

病院改革：患者さんの期待を超越せよ！

M&A

スタンフォード/UCSF 大学病院の事例に学ぶ

成長の限界

1980年代、スタンフォード・メディカル・センターはスタンフォード大学と同じ大きさの敷地面積にまで拡大して、多くの研究所や小児病院を持つメディカル・インダストリアル・コンプレックスと呼ばれるものにまで成長しました。スタンフォードの“売り”は？と聞かれたら、高いレベルの教育と研究をあげる人もいるでしょう。病院を単なるビジネスと割り切れば、500億円の収益をあげることができるかもしれません。一方、医学の分野で大きな功績を残してきたことは言うまでもありません。世界で最初に癌患者さんに心肺移植に成功し、スタンフォードの医師400人がUSニュースの名医にランクされ、スタンフォード自体も癌、心臓、耳鼻科、小児科でアメリカ屈指の病院としてランク付けされていたのです。

一見、スタンフォード大学の病院経営はうまくいっているようにみえたのですが、アメリカ医療経済の減衰という流れの中で例外とはなりえなかったのです(図1、図2)。スタンフォード大学は私学で非営利団体であり、医療、授業料、研究費そして寄付といったものが収益の中心で、国によって運営されるものではなかったのです。加えて、大学関連病院としては保険未加入の患者さんも診ており、このため1989年約50億円の医療費がスタンフォード大学に未払いのままとなっている状態でした。またメディケイド加入の患者さんに関しても病院は1人1日あたり約2万円のコストを支出していました。今までは、このような保険未加入者や老人で出る赤字を通常の保険でかかる人たちからの収益でまかなっていたのが現状でした。しかし、民間保険会社も時代とともに厳しい

制約を加えるようになってきていたのです。1990年当時、まともに医療費を払える患者さんは全体の18%でしかなくなっていたのです。そのため個室差額などきちんと支払える人達に負担が上乗せされる形となっていました。他の病院も類似の問題に直面していましたが、スタンフォードが教育や研究に支出しなくてはならない分、一日部屋にかかる費用だけとっても一般病院が5-7万円なのに対して、スタンフォードでは6-13万円かかっていました。またスタンフォードを巣立っていった医師らは、同じ医療を安価に提供できる医療機関を作ってしまうために、逆にスタンフォードの競争相手と化したのです。心臓冠動脈手術が良い例で、1970年代にこの技術をスタンフォードで習得して外の病院に移った医師の多くは億万長者となったものです。一方スタンフォードに運ばれてくる患者さんは他の病院でも診ることのできない多臓器不全の重症例ばかりが残ってしまったのです。その結果、30%のベッドは空いているような状況です。1985年頃であれば約17億円の収益をあげていたのに1990年は14億のマイナス、予算を切り詰めても1億の赤字をだしてしまいます。1991年は2.5億の赤字が見込まれました。このような状況では優秀な医師をひきつけておくこともできません。

患者数を増やすために、スタンフォードは他の病院ができない分野の開拓をすすめました。腎臓、肝臓、膵臓などの移植、疼痛管理センター、精神ユニット、新しい小児病院などです。また病棟入院部屋料金の値段も安めにおさえています。更に、実験研究者ではなく、患者を診ることができて教育のできる医師を多く雇ったのです。彼らには患者さんをより多く診ることが期待され、期待に応えたものにはボーナス・アップで応える仕組みをとりました。それでも、スタンフォード大学病院の事務系職員は更にビジネスライクに考え方を展開しないとスタンフォードは経営難に陥るだろうとみていました。

路線変更

内部、特に事務部門からは、スタンフォード・メディカル・センターは、(1) 他と同様に教育と研究に力を入れる余裕があるのか？ (2) 医療費が高いので患者を失ってしまうのではないか？ (3) その結、スタンフォードは医療の進歩にリーダーとしての役割を果たせなくなるのではないか？ (4) こんな状況で従来通り急に施設を拡大して大丈夫なのか？

このようなマイナス面を補うためにスタンフォードはビジネス路線に変わっていきました。出費削減、賃金値下げ、新しい治療の宣伝、今までにないほどのサービス改善といった具合です。さらに、この状況を何とかするために、財政的に問題をかかえる医療機関の再建で有名なケン・D・ブローム (Kenneth D. Bloem) 氏を招聘したのでした。ブローム氏は前年シカゴ大学医療システムを再建した経歴を持ちます。彼はスタンフォードの現状をみて、「ベッド過剰、医師過剰、企業で言えばオーバーキャパシティの状態です。将に買い手市場ですね」と評したのでした。医療費が高騰する前、「スタンフォードというブランドが患者をひきつけるんだから心配ない」という高慢な気持ちから多くの職員を雇い過ぎてしまったのです。

ブローム氏は「非効率的でダブっている部分をカット、それによってうくコストの算定、ういた費用による既存プログラムの強化、先端医療機関としての新しいプログラムへの投資、実験研究で開発された医薬品の早期臨床応用を行っていきます。このことにより、競争に勝って患者さんは我々のもとについてくるはずです。」と表明し、これを直ちに実行に移したのです。4月の時点でマネジメント職の17%と医師以外のスタッフの9%を解雇し、384の仕事が無くなりました。その他の節約も含めて年間330億円の予算のうち33億円をカットしたのでした（アメリカの病院では常勤スタッフは医師以外を指す。医師は契約社員である）。

UCSFとスタンフォードの合併、そして決裂

1997年、カリフォルニア大学、サンフランシスコ・メディカル・センター（UCSF : University of California at San Francisco）はスタンフォード・ヘルス・サービス（SHS）と合併することになりました。その目的は、「2つの有名医療機関が合併することにより世界クラスの医療機関となることにより年間60億の追加利益を生み出す」ことと「2つで重なる部門を統合することにより年間33億のコストを削減する」ことでした。しかしながら、UCSF 事務部門のスタッフに対する説明では、「合併により失われるポストもあろうが、95%の職は確保する」と説明され、会議では圧倒的多数で合併が肯定されたのです。

しかし統合後22ヶ月経た後も目的を達成できずにいました。何故なら両者は完全にプログラムを統合できていなかったからです。予定では70億の黒字をだすつもりでしたが、50億の赤字となってしまったのです。そこで、外部からコンサルタントを雇って2001年8月までに年間270億の黒字をあげることを目指しましたが、最終的には2000年6月には決裂してしまったのです。いわば政略結婚した有名人2人が、2年を待たずして離婚し、それぞれの道を歩みだしたといったところでしょうか？

何故 UCSF-Stanford M&A はうまくいかなかったのか？

本来病院、特に大型の病院は利益をあげることが目的ではありません。社会貢献してはじめて評価されるべきものです。社会貢献とは、なかなか数値として表し難いのですが、地域の人々の健康を予防医学、救急医療、そして入院・外来診療通じて守るのが端的でしょうか？さらに大学病院であれば、新しい予防・診療技術を開発して未来の患者さんを助ける努力もしていかなくてはなりません。更には、医療に直結するかどうか判らない基礎研究でも継続する必要があります。将来大きな医学の進歩に貢献する可能性を秘めているからです。すなわち UCSF あるいはスタンフォードで働く医師や研究者は、お金ではなく“Something New”を追い求めていたのではないのでしょうか？そ

のような非営利組織に営利組織の考え方を「説明と同意」も無しに移植してしまったものですから、混乱を生じてしまったのだと思います。特にこの2大学病院の合併は、事務部門のあせりからはじまり、現場の専門職のコンセンサスを得ないままつっぱしってしまった、その結果、事務部門は突っ走ったが、ほとんどの専門職が誰もついていかなかった、というのが現状のようです。合併前に、少なくとも全学挙げての十分な討論が成されるべきでした。また、経営者は「専門職が何に突き動かされるのか」を第一に理解する必要があると思います。

同じポストが両病院に存在すれば、どちらが部長になるかで競争となります。UCSF 関連2病院のCEOであったケール氏(William Kerr)は、この合併の指揮者と目され、やる気十分でした。しかし、突然スタンフォード側の病院CEOであるエテン氏(Peter Van Etten)にトップを取って変わられるという急転劇がありました。似たようなトップ争いは各部署で発生しました。その結果、両者はライバルと化し、その溝は深まるばかりだったのです。本来、組織としては「収益を黒字化して病院+大学経営を健全化しよう」としてはじまった合併話なのですが、個人はそれを理解せずに保身に走ったのでした。

加えて、両校のキーパーソンが次々と他学に流出しました。UCSF 側をみると、最初に広報主任も退任、さらに医学部長のマーチン博士(Chancellor Joseph Martin)はハーバードへ自分のやりたいことを求めてラボごと移転しています。UCSF 側指揮者でノーベル賞分子生物学者のビショップ博士は、その後任としてデバス医学部長(Haile Debas)を指名しました。デバス博士は、「事務は苦手です1年が限界」と言いながらもから頼まれ橋渡し役を不承不承引き受けました。しかし、早々にサバティカルに入ってしまった、全て副学長まかせとなってしまったのです。このような上層部の合併に対するネガティブな気持ちが全体に蔓延するのも時間の問題で、まもなく皆の心は合併から離れていきました。

そもそもこの合併話はスタンフォードのキャスパー学長(Gerhard Casper)が UCSF

のマーチン学部長と 1995 年 5 月に開催された学術集会の際、雑談からはじまった夢物語でした。キャスパー学長は合併を急いだ割には、州との折衝を UCSF にまかせきってしまいます。これに対して UCSF は上記に如くだんだん合併に対する気持ちが薄らぎ、終には決裂という結果に至ったのでした。

2000 年 6 月の時点で UCSF、スタンフォードはそれぞれ年間約 18 億、25 億の赤字をだしました。それでも、両校は「分かれてせいせいしている」と述べています。そして、両校とも最悪の時期を乗り越えつつあります。

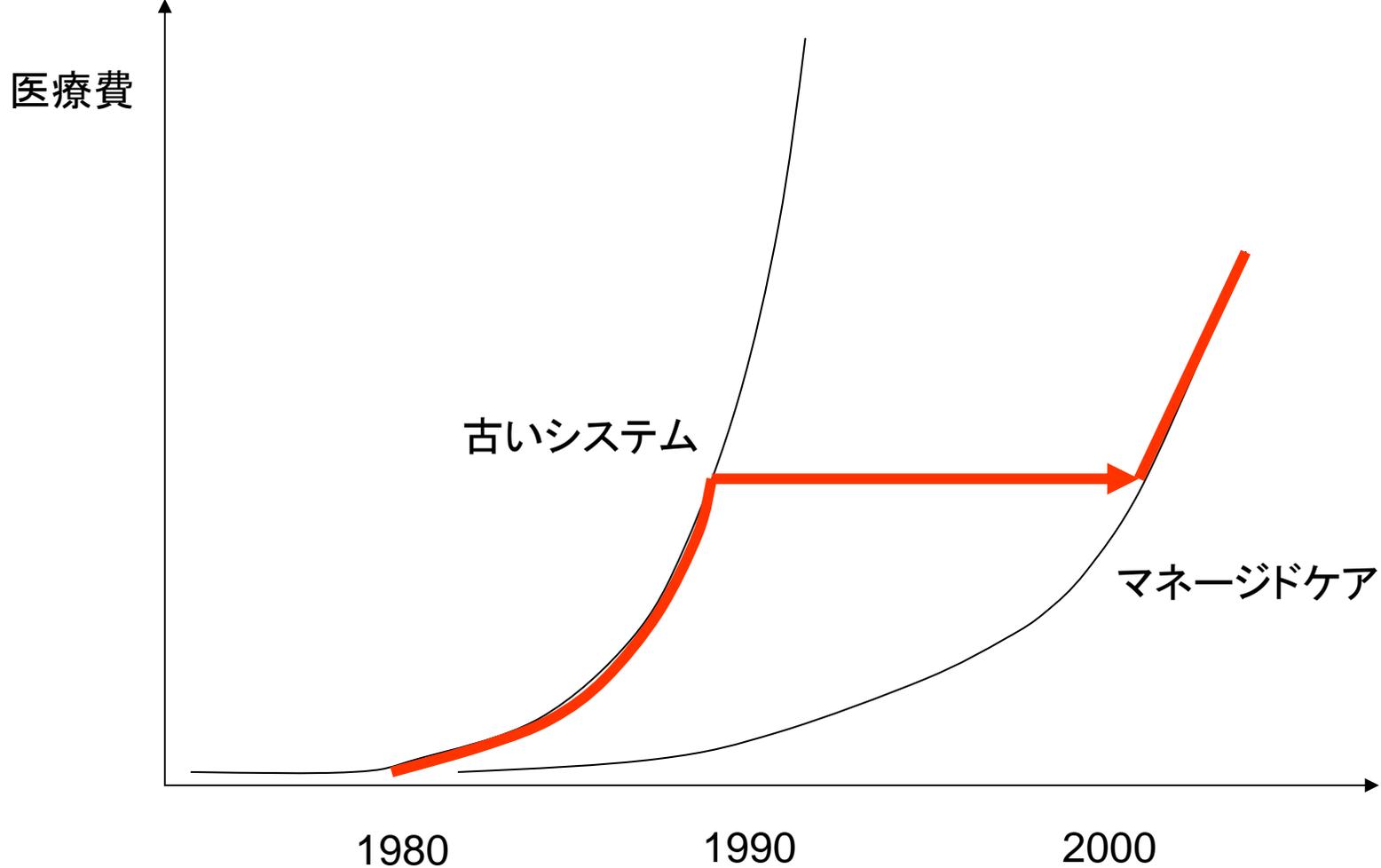


図1. アメリカ医療経済のモデル

1980年代、医療の進歩に伴いアメリカでは医療費が急沸しました。国民皆保険を持たないアメリカは、マネージドケアのシステムを導入して1990年代医療費高騰を何とか抑制したのです。しかし、2000年代に入って再び医療費が上昇しはじめました。その理由は、古いシステムから新しいシステムに乗り換えただけで、医療費高騰を先送りしただけだったのです。

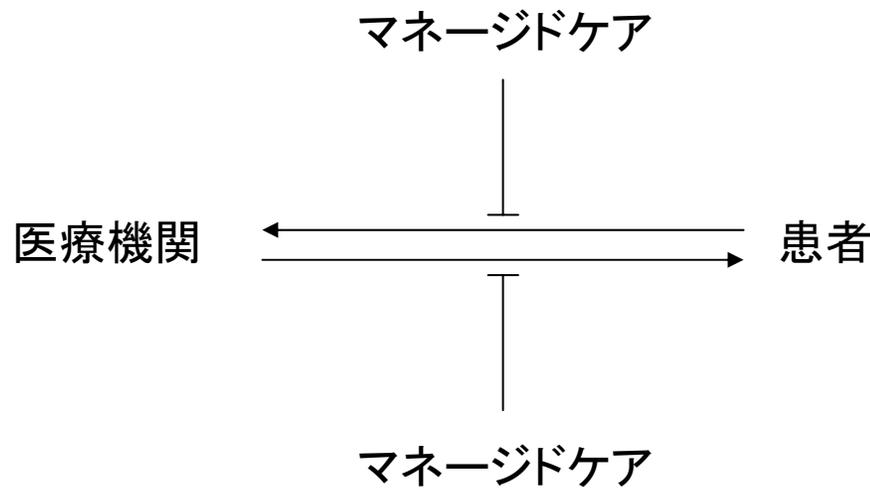


図2. マネージドケアの模式図

マネージドケアが始まる前は、会社が従業員を保護する形で医療費を支払っていました。しかし、医療費があがり、経済全体が失速したとき問題が顕著化したのです。患者さんは負担なしに何度も医療機関にかかることができました。逆に医療機関はより多くの医療行為をすれば、その分収益を上げることができました。そのため、何のレギュレーションもない状態においては医療機関側と患者側に二重のモラルハザードが発生してしまったのです。つまりちょっとしたことでも医療機関を受診し、これに対して医療機関も過剰な医療を提供したのです。これに対して保険会社が医療を必要かつ十分な形にまでシェーブアップする目的で登場しました。つまり、患者が医療機関にかかる行為を制限し、医療機関に対しても不必要な検査や治療を厳しく制限したのです。会社は従業員のために医療費を支払うことを放棄し、医療保険会社(Health maintenance organization: HMO)に委託したのです。あるいは老人や小児の難病に対してのメディケア、メディケイドという国の医療保険システムもあります(国民皆保険が無いとは言っても、3分の1以上は国や州から医療費が支払われていました)。このことにより、医療費は一時的に抑制することができたのですが、それでも再び医療費の高騰がはじまったのです。