

アメリカ医師会における会員組織率 向上戦略に関する研究

平成 11 年 6 月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

アメリカ医師会における Membership Strategy
(会員組織率向上のための戦略) に関する研究

平成 11 年 6 月

ハーバード大学公衆衛生大学院
武見記念国際保健プログラム
1998-99年度武見フェロー

能 登 裕 二

目次

1-1. 研究の目的	1
1-2. 研究の対象	1
1-3. 研究の方法	1
1-4. アメリカ医師会（AMA）における Membership Strategy（会員組織率向上のための戦略）に関する研究	
1-4-1. 日医の会員状況に関する分析および問題点	
1-4-1-1：日医会員加入率／日本の医師数、日医会員数の推移	4
1-4-1-2：日医会員の形態別・年齢別および性別構成	5
1-4-1-3：日本の医師と日医会員の年齢階層別分布	6
1-4-2. アメリカにおける医師状況の分析	
1-4-2-1：アメリカにおける医師人口、性別割合の推移	7
1-4-2-2：アメリカにおける医師の勤務形態	8
1-4-2-3：アメリカにおける医師を取り巻く最近の環境	9
1-4-3. AMAにおける会員状況に関する分析および問題点	
1-4-3-1：AMAの会員数の推移	11
1-4-3-2：米国の医師及びAMAの会員年齢階層別分布	12
1-4-3-3：AMA会員数のマーケットシェア	13
1-4-3-4：AMAの会員形態	15
1-4-3-5：AMAの会費カテゴリー	17
1-4-3-6：Special Interest Groups	18
1-4-3-6-1：医学生会派 Medical Student Section (MSS)	19
1-4-3-6-2：レジデント・フェロウ会派 Resident and Fellow Section (RFS)	22
1-4-3-6-3：青年医師会派 Young Physicians Section (YPS)	24
1-4-3-6-4：女性医師会議 Women Physicians Congress (WPC)	28
1-4-3-7：AMAによる実態調査	31
1-4-4. AMAにおける会員戦略に関する分析	
1-4-4-1：Outreach Program（会員獲得プログラム）	33
1-4-4-2：Retention Program（会員維持プログラム）	35
1-4-4-3：会員問題に関する代議員会タスク・フォース	36
1-4-5. 提言：AMAの研究による日医への適用の可能性	
1-4-5-1：AMAの Membership Strategy（会員組織率向上のための戦略）についての概観	42
1-4-5-2：日医の会員戦略への適用の可能性	44
1-4-5-3：総論	48
参考文献	50

本報告書は、ハーバード大学公衆衛生大学院武見記念国際保健プログラム担当のマイケル・ライシュ教授の指導の下に作成された。

また、本報告書は、財団法人 国際協力医学研究振興財団 の武見プログラム基金による助成を基に行なわれた研究成果である。

アメリカ医師会（AMA）における Membership Strategy （会員組織率向上のための戦略）に関する研究

1-1. 研究の目的

この調査は、ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健学科武見プログラムの担当教授であるマイケル・ライシュ教授の指導の下に提出された、「アメリカ医師会（AMA）における政策の形成・推進能力に関する研究」（1997年3月）、「アメリカ医師会における Executive Vice President の役割に関する研究」（同8月）、そして「アメリカ医師会における医療政策形成とその日本医師会における適用の可能性に関する研究」（1998年8月）というAMAに関する一連の研究として実施した。当研究の目的は、日米両医師会固有の会員組織の実態、問題点、およびその対策を両国の医療事情を含めて研究することにより、AMAの経験から得られた会員組織率向上のための戦略から日本医師会（以下日医）が概念として適用できる可能性を探ることにある。

1-2. 研究の対象

日米両国における医師の実態、及び両国医師会の会員組織ならびに会員組織率向上の戦略を調査の対象とし、特にAMAに関しては、年次総会、中間代議員会における討議の内容、及び会派の枠を超えて構成された会員組織に関するタスクフォースの活動、さらに、医学生会派、レジデント・フェロウ会派、青年医師会派、女性医師会議等の Special Interest Groups 設立の概念、そして活動について取り上げていく。

1-3. 研究の方法

アメリカ医師会及びワシントン DC 事務所への訪問を実施し、医学生会派、レジデント・フェロウ会派、青年医師会派、会員マーケティング部門、及びグラスルーツ医師の政治活動を支援するグラスルーツ・アクション・センターの各担当者に対するリサーチ・インタビューを実施し、最新の情報及び資料と共にAMAの Web サイトからの情報によって、AMAにおける会員に関する問題点を分析し、その会員組織率を向上するための戦略がどのような経緯で策定され実施されてきたか、その特徴及びインパクトを含めて検証していく。そして、それらの結果を分析し、AMAの経験から日医の会員組織率向上のコンセプトに適用できる点を探り、かつ政策に反映できる方策を提示する。

下記の資料並びに媒体により調査を実施した。

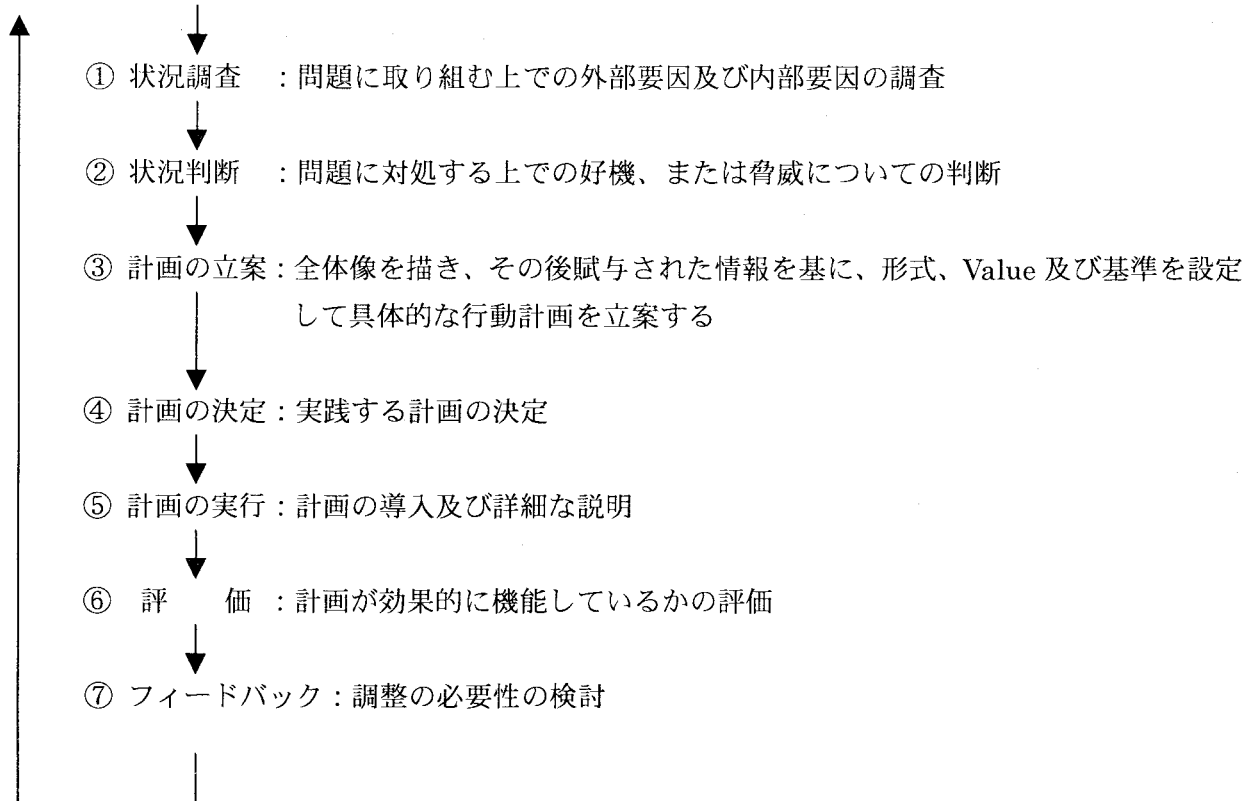
- ・ AMAマーケティング資料
 - － AMA Strategic Market Research Qualitative Interviews
 - － Strategic Membership Research Study / in-depth Interviews etc.
- ・ AMA Web サイト <http://www.AMA-assn.org/>
- ・ AMAシカゴ本部、ワシントン DC 事務所リサーチ・インタビュー
- ・ RFS Leadership Handbook / MSS Internal Operating Procedures
- ・ New York Times / Boston Globe
- ・ 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 10 年度版）
- ・ 日本医師会会員情報関係資料

Membership Strategy = 「会員組織率向上のための戦略」の定義

Strategic Approach について

Strategy による目的の達成に向けての計画の遂行には以下のフローチャートが考えられる。

目的：会員組織率の向上（会員の獲得・維持）



Strategy のフォーメーションは継続的なプロセスであり、上記の①～⑦の過程により、新たに発見された事実、より正確な情報、及び実行に基づく経験を下に、より強固な Strategy として生まれ変わることが可能である。

AMAは、会員組織としての会員の重要性及び会員の Value を認識しながら、如何に会員を獲得し、かつ維持していくかを Membership Strategy としてタスク・フォースを中心に組織を挙げて展開している。これまでに 1998 年 6 月の年次総会、12 月の中間代議員会において、それぞれ報告および同時に Strategy の評価、見直しが行なわれている。そして 1999 年の 6 月の年次総会においてタスク・フォースは最終報告を行なう予定である。

この報告書では、AMAにおける上記のような会員問題に焦点を当てた組織を挙げての取り組みを表す“Membership Strategy”に対して、「会員組織率向上のための戦略」という訳を定義している。

はじめに

日本医師会は医学・医療に関する学術・研究団体として、医師の自律性を尊重し、国民の健康を擁護する立場を取りながら、国の医療政策をあるべき方向へ推し進めるために積極的な活動を行なっていくことを使命としている。そして医師の総意を国政に反映していくためには、その背景として会員組織率を高い水準で維持していくことが必須である。今回の研究対象であるアメリカ医師会は、構成組織である州医師会も含めて長年に亘り会員数及び会員加入率の減少が深刻な問題となっている。そして1997年の中間代議員会において、テキサス州の代表による当該問題に関する声明を契機として、会員問題に関するタスク・フォースがAMA内部の会派を越えた代表により代議員会内部に構成された。今や会員問題はAMA全体における最優先課題となっている。一方で、AMAは150年を越える歴史を有し、1200名を越えるスタッフを抱え、また事業会社としての側面を持つなど組織として優れている点はこれまでの研究で実証されてきている。しかし、AMAは日医と同様に政策推進をその使命とする医療専門職の会員組織という観点からすると、現状は厳しく、組織を挙げての対策が求められている。

AMAのタスク・フォースは、1998年6月の年次総会、12月の中間代議員会において報告を行い数々の対策を講じている。そして、1999年6月の年次総会において最終報告が行なわれることになっている。AMAではこれまでもアウトリーチ・プログラム（会員獲得計画）を通じて若手医師等の加入を推進する活動で成果を上げている。また、会員に対するマーケティング・リサーチを実施し、会員のニーズ、要望や問題点等を把握することによって会員対策に反映させている。さらに、Special Interest Groupsという会員を様々なカテゴリーに分類した会派を構成し、個々の医師の声がAMAの中枢に届く方策を講じている。この研究では、タスク・フォースの展開も踏まえて、AMAの経験から日医、特に若手医師を対象とした会員組織率向上のための戦略の概念に適用できる点を検証していくことを目的としている。

1-4. アメリカ医師会（AMA）における Membership Strategy（会員組織率向上のための戦略）に関する研究

1-4-1. 日医の会員状況に関する分析および問題点

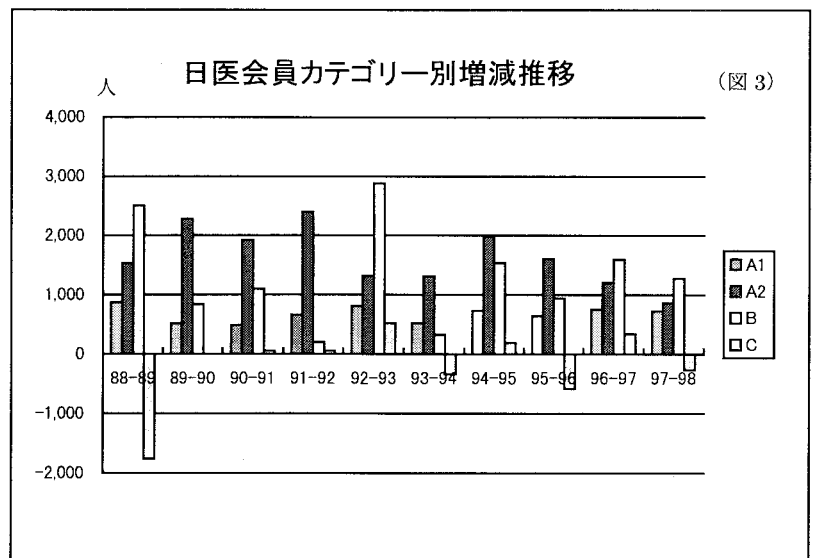
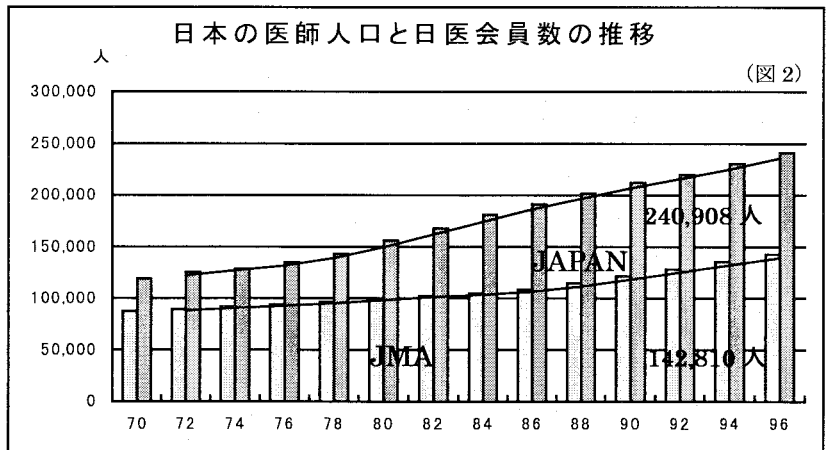
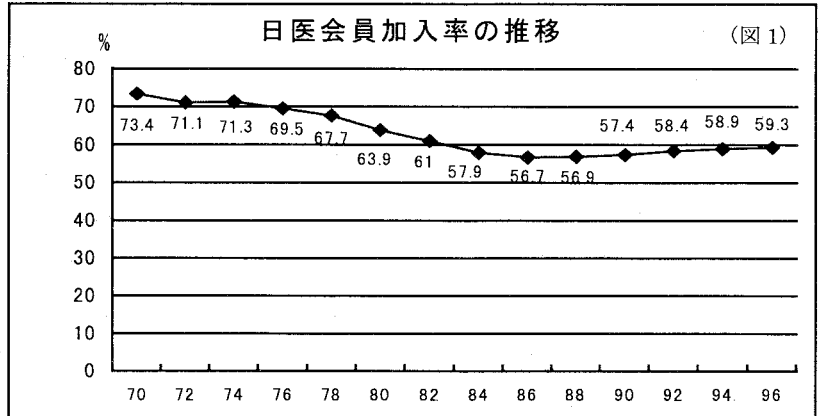
1-4-1-1：日医会員加入率／日本の医師数、日医会員数の推移

日医の会員加入率の推移を見ると（図1）、1970年代は70%を越える高い水準に位置し、その後徐々に低減はしたものの、過去10年間は約60%の水準を保っている。

次に図2では、日本の医師人口と日医会員数の過去約30年に亘る推移を表している。

日本における医師人口の純増加数を毎年約5,000人と仮定すると、日医が現在の加入率である60%を維持していくためには、毎年約3,000人の新規会員の獲得が必要とされる。因みに、過去10年間の日医の平均会員増加数は3,460人となっている。（内訳はA①会員673人、A②会員1,643人、B会員1,321人、C会員マイナス177人）

会員種別の増加数の推移（図3）を見ると、A②、B会員という勤務医の会員数の伸びが顕著である。一方で研修医会員数の増減にばらつきが見られる。

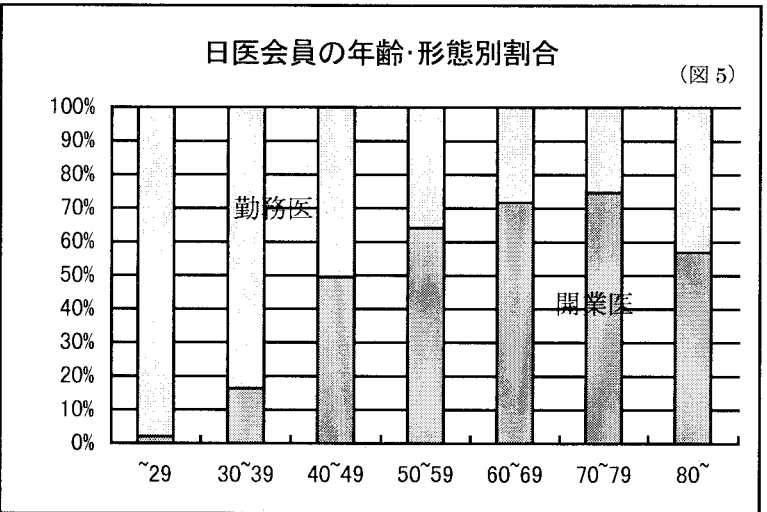
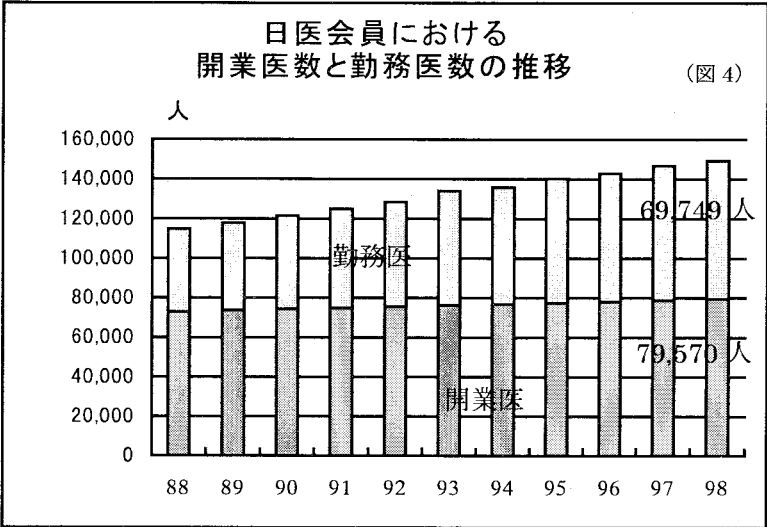


出典：図2,3,4共に日医会員情報資料

1-4-1-2：日医会員の形態別・年齢別および性別構成

日医の会員における、開業医と勤務医の割合は、1988年で開業医が約3分の2、勤務医が3分の1であったが、この10年間に於いて開業医の伸びが平均約700人/年、一方勤務医の伸びが同約2,800人/年となっており、その結果1998年においては、開業医53%に対して勤務医が47%とシェアが拮抗してきている。

次に、日医会員の年齢構成別形態別による割合(図5)を見ると、やはり30代以下の若年層において勤務医のウェイトが高く、40代ではほぼ同水準に達し、50代以降では開業医の割合が高くなっていることが分かる。先に述べた日本の医師人口の趨勢を考慮すると、今後若年層の勤務医が増加し、高齢層の開業医が引退等の理由で減少していくことから、図4で提示した開業医と勤務医の割合は自ずと逆転していくことが読み取れる。



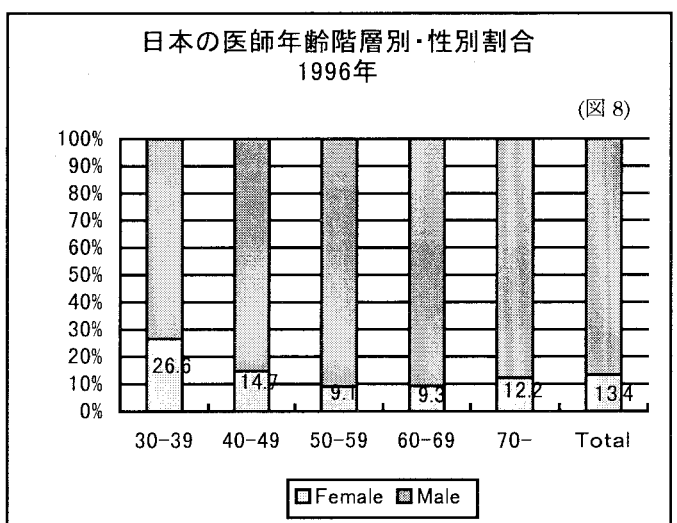
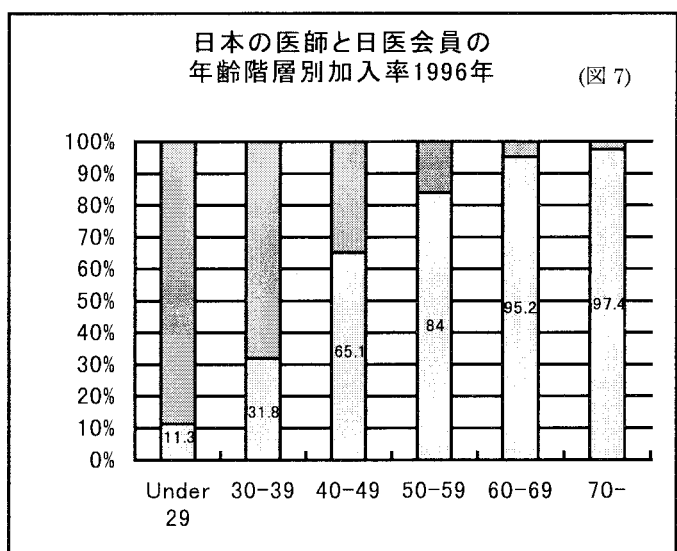
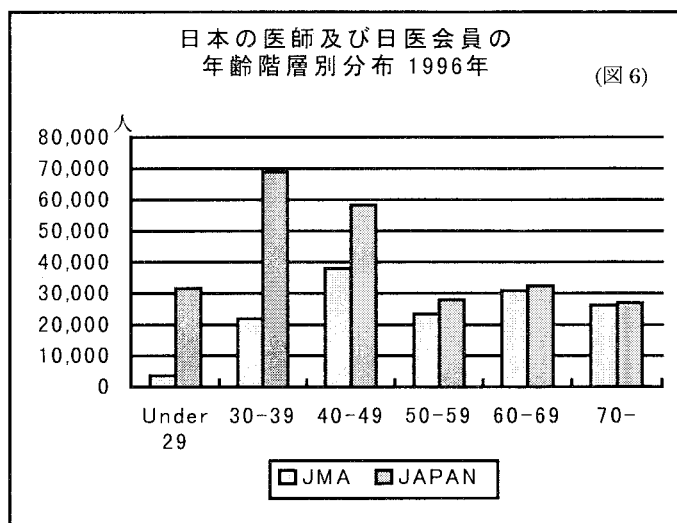
出典：図4,5共に日医会員情報資料

1-4-1-3 日本の医師と日医会員の年齢階層別分布

日本の医師の年齢構成別分布を見ると(図6)、30代、40代の医師人口に山があることが分かる。一方で、日医会員の構成を見ると、40代、60代の会員のウェイトが高くなっている。次に年齢階層別加入率を見ると(図7)、50代以降では80%以上の高い水準を維持しているが、反対に、30代以下の年齢層では低い加入率に留まっている。日医全体の会員加入率は1996年で59.3%であるので、この高齢層の高い加入率が全体の加入率をカバーしていることになる。最も会員数の多い40代の層では加入率が65%となっている。今後、この層において勤務医から開業医への移行を一つの契機とした加入率の増加が考えられるが、若年層の医師人口が増えてくることも確かであるので、日医がこれからも加入率を高い水準で維持していくためには、この若年層の医師、特に勤務医を対象とした会員獲得の対策が必要になってこよう。

また、日本における医師の性別・年齢階層別分布(図8)を見ると全体では女性医師の割合は13.4%であるが、一方で29歳以下の年齢層における女性医師の割合は26.6%となっている。このことから、今後日本の医師人口における女性医師の割合は若年層の年代から押し上げられてくることが予想される。

日医会員における女性医師会員の割合は、1997年で11.2%となっている。今後若年層の医師を対象とした会員対策を構築していく上で、この女性医師人口の動向を捉え、女性医師を対象とした会員対策も不可欠となってこよう。

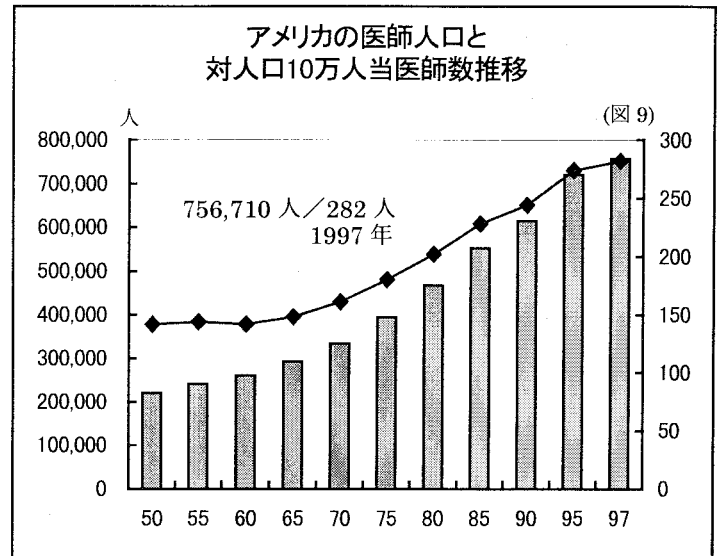


出典：図6,7,8 厚生省統計資料及び日医会員情報資料

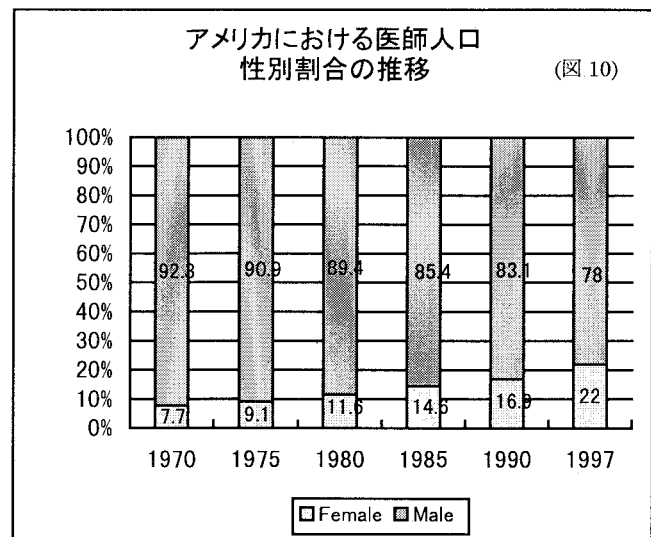
1-4-2. アメリカにおける医師状況の分析

1-4-2-1: アメリカにおける医師人口、性別割合の推移

アメリカの医師人口は、過去10年は毎年約17,000人前後の増加をしている。この中には外国医学校の卒業生も含まれる。また、人口対10万人医師数の推移を見ると、これも医師数に比例して増加しており、1997年では282人となっている。(図9)次に、性別で見た医師人口の割合の推移を見ると(図10)、1997年には女性医師の割合が22%にまで達していることが分かる。アメリカでは、女性固有の健康に関する問題や診療において、女性医師の果たす役割は増大してきている。グループ診療においても女性患者の対応は主に女性医師が担当する傾向にあり、女性医師の需要は高まっていると言えよう。一方、医学生性の性別の割合を見たときに、その男女比率が接近していることから、将来的には女性医師の全体に占める割合は増加していくものと思われる。



出典: AMA Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition



出典: AMA Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition

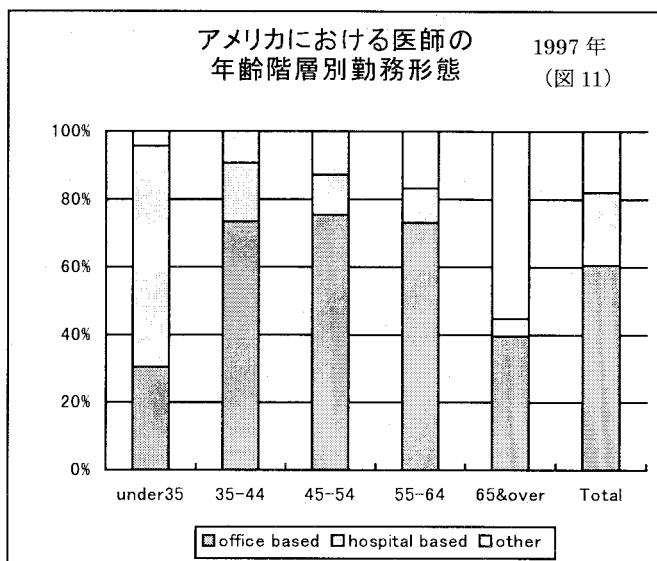
AMAでは、女性初の会長であるディッキー会長が、女性医師の問題を積極的に取り上げ、“Organized Medicine”の中における女性医師の地位向上及びリーダーシップへの登用の機会の拡大、さらには、女性医師会議(Women Physician Congress)の設立やAMAホームページに女性の健康問題を対象にしたページを設けるなど女性医師、女性医師会員を対象にした様々な戦略を打ち出している。

“Organized Medicine”を明確に定義することは困難であるが、ここでは、組織化された多様な場における医療関連活動、つまり医師会、専門医学会のような医療関係者の団体における活動、地域社会、病院、施設等における医療提供活動、卒後教育、生涯教育或いは医学出版等の啓発・情報活動を含め、総じて医療分野において貢献することを目的とした組織化された活動を指している。

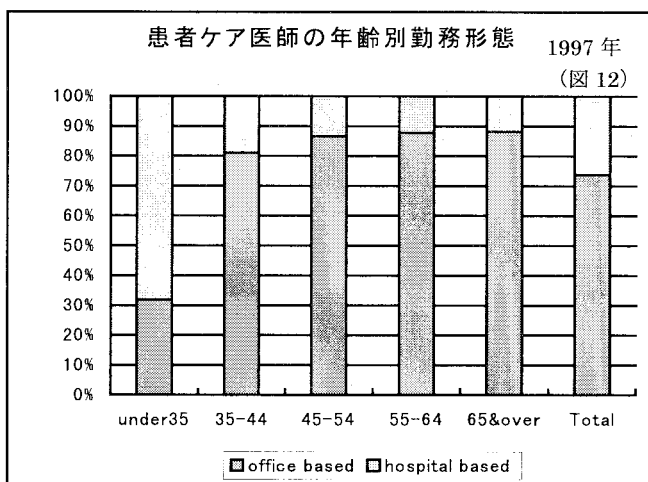
1-4-2-2 : アメリカにおける医師の勤務形態

アメリカにおける医師の活動形態の特徴は、Office を拠点とした開業医形態の診療医師の割合が多いことと言えよう。この傾向は、患者ケアに携わる医師を対象に見た場合、全体では 74% (図 12) {全医師を分母にした場合は 60% (図 11)} にも達していることが分かる。そして、35 歳を越えた患者ケア医師の 80%以上が Office-Based Physician であることも特色の一つとなっている。

Office-Based Practice 医師の形態は下記のように、開業医ではあるが、その実践医療において、病院連携の下に病院の施設を利用することが可能となっている。一方で、病院における医師のうち、その 62%をレジデント医師及びフェロウが占めている。レジデント医師は GME (卒後教育) を受けながら、病院における患者ケアの最前線に立って活動している医師である。



出典 : AMA Physician Characteristics and Distribution in the US 1999Edition



出典 : AMA Physician Characteristics and Distribution in the US 1999Edition

AMAの定義による医師の活動形態

Patient Care

- Office-Based Practice---Solo Practice, Two physicians Practice, Group Practice, etc.

独立した開業医の形態を取りながら病院連携の下、病院の施設を利用して診療に当たることができる医師

- Hospital-Based practice----Resident/Fellow, Full-time staff

病院スタッフの他、GME (卒後教育) に携わりながら患者ケアに直接活動するレジデント医師を含む

Non Patient Care

Medical Teaching : 医学教育 / 医学校、病院、看護学校他

Medical Research : 医学研究

Administration : 医療経営管理 / 病院、医療施設、保健機関、診療所、グループ等

Other Activities : 保険会社、製薬会社、一般企業、慈善団体及び医師会等に雇用されている医師、国外在住医師

1-4-2-3 : アメリカにおける医師を取り巻く最近の環境

米国における医師の将来は不確かなものである。マネージド・ケア組織は私的保険及び政府の医療保険制度の両面において、実践医療の様相を変えつつある。米国では医師における開業医のウェイトは高く、その多くはマネージド・ケア組織と何らかの繋がりを持っている。以下に、米国の医療界を取り巻く最近の環境についての話題を幾つか提示する。

1. Doctors Face the Business of Medicine : 医療経営の問題に直面する医師

実践医療の問題は医療にあるのではなく、実践の部分に存在する。ヘルスケアを取り巻く環境の変化を医師は知覚しなければならない。治療に際して医師はビジネス用語に精通する必要を時に求められる。そして、MBA を取得するために大学に戻る医師の数は増え、同時に医師のニーズに呼応した各種プログラムを大学側も追加する傾向にある。昨年のテネシー大学に続きボストン大学もマネジメントのコースを今秋にもスタートさせる予定である。医学校でも、医学と同時にビジネスの学位の取得を求める医学生を対象としたプログラムを創出してきている。

さらに、MBA を取得しようとする医師は、以前は実践医療に携わらず、病院経営やHMOを経営しようとする医師であったが、最近では実践医療を継続して行なう医師に多くなってきている。一人開業医の医師は、ビジネスの学位によって、如何により効率的に医療経営を行なっていくかを学ぶことによって、経営に精通することができるものと期待している。しかし、学位を取得するに際しての収入の減少と授業料の負担はそれぞれ1万ドルに達しようとしている。

マサチューセッツ州医師会では 17,000 人の会員に対しアンケート調査を行なったところ、10% がビジネスの学位に強い関心を示した。これを受け同医師会では検討の末ボストン大学とパートナーシップを結ぶことを決定した。このことは医師が、実際ある種のビジネス・マネジメントのトレーニングを望んでいることを示す一例といえよう。

今や医師は実践医療で生き残っていくために自分自身でビジネス上の決断を下す道を見出そうとしている。マネージドケアは医師に対し、治療とはかけ離れた新たな要求を生み出してきた。どの契約をマネージドケアの会社と結べばいいのかを医師は決定しなければならない。コストをカバーしてくれる契約はどれかを決定しなければならない。医師は、伝統的にビジネス社会で利用されてきた分析を自身の実践医療において行なわなければならない。

ビジネススクールは如何にチームで働くか、ヘルスケアの経済的側面とは何かについても教えてくれる。巨大なヘルスケア組織の中でもし管理者が広義な方針の決定を行ない得れば、患者はより良いサービスの提供を得られるであろうことから、このような管理者は単にビジネスの学位だけでなく医学の学位を保持していることが望ましい。ビジネスを学ぶというマネジメントに携わる医師におけるこのような変化は、そのことが患者への最善のケアに通じる決断を行ない得ることに通じることから本質的なものであるといえよう。しかし、ビジネスマンはビジネスマンとして利益を追求し、医師は医師として患者のケアに専念することが望ましいという意見も有ることは確かである。

1

2. エトナ社によるプルデンシャル社保険部門買収の余波

マネージド・ケア自身も買収や合併という新たな局面に直面している。マネージドケアによる診療抑制や医師の自律性、保険料の上昇等の問題が常に取りざたされているが、買収で保険会社が巨大化し市場の競争力が弱まることにより、その傾向がさらに強まり患者の健康が脅かされるという危惧が拡大することが懸念されている。公正取引委員会も調査に乗り出しているが、エトナがプルデンシャルの保険部門を 10 億ドルで買収するという計画に対し、その結果としてテキサス、ルイジアナ等のマーケットシェアが高まることが予想される州において特に反対の声が高まっている。

米国におけるヘルスケアの最大の購入者は、従業員にヘルスケアをベネフィットとして提供する経営者である。そして彼らは長年に亘って、コストとケアの質を管理するために、保険会社間の競争の必要性を唱えてきている。経営者サイドは、エトナとプルデンシャルの合併は競争力の低下を意味し、結果として購入者側がその影響を被るとの見方をしている。政府は、エトナの契約書における医師と患者の条項について調査を実施している。国法省のエトナ買収に関する監査は、クリントンが患者の権利を定義し擁護する法案の議会通過に圧力を掛けると同時に行うことになっている。従って、消費者団体は、もし連邦当局が巨大化、濃密化するマネージド・ケア産業の存在を無視するならば「患者の権利法案」のキャンペーンは空手形になることを提唱している。²

3. "TennCare" テネシー州におけるユニバーサル・カバレッジへの取り組み

TennCare は、低所得層における無保険者 "uninsured"、既往症等により保険への加入が拒絶された無保険者 "uninsurable" をも対象とした州政府による Universal Coverage を目的とした医療保険制度である。保険会社は既往症により保険の加入を拒絶する権利を有している。米国にはこのような無保険者が数多く存在する。彼らが取ら典型的な行動は、貯えを浪費し、その後低所得者に対する医療保証プログラムであるメディケイドに適用を申請するのである。

テネシー州は 5 年前にメディケイドによる医療保障をマネージド・ケアに変換し、自分自身では医療保険に加入できなかつたり、既往症により保険に加入することができない何十万人もの無保険者を財源で保証する制度を創出した。そしてこのプログラムには 300 万人の加入者を擁し "TennCare" と称され、米国における最も意欲的かつ寛大な州政府によるヘルスプランとなった。

しかし、"TennCare" のコストは上昇し続け、テネシー州は財政赤字に直面し、ユニバーサル・カバレッジへの道に通じるプログラムは財政緊縮を余儀なくされている。この試みでは、医師の報酬をケアの提供に要するコスト以下に減少させたことから、テネシー州医師会からも制度に対する反対の声が上げられていた。³

² NY タイムズ 1999.4.30

³ NY タイムズ 1999.5.1

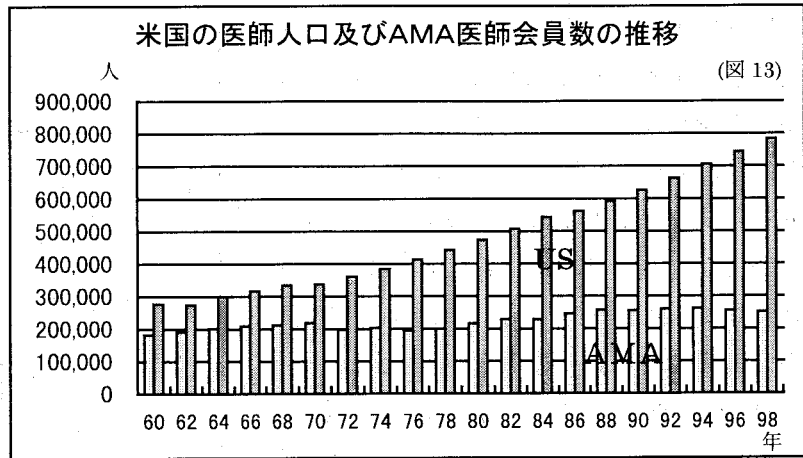
1-4-3. AMAにおける会員状況に関する分析および問題点

1-4-3-1: AMAの会員数の推移⁴

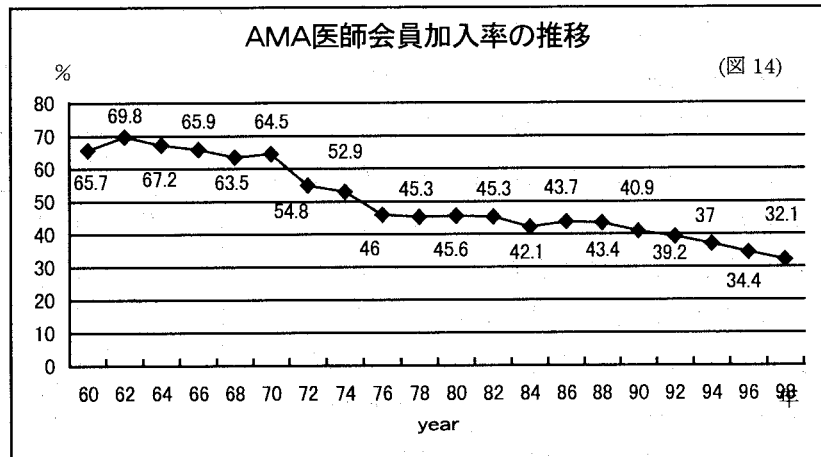
AMAの医師会員数⁴は、ここ数十年に亘り低位横這いの状態になっている。このことは、一方でアメリカにおける医師数は毎年伸びていることから、AMAの会員加入率が低減していることを意味する。

そして、AMAの会員には医学生会員が含まれるため、実際の医師の会員数は1998年で252,072人、全医師数784,147人に対する加入率は32.1%にまで落ちこんでしまった。

図14から分かるように1960年の医師人口約278,000人に対するAMAの医師会員数は約183,000人で加入率は65.7%であった。その後38年間に医師人口は毎年17,000～18,000人増加し約2.8倍となったのに対し、AMAの医師会員数は同期間に約1.4倍、年平均約1,830人の増加に留まっている。結果として加入率も半減していることが分かる。



出典：AMA 会員統計資料



出典：AMA 会員統計資料

特にここ数年はAMAの会員数自体が減少傾向にあり、調査では医学生会員を含めて、毎年約30,000人の新規加入に対して、31,000人の退会が報告されている。AMAでは、このような実態から、会員獲得と共に会員維持活動のウェイトが必然的に高くなっている。会員の絶対数の推移から、AMAの会員加入率は結果として図13のように慢性的な減少傾向に陥っている。そしてその数値は1960年代の60%台から、70年代50%台、80年代40%台、そして90年代には30%台と、10年毎に10%ずつ下落していることになる。一方で米国の医師人口の伸びが前述の数値で推移すると、AMAの会員加入率の下落傾向は自ずと悪化の一途をたどる公算が大きい。この傾向は、AMAだけでなく州医師会、郡医師会においても見られ、1997年の中間代議員会において、複数の州から会員数の減少を憂慮し、対策を講じることを求めた声明案が提出されている。これを受け、後述するように会員問題に関するタスクフォースが代議員会の中に会派の枠を超えて構成され活動を展開している。AMAでは、会員獲得のためのoutreach Program及び、会員維持のためのRetention Programを展開して、一部では成果を上げてはいるが、全体の会員数の伸びには今のところ結びついていない。

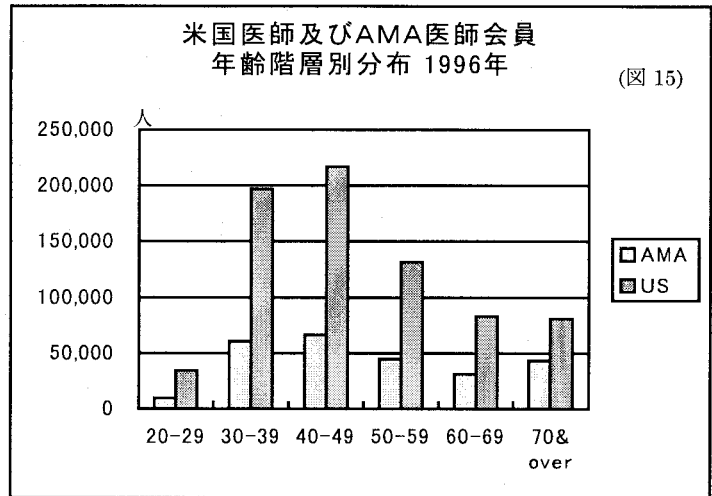
⁴ AMAの医師会員=AMA会員-AMA医学生会員

1-4-3-2 : 米国の医師及びAMAの会員年齢階層別分布

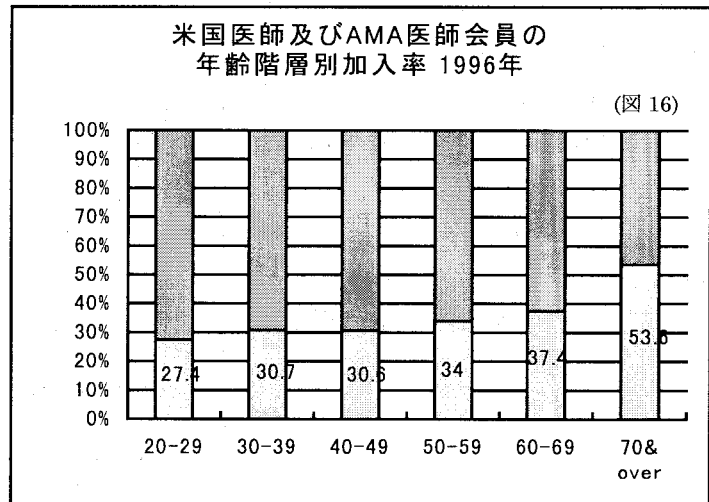
図 15 から、米国の医師人口は 30 代、40 代の層に多く、日本（図 6）のグラフと分布が非常に似通っていることが分かる。また、AMA の医師会員数を年齢別に見ると、20 代、30 代の加入率が日医同様に低迷しているが、40 代以降、特に 50 代以上における加入率は、日医の場合は 80% を越える高い水準であるのに対し、AMA の医師会員は 60 代までは何れも 30% 代に位置している。そして、70 代以上において 53.6% となつてはいるが、絶対数が少ないため、全体の加入率に及ぼす影響は小さい。

AMA は、会員対策の一環として Special Interest Groups という会派を設け、会員をそのカテゴリーに分類することにより、会員の獲得、維持活動に焦点を当て、会員の増加につなげようとする戦略を取っている。そして、医学生会員、レジデント・フェロウ会員、青年医師会員に対しては、将来の AMA の中枢を担っていく会員層として捉え、会派の移行期の問題、会費に伴うインセンティブ等各種対策を講じている。

また、この若手 3 会派は、AMA の Special Interest Groups の中でも最も活動が顕著なグループで、AMA の政策にも積極的に関わっていかうとする気運が見られる。日医も高齢層における年齢別加入率の構成が今の状態を将来においても維持していくためには、若年層の会員の加入率を高めていくことが必要である。



出典：AMA Fact Book 1996



出典：AMA Fact Book 1996

1-4-3-3 : AMA会員数のマーケットシェア

1. 会員種別

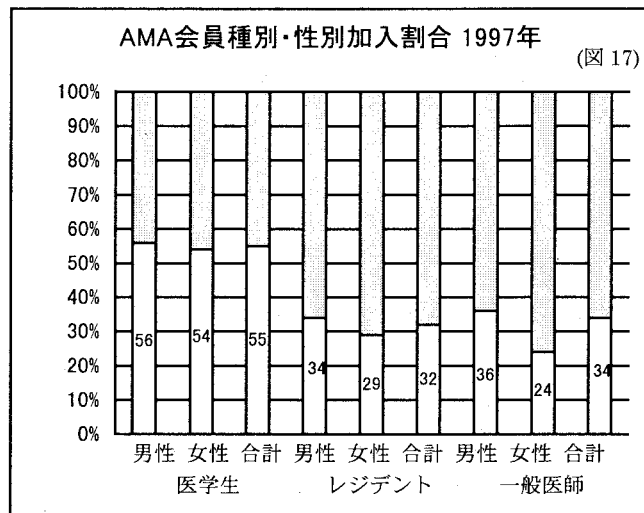
(表 1)

1997 年

会員カテゴリー	男性	女性	合計
医学生	22,636 人 / 56%	15,540 人 / 54%	38,136 人 / 55%
レジデント	21,001 人 / 34%	10,959 人 / 29%	31,960 人 / 32%
一般医師	192,373 人 / 36%	31,158 人 / 24%	223,531 人 / 34%

出典 : AMA Web Site

AMA会員のマーケット・シェアを表とグラフで表したが、ここから明らかなように、医学生会員の加入率が男女ともに50%を上回っている。しかし、その加入率はレジデントに移行する際に20%近く下落している。この移行期の会員の下落もAMAでは対策を考えており、試行策として、医学生の4年複数年会員に対し、レジデント会員の1年目会費をフリーにするオプションを計画している。



出典 : AMA Web Site

レジデント医師は医学生の時期と比べ、卒後教育と病院での実践医療に時間を費やされることなども加入率が低下している原因に上げられよう。次に一般医師の項目を見ると、女性医師に関しては、レジデントから一般医師へ移行する際にさらに加入率が24%と下落している。これまでAMA及び”Organized Medicine”全般において女性医師が組織の中核の地位を占めるケースはあまりなかったが、前述したようにディッキー会長の女性医師を対象とした数々の施策、及び女性医師会議(WPC)の活動を通じて、AMAの女性医師会員数は伸びが期待できよう。一方で、男性医師を見ると、レジデントから一般医師へ移行する際に2%程加入率が上昇している。ここでは、実践医療に取り組む上でAMAの支援を期待して加入する会員が想定される。

2. 勤務形態別

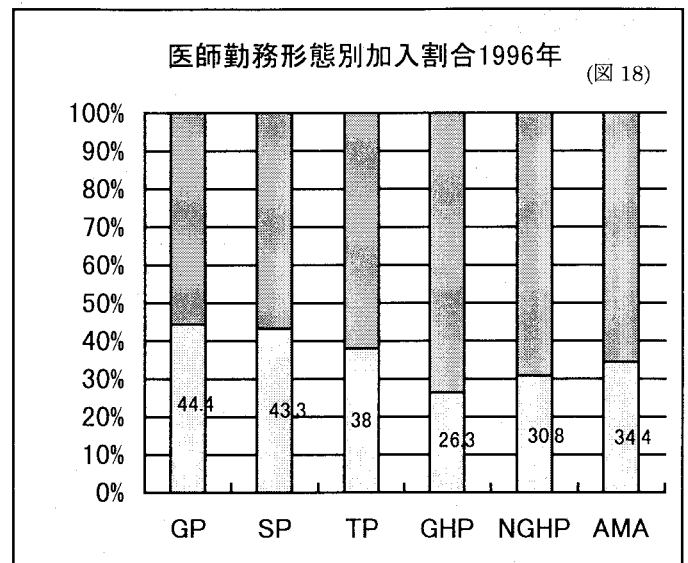
1996年 AMA会員加入率 34.4%

Office Based Physician

・ Group Practice (GP) 44.4%
 ・ Solo Practice (SP) 43.3%
 ・ Two Physician Practice (TP) 38.0%

Hospital Based Physician

・ Government Hospital (GHP) 26.3%
 ・ Non Government Hospital(NGHP) 30.8%

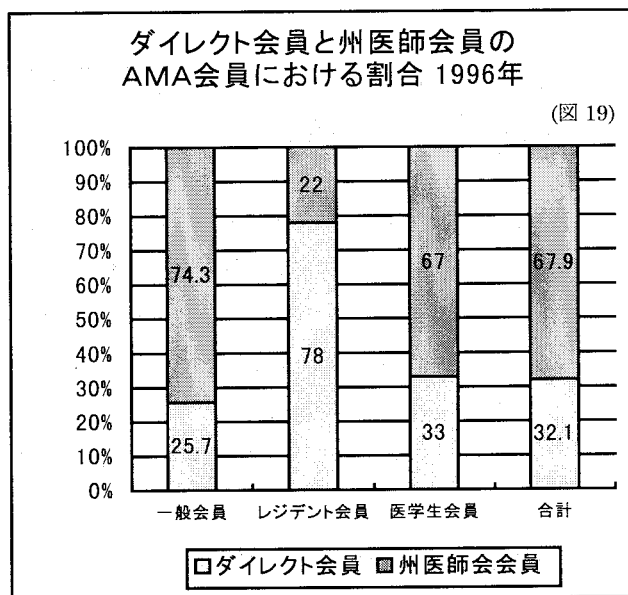


出典：AMA Fact Book 1996

次に、AMA会員の勤務形態別加入率を見ると（図18）、グループ診療医師（GP）44.4%、Solo Practice（SP）43.3%、Two Physician Practice（TP）38%と、Office Basedの医師の加入率がAMAの1996年の加入率34.4%を上回っていることが分かる。AMAは特にグループ診療医師の開拓を全国を対象に展開するなど積極的に対応していることがこの数字に結びついているものと思われる。一方、政府機関病院の医師（GHP）26.6%、非政府機関病院の医師（NGHP）30.8%とHospital Based医師の加入率が平均を下回っている。その他では、軍関係医師、政府機関に属する医師の加入率が低いことが全般の加入率低下の一因になっている。

1-4-3-4 : AMAの会員形態

AMAの会員形態の特徴は、先ず正規の会員として医学生を資格要件のなかに含めていることがあげられる。その他ダイレクト会員の存在がある。これは、従来の州医師会を経由して加入する形を取らずに、Web サイト上や郵送により加入申請を直接AMAに行い、承認を受けて会員になるもので、図 18 からレジデント医師会員にその割合が多いことが分かる。



出典 : AMA Fact Book 1996

AMAの会員になるための前提条件として以前は殆どの州が州医師会員であることを要件としていたが、次第にその適用を除外する州が増え、現在では州医師会員であることが求められている州は、イリノイ、オハイオ、デラウェア、ミシシッピの4つの州のみである。しかし、図 19 から明らかなように一般会員においては74.3%が州医師会員で構成されており、また全体の割合では、州医師会員が約68%と高く、ダイレクト会員は約32%となっている。医学生会員に州医師会員が多い理由として、会費の割引等によるインセンティブが与えられている結果であることが推測される。

AMAの会員形態の定義

1. Active Constituent : 州医師会の会員でAMAの会員になる医師

2. Active Direct ダイレクト会員 : 州医師会を経由せずに直接AMAへ加入申請し、承認を受けた後会員となる医師。

* 上記の2つのカテゴリーに属する会員は、下記の何れかの資格を有するものとされる。

- a. M.D.もしくは同等の資格を有するもの
- b. 実践医療および手術を行なう有効な免許を保持しているもの
- c. 適切な認証当局に承認された医学あるいは整骨治療法のトレーニングプログラムに従事しているレジデント医師
- d. 適切な認証当局に承認された医学校、または整骨治療の大学に所属する医学生

3. Affiliate Members 準会員

会費不要、AMAの会合へ投票権を持たないが出席することができる。

- a. 外国における National Medical Association に要件を満たして加入している医師
- b. 国外、または米国の領土に在住し、医学の伝導、教育、慈善活動に従事する米国籍の医師
- c. アメリカ歯科医師会、州、地域歯科医師会の会員で D.M.D.あるいは D.D.S.の学位を有する歯科医師
- d. アメリカ薬剤師会の会員である薬剤師
- e. アメリカ国籍を有し、AMA会員資格のない医学ないし医学関連の学問の教育者
- f. 医学に関連する学術的な活動に従事、またその分野で功績を挙げており、他の会員カテゴリーに属さない人

4. Honorary Members. 名誉会員

会費不要、AMAの会合へ投票権を持たないが出席することができる。

- a. 医療専門職として卓越した功績を残しAMAの代議員会に出席した外国人医師

1-4-3-5 : AMAの会費カテゴリー

(表 2)

AMAの会費は、表 2 で示されるカテゴリーに分類されており、さらにその中で割引の適用を設けていることが特徴である。特に、医学生及び若年層の医師に対しては会費の割引を加入に際してのインセンティブとして捉えている。

まず、一般会員であるが、年会費は 420 ドル、そして、前納割引として 1 年分が 5 年間の複数年会員に対し割り引かれる。また、開業 1,2 年目の医師、軍関係医療施設に従事する医師にも割引が適用されている。次にレジデント医師会員については年会費 45 ドル、3 年間前納会費 120 ドルになっている。これらの会費には医師賠償責任保険の保険料は含まれていない。

医 師	年会費	420 ドル
	5 年前納会費	336 ドル/年
	開業 1 年目会費	210 ドル
	開業 2 年目会費	315 ドル
	軍関係医師年会費	280 ドル
レジデント医師	年会費	45 ドル
	3 年前納会費	120 ドル
医学生	年会費	20 ドル
	2 年前納会費	38 ドル
	3 年前納会費	54 ドル
	4 年前納会費	68 ドル
退職医師 65 歳で週勤務時間 20 時間以内		210 ドル
引退医師、年齢不問		84 ドル

出典 : AMA Web Site

医学生会員に対しては、年会費 20 ドル、また 2 年から 4 年までの複数年会費を設け、さらに、3、4 年の複数年会員に対しては Option として医学校の教材に使われる Drug Book がこれまで与えられてきたが、MSS の項目で詳述するが、2000 年からは医学辞書を供与することに決定している。これまでの経験から、医学生に対するこの種のインセンティブはかなり効果的で、AMA ではこの辞書の配布作戦により多くの複数年会員の加入を見込んでいる。

後述のように、複数年会費は AMA にとっては会費収入の減少に通じるが、一方で会員維持活動に要する費用を削減し、その他会員状況の把握、及び継続的なコミュニケーションが可能となるなどのメリットにも通じている。

1-4-3-6 : Special Interest Groups

Special Interest Groups とは、個々の会員の声により政策に反映されることを目的として構成された会員カテゴリー区分による会派及びサービス部門で、以下の 10 のグループに分類される。

- | | |
|---|---------------------------|
| ① Medical Student Section | 医学生会派 |
| ② Resident-Fellow Section | レジデント・フェロウ会派 |
| ③ Young Physicians Section | 青年医師会派 |
| ④ Organized Medical Staff Section | Organized Medicine スタッフ会派 |
| ⑤ International Medical Graduates Section | 外国医学校卒業医師会派 |
| ⑥ Senior Physician Services | 高齢医師サービス |
| ⑦ Women Physicians Services | 女性医師サービス |
| ⑧ Minority Physicians Services | 少数民族医師サービス |
| ⑨ Group Practice | グループ診療 |
| ⑩ Medical School Section | 医学校会派 |

この中で、医学生会派、レジデント・フェロウ会派、青年医師会派、Organized Medicine スタッフ会派、そして外国医学校卒業医師会派は、それぞれがAMAの代議員会と同様の構成を持つ固有の組織を有している。そして、各会派の総会において構成会員から寄せられた声明案や決議案を議論し、AMAの代議員会に送る会派としての政策を決定している。

女性医師サービス、少数民族医師サービス、高齢医師サービス、そしてグループ診療の各グループは、AMAの執行部に対して Counsel を送ることができる。そして、各 Counsel はそれぞれの構成会員に特別なインパクトを与えるような医療及び医師の関心事における最新の政策策定における支援や、固有の課題に対する新たな取組みを提案するなど会派を代表した活動を行なっている。

以下の項目において、これらの Special Interest Groups のなかで、その活動が顕著である医学生会派、レジデント・フェロウ会派、青年医師会派、そして女性医師サービスにおける女性医師会議について取り上げている。

1-4-3-6-1 : 医学生会派 AMA-Medical Student Section (MSS)

① 設立 : 1978 年

② 目的 :

- ・ 公衆の安寧、地域社会への奉仕、倫理、医療政策における課題への取組
- ・ 医学教育、レジデンス・トレーニング及び実践医療に関する医学生のための情報の提供と普及
- ・ 医学生会員に対する VALUE の提供

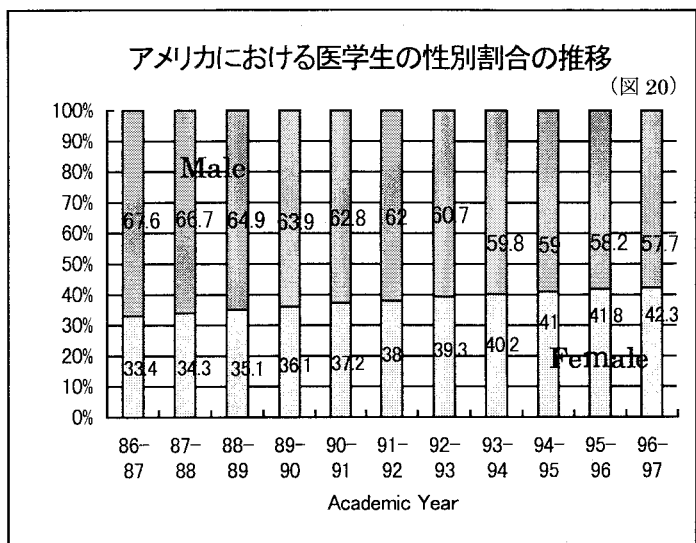
③ 会員 : 38,136 人 / 1997 年

④ 会合 : AMAの年次総会、中間代議員会の直前に独自の会合を持つ。

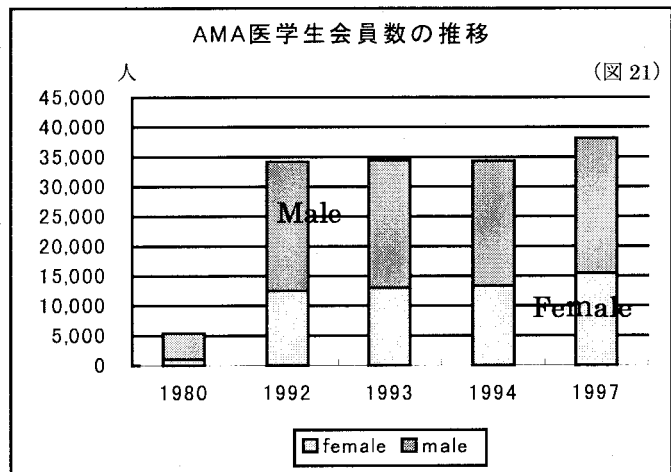
⑤ 役員 : 独自の執行部を構成し、年間を通じて適宜協議を行なう。そして、当会派は、代表をAMA本体の理事会、委員会及び代議員会の投票権を有する構成員として輩出している。

⑥ 政策推進活動 : 最近の活動

・ 医学生に対し、専門科目を選択する自由を維持しながら積極的なインセンティブを付与することによってプライマリ・ケア医の供給を増加させる方向にAMAに働きかけている。



出典 : AMA Web Site



出典 : AMA Web Site

アメリカ医師会では、AMA教育財団を通じて国内の141の医学校に対し、毎年200万ドルの寄付金を交付している。1校当たりになると約16,000ドルに相当するが、その用途は医学校における医学教育の発展と医学生活動に充当されることを目的としている。各医学校にはChapterという組織があり、これはAMAの支部ではないがLiaison(地域における拠点)としての機能を有し、Outreach Program(会員獲得活動)やRetention Program(会員維持活動)においても効果的な働きをしている。医学生は、レジデントや一般の医師に比べ、時間的なゆとりはあるものの、50%を越える加入率を維持している背景には、このChapterという組織の存在が大きく貢献している。そして、ある特定の期間を限定して、Chapter間による会員獲得競争を実施し、その勝者には200ドルの報奨金が授与されている。金額的には些細ではあるが、医学生に対する会員獲得のインセンティブとしての効果は大である。このコンテストによる会員獲得率は、最も高い医学校で1学年生の実に79%の加入率を達成している。先に会費の項目で述べたように、医学生の会費は一般会員に比べて極端に低い水準(医学生年会費20ドル/一般会員420ドル)に設定されており、さらに、割引を適用した複数年会費も採用している。そして、3,4年の複数会員に対してはオプションとし

てこれまでは医学校の2年生時に使用する薬剤の書籍を提供していた。これは定価で約120ドルの教材で、それを3年間(54ドル)ないし4年間の複数年会費(68ドル)で入手できることは医学生に対する大きなインセンティブになっていた。実際、この制度が導入された最初の年度である1988年には加入率が10%ほど上昇している。AMAでは、今年度からこの薬剤の書籍に代わり、医学辞書CD-ROM付(定価35ドル)を同様に複数年会員に提供することになっている。そして、以前は薬剤の書籍は加入してから5ヶ月後に送付されていたが、今回の施策では、医学辞書は加入したその場でリクレーターから直接手渡しで貰えることにインセンティブを見出そうとしている。また、当該医学辞書にはAMAのロゴを印刷し、さらにAMAからの加入を歓迎するレターを添付してAMAに対する関心を高めようとする試みも施している。この施策に関しては、AMAは事前に幾つかの州の医学校を対象にパイロット・プログラムを実施し、かなりの感触を得ているようである。そしてAMAでは即時交付のメリットを強調して新規医学生会員の獲得増加を期待している。しかし、現実問題として、定価120ドルの書籍と35ドルの辞書では会費見合いでのインセンティブの程はどうであろうか？

新規医学生	17,000-18,000人/年
AMA加入者	1997-98年/ 8,090人(加入率45%)
	1998-99年/ 9,350人(加入率52%)
	1999-2000年/13,000人(予想加入率72%)

この複数年会費は医学生のRetention Cost(会員維持に要する費用)を削減させることに通じる。複数年会費は、AMAにとっては歳入の減少になるが、一方で毎年の会員維持費用を削減することになり、また会員の管理を行なう上で予め会員を掌握できること、さらには複数年会員とのコミュニケーションを継続して取れることのメリットが生じ、会員対策としてはプラスの効果が大きいと判断されている。

また、これまでの経験で複数年会員が医学生からレジデントに移行する際に、会員維持率が35%に下落してしまうことの対策として、AMAではパイロット・プログラムを新たに設けた。これは、4年間の複数年会員に対し、レジデント医師1年目の会費を無料にするという施策である。そして、この特典を享受する意志のある医学生は事前にその登録をする際にサーベイに協力することが義務づけられる。AMAではこのサーベイを通じて新たなベネフィットの構想と効果的なコミュニケーションの方策に役立つ情報が得られるものと考えている。

その他、医学生会員に対するベネフィットとして医学生JAMAがある。これはJAMAから記事を選定し、また特に医学生、および医学生生活の全ての側面に関心のある固有の内容を抜粋したものである。医学生会員に対するアンケート調査を実施したところ、この「医学生JAMA」の概念は実に65%の医学生会員にとって加入あるいは更新の理由となっている。さらにコミュニケーションを確立する手段として現在構築中であるのが、「E-mail会員」の開発である。これはE-mailを通じて医学生会員に適宜更新した内容のAMAの活動を直接伝えるものである。アンケートの結果では、実に79%の医学生会員が加入あるいは更新の大きなインパクトになり得ると回答している。

会員に対するインセンティブの概念は支持されるべきものではあるが、AMAは組織として会員のニーズと費用を考慮してどのようなベネフィットが望ましいか決定する上での裁量も必要である。医学生会派として、複数年会員に対するベネフィットは、特に費用面での削減が問われたとしても、十分正當にAMAの会員組織を継続的に発展させるものとして役立つことが実証されている。AMAにとって医学生会員は将来のAMAを担う人材としての先行投資の対象である。

(図 22)

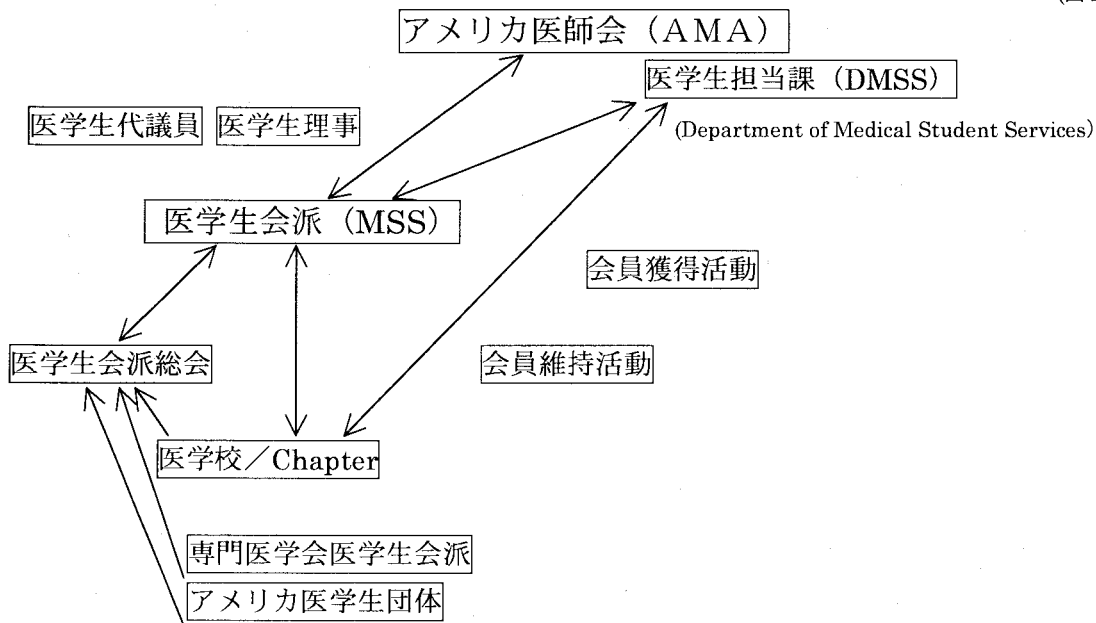
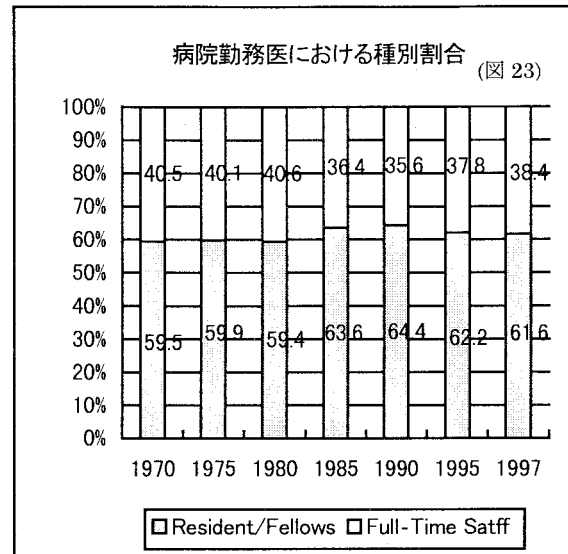


図 22 は、医学生会派の活動がAMAの医学生担当課によりサポートされていることを示すものである。そして、医学生担当課では各医学校の Chapter と連携を取りながら、会員獲得活動、会員維持活動に対しても支援をしている。医学生会派は、AMAの理事会、各種委員会及び代議員会に医学生理事及び医学生代議員を輩出している。医学生総会には専門医学会の中で医学生会派を有する組織から代表が送られる。また、各医学校の Chapter から代表が送られている。その他、Chapter に対して、医学生会員の獲得に応じたコミッションがAMAから与えられる。これは医学生代表の旅費や Chapter の活動に充当される。1998 年の中間代議員会はハワイで行なわれたが、医学生総会も同時に行なわれるため、一人でも多くの参加者を送るため各 Chapter では例年以上に会員獲得に力を入れていたとのことである。

1-4-3-6-2：レジデント・フェロウ会派

The American Medical Association Resident and Fellow Section (AMA-RFS)

- ① 設立：1974年
- ② 目標：
 - ・ 卒後教育及び国の医療政策に関する課題についてのレジデント医師、フェロウの教育
 - ・ 政策の変化へ影響力を行使できる代表組織の構築
 - ・ 若手医師のリーダーの育成
- ③ 会員：31,960人／1997年
(米国における最大のレジデント医師の組織)
- ④ 会合：AMAの年次総会、中間代議員会の直前に独自の会合を持つ。



出典:Physicians Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA

- ⑤ 役員：独自の執行部を構成し、年間を通じて適宜協議を行なう。そして、党会派は代表をAMA本体の理事会、委員会及び代議員会の投票権を有する構成員として輩出している。
- ⑥ 構成：連邦を対象に、各州、領土及び軍の各支部は、レジデント・フェロウ会員 100名につき1名を会派の総会に代表として送り込むことができる。さらに、レジデント・フェロウ会派を包含する専門医学会は、代表及び予備代表を総会に送ることができる。
- ⑦ 情報：「レジデント・フォーラム」－法制や規制等のレジデント・フェロウに関する最近の話題をJAMAにおいて毎週掲載し、情報を提供
「Code Blue」レジデント医師に関連する社会経済や法制上のニュースを提供する月間誌

レジデント・フェロウ会派は、その名称のようにレジデント医師とクリニカル・フェロウで構成されている会派で、1998年の総会においてそれまでのレジデント会派(RPS)から現在の名称への変更が提案され、中間代議員会で承認されている。レジデント医師は、会員形態で言うとダイレクト会員、つまり州医師会を経由せずに直接AMAに加入する会員が多い。また、病院勤務医に占めるレジデント・フェロウ医師の割合は、図22からも明らかのようにかなり高くなっている。

AMAは、AMA-RFSの会員を対象に、AMA-RFS Awards and Grantsという報奨金制度を設けている。これは政策推進報奨金制度で、AMAの政策を推進もしくは奨励する計画及び活動を実践することに関心を持つレジデント医師を対象に設けられている。その政策の推進に際しては所属する郡医師会あるいは専門医学会の共同支援を受けなければならない。

また、AMAの総会、中間代議員会の会合への出席、あるいはAMA National Leadership Conferenceへの出席を奨励するLeadership Award Programという施策も講じている。これらは、会員に対するインセンティブとして寄与している。

]

⑧ House Staff 組織

最近の会派の活動として、レジデント医師のための卒後教育トレーニング機関における独立した House staff 組織の設立の動きが奨励されている。この House Staff 組織とは GME トレーニングを受けている病院のレジデント医師に対し、全員を対象としたレジデント会派を院内に設けるものである。このことは、レジデント医師にとっては、会費負担が無くなり（医療機関側が負担）、かつ医療経営・管理の問題にも通じる機会を得ることになり、また医療機関にとってはレジデント医師を一括して掌握できることになるので双方のメリットになるものと捉えられている。

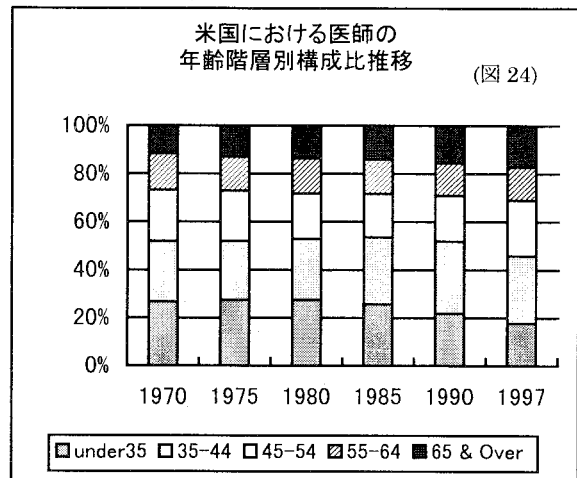
* この事例で、1998 年、ルイジアナ州の Tulane 大学医学部において、House Staff 組織を構成することにより、422 名のレジデントを新たに会員として AMA に加入させることに成功した。

また、当会派では AMA を通じメディケアによる不当な卒後教育（GME）の予算の削減の是正を求める活動を行なっている。このような活動には、AMA のワシントン DC オフィスが、政治面でのサポートを行なっている。

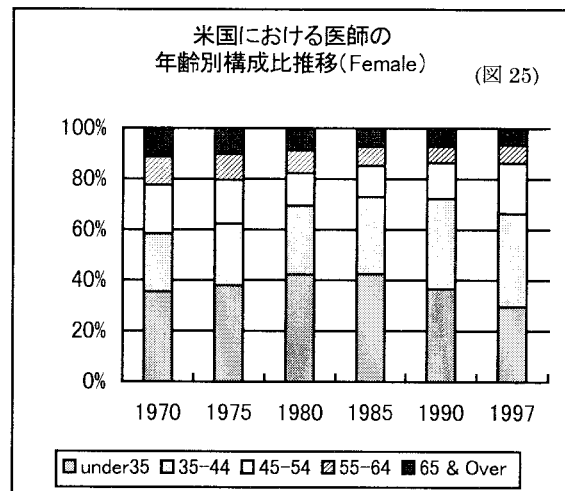
1-4-3-6-3 : 青年医師会派

The American Medical Association Young Physicians Section、AMA-YPS

- ① 設立：1986年
- ② 目標：
 - ・青年医師会員の増員
 - ・マネージドケアあるいは議会で採択された如何なる法律の下における、患者と医師の利益の擁護
 - ・リーダーシップの育成
- ③ 会員：50,000人
- ④ 資格：40歳以下または開業5年以内の医師
- ⑤ 会合：AMAの年次総会、中間代議員会の直前に独自の会合を持つ。
- ⑥ 構成：州医師会、34専門医学会の青年医師会派の代表
- ⑦ 役員：独自の執行部を構成し、年間を通じて適宜協議を行なう。そして、党会派は代表を、AMA本体の理事会、委員会及び代議員会の投票権を有する構成員として輩出している



出典:Physicians Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA



出典:Physicians Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA

アメリカにおける医師の年齢階層別の分布を見ると(図 23)、1997年では全体の医師に占める44歳以下の医師の割合は約43%である。しかし、図 25 から女性医師における44歳以下の医師の割合は実に66%にも達していることが分かる。青年医師会派からのAMA執行部初代理事はDr.ベンジャミンというアラバマ州の女医であった。そして、後述するWPC(女性医師会議)にもこの年代層の女性医師が多数参画しているものと思われる。女性医師の地位向上、Organized Medicineのリーダーシップへの登用の機会の拡大は青年医師会派においても課題となってくると考えられる。

1. 目標の達成に対する手段並びに実績

① 青年医師会員の増加

資格要件に該当するAMA会員の他に、YPS独自の会員獲得活動を通じて、設立以来会員獲得活動を通じてこれまでに3,000人近い会員を獲得してきた。1994年に実施された青年医師を対象にした調査では、AMAの活動よりもYPSの活動により周知していることが報告されている。そして、YPSでは青年医師に適合する出版物やサービスをAMAと連携して開発する作業を進めている。

② 患者と医師の利益の擁護

YPSでは、この目的に沿って下記の対策を講じている。

- ・救急医療サービスにおける「prudent layperson」に対する基準に関する政策
- ・AMA認証プログラムの開発支援
- ・「契約：何を知っておくべきか」青年医師に対する交渉の指南書の出版

③ リーダーシップの育成

将来、Organized Medicineの中核となるべく青年医師を育成するために、YPSの総会において、リーダーシップ開発プログラムを実施している。このプログラムには、演説の訓練、メディアとの対応、政策活動／関与に関するセミナー等が含まれる。その他、YPSの出版物を通じてOrganized Medicineが如何に機能しているかを理解する手助けもしている。

2. YPSの活動と実績

① AMA理事会構成員のポジションの獲得

1994年、YPSはAMAの理事会構成員のポジションを得ることに成功した。その結果、重要な問題が討議される時には、常に青年医師の意見が反映されることになった。最初の青年医師執行部役員は、レジーナ・ベンジャミン女史で1995年に選出された。Dr.ベンジャミンは、アラバマの家庭医で、プライマリー・ケア・サービスを農村地帯や該当しないとみなされていた地域社会に提供するうえで、革新的な取り組みを行ったことで全国的に知られていた。そして、彼女は、ABC放送の「World News Tonight」や、ニューヨーク・タイムズにも取り上げられ、また1994年のタイム誌が選ぶ40歳以下のアメリカのリーダーの出現50人にも選ばれた。

② メディケアへの勝利：開業4年未満の医師に対する不当な支払制度の削減を打開

AMA-YPSは、1993年に、メディケアの下における4年未満の経験の医師に対する平等の支払いを確保することにおいて法的な勝利を収めた。これは、YPSにとって長期戦であったが、AMA内部にあっては卓越した功績であった。AMAワシントンDC・オフィスの支援の下、集約的な草根活動を通じて青年医師会員によって数多くの活動が行われ、メディケアにおける新人医師に対する不平等な支払制度は廃止された。YPSでは、会員に対し、政策活動および国会議員への対処法についての教育を重ね、結果としてYPSの総力を結集して新人医師の支払に関する不平等を解消させるという大きな勝利を収めたのであった。

③ 地域社会への奉仕

YPSでは、地域社会に対する奉仕としてホームレスや貧しい人に対する無償の医療提供、保健フェア、自然災害等の救済活動、海外への医療支援、薬物常用の予防への関与、反タバコ、反家庭内暴力、AIDSクリニックでのボランティア活動、健康教育番組等の活動を実施し、またそれらの活動に対する報奨制度も設けている。

3. YPS の 1998－1999 年戦略計画草案

AMA-YPS は、青年医師、およびその患者のための政策推進活動を行ない、かつ意見を代弁する役割を担っている。その使命は、医学および医術を推進し、公衆衛生を以下の手法で改善することにある。

- ・ 将来に向けての Organized Medicine の展望に焦点を当てる支援をする。
- ・ AMA および地域医師会の政策開発とその他の活動における青年医師の関わりを助長する。

4. 青年医師を取り巻く実践医療の環境

最近の実践医療環境は複雑な断層線が交錯している状況である。マネージド・ケアは自律性の喪失、医師と患者の関係への干渉そして契約を締結することの困難性を包含する数々の抑制を実践医療に課している。特にマネージド・ケア・マーケットがかなり浸透している地域においては、契約を締結することが難しいことにより、青年医師は奨学金を返済するのに十分な収入を得ることができなくなっている。過剰供給や不均衡配分を含むマンパワーの問題もまた青年医師を直面している。民間分野の提唱活動を通じて、AMA は、21 世紀に向けて青年医師が実践医療の環境に適合していけるよう支援しなければならない。

青年医師にとっての Organized Medicine の環境は、往々にして青年医師に対して閉ざされたもの、青年医師の問題や関心事を代表しておらず、あまりにもお金と時間が掛かりすぎるものである。実際、Organized Medicine は青年医師にとっては全く価値の無いものと受け止められている。

青年医師が真に Organized Medicine の一員としてまた代表者という感覚を得ることができるような意義を確立することが AMA にとって重要である。

5. YPS の目的と戦略

① 若手医師の代表／政策推進活動：

公衆及び民間分野において、青年医師及びその患者のために最も影響力のある代表組織として政策推進活動をしていくことを目的とする。

② Value／コミュニケーション／会員

ベネフィットの提供、双方向のコミュニケーションを通じ、青年医師に Value を提供することにより、AMA-YPS の会員としての意義を高める。

③ リーダーシップの開発

AMA、地域医師会、地域のリーダーシップの地位に青年医師を輩出することを目的とする。

- ・ 青年医師の間におけるリーダーシップに対する潜在意識の高揚
- ・ YPS の総会におけるリーダーシップ・セミナーの開催
- ・ 州、郡及び専門医師会における YPS に対する組織としての継続的支援

6. 青年医師が実践医療に携わっていくうえで有用とされるAMAのサービスと資源

① マネージド・ケア

・ AMA医師アドバイザリー・ネットワーク

会員限定：マネージド・ケアに精通している医師、弁護士、ビジネス・コンサルタントで構成されるネットワーク。AMAの法律部門に問い合わせ、ニーズを査定してから該当するマネージド・ケアの専門家に相談することができる。

・ 変革に対処するための戦略：研究集会

医師のためのマネージドケアと医療保険制度改革の双方向の研究集会。研究集会の講師は、マネージドケアの専門家であり、かつ実践医療に直接影響を及ぼすような地方および地域的な問題についても造詣が深い。研究集会は、地域ごとに医師会、病院医療スタッフ、専門医学会などによって主催されている。

② 法律関連

・ 契約：何を知っておくべきか

これは、「自らの悪しき経験でもって契約書への署名に関する教訓を学ぶことはない」ことをコンセプトとして構成された包括的な書籍で、契約上の基本的な調整項目を述べており、また諸問題を解決する方策他詳細な情報を提供している。さらに同僚の経験に基づく「注意勧告書」も包含している。

・ 医師の交渉事に関する諮問オフィス

勤務医か独立した開業医かを問わず、支払者や雇用主と交渉する能力を改善することを目的としている。反トラスト法、報酬抑制の合憲性、有効性の審査の法的側面、そして医師の交渉グループについての質問に答えてくれる。

以上見てきたように、AMAの青年医師会派の活動は、青年医師会員の間に浸透し、会派として積極的にAMAに関わっていくこうとする姿勢が見受けられる。ただここで言えることは、州医師会や専門医学会の内部にも青年医師会派が構成され、AMA-YPSの総会にそれぞれの代表が送り込まれていることである。つまり、この青年医師会派の会員基準である「40歳以下もしくは開業5年目以内の医師」というカテゴリーに分類されている会員約5万名を代表した形での活動である。決して一部の限られた青年医師会員の活動ではなく、青年医師会員の総意を反映した活動こそが重要である。YPSの年次総会では、幅広い分野における青年医師の観点からの声明案が数多く提出され、前述の4年目以内開業医の不当な診療報酬の削減の打破や prudent layperson の問題等AMAの政策に反映されているものも数多く採択されている。

そして、この青年医師会派の活動には、YPS担当課がAMA内部に、そして州医師会、専門医学会の青年医師会派にはAMAの Liaison が存在しそれぞれ活動をサポートしている。

1-4-3-6-4 : 女性医師会議 (Women Physicians Congress : WPC)

- ① 設立 : 1997年6月年次総会代議員会において承認
- ② 対象 : 女性医師が抱える問題について関心を持つ医師及び医学生
- ③ 目的 : ・女性医師におけるAMAへの直接的な関与
・重要な女性に関する健康の問題や女性医師の職業上の課題について、国の医療政策への影響力の行使と提言を行なう機会を広く提供する
- ④ 目標
 - ・ Organized Medicine、学問そして医師としての職業においてリーダーシップ及び上級管理部門の地位における女性医師のシェアの増加
 - ・ 女性医師の政策に関する課題へのAMAの提唱の拡大
 - ・ リーダーシップの開発、教育、そして訓練を通じての女性医師の職業上の能力の向上
 - ・ 共通の関心事におけるAMA、AMWA (アメリカ女性医師会)、女性医師の専門医学会、及びその他の女性医師組織との協力関係の構築
 - ・ 仕事と家庭の両立を目的とした支援
 - ・ 女性医師のための (Mentoring) 指導フォーラム、ネットワーク、及びコミュニケーションの提供
 - ・ 職業上の女性医師に影響を及ぼす傾向及び問題についての監視
 - ・ 女性の健康に関する問題についての対応
 - ・ 女性医師が所属する組織及びAMAにおける女性医師会員の増加

1997年米国の女性医師数は167,517人で全医師の22%を占めている。女性医師の数は増加傾向にあり、AMAの女性会員のマーケット・シェアも男性会員の減少傾向に比べ比較的安定しているといえる。1998年の2月にはこのWPCへの登録者は406名であったが、1999年5月に行なったAMAへの調査によると、その数は約1,000名に達しているとのことである。また、AMAのホームページ上における女性医師のページも、このWPCの設立を反映してリフレッシュされている。そして、WPCへの登録もオンラインで直接行なうことが可能となっている。また、女性の健康問題に焦点を当てた“JAMA Women’s Health”というページもJAMAのEditorにより効果的に提供されている。

AMAにおける女性医師会員の割合は1997年で16%となっている。しかし、リーダーシップへの関与はその加入率に対し男性会員よりも低い。AMAでは9月を“Women in Medicine Month”と設定し、女性医師会長であるディッキー会長から女性医師に対しメッセージが送られた。そこでは、女性医師によるあらゆる段階、特に全国レベルでより一層AMA及びOrganized Medicineへ積極的な関与を行なうことを奨励している。また、WPCは、地域レベルにおけるWPCのLiaisonの確立を課題としている。今後このWPCの活動を通じて、女性医師のAMA及びOrganized Medicineにおける地位の向上が期待されている。

女性医師を含めて行なわれたin-depthインタビューにおいて、女性医師も男性医師と同様の職業上の関心事を抱えていることが確認された。また、多くの女性医師は、AMAよりも革新的気風をもち、伝統を重んじるAMAへの関与をあまり望んでいないとの結果も出ている。

In-depth interviews による女性医師の意識

1. 女性医師の自身の定義付け

- ・ 専門診療科目
- ・ 診療形態（グループ診療、病院勤務等）

2. プライマリ・ケアに従事する女性医師の強調点

- ・ 女性患者の対応を担っている
- ・ 女性の健康問題に関心がある

3. その他の関心事項

- ・ 公衆衛生の問題
- ・ ヘルスケアへのアクセス
- ・ 第三者の支払い機関や政府に対する支払いを求める際の事務処理量の増大
- ・ 医師という職業と個人の生活（家庭）を両立させることの困難さ

4. マネジド・ケアについてのイメージ

- ・ 医師の自律性の欠如
- ・ 医師の収入の減少
- ・ ケアの質の低下
- ・ 医師の間における競争の増加

5. AMAの役割：

- ・ 医の倫理の基準の設定
- ・ 公衆における医師のイメージの向上
- ・ 患者への奉仕
- ・ 事務量の削減

6. 専門医学会の役割：公衆衛生における連邦レベルでの代表権

- ・ 年次会合を通じた医師のための医学教育
- ・ 実践医療の臨床基準の設定
- ・ 医学教育の基準の設定

7. 地域医師会の役割：

- ・ 地域社会における他の医師とのネットワークを構築する機会の提供
- ・ 地域 における共有する関心事に対する取組み

8. AMAという言葉から女性医師が感じるイメージ

- ・ 白人男性
- ・ 年輩者
- ・ 自分以外
- ・ 保守的
- ・ 伝統的

多くの女性医師は革新的な気風を保持しながら、国の医療システムを支持する立場を取りつつ、時に東洋医学的な手法を受け入れていく必要性を感じている。そして、AMAに対しては、保守的な組織であり、伝統的な見解を維持していこうとする傾向にあるとの見方をしている。

他の会員と同様にAMAの女性医師会員はAMAの活動は積極的だと感じているが、一方で非会員である女性医師はAMAは消極的だと思っている。前者の例は、AMAのタバコ産業に対する近年の活動を指しているものと思われる。後者の例として女性の健康問題、マネージド・ケア、クリントンの医療改革案に対するAMAの取組みをあげている。

9. AMAが存在しなくなったら

- ・医療専門職に対する計り知れない影響を与える
- ・個人レベルでは、貴重な情報源を失う JAMA、AMNews、CME

10. AMAへの関与

- ・女性医師はAMAへの関与をあまり求めている。

理由：時間がないこと及び会員になることの魅力を感じないため

11. 女性医師会員の加入動機

- ・医師の代表と CME
- ・会費
- ・医師の代表と教育の機会

多くの女性医師会員は、AMAに最初に入ったのは医学生時代であった。それは「そうすることが大切だと思っていた」からである。医学生として、ヘルスケア全体に関与し認識を深めていくためにAMAに加入したという声が多い。なぜ会員で居続けるのかの質問に対しては、「組織が医師の声を必要としているから」と回答している。女性医師はその他に、JAMA、とAMNewsによって提供される医療情報の必要性を強調している。

12. AMAに加入したことのない、あるいは退会した女性医師の理由

- ・雇用主が会費の補助を最初からあるいはしてくれなくなったから。
- ・AMA会員の Value が効果的に自分たちにコミュニケーションされなくなったから。
- ・AMAが自分に何をしてくれるのかを示す要約集をくれて、それが確かに自分にしてくれることができるものであったなら、会員になろうかその時に考えるかもしれない。

女性医師の 3 分の 2 が雇用主と実践医療の予算の中からある程度の自由裁量の枠をもらっている。それらは CME、会合のための旅費、関連書籍の購入に当てられることもあるが、AMAの会費に充当するという項目はリストの後半に置かれている。

13. 会員のベネフィット

- ・AMA会員のベネフィットの Value とは会費の低減に関連する。

過半数の女性医師会員がAMAのホームページを役立つものとは思っていない。なぜなら、彼女たちはアクセスする時間もないからである。

女性医師が他の医師よりも関心を示したのは、組合の結成や雇用主に正式に対処する場合にAMAが支援してくれることである。組合の概念は好きではなくとも、団体交渉能力、落とし穴はどこにあるのか、そのような問題についてのAMAの支援を期待している。

会費を段階的に設ければ、そしてその段階に応じてベネフィットが講じられれば、女性医師が一番低い会費レベルでもっと加入するのではないかとの意見もこの調査に対して多く寄せられている。

1-4-3-7 : AMAによる実態調査

1997年7月施行による調査

対象： マネージド・ケアの影響力の強い地域とそれ以外の地域におけるAMA会員、非会員の医師を
対象、活動形態は混在（開業医、勤務医、グループ診療医師等）

1. 医師の関心事項

- ① マネージド・ケア：自律性の欠如、収入の減少、医療の質の低下、 医師間の競争激化
- ② 第三者支払い機関：事務量の増加
- ③ 政府による規制：メディケアの支出
- ④ 医療事故
- ⑤ 仕事と生活の両立

2. アメリカの医師はAMA及び地域医師会に何を求めているか

① AMAの役割

- ・連邦レベルで医師及び患者のための提唱
- ・医の倫理の基準の設定
- ・医師のイメージの向上
- ・最近のヘルスケアに関する問題や傾向に関する情報の提供

② 州医師会の役割

- ・州レベルにおける医師及び患者のための提唱
- ・マネージド・ケアの問題に対するAMAとの対処

③ 地域医師会の役割

- ・地域社会における他の医師とのネットワークを構築する機会の提供
- ・地域問題への取り組み

④ 専門医学会の役割

- ・公衆衛生及び臨床問題における連邦レベルでの医師と患者のための提唱
- ・学術的な問題における医師の教育
- ・実践医療の臨床基準の設定
- ・医学教育の基準の設定

3. AMAの誠実性、リーダーシップ、効力

- ① 多くの医師がAMAは誠実に活動していることを主張している。
- ② AMAは過去数年間に積極的に活動していたと思っている医師は少ない。
- ③ 多くの医師が、反タバコ運動のような取組みにおいてAMAの指導力を認識している。
- ④ 大多数の医師がAMAが医師と患者のために効果的な政策推進活動を行なっていることに同意している。

4. AMAへの加入及び退会の要因

AMAへの加入及び会員維持の要因 (積極的意見)	医師としての義務 連邦レベルでの代表として
AMAの退会の要因 (消極的意見)	雇用主が会費の支払いを停止したため 会費に対して Value が低い
AMAへの非加入の要因	医療における政治的側面に興味が無い 限られた予算：他の組織に優先的に加入 ベネフィットに比べ会費が高い

5. AMAへの関与の範囲

- ① 多くの医師が参加する機会を得たいと思っている活動
 - ・グラスルーツ医師としての患者への提唱
 - ・公衆衛生キャンペーン
- ② 多くの医師が政策に関与したいと思っている
 - ・AMA役員、スタッフとの双方向のインターネット経由コミュニケーション
 - ・診療様式セクション
 - ・オンライン調査
 - ・政策への投票

6. 医師が求めるAMAのベネフィット

- ① 形のないベネフィット
 - ・医師がAMAに加入する主たる理由／会員になるに相応しい組織としてのAMA
- ② 用途に応じたベネフィット
 - ・実践医療、専門科目用途
- ③ 双方向のコミュニケーションを推進するベネフィット
 - ・会員専用ホームページ
- ④ 医師が関与するマネージド・ケアにおける契約の交渉／見直し
- ⑤ 実践医療上の問題に対する支援
 - ・法律 (契約、医療事故等)
 - ・コード化 (診療報酬)
 - ・管理 (病院、診療所の経営等)
- ⑥ 医療及び医療環境における問題についての最新情報
 - ・JAMA
 - ・AMNews
 - ・AMA Web サイト 等

1-4-4. AMAにおける会員戦略に関する分析

1-4-4-1 : Outreach Program (会員獲得プログラム)

Outreach Program とは、AMAの会員に対して非会員の同僚医師を一人一人が勧誘する活動を求めるべく企画されたキャンペーンである。AMAでは、各カテゴリー別に以下のようなプログラムを実施し着実な成果を上げ、会員数の増加はもとより、付随して会費収入による歳入の増加に大きく寄与している。一方で、このような形で加入した会員の歩留まりを把握することも会員管理の面から重要であると思われる。

1. 会員マーケティング部門により最近実施されたプログラム

- | | |
|---|----------|
| ① 代議員会 Outreach Program (HOGDOP) | 1984 年開始 |
| ② Organized Medicine スタッフ会派 Outreach Program (OMSSOP) | 1989 年開始 |
| ③ 青年医師会派 Outreach Program (YPSOP) | 1987 年開始 |
| ④ レジデント・フェロウ会派 Outreach Program (RFSOP) | |
| 通称 On Call: Member-Get-A-Member (MGAM) | 1992 年開始 |

*これらのプログラムは、毎年中間代議員会において開始され6月の年次総会において優績者表彰が行なわれる。

⑤ 医学生会派 Outreach Program (MSSOP) 1984 年開始 : 毎年 6 月スタート

医学生に対する勧誘活動は、各医学校の Chapter を通じて実施され、リクルーターは、時にはAMAだけでなく州ないし地域医師会の会員まで獲得する活動をしている。AMAでは、リクルーターに3,4年の複数年会員を薦めるよう奨励している。また、医学生会派の項目で触れたように、Chapter間で競争を行なうことにより、活動がより活発になるという効果をもたらされている。そして、会員獲得の実績に応じて、会費の1%がChapterに報奨金として授与される。この報奨金は、Chapter代表のAMAの会合への出席費用や、Chapterのその他の活動に充当される。

2. 医学生会派の経験による Outreach Program が成功するための要因

- ・ 年次総会、中間代議員会でのリクルーター・トレーニング・セッションの開催
- ・ AMA Outreach スタッフの協力
- ・ 州、郡医師会の会員担当スタッフとの連携

3. Outreach Program による会員獲得実績

(表 3)

	HODOP	OMSSOP	YPSOP	MSSOP	MGAM	ROC	Total
期 間	1984-98	1990-98	1985-98	1987-98	1992-98	1997-98	
実 績	17,579 人	3,159 人	2,968 人	87,935 人	5,661 人	1050 人	118,352 人
年平均	1,256 人	351 人	228 人	7,328 人	809 人	525 人	
延リクルター	4,213 人	1,245 人	646 人	1,478 人	3,184 人*	180 人*	
獲得割合	4.17 人	2.54 人	4.59 人	59.50 人	1.57 人	1.79 人	

* 1987 年は HODOP、YPSOP 共に実施されていない。

* MGAM、ROC は 1998 年のリクルーターの数値が発表されていない。

MSSOP (医学生会派 Outreach Program) は、医学生を対象としており、各医学校の Chapter が主体となって活動している。会費も低く設定されていること、及び複数年会員にはオプションがつくこともあって、加入率は毎年 50% を優に超えている。各医学校の平均獲得会員数は 1 校当たり約 60 人となっている。

その他、絶対数では、HODOP (代議員会 Outreach Program) が年平均 1,256 人と検討している。しかし、リクルーターの一人当たり獲得数を見ると YPSOP (青年医師会派 Outreach Program) が、4.59 人とわずかに上回っている。

AMA は、これらの活動の成果として、会員数の増加に加え、会費収入の増加の面から分析を加えているが、それによると、歳入に一番貢献しているのは、会費 420 ドルの一般会員を対象としている HODOP となっている。前述の会費のカテゴリーで述べたように、YPS、RFS、MSS には会費の割引や、元々会費が低く設定されている等の理由で、会員数の増加がそのまま会費の増収には結びついてはいない。

AMA では、この Outreach Program による会員獲得活動の他に、州医師会経由、或いは直接申し込みによる会員の増加がある。

1-4-4-2 : Retention Program (会員維持プログラム)

AMAでは、新規加入会員は、最も気まぐれな構成会員であるとの捉え方をしている。それは、1997年に入会した新規一般会員の40%が1998年の更新時に脱落、同様に同年に再入会した会員の36%が更新をせずにAMAを去っていることから実証される。(この範疇だけで1998年には5,000人の会員が失われていることになる。)

AMAでは1999年の会員維持活動の目標を86.4%に設定している。この数字は、251,509人の更新を意味している。(この数字には医学生会員を含む)そして、この結果は、1998年の数字から1%または477人の増加を意味している。この数値だけを見ると達成するのはたやすいように見えるが、反対に失うことも簡単である。ここ数年、会員維持率は減少傾向にあるが、そこに大きく関わっているのが会費未払いの問題である。

以上のような状況から、会員維持活動は、会員獲得活動と同じくらいAMAにとっては重要な戦略となっている。前述したように医学生会派やレジデント会派の複数年会員に対する会費割引や、一般会員に対する5年間複数年会員に対する1年分の会費割引は、一見歳入の減少に通じるように見えるが、一方で、この会員維持に要する費用を削減することを通じ、かつ会員を管理する上でのメリットも大きいことから結果としてプラスの効果をもたらすものと判断されている。

1. リーダーシップからのコミュニケーション

Outreach ProgramにおけるHODOP(代議員会 Outreach Program)の成果を踏まえ、AMAではこの会員獲得活動においても、このAMAのリーダーシップの層による新規加入会員へのコンタクトが効力を発揮するものと分析している。そして、コンタクトの優先順位を直接会員、復帰会員、青年医師そして外国医学校卒業医師に置いている。AMAのリーダーシップは、執行部、会派、理事会、代議員会そして歴代医師会長をも含めて選抜し、新規加入会員に対して歓迎の意を表明すると共に、AMAの会員としての満足度を高め、継続して会員であることを奨励する内容のコンタクトを行なうプログラムを構築中である。

2. リーダーシップからのコミュニケーションによるAMAにおけるインパクト

- ① 新規会員に対するAMAへの加入のValueを高める。
- ② AMAが会員のことをケアしているとの認識をもたらす効果が期待できる。
- ③ 双方向のコミュニケーションの機会を速やかに提供する。
- ④ リーダーシップにとってもグラスルーツ医師からフィードバックを受けることにより、自らの役割に反映させることができる。
- ⑤ 新規会員の歩留まりが改善されればマーケットシェアも向上する。

3. 地域医師会等に対するインパクト

- ① 直接会員は州医師会の会員ではないので、接触を図ることにより州医師会の会員としての有力な対象となり得る。
- ② 地域、または直接会員であろうと、州におけるAMAの会員はすべて州の代議員に算出する基準にカウントできる。
- ③ 専門医学会の会員であるAMA会員は、専門医学会の代議員の算出する基準にカウントできる。

1-4-4-3 : 会員問題に関する代議員会タスク・フォース

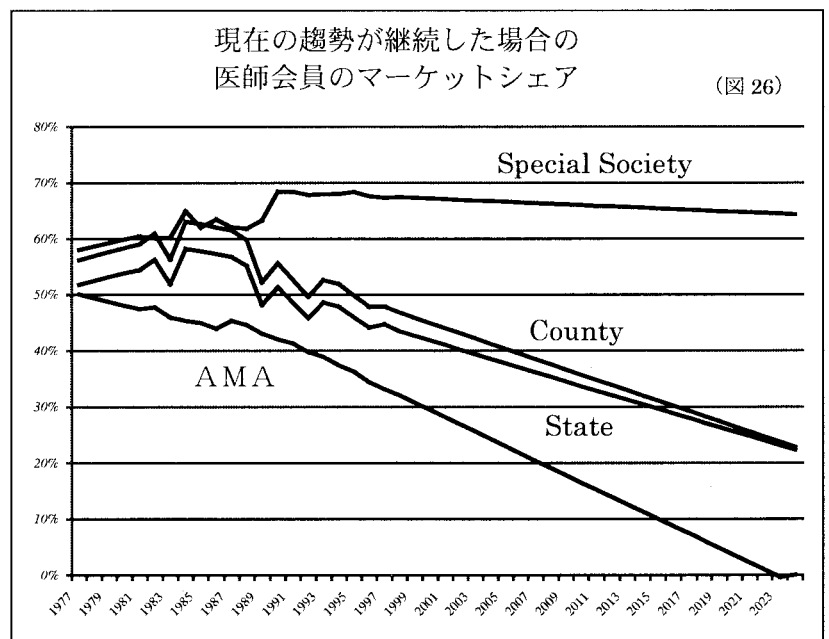
The House of Delegates Task Force on Membership

1. AMAのマーケット・シェアの衰退

1997年のAMA中間代議員会において、AMA及び州医師会における会員加入率の減少を憂慮してテキサス州の代議員から提出された会員組織に関する理事会委員会の設立を求める提案文書を受け、AMAの代議員会では会員問題のための代議員会タスクフォース（以下タスクフォース）を構成した。このタスクフォースは会員獲得及び維持のための手法を分析し、代議員会に進言することを目的としている。そしてタスクフォースには、医学生会派、レジデント・フェロウ会派、青年医師会派の他、少数民族、国際医学校、Organized Medicine スタッフ、グループ診療等の各会派に所属するメンバーも構成員として参加している。つまり、このことは会員問題がAMAのあらゆる会員カテゴリーの総力を結集して対処すべき重要な問題として位置づけられていることを示していると言えよう。

タスクフォースは、1998年の年次総会において最初の報告を行なったが、その中で図25を提示し、AMAが現状の政策及び方針を変えずに推移した場合、2023年にはAMAのマーケットシェアはゼロになると、そして、州医師会も20年後れで追随するであろうと半ば誇張気味に警鐘した。

タスクフォースはまた、会員非会員を問わず、Organized Medicine に従事する医師たちは、組織のリーダーシップとの間に何らコネクションもなく、活動や政策に反映させるべく自分たちの意見を聞いてもらう機会もないという状況に置かれていると考えているとも報告した。そして、先ず会員に関する問題点がどこにあるかをAMAの各部門からヒアリングをすることによって、以下のように問題点をまとめている。

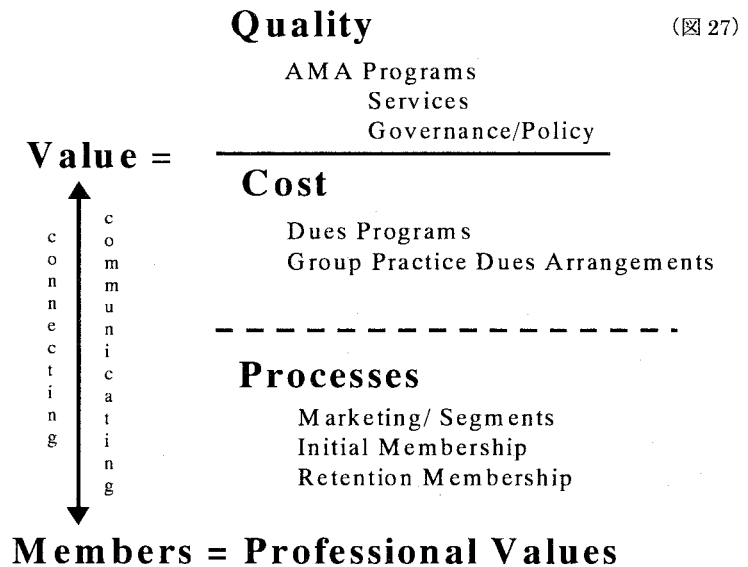


- ① 双方向のコミュニケーションの欠如：AMAと会員、グラスルーツ会員（地域活動医師）
- ② 移行期の会員維持の問題：医学生→レジデント→開業1年目医師、地域→地域、診療形態の変更、
- ③ 専門科目の変更等における移行期の会員の維持
- ④ AMA、州医師会、郡医師会と専門医学会の関係及び協力の拡大
- ⑤ 会員獲得・維持戦略：会費オプション、ベネフィット、グループ診療医師獲得の画策
- ⑥ AMAの製品とサービスの拡充：会員への更なるベネフィットとして提供
- ⑦ 会員サービスの見直し：これまでの問題点及び対応策を考慮
- ⑧ 会員申請及び承認プロセスの問題：州医師会、郡医師会における書式、会費納期における多様性の問題—煩雑な手続は加入意欲の減退に通じる

2. 会員の Value

次に、会員の Value をタスクフォースでは図 27 の等式で表している。そして、会員問題においては個々の医師との関連性が本質であり、AMA 及び地域医師会は会員および潜在的会員のニーズ、要望に直接適合するプログラム、政策、製品そして活動の開発と実行を心がけるべきであると分析している。

会員組織として、AMA はその構成員である会員の Value を、如何に最大化させるかを課題としている。一方で AMA は事業会社の側面を有し、出版事業の他、不動産投資によっても収益を上げ、歳入の 3 分の 2 がこれらの事業収入で占められている。つまり、会費は歳入の 3 分の 1 である。右の等式において、Cost とは会員にとっての会費であるが、Quality を創出する歳入は会費を含めて実質 3 倍に相当することになる。従って、会員は会費以上のベネフィットを享受することが数字上は可能なわけである。



タスク・フォースでは、この会員の Value を高める過程において、個々の医師に対する取組みに重点を置き、マーケティングを駆使して会員のニーズや要望を掌握すると共に、初年度、移行年度における会費に関する施策を講じていることは前述したが、それに加えてコミュニケーションと、コネクションの必要性も強調している。

会費カテゴリーにはグループ診療も含めて様々な割引の適用がなされている。しかし、ベネフィットは、会員の利用の仕方によってその程度は多種多様に捉えられよう。

3. タスク・フォースによる会員数減少の実態

① 歳入への明白な影響：会費収入の減少

② 全医師を代表しているという政策推進活動における AMA の影響力の弱体化

この政策推進活動は、医師が AMA の会員を選択する上で最初の理由の一つに上げている。この役割が弱められることは、AMA の会員の Value にマイナスの影響を与えるであろう。

4. 会員数の減少の原因

① Organized Medicine の風土的な構造：地域の Organized Medicine とそこにおけるグラスルーツ医師との断絶の問題が放置されたままであること、そして会員及び潜在会員とのコミュニケーションの欠如と Organized Medicine の政策及びリーダーシップの選出に個々の会員が事実上関与していないことなどが、結果として AMA に対する関心を妨げ、AMA の会員の Value を小さくしてしまうことに通じる。

- ② 会員の獲得維持において、医師会組織における加入手続ならびに会員管理における煩雑かつ非効率的な手法：時に会員の加入手続、ベネフィットの受理を困難にしてしまう。

5. グループ診療の医師を獲得する上での問題点：州医師会との軋轢

施行細則 H-555.975 Dues Reduction

(1) It is the constitutional duty of the AMA House of Delegates to set the membership dues structure.

(2) Any reduction of the level of dues within each category of membership can only be done with the approval of the House of Delegates.

(3) The AMA Board of Trustees will actively seek to obtain the cooperation of the state and component medical societies before and during any negotiations on reductions in the level of dues for groups. (Res. 603, A-92; Amended by Task Force on Membership Report 2, A-98)

会員の獲得及び維持は Organized Medicine のあらゆる部分において重要な課題である。最近では医師、特に若手医師によるグループ診療への参加傾向が増えている。

1990年に、AMAはグループ診療医師に対する会員獲得のための会費に関するパイロット・プログラムを開発した。これは、グループの規模に応じた会費割引の適用がインセンティブに通じることを意図したものである。この戦略は功を奏し、幾つかの州医師会との連携の下に、多くのグループ診療の医師を会員に組込むことに成功した。しかし一方でAMAの Policy555.975 第3項で規定されている、「AMAが地域内のグループに対し会費の割引を提示して勧誘する場合は、地域または州医師会の協力を仰がなくてはならない」の項目が活動を次第に抑制するようになった。この項目は、1991年にAMAがカリフォルニア州医師会、および当該郡医師会に通知をせずグループ診療医師に対して会費の割引を提示したことを発端として採択されたものである。中にはグループ診療医師の会員獲得に際してAMAと共同歩調を取らない郡、州医師会もある。それらの郡、州医師会の対応については、下記の3つのカテゴリーに分類される。

- ・ グループ診療医師が関心を示した場合でも、接触を試みたり、会費割引の提示をAMAがすることを禁止している州、郡医師会
- ・ 無期限に阻止することによってグループに対するマーケティングを行なうAMAの活動を遅延させる州、郡医師会
- ・ グループ・マーケティングに協力しながら、最終的な手続において突然AMAを除外する州、郡医師会

施行細則 Policy555.975はこの様な対応を州、郡医師会が取ることを認める項目となっている。

AMAがグループ診療医師に対し会費割引を持ち掛けると、そのグループは州、郡医師会に対しても同様の対応を求める結果になり易い。このことは直接当該医師会にとっての歳入の減少に通じることになる。また個人会員にとっては、グループ診療医師だけが割引を適用されるのは不公平であるとの不満がある。AMAはこれに対し、会費の5年前納割引を提示するものの多くの州、郡医師会で受け入れられない。

AMAは、その理念の下に、グループ診療医師を対象にした会員獲得活動を実施する上で障壁となっている先の条項の修正を行ない、一方で郡、州医師会とは平等のパートナーとして協力し、活動することを望むが、たとえ、州、郡医師会がこのような活動に対し、呼応あるいは参画しなかった場合でも、AMAが単独でグループ診療医師の獲得活動を全国を対象に継続することを可能にしたのである。

この活動を通じてグループ診療医師の獲得において直接的な効果をもたらされるであろうが、反面、州医師会のなかにはこのようなAMAの活動を快く思わないところもあり、それが一般会員の獲得にまで影響を及ぼすのではないかという懸念を感じる。連邦のもとでのAMAが理念であるからには、地域医師会との協調、協力関係を大切にすることが重要ではないだろうか。この点について今後のAMAの展開を見守りたい。

AMAによるグループ診療医師の獲得例

・ヘンリー・フォード・ヘルスプラン

ウェイン郡、オークランド郡、そしてミシガン州医師会と協力し、ミシガン州にあるヘンリー・フォード・ヘルス・プランの1,500人の医師を1グループとしてAMAの会員として獲得することに成功した。AMAにとって、これまでの最大の会員獲得事例である。しかし、ここでも地域医師会における会費納入及び加入申請における手続の煩雑さが生じたため、あらゆる医師会が使用できるような統一されたモデルを創出することによる手続の簡素化が求められた。

1998年の中間代議員会においてタスクフォースは2回目の報告を行なっている。

1. 短期的課題

① 会員の管理上の課題

1) 会員獲得、手続及び会費支払いに関する事項

会員の加入意欲を阻むような組織毎に異なる煩雑な加入手続、及び会費支払いを解消するため、普遍的な加入申請書様式及びそれに付随する会費納入方式の開発

2) データの転送

AMAと州医師会における会員情報のデータ交換の円滑化を目的とした、コンピューターによる会員データ処理を行っていない州医師会に対する支援

3) クレジット・カード

会費の支払いにクレジットカードの使用を認めていない州医師会に対する支援

4) 会費支払日の不調和

会費支払日の相違による会員獲得、維持活動に対する障害*。タスクフォースでは、2001年より全ての地域医師会において会費支払いの最終期限を3月1日とする提案を支持している。

* AMAでは、Outreach Program、Retention Programによって、会員獲得及び維持活動を期間を設定して展開しているが、その時点では州によっては、年度替りの会費納入期限が来ていない会員がいる。AMAは活動時点で会費を納入しているか否かで会員、非会員の判断をしているため、会員であるにも拘わらず維持活動でなく勧誘活動をすることは、会員にとって不信感につながるといふデメリットが生じる。

② 会員のコスト意識

- 1) 医師が組織の会員になる決断を下す上での一番の要因は会費の額である。
- 2) 会費に対する主たるベネフィット：AMAの政策推進活動、政策展開、通常のベネフィット
医師は、実践医療への支援、会員限定のホームページ、拡張サービスといった特別サービスにはあまり価値を見出していない。これは会員、非会員を通じて見られる傾向である。
- 3) 会費に対するコスト意識の重要性：調査結果
過半数－会費の減額によるベネフィットの削減
1/3－会費の増額によるより高度なベネフィットの提供
その他－会費の減額＋会費見合いのベネフィットの選択性購入（カフェテリア方式）

以上のような調査を経て、AMAでは段階的会費制度のプランに対する調査を行なっている。また、州医師会、郡医師会に対する会員獲得に対し成功報酬を支払うというパイロット・プロジェクトもスタートさせている。その他同様の計画も将来的に展開させていく予定である。

タスクフォースは、AMAは低廉な会費の組織を構成することではなく、医師がより効果的にその職務を果たす上での Value を高めることができるような、効果的な組織を構築していくことを強調していくものと考えている。

③ 会員サービス

多くの会員や構成医師会は、支援や情報を求めようとした時における会員サービスの質に対して不満を持っている。それらは、

- ・ 無回答（電話） ・ 無回答（メール） ・ 不正確或いは不完全な回答
- に起因するものであり、その対策としてAMA会員サービス・センターの改善を進行中である。

2. 長期的課題

① 連邦内部の問題

- ・ 多くの医師がAMA或いは他の **Organized Medicine** の中枢との関わりが無いと感じている。

このような医師は政策の策定、役員を選出、或いは如何に会費が使われているかについて何ら発言する機会を得ていない。多くの目に見えないベネフィットはあるものの、多くの医師が会員の Value について疑問を感じている。グラスルーツ医師は、AMAや他の地域医師会は、会員或いは潜在会員のニーズの変化に気づいていないと常々思っている。

- ・ グラスルーツ医師と彼らを選出したリーダーシップとの間の双方向の意志の疎通の欠如

特に、加速度的に成長するマネージド・ケアは、実質的に全ての活動している医師に対し、計り知れないインパクトを与えてきている。しかしながら、多くの医師が期待し望んでいるにも拘わらず、いろいろな理由でこの問題に関してリーダーシップを発揮したり、支援したりできないでいる医師会もあることは事実である。

② 会派

MSS、RFS、YPS という「期間が限定された会派」における会員獲得・維持活動の重要性
AMAの将来を担う層との認識

1) ライフ・サイクル・アプローチの必要性

例：医学生の4年複数年会員に対し、RFSの1年目の会費をフリーにする

医学生が卒業前にRFSの複数年会員になることに対するインセンティブの創出或いは割引

RFS: Tulane Housestaff Association

Tulane Universityにおけるレジデントに対し、大学側が、地域医師会、州医師会、そしてAMAの会費のスポンサーになることを承諾したケース。

MSS、RFSに対するベネフィットを、トレーニングの様々な段階でニーズに応じて提供する（AMAは医学生に対しては、会費を低く抑さえており、先行投資的な意味合いで会員として包含している）。

2) 伝達手法の開発の必要性：会派のリーダーシップ

医学校とレジデンシー・プログラムの指導者との間に密接なコミュニケーション及び Liaison を構築し、医学生及びレジデントが Organized Medicine に入っていく上での改善策を講じることに繋げる。

3) Mentoring 活動 先輩医師からの助言

対象：医学生、女性医師、Minority

拠点：地域

方法：医学生：Chapter アドバイザー ガイドブックの作成

WPC、マイノリティ Virtual オンライン Mentoring プログラムの開発

4) National Leadership Development Conference

毎年3月にAMAが開催しているリーダーシップの育成を目的に、政界のリーダーを招聘し、講演及び質疑応答を行なう会合

98年の主賓はクリントン大統領、99年はブッシュ前大統領

会員、特に医学生、レジデント医師の参加が容易になるような支援策の開発

1-4-5. 提言：AMAの研究による日医への適用の可能性

1-4-5-1：AMAの Membership Strategy（会員組織率向上のための戦略）についての概観

AMAは米国において全国的な活動を通じて医療界を代表して発言し、あらゆる境界線を越え、行政機関、司法機関、議会そして公衆に語り掛け、臨床及び医学教室における医師の関心事を伝えることができる唯一の組織である。そして、AMAの会員になることは、最大の保証を得ることに通じる。つまり、AMAは会員医師の声、課題、関心事に常に耳を傾け、それぞれの担当が対処することを使命としているからである。医療専門職としての全国団体であるAMAの会員である本来の意義は、目先のベネフィットを得ることではなく、生涯に亘り医療に従事していく上で支えとなるAMAの推進する政策・活動を支援することにある。そして、その意味での会員の Value を高めていくことがAMAの使命である。AMAはタスク・フォースを通じて会員個々のニーズや要望にタイムリーかつ的確に答える対策を講じている。変化する医療環境において同様に変化していく会員の意向を、マーケティング技術を駆使して掌握する努力も重ねている。一方で会員を様々なカテゴリーで分類した Special Interest Groups の活動も軌道に乗りかけている。特に医学生会派、レジデント・フェロウ会派そして青年医師会派の若手3会派の活動は顕著であり、AMAの活動に積極的に関わっていかうとする姿勢が見受けられる。また、米国における女性医師の割合の増大に伴い設立されたAMA女性医師会議では、より多くの女性医師を Organized Medicine のリーダーシップに送り込むことを課題とし、女性医師会員に対しても積極的な関与を奨励している。そして、ディッキー会長のリーダーシップにより、女性医師会議の活動は着実に会員に浸透している。会員組織としての会員の重要性を認識し、医療専門職を代表した政策推進活動を展開しながら、会員のニーズにも木目細かく対処していくこれらのAMAの会員戦略により、現状の低迷する組織率が増加に転ずることを期待したい。

以下の言葉は1998年3月に行なわれた National Leadership Conference においてAMA理事会会員問題委員会委員長であるエドワード・ヒル執行役員により提言されたものである。会員問題に対処していく上でのリーダーシップの在り方として、参考になるものと思われる。

Organized Medicine のリーダーとして、会員問題に取り組む上で大切な3つのR

・ Responsiveness 敏感であれ：

医療界を取り巻く環境の変化につれ、医師の期待、Organized Medicine への要求も変化していく。Organized Medicine のリーダーとしてこれらの変化に敏感に呼応する準備をしていなければならない。

・ Relevance 適切であれ：

医師のニーズ、関心事に適切に対処していかなければならない。そして、我々が会員に対し、彼らの患者のために、彼らの実践医療のために、そして職業上の関心事のために、何を実行し何を現在行なっているかを伝えなければならない。

・ Reality 現実性を持て：

全ての努力には現実性を伴わなくてはならない。時にリップサービスとのそしりを受けぬように。

今回AMAの会員戦略に関する調査を振り返ると、以上の3つのRが常に会員問題に取り組むAMAの根底に存在していることが分かる。AMAは組織として巨大であり、その巨大さゆえに会員がその本質に気づかないことが往々にしてあるのではないかと。そしてAMAもその巨大さを自覚して、州医師会、郡市区医師会との協調、協力関係よりも、自らの手で中央から全国の会員を管理していかなければならないとの責任感を感じているのではないかと。しかし、この項の冒頭で述べたように、医療専門職の全国団体としてのAMAの本来の使命は、医師の代表という立場と、それに基づく政策推進活動である。このことは、会員に対するアンケートでも一番に取り上げられているAMAの役割である。

AMAが医師を代表した政策推進活動を行なっているというスタンスが明確でない場合、会員、非会員にそれらが伝わらない場合に会員数の減少が慢性化してしまうという事実もあるのではないかと。

AMAの会員組織率向上のための戦略は、先ずAMAの使命である医師を代表した政策推進活動の実践、つまり医師の関心事に如何に対処しているかを、そして誰がAMAのリーダーシップであるのかを明確にし、会員の信頼を固めた上で、会員に対するサービスやベネフィット、出版物、製品、Webサイトそしてスタッフによるサポート等の対策を講じていくことであり、それがAMAの会員数を増加させることに通じる道ではないかと考える。強いAMAのイメージは、会員の価値を高めることに通じ、AMAを支援する本来の会員の確保にもつながることになる。

この意味から、現在議会において超党派で法案化が審議されている「患者の権利法案」の議会通過をAMAでも強力にバックアップしている。幾つかの州では既に州法として法案化されているところもあるが、連邦政府の法案として議会通過をすることが大切であるとディッキー会長は強く主張している。この法案が通過すれば、結果として、患者のケアにおけるマネージド・ケアなどの保険購入者側からの医療面における不当な干渉が弱められ、医師の自律性の確保にもつながることが考えられる。この法案が、AMAが患者を擁護し医師を代表した政策推進活動の実践における成果として、医師の関心事に答えるものとして受け止められ、会員数の増加に寄与するかどうか着目していきたい。

一方で、反タバコ運動におけるAMAの積極的な関与は、結果として会員数の増加には結びついていない。このことは、公衆衛生においては反タバコ運動は大きなインパクトではあったが、それが医師の直接の関心事であったかどうか、ということに通じよう。

会員・非会員に対する最近のインタビュー・リサーチによる医師の関心事は、マネージド・ケア、診療報酬の複雑なコード化、第三者機関への支払請求に関する膨大な事務量、政府による規制・メディケア、医療事故そして仕事と生活の両立である。これらの関心事に積極的に関与していくことが、今AMAに求められている最大の使命ではないかと思う。

もちろん、AMAでは既にこれらの事項への対策を講じているであろうが、会員からAMAのイメージとして保守的で伝統的と受け止められていることや、会員数の増加に結びついていないことは、これらの活動が会員に効果的に届いていないことになると言えるのではないかと。

1-4-5-2：日医の会員戦略への適用の可能性

前項でAMAの会員組織率向上のための戦略の概観を述べたが、この項ではその中から概念として、またツールとして日医に適用できる可能性を探り提示していく。

1. 会員に対するマーケティングの実施

AMAでは、会員だけではなく全米の医師を対象に実態調査を実施し、マスターファイルを作成している。これは、日本の厚生省の医師・歯科医師・薬剤師調査の医師に関する調査に匹敵するもので、情報量は膨大である。AMAではこの情報を下に、ホームページ上に Doctor Finder, Group Finder, Hospital Finder という、医師、グループ診療、病院の検索機能を一般に提供している。そして、AMAの会員にはデータの更新をオンライン上で可能にしている他、非会員よりも多くの情報が公開できるようにしている。この他、AMAでは会員の实態調査を行なう上で、マーケティングの理論及び技術を駆使して様々な情報を得、その結果を分析し、AMAとしての政策、活動に反映している。また、米国には“American Society of Association Executives (ASAE)”という、ワシントンDCを拠点とした会員組織のマネージメントに関する情報及び支援を提供する団体が存在する。AMAでもこのASAEが出版する“Keeping Members”という会員戦略の書籍を教本として、会員問題に取り組んでいる。その書籍の中でも会員問題に取り組む上でのマーケティングの重要性が取り上げられている。医療界を取り巻く様々な環境の変化に応じて、会員のニーズや要望、意見を的確に掌握していくためには、機に応じたマーケティング・リサーチによる情報の収集が必要である。日医においても、将来に亘り高い加入率を維持していくためには、医療環境、医師の年齢構成や勤務形態による会員構造の変化に応じた対応が求められてくるものと思われる。

日医への提言：会員を対象としたマーケティング・リサーチの実施

マーケティング・リサーチによる会員の意識調査として有効と思われる質問項目

① 会員に対する日医のベネフィットとしてのウェイト項目

- ・医師の基準と医の倫理
- ・政策の開発
- ・政策推進活動／医師の代表及び声
- ・実践医療の支援
- ・会員サービスの充実
- ・会員専用ホームページ

② 医師と患者のために日医が行なうべき政策推進活動と提言

- ・政策の選択肢の提示によるウェイト付け

③ 出版物の利用価値のウェイト

- ・日医雑誌
- ・日医ニュース
- ・AMJ

④ 臨床並びに実践医療に関する情報の利用価値のウェイト

- ・臨床研究に焦点を当てた情報
- ・実践医療管理に着目した情報
- ・就業機会に関する情報
- ・その他

⑤ 情報の入手手段のウェイト

- ・郵便物
- ・電話
- ・FAX
- ・電子ツール／CD-ROM、E-mail、フロッピー・ディスク、ホームページ・オンライン

⑥ コンサルティングの利用価値

- ・診療報酬
- ・法律相談
- ・実践医療経営

2. Special Interest Groups

AMAは個々の会員の声により政策に反映されることを目的として会員を Special Interest Groups に分類していることは前述の通りであるが、その根底には、「多様な会員には多様なニーズ、要望がある」という概念が存在する。現在 10 のグループが活動しているが、今のところ全てが会員に浸透しているわけではない。その中でも若手三会派（医学生会派、レジデント・フェロウ会派、青年医師会派）の活動が顕著であることは先に述べたが、この層が将来のAMAを支えて行く年代層として、AMAでは特に力を入れて活動を支援している。

これまでの研究から、日医は会員組織率を高い水準で維持していくためには、若年層の年代、特に勤務医、女性医師を会員のターゲットとしていくことが求められよう。AMAの Special Interest Groups には、将来的に各州医師会、専門医師会においてもそれぞれ対応した Special Interest Groups を構成し、そのカテゴリーの会員を代表したより強固な会派に育てようという構想が見られる。そして、州医師会内部に会派が存在しない場合でも Liaison という形で、窓口となって活動する会員を擁しているケースが多い。このことは、特定の会員だけではなく、そのカテゴリーに属する全ての会員の総意により会派としての活動、政策推進活動が行なわれているという概念が大切であるということの意味している。

日医への提言：日医版 Special Interest Groups の可能性

① ・研修医会派・青年医師会派 ・女性医師会派 ・勤務医会派 等の構成

各会派共に、郡市区レベル、都道府県レベル、全国レベルでの活動の展開が求められる。

そして、各活動拠点間には、AMAでいう“Liaison”「連絡担当員」を配置する。

メリットとして同じカテゴリーに属する会員のニーズ、要望や提言を集約することが可能となる。また、日医の活動に関与しているという意識に通じる。

3. 会員フォーラムの設定

AMAでは、Webサイトの会員専用ページに14に分類される会員フォーラムのページを設け、それぞれのテーマに対する会員からの意見を求めている。そして、会員フォーラムはフィードバックとしてAMAの政策に反映することのできる貴重な会員からの声を得ることのできるツールとしてAMAでは捉えている。タスクフォースが会員数の減少の問題を分析している中で、グラスルーツ医師とのコミュニケーションの欠如が問題とされていた。この会員フォーラムは、会員からの意見にAMAのリーダーシップから答える形を取っているため、双方向のコミュニケーションの確立に通じるものといえる。そして、特にグラスルーツ医師における組織との疎外感を解消するためには有効な手段ともいえよう。AMAが実施したマーケティング・リサーチによるとAMAの会員はAMAからの情報を受け取る手段として郵送を一番に希望している。しかし、若年層、特に医学生においてはE-mailによる伝達を望む会員も多い。ただし、会員全体のパソコンの普及率や利用頻度等のデータはないため、この会員フォーラムもどの程度活用されるかは分からないが、双方向コミュニケーションの場が提供されているというだけでも会員に開かれた組織であるとの認識を与えられると思われる。

日医への提言：会員専用ホームページにおける会員フォーラムのページの創設

- ・特定のテーマに基づくフォーラム
- ・会員からの提言フォーラム（現行の会員専用FAXとの併用）

日医会員におけるコンピューターの普及率は把握されていないが、発言の場が提供されていることが開かれた日医のイメージに通じる部分がある。既にこの試みは日医総研のホームページ上ではスタートしている。

4. E-mail会員

AMAのロビー活動を担当するAMAワシントン事務所グラスルーツ・アクションセンターでは、中央における政治の動きを、地方のグラスルーツ医師E-mail会員にE-mailを通じてニュースとして毎週金曜日に配信し、地域におけるロビー活動を支援している。現在この種の会員は9,000人を数える。また、医学生会派においてもコミュニケーションを確立する手段としての「E-mail会員」に対する医学生会員の関心は高く、会員加入或いは更新の大きなインパクトになり得ることが報告されている。

日医への提言：

① E-mail会員に対する日医からのニュースの配信

インターネット上では、現行ニュースの配信等におけるE-mail会員の登録が行なわれているケースが多い。日医のホームページ上でも、日医ニュース、日医雑誌、理事会速報等の情報は掲載されている。

② E-mailアドレスにおける“jma”の名称

米国においては、卒業生に対し、大学の名称をE-mailアドレスに永久使用する許可を与えているケースが見られる。組織への帰属意識を高めるために、E-mailアドレスに組織の名称を使用することは、会員の維持における一つの有効な手段になり得る可能性が考えられる。

5. Mentoring の機会の提供

AMAでは、特に医学生やレジデントのために地域における Mentoring、つまり、先輩医師との交流を通じ、自身の医師としての活動の糧を得る機会を適宜提供している。医学校、臨床、GME、あるいは CME 等からは学べない先輩医師の経験に基づく貴重なアドバイスを得る機会は、特に活動に追われるレジデント医師にとって貴重なものとしての位置づけがなされている。

日医への提言： Mentoring 「先輩医師からの助言」の機会の提供

対象：研修生、女性医師、勤務医、青年医師等（会員及び非会員）

拠点：地域レベル

- ・ 会員の獲得、維持に通じる
- ・ 日医の活動をより広める機会にも通じる

6. コンサルティングの提供

最近の米国における医師を取り巻く環境においても取り上げたが、医療経営の問題に直面する医師が、経営学を学ぶために大学院に再入学するケースが見受けられる。AMAでは、アドバイザリー・ネットワークを構築して、会員がマネージド・ケアに精通している医師、弁護士、ビジネス・コンサルタントで構成されるネットワークを利用することが可能となっている。特に若手医師が実践医療に取り組む上でこのネットワークは効力を発揮している。また、出版物による実践医療シリーズも提供している。

日医への提言：実践医療経営におけるコンサルタント・サービスの確立

- ・ 出版物による実践医療経営シリーズの提供
- ・ 医療経営コンサルタントによるセミナーの開催
- ・ 日医ホームページ上における医療経営関連ページの創出

1-4-5-3：総論

AMAは150年の歴史を有し、1200人のスタッフと政治活動のためのワシントン・オフィス、そして不動産投資、出版事業等と営む事業会社としての側面をもつ組織である。しかし、それ以前にAMAは米国の医師の全国的な会員組織であることを認識しなければならない。AMAの組織について調べようとする、そのホームページから得られる情報量は膨大であり、かつ構成も優れている。また、会員に対するサービスも充実しており、利用の仕方によっては十分会費に見合う組織であると思われる。しかし、AMAは何年にも亘って会員加入率の減少に悩まされている。実際、医学生会員を除いた医師会員の加入率は40%を大きく下回っている。Special Interest Groupsという会派を設けたのは、その名称の通り、特殊なカテゴリーで分類される会員を会派にまとめることによって、そのグループ特有の問題、ニーズ等を把握し、かつ個々の会員からの声がAMAの中核に届きやすくし、政策に反映することを可能にするための会員戦略である。特に、医学生会派、レジデント・フェロウ会派、そして青年医師会派においては、所属する会員が積極的にAMAの政策に関わっていこうとするなど、若い世代からAMAを支えていこうとする気運が感じられる。AMAの会員も幅広い年代層、そして様々なカテゴリーに分布している。個々の会員が抱える問題、ニーズ、Value、そして政策への提言等もそれぞれ異なってくるのは必然である。そしてそのような問題提起は、決してトップダウンではなく、ボトムアップの形でもたらされるべきものである。上からの推測ではなく、下からの実際の声をつまえていくことが大切である。

AMAは、組織として、会費以外にも事業収入があり、その点からすると会員は会費以上のベネフィットを受けているのかもしれない。しかし、あまりにも情報が膨大すぎて自分にとって、何をどのように利用できるのか、または何がベネフィットなのか分からない会員も存在するのではないかとも思われる。AMAでは、タスク・フォースを始め会員個々のニーズに如何に応えていくか、グラスルーツの医師たちとの双方向のコミュニケーションはどのようにとったらいいのか、また会員に対するベネフィットは何が適切かを検討している。そして時には、新規加入の会員に対して、執行部からウェルカム・コールがなされている。(これは却ってAMAの権威を失墜させてしまうという危惧も感じられる?)

前述したように、AMAは巨大で、洗練された組織である。もちろん、会員対策を講じているばかりでなく、本来の使命である医療政策における活動も顕著であることは周知の通りである。

AMAの力がより強力であれば、マネージド・ケアの脅威も緩和されていたことと思われる。医師の自律性や、ケアの内容まで規制されてしまうような状態は患者にとっても医師にとっても不幸である。AMAは、患者の権利法案の法制化の実現によって、幾らかでもマネージド・ケアの影響力を低減させようと意図しているが、医療供給側として本来の医師の力を取り戻すべく、政策を展開していくことが使命であり、そのような活動には、本心から支援をしていこうとする会員が自ずとついてくるのではないだろうか。弱いAMAでは会員になることのValueには疑問符がついてくるのではないか。

AMAが、アメリカにおける全医師の声を代表して、国の医療政策に影響力を保持しながら政策提言していくためには、日医と同様に高い会員加入率を背景とした展開でないと、その効果は期待できない。医師を代表して発言していくためには会員組織としての基盤を早急に立て直すことが必要である。

そのためには、対外的にもAMAのリーダーシップを誰が獲っているのか、そして、そのパイタリティ、エネルギーでもって求心力を発揮し、全アメリカの医師に対して声を発する強いリーダーシップが求められていると言えよう。

つまり、AMAが医師を代表した存在でないと思われ始めた時に、AMAからの会員離れの傾向が顕著になってきたのではないかと思われる。

日医は今後共、医療専門職の学術団体であり、かつ政策集団としてのより高いレベルを追及する姿勢をますます強めて行く方向を探ってゆき、国民の健康を擁護する立場から全医師の声を国政に反映させていかななくてはならない。そのためには、日医の会員組織率を高い水準で維持していくことが必要であり、この報告書で述べたようなAMAの様々な組織化対策にも学ぶべきものはあるように思う。

参考文献

- George Breen, A.B.Blankenship ; Do it yourself Marketing Research Third Edition McGraw-Hill Publishing Company 1989
- Peter Cloon; Strategy and strategy creation, Rotterdam University Press 1974
- Lawrence W.Bass; Management by Task Force, Lomond Publications Inc.1975
- Arlene Farber Sirkin, Michael McDermott; Keeping Members : The Myths and Realities , American Society of Association Executives, August 1995
- Donald Ethier (Contributor), David Karlson, Kay Keppler (Editor); Association Membership Basics :
A Workbook for Membership Directors and Members, Crisp Publications, July 1997

American Medical Association

- Resident Physicians Section 1998 Leadership Handbook
- Medical Student Section Internal Operating Procedures, Digest of Actions:1979-1996
- 1999-2000 A M A -MSS Leadership Opportunities
- A M A web-site <http://www.AMA-assn.org>

News Paper

- The New York Times 4/27, 4/30, 5/1, 5/4
- The Boston Globe articles 5/10

**American Medical Association (AMA) and its Membership Strategy and
Possible Applications for the Japan Medical Association (JMA)**

Yuji Noto

**1998-99, Takemi Fellow
Harvard School of Public Health,**

June, 1999

Forward

The Japan Medical Association (JMA)'s mission as a professional society is to promote policies which protect the health of all citizens, and the autonomy of physicians, at the national level of healthcare policy planning. For the JMA to have an effective impact on national policies, it must represent all physicians, and thus maintain a high level of participation in its organization. The object of this research, the American Medical Association (AMA) is facing a critical long-term decline in membership, as are state medical societies. At the 1997 Interim Meeting, a delegate from Texas made a statement on the problem of long-term decline. This led to the formation of a task force, composed of top leaders of the AMA across existing functional divisions. The AMA has a distinguished 150-year history, a highly professional permanent staff of over 1200 people, and operates a successful large publishing division. But from the standpoint of a professional membership organization, the AMA must increase its membership participation ratio, in order to participate as effectively in policy decisions as has the JMA.

The AMA Task Force on Membership issued survey reports and proposed several policy measures to the June 1998 Annual Meeting and the December 1998 Interim Meeting. Its final report will be issued to the June 1999 Annual Meeting. Even before the Task Force met, the AMA was operating membership outreach programs to promote recruitment of younger physicians. The AMA also conducted extensive membership marketing research, which surveyed physician needs, what physicians wanted from the AMA, and problems they had with the AMA. Membership policy reflected the results of marketing research. In addition, Special Interest Groups had already been created to classify members into different categories, in order to convey the concerns of individual physicians of all kinds to the AMA. This research builds on the report of the Task Force on Membership, to examine the experience of the AMA with membership strategy. It examines whether the concepts used for membership outreach, particularly for younger physicians, are applicable for the JMA and its membership strategy.

Table of Contents

1. Introduction	
1-1. Research Objectives.....	1
1-2. Object of study	1
1-3. Method of study	1
2. The Japan Medical Association (JMA) Membership Analysis	
2-1. Features of the Structure of the JMA.....	2
2-2. JMA Membership Categories and Dues	3
2-3. Analysis of JMA Membership Issues	4
2-3-1. Trends in JMA Membership Participation Ratio	4
2-3-2. Structure of JMA membership, by age, practice characteristics, and gender.....	5
2-3-3. Age distribution of physicians in Japan, and JMA membership share.....	6
3. Physicians in the United States	
3-1. Distribution of Physicians in U.S. by Gender	7
3-2. Practice characteristics for U.S. Physicians.....	8
3-3. Healthcare environment of U.S. physicians.....	10
4. The American Medical Association (AMA) Membership Analysis	
4-1. Analysis of AMA Membership Structure	11
4-2. Age Distribution of U.S. Physicians and AMA membership.....	12
4-3. AMA Membership by Category & Gender, 1997.....	13
4-4. AMA Membership by Practice Characteristics.....	14
4-5. AMA Membership Structure	15
4-6. AMA Membership Dues Categories	17
4-7. Membership Special Interest Groups	18
4-7-1. AMA Medical Student Section (MSS).....	19
4-7-2. Resident and Fellows Section (RFS).....	22
4-7-3. Young Physicians Section (YPS)	24
4-7-4. Women Physician Congress (WPC)	27
5. AMA Membership Strategy discussion and analysis	
5-1. Outreach Program	28
5-2. Retention Program	29
5-3. The House of Delegates Task Force on Membership	30
6. Proposal: Possibility of Application of AMA Membership Strategy to JMA	
6-1. Features of AMA Membership strategy.....	36
6-2. Possibility of Application of concepts of AMA membership strategy to the JMA.....	38
7. Conclusion	42
References	44

This report was conducted under the guidance of Dr. Michael Reich, Taro Takemi Professor of International Health Policy, Director of the Takemi Program, Chair of the Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health and Mr. Paul Talcott, Ph.D. candidate, political science, Harvard University.

This research was supported and funded by the Takemi Program Fund of Japan Foundation for the Promotion of International Medical Research Cooperation.

1. Introduction

1-1. Research Objectives

This research was conducted under the guidance of Dr. Michael Reich, Takemi Taro Professor of International Health, School of Public Health, Harvard University. It is a continuation of three other studies led by Dr. Reich: "The Process of Policy Formulation and Lobbying Functions of the AMA" (March 1997), "The Role of the AMA Executive Vice President" (August 1997), and "Health Policy Formulation Practices Comparative Analysis of the AMA and the JMA" (August 1998). As a first step, this research identifies the particular membership structure and the broader healthcare environment in which both medical associations operate. Next it examines issues facing both medical associations regarding membership and the measures they implement to address them. Finally, it examines the membership strategy of the AMA, and investigates the possibility of adopting "best practices" for JMA membership strategy.

1-2. Object of study

This report describes the characteristics of physicians in Japan and the United States, the membership structure of the AMA and the JMA, and the membership strategies, particularly of the AMA. Materials for this study include minutes and resolutions of the Annual Meeting, Interim Meeting, and the report of the AMA Task Force on Membership. It also summarizes the concepts behind the founding of, and activities of, individual Special Interest Groups, including the Medical Student Section (MSS), the Resident and Fellows Section (RFS), the Young Physicians Section (YPS), and the Women Physician Section (WPS) among others.

1-3. Method of study

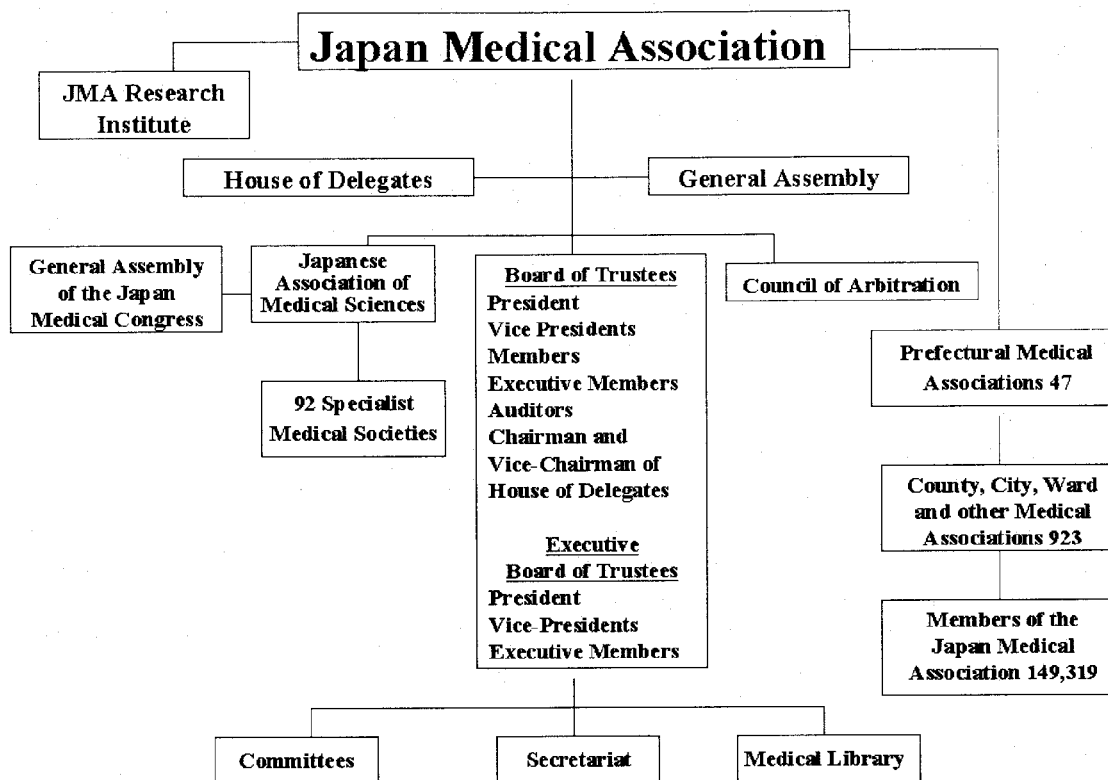
Research interviews were conducted in the AMA headquarters in Chicago, and the AMA Washington Office. Persons interviewed included staff officers for the MSS, RFS, YPS, and Membership Marketing Division in Chicago, and the Grassroots Action Center staff supporting lobbying activity in Washington. Materials and interview responses were used along with extensive background information available on the AMA web-site. All of the preceding sources were used to analyze membership issues facing the AMA, and the membership strategy developed to deal with these issues, their particular features and impact, as well as the process by which particular policies were planned and implemented. The results of this analysis of AMA membership strategy were then evaluated for possible applications for the concept of JMA member strategy. Finally, concrete directions for JMA member policy are presented.

This study was conducted using the following materials and media:

- AMA marketing material
 - AMA strategic market research qualitative interviews
 - AMA strategic membership research study: in-depth interviews
- AMA web-site <http://www.ama-assn.org>
- AMA research interviews, January 1999 and May 1999
- Residents and Fellows Section Leadership Handbook
- Medical Student Section Internal Operating Procedures guide
- New York Times articles / Boston Globe articles
- Ministry of Health and Welfare, "Survey of Physicians, Dentists, and Pharmacists 1998"
- Internal documents from JMA concerning membership

2. The Japan Medical Association (JMA) Membership Analysis

2-1. Features of the Structure of the JMA



Source: JMA 1998

The first characteristic of JMA structure is the placement of the Japanese Association of Medical Science (JAMS) as part of its organization. The JMA bylaws state that its purpose is to contribute to the improvement of medical science and healthcare, through the promotion of scientific and technical research in medical science, in close cooperation with the JAMS. The JMA maintains the fundamental concept that the JMA and the JAMS are inseparable partners in the promotion of healthcare in Japan.

Another feature of the JMA structure concerns the relationship between the national JMA and prefectural and local medical associations. To become a member of the JMA, a physician must first join the county or municipal medical association in his area, then the prefectural medical association. Although this makes the burden of membership dues heavier for individual physicians, it also makes it possible to receive support at the local level, prefectural level and also the national level for medical practice. On the opposite side, the JMA is able to manage the membership through coordination and cooperation with local and prefectural medical associations.

The existence of the Japan Medical Association Research Institute (JMARI) is another feature of the JMA organization. Founded in 1998, its purpose is to provide better healthcare for all, through healthcare policies researched and proposed by the JMA. The goal is to build a new policy-making process by which citizens have the ability to choose among alternative policy proposals. JMARI also establishes two-way information networks, to gather and evaluate healthcare information, and contribute to the development of policy positions by the JMA. JMARI activities include spreading information to JMA members and all parts of Japan's healthcare community, through all forms of information media. This kind of activity makes it possible to build a more concrete image of the JMA among its members.

2-2. JMA Membership Categories and Dues

The JMA has the following categories of membership:

- **A1 members:** Self-employed physicians, who operate or administer clinics or hospitals, enrolled in JMA medical malpractice liability insurance
- **A2 members:** Employed physicians other than A1 physicians, enrolled in JMA medical malpractice liability insurance
- **B members:** Same as A2 but not enrolled in JMA medical malpractice liability insurance
- **C members:** Physicians-in-training, as defined by the Basic Law on Physicians

Member type	Dues		Notes
A1	115,000 yen	\$960	includes 55,000 yen (\$460) for annual medical malpractice liability insurance premium
A2	83,000 yen	\$690	(same as above)
B	28,000 yen	\$230	
C	6,000 yen	\$ 50	

Membership benefits include:

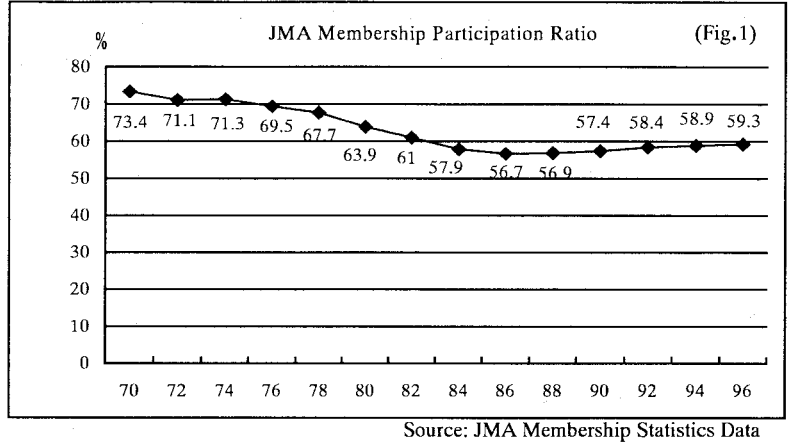
- JMA Journal and JMA News, both biweekly
- Eligibility for participation in Physician Pension Program and Physicians and Employees Pension Fund
- For A1 and A2 members, JMA medical malpractice liability insurance
- Use of JMA Medical Science Library

Other benefits include direct information about official health insurance fee schedule changes. The Ministry of Health and Welfare (MHW) informs the JMA, which transmits the information to prefectural medical associations, which give information directly to members. The JMA also gives members information about continuing medical education seminars and study courses.

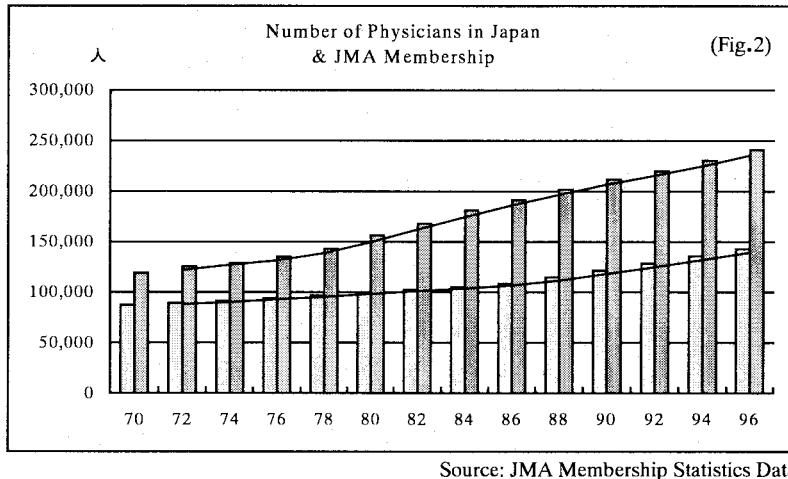
2-3. Analysis of JMA Membership Issues

2-3-1. Trends in JMA Membership Participation Ratio

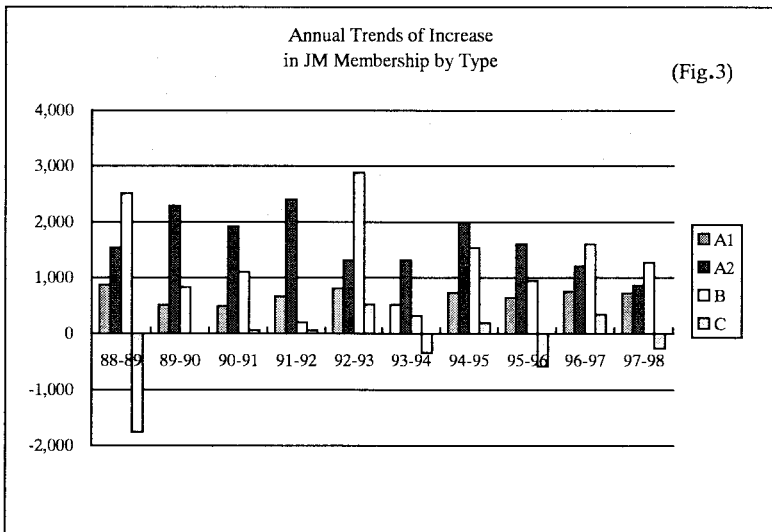
Figure 1 shows the slight decrease in JMA membership participation ratio from a peak of over 70% in the 1970s to just under 60% in 1996. Figure 2 displays the trend in membership and the total number of physicians in Japan over the past 30 years. The growth of membership in the JMA is rather stable, particularly in comparison with the corresponding data for the AMA, Figure 11 (“Total Number of Physicians in U.S. and Trends in AMA Membership”).



Assuming an increase of about 5,000 physicians per year in Japan, the JMA must recruit 3,000 new members each year to maintain its present 60% participation ratio. In reality, the JMA has recruited an average of 3,460 members per year over the past ten years—673 of Type A1, 1,643 of Type A2 and 1,321 of Type B. Only Type C members have fallen, by an average of 177 per year.



Annual trends of increase in membership by category for the JMA are shown in Figure 3. Employed physicians have grown considerably over the past decade. There is no clear trend, however, in changes in membership of physicians in research and training programs.



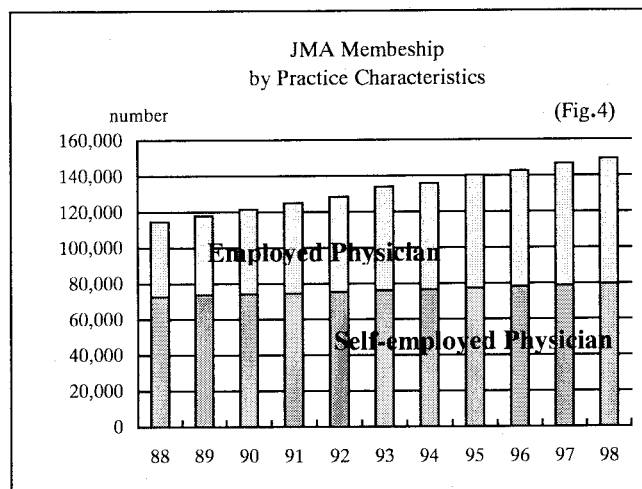
2-3-2. Structure of JMA membership, by age, practice characteristics, and gender

Two-thirds of JMA members in 1988 were self-employed physicians, and one-third were employed physicians. In the past decade, their relative shares have become almost even. An average of 700 self-employed physicians joined per year, but over 2,800 employed physicians joined each year on average.

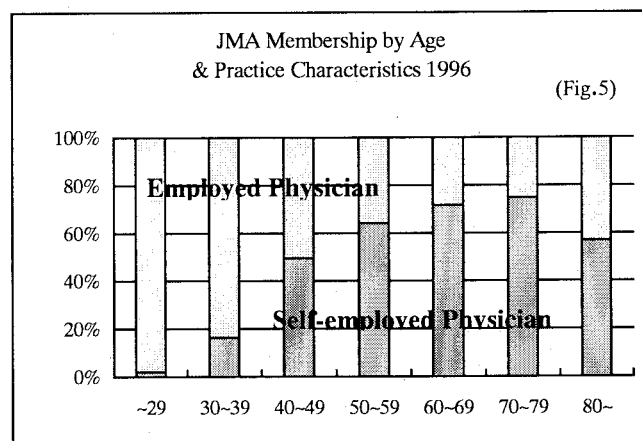
By 1998 self-employed physicians had a bare majority of 53% of JMA members, and the share of employed physicians had risen to 47%. The types of practice of JMA members by age are shown in Figure 5 for 1996. Physicians in their thirties and younger are nearly all employed physicians. Physicians in their forties are evenly split. Self-employed physicians are a greater share of physicians in their fifties.

Considering the trend of the growing total number of physicians in Japan, the number of employed physicians among younger physicians will likely continue to rise, and the number of older self-employed physicians will decline through retirements.

As suggested by Figure 4, the number of employed physicians can be expected to exceed the number of self-employed physicians in the near future.



Source: JMA Membership Statistics Data



Source: JMA Membership Statistics Data

2-3-3. Age distribution of physicians in Japan, and JMA membership share

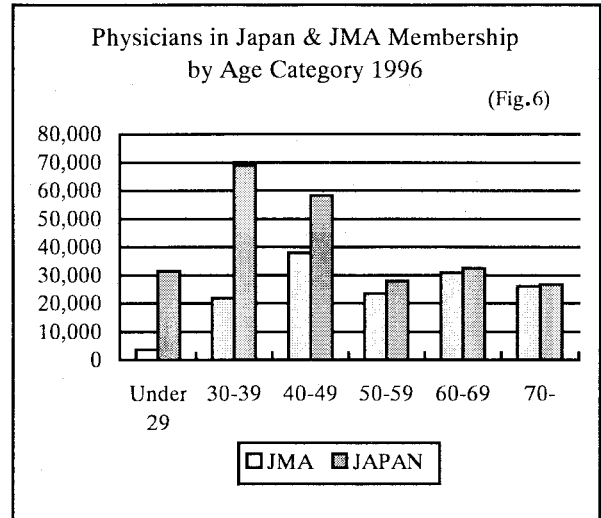
Figure 6 shows the age distribution of physicians in Japan in 1996. The largest number of physicians in Japan are 30 to 49 years old. But age categories with the largest number of JMA members are 40 to 49 years old and 60 to 69 years old. Figure 7 shows the participation ratio for age categories in the JMA. Physicians over 50 have a participation ratio greater than 80%. The reverse is true for younger physicians: physicians younger than 39 join the JMA at a much lower rate. The total participation ratio for the JMA was 59.3% of all physicians in 1996.

Much higher participation among older physicians compensated for much lower participation by younger physicians. Participation in the age category with the highest number of JMA members, physicians 40 to 49, was 65%. As many physicians of this age group begin to open their own clinical practices, it is possible that they will join the JMA at that time if they do not already belong.

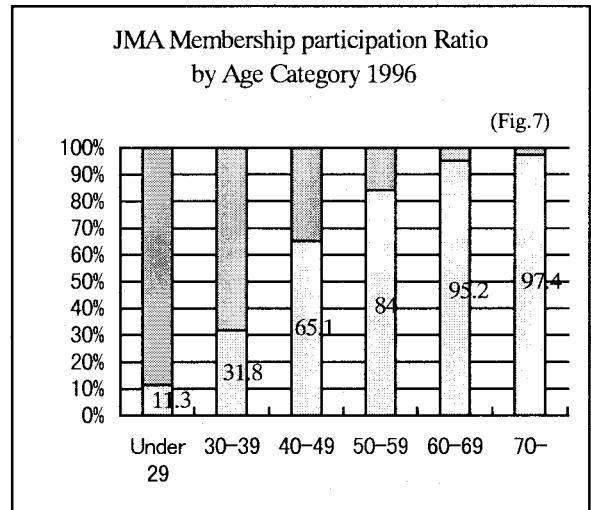
Therefore, in order to maintain the current high participation ratio, the JMA must develop policies to encourage membership among this group of physicians, particularly employed physicians.

The distribution of physicians in Japan by gender and age shown in Figure 8 highlights that although the percentage of women as a share of all physicians is 13.4%, this number is much higher among younger physicians—26.6% among physicians under 29 years old. This condition suggests that in the future the number of women physicians, as a share of total physicians will rise substantially in the future.

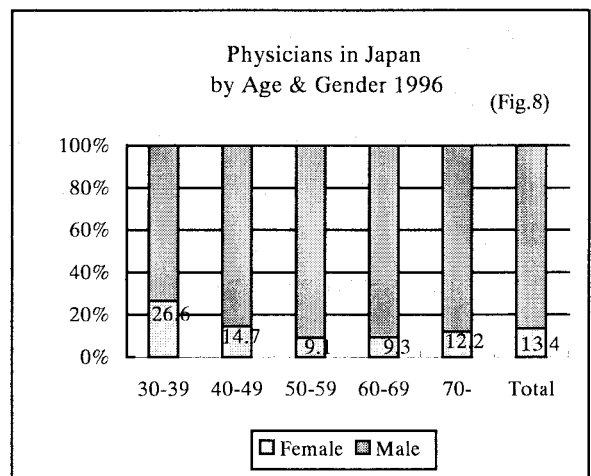
In 1997, 11.2% of JMA members are women. Given the growing number of women physicians, it will be necessary to develop membership strategies to attract women physicians as well as younger physicians more generally.



Source: JMA Membership Statistics Data



Source: JMA Membership Statistics Data



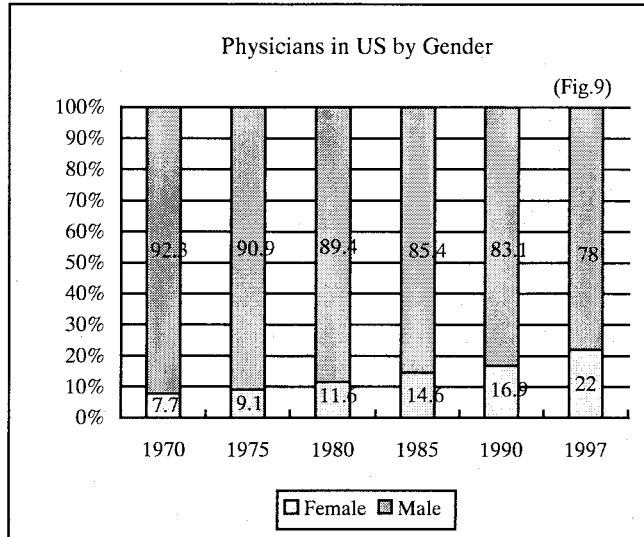
Source: JMA Membership Statistics Data

3. The American Medical Association (AMA) Membership Analysis

3-1. Distribution of Physicians in U.S. by Gender

Figure 9 shows that 22% of all U.S. physicians in 1997 were women. As women have come to seek female physicians for examinations and consultations on women's health issues, female physicians have expanded their presence in the United States.

The demand for female physicians is also rising due to demand from group practices seeking female physicians to attract women to sign up for their plans. At the same time, the supply of female physicians is also expected to rise in the future, as the numbers of male and female medical school students are almost even.



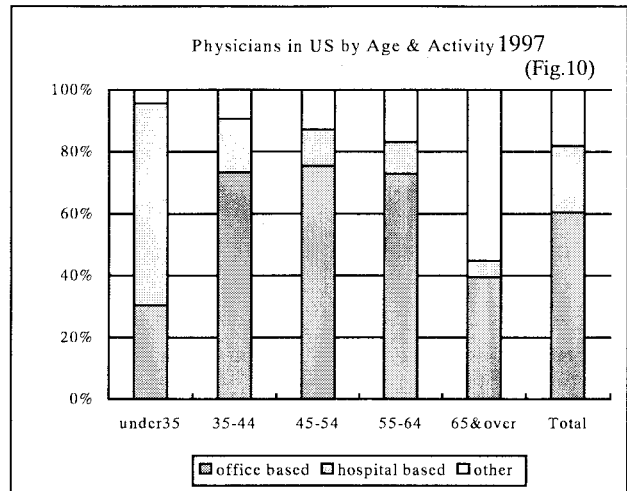
Source: Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA

The current AMA President, Dr. Nancy Dickey, is committed to addressing problems facing female physicians, including improving the status of women physicians in managed care organizations, and expanding opportunities for leadership. Moreover, she launched a variety of initiatives in the AMA organization, including the Women Physician Congress and a special page on women's health issues for women physicians and female AMA members on the AMA web site.

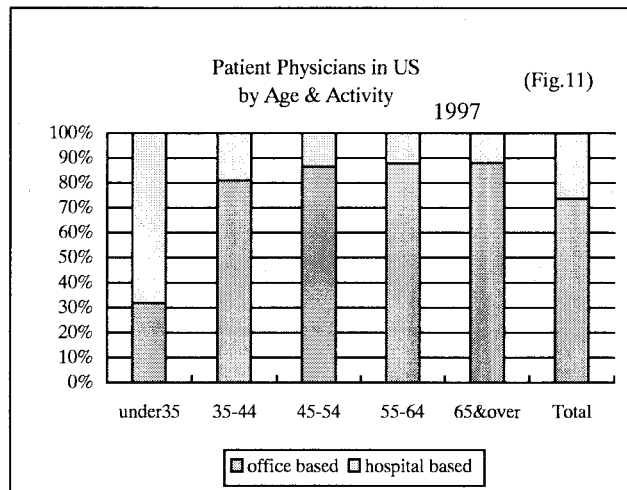
3-2. Practice characteristics for U.S. Physicians

One feature that distinguishes U.S. physicians from Japanese physicians is that the majority of physicians have an independent practice in their own clinic (office-based physicians).

Figure 11 shows that 74% of physicians involved in patient care (60% of all physicians / fig10) have an office-based practice. They see patients in their own clinic, but as necessary, have admission privileges for their patients in nearby hospitals, and continue to supervise their inpatient care. Most (62%) of physicians employed by hospitals, however, are residents or fellows. They provide most of the direct care for inpatients as part of their graduate medical education (GME).



Source: Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA



Source: Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA

AMA Terminology concerning Physician Characteristics

Patient Care

- **Office Based Practice:** includes solo practice, two physicians' practices, group practice, etc. These physicians operate their own clinics but are also able to supervise inpatient care at nearby hospitals by contractual arrangement
- **Hospital-based practice:** includes Resident/Fellow, Full-time staff. Along with regular physicians employed by hospitals, this category includes residents and fellows who care for inpatients directly while undergoing graduate medical education (GME).

Non Patient Care

- **Medical Teaching:** Medical School Teacher, Teaching Hospital, Nursing School educators
- **Medical Research:** Medical researchers
- **Administration:** Hospital management, healthcare organization executives, clinic or group practice managers
- **Other activities:** Physicians who are insurance company employees, pharmaceutical company employees, ordinary companies, charitable organizations, medical society employees, and physicians outside the United States.

3-3. Healthcare environment of U.S. physicians

Physicians in the United States face an uncertain future. Managed care organizations are changing the face of medical practice, in both private insurance and government health insurance programs. Although most physicians are self-employed, most have some connection to managed care organizations. Organized medicine, therefore, must recruit and retain members in the face of rapid changes and pressure to cut physician reimbursements, from government and private sector insurance alike.

One product of the spread of managed care is an increasing number of university programs training physicians in managed care. The *New York Times* reported that several universities, including Boston University and the University of Tennessee, offer specialized business school postgraduate courses for physicians. Even solo practitioners are taking these courses, whereas before only hospital executives usually studied for an MBA degree. A poll by the Massachusetts Medical Society's 17,000 members found that ten percent wanted to pursue a business degree. The Society then joined with Boston University to design a physician MBA program. Business courses aim to train doctors to make business decisions different from old-style, cost-is-no-object medical practice. Some doctors protest the changes, and refuse to consider medicine as subject to the same calculations as businesses, particularly about profit.

Managed care itself faces a new round of mergers and consolidations. The AMA sees Aetna's proposed purchase of Prudential Health Care as a threat to physician autonomy. The new HMO would insure one in ten Americans. Physicians fear that the new behemoth would extract larger concessions from physicians, eroding both physician income and the quality of care. State medical societies fear the merger would limit choice and reduce competition. The AMA may have an ally in large employers, who are concerned that lower competition in the insurance industry would limit the ability of companies to get the best deals for their employees. Until recently, large mergers were not seen as subject to anti-trust laws, while smaller mergers between local hospitals were supervised quite closely.

Finally, state experiments with managed care have begun to shift away from ambitious goals in administering the low-income healthcare program Medicaid. For example, Tennessee is considering revisions to its TennCare program, which insures 24% of the population in the state. It was designed to cut medical spending by insuring even otherwise uninsurable patients, with AIDS or pre-existing conditions which made them unlikely to find insurance on the private market. As its costs increased by 12% in 1998, the governor plans to freeze enrollment for other than Medicaid recipients. Since many Tennessee employers do not provide health insurance at all, TennCare coverage allowed workers with chronic conditions to remain on the job, rather than quit to receive welfare and Medicaid benefits. Advocates say the program helped the chronically ill to remain self-sufficient. Part of the measures to keep TennCare afloat involve reducing physician fees below the cost of providing care, raising objections from the Tennessee Medical Association.

4. The American Medical Association (AMA) Membership Analysis

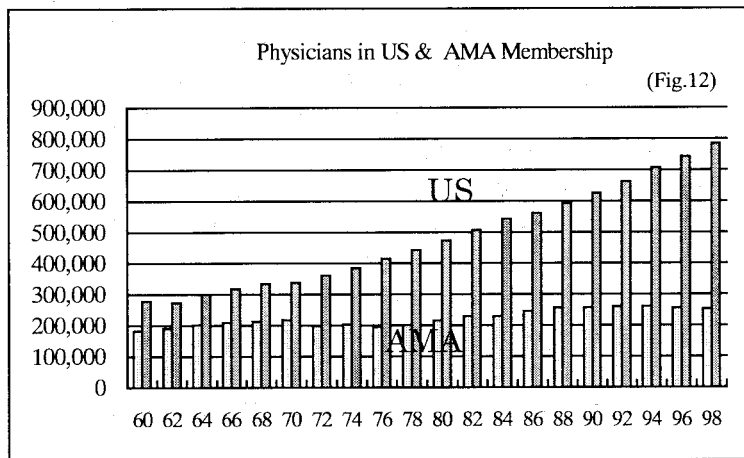
4-1. Analysis of AMA Membership Structure

In the past three decades the number of AMA members has gradually decreased. At the same time the total number of physicians in the U.S. has risen each year. As a result, the AMA membership participation ratio has been falling.

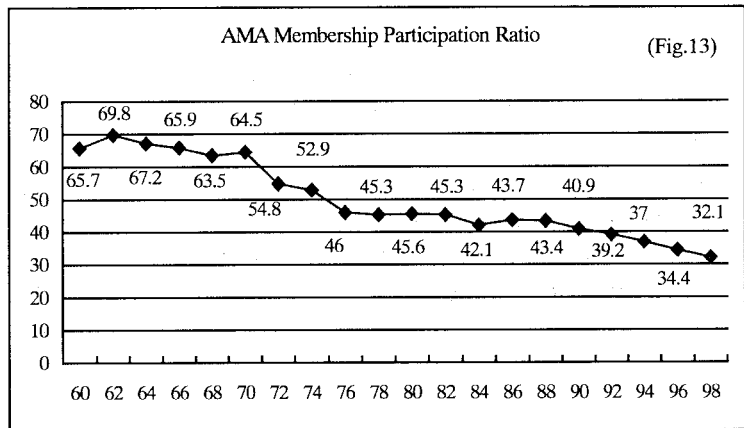
In addition, since AMA members now include medical students, the number of licensed physicians in the AMA as a share of all U.S. physicians has fallen to 32.1% (252,072 of 784,147) by 1998.

By contrast, in 1960, 183,000 of 278,000 physicians were AMA members, as shown in Figure 13, for a membership participation ratio of 65.7%.

In the intervening 38 years, the total physician population increased 280%, or an average of 17,000 to 18,000 physicians per year, while AMA membership increased only 140%, or an average of 1,830 members per year. Thus the AMA membership participation ratio has fallen almost in half.



Source: AMA



Source: AMA

The decline in AMA membership has been particularly acute in the past few years. A recent survey found that each year about 30,000 new members join, but 31,000 members cancel their membership. As a result of this situation, the AMA naturally places increasing importance on programs both to recruit new members and retain existing members.

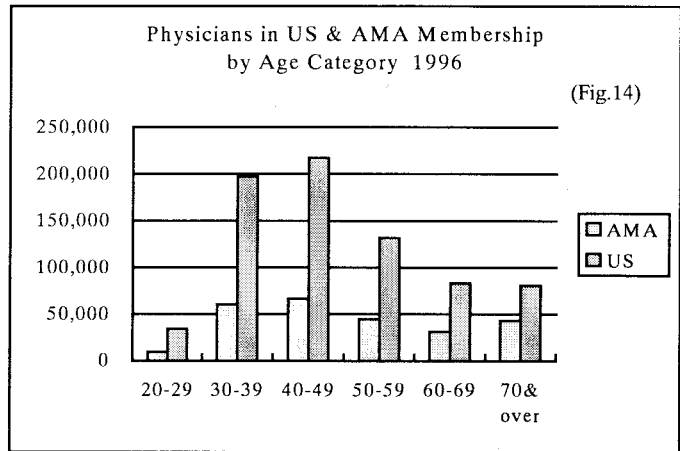
Figure 13 displays the result of the actual trends in membership and number of total physicians: the gradual reduction in the AMA membership participation ratio. Each decade the ratio declines by 10 points: 60% in the 1960s, 50% in the 1970s, 40% in the 1980s, and 30% in the 1990s. If the total number of physicians continues to increase at the same rate, the membership participation ratio will become even worse, assuming continuation of present membership losses.

This trend is not only affecting the AMA but also state and county medical societies. Many state medical societies reported lower membership ratios to the 1997 Interim Meeting, and passed resolution calling on AMA leadership to develop programs to attract more members. These resolutions resulted in the formation of the Task Force on Membership with representatives from all sections of the AMA. While earlier efforts at increasing membership through an outreach program and a retention program had been developed, they have not at this point resulted in an increase in total membership.

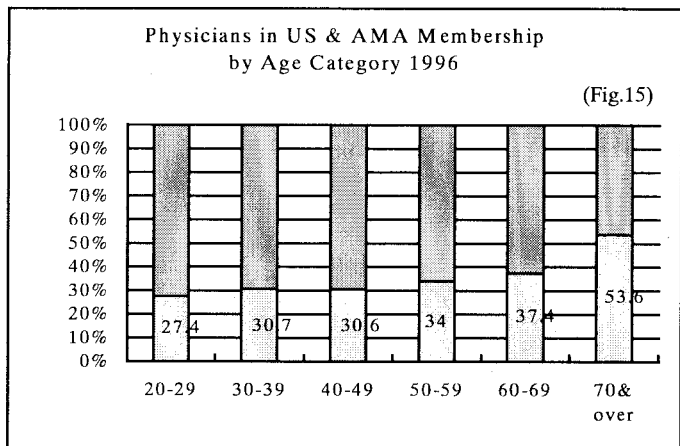
4-2. Age Distribution of U.S. Physicians and AMA membership

Figure 14 shows how most physicians in the United States are in their 30's and 40's, and looks much like the similar data from Japan (in Figure 6). Low physician participation ratios in the AMA among younger physicians also mirror similar conditions in Japan.

When comparing participation ratio among older physicians, particularly in their 50's, the contrast is stark. Over 80% of physicians in Japan over 50 belong to the JMA, but in the U.S., about 30% of physicians from 60 to 69 years old belong to the AMA, the same figure as for physicians between 30 and 39 years old. And while AMA has a 53.6% share among physicians over 70 in the U.S., there are not many physicians in this category, so this high share has little impact on the overall AMA membership participation ratio. As part of its overall membership strategy, the AMA has developed



Source: AMA Fact Book 1996



Source: AMA Fact Book 1996

“Special Interest Groups.” Each group is designed to attract and retain members with programs tailored to different constituencies, in order to increase overall membership. The MSS*, RFS**, and YPS*** encompass the youngest members of the AMA, and thus its future.

They plan incentives to attract early membership, and programs designed to overcome the problem of members leaving at transition points in their careers, including the transition from medical student to resident, and the transition from residency to regular physician.

These three groups are also the most active of the AMA's Special Interest Groups, and contribute to the vitality of the organization overall by participation in the AMA policy-making process. For the JMA to maintain its current high participation rate among older physicians, it will be necessary to increase the rate of participation among younger physicians.

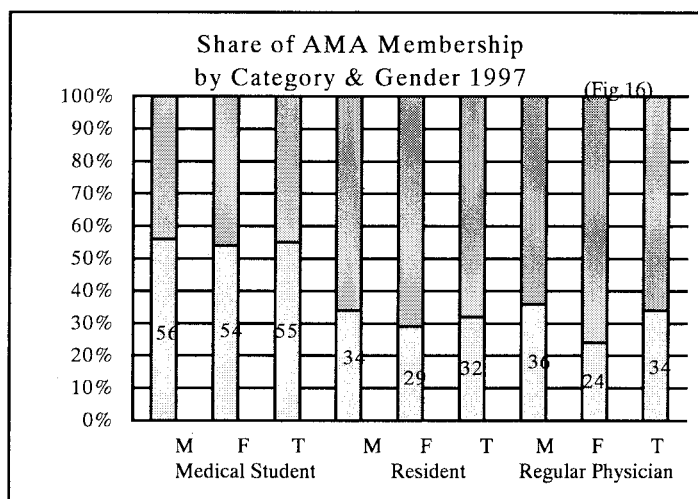
4-3. AMA Membership by Category & Gender, 1997

(Table 1)

Membership Category	Male	Female	Total
Medical Student	22,636 / 56%	15,540 / 54%	38,136 / 55%
Resident	21,001 / 34%	10,959 / 29%	31,960 / 32%
Regular Physician	192,373 / 36%	31,158 / 24%	223,531 / 34%

Source: AMA Web Site

The Table1 shows share of AMA Membership by Category and Gender, and Figure 16, shows that while over half of medical students join the AMA, the rate falls by 20% for residents. The AMA is also developing programs to cover this critical transition period. One measure under discussion will give medical students who join for four years a free year of membership as a resident.



Source: AMA Web Site

Still, residents are much busier than medical students, spending most of their time treating patients in hospitals and taking GME*, and have less time to spare on membership activities. This may account for some of the decline in participation. For regular physicians, the rate of female physician participation drops again to 24%. In the past, women had not been a part of the central leadership within the AMA and organized medicine generally.

But with the arrival of President Dickey, the number of female physicians in the AMA can be expected to rise somewhat. At the same time, the participation ratio of male physicians rises slightly from residents to regular physicians. They may join the AMA because they feel the AMA supports them in issues that affect their day-to-day practice.

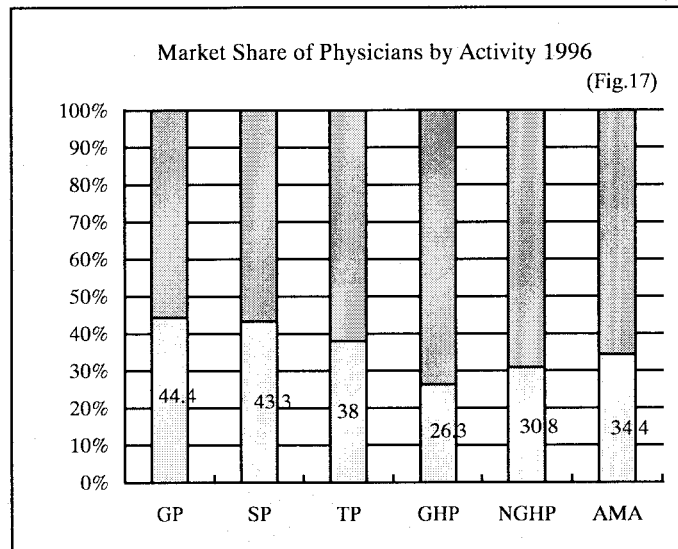
4-4. AMA Membership by Practice Characteristics

(Table2)

Overall Participation Ratio, 1996	34.4%
Office Based Physician	
• Group Practice (GP)	44.4%
• Solo Practice (SP)	43.3%
• Two Physician Practice (TP)	38.0%
Hospital Based Physician	
• Government Hospital (GHP)	26.3%
• Non Government Hospital (NGHP)	30.8%

Source: AMA Fact Book 1996

As Table 2 and Figure 17 show, the practice category with the highest rate of participation in the AMA is the Group Practice category, with 44.4%. Solo Practice follows with 43.3%, and Two-Physician Practice (TPP) with 38%. All of these office-based practices had participation rates higher than the average rate of 34.4%. The AMA is particularly useful in supporting physicians in the rapidly-developing world of managed care, and this is reflected in the higher rate of participation among physicians in group practice.

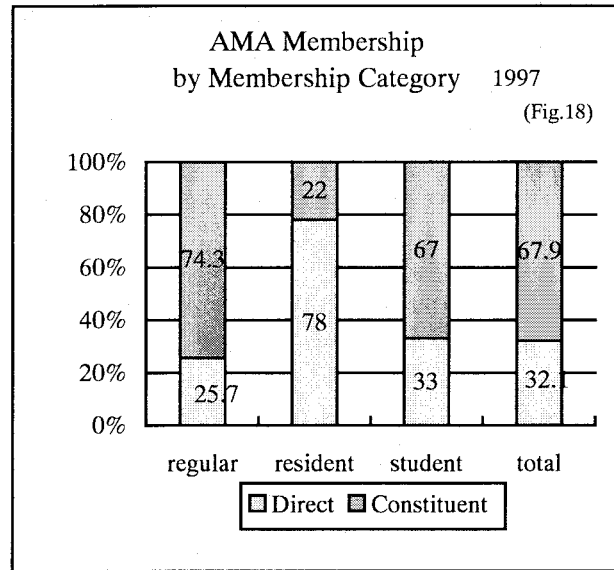


Source: AMA Fact Book 1996

On the other hand, physicians in government hospitals (GHP) and non-government hospitals (NGHP) alike had lower-than-average participation rates, of 26.6% and 30.8% respectively. Physicians in the military and government service also have lower than average participation rates, and lower the average for the entire AMA.

4-5. AMA Membership Structure

The most distinctive feature of the AMA is that its membership includes medical students as regular members. Another feature different from Japan is the existence of "Direct Members" who join the AMA without joining a constituent state and county medical society, through the AMA web site or through the mail. Most residents join this way, as shown in Figure 18.



Source: AMA Fact Book 1996

AMA members formerly had to join through their state societies, but since the 1970s state after state removed this requirement. Only Illinois, Ohio, Delaware, and Mississippi retain this requirement in 1999. Nevertheless, as shown in Figure 18, 74.3% of regular AMA members join through their state medical society. For all AMA members, 68% join through their state society, and 32% are direct members. Medical students in particular join state medical societies at a high rate; heavily discounted memberships are one reason for their success.

Types of AMA members:

1. Active Constituent:

Members of constituent associations who are entitled to exercise the rights of membership in their constituent associations, including the right to vote and hold office, as determined by their respective constituent associations and who fulfill at least one of the following requirements

2. Active Direct:

Active direct members are those who apply for membership in the AMA directly rather than through a constituent association. Applicants residing in states where the constituent medical association requires all of its members to be members of the AMA are not eligible for this category of membership unless the applicant is serving full time in the United States Army, the United States Navy, the United States Air Force, the United States Public Health Service or the Department of Veterans Affairs. Active direct members must fulfill at least one of the following requirements:

The above two types of members must meet the following conditions:

- a. Possess the degree of Doctor of Medicine or its equivalent.
- b. Possess an unrestricted license to practice medicine and surgery.
- c. Are resident physicians serving in medical or osteopathic training programs approved by an appropriate accrediting agency.
- d. Are medical students enrolled in a medical school or in a college of osteopathic medicine, approved by an appropriate accrediting agency.

3. Affiliate Members:

Affiliate members may attend AMA meetings but may not vote, hold office or receive publications of the AMA except by subscription. Affiliate members are not subject to dues or assessments.

- a. Physicians in foreign countries who have attained distinction in medicine and who are members of their national medical society or such other medical organization as will verify their professional credentials.
- b. American physicians located in foreign countries or in possessions of the United States who are engaged in medical missionary, educational or philanthropic endeavors.
- c. Dentists who hold the degree of D.M.D. or D.D.S. who are members of the American Dental Association and their state and local dental societies.
- d. Pharmacists who are active members of the American Pharmaceutical Association.
- e. Teachers of medicine or of the sciences allied to medicine who are citizens of the United States and are ineligible for active membership.
- f. Individuals engaged in scientific endeavors allied to medicine and others who have attained distinction in their fields of endeavor but who are not eligible for other categories of membership.

4. Honorary Members

Physicians of foreign countries who have achieved pre-eminence in the profession of medicine and who attend a meeting of the House of Delegates of the American Medical Association may be honorary members of the AMA

Honorary members may attend AMA meetings but may not vote, hold office or receive publications of the AMA except by subscription. Affiliate members are not subject to dues or assessments.¹

¹ Source: AMA Bylaws

4-6. AMA Membership Dues Categories

(Table3)

Table3 shows AMA Membership Dues Categories and the particular structure of discounts offered to different kinds of physicians. Regular members pay \$420 per year, but if they join for five years, they receive one year free, and pay the reduced amount annually for five years.

New physicians receive discounts for the first two years of practice. Physicians employed in military medical facilities also receive discounts. Residents pay \$45 for one year of membership, or \$120 for a discounted three-year membership.

Residents and regular physicians alike are not enrolled in medical malpractice insurance through their membership fees.

AMA Membership Dues Category	
Physicians	
Annual Regular Membership	\$420
First Year in Practice	\$210
Second Year in Practice	\$315
Military Physicians	\$280
*Special 5 Year Membership	\$336/yr
Residents	
Single Year Membership	\$ 45
3 Year Membership	\$120
Students	
Fourth Year Student (1 year)	\$ 20
Third Year Student (2 years)	\$ 38
Second Year Student (3 years)	\$ 54
First Year Student (4 years)	\$ 68
Single Year Student Membership	\$ 20
Retired Physician	
Fully Retired	\$ 84
Semi-Retired	\$210
*All dues, regardless of category, are paid annually	

Source: AMA Web Site

Medical student members can join the AMA for \$20 per year, and receive a discount for 2-year to 4-year memberships. Medical students who joined for three or four received an essential reference work, *The Drug Book*, as a special membership premium though 1999. Beginning in the fall of 1999, however, this premium will be changed to *Steadman's Medical Dictionary and CD-ROM*. These kinds of premiums have been successful in increasing the number of long-term medical student memberships, and the new premium is also expected to increase membership further.

The topic of reduced revenue because of multi-year membership discounts will be addressed in more detail later in this report. On one hand, total revenue from membership decreases. But on the other hand, the reduction in the cost of membership is part of an overall membership promotion program, and offers several benefits to the AMA, including the ability to continue communication with members, and further ascertain their needs.

4-7. Membership Special Interest Groups

The AMA creates the Member Special Interest Groups for the purpose of ensuring each member's opinion can be heard. So that any member can have a meaningful voice, there are ten special interest groups that amplify the voices of smaller affinities within the AMA.

The AMA has nine Special Interest Groups designed to give a voice to individual physicians within the AMA.

- Medical Student Section
- Resident and Fellow Section
- Young Physicians Section
- Organized Medical Staff Section
- International Medical Graduates Section

The above five groups are structured as representative bodies just as the House of Delegates is for the entire AMA. Resolutions are debated within each Section Assembly for consideration for sending to the AMA House of Delegates, assigned to a Section Governing Council for action, or rejected.

- Senior Physician Services
- Women Physicians Services
- Minority Physicians Services
- Group Practice

These specialty groups advise the AMA Board of Trustees directly. They give a voice to healthcare and workplace issues of their constituencies, and policies to address their needs.²

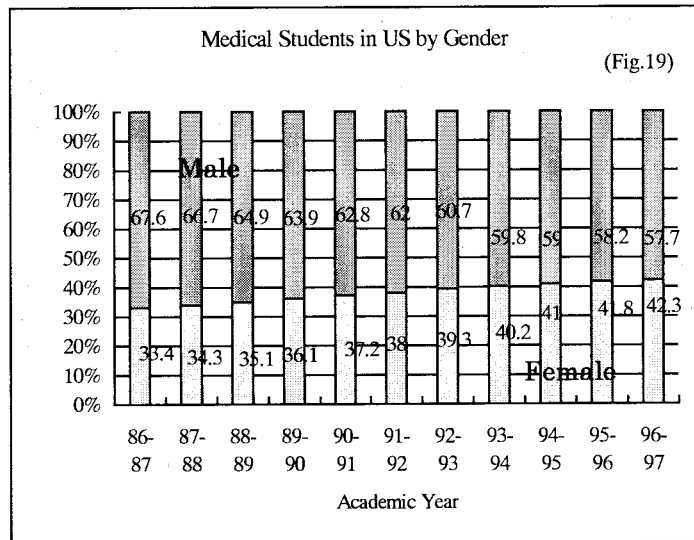
² Source: AMA Web Page

4-7-1. AMA Medical Student Section (MSS)

1) Established: 1978.

2) Purpose:

- Addressing issues such as promoting public health, service to the community, medical ethics, and participating in the healthcare policy process
- Distributing information on medical education, residency training, internship opportunities for medical students
- Providing value for medical student members

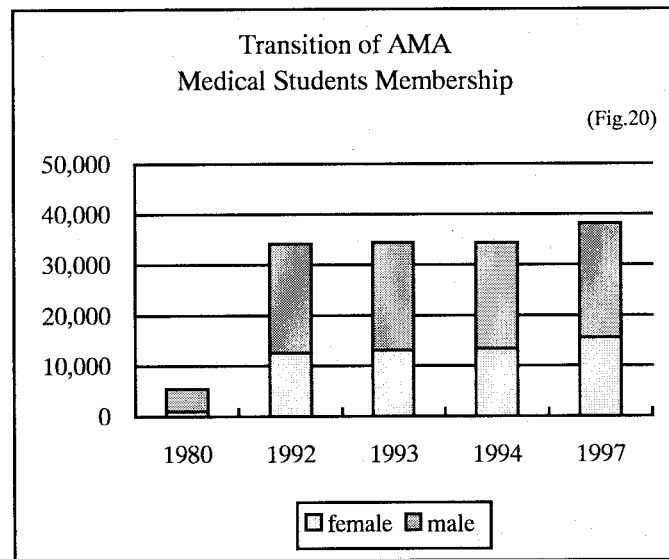


Source: AMA Web Page

3) Number of members: 38,136 / 1997

4) Meetings:

Medical Student Assembly prior to AMA Interim Meeting and AMA Annual Meeting



Source: AMA Web Page

5) Leadership: MSS Executive Council with regular meetings throughout the year. MSS sends one voting representative to the AMA Executive Council, AMA Committees and the House of Delegates.

6) Policy Advocacy Activities:

Protecting the freedom of medical students to choose their own specialization, while promoting greater incentives to increase the number of primary care physicians

The AMA gives grants of \$2 million annually to 141 medical schools through the AMA Education Foundation. The purpose of these grants (an average of \$16,000 per school) is to promote medical education and activities of medical students associations. Each school has a Medical Student Chapter, which is not a direct organ of the AMA, but serves as a liaison for the AMA-MSS. Medical students have more free time than other members of the AMA, and over 50% of them join the AMA, due to the membership promotion activities of these school chapters. One such program involves a competition among chapters for recruiting new AMA members.

The most successful chapters are given \$200 prizes. Although the amount of money is almost trivial, such incentives have been highly successful in attracting large numbers of new recruits. The champion chapter increased the participation rate at its medical school to 79% among first-year medical students. As mentioned in the previous section on membership fees, the rate for medical student members is a small fraction of membership for regular physicians (\$20 compared with \$420 per year). Until this year student members also received a textbook on pharmaceutical drugs, necessary for the second year of medical school, if they joined for three or four year memberships.

The retail price of *The Drug Book* was \$120, a much higher value than the \$54 for a three-year membership or \$68 for a four-year membership. This high value gave medical students a compelling reason to join the AMA. When introduced in 1988, *The Drug Book* contributed to a 10% increase in the membership rate among medical students. This year, a new premium will be substituted: *Steadman's Medical Dictionary and CD-ROM*, with a retail price of about \$35. The attraction of the new premium is that it will be distributed at the time of signing up for membership, while *The Drug Book* was distributed five months after the beginning of the school year.

The *Medical Dictionary* will also be imprinted with the AMA logo, and include promotional materials welcoming new members, to increase awareness of the AMA. This program has been tested in several states as a pilot program, and met with considerable success. It is expected to increase the participation ratio among first-year medical students. Nevertheless, it remains to be seen whether the reduced retail value of the new premium (\$35 compared with \$120) compared with AMA dues will be as effective.

New Medical Students:	17,000 – 18,000 per year	
New AMA Medical Student Members	8,090 (1997-1998)	participation rate 45%
	9,350 (1998-1999)	participation rate 52%
	13,000 (expected 1999-00)	expected rate 72%

Multi-year memberships for medical students reduce the retention costs dramatically, even though at the same time AMA revenue appears somewhat lower. As part of membership strategy, the value to the AMA of multi-year membership is perceived to outweigh the costs. Multi-year membership allows the AMA to spend less on retaining members, and to remain in contact with members.

In order to address the problem of falling membership rates among residents (only 35% compared with 53% among medical students), the AMA is conducting a pilot program to give a free year of resident membership to medical students who join for four years. In return, students who sign up for this program agree to fill out a detailed survey. The benefits for the AMA are in obtaining useful information and maintaining effective communication.

Other membership benefits for medical student members including a subscription to MS-JAMA. It contains articles drawn from JAMA, but also special features aimed at medical student life in general. In a survey of medical students, 65% mentioned MS-JAMA as the main reason for joining or renewing their AMA membership. Another version is being developed for distribution via e-mail, which will allow the AMA to communicate effectively with medical students about information of special interest. The same survey found that 79% of medical students would see an e-mail newsletter as a reason for joining or renewing, and is thus expected to have a large impact.

While incentives are worth pursuing, the AMA as an organization must also exercise discretion in deciding which benefits members really want, as well as balance the needs of members and the costs of incentives. The MSS section in particular provides a high level of benefits for a very low cost to members through multi-year memberships. Even though the cost of providing benefits is not low, it has been demonstrated that the value to the AMA is high, since MSS members are the future of the AMA. In the AMA, expenditures for medical students are considered to be an investment in the people on whom the AMA will come to depend in the future.

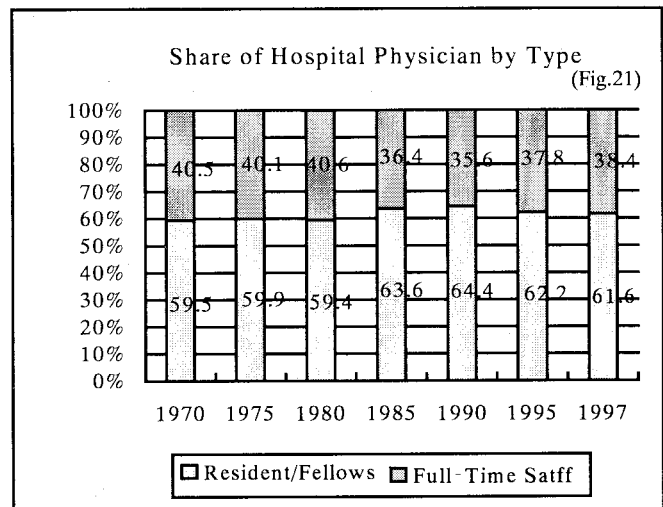
MSS activities are supported by the Department of Medical Student Services of the AMA. This division supports membership recruitment programs and membership retention programs through liaisons with chapters at each medical school. The MSS also has a voting representative on the Executive Board of the AMA and each committee, as well as in the House of Delegates. The MSS Assembly also included members of the Medical Student Sections of other specialist medical societies. Each medical school chapter also sends representatives to the MSS Assembly. The AMA gives each chapter information about how to conduct membership recruiting. In addition, the AMA pays chapter representatives travel expenses and subsidizes chapter activities. In 1998 at the MSS Assembly before the Interim Meeting, each chapter tried to send as many representatives as possible, by raising the recruitment rate.

4-7-2. Resident and Fellows Section (RFS)

1) Founded: 1974

2) Purposes:

- Educate residents and fellows about graduate medical education and healthcare policy issues
- Build a representative capable of exercising influence over AMA policy
- Developing leaders among younger physicians



Source: Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA

3) Meetings: Assemblies prior to AMA Annual Meeting and Interim Meeting

4) Leadership: Executive Council, meeting throughout the year as needed. RFS sends voting representatives to the AMA Executive Council and AMA committees, as well as to the House of Delegates.

5) Structure: States, territories, and the military send one representative for every 100 RFS members. Other specialty medical societies with RFS organizations send representatives or observers to the AMA-RFS Assembly.

6) Publication: “Resident Forum” in JAMA covers legal and regulatory issues and other topics of concern to residents and fellows.
 “Code Blue” monthly newsletter devoted to issues of residents and fellows, including social, economic, and legal issues.

The AMA-RFS consists of resident physicians and fellows. Until 1998 it was called the Resident Physician Section (RPS). Its name was changed after a proposal the 1998 AMA Interim Meeting was approved at the 1998 AMA Annual Meeting. The AMA-RFS membership structure features a majority of direct members who do not join through their state societies. Most are also employed by hospitals, as shown in Figure 20. The AMA provides support for the AMA-RFS through the “AMA-RFS Awards and Grants.” Residents and fellows can propose projects to be funded by the AMA, which promote goals identified in AMA policies. Recipients of these grants must also receive support from their county medical society or specialist medical society.

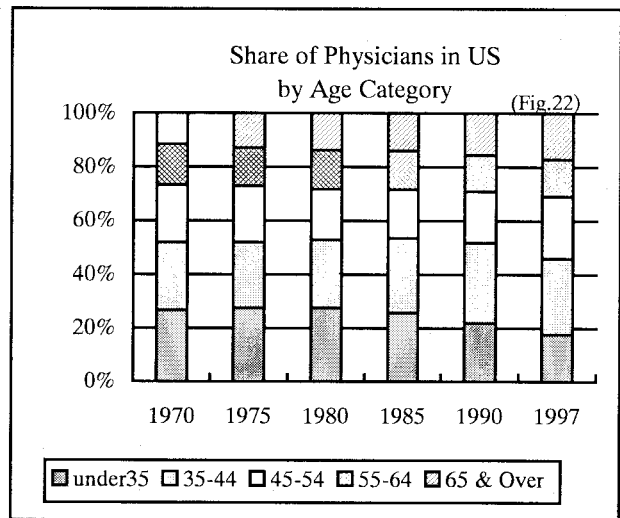
At the AMA Annual Meeting and Interim Meeting, the AMA also funds AMA-RFS members to participate in the AMA National Leadership Conference. This provides another incentive to participate in RFS activities.

The AMA also supports House Staff organizations. This group consists of residents in hospitals supported by GME training funds. These organizations consist of all RFS members in a particular hospital. They address issues of medical management of concern to residents, and at the same time provide the hospital with a single location to contact all residents. When a House Staff group is formed, the hospital usually covers the AMA membership fees of the residents. One example of a House Staff is in Tulane University Medical School. By forming a House Staff, the AMA gained 422 new members in a single hospital.

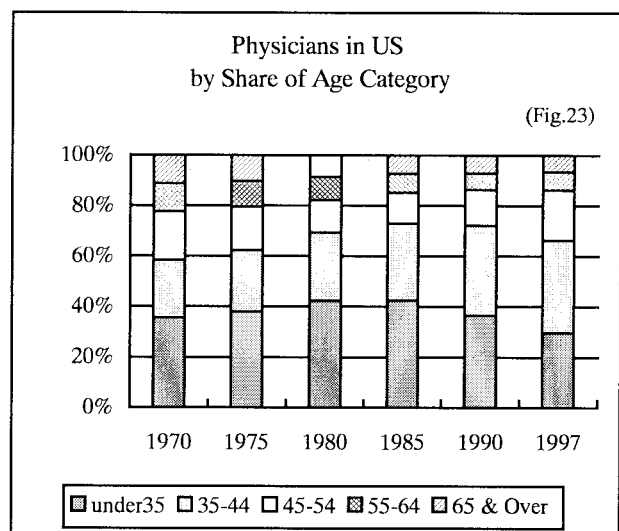
The AMA also takes an active policy stance opposing reductions in payments from the Medicare system to teaching hospitals for GME. The AMA Washington Office devotes considerable energy to lobby activities on this issue.

4-7-3. Young Physicians Section (YPS)

- 1) Founded: 1986
- 2) Purposes:
 - Increase number of younger physician members
 - Protect the interests of patients and physicians under managed care and in any legislative decision
 - Developing leaders among young physicians
- 3) Number of members: 50,000 / in 1996
- 4) Membership qualification:
 - Physicians under 40, or in the first five years of practice
- 5) Meetings:
 - Assembly before AMA Interim and Annual Meetings
- 6) Structure:
 - Young physicians representatives from each state society and 34 specialty associations with YPS sections
- 7) Leadership:
 - Executive Council, meeting throughout the year as needed. YPS sends voting representatives to the AMA Executive Council and AMA committees, as well as to the House of Delegates.



Source: Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA



Source: Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA

The age distribution of physicians in the U.S. indicates that 43% of physicians in the U.S. are under the age of 45. As Figure 22 shows, however, 66% of woman physicians are under 45 years old. This means that woman physicians have a large share of YPS membership. The first YPS member of the Executive Council, Dr. Benjamin, was a family practitioner from Alabama. The Woman Physician Council also has a high participation from younger women. Ways to improve the opportunities for women in leadership roles in organized medicine are an important issue for the YPS.

i. Measures to achieve goals and results

1) Increase number of young physician members of AMA

The YPS conducts its own membership recruitment programs, in addition to general AMA membership outreach programs. The YPS has recruited over 3,000 members in this manner. The YPS and the AMA have been developing specialized publications and services targeted at young physicians since that time.

2) Protecting patients' rights and the interests of physicians

The YPS implements the following programs to achieve this goal:

- For emergency medicine, inserting clauses about the judgement of "prudent layperson" to ensure coverage for serious conditions
- Development assistance for AMA-approved programs
- Guide to contract negotiations for young physicians

3) Developing leadership

The YPS operates a leadership development program at the YPS Assemblies to develop the next generation of leadership for organized medicine. This program trains future leaders by conducting seminars on such topics as public speaking and lobbying activity.

ii. Activities of the YPS and results

1) Obtaining representation on the AMA Executive Council

In 1994 the YPS succeeded in gaining representation on the AMA Executive Council. This assured that the views of younger physicians are heard when major policy decisions are made.

2) Removing Medicare provisions to reduce compensation to physicians in their first four years of practice

The AMA-YPS won an important victory in 1993 when Medicare made payments to all physicians equal. Previously, physicians in their first four years of practice had received lower reimbursements under the Medicare system. The Washington Office of the AMA coordinated a successful grassroots campaign which mobilized thousands of young physicians nationwide to change the Medicare provisions which discriminated against physicians in their first four years of practice.

3) Community service

The YPS sponsors and gives grants to programs of community service such as free medical care for the homeless and lower-income people, public health aware awareness events, disaster relief, overseas volunteer activities, efforts to prevent drug abuse, anti-tobacco campaigns, programs to stop domestic violence, volunteer programs at AIDS clinics, and mass media campaigns for health promotion.

iii. AMA-YPS 1998-1999 Strategic Planning Resolution (Draft)

The AMA-YPS must advocate and lobby for policies to protect the rights of patients and the interests of young physicians. This mission includes promoting the development of medical knowledge and medical technology, and improving public health through the following measures:

- 1) Supporting the development of organized medicine for the future
- 2) Aiding young physicians to become more involved in AMA and regional medical society policy development

iv. Healthcare environment of young physicians and their medical practice

The current environment in which young physicians practice medicine has become increasingly complex. Managed care threatens physician autonomy, changes the intimate connection between patients and their physicians into a more problematic relationship between contractual partners, and raises serious issues of control over the provision of medical care. It is not possible to exaggerate the economic impact of managed care on young physicians. The environment of organized medicine has not been open to young physicians. The AMA has not spoken for young physicians, who have neither the time nor the money to participate more effectively. As a result, there seems to be no reason for young physicians to participate in organized medicine. Therefore it is important for the AMA to recognize that young physicians are full members in organized medicine, and have the right to representation.

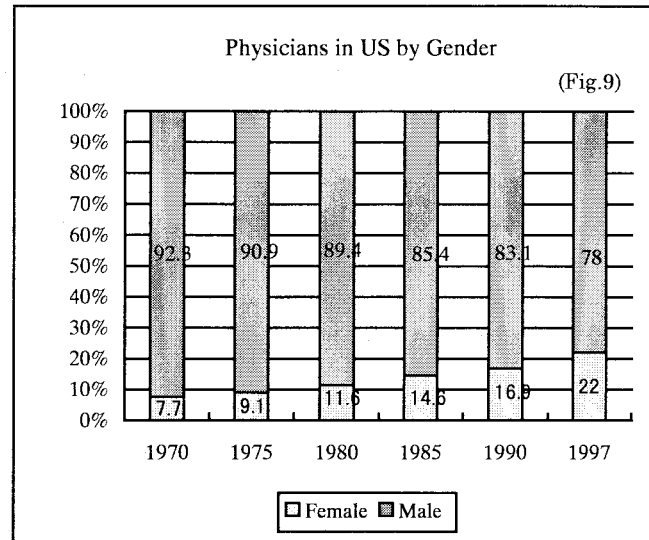
The YPS promotes young physicians as leaders in the AMA, regional medical societies, and their communities.

Methods:

- Improving the awareness among young physicians of leadership opportunities
- Sponsoring a leadership development seminar at the YPS Assembly
- Continuing support for organizing Young Physician Sections in state and county medical societies
- AMA Services and Resources useful for young physicians in their medical practice
- Managed Care
- AMA Advisory Network
- Limited to AMA members, the AMA provides a list of physicians, lawyers and business consultants involved in managed care.
- Study Meetings: Strategies for Handling Change

4-7-4. Women Physician Congress (WPC)

- 1) Founded: June 1997,
- 2) Target: Women physicians and medical students concerned about issues facing women physicians
- 3) Purpose:
 - Providing a direct means of influence for women physicians in the AMA
 - Creating opportunities to affect national healthcare policy and make declarations on important issues concerning women's health and women physicians



Source: Physician Characteristics and Distribution in the US 1999 Edition, AMA

4) Goals:

- Increase the share of women physicians in leadership roles at the highest executive levels of organized medicine, academic specialties, and in the workplace.
- Expand the role of the AMA in advocating policies important for women physicians
- Leadership development, training, and education to improve the professional capabilities of women physicians
- Build bridges for cooperation among the AMA, the American Women's Medical Association (AMWA), women physicians in specialist societies, and other organized efforts by women physicians
- Supporting a balance between professional life and personal life
- Establishing a mentoring forum for women physicians, and developing leadership networks and providing communication
- Monitoring trends and issues in workplace issues with an effect on women physicians
- Engagement with issues related to women's health
- Increasing the number of women physicians in the AMA and other organizations of women physicians

In 1997 the 167,517 women physicians in the United States comprised 22 % of all physicians. Their numbers are rising, and even within the AMA with the decline in membership among male physicians, the market share of the AMA among women physicians seems secure. By February 1998, 406 women had signed up for the WPC, but by May 1998 over 1,000 had joined. The AMA web site was updated to include a page for women physicians, and JAMA editor provided a new page called "JAMA Women's Health" covering women's health issues in recognition of the expanded effort to reach out to women physicians in the AMA.

The influence of women on leadership is small compared to men. The AMA declared September to be "Women in Medicine Month," and AMA President Dickey sent a special message to women physicians declaring that the AMA and organized medicine will work at all levels but especially at the national level to promote the interests of women physicians. The WPC is also establishing liaisons at the state and local level. In the future the WPC is expected to play a leading role in improving the position of women physicians in the AMA and organized medicine generally.

5. AMA membership strategy discussion and analysis

5-1. Outreach Program

The Outreach Program is a campaign designed to bring nonmembers into the AMA through individual efforts by AMA members with their fellow physicians. Each category of outreach program and its successes are described below. Outreach programs have contributed greatly to gains in membership, and increased revenue. On the other hand, it is not clear how long the members recruited through outreach programs remain members of the AMA.

The AMA Membership Marketing Department reported that the following outreach programs are currently underway.

- | | |
|--|------------|
| 1. House of Delegates Outreach Program (HOGDOP) | since 1984 |
| 2. Organized Medical Staff Section Outreach Program (OMSSOP) | since 1989 |
| 3. Young Physicians Section Outreach Program (YPSOP) | since 1987 |
| 4. Resident and Fellows Section Outreach Program (RFSOP)
(known as the On Call: Member Get-a-member Program (MGAM)) | since 1992 |

Members who recruit other members in the above four outreach programs are presented with awards at the Interim Meeting and Annual Meetings each year.

- | | |
|---|------------|
| 5. Medical Student Section Outreach Program (MSSOP) | since 1984 |
|---|------------|

There are several reasons why the MSSOP has been successful.

- The AMA sponsors recruiter training sessions before the Annual and Interim meetings.
- The AMA Outreach Staff supports recruiter efforts
- State and local medical societies also provide support for recruiters.

The AMA has been successful in recruiting additional members not only through the outreach program but also by recruiting activities by state medical societies, and by members joining the AMA directly without joining state or local medical societies.

5-2. Retention Program

The AMA retention program, like the outreach program, forms a key part of AMA strategy. As mentioned before, multi-year membership discounts for medical students and residents, and five-year membership discount plans for regular members, may appear to have a negative impact on revenue from membership dues. At the same time, multi-year memberships reduce the cost of retaining members. They also allow better control over information about members. Multi-year discounts are therefore seen as beneficial for the AMA.

1) Communication from AMA Leadership

A strong leadership role for top AMA leaders to establish direct contact with the new members is seen as responsible for the success of the House of Delegates Outreach Program, and plays a large role in the retention program as well. Their priorities (in order) are with direct members, returning members, young physicians, and International Medical School Graduate (IMG) members. AMA leadership includes the AMA Board, Sections, the Executive Council, House of Delegates, and past AMA Presidents. Along with statements welcoming new members, the leadership is planning direct contact programs to improve member satisfaction with the AMA and encourage members to continue their membership.

2) Communication from the leadership is seen as having the following impact on members:

1. Enhancing the value of membership for new members
2. Increasing awareness that AMA cares about membership
3. Provide opportunities for improved, two-way communication
4. Allow AMA leaders to be more effective in their roles by gathering direct feedback from membership.
5. Improve market share by reducing turnover among new members

3) Expected impact on federation

1. Direct members are not members of state medical societies, but they can be recruited for membership in state societies.
2. Members of regional societies and direct AMA members both count in the calculation of the number of delegates which a state society sends to the House of Delegates
3. AMA members who are also members of specialty societies can vote to increase the number of delegates for a particular specialty society.

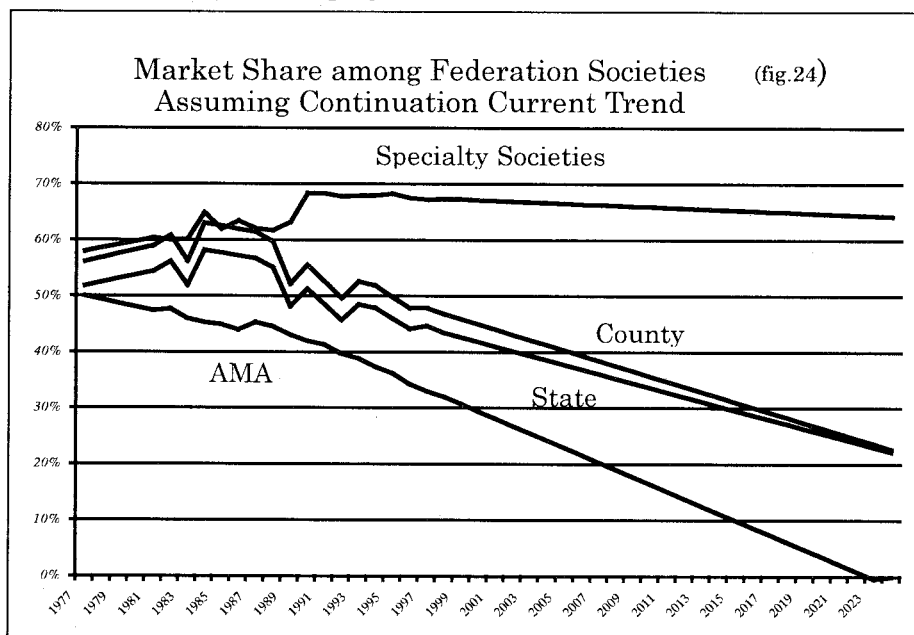
5-3. The House of Delegates Task Force on Membership

1. Falling AMA Market Share

At the 1997 Interim Meeting, a delegate from Texas made a statement on the problem of long-term decline of AMA and State membership. This led to the formation of a task force, composed of top leaders of the AMA across existing functional divisions, charged with developing methods of recruiting new members and retaining existing members. The Task Force on Membership (Task Force) members were from the Medical Student Section, the Resident and Fellows Section, the Young Physicians Section, and the Minority Affairs Consortium, the IMG Group, the Organized Medical Staff Section, Group Practice Section. The appointment of representatives from each category of AMA membership signified the importance of concentrating all the efforts of the AMA in addressing membership issues.

The Task Force presented a report to the 1998 Annual Meeting. As shown in Figure 23, if the AMA did not change current membership policy, it was projected that AMA market share would

fall to zero by the year 2023. The report also warned that state society market share trends were similar to the AMA's market share trends lagged by twenty years.



Source: AMA Web Page

The Task Force also pointed out that both for nonmembers and members there was little connection between individual physicians and the leadership of organized medicine, and that both programs and policies provided few opportunities to reflect the opinions of the membership. First, the Task Force conducted hearings with each section of the AMA to find out where problems with membership existed. The following problem areas were identified:

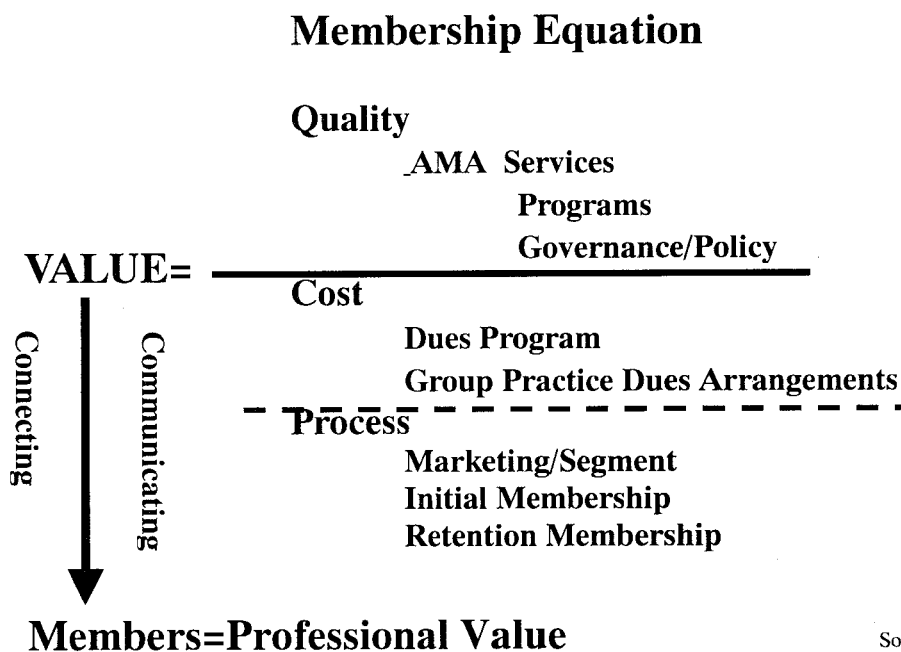
- lack of two-way communications between the AMA and grassroots members
- problems retaining members when they move, from medical student to resident, from resident to first-year physicians, and changes in location, specialty, and mode of practice
- Need to expand cooperation among AMA, state and county medical societies, and medical specialty societies
- Strategies for membership recruitment and retention, including dues options, benefits, and ways to attract members in group practice
- Wide range of AMA products and services available for providing benefits to members

- Addressing problems with membership service, existing problems and responses.
- Problems with membership application and approval process: different formats for state and county societies' forms, dues collection period differences, and other complex issues which work to discourage desire to join AMA

2. Value for Members

The Task Force considered value for members according to the diagram in Figure 25. Membership issues were considered to be linked directly with the relevance of membership for individual physicians. They found that the AMA should address needs of members of the AMA and local medical societies, by developing and implementing programs, products, policies, and services which address those needs directly.

(fig.25)



Source: AMA Web Site

The task for the AMA is to maximize value for its members. The AMA is also a business enterprise, with a large publishing operation and considerable investments in real estate. Revenue from business operations provides roughly two-thirds of overall revenue. In other words, membership dues contribute roughly one-third of AMA revenue. The cost to members is only the amount of their dues, but the quality of benefits provided can be three times higher. Thus, the value of membership far exceeds the cost of membership dues.

Furthermore, each category of membership and group practice arrangements allows for many kinds of discounts. But the benefits of membership are the same for all members, thus the value of membership varies greatly.

The Task Force placed high importance on individual members. Through ongoing research, they are considering the needs of members, and potential members, and programs, policies, services, and other activities to meet these needs.

3. Impact of Falling Membership Level

- 1) Clear impact on revenue: reduction in dues collected
- 2) Weakening of influence of AMA in lobbying efforts as representative of all physicians. This reduces the value of the AMA to members and potential members.

4. Reasons for Decreasing Membership

- 1) Structural changes in the culture of organized medicine. Physicians at the grassroots level feel distance from organized medicine. The AMA is perceived not to respond to this problem, and the leadership has not addressed issues sufficiently, nor have opportunities for communication with members and potential members been created in organized medicine.
- 2) When recruiting members, the procedures for joining medical societies, and for paying dues, are complicated and inefficient. Sometimes these problems deter new members and make delivery of benefits more difficult.

5. Friction between State Societies and AMA over Group Practice Discounts

Resolution H-555.975 Dues Reduction

- (1) It is the constitutional duty of the AMA House of Delegates to set the membership dues structure.
- (2) Any reduction of the level of dues within each category of membership can only be done with the approval of the House of Delegates.
- (3) *The AMA Board of Trustees will actively seek the cooperation of the state and component medical societies before and during any negotiations on reductions in the level of dues for groups* (Res. 603, A-92; Amended by Task Force on Membership 2, A-98).

Recruitment and retention of membership is an important topic for organized medicine. Doctors, particularly younger physicians, are increasingly likely to practice medicine as part of a group rather than as a solo practitioner.

In 1990, the AMA developed a pilot project designed to raise membership among physicians in group practice. They planned to offer incentives in the form of memberships discounted according to the scale of the group practice. This strategy had both positive and negative effects. Many new members were recruited with the cooperation of state medical societies. However, according to AMA Policy 555.975 Section 3, the AMA was obligated to cooperate with state medical societies during the negotiations, and this restricted the ability of the AMA to proceed with many group practice recruitment efforts. This regulation was proposed in 1991 by the California Medical Society, as a solution for a case in which the AMA extended discounts without notifying the local medical society. There are some state and county societies which will not negotiate in conjunction with the AMA. They fall into three categories:

- States and counties which do not allow the AMA to contact members or offer discounts, even if groups express their willingness to the AMA
- States and counties which have longstanding barriers to AMA recruiting efforts in their area, in which group practice recruitment is also not possible
- States and counties which initially cooperate with the AMA in group marketing, but have suddenly excluded the AMA at the last stages of negotiations.

Policy 555.975 was designed to improve cooperation with the three kinds of local medical societies listed above. When the AMA offers discounts to physicians in group practice, that group can easily turn to state and local societies and request similar discounts. Local medical societies thus feel a direct impact in the form of reduced revenues. Furthermore, individual members are not happy that group practice physicians can join at reduced rates. And unlike the AMA which offers a free year of membership for a five-year membership paid in advance, most states and counties do not have a similar plan.

Because of these concerns, the AMA is revising Policy 555.975 since it blocks efforts to raise membership by direct negotiations with physicians in group practice. While the AMA continues to cooperate with state and county medical societies as full partners when possible, revision of the policy allows the AMA to approach groups directly in membership outreach events, and continue national outreach programs. These changes allow the AMA to increase membership among group physicians directly, but on the other hand many state medical societies are not pleased with this kind of outreach by the AMA. They fear the increased use of discounts will force future discounts for non-group members as well. It also raises questions about the meaning of the concept of "federation" under which cooperation between the AMA and local medical societies is highly valued. Future development of the AMA depends on continuation of this concept.

Example of AMA recruitment of group practice physicians:

● Henry Ford Health Plan

In cooperation with the Wayne County, Oakland County, and Michigan State medical societies, the AMA succeeded in recruiting the 1,500 physicians in the Henry Ford Health Plan into group membership. This was the largest number of members recruited in any single case before. However, this case also highlighted the existence of different procedures required for membership for the county and state medical societies. The complications resulting from different membership procedures suggests the possibility of developing a single unified model to simplify membership procedures.

Second Report of the Task Force on Membership at the 1998 Interim Meeting

1. Short-term issues

i) Issues in administration of membership

- 1) Items related to recruitment, membership procedures, and payment of dues
The complications of different procedures of applications and dues payments for different societies were identified as a barrier to recruiting. New procedures for a universal application form and dues collection should be developed
- 2) Sending information
A new goal was set for improving the exchange of information between the AMA and state medical societies, and extending assistance to state medical societies that do not have computerized record systems.
- 3) Credit cards
Extend assistance to states that do not allow payment of dues by credit card
- 4) Lack of coordination on dues payment deadlines

Differences in dues periods are a barrier to recruitment and retention programs.* The Task Force supports a resolution which would require conversion of dues payment deadlines of the AMA and all other medical societies to March 1st, effective 2001.

* The AMA has developed recruitment and retention activities for certain time periods. But in some states during the same time period, there are some members whose do have not come to the end of their state membership period. The outreach and retention efforts by the AMA do not discriminate between members and nonmembers, and have the disadvantage of making members dissatisfied with the AMA.

ii) Cost of Membership

The AMA is considering revising its dues structure into a three-tier structure, and conducted a survey to assess member response. Pilot projects are also being conducted in which state and county societies receive incentive payments according to their success in recruiting new members for the AMA. Further development of similar projects is planned for the future.

The Task Force is not advocating an organization based entirely on low dues. Rather, it emphasizes building an effective organization that increases value so that members can be more effective in their medical practice.

iii) Membership Services

Many members and constituent medical societies expressed dissatisfaction with the level of service and information available from the AMA, including:

* Unanswered phone calls * unanswered mail * insufficient or incomplete answers

The Task Force recommended improving the AMA service center to address this issues.

2. Long-term issues

Many physicians feel no connection to the AMA and organized medicine generally. This kind of physicians have no opportunity to make their views known about the use of membership dues, the selection of leadership, and determination of policies. Many intangible benefits are not widely known to members, and they question the value of membership. The AMA and other medical societies also are perceived to have little knowledge of the changing needs of members and potential members. Two-way communication with physicians at the grassroots is also seen as insufficient. In particular, the rapid growth of managed care has an immeasurable impact on every aspect of medical practice. But despite the hopes and expectations of many physicians, for many reasons the AMA is not seen as taking leadership or supporting physicians on these issues.

i) Special Interest Groups

Time-limited interest groups (MSS, RFS, YPS) are perceived as important for recruiting and retention efforts, because they bear the future hopes of the AMA.

1) Importance of the Life Cycle Approach

Example: medical students who join for four years receive their first year of residency membership for free. Also, medical students are encouraged with discounts and other incentives to join as multi-year resident members before graduating medical school.

The RFS sponsored a project by the Tulane Housestaff Association, the organization of residents at Tulane University Hospital. The university sponsored membership for residents in the AMA, and local and state medical societies.

For the MSS and RFS, member benefits are adjusted to the level of training. The AMA requires very low dues of medical students, and views them as an capital investment in the future of the organization.

2) Importance of developing improved communication methods with leadership of each section

Establishing a liaison person in charge of communications with each medical school and resident program will improve the ability of medical students and residents to participate in organized medicine and propose policies for reform.

3) Mentoring activity: support from established physicians

Targets: Medical students, women physicians, minority physicians

Location: Local areas

Method: Chapter advisors for medical student chapters, development of guidebook for mentors, and development of virtual mentoring programs for woman physicians and minorities

4) National Leadership Development Conference

Each year in March the AMA sponsors a seminar to train future leadership, and invites political leaders as guest lecturers for question/answer sessions. In 1998 President Clinton was the guest of honor, and in 1999 former President George Bush will speak. The AMA is developing programs to support participation, particularly for medical students and residents.

6. Proposals: Possibility of Applying Lessons from Study of AMA

6-1. Features of AMA Membership strategy

The AMA conducts activities at the national level, speaking for the medical profession on issues beyond any one region or specialty. It makes the views of organized medicine known to the national administrative, judicial, and legislative bodies of government and to the public at large. It is the only organization capable of doing all of the above to express the position of physicians in clinical and medical education settings. Therefore, its mission is to seek out the opinions of its members on issues they consider of vital importance, and take charge of resolving these issues. The main consideration of members of the value of the AMA as the national medical society is not tangible benefits, but efforts by the AMA to provide programs and advocate policies that support physicians in their lifelong commitment to the medical profession.

The AMA's mission is to increase this kind of value for its members. The AMA taskforce proposes timely programs to support the needs of individual members in a timely and targeted fashion. To ascertain the changing needs of physicians in a rapidly changing healthcare environment, the AMA makes extensive use of marketing research expertise. At the same time, it has created Special Interest Groups to address the various needs of different kinds of physicians. The three groups for the youngest members—the MSS, RFS, and YPS—are also the most active groups, and contribute greatly to AMA activities. Moreover, with the rising number of woman physicians in the U.S., the Woman Physicians' Group provides support for expanding the opportunities for women to rise to top leadership roles in organized medicine. This effort further raises the image of the AMA among woman physician members of the AMA. Under the leadership of President Dickey, increased activity of the Woman Physicians' Group is spreading throughout the membership. The awareness of the importance of members in a membership organization and the development of further policy advocacy activities representing the medical profession are part of the AMA's strategy. The various components of the AMA membership strategy, which involve meeting particular needs of particular kinds of members, is expected to turn around the declining AMA membership rate, and result in increased membership. The following excerpt from AMA Board of Trustees Membership Issues Committee on membership Chairman J. Edward Hill, MD, to the 1998 National Leadership Conference illustrate these ideas:

The Three Rs For Leaders of Organized Medicine to Handle Membership Issues

- **Responsiveness**

The current healthcare environment is changing rapidly; so, too, are the expectations of physicians and their demands on organized medicine. Leaders must be prepared to respond to these changing needs.

- **Relevance**

Leaders must address the needs and concerns of physicians. As leaders we must convey what we are already doing and what we will do for their patients, for their medical practice, and for their workplace concerns.

- **Reality**

A sense of commitment should also be accompanied by a good sense of reality. Do not simply say something and be blamed?

Summing up the lessons of this research on AMA membership strategy, it is clear that these three Rs are already a part of the ordinary activities of the AMA. It is a very large organization, and it is usual for the activities in a large organization to be overlooked by its membership. Aware of its immense size, the AMA must extend its own hand to members, beyond cooperation and coordination with state and local medical societies. The AMA feels directly responsible for the

needs of its own members. Nevertheless, the AMA's role as discussed above is primarily as a voice for the medical profession in policy advocacy at the national level. Most members consider this the most important role for the AMA.

If the AMA loses its clear stance as the lobbying representative of physicians, it is possible that the trend of losing membership will continue into the future.

The strategy of the AMA for improving its membership participation ratio involves the following three elements. First it must continue its role as the representative of physicians in lobbying activities. This means identifying a leader of the AMA, and responding to the needs and concerns of members. Second, the AMA must build the confidence of its members. Third, it must provide services and benefits for members, including publications, goods, and a web site, and a support staff. These efforts will probably result in an increase in membership.

Along these lines, passage of the bipartisan patients' rights bills under discussion in Congress will bolster the AMA's position. Many state legislatures have passed their own versions of the law, but President Dickey considered national legislation to be a key priority for the AMA. If a patients' rights bill passes, the negative impact of managed care on the medical practice by self-employed physicians will be somewhat mitigated, and the autonomy of physicians will be protected.

Moreover, this legislation will be seen as a successful lobbying effort led by the AMA to protect patients and represent the concerns of physicians, which may in turn lead to an increase in membership. On the other hand, anti-tobacco advocacy by the AMA did not lead to increased membership. It is probable that anti-tobacco lobbying was not a direct concern to members. Managed care, on the other hand, is clearly a concern for most members, and its future mission lies in addressing their needs directly.

The AMA is naturally already considering many of these measures. Nevertheless, many physicians consider the AMA to be a conservative, traditional organization. The image of the AMA, rather than its activities, may be the reason for declining membership.

6-2. Possibility of Application of concepts of AMA membership strategy to the JMA

This section develops the concepts behind AMA membership strategy and the tools it uses, then explores the possibility of applying them to the JMA.

i) Application of marketing techniques to membership

The AMA conducts surveys, not only of members, but also of all physicians nationwide. They do so using their masterfile of all physicians in the U.S. The masterfile is an enormous database equivalent to the lists kept by the Japanese Ministry of Health and Welfare as a result of the Physician, Dentist, and Pharmacist Census studies. Using the masterfile data, the AMA has constructed three services on their web page: Doctor Finder, Group Finder, and Hospital Finder. These services allow online access to current locations of all doctors, groups and hospitals nationwide.

Members have listings with greater detail than nonmembers, and all are open to the public. From the surveys conducted using the masterfile, the AMA applies marketing research methodology and techniques to obtain information. This data becomes one influence on AMA policies and programs.

One organization in Washington, D.C. serves as a clearinghouse for general ideas about membership organization operation: the American Society of Association Executives. The AMA implemented ideas found in the ASAE publication *Keeping Members* in developing its own membership strategy. This book emphasizes the importance of market research for solving membership problems. As the environment in which healthcare is provided changes, market research is necessary to collect information and ascertain the changing needs, desires, and demands of members.

The JMA may also need to address changes in its membership structure, the age structure of physicians, and the healthcare environment in order to maintain its high membership rate.

*** Suggestions for the JMA: Implementing Market Research**

Questions effective for membership opinion surveys, seen as effective in market research

1. The value of benefits of JMA membership

- Setting medical ethics standards
- Policy advocacy, representing all physicians
- Developing policy proposals
- Assisting physicians in their medical practice
- Providing member services
- Members-only web page

2. Suggestions for policies that the JMA should undertake for patients and physicians

- Display several options

3. The value of publications

- JMA Journal
- JMA News
- AMJ

4. The value of information provided for clinical research and medical practice

- Special information for clinical research
- Special information on medical management
- Employment opportunity information

5. The value of various methods of obtaining information

- Mail
- Telephone
- Fax
- Electronic media: email, CD-ROM, floppy disk, web pages, other online services

6. Value of consulting services

- Fee schedule
- Legal counsel
- Medical management

ii) Special Interest Groups

As discussed above, the AMA created Special Interest Groups to reflect the concerns of various kinds of members in AMA policy. The concept behind their creation is that individual members have individual needs and concerns. There are currently ten such groups, but they have not spread to cover all members. The major groups are the three younger member groups, the MSS, RFS, and YPS, and since they are the generation that will support the AMA in the future, the AMA invests heavily in their support.

This study indicates a need for the JMA to target younger physicians, particularly employed physicians, and woman physicians, in order to preserve its relatively high membership participation ratio. State and local medical societies, and specialty medical societies in the U.S. have also begun to build their own younger member special interest groups. It is possible that these groups will solidify representation of each member category. Even states without a dedicated special interest group usually have a liaison responsible for coordinating activity in a given member category. All of these groups signify the importance of a unified voice for each category of membership in determining the direction of lobbying activity.

*** Suggestions for the JMA: Create Special Interest Groups**

1. Possibility of application of Special Interest Groups in Japan:

- Trainee Section
- Employed Physicians Section
- Young Physicians Section
- Women Physicians Section
- Other Sections

Each of these sections would operate at the county, prefectural, and national levels. In each location, a liaison would direct its activities, just as the AMA has contact people in state medical societies. The benefits of these sections would be to identify needs of all physicians in each category, and make possible the collection of requests and suggestions. They will also contribute to the activities of the JMA.

iii) **Establishing a Web Forum for Members**

The AMA members-only web site has fourteen separate forums where members can express their opinions on various issues. Forums are used as a valuable tool for the AMA to shape policy in response to concrete requests from member feedback. One of the elements identified by the Task Force, as a cause of the decline in membership was poor communication between grassroots members and the AMA. These member forums allow the leadership to respond directly to members, and establish two-way communication. They are an important method for bridging the distance between grassroots members and the AMA. Market research conducted by the AMA found that most members desired communication by mail. Among younger members, and especially medical students, communication by e-mail was the most preferred method. Since there is no data on the extent of personal computer ownership by members or their usage, it is not known how often these web forums are used. Nevertheless, it is likely that the possibility of two-way communication has contributed to an image of the AMA as a more open organization.

*** Suggestion for the JMA: Create a web forum on the members-only web page**

- Several forums based on different themes
- Suggestions from members (to complement existing members-only fax line)

Although the extent of computer usage by JMA members is not known, it is likely that such a forum would increase the image of the JMA as an open organization. A pilot project of this forum has been implemented already on the JMARI web page.

iv) **E-mail Members**

AMA lobby activities conducted in the AMA Washington D.C. Office are designed to influence national policy. They have established “e-mail members” and use email to send news to members at the grassroots level every Friday. Members are given information about how to lobby from the local level up to the national level. There are about 9,000 email members at present. Medical students have been particularly interested in receiving news by email. Email contact is reported to have a high impact on member recruiting and renewals.

*** Suggestions for the JMA:**

1) Send news to email members by email

There are many instances where email members are being registered online to receive current news. The JMA homepage also displays articles from the current JMA Journal, JMA News, and notices from the Board of Trustees.

2) Allowing members to use an email address that contains “jma”

Many universities in the U.S. have developed programs to allow alumni to maintain permanent addresses that contain the name of their university. Giving members an email address that contains the name of their organization is thought to be one effective method to improve the adherence of members to the organization.

v) **Providing opportunities for mentoring**

The AMA encourages opportunities for local mentors to meet with residents and medical students. Established physicians give advice on professional development. The experience of these physicians provides valuable lessons that are not taught through medical school, internships, GME, or CME. This service is most important for residents.

*** Suggestions for the JMA: Build mentoring opportunities**

- Target: trainees, woman physicians, employed physicians, young physicians including both members and non-members
 - Location: at the local level
- Mentoring will lead to increased recruitment and retention, and broaden opportunities to participate in JMA activities

vi) Provide Consulting Services

The AMA has an advisory network that gives members information from experts in managed care, including physicians, lawyers, and consultants. These activities are particularly valuable for younger physicians beginning their medical practices. The AMA also publishes a series of guides for medical practice.

*** Suggestion for the JMA: Establish a Consulting Service on Medical Management**

- Publish a series on management of medical practices
- Sponsor seminars by healthcare consultants
- Create a section on the JMA web site on medical management issues

7. Conclusion

The AMA is a large organization with a 150-year history, a 1200 member staff, and a Washington, D.C. office dedicated to lobbying. The AMA also operates as a business enterprise with considerable investments in real estate, and a large publishing business. One must remember that the AMA is also the national organization of physicians. To learn about the organization, one can obtain vast amounts of well-organized, high-quality information directly from its web site. The AMA provides extensive services for its members, and appears to provide an organization commensurate with its membership dues. But the AMA has been troubled by a continuing decline in membership. Excluding medical students, the AMA membership as a share of all physicians has fallen well below 40%.

By creating special interest groups, the AMA hopes to build an organization for all members of each type, and ascertain issues and needs specific to each group. Ultimately, special interest groups are designed to make it possible to convey the voices of individual members to the central leadership of the AMA, and give them some influence on the direction of AMA policy. Members of the Medical Student Section, the Resident and Fellows Section, and the Young Physicians Section are particularly active in the AMA policy process, and their positive participation reflects the spirit of the younger generation of AMA members. There are many generations in the AMA, and many different categories of members. Each member may perceive different issues, needs, get different value out of AMA membership, and have different ideas about the direction of AMA policy. Issues thus emerge out of a bottom-up rather than a top-down process. It is much more important to have policy generated from the voices of grassroots members, rather than the projections of top leadership.

The AMA also generates revenue from operations other than membership dues. Thus, members receive benefits in excess of what their membership dues alone would support. The vast volume of information generated by the AMA, however, may lead individual physicians to wonder how to use all of it, and precisely what benefits are available to them. The AMA, beginning with the Task Force on Membership, is assessing ways to address the needs of all of its members, establish new means of two-way communication, and develop ways to deliver appropriate benefits. Sometimes the top leadership places “welcome calls” to individual new members.

The AMA is a huge organization with a highly refined organization. More than simply increasing members, its traditional mission has been at the heart of the healthcare policy process. In the U.S. if the AMA were to increase its power, it could alleviate some of the problems caused by managed care. Reduced freedom for physicians and the increased direct regulation of medical treatment is good for neither physicians nor patients. If patients’ rights legislation becomes law, the AMA hopes that it will be able to reduce the power of HMOs even to a small degree. Still, it is possible that not every member supports the AMA’s mission to return physicians to their former power as healthcare providers through political action. The value of joining a weakened AMA may be questionable for nonmember physicians.

For the AMA to represent all physicians, and maintain its influence over national healthcare policy and issue policy statements, it must regain a high level of membership participation, like the JMA has. For the AMA to attract and retain members, it must strengthen the foundations of its membership quickly. The AMA should also strengthen its leadership, and have a clear voice to convey vitality and energy and gather members.

The JMA must find ways to strengthen its presence as both a professional organization and a policy advocacy organization, in its mission to protect the health of all citizens, and represent the voice of physicians in national healthcare policy. In order to achieve these goals, the JMA must maintain its current high level of membership participation. This report suggested several relevant strategies used by the AMA to improve its organization that may be useful for the JMA to consider when planning its own strategies.

References

- George Breen, A.B.Blankenship ; Do it yourself Marketing Research Third Edition McGraw-Hill Publishing Company 1989
- Peter Cloon; Strategy and strategy creation, Rotterdam University Press 1974
- Lawrence W.Bass; Management by Task Force, Lomond Publications Inc.1975
- Arlene Farber Sirkin, Michael McDermott; Keeping Members : The Myths and Realities , American Society of Association Executives, August 1995
- Donald Ethier (Contributor), David Karlson, Kay Keppler (Editor); Association Membership Basics : A Workbook for Membership Directors and Members, Crisp Publications, July 1997

American Medical Association

- Resident Physicians Section 1998 Leadership Handbook
- Medical Student Section Internal Operating Procedures, Digest of Actions:1979-1996
- 1999-2000 AMA-MSS Leadership Opportunities
- AMA web-site <http://www.ama-assn.org>

News Paper

- The New York Times 4/27, 4/30, 5/1, 5/4
- The Boston Globe articles 5/10

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第12号

非売品

アメリカ医師会における会員組織率
向上戦略に関する研究

発行 日本医師会総合政策研究機構
〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
日本医師会館内 TEL03(3942)7215

平成11年 6月 発行