

9. 医療産業化に向けたリゾートトラストグループの取り組みについて

リゾートトラスト株式会社代表取締役社長 伊藤勝康委員

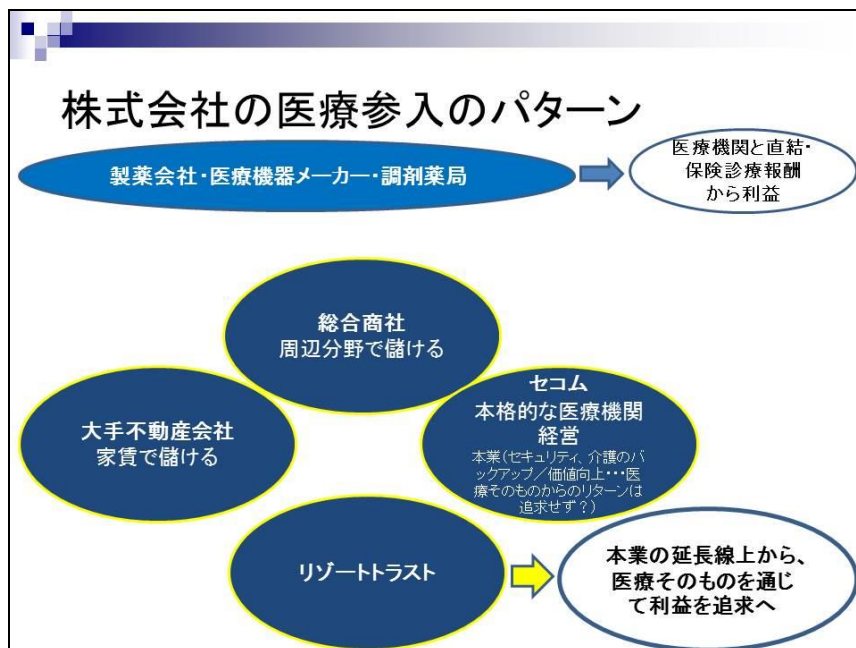
医療“産業”化に向けた リゾートトラストグループの取り組みについて

平成25年4月8日
リゾートトラスト株式会社
代表取締役社長 伊藤勝康

医療に関わり始めたのは、会員からの要望がきっかけでいわば偶然である。今ではメディカル事業もセグメントの一つとして進めているが、当初はいろいろ驚いた。

1、リゾートトラストの メディカル事業について

4月1日に新たな5ヶ年の中期経営計画を発表し、先週説明会を行った。メディカル・シニアライフ事業の拡大を一つの柱としているが、一番聞かれたのは「医療分野は本当に儲かるのか」「他事業の足を引っ張るのではないか」ということであった。



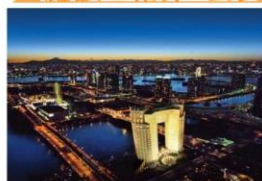
私どもの医療事業は、セコム殿のような本格的な病院経営や、三菱商事殿のように周辺分野の物流で利益を出すというものではなく、不動産業をやっている中で会員から受けた要望に応えることからスタートした。

■リゾートトラストグループ

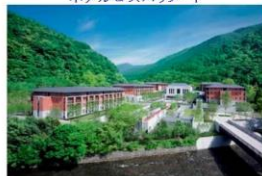
会員数	15万人	
施設		
◆ ホテル	43	
◆ ゴルフ場	13	
◆ 医療施設	11	(ミッドタウン内4施設含む)
◆ クルーズー倶楽部	1	
◆ スキー場	1	
◆ 老人ホーム	7	(528室)
全従業員	4,229名 (2012年3月末現在 連結)	
グループ企業	25社	

さて、本業の話だが、会員数は現在 15 万人。重複を除いたネットでは 12 万人だが、ほとんどが 1 億円以上の金融資産をお持ちの方々。富裕層の方々を組織して、その中だけで特殊医療とでも言うか、高額な健診医療をやってきたことが、医療分野でもなんとかうまくいっている要因と思う。

■施設ご紹介 会員制ホテル(1)



東京ベイコート倶楽部
ホテル & スパリゾート



エクシブ京都 八潮離宮



東京ベイコート倶楽部ホテル & スパリゾート:
大都市の中にありながら、寛ぎと心の充足を提供する最上級のリラクゼーション・スペースとして誕生した日本初の都市型会員制リゾート



エクシブ:
大都市から2〜3時間で足を運べる著名な観光地という好立地

5

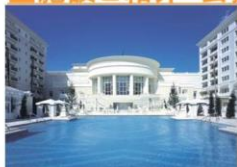


6

■施設ご紹介 会員制ホテル(2)

GRAND XIV

グランドエクシブ:
ゴルフやマリンスポーツ、ウィンタースポーツなども楽しみたいという会員様の声から生まれた複合型リゾート施設



グランドエクシブ浜名湖



エクシブ山中湖
サンクチュアリ・ヴィラ



サンクチュアリ・ヴィラ:
静寂の中でゆっくり寛ぎたいといった会員の声から生まれた、全室100㎡超からのスーパースイート施設

7

■施設ご紹介 一般ホテル & ゴルフ場



ホテルトラステイ:
ゆったりとした客室とモダンな設計が特徴
東京、大阪、神戸、名古屋等の大都市に展開



ホテルトラステイ心斎橋



グランディ那須白河
ゴルフクラブ



ザ・トラディション
ゴルフクラブ

リゾートトラスト運営ゴルフコース:

ジャック・ニクラウスなどの一流設計者の手によるハイクオリティなゴルフクラブを運営
毎年6月女子プロトーナメントの開催

8

■女子プロトーナメントの開催

リゾートトラスト レadies

2013. 5/31・6/1・2
FRI SAT SUN

関西ゴルフ倶楽部

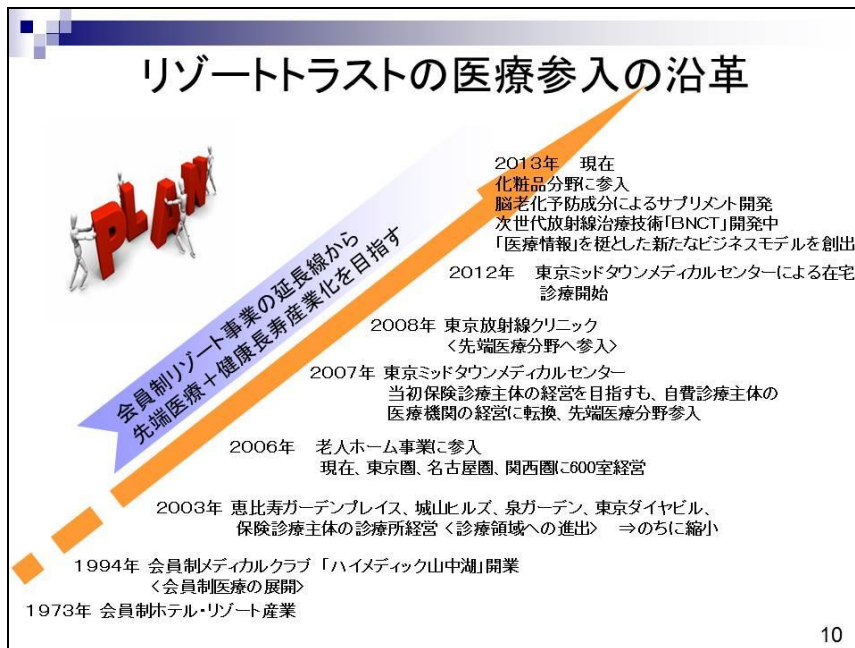
賞金総額7,000万円 / 優勝賞金1,260万円

百花繚乱、想めぐ一瞬を関西ゴルフ史に飾る



東京ベイコートを始めとして、このような施設があるが、医療と一緒にやっているところもある。

当社の創立は1973年で40周年を迎えたが、最初のホテルオープンにはバブル崩壊後の1994年。今では考えられないが、山中湖の用地を2万坪ほど取得したのが始まりである。

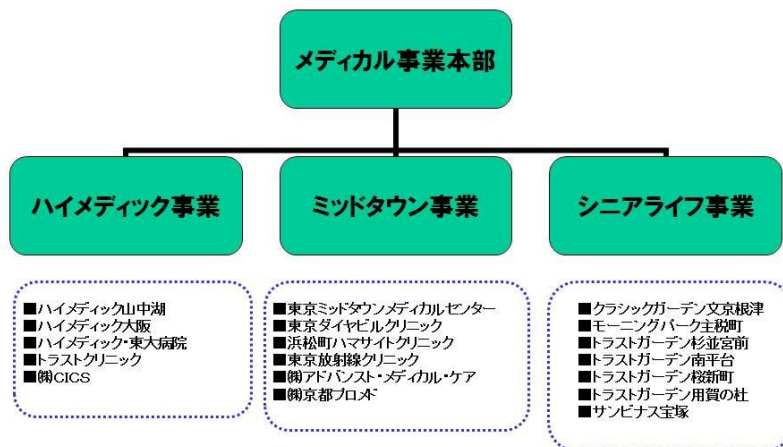


医療参入の経緯だが、会員にアンケートを取ったところ、「危険がなく、痛くもなく、飯が食えて酒も飲めて、のんびりして、それで診てくれ」と要約するとそういった要望だった。そんなことができるわけがない、と言ったのだが、会員の紹介だったと思うが、東北大学の松澤先生という方とお会いしたら、そんなことはわけなくできるぞ、と言われ、いろいろ聞いてみると、今で言うPETであった。

痛くも痒くもなく、注射だけして後は寝ていれば非常に簡単に検査できる、という夢のような話。そのPETなる物はどんな物かと東北大学まで行って話を聞いた。癌があれば光るからすぐ分かる、それほど難しいことではないと言われ、私が実験台になって診て貰うと、最初に心臓のあたりが光っている。先生、光っているではないか、大丈夫かと言ったら、これは大丈夫、血の量が多いので光るだけだ、と。今度は下腹部へ行くと、またピカッと光る。これはもうダメかと思ったら、これは膀胱で、溜まるので膀胱は光るものだ、と。最初から言ってくればよいのに、検査だけで死にそうな思いをしたが（笑）、確かにこれは簡単で、注射を打って30～40分ほど横になった後で調べると、癌の有無から、心筋の具合、脳の具合なども診て貰える。成程これはいい、ということで話にまんまと乗ってしまった（笑）。

当時は我々の中で医療を知っている者などおらず、申請手続きから全部お任せしたのだが、放射線機器の取扱いもわからず、施設の建設中にいきなり壁を80センチ厚にしろと言われて驚いた。事前説明と違わず、一体何事だと山中湖の町中の人々が工事現場を見せろと言って来て、関係省庁の認可を得て安全のためにやっていることだと説明したが、訳も分からず大変な思いをした。更に施設ができあがり、さて運営は、となったら「それは自分で医者を集めろ」と言われ、またまたびっくりして、近くの大学を全部回ってお願いしたところ、たまたま東海大学の核医学の先生方が、これは面白い、我々が全部やってあげる、その代わり共同研究にしよう、ということになった。医療参入は「びっくり」からのスタートだった。

リゾートトラストメディカル事業



ハイメディック事業について

今では、ハイメディック事業が一番利益を出すようになった。更に東京ミッドタウンにメディカルセンターを開設したり、シニアライフ事業を展開するまでになっている。事業説明会で質問がもっとも集中したのも医療分野の今後。

健診から始めて拡大しているが、我々の基本は非侵襲的というか、痛くも痒くもなく危険でなくQOLを上げるもの。となると治療というよりも、その前の未病の段階への医療で、それならば我々でも事業化が可能なのではないか、というところが最初からの思い。胃カメラや大腸カメラも最近は痛くもなんともない非常に簡単なものになっている。皆さんからの要望でそういったものをどんどん取り入れている。

ハイメディック

■VIPメディカルクラブ グランドハイメディック倶楽部

- ▶専用 検診施設 会員数8,100名会員
- ▶PET 検査を含めた人間ドック実績は世界最大規模
- ▶世界で初めてPET 検査を含めた人間ドック開始

→その方法は核医学界で「山中湖方式」と呼ばれる

- ▶日本国内で著名病院とのネットワークを構築し、適切な治療を紹介

▶がん発見率 3.16% > 一般人間ドックによる発見率0.24%
HMI山中湖 1994年10月～2005年6月 日本人間ドック学会2008年人間ドック全国集計成績

▶グランドハイメディック倶楽部の検診実績総合計 **80,334名** (2013年3月末現在)

ハイメディック山中湖
50,039名

ハイメディック大阪
19,289名

ハイメディック・東大病院
11,006名



13

おかげさまで現在メディカルクラブの会員は8千名を超えた。法人契約は複数人の場合もあり、実人数では約1万2,000人。我々の事業は基本的に既存会員の紹介がないと会員になれないこともあり、メディカルも当初はほとんどうちのリゾート会員だけだったが、現在は約半分の4,000名がリゾート会員、半分は紹介者。

癌発見率が高く、携わった人たちが論文等をたくさん出している。PETの他、CTやMRI、超音波やマンモグラフィーなど、PETだけではなく色々な角度で診ることが発見率の高さに通じたようだが、論文等で認知度が上がったことで順調に進むことができた面もある。



HM山中湖待合いスペース



MRI



超音波検査装置



マンモグラフィー



PET CT

14

検診委託先の主な学術発表実績

- 1997年・Yasuda S et al: Cancer screening with whole-body 18F-fluorodeoxyglucose positron-emission tomography. Lancet 350(9094): 1819,1997
- 2000年・PETの推進に貢献した団体に贈られる、第7回グロニカルPET賞(H. Wagnier賞)を受賞
- 2003年・第50回日本核医学会教育講演「Cancer Screening with 18F FDG PET」 M. Ide, W. Takahashi, H. Fujii, S. Matsuyama, Y. Suzuki, S. Yasuda, S. Kawada* and A. Shiohara
- 2004年・日本核医学会専門教育機関に認定、FDG-PETがん検診ガイドライン(日本核医学会)の作成にあたり、その多くに山崎クリニックの検診データが利用された
- 2005年・第16回大阪府放射線技術学会学術大会「超高速MRIの臨床試験ー検診業務への応用」木村哲哉、松本貴
- 2006年・第49回日本放射線技術学会近畿部会学術大会「Body Coilを用いた頸部3D TCF MR-Angiographyの試みとその問題点」木村哲哉
- 2007年・早期動脈硬化研究会第7回学術集会「頸動脈エコー検査の実態調査報告」椿森省二
・MEDICAL IMAGING TECHNOLOGY(0288-450X)25巻5号 Page381-388(2007.11)
・「表面情報による偽陰性削減処理を用いた曲率に基づく胸部CT画像における肺結節自動検出」野村行弘、伊藤治彦、前田恵理子、増谷佳孝、吉川健啓、林直人、大友邦
- 2008年・日本超音波医学会第35回関西地方学術集会「頸部椎骨動脈超音波血流検査と脳MRA検査との対比」工藤陽子、兵藤真弓、辻本欽英、椿森省二、今北哲、有澤淳
・ラジオロジー No.11 p.1-4 2008「肺がんの画像診断の進歩ー肺がんの早期発見は可能か?ー」前田恵理子、大友 邦
・新医療(0910-7991)35巻2号 Page103-105(2008.02)「【事業主視点で見える特定健診・保健指導義務化】実施直前にその真価を問う特定健診義務化における画像診断と施設運営の展望」ハイメディック・東大病院 での高精度検診 林直人
・脈管学 48巻Suppl. PageS75(2008.09)「メタボリック症候群と血管障害 生体分子イメージングでみる肥満脂肪組織と慢性炎症、血管機能異常、血栓形成」長崎実佳、真鍋一郎、杉浦清了、門脇孝、永井良三
・Eur J Echocardiogr. 2008 Sep 11; [Epub ahead of print]「Value of live 3D transoesophageal echocardiography in the diagnosis of mitral valve lesions」Uno K, Takensaka K, Ebihara A, Nawata K, Hayashi N, Nagasaki M, Sonoda M, Takayuki O, Ono M, Kyo S, Nagai R, Takamoto S
・第27回医用画像工学会大会、東京、2008.8.5-6 MEDICAL IMAGING TECHNOLOGY 26巻 Suppl. PageB2-04(2008.08)
「技師読影を活用する検診用三重読影レポートシステムの構築」佐藤智宏、前田恵理子、岸一夫、角雅子、手塚由紀、工藤清宜、吉川健啓、林直人、渡谷岳行、伊藤治彦、花岡昇平、伊藤大輔、中田安浩、大友邦、原 真

検診委託先の主な学術発表実績

- 2009年・第82回日本超音波医学会学術集会「頸部超音波検査による頸部内椎骨動脈評価ー頸部MRA検査との対比検討ー」工藤陽子、椿森省二、小川真弓、辻本欽英、前田翔子、今北哲、有澤淳
・Inflammation and Regeneration, 2009, 29(2), 126-130「Obese adipose tissue remodeling, malfunctioning, and chronic inflammation visualized by in vivo molecular imaging」Nagasaki M*, Nishimura S*, Manabe I, Kadowaki T, Nagai R.(* These two authors contributed equally to this work)
- 2010年・日本超音波医学会第37回関西地方学術集会「頸部血管内の血流境界面に見られる虚像の鑑別法」工藤陽子、椿森省二、辻本欽英、前田翔子、今北哲、有澤淳
・J Comput Assist Tomogr 34(1): 156-62,2010 (In printing)「Automated segmentation method for spinal column based on a dual elliptic column model and its application for virtual spinal straightening」Hanaoka S, Nomura Y, Nemoto M, Masutani Y, Maeda E, Yoshikawa T, Hayashi N, Yoshioka N, Ohtomo K.
- 2011年・日本放射線技術学会 第67巻第12号「MR装置における部分容積効果を用いた、新しいスライス厚測定法の提案」木村哲哉、東田満治、高澤安男、小倉明夫
・日本放射線技術学会 日本放射線技術学会近畿部会 超高速MRI「代表的なシーケンスとプロトコルを組む前に覚えてほしい事例」ハイメディッククリニックWEST 木村哲哉
- 2012年・第68回日本放射線技術学会総会学術大会「技師読影の診断に対する影響ー経時変化とフィードバックについての検討ー」工藤清宜、岸一夫、前田恵理子、吉川健啓、林直人、原真

ハイメディックに協力頂いた主な大学

- ・東海大学
- ・慶應義塾大学
- ・名古屋大学
- ・東京大学
- ・大阪大学
- ・京都大学



■日本全国に広がる治療機関ネットワーク

- ▶グランドハイメディック倶楽部 最先端検診で
病気が発見された際の病院紹介実績

東京大学医学部
京都大学医学部
大阪大学医学部
名古屋大学医学部
東京医科歯科大学
各附属病院

国立がんセンター
愛知県がんセンター
国立循環器病研究センター
兵庫県立粒子線医療センター

ほか専門治療機関 多数

慶應義塾大学病院
防衛医科大学病院

ほか国公、私立大学病院 多数

18

山中湖での東海大学以降、様々な所と協力している。慶應大学では樹状細胞の関係で膵臓癌の治験を共同研究。名古屋大学は我々の地元でもあり寄附講座をいくつか作らせて頂いている。

東京大学からは東大病院の中に健診所を作って欲しいという話があって、22世紀医療センターに作らせて頂いた。我々は同じ人の10～15年分の健康診断データを既に持っていて、それを使った研究を東海大学ともやっていたのだが、東大からはコンピューターによる画像診断を一緒に研究したいと言われた。人の目で見ると100分の1の受診時間で済むということで、5年くらいで目途がつくという話だったが、一緒にやってきたGEは5年で逃げてしまい、医療機器メーカーでもない我々が金だけ出せということか(笑)と言っているところ。

他にも阪大、京大や、最近では国立がんセンターとも共同研究をさせて頂いており、様々な所と様々なネットワークを作っているが、未病に関わる研究成果を会員に紹介することも大きな目的。ハイメディックは最初225万円、毎年50万円と結構お金がかかるが、会員がどんどん入ってくるのもリゾートトラストというホテル屋がやっているだけ(笑)ではない、こうした共同研究の結果かと思っている。

ハイメディック全体 会員数・売上の推移

ハイメディックの収益性
会員数8,100人 売上79億円

	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度 (見込み)
会員数/人	5,138	5,787	5,978	6,335	6,997	8,147
売上高 (千円)	5,064,223	6,027,820	5,187,985	5,380,639	6,037,325	7,888,497

売り上げは5年前のリーマンショックのちょっと前に60億円まで行ったが、リーマンショック後はドーンと10億円落ちた。実は当社で売り上げが減ったのはこの時が初めて。2011年に元に戻り、今は当時減った分が今になって急に増えた感じで78億円ほどになっている。

会員制だからうまくシステムが回っていると思うのだが、実は許容人数としては100%の状態。効率を上げるといってもなかなか難しいので、東大にお願いして年間200日の稼働日数を250日に伸ばし、朝8時から夜6時だった受診時間を朝7時から夜9時まで延長するなどして受診者を増やしてきたが、これももう限界で新しい拠点を作っているところ。

また、未病対策だと言っても検査をすれば毎年20～30人は癌が見つかる。すると会員は、癌治療だって痛くも痒くもない要領のいい治療があるだろう、と言うわけで、辻井委員の放医研にお願いしたり、色々な所をお願いしてどうにかやってきたが、痛くないQOLに優れた治療を自分たちでもやろう、と言う気持ちになり、ミッドタウン事業を始めたわけである。

ミッドタウン事業について

実はミッドタウンを始める前、10年ほど前から都内のクリニックを買収し、ちょっとした医療相談を始めていた。なにしろ会員は贅沢で(笑)、24時間対応が必要。たいへんだが会員は我々の宝。その対応のために主要なビルに4カ所ほど拠点を作り、そこで一時対応をするとともに、家へ帰って頂いた後の管理も行う体制を作っていた。そんな経緯があって、三井不動産からミッドタウンの中で大きくやって欲しいとの申し出があり、ワンフロア数百坪になると思うが、メディカルセンターを始めたものである。



東京ミッドタウンメディカルセンター



Tokyo Midtown Medical Center

In Affiliation with **JOHNS HOPKINS** SARACIN INSTITUTE

TMMCは、米国で21年連続1位を獲得した医療機関「**ジョンズ・ホプキンス・メディスン・インターナショナル**」と提携。

東京六本木に立地し、プライバシーに配慮したVIP専用特別治療室、ハイエンド健診や「デンタルクリニック」、「美容医療(美容外科、美容皮膚科・エステ)」などのサービスも実施。

 Tokyo Midtown Clinic 東京ミッドタウンクリニック 予防医療 ・人間ドック ・健康診断 外来診療 ・一般診療 ・特別外来	 Tokyo Midtown Dental Clinic 東京ミッドタウンデンタルクリニック 歯科 ・インプラント ・審美歯科	東京ミッドタウン皮膚科形成外科 <i>Noage</i> Advanced Medical Aesthetics 皮膚科・形成外科 ・美容皮膚科/形成外科 ・一般皮膚科/形成外科 ・エステティック	ヘルスケアショップ TMMC+Plus ショップ ・サプリメント ・化粧品
---	---	--	--

共通診療券ですべての施設を受診できます

これが最初は何とも相当な大失敗で、もうびっくりした(笑)。当初の話では、ジョンズ・ホプキンスと提携して、アメリカでやっている良い治療体系を導入する。すると外国人が来るので、自由診療比率が高く充分採算が取れるということで、それでは外国人に合うようにと外国の医師などスタッフも全部英語を話せる人を揃えて始めたのだが、これが全くの間違い。

考えてみれば当然だが、日本で働いている外国人は日本で給料を貰っていて、全員日本の保険証を持っている。だから全部保険治療なのだが、普通は3分で済むような治療に丁寧に30分、1時間かけた結果、

初年度はなんと 20 億円、2 年目は 10 億円の赤字。

現在は普通の医療は縮小し、9 割方を自由診療的なもの、例えば高額な人間ドックや、アンチエイジングなど美容対策的なものに切り替えた。それがうまくいき、ミッドタウンでどうにか数億円の利益が出るようになった。一時は患者が山ほど来てエレベーターがすぐ一杯になってしまいビルから叱られるほどだったが、現在は患者数が絞られて人でも減り、かなり楽になった。

■アンチエイジング

アンチエイジング医療

VIP 向け美容治療 (Noage)



VIP 向け歯科治療



メディカル化粧品

開発



メディカルサプリメント



22

主力はやはり健康診断部門で、特に人間ドック。人間ドック関係は企業検診から高額なものまで色々な形でやっているが、ミッドタウンでは最高クラスのものを提供。中でもVIP対応は利益率が高い。そこから派生して、癌治療もVIP対応で痛くないものを作って欲しいと言われ、IMRTや免疫療法など先進治療を始めたわけである。

がん免疫療法

三大標準治療に次ぐ「第四のがん治療」としての期待

「がん免疫療法」とは、体内の免疫細胞を使ってがんを攻撃する医療です。自己の免疫細胞を使ってがんを攻撃するため、副作用が少なく安全です。この体内にある免疫細胞に注目し、がんを退治しようとする免疫療法は画期的な治療法として注目を集めています。がんの標準治療である手術、抗がん剤、放射線といった治療法に次ぐ、「第四のがん治療法」として期待されています。

がん免疫療法の過去と現在

東京ミッドタウンで行っているがん免疫療法は樹状細胞療法

非特異的免疫療法		特異的免疫療法	
第1世代(1980年代～) 免疫賦活剤 グレスチニン、OK-432、 レンチナン、BOG、 丸山ワクチン、ハスミワクチン	→	第2世代(1980年代～) サイトカイン療法 インターフェロン、 インターロイキン-2	第4世代(1990年代～) 樹状細胞療法 抗体療法・ワクチン療法
免疫細胞療法		第3世代(1980年代～) 活性化リンパ球療法 LAK細胞療法・NK細胞療法	

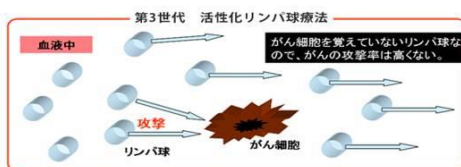
24

がん免疫療法

樹状細胞ワクチン療法とは ～がん細胞の特徴を覚えて攻撃します

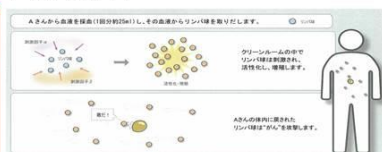
最新の樹状細胞ワクチン療法とはどういう治療法なのでしょうか？

樹状細胞は、リンパ球をはじめとするがんを攻撃する働きを持つ免疫細胞に“がん”を認識させて、攻撃できるように指令を出す。いわば免疫の司令塔となる細胞です。がんは、通常、長い時間をかけて患者様のリンパ球やNK細胞などの免疫防御機構から上手く逃れて成長していきますが、樹状細胞ワクチン療法は、このように上手く免疫防御機構から逃れて成長をはじめたがんに対して、再度がんを攻撃するように指令を与える治療法です。



活性化リンパ球療法とは

活性化リンパ球療法とは、患者様の血液から取り出したリンパ球を活性化・増殖させたのち、点滴で戻す治療法です。免疫力を全体的に高め、微小ながんや、手術で取りきれなかったがんへの攻撃、再発防止、QOLの向上を目的としています。治療は2週間間隔の採血・点滴のみで、日常生活を送りながら治療を行うことができます。



25

樹状細胞はノーベル賞効果でたくさん人が来るようになった。現在は樹状細胞以外にも培養室でリンパ球を培養し、未病対策にも役立っている。これはテラ社という上場企業と資本提携している。感染症がはやったりすると急にたくさん患者が来るもので、最近急に予約が増えたのは中国の鳥インフルエンザの影響。リンパ球治療が有効だが年2回の処方で50万円ぐらいかかる。それでも希望者が非常に多い。

もともと我々の事業は会員制であって、会員の方々に合う医療、所謂テーラーメイド医療が狙い。未病管理や生活指導といった面では、会員制が非常にうまく合致する。高度先進治療の知識、情報を持っている方も多く、「この段階ならわざわざ切らなくてもよいのでは」など、患者の方が詳しいという場合さえあり(笑)、重粒子線やIMRTなど高度先進治療を選択する方が非常に多い。実は新規に入会して初回検査で癌が発見される方が結構多く、癌が見つかった方々の3分の2はこのパターン。残る3分の1は検診を継続的にやっていた方だが、この方々のほとんどは痛くも痒くもない、入院もなし、数回通院して照射で終わり、ということで先進医療を選択される。

がん放射線治療

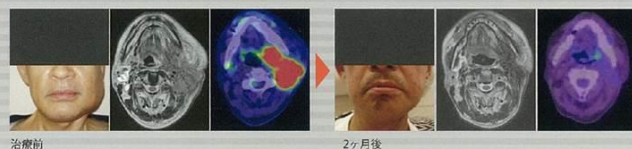
IMRT (Intensive Modulated Radiation Therapy)
強度変調放射線治療

酸素を発生させることで
治療効果を最大限に発揮する

増感剤を併用した放射線治療

酸素欠乏で抗酸化酵素が豊富な大きいがんなどに対し、増感剤を併用した放射線治療を行っています。放射線治療装置リニアックの엑스線や電子線を用いた放射線治療は、大きく育ったがんや悪性黒色腫、数々の肉腫などに効きにくいという欠点がありますが、増感剤を併用して酸素を発生させることにより放射線治療の効果を最大限に発揮することが可能です。

【治療例】 中咽頭癌T4N3M0 58歳男性 IMRT64.2Gy/31fr + 過酸化水素10回



治療前
(左)左頸部に突出する腫瘍があり、ほとんど開口もできなかった。
(中)IMRTでは左扁桃部に腫瘍があり、頸部に大きなリンパ節がみられる。
(右)PETで腫瘍に強い集積がみられる。

2ヶ月後
(左)治療2ヶ月後、外見上左右差がなく顔も改善した。
(中)IMRTでも腫瘍は著明に縮小。
(右)PETでも腫瘍への集積は消失した。

IMRTも保険適用になって、一時期は患者が押しかけたが、価格は自由診療の10分の1以下になる場合も。断るわけにもいかないが、診れば診るほど赤字になるのは保険点数が低過ぎるため。

免疫療法は誰にでも効くわけではないが、最近では重篤な癌に酵素を注射すると放射線治療の効果が上がるという高知大学と研究した治療法があり、こういったものを自由診療でやっているところ。

現在の受診者数は13万人だが、最初の2年間は全部保険診療、2009年以降は9割方が自由診療と考えて貰ってよい。

ミッドタウン事業全体の 事業性

ミッドタウン事業
医療機関・化粧品・サプリメント
などの関連ビジネス
(有明放射線クリニック除く)

顧客ID21万件

売上43億円
(平成25年3月期)

資本支出(運営子会社への出資) 約12億円
医療法人銀行借入残 約20億円

保険診療中心の当初2年間で30億円のマイナス。現在の借入残は20億円なので、ここ3～4年で10億円ほど、年5億円ほど戻しているの、あと4～5年で形になるのではないかと。投資と考えれば悪い話ではないが、医療法人は全額特損で落としてしまっているの、将来的な事業性としては難しい。

ミッドタウンクリニック

開業1年目、2年目大赤字⇒3年目でイーブン⇒4年目から安定黒字化

【初期の失敗の理由】

◇アメリカの医療機関と提携して、「大学病院並みのスペックで」「豪華内装で」「バイリンガルスタッフで」保険診療中心の医療をやろうとしたこと。←三井不動産要請もあり

◇有名大学の教授陣、有名だが稼ぎの少ない高給タレント医師、プライドの高いスタッフ…

【その後の黒字化へ向けた軌道修正】

◇保険診療のスリム化

◇自費診療の領域でマーケットイン商品を作り出す

◇エコノミークラス、ビジネスクラス、ファーストクラス 費用対効果の明確化

◇先端予防医療(先制医療)の開始や先端医療の開始

最初の失敗の原因は恰好よくやろうとしたこと。クリニックなのに、ジョンズ・ホプキンスのスペックで大学病院のレベルを狙ってしまった。場所が良く、ジョンズ・ホプキンスと提携し、経営は我々と三井物産ということで、著名な医者も来てくれた。これはいいぞ、と始めたのだが、話題性はともかく給料は高い、物分かりは悪い、看護師も英語を話す人を・・・とかなんとかと、それだけでもう参った(笑)。院長の田口淳一先生は当初から変わらないが、非常に切り替えの早い方で、あなたが引っ張ってきたのだから何とかしてくれとお願いしたら、うまく整理して頂けた(笑)。

今は非常にうまくいっているが、自由診療を主にしたことが大きい。エコノミークラスも一応あるが、ファーストクラスかビジネスクラスを対象にしている。これもやはり会員制の強み。



東京ミッドタウン医療センター

マーケットイン商品の例

基本の人間ドックに婦人科健診・乳房健診を加えた女性専用の人間ドック。 84,000円

ミッドタウンクリニックの女性割合50%



- 女性医師
女性スタッフ
による対応
- 医師2名
による
乳がん検診
の判定
- 当日結果が
分かるから
安心
- 安心の
フォロー体制
- 水曜日は
レディースデー

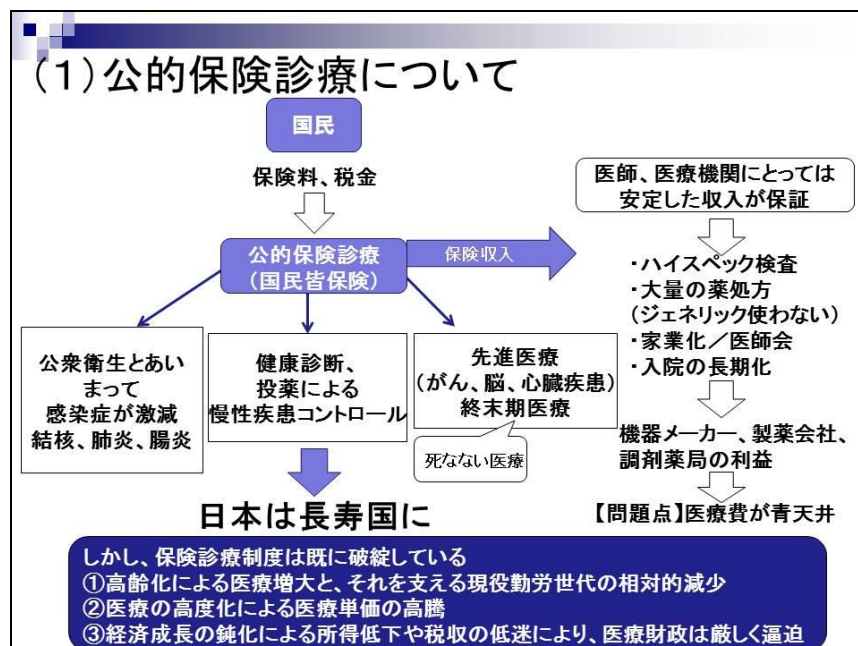
意外に成功しているのは女性向け人間ドック。女性は人間ドックの受診が少ないのだが、聞いてみると男性の医師に診られたくという女性が多い。当社は女性向けのところは全部女医で、これがうまくいって

いるようである。

実はこれも一度失敗しており、乳癌治療で有名な女医の大先生を呼んだところ、患者もたくさん来たが、ボランティア精神が強く、全部保険診療で対応するので経営的には大赤字。現在は病気の診療から、まずは未病に注力しようと検診に切り替えた。

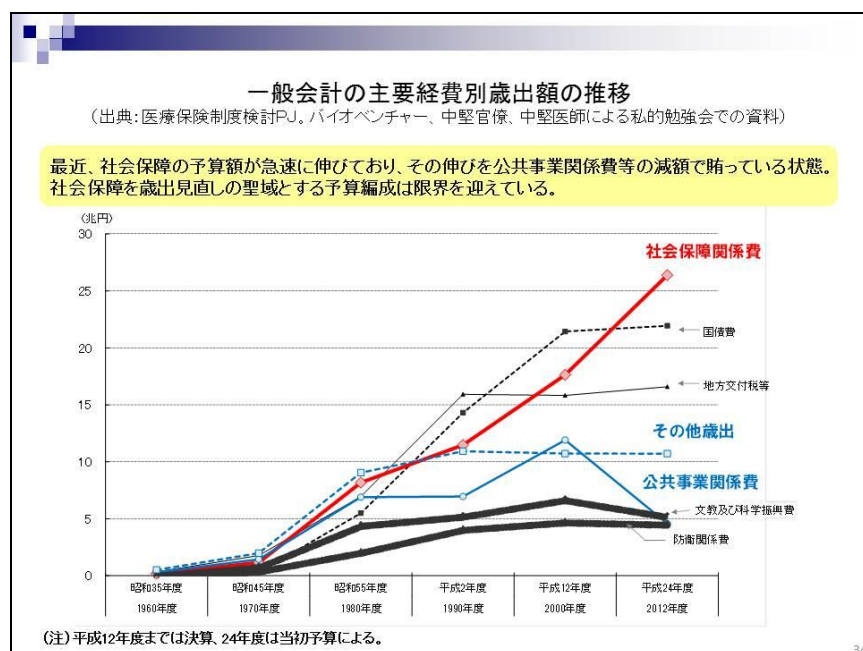
2. 日本の医療について

日本は長寿国になり、衛生管理もよく、皆保険制度で誰でも簡単に医療が受けられる。これは非常に良いことだと思っていたが、たまたま自分たちで医療を事業としてやることになり、そういう目で日本の医療を見ると、このまま行くと、どこか、今の段階で既に破綻しているのではないかと感じている。

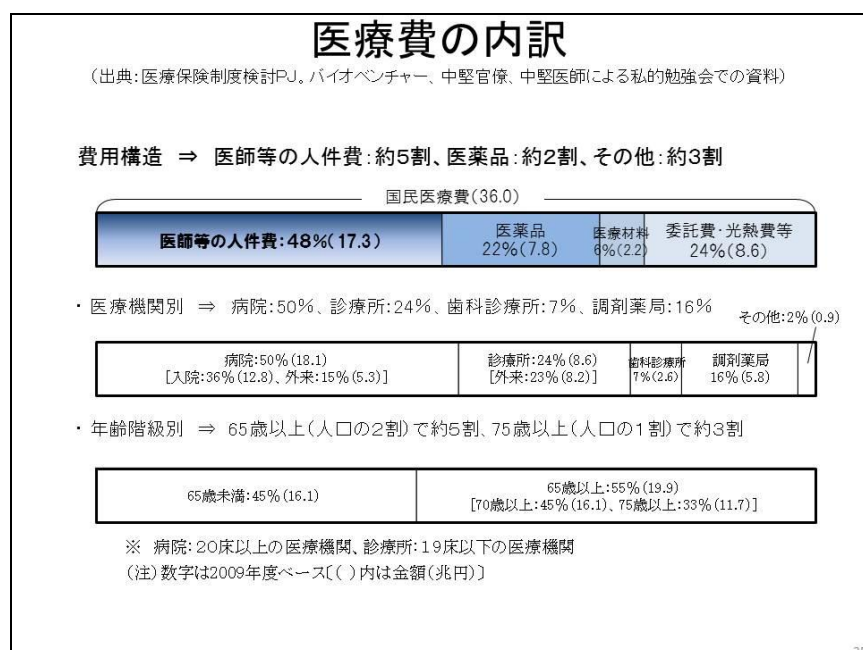


保険診療だけでは事業としては大赤字になることは確実。ミッドタウンの2年目は普通診療科が本当に超満員でビルから苦情が出る程。それでも10億円の赤字を出し、お客さん超満員で超赤字というとんでもない話で、事業と言う目で見れば保険診療制度は既に破綻していると言える。

今後も新しい医療がどんどん進み、死なない治療がどんどん発達すれば、対象者が増えるのだから医療費は減るどころか上がる一方だろう。その一方で、医師やメーカー、製薬会社はこの制度で安定した収入・利益を得ており、無理に医療費を下げようとすれば質を落とすなどで利益確保に走ることも考えられる。



民主党がコンクリートから人へと saying it was time, but the red line of social security costs shows that the budget is still far from being people-oriented.



医療費の半分は人件費だが、今の保険診療制度の中で、人件費の生産性が上がるのかどうか。言い換えると、医療関係者が新しい技術を身に付けようとするインセンティブが働いているかどうかだが、働かない、働かせない制度になっているのではないかと懸念される。

(2) 過度の国家統制による 日本医療の衰退のリスク

① 価格統制

医療の質向上への逆インセンティブ

ex. DPC (Diagnosis Procedure Combination。診断群分類包括評価)

売り上げが一定なら、質を落として利益を落とそうというのが当然の発想。

② 数量統制

ex. 病床数に対する看護師の数を規定

看護師不足・給料暴騰、地域医療混乱

結局人材派遣会社を儲けさせただけ

③ 医療の中身の統制・混合診療の禁止

E BMに基づく保険診療

代替医療や個別医療をするとE BM至上主義医師から見放される

→ 難民化

**保険診療と混合医療可能な先進医療は要件厳格すぎ一般の病院には無理
医療費全体に占める先進医療の割合はほんのわずか。**



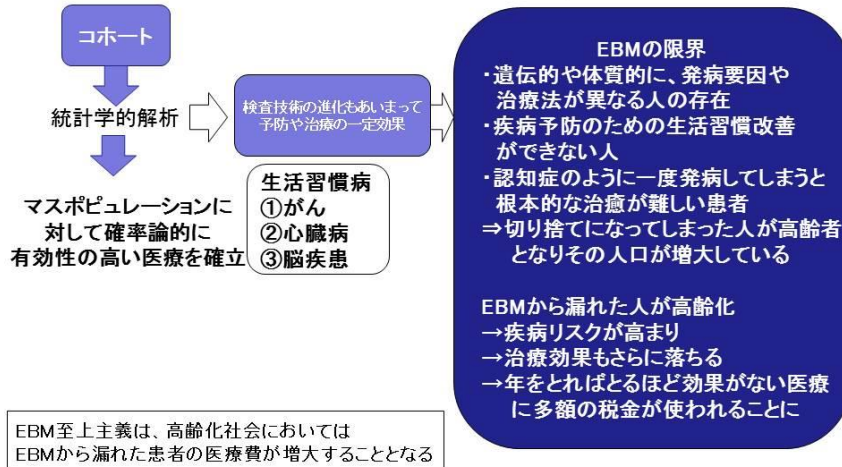
払い込む保険料が少なくて、使って出て行く方が多いわけで、保険制度を維持しようとすれば、薬事価格を下げて価格調整をする以外はないが、統制経済の中で価格を下げれば、後は質を落として利益を得る以外に食う道はない。これは避けては通れない点だと思う。

これも驚いたことだが、実際に働いている看護師は有資格者の4分1だけ。4分の3は免許を持っても家庭に入ったり、別の仕事をしていたり。我々の所に来てくれる人は比較的多いのだが、聞いてみるとやはり夜勤、当直が嫌だと。他には、同世代の人と会う機会が非常に少ない、危険と言うと語弊があるが、常に緊張感を持った職場で大変、気が抜けない、と言う。給料ではなく、そういうことで辞めているようである。我々のところは夜勤はないし、ホテルなどもあって出会いもいろいろある、変な緊張もないということで非常にたくさん来て頂くのだが、統制経済の中ではこうした人材の活用も難しい。せっかく免許を持っているのだから、治療だけではなく例えば末病対策の分野など、色々なところで働いて貰える仕組みをどんどん作るべき。

もう一つは医療の中身の規制。最大の問題は何とんでも混合診療の禁止。最近はまだマスコミでも取り上げられているが、混合診療をきちんとできるようにすべき。これも我々会員制の強みかと思うが、後でお話するように会員の医療情報を一元化している。薬の服用が重複したりしないよう、会員から別の医療機関での医療情報を頂いているのだが、他のところで保険診療をされている方が同じ病気で当社の保険外のメニューを受けたいと言われた時が困る。継続では駄目なので、向こうを一旦やめて貰うなど、対応が必要になってしまう。

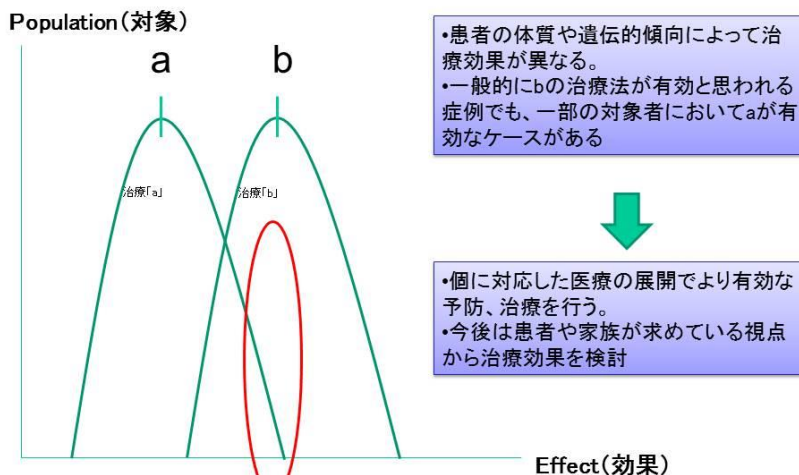
我々は会員制であり、その人に合った治療、希望にかなう治療、いわばテーラーメイドを一番に考える。高額所得者が多いこともあるが、まず希望されるのはQOL。辻井委員の放医研も紹介させて頂き、大腿部骨癌の方が重粒子線で治って帰ってこられた方に聞いたのだが、価格が高くても重粒子線を選ぶと言う。いろいろある治療でどれを選ぶか、そういった情報をきちんとお伝えすることも我々のような会員制の強みと思うが、そういう医療情報に関して、もっときちんと伝えられるような仕組みが絶対に必要だと思う。IMRTと普通の放射線治療の違いを教えると叱られるなどという話もあって、今は医療情報が統制されているとしか思えない状態。

(3)EBM至上主義について (Evidence Based Medicine)



マス医療に陥ると言う意味で、EBMだけでは弊害になる場合もあると思っている。

求められるPCORという視点 (Patient Centered Outcome Research)



EBMの考え方はマスの部分にあわせるもので、それがうまくはまればよいが、我々としては患者主体の考え方を重視したい。EBM的にはbという治療が一般的に有効とされても、他の方法がより効果的な人もたくさんいるわけで、各々の患者に応じた細かい対応を自由診療の中で進められるのでは、と考えている。あくまで患者中心の考え方で進めれば、まだまだいろいろな医療、新しい診療が可能になる筈。

トピックス **PIK3CA 遺伝子変異と
大腸がん患者の生存へのアスピリンの効果**

New England Journal of Medicine の2012年10月25日号においては、964例の大腸がんあるいは直腸がん患者において P13K (phosphatidylinositol 3-kinase) の触媒サブユニットをコードする *PIK3CA* 遺伝子の変異がアジュバント使用でのアスピリンの効果に影響するという分子疫学研究が報告された (Liao, X. et al.: New Engl. J. Med., 367: 1596-1606, 2012)。*PIK3CA* 遺伝子に変異のある大腸がん患者に診断後アスピリンを投与されている場合、大腸がん特異的死亡が 82% も減少したのである。*PIK3CA* 遺伝子に変異のない場合には、アスピリン投与は生存に影響を与えなかった。この研究において、*PIK3CA* 遺伝子をバイオマーカーとして使用することで、アスピリン投与の大腸がんの治療

上の便益を予測できることになる。この作用機序としては、大腸がんにおける *PIK3CA* 遺伝子の変異は PTGS2 を活性化することで大腸がん細胞のアポトーシスを抑制しているために、アスピリン投与がその抑制解除に働くことによると考えられている。
ステージⅢの大腸がんの術後療法においては、分子標的薬を含むあらゆる抗がん剤においても、臨床試験でこの10年余、予後延長を示すことができなかった。2009年に大腸がんの診断後のアスピリンの投与で29%の大腸がん関連死を減少させ、サブ解析においては PTGS2 (cyclooxygenase-2) を高発現する腫瘍においてとくに顕著に減少効果があるという報告 (Chan, A. T. et al.: JAMA, 302: 649-658, 2009) があった後、英米における5つの臨床試験

からのメタアナリシスにおいて、アスピリンが心血管イベントを抑制する効果があるという報告のなかで、大腸がん患者においては74%の転移リスク減少があるという知見もあり (Rothwell, P. M. et al.: Lancet, 379: 1591-1601, 2012)。昨今アスピリンの効果に対する関心が高まっていたところである。
本論文はまだ症例数も少なく萌芽的な解析となっていることは否めないが、*PIK3CA* 遺伝子の変異は初発大腸がんの6分の1以上にみられるため、分子疫学の進歩が疾患治療のためのバイオマーカーの同定に寄与していくことで、非常に古く安価な医薬品であるアスピリンが、21世紀の標的治療として脚光を浴びるという新しいパラダイムの可能性を示唆しているのである。
(京都大学大学院医学研究科 川上浩司)

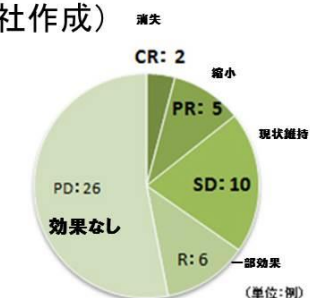
一部の**大腸がん患者にアスピリンが有効の可能性**
(6人に1人以上に見られる遺伝子変異)

個別対応医療とともに、**医療費も大幅削減**

京都大学医学部
薬剤疫学 川上浩司教授

これは今、京大と一緒に研究している先進治療の例。一部の**大腸癌**では、6人に1人はアスピリンが有効で、これはかなり高い率だと思うが、個別対応医療にはこんなケースもあるという一例。

PCORの一例
樹状細胞ワクチン療法(膵臓がんの臨床データ:テラ社作成)



•全員には効く、効かない。完治する、しない、ということではなく、患者や家族が期待する治療効果の観点から、医療内容を検討していくこともPCORの一例である。

CR: 腫瘍の100%縮小(消失)が4週間以上持続
PR: 腫瘍の30%以上の縮小が4週間以上持続
SD: 腫瘍の30%未満の縮小または20%以内の増大かつ新病変の出現のない状態が4週間以上持続
R: PRには分類されないが、有効性が認められるもの
PD: 腫瘍の20%以上増大または新病変の出現

樹状細胞ワクチンも半分以上に効果はなく、実質的に治せるのはごくわずか。しかし3~4割は治らないまでも悪化しないという例も。これは慶應大学と一緒に治験をやらせて頂いている例。

我々のスタンスとしては、自由診療でお金を持っている方からたくさん頂くのだが、それを元にして大学と一緒に研究することで還元していければよいと考えている。

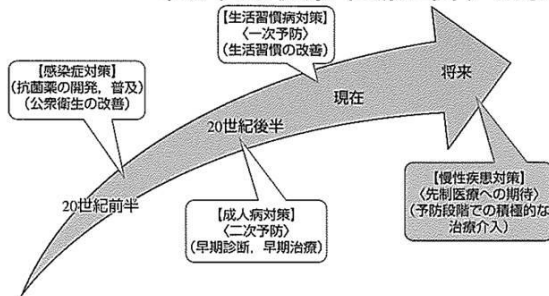
(4)新しい予防医療「先制医療」

先制医療を可能にするもの

- ①遺伝子技術の進化
- ②バイオマーカーの進化と複合的解析技術の進化
- ③医療情報技術の進化とデータ解析能力の進化

個人個人の遺伝傾向や発育過程、生活習慣、過去の医療履歴を解析することで「個の医療」を可能にし「発症前診断」による予測の医療が可能になる。

わが国の健康・医療に関する対策の流れ



出典：井村裕夫京都大学名誉教授

今後医療を事業として進めることを考えると、病気になってからというよりも、病気になる前の対応に力を入れるべきと思っている。未病段階で何をすべきかは、遺伝子検査などで相当わかるようになっていし、我々のハイメディックのように長年の蓄積があると、かなりの確度で見えてくる。病気になる前に様々な対策をきちんとお伝えして対応する、この部分は自由診療の範囲でもあり、ある程度のお金も頂けるし、患者の方々にとっても病気になる前のほうが苦しくもなくQOLも当然良い。我々はこの予防医療に力を入れていくつもりだが、日本の医療がこの部分に注力しやすいような制度や教育など、医療関係者と我々事業者、更には役所、官と一緒に研究していくべき。

東大病院の中にハイメディックを作り記者会見をやった際、「これからは金持ちだけが生き残るといふことか」「しかもそれを国立大学の中に作るなどとてもない」と、ある新聞社から散々言われて参ったが、決してそういうことではなく、研究すると言ってもタダでできるものではないし、診療データを研究に使う承諾を得た上で患者からお金を頂いているんだ、と説明した覚えがあるが、日本には医療に対しておかしい平等主義があると感じた。

先進治療もそうだが新薬も危険は絶対にある。治験済であってもアレルギー体質の人など、ある一定の人はダメ。しかし日本では1万人に1人でも何かあれば大きな批判を受ける。むしろ、新薬ができて治験が通ったからといって、すぐ保険適用にすべきではないのでは。効果のある新薬を早く投与したいという気持ちも分かるが、最初は少し高くても納得の上で使ってもらい、ある程度時間が経って本当に安全となった頃、いわばジェネリック的レベルにまでなった時に保険適用とすれば、自然と保険診療費も下がるだろうし、薬価改定でどんどん切り下げられても利益を確保できるのではないかな。

健診・人間ドック結果通知サービスによるメリット

健診・人間ドック結果(Web)通知サービス



通知サービスの導入メリット

- 医療機関のメリット
 - ・レポート印刷費の削減
 - ・事務員人件費の削減
- 個人(患者)のメリット
 - ・積年で検診結果を管理、参照可能
 - ・生活習慣改善への気づき
 - ・早期治療による重症化防止
- 健康保険組合のメリット
 - ・検診結果管理・分析
 - ・組合員のデータを分析
 - ・早期の治療促進
 - ・医療費削減

予防段階での積極的な医療介入により、医療費削減が可能

44

©2013 Advanced Medical Care Inc. All rights reserved. 本資料の一部または全部について無断に複製・転載することは固く禁じます。

このシステムは我々のグループ以外にも役立てることが可能。例えば人間ドックでは、最後の報告書作成が非常に金がかかる。我々はネット配信のシステムを導入しているが、これを健康診断を行う医療機関に使ってもらう事業も可能。我々だけで終わるのではなく、連携して医療情報の活用ができれば過剰投薬など医療の無駄も省け、産業としてもうまく進めて行けるようになるのではないかな。

3. 医療産業モデル創造に向けての方向性

<医療産業モデルの創造は極めて困難な挑戦>

ある国立大学病院医師の発言

「私たちの医療をキリスト教とすれば、ミッドタウンクリニックの医療はイスラム教だ」

当方

「キリスト教とはなんですか？」

医師

「EBMに基づく保険診療だ」

大多数の医師、医師会、学会は同じ考え方。

医療を産業化するためには、宗教改革的にも匹敵する、

社会意識・システムの転換が必要となる。

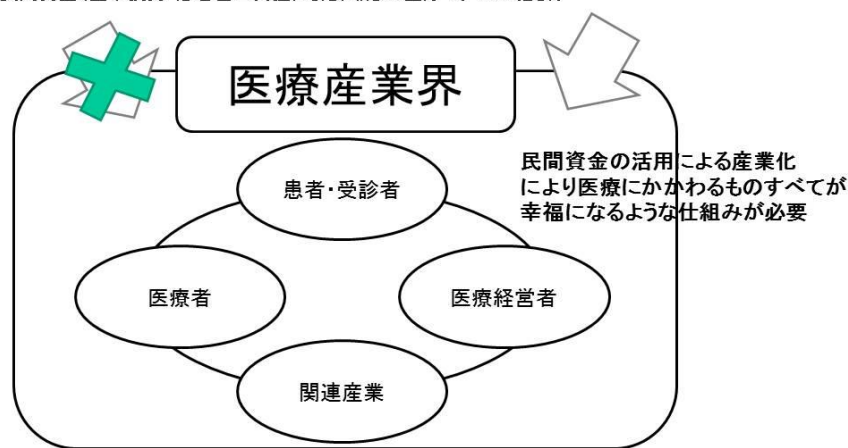
日本医師会も医療の「営利産業化には断固反対」の中、
・・・「医療の産業化」など大きなことは正直、言いにくい……

我々は会員制であり、契約者だけで進めているので事業としてうまくいっている、という面があるが、大きく「産業」となるとなかなか難しいのではないかな。こんな話があったという例だが、ある国立大学病院の医師から、「我々はキリスト教、あなたたちはイスラム教だ」と、テーラーメイド医療なんてとんでもないと言われたことがある。毎日一緒に同じグループで研究している人ですらそんな感じで、医療を営利産業化しよう、医療で儲けようと言える雰囲気はない。特に病気の人に対する治療で儲ける、というのは受け入れられない。そこで我々も治療ではなく、治療以前の未病段階のところでどうだ、と進めてはいるが、こういった意識は一朝一夕ではなかなか変わらないのではないかな。

公的資金

民間資金

本来、医療費が増えるのは産業規模が大きく喜ぶべきこと。しかし公的資金の流入で国家財政を危機に陥れ、結果的に医療産業界も不幸になっている。
民間資金(企業投資・患者自己負担による)新しい医療モデルが必要。



とは言え現在の保険医療システムは既に破綻しているわけで、どうであれ民間資金が入る仕組みが必要で、実際にやってみて、充分成立すると考えている。まず患者の満足度が上がることが大切だが、更にそれを実現する医者や製薬会社など、患者に関わる周りのすべてが良くなっていく仕組みでなければ持続しない。しかし現在の保険診療制度では、薬事の単価が下がることが、受けられる医療の質の低下を招いて

いる。

1. 方向性「保険医療費削減と先制医療重視・先端医療の育成」 (大前提)

公的保険診療(Evidenced Based Medicine)による「治療のための医療」依存からの脱却をはかる。

(1) 先制医療重視・・・未病段階からの医療

EHR(Electric Health Record)に基づく、個々の医療データに根差した、未病段階の先制(より積極的な医療介入を行う)医療

→慢性疾患の予防、重篤化を減らし、健康長寿社会を実現し、
公的保険医療費を削減する

(2) 先端医療の育成

先端医療を民間(企業)投資+患者自己負担によって産業育成・牽引する。

医療制度改革の大前提は、公的資金による治療の医療から脱却して、先制医療や先端医療が育成される制度にしていくこと。現在は本当に小さなパイの中だけでぐるぐる回っているだけで、このままでは医療産業どころか、医療の先行きが非常に危ういと思っている。

2. 必要なソリューション

(1) 富裕層医療・高額自費診療 ドネーションという発想

- ・先端検診・先端治療を自費診療で展開
- ・同時に大学病院等との共同研究
- ・新しい医療の開発のためのドネーション
(エビデンスが固まり件数が増えれば価格が下がり、世の中に広がっていく。)

(2) 民間保険の活用と保険商品設計の規制緩和

- ・参入規制の緩和
- ・商品設計の自由化と加入者多様な選択肢の提供
(加入者に対するリスクとリターンの明確化)
- ・民間保険会社から医療機関への直接の支払い

(3) 既得権益への配慮

- ・ジェネリック適用を進めて、医療費は下げる。
一方、先端医療、先端検査は地域医師から先端医療機関に紹介し、バックマージンを支払うことで共存共栄

では、どうしたらよいか。今までの日本の制度をガラリと変えることは、先の医師の発言ではないがキリスト教徒にイスラム教徒になれば、と言うようなもので、むしろ両立させる方が良い。

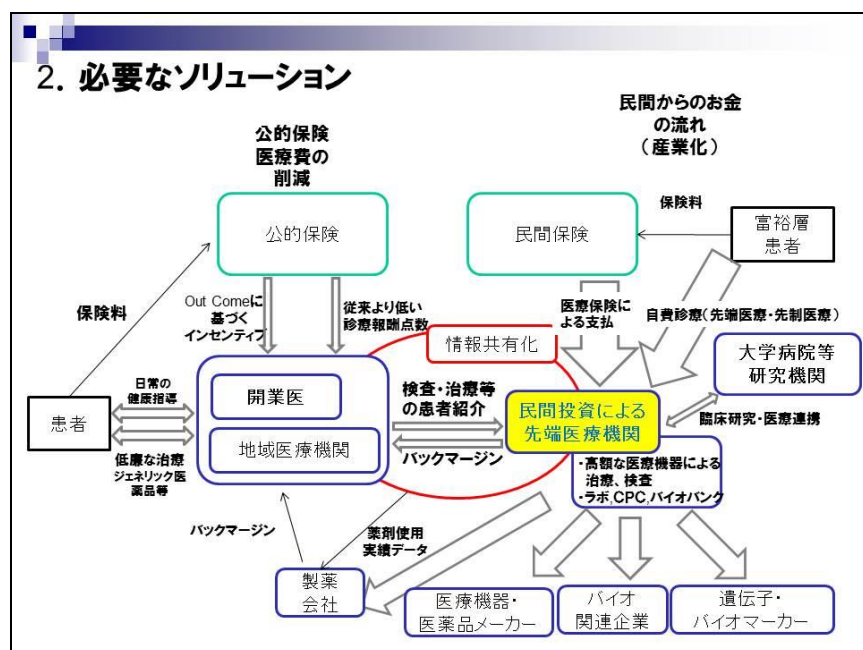
保険医療制度の良い部分は進めながら、医療関係者も患者、国民も皆が良い制度。これはそれほど難しいことではなく、要は富裕者層には高額自費診療をやって貰い、これは一つのドネーションと考える。どんどんやって貰って数が出て、こなれていけば安くなる、その結果全体が良くなる。こういうステップが必要だということを、誰かが声を上げて言わなければ駄目。我々が東大で始めた時は、日本の大新聞はこ

ぞって批判したが、異教徒だとさえ言われるところをどう突破するか。自費の高額診療をやることで、大学病院との共同研究がどんどん進み、新しい医療が開発される。こういったことがきちんと世間に認識されるようなやり方が必要。

民間保険でなければ自由診療をどんどん取り入れることも無理。T P Pによってその方向に進むと思うが、日本人の考え方を早く変えていかなくてはならない。

現実に進めるためには、既得権益を得ている者にダメージを与えない仕組みが必要ではないか。今でも一般の医者や小規模病院では、重篤者に関しては高度先進医療が可能な医療機関を紹介しているが、医療情報を更に一元化し、そういった流れをきちんとシステム化するべき。

町のお医者さんは地域の一番大切なインフラであり、最初に患者を診察し、これは重篤かもしれないと思った時は他の医療機関を紹介する。そこで精密検査や高度先進医療など自由診療を受けた時には、最初の診察・紹介に対するインセンティブ、バックマージンが町のお医者さんに回っていくような形ができれば、混合診療を認めると自分たちの商売が駄目になる、という反対はなくなる。高度先進医療と一口に言っても得意な分野もあるし、手術するにも機器は要し医学物理士なども必要で、ひとりでは絶対できないチームワーク。また、街のお医者さんも含めた医者全員が先進医療ができるわけもなく、これが現実的なのではないかな。



逆に言えば、街のお医者さんの得意分野は地域密着。地域の人たちの最初の相談相手であり、軽い病気などは投薬で治し、重い病気は良い所へきちんと紹介する。混合診療と言うと反対されるが、高度先進治療の枠を緩めてどんどん発展させ、そこでの利益が情報提供者へきちんと戻ればよい。紹介料 2,000 円などというレベルではなく、自由診療で 200 万円かかったら、その 1 割の 20 万円を還元するくらいのやり方のほうがずっとうまくいく筈。

我々は P E T 導入の先駆者だと思うが、今では非常に多くの病院が P E T を導入しているものの、あの保険診療の価格では、ペイしている所は少ないと思う。これから新たに導入する所はないのでは。我々は会員制で 100%稼働させているので採算が合うが、普通ではとても無理。保険適用で単価を下げると最新の機器を入れられず、診察の質も落ちるという悪循環。更に採算を合わせるために限度以上の数をこなそ

うとなれば扱う人達の負担も増えるし、いろいろな面で問題が発生する。今はまったく逆の方向に進んでいるが、高度先進治療をやろうという医療機関がどんどん広がっていき、同時に地域の医療機関もうまくいくという方法が必要である。

(了)

(文責：日本経済調査協議会医療産業モデル研究委員会事務局)