

医療界注目の“コンサルティングファーム”が徹底指南！

2007年度に実行すべき 病院経営改革のポイント



グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン
代表取締役社長

ライフタイムパートナーズ株式会社
代表取締役社長

渡辺幸子

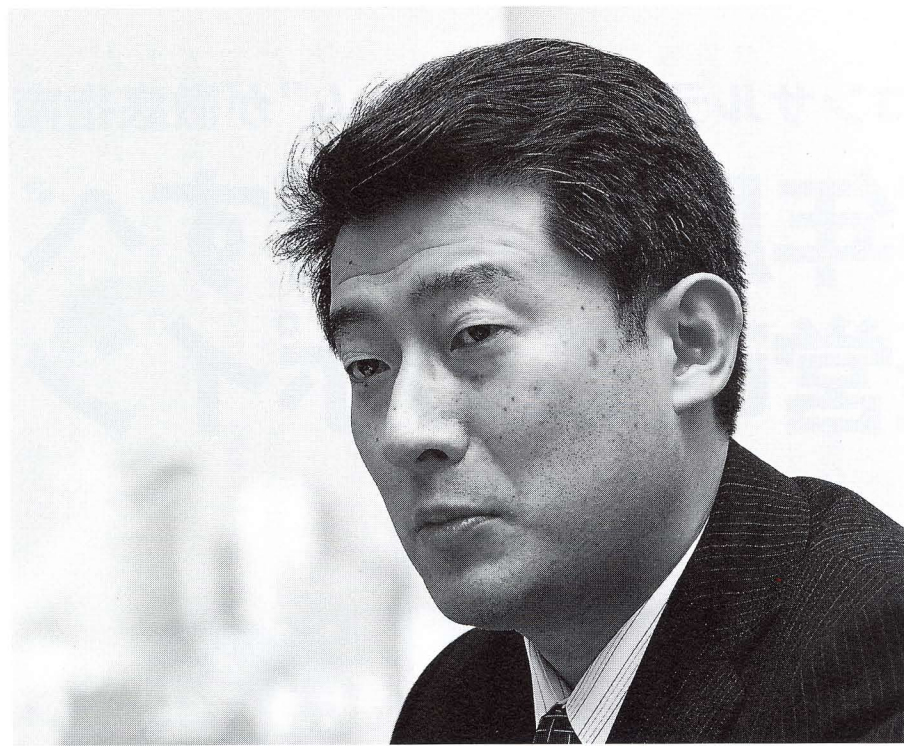
村山 浩

医療を「サービス業」と位置づけ、民間企業の経営ノウハウを医療業界に導入する三菱商事子会社の『ライフタイムパートナーズ』。病院経営のコンサルティング、院内でのコンビニエンスストア運営、医療・介護の総合相談を行うコールセンターの導入や資産流動化を用いた資金調達など、幅広いサービスを提供する同社は、三菱商事株式会社に入社後、同社の金融部門にて、主に日本、米国、アジアのM&A、ベンチャー投資、投資ファンド、LBOファイナンス、ストラクチャードファイナンスを担当し、ハーバードビジネススクールでMBAも取得した村山浩社長の強いリーダーシップのもと、恵寿総合病院（石川県）、今村病院（鹿児島県）、織田病院（佐賀県）など、全国有数のリーディングホスピタルにおける経営改革を手がけている。

一方、カリフォルニア州アサートン市に本社をおく医療経営コンサルティング会社である『グローバルヘルスコンサルティング(GHC)社』は、机上の理論ではなく、戦略的実証分析による医療の質と効率の向上をめざす、医師、看護師、薬剤師、IT専門家、病院経営者、医療経済学者からなる“プロの頭脳集団”。創設者はカリフォルニア大学バークレー国際経済研究所研究部長、スタンフォード大学医療政策部長を務めた国際医療経済学者のアキ吉川氏。米国議会調査局、世銀、商務省などのアドバイザーを務めるとともに全米各地の病院経営改革を手がけている。

同社の日本法人であるGHCジャパン（渡辺幸子社長）は、相澤病院（長野県）をはじめ、日本を代表する急性期病院にベンチマークを基点とする近代的な経営手法を導入するなど、戦略的経営コンサルティングを実施していることで知られている。

2007年度のスタートにあたり、わが国の病院経営者が注目する両社のトップである、村山浩社長と渡辺幸子社長を招き、今年度に行うべき病院経営改革のポイントについて、語り合っていた。 (司会：本誌編集長・浅井一敬)



むらやま・ひろし

1990年、上智大学外国語学部英語学科卒業後、三菱商事株式会社に入社。国内をはじめ、米国やアジアでM&Aを手がけたほか、ベンチャー投資や投資ファンド組成、LBO（レバレッジド・バイアウト＝企業買収向け融資）ファイナンス、ストラクチャードファイナンスなどを担当。98年、ハーバードビジネススクールでMBA取得。2000年5月、ライフタイムパートナーズ株式会社を設立、代表取締役社長に就任。再生ビジネスで培ったノウハウを武器に日本医療の再建を仕掛ける

チーム医療の実践、質の向上には スタッフ全員の情報共有化が不可欠

まずは、会社の概要について簡単に説明
いただけませんか。

村山 ライフタイムパートナーズ（以下、LTP）は三菱商事の子会社で、社内ベンチャー的に2000年5月に立ち上げた会社です。「ファイナンス業務」と「経営コンサルティング支援業務」を柱に、地域住民が、安心して健康に暮らせる社会づくりに貢献すべく、患者様、ご利用者様を選ばれるヘルスケア事業体をめざす医療機関・介護施設の皆さんの事業パートナーとして、さまざまな支援を行っています。

自動車産業をも凌ぐ39兆円市場と言われる医療・介護産業に企業経営のノウハウを導入することで、成熟したサービス産業へと発展させることをめざしています。

——ご自身の商社マン時代の経験を活かし、ベンチャー投資や再生ビジネスなどのノウハウをもとに、たとえば事業拡大を図る医療機関に対して、シンジケートローン（協調融資）に参加する銀行団のアレンジから融資後のコンサルティングまで、トータルソリューションの提供に努めていらっしゃいますね。

村山 弊社が直接ファイナンスを行うほか、ファイナンスをアレンジすることもあります。本質的には、独自に多様な調達が可能になるような経営管理体制・財務体質を構築することが重要であると考えています。そのため、長期的な事業計画の策定、事業の採算分析や財務構造の見直しなどについても、病院経営者の皆さんと、まさに「膝

詰め」で議論しています。

渡辺 グローバルヘルスコンサルティング（以下、GHC）では、米国におけるDRG/PPS制度の経験を踏まえ、数年前から日本において疾病別のマイクロマネジメントの重要性を訴えてきました。今ではメジャーとなったベンチマーク分析を、本格的にわが国の病院で実施したのもGHCが初めてです。疾患別・術式別のベンチマークなど、弊社のコンサルティングサービスを経験した数多くの急性期病院が現在、DPCに参加していますが、私たちはDPC環境下における病院経営には、「疾病別にコストを把握し、コントロールすること」「疾病別に在院日数を把握し、コントロールすること」「医療の質を上げること」という3つのチャレンジが必要になると考えています。

具体的なコンサルティングの過程では、まず最初にベンチマーク分析を行い、クライアントの強み弱み、ポジションを把握します。そこで浮かび上がった問題を分析し、定量的な目標設定を行い、エビデンスをもつてともに解決していきます。DPCの導入支援だけでなく、地域連携、増患支援やコスト削減、手術部稼働改善などといった、実践的なコンサルティングを提供しています。

——お互いの仕事競合することはありませんか？

村山 同じクライアントに対して一緒にコンサルティングを行ったことはありませんが、バッテリーングすることはほとんどないですね。新聞などマスコミで取り上げられる話題は、弊社が提供するファイナンスのスキームに集中しがちですが、実際のコンサルティングでは、業務フローの改善や人材の適正配置など、オーソドックスなことも数多く手

医療・介護は成長産業 ここ数年耐え切れれば勝ち組になれる——村山

がけているんです。先ほども「膝詰め」で議論していると申し上げましたが、コンサルティングを行ううえでは、コミュニケーションを図り現場の意見を聞くことが、まずは大切です。介護施設のコンサルティングに初めて訪れる時、弊社のコンサルタントはジャージを持っていきますからね(笑)。「とにかく手伝って、一緒にやってみないとスタッフの本音は聞けない」という想いで、入浴や食事の介助もお手伝いしているんです。

渡辺 われわれのクライアントは急性期病院が中心ですし、LTPとはサービスはもとより規模も違いますので(笑)、競合することはほとんどありません。特に急性期病院では、医師の意識が変わらなくては良い結果も導き出せませんので、意識を改革する手段として集中的にDPCのデータを使っています。DPCデータは臨床データの宝庫です。具体的にはクリティカルパスの見直しまで一緒に考えます。医師はインテリジェンスな方たちですので、データにもとづく実証分析やエビデンスを提示すると急に「スイッチが入る」んです。そのスイッチを入れるのがわれわれの役割だと思っています。「どういうデータの見せ方をすれば、先生方は反応するか」というところまで考慮したうえで、データにもとづく改善を提案します。

村山 理系の科学者である医師中心の世界ですので、やはり数字のロジックにもとづいた分析結果を提示しないと、なかなか納得されません。だからこそ、診療行為についての分析をしつかり行って「本来はこうあるべきではないですか」という仮説を提示することが必要なんです。

たとえば、整形外科で、本来であればもう少し

し関節鏡の手術が多くても良いはずなのに、他院からの紹介が少なくすれば、地域の診療所との連携に目を向け、「あそこの診療所から、今、何人紹介があつて、その人たちが手術して退院をした時に何点が算定でき、さらにこの診療所との関係で年間どのくらいの売り上げが立っているか」などといったことを詳説したうえで、連携先からの紹介増を図るためには何が必要かも、一緒に考えていきます。

渡辺 ベンチマーク分析の結果を医局で解説する際には、院長、副院長や看護部、薬剤部、検査部、医事課、診療情報管理士などといった各職種にも参加していただきます。そうすることによって、外科なら外科、内科なら内科の各診療科で実際にどのような医療が行われているか、情報が共有できます。DPCのデータによって今、院内で何が起きている、問題はどこにあるのかを可視化していく。このように情報を公開し、皆で共有していただけるように仕向けることも、われわれの大きな役割だと思っています。

もちろん、医師が率先して医療の質を上げていくことが必要ですが、やはり他の職種も含め、医療に携わる院内スタッフすべてに患者情報が共有化されなければ、本当の意味でのチーム医療は実践できませんし、医療の質も昇華しないと思うんです。

急性期病院、生き残りの条件は “院長のリーダーシップ”

急性期病院におけるコンサルティングの実例までお話しさせていただいたわけですが、今後急性期を志向する病院が生き残るためには何が必

要になるとお考えですか。

村山 やはり、地域ニーズの把握が大切です。たとえば、周辺に大病院や、日赤、済生会などが立地し、それらの病院に自院よりも優れた医療提供を行っている同一の診療科があり、患者さんもそちらに流れているようなケースでは、あえてその診療科で競合する必要はないはず。そもそも人口に対するニーズを上回る供給過剰が生じているならば、そこで競争してもしょうがない。診療圏にどれだけの患者さんがいるかだけでなく、どのような機能を持った病院があり、それが今後どういった方向性を打ち出しているのかも含めて、地域ニーズを勘案して、自院の果たすべき役割を見出し、いくべきです。

ただ、今後も急性期を志向していくならば、DPCの導入や7対1入院基本料の算定はもとより、平均在院日数についても14日程度にまで短縮することが求められます。もっとも、かつては30日を超えていたものが2週間程度にまで短くなれば、当然ベッドも「半分が良い」という話になる。ですが、一日あたり入院単価は上がるので、従来より低い稼働率でも採算は合うようになります。果たして地域にどれだけの需要があるのか。詳細に検討しなくてはなりません。無論、高齢化の進展で、医療ニーズは今後も高まること予想されるわけですから、「急性期にそれだけのベッドは必要ない」となれば、療養病床再編の今後の行方にもよりますが、たとえばアメリカのナーシングホームのようなスタイルの施設に転換するといった方向性も検討すべきでしょう。

また、昨年の国会で成立した「がん対策基本法」に象徴されるように、今後、医療機関には、

医療の質に今以上にこだわることで 勝ち組になる必要条件——渡辺

これまで以上にがん医療への取り組みが求められるわけですが、5年生存率が2〜3割以下といったがんが全体の半分以上を占める現状に鑑みれば、根治するがんはごく一部。ホスピスなど、ペインコントロールを主とする病棟の設置なども考えられるでしょう。さらに、高齢化や近代化の副産物である疾病に対応して、リハビリやメンタルヘルスに注力する方向もある。そのように考えると、やれることはたくさんあるわけです。

自分たちがこれまでやってきた医療にとらわれていてはいけません。ニーズに見合うかたちで、どのように自院の機能を変容させていくかが重要です。

——新しい地域医療計画の方向性もわかりですが、今後は、それぞれの病院がコア・コンピタンスをしっかりと決めて専門特化を図り、地域の病院が機能分化して融合することで、住民の健康を支えていくことが求められているわけです。しかし、なかなか自院のコア・コンピタンスが定まらないところも多い。

村山 まずは、自院の強みを発揮するために必要となるものを理解して、整備する必要があると思います。たとえば、脳外科をメインに考えるならば、治療後のリハビリ機能が充実していなければ平均在院日数も長くなってしまいうわけです。そのためには回復期リハビリテーション病棟が必要になる。さらに退院後の在宅での訪問リハなどにも取り組まなくてはならない。このようにセットで考えないと脳外科は完結しないわけですね。自院の将来のあるべきブランドデザインをきちんと描かずには診療報酬改定に一喜一憂しては、目的を見失ってしまいます。

渡辺 現場でさまざまな急性期病院を拝見するなかで、私が絶対的に必要な生き残りの条件を一つだけ挙げると言われれば、「院長のリーダーシップ」です。大病院や公的病院では、その辺に問題を抱えているところも散見されます。

病院経営の「ミッション」と「ビジョン」を描いているか——。まずはそこがスタートラインだと思います。ビジョンの具現化は、決して院長がすべてをやる必要はありません。参謀をつけて自分のできないところは助けてもらえば良いんです。むしろ、ミッションや想い、理念があり、それを病院職員に伝達できているかが重要です。危機感を持つている方は増えていますが、一方で病院経営に対する熱い想いが感じられない院長も少なくない気がします。

村山 制度的に護送船団方式を許し、マネジメント意識を持たなくても病院が経営できる時代が長く続いてきたわけです。努力をしなくても、普通に毎日を漫然と過ごせば利益があがるような状況に30年も浸かっていたら、急に「意識を変えろ」と言われても、具体的な解決方法を見い出し実行するのは、なかなか難しいでしょう。

ただ、昨年の診療報酬改定や一般の医療制度改革で、「病院経営を取り巻く環境は、より厳しくなった」という話をよく耳にしますが、「まったくやっていけない」というレベルではない。経営戦略にもとづき、患者ニーズに合った診療をきちんとやっていけば、一定の利益は出せるはずですよ。

——ですが、昨年3月末に9014件を数えた病院数は、11月末現在で8928件まで減少しています。8カ月間で86件もの病院が消滅している最大の理由は、診療報酬改定に起因する経

営悪化です。

村山 言い方は悪いですが、潰れてしまう病院には、経営分析などにもとづいて、きちんとした収益構造を確保する努力を怠っていたところが多いような気がします。最近、今後の少子化の進展を理由に、全国各地で小児科を閉鎖する病院が増えています。「小児科をなくした途端に内科を受診していたお母さん方も来院しなくなった」となどという話もよく聞かれます。無論、医師の引き上げなどでやむを得ないケースもあるでしょうが、本来、小児科をやめるか否かを検討する際には、現在、受診している小児患者だけでなく、その子どものご家族がどれだけ病院に来院しているかについても、レセプトデータを使って詳細に分析する必要があります。

渡辺 診療科を閉鎖する際には、他科への影響も勘案すべきですね。ある病院の話ですが、脳外科医が5人から3人になったことで、脳外科だけ救急を断り出したんです。そうしたら脳外科の救急だけでなく、一般の救急まで大きく減少してしまっただけでなく、負の連鎖、というものも確かに存在するんですね。

個人商店的感覚でもやれた時代はもはや過ぎ去った

——渡辺さんにご聞きしたいのですが、現在のDPPCは、調整係数が設けられていたり、7対1や地域医療支援病院の機能別係数が非常に高いわけです。それらが、今後、減らされていくことは、DPPC導入病院関係者の発言などからも医療界では強く認識されている。しかし、一方では、「DPPC神話」と言いますが、「これ



わたなべ・さちこ

グローバルヘルス・コンサルティング共同経営者。日本GHC社長。ミシガン大学医療経営学修士、応用経済学修士。慶應義塾大学経済学部(田中滋ゼミ)卒。DPC対応パス、標準化によるコスト削減、紹介率向上・地域医療支援承認取得、日帰り手術立ち上げ、診療科別原価計算、目標管理などの病院経営コンサルタントとして実践的なコンサルティングを手がける

を導入すれば必ず儲かる」といったようなムードが蔓延している気もします。どうも腑に落ちないのですが…。

渡辺 確かに、2003年にスタートした当初からDPCに参加した病院のなかには、いまだに「のんびり」と構えているところも散見されます。

しかし、最近、DPCに参加した病院を中心に、少し出遅れたのではという危機感と、また徐々に旨味がなくなってきたことに感じているところも増えています。昨年のDPCの点数改定を見ても、標準化が進んできた診断群分類に関しては、入院期間I、IIが短くなり、日当点も下がる傾向が見られます。標準化しにくいものについては、それほど点数が変わっていないか、かえって化学療法などで短期入院に手厚い点数が付与されたりしていますが…。今後、DPC病院が増加すればするほど標準化も進みますし、それに応じて、診療報酬改定もどんどん厳しくなっていくと予想されます。DRG/PPS導入も見据えてのクリティカルパスの見直しは必至です。それに気づいていない病院は、かなり危ないと思えますね。

村山 DPCでは収入もある程度決まってしまうから、最近では後発医薬品の導入などにより、コストの見直しを図る病院が増えていますね。しかし、問題なのは、DPCを導入したにもかかわらず赤字経営になっているケースがあることです。原因の一つには、平均在院日数が短くなったにもかかわらず、稼働率が上がらないことが挙げられますが、そのしわ寄せが、大病院などによる患者さんの囲い込みとして現れ始めている。これまでなら地域の病院に紹介していたような患者

さんを紹介しないようなケースも多いと聞いています。そうしたところでは、7対1の機能別係数獲得を狙って看護師の乱獲もしていますから、民間の中小病院は大打撃を受けています。

渡辺 DPCを導入した病院を拜見すると、大きく二分できるのではないかと思います。入院待ちがあるところでは、在院日数が短くなってベッドが空いた分、入院患者数が増えて収入も上がる。良いサイクルに入っているんですね。しかし、そうしたケースは、私たちが知っている限り2割くらい。あとの大部分は、在院日数短縮とともに、稼働率は下がったまま。でも、本来であれば、そうなることは事前にわかっていたはずなんです。DPCを始める前から集患戦略が必要です。もし、集患ができるだけの体力がなければ、病床を自分たちの身の丈にかなう適正サイズに合わせなくては、近い将来、経営は成り立たなくなります。

米国のメイヨークリニックはロチェスターに2病院を有していますが、20年前は2病院合わせて1500床くらいあったベッド数が、現在では800床くらいなんです。しかし、20年前と比べて現在はなんと3〜4倍の患者さんを診ています。別の言い方をすれば、在院日数の短縮、外来へのシフトによって、ベッド数を増やさずに患者数を増加させることができたとも言えます。スタンフォードも今、350床ですが、最盛期には確か700〜800床くらいあったわけです。環境の変化に合わせて、自分たちの適正サイズを知って身の丈に合う医療を提供する。しかし、人件費を固定費とみなす日本では、なかなか発想の転換が難しい病院が多いように見受けられます。



ているわけですから、今後の方向性を早急に見定める必要がありますね。「参酌標準の見直しが出ても遅くない」という見方もありますが、昨年、介護保険の市町村負担率が上がったことで、いくら高齢化が進展するからとはいえ、介護保険の運営主体である市町村が介護老人保健施設などの整備目標を大きく増加させるとは思えません。そういった考えに立てば、「介護保険施設へ転換する」という方向だけを視野に入れるのではなく、利用者の自費負担で経営する高専賃などへのシフトも検討すべきでしょう。

村山 密度の濃い医療を短い在院日数で提供し、かつ収益を確保するためには、どうしたら良いかを。余った病床を個室化してアメニティーの向上を図り集患効果を狙う方法も考えられますし、ダウンサイジングは決して後ろ向きな戦略ではありません。

病床という既得権にしがみついているのはダメ。個人商店的な感覚で病院経営がやっていた時代は、もはや過去の話です。人口の高齢化が進展するなかで、資源の再配分を含めて病院機能の再構築を図っていかなければ、早晚、淘汰の憂き目にあうはずですよ。

利用者の自費負担で経営する 高専賃などへのシフトも検討すべき

すでに大幅な削減の方向が打ち出されている療養病床を擁する病院が今後生き残るためには、何が必要になるとお考えでしょうか。

村山 4年後に介護療養病床が全廃され、医療療養病床も15万床まで削減されることが決定し

渡辺 私たちは急性期がクライアアントの中心ですので、療養型病院の情報については疎いのですが、やはり、一般の医療法改正による地域医療計画の見直しの影響も大きいようですね。

村山 これまでは地域に必要とされる病床の整備目標数が、急性期も療養も十把一絡げとなっていたわけですが、今後は、一般と療養ごとに基準病床数が定められることになる。しかも、「この地域で、必要な脳外科の病床はいくつ、循環器はいくつ、消化器はいくつ」といったように、地域の疾病の発症率などに鑑みて、細かく設定していくことも検討されていますので、今後は一般・療養問わず、自院のコア・コンピタンスを明確化し、地域の医療資源として必要とされる病院へと昇華させていかなければ生き残れないわけですよ。

ただ、厚労省は、決してすべての病院を潰そうと思っているわけではないんですね。医療計画の基準病床もわかりですが、地域に必要とされる医療資源は残るわけです。もちろん、その過程では現在9000弱ある病院数が6000くらいまで減少することになるかもしれない

が、一方で、現在、合わせて39兆円程度と言われるわが国の医療費・介護費は、2025年には医療費だけでも65兆程度にまで増加するとされている。まさに成長産業なんですね。ここ数年を耐え切れれば、皆、きっと勝ち組になれるはずなんです。

渡辺 勝ち組になる必要条件として、私は医療の質に今以上にこだわるのが不可欠なと思っています。たとえばDPCの導入で経営状態が改善したという話は良く聞きますが、一方で、医療の質も向上させながら経営が好転したのか否かについて、現在、議論になっているんですね。

米国では、連邦政府ががん死亡率などの治療成績を公開することを医療機関に義務づけています。医療の質に関して病院が切磋琢磨していけば、医療の質の向上が図られることはもちろん、患者さんの知る権利にもこれまで以上に応えることができるはずですよ。

日本での治療のアウトカム情報の公開については、もう少し時間がかかるでしょうが、情報公開制度のスタートをきっかけに、第三者がオーソライズした比較データを患者さんがいつでも目にするができる環境が、今後、間違いなく整っていくはずですよ。「そんなことをしたら、ひとつの病院に患者さんが集中しちゃうじゃないの?」という議論もありますが、何も情報がない状況から何かある状況へとステップアップすることが、今まさに必要なのだと思います。

村山 たとえば、「どんな疾患でどういう治療をして、その成果がどうであったか」などを、アメリカでは必ず学会に送らなければいけないわけですが、日本でもそうした方向で、情報収集に努め