

# デンマークの病院経営改革とリーン・マネジメント

— トヨタ生産方式の変質とその位置づけ —

大西 淳也

## はじめに

現在、各国ともに、病院経営の改革への取り組みが見受けられる。我が国でも、近年個別の病院をベースに多くの取り組みがなされており、特に、診療報酬本体の引き下げが初めて行われた2002年度前後より、これまでに見られないほどのペースで、多くの論稿が公表されている<sup>1</sup>。

病院経営は医療制度と密接に関係しており、このため、各国の病院経営の改革を論じる場合には、医療制度などの制度的な側面も概略を押さえる必要がある。特に、マーケット・メカニズムとの距離感には留意が必要となる。また、各国ともに強弱はあれ、医師の専門主義（プロフェッショナルリズム）も見受けられる。さらに、組織文化等への配慮も必要となろう。したがって、病院経営の改革を観察する場合には、これらを踏まえた理解が必要となる。

本稿では、欧州でも社会民主主義型資本主義として独特の形態とされている北欧のうち、デンマークに焦点を当て、医療福祉制度改革の大きな流れを押さえつつ、革新的というよりも漸進的な方向を志向してきたデンマークの医療改革を浮かび上がらせる。そこでは、マーケット・メカニズムと距離を置き、公が医療サービスの供給を原則として独占してきた。それがゆえに、マーケット・メカニズムに頼らない医療サービス供給の効率化が喫緊の課題となる。このような文脈のもと、医療分野ではリーン・マ

ネジメント（トヨタ生産方式の一部を米国で体系化したもの。後述）等が注目を集めている。そこで、インタビュー調査を織り交ぜつつ、当事者のコンテクスト的理解に配慮したうえで、病院経営改革とリーン・マネジメントの展開状況を鳥瞰し、その特色をまとめる<sup>2</sup>。

## 1 デンマークの医療制度

デンマークの内務保健省が2000年に行った調査では、患者の89%が入院中の取扱いに満足しており、92%が医師に、94%が看護師に満足している<sup>3</sup>。また、1998年の欧州委員会の調査では、デンマーク人の90%が医療・福祉サービスに満足しており、これはEU諸国では最高位であった<sup>4</sup>。このように高く評価される医療・福祉サービスに至った流れは何か。まずは制度改革の観点から鳥瞰してみたい。

### 1-1 地方主導型構造の歴史的経緯

デンマークの医療・福祉が公的に提供されてきた歴史は18世紀に遡る。それまでは領主などの慈善にのみ頼っていたが、封建社会が変化し中央集権が進むなかで、教会を中心としたキリスト教的な慈善活動の伝統が強い西欧諸国に対し、その伝統が弱い北欧諸国では、18、19世紀には、都市が税金を徴収し医療・福祉サービスを提供するようになってきた<sup>5</sup>。デンマークでは、18世紀には町などによって小病院が設立さ

<sup>1</sup>CiNii（国立情報学研究所論文情報ナビゲータ）による関連テーマの論文検索結果より。

<sup>2</sup>デンマークの病院に係るインタビュー調査は、筆者がデンマーク駐在中の2006年前半に実施し、初稿は2007年4月に財務省財務総合政策研究所 Discussion Paper としてまとめた。その後、トヨタ生産方式ほかについて調べ直し、加筆修正したものが本稿である。

<sup>3</sup>Patients vurdering af landets sygehuse. Glostrup: Enheden for Brugerundersoegenlsen. Koebenhavn Amt., "AMTERNE, HS OG SUNDHEDSMINISTERIET", 2001.

<sup>4</sup>The European Observatory on Health Care Systems, "Health Care Systems in Transition, Denmark" 2001, p.16

れており、1757年にはコペンハーゲンで、医師の教育を兼ねた300床を有する病院が設立されている<sup>6</sup>。このような歴史的経緯から、デンマークでも医療・福祉サービスの公的部門を通じた提供という流れができており、また、このため、地方制度と医療・福祉制度は密接不可分の関係にある。加えて、後述の1970年の改革までは、政治上の議論の中心はもっぱら基本的な制度にあり、現場の医療サービスについては、医師の専門主義（プロフェッショナルリズム）に基づき、具体的サービスが提供されてきた。一般的に、デンマークの医療は、地方公共団体が主導する分権的な制度のもとにあると言われているが、これはこのような歴史的経緯から形づくられたものである。この分権的な制度の裏返しとして、地域ごとの医療・福祉サービスの提供水準の違いを、政治家や国民が比較のおおらかに受容しており<sup>7</sup>、この点が我が国と比べて特徴的である。

デンマークの医療制度は、第一次医療としての家庭医システム<sup>8</sup>が採用されており、この家庭医は自営業者である。家庭医の総数は政府により決められている。各国民は、地域ごとに事前に登録された家庭医から自身の担当医をあらかじめ選定する。家庭医間の競争は極めて限られたものとなっている。

第二次医療は総合病院で提供される。総合病院は、民間病院が一部存在するが、基本的には県が運営する<sup>9</sup>。近年、総合病院の数は減少しつつある<sup>10</sup>。

## 1-2 1970年の改革

1970年までは、86の自治町村（Borough）と

25のカウンティ（County、県ないし郡、以下県）のもとに、約1300の行政区（Parish）に分かれていた。しかし、境界を越えて進む市街地化による行政区域との齟齬が生じていたことや、多くの行政区が小さすぎて専任職員がいない状況にあったことから<sup>11</sup>、1970年に大きな地方制度改革が行われ、14の県（County）とその下に275の市（Municipality）に集約化された。

1970年の改革では、これまで国、県などが複雑に絡み合っていた二次医療圏について、県が担当することとされ、国では、内務保健省が立法措置と全般的ガイドラインを担い、同省と財務省及び県と地方協議会（the Association of County Councils, the National Association of Local Authorities）が予算折衝を行こととされた<sup>12</sup>。県は、医療サービスに加え、中等教育、道路、環境などを担当するが、その予算の70%程度は医療サービスが占めていた。県は、二次医療圏として、総合病院の運営を念頭に管内人口が20万人以上となるように設けられた<sup>13</sup>。市は、在宅介護などの福祉サービスのほか、中等教育までなどを担当する（市の場合、そもそも中等教育の学区をもとに設けられた）。なお、県及び市の財政は、基本的に国からの交付金により運営されてきた。

## 1-3 2007年の改革

1970年以降も、何度かの手直しを経たものの、行政区画が小さすぎ、効率的な行政<sup>14</sup>の阻害要因になること、行政主体間の複雑な権限分掌もまた同様に、主体間の協調・協力の阻害要因となることなどから<sup>15</sup>、2007年1月よりさらなる地方制度改革が実施された。

<sup>5</sup>ibid, p.10

<sup>6</sup>ibid, p.12

<sup>7</sup>ibid, 2001, p.25

<sup>8</sup>救急時を除き、患者は自身の担当である家庭医の診断を得たうえで、その診断結果に基づき、必要があれば総合病院の診察を受けられるというシステムのこと。

<sup>9</sup>The European Observatory on Health Care Systems, op.cit., p.39, p.44

<sup>10</sup>1990年 80病院, 2003年 57病院。

<sup>11</sup>The Ministry of the Interior & Health, “The Local Government Reform-In Brief, Dec.2005”, p.5

<sup>12</sup>The European Observatory on Health Care Systems, op.cit., p.15, p.20

<sup>13</sup>菅沼隆, 「デンマークにおける保健医療予算の決定メカニズム」, 『立教経済学研究』58-3, 2005, p.77

<sup>14</sup>ただし, 「効率」と言う言葉は, 政治的にネガティブな印象を有するためか, 「持続的」ないし「より責任を果たすため」などと言い換えている。

そこでは、14の County を廃止し、5つのリージョン (Region) と98市 (Municipality, 271から大幅削減・統合) に再構成するとともに、行政機関の歳出ベースでこれまで14%を占めていた県 (County) の業務をリージョンでは9%に減らすとともに、市の業務を46%から48%に、国の業務を40%から43%に再配分することとしている<sup>16</sup>。あわせて、リージョンには税金徴収権がなくなることとなった。いわば、三層制の地方制度のうち、中間レベルの層を中心にスリム化・再整理したのである。

再配分された事務を具体的にしてみると、リージョン (以下、県) の事務は病院運営を中心に、地域発展のための業務の一部と幾分すっきりし、他方、市の事務は初等教育と学童保育、予防医療、老人福祉、アルコール中毒対応などを担うこととされ、国の業務も市の担当する初等教育以外の教育とされるなど、これまで問題となっていた各主体間のグレイゾーンがなくなるよう工夫されている。2007年の改革後の医療における県の歳入は、国からは、人口等の客観

的基準で配分される交付金が75%、特定の活動に限定して配分される補助金が5%、市からは、交付金が10%、使途限定補助金が10%を占めると見込まれている<sup>17</sup>。

## 2 医療機関の経営改革に向けたこれまでの取り組み

以上見てきたとおり、1970年以降、制度上、病院経営は県の担う事務のまま推移してきた。その一方で、福祉国家の拡充路線により、GNPに占める公的部門の歳出が徐々に拡大するなかで<sup>18</sup>、予算制約についても早い段階から強く意識されるようになった。この観点から、医療制度の手直しの改革に加え、公的医療機関の経営改革に向けた取り組みも同時に行われてきたが、後者が本格化したのは1990年代以降である。

ここで、デンマークの医療について、OECD資料<sup>19</sup>をもとに日本との比較を中心に整理しておく。

	デンマーク	日本
医療支出額 (購買力平価)	2972米ドル (見積)	2358米ドル
医療支出/GDP	9.2% (見積)	8.0%
医師 (Practicing Physicians) /1000人	3.6人	2.0人
病床 (Acute Care Beds) /1000人	3.1床	8.4床
MRI/100万人	10.2台	40.1台 (2005)
CT スキャン/100万人	14.6台	92.6台 (2002)

(注) 特記のないかぎり、2004年値。

ここではまず、1980年代以降、多くの先進国で流行を見ているニュー・パブリック・マネジメントに対するデンマークの取り組みの特徴を押さえたうえで、実務上、医療機関経営に関連する分野に関してどのような対応がなされたのか、鳥瞰しておきたい。

### 2-1 デンマークにおけるニュー・パブリック・マネジメント (NPM)

ここではまず、デンマークではあまり大きな流れになってないNPMの状況<sup>20</sup>について、同じ北欧の社会民主主義型資本主義と整理されるスウェーデンの進展と対比させながら、総論を概略する<sup>21</sup>。デンマークでは、1970年代の経済

<sup>15</sup>The Ministry of the Interior & Health, op.cit., p.7

<sup>16</sup>ibid., Ch.3

<sup>17</sup>Ibid., p.38

<sup>18</sup>同比率は、60年：25%、70年：43%、80年：54%、90年：56.6%、00年：52.5%、05年：50%。

<sup>19</sup>OECD Health Data 2007

の調整局面を経て、1982年秋には政権が社会民主党から保守連立に移行した。新たに成立した保守連立政権は、当時流行しつつあったNPMの流れを受けて、医療サービスにおいても市場機能の活用を含む民営化プログラムを発表した。これに対し、社会民主党及び労働組合は、この民営化プログラムについて、福祉国家に対するイデオロギイ的挑戦であり、不平等を生み出し、人間性への挑戦で、時計の針を戻すようなものだと、強く反対した。このため、プログラムは実施に至らず、内容を大幅に後退させた「現代化プログラム」としてスタートした。その後も多くの局面で、社会民主党側が政治的に勝利を収め、NPMに関しても大きな進展はなかった。

その後、1993年に社会民主党が政権を奪回し、医療サービスを含めた改革を担うようになった。しかし、皮肉なことに、野党時代の社会民主党の作戦が成功を収めてきたなかで、デンマークの医療制度を担う地方議会の議員等からは、NPMが福祉国家に対立するイデオロギイとして認識されてしまい、実施主体である地方の理解が進まなかった。結果として、NPMに関しては80年代と同様、90年代においても大きな進展はなかった。

これに対し、1982年に社会民主党が政権をとったスウェーデンでは、第二次石油危機後の経済低迷のなかで、官僚的過ぎるという野党側からの伝統的批判を意識して、NPM型の改革を最優先課題として取り組んだ。当初は市場型の改革には躊躇を示していたが、1980年代を通じ、漸進的に市場型の改革を取り入れていった。

1991年、スウェーデンの政権を保守側が奪回

するが、80年代に社会民主党が敷いたNPM志向路線を踏襲し、スピードアップを図った。野党となった社会民主党もNPMは福祉国家の「綻び」を繕うものと認識していたため、デンマークのように政争の大きな論点にはならなかった。

スウェーデンはNPMでよく引用される国であるが、それでも、そのNPMは、英国、ニュージーランド、オーストラリアのように“執拗に”“激しく”は実施されていない<sup>22</sup>。これを理解する鍵は、スウェーデン社会民主党の存在にあり。スウェーデンの場合、フレーム予算や歳出シーリングなどにもとづく予算財政制度といった、福祉国家のレゾナートルから少し距離のあるテーマの場合、他国にとっては非常にドラスティックに感じられる改革がなされる一方で、全体としてみれば、競争や契約というよりも、対話やガイダンスに重きを置いた手法がとられている<sup>23</sup>。

それでは、医療サービスについての両国のNPM導入状況を概観する<sup>24</sup>。デンマークでは家庭医システムがとられていること、および二次医療を県が担当してきたことは前述のとおりであるが、NPM志向型の改革も非常に限られたものとなっている。例えば、後述する「選択の自由」（しかも漸進的）がその代表的なものであった。NPM志向型改革についてのデンマークにおけるポイントは、いかにデンマークの事情に合わせて、解釈し実践するかという点にあると言われている<sup>25</sup>。NPMに対するこの距離感には留意すべきである。

これに対して、スウェーデンでは家庭医システムはとられておらず、医師は公務員である。

<sup>20</sup> トーベン・ヤーゲンセン教授（コペンハーゲン大学政治学部）との2003年11月27日のインタビュー、およびドータ・サカルコフ・イヴァーセン教授（コペンハーゲン・ビジネス・スクール）との2003年12月22日のインタビューなど

<sup>21</sup> Christoffer Green-Pedersen, “New Public Management Reforms of the Danish and Sweden Welfare State: The Role of Different Social Democratic Responses”, *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*,

Vol.15, No.2, April 2002, p271-294

<sup>22</sup> Christopher Pollitt & Geert Bouckaert, “Public Management Reform-A Comparative Analysis”, Oxford University Press, 2000, P.265

<sup>23</sup> 「民間の経営理念や手法を導入した予算・財政のマネジメントの改革」, 財務省財務総合政策研究所, 2001年6月, P.208

<sup>24</sup> Christoffer Green-Pedersen, op.cit., p.277-278

<sup>25</sup> カーステン・ブランバック助教授（コペンハーゲン大学政治学部）との2006年6月23日のインタビュー

選択の自由は存在せず、一定の料金を支払う必要もあった。スウェーデンにおけるNPM志向型改革は3点にまとめられる。第一に、供給者と需要者とを分別し、需要者が供給者の提供するサービスを購入することとされ、大多数(majority)のカウンティで実施されている。第二に、患者の「選択の自由」が導入され、他のカウンティの病院も含めた病院から患者が選択することができることとされた。家庭医システムも一時導入されたが、社会民主党の政権となって廃止された。第三に、公務員ではない開業医も認められ、第一次医療での競争も導入された。ただし、デンマークと比べてNPMに積極的と見受けられるスウェーデンですら、その当初の出発点は、例えば開業医すら存在せず、一切の選択の自由がなかったというレベルからであることを考慮すれば、ともに、例えば、病院の全面的民営化などの急進的かつ包括的な解決策は志向されておらず、あくまで部分的・限定的な改革にとどまってきたと言えよう。

## 2-2 70年代以降の病院の経営改革の流れ

デンマークの医療問題は、非常に長期間に及ぶ入院待機期間をいかに短縮するのが中心論点である。例えば、がん検診などで数ヶ月の待機期間を要することになれば、致命的な問題となりかねない。これは国家的課題として、国から県への働きかけを通じて、これまでも様々な取組みが行われてきている。

まず、デンマークでは、歴史的経緯から医療制度自体が県と医療機関とを中心に地方主導のもとにあった。このため、医療サービスに対する国の関与も限定的である。国の主な関与の手法として、法規制、予算、専門教育、情報提供などがあるが、例えば、法規制については、各病院のサービス供給について規定しておらず、

全般的にソフトなコントロールに止まっている<sup>26</sup>。このようななかで、国による関与の主たる手段は、1-2で紹介した4者間の予算折衝を通じ行われ、厳しくなりつつあった予算制約のもと、その重要性は徐々に高まってきた。この予算折衝を通じて、入院待機期間や心臓手術、がん治療などの優先順位が定められるなどの措置により、医療水準の向上が目指されてきた。しかし、これらの措置は事実上のものに過ぎず、法的な措置ではないため、実施主体の県などの主体的判断が優先され、国はしばしば地方の実施状況に不満を表明せざるを得なかった。

予算折衝を通じた(事実上の)関与以外の方策も模索され、1993年からはいくつかの県では県が運営する病院との間で契約を結び、特定の目標値などを設定し始めた。この契約もまた法的なものではなくソフトなもの、すなわち、自主管理目標のようなものであったが、長期にわたり達成されない場合は、給与カットや管理職の処遇条件の変更などを伴うものであった<sup>27</sup>。

また、1993年からは、部分的に「選択の自由」スキームが導入され、入院待機期間が基準を超える場合には、県域を越えて病院を選択できる制度が一部で導入された。1997年の予算折衝では、病院での特定の活動を誘導する観点から活動基準ファイナンス(Activity-based financing)が部分的に導入され、1999年の予算折衝では、一部でDRG(診療群別包括支払方式)での県から病院への支払いが部分的に導入された<sup>28</sup>。

2002年からは、「選択の自由」スキームが拡大され、2ヶ月を超えた入院待機期間が生じる場合には、国内・国外の別の病院で治療が無料で受けられることとなった。2007年からはこの入院待機期間は1ヶ月に短縮されている<sup>29</sup>。

また、財政的な誘導措置として、入院待機期

<sup>26</sup>The European Observatory on Health Care Systems, op.cit., p.21-23

<sup>27</sup>ドータ・サカルコフ・イヴァーセン教授(コペンハーゲン・ビジネス・スクール)との2003年12月22日のインタビューなど

<sup>28</sup>The European Observatory on Health Care Sys-

tems, op.cit., p.71-79. なお、「選択の自由」スキームは本稿の中心論点ではないが、デンマークの医療改革では非常に重要な論点である。

<sup>29</sup><http://www.im.dk> "Welfare and Choice in the Danish Public Sector", 11. 2005

間の短縮化のための活動基準ファイナンスも2002年に拡充されている（とは言え、活動基準ファイナンスの全体に占める比重は未だに限界的なものであり、あくまで誘導措置の趣旨である由<sup>30</sup>）。また、2004年にはDRG（診療群別包括支払方式）が全面適用されている。

加えて、医療の評価に関しても、1997年には医療技術評価機関を、98年には病院活動評価センターを設立し（2001年には両機関は統合）、その後の予算折衝上でも、徐々に品質評価の方式やモデルについて規律を強めている<sup>31</sup>。

なお、これら最近の動向について、総じて評価すれば、地方主導的な、地方の自律性のもとにあったこれまでの制度が、中央集権的な方向に向かっており、県や病院レベルで見れば、その柔軟性を失いつつあると考える意見もある<sup>32</sup>。隣国ノルウェーでは2002年の医療改革による中央集権化に伴い、政治的統制のあり方が問題となっている<sup>33</sup>といった例を踏まえれば、具体的なやり方によっては、このような懸念が現実化する可能性もまた考えておく必要がある。

いずれにせよ、以上から分かるように、デンマークでは1990年代以降、国サイドから多くの改革が行われている。その中心は「選択の自由」スキームであるが、これ以外にもさまざまな措置を通じて、医療の高度化・効率化の観点からの誘導を行っている。これらは、従来の伝統的な地方主導型医療体制のいわば外堀を埋める作業と位置付けられよう。

### 2-3 新たな経営管理手法の導入状況

以上のように、外堀を埋められつつあるデンマークの医療機関自らの経営改革に向けた動きはどのようなものであろうか。この分野は個々の医療機関により、その取り組みには差のある

点ではあるが、できる限り一般化してみたい。

デンマークの医療機関は、医師・看護師・管理者の3者からなるトロイカ体制により運営されていると言われている。このなかでも、医師と看護師とはそれぞれの専門主義（プロフェッショナリズム）が強く、例えば、医師には専門論文の作成を優先する土壌があると言われ、しかも病院長は通常医師であることから、医療機関を経営の観点に基づいて運営するには、まだ少し距離がある。

ただし、1980年代後半以降には、医療機関経営の専門化・高度化の必要性が主張されるようになり、マネジメントの重要性を認識している医師もいる。コペンハーゲン・ビジネス・スクールなどでも、現職の医療従事者用に、医療マネジメントに関する修士コースを開設するなどの動きもあり、最近では、徐々にマネジメントの教育を受けた医師も育ってきている。

組織運営では、1990年代前半には、公共部門内での予算やマネジメントの分権化が始まった。例えば、1990年代を通じて、同一県内における複数医療機関の同じ診療科が予算に共同責任を持つ、あるいは共通の管理人を設けたりする取り組みや、複数医療機関において機能単位で共同責任を持つマトリックス組織を作ったりする取り組みなど、個々の医療機関の工夫による様々な取り組みが行われてきた<sup>34</sup>。

経営管理手法の分野では、1990年代前半には、目標管理（MBO）に、その後には、活動基準原価計算（ABC）に、さらに、90年代後半ごろからは、バランスト・スコア・カード（BSC）とリエンジニアリング（BPR）を、多くの医療機関が試行した<sup>35</sup>。そして、最近では、リーン・マネジメントが流行している。リーン・マネジメントは、関係者の数、取り組み

<sup>30</sup> スバンド・サーケーア氏（内務保健省）とのインタビュー。

<sup>31</sup> The European Observatory on Health Care Systems, op.cit., p.83

<sup>32</sup> ペーター・ケア準教授、アン・ペダーセン助教授 およびドルテ・グリッド・ハンセン教授（いずれもコペンハーゲン・ビジネス・スクール組織産業社会

学部）との2006年6月28日のインタビュー。

<sup>33</sup> Per Laegreid, Stale Opedal & Inger Marie Stingen, "The Norwegian Hospital Reform-Balancing political control and enterprise autonomy", NIBR/Rokkan Center, Working Paper 2004:107

<sup>34</sup> The European Observatory on Health Care Systems, op.cit., p.82

例などの点で、これまでの流行と比べても、より大きな流れと評することができるようである<sup>36</sup>。

しかし、それにしても、短い間に、多くの経営管理手法が次から次へブームとなり、試行されてきた。NPMについては、デンマークに適合する形にするようじっくり考えるという慎重さがあるのに比べ、こと経営管理手法についてはそのような距離感がそれほど感じられないのが印象的ですからある。なぜであろうか。その理由を次節で考察する。

## 2-4 経営管理手法が流行する理由

こと経営管理手法については、デンマークの病院では次から次への流行が観察される。その理由として2つほど指摘できよう。

まず、デンマークでは、これまで述べてきたように、「医療機関が相互に顧客の獲得・市場占有率の拡大をめざして競争するという市場原理は排除されて<sup>37</sup>」おり、医療サービスは原則として公が供給している。そして、入院待機期間の短縮に向けた取り組みに見られるように、医療サービスの供給自体が限られているがゆえに、供給そのものについて、マーケット・メカニズムに頼らずに、かつ予算を増加させずに、いかに拡大するかがポイントとなっている。したがって、経営管理手法が注目を浴びているのである。リーン・マネジメントの流行もこのような文脈で捉える必要がある。

次に、病院経営を担う関係者の数であろう。540万人というデンマークの人口から考えれば医師の数は2万人内外であり、その数から考えれば、そのうち病院経営を考える医師の数は多くて1千人を下回るであろう。関係者の総数がこのようなサイズにあることは注目されてよい。しかも、政治的な調整を要するNPMなどと

異なり、経営管理手法の場合には、コンサルティング会社が米英発の議論をダイレクトに持ち込み、少ない関係者が一斉に飛びつくという構図があるように見受けられる。

なお、話が先走るが、リーン・マネジメントについては、後述するように、関係者によっては、流行のひとつ、流行のなかでは一番マシ、ほかの手法の基礎をなすなど、さまざまな意見があるが、その意見の分かれ目のおおもとは、この現象、すなわち、次から次へという流行をどう見るかという感覚があるように感じる。

## 2-5 政府機関へのインタビュー

以下では2006年に行ったインタビューのうち、内務保健省、財務省および医療サービス調査機関について紹介する<sup>38</sup>。

### 2-5-1 内務保健省 (Ministry of Interior and Health)

病院経営に責任を持つのは県ではあるが、内務保健省は医療政策の所管省庁であり、また、病院の問題もかなり細かく掌握している。福祉政策課長のスベンド・サーケーア氏に話を伺った<sup>39</sup>。

1998年から2003年に至る代表的な係数を比べてみると、病院数は79から57に、ベッド数も19,472から17,548に減少し、平均入院日数は5.8日から5.0日に減少しているものの、他方、患者処置数は約8.3%増加し、急患処置数は376万件から531万件に増加した。この間、公的病院の支出は年2～3%増加しており、2003年には医療全体で980億クローネ（約2兆円弱）かかり、対GDP比で7%、このうち6割が公的病院に充てられている。医療全体のうち、公的支出は約82%、民間支出は18%である。

県に対する財政措置として、75%はまとまっ

<sup>35</sup>カーステン・プランベック助教授（コペンハーゲン大学政治学部）との2006年6月23日のインタビュー。

<sup>36</sup>デンマークでインタビューした方のうち、何人かがこの点を指摘していた。

<sup>37</sup>菅沼隆、『諸外国における医療政策の決定プロセス—デンマーク』、病院64巻12号、2005

<sup>38</sup>本稿におけるインタビュー調査のほとんどには、日本貿易振興機構コペンハーゲン事務所の富田順子職員およびハリー・ビンター職員、専修大学（当時）櫻井通晴教授（一部の病院等）および関谷浩行氏が同行した。

<sup>39</sup>2006年2月22日、内務保健省にてインタビュー。

た交付金で、5%は国からの活動基準に基づいた補助金で、10%は市からの活動基準に基づいた財政移転で、残りの10%は市からの人口基準による財政移転となっている。財務省、医療委員会及び内務保健省では、今後、活動基準ファイナンスを50%まで引き上げたいと考えている。その際の目標は、より多くの活動と各種待機時間の減少、より効率的な病院サービス、病院のよりよい財務管理としている。

このような財政措置も漸進的な取り組みのもとすすめられており、例えば2000年には9割がまとまった交付金で1割が活動基準ファイナンスであったものが、2002年にはこれが政府と県との間でプールできることとなり、2004年には最低2割まで拡大された。と同時に、活動基準ファイナンスは、毎年1.5%の生産性向上を求めている。また、活動基準の100%満額をファイナンスすることは考えていないし、DRG（診療群包括支払方式）についても積算コストの70%しか面倒を見ないこととしている。

このような措置の結果もすこぶるいい。急な財政支出もなくなり、病院の活動水準は上がり、生産性も向上した。待機時間も2002年の105日から2004年には70日に減少した。

経済的インセンティブを効果的に使い、コスト構造、特に限界的コストについての知識がポイントで、より効率的な部門に着目し、マネジメントについてのよりよい情報などが必要と考える。病院ではマネジメントが弱すぎるが、他方で、短期間に多くの手法をやり過ぎている。いろいろな手法の中ではリーン・マネジメントが一番いいと思う。リーン・マネジメントは、従業員のメンタリティを変え、部門間のコミュニケーションを活発にする。そして何より、一番重要な医師の時間（職務分析）に焦点を当てることができる。リーン・マネジメントによって、50%の効率化は可能だと思う。ただし、リーン・マネジメントを科学（Scientific）として考えることには疑問がある。

制度的な改革の中で重要なのは、「選択の自由」スキームであり、デンマークではパブリック・プライベート・パートナーシップとして整理されることもある。また、デンマーク品質モデル（Danish Model for Quality）<sup>40</sup>のそもそもの趣旨は、上記のような効率化にともなって品質が落ちることのないようにするための歯止めという位置付けであるとのことであった。

インタビューを行った際の印象として、病院経営の効率化を目指し、病院にとっては必要額全額を予算付けしないという厳しい枠組みを設定しながら、リーン・マネジメントなどを活用しつつ、非効率なところをあぶりだそうとする強い姿勢が感じられた。また、「50%の効率化は可能だと思う」というのは、一連の関係者のなかではかなりドラスティックな意見であり、印象深く伺った。なお、政策担当者の頭の中に、品質モデルを歯止めにして、効率化を進めるといった感覚があることには留意を要する。

## 2-5-2 財務省 (Ministry of Finance)

病院をどう変えていくのかについては、内務保健省の担当であり、そこへの公的支出については財務省の担当であるが、上記のとおり、財務省は予算折衝を通じて医療機関の問題にも関与している。財務省では、医療部門長のクリスチャン・ウェンデルボー氏ほかに話を伺った<sup>41</sup>。

財務省の基本的なスタンスは、「鞭とにんじん」（鞭と飴）であり、以前は鞭が多かったが、最近では飴が多い。公金の使い方をチェックし、もっとも効率的な方法を広めるよう工夫している。医療関係の予算は欧州のほかの国々と比べると少ないが、全体で見れば入院待機期間はますます長くなっており、そのようななかで、病院とはターゲットを合意し、それを満たすよう求めることに加え、活動基準ファイナンスの比率を10%から2004年には20%に高めることや、DRGでも予算配付を（コストの）70%にとどめることなどの工夫をしている。現在の課題は、

<sup>40</sup>デンマーク品質モデルの概要は、Ministry of the Interior and Health, “Report on health and long-

term care in Denmark”, April 2005, p.8 参照。

<sup>41</sup>2006年2月24日、財務省にてインタビュー。

予算を1%増やす代わりに、生産性を2%上げるなどという交渉にある。

ただ、病院のなかでは医師が力を持っており、病院のトップ・マネジメントも医師の間で何が起きているかは知らない。財務省の仕事は病院のマネジメントを変えることであり、プレッシャーを与え続けるよう努力している。

リーン・マネジメントはより一般化しつつあり、一種の流行が来ていると言っても良い。政治家にとってもコストの可視性が確保でき、アウトプットに焦点をあてることができる。現場レベルでの巻き込み、改善イベント、従業員の意見・感覚に焦点をあてるなど、注目している。

一方で、リーン・マネジメントで100%充分かというところは考えていない。多くのものが変わるだろうが、リーン・マネジメントは、整理・合理化に主眼がある。

数年前にはBSCが流行していた。最近ではリーン・マネジメントが課題になっている。数年後にはまた別の手法が喧伝されるだろう。このように、次から次へいろいろな手法が言われることは悪いことではないが、財務省としては、一つには絞りきれないので、世の中の状況にあわせてそれぞれを応援すればよいとのことであった。

インタビューを行った際の印象として、財務省のプラグマティックなスタンスが十分理解できるとともに、政治家の着眼点が変わることから、政治レベルで調整される課題の質を変えるということを明確に意識したうえで、病院経営の問題まで関与している点について印象深く伺った。

### 2-5-3 医療サービス調査機関 (Danish Institute for Health Service Research)

医療サービス調査機関は、1975年に公的なNGOとして設立された機関であり、医療経済

と患者満足度についてのコンサルテーションとリサーチを行っている。事務局長のイエス・ソガード氏に話を伺った<sup>42</sup>。

デンマークでは平均寿命が日本などと比べて改善していない<sup>43</sup>。それにもかかわらず、医療にかかる支出が増加している。これは、効率的な医療システムを構築できていないことに問題がある。医療費は将来年5~7%伸びていくので、生産性の向上が急務だ。

この機関は、リーン・マネジメントを専門とはしていないが、リーン・マネジメントは人々が変化を望んでいるなかで、いいスタートを切っていると思う。診察行為などは製造工程に似ている。いろいろな行為が付随する。リーン・マネジメントではフレデリクスボー県が有名だが、最初のプロジェクトはオーフス市のそばの病院であった。もし、全ての病院が生産性を35%上げれば、それだけで200億クローネ(約4000億円)だ。ヘルシンゴー病院では35%、ゲントフテ病院では20%の生産性向上と言われている。財務省や政治家が期待するのもよくわかる。リーン・マネジメントは、リーン・エンタープライズ・アカデミー(後述)の影響から、ヨーロッパ全体に広がっているのではないかと。

ただ、リーン・マネジメントの成果と言われる数字は根拠の定かではないものもあり、エコノミストも関与していない。コンサルティング会社は、診療過程と顧客(患者)の価値を両方計算に含めている。バイレ病院では肺がん治療に導入し、さまざまな改善措置をしたが、それにもかかわらず、効率性が向上しなかった。もっと証拠に基づいた調査が必要だと思うが、マネジメントを担う人間は、こここのところを楽観的に考えている。

日本では労働者が自らの会社と非常に密接な関係を有し、これがポイントだとする意見もある。しかし、自分(イエス氏)はこのような宗

<sup>42</sup>2006年2月21日、医療サービス調査機関にてインタビュー。

<sup>43</sup>OECD Health Data 2007によれば以下のとおり【男性(左)・女性(右)】。

	1995年	2000年	2005年
デンマーク	72.7歳・77.8歳	74.5歳・79.3歳	75.6歳・80.2歳
日本	76.4歳・82.9歳	77.7歳・84.6歳	78.6歳・85.5歳

教的な精神に帰着させる意見には同意しない。デンマークのマネジメントでは、計数が好まれ、よく導入されている。一方で、デンマークの病院では、トップダウンの過程で、関係者間の共通理解の幾分かは失われていると思う。

いずれにせよ、病院が必要とする予算に多少足りない額の予算配付によって、病院経営者は、リーン・マネジメントやABCなどの経営管理手法を学ばなければならなくなった。これらの手法も相互に関連しあっている。あるコンサルティング会社のリーン・マネジメントのやり方は、ABC、内部取引価格、生産性比較（ベンチマーキング）、購買部門とのリンク・効率化などの要素を含んでいる。そして、患者の個々の動作時間を登録させているとのことである。

インタビューを行った際の印象として、リーン・マネジメントに注目はしているものの、客観的な証拠の必要性を強調しており、医療経済学ないしはマイクロ経済学的な観点からどのように整理しているのか、若干の戸惑いがあるように感じられた。

### 3 リーン・マネジメント

最初に、リーン・マネジメントの骨格について言及し、トヨタ生産方式との対比を若干確認したうえで、医療分野にとどまらず、製造業やサービス業などの各分野でのリーン・マネジメントのデンマークでの状況を略述する。

#### 3-1 リーン・マネジメントの骨格

リーン・マネジメントは、1980年代に米国での日本の自動車産業についての研究を通じて、トヨタ生産方式が米国流に理論化され、1990年の“The Machine That Changed the World”<sup>44</sup>で一応の完成を見たと言われる。当初はリーン（ムダのない）生産方式と命名されていた。最近では、製造業のみならずサービス業にも適用

できることから、リーン・マネジメントという用語が用いられているようである。世界的には、米国のリーン・エンタープライズ協会、英国のリーン・エンタープライズ・アカデミーが中心的な唱道者となっている。

これらの唱道者によれば、リーン・マネジメントは5つの基本原理にまとめることができる<sup>45</sup>。すなわち、

- ① それぞれの製品の価値を正確に定義づけること、
  - ② それぞれの製品の価値の小川を定義づけること、
  - ③ よどみのない価値の小川を作り上げること、
  - ④ 顧客がメーカーから価値をプルできるようにすること、
  - ⑤ 完全性を追及すること、
- の5原理である。

そして、トヨタ生産方式との違いについては、彼らは「リーン生産の開発者は開発、購買、販売、工場といった特定の部門で適用すべき特定の手法に関して説明した。彼らは詳細なテクニックに関して多くの本を出し、基本思想に関して少数の本（大野耐一の著書等）を出したが、これらの手法を総合して完全なシステムを作る方法は明確に説明されなかった。この結果、マネジャーの多くはリーンシステムの全体を理解せず、一部だけを導入しようとテクニックにおぼれてしまった」と述べている<sup>46</sup>。確かに、リーン・マネジメントでは、体系化に力点が置かれている。

筆者は2005年10月、現地の独立系大手コンサルティング会社のバルコン社とフレデリクスボロ県が共催するカンファレンス<sup>47</sup>に、バルコン社の好意で出席した。公共団体など150名程度の出席者がおり、関係者の熱気に圧倒されたことを覚えているが、そこでプレゼンテーションを行った英国リーン・エンタープライズ・アカ

<sup>44</sup>James Womack and others, 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

<sup>45</sup>James Womack and Daniel Jones, 稲垣公夫訳,

『リーン・シンキング』日経BP社, 2003, PP.14-15

<sup>46</sup>James Womack and Daniel Jones, *ibid*, p.14-15

<sup>47</sup>2005年10月26日, コペンハーゲンにて。

デミーのダニエル・T・ジョーンズ教授（『リーン・シンキング』の著者の一人）は、「リーン・シンキングはプロセス・シンキングである」としつつ、フローを用い全体像を示しながら説明していた。いわばプロセス分析を中心に、体系化して理解しようという点に重点が置かれていた。

### 3-2 トヨタ生産方式とリーン・マネジメントとの関係

ここでリーン・マネジメントのもととなったトヨタ生産方式について、リーン・マネジメントとの違いを中心に整理する。トヨタ生産方式は、徹底したムダの排除という基本思想のもと、ジャスト・イン・タイムと自動化を二本柱とする<sup>48</sup>。ジャスト・イン・タイムは、プッシュではなく市場からのプルを基本に、「後工程が前工程に、必要なものを、必要なとき、必要なだけ引き取りに行く」と考え、カンバンなどに具体化した。他方、自動化は機械に「人間の知恵をつける」ことで管理の仕方などを変えようというものである。

他方、トヨタ生産方式はシステムとしては非常に複雑で、上記の内容のみにとどまらない。全社的品質管理（TQC）の取り組みも重要なポイントである。これは、ジャスト・イン・タイムと自動化を核とするものとともに、トヨタ自動車の組織能力としては相補的な関係にある

とされている<sup>49</sup>。リーダー育成や組織的学習なども、トヨタ生産方式の重要な要素である<sup>50</sup>。部分々々を強調する書籍は多いが、これらを「トータル・システムとして統一的に説明する分析枠組みは必ずしも用意されているとは言い難い<sup>51</sup>」。

いずれにせよ、リーン・マネジメントは、トヨタ生産方式のうちジャスト・イン・タイム及び自動化を核とする部分を中心に<sup>52</sup>、体系化したものである。後述するが、デンマークの病院ではプロセス分析を中心としたリーン・マネジメントが中心である。我が国の病院では、トヨタ生産方式と言っても、プロセス分析にとどまらない、多方面からの同時並行的な検討がなされている。例えば、改善の風土や在庫圧縮を強調するもの<sup>53</sup>、臨床指標を中心に取り組むもの<sup>54</sup>、さらには、標準化を中心に取り組むもの<sup>55</sup>など、切り口もいろいろとあるようである。その理由は、このリーン・マネジメントが狭義の生産プロセスに焦点が絞られているのに対して、我が国におけるトヨタ生産方式の意味する、いわば全社的・総合的な競争優位性の追求との違いにあらう<sup>56</sup>。

### 3-3 デンマークにおけるリーン・マネジメント

欧米諸国では、1990年以降、リーン・マネジメントの理論・実践が普及・一般化してきてい

<sup>48</sup>大野耐一『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、1978、PP.9～15。および岩城宏一『実践トヨタ生産方式－人と組織を活かすコスト革命』日本経済新聞社、2005

<sup>49</sup>藤本隆宏、『生産システムの進化論』有斐閣、1997、P.18

<sup>50</sup>Jeffrey K. Liker and David Meier, 稲垣公夫訳、『ザ・トヨタウェイ（実践編）下』日経BP社、2005

<sup>51</sup>藤本 op.cit., p.4。なお、藤本は、事前の合理性だけではなく事後の合理性を含むさまざまな理由に基づく「発生の論理」と、システムの結果として安定し存続する「存続の論理」に分けて説明する進化論的アプローチをとる。これは、我が国の文化的側面からの影響とできるとき距離を置こうとしていることと相まって、統一的な分析枠組みという点では参考になる。

<sup>52</sup>ibid, p.4

<sup>53</sup>『トヨタ記念病院が実践するトヨタウェイ大研究』、フェイズ・スリー、2006年9月、P.32-39

<sup>54</sup>岡本泰岳・稲垣春夫、『トヨタ記念病院における臨床指標への取り組み』、日本医療マネジメント学会雑誌、Vol.8, No.2, 2007

<sup>55</sup>篠浦伸禎ほか、『手術へのトヨタ改善方式の導入』、病院66巻11号、2007年11月

<sup>56</sup>筆者は2006年5月に、TMMT (Toyota Motors Manufacturing Turkey) のご好意で、現地工場視察の機会を得た。そこでは何年もかけて人を育て、トヨタグループ内の特定工場の生産性をベンチマークに、生産性向上に向けて、(楽しみながら)肉薄していく工場運営の姿勢に強い印象を受けた。同時に、リーン・マネジメントとの違いが体感できたように思えた。

る。これは、そもそもは大量生産型工場での議論からスタートしたが、1992年ごろからは、大量生産型工場を超えて、生産管理の分野で広く一般的に脚光を浴びはじめ、1996年ごろには、サービス産業への展開が議論され始めている<sup>57</sup>。デンマークにおいても例外ではない。新聞報道によれば、デンマークの大手200社のうち、ほぼ半数で、リーン・マネジメントが何らかの方法で実践されている<sup>58</sup>。

製造業を中心に、最近の報道からいくつか拾えば、以下のとおりである。

- ノボ・ノルディスク社。インシュリン製造。デンマークを代表する製薬会社。2002年より取り組み開始<sup>59</sup>。
- クリスマン・ハンセン社。食品成分製造。デンマークを代表する食品会社。6人グループで行う改善の独自スタイル。工場中心<sup>60</sup>。
- ボーラ社。生活衛生用品製造。2004年春導入。水道栓生産のタクトタイムが42分から28分に（今後は19分までさらに）。廃棄資材が52%減少など<sup>61</sup>。
- イーグホルム社。電子部品製造。ポーランドで工場立上げを検討したものの、結局リーン方式のもとデンマーク国内で新工場立上げ。2006年8月稼働。生産性は25%上昇の見込み<sup>62</sup>。
- FL スミス社。セメント機器・一般機械製造。R&Dのみデンマーク（ほかは海外アウトソーシング）。デンマークのR&D部門で2006年春導入。新製品の生産開始までの企画設計のリードタイムが3分の1削減<sup>63</sup>。

加えて、サービス産業での取り組みも見られる。後述するように、今回インタビューした方のなかには、スパノルド銀行のリーン担当者も

おり、銀行業でも行われている。ほか、最近の報道からいくつか拾えば、以下のとおりである。

- アルカ社。保険業。リーン・マネジメントにより、価格を20%低減。150人で行っていた業務を25人まで削減した例や5人を2人にした例など<sup>64</sup>。
- ポスト・デンマーク社。郵便局を民営化した会社。1999年導入。生産性が徐々に上昇。2005年秋には、意思決定過程を対象にした第IIフェーズを実施。改善提案、イノベーション、品質への資源配分のためのリーダーシップに注目<sup>65</sup>。

さらに、公的部門での取り組みも見られる。

- 移民局。「移民局は巨大なペーパー工場である」との認識の移民統合大臣の肝煎りで開始<sup>66</sup>。
- デンマーク工科大学。2006年春より全職員を対象に開始。大学の競争力向上のため。節約ではなく、職員の自らの職務への「気づき」が目的<sup>67</sup>。

もちろん、このような報道の背景には、リーン・マネジメントを扱うコンサルティング会社だが、自らの広告・マーケティングを目的に、マスコミに積極的に売り込んでいることもあげられよう。注目が注目を呼ぶ構図でもある。

一般に、経営管理手法の世界においては、米国における議論がコンサルティング会社やビジネス・スクールなどを通じて、あまり時期をおかず、世界的に流布するというルートが出来上がっている。それに加え、欧州では英国発という流れもある。その是非は別として、リーン・マネジメントも同じ構図のもとにある。したがって、デンマークだけの流行ではないと思われる

<sup>57</sup>Martin Lindgaard Laursen, "Applying Lean Thinking in Hospitals-Exploring Implementation Difficulties", Center for Industrial Production, Aalborg University, Denmark, 2003, P.3

<sup>58</sup>Berlingske Nyhedsmagasinet, August 2005.

<sup>59</sup>Boersen, 2005. 11.04

<sup>60</sup>ibid, 2005.12.16

<sup>61</sup>ibid, 2006.06.09

<sup>62</sup>Erhvervs Bladet, 2006.03.06

<sup>63</sup>ibid, 2006.06.14

<sup>64</sup>Berlingske Nyhedsmagasinet, August 2005.

<sup>65</sup>Boersen, 2005.11.04

<sup>66</sup>www.lederne.dk (Managers' Magazine)

<sup>67</sup>Boersen, 2006.05.26

る。

### 3-4 マクロ経済政策におけるリーン・マネジメントの位置付け

デンマークでは医療が地方制度上の主要論点である点は上述したが、マクロ経済政策上も大きな位置付けを与えられている。現在のマクロ経済政策においてリーン・マネジメントがどのような位置付けを与えられているのか、簡潔に確認する<sup>68</sup>。

EUにおける成長と雇用政策をまとめたリスボン・ストラテジー<sup>69</sup>を受けて、デンマーク政府は2005年10月、「デンマークの国家リフォーム・プログラム」(Denmark's National Reform Programme)をまとめた。これは各省選抜チーム(取りまとめは財務省)が、リスボン・ストラテジーに対し、デンマークとしていかに対応するかをまとめたものであり、このレポートについて2006年6月末にEU委員会とデンマーク政府の間で議論が行われた。

同レポートの第6章“Continuous Improvements of the public sector”においては“LEAN”が特記されており、この種の経営管理手法については珍しい取扱いとなっている。

「今日では、その他の(ここの前の部分で記載している、『明確な目標』、『目標と成果の詳細な記述』、『入札制度』、『調達政策』以外の)手法のうちかなりの数が公的部門の生産性向上のために使われている。この観点からは、公的部門はリーン生産方式のような様々な手法を使っている民間部門からインスピレーションを得ることができる。リーン生産方式は、資源の無駄やプロセスの過剰な段階を省きつつ、時間どおりに、正確な量を、正確な質で、供給することに焦点を当てている<sup>70</sup>。」

上記引用部の前節には上述の「選択の自由」

スキームが記載されており、他方、「市民を向いたサービス」や公的部門のリストラクチャリング、発生主義会計などは別添に落ちている、すなわち、「選択の自由」スキームよりも軽い扱いであるのは当然としても、公的部門のリストラクチャリングなどよりも重い扱いとされており、公的部門改革におけるリーン・マネジメントへの注目は大きいと言えよう。

### 4 デンマークの病院におけるリーン・マネジメントの展開

ここでは、デンマークの病院におけるリーン・マネジメントについて述べる。まず、ブームといってもいい昨今の状況を紹介したうえで、いくつかの病院へのインタビュー調査の概要を説明し、最後に、デンマークの病院におけるリーン・マネジメントの特色を述べたい。

なお、英国リーン・エンタープライズ・アカデミーのダニエル・T・ジョーンズ教授も、病院におけるリーン・マネジメントは、患者を顧客と見て、資源を無駄にせず、顧客にとっての価値を高めることが最大のポイントであると説明している<sup>71</sup>。関係者全員、病院の使命として、限りある資源を用いて顧客価値の向上を目指すという大枠は、他業種と異なるものではない。

#### 4-1 病院におけるリーン・マネジメント・ブーム

上述の現地コンサルティング会社のバルコン社が、2005年10月に行った電話調査によれば、デンマークの主要な病院ないしはセンター43のうち、約4割がリーン・マネジメントを1プロジェクト以上実施しており、さらに42%がリーン・マネジメントを考慮中で、その他の19%が他の手法を用いると答えたとのことである<sup>72</sup>。割合から考えれば、43の有効回答数のうち、17

<sup>68</sup>ここでは政府発表文書の構成からの推論という形をとる。

<sup>69</sup>[http://ec.europa.eu/growthandjobs/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/growthandjobs/index_en.htm)

<sup>70</sup>The Danish Government, “Denmark's National Reform Programme-Contribution to EU's Growth and Employment Strategy (The Lisbon Strat-

egy)”, October 2005, P.56

<sup>71</sup>2005年10月のカンファレンスにおけるジョーンズ氏のプレゼンテーションより。

<sup>72</sup><http://www.dadlnet.dk/uf1/2005/4905/LS-html/LS48644.htm>

機関が既に取り組んでおり、18機関が考慮中、残り9機関が考えずということになる。有効回答数に入らなかった病院・センター（2003年には全国で計57病院。よって、10強か）について、仮に、全てがリーン・マネジメントを視野に入れていないと仮定したとしても、それでもなお、約3割の病院が、部分的にはあれ、現に実施中ということになる。

バルコン社によれば、「わずか2～3年前には1病院が取り組んでいたのみ」とのことであり、これはほかの論考でも同様の認識である<sup>73</sup>。したがって、この調査で考慮中と回答した機関の数の多さも考慮すれば、実に短期間でブームと表現してもよい状況に至ったことがわかる。

以下では、バルコン社ほかに対するインタビュー調査の概要を紹介する。

#### 4-1-1 バルコン社 (Valcon Consultant, コンサルティング会社)

バルコン社は、デンマークの独立系最大手コンサルティング会社の一つであり、社員は約60名で、年々業容を拡大している。リーン・マネジメントは同社の一分野に過ぎないが、デンマークで医療機関へのリーン・マネジメントの適用に最初に注目したこともあり、現在のところ、医療機関でのプロジェクトの過半のシェアを確保している（ただし、現在、数多くの同業者が新規参入し、競争は激化しつつある）。同社では、CEOのクヌッド・サント氏ほか、何人かの方から順次話を伺った<sup>74</sup>。

同社の創業者であるクヌッド・サント氏は、もともと旧ソ連で発展した「グループ・テクノロジー」（連産品などに着目した系統の理論の由）を専攻し、1980年代には日本でジャスト・イン・タイムなどの方法論を研究し、全社的品質管理（TQM）やBSC、ABC、チームなどの議論でも、当地で数々の本を著している。製造業のバン&オルフセン社やプライスウォータ

ーハウスなどを経て現在に至っている、との自己紹介のもと、以下の話をされた。

プロセスを見直せば当然、生産性を上げることができるが、現場の強い抵抗にあっているのが悩みの種である。プロセスを見直すことが重要だという雰囲気は、一国ではなく、世界中で作りたい。現在、リーン・マネジメントによって、医療機関では一つのプレイクスルーが起こりつつあるが、道はまだまだ遠い。医者対マネジメントの争いは、昔の熟練工対マネジメントの争いに似ている。同じ反応だ。

デンマークでのより実際的な手法は、トップダウンだ。トップが自ら旗を振り、変革を担う中間層を指定し、ラディオメーター社で行ったように、「やれ、さもなくば去れ」というスタイルがいい。マネジメント層がフレームをつくり、そのうえで、コンサルティング会社がフローアー・ピープルにチームワークを教え、巻き込んでいくというアプローチが有効だ。

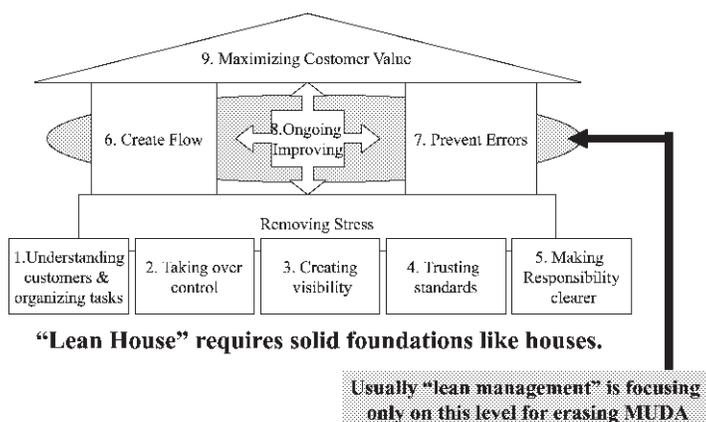
省庁は、医療機関に対する資金配分を足りなめにすることで動機付けようとしている。医療機関の経営を何とかしろという世論の支持があり、政治家も敏感に感じ取っているのだから、我々は、リーン・マネジメントを通じ、政治メカニズムが変わると理解している、とのことであつた。

また、部長のポール・スカドヘッド氏は、医療機関のプロセスはぬかるみ状態であり、改善しようにもそのもととなるものがない。リーン・マネジメントのポイントは、そのもととなるワーキング・プロセスを作り出すことだ。ABCも試したことがあるが、リーン・マネジメントを先行させるべきだ。BSCも、リーン・マネジメントがなければデータがない状態となり、失敗するとのことであつた。

さらに、担当課長のトーマス・フィッシャー氏は、医療機関でリーン・マネジメントがブームを呼んでいるのは好ましいことだが、同業コンサルタントのなかにはリーンの本質を知らずにコンサルタントを行っているものもあり、ブームに伴うコンサルタントの乱立により、質の

<sup>73</sup>Martin Lindgaard Laursen, *ibid*, p.3

<sup>74</sup>2005年から2006年にかけて、数度にわたりインタビュー。



Source: God Lean Ledelse, Mikkel Eriksen, Thomas Fischer & Lasse Moensted, Boesens Forlag, 2005, より抜粋

(図1) バルコン社によるリーン・マネジメントの概念図

劣化が心配である由。

バルコン社の場合には、リーン・ハウス方式(図1)をとっており、全体を9段階に分けて、基礎にあたる第5段階までを強調している。まず、顧客と組織の職能を理解する第1段階、コントロールを効かせる第2段階、可視化を生み出す第3段階、標準を信じる第4段階、責任を明確化する第5段階という基礎を十分につくる必要がある。これは家の土台と同じで、大変大切なことだ。そのうえで、フローをつくる第6段階、エラーをなくす第7段階、改善していく第8段階がある。通常、リーン・マネジメントという場合には、この第6～8段階でのムダとりばかりが強調されているが、前段階がなければ成り立ち得ない。そして最後に、顧客価値の最大化という第9段階がでてくる。トーマス氏は、共著でリーン・マネジメントに関する本も出しており<sup>75</sup>、そこでもこのような基礎の重要性を強調している。

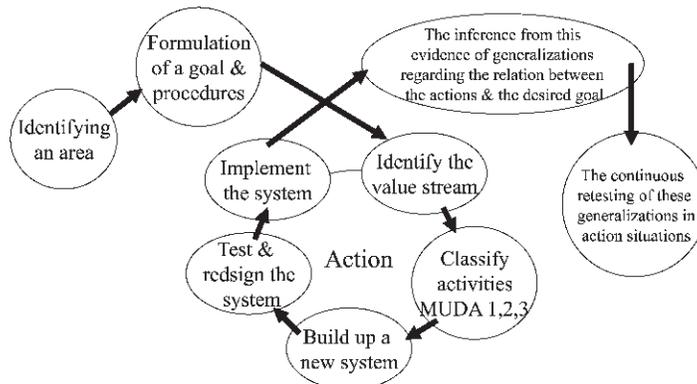
さらに、BPRのような手法は、確かに体系化されているのだが、現場レベルでどうしたらいいのかとブレイクダウンして考えてみると、途方にくれる。その点、リーン・マネジメントは、現場レベルの動きに直接働きかけるので、

<sup>75</sup>Thomas Fischer & Lasse Moensted, “God Lean Ledelse, Mikkel Eriksen”, Boesens Forlag, 2005

有効であるとのことであった。

担当コンサルタントの一人、ラーセ・モーンステッド氏は、医療機関ではトップ・マネジメントというよりも、現場に近いレベルのほうが、リーン・マネジメントの重要性に早く気付くことが多いとのことであった。そして、彼の理解では、米国と日本のマネジメントは世界の先端をいっており、デンマークもそこから学ぶことが多いとのことである。筆者としてはいろいろな理解があるものだと印象深く聞いた(このような意見は、デンマークでも若手に多少見られるが、少数意見に過ぎないことには留意すべきである)。なお、同氏はインタビュー後、製薬大手のノボ・ノルディスク社の建設部門子会社であるNNE社に転職し、同社で生産ラインの建設を担当している由である。

バルコン社関係者に対しインタビューを行った際の印象として、強調するポイントには多少の違いがあるものの、各人それぞれに、リーン・マネジメントに対する熱い思い入れが感じられた。また同時に、日々の業務のなかで、リーン・マネジメントと言えば「日本企業と我々デンマーク企業とは違う」という反発が多いことは容易に想像できるが、これが故か、日本との距離感には多少の悩みがあるのではないかと感じられた。



Source (Applying Lean Thinking in Hospitals – Exploring Implementation Difficulties, Martin Lindgaard Laursen, Center for Industrial Production, Aalborg University, Denmark, 2003)より抜粋

(図2) マーティン氏によるリーンのプロセス

#### 4-1-2 リーン・マネジメント専門家 (Mr. Martin Lindgaard Laursen)

オールボー大学に在籍していたマーティン・ラーセン氏は、デンマークで始めて、リーン・マネジメントの医療機関への適用をテーマに博士論文<sup>76</sup>を書いた人物である。医療機関に何ヶ月も泊り込んで論文をまとめたと言うだけあり、若いにもかかわらず非常に現場に詳しく、また、リーン・マネジメントそのものへの造詣も深い。同氏の論考のポイントと、複数回にわたる同氏へのインタビューおよび意見交換のポイントについて、ここで紹介する。なお、同氏は現在、スパンルド銀行でリーン・マネジメントを担当している。

同氏のリーン・マネジメントは、ABCやプロセス・アクティビティ・マッピングなどの手法を用い、図2のような手順で体系化したうえで、改善などの手法を入れ込んでいくというものである。オーフス大学病院に属するスケイビー病院における心臓バイパス手術の手術前の過程を分析し、患者の待機時間の3割を削減したうえで、X線部門や看護師などの能力を向上できた。

「人間を相手とする我々が、なぜ製造業のやり方に学ばなければならないのか」という反応がやはりあった。ただ、看護師は医師よりも全

<sup>76</sup>Martin Lindgaard Laursen, *ibid.*

体像を見ていることから、看護師のほうがこの考え方への理解が早く、あまり問題がなかった。また、フレデリック・テラーの科学的管理法の印象で見ているものもあり、ロボットのように働かされるといった反発もあった。加えて、製造業に比べ病院の環境はすこぶる洗練されているはずだという病院側の傲慢や、患者数やベッド数などに基づいて決定される予算制度の問題、病院内のコミュニケーションの悪さなどがあげられる。そして、より大きな問題として、システムを変えていく主体がない、すなわち、医師や看護師はマネジメント層が病院経営をみていると信じ、マネジメント層は医師などが病院経営をみていると信じており、だれもムダを意識しない。医師は、患者ではなく、よい専門論文を書くことに関心があり、専門知識を背景とした医師の権力のもとで、誰も全体を見ないという問題がある。困難な課題ではあるが、トップダウンとボトムアップの両方のアプローチを繰り返しつつ、強いリーダーシップが発揮できるようにすることが重要である、とのことであった。

さらに、同氏は、関係者間のモチベーションを上手く高めないと、デンマークでは消えてしまいかねない。だが、モチベーションを高め、継続的「改善」プロセスを働かせるいいヒントが、自分には分からないとのことであった。

筆者から、暗黙知と形式知に着目し、それらを組織内でうまく共有する SECI モデル<sup>77</sup>と、創発をいかに起こしていくか、その仕組みを解説した場の論理<sup>78</sup>とを紹介したところ、後日、前者については特に興味をもって勉強しているとのことであった。

#### 4-2 病院へのインタビュー調査の概要

以下では2006年に行った4病院へのインタビュー調査の概要を紹介する。

##### 4-2-1 オーデンセ大学病院 (Odense University Hospital)

オーデンセ大学病院は県が設置主体の病院で、2005年の患者数は13万人、延べ入院患者数は7万4千人で平均入院期間は4.7日、外来患者は5万6千人で38万回、緊急外来の利用は6万人、ベッド数は1,067という総合病院である。病院職員は、7,289人(うち正規職員は6,358人)、医師は896人(うち専門医は457人、研修生は439人)、看護師2,476人、准看護師571人、医療秘書638人という構成で、年間予算は4.35億ユーロ(約650億円強)である。この病院は、専門医療と医療研究、医療教育(博士課程前後)などを担当し、ポストドクター教育では南デンマーク大学と関係を有する。医療部長のペーター・フランセン氏ほかから話を伺った<sup>79</sup>。

当病院は、「デンマークで患者に最も選ばれる(First Choice)大学病院であること」をビジョンとし、2005年からの3カ年計画では、4つの戦略、すなわち、①顧客満足などを内容とする患者のための戦略、②効率性や資源の有効活用を内容とする経済性のための戦略、③専門性と医療研究、医療教育を通じた発展のための戦略、④マネジメントとコラボレーションのための戦略を策定している。特に、大学病院としての質を高めるため、後述するデンマーク品質

モデル、患者の電子記録、生産性向上のためのリーン・マネジメント、患者からの期待の向上への対応などに注目している。

デンマーク品質モデル<sup>80</sup>は、医療機関の品質評価のための国のプログラムで、現在37テーマ、100の基準からなる。品質基準を決め、公的医療部門の認定を行う。全公的医療機関に適用される。将来は地方の一般医や医療機関にも適用される予定である。また、患者の電子記録、すなわち、診断記録、投薬記録、応答記録などをすべて電子化し、統合されたプラットフォームにまとめていく予定である。

同病院では現在、経営管理手法として、BSC、リーン・マネジメント、内部契約(インターナル・コントラクト)を実施しているところである。以前、1994-95年には、ABCとBPRもあわせて、胸部がん部門、腫瘍部門で試行したが、特にBPRを通じて効果が得られた。ABCは時間浪費的なやり方をしたので、担当者の交代とともに終了した。

BSCは開始したばかりであるが、500人のマネジャーを対象に他者からどのように見られているか、評価を受けるというもので、各マネジャーについて3600項目を調べる。専担者も2~3人いる。欠点は、医療の成功具合とリーダーシップの評価について測定できないことにある、とのことであった。

リーン・マネジメントについては、当初、黒字転換を達成したオスロ病院とリグス病院(コペンハーゲン大学病院。通称、王立病院)に視察に行き、部内の流れが基本的に似ていることから導入することとした。実施は、医療では3部門、すなわち、心臓部門、整形外科部門、放射線部門で、ほかに購買部門でも開始した。将来は全部門で実施する予定である。また、政府方針を受けて、ワーク・フローの作成もリーン・マネジメントの一環で考えている。全体の

<sup>77</sup>例えば、『2005年度版 日本経営品質賞とは何か』社会生産性本部、2005、P.158

<sup>78</sup>伊丹敬之、『場の論理とマネジメント』東洋経済新報社、2005

<sup>79</sup>2006年2月14日、オーデンセ大学病院にてインタビ

ュー。

<sup>80</sup>県、コペンハーゲン病院連盟(The Copenhagen Hospital Cooperation)、内務保健省、および国家医療委員会(the National Board of Health)の4者からなる委員会運営されている。

評価として、「デンマーク人は自分について他人に話をされたり、自分自身を見つめることが好きではないという問題があるが、リーン・マネジメントは、部門間などの壁を取り払う非常にすばらしい機会を持っている。問題が自分のそばにあるのに、誰かに来てもらうことを待つのはムダである。もっとも、生産性向上にあたっては、医療の質の向上や研究開発の余裕をいかにつくるかということも大事だと考えている」とのことであった。

同病院のリーン・マネジメントは、温度調節機器メーカーのダンフォス社から学んでいる。同社は2002年に、「リーンで成果が出なかったら工場を海外に移す」と従業員に宣言したうえで、約18,000名の従業員のうち約60名が従事し、現在では半分くらい導入したところで、これまでの成果でも約2～3割の改善効果がでてきている。なお、同社はリーン・プロジェクトに約1億クローネ（20億円）を投下している。

ほかに、同病院では内部契約（インターナル・コントラクト）を導入している。病院内の4つのセクターが各部門と契約（コントラクト）を結び、今年には病院全体で、県と契約（コントラクト）を結んだ。県との契約における問題は、新薬開発のスピードがアップし、契約・予算決定後もぞくぞくと新薬が登場するので、これを予算に反映することができず、年々扱いが難しくなってきたとのことであった。

インタビューを行った際の印象として、医療部長自身はリーン・マネジメントに中立的であり、現場発の改善プロセスがデンマーク人にどこまで馴染むのか、戸惑っている感じであった。

#### 4-2-2 リグス病院 (Rigshospital, コペンハーゲン大学病院)

リグス病院（コペンハーゲン大学病院。通称、王立病院）はコペンハーゲンの中心部に程近いところにあり、職員数約1,000人、12の診療科、財政規模は約10億クローネ（約200億円）の病院である。産婦人科医長のベント・オッテセン

<sup>81</sup>2006年2月17日、リグス病院にてインタビュー。

氏から話を伺った<sup>81</sup>。

この病院での産婦人科では、約2年前から改革のための取り組みを始めたが、効果がなかったところ、個人的関係のあったバイオ・製薬機器メーカーのラディオメーター社の人間からリーン・マネジメントを推薦され、同社の取り組みに病院関係者が参加し、効果があることを確信したので導入した。3月には、ハーバード大学と当地コンサルティング会社のランボール社との共催で、北欧の病院を対象としたリーン・マネジメントの会議が開催される。同病院からも参加し、その結果を受けて病院内の全部門に拡大する予定である。

ラディオメーター社ではイベント方式でリーン・マネジメントを実施しており、同病院もこの方式を踏襲している。ここでは、医師、看護師、システム専門家、秘書、会計等のリーダーなど、8～10人の職員が一つのチームをつくり、一週間フルタイムでかかわり、成果をだしていくものである。その流れは、月曜日にはインタビュー、火曜日には発見された問題の発表、水曜日には問題解決方法の提案、木曜日にはさらなる検討、金曜日にはレポート作成というもので、一週間の短期集中で終え、全従業員に成果を発表する。2週間に一度のミーティングなどでは人は集中力を失いやすく、テンポが重要だとのことである。興味さえ持てば、人は進んで残業する。大きな問題でもテンポを優先し、一週間で終わることが必要である。また、チーム構成も重要で、次の実施予定部門からも一人入れておくと、その後の展開に非常に役立つ。関係者の関心を高めるため、最初のイベントが重要なのは論を待たない。

同病院では将来、外部ではなく内部職員の個別提案に基づいてリーンを進めていきたい。また、患者を含めたもの、すなわち患者の流れなども視野に入れたものとしていきたい。ラディオメーター社の経験、自らの経験を踏まえると、労働者はリーン・マネジメントがいいものだとすぐに気付く。他方で、現場のリーダーの理解を得るのに、実は時間がかかる。BSCや戦略

マップなどの知識は一切ないが、ABMとリーン・マネジメントとの間には関連性が高いとのことであった。

インタビューを行った際の印象として、リーン・マネジメントには非常に積極的で、特にラジオメーター社の、現場の集中力を失わないよう、現場のテンポにあわせて行うイベント方式への強い思い入れが感じられた。

#### 4-2-3 ゲントフテ病院 (Gentofte Hospital)

ゲントフテ病院はコペンハーゲンに隣接するゲントフテ市にある総合病院で、県が運営している。コペンハーゲン地域に4つある病院（ほかグロストラップ、ハーレブ、アマガー）の一つで、4病院をあわせると、従業員数9,700人、患者数28万3千人、急患20万6千人、ベッド数2,150（平均入院日数5日）、予算51億クローネ（約1,000億円）である。エリック・エリング副病院長に話をお伺いした<sup>82</sup>。

国・地方制度改革のなかで注目を浴びている医療経済の分野では、過去20年間に病院数が125から75に減少するなど、状況が大きく変わってきている。この病院では、活動基準ファイナンスに積極的に取り組み、保守的な病院では予算全体に占める活動基準ファイナンスの割合が4%水準であるのに対し、積極的な病院ではその割合が25%～50%であり、この病院も後者のグループに属している。DRG（診療群別包括支払方式）とともに、政府と病院との契約により、病院における効率化の余地が出てくる。現在この病院も、活動基準ファイナンスをきっかけとしてABCに進みつつある。

BSCも積極的に取り組んでいる。戦略プランそのものが予算削減に資するとのことであり、ビジョンのもとに、プロセスの視点、患者の視点、学習の視点、経済性の視点を設け、病院全体のほか、部門別のBSCも作成している。

リーン・マネジメントは始めたばかりであり、リグス病院などと比べると初期段階である。デ

イケア・サージェリー部門を始めとして、現在心臓ケア部門でも取り組んでおり、今年中にもう一部門でやりたいと考えている。ボトムアップに個別提案をくみ上げることにもっと留意したい、とのことであった。

また、BSC、ABCと、リーン・マネジメントは相互に関連しており、一緒にやることで良いパフォーマンスを期待できる、とのことであった。

インタビューを行った際の印象として、本人はメディカル・ドクターでありながらも社会学の修士号も持っており、また、病院長もエコノミストであることもあり、幅広く経営管理手法を勉強しており、そのうえで、リーン・マネジメントに対して強い思い入れを持っていることが感じられた。

#### 4-2-4 ヒレロッド病院 (Hilleroed Hospital)

ヒレロッド病院はコペンハーゲンのあるシェラン島の北部の近郊都市にある総合病院で、県が運営している。デンマークでは最初にリーン・マネジメントに取り組んだ病院として、報道<sup>83</sup>でも有名な病院である。ここでは、整形外科のマネジャーであるマリアン・リチェルセン技師に話を伺った<sup>84</sup>。

2年前にリーン・プロセスを開始した。整形外科では看護師が中心となって実施した。当初は、可視化、安全確保、資源の最適化などに焦点を当て、手術の時間を日中に移すとともに、患者の流れを最適化した。CTスキャンの待ち時間が10週間から2～3週間に減り、年換算で1300人多く処置することが可能になった。また、管理部門や秘書業務、カルテに関するワーク・フロー、診察などでも満足すべき成果を出した。しかし、医師が関係する部門では実はうまくいっていない。

現在では、ヒレロッド病院、シンゴー病院、フレデスン病院の3病院の整形外科でベンチマーキングをしている。同じCTスキャンを用い

<sup>82</sup>2006年2月20日、ゲントフテ病院にてインタビュー。

<sup>83</sup>Mediclinsk. Teknologi & Informatik., 2006-No1

<sup>84</sup>2006年2月23日、ヒレロッド病院にてインタビュー。

ているので、比較可能である。X線科の5部門でも毎週ワーク・フローを作り、それに従って業務を進めている。ほかには、手術部門や聴覚科などでも実施している。また、経理部門などの4部門でもワーク・フローを中心にリーン・マネジメントに取り組んでいる。

ただし、部署によっては待機期間があまり減らず、また、職員が毎週月曜日10分間のミーティングを行うのにも時間を惜しむので、職員にリーン・マネジメントの効果を確信させるためにはもう少し時間があるだろう。大きな部門ではせっかく作ったプランを守ることがより難しい。3病院間の文化の違いや、医師との文化の違いを理解することも大きな課題である。最も重要なことは、リーン・マネジメントにおいては、職員がプロセスの中にいること、そして、プロセスの改良に耳を貸すことだとのことであった。

インタビューを行った際の印象として、せっかく計数などを整理してもそれが現場でうまく改善に結びついていないことから、本人は現場関係者をいかに巻き込むかという点で悩みを抱えているようであった。特に、医師が必ずしも協力的でないことには留意を要する。また、実際にリーン・マネジメントを実施している現場を見せていただいたが、各種の計表や現場データなどが、プリントアウトした小さな字のまま、しかも見にくいところに貼っており、自然に目に入ってくる掲示とはなっていないなど、さらなる工夫の余地があると感じられた。

## 5 デンマークの医療機関におけるリーン・マネジメントの特色

以上がデンマークの医療機関におけるリーン・マネジメントへの取り組みであるが、これは今後どうなっていくのであろうか。リーン・マネジメントに対する期待も高いなかで、この動きは単なる一過性の流行を超えて定着するのであろうか。ここでは、これまでの政府機関や病院等へのインタビュー調査を簡潔にまとめたうえで、今後のリーン・マネジメントの展開を

予測するにあたって、その展開を促進する要因と阻害する可能性のある要因とを分けて整理してみたい。

### 5-1 政府機関および病院等へのインタビュー調査のまとめ

確かにデンマークでは、医療機関におけるリーン・マネジメントが一種の流行ではあるが、上記のとおり、関係者によって受け止め方、理解の仕方が異なっており、どのように位置づければいいのか、相当に悩んでいるようである。ここでは、これらのインタビューについて、あえて概要を整理する。細かいニュアンスは捨象している点をご容赦いただきたい。

リーン・マネジメントの本質を、医師等の業務の流れと患者の流れに焦点を置いたプロセス分析と理解している。そして、現段階で考えられる最適なフローを実現するための手段として、リーン・マネジメントを有効なツールと認識している。

リーン・マネジメントの導入と推進にあたっては、医療機関におけるトップダウンの流れが重要視されており、日本では改善運動やTQMなどで強調されるボトムアップの流れは、重要とは言え、二本柱のなかの一つ、ないしは、どちらかといえば補足的なものとして認識されている。また、ボトムアップのアプローチがデンマークの組織に馴染むのか、(どちらかと言えば、職場内での人的接触の薄い)デンマークの働き方と馴染むのか、疑問を呈する意見も強かった。さらに、医療機関の中では、医師に比べて看護師が、リーン・マネジメントの重要性を気付くのが早い点には留意を要すると考える。

また、リーン・マネジメントが、インプット量をめぐる争いとなる傾向がある政治の場での調整の質、ないしは政治課題そのものを変える点を意識している意見が複数あった。そのうえで、医療機関関係者に実際に効率化に取り組んでもらう観点から、予算配付を多少絞り、外堀を埋める手法を意識している政府関係者の取り組みも特徴的であった。

なお、何人かのインタビューにおいて言及されていた文化的側面について、本稿では基本的な視座として取り上げることはしなかった<sup>85</sup>。しかし、デンマークを英米と同様に低コンテキスト社会（我が国は高コンテキスト社会）であるとする有力な意見<sup>86</sup>もあり、そのような観点からは、高コンテキスト社会で生まれたトヨタ生産方式が、低コンテキスト社会で普及する形態としてリーン・マネジメントという形を取っているという整理も可能かもしれない。今後の課題であろう。

## 5-2 リーン・マネジメントの促進要因と阻害要因

### 5-2-1 促進要因

#### 5-2-1-1 医療効率化の必要性という共通認識

国際通貨制度選択の基本原則として、一国は為替の安定と自律した金融政策と自由な資本移動の三つを同時に達成できない<sup>87</sup>。自由な資本移動を保証しつつ、通貨がユーロと固定されているデンマークにおいては、自律した金融政策は原則的に成り立たないので、マクロ経済政策の中心は財政政策である。そして、その財政政策の中心は、医療の効率化と、労働供給をいかに増やすかといった問題意識も視野に含む年金問題である。したがって、医療の効率化、すなわち、医療サービスの供給体制の効率化が必要であることは共通認識となっている。しかも、前述したように、これは公が担うという共通理解のもとにあり、マーケット・メカニズムの導入などといった指摘で論点が拡散する可能性も低い。加えて、漸進的改革を中心とし制度を大きくいじることは少ないという政治事情なども

ある。さらに、デンマークの狭い社会（人口540万人）<sup>88</sup>では、前述したように関係者の数が比較的限られており、内務保健省などの誘導措置が有効に働く余地は大きい。

#### 5-2-1-2 業務の流れ、患者の流れを中心としたアプローチ

リーン・マネジメント、特にデンマークで流行しているものは、業務の流れ、患者の流れを中心としたアプローチ（いわばプロセス分析中心のアプローチ）であり、素人目にも理解しやすい。それがゆえに、世論や政治家を動かすインパクトがある。フローのなかに非効率があり、だからその無駄をとっていくという論理は、現場の改善サイクルなどが強調されるのに比べ、非常に理解されやすいであろう。

#### 5-2-1-3 比較的フラットな組織構造

デンマークは中小企業が多く、組織の構成員が比較的限られているので、各国間で比較すると、職階によるパワー・ディスタンスが小さく、ヒエラルヒーの構造ではない比較的フラットな組織構造が一般的で、個人主義的であるとされている<sup>89</sup>。特に、看護師は、業務の流れ等の全体像をよく観察しており、そして、日々ムダだと分かっている業務も医師と比べて多くやらなければならないため、リーン・マネジメントの有効性に気付くのが早く、気付いた場合には強力な推進母体になる、しかもその意見がフラットな構造が故に通じやすいと考えれば、この点を強みであげておく必要はあると考える。

### 5-2-2 阻害要因

<sup>85</sup>その理由として、我が国経済および製品のPRを使命とするJETRO海外駐在員としての筆者なりの現場感覚では、現状では文化的側面の一般化が特に我が国に関して安易に行われ過ぎているのではないかと感じているためである。

<sup>86</sup>例えば、ホフステード著、岩井紀子ほか訳、『多文化世界 違いを学び共存への道を探る』、有斐閣、1995。ホール著、岩田慶治ほか訳、『文化を超えて』、TBSブリタニカ、1979。など。

<sup>87</sup>野口旭、『グローバル経済を学ぶ』、ちくま新書、

2007

<sup>88</sup>Sir James Mellon, "A Description of Denmark in the Year of our Lord" 1992. 80年代に在デンマーク英国大使であった氏は、仲間意識の強さ等を指摘したうえで、デンマークを「国というよりも部族(tribe)である」と表現した。同様の指摘は300年前より現在に至るまで多数ある。

<sup>89</sup>Nancy J. Adler, "International Dimensions of Organizational Behavior", South-Western, 2002, P.54

### 5-2-2-1 現場の改善サイクルの弱さ

インタビューでもしばしば言及された問題である。上記5-2-1-3で述べた、デンマークの職場関係が個人主義的であることにも通じるが、デンマークでは一般に、職場の人間関係が希薄で、他人の職務には踏み込まない傾向にある。あっさりした国民性で、職場でのコミュニケーションが少ないと言われることも多い。この点は、旧ソ連外務省出身で、リトアニア政府開発庁の前長官であったレミギュース・カベシウス氏も、スカンジナビアを含むノルディックの人々が共通に持つ傾向として誇りを持って説明してくれた（確かに、慣れればこれも居心地はいい）。問題を一番把握しやすい現場で、改善サイクルをいかに動かしていくのか、今後の課題であろう。

### 5-2-2-2 医師の専門主義

医師の専門主義については、多かれ少なかれ、どの国でも似たような状況であろう。しかし、デンマークの場合には、もともと個人主義的伝統があり、また、早い段階から専門職に分かれる傾向がある（換言すれば、他人の専門分野にはあまり介入しない）。加えて、勤務医の場合には、わが国以上に専門論文の作成を尊ぶ風土がある。したがって、リーン・マネジメントのような手法を導入し、さらに現場の改善サイクルを通じた実行をしようとした場合には、専門知識を背景にした権力を医療機関内で持つ医師の反発が、わが国以上に大きいと考える。

### 5-2-2-3 短期雇用が一般的な労働システム

欧州では雇用保障が強く硬直的な労働体系をとる国が多いなかで、デンマークは、①雇用保障が弱く解雇しやすいという弾力性（フレキシビリティ）、②高水準の失業手当、③失業期間中の充実した職業訓練を特徴とし、フレキシビ

リティとセキュリティからの造語“フレクスセキュリティ”という独自のシステムをとっている<sup>90</sup>。このシステムのもと、デンマークでは短期雇用が一般的である。

現場の改善サイクルを上手く働かせるためには、暗黙知を溜め込み、共有化し、それを形式知に変える SECI モデルのような仕組みがあることが望ましい。しかし、このような短期雇用のもとでは、暗黙知のようなものがそもそも蓄積されるのかという問題がある。リーン・マネジメントを導入したあとで、これを自律的に回していくタネが次から次へと出てくるのだろうか。注目すべきポイントであろう。

### おわりに

以上、デンマークの病院経営改革とリーン・マネジメントについて述べてきた。最後に、我が国の病院経営改革へのインプリケーションについて整理したい。

まず、最初に指摘しうるのが、プロセス分析<sup>91</sup>の重要性である。デンマークにおいてはBSCなどの手法をいろいろとトライしたあと、リーン・マネジメントの有効性に気付いたとの指摘もある。そこでは、業務の流れおよび患者の流れが根幹を成しており、その基本（すなわちプロセス分析）に立ち返らないと、現場がどのように動いているのか分からず、病院経営の効率化にも限定的な、場合によってはペーパーワークのみ増えるという有害な効果しかないという事態になりかねない。デンマークでは、BSCやABCその他の経営管理手法も、これに乗せる形で考えている医療機関が多い。いずれにせよ、我が国でも病院関係者はトヨタ生産方式の内容に詳しいわけではない。したがって、その統一的な理解に困難のあるトヨタ生産方式という入口から始めるよりも、プロセス分析などの入口から始めるほうが理解しやすいように

<sup>90</sup>大西淳也、「注目を浴びるフレクスセキュリティ」、毎日新聞社、エコノミスト2005.05.02/09. P.79. 最近の文献では、『多様な就業形態に対する支援のあり方研究会』報告書、財務省財務総合政策研究所、

2006年5月、が詳しい。

<sup>91</sup>本稿で使う「プロセス分析」という用語については、藤本隆宏、『生産マネジメント入門（I・II）』、日本経済新聞社、2001. 参照。

考える。

次に、看護師の重要性である。デンマークでは、医療機関のなかで比較的全体的な視野を持つのは、数々の庶務も含め行わなければならない看護師であり、リーン・マネジメントについても理解が早く、また、強力なサポーターにもなり得るとのことである。我が国では、多くの勤務医は大学医局当局の人事権下にあり、それほど自由な立場ではないのに比べ、看護師は、資格さえあればどこでも職が得やすい状況にあり、自由な立場にたつことができるように思われる。したがって、我が国においても、看護師

こそキー・アクターとなりうるであろう。しかも、その重要性に気付けば、転職を通じてこの考え方を広めていくことも期待できる。

最後に、医療所管当局と財政当局のスタンスである。デンマークでは、リーン・マネジメントが、政治の場での調整の質、ないしは政治上の課題そのものを変える点が意識されている。そのうえで、医療機関関係者に実際に効率化に取り組んでもらう観点から、政府関係者は、予算配付を多少絞り、外堀を埋める手法を意識している。参考とすべきであろう。

以上

本稿をまとめるにあたり、筆者の在任した日本貿易振興機構コペンハーゲン事務所長としての立場でお付き合いのあった在欧日系企業、日本企業、デンマーク企業、当地の政府関係者や大学教授等の方々ほか、日本貿易振興機構欧州駐在員の方々、現地企業管理職の教育機関である Scandinavian International Management Institute (SIMI) の方々から、貴重な助言・所見をいただいた。また、柴田匡平教授（信州大学経営大学院）には有益なコメントをいただいた。さらに、櫻井通晴教授（専修大学（当時））には過分のご指導をいただいた。感謝申し上げたい。

（受付日 2008年2月22日）

（受理日 2008年3月7日）