

存か」という視点ではなく「QOL の追求へ」といった「生物医学モデルから生物心理学モデル」という健康・病気観のパラダイムシフトが生じていると述べており、このパラダイムシフトから、医療機関などによる保険医療サービスの提供のされ方も、従来のプロバイダー・オリエンティッド¹から、今後はコンシューマー・オリエンティッド²の観点から保険医療サービスやシステム、制度を組みなおすことへの期待が高まってきていると述べている。そしてその具体的な現れとして、「インフォームドコンセント(説明と同意)」や患者・住民の「自己決定・自己決定権」や自律性(autonomy)の尊重、「カルテ開示」をはじめとする患者・住民への「情報開示」や「情報公開」の促進をあげ、医師—患者の関係が、能動・受動型または指導・協力型の伝統的な医師—患者関係から、相互参加型の医療者—患者関係への転換が指向されるようになってきていると述べている。

このような経営環境の変化の中、病院は従来とは異なった患者価値を創造することを求められている。ただ価値の定義は論者によって多様であり、本稿における「価値」は以下の意味に定義する。

Kotler^{v)}によれば、顧客の受け取る価値とは、「総顧客価値」と「総顧客コスト」の商であるとし、商の値が大きいほど顧客は価値を認め製品購入の可能性は高まると述べている。「総顧客価値」とはイメージ価値・従業員価値・サービス価値・製品価値から構成され、「総顧客コスト」は顧客の精神的コスト・エネルギーコスト・時間的コスト・金銭的コストから構成される。

この概念から、今日、多くの病院が指向している医療サービスの向上策を考えると、製品価値である医療技術を高め、応対接遇を良くし、待ち時間を少なくすることにより、「総顧客価値」を高めるということであろう。この方法はもちろん患者にとっての価値は向上する。ただ近隣の医療機関も同じ視点から努力している。競争優位性はこの方法では構築できない。今日の病院経営においてこれは、病院存続の必要条件であって十分条件とはなり得ないのではないか。

では、高度なレベルの医療技術・低い再発率・安心できる医療提供システムといった、「医療の質」の高さを病院の患者に提供するといった方策はどうか。これらは患者が高い価値と認めるものであろう。ただ、医療の質の高さの追求だけでは、患者の「ニーズの束」に十分に訴求できるとは考えにくい。たとえば Herzlinger^{vi)}が紹介している病院の事例のように、病院は、高い医療技術・情報提供・利便性・自助努力への援助・心理面のサポートなど質の高い医療を核とした複合的なサービスの提供ができてこそ患者の「ニーズの束」に訴求できるものと考えられる。

この点は病院のドメインの定義付けに関連する問題である。企業におけるドメインとは、Hofer & Schendel^{vii)}によると、企業の存在領域と活動範囲の広がり方向性を示す概念であり、組織と環境との相互作用の範囲を規定するものである。Abell^{viii)}は事業ドメインを、「顧客・機能・代替技術」で定義することを提案している。現在の病院の多くはこの定義に従うと、患者(顧客)に医療技術(技術)で疾病を治すこと(機能)と定義している。

1 プロバイダー(保険・医療提供者)の見方や都合を優先してそのあり方が決められ、コンシューマー(保険・医療の受容者、つまり患者や一般住民・市民)はその単なる受け手でしかないという考え方。(山崎喜比古編 2001 『健康と医療の社会学』 東京大学出版会 第3章より)

2 コンシューマー側の見方やその主体性や自律性を尊重して、医療福祉のあり方を決めていこうという考え方。(山崎喜比古編 2001 『健康と医療の社会学』 東京大学出版会 第3章より)

健康・病気観のパラダイムシフトが生じている現在、患者価値の創造には、供給者側（＝病院）の決める製品（サービス）にとらわれるのではなく、「患者側の隠れたニーズ」に焦点を当てて病院の機能を抜本的に見なおす必要があると考える。

この視点の参考となるのが、Kim & Mauborgne³⁾による「バリューイノベーション(value innovation)」という概念である。彼らによれば、「バリューイノベーションとは、既存の市場においてまったく新しく優れた価値を提供することで競争を無意味にしてしまうものであり、その新しい価値から新しい市場を生み出すもの」とし、その例として、ニュース放送のCNN、生活雑貨のイケア、近距離航空のサウスウエスト、コーヒーのスターバックスなどをあげている。具体的にスターバックスを例に説明するならば、スターバックスは、コーヒーという機能的な製品を提供する場なのではなく、「カフェインが生み出すオアシス」と表現されるように、仲間が集まるしゃれた場所・ステータス・くつろぎ・会話、そして個性的なコーヒーを提供する「コーヒーバー」というコンセプトによって情緒的な体験を提供している。つまり、コーヒーを販売するのではなく、体験を提供していることとなる。つまり、バリューイノベーション企業は、顧客に優れた価値を提供するために、事業のドメインを同じ業界の競合他社とは異なった独自の設定を行っているのである。

日本の病院の中にも、まさにバリューイノベーションを行って患者価値を高めている病院の事例がある。それは産科・婦人科・小児科・麻酔科を標榜し、34床の病床を持つ、山口県光市にある医療法人・至誠会梅田病院(理事長・梅田薫)³⁾である。理事長は、病院のミッションを「母乳育児を広げる」とし、その言葉には、母乳で育てることが最も自然であり、それ以上に母乳で育てることにより「HUG(抱きしめること)」という行為の大切さを患者・地域住民に訴えかけていきたいという強い思いがある。よって、病院の機能も「子供を安全に出産する場所」だけでは定義しない。また今日、多くの産婦人科を標榜する医療機関が豪華な食事・病棟や赤ちゃんの産声のCDなど、入院におけるアメニティや記念となるようなモノで他の医療機関との差別化をはかる施策とも一線を画している。

梅田病院は多様なサービスを産前・産後の入院時や退院後まで提供しており、それは表1で示したとおりであるが、その中からいくつかのサービスを以下紹介する。

表1 梅田病院のサービス

妊婦	出産後のお母さん	パパ	ジジ・ババ
マタニティ・スイミング	サロン・ド・おっぱい	妊婦体験	JBP 教室
マタニティ・エアロビクス	ティファニー・ウインク	ラブ・メッセージ	
365日・24時間診療	お詫び状	両親学級	
わんぱく大使館	婦長の電話訪問	ファミリールーム	
	母乳外来		
	出戻り母さん制度		
	PKO 教室		

(インタビューより筆者作成)

「サロン・ド・おっぱい」とは、産後3日目に開かれるミーティングで、数人のお母さんが病院の最上部のガラス

3 理事長への筆者のインタビューより。

張りの見晴らしの良いサロン風の部屋に集まり、梅田院長を囲み、甘いものを食べながら母乳育児の重要性などをテーマに話し合いが行われる。出産経験が多いお母さんには院長から他の御母さんへのアドバイスが求められることもある。「JBP 教室」とは、ジジ、ババ、パパを対象とした、お母さんをどうサポートすれば良いかをテーマにした研修会である。退院後にも、婦長がお母さんに電話をかける「電話訪問」や、「出戻り母さん制度」という育児疲れのお母さんのためのショートステイ制度を用意している。

梅田病院では、多くの婦人科の医療機関が妊産婦のニーズを「快適で印象に残るような出産」と捕らえているのに対し、出産だけでなく、出産後の「子供を愛情を持って育てていきたい」というニーズを明確に意識して、さまざまレベルの高いサービスを組み合わせてお母さんに提供を行っている。もちろん、梅田病院のアメニティレベルも高いが、出産後のお母さんからみて「このサービスが欲しかった」という潜在ニーズを解決する豊富なサービスの提供が、お母さんたちに病院への信頼と驚きを与えることとなる。それは、院長が患者価値を意識して、他の病院とは異なった機能の定義を行い、患者に新たな価値を提供すること、つまりバリューイノベーションの結果である。

4. ドメインコンセンサスへの対応

ドメイン再定義の有効性はこれまで述べてきたとおりであるが、企業のドメインの再定義には、どのようにドメインを再定義するのかという課題と、ドメインコンセンサスをどのように形成するのかという課題がある。再定義では、組織がどのように環境を認識するのかという点が重要となる。患者が病院に求める機能を従来と替わっていないと認識する病院では、ドメインの再定義の必要性を感じない。ドメインコンセンサスの形成については、「機能的定義として鉄道産業を「輸送事業」と表現するのでは、逆に使命や顧客の範囲が広がりすぎて抽象的になり有用でない」という Levitt に対する Ansoff³⁾の反論のように、ドメイン設定が顧客に受け入れられてこそ有益なものとなる。企業と顧客の間に製品を媒介とした認識のコンセンサスが必要となる。よって、企業のドメインの再定義には、病院の多様なステークホルダー、特に患者・地域住民と主体的に関与して、さまざまな主体間のダイナミクスな相互作用を通じて、アイデアを創造していく必要がある。それには、彼らを医療機関が与える刺激に反応する受動的な主体として位置付けるのではなく、患者価値創造のために、患者・地域住民を能動的な主体として、サービス開発の段階から積極的に関与させる必要がある。すなわち患者、地域住民は医療機関が創造した価値の単なる受け手ではなく病院とともに価値を創造する協力者(パートナー)として位置付けることが必要となる。

では、患者・地域住民を価値を創造する協力者として位置付ける方法であるが、彼らは真のニーズを明確に意識しているわけではない。彼らに「なにを望んでいるか」と質問をしても、自分の医療ニーズを良く理解していないため、解答は得られない。よって病院は、患者・地域住民と長期的な関係を結び相互に知識を提供しあって、新しい知識を創造していく必要がある。そのためには彼らが病院にコミットメントできる仕組みが必要となる。

病院は、企業と比べて顧客からの牽制を受けにくい構造となっている。遠藤⁴⁾は、ステークホルダーの牽制の観点から病院と企業でのコーポレート・ガバナンスの相違点をあげ(表 2)、病院の特徴を、1)消費者主権が機能しない、2)株主が存在しない、3)病院組織内における管理スタイルに特徴があるとしている。

表 2 企業と病院のコーポレート・ガバナンスの相違

	株主・出資者	消費者・患者	上司・同僚	行政
企業	株主は議決権と株式譲渡を武器に取締役を牽制。わが国では株式持合い構造によりこの牽制が十分機能してこなかった。	企業行動に影響を及ぼす最大の牽制力を持つ。「安くて良いものを」という効率性の牽制に加えて、倫理的消費者運動に見られる適正性の牽制も見られるようになっている。	階層的な管理構造であるため、内部でのチェックはある程度有効。	基本的には規制緩和、事前規制から事後規制へとシフト。
病院	非営利性を前提にしているため出資者の牽制力は弱い、または存在しない。	医師—患者間の情報の非対称性と保険制度により牽制力は弱い。特に患者の「声」による牽制は極めて弱い。	プロフェッショナルフリーダムにより内部の相互チェックが十分ではない。	個別監視より情報の開示の拡大を義務づけるほうが有効。

(出典:遠藤久夫 1999 「病院経営とコーポレートガバナンス」『病院』58(3))

また Hirschman^{xiii)}は、ある取引や状況に対して不満がある場合にとりうる意思表示の方法として発言(voice)と退出(exit)の 2 つがあると述べる。発言とは、自分の要求を声に出して伝えること、直接・間接に相手に対して抗議の意思表明を行い、改善を要求することである。退出とは、相手との関係を絶ち、他の相手を探るか活動分野を他の領域に変えることである。発言も退出も相手に対する牽制機能である。現在の病院と患者間を見るならば、多くが退出(exit)といった方法を採用する。しかし患者・地域住民を病院の価値創造の協力者にするためには、発言の仕組みをきちんと整備することが必要となってくる。

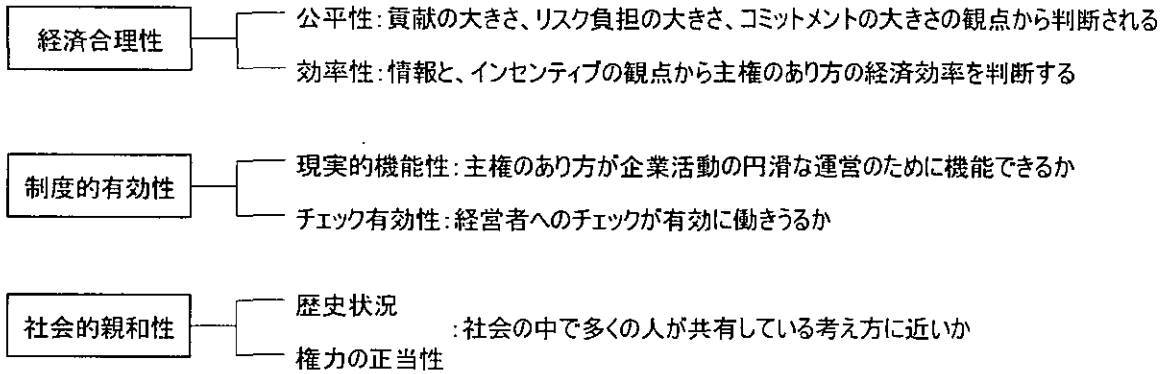
5. 主権者としての患者・地域住民

伊丹は、企業の主権者を、企業を取り巻くステークホルダーの中から株主とパートなどを除くコアの従業員からなる両者による日本型コーポレート・ガバナンスを提案している。

その中で、企業の利害関係者を広くガバナンスの参加者に入れるべきであるという考えに対して、「ステークホルダー全体による統治という考え方は、コーポレート・ガバナンスという統治行為の本質からして、議論の混乱を招きやすい考え方のように思われる」と述べ、その理由を「企業という経済体にとって利害関係者ではあってもその内部者でない人々を統治行為の主体と考えるには無理があるから」とし、企業の主権者となるにふさわしい条件として、その企業が生まれるのに不可欠な資源を提供していること、その資源の提供をかなり長期的にしつづける意図を持っていること、さらにその企業の事業の盛衰によって最も大きなリスクをこらむり、コミットしていること、の 3 点をあげている。よって、逃げない資本をリスクを負って提供している株主と、その企業に長期的にコミットしている経営者や従業員がコーポレート・ガバナンスの参加者になる主権者としての資格を持つとする。

さらに主権のあり方は社会的に受容される必要があるとし、図 1 で示したような主権の社会的受容を、先に

あげた主権者になる条件のことをいう公平性・効率性を要素とする経済合理性、現実的機能性とチェック有効性を要素とする制度的有効性、歴史状況と権力の正当性を要素とする社会的親和性という3つの論理が存在するとしている。



(伊丹敬之 2000 『日本型コーポレートガバナンス—従業員主権企業の論理と改革—』日本経済新聞社より筆者加筆)

図1 主権の社会的受容三つの論理

では、主権者としての患者・地域住民は、社会的受容を持ち得るであろうか。持ち得るのではないかと筆者は考える。ただし、伊丹がすべての従業員を主権者と捉えていないように、コア患者・コア地域住民がその対象となるべきである。コア患者・地域住民とは、病院がドメイン設定をおこなう基礎となる組織のビジョンやミッションに共感できる人々を指す。梅田病院の事例においては、病院のミッションに賛同できる人々が対象となる。

表3は、そのコア患者・地域住民が病院の主権者となり得るかを、先にあげた主権の社会的受容の3つの論理から考察したものである。問題となるのは、リスク負担が明確でないことと、患者と病院は本来的には経営に関しては利害を一致できない立場にあるため、病院経営の視点を患者・地域住民へどのように持たせるかという点がある。ただ、株主が存在しない、企業と比較して資格者が多く従業員の流動性が高い病院において、経営リスクを負っているのはほとんど経営陣であると考えてもよい。さらに、営利追求を目的に掲げない病院では、患者・地域住民への経営内容の説明は企業に比べ理解が得やすいとも考えられる。以上から、コア患者・地域住民は主権者として社会的受容があると考ええる。

患者や地域住民が病院のガバナンスの主権者になりうる可能性を示してきたが、では、どのように彼らに影響力を行使させればいいのかであろうか。まず事例を紹介する。

ある中部地方の医療法人⁴は、30年を超える歴史を持ち、診療圏には病床数500床を超える病院を始め中小の病院が多数あり、多くの診療所も存在している中、法人の存在機能を「地域の医療要求に対応する施設・器械・人員の整備」と定め、急性期病棟・慢性期病棟を持つ、複数の病院・複数の診療所・老人保険施設・訪問介護ステーションを持って、地域医療・福祉に貢献している。

この病院のガバナンスの特徴は、医療法人でありながら患者・地域住民から出資者(社員)の公募を行っていることである。出資額は最低1口10,000円であり、現在3,000人を超える出資があり、1人で200~300万円の出資を行う人もいる。

4 専務理事への筆者のインタビューより。

表3 主権の社会的受容 3つの論理によるコア患者・地域的民権の検討

3つの論理	構成要素	内容	コア患者・地域的民権の検討
経済合理性	公平性	企業の存在に主権者が不可欠な資源を保有しているか。	サービス供給者サイドが持ち得ないサービスの受容者としての情報をもつ。
		主権者が長期的なコミットを持つ可能性が高いか。	自身が納得いくものであればリスク回避の観点からも長期的なコミットをする意思が存在する。
		リスクの負担を主権者が担っているか。	事業の盛衰に直接リスクをこうむるわけではない。ただし患者にとって受診している病院が無くなることはコストが発生する。
	(企業の意思決定の) 効率性	インセンティブ効率が高いか。	自分達の意見や考え方が病院のサービスに反映されることは強いインセンティブが存在する。
		情報効率が高いか。	患者や生活者の視点は効率的であるが、経営効率の観点は持ちにくい。
制度的有効性	現実的機能性	企業活動の円滑な運営に機能するか。	病院経営への見識を高める情報提供が必要。
	チェック有効性	経営陣が機能不全に陥った場合、機能回復のメカニズムが存在するか。	仕組みによっては存在する。
社会的親和性	歴史状況	歴史的に見てどうか。	患者・地域住民が出資をおこなって組合員になっているという形態が生協病院としてすでに存在する。
	権力の正当性	正当性が認められるか	営利追及の否定と、病院の社会的機能を考慮すれば正当性はないとは言えない。

(伊丹敬之 2000 「日本型コーポレートガバナンス—従業員主権企業の論理と改革—」日本経済新聞社より筆者作成)

また、出資を行うわけではないが、地域住民が「医療情報の収集を通じて自分の健康のこと、地域の医療のことを考え、行動していく」ことを目的とした地域住民による組織も複数存在する。この患者組織には法人との資本関係は無い。会員数は約 5,000 世帯であり、いわゆる「患者会」である。その活動内容は、学習・趣味や行楽・ボランティア活動があり、「学習」とは、禁煙や結核、糖尿病などの健康に関する学習、介護保険や健康保険制度などの制度に関する学習がある。「趣味や行楽」は、お花見・旅行などの行楽、病院見学や介護施設への見学会、趣味の講座がある。「ボランティア活動」は、ボランティア学習会から、居宅独居老人に対して話の相手をするボランティア活動などがある。出資者である社員と患者会の会員はすべて重なっていないが、患者会の 7 割近くが法人の社員であるという。また、患者会の幹部のほとんどは社員であり、その中から数名が社員総会によって選出され理事となって法人業務の執行をおこなっている。

この事例の法人では、患者・地域住民が出資を行い、社員として社員総会に出席して経営を牽制している。

さらに、患者会から「学習」「ボランティア」活動からあがってくる患者・地域住民の医療・介護ニーズを患者会の幹部が理事となることによって直接経営に反映させているとみることができる。患者・地域住民を主権者とするガバナンスの仕組みが存在する。

ただし、既存の医療法人において、患者・地域住民が出資して社員となることには、社員総会において社員の持つ議決権が所有する口数ではなくひとり1票であることから考えても、現実的には患者・地域住民を社員とし経営陣を牽制することは、非常に困難である。そこで、特別医療法人制度の機構に見られるような評議会を設置して患者会などの患者や地域住民の組織から代表者を複数名選び牽制をおこなうことは十分可能ではないのであろうか。

6. むすび

事例にあげた、患者・地域住民を社員とする病院においても、「社員・会員から情報を収集する際に、法人側の明確な意図や情報収集の仕組みがないと経営に有効な情報があがってこない」であるとか、「出資者の中には、病院への今までの感謝の気持ちから出資をおこなうという考えを持つ出資者(リスク負担意識が希薄。寄付をするという感覚に近い)も存在し、経営陣に牽制を行うという意識の出資者ばかりでない」といったコメントもあった。この病院では、結果的であれ資金調達機能を患者・地域住民の出資は果たしており、そのことがガバナンスにすぐに影響を与えるわけではない。しかし、患者・地域住民も主権者として病院のガバナンスを築くためには、病院が患者・地域住民と協働できる仕組みや、働きかけを常に模索しつづけることが必要であると考えられる。

引用文献

- i) 伊丹敬之 2000 『日本型コーポレート・ガバナンス従業員主権企業の論理と改革』 日本経済新聞社:18。
- ii) 伊丹敬之 2000 『日本型コーポレート・ガバナンス従業員主権企業の論理と改革』 日本経済新聞社:17。
- iii) 寺本義也、坂井種次編著 2002 『日本企業のコーポレート・ガバナンス』 生産性出版:13。
- iv) 山崎喜比古編 2001 『健康と医療の社会学』 東京大学出版会:第3章。
- v) Kotler, P., 2001, A Framework for Marketing Management. (恩蔵直人監修 2002 『マーケティング・マネジメント』月谷真紀訳 ビアソン・エデュケーション:8。)
- vi) Herzlinger, R. E., 1997, Market-driven health care: who wins who loses in transformation of America's largest service industry. (岡部陽二監訳 2000 『医療サービス市場の勝者』竹田悦子訳 シュプリンガー・フェアラーク東京:55。)
- vii) Hofer, C. W., Schendel, D., 1978, Strategy Formulation: Analytical Concepts. (1981 『戦略策定:その理論と手法』奥村昭博、榊原清則、野中郁次郎訳 千倉書房。)
- viii) Abell, D. F., 1980 Defining the Business: The Starting Point of Strategic Planning. (1984 『事業の定義』石井淳蔵訳 千倉書房:221-226。)
- ix) Kim, W.C., Mauborgne, R., 1997 Value Innovation: The Strategic Logic of High Growth. in Harvard Business Review. Jan-Feb. (1997 「バリュー・イノベーション:連続的価値創造の戦略」 『ダイヤモンド・ハーバード・ビジネス』 Jun-Jul ダイヤモンド社。)
- x) Ansoff, H. I., 1965 Corporate Strategy. (1969 『企業戦略論』広田寿亮訳 産業能率短大出版部。)

- xi) 遠藤久夫 1999 「病院経営とコーポレート・ガバナンス」『病院』58(3)。
- xii) Hirschman, A. O., 1970 Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States.
(1975 『組織社会の論理構造』三浦隆之訳 ミネルヴァ書房。)

第2章:海外状況(海外調査報告含む)

I シンガポール調査報告書

IBM 井田浩正

調査期間:2004年2月9日~2月11日

調査対象医療機関:Alexandra Hospital (378 Alexandra Road, Singapore 159964), Gleneagles Hospital

1. シンガポール調査の目的

シンガポールの医療機関の調査にあたっては、シンガポールの公的な医療機関が医療経営改革において斬新な取り組みを行っており、日本の多くの非営利医療機関が今後経営改革を進める上で、大きな参考になる可能性があるとの判断で本調査を行うこととなった。

医療機関が経営母体を営利あるいは非営利として医療サービスを提供する場合、それぞれにどのようなメリット・デメリットが想定されるのか、あるいは、医療機関が非営利母体として公的な存在意義をもって、公共的な責任に立脚して医療サービスを提供していく場合、経営面で大きな課題を抱える非営利の医療機関は、経営母体の特性上、経営面での経営改善が本質的に難しい状況にあるのか、あるいは、非営利としての公共的な責任を果たしながらも斬新な経営改革を進めることが可能であるのか、また、斬新な経営改革を進める場合、どのような医療環境、経営手法やインフラ要件が必要となるのかなどについて、ぜひ知見を得たいとの目的を設定した。以上より、今回の調査はシンガポールで公的な医療サービスを提供し、斬新な経営改革を進めている医療機関に焦点をあて調査を実施した。

シンガポールと日本の医療制度は異なり、一概にシンガポールの公的医療機関のケースを日本の医療機関にあてはめて、日本の公的医療機関のあり方を提言するには飛躍があるが、今回調査対象となった医療機関の経営改善における斬新な取り組みは、シンガポールの特異的な医療制度の中で創造され、実施されたものというよりはむしろ、日本の公的医療機関が取り入れることが可能である取り組みがほとんどであることが確認された。

今回の調査結果は、日本の非営利母体の医療機関が経営改善の取り組みを行うための参考情報として、十分耐えうるものであると思われる。また、シンガポールの営利の医療機関についても、今回簡易的な調査を併せて行ない、シンガポールの自由競争的な医療制度の中で、非営利の医療機関の革新的な経営改革の取り組みが、営利の医療機関にとって大きな脅威となる可能性があることの示唆を得た。すなわち、自由競争的な医療環境の中で営利・非営利医療機関の現状を比較して見た場合、経営母体自体からくるメリットや制約条件よりもむしろ、経営改革そのものをどのように展開していくのか、また、母体特性によるメリットをどのように経営改革にうまく利用していくのかといった、戦略やマネジメントの視点が医療機関の成功要因となるように思われ、今後日本の医療機関のあり方に大きく参考になると思われた。

2. シンガポールの医療

シンガポールの人口は416万人(2002年6月時点)で、中国系76.5%、マレー系13.8%、インド系8.1%、その他1.6%の他民族国家である。面積は685.4平方Kmで、東京都23区とほぼ同じ面積を持つ島国で、

1965年にマレーシアから分離・独立後、海外からの民間企業の誘致を柱とする徹底した工業化政策を進め、アジア諸国において順調な経済成長を続けてきた。2002年のデータでは、国民1人当たりのGDPは\$24,000で、日本の\$28,000、香港の\$26,000に次いでアジア第3位、GDP成長率は2001～2002年で2.2%である。1999年のデータでは、60歳以上の老年人口は11%であるが、2030年には27%になると予想されており、高齢化が急速に進んでいる。2002年の国民総生産は1,557億シンガポールドル(約10兆7,472億円)、2001年の国民医療費は15億9,000万シンガポールドル(約1,099億円)で、国民医療費は国民総生産の約1%程度、GDP比でみてアメリカが14%、日本が8%、シンガポールは3%となっている。医療用医薬品は2002年で3億1,600万シンガポールドル(約218億円)、対前年比4%の成長率であった。

予防医学の推進、健康意識の啓発を中心とする健康増進政策、医療システムの効率化、高齢者数が比較的少ないなどの点から、医療費の占める割合が比較的低いのが特徴である。

シンガポールは日本と異なり公的皆保険医療制度はなく、政府が提供するガイドラインを目安としながらも、あくまでも医療機関が医療サービスの価格を設定できる自由診療の形態をとっており、実際、医療機関ごとに医療サービスの価格は異なっている。公的な医療機関の医療費は比較的安価である一方、患者数が多く待ち時間が長いなどの問題があり、また、民間の医療機関は欧米並みの価格設定であるものの、公的な医療機関と比較して設備やサービスが良いところが多い。また、両者において、医師の経験年数や知名度などにより診療報酬に大きな幅がある。

医療費は基本的に個人負担となっており、政府は基本的な医療をあくまで個人の責任範囲と位置づけている。個人による貯蓄を個人で利用するシステムを政府が管掌している点で、社会保険の枠組みで個人から徴収し資金を公的に配分する日本の医療保険システムと大きく異なっている。日本においては、公的保障の観点から医療コストに対する意識が薄く、医療費抑制が働きにくい側面があるが、シンガポールでは個人の積み立てによるアカウントを個人で利用する観点から、医療費の抑制や医療サービスの質でシビアに医療機関を選択する傾向があるように思われる。DRG(Diagnosis-related Group)の導入により、各医療機関の治療費用、入院日数などの比較データが公表されており、医療機関選択上の参考情報が患者に公開されているのみならず、医療機関側としても運営管理の効率化を図るインセンティブとなっている。一方、個人利用という側面が強調されるため、その点が制約となり、社会的困窮者などへの公的な保障面が脆弱であるとの見方もあり、また、高齢化の進展により、医療費が増大した場合、現行の医療システムが機能するのかなどの点が危惧されている。

政府が管掌する社会保障制度として、中央積立基金庁(Central Provident Board)が所管する中央準備基金(CPF:Central Provident Fund)という強制年金制度があり、積立金の一部を必要に応じて医療費として利用することが可能となっている。この積み立て年金をメディセーブという。この他にメディシールドやメディシールド・プラスという任意加入の保険があり、高額な医療費の発生時にメディセーブを補完するものとして創設されている。また、メディファンドと呼ばれる生活困窮者への医療費を補助するための保険があり、政府の支出により賄われている。本基金の利子は、公立病院や医療費の支払いが困難な患者へ支給されている。これらの政府系医療保険に加え、必要に応じ民間保険に加入することにより医療費が賄われている。

CPFは住宅費、定年退職後の生活費や不慮の事故、医療費などを経済的に保障するために、被雇用者と雇用者が給与に対し定率で積み立てを行う制度で1955年に創設された。CPFへの拠出率は、創設以来

度々見直されてきたが、1994年7月以降は、雇用者側は支払い給与額に対して20%、勤労者側は給与の20%、自営業者は年収の6%を積み立てる義務がある。積立金に対して下限で年2.5%の利子収入があり、CPFの積立金、利子ともに非課税となっている。CPFへの拠出金は3種類の口座に分けられ、約75%を普通口座に積み立てて、住宅購入、政府認可の投資、保険、教育費などに利用されている。約10%は特別口座に積み立てられ、定年後や不慮の事故への留保、そして約15%がメディセーブ(医療補助口座)として加入者や直系親族の入院費、医療保険として利用される。シンガポールの医療保険は入院保障のみで外来治療費は実費負担となっている。

シンガポールの医療は保健省(Ministry of Health)が規制当局として統括しており、公立病院の運営は保健省管轄下のSingapore Health(Sing health)とNational Health Group(NHG)の2つのグループにより運営されている。公的医療機関は1999年に垂直統合され、2つのネットワークに分割され、密な協力関係の下、より統合的で質の高い医療サービスを提供できる体制が構築された。これらの運営母体それぞれが公立病院や公立の診療所(Polyclinic)を有する。NHGは2000年にDirect Access Schemeを導入し、傘下の病院や診療所で提供されるサービスの合理化を図った。すなわち、診療所で診察を受けた患者が病院に紹介された場合、1度のみ受付で関連医療機関内でカルテが共有され、更新される体制となった。

シンガポール国立大学病院(National University Hospital)は唯一の大学病院であり、診療・医学教育・学術研究が行われているが、日本の医学部付属病院のような位置づけではなく、NHGグループ下の公立病院として運営されている。私立大学病院、看護大学やコメディカル教育・養成機関は存在せず、看護師、レントゲン技師などの人材難の問題を抱えており、多くの外国人の雇用が行われている現状である。

シンガポールの医療技術水準は東南アジア地域随一であり、医療機関の設備も良く整備され、日本の医療機関と同等かそれ以上の医療サービスが受けられるといわれており、近隣諸国からも多くの患者を受け入れ、外貨獲得に貢献している。医師・看護師・薬剤師は欧米で取得した免許が有効であり、多くの医師が欧米で専門教育やトレーニングを受けておりスキルレベルは高いが、人口が少ないため医師1人当たりが経験する症例数は欧米先進国と比較して少なく、大病院などの症例経験のある医師とそうでない医師のスキルギャップは大きい。保健省は海外から有力な医療機関を誘致して医療技術水準の向上を図っており、アメリカのJohns Hopkins大学医学部がシンガポール国立大学病院と共同で開設した専門センターやStanford大学医学部、Mayo Clinicなどが共同事業として病院内で医療施設を開設しているケースがある。

政府系の大規模な医療機関や一部の民間医療機関では、日本の総合病院と同様に、医師が病院に雇用され、患者は病院を自由に選択し、必要に応じて専門医を受診できる。同じ病院内での医師間の連携も良好であり、チーム医療が可能となっている。薬剤管理や医療事務処理なども院内で一括して行われるシステムとなっている。一方、私立の医療機関の多くはオープンシステムと呼ばれる形態をとり、専門医がテナントとして病院の施設を借り、それぞれが独立して診療を行っており、検査、処置、入院設備や看護師は病院が提供する。医療費の支払いは、診療を受けた医師への報酬部分と医療機関の設備利用料に分けられ、それぞれが別途支払われる仕組みとなっている。

医師はGP(General Practitioner)と呼ばれる一般医とSpecialistと呼ばれる専門医に別れ、専門医は一般医と比較して格段に高い診療報酬を得ている。基本的に、患者は最寄りの一般医を受診し、必要に応じて専門医の紹介を受けるが、予約により直接専門医を受診することも可能となっている。

私立の有力な医療機関の例として、Gleneagles は技術レベルや患者からの人気度が特に高い開業医をテナントとして多数集めており、院内に入居している開業医がブランド力の大きな要となっている。病院内には各開業医の診療施設と入院施設が併設されており、診療施設では各開業医がテナントとして病院から診療スペースを借り受けている。患者は診療時に医師の技術料を各開業医に支払い、施設使用料や看護スタッフ等のコメディカルサービス費を病院側に支払う。薬剤費は院内に併設されている外部の薬局への支払いとなる。MRI・X線・臨床検査施設等の検査施設は各診療所の共有施設となっており、検査施設自体を独立した事業体としており、患者の検査料は検査施設に配分される。Gleneagles の診療施設には入院施設が併設されており、患者が入院・手術を受けた場合は、入院・手術施設使用料およびコメディカル人件費の部分を患者が病院に支払い、医師の技術料については医師に支払うシステムとなっている。

Gleneagles の競争力は質の高い医師と差別化された豪華な入院施設にあり、ブランド力で他の多くの私立病院を大きく引き離しているが、シンガポールの病院マーケットはほぼ飽和点にきており、政府系の医療機関が政府予算を得て経営改善を行い、集客力を向上させることが脅威となるように思われた。Gleneagles は医療サービスの需要の掘り起こしを主要な戦略目標の 1 つと考えており、シンガポール以外の国からの患者の受け入れや他国への進出も視野に入れている。シンガポール政府としても、医療を外貨獲得の機会と位置づけており、シンガポールを「医療ハブ」と位置づけて、他国の患者の受け入れを促進する動きに出ている。

シンガポールの一般医療は、民間が 80%、政府系 (Polyclinics) が 20% を提供しており、病院医療では一般医療と逆転し、政府系が 80%、民間が 20% を提供している。2002 年のデータでは、26 の病院及び専門診療所が提供する総ベッド数は 11,798 床で、人口 1,000 人当たりのベッド数は 3.7 (日本の場合、2001 年の厚生労働省のデータで 14.6) である。公立の 8 病院及び 5 専門診療所が 84% を占める。残りの 13 の私立病院は規模が小さく、25～500 床の範囲となっている。政府は公的病院のベッド数、新薬の採用、コスト増加率を規制している。

シンガポール政府は 1980 年の半ばに公的医療システムの再構築プランを発表し、2002 年までに全ての公的医療機関を政府管轄下の国営企業体とした。目的は、政府系医療機関の自由裁量権の拡大と公的サービスにおける各種制約条件の緩和にあった。この改革の推進により、患者のニーズにより迅速に対応できる経営上の自由裁量権と柔軟性が多くの医療機関に与えられた。民間の会計システムの導入、営業利益のより明確な把握、財務的信頼性の確保が図られ、予算ベースでなく、結果ベースでの経営資源の配分が行われた。具体的には、各医療機関の患者の疾患タイプ、治療の難易度とそれぞれの患者数をベースとして医療資源が配分されるケースミックスのコンセプトが導入され、高いレベルの医療サービスの維持と医療費対効果の高い治療の提供が図るべく体制が構築された。

3. アレキサンドラ病院—変革の軌跡

3.1 変革の成功要因

シンガポール西部に位置するアレキサンドラ病院 (Alexandra Hospital) は、英国軍の極東における基幹病院として 1938 年に開設され、1971 年に英国軍が引き上げた際、アレキサンドラ病院と命名され一般市民に開放された。現在は一般及び急性期患者を対象とした 400 床、スタッフ数が 1,020 人 (医師 117 人、看護師 373 人、経営管理 152 人、その他) の病院 (Exhibit-1) で、緑と青色の美しいコロニアル調で統一されたホテル

並みの建物、手入れの行き届いた美しい庭園を持ち、いわゆる公的なイメージを連想させない。

Exhibit-1

Medical	117
Nursing	373
Administrative	378

1,020

アレキサンドラ病院では、患者を医療サービスの中心 (Patients First, Always) と位置づけて、優れた品質のサービスを提供すべく、院内の組織、プロセスや環境改善のための多数のプロジェクトを推進してきた。患者へのサービスの質を改善するための具体的な取り組みとしては、Mayo Clinic など同業で優れた取り組みを行っている医療機関やシンガポール国立図書委員会 (National Library Board of Singapore)、リッツカールトンホテル、マクドナルドなど異業種で優れたサービス提供を行っている企業とベンチマークを行い、それぞれからベストプラクティスを抽出し、導入可能で斬新な取り組みとして実際に具体化してきた。結果として、National Innovation and Quality Circles Award、Singapore Environmental Achievement Award 2002、The Singapore Quality Class and the People Developer Standard in March 2002、Public Service Award for Organizational Excellence 等数々の賞を受賞し、これらの賞を誇りとしてさらに改善活動を継続している。また、わずか 8 ヶ月で ISO9001:2000、ISO14001 の認証取得をしており、非営利医療機関の組織全体による改善の取り組みとして特筆すべきものがある。

これから紹介するアレキサンドラ病院の改革の特徴は、組織の中でいくつかの小さな部署やグループが主体となって、現状業務の延長線上で行われるいわゆる部分最適の活動ではなく、院長のトップダウンのもとに、院内の多くのスタッフを部門横断的なチームへと編成し、改革にコミットさせ、全体最適を目指した組織全体の取り組みであり、アレキサンドラ病院の歴史上において“Metamorphosis (変質、変容)”と呼ぶにふさわしい変革であると思われる。変革にあたっては、病院の存続にかかわる大きな課題が存在し、経営者として苦渋の選択をせまられる状況にあって、対症療法としての小さな改善活動を選択せず、思い切って大きな組織変革を目指したことが成功要因であると思われる。すなわち、変革を推進するトップが、ビジョン・ミッションを明確化し、変革への強い意志表示を持続的に発信してきたこと、多くの優れたマネジメント手法を導入してきたこと、変革の主役であるスタッフ側が大きな環境変化の中にあって、変革を受容し、自ら変容し、そしてさらに向上することの意義を理解する多くの機会に恵まれたことが主な成功要因であると思われる。

3.2 アレキサンドラ病院の抱えていた課題

アレキサンドラ病院は 1938 年に英国軍の医療施設として開設された後、英国軍により永らく運営されていたが、その後シンガポール政府に運営母体が移管され、シンガポールで一流の公的基幹病院の 1 つとして、地域医療サービスに重要な役割を果たして来た。しかし 1980 年代になると、近隣に 943 床を有する National University Hospital (1985 年開設)、1,400 床を有する Singapore General Hospital (1821 年開設) が次々に経営改革を行い、アレキサンドラ病院の地域医療における位置づけが不明確となり、衰退の 80 年代と呼ばれる時代を経験した。そして、1990 年代には、アレキサンドラ病院の位置づけは「2 流から 3 流の公立病院」へと転落し、大きな赤字を積み上げ続ける経営難 (Exhibit-2) の問題病院となり、新任の CEO を迎え 2000 年に本格的な経営改革の幕開けとなった。

Exhibit-2 Projected AH Deficit by Ernst & Young in 2002 (in Singapore dollars)

\$ million	2000 Oct-Mar	2001	2002	2003	2004	2005
Yearly	12.4	23.7	23.0	22.2	20.9	19.4
Cumulative	12.4	36.1	59.1	81.3	102.2	121.6

シンガポール政府は1999年11月、アレキサンドラ病院の再建計画を発表し、現CEOであるLiak Teng Lit氏を変革のリーダーとしてアレキサンドラ病院に送り込んだ。Liak Teng Lit氏はアレキサンドラのCEO着任以前に6つの政府系医療機関を再建しており、アレキサンドラ病院への着任直前はChangi General Hospital(1959年開設、801床)のCEOであった。Liak Teng Lit氏は“Tough”、“Demanding”、“Fast-paced”、“Results-oriented”のスタイルをもつベテラン病院経営者との印象をもたれていた。Liak Teng Lit氏の着任の際、アレキサンドラ病院は2006年に開設予定(後に2008年に開設予定が変更)のJurong General Hospital(650床、\$400 Millionの売り上げ、2,000人のスタッフ規模)に移行することが決定されており、また、Tan Tock Seng Hospital(1844年開設、シンガポールで第2位の規模の医療機関)への吸収も討議されていたが、結局吸収はせず、アレキサンドラ病院を再建する方向でアレキサンドラ病院経営改革を開始した。

Liak Teng Lit氏がアレキサンドラ病院に着任した頃の病院の現状は下記の通りである(“Metamorphosis – Singapore’s Alexandra Hospital In Transition”, Yim-Teo Tien Hua & Chung Sang Pok, Nanyang Business School, The Asian Business Case Centre, Nanyang Technological Universityから作成)。

(病院内の現状)

- ・ 公共サービス母体としての制約と限られた予算をベースとして病院経営が行われており、利益や患者数の視点が欠如していた
- ・ 多くのサービスが非効率に提供されており、コスト効果に問題があった
- ・ スタッフの大部分が公共サービスの提供母体の給与体系にあった
- ・ スタッフの多くが病院の将来性に不安を感じていた
- ・ スタッフのモチベーションが低い
- ・ 30年間で30人のCEOが経営に当たり、すべてが医師であり、経営の専門家としては問題があった
- ・ インフラの整備が不十分であった(猫が院内を徘徊し、柱にはシロアリがあり、厨房には鳥が巣を作っていた。入り口の駐車場は患者用でなくスタッフ用となっていた。品の悪いユニフォーム、長い待ち時間などの問題あり)
- ・ 財政赤字が継続的に増大
- ・ 1990年から1999年間で、年間の入院患者数は26%低下、ベッド占有率は53%~73%、公共セクターの入院マーケットでの占有率は1990年の8%から1999年の5%に低下した

(患者の評価)

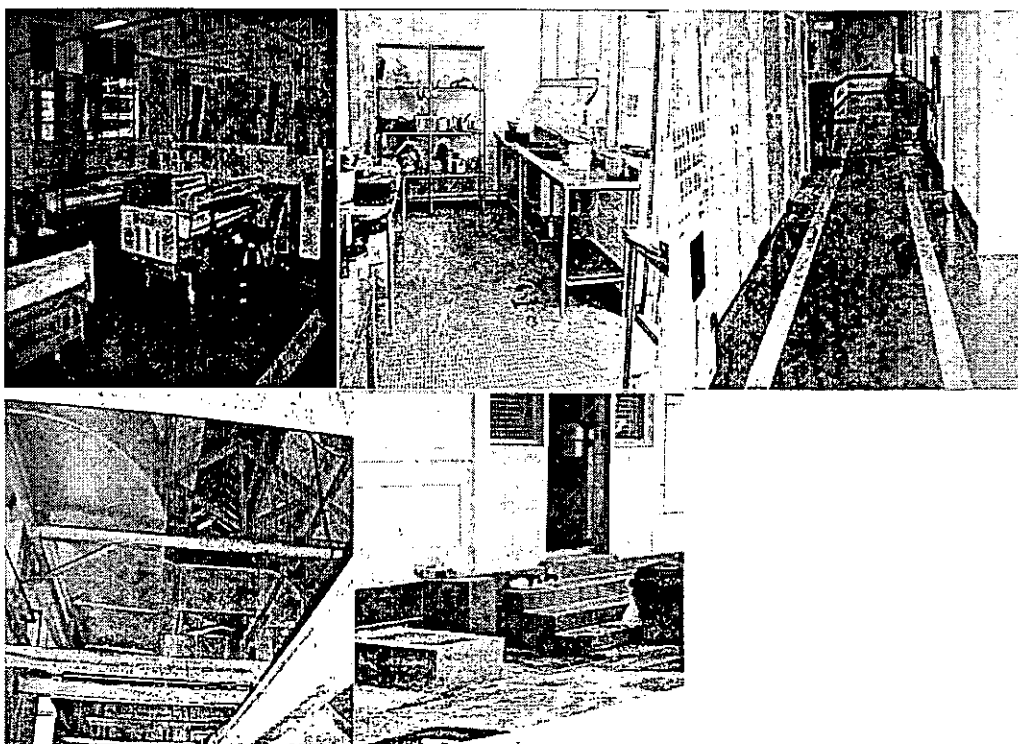
- ・ 1999年に実施した患者調査では、アレキサンドラ病院に来院した患者の39%がその家族、親戚、知人にアレキサンドラ病院を薦めないとの結果となった
- ・ 他の病院と比較して医療費は安価であるが、老人や低所得者向けの1つ星の病院であり、近隣のNational University HospitalやSingapore General Hospitalから見て見劣りする

- ・ サービスが悪く、インフラも悪い

(医療サービスの内容)

- ・ コアとなる医療サービスが患者のニーズで定義されておらず、サービスの提供範囲に問題があった(変革に対するスタッフの受容性)
- ・ 変革を「機会」と捉える層と、「快適な領域への侵害」と捉える層に2分
- ・ 多くのスタッフが、変革活動を迅速に進めようとする変革リーダーの経営スタイルを理解できず、また、従うことができない苛立ちと不安を感じた
- ・ 新しいCEOを混乱の原因と見る層が存在
- ・ 多くのスタッフは、病院が改革されればイメージが良好となり発展していくとの希望をもっていた

写真1 改革前のアレキサンドラ病院



3.3 変革のステップ

3.3.1 Vision、Mission、Value の作成

変革の視点としてまず重視されたポイントは、アレキサンドラ病院の医療サービス提供者としての位置づけであった。近隣の National University Hospital や Singapore General Hospital が提供する医療サービスと比較して、アレキサンドラ病院としてどのような特色をもったサービスを提供すべきであるのか。さらに、地域医療の担い手として、あるいはシンガポール医療全体の視点で、アレキサンドラ病院の果たす役割とはいったい何かなどについての検討が行われた。検討にあたっては、院内外からスタッフを募りマネジメントチームとして編成し、まずサービス消費者としての患者の視点で、5年後のアレキサンドラ病院に患者は何を期待するのか、また患者から見たアレキサンドラ病院のイメージとはどのようなべきかなどについて考えた。また、あるべき姿のアレキサンドラ病院が他の医療機関が提供できないサービスにフォーカスできると考えた場合、具体的にどのようなサービスを

提供するべきであるのか、アレキサンドラ病院の強み・弱みとはどのようなものであるのか、将来のシンガポール医療の流れは予防か治療か、アレキサンドラ病院のコアバリューはどのようなものであるのか、また、コアバリューを効率的に提供する方法はどのようなものか等について検討が行われた。これらの検討では院内関係者のみならず、患者からも意見が収集された。

多数の視点で検討した結果として、医療機関が自らの都合を優先することにより患者の利便性が犠牲となっていること、また、実際に患者でなく医療スタッフの利益に基づいて運営されている医療機関が多いことから、患者中心の優れたサービスを提供することが最重要であること、また、患者中心のサービスを提供する医療機関としてふさわしい Vision、Mission、Value が作成された(“Metamorphosis – Singapore’s Alexandra Hospital In Transition”, Yim-Teo Tien Hua & Chung Sang Pok, Nanyang Business School, The Asian Business Case Centre, Nanyang Technological University, “A Story of Metamorphosis”, Annual Report 2001/20002, Alexandra Hospital から作成)。

Vision

We at Alexandra Hospital strive to achieve our vision of “adding years of healthy life to the people of Singapore”.

アレキサンドラ病院は National Healthcare Group (NHG) の傘下であり、NHG のビジョンである “adding years of healthy life to the people of Singapore” をアレキサンドラ病院のビジョンと統一している。

Mission

We will improve health and reduce illness through patient-centered quality healthcare that is:

- 1) Accessible and seamless
- 2) Comprehensive, appropriate and cost-effective in an environment of continuous learning and relevant research.

Values

- 1) Integrity: We are committed to the highest standards of ethical conduct
- 2) Compassion: Our paramount concern is the welfare and well-being of our fellow human beings. We sympathize with those struck by illness and suffering and will do our best to help alleviate their condition
- 3) Professionalism: We are committed to being the best in what we do, and to achieving the best possible outcome for our patients
- 4) Respect: We treat everyone with honesty, decency and fairness
- 5) Social Responsibility: We contribute positively to the well-being and welfare of the patients.

また、患者の視点に立った良い病院の定義やサービスガイドラインが作成された(“Metamorphosis – Singapore’s Alexandra Hospital In Transition”, Yim-Teo Tien Hua & Chung Sang Pok, Nanyang Business School, The Asian Business Case Centre, Nanyang Technological University, “A Story of Metamorphosis”, Annual Report 2001/20002, Alexandra Hospital から作成)。

Patient’s Definition of A Good Hospital

- 1) Respect patient’s dignity

- 2) Provide information
- 3) Facilitate access to integrated care and services
- 4) Deliver consistent, good quality care and services
- 5) Provide cost effective care

Service ways

- 1) Responsiveness: Being prompt, proactive, flexible, spontaneous and taking initiative
- 2) Empathy: Being helpful, caring, co-operative, cultural sensitive and patient
- 3) Assurance: Being professional, assertive, credible, clear, communicative and informative
- 4) Reliability: Being accurate, quality oriented, consistent, efficient and committed
- 5) Outcome: Being with the end in mind. Anticipate the result, the answer, the conclusion and execute the action plan.

3. 3. 2 サービスの変革-Caring For Our Patients

(1) Learning From The Best

患者へ優れた医療サービスを提供するために、アレキサンドラ病院では広範囲の企業に対してベンチマーキングを行い、改革の取り組みに反映させている。同業種では、Kameda Medical Centre (Japan)、Mayo Clinic (USA)、Sydney Children's Hospital (Australia)、他業種では Botanic Gardens、Citibank、City Cab、Central Provident Fund Board、General Electric、McDonald、National Library Board、Raffles Hotel、Ritz-Carlton Millenia、SIA、Singapore Zoological Gardens などがあげられる。

特に、McDonaldからは提供するサービスの標準化、Ritz-Carlton Milleniaからはお客様へのもてなし方法、Singapore Zoological Gardens からは別棟に設置され自然をイメージさせる開放型のトイレなどが導入された。この他に、病院食の改善のために外部からエキスパートを雇用し、メニューや衛生面の改善、配膳プロセスの見直しも行った。

写真2 他の産業界とのベンチマーキング

“Learning from the Best” Quality Series & Quality Convention



写真3 高額ベッド患者用の食事メニュー



写真4 開放型のトイレ



Exhibit-3 AH Basics

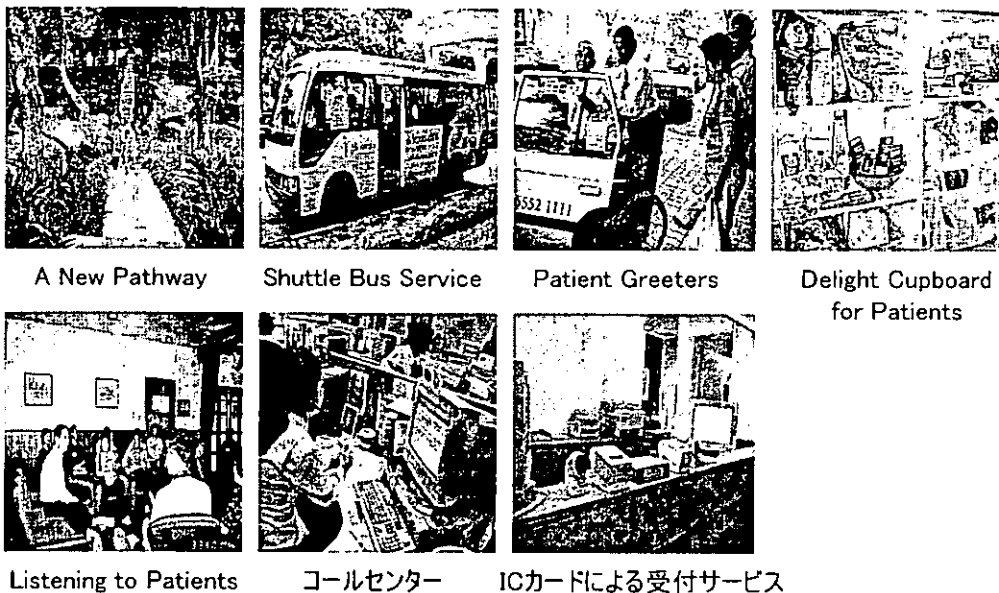
1. NHG Vision, Mission and Values will be known, owned and energized by all employees.
2. All employees will treat our customers (patients, visitors and employees) the way we treat our loved ones. Practice the AH service ways in our service delivery.
3. Practice teamwork and "lateral service" to create a positive work environment.
4. Each employee will understand his Departmental Action Plan (DAP) and achieve the goals established.
5. All employees will know the needs of their customers so that we may deliver the care and services they expect. Use the customer's preference list to record specific needs.
6. All employees will continuously identify areas for improvement throughout the Hospital.
7. Each employee will continuously identify defects and ensure follow through throughout the Hospital.
8. Uncompromising levels of cleanliness and tidiness are the responsibility of every employee.
9. Any employee who receives a customer complaint "owns" the complaint.
10. Instant customer pacification will be ensured by all. React quickly to correct the problem immediately. Follow up within twenty minutes to verify the problem has been resolved to the customer's satisfaction. Do everything you possibly can to never lose a customer.
11. Customer incident action forms are used to record and communicate every incident of customer dissatisfaction. Every employee is empowered to resolve the problem and to prevent a repeat occurrence.
12. Be approachable. Always maintain positive eye contact. Use the proper vocabulary with our customers. (Use words like – "Good morning", "Certainly, let me take care of it", "My pleasure", "Have a good day" and etc).
13. Be an ambassador of your Hospital in and outside of the workplace. Always talk positively. No negative comments.
14. Escort customers whenever possible rather than point out directions to another area of the Hospital.
15. Know all service offered by the Hospital and recommend appropriately when attending to customer's enquiries.
16. Use proper telephone etiquette. Answer within three rings and with a "smile". When necessary, ask the caller. "May I place you on hold?". Eliminate call transfers when possible.
17. Uniforms are to be immaculate. Wear proper, clean and safe footwear and correct name tag. Take pride and care in your personal appearance by adhering to the grooming standards.
18. Ensure all employees know their roles during emergency situations and are aware of fire and life safety response processes.
19. Notify your supervisors immediately of hazards, injuries, equipment or assistance that you need. Practice energy and water conservation, proper maintenance and repair of Hospital property and equipment.
20. Protecting the assets of Alexandra Hospital is the responsibility of every employee.

(出典: Alexandra Hospital)

また、Ritz-Carlton Milleniaを参考として“Alexandra Hospital Standard”を作成し、患者優先のサービス提供者としての従業員の行動基準を明確化した。本基準はアレキサンドラ病院のCEOにより発行されCEO自ら携帯している(Exhibit-3)。

(2) Patients First, Always の実践

写真5 患者への各種サービス



アレキサンドラ病院では、患者へのサービスの質の向上のために、下記サービスを創設、提供している。

- Reserved Car Park Lots for Patients: 病院近辺にあるスタッフ用の駐車場を患者の駐車用として、患者の利便性を向上させた。
- A New Pathway: 患者を含む来院者がバス停から病院の入り口までの間の景色を楽しめるよう、環境の整備を行った。
- Shuttle Bus Service: 最寄り駅から病院まで無料のシャトルバスサービスを提供している。
- Chaperon Service: 病院まで来院が困難な患者を、予約により自宅まで出迎えるサービスを行っている。
- Patient Greeters: 病院の入り口にドアマンを配置し、車から乗り降りする患者を支援したり、道案内を行っている。
- Delight Cupboard for Patients: アレキサンドラ病院では、患者の待ち時間を“Pain(苦痛)”と捉えた上で、待ち時間ができるだけ快適になるよう工夫している。検査後の患者にコーヒーやスナックを提供したり、深夜の来院時に患者にインスタントヌードルなどの軽食を提供、その他化粧品類や健康器具などの提供も無料で行っている。
- Listening to Patients: 投函ボックスを多数配置して、患者からのフィードバックを収集している。また、電話による患者調査、CEOも参加する患者とのフォーカスグループミーティング(Patient Focus Group)が1ヶ月に1度の割合で実施され、患者の満足度の向上のための施策作りを行っている。
- コールセンター: アレキサンドラ病院には、十数名のスタッフを擁するコールセンターがあり、外部からの問い合わせ、患者からの相談対応、患者の満足度調査を行っている。スタッフの中には看護師も配置されて

いる。

- ICカードによる受付サービス:ICカードリーダーの設置により、患者の受付手続きの利便性が向上し、また患者の来院データの蓄積がオンタイムに行われる。

(3) 差別化された診療サービス

アレキサンドラ病院では、歯科、糖尿病センター、エクササイズ&スポーツ医学、耳鼻咽喉、眼科、泌尿器、循環器、精神神経・薬物障害などの診療サービスを提供することにより、近隣の National University Hospital、Singapore General Hospital との差別化を行っている。歯科では、患者の利便性向上のために夜間診療も行っており、またエクササイズ&スポーツ医学では、スポーツクリニック、ウエイトマネジメント、糖尿病運動プログラム、循環器リハビリテーションなどのユニークな診療科目をそろえている。糖尿病センターは大学等の医療機関と連携して、企業従業員を対象とした糖尿病のヘルススクリーニングを行い、治療及び教育を行っている。リハビリテーションサービスでは、Speech and language therapy、足病治療サービス(Podiatry)を提供している。Speech and language therapy では、専門の療法士、医師、栄養士が患者と連携してコミュニケーションと咀嚼の治療にあたっている。足病治療では糖尿病センターと連携して、主に壊疽の治療にあたっている。クリニカルマネジメントユニット(CMU)は One-Stop Centre として ECG、EEG、treadmill、2-D Echography、lung function and neurophysiology test 等の統合診断サービスを提供している。薬局(Alexandra Hospital Pharmacy)は病院の外來待合室のみならず、院内にも設置され、患者がメインの薬局まで移動せず身近で薬を受け取れるよう工夫されている。また、入院患者の利便性に配慮して、ベッドサイドでの調剤も行っている。

写真6 診療棟内の薬局



写真7 糖尿病センターの診察室



その他のユニークなサービスとして、Stroke Support Group、Amputee Caring Together Club、Dementia Support Club、Evergreen Club などの患者グループがあり、患者の回復・復帰支援を行なっている。Geriatric Centre では、老年期をよりよく過ごすための姿勢、知識、スキルトレーニングなどを行っている。Home for Independent Person (HIP) Studio では、家具メーカーの IKEA の協力を得て、45 平方メートルの HDB スタジオを創設し、老人が安全で自立した生活を送るために、生活方法のデモンストレーションと指導を行っている。Skills for Life Program では、メディカル及びコメディカルが連携し、家族などの患者のケア支援者を対象として、食事やじよく創ケアを中心とした退院後の患者のケアのための知識の提供、スキルトレーニングを行っている。コミュニティ活動としては、コミュニティをベースとした Public Forum を多数実施し、健康ニーズにこたえるべく教育講演活動を多数行っている。

アレキサンドラ病院では、医療サービスのフォーカスを治療から予防に向けており、Health for Life Centre では、One-stop Centre として疾病及び不健康な生活習慣の早期発見のためのヘルススクリーニング、ウエイトマ