

医療サービス分野における トヨタ生産方式導入の理論的意義

川 上 智 子

1. はじめに

近年、日本およびアメリカの病院においてトヨタ生産方式 (Toyota Production System, 以下TPS) の導入が進んでいる。本稿では、このようなTPSの導入現象を医療サービス分野におけるイノベーションの事例として注目し、その理論的意義について論じることを目的としている。

以下では、まず初めに、日本およびアメリカにおける医療の現状を概観する。次に、病院のマネジメントとりわけTPSの導入に関する日米の先行研究をレビューし、研究展開の流れと発見事項を整理する。そして最後に、医療サービス分野のマネジメントに関する今後の研究課題と理論的貢献の可能性について論じる。

2. 日本およびアメリカにおける医療の現状

1. 日本における医療の現状

日本においてもアメリカにおいても、医療を取り巻く環境は厳しい。日本においては、2006年に医師自身の問題提起から始まった医療崩壊の事態への危機感が漂っている (小松2006; 池上2010)。たとえば、地域医療の疲弊、医師・看護師の過重労働、産科・小児科医の不足、医療事故、救急搬送人員の増大、自治体病院の閉鎖といった現象に、日本の医療が直面する問題が端的に表れている (池上2010)。

さらに、医療崩壊という現象以前に、日本の医療制度そのものの抱える課題も多い (Campbell and Ikegami 1998)。具体的には、長い待ち時間と短い診療時間、医薬品の大量処方、患者の権利概念の未発達、看護師の地位の未成熟、最高品質の医療を提供することに対する誘因の少なさ等が指摘されている (池上2010)。

しかし同時に、日本の医療制度には、他の先進諸国と比べても、顕著な優位性を有する点が

多々あることも事実である。たとえば、医療費水準の低さ、国民皆保険制度、フリー・アクセス、それらによる直接的・間接的な成果としての平均余命の長さや幼児致死率の低さ等は、世界的に見ても優れた水準にある。このことは、日本の医療制度の優れた特徴として、改めて確認されねばならない (Campbell and Ikegami 1998; 池上2010; 東京大学医療政策人材養成講座2009)。

図1は、2011年現在におけるOECD (経済協力開発機構) 諸国のGDPに対する医療費の割合を時系列的に概観したものである。この図1からわかるように、日本の医療費は1980年代後半にやや上昇傾向にあったものの、医療費抑制策が功を奏し、2008年現在も8.5%と10%未満の水準を保ち、韓国に次いで低い水準にある。

医療費は、高齢化、医療技術革新、および物価上昇等の要因により、年間3%程度の自然増は避けられない。しかし、日本においては、2年に1回の診療報酬改定によるコントロールが機能し、医療費の上昇は最小限に抑えられている (池上2010)。

このように、日本の医療制度には多くの優れた点があるにもかかわらず、現場で働く医師や看護師を始め、全般的な風潮としても、医療の将来に関して悲観的な見方がなされている。ただし、マスコミ等で報道されている内容と現場の実態やデータとは必ずしも一致していない (池上2010)。よって、過度な誇張は控えられねばならないが、今後より効率的かつ安全で、患者満足度の高い医療を提供する必要があるという点は、日本の医療に対する問題意識として共有されていると言ってよい。

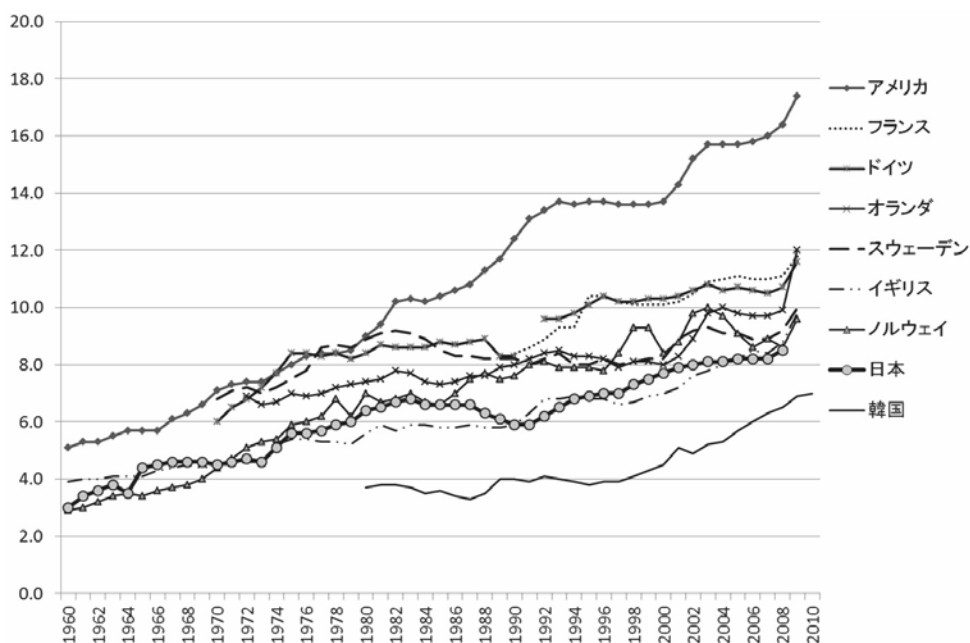


図1 OECD (経済協力開発機構) 諸国における医療費の推移

2. アメリカにおける医療の現状

次に、アメリカの医療の現状を見てみる。アメリカの対GDP医療費は2009年には17.4%に達し、先進諸国の中でも極めて高いといえる（図1参照）。1983年のメディケアの法的改正とマネジド・ケアの台頭によって、アメリカでは、それまで比較的、安定した環境にあった病院経営が大きな変化に見舞われ、病院経営にコストや効率という概念がもたらされた（Alexander 1991；Bodenheimer and Grumbach 2005；Chadwick, Hunter, and Walston 2004；Douglas and William 2001；Douglas and Ryman 2003；Golden and Zajac 2001；Gruca and Nath 1994；Herzlinger 1997）。

しかし、その後もアメリカの医療費は増加し続けた。1990年代にはクリントン・プランが提示され、マネジド・ケアと市場競争を結びつける医療改革が試みられたものの効果は長続きせず、医療システムはかえって複雑化した（池上2010）。医療費の高騰というコスト面のみならず、医療の質の面においても危機感は深刻である。アメリカにおけるアクセス性や医療保険のカバー率の低さは、国家の危機とさえ言われている（Porter and Teisberg 2006）。

そのような事態に対し、医療費の削減を求める世論の一方、ミネソタ州に本拠を置くメイヨー・クリニックのように、各分野の専門家を統合し、患者にとっての医療の価値を高めることが必要だという指摘がある（Berry and Seltman 2008；Porter and Teisberg 2006）。この患者にとっての価値を最大化するという視点は、本稿で注目するトヨタ生産方式において重視される顧客志向の考え方に通じるものである。

3. 医療マネジメントに関する先行研究の動向

前節では、日本とアメリカにおける医療の現状を確認してきた。こうした現実の動きに対し、学術的には、医療経済や政策・制度の視点のみならず、個々の病院のマネジメントのあり方という観点からの研究も進んでいる。本節では、そうした研究のうち、特にトヨタ生産方式との関連性の深い研究をレビューしていく。

1. トヨタ生産方式とTQM（総合「質」経営）

（1）TPSとTQMの関係

アメリカにおける医療マネジメントに関する研究は、方法論としては、多数の病院を対象とした調査を通じた定量的研究が中心である。とりわけ、本稿の関心対象であるトヨタ生産方式（TPS）に近い概念としてのTQM（Total Quality Management：総合「質」経営）に関する研究は少なくない（Hackman and Wageman 1995；Powell 1995）。

それらのレビューに入る前に、まず一般的なTPSとTQMとの関係について確認しておきたい。これに関しては、Flynn, Sakakibara and Schroeder（1995）が、一般企業を対象にTPSの

主要概念であるJIT (Just in Time) とTQMの共通点・相違点を論じている。彼らによれば、TQMとは、統計プロセス管理・顧客重視・部門横断的な設計活動を実現し、顧客の知覚品質・不良率・直行率といった観点で品質を測定するものである。一方、JITはセットアップ時間の短縮、柔軟なスケジューリング、カンバンの利用を特徴とし、その成果は、在庫回転率・サイクルタイム・リードタイム・調達時間等で測定される。両者には共通点もあるが、それぞれ独立した概念であり、Flynn, Sakakibara, and Schroeder (1995) では、その相互関係を実証的に明らかにしている。

(2) TPSの構成要素と目的

ただし、本稿で取り上げたいと考えているTPSは、JITだけを主要概念とするものではない(藤本1997; Liker 2003; 門田1985, 1991; Monden 1998; 大野1978; 玉木1996)。創始者の大野(1978)によれば、JITと自動化がその二本柱である(工藤他1994)。

その構成要素は、JITに関しては、カンバンによる同期化と在庫削減、小ロット混合生産と平準化生産による市場需要変化への適時的確な対応等、自動化に関しては、アンドンによるライン・ストップと不良率の低減、それによって可能となる多能工・多工程持ちと少人化等が挙げられる。さらに、これらに留まらず、TPSの構成要素は、5S(整理・整頓・清掃・清潔・躰)と日常的な品質改善活動、サイクル・タイムや作業順序等の標準化等、非常に多岐にわたる。

そして、TPSのいずれの要素も、生産システムの競争力である品質(Q)・コスト(C)・納期(D)・フレキシビリティ(F)の相互のトレードオフを解消しつつ、より高水準での実現を目指すものである(藤本2001; Hayes and Wheelwright 1984)。ともすれば、個別の構成要素のみを議論してしまいがちであるが、TPSの本質は、統合性と体系性にあり、その統合性と体系性は、市場すなわち顧客を頂点に形成される。

アメリカでフォード自動車が創始した少品種大量生産方式に対し、トヨタはTPSで多品種小ロット大量生産を実現した(藤本2001; 玉木1996)。同一の生産ラインを用いて10秒未満で段取り替えを行い、多品種を小ロットで混在させ、1個ずつ効率よく作っていくフレキシビリティの高い生産方式は、市場すなわち顧客のニーズに適時的確に応えるためのものである。需要に供給が適合するからこそ在庫が削減されるのであって、在庫削減等の個別要素がTPSの目的ではない。後述するように、この市場志向・顧客志向の思想こそが、医療サービス分野における患者中心型医療と呼応し、TPSを医療分野に適用する根拠と妥当性を担保することになる。

TPSは、日本においては、経営コンサルタントに媒介された生産革新の形で広く普及していった(都留2001)。一方、海外では1980年代のMITのIMVP(International Motor Vehicle Program: 国際自動車プログラム)において、メンバーであったJ・クラフィックにより「リーン生産方式(Lean Production System)」と命名された(小山2000; 野村1993; Womack, Jones, and Roos 1990)。リーンとは「贅肉をそぎ落とす」という意味であり、ムダを極限まで

取り除くという点が強調されたことから、その後、リーン対ポストリーンという形での論争に発展していった。

他方で、トヨタからリーンへという変化は、単なる用語の変化のみならず、トヨタ生産方式を、製造現場の実践概念から経営の抽象概念へと発展させる効果もあった（清家1995）。すなわち、リーン生産方式と名前を変えたことによって、トヨタ生産方式は製造のみならず、製品開発からサプライ・チェーン・マネジメントまでを広範囲に包含する概念へと進化したのである（藤本1997, 2001；下川・藤本2001；坂本2005；清家1995）。以上のように、TPSは極めて統合性と体系性の強い、市場志向・顧客志向を基礎哲学とする概念である。

（3）TQMの概念定義

一方TQMは、アメリカで生まれ、日本で独自の発展を遂げた全社的品質管理（Total Quality Control：TQC）を、財団法人日本科学技術連盟が1996年にTQMへと呼称変更したものである。既に当時、海外ではTQMの用語が一般的であったことから、用語と概念の統一を図ろうとしたのである。同年7月にはTQM委員会が組織され、TQMの日本語訳として、総合「質」経営を用いることが提案された（TQM委員会1998）。その定義は「経営全体に対する戦略的な視点を持った総合品質重視の経営」であった。

TQCとTQMとの違いは、TQCが現場中心の機能的・戦術的な手法であるのに対し、TQMは経営トップのリーダーシップ、ビジョン・戦略を中核とした演繹的・戦略的な方法と特徴づけられる（TQM委員会1998）。1960年代以降、日本ではQCサークルと呼ばれる品質管理のための現場小集団活動が普及し、やがて製造現場に留まらず、部門横断的に全従業員が参加するTQCへと発達していった（藤本2001）。この点において、日本のTQCは、他国におけるコントロールや規制を重視するTQCとは、用語としては同じでも、概念的には異なる発展を遂げた。すなわち、1990年代のTQMへの移行は、TQCよりも実態に即した用語を与える意味があった。

2. 病院を対象としたTQMの先行研究

アメリカでは、病院を対象としたTQMの研究が1990年代より見受けられる。たとえば、Westphal, Gulati, and Shortell（1997）では、TQMがアメリカで広く普及した1985年から1993年の期間を対象に、TQMを組織の管理イノベーション（Damanpour, 1991；Kimberly and Evanisko 1981）にとらえ、実証研究を行っている。この研究におけるTQMの定義は「組織全体としての顧客へのコミットメントと全プロセスの継続的な改善を行う、従業員集団とチームへの権限移譲に基づくデータ志向型かつ問題解決型の管理イノベーション」である。仮説検証の結果、TQMを早期に導入した組織では、独自のカスタマイゼーションが行われる傾向にあるのに対し、後期に採用した組織では既に確立されたTQMの規範との整合性を重視する傾向があることが明らかになっている。

また、Young, Charns, and Shortell (2001) は、公立病院におけるTQMの採用に関するパターンについて、トップ・マネジャーのリーダーシップやネットワーク、制度的要因がどのように影響しているかを実証的に検討している。彼らによれば、アメリカの病院におけるTQMは1980年代後半に普及し始めた。その普及に影響する要因を明らかにするため、この研究では150の公的病院をサンプルとし、分析を行っている。その結果、TQMの採用には、トップ・マネジャーに関する要因とネットワーク・制度要因のいずれもが重要であり、採用早期にはトップ・マネジャー要因、採用後期にはネットワーク・制度要因が、それぞれ相対的に影響力が強いことを発見している。

さらに、Douglas and Judge Jr. (2001) は、TQMに関する先行研究に基づき、TQMの哲学に関わる7つの鍵概念を定義している。それらは、トップマネジメント・チームの関与、品質哲学の適用、TQM志向型トレーニングの強調、顧客重視、プロセスの継続的な改善、事実に基づく管理、TQM手法の利用である。

この研究では、少数の例外を除き (Powell 1995)、TQMが組織の業績を改善するという先行研究の議論に関する実証研究が少ないことを指摘し、TQMの実行の程度と業績との関係に関する実証研究を行っている。その結果、TQMの構造的管理に重点を置いている病院ほどTQMの実行による財務成果の向上が認められること、特定のツールの標準化と使用がTQMの導入効果を高めること等を発見している。

3. アメリカの病院におけるTPSの導入に関する先行研究

以上のように、病院におけるTQMの導入に関しては、1990年代から実証研究が展開されている。一方、TPSの導入に関しては、大規模サンプルを集めた実証研究は未だ存在せず、主として事例分析による定性的研究が蓄積されている段階である。

その中で、アメリカにおけるTPSの最も早い時期の導入事例として注目されるのが、ワシントン州シアトル市のバージニア・メイソン病院である (Black 2008; Bohmer and Ferlins 2006; 川上・工藤2009; Kenney 2011; Rona 2005; Spear 2005)。

バージニア・メイソン病院 (Virginia Mason Medical Center: 以下、VMMC) は、2001年にTPSを導入した。VMMCは1920年に設立された、一次医療と専門医療を提供する私立の総合病院である。従業員数は5,000人、医師数は400人、ベッド数は336床であり、アメリカで言えば中規模の病院となる。

VMPSの導入が注目されたのは、トヨタという日本のメーカーで生まれた手法をアメリカの病院が導入したためである。そもそも、VMMCにTPSがもたらされた契機には、シアトルという地域的な属性が影響している。すなわちシアトルにはボーイング社があり、そこでTPSが実践されていた。そして、VMMCの社長 (当時) であるマイケル・ロナ氏が、ボーイングの社員と飛行機で隣り合わせとなったことから同病院への導入が始まったのである。

VMMCは、TPSを世界で初めて医療分野に導入した病院であると言われるが、同病院では、その医療分野へのカスタマイズ性を重視してか、TPSという用語ではなく、バージニア・メイソン生産システム（VMPS）という独自の呼称を用いている。

VMPSを特徴づけるキーワードは、VMMCが毎年行ってきた日本への社員ツアーから学んだ「顧客第一主義」のコンセプトである。医師の専門性と自律性が重んじられてきた医療サービス分野において、患者のために病院全体が一丸となってTPSに取り組むことはVMMCにとっても決して容易なことではなかった。

そのハードルをいかに乗り越えたのかを明らかにするために、川上・工藤（2009）では、2005年から2009年の約4年間にわたってVMMCの経営陣・医師・看護師・他の従業員に計24回の深層面接調査を行った。そしてVMPSの成功要因として、次の3点を指摘している。それらはすなわち、（1）トップ・マネジメントのリーダーシップ、（2）改善推進オフィス（Kaizen Promotion Office：KPO）による改善活動の制度化、そして（3）医師や看護師といった医療専門職の巻き込みである。

このうち、（1）のトップ・マネジメントのリーダーシップの重要性については、TQMの先行研究でもトップ・マネジャーの重要性が指摘されていたように、理論的には必ずしも新しい発見ではない（Young, Charns and Shortell 2001；Douglas and Judge Jr. 2001）。しかし、VMMCにおいては、医師である院長と事務職のトップである社長が共に強力なリーダーシップを発揮した点が特徴的であった。

（2）のKPOの設置による改善活動の制度化は、医療機関に改善活動の拠点を設け、かつ看護師を含む現場の従業員からジョブ・ローテーションで人員を募り、TPSのボトムアップ型導入を図ったという点が注目された。（1）のようにトップダウンで強力に導入を進める一方、（2）で現場主導型のボトムアップ型導入を地道に進めた点において、VMMCのTPS導入は巧みにマネジメントされていた。さらにKPOはその後、VMPSに関する社内外の教育研修制度の充実を図り、VMPSを安定的に運営するための人材育成にも力点を置いている。このような組織の意義は、今後も理論的に検証される必要がある。

最後に（3）の医療専門職の巻き込みについては、先行研究では、問題点としての指摘は見受けられるものの具体的な実践例の報告は見受けられないため、このVMMCの事例は数少ない経験的証拠の一つと言える。

医療機関の組織上の問題として、たとえばH. ミンツバーグは、病院組織を専門職官僚制と称し、専門技能を持つ医師が中心的役割を果たすため、経営トップのリーダーシップが発揮されにくく、前例踏襲型の硬直的で内向きの官僚組織になることを指摘している（池上2010；Mintzberg 1979）。Porter and Teisberg（2006）もまた、病院が細分化された専門分野に基づく部門ごとに職能分化し、共有施設を利用して個々の症例の治療を行う組織であると指摘し、他の業界では既に職能別組織ではなく、商品やサービスを中心に据えた事業部別組織が一般化

していると論じている。あるいは、Ferlie et al. (2005) は、専門家集団の存在により、イノベーションの普及が遅れることを指摘している。

このように、医療組織の管理イノベーションにおいて医療専門職の関与をいかに高めるかという問題は、古くはローレンス＝ローシュの組織の分化統合という伝統的な理論にも接合可能であり (Lawrence and Lorsch 1967)、学術的にも実践的にも、重要課題かつ大きな示唆をもたらすものであるといえる。

4. 日本における先行研究

以上、アメリカの病院におけるTPSおよびTQMを中心とした医療マネジメント研究に関する先行研究のレビューを行ってきた。次に、日本における先行研究の動向について確認する。

まず、広く医療サービス分野の経営学という点では、医療系の学会や教育機関において研究蓄積が進んでいる。たとえば、1963年に設立され、現在2,000人を超える会員を有する日本病院管理学会、あるいは1999年にクリティカルパス研究会の活動を基盤に発足した医療マネジメント学会等において、医療経営に関わる専門知識の蓄積が行われている。また、医学部系大学では、医療経営学・医療管理学・医療政策学といった講座を設置するケースも増加し、医療従事者に対するテキストも多数出版されている。

加えて最近、経営学・マーケティング分野の研究者が病院経営について研究した専門書の出版が相次いでいる。以下では、それらの研究を中心に紹介する。

(1) 松尾 (2009) の研究

松尾 (2009) は、患者志向の理念がルーチンとして病院組織で構造化されるプロセスを、淀川キリスト教病院・聖隷浜松病院・医療生協さいたまという3つの病院組織を対象とした事例研究によって明らかにしている。この研究では、構造・制度・システムのように公式的に定められたルーチンと、組織内で暗黙裡に共有された非公式ルーチンを区別し、組織の記憶装置としてのルーチンの形成プロセスを丹念に分析している。

松尾 (2009) は、経営学の領域から組織ルーチンの理論を援用するとともに、マーケティングの分野で発展してきた顧客志向の概念を、患者中心型医療の理論的説明に用いている。そして各病院が、患者のニーズや価値観を尊重しながら、患者の身体的・精神的な快適性を高めるために医療サービスを提供する意思 (非公式ルーチン) をいかに構造化し、ルーチンとして定着させるかを論じている。

そして同時に、多様なステークホルダーが存在する病院組織のマネジメントの困難さを指摘したうえで、病院が経済的価値と非経済的価値を同時追求する存在であることから、そのマネジメント課題を研究することは、社会的責任が重視される民間企業の経営にも示唆を与えるものであると主張している。

以上の議論からわかるように、松尾（2009）は、経営学・マーケティング分野の理論を医療サービス分野に応用すると同時に、逆に、病院を研究対象とすることで経営学・マーケティング分野にも理論的貢献を企図している。このような双方向の貢献可能性は、本稿の研究対象であるTPSの導入に関しても、目指すべき方向性を示唆するものである。

（2）猶本・水越（2010）の研究

次に、猶本・水越（2010）は、現役の外科医である猶本がビジネススクールで経営学分野の博士号を取得したことを契機に始まった、研究プロジェクトの集大成として出版されている（猶本2007）。この専門書は、病院組織における経営実践の導入をテーマとし、経営学・マーケティング分野の複数の研究者が丹念に多数の事例研究を行ったものであり、他に類を見ない。

本稿の関心との関心でいえば、TPSの導入実践として、本稿でも既に論じたアメリカのVMHCの事例が紹介されている（川上・工藤2010）。また、TPSに先行するTQMの導入実践については、社団医療法人・愛仁会の事例が取り上げられている（石井2010）。さらに、刈谷豊田総合病院やトヨタ記念病院における業務改善導入の事例も含まれている。他方で、本書には、日本において、患者中心の理念を中心に据えた壮大な体系としてのTPSを導入している病院は含まれておらず、そのような実践例が日本には未だ存在しないことも示唆している。

猶本・水越（2010）でも複数の事例が紹介されているように、日本でもTQMによる業務改善の導入は進んでいる。日本の医療サービス分野におけるTQM導入の本格化は、1998年と1999年に日本品質管理学会・日本医療機能評価機構が主催・後援して開催された2つのワークショップ「病院QCサークルの現状と課題」「医療の改善活動—医療・看護・患者サービスへの取り組み」が契機であった。この2つのワークショップの後、医療の質の向上と業務改善の定期的な交流を期待する声が高まり、1999年に一般社団法人である医療のTQM推進協議会が設立されたのである。

同協議会の定義によれば、TQMとは「トップマネジメントのリーダーシップのもとで、めざす質と戦略を明確にし、各人の役割を方向付けることを通じて、組織をあげて『患者本位の医療の質』と『質の効率』を確保し改善するシステムを構築し不断に向上させるもの」である。

医療のTQM推進協議会では、年1回「フォーラム医療の改善活動」を主催している。2011年の第13回は岩手、2012年の第14回は沖縄と、全国規模で優秀事例の発表会を継続的に開催し、ウェブ上でも優秀事例を公開する等、同協議会は、医療サービス分野における業務改善活動に関する知識の共有と普及を促進している。

（3）松尾・川上（2011）の研究

猶本・水越（2010）は、経営学・マーケティング分野の研究者が病院組織を対象に出版した専門書として注目に値するが、先述の通り、日本の病院における統合性・体系性の高いTPSの

導入事例は未だ見受けられなかった。

しかしその後、日本においても、TPSを導入する動きが見られる。松尾・川上(2011)がその先駆的事例を取り上げている。おそらく日本で初めて、医療サービス分野において、患者中心志向の統合的・体系的なTPSの導入と実践に取り組んでいるのは、大阪に本拠を置く、社会医療法人・愛仁会を中心とした愛仁会グループである。

愛仁会グループは、平成7年(1995年)からTQM(Total Quality Management)活動(総合「質」経営)を積極的に展開してきた(石井2010)。愛仁会グループの理事長である筒泉正春氏は、医療のTQM推進協議会設立時の定款にも名を連ねている。

同グループは、複数の医師による共同運営からスタートした経緯があり、現在も合議による意思決定が重視されている(高室2010;松尾・川上2011)。そして、合議による意思決定を迅速化させるために、理事会直轄で事務機構の中核ともいえる愛仁会本部を設置し、その権限を強化している。

社会的なネットワークと制度や規範に埋め込まれた医療サービス分野の組織を対象としたマネジメント実践を研究する上で、ガバナンスの問題は非常に重要である(高室2010)。愛仁会グループでは、法人の事務部門を本業の医療部門と並ぶ事業活動の両輪の一つと位置づけている点が特徴的である。また同時に、事務本部組織における現場感覚の希薄化を回避するため、従業員は、原則3年毎に現場と本部の間をローテーションしている。

医療・介護・福祉と業容が多様化する中で、全社レベルの迅速な意思決定を促すガバナンスの必要性を意識し、本部組織の権限を強化する形で構築していることは、同グループの強みである。他の病院に先駆けて、TPSの導入に取り組む意思決定が事務組織主導で行なえたのも、そうしたガバナンスのあり方と無縁ではない。

愛仁会グループは、2010年にAKPO(Aijinkai Kaizen Promotion Office)構想を打ち出し、千船病院と高槻病院に新たに業務改善推進室を設置した。これは、現場の業務改善活動を本部のTQM推進室との綿密な連携を通じて管理し、かつ支援するための組織改革である。また、現場の業務改善活動を主導する人材の育成にも力を入れている。AKPOとは、こうした人材育成も含めた体系的かつ重層的な体系を意味しており、バージニア・メイソン病院のVMPSに相当するものと位置付けられる。

愛仁会グループの分析によれば、2000年代以降、業務改善活動の焦点は、単なる生産性の向上から、安全性向上・患者満足度の向上・品質改善へと移行してきているという。AKPO構想は、そうした流れを踏まえて、患者志向型のより統合的・体系的な活動へ向けての第一歩といえる。

4. おわりに：今後の研究課題と理論的意義

本稿では、医療サービス分野におけるマネジメント実践としてのトヨタ生産方式（TPS）を研究する理論的意義について、日米両国における医療の現状と問題点を踏まえ、先行研究のレビューを基に、考察を重ねてきた。

以上の議論から明らかである通り、実践レベルでのTPSの導入はアメリカの方が進んでいる。しかし研究レベルでは、依然として事例研究による定性的研究が主である。これは、TPSの先行事例であるTQMに関して、1990年代以降、大規模サンプルによる実証研究が展開されていることと対照的であり、今後の研究蓄積が期待される。

一方、日本においては、TPSの導入例・実践例は未だ僅少であり、事象が高頻度に観察されない限りは、事例研究による探索的な理論構築型研究を進めるしかない。しかし、その探索的研究のプロセスの中で、どうすれば日本のメーカー発の概念であるTPSが日本の医療サービス分野に導入されうるのか、逆にそれを妨げるものは何かという促進・阻害要因を明確にすることは可能である。

本稿でも論じた通り、日米の医療を取り巻く環境には、そこで認識されている現状への危機感 は共通であるにせよ、制度にも直面する課題にも大きな隔たりがある。

言い換えれば、同じTPSの導入という事象を取り上げる場合であっても、文化的・制度的な違いには敏感でなければならないということである。そして同時に、日米の事例を丹念に検討することで、文化や制度やその他の未知の要因をモデレート変数とした、新たな理論的・実践的貢献も期待できるはずである。

最後に強調しておきたいのは、松尾（2009）の試みがそうであったように、本研究の理論的意義は、医療サービス分野に示唆をもたらすものであると同時に、経営学・マーケティング分野にも貢献を持ち帰ることによって、さらに高められうるということである。

経営学・マーケティング分野においても、営利組織のみならず、非営利組織を対象とした研究の一層の充実が求められている。単に既存研究の知見を医療サービス分野に応用しただけでは、理論的貢献とは言い難い。病院組織を対象とし、経済的価値と非経済的価値を同時追求する組織の特性とマネジメントのあり方という視点から広く応用可能な実践的・理論的示唆を導くことこそが、本研究の最終的な着地点として目指すべきところである。

参考文献

- Alexander, Jeffrey A. (1991), "Adaptive Change in Corporate Control Practices," *Academy of Management Journal*, 34 (1), 162-193.
- Berry, Leonard L. and Kent D. Seltman (2008), *Management Lessons from Mayo Clinic: inside One of the World's Most Admired Service Organizations*, McGraw-Hill, NY. (レナード・L・ベリー＝ケント・D・セ

- ルトマン『メイヨー・クリニック 奇跡のサービスマネジメント：すべてのサービスは患者のために』マグローヒル・エデュケーション, 2010年)。
- Black, John (2008), *The Toyota Way to Health Care Excellence: Increase Efficiency and Improve Quality with Lean*, Healthcare Administration Press: IL.
- Bodenheimer, Thomas S. and Kevin Grumbach (2005), *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, 4th Ed., The McGraw-Hill Companies, Inc. NY. (トーマス・S・ボーデンハイマー＝ケヴィン・グラムバッチ『アメリカ医療の夢と現実 第2版』社会保険研究所, 2000年)。
- Bohmer, Richard M. J. and Erika M. Ferlins (2006), "Virginia Mason Medical Center," *Harvard Business School Case # 9-606-044*.
- Cambell, John C., and Naoki Ikegami (1998), *The Art of Balance in Health Policy: Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System*, Cambridge University Press: Cambridge, UK.
- Chadwick, Clint, Larry W. Hunter, and Stephen L. Walston (2004), "Effects of Downsizing and Practices on the Performance of Hospitals," *Strategic Management Journal*, 25(5), 405-427.
- Damanpour, Fariborz (1991), "Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators," *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Douglas, Thomas J. and Joel A. Ryman (2003), "Understanding Competitive Advantage in the General Hospital Industry: Evaluating Strategic Competencies," *Strategic Management Journal*, 24(4), 333-347.
- Douglas, Thomas J. and William Q. Judge Jr. (2001), "Total Quality Management Implementation and Competitive Advantage: The Role of Structural Control and Exploration," *Academy of Management Journal*, 44(1), 158-169.
- Ferlie, Ewan, Louise Fitzgerald, Martin Wood, and Chris Hawkins (2005), "The Nonspread of Innovations: The Mediating Role of Professionals," *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.
- Flynn, Barbara B., Sadao Sakakibara and Roger G. Schroeder (1995), "Relationship between JIT and TQM: Practices and performance," *Academy of Management Journal*, 38(5), 1325-1360.
- 藤本隆宏 (1997)『生産システムの進化論—トヨタ自動車にみる組織能力と創発プロセス』有斐閣。
- 藤本隆宏 (2001)『生産マネジメント入門 I—生産システム編』日本経済新聞社。
- Golden, Brian R. and Edward J. Zajac (2001), "When Will Boards Influence Strategy? Inclination * Power=Strategic Change," *Strategic Management Journal*, 22(12), 1087-1111.
- Gruca, Thomas S. and Deepika Nath (1994), "Regulatory Change, Constraints on Adaptation and Organizational Failure: An Empirical Analysis of Acute Care Hospitals," *Strategic Management Journal*, 15(5), 345-363.
- Hackman, J., and R. Wageman (1995), "Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues," *Administrative Science Quarterly*, 40, 309-342.
- Herzlinger, Regina E. (1997), *Market Driven Health Care: Who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry*, Addison-Wesley Publishing Inc: MA. (レジナ・E・ヘルツリンガー『医療サービス市場の勝者：米国の医療サービス変革に学ぶ』シュプリンガー・ジャパン, 2000年)。
- Hayes, R.H., and S. C. Wheelwright (1984), *Restoring Our Competitive Edge: Competing Through Manufacturing*, Wiley: New York.
- 池上直己・J.C.キャンベル (2007)『日本の医療：統制とバランス感覚』中公新書。
- 池上直己 (2010)『医療問題 第4版』日本経済新聞出版社。
- 石井淳蔵 (2010)「医療経営のデザイン：社会医療法人愛仁会」猶本良夫・水越康介編著『病院組織のマネジメント』碩学舎所収, 35-67頁。
- 川上智子・工藤美和 (2010)「病院におけるトヨタ生産方式の導入：バージニアメイソン病院」猶本良夫・水越康介編著『病院組織のマネジメント』碩学舎所収, 69-96頁。
- Kenney, Charles (2011), *Transforming Healthcare Care: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the*

- Perfect Patient Experience*, Productivity Press: NY.
- Kimberly, John R. and Michael J. Evanisko, (1981), "Organizational Innovation: The Influence of Individual, Organizational, and Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovations," *Academy of Management Journal*, 81(2), 689-713.
- 小松秀樹 (2006) 『医療崩壊:「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社。
- 小山修 (2000) 「スウェーデン・モデルの特質と動向 (宗像正幸・坂本清・貫隆夫『現代生産システム論: 再構築への新展開』ミネルヴァ書房所収, 107-148頁, 2000年)。
- 工藤市兵衛・鈴木達夫・福田康明・野村重信・中村雅章・近藤高司 (1994) 『現代生産管理』同友館。
- Lawrence, P. R. and J. W. Lorsch (1967), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Boston: Harvard Business School. (吉田博訳『組織の条件適応理論』産業能率短期大学出版部, 1977年)。
- Liker, Jeffery, K. (2003), *The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*, McGraw Hill: NY.
- 松尾睦・川上智子 (2011) 「社会医療法人・愛仁会のTQM活動: 方針管理と業務改善」神戸大学ディスカッションペーパーシリーズ No.2011-23。
- 松尾睦 (2009) 『学習する病院組織: 患者志向の構造化とリーダーシップ』同文館出版。
- Mintzberg, H. (1979) *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 門田安弘 (1985) 『トヨタシステム』講談社。
- 門田安弘 (1991) 『新トヨタシステム』講談社。
- Monden, Yasuhiro (1998), *Toyota Production System: An Integrated Approach to Just-in-Time*, Industrial Engineering and Management Press.
- 猶本良夫 (2007) 「病院におけるマネジメントの新展開」神戸大学大学院経営学研究科博士論文。
- 猶本良夫・水越康介 (2010) 『病院組織のマネジメント』碩学舎。
- 野村正實 (1993) 『トヨタイズム—日本型生産システムの成熟と変容』ミネルヴァ書房。
- 大野耐一 (1978) 『トヨタ生産方式—脱規模の経営をめざして』ダイヤモンド社。
- Porter, Michael E. and Elizabeth Olmstead Teisberg (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business Press: MA. (マイケル・E・ポーター=エリザベス・オルムステッド・テイスバーク『医療戦略の本質: 価値を向上させる競争』日経BP社)。
- Powell, T. (1995), "Total Quality Management as Competitive Advantage: A Review and Empirical Study," *Strategic Management Journal*, 16, 15-37.
- Rona, Michael J. (2005), "97.1 Percent Perfect: Healthcare Leadership's Pinto," *Journal of Healthcare Management*, 50(2), pp.87-93.
- 坂本清 (2005) 『日本企業の生産システム革新』ミネルヴァ書房。
- 清家彰敏 (1995) 「自動車産業の高度成長とプロセス・イノベーション」(野中郁次郎・永田晃也編著 (1995) 『日本型イノベーション・システム—成長の軌跡と変革への挑戦』白桃書房所収, 133-194頁)。
- 下川浩一・藤本隆宏編著 (2001) 『トヨタシステムの原点—キーパーソンが語る起源と進化』文真堂。
- Spear, S. J. (2005), "Fixing Health Care from the Inside, Today," *Harvard Business Review*, 83(9), 78-91.
- 高室裕史 (2010) 「病院組織におけるガバナンスの構築: 社会医療法人愛仁会」猶本良夫・水越康介編著『病院組織のマネジメント』碩学舎所収, 199-244頁。
- 玉木欽也 (1996) 『戦略的生産システム』白桃書房。
- 東京大学医療政策人材養成講座 (2009) 『医療政策入門: 医療を動かすための13講』医学書院。
- TQM委員会 (1998) 『TQM—21世紀の総合「質」経営』日科技連出版社。
- 都留康 (2001) 『生産システムの革新と進化: 日本企業におけるセル生産方式の浸透』日本評論社。
- Westphal, James D., Ranjay Gulati, and Stephen M. Shortell (1997), "Customization or Conformity? An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequences of TQM Adoption,"

Administrative Science Quarterly, 42(2), 366-394.

Womack, J. P., D. T. Jones, and D. Roos (1990), *The Machine that Changed the World*, Rawson Associates: New York. (沢田博訳『リーン生産方式が世界の自動車産業をこう変える』経済界, 1990年)。