

## 慶應義塾大学ビジネス・スクール

# けいじゅヘルスケアシステム

2004年初夏、特別医療法人財団薫仙会恵寿総合病院の神野正博理事長は、これから取り組んでいくあらたなチャレンジに思いをはせていた。理事長に就任してからの10年余り、経営不振からの脱却を目指して息つく間もなく次々と病院改革の新たな取り組みに挑戦してきた。企業との数々の提携によって病院初の試みをいくつも導入し、軌道にのせてきた恵寿総合病院は、能登半島の中央部という決して恵まれているとはいえない地理的条件にありながら、メディアにも取り上げられいまや病院関係者注目の的となっていた。知名度も格段に高くなり、日本中から視察を希望する訪問者や問い合わせが引きもきらない状態になっていた。

だが、外部からの注目とは裏腹に恵寿総合病院はこの3年連続して赤字に陥ってしまった。あおぞら銀行が出した恵寿総合病院の経営評価レポートの内容も大変厳しいものであった。神野理事長は、改めて全職員に問題を強く認識させ、一層の経営努力に取り組むよう、鼓舞しなければならないと考えていた。

### 恵寿総合病院と能登医療圏

特別医療法人財団薫仙会は、「恵寿総合病院」を中心病院として、関連の社会福祉法人徳充会と組織、運営を統合し、石川県内で医療、保健、介護、福祉の複合的なサービスを提供する「けいじゅヘルスケアシステム」というグループを構成している。グループでは急性期病院の恵寿総合病院（病床数454）のほか、療養型病床群、診療所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、身体障害者総合福祉施設、ケアハウスなどの入院・入所施設、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、居宅介護支援などの在宅サービス関連のあわせて32の事業所を運営している。中核病院である恵寿総合病院は、昭和9年に神野病院として設立され、昭和42年に法人化された。外科病院から始まった恵寿総合病院は、地域のニーズに応じて診療科を増やし総合病院へと

---

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、ケースの複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール（〒223-8523 神奈川県横浜市港北区日吉本町2丁目1番1号、電話045-564-2444、e-mail [case@kbs.keio.ac.jp](mailto:case@kbs.keio.ac.jp)）。また、ケースの注文は <http://www.kbs.keio.ac.jp/case/index.html>。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、本ケースのいかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またはいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送は、これを禁ずる。

発展していった。しかしながら、1993年、当時39歳の若さで現理事長（恵寿総合病院院長兼務）の神野正博氏が父の跡を継ぎ3代目理事長に就任した時は、設備投資と土地取得などから病院経営は赤字に陥っていた。

5 恵寿総合病院の所在地である七尾市は、人口6万2千人で減少傾向にある。65歳以上人口の割合を示す高齢化率も26%と高く、少子高齢化と過疎化が同時に進行している。金沢から特急でおよそ1時間あまりのこの地域を含む能登中部医療圏は、医療人口は22万人である。恵寿総合病院の近隣には、半径2kmの範囲に国立病院機構七尾病院（病床数290）や公立の能登総合病院（病床数434）など公的基幹病院がある。2005年3月末時点で圏内の既存病床数は1870で、基準病床数1796に対して大幅に病床過剰になっていた。恵寿総合病院は少子高齢化、過疎化、病床過剰傾向という厳しい環境で、公的基幹病院との競争にさらされていた。

### わが国の医療制度

15 わが国における医療施設の設置、管理、運営については、戦後壊滅状態にあった医療体制を再建するため1948年に制定された医療法を機軸として整備がすすめられた。制定当時の社会情勢（感染症等の急性期患者が中心）として医療機関の量的整備が急がれていたが、医療機関の増加とともに医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備するねらいがあった。医療法では病床数を基準とする病院と診療所の区分の明確化、営利目的の病院、診療所の開設の禁止などが盛り込まれた。その後、国民の社会保障の充実化を望む声の高まりから、医療法の制定にあわせた保険制度の機能の充実化が図られることとなり、1961年には国民皆保険制度が達成された。わが国の医療保険制度は、戦後の復興とともに当初量的医療体制の充実を主眼としながら、医療提供体制の充実化とそれを支える保険制度の再編が表裏となって改革がすすめられてきたといえる。

### 25 医療制度改革

高度経済成長期後半には老人医療費支給制度が導入され、結果として老人医療費の負担が著しく増大した。また、医療技術の発達、高度化と経済成長の鈍化により医療費増大による保険財政圧迫に拍車がかかった。このような背景のもと、すでに問題が表面化していた人口高齢化とそれに伴う疾病構造の変化という社会環境の実情に医療制度を適正に対応させていくため、1985年から5回にわたって医療法が改正されている。改正の詳細は添付資料参照のこと。法改正により、都道府県ごとに医療計画の策定が義務付けられ、その中で設定された医療圏ごとに必要な病床総数に規制をかけ、地域の医療提供体制を適正化し

ていくという仕組みができあがった。医療圏とは、地域の医療需要に対応して包括的な医療を提供していくための場で、医療資源の適正な配置と医療供給体制の体系化を図るために地域的単位となる。この医療圏は、通院医療圏を指す一次医療圏、一般的な医療需要に対応するために設定する二次医療圏、特殊な医療需要に対応する区域である三次医療圏に分けられている。基準病床数は、医療計画上整備を図るべき一定の水準を示すもので、療養病床及び一般病床は二次医療圏を単位として、精神病床、結核病床、感染症病床は都道府県を単位として設定する。医療計画において、それぞれ一般病床数、その他の病床数などをこの医療圏ごとに算定させて医療体制の充実を図ることを求めている。医療圏ごとに病床の適正数を整備する計画値である基準病床数は、その数値を基準として「病床過剰」「病床非過剰」が判断され、「病床過剰」の医療圏では増床が認められないというかたちで病床規制が行なわれる重要な指標となる。2002年3月末現在の病床過剰地域は212圏（過剰病床数は10万3,365床）、病床非過剰地域は151圏（不足病床数は2万2,231床）で、全国では8万1,134床の過剰となっており、全体としては病床数を削減する方向にある。

そして1992年以降、医療施設の機能分化と業務が明文化された。特定機能病院制度と療養型病床群制度が設けられ、さらに地域医療支援病院制度が新設されて、診療所と病院など診療施設の類型化がすすみ、診療所を後方支援する高度医療を行う病院のあり方を明示して地域における病院・診療所の連携医療提供体制の構築が具体的にすすめられた。2000年の介護保険制度導入を期に介護と医療を分離した上で、高齢化に伴った疾病構造の変化に対応し入院医療提供体制の整備が図られた。いわゆる一般病床は、短期療養の一般病床（急性期）と療養病床が区分されて基準が明確に設けられ、医療機関はいずれかを選択して届出を行うことになった。また、一連の法改正を通じて医療の理念責務規定も明文化され、広告規制緩和が段階的にすすめられたほか、インフォームド・コンセントの概念も盛り込まれた。

### 診療報酬

診療報酬は、保険医療機関が行う診療行為に対する報酬であり、保険医療機関が患者に対して行った医療サービスの対価として保険者から受け取るものという位置づけで、健康保険法、保険医療機関および保険医療養担当規則、老人保健法など複数の医療保険関連の法律に定められている。出来高払い制度のもとで診療行為6000種以上が点数化され、診療報酬点数×10円を基準に報酬が支払われる。そのほか薬、医療材料なども同様に評価されそれぞれ公定価格が定められる。医療機関は医療保険の支払機関に診療報酬明細書（レセプト）を提出して、医療費を請求する。診療報酬点数と単価は全国一律であり、保険の種

別にかかわらず被保険者は同様の扱いを受ける公平なシステムといえる。だが出来高払い方式は、医師が必要と判断した医療行為を比較的自由に行えて、透明性がある一方で、報酬を増加させるための薬漬け、検査漬けといった過剰診療を誘発しやすいという批判もあり、支払い方式の検討が進んだ。老人医療を中心とした慢性疾患などの診療に関しては、定額をまとめて払う包括払い方式が導入されている。また一部の病院では、2003年から診断群分類(DPC)による包括払い制度方式の導入が進められており、診療の効率化が期待される。診療報酬は医療技術の進歩、人件費、物価、その他医療提供体制の実態を反映するよう慣例的に2年に1度の頻度で改定されてきた。厚生労働大臣が決定権限を有しており、改定の際は厚生労働省下に設置された中央社会保険医療協議会(中医協)が厚労省からの諮問に対して審議・答申し、大臣が告示・通知する。

1992年以降年次の医療費総額の伸びは経済成長率を大きく上回ることが多くなり、医療費抑制が課題とされている。2004年度には初のマイナス改訂となり、医療本体で1.3%、薬価・材料で1.4%、合計2.7%の引き下げであった。2006年度は、再診料を引き下げ(病院で10円、診療所で20円)たほか、病院と診療所で異なっていた初診料の統一、小児・救急医療など医師不足が指摘される分野で重点的に報酬を加算することなどが決まり、全体で3.16%引き下げられた。

## 経営改革

政府の医療制度改革とともにあって病院の診療報酬は低減傾向にあり、恵寿総合病院も例外ではなかった。人口が減って行くなか、同じ診療を同じ方法で行っていても、報酬は下がっていく。このまま手をこまねいていては、尻すぼみでますます病院経営が苦しくなっていくことは明白だった。しかも、補助金を期待できる国公立病院を相手に競争していくしかなければならない。神野理事長は理事長に就任早々、病院の生き残りのため抜本的な改革に乗りだすことを決意した。

実際に恵寿総合病院に来院するのは、多くは七尾市より北の「奥能登医療圏」に属する各市町村からの患者であった。奥能登にも公立病院がひしめいており、いずれは奥能登の病院間の競争も厳しくなるだろうと考えられた。神野理事長は、奥能登から通院する患者を相手にしているだけでは不十分で、恵寿総合病院の位置する中部医療圏の患者の来院を増加させる必要があると考えた。何かあると能登の人々はわざわざ金沢の大病院へ行ってしまう。理事長はまず、「ストップ・ザ・金沢」をかけ、恵寿総合病院を地元の患者が来院したいと思う病院にするという方針をたてた。セールスポイントを明確にし、他との差別化を図るために、ITを活用してグループ内の情報を一元管理し、複合体としてより高度

なサービスを提供していくことを考えた。

「少しでも多く患者に来院してもらうためには何らかの差別化を、低コストで実現する必要があった。」

「民間病院で患者さんのための新しい医療技術を取り入れたりするためには、経営的に安定しなければならない。そのために当初は経営効率向上、仕事の効率化を目的としてシステムを作りました。」

「IT化などにお金をかけても"診療報酬"という公定価格では一銭の得にもなりません。ですから、IT化あるいは業務やサービスの改善のための原資を独自に作らなくてはいけないという悩みがあります。そこで私どもは、この"院内資源マネジメントプロセス"で徹底的なIT化を進め、業務の効率化を実現し、原資を捻出しました。その上で、その原資を"中核業務"のサービス提供部分に振り向けるという戦略をとってきたのです。(中略)まずモノを管理し、そこで無理・無駄・ムラを省き、そこで浮いたお金でサービスのためのIT化を進めていったわけです。」と院長はその経緯を振り返る。

検査や投薬の増加によって増収を図るよう現場に働きかけたり、人件費などに手をつけたりすることは病院スタッフの士気にかかわるとして、理事長は、「質とやる気を落とさないリエンジニアリング」というスローガンを打ち立てた。

業務改善を行うにあたり、セルフアセスメント(自己評価)、ベンチマークング(比較検討)、ミッションコア(本来業務)の見直し、という3段階の検証を行った。まず自らが現在行っている業務について、その手順をフローチャートにして把握し、他の病院や他の業種のサービス主体と客観的に比較評価してみる。そこで自らの無駄や不足の発見が可能となる。そして本来業務を再確認したうえで、その本来業務以外の業務については何か他の方法を考えて対応して効率化を図り、本来業務に集中できるようにしていくのである。神野理事長はこの業務の効率化の検証にあたって、他の業種とのベンチマークングを重視した。特に、バブル崩壊後の不況下でも業績を伸ばしている業種、流通を主としたサービス業、コンビニエンスストア、宅配便業者、ビジネスホテルなどのIT活用に注目した。いきなり大きなシステムを投入してすべての業務が改善するということは期待できないし、システムの初期投資の負担が過大になってしまう。投資負担をできるだけ押さえながら、その後の改善のための原資を確保しつつ業務改善を実現するステップとして、まずモノの流れの効率化をめざした取り組みが始まった。

## モノの管理の改革

1994年から1995年にかけて、モノの管理の効率化として取り組んだのが、診療材料のSPD化（Supply Processing Distribution）であった。すぐにやれることから始めたというのがその経緯であったが、看護師を本来業務に集中させるため、煩雑な物品管理から開放したいと考えた。診療材料の卸をまず三菱商事の100%子会社日本ホスピタルサービス一社で一元管理する体制とし、同社と共同でシステムの開発を行った。診療材料は小包装化してバーコードを添付し、使用する各部署があらかじめ数日分の在庫量を定数化しておき、使用した分を三菱商事のサプライセンターから供給するというものだ。卸業者が各部署に納品し、現場で使用する際に包装を破き、バーコード入力した時点で自動的に売り上げカウントと発注が行われるシステムにした。これにより診療材料の院内在庫レス化と発注業務の省力化が実現した。この試みは日本の病院としては初めてのものだった。監査法人が後に算出した導入の経済的效果は、業務削減、在庫削減、材料費削減効果を合わせ4年4ヶ月で約3億7千万円にのぼった。また、日本ホスピタルサービスはその後、同システムを他の病院へも導入し、2003年には取り扱い病院数73病院3万床に実績を伸ばしている。

診療材料のSPD化の成功を踏まえ、薬剤管理システムについても同様にバーコード管理をすすめた。そして、次の4点を条件として従来取引のあった約10社の卸業者を1社に絞り込むことにした。すなわち、①一社で管理すること。②卸業者からの納入価は、薬価差益を総加重で一定とし、一品一品の薬価交渉は行わない。③病院の薬剤在庫管理を限りなく小さくできる合理的なシステムを提案、導入すること。④納入薬品の採否と制約会社決定権は、病院の薬事委員会にあるものとする。という条件である。取引量が多かった広域卸からの反応はきわめて鈍く、提示した条件への対応はすべてノーであった。受諾したのは、従来の取引量が下位であった井上誠昌堂一社のみであった。ところが数社の製薬会社より、同卸は特約関係にないために、納品は困難になるとの勧告があった。神野理事長は、取扱い薬品を他社品に切り替えることも辞さない姿勢で一社による一元管理をあくまで貫き、製薬会社と折衝を行った。その結果、すべての製薬会社の薬品が従来どおり納品されることとなった。これにより薬剤師の在庫管理業務が大幅に削減し、以後3年6ヶ月の間の合理化の成果は、試算ベースで約2億円となった。臨床検査管理でも委託先を三菱化学ピーシーエル1社に絞り、同社との間でLANを稼動させて検査以来・検査結果のデータなどをやり取りする仕組みにして、検査そのものは一部を除き一括外注することにした。これにより人件費や検査機材などの削減が可能になり、導入から5年で約3億円の削減効果となった。

## 基幹業務の情報システム化

物流システムが軌道にのったことから、さらにこのシステムを進化させ、これまで構築してきたモノの管理情報を新たに患者情報へつなげて、情報管理の成果を患者へのサービスに反映させようという目標が設定された。その目標を達成するため、基幹業務を支援する情報システムと一元指示管理システム（オーダリングシステム）の構築に着手した。  
オーダリングシステムは、新患の受付に始まり、医師、コ・メディカル（医師以外の医療従事者）の患者情報取得、外来・病棟・薬局・検査室・医事課のオーダー連携、栄養士による食事選択メニューの携帯端末入力など一人ひとりの患者を巡る院内業務をオンラインで結んだシステムである。

オーダリングシステムの導入に対しては、当初院内で抵抗感を示す者も少なくなかった。当時はまだオーダリングシステムを導入した実績のある病院が極めて少なかったため慎重論を唱える者もあり、またコンピューター操作に抵抗のある者は依然として多かった。彼らは総じて導入に消極的であった。神野理事長は、オーダリングシステムは患者を核に各々の医療職が互いの知恵や技術を分担、共有していくためのツールであるとして「Keiju Information Spherical System (KISS)」と名づけ、その意義を徹底的に説いてまわった。Sphericalとは球状を意味し、様々な情報が患者を取り巻くイメージを表している。

1億円から6億円まで、候補にあがったシステムの構築費用の提示額には大きな幅があったが、どれをみても業務の効率化とともに先にあげた目標を達成できる機能を備えたものは思われなかった。そのため、既成システムの導入を断念し、現場のスタッフを直接システム開発に携わらせるにした。オーダリングシステムの共同開発を受け入れた株式会社ソフトウェア・サービスは、病院側からソフトの著作権を譲り受け、自由に他の病院へ販売できるかわりに、病院側に対してはシステム提供価格の引き下げとアップグレード時の優遇を行うことに合意した。

1997年にはオーダリングシステムの運用が開始された。患者ID、職員IDもすべてバーコード化し、物品のほか、診察券やカルテ、指示票などもバーコードで管理することになり、それぞれの患者への診療内容が一元管理できるようになった。同時に診療材料や医薬品などをどの患者にどれだけ使ったか把握可能になったことで、患者単位の原価管理を行うための下地ができた。神野理事長は、システム導入にあたってサービス業とのベンチマークリングを重視したという。

「KISSは業務改善の当然の帰結でしたが、それに加え、患者さん中心に院内の業務を組み立てなおすという意味でも大きな効果がありました」さらに、

5

10

15

20

25

30

「例えば、普通のビジネスホテルでチェックアウトする場合、キーを出した時点で、もう請求書が出ます。それが当たり前です。ところが、病院では会計に診察券を出しますと、「お名前を呼ぶまで、お待ちください」などと座らせられます。他の業界では、こんなバカな話はありません。IT化を進め、コンピューターがたくさん並んでいる病院でも、そういうところはたくさんあります。それはやはりおかしいからやめようと考えるわけです。あるいは、私どもでは大卒、医学部卒、看護専門学校卒などの従業員を雇っているのに対し、コンビニエンスストアでは高校生やフリーターを使っています。それでもコンビニエンスストアは、売れ筋商品がきちんと並んでいますし、ニコニコ笑って愛想よくお釣りを渡してくれます。どうしてこんなに違うのだろうと考えたりしますと、楽しくなります。」

10 と語っている。

オーダリングシステムの導入にあたり院内を中心に約250台のコンピューター端末が設置された。このパソコンをグループ内の情報共有にさらに活用できないかとの発想から、さらにグループ内のインターネットの構築が実現した。また、オーダリングシステムに統いて、さらに「手間を省いて本来業務に集中するため」に1997年には電子クリティカルパスが、2002年には電子カルテが導入された。

### 「けいじゅヘルスケアシステム」の誕生

1999年、医療法人薰仙会は、収益事業を行える特別医療法人の認可を受けた。翌年の2000年4月に介護保険導入を控え、物販などの収益事業も含めグループ内で医療・介護・福祉にわたる複合的なサービスを提供できる体制を整えようという狙いがあった。そして、文字通り一元的に医療・福祉のサービスを提供できる体制を明確に打ち出していくため、同じ年に薰仙会と社会福祉法人徳充会を「けいじゅヘルスケアシステム」として統合した。統合にあたり、統合オーダリングシステムから順次サテライトクリニック間をオンライン化し、約40km離れた範囲に点在する各施設、事業所間をネットワークでつなないだ。オーダリングシステムに加え、新たに構築した介護保険システム、物販情報システムなどの業務系システムも稼動するまでになった。

ところで、「けいじゅヘルスケアシステム」では、例えば在宅サービスの利用者が体調を崩して入院するというように、個々の患者・利用者に対して複数の事業所から医療と介護両面のサービスを提供しているケースも少なくない。そういう場合、患者・利用者の情報が施設ごとにばらばらに管理されていると、利用するサービス毎にいちいち名前や住所、これまでの治療・利用歴などを説明しなければならなくなる。こういったケースは他の医

療機関でも実際に多く見られる。しかし神野理事長は、利用者の視点からそういう不便さをなくすため、グループ利用者のあらゆる情報を収集し、一元的に管理して事業所間でそれを共有するためのシステムが不可欠と考えた。それは、当グループの利用者であればどういうサービス形態であっても等しく情報が管理され、新たなサービスの提供ができる仕組みであり、そのためには、患者・利用者情報のみでなく、職員の業務連絡もすべて集中させることが肝要であると判断した。この情報集中の場の構想には、コールセンターとして管制塔の役割を担わせることになった。利用者も職員もコールセンターを利用すればすべての用が足りる体制を目指したのである。

5

### 「けいじゅサービスセンター」設立

10

病院のコールセンターというのも日本の病院として初の試みであり、やはり前例がなかった。そのため、三菱商事の子会社で医療機関の事務運営などを行うライフタイムパートナーズ社とけいじゅヘルスケアシステムの情報管理、介護など現場スタッフがタスクフォースを結成し、トランスクスモス社の協力を得てシステムおよびオペレーションの設計を行った。オーダリングシステム（医療）、介護保険システム、物販情報システム、インターネットから電話対応に必要な情報を自在に検索・閲覧できる統合データベースが構築された。コールセンターの屋台骨ともいえるこのシステムは、医療、保健、福祉、介護の4つの分野を総合的に支援するという意味を込めて、「4優（For you）」と名づけられた。約半年の準備期間を経て2000年6月に恵寿総合病院内に「けいじゅサービスセンター」が開設された。通称コールセンターである。ライフタイムパートナーズから派遣された5人のオペレーターが、朝7時30分から夜7時まで対応する。それ以外の時間は個々の利用者の担当ケアマネージャーの携帯電話などに自動転送で対応する。

15

コールセンターはグループ利用者共通のものであり、どこを利用していてもコールセンターに電話すれば、すべてのサービスに応える「御用聞き」の役割であるとされる。コールセンター側は患者・利用者からの情報をログに残し、必要な部署にオンラインで知られる。オペレーターは患者・利用者からの問い合わせ・予約・キャンセル・苦情などに対応するほか、訪問介護サービス実施などの際に訪問前確認（アウトバウンド）の電話も入れる。そのとき「4優」では物販履歴を参照しながら「先日お買い求めの杖はいかがですか」などという言葉もかけるようにしている。そのほか各事業所の職員が介護サービスを提供した実績の入力代行作業もオペレーターが行う。サービス従事者の日報記入の労力を省くためで、職員が業務終了後にコールセンターに電話を入れて、思い出したことを口頭で伝えれば、レポートが完了される。現在月8000件程度の業務量であり、患者・利用者との電

20

25

30

話のやりとりは1000件程度である。

こうして情報の一元管理をすすめるようになり、収集した要望やクレームを分析するためにコールセンター受託企業との合同会議を毎月開催している。受託企業からのログの解析、クレームや問題点の分析、オペレーターが実施する満足度調査の分析などが報告され、  
5 グループのスタッフに共有されて必要な対応がとられる仕組みになっている。

## サービス改革

神野理事長はかねてからサービス業として医療をとらえ、医療の場でもCS (Customer Satisfaction) を超えCRM (Customer Relationship Management) 構築の必要性を唱えて  
10 いた。顧客であるグループ利用者をますますファンとして惹きつけていくためには、通り一遍のサービスではなく、お得意様をもっと大切にするべく利用者の立場にたって必要なサービスを見直すことが必要であると考えていた。

病院を利用する患者から売店の営業時間が限られていて不便であるとのコメントが寄せられたことから、2000年病院内にコンビニエンスストアを開設することに踏み切った。それまでコンビニエンスストアを設置した病院は他にはなかった。神野理事長は日本ホスピタルサービスにローソンに加入させ、フランチャイズとしてローソンの店舗の運営を依頼した。また、患者・利用者の利便性を考えて同じく病院として初めて支払いにクレジットカードを利用できるようにした。ホテルのドアマンの発想で、病院の入り口のところにフロアコーディネーターも配置して、入ってきた利用者に丁寧に対応するようにした。また  
15 入院患者のためには、5分程度の入院ガイドビデオをつくり、入院したばかりの患者の入院生活への不安解消を図った。また、患者とその周辺の人々との間の心のつながりを提供するサービスとして、「お見舞いメールサービス」も実施している。携帯サイト上の病院ホームページから特定のメールアドレスにメッセージを送信すると、そのメッセージの内容を台紙に貼って入院患者に届けるというサービスである。患者の入院生活を快適なものにするべく、職員だけでなく入院中の患者が一般医学書まで自由に図書の閲覧ができるよう図書室を充実させた。さらに、院内の浴場には露天風呂も設置した。  
20  
25

## 病院・患者間のコミュニケーション

恵寿総合病院では、20年以上前から広報室を置き、季刊の院外報や院内報を制作したり、地元新聞へPR活動を行ったりしている。病院の考え方を十分理解してもらうために  
30 は、病院が良いことも悪いことも情報を開示する必要があるとの考えから、院外報「ほっとたいむ」では、利用者アンケートの結果を掲載し、良い評価ばかりでなく悪い評価や苦

情についても開示している。また、当病院では広報室の開設と同時期から患者の声を聞く「ご意見箱」も置かれるようになった。最近、病院では改めて患者・利用者の意見を聞くための「ご意見箱」の意義が見直されている。日本医療機能評価機構の病院機能評価の評価項目の第3領域「療養環境と患者サービス」で「意見や苦情を聞くための手段があり、周知されている」という項目があるためであり、さらに病院の管理・運営の方法についても踏み込んで具体的な対応が求められている。恵寿総合病院では、ご意見箱の管理は医療相談課が行っている。医療相談課課長のほか院長補佐（副院長）、企画開発課長の3人が意見の収集や実際の対応を行い、収集した意見は担当部署とともに回答を作成、神野院長が最終チェックを行って、病院内の目につくところにそれを掲示し、あわせて「ほっとたいむ」に掲載する。恵寿総合病院の患者の間ではご意見箱の認知が高く、年間300から400件の意見が寄せられている。内容は苦情だけでなく、お礼など好意的なものも数多い。回答をきちんとすることでさらに投書は増加するという。

2004年3月には、患者と医療スタッフのコミュニケーション向上を目指して「アドボカシー室」を開設した。「アドボカシー」には、味方にする、権利を擁護する、といった意味がある。患者やその家族が治療方針やサービスに対する疑問や悩みを少しでも解消するのを狙いとしている。約10平方メートルの面談スペース2ヶ所で社会福祉士の資格を持つ医療ソーシャルワーカーが対応し、電子カルテを参照しながら話をすることができる。また必要に応じて医師も同席する。従来は医療福祉相談課が窓口になり、1ヶ月約500件の相談を受け付けてきた。しかし、患者やその家族からは「医師には直接聞きにくい」「治療法についてもっと納得できる説明が欲しい」という声があがっていた。スタッフに対する小さな不満もできるだけなくせる機会をつくっていこうと、課内に本格的な相談スペースを設けることにした。

### けいじゅヘルスケアシステムのこれから

ところで、1999年11月に、薰仙会は特別医療法人の認可を受けたことから、グループでは、一体として提供する医療・福祉事業の一環として一部収益事業への参入も可能になった。2003年には、医療法人として初めて、院外調理施設（セントラルキッチン）を開設した。現在はグループの各施設の給食をまかなっている。今後真空調理を可能にすることで日持ちのする食事の提供を行い、余剰生産能力を生かして他の病院施設への供給や高齢者向けの食事宅配などへ事業を発展させていく計画である。一括調理・配送が可能になれば効率良い事業展開が行えると考えられるものの、まだまだ給食事業のノウハウが不足しているのが現状であった。またこれに先立ち、介護保険制度導入に合わせて福祉ショッ

5 プめぐみを開設した。店舗で車椅子などの福祉用具のほか、健康関連書籍やコンタクトレンズ、ヒーリング効果のあるCD、健康食品などを並べて販売している。これもライフタイムパートナーズとの提携を利用して運営しているもので、カタログを作成してコールセンターとインターネットを通じた販売も行っている。以前からグループ利用者やその家族  
10 から、利用している病院・介護施設で採用しているのと同じものを購入したいという問い合わせをいくつも受けていたため、グループ利用者によるショップの利用が期待された。2004年の時点で、配食サービスの収入は1ヶ月あたり約1200万円、福祉ショップめぐみの月間売上は500万円程度であった。今後はコールセンターを活用し、グループ利用者へむけて物販、食事宅配など事業を拡大していきたいところであるが、神野理事長も、医療法人には一般企業に比べてノウハウや商才がない点は否めないと見ていた。これらの収益事業は、事業単体での利益確保というより、むしろ医療サービスを補完するものでありグループ全体でみたときに意義があるととらえていた。

15 今後収益が期待できる事業として、神野理事長はPETツアーに積極的に取り組もうと考えている。すでに韓国の医療機関と提携し、韓国で先進システムのPET検診を受診するツアーアの企画を実施しているが、今後は能登の温泉施設を利用したPETツアーを企画して、首都圏など都市部からけいじゅヘルスケアシステムへの集客を図りたいと考えている。そのため4億円程度を投じて、設備の準備を始めた。2007年初頭には稼動させる計画である。

20 理事長就任以来次々と新たな施策を打ち出し、病院初の試みをいくつも実現させてきた神野理事長は、かねてより、けいじゅヘルスケアシステムを医療・福祉の質の高いサービスを一体として提供するブランドにしたいと考えていた。そのためには、提供するサービスの質をサービス業並みに引き上げることと同じかそれ以上に、恵寿総合病院の中核病院としての機能をより高い水準にしていくことが不可欠と考えていた。不妊治療など高度先進医療を行う科を新たに設置し、1台数億円する磁気共鳴画像装置(MRI)やコンピュータ断層撮影装置(CT)などを次々と導入した。高額医療機器については、周辺の7病院・診療所に対して共同利用として貸し出しを行うことで、投資負担額の軽減を図っている。

25 恵寿総合病院の経営は、神野理事長の就任当時赤字であったが、以後は様々な取り組みが奏功して黒字を続けてきた。2000年には病院の会計の透明性を高めるため、企業会計原則を導入して会計管理を行うようになり、2001年3月期は退職給付債務を一括償却したことから赤字に転落した。神野理事長は、「会計の透明性を高め、企業との提携を進めやすくするための前向きな赤字」ととらえていた。ところが、2002年3月期、2003年3月期も連続して赤字決算となった。2003年3月期は、診療報酬引き下げという要因もあったが、法人収入87億円のうちの64億円を占める恵寿総合病院だけで5億円の経常赤字であり、基

幹病院が足を引っ張る構造が鮮明になった。2003年にあおぞら銀行がまとめた経営評価レポートによれば、恵寿総合病院は、患者一人あたり単価や検査機器の稼働率などでは他病院の後塵を拝していて、人件費コストも高いという評価であった。これをうけて神野理事長は、カルロス・ゴーン氏のもとで業績を回復した日産自動車になぞらえて、「けいじゅリバイバルプラン」と銘打った経営改革プロジェクトを始動させた。理事長は、ずさんな収益管理が赤字の原因と見ていた。例えば、血液凝固を防ぐヘパリン生理食塩水については、本来診療報酬が請求できるにもかかわらず記録を怠ったことで、月間で20～40万円の請求漏れがあったことがわかった。プロジェクトでは、各部門にコスト削減目標を設置し月次で達成状況を管理する。複数あった外来受付の統合や自動精算機導入による外部委託人員の削減なども進めて2004年3月期では1億2千万円のコスト削減目標をたてた。

医療を取り巻く環境は近年ますます厳しさを増していた。診療報酬の削減により、医療機関にとって環境はデフレ傾向にあると言えたが、医療費の自己負担が増す一方の患者にとってみれば、それはコストアップ、あるいはインフレ傾向という状況といえた。神野理事長は、利用者の医療に対するコストパフォーマンスの期待はさらに高くなっていくだろうと考えていた。

近年は医療制度改革の方針の浸透もあり、地域の診療所と急性期病院の連携や急性期病院同士の協力関係等他の医療機関同士が具体的に連携をすすめるケースが顕著になってきている。

けいじゅヘルスケアシステムでも、自らのグループの診療所だけでなく地域の他の診療所との連携に取り組んでおり、また他の急性期病院との間でも協力関係をもつようになっている。2004年から電子カルテのASP（Application Service Provider）事業やインターネットを利用したVPN（Virtual Private Network）経由で連携医が紹介患者の電子カルテを閲覧するシステムを立ち上げた。また、同じく2004年9月からは、奥能登地域の市立輪島病院との間で遠隔画像転送システムを立ち上げた。現在グループ内で行っているネットワーク化についても、外部の医療法人と接続する取り組みが進みつつある。

けいじゅヘルスケアシステムは、今後引き続きCRMを念頭に置き、グループとして提供する医療・福祉の一体化したサービスを充実させていく方針である。時代の変遷とともに、他の医療機関との協力関係・提携にも新たな可能性も見据えつつ、コスト削減からさらに進んだグループ戦略を構築する時期にきている。

5

10

15

20

25

30

## 参考文献

医療経営人材育成テキスト [Ver. 1.0] ⑥制度・政策

医療経営人材育成事業ワーキンググループ作成

医療経営のホームページ 2006 Masahiro Kanno's Opinion

<http://www2.biglobe.ne.jp/~kanno/>

知識創造としての情報システム開発－特別医療法人財団薫仙会のケース・スタディー

2003 鎌田 剛

日本経済新聞 2006.6.24

日本経済新聞 2003.8.1

日本経済新聞 2003.4.21

日経産業新聞 1996.5.17

北国新聞 2004.3.24

北陸中日新聞 2004.3.26

日経ビジネス 2003.11.10

日経ヘルスケア 21 2002.5

日経ヘルスケア 2000.9

医療タイムス 2005.4.11

MMPG 医療情報レポート 2004 vol.69

JAPAN CLIPPING TODAY 2004.12.1

じほう 2002.7

朝日メディカル 2002.7

ケアマネジャー 2000年冬号

MEDICAL EYES. 1996.9

## けいじゅヘルスケアグループの概要

- ◆恵寿鳩ヶ丘病院 ..... (穴水町麦ヶ浦)
- ◆田鶴浜診療所 ..... (七尾市田鶴浜町)
- ◆鳥屋診療所 ..... (中能登町末坂)
- ◆介護老人保健施設 和光苑 ..... (七尾市津向町)  
鶴友苑 ..... (七尾市田鶴浜町)
- ◆介護老人福祉施設 エレガンテなぎの浦 ..... (七尾市津向町)
- ◆ケアハウス アンジェリーなぎの浦 ..... (七尾市津向町)
- ◆在宅複合施設 ほのぼの ..... (中能登町末坂)
- ◆デイサービスセンター もみの木苑 ..... (七尾市田鶴浜町)
- ◆デイサービスセンター いこい ..... (中能登町東馬場)
- ◆身体障害者総合福祉施設 青山彩光苑 ..... (七尾市青山町)
- ◆身体障害者社会就労施設 ワークセンター田鶴浜 ..... (七尾市吉田町)
- ◆身体障害者療護施設 穴水ライフサポートセンター ..... (穴水町麦ヶ浦)

## けいじゅヘルスケアシステムの施策

1994 年	診療材料院外 SPD 化
1995 年	臨床検査 LAN 稼動、外注会社一社化、薬品在庫管理システム、納入卸一社化
1996 年	インターネットにホームページ開設 新規大型医療機器導入、放射線デジタル画像処理システム導入 事業所内 PHS システム稼動
1997 年	統合オーダリングシステム稼動 医療費クレジットカード払い導入 コジェネレーション発電装置稼動、インターネットサーバー稼動
1998 年	フロアコーディネーター設置 電子化クリティカルパス運用 医療機能評価認定（B 病院）、病院一診療所間オンライン化
1999 年	特別医療法人化 在宅複合施設運営受託、特養オープン、ホームヘルパー事業開始、老健・特養一本院間オンライン化
2000 年	コールセンター開設 病院内 24 時間オープンコンビニ開設、特別医療法人直営の医療福祉ショップ開設 デビットカード導入 恵寿鳩ヶ丘病院開院（療養型 143 床）、鹿島デイサービスセンター運営受託、田鶴浜健康増進施設「アスロン」運営受託、本院に療養型病床開設（48 床）、介護保険一元管理システム運用開始、放射線デジタル画像サーバー稼動
2001 年	企業会計原則導入、患者別原価管理システム稼動、組織改革（本部一事業部制）、組織目標管理制度導入 医療費・介護保険料の口座振替開始 医療福祉ショップでインターネット通販開始 在宅総合ケアセンターオープン
2002 年	電子カルテ運用開始 感染性医療廃棄物リサイクル（油化）装置導入 韓国 Samsung Medical Center と PET 検診提携
2003 年	セントラルキッチン稼動 電子レセプト請求開始 医療機能評価更新審査認定 患者誤認防止、入退室管理システム稼動、回復期リハ病棟開設（療養型より）、特殊疾患療養病床開設、病児保育室「あんず」開設

## 医療法改正の経緯

### (1) 第1次医療法改正（1985年）

医療資源の地域偏在の是正、医療施設の連携の推進をはかり、全国を2次医療圏と3次医療圏に分けて医療施設を整備（都道府県医療計画制度の導入）。高齢化に伴う疾病構造の変化への対応にも対応。

### (2) 第2次医療法改正（1992年）

人口の高齢化、疾病構造の変化、医学技術の進歩等に対応するため改正。（a）医療提供の理念規定の整備、（b）高度医療への対応としての特定機能病院及び療養型病床群の制度化、（c）広告規制の緩和（d）在宅医療の推進等。

### (3) 第3次医療法改正（1997年）

要介護者の増加、医療の質向上に対する要望等に応えたもの。（a）医療提供に当たつて患者への説明と理解を図る（インフォームド・コンセント）、（b）有床診療所への療養型病床群の設置、（c）地域医療支援病院制度の創設、（d）医療計画制度の充実、（e）広告事項の拡大等。

### (4) 第4次改正（2000年）

少子高齢化の進展に伴う疾病構造の変化に対応し、良質な医療を効率的に提供する体制の確立を目指す。（a）入院医療提供体制の整備、（b）医療における情報提供の推進、（c）医療従事者の資質向上等。一般病床から療養病床を独立させ、一般病床を結核・精神・療養病床以外の病床と規定。急性期病院と療養病院の区別を明確化。

### (5) 第5次改正（2006年）

医療提供体制全般にわたって法改正。情報提供の推進、広告規制の緩和、患者相談窓口設置の努力義務、医療機関・医療従事者に対する安全の責務強化等。

**不許複製**

慶應義塾大学ビジネス・スクール

共立19.4・P100