

高齢社会における医療機関の課題

木下照嶽¹

I 高齢社会の意義

1. 人口高齢化の速度

21世紀の到来とともに、病院や医院を中心とする医療機関をとりまく環境は、大きな変化を迎えている。その中には、急速な高齢社会への発展、高齢者を中心とする医療費の国および個人の負担過重、医療技術の飛躍的発展による医療機関の経営と会計問題、健康で自立できる高齢社会を支えるライフスタイルのあり方と、それを支援する諸種の産業、職業教育と雇用などが指摘される。

最近、医療機関や医療サービスに関して、討議される問題には次のような点があげられる。

- (1)高齢者の割合 (2)医療サービスの質 (3)医療費の負担問題と病医院の経営と会計問題
(4)医療機関の業績測定と評価 (5)社会的入院と医療費 (6)終末期の医療 (7)地域別医療格差
(8)公的介護保険導入の自治体財政への影響 (9)介護保険の市長村財政への影響
(10)喫煙と健康管理。

わが国の高齢化の速度は、世界的にも驚くほどの速さを示している。

図表1は、65歳以上の高齢者が全人口に占める割合が、7%から14%に達するまでにかかった年数を示している。

図表1 人口高齢化の速度⁽¹⁾
65才以上の人口の割合

	7%	14%	かかった年数
日本	1970年	1994年	24年間
アメリカ	1945	2014	69
イギリス	1930	1976	46
ドイツ	1930	1972	42
フランス	1865	1979	114
スウェーデン	1890	1972	82

ヨーロッパ諸国が、今から25年～30年前に、高齢者が42年～114年もかけて人口の14%に達しているのに対して、わが国は、高齢化が大変遅れていて、その頃7%だったのに対して、ほんの24年間で、14%に達するという驚くべき速度で進展していることが理解され

1 明星大学名誉教授 経済学

る。

2. 高齢者の健康満足度

医療サービスの急速な進展により、平均寿命が男女とも世界一となった現在、長寿大国といわれているが、高齢者は自分の健康について、果たして満足した状態にあるかどうかということが大変心配になるところである。

図表2で示したように、経済協力開発機構(OECD)が発表した統計によると、諸外国比べた日本人の健康に対する満足度は、次の表のように、極めて低い値にあることが明らかである。

高齢者に対するアンケート調査で、この健康状態は、「大変良い」と「良い」と答えた比率を示したものである。驚くことに、日本は高齢者が多いにもかかわらず、健康状態は、良くないということがわかる。残念なことであるが、「不健康な高齢者大国」であるといわなくてはならない。

図表2 高齢者の健康状態…世界26カ国⁽²⁾

上位18カ国				下位8カ国			
順位	国名	健康状態		順位	国名	健康状態	
		女性	男性			女性	男性
1	アメリカ	90	91.4	19	イタリア	50.6	61
2	カナダ	89.7	91.2	20	チェコ	50.4	57.7
3	ニュージーランド	88.2	87.3	21	日本	42	47.2
4	アイルランド	86.3	84.9	22	韓国	40.8	48.7
5	フランス	85	90.5	23	スロバキア	40.7	48.6
6	オーストラリア	83.3	83.6	24	ポーランド	40.2	48.2
7	アイスランド	82.3	81.3	25	ハンガリー	38.9	48.1
8	スイス	80.4	86.2	26	ポルトガル	27.1	38.5
9	ノルウェー	78.2	81.1				
10	スウェーデン	75.7	80.1				
11	デンマーク	75.6	82.9				
12	イギリス	75	75.3				
13	ベルギー	74.9	81.8				
14	オランダ	73.5	80.6				
15	オーストリア	70.1	72.5				
16	フィンランド	70	67.6				
17	スペイン	64.7	72.4				
18	ドイツ	64	68.3				

II 病院の現状／国際比較

1. 設備とスタッフ／国際比較

現在の日本は、子供の数が極端に少なくなる極小子化と、人口全体の高齢者の数が急速に増加するという二つの要素が重なっている。

寿命が急速にのびる高齢社会のわが国が、「不健康な高齢者大国」となっているが、諸外国に比べて、極めて異常な事態が生じていることが外国から指摘されている。

図表3は、世界各国の入院患者の入院日数を比較したものである。1980年と1998年間の変化を示している。驚くべきことに、日本が50日以上入院しているのに対して、諸外国は10日以下が殆どという状態である。

さらに、この18年間にわたって、1/2、1/3、1/4と減少している。高齢者の先進国である西欧諸国が、自分の健康管理を病院という医療機関に頼ることなく、自治体、民間中心の在宅（居宅）介護、老人ホームなどの、外部の施設に依存している状態が理解される。

現在高額にわたる高齢者の医療費を、将来も国が負担するのは極めて困難であることを示している。

医療費が非常に増加しているわが国の場合、特に問題になるのが、(1)長期の入院患者の数が多く、(2)70歳以上の入院患者の増加、(3)70歳以上の高齢者の6ヶ月以上あるいは1年以上の入院患者の増加、(4)特に70歳以上の社会的入院による医療費の増加、(5)死亡前6ヶ月にかかる医療費の高額化（300万前後）などが、学会報告で指摘されてる⁽³⁾。

特に、老人医療費を増加させ、医療保険財政の不足を招いているものに、社会的入院がある。それは、医学的に入院治療の必要がないのに、介護者がいないなどの家庭の事情や介護施設のないことから、病院に入院したり、入院が長引いている状況を示す（図表3）。

図表3 入院患者の平均日数と計算上の滞在日数の比較⁽⁴⁾

	1980		1990		1998	
	滞在日数	計算値	滞在日数	計算値	滞在日数	計算値
日本	55.9	68.5	50.5	58.5	40.8	52.1
イギリス	19.1	19.4	15.6	12.2	9.8	8.4
デンマーク	12.7	13.1	8.2	8.4	6.9	6.8
ドイツ	19.0	18.3	17.2	15.6	12.5	12.7
アメリカ	10.0	10.5	9.1	10.9	7.3	8.8
スウェーデン	23.2	24.8	18.0	19.1	6.6	6.6(*)
オランダ	34.7	31.5	34.1	31.7	33.7	30.8
オーストリア	17.9	17.5	13.0	13.1	9.3	10.0

*1997

OECDのデータによると、人口1000人当たりの病床数は（1990年代後半）は、スイスに次いで日本が最も多いことが指摘されている。以下は、主要諸国の順位と数値を示す⁽⁵⁾。

スイス18.1、日本16.5、ノルウェー14.5、オランダ11.3、アイルランド10.1、オーストラリア8.5、フィンランド7.8、イタリア5.5、韓国5.1、イギリス4.2、カナダ4.1、ポルトガル4、スペイン3.9、スウェーデン3.8、アメリカ3.7、トルコ2.5、メキシコ1.1。

これは、OECD各国（韓国、メキシコ、トルコのみ増加）が、1970年代を境にして、病床数を人口比で抑制（20%～50%程度）したのに対して、わが国は年率約1%の増床をはかり、1990年代では極めて高いものとなったことによる⁽⁶⁾。

病床数を増加させる規模の肥大化は、一方で設備資本への多額の投下と、社会的入院を誘発させ、他方で、患者数獲得戦略につながって、病院の経営を著しく後退させた要因によるものと思われる。

また、OECDのデータによると、病床施設や医療機器等の資本投入で、日本は高度に資本集約的で、医師や看護職員数では労働節約的であるという報告が見られる⁽⁷⁾。

すなわち、一定人口当たりの病床数は、日本はアメリカの約2.4倍、イギリスの約1.8倍で、CT台数は、アメリカの約6.4倍、イギリスの約13.6倍、MR1台数は、アメリカの約2.8倍、イギリスの約5倍ときわめて高い数値を示している。

一定病床当たりの医師数(1988)は、日本はアメリカの約18%、イギリスの約30%で、看護職員数は、アメリカの約20%、イギリスの約36%となっている。また平均在院日数(2000)は、アメリカの約4.5倍、イギリスの約3.1倍となっていて、少ない医師や、看護

図表4 人口1000人当たり医師（公私機関の専任医師）（1999年）

国名	人数	国名	人数
イタリア	5.9	ノルウェー	2.8
ギリシャ	4.1	アメリカ	2.7
ベルギー	3.8	オーストラリア	2.5
スイス・ドイツ	3.4	ポーランド・ニュージーランド・アイルランド	2.3
デンマーク		カナダ	2.1
アイスランド	3.3	日本	1.9
ハンガリー・ポルトガル	3.2	イギリス	1.8
スペイン・フィンランド	3.1	メキシコ	1.7
スウェーデン・オランダ・ルクセンブルグ		韓国	1.3
フランス・チェコスロバキア	3.0	トルコ	1.2
オーストリア			

1998年のデータ（オーストラリア、フランス、ドイツ、ギリシャ、アイスランド、日本、アメリカ）

図表5 人口1000人当たり看護職員数（1980年～1999年）

国名	人数	国名	人数
アイルランド	16.5	デンマーク	7.3
フィンランド	14.4	ルクセンブルグ	7.1
アイスランド	13.8	フランス	6.0
オランダ	12.7	ポーランド	5.1
スウェーデン	10.2	ハンガリー	5.0
ノルウェー	10.1	イタリア	4.6
ドイツ・ニュージーランド	9.6	イギリス	4.5
オーストリア	9	ポルトガル	3.8
アメリカ	8.3	ギリシャ・スペイン	3.6
チェコスロバキア	8.2	韓国	1.4
オーストラリア	8.1	メキシコ	1.2
日本	7.8	トルコ	1.1
カナダ	7.5		

1999年のデータ16カ国、1998年のデータ5カ国、1997年のデータ4カ国、その他

職員によって高価な機器や設備を使用しているため、中小規模の医療機関の経営を極度に圧迫している状況が理解される。

人口1000人当たり医師と看護職員数の数は、図表5に示される⁽⁸⁾

医師と看護師（公私機関の専任）がきわめて少ない。これは、市場開放すなわち資格試験を含めて、この領域への参加がかなり抑制されていると見なくてはならない。高齢者対象のヘルスケアでは、定年制の延長などを前提に、費用削減のための任期制や年俸制の導入と、ボランティア活動などの積極的な活用が課題となる。

日経調査「ガン治療の実力病院全国調査」で、高い治療が期待される放射線、抗ガン剤治療に対応する医師の配置に関する充実度が調査された。

ガン治療に定評のある病院の中で、設備は整っていても専門医がいなかったり、緩和ケアの体制が遅れている病院が少なくない実体が、以下のように解明された⁽⁹⁾。

日本の放射線腫瘍学会の認定医がいる病院が130(59.1%)、いない病院が90(40.9%)で、いると回答した130病院の中で、非常勤医が一人という病院が46.9%であった。また、治療装置を持つ773施設で、日本放射線腫瘍学会の認定医は、400施設に過ぎない。さらに、緩和ケアについては、168の施設(76.4%)が設けておらず、末期ガン患者の治療をする緩和ケア病棟も、182の施設(82.7%)が「ない」と回答している。抗ガン治療に当たる専従医師にいたっては、56施設(25%)にとどまった。

2. 終末期ケアの課題

終末期におけるケアに関する調査によると、主要諸国の病院での死亡割合は、国別に大きく異なる⁽¹⁰⁾。日本では、1960年に22%、70年に38%、80年に57%、90年には74%と急増し、90年代以降は80%未満で安定している。1960年の22%から1998年の79%への増加率は、OECDの中で最高で、病院で死亡する人の割合も最高クラスである。ポルトガル、スペイン、メキシコ、韓国などで同じような上昇傾向がみられるが、病院での死亡率が約50%未満と少ない。

わが国の文化的特質とされる、社会環境に対して、不確実性と不明瞭性の状況に不快感を感じる程度、すなわち不確実回避が高い（世界50カ国中で6位を示す）と、国民性としては、ストレスや自殺率が高く（不安の高い社会）、安全性を求めることから、諸外国に比べて医師の数が多くて、看護婦の数が少ないなどの特質が指摘されている⁽¹¹⁾。

高齢者1000人当たりの、ナーシングホーム等の看護・介護施設の定員は、米国約54人、英国57人に対して、日本は、特別養護老人ホーム（13人）、老人保健施設（10人）、療養型病床群（9人）を合わせても、約32人と低位にとどまっている⁽¹²⁾。

さらに、ホスピス・緩和ケアサービス供給量の日米について、その供給量を比較すると、死亡1000人当たりサービス提供量は、米国233人、英国は309人（入院施設95人、在宅ケア214人）であるのに対して、日本は6人程度になっている⁽¹³⁾。

日本、アメリカ、イギリスのホスピス・緩和ケアサービス供給量を比較すると、図表6のようになる。この分野におけるわが国の施設の著しい貧困は、世界的な高齢社会時代の大きな課題といわなくてはならない。

高度医療技術の発展によって、これまで回復困難とされた病気の治療や予防が可能となり、世界全体が急速に高齢化社会に到達している。これは、人類の幸福にとってきわめて大きな意義がある。

しかし、他面において、高齢化社会の進展とともに、高齢化率を単に歓迎し得ない事情が大きな課題となっている。

すなわち、各国の経済事情、医療関係設備の問題、個人の負担能力、社会的・家庭的な事情、個人的選択（生と死の選択）である。

こうした背景をふまえて、人間の最後をより充実して全うするという視点に立って考えた時、終末期ケアという問題はきわめて大きな意義をもつ。

図表6 ホスピス・緩和ケアサービス供給量の比較

	日 本	アメリカ	イギリス
(1) 年間利用者数	5,130人	540,000人	入院施設 60,000人 在宅ケア 135,000人
(2) 死亡者総数に占める利用者の割合	0.6%	23.3%	入院施設 9.5% 在宅ケア 21.4%
(3) 入院病床数	1,831床 (2000年4月)	入院は例外的	3,312床 (1992年2月)
(4) 死亡者千人当たり利用者数	6人	233人	309人

(注) 年間利用者数 日本2000年、アメリカ、イギリス1999年。

資料 医療経済研究機構編『終末期におけるケアに係わる制度および政策に関する研究－報告書』（財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 2000年）p.57.参照。

Ⅲ 医療サービスの特質と会計研究との関連性

1. 医療サービス

介護、看護を含めた医療サービスの特質そのものが、経済的な製品や商品とその特質において大きな差異がある。医療サービスの特質を示せば、以下の通りである。

- (1)医療サービスの無形性と成果確認の多様性（身体的、精神的）
- (2)医療サービスの労働集約性（コストの大部分は給料やFRINGE BENEFITで占められる）
- (3)医療関連コスト負担の継続性（短期、長期）
- (4)サービス成果の測定・評価の多様性（個人差…財務的側面対臨床的側面）
- (5)サービス成果（+・-）
- (6)インプット・アウトプットを保存できない(労働、病室など)
- (7)事後的リスク問題（人為的、処理的、判断的）

経営者は、一般に自己が測定される方法に従って行動し、評価され、報酬を受ける。その場合、多くの質的、量的測定が有効となる。業績測定は、一般的能力、意思決定能力、問題解決等が評価される。ヘルスケア組織では、いくつかの異なる業績測定を利用して、その評価に偏り（例えば、利益を優先して、日常業務をおろそかにする）を無くすようにしなくてはならない。

2. アカウンタビリティ (accountability) 概念の展開

アカウンタビリティとは、伝統的に「会計責任」という意味に用いられてきた。すなわち、会計責任とは、最も狭義に、株主、債権者、投資家その他の企業の利害関係者に対する企業責任である。

その内容は、保有する財産を保全または管理する義務と、その結果を報告する義務である。

しかし、近年になって、政府、自治体などの行政機関や病院、大学などの非営利組織などの公職者などによる、経済取引行為に関する資金の贈収賄、乱費・乱用、帳簿の破棄などの問題を背景に、説明責任が問われている。

そこで問われるアカウンタビリティとは、政府、行政機関や公務員などの公職者の場合は、実行された判断や行為について、国民に対して成否を説明する責任である。

具体的には会計責任（狭義）の他、予算責任あるいは、法的責任という意味にも使われる広義の行政責任である。

例えば、政府・自治体などの事業評価システムでは、貨幣評価可能なものと、不可能なものが含まれる。また、最初の目的が達成されたかどうかに関するアウトカム（成果）も含まれる。

このような企業、政府・自治体、病院・大学、宗教団体などの非営利組織、および公職者の国民に対する報告責任は、以下のように社会報告会計に包括される。

「社会報告会計とは、経済主体（公的組織、企業および個人を含む）の経済活動の社会的インパクト（業績）を社会全体に報告（段階的プロセスを経て）する会計である。この概念のもとでは、伝統的な私的アカウンタビリティをその中に内包するところの、経済主体の公共的または社会的アカウンタビリティが求められることになるが、それは、希少資源（資金、スタッフ、環境、資源等）の公正的、適正の利用に関して、その社会的・国際的責任（私的契約の有無、財務的・非財務的諸活動に関係なく）を有する活動を識別し、測定し、報告する会計（社会監査を含む）である」⁽⁴⁾。

現代のように、高齢社会が加速的に進展する中であって、病院を中心とする医療機関の経営活動に関して、単に狭い診断・医療医学に限定されないで、より広い領域が模索されている（図表7）。

図表7 拡大する医学の領域

生前	生後	老化	末期	死後
診断学	診断・治療医学	老年医学 (遺伝子)	末期医療 (ホスピス、 緩和ケア)	家族の悲嘆 のケア
遺伝子医学 (予防・治療)	予防医学、予知 医学	老人症候群		
	リハビリテー ション医学		病名告知	
人工授精	人工臓器、臓器 移植			
	← Q O L →			

出典 日野原重明『健康の新しいイメージを創る』（ライフ・プランニングセンター健康サービスセンター 2003）p.10,参照

こうした視点に立って考察したとき、医療機関のアカウントビリティ概念は、医療技術の進展にともなう医療サービスの質・量の変化に応じて、大きく変化することが予想される。それは、今後、医療機関自体の機能のあり方、すなわち非営利性、営利性、以下で考察するサード・セクターのいずれを選択するかに、大きく依存するものといえよう。

3. サード・セクターの意義

日本は、世界でもまれな高齢化の進行する中で、医療費の自己負担が3割となり、市民生活にとって健康維持と家計管理の面から、自己防衛として医療保険、ガン保険、傷害保険に加入する人達が急増している。

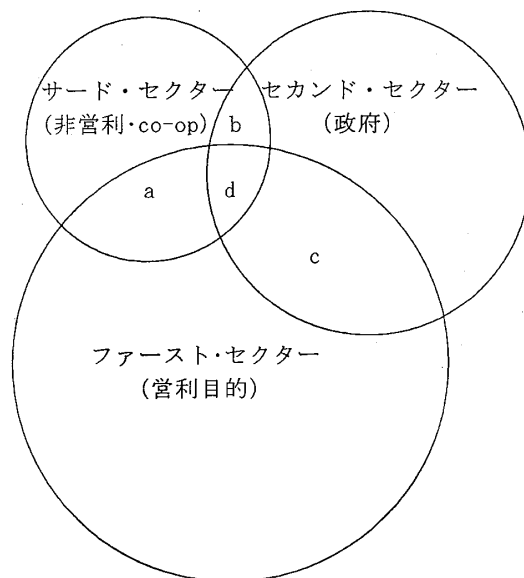
すなわち、ヘルスケア、生活管理の両面からの自己責任の確立の時代が到来したと判断しなくてはならない。

医療サービスの量と質は、一面で、これまでの政府依存から脱却し、他面で市場サービスの有効活用という両面からのアプローチと、今後は高齢化、健康維持、脱政府・市場という第三の道が、緊急に模索されなくてはならない状況にある。

近年、アメリカやヨーロッパ諸国で、企業（ファースト・セクター）や政府（セカンド・セクター）とは異なる、サード・セクター（非営利組織・コープ）が実践的にも研究上でも著しい進展を見せている。

現在サード・セクターのもとに収集される、非営利組織の特質としては、以下のものが

図表8 三つのセクターの関連図



出典 C.Gunn, *Third Sector Development, Making up for the Market.* Cornell University Press, 2004. p4.

(1) 所有…私的組織およびメンバー (2) 資金…寄付、補助金、収益、借入金
 (3) 動機…公共目的またはメンバーへのサービス (4) 純利益の分配…活動目的
 に対する留保または資産の開発 (5) 解散時の正味資産の分配…通常は他の非営利
 組織に対して行われる。病院の場合は、私的組織や営利組織に対して行われる。
 (6) 収益課税…通常なし。利益目的の事業にはあり。(7) 資産課税…なし。利益
 目的の事業やコープにはあり。(8) ビジネス創造…あり (9) 報酬の範囲…定額から
 高額まで (10) ボランティアや無報酬の労働に対する魅力…あり (同著P. 3 参照)。

含まれる⁽¹⁵⁾。

1. 賃金 (wage bill) その他の支出 2. 取引 (売上、料金) による収益と移転 (補助金、寄附) 3. 従業員と雇用形態 4. ボランティア 5. 構成員 6. 資産と負債 7. 付加価値への貢献 8. 健康、教育、福祉、文化および関連サービス

特に、病院などのように営利性を優先させることには大きな問題があり、また政府機関として運営するのにも、その効率性、公的負担の限界などの課題を抱えている現在、政府機関の組織を離れ、患者の自己負担責任の昂揚を待って、営利性を指向する組織へと転換するケースも見られる。サード・セクターの概要は、図表8に示される。

図表8で、(a)の中は、非営利組織の中の営利目的事業が入る。例えば、不動産開発事業などである。(b)には、セカンドとサードセクター混成の地域開発計画が入る。(c)には、企業と政府の共同事業で、その中には地域開発計画が含まれる。この計画によって新規の資産運用がはかられる。

サードセクターの経済規模 (農業従業者を除く) は、Johns Hopkins大学の調査によれば、以下の通りである (1995年)。

オランダ12.6%、アイルランド11.5%、ベルギー10.5%、イスラエル9.2%、アメリカ7.8%、オーストラリア7.2%、イギリス6.2%、ドイツ4.9%、フランス4.9%、スペイン4.5%、日本3.5%、ペルー2.5%、ブラジル2.2%、22カ国平均4.8%。中南米諸国 (ラテンアメリカ) やヨーロッパ諸国の比率がきわめて高い数値を示している⁽¹⁶⁾。

サードセクターの領域別構成は、図表9に示される。

その特質として、西欧諸国ではサービス、中央・東部ヨーロッパではリクリエーションや文化サービス、ラテンアメリカでは教育サービス、アメリカ、日本、オーストラリア、イスラエルでは健康サービスが大きな雇用を占め、その収益源としては料金 (Fee) と公共的支援が中心で、料金と他の商業収入で約49%を占めている⁽¹⁷⁾。

今後の会計学の課題として、こうした世界規模の経済や文化さらにはライフスタイルの転換に対して、有効な理論を模索することが要請される。

図表9 サード・セクターの領域別構成

(単位%)

	E U	その他の 発展途上国	ヨーロッパ (中央・東部)	ラテンアメリカ (中南米諸国)	22カ国
教 育	28.0	29.4	17.7	44.4	30.2
健 康	21.9	34.8	8.3	12.2	19.6
ソーシャル・サービス	27.0	15.3	12.0	10.3	18.3
文 化	10.1	18.2	34.9	10.6	14.4
専 門 職 業	2.6	13.5	10.6	12.4	6.5
開 発	5.5	4.6	6.3	7.0	5.8
環 境 ・ 擁 護	3.3	11.8	6.1	1.2	3.1
そ の 他	1.4	2.5	14.0	1.9	2.2

出典 OECD, *The Non-profit Sector in a Changing Economy* (OECD 2003) p.277.

4. 高齢社会の医療機関の課題

現在、病院を中心とする医療機関の経営問題が内外で大きな課題となっている。わが国の場合、国公立病院で7割、民間病院で3割が赤字経営という状況にある。

長年にわたる国家財政の破綻に対応して、2000年の介護保険制度の導入、2002年の診療報酬の引き上げ、高齢者の自己負担限度額の引き上げ、2003年からは、サラリーマンの医療費自己負担分が3割に引き上げられ、さらに薬価基準の引き下げによって、公私に関係なく医療機関の全てが、自主的健全経営に立ち向かわなくてはならないという厳しい時代に直面している。

図表9 高齢社会の医療機関の課題

	主要課題	目標課題	具体的指針
1	使命・理念	生命・長寿・幸福	生きる権利の選択、社会的公正
2	社会的信頼	医師スタッフの人格、患者・社会の支援	経営者の自己革新
3	財務的健全性	存続性	権限・組織のスリム化、内部管理、ボランティア・寄付
4	非財務的価値	組織文化の昂揚 プロシューマー化	非営利組織全般の価値昂揚
5	機能的分化	高度医療機関、プライマリケア	集権化・分権化
6	情報管理、顧客セグメント情報	患者のアクセス、 顧客別収益性分析	患者・市民の選択市を拡大する
7	技術管理・リスク管理	生命の安全、電子カルテ・遠隔診断	医療技術導入のコスト・ベネフィット
8	地域文化特性	地域特性の認識、移動サービス	風俗・習慣・文化の尊重
9	自己管理・自己責任・社会的負担	混合診療、在宅ホスピス、自己負担増、サービスの削減と中止	増税（消費税など）社会的入院の抑制、家庭と地域介護への転換
10	ライフプランニング	社会復帰・職業教育・生活設計	健康・安全・自己充実、予防医学の充実
11	統合的研究母体	自然・社会・人文諸科学の統合、国際比較・協力	高齢社会の生存意欲（個人の意思）

将来の医療機関の制度改革としては、

(1)治療成果をめぐる競争の展開、(2)医療プランや医療機関、医師による差別化戦略、(3)コストの転嫁にかわって、価値の増大へのインセンティブ、(4)医療機関の経験、成果、診療費などの情報提供、(5)消費者にとっての選択幅の広がりが指摘されている⁽¹⁸⁾。

これまで考察したように、医療機関に関して、社会全体が高齢社会の到来とともに、一方で医療技術の高度化と導入による生存の長期化と、他面における個人負担、国の医療費負担の増大、および組織そのものの経営問題が大きな課題となっている。

高齢化問題と医療サービスの質は、まことに車の両輪のように、相互のバランスのとれた発展を目標にしなければならない。

医療機関の今後の発展にとっては、世界的な問題として、経済的発展、医療技術の発達、財政負担、個人負担などのレベルによって、大きな差異のあることは事実であるが、個人の自己充実と幸福の実現のためには、医療機関が取り組むべき課題はきわめて大きいといえよう。図表9は、高齢社会の医療機関の課題を示したものである

注

(1) 週刊社会保障編集部編『欧米諸国の医療保障』法研 2000年 424頁。

- (2) OECD, *Health at a Glance*, 2001.p21.
健康状態は5段階で、very good、goodの比率を加えたもの、「普通」「やや劣る」「劣る」は除外されている。
- (3) 日本財政学会第59回プログラム委員会『日本財政学会第59回大会報告要旨』（2002年9月20日）参照
- (4) OECD, *Health at a Glance*, 2001. 舟場正富・佐藤香里『介護財政の国際的展開』（ミネルヴァ書房、2003）14頁参照。日本のように計算値が滞在日数を上回るのは、病院のベッドに余裕があり、それが滞在日数の長期化を生む要因となると指摘されている。
- (5) OECD, *Health at a Glance*, 2001.p27.
- (6) Ibid., p.76.
- (7) OECD, *Health Data* 2003.
尾形裕也「医療提供体制改革と病院経営の将来ビジョン」『医療経営白書 2004年版』日本医療企画2004 100～101頁参照
- (8) OECD, *Health at Grance*, OECD 2001, p.25参照
- (9) 日本経済新聞2004年12月12日（朝刊）調査は平成16年9月から11月、ガン治療を行う全国主要病院773施設を対象に実施。233施設(30.14%)の有効回答を得ている。
- (10) 医療経済研究機構編『終末期におけるケアに係わる制度および政策に関する研究－報告書』（財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 2000年）p.13.参照。
- (11) G.Hofstede, *Cultures and Organizations-Software of the mind*, Mc Graw-Hill International(UK)Limited,1991.
G・ホフステード『多文化世界－違いを学び共存への道を探る－』岩井紀子・岩井八郎訳、有斐閣、1996年、p.121,p.126,pp.136-137.
教師は正解をすべて知っている専門家であることが期待され、難解な学術用語を駆使する教師が尊敬される。不確実性の低い国では、「私には分からない」と語ったり、平易な言葉で語る教師が尊敬される。
- (12) 医療経済研究機構編 前掲書 p.10.参照。
- (13) 医療経済研究機構編 前掲書 p.57.参照。
- (14) 木下照嶽『新版社会報告会計』創成社 1995, pp.123-124.
- (15) OECD, *The Non-profit Sector in a Changing Economy* (OECD 2003) p.271.
- (16) OECD, *The Non-Profit Sector in a Changing Economy* (OECD 2003) p.275.
- (17) Ibid.,P.276.
- (18) マイケルE・ポーター、エリザベス・オルム・ステッド・タイズバーグ・「ヘルスケア市場の競争戦略」Harvard Business Review,September 2004（ダイヤモンド社）134頁