

---

---

# テンションの調整過程と組織成果との 関係に関する研究

—公立病院の経営改革の事例をもとに—

近藤 隆史  
乙政 佐吉

## Summary

本稿では、変化する経営環境に対応する上で抜本的な経営改革を迫られる組織が、組織に内在する「テンション」をどのようにして調整しながら、財務的な成果につなげようとしているのかを、医師による専門性の追求と組織目標へのコミットメントとの両立に迫られた、長崎県精神医療センターの事例研究を通じて明らかにする。

## Key Words

- ① テンション
- ② マネジメント・コントロール
- ③ 管理的権限
- ④ 専門職的権限
- ⑤ 公立病院
- ⑥ 経営改革

## I はじめに

近年、管理会計研究において「テンション」が注目されている。「テンション」に関する研究の多くは、組織の目標や特性から生じる対立的な要素の両立から良好な成果が獲得される過程を、コントロールの側面から解明しようとしてきた。

先行研究では、コントロールの在り方によって、対立要素を両立させた状態で成果に影響を与えることが明らかにされつつある。しかしながら、トップのコントロールが、組織階層を越えて、どのようにして対立要素間の「テンション」を調整するのか、さらには、どのようにして組織的な成果に結びつくのかについては、必ずしも十分に明示されていない。

本稿の目的は、経営環境の変化への対応策として抜本的な経営改革を迫られる組織が、対立的な要素のあいだに生じ得る「テンション」をどのようにして調整しながら、成果につなげようとしているのかを、事例研究を通じて明らかにすることである。

## II 先行研究

### 1. 組織に内在する「テンション」

「テンション」とは、一般的に、何かを引つ

張る力あるいは心理的に張り詰めた状態を指す。管理会計研究の文脈では、効率性と柔軟性、もしくは、機械的組織と有機的組織のような、組織の目標や特性に関する要素が互いに引っ張り合いをしている状況を表している（西居・近藤, 2012）。Cameron (1986) によれば、本来の組織には対立的な要素が併存していることから、競争優位を獲得する上で、どちらか一方を追求するのみでは不十分であるとされる。

病院は、「テンション」の生じる可能性が恒常的に存在する組織である。「専門家支配 (Freidson, 1970)」を背景とした、診療に関わる医師の自律的な意思決定・行動は、管理的権限と対立関係にあるため、病院の効率経営の実現を困難にすると考えられてきた。

## 2. 「テンション」の調整

「テンション」を扱う管理会計研究の多くは、対立的な要素の両立を通じた良好な成果の獲得過程を、主にトップによるコントロールの側面から解明しようとしてきた（西居・近藤, 2012）。

「テンション」の調整について、病院を対象とした研究を取り上げると、Abernethy and Stoelwinder (1990) では、病院で利用されるコントロールの観点から、「プロフェッショナル官僚制<sup>(1)</sup> (Mintzberg, 1979)」モデルが検証されている。結果として、予算統制は医師の行動にほとんど影響を与えることなく、管理職の医師が予算編成に関与する程度も低いことを示している。

Goss (1963) によれば、専門職能組織である病院のような「準官僚制」では、上司による公式の権限を用いた統制の他に、専門家である部下への非公式な支援・助言関係が専門職的権限として用いられる。したがって、病院において、非公式ながらも適切な支援・助言関係を構

築できれば、専門職的権限と階層的なコントロールは互いに干渉しないといえる。

しかしながら、環境の変化を考慮に入れば、結果は一変する。近年、診療報酬制度の改定を契機として医療費抑制に努めている欧米先進諸国の病院では、管理会計システムの導入を含む経営改革を通じて、医師の意思決定・行動を変えようと試みられてきた。

病院の経営改革を扱った管理会計研究では、予算をはじめとした会計コントロールへの医師の抵抗の大きさが事例研究を通じて明らかにされている（例えば、Bloomfield, 1991）。また、Abernethy and Vagnoni (2004) は、管理会計手法を用いた管理制度を病院組織に構築したとしても、医師の非公式の権限の介在によって、医師のコスト意識が低減することを示している。他にも、Covaleski and Dirsmith (1983) は、トップと看護部門長との対話において、予算が自部門を擁護する装置として利用されることを指摘している。トップの会計コントロールが、ミドル以下の望ましい行動を引き出すとは限らない。

ただし、トップが会計コントロールを運用しても、予算編成の過程に医師を関与させる参加型の予算であれば、プロフェッショナル志向に富んだ医師の目的と組織の目標との不一致を解消させるのに有効であるという調査結果もある (Comerford and Abernethy, 1999)。

病院組織における「テンション」の調整に関して、管理会計研究では必ずしも一貫した結果が得られていない。たとえ「プロフェッショナル官僚制」や「準官僚制」に、病院組織における「テンション」を調整する組織メカニズムが備わっているにしても、管理的権限と専門職的権限との非干渉的な関係を常に保証するわけではない。病院を取り巻く環境が変化する限り、管理的権限と専門職的権限のあいだで生じうる

「テンション」の調整をどのようにして図るのかについて、さらに理解を深める必要がある。

### 3. 「テンション」の調整と組織成果との関係

管理会計研究では、「テンション」の調整から得られる組織成果にも関心が寄せられる。病院を対象とした研究として、Abernethy and Brownell (1999) では、戦略変更を画策する病院 CEO による予算システムの利用方法と成果との関係が検証されている。具体的には、戦略タイプの変更の程度の大小を区分した上で、予算をインターラクティブに利用しているか、もしくは、診断的に利用しているかに応じて得られる成果を比較している。結果として、小さな戦略変更と予算の診断的利用の組合せが最も高い組織成果を得ている。次いで高い組織成果を得ていたのは、大きな戦略変更と予算のインターラクティブ利用の組合せであった。結果は、予算を用いたトップの公式のコントロールが成果に寄与することを示している。ただし、財務的な成果を含めた組織成果の検証はなされていない<sup>(2)</sup>。

財務成果に関して、Abernethy and Lillis (2001) の、診療部門長の自律性と業績評価との関係についてのサーベイ調査の結果によれば、医療サービスの革新に積極的な病院ほど、診療部門長の権限・責任が高められると同時に、業績評価を介して医療の効果性や財務的な効率性に結びついている。とはいえ、医療の効果性と財務的な効率性とのあいだに関係性は見出されていない。

先行研究は、病院組織においてもトップのコントロールが組織成果に結びつくことを示している。しかしながら、トップのコントロールが有効であるとしても、組織階層を越えて組織全体において、どのようにして管理的権限と専門職的権限とのテンションの調整を図るのかにつ

いては定かになっていない。また、医療の効果性と財務的な効率性とのあいだに明確な関係性を見出し難い状況において、医師の自律的な専門性の追求をどのようにして財務的成果に結び付けているのかも明確になっていない。

近年、トップの統制下でのミドルの役割が注目されている (Tuomela, 2005)。ミドルの解釈や行動のあり方が組織成果を左右するためである。「テンション」の調整の過程と組織成果との関係を考察するにあたって、ミドルの役割にも注目する必要がある。

以上から、本稿では、経営環境の変化に対して改革を進める病院が組織全体で、対立要素間に生じ得る「テンション」の調整を通じて組織成果につなげようとする過程を明らかにすることを目的として事例研究を行う<sup>(3)</sup>。

## Ⅲ 調査概要

### 1. 調査先の選定

事例研究の対象として、長崎県病院企業団の精神医療センターを取り上げる。従前、公立病院は、収益性とは両立し難い政策的な機能を多く抱えているため、赤字について問題視されることは少なかった。しかしながら、近年の国の医療費抑制政策のもとでの、公立病院に対する財務改善の圧力は高い。

赤字続きであった同センターも厳しい財務改善の要求のもとで平成 16 年度から改革を進めている。同センターを選定した理由は以下の 3 つである。

第 1 に、同センターは、企業団本部主導で推進される改革のもとで、戦略の転換や業務の見直しを迫られている。「効率性」という価値基準の導入は、医師による抵抗を引き起こすことが先行研究から示唆される。経営改革に直面する同センターを研究対象とすることは、管理職

的権限と専門職的権限との緊張関係の考察に適している。

第2は、同センター院長の職位に関わっている。企業団に属する各院長は、企業長を経営トップに据えた企業団の中で、利益責任単位としての病院トップに位置づけられる。同時に、企業団全体から捉えれば、病院事業の業務執行上の権限を企業長から委譲されたミドルとしても捉えることができる。前述の通り、組織に内在する「テンション」の調整を分析する際に、ミドルの役割に注目する必要がある。したがって、病院トップとして、かつ、企業団全体の中でミドルとしても位置づけられる同センターの院長に着目することは、本稿の目的に合致する。

第3は、改革以後の同センターの成果である。多くの公立病院で経常赤字が常態化している中で、同センターは、改革開始後5年目から継続的に経常黒字を計上している。また、他の診療科と比べて、診療行為と効果との関係を規定するのが困難とされる精神科において、同センターは、医療スタッフの高度な技術を通じて、急性期患者の早期退院を実現している。財務的な成果を含めた組織成果の獲得に成功している同センターは、医師の自律性と組織目標へのコミットメントとの両立に関する組織的な過程を検討するのに適した事例である。

## 2. 調査方法

事例研究を進めるにあたって、2008年7月から2012年7月まで関係者へのインタビュー調査を実施した<sup>(4)</sup>。各回のインタビュー時間は2時間から3時間に及ぶ。また、調査時には、長崎病院企業団および精神医療センターに関する内部資料を閲覧させてもらうのみならず、適宜、関係資料の提供を受けた。なお、同センター施設を視察する機会も得ている。

## 3. 調査先の概要

### (1) 長崎県の病院改革の概要

昭和35年以降、県全体での人口減少が続く中で、長崎県議会は、平成12年頃から病院改革の審議を開始した。

平成16年度には、地方公営企業法の全部適用の実施および病院事業管理者直属の病院局への組織改正がなされた。また、平成18年3月末には、一般会計繰入金金の削減や平成21年度経常黒字化をはじめとした改革目標が新たに掲げられた。

さらに、平成21年4月には、県の旧病院局2病院と離島医療圏9病院の11病院を一体となって運営する長崎県病院企業団が組織された。企業団トップの企業長には病院局事業管理者が就任している。企業団への移行に伴って、予算や人事に関する全権限が知事から企業長に委譲されたため、経営トップとしての企業長の公式の権限に基づいたコントロールは強化された。

### (2) 長崎県精神医療センターの現況

精神医療センターは、平成16年度から始まる病院改革以降、規模を縮小しながらも機能の充実を図っている。

平成23年度末の同センターの病床数は139床である。病床利用率を74.7%として、約13億円の医業収益に、約1億2千7百万円の経常黒字を計上している。平成16年に1万4千円台であった同センターの入院単価は、平成23年には2万8千円台まで上昇した。また、平均在院日数は、平成15年に251日であったのに対して、平成23年には112日まで短縮している。

事例研究では、同センターの改革の中でも、平成19年に開設した精神科救急医療センター（以下、スーパー救急<sup>(5)</sup>）について取り上げる。慢性期医療から急性期医療への機能転換を加速

させたスーパー救急の開設は、同センターにおいて、医療現場の業務を大きく変えつつ、医師の行動に影響を及ぼすコントロールを形成するきっかけとなった挑戦的な取組であったからである。

## IV 事例研究：長崎県精神医療センターの病院改革

### 1. 急性期医療への特化

精神医療センターにおけるスーパー救急の設置は、平成17年末の厚労省からの全国の精神科病院に対する、スーパー救急の設置を促す文書の通達が契機となっている。同センターでは、スーパー救急の開設までにいくつかの段階を経ている。

まず、同センターは精神科急性期治療病棟を設置した。院長による診療方針の見直しは、長く慢性期医療に従事してきた同センターにおける急性期治療への路線変更に関係している。平成15年の着任直後、院長は、①長期入院患者の転退院を行った上で、②措置入院のような新規患者を原則断らない、という受診方針を打ち立てた。②の診療方針は、医師の判断で新規患者や入院患者の受入れを断ることも少なくなかったことを背景として打ち立てられている。

次に、精神科急性期治療病棟の設置に伴う、地域支援連携室の新設によって従来は別個であった外来受診と入院依頼の受付窓口が一本化された。

さらに、平成18年度からは、スーパー救急の認証に向けて、時間外や深夜・休日受診者も積極的に受入れていく方針が院長によって固められた。スーパー救急を開設するには、受診者数に関する施設基準<sup>(6)</sup>をクリアする必要があるためである。

最後に、院長は、認証に不可欠な指標として

入退院患者数を設定した上で、副院長の発案によって、毎朝、業務開始前に、前日の入退院に関する実績値を報告する病床管理報告会を開始した。医師たちに認証基準クリアのための患者数を意識させる上で重要な会議体であることから、同報告会には、院長、副院長、看護部長、事務長の他、医師全員が参加している。同報告会は業務開始前の15分程度を利用して開催されるため、医師らの診療活動に支障をきたすことはない。

### 2. 病床管理報告会の実施と医師への効果

病床管理報告会ではまず、毎朝、看護部長によって作成される、各病棟の前日の入退院患者数を示した資料が参加者全員に配付される。続いて、看護部長が資料の内容を読み上げる。看護部長は、資料を読み上げる際に、婉曲した表現を用いながら医師への意識付けを図っている。さらに、報告会終了後には、看護部長から、報告会の内容が電子メールにより院内各部署に送信される。情報は病院全体で共有されている。

同報告会の開始当初、資料に掲載する項目は少数であったものの、必要に応じてデータや指標が追加されていった。現在、報告会の資料には、①目標患者数、②病棟毎の入院・退院・転棟・空床数と月の累積数、③外来受診者数、④今月の急性期入院比率、⑤情報センター相談数、⑥医師の当日の予定、が記載されている。報告資料をA4サイズ用紙1枚に集約することによって、参加者が一見して各病棟の前日の病床稼働状況を理解できるようにしている。

看護部長の同報告会での報告によって、特定の医師を問題視したり、医師の医療行為そのものを否定したりすることはない。報告会の目的は、現状のどこに課題があるのかを医師自身に認識させることにある。院長は、同報告会の実施を介してもたらされた医師の行動の変化につ

いて次のように述べる。

「現場レベルで医師や看護師が最も気にしているのは入退院数ですが（中略）、毎朝ミーティングを開いて、（中略）資料のデータとして医師に見せている。読み上げるだけですが、医師は、ここの病棟が減っているんだなどと分かる、意識して努力してくれる」（カッコ内は筆者挿入）

### 3. 医師の自律性と組織目標

#### (1) 専門的判断の奨励と理想の病棟

院長は、医師による自律的な専門的判断を医師との対話の中で次のように奨励している。

「具体的にこれだけ黒字出すようにとも絶対言わない（中略）医師に言っているのは、好きな医療を好きなだけやれ、それが唯一公立病院のメリットだと」（カッコ内は筆者挿入）

院長が医師に対して財務的な結果を直接的に要求しないのは、同センターの厳しい診療条件を配慮してのことである。院長は、診療条件について次のように述べる。

「急性期病棟の場合、診療報酬が一定なので、高い薬は使えないし、検査も思うようにできない。医師としたらフラストレーションがたまる（中略）スーパー救急であれば、そのような制約された医療に加えて、3ヶ月以内で退院させるとなる」（カッコ内は筆者挿入）

院長の「好きな医療を好きなだけ」という言葉には、制約の中にあっても、可能な限り医師の自律的な判断と行動を引き出したいとの意図が含まれている。

1995年に英国の精神科病棟を視察した経験から、院長は、スーパー救急を運営する上で、医師による自律的な専門的判断の他に、十分な人的資源の必要性を強く認識している。院長が視察した病棟では、潤沢な人的資源によって、救急患者でも隔離時間は平均で2時間以内とい

う高い水準の医療を実現していた。在院日数も2週間以内であった。

同センターでは、平成16年の改革開始以降、病床数が減少する一方で、医師数・看護師数はともに増加傾向にある<sup>(7)</sup>。また、他のコメディカル（臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士）についても、改革以降、増員される傾向にある。さらに、医療従事者に占める精神保健指定医の割合も増加させることによって、医療の質の面でも充実が図られている。

院長は、医療における人的資源の重要性について次のように述べている。

「（同センターが）スーパー救急をするなかで、在院日数が短くなっているのは、特別なことをしているわけではありません。医療、特に精神医療でいえることは、（中略）最終的には人の手が大切になります。つまり、医師、看護師が患者さんの側にどれだけ長くいられるか。これが大切です。人の手が増えるほど医療の質は高まります」（カッコ内は筆者挿入）

院長は、医師の自律性の尊重、および、人的資源の活用を自らの理念としている。

#### (2) チーム医療の実践

同センターでは、平成20年の医療観察法病棟の新設に伴って看護師が増員されたことをきっかけに、チーム医療を本格的に始動させている。医療観察法病棟において要求される高度な診療を提供する上で、診療に関して、医師と、豊富な知識に優れた技能を併せ持つのみならず、患者に接する機会も多い看護師・コメディカルとの意見交流が重要になるためである。

同センターでは、医療観察法病棟で経験を積んだ有能な看護師の10%程度を、毎年、他の病棟（急性期病棟）に配置換えしている。現在では、医療観察法病棟に加えて、急性期病棟においてもチーム医療が実践されている。チーム

医療における看護師やコメディカルの積極的なコミットを通じて実践される質の高い医療によって、在院日数の短縮につながるケースも多い。

### (3) 医療現場における統制活動

同センターでは、毎朝の病床管理報告会の他にも、月次のチーフカンファレンスが開催されている。同カンファレンスは、原則的に医局を含む全部署からの責任者が参加する経営会議である。

同カンファレンスでは、病院の診療報酬に直接的に影響する、平均在院日数の動向が重視されている。また、医業収入、レセプト査定分析、職員給与、当座預金残高といった経営状況に関する情報もモニターされる。

ただし、同カンファレンスに参加する医師はほとんどいない。院長は、医師の不参加に対して次のような理解を示す。

「実際には医者が出てこない。正確には参加できない。医師として出席しているのは、私くらいで、皆診療で忙しく、出席できないのは分かっています」

同カンファレンスへの医師の参加が確実でないからこそ、院長は、毎朝の報告会を、医師一人ひとりの行動を把握する機会としても利用している。

同カンファレンスへの医師の不参加に対して、同センターにおいては、会議体以外の情報共有が図られている。具体的には、スーパー救急の認証維持のための受診者数に関する基準目標の達成度を、カウントダウン形式で毎日更新しながら、誰もが出入りできる会議室に掲示することによって、関係者の目に止まるようにしている。院長は、情報共有については次のように述べている。

「いちいち言わなくても、医師や看護師たちは、それで分かってくれます。実はそういうことをするのが院長としての私の一番の仕事かなと思っています」

同カンファレンスへの医師の参加者がほとんどいない中で、同センターでの収支管理について重要な役割を果たしているのは、看護師である。例えば、救急病棟では、注射針のような医療材料に価格を付けたり、医療材料ごとに在庫数量を定めた上で使用分のみを補充したり、医療在庫の無駄を出さないよう病棟間で融通し合ったりしながら、看護師が現場でのコスト意識の向上を図っている。また、看護師は、収入の機会ロスを見逃さないように、医師による検査の記録漏れを、ひいては医師の行動をチェックしている。

看護師の収益性管理への参加は、看護部長の教育による影響が大きい。院長は、同センターにおいて収益性を最も意識しているのは看護師であることを強調する。また、院長自らの管理への介入よりも、看護師による収益性管理のほうが効果的であるとしている。

なお、チーフカンファレンスと前述の病床管理報告会とは、一部の管理対象においてリンクしている。同カンファレンスにおいて議論の焦点となる平均在院日数の計算式は、延べ患者数 ÷ { (新入院患者数 + 退院患者数) × 0.5 } である。計算式上、病床管理報告会にて重要視される入退院患者数を増加させれば、平均在院日数の短縮につながる。したがって、同カンファレンスに医師が参加しないとしても、日々の病床管理報告会での管理活動の結果は、平均在院日数の結果に反映される。

また、同カンファレンスに参加している看護部長が、病床管理報告会において資料作成や結果報告をはじめとして中心的な役割を果たしているため、同カンファレンスでの議論の結果は、

明示的にも暗示的にも医師に伝えられる。

#### (4) 企業団本部による統制

企業団本部は、精神医療センターに対して、主に、①収支比率、職員給与費比率、病床利用率の改革指標、②公営企業予算、③人事評価制度、④経費節減要求、の4つの観点から統制を行っている。

①の収支比率に関して、交付金が削減される中で（平成14年度の911百万円から平成23年度の489百万円に削減）、黒字を維持している同センターを本部は高く評価する。他の、給与費比率および病床利用率の同センターの実績は、目標に対して高くはないものの、同センターでは専門機能を充実させているだけでなく、収益性も安定させているため、改善を厳しく要求されることはない。

ただし、本部は、病床利用率7割を下回る病院に対しては、無床化を命じた上で、ベッドを地域の基幹病院に集約させながら、企業団全体の効率化の措置をとっている。本部は同センターの実績に対して柔軟な対応を行う反面、目標の未達について必ずしも寛容というわけではない。

②の予算において、いわゆる使い切り予算は認められない。収入に合わせた支出の調整が要求される。予算目標の設定については前年度を上回る値が企業長と院長との間で設定されるものの、院長の理念に基づいて、予算目標を医師個人にまで展開していない。予実管理は、チーフカンファレンスにて実施される。

③の人事評価制度については、企業団発足以降、企業団に属する各病院には、院長を含む医師個人の業績と報酬とを連動させる人事評価制度が新たに導入されている。しかしながら、同センターでは、医療の特性や業務上の制約を勘案しながら、良好なチーム医療を維持するため、

制度を慎重に運用している。

④の経費節減について、例えば、企業団本部は効率性の観点からジェネリック薬剤の使用率の目標値を定めているものの、同センターの利用率は高くない。同センターは県の中核病院であることから、また、上述の通り、黒字を維持している同センターは本部によって高く評価されていることから、院長は薬剤の有効性および安全性を優先している。同時に、院長は、医師の診療上の決定に介入していない。

本部からの統制を受ける中で、同センターでは、入退院患者数を中心とした管理が展開されつつも、医師の自律性は確保されている。

#### 4. 改革の成果

精神医療センターは、繰入金引き下げられながらも、改革開始後5年目の黒字化から4年連続で黒字額を拡大させている。企業団本部も同センターの改革の成果を高く評価している。しかしながら、病床利用率をはじめとして、本部が提示する諸目標すべてにおいて好業績をあげているわけではない。病床利用率が現状8割前後で推移することについて、院長は、救急医療に従事する病院において必然的な数値であるとしながらも、新機能を追加させながら現在の救急医療を拡張する計画を立てている。院長は、企業団からの統制の対象となる病床利用率への対応について次のように述べる。

「(病院の人的資源も含め)機能が上がれば、病床利用率が下がって、それを何で埋めるかというね、新しい機能を付与するという、いつまでたっても、追っかけっこですよ」(カッコ内は筆者挿入)

改革完成年度を迎えた平成23年以降も、本部による統制のもとで、同センターの改革は継続される。



## V ディスカッション

### 1. コントロールの形成に関わる要因

精神医療センターでの経営改革に関わった要因は、次の8点にまとめることができる。

- ①急性期医療への転換のための、受診方針の見直し・精神科急性期治療病棟の設置・受付窓口の一本化・スーパー救急の設置（「急性期医療への転換」）
- ②毎朝の病床管理報告会による、日々の業務の中での医師に対する入退院者数の意識付け（「病床管理報告会」）
- ③医師の自律的な専門的判断の奨励および人的資源の活用を核とした院長の理念（「院長の理念」）
- ④高度な診療を実現する上での、医師、看護師、コメディカルの意見交流を促すチーム医療の実践（「チーム医療」）
- ⑤月次のチーフカンファレンスにおける、平均在院日数のチェック・予実管理（「カンファレンス」）
- ⑥チーフカンファレンスへの医師の不参加の許容と会議体以外での情報共有（「情報共有」）
- ⑦看護師によるきめ細かな収支チェック（「看護師のチェック」）
- ⑧専門機能の充実および収益性の確保の機会としての企業団本部の統制（「企業団本部の統制」）

精神医療センターのコントロールは、必ずしも意図的に形成されたわけではない。さまざまな施策の実施とともに形成されている。以下では、同センターにおけるコントロールの形成、および、「テンション」の調整について、院長によるコントロール、会計コントロール、企業団本部との相互作用の3点から考察する。

### 2. コントロールの形成と「テンション」の調整

#### (1) 院長によるコントロールの行使

精神医療センターにおけるコントロールの形成については、前述の「準官僚制」のメカニズムによって部分的に説明できる。同センターでは、②の「病床管理報告会」や⑤の「カンファレンス」が院長による公式的な権限を用いた統制として見なせる一方で、③の「院長の理念」は、医師への非公式な支援・助言関係を表している。

しかしながら、院内での医師へのコントロール全てが、公式にせよ非公式にせよ院長のみによって行使されているわけではない。事例において、②の「病床管理報告会」や⑤の「カンファレンス」によるコントロールは、④の「チーム医療」や⑦の「看護師のチェック」、あるいは、⑥の「情報共有」によって補足されながら形成されると同時に、③の「院長の理念」の実現に寄与している。すなわち、院長によって行使されるコントロールと、職能を越えたさまざまな管理上の実践との相互補完を通じて（「コントロールの相互補完」）、管理的権限と専門職的権限との「テンション」の調整が図られている。

「コントロールの相互補完」のもとでは、先行研究にみられるような医師の抵抗は生み出されていない。少なくとも改革の妨げになるような医師の行動を院長は認識していない。

#### (2) 医師と会計コントロールとの関係性

コントロールの形成に関して次に、「プロフェッショナル官僚制」の特徴として挙げられるように、同センターでも、予算目標の達成に向けた会計コントロールは、医師に対して直接的に影響を与えていない。同センターにおいては、①の「急性期医療への転換」が図られる中で、医師に対する会計コントロールは、②の「病床管理報告会」における入退院患者数による管理

（「非財務指標によるコントロール」）へと置き換えられている。

入退院患者数を用いた「非財務指標によるコントロール」は、医師の自律的な診療を阻害しない。入院患者数の増加が医師に専門性を追求する機会を提供するのに加えて、退院患者数の増加は医師の自律的な診療による効果を反映するからである。したがって、入退院患者数に対して組織目標を設定するような「非財務指標によるコントロール」は、自律的な診療を追求する医師から組織目標達成のためのコミットメントを引き出していると考えられる。Comerford and Abernethy (1999) において示される参加型予算ではなくとも、「非財務指標によるコントロール」によっても、管理的権限と専門職的権限との両立が図られている。

### (3) 企業団本部と精神医療センターとの相互作用

コントロールの形成に関して最後に、同センターでは、Covalesski and Dirsmith (1983) において指摘されるような、自部門擁護のために予算は利用されていない。⑧の「企業団本部の統制」の下で、医師の自律性の確保と収益性との良好な関係の形成が図られている。

同センターでは、高い収益性を確保しつつ、③の「院長の理念」に基づきながら、専門機能を充実させる上で職員給与費率の引き下げ措置は抑制されている。病床利用率の目標達成も過度に現場に要求していない。予算や経費節減に関しては、「コントロールの相互補完」を通じて医師の自律性を優先させながら現場において管理されている。人事評価制度も④の「チーム医療」を維持するために慎重に運用される。⑧の「企業団本部の統制」は階層的なコントロールとして現場まで一貫して浸透しているわけではない。とはいえ、企業団本部が同センターに対するコントロールを強化していない点におい

て、企業団本部と同センターとの間の組織階層を介した「コントロールの相互作用」を見いだせる。

⑧の「企業団本部の統制」において、同センターの成果は一方的に評価を受けるのではなく、本部側が統制に用いている指標に対する解釈を変容させている。つまり、企業団本部での指標に対する解釈の変容をもたらす「コントロールの相互作用」を通じて、医師の専門性の追求と収益性とのバランスのとれた関係をさらに強固することによって、同センターは管理的権限と専門職的権限との「テンション」の調整を図っている。

### 3. 「テンション」の調整と成果との関係

同センターにおける財務的成果は、③の「院長の理念」のもとで確保されている。①の「急性期医療への転換」による入院患者の増加は、収益の向上に寄与する。財務的成果を得るためのコストの管理については、⑧の「企業団本部の統制」との「コントロールの相互作用」を通じて、職員給与費比率の低下は、同センターにおいて図られていない。しかしながら、医療従事者の増加および④の「チーム医療」による医療の質の向上は、「非財務指標によるコントロール」の対象となる、入院患者の獲得につながる。

収益管理に関してはまた、診療報酬の仕組み上、3カ月を超える入院患者は診療単価の低下を招くため、②の「病床報告会」での「非財務指標によるコントロール」における退院患者数の管理は診療単価の向上につながる。同時に、3カ月以内の退院患者数増加による診療単価の向上は、①の「急性期医療への転換」、③の「院長の理念」、④の「チーム医療」からもたらされる入院患者数の増加と相まって、収益の向上に貢献する<sup>(8)</sup>。

さらに、コスト管理に関して、⑤の「カンファレンス」に対する、⑥の「情報共有」、④の「チーム医療」および⑦の「看護師のチェック」によって構成される「コントロールの相互補完」を介して、医師の自律的な診療を維持しながら不要な支出は抑制されている。

同センターにおいて、「非財務指標によるコントロール」は「コントロールの相互補完」によって組織目標の達成に向けて補強される。加えて、「非財務指標によるコントロール」および「コントロールの相互補完」を基礎に獲得される利益の増加が、新たな「コントロールの相互作用」を生み出している。

以上から、同センターでは、「コントロールの相互補完」「非財務指標によるコントロール」「コントロールの相互作用」が管理的権限と専門職的権限との「テンション」を調整すると同時に、財務的成果の確保にも貢献している。

## VI おわりに

本稿は、経営環境の変化に対して抜本的な経営改革を迫られる組織が、対立要素間に生じ得る「テンション」をどのようにして調整しながら、組織成果につなげようとしているのかについて、事例研究を通じて明らかにすることを目的とした。

事例から得られた結論は、同センターにおいて形成された、職能・組織階層を越えた「コントロールの相互補完」、入退院患者数を用いた現場での「非財務指標によるコントロール」、組織階層を介した「コントロールの相互作用」が、管理的権限と専門職的権限との「テンション」の調整を図っていることを結論として得た。加えて、「テンション」の調整から財務的成果が得られる過程を提示した。

ただし、本稿の結論を提示するにあたっては

いくつか研究上の課題も残されている。第1に、本稿では、単一事例を対象としているため、結論を一般化できない。例えば、長崎県病院企業団に属する総合病院でも同様の改革が進められているものの、得られた成果は長崎県精神医療センターと同じではない。「テンション」の調整過程も異なる可能性がある。「テンション」の調整過程および成果に関して、総合病院についても検討する必要がある。

第2に、第1の課題と関連して、結論の一般化を図る上で、「テンション」の内容の相違に着目しながら、病院以外の非営利組織もしくは営利企業に対して追試を実施する必要もある。

第3に、本稿では、病院企業団全体の階層関係の中でのミドルの役割に注目すべく、主に同センター院長の視点から「テンション」の調整過程を記述した。しかしながら、結論の妥当性を高める上で、院長を通じて設計・行使されているコントロールに対する、医師や看護師をはじめとする現場の医療従事者の認識・行動を考察しなければならない。

第4に、本稿では、長崎県精神医療センターの長期間にわたる改革過程を記述しているとはいえ、Lewis (2000) によれば、変化する環境において、テンションの調整に終点はない。同センターにおいては、医療の質の向上による退院患者数の増加が病床利用率の低下を招くため、現在、救急医療の拡張による入院患者数の増加を計画している。したがって、救急医療の拡張をはじめとした、「テンション」の調整過程に影響を与える要因に関して、さらなる長期的な検討が必要になる。以上については今後の検討課題としたい。

(謝辞)

インタビュー調査に協力して下さった長崎県病院企業団の医療従事者および事務職員の方々に改

めて御礼申し上げたい。誤謬があれば、責任はすべて執筆者に帰す。尚、本稿は、科学研究費補助金（若手研究（B）, 課題番号 24730400; 基盤研究（C）, 課題番号 24530548）の助成のもとで作成されている。

（注）

- (1)「プロフェッショナル官僚制」の特徴としては、①医療活動が医師の専門知識・スキルによって占有されている、②医師の権限は職位ではなく専門知識に基づいているため、管理職の医師であっても、部下の医師に対して非公式性の高いコントロールを利用する、③予算のような管理システムによる統制がなされるものの、医師の専門職的権限は管理部門側のコントロールからほとんど影響を受けない、の3つが挙げられる。
- (2)組織成果として、他病院と比較した相対的な支出、資源獲得の能力、医療プログラムの名声、学部・大学院の医療プロフェッショナルの指導力、医療の質、が測定されている。
- (3)事例対象病院における組織成果は、財務的成果のみを指すわけではない。筆者らの関心は、組織成果そのものではなく、あくまでも組織成果を獲得しようとする過程にある。また、執筆時点においても、事例対象病院でのテンションの調整は継続している。それゆえ、事例対象病院にとって、テンションのマネジメントの最終的な結果としてどのような状態が望ましいのかについて言及することは避けたい。
- (4)具体的には、2008年7月18日に旧病院局（企業長、事務局職員）、同年10月8日に県立島原病院（院長、副院長、看護部長、事務長、事務職員）、2009年9月11日に県立島原病院（事務長）、同年9月14日に企業団本部（事務職員）、同年10月9日に精神医療センター（院長、看護部長、事務職員）、2012年5月30日に企業団本部（企業長、副企業長、事務職員）、同年7月24日に精神医療センター（院長、副院長兼看護部長、事務長）においてインタビューを実施している。
- (5)1996年に診療報酬に加えられた「精神科急性

期治療病棟」よりも、設置基準や医療費給付において上回るため、一般的に「スーパー救急病棟」と呼称されている。

- (6)年間の入院患者のうち、非自発入院6割以上、3ヶ月以内に精神科への入院歴のない患者新規入院患者4割以上、3ヶ月以内に自宅退院できる患者6割以上の達成が求められる。
- (7)173床を有していた平成16年において、医師数は10人（常勤・レジデント含む、指定医6名）、看護師数は89人であった。139床を有する平成24年時点では、医師数および看護師数はそれぞれ、11人（常勤9名・レジデント2名、指定医9名）、110人に増員されている。
- (8)状況によっては、収支の観点から、平均在院日数の短縮を意識するあまり、患者に無理な早期退院を迫る弊害の発生が懸念される。しかしながら、同センターでは、慢性期病棟の存在、および、チーム医療の浸透によって、患者にとって不利益となるような医療の実践は抑制されている。

【参考文献】

- ・西居豪・近藤隆史（2012）、「テンション概念とそのマネジメントに関する理論的考察：マネジメント・コントロールの視座を中心として」『京都産業大学ディスカッションペーパー』2012.
- ・Abernethy, M. A., and P. Brownell (1999), The Role of Budgets in Organizations Facing Strategic Change: An Exploratory Study, *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), pp. 189-204.
- ・Abernethy, M. A., and A. M. Lillis (2001), Inter-dependencies in Organization Design: A Test in Hospitals, *Journal of Management Accounting Research*, 13(1), pp. 107-129.
- ・Abernethy, M. A., and J. U. Stoelwinder (1990), The Relationship between Organization Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg's Professional Bureaucracy Model, *Accounting, Audit-*

- ing and Accountability Journal*, 3 (3), pp. 18-33.
- ・ Abernethy, M. A., and E. Vagnoni (2004), Power, Organization Design and Managerial Behavior, *Accounting, Organizations and Society*, 29 (3/4), pp. 207-225.
  - ・ Bloomfield, B. P. (1991), The Role of Information Systems in the UK National Health Service: Action at a Distance and the Fetish of Calculation, *Social Studies of Science*, 21 (4), pp.701-734.
  - ・ Cameron, K. S. (1986), Effectiveness as Paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness, *Management Science*, 32 (5), pp. 539-553.
  - ・ Comerford, S. E., and M. A. Abernethy (1999), Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals, *Behavioral Research in Accounting*, 11, pp. 93-110.
  - ・ Covaleski, M. A., and M. W. Dirsmith (1983), Budgeting as a Means for Control and Loose Coupling, *Accounting, Organizations and Society*, 8 (4), pp. 323-340.
  - ・ Freidson, E. (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New York: Atherton Press. 進藤雄三・宝月誠訳 (1992)『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.
  - ・ Goss, M. E. W. (1963), Patterns of Bureaucracy among Hospital Staff Physician, in Freidson, E. (ed.), *The Hospital in Modern Society*, NY: Free Press, pp. 170-194.
  - ・ Lewis, M. W. (2000), Exploring Paradox: Toward a More Comprehensive Guide, *The Academy of Management Review*, 25 (4), pp. 760-776.
  - ・ Mintzberg, H. (1979), *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
  - ・ Tuomela, T. (2005), The interplay of Different Levers of Control: A Case Study of Introducing a New Performance Measurement System, *Management Accounting Research*, 16 (3), pp. 293-320.

(近藤隆史：京都産業大学准教授)

(乙政佐吉：小樽商科大学教授)

■ 2013年3月31日受理