない」という認識のもとで、「医療界全体から強く求められている医療経営理論の体系化」を

試みる。それは、このような医療経営のあり方は、旧来の経営学、すなわち「営利を目的とした民間企業の経営学」や「営利を目的としない公的サービスの経営学」に基づく理論では十分説明することができないからである。また、これまでの「医療経営や病院経営について述べたテキストが、医療機関の立場に立った、現行の医療保険制度の下での収支改善対策についての指南書、という色彩の濃い」ものであるからである。以上のような考え方に基づいて、日本の医療システムの現状分析を行い、あるべき将来像、社会全体の立場からあるべき医療経営の理想形を追求している²⁹⁾。

医療を取り巻く環境の変化とともに、医療制度、病院経営の問題がようやく経営学でも取り上げられるようになってきている。

3. 病院組織論の課題

医療を取り巻く環境の変化とともに、医療や病院組織のあり方が大きな問題になるなかで、医療社会学の再構築、医療経営理論の体系化に向けて動き出し、ようやく研究が始まろうとしている。

医療社会学の再構築に関する議論は、医療社会学はどうあるべきか、その学問的性格をめぐる議論という色彩が強い。病院経営者たちが抱えている問題の解明に社会学の理論や方法を役立てる「医療における社会学」に対して、山崎、黒田は異議を唱えている点では共通する。その根底には、医療提供する側の論理にしたがった問題解明に対して、医療社会学の自立性・主体性を保とうとする意識が見られる。前述した医療経営理論の体系化を試みる今村や康永、井出も同様である。

こうした学問としての主体性・自立性を求めるのは当然のことである。医療、病院組織を研究するということは、研究対象を相対化することを意味する。現在、医療現場で何が起きているのか、何が問題なのかを明らかにし、問題を解決する処方箋を書くにあたって、現在の医学教育・看護教育などの教育制度、医療制度のあり方が当然のことながら問題とならざるを得ないからである。問題解決の道を現行の医学・医療、あるいは経営の論理の枠内にのみに求めることには問題がある。黒田は、医療変革の処方箋を描くことは医療社会学の仕事ではないと主張しているが、医療社会学も社会科学である以上、何が問題であり、どのような医療変革の処方箋がありうるのかを提示する必要がある。

医療や病院経営の研究の新たな展開に向けて動き出した医療社会学や医療経営学と異なり、病院組織論は1980年代までの研究段階にとどまっているといわざるを得ない。

これまで病院組織は、営利を追求する企業とは異なる非営利組織、「規範的組織³⁰⁾」(A. エツィオーニ)、「サービス組織³¹⁾」(P. M. ブラウ・W. T. スコット)、「ヒューマン・サービス組織³²⁾」(田尾雅夫)と位置づけられてきた。病院組織の非営利性を強調することが、護送船団方式で守られてきたことと相まって、財政や経営管理の問題の軽視を

もたらしたことは否めない。また、病院の組織構造については、診療科別縦型組織から職能部門別横型組織への移行が1940年代から1950年代にかけて生じたという指摘がなされて以降、職能部門別横型組織であること、診療部門が診療科別編成になっていることは所与のものとされてきた。そうであるが故に、病院組織の再編が問題になっている時に、有効な処方箋を提示できないのである。東京女子医科大学医学部附属病院がなぜ臓器別に再編成したのか、慈恵医科大学附属第三病院がなぜ内科を再編し総合診療部を置いたのか、あるいは島根県立病院がなぜ組織改革を行われなければならなかったのか、こうした問題にさえ答えられないのが現状である。

経営を戦略化・効率化し、質的に高度で安全な医療サービスを提供する体制を構築することが問題になっているとはいえ、病院組織論の基本的な課題が何であるのかがそもそも認識されていないといえる。病院管理学も同様であり、その概説書⁶³⁾を見れば明らかのように、ライン組織やライン・アンド・スタッフ組織などの組織形態、病院を構成する診療部門や看護部門などの職能部門を説明しているにすぎない。

国民医療費の削減のための改革が行われ、病院間競争が激化し、病院財政が逼迫するなかで、病院にも効率化の波が押し寄せている。しかし、現行の組織構造、診療科別編成、医療職種間の関係を取り続ける限り、その歪みの影響をもっとも受けるのは患者である。日本看護協会が医療事故の原因として、医療現場における効率化の進展、「医療従事者間の業務分担と責任体制の不明確さ」をあげている⁶⁴⁾ことにも示されている。

したがって、病院組織を研究していくうえで、病院が経営管理、組織構造、診療科別編成、医療専門職種間の関係、医療関係職種－患者関係などの面で、どのような問題を抱えているか、実態を明らかにすることが必要である。そのうえで、これまでの「医療サイドの発想⁶⁵⁾」で作られた医療サービス提供体制を質的に高度で安全な医療サービスを提供する体制に再構築するには、患者を中心に据え、患者との関係を起点に医学・医療の発展を踏まえたうえで、医療職種間の関係、診療科の編成、管理の論理と専門職の論理、それらを統合しうる病院組織のあり方を探究していくことが、病院組織論の課題となる。

注

- (1) 杉政孝, 1998, 『病院経営と人事管理 (改訂版)』日本労働研究機構, 158-159頁。
- (2) 拙稿, 2002, 「病院組織再編の現状と課題」(平川毅彦・津村修・飯島信彦・柏原正尚・垣内国光・小池秀子著『現代社会学の基礎知識 グロバリゼーションと日本の社会 第4巻 グローバリゼーションと医療・福祉』文化書房博文社), 128頁。
- (3) 丹羽幸一・杉浦啓太, 1999, 『病院沈没』宝島社, 10頁。
- (4) 瀬戸山元一, 1998, 「変化に即応しうる病院組織変革の試み」『病院』57巻1号, 28頁。
- (5) 正木義博, 2006, 「経営管理部門の組織・人材マネジメント」医療白書編集委員会『2006年度版 医療経営白書―病医院『勝者』の創造的経営思考』日本医療企画), 245頁。

- (6)(7) 「【てい談】変革期の病院組織の意思決定をどうするか」『病院』58巻3号, 1999年3月, 223-224頁。
- (8) 杉政孝前掲書, 168頁。
- (9) 「【てい談】変革期の病院組織の意思決定をどうするか」, 228頁。
- (10) 正木義博前掲論文, 246頁。
- (11) 正木義博前掲論文, 256頁。
- (12) 例えば、『看護管理学習テキスト② 看護組織論』（井部俊子・中西睦子監修, 井部俊子・勝原裕美子編, 日本看護協会出版会, 2004年）があげられる。「経営学の諸理論やツールを用い, また法律の解釈や経験値を通じ, 看護職が所属する組織について多面的に捉えようとするものである」と「序」で述べられている。
- (13) 岩森龍夫, 2002, 『現代経営学の再構築—普遍経営学への小歩（第2版）』東京電機大学出版局。
- (14) 岩森龍夫前掲書, ii 頁。
- (15) 岩森龍夫, 514頁。
- (16)(17) ストラウスが, 医療社会学には「医療における社会学」「医療を対象化する社会学」の二つの潮流があることを指摘している (Strauss, R., 1957, The nature and status of medical sociology, American Sociological Review, vol.22, pp.200-204.)。この二つの潮流には乗り越えがたい溝があると考えられてきた。
- (18) 袖井孝子, 1997, 「概説 日本の社会学 福祉と医療」袖井孝子・高橋紘士・平岡公一編『リーディングス日本の社会学15 福祉と医療』東京大学出版会, 16頁。
- (19) 生物医学モデルとは「健康・病気の身体的, 生物学的側面のみに着目する傾向にあった従来の方」を指す (山崎喜比古「健康・病気と保健・医療の新しい見方」, 山崎喜比古編前掲書, 34頁)。
- (20) 山崎喜比古, 2001, 「保健と医療の社会学とは」山崎喜比古編『保健と医療の社会学』東京大学出版会, 13頁。
- (21)(22) 山崎喜比古, 2001, 「保健と医療の社会学の方法」山崎喜比古編前掲書, 21頁。
- (23) 山崎喜比古, 「保健と医療の社会学の方法」23頁。
- (24) 黒田浩一郎, 2001, 「医療社会学の視座」黒田浩一郎編『医療社会学の視座』世界思想社, 46-48頁。
- (25)(26) 黒田浩一郎前掲論文, 51頁。
- (27) 真野俊樹編著, 2003, 『21世紀の医療経営—非営利と効率の両立を目指して—』薬事日報社, 1-2頁。
- (28) 真野俊樹編著, 2005, 『信頼回復の病院経営』薬事日報社。
- (29) 今村知明・康永秀生・井出博生著, 2006, 『医療経営学』医学書院, 3-4頁。
- (30) Ezioni, A., 1965, A Comparative Analysis of Complex Organizations. (綿貫譲治監訳『組織の社会学的分析』培風館, 1966年)。
- (31) Blau, P. M. & Scott, W. R., 1962, Formal Organizations: A Comparative approach, Chandler. (橋本真・矢崎治男訳『組織の理論と現実』ミネルヴァ書房, 1966年)。
- (32) 田尾雅夫, 1995, 『ヒューマン・サービス組織』法律文化社。
- (33) 高橋政祺, 2000, 『病院管理学入門（第5版）』医学書院, 45-64頁。

- (34) 日本看護協会, 1999, 『医療現場のリスクマネジメントと事故防止について』(日本看護協会のホームページ, <http://www.nurse.or.jp/>)。
- (35) 正木義博前掲論文, 254頁。