

[研究論文]

医療経営学とは何か： 経済学、経営学のディシプリンからみた位置づけ

真 野 俊 樹

The concept of healthcare management theory: positioning by the discipline of economics and management theory

Toshiki Mano

環境変化への対応を抜きにしては、医療機関をマネジメントすることができない時代になってきた。それは、本格的な医療経営学が必要になってきたことを意味する。本論文では、医療という財の特徴を前提にして、医療経営学に対してどのようなアプローチが取られているのかを概観する。なお、アプローチとしては、紙面の制約もあり、「マネジリアルエコノミクスとしての医療経済」「マーケティング」「経営戦略」についての考察にとどめ、組織論も敢えて「経営戦略」の1部として扱った。「経営戦略」については、この考え方を使い、実際の医療分野の分析をも行った。

The time has come when healthcare service providers must consider the response to the environment, meaning that the healthcare management theories are necessary. In this paper, based on the characteristics of healthcare as economical goods, the overview of the approach to the healthcare management theory in the field of managerial economics, marketing, strategy. Furthermore, the analysis about the healthcare service provider was done by using strategic theory.

医療経営学、医療経済学、マーケティング、経営戦略

health economics, healthcare management, marketing, management strategy

(原稿受領日 2004. 9. 16)

医療における経営学の必要性

医療はいくつかの特徴を持つ経済財である。医療は私的財であるが^(1,2)、日本では公的な国民皆保険制度のもとで価値財^(3,4)という形で、医療サービスの提供が行われている⁽¹⁾。受益者であるサービス受給者とその対価の支払い者が分離されており、市場を通しての価格による資源配分の仕組みが働かなかった⁽⁵⁾。そこで、サービス供給者である医療機関側にはいわゆる経営

はおこなわれることなく、厚生労働省による規制あるいは支払い制度である診療報酬の変化に対して注目していればいい、という経営が長く行われてきた^(注1)。経営学は、きわめて実践的な学問であるので、このニーズが少ない医療界には、厳密な意味での経営学的な議論は少なく、「いかに診療報酬を間違えずに請求するか」「いかに規制変化を先取りするか」といったことが医療における経営の中心であった。

しかし、この状況に変化がおきてきた。診療

報酬制度改革により患者の自己負担による支払い^(注2)が増えてきたために、患者に価格意識が芽生え^(注3)、診療報酬による政策誘導がうまくいかなって来たからである⁽⁶⁾。

また、自己負担による権利意識の高まり⁽⁷⁾なども原因になり、患者意識の高まりがみられ、医療機関から提供されるサービスに対しての評価の機運も高まってきている^(8,9)。

こういった周囲との環境変化への対応を抜きにしては、医療機関をマネジメントすることができない時代になって来たといえよう。また、これらの変化は医療機関側から見れば真の顧客である患者のニーズを汲み取らなければ、経営自体が成り立たないことを示す。このような変化のために、医療でも一般の企業のように、医療経営・医療マネジメントということの重要性が説かれるようになった⁽¹⁰⁾。

医療というサービスにはいくつかの特徴がある。

そもそも、サービスは図1に示すように製品

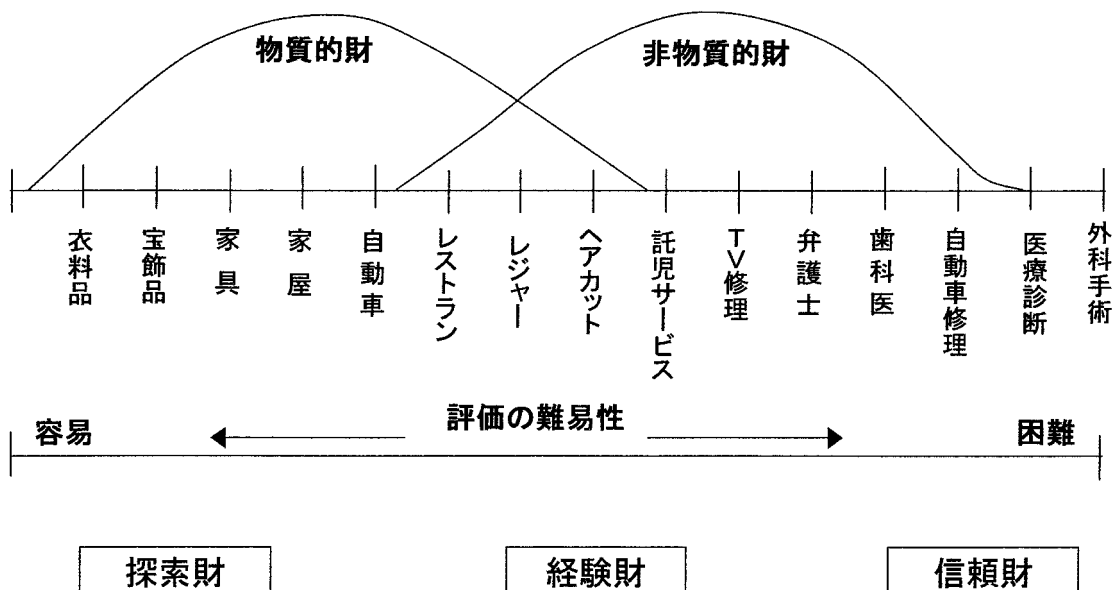
に比べて評価しにくいという特徴がある。図1では右に行くほど評価が難しくなる。

たとえば医療では、突然そのニーズが発生することが多く、消費者は消費前にその製品やサービスを試すことができない⁽¹¹⁾。こういった財を経営学では信頼財と呼ぶ^(12,13)。医療は信頼財であるし、身近なところではたとえば自動車の修理はこれにあたる。

信頼財よりももう少し評価しやすいものに経験財というものがある。経験財は、読んで字のごとく経験（体験）してみないとその評価ができないものである。すなわち、顧客はレストランで食事をしてみなければ、サービスの質を評価できない。これは経験財である。

探索財とは、広告やインターネットで情報を見て、購買前に商品の属性を顧客が把握しやすい、という特性を持った財が探索財である。したがって、衣料品などはこれにあたる。

医療には他にも多くの特徴がある。不確実性も大きいし、消費者である患者と医師の間の情



出所：Zeithaml, Marketing of Services 1981 より改変

図1 消費者の評価による商品の分類

報の非対称性も大きい^(14, 15)。また、医療提供者である医師の満足は患者の満足に大きく連動している一方、患者も医師の対応によって改善が早まったりするというプラセボ効果がある⁽¹⁶⁾。

このような、医療という財の特徴を前提にして、医療経営学に対してどのようなアプローチが取られているのかを概観するのが本論文の目的である。なお、アプローチとしては、紙面の制約もあり、「マネジリアルエコノミクスとしての医療経済」「マーケティング」「経営戦略」についての考察にとどめた。「経営戦略」については、この考え方を使い、実際の医療分野の分析をも行った。

医療経済学

医療経営学は、医療経済学に比して新しい学問分野である。したがって、医療経営学は医療経済学あるいはミクロ経済学に大きな影響を受けているし、そのディシプリンを使って分析している場合も多い。ここで注目すべきは、医療経済学が少なくとも米国では、経済学の中で独立した1分野として確立しているということである。日本では、医療経済学の独立した講座は立命館大学経済学部には置かれていないのみであり、農業経済学といった分野に比して遅れている^(注4)。

ところで、最近、いわゆる経済学に異議を唱える書籍が散見される。例を挙げれば、「経済学は誰のためにあるのか」(内橋克人 岩波書店)「現代経済学ビジョンの危機」(工藤秀明訳 岩波書店)「経済学と人間の心」(宇沢弘文 東洋経済新報社)などであるが、その批判の立脚点のひとつには、高度なモデル化がある。すなわち、多くの仮定をおいているので現実役に立たない分析である、というのだ。こういった傾向の分析は、実際に医療の分野でも多くなって

いる感がある。

したがって、この分野へのアプローチには、現実的な医療政策、医療制度上の課題を経済学的手法を使って分析するアプローチと、経済学的な問題意識から経済学的手法を使って医療データを分析するという大きくふたつのアプローチが見られる。

どちらのアプローチもそれぞれに意義があり、特に後者は医療におけるマクロの分析、たとえば医療費の分析などには欠くことができない。しかし、その反面、医療費の高額化に対する抑制という視点でミクロの部分にマクロの部分からの侵食がみられる。

まったく医療とは無関係で、少し古い内容ではあるが、ピーター・ドラッカーは、「新しい現実」⁽¹⁷⁾においてこの流れに明確に異議を唱えている。

「マクロ経済学のモデルは、支配的な地位にある経済は、主権国家の経済であるとしている。新古典派経済学のモデルでは、個人と企業が主役だった。しかし今日の経済学の主流たるケインズ経済学およびポストケインズ経済学では、個人と企業のミクロ経済は、いわば従者の部屋に入れられている。もちろん従者は、新しい主人たるマクロ経済の命ずるところにしたがって動かなければならない。……実際問題として、従者たる個人と企業が、主人たるマクロ経済に屈伏したことは、史上一度もない。つねに個人と企業は、主人を裏切ってきた。逆にミクロ経済には、マクロ経済に大きな影響を与える事象がある。しかも、ミクロ経済には貨幣、信用、金利、税などでは、支配できないどころか、影響さえ与えられない事象がある」(下線部筆者追加)

ふたつのアプローチの例とその中間： マネジリアルエコノミクスとして

前者の代表には、薬剤の使用を経済学的に分析する薬剤経済学⁽¹⁸⁾、久繁らの臨床経済学⁽¹⁹⁾がある。これらは主に費用対効果分析を中心に行う。一方、後者のアプローチには、大日らの一連の著作が代表であろう^(20, 21)。

ここで、経済学者が書いた医療経済学の目次を拾ってみたい。医療経済学(漆博雄編)⁽²²⁾によると、

- 1 章：日本の医療保険制度と国民医療費
- 2 章：医療サービスの需要
- 3 章：医師誘発需要
- 4 章：医療保険
- 5 章：病院の市場行動
- 6 章：医療技術の進歩と伝播
- 7 章：医療スタッフの労働市場
- 8 章：医療サービス生産の計量分析
- 9 章：医療サービスの経済的評価
- 10 章：医療における競争と規制
- 11 章：高齢者医療の経済分析
- 12 章：介護保険
- 13 章：医療システムの国際比較

となっており、実際の医療の経済評価は極めて小さい部分になっている。

実は、最近そのふたつのアプローチの中間が明確化しつつあると筆者は考えている。この分野では慶應義塾大学の田中、池上、日本福祉大学の二木が草分けである。

彼らは、旧来から学術活動をしていたが、後者すなわち、経済学的な問題意識から経済学の手法を使って医療データを分析するアプローチが増えてきたために、逆に医療についての問題意識から生まれた経済学の位置づけが強調された感がある。この分野は医療分野のマネジリアルエコノミクスと呼べよう。

ここで、二木氏の最近の著作である「医療改革と病院」⁽²³⁾が、典型的な医療分野でのマネジリアルエコノミクスの書籍であるを考える。この書籍についての、筆者の、「からだの科学」⁽²⁴⁾での書評を紹介しておきたい。

「筆者の専門とする経営学では、この書籍は、利益の源泉を「組織の外部」にある構造的要因におきながら、主たるゲームのプレイヤーである病院が、外部の変化にいかに対応していくか、を大いに学べる書である、と考えられる。その例を挙げれば、最近のトレンドのひとつである「外来分離」についての第5章での論考があげられる。評者も、厚生労働省による診療報酬での政策誘導にはそろそろ限界がきており、患者主体の病院こそが利益を上げると考える一人であるが、この書籍の中で、1989年の書籍からの引用で、厚生労働省のある方の発言であるが、診療報酬による政策誘導について触れられている箇所がある。「やはり」と思う反面、いまから15年前の発言を、文献に基づいて引用できる研究者としての筆者に脱帽せざるをおえない」

需要に対してのアプローチ

医療分野においては需要に対しての考え方が難解である。経済学あるいはマーケティングのアプローチを試みよう。

医療経済学の祖である上述したケネス・アローは、医療は人間にとって基本的なニーズであると述べる。

ここではニーズとは、何かの不足を感じている状態を指す。食糧や衣服、暖房などの身体的ニーズもあれば、何かに参加したい、誰かを愛したいといった社会的ニーズ、自己実現のような個人的ニーズもある。ニーズは創りだされるのではなく、人間に本質として備わっているものを指す。一方、ウォンツ(欲求)は、その人

の文化的背景や個人的特性に応じて、ニーズが形をとったものである。病気になれば、アマゾンではシャーマンを探すだろうし、アメリカでは医者を探す。つまりウォンツはニーズを満たすものと言うことができる。そして、このウォンツに購買力がつくと需要になる。⁽²⁵⁾

そもそも、医療サービス需要は、価値財という前提で消費者（患者）個人についてファイナンス上の問題がないという仕組みであるから、マクロ経済学で言う「有効需要」の不足はありえないことになる。言い換えれば、ニーズあるいはウォンツが発生した時点で、消費者あるいは患者は医療サービスの購買行動を行うことになる。

また、消費が価格に反応しないのであるから、需要曲線は垂直であることになる。さらにもうひとつ重要なことは、医療という財を消費した場合の非可逆性である。これは、医療行為が一度行われると再契約によりやり直しを行うことが不可能であるという特徴を指す。一般の消費財であれば、消費以前に調査・探索を行うことでこの問題が緩和できるが、医療が経験財や信頼財であるために、このような特徴は逆に強まってしまう。この状態では、消費者は不安になってしまい、価格による需要調整は行いにくく、前述の情報の非対称性、医療ニーズ発生の不確実性とあいまって、明示価格に対する需要曲線が描けない⁽³⁵⁾ こと^(26, 27) になる^(注5)。

マーケティングと消費者行動論

上述したような、自己負担による権利意識の高まりなども原因になり、患者意識の高まりがみられている。また、ニーズあるいはウォンツがすべて需要に転化しているのかという点でも疑問が呈されている。たとえば、筆者の調査⁽²⁸⁾でも健康診断で異常を指摘された患者の多くは、

医療機関を受診していないことがしめされた。

すなわちこの調査で、血糖値異常、高血圧、コレステロール値異常とでは医師受診行動が異なり、糖尿病、高血圧、高脂血症の順で、受診率が高かった。高脂血症は、疾患単独では医師受診行動につながりにくいことが示された。

そのようななかで、医療にもマーケティング思考、マーケティングマネジメントが必要である、という論議が起こってきている⁽²⁹⁾。

ひとつの方向は、サービス・マーケティングのひとつとして医療サービスを捕らえる方向である。これは、医療サービスにはさほど特殊性がないという見方で、サービス・マーケティングの著書が多い、明治大学の近藤⁽³⁰⁾のとする立場である。一方、患者満足度調査等の現場的なデータを解析する立場、これは、現場的な書籍が多いが、前田⁽³¹⁾、水野⁽³²⁾等がある。また、慶應義塾大学の余田⁽³³⁾にもこの分野の論文がある。

上述した経済学の議論に習っていえば、筆者はこの中間に位置する立場であり、倫理面、制度面で医療や、教育、介護といったサービスは独特なのではないかとみている⁽³⁴⁾。

この立場に近い考え方をしているのが、マーケティング学者ではなく、ミクロ組織論の学者であるが京都大学の田尾である。田尾は、ヒューマンサービス、すなわち、「人が人に対して、いわば対人的に提供されるサービス」という概念を提唱している。具体的には、医療や保健、福祉、教育などのサービスを包括的に捉えた概念である^(35, 36)。また、それらのサービスが個人の基本的な福利に関わることが多く、公的にサービスが提供されることも多いという。

さらに、実際、サービス産業ほど威信という尺度において上から下まで広く分布している産業はないともいえる。あるサービス組織はわれわれの心の奥底にある要求に応えようとする（教会、美術館、その他）。また他の機関は、わ

れわれすべてにとって大切な資源を扱う（お金＝銀行、健康＝病院）。これら2つのタイプのサービスともに高い地位が与えられている。

プロフェッショナル・サービスという考え方もある。コトラーによれば、プロフェッショナル・サービスは下記の特徴を持つ⁽³⁷⁾。

資格をもった人間によって、問題解決のために助言として提供される。

専門家は共通の特質を備え、専門知識を有することで知られ、「医師」「建築家」あるいは「経営コンサルタント」といった固有の名称で呼ばれる。

買い手が売り手を選び、サービスの提供が行われる。

他のサービスや物を提供する人々の動向に影響されない。

しかしながら、医療がサービスである、マーケティングが応用できるという視点には学者間で相違はなく、今後この分野の研究は更なる発展を見られると考えられる。

産業組織論と医療経営戦略論

青島矢一と加藤俊彦の「戦争戦略論」⁽³⁸⁾によると、「経営戦略」は、二つの基軸によって、四つのアプローチに大別することができる。一つは、利益の源泉を「企業の外部」に求めるのか、それとも、「企業の内部に求めるのか」という基軸である。もう一つは、「要因」を重視するのか、それとも「プロセス」を重視するのかという基軸である。

この二つの基軸で整理すると、経営戦略論は下のように四つのアプローチとして整理できる。

外部 + 要因	ポジショニング・アプローチ
内部 + 要因	資源アプローチ
外部 + プロセス	ゲーム・アプローチ
内部 + プロセス	学習アプローチ ^(注6)

岡本康雄編著『現代経営学への招待』⁽³⁹⁾を参考にその意義を確認しておこう。ここでは「要因」に着目するのか、「プロセス」に着目するのか、という区分が強調される。すなわち、のアプローチは、企業間の業績の違いが「いかなるもの」によって生じているかという、その要因自体に着目する。それに対し、のアプローチでは、その重要と思われる要因が「いかにして」生み出されるのかというプロセスに力点が置かれる。

ところで、経済学における産業組織論の考え方を、経営戦略につなげたのはマイケル・ポーターの業績といえる。「経営戦略論」においては、ハーバードビジネススクール教授のマイケル・ポーターが『競争の戦略（Competitive Strategy）』⁽⁴⁰⁾を著した1980年代までは、企業内部の要素を重視する資源アプローチが主流だったが、それ以降、資源アプローチに対するアンチテーゼとして発展してきたポジショニング・アプローチが本格的に台頭した。

従来、市場の成果をその市場の構造と関連づけて研究していたのは（上記の分類ではのポジショニング・アプローチ）産業組織論の学者たちであった。産業組織論においては、供給面、需要面、その他の基礎的条件の下で、買い手・売り手の集中度、製品差別化の程度、参入障壁といった特性であらわされる市場構造が決まると、それによって、企業の価格政策、製品戦略、広告、技術開発、設備投資、企業間の明示的・暗黙的協調といった市場行動が規定されると想定する。それらが規定されると、生産や資源配分の効率性、技術進歩などが決まる。それらによって市場成果を判断することができるはずという理論が主流となっていた。

この考え方は、産業組織論において「構造・行動・成果パラダイム」^(注7)と呼ばれている。ここでは、市場の行動が完全競争状況に近くなれば

近くなるほど、企業が超過利潤をあげることができなくなり、市場成果が向上するという関係が想定されている。いいかえれば、企業が超過利潤をあげるべきではないという経済学の価値観に支えられているのが産業組織論である。

この産業組織論の研究成果を援用して、産業内での競争をシステムティックに評価するためのモデルを示したのが上述のマイケル・ポーターである。例えば、ポーターが示した業界の構造分析に関するファイブフォース（５つの力分析）といわれるフレームワークでは、業界の競争状態、すなわち業界の究極的な収益率を決める要因として、新規参入の脅威、既存業者間の敵対関係、代替品の脅威、買い手の交渉力、売り手の交渉力の五つが挙げられている。

各々の内容は、ほとんどの要因が経済学における産業組織論の成果を援用したものである。要するに、これらの議論は、企業側から見れば経営戦略論として、いかに超過利潤を上げるかの研究となり、経済学の側から見れば、超過利潤（生産者余剰）を減らし、公平な市場を作るかという議論になる。いいかえれば、経済学の立場から見れば、規制を撤廃し、レントをなくすべきであるという議論になる。

この裏返しは経営戦略論である。すなわち、利益の源泉を「企業の外部」に求めて、要因を重視するのが ポジショニング・アプローチであるから、「目標達成にとって有利な環境に身を置く」という経営戦略になり、多角化戦略がこのひとつのあらわれである⁽⁴¹⁾。ここで、「有利な環境」というのは、企業の目標達成をサポートしてくれるような環境、もしくは目標達成を邪魔する外部の力が弱い環境を指す。この戦略は、そういう環境の中に自らを的確に「位置づける（ポジショニング）」という点を強調するため、ポジショニング・アプローチと呼ばれている。

前述のようにこの考え方は、産業組織論、ひ

いては経済学の考え方を基礎にしているために、資源が希少でありかつ所与であると考えているところに特徴がある。すなわち、ポジショニング・アプローチでは資源にはトレードオフ関係があると考えている。

それに対して、 の資源アプローチというのは、「企業の内部」に蓄積している能力を原点として、経営戦略を構築するという経営学で伝統的に用いられてきた考え方である。経営学でいえば組織論、なかでもマクロの組織論に近いであろう^(注8)。このアプローチでは、企業業績の差異の源泉を企業内の経営資源に求める。「成功している企業とは、内部に優れた能力を蓄積している企業である」という見方である。得意な技術、卓越した営業網、素晴らしい人材など、企業の活動に不可欠である一方で、市場から簡単には調達できない内部資源の存在 コアコンピタンス を基盤に考えるという経営戦略である。したがって、この考え方には、資源にはトレードオフ関係があるとは考えていない。

最近の流れ

情報化の流れは、単に要因を重視するポジショニング・アプローチや資源アプローチから、よりプロセスを重視するゲーム・アプローチや学習アプローチの重要性を高める傾向にあるといえる。たとえば、三つ目のゲーム・アプローチは、戦略的に行動したとき、競合がその動きに対して反応してくることを織り込んだうえで経営戦略を考えるというアプローチである。より複雑な状況を想定しているといえよう。

利益の源泉を「組織の外部」にある構造的要因に求める点で、このゲーム・アプローチとポジショニング・アプローチは共通している。しかし、ポジショニング・アプローチが、自らの利益を収奪する競合からの圧力が小さい状況を

見つけ出して、そこに自らを位置づけることに重点を置くのに対して、ゲーム・アプローチは、そうした状況を自らの行動によって作り出す、あるいはいかにそういった状況に対処するかといった「プロセス」に着目する。この中には、たとえば業界団体を作って政府に働きかけるといったことも含まれる。

学習アプローチ^(注9)は、「企業内部におけるコア・コンピタンスを形成するための学習プロセスが重要だ」と考える経営戦略のことである。経営資源、とりわけ知識や情報といった知的財産が蓄積されるプロセスそのものに注目するのが、学習アプローチである。資源アプローチが「要因」あるいは「構造」を重視するのに対して、学習アプローチでは「過程」を重視している。

経営戦略の基礎となる情報は必ずしも事前にわかっているわけではない。とりわけ外部環境が激しく変動している場合、先の状況はなかなか見通せない。そこで、事前に獲得した情報に基づく先験的な計画だけに頼るのではなく、その場その場で徐々に知識を獲得して、対応していくことが必要になる。そして、学習した内容を咀嚼していくことも重要になるという視点が学習アプローチの根本にあり、外部環境の変化が激しく不確実な時代には重要な戦略である。

ただし、学習アプローチは、戦略論に含めるかどうか議論がある。そのひとつの理由は、学習アプローチは創発といった、計画できない過程を重視するので戦略ではないという見方である。

いずれにせよ、この学習アプローチは、知識の集約が行われている医療機関^(注10)においては、重視すべき考え方である。この流れは、経営資源である、「ヒト」、「もの」、「かね」が希少な資源であるのに比して、「情報」という資源は、インターネット時代を向かえ、複製も容易

になり、必ずしも希少でなくなってきたといえ、この情報をどう生かすかが重要になってきているからでもある^(注11)。ついで、こういった枠組みで医療機関の行動を分析してみたい。

医療機関で何がおこっていたのか

旧来の医療機関がもっとも重視してきた経営資源は医師である。これは、医師が希少な資源であり^(注12)、日本の健康保険法上、医師が診療報酬償請求の主体であることがほとんどであること、医療法上人員配置基準が設けられていることによる。

他の資源である、「もの」と「かね」については、比較的最近まで日本の医療機関では、希少な資源ではなかった。すなわち、出来高払い制や金融機関からの融資により金銭的には潤沢であり、その資金を使って、高額な医療機器を購入し、高回転させることで短期間に減価償却するという手法である。

さて、上述したの資源アプローチは、簡単にいえば、すばらしい機器、すばらしいスタッフがいるのだから結果(企業の場合には業績)もすばらしいものであるという考え方である。この考え方では、資源あるいは資本制約を考えないことが多い。その意味では、いままでの医療機関が、自ら戦略として選択したかどうかは別にして、この考え方にとらわれていたのは当然ともいえよう。

資源アプローチは、企業の活動に不可欠である一方で、市場から簡単には調達できない社内資源の存在を基盤に考えるという経営戦略であるので、医師こそは、大学病院の医局を頂点としているために、必ずしも潤沢にそろえることができなかったが、それ以外については、できるかぎり取り揃えるという行動が、医療機関の行動の結果になった。すなわち、人口比で世界

	日 本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン
総病床数(人口1000対)	16.5	3.6	4.1	8.2	9.1	3.6
長期介護用病床数(人口1000対)	1.8	-	4.2 (1999)	1.4	6.5 (1999)	0.4
CT普及率(人口100万対)	84.4 (1999)	13.6 (1999)	3.6	9.6 (1999)	17.1 (1997)	14.2 (1999)
MRI普及率(人口100万対)	23.2 (1999)	8.1 (1999)	3.9	2.8 (1999)	6.2 (1997)	7.9 (1999)
医師数(人口1000対)	1.9	2.8 (1999)	1.8	3.0 (1998)	3.6	2.9 (1999)
看護師数(1病床当たり)	0.5 (1998)	2.3 (1999)	1.3	0.7 (1997)	1.0	2.3 (1999)
外来診察回数(人口1人当たり)	16.0 (1996)	5.8 (1996)	5.4 (1998)	6.5 (1996)	6.5 (1996)	2.8
入院件数(人口1000人当たり)	103.0	124.0	150.9 (1998)	230.0 (1999)	235.1	181.0 (1996)
平均在院日数(総病床)	39.8 (1999)	7.0 (1999)	9.8 (1996)	10.6 (1999)	11.9	6.4
総医療費(対GDP (%))	7.4 (1999)	13.0	7.3	9.5	10.3 (1998)	7.9 (1998)

(注) 下段の数値は調査年(明記がなければ2000年)。

(出所) OECD, *Health Data 2002* より作成。

図2 医療関連指標の国際比較

一のCT数やMRI数がその象徴である(図2)。郡司は、患者による医療施設の選択が、医療の質に関する情報が正確にわからないために、その代理的な情報である評判や大きな病院であるとか近代的な医療機械がたくさんあるといったことなどで代替されるとすると、そのような患者の選好に医療機関側も対応しようとしている可能性がある⁽⁴²⁾、とする。すなわち、旧来の医療機関は資源アプローチにのっとりた戦略で、国際水準からはずれ、暴走してしまったといえるかもしれない。

もうひとつの医療機関がとった資源アプローチでの失敗の原因は、医師や医療従事者は国家資格保持者なので均質であると考えたことである。この考え方には診療報酬が、1年目の医師でも20年目の医師でも同じであったことから拍車をかけた。したがって、医師なら誰でもいいので派遣して欲しいという過度の医局依存体質

を導いたのである。

ペンローズは経営者資源には制約があるという⁽⁴³⁾、その意味では医療機関の経営者資源にはさらに制約があるはずだが、医局依存体質、医師均質論のもとでは、経営者としての医師の特性あるいは経営を考える医師の育成は行われてこなかった⁽⁴⁴⁾。

医療機関の戦略の変化

しかしながら、医療費の高額化により診療報酬の支払い方式に変化がおき^(注13)、医療機関にとって「かね」が希少な資源になってきた。また、将来の医療費の先行き不安のために、金融機関側から医療機関の経営にも不安感がおき、間接金融による資金も従来ほど潤沢ではなくなったこともこれに拍車をかけた。

そこで上述したポジショニング・アプローチ

が台頭してきた。上述したように、ポジショニング・アプローチは資源が希少でありかつ所与であると考えているところに特徴がある。もちろん、医療機関は、他産業のほうが高利益体質であるからといって、そちらの産業に参入するといった行動は取りにくい。しかし、診療報酬あるいはそれに原価計算を加えた利益を調べ、不採算の部門を切り捨てるという戦略は可能であった。すなわち、ROI最大化のために、トレードオフが前提となった考え方、言い換えれば「もの」「ヒト」も希少資源なので傾斜的資源配分をするという考え方である。

実は、このポジショニング・アプローチの典型的な考え方は、BCGなどコンサルティング会社が提唱したPPMの考え方である。この考え方はこれもBCGが実証した、経験曲線すなわちある製品の単位あたりコストが下がるという結果と製品にライフサイクルがあるという前提に基づいている^(注14)。

この考えは当時は、きわめて優れた考え方であったと思われるが、現在の経済学や戦略論から考えると多くの欠点が指摘されている。まず、制度派経済学という慣性や資産特殊性を無視している点である。瞬時にある分野を切り捨て、他の有望分野に移動するということは、現実にはきわめて難しいことである。さらに技術革新の要素が考慮されていない。技術革新により昨日までの低利益分野が一夜にして高利益分野になることは、現代ではよくあることであるし、技術革新とは対極であるが、診療報酬の変更によって、昨日までの高利益分野が低利益に、低利益分野が高利益分野になることもありえる^(注15)。さらにミッション主導型の非営利組織である医療機関の場合には、PPMでの主要な次元である「市場（業界）の魅力度」は、利益獲得の可能性とは違う尺度で考えねばならないし、「自社の事業の強み」も利益獲得上の優位性とは

違った尺度で考えねばならないだろう。それは例え収益が見込めなくても、その事業が社会的に高い価値を有しているのならば、あえてその事業を手掛けるというのが、非営利組織の行動の特徴であるからである⁽⁴⁵⁾。

ゲーム・アプローチへ

さてつぎに、ゲーム・アプローチを考えてみよう。まずC・I・バーナードの学説との関連で組織間関係の重要性を明らかにしておこう。バーナードは、次のように述べている。

「公式組織の不安定や短命の根本的原因は組織外の諸力の中にある。これらの諸力は、組織が利用する素材を提供するとともに、その活動を制約する。組織の存続は、物的・生物的・社会的素材・要素からなる環境が不断に変動する中で、複雑な性格の均衡をいかに維持するかにかかっている。このためには組織に内的な諸過程の再調整が必要である。」

このように、バーナードは「組織と環境」という問題の重要性を指摘し、組織存続のためには、組織の環境適応が必要であることを述べている。しかし、バーナードは環境適応を組織内部の調整プロセスとして取り扱い、目標の分割、誘因の経済、権威の理論、意思決定の問題として論じ、「組織と環境」の問題に対して、組織内部分析にとどまっていた。現在ではむしろ、組織と環境との相互作用・相互連関を本格的に取り扱う組織論こそ求められているのであり、組織間関係論は、この主題を扱う学説になる⁽⁴⁶⁾。

医療市場における競争

簡略化のために、企業のゲーム戦略として競争戦略、協調戦略の2つを考えよう。まず、病院間で競争が起きているか、という視点を、競

争の要素である資本・資源移動、参入制限の視点で考えてみたい。病院のM & Aは近年、以前に比べ活発化している。したがって、資本の移動はある。資源の移動は、上述したもっとも重要な資源である医師の引き抜きといった移動も起きてきているので、これも以前に比すれば活発化していると考えられよう。参入制限については病床規制があるので、存在していると考えられる。このような状況で、さらに価格競争ができない環境下^(注16)にあるので、競争環境はさほど強くないと考えられる。

さて一方、協調戦略とは、タスク環境内でそれぞれの行為者が相互依存関係にあることを前提に、その中でパワーを獲得するために、他の行為者と協調的な行動をとり、それを操作・管理しようとするものである⁽⁴⁶⁾。具体的には、他の行為者との契約、依存する組織からの人材の吸収、他組織との連合の形成、またそれによる集団戦略などである。

ゲーム理論においては、協調戦略も重要な戦略と考えられている。営利企業の場合と比べて、組織間の相互依存関係が複雑な非営利組織においては、協調戦略はより重要となる。例えば、政府からの補助金や事業委託などに依存する度合いの高い非営利組織の場合、政府に何らかの関係を持つ人材を理事メンバーとして獲得することが多いが、これは人材の吸収(コープテーション)の典型的なケースである⁽⁴⁵⁾。また補助金の維持・獲得のために、同種の活動を行う諸組織で連合体を形成して、政府に対しての協同的活動を行うことも非営利組織では多く見られる。あるいは、保健・医療や福祉の分野においては、各組織の提供するサービスそれ自体が相互依存的であり、セクターをまたがった諸組織間の協力関係が形成されている。

この動きは、介護分野で先行しており、要介護度別の原因疾患による必要サービスの違いも

サービス提供の多様性を形成する。このために、厚生労働省の「2015年の高齢者介護」⁽⁴⁷⁾では地域包括ケア、小規模多機能拠点によるサービス提供を提唱している⁽⁴⁸⁾。

よりオープンな性質を持ち、このような協調戦略のウェイトの高い非営利組織にとって、組織間関係の管理は重大であり、その方法のひとつが協調戦略になるのである。

おわりに

従来、「聖域」という言葉まであったように、医療分野では経営といった概念が希薄であった。しかしながら、環境変化への対応を抜きにしては、医療機関をマネジメントすることができない時代になってきており、それは、本格的な医療経営学が必要になってきたことを意味する。

本論文では紙面の制約もあり、「マネジリアルエコノミクスとしての医療経済」マーケティング」「経営戦略」についての考察にとどめた。「経営戦略」については、この考え方を使い、実際の医療分野の分析をも行った。残された経営学の分野としての人事、会計・財務、ITなどについては更なる研究対象としたい。

引用文献

- (1) 田中滋 医療政策とヘルスエコノミクス 日本評論社 1993年 P50
- (2) 真野俊樹 医療マネジメント 日本評論社 2004年 7 - 10
- (3) 田中滋 医療政策とヘルスエコノミクス 日本評論社 1993年 P72
- (4) ジョセフ・E. スティグリッツ、スティグリッツ ミクロ経済学、東洋経済新報社 2000年
- (5) 真野俊樹 医療における価格メカニズム再考 社会保険旬報 2000年 11月1日号(2078)23 - 27
- (6) 真野俊樹 医療マネジメント 日本評論社 2004年 P118
- (7) 大野吉輝 社会サービスの経済学 勁草書房 1991年

- (8) 日本経済新聞社 日経病院ランキング 日本経済新聞社 2004 年
- (9) オリコン・メディカル株式会社(編集) 患者が決めた！ いい病院 患者 9 万人アンケート 関東版 完全保存版 オリコン・メディカル 2003 年
- (10) 真野俊樹 医療マネジメント 日本評論社 2004 年 P1 - 2
- (11) 真野俊樹 医療マーケティング 日本評論社 2003 年
- (12) 浅井慶三郎 サービスとマーケティング 同文館 2003 年(増補版)
- (13) クリストファー ラブロック、ローレン ライト(著) 小宮路雅博、藤井大拙、高畑泰(翻訳) サービス・マーケティング原理 2003 年
- (14) Arrow K: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review 53:941 - 973, 1963
- (15) 真野俊樹 医療における情報の非対称性に対する考察 - 医師患者関係再考 - 日本医師会ヘルスエコノミクス研究会報告書：経済学による医療政策の分析 2000 年 3 月
- (16) 真野俊樹 医療マネジメント 日本評論社 2004 年
- (17) ピーター・ドラッカー 新しい現実 上田 惇生、佐々木 実智男(翻訳) ダイヤモンド社 1989 年 231 ~ 232
- (18) ローネ バスキ(著) 池田 俊也、浅野 信久、坂巻 弘之 竹内 慈美(訳) 実践 薬剤経済学 治療目標の設定と薬剤選択および費用 効果分析の方法 じほう 2000 年
- (19) Michael Drummond, George Torrance, Greg Stoddart(著) 久繁 哲徳、西村 周三(翻訳) 臨床経済学 医療・保健の経済的評価とその方法 篠原出版新社 1990 年
- (20) 井伊雅子、大日康史 医療サービス需要の経済分析 日本経済新聞社 2002 年
- (21) 大日康史 健康経済学 東洋経済新報社 2003 年
- (22) 漆博雄 医療経済学 東京大学出版会 1998 年
- (23) 二木立 医療改革と病院 勁草書房 2004 年
- (24) 真野俊樹 「病院と医療改革」書評 からだの科学 2004 年 7 月号
- (25) フィリップ コトラー プロフェッショナルマーケティング ピアソンエデュケーション 2002 年
- (26) 田中滋 医療経済学の体系 医療経済の座標軸 水野肇 川原邦彦監修 厚生科学研究所 2003
- (27) 真野俊樹 医療提供体制と市場 医療と社会(NO1) 2002:17 - 25
- (28) Toshiki Mano et al. Analysis of Health and Medical Claim Records Journal of Keio Business Forum 21(1) 51 - 62, 2004
- (29) 真野俊樹 医療マーケティング 日本評論社 2003 年
- (30) 近藤隆雄 サービス・マーケティング サービス商品の開発と顧客価値の創造 生産性出版 1992 年
- (31) 前田 泉 徳田茂二 患者満足度 コミュニケーションと受療行動のダイナミズム 2003 年 日本評論社
- (32) 水野智ら 患者満足度は医療の質の評価指標になりうるのか 日本病院会会員病院における患者満足度調査の実施実態、および患者満足度調査に対する態度 病院管理, 36(4) 1999 11 - 20
- (33) 余田拓郎 患者による医療機関の評価メカニズム：事前期待に基づく患者満足の分析と考察 オイコノミカ 37(3 - 4) 2001 41 - 54
- (34) 真野俊樹 患者満足度と医療マーケティング戦略 医療経営白書 2004 年 427 - 450
- (35) 田尾雅夫 ヒューマンサービスの経営 白桃書房 2002 年
- (36) 田尾雅夫 ヒューマンサービス組織の課題と将来 21 世紀の医療経営 真野俊樹編著 薬事日報社 2003 年 49 - 66
- (37) コトラー プロフェッショナルマーケティング ピアソンエデュケーション 2002 年
- (38) 青島矢一・加藤俊彦 競争戦略論 東洋経済新報社 2003 年 P246
- (39) 岡本康雄編著 現代経営学への招待 中央経済社 2000 年 P64
- (40) マイケル・ポーター(著) 土岐坤・中辻萬治・服部照夫訳 競争の戦略 ダイヤモンド社 1982 年
- (41) アンゾフ HI(著) 中村元一、黒田哲彦(訳) 最新戦略経営 産能大出版部 1990 年
- (42) 郡司篤晃 医療システム研究ノート 丸善 1998 年
- (43) ペンローズ ET(著) 末松玄六訳 会社成長の理論(第二版) ダイヤモンド社 1980 年
- (44) 久道茂 病院経営ことはじめ 医学書院 2004 年
- (45) 吉田忠彦 戦略としてのネットワークの課題と将来 21 世紀の医療経営 真野俊樹編著 薬事日報社 2003 年 67 - 98
- (46) 山倉健嗣 組織間関係 有斐閣 1993 年
- (47) 2015 年の高齢者介護 厚生労働省報告書
- (48) 真野俊樹 介護における代理人問題 医療と社会 2004 NO1 8 月号 17 - 24

参考文献

- 浅井篤ら 医療倫理 勁草書房 2002 年
池上直己 J.C. キャンベル 日本の医療 統制とバランス感覚 中央公論社 1996 年
加護野忠男 競争優位のシステム 事業戦略の静かな革命 PHP 研究所 1999 年
木村剛 戦略経営の発想法 ビジネスモデルは信用するな ダイヤモンド社 2004 年
小塩隆士 教育を経済学で考える 日本評論社 2003 年
小西唯雄 産業組織論 ミネルバ書房 2001 年
二木立 医療経済学 医学書院 1993 年
野中郁次郎、竹内弘高 知識創造企業 東洋経済 1996 年
ハル R ヴァリアン(著) 佐藤隆三(訳) 入門ミクロ経済学 勁草書房 2000 年
堀内俊洋 産業組織政策 東洋経済新報社 2000 年
マイケル・ポーター(著) 土岐坤(訳) 競争優位の戦略 ダイヤモンド社 1985 年
マイケル・ポーター、竹内弘高 日本の競争戦略 ダイヤモンド社 2000 年
真野俊樹 医療情報提供の経済学的考察 多摩大学紀要 2003 年
真野俊樹 賢い医者のかかり方 治療の経済学 講談社(+ 新書) 2003 年
三宅隆之 非営利組織のマーケティング 白桃書房 2003 年
藪下史郎 非対称性情報の経済学 光文社新書 2002 年
山崎泰彦、尾形裕也 医療制度改革と保険者機能 東洋経済新報 2003 年

註

- 注 1) いつからかこの状態になっているのかは厳密にはいえないが、公的な国民皆保険制度は1961年に創設されている。
注 2) 広くいえば、保険制度も国民の支払いによるが、ここでは受益者の支払いという意味である。
注 3) 需要においてどの程度の価格弾力性があるのか、といった経済学的な部分は本稿の範囲ではないので、参考文献を示すにとどめる。
注 4) 筆者はここで、敢えて「遅れている」という表現で進化論的な価値判断を示した。
注 5) 機会費用を考慮すれば曲線は書くことができる。
注 6) この学習アプローチが経営戦略論のカテゴリーにいられるのかどうかは議論がある。
注 7) 「産業構造(Structure)」「企業行動(Conduct)」「産業(企業)の成果・業績(Performance)」という形で表す。この図式は、3つの要素を英語で

表した場合の頭文字をとって、一般に「S-C-Pモデル」とか「S-C-Pパラダイム」などと呼ばれる。

- 注 8) この分野の著名な学者は、加護野忠雄である。
注 9) このアプローチで著名なのは、野中郁次郎である。
注 10) イメージとしては大学病院など研究・臨床・教育が行われている場を指す。
注 11) 最近の知的財産(IP)を重視する流れはこれに歯止めをかけようとするものと捉えることもできる。
注 12) 厚生労働省は1970年に1985年までに人口10万人に対して医師を150人にするために医科大学定員を約6000人にするという目標をたてた。そして1973年に一県一医大構想がたてられ、1981年に医師定員は8360人になった。しかしながら人口対医師数が200人を超えた2004年でも、医療機関からは医師は不足しているという声が多い。
注 13) 詳しくは、田中滋 医療制度の課題 21世紀の医療経営 真野俊樹編著 薬事日報社 2003 年
注 14) このあとで分析するが、医療の場合、ライフサイクルが長いものが多いことにも注意が必要である。
注 15) 近年の透析医療に対して、あるいは小児科に対して、がよい例になろう。
注 16) 繰り返しになるが、日本では医療が価値財とされ、公的皆保険下にあるためである。

著者プロフィール

真野 俊樹

1961年、名古屋市生まれ。87年、名古屋大学医学部卒業。名古屋第一赤十字病院、安城更生病院、藤田保健衛生大学勤務を経て、95年9月、米国コーネル大学薬理学研究員。その後、外資系製薬企業、国内製薬企業のマネジメントに携わる。同時に英国レスター大学大学院でMBA取得。その後、国立医療・病院管理研究所協力研究員、昭和大学医学部公衆衛生学(病院管理学担当)専任講師を経て、名古屋大学医学部医療情報部非常勤講師、多摩大学大学院経営情報学研究科客員教授、国際医療福祉大学大学院客員教授、京都大学博士(経済学)。著書に「日本の医療はそんなに悪いのか? 正したほうがいい! 130の誤解」(薬事日報社)、「MBA 10人の選択 進化するキャリア」(はる書房)、「賢い医者のかかりかた 治療費の経済学」(講談社 新書)、「医療マーケティング」(日本評論社)、「医療バイオ、医療IT入門」(薬事日報社)、「21世紀の医療経営」(薬事日報社)、「医療マネジメント」(日本評論社)。