

保健医療経営学とはじめ(平成20年1月17日改)

保健医療経営大学
学長 橋 爪 章

経営学と経済学

保健医療経営学、という言葉を目にして、それって保健医療分野で稼ぐノウハウを教えてくださいの学問ですか、と尋ねられたりします。経営学にも経済学にも、共通の漢字「経」があるためか、経済学を連想して、経営学の主たるテーマがお金であると思い込まれている方も多いようです。しかし、「経」は、もともとの語源は、まっすぐな縦糸のことであり、転じて、東経、経過、お経など、まっすぐな筋道の意味で使われる漢字です。お金を想起させるものではありません。建築工事の際に、杭の間に縄を張って直線の区画を切りますが、この作業を経といい、支柱の位置などをあらかじめ決めるために行います。また、「営」の語源は、周囲を取り巻くことであり、陣営、営舎などのような使われ方をします。建築工事では、杭と縄で外側を取り巻く区画をつけることを営といい、工区を定めるために行います。経と営は、事業に取り組むにあたって要所を押さえ、全体を把握するための作業です。英語では、経営はadministrationあるいはmanagementであり、economy(経済)ではありません。経営学とは、組織体(企業、自治体など)の効率的・効果的な運営について研究する学問分野なのです。

ところで、そもそも漢字を使わない欧米の人々の間では、経営学と経済学とは明確に使い分けがなされているのでしょうか。実は、組織体の構造と機能の法則性を追求する学問が「経営経済学」と称されていたり、経営の実践的技法、すなわち、必然的に経済効率の追求がメインテーマにもなる学問が「経営管理学」と称されていたりで、よくわかりません。ノーベル賞には経営学賞がなく、ノーベル経済学賞(正式にはアルフレッド・ノーベル記念経済学スウェーデン銀行賞)を優れた経営学者が受賞したりもしています。たとえば2007年には、レオニード・ハーヴィッツ、エリック・マスキン、ロジャー・マイヤーソンの3氏が「メカニズムデザインの理論の基礎を確立した功績を称えて」本賞を受賞していますが、メカニズムデザインは特定の目的を達成するためにルールを設計する理論であり、価格設定だけでなく、正直さ、個人の利己性、公共の利益などを重視した理論です。これこそmanagementではないか、という気がしますし、日本的感覚でも、経営学の功績であるといったら違和感はありません。

経営学で組織体の効率的・効果的な運営を研究するといっても、組織体の運営にはどうしてもお金がかかるわけで、お金の流れを抜きにして経営を語るわけにはいきません。組織体を動かす時、経済誘導だとか賃上げだとかが最も効果的だったりもするので、経営学の中心に近い位置に、意識としてお金が居座っているとしても、おかしくはありません。経済学も、お金の流れだけを研究すれば学問として成り立つようなものではありません。お金の流れは、社会全体の仕組みの反映でもあるので、社会システムを分析する視

点は欠かせません。そもそも、漢字の経済は「経世済民」の略語で、国をおさめ、人民の生活を調整するというのが本義です。お金は、経営学と経済学とを峻別するキーワードではなく、それぞれの学問体系の重要なバイプレイヤーのひとつであるといったほうが適切かもしれません。

仮に経営学を「社会システムを中心とする環境のなかで企業がいかに運営されているか」(河合忠彦ほか『経営学』、有斐閣、1989年9月)を解明する学問であると定義するとします。くだいていえば、与えられた社会システムの中で、いかにすれば組織体が効率的・効果的に運営できるかを追及するのが経営学だということです。その対比で考えれば、社会システムがどうであれば(どう与えれば)、社会総体がどのように(効果的・効率的に)運営されるかの市場原理を追及するのが経済学である、と行うことができるかもしれません。

次に、経済学の定義を起点に対比してみます。経済学のほうの定義は、諸説あるものの、「この世において有限な資源から、いかに価値を生産し分配していくかを研究する学問」(フリー百科事典『ウィキペディア(Wikipedia)』)のことだそうで、仮にそう定義するとするならば、経営学は「組織において有限な資源から、いかに価値を生産し分配していくかを研究する学問」である、と対比できるかもしれません。

医療経営学と医療経済学

経営学、あるいは経済学に「医療」という語がくっつくと、さらに両者の違いがわかりにくくなってきます。医療は、わが国のどこであっても、均一な社会システムの中で運営されています。しかしながら、医療を運営している組織体、たとえば個々の病院や自治体の運営する医療の効率/効果はまちまちで、平均寿命の伸びや高度医療の普及に象徴されるように国全体としては医療がポジティブな方向に向かっている中、倒産する病院もあれば、医療提供体制が崩壊寸前の自治体もあります。与えられた社会システムの中で、いかにすれば組織体が効率的・効果的に運営できるかを追及するのが、あるいは、組織において有限な資源から、いかに価値を生産し分配していくかを研究するのが経営学だとすれば、個々の組織体にとっては、まさに経営学的視点が重要であるといえるでしょう。

ところが、医療の社会システムが他の産業分野と同様に普遍的なものであるかという、そういうわけではありません。国の中では津々浦々均一なシステムであっても、国境を越えた途端、全く違う社会システムの中で運営されているのが医療です。ほとんどの産業分野において共通の市場原理が働く国同士であっても、医療を取り巻く社会システムは全く異なっていたりします。日本と韓国、日本と米国、このような非常に近い間柄の国同士であっても、医療の社会システムは全く異なっています。医療に関しては、国家を跨った社会システムというものはありません。国ごとの社会システムの違いを研究し、社会システムがどうであれば(どう与えれば)、社会総体がどのように(効果的・効率的に)運営されるかの市場原理を追及することは、十分に興味をそそるテーマであり、国家(政策決定者)の観点では、経済学的視点が幅をきかせることになります。

ここまでの話の流れでは、個々の組織体レベルに役立つのが医療経営学、国家レベルに役立つのが医療経済学、と単純に峻別することができそうですが、ここに至って話をややこしくするのは、医療を取り巻く社会システムが不変ではないということです。医療については、日本と米国の社会システムに違いがあるのと同じく、数年前の日本の社会システムと、現在の日本の社会システムにも違いがあるのです。現在の社会システムと数年後の社会システムも、おそらく違ったものとなるでしょう。これは、政策決定者が経済学を駆使した結果として、たとえば米国やドイツの医療制度を部分的に取り入れたりと、社会システムが目まぐるしく変化しているせいであるのですが、病院の倒産や地域医療の崩壊を憂慮し、経営学的視点からの制度改正もまた、頻繁に行われているのです。かように社会システムがころころと変わる不安定な環境下にあっては、組織体レベルでは、社会システムの変化をうまく嗅ぎ取って時流に乗ることが組織運営の重要な鍵であるわけで、経済学的素養が相当に役立ちます。すなわち、国家レベルであれ、組織体レベルであれ、医療経営学と医療経済学とは、渾然一体となって、医療の発展に、もしくは医療の混乱に貢献しているというわけです。

国家の発展と医療費

経済成長のモノサシである国内総生産(GDP)は、近年のわが国では500兆円超の規模で、毎年2%程度の伸びを示しています。この経済規模が大きく拡大すると、高度成長と称して国を挙げて喜び、伸び悩むと、低成長だ、不景気だと意気消沈します。ところが、500兆円のうち30兆円超を占める経済規模であり、GDPと同様の伸び率を維持している国民医療費については、その伸びを必ずしも歓迎しない空気が満ち溢れています。医療は、それによって国民を病苦から遠ざけること自体が経済成長の基礎であり、大きく国の発展に貢献する産業分野であるにかかわらず、です。なぜでしょうか。

一般論として、自由主義経済では、お金の塊がどこかにストックされていて動きがなければ経済は停滞し、そのお金が市場に出て動き始めるだけで、経済は活性化するといわれています。医療費の場合、その原資は国民の労働によって日々生み出されて医療機関へ流れ込み、医療機関へ流れ込んだお金は、医療従事者、医薬品や医療機器の納入業者などへ再分配され、再分配されたお金は、最終的には他の産業分野のお金の流れへと吸い込まれてゆきます。こういうふうには、日々、活発にお金が行き交っているにもかかわらず、医療費の伸びは経済の停滞因子であるかのごとく語られているのです。

お金の流れの行く末が国外にあり、海外企業を利するばかりで国家への寄与が乏しく思える産業分野もあります。原材料を海外に頼り、海外への支払いコストが経済規模の多くを占めているような産業です。感覚的には、国外へ逃げるお金は少なければ少ないほどいいような気がしますので、その感覚をとりあえず信じてお金の流れを見てみますと、医療の場合、製薬メーカーや先進医療機器メーカーに外資系が多いとはいえ、海外へ流れてゆくお金は国民医療費のごく一部です。医療はモノよりも技術を提供するサービスである色合いが強く、労働集約型の産業分野なので人件費の構成割合が高く、大半は労

働の対価として国民の懐へと戻ってゆくお金なのです。ちなみに、海外へお金が逃げてゆくような産業であっても、政府は、国際的な見地からは共存共栄のための国際分業であり、ひいては国家発展に寄与する産業分野であるとして振興したりもしています。

このように、お金の流れという観点からは、自由主義経済の枠組みで考える限りにおいては、医療は経済発展の停滞因子であるはずがありません。医療が産業分野として発展すれば、おのずと国家も繁栄してゆくはずなのです。

近代経済学と医療経済

さきほど、少し気になるフレーズを書きました。自由主義経済の枠組みで考える限りにおいては、という部分です。確かにわが国は国内外で自由主義経済国家として認識されていますが、医療サービスに関しては、自由な価格設定ができず、広告規制によってマーケティングにも制約があります。才覚ある者が割り込もうとしても、国家資格の壁に阻まれて、活動の範囲を広げることは容易ではありません。医療活動を規制する法律、規則は数え切れないほどたくさんあります。これを自由主義経済の枠組みだというには抵抗があり、どちらかといえば、わが国の医療経済は、世界にも類い稀なる社会主義的経済(統制経済)であるといったほうが当たっています。レストランをオープンする時に、その席数をどのくらいにするかは店長の自由裁量ですが、病院をオープンする時には、その病床数は、地域の需要見積もりをオーバーしないように設定しなければ許可が出ません。レストランのメニューの価格は店長が自由に決めることができますが、医療サービスは、国家統一価格で提供しなければなりません。レストランで一流のシェフを雇用した場合には、それを宣伝して高額なディナーコースを設けることもできますが、病院が腕のいい医師を雇用しても、それを広告することもできなければ、価格への転嫁も厳しく制限されています。

近代経済学は、最大のライバルであるマルクス経済学を尻目に発展してきました。ソビエト連邦による社会主義建設の「壮大な社会実験」が失敗して以降は、マルクス経済学は肩身が狭くなってきています。わが国には経済学部あるいは経営学部を有する大学がたくさんありますが、その大半は近代経済学をベースにしているようです。ところが、大学の経済学部、経営学部による医療への貢献はどうかというと、実はあまり実績がありません。国民医療費のGDPに占める割合を鑑みれば、経済学の論文の数パーセントが医療経済に関する論文であっても然るべきところですが、一桁も二桁も少ないのが実情です。どうもわが国の医療は、近代経済学にはしっくりこないところがあるようです。

だからといって、マルクス経済学あるいは他の経済理論のほうがわが国の医療経済を説明しやすいのかというと、そういうわけではありません。私が浅学なせいかもしれませんが、医療経済を得意とする経済理論には未だ出会えておりません。今、わが国の医療で起きていることを、資本主義経済の現象として捉えて数値化して分析することは重要なことであり、それは近代経済学が得意とする手法です。一方、医療の本質を医療従事者の労働価値として捉えて分析することも重要であり、これはマルクス経済学が得意とする手法で

す。いずれにせよ、今、わが国の医療は、「壮大な社会実験」が行われているところであるといえないこともなく、その社会実験の試行錯誤を通じて、新たな経済学的知見を開発してゆくことが求められているのではないのでしょうか。論文ネタとしては、医療経済は宝の山であるはずで、全国の経済学部／経営学部の研究者には是非とも奮起していただきたいところです。

医療の需要と供給

経営学であれ、経済学であれ、需要と供給という切り口で分析を加えることは、一般的に行われています。需要に限られていて供給が過剰であるのか、それとも多大な需要に対して供給に限りがあるのかは、分析の出発点となります。通常は、需要と供給の均衡が得られるポイントを指向して、経営学／経済学は効率的な資源配分や生産を考えます。

さて、そもそも医療の需要とは何なのでしょう。あまり深く考えずに思いつくことは、有病者イコール医療需要という考え方です。有病者の多寡に合わせて医療需要は増減します。この前提では、病気の多くが克服されていない開発途上国では、先進国より医療需要が大きくなります。また、国が発展して病気の脅威が克服されるにつれ、医療需要は小さくなってゆくはずで、社会が需要に応じた供給を指向するのであれば、国の発展に伴って医療供給体制が縮小していてもいいはずですが、そのような事例はついぞ耳にしたことはありません。また、先進国が供給過剰であるかという点もそういうわけでもなさそうで、いずこにおいても医療供給体制の更なる充実を求める世論が絶えません。どうも有病者をモノサシにするのでは、現実の医療需要は説明できそうにありません。

次に思いつくのは、受診者イコール医療需要という考え方です。たとえ病気になっても、自然治癒に任せたり、受診をあきらめたりしたら医療需要としては顕在化しないので、有病者が潜在的な医療需要であることに違いはないとしても、受診意欲を示した人々のみが医療需要として把握されるという考え方です。これだと、国が発展して医療へのアクセスが改善すればするほど医療需要は増大してゆきます。需要に対して供給があるというよりむしろ、供給に対して需要が生まれるという考え方で、需要と供給はどの発展段階を捉えてもほぼ均衡しています。途上国であれ、先進国であれ、施政者側は医療について「必要としている人が受診できないような事例はあるものの、おおむね安定供給されている」という認識を持っていることが多いようです。医療の充実が国家の最優先課題とされることは稀であり、HIV感染者が国民の数人の一人と外から見れば国家存亡の危機を迎えているような国であっても、当事国では危機感が薄かったりします（このような国では、ほとんどのHIV感染者は受診行動をとらないので、医療需要として把握されません）。

なお、需要と供給がほぼ均衡状態にあるといっても、医療供給体制が及んだ人々の周辺では、隣の村人だけ助けて俺たちは見殺しにするつもりか、と新たな需要が喚起され、潜在的医療需要がすべて満たされるまでは、常に医療需要は拡大してゆきます。ここで、本来あるべき医療供給体制は、やはり潜在的医療需要をも満たすものであるべきである、という考え方に戻れば、稀少疾病への対応も含めて、世の中のすべての有病者に届く医

療供給体制を津々浦々まで整備することを到達目標としなければなりません。特に到達目標を設定せずとも、行き当たりばったり、需要がある限りそれに対応できる供給体制を整えていくのだという方針で臨んだとしても、つまるところ同じ到達目標に向かっていることとなります。しかし、そのような目標は、医師も看護師も病院も無尽蔵に増やしてゆかなければなりませんので、どのような先進国であっても達成することは困難でしょう。医療資源は多ければ多いほどいいというのでは、有限な資源の分配や生産を論じるのを得手とするところの経営学／経済学の出番は乏しく、研究対象から置いてけぼりにされるのは無理なからぬことかもしれません。

先進国の中でもわが国においては、翌朝まで休ませて様子を観察するのが適切であるような有病者や、昼間に受診するのが適切だが夜まで我慢しているような有病者が夜間の医療需要を生み出している現実があります。医療関連番組の放映のあとに、ごく稀な発生頻度の病気の検査や治療を求めるといった医療需要もあります。これらは一概に供給が生み出した医療需要というわけでもなく、このような医療需要に対応する医療供給体制まで整えなければならないということになると気が遠くなってしまいますが、これもまた現実の医療需要です。

検査と医療需要

有病者にも、有症状の者と無症状の者とがあります。原始的な社会では無症状の者は潜在的医療需要としてカウントする必要はなかったかもしれませんが、現代社会では、無症状であっても立派に医療需要たりえます。HIV感染者も肝炎ウイルス感染者も、糖尿病の人も高血圧の人も、大半は無症状です。

有症状者は、その症状によって病名が診断されますが、無症状者に病名診断を与えるのは検査です。検査によって一旦病名の診断が付けば、そこから、その病名に対する医療需要が発生します。なお、ある人について医療需要が発生した後でも、その人に更に検査を重ねれば、次から次へと新たな診断が付加され、医療需要はどんどん膨らんでゆきます。健診・検査が必要以上に医療需要をかさ上げし、医療コスト増を招いているのではないかと、との批判もしばしば聞こえてきますが、あながちそうとはいえないところが医療経済の難しいところです。たとえば、戦後、結核検診が普及していなければ、結核治療のための医療コストは数百倍、数千倍に膨らんでいたはずで、結核とは逆に糖尿病は、症状が出る前の検査や治療があまり徹底していない現実がありますが、腎臓透析など、糖尿病合併症に対して莫大な医療コストを要しています。

症状が出てから受診する場合に比べて、症状が出る前に受診して病気が発見された場合は、無症状期間の分だけ医療需要が増えますが、症状が出るまで放置された病気は、同時に様々な合併症を併発していることも多いので、その分の医療需要が余計に付加されます。また、早期発見された病気に応じるための医療サービスは画一的なものでよいので、その供給体制を津々浦々へ広げるのは比較的容易ですが、進行して重症化した病気に対する医療サービスは、病態が多様化していますので、津々浦々というわけに

はいきません。なにより、無症状で発見された人は、治療がうまくゆけば発症せずすむわけなので、より長期間、労働力として経済成長へ貢献することができます。健診・検査が医療需要をかさ上げするのは間違いありませんが、それが将来の医療需要や日本経済にどう影響するかについては、相当の洞察力をもって分析しなければわかりません。

平成20年4月より、保険者(後述)の義務として、特定健診・特定保健指導が制度化されます。これは、糖尿病、高血圧、高脂血症などの生活習慣病の発症を予防するために新たに導入される社会システムであり、医療経済学的には、「壮大な社会実験」が新たに始まることとなります。生活習慣病というマーケットをいかに取り込むかは、医療経営学的にも組織の命運を左右するテーマですので興味津々です。少なくともいえることは、健診機会の飛躍的拡大により、検査に関する需要のみならず、検査結果に応じたフォローに要する需要の掘り起こしが、ビッグバンさながらに始まるということです。需要の掘り起こしによる総医療費の拡大に帰結するだけなのか、それとも保健指導が功を奏して、生活習慣病の医療コストの拡大傾向に歯止めがかかるのか、十数年後には答えが出ると思いません。

生命の価値

先に、医療は、それによって国民を病苦から遠ざけること自体が経済成長の基礎であり、大きく国の発展に貢献する産業分野である、と書きました。また、さきほど、医療によって発症せずすめば、より長期間、労働力として経済成長へ貢献することも書きました。医療経済の難しさはここに象徴されます。医療サービスの便益を人間の生命の経済的価値の評価を抜きに分析することは、本来ならば、不適切でしょう。特定健診・特定保健指導の制度は、ひょっとすると経済的に大失敗という評価が後世に下されるかもしれませんが、この制度を実施すれば、確実に国民全体の健康度を向上させる効果が得られるはずで、私自身、健診で指摘された検査値の異常を、産業医と産業保健師によって、しつこいほどに経過を追跡していただいたおかげで、悪化させずに今日に至ることができています。このようなフォローアップがなかったならば、健診結果を聞き流して放置してしまい、今頃は発症していたかもしれません。特定健診・特定保健指導の導入によって、私のような幸いを得る人が多くいるはずで、後世の人はその経済的価値を評価しなければなりません。しかし、人の生命の価値を金銭に換算するのは困難なので、とりあえず、生命の経済的価値については脇に置かれてしまうことになってしまいます。脇に置いているということを実感してさえすればいいのですが、昨今は、それすらも忘れて医療経済を語るような論調が目立ちます。

医療は、人間の生命と健康にかかわるものであり、医療は、そのサービスを直接受益しない者に対してさえも、不安の除去や緩和に役立っています。医療供給体制の乏しい環境下では、それが生命や生活の不安を招き、健全な経済活動の妨げとなります。医療に要する経費の財源を、有病者、受診者からだけではなく、医療とは縁が薄そうな人々も含め、広く国民全体から拠出していただいているゆえんでもあります。

医療の財源

必要な財源を広く国民全体から拠出、ということも、医療経済の特殊なところですが。商行為など、たいていの経済活動は、サービスの対価を直接、サービス供給者が受益者（消費者）から回収します。お金のやり取りの現場では、バーゲンセール、ポイントサービスなどなど消費者心理との駆け引きが生まれ、市場原理が働き、淘汰されるべきサービスは淘汰されてゆきます。これに対し、医療は、その経費の8割以上が保険料あるいは税金で賄われ、現場で受益者（患者）がサービス供給者（医療施設）へ直接支払うお金は、経費のごく一部です。市場原理が働きにくい社会システムかもしれません。しかし、税金や保険料は、私たちが働いて生み出したお金を一旦どこかへ拠出して置いて、必要な時に、現場での支払いに代わって、プール金から支払う仕組みです。この仕組みが将来に亘って変わらなければ、今日の拠出金に応じた医療サービスを未来の自分が受け取ることができます。すなわち、医療に関するお金の流れは、受益者がサービス供給者へ直接支払うのか、一旦どこかを經由して支払うのかの違いがあるだけで、サービスに対する対価を自分たちが支払う、という構図は、大局的には、他の分野の経済活動と同じだということができます。お金の流れが異なる、というのは、どれほど決定的な違いをもたらすものなのでしょうか。

実は、医療にかかるお金がどのように流れているかについては、医療サービスの受益者と日々向かい合ってる医師や看護師でさえ、あまりよくわかっていないという現実があります。医学部や看護学部のカリキュラムの大半は医療技術の習得に充てられ、制度の理解は片隅に追いやられてしまっています。現場に出ても、自分たちの活動に必要な経費は事務部門がどこからか捻出してきてくれるので、無頓着でいられるわけです。患者が増えようが減ろうが、医療サービスの内容を変えようが変えまいが、自分たちの給与はほとんど変動しません。お金の流れのダイナミクスに無関心でいられる道理です。

医師や看護師でさえこうなのですから、一般の国民はなおさらのことです。窓口で支払っているお金のみを対価として医療サービスが供給されているのだと思い込んでいる人、医療サービスは役所サービス同様の公務であり、窓口負担は実費相当額なのだと思っている人、と様々です。保険料を払っているのだからと窓口負担を渋る人がいるかと思えば、自分たちが財源を拠出している意識がなく、窓口での支払いが免除されて過剰に恐縮する人もおられます。財源を度外視して青天井の医療の実現を求める論調がメディアにも時々登場しますが、報道関係者の間でも、医療のお金の流れの理解が不十分なのかもしれません。

医療を経営学的に、あるいは経済学的に捉えるためには、医療に関するお金の流れをおおまかにでも理解しておく必要があります。「ことはじめ」の入口にあたる基本中の基本のことですので、できる限りわかりやすく解説してみたいと思います。

保険と税と自己負担

医療の財源構成を大雑把に言うと、半分が公的医療保険、3分の1が税、残り(6分の1)が患者自己負担です。

保険というのは、リスクに備えて、同じリスクを抱える人が多数集まった共同体(保険集団)を組織し、共同体の構成員(被保険者)が財産管理者(保険者)へお金(保険料)を出し合って共有財産をつくり、構成員の誰かがリスクに直面した場合に、必要な資金の全部または一部について、財産管理者からお金が支払われる(保険給付)仕組みです。構成員の誰かが、リスクを前にして多大な出費で貧困へ転落しないよう、皆で助け合いましょうという、いわばリスク対処サービスという商品を、皆で共同購入したようなものです。わが国の医療は、この医療保険制度が基本となっており、リスク対処に要した資金の多くを保険者が医療施設へ支払い、残りを患者が自己負担するという仕組みです。低所得者対策、高齢者対策、難病対策など、社会保障の一環として国や自治体が負担すべき部分については税金が充てられ、その分、保険者と被保険者の負担が軽減されます。なお、北海道の医療施設が沖縄県の保険者へ診療報酬を請求し、沖縄県の保険者がその請求を審査して北海道の医療機関へ支払うという事務を行うのは現実的には困難なので、全国に配置された公的機関(社会保険診療報酬支払基金事務所と国民健康保険団体連合会。以下、「審査支払機関」と略します)が仲介しています。

医療が必要になるかもしれないというリスクは、国民が等しく抱えているわけなので、国全体を保険集団とし、国家が保険者となって被保険者から保険料を徴収し、必要に応じて保険給付を行えばいいような気がします。現実にはそうはなっていません。国民から資金を徴収して再分配をするという仕組みは国税の仕組みと同じですから、税負担の部分は保険の仕組みに似ているといえなくもありませんが、税金は、保険システムと違い、医療への支出を前提として徴収されるような目的税ではありませんので、支出は医療に限定されません。税金を運用している政策決定者の意思と判断により、特定の支出費目への税金の流れは太くなったり細くなったりします。税金のプールが大きい高度経済成長の時代には医療への税支出も増えましたが、財政運営が綱渡りの近年は、医療への支出が国家財政を圧迫しているかのような世論も形成され、税の医療支出への風当たりは強くなってきています。

さて、わが国における保険集団は、大手企業や企業グループまたは業界ごと等の単位で運営される組合管掌健康保険(保険者数は約1500)のほか、社会保険庁が保険者となって主に中小以下の企業の従業員を構成員とする政府管掌健康保険、市区町村が保険者となって個人事業者、無職者等を構成員とする国民健康保険、公務員や私立学校教職員を構成員とする共済組合などなど、多種多様です。生活保護の受給者など一部を除いて日本国内に住所を有する全国民(および日本に1年以上在留資格のある外国人)は、何らかの形で健康保険に加入するように定められています。保険集団が多種多様すぎてわかりにくいので、統合してすっきりさせよう、という動きは過去に何度もありましたが、それぞれの保険集団には、長い歴史の中で共有財産の多寡があり、二つの集団

の統合であっても利害調整はそう簡単にはいきません。保険集団がいかにも多様であろうと、それはお金を握っている者がたくさんいるというだけのことであって、保険料の格差さえ容認できれば、経済システムとしては一本化する必要はありません。同じく、お金を分配する先(医療施設)も何万とありますが、それも一本化する必要はありません。幾多もの保険者から幾多もの医療施設へとお金が動く保険システムを混乱なく運用するために、保険給付のルールを統一するという手法がとられています。わが国では、保険給付は、保険者が被保険者へ受診に必要な現金を給付するのではなく、医療施設が被保険者へ医療サービスを提供し、その対価を医療施設が保険者へ診療報酬として請求するというルールです。医療施設は、同時に一部自己負担分を被保険者へも請求します。これが窓口支払いです。保険者や医療施設の多種多様さに負けずとも劣らない多種多様な医療サービスのひとつひとつについて国家統一価格を設定し、さらに、それぞれについて請求できる場合、できない場合を細かく規定し、ルール違反には厳しく対処するという、世界に類を見ない厳格な保険給付の仕組みが稼動しています。

太郎さんの場合

わかりやすく解説しようと試みましたが、保険の仕組みを理解していただくために難解な用語をたくさん使ってしまいました。より理解を深めるために、あるいは、仕組みなんてどうでもいいから、要するに医療のお金はどう動いているのか単刀直入に示してほしいという方のために、保険者ごとの自己負担割合の違いなど理解を煩雑にするようなことは省いて、単純化した例を書いてみます。

ある朝、太郎さんは咳が続いて止まりませんでしたので会社を休むことにしました。一日ゆっくり休んで回復するものであればお金はかかりませんが、薬を飲んで早く楽になりたいと思いました。のど飴を近くのコンビニで買うこともできます。レジで100円払えば100円相当の商品を手にすることができますが、のど飴では治りそうに思えなかったので近くの薬局へ行きました。咳止めの薬は1000円でした。原材料費や開発コストも考慮すると、のど飴の10倍くらいの値打ちがあるだろうことは頷けます。1000円払えば1000円相当の薬を入手できるわけですが、薬局の薬剤師は、太郎さんへ近くの診療所を受診することを勧めました。診療所で処方される薬は、医療用医薬品といって、太郎さんが買おうとしている薬(一般用医薬品というのだそうです)より効き目がいいそうです。薬屋へ薬を買いに来た客に薬を売らずに商売が成り立つものか他人事ながら心配になりましたが、診療所を受診することにしました。診療所では、受付で保険証の提出が求められます。保険証の行方を追ってみると、事務職員が保険証に記載してある事項をコンピュータに入力していました。

太郎さんは、受け付け終了後、いくつかの検査を受け、診察を受けました。太郎さんひとりのために、一定時間を、窓口職員や裏方の事務職員、検査や放射線の技師、看護師、医師が割り、検査で使われた高額機器も一定時間を太郎さんが専有したことになります。理髪店だと専門技術者(理容師)一人が三十分を割いてくれて三千元といったところだし、

レンタカー料金は高級車だと一時間三千円はするし…、いったいいくら請求されるのだろう、と太郎さんは懐具合を気にしながら会計を待ちました。

請求金額は1500円でした。あまりの安さに拍子抜けしてしまったので職員に明細を尋ねると、初診料が約800円、処方箋発行料が約200円、残りがもろもろの検査代だということでした。いずれにせよ、かかった費用の7割は保険で支払われ、1500円は自己負担額の3割相当分とのこと。1500円が3割ということは全体では5000円ということになります。これで商売が成り立つものか不思議な気分でしたが、現実には成り立っているのです。そうそう、会社に診断書を提出してズル休みじゃないことを証明しなくちゃ、と太郎さんは診断書の作成を依頼しました。処方箋発行料が200円だから診断書代もたいしたことはないだろうと高をくくっていたら、追加で2100円を請求されました。診断書作成は医療ではないので保険がきかないのだそうです。それにしても処方箋発行にかかる費用(保険もあわせて約700円)の3倍はあんまりじゃないかと感じましたが、市役所で戸籍抄本を発行してもらった時の手数料が450円だったことを思えば、人件費の高そうな医師が時間を割いて個別のコメントを書くのですから、そんなものかなという気もしました。

太郎さんは、その後、処方箋を持って、さきほどの薬局へ行きました。医療用医薬品ですが、請求されたのは600円でした。一般用医薬品より安いじゃないですか、と疑問を口にしたら、薬局でも、太郎さんの医薬品代の7割は保険で支払われるのだそうです。ということは、処方された医療用医薬品の実際の価格は2000円という計算になりますから、つまり、薬局は一般用医薬品の二倍の価格の商品を売ることができたわけです。太郎さんにしてみれば、診断書代は別として、診療と薬とで計2100円の出費だったわけで、最初から薬局が2000円で医療用医薬品を売ってくればいいものを、医療用医薬品は処方箋なしには売れないとのことでした。医師の判断が介在せずに闇雲に強い医薬品が流通するのは危険だというのがその理由なのだそうです。

太郎さんが受診した診療所(と薬局)は、月に一度、その一月に受診した患者の診療に要した費用のうち患者負担分以外を、保険者等の負担すべき機関へ請求します。患者ごとに保険者は異なりますので保険者の数は数百に及び、その他、患者の住所地の役所へ請求すべき公費負担医療費などがありますが、一括して地元の審査支払機関へ請求します。保険証記載事項と診療行為の明細が診療所のコンピュータを介して診療報酬の請求書に転記されていますので、どこを受診したどの患者に対するどういう診療行為についてどの保険者や役所へいくらを請求するか、ということが請求書から読み取れます。この情報をもとに、審査支払機関は代行処理することができるわけです。審査支払機関は、診療報酬の請求がルール通りであるかどうかを保険者等に代わってチェックし、適正であれば診療所(と薬局)にその請求額を支払います。同時に審査支払機関は、幾多の保険者等に対して、診療所(と薬局)へ支払った額を請求します。審査支払機関は傘下に数多くの医療施設や薬局を束ねていますので、医療施設や薬局からの請求書の束を、保険者や役所ごとの請求書の束に組み直しているわけです。請求書は医療施設から保険者等へと、支払いは、保険者等から医療施設へと、すべて審査支払機関を経由して流れ

てゆきます。ちなみに審査支払機関の運営財源は、診療報酬の請求チェックの審査手数料であり、保険者等のやるべきことを代行していることになるので、各保険者等が審査件数に応じて支払っています。

太郎さんが受診した診療所は、患者からの現金収入と、遅れて審査支払機関から振り込まれる収入とで組織を運営していますが、大半は職員人件費と検査等の外注委託、施設設備、医療用具等消耗品に消えてしまっているようです。薬局も、収入の9割くらいが医薬品購入費に充てられているらしく、通常の商品のように仕入れ値と小売り値との差額は大きくないのだそうです。医薬品ごとに、定期的に流通の実態が調査されており、仕入れ値が安くなれば、連動して小売り値の国家統一価格が値下げされるとのことです。

さて、診療所と薬局からの請求書の行き着く先であるところの保険者は、その支払い額と審査支払機関への審査手数料を安定確保しなければなりません。太郎さんの加入している保険者は、太郎さんの会社を通じて、太郎さんの分の保険料を毎月徴収しています。太郎さんの分の保険料といっても、太郎さんの給料から天引きされているのは半分で、残りは会社が出しています。太郎さんの健康保険の天引き額は毎月1万円でした。会社が出している分も合わせると毎月2万円を支払い続けていることになります。太郎さんは診療と医薬品とで計7000円分の医療サービスを2100円で受けることができたと思えた気分になっていましたが、全然元手には及んでいないことがわかり、ショックで寝込んでしまいました。

需要拡大に応じる財源

診療報酬の額と請求ルールが国家によって定められ、審査支払機関によってお金の流れがコントロールされているというのが、わが国の医療の特色です。保険給付ががんじがらめで運用されていることは、保険給付の総額が膨れ上がるのを抑制する効果がありません。

商品を共同購入して、出資者は良心に任せて自由に商品を持って行ってよいということにすれば、商品はすぐに枯渇し、必要度の高い人へ商品が渡るとは限らないであろうことは目に見えています。必要度の高い人へ必要な商品が届くようにするためには、再度、出資を募らなくてはなりませんので総額が膨らんでしまいます。共同購入の部分を共同生産に置き換えれば、生活必需品や医療をタダ同然で配給していた旧ソ連邦の「壮大な社会実験」がこれに相当します。やがてこの経済システムは破綻してしまいました。

限られた資金の範囲内で必要な人が必要な商品を手にするようにするためには、商品入手のルールを細かく定めなければなりませんし、不特定多数の出資者にそのルールを遵守させるためには、商品管理者がルールを熟知し、必要な人にだけ必要な商品を渡すように努めなければなりません。わが国の医療の場合、医療サービスを提供するルールが徹底して遵守されており、必要な人にだけ必要な医療サービスが提供されるような仕組みになっています。求める人には誰にでも手厚い高度医療のサービスが提供されるというわけではありません。それでも、医療需要は総じて膨大傾向にあります

ので、保険給付のルールがいかに厳格であったとしても、保険給付の総額は膨れ上がります。国家統一価格を軒並み引き下げることによって保険給付の膨張を抑制することもできますが、一時しのぎにすぎません。

保険給付の総額が膨らめば、それに応じて財源を増やさなければなりません。財源を構成する要素のうち、税負担部分を増やすのは風当たりが強いので容易ではありません。国民の批判を恐れず消費税アップや福祉目的税を創設すれば社会保障支出を増やすこともできますが、増税分は年金や福祉など社会保障上の他の優先課題へも充てなければなりませんので過大な期待はできません。医療への税投入は経済効果があるのだということが真理であれば、そういう世論を喚起することで風向きを変えることができるかもしれません。そのためには医療の経済効果を証明しなければなりません。そのような経済学の論文はあまり目にしません。生命の価値の評価、という客観性がなかなか与えにくい命題が居座っていますので、医療の経済効果の証明というのは果たせぬ夢なのかもしれません。

税負担部分が増えないということであれば、保険料を上げるか、さもなくば患者自己負担を上げるかしか手段がありません。収入の何パーセントくらいまでを保険料として拠出するのが適当かについては、構成員の健康度が異なりますので保険者ごとに異なりますが、国民健康保険の場合、実際の保険料率は収入の5～10%です。われわれの日常の経済活動に国民医療費の対GDP比(6%)よりも多い比率で医療への負担が顔を出してくると、高負担の説明がしづらくなります。保険料率が説明できないほど高くなってくると、保険料納付率が低下し、滞納額が増え、財源を計算通りに確保することができません。保険料が月々数万円の負担というのは、医療に縁が薄い圧倒的多数の人にとっては、それだけで高負担感があります。ヨットを共同購入し、一部の人だけが頻繁に楽しみ、自分は年に一度あるかないかの利用頻度の場合、ヨットに高性能のオプションを付けたいから追加出資を頼むと言われても気乗りがしません。むしろ定期的なメンテナンス費用を等分負担するのさえ拒否したい気分です。同様に、医療ニーズが高まったからといって、保険料を上げることを健康な人々に了解していただくのはかなり困難です。

拡大する医療需要に応じる財源として、税にも保険にも期待できないからといって患者自己負担額を上げることは、保険の意義の根幹を脅かすことでもあります。保険の意義が薄れて保険料納付率が低下するだけでなく、窓口支払いが家計を圧迫するようになると、踏み倒しも増えることでしょう。既に、診療費の未払いは社会問題化してきているところです。患者自己負担額を増やすことは、受益者負担という観点ではより公平になるといえます。また、病気の予防への関心が高まることも期待できますが、自己負担額が大きすぎると、低所得者で医療を必要とする患者が医療を敬遠し、完治困難なほど病状が悪化するまで診察を受けないような患者が増え、結局は医療需要の総量を膨らますことになってしまいかねません。なお、わが国の患者負担率は、先進国の中では最も高い水準であるといわれています。

第四の財源

保険も税も自己負担も、いずれも増額がままならない状況下で、医療需要はどんどん膨らんでいます。医療需要の量的拡大に応じるために、医師や看護師など医療従事者が増え続けています。医療需要の質的拡大に応じるために、MRIなど高額医療機器が次々と更新されています。効率化を図るために業務の外注委託が進み、ITなど他業界業種が次々に医療へ参入してきています。経費は嵩むばかりです。しかし、医療の財源はGDPの伸び程度しか増えていません。増えようがないのです。

医療の財源の拡大がGDPの伸び程度なら、医療の財源を元手に家計を支えている人の数が一定であるとするならば、その人たちは、GDPの伸び程度の昇給が期待できます。しかし、医療の財源が支えである人の数が増えれば、その分、ひとりあたりの分け前は減ることになります。現実のこととして、この限られた財源にすぎる人々の数はかなり増加してきていますので、この十数年は実質的に医療従事者の昇給はストップに近い状況にあるといえるでしょう。職員の給与が払えなくなって倒産する病院も出てきています。これ以上のペースで医療の財源を分配する人の数が増えれば、減給は避けられません。

医療需要の伸びに見合うだけ人の数を増やせないということになると、ひとりひとりの労働を強化して医療需要の伸びに応じるしかありません。労働が強化されたからといって昇給は期待できないのですが、医療以外に潰しが効かない専門職の人たちは我慢するしかありません。この十数年来、こういう状態も続いています。

労働強化が積もりに積もった結果として、勤務医の過労死や集団離職の事例が散見されるようになり、最近では医療崩壊という言葉が頻繁にマスコミを賑わしています。国家統一価格の医療サービスは、欧米諸国の数分の1の価格で供給されているともいわれています。また、欧米で日本と同じような働きをすれば、日本の医療従事者は数倍の給与を手に来るであろうともいわれます。医療の財源拡大が医療需要の伸びに及ばない状態が長年続いてきた歪みが、過重な労働強化として医療従事者に押し掛かってきています。

医療従事者の労働を、学歴(専門性)、勤務時間、勤務内容、生産性などなどを考慮し、他の産業職種との釣り合いがとれるよう正当に評価して経費に置き換えるとすれば、医療の収支バランスは、圧倒的に収入過少だといえるでしょう。医療従事者が収入に見合うだけの労働しかしないという人々であったとするならば、医療崩壊はとうの昔に始まっていたはずですが、収支バランスが大きく崩れた状態が十数年も続くはずはなく、正当に評価されなかった経費にマッチするだけの、目に見えない収入があり、それらが絶妙な均衡を保って今日に至っていると考えることもできるのではないのでしょうか。

目に見えない収入とは、まさに、医療従事者がその労働によって作り出したもの、すなわち、患者さんの笑顔であったり、病気回復の喜びであったり、頼られているという実感だったり、そのような無形のものかもしれません。これらは、医療従事者にとっても、笑顔となり、喜びとなるのであって、職業としての尊さ、社会からの評価も相俟って、医療従事者の生き甲斐となります。医療従事者は、この生き甲斐というものを、給与と一緒に収入として

貰っているからこそ、過重労働を過重労働と思わずに頑張っただけなのかもしれません。趣味をそのまま職業としている人は、収入が乏しくても不平は溢しません。職業がそのまま生き甲斐と直結しているのであればなおさらのことです。

わが国の医療は、有形のもの、あるいは実際のお金の動きだけに着目すれば、解決困難な袋小路の財源不足に陥っているわけで、患者さんの笑顔といったような無形のことを、第四の財源としていかに大事に守り育ててゆくかが、医療崩壊に歯止めをかけるひとつのポイントであろうと思います。

民間医療保険と自由診療

イギリスの公的医療は、その財源のすべてを税金が負担するという制度下で動いています。患者自己負担もありません。税収が伸び悩むと医療費も抑制せざるを得ず、サッチャー政権時代には非常に少ない医療費で公的医療を賄うことを余儀なくされ、医療従事者の給与も少なくなり、アメリカ、カナダ、オーストラリア、シンガポールなどの英語圏の国に医師や看護師が流出する事態となっています。これも医療崩壊といえるでしょう。ブレア政権が医療費の総額を五割増しにしましたが、効果は薄かったようです。日本人も英語が堪能であれば同じ道を歩んだかもしれません。

イギリスでは、公的医療の制度に乗っからない、民間病院による民間医療(自由診療)は崩壊していません。制度が破綻して全国的な医療崩壊を迎えてしまった場合、国の医療のあり方の選択肢のひとつとして、公的医療保険制度に依存しない自由診療との併存は考慮の余地があるかもしれません。

アメリカでは、メディケア(高齢者対象)、メディケイド(低所得者対象)といった公的医療保険制度が存在しますが、その他は民間医療保険による自由診療です。高度先進医療が止め処なく発展している国ですが、保険料あるいは窓口負担が非常に高額なため、高度先進医療の恩恵は高額所得者にしか及びません。メディケアやメディケイドでは、非常に制限された医療しか受けられず、中所得層の人々は無保険者が多いため、一旦重病に罹ると貧困へと転落します。

わが国でも、近年は、民間医療保険が発達してきています。「第三分野保険」と分類されるもので、公的医療保険を肩代わりするものでなく、あくまで公的医療保険の補完です。公的医療保険の自己負担分、差額ベッド代、休職による収入減少分などを補填することを目的として自由加入します。診断結果、傷害の程度、手術の種類、通院や入院の日数などに応じて、定められた給付額が加入者へ支払われるものですが、公的医療保険のように医療施設側が保険給付の手続きをするものではないので、保険金の未払いも多いようです。

民間医療保険が公的医療保険の肩代わりをして自由診療が普及するようになると、金に糸目を付けない最先端の医療サービスを希望する高額所得者の加入が見込まれるので、公的医療保険制度がぶち当たっている財源確保の壁に風穴を開けることができます。ただ、所得格差がそのまま命の扱いの差になるような、そのような制度下で、さきほどの

「第四の財源」をどこまで守ることができるかは疑問です。外資系が多い製薬メーカーや医療機器メーカーは、会社と株主の利益のためと割り切って、高い利益が見込める自由診療向けのものに開発や販売の主眼を置くことでしょう。自由診療は、お金持ちが付加的に贅沢な医療を受けれるというだけにとどまらず、公的医療全体の質の低下を招く危険性を孕んでいます。

日本国憲法第25条において、すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有するとされており、この理念が、社会保障に關与する日本人の価値観を形成し、育ててきました。命の扱いに貧富格差を設けることは、医療従事者を生き甲斐から遠ざけ、サラリーマン化に拍車をかけることになりかねません。

医療崩壊とコミュニティ崩壊

わが国の医療崩壊がクローズアップされるきっかけとなった事件は、2006年の福島県立大野病院の産婦人科医逮捕です。地域の産科医療をたったひとりで背負っていた医師が、産科医が一生に一回出会うかどうかという稀な症例を救命できなかったという結果責任を問われて逮捕された事件です。この報道を機に、昼夜を問わず地域医療に貢献している、逮捕された医師と同様の境遇にある医師たちの志気は著しく低下しました。地域の病院に医師を派遣している医局も、一つの科を一人で背負っている病院から医師を引き上げるようになり、診療空白地域が数多く生まれました。この事件の下地として、医療不信が広がり、医療民事訴訟も多発するという背景がありましたので、医療崩壊が起こるのは時間の問題だったかもしれませんが、産婦人科医逮捕事件は、前述の「第四の財源」が全国的にあつという間に消えてしまった事件だといえるかもしれません。医療民事訴訟では、誠実に医療を行ったにもかかわらず、不幸な転帰をたどった場合に遺族が病院や医師に結果責任を問う訴訟が多発し、しばしば病院・医師側が敗訴しています。担当医が優秀であれば救命できたはず、というような論理の判例が蓄積されてきていますが、これでは一生懸命救命に尽くした医師は裏切られた思いでしょう。

医療崩壊が話題になる以前は、コミュニティ崩壊が話題になっていました。個人主義的思考がはびこって人間関係が希薄となり、世代間や社会階層間の交流が途絶えるようになっていきます。人間の間たるゆえんのひとつに、コミュニティの一員としての活動特性があるはずですが、現代社会は、人間が人間力を発揮できないような方向へと突き進んでいるようにも思えます。誰もコミュニティ崩壊を食い止めることはできないのでしょうか。

医療施設には、地域のありとあらゆる世代の人、ありとあらゆる階層の人が訪れてきます。医師は、市長さんを診察した次の瞬間には母子世帯のお母さんを診察し、その次には一人暮らしの老人、その次には校医として小学生、という具合です。単なるビジネスとして医療をとらえ、一時的な医師と患者の関係にとどまるのであればそれまでですが、かかりつけ医として人と人との関係を保とうと踏み出せば、そのまま地域の人と人とを繋ぐネットワークのハブとして機能することもできるのです。医療には、コミュニティ崩壊を食い止める可能性を秘めた優位なポジションが与えられています。昨今、健康づくりは地域の人たち

の関心事のひとつですが、病院が音頭をとって健康をテーマに町づくりの催しをやっているコミュニティもあるようです。

保健医療経営学

ここまでは医療経営学に関することを書いてきました。しかし、本稿のタイトルは「保健医療経営学ことはじめ」です。これまでの論旨に「保健」の要素を加えると、医療需要やお金の流れが変わってきます。人々が健康づくりに励めば、病気になる人の数が減るので医療需要は減少します。医療需要が減れば、国民医療費も減るはずですが、国民医療費が減れば、医療費への税負担も保険料負担も患者窓口負担も減らせます。何より、人々が医療に縁遠くなればなるほど、生産性が向上し、国家経済が明るくなります。何もかもいいことづくめです。八方塞がりの「医療経営学」の問題解決の鍵は、どうも「保健」に潜んでいるような気がします。

しかし、ことはそう単純ではありません。医療は労働集約型産業であり、医療費は人件費の塊です。日本人口の数%は医療従事者であり、医療費を財源としてこの人々の生活を支えてゆかなければなりません。医師不足を背景として昭和40年代にほとんどの都道府県に医学部ができ、政府は、その後三十数年、医学部定員の増加を抑えてきましたが、一旦作った養成施設はなかなか廃止できませんので、この間、医師数は倍増しています。医療需要も同様に伸びていますので医師の失業の話題を耳にすることはありませんが、施設単位で見れば、来院患者が減って廃科/廃院するような事例が増えてきています。来院患者が少なくなると、途端に医療施設の経営は立ち行かなくなり、職員を解雇せざるを得ない事態を招きます。人々が一斉に暴飲暴食を控えて適度な運動に励み、禁煙すれば、生活習慣病を専門とする医師はやってゆけなくなるかもしれません。

歯科医師数も医師数とほぼ同様に増加しており、やはりこの三十数年で倍増しています。歯科の場合、事態は深刻です。歯科の医療需要は、歯磨き習慣などの歯科疾患予防活動が功を奏して、医科のように伸びていません。歯科診療所は厳しい経営難の時代に突入しており、審美歯科など、保険診療以外の収入が模索されているところです。歯科の医療需要を抑える歯科疾患予防活動は、歯科医師が中心となって繰り広げています。歯科医師は自分たちの食い扶持を自分たちで潰していると揶揄されたりもしますが、医療人として人々の健康水準が向上することを望むのは当然のことであり、そのような医療倫理がなければ、小児科医に予防接種活動を望むことすらできなくなります。

日本歯科医師会が精力的に展開しているキャンペーンに、8020運動というものがあります。「80歳になっても20本、自分の歯を保ちましょう」という運動で、子供のころからの正しいデンタルケアと青年期のセルフケアの重要性が打ち出され、ブラッシングなどの口腔衛生指導に力点を置いて全国の歯科医師会員が活動しています。保健医療経営学的には、これをどう解釈すればよいのでしょうか。歯科医師会は、自分らの首を絞めている、経営学的に愚かな集団だと言わざるを得ないのでしょうか。

歯科医師にとって、顧客は歯科疾患を抱えた患者さんですが、患者さんの口の中の歯

の数は千差万別です。医科であれば病気のオンパレードである80歳以上の高齢者であっても、自分の歯が残っていなければ、歯科の医療需要は膨らみません。高齢化社会が到来し、歯のない老人が何百万人と増えても、義歯需要を除き、歯科の医療需要には反映しないのです。発想を転換して、歯科の顧客は1本1本の歯だ、と考えれば、8020運動が成果を上げると顧客が数倍増することになります。歯科医師会は、経営学的には賢明な集団だといえるでしょう。

薬剤師数も、近年の薬学部増設ラッシュでかなり増えてきています。リハビリ需要の拡大に伴い、理学療法士、作業療法士の養成校もたくさん生まれました。看護師の養成校も数倍に増えました。保健活動を積極的に展開して医療需要そのものを減らしてゆくことは、医療従事者の労働負荷を軽減するためにも重要なことですが、保健活動のための財源を医療の財源からシフトさせるというような単純な発想では、増え続ける医療従事者の所得を保証できません。質の高い医療は、技術に見合うだけの所得が保証できなければ維持することが困難となるでしょう。

保健活動は、人々の行動様式を、より健康的なものへと変容させるための活動ですが、人間の生活習慣を変えるのは容易なことではなく、確実な成果を得るためには、かなりのコストの投入が必要です。大企業は数億円、数十億円を投入して人々の購買行動を変えるための広告戦略を展開していますが、同じようなやり方では、たとえば禁煙キャンペーンに何十億円投じようが、広告がきっかけで実際にタバコをやめるような人は稀有でしょう。人は、自分自身に対する個別かつ親身な忠告に対してはじめて聞く耳をもつものであり、保健活動も、医療活動と同じく、結局は保健医療関係者による地道な対人活動の積み重ねが基本となります。公共広告機構のキャンペーンに「命は大切だ。命を大切に。そんなこと、何千何万回言われるより、『あなたが大切だ』、誰かがそう言ってくれたら、それだけで生きていける」というのがありました。人に行動変容を促すポイントを突いています。遠くにいる人たちへメガホンで「皆さん、こっちへ集まってください」と何度叫んでも、なかなか人々を集合させることはできませんが、「　　さん、こっちへ来てください」「　　さん、こっちへ来てください」とひとりひとりへ呼びかければ、結果として人々を集合させることができます。保健活動は、人と人との具体的な繋がりを根底としなければ、何をやっても上滑り、施政者側の自己満足で終わってしまいます。地域の保健活動について効果的な戦略を練る際には、まず、地域内で対人保健活動の要となる人材を発掘するところから始めます。保健師さんは要となる人材の代表格ですが、圧倒的多数の人々を対象とするには過少です。医療従事者はじめ地域内のありとあらゆる保健に関係する人々を人材資源として位置付け、限りある資源からいかに価値を生産し分配していくかの「経営」戦略を追求することが、「保健医療経営学」のことはじめとなります。

施設経営と地域経営

保健活動は、地域全体を見据えた活動ですので、地域経営という視点が重要なポイントとなります。それは市町村レベルの地域経営だったり、都道府県レベルの地域経営だっ

たり、全国レベルの地域経営だったり、通常、税金を財源とした予算を支出して対応し、収益といえるようなものはありません。医療費の節減(抑制)効果は間接的な収益と捉えることができるかもしれませんが、医療の場合の「第四の財源」と同様、地域住民の健康というかけがえのない「収益」があるのは事実です。「本当に大切なものって、目には見えないんだよね」(What is essential is invisible to the eye.) (星の王子さま)とサンテグジュペリが書いていますが、施設経営にしる、地域経営にしる、目に見えるものばかりを分析対象として経営戦略を立てると、大きな誤謬に陥ってしまいます。保健医療の経営に携わる者は、まず、保健医療の本質的な部分を掴む力を、基本的なセンスとして身につけなければなりません。

保健医療の地域経営の責任者は、市町村レベルでは市町村長、都道府県レベルでは知事、国家レベルでは大臣ということになります。これらの方々には一生懸命頑張っていただけで、地域住民の健康度を飛躍的に高めていただきたいものです。ところが、同時に、市町村長は市町村立病院・診療所の、知事は都道府県立病院の、大臣は国立病院の施設経営の責任者でもあります。地域経営の観点からも、彼らは国公立病院に限らず地域内の医療施設が破綻しないようにする責任の一翼を担っています。施設経営は、来院患者が減ると経営難に陥りますので、医療施設の従事者は、常時、上層部から患者獲得による収益増の発破をかけられているのが実情です。多くの国公立病院は赤字経営に苦しんでいますが、責任者が近視眼的に施設経営改善のことばかり考えていたら、地域全体としても患者増や収益(=医療費)増が大きな目標となってしまう、地域経営の目標を見失ってしまいます。小児科患者が減ったために地域から小児科医が去ってしまいそうな場合、予防接種を手抜きしさえすれば、途端にこどもの感染症が流行し、小児科医は繁盛するようになります。これは極端な例で、経営改善策としてそんな発想をする人はいないでしょうが、保健活動を充実しさえすれば減らすことができる病気が、結構、手付かずで放置されているのは事実です。たとえば糖尿病は、診断法も治療法も確立しており、ちゃんと管理すれば重症化したり死んだりすることはあまりないはずの病気なのですが、毎年、交通事故死亡を上回る死亡者数が計上され、しかも増加しつつあります。糖尿病が悪化すると腎臓が機能しなくなり人工透析患者が増えますが、透析患者が増えると病院経営は改善します。意図的ではないにしても、予防接種の手抜きの例と同じ構図であるといえるでしょう。HIV/AIDSも、予防方法が明確であるのに、わが国は先進国の中では例外的に感染者数が増加しつつある国となっています。麻疹(はしか)に至っては、多くの途上国でポリオ根絶に次ぐ克服目標疾患に位置付けられ着実な成果が得られつつある中、わが国は麻疹輸出国との不名誉な評価に晒されています。わが国の保健医療は、結核対策、乳児死亡対策の時代には、華々しくその地域経営手腕が発揮されていましたが、保健医療の地域経営への影響因子が複雑化した今日においては、わが国の大きな弱点となってしまっています。保健医療の責任部局に、保健医療の地域経営上の課題を読み解くノウハウを有した職員の配置すら十分になされていないのが現状です。そのようなノウハウを修得できるような高等教育機関そのものが稀有なので仕方のないことだった

のかもしれませんが、仕方がないで済ますことができるような問題ではありません。

地域連携クリティカルパスという用語が、近年、クローズアップされてきています。クリティカルパスというのは、もともとは一般産業において工程管理や工程短縮のために用いられる効率化追求のための手法なのですが、医療においても、患者さんに標準的な医療を均一に提供するためのツールとして普及しつつあるところです。当初は医療施設の中で完結するツールとして用いられていましたが、治療期間短縮という観点で効率化を追求すると、院外においても適切な保健医療サービスを患者さんへ提供したほうがよいという当然の論理的帰結に至り、患者さんひとりひとりについて、施設であれ、地域であれ、一貫したフォローアップができる仕組みづくりのニーズが急激に高まってきています。この動きが、20年4月から制度化される特定健診・特定保健指導が生み出す新たな潮流と合体すれば、地域経営においても施設経営においても、新たな時代の幕開けとなります。すぐれた地域経営者を擁した地域においては、糖尿病はじめ生活習慣病の医療需要の増加に急ブレーキをかけることができるかもしれません。患者の受診行動の様相は劇的に変化し、変化に対応できない医療施設は淘汰される厳しい時代への突入でもあります。経営才覚ある院長(医師)が指導力を発揮して各部門の長(技術職)に経営効率改善を迫ることで勝ち組になれたようなこれまでとは異なり、医師その他の技術職はその専門技術の発揮に専念できる、そのような職場環境を醸し出せる保健医療経営の専門職業人を擁した施設こそが生き残れる、そんな時代が近づいて来ています。