

第5章 病院勤務医の長時間・過重労働の軽減を図るために

第1章から第4章を通じて、病院勤務医の長時間・過重労働の実態を確認するとともに、その労務管理の現状と問題点についても確認してきた。これらの問題に対して、2000年代後半以降、2011年の日本学術会議の「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」²⁷⁵の提言や、厚生労働省の「医療機関の勤務環境改善について」²⁷⁶に見られる対策など、種々の取り組みがなされてきているが、それでもいまだ改善されてきているとはいえない状況にある。この原因を考えるにあたって、病院の特殊、複雑な組織と、医師の意識など、旧態依然とした職場慣習に問題があるのではないかと、裏を返せば、その点に気づき変革を推進している病院が、いち早く雇用環境面でも対応を図っているのではないかと考え、大きく3つの点に焦点を当てて検討を加える。まず、第1に、病院経営者のマネジメントの脆弱性と、それに関連する病院の組織、及び病院経営にとって最も重要な医師の確保に関連して、医局講座制の問題について確認する。第2に、医師とその他のメディカルスタッフとの関係性を探り、特に多職種協業における医師側の問題点を確認する。第3に、医師の労働者性認識の欠如について、プロフェッショナリズムとの関係性をみるとともに、労働者性認識の必要性と、そのための組織変革、意識改革の重要性を確認する。これらが、雇用環境の改善を最も阻害している要因と考えられる。

最初に、1つ目の問題について、病院経営に関するマネジメントの脆弱性を示し、それを克服するための、病院の組織構造の変革と、病院における中核的存在である勤務医の雇用管理問題を軸に検討する。

第1節 病院経営者のマネジメントの脆弱性とその克服

1. 病院の組織の特徴

病院は、プロフェッショナルな組織であり、そこに働くメディカルスタッフは多種多様である。また、医師・看護師など、人員配置基準が定められている職種があること、さらにはその職種によって、法律に基づいた業務範囲が定められているということが、一般企業とは著しく異なっている点である²⁷⁷。このような点から、病院の組織は、職員の指揮命令

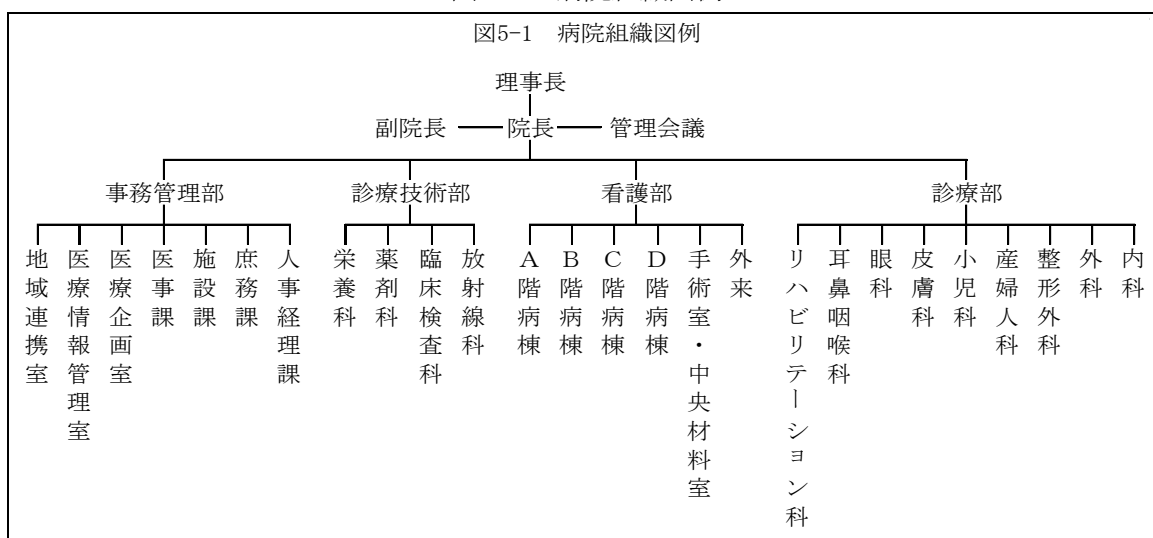
²⁷⁵ 日本学術会議(2011)、「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」2011年9月7日、<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-6.pdf>, (2015/10/15 アクセス)、参照

²⁷⁶ 厚生労働省(2013c)「第33回社会保障審議会医療部会資料3、『医療機関の勤務環境改善について』」2013年10月4日、参照。
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000025364.pdf, (2015/10/15 アクセス)

²⁷⁷ 久米龍子、久米和興、村川由加理(2010)「病院看護部の組織構造の特徴と業務特性に関する一考察」『豊橋創造大学紀要』第14号, 79-93、前掲書80頁参照。

系統や職員の責任の範囲により、基本的には、職種ごとの機能別組織が中心となる。一般的な病院の組織図は、図(5-1)の通りで、理事長や、院長をトップとして、院長の補佐に副院长、トップマネジメントを行う管理会議(呼称は様々)、その下には、機能別に診療部門、看護部門、診療技術(診療補助)部門、事務・管理部門などが置かれ、診療部には、内科、外科、整形外科などのように、各診療科が置かれる。院長は、医師である。これは、医療法で病院の管理者は医師であることを規定しているためである。この点で欧米とは大きく異なる。欧米では、院長は、理事会の任命により多くは医師以外の人を選任され、そのほとんどは、大学院で病院管理学等を学んだスペシャリストである²⁷⁸。因みに、理事長に関しては、現在では、医師とはされていなため、非医師の場合もありうる。

図 5-1 病院組織図例



出典：飯田修平、田村誠、丸木一成(2005)『医療の質向上への革新』、106頁を参照し筆者が簡略化した。

診療部では、診療部長を筆頭に、各診療科長、医長、医師といった順で、上から下への指揮命令系統となり、また、専門診療科ごとに縦割り組織となる。医師は、一般に、病院内に医局といういわゆる医師の執務室があり、大きな病院では、診療科ごとに医局も分かれている。そして、基本的には、そこに他の医療職が集うことはない。看護部は、病棟ごとに分かれ、そのほか医師の診療科に対応した外来担当と手術担当などが構成される。この病棟も以前は、内科病棟、外科病棟などと診療科ごとに分かれているところがほとんどであった。そのほか、薬剤科には薬剤師が、栄養科には管理栄養士・栄養士が、臨床検査科には、臨床検査技師が、リハビリテーション科には、理学療法士や作業療法士が所属している。従来、医師以外は、多くの場合自身の治療の場において業務を行っている。ここでいう治療の場とは、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

²⁷⁸ 印南一路(1998)「組織としての病院」『組織科学』Vol.31 No.3、20頁参照。

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的に行っている場のことをいう²⁷⁹。

事務管理部門には、病院収入のかなめである医事課や経理課、最近では、第3章第2節で示した日本型包括払いシステムであるDPCとの兼ね合いもあって、診療情報等を管理する情報管理室、地域における医療連携を推進する地域連携室など、経営管理、経営企画部門が置かれる。病院は、これらさまざまな専門集団から構成されており、一般企業に見られるような部門間の移動はなく、強固な分業関係が前提となる。以上のように、病院は、院長をトップとして、機能別のメディカルスタッフごとの部門と、事務管理部門の大きく2つの系統を持ち、いわゆるピラミッド型の階層性組織構造が敷かれている。

2. 病院組織における管理システムの脆弱性

このように病院の組織を見てくると、一見病院の組織は統制のとれた官僚組織として見る向きもある²⁸⁰。しかしながら、病院組織においては、組織トップの決定がヒエラルキーを通して下部組織に展開し実行に移されるという管理システムが、十分に機能していないことが多い。経営トップは、各々の部署の運営をその部門の専門職に任せている部分が強く、各部門のコントロール機能は弱いといわざるを得ない。これには、経営トップの権威に対する各部門メンバーの受容が弱いことがあげられる²⁸¹。この点に関して、森は、『権力と組織—組織のなかからの組織論』のなかで、病院における権威の受容についてのインタビュー調査を行っている。まず、同業の医師間においては、診療科目の異なる部門出身の院長の指示に対する勤務医の受容を、表(5-1)のようにまとめている。それぞれ理由があるとはいえ、院長を自分たちのトップとは考えておらず、院長の指示をすべて受け入れていないことを指摘している²⁸²。さらに、「医師は医師を統括せず」という言葉がある通り、同じ診療科に属していても専攻が異なれば、お互い専門家同士という意識が働き、多くの医師は、上司・部下といった関係を想定することができないとも言われている²⁸³。

²⁷⁹ 久米龍子、久米和興、村川由加理(2010)、前掲論文 80 頁参照。

²⁸⁰ 久米龍子、久米和興、村川由加理(2010)、同上論文 85 頁参照。

²⁸¹ 明石純(2005)「医療組織における理念主導型経営」『組織科学』Vol. 38 No. 4, 22-31、23 頁参照。

²⁸² 森雄繁(1998)『権力と組織—組織のなかからの組織論』白桃書房、155 頁参照。

²⁸³ 山城章編著(1980)『ノン・ビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社、312 頁参照。

表 5-1 院長と勤務医との関係（院長の指示と、それに対する勤務医の反応）

院長の指示	医師の反応
薬品の種類を減らすよう	医師には各々効能のわかった、使い慣れた薬があり、皆が同じ薬にする必要はない
カルテの書き漏れをなくすよう	医師にとってカルテの書き漏れよりも診療が優先する
診療報酬を増やして費用を減らすよう	医療は、基本的に収益事業ではなく、医師の使命は、診療にある
診療科の赤字を減らすよう	採算にのらなくても医療提供の使命があり、その点を各方面に説明し協力を得るのが院長の務めである
他の診療科に比べて看護師が多すぎる	看護師の数は診療科によって異なるのは当然、他の同規模病院との比較をすべき

出典：森雄繁（1998）『権力と組織—組織のなかからの組織論』白桃書房、156 頁を基に筆者作成。

森は、医師と他のメディカルスタッフとの間における権威の受容についても、他のメディカルスタッフは、医師に対して批判的であり、医師の意識とのギャップがある。しかしながら、医師の指示は基本的にすべて守られ、その権威は認められているが、逆に他のメディカルスタッフの権威は、ほとんど認められないことを指摘している²⁸⁴。

第 3 章で述べた通り、病院は、多様な専門職から構成されている組織であり、その専門職種や部門がそれぞれの独自の価値観をもって彼ら独自の組織文化を形成している。一方で病院としての理念・ビジョンから病院全体の組織文化があり、専門職の文化とぶつかることもしばしば見られる。さらに、医師においては、同じ医師という資格職であっても、診療科や専門によってもその価値観は異なっている。また、各専門職には、雇用以前からそれぞれが依拠する大学や各種専門養成機関及び職能団体があり、医師のみならず、これら外部の集団から人材の供給を受けていることもあって、各専門職の権威者が外部に存在することもある²⁸⁵。

このように医師を含めたメディカルスタッフは、組織内外に存在する多様な価値観に依拠して、それぞれが異なる価値観を持って行動する。このことが、権限の受容や職種間の協働に影響を及ぼし、組織全体としての管理システムの脆弱性を引き起こしていると考えられる。そのため、医師のみが経営陣に名を連ねているところでは、病院経営者のマネジメントは機能しづらいといえる。したがって、少なくとも最も人員の多い看護部門や、事務部門のトップを副院長などの経営者として処遇すること、つまり、医師以外のメディカルスタッフ側からすれば、自分たちの代表が経営陣に名を連ねることが必要となるであろう。しかし、それだけでは、医師間の問題はまだ解決できない。次に医師間の問題について

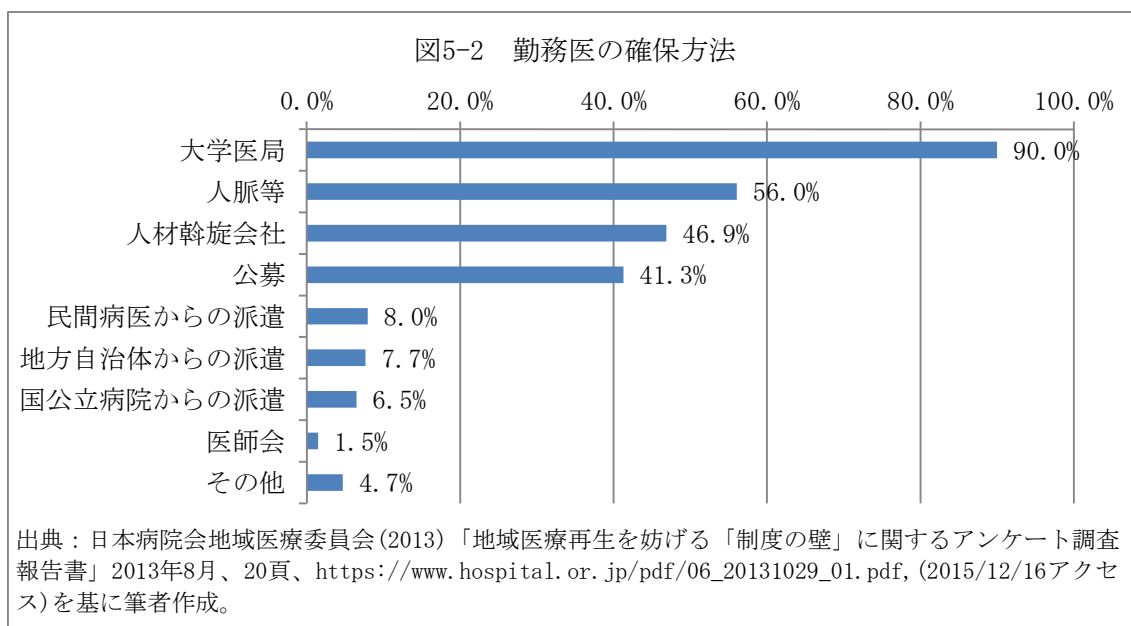
²⁸⁴ 森雄繁(1998)、前掲書 154 頁参照。

²⁸⁵ 明石純(2005)、前掲書 25 頁参照。

て、病院勤務医の雇用システムの観点から、医局講座制との関係を確認する。

3. 医局依存からの脱却

日本では、長きにわたり病院における医師の採用は、大学医局からの派遣という形態によってきた。医局講座制、あるいは、新医師臨床研修制度の項で示した通り、2004年以降、医局の派遣機能は低下したといわれているが、依然その影響は強い。2013年の日本病院会の調査では、図(5-2)の通り、勤務医の確保方法について聞いているが、回答病院339病院中、90%に当たる305病院が大学医局からの派遣をあげている²⁸⁶。この結果を、同じ日本病院会の2007年の調査と比較すると、大学医局からの派遣は、97.8%から90.0%へ、人脈等は、41.9%から56.0%へ、人材斡旋会社は19.0%から46.9%へ、公募は、24.0%から41.3%へと変化してきているが、依然として大学医局からの派遣が他を圧倒している²⁸⁷。



このように、医局機能の低下などもあって、民間の職業紹介事業者の拡大により、病院自らが医師の雇用を決する場面が見られてきたが、多くの病院は、中核的人材である勤務医の雇用に関して、従来の医局の派遣機能に頼っているのが現状である。したがって、ある診療科において、医師の大半が一定の大学医局からの派遣で占められている場合、一般的な会社と異なった状況が見られる。それは、その診療科が、専門的一部門として独立しており、診療科という単位が大学からの出先機関として、あたかも請負として機能してい

²⁸⁶ 日本病院会地域医療委員会(2013)、前掲書 20 頁参照。

²⁸⁷ 日本病院会(2007)「医師確保に係る調査報告書」、12 頁参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/d1/s0410-4b.pdf>, (2015/12/27 アクセス)

るものと考えられる。

大学医局に所属している医師が大学から派遣されている場合、ローテート中の医師は、大学医局に目が向いており、その病院への帰属意識よりも医局への帰属意識が強い。何故なら、自身の将来のキャリアは、医局人事に左右されるからである。指揮命令系統は、病院内に事実上存在しなく、例えば、人事においても欠員が生じた場合の補充は、病院内の人事機能を持っている部署に依頼するのではなく、大学医局に依頼することとなる。このような状況の病院であれば、各診療科を一般の企業の営業部門としてみると、ライン機能に対するスタッフ機能は不全を起こしており、人事労務管理機能はないに等しい。

医局から離脱をして就職をした医師、または、最初から医局に所属せず、自らの意思で就職活動を行い就職した医師の場合は、専門資格業として他の職種と同様労働移動性は高く、現在の勤務医の需給バランスからみればなお更のこと労働移動は容易である。したがって、勤務先の病院にしがみつかなければならない理由は存在しない。さらに、自己のキャリア形成、研鑽の場として病院を考えた場合、今後、他の病院での経験を積むことのほうに魅力を感じる場合も考えられる。このように、医師の間でも医局に所属する医師、学問的、臨床的な成功を目指す医師など様々であり、それぞれが異なるインセンティブや目的をもって行動している。そのために、医師の場合は、経営トップの権力への受容も、場合によっては、診療科トップの権力の受容も、甚だ低いといわざるを得ない。この点から考えると、たとえ、現在の病院の労働環境等に問題があったとしても、自分が直接関わる診療科以外の問題に関していえば、積極的に労働環境改善に取り組むとは考えづらい。医局からの派遣であれば、数年我慢すればローテーションとなり、派遣以外の医師も自分の意にそぐわなければ、他の病院への異動を考慮することが可能だからである。

このような環境のなかで、経営トップは、理念やビジョンを浸透し実現するため、また提供する価値を向上するために、様々な方法を用いて組織を構造化させ、効率的・効果的に運営・管理しなくてはならないが、特に医師は、基本的に自由であって、他からの拘束に関して嫌悪感を持ち、そのため管理といった働きに関しては、根本的に違和感を抱いている。したがって、自分が管理職となった場合も、熱心にその責務を果たそうとする意識はなく、管理的知識に興味もわかない医師が多く存在する²⁸⁸。部長、科長といった役職は、他への権威を明示する役割と、単なる給与の多寡を示すものといえる。

少なくとも一般的な企業のような組織に近づけようとするならば、大学医局との関係は断ち切り、病院自らが直接医師を雇用し、育成する管理システムを構築しなければならない。医師の確保は、病院経営にとって基盤なのである。職場環境・雇用環境を改善するにあたって、経営トップが変革を示すとき、旧態依然とした大学医局からの脱却が一つのキーポイントとなると考える。そこで、次に、雇用改善、職場改善に取り組んでいるといわれる病院に所属する医師の出身大学及び診療科における医局依存を検証することで、病院の変革への取り組みとの関連性を確認してみる。

²⁸⁸ 山城章編著（1980）『ノンビジネス経営の構築』、前掲書 312 頁参照。

4. 職場改善・雇用改善に取り組んでいる病院の医局依存を探る

ここでは、①僻地といわれる地域においても非常に高いレベルの治療を行っている病院、チーム医療を推進している病院、標準化を推進している病院、女性医師の活用を推進している病院、②厚生労働省が運営する「いきいき働く医療機関サポート web（いきサポ）」において、勤務環境の改善に関して取り組み事例として取りあげられている病院²⁸⁹、③NPO 法人イーজেイネット²⁹⁰が運営推進する HOSPIRATE「働きやすい病院評価」認証を受けている病院²⁹¹について、病院の勤務医の雇用管理における医局依存に焦点を当てて検証してみた。これらの病院は、何らかの形で、勤務環境の改善に取り組んでおり、勤務医の労務管理に対して、経営トップの意識が高い可能性があるかと判断したからである。

医局依存の有無に関して、1 つは、その病院の診療科ごとの医師の出身大学の調査により、同じ大学の出身者が過半数を占めた場合に、また、診療科トップと同じ出身の大学が半数を占めた場合は、医局依存があると規定して数値化してみた。その理由は、診療科トップが、その診療科での権限を有しているため、人員が欠員した場合、あるいは増員をしたい場合は、医局依存があれば、人事部等ではなく、診療科トップがその採用活動に動くからである。そのため、以前は、診療科ごとに、ほとんどが同じ大学で占められていた。したがって、半数を超えていても、医局依存があるかどうかは、断定できない面もあるが、診療業務に対して医師の意見が反映されやすいかどうかという点から見て、半数と規定した。また、そのため、1 人医師の診療科は除き、2 人体制の診療科は、出身大学が異なれば医局依存はないものとしてある。また、ここでは、医師を対象としているため、歯科・口腔外科は除外してある。

もう 1 つは、出身大学のバラエティ度である。診療科において、医局依存が低いということは、多くの大学から採用されており、必然的に採用する出身大学がバラエティに富むこととなる。日本では、現在 80 の医学部、医科大学が存在しているが、出身大学数が 80 に近ければ近いほど、全国から採用しており、多くの異なった文化が混入することとなって、特定の大学色は一掃され、病院独自の分化が根ざす可能性が高い。さらに、院長のポストは、以前では、大学医局の権力を示す重要なポストであり、院長の出身大学と同じ大学が多いということは、医局依存との関連性が高いと見ることができる。なお、病院名称、大学名称は、簡略化してある。

表 (5-2) から確認できるように、全国的に著名な聖路加国際病院、亀田総合病院に至っては、採用大学数が、全 80 大学のうち、77 大学、76 大学と、ほとんど全国の大学からの採用となっている。また、1 位大学の占有率においても数%と非常に低い占有率となっている

²⁸⁹ いきいき働く医療機関サポート web(いきサポ) (HP)、

<http://iryoun-kinmukankyou.mhlw.go.jp/outline/>, (2015/10/15 アクセス)、参照。

²⁹⁰ イーজেイネット(HP)、参照、<http://www.ejnet.jp/>, (2015/12/27 アクセス)、参照。

²⁹¹ HOSPIRATE (HP)、参照、<http://www.hospirate.jp/>, (2015/12/27 アクセス)、参照。

る。諏訪中央病院においては、信州大学が、静岡県立がんセンター、聖隷浜松病院においては、地元の大学が1位ではあるが、いずれもそれほど高い占有率ではなく、また、採用大学数も非常に多くなっている。このように特定の大学色に彩られない構成となっており、医師のマネジメントにおいても独自色が発揮できるものと考えられる。

表 5-2 出身大学数と医局依存率①

病院名	都道府県	総医師数	採用大学数	院長出身大学	1位大学	1位大学医師数	1位大学占有率	総診療科	対象診療科	医局依存診療科数	診療科医局依存率
聖路加国際病院	東京都	443	77	京大	日大	22	5.0%	42	34	2	6%
亀田総合病院	千葉県	374	76	岩手医大	東京医歯大	23	6.1%	42	39	0	0.0%
諏訪中央病院	長野県	101	50	信州大	信州大	12	11.9%	27	19	4	21.1%
静岡県立がんセンター	静岡県	219	71	京大	浜松医大	21	9.6%	34	28	0	0%
聖霊浜松病院	静岡県	249	66	新潟大	浜松医大	59	23.7%	45	39	6	15.4%

出典：日本アルトマーク社のデータを基に筆者作成。

次に、表（5-3）においては、済生会吹田病院、済生会栗橋病院、東葛クリニック病院を除き、地元の大学が1位を占め、医局依存もかなり高い病院もある。従来、自治体病院や、済生会などの公的病院は、派遣先として各大学が最も欲していた病院である。過去との比較データがないため、医局依存が変化してきているかどうかは、このデータからは立証は困難である。しかしながら、第4章で、小児科の交代制勤務を採用している病院としてとりあげた藤沢市民病院のような自治体病院が、55大学から採用しており、医局依存もほとんど見られなくなっていることは、筆者が製薬会社の営業部門に所属し、神奈川県を統括していた20年前の姿からは、かけ離れた内容となっている。

表 5-3 医局依存②

病院名	都道府県	総 医師 数	採 用 大 学 数	院 長 出 身 大 学	1 位 大 学	1 位 大 学 医 師 数	1 位 大 学 占 有 率	総 診 療 科	対 象 診 療 科	医 局 依 存 診 療 科 数	診 療 科 医 局 依 存 率
藤沢市民病院	神奈川県	227	55	横浜市大	横浜市大	49	21.6%	27	24	1	4%
済生会熊本病院	熊本県	178	34	熊本大	熊本大	84	47.2%	17	15	7	47%
相澤病院	長野県	138	38	慈恵医大	信州大	38	27.5%	44	27	0	0%
竹田総合病院	福島県	124	32	金沢医大	福島県立大	36	29.0%	24	18	8	44%
済生会吹田病院	大阪府	117	22	京都府立医大	京都府立医大	25	21.4%	22	18	12	67%
近森病院	高知県	109	32	大阪医大	高知医大	42	38.5%	23	20	6	30%
済生会栗橋病院	埼玉県	90	38	山形大	東京女子医大	15	16.7%	19	16	0	0%
潤和会記念病院	宮崎県	54	16	熊本大	宮崎大	21	38.9%	15	11	3	27%
へつぎ病院	大分県	43	12	大分大	大分大	22	51.2%	19	11	4	36%
岡山旭東病院	岡山県	41	14	鳥取大	岡山大	21	51.2%	8	6	4	67%
三友堂病院	山形県	40	16	日医大	山形大	18	45.0%	16	7	3	43%
東葛クリニック病院	千葉県	21	11	東京医科大	東京医科大	9	42.9%	8	5	1	20%

※診療科数が非常に少ない病院は、取り上げていない。

出典：いきいき働く医療機関サポート web(いきサポ)(HP)、

<http://iryou-kinmukankyuu.mhlw.go.jp/outline/>, (2015/10/15 アクセス)の紹介病院に関する日本アルトマーク社のデータを基に筆者作成。

最後に、表(5-4)においては、表(5-3)と同様、自治体病院等の公的病院において、岐阜市民病院や、長崎医療センターのように、従来通り明らかに現在においても医局依存がみられる病院もある。しかしながら、大原孫三郎が創立し、京都大学との関係が深い倉敷中央病院が今や60の大学から医師を採用しているなど、他にもかなり多数の大学から採用している病院があり、個々の診療科の医局依存とともに、採用大学数からも、従来の医局派遣からの脱却が進んでいるものと推測される。

表 5-4 医局依存③

病院名	都道府県	総 医師 数	採 用 大 学 数	院長 出身 大学	1位 大学	1位 大学 医師 数	1位 大学 占有 率	総診 療科	対象 診療 科	医局 依存 診療 科数	診療 科医 局依 存率
倉敷中央病院	岡山県	409	60	京大	京大	81	19.8%	33	28	3	11%
北野病院	大阪府	294	46	京大		83	28.2%	29	26	6	23%
大阪赤十字病院	大阪府	263	43	京大	京大	86	32.7%	32	29	7	24%
湘南鎌倉総合病院	神奈川県	232	69	東京医歯大	横浜市大	12	5.2%	38	27	2	7%
大阪病院	大阪府	185	40	大阪大	大阪大	53	28.6%	23	22	7	32%
聖隷三方原病院	静岡県	168	50	神戸大	浜松医大	50	29.8%	35	30	11	37%
岐阜市民病院	岐阜県	156	27	京大	岐阜大	96	61.5%	27	24	16	67%

長崎医療センター	長崎県	155	26	長崎大	長崎大	93	60.0%	26	25	16	64%
済生会福井病院	福井県	134	28	順天堂大	金沢大	53	39.6%	18	17	9	53%
高松赤十字病院	香川県	115	36	京大	徳島大	34	29.6%	24	19	8	42%
武蔵村山病院	東京都	84	34	北海道大	北海道大 杏林大	11	13.1%	13	11	2	18%
長崎労災病院	長崎県	61	20	川崎医大	長崎大	24	39.3%	15	11	3	27%
京都武田病院	京都府	31	13	近畿大	京都府立医大	11	35.5%	13	4	2	50%
しげい病院	岡山県	27	14	北里大	岡山大	7	25.9%	8	3	1	33%
黒沢病院	群馬県	25	16	群馬大	群馬大	6	24.0%	5	4	0	0%
宮地病院	兵庫県	15	9	徳島大	兵庫医大	4	26.7%	5	2	0	0%

出典：HOSPIRETE (HP)、<http://www.hospirate.jp/>, (2015/12/27 アクセス)の認証病院に関する日本ア
ルトマーク社のデータを基に筆者作成。

以上、地域で見た場合、過去の歴史的な関係や地元大学との関係で、ある程度の大学との依存関係はみられるが、これらの病院は総じて幅広い大学から採用してきている。過去との比較ができないために、必ずしも立証できるデータとは言えないが、従来の大学医局からの派遣構造から徐々に脱却している傾向が見て取れる。

このように、医局依存度が低く、採用大学数が多い病院は、医師の直接雇用を組み込んでおり、そのことは、少なからず診療科に対する組織管理や医師に対する雇用管理がなされていると考えられる。筆者が医薬情報担当者をしていた約20年前には、人事部なる組織があった記憶はほとんどないが、今や人事部が設置されている病院も増加している。人事部が、医師を直接雇用するということは、医師に対する条件提示から始まり、一連の雇用

管理がなされる可能性が高く、また、労働条件の良し悪しが、その病院での定着率を高めることにもつながることは、経営者であれば、十分理解できるであろう。

さて、今まで病院の組織構造をみてきたが、組織図からは各専門職の縦割り構造となっていることがわかる。ところが、患者の治療の一連の流れからいっても、各部門は、全て関係しており、全てのメディカルスタッフの協業が必要となる。したがって、次節では、医師及び他のメディカルスタッフの協業推進に関して、その関係構築とチーム医療の推進の観点から、その組織構造と医師の意識を検討してみる。

第2節 医師及び他のメディカルスタッフの協業関係

1. 医師と他のメディカルスタッフとの関係

前節において、病院経営におけるマネジメントの脆弱性に関して、組織構造と医師の雇用管理に関して確認したが、実は、病院内部の指揮命令系統は複雑で、組織図通りとはなっていない。これには、第1章の冒頭で述べたように、ほとんどの部門において医師が管理者として位置づけられ、医師以外の医療従事者の場合には、その身分法によって医師からの指示・指導・監督を受けなければその業を行えないというように規定されてきたことが関係している。この問題は、医師以外のメディカルスタッフ等の分化の過程にも関係しており、医療の原型である医師対患者の1対1主治医制を基に、医師とその助手によって行われていたものが、法的資格を整え、業種としての独立性を高め、分化発展をしてきたためである。

そのメディカルスタッフの分化発展には、まず、本来医師が行っていた業務が機能化して成立したものに、薬剤師、X線技師、臨床検査技師、理学作業療法士などの技術があり、その関係部門が医師の診療科から分化独立している。また、本来事務部門での一般的サービスであったものが専門化してきたものに、栄養士、MSW（メディカル・ソーシャルワーカー・ワーカー）などがある。そのほか、医学以外の領域から、工学、心理学などの発展に基づき部門化したものなどがある²⁹²。このような発展過程のなかで、一般の組織図では表せない点がある。

日本の病院組織は、はじめ医師1人から始まり、医師の働きを手伝うものとして、看護師、薬剤師、検査技師、事務員などが順次導入され、医師においても他の診療科の必要性に応じ複数の診療科が設置され、診療科ごとの縦の組織が形成されていった。やがて昭和30年代にかけて、医師を頂点とする縦の組織は、図(5-3)で示す横の組織に転換していく。

これは、「中央化」といって、各部署に分散している同種業務をできる限り一つにまとめて処理をする部署を新設したことによる。このようにして、分業の原理により業務の種類ごとに新しい部門が次つぎに誕生することとなった。ここで注目されるのは、医師が命令

²⁹² 車田松三郎(1969)「パラメディカルの研究—論文内容要旨—」、122頁参照。