

NPO法人 臨床応用科学
Clinical and Applied Science

Vascular Street



早良区ライフスタイルケアフォーラム

◎パネルディスカッション

医療経営とリスクマネジメントについて ～病院と開業医の視点から～

- ・日時：平成18年10月23日(月)19時
- ・場所：JALリゾートシーホークホテル福岡 3階「リゲル」



司会
福岡大学病院
循環器内科
助教授
松永 彰先生



原口病院
循環器科内科
院長
原口 信一先生



福岡歯科大学
総合医学講座
内科学分野
助教授
堺 孝明先生



さかうえ内科
循環器科
院長
坂上 明彦先生

松永 それでは早良区Life Style Care フォーラムの
パネルディスカッションを始めます。パネルディス
カッションに先立って皆様にはあらかじめアンケー
トをお願いしました。今回のアンケートに関しては、
早良区内科医会会長の牧角和宏先生に、お骨折りを頂
きました。ありがとうございました。

まず質問1：医療の現状(過去と比較して)からみた
将来(1年後、10年後)に対して(図1)です。これま
で通り問題はないが2名、不安を感じているが20名、
その他が3名でした。

医療経営に関する質問2：では、経営相談について
任せられる(相談できる)税理士などがいるが19名、
相談できる医療関係者がいるが1名、独学で勉強し
ているので問題はないが1名、その他が6名でした。

質問3：患者サービスに対して取り組みがされてい
ますかの問いに対して(図2)、24時間電話での連絡
(相談)を受けられる状態であるが7名、在宅医療
を実施しているが8名、疾患別教室を開催してい
るが2名、診療時間を延長しているが1名、全くされ
ていない5名、その他が2名、その他に関しては早
朝開院、出前講演あるいはセミナーを行っている。

『医療経営とリスクマネジメントについて』の事前アンケート

Q1. 医療の現状(過去と比較して)からみた将来(1年後、10年後)
に対して

- ☐ これまで通り問題はない。 2人
- ☐ 不安を感じている。 20人
- ☐ その他() 3人

- ・医療の理念基本(生命の尊厳を知る)が侵されることへの不安。
- ・現状を把握していない医療現場に不安を感じる。
- ・なんとかなるだろう 一生懸命やっている

医療経営に関して

Q2. 経営相談について。

- ☐ 任せられる(相談できる)税理士などがある 19人
- ☐ 相談できる医療関係者がいる。 1人
- ☐ 独学で勉強していくので、問題ない。 1人
- ☐ その他() 6人

- ・自分で頑張る。・相談されている。
- ・仲間と話をしたい。・なりゆきまかせ。

図 1

Q3. 患者サービスに対して、取り組みされていますか

- ☐ 24時間電話での連絡(相談)を受けられる状態である。 7人
- ☐ 在宅医療を実施している。 8人
- ☐ 疾患別教室を開催している。 2人
- ☐ 診療時間を延長(従来とは変更)している。 1人
- ☐ 全くやっていない。 5人
- ☐ その他() 2人
- ・早朝開院
- ・出前講演あるいはセミナーを行っている

Q4. リスクマネジメントに対して。

- ☐ 医師会(団体)保険に加入している。 15人
- ☐ 個人で保険に加入している。 5人
- ☐ 任せられる(相談できる)弁護士がいる。 1人
- ☐ 院内でスタッフにリスクマネジメント講習会を実施している。 3人
- ☐ その他()

図 2



質問4: リスクマネジメントに対して医師会(団体)保険に加入しているが15名、個人で保険に加入しているが5名、任せられる弁護士がいるが1名、院内でスタッフにリスクマネジメント講習会を実施しているが3名でした。

医療の現状に関して将来不安を感じている先生がかなり多いと思います。その点に関して原口先生いかがでしょうか。

原口 医療の現場においてかなりの先生方が不安を感じていますが、例えば私の父の時代に、同じようなアンケートを実施したとすると多分このような不安を感じることがなかったように思います。忙しかったでしょうけど収入だけは良かった。ところが段々と医療法が第一次から五次までに改正されるごとに、いつのまにかこのような問題を考えなくてはならなくなり、またリスクも多い時代になってきました。この医療の現状に関して、例えば平成19年の4月から医療法が変わって新しい体制でスタートしたとしてもそれは私たちにとってあまりいい未来があるようなものではありません。最近是不安の連続ですね。というのは、私たちの努力で新しいものを開拓していくということがなかなか難しい、政府の言うとおりの方向に行かなければ経営できません。今度の4月からの検診とか保険で収入が上がるようにされているそうですから、そうした小さな情報を自分で捕まえて行かなければ未来はありません。また5年くらい先には更に医療費の削減が目指されていますのでますます厳しい状況です。私の頭の中では倒産しない経営をすることが根底にあります。このような厳しい状況でも厚生労働省の方が言うには、逃げ道というか、収入を上げる方法は何かしらあるとのことですので、自分で情報を捕まえてはけません。いろいろな会に出席したりして不安を取り除く努力をするしかないと思っています。

松永 原口先生ありがとうございました。次に医療経営に関して医療経営専門でMBAの資格もある堺先生いかがでしょうか？

堺 まず簡単になぜ今医療経営が問題となっているかという国民皆保険が始まったのが昭和36年、これから右肩上がり日本経済が成長していき、この経済成長の伸びで国民医療費の伸びを補足で

きたのですが、バブル崩壊後の経済では医療費の伸びを補足できなくなって医療経営というのは倒産するかもしれないという不安に襲われています。今後の展開ですが、戦後最大・一兆円くらいのマイナス改定になります。トレンドがどのようになるかということ、急性期病院、療養病棟、在宅医療とありますが、その病院が急性期病院に入れるようであればDPC(包括医療制度)に入ることによって経営は担保されます。療養病棟については減少します。例えばリハビリテーションを日にちで制限し、38万床から15万床に移行する予定です。次に在宅医療ですが市場に関しては一番伸びると思われます。というのも入院費を削減してこちらの在宅ケアにあてる。つまり療養型を15万床に減らして、その患者を在宅医療の方に送ろうとしています。

医療経営というのは決して税金対策ではなく、市場の中の消費者のニーズにあったサービスをどうやって提供するのかということです。医療でいうと、患者さんの医療圏があります。その中で高齢者が多いのか、女性が多いのか、男性が多いのか、どのような疾患が多いのかをリサーチし、そこで自院のポジションをどのようにおいたらいいか、どのようなサービスをしたらいいかを決めていくのが経営です。その中の財務活動、財務キャッシュフローに関しての役割が税理士さんで、いわば縁の下の力持ちです。

今までの医療は攻撃力(利益獲得力、付加価値損失力)だけで、コスト意識のない経営なのです。コスト意識がなぜないかというと、売り上げだけで費用のコスト意識、コストのデータがなかった。つまり収益がどれくらい分からないということです。CTやMRT、PETを購入してこれだけ買ったのだからこれだけ収益を上げるためにはどのくらい患者さんを増やせばいいのかを算定するのが今までの経営でした。バブルが弾けて今のような現状になった場合、守備力(財務力、自己資本力)が重要となってきます。自分の体力がどれくらいあるのかを知らないで経営競争の中に飛び込んでいる例がたくさん見受けられます。不安に感じるといっても自分の体力が分からないからどのくらいのスピード、力加減がわからないからとりあえず力いっぱい走っていないと潰れてしまうというイメージがあるからです。今日の医療経営というの



は攻撃力と守備力を知って競争をしなくてはいけないと思います。診療報酬の改定が2年ごとにあっても自分の体力が分かれば対応できると思います。

松永 例えば具体的な取り組みはいかがでしょうか。

堺 入院費を減らして在宅医療に移行していますので、在宅医療をいかにするかがポイントかと思っています。しかし在宅に関しては様々な問題(レスピレーター、疼痛緩和がうまくいかない患者など)を知っておいた上で参入する必要があります。ただ市場としては大きいです。

松永 原口先生はどのような取り組みをされていますか。

原口 私自身は収入と支出の差で少し残ればよいので全部含めて経営と思っています。税理士に相談するのも経営ですし、患者さんに対しての笑顔を見せるのも経営だと思っています。在宅医療に関してですが、国の方針が病院ではなくて、家・社会で診ましようという方針になってきました。医師の方は少し慣れてきたのかも知れませんが、受け入れ側の患者さんの方がまだまだ慣れていないので私たちがもう少し受け入れ側に対しての啓蒙活動などを行うことが、選択肢の1つとして在宅医療を定着させるためにも重要だと思います。

松永 原口先生ありがとうございました。次にリスクマネジメントに関して坂上先生いかがでしょうか。

坂上 リスクマネジメントを考える場合、病院と診療所とは違うと思います。診療所の立場としてお話ししたいと思います。初めて来られた患者さんとの1対1の関係そのもの、患者さんとの対話からリスクマネージメントは発生していると考えています。いろいろな検査、病気の説明をする場合も例えば内科疾患治療時の専門疾患以外の存在の可能性を

常に頭に置き、自分の専門とっていても自分の専門外の病気があることが結構あります。外からくるような院内感染としてこのような例もありました。胸部異常陰影があつてCT撮って下さいと紹介しても患者さんが紹介先に行かない。そのうち咳・痰が出だして、喀痰検査をするとガフキーが出て結核であることがわかりました。その後、保健所から色々な指示が出て、丁度風邪のはやっている時期で同じ日に来院した患者さんをカルテに付箋を付けてフォローするなど大変でした。外からくるような院内感染症への取り組み、院内急変時搬送、薬剤副次反応管理、院内外死亡時の届出など医療裁判になりかねない様なことの1つ1つのリスクマネジメントが重要であると考えています。

原口 私のリスクマネジメントというのは、リスクの先には倒産があると考えています。リスクの先には倒産があり5つのリスク管理を心がけております。1つは医療安全、2つ目は院内感染、3つ目として収入が減って支出が多くなるのもいけません。これは医療行政の問題でもあります。4つ目は医療の質の保持、知識や技術が下がっても問題になってきます。常に自分を磨いていかなければいけない。5つ目は従業員の教育もしっかりしなくてはなりません。この5つをまもっていかなければならないと感じています。

松永 原口先生、素晴らしいご意見をありがとうございました。パネリストの皆様、本日は大変参考になるご意見をありがとうございました。貴重なご意見をいかして明日からの診療に努めたいと思います。ありがとうございました。



One-point lesson for medical students

Q. 生活習慣の修正しても体重がさがりません。
他に方法はあるのですか？

A. 最近、米国内科学会の雑誌、これはレベルの高いランダム化比較試験 (RCT: Randomized Controlled Trial: つまり治験や臨床試験等で、データの偏りを軽減するため、被験者を無作為(ランダム)に処置群と比較対照群に割り付け評価を行う試験のこと)しか掲載されませんが、それに胃の上部をバンドする方法と低カロリー食 (VLCD) や肥満治療薬投与群とどちらが減量、健康度、生活の質、副作用に効果的だったか検証した研究が報告されています。

2年間の追跡ですが、体重、拡張期血圧、HDL-C、インスリン感受性 (ISI)、メタボリックシンドロームの2年後の頻度、生活の質、すべてバンド治療群で改善が認められました。少量の生食で内径が調節可能なバンドをラパロスコピーで胃上部に留置する方法です。

BMIからしても超肥満患者に用いた研究でないところに興味ありますね。患者さんから、「先生、これ、受けたいけどどうですか？」と質問されたら、「もっと頑張って減量したら」と言うとは思いますが、うん。。。

(Prof.K.S)

