

医療業界の最新トレンドと未来 ～2010年度診療報酬改定から新成長戦略まで～

川越 満

CSD ユート・ブレーション事業部 “コンサナリスト” パーソナルモチベーター



川越 満
(かわごえ みつる)
CSD ユート・ブレーション事業部
“コンサナリスト”
パーソナルモチベーター



講師経歴

1970年 神奈川県横浜市生まれ
1994年 米国大学日本校を卒業
株式会社ユート・ブレーション入社
医薬品業界向け情報誌の編集長

現在は、コンサルタントとジャーナリストの両面を兼ね備える「コンサナリスト」(商標登録済)として、講演活動、書籍の出版プロデュースなどに携わっている。

講演の対象は MR 志望の学生から製薬企業の幹部、病院経営者まで幅広い。受講者のニーズに合わせ、“今日からできること”を必ず盛り込む講演スタイルが好評。とくに MR 向けの研修では圧倒的な支持を受けており、受講者から「勇気づけられた」「聴いた内容を早く実践したい」という感想が数多く届く。現在は、「シェア・オブ・マインド」(医療従事者の心のシェア)を獲得することが、中長期的な売上増に貢献するという“世界観”を医薬品業界に浸透させるために、日夜、シェア・オブ・マインドのマインドマップと格闘している。

特技は“本物の商品づくり”と“セルフ・ブランディング”

ミッションは
「有益なコンテンツを提供することを通じて医療人の QOWL(クオリティーオブワークライフ)を向上させること」

【主な著書】

- ◆『制度知識で他社 MR に差をつける33の Q&A』
2003年9月発行
- ◆『<イラスト図解>病院のしくみ』
2005年2月発行
- ◆『よくわかる医療業界』
2006年3月発行
- ◆『最新<業界の常識>よくわかる医療業界』
2010年3月発行
- ◆『最新 医療費のしくみ』
2010年4月発行
<2010年度診療報酬改定・明細書発行義務化に完全対応!>

はじめに

ただいまご紹介に預かりました、CSDユート・ブレン事業部の川越と申します。(資料1)

地上デジタルBS放送完全移行化まで368日というお忙しい中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。今日は満席ということだったんですが、非常に暑いので、恐らく1割くらいの方がここまで辿り着けないのではないかと感じていました。案の定、10人くらいの方がまだお見えになってないようです。脱水症状で危険な目に遭わされていないかと心配しております。今日の話は非常に多岐に渡ります。ここにはいろいろな職種の方が来られていますが、得意先はおそらく病院や薬局だと思います。この話を聞いたあとは、そういうチームの一員に入りたくて仕方がなくなると思います。帰る途中、明日からの仕事の中でどうしたら自分はそのチームに入れるだろうかと自問自答する日々がはじまるのではないかと感じます。

今日のテーマは、『医療業界の最新トレンドと未来』です。先ほど過分なご紹介をしましたが、ここにお呼び頂いたきっかけは3月末に出版された『よくわかる医療業界』の最新版にあります。前回呼んで頂いたのはちょうど4年前で、『よくわかる医療業界』の古いバージョ

ンが出たときでした。当時と今ではこのセミナーの担当者が変わったのですが、やはりこの本は非常にわかりやすいということで、今回もお呼びいただきました。

私の仕事は主に、製薬企業の営業の担当であるMRさん向けに講演や研修をさせて頂いていますが、たまに病院の関係者にもお話をさせて頂きます。お手元の資料は1週間前に提出をしたものです。私が若い方、新人・中堅の営業の方への研修で必ず申し上げるのは「毎日1ミリの努力をなささい」ということです。「もう一つ努力できることは何かを常に自問して、仕事に当たって欲しい」ということです。私自身、それを人に言うだけでは駄目ですから、1週間前に資料を出してから、こつこつといろいろなものを加えたり、削ったりということを繰り返しました。そのため、若干、お手もとの資料には入っていない話も出てきますが、ご容赦頂きたいと思います。

私の勤務先の社名はセジテム・ストラテジック・データと言って、フランスに本社のある外資系です。もともとユート・ブレンという日本の小さな会社だったのですが、2003年にアメリカの企業に買収され、そのアメリカの企業が2007年にフランスの企業に買収されました。もともとは30名くらいの会社でしたが、いまや

自己紹介

川越 満(かわごえ みつる) コンサナリスト® & パーソナルモチベーター

1970年、神奈川県横浜生まれ。1994年米国大学日本校を卒業後、製薬企業向けのコンサルティングを主業務とするユート・ブレン(株)に所属。コンサルタントとジャーナリストの両面を兼ね備える「コンサナリスト」(商標登録済)として、講演活動、書籍の出版プロデュースなどで活躍中。医療・医薬品業界のオピニオンリーダーとして、朝日新聞夕刊の『凄腕つとめにん』、マイナビ2010『MR特集』、女性誌『anan』など数多くの取材を受けている。講演の対象はMR志望の学生から製薬企業の幹部、病院経営者まで幅広い。受講者のニーズに合わせ、“今日からできること”を必ず盛り込む講演スタイルが好評。とくにMR向けの研修では圧倒的な支持を受けており、受講者から「勇気づけられた」「聴いた内容を早く実践したい」という感想が数多く届く。現在は、「シェア・オブ・マインド」(医療従事者の心のシェア)を獲得することが、中長期的な売上増に貢献するという“世界観”を医薬品業界に浸透させるために、日夜、シェア・オブ・マインドのマップと格闘している。

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.scesaa.net/>

資料 1

メディカル業界では世界ナンバーワンのSFA、セールス・フォース・オートメーションの会社の一部門になったという、非常にM&Aの荒波に巻き込まれているわけです。今回はフランスの会社ということで、フランス料理のフルコースになぞらえて、本日のアジェンダを考えてまいりました。

まずは、本日の食前酒です。最近、国際モダンホスピタルショーというのがありましたが、そこで話題になったのが、iPadです。私も買いましたが、非常に可能性を持ったツールだと思います。「iPhoneと何が違うのか」という質問をよく受けますが、iPhoneは一人で楽しむものの、一人でデータを見たりするものという感じですが、iPadは、営業マンがお客様に見せながら説明するのに優れています。iPadは、一人の患者さんのデータを「みんなで独り占めできる」ツールです。みんなで独り占めするのは、日本語としてはおかしいのですが、iPadで全員が一人の患者さんのデータを独り占めできるという、ひと言で言うと、そういう類のツールです。

次に、オードブルです。夢やビジョン、哲学は、医療業界で働くには、とても重要な概念になります。そしてスープが、新成長産業と医療産業。メインの魚料理では、これからの医療人に必要な「7つの眼」についてご紹介します。前日も7つの眼をご紹介しましたが、4年前からかなりバージョン・アップしています。それからメインの肉料理では診療報酬改定のポイントについて。これは少し前にこの場でお話があったとのことですので、今日は余り詳しくご紹介しません。そして、サラダがDPC。これが医療のすべてを変えつつあります。チーム医療と医療連携に皆さんが加入できるか否かで、業績にもモチベーションにも関わってくると考えています。

最後は、ウサギと亀とビジネスの話です。たぶん何のことかさっぱりわからないかもしれませんが、お楽しみ頂ければと思います。(資料2)

夢・ビジョン、そして哲学

医療人の階段：あなたが売っているもの

4年前、こちらで講演をしたとき、医療は安心産業である、医療は希望産業であるというお話をしました。皆さんの工場では薬や医療機器、食品など、いろいろなサービスに対応する製品を作っていると思いますが、それが患者さんの手に渡った瞬間、希望という商品に変わる、という話でした。4年前、その話が多くの方の共感を得て、「売っているのは希望です」といったフレーズで様々なCMに使われるようになりました。恐らく広告代理店の方が、私の古いバージョンの『よくわかる医療業界』を読んでもらったのだと思います。広告代理店は、そこで何億ものフィーを得たと思います。私は何ももらっていませんが、評価されたことは嬉しく思います。

新人の方に、医療は希望産業であるということの説明するのによく使うのが、資料3の医療人の階段です。一番下は、自分の製品や情報を売っているのだという概念です。これがもう少し高くなると、治療の選択肢を提供しているという概念になります。その上が、医師や医療機関、患者さんから喜ばれるようにサポートしている、これまでできなかった治療法やジレンマを解消する役割を持っているという概念です。そして、もっと上になると、私が4年前に提唱し

本日のメニュー

- 1.食前酒 ⇒ iPadネタ~1人のデータをみんなで独り占め
- 2.オードブル ⇒ 夢・ビジョン、そして哲学
- 3.スープ ⇒ 新成長戦略と医療産業
- 4.魚料理 ⇒ これからの“医療人”に必要な『7つの眼』
- 5.肉料理 ⇒ 2010年度診療報酬改定のポイント
- 6.サラダ ⇒ DPCが“ルール”を変えた
- 7.デザート ⇒ チーム医療と医療連携
- 8 コーヒー
または紅茶 ⇒ ウサギとカメとビジネス



©川越謙@“コンサナリスト”
<http://consunalist.seesaa.net/>

資料2

た、国民や患者さんに安心と希望を売っているのだという概念になります。さらに、最上のものがあります。それは、失われるはずだった大切な時間を売っているという概念です。例えば、リウマチの患者さんだったら、薬や治療で痛みのない時間が訪れるため、新しい薬や治療によって今までだったら得られなかった痛みのない時間が提供できるということです。ここまで来たら、医療人としては優秀な心構えです。今日この会場には上に立つような人が多く集まっていますので、若い人にぜひこの概念を植えつけて頂きたいと思います。

韓国の小説に『カシコギ』というのがあります。その中に強烈なインパクトを与える言葉がありました。「あなたが虚しく過ごしたきょうという日は、きのう死んでいったものがあれほど生きていと願ったあしただ」という言葉です。皆さんが生きている今日は、昨日亡くなった人がどうしても生きてかかった日だという、非常に素晴らしい言葉だと思えます。まさにこの一番上の、失われるはずだった時間を売っているという概念に当てはまると思えます。(資料3)

国際モダンホスピタルショーの話に入ります。参加された方は何人かおられると思いますが、このショーで代表の方が語っていたのは、これからは病院、地域、医療、福祉、関連業種など、チーム医療が大事だということです。まさにチームに入れるかどうかが、病院の方はもちろん、病院や薬局の先生方をお客様とする事業者にとっても非常に重要な概念になってきました。チーム医療というものが今日の大きなメッセージの一つです。(資料4)

また、国際モダンホスピタルショーの中で、私が4時間くらい足が棒になるほど取材したのが、iPadの活用についてです。iPadはこの5月末に発売されたばかりですから、ソリューションとしてはまだまだ少ないのですが、いくつかの提案がなされていました。例

えば、薬剤師さんが病棟業務の際に患者さんに薬の説明をする。あるいは患者さんからこの薬にはどういった副作用があるのかと聞かれた時に、iPadでその薬名をポンと押すと、データベース上でその薬の情報が全部見られるというものです。または、糖尿病とはこういうものですよと、iPadを通じて説明できるという概念のサービスもありました。ナースコールがあるとiPadを通じて、その患者さんのバイタルな情報が全部見られるという介護支援や、看護師さん向けの研修での活用例も紹介されています。例えば、今日の資料は紙で配られていますが、こういうものを全部iPadに入れて、そのiPadの上からメモやアンダーラインを入れる

医療人の階段:あなたが売っているもの

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consanalst.secsaa.net/>

資料 3

国際モダンホスピタルショー2010
INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW2010
いのちの輝きを! 明日に架ける健康・医療・福祉

7月14日(水)~
7月16日(金)
東京ビッグサイト

「挨拶した日本病院会の堺氏は「医療をめぐる環境は厳しい状況が続くが、現場の医療は停滞は許されない。今回の展示・セミナーでもチーム医療に関連した企画があるが、これからは、**病院間、地域、医療と福祉、関連業種などチーム医療が重要だ**。これからの日本の医療を支えるのは関係団体とのチーム医療であり、ホスピタルショーが情報共有、意見交換の場となることを期待している」と述べた。」

Source:<http://www.innervision.co.jp/hs2010/opening/index.html>

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consanalst.secsaa.net/>

資料 4

こともできるのです。iPadにはキーボードが内蔵されていますので、タッチパネルでメモも入れられる。こうした点が非常に好評を得ているということです。しかし、一番多かったのは、電子カルテのビューワーとしての役割です。とにかく立ち上がり早いということもあって、患者さん一人の情報をすべての医療人が独り占めできるという利点があります。いちいちどこかに行かないといけないのではなくて、自分が持っているiPadで見たり、コメントを入れたりできます。iPadの活用法で私が個人的に一番驚いたのは、老人ホームでの活用例です。それは、自費で歯ブラシやタオルやジュースなどを買った場合、その会計を証明するのが非常にややこしかったのが、iPadを使うことによって、指でサインをしてもらうだけで購入の証明となり、そのデータが電子カルテに保存されるという活用法です。iPadはまだ5月に発売されて1か月半という状況ですから、次回2011年のホスピタルショウでは、もっと新しいソリューションが出てくると思います。

今回、なぜこういうiPadの話をしたかという、私どものお客さんである製薬企業のMRからも、こうした相談のメールが来るからです。MRの担当先の消化器内科でも、ドクターはお金を持っていますから、自分でiPadを買うわけ

です。そして、買ったのはいいけれど、使い方がわからないから教えてほしいという場面が出てくるわけです。「私はiPadのことがわかりません」と言ったら、そこでコミュニケーションが遮断されてしまいます。だから、こういう情報はぜひ取っておいて欲しいと思います。

(資料5)

話がずれますが、僕が好きな島田紳助さんがNSCという吉本の学校で、4～5年前に一回だけ「売れる芸人の法則」について伝説のレクチャーをしたそうです。その時に話していたのが、XY理論です。興味のある方はこの内容が収められている『紳竜の研究』という、お笑い芸人だけでなく、ビジネスマンにも多数見られているDVDがありますので、ぜひ観て頂きたいと思います。このXY理論というのは、Xが自分の強みやセールス・スキルで、Yが世の中の笑いの流れです。先ほどのiPadの例で言うと、Yは新しいツールの登場によって今後どう医療が変わっていくのかという流れですね。そして、どんなに強みがあっても、こういう流れに沿わないと、お笑い芸人もそうですし、我々も長く人気を得ることはできないということ、島田紳助さんは言っています。一発芸人は、たまたま当たった時がある。世の中の流れにちょうど乗った時がそうであると。しかし、その時、笑いが

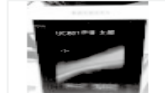
国際モダンホスピタルショウ2010より



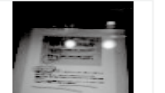
koizumi&mitanisan.jpg



インフォコム薬剤師の病棟業務にiPad.jpg



シスコ看護支援iPad.jpg



システム・テクノロジー・iPadで研修支援.jpg



トライフォー院内でのiPad画像参照.jpg



フォーディーメディカル電子カルテのビューワーとして...



ユニシスiPadで問診録36ヶ月国語に対応.jpg



電子カルテのビューワーとして.jpg



老人ホームなどの自費清算にiPadを使用。サイン...

私の担当先でも消化器内科の肝臓GがiPadを導入して、買ったはいいけど使い方がわからないから教えてと言われました。具体的な医療現場での活用方法をいろいろ知りたいです。

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.seesaa.net/

資料5

取れたからといって、ずっとそのネタを続けていると、Yから外れてどんどん売れなくなってしまうという話です。ですから、島田紳助さんであったり、明石家さんまさんであったり、北野武さんというのは、自分の強みをすべて世の中の笑いの流れに合わせている。どんなに素晴らしい若手芸人が出てきても、全く恐くないということ、このDVDの中で話しているわけです。(資料6)

サッカー日本代表の岡田監督がつくった フィロソフィー

今度は夢の話です。成長戦略や計画したプランがうまく行く場合と行かない場合があるのはなぜでしょうか。ここでは、夢を例としてお話いたします。見た人は少ないと思いますが、空飛ぶ自動車のニュースがありました。私は、こう見えても40歳で、先月から介護保険料を取られてがっかりしているのですが、子どもの頃、5歳とか6歳のとき、21世紀の未来には車が空を飛んでいると思い込んでいました。私と同世代の方は、共感していただけるでしょう。当時、21世紀には自動車は空を飛んでいると言われていました。では、なぜ想像されていたことが全く実現しなかったのでしょうか。それは、技術的な問題というよりも、車が空を飛ぶことを本当は誰も望んでいなかったからではないかと考えています。渋滞のとき以外は、車が空を飛んだらいいのと思う人は、ほとんどいないと思うのです。だから今、車は空を飛んでいない。基本的に望まれないものは、どんなに計画しても、全く実現しないということをお前提としてお伝えしたいと思います。どんなに自分が素晴らしい企画や事業を考えても、現実的に誰もそれらを望まなかったら、実現しないという話です。

しかし、夢を実現した人がいます。これはスポーツの話ですが、「僕は大人になったら、世界一のサッカー選手になりたい」というより、「なる」という主張をした小学生がいました。なりたいたいのではなく、なる。ここが一流に

なる選手の違いだと最初に思いました。「世界一になるには、世界一練習しないとダメだ。だから今、僕は頑張っている。今、下手だけど、一生懸命練習すれば、必ず世界一になる」。この人は、ワールドカップに出る、ヨーロッパのセリエAのチームに入団する、年俸は40億円欲しい、と明言しています。そして実際、この人はワールドカップで活躍したり、セリエAからオファーが来ています。その人物は誰かというと、皆様おわかりの通り、本田圭佑選手ですね。これは夢は現実で努力すると必ず実現するという一つの例です。成長戦略とは関係ありませんが、強く望むことによって、また根拠を作ることによって、夢は実現していくものなのです。

実は、ワールドカップの2カ月くらい前に、ある医療業界の会に、シークレットで岡田監督が講師として来てくれました。当初は更迭問題などもあったので、本当にこんな騒ぎの中、岡田監督は来るのだろうかと思っていたのですが、私を含めて20人くらいの集まりの中にお越し頂き、監督と名刺交換までさせて頂きました。そして、講演を聴いていたら、この人はテレビで見ると全然印象が違っていたと思います。哲学がすごいのです。私がこの資料を作ったときは、ワールドカップが終わったら、この資料は見せられないと思っていました。3連敗したら説得力がないからというのがその理由ですが、見事決勝トーナメントに出たので、今日こうしてお

芸人が売れる“手段”とは

X

自分の戦略



と

Y

世の中の笑いの流れ

©川越満@“コンサルリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 6

示しできるわけです。

彼は最初にフィロソフィーを作ったそうです。そのフィロソフィーは「Enjoy」から始まります。まずサッカーを楽しみなさい。それから「Our team」、自分のチームを大切にみなさい。「Concentration」、一つのプレーに集中みなさい。「Do your best」、常にベストを尽くみなさい。「Improve」、常に改善してよりうまくなるようにみなさい。そのために「Communication」、チーム同士、コミュニケーションを取りみなさい、というものです。帰国会見の様子を見て、この通りになっていると私は思いました。まさにフィロソフィーが選手たちの中に脈々と流れていたのです。企業経営もそうですが、やはりこれは大切なことです。病院、薬局の中で、こういうフィロソフィーがあることが大切だと思います。岡田監督については、キャッチ・フレーズ、ここだけが話題でしたね。失敗しても怒るわけでもなく、「そのプレーでベスト4に行ける？」と、選手同士が言い合っていたと。本来、実力としては、参加国の中で一番弱いと言われていた日本が、なんとベスト16まで行ったというのは、こういう岡田監督のフィロソフィーと、キャッチ・フレーズが非常に大きな影響を与えたのではないかと思います。(資料7)

新版『よくわかる医療業界』の「はじめに」をご覧になった方は、『ノー・カントリー』という

アカデミー賞作品賞を獲った映画のことを読んで頂いたかと思います。改めて簡単にご紹介しますと、この『ノー・カントリー』という映画のストーリーは、非常にバイオレンス度の高いものです。麻薬取引のギャング同士のもつれから、撃ち合いが始まり、ギャングたちが砂漠の中で瀕死の重傷を負ってしまいます。そこに主人公が通りかかって、そのギャングのお金を持ち逃げするのですが、そのお金には発信機が付いていて、殺し屋が主人公をどんどん追い詰めていく。その間に、主人公に関連する人が次々と殺し屋によって殺されて行くわけです。もう一人の主人公が、缶コーヒーのCMで有名な、トミー・リー・ジョーンズさんが扮する保安官です。彼はこの殺し屋と一触即発の場面に出くわすのですが、運よく死なない。最後、トミー・リー・ジョーンズさんが定年を迎えて、保安官を引退する時に、自宅で奥さんと喋りながら、非常に悲しそうな顔をしている。奥さんに邪魔にされているわけですね。そして、彼の悲しそうな表情とともに映画が終わるといふ、訳がわからないストーリーです。一体この映画はどうなっているんだと思って、原題を見たら、なるほどと思いました。『ノー・カントリー・フォー・オールドメン』というタイトルなんです。訳すと、「高齢者に居場所はない」というふうになります。危険な場面を乗り越えて、アメリカで長生きしても、高齢者にとっては幸せな状態には

サッカー日本代表の岡田監督が つくったフィロソフィー

- Enjoy
- Our team
- Concentration
- Do your best
- Improve
- Communication



「そのプレーでベスト4に行ける？」が合言葉に

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料7

ならないということ、監督であるコーエン兄弟は映画によって示したわけです。その意味がわかったときに、これは日本でも全く一緒だと思いました。今はまだいいかもしれませんが、私が70歳、80歳まで生きると考えると、恐ろしいですね。長生きしたい社会になっているかという、残念ながらならない。制度にも期待しますが、我々が、どういうビジネスを展開して、高齢者に優しい社会を作っていくか、それが皆さんにお願いしたい一つでもあります。私たちが年を取って生きたいという社会を皆さんと作っていきたいと思います。そのきっかけとなるのが、2012年という節目です。2012年はマヤ文明では、終末期と言われています。子どもの頃、私が怯えていたのは、1999年に地球が滅亡すると言われたノストラダムスの大予言です。それが無事に過ぎて本当に良かったと思っていますが、今度は2012年です。今、その2102年の終末期を描いた映画がたくさん発表されています。(資料8)

医療的には2012年というのは、診療報酬改定と介護報酬改定が同時に行われ、さらに新たな医療計画が策定されて2013年から始まるという革新的な、ある意味新しい次元を迎える年となります。その2012年の区切りの前後に、これからいろんな制度がスタートします。その波をどうやって渡っていくかが我々の課題です。(資料9)

政策もそうですが、ビジネスも絶対に間違った決断をしてはいけません。特に経営者の方は、意思決定が仕事ですから、その意思決定が絶対に間違っていないという時に、私がいつも眺めているのが日本橋です。会社が日本橋にあるので、毎日、日本橋を

眺めています。地方の方や外国人の中には、川に掛かっている橋が日本橋ではなくて、上に掛かっている高速道路が日本橋だと思っている人が結構います。この高速道路は私の兄が生まれる前年の昭和38年、東京オリンピックの1年前に、開通してしまいました。私は映画『オールウェイズ〜三丁目の夕日』で、高速道路が走っていない日本橋を見ました。その時に、こんな美しいものの上に、こんなものを掛けてしまったのかと。こうした間違いが、政策では起こりうるんですね。ビジネスでもそうです。これは

ノーカントリーと2012




©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.secsaa.net/

資料 8

今後の制度改正等の見通し

	平成二十二年 2010年度	平成二十三年 2011年度	平成二十四年 2012年度	平成二十五年 2013年度
医療介護	診療報酬改定 周産期医療体制整備計画の策定	高齢者医療制度改革 医療・介護改革 新たな介護保険事業計画の策定	診療報酬・介護報酬同時改定 新たな医療計画の策定	新たな高齢者医療制度開始
子育て	子ども手当支給(22年度分)	子ども手当支給(23年度以降) 次世代育成支援のための包括的・一元的な制度の改革		次世代育成支援のための包括的・一元的な制度開始
雇用年金	雇用保険制度の機能強化 新年金制度の設計	求職者支援制度の創設		新年金制度の法案提出・成立

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.secsaa.net/

資料 9

人災としか言いようがありません。この高速道路をなくすのに4千億から5千億円も掛かると言われています。こういうものを見ながら、いつも、過ちをしてはいけないと思っているわけです。医療政策では、1983年に医療費亡国論という論文が出ました。決してすべてが間違っているわけではないのですが、考え方は間違っていないでも、やり方を間違えると、日本橋の上に高速道路を通してしまうような間違いを犯すという戒めとして、皆さんにお見せしました。

(資料10)

民主党の医療政策には、社会保障制度の安定などいろいろあります。しかし、過去の自民政権もそうでしたが、残念ながら産業政策という意味では、これまで医療関係には非常に疎かったようです。医療に対する関心が低い。それは自動車産業に比べて、非常に額が小さいということもあります。そのため、関心が低かったのですが、実際には、医療ほど大きな成長を期待できるマーケットは他にはほとんどありません。そういうこともあって、民主党政権でも医療にもようやく本腰を入れてきたようです。ただ、参議院選であれだけ負けてしまったので、どうなるかはわかりませんが、特に民主党が気にしているのが、勤務医対策です。これはのちほどお話します。

新成長戦略と医療産業

満足度(2005年)別にみた

新薬の開発状況(2009年5月時点)

新成長戦略の話に入ります。ライフ・イノベーションによる健康国戦略、これが私どもの業界に関連するものです。そして、グリーン・イノベーション。環境問題やアジア戦略、観光立国、ITといったライフ・イノベーション以外のものに関して、本当にほかの国に勝てるのでしょうか。アジア圏内でも、ほかの国に勝てないのではないかと私は思います。本当に成長できるかどうか分からない。環境で50兆円の市場を拡大することなど、本当にできるのでしょうか。その点、確実に拡大するのが、我々の医療産業です。サービスを提供するのも日本人、受けるのも日本人。今後は高齢化で確実に膨らんでいきます。そこに雇用戦略や金融戦略をもって行かないと、日本はとてでもではありませんが、毎年2%以上の成長というのは無理です。我々の業界は、非常に重要になっていきます。日本経済を牽引する産業になると書かれているわけです。こういう国のこと以外にも、今日は若い人が多いですから、自分たち一人ひとりが自分の仕事を通じて、個人の成長戦略、企業の成長戦略をつくって欲しいと思います。

医療産業というのは、満たされないニーズが多いため、未来は明るいというのが、前回の講

日本橋を眺める度に思うこと



人災としかいいようがない。
本体工事と用地取得費用のみで
4000億～5000億円必要。



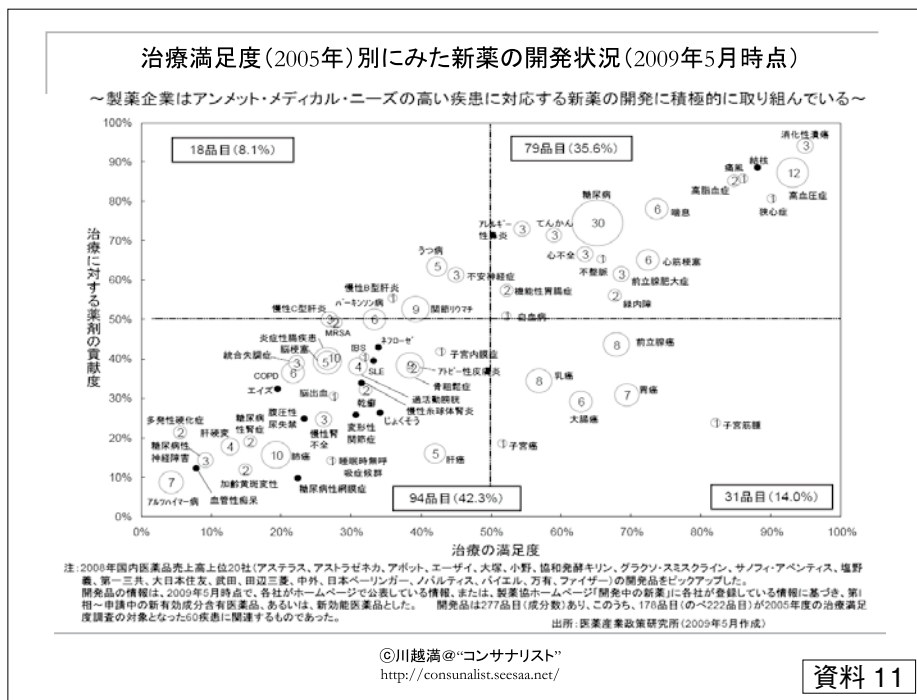
©川越満®"コンサナリスト"
<http://consanalst.secsaa.net/>

資料 10

演での最後のメッセージでした。そのことは、資料11を見ればわかります。これは医師にアンケートをとったものですが、医療満足度と新薬の開発状況を見たものです。右上は、薬も既にもいいのがあって貢献度が高く、治療の満足度も高いゾーンです。糖尿病や消化性潰瘍は、ある程度薬もあります。はっきり言えば、開発しなくてもいい。血圧もある程度コントロールできています。しかし、見て頂きたいのは、左下のゾーンです。薬もほとんどないし、治療の満足度も高くない。全くなす術がないという状況です。それを皆さんの製品でどこまで解決できるのかということで、経営会議などで考えていくと、いくらでもビジネス・チャンスは出てくるのではないかと思うわけです。（資料11）

地域の包括ケアは、2012年以降拡大すると思います。具体的には、医療・介護サービス提供体制に関する今後の需要予測を踏まえたグランド・デザインをこれから作っていく、ということです。急性期からリハビリ、在宅医療のシームレスな医療提供体制の構築や、24時間地域巡回型訪問サービスを実施してレスパイト・ケアを拡大していくことが、成長戦略に盛り込まれています。また、見守り・配食などの公的保険外の生活支援サービスの提供も触れられています。これについてはのちほどお話ししますが、保険外のサービスには医師会と医療団体は反対しています。また、医療機

器や介護機器の開発の促進も、新成長戦略にあげられています。そこにはドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消といった問題があります。特に、『よくわかる医療業界』に書いたように、日本が弱い治療機器や、がんのドラッグ・ラグ問題をどうやって解決していくかが、これからの課題になっていくわけです。これらの新成長戦略をどうするかは各企業がやるしかありません。ワクチン、介護機器、生活支援ロボットな



【2020年までの目標】『医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約50兆円、新規雇用284万人』

【医療・介護サービスの基盤強化、高齢者の安心な暮らしの実現】

- 医療の市場規模59兆円、介護の市場規模19兆円、新規雇用201万人、平均在院日数(19日)の縮減＝国民のQOL向上、職場・家庭への早期復帰実現
- 医療・介護分野のセーフティネット充実による将来不安の緩和により、「貯蓄から消費へ」の拡大

【医療・介護と連携した健康関連サービス産業の成長促進と雇用の創出】

- 健康関連サービス産業^(※)と雇用の創出市場規模25兆円、新規雇用80万人
- 生活習慣病の大幅改善(参考)全死亡者数の6割、国民医療費の3割(約11兆円)を生活習慣病で費消
- 健康寿命の延伸(参考値)健康寿命：男性73歳・女性78歳－WHO2010(2007年値)

【新たな医療技術の研究開発・実用化促進】

- 革新的新薬・医療機器、再生医療、生活支援ロボットの開発・実用化
- 経済波及効果1.7兆円、新規雇用3万人

【ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消】

【医療の国際化推進】

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.secsaa.net/

資料 12

ども先ほどの国際ホスピタルショウに出ていましたが、こういうロボットがどんどん開発されて、新しい市場を作っていくということです。

先ほどお話ししたように、唯一、医療産業だけが成長を約束されています。まず、医療は今30兆円市場ですが、これが、10年後には59兆円になり、介護が今の約8兆円から19兆円になります。そして、新規雇用が201万人。今の就業人口の約1割が、医療や介護に関わっていますが、10年後、20年後には、4人に一人くらいが、医療やヘルスケアに関わっていることになるわけです。つまり、4人家族であれば、誰か一人は医療業界や介護業界に入っている状況になります。(資料12)

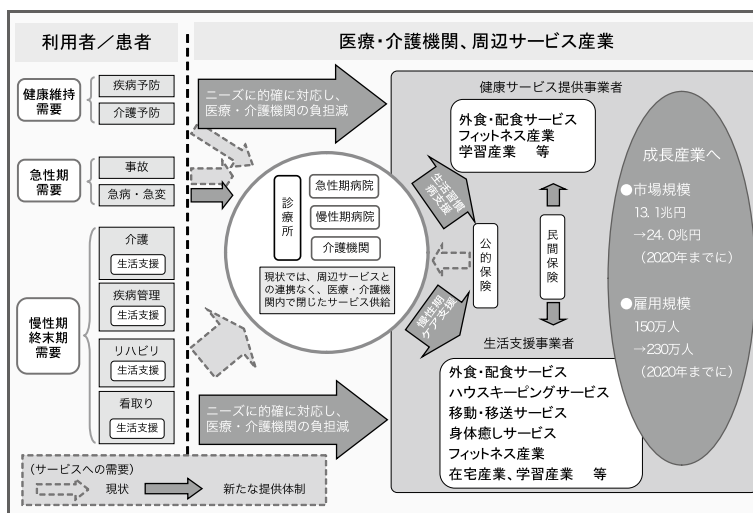
また、新しいサービス市場、これが医師会からよく反発されるのですが、保険外の健康関連サービス市場は25兆円市場です。そこで新規雇用85万人。これが新たなビジネス・チャンスの部分です。これがどこまで拡大するか、非常に楽しみです。将来、プライマリー・ケアと呼ばれる、風邪などの生活習慣に関わる部分は、自分で治す時代になるだろう、とアメリカでは予想されています。保険給付も、そういった部分については給付されなくなる可能性が非常に高い。当社の親会社が入っている関東IT健保のデータを見ると、医療費のうちの8%が、風邪の医療費です。これを削減できたら、結構大きい。これを保険から外せたら保険の財政としてはありがたい話ですが、10年後には外れてしまう可能性があります。それを補うのが、健康関連サービスです。

(資料13)

SoftBank孫社長の医療クラウド構想

こういう堅苦しい未来を描くほかに、今のiPadとiPhoneで氣勢を上げているソフトバンクの孫さんが総務省の原口大臣などを口説き落として、今まさに実現しようとしているのが、光ファイバーを日本中に張り巡らすという「医療クラウド構想」です。これは、富士通やIBMなど、電子カルテ・メーカーの方が、これまで各自で作っていた電子カルテ・システムやデータベース・システムを全部、国やその他の団体が管理する「クラウド」という一つのデータベースに吸い上げるといふものです。日本人全員の医療データを、iPadなどを通じてそのクラウドに入れましょうと。そうすると、診療情報や投薬情報が全部集まります。すると何が起るかということ、孫さんが言うには、重複検査もなくなるし、もっと恐いことを言えば、うつ病の患者さんに多くの抗うつ剤を処方するなど、問題になるような治療法がこの中にどんどん蓄積され、それがチェックできるというわけです。例えば、厚生労働省がチェックして、これは注意したほうがいいのではないかという話もできる。現状は、孫さんが提案した医療クラウドに向かいつつあります。その説明が、総務省のPDFファイルにリリースされています。個人情報や医療情報を全部入れましょうというこ

医療・介護に関する新たなサービスの形態



©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.seesaa.net/

資料13

とですね。こういう時代が10年後には恐らくやってくるということです。このデータをさくさく閲覧するには、光ファイバーじゃないといけないということで、光の道というのを唱えたわけです。（資料14, 15）

今日はコンサルタントの方も結構いらっしゃるの、私と同様、天地人の考え方でやっておられる方も多いと思います。まず、「天」は大きな流れを知る。環境ですね。iPadが来た、医療クラウドが来た、どうなるだろうという話です。新成長戦略、または2012年度の同時改定はどうなるんだろうと。この大きな流れですね。「地」というのは自分です。その中で、自分とか製品のポジションはどういう位置にあるかということですね。その中で「人」、自社の強みをどのように生かしていったらいいのか、流れにどう当てていったらいいだろうか。これが、コンサルティングの天地人というシンプルな考えですが、この意識をぜひとも持って頂きたいと思います。（資料16）

なぜ医師会が保険外のサービスに逐一文句を付けるのかということについてお話しします。例えば、DPCを拡大するという時に必ず文句を言うのはなぜかと言うと、この医療費ケーキ理論というのは私が考えたものですが、医療費は基本的にパイが決まっています。例えば、34兆円などのパイがあり、それを決めるのが診療報酬の改定です。みんな高い点数を付けたら、このケーキの部分が大変広がってしまうので、計算して分配されているのです。例えば、DPC病院が拡大したとすると、DPCだと多くの場合収入が増えるため、これにケーキをたくさん取られたら、他の報酬は当然減ってしまいます。そのため、開業医の団体は、なんだかんだ言いながら、このDPCには反対するというのを、まず覚えて置いて頂

SoftBank孫社長の医療クラウド構想

電子カルテクラウド 全病院の医療システムを一元化



©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.sccsaa.net/

資料 14

医療クラウド

http://www.soumu.go.jp/main_content/000066036.pdf

- 医療分野においては、医療情報は医療機関に帰属する情報であるとともに、個人に帰属する情報でもある。このため、レセプトのオンライン化の推進や、各個人が自らの電子化された医療情報を保有・管理することができるEHR(Electronic Health Record)を早期に100%実現する必要がある。
- 医療情報の電子化が進むと、個人情報を除く電子化された医療情報を「医療クラウド」に集約し、検査データをはじめとする膨大な医療エビデンス情報を基に、新薬の開発や新しい治療法の確立などに活用することが可能となる。
- また、救急医療体制を「医療クラウド」により確立することも重要である。例えば、病院の空きベッド情報、専門医の配置状況、救急車の配備状況等をリアルタイムで把握し、最も適した病院に患者を迅速に搬送する仕組みを構築することが期待される。この「医療クラウド」は、大事故、大規模災害等が発生した場合のトリアージ(triage)に活用することも考えられる。

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.sccsaa.net/

資料 15

ビジネスにも『天地人』は重要

【天】

大きな流れを知る

【地】

自分・製品のポジションを知る

【人】

自社・自分の強みを知る



（注）似ていますが、川越ではありません

※天・地・人によるビジネス観は、阪本啓一さんからの教えによるもの

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.sccsaa.net/

資料 16

きたいと思います。(資料17)

こういう病院から職員は逃げ出す

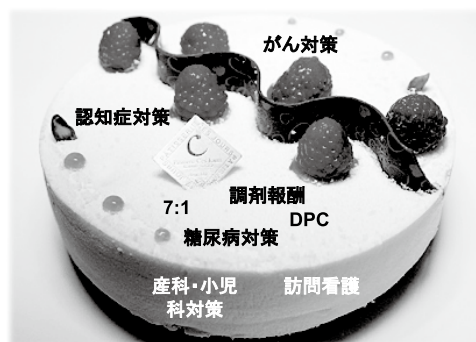
今日は病院の方も来ていらっしゃるから、「こういう病院から職員は逃げ出す」ということをお話したいと思います。これは自著に書いたのですが、読んだ方から「この通りにコンサルティングしてほしい」とメールが来るほど、非常に話題になったページの一つです。皆さんの会社に照らし合わせて頂いてもいいかもしれません。まず一つは、ビジョンとか目標がない。うちの会社にはないと言う人がいらっしゃるかもしれませんが、これがないと、学びや存在意義がないに等しくなります。2つめは、医療クラークなどの事務負担対策に取り組んでいない。3つめは、ワークライフバランスに配慮していない。そして4つめは、今日のテーマであるチーム医療が機能していない。これは、問題や課題を放置しているに等しいことです。5つめは、医療連携に取り組んでいない。つまり、地域の開業医さんと協力体制を全く組むつもりがない。6つめはこれからお話しますが、これまで以上に忙しくならず、平均在院日数を短縮すること。これが一番難しいのですが、これに取り組んでいないと、特に急性期は大変なことになります。(資料18)

こうした6つの問題を解決するのが「7つの眼」という考え方です。今日も日総研出版の方が来ていらっしゃるかもしれませんが、こちらで連載させて頂いていた「地域連携network」という雑誌の中で、この7つの眼を医療連携担当者向けに連載していました。しかし、医療連携担当者向けというのはこじつけで、基本的にはすべての医療人に読んで頂きたいテーマだったので、今日この話ができるのを非常に嬉しく思っています。この7つの眼を全部クリアすると、いい病院作りができます。と同時に、病院や薬局をお客さんに行っている方は、必ず押さえておきたい部分です。1つ眼は、変化を読む眼というものです。環境が変わると、制度が変わります。ルール

が変わります。ルールが変わると、競争が変わる、この流れです。制度が変わると、勝つ人が変わります。この環境変化が医療であったり、自分の病院であったり、医師であったり、患者さんに対して、あるいは自社に対してどのような変化をもたらすのかということを考えて、先取りするということです。新しい変化は新しい悩みを必ず生み出します。そして、新しい治療が出たら、それに対する新しい悩みが必ず出てきます。その新しい悩みを解決できるプレーヤーだけが、プロだけが、生き残ります。これをまずお伝えしておきます。(資料19)

その前に、これからの環境の変化とは何かという話をします。今日は人材系のコンサルタントの方もたくさんおられると思いますが、マンパワーは増えるものです。病院や薬局によっては、増やさないといけないものですね。これを増やさないと、経営危機に陥ります。マンパワーは増えるものであり、医療費もこれから増えていきます。居住系施設も増えるし、在宅医療も増える。こういう増やさなくてはいけないもの、増えるものに対して、どういうソリューションが提供できるか。今日も企業の方が多いので、そういう見方をして頂ければと思います。逆に減るものは、一般的な急性期病床。重点化、高度化する急性期病床は増えますが、一般的な急性期病床は減ることになっています。平均在院日数も短縮され、介護施設もいろいろたくさ

医療費という名のケーキ



©川越満@「コンサナリスト」
<http://consumalist.scsna.net/>

資料 17

んある中で、機能を強化されたものだけが増えて、ほかのものは、高齢者向け住宅に変化していくだろうと。また、外来患者さんを減らして、予防強化の方向ですね。予防の部分は、民間のビジネスにチャンスがあるかもしれません。急性期病院でも、何とかDPCに入ったというレベルでは、このまま急性期病院として生き残れるかどうかを考えなくてはなりません。ここに書いている通り、急性期病院の偏差値が今50くらいだという病院は、そのまま急性期病院として生き残るのは難しいかもしれません。(資料20)

考えなくてはいけないのは、お手元の資料にはありませんが、自分が持っている株もこれくらい右肩上がりだと思いませんか。このグラフは何かというと、救急出動件数です。この10年間で51%も増加しています。救急患者の数は高齢化のスピード以上に大変増えています。これが、医療崩壊と言われている真犯人と言ってもいい部分です。原因は、いわゆる軽症の方がたくさん使うようになった点にあります。今回の改定でも、有床診療所や中小病院に、こうした救急の部分をひとつ担ってもらおうということになった訳ですが、現状の出動件数を何とかしなくてはいけないというのが一つのポイントです。

次に、余りこういう図は見られたことがないかもしれませんが、一番救急医療のニーズが高まるのは、亡くなる直前であったり、亡くなりそうな時です。今は年間の死亡数が110万人くらいの状況です。これが2015年には、140万人くらいになります。そして2025年には160万人になると見込まれています。先ほどの救急出動件数がこのまま推移し、死亡数がこのまま増えていったら、とんでもない事になります。急性期病院は医療連携をどうするのか、また患

こういう病院から職員は逃げ出す

- (1)ビジョン・目標がない＝学び・存在意義がない
- (2)メディカルクラークなどの事務負担対策に取り組んでいない
- (3)ワークライフバランスに配慮していない
- (4)チーム医療が機能していない(問題・課題を放置している)
- (5)医療連携に取り組まない(地域の開業医との協力体制がない)
- (6)これまで以上に忙しくならず平均在院日数を短縮することに取り組んでいない

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 18

1つ眼:変化を読む眼

- 環境が変わる→制度が変わる→競争が変わる。環境変化が医療・地域・自院・医師・患者にどのような変化をもたらすのか？を先取りしよう。

新しい変化は、新しい悩みを生み出す。その悩みを解決できるプロだけが生き残る。

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 19

“増えるものと減るもの”を見極めてビジョンを描け

<増えるもの>

- マンパワー
- 医療費
- 居住系施設
- 在宅医療

<減るもの>

- 急性期病床(重点化)
- 平均在院日数
- 介護施設(機能強化)
- 外来患者(予防強化)

つまり、急性期病院であれば、自院の強みを明確化したうえでマンパワーを増やし、平均在院日数を短縮することができれば急性期病院として生き残れるが、「急性期病院としての偏差値は50くらいかな？」という病院は、亜急性期やリハビリにシフトしたほうが良いというメッセージが、社会保障国民会議の最終報告書に込められているのである。

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 20

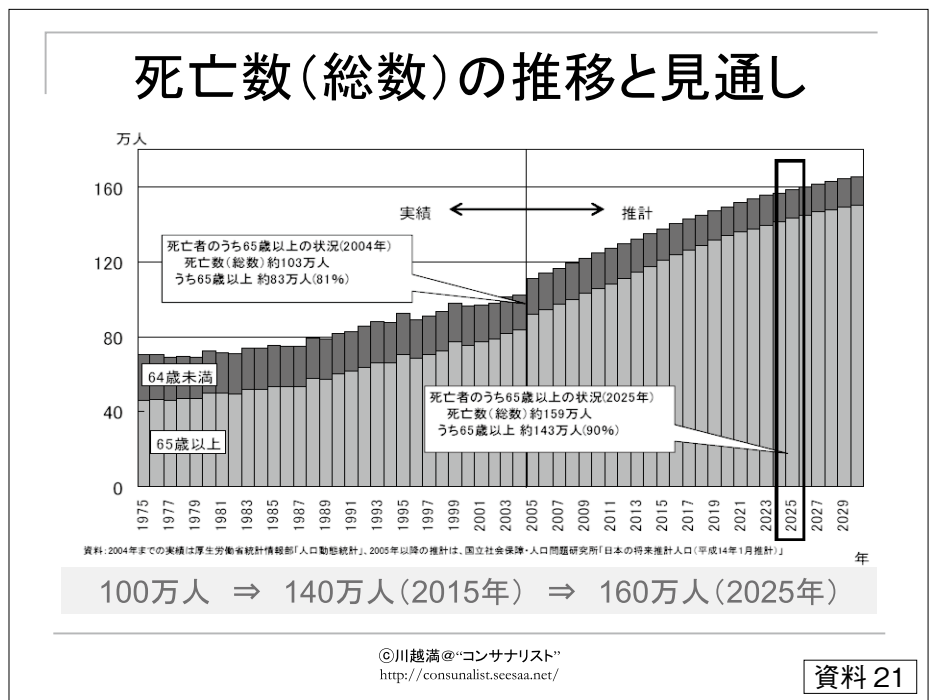
者教育をするのかを考えていかななくてはいけません。これが変化を読む1つ目の部分です。(資料21)

2つ目が、【不】(ギャップ)を見る眼です。ビジネスというものは、常に【不】を解決するものから生み出されるわけですが、【不】が発生している原因を探れば、誰かが責務を果たしていないことが明らかになります。先ほどの救急の例で言えば、誰が義務を果たしていないのでしょうか。医師が足りない。企業によっては売上げが足りない。病院によっては患者さんが減っている。何が原因かということですね。その【不】を見つけ、解決法を提示できるマインドがなければ、なぜうまく行かないのかわかりません。(資料22)

次に、病院や薬局、企業の方にはぜひやって頂きたいのですが、【不】というのは7種類あると思っています。まず、人です。マンパワーもそうですし、人の質もそうです。そして、物、金、情報、関係性、モチベーション、そして岡田監督のフィロソフィーのところでお話しましたが、目的・大義名分。自分の病院や薬局、企業で、この7種類の【不】のうち、どういう具体的な【不】があるかを書いてみてください。そして、それを解決するときには役立つのが、既に解決している企業や病院、薬局です。今は非常に情報社会ですので、その方法をベンチマーキングしてみましょうというのがこの考え方です。(資料23)

3つ目、これがお勧めの部分ですが、新しい4Pを見る眼です。マーケティングには、Product、Promotion、Place、Priceという4Pがありますが、もうゴミ箱に捨てられてしまうくらい古い概念になり、今は4Cになりました。21

世紀に4Cになり、さらに新しい概念として、私が提唱しているのが、新しい4Pです。古い4Pを裏返したものが4Cで、1つめがCustomer solution、患者さんの問題解決です。2つめがCustomer cost、患者さんの負担額を考えてマーケティングしましょうということです。3つめがConvenience。4つめがCommunication。こういうものが4Cとして、病院は考えなくてはいけなと言われてきました。日本の制度ではありませんが、イギリスでは、例えば抗がん剤の「ベルケード」は非常に高額な薬です。治療



2つ目:【不】(ギャップ)を見る眼

- 【不】が発生している原因を探れば、誰かが“責務”を果たしていないことが明らかになる。

例: 医師が足りない! 売上げが足りない!
患者が減っている!

- その【不】を見つけ、解決方法を提示するマインドがなければ、「なぜ、うまくいかないのか?」の答えがわからない。

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.seesaa.net/>

資料 22

に費用が280万円掛かります。これは効かなくても、280万円掛かるのです。そこで国は何を考えたかという、効かなかったら、払わないということを決めたわけです。これが恐ろしい話で、日本がこうなったら、どうなるかと思ってしまう。要するに、国と企業がリスクを共有するということです。効いた場合と効かなかった場合とでリスクを共有する、「リスク共有スキーム」が4Cの考え方なのです。日本も、今後は恐らくこういう概念になっていくでしょう。高額な抗がん剤は効いた場合だけ、患者さんが負担するという時代になってこない、財政的に厳しくなってくると思うのです。一方、新しい概念である4Pでは、まず、先ほどお見せ

した満足度が与えられていない領域を見ながら、疾病・環境変化を予測する「Prediction」を考えていく。2番目が「Prevention」で、予防医療。いわゆるメタボ対策などもここに入ります。3番目が非常に重要です。チーム医療もそうですが、医療人の中でチームを組むのはもちろんのこと、その中に患者さんをいかに参加させるか、特に喘息や生活習慣病、介護など、患者さんを参加させなければ、いい結果が得られないものに関して、「Participation」が大切になります。そのために、4番目の「Personalization」という個別化された医療サービスが重要になるわけです。これは病院も薬局も企業も全く同じ考えで、4Pというのは重要だと思っています。(資料24)

個別化した医療サービスを行ううえで非常に重要な概念、ベースになる概念として、今日お伝えしたいのがU理論です。これは私が今はまっている理論で、Otto Scharmerさんというドイツ系の方が発表された概念です。恐らく今年の年末には翻訳本が出ると思います。原書は5～6センチの分厚い本なので、早く訳して欲しいのですが、今年中に出るかどうかといったところです。U理論の中にもたくさんの考え方

がありますが、事例として一番わかりやすいものをご紹介します。まず、患者さんと医師の関係には、4つのレベルがあります。1つめのレベルというのが、医師が患者さんの悪いところを診て治療するという対症療法のレベルです。そしてレベル2というのは、医師が病気の原因となった患者さんの行動に注目し、患者さんに対して行動を改めるように指導するレベル。特定保健指導などが該当するかもしれません。日本の医療は今ようやく、レベル2に進みつつあるというところ。そして、レベル3になると医療従事者が患者さんに対して共感のゾーンに入ります。なぜ、患者さんがそのような行動をとるのか、医師が患者さんと一緒になって考え

【不】をリスト化する

【不】の7種類	具体的な【不】	すでに解決しているベンチマーク先
人		
物		
金		
情報		
関係性		
モチベーション		
目的・大義名分		

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.seesaa.net/>

資料 23

3つ眼：“新しい4P”を見る眼

イギリスでは、例えば抗がん剤(多発性骨髄腫治療薬)のベルケード(ボルテゾミブ)について、決められた期間中にある程度以上の腫瘍の縮小が見られなかった場合、その期間の費用(約280万円)を国が支払わないというリスク共有スキームが2007年に始まった。

【4C】

- Customer solution: 患者の問題解決
- Customer cost: 患者の負担額
- Convenience: 利便性
- Communication: コミュニケーション、関係性

【新しい4P】

- Prediction: 疾病・環境変化を予測する
- Prevention: 予防医療、メタボ対策
- Participation: 患者を参加させる
- Personalization: 個別化した医療サービス

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.seesaa.net/>

資料 24

るレベルになるわけです。昔、『世界ウルルン滞在記』というテレビ番組がありました。あの番組の中にもレベル3が登場していました。あの番組内では、アフリカ系民族の家などに行き、若い女性タレントが食事をご馳走になったり、一緒に生活をしたりします。すると、蛙とか蜘蛛とか食べさせられるわけです。あるいは、目の前でヤギを殺したり、鶏の首を切ったりするシーンが出るわけです。そうすると、その女性タレントは泣き叫んだりします。その住民たちは、食べるために命は頂くものだといって説教をしますが、女性タレントは泣いて食べられない。そこで別れの朝とかになるのですが、スペシャル版を見ていると、今度はアフリカの住民の方が日本にやって来て、お世話になった女性タレントが今度は高級なお寿司屋さんに連れて行って、刺身を食べさせようとしています。目の前で板前さんが魚をさばいて、活き造りにすると、今度はそのアフリカの住民が泣き叫ぶんですね。なんて残酷なことをするんだと。そして、そのアフリカ人は「私がヤギを殺してあなたに食べさせようとした時に、あなたが泣いた理由がやっとわかった」と。まさに共感したわけですが、これがお互いの立場をわかり合うという、レベル3なのです。小児科の医師が不足しているある地域では、お母さん同士が集まって、お医者さんが大変だからちょっとした熱くらいでは小児科に掛からない様にしようと約束して、非常にうまく行っている地域があります。それはまさにレベル3の域に入っていると思います。お互いの立場を共感し合って、やって行けるレベルです。このレベル3が大変で、ここまで来ると、自然にレベル4に行きます。レベル4とは、医師と患者さんがお互いに影響を与え合う存在になることです。このように本当に出会ってよかったというレベルまで登り詰めるのが、U理論の考え方です。これを知ったとき、私は、これは医療に役立つと思って、いつか紹介したいと思っていました。ですから、今日このことが紹介できて、大変嬉しく思います。U理論は、先ほど言っ

た新しい4Pの概念と非常に通じるものがあります。皆さんの仕事にも非常に役立つと思います。会議などで言うと、レベル1は、お互いに意見を言い合っているけれども、「君はろくにお客さんのところを回っていないんだろ」という一方的な言い方をしている状態。レベル2は、実際にデータを見て、ちゃんと訪問してお客さんからの反応があるねと、データだけを見ている状態。そして、レベル3は社長や本社の方が実際にお客さんの声を聞いて、「本当に現場ではこんなに大変なことが起きているんだ」「なぜうちの商品が売れないかがわかった」「うちの営業が駄目だと思ったら、戦略そのものが誤っていたんだ」と経営者が逆に従業員に謝るような状態です。社員と顧客と経営者の関係がよくなるというのが、このレベル3から4の世界です。これだけ事例を言えば、興味を持って頂けたかもしれません。(資料25)

4つ目は経営を読む眼です。資料26に連携担当者と書いてあるのは、医療人と読み替えて頂ければいいと思います。急性期病院というのは、先ほどお話しましたように、患者さんを増やす方法を考えないといけません。急性期病院中の急性期病院にならなくてはいけないということです。2番目が、診療アウトカムをより良くする方法。そして、医療制度改革と『医療の質』のバランスも考えなくてはなりません。そのために医療サービスの『生態系』、要するに、地域の中

U理論(C. Otto Scharmer)



- レベル1は、医師が患者の悪いところを診て治療するという対症療法レベル。
- レベル2は、医師が患者が病気になった原因となる行動に注目し、患者に対して行動を改めるように指導する。
- レベル3からはハードルが高くなる。「なぜ、患者がそのような行動をとるのか、医師が患者と一緒に考えて考える」のだ。
- 最高のレベル4は、医師と患者がお互いに影響を与え合う関係になることだ。

©川越満@“コンサルリスト”
<http://consulalist.scsaa.net/>

資料 25

で患者さんの流れが滞らないようなエコシステムを構築しないといけません。また、そのためにDPCを活用するということが出てきます。そして3本柱をつくること。例えば、「うちは消化器を非常に力を入れています」というのは、1本柱しかないということです。そうすると、ほかの病院がマーケティングなどを行った時にシェアが落ちることもある。3本くらい柱があると、非常に強い病院になるわけです。7番目が一番大事なのですが、笑顔とチーム医療。この7つの課題をクリアしないとイケないわけです。



(資料26)

さて、5つ眼が疾病管理です。これからチーム医療と並ぶキーワードとして、疾病管理(disease management)があります。従来、地域医療の連携では、2000年からは紹介率神話というものがありました。高い紹介率は、いい急性期病院だというもの。要するに、当時は患者さんを紹介してくださいという連携だったわけです。急性期病院が開業医に行き、患者さんをどんどん送ってくださいと言う。そうすれば紹介率が高くなって、点数が高くなる。これが崩壊したのが2006年で、紹介率の点数がなくなってしまいました。今度は逆に開業医さんに受けてくださいという連携に変わったわけです。それが今どうなっているかというと、『疾病管理』の時代ですね。ターゲットにする疾病を決めて、その疾病のゴール位置をどうするかを共有した医療チーム、コミュニティがPDCAサイクルを回し続けるという連携です。これが今求められている地域医療を見る眼です。

(資料27)

アメリカのプライスウォーターハウスクーパーズというコンサルティング会社が『Pharma2010』というレポートを発表しています。日本語訳も出ていますので、ぜひご覧になって頂きたいと思います。そのレポートでは、2020年には、患者さんのデータは、例えば、

4つ眼：経営を読む眼

- 連携担当が設置されるような急性期病院は、
 - ①患者さんを増やす方法
 - ②診療アウトカムをより良くする方法
 - ③医療制度改革と『医療の質』のバランス
 - ④医療サービスの『生態系』の構築
 - ⑤コストマネジメント、マーケティング戦略としてDPCを活用する
 - ⑥3本柱をつくる
 - ⑦笑顔とチーム医療
 ——"7つの課題"をクリアしなければならない。

©川越満@"コンサナリスト"
<http://consunalist.sccsaa.net/>

資料 26

5つ眼：地域医療を見る眼⇒疾病管理

- 【第1の波】良い病院＝高い紹介率神話
 「ください」連携(2000年～)
- 【第2の波】逆紹介の時代(DPC、連携パス)
 「受けてください」連携(2006年～)
- 【第3の波】地域で『疾病管理』を実現する連携
 【ターゲット】と【ゴール】を共有した“コミュニティ”
 がPDCAサイクルをまわしつづける(2008年～)

©川越満@"コンサナリスト"
<http://consunalist.sccsaa.net/>

資料 27

血糖値やLDL値などは体に付けた装置で毎日計れるようになると書かれています。また、そういうもので疾病管理をするようになるため、かなり疾病管理のビジネスは伸びるとも書かれています。だから、薬の飲み残しなども減るだろうと。そうすると、医薬品産業が上がるとレポートに書いてあったのですが、実際にはどうなるかわかりません。製薬企業側の立場で言うと、これまではドクターにいかにか処方されるかという競争だったのが、これから10年くらいは、いかに服用させるかにシフトしていくと言われています。(資料28)

それと関連して、今、国が考えているのが、特定健診・特定保健指導で糖尿病を中心とした生活習慣病の進行をいかに防ぐか、慢性腎不全による人工透析をいかに防ぐかです。血液透析を行うと、一人当たり年間550万円、ベンツ1台分のコストが掛かります。これは糖尿病の割合が高いため、糖尿病に関しての特定健診を作ったわけですが、それくらい透析というのは医療費にインパクトを与えます。ですから、これ

からも二次予防、三次予防の問題は取り上げられてくると思います。(資料29)

同じレポートですが、今、プライマリー・ケアというのは、開業医の先生が担っています。この初期診断・処方・定期健診のうち、患者さんの慢性的なものや一部のプライマリー・ケアは、患者さん自身が行う、セルフチェックの時代になるのではないかということです。この先、かなり初期医療の費用を削減する時代になる。今後どこまで財政危機が悪化するかわかりませんが、これくらいやらないと初期医療の費用

疾病管理は拡大する

- 患者モニタリング(装着可能あるいは内蔵型の装置の利用により、血中脂質等を監視)とアウトカムデータを正確に取り扱うことで、疾病管理が容易になり、コンプライアンスの向上に役立つことが期待される
- 治療計画を守らないことによる医療費への影響として、米国だけで年間770億ドルから3000億ドルになる。データモニター社の試算では、服薬順守度が上がれば売上げは年間300億ドル以上増加するとみられる」という。他にもメドコ・ヘルス・ソリューションが糖尿病、高血圧症等の患者に実施した調査によると、処方薬の治療に1ドル追加した場合の看護費の削減効果は、糖尿病患者で7ドル、高脂血症で5.1ドル、高血圧症3.98ドルだった

「いかに処方されるか？」⇒「いかに服用させるか？」

出典：『Pharma2020～岐路に立つ製薬業界～』から(プライスウォーターハウスクーパース)

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.secsaa.net/

資料 28

特定健診・特定保健指導 ベンツ1台分の医療費を節約するメタボ対策

糖尿病を中心とした生活習慣病等の進行例

出典：患者調査(平成14年)、国民医療費(平成14年)、人口動態統計(平成14年)、糖尿病実態調査(平成14年) 及び国の慢性透析療法の現況(2003年12月31日)等より

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.secsaa.net/

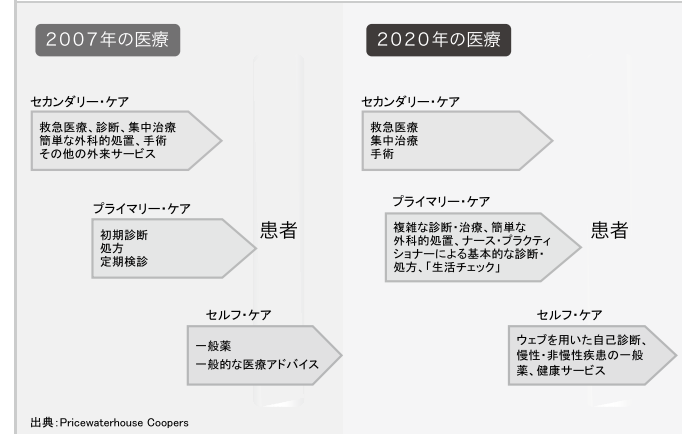
資料 29

は減っていかないだろうと。初期医療をいかに財政的に減らすか、風邪の費用や生活習慣病の費用をいかに減らすか、保険外にするかがキーポイントになると思います。（資料30）

6つ眼は非常に重要なものです。今回、2008年度・2010年度の診療報酬改定では、このアウトカムに関する評価が徐々に増えて参りました。それが、今後どんどん増えていきます。今までは出来高の制度も包括も含めて、何ができるか、何をやったかで評価してきました。調剤報酬も、診療報酬もそうです。これが、これからは治療プロセスや結果を評価するようになるでしょう。医療機関の商品は、医療サービスではなくて、優れたアウトカム、結果です。つまり、企業の方は得意先に優れたアウトカムを出してもらうための提案をしなくてはいけないということです。（資料31）

7つ眼はプレイヤーの感情を読む眼。これも非常に重要です。資料では連携の話を書いています、何かをやるうとした時には、必ずすべての関係者の感情を読まないといけません。会議でもよくあると思いますが、みんな言っていることは正しいけれど、まとめると間違った方向に行っているというのが、うちの会社でもよくあります。それはよくチェックしないとイケない。例えば、連携で言うと、経営者や医師、コメディカルの中には、医療連携などをしたら、忙しくなるのではないかと人がいます。本当は、医療連携をしない方が忙しくなってしまうのですが。物事をうまく進めるには、すべてのプレイヤーの感情を読んでコミュニケーションしないとイケません。つまり、心のバランスト・スコアカードを描こう、ということです。（資料32）

医療は患者の近くで提供される時代へ



©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 30

6つ眼：アウトカムを見る眼

- 2008年度の診療報酬改定では、地域連携診療計画管理料の施設基準に「地域連携診療計画に、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記すること」と示された。これは、連携パス（医療連携）にも結果（アウトカム）が求められることを認識させる分岐点となった。
- 医療連携に限らず、病院にとっての“商品”は「優れたアウトカム」である。この商品づくりのために、連携担当者は“アウトカムサポーター”としてサポートすることが求められる。

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 31

7つ眼：プレイヤーの感情を読む眼

- 医療連携に関わるすべての関係者（プレイヤー）が言っていることは正しいのに、物事がうまく行かないということが良くある。
- 経営者、医師、コメディカル、連携先医療機関など、すべてのプレイヤーの感情を読んで、コミュニケーションをデザインしよう。

⇒ 心（感情）のバランスト・スコアカードを描く

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 32

DPCがルールを変えた

引き上げ項目共通のキーワード

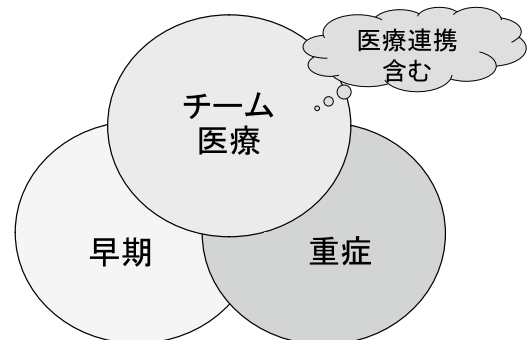
私が読んだ本の中でベスト3に入るほどのおすすめ本に、『無痛文明論』があります。この本には、人間というのは快樂を求めて苦痛を避けるということが書かれています。人間は、自分の今いる立場の現状維持をして、安定を図ろうとします。だから、医師だったら、ナース・プラクティショナーや特定看護師などは冗談じゃないと。それは医師が現状維持を図ろうとしているからです。もし、薬剤師さんや看護師さんが処方できるようになるとどうなるか。先ほど言ったように、2020年にはセルフケアが進んで、患者さんが自分で初期医療を行うようになって、簡単な生活習慣病は、薬剤師さんや看護師さんが対処するようになったら、医師のマーケットがどれくらい小さくなるか、恐ろしい話です。だから反対するわけです。そして、医師はその現状維持を、すきあらば拡大しようとする。そのためには“他人”を犠牲にする。皆さんも、会社を振り返ると、自らもそうかもしれないませんが、そういう状況になりがちです。知らないうちに痛みを避けようとするわけですね。こういうことがあるということを考えて、先ほど私が紹介した7つの眼を導入しないと、なかなかうまく行かないことがあるわけです。みんなにいいと思っても、必ず現状維持したいという人が増えるわけですね。

簡単に診療報酬改定の話をしします。そもそも診療報酬とは何ぞやというと、役割が3つあります。

今年度からありがたいことに、PDFファイルですべての改定項目が厚生労働省のホームページで紹介されています。だから、医薬品に関係のある人であれば、PDFファイルをダウンロードして、検索していただければ、医薬品に関する情報があつという間に検索できます。それで困ったのが、診療報酬を解説するコンサルタントです。なぜかと言うと、診療報酬の改定にかかわらず、情報がこれだけ広まった世界は

どうということかという、この一言に尽きるわけですね。——説明型ビジネスの終焉。説明するだけのコンサルタントが要らなくなってしまったということです。私がコンサルタントを目指そうと思ったときに、有名なコンサルタントの人がアドバイスしてくれました。コンサルタントになりたいんだったら、人に説明する仕事だけはするな。その言葉を肝に銘じてきましたが、まさにその時代になりました。商品の説明をしてはいけない。皆さんの製品は既に情報が伝わっています。書物やインターネットや、今やツイッターもあります。これは使いづらいついとか、この薬はいいとか、みんな語られています。だから、一から説明してはいけない。訊きたいことを訊いてから、それを説明しないといけない。どれだけ自社製品のことを知っているかを確認してから、説明しないといけない時代になったのです。民主党政権がどこまで続くかわかりませんが、今回の改定では、勤務医対策が中心になっています。彼らが考えているのは、非常勤医師の常勤化だったり、一番大きいのは、医療クラークの拡大です。今日、医療クラークのビジネスをされている方も結構いらっしゃいます。国際モダンホスピタルショウに行ったとき、ニチイの方が、医師が録音した患者さんのサマリーを文字化してくれるというヴァーチャル医療クラークみたいなビジネスを立ち上げたと言っていました。

引き上げ項目共通のキーワード



つまり、チーム医療に取り組んで早期退院を実現し、重症の患者さんを多数抱えている医療機関にとっては、今回はプラス改定になります。

©川越満@“コンサルリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 33

今回の診療報酬の改定の何百ページもある資料を読んだところ、3つのキーワードが浮かびました。

その一つが今日何回も言っている「チーム医療」です。これは医療連携を含んでいます。このチーム医療を評価する点数がたくさん出てきています。そしてもう一つは、「早期」。早期に退院できる、早期に治療できる、リハビリによって早期に退院させることができるといったものに対する評価が非常に高まっています。そして、「重症」。重症の患者さんをたくさん入院させている、ケアしている医療機関には非常に高い点数が付きました。チーム医療に取り組んでいて、早期に退院させ、重症の患者さんを多数抱えているような医療機関は、今回プラス改定になっています。(資料33)

特に、手術は物凄く点数が上がりました。そのため、大学病院などでは、二桁の増収になっているという声が一部聞かれます。今回、民主党が打ち出した医療崩壊を止めるための財源が、特に急性期病院にたくさん注入されたということです。

中小病院の改定で大きいのは、在宅療養支援病院が200床未満病院に拡大されたという部分です。これは在宅の患者さんへの受け皿です。中小病院が生き残るには、専門病院であるか、“大きな診療所”になるか、この二つしかありません。まさに、それを支えるために、今回、在宅療養支援病院という点数が、200床未満の病院にも拡大されました。専門病院になれない一部の病院は、“大きな診療所”になって頂くということです。

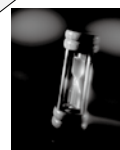
調剤報酬では、後発医薬品の加算が拡大しました。病院薬剤師向けの医薬品安全性情報等管理体制加算というものも、チーム医療の点数です。これは一言で言うと、病院の薬剤師に仕事をさせる点数です。簡単に言うと、処方設計ですね。病院薬剤師が処方設計をするといった概念は余りなかったわけですが、虎ノ門病院の林薬剤部長が中医協で発表された資料によると、抗凝固薬のワルファリンという非常に副作用

の出やすい薬は、効き過ぎると、出血するし、効かないと致命的な血栓が生じます。これに薬剤師が介入しないと、医師に多大な負担が掛かります。そのため、虎ノ門病院では、いかに副作用を出にくくするかというプロトコールを作ったのです。そして、患者さんごとにどういふ分量を投与すればよいかを薬剤師と医師で共有し、副作用がかなり抑えられて医師の負担が軽減されたという、これがまさに新設された点数などで求められているわけです。逆にこれができない薬剤師はもう病院には要らないと言ってもいいくらい、これから薬剤師に対する風当たりが、2012年度以降も厳しくなってくると思います。

DPCについてですが、キーワードが幾つかあります。チーム医療もそうですし、EBM、スピード、GOAL、シームレス—これはほかの医療機関との切れ目のない連携ですね。あとは、データは全部ガラス張りです。そして、いくらでもKaizenできる。信頼関係も必要です。一言で言うと、DPC病院は、時間価値を向上させないといけないということです。だから、去年やっていた10日間の治療と、今やっている10日間の治療は、同じではいけません。要するに競争です。どんどん良い治療をしていって、時間価値を高めていかないといけないのです。(資料34)

DPC等の変化によるキーワード

- チーム
- EBM
- スピード
- Goal
- シームレス
- ガラス張り(オープン)
- Kaizen
- 信頼関係



時間価値の向上

©川越満@“コンサナリスト”
http://consunalist.sccsaa.net/

資料 34

そのためには、高いバランス感覚が求められます。収入を増やす、コスト削減をする、在院日数を短縮する。そればかりではなくて、診療の標準化、良い病院をベンチマークして、強い臨床指標を掲げて、データを管理して、連携パスをやって、同時に職員・患者の満足度も上げるという考え方です。(資料35)

DPCマネジメント研究会の学術大会で発表されていましたが、DPCになると、医師はちゃんとサマリーを記入するようになったし、看護科はDPCに対応したクリティカルパスを推進して看護の変革をほかの病院と比較するようになった。薬剤科は、コストの面で後発医薬品の導入を促進して、処方設計の積極的な介入をするようになった。栄養科は、NSTにより患者さんのクオリティ・オブ・ライフを向上させた。事務局は、診療情報データを経営上の評価に活用した。というふうに、チームの中でそれぞれDPCのデータをもとに一致団結して、優れたアウトカム、商品売るようになりまし。これによってどういうことが起きたかと言うと、まず、病院全体の経営意識が向上します。DPCだとこんな事ができるのだと、みんなが楽しめるようになってくるわけですね。そこで、もっとデータを抽出して欲しいと。この薬だと、ほかの使われ方はどうなっているのか教えて欲しい、この検査はほかの病院ではどういうふうに行っているのかと、どんどん関係

者が聞いてきます。そうすることにより、これまでほとんど関わることのなかった医師と事務によるコミュニケーションが活性化し、診療情報データの質的・量的向上が行われたという結果が、DPCによって出てきてきます。

相澤病院の例をご紹介します。この事例は去年の3月2日に、NHKの「クローズアップ現代」という番組で取り上げられました。この相澤病院では、胆のう炎の平均在院日数が全国平均よ

高い効率、高い質、高い満足度のバランスが求められるDPC病院

<p>収入増加 コスト削減 平均在院日数短縮 地域医療連携 IT化 高額医療機器の有効活用</p>	<p>診療の標準化 ベンチマーキング 強い臨床指標 連携パス 患者・職員満足度 トータルマネジメント</p>
---	--



DPC

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consulいた.seesaa.net/>

資料 35

2009年3月2日にNHKクローズアップ現代が「病院の実力」について放送



放送予定 | これまでの放送 | 番組紹介

これまでの放送
2009年3月 第1週 第2週 第3週

2日(月) | 3日(火) |

3月2日(月)放送予定
“病院の実力”公開の波紋
【森本健成キャスターがお迷いました。】

今、全国の病院の水準を比較できるデータが集まっている。これは「どんなに在院日数」「再入院率」など、従来の医療費の「包み支払制」から、このデータに省に提出が義務づけられた。このデータはこれまで医師自身も知らなかった他病院の医療レベルと比較が可能になり、それを実力アップに活かすことができるようになった。今、全国の病院で治療法改革の動きが始まっている。一方でこのデータを病院間の比較に使うには不完全だという指摘もある。かつてなかった、医療の質が比較できる「物差し」の登場。その現状と課題に迫る。
(NO.2708)

スタジオゲスト：池田 俊也さん
(国際医療福祉大学教授)

相澤病院：【胆のう炎】の平均在院日数が全国平均よりも1.5倍も長く、同じ長野県の佐久総合病院の2倍も長いことに注目した栢島さんは、消化器内科からヒアリングし、治療内容を徹底的に調べていました。注射はどうか？と調べたところ、各医師によって薬の使用量にバラツキがあり、治療が標準化されていないことが長期化の原因ではないか？となりました。

一方、佐久総合病院では、胆のう炎の患者は外科が腹腔鏡手術により治療していました。これが平均在院日数の差になっていたわけです。この事実を受けて相澤病院では、手術室を増やすことを決定しました。



DPC

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consulいた.seesaa.net/>

資料 36

り長いのです。ライバルの佐久総合病院より2倍も長い。これは何だということからスタートして、DPCデータを見たら、治療行為そのものが全く違っていた。こういう事が、DPCだとわかるのです。（資料36）

つまり、同じDPCソフトを使っている病院同士は、他の病院がどういう治療をしているか、クリティカルパスが覗けるようになっていきます。そのため、他の病院の治療パターンを見比べることができます。どういう検査をして、どういう薬を使っているか。事務方がデータを分析して、医師にフィードバックをしています。ですから、薬の処方し過ぎや検査のし過ぎという赤字の治療パターンも当然出てきます。そのデータを提出すると、医師側に説明責任が発生します。その時、これは他の病院でもやっている、昔大学病院で習った、などと言っても全部嘘がばれてしまいます。他の病院では実はやっていません。DPCのデータで、うちは一番この疾患に薬を使っていますが、他の病院ではそんなに使っていませんよ、というふうにはばれてしまうのです。そのため、もし病院をターゲットにする事業やビジネスを行っている人は、診療情報管理士、また事務の方で、こういうデータを扱っている方との交流というのは、非常に重要になってきます。

ベンチマークされる良い病院のタイプは、出来高計算と比較して、収益差が大幅にプラスになっている病院、診療ガイドラインを遵守している、またはコストマネジメントを実施している、DPC対応クリティカルパスを整備している、平均在院日数が他の病院より短い、連携もちゃんとしている、臨床指標－医療の質が向上している、つまりトータルマネジメントがしっかりしているところです。

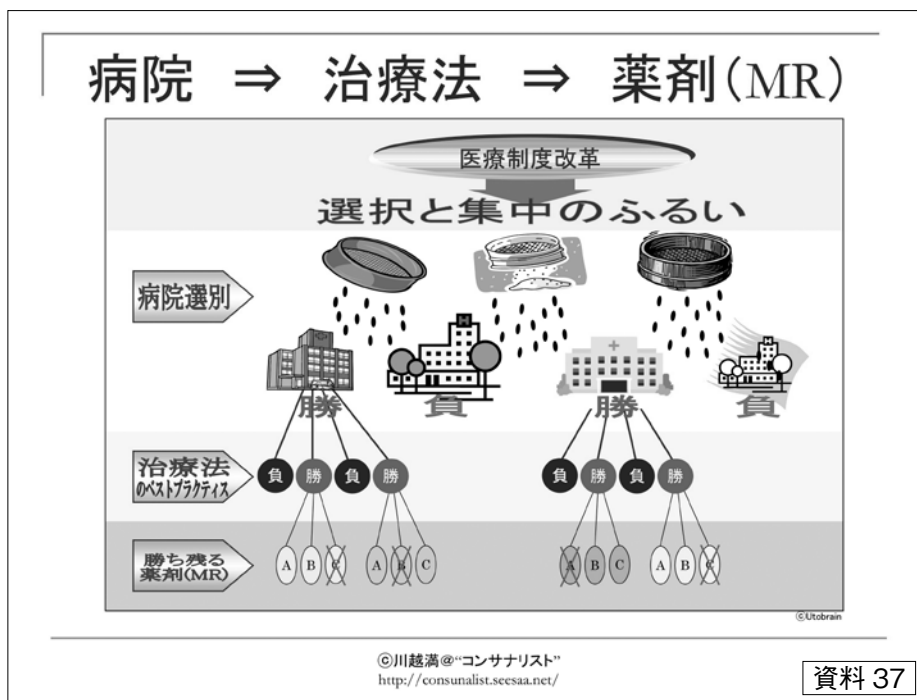
なぜ、こういうところの

シェアを上げなければいけないかというと、例えば製薬企業や医療機器メーカーであれば、こういうベンチマークをされるような病院で、採用されたり、シェアを高めないと、ある日突然、切られる可能性が高いのです。

病院 → 治療法 → 薬剤(MR)

ではDPCとは何かというと、急性期病院を選択と集中のふるいにかける制度です。病院には勝ち組と負け組が出てきます。その中で、相澤病院の事例のように、勝ち組の治療法と負け組みの治療法が出てきます。佐久総合病院の胆のう炎の治療法が勝ち組で、それまでやっていた相澤病院の治療法は、DPCの手法では余り収益の上がるしない治療法でした。そこで、相澤病院も佐久総合病院をベンチマークしたと。つまり、自社製品が勝ち組に使われていないと、シェアが伸びません。逆に勝ち組の治療法に使われていると、物凄く売上が上がる可能性があるというのが、このDPCの仕組みです。（資料37）

調整係数を新しい5つの機能評価係数Ⅱで割って、この数値が低いと、調整係数がなくなっても問題がない病院という見方ができます。要するに、機能評価係数がたくさん取れる病院です。これから新しく出てくる機能評価係数を獲



得できるのも、こういう病院ですね。数値が低いので、DPCの申し子ですね。勝ち組候補の病院ということです。

(資料38)

逆にこの割り算の数値が高いと、機能評価係数が取れず、調整係数が高い病院となります。調整係数が1.1以上のものをピックアップしたのが、ここに挙げた病院です。仮に調整係数が全部なくなってしまって、全部機能評価係数になってしまった場合に、非常に苦しい経営になるということが考えられます。実は、ここでお見せしているのは4月の時点のもので、8月に地域医療係数というのが導入されます。それが入ると、調整係数がまた新しく変わり、7月末に官報告示されると思います。そうなると、今の計算式も全部もう一度やり直さなくてははいけません。再度出たら、皆さん、エクセルデータに落として計算すると、今のようない結果を導くことができます。こういうデータを見て、自分のお得意さんの病院に対して、どうするのかです。

(資料39)

もっと凄いの、「病院情報局」というサイトができてしまいました。これは患者さん向けに作られたものですが、無料で公開されています。無料で、こんなにおいしいデータはありません。例えば、「愛知県 筋骨格系 関節リウマチ」で検索すると、患者数の多い病院が順番に出てきます。在院日数も出てきます。(資料40)

“調整係数に助けられている指数” ＜低い病院リスト20＞

調整係数+機能評価係数Ⅱ(5指数)

熊本医療センター: 32.63	災害医療センター: 36.00
沖縄県立中部病院: 32.94	小文字病院: 36.12
済生会熊本病院: 33.89	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター: 36.16
済生会横浜市東部病院: 33.95	荒木脳神経外科病院: 36.23
医療法人榮昌会吉田病院: 34.24	熊本赤十字病院: 36.36
徳島赤十字病院: 35.07	相澤病院: 36.39
岸和田徳洲会病院: 35.11	高知医療センター: 36.82
福岡新水巻病院: 35.39	神戸市立医療センター中央市民病院: 36.99
阪和記念病院: 35.58	中部徳洲会病院: 37.01
東京都立墨東病院: 35.97	浦添総合病院: 37.10

©川越満@“コンサナリスト”
http://consumalist.seesaa.net/

資料 38

“調整係数に助けられている指数” ＜高い病院リスト20＞

※調整係数が1.1以上の病院のみリストアップ

・苫小牧東病院 114.08	・宮城社会保険病院 87.57
・明理会中央総合病院 111.30	・大阪中央病院 86.87
・八戸平和病院 105.46	・大雄会第一病院 83.28
・昭和大学病院附属東病院 103.60	・札幌南三条病院 83.06
・桜ヶ丘中央病院 102.72	・JA北海道厚生連網走厚生病院 81.82
・くにもと病院 95.92	・札幌社会保険総合病院 80.36
・富田林病院 95.32	・坂泌尿器科病院 79.47
・整形外科米盛病院 93.59	・えいわ病院 79.21
・安曇総合病院 89.71	・KKR札幌医療センター斗南病院 78.72
・西の京病院 88.32	・原三信病院 77.39
・高野病院 87.95	

©川越満@“コンサナリスト”
http://consumalist.seesaa.net/

資料 39

「病院情報局」で愛知県・筋骨格系・関節リウマチで検索 <http://hospia.jp/>

手術情報: 手術なし 病院情報局 beta
Hospital Intelligence Agency

患者数の多い病院			在院日数の短い病院		
病院名	患者数	日数	病院名	患者数	日数
名古屋大学病院 (愛知県)	190	2.09	東生協病院 (愛知県)	15	2.00
藤田保健衛生大学病院 (愛知県)	128	4.09	名古屋大学病院 (愛知県)	190	2.09
一宮市立市民病院 (愛知県)	72	2.76	名古屋市立東市民病院 (愛知県)	14	2.21
小牧市民病院 (愛知県)	38	2.95	一宮市立市民病院 (愛知県)	72	2.76
愛知区大病院 (愛知県)	29	12.74	名古屋共立病院 (愛知県)	10	2.89
名古屋物産会病院 (愛知県)	22	3.96	小牧市民病院 (愛知県)	38	2.95
社会保険中央病院 (愛知県)	22	9.77	名古屋物産会病院 (愛知県)	22	3.96
NHO名古屋医療センター (愛知県)	21	15.10	名古屋第二赤十字病院 (愛知県)	13	4.38
名古屋平立大学病院 (愛知県)	16	15.38	藤田保健衛生大学病院 (愛知県)	128	4.09
東生協病院 (愛知県)	15	2.00	社会保険中央病院 (愛知県)	22	9.77
公立衛生病院 (愛知県)	15	11.07	公立衛生病院 (愛知県)	15	11.07
名古屋市立東市民病院 (愛知県)	14	2.21	名鉄病院 (愛知県)	13	11.31
名古屋第二赤十字病院 (愛知県)	13	4.38	愛知区大病院 (愛知県)	29	12.74
名鉄病院 (愛知県)	13	11.31	トヨタ記念病院 (愛知県)	10	13.90
豊橋市民病院 (愛知県)	12	16.67	NHO名古屋医療センター (愛知県)	21	15.10
名古屋共立病院 (愛知県)	10	2.89	名古屋市立大学病院 (愛知県)	16	15.38
トヨタ記念病院 (愛知県)	10	13.90	豊橋市民病院 (愛知県)	12	16.67

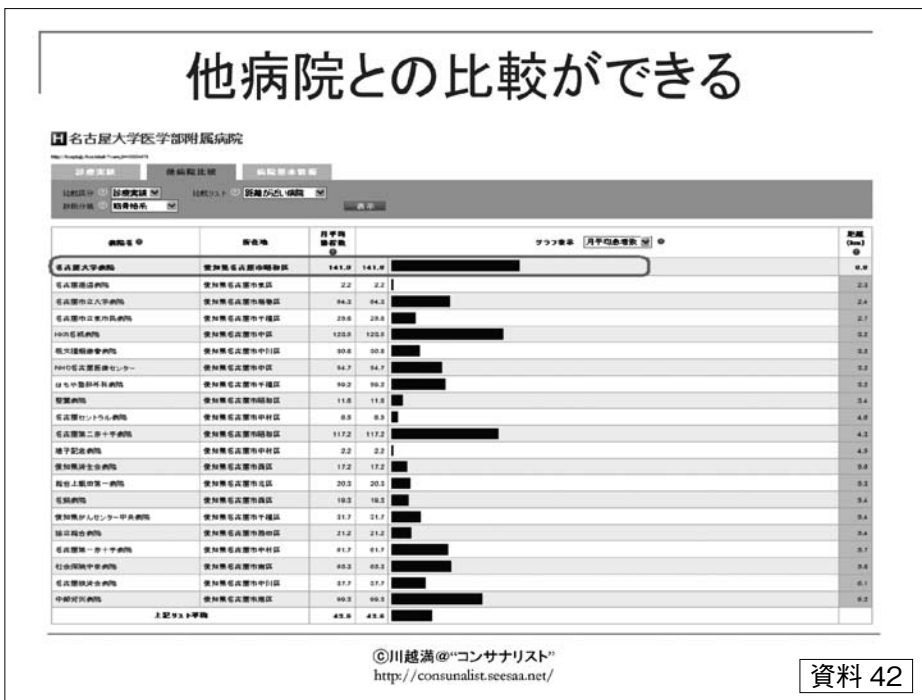
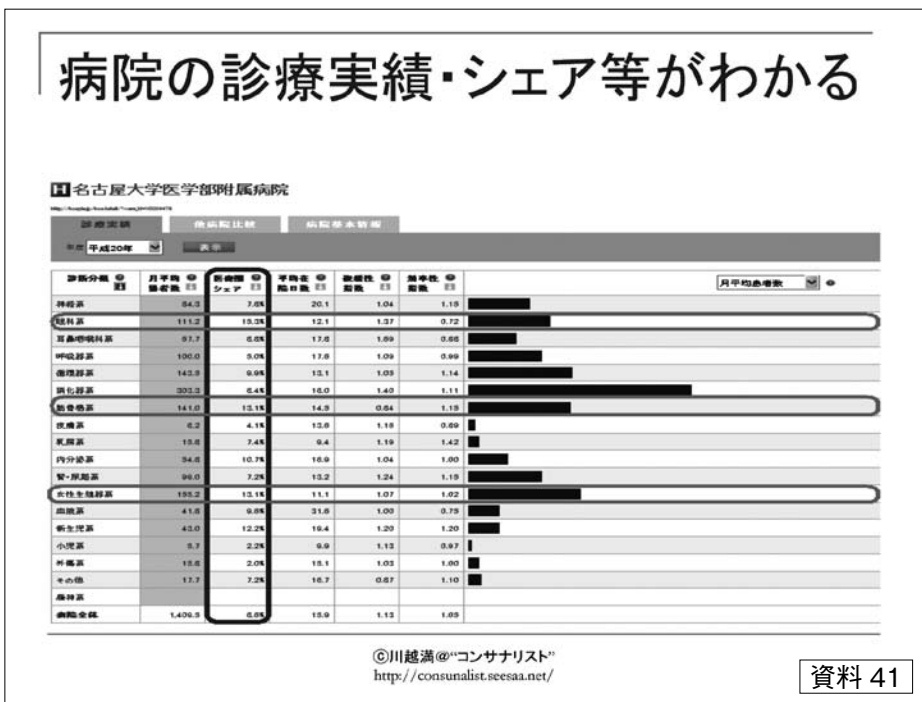
©川越満@“コンサナリスト”
http://consumalist.seesaa.net/

資料 40

DPC病院の中で、各病院ごとに、診療科別に、どのシェアが高いかというのわかり、月平均の患者数もこういったグラフで出てきます。恐ろしいですね。こういうデータを売っていた会社は、それが売れなくなったということです。(資料41)

さらに、他病院との比較もできます。例えば、名古屋大学病院の近くにはどのような病院があるか。これは我々のようなもともとDPCのようなデータを販売していた会社には、全くない概念です。しかし、患者さんにとっては、重要な概念ですね。例えば、この名古屋大学病院に一番近いのは、2.3キロ離れている名古屋通信病院です。しかし患者数の多さでは、こちらが一番ですよといった見方ができます。これは皆さんが企業の製品をマーケティングする際の参考になります。例えば、A君はこの規模の病院で100万円を売っているが、B君はその半分の患者数の病院で100万円を売っている。だったらA君は200万円売ってもおかしくないのでは、といったマーケティングの考え方ができるわけです。皆さん、帰られたら病院情報局のデータを見てみてください。実は、これは『がっちりアカデミー』というゴールデンタイムにやっているテレビ番組で、初回に紹介されたものです。その後はアクセスが殺到して数日間は見辛い状況だったのですが、今は、さくさく見られるようになっていきます。(資料42)

そんなDPC病院を担当する企業の担当者向けに、これからフォーカスしていかなければならないポイントを3つ紹介します。1つは、平均在院日数を短くするため、DPC対応クリティカルパスから他の病院との連携を探るための連携パスへの展開をしないとイケないということです。2つめは、先ほどご紹介したような、他の病院のベストプラクティスへの挑戦をすること。3つめは、関連しますが、“強い臨床指標”の



設定・質の向上をするということです。そのためにはクリティカルパス委員会というものがあります。病院をターゲットとする方は、必ずクリティカルパス委員会のメンバーや今後パス化する領域、パスを改善する領域はどのようなものかというのを、探る様に指示をして頂きたいと思えます。それが情報の中核的な部分になります。

患者さんが心筋梗塞で倒れてから病院に運ばれてPCIを実施するまでの時間を「Door To Balloon Time」と言います。これは世界標準で90分くらいと言われていたのですが、その時間を病院が目標値を定めて、現状を把握して、どれくらい短くするか。T病院では、120分くらいだったのを、半分くらいに短縮しました。なぜそれができたか。それはかつて専門医ではない人が心筋梗塞ではないと思って、患者さんを一度家に帰したりした事例が結構あったからです。T病院では、それを見逃さないために、若い医師向けに、心筋梗塞を見分けるマニュアルを作って周知したところ、一度帰してしまうような事はなくなったので、時間が短くなりました。我々に、各臨床指標のマニュアルのようなものがあれば、非常に話を聞いてくれやすくなるでしょうし、その前に、得意先の病院がどういう臨床指標で動いているのか、把握しないとイケないということです。

DPC病院を対象とする企業の方へのマインドセットをご紹介します。効果が認められても、切れ味がよくない、つまり、平均在院日数を短くできるというような強みがない限り、ほかの製品と比べられて、コストで見られてしまう。これが宿命です。次に、こうした患者さんの初期にこれだけ使えば入院日数が短縮できるという自社製品のストーリーを語れると、受け入れてもらいやすくなります。少しお話した、早期・チーム医療・重症の3つのキーワードに自社製品のメッセージを載せるとさ

らにいいと思えます。

DPC病院とのいろいろな交流というのがありますので、一人の営業担当者にマーケティングを任せるのは非常に難しいところがあります。ですから、営業所単位とか、支店単位で、各病院をどうやって攻略したらよいか、本社のマーケティングの方を含めて、みんなで一緒に議論しないと、一人でDPC病院を担当させるのは、荷が重いのではないかと思います。

チーム医療と医療連携

チーム医療推進の考え方

最後に、医療連携とチーム医療の話になりますが、今回、チーム医療にたくさん点数が付きましたが、恐らく次回も付くでしょう。

チーム医療がもたらす具体的な効果は、疾病の早期発見、要するに、間違った治療が行われているのを防ぐことができるということです。特にがんでは、もっといい治療があるのに、チーム医療がなされていなかったために改善されなかったというケースが論文で出ているという話が、今回の改定の時に出ました。ですから、がんのカンファレンスなどの評価が高まったわけです。医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、これはまさにチーム医療によって勤務医の負担軽減する役割があります。こういうものが今後どんどん推進されていきます。そ

チーム医療推進の考え方

【チーム医療を推進するために】

- ①各医療スタッフの専門性の向上
- ②各医療スタッフの役割の拡大
- ③医療スタッフ間の連携・補完の推進

といった方向を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取組を進め、これを全国に普及させていく必要

+

医療連携&マンパワー確保等

【チーム医療がもたらす具体的な効果】

- ①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上
- ②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減
- ③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 43

のチームに皆さんがいかに関わっていくかという事です。これはぜひ、会議の議題にして欲しい部分です。(資料43)

私は川崎幸病院の緩和ケアチームに、昨年末に取材させて頂きました。この病院は、非常にチーム医療、緩和ケアチームがうまくいっているという噂を伺って、取材をして来たのです。うまくいっているキーポイントは2つあります。1つは、「スクリーニング回診」というチーム20人全員がばらばらに回診をするというシステムです。これは他の病院でもやられていると思います。そして、もう一つのキーワードが「積極介入型コンサルテーション」です。これはスクリーニング回診をして、各職種のチームの皆さんが、何か問題が起きたときに、「先生、介入します」と言って、「この患者さんはこういう状態だから、こういうふうにしてください」と、はっきり言うというものです。さらに、もっと凄いのは、マニュアルがないということです。一言で言えば、“ノーマニュアル・リーダーシップ”なのです。リーダーは、主治医の外科医の先生がいますが、マニュアルを持っておらず、まさに患者さん中心の医療を実践していて、気付いた事があれば、ドクターに知らせてくれれば良いと。しかし、余りにもマニュアルがないので、取材時、ドクターは作ったほうがいいだろうかと私に言うので、それは止めたほうがいいと申し上げました。マニュアルを作ったら、そのマニュアルに依存して、動かない人が出てくるからです。チーム医療には、まさにこのノーマニュアル・リーダーシップが求められていると私は考えています。皆さんの得意先にもそういう概念を広げて頂ければと思います。だいたい失敗しているところは、マニュアルで

ガチガチになって、各個人が考えなくなるのです。『よくわかる医療業界』の本の中で取材させて頂いた、中島さんという非常に有名な看護師さんがいらっしゃるのですが、「実は、多くの看護部長がクリティカルパスを止めたいと言いつ始めている」とおっしゃっていました。私はその話を聞いて、びっくりして聴き返しました。DPCでパスも導入して、連携パスに移行しようとしているのにどうしてですかと。すると中島さんは、パスを導入したことによって生じた一番のデメリットは、「看護師が考えなくなってしまったこと」だと。それがマニュアルやパスの一番の弊害だという話をされたのです。パスとして非常にいいものができたのですが、副作用として、個々の考えや発想が失なわれつつあるのです。それを取り戻すのが、こういうチーム医療ではないかと思います。自分に何ができるのかを考えさせるのに、非常に大きな役割があると思います。(資料44)

チーム医療の評価ということで、今回新しくできた点数を取った病院、医療機関というのは、勤務医の負担軽減の計画を作って提出しなければならなくなりました。それは資料45にあるURLに飛んでいただければ、計画表が見られます。いかにして医師の仕事を、看護師や薬剤師が奪うかというプランですね。こういうものを



資料 44

提出しないと、先ほどのチーム医療関連の点数は取れません。(資料45)

連携に必要なもの、サポートする場面に出くわす企業の場合、または、病院の中で連携を進めていくために何が必要か、だいたいこの7つが必要とされています。うまくいっていないところは、この7つのうち、どれかが欠けています。1つめが診療ガイドライン、バイブルみたいなものです。2つめが治療方針、3つめがGOALです。この患者さんをどういう数値にしたいのか、どういう状態にしたいのか。役割分担が示された連携パス、患者さんの指導ツール、患者情報、多職種によるリアルな交流の場が必要になってきます。

急性期病院が医療連携を成功させるには、4つのステップがあります。1つめが、病院内における体制とコンセンサスです。院長しかやる気がないというのは最悪ですね。1つめをクリアしたら、地域の開業医さんへの営業活動。協力してくださいとマニフェストを掲げていくわけです。そして、医師以外の職員向けに地域コメディカル対象の勉強会を開催します。最後に、地域の住民向けに、その疾患別の連携がなぜ大切なのかということ啓蒙活動を行います。よく言われますが、病院から地域の開業医への営業活動は毎日通っている医薬品卸のMSさんなどに病院サイドから協力を依頼します。病院の職員さんだけではなかなか厳しいし、専門医がじきじきに診療時間を削って開業医さんを訪問している病院もありますが、すべての病院がそういうことをできるわけではありません。

2つのC

企業がこういう連携に関わろうというときには、【2つのC】というキーワードがあります。1つのCはコラボです。例えば、この病院とどういいうコラボレーションができるか、ほかの企業、他業種とどういいうコラボレーションができるかです。2つめのCがコントリビューション、貢献です。何を持って貢献するか、どういいう立場で病院に貢献するか、ということを考えないといけません。そのためのキーワードとなるのが、自社製品を通じて患者さんを参加させる仕組みをどう作るか。これは先ほどから言っているように、新しい4PのParticipationがこれから一番重要になってきます。薬剤の服用の中でも、最初はインフォームド・コンセントになって、アドヒアランスになって、コンコダンスになって…という概念の流れがありましたが、まさに患者さんに参加させる、患者さんに選ばせるという仕組みをどう作るか。チーム医療をどう構築するのか、連携先をどう選ぶのか、企業サイドから見ればどの施設をトップとして、そこからどういいう生態系を作っていくのか、コミュニティを作っていくのかという考え方ですね。そういう場合、企業はたくさん患者指導のツールを持っているでしょうから、どういいうツールを使うのか、iPadみたいなものを使う場合

M病院における勤務医負担軽減計画

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-103.pdf>

分野	現状	平成24年度までの目標	評価
看護業務	看護職による静脈注射の実施(注)の拡大(注)	看護職による静脈注射の実施拡大(利尿剤等)	静脈注射の実施拡大率
	病室での看護業務の効率化(注)	病室での看護業務の効率化(注)	病室での看護業務の効率化率
	看護職による患者の健康指導(注)	看護職による患者の健康指導(注)	看護職による患者の健康指導率
	看護職による患者の健康指導(注)	看護職による患者の健康指導(注)	看護職による患者の健康指導率
薬剤業務	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導率
	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導率
	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導率
	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導(注)	薬剤師による患者の健康指導率
診療業務	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化率
	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化率
	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化率
	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化(注)	診療業務の効率化率
検査業務	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化率
	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化率
	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化率
	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化(注)	検査業務の効率化率

・看護師による静脈注射の対象拡大(利尿剤等)
・事前の医師の指示の範囲内で看護師の観察に基づき投与できる薬剤の種類や指示の拡大

・栄養サポートチーム(NST)、感染症対策チーム(ICT)等における診療支援業務も実施予定

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consulist.seesaa.net/>

資料 45

もあるでしょう。あと、GOAL、先ほどのDoor To Baloon Timeのような、臨床指標にはどういふものを設定すればいいのか、そして誰を巻き込むのか、ですね。企業同士であっても、競合製品でなければいいわけです。薬の例で言うと、糖尿病の薬同士だったら、協力し合えないけれども、糖尿病の検査のメーカーさんだったら、薬を売っているメーカーさんとは協力し合える。利害関係がばらばらにならず、一致する。とにかくその医療機関に患者さんがたくさん来れば、お互いの売上が上がるわけです。そういうことで、誰を巻き込むのかという事が大切になってくると思います。

(資料46)

最後は、“食後のお飲み物”のお話です。最近、私はウサギとカメの話が物凄く好きです。子どもの頃のウサギとカメの話は、油断大敵の事例として教えられたと思います。皆さんがウサギの立場だったら、どんな時でも油断したらいけません。また、カメから見たら、どんなに負けていても、努力すれば必ず勝てる、と子どもの頃に教わりました。ちょうど大人になったら、車が空を飛んでいるのではないかと言われていた頃に教わった話です。しかし、大人から見るとこの話は違うのです。大人には、こういう教え方をしないと いけません。ウサギはカメを見ていた。しかし、カメはゴールを見ていた。これが皆さんの事例で言うと、カメというのは競合他社であったり、競合他薬局であったり、競合他病院であったりするわけです。こればかり見ている人は非常に多い。しかし、大切なのは、ゴールです。患者さんに失われるはずだった時間を売ってあげるといふゴールです。この話を

作ったときに、いろいろ調べたら、ウサギがどれくらい昼寝をしていたら、カメが追いつくかというのを計算して、計算式を載せていた人がいたのですが、その場合、かなりの日数をウサギが寝ていないと、カメは追い付けないそうです。それは別として、ゴールというのは、我々のような医療産業に身を置くものにとっては、非常に重要な概念だと思って、ウサギとカメの話をしました。(資料47)

最後はビジネスの重要な概念をお伝えして、ちょうど時間なので、終わりにしたいと思います。

【2つのC】

コラボ&コントリビューションのヒント

- 患者参加のしくみをどうつくるか？
- チーム医療(役割分担)をどう構築するのか？
- 連携先をどう選ぶのか？(企業からみれば、どの施設をトップターゲットとし、どのようなコミュニティをつくるのか？)
- ツールは何を使うか？
- GOAL(臨床指標)に何を設定するのか？
- 誰を“巻き込む”のか？(この指とまれ)



©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 46

ウサギとカメが教えてくれる大切なこと

ウサギは亀を見ていた
 亀はゴールを見ていた

<p>1番 もしもし かめよ かめさんよ せいのうちで おまえほど あゆみの のろい ものはない どうして そんなに のろいのか</p> <p>2番 なんと おっしゃる うさぎさん そんなら おまえと かけくらべ むこうの 小山の ふもとまで どちらが さきに かけつくか</p>	<p>3番 どんなに かめが いそいでも どうせ ばんまで かかるだろ こころで ちょっと 一ねむり ターターターターターターター</p> <p>4番 これは ねすぎた しくじった ビョンビョンビョンビョン ビョンビョンビョン あんまりおそい うさぎさん さっきのじまんは どうしたの</p>
--	--



©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 47

私が大好きな言葉に、アメリカのアイスホッケーのウェイン・グレッツキーという、アイスホッケー・ファンなら誰しもが知っている、伝説の選手の名言があります。インタビュアーに、「なぜあなたはそんなにシュートを決めることができるのですか？」と問われて、答えた言葉が最高にいいのです。2000年に介護保険が導入されたときに、当時はコンサナリストではなくて、ジャーナリストだったので、いろんな方に介護保険は儲かるんですか、ホームヘルパーや介護産業に参入して儲かるんですかと聞かれました。その時、私はこの話をしたのです。ウェイン・グレッツキー選手は、「パックがある場所に向かって滑っていても無意味です。今ある場所ではなく、これから飛んでいきそうな場所めがけて滑るのです」と言ったのだ、と。例えば、当時の介護保険だったら、介護サービスというのはたくさん参入してきます。恐らく、儲かる人は少ないでしょう。しかし、介護保険で儲けようとしている人向けにビジネスを考えたら、それは儲かるかもしれないと。当時30歳のときにお話したのですが、こういう考え方は、未だにどういふビジネスにおいてもあります。昔

のゴールドラッシュの時代、金を掘りに来た人は全然誰も儲からなかったけれども、金掘りの人にジーンズとシャベルを売った人は、大金持ちになったという話があります。この話のように、皆さん、何かが動いたなという時に、今パックがある場所ではなくて、これからパックが飛んで行きそうな方向のことを考えて、ビジネスの展開を考えて頂ければと。また、病院だったら、先ほどのまだ満たされていない医療ニーズの図を見ながら、これからどういう患者さんが増えていくんだらうなということを考えながら、その3つの柱のうちの1つは未来のことを考えて、新たな展開をして頂ければと思います。
(資料48)

ビジネスとは？

「なぜあなたはそんなにシュートを決めることができるのですか？」

「パックがある場所に向かって滑っていても無意味です。今ある場所ではなく、これから飛んでいきそうな場所めがけて滑るのです」



～アイスホッケーの名選手
ウェイン・グレッツキー選手の言葉～

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.seesaa.net/>

資料 48

ご静聴
ありがとうございました。



ぜひ、下記のホームページをご覧ください。
講演のアフターフォロー用のサイトとして、
良質な情報をバンバン紹介していきます。
川越の個人ホームページです(^v^)

<http://consunalist.seesaa.net/>
<http://twitter.com/Consunalist>

©川越満@“コンサナリスト”
<http://consunalist.seesaa.net/>

資料 49

こういう会ですと、今日が最初で最後のお別れの場になってしまう可能性が非常に高いので、今後、私のサイトや、今はやりのツイッターとかもやっていますので、ぜひご覧頂けたらと思います。特にツイッターはぜひやって頂きたい。というのは、皆さんの製品を使っている方がつぶやいているわけです。そのことを教えてあげると、製品の担当者はみんな物凄くびっくりします。こんなに自社製品の事がつぶやかれているんだ、と。ツイッターは登録をしないと、検索機能が使えません。ですから、まずはIDを取って頂いて、検索窓から自社製品を恐る恐る入れて、どういうことがつぶやかれているか見て頂きたいと思います。そして、もしつぶやかれていなかったら、ほっとするのではなくて、マーケティング的にまずい、まだ認知度が低いというふうに考えて頂ければと思います。

(資料49)

いろいろお話をしましたが、最初に、私の話を聞いたらこうなりますよと言ったことは、たぶん実現すると思いますので、皆さんの人生がさらにいい方向に変わるのを願って、私のお話を終わりにしたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

