

< 巻頭言 >

変化を拒絶する国

中川 洋

< 第11回シンポジウム >

21世紀の医療機関経営とサービス革新

21世紀の医療機関経営とサービス革新

嶋口 充輝

欧米における医療機関経営の革新

矢吹 博隆

日本における医療機関経営の革新：
競争と患者の視点から

余田 拓郎

順天堂医院における医療サービスの現状と将来への展望：
厚生労働省医療制度改革の基本方針（2001.9.25）と
米国の医療提供体制の側面を踏まえて
（マクロとミクロの視点から）

佐藤 潔

専門病院の経営革新とサービス：
サービス業としての老人病院

大塚 宣夫

東京ディズニーリゾートのサービス戦略

加賀見俊夫

変化を拒絶する国

(株) マナオクリエーション代表

中 川 洋

80年代後半より始まった未曾有のバブルの形成とその崩壊の過程を通じて、政治、官僚組織、地方自治、金融システム、企業組織、就業構造等など、日本の社会のほとんどすべての分野における構造問題が指摘されることとなり、その変革の必要性が議論されてきた。驚くべきことは、その議論の個々の妥当性はさておき、問題の指摘からすでに10余年を経ているにもかかわらず、その批判の対象となった多くの社会システムの殆どが、実質的には何らの構造変革を遂げていないことにある。この日本という国家のあらゆる層に於ける問題解決に向けての変化のスピードの遅さは、先進諸国の中でも極めて特異に思われる。

官僚組織は目的意識の欠如と自信喪失の中でひたすら保身をはかり、口々に構造変革を連呼する政治家も実態は既得権益の確保に汲々とする者が大勢を占めていることに変わりはない。護送船団方式と揶揄された銀行業界に於いては、リスク・リターンを度外視することで積み上げた空前の不良債権の処理は、未だもってまったく目途がたたず、合併による統合も、何らの経営システムの革新を伴わず、単に図体を大きくし税金投入による救済を待っているだけに見える。企業統治のあり方を議論する書物は山のように出版されたものの、株主価値下落の責を取って退場する経営者はまず見当たらない。かつて世界の手本となった日本製造業で依然国際競争力を保っているのは自動車産業の一部など、限定的である。日本復活に期待し、逆張り投資を続けてきたいわゆる外

人投資家も、あまりの変化のなさに失望を超えて殆ど呆然とし、ついに日本売りに転じるに至った。

過去の蓄積故の豊かさボケか、指導者が思考停止に陥っているにもかかわらず、相変わらずのお上頼りの国民性か、国家資本主義というよりも実は社会主義体制そのものであったのか、いったいこの危機感の欠如の原因は何なのであろうか。実は危機感は着実に熟成しつつあり、変革へのエネルギーが爆発する臨界点が間近に迫っていることを信じたい。

医療と社会／Vol. 11／No. 4／目次

第11回シンポジウム特集

21世紀の医療機関経営とサービス革新

< 巻頭言 >

変化を拒絶する国 / (株) マナオクリエーション代表 中川 洋

< 第11回シンポジウム >

シンポジウム講演録 (1)

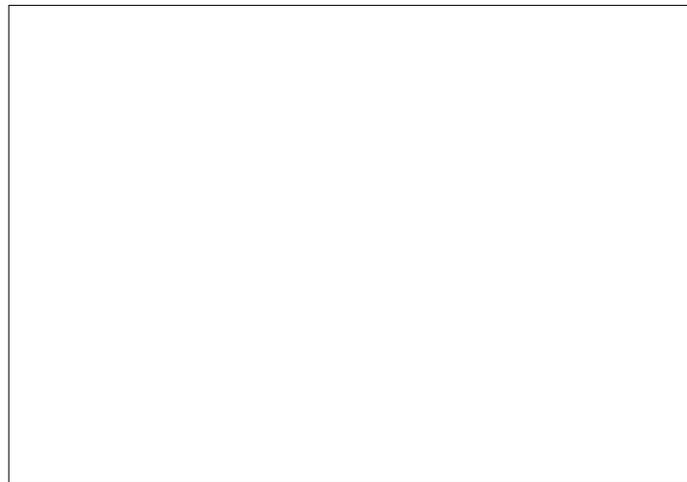
執筆者のプロフィール (78)

「医療と社会」第11巻総目次 (81)

「医療と社会」投稿規定 / 機関誌「医療と社会」執筆要領 (83)

シンポジウム講演録

21世紀の医療機関経営と サービス革新



日 時 2001年10月26日
会 場 経団連会館 国際会議場
主 催 財団法人 医療科学研究所
後 援 厚生労働省

第11回シンポジウム講演録

21世紀の医療機関経営とサービス革新

開 会 挨 拶	財団法人医療科学研究所理事長	森 亘
来 賓 挨 拶	厚生労働省医政局経済課長	原 勝 則
座 長 趣 旨 説 明	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授	嶋 口 充 輝

シンポジスト	株式会社ボストン コンサルティング グループ プロジェクトマネージャー	矢 吹 博 隆
	名古屋市立大学経済学部助教授	余 田 拓 郎
	順天堂大学医学部附属順天堂医院院長	佐 藤 潔
	医療法人社団慶成会青梅慶友病院理事長	大 塚 宣 夫
	株式会社オリエンタルランド代表取締役社長	加賀見 俊 夫

開 会 挨 拶	財団法人医療科学研究所研究所長	片 岡 一 郎
---------	-----------------	---------

司 会 進 行	財団法人医療科学研究所専務理事	山 本 平
---------	-----------------	-------

司会 皆様、本日は財団法人医療科学研究所のシンポジウムにご参加くださいまして、まことにありがとうございます。本日の司会進行をさせていただきます当財団の専務理事、山本でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

このシンポジウムは、平成3年以来毎年、当財団の設立の趣旨およびその目的に沿うその時々的重要な課題を取り上げて開催いたしてまいりました。今までに取り上げましたテーマはごらんとおりでございます。本年は、慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授、嶋口充輝先生に座長をお願いいたしまして、「21世紀の医療機関経営とサービス革新」という制度改革とともに重要な問題を取り上げて、シンポジストの先生方にご準備をお

願いいたしました。なお、本日のシンポジウムの記録は、当財団の機関誌、『医療と社会』11巻4号に掲載される予定でございます。ごらんいただいているのは、昨年のシンポジウム、「日本の医療制度改革の方向性 - 患者・国民の視点から -」の内容を掲載した10巻4号でございます。『医療と社会』もあわせてご利用いただければありがたいと考えております。

それでは、財団法人医療科学研究所、森亘理事長から開会のごあいさつを申し上げます。

お願いいたします。

《開会挨拶》

森 私、森巨と申しまして、現在当財団の理事長を仰せつかっている者でございますが、開会に当たりまして一言ごあいさつ申し上げます。

このたび、第11回のシンポジウムといたしまして、「21世紀の医療機関経営とサービス革新」という課題のもとに、このような企画を立てましたところが、皆様方、大変お忙しい中こうしてお集まりいただきまして、ありがとうございました。さきほど、参加のお申し込みいただいた方々のお名前のリストも拝見いたしました。存じ上げている方々のお名前を幾人が拝見いたしました。懐かしい思いがいたしました。本当にようこそおいでくださいました。

また、厚生労働省からは大変お忙しい中わざわざお越しいただきまして、これまた心から御礼申し上げます。

このシンポジウムには「サービス」という言葉が使われておりまして、これは恐らく私の記憶しております限り画期的なことであろうかと存じますが、本日、私は全く気楽な立場で、まるで外野席にいるような気持ちで皆様方の話を伺いたいと楽しみにいたしておりますが、個人的には、それぞれ関係したことでございますけれども、とくに2つの事柄について、さあ、どんなことをおっしゃるのかと楽しみにしていることもございます。

ひとつは、やや突飛なことを申し上げるようでございますが、今から40年も前に東京大学の総長をしておられた茅誠司先生という方がおられて、あるとき、卒業式の場面で、みんな自分にできる親切をしよう、小さな親切をしようということをおっしゃった。その反響はまちまちでございましたが、大学の中では概して冷とうございまして、「小さな親切、大きなおせっかい」などという揶揄まで飛び出したことを記憶いたしております。これは非常に厳しい、ある意味では茅先生に失礼な言葉であったと思いますが、ただ、一面の真理を含んでおりまして、親切といったようなことでも、する側と、それを受ける側ではやや論理に違いがありますし、また、気持ちの上で違いがあるというのは、これは事実でございます。

経済の世界で「付加価値」といったような言葉をお使いになることを聞くことがございますけれども、これも、そういうことは余りないのかもしれませんが、場合によっては、付加価値をつける側では単なる利益のための事柄であるかもしれませぬし、あるいはそういうものを買う側とすれば、やや過剰な包装であったり、過剰な負担にすぎないということもないわけではないかもしれません。

おそらくサービスということも場合によっては、それを用意する側と申しますか、与える側と、それを受ける側で、多少論理に、あるいは価値観に違いがある場合もあるかもしれない。ただ理屈だけのことから申し上げれば、それを用意する側にとって、非常に稀かもしれませんけれども、時には単なる経営戦略の一便法にすぎないこともあるかもしれませんし、あるいはそれを受ける側からすれば、過剰な期待を寄せたり、あるいは時にはないものねだりをするようなこともあるかもしれない。サービスという事柄に関しても、それを用意する側と、それを利用する側との間に、こういう論理なり、あるいは価値観の違いがあるとすれば、きょうのこの話し合いを通じて、その違いがより鮮明になるのか、あるいは両者の間に何らかの一致点を見つけるような方向に行くのか、それが私にとって関心事のひとつでございます。

もう一つは、これもまた突飛なことを申し上げるようでありますが、最近私どもの仲間では言葉の翻訳ということについて非常に悲観的でありま

す。字引を見ますと、たとえば英語の何という言葉は日本語の何だということが書かれておりますけれども、自然科学で用いますテクニカルタームのようなものは別として、一般の言葉に関してはそんな簡単なものではないということで、私たちの友人の多くは、外国語を翻訳するという事について大変悲観的でございます。ここには外国の事情に通じておられる演者の方々がたくさんいらっしゃいますので、どういってお話が伺えるかと楽しみにしておりますが、私の知る限り、日本人はどちらかというと外国語を情緒的に解釈して、場合によっては全く自分勝手に解釈して勝手に使う。もしかしたら日本のお役所の一部もそういうことがあるかもしれません。

そんなことで、私の想像を半分交えて申し上げるとすれば、「サービス」という言葉も、日本人が「サービス」という言葉で受ける感覚、あるいはそれによって考える事柄と、それを母国語にしている人たちがその言葉によって受ける感覚、あるいはそれによって連想する事柄の間には、多少の開きがあるのではないかと考えております。おそらく、きょうここでお話しくさる方々は西欧的な意味での「サービス」という言葉でお話しになるかと思えますけれども、日本人一般からすれば、「サービス」という言葉の解釈そのものに西欧人との間に若干の違いがあるだけになしに、その言葉が意味するところについても彼らが意味することとはかなり違うものを期待している面がないでもございませぬ。したがって、やや大げさに申すとすれば、こういった文化の差といったようなものについて、さあ、どんなお話が伺えるのかというのが、私のもう一つの関心事でございます。

それはさておきまして、本日、ここにこういう会を持つことができましたのは、一にかかって、演者としてご承諾いただき、また、実際にここにお見えいただいた方々のお力でございます。中でも慶應義塾大学の嶋口教授には、その企画から、

あるいは本日の座長としてのお役目も含めて、大変お世話になっております。高いところからではございますが、心から御礼を申し上げる次第でございます。

本日のこの会は、もしかすると日本の将来の医療ということについて大きな意義のある一里塚になるかとも私は考えております。どうか皆様方もこれから数時間、やや長丁場ではございますけれども、十分お楽しみいただきまして、きょうの集まりが本当に来てよかったというようなお気持ちでお帰りいただければ、私ども主催者側にとってはこれ以上の幸いはございません。重ねて、皆様方、こうしてたくさんの方々が、それぞれお忙しいお仕事の合間を割いてお出かけいただきましたことに、心からお礼を申し上げまして、私のごあいさつといたします。

どうもありがとうございました。(拍手)

司会 森先生、ありがとうございました。

続きまして、このシンポジウムにご後援をいただいております厚生労働省医政局経済課長の原勝則様に、ご来賓としてのごあいさつをお願い申し上げます。

《来賓挨拶》

原 ご紹介をいただきました原でございます。

私ども、医療科学研究所のいわゆる法人所管課ということで日頃からおつき合いをさせていただいております。医療経済学者の方々の育成をはじめとしまして、法人におかれましては

大変積極的にご活動されておりますこと、心から敬意を表したいと思います。

また、きょうは「医療機関経営とサービス革新」

ということで、本当に時宜を得たテーマだなあと
思っております。ここ数年来、医療情報の開示の
問題をはじめとしまして、患者、国民の医療に対
する意識の変化というのでしょうか、医療サー
ビスに対していろいろなニーズが高まってきている
というような状況でございます。それから、こと
しの9月25日に厚生労働省試案が出ましたけれど
も、医療保険財政が非常に厳しいなかで、今後の
医療保険制度改革、どういうふうに持っていくか
ということでご提案を申し上げているわけござ
います。本当に厳しい医療費抑制策の中で医療
サービスを実際提供される医療機関、この経営を
どうしように持っていけばいいか、また、サー
ビスの向上をどのように図っていけばいいか、大
変難しい問題だろうと思います。新聞などをよく
賑わしております、医療機関経営に株式会社の参
入を認めるべきかみたいな話も含めまして、今、
非常に話題性がございますけれども、そういう意
味でもきょうのシンポジウムは大変有意義なもの
であろうと思います。どうぞ最後までお聞きいた
だきまして、そして、このシンポジウムが有意義
に終わりますことをご祈念申し上げたいと存じま
す。

実はきょうは私どもの局長が参りまして親しく
皆様方にごあいさつを申し上げなければいけない
のでございますけれども、あいにく国会がござい
まして参れませんので、私の方からあいさつを代
読させていただきます。

「財団法人医療科学研究所の第11回シンポジウ
ムが開催されるに当たり、一言ごあいさつを申し
上げます。

わが国の医療制度はこれまで世界最高の平均寿
命や高い保健医療水準を実現してきましたが、医
療を取り巻く環境は、急速な少子高齢化、低迷す
る経済状況、医療技術の進歩、国民の意識の変化
など大きく変化しており、国民のだれもが良質で
効率的な医療を享受できるようにするためには、
保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度

といった医療制度を構成する各システムを大きく
転換していくことが必要となっております。こうし
た医療改革を進めるに当たっては、いうまでもな
く、患者や国民の視点に立って進めていかなけれ
ばなりません。厚生労働省といたしましては、広
く国民の皆様の論議に供するため、先般、医療制
度改革試案を公表したところであり、その重要課
題の1つである医療経営の近代化、効率化につ
きましては、早速今年度から検討会を設置し、医
療機関の経営情報開示のあり方、医療法人にお
ける組織運営など、医療経営の近代化、効率化方
策について検討することとしております。

こうした中で、経済学をはじめとする社会科学
と、医学・薬学など自然科学系諸学の知見を結集
し、学際的総合的に医療に関する研究を行うこと
を目的とする本研究所が、「21世紀の医療機関経
営とサービス革新」をテーマにシンポジウムを開
催されることは、誠に意義深いことと考えます。
本日ご出席のシンポジストの方々は、いずれもそ
れぞれのご専門の分野において高い学識と経験を
積まれた方々ばかりであります。本日はまさに専
門家の視点から、21世紀にふさわしい医療機関の
経営につきまして活発なご議論がなされ、優れた
成果が得られるものと期待しております。厚生労
働省といたしましても、今後の医療改革の推進に
あたり、大いに参考とさせていただきたいと考
えております。

最後になりましたが、本日のシンポジウムを契
機として、医療科学研究所がさらに発展され、多
大な成果を上げられるとともに、本日も参会の皆
様方のますますのご健勝とご活躍を祈念申し上げ
まして、私のあいさつとさせていただきます。

平成13年10月26日、厚生労働省医政局長、篠崎
英夫」

どうもありがとうございました。(拍手)

司会 原様、どうもありがとうございました。

これからシンポジウムに入るわけでありませ
れども、先立ちまして1つお願いがございます。

皆様方のお手元の封筒の中に質問票というのが入っております。お確かめいただきたいと存じます。皆様方から先生方へのご発言に対するご質問は、嶋口先生のお手元にお届けして総合討論に織り込んでいただくことになっております。質問票にご記入の上、第1部が終了いたしました段階で20分間の休憩に入りますが、出口のところに係が立っておりますので、この質問票をお渡しいただきたいと存じます。

以上、ハウスキーピングでございます。

それでは、嶋口先生、ご登壇をお願いいたします。大変僭越ではありますが、私から嶋口先生のご紹介をさせていただきます。

嶋口充輝先生は、慶應義塾大学大学院経営管理研究科の教授でいらっしゃいます。同時に、当財団では長年にわたり研究助成の選考委員としてご尽力を賜り、当財団の理事としてもご指導を賜っておるところでございます。

1967年に慶應義塾大学経済学部をご卒業になり、直ちにフルブライト留学生としてミシガン大学に留学され、1974年には博士課程を終了され、1975

年、ミシガン大学から経営学博士をお受けになりました。同年、慶應義塾大学ビジネススクールの助教授に就任され、87年には慶應義塾大学大学院経営管理研究科の教授に就任されております。

マーケティングと経営戦略のご研究と教育の面で多くの業績をお上げになっておりますが、主要なご著書は、本日のプログラムに記載のとおり、多数でございます。その中でも、学位論文は全米優秀博士論文選書に取り上げられております。また、1984年に上梓されました「戦略的マーケティングの論理」は、日本商業学会賞を受賞された、この領域での名著でございます。

この間、嶋口先生は、ベルギーのルーベン大学、カナダのウェスタン・オンタリオ大学、ロシアのモスクワ大学の客員教授を歴任されるなど、国際的にも日本を代表する経営学者としてご活躍中でございます。

以上、簡単でございますが、ご紹介させていただきました。

それでは、嶋口先生、よろしく願いいたします。

《座長趣旨説明》

21世紀の医療機関経営とサービス革新

座長 ご紹介いただきました
ました嶋口でございます。

今回は第11回シンポジウムで座長という大役を引き受けさせていただきますましたが、座長の役割というのはまず優秀なシンポジストを選んで、お引き受けいただく。これが最大の

役割で、それが終わったものですから少し安心をしているのですが、シンポジウムへの導入役として、「21世紀の医療機関経営とサービス革新」というテーマ、このテーマは一体どういう意味を持つのかをごく簡単に説明させていただきたいと思えます。

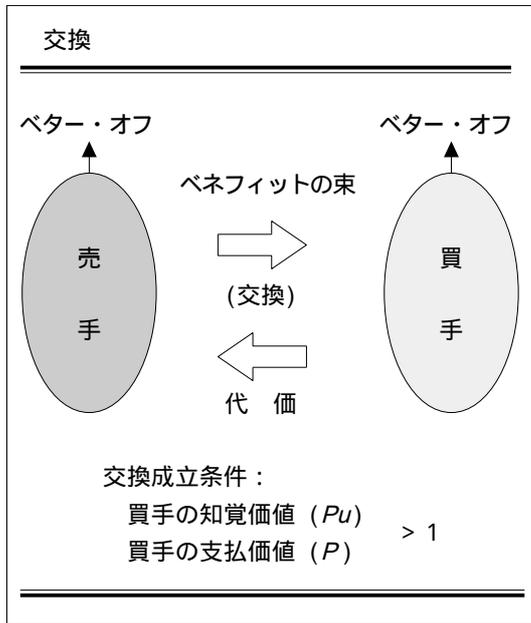
皆様方のお手元にブルーのレジユメがございますが、今回は5人のシンポジストの方々から大変素晴らしいレジユメをご用意していただいておりますけれども、森先生が先ほどのごあいさつで、サービスとはどのように考えるのか、これはなかなか深い問題だと指摘がございました。恐らくきょうは医療機関の中でのサービスのあり方を考える重要な機会になると思えますが、私なりに、なぜ医療機関経営がサービスを提供するという言い方をするのかということ、まず簡単に説明しておきます。

生物学同様我々は経営の分野の中でも機能と形態とを分けて考えます。形態というのは、たとえば病院であっても大学であっても何でもいいのですが、実際に我々が属している組織であるとか、いろいろな制度があるわけです。そういう形態が社会に生を受けるには、そこに応じた何らかの機能を発揮しているわけです。その2つを混同して

しまうとどうしても物事の本質が見にくいということで、機能と形態を分けるわけです。たとえばわかりやすい例でいいますと、物を運んだり人を運ぶという輸送の形態は時代とともにどんどん変化していくわけですね。一番初期のころには恐らく人力車などが重要な形態だったと思いますが、技術が発展し、時代が変わってきますと、当然それに替わる新しい鉄道みたいなものが出てくるし、さらに鉄道から自動車のような形態がさらには航空機のような、いろいろな形態が生まれてくるわけです。しかし、これらの諸形態は、いずれも、人や物を運ぶという機能（あるいはサービス）を有しており、その機能をより効果的、効率的に発揮した形態が社会に残っていくわけです。その点で機能とは何らかの活動形態のもつ普遍的、本質的目的を指し、形態はその目的をより良く遂行する代替的手段となるわけです。

そういう意味でいうと、たとえば私が属している大学などでもそうですが、大学は知識を創造して、それを人々に伝達するという教育というサービスないし機能を提供しているわけですが、実は大学という形態は、何もそこだけが教育サービスを提供するわけではないわけで、たとえば大学よりも良い教育サービスができるなら、大学に行かずに何かの塾に行ってもいいし、時には専門学校に行ってもいいかもしれないし、あるいは家庭でやった方がもっと良い教育ができるなら、家庭でやったって構わないわけで、機能というのと形態は違うわけですね。

今回の場合もそうですが、医療という機能ないしサービスについても、今、病院が、治療だとか介護というサービスを提供する中心的形態です。これは当然なんです、ところが、本当の意味で



資料 1

治療だとか介護のような医療サービスを提供するのは既存の病院だけだろうかという、ひょっとしたら従来にないまったく新しい医療機関になるかもしれない。あるいは家庭でやった方がもっと良い治療だとか介護ができるならば、病院よりもっと家庭的な診療所の方がいいという、形態が変わる可能性もあるわけです。あるいは自然のなかでもっともっといろいろな癒しをした方が治療になるならば、病院ではなくて、別の施設でもいいという可能性もあり得るわけです。

今回、実はシンポジストのお1人に、ディズニーリゾートを日本で展開されているオリエンタルランドの加賀見社長にもお願いしたのですが、先ほども加賀見社長とちょっとお話ししたら、自閉症のようなお子さんがディズニーランドに来てくれると、今まで殆ど笑わなかった方が笑ってくれると。これは最大の医療サービス（機能）をオリエンタルランドがやっている可能性もあり得るわけです。ですから、新しい医療機関が新しい時代に合わせた介護だとか治療などの医療サービスを提

供しようとするなら、また新しい形態をどんどん病院経営の中でも考えていかなければいかんだろう。そういう意味で、サービスというものをもう一回起点に考えながら、医療機関のあり方を考える、これが21世紀のあり方ではないかと感じるわけです。

そういう医療サービスという機能を事業として行う、これが実は病院のあり方ではないかと思うのです。では病院を事業として行うとは一体どういうことなのでしょう。これを考えてみますと、実は事業というのは、医療機関にいらっしやる医師の先生方にはちょっと異質に聞こえるかもしれませんが、実はビジネスとして行うということなんです。そうすると、医療機関の中で純粋に治療・介護に携わってこられた方は、医療の経営というものを経営として捉えるというのはいかがわしいと大体思われるのです。しかし、考えてみたら、私が属しているのは実はビジネススクールというところなんです。もしビジネスがいがわしいのだったら、ビジネススクールはもっといがわしい、そういう可能性にもなってしまうわけで、改めて医療サービスをビジネスとして行うとは一体どういうことなのかという本質を考えていただきたいのです。

実はビジネスが社会に無いよりもあった方がいいという、そのビジネスの本質（社会的存在理由）とは一体何なのだろうかと考えますと、社会のメンバー間に「交換を促進する」こと、こういう言い方をするわけです。皆様方のお手元のレジユメの1ページ目に「交換」という図がありますが（資料1）、その交換とは一体どういうことかということを考えてみたいと思います。交換というのは最低限二者がいなければ成り立たないわけですが、今ここで売り手、買い手と考えてみますと、両者の自由意思で交換が行われたということは、両者とも基本的には以前よりも幸せになる可能性があるわけです。

なぜこういうことが全体に意味を持つのかとい

いますと、売り手が一生懸命それを買い手の方に提供しようとしたということは、売り手の動機は買い手の方からいただく代価の価値（金銭のみならず、感謝、尊敬など）の方が売り手にとって、提供するサービスよりもっと価値があると一応納得するから、それを提供しようとしたわけです。ですから、交換が成就すればどうなるかという、売り手の持っている自分の知覚した価値というものとは必ず上がる、つまり知覚された価値は高まったわけです。買い手の方も全く同じで、なぜそういうサービスを買ったのかという、支払ったお金よりも受け取ったサービスがもっと価値があると納得したから、自分の意思で購買したわけです。

ということは、この交換が双方の自由意思のなかで行われれば、売り手も幸せ、買い手も幸せになったわけです。そこではベター・オフという言葉方をしていますが、今までよりウエルフェアが上がるわけです。とすると、この売り手、買い手、双方が一つの社会を形成しているとしたら、まさに交換を促進することによって売り手も買い手も共に幸せになった。つまり、社会のウエルフェアの総量が大きくなったわけです。ですから、ビジネスの社会的役割というのは、まさにこの交換を社会の中に促進することによって、もっともっとウエルフェアを高めていく、こういう役割を持つわけです。

考えてみたら、皆さん方は素晴らしい洋服を着て、素晴らしい食事をして、素晴らしい家に住んで、素晴らしい生活を享受している、このほとんどの部分は、実はビジネスのお蔭だと考えていいわけです。自分で作って、自分でそういうものを着たり、味わったり、あるいは住んだりすることはものすごくお金がかかるわけですが、ビジネスがそこに介在して交換を促進してくれるから、比較的安価で、しかも多くの選択の幅のなかから自分の一番気に入ったものが得られる。これはビジネスが世の中に存在するからであって、まさにビジネスの社会的存在理由というのは交換を促進することだと、そういうふうに見ればいいわ

けです。

としたら、医療の分野でも治療や介護という医療サービスを提供した場合には、そこからさまざまな代価をいただく。そのときに、双方の納得の中でその交換を促進できれば、素晴らしい、双方が納得する、医療サービスのウエルフェアを高めていくのではないかと、そう考える。だから、病院であっても医療サービスの交換を促進する事業と捉えることは重要ではないかという見方ができるわけです。

一般に病気になると、病院にお世話になるわけですが、医療機関に入ったときには、患者さんも幸せ、ご家族も幸せ、そして医療機関の方も幸せになる、こういう形で交換を促進していく。これが非常に重要な意味で、ですから、近年は医療機関も事業として経営していこうと、こういう論調が非常に強くなっているわけです。その辺りの話については、きょうシンポジストの方々からいろいろなお話があると思いますが、それについてまた反論なり、あるいは同調なり、ぜひ活発なご議論をいただきたいと思っているわけでございます。

いずれにしても、今はかなり多くの医療機関が存在していて、そして患者さんの方が医療機関を選ぶ時代になりますと、この交換モデルをうまく行うとしたら、医療機関の立場からするとどうしても、「患者発、患者着」という形で対応の仕方を考えていかざるを得ないだろう。そこにまた、改めてサービスとは何かという考え方が出るわけです。

皆様方のお手元の、「扶氏医戒の略」の資料を見ていただきたいと思います（資料2）。これは実は多摩大学の青山浩一郎先生が今から15年ぐらい前に、たまたま大阪の「適塾」 - - 名前は知っていらっしゃると思いますが、緒方洪庵が創った塾ですが - - に行つてこれを見て、大変感激され、これこそサービス業のエッセンスではないかということで紹介を受けたものなんです。緒方洪庵という方はもともと蘭学の医師で、その人がベルリン大学の教授のフーフェラントさんの医学全書を

「扶氏医家之略」

一 医の世に生活するは人の為のみ、をのれがためにあらずといふことを其業の本旨とす。安逸を思はず、名利を顧みず、唯おのれをすて、人を救はんことを希ふべし。人の生命を保全し、人の疾病を復治し、人の患苦を寛解するの外他事あるものにあらず。

一 病者に対しては唯病者を憐るべし。貴賤直言を顧ることなかれ。長者一握の黄金を以て貧士双眼の感涙に比するに、其心に得るところ如何ぞや。深く之を思ふべし。

一 其術を行ふに当ては、病者を以て正機とすべし。決して弓矢となすことなかれ。固執に僻せず、漫試を好まず、謹慎して、眇看細密ならんことをおもふべし。

一 學術を研精するの外、尚言行に意を用ひて病者に信任せられんことを求むべし。然りとていへども、時様の服飾を用ひ、詭誕の奇説を唱へて、問難を求むるは大に恥るところなり。

一 毎日夜間に方て更に屋間の病者を再考し、詳に筆記するを職定とすべし。撰て一書を作成せば、自己の爲にも病者のためにも広人の裨益あり。

一 病者を診るは、機軸の數診に足を方せんより、寧ろ一診に心を勞して細密ならんことを要す。然れども自尊大にして屢々診察することを欲せざるは甚だ惡むべきことなり。

一 不治の病者も仍其患苦を寛解し、其生命を保全せんことを求むるは、医の職務なり。業て、貪みざるは人道に反す。たとひ救ふこと能はざるも、之を慰するは仁術なり。片時も其命を延んことを思ふべし。決して不愈を告ぐべからず。言語容みなき意を用いて之を悟らしむることなかれ。

一 病者の費用少なからんことを思ふべし。命を与ふとも其命を繋ぐの資を奪はゞ、亦何の益かあらん。貧民に於ては茲に斟酌なくんばあらず。

一 世間に於ては家人の好意を得んことを冀すべし。學術言絶すとて、言行嚴格なりとも貧民の信を得ざれば、其德を施すによしなし。固く俗情に通せざるべからず。殊に医は人の生命を依託し、赤痢を嚔呈し、最密の禁戒をも白し、最辱の懺悔をも伏せざることを能はざる所なり。常に篤若温厚を旨として、多言ならず、沈黙ならんことを主とすべし。博徒、酒客、好色、貪利の名なからんことは養より論を俟す。

一 同業の人に対しては之を敬し、之を愛すべし。たとひしかること能はざるも、勉めて忍んべし。決して他医を讒することなかれ。人の短をいふは、聖賢の堅く戒むる所なり。彼が過を奪ぐるは、小人の凶徳なり。人は唯一朝の過を讒せられて、おのれ生涯の徳を損す。其得失如何ぞや。各医自家の流有て、又自徳の法あり。漫に之を論すべからず。老医は敬重すべし。少輩は親愛すべし。人もし前医の得失を問ふことあらば、勉めて之を得に帰すべく、其治法の当否は現症を認めざるに辞すべし。

一 治療の商議は会同少なからんことを要す。多きも二人に過ぐべからず。殊によく其人を扱ふべし。口實病者の安全を意として、他事を顧みず、決して争議に及ぶことなかれ。

一 病者若て依託せる医を舍て、驟に他医に臨ることありとも、漫に其謀に与るべからず。先其医に告て、其説を聞にあらざれば、從事することなかれ。然りとていへども、實に其謀に与ることを知て、之を外規するは亦医の任にあらず。殊に危険の病に在ては遷疑することあることなかれ。

右件之十二章は扶氏遺訓卷末に附する所の医戒の大要を抄記せるなり。書して二三子に示し、亦以て自警と云爾。
安政丁巳 春正月 公藏誌

資料 2

翻訳したときに、そのエッセンスを自分の医師としての考え方としてまとめた、これが「扶氏医戒の略」ということで12カ条に書いてあるわけです。これは医療のサービスとほかのサービス、例えば弁護士さんの世界でも結構ですし、大学の教師でも結構ですし、もちろんディズニーランドでも結構ですし、すべてのサービスに共通するサービスのエッセンスが書かれているような気がするのです。

これは12ありますから、後でじっくり読んでいただきたい。今から150年ぐらい前に書かれたものであるのですが、ちょっと難しい漢字もありますが、感覚は大体わかるといいます。まさにサービス業なんですね。ですから、150年前に医師の一番の重要事は、お客さんである患者様をしっかり診て、そこに対していつも自分としてのプロの意識をしっかり据えてやっていくようにということです。そういう意味からいうと、今回特に医療関係の方だけでなく、シンポジストにはオリエンタルランドの加賀見社長に最後にお話しいただくようお願いしたのですが、まさにサービス業という視点で病院はオリエンタルランドと共通するものがあるかなと思うのです。そういう意味で、今回は「21世紀の医療機関経営とサービス革新」ということで、医療サービスというものをもう一回真剣に考えて、その中の医療機関のあり方を一緒に考えてみよう、こういう機会です。今回のシンポジウムを開催したわけでございます。

今、司会の山本さんから私の略歴をお話しただいたのですが、あまり時間がございませんので、今回は5人のシンポジストのご略歴については、皆様方のお手元に既に掲載されておりますので、そちらを見ていただきたいと思っております。簡単にご紹介申しますと、今回は、株式会社ボストン・コンサルティング・グループのプロジェクトマネージャーの矢吹さんに最初にお話をいただきます。矢吹さ

んからは、「欧米における医療機関経営の現状と課題」ということでお話をいただきたいと思っております。2番目には、名古屋市立大学経済学部助教授である余田拓郎さんから、「日本の医療機関の経営の現状と課題」についてお話をいただきます。ですから、矢吹さんの方からは、世界、とりわけ欧米の状況、それから余田さんの方は、日本の医療機関経営の状況についてお話を伺います。お2人のお話の後、今度は医療の現場で日々患者さんと対応したり、それから医療機関の経営をなさっている、佐藤先生と大塚先生からお話をいただきます。佐藤先生は順天堂大学医学部附属順天堂病院の院長をされていまして、もちろん第一級の医学者であるのですが、同時に経営の分野でも再度アメリカの大学院で学ばれたということで、今まさに大学病院という総合病院の経営をなさっている先生です。そこでのいろいろの課題、それから時には要望をお話しいただける予定でございます。その後で、医療法人社団慶成会青梅慶友病院の理事長であります大塚先生から、恐らく老人専門病院では日本のトップランナーであるひとつの病院と存じますが、老人専門病院の立場から見た経営の課題というお話をいただく予定でございます。そして最後に株式会社オリエンタルランド代表取締役社長の加賀見様から、サービスの心という、医療サービスとは直接関係ないかもしれませんが、基本的にサービスはどのように考える、オリエンタルランドの中ではどのように考えているか、ディズニーリゾートの経験をベースにしてお話をいただく、こういう予定でございます。

それでは、これから先生方から1人20分くらいの目途でお話を伺いたいと思っております。

それでは、早速でございますが、矢吹さん、よろしくお願ひいたします。

《シンポジスト発表》

欧米における医療機関経営の革新

矢吹 ただいまご紹介にあずかりました株式会社ポストン・コンサルティング・グループの矢吹でございます。これから20分ぐらい欧米における医療機関経営の革新というテーマでお話しさせていただきますと思っています

医療科学研究所主催秋季シンポジウム

「21世紀の医療機関経営とサービス革新」 欧米における医療機関経営の革新

平成 13 年 10 月 26 日

株式会社ポストン・コンサルティング・グループ
矢吹 博隆

資料3

(資料3)。

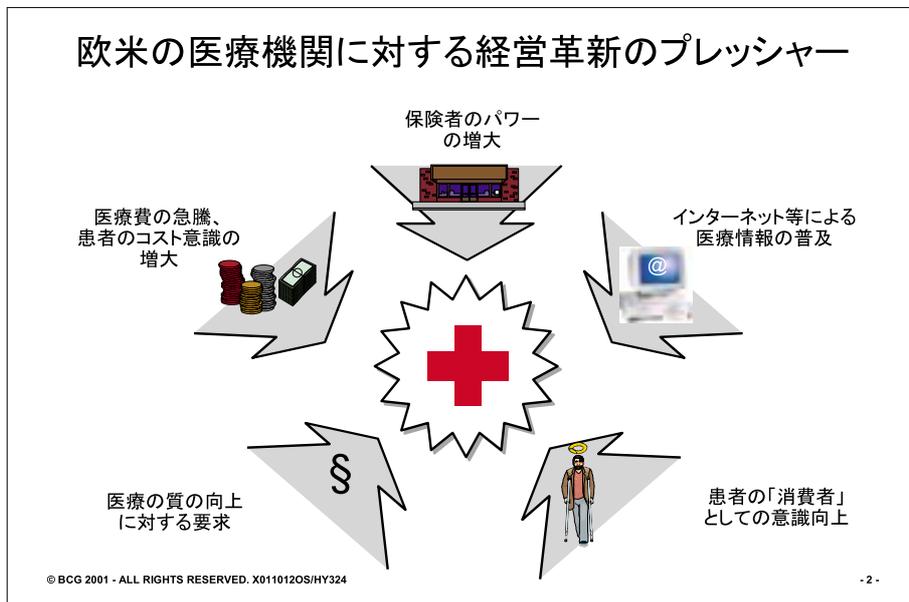
私どもポストン・コンサルティング・グループは、戦略コンサルティングを企業に対して行うコンサルティングファームでございます。いろいろな分野のコンサルティングを行っていますが、私も所属しておりますヘルスケア・プラクティス・グループでは、製薬会社、医療機器メーカー、医療機関、また海外では保険者、マネジド・ケア等のコンサルティングも行っております。そんな中で、きょうのお話は、欧米での私どもポストン・コンサルティング・グループの経験を中心に、このテーマに関して語らせていただきたいと思っております。

お話しさせていただきたいことは大きくは3つほどございます。まず最初に欧米においてこういった医療機関経営の革新といったことの背景に起こっていること、なぜそれぞれの医療機関がそういった革新を行っているのかと、その辺のところをお話しさせていただきたいと思っております。続きまして、具体的にそれでは欧米の医療機関がどんなことをどんなふうに行っているのかと、この事例を2～3ご紹介させていただきます。そして最後に、これは今後2番目以降の演者の方から具体

的なお話は出てくると思いますけれども、日本の医療機関の経営革新ということに関して一体どんな示唆があるのだろうかといったようなことをお話しさせていただきたいと思っております。

まず最初に背景ということで、「欧米の医療機関に対する経営革新のプレッシャー」として(資料4)、具体的には5つのポイントがございます。一番最初に挙げました「医療費の急騰、患者のコスト意識の増大」、これは欧米の話を引き合いに出すまでもなく、日本でも共通に起こっていることであり、これがきょうのテーマに繋がっている一つの大きな背景であると思います。

ただ、欧米では他にもいろいろな要因がございます。2番目の「保険者パワーの増大」というところ、これは日本でも今後起こってくる可能性の大きいところだとは思いますが、今のところは欧米、特にアメリカで起こっていることでございます。特にアメリカではマネジド・ケアが、価格に対してどれだけ高い質の医療を自分の保険のメンバーになることによって提供できるのかという次元で、ある意味、市場経済の中で競争しております。このような保険者と医療機関が契約す



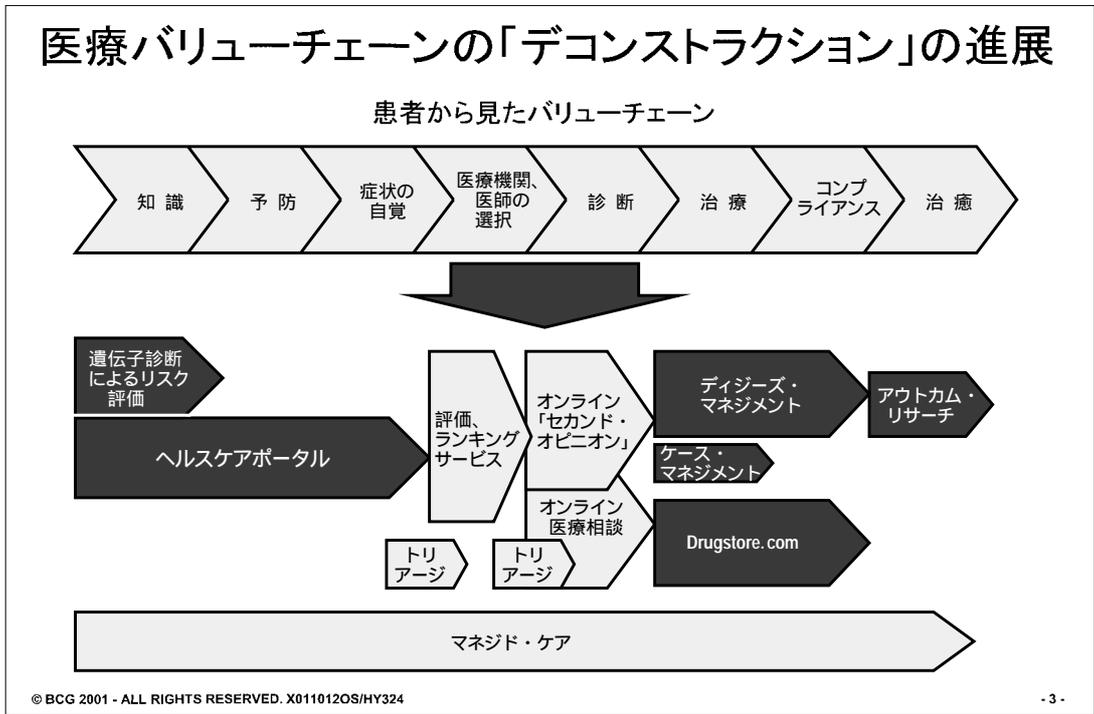
資料4

ることによって、医療機関の経営が成り立っていくこととなりますので、当然保険者からのパワーは非常に大きい。これが医療機関の経営に対して大きなプレッシャーになっている。これはアメリカでは非常に大きな事実ですし、ヨーロッパにおきましては、アメリカと日本の中間にあると思いますけれども、こういったパワーが強くなる方向に動いているといえると思います。

3番目のポイントとして、「インターネット等による医療情報の普及」という点がございます。どうも「インターネット」という言葉が出てきますと、これは医療に限った話ではないと思いますけれども、去年、おとしぐらいまで、インターネット万能といったような、インターネットを使ってということになりますと、何でももてはやされるという状況が続いておりましたが、それが今年になってどうもネットバブルの崩壊といったような形で、今度はインターネットで一体何ができるのといった正反対の論調が強くなってきている。どうも世の中、インターネットという形になると、

インターネット万能論から、いや、インターネットで何にも世の中変わらないよというところまで、いろいろ振れていると思いますけれども、こと医療ということに関して見ますと、たとえば消費者に対してどのような情報が、どのようなサイトから提供されているのか。あるいはそれに対して消費者、患者の方はこういった情報をとりに行っているのかということを見ていきますと、確実にそのパワーというのは大きくなっているということが言えると思います。

第4に、患者の情報源としてはインターネットということに限らず、たとえばテレビ広告等を中心にした医療の提供側からの情報提供等により、ここでは「患者の『消費者』としての意識向上」というふうに書かせていただいておりますようなトレンドが進行しています。当然情報が多くなってくれば、患者のパワーというのは増えてくる。と同時に、これは医療費の高騰ということとも関係してくると思いますけれども、より多くのコストを負担させられることになってくれば、当然そ



資料5

れに対応したサービスに対する要求が高くなっていくというようなことがございます。

最後に「医療の質の向上に対する要求」ということです。これはもちろん医療ミス等に対するクレームの増大、あるいはそのメディアでの取り上げということもございますけれども、同時に、最近EBM（エビデンス・ベースド・メディスン）という形で、日本でも大分当たり前の言葉になってきております様に、コスト、リソースといった医療のインプットに対して、アウトプットとして一体どれだけの質の医療が提供できたのかと、こういったものが測られることによって、コストに見合った質の医療が提供できているのかどうかといったようなことが、もう一つのプレッシャーとしてかかってまいります。

次に、「医療バリューチェーンの『デコンストラクション』の進展」という医療提供側の変化という背景についてお話し致します（資料5）。「バ

リューチェーン」という言葉は元々ビジネスの方の言葉でございますが、これを医療に適用してみるとどうなるか、患者から見て、健康な状態から、病気であることを認識し、医療を受け、望ましくは回復し、その後、健康に戻っていく - - そうでない場合もあるかとは思いますが - - そういった一連のアクティビティをバリューチェーンという形で表したものでございます。

ここでもう一つ「デコンストラクション」と、ちょっと片仮名言葉が続いて恐縮なんですけど、これもビジネスの方の言葉で、もともとは、バリューチェーンとして1つにつながった一連の活動が、場合によってはバラバラになり、それが場合によっては再統合していく場合があるというようなことを示したものでございます。

たとえば一般のビジネスの例でいいますと、たとえばコンピューター業界であれば、1970年代、80年代であれば、これは大型計算機の時代。この

ときにはたとえばIBMであり、日本であれば日立さんであり、富士通さんであり、といったようなところが、一連のコンピューター的设计から、ソフト、ハード、それを流通するところまで一手に引き受けたわけですが、今では、CPUであればたとえばインテルであり、あるいはPCということであれば、デルであり、あるいはOSということであれば、きょうのプレゼンでも使っていますマイクロソフトといったような形でバラバラになっていくという、そういう現象でございます。

これはいろいろな業界で起きている話でございますけれども、医療の提供ということで見てみましても、かつてはこのバリューチェーンの多くの部分を、医療機関が独占的に行ってきたという部分があると思います。こうした医療の提供というバリューチェーンを見てもコンピューター同様かなりバラバラになってきているというように示したものでございます。

たとえば上流側の患者が、自分の疾病に対する、あるいは健康のリスクに対する知識を得ようとするれば、ヘルスケアポータル、インターネット経由で相当な情報を手に入れてくる。医療機関以外のところからこういった情報を手に入れてくるようになっていきます。また、もう少し後に行くと、真ん中辺の、医療機関を選択する部分、あるいは診断をどこで受けようかというところになってきて、ここもやはり情報源として、医療機関の評価、ランキング、こういったものを患者が消費者として参考にしてどこの病院に行くか選択していく。あるいは行った先の病院で医療、ケアを受けた後にも、実際その診断というのは最適なものなのかどうかと、これをまたインターネットで見に行くというようなことが起きています。更に下流の方に行きますと、保険者に対してディジーズ・マネジメントのサービスを部分的に提供する専門の企業が存在しますし、薬、あるいは医療機器という形になってくると、ここでは「ドラッグストア・ドットコム」と書きましたが、インターネットで、

薬であり、あるいは医療の機器を買っていくというような形が起きてきています。これは医療の提供という形を大きく変えてきておりますし、それが医療機関に対する影響として跳ね返ってきているということであろうと思います。

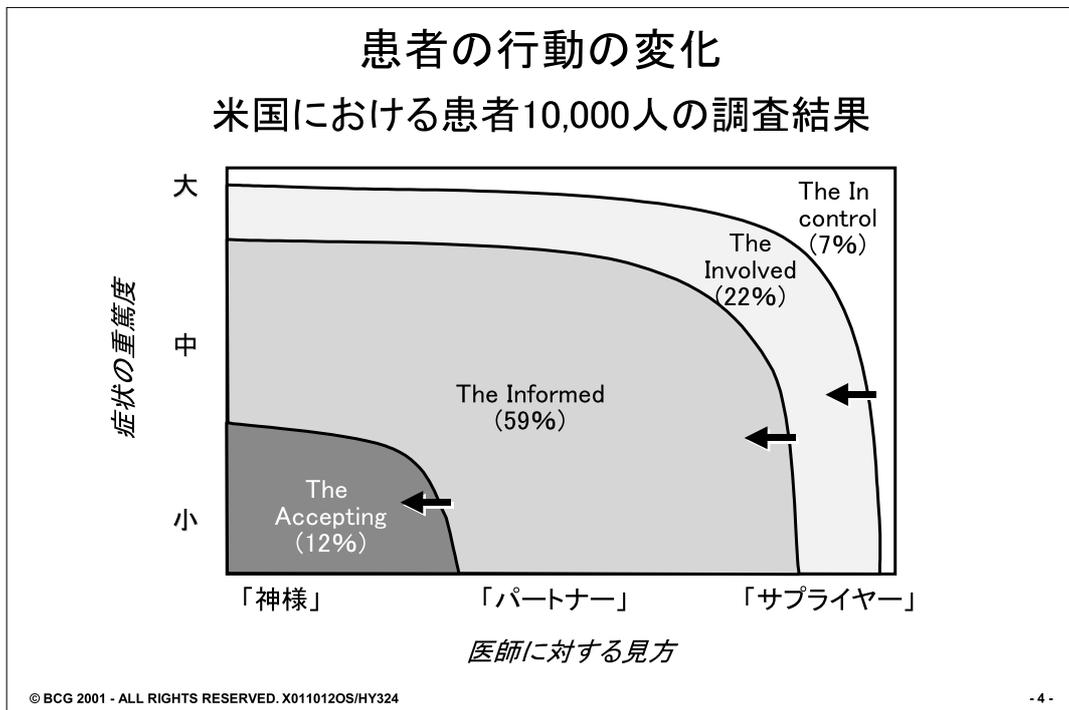
その背景としてあることともいえますし、この結果としてこうなっているとも言えるかと思えますけれども、次のスライドは私どもが米国で1万人の消費者をサーベイを実施した結果でございます(資料6)。横軸は消費者は医師に対して一体どういう見方をしているのか、縦軸は症状の重さを示しています。図の左下の「アクセプティング」という層は、日本ではこの割合がもう少し大きいと思いますが、アメリカでは比較的小さい。要するに、ドクターは神様だから、患者として自分の方でそのケアに関わってくるということはあまりしない。ドクターの言ったことをすべてそのまま受けとめるという層でございます。

それに対して、インターネットの普及、あるいはそれ以外のオフラインのメディアを通じた医療情報の進展を通じて、図の右上に行くと「インフォームド」とございますけれども、このマジョリティーのセグメントは、最終的にはドクターの診断を仰ぎますけれども、それに至る過程で相当情報を自分で詰め込んでいく層ということになります。

その次の、さらにもう一歩進んで「インボルド」というところになってきますと、これは単に情報を仕入れるというだけではなくて、ドクターに対してその情報をぶつけながら、一緒になって最適なケアを見つけていきたいと考えている層でございます。

右上の「インコントロール」、ここまで来ますと、ドクターに対して必ず自分の方が相当な情報を握って、ドクターが言ったことに対してむしろチャレンジしていこうというような層でございます。

これはスナップショットの今の時点での数字でございますけれども、このトレンドを時間軸に沿



資料6

て追っていきますと、どんどん右上の方の層がふえてきている。言いかえまして、矢印で書いてありますけれども、アクセプティングというところがどんどん小さくなってきて、右上の方のものがどんどん拡大しているというような状況が、経時的に見ていくと見受けられます。

次に、こんな状況を背景に、欧米の医療機関が具体的に何をどの様に行っているのかという点について私どものコンサルティング・プロジェクトの経験をベースにご紹介申し上げたいと思います。次のスライドは私どもの欧米のプロジェクト経験のリストでございますが（資料7）、ここで申し上げたいことが3つほどございます。1つは、プロジェクト・テーマということを見ていただければわかると思いますが、「マネジド・ケア」ですとか、あるいは「ディジーズマネジメント」といったような医療固有のテーマも並んでいますけれども、多くは医療機関の戦略であり、あ

るいは「プロセス・リエンジニアリング」といったテーマに代表される、プロセスを一体どう良くしていくことによって一定のコストに対する質を向上していくのかといったオペレーションの改善。あるいは、それを実行するために組織をどう変えていくのかといったようなことをテーマにしたものが多くございます。これは言いかえてみますれば、かなりの数の医療機関が、実際に医療を経営として真剣に考え、取り組んでいかれているということを示していると思います。

2番目には、私どものようなコンサルティングファームがこういった医療機関の経営といったテーマをプロジェクトで一緒に行っていくというようなことを始めたのは、ここ10年ぐらいでございますけれども、ここに来て欧米でもやはりこういったプロジェクトの件数が相当増えてきているということがございます。

最後に国ということを見ていただければと思

欧米各国では多くの医療機関が既に経営革新に 取り組んでいる

BCGの最近のプロジェクト経験より

医療機関	国	プロジェクト・テーマ
A病院	米 国	マネジド・ケア戦略、M&A戦略
B大学病院	米 国	競争の激化する市場におけるマーケティング戦略
Cクリニック	米 国	インターネットを活用したビジネスの構築
D病院コンソーシアム	米 国	共同購入オペレーションのリエンジニアリング
E大学病院	米 国	心臓病患者のデジーズマネジメント
F大学病院	米 国	診療科ポートフォリオ、組織再設計
G病院	イギリス	環境変化に対応した病院戦略構築
H病院	フランス	地域の医療ニーズおよび競合分析に基づく病院戦略構築
I病院	ドイツ	オペおよび放射線検査プロセスのリエンジニアリング
J大学病院	ドイツ	大学病院の中長期戦略および組織設計
K病院	ノルウェイ	患者の視点からのプロセス再設計によるサービス向上
L病院	オランダ	コスト削減およびケアの質の向上のための組織再構築
M病院	デンマーク	外科部門のプロセス・リエンジニアリング
N病院	スウェーデン	プロセス・リエンジニアリング、喘息、アトピー患者のデジーズ・マネジメント
O病院	スイス	内科部門のプロセス・リエンジニアリング
P病院	オーストラリア	院内各部門のパフォーマンス評価のためのITシステム構築
Q大学病院	韓 国	パフォーマンス・ベンチマーキングに基づくサービス、収益性向上
⋮	⋮	⋮

© BCG 2001 - ALL RIGHTS RESERVED. X0110120S/HY324

- 5 -

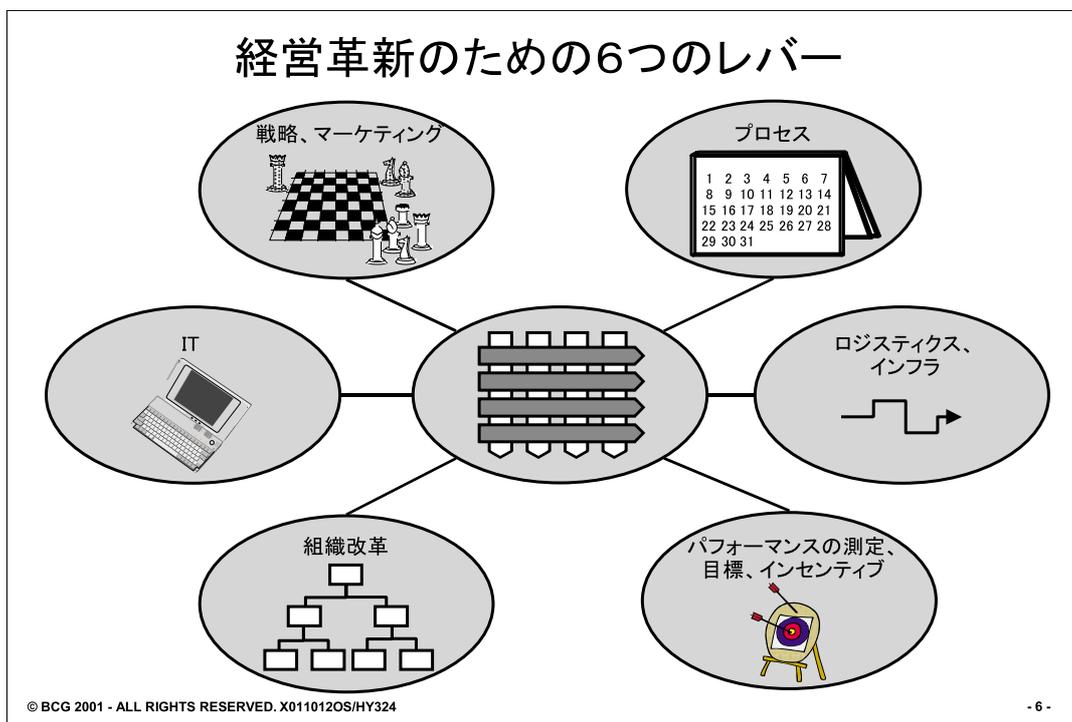
資料7

うのですが、環境の変化の大きさに対応して、アメリカが一番多いですけれども、その下を見ていただきますと、ヨーロッパのおよそあらゆる国、一番下には韓国もございます。こういったことを医療機関が本格的に計画し、取り組んでおられるのは、何もアメリカだけではない、ヨーロッパ、場合によってはアジアの国の方が日本より進んでいる部分ももしかしたら、あるかもしれません。

では、具体的な事例について、私どもの経験を幾つかご紹介させていただきたいと思っております。次のスライド（資料8）の「経営革新の6つのレバー」の内、本日は戦略・マーケティング、プロセス、それから組織改革と、3つのポイントについて簡単にご紹介させていただきたいと思っております。あと3つに関しては本日は詳細に申し上げませんが、たとえば左側のITというところを例にとれば、病院内の業務の効率化と

いったITシステム、あるいは電子カルテ、あるいは治療の意思決定システム、あるいはインターネットによって外部にどう働きかけができるかといった様々なテーマがございますが、ポイントは、それをやることによって実際コストに対する患者に対するサービスの質がどうなってくるのかということ、それを必ず最後の目的関数にしたものを創っていけるかどうかということがすべてのレバーにおいてキーになってくると思います。

たとえば戦略というところで、次のスライドのドイツでの事例でございます（資料9）。本日は、通常の企業の方で、私どもがコンサルティングをさせていただいているようなところも何社かいらっしゃるようですが、通常の企業の事業戦略を策定するために当然必要となってくる市場、競合をきちり分析した上で医療機関のマーケティング戦略を構築していった例でございます。ここでは産婦



資料 8

人科という話なので、実際の患者というか、産婦といった方がいいのかもしれませんが、そのインタビュー、フォーカス・グループ、あるいはベンチマーキングといったことをきちっと行っていくことによって、患者にとっての価値を向上するようなサービスを再定義した事例でございます。

これも通常のビジネスとある意味共通の部分だろうと思いますが、患者が実際医院を選ぶときの本当の意思決定基準というのは一体どこにあるのだろうかということが、一つの大きなポイントになってくると思いますし、もう一つは、患者が実際に自分の病院に来てくれたとして、そこで一体そのサービスに満足しているのか。していないのであるとすれば一体どんなところなのかというところを徹底的に掘り下げて、それに対応したサービスをつくっていくというようなことが戦

略の要となっております。

次のスライドは「プロセス・リエンジニアリング」の事例ですが（資料10）、医療機関のオペレーションの改善を通じて、サービスの向上を実現していくというアプローチでございます。これはまず結果から見ていただきたいと思いますが、コスト、あるいはサービスの質、あるいはコスト分のサービスの質とでもいったらいいのでしょうか、こんな形で成果として出していったという例でございます。

この病院では幾つかの診療科に絞って、まずはマクロに患者さんが病院に最初にコンタクトされてから、病院に入院し、最終的に退院していくまで、そのプロセスを克明に、マッピングという言い方をしていますけれども、記述して、一体どこに無駄があるのかというのを徹底的に洗い出しています。



市場・競合分析に基づくマーケティング により患者数、満足度、収益性を向上 ドイツ大学病院産婦人科の事例

市場分析結果	打ち手および結果																				
<p>競合病院の成功要因を分析</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 分娩法、サービス、プログラム、施設、... <p>産婦インタビュー、フォーカス・グループ、ベンチマーキング・スタディーにより評価、優先順位付け</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">設 備</th> <th style="width: 70%;">「重要」と回答した割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 病室内シャワー</td> <td style="text-align: right;">74</td> </tr> <tr> <td>2. 電話</td> <td style="text-align: right;">66</td> </tr> <tr> <td>3. 授乳室</td> <td style="text-align: right;">57</td> </tr> <tr> <td>4. 2人部屋</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td>5. TV</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>6. 毎日のベッドメイキング</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>7. 新聞／雑誌</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>8. 個室</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>9. ミニバー</td> <td style="text-align: right;">...</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">単位(%)</p>	設 備	「重要」と回答した割合	1. 病室内シャワー	74	2. 電話	66	3. 授乳室	57	4. 2人部屋	24	5. TV	21	6. 毎日のベッドメイキング	18	7. 新聞／雑誌	12	8. 個室	4	9. ミニバー	...	<p>競合優位性構築のための具体的な打ち手を経済性評価を実施の上、立案、実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ICUを分娩室に隣接して設置 ● 分娩室の改装 ● 産婦人科棟をホテル仕様化 ● 小児科ICUスタッフの補強 ● 自然分娩の導入 ● 契約助産婦の導入 ● 包括的なマーケティングプログラムの開始 ● ... <p>改革の成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 競合病院に対する優位性を構築し、分娩数、シェアを向上 ● 収益性の大幅改善 ● 医療、ケアの質の向上
設 備	「重要」と回答した割合																				
1. 病室内シャワー	74																				
2. 電話	66																				
3. 授乳室	57																				
4. 2人部屋	24																				
5. TV	21																				
6. 毎日のベッドメイキング	18																				
7. 新聞／雑誌	12																				
8. 個室	4																				
9. ミニバー	...																				

© BCG 2001 - ALL RIGHTS RESERVED. X0110120S/HY324 - 7 -

資料 9

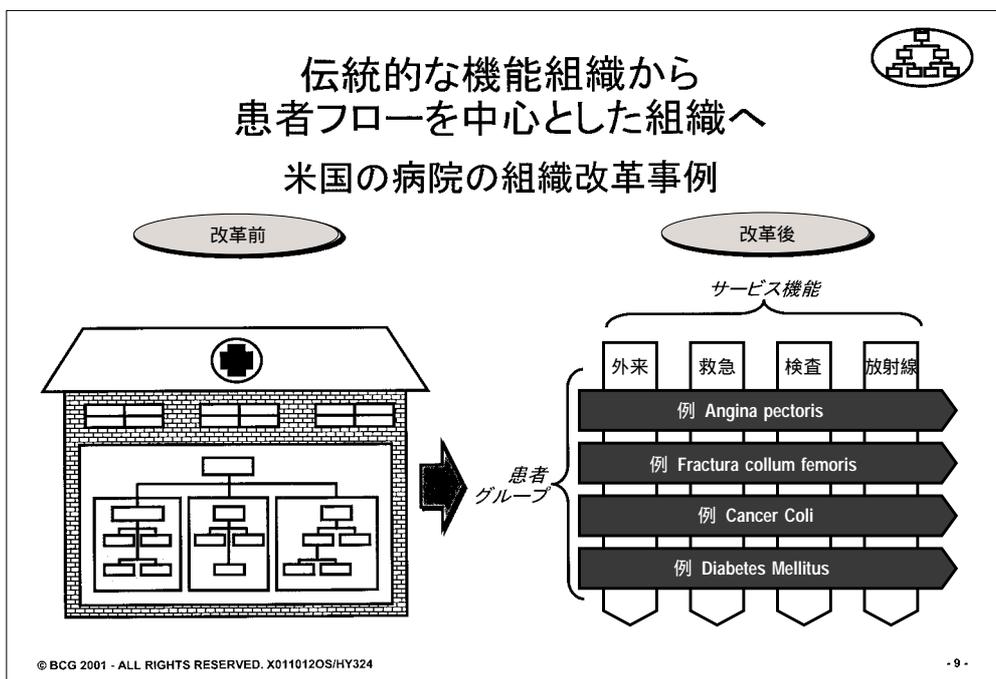


プロセス・リエンジニアリングにより オペレーションのコスト、生産性、質を大幅に改善 スウェーデンの大学病院の事例

コスト削減 / 生産性向上	患者満足度	スタッフのモチベーション
<p>症例当たり平均コスト -15-20%</p> <p>年間オペ数 +30%</p> <p>コーディネートされた検査の割合 20 → 80%</p> <p>病床稼働率 80 → 95%</p> <p>オペ終了から次のオペ開始までの時間 59秒 -22秒</p>	<p>入院待ち時間の短縮</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ヘルニア 32 → 3週間 ● 聴覚障害 2年 → 2ヵ月 ● Claudio Catio 4ヵ月 → 2週間 <p>紹介状発行から外来初診までの時間</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3ヵ月 → 1週間 <p>オペ キャンセル率</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 12 → 3% 	<p>病院全体のオペレーションプロセスの理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ● その中での各人の役割 <p>患者と接する仕事(付加価値業務)への集中</p> <p>チームワークの向上</p> <p>病院全体の改革への参加意識向上</p>

© BCG 2001 - ALL RIGHTS RESERVED. X0110120S/HY324 - 8 -

資料10



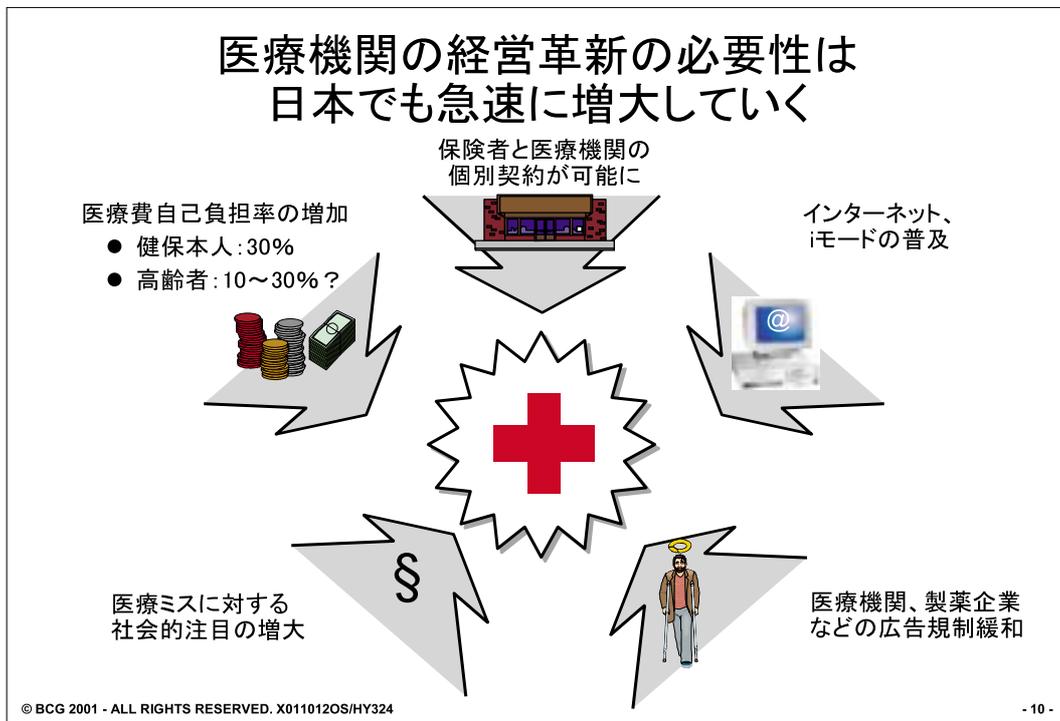
資料11

もう少しミクロには、例えば外科のオペということ一つとってきてても、その中をプロセスを細かく見ていくと一体どこに無駄があるのかというようなことを見ていって、例えばオペ自体の効率もありますし、オペとオペの間の空き時間をどう短縮するかというようなところを確実に実行していった例でございます。

次のスライドは組織改革というレバーについてのポイントであります(資料11)。スライドの左側には伝統的な機能中心のプロセスという組織形態を置いています。それに対して、欧米の幾つかの病院で私どもも関わったような事例では、スライドの右側に示す様な、横軸の患者のフロー、流れに着目し、患者さん主体に一体どういう組織にしていったらいいのだろうかというようなことで組織改革を行っています。具体的な組織形態としては、場合によってはマトリックスの組織であり、場合によっては、正式な組織は縦ですけれども、横にコーディネートしていくためのプロセス

を組み込んだり、と各組織固有のソリューションになっております。

時間の方も大分限られておると思いますので、最後に、ではこれが日本の医療機関に対してどういうインパクトがあるのかという点をお話したいと思います。先ほど来申していますとおり、いろいろな意味で環境という点では、現在はアメリカの方が変化が進んでおりますが、今後は日本でも医療機関の経営革新の必要性は急速に増大していく、ということが言えると思います(資料12)。今回の厚生労働省の試案にもあります通り、患者の自己負担というのは増えてくる。患者側からのプレッシャーというのも増えてきますし、あるいは、どうも今までと違って保険者と医療機関の関係というのも今後変わってくる可能性がありそうです。インターネットの普及率については、これは日本も大分欧米と近づいてきましたし、さらに日本の場合には、携帯、iモードということを含めていきますと、むしろ欧米よりも情報インフラ



資料12

は進んでいる面もございます。また、最近の国内での調査結果によれば、日本ではインターネット経由の医療情報提供が今はまだ欧米に比べて少ないので、実際利用しています方は非常に少ないですが、「何の情報インターネット経由で欲しいですか」という聞き方をしていきますと、医療情報というのがトップに来ます。そういう意味で消費者の医療情報に対する欲求、自らの治療に対する関与の要求も増大してきています。

スライドの下にありますその他の要因に関しましても、現状は欧米に比べると遅れているとは思いますが、これらに関してもだんだん日本でも欧米の現状に近づいてくるというのが現状であろうと思います。

最後に、では、それに対して医療機関としてどんなふうに取り組んでいったらいいのだろうかと言う点についてです。ここでは、あるべき取り組

みを医療のプロセスに例えてみました(資料13)。医療機関の経営を革新していこうと思ったらどうしていくのか。まず自分の「症状」を知らなければいけないということで、ここでは市場ポジション、コスト云々とありますけれども、こういった基本的な自らの施設の課題を正確に把握するというのが第1ステップ。それから、本当の原因を追求していくという「診断」の部分。ここは、市場データ分析、院内の意識調査、あるいは患者のフォーカス・グループでありといったような基本的な調査から、先ほど申しましたプロセス・マッピングといったようなことを通じて課題の真因、鍵となる改善機会を特定し、絞り込むのが第2ステップ。最後に「治療」とありますけれども、実際に診断結果を打ち手に落とし込んでいくプロセス。この3つのステップをきっちり実行していく。きっちり症状を診断し、治療していくところを医

医療機関経営の革新のための3つのステップ

パフォーマンスの評価



“症 状”

医療機関のマネジメント上の課題を抽出

- 市場ポジション、コスト、収益性、サービスの効率・質・スピード、組織、インフラのベンチマーキング

経営上の課題の深い理解

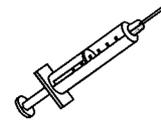


“診 断”

課題の真因、鍵となる改善の機会を特定、絞込み

- 市場データ分析
- スタッフ意識調査
- 患者フォーカス・グループ
- プロセス・マッピング
- ベスト・プラクティス事例調査

革新のための解決策の実行



“治 療”

解決策を立案、実行

- トップのビジョン、コミットメント
- 機能横断チーム
- プロジェクト・マネジメント
- チェンジ・マネジメント
- コミュニケーション
- 測定指標、インセンティブ

© BCG 2001 - ALL RIGHTS RESERVED. X0110120S/HY324

- 11 -

資料13

療機関に関して行っていくことによって、日本でも医療機関の経営とサービスの革新に大きな成果を出していくことが可能であると信じておりますというところで結ばせていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。(拍手)

座長 矢吹さん、どうもありがとうございました。

今、矢吹さんから大変わかりやすく、短い時間で欧米における医療機関経営の現状と課題についてお話しいただきました。今度は日本の方の現状と課題について、名古屋市立大学経済学部の余田先生からお願いしたいと思います。よろしく願います。

《シンポジスト発表》

日本における医療機関経営の革新 - 競争と患者の視点から -

余田 名古屋市立大学
経済学部の余田と申し
ます。よろしくお願
いいたします。

私はここで「日本に
おける医療機関経営の
革新」ということで担
当を仰せつかっており
ますが、革新的マネジ
メントの事例につきま

しては、この後のシンポジストの先生方、錚々たるメンバーでいらっしゃいますので、私がここで紹介すべきものではないと思いますので、個別の事例については話しません。どちらかというとマーケティング論とか、あるいは経営学、こういった観点の中で、現在の日本の医療機関がどのような方向にあるか、どのような課題を持っているかという点についてご紹介させていただきたいと思っております（資料14）。

日本における医療経営の現状をちょっと見てみたいと思いますけれども（資料15）、これをまず競争と患者 - サービスの受け手ですね、この2側面から考えてみますとどうか。市場競争という観点からいきますと、皆様もちろんご存じだと思いますけれども、促進圧力が強まっている。それは従来からの供給過剰の問題がありますし、あるいは病床数が増加する中で受診率は伸び悩んでいるということ、さらには昨今では、経済財政諮問会議で医療サービスの効率化プログラムがうたわれていますし、あるいは、総合規制改革会議では6分野の一つとして医療・福祉の経済活動の規制緩和が議論されてきているという中で、もちろん患者志向の高まりが強まっている。その中で昨

日本における医療機関経営の革新 - 競争と患者の視点から -

2001.10.26

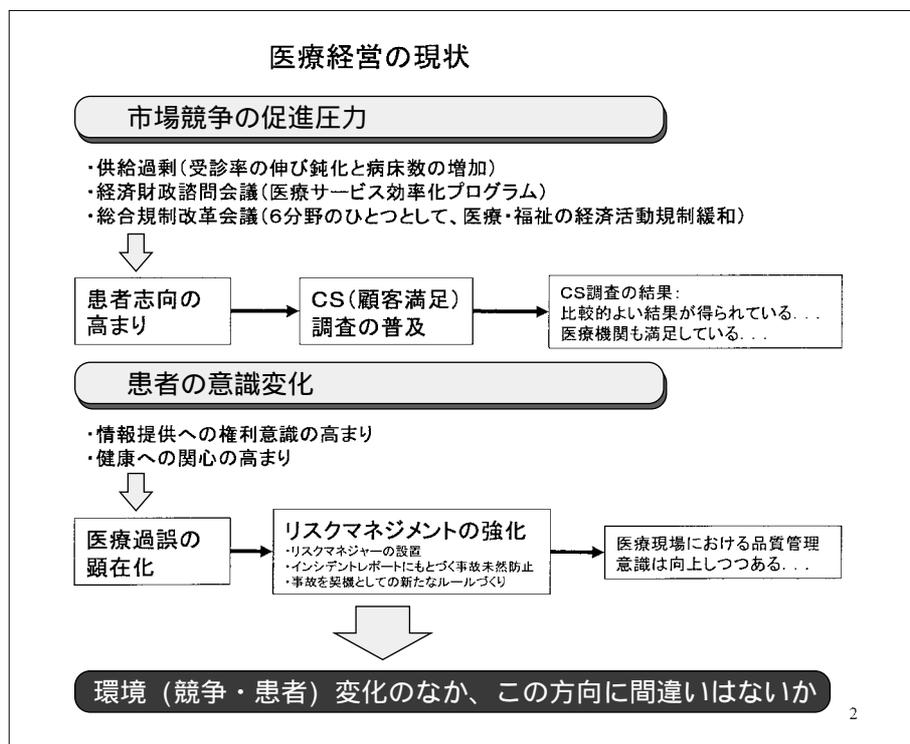
医療科学研究所主催
第11回シンポジウム

名古屋市立大学 経済学部
余田拓郎

資料14

今CS（顧客満足あるいは患者満足）調査の普及はどんどん進んでいる。多くの公的私的病院で顧客満足、患者満足の調査が進められている。その結果等を見ますと、大体いい結果が出ているわけですね。CS調査の結果、満足している人の割合が極めて高いという調査結果が出ていて、あるいは医療機関もその結果に満足していて、まあ、うまくいっているなというような記事が多く出ています。

一方、患者の意識という側面について考えますと、情報提供への権利意識の高まり、先ほど矢吹さんからもご指摘がありましたけれども、そういったことがある。あるいは健康への関心の高まりもあるわけです。その中で、昨今医療過誤が顕在化しつつあって、その一方、それに対応する形で医療機関ではリスクマネジメントの強化を進めている。これはリスクマネージャーを設置したり、あるいはインシデントレポートに基づく事故を未然に防止するような対策が打たれていますし、さらには実際の事故を契機として新たなルールづくりを



資料15

している。これはどんどん進められていて、はた目に見ると医療現場における品質管理意識は向上しつつあるということだと思ふのです。

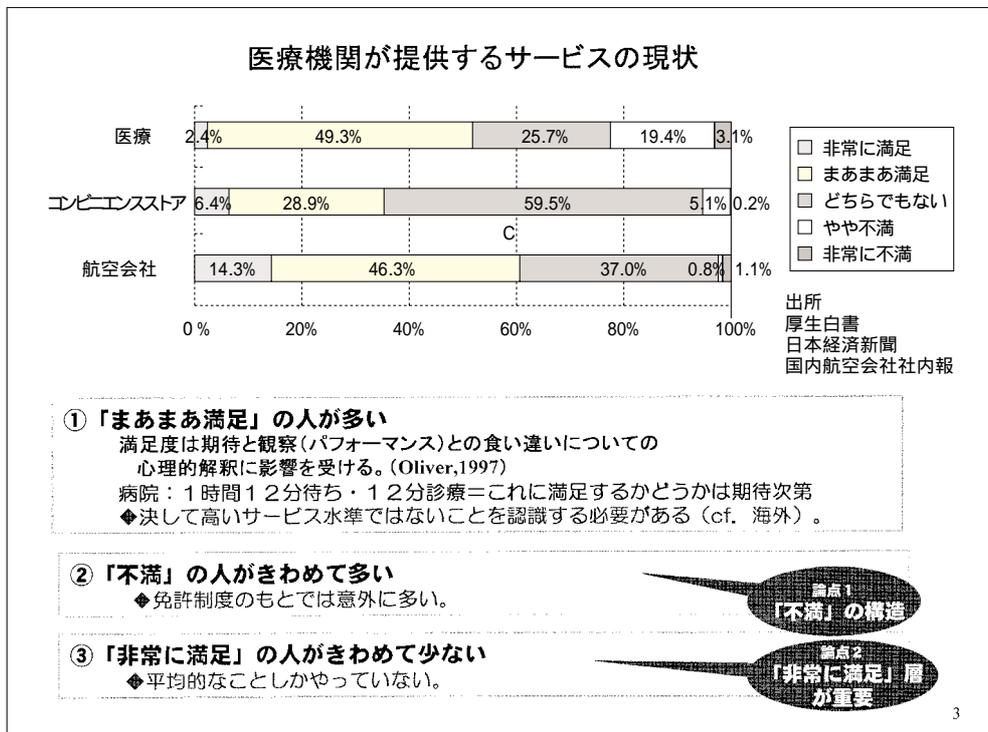
実際にこういった競争とか患者の意識の変化の中で、この方向に間違いはないのかというところを、もう少し掘り下げて見てみたいと思ふわけです。

実際に日本の医療機関の提供するサービスがどうであるかということを見ても既存のデータで見ても(資料16)、上のグラフになります。これは1998年前後ぐらいの、いろいろなところから持ち寄ったデータを一つのグラフとしてまとめたものです。上が医療サービス、2番目がコンビニエンスストア、3番目が日本における航空会社で、満足度調査の結果、総合的な満足が得られたかどうかということ。ちょっと見づらくて恐縮なんですけれども、右の方が「非常に不満」で、左の

方が「非常に満足」ということですね。「非常に満足」から「非常に不満」まで5点尺度でとったデータを、占める割合のパーセンテージであらわしたものです。

ざっくり簡単にいうと、1番のところで書いていますけれども、「まあまあ満足」の人が医療サービスには非常に多い。49.3%の人がまあまあ満足だよ。ほかの調査によりますと、もっと高く出るケースがありまして、医療サービスの特徴として、満足が多いということが言えると思います。満足度は、実際には期待と観察、あるいは自分がどのようにパフォーマンスを評価したか、この食い違いについての心理的解釈に影響を受けるというような研究結果がマーケティング分野で広く支持されているわけです。ですから、実際には期待との関連の中で満足というものが生じてくる。

たとえば病院では、昔は3時間待ち・3分診療



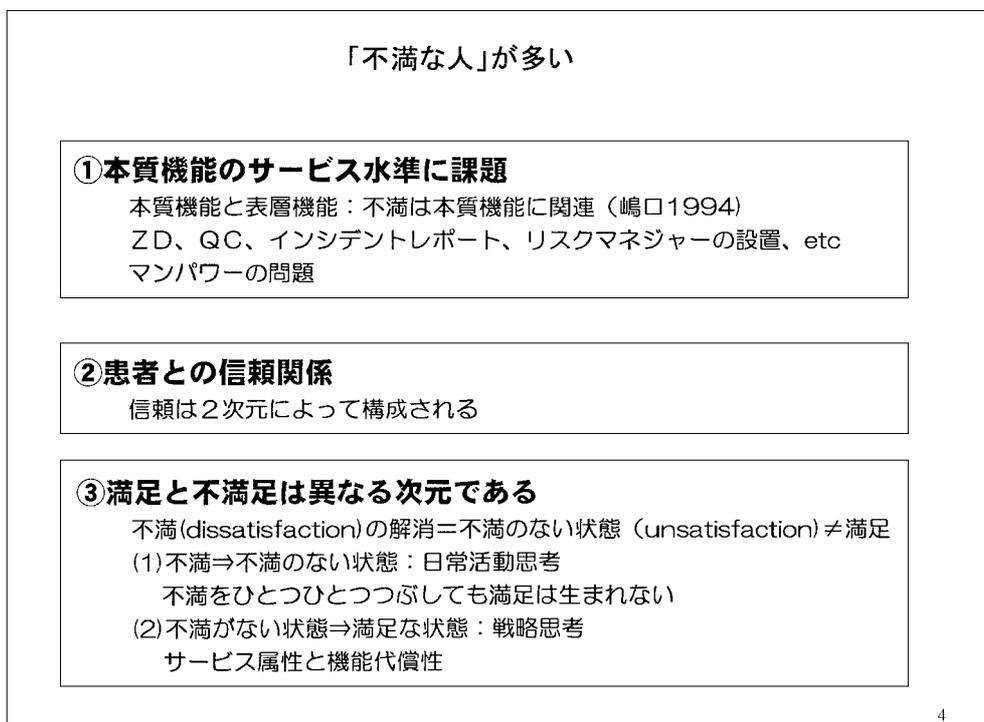
資料16

などということが言われましたけれども、今では大体1時間12分待ちの12分診療ぐらいが平均的だというようなデータが出ていますが、これに満足するかどうかは患者さんが持つ期待次第ということになるわけですね。海外のデータとの比較によると、日本の医療機関のサービスはさほど高い水準ではないということはいろいろなところで報告されているわけで、「まあまあ満足」の人が多からといって、そう高い水準ではないということは認識する必要があるということです。

さて、本日ちょっと議論したい点は、次に述べる2番目、3番目の問題です。

2つ目は、「不満」の人が極めて多いということなんですね(資料17)。医療はもちろん免許制度ですから、この不満が多いというのは非常に意外な点なわけです。これをちょっと説明しますと、なぜ不満な人が多いかということですね。不満を

規定する要因は何であるかということですが、これもこれは本質機能のサービス水準に課題があるということになると思います。満足度あるいは不満というのは、医療機関が提供するサービスの水準によって決まってくるわけですが、サービスをよくよく見てみますと、たとえば医療機関は、治療する、病気を治すという本質機能といわれるものがある一方、アメニティーがいいとか、あるいは廊下がきれいに掃除してあるとか、治療する、治すということに関してはあまり関係ないけれども、実際の便益の束としてサービスを受けているわけですから、そういった表層的な機能も勿論あるわけです。不満といわれる部分は、この本質機能に関連するわけです。表層機能というのは多少下がったとしても、あまり不満には結びつかない。それがもっとも下がってくると不満に感ずる人も出てくるわけですが、通常はあまり不満には



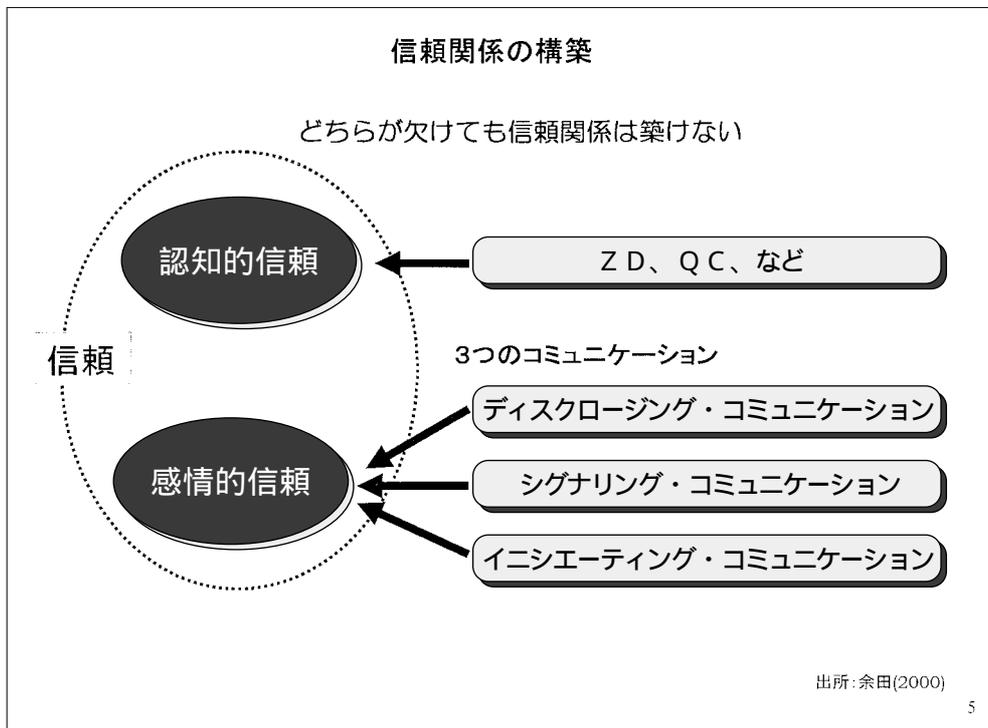
資料17

感じない。一方、本質的な機能というのは、極めて不満と密接に結びついている。そういう中では、ZD（ゼロディフェクト）運動とか、あるいはQCとか、あるいはTQMとか、先ほど言いましたインシデントレポート、リスクマネジャーの設置等によって、最低守らなければならない品質を高めるという行動は理に叶っているわけです。ただ、その一方でマンパワーの問題があります。医療関係の方であれば、皆さん不満というか、認識されていると思うのですが、マンパワーが少なく十分なサービスができないという問題がある。これはまた時間があれば後ほど議論が出るかもしれません。

2番目に、不満な人が多い、これは患者との信頼関係と非常に関連しているわけですね。不満足と満足、これと信頼関係の間には相互作用効果があると言われていまして、不満に感じなくなる、

さらには満足する、そうすると信頼関係ができるし、信頼関係ができると多少気に入らないことがあっても不満とまでは感じない、そのようにお互いに影響し合う関係にあるわけですね。

ただ、注意しなければならないのは、これには2つの次元があるということです（資料18）。この2つの次元を同時に満たさないと信頼関係は決して築けないということを認識する必要があると思うのです。それは何かというと、信頼というのは認知的なものと感情的なものがあると言われていいます。認知的なものというのは、相手の能力に対する信頼、あるいは期待。いわば腕がいいとか、実際にちゃんと最新の技術を生かして診てくれるのだろうかとか、そういう能力に対する期待。一方、感情的信頼というのは、相手の意図に対する期待ですね。騙さないかとか、あるいは悪くもないのに治療されるのではないかと、そういっ



資料18

た相手が騙さないかどうかという意図にかかわる期待です。この両者、1つでも欠けると信頼関係はできません。というのは、信頼関係というのは、相手が自分の思ったとおり、あるいは自分の期待したとおりに治してくれるかということですから、それは裏切られても治せないし、能力がなくても治してもらえない。ここでは信頼関係ができないわけですね。

認知的信頼というのは、先ほど来っていますZDとかQCとかTQMとか、こういった品質レベルを上げるということによって達成する。この方向づけはいいと思うのですが、感情的信頼は割と医療機関では見過ごされやすい。効率的に感情的信頼を築き上げる必要がある。

感情的信頼を規定するものはコミュニケーションというふうに使われています。その中身は3つのコミュニケーションがあるというふうな研究結

果がありまして、それは何かというと、ディスクロージング、シグナリング、イニシエーティング・コミュニケーション。この3つのコミュニケーションを促進することによって、非常に短期間のうちに信頼関係を築き上げる。ディスクロージング・コミュニケーションというのは情報開示ですね。これは今はどの医療機関も関心を持ってやられていると思うのですが、シグナリングとイニシエーティング、この辺ももっとやっていく必要があるのではないか。シグナリングというのはどういうことかということ、どのような診療計画になっているのかとか、どういうふうな投薬が行われるのかということをもっと患者に知らせる。たとえばクリティカルパスのようなものを事前に提示して患者の理解を高める。こういう将来にわたるシグナルを送ってあげる必要がある。あるいはイニシエーティングというのは、患者さんの利益に

なることを進んで情報提供してあげる。すべてとはいませんが、多くの医療機関では、自分の医療機関の利益を高めるような - - 利益というのは経済的利益ですけれども - - 情報開示の仕方がされていますけれども、そうではいけない。患者さんの利益になることを進んで行く。こういったことが感情的信頼を高めるように作用するわけです。この両者を高めていく必要がある。

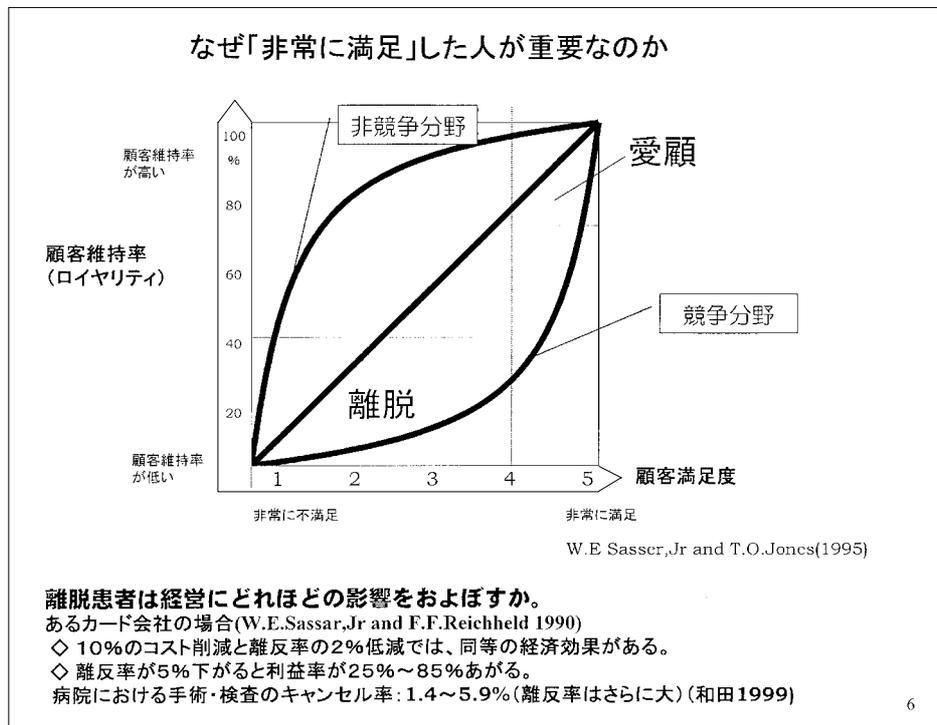
「不満」の人が多いという点の3つ目ですけれども、これはマーケティングの世界では極めて基本的なことで、行き渡った考え方ですが、満足と不満足は異なる次元であるということを認識しておく必要がある。不満の解消というのは、これは不満のない状態ですから、決して満足ではありません。不満が生じている、それを不満のない状態に持っていくというのは、これは日常活動思考でいいわけですね。たとえばトイレにごみが落ちていたら、それを拾ってごみ箱へ入れるとか、そういう日常活動の積み重ねとして不満のない状況は達成されるわけです。ところが、そこからは満足は生まれません。不満がない状態から、今度は満足な状態へ持っていくためには、戦略的な思考が必要だと言われています。これは何かというと、事前に自社が伸ばすべき領域を決めるということですね。事前に選択と集中を行うということで、ある特定の領域に特化し、そこに経営資源を集中的に投下していく必要がある。そうしないと満足な状態は作れないわけです。これは次の課題と一緒に説明したいと思います。

今、「不満」の人が極めて多いというところを説明したわけですが、3つ目の議論としては、「非常に満足」の人が極めて少ないというところを、先ほどの選択と集中とあわせて説明したいと思います。「非常に満足」の人が少ない。これはどういうことかということ、このグラフから得られているわけですけれども、コンビニエンスストアとか航空会社と比べて医療機関では「非常に満足」している人が少ない。「まあまあ満足」の人は多

いわけですね。でも、「非常に満足」している人は少ない。これは平均的なことしかやってないわけです。

なぜ「非常に満足」した人がポイントになってくるかということですが、これは離脱患者がどれほど経営に影響を及ぼすかということですね。マーケティングあるいは経営学では、離脱顧客が経営にどの程度影響を及ぼすかということで、かなり多くの研究成果が発表されているわけですが、たとえばここではカード会社の例ですが(資料19)、10%のコスト削減と2%の離反率の低減では同じような経済効果がある。あるいはその下に書いています、離反率が5%下がると利益率が25~85%上がるというような報告があるわけですね。あるいは、これは杏林大学の和田先生の調査結果ですが、病院における手術とか検査のキャンセル率は意外に多い。1.4~5.9%あるというふうに先生はご報告されていまして、離反率はさらに大きいだろうと。そういうことを考えると、こういう離反というのは医療現場の経営に非常に大きな影響を及ぼしている。

それで、この上の図ですが、これは何を示しているかということ、横軸が顧客の満足度で、縦軸が顧客の維持率、リテンション、マーケティング的に言いますとロイヤリティですね。線が3本書いてありますけれども、上の1本、非競争分野というふうにかかれていて、非競争分野では代替的なサービスが少ないですから、ほかのサービスに移るためのコストが極めて高い。そうすると、不満に思っている人でも、極めて表面上はロイヤリティが高く、つまり顧客の維持率が高い。我慢しながらも使わざるを得ない。ところが、その下に競争分野というカーブがあります。こちらの方ではどうか。競争分野では、ほかに代替的なサービス、あるいは代替的な病院は幾らでもあるわけですから、余り満足してなかったらすぐに移ってしまうわけですね。じゃあ、どの程度の満足を与えればいいのかということなんですが、5のと



資料19

ころが非常に満足した人、4のところがまあまあ満足した人であるならば、まあまあ満足した人というのは割とロイヤリティは低いんですね。すぐにほかに移ってしまう。そこに止まるのは非常に満足した人だけ、5ポイントの回答を得た人だけ、ここだけになるわけですね。この部分がいわゆる愛顧といわれる、ロイヤリティが高いといわれる人なわけです。

医療機関というのは、従来非競争分野といわれて、上のカーブというふうに見られてきたわけですが、今ではこの下のカーブに移りつつありまして、実際にデータ等をとりますと、下のようなカーブになっている。要は、非常に満足した人を増やさないと顧客維持率は高く維持できないということになるわけです。それが経営に多大な影響を及ぼしてしまうということになります。

じゃあ、どういうふうに行うべきかということ

なんですが、価値を創造するということは選択と集中だと思うのですね (資料20)。座長の嶋口先生もおっしゃいましたけれども、企業とか組織とか、あるいはビジネスというのは、交換を通じて価値を生むものなわけです。マーケティングというのは基本的には交換を通じて価値創出活動を行うわけですが、すべての市場ニーズ、すべての患者さんに対応しようとする、医療機関もそうですし、患者さんの方も価値を生まないわけです。というのは、患者さんと一概にいいまでも、いろいろなニーズを持っているわけですね。そちらの表にちょっと挙げていますが、病気を治すという本質的なものもあれば、風邪ぐらいだから、会社に行く途中にサッと寄って、そしてあんまり遅れることなく会社へ行きたいとか、あるいは短時間で治したいとか、いろいろなニーズがあるわけです。すべてのニーズに対応しようとする

患者満足経営における戦略思考

価値創造＝「選択と集中」・競争

企業・組織の活動＝価値を生むためのもの
患者のニーズは多様

・自宅等に近い	48.1%
・かかりつけ医がいる	32.4%
・規模が大きく設備が充実	22.9%
・きちんとした説明がある	22.9%
・名医・専門医がいる	14.9%
・診療科目が多い	
・待ち時間が短い	
・病院等の紹介で	
・建物がきれい	
・経済的負担が少ない	
・前の病院・診療所に不満	

マーケティング＝交換を通じての価値創出活動
すべての市場ニーズに対応しようとする、医療機関、患者ともに価値を生まない。

**セグメンテーション
ターゲティング
ポジショニング**

異質な患者のニーズに対応することは難しい。
患者をセグメント化し、経営資源を集中する。
競合に対してどんな特長をもたせるのか。

コンセプトの明確化

どのような患者のニーズ(価値)を満たそうとするのか。
ex. ・風邪クイック
・一流シェフの作った病院食

7

資料20

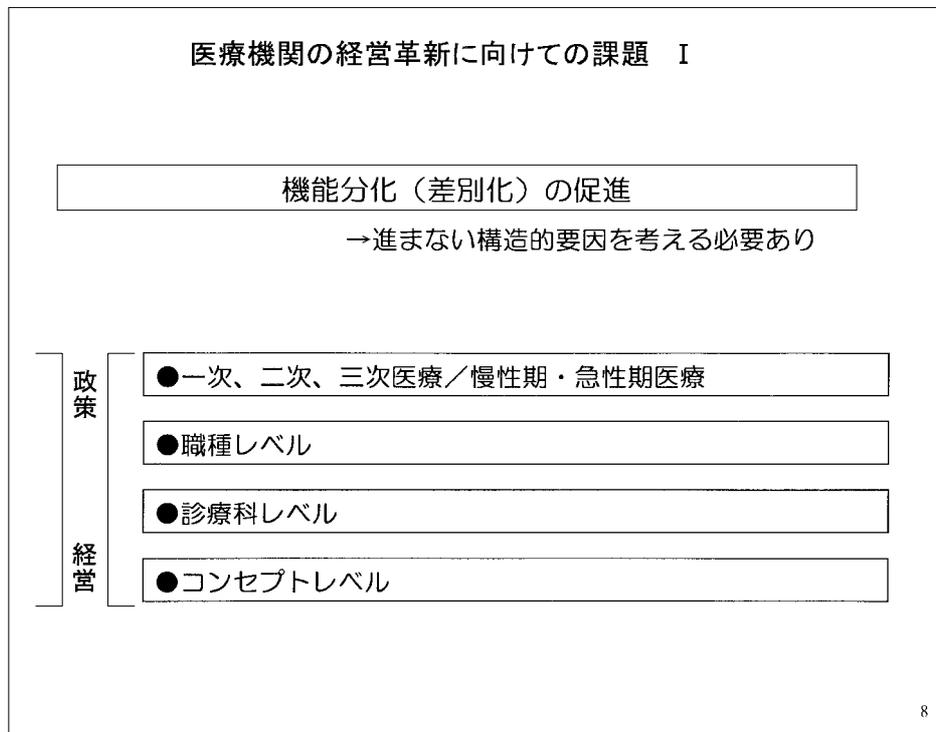
と、極めて非効率的なものになるし、両者の満足は高くない。何らかの対応をするというのがマーケティングの役割だと思うわけです。

マーケティングではよくセグメンテーション、ターゲティングということが言われますが、そこでやられているのは、異質な患者のニーズに対応することは難しいわけですから、同質なニーズを持った患者さんをグループ分けする。これをセグメンテーションと言いますが、その中でターゲットを決めて、そこに経営資源を集中する。さらにいいのは、経営資源を集中する中で標準化を進めて、低コストでいいサービスを提供するように持っていく。これが重要になってくるわけですね。ポジショニングというのは、セグメンテーションとかターゲティングによって同質なニーズの人に医療サービスを提供するにしても、競争が激しくなってくるとやはり競合関係の中でどの

辺りのサービスを提供していくのかということも事前に決める。これがポジショニングになってくるわけです。

一方、具体的にはサービスをどうするのかというと、一番下を書いてあるコンセプトの明確化だと思うのです。どのような患者のニーズ、あるいは価値を満たそうとするのかということも事前に明確にしておく。これが一番重要になってくるわけですね。ここに本当に僅かな例を出しましたが、たとえば用賀アーバンクリニックの風邪クイックのようなもの、あるいは一流シェフのつくった病院食とか、ある特定の領域に資源を投入して、そこだけは一生懸命やる、あるいは標準化を進める。これが両者の満足を高めるといえることになると思うわけです。

ここで幾つか課題を提示しておきたいと思うわけですが、(資料21)、医療機関の経営革新

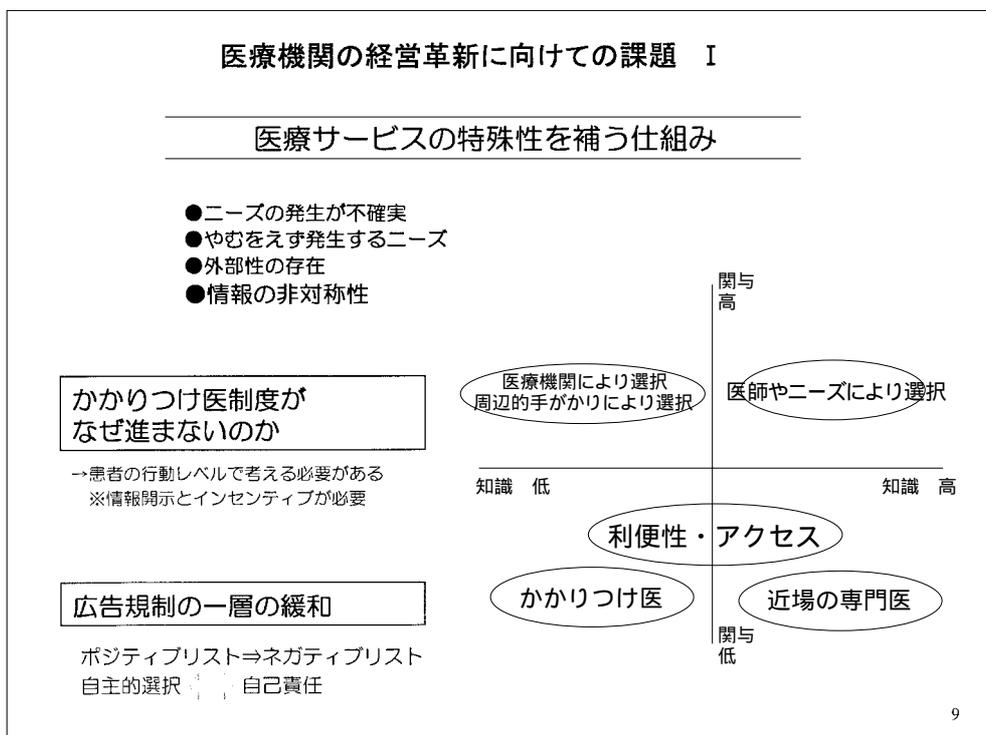


資料21

に向けての課題ということで、一つは、経営学、マーケティングの1900年代の進展を見ていきますと、やはり機能分化の歴史でもあるわけですね。その機能分化というのはいろいろな水準がもちろんあるわけです。たとえば医療サービスについて見てみますと、一次、二次、三次医療という分類の仕方がありますし、あるいは慢性期・急性期医療、これは2003年から区別されることになっていますけれども、こういった部分もあれば、職種レベルの話もある。あるいは診療科レベルですね。うちはこの診療科に特化するとかいう話です。総合病院ではありませんよと。総合病院で何でもやるわけではない、ある特定の診療科に特化する。こういう診療科レベルもあるし、あるいは先ほど言いましたコンセプトレベルもある。これをすべて機能分化していく必要があるわけですね。それは政策的なものもありますし、あるいは一医療機

関として対応できるような経営的なものも勿論あるわけですが、その中で機能分化を進めていく必要があるというふうに考えるわけです。

たとえばそのうちの一次医療、二次医療、三次医療と、プライマリーケアがなかなか進まない、こういう制度がなかなか進まないわけですが、これをいかに進めるかということの一つだけ例として考えてみますと、これはマーケティング的な視点、あるいは消費者の、あるいは患者の選択行動という側面からちょっと考えてみますと、(資料22の)右の図の横軸は知識のレベル、縦軸は関心の高さ。これは一般の医療サービスも含めて、すべてのサービスについて、こういう切り口で分類して、じゃあ、どのようなマーケティング活動が必要になってくるか、あるいはコミュニケーションが必要になってくるかということを提示する軸になっているわけですが、医療というのは大体患



資料22

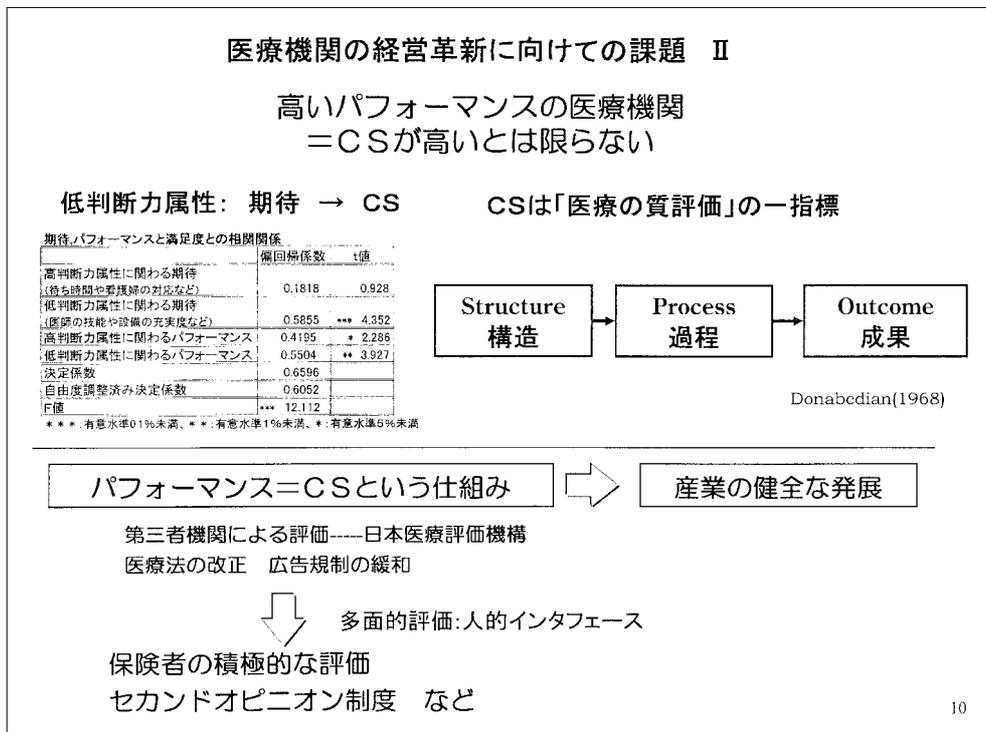
者側には専門的知識はない。だから、左側のセルになるわけです。一方、健康ということに関して、あるいは病気ということに関しては、関心が極めて高いですから、上の方のセル、すなわち左上のセルが医療の領域、医療サービスはこのセルになると思うわけです。

ですから、患者が病気にかかったら、どういう行動をとるかということ、極めて関心が高く、かつ知識は低いですから、一つは医療機関によって選択するということがあるのですね。医師の能力とかニーズ、自分がどういったニーズを持っているかではなく、それはわからないですから、周辺の手がかりというふうにいいますが、たとえば医療機関としての建物が立派であるとか、そこは総合病院で何でも診てくれるとか、あるいは大学と非常に良い行き来のあるような私立の大きな病院であると、そういった周辺的な手がかりをもってし

て選択して医療機関にかかる。

だから、本来まず初めは、かかりつけ医に行ってほしいわけですがけれども、実際にはそこにミスマッチが起きているわけですね。実際には、関与が低い人たちがかかりつけ医に行っている。たとえば慢性病であったり、殆ど毎日のように行く老人の方であったりというわけで、多くの関心の高い患者さんはかかりつけ医に行かず、大病院に行くというような状況が起きている。

じゃあ、どうすればいいのかということですがけれども、その中では、かかりつけ医に行くことのようなメリットがあるか、あるいはその後どういふふうな治療が行われるのか、あるいはどういふふうなネットワークを持っているのか、あるいはどこの大学病院と極めて密接に関連している、そのかかりつけ医にかかれば一番適切なところを紹介してもらえるとといったような情報開示ですね。



資料23

こういった開示なくして、まずかかりつけ医に行こうというような動機は起こらないわけです。だから、一つは、情報開示が必要になってくると考えています。

その中で広告規制の一層の緩和が必要なわけですが、たとえばポジティブリストとネガティブリストの問題もありますし、その中で自主的選択が行われるわけですが、その先には自己責任ということが当然あるわけですから、消費者サイド、患者サイドにも自己責任が生ずるという認識を高めておく必要があると思います。

時間の方も押し迫っていますので、最後、1枚だけご説明しますが、(資料23)、高いパフォーマンスの医療機関がCS(顧客満足)が高いとは限らないという、この問題は常に生ずるわけで、これを解消しなければ顧客満足経営というものはいまうまくいかないのではないかと考えています。実

際には情報の非対称性によって、この右側に書かれた、成果だけではなくしてプロセスとかストラクチャーも評価に加えなければならないというドナベディアン(1968)の言がありますけれども、まったくそのとおりなんです。成果の中のCSを見てみますと、パフォーマンスがCSと完全に一致すれば、CSを高めるためにはパフォーマンスを上げればよいわけですから、医療機関としても品質を上げようとするわけです。ところが、そうではないと。実際にどういうことが起こっているかというと、ちょっと字が小さいので、レジュメの方でも書いてありますので、そちらを参考にしていただきたいのですが、極めて判断力が低い、あるいは先ほど言いました中でいくと、判断できない、知識を持ってない属性ですね、アメニティーだとかきれいだということに関しては、顧客、消費者、あるいは患者というのは理解できるわけで

付表 医療サービスの事例

	サービス名	内容	病院名
A 本質機能	リスクマネジャー制度	医療事故、ヒヤリハット事例の報告をし、改善していく仕組みとして。	八尾総合病院(大阪) 他
	電子カルテ	院内だけでなく、地域の医療機関や患者とともにカルテを共有するシステム。	亀田総合病院(千葉)
	ガン免疫ドック	自分の免疫状態を検査するもの。免疫機能が悪い場合の治療法は食事療法。保険外治療。	コンフォート病院(神奈川)
B 本質機能と表層機能双方にかかわる機能	自己管理カルテ	参加する医療をめざして、体温、血圧や処置の記録などが記載されており、患者自らも書き込む。退院時にはコピーして持ち帰ることもできる。	八尾総合病院(大阪)
	ナビゲーションケアマップ	治療のクリティカルパスを、医療スタッフを患者が共有。	亀田総合病院(千葉)
	情報センター、ライブラリー	患者や地域の人々が利用できる、情報センター。ワークショップや無料セミナーが行われたり、医師や病院の紹介業務も行っている。妊婦向けの教室もある。	Beth Israel Medical Center
	健康情報ライブラリー	図書、VTR、雑誌、パンフレットなどが疾病ごとに並んでいる情報センター。	日鋼記念病院(北海道)
	病院司書	患者と医療社の通訳。病院の図書室を地域に解放しており、患者の情報入手のために。	京都南病院 8 京都
	スターブライトワールド・ネットワーク	小児病棟に入院している子供達だけが共有することができるバーチャル空間。コミュニケーション、遊び、情報が3本柱。友達をつくったり、自分の病気に関して子供が理解できる情報にアクセスできるなど。	全米55ヶ所の病院。スターブライト財団(スビルバーグが設立)
	在宅専門	在宅医療に特化した医療機関。患者からの電話にCRM的な管理がされている。専門医や調剤薬局などつながっている。	大塚クリニック(東京)
C 表層機能	風邪クイック	事前に問診票を送信し、時間を節約するサービス。風邪専用のサービスメニュー。	用賀アーバンクリニック(東京)
	花粉症クイック	事前に問診票を送信し、時間を節約するサービス。花粉症専用。	用賀アーバンクリニック(東京)
	劇場型病院	寺山修司率いる天井桟敷の団員だった院長のユニークなホスピス。患者は主人公ではなく、観客である。	堂園メディカルハウス(鹿児島)
	アソシエーターという職種	足浴、アロママッサージ、ヘアカット、化粧、食事介助、歌を歌うなどをする職種。	堂園メディカルハウス(鹿児島)
	一流シェフの作った病院食	メニューは100%個人対応。差額ベッド代1泊10万円など。	山王病院(東京)
	WEAR YOUR BEAR	HSC財団のチャリティプログラム。トレードマークのクマのオリジナルグッズを買えば、この財団に寄付され、当病院のために使われる。通販やウォルマートなどで手に入る。スウォッチ社も協力。	Hospital For Sick Children(カナダ最大)
	「ビーチ」がテーマのテーマパーク的病院	ディズニーが作ったセレブレーションなる完全人口年の中にあるセットのような病院。CTスキャンの間映画鑑賞ができる。検査機器は巨大な砂の城。とテーマパークになっている高度医療機関。	Florida Hospital Celebration Health
	ハートランドミュージアム	心臓病についてのミュージアム。病院もかなりユニークなデザイン。	The Heart Hospital and Heart Institute of the Desert

すが、医師の技能とか設備の良さとか最新性といったことはなかなか理解できない。だから、パフォーマンスを評価することができないということになるわけです。そうすると患者さんの満足度がどうなるかという、かかる前にどの程度期待を持っているか、これがCSに影響してくる。あるいは、その病院に対してはじめどのようなイメージを持っていたか、それがCSに影響を及ぼしてしまう。こういう関係というのは余り望ましくないわけですね。なぜならば、イメージを高めるために過剰な広告が起こる可能性がある。そういうことはやはり公的性格の強い産業が成長していく中では望ましくない。

その中で、第三者機関による評価、日本医療評価機構が活動を開始して、その結果については先回の医療法の改正によって広告規制から外れたわけですが。これは方向としてはいいわけですが、まだまだそれでは消費者側が欲しい情報としては一面的である。むしろ知識がない、あるいは関心が高いという状況の中で、人的インターフェースを中心とした情報提供も必要になってくる。その中では、先ほども矢吹先生からご指摘がありましたけれども、保険者の積極的関与が一つ重要になってくるという方向が勿論あるわけです。それともう一つ、セカンドオピニオン制度、この中でパフォーマンスとCSが完全に一致するような仕組みを政策的にもたらすということも必要になっ

てくるのではないかというふうに考えるわけです。

ちょっと時間が過ぎてしまいましたけれども、私はどちらかという現場における革新というよりは、マーケティングとか経営学の関連の中でどうかという話をさせていただいたわけですが、レジュメの方には幾つか先進的な事例として一覧表に載せております（資料24）。こういった医療機関というのは、ある程度セグメンテーションとか、あるいはこういった患者さんのニーズを満たすのだということを事前にフィックスして経営活動をしている例だというふうに私は認識しております。

以上で終わらせていただきます。（拍手）

座長 余田先生、どうもありがとうございました。

日本の国内における基本的な医療機関経営の課題ということで、経営学者としての余田先生の方から見解を出していただきました。

矢吹先生と余田先生から一般的な医療機関としての今日の課題ということで、欧米と日本の話をさせていただきましたが、続きまして、今度は実際に医療機関経営をなさっていらっしゃるお二人の先生、佐藤先生と大塚先生からお話をいただきたいと思えます。

それでは、早速、佐藤先生に、順天堂大学附属医院長としてのお立場から、課題、あるいはこうありたいという思いを含めてお話をいただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

《シンポジスト発表》

順天堂医院における医療サービスの現状と将来への展望 - 厚生労働省医療制度改革の基本方針 (2001.9.25) と 米国の医療提供体制の側面を踏まえて (マクロとミクロの視点から) -

佐藤 お見せ致します
スライドは、すべて、
ハンドアウトとしてテ
キストにお出ししてご
ざいます。私のスピー
チは2分超過し、22分
の時間を頂戴致します。

私は平成13年9月25
日の厚生労働省『医療
制度改革の基本方針』

とその別添『21世紀の医療提供の姿』を読みまし
た。そこで、現今の米国における医療提供体制の
側面、私が勤務する順天堂医院におけるサービスの
現状を勘案し、今後の本邦、あるいは、順天堂
の医療サービスについてマクロとミクロの視点に
立って私見を述べさせていただきます (資料25)。

今回の『医療制度改革の基本方針』で私が最も
注目した第1のポイントは、この第2項 (資料26)
にございます『医療提供体制：医療技術や医療機
関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系
の構築』の件 (くだり) でございました。私は是
非ともこのような診療報酬体系が早期に確立され
ることを期待するものであります。

このスライド (資料27) は急性期医療を担う日
米3病院の運営に係わる基礎データを共同研究者
の柏木嶺が纏めた所見でございます。順天堂医院、
Manhattan にございますNew York University
Hospitals Center, そして、Mt. Sinai Hospital
at Manhattan の利益率を比較いたしますと、順
天堂医院とMt. Sinai Hospital はマイナスでござ
いまして、プラスのNYU Hospitals Centerも、
その利益率は僅か1.38%に過ぎません。チャリティー

資料 1

順天堂医院における医療サービス
の現状と将来への展望

厚生労働省医療制度改革の基本方針(2001.9.25)と
米国の医療提供体制の側面を踏まえて
(マクロとミクロの視点から)

順天堂大学医学部附属順天堂医院
佐藤 潔(院長)

柏木嶺(総務局企画調査室:課長、MBA)
饗庭三代治(総合診療科・医療保険室兼務:講師)
佐藤裕之(健康スポーツ室副室長・循環器内科兼務:講師)

資料25

ケア (charity care) の費用負担を含め、保険請
求が不可能であった医療費が実にNYUでは32億
円、Mt. Sinai Hospital では60億円と云う驚くべ
き金額が公示されており、これがこれらの病院の
利益率を劣悪にしている理由となっており、
Manhattan にあるこの2つの病院は近代装備を
駆使した高度の機能を有する急性期疾患の医療を
提供するacademic medical centerであります、
設備投資の原資は高額所得者からの私的な寄付に
負うところが大きいのであります。

保険請求が不可能であった医療費の内 charity
care にNYUで6億円、Mt. Sinai で9億円が費
やされて居ります。医療機関として経済弱者に対
する無報酬の医療、また、患者の経済的背景とは
別に診療報酬の範囲を超えた医療が行なわれて居
り、これらの施設はこれをむしろ誇りとしている
との印象を受けました。緩和ケアは外来、入院と
もに担癌患者に無料で実施すると云った徹底振り
には驚かされました。

これらの academic medical center は本邦の特

資料 3

厚生労働省(平成13年9月25日)

医療制度改革試案

— 少子高齢社会に対応した医療制度の構築 —

基本方針

- **保健医療システム (保健と医療のシステム)**
健康づくり、疾病予防の推進
情報の開示、患者の選択の拡大
医療提供体制に機能分化・集約化
質の高い医療サービスの効率的な提供
- **医療提供体制**
医療技術や医療機関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系の構築
- **医療保険制度 持続可能で安定的な制度(保険者の統合・再編成・規模の拡大)**
- **高齢者医療制度 (後期高齢者への施策の重点化・公費負担→拠出金の縮減)**
- **高齢者医療制度と介護保険制度の整合と後者の見直し**

資料26

資料 12

日米急性期病院 3 施設の比較
順天堂医院(J)、NYU Hospitals Center (NYU)・Mt. Sinai Hospital at Manhattan (MSH)

	順天堂医院	NYU Hospitals Center	Mt. Sinai Hospital
病院基礎データ			
病床数	1,020	768	1,171
外来患者数	1,011,653	115,272	約380,000
入院患者数	約16,000	28,327	約42,000
職員数	1,860	約4,000	約8,000
財務データ			
総収入	351億円	約581億円	約1,205億円
医療収入	342億円	約543億円	約1,038億円
総支出	354億円	約573億円	約1,207億円
人件費	137億円	約344億円	約550億円
医療経費	135億円	約148億円	約341億円
減価償却費	28億円	約32億円	約74億円
借入金等利息	6億円	約13億円	約33億円
収支差	▲3億円	約8億円	約▲2億円
利益率	-0.85%	1.38%	-0.33%
総資産	592億円	約464億円	約1,285億円
固定資産	490億円	約299億円	約811億円
情報システム部門	スタッフ数：11名 年間予算：4.7億円	スタッフ数：450名 年間予算：約80億円	(2病院合計)

出所：3病院1999年度決算書

注：為替レート：120円/＄

外来患者数＝
外来＋日帰手術＋救急室

入院患者数＝退院数

順天堂の総資産、固定資産
は本郷地区の合計

資料27

The Joint Commission on Accreditation of
Healthcare Organization (JCAHO)

評価項目

Structure:

最新の設備が備えられているか? 高度の医療を実施するに相応しい
専門医数、看護婦数/病床、その他、技師や事務職員数はいるか?
病院環境に問題はないか? etc

Process :

カルテは整備されているか? 病理診断は迅速に報告されているか?
医師の育成機関として十分な症例があり、それら症例に高度の医療が
提供されているかどうか?

Outcome:

治療成績はどうか? 提供される医療が評価に耐えるも
のかどうか?

Patients' Satisfaction

患者は提供を受けた治療に満足しているかどうか?

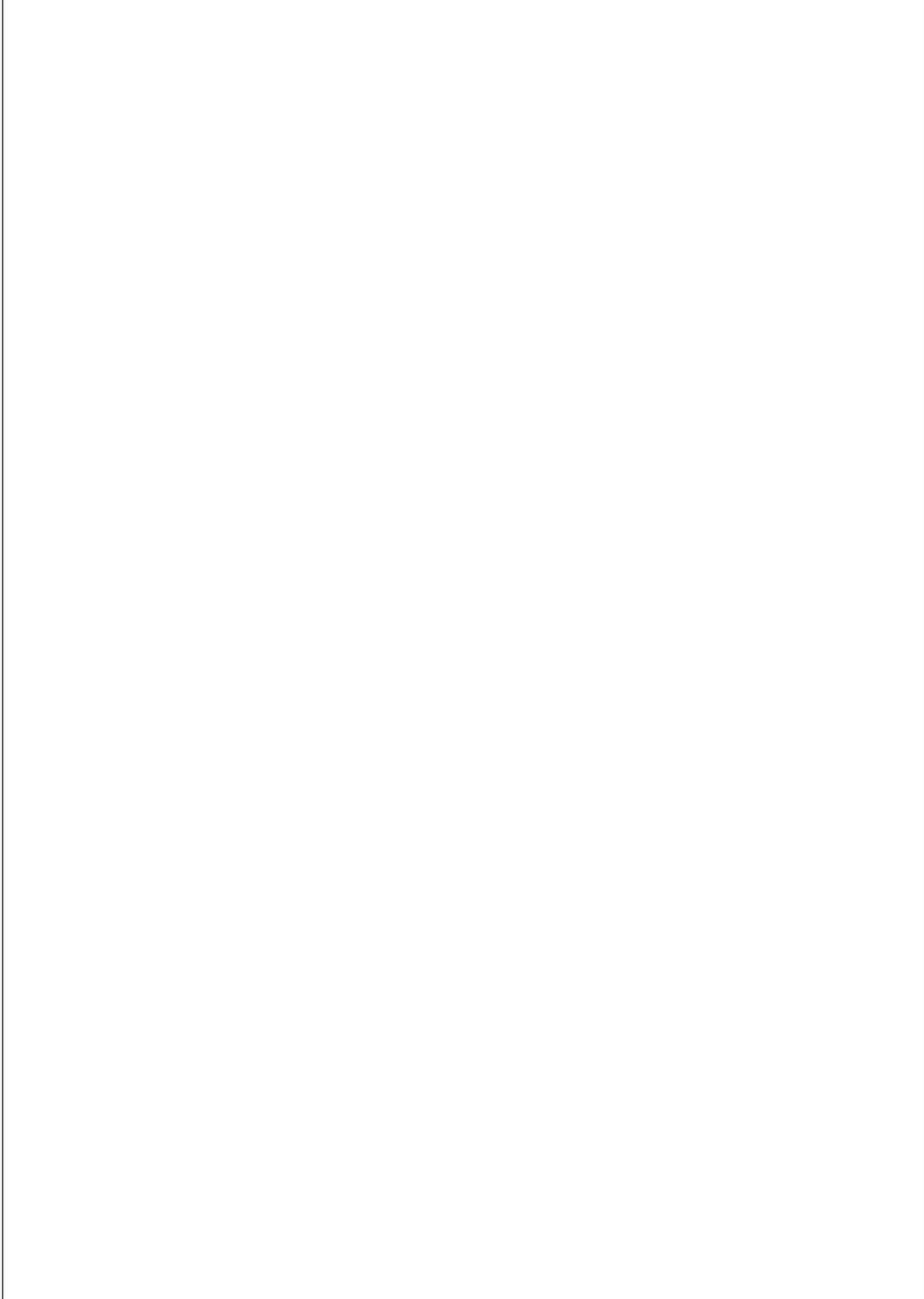
『日本病院機能評価機構の役割を強化する必要があるのではないか』

資料28

定機能病院に相当いたしますが、第三者評価機構である The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) がこれらの academic medical center がその名に相応しい構造と機能を具備するかを3年に1度ずつ厳正に調査して居ります(資料28)。この際、Structure, Process, Outcome, 患者の満足度, 等々の医療の質を評価する指標に従って、最新の設備が備えられ、高度の医療を実施するに相応しい能力と技術を持った医師数が十分であるか、看護婦数、その他の職員が十分に確保されているかどうか、医師の育成機関として十分な症例があり、それら症例に高度の医療が実際に提供されているかどうか、更に、治療成績はどうか、患者はその治療に満足しているかどうか等々を厳しく査定して居ります。JCAHOの評価に耐えない場合には診療報酬を保険機関が支払わない仕組みも作られて居ります。

本邦においても特定機能病院等が積極的に日本

医療機能評価機構などの第三者機関より医療の質の評価を受け、その結果を公開することが今後の日本の医療に新しい局面をもたらし、また、医療機関の実態を正しく客観的に評価することが『医療機関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系の構築』を可能にするものと思われま。これは私見でございますが、高度急性期医療を提供する特定機能病院の経営の実態を正しく厚生労働省にご評価頂くことが、『医療機関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系の構築』に繋がるものと考えて居ります。1つの方法は、厚生労働省に設置したメインホストと電子カルテカーネルシステムを使用して特定機能病院の私達が診療を行ない、レセプトデータを含む電子カルテの database 及び病院のコスト情報が光ファイバーを介して厚生労働省に入力されるシステムを構築すべきものと思ひます(資料29)。このようなシステムを官、民の協力を得て開発することに



資料29

Health Care Financing Administration
(HCFA)

Academic Medical Centers を含め全ての医療機関から電子レセプトを含めた医療情報の入力を受け、これを解析、患者の重症度 (Case Mix Indexes)、医療機関の立地条件、経済環境の差異、医師の専門性、等々を勘案し、診療報酬額を病院の機能別に算定している点に注目したい。

HCFA の方法を模倣することで、厚生労働省の提案：『医療機関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系の構築』が可能となるものと考える。

資料30

より、医療機関関係者のみならず、政府機関や医療経済学者等が高度の急性期医療を担当する医療機関の経営実態を科学的に解析・評価出来る仕組みが本邦に出来上がります。

この電算システムの構築は個々の医療機関が独自の電子カルテシステムを開発すると云う馬鹿げた無駄を省く経済効果も期待出来ると私は思っております。米国の Health Care Financing Administration (HCFA) は academic medical centers を含む全医療機関から電子レセプトを含めた医療情報の入力を受け、これを解析して、患者の重症度 (Case Mix Indexes)、医療機関の立地条件、経済環境の差異、医師の専門性と経験年数、等々を勘案し、診療報酬額を病院の機能別を踏まえて算定している点に注目したいと思います (資料30)。このような方法で厚生労働省ご提案の『医療機関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系の構築』が可能となるものと考え次第です。

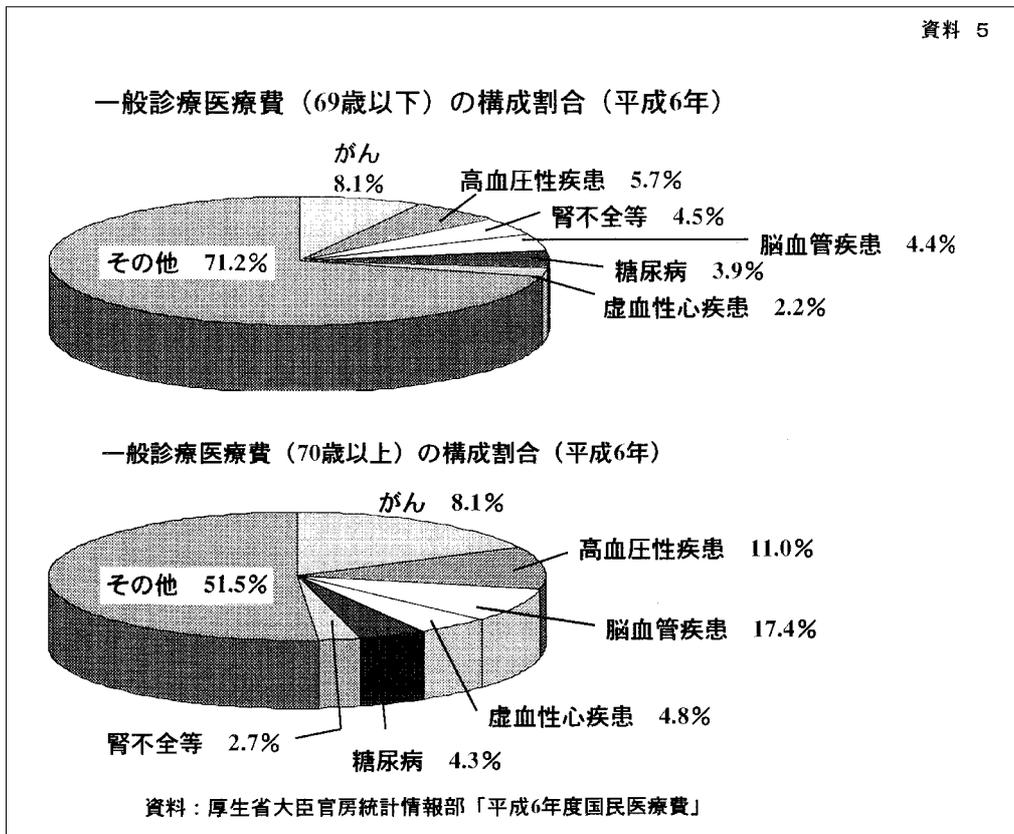
さて、『医療と保険のシステム』で私が注目した第2のポイントは『健康づくり、疾病予防の推

進』の事項でございます。

これは平成9年度の厚生白書から転載した平成6年度の一般診療医療費の構成割合を69歳以下と70歳以上で比較した知見であります (資料31)。がん、高血圧性疾患、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病、腎不全等、生活習慣病に対する医療費の占める割合は70歳以上の高齢者ではほぼ50%となっております。科学的に、また、疫学的に健康維持と健康増進が生活習慣病の発症を抑えることを証明し得たならば、生活習慣病の予防が国民医療費の節減に裨益するものと判断されます。しかし、この因果関係を証明する科学的な根拠は未だ十分とは云えません。この問題に関して順天堂大学では医学部とスポーツ健康科学部が大きなプロジェクト研究を展開し、現在、その究明に当たって居ります。

学校法人順天堂は天保9年の創設以来163年間、患者の尊厳を損なうことのない患者中心の医療を提供してきたことを自負して居ります。順天堂大学には医学部とスポーツ健康科学部の2学部が、そして、医療短大が独立して設置されて居ります

資料 5



資料31

が、これらの組織と機構が密に連携し、健康総合大学を形成、国民の健康維持と増進に貢献しようとする立場をとり現在に至りました。

1980年代以降、スポーツが発癌や他の生活習慣病の発生を抑えることを示す科学的、あるいは、疫学的な研究成果が国際誌に散見されるようになりましたが、これを踏まえ、米国では国民の健康の維持・増進のプログラムが、既に、1983年に発足、1990年には Healthy People 2000 と銘打った健康増進政策がその端緒を開いて居ります。

1991年に『慶応病院スポーツクリニック』が開設されて居りますが、当初はスポーツ外傷とリハビリテーションがその開設の目的であったと聞いて居ります。

1996年（平成8年）に順天堂医院は『健康ス

ポーツクリニック』の開設許可を厚生省（当時）から得ておりますが、健康保険給付の対象外にあるこの組織を介して、疾病の一次、二次、三次予防に積極的な活動を開始致しました（資料32）。当初は 医師、保健婦、運動生理学を学んだトレーナー、管理栄養士等がチームを形成し、『健康スポーツクリニックの会員の健康管理と診療上のコーディネート、生活習慣病回避を目的とした運動処方、栄養指導、生活指導、人間ドック』を実施して参りました。

厚生労働省は平成13年に健康日本21、即ち、国民健康増進計画を策定致しましたが、国民が真摯に健康増進に取り組むことが求められていることを自覚する必要があると思えます。

以上のような経緯で、平成6年に心疾患、高脂

本邦、米国、順天堂医院健康スポーツクリニックにおける保健システム

資料 6

- 一次予防 ● 生活習慣の改善 学校教育、公開講座、
 米国: *Prospects for Healthy American 1983 Healthy People 2000 (1990)*
 本邦: ・慶応病院スポーツクリニック 平成3年:1991 (スポーツ外傷とリハ)
 ・順天堂健康スポーツクリニック(開設:平成8年:1996^{※1})
 (目的:健康管理、運動処方、栄養指導、生活指導、人間ドック^{※3}
 医学部、スポーツ健康科学部、医療短大の支援)
 ・健康日本21:2001年(平成12年)
- 二次予防 ● 疾病の早期発見・早期治療
 ・一次健診(生活習慣病健診)
 労働安全衛生法(学校保健法との組合せ)
 医療保険各法
 老人保健法(40歳以上、子宮癌のみ30歳以上)
 任意(人間ドック、順天堂健康スポーツクリニック内の人間ドック)
 ・二次健診
 医療保険各法の一部、労災保険
- 三次予防 保険給付対象
 ● 心疾患リハビリテーション(期間:6ヶ月)
 ● 生活習慣病(高脂血症、糖尿病、高血圧)に対する運動療法
 ● 栄養食事指導
- 保険給付対象外
 ● 順天堂健康スポーツクリニック(平成8年:1996)
 (健康管理とコーディネーション、運動処方、栄養指導、生活指導、人間ドック)

資料32

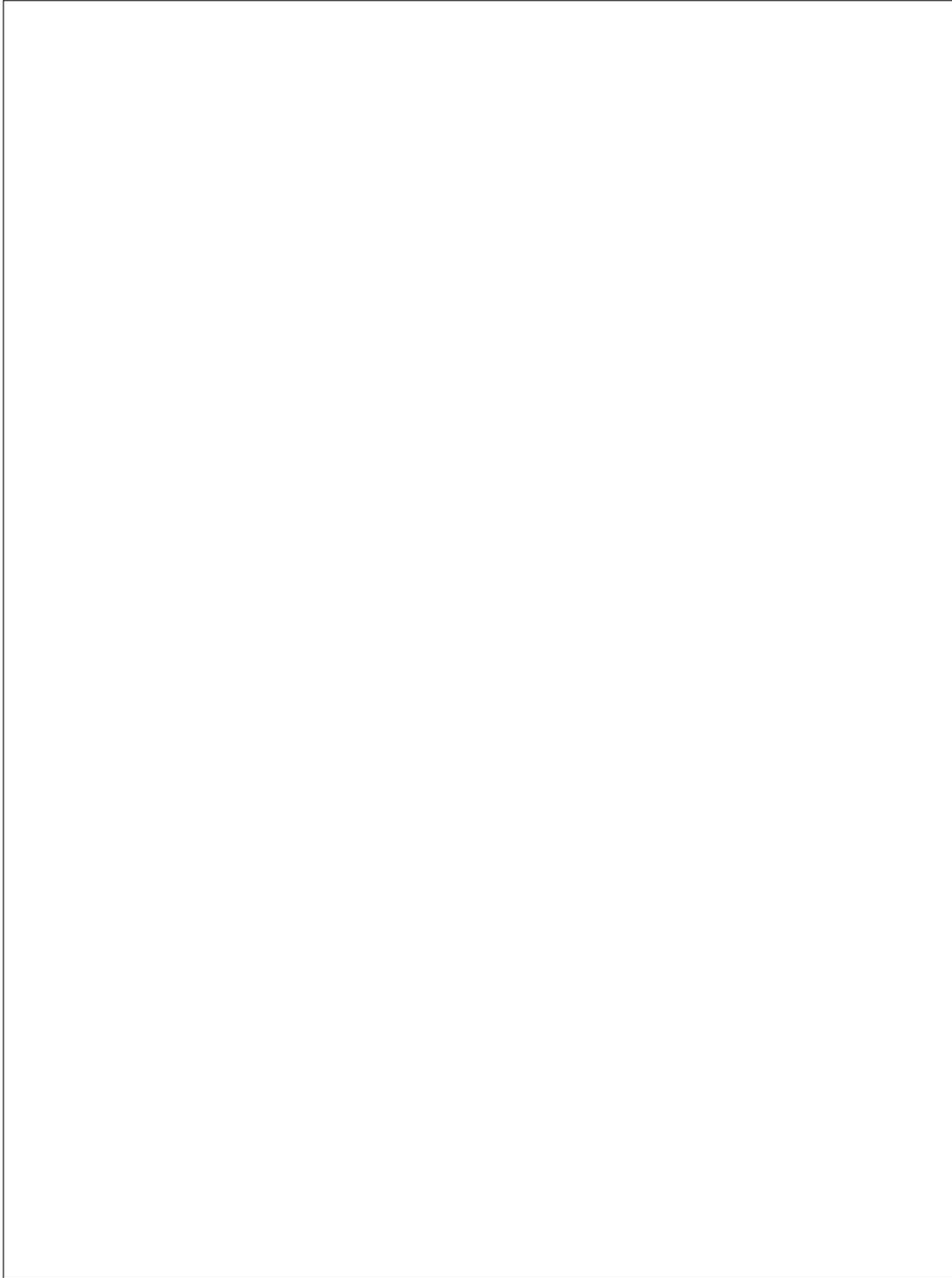
血症、高血圧、糖尿病等の生活習慣病に対する運動療法が三次予防医療として保険給付の対象となりましたが、順天堂で展開して参りました医療としての健康スポーツクリニックの意義と役割が社会的にも認知されるに到ったと考えて居ります。

順天堂の『健康スポーツクリニック』では患者さんの体力、年齢、基礎疾患などを配慮した中に科学的な根拠に立脚した運動処方や生活処方を実施して居ります(資料33)。特に高齢者に対する運動処方と生活処方は単に生活習慣病の発症回避や第三次予防に留まらず、高齢者の心肺機能、筋力の向上をもたらし、これが高齢者の転倒や大腿骨骨頭骨折などの発症を低減し、また、車椅子生活からの脱却をも可能とすることも大きな成果と考えて居ります。

このように新しい医療に予防医学が極めて重要な地位をしめるものと考えられますが、予防医学

の成果を科学的に分析するシステムの構築が今後の問題と考えます(資料34)。既に1990年の初頭に Harvard 大学では、医学部を中心として健康と生活習慣との関係を知るための大きな研究が行なわれましたが、現在、順天堂大学でも医学部とスポーツ健康科学部とが協力し、順天堂同窓生研究を開始し、prospective に、あるいは、retrospective に健康保持、スポーツ、それと疾病との関係を分析して居る最中であることをご披露申し上げます。

次ぎに第3のポイントとして『情報の開示、患者の選択の拡大』についての私見を述べます(資料35)。<患者の『選択の尊重』と情報提供>は医師の行動パターンの一つであった paternalism の終焉を意味するものと受けとめられ、医師を含む医療提供者の意識改革を求めるものと受けとめられます。既に米国では診断と治療に係わる具体



資料33

予防医学の重要性

- ・生活習慣の改善が本当に生活習慣病の発症予防に役立つか？
- ・科学的な証明を如何に行なうか？
- ・順天堂同窓生研究
医学部・健康スポーツ科学部・医療短大に
おける共同研究
(Retrospective and Prospective Studies)
- ・Harvard Alumni Study

資料34

的な情報を患者自らが収集し、医師と医療機関を特定し、治療を受ける時代が到来して居ります。患者は経験例数の最も豊富な医師や病院を探す。それは症例が多ければ多い程、治療成績が良いことが、既に、証明されているからであります。既に、本邦でもその傾向は始まりつつあります。現時点、本邦では、医師自身が説明責任 (accountability) の重要性を正しく認識することが求められている段階にあるように思われます。私達は医師の説明を患者が正しく理解し、医療を患者自らが選択することが可能となるよう患者へ医療情報を十分に供給し、医療者と患者間の情報の不均衡を可及的に低減することに努力する必要があります。予備知識を十分に得た上で医師の説明を聞けば患者の選択は自ずと拡大されることは当然のことであります。

平成14年6月に開院する東京都江東高齢者医療センター (資料36) は学校法人順天堂がその運営に当たる本邦初の公設民営医療機関ですが、この医療センターにはインターネットを介した患者向けの医療情報サービス部門を設け患者さんに『患者の選択』を支援するサービス部門を設置する予

定にして居ります。米国では『患者の権利』、即ち、患者本位の医療を進める“よりどころ”が確立されつつあります (資料35)。本邦では、本年、ようやく、東京都立病院、また、大阪府立病院では患者権利章典が制定されるに到って居ります。しかし、本邦の章典には尊厳死についての項が必ずしも明確に記されておりません。西欧先進国では患者の quality of life (QOL) を重視した医療に重きが置かれる傾向にあり、唯、延命を求める医療は過去のものとなりつつあることにも注目したいと考えます。学校教育、宗教教育を含め国民が death education を受け、end-of-life care の意義を考える習慣を持つことが、本邦では決して稀でない無駄な終末期医療の回避に繋がると私は考えて居ります。

このスライドは New York 州における『患者の権利 : Patients' Wright』を示します (資料37)。

10. もし、あなたが重症となり自分自身の意思で、蘇生術の忌避 (きひ) を決定できない事態が生じた場合のために、あなたに代わってあなたの意思を伝える人

情報の開示、患者の選択の拡大

資料 8

患者の『選択の尊重』と情報提供

- New York 州における『患者の権利』（患者本位の医療を進める“よりどころ”）：資料9
- 都立病院の患者権利章典（2001.7.6 制定）、
- 大阪府立病院の『患者の権利に関する宣言』（2001.9.11 策定）
個人の尊厳、インフォームド・コンセント、自己決定権、知る権利、プライバシーの保護
- 患者へ治療方針、治療方法、そして、予測される治療結果を適切に説明し（accountability）、次いで、患者の選択を尊重した医療を提供することが可能な仕組みをつくる。即ち、医療提供者と患者間の知識・情報の均衡（symmetry）を計る機構を病院側で用意する必要がある。医師のみに依存することでは問題は解決しない。その手段として『インターネット情報提供室』など院内に医療情報に係わる患者サービス部門を設け、*randomized control study* に起因した最新の標準的治療法（*practice guideline*）とその結果（*outcome*）、その他、医療に係わる客観的な情報を提供することにより患者の選択と自己責任の確立を助ける。
- Living will と尊厳死（延命偏重医療に対する問題、*end-of-life treatment* の意義）
New York 州における『患者の権利』
- 情報の提供
 - 高度急性期医療を提供する医療機関の専門性、診療実績（手術件数や治療成績など）、機能、そして患者満足度などについて情報が提供される（Report Card）。
 - 病名、術式等の用語の標準化（ICD-10 と MEDIS の病名マスター）
 - Case Mix Indexes の導入（Outcome に関する患者重症度の関与）
 - 日本医療機能評価機構などによる病院の第三者評価：米国における“*The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*”の基準に照らし *Structure, Process, Outcome*、患者満足度、教育研修病院としての評価等を評価基準に組み入れ、それを公示する。

資料35

を指名する権利もあります。この件で、更に、情報が必要な方は『蘇生拒否』に係わる患者と家族の方々のために用意されたパンフレットをお読み下さい。

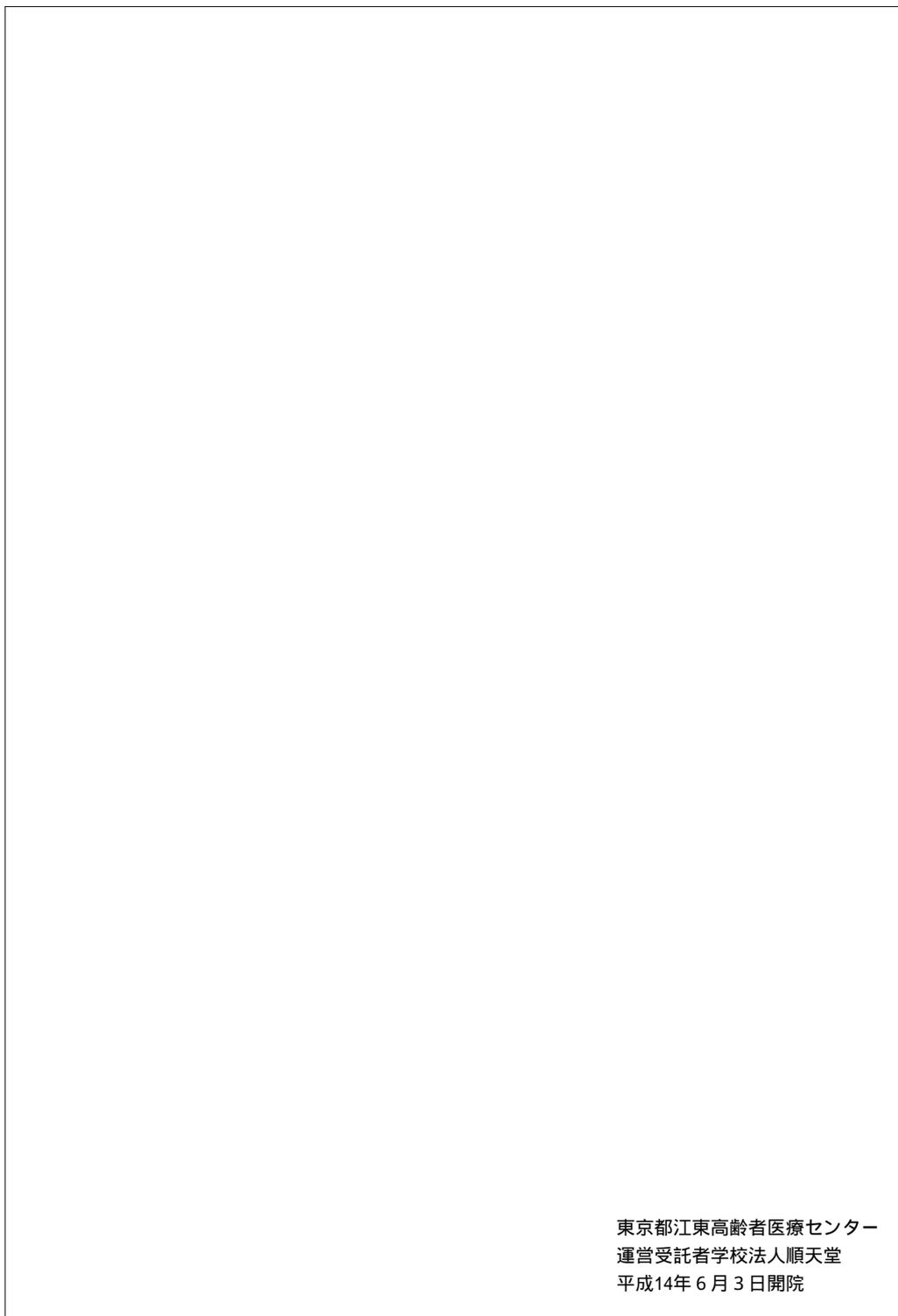
と明記されて居ります。患者の選択で極めて重要なことのひとつはこの尊厳死の選択であろうと私は考えます。

さて、再び厚生労働省の『医療制度改革試案』に話を戻したいと思います（資料26）。医療提供体制に機能分化・集約化、また、質の高い医療サービスの効率的な提供については、先ず、医療供給体制の各国比較から議論を進めたいと思います。

この OECD Health Data 2000 の表（資料38）に示された知見、また、東北大学の濃沼信夫教授等の研究成果を勘案すると、諸外国と比較し、本邦

では人口当たりの病床数は群を抜いて多いことが明らかになっております。病床数の多寡と在院日数の長短は正の相関にあり、病床数が多くなる程入院日数は長くなるのであります。一方、本邦は病床当たりの医師、看護婦、その他の医療従事者の絶対数が西欧先進国より少ないのも事実で、病床数を低減しても長い期間入院しないと医療が完結しない可能性が高く、従って、質が高く、平均在院日数の短い先進国型の医療を提供するためには、病院の機能分類を明確にするとともに、高度の急性期医療を提供する医療機関には医療従事者の絶対数の増員が必要不可欠と私は考えて居ります。

再び順天堂医院、NYU Hospitals Center、Mt. Sinai Hospital の基礎データを比較してみたいと思います（資料39）。順天堂医院の職員数1,860には医師数：339が含まれています。NYU



資料36

資料 9

患者の権利 Patients' Right—New York State Hospital Code Section 405.7 (ニューヨーク州の病院にあなたが入院された時には法律で以下の権利が保証されます)

1. 『患者の権利』を理解し、利用することをお勧めします。これを良く理解できない方、あるいは、この件でお聞きになりたいことがあれば、通訳を含め病院の説明係をお呼び下さい。
2. 入種、皮膚の色、宗教、性別、民族、身体機能障害、性的傾向、医療費支払い方法などの差異や条件によって差別されることなく、あなたは医療を受ける権利があります。
3. 清潔で安全、しかも不要な制限を受けることのない環境で、思いやりと心のこもった医療を受ける権利があります。
4. 必要に応じて救急医療を受ける権利があります。
5. あなたを担当する医師の名前と職責を知る権利があります。
6. あなたの治療に係わる医師以外のスタッフの名前、職責、そして、その役割を知る権利があります。また、あなたが受ける治療や検査、あるいは、検査を目的とした観察をあなたが拒否することができます。
7. 禁煙の病室を要求することができます。
8. あなたの診断、治療、そして、予後について十分な情報を得る権利があります。
9. あなたが受けようとしている処置や治療を理解し、同意するために必要となるあらゆる情報を知る権利があります。その情報はあなたがこれから受ける処置や治療の危険性及び利益に係わる情報です。
10. 蘇生術は行わないことを自分自身で決めるに先だって、これに同意したあらゆる情報を得る権利があります。もし、あなたが重症となり自分自身の意思で、蘇生術の意思決定できない事態が生じた場合のために、あなたが代わってあなたの意思を伝える人を指名する権利があります。この件で、更に、情報が必要なのは『蘇生拒否状』に係わる患者と家族の方々のために用意されたインフォットをお読み下さい。
11. 治療を拒否する権利もあります。あなたが治療を拒否した場合、あなたの健康にどのような結果をもたらされるかといったことについても説明を聞く権利があります。
12. 研究を目的とした治療に参加することを拒否する権利もあります。この研究目的の治療に参加するかどうかを自分で決定する前に、この問題に関して、十分な説明を受ける権利が保証されています。
13. 入院中のプライバシー、また、あなたの治療に係わるあらゆる情報と記録が漏洩することがないよう保護されています。
14. あなた自身の治療、また、退院についても、あなた自身が積極的に関与する権利があります。病院は退院計画書をあなたに提示します。一方、あなたが退院を希望しないことについて自分の考えを申し立てる時に必要な書類も用意されています。
15. あなたは、診療録を無料で閲覧する権利があります。また、有料ですが、コピーを取得する権利があります。ただし、コピーの代金が支払えないことを理由にコピーの取得が拒否されることはありません。
16. あなたは料金明細書とその総ての費目についての説明を求める権利があります。
17. あなたが受けている治療と医療サービスについて文脈を渡すことも不利にはなりません。また、不服について病院の返答を求める権利があります。もしあなたが必要とすれば書面をもって病院があなたの不服にお答えします。このような病院の対応に満足できない場合にはニューヨーク州の保健局に提訴することができます。病院が保健局の電話番号をお教えします。
18. あなた自身の病状を考慮して、あなたをお見舞いする家族や友人(成人)に優先順位をつけることも許されています。
19. あなたが職休(解雇)を希望される場合には、その意思を、あなたの健康についての『法的な代理人』に書面で通知する。あるいは、病院が準備した職休カードにあなたの意思を記載しておくことができます。

資料37

医療提供体制の各国比較 (1998)

	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり の医師数	病床百床当たり の看護職員数	平均在院日数
日 本	13.1	12.5	43.5	31.8
ド イ ツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7 (1998)	10.8 (1997)
イギリス	4.2	40.7	120	9.8 (1996)
アメリカ	3.7	71.6	221	7.5 (1996)

(日本は厚生省調べ、諸外国はOECD Health Data 2000)

資料38

医療提供体制の効率性

資料 10

● 医療提供体制の各国比較 資料 11

諸外国と比較し、本邦は人口当たりの病床数は多い。病床数の多寡と在院日数の長短は正の相関にあり、病床数が多くなる程入院日数は長くなる(濃沼信夫)。本邦は病床当たりの医師、看護婦、その他の医療従事者が少なく、長い期間入院しないと医療が完結しないが故に平均在院日数が長くなり、医療の効率性が悪いことになる。

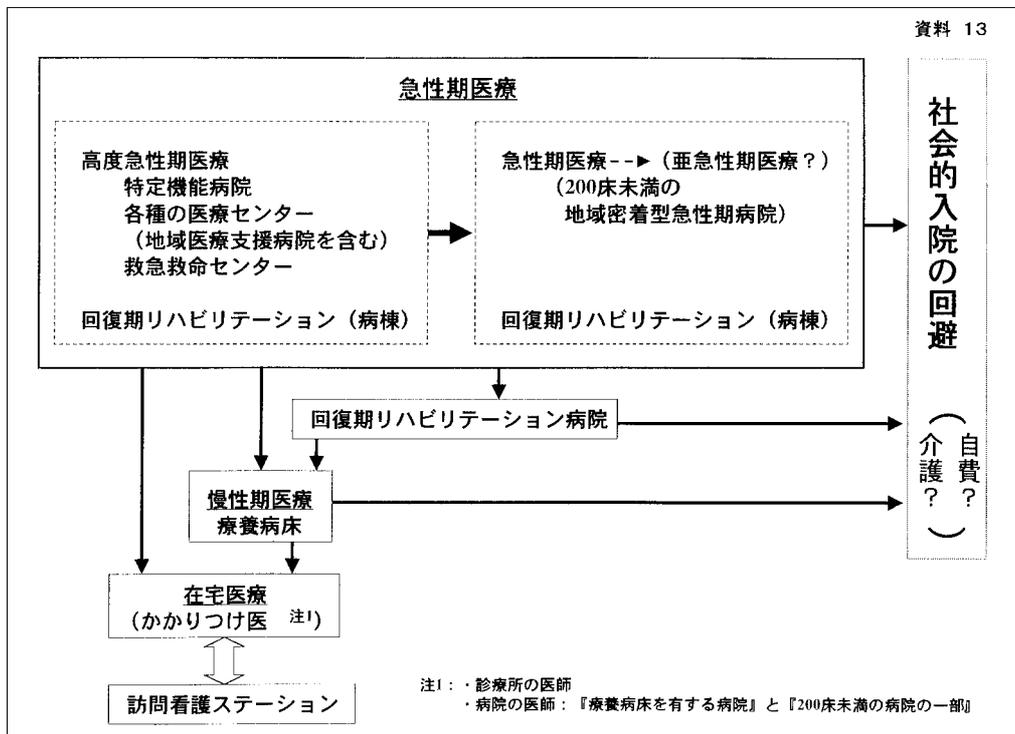
● 日米急性期病院3施設の比較 資料 12

(順天堂医院(J)・NYU Hospitals Center(NYU)・Mt. Sinai Hospital at Manhattan (MSH))

- Jの職員数1860にはは医師数:339が含まれる。NYUとMSHのそれは医師以外の職員数。
- Jの年間患者数(外来+入院):約1,030,00を100%とすると、NYUとMSHのそれはそれぞれ11%と41%。
- Jの年間医療収入を100%とするとNYUとMSHのそれはそれぞれ135%と254%。平均収入/患者はJ:33千円、NYU:320千円、MSH:206千円
- OECD Health Data '98の平均:患者数:看護婦 = 1:0.95
米国 1:2.39, UK 1:175, J 1:0.6、但し、JのICU+NICUは1:2.4
- 人件費率(人件費/総支出)J:40%、NYU:60%、MSH:45%

日米間の診療報酬に大きな金額差あり。平均在院日数(average length of Stay:ALOS)を短縮し、また、医療の質を高いレベルに維持した中に『高度・高品質の医療』を提供するためには、有給の医師のみならず、看護婦、その他職員の増員が必要と思われる。また、医療の質を測定するに必要な科学的な評価基準(case mix indexes)を設定し、患者の重症度を踏まえてALOSを評価する必要がある。

資料39



資料40

とMt. Sinaiの職員数には医師数は入って居りません。順天堂医院の外来と入院患者数を合わせた患者数約1,030,000を100%とすると、NYUとMt. Sinaiのそれはそれぞれ11%と41%となります。順天堂医院の年間医療収入を100%とすると、NYUとMt. Sinaiのそれはそれぞれ135%と254%であります。患者一人当たりの平均診療報酬額は順天堂が3万3千円、NYU:32万円、Mt. Sinaiは20万6千円となります。米国におけるこの診療報酬の高さが、米国の病院が豊富な人材をかけることの出来る源泉となっているわけでありませぬ。OECD Health Data '98の平均患者数対看護婦数は0.95、米国は2.39、英国は1.75、日本は0.6であります。順天堂は1の比率ですが、ICUとNICUでは2.4となっています。人件費率(人件費/総支出)では順天堂が40%、NYUが60%、Mt. Sinaiは45%であります。

このように申し上げますと、人件費増に基づき本邦の国民医療費が全体として大きく上昇するのではないかとと思われるかも知れません。しかし、データベースに基づいた病院機能別の診療報酬体系を設定することによって、また、JCAHOのような第三者評価機構によって医療の質を客観的に査定することによって、医療資源の所謂“overuse”, “misuse”そして、“underuse”を回避することが可能となります。こうすることによってトータルの医療費の削減を行なう筋道が見えてくるものと私は考えます。

『高度・高品質の医療』を提供するためには、医療機関の機能分化が必須であることは自明のことです。この図(資料40)は私達が勝手に考えたものでございますが、特定機能病院、高度の医療を提供する急性期医療を担う病院、これら急性期病院内における回復期リハ病棟設置の必要

厚生労働省医療制度改革試案(平成13年9月25日)

● 保健医療システム (保健と医療のシステム)

・ 健康づくり、疾病予防の推進

資料5: 平成6年度国民医療費: 一般診療医療費の年齢別構成割合

資料6: 本邦、米国、順天堂医院健康スポーツクリニックにおける保健システム

資料7: 順天堂医院健康スポーツクリニックにおける運動処方と運動指導内容

運動処方・生活処方は生活習慣病の発症を本当に予防するか

Retrospective Analysis と Prospective Analysis (Juntendo Alumni Study)

・ 情報の開示、患者の選択の拡大 資料8

資料9: New York 州の患者の権利 (Patient's Right): End-of-Life Care の自己決定

東京、大阪の患者権利宣言と何処が異なるか

・ 医療提供体制に機能分化・集約化 資料10

資料11: 医療提供体制の各国比較

資料12: 日米急性期病院3施設の比較

・ 質の高い医療サービスの効率的な提供

資料13: 病院病床の機能の明確化・重点化と医療連携

連携医療における在宅医療と訪問看護ステーションの役割

資料41

性、地域密着型の急性期病院の性格付け、療養病床とりハビリ病院のすみわけが必要であることを示して居ります。本邦で急性期リハ病院の数は少なく、その新設が新しい医療体系の設立には不可欠と思われます。急性期リハ病院なくして急性期疾患の治療を担う病院の平均在院日数を欧米並に短縮することは不可能と考えます。

また、かかりつけ医と訪問看護婦とが医療連携の中核となり、社会的入院の縮減と在宅医療の促進を計る必要があると考えます。

最後に、私の見解を纏めますと(資料41)、医療の質の向上を目指しつつ、しかも、中長期的に国民医療費の急激な上昇を防止するためには、以下の施策が不可欠と考えます。

- 1: 医療機関の機能・役割分担の明確化とそれに伴う医療インフラの整備と構築
- 2: これを踏まえて、人材、施設、設備への投資を可能とする診療報酬体系の構築

3: 健康維持増進と予防医学の促進

4: 情報開示と患者の選択権の拡大の推進

これらを実施することにより、本邦の医療・福祉制度の長所を生かしつつ、国際的な評価にも耐える高い質の医療が提供できるものと信じます。(拍手)

座長 佐藤先生、どうもありがとうございました。

厚生労働省の医療制度改革試案をまず前提として、順天堂大学病院、それから欧米の動向というものをお勧めした上で、こういうふうにあるべきではないかという一つのご提案をいただいたわけでございます。大変貴重な順天堂大学のデータをここまで出してくれるとは思いませんでした。素晴らしいデータ、それから、欧米の病院との比較データなどで大変参考になると思います。

それでは、大分時間がたってきてお疲れになったと思いますが、引き続き、老人専門病院の青梅慶友病院の大塚理事長からお願いいたします。

《シンポジスト発表》

専門病院の経営革新とサービス - サービス業としての老人病院 -

大塚 ただいまご紹介
賜りました青梅慶友病
院の大塚でございます。
私のこれから申し上げ
ますことは、今までの
諸先生方のお話とは違
いまして各論中の各論
であります。また、医
療機関の経営という
も、私のところは医療

機関としては異端中の異端でありまして、医療機
関と言えるかどうか、これすらも怪しいような存
在ではありますが、せっかく嶋口先生にお申しつ
けをいただきましたので、当院の実情と考え方を述
べ、私の責任を果たしたいと思えます。

まず、皆様方のお手元にレジュメを差し上げて
おりますので、これに沿って話を進めますが、詳
しいことは後でご覧いただければ良いと思えます。

私たちの病院は東京の青梅市、都心からですと
大体1時間半から2時間ぐらいかかるころにあ
ります。現在800床の規模の老人の専門病院とい
う標榜でやっております、常時満床であります。
そして、私どもへおいでいただく患者様の大部分
は口コミによるものであり、このうちの約20%は、
ご一族の中で2人目、あるいは3人目といった、
いわゆるリピーターによって占められております。
現在800人の患者様のほかに、入院の待機をして
おられる方が550~560名ありまして、最も負担金
額の少ないベッドでは大体2~3年お待ちいた
だかないとお入りいただけないようなこともござ
います。

私どもの対象は、原則として70歳以上のお年寄
りということになっておりますが、実際お入りい

ただいている方の平均年齢は86.6歳、80歳以上
の方が全体の85%、また、90歳以上の方が全体の35
%、そして、今100歳を超えておられる方が15名、
99歳まで含めると24~25名の方ということにな
ります。全体の敷地が約1万坪でありますので、
1万坪の中に日本の100歳超老人の0.1%がお集
まりいただいているという状況であります。

状態としては、一応要介護状態で、かつ、医療
も必要とする人ということになっております。お
入りいただいている方の約70%は常時おむつを必
要とし、また、全体の6割は中等度以上の痴呆が
あります。また、完全な寝たきり、あるいは植物
状態、気管切開をしておられて、いろいろなチュー
ブをつけてようやく生命を維持しているというよ
うな方も約2割おられます。

私どもは、一旦お預かりをいたしますと、経営
上の都合で退院を迫るということは一切しない
ということを開院以来の方針にしていまいりました。
厚生労働省の方針は、できるだけ入院期間を短縮
せよということでありましたが、私どもはそのよ
うなことは一度も考えたことがないという意味で、
反行政的であります。そんなことで、お入りにな
りました方の95%は私どものところでお亡くなり
になる。年間に大体160~170名ぐらいの方がお亡
くなりになりますし、今までこの21年余の間に私
どもで看取らせていただきました患者様の総数は
3,000名に上ります。

今、こういう患者様に対応するのに、パートタ
イマーも含めると770~780名が、フルタイムに
換算しましても約600名の職員がおります。この
うち、看護、介護といった、毎日患者様に対して
濃密に、かつ、いろいろな形で直接的に係わる職
員だけで480名ということになります。つまり、

患者様1.7名に1人ぐらいの直接看護・介護の職員が配置されているということになります。

経営的なこともこの際申し上げます。人件費の比率52%です。病院の経営は人件費が50%を超えると赤信号といわれておりますけれども、私どもは、医薬品だとか、検査だとか、あるいは医療機器への出費が少ないという点で、人件費が少々高くても何とかなっております。因みに、現在の年間の総収入は65億円ぐらいです。この65億円の内訳ではありますが、保険収入による部分が大体全体の3分の2、そして残りの3分の1は保険外の収入、つまり、室料差額であったり、あるいは入院雑費というような格好で、患者様から直接ご負担をいただいているという形になっております。経営的には比較的苦しい病院が多いといわれる中で、割合いい状況を保っております。

当院の経緯を申し上げますと、私はもともと医学部を卒業しましたあと精神科医としてやっておりましたけれども、1974年（昭和49年）に私の友人のおばあさんのことで相談を受けまして、世の中に老人病院というのがあるのを知り、そして、そこを実際に見させていただいてその悲惨な状況に大変衝撃を受けました。そこで、それならば自分で自分の親を入れられるような場所を確保しようということで、昭和55年に147床でオープンをいたしました。その後、次々と待機者が出るものですから、10年間に3回の増床をいたしまして、今の規模になりました。ここへ来て、2000年以降大きく医療制度が変わるといようなことを踏まえまして、去年末までに4年間と約50億円をかけて増改築を行い、今の状況になっているわけがあります。

私どもの病院の理念というのは、ともかく「老後の安心と輝きをつくる」ことです。年をとって最晩年になると、みんな非常に惨めな状況に陥って死んでいくというような現実を目の当たりにしてきましたので、少なくとも自分の親だけでも安心して預けられるような施設を創ることができな

いか、この1点に絞ったわけでありまして、この施設というのは何も医療機関でなくてもよかったですと思っております。

実際にどんなことをしてきたかと言いますと、まず第1番目は、最初に見た老人病院の汚い、臭い、暗いという、この3Kを何とかしたいということでありました。第2番目に考えましたのは、私が医者になってから勤めておりました精神病院でのいろいろな対応を見ていて、どうも医療というのは形態から見たら他のサービス業と殆ど変わらないのに、その認識がまるっきりないところだと思っておりました。そこで、サービス業として自分たちを位置づけたならばどんなことが見えるだろうと考えました。そこで、老人病院というものの機能をつぶさに考えた結果、結局これはご本人のためというよりも、むしろ家族のための施設であるというような認識をいたしました。当時の老人病院といえば、1つは、行き場所のないお年寄りを預かりながら、3カ月だとか6カ月だとかたつと経営上の都合で退院を迫る。もう一つは、後ろめたさを持たずには預けられないような施設である。もう一つは、ご家族が老人病院に期待しているものは、今さら病気の治療、あるいは延命ということではなく、安らかな最晩年の日々である。この3点を認識したことであります。そして、単なる後ろ向き不満の解消にとどまらず、「もっと積極的に豊かな最晩年をつくる、新しい価値の創造に挑戦できないか」と思ったことであります。

「私どもが今考えている役割」というのは、大きく分けまして6つあります。一つは、医療というものをもう一度、捉え直してみようということでもあります。75歳を過ぎますと、どうもそれまでとは違った体になりまして、精神的にも肉体的にも、あるいは社会的にも違った存在になるということでもあります。ここで医療を適用する上で一番問題なのは、私どもが医療者としての専門教育を受けたときに刷り込まれた二つの視点、つまり一つは、健康とか、あるいは正常とかいったものに

復帰させる。もう一つは、死というものを極力回避する。この2点に価値観が与えられてきたわけでありませけれども、75歳以上の人についてはこの点を適用しようとするとは非常におかしいことがたくさん起きます。私どもはここから離れて、もう少し豊かに生きるためのお手伝いをするために医療の機能を見直すことができないかと思ったことであります。

第2番目は、家庭での介護を通じて、あるいは医療機関での治療を通じてつくられた寝たきりやチューブ漬けの状態からの解放をめざして対応することで、もう一度自分の力で生きられるように自立度を高める。

3番目には、一旦お預かりしたからには、この場所が患者様にとってこの世の中で最も過ごしやすい場所。ちょっと表現としてはおかしいかもしれませんが生きていくうちに一つの極楽を実現できないかということでもあります。

4番目には、医療が発達し、みんな長生きするようになったけれども、かえって少なくなったといわれる大往生というものを何とか形にできないか。みんながイメージをする大往生というのはそれぞれ違うとは思いますが、私なりに考えるならば、自分の親ならばこんな形で死なせたいというようなことを何とか形にできないかということでもあります。

もう一つは、先ほどご家族のための施設であるというふうに言いましたが、ご家族は、施設に預けたからといって、それで関心をなくすわけではなくて、ますます関心が高まる。また、入れられた患者様自身にとっては、最大の関心はご家族であります。そこで私どもは、患者様のご家族の手を借りなくても、それなりに日常生活がきちんとしていけるような体制をとっていますが、それに加えてご家族がしたいと思われることは何をしていたとしても結構というような体制で行こうと考えております。もちろん面会時間の制限などというのは一切設けない。また患者様の状態にかかわらず、

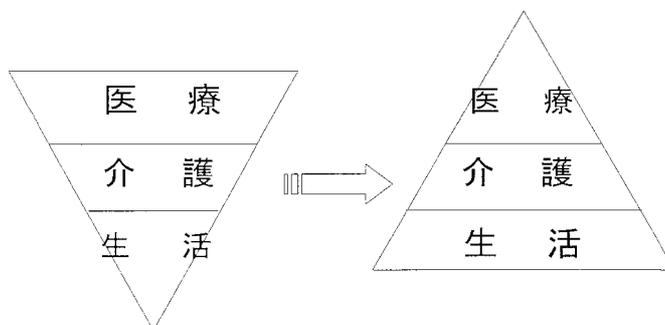
何日でも、お泊まりいただいても結構ということも含めての話であります。

もう一つは、私どもは今社会としても非常に大きな転換期にあると思います。たとえば高齢者に、あるいは要介護高齢者にどう対応するかということにつきましても、どちらかといえば今までは北欧モデルが中心になってきましたけれども、日本のように急速に、かつ大量の高齢者が発生し、これから先もこのような形がしばらくは続く。そうなった場合に、恐らく我々の後に続くのはアジアの国々ではないかと思いますが、いわゆるアジアモデルといわれるようなものを創るための何か社会的な提言ができないかということです。私たちはいろいろその実験をして、その成果を社会に報告したいと思っているわけでもあります。

私どもはサービスの実現へのいろいろな試行錯誤をしております。そのうちのいくつかをお話申し上げたいと思います。一つは、サービスの組み立てであり、第2番目は、職場の中での運営上の役割をどのように考えたらいいか。3番目は、各職員が行動するときの規範、職員の意識向上やサービス業としての生産性を高めるための仕組みについてであります。

まずサービスの組み立てであります。私どものように、一たんお預かりして、平均して4年もここで人生の最後の部分をお過ごしいただくということになりますと、どうしてもサービスの組み立てを変える必要があるということに気がつきました。たまたま老人病院という枠組みの中でサービスを組み立てますと、一番中心に医療というものがあって、そこに医療を補助する形で介護があって、そして長期間入院していることに対して、そこに少しばかりの生活機能を与えるということになります。これを発想を全く変えて、まず最初に人生の最晩年の4～5年を過ごすための生活の空間を創ろう(資料42)。そして、そこに生活する人にとって必要な介護の機能を整える。加えて、必要なときにはきちんと出てきてくれるような医

サービスの組み立て



資料42

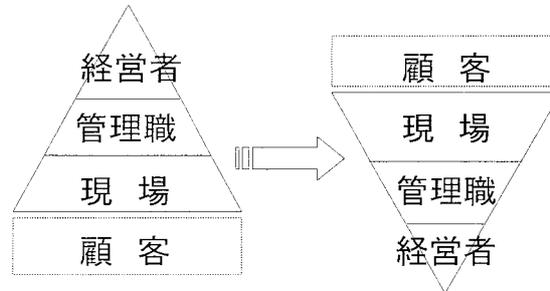
療の体制も整えようということでもあります。医療というのは生活全般を取り仕切るのではなくて、社会生活における警察だとか消防署だとか、あるいは軍隊といったようなものと同じように、ふだんは背後に控えていて、本当に必要なときに出てきてきちんと仕事をして、あとは目立たない形で存在する。このようなサービスの組み立ての180度の転換というものが必要ではないかと思ったわけでもあります。

第2番目は現場の中における役割であります。普通、組織と申しますと、一番上に経営者がいて、そして管理職がいて現場の職員がいるということでもありますし、この場合、お客様をどこに位置づけるかといえば、現場の職員と接するわけですから、お客様というのは一番下になるわけでもあります(資料43)。私はいつも嶋口先生からお教をいただいているのですが、人間の行動の基本はヒラメである。ともかくこのような図式をかかれたら、みんな上を向いて生活をする。そうなった場合には、管理職は経営者の顔を窺いながら行動する。現場の職員は管理職を見ながら行動する。そうすると、お客様はみんな現場の職員の顔を窺いながら行動しなければならなくなる。この中で一番重要なのは何といってもお客様であり

ます。お客様がなければ我々の職場は一切成り立ちませんし、また、現場の職員がいなければ、1日たりとも、1時間たりとも運営できず何の生産活動もできないわけでもあります。このように考えていけば、重要な順番に並べ変えるならば、何といっても一番大事なお客様を上に乗ってきて、病院で唯一の生産現場である現場の職員をその次に持ってきて、そして、現場の職員が最大限にお客様にサービスができる、あるいはお客様の満足を創るために自由に行動できるような環境を整える。それをサポートするのが管理職であり、また、全体のご用聞きとしての役割をはたすのが経営者というように認識するべきではないかと考えるに至りました。組織図をどのように描くかということは、その組織に働く全員の行動を決めるのではないかと考えております。

職員の行動規範としていつも次のように云っております。ともかく病院の中ではすべての人がお客様である。患者様のみならず、ご家族様、あるいは私どものところに入出入りされるすべての人がお客様であるというふうに認識せよ。そして、その人たちの喜び、あるいは満足を最優先せよ。お金がかかるとか、手間がかかるとか、そういう帳尻合わせは経営者の役割であるから、あなた方は

逆さまのピラミッド



資料43

お客様の喜ぶこと、あるいは満足していただけることのみを考えて行動せよ。もう一つは、サービスというのは、単に期待されていることに応えるだけではだめであって、もう一つ、そこでひと工夫をせよというようなことであります。

人件費52%が示すように、当院における生産性向上はお客様と接する現場での職員の意識と動きいかにかかっています。これはまさにどこまで権限委譲と判断力を与えられるかということでもあります。私どもの一つの特徴は、病棟の独立運営制というものをとっていることであります。うちは14の病棟に分かれておりますけれども、各病棟が予算、人員、空間を駆使して、そして最大限にサービスを行う。サービスの最大化を競うような仕組みであります。その結果についてチェックする仕組みを一方で設けるといって、極めて簡単なものでありますが、これによって現場からは絶えず新しいサービスが開発されてきますし、それを14病棟に拡大していくというようなことで今までやってきました。

最後は、職員の質、意識の向上ということですが、これにつきましては、まず第1番目はいかに良き人を採用するかです。サービス業では、向く人、向かない人がかなりはっきりしておりま

して、サービス業に向けた人をかなり厳しい目で採用し、そこに私どもの理念なり方針なりをきっちり刷り込む。もう一つは技術も知識も教育するということであります。その次に大事なことは、病院全体の情報ができるだけ多く共有化されることによって、職員一人ひとりがあたかも経営者のように行動できるようにさせるかどうかです。もう一つは、絶えざる人事評価を行うことです。サービス業の宿命は、100人の人がかかわってサービスをしたとしても、そのうちの1人でも方針に反することをすれば、それまでの99人の努力が水の泡になるという、「100 - 1 = 0」という構造にあります。そこでこの「- 1」をしっかりあぶり出し排除することが不可欠です。

最後は、私どもで働いてくれる職員がハッピーでないと良きサービスを期待することはできないということで、職員をハッピーにすることが経営者の最大の役割かなあと考えております。

もう時間も参りましたので、私の拙い事例発表をここで終わりにします。どうもありがとうございました。(拍手)

座長 大塚先生、どうもありがとうございました。

この病院は、ビジネス風といえば千客万来、門前市をなすという、こういう状況をつくって2年

半待ちであって、しかも、患者様がものすごく生気が甦って良くなる。それほどサービスするのはきっと赤字だろうと思うと、ここは大変な黒字のようございまして、新しい時代の一つの医療機関の事業モデルになるのではないかと、そういう印

象を強く持ちました。

最後に、病院とは少し趣の違うディズニーリゾートの加賀見社長の方から、サービスの心に近いお話をいただきたいと思います。よろしく申し上げます。

《シンポジスト発表》

東京ディズニーリゾートのサービス戦略

加賀見 ただいまご紹介いただきましたオリエンタルランドの加賀見でございます。最初に皆さんにお詫びをしなければいけないと思います。今、先生方のお話を聞いていまして、非常に専門的な高度なお話でございましたが、

私のお話というのはむしろ現場での一番ドロドロした部分に近いものです。テーマパークというのは一つの遊園地でございますので、そのようなことでお許し願いたいと思います。

まず、私どものサービス戦略ということでございますが、サービスにつきましては、冒頭、この財団の理事長であります森先生、あるいは座長でございます嶋口先生、また、今、大塚先生からもいろいろな形でのサービスのお話がありました。聞いていまして、私もそうかと思ったのは、「サービス」という言葉に対して日本人の感覚が皆さん全部違うのかということです。特に海外と日本国内のイメージです。今まで何となくサービスというのは、ただ、無料という意識が非常に強いのではないかと。本来サービスというのは私は有料だと思っております。先ほど大塚先生の方からも、サービスのいろいろなお話がありましたが、あれはすべてコストがかかっているのでございます。ですから、いかにコストのかかった素晴らしいサービスをしてお客様に納得していただけるかということが、非常に大きな要素になってきているのではないのでしょうか。通常、今までですと、たとえば「これ、サービスで上げるよ」と、おまけみたい

なものをもって喜んでいる。これがサービスの原点だと思ったら、むしろ私は大間違いなのかなという思いがしているわけでございます。

まず、東京ディズニーリゾートの概要について申し上げまして、その中でいろいろなことを細かく申し上げていきたいと思っております。東京ディズニーリゾートは全部で210ヘクタール、約63万坪に、今、テーマパークが2つございます。「東京ディズニーランド」と「東京ディズニーシー」でございます。それから、直営のホテル、約500室のホテルが2つと、約120店舗の飲食物販施設、映画館の商業施設、それから5kmのモノレールという形で構成されて、これは全部直営でございます。直営と申しましても100%子会社もあるわけでございますが。そのほかに、約3,200室、5つのホテルがオフィシャルホテルという形態で舞浜でオペレーションしております。

まず、2つ目のテーマパーク、東京ディズニーシーは9月4日にオープンしたばかりでございますが、東京ディズニーランドだけでいいますと、年間で約1,700万人のお客様が見えている。それから、最近の状況ですと、私どもの直営ホテルは約1,000室で部屋の稼働率が大体94~95%でございます。また、周辺の3,200室のホテルも、東京ディズニーシーができてから90%の稼働率を超えている状況でございます。

そういうような状況でございまして、私どもといたしましては、東京ディズニーランド単体のテーマパークから、テーマリゾートへと大きくコンセプトを変えたわけでございます。いわゆる人々に「夢と感動を与えるビジネス」でございますので、サービスというものは非常に大きな要諦になっているわけでございます。私ども、2つのテーマパー

ク、つまり直営部分だけで約2万2,000人の社員がごさいます。そのほかにホテル、それから物販、モノレール等がごさいます。何だかんだで2万3,000人近い従業員が働いているわけでごさいます。このことから、まさに従業員の教育が大切だと確信しております。あるいは情報の共有化ということは、先ほどの大塚先生とまったく同じでごさいます。教育は、いかに繰り返し実践するかということが非常に大切であると思っております。

そのような観点から、私ども東京ディズニーランド、あるいは東京ディズニーリゾートを運営していく上での運営理念というのは、非常に明確に社員の末端まで徹底しております。私ども、社内的に、4つのキーワードでごさいますが、「SCSE」という言葉を使っております。

これは非常に簡単明瞭でごさいますが、最初の「S」はセーフティー、安全性でごさいます。これは私どもから見ますと安全性でごさいますが、ゲストから見ますと安らぎとか安心に繋がっていくわけでごさいます。人がたくさん集まる所というのは絶対にこれを守らなくてはいけないことでごさいます。お蔭さまで、オープン以来18年、2億6,000万人以上のお客様が見えておりますが、滑って転んだという事故はありますものの、今まで私どもの有責事故はゼロでごさいます。いろいろな意味での、死亡事故を含めて、私どもの有責事故はゼロでごさいます。やはり安全ということは非常に大切にしております。

SCSEの次の「C」はコーテシーでごさいます。社内的には礼儀正しさとかおもてなしという意味でごさいますが、お客様から見ますと、非常に大切にされているという意味でごさいます。私ども社内的には、すべてのお客様はすべてVIPとしております。これは先ほど大塚先生からお話があったのと本当に共通点があると思っております。基本的にはすべてのお客様が同じようなサービスを受ける。そこに差があると、むしろクレームに繋がってまいりますので、基本的には全

く同じゲストサービスを受けていただいております。

SCSEの3番目の「S」でごさいますが、これはショーでごさいます。これは、毎日が初演ということです。18年前、東京ディズニーランドができた時と、きょう来たお客さんとは全く同じようなイメージで帰っていただけということでごさいます。これは美しさとか、あるいはいろいろな意味でメンテナンスに関連してまいります。メンテナンスには非常にお金をかけております。社内では「プレメンテ」という言葉を使っておりますが、壊れる前にメンテして、常に新しい状態に置くということでごさいます。毎日が初演だということは、従業員教育に非常に大切な要素でごさいます。長く勤めていますとマンネリになるわけでごさいます。従業員もだんだんマンネリになってきますと、手を抜くという言葉が悪いのですが、何となく惰性になってくるわけでごさいます。しかし、ゲストにとりましては、きょうがこけら落とし、幕があいたということで、逆に、社員にとりましては、きょう初めて勤務するということです。その新鮮な気持ちで勤務してくださいということでごさいます。まさにショーは非常に大切な要素でごさいます。

SCSEの最後の「E」はエフィシェンシーでごさいます。いわゆる効率でごさいます。これは、お客様にとっていかに効率よく楽しんでいただくかということでごさいます。このことは、裏返ししますと、会社の経営効率が非常に良くなるわけでごさいます。

たとえばの話でごさいますが、先ほど申しましたモノレール、約5kmでごさいますが、もしここに関係者がいたらお許し願いたいのでごさいますけれども、当初、地方鉄道の免許がありませんでした。と申しますのは、モノレールだけ単体をとれば長期間赤字です。当時、運輸省に - - 今は国土交通省になりましたけれども、長期間赤字のものには免許をおろさないといわれました。私ど

もとしては、これはどうしても必要なんだと。もうオープンしてしまったからいいのでしょうかけれども、相当鉛筆をなめて許可を取りました。

これは、たとえばJR舞浜駅から、今度できました東京ディズニーシーに行くのに、歩いて30分以上かかるかと思えます。バスで行っても混み方いかんでございますが、15分、20分かかるわけでございます。そこをモノレールで行きますと、大体10分ぐらいで着くと思えます。一番お客様が嫌がる場所にいかにサービス良く効率良く回っていただけるかということが大事でして、この間、単に移動するだけですと、お客様は何も喜びがないんですね。バスを待っている、あるいは歩いている。ところが、あそこに来ていただくとおわかりになるかと思うのですが、ちょっと変わったデザインのものレールが走っております。乗っているだけで楽しい、乗っているのが一つのアトラクションだというような雰囲気です、それをご利用頂くと、あっという間に着いてしまう。その間、多分片道で20分ぐらい差がありまして、往復ですと40～50分ぐらい差があるわけです。実を申しますと、お客様もその、40～50分楽しめるわけです。と同時に、私どもとしては、単にバスを待って乗っている間ですと一銭もお金が落ちません。この間、早くパークの中へ入りますと、お金を使っていただけで、経営効率が非常に良くなっていく。というようなこともございまして、私どもとしてはこの効率という面では、お客様が一番嫌がる場所にどれだけお金を投資できるかということが非常に大きい判断と思っております。

ちょっと脱線いたしますけれども、お客様が嫌がる場所にお金を使うという意味は、実を申しますと、私ども19年目に入りましたけれども、東京ディズニーランドがオープンしたとき、トイレがきれいだということは皆さんによく言われました。従来の公共施設とか、あるいは遊園地のトイレは汚くて、特にご婦人の方は入るのは嫌だという声を聞きました。私どもはトイレは非常にきれ

いにした。お客様が一番嫌がる場所を、どれだけクリアにして、お客さんに気分よく楽しんでいただけるかというところを徹底いたしました。そういう面ではまったく新しい試みをしたところでございます。

このSCSE、これは単にSCSEが全部並列ではございませんで、この順序にプライオリティーがあります。安全のためにはショーも、あるいはエフィシエンシーも犠牲にしてもいい。安全のためにはすべて投げうっていいですよという形でございます。これが非常にお客様に安心感、あるいはいろいろなことを与えているかと思えます。

これはコミュニケーションの関係にもちょっと繋がるわけですが、私ども、もし迷子のゲストを見かけたら、本来の仕事をやめて迷子の方にアテンドして、親御さんが来るまでその迷子と一緒にいてもいいシステムがございまして。どうしても緊急な用事がある場合は、迷子のお子様を近くにいる別のキャストに声をかけ、自分は職場に戻るというシステムです。今まで迷子になった例は、大体10～15分しますと、親御さんがこの近所でうちの子供を見失ったのだと言って来ますので、そういう意味では迷子の率は少ない。どうしても見つからないときは迷子センターへ行きます。親御さんが、うちの娘はこういう格好をしているのだけれども、とキャストに言っていたきますと、全キャストに無線でこういう迷子がいますと流すわけでございます。そうするとキャスト間ですぐに連絡が入ります。その辺はある意味では効率に繋がっている部分なのかなという感じでございます。

私どもの一番基本になっております、運営理念と同様、重要なことがコミュニケーション、これも実は4つのポイントがございまして。先ほど大塚先生からも、コミュニケーションは3つあってというお話がございましたが、たまたま私どもは4つでございます。

まず第1が、東京ディズニーリゾートの製品。

これは皆さんどう思われているかと思うのですが、東京ディズニーリゾートの製品というのは、私ども、お客さんというのはゲスト、あるいは従業員をキャストと呼んでいるわけですが、ゲストにすばらしい体験をしていただくことでございます。しかも、それは瞬間に生まれて瞬間に消える商品でございます。私どもの商品はストックができないわけでございます。もちろん私どもの中で売っております商品だとか、あるいはお土産の商品だとか、あるいは飲食等のフード関係の商品というのは実際物があるわけですが、本質は、私どものキャストのサービスです。いわゆるゲストに素晴らしい体験をしていただくのは、ハードが非常にありますけれども、ソフトが非常に大きい。それも、先ほど申しましたように瞬間に生まれて瞬間に消える商品だという形でございます。これは、先ほど大塚先生が100 - 1 = 0 だと。私どもも全く同じような発想でやっているところでございます。

2番目が、あいさつからコミュニケーションが始まるという形でございます。チケットテーカー、要するに切符を切るところで、従来ほとんどの遊園地、あるいは物販業の方は「いらっしゃいませ」という言葉を使っていました。私どもは「いらっしゃいませ」という言葉は一切使っておりません。私どもは、幾つかのバリエーションがございます。たとえば「おはようございます」、「こんにちは」とか、あるいは「だれと来ましたか」とか、基本パターンがあります。それはチケットテーカーが勝手に、自分の言いやすいように言っていることになっているわけでございます。最初のころ、「おはようございます」と言いますと、ゲストの方は何もご返事をされないことがほとんどでしたが、最近は「おはようございます」という言葉が返されます。もし「いらっしゃいませ」と言えば、お客様は「はい、来ましたよ」と言う人はいないと思うのです。声のかけ方でコミュニケーションがスタートするわけです。「だれと来まし

たか」と言うと、小さなお子さんは「おじいちゃんと来ました」、「おばあちゃんと来ました」、あるいは「友達と来ました」と。そこにキャストとゲストとのコミュニケーションがスタートする。まさに私どものパークに入っていた瞬間からコミュニケーションが始まるわけでございます。

3番目でございますけれども、コミュニケーションというのは単に言葉、言語だけではないわけです。非言語のコミュニケーションというのを私どもは非常に大切にしております。まずアイコンタクト、目と目、視線と視線をどう合わせるか。あるいは姿勢の問題、身ぶり、手ぶりいろいろあるわけでございます。人間の五感すべてがコミュニケーションの材料でございます。コミュニケーションをトータルでとらえることが一つ大切でございます。先ほどちょっと迷子の例を申し上げましたけれども、もし迷子のゲストがいたら、声のかけ方から全部決まっております。ゲストより目線を下げなさい、上から見おろしてはいけません、膝まずいて、さらに腰を折って、迷子のお子様へ声をかけましょうという形でございます。そういうことをいたしますと、迷子のお子様は泣きません。そのキャストに何となく頼ってくるわけです。親がいなくなってしまう、どうしようと困っているところに、自分より目線の低い位置に、要するに、迷子のお様が下を向いてキャストに声をかけることができる状況にすることが大切です。そうすると、コミュニケーションがとりやすくなり迷子になったときの状況が非常に明確にわかるのです。そして先ほどのように無線で情報を流して親を探すわけでございます。そういうような形で、アイコンタクト、身ぶり、手ぶりというのは非常にコミュニケーションの中で重要ではないかと思っております。先ほど申しましたように、言語のコミュニケーションというのは限界があります。目線を含めた身ぶり、手ぶりのコミュニケーションが非常に大きいウェイトを占めていると思います。

4番目は、私ども社内では「ディズニースマイ

ル」という言葉を使っています、笑顔でございます。東京ディズニーランド、あるいは最近東京ディズニーリゾートにおいでになったお客様はおわかりかと思いますが、私どもの社員は非常に笑顔でお客様に接しております。これは教育的には形から入るよう指導している結果です。

同様に、身だしなみにも留意しており、社内では「ディズニー룩規定」、要するに「身だしなみ規定」という非常に重要なきまりがございます。私どもは、もし化粧品の関係者がいたらお叱りを受けるかもわかりませんが、女性の場合ですと、アイシャドーとか、それから髪の毛のブリーチとか、それからイヤリングも全部禁止しております。それからマニキュアも禁止しております。マニキュアはナチュラルで透明なものは許可してございますけれども、色のついたものは一切禁止でございます。髪の毛については、もともとちょっと色のついたご婦人もいらっしゃいますがそれは問題ありません。男性につきましても細かく規定がございます。社内に床屋さんまでありまして、髪の毛の長いキャストは、「すぐ床屋へ行ってこい」といって、そこで髪の毛を刈ってしまうわけでございます。ですから、うちの社員に長髪の人はいません。これはもちろん、2万2,000人の学生アルバイトも含めて全部守られております。ですから、当初、社員募集に長髪の人に来て、切るのは嫌だとかいって困ったこともございました。しかし、そういう方は一切採用しませんで、そのきまりを貫いてきたわけでございます。それがお客様に非常に好感を持たれて帰っていただける。同時に笑顔で応対いたしますと、お客様も何となくほっとした感じで帰られる。

ですから、先ほど嶋口先生からお話ございましたけれども、例えば私どものところに来ていただくお客様の中に身体的な障害がある方がいらっしゃいますが、そのような方も非常に喜んでお帰りになっていただけるというのは、キメ細かなコミュニケーションをとるといって形から入る部分と、

従業員、キャストの、「すべてのお客様はVIPだ」という接遇」があるからとっております。

もう一つ、私どもは教育に時間も費用もかけておりますと同時に、ゲストを楽しませるためには、自分がまず楽しむことを体験しない人はだめだと言ってあります。音楽にしても、絵を見るにしても、過去に自分の見た最高のものを最高とと思っている可能性がある。だから、自分がいろいろなことを経験して楽しんで初めてお客様を楽しませることができるのだということで、そういう面では社内のいろいろなサークル活動は非常に活発でございます。もちろんいろいろな形で会社と一緒にイベントも開催しているわけでございます。私どもの会社の有給休暇の消化率は、実を言いますと、90%を超えております。そのくらい、皆さんの想像以上にうちの社員も遊んでいるのです。遊びの中から自分の仕事にプラスになるものを探してこいというようなことを言っておりますので、そういう意味では私どもの従業員はほかの企業さんと違った部分の要素が多少出ているのかなと思っております。これは我田引水になるかもわかりませんが、そのように感じております。

もう一つは、これはコミュニケーションとは違うわけですが、テーマパークというのはアウトドアでございまして、パーチャルとは違ったものがある。これを最後まで貫いていきたい。実は私どもの関連会社の「イクスピアリ」というショッピングセンターとモノレールの自動券売機以外は、自動販売機を一切置いておりません。これもコミュニケーションの一つでございます。コカコーラ1杯飲むのも、あるいはアイスクリーム1つ買うのも、すべて手から手へお渡りする。そこにゲストとキャストとのアイコンタクトがある。また、そこに笑顔が表れてくるというようなことでございます。ある意味ではそういうすべてのものが一つの総合体になって東京ディズニーリゾートができていたのだと。また、先ほどのイクスピアリとモノレールの話ではございませんけれども、

すべてを総合的に見てご判断していただきたいな
と思っております。個々についてはいろいろな問
題点もまだまだたくさんあります。徐々にそれは改善
していかなくてはいけないのでございますけれど
も。総合的な中で皆さんにご評価していただいて、
現状2億6,000万人以上のお客さんが見えていて、
しかも最近の状況ですと97%ぐらいがリピーター
でございます。私どものビジネスはリピーターが
なければ成立しないビジネスでございますので、
いかに多くのリピーターに来ていただけるかとい
うのは非常に大切な要素かと思っております。

私どものサービスの戦略は大体以上のようなこ
とでございます。先ほど申しましたように、ほか
の先生方と違って、実際の一番川下のビジネスを
やっておりますので、初めて聞くようなお話もあつ
たかと思いますが、ひとつ参考にさせていただけれ
ばと思っております。きょうはありがとうございました。
(拍手)

座長 どうもありがとうございました。

大塚先生の話とまたダブった形でサービスの基

本ということで、考えてみたら病院だって患者様
とお医者様というのはキャストとゲストのような
関係かもしれない。最終的に医療の目的は幸せに
して健康になっていただくということでございま
しょうから、そういうことを精神面で支えるのが
一つのディズニーリゾートのあり方というふうに
理解いたします。

それでは、これから休憩をとりますが、時間
については予定どおり20分にします。

司会 どうもありがと
うございました。予定
どおり20分の休憩をと
らせていただきます。
4時30分に再びお席の
方にお帰りいただきま
す。

(休 憩)

《シンポジスト追加発言》

司会 お待たせいたしました。予想以上に多数のご質問を頂戴いたしましたので、打ち合わせがちょっと長引いております。

ハウスキーピングのご連絡を申し上げます。第1部がやや内容が予定よりもはみ出しておりますけれども、ご案内の終わりの時間、私が片岡研究所長に閉会のあいさつをお願いする時間を5時40分ということにいたしまして、それまではすべて嶋口先生にお任せをいたしたいと思っておりますので、よろしく願いをいたします。

座長 ありがとうございます。

5人のシンポジストの方々の前に並んでいただきましたが、私は5人の先生方からお話を伺って、きょうはいずれももの凄く素晴らしい話だなあと。いろいろ医療機関経営の中で考えるポイントがたくさんあるなあと思ったんです。結果的にも大変多くのご質問をいただきましたが、これから少し総合のディスカッションをさせていただきたいと思っております。まず最初に、5人の方々が最初から終わりまで大分時間がありましたので、各先生方がちょっとしゃべり足りなかったかなとか、そういう問題があると思っておりますが、その辺りを含めて少しご発言いただきたいと思いますので。

ただ、今回おもしろかったのは、各シンポジストの先生方がお互いに微妙に関連する話があったような気がするのです。私の独断でいいますと、矢吹先生のお話は欧米における医療機関経営の革新ということだったのですが、実は佐藤先生からかなり欧米の、特にアメリカ辺りの状況と、それから日本における順天堂病院の立場からのお話がありましたので、矢吹先生には、佐藤先生の話の制度の改革、それから医療機関経営の話というものを、ちょっと感想を含めてご自分の見解を述べていただく。それから、同時に矢吹先生の方では、ディズニーリゾート全体を経営する立場というこ

とで加賀見先生からお話しいただきましたので、その辺りも少しサービスの話を含めてコメントをいただけたらありがたいと思うのですが。

早速よろしく願いいたします。

矢吹 佐藤先生、加賀見社長、それから大塚先生のお話も含めてということになってくると思うのですが、私の方でお話し申し上げました欧米での先進事例といったようなことも含めてということになってくると思いますが、これが日本でどんな参考になるのだろうかというようなことで何か示唆があればということでお話ししたつもりなんです。改めてお2人のお話を伺いまして、これは日本でもアメリカでも、あるいはヨーロッパでも、非常に共通した部分と、それから日本と欧米と違う部分と、両方感じました。

まず共通の部分というのは、これは少なくともベーシックな部分で、エクセレントマネジメント、エクセレントサービスというのは基本的に共通の部分であると思っております。勿論お話しいただいたディズニーの4つのポリシーであり、コミュニケーションに関する4つのポイントというようなことというのは、日本の医療機関の経営においても全く共通であると思っておりますし、同じように順天堂でのプラクティス、こちらの方に関しても全く同じことが言えると思っております。これは多分業界を超えた、あるいは国境を超えた、全く共通の話で、いかなる医療機関においても参考になる話だと思っております。

逆に今度は欧米と日本との違いという部分は、これは特に佐藤先生のお話の方から感じましたけれども、私をご紹介した例の中で、当然日本でもある意味そのままできる部分もたくさんありますが、難しい部分も結構あるなあと。これは一部いただいたご質問の中で見たのですが、たとえば予防医療というところを見ていきますと、向こうではたとえば予防医療ということを行って、それによって、予防のところは多少コストがかかっても、その後の治療のコストを大幅に下げることができて、ディズニーマネジメントの考えになってくる

と思いますけれども、ライフサイクル全体でコストを下げ、なおかつ質を上げられれば、それは当然ベストプラクティスですし、なおかつ、収益にも繋がるという面があります。しかし、日本の場合、たとえば現行の診療報酬制度の下では、たとえば今後のDRGといったような変化はあると思いますが、そういったことは今はなかなか難しい部分もあるのかなあとということと、しかし、今、DRGを例として挙げましたが、今後そういった方向に向かってきているのは確実でありますので、今は欧米とは違ってすぐには難しいことというのも、意外と近い時期に日本でも考えなければならぬ課題になってくる。それは、あしたから変えようと思ってすぐ変えられる話ではないと思いますので、実行はもう少し中長期的な話となってくるとしても、変化に備えた準備は今から着手しておく必要があるのではないかとこのように申し上げたいと思います。

座長 ありがとうございます。

では、次に余田先生にお願いしたいのですが。余田先生は経営・マーケティングの立場から、顧客満足、CSという問題について触れていただきましたが、その関連で言いますと、特に大塚先生のところのお話と、それから加賀見社長のところのお話が、サービスのCSにかかわるお話だったと思うのですが、少しその辺りに触れたところをお願いいたします。

余田 青梅慶友病院とディズニーリゾートを伺っていて非常におもしろく思ったのは、両者別々の産業でありながら最先端のサービスを提供されているということで、やり方に共通点が非常に多いなあとこのように感じたんですけれども。とりわけ、次の2点でおもしろいなあと感じました。

1点目は、システム化とか総合的な対応ということだと思うのです。ディズニーであれば総合的に対応するということですね。やはりサービスの基本というのは、大塚先生がおっしゃったように100 - 1 = 0になってしまうと。1人でも不満足

を提供するような職員がいれば、それは全社員の無駄になってしまう、99は無駄になってしまうということですから、それはシステムの、あるいは全体的に対応しなければ意味がないということだと思うのですね。

それと、追加していえば、経営学でいう差別化、経営戦略でいう差別化というのは、システムチックに差別化されたもの、あるいは構造化されたものこそが差別化なんですね。単体で差別化するというのは極めて模倣されやすく、簡単に追従を得る。そういう意味でいくと、ディズニーランドと同じような仕組みが日本でどんどん追加的に、ディズニーランドさんが稼いでいるのを見て中に入っていないというのは、それは総合的、システム的に対応したような差別化であるから、なかなか入ってこれないわけです。あるいは青梅慶友病院も同じで、なかなか模倣できないわけで、やはりそこには競争優位が築かれているというような感じを受けました。

2点目は、ビジネスモデルとか、あるいは仕組みの構築の方法で、決してコスト発想ではなくして投資発想でない高い満足度は得られないのだなというのをちょっと感じました。これは、ディズニーランドは赤字が出るモノレールを作ったとか、あるいは青梅慶友病院の方では、もうからないといって退院を迫るということは決してないと。そういったことはコスト発想からは決して出てこないと思うのです。コストのことを考えれば、決してそんなことはできないと思うのです。これはやはり投資発想であり、さらにいうならば戦略発想だと思うのです。事前に計画を立てて戦略的な対応をとるというやり方が、高い顧客満足、患者さんの満足を得ている。

その際に一番重要になってくるのは、戦略的対応とか戦略発想というのは出発点はリーダーシップだと思うのです。ボトムアップでの意思決定、これも重要ですが、初めのモデル、あるいは仕組みの構築では、リーダーシップを持って構

築していかないといけないと。そうすると、強いリーダーシップでないと、なかなかこういった高い満足度を得るようなモデルは考えられないのではないかということ。さらにいえば、そのリーダーシップ、あるいはその理念といったものをベースとして、従業員と共有するような仕組みを徹底的に創るということ、これが極めて高い満足度を得るための鍵かなあというふうに感じました。

座長 どうもありがとうございます。

では、次に、佐藤先生はまさに大学の附属病院長として経営そのものに携わっていらっしゃるわけですが、先ほどは厚生労働省の試案に対するご見解と欧米の動きを含めて一つの構想を示していただいたわけですが、最終コメントをいただいた矢吹さんの欧米における動きのようなお話や、それから、一番最後にお話しいただいた経営者としての加賀見社長のお話あたりに関連づけて、少しコメントをいただければありがたいと思うのですが。

佐藤 欧米の医療と日本の医療の差というのを、日本の医師はなかなか理解できない部分があるわけですが、私は外国に長くいたこともございますし、それから日本でもやっておりますので。率直に申せば、日本医師会の方向性と、医療制度改革で厚生労働省が提案している話とは、全く相入れない状況があるわけです。しかし、現在世界は、少なくともOECDに属している30カ国は、歩調を合わせて同じ舞台上で踊りを踊っておるわけです。ですから、日本だけがということを経験するということは、ひょっとすると、我々日本は置いてきぼりになるかもしれない。ですから、もうちょっと世界に目を広げて、アメリカ、あるいはヨーロッパの先進国でやっていることを見ながら、日本の医療制度、あるいは医療それ自体を若干なりとも斟酌していかなくてはならないだろうと私は思っておるわけですが。

したがって、矢吹さんが言われたことは、私は非常によく理解し、今後の方向というのは、

厚生労働省の提案そのものというのは実は世界的な医療体制の方向それ自体であると思っております。後ほどいろいろなご質問にお答えしたいと思っておりますけれども、日本の国民ということではもうちょっと海外で何が起きているかということを経験をいたしませんと、置いてきぼりになるというのが私の考えでございます。矢吹さんのおっしゃるようなことを十分に念頭に入れて、今後我々は進むべき道を進まなくてはならないというのがまず総論でございます。

座長 どうもありがとうございます。

大塚先生の方では、患者様満足度の非常に高いご経営をなさっているお立場から、具体的なお話をいただいたのですが、加賀見社長のところの東京ディズニーリゾートのサービスのあり方、それから余田先生がおっしゃったCSのいろいろなメカニズムだとか今後の対応ということが少し関連したお話だったように思いますが、何かそのところ辺りを含めてコメントいただければありがたいと思います。

大塚 まず第1に、私どもは病院を始めて以来ディズニーリゾートを手本にして、何とか高齢者のディズニーリゾートができないかというふうになってやってきましたし、きょう、このようにして社長ご自身からお話を伺ったことを大変光栄に思っております。

まず、特に有益だったのは、SCSEという考えをご教授いただいたことです。私どもも職員に対していろいろなことを要求するわけでありませうけれども、恐らく職員の側にすると、幾つか対立する軸があった場合に、そのときにどういう順番で物を整理していったらいいかについて、迷うことがたくさんあるのだと思うのです。きょう、このSCSEというのがきちんと優先順位がつけられて提示されているというところが非常に印象的であり、これからぜひ参考にさせていただきたいと思っております。

もう一つ、リピーターが97%であるというお話

をいただきましたが、幾ら東京ディズニーランドといえども、行って見て性に合う人と合わない人というのはきっとあるんだろうと思うんですね。全員がリピーターになるわけではないのだと思います。ただ、仕事をしていく上で、ビジネスとして考えた場合には、ファンになった人を逃がさない工夫といえますか、単なるファンではなくて信者にまでしてしまうというような仕組みをたくさん持っておられるのではないかと思います、そのことについてもう少しお教えいただければと思います。

それから、余田先生にいろいろお教えをいただきましたが、中で一番印象深かったのは、私どもは何となく、不満を解消すれば、それだけでお客様の満足が得られるというふうに単純に考えがちでありますけれども、不満の解消イコール満足ではないというご指摘をいただいた点です。きっとそれは二重の構造といえますが、二層になっていて、最も期待される最低の機能をきちんと果たしてないと、これはすぐ不満につながる。それがしっかり満たされた後で、そこに何か乗せていくという、この二層の努力をしないといけないというお話だったと思うのですけれども、どうもその辺が、基本的な部分がきちんとできていないのに、すぐ何か目先の変わったことはないかというような形でいろいろやっている自分の姿を深く反省しました。

もう一つは、信頼関係の醸成というところです。私どもは患者様をお預かりしたり、いろいろなことをやりますけれども、恐らくそこでは単に期待されていることを仕事としてやるというだけでは不十分だとわかりました。最後は患者様なり患者様のご家族なりにかなり個人的なレベルでのコミュニケーションがとれているような雰囲気を持っていくと、初めてそれはお客様をさらなる信者、あるいは良き伝導者のような役割を果たしていただけるようになるというお話でした。ぜひ参考にさせていただきます。

座長 どうもありがとうございます。

それでは、最後に加賀見社長の方から……。加賀見社長からはディズニーランド、ディズニーシーのご経験からサービスのあり方というお話をいただいて、これは大変参考になったと思いますが、今度は逆に加賀見社長の方から、自分たちの考えているサービスからいうと、医療機関はどういうふうに考えたらいいか、こんなふうな見方はいかがだろうかとか、何でも結構なんです、医療経営におけるサービスについて何かコメントをいただければありがたいと思うのですが。

加賀見 非常に難しいまとめでございますけれども、先ほどから聞いていまして、矢吹先生と余田先生の、マーケティングとか、あるいは欧米のいろいろな医療制度の問題と、佐藤先生と大塚先生、日本で実際に病院を運営されているお二方がおっしゃっていることは究極は相通するものがあると感じておりまして、日本の医療制度も将来的には非常に明るいのかなあという実感がございます。

かといひまして、実際、時々体験しますのは、小さい病院も、あるいは大きな病院でも、待ち時間が非常に多い。先ほどちょっとお話がございましたけれども、これがサービスの一つの大きな欠陥といっているかどうかわかりませんが、何か改良できる点がないのかなあという感じはしております。

それから、さっき佐藤先生から、順天堂さんとアメリカの病院との比較で経営的な問題点を幾つかデータを出していただいたんですけれども、実際にアメリカですと、高額所得者が結構寄附して、自分のファミリーがその病院にかかるとか、いろいろな制度ができています。日本もそういう形で、これは税法とかいろいろな面があるかと思いますが、そういうような地域、あるいは一つの大きなグループで、病院というか、そういうものを抱えているのだという意識を国民が持つようになってくると、大分その辺のサービスも変わってくるのではないかと思います。

座長 待たせるというのは、ディズニーではどう

やって対応していらっしゃると思いますでしょう。(笑)
加賀見 私どもも、最近ちょっと大きな例ですけども、東京ディズニーシーなんかで170分待ちと、3時間近いのですが、これはクレームに繋がっております。

もう一つは、私どもは一種のお祭りでございますので、待ち時間がないと、またつまらないのです。ですから、言葉は悪いですけども、どのくらいゲストが待たれても大丈夫かというのが非常に大きなポイントでございます(笑)。また、たとえば小1時間以上待つときには、その待っている間じゅう、じっとさせてないのです。ゆっくりですが常に前へ進んでいただくことが大切です。1列でずうっと遠くまでではなくて、ジグザグで

並ばせるところが結構ありますが、そうしますと、すれ違うゲスト同士が何となく昔から知っているような錯覚を起こすのです。そうすると、何回目かにすれ違うと、お互いに目と目で「こんにちは」という感じであいさつされる。そうすると、何となく並んでいるイメージがだんだん消えていってしまうんですね。そういう一つのソフト的なものがございます。

座長 ありがとうございます。

ディズニーはサービスの心が非常にあるけれども、同時にサービスの科学があるというお話だったような感じがいたします。そういう意味では非常にうまくゲストの心理をついた、いろいろなやり方をされているかなという感じです。

《総合討論》

座長 さて、今、一通りほかの先生方のお話を伺ったところでの、関連的なコメントをいただきましたけれども、皆様方から相当数多くの質問票をいただいております。質問票については、誰にということ、先生方に直接お渡ししてしまっているのですが、各先生から、いただいた関連的な質問、恐らくそれに全部答えるとなかなか大変ですから、その中で、この質問についてはちょっと自分の見解を披露したいという、そういうことについて少しお話をいただきたいと思うのですが。

まず、矢吹先生の方では、ご質問の中に、医療機関経営としての競争の役割分担のところと、それから、予防医療の具体的な例についてのご質問があったと聞いておりますが、その辺りを含めてご見解をお願いしたいと思います。

矢吹 まず最初にございましたのは、私の話の中で、ビジネス的な競争という - - 競争という言葉は多分使ってなかったと思うのですが - - 側面と、医療のそもそも担う公的な役割というのとは一体どう考えればいいのかという話。さらには、医療というのは、競争するという面もありますけれども、機能分化なんていう話もありますが、むしろ協調、いろいろな医療機関が役割分担していくという、その部分をどうとらえればいいのかという話を1つ質問としていただきました。

これに関して、そもそも競争と、それから機能分担とか協調とかいう部分というのは、一見反対の概念のように見えるのですが、実はこれは共存するものだと考えています。これは実はおもしろい話としては、ビジネスの方でも多分それは同じようなことが言えるわけです。例えばビジネスというと、どうしても企業間の競争ということが非常に大きく出てくると思うのですが、ビジネスも、先ほどデコンストラクションという話でバリューチェーンが分解しているなどという話をしました

けれども、そういったところになってくると、ビジネスの方も実はある意味でいくと医療機関にむしろ近づいてくる部分があるのかなあと考えています。デコンストラクションが進行してくると1社では、コンピューター業界であり、あるいは製薬業界であり、なかなか戦にくい状況になってきている。そんな中で各社、それは同じ機能を果たす各社というよりは、違う機能をそれぞれの企業が果たしつつ、バリューチェーン全体を構成していく。そこは協調し合いながら、協調し合った複数者同士が競争していくというようなことになってきつつあるし、既になっているのが現状だと思います。

そういう意味でいいますと、医療機関の方は、今まではどちらかというと機能分化といいますが、機能分担、あるいは協調という部分だけがハイライトされていた部分があるかと思うのですが、逆にここでは競争という概念が今後は入ってくる部分があるのではないかと思います。ただ、これは多分、いわゆるビジネスのプロフィットの最大化ということをベースにした競争ということではなくて、これはあくまで医療のもともとの役割を考えると、こういうとちょっと単純化し過ぎかもしれませんが、最初にありましたコスト対ベネフィット、あるいは患者、もう少し広くとらえるとお客様の満足度、これを最大化することをすべてのプレーヤーが健全に競い合うところだと思いますし、その中で、優れたところが勝っていき、そうでないところには、ビジネス的にいうとお客さんが来ないということも結果として起こってしまうという話なのかなあと。それは社会全体にとっても当然プラスになる話なので、そういったようなことになるのではないかとこのように私は考えております。

もう一つ、全く違う話に飛んでしまうのですが、予防医療に関して、欧米での事例に関してという話がありました。予防医療をやることによってトータルにコスト対効果が最大になってくるとい

うことであれば、それが実行できるような仕組みが、欧米では、プライベートインシュアランスのもとでございます。こうしたシステムの下では、予防のコストを10増やして治療のところのコストを100減らせるのであれば、それは当然システム全体 - - システム全体としてというのは、当然保険者と、あとは医療機関の両方 - - として実行していくということになりますので、予防の部分が重要な、たとえば糖尿病であり、喘息でありといったような、最初に予防のところをやっていくことによって効果が大きいところではかなりいろいろの事例がございます。

たとえば喘息であるとすれば、喘息患者というのは非常にマイルドな患者からシビアな患者まで、あるいは病気のライフサイクルの中で一体どこでどう医療として介入すれば、限られたコストの中で効果が最大になるのだろうかというようなところというのは、これは病院が主体のものも多いですし、保険者の方でやっているものもございます。私どもでお手伝いした中で、これはスウェーデンの病院なんです、その辺のところを一体どこでどう介入していくのがトータルのアウトカムとして最もいい結果を一定のコストの中で収められるのだろうかということを検証し、プロトコルとして確立した事例がございます。それも一つの病院の中の一つの治療プロセスのプロトコルというよりは、プライマリーケアから二次、三次医療まで含めていって、どこでどう介入していくのか。これはクリティカルジャンクチャーなんていう言い方をしますけれども、それは一体どこにあるのかといったようなことをプロセスとして明確化した上でシステムとして介入していくことによって、相当素晴らしいアウトカムが出てきたというような事例がございます。

座長 ありがとうございます。

実は司会の私の方にも一つ質問がありまして、恐らくみんなに聞いてくれという意味ではないかと思うのですが、わが国医療法は医療行為を非営

利としているが、この点を改正する必要があるだろうかという。つまり、医療行為は非営利なのか、営利でもいいんじゃないか、あるいは市場経済で流してもいいんじゃないか、そういう議論があったんですが、コンサルタントの矢吹さんにちょっとお伺いしてみたいと思って。競争というものを医療機関経営の場合だったら普通の営利企業と同じように見るという動きが、もう欧米では当たり前のようになっているのでしょうか。それとも、やはりこれは明らかに違うのだという見方が主流なんでしょうか。

矢吹 これは国によって相当温度差があると思います。アメリカの場合には、例えばメディケア、メディケードといったような、老人、あるいは豊かでない方を対象とした社会のセーフティーネット的な部分というのは、必ずしも競争あるいは市場原理になってない部分というのもあるかと思えますけれども、基本的には保険者同士というのは、どの保険者がいかに一番安いコストで最高の医療を提供するのかというのを完全に市場原理の中で、「戦う」という言葉がぴったりするのかどうかわかりませんが、競争していることは間違いありません。また、日本の国民皆保険制度と違って、保険者と契約した病院に行かないと患者は保険償還を受けられない訳ですから、病院の側も保険者との契約を取るために、病院同士がより質が高くコストの安い医療をいかに提供するか競争をするという形になって、完全な競争社会に近いと思えます。ヨーロッパは多分日本とアメリカの間ぐらいだと思えます。

座長 ビジネスの世界でも競争というのは、昔は「戦争型の競争」が中心だったんですが、最近はお客さんにどれだけ愛されるかという「恋人とりの世界の競争」に近くなってしまっていて、恋愛原理をベースにしたような競争がだいぶビジネス、営利の方でも中心になりつつあるんですが。そういう意味では、競争の一つの形としてCSというの医療機関経営の中では中心になるとは思いますが、

そこについては理論的なことを含めて先ほど余田先生からだいぶお話をいただきましたので、余田先生にきた質問の中で特にCSの評価についてのご質問があったと聞いていますが、その辺り、少しコメントいただけますでしょうか。

余田 私のところにあった質問としましては、評価システムのあり方ですね。私が発表させていただいたのは、期待がCSを形成してしまっ、パフォーマンスとCSが結びつく仕組みを創らないといけないということで。それが第三者機関による評価、いわば日本医療評価機構による評価であったり、あるいはそれに基づく広告規制の緩和とか進んでいるわけですけれども、保険者の積極的な評価とか関与が必要ではないかというふうに申しました。それをもう少し詳しく話してほしいということが1点ありました。それともう一点、評価を患者にさせるべきというご指摘がありました。それについて、若干関連があるところをお話したいんですけれども。

まず後者の患者に評価をさせるべきというのは、まさにそのとおりで、行き着くところはやはり患者さんだと思うんですね。ところが、今、日本の医療というのは、とりわけフリーアクセスのよさが強調されて、これは失うべきでない、まさにそのとおりだと思うのですけれども、ただ、フリーアクセスの良さが生きてくるのは、選択のための情報がたくさんあって、自分で選択して、その結果、自己責任は自分でとりますという、これが前提だと思うんですね。ところが、今、フリーアクセスの方だけ強調されて、情報提供の方がなかなか進んでいないということ。

最終的には患者さんが評価して選択していくというわけですけれども、患者さんにとって必要な情報というものがいろいろ違うと思うんですね。患者さんは病気を治してほしいというニーズは本質的なものとしてあるわけですが、それ以外にも多様なニーズを持っている。多様なニーズを持っているだけではなくて、そのニーズに応じて必

要な情報も違っている。あるいは、患者さんの知識レベルによって必要なコミュニケーションのあり方も違って来る。それは患者さんが非常に知識を持っていて、いろいろなことを知っている。あるいはインターネットも調べている。そういう場合であったら、極めて客観的な情報であり、あるいは定量的データであっても、そういったものを自分で取り込んで、自分で評価することができますけれども、初めてその疾病にかかって、そして初めて判断する必要がある、あるいは、まだ全く勉強をしてない、そういう状況で提供された情報等を利用しようとする非常に難しいんですね。客観的な情報はたくさんあり過ぎると情報が過負荷になってしまって、逆に混乱して意思決定の質を落とすということがよく言われているわけですが、そういった場合には客観的な情報ではなくして、むしろ主観的な情報、だれか専門家が一旦咀嚼して、言葉を変えて、それを患者さんにいった方が、患者さんにとっては、評価に使う、あるいは評価にとって親切ということがあり得るわけです。

ということを見ると、コミュニケーションのあり方が問題であって、第三者、例えば保険者が評価するにしても、その評価内容は、本質的な評価以外にも、それはアメニティーの部分であったり、患者さんが必要なニーズを提供する必要がありますけれども、保険者と患者の間のコミュニケーションのあり方、これがその情報が使われるかどうかにかかってくると思うのです。だから、一方的に第三者機関、評価機構が出す情報だけですべてが足りるというわけではなくして、それには多様な情報が勿論必要であるということと、使われる情報というのは知識のレベルによって、人的なインターフェース、人的なコミュニケーションが必要な場合もあれば、客観的なペーパーで出された情報がいい場合もある。それは患者さんの知識レベル次第ということになってしまうわけですね。そういう意味において、保険者の積極的な評価という意味においては、評価する項目プラス、コミュ

ニケーションのあり方に工夫を凝らした情報提供、これが必要になってくるというふうに考えるわけです。

座長 患者さん満足というCSの問題で、特に医療の世界というのは、患者さんに合わせなきゃいかんということは今の時代は当然でしょうけれども、しかし、合わせない方がいいという、それが長期的には患者様のウエルフェアにももの凄く役に立つということはあるわけですね。ですから、短期の満足と長期の満足というのはどういうふううまくミックスして考えていったらいいんでしょう。例えば嫌がってもやっていただかないと良くならないということは幾らもあり得るわけですね。そういう場合、長期的にはこれは必ず患者様の満足につながるのだけれども、短期的には困るという、これはどういうふう考えたらいいんでしょう。

余田 やはりそこでは情報の非対称性が非常に関係していると思うのです。自分の少ない知識であれば、それこそ痛いことに対して不満を持ってしまふ。けれども、長期的に見れば、この治療法が極めて生存率が高くていいやり方だというのは、その人の知識水準を高めるか、もう一つは専門的知識をもった人が何がしかのアドバイスでもって判断してあげる。こういうことが必要になってきますので、そういうアプローチが必要になってくるとは思うのですけれども、短期的満足と長期的満足が一致しないという状態は、多くは情報の非対称性から来るところが大きいですから、それは解消するようインフォームドコンセントを徹底しつつ、やはり長期的満足度を優先させていくような形で仕組みを提供する必要があると思います。

座長 わかりました。ということは、長期の満足を目指しながら、やはり自立と適応で、医療機関として自律的にやらなきゃいかんことと、それから、喜びを創る適応型のものをうまく組み合わせる。そこに対して情報の非対称性をどれだけ低めるかという情報公開なりの努力をすると、そうい

うことでよろしいですね。

余田 はい。1点つけ加えるとすると、情報の非対称性というのは通常は医師の方が多くて、患者が少ないという立場ですけれども、患者サイドの価値観ということに関していえば、医師の方が低くて患者が大きいわけですね。その価値観に沿った形での最適解を探らないといけない。それが今あまりなされてないと思うのです。そういう患者サイドの価値観というのはやはり医師の方が聞いて、その価値観に沿った形での最適な満足というものを提供する。それが欠けているところだというふうに思います。

座長 ありがとうございます。

佐藤先生の方にはたくさんの質問が来ていたと思いますが、佐藤先生の方から、これは一言いいたいというご質問に対する対応をお願いしたいと思います。

佐藤 中々面白い質問が来ております。巻頭に加賀見社長が云われたキュー (queue) と云う言葉は行列して順番をまつことです。日本では確かに何時間も待って1分～2分の診療で終わってしまうと云うような話をよく聞きますが、厚生労働省はこの問題を解決するために予約診察を積極的にとりいれることを推奨していると私は理解して居ります。予約料を頂戴する場合には、医師は30分以上患者さんをお待たせすることなく診察を開始する必要があると規定されて居ります。しかし、初診外来と再診の患者さんを診察する外来とを区別しないかぎり、患者さんを on time に診療することは難しい場合が多いように思われます。症度の高い救急患者さんが受診されれば、それなりに時間をとられますので、そのような場合には予約患者さんと云えどもお待ち頂かざるを得ないことになります。何れにしても、患者さんを量でこなし医療機関の経営を維持するのが、適切な予約料を頂戴して限られた数の患者さんを拝見してその医療機関の経営を行なうのか、何れかの選択を迫られることになると思います。何れにしてもキュー

の問題はそう簡単に解決し得ない問題と思われる。

私は医療機能評価機構に触れましたが、ご質問の中に病院の機能評価について若干誤解して居られる方がいるやに感じました。機能評価機構は診療の内容や質の評価をしないのではないかとの疑義です。医療機能評価は structure, process, outcome, そして、患者さんの満足度 (satisfaction) を評価するものであるべきです。病院の施設の整備状況や教職員数など structure 即ち、病院の構造上の問題のみが評価の対象となるようなことであってはならないと思います。Outcome については病院側の情報公開と関連します。診療行為の結果を retrospective に解析し、その結果を学術誌に投稿していれば、それが outcome それ自体と云えると思います。患者さんの満足度調査は日常的に行ない、これを推計学の手法を入れて real time で公表できるようにすべきものと考えています。このような病院側の活動を第三者が評価し、それらを合わせて総合評価が公表される。このような形の評価とその情報の公開が医療機関の間に真の競争を生み出す原動力となると思います。患者が医療機関を選択する時代は、既に、到来していることを我々医師は認識する必要があります。

加賀見社長の云われたカスタマーサービスの件ですが、病院にはその原理が当てはまるかどうかは疑問がございます。医療機関の経営で質と量の問題は避けて通ることは出来ません。現今の米国における医療提供体制は managed care ですが、その善し悪しは別にして、このシステムの導入で実質的には診療報酬単価と doctors' fee が引き下げられて居ります。出来高払い (fee-for-service reimbursement) の診療報酬と同等の診療報酬を得ようとする、managed care にあっては患者を数でこなさないと相当の所得を得ることが出来ないようです。米国の一般開業医 (family medicine) の年間収入は決して高額ではありません。

せん。年13~15万ドルですから日本の開業医の収入の方が高額であろうと推定します。医療機能評価が開業医の収入を脅かすと考えるよりは、質の高い医療を提供して、それに見合った報酬が支払われると考えるべきものと思います。

米国では脳神経外科医など専門医に到るまでに長い修練期間を必要とする診療科の専門医の報酬は高額です。それでも managed care の時代に入り、このような専門医の収入も30%程度の減です。本邦では、特定機能病院に勤務する専門医に高額の報酬が支払われるかと云うとそのような制度はございません。長時間の手術を行ない、大変に多忙な生活を強いられる外科医がそれに見合った収入がない。このようなことが最近の若い医師が心臓外科、脳神経外科を敬遠する理由の一つかもしれません。第三者の評価に耐える質の高い医療を行なうことに対して相応の報酬が支払われる時代になることに私は期待を寄せて居ります。

中小病院の役割は何かとのご質問がございました。特定機能病院と地域密着型の中小病院の役割は自明です。地域密着型の中小の急性期医療を担う病院の存在を否定するわけではありませんが、中小の急性期医療を担う病院で、臓器移植、心臓・血管の手術、脳神経外科の手術、PTCA 等々、難度が高く、人手もいる、高度の医療を行なうのは如何なものかと思えます。中小病院には極く最近まで特定機能病院で活躍された医師が居られることも事実です。従って、特定機能病院等の高次の医療を行なう施設に open system (病院共同利用) を導入し、連携契約した医師に高度の技術を駆使した医療を実施する機会を与えるべきではないかと考えます。そのようなシステムを導入すれば、患者のみならず医師も疾患によって病院を適切に選択出来るようになると思います。特定機能病院では卒後教育を行なう必要がありますので、発生頻度の高い一般疾患の診断・治療も行なわれるべきです。

病院経営者は今、厚生労働省が推進している病

院の機能分化の問題を念頭に置いて、地域に不可欠な病院機能、例えば、回復期リハビリテーションや療養病床等の機能をもった病院を設立されることが期待されます。急性期の医療が終われば素早く回復期リハビリテーション病院に患者を送る、回復期リハビリテーションが終了したら、患者を自宅に戻し、在宅医療、訪問看護などを組み入れた在宅療養を行なうといった連携医療の展開が可能となれば、本邦の病院における平均在院日数も欧米並に短縮することが可能となり、また、真に質の高い医療が実施できることになると思います。在宅医療を担う【かかりつけ医】は特定機能病院や回復期リハビリテーション病院から患者に係わる医療情報の供給を受け、質の高い在宅医療を実践する。現今の診療体制は自己完結型の医療から地域完結型の医療に変わりつつあることを私達は認識する必要があります。

演者の私は中小病院の意義が分っていないとすぐご意見が質問用紙に記されて居りましたが、以上、申し上げましたように、私は病院の機能分化の必要性を十分に認識して居りますので、中小病院の存在意義はないなどと申したつもりはございません。病院の機能分化を踏まえて連携医療を成就することが今私達に求められている医療体制でございます。これを達成するには私達医師の意識改革が必要となります。

中小病院の医療の質が高ければ、特定機能病院で卒後教育を受ける研修医が中小病院で研修を受けることも可能となりましょう。先端的な医療を行なっている医療機関から【かかりつけ医】のレベルまで知識と経験を互いに分ち合えるような診療体制の構築が求められると私は考えて居ります。

座長 どうもありがとうございました。迫力のあるお話で。我々、知らないんですが、大学病院は今、全部赤字ですか。

佐藤 順天堂医院は赤字ではございますが、学校法人順天堂は全体として黒字でございます。

座長 慶應義塾の医学部は赤字だというふうに聞

いておりまして……。

佐藤 例えば、本日お見せした国内外の病院経営に係わるデータは共同研究者の柏木嶺が既に各病院が公表した資料から計算した結果であります。順天堂医院の未収の医療費は年間約3億円であります。救急車で来院された患者さんからは、しばしば、未収金が発生いたします。また、そのような患者さんがご入院されても室料差額（環境料）を頂戴できない例が多いのであります。種々な理由で、本来、環境料をお支払い頂ける個室に長期入院されている患者さんからは環境料を頂戴できないのであります。従って、私達は十分に charity care を行なった上でのマイナス経営でございます。

因みに、米国の病院の中には、当然、profit organization もございます。しかし、一般企業とは異なり、10%以上の profit を生み出す病院などは何処にもございません。Profit organization の profit margin はせいぜい15.5%程度とされています。Academic Medical Center の profit margin は精々1~2%とされます。これらの数値は<医療はお金儲けの道具にはならない>ことを示しています。しかし、医者を含め医療提供者を余り貧しい環境におきますと、心のゆとりがなくなりますので、それなりの給与を支給すべきものと考えます。貧すれば鈍するです。

座長 そういう意味で佐藤先生のご指摘は、さっきいただいたように、運営コストが適切に反映される診療報酬体系というのはどうしても必要になるだろうと。今、厚生労働省もそういう方向で動いているようであって望ましいと、そういうお話でございますね。どうもありがとうございました。

佐藤先生のところはかなり高次医療で、そういう意味では機器その他のコストが大分かかる可能性があると思いますが、大塚先生の方では老人専門病院ということで、サービスに主体を置いた介護力強化の病院の立場から非常に素晴らしい経営をなさっていると思います。大塚先生の方にもたくさん質問が来ているとお聞きしていますが、

理念や教育についてとか、それから柔軟な知識や技術をどういうふうに取り入れるかとか、OJT的なところをどういうふうに対応しているか、このあたりの質問がかなり中心的だったとお伺いしていますが、どんなポイントでも結構ですが、コメントいただければありがたいと思います。

大塚 私たちの一番の生産拠点は現場の職員であるということは先ほど申し上げましたけれども、ご質問いただいた中に、たとえば介護の担当の職員を良き人を採用するとあったけれども、それは基準はどんなことだと。その中心になる素質というのはどんなものだと。これは極めて簡単でありまして、とにかくできるだけ品のいい人を雇う。(笑) 外見からして、あんまり自己主張が強い人は避けたいということですね。

そうはいつでも、採用した後は随分いろいろな人がおられます。私どもはまず人を採用するに当たっては、よき待遇を提示して、できるだけ広く人が集まるようにやります。沢山のなかから選ぶことで良き人を採用できる確率は高くなります。採用後はきっちり伝えるものは伝えることです。先ほど加賀見社長の方から、外見でたとえばピアスだとかなんとか、茶髪だとかという話があるありましたけれども、この辺についてもかなり厳しく要求をします。合う人、合わない人がいますから、合わない人はとにかくできるだけ早く辞めてもらうというふうにしております。先刻も申し上げましたが、人事評価はきっちりやっています。その中心になるのは特に半年に一回ずつ全職員による全職員評価です。要するに職員同士による人気投票みたいなものですね。これで、A、B、C、D、Eとランキングをして最悪のEという評価を2回続けてとりますと、実質的退職勧告であります。このあたりの選別もかなり厳しくやっている。言ってみれば、こういう個人病院といいますが、個人企業は、ちょっと表現は悪いかもしれませんが、新興宗教みたいなものがありますから、掲げる理念に合う人、合わない人がいて、どんな

に優秀であっても理念に合わない人はいられないような仕組みを創っていかうということであろうかと思えます。

質問の中で割合多かったのは、おたくの病院は一体幾ら患者様からふんだくっているのかということであります。(笑) 私どもは一応運営のコストとして1カ月に70万程度かかると見ておりまして、このうち約45万円が医療保険あるいは介護保険から来ます。ですから、患者様の残りの負担額というのは平均しますと25万円ということになりますが、たとえば4人部屋だとか6人部屋ということになると1カ月の負担は大体15~6万程度でありますし、2人部屋だとか1人部屋になりますとかなり高額になるということであります。この25万円の負担の最大の使い道は、それは何といたしても、1つは良き人を雇い、良きサービスを実践してもらうこと。もう一つは、環境なりサービスにいろいろな実験をするためにお金をかけること、これであろうかと思えます。

あとは、たとえば評価の結果は何に反映されるか。私どもの病院にも初任給表というのはありません。しかしながら、入って2年目以降の給与表そのものはありません。そこから先は評価だけですべてが決まるような仕組みでありますし、ボーナスについても同様であります。この評価は、先ほど申し上げましたように、100 - 1を炙り出すという意味で非常に効果があります。もう一方、評価の高い人にはどのように報いるのかということでもありますけれども、あまり給与だとか賞与だとかという点に重点を置きますと、周りの人が白けてしまうというところがあります。そこで教育研修の機会を余計与えとか、あるいはいろいろな委員として院内での活躍の幅を広げてもらうというような形で報いることが多いと思えます。

それから、急性期医療サービスを実践する病院の医療サービスメニューを具体的に提言してほしいと。現状、現実を踏まえ、何から手をつけるべきかということでもありますけれども、これは私見

をちょっと申し上げれば、もしご自分がこの病院にかかるとしたらどうしたいかと、自分で患者様の身になってみる。それから、もう一つは職員にも聞いてみたらどうでしょうかね。自分の病院にかかりたくないという職員は結構病院では多いんですね。ですから、この辺りが改善の第1番目ではないか。

第2番目は、我々医療界に身を置く者は非常に多いのは、できない理由だとか、あるいはやらない理由というのは山ほど並べることができます。しかしながら、それだけを並べていても物事は何も良くなりません、最終的には、厚生労働省はこの先何するんだらうみたいなことばかり考えて、みんなじり貧になってきたんですね。ですから、第1にやるべきことは、とにかく自分の持っている資源を全部つぎ込んで、それで自分の考えるようなベストのサービスができるかどうか、ここから始めるしか方法がないのではないかと。もう一つは、自分が一番得意とするところは何か、これなら人に勝てるという分野を絞り込むことしかないように思います。

いろいろいただいていますけれど、このあたりで……。

座長 どうもありがとうございました。

大塚先生のところは加賀見社長のところと共通するところが多いと思いますが、加賀見社長と大塚先生の両方に来た質問があったんですが、加賀見社長の方からご質問に対して何かコメントいただけますでしょうか。

加賀見 私の方の質問も、今お話がございましたように、大塚先生に対する質問と結構ダブっております。その中で特に私どもに特化するところが1つあったので、それを先に申し上げます。ディズニーランドのマニュアルについての質問がございました。アメリカのマニュアルとどのような違いがあるのかということですが、先ほど申しましたように、学生アルバイトを含めて約2万2,000人おりますと、その人たちのレベルを一つの水準

に持ち上げるためには絶対マニュアルが必要だと思っております。これがないと、バラバラになってしまうわけです。ところが、アメリカと日本との慣習の違いというのは結構ありまして、100%アメリカのマニュアルどおりやっていると、日本人のゲストからは、反発というんですか、不満が出てくるケースがございます。そういうところは随分修正しております。

それと、まだうまくいっていませんけれども、私はできればマニュアルのウエートを70%ぐらいで、あと30%は本人の資質というんですか、本人の能力に頼っていただければ一番ゲストに満足していただけたらと思っております。私ども東京ディズニーリゾートでは、マニュアルのウエートが80%ぐらいで、個人の資質に頼っているのが20%でございます。あと10%ぐらい資質のウエートを上げれば、さらに良いサービスができるのかなと思っております。

アメリカではある意味では人種の違った人も雇っておりますので、行動パターンの違いをマニュアルで統一する必要があるかと思いますが、日本の場合ですと単一民族的なところが非常に多いということから、何もそこまでしなくていいのではないかと。18年前、東京ディズニーランドがオープンしたときはありました。しかしながら最近の若い人たちは、例えばの話でございますけれども、朝来て社員同士あいさつしない。上司が「なぜあいさつしないんだ？」といったら、「学校でも家庭でも、朝来て初めて会ったときにあいさつしろと教えてくれませんでした。そういうものですか」といわれたとき、ああ、日本もアメリカみたいになってしまったのかなあと、すごく残念なことがございました。そういう意味ではやはりマニュアルというのは絶対必要なものであります。

もう一つは、かつては我々の常識だった部分が常識ではなくなっているというのを、どういう形で教育するかというのは非常に大きなウエートになってきていると感じております。

あと、大塚先生と共通の質問で、「社員にどのように教育を徹底するんですか」とか「トップの意向をどうやって徹底するんですか」というようなことがございました。これは、先ほど大塚先生からもございましたように、考え方としては、いかに下の意見を吸収するかということが非常に大切な要素なのかなあと。さっき逆三角形というお話があったと思うのですが、実際なかなかそのとおりにはいきません、時にはトップダウンでいろいろなことを決めなくてはいけないことがあるわけですが、決める前にやはり逆三角形で物事のいろいろな意見を吸収した中で、最終的にはトップが結論を出さないと経営がうまくいきません。結論を出すのはトップでございますが、それを決める段階で、いろいろな意味で意見を吸収していくという形でございます。

もう一つ、「東京ディズニーランドはどうして虫がいないんですか」と。蚊がいないとかいう話がありましたが、私ども、特に大きな施策はしておりません。非常に木が多くて、東京ディズニーランドではある程度森とか林ができておりますので、虫を食べる小鳥が結構いるのです。それが虫を食べてしまっているのではと思います。お客さんのところへ来るのはカモが多いのでございますが、実際はコウモリなんかもあります。カラスもおります。そういうことで、虫を食べる小さな動物が結構いるので、そういう状態になっているのだと思います。

それと、バリアフリーのことが1つございました。私ども、バリアフリーはほぼ完全に実施しております、すべてスロープで移動ができると同時に、移動できないような建物についてはエレベーターが全部設置してございます。基本的にはバリアフリーで行かれます。それから、点字の地図も何力所かに置いてございますので、目のご不自由な方も移動ができるように対応しております。

大体そんなことかと思っております。

座長 どうもありがとうございました。

《座長まとめ》

座長 時間がちょうど参りました。最後に各先生方が非常にすばらしいまとめたコメントをご質問に合わせてのべてくださいました。

今回、「21世紀の医療機関経営とサービス革新」というテーマでいろいろお話しいただいたわけですが、医療機関経営というのは、高次の治療サービスをするところから、もう少し人間的な介護サービスをするところまで含めて、それから都市と地方だとか、日本とか日本以外のところ、いろいろバリエーションがあるなあと。しかし、そういうものすべてに共通しているところは何かというと、やはりサービスというのは基本的には人間愛が一番ベースになければいけないのかなということ、きょうは非常に強く感じました。そういう意味では、人間が人間を愛するという、より具体的には思いやり、まごころ、愛情などがベースになって、その中に多様な医療の技術だとか対応の仕方というのがあって、そして、それが時には仕組みになったり、あるいはそれを包含する大きなアンビションになったり、そういう形で医療機関経営というのが進んでいくのかなあと、そんなことを感じました。

きょうは大変お忙しい中を長い時間ずうっとお聞きいただきまして、本当にありがとうございました。きょうのシンポジウム、これで終わりにしたいと思います。

先生方、どうもありがとうございました。(拍手)

司会 どうもありがとうございました。

《閉会挨拶》

司会 それでは、ここで、財団法人医療科学研究所の片岡一郎研究所長が閉会のごあいさつを申し上げます。

片岡 私どもの財団は、毎年1回のシンポジウムを持ってまいっておりますが、創立以来掲げましたシンポジウムのテーマは、一貫してマクロの問題を掲げてまいったわけでございます。ところが、昨今、医療制度改革との関連

においても、しばしば医療機関経営の問題が、また、なかならずここで、患者と医師との関係、これはどうあるべきかと、こんな議論がまじめに議論されるようになってまいったように見ておるわけでありまして。考えてみますと、この点は医療のあり方の原点でなければならんと、かように私個人は考えるわけでございまして、したがって、医療にかかわるすべての議論というのは、ここに軸足を置いた議論であるべきであろうと、こんなような理解をいたしたわけであります。そんな考え方に立って、これまで10年間マクロの問題のみに終始してきた財団でございますが、ことしはぜひ「医療機関経営とサービス革新」と、こういったテーマでシンポジウムを持ちたいと。

そういうことになりますと、お願いできるのはこの分野での第一人者であります嶋口先生でございますが、嶋口先生は早速ご快諾いただきまして、その上、先生はシンポジストとして、サービス革

新を見事に実践されてこられました順天堂大学の佐藤先生、青梅慶友病院の大塚先生、そしてオリエンタルランド社長の加賀見先生、加えまして、この分野の研究ではすぐれた業績を残しておられますボストン・コンサルティング・グループの矢吹先生、名古屋市立大学の余田先生と、かようにこの分野では我が国で得られる最高の権威の方々を並べていただきました。お蔭をもちまして、本日のこのシンポジウムとなった次第でございます。嶋口先生はじめ、シンポジストの各先生方から御礼を申し上げたいと思います。

本日は、極めて長時間にわたるシンポジウムでございましたが、ご参加くださいました皆様方、この間、終始熱心に議論に耳を傾けていただきました。お蔭をもちまして、シンポジウムを極めて緊張した中で終えることができたと考えておるわけでありまして、この点、ご参加いただきました皆様方にこの席から厚く御礼申し上げたいと思います。恐らく来年もこの時期に、場所もこの場所で、テーマを新たにしてシンポジウムを開催することになると、かように考えておりますが、引き続きご支援をいただきたいと思っております次第でございます。

本日はどうもありがとうございました。(拍手)
司会 片岡先生、どうもありがとうございました。

それでは、これにて医療科学研究所の第11回シンポジウムを終了いたします。ご協力、ありがとうございました。(拍手)

執筆者のプロフィール

中川 洋 (なかがわ・ひろし)

株式会社マナオクリエーション代表

- 1974年 早稲田大学政治経済学部卒業 (経済学)
野村総合研究所入社 企業調査部所属
- 1987年 モルガンスタンレー証券会社入社
医薬品産業アナリスト

- 1989年 モルガンスタンレー証券会社 調査部長兼任
- 1992年 モルガンスタンレー証券会社
マネージングディレクター
- 1995年 メリルリンチ日本証券会社入社
マネージングディレクター兼調査部長
- 1999年 メリルリンチ日本証券会社 副会長
- 2000年 株式会社マナオクリエーション設立

第11回シンポジウム

座長, シンポジストのプロフィール

座長

嶋口 充輝 (しまぐち・みつあき)

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
財団法人医療科学研究所理事

- 1967年 慶應義塾大学経済学部卒業
フルブライト留学生として渡米
- 1974年 ミシガン州立大学博士課程修了
- 1975年 慶應義塾大学大学院商学研究科博士課程修了
慶應義塾大学ビジネススクール助教授
ミシガン州立大学より博士号取得 (経営学)
- 1987年 現職
この間に、ルーベン大学 (ベルギー)、ウェスタン・オンタリオ大学 (カナダ)、モスクワ大学 (ロシア) の各大学院客員教授を歴任

専門分野

マーケティング, 戦略経営

著書

- 『Marketing Channels in Japan』(UMI Press, 1979)
(全米優秀博士論文選書)
- 『戦略的マーケティングの論理』(誠文堂新光社, 1984)
(慶應義塾賞, 日本商業学会賞奨励賞)
- 『統合マーケティング』(日本経済新聞社, 1986)
- 『現代マーケティング』(共著, 有斐閣, 1988)
- 『顧客満足型マーケティングの構図』(有斐閣, 1994)
- 『営業の本質』(共編著, 有斐閣, 1995)
- 『インタラクティブ・マネジメント - 関係性重視の経営 -』
(共著, ダイヤモンド社, 1996)
- 『柔らかなマーケティングの論理』(ダイヤモンド社, 1997)
- 『マーケティング革新の時代 全4巻』(共編著, 有斐閣, 1999)

『マーケティング・パラダイム』(有斐閣, 2000)

関連役職

元日本経営品質賞判定委員長, 日本DM大賞審査委員長,
日本能率協会マーケティング優秀賞審査委員長,
その他, 各種学会理事, 財団理事, 学会誌編集長など

シンポジスト

矢吹 博隆 (やぶき・ひろたか)

株式会社ボストンコンサルティンググループ
プロジェクトマネージャー

- 1982年 東京大学工学部機械工学科卒業
- 1984年 東京大学工学部機械工学科修士課程修了
同課程修了後, 株式会社東芝入社
- 1990年 日本ピーターエー株式会社入社, 常務取締役
- 1994年 ハーバード大学経営学修士 (MBA) を取得
同年ボストン・コンサルティング・グループ (BCG)
東京事務所に入社
BCGにおいては医薬品企業, 業界団体等ヘルスケア
分野における数多くのコンサルティング・プロジェ
クトを手掛ける。
BCGグローバル・ヘルスケア・プラクティス・グルー
プ (研究専門委員会) のコア・メンバー

専門分野

最近のヘルスケア分野での様々なプロジェクト経験

- ・ 医家向医薬品
- ・ ポートフォリオ戦略
- ・ OTC
- ・ マーケティング戦略
- ・ 医療機器
- ・ 開発プロセス効率化

- ・流通業者
- ・医薬業界団体
- ・eビジネス戦略
- ・合併・統合
- ・パートナーシップ戦略
- ・薬価制度改革提案

余田 拓郎 (よだ・たくろう)

名古屋市立大学経済学部助教授

- 1984年 東京大学工学部電気工学科卒業
住友電気工業(株) 研究開発本部
- 1993年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士課程修了
- 1998年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科後期博士課程
単位取得
名古屋市立大学経済学部専任講師
- 1999年 博士(経営学)
- 2000年 現職

専門分野

マーケティング・マネジメント論, 経営戦略論

所属学会

日本商業学会, 日本消費者行動研究学会, 組織学会

主要著書および論文

- 『カスタマー・リレーションの戦略論』(白桃書房, 2000年)
- 『基本流通用語辞典』(宮澤永光監修)(共著, 白桃書房, 1999年)
- 『企業と活動』(共著, 泉文堂, 1998年)
- 『消費者関与』(共訳, 千倉書房, 1998年)
- 「患者による医療機関の評価メカニズム」(『オイコノミカ』 37(3), 2001年)
- 「老人保健・医療・福祉における複合化組織の評価 - 従業員と利用者の満足度調査に基づく考察 -」(『オイコノミカ』 37(1), 2000年)
- 「広告規制の緩和と消費者利益」(『経済学による医療政策の分析』日本医師会総合政策研究機構, 2000年)
- 「産業財における購買行動の類型」(『季刊マーケティング・ジャーナル』 17(2), 1997年)
- 「特許資産の戦略的活用 - その有効性の検証 -」(『経営行動』 11(1), 1996年)
- 「技術資産の形成活動に関する一考察」(『ビジネスインサイト』 4(2), 1996年)

佐藤 潔 (さとう・きよし)

順天堂大学医学部附属順天堂医院院長

- 1962年 順天堂大学医学部卒業
- 1963年 聖路加国際病院インターン終了

- 1967年 医学博士号受位
順天堂大学医学部外科学() 助手
University of Chicago 脳神経外科教室研究員
- 1969年 Max-Planck Institute for Brain Research
客員研究員
- 1970年 順天堂大学医学部脳神経外科講師
- 1971年 日本脳神経外科学会専門医試験合格
- 1974年 Northwestern University 脳神経外科助教授
Children's Memorial Hospital Resident (兼務)
- 1975年 米国脳神経外科専門医試験合格
- 1977年 順天堂大学医学部脳神経外科助教授
- 1988年 順天堂大学医学部脳神経外科教授
- 1996年 現職
- 1999 - 2000年 New York University, Wagner Graduate School of Public Service (AMPC 取得)

主要論文

- Brain Edema-A Study of Biochemical and Structural Alterations" (*Arch Neurol* 21 : 413-424, 1969)
- Recovery of neuronal function after prolonged cerebral ischemia." (*Science* 168 : 375-376, 1970)
- Comparison of tumor-associated surface antigens on cells from medulloblastomas and from other neoplasms of the human nervous system." (*Child's Brain* 4 : 83-94, 1978)
- Induction of cytotoxicity in human T cells coated with anti-gliomaXanti-CD3 bispecific antibody against human glioma cells." (*J Neurosurg* 72 : 476-481, 1990)
- Early experience with poly L-lactic acid bioabsorbable fixation system for paediatric craniosynostosis-Report of 3 cases." (*Acta Neurochir (Wein)*, 142 : 187-192, 2000)

学会活動および社会活動

- 第15回日本小児神経外科学研究会会長, 第10回日本脳神経外科コンgres会長, 第22回The International Society for Pediatric Neurosurgery 会長, 東京都特定機能病院医療連携推進協議会委員, 財団法人日本脳神経財団評議員, 財団法人東京都保健医療公社評議員, 文部省学術審議会専門委員, 日本脳神経外科学会運営委員, (社)日本私立医科大学協会 大学病院医療に関する委員会委員, (社)日本私立医科大学協会 病院部会運営委員会委員, 大学評価・学位授与機構大学評価委員会専門委員

大塚 宣夫 (おおつか・のぶお)

医療法人社団慶成会青梅慶友病院理事長
財団法人医療科学研究所理事

- 1966年 慶應義塾大学医学部卒業
- 1967年 同大学病院で実地修練終了

1967年 同大学医学部精神神経科学教室入室
1968年 財団法人井之頭病院出張
1971年 フランス政府給費留学生として渡仏
リヨン・パリにて精神薬理学専攻
1973年 帰国し井之頭病院に復帰
1978年 学位取得（医学博士）
1979年 井之頭病院を退職
1980年 青梅慶友病院を開設し同病院長に就任
1988年 同病院を医療法人社団慶成会の開設に変更し院長，
理事長に就任
2001年 院長を辞し，現職

主要著書

『老後・昨日，今日，明日』（主婦の友社刊，1990年）
『いきいき人生百科』（現代社会保険社刊，1991年）
その他論文，学会，講演多数

各種委員会等

老人の専門医療を考える会会長

介護療養型施設連絡協議会理事
日本医療機能評価機構評議員
社会福祉・医療事業団評議員
慶應義塾大学医学部精神神経科学教室非常勤講師

加賀見俊夫（かがみ・としお）

株式会社オリエンタルランド代表取締役社長

1958年 慶應義塾大学法学部卒業
京成電鉄株式会社入社
1972年 株式会社オリエンタルランド不動産事業部次長
1976年 同社不動産事業部長
1981年 同社取締役総務部長兼人事部長
1983年 同社常務取締役
1991年 同社専務取締役
1993年 同社取締役副社長
1995年 現職

『医療と社会』第11巻総目次

巻頭言	掲載巻(号)
「医療経営・管理学専門大学院」について	尾形 裕也 11(1)
ハンセン病訴訟と医療政策の課題	高木 安雄 11(2)
医療制度改革を考える	下村 健 11(3)
変化を拒絶する国	中川 洋 11(4)
特別寄稿	
米国医療用医薬品卸業界の構造変化	William R. Boulton 11(2)
特集論文	
(企業統治)	
< 論文 >	
欧米の企業統治と日本への意義	吉森 賢 11(1)
日本企業における企業統治システム設計の課題	青井 倫一 11(1)
製薬会社の所有状況の変容：平成12年調査	三戸 浩 11(1)
< ケース >	
武田薬品工業の企業統治	佐久間信夫 11(1)
メルク社	Jean-Pierre Jeannet・他 11(1)
アストラゼネカ社	Jean-Pierre Jeannet・他 11(1)
委託研究論文	
医薬品流通の構造と変化：卸再編成の意味と顧客起点への基軸移動の可能性	三村優美子 11(2)
研究論文	
生存時間分析を用いた入院医療需要の影響要因分析： 「椎間板障害」に対する一適用例	菅原 琢磨 11(2)
医療技術の価格指数作成とその利用に関する一つの試み：画像診断技術の場合	岸田 研作 11(2)
医薬品の価格規制と需要の再検討：循環器官用薬の実証研究	姉川 知史 11(3)
健康状態の自己評価に関する研究：国民生活基礎調査を用いた分析	本多 智佳・他 11(3)
研究ノート	
遺伝情報に関する規制の影響：遺伝子診断と私的保険市場	中島 孝子 11(2)
医療サービス流通の課題：流通理論導入の一試論	中村真規子 11(2)
病院における医薬品臨床試験（治験）のコストパフォーマンス 評価としての治験管理業務原価計算および分析	吉岡 俊正・他 11(3)

インタラクティブ・ヘルスコミュニケーションの現状と効果に関する研究：		
医療機関のホームページに関する意識調査とその現状	福田 吉治	11(3)
地域医療機関とのネットワーク構築：亀田総合病院の事例から	井上 淳子・他	11(3)
インターネット上の病院の情報発信内容に関する研究：		
病院のホームページは患者に何を伝えているのか	橋本栄里子・他	11(3)
講演録		
第11回シンポジウム		11(4)

「医療と社会」投稿規定

1. (財)医療科学研究所はエーザイ株式会社の創業50周年を記念し、厚生大臣の認可によって平成2年10月に設立されました。『医療と社会』はその機関誌です。
2. 本誌は本財団の目的・事業活動に該当する研究成果を広く募集します。投稿の範囲は以下のとおりですが、独創的、実証的な研究成果を歓迎します。なお、本誌に発表する論文等は、以下の対象テーマに該当し、いずれも他に未発表のものに限ります。
 - (1)医療に関する経済学的調査研究
 - (2)医薬品および医薬品産業に関する経済学的および経営学的調査研究
 - (3)医療とその周辺諸領域の学際的研究
3. 投稿者の専門分野は問いません。
4. 投稿者は、原則として原稿・抄録（和文、英文）・キーワード（和文、英文）入力済みのワードプロセッサーフロッピー1枚、審査用原稿1部を送付して下さい。なお、フロッピーおよび原稿は返却いたしません。
5. 原稿執筆の様式は執筆要領に従って下さい。
6. 投稿論文の掲載の採否は、本財団が委嘱する編集委員および査読員によるレフェリーにより決定し、その結果は原則として3か月以内に通知します。なお、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。不採用原稿は返却いたします。
7. 採用が決定した論文等の著作権は(財)医療科学研究所に属するものといたしますので、事前にお含みおき下さい。
8. 原稿の送付先、連絡先は以下のとおりです。

〒107-0052 東京都港区赤坂3-2-12 赤坂ノアヒル5F
(財)医療科学研究所 機関誌『医療と社会』担当
TEL 03-5563-1791 FAX 03-5563-1795

1. 原稿種別について

- (1)研究論文：独創的理論または実証的な研究成果を内容とし、目的、方法、結論、考察について明確なもの。
- (2)研究ノート：上記に比べ自由な形式に従ったもの。
- (3)書評：事業目的に関連する領域の図書の書評。

2. 本文

(1)原稿の形式

- a. A4ワードプロセッサ入力。
- b. 1行40字×36行、横書き入力。
- c. 表紙には以下を記入；題名、執筆者の氏名、所属、肩書、電話番号、ファックス番号、提出年月日（共同執筆者に関しては氏名、所属、肩書のみ記入）。また、執筆者（共同執筆者も含む）の略歴、専門、所属学会、過去の主要論文、著書を別紙に記入し、添付する。
- d. 抄録は和文（600字程度）、英文（250語程度、和文題名、抄録の英訳）を作成の上添付する。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定し、末尾に記載する。
- e. 項目分けは、章、節を用いず、数字、英字を用いる。使用順序は以下のとおりとする。

1. (1) a. (i)

(2)原稿の長さ

- a. 研究論文・研究ノート：18,000文字以内（400字詰め原稿用紙45枚以内）、英文の場合は5,000語以内。
- b. 書評：2,000文字以内（400字詰め原稿用紙5枚以内）、英文の場合は600語以内。

3. 図表

図および表はそれぞれ通し番号を付し、表題をつけ、出所を必ず明記の上、挿入箇所を論文欄外に指定する。標準的な図・表はA4半枚程度で400字相当とする。ただし、最終掲載の大きさは編集委員会の決定による。

4. 文献

(1)文献の引用

引用文献、参考文献は引用後の句点の前に、()内に執筆者の姓、発行年度を記入し、示す。

(例)

・・・である (Fuchs, 1978)。

・・・である (池上, 1992)。

なお、文の途中で引用する場合は、

池上 (1992) は・・・である。

・・・についてはFuchs (1978) が・・・である。

などのように、執筆者の姓の直後に () 内に発行年度を記入して示す。

・執筆者が複数の場合は、3名までは全員の姓を記し、それ以上の場合は筆頭執筆者のみあげ、後は「*et al.*」または「他」とする。

(Folland, Goodman and Stano, 1993)

(Strosberg *et al.*, 1992)

(中西・鶴田, 1997)

(池上 他, 1998)

・ ページ, 章などを特記する場合

(Folland, Goodman and Stano, 1993, 367-368)

(池上, 1992, 1章)

・ 引用が複数の場合

(Folland, Goodman and Stano, 1993; 池上, 1992, 1章)

・ 引用に記述を加える場合は注を利用する

本文中は「・・・である^{注1)}。」とし、

脚注, 後注にて, 「^{注1)} については (池上, 1992) を参照のこと。」と記述。

(2)参考文献表

引用文献, 参考文献は本文の末尾に一括して掲げる。欧文, 和文の文献に分け, それぞれ執筆者3名程度をアルファベット順, あいうえお順に並べる。同一執筆者の文献が複数ある場合は, 発行年の古いものより並べる。

a. 単行本の場合

【欧文文献】 執筆者名 [筆頭執筆者は姓, 名の順] (発行年) 書名 [斜体]. 出版地: 出版社.

例 Folland S, Goodman AC, and Stano M (1993) *The Economics of Health and Health Care*. New York: Macmillan Publishing Company.

(単行本中の論文の場合)

Stankiewicz R (1992) "Technology as an Autonomous Socio-Cognitive System," in *Dynamics of Science-Based Innovation*; ed. by Grupp H. 19-72; Berlin: Springer-Verlag.

【和文文献】 執筆者名(発行年) 『書名』 出版社

例 池上直己 (1992) 『医療の政策選択』 勁草書房

(単行本中の論文の場合)

中西悟志, 鶴田忠彦 (1995) 「製薬産業の経済分析」 鶴田忠彦編 『日本の医療経済』 181-187, 東洋経済新報社

b. 雑誌掲載論文の場合

【欧文文献】 執筆者名 [筆頭執筆者は姓, 名の順] (発行年) "論文名," 雑誌名 [斜体]. 巻(号): 頁-頁.

例 Fuchs VR (1978) "The Supply of Surgeons and the Demand for Surgical Operations," *Journal of Human Resources*. 13 (suppl): 35-56.

【和文文献】 執筆者名(発行年) 「論文名」 『雑誌名』 巻(号): 頁-頁

例 川淵孝一(1997) 「日本の医薬品卸業の経営実態に関する研究」 『医療と社会』 7(3): 25-52

5. 注について

文中記述箇所に対する見解その他を文章でつけるときは, 文中の当該箇所の右肩に^{注1)}のように番号をふり, 欄外に番号順にならべる。また, 引用文献, 参考文献に記述を加える場合も注を利用する。

Contributing to *Iryo To Shakai* (Journal of Health Care and Society)

1 . The Health Care Science Institute was established in October 1990, under the authority of the Minister of Health and Welfare, in commemoration of the 50th anniversary of Eisai Co., Ltd. *Iryo To Shakai* is the official journal published by the Institute.

2 . The Journal welcomes contributions from research studies over a wide area which correspond to the aims and activities of the Institute. The area of scope of contributions includes : (1)Economic research on medical care (2)Economic and / or administrative research on drugs and / or the pharmaceutical industry. (3)Interdisciplinary research on medical care and related fields. Original and documented research is most welcome. The Journal accepts papers that have not been previously be published.

3 . There is no restriction as to the specialty of the contributor.

4 . In principle, a contributor will need to forward the manuscript, an abstract (both in Japanese and English), one word processor diskette with the keywords (both in Japanese and English) included, and a copy of manuscript for review. The diskette and manuscript are non-returnable.

5 . The form of the manuscript should follow the "Guidelines for Writing".

6 . The official review board (the editorial committee and manuscript reviews) will decide on which contributions are accepted to the Journal, and, their decision will be conveyed within 3 months to the applicant. Alterations of the original may be required based on the counsel of the editorial review. Manuscripts that are not accepted will be returned.

7 . The copyrights of all accepted papers and other materials will belong to the Health Care Science Institute.

8 . The contact address for contributions is : Manuscript Submission, *Iryo To Shakai*, The Health Care Science Institute, Akasaka Noa Bldg. 5F, 3 - 2 - 12 Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107-0052 ; Phone 03-5563-1791, FAX 03-5563-1795

Guidelines for Writing : *Iryo To Shakai*
For English Version
(Journal of Health Care and Society)

1 . Type of manuscripts :

- (1) Research papers : The contents should be original, documented and theoretical with the purpose, method, and conclusion clearly stated.
- (2) Research note : More flexible format than (1) above.
- (3) Book review : On books concerned with related areas of the Institute's activities.

2 . Text

(1) Form of manuscript

- a . A4 size by word processor
- b . 40 letters per line × 36 lines
- c . Coversheet should include : title, name of author(s), name of affiliate organization, phone number, fax number, filing date. For collaborator(s), name, and name of affiliate organization should be indicated. Brief personal record for all the authors including affiliated academic society, specialty, list of major paper(s) and/or books written should be attached to the manuscript.
- d . The abstract in English (about 250 words) and in Japanese (with about 600 letters ; translation of the title and abstract) should be attached. Keywords (within 5 words) each in English and Japanese should be attached at the end of the manuscript.
- e . Items should be shown as 1., (1), a. (i), and used in this order, instead of using chapters or sections.

(2) Manuscript length

- a . Research papers / Research note : 5,000 words.
- b . Book review : 600 words.

3 . Tables and Figures

The serial number and title should be attached to each table and figure with the place to be inserted specified in the margin. The standard size for tables and figures is about half A4 size. However, the final size to appear in the Journal will be decided by the editorial committee.

4 . Reference documents

(1) Quotations and references

- Quoted and referenced works should be indicated in running text or at the end of a block quotation. Author's last name and the year of publication should be indicated.
..... (Ikegami, 1992). *Or* Ikegami (1992) points out.....
- For works by three authors, the names of all of them should be indicated. For one by more than three, the name of the first author followed by *et al.* should be indicated.
(Folland, Goodman and Stano, 1993)

- When indicating specific chapter or page ;
(Folland, Goodman and Stano, 1993, 367-368)
(Ikegami, 1992, ch. 1)
- When indicating several quotations or references ;
(Folland, Goodman and Stano, 1993 : Ikegami, 1992, ch. 1)
- When adding explanation to quotations or references, use footnotes or endnotes.
Indicate a number such as ¹⁾ at the upper position of the quoted part in the text ,
add explanation in the footnotes or endnotes.
In the text,
.....has been investigated.¹⁾
In the footnote or endnote,
¹⁾ For....., see (Ikegami, 1992).

(2) Reference list

A list of quoted works and references should be attached at the end of the manuscript. The list should be in alphabetical order. For works by the same author, chronological order should be employed. Each work should appear as the following examples :

a . Books :

Include these elements, Name of Author (Year of publication) *Title* , Place : Publisher. For a work by more than three authors, indicate the names of the first three followed by *et al.*

(Example)

Folland S, Goodman AC and Stano M (1993) *The Economics of Health and Health Care*. New York : Macmillan Publishing Company.

(Work in collective volume)

Stankiewicz R (1992) "Technology as an Autonomous Socio-Cognitive System," in *Dynamics of Science-Based Innovation* ; ed. by Grupp H. 19-72 ; Berlin : Springer-Verlag.

b . Journals

Include these elements, Name of Author (Year of publication) Article title," *Journal title*. Volume (Number) : Pages. For a work by more than three authors, indicate the names of the first three followed by *et al.*

(Example)

Fuchs VR (1978) "The Supply of Surgeons and the Demand for Surgical Operations," *Journal of Human Resources*. 13 (suppl) : 35-56.

5 . Note

In the case that there are references to opinions and / or explanations in the text to be attached, a number such as ¹⁾ should be placed on the referred part in the text, and the sentences should be written in the margin in numerical order. Use notes for adding opinion and explanation to quotations and references.

財団法人 医療科学研究所からのお知らせ

第11回（平成13年度）研究助成受領者およびテーマ

第11回（平成13年度）研究助成募集は2001年10月に全国の文科系大学・大学院（経済，法学，商学，経営学，社会学など），医学部・医学系大学院，看護大学、研究所を含め総計227大学，24研究所・研究センターに募集要項を送付し，61件の応募があり，選考委員会にて審査の結果，次の10件に研究助成，総額500万円を贈呈することになりました。受領者は以下の方々です。

1. 「医師の診療科目偏在に対する研究」
真野俊樹
(名古屋大学医学部医療情報部 客員研究員/法政大学経営大学院 後期博士課程)
2. 「米国の現状把握に基づく本邦独自の探索型医療研究 (translational research) の構築」
前田 浩 (京都大学大学院生命科学研究科高次生体統御学講座大学院生)
3. 「大学附属病院と地域医療機関とのネットワークシステムの構築」
山本浩司 (大阪大学医学部附属病院総合診療部 助手)
4. 「搬送時間短縮のための救急車両と医療施設の配置計画に関する研究」
鈴木 勉 (筑波大学社会工学系 講師)
5. 「医療費自己負担総額の推計と国際比較に関する研究」
小川俊夫
(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療経済学分野 博士後期課程)
6. 「わが国のリプロダクティブ・ヘルスケアの質：人工妊娠中絶・流産・死産に関する社会人口学的研究」
水野直子 (Cornell University 博士課程・研究助手)
7. 「手術を受けるがん患者のSense of Coherence (首尾一貫感覚) を高めるための看護介入に関する研究」
小西美ゆき (千葉大学看護学部 文部科学教官・助手)
8. 「施設サービスの質の家族による評価とその関連要因についての研究」
深堀浩樹
(東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学分野 修士課程)
9. 「医師の非言語的コミュニケーション行動の評価方法開発に向けての予備的検討」
高山智子
(東京大学大学院医学系研究科生物統計学/疫学・予防保健学分野 リサーチレジデント)

10. 「新しく開発されたリウマチ治療薬 Etanercept に関する費用－便益分析の研究」
太田久彦（日本医科大学医学部医療管理学教室 講師）

< 編集委員会 >

編集委員長	財団法人医療科学研究所 研究所長 慶應義塾大学名誉教授	片岡 一郎
編集委員	大阪大学名誉教授 慶應義塾大学名誉教授 日本医科大学常務理事 横浜国立大学経営学部教授 学習院大学経済学部教授 京都大学経済学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 慶應義塾大学医学部教授	稲田 獻一 村井 俊雄 岩崎 榮 吉森 賢 南部 鶴彦 西村 周三 田中 滋 池上 直己
編集幹事	国立社会保障・人口問題研究所研究員 慶應義塾大学医学部専任講師 上智大学経済学部専任講師 東京女子医科大学看護学部教授	泉田 信行 池田 俊也 青木 研 金井 Pak 雅子

医療と社会 Vol.11 No.4 定価 2,000円 (内税)

平成14年3月29日印刷

平成14年3月29日発行

発行人 財団法人 医療科学研究所

理事長 森 亘

発行所 財団法人 医療科学研究所

〒107-0052 東京都港区赤坂3-2-12

赤坂ノアビル5階

TEL 03-5563-1791 FAX 03-5563-1795

Journal of Health Care and Society
Vol.11 No.4 2002

Contents

Preface

Hiroshi Nakagawa

• The 11th Symposium Document 1

The Health Care Science Institute

ISSN-0916-9202