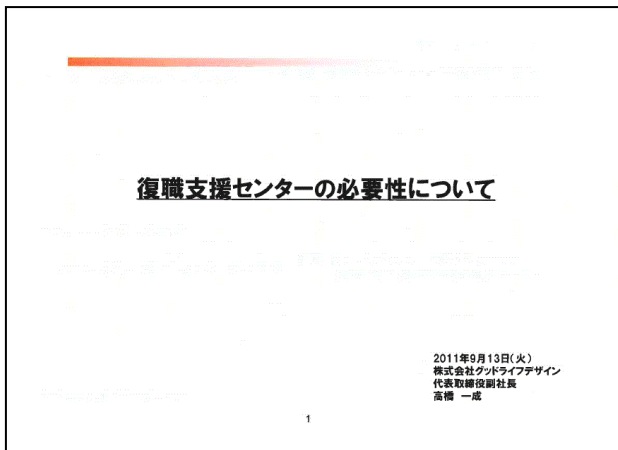


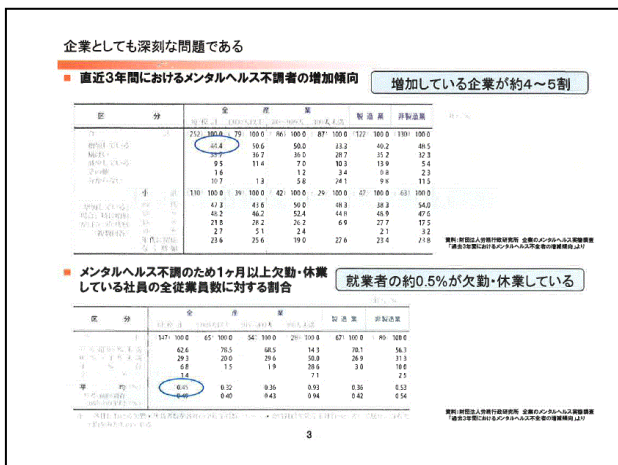
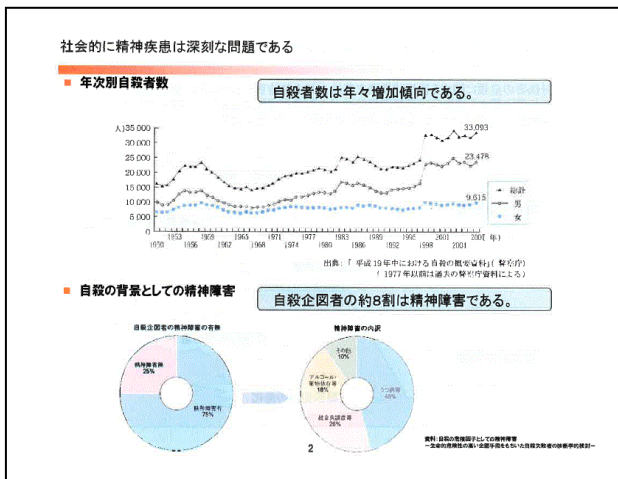
#### 4. 高橋一成委員講演「復職支援センターの必要性について」(2011年9月13日)



時間をかけて検討したものではない素案だが復職支援について話す。私は現在グッドライフというトヨタと三菱商事の出資会社に出ているが、三菱商事では医療機器や医薬品の流通を効率的に行って皆様に喜んでいただくことを中心に考えてきた。グッドライフは会社職員や家族の健康をお守りすること、病院のアウトソーシング受託などが業務だが、私が目指しているのは職員や家族、地域の方たちの健康管理をどうすればいいのか、ということ。

健康管理は大きく分けると体と心の2つ。体はどこに行けばどんな医療が受けられるのかが比較的わかっており、極論すればそれほど困っていない。一方、心の面は極めてわかりにくく、企業の中でも対応に苦慮しているところ。それに対する解決策について仮説を立てた内容を本日発表させていただく。

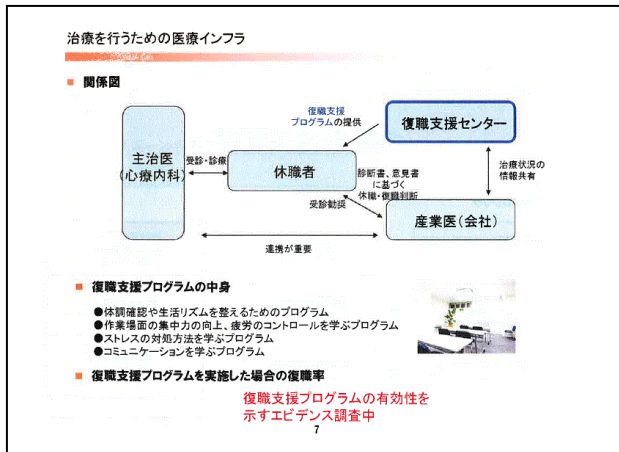
心の問題の分かりやすい例として、自殺者が3万人を超えているということがよく言われる。自殺の背景としては75%が精神障害で、中でもうつ病が圧倒的に多い。



企業としても深刻な状況で、直近3年間でメンタルヘルス不調者が増加している企業が4割から5割ある。実感としてもメンタルで不活性の人たちが周囲に増えていると感じるところ。

また、メンタルで会社を休んでいる人たちは約0.5%、従業員1,000人であれば5人は休職しているという状況。IT産業、金融、公務員、教師が特に多いということだが、商社も例外ではない。

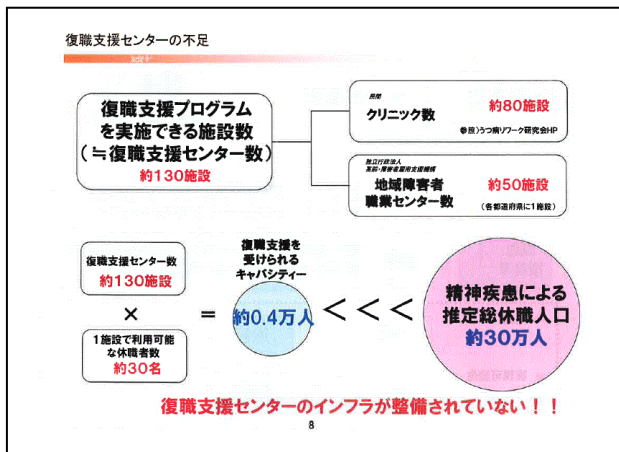




今行われている休職者治療の関係図。休職者には必ず主治医がいるが、主治医は休職者の味方で、会社を辞めなくてもよいように「就労可能」という診断書を出す。ところが会社に来ると椅子にも座れないということが現実にある。

企業で言えば、休職・復職は人事が最終判断するが、産業医の意見を聞く。ところが産業医は基本的に内科医でメンタルに関しては専門ではないので、主治医が「就労可能」と言うならいいのでは、という感じで復職させ、その結果休職を繰り返して結局職場が混乱するという現状がある。

産業医の上に書いた「復職支援センター」が現在圧倒的に少ない。復職支援プログラムとは、体調確認や生活リズムを整えるなどの他、デイケア施設を使い、30人から50人ぐらいの規模で、背広を着てネクタイを締めて朝から6時間ぐらい色々やってみるという擬似職場体験のようなことや、最後は実際に復職した時の挨拶を互いに行ってみて「復職できる」「会社に行ける」という勇気を確認し合う、といった内容。この効果は五十嵐先生（メディカルケア虎ノ門院長）などに確認したいが、こういった分野をわが国で実際にやられている方は非常に少ない。



復職支援センターが少ないと言ったが、五十嵐先生のうつ病リワーク研究会に加入しているクリニックが約80施設。その他に、規模は大小あると思うが、各都道府県に1つずつ地域障害者職業センターといった所があり、そこでうつの復職支援などをやっているの、130カ所ぐらいか。1施設の許容人数が平均30人程度と考えると、プログラムに参加できる人数は4千人ほど。一方で休職者は約30万人。一部の知っている人がやっとたどり着くが、実際には一杯で入れないというレベル。

なぜ少ないのか、センターのドクターに聞くと2点。1つは医療職が集まりにくい。例えば対象を限定するなど、医療職の人たちがやりやすい形にする工夫が必要。

精神科デイケアの診療報酬が低い

現状の診療報酬では約3割程度低い。

例)一般的な精神科デイケア施設の事業収支

| 項目    | 金額         |
|-------|------------|
| 売上    | 88,075,000 |
| 費用    | 18,075,000 |
| 売上総利益 | 70,000,000 |

事業収支の内訳

| 項目           | 金額          |
|--------------|-------------|
| 売上           | 88,075,000  |
| 売上(計⑧=③×④×⑤) | 70,000,000  |
| 人件費          | 53,275,000  |
| 賃料           | 18,200,000  |
| 内装工事費償却      | 4,500,000   |
| 固定費          | 1,500,000   |
| 一般管理費        | 6,000,000   |
| 水光熱費・環境清掃費等  | 1,500,000   |
| 広告宣伝費        | 5,000,000   |
| 費用(計⑦)       | 88,075,000  |
| 売上総利益(⑧-⑦)   | ▲18,075,000 |

診療報酬: 700点(現状)の場合、年間約200万円程度の赤字。  
赤字約200万円÷年間受診者数約1万人 ⇒ 200点程度の診療点数の不足

医療職人数: 最低5名必要

もう1つは経済的な理由で、現状の診療報酬では約3割は低い。

一般的な精神科デイケア施設の事業収支を考えてみた。収容人数が50人の大規模施設と仮定し、医療職を4人として、施設面積は1人当たり面積が大体決まっているので、賃料、内装工事費等を含めて事業収支が算出できる。ただし実際には、統合失調症や痴呆など穏やかで手のかからない人達の場合はともかく、医療職は5~6人は必要で、それを人件費に織り込み、稼働率80%として概算してみると約2千万円、受診者数で割ると200点、3割は足りないという結果。

精神科デイケアの対象疾患

精神科デイケアを対象疾患別に分ける

精神科デイケアの対象疾患(参照)

|          |      |
|----------|------|
| ●統合失調症   | ***% |
| ●その他精神疾患 | ***% |
| ●うつ病     | ***% |

10

現在 700 点の保険点数は精神科デイケアで一本化されているが、うつは日本の生産性と非常に関わるもの。一方で人数は推定だが精神科デイケアの数%ではないか。だとすれば、うつを統合失調症やその他精神疾患と分けて、保険点数 1,000 点ぐらい付けてもよし、そうしないと企業のメンタル対策が成り立たないのではないか。

現在ある施設は立地が良く、東京なら虎ノ門、名古屋は名古屋駅、大阪は中之島、そういうところでない人が来ないということもあるが、人が来ても赤字の場合が多い。

生産性にしても健康管理にしても、産業界で今一番大事なのは心の問題ではないか。先述のように「予防」が非常に重要で、休職に至る前に、予防的にデイケアに週に 1 回程度行ってみるとか、風邪をひいた時のように簡単にいけるインフラが必要。現在はメンタルの人がどんどん増える一方で、対応するインフラは増えないという状態。本日は概算だけだが、それほどコストをかけずに社会的インフラを作ることが可能と考えている。

(了)

(文責：日経調医療改革研究会事務局)

## 5. 林諄委員講演「経営改革を通じた日本医療の再生戦略」(2011年10月4日)

|   |
|---|
| <p style="text-align: center;">「経営改革を通じた日本医療の再生戦略」</p> <p style="text-align: center;">株式会社日本医療企画<br/>代表取締役社長<br/>林 諄</p>  |
| <p style="text-align: center;">なぜ今医療経営改革が必要なのか</p> <p>病院勤務医・看護師の不足や地方の医療荒廃、救急患者のたらい回し、医療事故の増加—など、わが国の医療は現在、“医療崩壊”と言われる状況に陥っている。こうした状況を招いた要因としては、医療費抑制政策による医療機関の資金不足や医療の高度化・複雑化、患者の権利意識の高揚などによる投資費用の増大などが挙げられている。</p> <p>現状を打開するために現在、医療費の増の必要性が声高に叫ばれており、消費税の増税を視野に入れた「社会保障と税の一体改革」が進められているが、国内経済が低迷しているうえ、わが国のさらなる少子高齢化の進展に鑑みれば、税財源だけで賄うのが困難である。</p> <p>一方、患者の権利意識の高揚によって、インフォームド・コンセントやサービスの充実に対する期待値も大きくなっている。</p> <p>厳しい税財源下で高まる患者の要望に responding していくためには、医療の質と患者サービス、効率性のすべてを高める病院の経営力の向上が不可欠である。つまり、医療再生を図るためには「ヒト・モノ・カネ・情報」の側面から適切なマネジメントを実践できる、病院の経営改革が必要なのである。</p> <p>経営の悪化した病院が良質な医療サービスを提供できるはずはない。</p> <p style="text-align: right;">2</p> |
| <p style="text-align: center;">医療機関の抱える経営課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師・看護師などの医療者の確保と育成</li> <li>● 専門職による縦割りの組織をまとめあげる院内連携の充実</li> <li>● 医療の質と効率性の向上の両立</li> <li>● 医療の高度化への対応</li> <li>● 地域連携への対応</li> <li>● 医療機能の選択と集中に向けた経営戦略</li> <li>● 接遇を含めた高まる患者のニーズへの対応</li> <li>● 医療訴訟・クレームの増加に対するリスクマネジメント</li> <li>● インフォームド・コンセントの充実</li> <li>● 制度リスクへの対応</li> <li>● ICT化の推進 etc</li> </ul> <p style="text-align: right;">3</p>  |
| <p style="text-align: center;">経営改革に向けた提言</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成</li> <li>2. 全職員参加型の医療経営に向けた組織づくりと経営本部の確立</li> <li>3. 医療経営機能評価制度の設立</li> <li>4. 提供する医療サービスに見合う対価としての診療報酬制度の構築</li> <li>5. 寄付金などの資金調達多様化</li> <li>6. 経済成長策としての医療の推進</li> <li>7. 国民に対する啓発活動の推進</li> </ol> <p style="text-align: right;">4</p>  |

普段は出版が専門で、こういった場で体系的な話を  
する機会があまりなく、その意味で支離滅裂なことを  
言うかもしれないが、この研究会のテーマである医療  
改革に少しでもお役に立てれば幸いと思う。

率直に言うと、今の日本はある意味で無政府状態。  
国家が非常に深刻な財政難にある中で、一部では崩壊  
と言われる医療の建て直しは、政府や国家に頼ること  
は非常に難しく、自立的な経営という視点から医療を  
改めて見つめ直す必要があると思っている。

釈迦に説法だが、経営と言っても人それぞれ見方が  
あり、変化対応業だと言う人もいれば、セコム最高顧  
問の飯田さんのように、大変化の時代に対応なんかし  
ていたら来る日も来る日も対応に追われてきりがなく、  
経営とは変化を作り出すこと也、と言う人も。あるい  
はドラッカーのように「顧客の創造だ」、イノベーション  
の面から言えばシュンペーターのように「創造的な  
破壊、破壊的な創造を」と言う人もある。

一般的な企業としては全天候型、つまりどんな状況  
でも悪ければ悪いなりに生き残りを考えて対応するこ  
とが経営かと思うが、長年医療界を見てきたが、そう  
いった要素がこれだけ根本的に欠落している分野も少  
ない。人の生命に関わるから他の分野とは違う、特殊  
だ、非営利だという名の下に、極端に言えば行政が箸  
の上げ下げまでして面倒を見てきた。古き良き時代は  
それなりに機能したが、残念ながら現在は政治も最悪、  
行政もだめで、何としても医療分野の中に経営の要素  
を深く注入する必要がある。一般企業と同じ経営をや  
れと言うわけではなく、経営の本質を医療に適用させ  
るべき。最近のベストセラーではないが、医療界の人  
たちにドラッカーを読ませたらどう変貌するのか。行  
政にどっぷり浸かった医療から、より自由度の高い、  
あるいは競争度の高いものに変貌すべきとの提言が必  
要。

経済記者の経験からしても、官の依存度の高い分野  
は栄えた例がない。金融も然り、震災に伴ってエネル  
ギー分野でも見直し論が出ているが、医療も同様。時  
代時代の状況の中であるべき姿を真剣に考えるべき。

明治維新のような近代国家の創成期や、終戦直後の  
焼け野原の時代であれば、国や行政が中心となって旗  
を振らなければならないが、次第にそれを民に移管し  
ていくことが流れ。医療は特殊な分野かもしれないが、  
現在の厚生労働省主導型のやり方から、自立的な精神  
を促し民の力を高めることは避けられないと思う。今  
の行政はそういった本質論がわかっていない。語弊が  
あるかもしれないが、下部に経営、その上に本業の医  
療を乗せるという二階建て構造をきっちりと作るべき。  
今は上から下までどっぷり行政浸けで、行政が永遠に

1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成①

●医療機関における経営層の問題

医療機関の経営トップである理事長・院長は原則として医師でなければならないが、ほとんどが経営に対する関心が薄く、経営者として必要な勉強もしていないのが現状である。そのために経営が一向に改善・改革しないという問題がある。一方、経営管理を担うべき事務長に関して、経営に精通した人材が非常に少ないのも事実。また、経営に関する知識があったとしても、医療についての理解が少ないために、経営改善・改革が進まないというケースも少なくない。

5

1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成②

●医療機関の経営を担う人材「医療経営士」の育成

医療機関の経営の安定化を図るために、医療と経営の双方に精通し、医療機関が直面するさまざまな経営上の問題や困難に対し、広い視野と総合的な観点から、適切な判断と迅速な行動をもって対処し、問題解決を図ることの能力を持つ人材が求められる。

しかし、残念ながら、医療機関にはこうした医療制度や行政の仕組みをはじめマーケティング、人事・教育制度、組織改革、医療の質と患者サービス、財務・会計、医療ICT、チーム力、リスクマネジメントなど、医療と経営の知識やノウハウに精通し、「ヒト・モノ・カネ・情報」の観点からの確かなマネジメントができる経営人材が不足しているのが現状である。

この医療機関の経営人材として注目したいのが、日本医療経営実践協会が育成・養成に努めている「医療経営士」のような人材の登用である。

6

若い頃に「市町村経営」という本を出そうとしたが、その後大分県の平松知事が「一村一品運動」を展開したり、神戸市の原口市長などが「株式会社神戸市」と経営的感覚を自治体に持ち込んだ。市町村でも管理する時代から経営する時代に入ってきている。医療分野は国家資格の所有者が多く、全員をプレイヤーとして動かすことは難しいと思うが、資格にしても取得を目的ではなく手段として病院の差別化を図るとか、そういったことを考えていく必要がある。

素晴らしい行政であれば、あるいは素晴らしい政治のリーダーが代々続けば良いが、そんな保障はないわけで、全天候型を指向して台風がこようが北朝鮮が攻めてこようが耐えられる医療を考えなければならない。

経営の重要性は、日本医師会等にも長年言い続けているが、どうも経営イコール「ソロバン」「算術」「卑しいこと」のような雰囲気がある。語源的には仏教用語で、経を営むとは人材育成を意味するのだが、何回言っても規制の中にどっぷり浸かっている方がやりやすいようで、特に辣腕の会長等がいるとやりやすい基盤を作ってくれるので、そういった悪習慣から抜けきれない。肝心要の時に相変わらず抗争に明け暮れて、組織が巨大でも代議士の一人も出せない。

一方で看護師、検査技師、薬剤士などそれぞれの役職がそれぞれ組織化し、末端ではチーム医療と言いつつ足を引き張り合っている。さらに言えばそういった自分達の姿を客観的に見られないのは情けない限り。医療の現状を見ると、官に長く指導される中で、どうなっても最後は官が責任を持ってやってくれるのでは、陳情すれば受け入れてくれるのでは、2年ごとにきちんと見直ししてくれるのではないかと、そこに浸かれば仕事ができる、経営できる、そういう錯覚がある。しかし実際はそんな状況はだんだん崩れてどうにもならない所へ来ている。最終的には、他人に頼らず自分の仕事は自分で作れ、と言うことかと思う。

1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成③

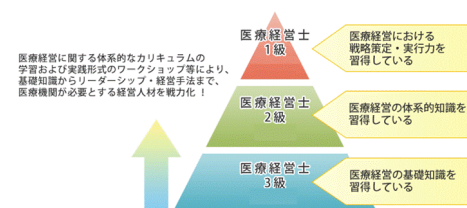
●医療経営士とは

「医療経営士」とは、医療機関をマネジメントするうえで必要な医療および経営に関する知識と、経営課題を解決する能力を有し、実践的な経営能力を備えた人材である。長らく“経営不在”と指摘されてきた医療界において、こうした能力は、医療機関が今問われている「医療の質の向上と経営の効率化」という二律背反するテーマを解決するために必須である。そのため「医療経営士」は、これからの医療現場を担う重要な人材だと言える。

7

1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成④

等級別「医療経営士」の院内キャリアステージ像



8

経営と言う面で最も欠けているのは、人材がいないこと。資格所有者が多いと言ったが医療系ばかりで経営系の資格者はゼロ。経営基盤を確立すべき、と叫ぶだけではダメということで、昨年川渕主査に協力いただいて「医療経営士」を立ち上げた。

1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成⑤

医療経営人材（医療経営士）の担う 仕事例①

- 経営戦略の立案  
行政動向および社会的背景、地域事情などを分析し、自院の強みと弱みを見定めながらSWOT分析、BSCなどの経営ツールを駆使して、機能の選択と集中を図る中長期的な経営戦略の立案と実行につなげる。
- 自院における問題解決  
課題設定能力を高め、常に院内外の問題を把握し、その解決に向けた適切な施策を実行する
- チーム医療・チーム経営の促進  
専門職ごとのタテ割りの組織にヨコ串を刺し、意識統一を図りながら、各部門・部署の部分最適に陥りがちな業務を全体最適につなげるように調整する
- 医療の生産性の向上  
医師や看護師、コ・メディカルの役割分担や仕事の委譲を積極的に推進し、職員全員に高い専門性を発揮させることで医療の質と経営の効率性を高める

9

1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成⑥

医療経営人材（医療経営士）の担う 仕事例②

- 人事管理・教育  
人材管理や育成に関する能力を磨き、職員の採用から管理、そして研修や日々の業務を通じて成長させるための仕組みをつくる
- ステークホルダー・地域との円滑な連携を促進  
高度なコミュニケーション能力やプレゼンテーション能力を駆使して、患者・家族・職員・業者・連携先の担当者などステークホルダーと円滑な関係をつくる
- 医療法務をベースにしたリスクマネジメント  
医療法務に関する知識やノウハウを駆使して、モンスター患者やクレイマー、職員の労務管理などの経営的なりリスクマネジメントを行う
- データ分析に基づいた診療の質と効率性の向上  
代表的な疾患に関する治療の知識を習得して、全国平均などと比較しながら、より質と効率性の高い診療プロセスへの見直しを考える。併せてICTシステムやネットワークを最大限に活用し、診療情報・経営情報・競合病院の状況の分析や院内外との情報の共有化などを行う

10

なかなか厚労省に理解されず、川淵主査の力を借りて民間資格ではあるがようやく医療経営士を誕生させた。その認定機関である日本医療経営実践協会の理事長には、厚生労働省の元事務次官に医療経営の重要性を強調して理解してもらい、就任してもらった。既に3回ほど試験を実施したが、既に資格者が千人を超え、今月実施する試験は開始以来最多の800人以上が受験する。受験者を見ると、銀行マンに弁護士、県庁職員や人材派遣会社社員、医薬品プロパーといった医療関連業界からも資格を取って医療経営をやろうという流れが出てきている。

1. 医療経営をマネジメントできる人材の育成⑦

医療経営人材（医療経営士）の担う 仕事例③

- コスト管理と的確な投資  
新規事業や医療機器の導入とそれより有利な借り換えなどにおいて、資金調達や物品管理、業者との折衝を通じて無駄なコストの抑制を実現する
- マーケティング戦略  
社会動向や患者ニーズの把握とマーケティングに基づく潜在需要の掘り起こしを図りながら、専門外来や高齢者住宅、介護事業などを含めた新たなサービスをつくっていく。また、職員のコミュニケーション能力を磨いて接客やアメニティ、待ち時間対策、健康教室などの患者サービスの質を高める
- 広報・宣伝などのブランディングによって他院との差別化を図る  
患者や医療従事者などのステークホルダーから支持され、他院との差別化を図るためのブランド確立とそれに向けた広報・宣伝を行う

11

2. 全員参加型の医療経営に向けた組織づくりと経営本部の確立①

- 医療機関における組織の問題  
医療は医師に責任と権限が集中しているうえ、トップは原則として医師でなければならないこともあり、医療機関は医師を頂点とした医療職中心のピラミッド型の組織体系になりがちである。  
医療機関のほとんどには明確な経営本部はなく、その機能は一部事務部門が担っているうえ、その位置づけも曖昧で、指揮命令系統もわかりづらい。そのため、事務職員の大半は日常業務に埋没しているのが現状である。また、自らの位置づけが曖昧なため、現場の医療スタッフとうまくコミュニケーションを図れない職員が多く、お互いの業務に関する相互理解も低いため、連携も円滑にとれていない。  
「医療経営人材を育成しても、彼らが活躍できる場がなければ意味がない。そのため組織改革も必要である」

12

実は医療界での経営的業務は非常に多く、ルーティンワークだけでもコスト管理、マーケティング、広報宣伝などがある。医療経営士が増えて病院でたくさん働くようになると、医療界も大きく変わるのではないかと手前勝手な推測をしている。

2. 全員参加型の医療経営に向けた組織づくりと経営本部の確立②

- 医療本部と経営本部の2大本部制の確立  
本来、医療と経営は車の両輪のような関係であり、医療機関では経営トップの下に医師や看護師などの臨床業務を行う「医療本部」と、経営企画や戦略の立案、患者サービスの充実、医療法務対策、地域連携など経営管理を行う「経営本部」を並列に置く2大本部制が理想と考える。  
もちろん、「医療本部」と「経営本部」のタテ割り化に対する懸念はあろうが、それぞれを横断的につなぐための各種委員会を数多く設置し、チーム医療にも経営本部のスタッフを参画させることで、有機的な連携を構築することができる。  
たとえばNSTに経営本部の職員が参画することで、医療本部のスタッフは診療報酬の請求に関する事務作業から解放され、自らの本来業務に専念できるため、おのずと効率性や質は向上するし、経営の観点からは請求漏れを防ぐことにもつながる。

13

2. 全員参加型の医療経営に向けた組織づくりと経営本部の確立③

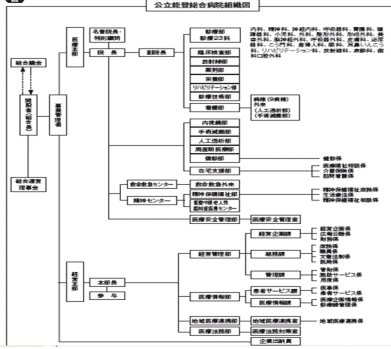
- 経営本部の確立で再生した公立能登総合病院  
公立能登総合病院（石川県七尾市）は、2000年に約200億円を投じて行った新病院の建設事業に伴う減価償却費や企業債償還利子の負担増などによって経営赤字に転落。05年には負債が46億円にまで膨らんだ同院は危機的状況の打開に向け、当時、副院長職にあった川口光平医師（現病院事業管理者）をトップに3人の専任職員で構成する経営企画室を設置し、経営人材の育成を含めた院内改革に着手。07年には地方公営企業法の全部適用を導入し、職員全員に経営意識を植えつけると同時に、院内全体のマネジメント力の向上を図るための「医療本部」と「経営本部」の2大本部制への組織改革を断行した。  
組織改革以降、院内全体に医療本部と経営本部は「車の両輪」という意識が浸透したことで、経営本部の職員が現場に出て、医師に対しても物怖じすることなく意見を述べる機会が増加するなど、医療本部と経営本部の職員のコミュニケーションが密になるにつれて、院内全体の経営意識が向上。その結果、7対1入院基本料の取得や医薬品の共同見積り、診療材料のSPD導入なども相まって、05年に83・9%であった経常収支比率が、08年度には100・2%と、単年度黒字経営を達成した。

14

たまたまだが、北陸の自治体病院の再建に関わった。400床ちょっとだが年間14億円の赤字を垂れ流しており、このままでは夕張かという危機感で市長が病院再建に乗り出した。最初は改革検討の委員会に委員として参加したが、委員会終了後に実際の改革を依頼され、出身地でもあり放っておくわけにもいかず慣れぬ手つきでや

2. 全員参加型の医療経営に向けた組織づくりと経営本部の確立④

●医療本部と経営本部 2大本部制の組織図（公立能登総合病院）



15

ろうし、そういう人を募集して経営本部に放り込めばいい、と説得し、なんとか二大本部制でスタートを切った。

他にもいろいろなことをやったが、赤字は3年できれいに消え、今期は2億5千万円ほど利益が出た。もともと、病院と言っても患者という顧客の流れがあり、金の流れがあるわけで、そこに経営の部署がないというのは根本的におかしなこと。人を養成するには、養成した後の働く場所をきちんと作ってやる必要があって、それには経営本部という器が必要で、適当に院長の脇に座って仕事しろ、ではダメ。

ることになった。

経営存続には、まず組織改革が必要だと改革本部で申し上げた。簡単に言えば、経営本部と医療本部の二大本部制。たちどころに反対の声が出て、医療本部はわかるが経営本部といっても人がいない、人もいないのに二大本部制とはきれいごとではないか、とさんざんだったが、こちらも頼まれて引き受けた以上妥協するわけにはいかず、「人がいるから経営本部を作るのではない、人がいないからこそ作るんだ」ということを強調した。人材を作ってからでは何年かかるかわからないので、最初に経営本部という器を作り、後から人材という水を入れるから、それまでは院長が経営部長を兼務しろ、と。後は不況で遊んでいる人もいるだ

3. 医療経営機能評価制度の設立

●経営意識を高めるためには、客観的な評価制度も必要

医療機関の経営意識を高めるために、その経営力を客観的に評価できる仕組みづくりも必要である。

医療機関の機能を客観的に審査・評価するシステムとしては「日本医療機能評価機構」による病院機能評価があるが、総合受付や図書室、NSTの有無、安全管理者の配置など、医療機関の経営力を客観的に評価するような内容にはなっていない。

そこで、経営力を客観的に評価する「医療経営機能評価制度」を創設する必要があると考えている。

前回の医療法改正により、医療法人の財務情報が公表されたが、これと医療経営機能評価制度を合わせれば、医療機関の経営意識は大幅に向上する期待される。

16

国際医療福祉大学の長谷川学長は厚生省の出身で長くお付き合いしたが、私が医療経営の専門学校を作ろうとした時に「国際医療福祉大学の医療経営学部ですら学生が来ないのに、専門学校を作っても誰も来ない」とストップをかけられた。なぜ学生が来ないのか、と聞くと「来ないものは来ないんだ」と答にならない(笑)。それは卒業しても病院の中に働く場がないからで、医療経営本部の中に医事課や医療法務課、患者サービス課を置くといった組織改革を病院で行って、卒業生を働かせる仕組みが必要だ、と教えたならなるほどと納得していたが、人材育成のひとつとして組織改革も必要であるという提言も打ち出すべきではないか。

4. 提供する医療サービスに見合う対価としての診療報酬制度の確立

●「質の高い医療を効率よく提供する」医療機関が報われる

診療報酬制度への改革

昨年、「医療機関のコスト調査分科会」で、入院基本料が想定するサービス内容が不明確なため、正確なコストの調査は難しいという報告がなされた。入院基本料がきちんとコストを考えて体系的に組み立てられるどころか、定義すら曖昧なままに設定されてきたことが原因である。診療報酬は本来、定義を確立し、それに必要なコストを割り出して構成する、つまり提供する医療への適切な対価となるべきものであるが、政策誘導などによって決められてきた側面が強いため、かなりいびつな構造になっている。

不採算のために二次救急の告知を取り下げた病院が増えるなど、こうした適切でない診療報酬体系が医療崩壊の一因になっていることは事実。医療機関が診療報酬算定ありきの医療に終始することなく、健全な経営努力ができるように、「質の高い医療を効率よく提供していることを適正に評価するような診療報酬体系」に改める必要がある。

17

5. 寄付金などの資金調達手段の多様化

医療が高度化・複雑化する中であって近年、医療の“装置産業”化は加速しており、医療の質を高めていくには、CTやMRIをはじめとする最新鋭の医療機器の導入や、医療者およびバックオフィスを担うスタッフの増員が欠かせない。一方、患者が求めるサービスの質を高めていくには、療養環境の改善やインフォームド・コンセントの充実などが必要となる。これらを実現するためには、設備投資・人材投資ができる資金面の裏付けが不可欠である。

しかしながら、病院の建設費や医療機器の購入費、ICT化の費用などは診療報酬に含まれておらず、継続的に機能を高めていくために、医療機関は資金調達が必要であるが、一部を除いて、銀行からの借り入れしか方法がない。弾力的な資金調達ができるような仕組みや株式会社の参入も検討すべきであろう。また、米国では、病院が相当程度の寄付で成り立っているケースも多いことから、日本に置いても税や保険財源の増額が難しいなか、医療に関しては寄付に対する税制上の優遇措置を講じることも考えるべきである。

18

診療報酬もなかなか上がらず、資金調達もままならない。もう少し弾力的に改革すべき。国民皆保険制度は絶対に崩してはいけないと思うが、平等性や公平性ばかりを重視するあまり、活力が失われている状態だと思う。



## 6. 経済成長策としての医療の推進

現在の総医療費は約36兆円（保険料50%・窓口負担15%・税金35%）。「医療費亡国論」に代表されるように、医療費の増大は国家の存亡にかかわると見る傾向があるが、産業として捉えた場合は、現段階で36兆円もの市場規模を誇り、就業者数も約300万人と、今後さらなる成長が期待できる分野と見ることも可能である。

一方、国内の市場にはモノがあふれており、よほどの新製品でもない限り、消費行動には結びつきにくい状況にあるが、その点、医療や介護は最も有望な産業と考えられる。本当に質の高い医療を受けられるのであれば、多少高い金額を出しても受診を希望する中高年は少なくない。そのためには、医療機関が医療機器等を含めて新たな投資を行う必要があるが、その資金がないのも事実である。

産業として育成していくためには、先述したとおり、診療報酬体系を改めるとともに、競争原理を働かせるために、国民皆保険制度による保険診療の見直しや混合診療の解禁、市場からの自由な資金調達を図るための株式会社化なども検討する必要がある。

19

## 7. 国民に対する啓発活動の推進

医療崩壊の大きな要因となっているのは患者のモラルの低下である。「コンビニ受診」という言葉に代表されるように、安易な利用が医療現場に大きな負担をかけている。こうした事態を解決するには、国民に対する啓発活動も必要である。

この当事者意識を醸成するために検討したいのが、「国民医療・介護徴用制度」の創出である。これは、国民に一定期間、病院や介護施設などに勤務もしくはボランティアを課すというものだ。清掃やベッドメイキング、食事の配膳・下膳、待合室の案内など、病院の仕事には専門職以外でもできるものは多い。ここに徴用した人材を充てれば、人件費をかけずに現場の負担を軽減できる。

一方、現場の仕事に参画した国民は、当該施設に対する愛着が生まれるとともに、医療や介護の現状を正確に認識することで、現場を悩ませているコンビニ受診やクレームなどは減少すると考えられる。現場の負担が減少すれば、インフォームド・コンセントを含めた医療や介護のサービスの質の向上を図ることができる。また、国民目線が入れば、病院は無駄な診療などもできなくなるだろう。併せて、健康や介護に関する教育なども行えば、国民の予防を含めた健康意識が高まり、結果的に医療費の抑制にもつながる。

20

経営という視点とは少し異なるが、医療に限らず、抜本的な改革をやるには最終的には国民の啓蒙啓発が必要であると思う。第二臨調で瀬島隆三さんと長くお付き合いさせて貰ったが、彼も「行革をいくらやっても最終的には国民の意識改革をやらないと絶対だめ」とよく発言。政治改革も国民の意識改革が伴わなければ不可能。医療改革も患者自身の啓蒙あるいは意識改革がセットで揃わないと実効が上がらないと感じており、あえて国民啓発活動をあげた。

かつて病院情報誌を日本で初めて出版した際、日本医師会等で説明すると「PRに長けたところが得をし、下手なところは損をしてアンバランスになるので、広告あるいはPRの自由化のようなことは医師会としては絶対に賛成できない」と公然と言われたことがあるが、今は経済界でも水と油と言われた同盟と総評が合体して「連合」になったように、医療団体も再編に踏み切ってもよいかもかもしれない。トップは医師会長でもよいが巨大な医療連合会を作り、ホールディングカンパニーのように現在の各種団体をぶら下げれば、各団体の垣根を越えたあるべき医療の姿を語り合えるようになるかもしれない。チーム医療がうまくいかない理由がそれだけとは思わないが、それぞれ資格を持った人が集まり、その垣根を越えて患者という一つの方向に向かって話し合う弾力性がないといけないと思う。

実は歴代会長に連合・再編の話をしたこともある。日本医師会もかつてと異なり、医療の本山というよりも医師の労働組合と言う人もいるくらいで、団体の再編統合も一つのテーマになり得ると言う気もしている。

## おわりに

病院の経営基盤が脆弱である背景には、わが国の医療が過度に行政に頼ってきたために、自らの基盤を自ら築いていくという“自立自助の精神”を忘れてきていることもある。半官半民、護送船団方式で守られてきた世界が、これまでのわが国の医療の姿なのであり、これが原因で医療の土壌は非常に脆くなり、時代の激変のなかで衰退していったことは否定できない。

こうした諸問題に対処するには、受け身型ではなく、自立した現場感覚を持つことが重要であり、そのなかで実践的に政策を考えていくべきである。本来、政策とは現場から生まれてくるものである。経営基盤は自ら築き、足らないところを言て補充すべきなのである。

国民に対して安全・安心な医療を提供できる、わが国の輝かしい医療を創造するためには、医療と経営の本質を学び実践する、現場感覚を備えた人材の育成、自立自助の精神に基づく経営改革、それに伴う「民」主役の医療の確立が不可欠だと考える。

21

いずれにしても、今後の医療界は純粋な医療問題より、むしろ大きなネックになっている経営問題について深く踏み込み改革すべきではないかと思う。

(了)

(文責：日経調医療改革研究会事務局)

## 6. 大石佳能子委員講演「復興に向けて —メディヴァの経験から—」(2011年10月4日)

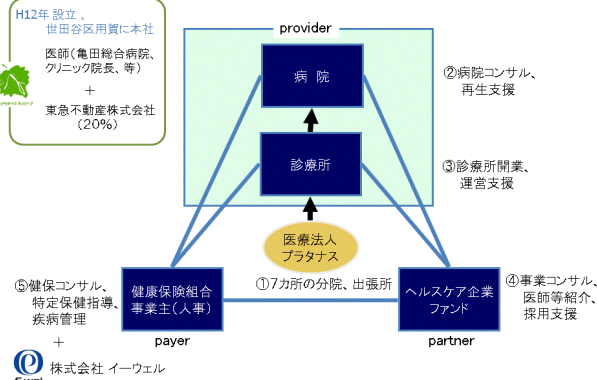


### 復興に向けて —メディヴァの経験から—

株式会社 メディヴァ  
http://www.mediva.co.jp

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

### メディヴァについて (ご紹介)



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 3

### 事業内容

- ① 医療機関コンサル + オペレーター
- ② (病院+診療所) x (外来+在宅)
- ③ 予防(健診、疾病管理)+治療+介護
- ④ 新規開業+拡大+再生
- ⑤ 医療機関+企業+行政
- ⑥ インキュベーション+DD
- ⑦ マクロ(医療政策)+ミクロ(現場運営)

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

### 1号店：用賀アーバンクリニック



「家庭医のクリニック」は「家庭」っぽく

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

「メディヴァ」で何をやっているか説明して欲しいとの依頼で、他講演の資料を一部加筆して持参したが、概略を説明したい。

メディヴァは平成12年に設立。私はもともとマツキンゼーという経営コンサルタント会社のパートナーだったが、その仲間と医師で設立。現在、医師には鴨川の亀田総合病院の理事長、院長や、実験サイトの医療法人プラタナスの理事長や各分院の院長などがいる。

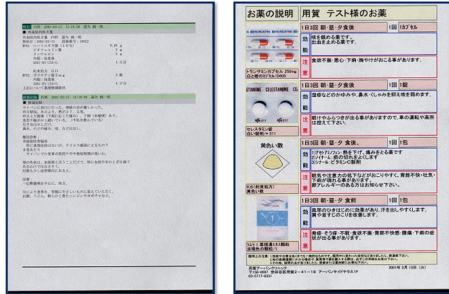
業務はコンサルタントだが、医療界はトップが了解しても振り向くと誰もいないという状況のため、オペレータを兼ねたコンサルタントを目指している。また、新しいことをやらない業界なので、自前の実験サイトを持ち、そこでの知見をコンサルティングに活かしている。

診療所の開業支援から始めたが、最近は病院再生のお手伝いが多い。破綻した病院にファンドのお金を入れるだけではうまくいかないのが、医者と事務方を引き連れて再生させる仕事が増加。また、そのノウハウを使った健保組合や人事向けの仕事や、ヘルスケア関連の事業を始めたいという企業に対して、ネットワーク構築も含めたインキュベーションのような業務も。

まず1号店兼実験サイトとして、いきなり病院を作ることは規制上も上無理なので診療所を作った。普通の診療所では実験にならないので、当時言われ始めていた「家庭医」「ファミリードクター」をコンセプトとするクリニックとした。ただし専門医としての家庭医は養成に5年はかかり、養成機関も限定されていたので、普通の専門医によるグループ診療で、今ある素材によって家庭医を提供する実験とした。例えば家庭医のクリニックなので内装も普通の家具にすることでコストも下がるとか、家庭医の機能のひとつである「総合的に見る」ことに対して、専門を持つ医師がグルー

ブ診療を行うことで、患者さんに対してシームレスにあたかも1人の家庭医として対応するため、当時出始めの電子カルテを導入して情報連携した。

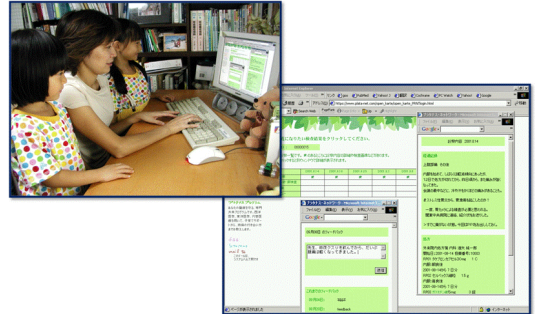
**カルテの完全開示**



患者サービス+リスクの軽減

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

**インターネットを通じたカルテ開示 (PHR)**



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

情報連携によって、院内の効率が上がり待ち時間が減ることも実証。また簡単にカルテのプリントができることを利用して全員にカルテをお渡りするカルテの完全開示や、経産省からお金を貰い、インターネットで自分のカルテを見る、いわゆるPHRの走りも。

**7か所の分院、出張所 ⇒約100か所の開業支援**



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

**再生支援**



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

「用賀アーバンクリニック」は法人化し、その後様々な業態の実験サイトを作ったが、くりまして、たとえば6年ぐらい前から在宅医療に力を入れ、現在1,700人の患者を非常勤も合わせて50名ぐらいのドクターで看ている。大部分は老人ホームにいる方々だが、一般在宅は主としてがん末期の方で、年間看取りは150くらいあり、規模としては全国で3番目には入る。

他にも、あえて有床診療所を開設してホスピスをやったり、最近では診療所の中に3～4時間の機能回復に特化したデイサービスを入れたりしている。

再生では一般のファンドがお金を入れるパターンもあるが、「ブリッジ・オペレーター」と呼んでいる橋渡し役も。例えば北九州市立門司病院。実質指定管理で払い下げになった病院だが、そのままではなく綺麗にして渡すお手伝いをしたり、診療所の例ではイーク丸の内。これは九州では有名な乳がん専門の医療法人が丸の内にサテライトで作ったもので4億の負債を抱えて破産したのだが、その再生を手掛けた。



## 本題、、、国民の健康を取り巻くマクロ環境とリスク

### ご存知でしたか？

- ①今から10年後に死亡する140万人のうち、30万人は「死に場所」がありません。病院もホームも在宅医療も収容できません。
- ②同じく、10年後、がんの治療を受けるための待ち期間は、最低でも数ヶ月になります。
- ③医師不足は今までへき地の問題でしたが、今後は都市部の問題になります。具体的には東京、千葉、埼玉、名古屋等の郊外立地です。
- ④高齢化に伴う医療費負担は、現役世代と企業を直撃します。高齢者納付金は、国会を通さなくても増やせる「税金」です。2025年には推定1.6倍になります。
- ⑤国外で開発される最先端の医療機器、機材は日本に入らず（ジャパン・パッシング）、台湾、韓国、中国市場へ行ってきます。
- ⑥韓国は近年、医療産業を飛躍的に伸ばしました。サムソンが中心になり政府がバックアップし、病院を核とした医療都市が生まれています。

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

は戦後都市部に出てきた方々が大量に住んでいる地区で、先日バイクで一周してきたが高齢者一歩手前の方が多い印象。今後は東京、千葉、埼玉、名古屋等の郊外立地が医者不足に。

また高齢化による医療費負担が現役世代と企業を直撃。よく健保組合は赤字だと言うが、その大きな原因は高齢者納付金で、これは厚労省の役人が計算式を変えれば増えてしまうもので、いわば国会を通さずに増やせる税金。2025年には推定で今の1.6倍になり、全ての健保組合が赤字化。

あとは、国外で開発される最先端の医療機器や機材は日本に入らず、台湾や韓国、中国へ行ってしまおうというジャパン・パッシングの問題。私は検診以外の医療ツーリズムなどあり得ず、むしろ日本の介護地が他国に行くのではないかと考えており、国民感情的には台湾あたりが狙い目か。なお韓国は近年医療産業を飛躍的に伸ばしており、サムソンを中心に政府がバックアップし、病院を核とした医療都市が生まれ、新しい機械もどんどん出て日本はグローバル市場で負けている。これでいいのか、といった話をしている。

これは、一般企業の方など医療界を全く知らない方向けに「医療界は大変なんだ」ということをご理解いただくための資料。

例えば、今から10年後、死亡する140万人のうち30万人は死に場所がない。病院は増えず、むしろ減り、ホームも規制があって増えず、在宅医療も医者不足でさほど増えない。余ってしまう30万人はどこで死ぬのか、という問題。また同じく10年後、がん治療の待ち時間は最低でも数ヶ月になると言われている。

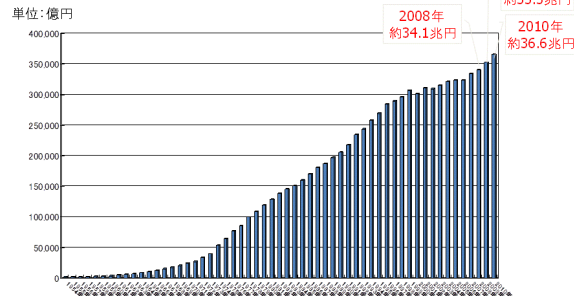
医者不足は僻地の問題だったが今後は郊外、都市部の問題。「16号線問題」とも言われるが、16号線沿い



## 国民医療費は2010年に約37兆円

国民医療費は急激に増加している。ただし、最近数年間は微増になり、2008年は約34.1兆円、2009年は約35.3兆円、2010年は約36.6兆円となり、前年に比べ1.3兆円、約3.9%の増加となっている

国民医療費の推移



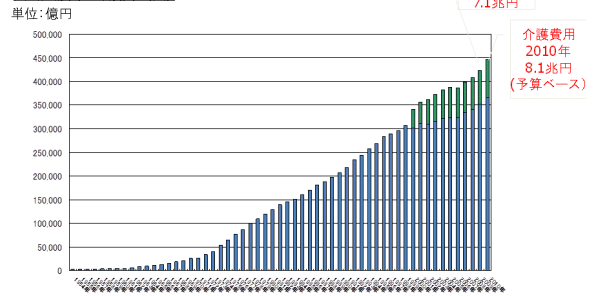
資料:厚生労働省「医療費の動向」  
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.



## 国民医療費と介護保険費用と併せると約43兆円

国民医療費の伸びが鈍った理由の一つが、介護保険の導入である。国民医療費に介護費用も含めた統計で見ると、伸びは変わらずに続いている

国民医療費+介護費の推移



資料:厚生労働省「医療費の動向」、「介護給付費実態調査結果の概況」、「社会保障審議会介護給付費分科会資料」  
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

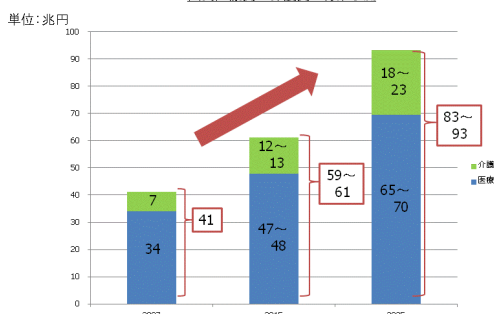
皆さんご承知なので省略するが、現在の国民医療費は37兆円だが介護を加えると約43兆円、これが15年後に倍以上の90兆円程度になると言われている。



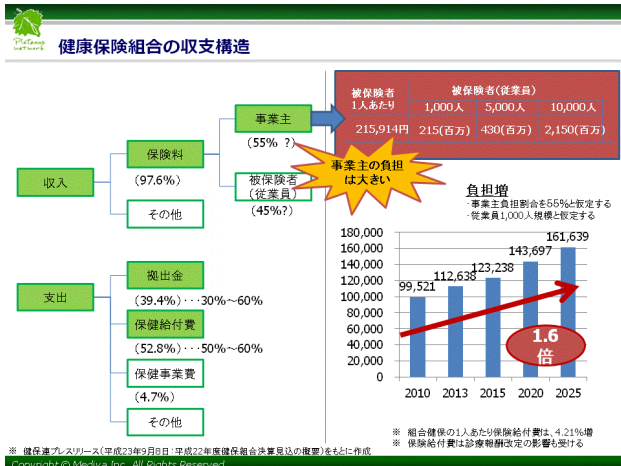
## 将来予測では合計90兆円

医療・介護費は、2007年度約41兆円であるが、2025年度には90兆円前後になると予測されている

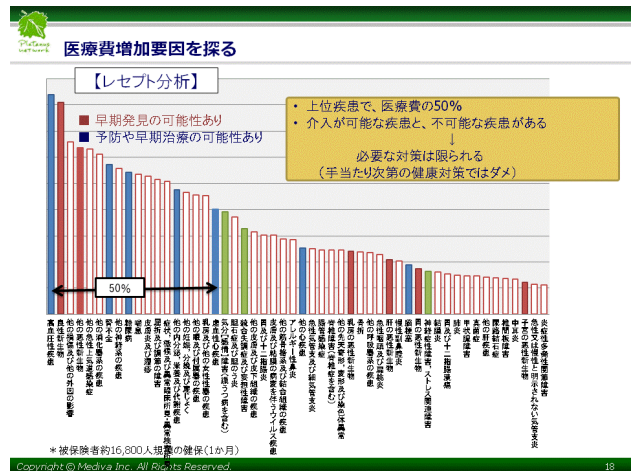
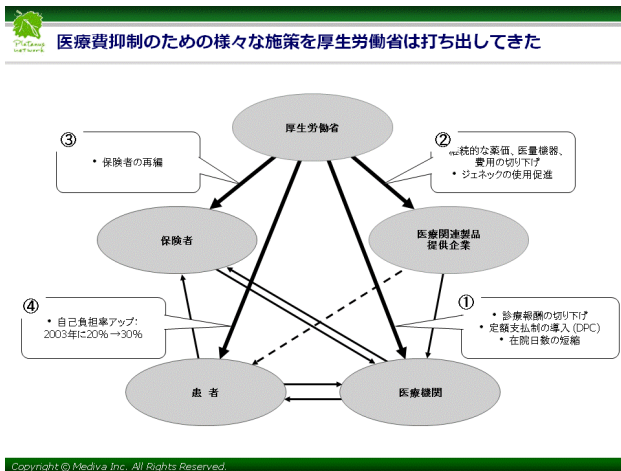
国民医療費+介護費の将来予測



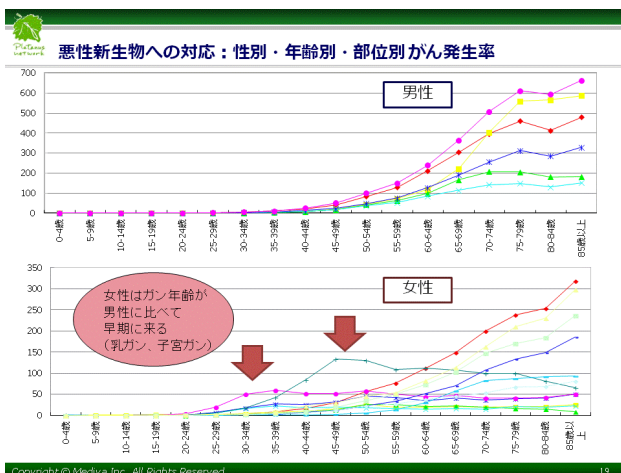
資料:「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション」  
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.



参考として先ほど言った健保組合の収支についての資料だが、某グループの企業の例。支出の30~60%が拠出金、収入の半分以上は事業主。平均すると従業員1人あたり年間負担は約20万円、千人なら2億円も負担しており、今後それが増えていく。



医療費抑制のために厚労省もいろいろ頑張っているわけだが、その中でメディヴァに関連するところを話す。先ほど健保向けにサービスを提供しているという話をしたが、予防医療に力を入れている。時間がないので省略するが、健保の仕事では、まずレセプト分析によりどんな疾病があるかを把握し、それに併せて医療費削減を考える。例えばこの図では4番目に「他の悪性新生物」という項目があるが、この中に原発性不明、どこから発生したのかわからないがんを含めている場合があり、この件数が異常に多いと健診がうまく機能していないと推測できる。



### 費用を一定に保ちながら、健診項目を見直す

| 項目     | H20年度   |         | H21年度   |         |
|--------|---------|---------|---------|---------|
|        | 対称数     | 費用(円)   | 対称数     | 費用(円)   |
| 1 健康診断 | 100,000 | 100,000 | 100,000 | 100,000 |
| 2 がん検診 | ...     | ...     | ...     | ...     |
| ...    | ...     | ...     | ...     | ...     |

※ がん検診項目の見直し案

- 1. がん検診項目の見直し案
- 2. ...
- 3. ...
- 4. ...
- 5. ...
- 6. ...
- 7. ...
- 8. ...
- 9. ...
- 10. ...
- 11. ...
- 12. ...
- 13. ...
- 14. ...
- 15. ...
- 16. ...
- 17. ...
- 18. ...
- 19. ...
- 20. ...
- 21. ...
- 22. ...
- 23. ...
- 24. ...
- 25. ...
- 26. ...
- 27. ...
- 28. ...
- 29. ...
- 30. ...
- 31. ...
- 32. ...
- 33. ...
- 34. ...
- 35. ...
- 36. ...
- 37. ...
- 38. ...
- 39. ...
- 40. ...
- 41. ...
- 42. ...
- 43. ...
- 44. ...
- 45. ...
- 46. ...
- 47. ...
- 48. ...
- 49. ...
- 50. ...

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

特に組合健保は人間ドックにそこそこ金を使っているが、オプション検査は自己負担発生も。乳がん、子宮がんがオプションで半額自己負担だったりすると主婦は受けない場合も。しかし実際には、性別年齢別の発生率を見ると、健保年齢で女性が一番注意すべきは乳がん、子宮がん。そこを放置していたのでは人間ドックにいくら

お金を入れても無意味。

その対策だが、オプションまで負担すると健保の財政上厳しいので、人間ドックの内容を分解し、年齢階層別もしくは健保の特性ごとに、必要な生活習慣病健診とオプションを組み合わせたものに切り替えることで、全体費用を一定に保ちながら健診受診率と効果を上げることができる。これは実例だが、がんの発見件数は増えるが、早期に発見されるので単価は下がり、総額としては減少。

**利便性を高めて、健診の受診率を上げる**

乳ガン健康診断  
+ 特定健診

やさしい雰囲気、利便性

ワコールと当社の共同運営

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 21

これはワコールと共同で運営するマンモバス。ちなみにマンモバスは、街頭で行うと医師業を損ねるということで、保健所に通報されたり、罰金や停止命令もあるという状況だが、改善されるべきではないかと思う。

**生活習慣病の抑制**

\* 歯科、産科、往診を除く医師のみ

6年後の生活習慣病の医療費(円/人/6ヶ月)

脳梗塞で入院 約300万/回

心筋梗塞で入院 約400万/回

透析 約400万/年/人

生活習慣病リスク リスク高

健診結果でリスクが高い人の医療費は、数年後に5~7倍に

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 22

これは6年前の健診結果と最近6ヶ月の医療費を比較したもの。「D」は血圧180のような、いわゆる「パニック値」だが、これが3つある「3D」の人は、脳梗塞や心筋梗塞といった大きなエピソードを除いても、平均の5~6倍の医療費。逆に言えば、将来お金をたくさん使う可能性がある「D」の人を今から少なくしておくべき、ということがわかる。

そのための対応はご存知のとおりなので省略するが、これは5~6万円の高額人間ドックをやられていたある健保のケースで、いくら高額な健診を実施しても、特定保健指導つまり介入を行わず、放置すれば悪化する人が良くなる人の倍ぐらい多くなる。

**生活習慣病の進行を遅らせる**

境界領域期  
・肥満  
・高血糖  
・高血圧  
・高脂血症

不規則な生活習慣  
・不適切な食生活(エネルギー、食塩、脂肪等の過剰)  
・運動不足  
・ストレス過剰  
・飲酒  
・喫煙

内臓脂肪症候群としての生活習慣病  
・肥満症  
・糖尿病  
・高血圧症  
・高脂血症

重症化・合併症  
・虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症)  
・脳卒中(脳出血、脳梗塞)  
・糖尿病の合併症

生活機能の低下、要介護状態  
・半身の麻痺  
・日常生活における支障  
・認知症

検査結果に表れるのは氷山の一角  
その背景には不規則な生活習慣

特定保健指導

疾病管理

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 23

**高額な健康診断を受けても、、、**

良好・改善 8%

現状維持 42%

悪化 21%

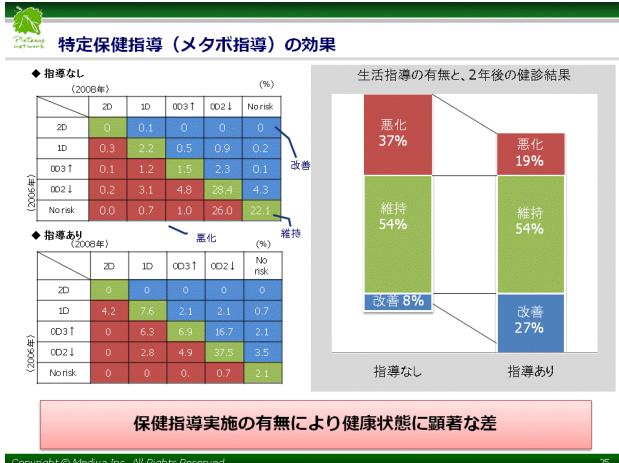
その他 29%

【B健保:2年後の健診結果比較】

|       | 2006年 |      |      |       |      |      |       |       | 計      |
|-------|-------|------|------|-------|------|------|-------|-------|--------|
|       | 異常なし  | 有所見  | 生活注意 | 経過観察  | 要医療  | 加療中  | 要再検査  | 精密検査  |        |
| 2004年 |       |      |      |       |      |      |       |       |        |
| 異常なし  | 0.2%  | 0.2% | 0.2% | 0.4%  | 0.0% | 0.0% | 0.1%  | 0.3%  | 1.4%   |
| 有所見健康 | 0.2%  | 0.9% | 0.5% | 2.1%  | 0.1% | 0.1% | 0.4%  | 1.2%  | 5.4%   |
| 生活注意  | 0.0%  | 0.3% | 0.8% | 1.5%  | 0.2% | 0.0% | 0.5%  | 0.8%  | 4.0%   |
| 要経過観察 | 0.3%  | 1.4% | 1.4% | 15.0% | 0.9% | 0.2% | 3.7%  | 6.9%  | 27.7%  |
| 要医療   | 0.0%  | 0.0% | 0.1% | 1.0%  | 2.8% | 0.1% | 0.6%  | 2.0%  | 6.6%   |
| 加療中   | 0.0%  | 0.0% | 0.1% | 0.3%  | 0.2% | 0.8% | 0.1%  | 0.4%  | 2.0%   |
| 要再検査  | 0.1%  | 0.6% | 0.8% | 6.5%  | 1.2% | 0.2% | 5.1%  | 5.2%  | 19.8%  |
| 要精密検査 | 0.2%  | 1.0% | 1.1% | 8.5%  | 2.3% | 0.7% | 4.0%  | 15.3% | 33.1%  |
| 総計    | 1.0%  | 4.4% | 4.9% | 33.3% | 7.7% | 2.2% | 14.5% | 32.0% | 100.0% |

介入になれば、良くなることはない

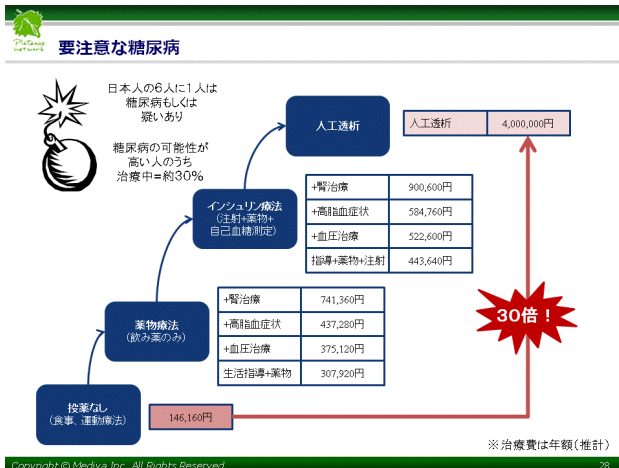
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 24



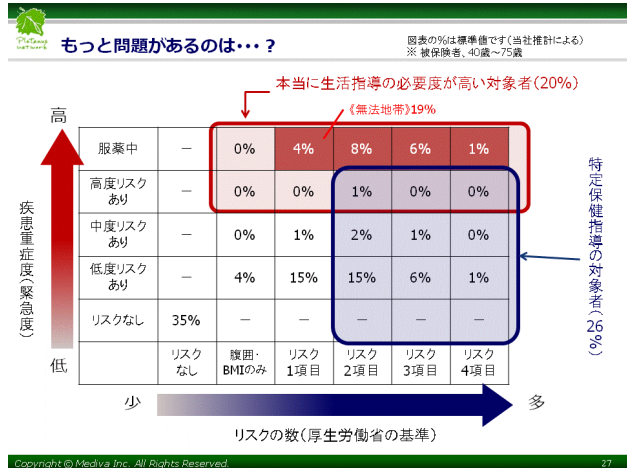
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 25

これは別の健保の例だが、メタボ指導の有無で2年後を比較してみると、指導後に悪化する人もあるが、「指導あり」は「指導なし」に比べ悪化は半分、改善は3倍増で、メタボ指導はそれなりに効果があることがわかった。左下は当社の例で、やや高い数値化と思うが半年間の1クールで3割程度が脱メタボ、8~9割は体重減で、指導の効果は明らか。

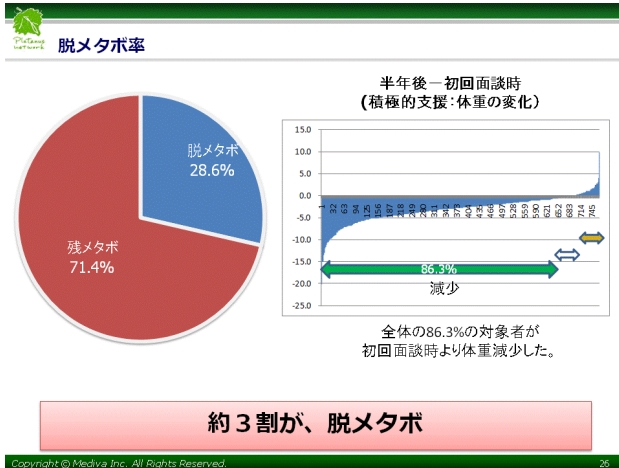
ただ、ご存知のようにメタボ指導は治療中の人は対象外。どこの健保でも2割程は治療中の人が出て、もともと厚労省は医療機関に指導させることを考えていたようだが実現せず、無法地帯となっている。例えばリスクが4項目あり服薬中の1%を筆頭に全体で2割が対象外で、この人たちが予備軍。



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 26



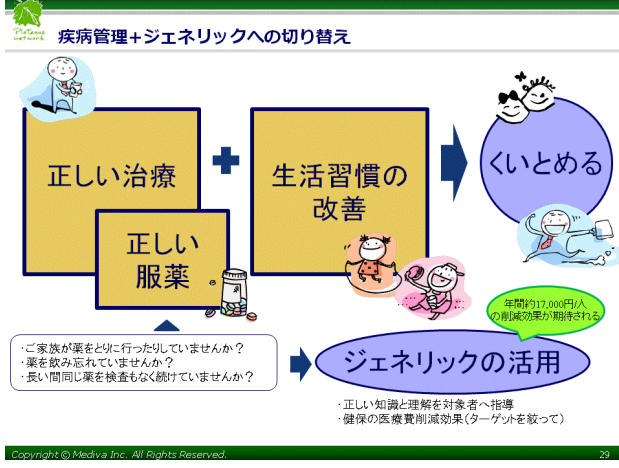
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 27



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 28

これは、特に要注意は糖尿病で費用も大きくなるので、早めに投薬なしの食事・運動療法をやれば年額146,160円で済むという説明。

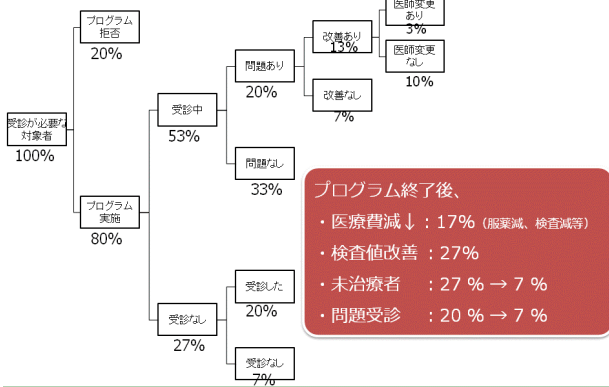
疾病管理とは何かと言えば、正しい治療を受けること、貰った薬を正しく飲むこと、生活習慣改善の3点セット。正しい治療とは、例えば高血圧で医者にかかっているにもかかわらず、糖尿病は専門外で医者が気付いていなかったという場合も。原因を究明して正しい医者に行ってもらい、もしくは医者へ正しい情報を提供する。薬に関しては、服薬指導だが、その際にジェネリックへの切替えも。こうした管理で検査数値も改善する。



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 29



### 医療費削減、検査値の改善、治療行動の改善



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

33

これはある健保を例にまとめたものだが、実は半年で医療費は減る。生活習慣が改善して服薬が減る、落ち着くので検査も減る、その結果で医療費が減るのだが、検査数値の改善も3割、未治療者や家族が薬だけ取りに行っていたような問題受診も減るといった効果も疾病管理とか特定保健指導はやればそれなりの効果があることが実証できた。



### 高齢者が元気になるデイサービス



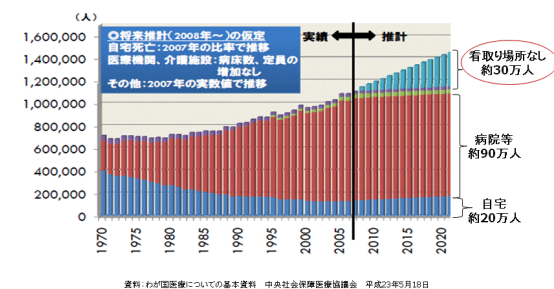
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

これはクリニック併設型で短時間の機能回復が中心のデイサービスだが、「ほじえじ」という「いくつになっても自分らしく、いくつになっても楽しもう」というコンセプトで行っている。現場の人は医学療法士ではなく、普通のヘルパーや体育学部出身者が多いが、メディヴァでプログラムとシステムを開発し、遠隔で現場指導する仕組みをつくったので、比較的誰でも運営できる。そのポイントは実はアセスメント。間違えて鍛えたりすると逆に悪化する場合もある。たとえば歩けない方であれば、なぜ歩けないのか原因を分解し、それに合うトレーニングを行うという、アセスメントをプログラム化してきちんと運営すると、ほとんど立てなかった方が2~3カ月で丸まっていた背がピンと伸び、すたすた歩けるようになることも。歩行器を使うにしても自分で洗面所などに行けるようになると、生活が変わり自信を取り戻して顔付きも明るくなる。プログラムの中で「昔やりたかった夢は？」といった思い起こしのようなこともやっているが、山登りは無理にしてもまず外へ出よう、買い物に行こうとって元気になるという例も。



### 看取りの場所推計

10年後には、看取り場所は30万人の行き場がない



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

37

在宅医療については、先ほど言った通り、看取り場所が30万人分不足ということと、単純にコスト面からしても在宅医療は3分の1なので国も在宅に力を入れており、これからの世の中の流れ。国民もできれば自宅療養・看取りがいいと考えている。



### 入院と比較した、在宅医療のコスト

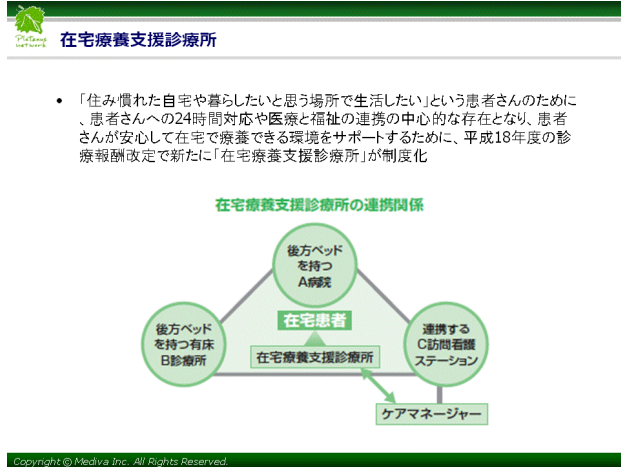
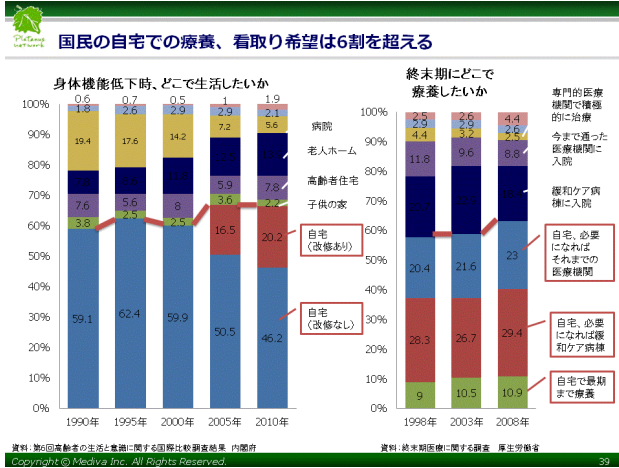
| 条件                                 | 費用<br>総額 | 項目  | 自己負担<br>(3割) |
|------------------------------------|----------|---|--------------|
| 入院 28日間<br>患者2人に1人の看護師が配置されている一般病棟 | 465,080円 | <ul style="list-style-type: none"> <li>入院基本料 16,610円/日×28日</li> <li>(実際はこれに治療費用が加算される)</li> </ul>   | 139,524円     |
| 在宅医療 1カ月<br>訪問診療隔週<br>訪問介護週3回      | 131,000円 | <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅時医学総合管理料 42,000円/月</li> <li>訪問診療 8,300円/回×2回</li> <li>居宅療養管理指導料 2,900円/回×2回</li> <li>訪問介護費 5,550円/回×12回</li> </ul> | 39,300円      |

入院の1/3以下

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

38





そこで在宅療養を支援する診療所の制度ができた。色々な要件もあるが、現実的に一番厳しいことは、医師が24時間365日対応すること。倒れたり、うつになって辞める医師も結構出てきており、その対応がポイント。

### 在宅往診で可能な診療内容

在宅往診でも、かなり広範囲な医療提供が可能

| 在宅往診で可能な検査  | 治療・処置   | 評価と管理  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>血液検査</li> <li>尿検査</li> <li>超音波検査</li> <li>心電図検査</li> <li>ホルター心電図</li> <li>X線撮影</li> <li>血糖測定</li> <li>皮膚検査</li> <li>パルスオキシメーター</li> <li>肺機能検査(スパイロメーター)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>置座・褥瘡・経鼻経管栄養</li> <li>在宅中心静脈栄養</li> <li>在宅自己注射</li> <li>在宅酸素療法</li> <li>在宅人工呼吸器</li> <li>膀胱留置カテーテル</li> <li>気管切開カニューレ</li> <li>在宅人工呼吸</li> <li>在宅腹膜透析</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>嚥下障害の診断と治療</li> <li>肺炎予防</li> <li>呼吸状態の管理</li> <li>栄養管理</li> <li>褥瘡(しよそう)管理</li> <li>認知症のフォローアップ</li> <li>血圧コントロール</li> <li>便通コントロール</li> <li>排尿コントロール</li> <li>疼痛コントロール</li> </ul> |

在宅往診が可能な診療内容を見ると、慣れが必要な部分もあるが、療養病院での内容は手術以外ほぼ全部できる。ポテンシャルは大きいですが、逆に1人の医師が頑張るだけでは倒れてしまうので、情報連携によるグループ診療が重要になる。

### 在宅療養支援診療所と支援システム

- 複数の医師によるグループ診療
- 異なる診療科目の医師がサポートしあう
- 持ち回りによる電話、往診対応
- 有床診療所による患者の受入
- 看護師、ヘルパー、患者との情報共有
- 上記を支える仕組み、システム

松原アーバンクリニック(有床診療所)

特別室、待合ステーション、有料老人ホームエリア併設と併設する中庭

これはメディヴァの運営だが、複数の医師によるグループ診療のシステム。診療内容の幅が広いということは、逆に言えば専門外の病気にあたる場合も増えるので、医師間のサポートが必要になる。電話や往診の対応に当たっては、ファーストコールは主治医が取るが、不在の場合はセカンドコールの医師が、セカンドが取り損ねたらサードが取るという体制になっている。

### 在宅医療を支える仕組み：例えばiPhone

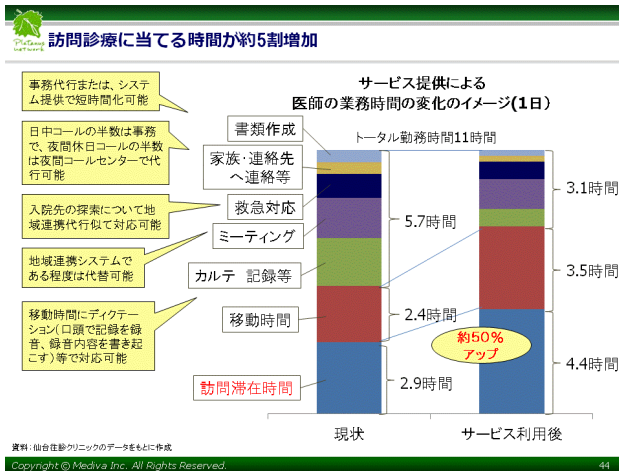
月額数千円～

医療情報、電子カルテの連携参照、在宅管理、オーダー、D-FAX、Google、M2+

緊急時対応、画像共有、診断情報提供、InterFAX、病院、薬局、iPad

看護、介護との地域連携カルテ構築を検討中

直接患者を見たことがないセカンド、サードの医師にも情報共有を図るため、移動中に作ったカルテファイルをセンターに送って電子カルテ化するなど、iPhoneなどによるタイムリーな情報連携を行っている。ずっと在宅では家族も医師もたいへんなので、有床診療所を持って患者を受け入れ、少し良くなれば在宅に戻すという取り組みも行っているが、看護師やヘルパーさんとの情報共有の上でもiPhoneは結構有用。



こうして業務効率を良くすると、診療に充てられる時間が5割ほど増える。看られる患者が5割増しになる、もしくは早めに帰れるという実態。

資料にないが病院の再生について。メディヴァでは事務方と医者を引き連れて入るが、事務方は病院出身ではない人がほとんど。川渕主査が先ほど言われたように、病院の中の人は医者に物を言えないので、病院以外の企業のサラリーマンをトレーニングして送り込むようにしており、公募応募者も一部いるが、前職は商社、不動産、金融、飲食など。

内容は、「外科的なこと」「内科的なこと」「漢方的なこと」と言っているが、外科とはいわゆるBS（賃

借対照表）、財務寄りの対応で、銀行に債権カットしてもらうなどの借金減らし。または再生に必要なキャッシュを用意するために、土地建物をファンドに売るとか、不用機材は売却する、逆に必要なものは買う、病棟の改築なども含め、BSの外科的処置をまず実施。

次に同時並行の場合もあるが、「内科」と言っているPL（損益計算書）側で、売上増、コスト減。再生するような病院はコスト管理ができていないので、検査代金が比較的簡単にカットできる場合も。その他、薬屋さんなどへの支払延期依頼、売上増に向けた連携営業やPRなど。

最後に、実は一番キモなのだが「漢方」で、体質改善、じわっと効いていく組織改編、組織作り。トップの号令は最初の起爆剤にしかならず、きちんと動いていくためには各部門が主体的に動く必要。主任クラスを軸とした小さな軍団が自主的に自走性するイメージ。

そのための環境整備も。人によって退職金があったりなかったり、全く異なる就業規則が3本併存していた病院もあった。なお、浮き足立つこともあるので人切りは基本的には行わない。言葉は悪いが、特に免許職の場合は人数が必要な部分も。その代り、信賞必罰ではないが、悪いことをした人はきちんと排除する。薬を盗んで女の子にあげていたという男性看護師がおり、以前からいろいろな病院で同じことをやってきていたが、どこの病院も表に出さずにこっそり辞めさせていた。それを敢えて全員の前で警察を呼んで手錠をかけて引っぱらせ、記者会見も開いて小さいが新聞にも載った。そうすると、「この病院はちょっと違うぞ」という感じになってピリツとする。

こうして組織の雰囲気を外から変える一方で、自主性を持ってもらうため、病院のビジョン、事業目標、部門目標、と個人のアクションがきちんと連動した事業計画を作って、「良い医療をやろう」「稼働率を上げよう」と言った抽象的なものでなく、例えば「かかってきた電話をすべて取る」「応答率100%」のように個人レベルでわかる所まで落とし込み、それに対して日々PDCAを回してもらおう。

また、部門間や職種間で仲が悪い場合も。「医者は頑張っているが看護師が・・・」「看護師はいいが事務が・・・」が多かったので、「他人の立場に立って見ると世の中がこう見える」というような、部門ごとにレゴで城を作って各々説明してもらおうといったワークショップを実施するなど。

だいたい1年半ぐらいで単月黒、2年半ぐらいで年度黒に。借金の大きさによるが、4～5年で大体再生する。正直に言えば、病院は単価が決まっているので普通の事業に比べてそれほど難しくないものではない。根性と気合いが続くか、医師に対してモノが言えるかが重要なので、最初の入り方、ポジション、雰囲気が結構大事。

### サムスン・ソウル病院の周辺マップ

江南区(カンナムグ):  
サムスンソウル病院、江南セプランズ病院、チヤ病院、ワドル病院などの6ヶ所の大規模総合病院  
美容整形外科、皮膚科、歯科、眼科、漢方医院など2,000ヶ余りの病院・施設がある  
最先端医療設備と高質な病院施設を通じて、最高のone-stop医療サービスを提供  
技術力は世界的な水準を維持している

ソウル韓山(アサン)病院  
江南区の東隣、松坡区に位置する。2,600床

サムスンソウル病院

江南セプランズ病院  
延世大学聖徳院の抱える5つの病院のうちの一つ。2,000床

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 46

韓国の例。サムスンソウル病院の周りに大病院が6箇所、約2千箇所診療所があり、世界的水準の技術力を持った医療都市。ご存知のとおり、韓国は医師をアメリカに送り込み、アメリカ型医療を実践。その良し悪しはにおいて、世界標準というものがあるとするれば、それに合致した方向であり、かつ英語も通じるという利点は大きい。

サムスンソウル病院の設立は30年ほど前だが、ここ10年ぐらゐ急速に頑張っている感じで、色々な商品開発の場になっている。日本も企業立病院はたくさんあり、お荷物と問題になっているところも。

### サムスン・ソウル病院の沿革 その1

| 沿革  | 達成事項  |
|---|---|
| 1982年 5月<br>• 三星生命共益財団設立  | 財団の設立   |
| 1991年 8月<br>• 三星ソウル病院着工   | 病院の設立   |
| 1994年 10月<br>11月<br>• 診療開始<br>• 開院式及び米国 ジョンスホプキンス医大と協力調印式   | USのブランド病院との連携   |
| 1995年 1月<br>5月<br>• 日本神戸地震地域への医療奉仕団の派遣<br>• 三星生命財団の開設   | アジア諸国への人道支援<br>研究所の設立                                     |
| 1996年 3月<br>4月<br>• アメリカ保健省 IRB 韓国初の認証<br>• ホワイトハウスのアジア太平洋地域の支援病院に指定  | USの認証の獲得  |
| 1997年 3月<br>• 成均館大学医科大学の発足  | 医科大学の設立   |
| 1998年 1月<br>4月<br>12月<br>• 全病院で光ファイバシステムを導入<br>• アメリカ病院審査機関 CAP 認証を獲得<br>• 別館棟の増築                                   | 積極的な医療情報電子化<br>USの認証の獲得<br>増築、規模拡大                        |
| 1999年 2月<br>5月<br>7月<br>9月<br>• 医学情報センター設立。医療情報サービスの拡充<br>• 遺伝子(DI-12)治療実験に成功<br>• 人性医科学財団の設立<br>• 台湾地震への現場医療奉仕団の派遣 | 医療サービス向上への取り組み<br>遺伝子治療の研究も実施<br>更なる事業の多角化<br>アジア諸国への人道支援 |

各取り組みの詳細については最終報告書中、各欄の間に、関係者インタビューも載っています。

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 47

### 仁川(インチョン)国際空港永宗メディカルセンター

◆ 法人名 仁川(インチョン)国際空港永宗メディカルセンター

◆ 設立 2011年2月~2012年2月

◆ 位置 仁川中区ウソドン(国際ビジネスセンター内、ハイアットホテル近く)

◆ キープレイヤー ① 韓進(ハンジン)グループ(大韓航空の母体企業)  
② 仁荷(インハ)大学病院  
③ 永宗島(ヨンジョン島、インチョン国際空港が位置する島)

◆ 建設受注先 韓日建設

◆ 施設規模 地下2階地上10階

◆ 敷地面積 6千145㎡

◆ 建築面積 1千675㎡

◆ 延べ面積 2万889㎡

◆ ターゲット 海外の医療観光客  
(年間3万人の医療観光客の需要創出を目標とする)

◆ 注力分野 整形、皮膚、健康診断、漢方。救急患者の搬送や治療なども担当する

◆ その他特記事項 ① 韓進グループのチョヨン理事長は、「グローバル時代に合わせた国際的な医療サービスを提供することにより、アジアの医療ハブの基礎を作る」と覚悟を明らかにした。  
② 仁荷大病院はJCI取得済み  
③ 仁川経済自由地区としての地の利を生かす

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved. 49

最後に復興支援について。メディヴァは家庭医指向の医師が多く、ほとんどは日本プライマリ・ケア学会と日本家庭医療学会と日本総合診療医学会が合併した「日本プライマリ・ケア連合学会」に所属。DMA Tのプライマリ・ケア連合学会版をPCAT (Primary Care for All Team) と言うが、メディヴァの一部の医師が参加。PCATコーディネーターの林健太郎医師は「国境なき医師団」の人で現地入りし支援しているが、DMA TにしてもPCATにしても未来永劫続くわけではなく、現地の医療機関再生が必要だ、と。

### 被災の状況

- 気仙沼市では、973名の死者、551名の行方不明者、南三陸町では、535名の死者、664名の行方不明者が報告されている
- 全壊住宅は、気仙沼市8,383棟、南三陸町で3,877棟であり、甚大な痛手を被った
- 只、死者、行方不明者の被災率はそれぞれ2.0%、6.7%である

| 被災地  | 死者  | 行方不明者 | 被災率  |
|------|-----|-------|------|
| 気仙沼市 | 973 | 551   | 2.0% |
| 南三陸町 | 535 | 664   | 6.7% |

資料: 朝日新聞 2011年6月11日 東日本大震災3か月特集

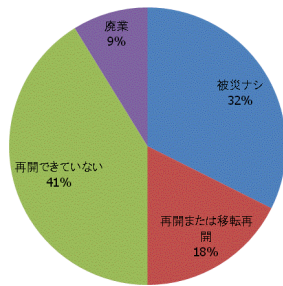
Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

グラフは死者と行方不明者の数字だが、たとえば気仙沼市の場合、死者・行方不明者は人口の2%程度、比率が高い南三陸町でも6.7%。

これに対し、医療機関は気仙沼の例で50%は廃業もしくは診療再開ができていない。もともと医療過疎だったが、さらに半分がなくなった。宮城県とも話したが、県や国が民間病院に対して手を出すことは制度上無理で、困っているが何もできないという状態。

気仙沼は、50%が廃業または診療を再開できていない

気仙沼保健所管内診療所(特養付属診療所を除く)34診療所※の被災状況

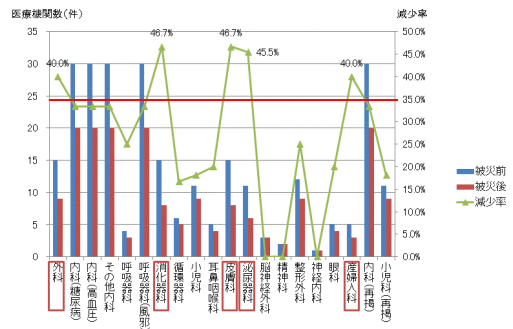


※特養併設診療所を除く

出典：現地訪問レポート(2011年5月28-29日)

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

被災率の高い診療科目



Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.

こういう状況に対して何とか支援できないかと、科目別に足りない部分を見たり、現地で例えば「産婦人科の〇〇先生がもう一度やりたいと言っている」といった情報を拾ってサポートする、といったことをやっている。

日本にとって、...



最後の資料だが、「日本にとってヘルスケアはリスクなのか、コストなのか、事業機会なのか」という話。今、国が歩んでいる方向で言えばリスクとコストでしかないのだが、川淵主査も何年も前から「産業として育てるべき」と言われている通り、事業機会でもあると考えており、いろいろな事をやっているところ。(了)

(文責：日経調医療改革研究会事務局)

Copyright © Mediva Inc. All Rights Reserved.