

三つの分析モデルから見る組織革新

—Raffles Medical Group の事例—

白木由香

東海学院大学健康福祉学部

要 約

本稿では、医療機関を内発的な自己変革＝自己組織（化）能力がある事業体として位置づけ、シンガポールの民間医療機関 Raffles Medical Group を事例に、その組織革新・発展について考察する。第 1 に、「ゴミ箱モデル」から、組織の非合理的な状況を明らかにする。第 2 に、「組織化の進化モデル」から、組織の連続的・漸進的進化の態様を明らかにする。第 3 に、「状況適合理論」から、組織の合理的・効率的手段を明らかにする。最後に、それぞれの多元的アプローチを統合的に解釈しうる統合モデルを提示する。本稿では、組織革新の多面性を分析するためには、多元的なアプローチと、それを統合的に解釈しうるモデルが必要であるという立場から議論を進める。

キーワード：経営学・組織論，ゴミ箱モデル，組織化の進化モデル，状況適合理論

1. はじめに

近年、多元主義的なアプローチにおいて、「共役不可能性」の議論、すなわち、それぞれのモデルの間には世界観や論理前提の違いがあるため、同じレベルでは比較できないという議論を認めつつ、統合的な解釈モデルの可能性を探る動きが出始めている。経営学においても、1961 年に、Koontz が「経営論のジャングル」という言葉で、経営理論の乱立を指摘して以来、組織の合理性、または非合理性を強調する様々な議論が展開された。こうした動向は、組織が多様な側面を持っているからであり、どのようなモデルで接近するかによって、組織が見せる「貌」が異なるからである。

Allison (1971) は、1962 年のキューバ・ミサイル危機を、合理的モデル、組織過程モデル、政治モデルという 3 つのモデルで捉え、それに基づいて、3 つの「事実」を明らかにした。第 1 に、合理的モデルによれば、アメリカの海上封鎖は、敗北か核戦争かの選択を相手国に迫らない、唯一の合理的手段であった。なぜなら、無為と攻撃の間であり、その判断をフルシチョフ（ソ連）にゆだねることができ、仮に、カリブ海で海戦となっても、アメリカは軍事的優位を確保できたからである。

第 2 に、組織過程モデルによれば、アメリカの海上封鎖は、アメリカ軍の標準的な行動様式に従ったものであ

る。統合参謀本部は、マニュアルに基づいて空爆の必要回数を算定し、その回数の多さに、指導者が空爆は不可能であると判断した。また、アメリカの駆逐艦は、指導者の命令ではなく、標準的な対潜業務手続きに沿って、対潜戦（ASW）・海上封鎖を開始したにすぎない。

第 3 に、政治モデルによれば、アメリカの海上封鎖は、政府内の力の均衡の結果であった。最初に海上封鎖案を否決された非軍事派が、最終的に封鎖支持に回ったからである。また軍事派は、指導者の介入を嫌う体質があり、ピッグズ湾事件におけるケネディの判断力への疑問から、大統領と空爆論者の間に疎隔が生じたからである。

Allison (1971) の分析は、現実の多面性と「事実」の豊かさ、決定に至るプロセスの複雑さを明瞭に示してくれる。しかし、「事実」間あるいはモデル間の関係を論じるものではない。たとえば、Allison の分析を経時的に並べると、まず上述の第 3 の政治モデルにおいて、それぞれの心情と価値観に基づいて多様な選択肢が提示され、第 2 の組織過程モデルにおいて、標準プロセスに沿って、空爆派と封鎖派が出来上がるプロセスが示され、第 1 の合理的モデルにおいて、もっとも合理的な案として封鎖派の海上封鎖が選択された、と解釈することもできる。組織の多面性を分析するためには、多元的なアプローチと、それを統合的に解釈しうるモデルが必要であると考

える（白木，2013a）。

本稿では、シンガポール共和国で医療活動を展開する Raffles Medical Group（以降、RMG と略す）の一つの歴史的展開を、①「ゴミ箱モデル」、②「組織化の進化モデル」、③「状況適合理論」のそれぞれの組織モデルから解釈し、それらを統合した組織革新の統合モデルを提示する。

2. ゴミ箱モデル

2.1 理論枠組み

近代組織論は、Barnard(1938)によって創始され、March と Simon(1958)によって精緻化されたものである。古典的な経済学や統計学的決定理論において、人間を「経済人」と捉え、全知的に合理的な人間を想定しているのに対し、近代組織論では、認知限界を考慮に入れ、人間を合理性において制約された「経営人」と捉える（Simon, 1976）。組織は、このような限定された合理性（bounded rationality）を持つ人間が、合理的に意思決定しうるための装置として捉えられている。

近代組織論を代表する「ゴミ箱モデル」では、あらゆる行動をならべて、そのバリエーションから選択＝意思決定し、その選択＝意思決定された行動が組織の一部となる態様を明らかにする。その選択＝意思決定の状況は、組織化された無秩序（organized anarchy）と呼ばれ、時の流れによって、複数の人間が部分的・流動的に選択状況に参加する（March and Olsen 1976, pp.141-142）。これを March and Olsen（1976）は、ゴミ箱モデル（Garbage Can Model）に喩える。ゴミ箱＝「選択機会」は、無秩序にある「問題」、「解」、「参加者」が出会う場として設定される。「問題」は、組織内外の人々の関心を反映してゴミ箱に入れられる。「解」は、はじめに問題があって、それを解決するために出現する場合もあれば、はじめに解があって、その後に関わるべき問題が何であったかが分かることもある。したがって、ゴミ箱＝選択機会に投げ込まれた時に、必ずしも問題もしくは解というラベルが貼られている訳ではない（田中，1990）。また、「参加者」は、ある事象にエネルギーと時間を投入する行為者であり、問題と解を、何らかの「タイミング」によって結びつけるか、問題や解を別の選択機会に振り分ける。「ゴミ箱モデル」における組織は、首尾一貫したシステムというよりはむしろ、因果関係がはっきりせず、試行錯誤やほとんど規則性がないといった組織の非合理性が強調される。

2.2 事例分析

RMG は、シンガポールで医療活動する民間の医療機関である。その特徴は、①シンガポール株式市場に上場する営利企業であること、②一次医療の拡大を基盤に成長したこと（国内に約 100 診療所を設置）、③最先端・高次医療を提供すること、④外国人患者が 3 分の 1、100 か国を超えていることにある。RMG は、創成期（1976 年～1985 年）、成長期（1986 年～1995 年）、発展期（1996 年～2005 年）の 10 年ごとに発展した。

(1) 創成期（1976 年から 1985 年）

1976 年、シンガポールに於いて、Dr. Loh と Dr. Loo が、Dr. Teng の経営する 2 つの診療所を購入する形で、「Drs. Teng & Partners」を設立した。しかし、Dr. Teng から引き継いだ患者は減っていた。そこで、診療所の業務に加え、企業内の早朝診療、他の病院への回診、住宅地・商業地・観光地への往診を積極的に行った。1978 年、General Practitioner（以降、一般医と略す）を採用し、住宅街に診療所を増設した。1980 年、「Raffles Medical Group」（以降 RMG）と改名し、医師を増員し、住宅街、商業地区、観光地区に診療所を増設した。1983 年、観光地区に増設した診療所において、インドネシアの航空会社と、Meridien Hotel と共同で、インドネシアの富裕層をターゲットとした”health holiday”パッケージを開発した。そして、翌年に、3 つの一流ホテルに診療所を開設した。

RMG は、「Raffles Medical Group」を設置するという「選択機会」において、Dr. Loh, Dr. Loo, 一般医が「参加者」となり、患者の確保という「問題」と、診療ネットワークという「解」を結びつけた。他方、一般医「参加者」は、”health holiday”パッケージを開発し、次のゴミ箱＝「選択機会」（例えば、国際的なビジネス等）の「解」または「問題」の候補として想定した。

(2) 成長期（1986 年から 1995 年）

1990 年、シンガポール国際空港の医療機関に指定され、24 時間 365 日救急医療を開始した。また、診療所ネットワークを利用する患者に、独自の総合的保険管理（managed care）プログラムを開発した。1991 年、Specialist（以降、専門医と略す）を採用し、外来手術・専門診療を開始した。RMG のライセンスは、患者が 24 時間を超えて滞在するものではなかった。そこで、入院

が必要な患者を、他の医療機関に移動させた。

1993年、南アジアで初めての日帰り外科センターを開設した。Dr.Looは、最先端・高次な医療機器（腹腔鏡、関節鏡、内視鏡）、複雑な検査機器などを準備した。専門医たちは、その医療機器を使用して、専門医療、手術、集中治療、24時間救急診療、総合診療、健康診断、理学療法、放射線、検査サービスを患者に提供した。Dr.Yangが、専門医の採用、起業支援を行い、技能の向上を図った。1994年、RMGは、入院施設をもつ医療機関の設立に関する申請を保健省に提出した。1995年、香港に最初の海外診療所を設置した。

RMGでは、もともと入院診療制限という「問題」に対して、他の医療機関への患者を移動させるという「解」が存在していた。そこに、「南アジア初の日帰り外来センター」の設置という「選択機会」が出現した。これは、短期入院によって医療費を抑えたい、先進医療を受けたといった要望に応える形で出現したというよりは、むしろ、できる範囲で行動した不測の結果であった。①Dr.Looと専門医とDr.Yangの「参加者」が、24時間365日救急医療という「解」を、入院診療制限という「問題」に結びつけた。②最先端・高次な医療機器、専門医の技能向上という「解」が、患者の医療費抑制という「問題」を認識させた。③診療所ネットワークの一般医「参加者」が、独自の統合的健康管理「解」と、患者の医療費抑制という「問題」を結びつけた。

(3) 発展期（1996年から2005年）

RMGは、1996年、シンガポール保健省から入院診療の許可を受けた。さらに、金融管理局から保険事業の許可を受け、総合的保険管理（managed care）を本格化した。また、日本人クリニックを開設したが、ほどなく閉鎖した。次いで、前年に設置した香港の診療所を閉鎖した^{注1}。1997年、SESDAQ（Singapore）二部に株式上場し、香港の海外クリニックを再開した。1998年、香港の国際空港と専属医療契約を結び、海外診療所を単独事業として開始した。2000年、SESDAQ（Singapore）一部に株式上場し、刑務所における24時間救急医療サービスの契約を獲得した。

2002年、専門医療施設 Raffles Hospital を開院し、国際的に評価の高い医師を採用し、特に中国系患者・イスラム教徒患者に対応するための診療プロセス・施設を改善した。さらに、ISO9001を取得した。そして、2003年、頭蓋骨が結合したイラン人の双子の分離手術を行っ

た。分離手術の実現に向け、RMGでは海外から医師を招へいし、シンガポール国内ではイラン人コミュニティを中心に寄付金募集運動がおり、政府の特別倫理委員会が開催された。RMGは、国際メディアを通して、分離手術の全容を説明した。この分離手術の2週間後、韓国から骨盤、背骨、臓器が繋がった双児が来院し、分離手術を成功させた。

2003年、インドネシアにおいて健康医薬品の生産・販売を開始した。その直後、SARSがシンガポールを席卷し、健康医療品の量産体制を敷き、体温計、マスク、消毒薬、ビタミンなどを供給した。さらに、政府の要請を受け、海と空からのチェックポイントでの医療支援を行い、企業の要請を受け、従業員のパンデミック対策とビジネスの継続計画に関するコンサルト業務を開始した。また、日本人クリニックを再開し、海外駐在員への医療サービスを開始した。2004年、RMGのhumanitarian armを「アジア医療」と設定し、最初の援助ミッションとして、スマトラ沖地震による津波災害に対応した。

RMGは「Raffles Hospital」の開設という「選択機会」において、当初、高度な医療を提供するという「問題」と株式上場という「解」の一義的な対応関係があった。しかし、高度な医療を提供する「問題」が、偶然にもイラン人の分離手術「解」、韓国人の分離手術「解」、ISO取得「解」、国際メディアを利用する「解」と繋がり、国際色の強い流れを創り出した。そして、香港診療所と日本人クリニックという「解」を引き出した。また、SARSによる業績悪化の「問題」と、健康医薬品の量産体制を敷く、コンサルティング業務を開始するという「解」と結びつけ、ピンチをチャンスと捉える形で事業の多角化を推進した。

3. 組織化の進化プロセス

3.1 理論枠組み

ダーウィニズムに端を発する進化論（evolution theory）では、新しく生み出された変異（variation）が、選択（selection）にかけられ、環境適応能力の高いものがシステム内に保存（retention）される。組織進化論では、Weick（1979）が、組織を組織化と指し、組織化を連続的に遂行しなおされる＝進化プロセスと位置付ける。その組織化の進化プロセスは、図1で示すように、実現過程・淘汰過程・保持過程の3つの変数から構成される。

三つの分析モデルから見る組織革新

(1) 実現過程

生物学的進化論では、(evolution theory) では、新しく生み出された変異 (variation) が最初のプロセスである。他方、組織進化論における変異 (Variation) に相当するのが、「実現 (Enactment : イナクトメント)」過程である。実現過程では、生態学的変化とやり取りをする。仮に、このやり取りがなければ、自らを長期にわたって隔離し自閉的になる。生態学的変化とは、行為を通じて変化する「周囲の状況」を指す (岸田, 2013)。人間の行動は、生態学的変化との関係で、多かれ少なかれバリエーションを作り出す。その中から、ある状況に適応的もしくは満足であると判断されたもの (satisfactory standard) が選択される。このような多様な行為を選択する状況は、「ゴミ箱モデル (garbage can model)」にて分析が可能であると考えられる。

(2) 淘汰過程

生物学的進化論では、ランダムに起こる変異 (突然変異) を選別し、自然淘汰 (natural selection) プロセスにおいて進化に方向性を与える。組織進化論では、淘汰過程に相当する。実現過程で出現した多様な行為から、組織を同定し、自らが反応する環境 (= 実現環境) を概念化する (岸田, 2013)。

組織は、環境との関係から、適応可能性 (柔軟性) と適応 (安定性) の均衡を維持できる時のみ存続する (Weick, 1969)。第一に、淘汰過程では、多義性が把持されて、適応可能性 (柔軟性) が生み出される。多義性を把持するには、インプットの多様性に対応できる程の十分な多様性を組織内にもつ必要がある (必要多様性)。この適応可能性 (柔軟性) は、環境の変化に対応するために必要であるが、固執すれば、組織としての同一性と連続性を保つことを不可能にする。第二に、淘汰過程では、多義性を除去して、適応 (安定性) が生み出される。組織に回顧的意味づけ (retrospective sense-making) を行い、一義化 = 意味に一体化したものとして、自らの組織を同定する。この適応 (安定性) は、組織としての同一性と連続性を保つために必要であるが、固執すれば、環境の変化に対応が遅れる。

さらに、淘汰過程では、自己を認知することで、何が内在しているか (= 組織)、何が外在しているか (= 実現環境) を区別する。すなわち、組織が同定されると同時に、自らが反応しなければならない実現環境が明らかになる。実現環境は、組織の心理学的・社会的な濾過作

用を受け、「現実の世界を思い切って単純化」した、淘汰過程の「所産」である。このように、淘汰過程の中心的活動は、組織とその環境の構築である。

(3) 保持過程

保持は、淘汰過程で作られ出された組織と実現環境の因果関係を、因果マップとして貯蔵する過程である。淘汰過程において、実現環境が「所産」であるのに対し、保持過程にある実現環境は「所与」となり、その後の組織の活動に影響を与える。組織の生存のためには、柔軟性と安定性の両方が必要であり、保持過程で蓄えられた因果マップを、いずれか一方で信用し (安定性)、他方で疑う (柔軟性)。この意味で、組織はヤヌスの (二重の) 性格をもつ。組織・実現環境は、一度、生成されたら終わりというわけではなく、連続的に遂行しなおされる = 進化のプロセスであり、それがリアリティとして肯定的に扱われる。

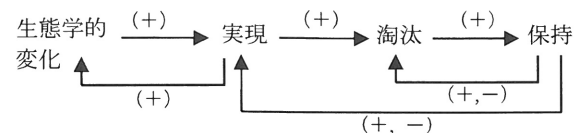


図1 組織化の進化プロセス (Weick 1979, p.172)

3.2 事例分析

(1) 創成期 (1976年から1985年)

RMG は二つの診療所からスタートし、国内のあらゆる住宅地、商業地、観光地に回診・往診に行った<実現過程>。患者が増えると、①設立当初の二つの診療所を維持する、②二つの診療所を一つに統合する、③どちらかの診療所を拡大する、④診療所を増やす、などの選択肢があった。RMG は④を選択し、「Raffles Medical Group」を設置し、それが診療ネットワークの中心であると自らの組織を同定した。同時に、地域の医療環境を整えるという環境を現実のものとして認識した<淘汰過程>。そして、診療ネットワークを拡大していく中で、医療インフラ整備に力を入れていた社会環境と、自らの組織をリアリティとして捉えた<保持過程>。

シンガポールでは、1965年の建国以来、国内のインフラ整備を進めてきたが、RMG が医療環境の充実という環境を自らが反応する環境であると認識したのは、1980年前後のことであった。

(2) 成長期 (1986 年から 1995 年)

RMG は、診療ネットワークを基盤に、救急医療、専門医の採用、外来手術・専門診療、起業支援などを行った<実現過程>。診療ネットワークが拡大すると、①さらに、一次医療の診療ネットワークを拡大する、②診療ネットワークを廃止して、二次医療、三次医療へ転換する、③一次医療、二次医療、三次医療の全てに対応するなどのという方法があった。RMG は、③を選択し、「南アジア初の日帰り外科センター」を設置し、それが③を実現する自らの組織であると認識した。同時に、短期入院 (24 時間以内) で医療費を抑制することを好む社会と結びつけ、それを実現するのは最先端・高次医療であるという環境を具現化した。<淘汰過程>最先端・高次医療 (=環境) に対応する RMG (=組織) という因果マップは、一例えば、どのような種類の症状が外科センターに送って安全な症状なのかなど― 一方で自らの医療行為を信用し (+), 他方で自らの医療行為を疑う (-) ようなフィードバックを通して強化され、それが RMG のリアリティとなった<保持過程>。

シンガポールでは、建国以来、最先端・高次医療を促進し、1984 年から段階的に公的保険制度^{注2}を導入していたが、RMG が最先端・高次医療や公的保険制度を自らが反応する環境であると認識したのは、1990 年前後のことであった。

(3) 発展期 (1996 年から 2005 年)

RMG は、診療ネットワークと最先端・高次医療で発展を続け、国際的に難易度の高いイラン人・韓国人の分離手術、国内の中華系患者への医療サービスを基盤とした香港診療所の開設、イスラム教徒特有の医療文化 (給食、診療プロセス、トイレなど) を反映したメディカル・ツーリズム、日本人クリニックの再開などを行った<実現過程>。そして、「Raffles Hospital」を開設し、自らの姿を国際化に対応する組織であると認識し、同時に、アジア医療、医療のハブ化・海外進出を促進しているという環境を具現化した<淘汰過程>。また、SARS の流行により、健康食品の製造・販売、保険事業、コンサルト業務が、パンデミックでの業績悪化を回避する方策として強化され、国際化・事業多角化を進展させた<保持過程>。

シンガポールは、建国以来、多国籍・多民族・多宗教の住民で構成され、インドネシア、マレーシアなどのイスラム教区域に囲まれている国家という特徴があったが、

RMG が、国際化をリアリティとして認識したのは、2000 年前後の発展期であった。

4. 状況適合理論

4.1 理論枠組み

「状況適合理論」では、環境を「所与」として、それに適合的な組織形態を選択することに焦点を置く。組織形態には、専門化に基づいた①ファンクショナル組織と、命令の一元化に基づいた②ライン組織、①と②の対立を一段高次の階層で管理するのが③ライン・アンド・スタッフ組織である。

さらに、規模の経済性を達成するために、インプットの専門性 (生産・販売・研究開発など) に構造化した④職能部門制組織と、範囲の経済性を達成するために、アウトプットの多元性 (市場別・地域別・製品別) に応じた⑤事業部制組織がある。また、職能部門制組織→事業部制組織への移行過程において、構造上の単位間を調整するための⑥統合メカニズムが付加的に設置される (Galbraith and Nathanson, 1978)。

国際化という点では、一般に、アメリカでは、国内において職能部門制組織から事業部制組織に移行したのちに、海外活動に乗り出して国際事業部 (⑥統合メカニズム) を形成する。これに対して、ヨーロッパでは、国内で職能部門制組織を採用したのちに、海外活動を開始して国際事業部 (⑥統合メカニズム) を設置し、その後、グローバルな事業部制組織を導入する。

これらの組織の有効性は、環境のさまざまな特性との適合の程度によって決まり、普遍的に有効である唯一最善の組織は存在しない、というのが「状況適合理論」の命題である。

4.2 事例分析

(1) 創成期 (1976 年から 1985 年)

シンガポールでは、1965 年の建国以来、政府主導で医療のインフラ整備を促進していた。このような環境のもと、RMG は、診療ネットワークを形成し、それを「ライン・アンド・スタッフ組織」で管理した。まず、①患者の生命を守るという目的を達成するために医療の専門化を軸にファンクショナル組織を導入した。そして、診療所の量的・地理的拡大にともない、②事業体として安定的・効率的に医療を提供するために、ライン組織を組み合わせた。そして、ライン・アンド・スタッフ組織を導入し、①②の対立を調整しながら、国内の医療インフ

三つの分析モデルから見る組織革新

ラ整備に寄与する形で発展した。

(2) 成長期 (1986年から1995年)

シンガポールでは、建国以来、政府主導で、医療に市場の競争原理を導入し、知識集約型を基盤とした最先端・高次医療を促進していた。さらに、医療福祉政策の一環として公的保険制度が導入され、医療費抑制への関心が高まっていた。

このような環境に適応するために、RMGは、ライン・アンド・スタッフ組織から、専門化を軸とした「職能部門制組織」へ構造転換し、最先端・高次医療を提供した。そこでは、第一に、職能部門内で、業務遂行の方法、勤務体制、教育訓練などを管理した。第二に、一般診療部門（診療所）を設置し、診療ネットワーク全体の視点から、診療所の人事採用・増設などを行い、各診療所間・診療所と外科センター間を調整し、診療ネットワークをさらに強化した。第三に、専門医療部門（内科、産婦人科、眼科、小児科、耳鼻咽喉科、心臓科の診療室と外科センター）を設置し、専門医の採用、専門知識・技能の養成を行い、最先端・高次の医療を提供する仕組みを確立した。第四に、医療を補助する部門（検査・病理、カウンセリング、歯科など）と管理部門（財務、人事、情報、物品、施設、法人営業、保険）を設置し、医療器材や在庫を集中させ、合理的・効率的に利用した。その結果、短期入院で医療費抑制を好む社会に適合し、高業績を生み出した。

(3) 発展期 (1996年から2005年)

シンガポールは、建国以来、狭い国土、小さな国内市場、乏しい資源といった劣位を克服するために、政府主導で、外資系企業の誘致とアジア区域への海外投資を促進し、国際的な事業を推進していた。

このような環境に適応するために、RMGは、「職能部門制組織」で医療の高度化（技術）・効率化をさらに追求すると同時に、「アジア医療」を humanitarian arm と設定し、職能部門制組織の上に「統合メカニズム」を敷設して、医療活動の範囲を拡大した。

例えば、メディカル・ツーリズム事業では、初期段階に、一般的な健診プログラムを開発した。そこへ隣国の競争者が、高いホスピタリティと低価格の健診プログラムを提供しはじめ、さらに競争者の医療水準が向上した。RMGは、専門的かつ多様な健診・検診プログラムを開発・販売するために、一次的なタスク・フォースや、組

織横断的チームを形成して対応した。そして、市場の競争が長期継続的なものとなると、専門的な商品の開発と多様な商品ラインを管理するための国際診療マネージャーという職位を作り、国際診療センター（Raffles Medical International Ctr.）を新たな組織単位＝統合部門として設置した。

その結果、医療活動の地域範囲、事業範囲を広げ、国際化に対応した。また、国際化という視点では、職能部門制組織上に、国際事業部を設置して、その後、グローバルな事業部制組織へ構造転換する可能性を残した。これは、イギリスの植民地であったというシンガポールの歴史的背景から、ヨーロッパと同様の傾向である（白木、2013b）。

5. 考察と統合モデル

Raffles Medical Group の組織革新について、ゴミ箱モデル、組織化の進化モデル、状況適合理論という3つのモデルから、それぞれの組織革新の「事実」を明らかにした。さらに、「組織化の進化モデル」に沿って、3つのモデルを経時的に統合することで、組織革新の全体像が明らかになる考える（白木、2013a）。

第一に、ゴミ箱モデルによれば、組織は、首尾一貫しておらず、因果関係の不明瞭な、非合理的で混沌とした状況である。このモデルは、「組織化の進化モデル」の「実現過程」の内容＝組織化のための多様な素材＝「行為」、組織として収束される前の状況を詳述していると考えられる。例えば、創成期において、Dr.Loo たちが国内を回診・往診する行為がなければ、「淘汰過程」での診療ネットワーク、医療環境の充実という組織と環境は出現しなかった。また、それらの行為は、医療環境を充実させよう、または、診療ネットワーク＝組織を創り出そうという目的を合理的に果たすための、首尾一貫したものでもなかった。成長期においても同様に、「南アジア初の日帰り外科センター」という組織と、どう繋がるか分からないような多様な行為＝救急医療、他院への紹介業務、専門医の採用、最先端の医療機器の導入、起業支援などが、組織を構成した。このように、ゴミ箱モデルは、組織の初期段階＝「実現過程」のあいまいな実態を詳述する。しかし、どのような組織が出来上がったかという形成過程には触れられていない。

第二に、組織化の進化モデルによれば、組織は、連続的・漸進的に進化するプロセスであり、環境は、その「所産」である。ゴミ箱モデルで表現されるような「行為」

から、①診療ネットワーク（組織）と医療環境の充実（環境）、②日帰り外科センター（組織）と最先端・高次医療（環境）、③Raffles Hospital（組織）と国際化・事業多角化（環境）など、意味に一体化した「組織」と「環境」を創り上げ、リアリティとする。しかし、連続的な進化プロセスの結果としての段階的な発展＝構造変動が明らかにされていない。

第三に、状況適合理論によれば、組織は、環境に適合する合理的・効率的な手段である。それは、「組織化の進化モデル」の「保持過程」からのフィードバックの機能と同じと考えられる。組織は、一方で、安定性を確保するために、環境に合理的に適合する組織形態を選択する。他方で、環境の重大な変化に対し、新たな階層を付加する（ライン・アンド・スタッフ→機能部門制）、あるいは、組織の構成基準（専門別、地域別、など）を変えるような全組織的な構造変動（機能部門制→事業部制）を行い、柔軟に対応する。しかし、適応すべき「環境」がいかに認知・形成されたかが明確にされていない。

以上の点から、ゴミ箱モデル、組織化の進化モデル、状況適合理論を経時的に統合するモデルを適用すれば、組織革新の多面性を明らかにできると考える。

6. おわりに

従来、「新制度派組織論」において、医療は、国の政策と密接に関連し内需型産業とみなされ、医療機関という組織は容易に変化するのではなく、社会的正当性を獲得した一定の形状を保とうとする慣性力が働き、個別の医療機関にはほとんど自己革新の力はない（Scott, 1995）と主張される。しかし、本稿では、シンガポールの医療機関を事例に取り上げ、医療機関の内発的な自己変革＝自己組織（化）（Kauffman, 1995）の実態を「ゴミ箱モデル」、「組織化の進化モデル」、「状況適合理論」のそれぞれで分析し、組織革新の多面性を明らかにした。さらに、これら多面的なアプローチを経時的に統合することで、組織革新の全体的な「貌」が明らかになると考える。さらに、豊富な事例分析を積み重ね、試論の精緻化を図る必要がある。

参考文献

Allison, G.T. Allison (1971) *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*, (Little, Brown, 1971). (宮里政玄訳 (1997) 『決定の本質——キューバ・ミサイル危機の分析』中央公論社) .

Aldrich, H. E. (1999) *Organizations Evolving* (若林直樹・高瀬 武典・岸田民樹・坂野友昭・稲垣京輔訳(2007) 『組織進化論—企業のライフサイクルを探る』東洋経済新報社).

Barnard, C.I. (1938) *The Functions of the Executive*, Harvard University Press(山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳(1956) 『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社).

Galbraith, J. R. (1973) *Designing Complex Organizations*, Addison-Wesley (梅津祐良訳(1980) 『横断組織の設計 マトリックス組織の調整機能と効果的運用』ダイヤモンド社).

Galbraith, J. R. and Nathanson. D. A. (1978) *Strategy Implementation: The Role of Structure and Process*, West Publishing(岸田民樹訳(1989) 『経営戦略と組織デザイン』白桃書房).

今田高俊(1988) 「自己組織する情報社会」『組織科学』第22巻第3号, 60-75頁。

自治体国際化協会(1998a) 「シンガポールの産業政策」『Clair Report』Vol. 165, 財団法人自治体国際協会。

自治体国際化協会(1998b) 「シンガポールの福祉政策」『Clair Report』Vol. 177, 財団法人自治体国際協会。

岸田民樹(1985) 『経営組織と環境適応』三嶺書房。

岸田民樹 (2013) 『組織と組織学』有斐閣。

(1979) *The Social Psychology of Organizing*, 2nd ed. , Addison-Wesley (遠田雄志訳(1997) 『組織化の社会心理学』文真堂).

Kauffman, S. (1995) *At Home in The Universe: The Search For Laws of Self-Organization and Complexity*, Oxford University Press, Inc(米沢富美子監訳(2005) 『自己組織化と進化の論理—宇宙を貫く複雑系の法則』日本経済新聞社).

Koontz, H. (1961) *The Management Theory Jungle*, *Academy of Management Journal*, Vol.4, No.3, 1961, pp.174-188.

March, J. G. and Olsen, J. P. (1976) *Armbiguity and choice in organizations*, Bergen, Norway:Universitetsforlaget (遠田雄志訳(1986) 『組織におけるあいまいさと決定』有斐閣).

March, J. G. and Simon, H. A. (1958) *Organizations*, John Wiley & Sons (土屋守章訳(1977) 『オーガニゼーションズ』ダイヤモンド社).

Porter, M. E and Teisberg, E. O. (2006) *Redefining Health Care*, Harvard Business Press (山本雄士訳

三つの分析モデルから見る組織革新

- (2009)『医療戦略の本質 一価値を向上させる競争―』日経BP社。
- Raffles Medical Group(2005), A Journey of Faith The Raffles Medical Story, Raffles Medical Group.
- Scott, W. R. (1995) Institutions and Organizations, Sage Publications(河野昭三・板橋慶明訳(1998)『制度と組織』税務経理協会).
- Simon, H. A(1976) Administrastive Behavior, 3rd edition , The Free Press, (松田武彦・高柳暁・二村敏子訳(1989)『経営行動―経営組織における意思決定プロセスの研究 一』ダイヤモンド社).
- 白木由香 (2013a)「織革新プロセスの統合モデルの可能性」, 日本情報経営学会誌,Vol.33,No3, pp98-107
- 白木由香 (2013b)「医療サービス分野の国際化プロセス」, 日本経営システム学会誌,Vol.30,No2, pp87-93
- 田中政光 (1990)『イノベーションと組織選択』, 東洋経済新報社, 99-130 頁。
- Weick, K. E. (1969)The Social Psychology of Organizing, Addison-Wesley (金児暁嗣訳(1980)『組織化の心理学』誠信書房).
- Weick, K. E. (1979)The Social Psychology of Organizing, 2nd ed. , Addison-Wesley (遠田雄志訳(1997)『組織化の社会心理学』文眞堂).

注

- 1) 1997年7月, 香港地域の主権がイギリスから中華人民共和国へ変換されることを受け, 香港は転換期にあった。
- 2) シンガポールには「3M」という保険制度がある。①1984年導入のメディセーブは, 強制的な社会保障貯蓄制度であり, 完全な積立方式である。消費しないかぎり, 残高は個人の資産となるため, 健康維持への関心は高まる。②1990年導入のメディシールドは, 任意加入の保険制度で, 入院時にその費用が一部保険で賄われる。③1993年導入のメディファンドは, 低所得者に対するセーフティ・ネットであり, 政府が直接的に医療費を補助する。