

ネジメント、禁煙プログラム、カウンセリング等のウェルネスプログラムを企業やコミュニティに提供している。また、学校、コミュニティでのトレーニングや教育活動も行っている。

3. 3. 3 コミュニティ活動—Caring For Our Community

アレキサンドラのコミュニティ活動は広範囲にわたっている。災害救済活動としてインドの洪水災害時でのドクター・看護師の派遣、病院職員による献血(Blood Donation Drive)、学校などへの植樹、環境についての講演活動などを行う Clean & Green Week、職員による車を利用しない通院(Car-Free-Day)、庭園内のサッカーグラウンドの貸し出し、コミュニティイベントへの参加などが行われている。

3. 3. 4 環境と医療との融合—Caring For Our Environment

アレキサンドラ病院の環境重視の視点は、環境が治療の一環であるという考え方に基づいている。環境が与える視覚、嗅覚、聴覚的な刺激が治療に与える効果を重視し、造園の専門家が庭園を患者の治療プロセスの一環であるとのコンセプトで工夫を凝らし設計したため、改革前と比べかなり良く整備されている。庭園内には、園内で見ることができる蝶の案内版があり、庭園で患者が過ごす時間を演出する工夫がなされている。

写真8 アレキサンドラ病院が誇る庭園



写真9 院内



廊下

病棟

病室



病棟の案内版

インフォメーション

診察の待合室

診療棟(ワード)や院内の廊下は緑や青を基調とした自然と融合した明るい色調で統一され、廊下には窓がなく、外気に直接接することができるよう配慮されており、また、各診療施設では心地よい香りを放ち、いわゆる病院の消毒臭などの匂いが消去されている。環境への配慮では、ISO14001 の取得や Energy Conservation and Environmental Management Award を受賞している。

3.3.5 サービスエクセレンスの追求-Caring For Our People

(1)エクセレンスへのマネジメント

アレキサンドラ病院では、サービスの品質改善を継続的に行っていくために、Organizational Management System(Exhibit-4)、Quality Framework、スタッフのマインドセットの変革、Alexandra Hospital Standards の作成、ISO9000-2000・ISO14001 の認証取得及び継続的な取り組み、シックスシグマやバランススコアカード、5S の導入などを行ってきた。さらにスタッフに対して多数のトレーニングプログラムの提供を行い、変革レベルの向上を図っている。

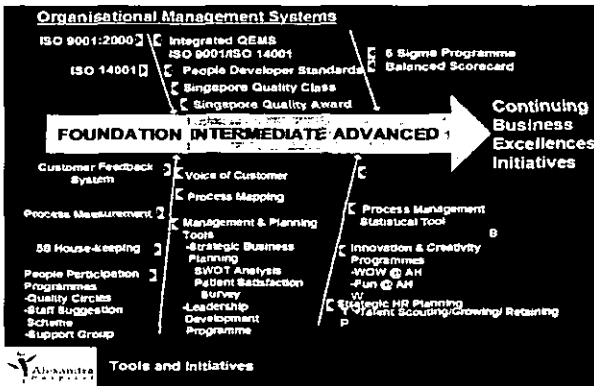
スタッフのマインドセットの変革では、「7 つの習慣」の研修プログラムへの参加、3-Step Service Quality Training、WOW Initiatives などのプログラム参加を通じて、スキル、バリュー、態度、行動の変革を図っている。“WOW Initiatives”では、患者を喜ばせるためにそれぞれのスタッフの責務範囲を超えたアイデアクリエーションを行うこと、身内のように患者さんと接する姿勢(Good Enough for Our Loved Ones)で患者に提供できるサービスを自らの裁量で考える取り組みが推奨されている。これらの取り組み例として、軽食や化粧品の無料提供サービスや老人など来院の困難な人向けの出迎えサービスの創出、“Just Do It(気が付いたときに実行する)”のマインドセット変革などがある。

Exhibit-4 Alexandra Hospital Income and Expenditure Account (in thousand Singapore dollars)

	FY 2000	FY 2001	FY 2002
Revenue	\$40,165	\$79,708	\$99,026
Other operating income	\$209	\$1,227	\$3,533
	\$40,374	\$80,935	\$102,559
Personnel and related cost	(\$29,330)	(\$52,059)	(\$63,242)
Supplies and consumables	(\$4,679)	(\$10,781)	(\$13,583)
Depreciation & Amortisation	(\$1,389)	(\$3,970)	(\$5,813)
Repairs & maintenance	(\$2,076)	(\$7,216)	(\$6,968)
Other operating expenses	(\$7,653)	(\$9,349)	(\$15,041)
	(\$45,127)	(\$83,375)	(\$104,647)
Surplus / Deficit from operations	(\$4,753)	(\$2,440)	(\$2,088)
Finance Costs	\$0	(\$55)	\$0
Net Surplus / Deficit for the period	(\$4,753)	(\$2,495)	(\$2,088)

(出典: Alexandra Hospital, August 22, 2003.)

写真10 Organizational Management System



人材開発はシニアマネジメントの主要な取り組みであり、有能な医師、看護師、放射線技師等の確保に売り上げの60%が使用されており、残りの部分は人材開発、海外研修などに利用されている。スタッフへの各種トレーニングプログラムでは個々の技術、サービス、マネジメントスキルの向上を目指している。特にマネジメントスキルは、院内で多数実施されている改善プロジェクトへ参加することにより、実際に改善活動を経験することにより涵養される。スタッフの研修には人件費の4%が利用されており、年間14日間の研修が行われている。また、研修の管理とキャリア開発はスタッフそれぞれの責任となっている。さらに、家族向けのプログラムを多数提供し、スタッフや家族の健康維持も図っている。外部向けの資格取得プログラムでは、Certificate in Healthcare、Advanced Skills Training for Registered Nurses、Basic Cardiac Life Support Courseなどを提供している。5S Initiativeでは、Seiri(整理)、Seiton(整頓)、Seiso(清掃)、Seiketsu(清潔)、Shitsuke(躰)を実行する取り組みが行われており、院内で設定された基準を満たす部門に報酬を与えている。バランスドスコアカードを導入し、業務上のパフォーマンスをモニターし評価している。財務、サービス、臨床の品質及びスタッフのパフォーマンス指標が設定されており、Monthlyでデータが更新されマネジメントの状況が管理されている。

写真11 戦略ルームさながらのアイデアラボ



その他の取り組みとして、患者へより大きなベネフィットを提供すべく、優れたアイデアを創造するための“Idea Lab(アイデアラボ)”と呼ばれる建物を院内の敷地に設置し、院内で組織された多数の改善チームが取り組みの方向性や進捗管理、結果の評価、患者への新規サービスの開拓などを積極的に行っており、戦略ルーム

そのものの様相である。

(2) 主要なサービスプロセスの改善

アレキサンドラ病院の多数の受賞の中で、“Public Service Award for Organizational Excellence”はシックスシグマによる患者の待ち時間短縮の取り組みが評価されており、シックスシグマ活動は病院のプロセス変革の中心的な位置づけとして、積極的に取り入れられている。待ち時間の改善プロジェクトでは、患者の院内での待ち時間が1時間を越えることが常態となっていた状況について、患者の不満を改善すべくプロジェクトチームを編成して、8つの専門外来(Specialist Outpatient Clinic)を対象としたシックスシグマプロジェクトが実施された。プロジェクトでは、患者の診察受付から薬剤を受け取るまでの要求時間を1時間以内と設定、プロセスマッピングにより院内でのプロセスを可視化して、プロセス上に存在するボトルネックを除去することにより時間短縮が行われた。例えば、患者にX線検査が必要となった場合、診療科が必要な情報をファックスで放射線科へ直ちに送付し、X線検査のための患者の待ち時間を短縮するというような取り組みがなされた。また、予約を忘れてしまう患者への対応として、来院前日に予約日をリマインドする Short Message Service(SMS)システムやオンライン予約サービスを導入した。

写真12 院内での患者のフローイメージ

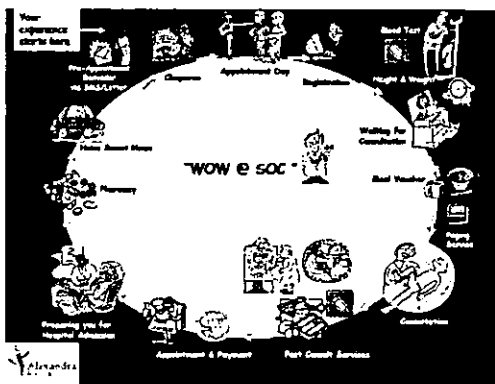


写真13 院内での患者のフローを基にプロセスマップを作成

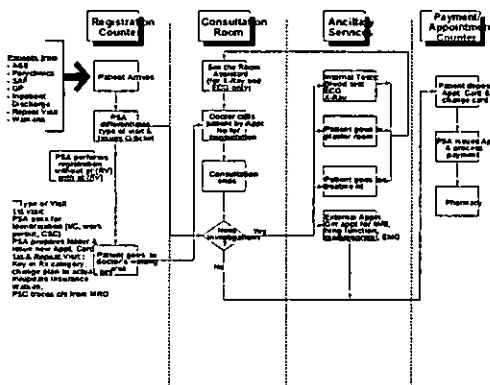
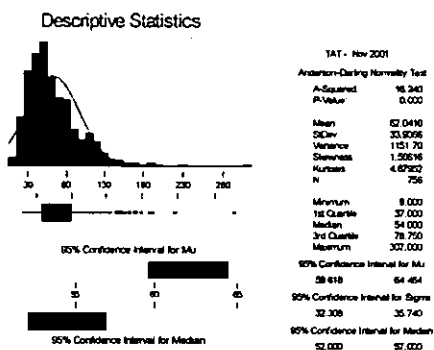


写真14 患者の待ち時間データを統計処理



待ち時間短縮の取り組みは、シックスシグマの DMAIC 方法論により継続されており、患者の院内滞在時間、満足度、収益をプロジェクト成功の測定指標として、月間単位で収集されたデータに基づいてプロセスの効率性がモニターされている。また、患者の満足度向上の視点で、診療科の医師が積極的に参加しているところに強みが見られる。このようなシックスシグマの取り組みの結果として、1時間以内の滞在時間の患者数は 2001

年 1 月に 36%であったが、2002 年 7 月には 53%の患者の滞在時間が 1 時間以内となっており、この期間での患者数が 5,334 人から 8,165 人に増大していることから、上記の取り組みが期待以上の効果をもたらしていることが示唆された。

(3) 福利厚生

アレキサンドラ病院ではスタッフは財産と位置づけられ、医療提供者としてスタッフにもスクリーニングやマンスリーで行われる健康管理についての講演等のフォローアップを行い、予防管理を強化している。報奨制度としては、指示や承認なしに自発的で効果的に問題解決を行ったスタッフを表彰するプログラム“Just Do It!”を設置して、スタッフの問題解決への前向きな姿勢を喚起している。労働時間については、フレックスタイムを導入し、スタッフ間の調整に基づいた勤務調整が行われている。教育については、生涯教育を推進しており、様々な教育機会を提供している。BEST program では、下位レベルスタッフの文盲率の改善を図っている。Child-care centre では、スタッフの子供の養育支援を行っている。ロックンロールダンス教室、エアロビクス等のリクリエーション、家族参加のイベント機会も提供されている。

(4) まとめ—変革が示唆するもの

アレキサンドラ病院の改革では、政府による特別予算が組まれ、1 ヶ月当たり S\$2 million (約 1 億 4 千万円) で 6 ヶ月間にわたり予算が投資された(それ以降は減額され投資が継続された)。今回の調査で重要な視点は、アレキサンドラ病院という非営利母体が政府の予算に支えられたために改革が推進できたという点よりもむしろ、実施された改革の内容とその効果に焦点が当るべきであると考えた。すなわち、積み上がる赤字を抱えた非営利医療機関が大きな政府予算を得ることができた幸運よりもむしろ、厳しい競争環境の中で民間企業が行なっているように、医療機関としての位置づけを明確にし、ビジョン、ミッションを定義し、有効なマネジメント手法を導入する、また改革の主役であるスタッフの変革や教育、改革の持続のための仕組み作りなど、いわゆるマネジメント全般の再構築と実践がもたらす効果について強調すべきであると考えた。

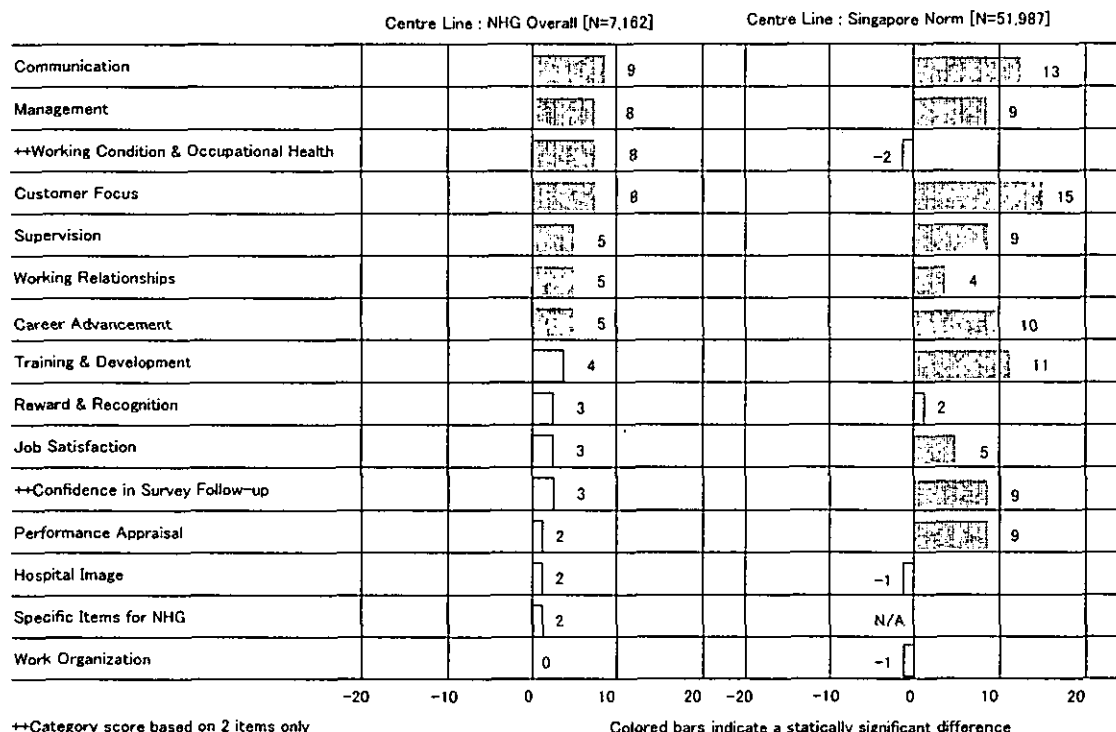
アレキサンドラ病院の取り組みの背景には、自由診療というシンガポールの競争的な医療環境があり、公的サービスを提供する医療機関といえども、優れたマネジメント手法を導入し実践せねば競争に敗れ、衰退をたどる厳しい現実がある。その点については、保険診療をベースとする日本の医療制度とは異なっているが、マネジメント手法の良し悪しにより、経営面の改善度合いが大きく変わってくる点に変わりはない。アレキサンドラ病院のケースは、シンガポールの自由診療という環境特異性で考えるよりもむしろ、医療の世界の枠を超え、他産業にまで広くベストプラクティスを求め、共通する優れた手法を導入し、病院全体の改善に結び付けた優秀な経営者のマネジメントの手腕に注目することが重要であると考えた。

アレキサンドラ病院では、ほとんどのスタッフがなんらかの改善の取り組みを行うチームに配属され、院内では数十のプロジェクトが進行中である。それぞれのプロジェクトでは明確な目標のもと、改善の取り組みを果敢に実行し、問題の解決を図り、パフォーマンスをモニターして結果を評価し、更なる改善を目指す。アレキサンドラ病院は多額の政府予算を得て改革を実行してきたが、改革が開始された 2000 年から 2002 年までの間に売り上げを 2.5 倍 (Exhibit-5) に伸張し、コストを売り上げの 73% から 62% に圧縮 (Exhibit-5)、Staff の満足度を National Health Group やシンガポールの医療機関全体のレベルへと引き上げた。2002 年 11 月に実施された患者満足度調査の結果では、1999 年の 69% から 97% に大幅な躍進が見られる (“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)。

アレキサンドラ病院の改革の成果は、日本の非営利医療機関の改革に大いに参考になるものと考えられる。経営改革においては、非営利、営利の母体特性を制約条件と見るよりもむしろ、経営改革を行う医療機関がその母体特性をどのように優れた経営改革の取り組みに利用するのかとの視点がむしろ重要ではないかとの問題提起を今回の調査結果から提言したい。

Exhibit-5 Alexandra Hospital [N=730] Compared with NHG Overall and Singapore National Norm



(出典: Alexandra Hospital, August 22, 2003.)

参考文献

- ・"Alexandra Hospital", <<http://www.alexhosp.com.sg/>>
- ・"Changi General Hospital", <<http://www.cgh.com.sg/>>
- ・"National University Hospital", <<http://www.nuh.com.sg/>>
- ・"Singapore General Hospital", <<http://www.sgh.com.sg/>>
- ・日本労働研究機構「海外労働時報～シンガポール～」
<http://www.jil.go.jp/jil/kaigaitopic/2003_04/singaporeP02.html>
- ・水野哲行「東南アジア資料ページ～シンガポール・この国の基本資料～」
<<http://www.5a.biglobe.ne.jp/~asia-mt/southeastasia/southeastasia.htm>>
- ・"Stockholm School of Economics", <<http://web.hhs.se/personal/Suzuki/a-Japanese/ne01.html>>
- ・<http://homepage1.nifty.com/ptolemy/nations/asia/singapore.htm>
- ・佐藤善幸「世界地図を作ろう～シンガポール～」

- <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/singapore/data.html>>
- ・厚生労働省統計情報部「平成 13 年医療施設調査」第 2-28 表
 - <<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data14k/2-28.xls>>
- ・厚生労働省統計情報部「平成 13 年医療施設調査」第 2-80 表
 - <<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data14k/2-80.xls>>
- ・三井住友海上「SPICE～【医療事情】シンガポール～」
 - <<http://www.spice.ehokenstore.com/travel/singapore.html>>
- ・<<http://www.singaporeweb.net/medical/system/>>
- ・岡本真希子「シンガポールの社会保障」(日本総研:コラム「研究員のココロ」2001 年 12 月 17 日)
 - <http://www.jri.co.jp/consul/column/data/index-24_okamoto.html>
- ・「海外で受ける女性医療～シンガポールの医療～」
 - <<http://www.geocities.co.jp/SilkRoad-Oasis/4846/sing.html>>
- ・財団法人自治国際化協会 <<http://www.clair.or.jp/j/forum/jimusyo/084SING/INDEX.HTM>>
- ・社団法人日本医薬品卸業連合会「アジアの医療制度とくすりの流通事情～第 7 回シンガポールレポート～」
 - <<http://www.jpwa.or.jp/jpwa/asia200311.htm>>
- ・財団法人日本障害者リハビリテーション協会「アジアのリハビリテーション～シンガポール～」『リハビリテーション研究』(52)
 - <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r052/r052_024.htm>
- ・「読書日記～「患者本位の医療を求めて」～」(2003 年 7 月 4 日)「EARLY BIRD～日記～」
 - <<http://plaza.rakuten.co.jp/getupearly/diaryold/20030704>>
- ・Alexandra Hospital Annual Report 2001/2002 “A Story of Metamorphosis”
- ・Alexandra Hospital Annual Report 2002/2003
- ・”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
- ・Alexandra Hospital Presentation slides received from the CEO
- ・Alexandra Hospital Pictures received from the CEO(Pictures taken on Feb 10, 2004)

- ・Gleneagles Hospital 訪問(2004 年 2 月 10 日訪問)
- インタビュー対象者:
- 日本メディカルケア Executive Officer 河合 輝氏
- 日本メディカルケア 医師 中田 健夫 氏
- ・Alexandra Hospital 訪問(2004 年 2 月 10 日訪問)
- インタビュー対象者:
- Liak Teng Lit, Chief Executive Officer
- Braema Mathi, Manager, Corporate Communications
- Penny Chua, Executive, Corporate Communications

II アメリカ合衆国報告

多摩大学 真野俊樹

1. 米国ではいま？

2003 年末のニューヨーク・ボストンにおける病院経営の現状報告を兼ねて最近の米国での病院経営の状況を報告したい。

少なくとも東海岸では、一時期ほどのマネジドケア(管理医療と訳す、医療内容に保険会社が介入し、質と低価格を実現させようというシステム)の隆盛はみられなかった。これは下記に示すように、患者や医療提供側の反発による。

(1) 患者側の反発

1999 年 1 月 20 日、カリフォルニア州サンベルナルディーノ郡の州裁判所はエトナ社に対し、450 万ドルの賠償金と 1 億 1,600 万ドルの懲罰的賠償金の支払いを命じる評決を下した。本件は、エトナ(Aetna)社が提供する HMO の会員であった元カリフォルニア州職員の男性がガンで亡くなったあと、夫人から提起されたもので、支払いの遅延と実験的治療に対する給付の拒絶により、加入者の死期が早まったとして、損害賠償を求めるものであった¹。

(2) 医師側の反発

1998 年 10 月、エトナ社と HMO 契約を締結していたテキサス州の医師 400 人がエトナ社の子会社 Aetna U.S. Healthcare 社との契約を破棄した。その背景には、合併によりヘルスケア業界最大手保険者となったエトナ社が、利益の落ち込みと投資家からのコスト圧縮の圧力から、医師の治療行為についての裁量を厳しく制約してきたことがある。特に問題となっているのが、ギャグ(さるぐつわ)条項と呼ばれるものである。テキサス州のエトナ社と医師との契約条項(当時)には、「医師は保険加入者に対して、治療が、費用支払いの点から、順位の劣るようなものとなることを暗に知らせてはならない」とあり、これは、医師が患者に対して、健康保険プランからの承認の有無に関わらず、すべての治療法を説明することを押しとどめるものであるとの指摘がある。

なおエトナ社は、2000 年 12 月に、全米規模で医師との契約の条件を緩和する方向性を打ち出した。これは、Aetna 社と契約する医師が同社の提供する全ての健康保険プランに加入する義務を撤廃することにより、加入する健康保険プランを医師が柔軟に選択できるようにするものである²。このような動きは、マネジドケアにおける選択の自由度の問題への対応として解することができる。

このような動きは、米国という「自由」を非常に重視する国家であるがゆえに起こった相克と捉えることも出来るが、まったく日本でこういったことが起きないとも限らない。

いずれにせよこのような変化で、病院の経営状況がよくなっているというわけではないようだ。長期的にどうなる

1 なお最終的には、本件は亡くなった職員の夫人とエトナ社との間で和解に至っている。Diane Levick, "Weeping Widow' Case Ends As Aetna Settles", The Hartford Courant, Apr. 26, 2001.

2 エトナが提供する全ての健康保険プランへの参加、HMO タイプの健康保険プランのみへの参加、PPO タイプの健康保険プランのみへの参加のいずれかを、医師が選択できることとされた。Aetna Inc. Press Release, "Aetna President And CEO John W. Rowe, M.D., Announces National Implementation Of More Flexible Physician Contracting Strategy", Dec. 19, 2000(visited Oct. 18, 2002) <http://www.aetna.com/news/2000/pr_20001219.htm>.

かわからないのが病院業界という評価がついているという。なお、ハーバード大学公衆衛生大学院の一部の学者では、マネジドケアはいずれなくなるのではないか、との意見も見られるという。

2. 米国の病院の実態

米国の病院は、財源の面で在郷軍人病院などに見られる公立の病院と私立の病院に分けることができる。私立病院は更に、税制上、営利病院と非営利病院に分かれる。病院の規模は、日本同様、20床以下の小病院から、1,000床を越える大病院まであり、全米病院協会の報告書によると、2000年時点で5,810病院が存在する。プライマリーケアや、在宅医療、また長期療養施設を統合(システム化)した形式の大型の病院がある一方、日帰り外来外科のみに特化した小型の特殊専門病院も存在する。

また、最も株式会社立病院が多い米国においても全病床の13%前後しか株式会社立病院が存在しない¹⁾。米国での非営利病院の多くが宗教的な病院であることは重要な要素ではなからうか。

3. 病院経営の日米差

病院経営のスタイルは日米でかなり異なる。表1は全体での日米病院経営の差を示したものであるが、まず1施設あたりの医業収入(企業の売上げにあたる)の大きさがまったく違うことに気づかれるであろう。一方、病院のベッド数はさほど差がないことも多く、たとえば、あとで示すが、われわれが訪問したマンハッタンにあるベスイスラエル病院のベッド数は1,368床であるので、日本で言えば大学病院では、このクラスの病院はいくつかあるが、医業収入はさほど多くない。この差をもたらす原因は、ひとつには、日本の病院数が多いこと、平均在院日数が長い(回転率が低い)ことにも原因を求める事ができるが、なんといっても米国では1件あたりの治療費が高いことが主因と考えたほうがいい。

表1 病院医業収入の日米比較

	日本(1999)総病院			米国(1998)一般病院	日本/米国- 人口比調整 後
	民間病院	公的病院	合計		
入院	6.8兆円	3.7兆円	10.5兆円	2,070億ドル(33.9兆円)	1.5倍
外来	3.5兆円	2.0兆円	5.5兆円	1,026億ドル(16.8兆円)	1.4倍
その他	0.5兆円	0.2兆円	0.7兆円	193億ドル(3.2兆円)	2.1倍
医業収入計	10.8兆円	5.9兆円	16.7兆円	3,289億ドル(53.9兆円)	1.5倍
1施設当たり 年間医業収入	14.5億円	31.4億円	17.9億円	107.5億円	6.0倍
1稼働病床当 り年間医業収 入	11百万円	13百万円	12百万円	82百万円	6.8倍

注)日本の病院については、①総病院の推計値、②医師医療費並びに院内処方薬の薬剤費を含む総医業収入。米国の病院については、①一般病院のみ、②医師医療費・薬剤費は含まない病院サービス使用料収入のみ。

(出典: 日本; 日本医療企画 「2001 年度版・医療経営白書」所載の「中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査報告」より作成された「民間・国公立別病院1施設当たり収支状況(平成11年)」に基づき筆者作成。米国; America Hospital Association 編 “Hospital Statistics”中の“US Registered Community Hospitals”の Revenue を使用。医療経済研究機構・専務理事の岡部陽二氏作成。)

表 1 から、病院の医業収入を 1 施設当たり平均で見ると、日本と平均病床数では変わらない米国の病院がドクター・フィーを除いたベース³でも 107.5 億円売り上げている。これに対し、日本の病院は総収入で 17.9 億円と平均して米国の 1/6 程度の経営規模に留まっている。

また、1 稼働病床数(総病床数に日本:84%、米国:65%の平均病床稼働率を乗じた数)当たりの年間医業収入をとると、日本の病院は平均 12.0 百万円となっている。これに対し、米国の病院は 1 病床当たりの生産性向上に努力を傾注してきた結果、平均 81.9 百万円と日本に比べ 6.8 倍の医業収入を実現している。

表 2 は、参考までに示した最新の日米医療状況の比較である。

表 2 日米病院比較

	日 本	アメリカ
総病床数(人口1000対)	16.5	3.6
長期介護用病床数(人口1000対)	1.8	-
CT普及率(人口100万対)	84.4 (1999)	13.6 (1999)
MRI普及率(人口100万対)	23.2 (1999)	8.1 (1999)
医師数(人口1000対)	1.9	2.8 (1999)
看護師数(1病床当たり)	0.5 (1998)	2.3 (1999)
外来診察回数(人口1人当たり)	16.0 (1996)	5.8 (1996)
入院件数(人口1000人当たり)	103.0	124.0
平均在院日数(総病床)	39.8 (1999)	7.0 (1999)
総医療費(対GDP(%))	7.4 (1999)	13.0
うち公的支出(対GDP(%))	5.7 (1999)	5.8

4. 米国の病院規模

何度も出てくる話で恐縮だが、米国では病院の収入規模がまったく違う。最近では日本でもおなじみになってきたが、米国では病院のランキングがいくつか存在する。この US ニュースのランキング 2 位にあたるミネソタ州ロチェスターのメイヨークリニックでは、主病院が 3、関連のプライマリーケアクリニックが 60、直営および管理病院が 21 で、医師は 2,800 名以上(契約医師含む)で、総売上が 40 億ドル以上という規模である。今回訪問先のニューヨークのマンハッタンにあるベスイスラエル病院では、ベッド数が 1,366 床、平均在院日数は 6.6 日、病床占有率 74.7%だが、医師(歯科医師含む)2,300 名、看護師 2,496 名(2002 年データ)という数である。これら

³ 米国では、医師が病院に雇用されている場合のほうが少ないこともあって、医師の収入であるドクター・フィーと病院の収入であるホスピタルフィーが区別されている。

は、上述したマクロの表 1 に示した経営データと整合的である(表 3)。

表 3 ベスイスラエル病院データ

Certified Beds	1,368
Discharges (including newborns)	56,347
Days of Patient Care	373,855
Average Occupancy Rate (%)	74.7
Average Length of Stay (Days)	6.63
Medical and Dental Staff	2,300
Department of Nursing	2,495

また世界的に有名ながんセンターであり、同じくマンハッタンにあるスローンケタリングがんセンターの場合には、ホームページ上に、かなり詳細な財務データが公表されている。ちなみに、この病院は非営利病院であり、上場している株式会社病院ではないので、特に財務データを公表する義務はない。この病院は 427 ベッドだが、2002 年で平均在院日数が 6.8 日、総従業員は 8,000 名弱で、うち看護師数は 1,000 人を越え、医業収入は 900 億円程度、寄付は 100 億円以上、特許などのほかの収入が 150 億円で、総収入が 1,150 億円と、巨大である(表 4)。

表 4 スローンケタリング病院データ

Beds in Service	427
Patients Admitted	18,848
Total Patient Days	128,214
Average Patient Stay (in days)	6.8
Bed Occupancy Rate (based on adjusted count)	82.3%
Outpatient Visits	374,661
Screening Visits	38,167
Surgical Cases	14,079

また、これらのデータに示すように、米国では非常に医療系のスタッフが厚いが、これは米国に限った事ではなく、ドイツのミュンヘン大学病院でも、ベッド数 1,400 床に対して、総職員数 2,400 名、うち看護スタッフ 660 名と日本よりは手厚い。しかしながら、ちなみに、経営指標で重視される人件費の割合であるが、米国では 50% 強であり日本とあまり差がない。

5. マンハッタンでの病院経営

日本に限らず米国でも、都会と地方での病院経営の状況は違うようだ。今回のベスイスラエル病院の経営陣も、都会での病院経営の苦しさを訴えていた。これは主に、患者がすぐ他の病院に移ってしまうこと、人件費の高さに起因しているようであった。

マンハッタンでは、病院グループがいくつか形成されていて、競争環境が激しい。今回訪問したコンテニウム

ヘルスケアパートナーズ(Continuum Health Partners)は、そのうちのひとつであり、ルーズベルト病院、ロングアイランド大学病院など4病院を統括している。

一方、たとえば、筆者が留学していたコーネル大学医学部の大学付属病院であるニューヨークホスピタルとロンビア大学医学部の付属病院は合併し、ニューヨークメディカルセンターとマウントサイナイ病院も合併した。このようにして病院同士が競争力を高めていく。

これは、必ずしも都会に限ったことではない。たとえば、比較的的地方であるノースカロライナ州でも、デューク大学病院、ノースカロライナ大学病院、ノースカロライナ市立大学病院の4つがあって激しく競争している。

6. 医療計画とは？

ちなみに、日本では医療計画があり病床についての制限がある。

医療計画とは、地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的活用、医療関係施設間の機能連系の確保等を目的として、各都道府県が医療を提供する体制の確保に関する計画を定めるものであり、多様化、高度化する国民の医療需要に対応して、地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的活用、医療関係施設相互の機能連携の確保を目的として、医療計画制度を導入し、1985年の医療法改正で創設されたものである。医療計画には、医療圏(医療計画の単位となる区域)の設定及び基準病床数(地域ごとの医療提供上必要とされる病床数)の算定がなされる。

現在、このような規制が必要なのかどうかの議論がなされているが、これは医療というものにどこまで激しい競争が必要なのか、という考え方と関係し、非常に奥が深いものである。

さて、米国においてこのような病床規制はどうかというと、ニューヨーク州では、病床は州のコントロール下にある。さらに日本で時々議論になる、株式会社による病院経営も認められていない。これは、誰が病院株を持っているかを州当局がチェックできないことがひとつの要因であるという。

7. 米国での病院経営から何を学ぶか

少なくとも、規制環境はさほど日本と変わらないが、いずれにせよ米国では激しい競争環境にある。この大きな原因は、最初に述べたように近年力が落ちてきているとはいえ、保険者の力によるところが大きい。

米国医療については、医療制度が日本より進んでいると考える人は少なくなっていると思う。しかし、経営のスタイルについては、いくつか見るべきものがありそうだ。

そのひとつには、先ほどからいくつか米国の病院のデータを示しているが、これらが公開されていることがある。すなわち情報公開が進んでいる。また、これと関連して病院の広報やマーケティングといった考え方も先進的だ。最近でこそ日本の病院でも企画室といった名前の部署ができたが、広報やマーケティングについては独立した部署であることは少ない。もちろんこういった部署を抱えるには、職員の費用の問題があるので、収入が少ない日本の病院では難しいことも指摘しておかねばならない。

8. MGHの現況

ついで、ボストンそれも、マサチューセッツ総合病院(MGH)についてみる。この病院は医学部卒業者にとってはひとつ特別な思いのある病院である。それは、この病院での議論をもとに、ニューイングランドジャーナルとい

う世界でもっとも権威があるといわれる医学臨床雑誌のケースが作られているからだ。実際、研究レベルはきわめて高く、特に病院における(大学でなく)研究費の獲得は全米一になるという。創業は1812年で、世界初の麻酔手術を行ったことでも知られる。

さて、以前にも、日本医事新報などで西海岸のシーダスサイナイ病院(UCLAの関連病院で、西海岸での臨床に対する評価が極めて高い病院)について報告したことがあるが、ここでもっとも特記すべきことは人員の厚さである。875床しかない病院であるにもかかわらず(もっとも平均在院日数は5.8日であるというので、日本の一般の急性期病院で考えれば 875×3 で2,625床の規模ということになるが)、全従業員数は約1,500人である。医師スタッフは約2,500人になるが、ご存知のように米国はオープン制度であるので、この中にはオフィスを外部に持ち(日本で言う開業)、契約で病院の施設を使用している医師たちが含まれるので全員が雇用されているわけではない。

ちなみに、2002年の実績では、病床占有率は80%、年間の入院での手術数は17,852件、外来での手術件数は14,798件である。寄付などを除いた医業での売り上げは、約1,100億円で60億円程度の黒字(医業のみでは赤字、550億円程度の研究費、寄付などからなるその他の収入が医業以外にある)を計上している。また、医師の収入いわゆるDr. Feeを分配する、医師組織の収入は約270億円になるので、医業総収入は1,370億円程度である。

少し驚いたことは、人件費率が約54%(プリンジベネフィット支払いを含む、また分子には研究を行っている時間の給与も含むので高めに出る)もあることで、確かにMGHの場合には、医療保険や医師賠償保険は全額病院もちであるので単純な係数で比較はできないし、医業のみでは赤字なので評価は難しいが、これだけ人にお金をかけておいてもなお、最終的に黒字になっていることはおもしろい。原価償却費は90億円程度で、確かに病院の新棟を作ったり、外来棟を建設中であつたりと投資には積極的であつた。また、これは多くの病院で指摘されていることではあるが、少ない平均在院日数を担保するために周辺のホテルがある。病院の患者のみで経営しているホテルもあるし、今回われわれが宿泊した、病院から歩いて約5分のホリディンにも多くの患者が宿泊していた。

さて、このような経営状況であるが、内部管理体制はいかかなものであろうか。MGHは非営利病院であるが、単独経営ではない。Partnersという病院管理の非営利組織の傘下には入っている。ボストンでは大きく、ハーバード大学系、ボストン大学系(New England Medical Centerが有名)、タフツ大学系にわかれており、この組織はハーバード系で、MGHのほかにはプリガムアンドウイメンズ病院(BWH)、ダナハーバーがんセンターなどをコントロールしている。ちなみに、大学系と記載したが、日本の医局のような人事管理下にはまったくない。後で述べるように大学とは、仕事上のパートナーであつて、むしろハーバード出身者が少なかつたりする。

人事評価については、最近成果指標での評価が始まったという。最近日本の大学病院でも言われるようになった、臨床・教育・研究の関係であるが、ここでは大学関連病院である以上臨床と教育は一体とみなしているようで、評価についても臨床・教育に携わる人用のキャリアパス、研究に携わる人のキャリアパスにわかれる。したがって、人事評価も当然といえば当然だが、研究者は論文の生産量、研究費の取得(たとえばNIHの研究費の場合に獲得率は30%)で評価され、臨床家の場合には、診察したり手術をした患者数、レジデントからの教育に対する評価、保険上での取りはぐれのミスといったことで評価される。

さらに面白いのが関連病院における大学との関係である。スタッフは大学から、日本で言う助教授とか教授

というタイトルはもらうが、給与をもらっているわけではなく、大学で授業を行うわけでもない日本で言う臨床教授に当たると考えられる(もともと、下記するように研究活動も行える)。

医師に対しての給与体系はかなり流動的である。今回取材に、協力していただいた MGH の麻酔科助教授の先生の場合では、NIH のグラントからの研究費をもらっているため、医業外の収益の部分にこの研究費は入っている。言い換えればその医業外の収益から自分の給与をまかなっているパーセント分は研究に時間を費やしていいことになる。NIH のグラントは1本の額が年間 1 億円近いものが多く、額が日本の研究費より大きい(厚生科学研究費で調査に行っておいて指摘するのもおこがましいが)。そしてそれを自分の人件費に使えることが、仕事上の時間配分を明確にしている。

研究の内容は、別に病院だから臨床研究をしなければならないというわけではない。しかし一方、大学は基礎研究が中心になる。なお、ハーバード大学の関連病院では基礎研究もおおく行われているとのことであった。

9. 医療機関からのマーケティング

医療機関におけるマーケティング戦略の大きな部分を占める消費者への広告戦略は、マネジドケア対策として考えられた部分が多い。これはマネジドケアの影響で、専門診療科である病院への紹介が減ったときに、前回述べたように病院が自院でのプライマリケア活動を積極的に宣伝したことに起因する。

現在では、マネジドケアもプライマリケア医によるゲートキーパー機能がそれほど強くない、PPO (Preferred Provider Organization) が主流になってきているので、この機能はそれほど強くなってきている。

現在ではむしろ、戦略的に推進したい重点の診療科を紹介する機能が重視されている。方法としては、印刷物配布、新聞広告、ラジオ広告、セミナーである。もちろん広告だけでなく広報 (Public Affairs) のかたちを取ることも多い。MGH ではマーケティングと広報は別の部署であったが、ベスイスラエル病院では、ともにマーケティングの部署が行っていた。

対象病院は異なるが、数年前に筆者がフィラデルフィアのトーマスジェファーソン大学病院のマーケティング部署を訪れたときには、テレビを使った病院の広告が行われていた。しかしながら、今回の2病院では(ベスイスラエル病院では数年前には行っていたが)どちらも現在テレビコマーシャルは行っていない。その代わりに、新聞や雑誌、患者へのダイレクトメールといった方法が多く行なわれているようだ。ベスイスラエル病院の場合には、ダイレクトメールがもっとも効果があったという発言が見られた。どちらの病院においてもマーケティング予算は最近それほど大きな変化はなく、2億円弱を純粋な PR やマーケティング費用に使っているため、費用対効果を厳密に計算した結果かもしれない。

また消費者向けのセミナーは、無料であってもかつてほど参加人数が多くなく、あまり回数を行っていないということであった。これはおそらくインターネットなどで消費者が情報にアクセスする機会が増えたからではないか、ということであった。

病院の機能の医師に対する紹介も、マーケティング部署の重要な役割になる。米国では医師と病院の関係は大きく分けて二種類になる。つまり、スタッフとして雇用関係にある医師と、そうではなく病院の施設を使っていると許可されている契約関係にある医師である。後者は、ボストンの場合には医師によって許可が決められるということであった。

前者の医師については、イントラネットが後者の医師についてはインターネットが情報伝達の主な手段になる

はずである。しかしながら必ずしもそうではなかった。医師のネットへのアクセスがあまり高くないというのだ。もちろん、医師は PC の前に座る時間が多くない仕事であるが、このあたりは日米共通の問題である。結局、特に契約医師については印刷物を使った情報提供が主流になっており、そのための印刷経費などが高額になっているという。

外部の医師に対しては、セミナーも積極的に行われる。これは CME(Continuous Medical Education)の一環として行われているが、院内でおおく行われている細かな CME プログラムとは異なり、終日多くの病院の医師が講義をするという形態である。ただし、ベスイスラエル病院ではこのプログラムは製薬医薬の後援を受けていないということである。

インターナルマーケティングというべき内部への情報提供も重要なマーケティング部署の機能になる。医師については前述したのでここではその他のスタッフについて考えてみたい。上述したように印刷物による情報発信は費用がかかるので、極力イントラネットで行っている。米国での医療はきわめて専門分化している。したがって、ほかの専門科目で何を行っているのか、新しい医師の赴任といった情報提供といった情報が伝わりにくい。そこでこのような情報が主にネットで、一部印刷物を通して提供される。

さて、米国の病院では救急車から ER を経て入院することが、おおければ入院患者の 2/3 を占める環境である。したがって、救急隊に対するマーケティングも重要である。ボストンでは、救急隊に対して自院での取り組みをアピールしているようであった。NY については、規制が厳しさほど積極的なマーケティングは行っていない。

HMO に対するマーケティングであるが、ボストンではかなり HMO と協力的な姿勢をとっている。たとえば、新しい保険プログラム開発を病院と HMO が共同で開発するといった事が行われている。一方、NY では医療機関と保険者とは敵対関係にあるようであった。

ところで消費者向けの情報としての、日本でもはやりの病院ランキングであるが、たとえば US News に載っている。しかし、この利用については、どちらの病院のマーケティング部署もあまり積極的ではなかった。MGH については、ランキングをあげることは重要であるという認識はあるのであるが、ランキングをあげる事が即、集患につながるという考えは持っていないようである。根本は、病院のランキングよりも個々の治療法のレベルという意識が強いようであった。考え方としては各疾患のリスク補正を行ったアウトカムあるいはプロセスによる評価が重要と見られているといえる。

10. 開業事情

そもそも米国において開業医になる動機はなんなのであろうか？ 当然考えられるものの一つは収入である。前にも少し触れたが、米国は日本とは違い開業医はオープンシステムであるので、病院との契約関係にある。外科や内科はそれで理解できるが、ほかの診療科目たとえば、麻酔科や病理や放射線科には開業医はいないのであろうか？ 彼らは単独で開業しあちこちの病院と契約する場合もあるが、多くはグループになって開業している。

内科や外科も含めて、医師単独の場合には、開業という少し大げさかもしれない。日本でも医局をはなれ、アルバイトで生計を立てている医師がいるが、それにかなり近い感覚である。グループ開業には 2 種類ある。1 種類は日本でも見られるさまざまな診療科目の医師が手を組む場合で、もう 1 種類は同じ科目の医師が開業する場合だ。日本的に考えると後者は奇異に見えるが、米国の場合には、そもそも重装備の開業医はほと

んど存在しない。つまり、どちらも多くの病院と契約するという意味合いにおいては同じなのである。前述した麻酔科医などの場合には後者が多い。つまり仲間で曜日ごとに行く病院を変えたり、週に何日か自由な時間を作って研究したり余暇に当てるといった考えだ。

実は、米国では医師の専門性は、ある意味では日本より高く評価されているともいえる。このような形態の場合には、さほど感じないかもしれないが医師については独立という考えが徹底しているのだ。たとえば、前回に述べた MGH(マサチューセッツ総合病院)では医師の給与は、病院からは支払われない。

これは MGPO(マサチューセッツ総合病院医師組合)という組織に医師が属しているためにそちらから支払われる。この MGPO は病院と契約し、場合によっては給与条件などを交渉し、医師に給与を支払う機能を持っている。これは同じようにハーバード大学の関連病院であるブリガムアンドウイメンズ病院でも同じでこちらの場合には、ブリガムアンドウイメンズ病院医師組合というのを組織している。HMO 型のマネジドケア会社であるカイザーにも医師集団であるパーマネンテというものがあるが、その医療機関版とだけ思えばよいであろう。

少し話がそれたが、開業医の話題に戻ろう。開業医に限らず医療機関に、やはり経営に大きなインパクトを与えたものはマネジドケアである。米国では州によって、マネジドケアの浸透度に代表されるような環境がまったく違う。一般に米国西部はマネジドケアが浸透していて、東部のほうが遅いし、また田舎のほうが浸透が少ない。たとえばメイン州というボストンの属するマサチューセッツ州の北側の州では、3%くらいしか浸透していないという。これは少し古いデータであるが全米平均で4割(西田在賢 1995)と比べると極めて少ない。

さて、そのような環境下における開業医の状況であるが、専門医と家庭医にわけて考える必要がある。米国では家庭医も専門性が高いといわれるが、ここで言う専門医とは開業医であっても、泌尿器科とか、麻酔科といったスペシャリティを持つ医師たちである。元来マネジドケアの原型である HMO は、登録しているプライマリケア医の診察を受けることなく、専門医や病院の診察を受けてはいけないという仕組みである。したがって、プライマリケア医の立場がよくなる仕組みであったし、当初は確かにそうだった。しかしながら、マネジドケアに対する批判、その主なものは選択の自由が失われたことだが、が多くなるにつれて様相は変わってきている。また、マネジドケアの浸透が西部に比して少ない東部では純粋な HMO 型の保険に加入している人が少ないこともあって、専門医はさほど困っていないようであった。

さらに高齢者はメディケア加入になる。メディケアでは医療費の80%が償還される。問題は残りの20%であって、この額は、高齢者にとっては応える。たとえば、貧困層はこの残りの部分はメディケイドで支払われるが、メディケイドは薬剤負担はしないし、その他の制限も多いので結局医療費を払いきれない場合も出てくる。しかしながら、多くの高齢者は、この残りの部分をメディギャップというが、この部分を民間保険でおぎなっている。たとえばこの部分をブルークロス/ブルーシールドで補えば、非常に受診し易い状況になる。したがって眼科や泌尿器科といった高齢者が多い専門開業医の打撃は少なかったという。逆に最近では、当初有利な立場であったプライマリケア医が厳しい状況になっている。これは病院側が、マネジドケア対策として1部外来を行いだしたことに関係している。たとえば MGH はマネジドケア全盛期の1994年ごろに、自院でのプライマリケア活動を積極的に宣伝し、病院外来に直接受診させたという。

11. 人事に対する考え方

最後に米国の医療機関における人事の考え方について紹介したい。ただし、対象になるのは今回の調査で人事の部署に直接インタビューできた、ボストンのマサチューセッツ総合病院と、NY のベスイスラエル病院の 2 つであることを最初にお断りしておきたい。もっとも、人事業務については、MGH の場合には、Partners というブリガムアンドウイメンズ病院などいくつかのハーバード大学関連病院を統合している非営利組織に一括されているし、ベスイスラエル病院の場合にはルーズベルト病院、ロングアイランド大学病院など 4 病院を中心に Continuum Health Partners に統合されており、人事管理はこちらで行っている。

この部門は、きわめて緩やかな親会社であって、個別の病院の経営には口を出さない。人事やIT、広報といった間接経費の部分の統合化をおこなっているのみである。人事といっても、採用の広告をまとめて打ったり、全体の事務管理を行うというわけで、日本の人事部のような権限はなく、個別の採用・面接は各病院に任されている。

米国でも日本でも比較的共通しているのは専門職のメンタリティである。これは医師に代表されるが、医師に対しての管理の難しさは、日米共通のものようである。前回のマーケティングの項目でも述べたが、ネットをあまり使用しないので、情報の伝達が難しいといったことなどはその例である。

医師に対する評価であるが、両病院ともさほど医師個人や部門別収益での評価は行っていなかった。むしろ、医療技術や、ガイドラインの遵守といった医療の部分での評価が中心になっていた。これは医師が労働組合を持っているケースもあるし、MGH のように医師グループがあって権利を守っている場合もあるので、日本のように医師個人に対してのあたりが直接的でないといえる。

さて、米国で特徴的なのは、職業の流動性が高いために、ある専門職不足がサイクルでやってくる点である。たとえば、現在は看護師不足の環境にある。これは主に、平均在院日数の減少に伴って患者ケアの密度が上昇したこと、患者の重症度が増したことによる、勤務状況の悪化という内的な要因と、女性の社会進出、好景気に伴い看護師以外の職種で、相対的によい労働環境でいい仕事が見つかることがその要素であるという。給与はこのような需給バランスの下で上昇傾向にある。看護師のリクルート状況については、NY よりボストンの方がよさそうな印象を受けた。なお、MGH の場合には、看護師要請のためにグラントを出している。

薬剤師も不足している。これは 1 年半前の調査で報告したように、調剤薬局に薬剤師が必要なために、高額な給与を支払って薬剤師をリクルートしているからだという。この状況は日本でも同じである。

ただ、日本と異なるのはある業種が不足しているという問題が、かなり早急に解決されてしまう点だ。それを Continuum Health Partners の人事部長はサイクル、という言葉で表現していた。つまり、看護師不足だということになれば、学校もすぐできるし、人材が流動化しているので、もし他州に人が余っていれば、すぐにそちらからやってくるし、といったわけで比較的短期間に人材不足は解決してしまう。そして、そのときにできた学校は、装い新たに別の専門職を育成する。日本のように、ほぼ慢性的に看護師不足を訴えてきた国とは違うのだ。

また、日本と異なるのは、放射線のテクニシャン(日本での放射線技師にあたる)や、調剤業務を行うテクニシャン、検査業務を行うテクニシャンの不足である。

職種ごとの専門分化が極めて進んでいる米国では、自分たちの仕事でないと考えればその仕事を一切しない。病院もその例外ではなく、その部分を埋めているのがテクニシャンといわれる集団である。その意味では、米国の病院組織は、階層構造上は比較的フラットであるが、行っている職能はきわめて階層的になっていて、非

効率を生み出している可能性があるといえよう。

また、アウトソーシングは日本の病院ほど盛んでないようだ。こゝは、一般企業でも日本のほうがアウトソーシングの比率が高いことと整合的だ。

このように日米の病院の経営スタイルはかなり異なっている。そしてその相違は、病院を取り巻く環境の差と同様に、経営に対する考え方の違いをも反映している。そのような差を認識した上で、米国流経営のよさを取り入れていくことが、今後の日本の病院経営にとって重要なことになろう。

12. 営利非営利に対する考え方

経営母体の営利・非営利性について考えてみよう。まずいえることは、営利母体・非営利母体において、米国においては競争条件の差が日本ほど大きくないことがあげられる。この大きな差は補助金の問題である。

米国では非営利病院とは非課税病院を指す。非課税病院とは、内国歳入法 (Internal Revenue Code) による 501 条 3 の該当病院であるが、その基本的な要件は、1) 個人の利益に属さない公益事業である、2) 政治活動・政治献金・ロビー活動の禁止、3) 資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、4) 解散時の個人への資産分配の禁止である²⁾。

この条件を満たした病院では、免税の特権、免税債である病院債の発行が可能になる。ただし、米国では病院債といっても個別の病院が発行するわけではない。松原らによる米国の病院債発行実績を表 5 に示した³⁾。米国では、病院債は、政府または地方自治体が発行し、病院が発行するものではない。投資家にとっては免税の恩典も大きく、米国では非営利病院の大きな資金調達手法になっているという。

表 5 病院債発行実績額(1999 年 1 月～6 月)

(単位: 百万ドル)

	合計金額	シェア	発行数	1 件当たり 平均金額
Charity Obligated Group	426.1	4.4%	8	53.3
University of Pittsburgh, Medical Center	370.0	3.8%	2	185.0
Alexian Brothers Health System	306.0	3.2%	1	306.0
Cleveland Clinic Foundation	284.0	3.0%	3	94.7
Baptist Healthcare System	275.0	2.9%	2	137.5
トップ 5 合計	1,661.1	17.3%	16	103.8
トップ 5 以外	7,962.8	82.7%	205	38.8
産業合計	9,623.9	100.0%	221	43.5

(出典: *Thompson Financial Securities Date*、明治生命ファイナンス研究所『経営の実態把握とその対応策について』より改変。)

ただし、上述した Continuum Health Partners の元 CEO のニューマン氏は、最近では、病院債券発行の市場環境が悪く、あまり発行しやすい状況ではないという。その理由は病院の経営環境が予測できないために、どうしても金利が高くなってしまいうからであるという。IT 投資や立替の需要はあり、資金ニーズは米国でも日本で

も同じように高いが、資金調達に苦勞している様子もほぼ同じであるかもしれない。

確かに、日本でも最近いくつかの病院で格付けがとられているが、債券格付けの基本である長期の安定性という面から言えば、公的なファイナンスがついている日本の診療報酬制度に比べて、マネジドケアと医療機関のいわば戦いといった状況にある米国では、第三者（保険者）の安定性が違う。その意味では、国内の病院は米国の病院に比して、規模はかなり小さいが、財務の安定性という意味で、多少ノッチが高くなる傾向にある。

米国で格付けをとっている病院の情報を表 6 に示す。

表 6 格付けをとっている病院

	日本	アメリカ
年次	2000 年	2001 年
全病院数	9,286	4,908
300 床以上の病院数	2,600	799
格付けされている病院数	0	500 以上
格付けされている病院数の全病院数に対する割合	0%	10%
格付けされている病院数の 300 床以上の病院数に対する割合	0%	70%以上

注)米国数値は民間非営利

(出典:Fitch 大迫氏作成。)

Continuum Health Partners の元 CEO のニューマン氏は、「このような厳しい競争環境の下では、営利であるか非営利であるかは、さほど病院の経営トップの意思決定には影響しない」と述べる。研究によっては、消費者は情報の非対称性があるために非営利の医療機関を好むという報告もある⁴⁾が、定説はない⁵⁾⁶⁾。

ただ、おもしろいことは NY 州では州法で株式会社病院の進出ができない。その主な理由は、株式であると誰が所有するかわからないからであるという。

引用文献

- i) AHA: American Hospital Association (米国病院協会), "Fast Facts on U.S. Hospitals from Hospital Statistics"
<http://www.hospitalconnect.com/aha/resource_center/fastfacts/fast_facts_US_hospitals.html>
- ii) 松原由美ら 2003 『医療機関開設資金調達に関する研究』(主任研究者:田中滋) 厚生労働省報告書。
- iii) 医療法人資金調達研究委員会 2003 『病院債(医療機関債)の発行に関する中間報告書』。
- iv) McClellan, M., Staiger, D., 2000, Comparing Hospital Quality at For-Profit and Non-Profit Hospitals. in Culter, D. M., ed. *The Changing Hospital Industry*, The University of Chicago Press.
- v) 遠藤久雄 1995 「医療・福祉における営利性と非営利性」『医療と社会』5(1):27-41。
- vi) 遠藤久雄 1996 「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察」『医療経済研究』3:57-71。

参考文献

- ・田中健司 2002 『米国ヘルスケアにおける新たな潮流—米国における Disease Management の発生と展開—』 損保ジャパンクオーターリー。
- ・真野俊樹 2002『日本の医療はそんなに悪いのか—正しておきたい 30 の誤解—』 薬事日報社。
- ・レオナルド・L・ベリー、ニリー・ペンダブティ 「組織は顧客のためにある」『ハーバードビジネスレビュー』(2003 年 7 月号)。

参考資料

資料 1 病院システムランキング

	病院システム	種類	2000 年度総収入 (Mil\$)	総病院数	営業州
1 位	在郷軍人病院	公立	22,383	172	50
2 位	HCA	営利	16,700	196	23
3 位	Tenet	営利	10,666	110	17
4 位	Ascension Health	非営利	5,800	65	15
5 位	Catholic Healthcare West	非営利	5,016	70	22

(出典:スタンダード&プアーズ社の報告書より改訂。)

資料 2 営利病院経営実態(2001 年度末)

	HCA	Tenet Healthcare	Triad Hospitals	Universal Health Services	Health Managemen t Associate	Lifepoint Hospitals	Province Healthcare
2001 年度総収入 (Mil\$)	19,200	14,300	3,450	3,150	2,260	706	676
総病院数	172	116	46	35	36	23	19
1病院当たりの収入 (Mil\$)	112	123	75	90	62.8	30.7	35.6
総ベッド数	40,054	28,667	7,580	5,846	5,184	2,197	2,156
平均入院日数	5.1	5.4	5.0	4.8	4.6	4.1	4.5
支払利息・税引前 利益(%)	21.4	20.7	16.7	13.7	24.5	23.4	17.0
貸倒率(%)	7.6	6.3	7.4	7.2	7.5	7.3	7.6
自己資本利益率 (%)	18.8	20.7	6.6	15.5	19.3	17.6	11.0
過去5年間の1株当 たりの年利益増加率 (%)	22.2	15.9	N/A ¹⁾	16.6	14.2	47.4	27.9
機関投資家の株所 有率(%)	78	95	95	90	95	95	95

1) 赤字年度があるため増加率計算できず。

(出典:各社年次報告、スタンダード&プアーズ社報告書、“Finance.yahoo.com”、“Lycos Quote.com”をもとに筆者作成。)