

病院看護部の組織構造の特徴に関する一考察

久米和興¹⁾・久米龍子²⁾・村川由加理³⁾

A Discussion on the Characteristics of Organizational Structure of the Hospital Nursing Department

Kazuoki KUME¹⁾, Ryuko KUME²⁾, Yukari MURAKAWA³⁾

Abstract : A hospital is generally a bureaucratic organization. Several departments constituting a hospital, including the nursing department, are bureaucratic organizations. However, the organizational chart of a nursing department includes characteristics unusual for other departments. Specifically, it is shown with the concrete activity locations (each ward section name, outpatient department) where medical service to patients is actually being carried out.

We think this suggests the following three points.

First of all, the characteristic organizational chart of the nursing department comes from the historical fact that nurses have been needed to carry out various management roles at places accommodating sick people.

Next, it is necessary to investigate the relationship with the location of nursing activities in order to understand the essence of nursing duties.

Finally, the objective of nursing duties is the various managerial phenomena, which appear in places where nursing activities are widely practiced.

Key words : Hospital Nursing Department, Organizational Structure, Chart of a Nursing Department

はじめに

病院は医療専門職者をはじめ多くの職員の活動によって成り立っている。しかも、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種類前後にのぼる¹⁾。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

れることにより機能すると考えられる。病院の活動は、個々の患者の疾病治療を通じて患者の入院目的の達成を目指すものであるが、このために重要なことは、その活動が常時維持されていなければならないということである。ここで病棟を代表に治療活動の行われる場を治療の場²⁾と呼べばそこは24時間機能が維持される事が必要であるということである。

1) 山形県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科
〒990-8540 山形県山形市上柳260
Department of Nursing, Yamagata Prefectural University
of Health Sciences the faculty of Health Science
260 Kamiyanagi, Yamagata-shi, Yamagata, 990-2212, Japan
2) 豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科
〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下20-1
Department of Nursing, Faculty of Health Science,

Toyohashi Sozo University
20-1 Matsushita Ushikawa-cho, Toyohashi, Aichi,
440-8511, Japan
3) 名古屋市立大学 看護学部
〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1
School of Nursing, Nagoya City University
1 Kawasumi, Mizuho-Cho, Mizuhoku, Nagoya,
467-8601, Japan

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ることが予測される。二つには、治療の場では、入院患者が日常生活を送っているからである。もちろん患者の中には夜間は特に治療処置が実施されない人もいる。しかし、何らかの疾患の治療のために入院し、退院許可が出されるまでは、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と考えられる。一般企業では、休業日があり活動がストップする日を設けることができる。しかし、病院では、外来を休みにすることはできても、病棟の活動を休みにすることはできない。その状況下で何らかの医療行為は継続され、患者の日常生活を維持するための活動は継続される。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。

このような環境の中で病院看護部は、病院内で最も多くの職員数を抱えており、病棟には 24 時間看護師が常在することなどから、その機能は治療の場に課せられる継続性と強く関係していると推測される。本論文の目的はその関係に着目し、病

院における看護部門の組織構造の特徴を組織図と看護師誕生の歴史的経緯に基づいて考察することである。

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³⁾」という定義に従うものである。

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基準を満たす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、職員の持っている資格等は基本的に考慮されず機能別、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⁴⁾で組織図が描かれる(図 1⁵⁾)。

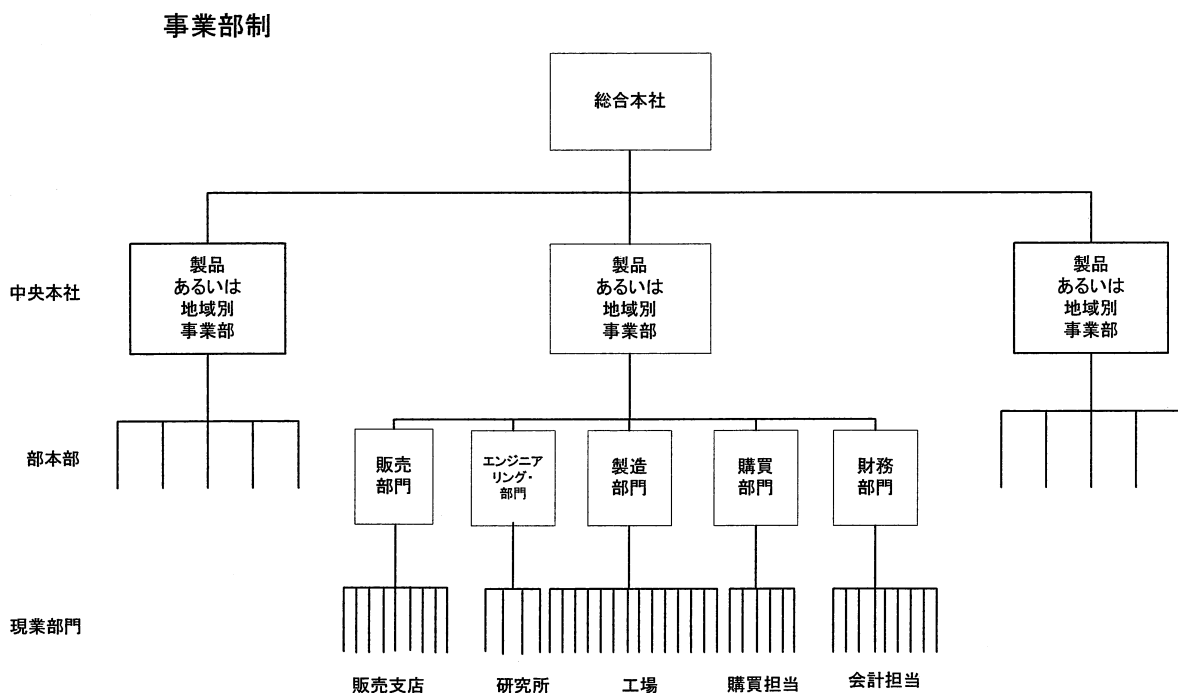


図 1 企業組織図の一例

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2⁶⁾にその一例を示した。通常、理事長ないし病院長をトップにして、副院長が院長を補佐する役割をとりながら、診療部門、診療支援部門、管理部門、看護部門などがおかれている。診療部門の下に小児科、整形外科などの多くの診療科が、診療支援部門には薬剤部、臨床工学部、栄養管理部などが、事務部門には、病院事務部などが置かれ更に医事課、経理科などの各科に分岐している。

診療部門は医師が所属するところであり、その下に多くの診療科目が入る。通常診療部門のトッ

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指揮命令系統が構成される。つまり、診療部門では、医師の専門診療科目による縦割りの組織構造を基本にしていると考えることができる。

また臨床工学部には臨床工学技士が、中央検査部に臨床検査技師が、画像診断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、これらの部の職員の中心は医療専門職者であり、薬

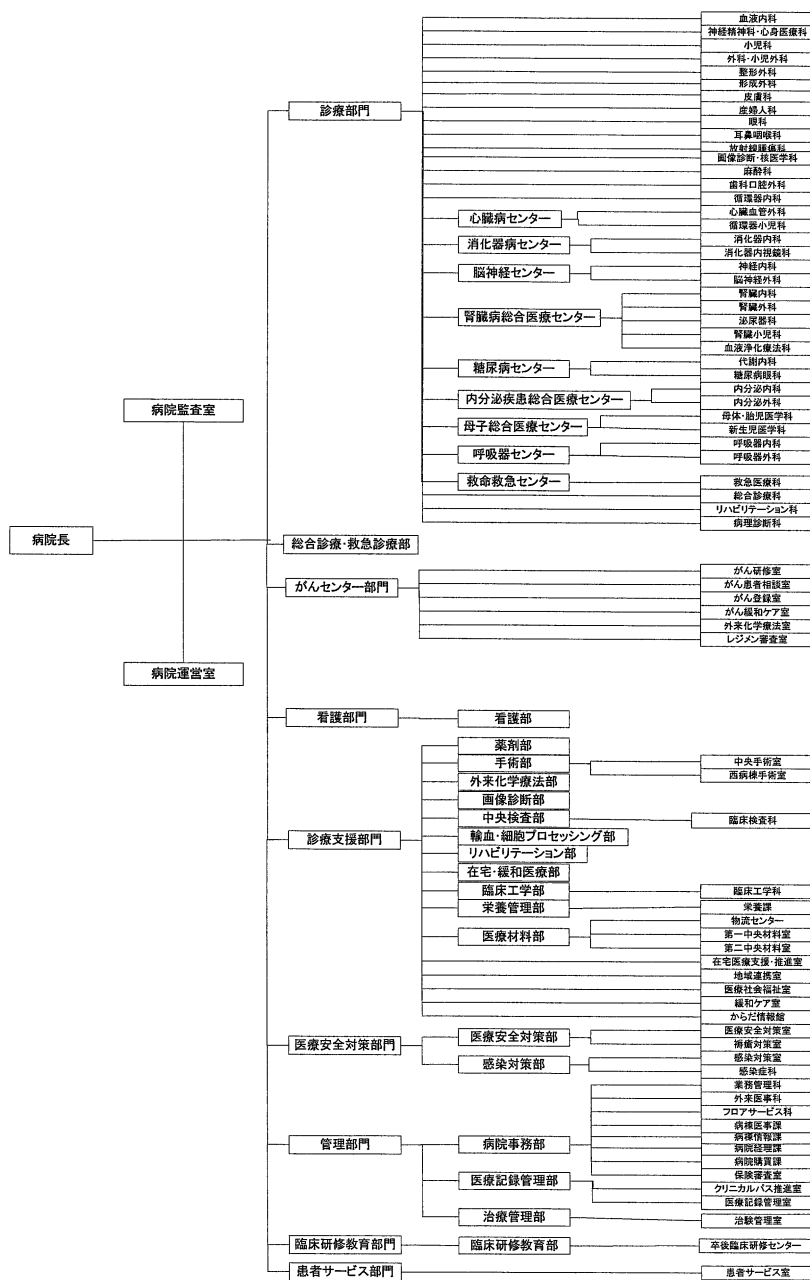


図2 病院組織図の一例

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, 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, 栄養管理部については図2のように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, 事務職員からなる管理部門のトップは事務部長である。事務部長以下の指揮命令系統は, 事務次長が, その下に医事課, 経理課などに分かれ, 各課のトップは, 課長, 係長, 主任, 主事というように事務職員には上から下へ指揮命令系統がある。

これらの部門で行われる業務については大きくは3つに分類することができる。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, 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副院長, 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, 病院が基本的に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。看護部門は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が, 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。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2つの指揮命令系統を持ち, 上から下への裾広がりの階層性の組織構造的な特性を持つことによって, 職員を統括する仕組みを持っているのである。

このような病院組織図の示し方に見られる問題として次のことが言える。図2では, 看護師の指示命令系統は看護部長以下の看護部だけの人間から出されることになる。しかし, 実際には看護師は医師の指示を受けて密接な連携をとりながら病棟や外来で診療行為の一翼を担う仕事をしているのである。この指示を受ける関係がこの組織図から読み取ることができない。もちろん例えばハビリテーション部の専門職員も担当患者の主治医の指示を受けている。しかし通常ハビリテーションの行われる場所は病棟から独立しておかれており, ある程度独立的な行為として見ることも可能である。命令系統の厳密さを要求しなければ, この組織図の示し方でそれほど不都合はないと考えられる。

2 官僚制の特徴と病院

ここで官僚制について言及する。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⁷⁾。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・質的拡大などに対応した大規模かつ合理的な管理機構である⁸⁾ともいえる。つまり, 経営組織の大規模化の過程は同時に企業組織の官僚制化の過程でもあったと言われている⁹⁾ように, 現代における大規模経営組織は, 基本的に官僚制としての構造的特徴を有している。

マックス・ウェーバーは, 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, とくにその「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¹⁰⁾」などの特性について論及し，支配は，支配者と被支配者とにおいて権利根拠，つまり支配の「正当性」の根拠によって，内面的に支えられるのが常であり，支配の「正当性根拠」には，完全に純粋な型としては唯三つのものがあるにすぎず，それは合法的支配，伝統的支配，カリスマ的支配であると述べている¹¹⁾。そして，合法的支配の最も純粋な型として，官僚制的支配を示し，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。

官僚制の基本的原理は，「規則中心の原理」「専門化の原理」「形式合理性の原理」の3つである¹²⁾。「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¹³⁾。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。

官僚制に対する批判もある。現代社会においては，官僚制組織の合理性もその機能の仕方いかんによっては非合理的なものに転化する性質があるという問題が指摘される。また，官僚制組織の成

員による形式合理的行為が徹底されればされるほど，成員による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¹⁴⁾，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。

ラスキとマートンは，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」などの諸特性を意味のものとして，その機能障害の側面から批判している¹⁵⁾。そして，組織目的に向かう活動に支障が生じ組織の機能が損なわれる逆機能 (dysfunction)¹⁶⁾ を引き起こすことを指摘している。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¹⁷⁾。人々を説得する力は，論点についての知識，共有する目的への関与，そして証明された過去の有効性などを含むいくつもの要因に基づいており，影響力を強くするシステムは，命令と権力を基本とするよりも，高い内部的信頼のレベル (a higher level of internal trust)¹⁸⁾ を持つ必要があると主張している。官僚制における合理性が個々の成員の主体性と自律性の喪失の度合いに応じて確保されるものであるかぎり，官僚制組織における人間疎外の問題は，内包されているとみなければならない。

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る場合と，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とがある¹⁹⁾。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²⁰⁾。

さて，病院を官僚制の特徴をふまえて考えれば，その成員の多くは法律に基づいた医療資格が必要

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についても法律の規則によって定められていること、病院長をトップとして階層的な指揮・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ていること、付与された職務、権限、責任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、病院において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3つの原理が貫かれており、基本的には官僚制組織の特性を有していると考えられる。病院は大規模かつ合理的な管理機構である官僚制組織の形態を有することによって多種多様な医療専門職者や事務職員等を、上述の3つの組織原理の適用を通じて統括していると考えられる。以上のことから、本論文で取り上げている病院の基本的組織構造は、官僚制であると理解する²¹⁾。

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、たとえば出身の医学部講座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²²⁾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、病院長の権威がほとんど受容されていないことがわかる発言がみられる。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、このことについて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主張²³⁾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

ことができるのではないかと考える。したがって、医師が所属する診療部に、病院としての官僚制組織構造に組み込まれながらも、その組織構造のもつ支配に縛られていない面があり、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。

最後に日本の看護師就業者の約70%が病院に勤務している²⁴⁾ということ、そして病院の中でもっとも数の多い専門職員であることの二点を背景にして官僚制について論じた意味を2点示す。一つには病院の仕組みは病院長をトップとする官僚制であり、看護師はこの制度の中で仕事をしている。このことから看護師の仕事の重要性ないし専門性を示していく場合、確固とした専門技術を自負する多くの専門職で成り立つ病院の官僚制を前提に考えていかねば説得性のあるものにならないと思うからである。二つには官僚制は命令や指揮系統の一元化が重要なのである。しかし看護師の場合看護部組織の命令と、診療上の医師の指示を受ける二元構造の基に置かれている。もちろんこのルートがないと基本的にチーム医療が成り立っていかないのだが、このことが通常の官僚制で示された病院組織図では示すことができないと考えるからである。

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²⁵⁾」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権限が付与されている。

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²⁶⁾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²⁷⁾。保健・医療においても例外ではなく、先ず医療が専門分化して医師も専門医化しその分野での診断と治療を広範囲に発展させる。するとその機能の専門分化の必要性が生じ、専門医が医療チームの統括的立場^{28) 29)}に立つことを前提に多くの医療専門職が誕生しこれからも誕生していくと考える。

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³⁰⁾とはいえないのではないかと考える。西欧社会では以下のような経緯³¹⁾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。4世紀頃キリスト教世界では教会が事業主になって旅人の家、病者の家、老人の家、貧者の家という施設を作り病者などの世話をしたのが看護活動の原型³²⁾と考えられている。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を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。このような動きを見ると看護師の仕事は病人を収容し世話をするために作られた施設の存在と不可分な関係の中で発展してきたと思われるのである。

日本の場合には以下のような経緯がみられている³³⁾。すなわち、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のイギリス人院長ウイリアム・ウィリスらによって女性看病人が導入されたという。この横浜病院のイギリス人医師による「日本陸軍病院記録」の中には、当時の看病人に関する記載として、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することや、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の記述がみられている。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、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、婦長のサービスの中心は物品管理、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。

これらのことから、現在の看護師という専門職発生の歴史を遡れば、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において全体的継続的な管理を行うことであったとみることができる。したがって西欧でも日本でも、看護師は、病人を収容する施設というものができた結果、そこで病人の世話も含めた施設全体の管理的役割を担うために必要な職業として登場し発展したと考えられる。このことは看護師以外の医

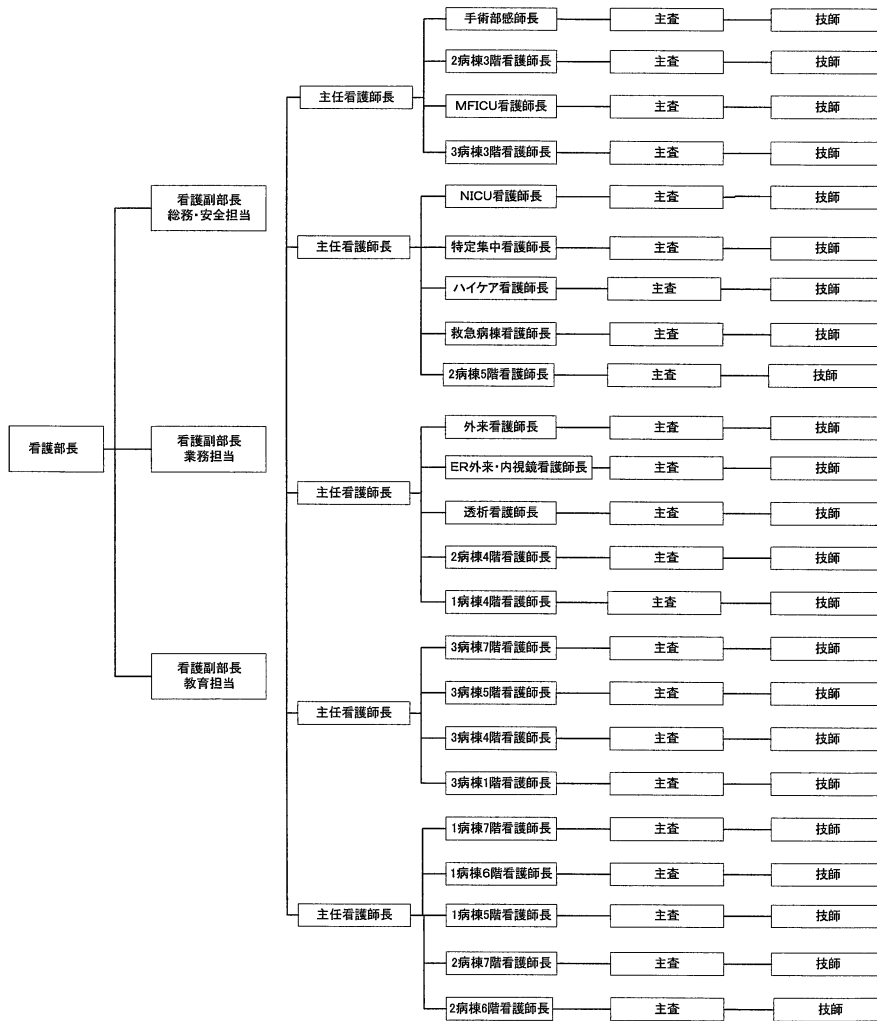


図 3 看護部組織の一例

療専門職種が医師の業務からの分化から生まれたと考えられることと異なっており、注目されるべきところではないかと考える。

病院看護部の組織構造の特徴

病院内で最も多くの職員数を持つ部門である看護部も、当然のことながら病院内の一部門として、その官僚制組織構造を構成している。同時に、所属する多くの看護師を統括するために官僚制組織構造を有している。図3³⁴⁾はその一例である。看護部としての指揮命令系統を表す組織図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て、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（図3では看護副部長以下、主任看護師長、看護師長、主査、技師）に下位の職

員が配置されるという構造である。病棟を構成する看護師長、主任、スタッフ看護師で構成される組織を看護師組織とすると、この組織が診療機能の行使される病棟、外来、手術部などの治療の場とともに具体的に示されていることに特徴がある。それは、通常1つの看護師組織が、外来や複数の病棟からなる治療の場の一つを管理していることを意味している。当然のこととはいえ看護師組織の行う業務がそれと不可分の関係を示していると考えられる。

病院組織図において診療部門は診療機能の観点から整形外科、耳鼻咽喉科のように診療科に別れて示される。室と表すところもあるが具体的な部屋を意味するのではなく機能を意味している。事務部門も同様に医事課、経理課の様に機能に別れて示される。そこでは看護部は分岐されたとしても病棟などを担当しない副看護部長ぐらいまでである。一方病院看護部の組織図は、患者への医療

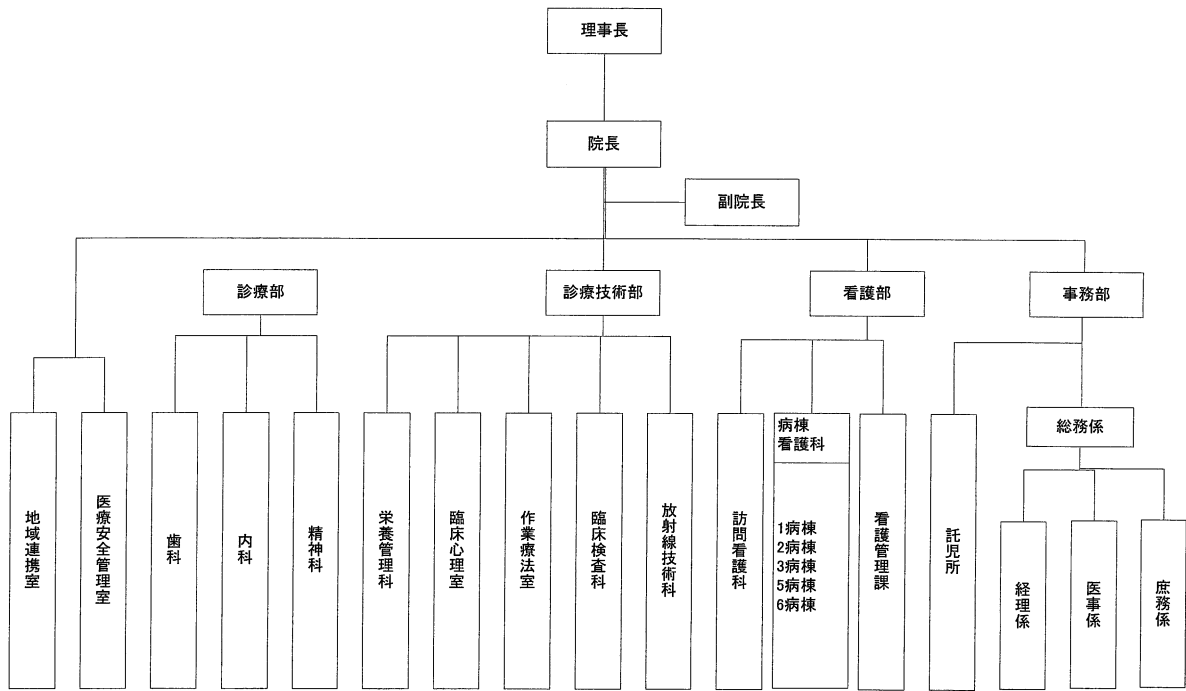


図4 精神科病院の組織図の一例

活動が行われる具体的な治療の場と共に存在が示される部門であることに大きな特徴がある。つまりこの組織図からはおそらく病棟などにおける看護師組織は診療という機能が果たされる治療の場を管理する機能を示している。そして看護部組織図に見る官僚制はその機能を中心に人事等も含めて看護師を全体的に看護部が統括・命令していることを示していると考えられる。

先述したが看護部は病院内で看護師というもっとも多くの専門職員を抱えている。看護部組織を示すために看護部組織図を病院組織図とは別にして示すことは、両者の果たす機能の基本的違いからきていると考えられる。もちろん精神科病院などのように小規模な病院では一緒に示しているところもある。図4³⁾を見れば一目瞭然だが、機能が違うと思われることを並立させるため、診療部と看護部が全く別々に機能しているよう見えること、看護部だけが病棟名が記され他の部門は機能的に分類されていることから少々不自然な図に見える。

終わりに

病院看護部の組織構造の特徴について以上のように考察してきた。病院看護部門は、診療部門などの領域とは異なる組織構造上の特性を持っていると考えられる。その特性は一般企業とは違い、

病院に課せられている治療の場の維持と密接に関係している。このことを踏まえて病院組織図と看護部組織図の関係を更に分かりやすくするために実際の命令系統を含めた病院組織図を展開するのが今後の課題である。

引用文献

- 1) 明石純, 医療組織における理念主導型経営, 組織科学, 2005; Vol. 38 No. 4, p23.
- 2) 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考えことにする. 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.
- 3) 平井宣雄, 青山善充, 菅野和夫編. 六法全書平成14年版, 東京: 有斐閣; 2002. p3893.
- 4) 今村知明, 井出博生, 康永秀生. 医療経営学, 東京: 医学書院; 2006. p244.
- 5) Chandler Jr., AD. (有賀裕子訳), 組織は戦略に従う. 東京: ダイヤモンド社; 2004. p5. (筆者が内容を変更しないで書き直した.)
- 6) <http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/hospital/>

- sosikizu. pdf (筆者が内容を変更しないで書き直した.)
- 7) 菅野正, 現代の官僚制, 東京:誠信書房; 1969. p. 5.
- 8) 同書, p2.
- 9) 南龍久, 現代の経営管理, 東京:中央経済社; 2007. p162.
- 10) Weber, M. (世良晃志郎訳), 支配の社会学 1. 東京: 創文社; 1960. p91.
- 11) 同書, p32-59.
- 12) 前掲書 7), p163.
- 13) 南龍久, 現代企業の経営組織, 東京:白桃書房; 2002. p34.
- 14) 同書, p38.
- 15) 前掲書 7), p7.
- 16) Merton, RK. (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. p181-186.
- 17) Heckscher, C. "Defining the Post-Beureaucratic Type," C. Heckscher & A. Donnell on Edited, The Post- B ureaucratic Organization, Sage Publications, Inc. 1994. p25,
- 18) 同書 ヘックシャーは, この信賴の要素は相互依存であるとしている.
- 19) 前掲書 5), p6.
- 20) 前掲書 5), p8.
- 21) 前掲書 11), p6-7 ここで官僚制組織という場合, それはバーナード理論の協働システムにおける組織の構造のことである.
- 22) 前掲論文 1), p23.
- 23) 前掲論文 1), p24.
- 24) 厚生統計協会, 国民衛生の動向 2009, 東京: 厚生統計協会出版界; 2009. p189.
- 25) 看護行政研究会監修, 看護六法平成 18 年版, 愛知県:新日本法規出版株式会社; 2006. p718.
- 26) 保健・医療社会学研究会編, 保健・医療における専門職, 東京:垣内出版; 1983 年. p1.
- 27) 同書.
- 28) 今田拓, 千野直一編. リハビリテーション医療社会学. 東京:医歯薬出版; 1996. p. 8-9.
- 29) 砂原茂市編. リハビリテーション概論. 東京: 医歯薬出版; 1996. p. 345-347.
- 30) 前掲書 23).
- 31) Catherine. DF, Georgette, P. (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. p 9-18.
- 32) 井上幸子, 平山朝子, 金子道子編. 看護学大系 第一巻 看護とは [1]. 東京:日本看護協会出版界; 1996. p. 66-163 .
- 33) 井部俊子編, 看護管理学習テキスト①ー看護管理概説ー. 東京:日本看護協会出版会; 2003. p23-30.
- 34) <http://www.pref.ishikawa.jp/ipch/annai-27-2.html> (筆者が内容を変えないで書き直した.)
- 35) http://www.tokujinkai-fuji.jp/_img/spec-C/soshiki.pdf (筆者が内容を一部改変して書き直した.)
- 2010. 2. 23 受稿, 2010. 3. 2 受理 —

要 旨

病院は基本的に官僚制組織である。看護部門を始め病院を構成する諸部門も官僚制組織である。しかしながら別個に示される看護部門の組織図は病院全体の組織図に見られない特徴を示す。即ち患者への診療行為が行われる具体的な活動場所（各病棟名, 外来）とともに示されるという特徴を持つ。このことは以下の3点を意味すると考える。

第一に, 看護部門の特徴的な組織図は, 病人を収容世話する施設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している。第二に, 看護師業務の本質を包括的に理解するためには, 看護師の仕事が行われている場との関係の中で追究する必要がある。第三に看護師業務の対象は広く業務が行われる場に生まれる諸々の管理上の現象である。

キーワード: 病院看護部, 病院組織図, 看護部組織図