地方公立病院における組織内戦略形成プロセスの検討

― Kotter モデルに基づく多職種戦略チームによる スタッフ・エンパワメントと組織成果の準介入研究 ―

藤 原　洋 平

キーワード：地方公立病院、組織内戦略形成、スタッフ・エンパワメント、多職種戦略チーム、SPO モデル、Kotter、Levers of Control、エフェクチュエーション

１．はじめに

1-1. 研究の動機

地方公立病院は、人口減少、医療需要の変化、医療専門職の不足、自治体財政の制約という複合的課題に直面している。特に過疎地域では、患者数の減少に加え、看護師をはじめとする人材確保の困難が病床稼働そのものを制約する。したがって、単純な増収策ではなく、限られた人的資源のもとでどの患者状態像に対応し、どの病床機能を活用し、どの患者フローを形成するかという、組織内の戦略形成能力が問われる（伊関，2007；世古口，2021）。

研究対象である地方公立 N 病院でも、人口減少、患者数の減少、看護師不足、病床稼働の低迷が重なっていた。しかしこの病院を特徴づけていたのは、職員が危機を認識していなかったことではない。むしろ、「漠然とまずい雰囲気は感じつつも、自分たちは日々の医療を懸命に提供しており、経営のことは事務方が対処するだろう」という感覚があり、専門職としての自負と、経営は別の誰かが担うものという役割分離の認識が併存していた。すなわち、「自分の職務には誇りを持ちながらも、病院経営は自分ごとではない」という感覚が組織全体に漂っていた。これは、臨床職員が経営参画の機会を持ちにくい公立病院の組織特性とも重なる（世古口，2021）。

このような組織では、財務データや経営指標を提示するだけでは、それが「自分の問題」として受け取られにくい。そこで本研究では、トップが結論を一方的に示すのではなく、財務・人材・地域需要の現実を「問い」と「制約条件」として現場に投げかけ、職員が経営を自らの問題として考え始める「意思決定空間」を設計することに着目した。ここで扱う組織改革は、単なる収益改善策ではなく、臨床と経営の役割分離を乗り越え、現場職員が病院の将来を自らの問題として引き受け、職種や職位を越えて戦略を考えるプロセスへの転換として位置づけられる。この認識のもと、危機認識を組織的な対話と行動へ転換する実践的枠組みとして Kotter モデルを援用し、多職種戦略チームを中心とした組織内戦略形成を試みた。

1-2. 先行研究

地方公立病院改革に関する先行研究では、経営効率化、財務改善、公立病院再編、経営形態の見直しを中心に検討が蓄積されてきた。国内研究では、公立病院改革プランや病院再編が経営改善に与える影響が分析され、病床再編、機能分化、入院患者数、診療単価、職員数などの構造的・財務的要因が主な分析対象とされてきた（石橋，2016；大谷・福田，2019）。また、自治体病院では、地域医療の公共性、自治体財政の制約、人事・組織上の硬直性、医療需要の変化が複合して経営課題を形成することが指摘されている（伊関，2007；世古口，2021）。一方で、ニュー・パブリック・マネジメント的手法や経営形態改革は、財務・管理面の改善可能性を持つ反面、医療専門職の自律性や既存の組織文化との緊張を生みうる（Uddin et al.，2020）。したがって、公立病院改革では、制度や財務構造の変更だけでなく、現場職員が改革をどのように受け止め、実行へ移すかという組織内部の過程を検討する必要がある。

医療組織における変革理論としては、Lewin モデルや Kotter 型モデルが広く用いられている。Harrison et al.（2021）のレビューでも、Kotter 型モデルは医療領域の変革管理、改善、実装研究における主要な枠組みの一つとされている。ただし、既存研究の多くは特定の質改善活動や変革過程の記述にとどまり、組織内戦略形成やスタッフ・エンパワメントを主要な分析対象とした研究は限られている。

多職種チームと組織変革に関する研究では、多職種協働や職員の意思決定参加が、組織改善や患者安全に影響することが示されてきた。また、看護師の構造的エンパワメントに関する研究では、職員が意思決定へ参加できる環境や、情報・支援・資源へアクセスできる組織構造が、エンパワメント経験の重要な条件となることが報告されている（Van Bogaert et al.，2016）。心理的側面については、Edmondson（1999）の

心理的安全性概念が基盤となり、医療分野でも心理的安全性は発言、学習、質改善活動への参画を促す条件として位置づけられている（Ito et al., 2022）。これらの知見は、現場職員が経営課題を自分ごととして捉え、職種や職位を越えて戦略形成に参画する過程を検討するうえで重要である。

組織変革の作動状況を評価する枠組みとして、Donabedian の Structure-Process-Outcome（SPO）モデルを援用する。SPO は本来、医療の質を構造・過程・成果の三層から評価する枠組みであるが（Donabedian, 1966, 1988）、ここでは組織変革の実装過程と組織成果を整理する評価軸として用いる。

以上より、地方公立病院改革では財務・構造面の知見が蓄積されている一方、現場職員が経営課題を自分ごととして引き受け、職種や職位を越えて戦略を形成する過程の実証研究は限られている。本稿は、多職種戦略チームを通じた組織内戦略形成とスタッフ・エンパワメントを、Kotter モデルによる実践と SPO による多層的評価を組み合わせて分析する点に特徴がある。

なお、実践上の運用に合わせ、推進チーム形成を起点として Kotter の各 Step を図示した（図１）。

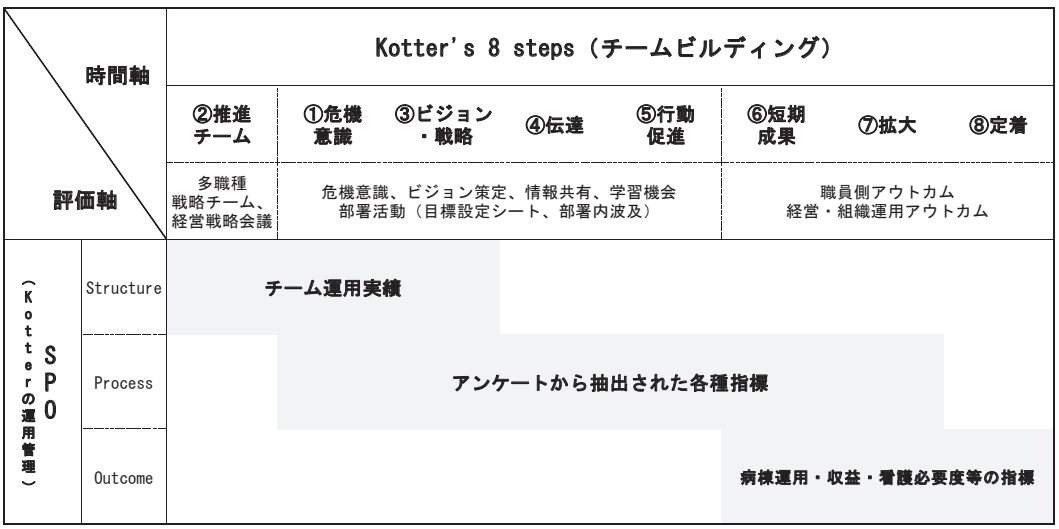


図１：Kotter モデルと Donabedian の SPO モデル対応図

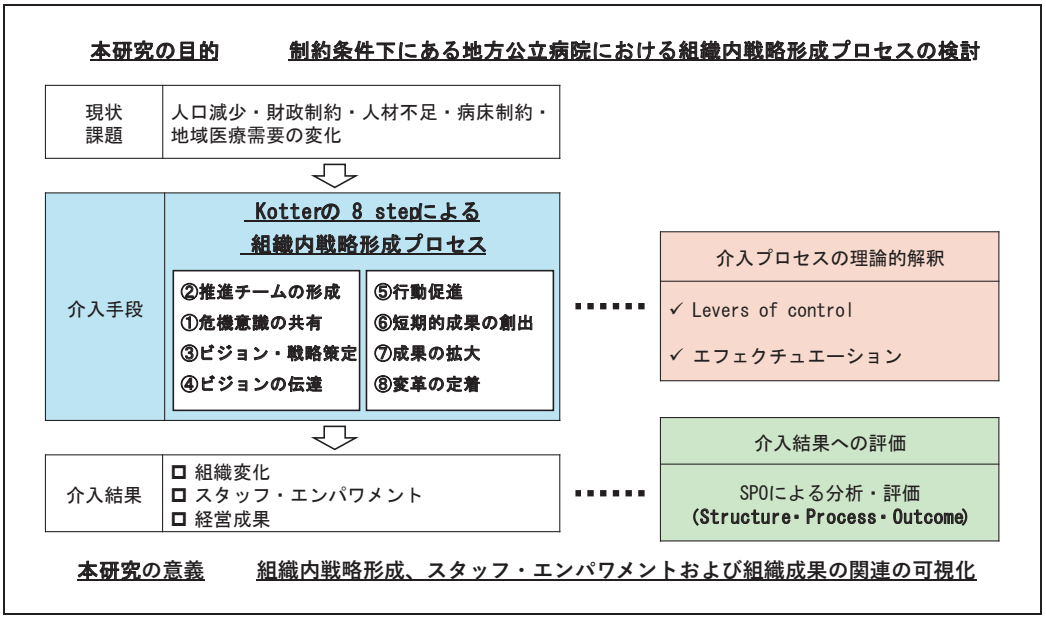
1-3. 目的

本研究の目的は、人口減少、財務制約および人的資源不足に直面する地方公立 N 病院を対象として、Kotter モデルを実践原理とする多職種戦略チームを通じて、組

織内戦略形成プロセスがどのように構築され、職員のスタッフ・エンパワメントおよび組織成果にどのような変化が観察されたかを明らかにすることである。スタッフ・エンパワメントとは、職員が経営課題を自らの課題として認識し、戦略への理解を深め、発言・提案・実行へ主体的に参画する一連の変化を指す。すなわち、資源制約下にある地方公立病院において、多職種が主体的に経営へ参画し、組織内で戦略を形成・実践できる組織運営をいかに構築できるかが、本研究の中心的な問いである。

この問いに対し、Kotter モデルを組織内戦略形成の実践原理、SPO モデルを変化の構造・過程・成果を整理する評価枠組み、Levers of Control をその作用機序を考察する理論として位置づけた。

なお、本研究は単一施設の非ランダム化準介入研究であり、観察された変化を介入の因果効果として断定するものではない。トップマネジメントが「答え」を直接提示するのではなく、「問い」と「制約条件」を設計した組織運営のもとで、職員の認知・行動および経営指標がどのように推移したかを記述する（図２）。



注記：理論的解釈の詳細は考察で述べる。Kotter のプロセスは、対象施設での運用に合わせて一部内容を修正している。

図２：本研究の概略図

1-4. 仮説

Kotter の理論に基づいて実践した多職種戦略チームの形成と経営戦略会議を通じた介入が、職員の経営課題に対する認識、組織方向性の共有、戦略形成への参画、組織内対話と心理的基盤、職務負担感、およびその他チームビルディング関連の指標に変化をもたらす可能性があると想定し、以下の仮説を設定した（表１）。

前述のとおり、チームビルディングプロセスの評価には SPO モデルを用い、各仮説を Structure、Process、Outcome の各層に対応させた。

表１　本研究の仮説

仮説番号	SPO	内容	主な評価材料
H1	Structure	Kotter型チームビルディングにより、多職種戦略チーム、経営情報共有、目標管理シートなど、組織変革を支える構造が形成される。	チーム活動実績 会議内容 参加状況 目標管理シート
H2	Process	介入後、経営課題の自分ごと化、戦略理解、組織方向性の共有、発言・提案・実行などの過程指標に改善方向の変化が観察される。	HRMアンケート結果 経営アイデア採用率 アイデア実行件数
H3	Process	チーム内で生じた認知・行動面の変化は、非所属職員にも一定程度波及する可能性がある。	HRMアンケート結果 （戦略チーム所属別分析）
H4	Outcome	同時期に病床利用、患者フロー、入院収益などの経営指標に改善方向の変化が観察される。	入院延患者数 病床利用率 療養病棟平均在院患者数 入院収益
H5	Outcome	介入後、提供される医療・看護の質の低下を示す変化は観察されない。	看護必要度B項目 初日B・最終観察日B比較

２．対象と方法

2-1. 研究デザインと対象施設

本研究は、地方公立 N 病院における組織改革を対象とした単一施設の非ランダム化準介入研究である。介入の中核は、2025 年 10 月に開始された職位横断型の多職種戦略チームの形成と、同チームを起点とする経営情報共有、戦略検討、部署目標化、KPI/PDCA 設計である。

対象施設は、岡山県内の過疎地方都市に所在する地方公立 N 病院である。許可病床数は 96 床であるが、看護師不足等により、実際に運用可能な病床は一般・地域包括

ケア系と療養系を合わせて65床程度に制約されていた。このため、単純な増収策ではなく、限られた人員でどの患者状態像に対応し、どの病床機能を活用し、どの患者フローを形成するかという組織内戦略形成能力が課題であった。

2-2. Kotterモデルに基づくチームビルディングの実施

Kotterモデルを介入の時間軸として用いた。ただし、危機意識を一方的に提示するのではなく、多職種戦略チーム内で制約条件を共有し、対話を通じて危機認識を形成するため、「推進チーム形成」を実践上の起点とした（図１）。

多職種戦略チームは、管理職に限定せず、看護、リハビリテーション、薬剤、検査、放射線、事務など複数職種から構成した。チームの目的は、経営情報を一部の管理層に閉じるのではなく、現場職員が財務・人材・地域医療需要に関する制約条件を理解し、自院の将来像と部署レベルの改善行動を自ら考える場を形成することであった。

経営戦略会議では、医療情勢、地域医療構想、病院財務、病床機能、人材制約、経営フレームワークについて講義および情報提示を行った。さらに、3C分析、SWOT分析、患者状態像の検討、チームビジョン作成、部署目標設定、KPI/PDCA設計を行った。これらの活動は単発研修ではなく、危機共有、制約条件の理解、戦略探索、部署目標化、短期成果確認を連続させるチームビルディングとして設計した（表２）。

表２　Kotterモデルに基づくチームビルディングの実施内容

時期	位置づけ	主な介入内容	Kotterとの対応
2025年10月	チームビルディング期	多職種戦略チーム発足、初期関係形成、経営戦略会議の開始	②推進チーム形成 ①危機意識の共有
2025年11月	危機共有・情報共有期	財務・病床機能・医療需要の情報提示、問いと制約条件の共有	①危機意識の共有 ③ビジョン・戦略 ④伝達
2025年12月	戦略探索期	3C分析、SWOT分析、患者状態像の検討、病床機能の再整理	③ビジョン・戦略
2026年1月	部署目標化期	部署目標、KPI、PDCA、目標管理シートの作成	⑤行動促進
2026年2-3月	短期成果確認期	月次経営指標の確認、進捗共有、部署改善活動の継続	⑥短期成果
2026年4月	定着可能性評価期	成果確認、課題整理、今後の組織能力化の検討	⑦拡大、⑧定着

2-3. 目標管理シートと部署目標の設定

部署目標の設定には、Balanced Scorecard（BSC）の考え方を参考にした目標管理シートを用いた。BSCは、財務・非財務指標を戦略目標と実行行動へ結びつける戦略マネジメントツールであり（Kaplan & Norton, 1992；Bisbe & Barrubés, 2012）、医療機関でも戦略実装や成果モニタリングに活用されている（Betto et al., 2022）。

BSCは独立した業績評価制度として導入せず、共有された戦略課題を部署ごとの成果指標、目標値、担当者、期限および具体的行動へ落とし込むための簡略化した実装ツールとして活用した。

目標管理シートには、「経営の目標」「成果指標」「目標値」「誰が・どこで」「何を・どのように」「いつまでに」を記載する欄を設けた。これにより、各部署が自部署の業務特性に応じたKPIと実行計画を設定できるようにした。目標管理シートの様式例および部署別記載例は、付録１および付録２に示す。

2-4. SPOによる評価・管理設計

介入の実装状況と介入後の変化を整理する評価枠組みとして、DonabedianのSPOモデルを援用した。

ここで用いるSPOは医療の質評価の原義をそのまま適用するものではなく、Structureを組織変革を支える構造、Processを職員の認知・発言・提案・実行を含む進行過程、Outcomeを病床運用・患者フロー・入院収益などの業務マネジメント上の変化として再定義した（表３）。

表３　SPOモデルによる評価・管理設計

SPO	評価対象	主な内容	評価・観察材料
Structure	組織変革を支える構造	多職種戦略チーム、経営情報共有、経営戦略会議、目標管理シート	チーム活動実績、会議内容、参加状況、目標管理シートなど
Process	組織変革の進行過程	自分ごと化、戦略理解、組織方向性の共有、発言・提案・実行、組織内波及	職員アンケート
Outcome	組織運用上の変化	病床利用、患者フロー、入院延患者数、入院収益	月次経営指標
	患者像・質的安全性の確認	軽症患者増加やADL悪化のみでは説明しにくいかを確認	看護必要度B項目

2-5. 職員アンケート調査

職員アンケートは、T1（2025 年 10 月）、T2（2026 年 1 月）、T3（2026 年 4 月）の 3 時点で実施した。T1・T2 は同一の配布対象・配布数であり、各時点で独立した無記名回答として収集した。T3 では、介入開始時点で在籍していなかった新入職者を除外し、介入前後の組織変化を評価する対象集団としての一貫性を確保した（表４）。

表４　アンケート調査の実施状況

時点	時期	対象者	配布数	回収数	回収率	戦略チーム参加/非参加
T1	2025年10月	94名	87名	75件	86.20%	30名 / 45名
T2	2026年1月	94名	87名	75件	86.20%	30名 / 45名
T3	2026年4月	88名	81名	65件	80.20%	25名 / 40名

注記：T1 と T2 の数値（回答数等）が一致しているのは同一の配布対象に同条件で実施したためであり、同一個人の回答を意味するものではない。

職員アンケートは完全無記名方式で実施したため、同一個人の経時変化を追跡するパネルデータではなく、各時点の回答者集団を反復横断データとして扱った。これは厳密な個人追跡よりも、職員が安心して率直に回答できる環境と高い回収率を優先した設計上の選択である。アンケート調査の詳細は、付録３および付録４に示す。

2-6. 統計解析

職員アンケートは、当初 12 構成概念・39 項目から作成し、T1 から T3 までの全回答 215 件をプールして探索的因子分析を実施した。抽出方法は最尤法、回転方法はプロマックス回転を採用した。因子数は固有値、スクリープロット、平行分析、因子負荷量パターン、解釈可能性を総合して検討し、最終的に 6 因子構造を採用した（スクリープロットは付録５、因子分析は付録６に詳細を示す）。

人的資源管理（HRM：Human Resource Management）関連指標については、探索的因子分析により抽出された 6 因子の因子得点を従属変数とし、調査時期、戦略チーム参加、職位、および必要に応じて交互作用を確認した。時点間比較には一要因分散分析

および Tukey 法による多重比較を用いた。戦略チーム参加別の波及については、調査時点と戦略チーム参加を要因とする二要因分散分析を行った。T3 追加調査の二値アウトカムであるアイデア採用の機会については、多職種戦略チーム参加者と非参加者のリスク比（RR）および 95%信頼区間を算出した。

経営指標は、2023 年 4 月から 2026 年 3 月までの月次データを用い、2025 年 11 月を介入点とする分割回帰モデル（ITS：Interrupted Time Series）で分析した。介入点はアウトカムの推移ではなく、多職種戦略チーム形成後に経営情報共有と部署行動への反映が開始された時期に基づいて設定した。モデルには時間トレンド、介入後水準変化、介入後傾き変化を投入し、HAC（Newey-West）標準誤差を用いた。介入後観測点が 5 時点と少ないため、本 ITS 分析は厳密な因果推定ではなく、介入前トレンドに対する介入後推移を探索的に確認する補足分析とし、統計的有意性に加えて推定方向、効果の大きさおよび時系列図との整合性を含めて解釈した。

看護必要度 B 項目については、2025 年度一般病棟入院患者を対象とし、4 月から 10 月を介入前、11 月から 3 月を介入後として比較した。退院日を表す指標が存在しなかったため、各エピソードの最終観察日に記録された B 得点を「最終観察日 B 得点」と定義し、退院日時点の B 得点の近似指標として扱った。

補足的な費用指標として、病院全体の材料費および経費について、前年同月を 100 とする指数を算出した。部門別の費用配賦や人件費を含む原価計算は行っていないため、入院診療の採算性や費用対効果ではなく、経営・運用指標を補足する資料として扱った。

統計解析には、探索的因子分析に HAD（清水, 2016）、その他の分析に Python（pandas, SciPy, statsmodels）を用い、図表は matplotlib で作成した。

2-7. 倫理的配慮

本研究は対象施設（承認番号：2025-004）および所属大学院（承認番号：2025-008）の倫理審査委員会の承認を得て実施した。アンケートは完全無記名で実施し、調査目的、回答の任意性、個人が特定されない形での使用を文書で説明した。経営指標については病院全体または部署単位の集計値のみを用い、看護必要度 B 項目の分析では匿名化された患者番号を用いたが、患者個人を直接識別し得る情報は取り扱わなかった。

３．結果

3-1. Structure＋Process 評価：チームビルディングの実装と初期アウトプット

介入の実装状況を確認するため、T3 の全回答者を対象に、経営に関する発言、アイデアの採用・実行、個人の行動変容および組織学習に関する追加調査を実施した（付録４）。多職種戦略チーム参加者と非参加者の比較結果を表５および図３－１、図３－２に示す。

表５　T3 追加調査：参加者・非参加者比較

項目	参加者	非参加者n	検定	p値
経営に関する発言の機会	n=25, 平均3.28	n=40, 平均2.20	Mann-Whitney U検定	<.001***
経営に関するアイデア採用の機会	採用あり 20/25（80.0%）	採用あり 9/40（22.5%）	Fisher直接確率検定	<.001***
経営に関するアイデア採用の程度	n=25, 平均1.92	n=40, 平均1.25	Mann-Whitney U検定	<.001***
個人の行動変容	n=25, 平均3.72	n=40, 平均3.52	Mann-Whitney U検定	.143 n.s.
組織学習としての評価	n=25, 平均4.04	n=40, 平均3.70	Mann-Whitney U検定	.026*

注記：順序尺度には Mann-Whitney U 検定、二択式には Fisher 直接確率検定を用いた。二択式項目は平均値ではなく「採用あり n（%）」として示した。非参加者は発言機会のなかった者も含む全数（n=40）を分母とした。アイデア採用の機会の効果量はリスク比 RR=3.56（95%CI 1.94-6.53）、リスク差 +57.5 ポイント（95%CI 37.2-77.8）であった。

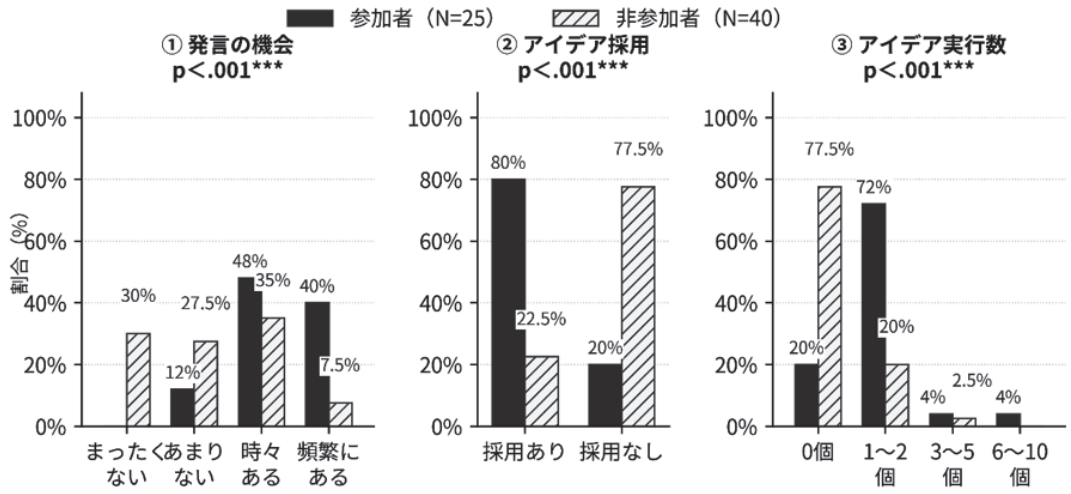


図３－１　T3 追加調査：参加者・非参加者比較（発言・採用・実行経験）

（出所：Python（matplotlib）を用いて著者作成）

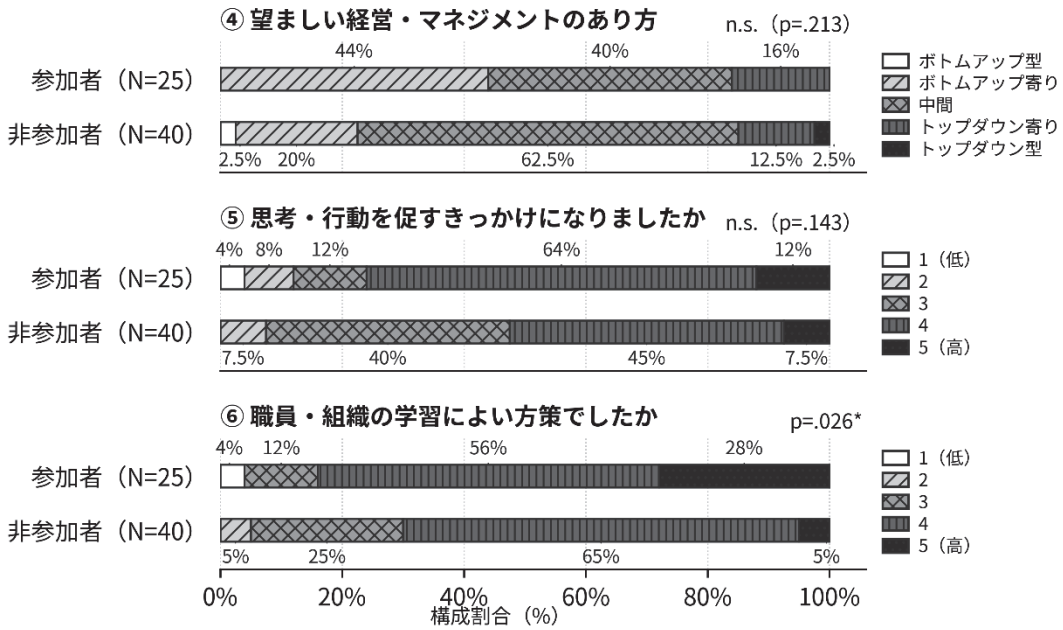


図３－２　T3 追加調査：参加者・非参加者比較（運営・行動促進・組織学習評価）

（出所：Python（matplotlib）を用いて著者作成）

参加者では、経営に関する発言機会、アイデア採用の機会・程度および組織学習としての評価が非参加者より有意に高かった。アイデア採用の機会は、参加者 80.0%、非参加者 22.5%であり、RR＝3.56（95%CI 1.94～6.53）であった。一方、個人の行動変容には有意差を認めなかった。

以上より、多職種戦略チームは、職員が経営について発言し、提案を組織内で採用する機会を形成しており、Structure および初期 Process の実装を示す所見と整理した。

3-2. Structure＋Process 評価：部署目標設定シートの作成と達成状況

多職種戦略チームで共有された経営課題を部署単位の実行計画へ落とし込むため、各部署で目標設定シートを作成した。各シートには、経営改善上の目標、成果指標、目標値、担当部署、具体的な実施内容および期限を設定し、部署ごとの KPI と行動計画を明確化した。

目標設定シートの部署別達成状況を表 6 に示す。7 部署で合計 28 項目の目標が設定され、そのうち 21 項目が達成され、全体の達成割合は 75.0%であった。

表６　部署目標設定シートの達成状況

部門	目標数	達成数	達成割合
A	4	4	100%
B	4	2	50%
C	3	3	100%
D	6	4	67%
E	2	2	100%
F	4	4	100%
G	5	2	40%
合計	28	21	75%

注記：部署名は匿名化し、A〜G で示した。部署別の目標内容・難易度は均一ではないため、達成割合は部署間の優劣比較ではなく、部署単位での実行状況を示す補足指標として扱った。

なお、2026 年度には、目標設定シートの対象を全部署および医師個人へ拡大し、目標達成を人事評価や処遇へ接続する制度設計も検討されている。ただし、研究期間内では報酬連動制度の効果を検証していないため、制度化・定着に向けた展開として区別した。

3-3. Process 評価：アンケート尺度の因子構造と時点間比較

全時点統合データ 215 件に対して探索的因子分析を行い、解釈可能な 6 因子構造を採用した（付録５、付録６）。各因子の Cronbach's α 係数は.881〜.949、ω 係数は.900〜.959 であり（表７）、いずれの因子も十分な内的整合性を示した。また、時点別の α 係数も T1 で.830〜.930、T2 で.872〜.957、T3 で.869〜.952 であり、いずれの時点でも安定していた。以後の探索的な時点間比較には各因子得点を用いた。因子は、F1 主体的当事者行動、F2 組織方向性の一致認識、F3 戦略理解・参画、F4 情緒的組織コミットメント、F5 心理的安全性、F6 職務ストレスである。

表７　アンケート調査 6 因子の全体および各時点の信頼性係数

No	項目	全体(n=215) α係数	全体(n=215) ω係数	T1(n=75) α係数	T2(n=75) α係数	T3(n=65) α係数
F1	主体的当事者行動 (Proactive Ownership Behavior)	0.949	0.959	0.930	0.957	0.952
F2	組織方向性の一致認識 (Perceived Organizational Alignment)	0.884	0.905	0.848	0.872	0.869
F3	戦略理解・参画 (Strategic Understanding and Participation)	0.934	0.948	0.912	0.936	0.932
F4	情緒的組織コミットメント (Affective Organizational Commitment)	0.932	0.940	0.908	0.938	0.949
F5	心理的安全性 (Psychological Safety)	0.885	0.900	0.830	0.923	0.882
F6	職務ストレス (Job Stress)	0.881	0.900	0.832	0.892	0.935

（出所：HAD（清水, 2016）を用いて著者作成）

各因子得点について一元配置分散分析と Tukey 法による多重比較を行った結果、F1、F2、F3 および F5 で時点の主効果を認めたが、F4 および F6 では有意差を認めなかった（表８、図４）。

表８　アンケート調査 6 因子の時点間比較

因子	F値	p値	偏 η^2	T1→T2	T1→T3	T2→T3
F1 主体的当事者行動	8.04	<.001***	0.070	.002**	.002**	.970 n.s.
F2 組織方向性の一致認識	20.14	<.001***	0.160	<.001***	<.001***	.348 n.s.
F3 戦略理解・参画	13.89	<.001***	0.116	<.001***	<.001***	.981 n.s.
F4 情緒的組織コミットメント	2.15	.119 n.s.	0.020	.231 n.s.	.141 n.s.	.946 n.s.
F5 心理的安全性	3.15	.045*	0.029	.284 n.s.	.037*	.566 n.s.
F6 職務ストレス	0.43	.650 n.s.	0.004	.994 n.s.	.667 n.s.	.728 n.s.

注記：各因子得点について一元配置分散分析を行い、時点間比較には Tukey 法を用いた。T1、T2、T3 は独立した反復横断データとして扱った。効果量として偏 η^2 を算出した。

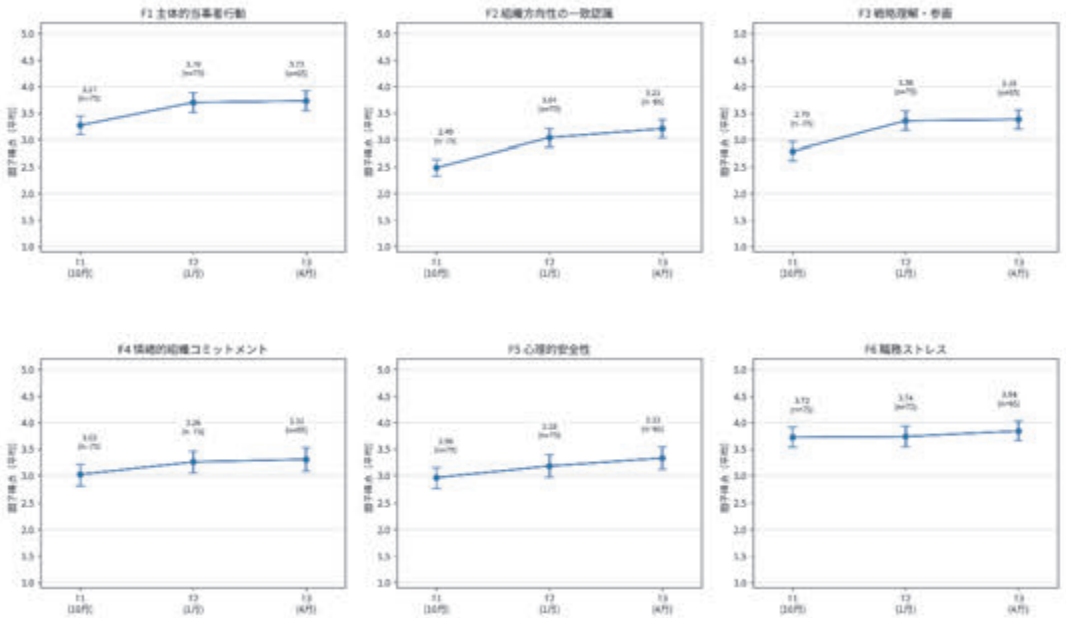


図４　各因子の時点別推移

（出所：Python（matplotlib）を用いて著者作成）

F1、F2 および F3 は、T1 から T2 および T1 から T3 で有意に上昇し、T2 から T3 では有意差を認めなかった。T1 から T3 の平均差と Hedges’ g は、F1 が＋0.46、g＝.61、F2 が＋0.72、g＝1.04、F3 が＋0.59、g＝.78 であった。F5 は T1 から T3 で有意に上昇し、平均差は＋0.37、g＝.43 であった。

時点効果の偏 η^2 は、F2 で.160、F3 で.116、F1 で.070、F5 で.029 であり、F2 および F3 で比較的大きな効果が認められた。

3-4. Process 評価：戦略チーム参加別にみた組織内波及

調査時点と戦略チーム参加を要因とする二要因分散分析では、F1、F2、F3 および F5 で時点の主効果を認めた（表９）。一方、時点×戦略チーム参加の交互作用はいずれの因子でも有意ではなく、参加者と非参加者の変化パターンに統計的な差は確認されなかった。

表９　戦略チーム参加別二要因分散分析

因子	時点F	偏η²	時点p	参加F	偏η²	参加p	交互作用F	偏η²	交互作用p
F1	8.77	0.077	<.001***	14.84	0.066	<.001***	0.48	0.005	.622 n.s.
F2	20.41	0.163	<.001***	0.93	0.004	.337 n.s.	1.84	0.017	.161 n.s.
F3	15.14	0.127	<.001***	14.21	0.064	<.001***	1.65	0.016	.195 n.s.
F4	2.21	0.021	.112 n.s.	2.67	0.013	.104 n.s.	0.12	0.001	.883 n.s.
F5	3.22	0.030	.042*	1.85	0.009	.175 n.s.	0.38	0.004	.684 n.s.
F6	0.52	0.005	.598 n.s.	6.67	0.031	.010*	0.95	0.009	.387 n.s.

注記：「参加」は多職種戦略チーム参加者/非参加者を示す。

また、戦略チーム参加の主効果は、F1 主体的当事者行動（F＝14.84, p＜.001）、F3 戦略理解・参画（F＝14.21, p＜.001）および F6 職務ストレス（F＝6.67, p＝.010）で有意であった。図５－１に示すように、F1 および F3 では戦略チーム参加者が非参加者より高い水準を示した。F6 職務ストレスも戦略チーム参加者で高かったが、調査時点との交互作用は有意ではなく、その差が介入後に拡大または縮小したとは判断できなかった。効果量は、二要因モデルにおける F1 の時点効果で偏 η^2=.077、参加効果で偏 η^2=.066、F3 の時点効果で偏 η^2=.127、参加効果で偏 η^2=.064 であった（一元配置モデルの時点効果はそれぞれ表８に示している）。一方、時点×参加の交互作用の偏 η^2 はいずれも.017 以下と小さかった。

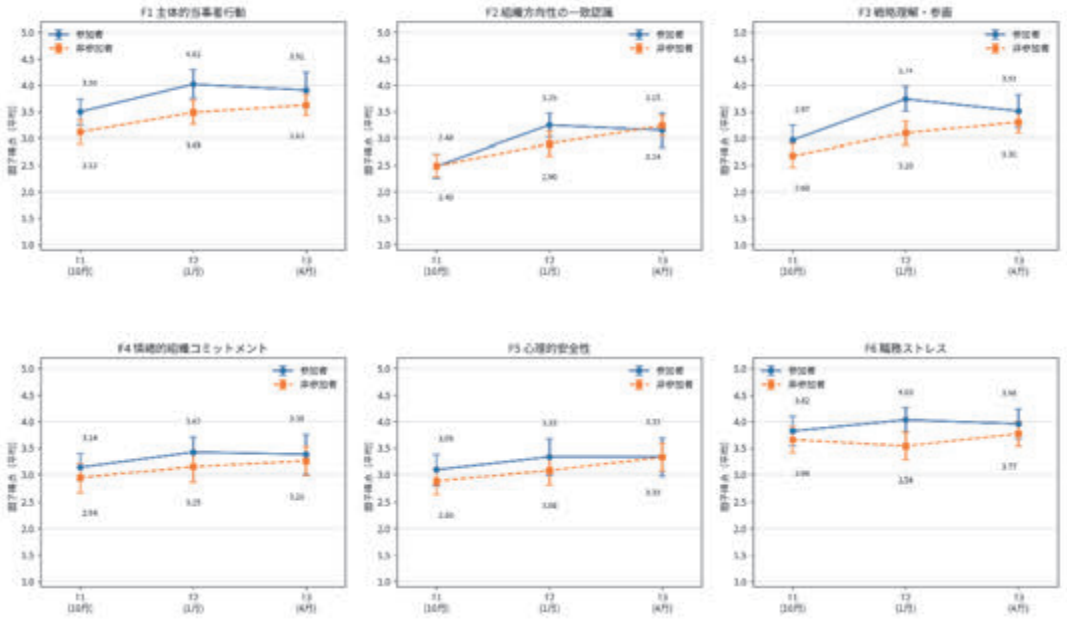


図５―１　多職種戦略チーム参加別にみた各因子の時点別推移

（出所：Python（matplotlib）を用いて著者作成）

職位別の分析では、F5 心理的安全性において調査時点×職位の交互作用が有意であり、効果量は偏 η^2=.029 であった。図５－２に示すように、管理職では T1 から T3 にかけて心理的安全性が上昇した一方、非管理職では大きな変化を認めなかった。

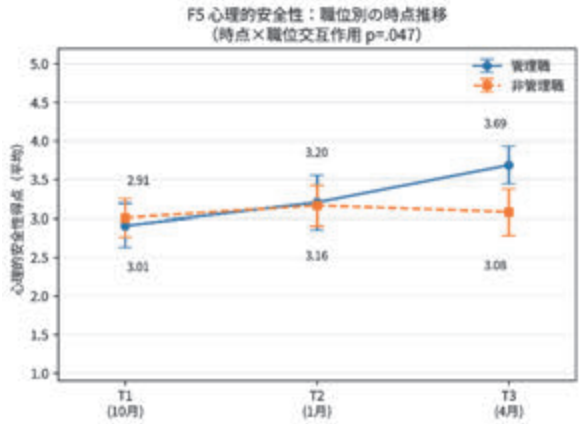


図５―２　職位別にみた心理的安全性の時点別推移

（出所：Python（matplotlib）を用いて著者作成）

時点×戦略チーム参加の交互作用はいずれの因子でも有意ではなく、参加者と非参加者の変化パターンに統計的な差は認められなかった。非参加者にも同方向の変化が観察されたが、組織内波及は統計的には確認されなかった。

3-5. Outcome 評価①：経営指標

2025 年 11 月を介入点として中断時系列分析を行った（図６、表１０）。



注記：実線は ITS モデルによる推定値、破線は介入がなかった場合の反実仮想値、縦の点線は介入点である 2025 年 11 月を示す。丸印は各月の実測値を示す。

図６　主要入院関連指標に対する中断時系列分析

（出所：Python（matplotlib）を用いて著者作成）

表１０　主要入院関連指標に対する中断時系列分析（ITS）の結果

指標	介入後傾き変化（post_time）	標準誤差	95%信頼区間	p値
月間入院患者数（全病棟）	＋0.49人／月	0.90	−1.27～＋2.24	0.586
月間入院患者数（一般病棟）	−0.19人／月	0.87	−1.90～＋1.51	0.824
月間入院患者数（療養病棟）	＋0.68人／月	0.24	＋0.21～＋1.16	.005**
一日平均入院患者数（全病棟）	＋2.95人／月	0.54	＋1.89～＋4.01	＜.001***
一日平均入院患者数（一般病棟）	＋1.22人／月	0.58	＋0.09～＋2.34	.035*
一日平均入院患者数（療養病棟）	＋1.74人／月	0.08	＋1.58～＋1.89	＜.001***
平均在院日数（全病棟）	＋0.68日／月	0.63	−0.55～＋1.90	0.281
平均在院日数（一般病棟）	＋0.22日／月	0.45	−0.67～＋1.12	0.622
平均在院日数（療養病棟）	−35.31日／月	95.78	−223.04～＋152.42	0.712
入院延患者数（全病棟）	＋83.52人日／月	14.65	＋54.81～＋112.23	＜.001***
入院収益	＋199.16万円／月	42.96	＋114.96～＋283.36	＜.001***
病床利用率（稼働65床）	＋4.55%ポイント／月	0.84	＋2.91～＋6.19	＜.001***

注記：標準誤差は自己相関を考慮したHAC標準誤差を用いた。*p＜.05，**p＜.01，***p＜.001。

月間入院患者数の介入後傾きは、全病棟および一般病棟では有意に変化しなかったが、療養病棟では有意に増加した（＋0.68人／月、p＝.005）。

一日平均入院患者数は、全病棟、一般病棟および療養病棟のいずれでも有意に増加した。介入後傾きは全病棟で＋2.95人／月、一般病棟で＋1.22人／月、療養病棟で＋1.74人／月であった。

平均在院日数は、全病棟、一般病棟および療養病棟のいずれでも有意な傾き変化を認めなかった。なお、療養病棟の推定値は信頼区間が広く、不安定であった。

入院延患者数、病床利用率（本研究では運用可能病床である稼働65床を分母とする。以下同じ）および入院収益はいずれも有意に増加し、介入後傾きはそれぞれ＋83.52人日／月、＋4.55ポイント／月、＋199.16万円／月であった（いずれもp＜.001）。

以上より、月間入院患者数は全病棟および一般病棟で明確な変化を認めなかったが療養病棟で増加し、平均在院日数にはいずれの病棟でも一貫した変化を認めなかった。一方、一日平均入院患者数、入院延患者数、病床利用率および入院収益は増加した。

3-6. Outcome評価②：看護必要度B項目

初日B得点は3.08点から2.97点、最終観察日B得点は2.32点から2.13点へ推移したが、いずれも有意差を認めなかった。B3以上割合およびB5以上割合にも有意差

はなく、看護必要度Ｂ項目では、介入後に患者像の明確な軽症化や入院中の機能悪化を示す所見は認められなかった（表１１、図７）。

表１１　看護必要度Ｂ項目による患者像の介入前後比較

指標	介入前	n	介入後	n	p値
初日B得点（平均）	3.08点	334	2.97点	265	.631 n.s.
最終観察日B得点（平均）	2.32点	333	2.13点	233	.416 n.s.
B3以上割合（初日）	46.7%	334	45.3%	265	.728 n.s.
B5以上割合（初日）	32.0%	334	30.9%	265	.775 n.s.
B3以上割合（最終観察日）	33.0%	333	30.5%	233	.520 n.s.
B5以上割合（最終観察日）	25.5%	333	21.9%	233	.319 n.s.

注記：連続指標はWelchのｔ検定、割合指標は χ^2 検定を用いた。

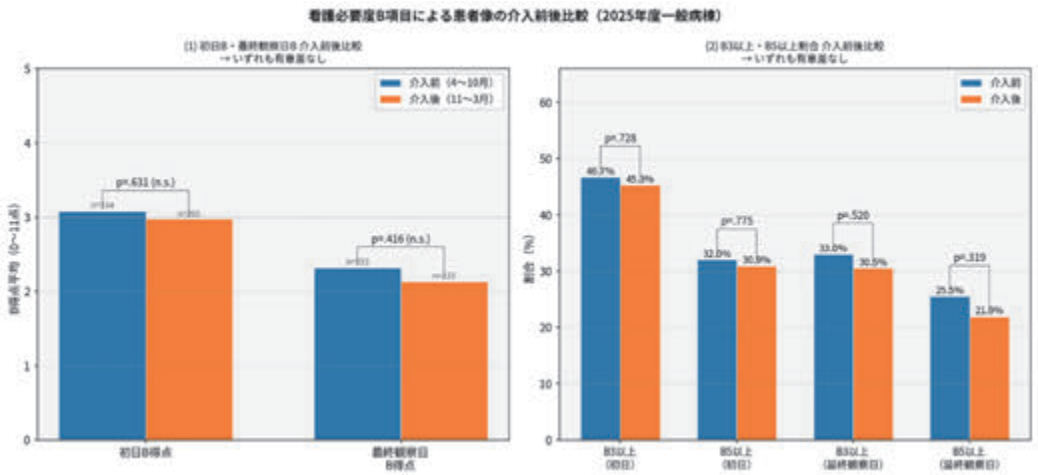


図７　看護必要度Ｂ項目による患者像の介入前後比較

（出所：Python（matplotlib）を用いて著者作成）

3-7. Outcome 補足評価：病院収益・費用の前年同月比

3-5 の経営指標を費用面から補足するため、病院全体の収益・費用の前年同月比を整理した（表１２）。介入後期間では、入院収益は 113.0%、医業収益は 102.3%と増加した一方、医業費用は 99.5%、給与費と経費は各 100.4%と横ばいで、材料費は 84.7%に低下した。外来収益も 98.2%とほぼ前年同月並みであり、収益増は総費用の

比例的増加を伴っていなかった。

ただし、介入後期間は５か月と短く、病院全体の会計指標には介入以外の要因も含まれるため、統計的検定は行わず、費用膨張による収益増ではないことを示す補足所見として記述的に解釈した。

表１２　病院収益・費用の前年同月比補足評価

指標	介入前（4〜10月）	介入後（11〜3月）
医業収益	96.9%	102.3%
入院収益	98.7%	113.0%
外来収益	98.3%	98.2%
医業費用	100.4%	99.5%
給与費	100.7%	100.4%
材料費	97.5%	84.7%
経費	101.5%	100.4%

注記：前年同月を 100 として算出した。各指標は病院全体の会計指標である。

3-8. 仮説と結果の対応

各仮説と結果の対応を表１３に示す。Structure の形成と Process 指標の改善方向の変化が確認され、Outcome でも経営・運用指標の改善方向の変化が観察された一方、組織内波及および介入との因果関係については限定的に解釈した。

表１３　仮説と結果の対応

仮説	評価	主な根拠	解釈
H1 Structure	支持	多職種戦略チーム形成、経営戦略会議、目標管理シート、部署別KPI設定	組織変革を支える構造が形成された
H2 Process	概ね支持	F1〜F3のT1→T2/T3上昇、T3追加調査における発言・提案・実行経験	経営課題の自分ごと化、戦略理解、参画が改善方向に変化した
H3 Process	限定的支持	戦略チーム別分析で時点×参加の交互作用は有意でなく、非参加者も同方向に推移	波及の可能性を示すが、交互作用非有意は波及の証明ではないため慎重に解釈する
H4 Outcome	部分的支持	入院延患者数、療養病棟平均在院患者数、入院収益、病床利用率の上昇方向の変化	経営・運用指標に改善方向の変化が同時期に観察された
H5 Outcome	概ね支持	初日B、最終観察日B、B3/B5以上割合に有意な悪化なし	少なくとも本研究で用いたB項目では、明確な患者像の変化や機能悪化を示す所見は認められなかった

４．考察

4-1. 主要所見の要約

人口減少、自治体財政の制約、人的資源不足に直面する過疎地域の地方公立 N 病院を対象に、Kotter モデルを参照した多職種戦略チームを中心とするチームビルディングを実施し、その運営状況を SPO モデルにより評価した。主な所見は、まず多職種戦略チームの形成、経営情報の共有、部署目標化／PDCA 設計といった Structure が整備されたことである。次に、職員の主体的当事者行動、組織方向性の一致認識、戦略理解・参画、心理的安全性などの Process 指標に改善方向の変化がみられた。さらに、同時期に一般病棟および療養病棟の一日平均入院患者数が増加し、病院全体の入院延患者数、病床利用率および入院収益にも改善方向の推移が認められた。他方、月間入院患者数は全病棟および一般病棟で有意な変化を認めなかったものの、療養病棟では有意な増加を認めた。平均在院日数には、いずれの病棟でも一貫した有意な変化を認めなかった。

実践において中核となったのは、トップマネジメントが経営改善の「答え（具体的な施策）」を一方的に提示したことではない。むしろ、「どの患者状態像に対応するか」「どの病床機能を活用するか」「限られた人材でどの患者フローを形成するか」という問いと制約条件を明示し、現場職員が自部署の日常業務に引きつけて自発的に思考を深める「意思決定空間」を設計・提供した点にある。したがって、一連の介入は、単なる定例の情報共有会議ではなく、マクロな経営課題を現場職員の認知、対話、および部署行動へと翻訳・接続する組織的プロセスであったと解釈できる。

経営・運用指標の変化を患者フローの観点からみると、月間入院患者数は全病棟および一般病棟で明確な増加を認めなかった一方、療養病棟では有意な増加を認め、一般・療養両病棟の一日平均入院患者数も増加した。また、病棟別の平均在院日数には有意な傾き変化を認めなかった。したがって、病床利用率および入院延患者数の増加は、新規入院患者数の急増や平均在院日数の単純な延長だけでは説明されにくく、むしろ、一般病棟への入院受入れ、病状安定後の療養病棟への院内移行、療養病床の受け皿機能などを含む病棟間の患者配置の変化として整合的に解釈できる。療養病棟における月間入院患者数の増加も、この受け皿機能の作動と方向性が一致する。ただし、一連の調査では個々の患者の病棟間移動を追跡していないため、患者フローの改善を直接実証したものではない。

4-2. SPO の整合的変化と関連の解釈

Structure として、多職種戦略チームの形成、定期的な経営戦略会議の設置、および目標管理シートを活用した部署別 KPI の設定が意図通りに実装された。T3 追加調査では、戦略チーム参加者において経営に関する発言機会、アイデア採用の機会、およびアイデアの採用・実行経験が非参加者より高かった（表５、図３－１）。これは、多職種戦略チームが情報共有にとどまらず、発言や提案を採用・実行へ結びつける場として機能した可能性を示している。特に、アイデア採用率には大きな群間差（RR=3.56）が認められ、参加者が組織変革の推進主体として参画する機会を得ていたことが示唆された。ただし、戦略チーム参加者は無作為に選定されたものではなく、もともと経営課題への関心や主体性が高い職員が参加していた可能性があるため、これらの群間差を参加そのものの因果効果と解釈することはできない。

HRM 関連尺度（Process 指標）では、主要 3 因子（F1 主体的当事者行動、F2 組織方向性の一致認識、F3 戦略理解・参画）が T1 から T2 にかけて有意に上昇し、T2 から T3 には有意差を認めなかった（表８、図４）。この結果は、経営課題の自分ごと化や組織方向性への納得感に関わる認知的・行動的変化が介入初期に現れ、その後も概ね維持された可能性を示す。F5 心理的安全性は T1 から T2 では有意差を認めなかった一方、T1 から T3 で有意に上昇した。主体的参画や戦略理解の変化に続いて、多職種間の対話経験が蓄積するなかで心理的安全性が緩やかに形成された可能性がある。

他方、F4 情緒的組織コミットメントおよび F6 職務ストレスについては、全時点で有意な変化を認めなかった（表８、図４）。組織への心理的帰属意識や日常的な職務負担感は、認知の変容や短期の行動変容に比して、組織風土や人事制度など多様なマクロ要因に規定される遠位かつ緩慢な指標である。したがって、6 か月という限定的な観察期間内において明確な変動を示さなかったことは、理論的予測と平仄が一致する。

Outcome では、ITS 分析により、入院延患者数、療養病棟平均在院患者数、入院収益および病床利用率に、介入後の有意な傾き増加が観察された（表１０、図６）。これらは、限られた人的資源のもとで病床運用が改善方向へ推移したことを示す所見であり、浦山（2024）が指摘した公立病院改革の内的成功要因や、左右田（2016）が示した病床利用率等の効率性・生産性指標の健全化と整合する方向性を示している。加えて、看護必要度 B 項目では初日および最終観察日の B 得点、重症度割合のいずれにも介入前後で有意差を認めなかった（表１１、図７）。したがって、これらの Outcome の変化は、少なくとも B 項目で捉えられる患者像の大きな軽症化や入院中 ADL 悪化の

みでは説明されにくいと考えられた。

費用面については、補足的に病院全体の収益および費用の前年同月比を確認した（表１２）。介入後期間に入院収益が 113.0%、医業収益が 102.3%と増加した一方で、医業費用は 99.5%とほぼ前年同月並みであり（給与費 100.4%、経費 100.4%、材料費 84.7%）、収益の増加が総費用の比例的な増加を伴っていなかった。もっとも、これらは外来を含む病院全体の会計指標であり、入院部門単独の原価や採算性を示すものではない。したがって、本研究では費用指標を収益改善の因果的裏付けとしてではなく、経営・運用指標の解釈を補助する反証的な材料として慎重に扱う。

ただし、これら複数水準（S・P・0）にわたる指標の改善方向への推移は、本介入の純粋な直接的因果効果として断定・帰着させるべきではない。単一施設の非ランダム化準介入研究という性質上、地域における他機関の動向、季節性変動、偶発的な患者流入などの交絡因子を完全には制御しきれないためである。したがって一連の介入の成果は、Kotter 型チームビルディングに関連して、職員側の Process 変容と業務・経営・運用指標の好転が同時期に整合的に観察された記述的所見として、慎重に位置づける必要がある。

4-3. 組織内波及と心理的安全性の解釈

二要因分散分析（表９）の結果、主要な Process 因子（F1、F2、F3、F5）において調査時点の主効果が有意であった一方、「調査時点×戦略チーム所属」の交互作用はいずれの因子においても統計的有意水準に達しなかった（図５－１）。前述したように、交互作用が有意でないという統計的事実は、波及効果そのものを直接的に実証するものではなく、「所属者と非所属者の間で、経時的な変化パターンに統計的な差を確認できなかった」ことを意味するにとどまるため、その解釈には厳密な慎重さを要する。

しかし、所属の有無にかかわらず、双方の群で各因子が同方向に推移したことは、多職種戦略チームの活動が非所属職員にも何らかの形で共有された可能性を検討するうえでの補足的所見である。ただし、時点とチーム所属の交互作用は有意ではなく、本結果のみから、多職種戦略チームを介した組織内波及やその作用機序を統計的に実証することはできない。人的資源が限られ、全職員を公式な変革活動へ同時に参加させることが難しい地方公立病院では、複数職種から構成される少数の戦略チームを、組織内の情報共有と意味づけを支える仕組みとして設計することには実務的意義があると考えられる。戦略チーム所属者による部署内の情報伝達、日常の職場会話、目標

管理シートの共同作成が、このような共有過程に関与した可能性はあるが、今後、非所属職員への情報伝達経路や認知変化を直接測定して検証する必要がある。

一方、F5 心理的安全性では調査時点×職位の交互作用が有意（p=.047）であり、管理職では T1 から T3 にかけて得点が上昇した一方、非管理職では大きな変化を認めなかった（図５－２）。この結果は、心理的安全性の改善が職位によって異なる可能性を示している。ただし、単一施設の探索的分析であり、各群のサンプルサイズにも限界があるため、職位差の解釈には慎重を要する。非管理職の心理的安全性を高めるには、戦略チーム内の対話にとどまらず、各部署の日常業務において、発言や提案が継続的に受け止められ、実行へ結びつく経験を積み重ねる必要がある。

心理的安全性が医療現場における発言、学習、質改善活動への参画を促す条件として位置づけられることを踏まえると（Ito et al., 2022）、F5 の上昇は、主体的参画の経験蓄積が組織風土を徐々に形成していく過程と解釈できる。また、構造的エンパワメントの観点では、職員が意思決定へ参加できる環境や、情報・支援・資源へアクセスできる組織構造が重要である（Van Bogaert et al., 2016）。一方、戦略チーム参加の主効果は F6 職務ストレスにも認められ、参加者は非参加者より高い水準を示した。これは、経営参画が主体性や戦略理解と結びつく一方で、追加的な役割負担を伴う可能性を示している。今後の運用では、参加者の業務量や心理的負荷を継続的に把握し、必要な支援を設計することが課題となる。

4-4. 多職種戦略チームを起点とする modified Kotter プロセス

Kotter（1996）の原型モデルでは、一般に「危機意識の醸成（Step 1）」が変革プロセスの絶対的な起点に置かれる。しかし、専門職自律性が極めて強く、かつ組織構造的に経営課題が「自分ごと化」されにくい地方公立病院の文脈においては、危機意識をトップから一方向的かつ先行して訴求するアプローチは、現場の無力感や抵抗、あるいは「経営は事務方が対処すべき」という既存の役割分離をむしろ強化してしまうリスクがある。対象施設においても、職員は危機を認識していなかったわけではなく、臨床業務への強い自負と誠実さを持ちながらも、病院経営は別主体が担うものという役割分離認識が組織全体に漂っていた。

このような組織文脈においては、危機を先に押しつけるよりも、まず複数職種・職位がフラットに対話できる場（guiding coalition）を Structure として先行形成し、その安全な対話空間の中で、財務・人材・地域医療需要という客観的な「制約条件」を共有・咀嚼していくステップが、対象施設における組織内戦略形成を進めるう

えで有効に機能した可能性がある。すなわち、危機意識はトップから一方向的に与えられたのではなく、多職種戦略チーム内の対話を通じて、自部署の日常業務や地域医療における専門職としての責任と結びつけられながら、内発的に形成されていったと考えられる。

この点から、専門職自律性の高い地方公立病院の再生・縮小局面において、多職種戦略チームを先行形成するKotter運用について、実行可能性と実務的有用性を示す事例的所見が得られた。以下では、本研究で実践した一連の運用を「多職種戦略チームを起点とするmodified Kotterプロセス」として整理する（表１４）。

表１４　多職種戦略チームを起点とするmodified Kotterプロセス

段階	名称	本研究での内容	対応するKotter原ステップ
①	多職種戦略チームの形成	まず対話の場をつくる。 専門職・職位横断の関係形成を優先	Step 2　推進チーム（順序を前倒し）
②	制約条件の共有と危機意識の形成	財務・人材・地域需要を共有し危機を自分ごと化	Step 1　危機意識（②へ後置）
③	患者状態像・病床機能の戦略探索	どの患者に対応しどの病床を使うか	Step 3　ビジョン・戦略
④	部署内共有と意味づけ	チーム議論を部署へ翻訳	Step 4　伝達
⑤	部署目標化とKPI/PDCA	経営課題を行動計画・指標へ	Step 5　行動促進
⑥	短期成果の確認	月次指標でスモールウィン	Step 6　短期成果
⑦	組織内波及	非所属職員への伝播（萌芽段階）	Step 7　さらなる変革の推進
⑧	組織能力化	患者フロー・病床機能の再構成能力へ （萌芽段階）	Step 8　文化への定着

このプロセスの本質的な特徴は、危機を現場に「押しつける」のではなく、チームを媒介とすることで危機を現場にとって「行動可能な課題」へと変換・意味づけした点にある。危機意識の共有は不可欠であるが、それが現場の実行力と結びつかなければ、単なる組織的な諦念や疲弊に変質しうる。本研究の結果は、公式な対話の場を初手として設計し、そこで制約条件を「問い」として共有することが、専門職組織におけるスタッフ・エンパワメントを伴う組織変革の有効な介入手段になりうることを示している。

この所見は、医療領域の変革管理・改善・実装研究においてKotter型モデルが主要な変革モデルの一つとして用いられてきたとするHarrison et al.（2021）のレビューと整合する。同時に、日本の公立病院ガバナンス改革では、ニュー・パブリック・マネジメント的改革が財務・管理面の改善可能性を持つ一方、医療専門職の自律性や既存の組織文化との緊張関係を生みうることが指摘されている（Uddin et al.,

2020)。本研究は、トップダウン型構造を変革することだけにとどまらず、スタッフとの対話と当事者参画を先立たせることで、専門職組織の内部から経営課題の主体的な引き受け（自分ごと化）を起こしうる具体的なアプローチを提示した点に意義がある。

この点は、野中の middle-up-down management とも一定の親和性を有する。野中の議論では、ミドルマネジャーがトップの理念と現場の知識・実践を媒介し、組織的知識創造を促進する存在として位置づけられる（Nonaka & Takeuchi, 1995）。本研究においても、トップマネジメントが「答え」を提示するのではなく、問いと制約条件を示し、それを現場側が自部署の業務文脈に引きつけて解釈した点では、トップと現場の間に媒介的な意味づけプロセスが形成された可能性がある。

ただし、地方公立病院において、野中モデルが想定するようなミドルマネジャー中心の媒介機能をそのまま実装することには限界がある。過疎地域の中小規模病院では、そもそも中間管理職の層が厚くなく、管理職自身も通常業務、勤務調整、人員不足への対応、現場実務を兼務していることが多い。そのため、トップの戦略をミドルが咀嚼し、現場へ翻訳し、さらに知識創造を促すという役割を特定の中間職位だけに担わせると、業務負荷の集中、形式的な伝達、あるいは「管理職だけの改革」への矮小化が生じる可能性がある。この制約を踏まえ、職位に限定されない多職種戦略チームを形成し、中間職位だけでなく現場代表を含む複数職種のメンバーが、経営課題を部署ごとの等身大の言葉と行動計画へ落とし込めるような設計を採用した。その結果、部門目標は上位から与えられたノルマではなく、自部署の業務特性に即して「自分たちで作成した目標」として意味づけられ、経営課題の自分ごと化と達成に向けたモチベーションにつながった可能性がある。したがって、本研究の独自性は、middle-up-down 型の知識創造論と親和性を持ちながらも、ミドルマネジャー個人に過度に依存せず、職位横断・多職種型の戦略チームを、トップと現場の意味づけを媒介する仕組みとして設計した点にある。

4-5. Kotter 型チームビルディングと SPO 評価の意義

Kotter モデルを介入の時間軸、SPO モデルを Structure・Process・Outcome の変化を整理する評価軸として用いた。この役割分担により、チームの実装、職員の認知・行動変化、経営・運用指標の推移を一貫した枠組みで確認できた。とくに、BSC を参考にした簡略化目標管理シートは、Kotter モデルにおける行動促進と短期成果確認を部署単位の PDCA へ接続する実装ツールとして機能し、その運用下で、部署目標 28 項

目中 21 項目が達成された。

SPO を援用することで、財務的成果だけでなく、その前段階にある組織構造の形成と職員・部署の行動変化を区別して評価できた。臨床的質評価と組織変革評価を混同しないよう、各層の評価対象を方法で明示した。これにより、成果を生み出す構造の形成から職員・部署の過程を経て経営指標に至る変化を、段階的かつ構造的に整理・検討することが可能となった。

4-6. Levers of Control による補完的解釈

本研究では、Levers of Control（LOC）を介入設計時の主理論として用いたわけではない。しかし、SPO の各層が同方向に変化した背景を解釈する補完的理論として、LOC は有用である（Simons, 1995）。Kotter モデルに沿ってチームビルディングを進める過程で、トップマネジメントは「答え」を提示するのではなく、「価値」「制約条件」「問い」「測定指標」を組み合わせ、現場職員が自ら判断できる統制空間を設計していたと解釈できる。

すなわち、地域医療を守ること、病院存続の意義、職員の働く場を守るという価値共有は Belief System として機能した。財務制約、人材制約、地域需要、病床機能、診療報酬制度の明示は Boundary System として、戦略探索の自由度と限界を定めた。

一般に、病院の縮小・再編局面におけるこのような厳しい制約条件（Boundary）の突きつけは、現場職員に対して組織からの期待の裏切り、すなわち「心理的契約の不履行（Breach)」として知覚され、組織コミットメントの著しい低下や疲弊を招くリスクを孕んでいる（藤原崇, 2021）。しかし一連の介入においては、多職種戦略チームというフラットかつ安全な対話構造（Interactive Control System）を初手として先行設計した。この構造的配慮により、制約条件の共有が「一方的なノルマの押しつけ」ではなく、地域医療を守るという共通価値（Belief System）のもとで、組織と現場が新たな期待関係を互酬的に結び直す「心理的契約の再構築プロセス」として機能した可能性が考えられる。さらに、どの患者状態像に対応し、どの病床機能を活用し、どの患者フローを形成するかという対話は Interactive Control System に相当し、部署目標、KPI、PDCA、月次指標確認は Diagnostic Control System として機能したと解釈できる（表１５）。

表１５　Levers of Control による事後的解釈

LOCのレバー	本研究での対応
Belief System	地域医療を守る、病院存続の意義、職員の働く場を守るという価値共有
Boundary System	財務制約、人材制約、地域需要、病床機能、診療報酬制度という制約条件の明示
Interactive Control System	どの患者状態像に対応するか、どの病床機能を活用するか、どの患者フローを形成するかという問いと対話
Diagnostic Control System	部署目標、PDCA、月次指標確認による進捗管理

この解釈に立てば、本研究で観察された変化は、Kotter の手順を形式的になぞった結果ではなく、価値共有、制約条件の明示、対話的探索、診断的な進捗確認が組み合わさった統制様式によって支えられていた可能性がある。LOC は、Kotter 型チームビルディングが現場でどのように作動し、SPO の Process 指標と Outcome 指標を接続したのかを説明する補助線として位置づけられる。

4-7. 限られた資源から始める組織変革

一連の介入で観察された変化は、精緻な将来予測や上位方針から逆算して進められたものではなかった。むしろ、看護師不足、病床稼働の制約、地域医療需要の変化という現実を前提に、いま自院にある人材、部署機能、病床機能をどう使うかを考えるところから始まっていた。

このような進め方は、エフェクチュエーションの考え方と親和性がある。エフェクチュエーションは、将来を正確に予測してから行動するのではなく、手元にある資源を出発点に、許容できる範囲で行動し、関係者の参加を得ながら次の可能性を広げていく意思決定の考え方である（Sarasvathy, 2008；吉田, 2018）。医療・ケア領域でも、不確実性の高い場面では、すでにある手段から行動のハードルを下げていく視点が有用とされている（角田・吉田, 2023）。

N 病院の多職種戦略チームでは、トップが具体的な答えを示すのではなく、財務、人材、地域需要という制約条件を共有し、「どの患者状態像に対応するか」「どの病床機能を活用するか」「どの患者フローを形成するか」を現場とともに検討した。その

結果、職員は自部署の専門性やマンパワーを起点に、部署目標やKPI、具体的な行動計画へ落とし込むことができた。職員自ら実行可能な選択肢を形成した点にも、エフェクチュエーション的な特徴がみられる。ここで重要なのは、既存資源を単に保有していたことではなく、それらを対話と目標管理を通じて再結合し、組織的な行動能力へ転換したことである。この過程は、資源制約を変革不能の理由とするのではなく、利用可能な資源から変革を開始する方法を示している。

したがって、本研究におけるスタッフ・エンパワメントは、単に職員の意欲が高まった状態ではなく、制約条件を理解したうえで、自分たちの持つ資源を使い、実行可能な行動へ変換していく過程として捉えられる。Kotter型チームビルディングはそのための場と順序を提供し、LOCは価値、制約条件、対話、指標を通じてその行動を支える仕組みとして機能していたと考えられる。

4-8. 実務的含意

本研究の実務的含意は、過疎地域における地方公立病院の再生・機能再編という極めてシビアな局面において、単なる外部コンサルタントによる財務データの提示やトップダウンの方針提示といった「外因的統制」ではなく、現場職員が自ら制約条件を解釈し、経営課題を自部署の行動計画へと落とし込む「内発的プロセス」を設計することの重要性を示した点にある。特に、就労人材の不足によって許可病床をフルに稼働できないという公立病院特有の供給側の資源制約がある環境下においては、一律の増収策は現場の疲弊を招きかねない。限られた人材で対応する患者層・活用する病床機能・支える部署の役割分担を、多職種横断で継続的に対話し意思決定していく組織能力の獲得こそが、自治体財政の制約に縛られた地方医療機関の現実的な存続戦略となる。

この文脈において、BSCを参考に簡略化した目標管理シート（付録１、２）は、病院全体の抽象的なマクロ課題を現場のミクロなアクション（KPIと具体的行動計画）へ接続・変換するための実務的装置として機能した。すなわち、目標管理シートは、BSCを独立した評価制度として導入したものではなく、Kotter型チームビルディングで形成された危機意識、戦略理解、部署目標化を日常業務へ展開するための翻訳装置であった。

今後、この目標管理システムを病院全体の全部署、さらには医師個人へと拡張し、人事評価や処遇（報酬制度）との連動を本格化させていくフェーズにおいては、本システムが単なるトップダウンの「ノルマ管理・監視の道具（Diagnostic単体の強

化)」に退行しないよう注意する必要がある。職員が自らの主体的な発言と提案を通じて病院運営に関与できるというスタッフ・エンパワメントの維持と、組織的な進捗管理の厳密さとの間で、動的な均衡を保ちながら運用していく制度設計が不可欠である。

特に、地方公立病院では人的余裕が乏しく、全職員が高度な経営分析を担うことは現実的ではない。しかし、多職種戦略チームで共有された制約条件が部署内で共有され、各部門が等身大の目標として成果指標と行動計画へ落とし込むことで、経営課題は「誰かが決めた数値」ではなく「自分たちが達成可能性を考えた課題」へと変換された。このプロセスこそが、当事者行動や戦略理解の上昇、さらには短期成果の確認を通じた達成動機の形成に結びついたと考えられる。

4-9. 限界と今後の課題

本研究には、研究デザイン、測定方法、Outcome 評価および統計解析に関する限界がある。

第一に、本研究は単一施設の非ランダム化準介入研究であり、対照群を設定していない。また、多職種戦略チームの参加者は無作為に割り付けられたものではなく、自薦・他薦を含め、各部署からおおむね均等に募った。このため、参加者には、介入前から経営課題への関心や主体性が高い職員が含まれていた可能性があり、観察された変化を介入の因果効果として断定することはできない。さらに、研究者自身が対象組織における実践に関与していることから、観察者バイアスや回答者の社会的望ましさバイアスを完全には排除できない。したがって、一連の介入で示した結果の他施設への一般化には慎重を要する。

第二に、職員アンケートは完全無記名方式で実施したため、同一個人の経時変化を追跡できず、各時点の回答者集団を反復横断データとして扱った。各時点の個人対応は取得していないものの、同一職員が複数時点で回答している可能性があり、観測値の完全な独立性は保証されない。また、探索的因子分析では、各時点単独では項目数に対して標本数が限られるため、3 時点の延べ 215 件を統合して分析した。そのため、同一職員の重複回答を含む可能性に加え、各時点で同一の因子構造が成立しているかについて、測定不変性の検定による確認は行っていない。ただし、時点別の Cronbach's α 係数はいずれの因子・時点でも.830 以上であり、内的整合性の観点では時点間で大きな変動は認められなかった。さらに、T3 追加調査は自己回答に基づくため、参加者の自己正当化や記憶バイアスが含まれる可能性がある。

第三に、経営・運用指標に対するITS分析では、介入後の観測点が5時点に限られており、季節性、患者構成、医師配置、地域連携、退院調整、診療体制などの変化を十分に調整できていない。また、個々の患者について一般病棟から療養病棟への移動を追跡していないため、一日平均入院患者数や病床利用率の増加を、病棟間患者フローの改善として直接確認したものではない。したがって、ITSで認められた介入後の傾き変化は探索的な所見であり、多職種戦略チームの活動との因果関係を確定するものではない。加えて、S・P・O各層の変化は同時期に観察された記述的所見であり、各層間の直接的な因果関係を実証したものではない。

第四に、患者像および費用に関する評価にも限界がある。看護必要度B項目では退院日を示すフラグが存在しなかったため、最終観察日B得点を退院時状態の近似指標として扱った。また、材料費および経費の前年同月比は病院全体の会計指標であり、入院部門、外来部門、診療所などへの厳密な費用配賦は行っていない。人件費を含む部門別原価計算も実施していないため、これらの経営指標は、入院部門の採算性や介入の費用対効果を直接評価するものではない。

第五に、本研究では複数の指標について探索的解析を実施しており、研究全体に対する一括した多重性調整は行っていない。このため、個々のp値は確証的な結果ではなく、効果量、信頼区間、推定方向および他の指標との整合性を含めて慎重に解釈する必要がある。

今後は、観察期間を延長するとともに、複数施設または比較対象を含む研究デザインを用いて、組織内戦略形成プロセスの再現可能性と適用可能性を検証する必要がある。また、患者アウトカム、地域連携指標、病棟間移動および部門別原価を含む評価を追加し、会議記録、自由記述、インタビューなどの質的データを組み合わせることで、変化が生じる過程と作用機序をより詳細に明らかにすることが求められる。さらに、非管理職の心理的安全性をどのように高めるか、目標管理シートを人事評価や処遇へ接続する際に、スタッフ・エンパワメントと管理強化との均衡をどのように保つかも、今後の重要な検討課題である。

5．結論

人口減少、人的資源不足、財務制約に直面する地方公立N病院を対象に、多職種戦略チームを起点とした組織変革プロセスを検討した。その結果、チーム形成、経営情報の共有、部署目標化、KPI/PDCAの設定を通じて、職員の主体的当事者行動、組織方

向性の共有、戦略理解・参画に改善方向の変化が確認された。また、同時期に、病床利用率、入院延患者数、入院収益などの経営・運用指標に改善方向の推移が認められた。看護必要度B項目には介入前後で明確な悪化を示す差を認めず、これらの変化は、少なくともB項目で捉えられる患者像の大きな軽症化や入院中ADL悪化のみでは説明されにくかった。

これらの結果から、地方公立病院のように制約条件の大きい組織においても、トップが答えを示すのではなく、現場が考えるための場、情報、制約条件、行動目標を設計することで、職員の経営参画と実行行動を引き出せる可能性が示された。

本研究は、地方公立病院における持続可能な組織改革において、限られた資源のもとで多職種が経営課題を共有し、主体的に戦略を形成・実践する組織内戦略形成プロセスを構築することの重要性を示した。また、その実践原理として、Kotterモデルを基盤とした多職種戦略チームが、経営課題を職員の認知・対話・部署行動へ接続する仕組みとして機能し得ることを支持する所見が得られた。

さらに、その変化をSPOモデルによって構造・過程・成果の観点から可視化し、Levers of Controlによって統制と自律の相互作用として解釈した点に、本研究の学術的意義がある。

ただし、本研究は単一施設における短期の準介入研究であり、観察された変化を介入の直接的因果効果として断定することはできない。今後は、観察期間の延長、複数施設での検証、非管理職層への波及過程の検討を通じて、本研究で示した組織内戦略形成プロセスの再現可能性と適用上の限界をさらに検討する必要がある。

謝辞

本稿の執筆にあたり、研究構想、分析方法および論文構成についてご指導を賜った兵庫県立大学大学院社会科学研究科経営専門職専攻の先生方に深く感謝申し上げます。特に、木下隆志先生には、研究テーマの設定から分析結果の解釈に至るまで、丁寧なご助言をいただきました。また、議論を重ねた学友の皆様ならびに、アンケート調査や経営戦略会議、改善活動にご協力いただいたN病院職員の皆様に、心より御礼申し上げます。

本研究は、多忙な日常診療のなかでも地域医療の将来を真摯に考え、組織改革に主体的に取り組んでくださった職員の皆様の協力なくして成し得ませんでした。その実践と挑戦に、あらためて深く敬意を表するとともに、心から感謝申し上げます。

参考文献

[1] Betto, F., Sardi, A., Garengo, P., & Sorano, E. (2022). The evolution of Balanced Scorecard in healthcare: A systematic review of its design, implementation, use, and review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(16), 10291.

[2] Bisbe, J., & Barrubés, J. (2012). The Balanced Scorecard as a management tool for assessing and monitoring strategy implementation in health care organizations. *Revista Española de Cardiología (English Edition), 65*(10), 919–927.

[3] Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*(3), 166–206.

[4] Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748.

[5] Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly, 44*(2), 350–383.

[6] Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. *Journal of Healthcare Leadership, 13*, 85–108.

[7] Ito, A., Sato, K., Yumoto, Y., Sasaki, M., & Ogata, Y. (2022). A concept analysis of psychological safety: Further understanding for application to health care. *Nursing Open, 9*(1), 467–489.

[8] Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review, 70*(1), 71–79.

[9] Kotter, J. P. (1996). *Leading change.* Harvard Business School Press.

[10] Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation.* Oxford University Press.

[11] Sarasvathy, S. D. (2008). *Effectuation: Elements of entrepreneurial expertise.* Edward Elgar Publishing.

[12] Simons, R. (1995). *Levers of control: How managers use innovative control*

systems to drive strategic renewal. Harvard Business School Press.
[13] Uddin, S., Mori, Y., & Shahadat, K. (2020). Private management and governance styles in a Japanese public hospital: A story of west meets east. *Social Science & Medicine, 245*, 112719.
[14] Van Bogaert, P., Peremans, L., Diltour, N., Van Heusden, D., Dilles, T., Van Rompaey, B., & Havens, D. S. (2016). Staff nurses' perceptions and experiences about structural empowerment: A qualitative phenomenological study. *PLOS ONE, 11*(4), e0152654.
[15] 石橋賢治(2016)「公立病院改革プランの経営の効率化に影響を与えた要因―自治体の直営病院に着目して―」『日本医療・病院管理学会誌』第 53 巻第 1 号、pp.7-18。
[16] 伊関友伸(2007)「自治体病院の経営の問題点～夕張市立総合病院の経営破綻を踏まえて～」『季刊 政策・経営研究』第 2007 巻第 2 号、pp.185-202。
[17] 浦山剛史(2024)「公立病院改革プランの実行によって業績改善した病院の要因分析」『商大論集』第 76 巻第 3 号、pp.75-94。
[18] 大谷泰史・福田治久(2019)「公立病院再編による経営改善効果に関する研究」『日本医療・病院管理学会誌』第 56 巻第 1 号、pp.17-27。
[19] 清水裕士(2016)「フリーの統計分析ソフト HAD：機能の紹介と統計学習・教育、研究実践における利用方法の提案」『メディア・情報・コミュニケーション研究』第 1 巻、pp.59-73。
[20] 世古口務(2021)「なぜ自治体病院は経営的に赤字になるのか？」『Healthcare note』No.21-02、野村ヘルスケア・サポート＆アドバイザリー株式会社。
[21] 左右田裕生(2016)「黒字病院群と赤字病院群の比較による財務特性と経営指標の有用性に関する研究：社会福祉法人済生会病院群での検証」『商大ビジネスレビュー』第 6 巻第 1 号、pp.223-252。
[22] 角田ますみ・吉田満梨(2023)「アドバンス・ケア・プランニング支援におけるエフェクチュエーションの適用可能性」『生命倫理』第 33 巻第 1 号、pp.69-78。
[23] 藤原崇(2021)『戦略的人的資源管理論への心理的契約理論の適用』兵庫県立大学博士学位論文。
[24] 吉田満梨(2018)「新市場創造プロセスにおける不確実性と意思決定」『マーケティングジャーナル』第 37 巻第 4 号、pp.16-32。

付録１　目標管理シートの原本

経営・多職種戦略チーム　【目標管理シート】 部署（ ）			
経営の目標（到達したい姿）		成果指標	目標値
例	開業医連携強化	逆紹介	90%以上
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
誰が、どこで	なにを、どのように		いつまでに
医師、看護師、MSW	入院時から退院調整の徹底、地域連携パス利用、紹介状作成		通年

付録２　目標管理シートの記載例

経営・多職種戦略チーム　【目標管理シート】 部署（ 放射線室　）			
経営の目標（到達したい姿）		成果指標	目標値
例	開業医連携強化	逆紹介	90%以上
①	技師人数減のため、人員が戻るまで昨年同等の検査を維持	前年同月比	100%
②	骨密度検査（腰椎＋大腿）の検査数を増やす（案内含め）	前年同月比	105%(30件増)
③	CT、MRIの共同利用提携施設数の増加	訪問件数/月	２件/月
誰が、どこで	なにを、どのように		いつまでに
医師、看護師、MSW	入院時から退院調整の徹底、地域連携パス利用、紹介状作成		通年
放射線技師	勤務体制を調整し、予約枠の確保に努める。当日・緊急対応も。		通年
放射線技師	患者への掲示物作成（年度末まで）。医師への案内と依頼。		通年
放射線技師、地域連携室、事務、病院長	各職種と協力し、地域の病院訪問を行い、共同利用を案内する。特に午後の枠に余裕があるため、その枠を有効に活用できるように。		通年

（出所：一部原本を修正して著者作成）

付録３　アンケート項目の詳細

因子	構成概念の新分類	構成概念の旧分類	質問No	質問内容
F1	**主体的当事者行動 (Proactive Ownership Behavior)**	当事者意識	1	私は、当院の将来は自分自身の行動にも左右されると感じている
			2	病院の課題は「自分ごと」として捉えている
			3	自分の意見や行動が病院運営に影響しうると思う
			4	当院をより良くする責任の一端は自分にもあると感じる
		自発的改善行動	34	業務改善の提案を行ったことがある
			35	職種や部署を越えた協力を意識している
			36	自ら工夫して業務を良くしようとしている
		行動変容・実践	13	院内の取り組みに主体的に関わるようになった
			14	自部署の業務改善を意識して行動するようになった
			15	経営や組織運営を意識した発言・行動が増えた
		波及・組織浸透	16	職場内で経営や組織についての話題がでている
F2	**組織方向性の一致認識 (Perceived Organizational Alignment)**	戦略・方針の理解	11	病院の意思決定の背景がある程度共有されていると感じる
		波及・組織浸透	17	周囲の職員は前向きに業務に取り組んでいる
			18	病院全体として同じ方向を向いている感覚がある
		主観的な経営・組織評価	25	当院の経営は安定していると感じる
			26	組織として良い方向に進んでいると思う
			27	今後の病院運営に希望が持てる
F3	**戦略理解・参画 (Strategic Understanding and Participation)**	戦略・方針の理解	9	当院の経営方針や方向性を理解している
			10	なぜ現在の取り組みが行われているのか説明できる
			12	経営や運営の考え方に納得感がある
		意思決定への関与	22	業務改善や方針検討に意見を求められることがある
			23	自分の意見が意思決定に反映されると感じる
			24	現場の声が経営に届いていると感じる
		経営情報への接触・理解	19	院内の経営情報に触れる機会は十分にある
			20	経営に関する説明は分かりやすい
			21	必要な情報が適切なタイミングで共有されている
F4	**情緒的組織コミットメント (Affective Organizational Commitment)**	組織コミットメント	31	私は当院に強い愛着を感じている
			32	多少の困難があっても当院に貢献したい
			33	当院の一員であることを誇りに思う
		職員満足度	28	現在の職場環境に満足している
			29	当院で働き続けたいと思う
			30	仕事にやりがいを感じている
F5	**心理的安全性 (Psychological Safety)**	心理的安全性	5	この職場では、立場に関係なく意見を言いやすい
			6	発言や提案をしても否定されたり責められたりしにくい
			7	失敗やミスを共有しても不利益を被らないと感じる
			8	率直な意見交換ができる雰囲気がある
F6	**職務ストレス (Job Stress)**	職務ストレス	37	仕事の負担が大きいと感じる
			38	時間的余裕がないと感じる
			39	精神的に疲れることが多い

注記：質問内容は筆者が独自に作成した。１～３回目まで同一内容である。回答はすべて５段階リッカート尺度で実施している。

付録４　T3 追加実施アンケートの詳細

No	質問対象者 （チーム参加有無）	質問内容	回答尺度
1	全員	あなたはチームに参加していますか？	2択式
2	参加者	チームに参加した満足度を教えてください。	5段階リッカート尺度
3	参加者	今後もチームに参加したいですか？	5段階リッカート尺度
4	非参加者	チームの活動内容（話し合われたことや決定事項）をどの程度知っていますか？	4段階リッカート尺度
5	非参加者	戦略チームメンバーへの評価を教えてください。	5段階リッカート尺度
6	非参加者	機会があればチームに参加してもよいですか？	5段階リッカート尺度
7	全員	この半年間（介入開始後）で、経営や業務改善に関する「アイデアや意見」を会議や職場で発言する機会はありましたか？	4段階リッカート尺度
8	全員	あなたのアイデアや意見は、何らかの形で「採用（承認）」されましたか？	2択式
9	全員	採用されたアイデアのうち、実際に一部でも「実行（運用開始）」されたものはいくつありますか？　（覚えている/数えられる範囲でかまいません）	5択式 （0個,1～2個,～,11個以上）
10	全員	一連のマネジメント（「問い」と「制約条件」をトップが設定し、自発的な行動変容を促す行為）は、あなた自身の思考や行動を促すきっかけになりましたか？	5段階リッカート尺度
11	全員	一連のマネジメントは、ハイブリッド型（幹部が情報処理・管理・提供しつつ、現場の能動的活動を促す）を目指しました。 あなたの思う組織運営の適当なあり方を選んでください。	5段階SD尺度 （0：ボトムアップ型 ～5:トップダウン型）
12	全員	一連のマネジメント（組織運営の在り方や経営戦略チームの活動）は、「地方公立病院」の職員や組織の学習に対してよい方策だったと思いますか？	5段階リッカート尺度

付録５　スクリープロット

	固有値	累積寄与	対角SMC	MAP	Sum_h2	平行分析	SMC平行
Factor1	18.925	48.526	18.680	.0338	18.680	1.957	1.131
Factor2	3.039	56.319	2.771	.0271	21.451	1.837	1.009
Factor3	2.331	62.297	2.037	.0240	23.488	1.746	0.934
Factor4	1.870	67.092	1.590	.0181	25.078	1.672	0.856
Factor5	1.225	70.234	0.967	.0169	26.045	1.607	0.792
Factor6	1.039	72.897	0.778	.0163	26.823	1.538	0.737
Factor7	0.915	75.242	0.640	.0161	27.462	1.482	0.676
Factor8	0.810	77.318	0.501	.0166	27.963	1.431	0.625
Factor9	0.712	79.143	0.412	.0178	28.375	1.380	0.582
Factor10	0.665	80.849	0.373	.0182	28.748	1.330	0.526
Factor11	0.593	82.371	0.302	.0187	29.050	1.284	0.479
Factor12	0.516	83.694	0.249	.0198	29.299	1.239	0.443
Factor13	0.474	84.910	0.208	.0209	29.507	1.195	0.395
Factor14	0.449	86.062	0.170	.0222	29.676	1.153	0.359
Factor15	0.402	87.093	0.123	.0243	29.800	1.115	0.318
Factor16	0.391	88.096	0.112	.0264	29.912	1.081	0.275
Factor17	0.357	89.012	0.074	.0285	29.986	1.043	0.235
Factor18	0.331	89.860	0.059	.0314	30.045	1.006	0.207
Factor19	0.325	90.692	0.041	.0335	30.086	0.968	0.169
Factor20	0.285	91.424	0.032	.0362	---	0.936	0.140
Factor21	0.282	92.146	0.025	.0390	---	0.898	0.097
Factor22	0.264	92.824	0.004	.0423	---	0.864	0.067
Factor23	0.255	93.478	-0.001	.0467	---	0.837	0.030
Factor24	0.250	94.118	-0.008	.0519	---	0.802	-0.003
Factor25	0.236	94.723	-0.016	.0572	---	0.766	-0.037
Factor26	0.218	95.282	-0.026	.0631	---	0.736	-0.064
Factor27	0.203	95.802	-0.047	.0700	---	0.706	-0.091
Factor28	0.196	96.304	-0.051	.0787	---	0.678	-0.122
Factor29	0.188	96.787	-0.055	.0876	---	0.650	-0.151
Factor30	0.168	97.218	-0.072	.1009	---	0.620	-0.175
Factor31	0.162	97.634	-0.091	.1153	---	0.590	-0.212
Factor32	0.157	98.036	-0.106	.1315	---	0.563	-0.241
Factor33	0.147	98.412	-0.106	.1573	---	0.533	-0.270
Factor34	0.133	98.754	-0.111	.1892	---	0.501	-0.308
Factor35	0.126	99.078	-0.123	.2342	---	0.472	-0.335
Factor36	0.110	99.360	-0.135	.3180	---	0.439	-0.360
Factor37	0.091	99.592	-0.143	.5041	---	0.413	-0.392
Factor38	0.084	99.806	-0.148	1.0000	---	0.381	-0.436
Factor39	0.076	100.000	-0.170	----	---	0.339	-0.485

（出所：HAD（清水，2016）を用いて著者作成）

付録６　因子パターン

項目	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	共通性
行動変容・実践_3	**.798**	−.002	.059	−.039	.117	−.008	−.046	.775
当事者意識_2	**.792**	−.092	.059	.052	.001	−.023	.345	.789
自発的改善行動_3	**.784**	−.077	−.093	.251	−.076	.016	.046	.631
行動変容・実践_2	**.773**	.013	.161	−.043	−.028	−.003	.032	.736
当事者意識_4	**.751**	.073	.006	.014	−.094	−.022	.376	.743
波及・組織浸透_1	**.738**	.123	.030	−.042	.144	.044	−.103	.814
当事者意識_1	**.705**	−.053	.005	.030	.041	−.039	.409	.702
自発的改善行動_1	**.702**	−.088	−.087	.066	−.010	.062	.088	.403
当事者意識_3	**.682**	.102	.010	−.136	.042	−.011	.543	.795
自発的改善行動_2	**.629**	.005	−.144	.385	−.044	.017	.070	.623
行動変容・実践_1	**.473**	−.013	.335	.102	.067	.075	.115	.730
波及・組織浸透_3	.086	**.906**	−.095	.029	−.009	.049	.046	.828
戦略・方針の理解_3	.109	**.703**	.098	−.164	−.044	−.037	.053	.545
波及・組織浸透_2	.356	**.638**	−.036	−.094	.072	−.056	−.042	.762
主観的な経営・組織評価_2	.131	**.570**	.075	.147	.001	.068	.037	.683
主観的な経営・組織評価_3	−.056	**.466**	.189	.349	−.037	.013	−.030	.659
主観的な経営・組織評価_1	−.287	**.461**	.095	.153	.020	.144	.034	.272
意思決定への関与_1	.003	−.119	**.833**	−.021	.136	.053	.092	.716
経営情報への接触・理解_2	.095	.101	**.700**	.055	−.030	−.036	−.122	.702
戦略・方針の理解_2	.422	.007	**.647**	−.055	−.181	−.049	−.044	.730
戦略・方針の理解_1	.342	.120	**.572**	−.062	−.137	.050	.023	.675
経営情報への接触・理解_1	.414	.032	**.534**	−.102	−.064	.007	−.093	.619
意思決定への関与_2	.043	.100	**.502**	.069	.199	.010	.228	.759
意思決定への関与_3	−.188	.339	**.477**	.186	.011	−.090	.203	.753
経営情報への接触・理解_3	−.136	.446	**.447**	−.041	.088	−.053	.024	.612
戦略・方針の理解_4	.015	.219	**.400**	.308	.019	.017	−.029	.673
組織コミットメント_3	−.018	.099	.009	**.908**	−.108	.012	.008	.813
組織コミットメント_1	.125	−.114	.049	**.907**	−.045	.059	−.012	.802
組織コミットメント_2	.113	−.158	.111	**.850**	.015	.012	.061	.827
職員満足度_2	.063	.001	−.040	**.807**	.062	−.094	−.121	.728
職員満足度_3	.117	.246	−.246	**.581**	.107	−.015	−.004	.598
職員満足度_1	.035	.263	.020	**.419**	.170	−.122	−.069	.643
心理的安全性_2	−.117	.015	.023	.012	**.871**	.073	.032	.706
心理的安全性_1	.009	.074	−.014	.042	**.784**	−.025	.140	.803
心理的安全性_4	.195	.026	.019	−.026	**.721**	−.014	−.013	.723
心理的安全性_3	−.046	−.157	.040	.458	**.515**	−.009	−.160	.572
職務ストレス_2	.000	−.036	.202	.046	−.011	**.899**	−.042	.844
職務ストレス_1	.118	−.050	.020	−.098	.154	**.849**	−.026	.728
職務ストレス_3	−.045	.200	−.230	.023	−.102	**.828**	.018	.715
因子寄与	14.047	13.897	13.492	12.848	10.822	2.593	2.053	

注記：本表は因子数決定の検討過程として７因子解の因子パターンを示す。本研究では解釈可能性、項目内容のまとまり、信頼性係数、および介入設計時点で想定した測定領域との整合性を総合的に検討した結果、最終的に６因子構造を採用した（詳細は 2-6 節参照）。

（出所：HAD（清水, 2016）を用いて著者作成）