

## 米国営利病院の原価管理と品質管理

浅川, 哲郎  
九州大学大学院経済学府

<https://doi.org/10.15017/3000400>

---

出版情報：経済論究. 125, pp.21-40, 2006-07. 九州大学大学院経済学会  
バージョン：  
権利関係：

# 米国営利病院の原価管理と品質管理

浅 川 哲 郎

## 目次

1. はじめに
2. 米国の営利病院の概要
3. 営利病院発展の分析
4. HCAの研究
5. 米国における営利病院の研究
6. 終わりに

## 1. はじめに

規制緩和の一環として日本においても株式会社による本格的な病院経営参入の問題が議論されている。株式会社による現代的な経営手法を導入し、効率的な経営により昨今の医療費高騰の問題を打開したいという考えは理解できる。しかし、日本の場合、株式会社による病院経営は従業員の福利厚生を目的としたものがほとんどで、非営利組織である医療法人との比較研究の対象とはならない。米国では特に1960年代以降、大規模な株式会社形態の営利病院が社会において大きな役割を果たしている。米国の場合、歴史的に病院はキリスト教会など宗教的な慈善団体により運営されたため、日本以上に株式会社による営利目的の病院にはアレルギーが強い。それが原因の一つとなって多くの研究がなされてきた。本稿では米国における株式会社形態の営利病院と非営利病院の経済的効率性と品質管理状況を比較する。

本稿では次のような議論を展開している。現時点での米国における営利病院の概要を分析し、米国で代表的な営利病院とされるHospital Corporation of America（以下HCAという）の設立から現在までの沿革を概観する。その後、米国における営利病院と非営利病院の原価管理および品質管理の状況を分析した研究をサーベイすることにより、1983年のメディケア償還法の施行以来、米国においては営利病院と非営利病院の原価管理および品質管理の状況の差異が認められなくなりつつあることを示している。

## 2. 米国の営利病院の概要

Kuttner (1996) によると、米国では既に1920年代には地方の医師により設立された営利病院 (proprietary hospitals) が存在し、米国における病院の36%を占めていたとされる。しかし、第二次世界大戦後に非営利病院や公的病院が増えたことにより、営利病院は減少していった。株主保有

(Shareholder-owned) 形態のチェーン病院が出現したのは1960年に西海岸の研究・調査会社であるアメリカン・メディカル・インターナショナル (American Medical International : AMI) が2つの病院を買収したのが始めである。投資家保有<sup>1</sup> (Investor-owned) のチェーン病院は1965年にメディケアそしてメディケイド制度が創設され、多くの人々が健康保険に入るようになって急速に成長していき、1971年までには38の営利病院チェーンが存在するようになった。

米国で代表的な営利病院とされるHCAが発足したのは1968年で、テネシー州ナッシュビルにおいてプリスト<sup>2</sup>医師親子とジャック・キャロル・マッセーにより創設された。当時は、1946年制定のヒル・パートン法<sup>3</sup> (Hill-Burton Act) により、医師自身が自己資金と連邦政府からの援助金により数多くの中小病院を建設するも、経営困難に陥る病院が多く、HCAはそのような病院を買収により傘下に収める事で拡大していった。

営利病院が誕生して40年近くなるが、(第1表)の通り、営利病院の全体の病院に対する割合は過去4年間、15%から20%の前後で微増している程度であり、決して米国病院における多数派とは言い難い状況である。1975年と比較しても4%程度の伸びしか認められない。また、病床数でみた病院の規模から考えると(第2表)の通り、50床から299床程度の中規模の病院に多いことがわかる。

営利病院は地理的には偏った分布を示している。(第3表)に示されるように、米国南部および西部の営利病院の割合が高い。また、各地域の一人当たり医療費を比較すると営利病院の多い地域が、医療費が高いとはいえず、両者の相関関係は成立していない。

### 3. 営利病院発展の分析

営利病院は1970年代初頭に台頭してきたが、Ginzberg (1988) はウォール・ストリートの証券アナリストが分析している営利病院という組織形態が従来の非営利病院に比べて優れていると思われる項目 (assumptions) を次の5つに整理している。

- ① 営利病院は、いくつかの病院を同時に経営しているというだけでなく、追加的な医療サービスを行うことによって消耗品や設備機器を購入する際などに規模の経済を得ることができる。
- ② 営利という形態によって、より強力な経営構造を取ることやより高い収入を得ることができる可能性を持つ。つまり、より収益を上げている営利病院は有能な病院管理者を雇用することができ、成長を維持できるということである。
- ③ 収益を上げている営利病院は強力な経営計画と管理システムを実行できる。そのシステムはコンピューターによって支えられ、データは合理的な経営の意思決定に対して重要な役割を果たすことができる。

1 投資家所有 (Investor-owned) 病院と株式会社が経営する病院、営利病院 (For-profit hospital) は通常同義に用いられる。

2 創業者一家のビル・プリスト氏はテネシー州選出の民主党上院議員で医療政策に大きな影響力を持つとされ、2008年の大統領選挙の有力候補といわれている。

3 正式には、病院調査・建設法 (Hospital Survey and Construction Act) という。

第1表 営利病院数推移

	2004	2003	2002	2001	2000	1990	1980	1975
公立	1,117	1,121	1,136	1,156	1,163	1,444	1,778	1,761
非営利病院	2,967	2,984	3,025	2,998	3,003	3,191	3,322	3,339
営利病院	835	790	766	754	749	749	730	775
合計	4,919	4,895	4,927	4,908	4,915	5,384	5,830	5,875
営利病院比率	17.0%	16.1%	15.5%	15.4%	15.2%	13.9%	12.5%	13.2%

出所：Hospital Statistics 2006, American Hospital Associationより筆者作成

第2表 2004年全米規模別営利病院数

病床数	公立	非営利病院	営利病院(A)	合計(B)	営利割合(A)/(B)
6-24	148	165	39	352	11.1%
25-49	375	479	134	988	13.6%
50-99	241	558	229	1,028	22.3%
100-199	179	702	260	1,141	22.8%
200-299	64	457	100	621	16.1%
300-399	47	258	46	351	13.1%
400-499	23	150	12	185	6.5%
500+	40	198	15	253	5.9%
合計	1,117	2,967	835	4,919	17.0%

出所：Hospital Statistics 2006, American Hospital Associationより筆者作成

第3表 2004年全米地域別営利病院数

地域	該当州	公立	非営利病院	営利病院(A)	合計(B)	営利割合(A)/(B)	千人当りベッド数	1人当り医療費
ニューイングランド	CT,ME,MA,NH,RI,VT	6	182	15	203	7.4%	2.4	2,048.1
ミドル・アトランティック	NJ,NY,PA	25	427	31	483	6.4%	3.1	1,988.6
サウス・アトランティック	DE,DC,FL,GA,MD,NC,SC,VA,WV	139	405	194	738	26.3%	2.7	1,553.6
イースト・ノース・セントラル	IL,IN,MI,OH,WI	109	587	39	735	5.3%	2.8	1,775.0
イースト・サウス・セントラル	AL,KY,MS,TN	116	196	121	433	27.9%	3.7	1,601.8
ウエスト・ノース・セントラル	IA,KS,MN,MO,NE,ND,SD	242	399	35	676	5.2%	3.7	1,828.3
ウエスト・サウス・セントラル	AR,LA,OK,TX	239	279	227	745	30.5%	2.9	1,456.6
マウンティン	AZ,CO,ID,MT,NV,NM,UT,WY	104	181	74	359	20.6%	2.2	1,275.7
パシフィック	AK,CA,HI,OR,WA	137	311	99	547	18.1%	2.0	1,400.7
合計		1,117	2,967	835	4,919	17.0%	—	—

出所：Hospital Statistics 2006, American Hospital Associationより筆者作成

- ④ 人件費は病院の総費用の半分以上を占めているが、営利病院は全社的に効率的な人事管理策を取ることができ、看護師やサポート部門のスタッフの利用をより強く管理することができる。このことは管理者や看護師長、コンピューターの技術者はより大きな病院に移ることにより、従前以上の生産性を上げることができるということを意味する。
- ⑤ 非営利病院と比較して、伝統や規制などにとらわれない営利病院は、より快適にすごしたいという患者の要望に素早く、しかも効果的に対応することができる。

本来ならばこれらの理由により、低コスト、低価格が可能となり営利病院は高いマーケットシェアを獲得する予定であったが、実際には営利病院は、コスト的な競争優位を築くことはできずに、価格を上げる事でしか利益を確保できなかった。営利病院は高いマーケットシェアを達成するためには、他の病院を買収することで達成しており、自らが拡大している訳ではなかった。

営利病院が1970年代に豊富なキャッシュフローによりネットワークを拡大できたのに対し、1980年代にはいと成長が鈍化している。その理由をGinzberg (1988) は①人事面、と②財務面から分析している。

#### ① 人事に関する要因

営利病院の経営管理は、不動産や建設、金融が専門の人間によってなされていて、彼らは試行錯誤を繰り返しながら病院経営をしなくてはならず、一定規模に達した段階では、それ以上の成長を早期に実施することは出来なかった。また、医療は地域密着型のサービス業で、しかも人件費が総支出の50~60%を占めるため、規模の経済が働かなかった。また、患者が病院を選択する際には、優秀な医師の存在が決め手になる場合が多いが、営利病院はそのような医師を惹きつけることには失敗している。更にほとんどの営利病院は、新人医師の訓練施設を持たなかったため、病院に常駐する医師が少なく手のかかる患者の治療には優位性を発揮できなかった。

#### ② 財務に関する要因

当初は営利病院にとって資金調達是非営利病院に対して明らかに優位に立てる分野であったが、現在は非営利病院も債券市場からの資金調達額を増やしており、債券市場からの調達額が1960年代、1970年代の30%から1980年代には60%になっている。財務面での優位性は営利病院はもはや保っていないことになる。

## 4. HCAの研究

HCAは1965年創立以来、営利病院のリーダー的な存在である。Herzlinger(2006)は、規模の経済が働かなかった医療の世界にそれを導入し、技術的に優れた大学病院と競争することなく、医師が近代的な設備が利用できなかった、医療技術の遅れた地域に進出することにより成長したHCAの戦略を高く評価している。HCAの歴史、財務内容、行動様式は米国営利病院の典型をなすものであると考えら

れる。

### (1) HCAの歴史

Rodengen(2003)によるとHCAの歴史は次の6つの期間に区分できる、とする。

- a. 創成期 (1960年～1978年)
- b. 第一次拡大期 (1979年～1985年)
- c. 再編期 (1986年～1992年)
- d. 第二次拡大期 (1993年～1996年)
- e. 不祥事への対応 (1997年)
- f. 選択と集中 (1997年～現在)

それぞれの時代区分に起きた合併等の重要な経営判断など、HCAの運営に関わる出来事については以下の通りである。

#### a. 創成期 (1960年～1978年)

医師であるトーマス・フリスト・シニア (Thomas Frist, Sr.) は、従前の病院におけるサービスの質に不満を抱き、行政からの援助に依存しない、質の高い病院の必要性を認識するようになり、1960年に20人の同僚の医師と4人のビジネスマンとともにテネシー州ナッシュビル市に病院の建設を始めた。必要資金は、投資家が1人11,000ドル、保険会社のナショナル・ライフ・アンド・アクシデント・インシュアランス・カンパニー (National Life and Accident Insurance Company) が120万ドルを融資して資金調達している。翌1961年12月に当病院は、パーク・ビスタ・コンバレセント・ホスピタル・アンド・ナーシング・ホーム (Park Vista Convalescent Hospital and Nursing Home) という152床の病院として開設し、後にパーク・ビュー・ホスピタル (Park View Hospital) と名称変更している。パーク・ビュー・ホスピタルは、一般の病院が平均25ドルかかっていたサービスを9ドルから提供し、また、サービスの質も評価されて1965年には200床となった。1967年までにはパーク・ビュー・ホスピタルは、非常に成功したため、当時62人いたオーナーでは調達できない位の資金需要を持つに至っている。このような状況下で、トーマス・フリスト・シニアと顧問弁護士のヘンリー・フッカー (Henry Hooker) はパーク・ビュー・ホスピタルをナッシュビル市に売却しようとしたが市との交渉が上手くいかずに実現しなかった。

そういう状況の下、1968年にジャック・キャロル・マッセー (Jack Carroll Massey) というファースト・フード大手のケンタッキー・フライド・チキンを全国規模の企業にしたビジネスマンと、トーマス・フリスト・シニア、ヘンリー・フッカー等で全く新しいタイプの株式会社形式の病院であるHCAが設立された。そしてパーク・ビュー・ホスピタルの持分はHCAに譲渡されてパーク・ビュー・ホスピタルはHCA傘下の病院として出発することになった<sup>4</sup>。1968年には、HCAは他に9件の主に郊外の医療サービスが行き届かない田舎にある病院を株式交換等の手段により買収している。

設立の翌年になるとHCAは、テネシー州でも人口が増えつつあったより都会とされる地域や、ジョージア州、フロリダ州、テキサス州へも展開した。当時はこれらの州の病院は設備の拡充や、株式会社形式ではない他の病院チェーン<sup>5</sup>の傘下に入ることを考えていた。結局、HCAは1968年8月から1969年6月までの間に17の病院を買収している。当時のHCAの目標は10年後に100の病院を傘下に収めることであったが、そのための資金調達には株式の上場無しには困難な面があった。そこで1968年の収入が2900万ドル、税引き後利益も100万ドルに達したので株式の公開を視野に入れるようになり、1969年3月に株式を上場した。株式の上場によりHCAは更に病院の買収を進めることができ、1969年末には26病院、合計3,000床という全米最大の営利病院グループとなった。

株式上場後、1970年9月に増資し、更に11月にはHCAはニューヨーク証券取引所(New York Stock Exchange)に上場している。会社が拡大するに従ってHCAは、より良い経営管理体制を築くために、保険会社のアテナ(Aetna)で社長を務めていたジョン・ヒル(John Hill)を社長として招聘した。この時期には保険会社や会計事務所、法律事務所から経営幹部を多く招いている。HCAにとってこれらの財務を重視した招聘人事は戦略的なもので営利病院にとって資金調達は非常に重要なことであると考えられていた。そして、病院グループをパッケージにしてモーゲージローンを組みだりする病院業界における初めての財務的な試みを実施している。

HCAは規模が拡大するに従って患者用のモニターなど省力化を図る機器類も導入し、また、消耗品に関しては30%から35%の割引価格で仕入れている。そして特に複雑なメディケアやメディケイド勘定も含む会計処理はナッシュビルの本部で一括管理し、各病院に会計部門を持つ必要をなくしている。また、HCAは病院を1つのメイン病院(mother hospital)とその40~50マイル内のいくつかの小さな病院を一つのクラスター(Cluster)にまとめ、試験検査などは同時に行うなどして効率的な運営をしている。

HCAの初期の展開が南部に限定されたのは、HCAの発祥がナッシュビルであったことと、北東部には例えばMetcalf-McCluskey法のような営利病院を禁じる法律や労働組合問題もあり営利病院が患者を惹きつけるのは難しい地域であった。しかし、米国西部は南部と事情が同じであったため、1971年には4つの病院を保有するカリフォルニア州のロス・メディカル・コーポレーション(Ross Medical Corporation)を買収している。1971年一年だけでHCAは12施設、2,100床を買収し同年末までにHCAは12州に40の病院、5,250床を保有する規模になった。

1972年に保険会社出身のジョン・ネフ(John Neff)が社長兼最高経営責任者に就任し、1973年に主要な権限を委譲した9つの地域本部制を採用するようになった。1973年は創立5周年を迎えたがHCAは財務的には売上が2億ドル、純利益1200万ドルに達し、13州にわたる57病院、8,500床を擁するネットワークを築くに至っている。1975年には営利病院では始めて、債券を上場している。

4 ジャック・キャロル・マッセーが最初の会長で、トーマス・フリスト・シニアが社長である。

5 当時はカリフォルニア州の米国ン・メディカル・インターナショナル(American Medical International)、ナショナル・メディカル・エンタープライゼス(National Medical Enterprises)、ペンシルバニア州の米国ン・メディコープ(American Medicorp)、ケンタッキー州のエクステンディケア(Extendicare:現在のHumana)そしてナッシュビル市のホスピタル・アフィリエート・インターナショナル(Hospital Affiliate International)が病院チェーンとして設立されていた。

1977年には創業者の一人であるトーマス・フリスト・シニアの息子であり、医師でもあるトーマス・フリスト・ジュニア (Thomas Frist, Jr.) が社長に就任した。HCAは海外にも進出しており1973年に進出したサウジアラビア<sup>6</sup>、1974年に進出したパナマの病院は1977年に別会社であるHCA Internationalへと分離した。また、1978年にはオーストラリアのシドニーの病院を買収している。

1978年には世界最大の保険会社であるブルーデンシャル社の会長兼最高経営責任者を務めたドナルド・マクノートン (Donald MacNaughton) がHCAの会長兼最高経営責任者に就任した。創業10年目の1978年にHCAは米国25州と海外4ヶ国に120施設、18,000床を擁するネットワークを築いている<sup>7</sup>。

#### b. 第一次拡大期 (1979年～1985年)

会長兼最高経営責任者のマクノートンは、就任すると取締役会の充実に取り組んでいる。マクノートンの人脈の中から、例えば大手消費財メーカーのプロクター・アンド・ギャンブル (Procter & Gamble) 社の会長であるオーウェン・バトラー (Owen Butler) やハーバード大学教授でレーガン政権時の大統領経済諮問委員会 (Council of Economic Advisors) 委員長を務めたマーチン・フェルドシュタイン (Martin Feldstein) など経済界や学界の著名人を集め、HCAとしてのネットワーク構築のための基礎としている。

マクノートン会長、フリスト・ジュニア社長の体制の下、HCAは非常に積極的にネットワークの拡大を実行している。1980年にはそれまでで最高の25の病院を買収し、1981年には精神病院19を含む55の病院を保有し、78病院を委託管理していたホスピタル・アフィリエーツ・インターナショナル<sup>8</sup> (Hospital Affiliates International : HAI) を買収している。他の買収も合わせると1980年から1981年にかけてはほぼ倍の規模になっており、HCAの1982年の売上は30億ドルに達するまでになった。HCAはその後も拡大を続け1985年末にはグループとして463の病院のネットワークを擁する規模になった。

また、この時期にはHCAは、精神病院を1986年までに民間病院としては最大規模の40施設に拡大し、他にも試験施設や救急施設、プライマリー・ケア・センターを設立するなど多角化を図るようになった。1985年には15州でHMOのライセンスを取得し、また、34州で保険会社の認可も得ている<sup>9</sup>。

McFall et al (1988) は、1980年にHCAにより買収された7つの病院に関する買収プロセス、特に買収プロセスにおいての医師の役割について調査している。それによると7つのケース全てにおいて医師は、直接的な意思決定者として関与していて、HCA以外の買収対象となる病院の情報収集についてなどの間接的な関与に関してはより頻繁に協力を仰いでいる。また、買収後の医療スタッフは、より専門性が高まっているという事実も報告されている。そして、医師は買収後のHCAの病院について医療設備や管理部門の対応などに高い満足度を示している。

6 血族間で結婚することが多い中東地域は糖尿病の罹患率が高く、医療サービスへの需要が高いとされる。

7 加えて委託管理している病院も30施設、4,500床あった。

8 同社はHCAと同じナッシュビル市を本拠にしており、1968年にかつてパーク・ビュー・ホスピタルを保有していた2人の医師により設立されている。1981年当時はフィラデルフィアの保険会社であったINA Corporationの保有になっていた。

9 しかしHMOと保険会社については、同じ組織の中に医療サービスの提供者とその報酬の支払者は共存し得ないとして1986年に売却している。



## c. 再編期 (1986年～1992年)

1983年にメディケアの償還方法としてDRG/PPS方式が導入された。当初はHCAにとっての影響は軽微であったが、1991年度までに財政赤字をゼロにすることを政府に義務付ける法律であるGramm-Rudman-Hollings法<sup>10</sup>が1985年に可決され、連邦政府はDRG/PPS方式による支払いの伸びを凍結したため、1986年はHCAにとって創設以来初めての減収の年になっている。この新しい仕組みは病院間の競争を激化させ、HMOが加入者の入院治療にまで容喙することになった。

1986年には社長であるフリスト・ジュニアは、経営環境の悪化から事業規模の縮小が必要と判断し、1987年には104病院を別会社であるヘルス・トラスト (HealthTrust<sup>11</sup>) として独立・分離 (Spin-Off) させた。ヘルス・トラストは主に小規模かつ田舎にある病院を分離したものであるが、その分離後は、HCAは急性期病院が82、精神病院が50という以前の半分程度の規模になった。ヘルス・トラストの売却資金を担保として、HCAは財務内容を改善させるために1988年1月には1200万株の買戻しを行っている。さらに当時は、企業の買収が非常に盛んに行われた時期であり、実際の企業価値より株価が低いとされたHCAは、買収される可能性が高いとされた。そこでHCAは1989年、経営者による株式買戻し (MBO) という形で株式の上場を廃止し非公開会社となっている。

MBOの過程でHCAは返済期限が1991年である13億ドルの借入金を負担することになり、その返済のために150のマネジメント契約をしていた子会社<sup>12</sup>を売却したり、一部保有していたヘルス・トラストの株式を売却したりするなどHCAは不要の資産を売却した。また、内部管理体制の整備等にも注力し、1992年には再度上場している。

## d. 第二次拡大期 (1993年～1996年)

MBOに関係した負債を整理した後、HCAは再度、事業の拡大を図る必要が生じた。つまり、HCAのPER (Price-Earnings Ratio)<sup>13</sup>は11倍と決して高くはなく、加えて、当時、クリントン大統領夫人のヒラリー・クリントン (Hillary Clinton) が中心となって国民皆保険を唱える医療制度改革を推し進めており、HCAのような営利病院の経営に不確定な環境が予想されたからである。事業の拡大と財務的な安定を図るためにHCAは1993年に同じ営利病院であるコロンビア (Columbia) と合併している<sup>14</sup>。当時HCAは96病院、20,485床、コロンビアは94病院、21,627床保有しており、合併後の会社Columbia/HCAは190病院、42,000床の施設を26州に渡って保有する世界最大の営利病院となり、その後も以前HCAから分離したヘルス・トラスト等を買収し、規模の拡大を図っている。

この時期にはまた、非営利病院との間の買収<sup>15</sup>や連携を多く実施している。1995年だけで32の非営利病院と買収や連携を結び、また、サウスウェスト・テキサス・メソジスト・ホスピタル (Southwest Texas Methodist Hospital) やチューレン大学 (Tulane University) 病院のような大手の非営利病

10 財政収支均衡法とも呼ばれる。

11 HealthTrustは従業員による株式保有という形 (employee stock ownership plan: ESOP) で設立されている。

12 のちにカーラム (Quorum) となっている。

13 株価収益率。1株当たりの利益の何倍で株価が取引されているか、を示している。

14 合併後の社長兼最高経営責任者にはコロンビアのリック・スコット (Rick Scott) が就任している。

15 この時期に買収を行ったColumbia-HealthOneのスキームに関してはCutler and Horwitz (2000) に詳しい。

院とも提携を結んでいる<sup>16</sup>。

1995年末にはColumbia/HCAは従業員数が285,000人となり、ゼネラル・エレクトリックやマクドナルドを抜いて全米第9位の雇用主となった。医療の品質の面でも、医療データベース会社のHCIAと人事コンサルティング会社のウィリアム・エム・マーサー（William M. Mercer）が共同で行った全米病院ランキングでは30のColumbia/HCAの病院がランクインしている。また、JCAHOの審査では43%のColumbia/HCAの病院が、1995年には上位12%の病院しか該当しなかった「賞賛(commendation)」の評価を得ている。

Columbia/HCAの規模が大きくなるに連れて、営利病院に対する批判的な意見が多くなった。1996年にはColumbia/HCAがネットワークの拡大を計画していたミシガン州で、非営利病院と営利病院との合併を禁止するとの判決が出され、西海岸のカリフォルニア州でも行政から同様の考えがしめされている。このような社会やマスメディアの批判を和らげるためにColumbia/HCAは1995年からテレビ広告に力をいれ、1995年には8,500万ドル、1996年には10,600万ドルの資金を投じ、Columbia/HCAブランドの確立を企図している。

また、コロンビアとHCAとの合併前の社風としては、コロンビアの方がHCAよりも競争的(competitive)であったが、最高経営責任者のリック・スコットがコロンビアの出身であったため、Columbia/HCAの社風としても競争的な部分が受け継がれていた。そしてその社風が行政やメディアに対して悪いイメージを与えることになっていた。

McCue(1996)は、合併後のColumbia/HCAの病院サービスに関して調査しているが、Columbia/HCAの病院はメディケアの患者をほとんど受入れていない、外来患者による収入が低い、入院ベッド当りのキャッシュフローが高い、病床利用率が低い、入院患者数当りの人件費が安い、など収益性を重視した運営が伺える調査結果が出ている。また、Kuttner(1996)は、フロリダ州保健局(Florida's agency for Health Care Administration)の調査として、ある医師が、合併前のColumbia保有の病院であるビクトリア病院(Victoria Hospital)において行った治療では、患者の平均在院日数が8.48日であったのに対し、同じ医師の別の病院における治療では、患者の平均在院日数が13.5日であるという結果を報告している。メディケアの支払い方法がDRG/PPSによって行われる場合の利潤を最大化させる医師の行動パターンは、在院日数を短くする必要があるが、Columbia/HCAにおいてもその行動パターンを取っていったことが解る。

#### e. 不祥事への対応(1997年)

1996年の冬から上院において病院によるメディケアへの不正請求が問題になった<sup>17</sup>。そして政府はブランド確立のためにテレビ広告を大規模に流していた営利病院最大手のColumbia/HCAを他の医

16 広井(1992)は、営利病院の新しい事業展開として次のような3つの傾向を分析している。第一に、全米第三位の営利病院で、現在のテネット(Tenet)の前身であるナショナル・メディカル・エンタープライズ(NME)が南カリフォルニア大学と提携し、大学構内に病院を建設したように、営利病院が非営利セクターと共同で事業を行う傾向にある、第二に比較的中小レベルの企業が営利病院市場に新たに参入を始めている傾向がみられている、第三に、ナーシング・ホームを始めとする老人対象の介護サービス分野への新展開が特に見られる、ということである。

17 当時は冷戦後であり、以前は安全保障を担当していたFBIの捜査官が医療関係の違法行為を担当するようになったという背景がある。

療機関に対するアナウンス効果も考えてターゲットと考えた。1997年には連邦捜査局 (FBI)、厚生省 (U.S. Department of Health and Human Services) と内国歳入庁 (Internal Revenue Service) が捜査に入り、結局、Columbia/HCAは2000年12月に2つの子会社での不正を認め、950万ドルの罰金を払うことに同意している。この不祥事に関しては不正の原価計算報告書提出問題など全ての問題が解決したのは司法省 (Justice Department) に対して6億3100万ドルの罰金を支払った2003年7月である。この不祥事により、コロンビアの競争的な社風にたいして批判が集まり、コロンビア出身のリック・スコットが退任し、1997年にフリスト・ジュニアが会長兼最高経営責任者に就任した。

Kuttner(1999)によると、1990年代の前半には病院に限らず、ナーシング・ホームやホスピスなども非営利形態から営利形態に転換する例が増加したが、1990年代の後半にはその動きが落ち着く一方、医療関係のあらゆる組織が市場占有率の追求や、紹介を受けるネットワークの拡大、利益が出る入院患者の研究、コストカットなど、営利形態の組織が追い求めるものと同じものを非営利組織も求めるようになったとしている<sup>18</sup>。また、医療関係の会社の激しい競争や投資家の利益に対する圧力により、積極的な原価管理を行わざるをえない環境になり、また医師でない者による医師の活動への監視が強まったとしている。これらは主にウォール・ストリート<sup>19</sup>のビジネスマンにより主導されたが、これがまた病院などの合併・買収やスピン・オフなどのウォール・ストリートの業務を増やしていったとしている。Columbia/HCAはメディケアへの不正な請求を行った背景には、このような病院の収益を取り巻く厳しい環境が見てとれる。Kuttner(1999)は、医療に関するウォール・ストリート流のコストカットは限界にあり、医師や看護師など医療の提供者からの高い品質やより良い医療へのアクセスを求める動きがあるはずである、と医療の将来を予測している。

#### f. 選択と集中 (1997年～現在)

最高経営責任者に復帰したフリスト・ジュニアは、不祥事で失われた信頼を回復するために、内部監査体制の整備や地域密着型の病院造りを目指すなど12項目にわたる方針を発表している。その中でも、価値ベースの企業文化 (value-based culture) の醸成を特に重視している。また、不祥事の発生の原因に鑑み、方針には財務的な目標は含まないようにしており、企業倫理・法令遵守担当の役員<sup>20</sup>を設けている。

上記の様な不祥事への対策を施した後、Columbia/HCA は事業地域を都市部に絞り、それ以外の地域の病院は基本的に売却している。1999年の年次報告書 (annual report) によると小規模の地方都市にある23の病院はライフポイント (LifePoint) として、また、西部にある中小規模の34の病院はトラ

18 1997年は1938年設立の非営利健康保険団体であるカイザー・パーマネンテ (Kaiser Permanente) が始めて赤字となるなど非営利組織にとっても厳しい環境にある。

19 1999年にColumbia/HCAの経理担当役員 (Controller) に就任したミルトン・ジョンソン (Milton Johnson) は、非営利病院との財務に関する違いについて、税務の複雑さ、SECへの報告と共に、ウォール・ストリートや株主と良好な関係を築かなければならないこと、を挙げている。(Healthcare Financial Management, June 2000)

20 防衛産業において経験のあるアラン・ユスペ (Alan Yuspeh) を倫理 (Ethics) ・法令遵守 (Compliance) ・社会的責任 (Social responsibility) 担当の役員として招き入れ、倫理・法令綱領 (Code of Conduct) を作成し、導入している (IT Health Care Strategist, November 1999)。HCAの倫理・法令綱領 (Code of Conduct) はホームページ上でも公開され従業員の一層の徹底を図っている。http://ec.hcahealthcare.com/CPM/Final.pdf (平成18年3月11日引用)

イアド (Triad) として分離 (Spin-off)、売却されている<sup>21</sup>。財務的には1997年に施行された財政均衡法 (Balanced Budget Act of 1997) により1998年から2002年までの5年間で、1,000億ドルのメディケア関係予算が削減されることになり、より強い経営効率化を進める必要が出てきた。これに対応するためColumbia/HCAは、経営資源を効率的に利用するシェアード・サービス (Shared services) のコンセプトを導入している。シェアード・サービスには、①売掛金の回収やメディケアへの請求を効率化するリベニュー・サイクル (Revenue Cycle) の改善を図る、②消耗品などを効率的に購買、利用するサプライ・チェーン・マネジメント (Supply chain management) やグループ・パーチェシング・オルガニゼーション (Group purchasing organization) の手法を用い間接費の低減を図る、③リベニュー・サイクルとサプライ・チェーン・マネジメントとを統合した予算編成、総勘定元帳など経理システムの標準化を図る、の3つの要素がある。2000年には会社名をColumbia/HCA からHCAへと戻しており、2001年にはジャック・ボベンダー (Jack Bovender) が会長兼最高経営責任者に就任している。

2003年、2004年の年次報告書 (annual report) において、現在の経営上の課題として、患者数の伸び率の減少と無保険者の増加を挙げている<sup>22</sup>。患者数の伸び率を保つため同報告書では、改めて米国西部と南部の人口の増加率の高い都市部に病院の立地を絞る方針を示しており、また、非営利病院の買収にも注力し、2003年には、カンザス・シティ (Kansas City) にある11の非営利病院チェーンであったヘルス・ミッドウェスト (Health Midwest) を、非営利病院チェーンの買収額としては過去最高の9億ドルで買収し、今後も非営利病院の買収には注力するとしている。反面、都市部ではない地域の病院については売却を進めており、HCAのホームページ<sup>23</sup>によると2005年に該当する10の病院について売却している。また、シェアード・サービスの内、グループ・パーチェシング・オルガニゼーション (GPO) に関しては、ヘルストラスト・パーチェシング・グループ (HealthTrust Purchasing Group) という会社名で、650以上の参加病院、年間55億ドルの買い入れを行うに至っており、こうした努力が功を奏して売上高利益率もシェアード・サービスを導入した1999年 (7.7%) よりも2003年 (10.6%)、2004年 (9.1%) の方が高くなっている。HCAのホームページによると、現在では、HCAは米国内の23の州やイギリス、スイスにおいて191病院と82の外来手術センターを擁している。

## (2) HCAの経営の特徴

HCAの経営の特徴は4つ掲げられる。第一に、1997年の不祥事以降は改められているとはいえ、経営幹部の最大の関心事は財務であり、また、幹部の出身も会計事務所や投資銀行など財務部門が多い。特に株式を上場した後は収益管理を徹底している。第二に、資金を効率的に運用するため採算の合わない病院の売却と収益の望める病院の買収など病院のM&Aが非常に多い。第三に、大手非営利病院と比較し、低い人件費により高い売上高利益率を達成している (第4表)。第四に、病院の立地は南部と西部に偏って存在している。これはHCA創立当初は、同地域は開発の途上であり病院などの福祉施設

21 Columbia/HCA 1999 Annual Report

22 HCA 2004, 2003 Annual Report

23 ホームページアドレス <http://www.hcahealthcare.com/> (平成17年9月3日に調査)

第4表 非営利病院大手とHCA との損益計算書の比較

(単位：100万ドル)

	HCA 2004	Ascension 2003	CHI 2004
売上	23,502	10,046	7,091
人件費	9,419	5,170	3,277
消耗品費	3,901	1,733	1,254
その他の営業費用	3,797	1,686	1,173
貸倒引当金	2,669	556	429
投資損益	-56	—	—
関連会社投資損益	-194	—	—
減価償却費	1,250	531	338
支払利息	563	119	82
行政関係費用	—	—	—
固定資産売却損益	—	—	—
投資評価損	—	—	—
固定資産評価損	12	—	—
債務免除損	—	—	—
費用合計	21,361	9,793	6,552
税引き前利益	2,141	253	539
売上高利益率	9.1%	2.5%	7.6%
費用に対する人件費の割合 (%)	44.1%	52.8%	50.0%
売上に対する人件費の割合 (%)	40.1%	51.5%	46.2%

※AscensionとCHI (Catholic Health Initiative) はカトリック系の非営利病院である。

出所：HCA, Ascension, CHIのアンニュアルレポート(2004年度版)より作成。

は整備されていなく、非営利形態で病院を整備するには需要に追いついていける状況ではなかった。営利病院の場合は、資金調達で非営利病院に比べ優位に立っており、医療資源が乏しい地域に効率良く配置することができている。

また、営利病院はアカウンタビリティの点で非営利病院より優れている。これは特に上場企業の場合は、証券取引法の要請で財務内容を適時・適切に開示する必要があるからである。また、2002年に発効されたサーベインズ・オックスレー法<sup>24</sup> (Sarbanes-Oxley Act) は企業のガバナンスのあり方を規定しているが、大手投資銀行のゴールドマン・サックス (Goldman Sachs) は2005年に大手営利病院の取締役会の機能、買収への防御、監査、取締役報酬の監視の4項目について調査している。その結果は(第5表)の通りであり、HCAのガバナンス状況は高く評価されている。

24 サーベインズ・オックスレー法は、米国資本市場に対する投資家の信頼を取り戻すために、公開企業会計監視委員会 (Public Company Accounting Oversight Board: PCAOB) を設置し、公認会計士監査制度を自主規制から関係当局による直接規制に変更する、監査委員会の責任範囲を拡大し企業内監視機能を強化する、など経営者に対する罰則の強化等、企業の内部統制に関するより厳格な規定を設けている。

第5表 大手病院のコーポレート・ガバナンス

	順位	取締役会の機能	買収への防御	監査	取締役報酬の監視
Tenet Hospital	1	5	3	5	5
HCA	2	4	4	5	5
Health Management Associates	3	3	5	3	2
LifePoint Hospitals	4	5	1	4	5
Triad Hospitals	5	3	1	4	5
Community Health Systems	6	5	4	4	2
Universal Health Services	7	2	1	2	1

※順位以外は、5段階で評価している。

出所：Goldman Sachs, 'Governance Handbook — Healthcare Services,' May 31, 2005を基に一部筆者作成

## 5. 米国における営利病院の研究

米国では営利病院と非営利病院の運営の効率性や提供されるサービスの品質面での比較などに関して特に1983年のメディケア改革やマネジド・ケアによるコスト管理が強化されて以降、多くの研究がなされている。そこで1983年のメディケア改革を境に営利病院に対する評価がどのように変化してきたか分析したい。

### (1) 1983年のメディケア改革以前の研究

Relman(1980) は、1970年代になり急成長した営利病院や営利目的のナーシングホームなどをニュー・メディカル・インダストリアル・コンプレックス (New Medical-Industrial Complex) と呼び、非営利の競争相手より効率性の良さを指摘しつつ、過剰なサービスや「クリーム・スキミング<sup>25)</sup>」、そして行政への不当な介入を指摘している。Pattison et al (1983) は、1980年のカリフォルニア・ヘルス・ファシリティ・コミッション (California Health Facilities Commission) のデータを用いて営利病院と非営利病院との経済的な実績の比較を行っている。その結果、①入院患者1人1日当りのコストおよび1件当たりコスト、どちらも営利病院の方が非営利病院よりも高い、②営利病院は高い利益率と成長を実現するため、高い収益が得られる補助的な (Ancillary) サービスを多く提供するなど積極的なマーケティングおよび価格戦略を取っている、③公的保険か民間保険かなど、患者の保険の種類は、病院の保有形態とは関係がない、ことが解っている。このことから1980年までの営利病院の発展は、保険の償還制度へ営利病院が上手く対応できたことが原因であると結論し、1983年のメディケア法へ営利病院が対応できるかは不透明であると予測している。Watt et al (1986) は、米国の8つの州における営利病院と非営利病院の経営成績について1978年と1980年のデータを用いて比較している。それによると、①補助的な医療サービスにより営利病院の収入は非営利病院と比較して著しく

25 医療分野のうち利潤の多い分野もしくは地域にのみ参入すること。

高い、②疾病毎のコストに関しては営利病院と非営利病院との間に差はない、③管理コストについては営利病院は著しく高い、④営利病院の収益性は高い、⑤営利病院は病床当りの従業員数は少ないが、従業員 1 人当りの支払い給与額は高い、⑥営利病院は財務的に負債に依存するところが多く、資本コストが高い、⑦メディケアやメディケイドの患者の受け入れに関しては営利病院と非営利病院との差はない、という調査結果を報告している。そして営利病院はより効率的な運営というよりも積極的な価格設定により高い利益を上げているとしている。

遠藤 (1996) は、1980年前後の研究のサーベイから営利病院の効率性に関して次のように分析している。

- a. 営利病院は非営利病院と比較して同程度かそれ以上のコストがかかる。その理由としては、①管理コストが高い、②施設が比較的新しいため資本コストが高い、③寄付、補助金、非課税措置がないため借入に伴う資金コストが高い、といったことが考えられる。
- b. 営利病院は非営利病院と比較して同程度かそれ以上の利益率をあげている。その理由としては、営利病院は高い料金設定や利益率の高い補助的サービスの積極的提供といったマーケティング戦略の展開が考えられる。また、不採算な患者のスキミングや不採算な医療行為の抑制なども併用されている可能性もある。

Kuttner (1996) は、1970年代および1980年代の営利病院の研究を総括して、営利病院の臨床上のアウトカムについては非営利病院と比較して遜色ないとしながら、営利病院の平均的なコストと診療費用は非営利病院よりやや高く、また、無保険者への医療や慈善医療の提供に関しても平均よりは低いとしている。

## (2) 1983年のメディケア改革以降の研究

Kuttner (1996) は、1983年のメディケア改革以降の10年以上にわたって、病院の保有形態に関してはそれ以前と異なる大きな変化があったとしている。つまり、営利病院チェーンは、かつてのように独立した営利病院や他の営利病院チェーンを売買するのではなく、非営利病院の買収も行っている。非営利病院も買収される背景には、メディケア改革以降、出来高払いによる診療報酬の支払いではなく、DRG/PPS (診療群別包括支払い方式) の導入やマネジド・ケアの進展により、コスト削減の圧力が強くなって来たという事情がある。

### a. 営利病院に否定的な見解

1983年のメディケア改革以前は、営利病院に否定的な調査が多かったが、メディケア改革以降は少なくなってきた。その中でMark (1995) は、1984年から1989年にかけてのカリフォルニア州の精神病院において、病院の営利性・非営利性が医療サービスの品質に影響を与えるかどうかを検証している。その調査によると、非営利病院の方が、営利病院よりも情報の非対称性に対する配慮、つまりより多くの情報を患者に伝えるシステムが出来ているとの結果であった。ただし、同時に病院運営の効率性という点では、営利病院・非営利病院に違いはないと結論している。

また、医療内容の充実の面では、King and Avery (1999) が、営利病院が非営利病院を買収した際

の影響をオレゴン州の非営利病院の営利病院への転換をモデルに検討しているが、営利病院への転換は病院スタッフの削減や治療、教育、研究そしてコミュニティ・プログラムの減少に繋がる、としている。Shen (2001) は、心筋梗塞の治療に関する営利病院と非営利病院とのアウトカムの違いを調査しているが営利病院の方が非営利病院に比べ、1年後の死亡率が高く、また、非営利病院から営利病院へ転換した場合、アウトカムは悪化することを指摘している。また、病院へのアクセスに関する研究では、Norton and Staiger (1994) は、病院経営の営利性・非営利性が医療サービスの供給に与える影響を調査し、営利病院と非営利病院とが同じ地域にある場合は、病院としての保険に加入していない患者に対する扱いは変化がないが、営利病院は、より保険に加入している住民が多い地域に立地する事によって保険に加入していない患者を間接的に避けている、としている。また、メディケアのデータを用いた分析ではSilverman et al (1999) は、1989年、1992年、1995年のメディケアのデータを用いて、営利病院と非営利病院における一人当りの費用と費用の増加率を調査しているが、営利病院の方が一人当りの費用と費用の増加率、共に高いと分析している。

#### b. 営利病院と非営利病院との差異を認めない見解

治療の効果や原価管理の点で営利病院と非営利病院との差異を認めない研究もある。Ettner and Hermann (2001) は、メディケア対象の精神治療者を調査しているが、非営利病院がより重症の患者を多く取り扱っていたり、再発率が低いという事実は報告されていない。また、実際には営利病院の方がより多く貧しい患者を診察している。非営利病院の方が低いコストと長い入院期間を示しているが、これは非営利病院がしばしば教育病院として指定されるからで、特に非営利という形態が持つ特徴ではない、とし、営利と非営利との差異はないと結論付けている。Holmes (1996) は、1989年におけるミシガン州の393件のナースング・ホームのデータを用いて保有形態の違いが原価に与える影響を調査している。その結果として、患者の治療に対する原価に関しては非営利のナースング・ホームは営利のナースング・ホームの原価構造に近寄ってきている、と指摘している。これは州のメディケイドの財政が削減されたこともあり、より収益性のある民間保険の加入者の獲得への競争が営利と非営利との垣根を取り払っている、としている。

Sloan (1998) は、保険未加入者の治療や医療の品質、最新技術の適用など営利病院と非営利病院との差はなく、非営利病院から営利病院への転換があっても保険未加入者の治療に関しては影響がなかった。しかし、営利病院は保険加入者の多い地域に立地する傾向があることが指摘されている。また、Sloan et al. (1999) は、非営利組織は、サービスの品質を検証するのが困難な場合に優位な形態であるとし、医療サービスには適する形態であるとする。その調査によると、発病から6ヶ月間はコスト面では営利病院の方が非営利病院よりも高くつき、また、致死率等の医療サービスの品質に関しては両者に差はないと結論している。更にSloan et al. (2002) は、営利病院と非営利病院との間の組織形態の転換について調査し、非営利病院から営利病院への転換後1、2年は、利益率が著しく上昇し、医療スタッフが減る反面、患者の致死率が上昇するとの否定的な報告をしている。逆の、営利病院から非営利病院への転換の場合は、そのような医療サービスの低下は見られないとしている。



## c. 営利病院に肯定的な見解

ハーバード・ビジネス・スクール教授のRegina E. Herzlingerは、営利形態での病院経営支持者であるが、Herzlinger and Krasker (1987) では、かつては非営利病院が最良の医療サービスを提供していたが現在は営利病院と比較して必ずしも良い医療サービスを提供している訳ではないと指摘している。つまり、Herzlinger and Krasker (1987) は、非営利形態の病院が、助成金を得るに値する程の社会的な目的を達成しているかを、1977年と1981年に6つの営利病院チェーンと8つの非営利病院チェーン、合わせて14の大手病院チェーンのデータを基に検証している。その結果、非営利病院が必ずしも社会福祉を向上させている訳ではなく、補助金などの非営利形態における利益は患者ではなく、医療の提供者である医師にもたらされているとしている。Herzlinger (1996) では、非営利形態での組織運営の問題点を、①効率的でないこと、②効果的でないこと、③他者依存の体質になりやすいこと (private inurement)、④過度のリスクにさらされる可能性があること、の4点とし、その解決策の一つとして、DADSのコンセプトの導入を提唱している。DADSとは、非営利組織の業績情報の公開 (Disclosure)、分析 (Analysis)、周知 (Dissemination)、そしてルールを逸脱した場合の制裁 (Sanctions) の事である。

Cutler<sup>26</sup> and Horwitz (2000) はカンザス州のウェスリー・メディカル・センター (Wesley Medical Center) とコロラド州のコロンビア・ヘルス・ワン (Columbia/HealthOne) という2つの営利病院に転換した病院を分析し、非営利病院の営利病院への転換の影響を調査している。それによると非営利病院が、営利形態へ転換すると、非営利形態の場合には出来なかったコストカットができるようになり、株式による資本調達も出来るので負債を軽減できるなど、営利形態への転換による効率の改善を評価している。また、営利形態への転換が医療の品質の低下や貧困者の医療へのアクセスに関しては影響を与えていることは確認されていない。そして、Cutler and Horwitz (2000) は、現在における営利病院と非営利病院との共生を特に強調している。共生とは営利病院と非営利病院は互いに影響し合っている状態で、かつては営利病院は非営利病院の品質の高さを模範していたが、最近では良い面ばかりでなく、例えば非営利病院が営利病院を見習ってメディケアの制度の盲点について所得を増やすというようなことも起きている、と指摘する。診療報酬の支払い方式が変わった場合の様な、医療マーケットが変化した場合に営利病院の存在が非営利病院の福祉の向上を妨げる可能性を否定していない。

Kessler and McClellan (2002) は、従来の分析が次の3つの点について十分な検討をしていないと指摘している。すなわち、一つは、病院の所有構造において、財務面と患者の健康状態との両方に渡った検討がなされていない事であり、二つ目には、過去の比較研究が、サンプルを選ぶ上で、潜在的に偏った選択をしまっているという事である。二番目について詳説すると、例えば、病院の所有形態が医療の効果に影響し、しかも、より高機能の病院のレベルの高い治療を必要とする重症の患者もサンプルに含まれているとするなら、所有形態の影響は、所有形態のそのものの真の影響と患者固有の事情も考慮すべきである、という事である。そして三つ目には、営利病院の他の形態の病院に対する外

26 デビッド・カトラー (David Cutler) はハーバード大学の医療経済学教授で現在の同分野における世界的な権威の一人であると考えられる。

部波及（スピルオーバー）効果を評価していない事である。Kessler and McClellanの調査、分析は、これらの短所を克服したもので、①1985年から1996年までの長期に渡る、②全ての都市部における、③年長のメディケア加入者の心臓発作の治療、を対象としている。その調査の結果、同じ治療結果に対して、営利病院の方が、外部波及（スピルオーバー）効果もあり、非営利病院よりも治療費を2.4%低く抑える事ができるとしている。

Woolhandler and Himmelstein(1997) は、病院経営の営利性・非営利性が病院の管理コストに与える影響を1990年と1994年のメディケアに提出されたデータを比較し分析している。対象の病院は1994年が6227の国立病院以外（Nonfederal）の病院の管理コストと5201の急性期病院の入院期の全コストで、1990年も同様のデータベースを用いている。分析の結果、1994年の管理コストは病院の全コストの26.0%であり、1990年より1.2%上昇している。この内、営利病院の管理コストは1994年において34.0%で1990年より2.2%上昇し、非営利病院については24.5%で1.2%の上昇、公的病院は22.9%で0.6%の上昇に留まっている。また、急性期の病院間では営利病院が入院当り8,115ドル、非営利病院が7,490ドル、公的病院が6,507ドルかかっており、この差は管理コスト（それぞれ2,280ドル、1,809ドル、1,432ドル）の差となっている。よってWoolhandler and Himmelstein (1997) の調査では、管理コスト、全体のコスト両方において非営利病院は高くついていることが示されている。

米国会計検査院（GAO）は非営利病院に対して税制面での恩恵を与えるのが適当であるかどうかを調査した結果を2005年5月に発表している。GAOの調査は2003年における、営利病院が比較的多いカリフォルニア、フロリダ、ジョージア、インディアナそしてテキサス、各州での非営利病院、営利病院、公的病院の、保険に加入していない患者に対する治療の割合を調べたもので、その結果によると、例えばカリフォルニア州では、非営利病院が3.2%、営利病院が3.4%、公的病院が12.9%と公的病院での受け入れ割合が高く、非営利病院と営利病院とではほとんど差がないことが報告され、他の州でも同じ傾向であるとされる。GAOの報告書では、この結果は非営利病院に対して税制面での恩恵を与えている理由を否定するものであるとしている。

#### d. 健康保険における営利組織の研究

また、米国においては営利形態の健康保険に関しても研究が進んでいる。Schneider et al(2004)は、病院ではなくヘルス・プランの営利、非営利の違いが、頸動脈血管内膜切除手術（Carotid endarterectomy）など12の高額な治療に関して影響を与えるかどうか、メディケアのHEDIS<sup>27</sup>（Health Plan Employer Data and Information Set）のデータを用いて検証しているが、営利、非営利の違いは高額な治療に関して影響していないとしている。O'Connell and Brown（2003）は、ヘルス・プランの営利、非営利の違いが心臓カテーテル挿入、血管形成術、バイパス手術において、アフリカ系米国人と白人との治療に影響しているかを1998年のメリーランド州におけるメディケアのデータを基にして分析しているが、営利、非営利の違いは人種の違いに関して影響していないとしている。Landon et al（2001）は、182のヘルス・プランに所属している82,583人に対してアンケートを行い営利と非営利の

27 HEDIS はNCQAの登録商標であり、現在はバージョン3が用いられている。

ヘルス・プランの品質面での比較を行なっている。それによると営利のヘルス・プランは、加入者のサービスや病院へのアクセスの面で劣っている、との調査結果を示している。

米国においては病院の営利・非営利という保有形態に関する研究は非常に多く、当問題の米国における関心の高さを示している。1983年のメディケア改革法以前は、営利病院に対する否定的な研究が多い印象であるが、メディケア改革法以降は、無保険者への対応<sup>28</sup>や地域的な偏りは問題であるとしながらも営利病院への肯定論が多くなってきている。それはメディケア改革法以降、病院を取り巻く経営環境が厳しさを増し、Cutler and Horwitz (2000) が指摘しているように、非営利病院も営利病院が持つ原価管理などの経営技術を模倣する必要性が出てきたと考えることができる。

## 6. 終わりに

本稿では米国における最大手の営利病院であるHCAを中心に米国における営利病院の歴史とその原価管理と品質管理面における特徴を分析してきた。Gray (1991) は、現在では非営利病院の経営は営利病院に似てきていると指摘する。具体的には、①病院の収入が寄付ではなく医療サービスに依存してきている、②病院の業績が資本市場へのアクセスにより左右される、③多地域にまたがるシステムが多くなり、地域における管理が行き届かなくなった、④営利と非営利の部分が同居している組織が増加している、という4つの事実をあげている。その傾向は1983年のメディケア改革法以降の診療報酬の包括払いへの移行および1990年代のマネジド・ケアによる医療費の抑制の状況下で特に顕著になっている。

日本の論者においては、米国においても営利病院の割合が20%に満たないことを理由に、営利病院の社会への受容性に疑問を呈する向きもある。しかし、2005年の米国における連邦税の実質的な最高税率は35%<sup>29</sup>であり、重い租税負担と投資家への配当を行いながら、非営利病院と競争し、患者数を維持、増加させていっている営利病院の仕組みは、効率性の観点から取り入れざるを得ないように思う。日本のように非営利病院と営利病院の租税負担が同じであり、しかも国民皆保険で非償還の治療について考慮する必要のない条件下では、効率面で優れている営利病院の必要性は更に上昇するように思う。

一方、患者の中に単に「営利病院であること」にアレルギー反応が存在することは多くが指摘するところであり、病院が患者に安心を与える場所であると考えれば無視することはできない。結局、病院の制度設計において、病院の機能を分解し、営利病院と非営利病院、双方の優れているところを取り入れる工夫が必要になると考える。

28 モルガン・スタンレーなど大手投資銀行の営利病院に対するアナリスト・レポートには必ず無保険者の割合が言及されており、営利病院の経営者は無保険者の問題はできるだけ回避したいとの意識は働いているように思う。

29 これに加えて多くの州において州税が課税される。筆者は米国において税法専門の公認会計士として5年間勤務した経験があるが、米国においては日本と比較にならない位、税に対して関心が高い。その社会で課税を免除される非営利形態をとることができるにもかかわらず営利形態をとっていることは、株式会社制度の優越性を示しているように思う。

## 参考・引用文献

- (1) 広井良典『米国の医療政策と日本』勁草書房, 1992年
- (2) David M. Cutler and Jill R. Horwitz, "Converting Hospitals from Not-for-Profit to For-Profit Status," in (ed) David M. Cutler, "The Changing Hospital Industry," The University of Chicago Press, 2000
- (3) Susan L. Ettner and Richard C. Hermann, "The role of profit status under imperfect information: evidence from the treatment patterns of elderly Medicare beneficiaries hospitalized for psychiatric diagnoses," *Journal of Health Economics*, 20 (2001) 23-49
- (4) Eli Ginzberg, 'For-profit medicine' *The New England Journal of Medicine*, Vol. 319, No. 2, 1988
- (5) Bradford H. Gray, 'The Profit Motive and Patient Care,' Harvard University Press, 1991
- (6) Daniel P. Kessler and Mark B. McClellan, 'The effects of hospital ownership on medical productivity,' *RAND Journal of Economics* Vol.33, No.3 Autumn 2002 pp.488-506
- (7) Regina E. Herzlinger, 'Can Public Trust in Nonprofits and Governments Be Restored?' *Harvard Business Review* March-April 1996
- (8) Regina E. Herzlinger, "Why Innovation in Health Care Is So Hard," *Harvard Business Review* May 2006
- (9) Julia Shaw Holmes, "The Effects of Ownership and Ownership Change on Nursing Home Industry Costs," *Health Services Research*, August 1996
- (10) John G. King and Jonathan E. Avery, "Evaluating the Sale of a Nonprofit Health System to a For-Profit Hospital Management Company: The Legacy Experience," *Health Services Research*, April 1999
- (11) Robert Kuttner, 'Columbia/HCA and the Resurgence of the For-Profit Hospital Business,' *The New England Journal of Medicine*, August 1 & 8, 1996
- (12) Robert Kuttner 'The American Health Care System: Wall Street and Health Care,' *The New England Journal of Medicine*, February 25, 1999
- (13) Bruce E. Landon, Alan M. Zaslavsky, Nancy Dean Beaulieu, James A. Shaul and Paul D. Cleary, "Health Plan Characteristics And Consumers' Assessments of Quality," *Health Affairs*, March/April 2001
- (14) Tami L. Mark, 'Psychiatric Hospital Ownership and Performance,' *The Journal of Human Resources* XXXI 3, 1995
- (15) Michael J. McCue, 'A Premerger Profile of Columbia and HCA Hospitals,' *Health Care Management Review*, Spring 1996
- (16) Stephanie L. McFall, Stephen M. Shortell and Larry M. Manheim, 'HCA's acquisition process: The physician's role and perspective,' *Health Care Management Review*, Spring 1988
- (17) Edward C. Norton and Douglas O. Staiger, 'How hospital ownership affects access to care for the uninsured' *RAND Journal of Economics* Vol. 25, No.1, Spring 1994
- (18) Lenahan O'Connell and Samuel L. Brown, 'Do Nonprofit HMOs Eliminate Racial Disparities in Cardiac Care?,' *Journal of Health Care Finance*, Winter 2003
- (19) Robert V. Pattison and Hallie M. Katz, 'Investor-Owned and Not-for-Profit Hospitals: A Comparison Based on California Data,' *The New England Journal of Medicine*, August 11, 1983
- (20) Gabriel Picone, Shin-Yi Chou and Frank Sloan 'Are for-profit hospital conversions harmful to patients and to Medicare?' *RAND Journal of Economics* Vol. 33, No.3, Autumn 2002 pp.507-527
- (21) Arnold S. Relman, 'The New Medical-Industrial Complex,' *The New England Journal of Medicine*, October 23, 1980
- (22) Jeffrey Rodengen, 'The Legend of HCA,' Write Stuff Enterprises, Inc. 2003
- (23) Eric C. Schneider, Alan M. Zaslavsky and Arnold M. Epstein 'Use of High-Cost Operative Procedures by Medicare Beneficiaries Enrolled in For-Profit and Not-for-Profit Health Plans,' *The New England Journal of Medicine*, January 8, 2004
- (24) Yu-Chu Shen, "The effect of hospital ownership choice on patient outcome after treatment for acute

- myocardial infarction,” *Journal of Health Economics*, 21(2002)
- (25) Elaine M. Silverman, Jonathan S. Skinner and Elliott S. Fisher, ‘The Association between For-Profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending,’ *The New England Journal of Medicine*, August 5, 1999
- (26) Frank A. Sloan, “Commercialism in Nonprofit Hospitals,” *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 17, No.2, 234-252, 1998
- (27) Frank A. Sloan, Gabriel A. Picone, Donald H. Taylor, Jr., Shin-Yi Chou ‘Hospital Ownership and Cost and Quality of Care: Is There a Dime’s Worth of Difference?’, 1999 <http://www-cpr.maxwell.syr.edu/seminar/Spring99/sloan.pdf> より平成17年9月1日に引用。
- (28) United States Government Accountability Office, ‘Testimony Before the Committee on Ways and Means, House of Representatives,’ May 26, 2005
- (29) J. Michael Watt, Robert A. Derzon, Steven C. Renn, Carl J. Scheramm, James S. Hahn and George D. Pillari ‘The Comparative Economic Performance of Investor-Owned Chain and Not-for-Profit Hospitals,’ *The New England Journal of Medicine*, January 9, 1986
- (30) Steffie Woolhandler and David Himmelstein ‘Costs of Care and Administration at For-Profit and Other Hospitals in the United States,’ *The New England Journal of Medicine*, March 13, 1997