

米国ヘルスケア・サービス提供者の統合と分化

田 中 滋*
山 口 典 枝**

アメリカ合衆国では、マネジドケア進展の結果、1990年代前半から半ばにかけて病院サービスの価格と収入が著しく抑制された。そこで病院は、経営統合によって地域シェアを高めて価格設定にかかわる主導権奪回を図るとともに、保険者経由ではなく自ら消費者・患者に選ばれることを目指して機能整備と連携を行った。本稿では、以上のような経営環境の変化を踏まえ、統合の代表的な形態である Integrated Delivery System の成り立ちと中身について解説している。

はじめに、急性期医療提供にとって中心的な「場」であり続けてきた米国病院の経営に着目し、時系列的に IDS の発展理由を把握する。次に、IDS のバリエーションについて、その形成プロセスにおけるメインプレイヤー、および IDS を構成するコンポーネントの「つなげ方の手法」に着目して分析を試みる。続いて、IDS 外部に業務を委託する「カーブアウト」を取り上げる。断片的であった医療機能の統合が進む一方で、効率化推進のために機能分化の方向も採用された興味ある展開だからである。

最後に、4つの事例（Kaiser Permanente, Sutter Health, Catholic Healthcare West, On Lok：いずれも非営利）の要点として、歴史および成長の経緯、統合の総合的な効果の評価、そしてプロセスの統合度合いの評価を提示する。

キーワード 統合提供システム、マネジドケア、交渉力、組織コンポーネント、医師集団

1. 医療提供体制をめぐる問題意識と IDS の定義

医療提供体制は、「地域ごとの医療ニーズに適切かつ効率的に応えるよう」築かれるべきである。そこでは、質を指標とする提供者間の競争が行われ、患者にとっては選択のための客観的情報が得やすい状態が好ましい。これに対し、「保険者の意向に合致するための変化」が医療提供体制構築の主目標となるようでは本末転倒だろう。

周知のとおり、アメリカ合衆国では、マネジド

ケア進展の結果、1990年代前半から半ばにかけて病院サービスの価格と収入が著しく抑制された。そこで病院は、経営統合によって地域シェアを高めて価格設定にかかわる主導権奪回を図るとともに、保険者経由ではなく自ら消費者・患者に選ばれることを目指して機能整備と連携を行った。サービスの質を重視し、顧客志向の姿勢を強めた点では前進を遂げたと評価できるが、きっかけは「保険形態の変化に合わせた改革」に他ならない。本論文は、以上のような経営環境の変化を踏まえ、統合の代表的な形態である Integrated Delivery System の成り立ちと中身について解説し、いくつかの事例を提示する¹⁾。

ところで、そもそもヘルスケア分野における統

* 慶應義塾大学大学院経営管理研究科

** アクセンチュア株式会社

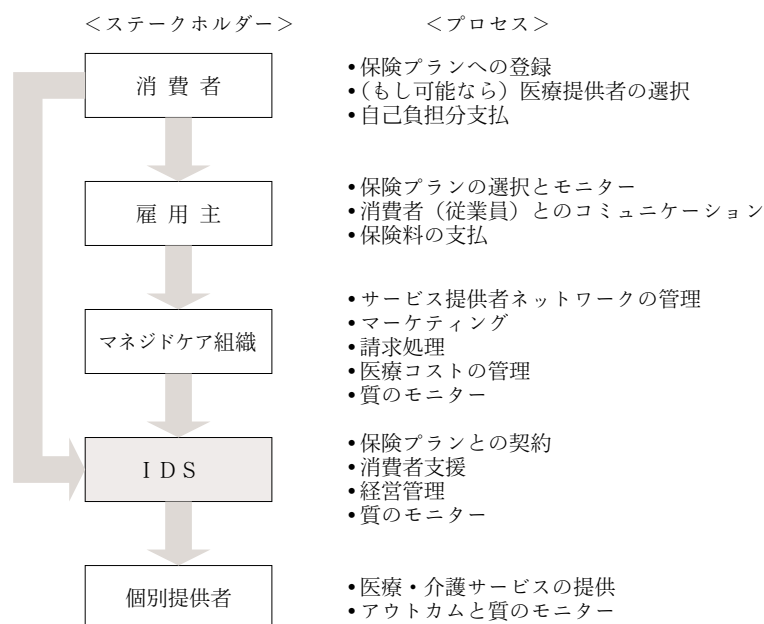


図1 米国医療のバリューチェーン

合提供システム（以下IDS）の定義は、文献により異なっており、統一的な見解は見当たらない。本稿では、IDSを「シームレスな（＝切れ目のない）ヘルスケア・サービスの提供をめざすため、多様な機能を揃えて²⁾統合的な運営を図り、その上で保険者等の支払者側と直接契約を行う組織」と定義する。前段（統合運営）だけではなく、後段の限定（支払者との関係）も重要である（図1参照）。

¹⁾ なお、われわれは経済・経営面の論述を目的としており、医療技術の進歩、ならびにマネジドケア進展とIDS化がもたらした「医療の質」の変容には（向上と制限の双方の側面とも）、紙幅の都合上触れていない。

²⁾ 「機能を揃える」とは、水平方向（同種サービス提供者同士）の統合だけでなく、垂直方向にも統合することを意味している。統合の方向については、通常は水平か垂直かの2つに分けて論じられる。しかしこの論文では、上述のIDSの定義から、統合の方向としては「水平＋垂直」双方となる。

2. IDS 発展の経緯

次に、IDSの発展経緯を、急性期医療提供にとって中心的な「場」であり続けてきた米国病院の経営に着目し、時系列的に見ていきたい。

(1) 急性期病院の形態の変遷

a. 独立形態（1970年代初頭まで）

アメリカ合衆国においても、1970年代初頭までは、「法的地位は非営利」かつ「意思決定は個別病院ごとに独立」という姿が一般的な急性期病院の経営形態であった。病院は主にそれぞれが存在するローカル・マーケット内で互いに競争していた。また…オープン・システムゆえに…「病院利用を決める“顧客”は医師³⁾」との意識が病院・

³⁾ ここでは、privilege（病院利用権）をもった外部のattending physiciansを指す。

医師双方とも強く、利用する病院の決定に際し、患者や保険者は受動的なポジションにおかれていた。なお、この頃の米国病院は、入院診療がサービス提供のほとんどを占めていた⁴⁾。

b. MHS (1970年代～1990年代前半)

アメリカで見られた急性期病院間提携の最初の形は⁵⁾、株式会社形態の営利病院で採用されたチェーン・オペレーションである。メディケア導入による需要の拡大に応じ、病院が相対的に少なかった南部などで事業を起こした営利病院会社が、チェーンに属する病院を他の州にも増やしていった。

他方、営利病院のシェア拡大に対する危機感から、非営利病院の側でも提携や合併が行われるようになった。後者が「営利病院チェーン」に対抗して用いた言葉が「マルチ・ホスピタル・システム」(Multi Hospital System: MHS) である。

MHS 内の提携の強弱にはいろいろなレベルが存在した。弱い提携の場合には、医薬品や機器等の購買について「病院数増大に基づく交渉力強化」を通じた契約購入価低下を狙いつつも、購買品種と量に関する実際の意思決定は各病院で行われた。

より強い提携では、病院経営の中核となる意思決定が本部組織に集権化され、各病院のもつ自主権が小さくなる。このタイプの統合の目的は、資本市場へのアクセスのしやすさと低利子での資金調達、管理コスト比率の低下などの点で、ゆるやかな提携よりも効果を得るためであった。加えて、マーケティング力を発揮し、より多くの患者を獲得することが期待された。

とはいえ、1990年代には非営利の病院によって構成される MHS の数が増加したものの、ほとんどの場合その規模は小さく、1 システムあたり 5 ～10 病院程度の提携にとどまっていた。これに対

し、営利の病院システムは、1990年から95年の間に、25から40へと数が増えると共に、M&A を繰り返すことによって、1 システムあたりの病院数も34から62へと倍増した。

非営利の MHS と営利病院チェーンとの違いの1つは次の点に見出される。営利側は広域に事業を展開する保険者と全国レベルでの関係を構築するため、またその際の交渉力を強化するために、全米規模の組織となる方向を目指した。これに比して非営利 MHS は、一般にそれぞれが存在するローカル市場でのシェア確保を目的とするにとどまり、全国展開を図るわけではなく、当然ながらシステムに属する病院数が相対的に少なかった⁶⁾。

他方、経営難に陥った独立病院は、競争的な環境の下で、進んで大規模システムに管理を任せるようになった。営利システム内の病院数が増加した要因の1つとして、非営利病院の買収が挙げられる。例えば、Columbia/HCA社は、1995年には63の病院を買収した。

c. 垂直統合 (1990年代後半以降)

1990年代には、急性期病院の役割と提供するサービス・ラインが変化しはじめた。プライマリ・ケア医師に対して出来高払い⁷⁾が主流であった時代には、医師側にとって患者の病院利用は自らの収益・費用には直接影響しなかったもので、いわば患者のニーズ(と支払能力)に応じて病院施設を利用した検査や入院を処方していた。そうした環境下では、病院は地域の医療提供システムの中核的な地位を占めることができた。病院は最新技術を

⁶⁾ 購買に関して言えば、これら非営利のシステムは、ボランティアな購買ネットワークに参加したり、他地域の MHS と同盟を組んだりするなどの行動が見られた。

⁷⁾ 米国における出来高払いは、Fee for Service: FFS (私的保険および自費)、Resource Based Relative Value Scale: RBRVS (メディケア) などが代表例である。

⁴⁾ 近年の外来収益重視傾向や、もともと外来の比重が大きい日本とは異なる。

⁵⁾ 退役軍人病院 (Veterans Administration: VA) などとを別とすれば。

体化した医療機器、および高度の訓練を経たメディカルなどを“道具”として、医師（メディカル・スタッフ）と協力してきたと言えるだろう⁸⁾。

加えて、マネジドケアが一般的ではなかった1980年代までの民間保険者は、医療提供者への支払額上昇が生じて、大体のところそのコストを翌年の保険料水準に転嫁しえた。ゆえに、入院は常に1件当たり平均支払額がもっとも高いサービスではあるが、医師による妥当な指示が存在する限り、取り立てて保険者が病院利用を制限する財務的な必然性は低かった。

しかし、医療費の高騰とそれに対応したマネジドケアの急速な浸透に伴い、保険者のみならず、患者、プライマリ・ケア医のインセンティブは急性期病院の外へと向かうようになった。保険者は、利益確保のために、入院サービスの利用をできるだけ回避させる工夫を行うようになってきた。その手段として、留保分⁹⁾の一定割合がプライマリ・ケア医グループのボーナスにあてられるタイプの支払方式がとられた場合には、病院利用を控えさせた方がプライマリ・ケア医の利益が大きくなる点も影響した。合わせて、日帰り手術、回復期医療、在宅医療など、医療技術の発達による入院以外の手段の浸透もこのインセンティブを強めた。したがって、病院は医療提供体制の中心の地位からはずれかねない状態におかれてしまった。

そこで病院は、自らの役割の変容によって中心的地位を取り戻そうとした。病院は最大の固定資産を持ち、かつ伝統的に資本市場へのアクセスが

他の医療サービス提供者より容易であった。この利点を背景に、病院は地域でのシェア拡大と規模に基づく交渉力の追求を目的とした水平統合に加え、垂直方向にも統合しようと努力するようになった。その成果が統合提供システム（IDS）と呼ばれる形態に他ならない。IDSは、健康管理、急性期医療（入院・外来）から介護まで、ルスケア・サービス提供機能を幅広く含む。なお実態としては、急性期医療に的を絞った組織が多い。

(2) 統合の状況

ただし、数多くの病院組織が垂直統合を試みたにもかかわらず、成果の観点から見た成功例は急速には増えなかった。第一の理由としては、統合体内のインセンティブ・システムの設計にかかわる失敗が挙げられる。特に病院が医師集団（メディカル・グループ¹⁰⁾）を統合する場合にはインセンティブ・システムの設計が非常に難しく、しばしばコンフリクトを引き起こしたと言われている。さらに医師側は、IDSによるコントロール過多に懸念を示した。またそもそも、非営利の病院と提携医師グループの間では、患者の治療については協力しつつも、経営面での連携はむしろ倫理上の観点からも忌避されてきた。

次に、かなりの病院は、システム内でケアをコーディネートするために有効な情報システムをリーズナブルなコストで開発することができなかった。重複も、反対に不足もない患者ケアのコーディネートが可能とする情報システムは統合には不可欠の要素ながら、それまで異なる設計の下におかれていた別々の組織の情報システム統合作業は、時間も資金も手間もかかる作業だからである。

(3) パーチャルな統合

上述の理由に加え、保険者との交渉にあたって

⁸⁾ 病院外来の拡大と共に、地域の医師と競合する側面も発生した。

⁹⁾ 大規模なメディカル・グループ（注10参照）は、マネジドケア組織から医療サービスのすべてもしくは一部のフィーを人頭払いで受け取る。後者のケースでは、期初の人頭払い契約金額には含まれない金額が保険者の手元に留保されている。その場合、留保分のうち、専門医および病院の利用や投薬などの“節約”によって残った金額がプライマリ・ケア医のボーナスの原資となる。

¹⁰⁾ 1つないし複数のグループ・プラクティス（いずれも経営形態はパートナーシップが主）である。

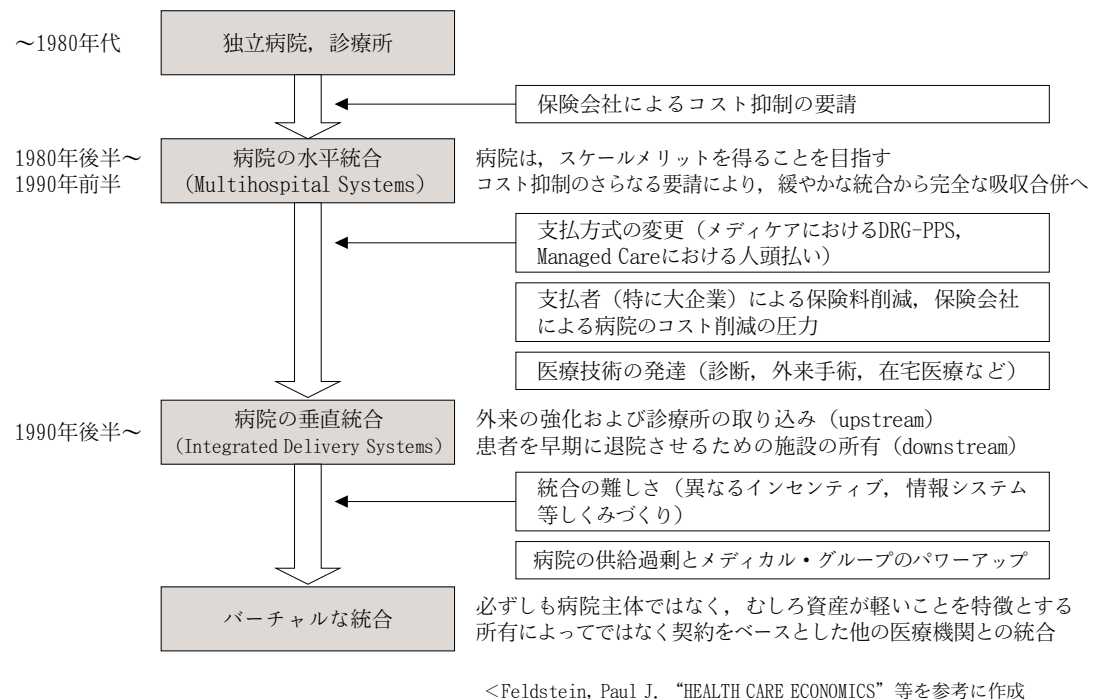


図2 IDS 発展の経緯

より有利な地歩を占めようとして、医師グループの一部が病院から独立した地位を保つ道を選んだため、地域によっては病院に対する医師のマーケット・パワーが強くなった変化も、病院主導型 IDS の成長速度を遅くさせた要因となった。これらの医師集団は、経営統合によってではなく、（互いに独立した事業体である）病院やその他のサービス提供者との契約によって、ヘルスケア・サービスをより安く提供しようと判断した。

このような契約方式を“バーチャルな統合”と呼ぶならば、これは垂直統合の代替肢として登場したとみなすことができる。

大規模なメディカル・グループは、当初は診療所管理会社（Physician Practice Management：PPM）に資産を売却して、規模拡張や情報システムなどに要する資金を得たり、経営管理の専門家を雇ったりする戦略をとったケースも見られた

（必ずしもよい経営成果を生んだわけではないが）。このようなメディカル・グループは、患者に必要な医療サービスを幅広く提供するために、異なるタイプの提供者との契約関係に依存していた。彼らの戦略は、急性期病床が供給過剰状態であるため、「（価格水準を守りたい）病院主体の IDS よりも安いレートを提示することにより保険者と交渉できる」との想定に基づいていたと言える。以上の記述を図2に要約する。

3. IDS のバリエーション

(1) メイン・プレイヤー

IDS 形成を他組織への出資や買収・合併により行う場合には、巨額の資本が必須となる。そこで、前述のように、医療機関の中でも他の業態と比べ資金調達力を持つ病院が、IDS 形成の主た

るプレイヤーであった。

第2のメイン・プレイヤーは医師集団である。ただし、メディカル・グループは所有する固定資産が少なく、かつ資金調達が病院と比較すると困難なため、組織の境界という点では、資本投下によって新組織を作るよりも、前述のとおり提携契約関係が中心になる。

他に IDS 形成が可能なプレイヤーとしては、一部のマネジドケア保険者があげられる。例えばカイザーは、展開する州ないし地域ごとに、原則としてヘルスプラン（保険者）、医師グループの2つのエンティティ（法人）を持っており、ヘルスプラン側が病院を直営している。つまり、マネジドケア保険者とサービス提供者が一体となって形成した IDS であるとも解釈できるだろう。逆に、カイザーの到達した姿から考えれば、規模も機能の幅も共に拡大した IDS は、保険料を支払う大規模雇用主との直接契約や、保険機能そのものの内包も可能な組織にまで発展しうると言ってもよい。

(2) 組織の境界

次に組織の境界を考えるにあたり、IDS を構成するコンポーネントの「つなげ方の手法」に着目して分類を試みる。

当初の IDS は、自ら資金調達を行い、買収・合併、あるいは出資を通じて新組織を設立する「資本投下による一体化」が一般的であった。しかし、サービス提供やシステム面で統合化のメリットを得る代わりに、調達した資金の資本コスト負担に苦しむ IDS が珍しくなかった。その状況を鑑み、今ではすべてを自らの組織下に置こうというだけでなく、以下のようなアプローチも増えている。

2 番目の手法では、ジョイント・ベンチャーと同様、他組織との資本提携を行ってコンポーネントを運営する。第3は、資本関係には至らないものの、財務的なリスクのシェアなど当事者が共通

のインセンティブを持つ“強い”契約に基づく提携である。さらには、リスクシェアを伴わない“弱い”契約や、明確な契約が存在しない単なる協力関係にとどまる、第4と第5の手法も見られる。

なお、2種類の外部委託、すなわちカーブアウト（Carve-out）とアウトソーシングはこの5つの手法区分とは別の次元で考えたい（IDS 論におけるカーブアウトとアウトソーシングの意味については改めて次節で論ずる）。外部委託は、どちらの形態とも、業務そのものの最終的な意思決定と責任は IDS 側の内部に保留されるため、コンポーネントのつなげ方のパターンとしてではなく、自組織境界内の業務運営形態として捉えることにする。

いずれにせよ、シームレスなヘルスケア・サービスを提供するにあたり、すべてを組織の境界内で行うと資金的にも組織運営的にも無理が生じるため、上記5パターンは、互いに排他的というよりも、組み合わせて用いられる手法とみなしてよい。

4. さらなる分化のパターン： カーブアウト¹¹⁾

断片的であった医療機能の統合が進む一方で、効率化推進のために、状況に応じ分化の方向も採用された。IDS 外部に業務を委託する「カーブアウト」がその例である。

(1) カーブアウトとアウトソーシングの違い

医療におけるカーブアウトは、主にマネジドケア保険者によって推進された。カーブアウトとは特定の領域を事業の本体から切り分けるケースに用いられる言葉である。IDS の文脈では、サービスとリスクの性質ゆえに IDS 本体から切り分

¹¹⁾ Kongstvedt (1997) を元に、独自の見解を示した。

けた契約が行われるメディカル・サービスを指す。つまり、「主に内生コストとの比較によって利用の有無が決まる業務委託一般」を意味するアウトソーシングとは異なっている。

例をあげて説明しよう。プライマリ・ケア医への支払いとは違い、専門医等のサービスに対しては、マネジドケアにおいても大体のところ出来高払いが適用される。しかし、専門医等のサービスの中でも、メンタル・ヘルスや薬物依存症の治療、あるいは歯科治療などの分野は、自由料金制の出来高払いだと支払額が大きくなりすぎる恐れが強い。他方、重症の腫瘍やHIVにかかわる治療などは、保険者の側がコストリスクをコントロールできない可能性を伴う。したがって、それらを専門とする（主たる契約者以外の）外部の提供者に対し、包括的にコストリスクを含めて委託サービスをする意味はマネジドケア・プランにとって大きい。このような契約に基づく委託がカーブアウトに相当する。カーブアウトされたサービスの提供者とIDSは弱い提携関係にとどまるケースが一般的である。

これに対し、アウトソーシングとは、専門能力の蓄積に時間を要する業務や、IDSが本体で抱えた場合（規模にもよるが）稼働率が低くなってしまふ業務などの外部委託を指す。IDS特有の例としては、医師のプロファイルを集め、適性を判断するクレデンシャリング（Credentialing）などの管理業務があげられる。これは、確定した費用スケジュールに基づいて委託するので、アウトソーシングという言葉があてはまる。

(2) カーブアウトの背景

カーブアウトの利用が増えた背景は、消費者＝被保険者が、メンタル・ヘルス、薬物依存症の治療、歯科医療等のみならず、在宅ホスピス、リハビリテーション、さらにはカイロプラクティックなどの代替治療まで、利用のしやすさを強く要求するようになった変化に求められる。一方、保険

料を支払う雇用主側も、1990年代の好景気の下で従業員を確保するためには、基本給付にこれら特定サービスを付加した保険と契約する必要性を感じていた。そこで、マネジドケア・プランを販売する保険企業の多くは、こうした特定分野にもマネジドケア的アプローチをあてはめつつ、給付範囲に取り入れる方向を選択した。

当然、需要の増加に伴い、このような特定サービスのコストが上昇していった。マネジドケア・プランを販売する保険者は、次第にこうした特定分野について、対象人員あたりの支払いによる委託（＝カーブアウト）を増加させた。もう一つの理由は、高度専門医療に特化して広域の患者をターゲットとする提供者の利用である。

(3) カーブアウトに適したサービスの種類と契約方法

「特定の分野の提供者」に「委託する」という性格上、次のような性格をもつサービスがカーブアウトに適している。

- ①被保険者が受け取る保険給付を明確に定義できる
- ②患者集団を定義できる
- ③専門性が強いと、診療内容管理（Utilization Review：UR）が必ずしもあてはまらない
- ④コスト増加が著しい

①と②は、委託するための切り離しと契約の双方とも困難の小ささが条件となる。③については、マネジドケア保険者が通常持つ能力ではURの実施が難しく、典型的なマネジドケア型管理がなじまないことを意味する。なお④だけが理由となっているケースでは、コストの急激な上昇が止まり安定的な状態になった際は、体制さえ整えれば通常のマネジドケア保険者でも管理可能になる場合もありえるだろう。

サービスのカーブアウト契約に関し、マネジドケア組織は原則としてコストリスクを契約先に転嫁するべく人頭払いの契約を結ぼうとする。ゆえ

に②は、当該地域における発生確率を把握し、1人当たりの金額を設定するために必要な条件に他ならない。

5. 実際の事例

カリフォルニアは、保険者にとってもヘルスケア・サービス提供者にとっても競争が激しい地域である。保険料を支払う事業主が共同で保険料の価格交渉にあたるようになったのを受け、保険者の集中が進み、さらにそれに対抗するために提供者間の統合が進展した。まさに規模拡大による交渉力の強化が、統合を推進した最大のインセンティブだったと言える。この節では、現地調査に基づき、Kaiser Permanente（以下カイザー）、Sutter Health（以下サッター）、Catholic Healthcare West（以下CHW）、On Lok（以下オンロック）という4つの非営利IDSについての分析の要点を示す。なお、オンロックを除く3組織は、全米のIDSの中でも有数の規模を誇っている。

(1) カイザー

●歴史および発展の経緯

カイザーは、周知のとおり、米国で最古・最大のHMOである。その歴史は、カリフォルニアでプリペイド方式の医療の提供を建設労働者向けにサービスを始めた1930年まで遡ることができる。1945年には、非営利の組織として、コミュニティでメンバーを募集するヘルスケア・プログラムを開始した。プリペイド方式を米国で最初に始めた伝統に加え、トータルなヘルスケア・サービスを購入可能な保険料で提供するなど、米国医療史に大きな役割を果たしてきた。

●統合の総合的な効果の評価

カイザー全体としては、メンバー獲得のためのアンブレラ・ブランドの形成に重きを置きつつも、理念を実現するためには統合が一番のツールであ

ると考えている。すなわち、現在の自己完結度の強い組織形態こそ、“too much”でも“too little”でもない適正な治療を適正な価格で提供するための手段であるという意識が強い。メディカル・グループと相互に専属契約¹²⁾を結ぶ方式は、コスト・コントロールやプロトコルの徹底等を通じた効率の高い医療の提供と、共通プログラムの実行による質の向上を可能にしている。また、医師集団内は地域ごとの自主運営が基本とはいえ、本部が開発した各種プログラムをメディカル・グループで（地域の実情に合わせて改善しながら）用いる場合も多い。つまりカイザーのプロトコルのみを実施すればよいので、IPA型のオープンな組織より優位に立つことができる。

一方、すでに達している大きさゆえに、これ以上の交渉力強化インセンティブや、規模の経済性、範囲の経済性活用には重きを置いておらず、もはや規模拡大路線は取っていない。むしろ、地域ごとに医療提供を効率よく提供できる適正規模の維持を目指している。

●プロセスの統合度合いの評価

急性期医療のIDSであるカイザーにとって、病院と医師との統合の絶えざる進化は競争力の鍵である。両者が互いに専属する独特の組織形態によって、方針策定およびそれを実行するプログラムの適用、予算管理、人的資源管理の各プロセスにおいて、共有やガバナンスを徹底しやすい。病院は（稼働率の点から効率的でない科目を除き）自己所有が基本であり、各病院は本部から予算を与えられている。また、リスク管理や医療の質を向上させるためのプロトコルの開発を医師グループ中心で行っていながらも、フィードバック時に必ず本部が関わっていることが徹底性の代表例で

¹²⁾ カイザーのヘルスプランはパーマネンテ・メディカル・グループ以外の医師集団とは契約せず、後者も前者以外の保険者とは契約しない。

ある。さらに情報システムは顧客管理ツールとしてだけでなく、その活用を通じてベスト・プラクティスの共有を行うなど、「情報とナレッジの共有」に関する活動にも重きがおかれている。

カイザーは、保険プランも内部に持つ自己完結的なシステムなので、メンバー全体の健康を長期的視点で管理する強いインセンティブを持つ。実際、カイザーの疾病管理のプログラムは、他IDSに比べ優れているとの評価が高い。

ただしカイザーにおいても、プロフェッショナルの医師を対象とした業績管理には苦心しているようにも見える。しかし、今のところ、医師たちに生産性上昇を求めたり、コスト管理を徹底したり、医師グループではなく個別医師にインセンティブを与えて個人業績を評価システムに取り込んだりする方向は計画されていない。そもそも、「ケアの連続」にかかわる業績評価指標を決めること自体が困難だからである。ただし、顧客満足度の向上はモニターしている。

(2) サッター

●歴史および発展の経緯

サッターは、サクラメントをベースとした Sutter Health と、サンフランシスコ湾一帯をベースとした California Healthcare System の合併（1996年1月）によって生まれた IDS である。

旧サッターは、100年以上前に地域の医療ニーズに対応して出来た複数の病院が基礎となっていた。いずれの病院も、地域におけるニーズから草の根型で発展してきた。1981年に多角化を始め、その後15年のマネジドケアの急成長と効率化推進の要求の中で、旧サッターは当該地域における統合された非営利システムとして成熟を重ねていった。

一方、後者のカリフォルニア・ヘルスケア・システムは、質もコスト効果も高い医療を提供するというゴールを目指し、病院と医師グループが一緒になって始められた。両者が合併した目的は、めまぐるしく変わる厳しい競争環境の北カリフォ

ルニアで良い市場ポジションを獲得するためであった。

●統合の総合的な効果の評価

1996年の統合では、規模と範囲の経済、および規模増大による交渉力強化が目標とされた。カリフォルニアにおける病床過剰が病院の対保険者交渉力の低下につながる事態を恐れるがゆえに、逆説的にサッターを一層の規模の拡大へと駆り立てている。どの保険が使えるかは病院により異なるが、保険者との交渉に際しては本部が一括して条件交渉を行っており、実際に規模拡大による交渉力の強さを生かしているとのことである。「地域医療に対する発言力を増す」との理念レベルと共に語られてはいるものの、地域シェア30%という具体的数値目標が示すように、規模拡大志向が目立つ。

ただし、カイザーとは違い、まだ地域住民に対し「サッターブランド」は確立できていないとの認識から、今後は単一ブランドの構築を目標としている。保険プランをほとんど持たない医療提供者としてのサッターにとって、アンブレラ・ブランドの形成は、保険者との交渉力強化にも役立つ。また、病院債発行などを利用した資金調達の際にも、ブランドは意味を持つ。

●プロセスの統合度合いの評価

医師グループとの統合が「互いに専属する契約」に一本化されていないので、ミッションとカルチャーの共有や情報とナレッジの共有の点で、どうしてもカイザーより弱いことは否めない。しかし、医師グループとの契約パターンを以下に述べる3段階に分けて3層間の差異を明確化し、この弱点をある程度克服するよう努めている。

まず専属契約を結んでいるメディカル・グループに対しては、カイザーと同等のコントロールが可能だろう。第2の、リスクをシェアする強い連携を行っている医師グループに対しては、サッター

側と共通のインセンティブを持たせやすいため、相対的に強いガバナンスの発揮が可能と思われる。第3の、弱い連携にとどまる医師グループは、プライマリ・ケア医師は医療の入り口であり、サッターはサービス提供者としての地域のカバー率を問題としている実態を考えると、やはりどうしても欠かせない存在である。

複数のバリエーションが並存する現状を、弱みではなく強みに変えるために、サッターのこれからの目標の中には、医師グループとの長期のライアンスが掲げてあった。弱い連携しか結べていない医師グループとの関係強化を図るべく、長期的視野に立ち、マネジドケアの下で「医師グループにとって不可欠だが自らでは賄いきれない」サービスをサッターが提供する手立てが有効であると考えている。例えば、医療の質やサービスの質に関する指標を作成し、その結果を各医師グループにフィードバックすることにより、サッターブランドの評価を上げるだけでなく、各医師グループにとって必要な情報を提供できる。PPM的な役割も果たせるだろう。

なおサッターは、対象地域人口の全体的管理に力を入れている。慎重にはあるが人頭払いでの契約を増やす意図を持ち、地域医療のリーダーとして予防に力を入れて医療資源の適正配分や地域住民の健康増進に貢献する理念を背景にもつためである。

(3) CHW

●歴史および発展の経緯

カソリック・ヘルスケア・ウエスト（以下CHW）は、カリフォルニア州、ネバダ州、アリゾナ州で業務を展開する、一般患者、貧困者、障害者のためのIDSである。宗教的なコミュニティ（9つのカソリック系の団体）の援助を受けている。

●統合の総合的な効果の評価

CHWは、水平方向に統合された病院チェーン

として、管理部門や情報システムの統合により経済的なメリットを得ようと試みた。その1つの方策がShared Business Service（SBS）であるが、導入後3年で完全に失敗との評価が内部で下され、方針の転換を余儀なくされた。戦略の方向性としては正しかったと思われたにもかかわらず失敗した理由は、シェアード・サービス自体をプロフィット・センターと位置づけ、各地域単位は必ずこのサービスを利用しなければならないと命じたために、外部と比較した場合にコスト高のシステムになってしまったからのようである。そこでSBSをサービス・センターに衣更えしたが、統合を事業の視点から推進していく基本方針に変更はない。

医師との連携に関しても、やはり統合に失敗したため切り離し、さしあたりは地域のプライマリ・ケア医とのゆるやかなつながりにとどめる方針である。ただし、それだけでは取引コストの削減は見込めず、アンブレラ・ブランドも達成できない。ケアの質と患者満足度の向上も無論個別には目指すものの、統合とは無関係な段階にとどまっている。

●プロセスの統合度合いの評価

水平方向の統合の観点から評価すると、方針策定やプログラムの適用、人的資源管理など、どのプロセスにおいても組織の境界内でのコンフリクトが垂直統合と比して少なく、その分統合度合いは深めやすいはずである。ところが、インタビューから判断する限り、財務管理や業績報告など一部のプロセスに関しては、シェアード・サービス導入の結果プロセスは完全に統合されていると判断できるものの、人的資源管理や顧客管理、そしてライアンス管理などについて特に目立った統合は見られない。

つまり、シェアード・サービスとして切り出せるものだけを取り上げて統合させた姿がCHWと言えよう。しかも、その手段たるSBSが財務的失敗におちいったとなると、CHWのプロセスを

統合の観点から評価することは難しい。

また、対象地域人口の管理への指向は、出来高払いを推進している以上まったくインセンティブが存在しないため、きわめて弱いと判断できる。必然的にケアの連続に関しては、実現を図るステージに達していない。

(4) オンロック

●歴史および発展の経緯

1971年に、サンフランシスコのチャイナタウンに開設された米国で最初の高齢者向けデイケア・センターの1つが始まりである。当時は一般に給食、ヘルスサービスなど各種サービスが分散していたが、オンロックは統合サービス提供を図った点が新しかった。1975年には在宅サービスを、そのすぐ後にはプライマリ・ケアの医療サービスを開始している。1979年までには、メディケアから財源を得て統合された長期ケアのモデルを発表した。

このモデルは、革新的で内容面でも成功しただけでなく、伝統的な出来高払いのサービスに比べ15%もコストを削減できた。1983年には、メディケアとメディケイドの新たな支払方式である「長期ケアに対する人頭払い」の実験対象となった。これは、月額固定でメディケアとメディケイドから支給を受け、病院やナースィングホームでのケアまでを提供する、完全に提供者が財務リスクを引き受けた契約である。正式な契約は1986年に始まり、それ以来1度も赤字を出していない。

●統合の総合的な効果の評価

規模や範囲の経済が効くほどのサイズではないが、取引コストはチーム・ケアや情報システムの助けを借りて削減できている。他方、メディケア、メディケイドとの交渉については、決して規模による交渉力増大により優位な条件を勝ち取っているわけではない。オンロックの成功は、長期入院やナースィングホームでのケアが必要な層を対象に

人頭払いで契約しながらも、在宅ケアを充実させて高額な費用を要する医療の利用をできるだけ抑える構造によってもたらされている。

●プロセスの統合度合いの評価

オンロックでは、戦略や方針が明快であり、活動を開始して以来の方針も一貫している。したがって、特別なプログラムがなくともガバナンスの実現レベルは高い。患者に医療ニーズが発生したときの判断基準についてどこまで明文化されているかは不明であるが、実際の病院利用度から考えると、判断のぶれはあまりないと想像される。組織の境界外の病院を利用しているが、判断基準がはっきりしていれば、外部サービスを活用する際に通常発生しがちな問題について危惧する必要は少ない。ケアを提供する部門に関しても、直営とアライアンスの双方が存在するとの回答を得たが、チームでのケア体制と情報システムによる患者情報共有に支えられており、マネジメント上の問題は発生していないという点にはうなずける。急性期中心のIDSと比べると、意思決定の分岐がはるかに少ないがゆえに、高度な統合が可能となるのだろう。

(5) まとめ

最後に、IDSを構成する各コンポーネントとメイン・プレイヤーとの結びつき（3節参照）を勘案して、上記4IDSの結合の強さを強、中、弱の3つを目安にプロットしてみたい。

カイザーの場合、病院等の施設は原則として自ら所有している。また、医師グループとも相互に専属する契約を結んでいるため、資本関係による一本化と同等であると判断し、もっとも上に位置づけた。オンロックは、主となる介護・生活支援については所有と提携の2つのパターンが見られ、資本による一本化と契約に基づく提携が混在している。他方、急性期病院は一切所有しておらず、必要に応じて提携先の病院に患者を送る仕組みに

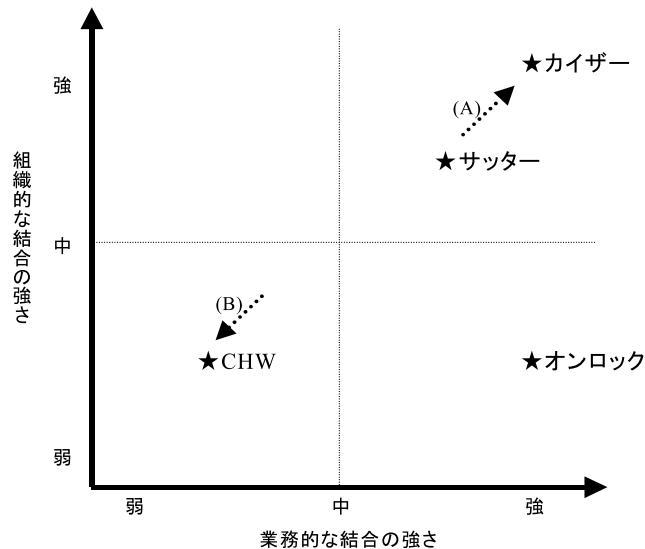


図3 カリフォルニアのIDS：組織的な視点でのポジショニング

なっている。そして病院との契約条件は出来高払いであり、リスクのシェアは一切行っていないため、ゆるやかな提携と判断した。

サッターは病院はすべて所有しているものの、医師グループとの統合は専属契約、強い連携、ゆるやかな連携の混在型なので、強と中の中間に位置させた。CHWも病院は所有しているとはいえ、医師グループとは統合と呼べる関係ではなく、財務リスクをシェアする契約となっていないため、ゆるやかな連携にあてはまるだろう。したがって、中と弱の中間に位置させた。

一方、どれだけIDS内でサービスが完結しているか、つまり全体の顧客のうちどれだけが自IDS内からの顧客かを示す割合を考える。カイザーは完全に「閉じた」仕組みであるため、右端に位置させた。オンロックについては、契約範囲内で必ず患者を動かしているという点で、カイザーと同様の業務的な結合の強さをもつ。サッターは、専属契約を結んだ医師グループの存在に加え、

IPAをマーケットの入り口として捉えて連携を強化していることから、患者の流れは多いとみなした。さらに人頭払いに積極的であり、専門科目のセンターを数多く所有していることなどから判断して、組織内の他コンポーネントとのつながりは強く、中と強の中間であると判断した。CHWは、基本的に出来高払いで契約するMHSを指向しているので、業務的な結合は中より弱いと判定した。

なお、(A)の矢印は、サッターの戦略の方向性は今後、組織面でも業務面でもより結合を強める、つまりカイザー方式に近づこうとしている状況を意味している。同様に(B)は、かつては医師グループと統合していたCHWが、ゆるやかな統合へと戦略を転換して現在のポジショニングに至った変化を表している。

参考文献

- Bodenheimer TS and Grumbach K (1999) *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*. Appleton & Lange. (下村健, 小林明子, 亀田俊忠, 西山正徳 訳 (2000) 『アメリカ医療の夢と現実: アメリカ医療を臨床面からみる』 社会保険研究所)
- Evashwick CJ (1997) *Seamless Connections*. American Hospital Association.
- Feldstein PJ (1999) *Health Care Economics*. Pelma Publishers.
- Herzlinger RE (1997) *Market-driven Health Care*. Perseus Books. (岡部陽二, 竹田悦子 訳 (2000) 『医療サービス市場の勝者: 米国の医療サービス変革に学ぶ』 シュプリンガー・フェアラーク東京)
- Kongstvedt PR (1997) *Essentials of Managed Health Care, Second Edition*. Aspen Publication.
- Shortell SM (2000) *Remaking Health Care In America, Second Edition*. Jossey-bass A Wiley Company.
- Shortell SM. (2000) *Health Care Management Organization Design and Behavior, 4th Edition*. Delmer.
- Young DW and McCarthy SM (1999) *Managing Integrated Delivery Systems: A framework for action*. Aupha HAP.
- 田中 滋他 (1999) 「特集: マネージド・ケアの現状と日本への適用可能性」『医療と社会』 8 (4)
- 田村 誠 (1998-99) 「マネージドケアと米国医療の変容1~8」『病院』 57 (10) ~58 (5)
- 二木 立 (1998) 『保険・医療・福祉複合体』 医学書院
- 二木 立 (2000) 「『保険・医療・福祉複合体』とIDSの日米比較研究——『東は東、西は西』の再確認」『社会保険旬報』 (2062, 2063)
- 西田在賢 (1999) 『マネジドケア医療改革』 日本経済新聞社
- 広井良典 (1999) 『医療改革とマネジドケア』 東洋経済新報社

Consolidation of Health Care Provider in the U.S.

Shigeru Tanaka*, M. A., M. B. A.

Michie Yamaguchi*#, M. B. A.

Abstract

Owing to the development of managed care, prices of hospital services and income from them were seriously contained in the early to the mid 1990s in the United States. Hospitals thus attempted to recover pricing initiative by increasing regional market share by way of consolidating their businesses, while reorganizing and coordinating their functions so as to be chosen not only by insurers but also consumers and patients. Based on these environmental changes, this paper describes how the Integrated Delivery System (IDS), typical of consolidated hospital service provider, has grown and what it is.

First, we focus on management of American hospitals that have been “central arena” of acute care, and try to understand in chronological order why the IDS has been developed. Next, we look into players that have played chief roles in its growth process and “methods to combine” its components, to analyze variations of the IDS. Thirdly, we discuss “carve-out,” a way of outsourcing some services in the IDS, since it provides us with an interesting perspective. While IDSs essentially a way to amalgamate fragmented healthcare functions, this carve-out is an example of removing some of them in order to improve efficiency.

Finally, as summary to the studies in 4 cases (Kaiser Permanente, Sutter Health, Catholic Healthcare West, and On Lok, all of which are not-for-profit organizations), we present history/process of growth, overall evaluation on effect of the integration and evaluation on how far the process has been consolidated.

Keywords : Integrated delivery system, Managed care, Bargaining power,
Organization component, Medical group

* The Graduate School of Business Administration, Keio University

Accenture Corporation