

〔論文〕

学習する組織と文化に関する一考察 ——安全文化とマネジメントシステム——

A Consideration on the Learning Organization and Culture :
Safety Culture and Management System

日向浩幸
HIMUKAI Hiroyuki

病院は、複数の職種から構成される組織である。そのため、医療の質を向上させるためには、組織で質保証の活動に取り組む必要がある。病院には、患者を最優先にするサービスが求められている。患者の病状を良くすることが本来の病院のあるべき姿である。医療の質と安全のマネジメントはその概念や枠組み、実施に至るまで共有されるべきものである。学習する組織と文化の視点から理念とビジョンに基づき恒常的に質改善を実行するマネジメントシステムを論じている。

キーワード：学習する組織、安全文化、組織文化、マネジメントシステム

I はじめに

病院において顧客の視点を実現するためには、利害関係者の権利の認識とガバナンスへの参加、情報開示と透明性の確保、理事会の責任を明らかにすることが必要である。病院では、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などの職種ごとに、専門性を重視した医局、看護部、薬剤部、臨床検査部と部署を分ける組織体制がほとんどである。しかし、専門性が強いと、閉鎖的になり他部門による支援や連携の意識が弱くなる。また、職務を兼任する際、自らの専門業務が重視され、十分に部門横断的活動の職務を果たすことが困難になる。伝統的に医師をはじめとした医療行為を行う医療専門職と組織運営に責任を持つ経営管理者の間で考え方や行動様式が異なり、双方の理解が十分に深まらず組織的に調和した行動が難しいといわれている。こうした部門間での整合性が取れていない対策や、部門ごとでの異なった対策実施により標準化がなされていない状況に陥る。

病院という組織の特徴から医療事故との関係について検討すると以下のようなことがいえる。医師と患者という1対1の関係から医療提供の効率性を重視して患者を多数集めて規模を拡大する、いわば規模の経済によって効率的な医療を提供する装置といえる。しかし、効率性が重視された結果として、エラーが起きやすい状況が生み出されていると考えられる。医療は医師の指示に始まり、それを引き継ぎ他の専門職が業務を行っている。この業務の移譲について段階が増えるほどエラーが起きやすくなる。さらに大規模病院の特徴でもあるが、一人の患者に多くの同じ専門職が関わるほど業務の引継ぎや情報の共有化が必要となりエラーが起きやすくなるものである。

医療事故防止に関しては、個別の改善事例は数多くあるが、マネジメントシステムの観点から取り組んだ研究はこれまでにない。また、病院でのISO9001や病院機能評価の受審事例は数多くあるが、どの病院でも別々の活動と捉えられており、これを統合した一つの質マネジメントシステムを構築するという取り組みは行われていない。

本稿では、学習する組織と文化の視点から継続的に改善しながら医療の質を向上させるマネジメントシステムを考察する。本研究では2病院をリサーチサイトとして、これらに対する調査を長期間¹⁾にわたって行い安全文化醸成のための組織学習を促進する統合モデルを提言する。

II 学習する組織

病院は、各診療科、各部門で言語や教育が異なることが多い。特に規模が大きくなった場合や複数の大学の医局から派遣されている場合などは共通の言語が病院内に存在しないことが多い。さらにまた、看護師は看護教育の中で育ち、事務職は経営学部や経済学部などの中で育ち、理学療法士や作業療法士もその専門教育の中で育っている。すなわち、皆バック・グラウンドや思考方法や言語が異なるのである。それに輪をかけて職能別に組織されているのが病院であり、院内の共通言語が育ちにくい環境にあった。したがって、病院では組織学習がなされ、個人の職務遂行がコミュニケーションを通じて他者の認識するところとなり、必要に応じてその他者との間に協働がなされることが必要である。

学習する組織（組織学習）という概念をはじめに提唱したのはArgis (1997) である。Argis (1977) によると、組織学習とは誤りを発見し是正するプロセスであるとされ、それにはシングル・ループの学習とダブル・ループの学習があるとされる。戦略実行のための計画との関連でみると、シングル・ループ学習では計画から現実が逸脱していることが発見された時に、計画達成に向けて軌道修正は行われるが、その計画や戦略自体の妥当性については疑問視されないのである。他方、ダブル・ループ学習では、計画から現実が逸脱したことをきっかけにして、その計画や戦略自体の妥当性が再検討されることになる。

Probst and Buchel (1997) は、個人学習と組織学習の橋渡しが行われる要件として、コミュニケーション、透明性、統合化の3点をあげている。そのうえで、この3点が充足することで組織メンバー間に情報が共有されることの重要性を述べている²⁾。これに関連して、松尾(2009) は、組織内のコミュニケーションを促進させながら、理念を中心とした戦略の実行に向けミドルリーダーと価値を共有し、現場を巻き込むことで病院の変革を推進している。病院組織の従業員が自ら進んで変革する意識を共有するにはSenge (1990) が提唱するラーニング・オーガニゼーションの構築がある。Senge (1990) は、従来の管理する組織を学習する組織に変換するためには5つの行動原則を組織メンバーが習得する必要があるとしている。5つの行動原則は、システム思考、パーソナル・マスタリー、メンタル・モデル、共有ビジョンの確立、チーム学習の5つである。

十川 (2001) は、共有ビジョンが学習のための集中力やエネルギーをもたらすとし、共有ビジョンを通して、人々の個人学習が組織学習へと統合化されると主張している。共有ビジョンを通して個々の人々の経験や個人のノウハウ・技術は共有化された目的の達成に向かって組織学習を促進するのである。その結果、組織の中に分散していた個人が持っているノウハウや技

術が統合化されることになる。学習を知識の拡散をもたらす学習と知識の増加をもたらす学習に区別することと同様に、組織学習を組織知の拡散をもたらす組織学習と組織知の増加をもたらす組織学習に区別することができる。前者は、組織がその組織を構成する個人を對象に、教育や研修などを通じて組織の中にすでに蓄積されていた知識を伝えることである。他方、後者は、組織を構成する個人の個人学習によって増加された個人知が、組織の他の構成員と共有され、ひいては新しい組織知として組織の中に改めて蓄積されることである。

この個人学習から組織学習への橋渡しは、BSCのようなマネジメント・コントロール・システムによって可能である。BSCをインタラクティブに利用することによって、組織的な議論や対話が促進され、階層を越えたコミュニケーションを図ることが可能になる³⁾。BSCによって、組織としての目標と部門や個人の目標の整合性をとることが可能になり、従業員達は組織目標の達成に向けて方向づけられることになる。すなわち、このプロセスは橋渡しの要素である透明化と統合化を実現するものであり、BSCは個人学習と組織学習の橋渡しの役割を果たすことが可能になる。Simons (1995) のインタラクティブ・コントロール・システムは、コミュニケーションのタイプ（指令的、議論的、対話的）が議論的、対話的であれば、組織学習を促進することができる。

Ⅲ 組織文化

病院は、診療部門、看護部門、診療補助部門、事務部門など様々な部門からなる職能別組織であるが、診療科（病棟）や手術・外来ごとに診療部門と看護部門あるいは診療補助部門のメンバーが配属されて治療活動を行うものである。分化による統合を効率的に行うような組織設計が必要である。病院組織においてスタッフとは医療従事者を指し、専門スタッフ、事務などの経営管理に携わる人材をゼネラルスタッフと呼んでいる。したがって、2つのレベルのライン・アンド・スタッフがある。まず、医療従事者はラインである医師とスタッフである看護師などのコ・メディカルに分かれる。医師は病院組織の中で中心的な役割を担い、スタッフに対する命令権限をもち、最終的な意思決定を行う存在である。スタッフであるコ・メディカルはラインの補佐的機能を担い、専門的知識や経験に基づく助言・勧告を行うものである。ライン・アンド・スタッフ組織の短所であるラインとスタッフのパワーバランスが顕著であるのが病院組織の特徴でもある。医師とコ・メディカルとの専門職支配の関係から、スタッフが弱く、ラインもスタッフを軽視する傾向がある。そのためにスタッフの専門的立場からの助言や勧告が活用されないこともある。コ・メディカルはスタッフであるが、所属部門はラインであるため、ラインとスタッフ間で対立的な感情が潜在する可能性もある。

次に、医療従事者や彼らが所属する部門をライン、事務をスタッフと考える。この関係を概観する際に、日本と欧米とを分けて考える必要がある。欧米では、専門職組織であっても、経営に関してマネジメントの専門家が運営する。また、米国は医療機関と保険会社との特殊な関係もあり、スタッフの経営管理的権限は日本と比較すると格段に大きいものがある。一般的に、組織は分業と整合によってなされ、整合が何らかの標準化に依拠して行われる構造を官僚的と定義し、専門職業的組織は整合が技能の標準化で行われ、かつ業務の統制力も専門職が有している。一方で、外部機関との交渉、資金調達、予算・給与、労務管理によってスタッフは間接的ではあるが権限をもっている。スタッフのパワーが強くなると、両者の間で対立が問題とな

ることもある。したがって、病院組織は専門職のボトムアップ的な民主主義とそれを支えるスタッフのトップダウンという平行分離した2つの行政構造をもつとされたり、ラインとスタッフによって同時に統制される二重の権限構造とも言われている。

公式のライン・アンド・スタッフ組織と診療活動のライン・アンド・スタッフ構造を同時に示すことができる適切な組織構造はマトリクス組織である。病院組織における診療活動は、内科・外科といった単純な分化ではない。診療科別や消化器系統、がん科など高度な専門別かつ細分化した診療が行われている。ある目的を達成するためには各部門が関連し、プロジェクトに必要な知識や技術をもった各部門の専門家が集まってチームを編成し、柔軟に対応する。これがプロジェクト・チームである。患者を完治させるために、その治療に必要な専門職が集まってチームで患者のケアにあたるものである。また、このプロジェクト・チームが日常の職務活動であり、同時にいくつものチームのメンバーであることも少なくない。公式の指揮命令系統は機能別組織にあるが、活動の実態はプロジェクト活動にたとえられる病棟や救急などの配属先にあり、その中での指揮命令系統で行動する。このような組織においてはピラミッド型の組織とは異なる多重の指示・命令系統が存在する。また職種あるいは診療科間には様々な壁が存在し、情報の伝達を妨げ効率的な業務遂行や質向上の障害となることも多いのである。

したがって、病院では、組織学習がなされ、個人の職務遂行が、コミュニケーションを通じて他者の認識するところとなり、必要に応じて、その他者との間に協働がなされることが必要である。病院は多様な専門家から構成されているが、成果をあげるためには専門家同士の協働が最も重要と考えられている。

組織学習の形態について、Argiris and Schon (1978) は、シングル・ループ学習とダブル・ループ学習に分けて説明している。シングル・ループ学習は、当初の目標と行動の結果との間の齟齬をきたした場合、目標は既存のままで行動に修正を加えるような学習を意味している。この学習では、目標の修正までは行われず、期待と結果の不適合を行動の変化によって修正しようとする。つまり、既存の目標やその背後にある組織の価値観、規範にまで遡って修正を加えるような行動は生起されないことになる。したがって、ルーティン活動の効率化には役立つが、従来の延長線上にない全く新たな価値観を含んだ問題解決にはつながらない学習である。

一方、ダブル・ループ学習とは、当初の目標と行動の結果に不適合が認められた場合、行動面だけでなく、組織の価値観や規範に遡って原因を考察し、当初目標に疑問を投げかけ、新しい価値体系や規範を打ち立てようとするものである。この学習は、組織内に浸透している既存の価値観、規範修正を加え、組織の目指す方向を再構築するために必要な方法である。

すなわち、必要な変革を起こし、組織が学習するためには、シングル・ループ学習を単に蓄積するだけでは不十分であり、ダブル・ループ学習が行われ、組織内の既存の価値観や規範にまで疑問が投げかけられねばならない。いかにダブル・ループ学習を生起させ、組織内に根づかせ、促進していくかが課題となる。

BSCによっても、シングル・ループ学習だけでなく、ダブル・ループ学習が行われる。BSCを運用していて、ある目標が達成できていないことが判明した際に、その目標達成のための是正措置がとられるのは、シングル・ループの学習プロセスである。この場合、その目標自体は妥当であると仮定され、問題は実際の取り組みにあったとされる。他方、目標未達をきっかけにして、その目標や戦略それ自体が疑問視されるのが、ダブル・ループの学習である。この場合、BSC上の目標の再検討が戦略自体の見直しへとつながり、結果的に新たな戦略の策定へと

つながることも考えられる。

組織文化は、組織内外の様々な文化要因がからんで、それぞれの組織内部に固有で独自の文化が形成されたものである。Shein（1985）の組織文化は、ある集団が外部適応と内部統合の諸問題を解決することを学習する際に、生み出し、発見し、開発してきた、良く機能するがゆえに現在でも有効だと考えられている一連の基本的仮定であり、したがって新しいメンバーにもそうした問題に接したときの正しい認識の仕方、思考方法、正しい感じ方として教え込まれるものであると示している⁴⁾。組織文化は、組織成員によって共有されているものではあるが、それらは無意識的に機能する基礎的仮定のパターン、すなわち、実際に行動を導き、グループのメンバーに対してどのように知覚し、考え、感じるかを示すような暗黙の仮定であり、あまりに当然のこととしてみなされているため、通常、下意識にあると考えられている。

組織成員の行動は、組織内で共有された価値観というものによって強く結び付けられており、それによって組織成員を管理することができると考えられてきたのである。

Schein（1985）によれば、企業文化の内部統合の機能とは、企業組織が生き残り、適応し続ける能力を確保するために内部プロセスを統合していく機能であり、組織内部の運営と深い関わりがあると指摘した。組織に特定の強い文化が存在する場合、組織成員の価値観や行動パターンは同質的であり、さらにその生産性も企業文化から強い影響を受けていると考えられていたのである。

IV 安全文化とマネジメントシステム

1 安全文化

安全文化は、原子力業界や航空業界で提唱された概念である。原子力業界では、この事故の調査にあたった国際原子力機関（IAEA：International Atomic Energy Agency）に設置された国際原子力安全諮問グループ（INSAG：International Nuclear Safety Group）がとりまとめた1986年のチェルノブイリ事故の概要報告書で初めて取り上げられ、安全文化を原子力発電所の安全の問題には、その重要性にふさわしい注意が最優先で払われなければならない。安全文化とは、そうした組織や個人の特性と姿勢の総体であると定義している。医療分野では、1999年に米国医学研究所（Institute of Medicine：IOM）から、To Err is Human「人はだれでも間違える」と題したレポートが刊行された。ここでは、医療過誤による死亡者が交通事故による死亡者よりも多いという事実が公表され、医療機関は安全文化を組織の中に根付かせなければならないとその重要性を喚起した。わが国では、2002年の医療安全対策検討会議の報告書「医療安全推進総合対策」において初めて安全文化が取り上げられた。安全文化は、医療に従事する全ての従業員が、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考えおよびそれを可能にする組織のあり方と定義され、厚生労働省の安全な医療を提供するための10の要点の第一項目にも取り上げられている。また、安全文化の醸成と事故の減少の関連も指摘されている。

医療システムでのタスクの特徴は、(1) 中断作業が多い、(2) 多重タスクである、(3) 制御対象の状態が異なる（患者の病気はそれぞれ異なっており、同じものはほとんどない）、(4) 時間的圧力が高い、(5) 情報の質と量が多い、(6) 通常状態はなく、常に異常状態である、(7) やるべき作業そのものが多い、(8) 常に危険なものを取り扱わなければならないため大き

な緊張を強いられる、(9) 標準化が遅れている、など多くのエラーにつながる可能性のある問題が備わっている。

一方、医療システムの多重防護壁は極めて弱いものである。危険を内在しているシステムはトラブルが直ちに事故に結びつかないように多重の防護壁を備えている。しかし、ところどころ抜け穴がある。この受け穴を防護壁の穴に例え、スライスしたスイスチーズに例えたのがReason (1997) のスイスチーズモデルである。Reason (1997) はこのモデルで、チーズの穴がちょうど重なった時に事故に至ると説明している。さらに、Reason (1997) は、仮に安全文化が成熟した状態に到達できたとしても、努力を中断した時点で途切れてしまう危険性をはらんでいると指摘している。加えてReason (1997) は、安全文化について (1) 報告する文化 (reporting culture) / 非難しない文化 (no-blame culture)、(2) 正義の文化 (just culture)、(3) 柔軟な文化 (flexible culture)、(4) 学習する文化 (learning culture)、の4つをあげている。Weick and Sutcliffe (2001) によると、このような4つの下位文化を持った安全文化は、(1) 失敗から学ぶ仕組み (オープンコミュニケーション)、(2) 単純化を許さない仕組み (CFT)、(3) オペレーション重視の仕組み (組織のフラット化)、(4) 復旧能力を高める仕組み (非公式なネットワークづくり)、(5) 専門知識尊重の仕組み (専門家への権限委譲)、などの5つの仕組みによって支えられ、またそれを通して、組織メンバーをマインドフルな (mindfulness) 状態にする。

(1) から (3) は、不測の事態に備えることを目的としたプロセスである。失敗を教訓とし、できるだけ多くのものに注意を払い、オペレーション重視の姿勢を貫くという防止策を講じる。他方、(4) と (5) は、不測の事態の抑制を目的としたプロセスである。つまり、不測の事態が生じる場合に備えて復旧能力を高めておき、実際に虜外の事態が起きてしまったら、弾力的な組織運営を行うことが対応策となる。

事故はシステムに用意された防御を個人が破ることによって発生するもので、一見するとその個人に責任があると思われがちである。しかしその背景には、組織の一般的な諸プロセス (目標設定、組織化、管理、伝達、設計、操作、維持) における誤った意思決定がシステム内に潜在的失敗を発生させている。そして事故が表出するのは、これらの潜在的失敗が、ある課題や環境の下でエラーや違反を引き起こす条件が揃い、たまたまある個人がトリガーを引いたためである。したがって、事故の責任を一概にその事故を起こした個人に押し付けるべきではないと考える。このような危険な潜在要因を減らすためには、表面的なエラーの発生解析に終わるのではなく、過去の事故を貴重な経験として各階層にフィードバックすることが重要である。

組織における安全文化を醸成していくためには、経営層、管理層、従業員層のそれぞれが、安全性向上に向けた努力を、価値観を共有しながら継続することが必要である。共有された認識のもとで安全性向上のための仕組みや施策により、安全管理から介入することで、意識、風土、文化を変え、最終的には、個人の行動を変えていくことが望まれる。このコアになる活動は、潜在的リスクを発見し、除去する活動を業務の一部として実施し、組織学習を進めていくことである。

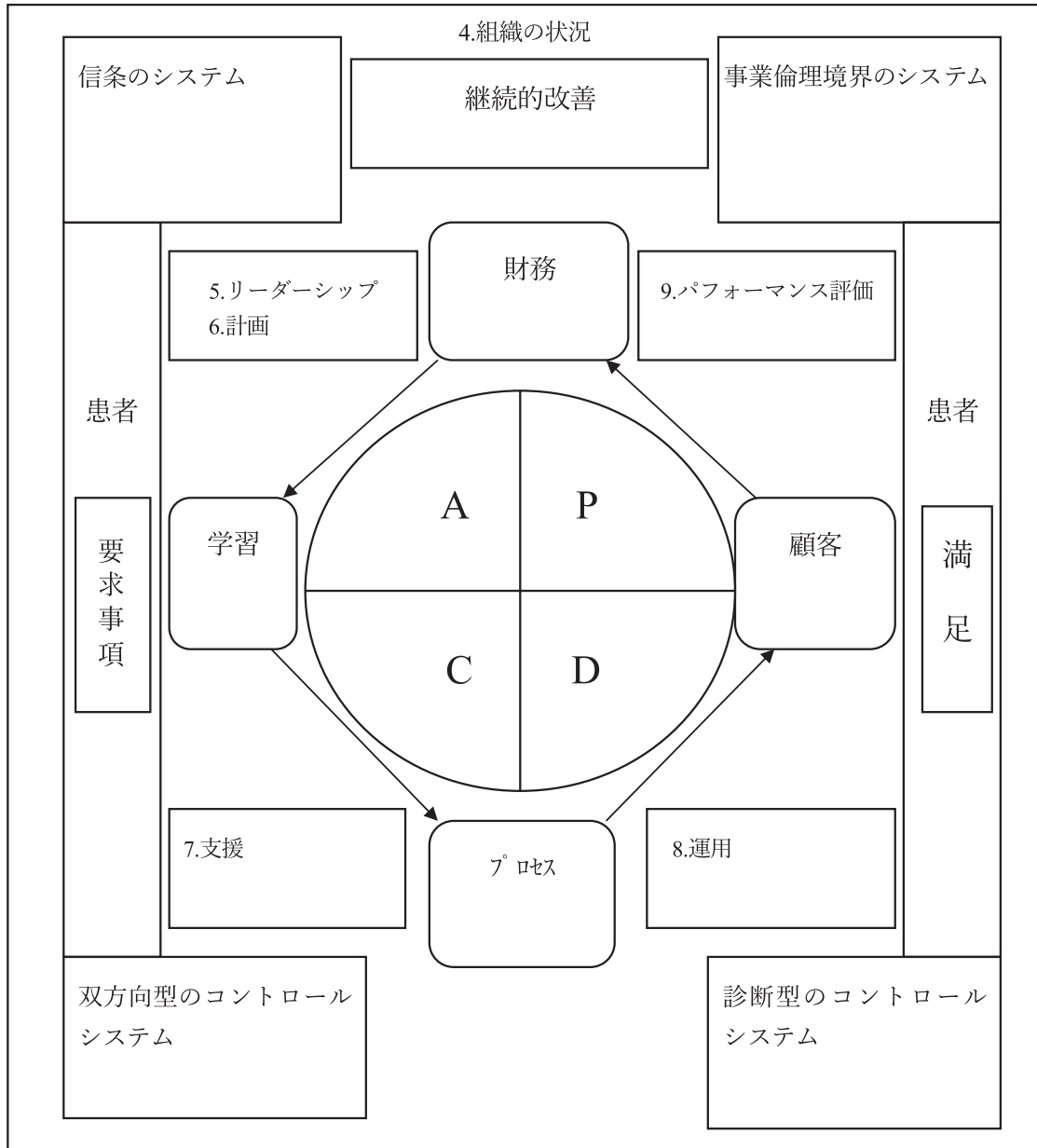
2 マネジメントシステム

福井県済生会病院および済生会新潟第二病院¹⁾では、日頃の業務の中で従業員が迷わないように、判断のための基本的価値観を定めている。福井県済生会病院は「患者さんの立場で

考える」、済生会新潟第二病院は「ともに歩み、支える」をそれぞれ掲げている。福井県済生会病院の基本方針は（1）済生の心を実践する病院、（2）地域の一員として信頼される病院、（3）地域医療、がん医療、急性期医療、予防医療をリードする病院、（4）変革してゆく病院、（5）ともに学び、活力溢れる病院、などの5項目であり、済生会新潟第二病院の行動指針は（1）地域の保健・医療・福祉施設と連携し、患者・家族の元気を支えます、（2）各職種の専門性を活かし協力しながら、高度医療を提供します、（3）患者さんの想いを大切にし、心優しい医療人を育成します、（4）あらゆる活動の成長をとおり、安全と高い質を追求します、などの4項目となっている。

次に、恩賜財団済生会の使命である生活困窮者医療支援および公的病院として地域への信頼される医療の提供の2つを病院の存在目的、使命とした。そして、地域での医療の独自性と継続的な医療サービスの改善、活力あふれる従業員組織をありたい姿としこれらの理念を実践する経営を行っている。

病院では、Simonsの信条のシステムにあるように、組織の基本的価値観、目的および方向性を規定するために、公式的に伝達したり、系統的に強化したりする、明確な一連の定義条項の形をとる公式的なシステムを設定している。いわゆる信条のシステムは、新たな機会の探索を引き起こしたり、方向づけたりするために用いられる。ここでの経営理念によるコントロールは、不確実な環境下では、有効な行動の選択基準として機能する。また、経営理念によって、組織全体にとって最優先となる基準が提示されれば、組織の従業員は、どのような方向でビジネス・チャンスを探索すれば、自分が最も高く評価されるかについて知ることができる。病院スタッフ全員の共有する価値観は「患者さんの立場で考える」「ともに歩み、支える」ことである。この理念そのものが医療の品質保証に必要なものであり、理念とイノベーションの競争優位性を展開するものである。この理念が共有できていれば、間違った方向へ進むことはないと考えている。権限委譲のトップの姿勢が、患者への価値提供の時間を短縮し、現場のやる気や自由な発想の源となり、自ら考え行動できる組織風土につながっていくと考えている。現場でクレームが発生した場合には、現場に意思決定権がない場合は、上司の指示を仰ぐのが普通である。上司や先輩から指示を受けて患者のニーズに対応するまでの時間が、患者にとって不満が増幅する時間である。そして、この対応する瞬間こそが、患者が病院に対して価値を感じ取る瞬間でもある。病院経営も患者あってのことであり、患者によって経営が成り立っていることを考えれば、患者と接する瞬間を大切にしなければならない。そのためには現場の従業員に、意思決定と責任や権限を委譲しなければならない。すべての従業員が、BSCにかかわることで、情報共有・明確な目的の認識・ベクトルの統一が可能となり、結果として患者満足も向上させることができる。病院では人を教育することが最高の教育になると考え、従業員教育にもホワイトベルトと呼ばれる教育チームが主導で行っている。筆者は、福井県済生会病院および済生会新潟第二病院にマネジメントシステムをSimonsの4つのコントロール・レバーにより統合することを提言している（図Ⅳ-1）。



出典：筆者作成。

図IV-1 マネジメントシステム

マネジメントシステムは、ISO9001の第5章から第9章に定めたISO9001のプロセスが生み出す価値を財務、人材、業務プロセス、患者の4つの視点でとらえている。経営資源の運用管理が人材の視点に、高品質の製品・サービスの実現は業務プロセスの視点に、顧客満足度の改善には患者の視点に、そして各視点の目標を達成することが財務の視点すなわち経営者の責任である戦略目標達成につながると捉えている。この4つの視点の維持目標、向上目標を達成していく効果があり、BSCにおける4つの視点はサイクルで連鎖し合い、これらの視点における戦略目標を達成する手段として、ISO9001の「5. リーダーシップ」「6. 計画」「7. 支援」「8. 運用」「9. パフォーマンス評価」などのプロセスが回る。そのプロセスは、PDCAのサイクルを回しながら、目標の達成に向かっていく。財務、人材、業務プロセス、患

者の4つの視点は、向上目標、維持目標という目標でもあり、その中に、「6.2.2 力量、認識及び教育・訓練」、「7.2.1 サービスに関連する要求事項の明確化」、「8.2.3 プロセスの監視」、「8.2.4 サービスの監視」、「8.2.1 患者の満足度監視」などのプロセスを内包している。成果尺度の数値入力の日次で行われ、実績値の確認は月次および年次で行われている。日次の入力作業は従業員の戦略目標の意識づけを促進させ、月次のモニタリングは組織内に戦略の情報を共有させ、コミュニケーションを促進させる効果がある。年次のマネジメントレビューではBSCの仮説検証を目的とし、価値連鎖の効果を検討し次年度の分析と改善につなげている。これらがPDCAサイクルのなかに取り入れられている。

病院の内部監査は、適合の確認と効果確認をインタビューによって行い、部署・委員会のプロセス・サービスの現況をISO9001の要求事項である「9.2 内部監査」に沿って確認している。(1) サービスの個別計画の利用状況に適合しているか、ISO9001規格の要求事項に適合しているか、クオリティマニュアル、業務マニュアルなどに適合しているか、(2) システムが効果的に実施され、必要により継続的改善を実施しているかを目的としている。病院の内部監査は、適合の確認と効果の確認をインタビューを通して行い、部署・委員会のプロセス・サービスの現況をISO9001の要求事項にそって確認していくものである。この病院監査のインタビューを定期的実施することで、部署間のコミュニケーションの向上、ベストプラクティスの水平展開等が各部署・委員会に波及し、変革・改善を引き起こすきっかけになっている。マネジメントレビューは、ISO9001の要求事項である「9.3 マネジメントレビュー」に該当する項目である。特別管理部会（院長・副院長ほか各部部長で構成）とシステム委員会は、このシステムが引き続き適切で、妥当で、かつ有効であることを確実にするために、毎年12月にマネジメントレビューを開催し、その中でシステムのレビューを実施している。

図Ⅳ-1のPlanは、箇条6（計画）が該当する。このPlanに基づいて実行されるDoは箇条7（支援）と箇条8（運用）が該当する。Doの結果をCheckするのは箇条9（パフォーマンス評価）であり、Checkした結果に基づき適切な処置をとるのはActで箇条10（改善）が該当する。そしてActの結果に基づき箇条6（計画）を見直すのである。箇条4（組織の状況）はPDCAサイクルを回すためのベースとなる土台であり、箇条5（リーダーシップ）はPDCAサイクルを確実に回すためにPDCAそれぞれを支援する中核になっている。

戦略のコントロールは、(1) 信条のシステム、(2) 事業倫理境界のシステム、(3) 診断型のコントロール・システム、(4) 双方向型のコントロール・システムの4者によって達成される。これらは連携して機能し、当初に意図した戦略の実行と創発型の戦略の形成の両者をコントロールするものである。このシステムはモチベーション、測定、学習、コントロールを提供し、それによって効率的な目標達成、創造的な適応、収益性の高い成長が可能となるのである。4つのコントロール・システムはすべてコントロールと学習の2つの要素をもっており、これら4つのシステムは同時に機能するものである（図Ⅳ-1）。

BSCの戦略は、総合的であり、活動が統合されたものである。統合は、個人相互の間に共有された理解を開発し、相互調整を通じて調整された行動をとるプロセスである。解釈では、個人の理解や行動に焦点が当てられていたが、統合では脈絡のとれた集合的な行動が主たる関心事となる。このプロセスでは、対話を通じた言語の発達により集団の共有された意味が開発され、対話を通じて集団は新たなより深い共有された理解を発展させることができる。このような統合のプロセスで創造された共有された意味によって、参画した人々は相互に調整された行

動をとれるようになるのである。解釈から統合へのプロセスは、個人学習から集団としての学習への移行を必要とし、個人が構築した認知マップを集団内での共有された解釈に発展させるように統合していくものとして描かれる。すなわち、トップマネジメントから戦略をシステム化することが強調されるのであり、顧客など個別に戦略内容を分解しながら、具体的目標との関連で進展を把握することになる。システム化した活動を組織全体に行きわたらせて、ビジョンを反映した活動系統がくまなく組織に張りめぐらされた基点で、戦略の実行をみることになる。

ISO9001とBSCは、個々の活動が相互に補完し合っている。すなわち、(1) 全体的な戦略と活動（機能）の間には一貫性がある。(2) 活動が相互に補強し合っている。(3) 仕事が最適化している。そして、4つのコントロール・レバーが多くの部門にまたがる意思決定や活動を統合する支援をしている。統合は、1. 企業戦略の策定、2. 事業戦略の策定、3. 業務計画の作成、4. 戦略と業務の実行、5. 戦略と業務の適応からなる一連のマネジメント・サイクルである。

ISO9001とBSCは、Porter (1996) が主張するように、個々の活動を相互に組み合わせてフィット（適合）させ、競争優位と持続可能性をつくり出しているものである。また、Simonsの4つのコントロール・レバーとSengeの学習するモデルの4つの鍵が有機的に連携して相乗効果を促している。加えて戦略マップとBSCとの組み合わせによって、創発された戦略を病院内でオーソライズし、戦略の修正を行っている。その修正プロセスは、第1に財務データである予算をBSCに含まれる多様な指標とともに管理する。これに伴いバランスよく業務管理ループが機能している。第2に、戦略に問題があれば、戦略を修正し、戦略マップを書き直している。書き直した戦略マップに応じたBSCも再構築されている。加えて、BSCとISO9001の融合によるマネジメントシステムで組織全体がコミュニケーションを通して戦略を共有し、新たな戦略を創発するように自律的に組織学習を促進し安全文化を醸成している。

V おわりに

本稿では、学習する組織と文化の視点から継続的に改善しながら医療の質を向上させるマネジメントシステムを考察し、安全文化醸成のための組織学習を促進する統合モデルを提言した。

医療を取り巻く多くの問題が存在する現在、質のよい医療を提供する仕組みを持つことが重要である。質に関する方針および目標を定め、それを達成するためのマネジメントシステムを構築することが求められている。医療におけるマネジメントシステムは、投薬や注射、内視鏡検査、手術といったさまざまなプロセスと人や物などの資源で構成される。患者が必要なサービスを受け、診療が終了するまでにはいくつかのプロセスを経ることになる。適当な大きさのプロセスに切り分けることによりプロセスの相互関係、必要な資源、プロセスの責任者等が明らかになる。プロセスを明らかにして、整理し、実施し、測り、そして継続的に改善するマネジメントシステムを構築する必要がある。ISO9001には持続的な改善の仕組みがあり、問題を解決しながら質を向上させる。さらにレベルアップするためにはBSCとの融合とコントロール機能でマネジメントすることが求められる。

注

- 1) 2014年8月以降毎年継続して福井県済生会病院経営企画部副部長齋藤哲哉氏、済生会新潟第二病院副院長酒井靖夫氏およびSQM事務局上村真喜子氏に半構造化インタビュー等のご協力をいただいている。
- 2) Probst and Buchel (1997), p. 21.
- 3) Kaplan and Norton (1996), p. 252.
- 4) Schein (1985), pp. 174-183.

参考文献

- (1) 上原鳴夫・黒田幸晴・飯塚悦功・棟近雅彦・小柳津雅彦（2006）『医療の質マネジメントシステム』日本規格協会。
- (2) 十川廣國（2001）「ミドル・マネジメントの新たな役割 個人学習から組織学習へ」『創価経営論集』第26巻 第1号, pp. 49-61.
- (3) 中西晶（2007）『高信頼性組織の条件 —不測の事態を防ぐマネジメント—』生産性出版。
- (4) 日本規格協会（2015）『ISO 9001:2015（JISQ9001:2015）要求事項の解説』日本規格協会。
- (5) 松尾睦（2009）『学習する病院組織 —患者志向の構造化とリーダーシップ—』同文館出版。
- (6) Argris, C. (1977) *Organizational Learning and Management Information Systems*. *Accounting, Organizations and Society* 2(2), pp. 113-123.
- (7) Argris, C. and D. A. Schon (1978) *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*, Addison-Wesley.
- (8) Institute of Medicine. (2001). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, National Academies Press (医療ジャーナリスト協会訳『人は誰でも間違える』日本評論社, 2000年)
- (9) Institute of Medicine. (2001b). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Academic Press, Washington D. C. (医学ジャーナリスト協会訳『医療の質—谷間を越えて21世紀システムへ』日本評論社, 2002年)
- (10) Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1996) *The Balanced Scorecard-Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press. (吉川武男訳『バランス・スコアカード—新しい経営指標による企業変革—』生産性出版, 1996年)
- (11) Kotter, John P. & Heskett, J. L (1992) *Corporate Culture and Performance*, The Free Press. (J・P・コッター, J・L・ヘスケット著, 梅津祐良訳『企業文化が高業績を生む 競争を勝抜く「先見のリーダーシップ」』ダイヤモンド社, 1994年)
- (12) Porter, M. E. (1996). What Is Strategy? *Harvard Business Review*, November-December, pp. 61-78. (中辻萬治訳「戦略の本質」『Diamond ハーバード・ビジネス・レビュー』1997年3・4月号, pp. 6-31)
- (13) Porter, M. E. and E. O. Teisberg. (2006). *Redefining Health Care: creating value-based competition on results*, HBS Press. (山本雄士訳『医療戦略の本質—価値を向上させる競争』日経BP社, 2009年)
- (14) Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Ashgate Publishing. (塩

- 見弘監訳『組織事故』日科技連出版社, 1999年)
- (15) Reason, J. (2008). *The Human Contribution : Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*, Ashgate Publishing. (佐相邦英監訳・電力中央研究所ヒューマンファクター研究センター訳『組織事故とレジリエンス 人間は事故を起こすのか、危機を救うのか』日科技連出版社, 2010年)
- (16) Probst, G. and B. Buchel (1997) *Organizational Learning*, London, New York : Prentice Hall.
- (17) Schein, E. H (1985) *Organizational Culture and Leadership*, San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers. (清水紀彦・浜田幸雄訳『組織文化とリーダーシップ』ダイヤモンド社, 1989年)
- (18) Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline : The Art and Practice of the Learning Organization*, Currency Doubleday. (守部信之訳『最強組織の法則』徳間書店, 1995年)
- (19) Simons, R (1995) *Lever of Control : How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Boston, Massachusetts, Harvard Business School Press. (中村元一・浦島史恵・黒田哲彦訳『ハーバード流21世紀経営 4つのコントロール・レバー』産能大学出版, 1998年)
- (20) Weick, K. E. and Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the Unexpected*, John Wiley & Sons, Inc. (西村行功訳『不確実性のマネジメント』ダイヤモンド社, 2002年)

ウェブサイト

- 厚生労働省 home : <http://www.mhlw.go.jp/> (2020年8月8日取得)
- 独立行政法人国立病院機構home : <http://www.hosp.go.jp/> (2020年8月1日取得)
- 社会福祉法人恩賜財団済生会 home : <http://www.saiseikai.or.jp/> (2020年8月1日取得)
- 総務省 home : <http://www.soumu.go.jp/> (2020年8月16日取得)
- 日本医療機能評価機構 home : <http://www.med-safe.jp/> (2020年7月30日取得)
- 日本規格協会 home : <http://www.jsa.or.jp/> (2020年9月13日取得)
- 日本工業標準調査会 home : <http://www.jisc.go.jp/> (2020年9月8日取得)
- 日本適合性認定協会 home : <http://www.jab.or.jp/> (2020年9月13日取得)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) home : <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/> (2020年8月20日取得)
- Institute of Medicine home (IOM) : <http://www.national-academies.org/> (2020年6月10日取得)
- International Organization for Standardization (ISO) : <http://www.iso.ch/> (2020年6月10日取得)
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) home : <http://www.jcaho.org/> (2020年6月10日取得)
- World Health Organization (WHO) home : <http://www.who.int/> (2020年9月9日取得)