

ヘルスケア・システムの改革と一つの企業モデル

佐 伯 力

Innovation of Health Care Systems and One of the Enterprise Model

SAEKI Isao

目 次

1. はじめに
2. ヘルスケア・システムの米国的改革課題
 - (1) ヘルスケア・システムの改革課題の提示
 - (2) ヘルスケア・システムの米国的経済的改革
3. ヘルスケア・システムにおける一つの企業戦略的経営モデル
 - (1) ヘルスケア・システムにおける一つの企業モデル
 - (2) 管理の役割
4. 結論
 - 日本的国民皆保険の空洞化傾向

Abstract

I refer to the theme of Innovation of Health Care Systems and One of the Enterprise Model in this paper.

In America, Health Care System is standing at the important cross-roads of the nation. In Japan, the judgment on the lawsuit against a public hospital by obstetricians is becoming a serious problem as the warnings to collapse of Health Care in the nation. And the “hollowing out” problem in the Japanese national health insurance for all of the people is taking place. I refer to these matters in this paper.

And as the presentation of the Care System Redesign Imperatives and the acting of organizations in a balanced manner both are very important themes for the Health Care Systems, I referred the Enterprise Strategic Management Model in this paper.

キーワード：ヘルスケア・システム，システム再設計緊急課題，企業戦略的経営モデル，組織的バランス，概念構想的技能，医療崩壊への警鐘

Keywords：Health Care System, Care System Redesign Imperatives, Enterprise Strategic Management Model, Organizations in a Balanced Manner, Conceptual Skill, Warnings to Collapse of Health Care

1 はじめに

(1) 論文の研究目的と企業モデルの合理性

国際社会において、多くの産業国家で保健医療は、今日危機的状況にある。保健医療の改革と革新は、未曾有の危機にある経済を救い、より頑強なものにし、活性化し、国家再生の中核となるものである。本論では、日本と米国とを取り上げその保健医療の改革と改革課題を取り扱う一つの理論的方法論及び一つの企業モデルを提示するものである。

保健医療制度では、国際的には日本の国民皆保険と公的保険制度、そして米国の市場原理による保健医療がよく知られている。米国では、巨額財政赤字を抱える中での保険医療改革を巡って、オバマ大統領は、連邦政府主導の保険制度としての公的保険創設と国民皆保険を保険医療改革の重要課題として強く主張している。一方日本では、国際社会でよく知られている国民皆保険が空洞化しつつあり、医療制度の崩壊の危機の問題が提起されている。両国共通の課題と問題点は、医療費削減、保健医療へのアクセスの改善、品質の向上、技術革新とコスト上昇、医療企業の経営破綻と組織改革などである。

ここで提示した企業モデルの合理性について述べておこう。

医療経営では、品質の問題が非常に重要である。かつて品質管理の分野で、デミング博士（Doctor W. Edwards Deming）の果たした役割は、非常に大きく、かつ偉大であった。第二次大戦後の国際社会では、日本製品の安かろう、悪かろうという世評が、広く一般化していたのである。その時来日したデミング博士は、品質管理を中心として、日本の産業社会の改革に大きな教示と示唆を与えたのである。日本産業社会では、品質の改善に努め、国際社会での日本製品の高品質の評判と信頼性を獲得していったのである。

しかし、その組織についての見解は、企業管理、品質管理を支える基礎となる組織であった。その組織要素は、企業のビジネスにとって、通常基本的重要性をもつものとは見られていないのである。しかし、何よりも重要なことは、現在、ヘルスケア・システムの組織再設計緊急課題への挑戦なのである。組織は、ビジネスにとってそれを構築する必須の要素なのである。ここに組織行動と組織論の意義と重要性が存在する。

経営担当者特にその上層部が、ヘルスケア・システムの改革課題と組織再設計緊急課題を認識することが必要である。この企業モデルが示そうとした意図はここに存在する。この企業モデルの合理性を提示できる原理は次のことである。

第1 企業統治（corporate governance）の中へ、ヘルスケアの持続性経営システムの理念を確立し、組織再設計緊急課題の重要性の認識を形成することである。

第2 持続性経営システムの生産過程（operation）を育成し、ヘルスケア企業のビジ

ネスを形成できるような企業構造を構築する。構造的再設計のための中核的要素を検出する。

第3 企業実践における重要な要素と実践の決定的な連鎖を識別し、現在と将来のヘルスケア資源計画を形成するための戦略的持続性と戦略的発展への枠組を提示する。

提示した一つの企業モデルは、ヘルスケア・システムに関連するモデルである。それは、現在の科学技術水準を示すものであり、経験的実証性と証明性並びに合理性と権威ある根拠を必要とするのである。そこで米国でよく知られた研究者、学者、研究機関の提示するモデルから、筆者によって、上記に述べた意図に沿って総合的に合成し、作成したものが、この論文での企業モデルである。

（2） この論文の概要

第2節 米国と日本を対比させながら、ヘルスケア・システムの特に米国的改革課題を提示した。米国では、市場原理に基く特殊性と限界性がある中で、未曾有の経済危機から経済を救い、頑強な経済と国家再生の中核的原動力として、オバマ政権の下でヘルスケア・システムの経済社会的改革が進められている。一方、日本では、国際的によく知られている国民皆保険制度と公的保険制度の空洞化及び医療崩壊の危機にある。これらの改革課題と問題性を論究した。

第3節 一つの企業モデルを提示した。そのモデルの合理性は、何よりも、組織がヘルスケア・ビジネスの必須的要素であることである。ヘルスケア・システム改革の社会的使命と組織再設計緊急課題に戦略的に応答するには、企業戦略的経営モデルとその組織展開を重要とするのである。これらを論及した。

そして、カツの主張と彼の論文に対する彼自身の回顧的論評を中心に、管理の役割を論じた。特に概念構想的技能と最高責任管理者の役割の意義と重要性についての所説を論究した。組織における上層部が改革課題とその社会的使命を認識し、それを提示すれば、組織内の下位のシステムはそれに沿って運動するのである。ヘルスケア・マネジメント（Health Care Management）の議論は、組織設計と行動を基本とし、組織論、特にその学派的主張の特徴と差異及びその意義を識別する必要がある。よって、組織論の学派的特色を提示した。

第4節 日本的国民皆保険制度の空洞化問題を中心として、医療崩壊の危機に関連して改革課題を提示した。またヘルスケア企業経営自体の存続の重要性を指摘した。これに関して、倫理論とポジショニング論を取り上げ改革と革新を論述した。

米国は、市場原理の中で公的制度による改革、革新に重点をおき、それが経済危機を救い国家再生の中核となる政策を探索している。日本は、医療崩壊の危機を乗り越えていくた

めに、公的制度や公的・私的組織の改革と改善が指摘されている。しかしヘルスケア企業それ自体の経営を頑強なものにし、市場の中でのヘルスケア・システムの存立を確保することが非常に重要である。そのための一つの戦略的政策としてポジショニング論による競争優位論を提示したのである。

2. ヘルスケア・システムの米国的改革課題

(1) ヘルスケア・システムの改革課題の提示

医療における「品質の食い違い」の解決に関して (on Crossing the Quality Chasm), その生産的な労働を熟慮しながら、米国医学協会 (the Institute of Medicine) は、2001年に、如何なるヘルスケア・システムにとってもその基本的目標となるものを6個提示したのである。

ここでは、ショートルとカラズニイ (Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny) が、この医学協会の研究報告書が指摘する問題を、ケア・システム再設計緊急課題へと、論究していることに依拠して、彼等の提示にしたがってその基本的目標を以下に示す。

その6個の基本的目標 (six essential aims) は、次のとおりである。

- 「1. 安全－患者は、害から保護する環境の中で、医療を受け、医療されるべきである。
2. 有効－医療は、利用可能な最良の科学的情報に基づいて提供され、患者に利益とはなりそうにないサービスは、避けられるべきである。
3. 患者-中心－医療は、個々の患者の選好、必要、価値を考慮すべきである。
4. 適時－医療は、待ち時間と有害な遅延を排除して、迅速に、患者の必要を満たすために実行されるべきである。
5. 効率－医療は、設備、供給品、アイディア、エネルギーの全ての浪費を避ける方法で提供されるべきである。
6. 公平－医療は、性、民族、地理的位置、社会経済的地位のような個人的特性が故に変化すべきではない。」¹⁾

これらの6個の目標を達成するためには、諸個人、ヘルスケア・チーム、ヘルス組織、ヘルスケア・サービスの購入者、支払者、規制者の間のインセンティブの調整が重要である。それに加えて、顕著なリーダーシップを必要とする。安全、有効性、効率、医療の個

¹⁾ Institute of Medicine, [2001], *Crossing the quality chasm : A new health system for the 21st century*, National Academy Press, Washington, DC. Shortell, S.M., & Kaluzny, A.D., [2006], *Organization Theory and Health Services Management*. In Shortell, S.M., & Kaluzny, A.D., *Health Care Management*, Thomson, New York, [2006], p.10.

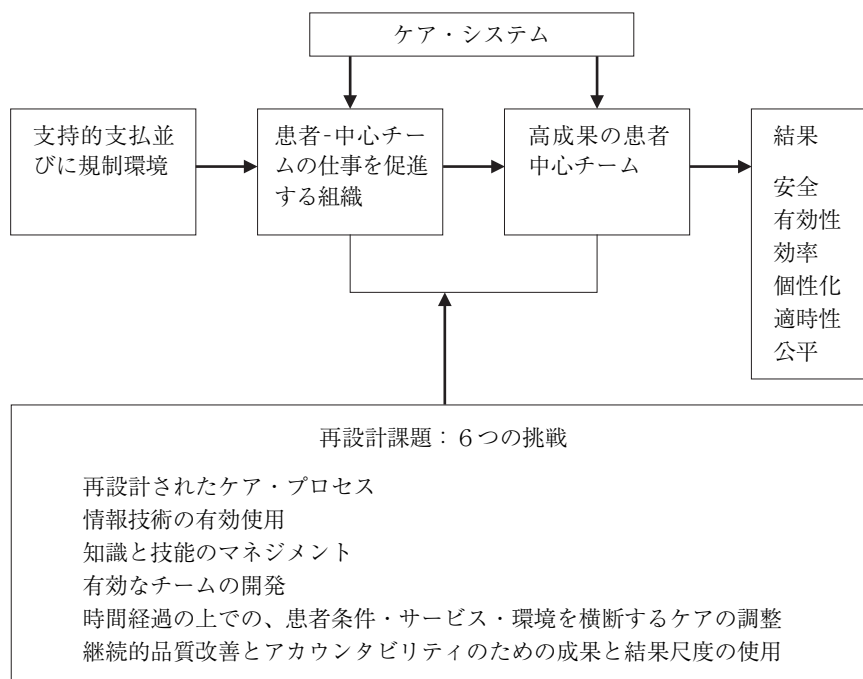
性化，医療の適時性と公平な医療の結果を生み出すことは，一つの組織の中で活動する高機能の患者中心チームの最も直接的で重要な機能なのである。

これをケア・システムとし，このようなケア・システムを開発する為には，システムの再設計課題が要求されるのである。システム再設計課題には六つあげることが出来る。

このケア・システム再設計課題を，2001年の米国医学協会の研究報告書に基いて，ショートルとカラズニイは次のように提示している。

- 「（１）ケアの過程それ自身を再設計する。
- （２）情報技術の有効な使用を行う。
- （３）知識の迅速な移転能力を含む，組織の知識と技能マネジメント能力を開発する。
- （４）有効なチームを開発する。
- （５）時間経過の上で，患者条件，サービス，そして環境を横断して，医療を調整する能力を開発する。
- （６）継続的品質改善とアカウンタビリティ目的のための，成果と結果の尺度を使用する。」²⁾

図表 1－1 ケア・システム再設計の思考の枠組み



資料出所：Shortell,S.M.,& Kaluzny,A.D., [2006], p.11. より筆者作成。

²⁾ Shortell,S.M.,& Kaluzny,A.D., [2006], p.8.

図表1-1に示したのが、ケア・システム再設計についての思考の枠組みである。

ショートルとカラズニイは、ヘルス・ケアの変化（Transformation of Health Care）について、その古い見解と新しい見解を対比して示している。それらを例示すれば、図表1-2のようである³⁾。

図表1-2 ヘルス・ケアの変化（古い見解と新しい見解）

古い見解	新しい見解
急性の入院患者医療の重要視 病気治療の重要視 個々の患者に対する責任 有形の物理的資産の強調 全てのプロバイダーは基本的に類似している 入院患者許可の市場占有率増大によって達成される成功 目標はベッドを満たすことである	医療の継続性の重要視 健康であることの維持と促進の強調 定義された母集団人口の健康に対する責務 無形の知的並びに関係の基盤資産の強調 付加価値能力の基盤による差別化 人々を健康に保つことによって達成される成功 目標は最も適切な水準で医療を提供することである
病院、医師、ヘルス・プランは分離している	実質的およびまたは垂直的に統合化されたデリバリー・システム
自治的なヘルス専門家によって提供される医療 情報はヘルス専門家の使用のための一つの記録である 管理者は組織を運営する	協働して働くヘルスケア・チームによって提供される医療 情報は患者と共に使用する知識共有の一つの動的手段である 管理者は実行されるサービスの価値を改善するためにリーダーシップを提供する
管理者はサービスを調整する	管理者は品質並びに個人とコミュニティの健康との継続的改善を積極的に追求する

資料出所：Shortell,S.M.,& Kaluzny,A.D., [2006], p.10. より筆者作成。

図表1-1では、改革課題に応えるべき、ケア・システムが実現すべき重要な変化を思考する枠組を示しているのである。

まず達成すべき成果、結果は、安全、有効性、効率性、医療の個性化、医療の適時性、そして公平な医療である。チーム組織が形成され、その中でチームが活動する。達成すべき成果、結果は、チームの仕事を促進するために設計されたこの組織の中で活動する、高成果の患者-中心チームの機能として実現されるのである。これがケア・システムである。

このようなケア・システムを開発するためには、前記の6つの再設計課題の遂行を必要とするのである。そして、医療を改善するために、必要な変化を行っていかうとする組織とその組織の中で活動する医療チームに対してより大きなインセンティブを与えよう

³⁾ Shortell,S.M.,& Kaluzny,A.D., [2006], p.10.

な支払いと規制環境の中でこれらは生起するのである。

図表1－2では、ヘルスケアの古い見解から新しい見解への発展の重要性を示しているのである。その中でも新しい見解における、最も適切な水準で医療を提供する。デリバリー・システム。ヘルスケア・チーム。そして、管理者は、品質並びに個人とコミュニティの健康との継続的改善を積極的に追求することなどが注目されるのである。

（2）ヘルスケア・システムの米国的経済的改革

毎日新聞は、次のように報道している。「オバマ米大統領は、2009年3月5日、ホワイトハウスで超党派による医療保険改革会議を開いた。年末までに包括的な医療保険改革を法制化するのが目標だ。と述べ、年内に全国民が加入できる医療保険制度の実現を目指す意向を表明した。しかし、93年国民皆保険制度創設を目指した医療保険の抜本改革案が頓挫した経緯がある。5日の会議には、民主、共和両党議員、医療関係者、中小企業経営者、労組関係者、学者ら約140人が参加した。大統領は、医療費高騰や未加入者増大の現状を踏まえ、抜本改革は、道徳的だけでなく財政的な緊急課題になっていると指摘した。良質で安価な医療保険の実現を強調した。」⁴⁾

2009年米国経済白書は、米国のヘルスケア・システムは重大な岐路にさしかかっていると指摘する⁵⁾。米国では、市場原理に基いたアプローチを推進して、医療保険への加入や医療的ケア（medical care）を改善しようとしている。市場原理を基盤にしたヘルスケアにおける民間と公的役割のバランスが重要な課題となっているのである。

ヘルスケア（Health care、保健医療）産業では、病院、診療所、在宅医療専門機関、長期療養型施設、保険、製薬・医療機器メーカーなどで、何百万人ものが働いている。2008年における米国のヘルスケア支出は約2.4兆ドル、国民1人当たり約8000ドルである。その支出は、国内総生産よりも速いペースで増加し続けると予想されている。市場原理基盤においては、ますます自分のヘルスケアや健康への投資を自分の意思で決められるようになっている。しかし一方では、高いコストの増大と上昇率は、米国人の医療保険や医療的ケアへのアクセスをますます困難なものにしているのである。

2009年の米国経済白書第7章では、ヘルスケアにおける民間と公的役割のバランスを論じている。ヘルスケアは、市場原理を基盤にし、米国経済において、最も大きく、かつ速く成長している産業部門の1つである。現代のヘルスケアは、利益を供給する一方で、コスト増への心配は、アメリカ人がヘルスケアと医療ケアを受けられないのではないかと

⁴⁾ 毎日新聞、2009年3月7日。

⁵⁾ 米国経済白書、[2009]、エコノミスト、2009年5月4日、毎日新聞社、202頁。

いう脅威をもたらしている。市場を基礎としたアプローチと革新的保険設計とコミュニティーを基盤とするヘルスケアの利用可能性の改善、グローバルな健康改善の促進などと共に、ヘルスケアの質、コスト、アクセスに取り組んでいる努力が重要である。

第7章の主要なポイントは以下のとおりである。

- 「(1) 急速なヘルスケア支出の原因には、ハイテク医療の利用、費用対効果の高いケアを購入しようという消費者インセンティブが働かない総合医療保険、慢性疾患罹患率の上昇、米国人口の高齢化などがあげられる。
- (2) 保険者(payers), 医療提供者(providers), 消費者の3者による情報とインセンティブの共有によるヘルスケア・サービス市場の効率的機能化。
- (3) 医療保険による福利の向上。市場原理に基いたアプローチや革新的な〔医療〕保険設計による、保険の選択とヘルスケアの意思決定の改善。
- (4) 公衆衛生インフラへの重要な投資。それらの投資の重点は、地域密着型のヘルスケアの改善、公衆衛生の危機への備え、医療関連の研究開発の支援、グローバルな医療の改善の推進などである。」⁶⁾

2009年と2008年の経済白書の基本は変わっていない。2009年では、市場原理に基いたアプローチで民間医療保険に入りやすくするという政策が主である。2008年では、保険への優遇税制で民間保険に入りやすくしようとしたことが特徴的である。

医療保険(health insurance)には、民間医療保険、公的保険、そして無保険者が存在する。無保険者、年間保険未加入者数は4570万人、人口の約15.3%と推定される。しかし市場原理に基いている米国的無保険者では、2007年において無保険者の約58%は35歳以下であった。無保険者は低所得世帯出身である可能性が高いけれども、無保険者人口に占める高所得世帯の人々の割合もかなり多いのである。世帯所得の四分の一以上の保険料を集められ、それが支払えなくて無資格者となる日本の国民保険無保険者、そしてその無保険者の子という日本の無保険者問題とは、米国的課題は構造的にも、質的にも非常に異なるのである。この論文では、2008年の米国経済白書を取り上げる。

米国経済白書2008年は、第4章において、「健康とヘルスケアの経済学」を検討している⁷⁾。そこでの重要なポイントは、次のとおりである。

「健康は、質の高いヘルスケア・サービスの適切な消費だけではなく、個人の行動や、…ライフスタイルの選択を通して改善されるものである。

ヘルスケアは、わが国民の健康を増進してきたが、ヘルスケア・システムの、より一

⁶⁾ 米国経済白書, [2009], 184頁, 184~202頁。

⁷⁾ 米国経済白書, [2008], エコノミスト, 2008年5月26日, 毎日新聞社, 39頁。

層の効率化は、…アメリカ人のより良い健康状況を生み出すことができる。

ヘルスケア・コストの急速な上昇と健康保険へのアクセスは、ヘルスケア・システムへの難題を常に提供してきている。

わが政権の政策は、コスト上昇を抑えること、質を改善すること、そして民間セクターと市場を基盤にした解決を通して、健康保険へのアクセスを拡大することに焦点を定めている。」⁸⁾

イノベーションによって、高度な治療法が開発され、それが広範囲に普及しヘルスケアを利用する消費者に選択の幅が一層広がるならば、ヘルスケア・システム（health care system, 保健医療システム）は、イノベーションの原動力の1つであるといえる。ヘルスケア・システムは、イノベーションにとっての原動力なのであり、その改善は、コストを削減し、アクセスを増加させ、質を向上させることである。また、ヘルスケア・システムの効率性の向上や医療保険加入層（health insurance coverage）の拡大において、医療提供者（providers）への支払いに業績評価（performance）を取入れたり、医療保険に対する課税措置の変更などは、重要な役割を果たす。

健康は、2つの特徴によって定義できる。「命の長さ（寿命）と生活の質である。人は、直接的・間接的に生活の質から価値を得ている。」⁹⁾ 人の健康水準は、直接的には、財や余暇の享受に影響を与えている。間接的には、生産性を高めている。間接的に生産性を高めることは、健康は、人的資本への投資の重要な構成要素になることが出来るのである。「健康は、アブセンティーイズム（absenteeism）やプレゼンティーイズム（presenteeism）を通じて、仕事の生産性に影響をおよぼすことがある。」¹⁰⁾ アブセンティーイズムとは、怪我や病気のために職場に出勤できない状態を指すのである。プレゼンティーイズムとは、従業員に、仕事を完遂するために必要な肉体的・精神的エネルギーが足りない時や、職場での事故が増加する時、そして病気が従業員の間に蔓延すると予想される時における、職場における生産性が失われる状態を指すのである。

健康を決定づける要因としては、ヘルスケア、個人の行動、環境要因、社会的要因、教育、所得、遺伝などをあげることが出来る。個人を健康の生産者と考えるならば、主要な生産投入物は、健康づくりとその維持及び再生産活動やヘルスケアに費やされた時間と資金及び情報と資源である。健康づくり活動には、個人の運動、栄養摂取、生活様式の選択、環境整備、環境維持技術（environmental conservation engineering）等をあげることが出来

⁸⁾ 米国経済白書，[2008]，39頁。

⁹⁾ 米国経済白書，[2008]，97頁。

¹⁰⁾ 米国経済白書，[2008]，98頁。

る。ヘルスケアには、入院治療 (hospital care), 外来通院 (outpatient visits), ナーシング・ホーム (nursing home= 高齢者のための医療福祉施設) での介護, 投薬治療 (medication), リハビリテーションなどをあげることが出来る。

「医療保険 (health insurance) は、重い病気やけがによる予期せぬ医療出費による金銭上のリスクから家族を守るだけでなく、ヘルスケア・システム (health care system= 保健医療システム) へのアクセスを促進するので、健康アウトカム (health outcomes= 病気の予防や治療によって得られる健康状態) を改善するのに役立っている。」¹¹⁾ この便益を考慮すると、アメリカ人の16% が常に医療保険に加入していないということは、重要な懸念事項である。アメリカ国民のヘルスケア支出は、近年、GDP よりも速いペースでの増加傾向にある。増加が促される要因には次のようなものがある。第1の要因は、新技術の発展と普及である。第2の要因は、所得の増加である。第3の要因は、人口の高齢化や罹患率の上昇である。そしてその他の要因としては、医療部門における賃金上昇などを挙げることが出来る。

米国では、ヘルスケア支出の約46% は、様々な健康維持プログラム (health programs) を通じて、連邦・州政府によって賄われている。その中には、メディケア (Medicare= 高齢者向け医療保険制度), メディケイド (Medicaid= 低所得者を対象とする医療支出制度), 州児童医療保険プログラム (SCHIP: State Children's Health Insurance Program= 連邦基金から州を通して低所得世帯の児童に医療保険を提供するプログラム), 退役軍人健康庁 (VHA: Veterans Health Administration= 退役軍人にヘルスケア・サービスを提供する機関) などがある¹²⁾。メディケア, メディケイド, SCHIP は公的資金を受けたプログラムである。しかし大部分のヘルスケア・サービスは、政府と契約していない民間の「医療保険」提供者によって提供されている。連邦政府のメディケア・メディケイド支出は、現在、合計でGDPの約4%, 連邦予算のおよそ20%に相当する。ヘルスケア・コストが増加しているので、今後数十年の間に、支出はさらに大きくなっていくだろう。25年の間に、これら2つのプログラムの支出だけで、GDPの8%に到達する可能性があると予測されている。

健康とヘルスケアにおけるイノベーションによって、寿命は延びている。20世紀前半における変化は、主として、栄養失調症の軽減、衛生環境 (sanitation) の改善、公衆衛生対策の改善、ペニシリンなどの抗生物質製剤 (antibiotic agents) の投与による感染症 (infection) 予防の進歩によるものである。70年からは、心臓病、脳卒中の死

¹¹⁾ 米国経済白書, [2008], 101頁。

¹²⁾ 米国経済白書, [2008], 103頁。

亡率の低下によって、アメリカ人の平均寿命は延びている。心臓病や脳卒中による死亡率の低下は、集中治療室（an intensive care unit, ICU）等での集中的な内科的治療（medical therapies）、高血圧や高コレステロールを抑制する非急性期治療薬（nonacute medications）が進歩したことや、個人自身の行動によって危険因子を減らしたことにあると示唆されている。

ヘルスケアの質を高めながら、ヘルスケア・コストの増加を削減し、ヘルスケアへのアクセスを拡大することが、ヘルスケア・システムの課題であり、ヘルスケア政策の目標である。この目標を達成するためには、ヘルスケア・システムのイノベーション、フレキシビリティ、選択の自由を促進させながら、市場志向型の保険（market-oriented insurance policies）を展開することである。その際、市場志向型の保険は、起こり得る市場の失敗に対処しなければならない。ヘルスケア需要に関連するこの市場の失敗は、ヘルスケア・システムの中で困難な課題である。保険市場で発生する市場の失敗には、2つの特徴的な事柄がある。モラル・ハザード（moral hazard）と逆選択（adverse selection）である。「モラル・ハザードとは、保険がコストのほとんどをカバーする場合に、個人が、一部のヘルスケアを過剰に使用してしまうことを指している。逆選択とは、保険を必要としている可能性の最も高い人々ほど、保険を購入してしまう傾向のことを指している。」¹³⁾

ヘルスケア・システムは、国民の健康の維持と増進、そして一国の政治・経済社会の生産と消費の基底を形成している。ヘルスケア・システムに市場志向型を取り入れ、その改善と改革、そして能力を高めることが重要である。この市場志向型のヘルスケア・システムによって、コスト増加の抑制、医療保険へのアクセスの拡大、ヘルスケアの質の向上を達成することが出来れば、国民の健康の維持と増進、ヘルスケア需要の充足を一層高めることが可能である。

競争保険市場を通じてのコスト管理で生じる深刻な問題は、逆選択問題である。「保険料が母集団（population）平均に基づいて設定され、かつ保険が平均値以上のコストを抱える人々ばかりを引きつけるものであれば、その保険を提供する保険会社は、赤字を抱えることになるだろう。その結果、その保険は、保険料の増額、あるいは市場からの撤退を余儀なくされることになるだろう。」¹⁴⁾ このように逆選択が生じれば、競争的医療保険市場が効果的に機能しなくなるのである。

企業が提供している保険である団体保険（group coverage）を利用できない中小企業や個人のための保険市場では、この逆選択が深刻な問題を提起するのである。個人保険市場

¹³⁾ 米国経済白書，[2008]，104頁。

¹⁴⁾ 米国経済白書，[2008]，109頁。

での医療保険提供者が、個人個人を、病気、体調、ハイリスク者で評価すれば、個人は、高額な保険となる保険への加入を諦めることを余儀なくされることになる。このことを改善するために、州では、引受拒絶禁止法（guaranteed issue laws）や地域保険料率法（community rating laws= 保険会社が健康状態に基づいて保険料率を変更することを禁止し、年齢や性別などの特性に基づいての変更を制限する法律）などがある。こうした規制によって、その一方では、健康な低いリスク者個人の保険料が上がるならば、健康な人々の加入が減少する。このことがまた、逆選択を生じさせるのである。

大企業の保険は、州の保険規制の対象外となっている。その代わりに、従業員退職所得保障法（ERISA：Employee Retirement and Income Security Act= 企業年金制度の運営などを規定する法律）という連邦保険法の規定に基づいて運営されている。また、小規模団体が団結して、連邦法の対象となる保険を購入できる医療保険組合（Association Health Plans）がある。この組合によって、小規模使用者が遭遇する逆選択が緩和され、規模の経済によって保険会社と保険料を交渉し、競争的な医療保険選択システムへの参入が容易になる。個人市場や小規模団体市場の保険料を低く抑えようとするなかで、競争保険市場に大きな障害をもたらすのが、逆選択問題である。

医学は非常に複雑である。医学では、専門家のインセンティブが、患者のインセンティブと異なることがある。医師は、患者にとって必要なサービスを決定する。この決定にはある程度の主観が入る。診断や治療が、医師によって異なる場合がある。しかし、ケアの地理的差異や治療成果の差異を指摘することは、ほぼ困難である。ヘルスケア・サービスの過剰利用も問題であり、また過少利用も重要な社会問題である。

情報や医療提供者への償還を通じて、質やコストを改善することが出来る。質やコストに関する情報を充実させ、保険提供者から医療提供者への支払い（＝償還）を調整するなどの改革を行えば、質の改善及びコストの削減が出来る可能性が高くなる。効果的なヘルスケアの提供を妨げている原因の一つは、ヘルスケアの選択に際して、患者、医療提供者、保険提供者への、そのヘルスケアの有効性や効率性を比較するのに必要な情報が、不足していることである。このような情報は、一般的に実施しているサービス、高額な費用を伴うサービス、変化の目覚ましいテクノロジーを使用し、代替治療が多数存在するサービス、かなり深刻な不安を抱えている地域でのサービスなどには特に重要である。

医療情報技術（医療 IT：Health information technology）によって、医療情報を包括的に管理し、ヘルスケアの消費者・供給者間の医療情報を安全に交換することが出来る。また医療 IT によって、ヘルスケア提供に劇的な変化をもたらし、ヘルスケアはより安全で、効果的で、効率的になる可能性がある。電子カルテ（electronic health records）等の採

用によって、医療情報を安全かつ確実に交換する技術が拡大するだろう。

「成果に基づく支払い」(Pay for performance) または「価値に応じた購入」(value-based purchasing) とは、一種の支払いモデル [= 提供した医療の成果に応じて診療報酬額が変動する方式] である。これによって、ヘルスケア提供者に質や効率性の一定の成果基準を満たすように働きかけるものである。メディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services= 保健社会福祉省の一部局) は、財政赤字削減法の規定を実施している。それによって、メディケアは、特定の「院内疾患」(hospital-acquired conditions) の治療のための費用を病院に支払うことができなくなった。その他に、種々の支払停止措置や支払禁止への動きなどがある。このような変化によって、ヘルスケア・システムの安全性、効率性を高めることが出来る。

「メディケアなどの連邦医療保険プログラムの運営者や〔保険〕提供者は、ヘルスケア提供者に支払われる価格や、彼らが提供するサービスの質に関する情報を受給者と共有するように指示されている。」¹⁵⁾ 価格や質の情報の透明性が重要である。メディケアは、提供者に成果情報を CMS に提出するインセンティブを提供している。成果基準の多くを CMS のウェブサイトで入手することが出来る。消費者は提供者の質を比較することも出来る。

メディケアの変革は、メディケア支出を増加させることなく、支出と好ましい健康アウトカムとの関係を向上させていくことである。消費者に健康行動の増進を促す方法の1つとして、健康教育が挙げられる。このことは、健康アウトカムを高める効果的な方法であると考えられる。ヘルスケアにかかるコストの上昇は、また、ヘルスケアの価値を高め、医療保険加入層を拡充させる機会でもある。質の高い、効率的なケアに報いる環境を整えることが重要である。

メディケア、メディケイド、SCHIP のように、最も弱い立場にあるアメリカ人に対して、連邦政府が提供する医療保険は、非常に重要である。コスト管理、効率性、質、アクセスを高める革新的な保険の提供にとって、民間競争的医療保険市場の活用が重要である。使用者が提供する医療保険も、個人の医療保険も競争条件が公平になり、消費者の自己負担額が低くなるためには、改革が必要である。逆選択という事態に対処することによって、保険市場は競争的になり、それによって、イノベーション・選択・アクセス・有効性・効率性を高めることが出来るようになるだろう。ヘルスケアの情報の透明性を高め、業績評価に基づく支払などによって、ヘルスケアの質、コスト、アクセスの改善に取り組むこと

¹⁵⁾ 米国経済白書, [2008], 111, 112頁。

が出来るのである。

3. ヘルスケア・システムにおける一つの企業戦略的経営モデル

(1) ヘルスケア・システムにおける一つの企業モデル

この節でのマネジメントの役割についての、基礎的、基本的仮説は次のことである。

それぞれのヘルスケア企業には、二つの基本的なマネジメントの役割が存在するのである。即ち、企業レベル・マネジメントと臨床システム・マネジメントである。この両者は、戦略的成功にとって決定的に重要である。管理者は、両者を効果的に統合しなければならない。臨床システム・マネジメントの役割は、患者への直接的なサービスの準備と安全性に焦点を当てなければならない。企業レベル管理者は、外部的環境との企業の関係と相互作用を管理しなければならない。そして外部的環境の中での変化と機会や、改革と革新への挑戦に対する組織的適応の度合を管理しなければならないのである。

今日、ヘルスケア・システムの改革と革新を示唆する重要な文献が多数存在する。その中でも非常に重要な文献であり、またこのマネジメントの基礎的仮説に対応すると見ることが出来る研究報告書が、2000年と2001年に米国医学協会から2つ発表されているのである¹⁶⁾。2000年報告書では、「誤りをするのは人間である：より安全なヘルス・システムの構築。」と題している。これは、臨床システム・マネジメントへの改革課題と問題提起であると言える。そして、2001年報告書では、「品質の格差を乗り越えて：21世紀のための新しいヘルス・システム。」と題している。これは、企業レベル・マネジメントに対応する改革と革新の問題提起であると言える。そして、社会的使命として、ヘルスケア・システムの組織再設計緊急課題を提示したのである。

それ故に、ここでは2000年と2001年の順に、報告書を取り上げ論究しているのである。非常によく知られているウエルトン (William E. Welton) は、これらを取り上げ論究している。そこでここでは、ウエルトン、彼の所説に依拠して論じている¹⁷⁾。

また提示した企業戦略的経営モデルは、マネジメントの役割についての基礎的仮説を基盤に置いている。よって、そのモデルの組織上層レベルは、企業レベル・マネジメントを含んでいる。組織下層レベルは、臨床システム・マネジメントを含んでいるのである。

¹⁶⁾ Institute of Medicine, [2000], *To err is human: Building a safer health system*, National Academy Press, Washington, DC.

Institute of Medicine, [2001].

¹⁷⁾ Welton, W.E., [2006], *The Managerial Roll*. In Shroter, S.M., & Kaluzny, A.D., [2006], pp.42-74.

あとに述べる医療臨床企業モデルは、患者の立場、視点を通して、ヘルスケア・システム、ヘルスケア企業を見ることが出来ることを一つの特徴としている。そして企業環境の重要な要素を指摘しているのである。その際、このモデルでのマネジメントは、供給サイド・マネジメント活動、需要サイド・マネジメント活動、そしてコミュニティと公共公衆関係を重要とするのである。ウエルトンのモデル提示を基して、医療臨床企業モデルを示しているのである¹⁸⁾。

年間かなりの数の医学的誤りが生じていると、米国医学協会研究委員会は指摘した。重要な2つの報告（2000年、2001年）のうち、2000年の最初の報告で、「誤りをおかすことは人間である。」と提起して、より安全なヘルス・システムの形成と医療の安全なシステムの設計に取り掛かるべきことを提示し、推奨したのである。

提示された医療の安全なシステムの設計に組込むべき原則と3つの設計原則は、ウエルトンの提示に基いて、次のとおり示すことが出来る。

「組込むべき原則：

- 1 リーダーシップの提供。
- 2 プロセス設計に人間的限界を尊重する。
- 3 有効なチーム機能の促進。
- 4 予期されないものを見越す。
- 5 学習環境を創造する。

3つの設計原則：

- 1 設備、供給品、工程を標準化し、単純化する。
- 2 チーム訓練プログラムを設定する。
- 3 組織内での誤りと事故の報告と分析のための非罰則的システムの履行。」¹⁹⁾

そしてウエルトンが指摘するように、2001年の報告では、品質の格差を超越して、21世紀のあるべき新しいヘルス・システムのために、米国、国家のヘルスケア・システムの機能を改善するために、前述のように、6つの基本的目標、目的と予防、急性、慢性のような医療の種々な条件や型を超越して、6つの挑戦課題、ヘルスケア・システム再設計緊急課題を提示したのである²⁰⁾。

ここで、米国に限らず、日本やドイツなどその他一般的に、ヘルスケア・システムの存

¹⁸⁾ Welton,W.E., [2006],p.49.

¹⁹⁾ Welton,W.E., [2006],p.62.

²⁰⁾ Welton,W.E., [2006],p.62. Institute of Medicine, [2001],p.18.

立条件を次のように主張することが出来るであろう。ヘルスケア提供組織体にとって、安全性、有効性、効率性、コミュニティ社会への献身努力と奉仕と貢献性は、存立と成長並びに発展の基礎的必須的条件である。しかし、ヘルス・ケア提供組織体として公私を問わず、利益的活動、利潤性と統治は、個別組織体の重要な存立条件である。これがここで、一つの企業モデル、企業経営モデル、企業戦略的経営モデルを提示する理由である。日本社会でも、幾多の病院が、その倫理性問題とは別に、財政的、金融的、企業経営の理由から、存立の危機の中で苦闘しているのである。

さて、ウエルトンは、一つの企業モデルを提示している。それは、企業戦略的経営モデル（Enterprise Strategic Management Model）である。そして、IOM（米国医学協会）が提示したケア・システム再設計緊急課題を組んでいる²¹⁾。そこで、このウエルトンのモデルを一つの基底にして取り上げ、ヘルスケア企業戦略的経営を論究していこう。

図表2-1の企業モデルが示している重要なことは、次のことである。「3つの組織水準での活動と目的の同時的統合を示している。臨床的ヘルス・ケア企業における一連の関係とアカウンタビリティを提示している。すなわち（1）組織の臨床的ケア・システム又はマイクロシステム・レベル。（2）企業又は組織レベル。（3）コミュニティ・ヘルスケア・システム・レベルである。」²²⁾同時に図表2-1は、医学協会の研究の2つの重要な報告で示された、システム開発と管理的推奨に取り組む組織的枠組を提示しているのである。各レベルでの積極的で測定可能な結果を確保し生産するために、相互作用が調整されるのである。かつ、一方では、各レベルが、アカウンタビリティと改善への期待に応えることを確保せんとするものである²³⁾。

このモデルでは、組織を3つの水準に特化している。ヘルスケア産業の中で、経営執行指導者と臨床プロセス管理者は、均衡のとれた方式で組織が活動することを確保しなければならない。顧客サービス目的（customer service objectives 患者と医者）、内的事業過程目的（internal business process objectives 臨床システム）、企業-水準の財務目的並びに企業-規模の組織学習目的（enterprise-level financial objectives and enterprise-wide organizational learning objectives）が、同時に及びシナジー効果的に達成されることが重要なのである。

この企業戦略的経営モデルでは、組織水準を3つのレベルに特徴づけ、社会的要請としての再設計課題に応えようとする。また資源を配分し、成果をチェックするために、管理

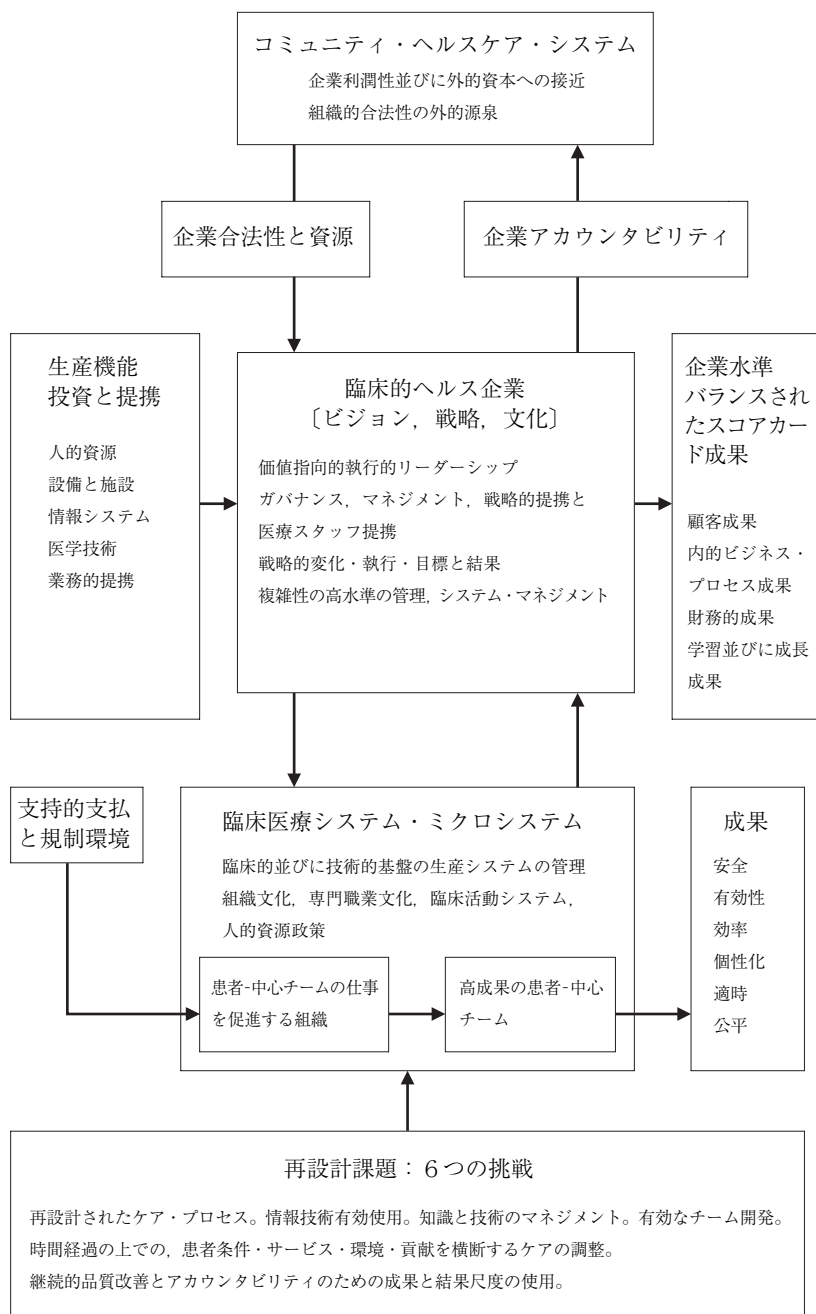
²¹⁾ Welton, W.E., [2006], p.63.

²²⁾ Welton, W.E., [2006], pp.63-64.

²³⁾ Welton, W.E., [2006], p.64.

者によっても使用される均衡スコアカード（balanced scorecard）のように、組織がバランスの取れた方法で活動することを確保することが重要なことの一つである。

図表 2-1 企業戦略的経営モデル（医学協会・医療システム再設計6課題を含む）



資料出所：Welton, W.E., [2006], p.58, p.63 and p.68 より筆者作成。

毎日新聞の報道によれば、「日本では、勤務医から開業する医師が多い。しかし、どこで開業しても採算が取れる時代はとくに過ぎたのである。手持ち資金は豊富ではなく、最近では銀行も資金を貸すことに渋くなっている。開業を目指す医師も、綿密に計画しないと借金を抱えて倒産するリスクもある。」²⁴⁾ 公的制度と国民皆保険が特徴的な社会と競争市場という日本的、社会的、経済的環境の中で、ヘルスケア・システムと医療組織体が存続し、発展し、国内的、国際的に競争優位を維持していくことが重要なのである。それが、ここで提示した企業モデル、ヘルスケア企業戦略的経営の主張である。

「戦略とは、競争相手を凌駕して、競争優位を達成し維持するために、組織が使用する（または使用してきた）主要な概念とアイディアである。」²⁵⁾ 戦略は、戦略的变化（顕著な能力の創造、組織的能力の構築、破壊的变化の管理）、戦略的執行（環境評価、企業レベル、事業レベル、機能レベルでの戦略定型化）、戦略的目標、結果（優れた価値とより高い利益）と実行へと展開していくのである。

医療システム（the health system）は、動態的に変化しつつあるオープン・システムである。ヘルスケア、保健医療組織（health care organization）は、極めて複雑で戦略的に管理された社会的構造である。ここで医療臨床企業モデル（Health Care Clinical Enterprise Model）について若干述べておこう。患者の立場と視点を通して、ヘルスケア・システムを見ることが出来る。そして企業環境の重要な要素を指摘することが出来る。ヘルスケア・システム、ヘルスケア企業は、重要な幾つかの制度的なタイプからなる提供組織である。患者は、臨床医との相互関係を基軸としてそのシステムに入ったり、システムから出たりするのである。マネジメント活動は、供給サイド・マネジメント活動、需要サイド・マネジメント活動、そしてコミュニティと公共公衆関係を重要とするのである。

ウエルトンのモデル提示を基にして、医療臨床企業モデルの概略を示せば図表2-2のように提示することが出来る²⁶⁾。そしてその概要を次のように言うことが出来る。

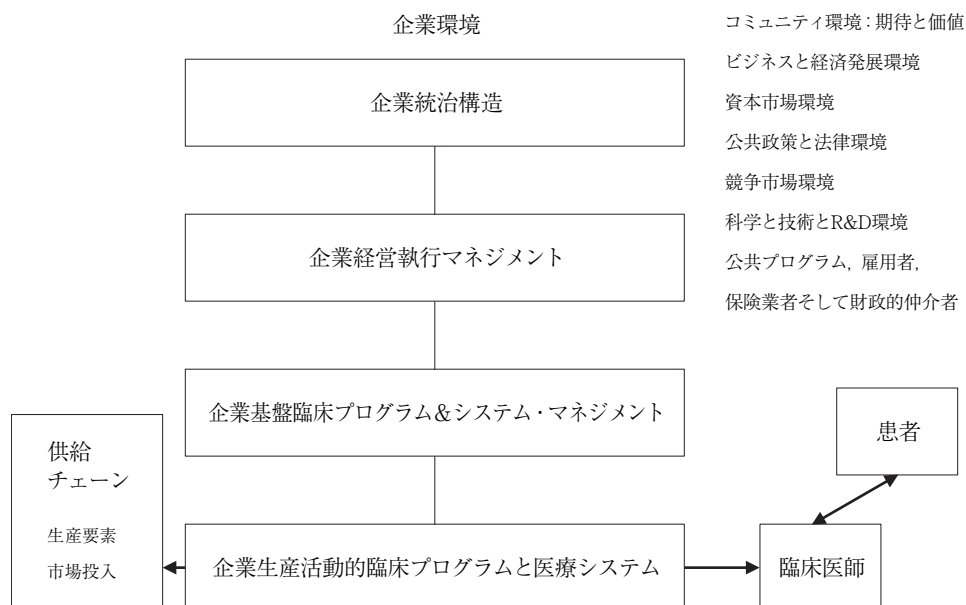
それぞれのヘルスケア企業は、通常、幾つかの臨床医療システムを含んでいるし、支持している。臨床医療システム管理者は、企業レベル執行指導者に、それぞれの臨床医療システムの中で、患者に提供される臨床サービスの適切性、有効性、安全性、品質、効率に対して責任を負うのである。臨床医療システムは、臨床医療有効性と持続的戦略的優位性を達成するために必要とされる技術、設備、医療資源への資本の獲得と投資について、企

²⁴⁾ 毎日新聞、2009年6月23日

²⁵⁾ Luke,R.D.,& Walston,S.L., [2006],Achieving Competitive Advantage: The Case for Strategy. In Shortell,S.M.,& Kaluzny,A.D., [2006],p.462.

²⁶⁾ Welton,W.E., [2006],p.49.

図表 2-2 医療臨床企業モデル



供給サイド・マネジメント活動。需要サイド・マネジメント活動。コミュニティ&公共公衆および、またはコミュニティ・ヘルス・プログラムとコミュニティ・サービス組織

資料出所：Welton, W.E., [2006], p.49より筆者作成。

業レベル管理者に依存している。臨床医療システムは、また企業環境の重要な要素、例えば、公共政策、法律環境、資本市場からの資金などへの接近を確保するために、企業マネジメントと統治構造に依存しているのである。

医療システムの中での組織的実体は、組織、組織体、企業、医療企業等の広い範囲から成り立っている。すなわち、病院または他の制度的医療組織、例えば家庭医療、リハビリ的医療施設、そして開業医師の開業組織、供給チェーン組織、専門職集団、保険組織、教育機関、政治組織、プログラムと技術基盤の組織などを含んでいるのである。これらの組織実体は、一つまたはそれ以上の市場環境、コミュニティ環境、企業環境などの中で活動しているのである。この複雑なシステムの中の各組織実体は、それ自身の存続と発展を目指して、戦略的目的を達成しようとする。この目的を満たすために必要な組織的、人的、資本的資源への長期的接近を確保するために、戦略的に活動しているのである。

このモデルを企業統治構造、企業経営執行層、企業基盤の臨床プログラム・システム管理、企業・業務的臨床プログラムと医療システムの4つの階層的構造で描くことが出来る。企業統治構造では、外的資源開発、内的資源配分、外的アカウントビリティ。企業経営執行責任層では、内的プログラム投資、内的環境促進、文化促進、内的プログラム・アカウン

タビリティ構造。企業基盤の臨床プログラム・システム管理では、マーケティング、人事、品質、安全、財務、サービスなどのプログラム活動。企業・業務的臨床プログラムと医療システムでは、臨床プログラム・サービス、供給チェーン等がそれぞれ主たる活動である。

このモデルの典型的な焦点は、幾つかの制度的なタイプ（例えば病院、開業医、長期医療施設、家庭医療プログラム、ホスピス・プログラムなど）からなる典型的な提供組織（delivery organization）である。そこで重要な点は、患者が臨床医との関係を通じて、臨床プログラム・サービスからその企業に入ることである。この臨床医が、その患者の必要とすることについて、最良に奉仕するのに要求される臨床サービスの輪郭を特定し、その企業の中での患者の臨床的治療を指示し、評価する。そして、最良の結果を確保するために、患者の弁護人として奉仕するのである。その医療企業（システム）は、幾つかの臨床医療システム（心臓、精神的外傷、産科、整形外科、神経等など）の一つかそれ以上の中で、患者の必要とされる臨床サービスを提供する。臨床医療システム管理者は、各々の臨床医療システムの中での、患者に提供される臨床サービスの、適切性、有効性、安全、品質、効率に対して、企業レベル（即ち、組織規模）の執行責任者に対して責任を負うのである。

ウエルトン²⁷⁾は、次のように示唆している。「各々の医療企業の中に二つの基本的な管理的役割が存在する。企業レベル管理と医療システム管理である。この両者が戦略的成功にとって決定的に重要である。管理者は、両者を効果的に統合しなければならないのである。臨床医療システム管理（clinical system management）の役割は、患者への直接的サービスの準備と安全性に焦点を当てなければならない。一方、企業レベル管理における企業レベル管理者（enterprise-level managers）は、外部環境とその企業との関係並びに相互作用を管理しなければならない。彼等は、外部的環境の中における変化と機会に対して、組織的適応の度合を管理しなければならないのである。」²⁷⁾

（2） 管理の役割

医療管理者は、経営的事業企業（business enterprises）と、その中での臨床と事業サービスの両要素のために、経営執行的リーダーシップ、組織管理、戦略的経営の結合した役割を運営しなければならない。中核的な管理的役割は、組織の長期的存続を確保するために、必要な資源のタイプと量への接近を継続しつつ、同時に、提供されたサービスの安全性、有効性、効率、品質を確保することに努めなければならないのである。

ヘルスケア企業における管理的役割と責任の相互作用は、3つの局面によって表すこと

²⁷⁾ Welton, W.E., [2006], p.50.

が出来る。このことに関して、ウエルトンの所説によってその要旨を示せば次のように言うことが出来る。

「その3つの局面とそれぞれの局面の主要な要点は以下のとおりである。

- 1 臨床的並びに技術的基盤による生産システムを組織し、管理すること。
- 2 高度に訓練を受けた専門職業家と仕事をしながら、組織的複雑性の高水準を管理すること。
- 3 価値指向的執行的リーダーシップを提供すること。

1 臨床的並びに技術的基盤の生産システムの管理についての要点。

ヘルスケア組織の中心的な生産作業は、安全、有効、効率的な臨床サービスを提供することである。臨床的サービスは、入院、外来の境界を横断して調整されなければならない。診断、治療、回復的な要素を含んでいる組織的、統合的な臨床医療システムの中で提供されるのである。

2 高水準の組織的複雑性についての要点。

ヘルスケア管理者は、システムの特性を改善し、アカウンタビリティを確保するために、必要な時と場所で介入をしながら、組織化され、統合化されている臨床システムを継続的に、その安全性、有効性、効率性を監視し、評価しなければならない。利益的に活動するためには、ヘルスケア管理者と執行的指導者は、複雑な内的投資決定とコミュニティ、政治家並びに規制者との外的な関係の運営とにおいて、技能を持っていないなければならない。

3 価値指向的な執行的リーダーシップを提供することについての要点。

ヘルスケア提供組織は、複雑で強度に資源依存的組織である。その重要な資源の原則的集合の源泉は、奉仕している地域コミュニティである。ヘルスケア提供組織は、究極的には経済的利益を生み出すためのその能力における投資と、一方では、コミュニティのサービス要求をみたすためのその献身における投資との間に、バランスを打ち立てねばならないのである。執行的リーダーシップは、一方では種々異なる倫理的様式と取組みに自覚しながら、他方ではコミュニティのステイクホルダーの要求を暗黙的か、明示的にせよみたすという努力を示しながら、広い範囲のコミュニティ利害関係者と、有効に意思疎通しなければならない。又、執行的リーダーシップは、一方では利益的に活動しながら、コミュニティの支持の継続を確保するために、有効に、経営的事業企業（the business enterprise）を管理しなければならないのである。」²⁸⁾

²⁸⁾ Welton, W.E., [2006], pp.58-61.

ヘルスケア提供組織は経営的事業企業である。環境状況の中で、組織の適応と管理者の変化への役割と責任は相互に関連している。管理者の専門的なリーダーシップの開発と向上にとって、ヘルスケア産業における管理的、組織的、技術的そして社会的、経済的、自然的環境についての標準的知識の開発が重要である。

カツ (Katz, 1955, 1974) は、最初の論文 (1955) から約20年後 (1974) に、彼自身による、最初の論文への回顧的論評 (Retrospective commentary) を論じている。その中で、最高経営者の役割 (治療的役割、維持的役割、革新的役割) を論じている。ここでは、1974年の論文に依拠しながら、彼の所説を論じることになろう。

カツは、管理者の行動的技能について、成功している管理者が行っていることを基礎にして、3つの基本的技能集合を指摘したのである。それは、

- (1) 技術的技能 (technical skills)
- (2) 人間的技能 (human skills)
- (3) 概念構想的技能 (conceptual skills)

である。管理的技能 (administrative skill) の3つの種類を記述しながら、概念構想的技能の重要性を、独自の価値高き管理能力として強調した。それは、企業戦略の概念が定義され、理解されるよりもずっと以前のことであったのである²⁹⁾。

カツは3つの基本的技能を次のように説明する。

- 「(1) 技術的技能は、方法、過程、手続、技術を含む、特定の活動についての理解と熟練である。技術的能力は、「物」(工程又は物理的対象物) と共に働くことと基本的に関る。人間的技能は、人々と共に働くことと基本的に関るのである。我々の職業上の、並びに職場内訓練 (on-the-job training) プログラムの殆どは、この特定の技術的能力の開発と大部分関係しているのである。」³⁰⁾
- 「(2) 人間的技能は、指導するチームの中で、およびまたは、グループ間関係を促進し、管理しながら、協働的努力を形成するために、グループ・メンバーの一員として有効に働く能力である。」³¹⁾
- 「(3) 概念構想的技能は、企業を全体として見る能力を含んでいるのである。それは、組織の多様な機能が相互に依存し、一部分における変化が他の全てに影響することを認識する。そして、個々の事業が、産業、地域社会、及び国の政治

²⁹⁾ Katz, R.L., [1974, September/October], Skills of an effective administrator, *Harvard Business Review*.

³⁰⁾ Katz, R.L., [1974, September/October], pp.91,98,101-102.

³¹⁾ Katz, R.L., [1974, September/October], pp.91-93,98-99,101.

的、社会的、経済的諸力と持つ関係を、全体として見通すことに拡張するのである。これらの諸関係を認識し、何らかの状況の中での特定の要素を識別しながら、管理者は、そこで、全体的組織の総合的福祉（the over-all welfare of the total organization）を前進させるような方法で、活動できなければならないのである。」³²⁾

「有効な管理（effective administration）は、三つの基本的個人的技能、即ち、技術的、人間的、概念構想的技能に依存する。管理者は、（a）十分な技術的技能、（b）十分な人間的技能、（c）十分な概念構想的技能を必要とする。これらの三つの技能の相対的重要性は、管理的責任の水準と共に変化すると見られる。より低い水準では、技術的並びに人間的技能が基本的な必要性である。より高い水準では、人間的並びに概念構想的技能に、管理者の有効性は大いに依存する。トップ水準では、概念構想的技能が、成功的な管理にとって最も重要となるのである。」³³⁾

「私（カツ）は、今、次のように信じている。この人間的技能の種類は、通常、（a）と（b）に分けることが出来るだろう。（a）は、管理者自身の単位組織の中でのリーダーシップ能力である。（b）は、グループ間関係における技能である。私（カツ）は、結果的に、次のように言うことによって、人間的技能の本来の評価を改定する。内的、グループ内技能は、ローワーとミドル・マネジメントの役割の中で基本的に必須である。グループ間関係技能は、継続的により上位のマネジメント水準で一層重要となる。概念構想的技能と称したものは、一つの企業を思考する特定の方法に依存する。この全般的管理の見地（general management point of view）の思考は、葛藤する目的と判断基準の間での相対的強調と優先順位、相対的傾向と確率性、諸要素間の粗い相関性と類型というような条件で、常に思考することを含むのである。」³⁴⁾と言う。

かくして、管理的責任の水準と共に変化すると見られる三つの基本的個人的技能の、相対的重要性は、次のように言うことが出来る。技術的技能への要求と依存は、より低い管理水準で最も頻繁に生じるのである。人間的技能は、全ての管理水準で重要である。概念構想的技能は、上級執行的リーダーシップ・ポジションで最も重要となるのである。

カツは、最高経営者の役割（Role of the chief executive）について、次のように述べている。

「私（カツ）は言う。最初の論文において、最高経営者の役割の見解において、あま

³²⁾ Katz,R.L., [1974,September/October],pp.93-94,99-100,101.

³³⁾ Katz,R.L., [1974,September/October],p.100.

³⁴⁾ Katz,R.L., [1974,September/October],p.101.

りにも単純で、無邪気すぎたのだ。私（カッツ）が現在知ったことは、全ての重要な経営的活動（executive action）は、あまりにも多くの葛藤する価値、目的、判断基準なので、何らかの単一の見地からすると、常に、下位最適化であるようなものの間に、バランスを打ち立てなければならないことなのである。最高経営者は、効率的な活動家であるのみでなく、有効な戦略家であらねばならない。更に、最高経営者は、状況が変化したり、彼の組織が規模と複雑性において成長する時には、彼のマネジメント・スタイルと個人的技能の間に異なったバランスを打ち立てなければならない。治療的役割（the remedial role：組織が大きな困難に入った時、それを救う）は、劇的な人間的活動を要求し、かつ概念構想的並びに技術的スキルを強調する。維持的役割（the maintaining role：組織を現在の地位に維持する）は、人間的スキルを強調し、唯、中庸の技術的又は戦略的変化を必要とする。しかし、革新的役割（the innovative role：その組織を発展させ、かつ拡張する）は、基本的には、部下によって提供される技術的貢献を伴って、概念構想的並びにグループ間スキルの両者における高い能力を要求するのである。」³⁵⁾

ウエルトンがカッツの所説を基に、次のように主張する。

「カッツは、最高経営責任者（CEO, the chief executive officer）は、次のようであらねばならないと示唆したのであるということが出来る。即ち、

- 1 効率的活動環境（an efficient operating environment）を創造するために、組織内の葛藤する価値を均衡化するのに効果的であること。
- 2 効果的な戦略家（an effective strategist）であること。全体的な会社活動に対して枠組と指針を提供する。
- 3 条件が変化し、又は組織が規模と複雑性において増大する時には、彼のマネジメント・スタイルを変化させ、彼の個人的な技能間の種々なバランスを打破しなければならないのである。」³⁶⁾

現代のヘルスケア・リーダーシップ能力への発展については、ヘルスケア・リーダーシップ・ナショナル・センター（NCHL, the National Center for Healthcare Leadership）が、一つのモデルを提供していることが重要である³⁷⁾。これについて、ウエルトンが論じてい

³⁵⁾ Katz, R.L., [1974, September/October], p.102.

³⁶⁾ Welton, W.E., [2006], p.65.

³⁷⁾ National Center for Healthcare Leadership (NCHL), [2004], *NCHL's Healthcare Leadership Competency Model, version 2.0*, Developed by the National Center for Healthcare Leadership and Hay Group, Inc., Chicago, IL.
Welton, W.E., [2006], pp.65-67.

るので、彼の所説に依拠して、以下に述べていこう。

このモデルにおける能力は次のように定義されている。「経営管理者、医師、看護師という医療専門家を横断して、指導者がリーダーシップの地位で成功するために、所有しなければならない技術的並びに行動的特性である。」³⁸⁾

ウエルトンによれば、「このモデルでは、この能力を、（a）変化（Transformation）、（b）執行（Execution）、（c）人々（People）という3つの領域に分類し、全部で26の特性で提示しているのである。

（a） 変化・組織の変化しつつある役割を見通す。

（1） 達成指向 （2） 分析的思考 （3） コミュニティ指向 （4） 情報探求
（5） イノベーション指向 （6） 戦略的指向 （7） 財務的技能

（b） 執行・患者-中心医療の安全、有効、適時、効率、公平を改善する組織的優先順位に注意する。

（1） アカウンタビリティ （2） 変化リーダーシップ （3） 協働 （4） 衝撃と影響 （5） 創始 （6） 組織的自覚 （7） 成果測定 （8） 情報マネジメント （9） コミュニケーション （10） プロセス・マネジメントと組織デザイン （11） プロジェクト・マネジメント

（c） 人々・従業員を尊重し、活力ある環境（an energizing environment）を提供し、従業員の相互の影響力の理解と能力改善に指導者が責任を持つような組織風土の創造。

（1） 個人相互間の理解 （2） 専門職業主義 （3） 関係構築 （4） 自己確信 （5） 自己開発 （6） 才能開発 （7） チーム・リーダーシップ （8） 人的資源管理」³⁹⁾

このリーダーシップ能力開発と改善の目的は、専門職業的リーダーシップのための行動能力の標準的基盤を明確化することにある。そしてカットが提示した3つの技能、先に指摘した成功的な経営成果の担当者にとっての重要な3つの技能、即ち概念構想的（conceptual）、技術的（technical）、人間的（human）技能とNCHLのヘルスケア・リーダーシップ能力の領域分類、即ち、変化（transformation）、執行（execution）、人々（people）とが、全般的に連結するように見ることが出来る。このことが重要なのである。

ウエルトンは次のように主張するのである。「この業績を考察すれば、3つのNCHLの能力領域、即ち、変化、執行、人々が、上述した成功している経営成果のために要求され

³⁸⁾ Welton, W.E., [2006], p.65.

³⁹⁾ Welton, W.E., [2006], p.66.

る技能についての、カツツの概念構想的、技術的、人間的な分類と、一般的にかつそれぞれに連結すると見られることを知ることが重要なのである。しかし更に、これが命題的な領域の展望から、全般的に真理である一方、NCHL の能力領域のそれぞれが、カツツの概念構想的、執行的、人間的技能のそれぞれに含まれるような特定の個人的能力の混合体を含んでいることが重要なのである。」⁴⁰⁾

この命題的なリーダーシップ領域の展望からの全般的真理性に加えて、現代のヘルスケア・リーダーシップの性格と発展を知ることが出来るのである。例えば、NCHL のリーダーシップ能力領域の執行(execution)は、一般的にはカツツの技術的技能に対応する。そして更に、カツツの概念構想的技能、技術的技能、人間的技能のそれぞれに入り得るような特定の個人的能力の混合体を含んでいるのである。例えば、執行の中の協働(Collaboration, コラボレーション)や組織的自覚(Organizational awareness)は、一般的には技術的技能に対応する。しかし更に、個人的能力の混合体として、概念構想的でもあり、技術的でもあり、人間的でもありうるのである。

管理(management, マネジメント)は、統合的活動(an integrating activity)である。マネジメント・サイクルとしても知られているように、管理は、一方では作業的実行(working do)と対立、対峙しながら、計画、実行、点検(plan, do, see)の過程を循環しながら回転する。管理能力そしてその管理能力の向上は、経験基盤の反省と成長の長期的、サイクル的、生涯的過程である。そしてマネジメントは、向上、発展、成長の経緯を辿ることも、またそれとは反対に、劣悪な破綻の経緯を辿りながら、経営破綻を生起することも可能である。

それ故に、ヘルスケア・システムのリーダーシップ能力開発は、単純に生起するのではない。能力は、学生の教育的経験などで始まりつつ、経験基盤の反省と成長の生涯の長期的過程を通して獲得されるものである。活動(action)が学習の基盤である一方、適切な時間が、反省の為に設定されねばならない。

反省の形態には、個人的反省(personel reflection)、同僚間反省(peer to peer reflection)、討論(discussion)、指導者促進反省(mentor-facilitated reflection)などがある。反省と理論との統合が重要である。これによって管理者は、彼の実践的環境と責任の範囲の中で、より新しい、より有効な管理活動に移行するよりよい準備が出来るのである。ここに個人的並びに組織的成長と発展のために一つの機構が存在するのである。

これらの活動を、適切に統合化された概念的枠組の中で行おうとする時、ミンツバーグ

⁴⁰⁾ Welton, W.E., [2006], p.67.

(Mintzberg,2004) は、(1) 反省的 (Reflective) (自己について), (2) 世俗的 (Worldly) (環境について), (3) 分析的 (Analytical) (組織について), (4) 協働的 (Collaborative) (関係について), (5) 活動的 (Action) (変化について) という5つの心的集合を含む枠組を提示したのである⁴¹⁾。

マネジメントは、一つの統合化された、そして統合化する活動である。環境の精査 (environmental scanning) を行い、組織的構造並びに文化における変化を必要とするような適応的応答活動を創出し、そして運営するということはマネジメントの重要な役割である。そして、しばしば管理的過程の管理の中に埋め込まれている関係管理 (relationship management) を通して、これを行うことが重要なのである。能力とそれに関連する熟達の水準の開発は、管理的役割の一部である。それと同様に、管理的技能のなんらかの技術的又は科学的局面の改善である。

ヘルス・システムの経営執行指導者と組織管理者は、組織の戦略的目的を達成することに関りながら、持続的競争優位を創造し維持するために、組織的適応と変化を指導していくことが求められるのである。技術的にも臨床的にも活動的で複雑な事業組織でこれを実行するためには、臨床的医療システムと企業レベルの両方で管理する特別な能力を必要とする。経営管理者は、その管理的役割と職分の中で、ヘルスケア環境の中で、指導し適用し革新する能力を開発しなければならない。

ウエルトンによれば、「経営並びに管理的指導者は、彼等の管理的役割と任務の中で、指導し、適用し、革新する能力を開発し、示さなければならない。ヘルスケア環境の中でこれを行うのである。それは、複雑な組織、臨床サービス・デリバリー組織、ヘルスケア・システムを指導すること。新しく挑戦的で複雑な状況の中で、知識を適用すること。長期的活動経験を伴った、実証され、かつ理論的に適切な管理概念を、予見されない出来事と劇的に変化する活動環境によって生起する挑戦を処理するために、適用し、適応し、統合することによって革新を行うことである。」⁴²⁾

ここで示した企業戦略的経営モデルでは、ヘルスケア企業組織を3つの組織水準で提示するのである。即ち、ミクロシステムとして組織の臨床的ケアシステム、次に企業又は組織水準レベル、そしてコミュニティ・ヘルスケア・システムである。

複雑なヘルスケア組織システムの中では、リーダーシップ及び管理技術のシステムにおける相互作用に注目しなければならない。臨床活動システムを重要な対象とする生産シス

⁴¹⁾ Mintzberg,H., [2004], *Managers,Not MBAs: A hard look at the soft practice of managing and management development*,Berret-Koehler Publishers,Inc.,San Francisco.

⁴²⁾ Welton,W.E., [2006],p.69.

テム管理。成果とアカウンタビリティを重点にした組織の高水準の複雑性管理。そして価値指向的執行的リーダーシップによる外的な資本と組織合法性の源泉への活動が重要である。

戦略的経営モデルでは、社会的な要請である再設計課題である6つの挑戦に応えることを示している。ミクロシステムにおける高成果、患者-中心チームによる成果としての、安全、有効、効率、個性化、適時、公平を達成する。企業組織レベルでは、企業水準での成果のバランスとガバナンス。コミュニティ・ヘルスケア・システムレベルでは、企業合法性と外的な資源、アカウンタビリティに応えることが重要である。

戦略的、能力的基盤を中心とした組織有効性では、専門職業的リーダーシップ能力の有効な行使と、一方での事象・類型・構造を内容とするシステム・マネジメントが重要である。これらを包括して、戦略的目標として、優れた価値とより高い利潤性を提示している。このためには、戦略的執行としての環境評価と企業レベル、事業レベル、機能レベルにおける戦略定型化が重要である。これの基底になるのが、戦略的变化である。管理的役割と技能、専門職業的リーダーシップ能力、組織的变化、組織構造管理を包摂する戦略的变化としては、組織能力の構築や破壊的变化の管理などが中心的課題となるのである。

戦略的経営と執行的リーダーシップ概念が、新しく出現しつつあるヘルスケア専門職業的リーダーシップ能力に適切に統合されることが重要なのである。執行的リーダーシップと組織マネジメントの役割と作用は、ヘルスケアの環境の中で、ヘルスケア専門職業的リーダーシップとして実践され、実現される。戦略的变化、戦略的執行、戦略的目標という基本的な戦略的経営の枠組み（a fundamental strategic management frame）の中で、執行的リーダーシップと組織管理が統合され、統合する性格が重要である。統合された能力の活動指向的集合の開発、例えば優れた価値とより高い成果を指向する患者-中心チームと、それらを管理的職歴を通しての活動指向的、並びに反省基盤的改善の過程を通して強化することが重要である。

ヘルスケア・システムは、「オープン・システム」である。ヘルスケア組織は、複雑で戦略的に管理された社会的構造である。システムが提供する製品は、個人的ヘルス・サービスである。ヘルスケア・システムにおける、全般的主題（the overarching theme）は、次のことである。

経営的事業企業とその中で提供される臨床的事業サービスのために、経営的リーダーシップ、組織的管理、戦略的経営の役割を遂行することである。

それはまた、ヘルス・システム組織の長期的存続のための資源確保と同時に、提供されるサービスの安全、有効性、効率、品質を確保することである。

そして、組織と環境との相互作用、組織的変化と適応の程度、提供されるサービスの適切性に影響力を行使し、制御することである。それによって、市場とコミュニティの必要性と関連して、組織の中核的製品の品質、安全、有効性、効率、そして利潤性を確保することである。

ヘルスケア・システムの改革と革新の課題には、また、組織的、組織行動的考慮が必須であり、基礎的である。各種組織理論が提示している組織の本質と管理活動についての諸説の考慮の範囲の中で、ヘルスケア企業活動、企業経営活動、管理活動、業務活動が、組織的、技術的技能と理論の広い領域と関連しながら、どのように行われているのかが重要である。これらの組織的見解は、ヘルス・サービス組織の構造と機能への洞察を得るために使用することが出来るのである。諸説は多年にわたって発展してきている。各理論と学派には、特徴的で独自の主張が存在するのである。この論文では、ショウテルとカラズニイの論究に依拠して、ヘルスケア・システムに関連する、幾つかの理論、学派を注としてあげることとする⁴³⁾。

⁴³⁾ Shortell,S.M.,& Kaluzny,A.D., [2006],pp.23-37.

- (1) 古典的官僚制理論 (Classical Bureaucratic Theory,Weber;Gouldner 等)
- (2) 科学的管理学派 (The Scientific Management School,Urwick;Taylor 等)
- (3) 人間関係学派 (The Human Relations School,Argyris;Barnard;Mayo 等)
- (4) 条件性理論 (Contingency Theory,Lawrence&Lorsch;Thompson 等)
- (5) 資源依存理論 (Resource Dependence Theory,Williamson;March&Olsen 等)
- (6) 戦略的经营論 (Strategic Management Perspective,Ansoff;Porter 等)
- (7) 母集団エコロジー理論 (Population Ecology Theory,Aldrick;Hannan&Freeman 等)
- (8) 制度理論 (Institutional Theory,Meyer&Scott;Selznik 等)
- (9) 社会的ネットワーク論 (Social Network Perspective,Gulati;Nohria&Berkley 等)
- (10) 複合適応システム論 (Complex Adaptive Systems,Wilson;Mandelbrot 等)
- (11) 意思決定論学派 (Decision Making School,Barnard;Simon 等)

技術的、組織的技能と理論には、次のようなことがある。

- (1) 個々の必要と価値を満たし、指示を与え、協働を促進することによって、人々と集団を動機付け、指導し、葛藤を管理し、交渉すること (Motivating and Leading people and groups and Negotiating)。
- (2) 適切なワーク集団と設計を決定し、コミュニケーションと調整機構を設定し、影響力を行使することによって、技術的システムを活動させること (Operating the Technical System)。
- (3) 適切な組織設計を決定し、資源を獲得し、環境と変化と革新を管理し、目標を達成することによって、組織を成功のために位置付けること (Positioning the Organization for Success)。
- (4) 戦略的に経営し、未来を予測することによって、未来を計画すること (Charting the Future) である。

4. 結 論

日本的国民皆保険の空洞化傾向

毎日新聞の報道によれば、「市立松原病院閉院。大阪府松原市の市立松原病院（桑田博文院長、162床）が、平成20年度で閉院する。累積債務が約40億円に達している。同病院は1950年開設。内科、外科、産婦人科など12科あり、医師27人、看護師、事務員ら計194人が勤務。外来患者が連日500人以上訪れている。総務省によると、全国の公立病院は約1000施設。ここ数年、民間への経営委譲などで、年間数施設～20施設程度減っている。全体の約4分の3は赤字で、赤字額は年平均約3億円である。」⁴⁴⁾

医療崩壊への警鐘と言われる産科医訴訟判決があった。奈良県立奈良病院（奈良市平松）の産婦人科医2人が夜間や土曜休日の宿日直勤務に対して、割増賃金などの支払を求めた訴訟の判決が、2009年4月22日奈良地裁であった。坂倉光信裁判長は、県に時効分などを除く計約1,540万円の支払を命じた。医師の宿日直勤務を、時間外労働と認めた初めての判断と見られている。

これについて、毎日新聞の社説は次のように論じている。

「医療が崩壊するか、医療従事者がつぶれるか。これが今、多くの医療現場で起きている厳しい現実だ。公立病院など多くの医療機関が赤字経営になっている一方、勤務医の過重労働と医師不足が深刻化している。この判決は、医療費削減の流れの中で起きている医療崩壊への対応について、国民に問題を提起したものと受け止めるべきだ。当面の改善策と中長期の課題に分けて考えてみれば、当面の課題は、違法状態をどう解消するかである。中長期の課題は、医療崩壊の背景にある医師不足の解消である。過酷な勤務に見合う賃金にし、労働環境を改善することが医療崩壊を防ぐことにもつながるのである。」⁴⁵⁾

シードハウス (David Seedhouse, 1988) は、衛生医療労働は、年齢、性、人種とは関係なく、最も完全な可能な潜在的な人間能力を引き出すための戦闘なのであると言う。それは、人間が従うことが出来る真に、市民的な課業であるべきである。衛生医療の哲学と倫理性を増大させるような実践的变化から、サービスのリストラクチャリングとサービスが提供される方法が随行することが出来る。衛生医療（ヘルスケア、health care）の倫理水準の向上を目的として、多元的な倫理要素を提示したのである⁴⁶⁾。

1935年に一つの開拓者的なヘルス・センターが、南ロンドンのペッカム (Peckham) に設立された。そのセンターは、主として勤労者階級の地域家族の利用の為に、設計され

⁴⁴⁾ 毎日新聞、2008年11月28日

⁴⁵⁾ 毎日新聞、2009年4月25日

意図された。その理念というのは、その建物が所与の構造の中で、どのように運営されるべきかを、メンバーが彼等自身で選択することであった。しかし1951年に、資金不足によってやむなく閉鎖されたのである。シードハウスは、現代的なベッカム・ヘルス・センターへの発展を説きながら、その背景にある理論的根拠の重要性を指摘し、資源とは何かと問い掛けるのである。

衛生医療の哲学の発展と衛生医療に実践的な基盤を与え、衛生医療の倫理水準が向上することを目的として、シードハウスは、計16の多元的な倫理要素を提示したのである。

「今日、衛生医療のための労働に対して、意味のある標的を開発することが真に重要なのである。衛生医療の哲学の中でのこの仕事は、例えば、自主性を創造するというような原理を提示してきた。また衛生医療のための労働を倫理的であるべきだという努力と結び付けてきた。これらのアイデアを結合し総合することが、衛生医療労働者に、より豊かな感覚の中で衛生医療のために努力しうる、明確で実践的な基盤を与えることになるのである。

衛生のための労働は倫理的努力である。衛生医療労働は、年齢、性、人種とは関係なく、最も完全な可能な潜在的な人間能力を引き出すための戦闘なのである。そこで、それは、人類が、人間が従うことが出来る、真に、市民的な課業であるべきである。他にいったいどんな企てが、こんなに普遍的で、平等主義的であることができるか。」⁴⁷⁾と彼は言う。

公的医療保険制度が、激動と危機の時期にある。新高齢者医療保険制度が、崩壊の危機にある。

現在、日本の公的医療保険の内訳は次のとおりである。

大企業中心の健康保険組合（3,000万人）、中小企業中心の政管健保（3,500万人）、市町村が運営し自営業者や無職の人々らが加入する国民健康保険（3,800万人）、公務員らの共済組合（900万人）などである。政管健保や国保には公費負担がある。健保組合は「自立」

⁴⁶⁾ Seedhouse,D., [1988] *Ethics:The Heart of Health Care*, John Wiley & Sons, Chichester, England. Seedhouse,D., [1988] ,p.133.

シードハウスは、16の多元的倫理要素をグリッド的に表示している。

第一次的基本的要素、自主性の創造、自主性の尊重、人間を平等に尊敬する、欲求の前に必要に奉仕する。

第二次的要素、権利を与える意思、真実を話す、約束を守る、危害を最小化する。

第三次的要素、社会財の増加、自己財の増加、個々の財の増加、特定集団の財の増加。

第四次的要素、他者の欲求及び他者の法的権利、危険及び実践の法典、外的証拠の条件で全活動を正当化する責任及び活動の有効性と効率、議論されている事実及び活動が行われる証拠の確実性の程度。

⁴⁷⁾ Seedhouse,D., [1988] ,pp.153-154.

が原則である。その分、保険料率や上乗せ給付などが、独自に決められるのである。

2008年4月時点での健保組合数は、1,502である。ピークの92年度の1,827からは減少傾向にある。しかし企業イメージを損うため大手での解散や政管健保への移行は異例なのである。だが05年4月には西日本鉄道が組合を解散し、社員と家族約1万8000人を政管健保に移した。更に今日、高齢者医療制度による負担増が組合財政を直撃しているのである。多数の健保組合が、「料率大幅引き上げか、解散か」の選択を迫られているのである。中小企業中心の政管健保の料率は一律8.2%である。給付費の13%が、国庫から投入され、08年度は8,300億円であった。大企業中心の健康保険組合の平均料率は、7.39%である。健康保険組合には、国庫からの投入は原則的にない。その代わり保険料率を法定内で自由に決められる。

健保組合では財政悪化のあおりで、政管健保の一律8.2%を越す保険料を取る組合が214組合に達した。物流大手セイノーホールディングスの西濃運輸健康保険組合に続き、持ち帰りすしチェーン・京樽の健保組合が、保険料が10%を越えそうになって解散した。セブン & アイ・ホールディングス傘下の28社は保険料率を6.3%から7.2%に、NECの組合(24万人)は6.4%から6.7%に、ホンダ(22万1000人)は6.3%から6.9%にそれぞれ引き上げたのである。

毎日新聞の報道によれば、毎日新聞社がモデルを設定し、08年度の国民健康保険(国保)の年額の保険料を算出し、全国の全市区町村実態調査を行った。結果は、保険料格差3.6倍、2市町では所得の25%を超えて保険料を徴収している事がわかったのである。「そのモデルは、世帯所得200万円、40歳代夫婦と未成年の子2人の4人家族、固定資産税額5万円である。全国最高大阪府寝屋川市504,030円/最低東京都青ヶ島村139,900円=3.603所得格差3.6。126市町村が所得の20%以上を、集めている。うち2市町では所得の25%を超えて徴収しているのである。自営業者や農漁業者や非正規労働者のほか、年金生活者や失業者の加入が多い国民健康保険(国保)は、国民皆保険制度の根幹をなすものである。しかし国の医療保障政策として、その公平性に問題があるという批判がある。国保料の地域格差は、国費投入を削減しながら、自治体に財政健全化を迫ってきた国の政策の結果だ。高額な保険料は、無保険の子問題をはじめとして、低所得層を医療から遠ざけ、半世紀に及ぶ国民皆保険を空洞化しつつある。保険料高騰の原因については、被保険者の高齢化と医療高度化による医療費増を挙げる自治体が多い。国による一元化が必要だろう。」⁴⁸⁾と毎日新聞は報道している。

⁴⁸⁾ 毎日新聞、2009年6月8日。

半世紀に及ぶ国民皆保険が空洞化しつつある傾向と公平性の問題、並びにグローバルな環境の中で、国民が不健康になっていく構図が存在すれば、それが重大問題なのである。国民が健康でなければ、経済の活性化、強化、発展は可能ではないのである。無保険の子（中学生以下）が08年10月現在で全国で3万2903人いる。世帯所得の四分の一を超える保険料は、低所得者や医療のリスクが高い人を守る国保制度の趣旨を逸脱しているのである。

市町村単位での「相互扶助」主義での国保運営では限界に近づきつつあり、多数の国民の医療が崩壊の危機にある。今後の制度改革については、地域格差が出やすい現状の見直しや、国庫負担の引き上げなど抜本的な制度の見直しが必要であるという提起がある。国保加入者が就職で社会保険に移行しても、届け出がなければ市町村では把握できないなどの指摘がある。「兵庫県豊岡市では、市町村や健保組合など各保険者が、互いの加入・脱退の情報を共有するシステムを作るよう求めている。1国1保険など医療保険の一元化を求める主張をしている。」⁴⁹⁾

日本では、医療崩壊の危機にある。米国では、ヘルスケア・システムが重大な岐路に立っている。しかし、医療産業関連の科学・技術の発展と高度化は非常に顕著である。医療産業の複雑性、独自性、重要性、倫理性は、ますます増大するばかりである。保健医療組織は、今日、一層競争的で、戦略的に積極的な環境の中に存在する。一方、社会、国際社会、コミュニティと個人の必要性に奉仕すべき義務、責任、倫理性は、どれ一つも失ってははいない。また少なくともなっていないのである。

テレコミュニケーションと洗練され、高度化する医療技術（例えば、eICUs、ロボット外科、テレコミュニケーション基盤の相談、そして他の拡張サービス）は、継続的に、かつ急速に増加している。名声のある機関が、相当に離れたところに、地域的に、全国的に、国際的にさえ立地しているプロバイダーに、技術やサービスの支援を提供することが可能である。基本的にそれらの機関は、高品質の評判、またはポジションを既に設定しているので、非常に離れた市場にも参入することが出来る。

このことは、位置形成（positioning）は、将来、保健医療産業（the health care industry）の中で、競争優位の主要な重要な源泉として出現するだろうということを示唆するのである。位置形成は動態的条件で見る必要がある。競争相手は、過去におけるよりも一層容易に、支配的行動者の既存の位置形成動態（the established positioning dynamics）を侵食することが出来るだろう。かくして、全ての医療組織にとって、その位置を評価し、調整することが一層重要となる。

⁴⁹⁾ 毎日新聞、2008年10月20日。

戦略の定義から3つの重要な構成要素をあげることが出来る。第一に、戦略は、大抵概念的である。第二に、競争優位の達成と維持という2つの重要な動詞を含んでいる。第三に、所有権的意思決定をも表す独自のビジネス・モデルまたはアプローチの反映である。「競争優位とは何であろうか。」が問われねばならないが、ここでは別にして、戦略の議論は多年にわたって空虚な色彩が強かった。その空虚さを埋める重要な進歩として、2つの思考の流れがあげられる。市場構造論と資源ベース論である。前者は、外部論的であり、産業組織経済学の概念と用具を用い、組織内部の活動を価値連鎖として議論する、ポーター(Michael Porter, 1980, 1985)の業績と関連している。後者は、内部論的であり、組織が独自の持続的競争優位を作り出すことに一層重点をおいている。

リュウクとウォルストン(Roice D. Luke and Stephen L. Walston)は、これらの多くの競争優位の源泉の中から、主要な競争優位の源泉を、5つの範疇にグループ化して提示している。「彼等によると、それは、1 可能性, 2 実行成果, 3 相対的位置, 4 権力, 5 ペースである。ペースは、戦略的行動の測定された時機と強度である。多くの病院が、時間経過の上で、その戦略的指向を移行してきている。即ち、多くの病院が、その戦略的指向を移行した。しかし、当初に採用した指向とはあまり異なっていないで、移行する傾向があった。彼等は、病院が戦略的安楽圏(strategic comfort zones)の中で活動することを指摘したのである。それは、戦略へのアプローチが時間経過の上で、ほんの限界的にのみ、移行することを意味するのである。」⁵⁰⁾と主張する。

ショートルとカラズニ(Shortell S. M. and Kaluzny A. D.)は、位置戦略と位置形成動態論について次のように定義している。「位置戦略(Position Strategy)とは、一競争者が、顧客に対して価値を計画することによって、競争優位を採求する戦略である。一般的には、これを(1) 低コスト・ポジション、(2) 差別化ポジション、およびまたは(3) 市場ニッチのどれかを追求することによってこれを達成する。位置形成動態論(Positioning Dynamics)とは、市場位置の変動範囲の中で、運動する競争相手による継続的試みを意味する。すなわち、一般的位置(低コスト、高差別化、又は中間)に向かっての最初の運動、そして究極的には、2元的優位ポジション(dual-advantage positions)を達成し、持続するために、一層望ましいが、しかし一層困難な方向へ向かって運動することを言う。」

⁵¹⁾ この論文では、彼らの定義に依拠しているのである。保健医療組織は提供組織である。医療市場は、典型的に地理的(例えば、都市領域)に、そして又は、製品条件(例えば、

⁵⁰⁾ Luke, R.D., & Walston, S.L., [2006], p.470.

⁵¹⁾ Shortell, S.M., & Kaluzny, A.D., [2006], pp.539-540.

一般急性医療、外科医療）によって、市場（Market）境界を定められているのである。

リュウクとウォルストンは、ポーターのポジショニング戦略、全般的戦略（generic strategies）について、疑問を提起しているのである。即ち、「ポーターは、位置形成（positioning）は組織が競争優位を獲得する必須的基盤であると主張する。そして、大抵の組織は、理想的には3つの一般的戦略、即ち低コスト、高差別化、焦点化（focus、低コスト又は高差別化戦略の何れかをもって、顧客ニッチを追及する。）のうちの唯一つを追及すべきであるという。組織は、一度にこれらの2つを試みるべきではない。一般的な位置形成のそれぞれが、組織が成功的にうまくやっていくためには、独自の文化、構造、経営システム、そしてリーダーシップ能力をさえ要求するからである。換言すれば、一つの病院は、市場の中で高品質と高技術を強調し、同時に一方では、低コスト戦略を追及することは出来ないのである。こうしたポーターの提示は正しいであろうか。と彼等は主張するのである。」⁵²⁾「ゲマワット（Ghemawat,2001）は、組織が、2元的優位性（dual advantages）－すなわち、差別化と低コスト位置の両者を同時的に追及すれば、重要な優位性が達成されるだろうと指摘する。」⁵³⁾のである。

2元的優位性、位置形成の動態論では、2元的優位の一形態は中間的位置（middle positions）である。すなわち、二つの基本的な一般的位置における、中庸な品質とコストである。大抵のコミュニティ一般病院は、品質に関連して中間的位置を占めている。それらは、独自の立地を獲得し、サービスを強調し、医療スタッフを昇進し、選択された治療サービスへの投資で高度技術を宣伝し、移動手術センターのネットワークを構築するなどによって、位置形成優位を達成するのである。また、一つの成長しつつある傾向は、専門病院が、市場の中で選択された位置のために競争することである。

技術における急速な変化と、ますます挑戦的な支払と返済環境に基く市場での増大する動乱と共に、保健医療組織には、位置形成と評価が一層重要となるだろう。位置形成の脅威は、多くの方向から、既存の競争相手から、外部的に基盤を置いた専門組織から、そして病院の場合には、その組織自身の医療スタッフから生起するのである。位置形成分析は、市場における組織のイメージにだけでなく、位置形成に影響する、組織それ自体の要素と市場要素の全てに焦点を置く必要がある⁵⁴⁾。

日本社会では、医療崩壊の危機、日本の国民皆保険の空洞化傾向と公平性の問題が国民の間に提起されている。技術は高度化し進展する。組織規模と複雑性が増大し、コストが

⁵²⁾ Luke,R.D.,& Walston,S.L., [2006],pp.474-475.

⁵³⁾ Ghemawat,P., [2001],*Strategy and the business landscape: Core concepts*, Prentice-Hall,Upper Saddle River,NJ.

上昇する。知識とビジョンに対して、この最も重要な産業の独自性と期待と使命とを均衡させることが重要である。戦略的意思決定に、多様な利害関係者の参加を確保する創造的な方法を見出す必要がある。多数の病院は、戦略的安楽圏の中で活動しているのだろうか。

参考文献

- Abell,D.F., [1993],*Managing with Dual Strategies: Mastering the present Preempting the future*,The Free Press,New York. 小林 一,二瓶喜博訳 [1995],『デュアル・ストラテジー』白桃書房。
- Ansoff,H.I., [1965],*Corporate strategy: An analytic approach to business policy for growth and expansion*,McGraw-Hill,New York.
- Barr,D.A., [2008],*Health Disparities in the United States*,The Johns Hopkins University Press,Maryland.
- Colgrove,J.,Markowitz,G.,& Rosner,D., [2008],*The Contested Boundaries of American Public Health*,Rutgers University Press,New Brunswick.
- Getzen,T.E., [2007],*Health Care Economics*,John Wiley & Sons,Inc.,MA.
- Ghemawat,P., [2001],*Strategy and the business landscape: Core concepts*, Prentice-Hall,Upper Saddle River,NJ.
- Hunter,D.J., [2008],*The Health Debate*,The Policy Press,Bristol.
- Institute of Medicine, [2000],*To err is human: Building a safer health system*,National Academy Press,Washington,DC.
- Institute of Medicine, [2001],*Crossing the quality chasm:A new health system for the 21st century*,National Academy Press,Washington,DC.
- Kaplan,R.S.,& Norton,D.P., [1996,January/February],Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System,*Harvard Business Review*.
- Katz,R.L., [1974,September/October],Skills of an effective administrator,*Harvard Business Review*.
- Luke,R.D.,Watson,S.L.,& Plummer,P.M., [2004],*Healthcare strategy:In pursuit of competitive advantage*,Health Administration Press,Chicago,IL., and Association of University Programs in Health Administration (AUPHA),Washington,DC.

⁵⁴⁾ ここで、dual という用語について若干述べておこう。論者は、かつて大阪産業大学経営論集において、二元的経営戦略に関連して述べたことがある。この問題に関連して一般によく知られている研究業績は、Derek F.Abell, [1993], *Managing with Dual Strategies – Mastering the Present, Preempting the Future*, the Free Press, New York. である。日本語の訳本では、「デュアル・ストラテジーー現在を支配する。未来を先取りする。」である。そして、dual を二面、二面的と訳され、duality を二面性と訳しておられる。本論文では、dual を二元、二元的、duality を二元性として使用している。

- Miles,R.E.,& Snow,C.C., [1978],*Organizational strategy,structure,and process*, McGraw-Hill,New York.
- Mintzberg,H.,[1990],Strategy formation: Schools of thought.In Fredrickson,J.W. (Ed.),*Perspectives on strategic management*,Harper Business, New York.
- Mintzberg,H., [2004],*Managers,Not MBAs: A hard look at the soft practice of managing and management development*,Berrett-Koechler Publishers,Inc.,San Francisco,CA.
- Mooney,G., [2009],*Challenging Health Economics*,Oxford University Press,New York.
- National Center for Healthcare Leadership (NCHL), [2004],*NCHL Healthcare Leadership Competency Model, version 2.0.*,National Center for Healthcare Leadership,Chicago,IL.
- Porter,M.E., [1980],*Competitive strategy*,The Free Press,New York.
- Porter,M.E., [1985],*Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*,The Free Press,New York.
- Porter,M.E., [1996],What is strategy? *Harvard Business Review*,74 (6)
- Shortell,S.M.,Morrison,E.M.,& Friedman,B., [1990],*Strategic choices for America's hospitals: Managing change in turbulent times*,Jossey-Bass,San Francisco.
- Shortell,S.M.,& Zajac,E.J., [1990],Health care organizations and the development of the strategic management perspective.In Mick,S.S.,& Associates, *Innovations in health care delivery:Insights for organization theory*,Health Administration Press, Ann Arbor,MI.
- Shortell,S.M.,& Kaluzny,A.D., [2006],*Health Care Management*,Thomson,New York.
- 毎日新聞社, [2008年5月26日], *米国経済白書 (2008)*, 毎日新聞社, エコノミスト。
- 毎日新聞社, [2009年5月4日], *米国経済白書 (2009)*, 毎日新聞社, エコノミスト。
- 毎日新聞, (2008年10月20日, 11月28日, 2009年3月7日, 4月25日, 6月8日。)