



管理会計情報に対する認知と医療専門職の職務特性に関する研究

藤原, 靖也

(Degree)

博士 (経営学)

(Date of Degree)

2015-03-25

(Date of Publication)

2016-03-01

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲第6288号

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1006288>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



博士論文

管理会計情報に対する認知と医療専門職の職務特性 に関する研究

2015年1月20日

神戸大学大学院経営学研究科

松尾貴巳研究室

経営学専攻

学籍番号 102B022B

氏名 藤原 靖也

管理会計情報に対する認知と医療専門職の職務特性
に関する研究

氏名 藤原 靖也

目 次

第 1 章	はじめに	1
第 2 章	予備的議論	5
2. 1	医療組織における管理会計システム導入の背景	6
2. 1. 1	医療制度改革の背景	6
2. 1. 2	ニュー・パブリック・マネジメントの基本思考と浸透	8
2. 1. 3	医療組織における管理会計システム導入の進展	9
2. 2	管理会計システムの導入の類型	11
2. 3	本論文における導入概念	12
2. 4	導入研究の一般的な理論的背景	13
2. 5	本論文における問題意識：心理的要素の影響	15
第 3 章	研究課題の設定	19
3. 1	医療組織における目標整合性の確保に関する課題	19
3. 1. 1	医療組織における目標整合性の意義	19
3. 1. 2	目標整合性の確保に関する経営管理上の課題	22
3. 2	医療組織を対象とした管理会計研究における議論	25
3. 2. 1	逆機能に関する議論	27
3. 2. 2	順機能を促進する要因に関する議論	28
3. 3	残された課題	29
第 4 章	仮説設定とアプローチ	31
4. 1	目標コミットメントへの影響に関する仮説	32
4. 1. 1	専門職の認知的側面の影響	32
4. 1. 2	適合関係に関する認識の影響	36
4. 1. 3	熟達過程の影響	40
4. 2	情報活用への影響に関する仮説	40
4. 3	分析アプローチ	44

第 5 章	調査の概要と変数の設計	4 7
5. 1	調査対象	4 7
5. 1. 1	社会福祉法人 A の概要	4 7
5. 1. 2	B 病院の概要	5 0
5. 2	調査対象病院における管理会計システムの運用状況	5 2
5. 2. 1	社会福祉法人 A 全体としての運用状況	5 2
5. 2. 2	B 病院における運用状況	5 3
5. 2. 3	B 病院における看護師の管理形態	5 5
5. 3	調査手続きと倫理上の配慮	5 7
5. 4	変数の設計及び得点化の方法	5 8
5. 4. 1	基本属性について	5 9
5. 4. 2	従属変数について	6 0
5. 4. 3	独立変数について	6 1
5. 4. 4	情報の種類について	6 3
5. 4. 5	自由記述欄について	6 4
5. 5	パイロット・テストについて	6 5
第 6 章	記述統計量と分析結果	6 6
6. 1	記述統計量	6 6
6. 1. 1	プロフェッショナリズムについて	6 6
6. 1. 2	適合関係の認識について	6 7
6. 1. 3	目標コミットメントについて	6 7
6. 1. 4	情報活用について	6 9
6. 1. 5	基本属性について	7 0
6. 2	分析結果	7 2
6. 2. 1	プロフェッショナリズムについての因子分析結果	7 2
6. 2. 2	目標コミットメントについての因子分析結果	7 3
6. 2. 3	調査対象者の認知的特性に関する相関分析結果	7 5
6. 2. 4	目標コミットメントを従属変数とした回帰分析結果	7 7
6. 2. 5	情報活用を従属変数とした回帰分析結果	8 6

第7章 考察	95
7.1 目標コミットメントに関する考察	96
7.1.1 プロフェッショナリズムの影響	96
7.1.2 適合関係の認識の影響	100
7.1.3 経験の影響	101
7.1.4 情報の種類による係数の相違に関する考察	103
7.2 実際の情報活用に関する考察	105
7.2.1 情報活用に対する強度	105
7.2.2 情報の種類による係数の相違に関する考察	109
7.3 本論文における含意	110
7.3.1 行動科学研究に対する含意	111
7.3.2 管理会計研究に対する含意	112
7.3.3 実務上の含意	115
第8章 結論	116
参考文献	119
付録	134
付録1：質問票	134
付録2：個人・病院情報保護の方針	148
付録3：別紙	150
謝辞	152

第1章 はじめに

本論文の目的は、専門職が管理会計情報を活用するために効果性の高い心理的要素を定量的調査により検証することである。

管理会計情報が人々の判断や意思決定に果たす役割は管理会計領域における主要なテーマであり続けてきた(e.g. Bonner,2008; Luft and Shields,2007 for reviews)。その中でも1980年代初頭以降脚光を浴びているテーマの1つは、専門職組織にも管理会計システム導入の必要性が増してきた中で、管理会計システムの導入が専門職の判断や意思決定に及ぼす影響である(e.g. Abernethy et al.,2007; Ittner et al.,2007; Johanson et al.,2006; Pizzini,2010)¹。

専門職組織は専門職が強い権力を握っている組織である。専門職は高度な専門的知識をもとに業務プロセス上の判断および組織業績の大部分を決定づける。この点で、専門職組織は専門職集団によって支配されている組織であるといわれる(e.g. Lewis and Brown,2012; Mintzberg,1983; Silvestro et al.,1992; Simons,2005)。当該組織では、第1にマネジャー層よりも専門職層の方がより多くの私的情報を有しておりモラル・ハザード等の逆機能が起こりやすいと指摘されている(e.g. Ittner et al.,2007; Pizzini,2010)。第2に、専門職による統治の論理が強く働くためマネジャー層が専門職を管理する権限は弱体化すると言及される(e.g. Abernethy and Vagnoni,2004; Reed,1996)。その結果として、組織が望む目標と専門職が有する目標との整合性の確保は非常に難しい問題であると指摘されてきた(e.g. Almqvist,2001; Johanson et al.,2006)。

とくに代表的な専門職組織である医療組織において、目標整合性に関する課題は繊細な課題であり続けている。確かに一方では管理会計システムの導入・変革の成功事例が主にケース・スタディによって示されている(e.g.

¹ 本論文における管理会計システムには、組織内部の利益あるいは原価額などの指標を測定・管理することを主目的とする管理会計システムと、外部の競争環境を勘案し戦略的競争優位を確保するためのシステムの双方が含まれる。

ただし、管理会計システムの導入という場合の管理会計システムは、戦略的競争優位を確保することを目的とした管理会計システムのことを指す。

Abernethy and Chua,1996; Aidemark,2001; Eldenburg et al.,2010; Lehtonen,2007; 荒井,2009; 衣笠,2013; 谷ほか,2005)。しかし他方で管理会計システムの導入・変革の失敗事例も報告され続けてきた(e.g. Broadbent et al.,2001; Fisher and Ferlie,2013; Jacobs,1995; Jones and Dewing,1997)。わが国でも、管理会計システムの医療組織への導入に関しては医療専門職の同意を取り付けることが一番の課題であることが指摘されている(e.g. 伊藤,2004)。

先行研究では、その源泉をプロフェッショナリズムという職務特性に関する認知と組織内部の規範とのテンションに求めてきた(e.g. Birnberg,2011; Bonner,2008; Hall et al.,2005; McGregor et al.,1989; Shafer et al.,2002; Shields and Young,1994; Suddaby et al.,2009)。そして当該テンションを克服するためには、とくに会計コントロールと非会計的コントロールとの併用が有用であると指摘されている。例えば組織社会化(e.g. Shein,2010)やクラン・コントロール(Ouchi,1979)の併用などが代表例である(Abernethy et al.,2007 for a review)。これらは、管理会計システムの複雑性を認め、それらの組み合わせの効果を検討しているコントロール・パッケージ論などに寄与してきた面がある(e.g. Malmi and Brown,2008; Simons,1995)。

すなわち管理会計研究では、専門職の有する価値観すなわちプロフェッショナリズムに抵触せず、管理会計システムを有効に機能させる要件が検討されてきたとあってよいであろう。先行研究でも、専門職の有する職務特性に関する認知が行動に大きな効果を及ぼすことも確かに議論されてきた(e.g. Hall,1968; Hampton and Hampton,2004; Kerr et al.,1977; Shafer et al.,2002)。

しかし、そもそもコントロール・システムを変容させたところで医療専門職が有する職務特性に関する認知的側面は短期的には変化しない。このことを勘案すると、本当にプロフェッショナリズムという認知的・属人的要素のみが管理会計情報の活用度合いに寄与しているのであろうか。プロフェッショナリズムよりも強い効果を有するものの見過ごされてきた心理的要素はないのであろうか。

本論文では、管理会計情報の活用に関する議論が分かれていることを説

明する要因の1つは認知的要素ではなく、他の心理的要素であると予測した。とくに組織行動論における知見に基づけば、個々人に与えられた目標が達成可能であるという認識あるいは努力すれば達成できるという自信が行動を喚起させると説明されている (e.g. Bandura,1997; Locke and Latham,1990; Vroom,1964)。さらに、ある目標が人々のニーズを阻害しない、あるいはニーズと合致しているという認識が行動のドライバーとなることも示されている (Kristof-Brown et al.,2005)。

本論文では上述の組織行動論の枠組みに依拠し、管理会計情報・管理会計システムの効果性に職務特性に関する認知がどの程度効果があるのか、そして別の心理的要素にどの程度効果があるのかをサーベイ調査により検証している。管理会計研究ではプロフェッショナリズムという認知的要素とその他の心理的要素に同時に着目し、どの要素が一番強い影響を及ぼしているのかを検証している研究はなかったのである。

以上の問題意識のもと、本論文では非営利組織である1病院に属する看護師153名全員に対して調査票調査を実施した。そのうち、有効回答の得られた110名の回答結果を分析し、心理的要素の強度を検証した。

本論文の分析結果は、第1に一番有意な効果があったのは職務特性に関する認知でも目標に対する意欲の程度でもなく、職務特性と管理会計情報との適合関係の認識であったことを明らかにしている。第2にその影響は、従来専門職にとって抵抗を呼びがちであると指摘されてきた原価・利益情報を含む経済性・効率性を表す財務・非財務情報にも有意な正の効果が認められたことを示している。

本論文の分析結果は、第1に管理会計情報の種類のいかんに関わらず、職務特性と管理会計情報とが適合していると感じる程度を高めることによってマネジャーが専門職を管理可能であることを示唆している点に理論的な貢献がある。第2に、従来ケース研究で積み重ねられてきた別のコントロール・システムの併用の効果がなぜあったのかに関し適合関係という視点から再整理できる可能性を示している点にも理論的な貢献がある。さらに、管理会計情報に対して専門職の抵抗を生まず、効果的に機能させるための処方箋の1つを提供している点で実務的な貢献があると結論付けている。

本論文の構成は以下の通りである。第2章では、環境変化を受け医療組織においても管理会計システムの導入の重要性が増してきたものの、とくに着目すべき点が残されていることを指摘している。第3章では、医療組織を専門職組織という分析視角からレビューしたうえで本論文における研究課題を提示している。第4章では主に社会学および心理学に依拠し検証可能な作業仮説を構築し、分析アプローチを提示している。第5章では調査の概要および変数の設計について記述している。第6章では各項目の記述統計量および分析結果を記載している。第7章では分析結果をもとに議論を行い、第8章では本論文の貢献を記述するとともに、限界を踏まえた将来の研究の方向性を述べている。

第2章 予備的議論

1990年代以降の経営学における議論では、知的労働者の有する専門的知識が重要な競争優位の源泉として重要であるという指摘がなされてきた。たとえば Barney(1991)は、持続的競争優位を作り出す最大の要因の1つは模倣困難であり、かつ流出困難な知識であると指摘している。さらに野中・竹内(1995)は、複数ケース・スタディを通し、知識を組織内に浸透・共有させたうえでさらに深化させていく一連のプロセスが日本企業における大きな強みであることを明らかにしてきた²。このように専門的知識が戦略的に重要な無形資産の1つであるという指摘を受け、会計研究においても、専門的知識と会計システムに関する研究がさかんに行われている(e.g. Lev,2001;Wyatt,2008)。

他方で、専門的知識を有する人的資源と組織の管理形態のあり方に関する議論も継続してなされてきた。その議論は、古くは1950年代にさかのぼることができる(e.g. Thompson,1967; Thompson and Tuden,1959)。その舞台は、とくに組織外部のプロフェッションから専門的知識が提供される専門職が組織内に多数存在する組織、つまり専門職組織であった。

1950年代から半世紀以上にわたり続けられてきた議論の内容は、専門職の有する特徴と、内部管理システムとの関係であった。そのうち管理会計研究における主たるイシューの1つは、管理会計システムの利用にあたって、組織と専門職との目標整合性をいかにして確保するのかがである(e.g. Anthony and Govindarajan,2007; Merchant and Van der Stede,2012)。

とくに1980年代以降この問題が顕著に表れるようになった専門職組織の1つは医療組織であった。それは、アメリカ・イギリス等の各国における医療費の政府負担が大幅に増大し、医療組織に効率的な組織運営を求める改革が加速したことに始まる。これはニュー・パブリック・マネジメント(New Public Management:新公共経営)と呼ばれ、先進諸国を中

² 野中・竹内(1995)は、知識をマニュアル化されていない暗黙知とマニュアルなどにより共有されている形式知とに分割した。野中・竹内(1995)が提唱した一連のプロセスは、暗黙知を共有する共同化、暗黙知を形式知に変換する表出化、形式知を結びつける連結化および形式知から暗黙知へと再び変換される内面化の4つの次元からなる。

心として浸透していった(Hood,1991,1995)。

近年、わが国政府の財政難・経済成長率の伸び率の低下に加え、国民医療費は年々増加している。医療・福祉サービス提供体制が破綻する懸念もあり(長坂,2010),わが国における医療組織にも医療の質だけではなく効率性を従来よりも重要視した経営管理が求められるようになってきた(松尾,2004)。そのために、わが国における医療組織でも予算管理システム・原価計算システム・BSC(Balanced Scorecard)などの各種の管理会計システムが経営管理を目的として導入・利用されるようになったという経緯がある(荒井 2005,2007,2009; 衣笠,2013;谷ほか,2005;渡邊,2009 など)。

ただし、管理会計システムの変革には、医療組織に限らずその他の組織でも課題が表出することが指摘されてきた(谷,2004)。それでは、管理会計システムの変革にはどのような類型が考えられるのであろうか。そして、その変革を乗り越えるために必要であるとされる要因としては何が先行研究において議論されてきたのであろうか。そのうえで、とくに専門職というコンテキストでは何が課題となるのであろうか。

2. 1 医療組織における管理会計システムの導入

2. 1. 1 医療制度改革の背景

わが国における医療費は年々増大している。厚生労働省によると、平成24年度における国民医療費の割合はGDP比で8.3%であり、さらに1人あたり医療費の割合が平成23年度において初めて30万円を超えたとされる(厚生労働省,2012,2013)。来たる高齢社会を目前にして、医療費の増大は国家財政を圧迫し、医療サービス³の提供体制が破綻する懸念が高まってきた(長坂,2010)。

医療サービス提供の対価の支払いの仕組みは異なるものの、医療支出の増大に伴う国家財政の圧迫による医療サービス提供体制の破綻に関する懸

³ 医療サービスには公共サービスという用語が当てられることも多い。しかし、サービス提供対価が支払われない場合には受益者がそのサービスを楽しむことができず排除されるという性質も有する。そのため、医療サービスは準公共財として捉えざるを得ないという指摘もなされている(e.g. Ellwood,2009; 松尾,2004)。本論文では、その性質を重視し、医療組織の提供するサービスに対して「公共サービス」という用語は用いず「医療サービス」という用語を当てている。

念は、欧米諸国においても同じであった。例えばアメリカにおいては、1960年代から1980年代初頭にわたり、日本の公的年金制度の1つに当たるメディケア⁴受給者に対する政府支出が10倍以上と爆発的に増大した(Office of Evaluation and Inspections,2001)。このことから、政府支出が増大し、国家財政を圧迫するのではないかという懸念から、政府による支出の縮減策が取られた。

イギリスにおいても、「ゆりかごから墓場まで」という旗印のもとに1948年にNHS(National Health Service)と呼ばれる公的医療制度が確立した。当初は、NHSに加入する医療組織が提供する医療サービスの対価である公的医療費は原則としてほぼすべてが国家負担とされ、国民が負担する医療費は無料、あるいはごく少額であればよいとされてきた。しかし、1980年代において、公的医療費の増大が国家財政を逼迫するという懸念が叫ばれ、サッチャー政権により、NHS改革と呼ばれる公的医療制度改革が行われることとなった⁵。

このような、政府支出の圧迫を抑えることを目的の1つとした医療制度改革は、アメリカ・イギリスをはじめとして、オーストラリア・ニュージーランド・ノルウェー・フィンランド・台湾など、時期は各国にずれはあるものの、OECD加盟国を含む各国において断続的に行われてきた。

この根底にあるのが、Hood(1991,1995)が指摘する、いわゆるニュー・パブリック・マネジメント(New Public Management)の考え方、すなわち、医療などのパブリック・セクターをより効率的に運営するために民間セクターのような競争原理を導入する、という思考である。

⁴ メディケア(Medicare)とは、アメリカに国籍を有する65歳以上の高齢者および身体障害者・透析患者などが対象となる公的保険制度である。複数の対象者数の推計情報があるものの、2012年において、その対象者数は4000万人以上に及んでいるとされる。なお、アメリカの医療提供体制は日本とは異なり原則として自費による支払いあるいは保険機関との契約による支払いであるものの(OECD,2010)、一部に公的年金制度が導入されている。アメリカにおける医療制度については、本論文の目的上これ以上深くは立ち入らないが、詳しい記述として、Thai et al.(2002)、Porter and Steinberg(2006)および長坂(2010)などが参考になる。

⁵ イギリスにおける医療制度の概要についても、本論文の目的に照らしてこれ以上は論述しないこととする。なお、イギリスにおける医療制度の概要についての詳細は、前掲のThai et al.(2002)や長坂(2010)に記述がなされている。

2. 1. 2 ニュー・パブリック・マネジメントの基本思考と浸透

Hood(1995)は、ニュー・パブリック・マネジメントにおける基本的な概念的思考は2パターンであり、それらが経営管理に関係する具体的な考え方は7つであると整理している。

第1は、パブリック・セクターの弁別性(distinctiveness)に関する思考である。ここには、4つの考え方が入っているとされる：

- (1) 提供される財の種類によって構成されてきたパブリック・セクターと民間セクターという考え方を切り離すこと
- (2) 内部市場や契約書などを活用した、より契約をベースとした競争的環境を創出すること
- (3) 経営管理実務において、民間セクターのスタイルの導入を強化すること
- (4) 資源利用のディシプリンをより節約志向とすること

そして第2は規則と自由裁量との対立関係の思考である。ここには、3つの考え方が含まれるとされる：

- (1) トップ・マネジメントによる、より透明性を確保できる経営の強調
- (2) 明確な公式的業績管理指標の標準化、そして業績および達成度合いの測定
- (3) アウトプット・コントロールの強調

1980年代より行われた諸外国の医療制度改革、およびわが国のそれにも、上述の考え方は色濃く反映された。

たとえばアメリカでは、1980年代に、政府の医療に対する資源利用のスタイルが大きく転換されたとともに、契約ベースの競争原理が加速した。具体的には、メディケア対象患者に対するヘルスケア・サービスの提供の対価の償還制度が出来高払い制度から包括支払制度(Prospective Payment System)へと変更され、また、保険会社による医療組織および被

保険者の囲い込み競争が加速した。

イギリスでは、効率性を向上させるために、NHSに市場原理および一般管理(General Management)の一環として管理会計システムの導入を含む抜本的な改革が行われた。第1は、内部市場の活用であった。具体的には、NHSを構成する行政機構内を医療サービスの購入者と医療サービスの提供者とに分離し、内部で市場原理を導入するという改革である。とともに、第2に、公式的な業績管理指標が国家により創出された。たとえば、予算管理情報および格付け制度がそれにあたる。さらにアウトプット・コントロールを強化するために、責任会計の考え方を強調する予算管理システムがこの時期に導入された。

わが国における医療組織をはじめとするパブリック・セクターにも、ニュー・パブリック・マネジメントの考え方が浸透してきた。わが国でも、1990年代後半以降、断続的な診療報酬単価および薬価の減額が行われてきた。さらに、出来高払いであった部分について、2003年に部分的な包括支払制度であるDPC(Diagnosis-Procedure Combination)制度が導入されてきたことなど、効率性を高めながらも政府支出をより節約志向とするための施策が講じられてきた。

このことに起因し、医療組織にとってはサービス提供に係る収益と費用との対応関係が崩れてきたと指摘されるようになった。とくに診療行為に応じた対価が余裕を持って支払われてきた出来高払い制度に関してはその対価部分が削減され、さらに診療行為に係る対価部分が診療行為に関係なく一定額とする制度が採用されるなどの制度改革が行われたことは、医療組織の経営にとって決定的な影響を与えた(荒井,2005)。

2. 1. 3 医療組織への管理会計システム導入の進展

上述の制度変化に伴い収支のバランスが崩れたことこそが、従来経営管理の必要性が低かった医療組織にとっても、原価や利益を管理する仕組みなど、経営管理のためのシステムが必要となってきた理由である。このことを機に、医療組織にも管理会計システムの導入の必要性が高まってきた(荒井,2005)。

医療組織が活動し続け、医療サービスを持続的に提供していくためには、

少なくとも利益額が継続的にゼロとなることが必要である。しかし、わが国において赤字病院の割合は高く、平成23年度において約3分の1にも及んでいるのが現状である（厚生労働省,2012）。

したがって、医療サービスから提供される「社会的に良いインパクト」(Kanter and Summers,1987)を高めながら効率性を高めることも要求されてきたことが、医療組織において経営管理の側面からの管理会計システムの必要性が増してきた大きな理由の1つである(荒井 2005,2007,2009; 衣笠,2013; 谷ほか,2005; 松尾,2004 など)。

具体的には、わが国の医療組織においても財務業績を管理する必要性が前述のニュー・パブリック・マネジメントの潮流も相まって指摘されてきた(荒井,2009; 衣笠,2013; 渡邊,2009 など)。わが国における医療組織サイドとしては、原価計算システム・予算管理システムを利用し原価あるいは利益数値を管理しながら、少なくとも継続して医療サービスを提供する必要性が生じてきたのである。

そのために導入されてきた管理会計手法自体は、営利組織において発展してきた管理会計手法と同様であるといっていよいであろう。具体的には、第1に原価計算システムである(荒井,2007)。たとえば診療科別・患者別に原価を把握し、医療経営に活かす診療科別原価計算あるいは患者別原価計算が該当する。さらに事例としては活動基準原価計算システムの導入などをあげることができる(伊藤,2004)。第2は予算管理システムである。病院などの医療組織も予算実績差異を把握しその情報をフィードバックする、あるいは報酬に組み込むことで経営に活かす、という目的のもとに導入する必要性が増してきたことが背景である。第3は、B S Cである(荒井,2005; 渡邊,2009,2011)。医療組織における成果は多元的であるという認識のもとに、B S Cを用いて医療組織の理念やミッションの浸透を促進するとともに、多元的な業績管理などのために用いるということなどを目的としていると言及される。さらに、アメーバ経営の導入事例なども報告されている(森田,2014)。アメーバ経営では、フィロソフィーと全員参加のもとに「時間あたり採算」という指標を取り入れ測定・管理し、医療組織の採算性を上げるという考え方が取られる(三矢,2003)。

2. 2 管理会計システムの導入の類型

これらの管理会計システムの導入が医療組織に及ぼした影響を検討するにあたり参考になるのが、管理会計システムの導入研究に関する分析視角である。管理会計システムの導入研究に関しては、谷(2004)に詳細なレビューがなされており分析視角を検討するにあたり有益な示唆を提示している。

谷(2004)によれば、管理会計システムの導入には3つの類型があると言及されている。第1は、理論先行の管理会計システムの導入研究である。第2は、実務先行の管理会計システムの理論化を伴う導入に関する研究である。そして第3は、Kaplan(1998)の主張するイノベーション・アクションリサーチ⁶による導入研究である。

第1の「理論先行の管理会計システムの導入」とは、Johnson and Kaplan(1987)において理論と実務の乖離が叫ばれて以降、研究者によって提唱された管理会計システムの実務への導入を指す。具体的には、活動基準原価計算やBSCなどの「研究者側がイニシアティブをもって構築・提案した管理会計システム」(ibid.,p.27)をいう。しかし、谷(2004)におけるレビューによれば、必ずしも「理論先行の管理会計システム」の実務への導入がうまくいっているとは言えないと言及されている。そのため、この研究群に関する分析視角は「管理会計システムの導入に際して生じる諸問題の解明、効果的な導入方法の探索、さらにシステムの導入による効果の測定などを目的とした研究」(ibid.,p.27)を行うことにある。

第2の「実務先行の管理会計システムに関する導入研究」は、すでに実務において観察され普及している管理会計システムの汎用性を検討する研究であると指摘されている。谷(2004)は「ケースリサーチから実務の背後にある論理体系を析出すること自体は、導入研究とはいえない」(ibid.,p.7)と言及している。その代わりに、このタイプの導入研究は「(ある組織で導入されており、その中から)析出したシステムのエレメントや効果が・・・(中略)・・・特異なものかどうかを検証する」(ibid.,p.172. なお、括弧

⁶ イノベーション・アクションリサーチとは、研究者が積極的に実務に関与し管理会計システムの導入を支援するとともに理論の創造・洗練も目的とする介入方法の1つである。なお、この方法が「研究方法」に該当するかどうかに関しては明確な合意が得られているわけではない。

内は著者加筆。)ことを目的として行われる研究であると指摘している。つまり、当該研究の意義の1つはあるシステムの別の産業への導入を観察することで当該システムの汎用性を明らかにすることにあるといえる。さらに谷(2004)は「この汎用性がない場合・・・(中略)・・・産業間における相違を規定している要因を解明する」(ibid., p.171)ことに意義があると言及している。

第3のイノベーション・アクションリサーチによる導入研究は、研究者自らが導入プロセスに関与することで究極的には理論と実務の両方を洗練することが目的であるとされる(Kaplan,1998)。イノベーション・アクションリサーチは、学術的・実務的に貢献する余地があり、実際にBSCの洗練化に寄与した側面がある。

2.3 本論文における導入概念

ただし医療組織においては、実務先行の管理会計システムに関する導入研究も、理論先行の管理会計システムに関する導入研究も同時に行われてきたと整理できる(Abernethy et al.,2007 for a review)。一方では、一般企業において採用されている原価計算システムや予算管理システムが医療組織のようなパブリック・セクターにも経営管理の観点において導入されてきたものの、その効果は一般企業と同じように通用するのか、または何らかの要因が働き効果性に相違があるのかという汎用性に関する研究も多くなされてきた。ニュー・パブリック・マネジメントの動きの中でイギリスにおいて導入された予算管理システムの研究や振替価格に関する研究が最たるものである。他方で、たとえば諸外国やわが国の医療組織においても理論先行の管理会計システムであるBSCの導入が進展する中で、その導入に際してどのような問題があり、どのような導入方法が望ましいのかに関しても有益な示唆を与えてきたこともある。さらに、実務先行の管理会計システムの汎用性に関する研究に関しても、相違を作り出している要因を洗い出すのみならず、それを克服するためにはどのような方策が考えられるかを検討することも、理論的にも実務的にも非常に重要な問題として議論が続けられてきた。

本論文では、谷(2004)を参考にしながらも、管理会計システムが研究者

によって提唱されたか否かによって無理に2つの研究群に区分しないこととした。本論文における導入という用語の用い方は確かに第1の研究群に近く、理論先行の導入研究と位置付けることができるかもしれない。しかし、谷(2004)が言及する実務先行の管理会計システムにおける汎用性に関する考え方を踏襲した研究も多数なされている。すなわち、本論文では一般企業において当初運用されてきた管理会計システムがパブリック・セクターに導入された際、様々な効果の相違が表出してきたことも問題意識として有している。ただし、それ自体はむしろ起点である。

本論文では、その相違を生じさせる要因は何かを先行研究のレビューにより浮き彫りにしたうえで、効果性を向上させるための導入あるいは運用方法を検討することを主目的としている。

2. 4 導入研究における一般的な理論的背景

医療組織だけではなく、管理会計情報を含め情報システムから提供される情報をいかにして受容するにはどのような方策が良いのかという議論は広くなされてきた課題である。これらは主に2つの研究潮流から検討されてきたと見てよいであろう⁷。その1つは情報工学であり、いま1つは情報の経済学である。

前者の情報工学における諸研究は、IT(Information Technology)システムの飛躍的な進歩および組織内への浸透に伴い表出してきたものである。たとえば初期の研究である Davis(1989)は、情報システムの浸透には以下の2つの要素が必要であると経験的研究を通して示している。それらの2つは、以下の通りである：

1. 使いやすさの認識(perceived easy to use)：情報システムの利用者が、どの程度その情報システムあるいはその情報を使いやすいと認識するか

⁷ もちろん、依拠している理論はそれだけではなく、コンティンジェンシー理論からの説明もなされている(e.g. Chenhall,2007)。さらに、ある管理会計システムの導入が成功裏に機能するための要件も多岐にわたる。これらの導入研究に関するより詳細なレビュー結果は、谷(2004)にまとめられている。

2. 有用性の認識(perceived usefulness)：情報システムの利用者が、どの程度ある情報システムから提供される情報が有用であるかを認識するか

そして後続の Davis(1993)は、情報システムの設計のあり方が利用しやすさや有用性の認識という態度と実際の利用に関するモデレーターとなることを示している。

さらに Kwon and Zmud(1987)は、情報システムの導入ステージを提示し、各ステージによって必要とされる要素は異なると指摘している。Kwon and Zmud(1987)が提示した区分は6段階であった。それらは初期段階(initiation)、採用段階(adoption)、適応段階(adaptation)、承認段階(acceptation)、ルーティン化段階(reutilization)、および統合段階(integration)に大別される。この一連のプロセスを採用した管理会計研究としては、たとえば GM(General Motors)社における活動基準原価計算の導入プロセスを検討し、各導入ステージにおける重要な要素を調査した Anderson(1995)があげられる。Anderson(1995)によれば、管理会計システムの導入には環境要因を表す外部環境、組織のコンテクスト要因を表す組織的要因および技術的要因、および個々人の要因を表す従業員の要素およびタスク要因が重要な要素であると述べられている⁸。これらの情報工学における諸研究の結果は、情報システムおよび情報の利用にはどのような要因を管理会計情報システムの導入の際に勘案することが良いのかという点において一定の示唆を与えてきた。

対して後者の諸研究においては、主にエージェンシー理論に依拠し、導入に伴い表出しかねない情報の非対称性に基づくモラル・ハザード⁹をいかに抑制するかに関する研究が行われてきた。たとえば Feltham and Xie(1994)は、複数の業務に当たっているエージェントの努力の均衡点を導く業績管理指標を設定することは困難である一方で、よりノイズの少ない

⁸ しかし、Anderson(1995)の調査からは、どの段階でどの要素が一番重要であるかに関しては読み取ることができない。

⁹ ここでいうモラル・ハザードとは、プリンシパル-エージェンシー関係の下で、均衡点に近い資源配分の態様が情報の非対称性に起因したエージェンシーの行動によって歪められることを指している。

業績管理指標を設定することが有益であると指摘し、そのためには複数の指標を設定することが有益であることを示している。これらを採用した研究としては、たとえば BSC の導入を検討している Malina and Selto(2001)がある。Malina and Selto(2001)は、BSC の導入期には、BSC を業績管理システムとして適用する前段階として、モラル・ハザードを抑制するためにエージェントとのコミュニケーションが態度を高める重要な要素であると指摘している。

2. 5 本論文における問題意識：心理的要素の影響

ただし、心理学に依拠した導入研究は少なく、Shields and Young(1994)などを例外としてなされていない。とくに本論文における主たる問題意識は、専門職組織というコンテクストにおいて、管理会計システムの導入の効果を決定づける重要な要因の1つである個々人に起因する要因が深く検討されていないことにある。

Bonner(2008)は個々人の特性・タスクの特性が判断や意思決定に結びつくキー要素の1つとして重要視すべき要素であると言及している。この点で、心理的要素は重要なものである。ただし一般的に情報受容への態度が高まれば行動に結びつく可能性は高くなると言えそうであるが、実際には人間には認知的・感情的特性がありそれほど単純な構造にはならない。

感情的特性についてたとえば Vroom(1964)は、確かに情報を受容しようとする態度が行動に結びつくファクターの1つであることを認めつつも、それが自分自身にとってよいインパクトを与えるという認識がなければ行動には移さないと指摘している。つまり、いかに情報を用いることが有用であると認識していても自分自身の感じる業績との関係が希薄であれば行動には意味がないと認識してしまうことを示唆している。また Bandura(1997)は、自己効力感(self-efficacy)という用語を用いてより包括的に説明を加えている。ここで自己効力感とは、自分がある行動を成し遂げることができるだろうという自信をさす。Bandura(1997)にのっとれば、いかに情報を利用する必要があると認識していても、情報を利用して行動し個人としての業績を上げることができる自信がなければ実際に情報を利用して業務に当たらないと説明できる。

医療組織においては、そのような感情的な側面を作り上げているのは専門職としての職務特性に関する認知的側面であると言及される。専門職の職務特性に関する認知はプロフェッションに強い影響を受けると指摘されてきた(e.g. Hall,1968; Reed,1996)。ここでプロフェッション(profession)とは、組織外部の職業団体を指す。プロフェッションの論理は組織内の論理とは大きく乖離しており、ときに組織規範とはかけ離れた認知構造を作り上げるとされる。たとえばわが国における医療に関するプロフェッションには日本医師会・公益社団法人日本看護協会などが存在し、それぞれが職業規範を作り上げている。それに加えて、日本医療評価機構という第三者機関が医療のあり方についての外部規範を提供している。それらの外部の職業団体および第三者機関が提供する外部規範の内容は倫理要綱が代表的なものであり、それぞれの団体によって定められている(公益社団法人日本看護協会, 2003; 日本医師会,2008)。図表 2-1 は、そのうち公益社団法人日本看護協会が公表している「看護者の倫理要綱」の概要を抜粋したものである。

その結果として、専門職は当該規範を守ろうとする外部の規範の論理と組織の経営管理システムの論理との間で激しい軋轢を感じやすい存在であると指摘されてきた(e.g. Abernethy et al.,2007)。とくに医療の現場では業務上の不確実性¹⁰が高いため、DiMaggio and Powell(1983)が言及する通り、規範的同型化に対するパワーがより強く働くといえる。それを受けて Reichers(1985)および Wallace(1995)は、専門職はとくに外部のプロフェッションから受ける力が強く、組織内部の経済性・効率性などの規範には反発あるいは無視しがちであると指摘されている。

¹⁰ ここでいう不確実性とは、自身の医療処置が社会的アウトカムに結びつく程度の不明確さの度合いを指す。

図表 2 - 1 「看護者の倫理要綱」の内容

<p>前文</p> <p>人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。</p> <p>看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている。</p> <p>看護者は、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。</p> <p>日本看護協会の『看護者の倫理綱領』は、病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護者を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基盤を提供するものである。また、看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を、社会に対して明示するものである。</p> <p>条文</p> <ol style="list-style-type: none">1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。2. 看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。3. 看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。4. 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。5. 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。7. 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。8. 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。10. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。11. 看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。12. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。13. 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。14. 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。15. 看護者は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。
--

(出所：公益社団法人日本看護協会(2003)より抜粋。)

次章で詳しく説明を加えるが、専門職組織における管理会計システムの導入の効果を検討する際には、プロフェッションに起因する認知的側面を勘案していない知見は必ずしも通用しない。では、当該認知的側面が管理会計システムの効果性にどのような影響を及ぼすのだろうか。そして、それを克服するために検討すべき課題は何なのであるだろうか。

第3章 研究課題の設定

わが国をはじめとする先進諸国における医療組織には効率性の確保も重要となってきたものの、理論先行の管理会計システムも実務先行の管理会計システムも、一般企業の導入研究の知見が必ずしも通用しないことが示されてきた¹¹。それは、医療組織としての目標と、医療専門職の判断・意思決定とは、噛み合わない部分が多いからである。その大きな源泉は、医療行為やその補助行為などの組織内の中核的な業務を行うために専門職が多数存在する代表的な組織の1つであることにある (Abernethy et al.,2005; Ittner et al.,2007; Pizzini,2010)。その結果として表れてくる課題は、目標整合性に関する課題である。医療組織は目標整合性の確保が困難な組織の代表例として挙げられ続けてきた(Abernethy et al.,2007)。

本章では、まず、このことを議論するにあたり医療組織における目標整合性の意義について整理する。その確保にとっては専門職が重要であるもののその管理には困難な点があることを指摘する。そして、医療組織における管理会計システムの「導入」によって目標整合性の確保に関して医療専門職に起因する議論がどのように展開されてきたのかを整理する。そのうえで、残された課題と研究課題を示す。

3. 1 医療組織における目標整合性の確保に関する課題

3. 1. 1 医療組織における目標整合性の意義

まず、医療組織における目標整合性とは何であるかを議論するにあたっては、医療組織における目標をまず整理・検討する必要があるだろう。

医療制度改革に伴い効率性を向上させる必要が生じてきたものの、医療組織は人命にかかわる医療サービスを提供する組織でもある。加えて、わが国における医療組織はすべて非営利組織である(医療法第7条)ため、

¹¹ この点、わが国における医療組織の管理者は医師でなければならないことが医療法において定められているが、諸外国では医療組織の管理者は医師でなくてもよい。そのため、確かに経営管理に関する知識水準やスキルは管理者層に限れば異なるかもしれない(e.g. Naranjo-Gil and Hartmann,2006)。しかしながら、あくまで本論文の論旨は諸外国でも同様の議論がなされている医療専門職集団に関する論点にあり、管理者の異質性に関する議論は本旨ではない。

株主が存在しない¹²。医療組織における業績を多元的に考える必要があるという指摘がなされてきたものの、原価および利益などの財務数値をどのように捉えれば良いのかも難しい課題であると言及されてきた(e.g. Van Peurse et al.,1995)。とくにニュー・パブリック・マネジメントに基づく医療制度改革以後、医療組織を取り巻く環境は商業化(marginalize)され、医療の質が低下していくのではないかという認識・懸念が高まったことも医療組織における成果の多元性を物語っている(e.g. Chua and Preston,1994; Lapsley,2001)。

非営利組織形態の医療組織における業績概念をどのように捉えればよいのかは未だコンセンサスが得られていないともいえるが、当該課題を検討する足掛かりとして、まず医療組織における効率性を表す利益概念の意義を検討する。

非営利組織形態の医療組織における利益の意義は、1970年代より米国財務会計基準審議会(Financial Accounting Standard Board)において検討されてきたという経緯がある。その中でも、1978年に発表された報告書であるアンソニー報告書(Anthony,1978)では、非営利組織(non-business organizations)における事業活動の種類をその財源の違いに着目して「タイプA」と「タイプB」の2つの類型に区分している：

(1)「タイプA」：非営利組織のうち財務的資源を当該組織自身の財やサービスからの収益で(ほぼ)すべてを獲得する主体

(2)「タイプB」：サービス受益者以外の第三者から財源を取得する主体

このうち医療組織は前者に含まれており、この類型の非営利組織は営利組織と同じように受益者から収益を獲得する組織であり、その活動自体は

¹² 医療法第7条では、医療組織はすべて非営利組織でなければならないと定められている。他方、諸外国における医療組織には営利組織形態の医療組織も多く存在する。したがって、非営利組織である医療組織に関する議論がそのまま営利組織形態のそれに当てはまるのか否かという点には注意が必要である。ただし、本論文の調査対象はあくまで非営利組織形態の医療組織であるため、本論文では非営利組織における議論を参照している。

営利組織の事業活動と類似していると指摘されている¹³。ただし利益額あるいは超過収益額の位置づけは営利組織とは少し毛色が違い、具体的には資本維持—すなわち組織の生存のため—に存在する主体であると述べている。結果として、Anthony(1978)では「タイプA」に属する非営利組織の利益は組織存続のための制約条件であると報告されている。

非営利組織における利益額は持続的に活動を行うための制約条件であるという議論は、Cutt and Murray(2000) や Hansmann(1980)にも見られる。当該諸文献は、非営利組織は株主価値を最大化するために行動する主体ではないため、少なくとも財務業績に関しては、非営利組織における価値を表す指標というよりは活動を継続できる活力(vitality)の程度を表しているともいえる、と指摘している。

1980年以降のパブリック・セクターを取り上げた研究では、業績に関する1つの考え方として Value for Money 概念が注目されてきた(e.g. Glynn,1993; Van Peurse et al.,1995)。当該概念は、医療組織などのパブリック・セクターに属する組織の業績を主に3つの次元から捉える思考である。具体的には、経済性(economy)・効率性(efficiency)・有効性(effectiveness)の3次元であり、それぞれの次元は以下のように説明される：

- (1) 経済性は、投入された資源を表すインプットであり、物的資源・金銭的資源・人的資源が含まれる。
- (2) 効率性は、当該投下資源からいかに効率よくサービスが提供されたのかを表す。
- (3) 有効性は、インプットから、いかに社会的便益の高いサービスが提供されたのかを表す。

ただし概念的には上述の通りであるが、「社会的便益」をいかに捉えるかという難しさもあり、とくに有効性の測定は困難であるという指摘も多数

¹³ 他方、Anthony(1978)は「タイプB」に属する非営利組織については財源の出所が異なっていることに加えて受託責任の捉え方自体も異なる主体であると位置づけている。

なされてきた。たとえば Van Peurse et al.(1995)や松尾(2009)などによるレビュー結果がそれを示している。

当該諸文献は、経済性は投入資源量及びその額という点においてほぼコンセンサスが得られていると整理している。効率性についても、財務業績との関連において指標として表すことが比較的容易であることを示している。しかしアウトカムを表す有効性は非財務的要素がほぼ全てであることに加え有効性の発現期間が長期間にわたるため、適切な指標を選択すること自体も、その指標を測定することも非常に難しいと指摘されている。

そのため、非営利組織形態の医療組織の目標は曖昧になりやすい。ただし医療サービスの質を高めながら効率性を上げる、あるいは持続的に活動ができるようボトム・ラインを「一定の額」に維持することが、ニュー・パブリック・マネジメント後のわが国医療組織における目標となってきたといえよう¹⁴。

3. 1. 2 目標整合性の確保に関する経営管理上の課題

しかし医療組織では専門職集団が多数存在する。このことが組織目標の達成には人的資源が従うか否かに関する重大な課題があるといわれるゆえんである。それは、医療専門職における判断・意思決定が目標整合性の確保にとって大きな問題であるためである。

当該課題の源泉は、専門職組織(professional organizations あるいは professional service organizations)¹⁵に関する議論の中で1960年代よりなされてきた。これらの議論は非営利組織形態の医療組織における経営管理上の有益な視角を提示している。

¹⁴ ただし「一定の額」がどの程度であるかに関しても議論され続けている。Anthony(1978)は、「非営利組織における基本的な財務的目標は営利組織と明らかに違ったものである。それは、一期間中の営業収入と当該期間における実際の費用との間の望ましい関係に関する政策(policy)として表現されるものかもしれない。」(ibid.,p.97)と述べている。Leone and Van Horn(2005)は、医療組織における財務業績のアーカイバル・データ分析により、アメリカにおける医療組織では恣意的に利益額がゼロ付近となるように操作されている可能性があるとして指摘している。

¹⁵ 専門職組織の定義に関しては概念上の混乱が見られることが指摘されてきたが(e.g. von Nordenflycht,2010), ある程度共通しているところも見られる。

専門職組織に関する議論はおもに2つの研究潮流からなっているとい
ってよいだろう。1つは職業社会学における議論であり、いま1つは組織
論である。

まず職業社会学における議論では、専門職組織は法の支配の概念を基盤
とした職業的プロフェッションの集合体として主に語られてきたといえる。

そのなかでも Scott(1965)は、専門職組織を2分割している。第1は、
自律的専門職組織(*autonomous professional organizations*)であり、第2
は、他律的専門職組織(*heteronomous professional organizations*)である¹⁶。

Scott(1965)はそれぞれの組織について、専門職の権力がどの範囲にまで
及ぶのかを2つの軸に分類している。第1は職務の決定可能性である。自
律的専門職組織においては自身の職務を自身で決定することが可能である
一方で、他律的専門職組織では規則・規制によって職務が決定される側面
を有していると述べている。第2は組織構造の決定可能性である。自律的
専門職組織においては専門職が組織構造を決定するが、必ずしもそうでは
ない組織、すなわち社会による規制などによって組織構造などが決定され
る組織が他律的専門職組織であると区分している。

次に組織論における議論では明確な定義は見られていない。たとえば
von Nordenflycht(2010)は組織論において取り上げられてきた専門的組織
のレビューを通じて、具体的な専門職組織はあくまでも例示にとどまっ
ていることを疑問視している。当該文献では、経営管理上は、「知識の強度
(*knowledge intensity*)」によって包括的に専門職組織を捉えることが有益
ではないかと結論づけている。ここで「知識の強度」とは、ある組織が専
門職の有する専門的知識に依存する度合いを表している。組織論では、専
門職組織では専門職が外部規範から習得した専門的知識に業務プロセスが
依存する度合いが高くなるため、専門職の権力はより強くなるという特徴
を有しているといわれる。

明確な専門職組織の定義は見られないものの、専門的知識の有する権力

¹⁶ ただし双方に共通して言えることは、専門職は専門的知識に基づく権力
を強く有していることである。そのうち Scott(1982)は、パワーバランス
の均一性が保持されている専門職組織も存在する可能性があるとして、第
3の類型であるコンジョイント型専門職組織(*conjoint professional
organizations*)という類型を付加・提唱している。

の強さは組織論では合意が得られているように思われる。たとえば **Silvestro et al.(1992)**は、専門職組織では専門的知識に依存しサービスを提供しなければならないため、そのプロセスは属人的となり管理者による標準化が難しく、専門職個々人の判断によりサービス提供に係る資源の消費量・サービスの提供量やその質までもが決定づけられると説明する。**Lewis and Brown(2012)**も同様に、サービスの量および質は管理者にとって管理不能であり、専門的知識の重要性もあって職位上はマネジャー層の下にある者に多大な自由裁量と権力を与えると指摘している。

Mintzberg(1983)は、専門職組織では専門職による知的独占の状態をつくり、このことが3つの観点から組織構造や権限－責任関係の違いを創出する源泉になっていると説明している。

第1に、専門職組織における専門職が有する専門的知識やスキルは意思決定すべき事項を形成する側面があるという(**Reed,1996**)。この専門的知識こそが組織における決定的要素である一方で高度に細分化されており意思決定の中心的な権限は個々の専門職に委ねられるため、管理者の権限は弱くならざるを得ないと言及している。

第2に、サービスの提供プロセスに関しても管理者の権限は弱くならざるを得ないと主張している。**Mintzberg(1983)**は、上位の管理者の職務の調整に関する権限は①紛争の処理、②資源配分、および③組織内外のステークホルダーとの調整を通じた間接的な権限にとどまり、直接的な権限を有しえないと指摘している。さらにミドル・マネジャーの権限に関しては、そもそも同じ規範を共有している専門職間における職務の調整によってサービスが提供される側面が強いために、専門職の職務を調整するという側面におけるミドル・マネジャーの権限は非常に弱いと指摘している。

第3に、マネジャーやスタッフ部門が、専門職の生み出す業績を管理することは困難であると指摘している。それは、財務部門などの間接部門が専門職のもたらす成果の効果を分析することはほぼ不可能であることに加え、ミドル・マネジャーも、実際にサービスを提供する個々の専門職に専門的知識に根差した業務プロセスの業績を公平に管理する直接的な権限を有することはほぼ不可能であると指摘している。

その結果として **Mintzberg(1983)**および **Simons(2005)**は、第1に専門職

組織は少数のマネジャーと職務に直接携わる多数の専門職から成り立つ組織構造となると言及している。第 2 に Reed (1996) が指摘するように、組織上ではマネジャーではなく専門職が強い自律性・権力・自由裁量を保有することとなるため、組織によるコントロール、あるいはマネジメント層によるコントロール権限は弱体化すると説明している。

3. 2 医療組織を対象とした管理会計研究における議論

医療組織における経営管理を主眼においた管理会計システム導入上の課題は、上述の事項を基礎として言及されてきたとあってよいであろう。たとえば Abernethy et al.(2007), Anthony and Young(2003), Merchant and Otley(2007) および Merchant and Van der Stede(2012) は、医療専門職に業務が高度に分権化され、管理者層による医療専門職の業績管理が困難であり、さらに組織目標の曖昧性を有する組織ではどのように組織戦略を立案・実行に移していくための管理会計システムあるいは管理会計情報が適しているのかが明確ではないことが大きな課題であると指摘している。

医療専門職は、医療行為という医療組織における核となる業務プロセスにおいて資源の大部分を消費し、アウトプットおよびアウトカムの大部分を決定づける存在である(Abernethy et al.,2007)。その意味で、医療専門職が医療組織における目標達成のために重要な存在であり、管理会計システムによってある程度医療専門職も管理する必要性が出てきた。

しかし、Anthony and Govindarajan(2007) および Merchant and Van der Stede(2012) は専門職を管理することに関しては非常に問題が多いと指摘する。当該諸文献によれば、それは、以下の理由からなると説明する。

第 1 は自由裁量の幅の広さである。つまり、医療行為には医療に関する専門的知識が必要であって業務プロセスの裁量は医療専門職に大幅に委ねられるため、個々の専門職の行動を組織がコントロールすることは困難であると指摘している。

第 2 は医療規範の存在である。医療専門職はその職務特性より専門職の規範の上で行動する傾向が高いため、マネジャーと専門職とが職務内容に関するコミュニケーションを取りづらいと指摘されている。

第 3 は業績管理指標の設定の困難性である。医療専門職を管理するため

には成果を測定するための指標が必要であるが、その成果を測定するための精度の高い業績管理指標を設定すること自体も困難であると指摘している。

これらの3つの指摘は、医療専門職は経済的インセンティブのほかに社会的インセンティブを有するという指摘と整合的である(e.g. Birnberg, 2011; Brügggen and Moers, 2007)。そしてこのことが、医療組織の管理会計システム的设计・利用という側面において影響を与えているといわれる。

たとえば第1の点である自由裁量の幅の広さについて、Ittner et al.(2007)および Pizzini(2010)は、業務プロセスの自由裁量の幅の広さに起因して、医療組織には管理者層と医療専門職との間に著しい情報の非対称性があると指摘している。その結果として、管理者層よりも多くの私的情報を医療専門職が有していることから、医療組織は専門職によって支配されている組織(Group-Owned Firm)の典型的な例であると言及されている。上述の諸文献は、インセンティブ・システムをはじめとする管理会計システムの効果的な設計に専門職の特性を勘案する必要性を指摘している。

第2の点である組織外部の規範の影響について、Abernethy and Vagnoni(2004)は、医療専門職が強い権力を有しており専門職集団による政治・統治の論理が強く働くことを考慮する必要があると指摘している。また Abernethy and Stoelwinder(1995)および Preston et al.(1992)は、医療専門職の有する医療規範と管理会計システムという会計的思考は整合しない可能性があり、管理会計システムから提供される情報による管理のみでは医療組織における管理は成功裏に機能しない可能性があるという危惧を示している。当該指摘は Libby and Luft(1993)の議論と関連しており、管理会計システムが判断・意思決定の有効性に寄与する要素としての「知識」がプロフェッションによって同型化されていることを特別視する必要があることを示している。

第3は、Abernethy et al.(2005)が言及するとおり医療組織における成功要素は医療専門職の有するマニュアル化されていない暗黙知にあることにある。このことは、業績管理上、本当は指標化できるものは限られている可能性があるという指摘している。Johanson et al.(2006)は、B S Cに内在する問題点を指摘する中で、医療組織のような専門的組織ではアウトプット

につながる業務プロセスやそのドライバーを測定することが困難であって、先行指標を適切に捉えられていない可能性が高いと述べている。そのため、医療組織のような非営利組織ではB S CはKaplan and Norton(1996)の提唱する通りには採用されていない現状があると指摘している。Johanson et al.(2006)は、B S Cは医療組織においては大きく異なった形で運用されることがより適切である可能性を指摘するとともに、指標自体は業績管理システムとして重要な役割を果たしていない可能性があると述べている。

3. 2. 1 逆機能に関する議論

医療組織では、医療制度改革以降、原価計算システム、予算管理システム、B S Cなど、多数の管理会計システムが経営管理目的で導入されてきた。しかしながら、それらが成功裏に機能したかという点、前述の通りの危惧が実証的にも示されてきた。すなわち、成功裏に機能していないどころか、むしろ、多数の逆機能が報告されてきたといえる。管理会計研究において報告されてきた管理会計システムの逆機能の多くは、医療組織内の医療専門職が引き起こしてきた逆機能であるといえよう¹⁷。

管理会計研究では、医療組織への管理会計システムの導入が医療専門職の防衛反応を引き起こした結果、機能不全に陥った例が多数紹介されている。その防衛反応とは、抵抗(e.g. Broadbent et al., 2001; Fisher and Ferlie, 2013; Jacobs, 1995; Jones and Dewing, 1997)、診療科長を中心とす

¹⁷ もちろんそれ以外の要因による逆機能も先行研究では示されてきた。それ以外の要因として議論されてきた要因には、たとえば政策的側面に起因する逆機能がある。Lapsley(1994)は、イギリス政府により強制的に導入された頑健な責任会計のツールとして機能させることを目的とした予算管理システムは、医療組織内で混乱を招き、本来期待されていた機能しなかったことを示している。また原価計算システムに関しても同様である。たとえば Northcott and Llewellyn(2003)は、政府の設定した標準原価は厳密さに欠き、またそもそも医療組織において原価計算システムの標準化がなされていないことに起因する組織間比較の困難性もあり、有効に機能していないのではないかという危惧を示している。

るメディカル・マネジャーによる現場の擁護・形骸化(e.g. Coombs,1987; Nyland and Pettersen,2004) などである。たとえば Broadbent et al.(2001)および Jones and Dewing(1997)は、医療専門職が求める外部規範から提供される医療に関する価値と医療組織において重視されるようになった財務数値という内部規範の軋轢が抵抗を生み、このことが管理会計システムをうまく機能させなかった原因であることを示している。さらに Nyland and Pettersen(2004)は、医療専門職が予算管理システムを形骸化させる行動をとるケースを通して、医療専門職にとっては予算管理システムには意味がないと認識し無視する認識を持っていたことを示している。さらに Fischer and Ferlie(2013)は、リスクマネジメントに関する指標が導入された際、当該指標による管理を業務上邪魔なものであると捉え、その利用を拒否した事例を紹介している。

医療専門職が求める外部規範から提供される価値が逆機能を生む源泉であるという指摘は、Abernethy and Stoelwiner(1991,1995)、Almqvist(2001)、Covaleski(1981)、Covaleski and Dirsmith(1983)、Johanson et al.(2006)などの多数の文献からなされてきた。つまり医療組織のような専門職組織では、医療専門職の有する価値とマネジメント層の価値とを一致させることは困難であるという指摘である。そしてこのことが、管理会計システムを利用して目標整合性を担保することを著しく困難にしている可能性を指摘していたのである。さらに特筆すべきは、わが国でも部分的にはあるが報告されていることである。たとえば伊藤(2004)は、医療組織における管理会計システム運用に関して医療専門職の合意を取り付けることは非常に繊細で困難な課題であると言及していた。

3. 2. 2 順機能を促進する要因に関する議論

ただし、医療専門職も管理会計システムあるいは管理会計情報を受容する存在であるとする研究もある。その要因は、医療専門職の職務特性を重視したマネジメント・コントロール・システムの変容あるいは構築であるといえる。先行研究では、数値による管理を重視する診断的コントロール・システムからインタラクティブ・コントロール・システム(Simons,1995)に代表されるコントロール・システムの変容(e.g. Abernethy and

Chua,1996; Lehtonen,2007), 対話に代表されるクラン・コントロールの併用(e.g. Aidemark,2001; Aidemark and Funck,2009), 共同でのシステム導入(e.g. Eldenburg et al.,2010)といったマネジメント・コントロール・システムの変容あるいはマネジメント・コントロール・システム導入上の工夫があげられていた。

Abernethy and Chua(1996)は、医療専門職に管理会計システムの運用に係る権限を委譲するとともに職位を上げ積極的に管理会計システムに参加させる取り組みが、医療専門職に対し管理会計システムを受容させる大きな要因であったと結論づけている。さらに Aidemark(2001)は、指標よりもむしろB S Cの生み出す対話が、管理会計システムが医療専門職によって成功裏に活用された要因であると指摘している。

また、管理会計情報そのものを自主的に習得する行為も見られている。たとえば Kurunmaki(2004)の研究がそうである。Kurunmaki(2004)は、医療専門職が管理会計に関する知識を積極的に習得していることを観察し、医療と会計とが融合するハイブリッド化が起こる事象を発見している。

3. 3 残された課題

上述のように、医療組織を対象とした管理会計研究では、同じ管理会計システムを導入したとしても、医療専門職が管理会計システムに抵抗しシステム自体が形骸化する場合もあれば、医療専門職が受容し、目標整合性が確保される場合もあることを示している。

とくに管理会計情報に関しては抵抗するケースが多く、有効性に近い概念であるリスク管理に関する情報でさえも抵抗することが報告されてきた。しかし医療専門職も管理会計システム、あるいは管理会計情報を受容することも示されてきた。

一連の先行研究をレビューした結果として、本論文では残された課題が存在すると考えている。それは、先行研究では職務特性に起因する課題が主に取り上げてきたものの、医療専門職の有する職務特性に関する価値観はいわば職業人格であって、性格と同じようにそもそも短期的には変化しない(e.g. Latham,2012)。それにもかかわらず、なぜ抵抗あるいは受容するという反応に分かれるのか、という課題である。管理会計システムある

いは管理会計情報を専門職がどのように利用するのか，という判断や意思決定には専門職の知識構造や認知スタイル・価値観などが大きくかかわっていると説及されてきた一方で(Bonner,2008),管理会計システムの変更によってなぜ専門職の反応がなぜ異なるのであろうか。それには，専門職の職務特性に関する認知以外の他の心理的要因が関わっているのではないかと考えた。

本論文では，上述までのレビュー結果を踏まえ，以下のリサーチ・クエスチョンを構築した：

R Q：ある医療専門職は管理会計情報に抵抗し，別の医療専門職はそれを受容することを分ける心理的要因は何か。

第4章 仮説設定とアプローチ

前章では、代表的な専門職組織である医療組織では医療専門職が重要な存在であるものの、ある医療専門職は管理会計情報に抵抗し、別の医療専門職はそれを受容することを区分している可能性のある心理的要因に関しては未だコンセンサスが得られていないことを示した。

この課題に取り組むためには個々人には認知・態度面に程度の違いがあることを勘案する必要があると考えた。そのためには、人の認知的要因が態度面に働き、そして態度が反応のドライバーになる、あるいは認知的側面がそのまま反応に影響を与えると説明する組織行動論の知見に依拠することが有益であると考えた。

ここで認知とは、性格や価値観に代表される人間が有する短期的に変えることが比較的困難である性質を指す(Soelinger et al.,2008; 和田,1996)。態度とは、ある人が現在もつ状態(state)を表す概念であると説明される。態度は解釈が困難な概念であるが(Latham,2012)本論文において態度(attitude)とは個々人が実際の行動に結びつけようとする意欲を表す¹⁸。これを最も適切に表している構成概念の1つは目標コミットメントである(Hollenbeck et al.,1989)。そして反応とは、認知あるいは態度の結果として現れる特定の行動あるいはある感情を持つことなどを指す。

本論文では、組織で特定の活動に従事する専門職にも性格や価値観の違いがあり、また、行動に対する意欲にも程度の違いがあると想定している。そしてその程度の相違が組織の中の専門職の職務行動(あるいはより広く、反応)のパフォーマンスに差異を与えているのではないかと予測した。

本論文では、以下で述べる3つの要素が影響しているのではないかとという予測を立てている。

第1の要因は、認知的側面、すなわちプロフェッショナリズムである。プロフェッショナリズムは専門職の有する価値観の程度を表すものであり、価値観の程度と管理会計情報に対する反応との間には有意な関係があることを予測している。

¹⁸ その意味で、本論文における態度は内発的モチベーションと interchangeable ことができるかもしれない。

第2は、態度的側面である。具体的には、専門職が管理会計情報という目標に対してコミットする意欲の高まりが管理会計情報に対する反応に影響しているのではないかという予測を立てている。これは、組織行動論における目標コミットメント(goal commitment)に関する研究群が述べる通りである(Latham,2012)。

第3は、プロフェッショナリズムと管理会計情報との関係性に関する認識に関する側面であり、具体的には職務内容と情報との適合関係の認識である。適合関係の認識とは、管理会計情報が専門職の職務に関する認識を阻害しないあるいは有益であると知覚する程度を指す。本論文ではモチベーション論に依拠し、この知覚が管理会計情報に対する反応に影響を与えることを予測している。

本論文では、これら3つの変数がどの程度反応に対する強度があるのかを検証することで、リサーチ・クエスチョンをもとにした検証可能な作業仮説を構築していく。

4. 1 目標コミットメントへの影響に関する仮説

4. 1. 1 専門職の認知的側面の影響

目標に対するコミットメントに影響を及ぼすドライバーとして、第1に価値観に代表される認知的側面があげられてきた(e.g. Judge et al.,1997; Staw et al.,1986)。たとえば Staw et al.(1986)は、人の有する性格特性が職務満足を感じるという反応に強い影響を与えていると指摘している。

この点、専門職における認知あるいは価値観であるプロフェッショナリズムに関する議論は、組織外部からの規範が専門職の職務特性に直接的に反映されることを指摘してきた(Hall,1968; Snizek,1972)。その前に、専門職そのもの、および専門職の有するプロフェッショナリズムという職務特性に関する議論について整理する必要がある。

先行研究では、専門職(professional)という用語は、主に社会と職業集団との関係性を検討する職業社会学を中心とした研究群、そして個人の有する能力・志向に着目する行動科学の2つの立場からその用語の解釈に関して示されてきたといえる。専門職は、外部からのプロフェッションから与えられる専門的知識の強度に付随して、①社会的インセンティブを強く持

ちやすいことに加え、②知的独占(knowledge monopoly)を起こしうるという職務特性を有する個人あるいは集団であることが示される。

(1) 職業社会学における議論

第1に、プロフェッショナリズムは社会と個人との関係性を検討する職業社会学から議論されてきた。当該研究群では、専門職を独占的職業集団に所属する個人あるいはグループであると指摘している(e.g. Abbott, 1988; Freidson, 1970; Hall, 1968; Larson, 1977; Millerson, 1964; Parsons, 1964)。長尾(1995)は、17世紀以降の専門職概念の変遷について以下のようにまとめている。

長尾(1995)によれば、専門職に関する議論は端的な例は17世紀のイギリスにおける貴族文化と専門職との関わりにさかのぼることができるとしている。その時代の専門職は聖職者・弁護士・医師に代表され、貴族・紳士などの社会的地位との結びつきが密接であったとされる。つまり、これらの専門職は能力の有無に関係なく社会的地位の高い人々のみが就業できる職業であったとされる。伝統的な欧米における専門職は社会的地位と直結していたという点で、長尾(1995)はこの時代における専門職を「ステータス・プロフェッション(status profession)」と呼んでいる。

ただし、19世紀における産業革命以後の社会の近代化や企業・組織の社会に対する影響の増大により、専門職とステータスとの結びつきは希薄になり、代わりに専門的知識・技能を習得した能力のある者が組織に従事する専門職が台頭していったとされる。長尾(1995)は、産業革命以後の社会環境の変化により「職業的プロフェッション(Occupational profession)」へシフトしていったという背景があると述べている。

職業社会学においては、専門職は個人というよりもむしろ集団として捉えられているのが特徴的である。たとえば、1960年代前半までの様々な議論をレビューしている Millerson(1964)は、専門職は①理論的知識に依拠した十分なスキルを有しており、②外部の職業集団の教育訓練システムや③資格試験制度が存在し、④職業集団として組織化されており、⑤職業の遂行に当たり依拠すべき規定が整備されており、⑥利他主義である集団である、とまとめている。別の議論では、たとえば Abbott(1988)が管轄

権という用語を用いて説明している通り、専門職とは「具体的な事象に対し、抽象的な知識体系を用いる独占的職業集団」であると定義している。(ibid.,p.8)。

つまり専門職には、組織外部に職業集団が存在していること、専門的知識の体系が当該組織外部の規律に従った規範から提供されること、そのために外部集団が組織化されていることに特徴がある。職業社会学では、専門職は組織外部の職業集団一すなわち、プロフェッショナルにとっても強い影響を受ける集団であることを強調している(Meyer and Rowan,1977)。

(2) 行動科学における議論

前述の議論とは異なり、行動科学研究では、専門職は個人と捉えられる。

第1の捉え方は志向(orientation)という側面である。Gouldner(1957,1958)は、従業員自身が有する専門的スキルあるいは知識に関する高いコミットメント¹⁹を有する傾向が強いというコスモポリタン志向を有する個人であると説明している。その反対は、ローカル(locals)志向であり、組織が与える職務への高い志向を有する傾向を指している。

Gouldner(1957,1958)は、ローカル(locals)と呼ぶ組織が与える職務への高い志向を有する従業員と、コスモポリタン(cosmopolitan)と呼ぶ、専門的スキルあるいは知識、および組織外部の専門職集団に関して高い志向を有する従業員とに2分割する試みを行ったと解釈することができ、個々の専門職は専門的業務そのものに強くコミットする傾向を有する主体であることを指摘している。

Kerr et al.(1977)は、個人の志向とともに能力の面を重視しており、専門職を以下の特徴がある個人と指摘している。Kerr et al.(1977)は、専門職を①専門的知識およびスキルの程度、②自律性の程度、③プロフェッショナルへのコミットメントの程度、④自己同一視(identification)の程度、および⑤倫理観の程度が高い個人である、と言及している。またAlvesson(2004)は、プロフェッショナルから提供される抽象的な知識システムの存在を重視しながらも、能力という側面から、専門職とは組織外部か

¹⁹ この場合のコミットメントは、心理的愛着(psychological attachment)の程度を指している。

ら提供される抽象的な知識システムに依拠し、身に付けている程度の高い個人であると指摘している。

集団から見る観点と、個人から見る観点とに大別されるにせよ、専門職は、第1に DiMaggio and Powell(1983)および Meyer and Rowan(1977)が指摘する通り、専門職は正統性を付与されたプロフェッションからの専門的知識に依拠する程度が強いとまとめることができる。そして、その専門的知識すなわちエキスパティーズ(expertise)には職業倫理に関する条項が盛り込まれており、専門職は組織外部の規範とは切り離された論理により作られる倫理観あるいは使命感を強く持つという職務特性を有する。第2に Lewis and Brown(2012)および Reichers(1985)が指摘する通り、専門職は専門的知識に裏打ちされた職務遂行において自律性を強く志向するとともに組織外部の規範へのコミットメントが高く、ある職務を知識によって独占する傾向が強いという職務特性があるとされる。

上述の職務特性は、組織において職務に従事する専門職の行動に大きな影響を及ぼすと言及されてきた。たとえば Reichers(1985)は、多重コミットメントという用語を用いてその影響を概念的に表している。多重コミットメントとは、西脇(2013)が示す通り、専門職を含む従業員個人が、組織のみならず多様な主体に情緒的・功利的あるいは規範的にコミットするという主張から導かれた概念である。Reichers(1985)は、多様な主体にコミットする個人にとって、組織一個人間におけるコンフリクトを招くことは不可避であると指摘している。

このような多重コミットメントの源泉となる職務特性は、プロフェッショナルリズムと呼ばれる(Hall,1968; Snizek,1972)。Hall(1968)によれば、プロフェッショナルリズムは①使命感、②自律性、③自己統制に対する信念、④依拠する規範としての専門職集団、⑤公共サービス提供への信念、の5次元であるとされる。

ただし Kerr et al.(1977)は、その職務特性には上述のような特徴があると言及しているものの、一口に専門職といえども職種によってプロフェッショナルリズムの程度は異なることを示していた。さらに、これらの程度は同じ専門職に関しても異なることが明らかにされている。たとえば医療専門職を対象とした調査である Hampton and Hampton(2004)は、助産師を

通した調査を通し、プロフェッショナリズムという価値観の程度は異なることを示している。

管理会計研究でも、Shafer et al.(2002)が公認会計士を対象とした調査を通して、その程度は異なることを示していた。さらに Shafer et al.(2002)は、上述のような職務特性に関する価値観の違いが管理会計システムから作り出される行為のパフォーマンスに影響を与えていたことを示している。

医療専門職においてもプロフェッショナリズムに違いがあるとする先行研究の結果を踏まえれば、この価値観の違いが管理会計情報の活用に対する態度すなわち目標コミットメントに重要な影響を与えている可能性が高い。

とくに、プロフェッショナリズムは、専門職組織の目標とは離れて社会的に良いことをするための価値観を創出する点で、経済性や効率性といった組織内部の情報にはネガティブな、有効性に関する情報に対してはポジティブな、情報活用に対する態度を創出すると想定した。

それが、仮説 1 a、仮説 1 b および仮説 1 c に示す通りである。

仮説 1 a: プロフェッショナリズムは、経済性に関する情報については行動に対するコミットメントに対して有意な負の影響を及ぼす。

仮説 1 b: プロフェッショナリズムは、効率性に関する情報については行動に対するコミットメントに対して有意な負の影響を及ぼす。

仮説 1 b: プロフェッショナリズムは、有効性に関する情報については行動に対するコミットメントに対して有意な正の影響を及ぼす。

4. 1. 2 適合関係に関する認識の影響

Kristof(1996)および Latham(2012)は、いかに組織メンバーを動機付け、組織と個人間の行動レベルおよび結果レベルの目標整合性を確保するかを考えることが組織の有効性を高めるために有用であると言及している。

管理会計領域でも、Anthony and Young(2003)および Merchant and Van

der Stede(2012)が、専門職組織では専門職の職務特性と管理者が設計する管理会計システムとの整合性を勘案することが重要であると指摘している。そこで本論文では、第2の要因として職務内容と情報との適合関係の認識を想定した。適合関係の認識とは、個々人の価値観・資源・能力等と職場などの個人外部の環境が有する価値観・資源・能力を発揮できる機会などとの適合度に関する主観的な認識を指している。

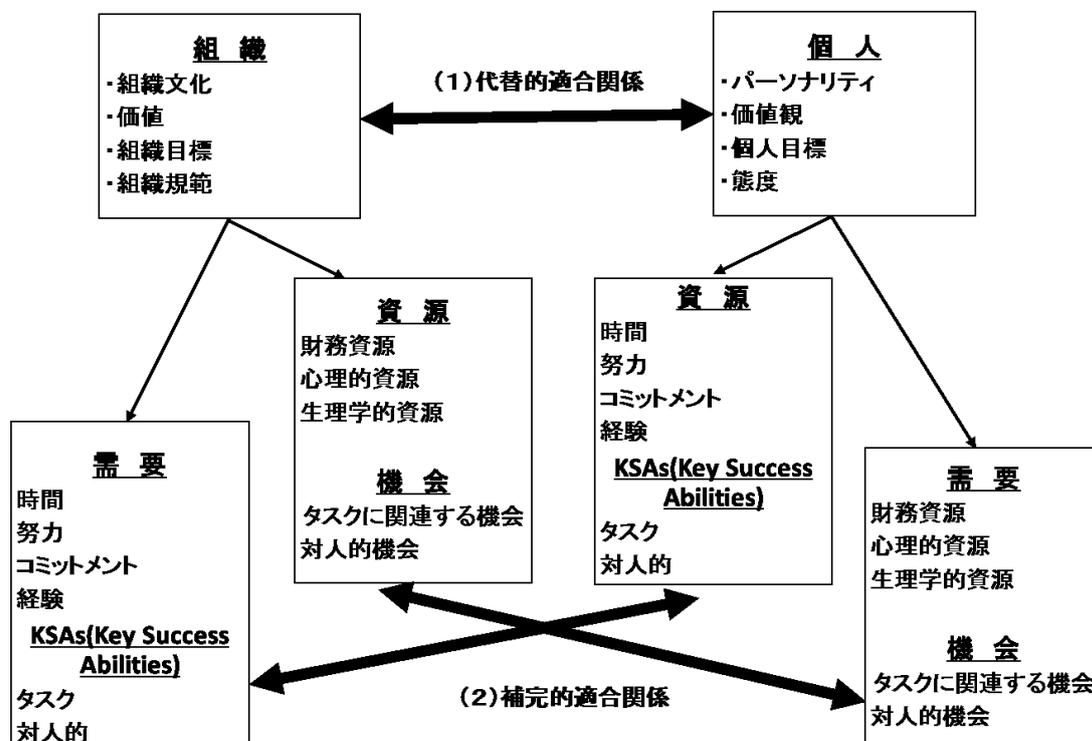
この適合関係の認識について Kristof(1996)は、個々人の知りえる環境要因や選択肢は限定的にとどまらざるを得ないために、人々はその効用を最大化する存在ではなく、代わりに最適化ないし満足化原理によって行動する(c.f. March and Simon,1958)ため個々人の適合関係に均衡点はないことが前提であると指摘している。そのうえで、個人と環境との関係は双方の主観的判断によって決定されるものであり、個々人が適合していると感じている限り適合関係が存在すると考えるべきであると説いている²⁰。

管理会計研究においても、Shields et al.(2000)が職務内容と管理会計システムとが適合していないという主観的認識が職務に関連するストレスにつながることを経験的に示している。医療専門職を含む専門職は、内部規範と外部規範とのコンフリクトを感じやすい存在である(Reichers,1985)がゆえ、適合関係の認識が管理会計情報の利用に対する認識に強く影響するという予測を立てた²¹。

²⁰ 環境として想定されるものには、職業、組織、職場など、様々な次元が存在する(Edwards and Shipp,2007; Kristof,1996; Kristof-Brown et al.,2005)。本論文における「環境」は、管理会計システムあるいは情報は組織の管理者によって設計されるものであることに鑑みて組織を想定している。

²¹ 外発的報酬が効用や適合関係の認識を上げることもいえるかもしれないが(e.g. Deci and Ryan,1983)、この点に関しては批判が集中している。なぜなら、この指摘には個々人は外発的報酬によって職場に引っ張られ、内発的動機を失いがちになるというアンダーマイニング効果が生じうるという前提が置かれているためである。たとえば Bandura(1977)はピアニストの例を引き合いに出し、高い金銭的報酬が得られるからといってピアノを弾くこと自体が嫌になるというマイナスの内発的動機につながるとは考えづらいと批判をしている。加えて、そもそも職場に従事しており外発的報酬を期待しているはずの個々人に対してアンダーマイニング効果という仮定は成立するののかという批判もなされている。

図表 4 - 1 適合関係の種類



(出所：Kristof(1996)より著者作成。)

Kristof(1996)はその文献において、図表 4 - 2 に示す通り、適合関係には様々な種類があることを示している。1つは代替的適合関係 (supplementary fit) であり、いま1つは補完的適合関係 (complementary fit) である。

このうち代替的適合関係とは、組織と個人の関係において、組織の有する能力・規範と個人の能力・価値等に関し、もう一方が同じ次元のものを提供することで成り立つ適合関係をいう。また、補完的適合関係とは、組織と個人との関係において、一方の主体にとって欠けている能力・ニーズ等を、もう一方の主体が補完的に提供しあうことで成り立つ適合関係をいう。本論文の場合、組織は職場や給与などを提供し、専門職は専門的な知

識に基づく業務プロセスなどの重要な組織能力を提供する点で、提供物は双方異なっているため、後者の適合関係を採用した。

ただし、Edwards and Shipp(2007)および Kristof-Brown et al.(2005)が言及する通り、補完的適合関係にも2つの類型があり、混同することは分析の次元をゆがめる危険性がある。そこで、補完的適合関係の下位の類型について整理する。

第1は、需要と能力との適合関係である。これは、組織あるいは個人に欠如しており望んでいる対象物を、どちらか一方が有している能力を補完的に提供することに起因する適合関係をさす。どちらかといえば、プロセスとしての主観的な認識を表す適合関係である。

第2は、ニーズと提供物との適合関係である。これは、個人あるいは組織のニーズともう一方の提供物との間の適合関係をさす。この類型の適合関係は、どちらかといえば、ニーズに合致する提供物を提供された結果としての主観的な認識を表す適合関係である。

このうち本論文では、職務特性という専門職の有するニーズと、意思決定への活用を促すために組織が設計する管理会計情報との適合関係、すなわちニーズと提供物とが出そろった後の主観的な認識に焦点を当てることが適切であると考え、ニーズと提供物との適合関係(needs-supplies fit)を採用した。

当該観点に立てば、ニーズと提供物との適合関係が高いほど、管理会計情報を受け入れ活用するという意欲は高まるという予測を立てた。これらの情報は、経済性・効率性・有効性という情報の種類にかかわらず変わらないと想定した：

仮説2：目標として与えられる情報の種類に関わらず、目標に対するコミットメントには、職務と情報との適合関係の認識が有意な正の影響を与える。

4. 1. 3 熟達過程の影響

松尾(2006)は、人間がプロとして成熟していくためには、さまざま経験が効果を及ぼしていると説明している。具体的には、教育経験はもちろんのこと、勤続年数が向上していくにつれ経験する様々な現場経験や、職位の引き上げによる変化なども関係していると指摘している。本論文でも、これらの経験により目標に対する意欲は高まっていくと想定した：

仮説 3 a：職位の水準は、目標に対するコミットメントに対して有意な正の影響を与える。

仮説 3 b：教育を受けた程度は、目標に対するコミットメントに対して有意な正の影響を与える。

仮説 3 c：勤続年数の長さは、目標に対するコミットメントに対して有意な正の影響を与える。

仮説 1 から仮説 3 までを示したものが、図表 4 - 2 である。

4. 2 情報活用への影響に関する仮説

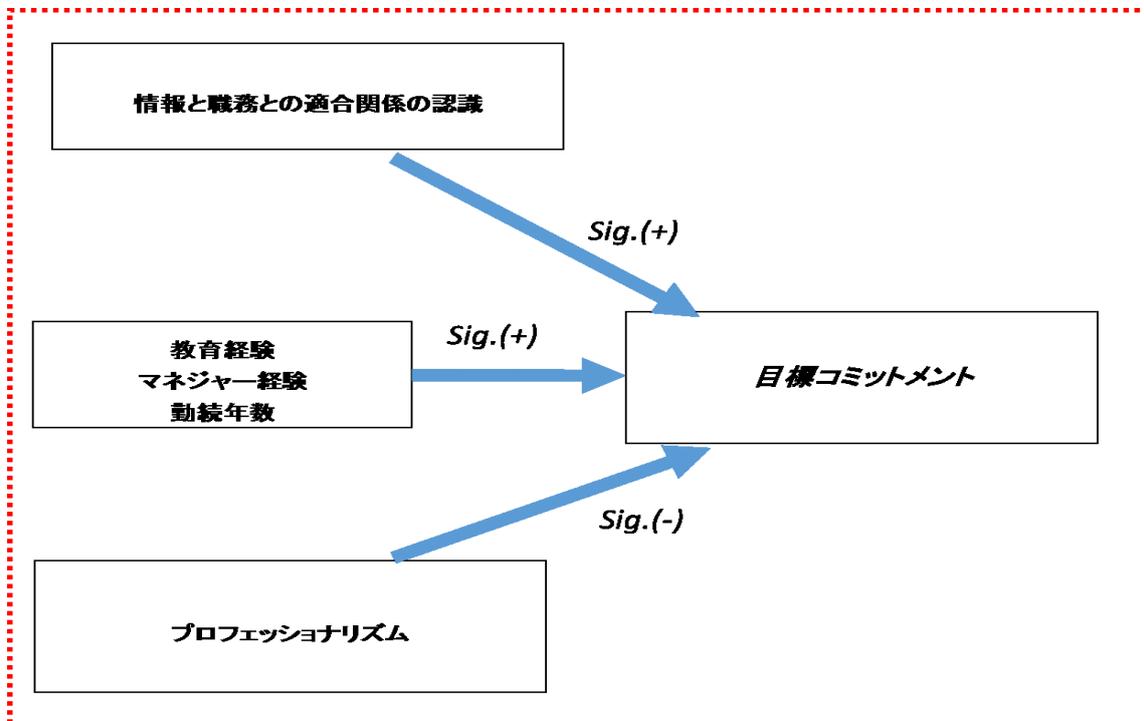
仮説 3 までは、目標に対する意欲に価値観・適合関係の認識が及ぼす影響を予測するものであった。それでは、実際の情報の活用にこれらの要素がどのように影響しているのであろうか。

第 1 に、専門職は、その有する価値観の強さに起因して行動を変容させることを示している(Hall,1968; Reed,1996; Scott,1965)。ここから、専門職が有する価値観であるプロフェッショナリズムの度合いが行動に対して有意な影響を与えているのではないかと想定した。とくに管理会計情報を与えられると自分の価値観が脅かされるおそれが高まるため、負の関係にあるのではないかという予測を立てた。

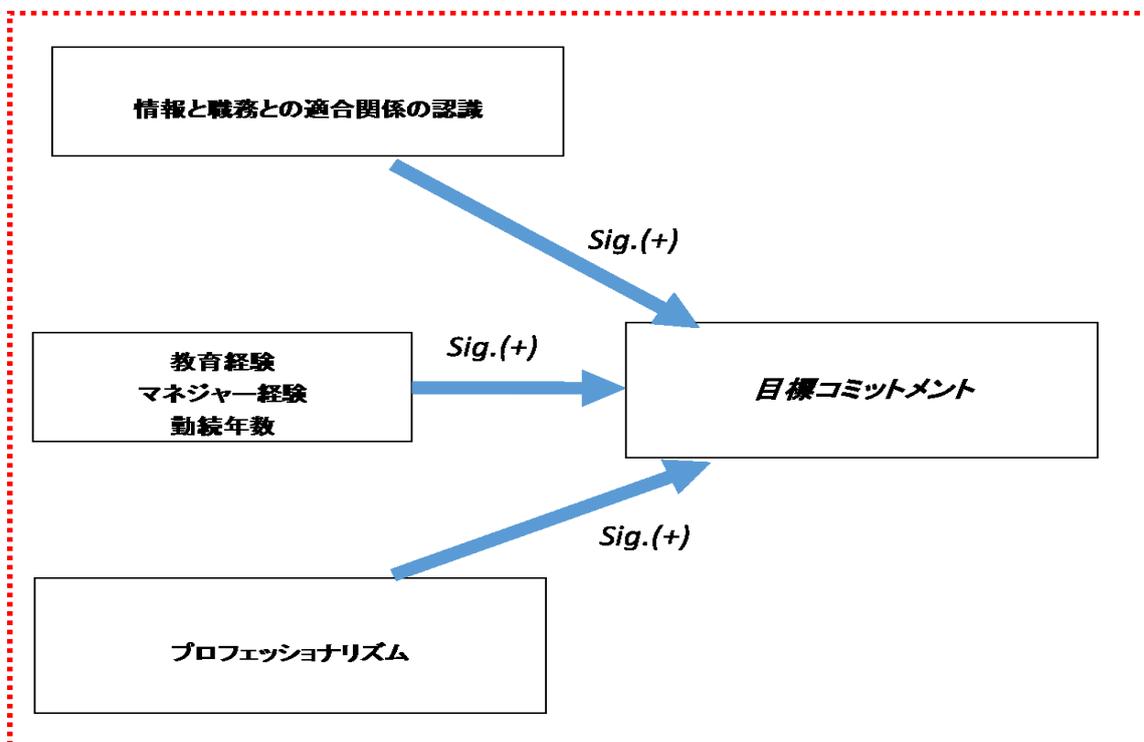
第 2 に、目標に対する意欲が高まるほど、実際の情報の活用度合いは高まるのではないかと予測した。一般的な組織行動論における言説は、特定の反応に関する意欲が高まると、その反応を取りやすくなることを示してきた。本論文でも、目標コミットメントが情報活用という行動に有意な影響を与えているのではないかという仮説を構築している。

図表 4 - 2 仮説 1 から仮説 3 までの分析モデル

(1) 経済性・効率性に関する情報に関する分析モデル



(2) 有効性に関する情報に関する分析モデル



(なお、図表中の Sig.(・)は有意な正または負の関係を示している。)

第3に、適合関係の認識そのものが実際の情報活用に影響を及ぼしている可能性は否定できない。それは、以下の2つの観点から説明できる可能性がある。

まず、Locke and Latham(1990)をはじめとする目標設定理論からの説明である。目標設定理論では、目標に対する意欲を所与とすると、達成可能である(attainable)という認識が実際の反応を左右する大きな動機付けの要素であると主張している。適合関係の認識が、この達成可能であるという認識を持たせ、結果として情報の活用に対して直接的な影響を与えている可能性がある。

同様の議論は、Vroom(1964)が主張した期待理論も示唆しているところである。期待理論は、個々人の努力が職務における自分自身の効用に見合うアウトカムとリンクしていると、努力の強度がより強くなると主張する。それゆえ、職務内容と管理会計情報とが適合しているものであるという認識は、実際の情報の活用に影響している可能性がある。

さらに仮説3と同様に、松尾(2006)は教育経験はもちろんのこと、勤続年数が向上していくにつれ経験する様々な現場経験や、職位の引き上げによる変化などが反応にも関係することを示唆している。そこで、本論文でも、これらの経験により管理会計情報の活用度合いは高まっていくと想定した。

以上より、本論文では以下の仮説を構築している。

仮説4 a: プロフェッショナルリズムは、実際の情報の活用に対して有意な負の影響を及ぼす。

仮説4 b: 目標コミットメントは、実際の情報の活用に対して有意な正の影響を及ぼす。

仮説4 c: 適合関係の認識は、実際の情報の活用に対して有意な正の影響を及ぼす。

仮説5 a: 職位の水準は、実際の情報の活用に対して有意な正の影響を与える。

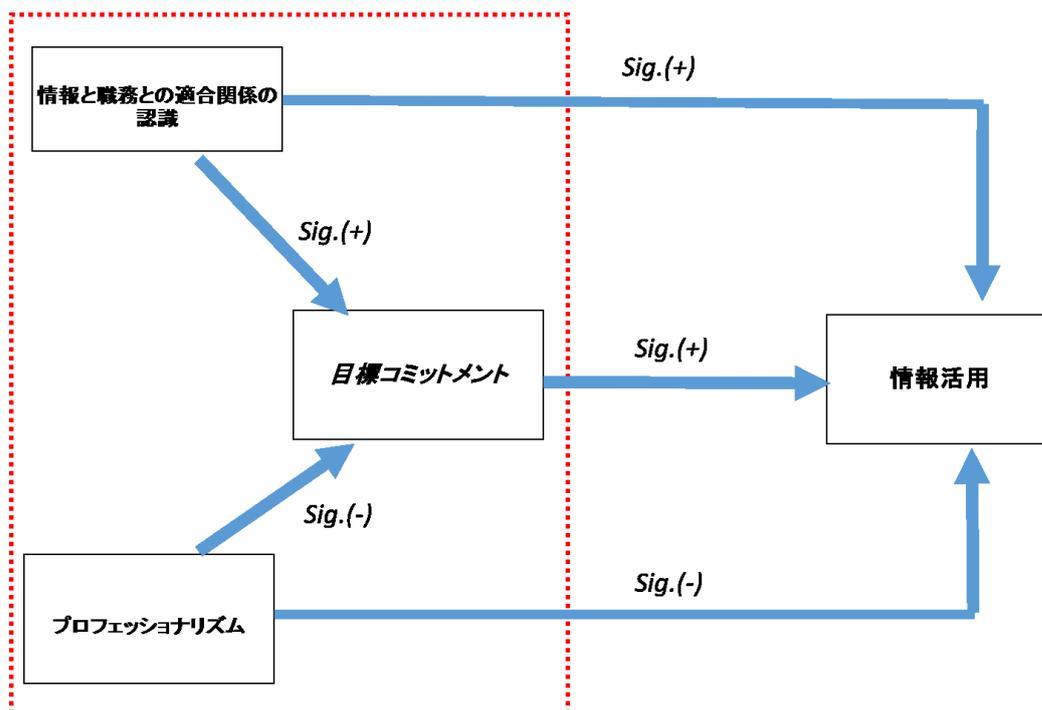
仮説 5 b：教育を受けた程度は，実際の情報の活用に対して有意な正の影響を与える。

仮説 5 c：勤続年数の長さは，実際の情報の活用に対して有意な正の影響を与える。

本論文における分析モデルは図表 4 - 3 に示す通りである。

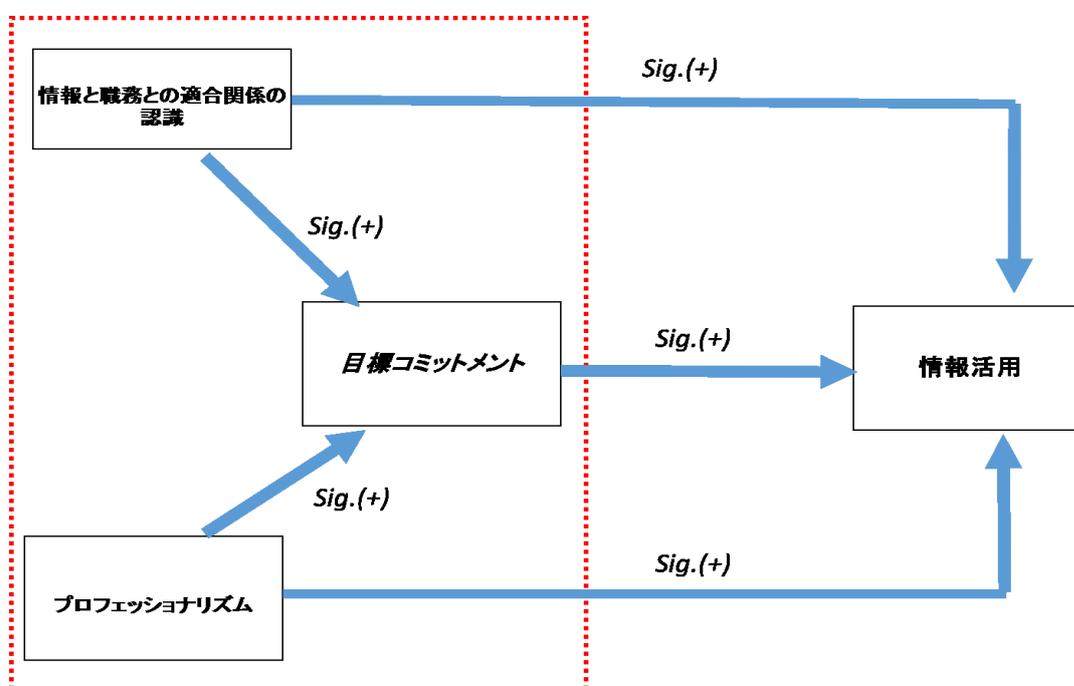
図表 4 - 3 本論文における分析モデル

(1) 経済性・効率性に関する情報に関する分析モデル



(なお，図表中の *Sig.(+)*は有意な正の関係を，*Sig.(-)*は有意な負の関係を示している。)

(2) 有効性に関する情報に関する分析モデル



(なお、図表中の Sig.(+)は有意な正の関係を、Sig.(-)は有意な負の関係を示している。)

4.3 分析アプローチ

本論文では、定量的調査を採用した。具体的には、1病院における看護師全員を調査対象とした質問票調査である。

第1に本論文において看護師を調査対象として選定したのは、まず、労働の流動性が高いのみならず看護倫理というプロフェッションから提供される倫理要綱が職務特性に直接的に反映される主体である反面、とくに看護部長といった上司の指揮命令系統のもとに業務に従事する傾向が強いためである。プロフェッションから、看護師は強い官僚的支配下に置かれる可能性が高く、業務遂行において組織内部の規範と組織外部からの規範との間でジレンマにあり可能性が高く、それが過度に高まると離職につながる可能性が高いためである。すなわち、看護師は田尾(1997)が指摘するが

ごとく専門的知識を有している一方で他律的な性質をより強く有する「準専門職」であり、本論文における問題意識と照らし合わせても適しているためである。

さらに、看護師は準専門職としての性質を有するにせよ、プロフェSSIONナリズムが及ぼす影響に関しては医師を対象とした調査(e.g. Abernethy and Stoelwinder,1995)と比較しても結果は同じである(e.g. Brinkert,2010)。そのため、看護師を対象を絞ることによって職務特性の均一性が担保できるという利点があり、病院には看護師が多数在籍していることからサンプル数も多く収集できるからである²²。

第2に調査対象を1病院としたのは、これまでの管理会計研究でも、病院の規模・立地条件・診療科の種類・ガバナンス形態・報酬体系・開示されている情報の種類などの他の多様な要因の影響を受けることが示されてきた。それに対して本論文の目的はあくまでも専門職個々人の管理会計情報に対する認知的・態度的側面である。属人的な要因以外のコンテクスト要因の影響をなるべく排除するためには、個人外部のコンテクスト要因を統一しておくことが有益であるためである。

さらに、調査対象病院では調査の1年前に「新病棟を設置するために他のいろんな病院や施設から多数の人を雇った」(パイロット・インタビューの内容を抜粋。)という経緯があり、様々な価値観を有する看護師が在籍している可能性が高い。そのため、管理会計情報に対する認識にもさまざまな認知および態度を有する回答者が在籍している可能性が高く、本調査の対象として合致していると判断したためである。

第3に看護師個人に対するサーベイ調査を実施した最大の理由は、少なくとも医療組織を研究対象とした管理会計研究における調査では医療倫理の関係もあり情報の受け手の立場すなわちマネジャー職ではない医療専門職の立場に立った調査は著者の知る限りほとんど行われてこなかったことにある。これまでの管理会計研究で見受けられるのは、情報の与え手すな

²² とくにわが国においては社会診療報酬制度上、7人の患者に1人以上の看護師が職務に従事していると入院基本料の加算を受けることができるという「7対1看護」という基準がある。わが国における医療組織にとっては収益が増大する源泉となるため、「7対1看護」を認証取得する病院が多い。

わち管理者へのサーベイ調査およびケース研究であるのが現状である。

加えて、加登ほか(2009)および加登ほか(2010)が指摘する通り、わが国においては仮説検証型のサーベイ調査は少ないことに加え、管理会計研究を見ても個人レベルのサーベイ調査はわが国においては非常に少ない。すなわちプロフェッショナルリズムと会計に関するケース研究は蓄積されてきたものの、そこから導出しうる仮説が本当に統計的にも認められるのかはブラック・ボックスであるといつてよいだろう。

さらに管理会計領域における医療専門職を対象としたサーベイ調査の対象者はほぼ全てが病院管理者やメディカル・マネジャーであった。管理者が認識している結果が本当に受け手の立場からも統計的に認められるかどうか、またその結果がマネジャーと同じであるのかどうかを検証することには意義が認められると考えたからである。その足掛かりとしても、仮説検証型の、医療専門職を対象としたサーベイ調査を行うことには意義が認められると考えた。本論文では、この点に対して方法論的にも貢献できると考えている。

つまり、個人レベルのサーベイ調査を行うことで、これまでのケース研究の知見を統合できる可能性があり、また受け手の立場に立って実情を検討する1つの有益な方法としても貢献を与えることができると考えたため、サーベイ調査を採用した。

第5章 調査の概要と変数の設計

本論文では、民間社会福祉法人 A が運営する B 病院における看護師全員を対象とした質問票調査を実施した。以下、B 病院の概要・調査手続き・倫理上の配慮・質問票における変数の設計および得点化の方法などを整理する。

5.1 調査対象

調査対象は関西の C 市に位置する B 病院である。B 病院は C 市における基幹病院の 1 つである二次救急病院であり、元来 C 市によって運営・管理がなされていた。ただし、より効率的な病院運営を目的として 2000 年代にわが国において導入された指定管理者制度²³の導入が検討された。C 市議会の承認を経て、2011 年 4 月に民間の社会福祉法人 A に B 病院の経営権が移譲された。このことを機に、B 病院にも民間の社会福祉法人 A において採用されている経営管理手法が導入されることとなった。

5.1.1 社会福祉法人 A の概要

経営権を委譲された民間の社会福祉法人 A は、2014 年時点において創設から 40 年以上の歴史を持つ。社会医療法人・社会福祉法人として認定されたのち、2 つの急性期病院・1 つの療養型病院・4 つの専門クリニック・2 つの特別養護老人ホームなどを運営する複合型の経営体制を取るに至った。その過程で B 病院の指定管理を受託している。

社会福祉法人 A の理念は 3 つの次元からなるフィロソフィーとして表されている。3 つの次元とは、「使命」、「目標理念」そして「スタイル」である。1 つ目の「使命」は「愛の医療と福祉の実現」「地域と職員と共に栄えるチーム」という言葉で標榜されている。当該「使命」は明文化され、全施設の全部署に掲示されている。2 つ目の「目標理念」は「ベストパートナー」「エナジャイザー」という職員として目標とすべき理念を表すもので

²³ 指定管理者制度は、地方自治法の規定に基づく制度である。その内容は、自治体を含めたパブリック・セクターが運営する施設の運営をより機動的・効率的にすることを目的として、地方公共団体の指定した民間企業を含めた第三者にその経営権を委譲するものである。

ある。3つ目はフィロソフィーの具体的な「スタイル」であり，ここには「ベストキュア」「ベストケア」「ベストパートナーシップ」の3つが当てられている。

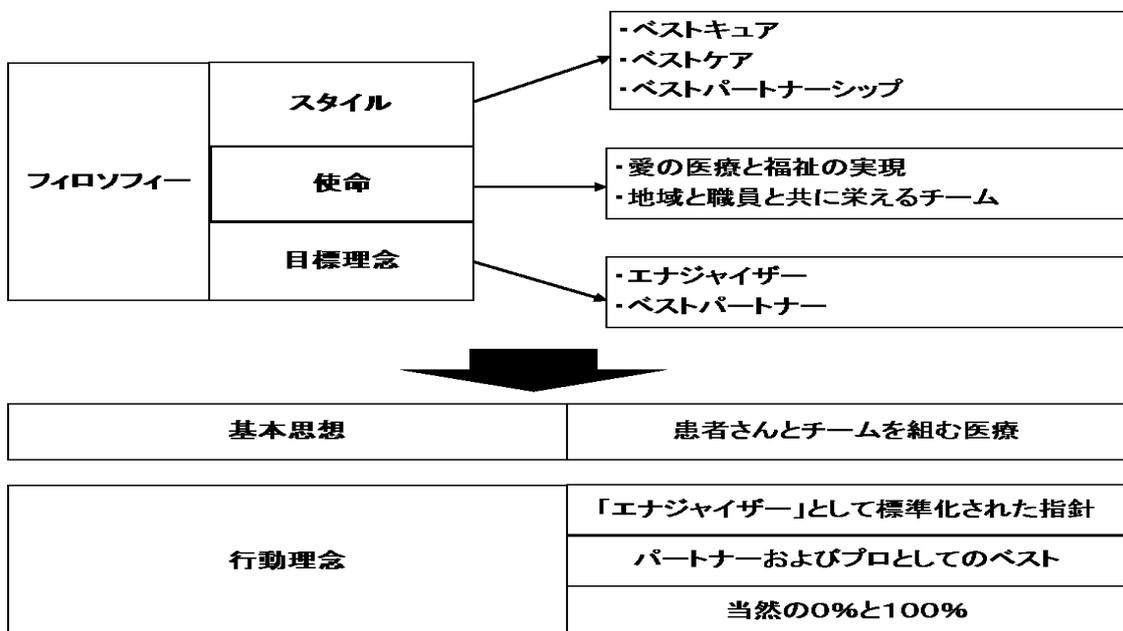
社会福祉法人 A は，この3次元のフィロソフィーを基本思想・行動理念へと落とし込んでいる。具体的には，基本思想として「患者さんとチームを組む医療」というパートナー思想を貫くスタイルが提示されている。次にフィロソフィーは各施設の行動理念に反映されている。まず「エナジIZER」には標準化された指針が策定されている。加えて「パートナーおよびプロとしてのベスト」という社会福祉法人 A において従事する医療者として遵守すべき義務が示されている。そして「当然の0%と100%」という，自分自身でできることとできないことを峻別できるようにすることも明示されている。

主に医療の質に関する取り組みとして，社会福祉法人 A では B 病院を含む全施設に対して全施設長によるヒヤリングや全施設への掲示・勉強会での通知を通じて浸透させる働きかけを行っている。加えて，社会福祉法人 A では医療の質の管理に関し全施設の職員が参加する「QC 大会」によりその維持・向上に努めている。これらの理念によるコントロールに関してまとめたものが，図表5-1である。

次に社会福祉法人 A では，法人全体の長期のビジョン（おおむね10年程度）およびそれらをブレイクダウンした中期計画・短期計画が策定されていた。社会福祉法人 A の中期計画は，長期のビジョンを踏まえて法人本部において3～4年ごとに策定されている。さらに，それらを1年間に落とし込んだ法人全体としての年度方針・計画も，行動目標・サービス目標・経営目標等にある程度細分化されて策定されている。その中には法人全体としての予算計画も含まれており，社会福祉法人 A において最低限必要とされる利益額が，一定の算式によって「最小限必要利益」として計算されていた。

それらの長期・中期および年度計画は，各施設の管理者が参加する会議体などを通じて各施設に伝達される。その会議では，各施設や各施設の管理者の課題点などがあわせて検討されている。

図表 5 - 1 社会福祉法人 A の理念によるコントロール



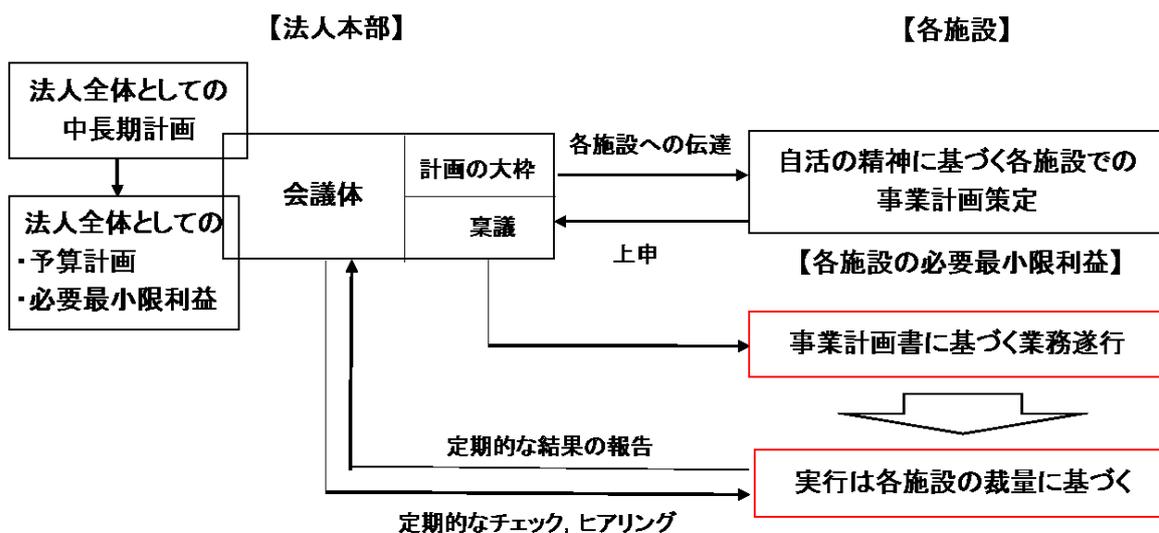
(著者作成。)

ただし社会福祉法人 A における年間の具体的な事業実施計画の策定およびその実行に関しては、各施設の裁量に委ねている。それは、社会福祉法人 A では各施設における具体的な計画策定・実行によって「必要最小限利益は自ら稼ぐ」という自活の精神が重視されているためである。最終的には社会福祉法人 A 本部の稟議を経ることにはなるが、各施設の管理者層は自ら各年度の事業計画を策定したうえで、おのおの実行に移すという権限移譲が行われていた。

各施設は法人全体の会議で課題点としてあげられた各施設の重点政策を踏まえて年度計画・年度目標を設定し、事業計画書を作成する。その実行方法は各施設に委ねられている。ただし管理職の参加する会議体で定期的に、計画と実績との乖離は著しくないかは検証されている。その乖離が著しい場合には必要に応じ目標あるいは計画の修正が行われることとなっている。社会福祉法人 A 全体としてのガバナンス体制および権限移譲の態

様は図表 5 - 2 に示す通りである。

図表 5 - 2 社会福祉法人 A における権限移譲の態様



(著者作成。)

5. 1. 2 B 病院の概要

B 病院における指定管理者制度は「利用料金制」と呼ばれる制度に基づいている。この制度は、指定管理者である社会福祉法人 A が収益を享受するとともにそれに係る費用も負担するものである。指定管理を受けた施設は実質的に指定管理者の独立採算性のもとに運営されることとなる。B 病院の経営権が C 市から社会福祉法人 A にほぼ全面的に移管されたのち、B 病院はハード面、ソフト面ともに移行期に入った。

第 1 に、ハード面としての取り組みに関して移行期に入っている。B 病院は、1966 年に設立された古い病院施設を社会福祉法人 A の意思決定のもとでほぼ新設した。2011 年に新病棟の建設が決定し、2013 年

に新病棟が設立された。ただし、未だ新病棟に移ったからといってフル稼働に至っているとは言えず、B病院は本来13の診療科を有しているものの2014年8月1日現在において稼働しているのは7の診療科であった。

第2に、管理システムの変革に関しても過渡期にある。B病院には、社会福祉法人Aにおいて採用されてきた経営システムが移管されることとなった。まず前述のフィロソフィーの浸透などの取り組みがなされたとともに、全法人のガバナンス体制に準拠した事業計画の自主的な作成、朝礼の際に日報を配布する取り組みなどを行ってきた。次に、医療提供プロセスの変化に対する取り組みに関しても、ITシステムを利用した電子カルテや看護支援システム・検査システムなどの活用、診療報酬に関するDPC対象病院へのエントリーおよび厚生労働省へのデータ提供の開始などを進めている。さらに、医療提供システムに関しても、救急対応の拡大（時間外救急への対応の拡大）や専門外来の開始などの変革を行ってきた。

このような移行期における大きな懸念事項は、ハード面あるいは経営システムの変革に伴う人的資源の意識変革に関する課題であった。指定管理者制度により民間の経営手法が導入される以前、B病院における看護師を含む職務従事者はC市の公務員として従事していたという背景があった。ところが、指定管理者制度が入ったことで民間の社会福祉法人Aの一職員という身分の変更がなされることとなった。各職務従事者は公務員という身分を捨てることを強いられたため、強い反発を生んだ側面があった。B病院における退職者も数十人単位で出たとともに、残った者と民間の医療法人の職員との間での意識の著しい違いもあった。さらに、新病棟の建設・本格稼働に伴う人手不足も顕在化し「(2013年に)新病棟を設置するために他のいろんな病院や施設から多数の人を雇っ」ている(パイロット・インタビューの結果を抜粋。なお、括弧内は著者加筆。)

このことに伴い、B病院の中にも、様々な価値観を有する看護師の意識をどのようにすれば社会福祉法人Aの基本方針や民間の手法に合わせることができるのか、という目標整合性の確保に対する大きな課題が表出してきたのである。

なお、2014年8月1日現在における看護師の人員は、常勤・非常勤を含め総数で153人であった。B病院における看護師の人員配置の態様

は図表 5 - 3 の通りである。B 病院において看護師が従事する職場としては、4 つの病棟および外来、手術室・中央材料室、そして間接部門に大別される。2014 年 8 月 1 日時点で職務に従事している看護師の 74.5% に転職経験がある。

図表 5 - 3 B 病院における看護師の人員配置の概要²⁴

人員配置先	常勤	非常勤	合計人数	(うちリーダー職)
【1 病棟】				
・西4病棟	20	3	23	3
・西5病棟	19	4	23	2
・東5病棟	23	3	26	2
・西6病棟	27	6	33	3
【2 外来】	16	21	37	2
【3 手術室・中央材料室】	7	0	7	2
【4 その他(間接部門)】	4	0	4	4
合計人数	116	37	153	

(内部データにより著者作成。なお、各数字は人数を表している。)

5. 2 調査対象病院における管理会計システムの運用状況

2014 年 8 月 1 日時点における管理会計システムの現状、権限一責任関係の所在および目標値の設定状況等は以下の通りである。

5. 2. 1 社会福祉法人 A 全体としての運用状況

²⁴ 本ケースにおけるリーダー職とは、各職場の管理権限を有している者を指す。なお、管理会計システムから提供されている数値情報がこれらのリーダー職全員には伝達されていない。

社会福祉法人 A 全体としては、まず、収益・原価を算定する基礎となる情報の目標値および実績値、そして医療上のアウトカムを示す情報が蓄積されていた。次にそれらの情報をもとにして、予算管理システムおよび原価計算システムが、DPC 対象病院では厚生労働省が提供している公的データである DPC データを利用した情報管理システムが運用されていた。

まず基礎情報の目標値としては、各診療科や外来患者の人数ベースの目標値が設定され、その実績値や達成率が集計されていた。また、それに加え、安全管理レポートに基づいたアクシデントの内訳等に関するデータや、退院時に各患者が記入するレポートから算出される患者満足度に関するデータ、新規入退院者数や日々の空床数に代表される病床稼働率を算定する基となるデータなどが蓄積されていた。これらの新規入退院患者数・病床稼働率・平均在院日数などにも目標値があり、その達成状況が数値として算定されていた。

次に収益情報としては、各診療科が行う処置と対応させた診療報酬点数の実績値および達成目標、また定額支払いの対象となる DPC 制度の対象部分に関してはその疾病特有のコードごとの症例の件数および償還金額が算定されていた。

さらに原価情報に関しては、各施設における事務部門では部門別（診療科別）原価や病棟別に区分した職場別原価が算定されており、一部の施設では試験的に活動基準原価計算に類似した原価計算の仕組みに基づく診療行為別の原価情報が測定され、事務部門において蓄積されていた。それらに基づき、予算―実績差異が算定され、事務部門においては次期の事業計画の策定に、そして社会福祉法人 A 本部との間で会議において活用されていた。

これらの情報は、各施設において特に人数ベースで比較可能な形で統一されており、各施設間比較が可能な指標として整理がなされていた。

5. 2. 2 B 病院における運用状況

B 病院において運用されていた管理会計システムもほぼ上述の通りであり、人数あるいは症例ベースの各数値、そしてそれに基づく人数・原価などの目標値が設定されていた。そして主に診療科別の原価計算システムお

よび予算管理システムが事務部門で運用されており、実績値が算定され、目標値との乖離について集計・蓄積がなされていた。

しかし、看護師がこれらのデータすべてにアクセス可能であるかといえ
ば、そうではなかった。確かに数人の看護師長クラスの看護部門のトップ
のみ上述の蓄積されている全データに開示されていたものの、ほとんどの
看護師に開示されているのは、事務部門が作成している日報(日次報告書)
で全看護師に対して配布される、そのうちのごく一部の情報のみであった。

具体的には、第1に、月次では注射器などのディスポーザル製品(使い
捨て医療器具)の使用量およびそれらに要した原価、超過勤務時間、患者
満足度データ、安全管理レポートの結果の概要が公表されていた。第2に
日次では(1)病棟従事者に関しては診療科別の現在の入院者数や新規の
入退院者数、病棟別の入院者総数・新規入退院者数、空床数、病床稼働率
などの病床稼働に関する情報を簡易に抜粋された部分と人数ベースでの施
設間比較に関する情報が主であった。(2)外来に関しては日々の診療患者
数などが主であった。(3)手術室に対しては、日々の救急搬送者数・手術
実施件数が主に開示されていた。

事務部門が詳細な情報を公表することを控えている理由には、まず社会
福祉法人Aにおける他の病院において予算―実績差異情報を報酬と結びつ
けたことが、財務数値による管理と医療規範とのコンフリクトを呼び医療
専門職の強い反発を引き起こし予算管理システムが形骸化したことも1つ
の理由としてある(結果として、この病院は予算と報酬とのリンクを断ち
切る意思決定をした。このケースに関する詳細は、藤原・松尾(2013)を参
照されたい)。加えて、多様な価値観を有する看護師が多数在職している
ことから、B病院の目標と医療専門職の目標との整合性が取れなくなるこ
とを、従来よりも大きく危惧していることもある。そのため、B病院の管
理会計システムから提供される情報に関しては、「今、まさにたくさんある
データをどんな風に運用したらいいかを考え中」(パイロット・インタビュー
結果を抜粋。)という状態であった。

すなわち、B病院の事務部門としては、原価・利益などの財務情報は予
算数値により、病床稼働率に関しては人数ベースでの目標値、安全管理に
関しては結果に基づくアクシデント件数ゼロという目標値も算定されてい

た。しかし、これらの情報は、看護師には看護師長を除き、開示はされていなかった。すなわち、事務部門において目標値は算定されていたものの、それらは看護師長以外知られない仕組みになっていた。

加えて、2014年8月1日現在、マネジャー・クラスの看護師にも財務業績を含む各種の指標の変動に応じて給与額が変動するような報酬形態はとっておらず、全データにアクセス可能である看護師長にもこれらの目標と実績との乖離に関する責任も負わせていなかった。また、病床の管理権限などは看護師ではなく医師がほぼ全権を握っていたため、看護師にとって病床稼働率の管理権限はほとんどなかった。

しかし、事務部門としては詳細な数値情報の提供は差し控えている状況であったものの、看護師にも病院経営のための「目標意識を持ってもらいたい」（事務部門長へのパイロット・インタビューの結果を抜粋。）という気持ちは強かった。

5. 2. 3 B病院における看護師の管理形態

看護師の管理に関していえば、まず看護師長には月次のB病院の経営会議において事務部門から数値目標が伝達されていた。次に、看護師長が各病棟管理者をはじめとするマネジャー・クラスの看護師に対し、公式の看護師の会議やインフォーマルな対話によって協議されていた。具体的には情報ではなく自活の精神に基づく行動指針のみに照らし合わせ、B病院の経営を安定・向上するため伝達すべき運営方針を指示・協議していた。そのうえで、各病棟管理者などのマネジャー・クラスの看護師が下位の看護師に対して朝礼などで日報を配布するとともにそれぞれの裁量において決定された方針を伝達していた。つまり、病院経営の改善の方策を考えるとこの点では、各マネジャーがミーティングに基づき効率的な看護のあり方について自主的に考えたうえで下位の看護師に伝えるという形態が取られていた。

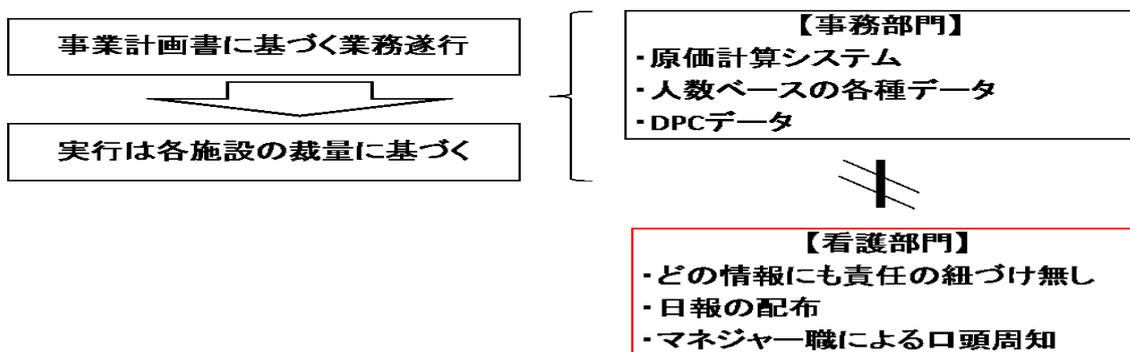
図表5-3において示しているように、調査対象病院における各職場で従事している看護師は各病棟・外来ではいずれも20人から30人強の間であり比較的少人数であった。他方、その各職場で従事しているリーダー職の数は2人から3人であり、リーダー職が比較的各職場を管理しやすい

環境となっていた。さらに、手術室・中央材料室に関しては従事者数7人のうち2名がリーダー職であった。

そのため、リーダー職が下位の看護師の業務について目の届く範囲や管理する環境は強いといえよう。このことに起因してか、意識付けの現状については「病棟管理者の方針によって変わるのではないか」(看護部長へのパイロット・インタビューの結果を抜粋。)という声も聞かれた。看護師に対して目標値は設定されていなかったものの、改善の方策を考えるという点ではある程度リーダー職からの圧力や目標に関する意識を醸成する風潮があるといえる。

確かに数値情報は看護師長以外の看護師には詳細に与えられていなかったが、各マネジャーの裁量をもとに主に経営に関する意識付けのために利用されていたといえよう。B病院では、どちらかといえばマネジャー・クラスの看護師による指揮・命令あるいは対話が看護師の管理にとって支配的であった。その意味で、各看護師は原価をできる限り削減し、病床稼働率や患者満足度を上げ、アクシデント件数をゼロにするという目標を間接的に(口伝いに)理解していたのではないかと考えられる。

図表5-4 看護師の業績責任および管理形態



(著者作成。)

5. 3 調査手続きと倫理上の配慮

本論文における調査では、B病院の事務部門および看護師長・看護部長に依頼し、無記名・自記式の質問票を用いて実施した。質問票は倫理上の配慮・個人情報の保護指針などの記載をした文書とあわせてあらかじめ封筒に入れた状態で渡した。また、あらかじめ封筒には両面テープが貼り付けてあり、回答後はすぐに厳封してもらうことで誰が回答したかを特定できないように配慮した。

回収方法も2通り用意した。1つは、あらかじめ切手を封筒に貼り付けておき郵送により調査実施者（著者）に直接返送する方法である。いま1つは、事務部門に回収用の箱を用意し、そこに投函したうえで期日までに回答のあったものについてまとめて回収する方法である。

結果として、B病院における2014年8月1日現在の看護師数合計153名のうち131名の回答を得た（回収率85.6%）。その中身を分析した結果として21の無効回答が認められた。これらを除外した結果として、有効回答数は110となり、全看護師数153に対する有効回答数の割合は71.89%となった。直接郵送による有効回答数は4であり、残りの106はまとめて回収した分であった²⁵。

なお、本論文における調査対象者は看護師個人々人であるため、医療倫理上の配慮が必要であると判断した。本論文における調査では、医療倫理に関する対応として1971年に制定され2013年に改訂されたヘルシンキ宣言にのっとりた配慮を行った。

加えて事前の2回にわたる打ち合わせにより調査対象病院における看護師数やその属性から個人を特定される恐れがあることがわかったため、本調査独自の倫理上の配慮を行っている。当該事項は質問票冒頭および「個人・病院情報保護の方針」に記載するとともに回収方法にも反映させている。具体的には以下の事項を封筒に封入・配布した各書類において明記した。

²⁵ なお、フォローアップ手続きは、そもそも回答者が特定できず行うことは不可能であるため実施していない。

1. 完全匿名制による回答としたこと
2. 従事する職場・性別・年齢などを照らし合わせると個人を特定される危険性があることに加えて既婚／未婚および子どもの有無等の回答しづらい項目のすり合わせを事前に行い，デモグラフィック変数から個人を特定されないように一部の項目を事前に削除したこと
3. 質問票を調査実施者が事前に貼り付け用のテープの付いた封筒に入れた状態で配布し回答後は匿名の質問票を厳封することで中身が見えないようにするとともに，調査実施者以外は調査票を開封しないことを確約したこと
4. 調査実施者以外は調査票を閲覧しないことを確約したこと
5. 調査票の複製は取らないことを確約したこと
6. 分析作業は調査実施者のみが行うことを確約したこと
7. 質問票調査への協力は自由であり本人にいかなる不利益も生じないこと
8. 質問票記入後もいつでも別紙の調査票番号を申し出の上，調査実施者にデータの利用を中止させることができること
9. 個人を特定できうる形では調査結果を公表しないことを確約したこと
10. 調査票は調査実施者の責任において厳重に保管し一定期間経過後に責任をもって破棄することを確約したこと

5. 4 変数の設計および得点化の方法について

本論文では作業仮説を検証するために，個人の基本属性に加えて大きく分けて2つの分析を行うための変数を設定した²⁶。以下では，そのために用いる変数の設計方法を記述する。

²⁶ それに加えて，調査対象病院の希望により他の変数も設定している。それらは，どの次元に回答者が愛着を有しているかという感情面におけるコミットメントである。具体的には，第1に Meyer et al.(1993)に依拠しながらも日本におけるコミットメントの態様を検証してきた日本労働政策研究・研修機構(2012)におけるキャリア・コミットメント，情緒的コミットメント，存続的コミットメントおよび規範的コミットメントであり，第2は鈴木(2007)がわが国において発見したコミットメントである「組織を背負う意識」である。

なお、医療組織における成果は多元的であることに加え、看護師の職務特性に照らし合わせると、これらの情報が財務指標か非財務指標かによっても反応は異なる可能性がある(e.g. Abernethy et al.,2007; Cutt and Murray,2000; Kaplan and Norton,2004; Van Peurse et al.,1995)。そこで、経済性・効率性・有効性という3つの次元の情報についてそれぞれ質問するとともにそれぞれの情報の次元につき財務指標・非財務指標を1つずつ織り込んでいる²⁷。結果として本論文では合計6種類の情報項目それぞれについての反応を質問することとした。

5. 4. 1 基本属性について

調査対象となる各人の基本属性としては、パイロット・インタビューおよび内部情報を参照した結果を踏まえて、職位・看護師としての勤続年数・有する資格の種類・職場の種類・教育経験の知覚・転職経験の有無などを聞いている。

第1に、職位については看護師長・看護師長補佐という統括する立場、主任・副主任具体的には病棟を管理する責任者などのリーダー職、および常勤・非常勤の一般職員の3つのカテゴリーに分割することが調査対象病院において情報の開示されている範囲や指揮命令系統に即して適切であると判断した。本調査票では(1)看護師長・看護師長補佐(2)主任・副主任等のリーダー職(3)その他に3分類している。

第2に、看護師としての勤続年数については、松尾(2006)が言及するように現場経験の長短によってキャリアが育成され専門職として熟練していくという指摘を参考にし、B病院における勤続年数ではなく、看護師というキャリア全体としての勤続年数を質問することとした。

第3に、有する資格の種類に関してはB病院の内部データを参照した結果として、看護部には正看護師、准看護師および保健師が在籍していたことがわかった。保健師は法令により正看護師の資格が必須であることから、質問票では(1)正看護師、(2)准看護師の2つとし、保健師には正看護

²⁷ ただし、有効性に関する情報については非財務指標のみで構成せざるを得なかった。しかし経済性・効率性に関する情報が2つずつであることに鑑みて、バランスを取るために有効性に関する情報も非財務指標2つを用いて質問した。

師を回答するように求めた。

第4に、職場の種類であるが、B病院では看護師の勤務する職場として4つの病棟、外来、手術室・薬剤室、看護・福祉サポートセンターおよび看護部があった。そのうち、看護・福祉サポートセンターおよび看護部は間接部門であることに加え在籍人数が少なかったことから、これら2つの職場はまとめて区分することとした。本論文では、職場の種類として(1)病棟(2)外来(3)手術室(4)その他の4つに区分した。なお、(1)病棟に勤務する者については4つの病棟のうちどの病棟に所属しているかを併せて質問している。

第5に、教育経験の知覚については、看護管理についての教育・訓練を受けた実感があるかどうか、今受けている実感があるかを問うており、あと回答した者についてはその年数も合わせて質問している。

第6に転職経験の有無については、転職経験があるか否かを問うたとともにあるとすれば何施設への転職経験があるのかを合わせて質問している。

5. 4. 2 従属変数について

従属変数は、実際に行動に実際に職務に反映された場合に当該情報を用いる態度に関する知覚に関する変数および実際の情報活用の2つの変数である。

まず第1の分析における従属変数としては、本論文では目標コミットメント概念を用いることとした。

その尺度は当初は1因子9項目として構築されていた変数であったが(Hollenbeck et al.,1989), Deshon and Landis(1997)などが1因子構造の妥当性・信頼性を検討した結果、目標コミットメント概念には2次元として捉えることがより適切であると指摘していた。それらの2次元は以下の通りである²⁸。

(1) コミットメント²⁹の側面を明確に含む目標コミットメント尺度：5項目

²⁸ なお、残りの1項目は包括的な質問項目(overall measure)である。

²⁹ ここでいうコミットメントとは、行動に対する意欲の度合いを指す。

(2) 厳密には価値評価 (expectancy evaluation)³⁰にとどまる尺度：3項目

実際に目標コミットメントを用いた心理学研究におけるメタ分析を行った Klein et al.(2001)も、目標コミットメントを1次元と捉える正当性は担保されないおそれがあると言及していた。

これらの指摘は管理会計研究の知見にも取り入れられている。たとえば Webb(2004)は実験室実験において上述の指摘に基づいた5項目のみを用いており、頑健性の高い結果を導いていた。

本論文においてはこれらの指摘を踏まえるとともに価値評価に関する質問は他の変数の質問項目と重複するため、価値評価にとどまる3項目を除外することが適切であると判断し、目標コミットメントについては(1)に属する5項目を用いることとした。

回答は「1 全くそう思わない」から「5 全くその通りだと思う」までの5点リッカート尺度を用いて得点化を行った。

次に第2の分析の従属変数は実際に業務上活用しているか否かである。当該変数は自己の判断に基づく回答(self-reporting)である。本論文では、日常の業務において参考にしている情報があれば○印を付すように指示をしている。

回答は、日常の業務において活用していれば1、していなければ0をそれぞれ付して得点化した。

5. 4. 3 独立変数について

まず第1の分析に用いる独立変数は、職務特性に関する知覚、職務と情報との適合関係の認識、および基本属性に関する変数である。

(1) 職務特性に関する知覚

職務特性に関する知覚には、専門職としての知覚・認識に相違があると

³⁰ 両者の違いは、意欲を表している質問項目かどうかである。価値評価に関する設問は、厳密には意欲を測定するものではない(e.g. Klein et al., 2001)。

言及されるプロフェッショナルリズム概念を用いた。

プロフェッショナルリズムに関しては、Hall(1968)が提唱した5因子モデルがもっとも説明力の高いものとして用いられていた。加えて当該モデルは本論文の目的（職務の組織的要因—社会的要因とくにプロフェッションから付与される職務特性）に照らし合わせても適切であるため、本論文では基本的に上述の5因子モデルを用いることとした。

ただし、Hall(1968)における17項目の尺度のうち天井効果の出る可能性のある項目は除外することとした結果、プロフェッショナルリズムに関する設問は13項目を用いた。なお本論文では、なるべく看護の現場感覚に合うよう、Hall(1968)に依拠しながらも助産師を対象としたHampton and Hampton(2004)の尺度に極力合わせている。

回答は「1 全くそう思わない」から「5 全くその通りだと思う」までの5点リッカート尺度を用いて得点化を行った。

（2）職務特性と情報特性との適合関係に関する認識

情報と職務との適合関係についての認識を問う尺度としては、管理会計研究において一般に用いられており本論文の目的とも整合的である、ある情報が職務内容とどれほど重視するかに関する認識の度合いを示すJob-Relevant Information Scale(e.g. Chong and Chong,2002; Kren,1992)を用いることとした（以下、「JRI」と略記する。）³¹。

JRIの質問項目を検討した結果として、本調査では元来の質問項目である3項目のうち1項目のみを用いることとした。元来の3項目とは（1）職務上十分な判断・意思決定を行うことができるかどうかを問う質問項目、（2）日々の業務上効果的な意思決定支援／影響機能のある情報を得ることができるかどうかを問う質問項目、（3）設備投資の意思決定のような非日常的な戦略的意思決定において効果的な情報を得ることができるかどうかを問うている質問項目であった。

³¹ たとえばKren(1992)は、不確実性の高い状況下において職務上の意思決定支援機能に役立つか否かという文脈で当該概念を用いている。対してChong and Chong(2002)は必ずしも職務に情報を用いないエージェントの努力を情報によって引き出すためにはどのような方策が考えられるのかという意思決定影響機能における問題の中でこの概念を用いている。

ただし、上述の3項目のうち、(1)はプロフェッショナルリズムを問う項目と重複しているため除外した。さらに(3)は戦略計画にかかわる事項であり、調査対象者には戦略的意思決定に関する権限がないため除外した。

以上から、概念上の重要性に関してどのような認識・知覚を有しているかについては、(2)日々の業務上効果的な意思決定支援／影響機能のある情報を得ることができるかどうかを問うている1項目を用いることとした。

回答は、価値判断を要求するために4点リッカート尺度(1:全く重要ではない～4:極めて重要である)で測定した。

次に、第2の分析における独立変数は、前述のプロフェッショナルリズム、適合関係の認識、および、目標コミットメントの3つの変数である³²。そこに、基本属性に関する変数を付加している。

5. 4. 4 情報の種類について

なお情報の種類は、医療組織における成果概念に関する議論を踏まえるとともに、全看護師に開示・閲覧され、目標として少なくとも意識付けられている情報を用いることが適切であると判断した。

本論文では、パイロット・インタビューおよび内部データを参考にし、これらの各カテゴリと、B病院において全看護師に開示されている情報とを照らし合わせる形で情報の種類を確定させた。本論文における情報の種類は以下の6種類である。これらの情報は口頭周知により全看護師に対して目標として意識付けが行われている項目である。なお質問票には各情報に対して図表5-5の通り説明事項を付記している。

<経済性概念>

(1) 経費に関する情報(財務情報)

³² 質問票では、ほかにもDavis(1989)の指摘を踏まえた有用性の認識に関する2項目も併せて聞いていた。ただし、分析結果として目標コミットメントとの相関係数がすべての情報について0.8を超えており、単回帰分析における有意水準も0.1%水準で有意であるとともに決定係数が0.7を超えていた。そのため、目標コミットメントと同一の構成概念として捉えることが可能であると判断し、分析結果からは除外することとした。

(2) 超過勤務に関する情報 (非財務情報)

< 効率性概念 >

(3) 病床稼働に関する情報 (非財務情報)

(4) 利益に関する情報 (財務情報)

< 有効性概念 >

(5) 患者満足に関する情報 (非財務情報)

(6) 安全管理に関する情報 (非財務情報)

図表 5 - 5 質問票における説明事項

情報	意味
経費に関する情報 (財務情報)	診療材料費, ディスポーザル製品 (ガーゼなど) の経費
超過時間に関する情報 (非財務情報)	残業の時間数
病床稼働に関する情報 (非財務情報)	新入院者数・退院者数・病床稼働に関する情報 (非財務情報)
収益に関する情報 (財務情報)	外来単価・入院単価・行為別の診療報酬単価
患者満足に関する情報 (非財務情報)	患者さまへの退院時調査の結果など, 看護業務に満足している程度
安全管理に関する情報 (非財務情報)	安全管理レポートの結果など, 看護業務の安全性

5. 4. 5 自由記述欄について

本論文では, その他影響している要因がある可能性や分析結果の解釈に有益な意見が記述される可能性を勘案し, 自由記述欄を設けた。

具体的には, 内部規範と外部規範とのコンフリクトとを認識している

個々人に内部規範との整合性の確保のために取ってほしい方策を聞くことを目的として「あなたが看護師として働き続けるために、貴病院からどのような支援をお望みになっているか、ご要望を自由にご記入ください。」という設問を設定した。

5. 5 パイロット・テストについて

なお本調査の前に、別の医療組織で従事する10名の看護師を対象としたパイロット・テストを実施し、ワーディングに起因する問題あるいはキャリアオーバー効果の有無を検討してもらった。それとともに質問項目について事務部門の担当者と折衝を行った。その結果、実務家によるパイロット・テストでは問題はなかった。

ただし、事務部門の担当者からは職場の種類などの基本属性の部分について変更を加えるべきであるという助言を受け、その一部を変更した。

第6章 記述統計量と分析結果

6.1 記述統計量

本論文では、看護師全員を対象とした調査を通して、プロフェッショナルリズム、適合関係、目標コミットメントが実際の情報活用に与える影響について分析を行った。まず、それぞれの測定尺度についての記述統計量を記載する。

6.1.1 プロフェッショナルリズムについて

プロフェッショナルリズムについて測定した結果は図表6-1に示している通りである³³。いずれも、フロア効果・天井効果を示さなかった。

図表6-1 プロフェッショナルリズムについての記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
私には、同僚がもっと仕事をよく進めるための持論がある。	110	1	5	3.02	.846	3.000	.715
私は、同僚の仕事に関する長所・短所をお互いに共有しようとしている。	110	1	5	3.49	.832	4.000	.693
私は、看護師・保健師として必要な能力を自分で判断することができない。(R)	110	1	5	2.59	.891	2.000	.794
私は、自分の仕事の進め方について自分で決定している。	110	1	5	3.45	.915	4.000	.836
私は、自分の仕事上の判断を実際の行動に十分移すことができる。	110	2	5	3.48	.751	4.000	.564
私は、看護師は看護に関するプロでなければならないという強い使命感をもっている。	110	1	5	3.83	.937	3.000	.878
看護師の持つ高い理想が私のやる気につながっている。	110	1	5	3.32	.928	3.000	.861
私は、看護師の奉仕の精神に強く共感できる。	110	1	5	3.42	.850	3.000	.723
私は、看護に関する専門誌を多く読んでいる。	110	1	5	2.79	1.059	3.000	1.121

³³ なお、残りの4項目はもともと2項目であった尺度を日本語に翻訳する際に2分割する必要のあった条件付きの設問であった。調査結果では、その条件にあった回答者数が65であり非常に少なく有効回答数も少なかったため4問は除外せざるを得なかった。しかしながら、それらの設問を除いてもHall(1968)における5次元モデルは担保されているため、問題はないと判断した。

(なお、図表中の(R)は逆転項目を示している。)

6. 1. 2 適合関係の認識について

職務と情報との適合関係の認識については6種類の情報それぞれについて聞いている。その記述統計量を図表6-2に示す。図表6-2からは、患者満足に関する情報に関しては若干天井効果が見られる傾向にあるもののその範囲は0.1程度であり、そのまま利用しても問題はないと判断した。

図表6-2 適合関係の認識についての記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
経費に関する情報(財務情報)	110	1	4	2.95	.633	3.000	.401
超過勤務に関する情報(非財務情報)	110	2	4	3.17	.662	3.000	.438
病床稼働に関する情報(非財務情報)	110	2	4	3.06	.610	3.000	.372
利益に関する情報(財務情報)	110	1	4	3.05	.682	3.000	.466
患者満足に関する情報(非財務情報)	110	2	4	3.54	.553	4.000	.306
安全管理に関する情報(非財務情報)	110	2	4	3.58	.531	4.000	.282

6. 1. 3 目標コミットメントについて

目標コミットメントは、順転項目3項目・逆転項目2項目により測定している。その結果を図表6-3に示す。図表6-3からも特に天井効果やフロア効果が見られなかったため、全項目を用いて分析を行うこととした。

図表6-3 目標コミットメントについての記述統計量

(1) 経費に関する情報(財務情報)について

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
私は、この目標を追求したい。	110	1	5	3.05	.806	3.000	.649
私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。 (R)	110	1	5	2.64	.843	3.000	.711
私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	110	1	5	3.18	.803	3.000	.646
私は、この目標を無視していてもそれほど影響はない と思う。(R)	110	1	5	2.49	.896	3.000	.803
私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	110	1	5	3.22	.806	3.000	.649

(2) 超過勤務に関する情報（非財務情報）について

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
私は、この目標を追求したい。	110	1	5	3.35	.735	3.000	.540
私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。 (R)	110	1	5	2.57	.893	3.000	.797
私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	110	1	5	3.36	.726	3.000	.527
私は、この目標を無視していてもそれほど影響はない と思う。(R)	110	1	5	2.49	.916	3.000	.839
私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	110	1	5	3.38	.717	3.000	.513

(3) 病床稼働に関する情報（非財務情報）について

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
私は、この目標を追求したい。	110	1	5	3.02	.754	3.000	.568
私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。 (R)	110	1	5	2.65	.771	3.000	.595
私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	110	1	5	3.10	.754	3.000	.568
私は、この目標を無視していてもそれほど影響はない と思う。(R)	110	1	5	2.63	.866	3.000	.750
私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	110	1	5	3.26	.738	3.000	.545

(4) 利益に関する情報（財務情報）について

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
私は、この目標を追求したい。	110	1	5	3.14	.684	3.000	.467
私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。 (R)	110	1	5	2.57	.840	3.000	.706
私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	110	1	5	3.17	.740	3.000	.548
私は、この目標を無視していてもそれほど影響はない と思う。(R)	110	1	5	2.64	.843	3.000	.711
私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	110	1	5	3.17	.776	3.000	.603

(5) 患者満足に関する情報（非財務情報）について

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
私は、この目標を追求したい。	110	1	5	3.74	.798	4.000	.636
私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。 (R)	110	1	5	2.39	1.089	2.000	1.186
私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	110	1	5	3.72	.814	4.000	.663
私は、この目標を無視していてもそれほど影響はない と思う。(R)	110	1	5	2.37	1.057	2.000	1.117
私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	110	1	5	3.88	.821	4.000	.674

(6) 安全管理に関する情報（非財務情報）について

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
私は、この目標を追求したい。	110	1	5	3.59	.860	4.000	.739
私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。 (R)	110	1	5	2.33	1.033	2.000	1.066
私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	110	1	5	3.57	.883	4.000	.779
私は、この目標を無視していてもそれほど影響はない と思う。(R)	110	1	5	2.25	1.042	2.000	1.086
私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	110	1	5	3.69	.843	4.000	.711

(なお、各図表中の (R) は逆転項目を表す。)

6. 1. 4 情報活用について

実際の情報の活用については、6項目の情報それぞれについて名義尺度

として聞いている。それらを示したものが図表 6 - 4 である³⁴。

図表 6 - 4 情報活用について

	度数	活用していない	活用している
経費に関する情報（財務情報）	110	95	15
超過勤務に関する情報（非財務情報）	110	80	30
病床稼働に関する情報（非財務情報）	110	88	22
利益に関する情報（財務情報）	110	94	16
患者満足に関する情報（非財務情報）	110	57	53
安全管理に関する情報（非財務情報）	110	65	45

6. 1. 5 基本属性について

（1）職位およびマネジャー経験の有無について

まず、基本属性として、現在および過去のマネジャー経験の有無について聞いている。その結果は図表 6 - 5 に示す通りである。

図表 6 - 5 職位およびマネジャー経験の有無について

	度数	該当する	該当しない
現在のマネジャー経験あり	110	12	98
過去のマネジャー経験あり	110	10	100
現在も過去もマネジャー経験あり	110	5	105

（2）教育経験の知覚について

看護管理に関する教育・訓練を受けている知覚に関する記述統計量は図

³⁴ なお、カイ 2 乗検定の結果、職位・マネジャー経験の有無・勤続年数と職位や職場と情報の活用との間に有意な差は認められなかった。なお、本クロス集計表は、倫理上の配慮（個人を特定される恐れがあること）から、本論文には掲載できない。

表 6 - 6 に示す通りである³⁵。

図表 6 - 6 教育経験の知覚について

	度数	該当する	該当しない
看護管理に関する教育・訓練を受けている／受けていた	110	27	83

(3) 勤続年数について

本論文では看護師としての通算の勤続年数について年単位で聞いている。その結果は図表 6 - 7 に示す通りである。

図表 6 - 7 勤続年数について

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	分散
勤続年数	110	.5	30.0	10.830	8.7048	10.0000	75.774

(4) 転職経験の有無について

最後に、転職経験の有無についての回答結果を図表 6 - 8 に示す。ただし、いくつの施設への転職経験があるかに関しては回答数が少なかったため、転職経験があるか否かのみを問う設問の回答を採用した³⁶。

	度数	該当する	該当しない
転職経験がある	110	82	28

³⁵ 教育経験の知覚に関しては、クロス集計およびカイ 2 乗検定の結果、現在の職位およびマネジャー経験の有無と有意性が認められた（現在の職位： $\chi^2=12.351$, d.f.=1, $p<0.001$, マネジャー経験の有無： $\chi^2=11.417$, d.f.=1, $p<0.01$ ）。ただし、いずれの分析でも 2×2 のクロス集計表のうち 1 つ以上のセル内に度数 5 未満の項目が含まれていた。

³⁶ ただし転職経験の有無は、分析に用いる変数としてではなく、もっぱら調査対象者の特性を検討するために用いている。

6. 2 分析結果

本論文では、以上のデータをもとに以下の分析を行った。

まず、探索的因子分析をもとに、B病院における個々人の職務特性に関する認知を示すプロフェッショナリズム概念、および目標コミットメント、および実際の行動がどのような態様を示しているのか、とくに個々人によってばらつきが見られるかを確認し、信頼性分析によりその内的妥当性を検討した。

そののち、従属変数を各情報に対する目標コミットメントとして、プロフェッショナリズムと適合関係の認識、およびそれらにマネジャー経験の有無、教育経験の知覚、勤続年数が有意な効果があるかどうかを検証するために回帰分析を行っている。

第3に、従属変数としてそれぞれの情報の実際の活用を取り、独立変数を目標コミットメント、プロフェッショナリズムと適合関係の認識、およびそれらに加えてマネジャー経験の有無、教育経験の知覚、勤続年数を取り、どれが一番強度があるかをロジスティック回帰分析を行い検証している。

6. 2. 1 プロフェッショナリズムについての因子分析結果

図表6-9はプロフェッショナリズム概念に関する質問群に関する因子分析結果を表したものである。

主因子法・プロマックス回転による探索的因子分析の結果、プロフェッショナリズム概念については、5因子のうち3因子はほぼ先行研究通りに因子が抽出されたものの、「専門誌(professional association as a referent)」に関する因子をはじめとする2因子は固有値および因子負荷量が小さいことに加え信頼性係数の値が十分ではなく、抽出されなかった。本論文における探索的因子分析の結果、最終的には3因子が図表6-1に示す通りに抽出された。

第1因子は、看護師は看護のプロとして社会的アウトカムに影響を与える必要があるという、看護師として外部規範からあるべき姿として提示される項目群であった。これはプロフェッショナリズム概念の1つの下位因

子である「使命感(sense of calling to the profession)」と同一の項目群であったため、本論文でも「使命感」と名付けた。外部規範に対するコミットメントの強度が、組織内部の管理システムに対して軋轢を生みかねないとする指摘と整合的な因子である。

第2因子は、仕事の流れを決定し、1人の看護師として自らの行動に移すことができるかどうかを示す項目群であった。これもプロフェッショナルリズム概念の1つの下位因子であると言及されてきた「自律性(autonomy)」と同一の項目群であったため、本論文でも「自律性」と命名した。これは、職務の自律性が脅かされることが、組織が運用する管理システムに対して抵抗を生む源泉になりうるという点でプロフェッショナルリズム概念の中で重要な因子である。

第3因子は、1人の専門職に従事する個人として、自分自身の能力を自己評価できるかに関する因子であった。当該因子は、プロフェッショナルリズム概念に関する先行研究で示されてきた「自己統制(belief in self-regulation)」と整合的な項目であったため、本論文でも「自己統制」と名付けた。当該因子は、1人の専門職として自己統制ができることが、組織からの官僚的な支配にコンフリクトを及ぼす可能性を有する因子である。

なお、信頼性統計量を表すクロンバックの α 係数は、第1因子が $\alpha = 0.814$ 、第2因子が 0.703 であった。信頼性係数の値が各因子とも 0.7 を超えていたことから、各因子とも十分な信頼性が担保されていると判断した。

6. 2. 2 目標コミットメントに関する因子分析結果

次に、目標コミットメントに関する5つの質問項目を対象にした確証的因子分析を実施した。

最尤法・バリマックス回転を用いた5項目の確証的因子分析の結果、本来1因子であると予測していた目標コミットメントに関しては、2因子が抽出された。具体的には、第1因子は順転項目の3項目から構成されており、第2因子は逆転項目の2項目から構成されていた。

図表 6 - 9 プロフェッショナリズムについての探索的因子分析結果

	使命感	自律性	自己統制
看護師の持つ高い理想が私のやる気につながっている。	0.836		
私は、看護師は看護に関するプロでなければならないという強い使命感をもっている。	0.775		
私は、看護師の奉仕の精神に強く共感できる。	0.745		
私は、自分の仕事の進め方について自分で決定している。		0.738	
私は、自分の仕事上の判断を実際の行動に十分移すことができる。		0.696	
私は、看護師・保健師として必要な能力を自分で判断することができない (R)。			0.423
因子間相関	使命感	自律性	自己統制
使命感	1.000	0.030	0.206
自律性	0.030	1.000	0.411
自己統制	0.206	0.411	1.000

(因子抽出法：主因子法・プロマックス回転。なお、図表中の (R) は逆転項目を示している。)

これは、逆転項目に対するワーディングの不備に起因するものと著者は考えている。実際に信頼性分析を行った結果、第 1 因子である順転項目群は想定した通りクロンバックの α 係数が 0.8 を超え十分な信頼性が得ら

れたが、第2因子である逆転項目群はクロンバックの α 係数は0.6であり十分な信頼性が保たれているとは言えなかった。

そのため、本論文では逆転項目の2項目を除いた第1因子に属した3項目を目標コミットメント尺度として用いることとした。

6.2.3 調査対象者の認知的特性に関する相関分析結果

まず本調査では上述の因子分析結果をもとに、調査対象者の認知的特性に関する傾向を捉えることを目的として、デモグラフィック変数およびその価値観を示すプロフェッショナリズムに関する相関分析を実施した。相関分析結果は図表6-10パネルAに示す通りである。

Spearman および Kendall の順位相関分析³⁷の結果、第1に転職経験とマネジャー職を担当したことがあるか否かに有意な正の相関関係が見られた($\rho=0.192, p<0.05$, $\tau=0.192, p<0.05$)。ただし、第2に現在マネジャー職に属している回答者と転職経験の有無には有意な相関関係は見られなかった。第3にマネジャー職の経験者と看護師としての勤続年数の長さに有意な正の相関関係が見られた($\rho=0.426, p<0.01$, $\tau=0.426, p<0.01$)。第4に、マネジャー経験と教育経験を受けていると認識している程度に有意な正の相関関係が見られた($\rho=0.331, p<0.01$, $\tau=0.331, p<0.01$)。第4の傾向は現在マネジャー経験を有する者に対しても見られた($\rho=0.346, p<0.01$, $\tau=0.346, p<0.01$)。

次に、図表6-10 パネルBはプロフェッショナリズムとデモグラフィック変数との相関分析結果である。この結果をみると、勤続年数および転職経験の有無が一部の因子に対して有意な相関関係が示されているのみであった。

第1に、転職経験がある回答者と自律性との間に5%水準の有意な正の相関関係が見られている($\rho=0.222, p<0.05$, $\tau=0.199, p<0.05$)。第2に勤

³⁷ 本調査ではマネジャー職(リーダー職以上)に該当する者の有効回答数が12、マネジャー経験を有する者が17、転職経験のない者の有効回答数が28であるなど有効回答数の少ない設問が存在した。本調査のように有効回答数が少ない場合、順位相関係数を算出するにあたり Spearman の方法を採用した場合と Kendall の方法を採用した場合とでは順位相関係数、およびその有意水準に相違が出る可能性がある。そのため、本調査ではデモグラフィック変数を用いた相関分析では双方の方法を用いている。

続年数の長さと言律性との間($\rho = 0.237, p < 0.05$, $\tau = 0.212, p < 0.05$)および自己統制の間($\rho = 0.253, p < 0.05$, $\tau = 0.235, p < 0.05$)に5%水準の有意な正の相関関係が見られた。しかしながら、その他には有意な相関関係は見られなかった。

このことから、調査対象者の傾向がある程度うかがえる。まず、自分の職務の決定権を強く有する認識がある者には転職経験があることに加えて

図表6-10 調査対象者の認知的特性に関する相関分析結果

パネルA デモグラフィック変数間の相関分析結果

	現在マネジャー職として職務に従事		マネジャー職としての経験の有無		教育経験の知覚の有無		勤続年数の長短		転職経験の有無	
	ρ	τ	ρ	τ	ρ	τ	ρ	τ	ρ	τ
現在マネジャー職として職務に従事	1	1	0.818***	0.818***	0.346**	0.346**	0.353**	0.353**	0.128	0.128
マネジャー職としての経験の有無	0.818***	0.818***	1	1	0.331**	0.331**	0.426***	0.426***	0.192*	0.192*
教育経験の認識の有無	0.346**	0.346**	0.331**	0.331**	1	1	0.062	0.062	-0.144	-0.144
勤続年数	0.353***	0.353***	0.426***	0.426***	0.062	0.062	1	1	0.419**	0.419**
転職経験の有無	0.128	0.128	0.192*	0.192*	-0.144	-0.144	0.419**	0.419**	1	1

(図表中の数値のうち、 ρ の列は Spearman の ρ を、 τ の列は Kendall の τ をそれぞれ表している。有意水準：***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$)

パネルB デモグラフィック変数とプロフェッショナリズムとの間の
 相関分析結果

	現在マネジャー 一職として職 務に従事		マネジャー職 としての経験 の有無		教育経験の知覚 の 有無		勤続年数の長 短		転職経験の有無	
	ρ	τ	ρ	τ	ρ	τ	ρ	τ	ρ	τ
使命感	0.118	0.102	0.184	0.160	0.043	0.037	0.085	0.074	0.162	0.140
自律性	-0.087	-0.078	0.022	0.019	-0.107	-0.096	0.237*	0.212*	0.222*	0.199*
自己統制	0.152	0.141	0.151	0.141	0.155	0.144	0.253*	0.235*	0.151	-0.141

(図表中の数値のうち、 ρ の列は Spearman の ρ を、 τ の列は Kendall の τ をそれぞれ表している。有意水準：***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$)

勤続年数が長い傾向にあることである。次に、自己統制の程度が高い者は勤続年数が長い傾向にあることである。一方で本調査の調査対象者においては使命感の程度は調査対象者間で有意に変わらず、マネジャー経験の有無や教育知覚の有無によってもプロフェッショナリズムの程度に有意に変わっていない傾向があると捉えることができる。

6. 2. 4 目標コミットメントを従属変数とした回帰分析結果

次に仮説1から仮説3までを検証するための分析を行うにあたり、各情報に関する目標コミットメントと各変数間の相関係数を記述する。

図表6-11 パネルAはプロフェッショナリズムおよび適合関係の認識と目標コミットメントとの間の Pearson の相関係数を、図表6-11 パネルBはマネジャー経験の有無・勤続年数の長短および教育経験の知覚の有無と目標コミットメントとの間の順位相関係数を、それぞれ表している。

図表6-11 パネルAの結果は、すべての情報に対する目標コミットメントと使命感の程度とに1%水準の有意な正の相関関係が見られたことを示している。さらに、経費に関する情報以外のすべての情報について適合関係の認識が1%水準の有意な正の相関関係が見られたことを表している。

図表 6-11 目標コミットメントに関する相関分析結果

パネル A：プロフェッショナリズムと適合関係の認識を用いた相関分析
結果

	適合関係の			
	使命感	自律性	自己統制	認識
経費に関する情報に係る目標コミットメント	0.452**	-0.028	-0.074	0.179
超過勤務に関する情報に係る目標コミットメント	0.354**	0.012	0.080	0.262**
病床稼働に関する情報に係る目標コミットメント	0.546**	0.028	0.029	0.347**
利益に関する情報に係る目標コミットメント	0.486**	-0.004	-0.014	0.302**
患者満足に関する情報に係る目標コミットメント	0.527**	-0.080	-0.073	0.373**
安全管理に関する情報に係る目標コミットメント	0.474**	-0.087	-0.032	0.336**

(図表中の数値は Pearson の積率相関係数を表す。有意水準： **:p<0.01, *: p<0.05)

一方で図表 6-11 パネル B の結果は、まず教育経験の知覚の有無や勤続年数の長短はすべての情報に係る目標コミットメントとほぼ無相関であることを示している。次に、マネジャー経験の有無は経費・超過勤務および利益に関する情報と目標コミットメントとの間には 5%水準で有意な正の相関関係が見られたことを示しているもののその他の情報に関しては有意な相関関係は見られないことを示している。

パネルB：デモグラフィック変数と目標コミットメントとの間の相関分析
結果

	マネジャー経験の有 無		教育経験の知覚の 有無		勤続年数の長短	
	ρ	τ	ρ	τ	ρ	τ
経費に関する情報に係 る目標コミットメント	0.193*	0.170*	0.084	0.074	0.155	0.136
超過勤務に関する情報 に係る目標コミットメ ント	0.225*	0.202*	-0.017	-0.015	0.013	0.012
病床稼働に関する情報 に係る目標コミットメ ント	0.170	0.155	0.049	0.045	0.101	0.092
利益に関する情報に係 る目標コミットメント	0.197*	0.178*	0.073	0.066	0.069	0.062
患者満足に関する情報 に係る目標コミットメ ント	0.197	0.148	0.073	-0.043	0.069	0.052
安全管理に関する情報 に係る目標コミットメ ント	0.035	0.031	-0.085	-0.076	0.026	0.023

(図表中の数値のうち、 ρ の列は Spearman の ρ を、 τ の列は Kendall の τ をそれぞれ表している。有意水準：***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$)

この結果から、使命感の程度・適合関係の認識がほぼすべての情報に関する目標コミットメントに対して著しい影響を及ぼしている可能性が読み取れる。また一部の情報についてはマネジャー経験の有無が有意な影響を及ぼしている可能性があるとして読み取った。

本論文では上述の基礎データをもとに仮説 1 から仮説 3 までを検証するために重回帰分析を実施した。具体的な回帰式は以下の通りである。

$$\text{GOAL_COM } i = a + \beta_1 \cdot \text{PRO}_1 + \beta_2 \cdot \text{PRO}_2 + \beta_3 \cdot \text{PRO}_3 + \beta_4 \cdot \text{RELEVANT } i + \beta_5 \cdot \text{STATUS} + \beta_6 \cdot \text{TRAINING} + \beta_7 \cdot \text{YEARS} + \varepsilon \cdots (1)$$

以下、(1) 式における各変数について説明を加える。

(1) 式における従属変数：

・ GOAL_COM は確証的因子分析の結果として検証の対象とした行動コミットメントを示している。なお、添え字の i はそれぞれ各情報の種類を表している。具体的には経費に関する情報・超過勤務に関する情報・病床稼働に関する情報・利益に関する情報・患者満足に関する情報および安全管理に関する情報の 6 つである。

(1) 式における独立変数：

・ PRO₁, PRO₂, PRO₃ はそれぞれ探索的因子分析の結果抽出されたプロフェッショナルリズム概念における諸因子を示している。PRO₁, PRO₂, PRO₃ はそれぞれ使命感, 自律性, 自己統制を表す。

・ RELEVANT は JRI の度合いを表している。なお、添え字の i はそれぞれ各情報の種類を表しており、経費に関する情報・超過勤務に関する情報・病床稼働に関する情報・利益に関する情報・患者満足に関する情報および安全管理に関する情報の 6 つである。

・ STATUS はマネジャー経験の有無を問う変数であり、マネジャー経験があれば 1, その他は 0 の値をとる。

・ TRAINING は教育経験の知覚の有無を表す変数であり、同じく教育・訓練を受けていると知覚していれば 1, そうでなければ 0 を取る。

・ YEARS は勤続年数の長短を表している。看護師としてのキャリアとしての中央値である 10 年を採用し、10 年以上のキャリアを積んでいれば 1 を、それより短ければ 0 をとる変数である。

図表 6 - 1 2 は以上の変数を用いて(1)式を検証した結果である。(1) 式の検証結果からは以下の 5 つのことが読み取れる。

第 1 は、6 つの情報のいずれもプロフェッショナルリズム概念を構成する

下位因子のうち使命感が有意な正の影響を与えていたことである。どの情報についても使命感の標準化係数は正であり、0.1%水準で有意であった。ただし、標準化係数の値(β_1)はそれぞれの情報について異なっていた。経費に関する情報に関しては0.436、超過勤務に関する情報に関しては0.356、病床稼働に関する情報に関しては0.487、利益に関する情報に関しては0.434、患者満足に関する情報に関しては0.480、安全管理に関する情報に関しては0.461であった。

第2は、その他のプロフェッショナルリズムを表す下位因子は有意な影響を及ぼしていなかったことである。ただしその係数および符号は情報の種類ごとに異なっていた。

まず自律性に関する標準化係数の値(β_2)について言及すると、効率性に関する情報に関しては正の係数を示した一方で経済性に関する情報および有効性に関する情報に関しては負の係数を示した。具体的には病床稼働・利益に関する情報の β_2 は0.051であった一方、経費・超過勤務に関する情報の β_2 はそれぞれ-0.044、-0.010、患者満足・安全管理に関する情報の β_2 は-0.008、-0.096であった。次に自己統制に関する標準化係数の値(β_3)は、超過勤務に関する情報に関しては正の係数を示した一方で($\beta_3=0.033$)、その他は負の係数を示した。

第3は、すべての情報について適合関係が有意な正の影響を及ぼしていたことである。具体的には経費に関する情報は5%水準の有意な、超過勤務に関する情報・利益に関する情報・患者満足に関する情報および安全管理に関する情報は1%水準の有意な、病床稼働に関する情報は0.1%水準の有意な正の関係が見られた。すなわち、情報の種類にかかわらず、職務と情報とが適合しているという認識の程度が目標コミットメントを有意に向上させる効果があることが示されている。

第4は、どの情報についてもマネジャー経験の有無、教育・訓練の知覚および勤続年数の長短というデモグラフィック変数が目標コミットメントに対して有意な影響を及ぼしていなかったことである。

まず経済性に関する情報であるが、経費に関する情報に関してはマネジャー経験の有無に関しては有意水準が0.920($\beta_5=0.101$)、教育訓練の知覚の有無が0.359($\beta_6=0.921$)、そして勤続年数の長短が0.454($\beta_7=0.753$)で

あった。超過勤務に関する情報に関してはマネジャー経験の有無に関しては有意水準が 0.091($\beta_5=0.188$)，教育訓練の知覚の有無が 0.572($\beta_6=-0.055$)，そして勤続年数の長短が 0.627($\beta_7=-0.053$)であった。

次に効率性に関して言及すると，病床稼働に関する情報に関してはマネジャー経験の有無に関しては有意水準が 0.442($\beta_5=0.078$)，教育訓練の知覚の有無が 0.864($\beta_6=0.015$)，そして勤続年数の長短が 0.791($\beta_7=-0.025$)であった。利益に関する情報はマネジャー経験の有無に関しては有意水準が 0.599($\beta_5=0.056$)，教育訓練の知覚の有無が 0.595($\beta_6=0.051$)，そして勤続年数の長短が 0.690($\beta_7=-0.041$)であった。

図表 6 - 1 2 重回帰分析による (1) 式の検証結果

検証元の回帰式：

$$\text{GOAL_COM } i = a + \beta_1 \cdot \text{PRO}_1 + \beta_2 \cdot \text{PRO}_2 + \beta_3 \cdot \text{PRO}_3 + \beta_4 \cdot \text{RELEVANT } i + \beta_5 \cdot \text{STATUS} + \beta_6 \cdot \text{TRAINING} + \beta_7 \cdot \text{YEARS} + \varepsilon \cdots (1) \quad 38$$

各変数の意味は以下の通り：

GOAL_COM i ：情報 i に対する行動コミットメント

PRO₁：使命感

PRO₂：自律性

PRO₃：自己統制

RELEVANT i ：情報 i に対する職務適合性の認識

STATUS：マネジャー経験があれば 1，なければ 0 の値をとる変数

TRAINING：看護管理に関する教育・訓練を受けていると認識していれば 1，認識していない場合は 0 の値をとる変数

YEARS：看護師としてのキャリアが中央値である 10 年以上であれば 1，なければ 0 をとる変数

³⁸ なお，各情報について (1) 式を検証する際に多重共線性の問題も検討した。その結果，多重共線性の基準を表す VIF 値の最大値はいずれも 1.6 から 1.8 の間であった。本調査では，VIF 値より (1) 式において多重共線性に起因する重大な問題は生じていないと判断している。

パネル A：経済性に関する情報についての重回帰分析結果

独立変数	経費に関する情報		超過勤務に関する情報	
	係数	有意水準	係数	有意水準
(定数項)	4.901	0.001 **	3.927	0.010 *
使命感	0.436	0.000 ***	0.356	0.000 ***
自律性	-0.044	0.659	-0.010	0.917
自己統制	-0.188	0.066	0.033	0.739
適合関係	0.203	0.040 *	0.311	0.001 **
マネジャー経験の有無	0.101	0.920	0.188	0.091
教育訓練の知覚の有無	0.921	0.359	-0.055	0.572
勤続年数の長短	0.753	0.454	-0.053	0.627
R ²	0.257		0.274	
調整済み R ²	0.200		0.218	
F 値(有意水準)	4.496	0.000 ***	4.904	0.000 ***

(有意水準：***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05)

最後に有効性に関する情報についてであるが、患者満足に関する情報に関していえばマネジャー経験の有無に関しては有意水準が 0.258($\beta_5=0.114$), 教育訓練の知覚の有無が 0.355($\beta_6=-0.084$), そして勤続年数の

パネル B：効率性に関する情報についての重回帰分析結果

独立変数	病床稼働に関する情報		利益に関する情報	
	係数	有意水準	係数	有意水準
(定数項)	1.311	0.203	3.087	0.030 *
使命感	0.487	0.000 ***	0.434	0.000 ***
自律性	0.051	0.571	0.051	0.592
自己統制	-0.106	0.245	-0.123	0.208
適合関係	0.340	0.000 ***	0.311	0.001 **
マネジャー経験の有無	0.078	0.442	0.056	0.599
教育訓練の知覚の有無	0.015	0.864	0.051	0.595
勤続年数の長短	-0.025	0.791	-0.041	0.690
R ²	0.399		0.311	
調整済み R ²	0.353		0.259	
F 値(有意水準)	8.625	0.000 ***	5.881	0.000 ***

(有意水準：***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05)

長短が 0.560($\beta_7 = -0.057$)であった。そして安全管理に関する情報は、マネジャー経験の有無に関しては有意水準が 0.959($\beta_5 = -0.005$)、教育訓練の知覚の有無が 0.254($\beta_6 = -0.109$)、そして勤続年数の長短が 0.939($\beta_7 = -0.008$)であった。

パネル C：有効性に関する情報についての重回帰分析結果

独立変数	患者満足に関する情報		安全管理に関する情報	
	係数	有意水準	係数	有意水準
(定数項)	2.817	0.147	3.302	0.125
使命感	0.480	0.000 ***	0.461	0.000 ***
自律性	-0.008	0.930	-0.096	0.327
自己統制	-0.106	0.244	-0.046	0.636
適合関係	0.293	0.001 **	0.243	0.008 **
マネジャー経験の有無	0.114	0.258	-0.005	0.959
教育訓練の知覚の有無	-0.084	0.355	-0.109	0.254
勤続年数の長短	-0.057	0.560	-0.008	0.939
R ²	0.392		0.305	
調整済み R ²	0.345		0.279	
F 値(有意水準)	8.372	0.000 ***	5.771	0.000 ***

(有意水準：***:p<0.001, **:p<0.01, *:p<0.05)

第5は、決定係数の値が情報の種類によって異なっていたことである。まず、経済性に関する情報の目標コミットメントに対する決定係数の値は効率性および有効性の決定係数の値より相対的に低かった。次に経済性・

効率性に関する情報については非財務指標の方が財務指標よりも高かった。また、有効性に関する情報に関しては患者満足に関する情報の決定係数が高かった。

具体的には、調整済み決定係数の値は、経費に関する情報は 0.200、超過勤務に関する情報は 0.218、病床稼働に関する情報は 0.353、利益に関する情報は 0.259、患者満足に関する情報は 0.345、安全管理に関する情報は 0.279 であった。

以上の結果をまとめると、(1)式における結果はどの情報にも使命感および適合関係の認識が目標コミットメントに対して有意な正の影響を及ぼしていることを明らかにしている。特筆すべきは、目標コミットメントには、マネジャー経験の有無・勤続年数の長短・教育経験の知覚の有無のいずれも有意な影響を及ぼしていないことである³⁹。

6. 2. 5 情報活用を従属変数とした回帰分析結果

ただし目標コミットメントは意欲すなわち態度変数にすぎず、実際に業務にそれぞれの情報を活用するかどうかという行動を表す変数ではない。そこで、次に目標コミットメントという態度変数が情報活用にどのような影響を与えているのかを検討する。

図表 6-13 は、目標コミットメントと実際の情報活用との Spearman の順位相関分析の結果である。当該分析では 2 つのことが示されている。

第 1 に、必ずしも行動と関係しない可能性のある情報は経費に関する情報・超過勤務に関する情報・利益に関する情報であった。Spearman の相関係数は経費に関する情報に関しては 0.152、超過勤務に関する情報は 0.184、利益に関する情報は 0.061 であった。とくに利益に関する情報に関してはほぼ無相関であることが読み取れる。

第 2 に、行動と結びつく可能性が示唆されているのは病床稼働に関する情報・患者満足に関する情報・安全管理に関する情報という非財務情報であった。そして 3 つの情報のうち 2 つが有効性に関する情報であった。

³⁹ マネジャー経験の有無と目標コミットメントとの間に有意な正の相関関係が見られていたにもかかわらず (1) 式の結果では有意ではなかったことに関しては、第 7 章において議論する。

図表 6 - 1 3 目標コミットメントと情報活用との相関分析結果

	超過勤務に関する情報の活用	病床稼働に関する情報の活用	利益に関する情報の活用	患者満足に関する情報の活用	安全管理に関する情報の活用
経費に関する情報に係る目標コミットメント	0.152				
超過勤務に関する情報に係る目標コミットメント	0.184				
病床稼働に関する情報に係る目標コミットメント		0.322**			
利益に関する情報に係る目標コミットメント			0.061		
患者満足に関する情報に係る目標コミットメント				0.352**	
安全管理に関する情報に係る目標コミットメント					0.212*

(図表中の数値は Spearman の順位相関係数を表す。有意水準 : **: p<0.01, * : p<0.05)

Spearman の相関係数は病床稼働に関する情報に関しては 0.322, 患者満足に関する情報に関しては 0.352 であり 1%水準の有意な正の相関関係が示された。安全管理に関する情報については 0.212 であり, 5%水準の有意な正の相関関係が示されている。

当該結果からは、情報活用への意欲が高まるからといって必ずしも実際の情報活用には有意な影響を及ぼしていない傾向が見受けられる。

本調査では、行動コミットメントという態度変数がすべての情報活用の決定要因にならない可能性が読み取れることに鑑み、その要因は調査対象者の認知的側面にあるのではないかと考え分析を試みた。図表6-14のパネルAおよびパネルBは、プロフェッショナリズムと情報活用との相関分析結果、および適合関係と情報活用との間の相関分析結果をそれぞれ表している。

図表6-14 認知的側面と情報活用に関する相関分析結果

パネルA：プロフェッショナリズムと情報活用との相関分析結果

	経費に関する情報の活用	超過勤務に関する情報の活用	病床稼働に関する情報の活用	利益に関する情報の活用	患者満足に関する情報の活用	安全管理に関する情報の活用
使命感	-0.019	-0.031	0.219*	0.120	0.248**	0.023
自律性	0.040	0.010	0.120	0.170	-0.114	0.038
自己統制	0.084	0.135	0.218*	0.204*	-0.128	0.168

(図表中の数値は Spearman の順位相関係数を表す。有意水準：**： $p < 0.01$ ，*： $p < 0.05$)

相関分析の結果から、以下の2つのことが読み取れる。

第1は、プロフェッショナリズムと実際の情報活用との間に有意な正の相関関係がある情報が限られていたことである。

まず使命感に関しては病床稼働に関する情報($\rho = 0.219$, $p < 0.05$)および患者満足に関する情報($\rho = 0.248$, $p < 0.01$)との間にのみ有意な正の相関関係が見られた。次に自律性に関しては、有意な相関関係が見られた情報項目がなかった。そして自己統制に関しては、効率性を示す2項目にのみ5%

パネル B：適合関係と情報活用との間の相関分析結果

	経費に関する情報の活用	超過勤務に関する情報の活用	病床稼働に関する情報の活用	利益に関する情報の活用	患者満足に関する情報の活用	安全管理に関する情報の活用
経費に関する情報の適合関係の認識	0.294**					
超過勤務に関する情報の適合関係の認識		0.307**				
病床稼働に関する情報の適合関係の認識			0.373**			
利益に関する情報の適合関係の認識				0.320**		
患者満足に関する情報の適合関係の認識					0.239*	
安全管理に関する情報の適合関係の認識						0.307**

(図表中の数値は Spearman の順位相関係数を表す。有意水準： **: $p < 0.01$, * : $p < 0.05$)

水準の有意な正の相関関係が見られた（病床稼働に関する情報との相関係数は 0.218 であり、利益に関する情報との相関係数は 0.204 であった。）。

本調査ではこの結果を踏まえ、まずプロフェッショナリズムの度合いに関係なく情報を活用できる可能性を示唆していると考えた。

ここで特筆すべきは第 2 の点であった。それは、すべての情報について、適合関係の認識と実際の情報の活用との間に有意な正の相関関係が見られていることである（経費に関する情報： $\rho = 0.294$, $p < 0.01$, 超過勤務に関

する情報： $\rho = 0.307$, $p < 0.01$, 病床稼働に関する情報： $\rho = 0.373$, $p < 0.01$, 利益に関する情報： $\rho = 0.320$, $p < 0.01$, 患者満足に関する情報： $\rho = 0.239$, $p < 0.05$, 安全管理に関する情報： $\rho = 0.307$, $p < 0.01$ 。

以上の相関分析結果から、目標コミットメントやプロフェッショナリズムよりも情報と職務との適合関係が実際の情報活用に対して有意な正の影響を及ぼしている可能性があると考えた。

本論文では以上の結果を踏まえながらも第2の分析として以下の回帰式を検証した。

$$\text{USE } i = a + \beta_1 \cdot \text{PRO}_1 + \beta_2 \cdot \text{PRO}_2 + \beta_3 \cdot \text{PRO}_3 + \beta_4 \cdot \text{RELEVANT } i + \beta_5 \cdot \text{GOAL_COM } i + \beta_6 \cdot \text{STATUS} + \beta_7 \cdot \text{TRAINING} + \beta_8 \cdot \text{YEARS} + \varepsilon \dots (2) \quad 40$$

ここで、**USE** i は、実際に各情報を業務に活用しているかどうかを表しており、活用していれば1、活用していなければ0をとる変数である。なお、添え字の i は、同じく各情報を表している。なお、各独立変数の定義は(1)式のそれらと同様である。

図表6-15は(2)式をロジスティック回帰分析によって検証した結果を示しており、(2)式の結果は、以下の4点を示している。

第1は、目標コミットメントに対して有意な正の影響を及ぼしていた使命感は情報活用には有意な影響を及ぼしていなかったことである。同じくプロフェッショナリズムにおける他の変数も、情報活用に関して有意な影響を及ぼしていなかった。つまり、プロフェッショナリズムは実際の情報活用には有意な影響を及ぼす要因ではないことが示されている。

第2に、適合関係の認識が情報活用に及ぼす影響である。適合関係の認識は、患者満足に関する情報以外のすべての情報の活用に関して有意な正の影響を及ぼしていた。このことは、実際の情報活用においては職務特性

40 なお、各変数にはロジット変換した値を用いることとなるため(1)式と(2)式ではそれぞれの変数の値は異なることに加え(2)式において ε は消えることとなる。

に関する価値観そのものではなく個々人の職務と情報との間の主観的認識が最も強い強度を有していることを表している。

第3は、目標コミットメントが情報活用に及ぼす影響は限定的であったことである。目標コミットメントは、実際の情報活用に関しては患者満足に関する情報にのみ有意な正の影響を及ぼしていた($p < 0.05$)。他方で、他の情報には直接的な有意な効果を有していなかった。

第4は、マネジャー経験の有無・教育経験の知覚の有無、そして勤続年数の長短というデモグラフィック変数は、5%水準で見ると実際の利用には有意な影響を及ぼしていなかったことである。

以上の分析結果から、患者満足に関する情報を除いた経済性・効率性・有効性というすべての情報の種類の利用には、適合関係の認識が一番強い強度があることが示唆されている。ただし患者満足に関する情報だけは結果が異なっており、目標コミットメントが一番強い強度があることが示されている。

図表6-15 ロジスティック回帰分析結果

検証元の回帰式：

$$\text{USE } i = a + \beta_1 \cdot \text{PRO}_1 + \beta_2 \cdot \text{PRO}_2 + \beta_3 \cdot \text{PRO}_3 + \beta_4 \cdot \text{RELEVANT } i + \beta_5 \cdot \text{GOAL_COM } i + \beta_6 \cdot \text{STATUS} + \beta_7 \cdot \text{TRAINING} + \beta_8 \cdot \text{YEARS} + \varepsilon \quad (2)$$

各変数の意味は以下の通り：

USE i ：実際に各情報を業務に活用していれば1，活用していなければ0をとる変数

PRO₁：使命感

PRO₂：自律性

PRO₃：自己統制

RELEVANT i ：情報 i に対する職務適合性の認識

GOAL_COM i ：情報 i に対する行動コミットメント

STATUS：マネジャー経験があれば1，なければ0の値をとる変数

TRAINING: 看護管理に関する教育・訓練を受けていると認識していれば 1, 認識していない場合は 0 の値をとる変数

YEARS: 看護師としてのキャリアが中央値である 10 年以上であれば 1, なければ 0 をとる変数

パネル A: 経済性に関する情報についてのロジスティック回帰分析結果

独立変数	経費に関する情報			超過勤務に関する情報		
	係数	Wald 検定量	有意水準	係数	Wald 検定量	有意水準
(定数項)	-6.685	5.817	0.016 *	-6.619	7.243	0.007 **
使命感	-0.016	0.008	0.928	-0.120	1.059	0.303
自律性	-0.108	0.177	0.674	0.027	0.025	0.875
自己統制	-0.239	0.332	0.565	0.392	1.635	0.201
適合関係	1.538	5.449	0.020 *	0.888	4.477	0.034 *
目標コミットメント	0.037	0.048	0.827	0.212	1.984	0.159
マネジャー経験の有無	-0.888	0.833	0.361	-0.266	0.098	0.754
教育訓練の知覚の有無	1.511	3.546	0.060	0.666	1.300	0.254
勤続年数の長短	1.479	2.596	0.107	-0.378	0.401	0.526
カイ2乗値(有意水準)	16.000		0.042 *	16.132		0.041 *
AIC		76.997			121.323	

(有意水準: ***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$ 。なお, AIC は赤池情報量基準を表している。)

パネル B：効率性に関する情報についてのロジスティック回帰分析結果

独立変数	病床稼働に関する情報			利益に関する情報		
	係数	Wald 検定量	有意水準	係数	Wald 検定量	有意水準
(定数項)	-14.176	15.730	0.000 ***	-12.543	13.333	0.000 ***
使命感	0.118	0.503	0.478	0.305	2.541	0.111
自律性	0.302	1.718	0.190	0.194	0.601	0.438
自己統制	0.284	0.536	0.464	0.485	1.016	0.314
適合関係	1.692	6.338	0.012 *	1.591	6.580	0.010 *
目標コミットメント	0.317	2.511	0.113	-0.164	0.736	0.391
マネジャー経験の有無	-0.573	0.356	0.551	-1.860	2.785	0.095
教育訓練の知覚の有無	-0.032	0.002	0.968	1.489	3.544	0.060
勤続年数の長短	-0.108	0.025	0.875	0.687	0.730	0.393
カイ2乗値	24.750		0.002 **	21.307		0.006 **
AIC		93.088			75.383	

(有意水準：***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$ 。なお、AIC は赤池情報量基準を表している。)

ただし、いずれにせよ(2)式の結果は属人的な要因ではなく情報による管理形態の巧拙によって、各種の管理会計情報の利用という行動にも結び付きうる可能性を示唆しているのである。

パネル C:有効性に関する情報についてのロジスティック回帰分析結果

独立変数	患者満足に関する情報			安全管理に関する情報		
	係数	Wald 検定量	有意水準	係数	Wald 検定量	有意水準
定数項	-4.858	4.037	0.045 *	-9.918	11.081	0.001 **
使命感	0.129	1.158	0.282	-0.107	0.805	0.370
自律性	-0.013	0.006	0.937	0.128	0.577	0.448
自己統制	-0.343	1.588	0.208	0.407	2.090	0.148
適合関係	0.375	0.694	0.405	1.455	8.016	0.005 **
目標コミットメント	0.276	4.526	0.033 *	0.218	3.147	0.076
マネジャー経験の有無	0.372	0.272	0.602	-1.425	3.157	0.076
教育訓練の知覚の有無	0.721	1.596	0.207	1.085	3.264	0.071
勤続年数の長短	-0.128	0.063	0.802	-0.109	0.043	0.837
カイ2乗値(有意水準)	17.333		0.027 *	21.421		0.006 **
AIC		135.819			128.888	

(有意水準 : ***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$ 。なお, AIC は赤池情報量基準を表している。)

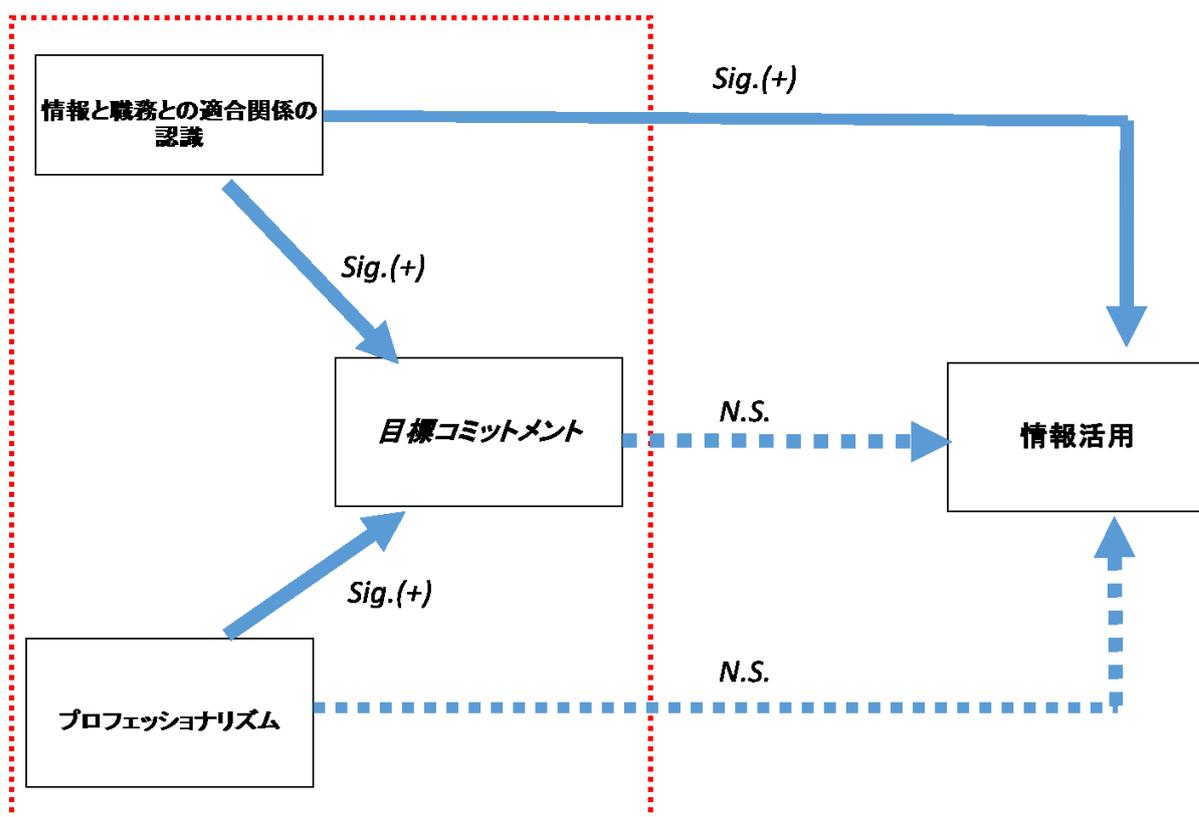
第7章 考察

本論文では、医療専門職である看護師を対象として情報の活用に影響を及ぼす要因についてサーベイ調査を行った。本調査における分析結果は図表7-1パネルAに示す通りである。ただし結果が異なっていた患者満足に関する情報に関しては図表7-1パネルBに示す通りである。

以下では本調査における分析結果について、理論予測および調査対象病院の管理形態・職務に従事する看護師の特性などに沿いながら考察を行う。

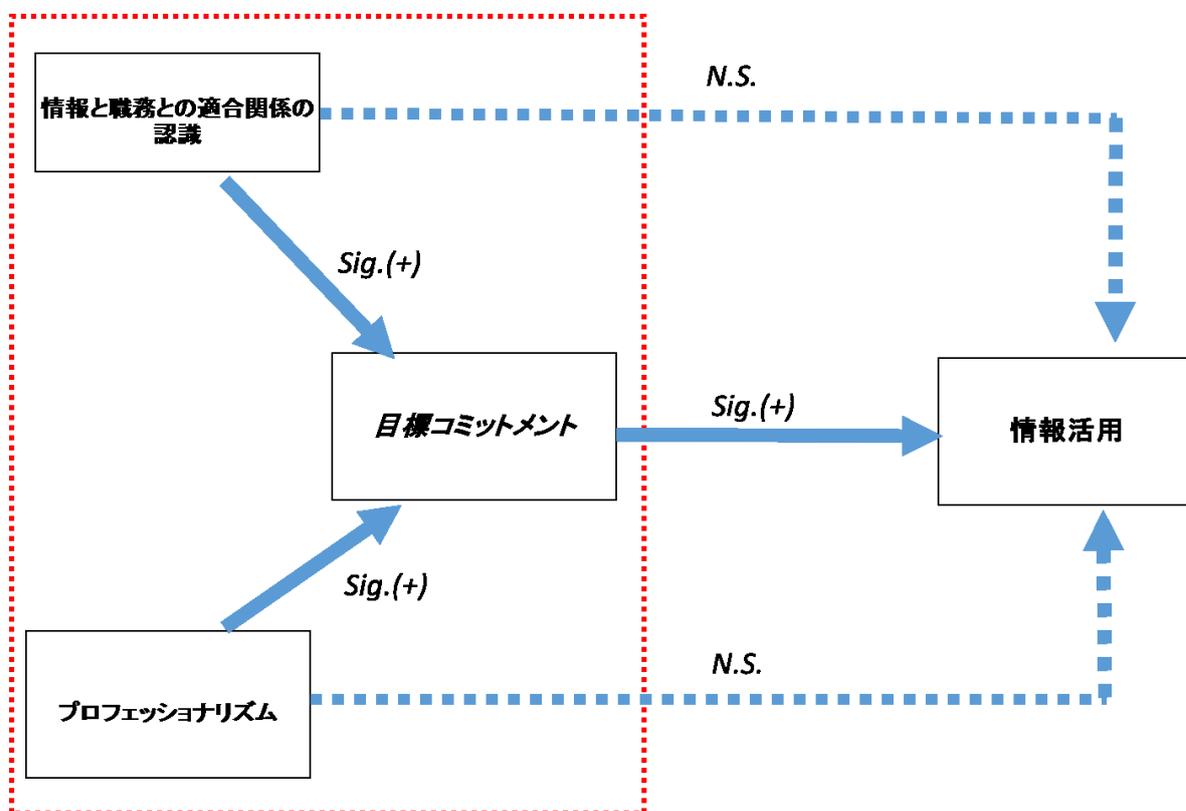
図表7-1 本調査における分析結果

パネルA：患者満足に関する情報以外の分析結果



(なお、図表中の「N.S.」は5%水準で有意な関係が見られなかったことを示しており、Sig.(+)は5%水準で有意な正の関係が見られたことを示している。)

パネル B: 患者満足に関する情報に関する分析結果



(なお、図表中の「N.S.」は5%水準で有意な関係が見られなかったことを示しており、Sig.(+)は5%水準で有意な正の関係が見られたことを示している。)

7. 1 目標コミットメントに関する考察

目標コミットメントに与える影響として、仮説1から仮説3までで予測していた結果と本論文における分析結果との関係は図表7-2に示す通りである。以下、それぞれの構成概念が及ぼしていた影響と仮説との関係について議論する。

7. 1. 1 プロフェッショナリズムの影響

(1) 経済性・効率性に関する情報に関する考察

仮説 1 a および仮説 1 b は、プロフェッショナリズムが目標コミットメントに対して有意な負の影響を与えることを予測していた。しかし分析結果は仮説 1 a および仮説 1 b の予測とは逆であった。すなわちプロフェッショナリズムは経済性・効率性に関する情報に対して有意な正の影響を及ぼしていた。

調査対象病院で従事している看護師数は、各病棟・外来などを含めて多くても 20 人から 30 人強の間であり比較的少人数であった。それに比して各職場のリーダー職は少なくともおおよそ 10 人に 1 人という環境であった。「(デモグラフィック変数を記載することで) 働いている個人が特定されるのではないのでしょうか」(質問票に記載されていた記述を抜粋。なお、括弧内は著者加筆。) という危惧が生じるくらい、個々人が知れ渡る環境であったといっていよう。

調査対象病院では上述の環境のもと、看護師長・看護部長に代表される管理職の指揮・命令系統のもとで看護師が職務にあたっているのが現状だといっていよう。原価削減に関しても病床稼働率に関しても朝礼や会議の際に数値が通知されるとともに口頭で意識付けがなされていた。

また B 病院は指定管理者制度が導入される前にもともと深刻な赤字体質であり、そこからの脱却という経営改善の圧力も暗黙のうちにあったといえる。

したがって、各職場が指揮・命令系統の上で動いていることに加え、看護師が B 病院において看護規範に従った行動をするためには病院経営のことも意識しなければならないと認識していたと考えられる。すなわち、看護師としての使命感を発揮するためには経済性・効率性に関する情報にも目を向けなければならないという意欲があったのではないかと考えることができる。その結果として、プロフェッショナリズムのうちの使命感が経済性・効率性に関する情報に対する目標コミットメントに対して有意な影響を及ぼしていたと考えられる。

この仮説 1 a および仮説 1 b の結果は、専門職に関する理論からも説明できる可能性がある。それは、本調査における調査対象である看護師が田尾(1997)の述べる通りの「準専門職」のモデルに限りなく近いためである。

田尾(1997)は専門職に関して、自分自身の職務行動を真に決定できる程度などに基づいて「専門職」と「準専門職」とに区分して考える必要があるのではないかと指摘していた。田尾(1997)によれば、「専門職」は自分で職務行動を決定する大幅な権限がある一方で、「準専門職」は指揮・命令系統に基づく官僚制下で職務に従事する傾向が大きいため「専門職」とは少し異なった性質を有すると指摘していた。今回の看護師は、職務に従事するコンテクストから考えると田尾(1997)の言及する通りの「準専門職」といえよう。

質問票調査における自由回答でも、記述されていた事項に「仕方ない」という言葉（あるいはそれに類似する言葉）が複数出ていた。ここからも本ケースにおける看護師にも田尾(1997)の「準専門職」の性質が表れているとも解釈できる。自由回答として表れていた文章とは、例えば下記の文章であった：

「仕方ないとは思いますが・・・(中略)・・・本当は、もっとしたい看護をできるようにしてほしいです。」

つまり、「準専門職」に関する議論に従えば、B病院における指揮命令系統のもとで内部規範と外部規範とのジレンマ(Reichers,1985)にあいながらも看護師としての使命感を発揮するためには経済性・効率性に関する情報にも目を向けなければならないという意欲があり、このことが目標コミットメントに有意な正の影響を及ぼしていたと解釈できる。

(2) 有効性に関する情報が及ぼす影響に関する考察

他方で仮説1cはプロフェッショナリズムの程度が有効性に関する情報への目標コミットメントに対して有意な正の影響を与えることを予測していた。仮説1cは予測通りの結果であった。本論文の結果は、プロフェッショナリズムのうちの使命感が有効性に関する情報への目標コミットメントに対し有意な正の影響を及ぼしていることを示していた。

調査対象病院では、フィロソフィーとして「愛の医療と福祉の実現」「地域と職員と共に栄えるチーム」という使命、「ベストパートナー」「エナジヤイザー」という目標理念、「ベストキュア」「ベストケア」「ベストパートナーシップ」というスタイルが掲げられていた。それらが基本思想および行動理念へとブレークダウンされ、「患者さまとパートナーを組む医療」という医療者としての倫理観と首尾一貫した理念・思想へ反映されていた。また理念・思想を実現するための施策の1つとして、医療の質を高めるためにアクシデント件数ゼロを目指す品質向上のための取り組みが社会福祉法人 A 主導でなされていた。

第1に患者満足に関する情報に関しては、外部機関から提供される職業倫理に関する規範と整合的であって、もともと肯定的に受け入れる素地があったといえる。さらに医療組織から目標として仮に与えられたとしても、看護師に当該病院は医療の質を高める意識が高い環境だと肯定的に受け止められるのではないかと考えられる。すなわち、患者満足に関する情報は医療従事者としての一番の使命感と整合している情報であることから、目標コミットメントに対して有意な正の影響を及ぼしていたと考えられる。

第2に安全管理に関する情報に関しても、外部規範から与えられる倫理要綱の内容である医療の質を高めることにつながるという意識があったため、仮に目標値として与えられたとしても医療従事者として十分に配慮すべき内容であることを認識していたことが考えられる。以上から、有効性に関する情報については目標コミットメントに対して有意な正の影響を与えていたと解釈できる。

加えて、理論的にも上述の結果はプロフェッショナリズムに関する職業社会学および組織行動論の知見と首尾一貫している。プロフェッショナリズムは組織外部の規範からの論理に裏付けられた個々人の価値観を示している。そして少なくとも看護師を含むプロフェッションを有する個々人は外部規範とくに倫理要綱により職務特性が規定されると説明される(Freidson,2001; Reed,1996)。職務特性に関する個々人の専門職としての価値観の程度が情報の受容に対する意欲を左右するという本論文の分析結果は、Reichers(1985)および Kristof(1996)の指摘とも整合的である。

図表 7-2 目標コミットメントに関する仮説と検証結果との関係

仮説	予測された符号	実際の結果
仮説 1：プロフェッショナリズムの影響		
仮説 1 a		
経済性に関する情報	—	+
仮説 1 b		
効率性に関する情報	—	+
仮説 1 c		
有効性に関する情報	+	+
仮説 2：適合関係の認識の影響		
経済性に関する情報	+	+
効率性に関する情報	+	+
有効性に関する情報	+	+
仮説 3：各種の経験の影響		
マネジャー経験の有無	+	N.S.
教育経験の知覚の有無	+	N.S.
勤続年数の長短	+	N.S.

(図表中の「N.S.」は有意な影響が見られなかったことを示している。)

7. 1. 2 適合関係の認識の影響

仮説 2 は、職務特性と目標として与えられる管理会計情報との適合関係が目標コミットメントに対して有意な正の影響を与えることを予測していた。本論文の結果は仮説通り、適合関係の認識が有意にどの種類の情報への目標コミットメントにも有意な正の影響を及ぼしていることを示していた。

仮説 2 の結果は、Kristof(1996)や Kristof-Brown et al.(2005)をはじめとする個人一環境適合理論の指摘の通りであった。本論文における分析結果でも、職務と情報とが適合していると認識する度合いが高まることで情報活用への目標コミットメントは高まっていた。本論文の結果は、組織の提供する情報が職務特性という専門職のニーズと合致していると情報の利用に対する目標コミットメントを高めるというニーズと提供物との適合関係(needs-supplies fit)と一貫した結果である。さらにいえば、経済性・効率性・有効性という情報の特性あるいは種類に関わらず適合関係の認識が有意な影響を与えるということは、Kristof(1996)の指摘と整合的な結果として説明できる。

当該説明が統計的に示されたことで、看護師という専門職（田尾(1997)に従えば、この場合は「準専門職」に該当する。）でも、職務特性を勘案することのみならず、適合関係を抱かせることができれば情報の種類に関わらず情報活用に対する意欲を上げることができることを実証できたといえる。

7. 1. 3 経験の影響

そして仮説 3 a から 3 c は、マネジャー経験・勤続年数あるいは教育経験によって医療専門職は熟達していくという松尾(2006)の指摘に従い、これらが目標コミットメントに対して有意な正の影響を及ぼすことを予測していた。しかし本論文の結果は、マネジャー経験の有無・勤続年数の長短、そして教育経験の知覚は目標コミットメントに対して有意な影響を及ぼしていなかった。つまり、松尾(2006)の指摘とは異なり仮説 3 はすべて支持されなかった。

第 1 に教育・訓練であるが、調査対象病院では定期的に勉強会等を行っているものの看護管理に関する教育経験を受けていないという回答が大半を占めていた⁴¹。もちろん、マネジャー層のほうが有意に教育訓練を受け

⁴¹ ただし、今回の調査における質問項目は「教育・訓練を受けたか否か」であり、院内研修など病院内での教育訓練である **On-The-Job Training** と病院外での教育訓練である **Off-JT** とに区分していなかった。そのため、回答者がどちらを想定したかを明確に区別できないという限界がある。しかし、今回は少なくとも「教育・訓練を受ける」といえば院内での教育訓練

ている度合いが高かったことから、今回の結果が表れた要因はマネジャー層以外が大半を占めていたことに起因する可能性もある。しかし、そもそも組織の実施する教育から学びとる意欲をそもそも有していないことも推察される。それが単に教育・訓練を受けたという知覚だけでは目標コミットメントは向上しないことを示唆している可能性がある。つまり、看護師がいったい何に対して教育を受けたのかという実感が大切であり、とくに実際の業務に管理会計情報が有益だという実感が伴わなければ教育の効果は見られないことを示しているのかもしれない。

第2にマネジャー経験の有無であるが、調査対象病院では看護師長以外には詳細な情報が伝達されていなかった。さらに、全看護師に簡易な情報は配布されていたものの、マネジャー職に情報に関する責任を負わせる構造になっていなかった。このことから、マネジャーであっても使わざるを得ないのは看護師長のみであり、その他のマネジャー職は単にマネジャーであるだけでは必要性を感じていなかった可能性が考えられる。

このことは、分析結果にも表れている。相関分析の結果は、マネジャー職の経験の有無によって有意な影響を及ぼす可能性のある情報項目もあった。しかし、使命感の程度はマネジャー層とその他とではほぼ変わらなかった。そのため、少なくとも調査対象病院におけるマネジャーに関しては、仮説1の分析結果に示したように、マネジャー経験の有無よりも使命感の程度の方が目標コミットメントに及ぼす重要なファクターである可能性がある。このことは、第3の勤続年数の長短にも反映された可能性がある。このことが、職位も勤続年数の長短も目標コミットメントの度合いに有意な差が見られなかったことに表れているともいえるかもしれない。あるいは、いくら管理者層が看護師の職位をあげたとしても、勤続年数を重ねたとしても、内部管理の重要性やそれを支える管理会計情報の重要性に対する何らかの働きかけをしたうえでコンセンサスが得られなければ意欲は上がらないまま育成されることを表しているのかもしれない。

このことは、自由回答として求めた支援内容をテキストマイニングした結果として、複数あらわれていた以下の記述にも表れているのかもしれない

をイメージするというパイロット・テストの結果を重視し、そのままの用語を質問票にも用いている。

い：

「キャリアを強要されるのはとても苦痛です。・・・(中略)・・・いくら給料が上がってもやる気がおきません。したい看護ができるような教育環境を優先してほしいです。」

仮説 1 から仮説 3 までの結果からは、第 1 に情報の活用に関する意欲を向上させるためには、マネジャーを経験させる、あるいは長く勤続させることだけでは足りない場合があることが言える。情報の活用に関する意欲を向上させるためには、使命感の程度という医療専門職が有する職務特性の醸成と、専門職が組織の提供する情報が職務特性に合致しているという認識を有することが重要であるということが出来る。

そしてこのことは先行研究の知見とも整合的であった。たとえば内部規範と外部規範すなわちプロフェッショナルリズムとの間でのコンフリクトを感じなければ、職位や勤続年数とは関係なく受容し、行動に移そうとする意欲が高まるという点で、Shafer et al.(2002)の結果と一貫していた。

7. 1. 4 情報の種類による係数の相違に関する考察

なお、各変数の標準化係数の符号および値、そして調整済み決定係数の値は、情報の種類によって異なっていた。図表 7-3 は、各変数の標準化係数の符号および値、そして調整済み決定係数の値の相違を示している。

まず、標準化係数の符号及び値が異なっていたことについて議論する。

第 1 は、看護というオペレーションに直結している経済性に関する情報については、身近であるがゆえ情報を与えられると自律性が脅かされるという危惧があるため、その係数の値は負の値を示したと考えられる。

第 2 に、有効性すなわち社会的アウトカムは、看護師が遵守すべき職務特性としてもともと外部規範によって規定されている事項である。そのため、DiMaggio and Powell(1983)および Reed(1996)に従えば、有効性ある

いは社会的アウトカムの重要性は、外部規範によって与えられ、共有されており、職務を全うするために目標として与えられなくとも同型化されているともいえる。そのため、自律性や自己統制に関する標準化係数の符号がマイナスの値を示していたことは、いわば目標を与えられなくとも看護師として自ら全うすべき、あるいは果たしたい目標として埋め込まれているためであると考えられる。

図表 7 - 3 標準化係数および決定係数の情報の種類による相違

情報の種類	β_1	β_2	β_3	β_4	β_5	β_6	β_7	調整済み R ²
	使 命 感	自 律 性	自 己 統 制	適 合 関 係	マ ネ ジ ャ 一 経 験	教 育 経 験	勤 続 年 数	
経費に関する情報（財務情報）	0.436	-0.044	-0.188	0.203	0.101	0.921	0.753	0.200
超過勤務に関する情報（非財務情報）	0.356	-0.010	0.033	0.311	0.188	-0.055	-0.053	0.218
病床稼働に関する情報（非財務情報）	0.487	0.051	-0.106	0.340	0.078	0.015	-0.025	0.353
利益に関する情報（財務情報）	0.434	0.051	-0.123	0.311	0.056	0.051	-0.041	0.259
患者満足に関する情報（非財務情報）	0.480	-0.008	-0.106	0.293	0.114	-0.084	-0.057	0.345
安全管理に関する情報（非財務情報）	0.461	-0.096	-0.046	0.243	-0.005	-0.109	-0.008	0.279

ただし、第3に、効率性に関する情報に関してはその係数の符号は正であったものの、その係数はほぼゼロに近かった。このことは、病床稼働に関する情報や利益に関する情報は、組織にとっては重要ではあるものの自ら行っている看護業務とは少し縁遠い情報であるため、職務遂行上の自律性はそれほど脅かされないのではないかと知覚したのかもしれない。

次に調整済み決定係数の値であるが、すべての情報について、非財務情報のほうが財務情報よりもその値は高かった。これは、次のパイロット・インタビューの結果が示している通りかもしれない(括弧内は著者加筆。):

「(看護師は,) 師長クラスになるまで診療報酬単価(などの財務情報)にあまり実感を寄せることはないと思いますし、私もそうでした。…(中略) …とくに若いときは、日々の業務を覚えて、ということに精一杯でした。」

7. 2 実際の情報活用に関する考察

仮説4は、目標コミットメントの程度・職務内容との適合関係およびプロフェッショナリズムの程度が有意に管理会計情報の活用に対して正の影響を及ぼすことを予測していた。仮説5は、マネジャー経験の有無・勤続年数の長短および教育経験の有無が情報活用に有意に影響することを予測していた。本論文における予測と実際の検証結果は、図表7-4の通りである。

7. 2. 1 情報活用に対する強度

仮説4の検証結果からは、全体として3つの興味深い結果が読み取れる。第1はプロフェッショナリズムつまり職務特性に関する認知の度合いの影響である。本論文の結果は、プロフェッショナリズムは実際の情報活用に対して有意な影響を及ぼしていなかった。第2は目標コミットメントの度合いである。目標コミットメントは、患者満足に関する情報を除いたすべての情報について実際の情報活用に対して有意な影響を及ぼしていなかつ

た。

図表 7 - 4 予測と検証結果との関係

仮説	予測された符号	実際の結果 (患者満足に関する情報以外)	実際の結果 (患者満足に関する情報)
仮説 4 : 情報活用への 3 因子の影響			
仮説 4 a : プロフェッショナルリズムの影響	+	N.S.	N.S.
仮説 4 b : 目標コミットメントの影響	+	N.S.	+
仮説 4 c : 適合関係の認識の影響	+	+	N.S.
仮説 5 : 経験の影響			
マネジャー経験の有無	+	N.S.	N.S.
教育経験の知覚の有無	+	N.S.	N.S.
勤続年数の長短	+	N.S.	N.S.

(図表中の「+」は有意な正の影響を、「N.S.」は有意な関係性が見られなかったことを示している。)

特筆すべきは第 3 の点すなわち適合関係の認識の影響である。本論文の結果は、適合関係の認識が患者満足に関する情報を除いたすべての情報について実際の情報活用に有意な正の影響を及ぼしていることを示しているのである。

以下では本調査における調査先の管理実態と照らし合わせながら、上述の 3 点について議論を進める。

調査対象病院の看護師にはすべての情報に関する目標値は与えられておらず、当然のことながら報酬システムにも目標値は反映されていなかった。そもそも開示されている情報自体も職位によって異なっていた。詳細な数値情報は看護師長クラスのごく一部の看護師のみに開示されていたが、その他の看護師にはごく簡単な情報のみが開示されていた。

ただし、各看護師は看護師長から指示を受けたリーダー職からの口頭での指示のうえで職務に従事していた。たとえば第1に経費に関する情報に関しては使い捨て医療材料の消費量を削減するように、第2に病床稼働に関する情報に関しては病床稼働率を司る医師に状況を伝えるように、第3に安全管理に関する情報に関してはアクシデント件数をゼロとするように指示がなされていたのみであった。つまり調査対象病院におけるごく一部の上位階層では数値によるコントロールが支配的に機能している一方、実際の職場では数値によるコントロールは支配的には働いていない環境であった。

このような環境下で仮説4aおよび仮説4bにおいて予測していたプロフェッショナルリズムや目標コミットメントが情報活用に与える影響が有意ではなかった要因の1つとして、確かに各種の数値情報が各看護師に浸透していなかったことも思い浮かぶ。すなわち各種の情報が目標として認識されている程度が低く、目標として設定されている状況が想像できなかったことに原因があることも想像できるのかもしれない。

しかし上述の2つの変数が有意な影響を与えていなかった要因をそもそも目標として設定された場合を想定できなかったことに求めると、仮説4cの結果を解釈することは難しくなる。それは、職務と情報との間の関連性・重要性を判断でき、目標コミットメントに関する設問に回答できたのはなぜかが説明できないためである。さらに言えば、マネジャー層とマネジャーではない層との間で情報活用に関して有意な差がなかったのかも説明しづらい。

本調査においては、とくに各職場に共通して上司からの指揮命令が強く働いていたことから、各看護師に関していえば暗黙のうちであっても情報に関する目標があるという認識を持っていたと捉えるほうが自然である。つまり本調査における調査対象者は、情報に対する認識や目標として与え

られた場合の行動について想像できる者であるという前提を置いて良いであろう。

ただし、1つ確認しておく必要がある事がある。それは職場のマネジャーの違いが情報活用に及ぼしていないか否かである。1つ1つの職場の規模も比較的小さいことに加えてとくに職場の管理における指揮命令の裁量権はリーダー職クラスが握っていたためである。パイロット・インタビューの結果でもリーダー職クラスの権限の度合いが強いこともあり各看護師が目標として知覚している程度は職場によって異なるのではないかという指摘があった。しかし情報活用の度合いに職場別の有意な差はなかったことを再確認しておく、少なくとも本ケースでは **Naranjo-Gil and Hartmann(2006)**が指摘するような管理者の異質性が情報活用に及ぼす影響は小さいと解してよいであろう。

上述の検討のもとで患者満足に関する情報以外のすべての情報の活用について言及すると、仮説4aはプロフェッショナリズムが及ぼす影響の有意性を棄却している。仮説4bは、目標コミットメントの及ぼす有意性をやはり棄却している。その代わりに仮説4cの適合関係の認識が及ぼす有意な影響をすべて支持する結果となっている。すなわち、情報活用に対してはプロフェッショナリズムよりも目標コミットメントよりも、職務内容と管理会計情報との適合関係の認識の程度が一番の強度を持っているといえる。

他方で患者満足に関する情報に関しては仮説4bのみが支持されており、目標コミットメントが情報活用に対して有意な正の影響を及ぼしていた。他の情報で支持されていた仮説4cは棄却されていた。患者満足に関する情報は、目標コミットメントが一番の強度を有しているといえる。その意味で、患者満足に関する情報に関しては他の情報とは少し性質の異なる情報であると解釈できる。

次に仮説5aから仮説5cまでのマネジャー経験の有無・勤続年数の長短の影響はすべて5%水準で棄却されている。これも前述の通り、単にマネジャー経験を経験させたり勤続年数を重ねたりするだけでは管理会計情報に関する理解が深まらず、目標として与えられた場合に活用しない可能

性を示していると解釈できよう⁴²。

経験に関する仮説 5 a から仮説 5 c までがすべて 5 % 水準で棄却されていることを前提として、患者満足に関する情報以外のすべての情報における仮説 4 a から仮説 4 c までの結果からは以下のことが言える。第 1 は仮説 4 a と仮説 4 b が棄却されていることから、看護師にとって管理会計情報の活用に対する意欲が高まっても直接的な活用のドライバーとなる力は弱いことである。第 2 は、ある情報が目標として設定された場合に実際の情報活用につなげる効果を高める最も強い要因は、職務と情報との適合関係の認識を高めることである。

仮説 4 a から仮説 4 c までの検証結果は、後述する通り理論的にも実務的にも重要な意味を持つ。

7. 2. 2 情報の種類による係数の相違に関する考察

なお情報の種類によって Wald 検定量・有意水準・モデルの適合度は異なっていた。図表 7-5 は情報の種類による有意水準とその符号およびモデルの適合度を示している。

このうち、患者満足に関する情報のみ、目標コミットメントと情報活用との間に有意な正の関係が見られているのは、看護師の有する価値観を反映しているのかもしれない。すなわち、外部のプロフェッションから、患者様のために奉仕するという考え方が教えられているため、適合関係の認識ではなく目標コミットメントがそのまま行動にリンクしていた可能性が

⁴²ただし今回の調査では有効回答数が 110 であり、そのうち調査日現在のマネジャー職のサンプルが 12 であったことから今回のような結果になったのかもしれない。たとえば (2) 式の結果を 10 % 水準で見れば、経費に関する情報および利益に関する情報という財務情報、および安全管理に関する情報という非財務情報について、教育経験の知覚が情報活用に対して有意な正の影響を及ぼしていることが示されている。

これは、たとえば医療専門職が活動基準原価計算の導入段階からクリニカル・パスの構築などを通じて参加したことによってコスト情報を医療専門職が受容・活用したという Eldenberg et al.(2010)の知見と整合的であるともいえる。Eldenberg et al.(2010)は直接述べていなかったものの、本論文の知見と照らし合わせると、クリニカル・パスの構築への参加によって特にコスト情報などの財務情報が医療行為を少なくとも阻害しないことを学習した可能性があるといえるだろう。

ある。

図表 7 - 5 情報の種類による有意水準・符号・モデルの有意性の相違

情報の種類	β_1	β_2	β_3	β_4	β_5	β_6	β_7	β_8	AIC
	使 命 感	自 律 性	自 己 統 制	適 合 関 係	目 標 コ ミ ッ ト メ ン ト	マ ネ ジ ャ ー 経 験	勤 続 年 数	教 育 経 験	
経費に関する情報（財務情報）				0.020*					76.997
超過勤務に関する情報（非財務情報）				0.034*					121.323
病床稼働に関する情報（非財務情報）				0.012*					93.088
利益に関する情報（財務情報）				0.010*					75.383
患者満足に関する情報（非財務情報）					0.033*				135.819
安全管理に関する情報（非財務情報）				0.005**					128.888

(図表中の数字は有意水準を表す。 **:p<0.01, *:p<0.05。なお, AIC は赤池情報量基準を表す。)

7. 3 本論文における含意

本論文における結果は, 個人一環境適合理論・目標設定理論をはじめとするモチベーション理論の予測とおおむね首尾一貫していた。最後に, 本

論文における調査結果が有する含意を検討する。

7. 3. 1 行動科学研究に対する含意

個人一環境適合理論は、個人のニーズと個人外部の要因との適合関係が何らかの（大部分の研究では、ポジティブな）結果を生じさせることを指摘していた(e.g. Edwards and Shipp,2007; Kristof,1996; Kristof-Brown et al.,2005)。とくに専門職はプロフェッショナリズムという職務特性に関する価値観を有しており、当該価値観に起因した心理的資源というニーズを強く有する主体であると言及されてきた(e.g. Freidson,1970,2001; Hall,1968; Millerson,1964)。とくにプロフェッショナリズムに関する議論に従えば、専門職は外部規範に準拠した業務を行いたいという心理的なニーズを強く有するとされてきた。個人一環境適合理論によれば、当該ニーズとそれを満たす個人外部の要因との適合関係が専門職組織の効果的な経営管理において重要であることが指摘されてきた(e.g. Kristof,1996; Latham,2012)。

さらに目標設定理論や期待理論は、努力と職務遂行の成果との関係において、努力が実際に職務遂行を通じて成果に結びつくだろうという認識が重要であると言及してきた。すなわち、自身がある職務を達成可能(attainable)であるという認識が強い行動のドライバーとなることを示してきたのである(Locke and Latham,1990; Vroom,1964)。

本調査の結果は、専門職の心理的ニーズと提供される管理会計情報との適合関係が達成可能であるという認識も相まって、情報の活用に対する意欲にも情報の実際の活用にも特に有効であることを示唆している。この点において本論文の調査結果は、当該理論からの予測と首尾一貫している。

従来、専門職はコスモポリタン志向を有するがゆえ(Gouldner,1957,1958)、内部規範と外部規範とのはざまに立たされる傾向が強いと言及されてきた(Reichers,1985; 長尾,1995)。そのためには組織社会化に代表される相互作用の重要性が強調されるとともに、様々な経験が技能のみならず経営管理スキルを含む人的資源の熟練にとって重要な要素であると指摘されてきた。

しかし、必ずしも専門職に経験を積ませるのみでは経営管理に興味を持

つわけではないことが示されている。ここから、第1に専門職が管理会計情報を実際に活用するように管理するためには、行動コミットメントが向上したからといって情報を実際の業務の参考とはしない可能性が高いことを管理者が認識する必要性を強調できる。そのうえで、第2にただ単に教育を施すだけではなく職務と管理会計情報とが適合していると専門職が認識するような教育・訓練のシステムを含めた環境づくりが重要であり、ここに専門職の職務特性と反しない専門職組織における管理の態様が存在する可能性があることを示している。本論文の結果は、この点において行動科学研究に対して新たな知見を与えている。

7. 3. 2 管理会計研究に対する含意

管理会計研究において、医療組織は専門職が大部分を占め、医療専門職集団が大きな権力を有する代表的な組織であると言及されてきた(Abernethy and Vagnoni,2004; Ittner et al.,2007; Ouchi,1979; Pizzini,2010)。ニュー・パブリック・マネジメントの潮流(Hood,1995)の浸透に主に起因して代表的な専門職組織である医療組織にも管理会計システムの導入が進んできた。その際、管理者が当該管理会計システムを活用することはもちろん重要である一方、医療専門職が導入された管理会計システム・管理会計情報を活用することがその権限関係にも、業績の大部分を決定づける存在であることにも鑑みて重要である(e.g.Abernethy,1996; Abernethy et al.,2005)と指摘されてきた。

しかし管理会計領域における先行研究では、医療専門職に管理会計情報の利用を迫ると抵抗する危険性が高いと指摘する研究群(e.g. Abernethy and Stoelwinder,1995; Broadbent et al.,2001; Covaleski and Dirsmith,1983; Fisher and Ferlie,2013; Jacobs,1995; Jones and Dewing,1997; Lapsley,2001)と、必ずしもそうではなく医療専門職も管理会計システムの設計・利用方法の工夫いかんによっても受容する可能性があるという研究群(e.g. Abernethy and Chua,1996; Aidemark,2001; Eldenburg et al.,2010; Østergren,2009; 衣笠,2013; 谷ほか,2005)とに分かれていた。

情報の受け手に立って定量的調査を行った本論文の結果は、専門職が有

する価値観を示すプロフェッショナリズム・目標達成に対する意欲および目標として設定される情報に対する適合関係の認識という各変数の影響が利用に与える度合いのうち、管理者がターゲットとして与える目標が職務特性と適合しているという認識の程度がほぼ全ての管理会計情報の活用において最も強い影響を及ぼしていることを示している。本論文の結果は、たとえば Chong and Chong(2002), Kren(1992), Marginson and Ogden(2005)および Webb(2004)の結果のように、個々人がなぜ特定の管理会計情報を目標として受容するのかに関し、職務と情報との適合関係の認識が最も重要なドライバーであるという結果が看護師という準専門職にも当てはまる可能性を示唆しているといえよう。

管理会計研究ではプロフェッショナリズムという認知的側面は専門職の有する代表的な特徴であると言及され、所与のものとされてきた傾向が非常に強かった。しかしながら、本論文では実際の情報の活用に対しプロフェッショナリズムは適合関係よりも強い影響を与えていないという結果を示している。ここからプロフェッショナリズムという職務特性を有する専門職でも管理会計情報に対する認識が重要な要因であって、当該認識を高めることによって管理者が管理可能であることを示唆しているのである。

すなわち、第1に専門職の有するプロフェッショナリズムと組織として提供する内部管理のための情報を専門職が活用することとは相反しない可能性を示唆している点で、既存の管理会計に対して新たな知見を与えている。

第2に本論文における調査結果からは専門職における管理会計情報の受容に影響を及ぼす要因として適合関係という観点から以下のような理論的統合ができる可能性がある。

まず衣笠(2013)が指摘していたような医療専門職が予算管理システムの設計・調整・統制に積極的に関与するという予算管理システムの双方向的な利用がなぜ有効に機能するのかに関して、コミットメントが向上したのみではなく、予算管理情報が専門職の職務を阻害しないという認識を生んだためであると説明できる可能性がある。

次に Aidemark(2001)が言及してきたようなインフォーマルな対話が有効である背景にも、対話を通じて職務内容が阻害されないという認識を有

する機能があるからであると解釈できる。

さらに Abernethy and Chua(1996)および Lehtonen(2007)は、様々な管理会計システム導入・変容に関するマネジャー層の工夫が医療専門職も経営管理に積極的に関与するコミットメントを高める要因であると言及してきた。具体的には医療専門職に積極的に管理会計システムの設計・運用に参画させるとともに大幅に権限移譲を行い、単に職位を引き上げるのみならず医療行為と財務業績とのバランスをいかに取るべきかという議論を頻繁に行ったこと等であった。本論文の結果と照らし合わせれば、そのような様々な取り組みがなぜ管理会計システムが医療専門職に受け入れられたのかという背景には、財務業績に代表される管理会計情報は医療専門職が職務内容つまり医療行為を阻害しないという認識を持つに至った証拠であると説明できる。このことが、わが国において谷(2004)は指摘していなかったものの、管理会計システム—具体的には BSC—の導入に際して重要な役割を担っていると言及していた推進役の具体的な役割を表しているのかもしれない。

他方で、このような認識を医療専門職が持てなかったからこそ、管理会計システムが効果的に機能しないことが言えるのではないだろうか。たとえば Broadbent et al.(2001)や Fisher and Ferlie(2013), Jones and Dewing(1997)が示していた抵抗という医療専門職の反応も、管理会計情報と職務内容との適合関係の認識がないままトップ・ダウン式に与えられたことに起因していると説明できる。つまり、医療専門職が適合関係の認識を持たないままマネジャー層が管理会計情報の活用を迫ったからこそ、専門職としては自身の職務が害されるという危機感を持ち、その結果として防衛反応を示したと説明できる可能性がある。

以上から、管理会計研究において意見が分かれていた医療専門職の抵抗や形骸化という反応と受容という反応を区分する説明の1つとして、医療専門職の有する適合関係の認識が考えられることを示している点においても本論文の結果は新たな示唆を与えている。これらの新たな知見・示唆は、医療倫理の関係もあり特に難しかった医療専門職に対するサーベイ調査の結果として初めて明らかにできた事項である。

7. 3. 3 実務上の含意

ほぼ全ての情報に対する情報活用に適合関係の認識が最も強い影響力を有していたという本論文の結果から、医療組織に代表される専門職組織において管理会計情報を専門職の管理において効果的に機能させるためには以下の方策が考えられる。

第1に管理者としては、管理会計情報をトップ・ダウン式に与えるだけではなく専門職に与える情報が現在担当している職務に負担をかけるものではない、とエンカレッジすることである。そのためにも、管理者はコスト情報や利益情報に代表される管理会計情報に目を向けるのみならず、医療専門職の職務内容や外部規範を知ること、そしてどの部門がどのような意識を持って職務に当たっているかを知る努力がまず必要である。

第2に、管理会計システムの導入の際に専門職を参加させたり対話を繰り返したりしていくことである。その際に重要なことは、とくに専門職の利害を汲むことである。このことにより、導入された管理会計システムが専門職の職務を阻害するものでないという認識を持たせることが重要であり、導入・浸透がよりスムーズに進む可能性が示唆されている。

第3は、教育・訓練の方策である。組織として専門職に対し何のために教育・訓練を行っており、組織の実施する教育・訓練の内容が専門職の仕事を少なくとも阻害しないことをしっかりと認識させることが重要だといえる。とくに教育・訓練に関しては財務情報に代表される情報の活用について有効な手段である可能性が示唆されていることから、専門職が納得するような形で教育を施さなければ、いくら組織として「教育を行った」からといって効果がないことを自覚しておくことが必要であるといえよう。

本論文における結果は、医療組織において適合関係の認識を管理者が医療専門職に与えることができれば、ほぼどのような情報によっても管理可能であることを示唆している。ここから、いくら「やる気」を出すことを促してもそれだけでは不十分である。専門職の有するプロフェッショナルリズムに関わらず、適合関係の認識を持たせることができれば、医療組織に代表される専門職組織におけるマネジメント・コントロール・システムはうまく運用できる可能性が高まることを示唆しているのである。

第8章 結論

本論文では、専門職における管理会計情報の活用に寄与する心理的要因を明らかにすることを目的として、代表的な専門職組織である医療組織に従事する医療専門職を対象としたサーベイ調査を行った。とくに、専門職を対象とした管理会計研究では所与とされてきたプロフェッショナリズムという価値観が本当に情報活用に対する強い効果をもたらしているのかを検証した。

組織行動論に依拠した仮説構築の結果として、本論文では3つの変数を抽出した。第1は、属人的・認知的要因であるプロフェッショナリズムである。第2は、目標に対する行動を促す意欲を表す目標コミットメントである。そして第3は、職務内容と管理会計情報とが適合しているという認識である。

1病院における看護師全員を対象とした本論文における調査結果は、全体として情報活用に対して一番の強度を有していたのはプロフェッショナリズムでも目標コミットメントでもなかったことを示している。本論文の調査結果によれば、一番の強度を有していたのは職務内容と管理会計情報との適合関係の認識であったことを示している。

医療組織に代表される専門職組織は、専門職が業務プロセス上の判断および組織業績の大部分を支配している組織である一方で専門職が外部規範から提供される高度な専門的知識を有しており、専門職集団によって支配されている組織であると言及されてきた(e.g. Lewis and Brown,2012; Mintzberg,1983; Silvestro et al.,1992; Simons,2005; von Nordenflycht,2010)。上述の性質に起因した管理会計研究における大きな課題の1つは専門職組織と専門職との目標整合性の確保であるとされ、検討が進められてきた(e.g. Almqvist,2001; Hall et al.,2005; McGregor et al.1989; Shields and Young,1993)。それは、管理会計研究ではモラル・ハザード等の情報の非対称性に起因する課題が生じやすいことに加えて専門職集団による政治・統治の論理が強く働くことにあると指摘されてきたためである(e.g. Abernethy and Vagnoni,2004; Covalleski and Dirsmith,1983; Ittner et al.,2007; Pizzini,2010)。

ただしこれまでの専門職組織を対象とした管理会計研究では、専門職集団の管理会計システムの利用の有効性に寄与する要因は医療専門職の有する職務特性にかかわる属人的な要素にあるとされてきたといえる(e.g. Abernethy et al.,2007; Abernethy and Stoelwinder,1991; Covalleski and Dirsmith,1983; Ittner et al.,2007; Pizzini,2010)。それは、専門職の有する専門的知識に裏付けられた職務特性に関する認知が専門職個人の価値観として深く浸透しており短期的には変化しないためである。

しかし本論文の結果は、従来の管理会計研究で言われてきた職務特性にかかる認知ではなく管理者の情報の提供方法の巧拙によって専門職の管理が可能であることを示唆しているのである。ここから本論文では、専門職組織における管理会計情報の活用において専門職組織と専門職との目標整合性を確保するための方策の1つを発見している点で専門職組織のマネジメントのあり方に対して貢献を与えている。さらに、専門職組織においてなぜ管理会計システムの導入が成功するのか、あるいはなぜ専門職の抵抗を生むのかを区分する要因に関するケース研究の蓄積を、適合関係という観点から再整理できる可能性を指摘している点で管理会計研究に対して貢献を与えている。

ただし、本論文にも複数の限界がある。第1は、本論文の行った調査がクロス・セクション分析であることである。これは他の研究でも言われていることであるが(e.g. Abernethy and Stoelwinder,1995)、本論文はあくまでも理論的な考察を踏まえた仮説の検証が主目的であって、本当にそのような結果になるのかについては別の検討が必要であると考えている。そのためには、たとえば渡邊(2011)のような継時的なケース・スタディを含めたさらなる検証が有用であると思われる。

第2は、変数の設計である。まず、本論文における業績管理指標の設計では経済性・効率性・有効性という3次元モデルに依拠した。しかしながら、業績概念については未だに議論が続いており明確な合意が得られていない(例えば、松尾(2009)のレビューを参照。)。社会的影響を測定する有効性あるいはアウトカム指標の信頼性を含め、業績概念の測定にはさらなる議論が待たれるところである。次に、情報活用に寄与する変数として本論文では3つの独立変数を設計した。ただし、本論文では測定

の対象としていなかった何らかの潜在変数が存在する可能性も考えられる。とくに目標コミットメントと情報活用との間に本論文が見過ごしていた何らかの変数が影響を及ぼしている可能性は否定できない。また、回答者がどのような志向を有しているのかという先行変数が分析の対象外になっていることにより経験の影響が有意でなかったことも考えうる。これらの点は、今回は測定対象としていなかった変数を加えた追加的分析が有効であると考えている。

第3は、一般化の範囲に関する限界である。今回の調査対象は看護師であったが、本論文の結果がどの専門職にまで一般化できるのかに関しても今後追加的な分析が必要であると考えている(c.f. 田尾,1997)。

第4は、本当にプロフェッショナリズムを考慮しなくてもよいのかどうかという点である。とくに適合関係の認識と目標コミットメントという2つの変数を独立変数としても多重共線性の問題は生じていないと判断できる一方、有意な正の相関関係があったことも示されている。このことから、結果として情報の種類によってはプロフェッショナリズムの影響がより弱く表出した可能性もある。

上述のような限界があるものの、専門職組織を対象とした管理会計研究では、管理者の情報提供のあり方によっては専門職を管理することが可能であることを示唆している研究は著者の知る限りほとんどなかった。とくに先行研究において語られてきたプロフェッショナリズムという認知的要素よりも適合関係の認識という態度的側面の影響が強かったことを示していること自体に貢献があると考えている。わが国にもニュー・パブリック・マネジメントの潮流が浸透しつつあり、とくに医療・学校等の専門職組織にも管理会計システムの導入が進展している。さらに近年、専門的知識こそが従来の物的資産に代わる重要な競争優位の源泉であるとして頻繁に取り上げられてきている(e.g. Lev,2001; Wyatt,2008)。専門的知識をつかさどる専門職に代表される知的労働者の重要性、また、その管理にはどのような方策が考えられるのかというテーマは、21世紀における経営管理に係る重要なテーマとしてより重要性を増してくるであろう。

参考文献

- Abbott, A. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press.
- Abernethy, M. A. 1996. Physicians and Resource Management: The Role of Accounting and Non-Accounting Controls. *Financial Accountability & Management* 12 (2): 141–156.
- Abernethy, M. A. and W. F. Chua. 1996. A Field Study of Control System “Redesign”: The Impact of Institutional Processes on Strategic Choice. *Contemporary Accounting Research* 13 (2): 569–606.
- Abernethy, M.A., W.F. Chua, J. Grafton, and H. Mahama. 2007. Accounting and Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological and Critical Perspectives. in Chapman, C.S., A.G. Hopwood and M.D. Shields (eds.). *Handbook of Management Accounting Research, Vol.2*, Elsevier Ltd.: 805-827.
- Abernethy, M.A., M. Horne, A.M. Lillis, M.A. Malina and F.H. Selto. 2005. A Multi-method Approach to Building Causal Performance Maps from Expert Knowledge. *Management Accounting Research* 16 (2): 135–155.
- Abernethy, M.A. and J.U. Stoelwinder. 1991. Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: A Test of the “Fit” Hypothesis in Not-for-profit Hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 16 (2): 105–120.
- Abernethy, M.A. and J.U. Stoelwinder. 1995. The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations. *Accounting, Organizations and Society* 20 (1): 1-17.
- Abernethy, M.A. and E. Vagnoni. 2004. Power, Organization Design and Managerial Behaviour. *Accounting, Organizations and Society* 29 (3/4): 207-225.
- Aidemark, L. 2001. The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation. *Financial Accountability & Management* 17 (1):

- 23-40.
- Aidemark, L. and E.K. Funck. 2009. Measurement and Health Care Management. *Financial Accountability & Management* 25 (2): 253-276.
- Almqvist, R. 2001. Management by Contract: A Study of Programmatic and Technological Aspects. *Public Administration-An International Quarterly* 79 (3): 689-706.
- Alvesson, M. 2004. *Knowledge Work and Knowledge-Intensive Firms*. New York: Oxford University Press.
- Anderson, S. W. 1995. A Framework for Assessing Cost Management System Changes: The Case of Activity Based Costing Implementation at General Motors 1986–1993. *Journal of Management Accounting Research* 7(1): 1–51.
- Anthony, R.N. 1978. *Financial Accounting in Nonbusiness Organizations: An Exploratory Study of Conceptual Issues*. Research Report, Financial Accounting Standard Board.
- Anthony, R.N. and V. Govindarajan. 2007. *Management Control Systems (12th Ed.)*. McGraw-Hill, Irwin.
- Anthony, R.N. and D.W. Young. 2003. *Management Control in Nonprofit Organizations (7th Ed.)*. McGraw-Hill, Irwin.
- Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Pub.
- Barney, J.B. 1991. Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management* 11(1): 99-120.
- Birnberg, J.G. 2011. A Proposed Framework for Behavioral Accounting Research. *Behavioral Research in Accounting* 23 (1): 1–43.
- Bonner, S.E. 2008. *Judgment and Decision Making in Accounting*. Upper Sage River, NJ: Pearson Education.
- 田口聡志監訳. 2012. 『心理会計学—会計における判断と意思決定』中央経済社.
- Brinkert, R. 2010. A Literature Review of Conflict Communication Causes, Costs, Benefits and Interventions in Nursing. *Journal of*

- Nursing Management* 18(2): 145-156.
- Broadbent, J., K. Jacobs and R. Laughlin. 2001. Organisational Resistance Strategies to Unwanted Accounting and Finance Changes: The Case of General Medical Practice in the UK, *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 14 (5): 565-586.
- Brüggen, A. and F. Moers. 2007. The Role of Financial Incentives and Social Incentives in Multi-task Settings. *Journal of Management Accounting Research* 19 (1): 25–50.
- Chenhall, R.H. 2007. Theorizing Contingencies in Management Control Systems Research. in Chapman, C.S., A.G. Hopwood and M.D. Shields (eds.). *Handbook of Management Accounting Research, Vol.1*, Elsevier Ltd.: 163-205.
- Chong, V. K. and K. M. Chong. 2002. Budget Goal Commitment and Informational Effects of Budget Participation on Performance: A Structural Equation Modeling Approach. *Behavioral Research in Accounting* 14 (1): 65-85.
- Chua, W.F. and A. Preston. 1994. Worrying about Accounting in Health Care. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 7 (3): 4-17.
- Covaleski, M.A. 1981. MBO and Goal Directedness in a Hospital Context. *Academy of Management Review* 6 (3): 409-418.
- Covaleski, M. A. and M. W. Dirsmith. 1983. Budgeting as a Means for Control and Loose Coupling. *Accounting, Organizations and Society* 8 (1): 323-340.
- Cutt, J. and V. Murray. 2000. *Accountability and Effectiveness Evaluation in Non-Profit Organizations*. Routledge.
- Davis, F.D. 1989. Perceived Usefulness, Perceived Easy to Use, and User Acceptance of Information Technology, *MIS Quarterly* 13(3): 319-340.
- Davis, F.D. 1993. User Acceptance of Information Technology: System Characteristics, User Perceptions and Behavioral Impacts. *International Journal of Man-Machine Studies* 38(3): 475–487.
- Deci, E.L. and R.M. Ryan. 1983. *Intrinsic Motivation and*

- Self-Determination in Human Behavior*. Springer.
- DeShon, R. P., and R. S. Landis. 1997. The Dimensionality of the Hollenbeck, Williams, and Klein (1989) Measure of Goal Commitment on Complex Tasks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 70 (2): 105-116.
- DiMaggio, P.J. and W.W. Powell. 1983. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review* 48 (2): 147-160.
- Edwards, J.R. and A.J. Shipp. 2007. The Relationship between Person-Environment Fit and Outcomes: An Integrative Theoretical Framework. in Ostroff, C.L. and T. Judge (eds.) *Perspectives on Organizational Fit*. Tayer & Fransis: 209-257.
- Eldenburg, L., N. Soderstrom, V. Willis and A. Wu. 2010. Behavioral Changes Following the Collaborative Development of an Accounting Information System. *Accounting, Organizations and Society* 35 (2): 222-237.
- Ellwood, S. 2009. Accounting for (A) Public Good: Public Healthcare in England. *Financial Accountability & Management* 25 (4): 411-433.
- Feltham, G.A. and J. Xie. 1994. Performance Measure Congruity and Diversity in Multi-Task Principal/Agent Relations. *The Accounting Review* 69 (3): 429-453.
- Fischer, M.D. and E. Ferlie. 2013. Resisting Hybridisation between Modes of Clinical Risk Management: Contradiction, Contest, and the Production of Intractable Conflict. *Accounting, Organizations and Society* 38 (1): 30-49.
- Freidson, E. 1970. *Professional Dominance : The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press.
- Freidson, E. 2001. *Professionalism: The Third Logic*. University of Chicago Press.
- Glynn, J. J. 1993. *Public Sector Financial Control and Accounting(2nd Ed.)*. Blackwell Publisher.

- Gouldner, A.W. 1957. Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles. I. *Administrative Science Quarterly* 2(3): 281–306.
- Gouldner, A.W. 1958. Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles. II. *Administrative Science Quarterly* 2(4): 444–480.
- Hall, M., D. Smith and K. Langfield-Smith. 2005. Accountants' Commitment to Their Profession: Multiple Dimensions of Professional Commitment and Opportunities for Future Research. *Behavioral Research in Accounting* 17(1): 89–109.
- Hall, R.H. 1968. Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review* 33(1): 92–104.
- Hampton, G. M. and D. L. Hampton. 2004. Relationship of Professionalism, Rewards, Market Orientation and Job Satisfaction among Medical Professionals: The Case of Certified Nurse–Midwives. *Journal of Business Research* 57(9): 1042-1053.
- Hansmann, H.B. 1980. The Role of Nonprofit Enterprise, *The Yale Law Journal* 89(5): 835-901.
- Hollenbeck, J. R., C. R. Williams and H. J. Klein. 1989. An Empirical Examination of the Antecedents of Commitment to Difficult Goals. *Journal of Applied Psychology* 74(1): 18-23.
- Hood, C. 1991. A Public Management for All Seasons?. *Public Administration* 69 (Spring): 3-19.
- Hood, C. 1995. The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society* 20(2/3): 93-109.
- Ittner, C.D., D.F. Larcker and M. Pizzini. 2007. Performance-Based Compensation in Member-Owned Firms: An Examination of Medical Group Practices. *Journal of Accounting and Economics* 44(3): 300–327.
- Jacobs, K. 1995. Budgets: A Medium of Organizational Transformation. *Management Accounting Research* 6 (1): 59-75.
- Johanson, U., M. Skoog, A. Backlund and R. Almqvist. 2006. Balancing

- Dilemmas of the Balanced Scorecard. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 19(6): 842-857.
- Johnson, T. H. and R. S. Kaplan. 1988. *Relevance Lost : The Rise and Fall of Management Accounting*. Boston: Harvard Business School Press. 鳥居宏史訳. 1992. 『レレバンス・ロストー管理会計の盛衰ー』白桃書房.
- Jones, C.S. and I.P. Dewing. 1997. The Attitudes of NHS Clinicians and Medical Managers towards Changes in Accounting Controls. *Financial Accountability and Management* 13(3): 261-280.
- Judge, T.A., E.A. Locke and C.C. Durham. 1997. The Dispositional Causes of Job Satisfaction: A Core-Evaluation Approach. *Research in Organizational Behavior*, 19: 151-188.
- Kanter, R.M. and D.V. Summers. 1987. Doing Well while Doing Good: Dilemmas of Performance Measurement in Nonprofit Organizations and the Need for a Multiple-Constituency Approach. in Powell, W.W. (ed.) *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*. Yale University Press: 154-166.
- Kaplan, R.S. 1998. Innovation Action Research: Creating New Management Theory and Practice. *Journal of Management Accounting Research* 10 (1): 89-118.
- Kaplan, R.S. and D.P. Norton. 1996. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: Harvard University Press. 吉川武男訳. 2011. 『バランス・スコアカードー戦略経営への変革（新訳版）』生産性出版.
- Kaplan, R.S. and D.P. Norton. 2004. *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*. Boston: Harvard University Press. 櫻井通晴, 伊藤 和憲, 長谷川恵一訳. 2005. 『戦略マップーバランスト・スコアカードの新・戦略実行フレームワーク』ランダムハウス講談社.
- Kerr, S., M.A. Von Glinow and J. Schriesheim. 1977. Issues in the Study of 'Professionals' in Organizations: The Case of Scientists and

- Engineers. *Organizational Behavior and Human Performance* 18 (2): 329–345.
- Klein, H.J., M.J. Wesson, J.R. Hollenbeck, P.M. Wright and R.P. DeShon. 2001. The Assessment of Goal Commitment: A Measurement Model Meta-Analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 85 (1): 32-55.
- Kren, L. 1992. Budgetary Participation and Managerial Performance: The Impact of Information and Environmental Volatility. *The Accounting Review* 67 (3): 511-526.
- Kristof, A.L. 1996. Person-Organization Fit: An Integrative Review of its Conceptualizations, Measurement, and Implications. *Personnel Psychology* 49 (1): 1-49.
- Kristof-Brown, A.L., R.D. Zimmerman and E.C. Johnson. 2005. Consequences of Individuals' Fit at Work: A Meta-Analysis of Person–Job, Person–Organization, Person–Group, and Person–Supervisor Fit. *Personnel Psychology* 58 (2): 281–342.
- Kurunmäki, L. 2004. A Hybrid Profession – The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals. *Accounting, Organizations and Society* 29 (3/4): 327-347.
- Kwon, T. H. and R.W. Zmud. 1987. Unifying the Fragmented Models of Information Systems Implementation. in R. J. Boland and R. Hirscheim (eds) *Critical Issues in Information Systems Research*. Wiley: 227–251.
- Lapsley, I. 1994. Responsibility Accounting Revived? Market Reforms and Budgetary Control in Health Care. *Management Accounting Research* 5 (3/4): 337-352.
- Lapsley, I. 2001. Accounting, Modernity and Health Care Policy. *Financial Accountability & Management* 17 (4): 331-350.
- Larson, M.S. 1977. *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Latham, G.P. 2012. *Work Motivation: History, Theory, Research, and*

- Practice (revised edition of 2nd ed.)*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Latham, G.P. and E.A. Locke. 2008. Employee Motivation. in Barling, J. and C.L. Cooper (eds.) *The SAGE Handbook of Organizational Behavior Volume I :Micro Approaches*: 318-333
- Lehtonen, T. 2007. DRG-Based Prospective Pricing and Case-Mix Accounting—Exploring the Mechanisms of Successful Implementation. *Management Accounting Research* 18 (3): 367-395.
- Leone, A.J. and R.L. Van Horn. 2005. How Do Nonprofit Hospitals Manage Earnings?. *Journal of Health Economics* 24 (4): 815-837.
- Lev, B. 2001. *Intangibles: Management, Measurement and Reporting*. Brookings Institution Press. 広瀬義州, 桜井久勝監訳. 2002. 『ブランドの経営と会計』東洋経済新報社.
- Lewis, M.A. and A.D. Brown. 2012. How Different is Professional Service Operations Management?. *Journal of Operations Management* 30 (1/2): 1-11.
- Libby, R. and J. Luft. 1993. Determinants of Judgment Performance in Accounting Settings: Ability, Knowledge, Motivation, and Environment. *Accounting, Organizations and Society* 18 (5): 425-450.
- Locke, E.A. and G.P. Latham. 1990. *A Theory of Goal Setting and Task Performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Luft, J. and M.D. Shields. 2007. Mapping Management Accounting: Graphics and Guidelines for Theory-Consistent Empirical Research. in Chapman, C.S., A.G. Hopwood and M.D. Shields (eds.) *Handbook of Management Accounting Research Vol.1*. London, Elsevier: 27-95.
- Malina, M.A. and F.H. Selto. 2001. Communicating and Controlling Strategy: An Empirical Study of the Effectiveness of the Balanced Scorecard. *Journal of Management Accounting Research* 13(1): 47-90.
- Malmi, T. and D.A. Brown. 2008. Management Control Systems as a package—Opportunities, Challenges and Research Directions. *Management Accounting Research* 19 (4): 287-300.

- March, J.G. and H.A. Simon. 1958. *Organizations*, Oxford: Wiley. 土屋守章訳. 1977. 『オーガニゼーションズ』ダイヤモンド社.
- Marginson, D. and S. Ogden. 2005. Coping with Ambiguity through the Budget: The Positive Effects of Budgetary Targets on Managers' Budgeting Behaviours. *Accounting, Organizations and Society* 30 (5): 435-456.
- McGregor, C.C., L.N. Killough and R.M. Brown. 1989. An Investigation of Organizational-Professional Conflict in Management Accounting. *Journal of Management Accounting Research* 1(1): 104-118.
- Merchant, K. A. and D. T. Otley. 2007. A Review of the Literature on Control and Accountability. in Chapman, C.S., A.G. Hopwood and M.D. Shields (eds.) *Handbook of Management Accounting Research Vol.2*. London, Elsevier: 785-802.
- Merchant, K.A. and W.A. Van der Stede. 2012. *Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives (3rd ed.)*. Prentice-Hall.
- Meyer, J.P., N.J. Allen and C.A. Smith. 1993. Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. *Journal of Applied Psychology* 78 (4): 538-551.
- Meyer, J.W. and B. Rowan. 1977. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 83 (Spring): 340-363.
- Millerson, G. 1964. *The Qualifying Associations: A Study in Professionalization*. Routledge and Kegan Paul.
- Mintzberg, H. 1983. *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. NJ: Englewood Cliffs.
- Naranjo-Gil, D. and F. Hartmann. 2006. How Top Management Teams Use Management Accounting Systems to Implement Strategy. *Journal of Management Accounting Research* 18(1): 21-53.
- Northcott, D. and S. Llewellyn. 2003. The 'Ladder of Success' in

- Healthcare: The UK National Reference Costing Index. *Management Accounting Research* 14 (1): 51-66.
- Nyland, K. and I.J. Pettersen. 2004. The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management* 20 (1): 77-102.
- OECD. 2010. *OECD Health Data 2010*.
- Office of Evaluation and Inspections. 2001. *Medicare Hospital Prospective Payment System: How DRG Rates are Calculated and Updated*. Research Report, OEI-09-00-00200. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-09-00-00200.pdf>. Accessed on June 2, 2013.
- Østergren, K. 2009. Management Control Practices and Clinician Managers: The Case of the Norwegian Health Sector. *Financial Accountability & Management* 25 (2): 167-195.
- Ouchi, W.G. 1979. A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms. *Management Science* 25 (9): 833-848.
- Parsons, T. 1968. Professions. in Sills, D.(ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: Macmillan, Free Press: 536-547.
- Pizzini, M. 2010. Group-Based Compensation in Professional Service Firms: An Empirical Analysis of Medical Group Practices. *The Accounting Review* 85 (1): 343-380.
- Porter, M.E. and E.O. Teisberg. 2006. *Redefining Health Care*. Boston, Mass: Harvard Business School Press. 山本雄士訳. 2009. 『医療戦略の本質－価値を向上させる競争』日経 BP 社.
- Preston, A.M., D.J. Cooper and R.W. Coombs.1992. Fabricating Budgets: A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service. *Accounting, Organizations and Society* 17 (6): 561-593.
- Reed, M.I. 1996. Expert Power and Control in Late Modernity: An

- Empirical Review and Theoretical Synthesis. *Organization Studies* 17 (4): 573–597.
- Reichers, A.E. 1985. A Review and Reconceptualization of Organizational Commitment. *Academy of Management Review* 10 (3): 465–476.
- Schein, E.H. 2010. *Organizational Culture and Leadership* (4th ed.). John Wiley & Sons. 梅津裕良, 横山哲夫訳. 2012. 『組織文化とリーダーシップ』白桃書房.
- Scott, W.R. 1965. Reactions to Supervision in a Heteronomous Professional Organization. *Administrative Science Quarterly* 10 (1): 65–81.
- Scott, W.R. 1982. Managing Professional Work: Three Models of Control for Health Organizations. *Health Service Research* 17(3): 213–240.
- Shafer, W.E., L.J. Park and W.M. Liao. 2002. Professionalism, Organizational-Professional Conflict and Work Outcomes: A Study of Certified Management Accountants. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 15 (1): 46–68.
- Shields, M.D., F.J. Deng and Y. Kato. 2000. The Design and Effects of Control Systems: Tests of Direct- and Indirect Models. *Accounting, Organizations and Society* 25 (2): 185–202.
- Shields, M.D. and S.M. Young. 1994. Managing Innovation Costs: A Study of Cost Conscious Behavior by R&D Professionals. *Journal of Management Accounting Research* 6 (1): 175–196.
- Silvestro, R., L. Fitzgerald, R. Johnston and C. Voss. 1992. Towards a Classification of Service Processes. *International Journal of Service Industry Management* 3 (3): 62–75.
- Simons, R. 1995. *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Boston, MA: Harvard Business School Press. 中村元一, 浦島 史恵, 黒田哲彦訳. 1998. 『ハーバード流「21世紀経営」—4つのコントロール・レバー』産能大学出版部.

- Simons, R. 2005. *Levers of Organization Design: How Managers Use Accountability Systems for Greater Performance and Commitment*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press. 谷武幸, 窪田祐一, 松尾貴巳, 近藤隆史訳. 2008. 『戦略実現の組織デザイン』中央経済社.
- Snizek, W.E. 1972. Hall's Professionalism Scale: An Empirical Reassessment. *American Sociological Review* 37(1): 109-114.
- Solinger, O.N., W. Olfen and R.A. Roe. 2008. Beyond the Three-Component Model of Organizational Commitment. *Journal of Applied Psychology* 93 (1): 70-83.
- Staw, B.M., N.E. Bell and J.A. Clausen. 1986. The Dispositional Approach to Job Attitudes: A Lifetime Longitudinal Test. *Administrative Science Quarterly* 33 (1): 56-77.
- Suddaby, R., Y. Gendron, and H. Lam. 2009. The Organizational Context of Professionalism in Accounting. *Accounting, Organizations and Society* 34 (3/4): 409-427.
- Thai, K.V., E.T. Wimberley and S.M. McManus. 2002. *Handbook of International Health Care Systems*. Marcel Dekker.
- Thompson, J.D. 1967. *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. NY: McGraw-Hill. 鎌田伸一, 二宮豊志, 新田義則, 高宮晋訳. 1987. 『オーガニゼーション・イン・アクション—管理理論の社会科学的基礎』同文館出版.
- Thompson, J.D. and A. Tuden. 1959. Strategies, Structures and Processes of Organizational Decision. in Thompson, J.D. (ed.) *Comparative Studies in Administration*. Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press.
- Van Peurse, K.A., M.J. Pratt and S.R. Lawrence. 1995. Health Management Performance: A Review of Measures and Indicators. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 8 (5): 34-70.
- von Nordenflycht, A. 2010. What is a Professional Service Firm? Toward a Theory and Taxonomy of Knowledge-Intensive Firms. *Academy of Management Review* 35 (1): 155-174.

- Vroom, V.H. 1964. *Work and Motivation*. NY: John Wiley & Sons Inc. 坂下昭宣, 榊原清則, 小松陽一, 城戸康彰訳. 1982. 『仕事とモチベーション』千倉書房.
- Wallace, J.E. 1995. Organizational and Professional Commitment in Professional and Nonprofessional Organizations. *Administrative Science Quarterly* 40 (2): 228-255.
- Webb, R. A. 2004. Managers' Commitment to the Goals Contained in a Strategic Performance Measurement System. *Contemporary Accounting Research* 21 (4): 925-958.
- Wyatt, A. 2008. What Financial and Non-Financial Information on Intangibles is Value-Relevant? A Review of the Evidence. *Accounting and Business Research* 38 (3): 217-256.
- 荒井耕.2005. 『医療バランスト・スコアカード—英米の展開と日本の挑戦—』中央経済社.
- 荒井耕.2007. 『医療原価計算—先駆的な英米医療界からの示唆』中央経済社.
- 荒井耕.2009. 『病院原価計算—医療制度適応への経営改革』中央経済社.
- 伊藤嘉博.2004. 「高の原中央病院（奈良市）におけるABCの導入」谷武幸編著.2004. 『成功する管理会計システム—その導入と進化—』中央経済社: 118-132.
- 加登豊, 大浦啓輔, 新井康平.2009. 「わが国管理会計研究論文におけるサーベイ調査の特徴と諸問題」『管理会計学』第16巻1号: 3-18.
- 加登豊, 梶原武久, 松尾貴巳.2010. 『管理会計研究のフロンティア』中央経済社.
- 衣笠陽子.2013. 『医療管理会計—医療の質を高める管理会計の構築を目指して—』中央経済社.
- 公益社団法人日本看護協会.2003. 『看護者の倫理要綱』 . <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>. 2014年12月28日閲覧.
- 厚生労働省.2012. 『平成23年度国民医療費の概況』 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/11/index.html>. 2014

- 年 9 月 29 日 閲 覧 .
- 厚生労働省 .2013. 『平成 2 4 年度 国民医療費の概況』 .
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/12/index.html>. 2014
年 9 月 29 日 閲 覧 .
- 鈴木竜太 . 2007. 「大卒ホワイトカラーにおける組織を背負う意識に関する
実証研究」『国民経済雑誌』第 1 9 6 卷第 3 号 : 57-73.
- 田尾雅夫 . 1997. 『「会社人間」の研究—組織コミットメントの理論と実際
—』京都大学学術出版会 .
- 谷武幸編著 .2004. 『成功する管理会計システム—その導入と進化—』中央
経済社 .
- 谷武幸 , 三矢裕 , 松尾貴巳 .2005. 「新須磨病院整形外科における BSC の導
入についての時系列分析—アクションリサーチとエンピリカルリサーチ
の統合アプローチ—」『原価計算研究』第 29 卷第 1 号 : 35-46.
- 長尾周也 .1995. 『プロフェッショナルと組織』大阪府立大学経済研究叢書 ,
第 83 冊 .
- 長坂健二郎 .2010. 『日本の医療制度—その病理と処方箋—』東洋経済新報
社 .
- 西脇暢子 .2013. 「組織研究の視座からのプロフェッショナル研究レビュー」.
組織学会編著『組織論レビュー I』白桃書房 : 95-140.
- 日本医師会 . 2008. 『医師の職業倫理指針〔改訂版〕』
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080910_1.pdf, 2014 年 12 月
27 日 閲 覧 .
- 日本労働政策研究・研修機構 . 2012. 『中小企業における人材の採用と定着
—一人が集まる求人、生きいきとした職場／アイトラッキング、HRM チェ
ックリスト他から—』労働政策研究報告書 No.147.
- 野中郁次郎 , 竹内弘高 . 1995. 『知識創造企業』東洋経済新報社 .
- 松尾貴巳 . 2004. 「医療組織と経営管理システム」『ビジネス・インサイト』
第 12 卷第 4 号 : 8-27.
- 松尾貴巳 .2009. 『自治体の業績管理システム』中央経済社 .
- 松尾睦 .2006. 『経験からの学習—プロフェッショナルへの成長プロセス—』
同文館出版 .

- 三矢裕.2003.『アメーバ経営論—ミニ・プロフィットセンターのメカニズムと導入』東洋経済新報社.
- 森田直行.2014.『全員で稼ぐ組織— JAL を再生させた「アメーバ経営」の教科書—』日経 BP 社.
- 渡邊直人.2009.「バランスト・スコアカードが戦略意識および内発的動機づけとの関係性に及ぼす効果—我が国病院を対象とした定量分析—」『原価計算研究』第 33 巻第 2 号: 14-23.
- 渡邊直人.2011.「病院経営におけるバランスト・スコアカード活用による組織行動の変化と影響 : 福井県済生会病院における経年的事例研究」『原価計算研究』第 35 巻第 1 号: 151-162.
- 和田さゆり.1996.「性格特性用語を用いた Big Five 尺度の作成」『心理学研究』第 67 巻第 1 号: 61-67.

付録 1 : 質問票

医療組織の経営管理のための情報に関する意識調査

本調査の趣旨につきまして

- (1) 本調査は、医療組織の管理に関連する情報について、医療に従事されている方のお考えをうかがう意識調査です。本調査は、医療情勢が厳しくなる中で、医療経営全体にとって役立つ情報を提供することを目的としています。
- (2) 本調査を行うことで、医療の質を保ちつつ、持続的に安定した経営を行うための有益な情報をご提供することができます。また、学術面で重要な資料になるだけではなく、他の病院や施設を含めた医療経営全体にとって役立つ情報を発信することを最終的な目的としております。

アンケートのご回答にあたりまして

- (1) 本調査票は、**貴病院の看護師・准看護師の方**にご回答いただきたく存じます。
- (2) ご回答に際しましては、場合によっては、判断を要する質問があるかもしれませんが、理想ではなく、実感に基づく判断でお答えください。
- (3) 本調査をご回答頂くにあたり、所要時間は15～20分程度を想定いたしております。
- (4) 本調査の回答結果は匿名化处理を行い統計的な処理を行いますので、**個々のご回答を個別に公表することは決してございません。**記入漏れや記入誤りがないように、ご回答頂ければ幸いです。
- (5) なお、本調査へご協力いただけるかどうかは皆様の自由であり、**各看護師・准看護師の方々にいかなる不利益も生じません。**ただ、より正確なデータを収集するため、より多くの方のご協力を賜ることができれば幸いです。

ご回答後のお願いなど

- (1) ご記入いただきました本調査票はもとの封筒に密封ください。
- (2) 本調査票は**調査実施者が貴病院へ回収に伺います**が、個々にご返送いただくこともできます。その場合、ご記入済みの質問票は、恐れ入りますが、**2014年9月31日まで**にご返送くださいますようお願いいたします。
- (3) 調査票へのご記入・ご返送終了後も、下記の連絡先に調査票番号を明記の上、記入事項の利用の中止をご申告いただけます。その場合、調査実施者はご申告頂きましたデータの利用を中止いたします。

結果のご報告につきまして

今回の調査結果につきましては、レポートとして取りまとめたくて、経営管理部門のご担当者様、およびご回答者様のご所属の病棟宛に11月初旬を目途に送付させていただきます。

お問い合わせにつきまして

- (1) 本調査につきましてご質問・ご不明な点等ございましたら、お手数ですが下記までご連絡をお願い致します。調査実施者は、お問い合わせがあった場合、必ず連絡を差し上げます。
- (2) お問い合わせ先は下記の通りです。

◆お問い合わせ先◆

神戸大学大学院 経営学研究科 松尾貴巳研究室

調査実施者 藤原 靖也 (神戸大学大学院 経営学研究科 博士課程後期課程)

住所：〒657-8501 神戸市灘区六甲台町 2-1

電話：080-7048-5204, E-mail：102b022b@stu.kobe-u.ac.jp

問1 問1では、あなたがお仕事と職業に関して感じていることについてお伺いします。

(1) まず、あなたがお仕事に関して感じることについてお伺いします。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

	全く 思わ ない	どちら かとい えばそ う思わ ない	ど ちら でも ない	ど ちら かとい えばそ う思 う	全 くそ の通 りだ と思 う
(1-1)私には、同僚や上司の仕事ぶりを見るチャンスが十分にある。	1	2	3	4	5
(1-1)で1, 2を付けた方⇒(2)へお進みください。 (1-1)で3, 4, 5を付けた方にお伺いします。	1	2	3	4	5
(1-2)私は、同僚や上司の仕事ぶりを見たときに、その良し悪しを判断できる。	1	2	3	4	5
(2) 私には、同僚がもっと仕事をよく進めるための持論がある。	1	2	3	4	5
(3) 私は、同僚の仕事に関する長所・短所をお互いに共有しようとしている。	1	2	3	4	5
(4) 私は、看護師・保健師として必要な能力を自分で判断することができない。	1	2	3	4	5
(5) 私は、自分の仕事の進め方について自分で決定している。	1	2	3	4	5
(6) 私は、自分の仕事上の判断を実際の行動に十分移すことができる。	1	2	3	4	5
(7-1) 私には、日々の仕事の流れを決める権限がない。	1	2	3	4	5
(7-1)で1, 2を付けた方⇒(8)へお進みください。 (7-1)で3, 4, 5を付けた方にお伺いします。	1	2	3	4	5
(7-2) 私は、日々の仕事についての決定権がないため、看護師の仕事に対して熱意を保てない。	1	2	3	4	5
(8)私は、看護師は看護に関するプロでなければならないという強い使命感をもっている。	1	2	3	4	5

	全 く そ う 思 わ な い	ど ち ら か と い え ば そ う 思 わ な い	ど ち ら で も な い	ど ち ら か と い え ば そ う 思 う	全 く そ の 通 り だ と 思 う
(9) 看護師の持つ高い理想が私のやる気につながっている。	1	2	3	4	5
(10) 私は、看護師の奉仕の精神に強く共感できる。	1	2	3	4	5

(2) 次に、あなたが看護師として感じることについてお伺いします。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

	全 く そ う 思 わ な い	ど ち ら か と い え ば そ う 思 わ な い	ど ち ら で も な い	ど ち ら か と い え ば そ う 思 う	全 く そ の 通 り だ と 思 う
(1) 私は、給料が下がっても、看護師の専門性を活かした仕事がしたい。	1	2	3	4	5
(2) 私は、看護師としてのキャリアを追求したいと強く思う。	1	2	3	4	5
(3) 私は、もう一度仕事を選べるとしても看護師の仕事につきたい。	1	2	3	4	5
(4) 私は、働かずに暮らせるとしても看護師のキャリアを追求し続けたい。	1	2	3	4	5
(5) 私は、看護師の職務内容が好きなので、この先も続けたい。	1	2	3	4	5
(6) 私にとって看護師は、生涯続けたいと思える理想的な仕事である。	1	2	3	4	5
(7) 私は、看護師になって良かったと心から思える。	1	2	3	4	5
(8) 私は、看護に関する専門誌を多く読んでいる。	1	2	3	4	5
(9) 私は、この病院を離れるとその後の生活がどうなるか不安である。	1	2	3	4	5
(10) 私は、今この病院を辞めたら、日常生活の多くのことが混乱するだろう。	1	2	3	4	5

	全くそ う思わ ない	どちら かとい えばそ う思わ ない	どちら でもな い	どちら かとい えばそ う思 う	全くそ の通り だと思 う
(11)私は、今この病院を辞めたら経済的な損失が大きい ため、この先も勤めようと思っている。	1	2	3	4	5
(12)私はこの病院の人々に義理を感じるため、今 辞めようとは思わない。	1	2	3	4	5
(13)私は、この病院に多くの恩義を感じている。	1	2	3	4	5
(14)私は、今この病院を辞めたら、きっと強い罪 悪感が残るだろう。	1	2	3	4	5
(15) 私は、この病院の問題は自分自身の問題であ るかのように感じる。	1	2	3	4	5
(16)私は、この病院の一員であることを誇りに思 う。	1	2	3	4	5
(17)私は、この病院のメンバーであるという忠誠 心がある。	1	2	3	4	5
(18)私は、この病院にいることに愛着を持ってい る。	1	2	3	4	5
(19)私は、他の病院・施設に移る気はまったくな い。	1	2	3	4	5
(20)私は、今の病院に魅力を感じているので、長 く留まりたい。	1	2	3	4	5
(21)私は、この病院に必要ななら、どんな仕事でも 引き受ける。	1	2	3	4	5
(22)私は、この病院を背負っていく自覚を持ってい る。	1	2	3	4	5
(23)私は、自分がこの病院の中心になっていかな ければならないと思う。	1	2	3	4	5
(24)私は、自分がこの病院を担って行く必要があ ると強く思う。	1	2	3	4	5

問2 問2では、あなたの以下の情報についてお感じになることについて伺います。

<情報とその説明>

情報	意味
経費に関する情報（財務情報）	診療材料費，ディスプレイ製品（ガーゼなど）の経費
超過時間に関する情報（非財務情報）	残業の時間数
病床稼働に関する情報（非財務情報）	新入院者数・退院者数・病床稼働に関する情報（非財務情報）
収益に関する情報（財務情報）	外来単価・入院単価・行為別の診療報酬単価
患者満足に関する情報（非財務情報）	患者さまへの退院時調査の結果など，看護業務に満足している程度
安全管理に関する情報（非財務情報）	安全管理レポートの結果など，看護業務の安全性

(1) あなたがお仕事を進める上で日々参考になっているものがあれば、該当する番号に○印をお付けください。

1	経費に関する情報 (財務情報)	2	超過時間に関する情報 (非財務情報)	3	病床稼働に関する情報 (非財務情報)
4	収益に関する情報 (財務情報)	5	患者満足に関する情報 (非財務情報)	6	安全管理に関する情報 (非財務情報)

(2) あなたは、以下の情報はあなたのお仕事を進めるうえでどの程度重要な情報だと感じていますか。最もあてはまる番号をご記入ください。

全く重要だと思わない	どちらかといえば重要 だと思わない	どちらかといえば重要 だと思う	極めて重要だと思う
1	2	3	4

経費に関する情報 (財務情報)	
超過時間に関する情報 (非財務情報)	
病床稼働に関する情報 (非財務情報)	

収益に関する情報(財務情報)	
患者満足に関する情報 (非財務情報)	
安全管理に関する情報 (非財務情報)	

問3では、問2の情報それぞれ1つについて実際に目標が与えられた場合のあなたのお考えを伺います。

- ・目標が設定されているものについては、**実感**をそのままお答えください。
- ・目標が設定されていない場合は、**仮に設定された**と考えてお答えください。

(各質問に付している番号の意味は以下の通りです。)

全くそう思わない	どちらかといえば そう思わない	どちらでもない	どちらかといえば そう思う	全くその通りだと 思う
1	2	3	4	5

(1) 経費に関する情報(財務情報)について目標が与えられたとき、あなたはどのように感じますか。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

(1) 私は、この情報を利用して自分の仕事ぶりをより良くしようとする。	1	2	3	4	5
(2) 私は、この情報を利用して今後の仕事の結果を自分で改善しようとする。	1	2	3	4	5
(3) 私は、この目標を追求したい。	1	2	3	4	5
(4) 私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。	1	2	3	4	5
(5) 私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	1	2	3	4	5
(6) 私は、この目標を無視していてもそれほど影響はないと思う。	1	2	3	4	5
(7) 私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	1	2	3	4	5

(2) 超過時間に関する情報(非財務情報)について目標が与えられたとき、あなたはどのように感じますか。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

(1) 私は、この情報を利用して自分の仕事ぶりをより良くしようとする。	1	2	3	4	5
(2) 私は、この情報を利用して今後の仕事の結果を自分で改善しようとする。	1	2	3	4	5

(3) 私は、この目標を追求したい。	1	2	3	4	5
(4) 私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。	1	2	3	4	5
(5) 私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	1	2	3	4	5
(6) 私は、この目標を無視していてもそれほど影響はないと思う。	1	2	3	4	5
(7) 私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	1	2	3	4	5

(3) **病床稼働に関する情報（非財務情報）**について目標が与えられたとき、あなたはどのように感じますか。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

(1) 私は、この情報を利用して自分の仕事ぶりをより良くしようとする。	1	2	3	4	5
(2) 私は、この情報を利用して今後の仕事の結果を自分で改善しようとする。	1	2	3	4	5
(3) 私は、この目標を追求したい。	1	2	3	4	5
(4) 私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。	1	2	3	4	5
(5) 私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	1	2	3	4	5
(6) 私は、この目標を無視していてもそれほど影響はないと思う。	1	2	3	4	5
(7) 私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	1	2	3	4	5

(4) **収益に関する情報（財務情報）**について目標が与えられたとき、あなたはどのように感じますか。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

(1) 私は、この情報を利用して自分の仕事ぶりをより良くしようとする。	1	2	3	4	5
(2) 私は、この情報を利用して今後の仕事の結果を自分で改善しようとする。	1	2	3	4	5

(3) 私は、この目標を追求したい。	1	2	3	4	5
(4) 私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。	1	2	3	4	5
(5) 私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	1	2	3	4	5
(6) 私は、この目標を無視していてもそれほど影響はないと思う。	1	2	3	4	5
(7) 私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	1	2	3	4	5

(5) 患者満足に関する情報（非財務情報）について目標が与えられたとき、あなたはどのように感じますか。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

(1) 私は、この情報を利用して自分の仕事ぶりをより良くしようとする。	1	2	3	4	5
(2) 私は、この情報を利用して今後の仕事の結果を自分で改善しようとする。	1	2	3	4	5
(3) 私は、この目標を追求したい。	1	2	3	4	5
(4) 私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。	1	2	3	4	5
(5) 私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	1	2	3	4	5
(6) 私は、この目標を無視していてもそれほど影響はないと思う。	1	2	3	4	5
(7) 私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	1	2	3	4	5

(6) 安全管理に関する情報（非財務情報）について目標が与えられたとき、あなたはどのように感じますか。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

(1) 私は、この情報を利用して自分の仕事ぶりをより良くしようとする。	1	2	3	4	5
(2) 私は、この情報を利用して今後の仕事の結果を自分で改善しようとする。	1	2	3	4	5

(3) 私は、この目標を追求したい。	1	2	3	4	5
(4) 私はこの目標を達成できなくてもかまわないと思う。	1	2	3	4	5
(5) 私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	1	2	3	4	5
(6) 私は、この目標を無視していてもそれほど影響はないと思う。	1	2	3	4	5
(7) 私は、この目標はやりがいのある良いものだと思う。	1	2	3	4	5

問4 問4では、問2の情報のうちもっともご関心の高い項目と、もっともご関心の低い項目の2つを実際にお仕事として達成すべき目標として与えられたときについてお伺いします。

(1) あなたにとってもっともご関心の低い情報と、もっともご関心の高い情報を1つずつ選び、当てはまる番号に○をお付けください。

(a) もっともご関心の低い情報：		(b) もっともご関心の高い情報：	
1	経費に関する情報（財務情報）	1	経費に関する情報（財務情報）
2	超過時間に関する情報（非財務情報）	2	超過時間に関する情報（非財務情報）
3	病床稼働に関する情報（非財務情報）	3	病床稼働に関する情報（非財務情報）
4	収益に関する情報（財務情報）	4	収益に関する情報（財務情報）
5	患者満足に関する情報（非財務情報）	5	患者満足に関する情報（非財務情報）
6	安全管理に関する情報（非財務情報）	6	安全管理に関する情報（非財務情報）

(2) これら2つの両方を実際にお仕事として達成すべき目標として与えられたとき、あなたはどう感じますか。もっとも当てはまる番号に○をお付けください。

	全くそ う思わ ない	どちら かとい えばそ う思わ ない	どちら でもな い	どちら かとい えばそ う思 う	全くそ の通り だと思 う
(1) 私は、これら2つの情報を利用して自分の仕事をより良くしようとする。	1	2	3	4	5
(2) 私は、これら2つの情報を利用して今後の仕事の結果を自分で改善しようとする。	1	2	3	4	5
(3) 私は、これら2つの目標を追求したい。	1	2	3	4	5
(4) 私はこれら2つの目標を達成できなくてもかまわないと思う。	1	2	3	4	5
(5) 私は、普段より多くの努力を進んで行おうと思える。	1	2	3	4	5
(6) 私は、これら2つの目標を無視していてもそれほど影響はないと思う。	1	2	3	4	5
(7) 私は、これら2つの目標はやりがいのある良いものだと思う。	1	2	3	4	5

問5 最後に、あなたのご経験などについてわかる／お答えできる範囲でお答えください。

あなたの現在の職位について、当てはまる番号に○をお付けください。			
1 看護師長・看護師長補佐	2 主任・副主任等のリーダー職	3 その他	
看護管理に関する教育・訓練を受けましたか。または、今、受けていますか。			
1 受けていない	2 受けた、受けている	(年数： 約 _____ 年)	
どの程度の期間、あなたは看護師としてのお仕事に携わっていますか。			
約 _____ 年			
以前、別の病院・施設（クリニックなどを含みます。）で働いていたご経験はありますか。			
1 ない	2 ある		
(2をお答えの方：従事されていた病院・施設の数、ご経験された職位をお答えください。)			
・病院・施設数： 約 _____ 病院・施設			
・職 位 : (_____)			
あなたのお持ちの資格について、当てはまる番号に○をお付けください。			
1 正看護師	2 准看護師		
現在ご担当の職場について、当てはまる番号に○をお付けください。			
1 病棟	2 外来	3 手術室	4 その他
(病棟にてお勤めの方は、現在勤務されている病棟名に○をお付けください)			
1 西4病棟	2 西5病棟	3 西6病棟	4 東5病棟
現在の勤務形態について、当てはまる番号に○をお付けください。			
1 常勤	2 パート・アルバイト	3 嘱託	
大変失礼ではありますが、あなたのご年齢について、該当する番号に○をお付けください。			
1 20-25才	2 26-30才	3 31-35才	4 36-40才
5 41-45才	6 46-50才	7 51-55才	8 56-60才

最後に、あなたが看護師として働き続けるために、貴病院からどのような支援をお望みになっているか、ご要望を自由にご記入ください。

ご多忙にも関わらず、長時間調査にご協力いただき誠にありがとうございました。
集計結果をレポートとして取りまとめたものを11月初旬をめどにお送りいたしますので、今しばらくお待ちください。

付録 2 : 個人・病院情報保護の方針

個人・病院情報保護の方針につきまして

平成26年4月1日
神戸大学大学院 経営学研究科 松尾貴巳研究室
調査実施者：藤原 靖也
(神戸大学大学院 経営学研究科 博士課程後期課程)

第1条 情報の使用目的

本調査結果は、調査実施者によって、研究・教育目的のみに使用されます。本調査から得られた情報は、これら以外のいかなる目的にも使用されません。

第2条 情報の保管方法

回答者が記入した個別の質問票は、調査実施者の管理下に置きます。原本は、一定期間(10年間)が経過した後、調査実施者が廃棄します。なお、個別の回答結果について複製を取ることはありません。

第3条 情報の分析方法

本調査から得られた個別の質問票は、調査実施者によって匿名化処理を行ったうえで分析されます。なお、分析作業を第三者に依頼することはありません。

第4条 分析途中のデータの開示

以下の場合に限り、調査実施者は分析の過程を指導教官および共同研究者に開示することがあります。なお、開示される情報および手続きには、病院情報および回答者を特定できる情報は含まれません。

- 1 指導教官の助言を仰ぐ場合
- 2 調査実施者の管理の下で、共同研究者と共に分析結果の議論を行う場合

第5条 調査結果の発表

調査実施者は、回答者にお送りする調査報告書とは別に、分析結果を国内外の学会報告および論文を通じて発表します。公表されるデータは、全て統計的に集約されたデータであり、病院情報および回答者を特定できる情報は公表しません。

第6条 調査対象病院の選定プロセス

本質問票は、平成24年度DPC対象病院一覧をもとに選定させていただきました。

第7条 情報保護に関する質問など

本調査における情報保護の方針について質問などがございましたら、本調査票の2頁に記載したお問い合わせ先にご連絡ください。

付録 3 : 別紙

医療組織の経営管理のための情報に関する意識調査 別紙

<あなたの番号につきまして>

(1) あなたの調査票番号は以下の通りです。

No. × × ×

<ご返送につきまして>

(1) お手数ですが、封筒には、ご回答済みの本調査票のみ封入して下さい。ほかの書類は、大切に保管してください。

(2) ご回答済みの本調査票は、直接、貴病院へ調査実施者が回収に参りますが、個別にご返送されても構いません。その場合、2014年9月30日までにご返送ください。

<データ利用中止依頼・その他のお問い合わせにつきまして>

(1) 調査票へのご記入・ご返送終了後も、下記の連絡先に上記の調査票番号をお申し出の上、記入事項の利用の中止をご申告いただけます。その場合、調査実施者はご申告頂きましたデータの利用を中止いたします。

(2) その他、ご不明な点がございましたら、以下のお問い合わせ先までお願いいたします。

◆お問い合わせ先◆

神戸大学大学院 経営学研究科 松尾貴巳研究室

調査実施者 藤原 靖也 (神戸大学大学院 経営学研究科 博士課程後期課程)

住所：〒657-8501 神戸市灘区六甲台町 2-1

電話：080-7048-5204, E-mail：102b022b@stu.kobe-u.ac.jp

謝 辞

思えば、私が神戸大学の門を叩いたのは「行き当たりばったり」な部分が多かったような気がしています。

大阪市立大学商学部の指導教官である富澤修身教授のもとで教を受けた科目は今の専門である管理会計ではなく、マーケティング論でした。当時は、ユニクロ・ZARA・H&Mといったファスト・ファッションが日本で定着しはじめた時期でした。それはなぜかを消費者行動論とブランド論から必死に探っていました。そのような背景もあり、管理会計を深く知るようになったのはもっと後になってからでした。

なぜ私が管理会計を深く知りたいと思うようになったのかは、ふとしたきっかけからでした。不勉強だった大学時代の反省からか、商学部ならではのスキルを付けたいと思い簿記を独学し始めたことから始まりました。簿記3級・2級・1級、そして税理士試験の簿記論・財務諸表論と進むにつれ、会計学にとっても興味がわくようになりました。

私が社会人として一時就職した折、その就職先が金融機関であったこともあって会計の大切さを痛感しました。そこでもっと勉強したいという気持ちかわき、そこで目指したのが、公認会計士試験でした。ここが、管理会計論との最初の接点だったといえると思います。

学習している時、この科目は面白い！と一番思ったのがまさに管理会計論でした。高校生までは本をあまり読まなかったのですが、教科書等の書籍に積極的に触れるようになり、もっと追求してみたいという気持ちが強くわきました。そこで思い切って職を辞し、大学院に進む決心をしました。

なお、その際の試験委員の先生が、まさに私の指導教官である松尾貴巳神戸大学教授でした。また、公認会計士試験は二回受けたのですが、一回目の試験で不合格だったときの試験委員の先生は、神戸大学でも大変お世話になった加登豊神戸大学名誉教授（現同志社大学教授）でした。

ここが、私と神戸大学の先生方との最初の出会いだったといえるかもしれません。

ここまでは良かったのですが、大学院に入学したのちは、本当に苦心の

連続でした。学術研究といわゆる「お勉強」との違いをまざまざと痛感させられました。研究室に夜を徹してこもり、何十日間か連続で愚直に本や論文を読んでも何もアイデアが出てこない、そんな日々が数年間、ずっと流れていました。

その中で、本当に一番親身になって対応してくださったのが、恩師の松尾貴巳教授でした。とくに修士課程のときは、ゼミ生は私1人だけでした。当然、何も思い浮かばず進捗がないときも多々ありました。それでも、週に1回、きっちりとゼミを開いていただき、私だけのためにたくさんのお話を教えて頂きました。研究とは何であるのかに始まり、そのためのヒントをたくさん頂き、私の書いた拙い文章にも赤字でびっしりと埋まるほどのコメントを返してくださいました。何とも贅沢な時を過ごしていたと思います。

また、とくにゼミに参加できなかった時も、固くなっていた時も、先生は優しく接してくださいました。リラックスするために、学術書ではない軽い本をわざわざ購入してくださいました。そんな先生には頭が上がりません。まず、感謝の意を表したいと思います。松尾先生のサポートがなければ、この論文はきっと完成していなかったと思っています。

次に、修士課程よりお世話になり、研究に対して常々建設的なご意見を賜っております梶原武久教授、三矢裕教授にも心から感謝いたしております。

梶原武久教授には、最初の講義の時点で「公認会計士試験に通っているのにそんなこともわからんのか！」と、一喝して頂いたことを強く覚えています。ここでも、ああ、大学院に入ったということはそういうことなのだ、「お勉強」ではないのだ、と深く思ったものです。先生には優しくも厳しく、5年間にもわたり講義や研究会を通じて研究に関する建設的なご意見を頂きました。私の拙い報告にもお付き合いいただき、核心を鋭く突くご指摘を多数いただきました。先生のご指摘がなければ、まだまだ未熟ではありますが5年前よりも成長することはなかったと勝手ながら思っています。

三矢裕教授にも、スタンスは違えど同じく建設的なご意見を頂戴するとともに、インタビュー調査やゼミへの参加へのお誘いなども頂きました。

ゼミでも発表の場を設けて頂き、三矢ゼミの皆様から貴重なコメントを賜うことができ、修正の方向性をしっかりとつかむ手掛かりとなりました。お誘いいただいたインタビュー調査では、その手法や実務家の方の現場感覚を知ることができました。いつも笑顔で励ましていただきながらも、時には厳しくご指摘いただける、そんな三矢先生にも格別の感謝を申し上げたいと思います。

大学院に入学して以降、研究に関しての学びがまた多かったのは、何と云っても神戸大学管理会計研究会でした。小林哲夫神戸大学名誉教授・加登豊名誉教授には、研究に対する姿勢を含め、ご指導を直接頂きましたことに感謝いたしております。ご参加いただいた先生方には修士課程より私の本当に拙い報告にお付き合いいただき、真剣に、かつ建設的なご意見を賜うことができました。同志社大学の河合隆治先生・中川優先生、帝塚山大学の松木智子先生、群馬大学の新井康平先生、関西大学の阪口順也先生、近畿大学の安酸健二先生・島吉伸先生、滋賀大学の太浦啓輔先生をはじめといたしまして、数えきれないほどたくさんの先生方にお世話になりました。また、医療組織を対象にご研究をされておられます栗栖千幸先生（亀田医療大学）には、本当に優しく・明るく接して頂くとともに、研究上の気づきを与えて頂きました。齋藤いずみ先生（神戸大学保健学科教授）には、1つ1つ言葉を吟味して頂きながら本当に親身になってご指導を賜りました。博士論文の草稿にも、ご多忙のところ精読いただき、懇切丁寧なコメントを頂きました。また鈴木竜太神戸大学教授には、組織行動論という私にはなじみのなかった理論を噛み砕いてご教示頂きましたとともに、折に触れて論文の作成段階からアドバイスを頂きました。橋本卓也様（神戸大学大学院修士課程修了・高橋潔研究室）には、心理統計における質問票の設計段階における変数の設計方法について、毎日相談させて頂いたこともございます。

書ききれないほどの恵まれた環境下だったからこそ、5年間のプログラムで「お勉強」から脱却できたと勝手ですが存じております。本当に、感謝申し上げます。本当は学会・研究会・他大学の講義などでお世話になった全ての方に直接御礼を申し上げたいところではあります。ただ紙面の関係上、大変恐縮ではありますが、すべての方々に深く御礼を申し上げること

にかえさせていただきたく存じております。

その代わり，加登豊先生より常々頂いております「本物のプロになる」ことを目指し日々精進していくことで，これまでのご恩をお返しいたしたく存じております。これからも研究そして教育活動にも邁進していきたく存じております。先生方・ゼミ生の方々，他のゼミの方々・他大学の諸先生方やアドバイスを賜りましたすべての方々を含めまして，深謝いたしておりますとともに，頂いたご恩をかみしめながら，まだまだ発展途上ながらも博士論文を提出いたします。

平成 27 年 1 月 吉日

藤原 靖也