



MC Healthcare, Inc.

MCHニュース

2015.03.20 Vol.10

MCH NEWS

地域包括ケアシステム構築に向けて 今、病院ができること

第15回 病院の経営を考える会

エム・シー・ヘルスケア株式会社は2014年11月28日、東京都港区のコクヨホールで、「第15回 病院の経営を考える会」を開催しました。政府が2025年の医療・介護提供体制のあるべき姿として構築を目指す「地域包括ケアシステム」を中心として、「地域ヘルスケア（医療・介護）経営の展望」をテーマにパネルディスカッションを開き、地域で始まった地域包括ケアの取り組み事例の報告をもとに、今病院は何ができるのか、何をしなければならないのかを考えました。

第15回 病院の経営を考える会

(2014年11月28日開催)

地域包括ケアの取り組み事例に学び、



アベノミクスと医療改革の行方

—消費税引き上げ延期が医療経営に何をもたらすか?—

モデレーター **松山幸弘氏**
一般財団法人キャノングローバル戦略
研究所 研究主幹・経済学博士



安倍首相が世界経済フォーラムで「日本にもメイヨー Clinicのような、非営利ホールディング・カンパニー型の大規模医療事業体ができてしかるべきだから、制度を改めるよう追加の指示をした」と発言しました。メイヨー Clinicは、臨床研究・教育で世界トップの評価を受けている事業体であり、グループ内にメディカルスクールと大規模地域包括ケア事業体を持っています。米国の大学のほとんどは附属病院を持っていません。医療産業集積の研究司令塔になっているピッツバーグ大学やハーバード大学にも附属病院がありません。両大学に臨床フィールドを提供しているのは、地元の非営利ホールディング型大規模地域包括ケア事業体であり、その年間収入は1兆円を超えています。安倍政権は経済成長戦略の1つとして医薬品・医療機器の開発力強化、医療のパッケージ輸出を掲げていますが、その国際競争で優位に立つには研究開発のインフラである臨床フィールドが大規模である必要があります。わが国の場合、東京大学附属病院ですら診療収入が457億円にすぎません。この格差克服方法として参考になるのが、英国のケンブリッジ大学の戦略です。同大学も附属病院を持たずに公立病院を核に形成された複数の地域包括ケア事業体と業務提携することで臨床フィールドを確保しており、その規模は約1,700億円です。そしてHealth Partnersという医療産業集積運営目的の非営利会社を設立しています。このモデルであれば、わが国でも国立大学附属病院と隣国公立病院が経営統合することですぐにでも実現可能と思います。

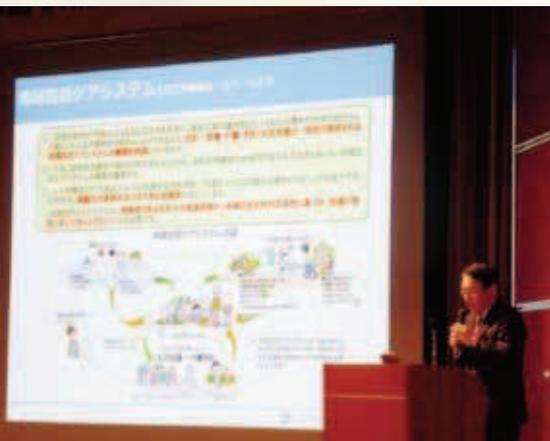
山形県酒田市の事業—現場の課題—

パネリスト **栗谷義樹氏**
地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構
理事長



当法人は、分散・重複した医療サービスや医療資源を集約し、効率的で質の高い医療サービスを提供するため、県立病院と市立病院を統合再編し、急性期医療を担う日本海総合病院と療養型・回復期リハビリ機能を担う酒田医療センターを運営しています。明確な機能分担により、急性期を担っている日本海総合病院の2013年度の状況は、統合再編前(2007年度、旧県立、市立合算)に比べ延べ外来患者数が18%減、新患22%減、一方で紹介率は10%増、逆紹介率も15%増となりました。延べ入院患者数は16%減でしたが、新入院患者数は10%増、平均在院日数は5.8日と短くなりました。手術件数も982件増え、入院単価が5万9510円と2万余円増加しました。酒田市のようない田舎でこうした数字を実現するのは非常に難しい。外来単価も1万2447円で3490円増となりました。営業収益は168億円です。2014年10月によくフル稼働した酒田医療センターの営業収益は6億2000万円でもまだまだ赤字経営ですが、統合再編の効果は出てくると思います。山形県における機能別整備病床数を単純試算すると、2025年は高度急性期1494床、一般急性期2905床、現在の病床数より1690床減、総患者数は基幹病院で7.9%減少すると推計されています。国は、国、地方自治体が運営する公設病院や健保組合が手がける公的病院が非営利型法人に参加するようにする方向で制度設計を検討しています。庄内地区でもさまざまな働き掛けをしていきます。

スピード感を持って全国拡充を



2025年、団塊の世代が75歳以上となります。社会保障制度改革では、病院完結型から地域完結型の地域包括ケアに向けて、医療・介護の提供体制の変革が求められています。病床機能報告制度が始まり、病院運営への行政の関与が強まり、また非営利型法人の創設も検討されています。今、地域ヘルスケア(医療・介護)経営はどの方向に舵を切るべきか―。パネルディスカッションでは、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長の栗谷義樹氏、けいじゅヘルスケアシステムCEOの神野正博氏、東京大学高齢社会総合研究機構特任教授の辻哲夫氏が、地域包括ケアの取り組み事例を講演。一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所研究主幹の松山幸弘氏をモデレーターに、地域ヘルスケア経営の将来像を探りました。

けいじゅヘルスケアシステムの事例

超高齢社会と地域医療柏プロジェクト

パネリスト 神野正博氏

けいじゅヘルスケアシステムCEO、社会医療法人財団董仙会理事長、社会福祉法人徳充会理事長



地域包括ケアシステムは「The Integrated Community Care System」と英訳されるように、本質的には統合だと思えます。また、そこには急性期も含んでおり、高齢社会では急性期から亜急性期・回復期、療養型、老健、在宅、そしてまた急性期…というように同じ人が同じサイクルを短期間で回ります。共通した情報システム、アセスメントシートが必要です。資源を有効利用し、在宅医療を強化するためには、強いガバナンスと情報共有が不可欠です。医療福祉複合体「けいじゅヘルスケアシステム」の理念は「先端医療から福祉まで 生きるを応援します」です。セントラルキッチン1日5000食、在宅患者にも配食し、フィットネスやエクササイズができる施設も持っています。家庭医による家庭医療科やClinicもあり、地域包括ケア病棟をカバーしています。これを家にたとえるならば、情報や民間企業のサポートといった土台の上に、医療、介護、健康があるという形です。これまで病院の品質として病院機能評価などに取り組んできましたが、これからは地域の品質で、それに安心を提供している医療がどう関わるべきかでしょう。新型法人については、本部機能を持った財団型で、①先進医療・研究開発型(ピッツバーグ型)法人、②医療介護複合体からの移行による包括自己完結型法人、③医療資源が乏しい地域や過剰な地域で窮状を打開するための連携型法人―が考えられますが、それぞれの課題があります。

パネリスト 辻 哲夫氏

東京大学高齢社会総合研究機構特任教授



75歳未満の人口が減り、75歳以上の人口は伸び続ける中、パラダイムの転換が必要です。国は、住み慣れた地域で住まい続ける、自分らしい生活を続けるのがベストケアという方向に社会保障を転換しました。その実現の最大の壁は医療です。生活の場に医療が及んでいない、政策として欠落しているのです。できる限り生活を享受できるシステムを作ることで医療は完成します。超高齢社会における地域医療のモデルを確立するため柏プロジェクトに取り組んでいます。柏プロジェクトは「いつまでも地域で暮らすことができる社会」の具現化を目指しています。具体的には、在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムを実現するというもので、地域のかかりつけ医が自分の患者の求めに応じて合理的に在宅医療に取り組めるシステムの日本モデルを作ることです。柏では、医師会と市役所が手を組み、その下で多職種が連携して3年かけてシステムを作り上げました。ネットワークができた最大のポイントは多職種連携の研修です。2025年に向けて地区医師会と行政がしっかりと全体を認識し、行動し、早急に取り組まなければ、超高齢社会の医療システムは維持できないのではないかと思います。柏プロジェクトのような取り組みを全国でかなり速い勢いで行い、高度急性期病院Win、地域の中小病院Win、開業医Winとなる改革ができるかがポイントです。

キーワードは「在宅」「連携」「医師

地域包括ケアを進めるポイント

松山 「柏プロジェクト」を全国に広げるとしたらどのような課題があるのでしょうか。

辻 「柏プロジェクト」は、柏市と柏市医師会が中心となり自律的に動いています。柏市医師会長が「ヒーローを作らない」と言うように、誰か一人が熱心に取り組んでいるものではないので、どこでもできると考えます。ただし、ポイントは「在宅医療に取り組む医師の確保」。そのためにも多職種連携研修システムが必要です。在宅医療に取り組む医師が増えるよう、医師会がどう動いていくかでしょう。必然の方向として「在宅医療学」を体系化する作業も始まりました。我が国の医療は国民皆保険制度に代表されるように世界に誇れる制度として構築されてきたがゆえに、これまでの延長線上ではなく、世界に例のないことに皆がコンセンサスを持って取り組むべきだと思います。

松山 「けいじゅヘルスケアシステム」では在宅ケアにどのように取り組んでいるのでしょうか。日米比較も含めて

お話ください。

神野 「けいじゅヘルスケアシステム」も在宅の基本は連携です。そのためには、在宅ケアの患者さんが終末期となった時には病院が引き受ける、開業医を支援するというのが病院の役割だと考えています。米国のオバマ改革では、accountable organizationという病院と診療所が一つの組織を作り全体で医療費をどれだけ抑えたかでインセ

新型法人はどう関わるか

松山 在宅ケア患者が、重篤となった時の急性期病院としての対応をどう考えていますか。

栗谷 遠方からの患者を在宅復帰する際、主治医を探すのに大変困難を来しています。地元酒田地区医師会長をしています。在宅復帰のための仕組みを、行政区域をまたがってどう作るかという議論が始まったばかりです。暗中模索です。そうした中で、昨年非営利型法人の検討も提案していますが、議決権配分、赤字病院をどうする

ンティブがあるという仕組みが作られています。この組織のバックには保険会社があり、急性期後に患者さんを診療所に戻し、疾病を予防することで保険会社としてのインセンティブをいかに得るかという仕組みになっています。我が国では保険会社をバックに持つこうした病院組織はありませんので、病院と診療所が一緒になって、英国の人頭払い制度のようなシステムを検討するのも一つだと思います。

のか、資金調達はどうなるか—という3つの懸念があり、制度設計がはっきりしないうちは前には踏み出せません。また、地方の大学には2018年問題という18歳人口が減ることによる存続の危機感があります。いずれにしてもすでに「きれいごと」で済む時代は終わりました。地域医療ビジョンを実現するためには「悪役」が必要です。つまり、最終的に責任を持つ組織には悪役になるくらいの覚悟が必要なのではないでしょうか。



の適正配分」



松山 非営利型法人を活用するにしても、赤字病院の扱いがネックとなりそうです。栗谷先生は、同じ医療圏の中で他病院の状況を聞いていますか。

栗谷 経営は非常に厳しいということは聞いていますね。

診療報酬改定の影響

松山 2015年度診療報酬改定の影響があるのでしょうか。神野先生、「けいじゅヘルスケアシステム」にどのような影響が出ていますか。

神野 影響は大きいですね。特に「在宅復帰率」だけを考えるようになっていきます。在宅復帰させると稼働率が下がるため、入院による収益は悪くなります。当グループのある半期のデータでは、ローリスク、ローリターン of 社会福祉法人の方が収益は高い。それは一定割合の収益が見込めるからです。全体の収益は1%弱上がっているものの、原価がかさみ収益面では苦戦しています。

松山 234ある社会医療法人の中で、55法人は社会福祉法人も運営しています。どちらも持分が無いため、合併の可能性はあるのでしょうか。

神野 一般的に社会福祉法人の運営は良いと言われています。どちらも持分が無いため、合併することも一つです。ハイリスク、ハイリターンの地域医療に、ローリスク、ローリターンである介護・福祉の収益を投入し、人的配置や資金調達に回すということも考えてもよいのではないのでしょうか。

松山 そのような事業構造はピッツバーグ大学と同じですね。辻先生、柏

地区の地域包括ケアに対する診療報酬改定の影響はどうでしょうか。

辻 在宅医療による多職種連携ということでやってきましたので、集合住宅に対する報酬が下がったことには医師会関係者から不満が出ましたね。ただ、きちんと外来診療をし、かつ在宅医療を行っているかかりつけ医の報酬は、最終的には守られると確信します。柏

医師偏在と医師確保を考える

会場 少子化が進む一方で、新設の医系大学ができるなど、医師の適正配分や養成についてはどう考えるべきでしょうか。

辻 医師不足が言われていますが、配分が歪んでいるのです。これから必要とされるのは総合医であり、その地域配分は政策として行わなければなりません。つまり、「医師不足の地方に出なければ保険医になれない」という保険医定数制を敷くということです。小手先では難しい。そして、地域の病院が在宅医療を行い、その病院の医師が開業し、地域の在宅医療を支える。病院が大変だから在宅医療が必要ではなく、住み慣れた地域で生活し続け、高齢、病気となっても在宅生活を支える

市では、在宅医療でバックアップの病床を最適化するため、そのルールを話し合いました。在宅医療を受けている患者さんの多くは、入院経験を持った方ですので、退院元の病院が引き受けるというルールとしました。信頼関係があればルールができ、病診のウィンウィン関係が可能です。

ために在宅医療が必要だということです。人々が幸せに生きるために、地域にどのようなシステムが必要かを考えるべきです。

神野 地域に必要なのは専門医だけではなく、プライマリーで総合的に診ることができる医師です。大学ではそうした医師を養成することも必要です。

栗谷 医師の偏在を防ぐには医療機関の集約化が必要でしょう。山形県・酒田市病院機構では、病院機能を集約化した結果、医師が集まるようになりました。

松山 本日は栗谷先生、神野先生、辻先生に地域包括ケアを成功に導く課題を伺いました。いかにスピード感を持って、全体に広げていくかがポイントになるでしょう。

JALの再建と病院経営 意識改革と部門別採算制度が再建のキーテクノロジーに

“経営の神様”と言われる京セラ名誉会長、稲盛和夫氏は、「フィロソフィ」と「アメーバ経営」を用いて、数々の経営再建を行ってきました。近年では破綻をきたしたJALグループの再建に成功。その手法は病院経営にも生かされています。JAL再建に参画、稲盛氏とともに部門別採算制度の導入による経営改革を実行した森田直行氏に、アメーバ経営の真髓をお話いただきました。



KCCSマネジメントコンサルティング株式会社 (KCMC) 会長

森田直行氏

1942年福岡県生まれ。鹿児島大学卒業後、1967年京セラに入社。1995年、京セラコミュニケーションシステム株式会社(KCCS)を設立、社長に就任(現・相談役)。2006年、KCCSのコンサルティング部門を分社化し、KCMCを設立。2010年、JALグループの再建に参画、再建に貢献。2011年KCMC会長就任。アメーバ経営の伝道に日々心血を注いでいる。

アメーバ経営でJALの経営を改革

京セラの稲盛名誉会長は2010年2月1日、再三固辞していたJALの再建を最終的に引き受け、自分が作り上げてきた経営哲学「京セラフィロソフィ」と経営手法「アメーバ経営」だけを携えてJALに赴きました。稲盛名誉会長は、JALの経営改革には、フィロソフィによる幹部と社員の意識改革、さらにはアメーバ経営の導入が不可欠と考えていました。

幹部社員の意識改革は、稲盛名誉会長自らが担当し、幹部や一般社員に「人としての正しい道」「幹部の役割」などを講話しました。パイロット、CAに対しては、航空運輸業は究極のサービス業であるとし、サービスの重要性を徹底しました。

同時並行して、アメーバ経営の導入を推進しました。そこでは部門別採算制度導入のための組織改革とスピーディな数字の把握という2つの課題に取り組みました。

1つ目の課題は、利益責任を持つ組織をどこにするのかということです。これまでは利益責任を負う組織が不明確でしたので、対外的な利益責任を担う事業部門と事業を側面から支援する事業支援部門の2つに分けました。

利益責任を持つ組織体制

まず対外的な利益責任を担う部門は、新設の路線統括本部と既存の旅客販売統括本部、貨物郵便本部としました。また飛行機の運航に重要な役割を持つパイロット、CA、空港サービス、整備の各本部は事業

支援部門として位置付け、路線統括本部から協力対価を受け取り、収支管理をすることとしました。そうすることで利益を意識する組織体制ができたのです。現在では数千人も社員の利益に関わり業務に取り組み会社になっています。

2つ目の課題である飛行機1便ごとについての収支の把握については、原価をどう考えていくかがもっとも難しい課題でした。以前のJALでは路線合計でしか数字が分からず、またその数字も2カ月後にやっと分かるという状況でした。現在では各本部の協力のもと、フライトの翌日には1便ごとの路線収支が算出できるようになり、路線担当者は毎日結果を確認。利益を増やすための改善をタイムリーに行えるようになりました。

結果、JALは12年9月には再上場を実現。2007年3月期から14年3月期までのJALの連結業績を見ると、事業の再編により売上は減少しましたが、意識改革と経費削減により営業利益は1884億円と大幅に増加しました。

社員の明らかな変化

JALにおけるアメーバ経営の導入で何が変わったのか。JALの大西会長がマスコミのインタビューに応じて次のように語っています。「当初、アメーバ経営は収支管理を徹底するための仕組みとみていたが、導入してみてその威力に驚いた。毎月勝敗が分かると『やったー』『残念だった』と社員が一喜一憂する。かつてJALは泣きも笑いもしない組織だったが、アメーバ経営で生きている会社になった」。

この言葉は、アメーバ経営の導入で変わったJAL社員の姿を端的に表しています。

稲盛名誉会長のリーダーシップの下、JALの全社員が経営に関心を持ち、利益とサービス向上を目指すようになりました。それぞれの持ち場で改善・改革に取り組むようになり、その小さな結果の積み重ねが大きな成果として結実しました。フィロソフィとアメーバ経営の実践で、素晴らしい高収益企業として生まれ変わったのです。

病院経営にも生かせる

この手法は、病院経営にも生かすことが可能です。

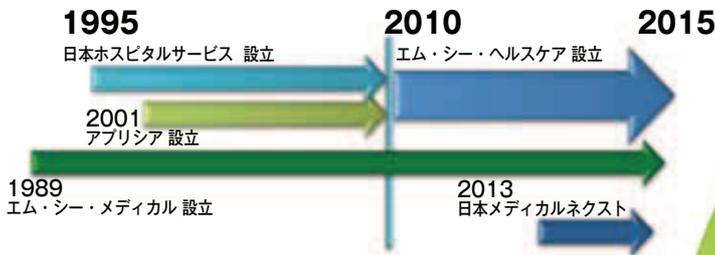
福岡県久留米市にある天神会は、200床規模の2つの病院、クリニック、介護施設で構成され、従業員数約1400人の社会医療法人です。古賀伸彦理事長は、最先端の医療と健全経営は実現していましたが、今後法人として成長発展していくためには自分1人では限界であり、自分と同様に法人の発展を考えてくれる人材が必要だと考えていました。そこで京セラ式病院原価管理手法の導入を決断。24カ月にわたりコンサルティングを受けました。組織の再編、原価管理表を用いた収支を意識する部門経営などを実践し、各部門が数値目標を達成。法人全体の収支が大幅に改善し、利益もアップすることができました。

古賀理事長は、「導入後はリーダーが主体となり、部門別に原価管理を実施。そのことで次世代のリーダーが台頭してきた」と手ごたえをつかんでいると聞いています。

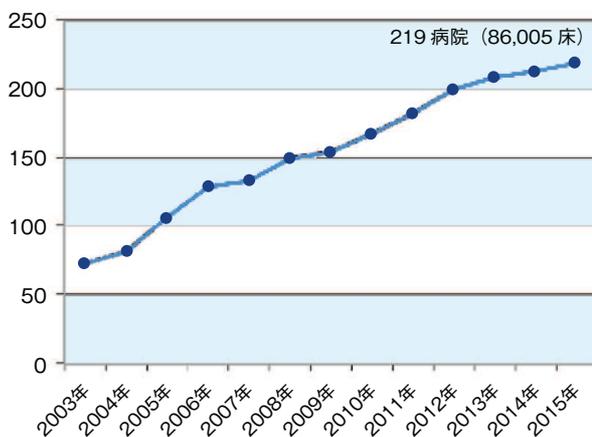
エム・シー・ヘルスケア株式会社は20周年をむかえます

エム・シー・ヘルスケア株式会社の前身である株式会社日本ホスピタルサービスが1995年8月21日に設立されてから、今年、20年を迎えます。

これからも、この国のいっそう豊かな医療を実現するために、医療現場の声に耳を傾け、信頼いただけるサービス、製品、技術をご提供できるよう、たゆまぬ努力を重ねる所存です。



SPD関連業務 契約病院数の推移



医療機関との総合的なパートナーシップを築き、医療の発展に貢献します

PB(プライベート・ブランド)商品のご案内

エム・シー・ヘルスケア株式会社は、病院の現場から信頼頂ける製品を弊社自ら提供すべく、PB製品の拡充も実施しております。近年のリリース商品を、以下ご紹介させていただきます。

人工骨



手術用手袋



メディウィズ関連製品

メディウィズ(Medi With)は、株式会社メディセオと弊社の共同開発で展開するPB商品です。



薬用ハンドソープ



日本製マスク

品質・価格においてご評価頂ける商品を今後も市場に提供して参ります。