

開業から3年、東日本大震災の逆風を克服し、専門性の高い良質な医療提供、チーム力、理想的な病診連携で、経営の安定を図る

みつかリウマチクリニック 院長 三束武司 先生

1970年代、相次ぐ大型商業施設の出店で近代化が進んだJR津田沼駅北口に比して著しく再開発が遅れた南口エリアだが、駅前バスロータリーの整備や複合商業施設「習志野サンペデック」の誘致等により、活性化の路が拓かれた。かつての広大な農地は住宅地として整備され、人口も急増。2007年には、35haに及ぶ大規模土地区画整備事業が始まり、将来的に約7000人の定住者人口増が見込まれる。2008年、サンペデックは主要テナントの変更に伴い、「モリシア津田沼」に改称。同時に、大幅なリニューアルが実施された。

《みつかリウマチクリニック》は、2010年8月、日本医業総研が同施設内に開設した医療モール「モリシア津田沼メディカルフォレスト」に開業した。

日本医業総研の紹介DMから、開業へと急展開

——院長にとっては、故郷での開業ということになりますね。

習志野市は、高校を卒業するまで住んでいた場所です。大学（弘前大学医学部）卒業後大学院に残り、付属病院や関連病院で15年勤務した後、地元に戻ってきました。そこから6年間の勤務医を経ての開業です。

——地元に戻ったのは、開業を意識されていたのですか。

必ずしも、開業を目的に地元に戻

ったわけではありませんが、専門医としてのリウマチ診療に時間をかけたい、じっくり患者さんを診たいと思うなかで、開業も選択肢としてあったのは確かです。前職（社会保険船橋中央病院）では、整形外科部長として診療科を管理しながら、日々の外来、救急患者の対応、当直、緊急手術も行っていました。そうすると、どうしてもリウマチ外来の患者さんにかける時間が制限されてしまいます。そこに、ジレンマを感じていました。

——開業を決意されたきっかけは何

でしょうか。

医業総研から勤務先に送られてきた医療モールの案内DMです。忙がしさもあって、受け取って開封もせず、ゴミ箱行きだったのですが（笑）、翌朝出勤すると、ゴミ箱の中のDMに書かれたモリシアの文字が目に残りました。自身のサンペデックは、私が中学生のときに建ったものでよく利用していました。現在も隣接する習志野文化ホールで、毎年2回、私がチェロを担当するオーケストラのコンサートを開いていることもあって、昔から愛着があります。数日

前に家内とも、もし開業するならモリシアだね、と話し合ったばかりだったこともあって、一気に開業へと気持ちが傾きました。偶然とはいえ、すごい因縁を感じます。

——急なご決断ですが、開業への不安はありませんでしたか。

医療提供上の不安を一点挙げるとしたら、リウマチに多い呼吸器系などの合併症に対して一人で対応できるかでした。病院では、身近に呼吸器の専門医がいまらず、CTなども臨機応変に対応できました。幸い、病院との連携が上手く機能しており、対応に問題は生じていません。

——経営面での不安は？

医院経営の勉強などほとんどしていませんし、正直なところ、医業総研を信じて任せるしかありませんでした。診療コンセプトを説明したあとは、診療圏調査から事業計画、資



金調達など全面的にお願いし、納得したうえで私は開業後に向けたソフト面の準備に専念しました。

——整形外科も標榜されていますが、診療所名を「リウマチクリニック」と限定された理由は？

クリニック名は悩みました。医業総研の小畑さんとも、随分話し合いました。リウマチ専門医の約半数は内科医出身者です。私の場合は、整形外科から専門医になりましたので標榜はしていますが、リハ室は設けていません。そこで、中途半端な印象にならないよう、得意な手術も含め、リウマチに特化した専門医療を前面に押し出すことにしました。

——今でも先生ご自身で手術を執刀されているのですか。

毎週、水曜日を手術日としていきます。基本的に、クリニックの患者さんで手術が必要な場合は、前の勤務先にベッドを確保して執刀し、術後ケアも私自身で行うシステムが出来上がっています。逆に病院の患者さんの手術を依頼されることも多く、水曜日のスケジュールは常に埋まっています。

開業から7カ月後に発生した東日本大震災を乗り越えて

——開業後、これならいけそうだが、という感触を得られた時期は？

2年目ですね。数字的にはほぼ予

定通りの立ち上がりでしたが、翌年に東日本大震災が発生しました。計画停電に伴い、しばらくの間診療時間が不安定になったことに加え、自宅の建物地盤の液化化の影響で、約1カ月間の避難生活を余儀なくされました。その時点では、まだ損益分岐点をクリアしておらず、さすがに不安を覚えました。その後、徐々に患者さんが増えたことで挽回の見通しがつき、2年目によりやく目標の数字を達成しました。

——開業からの3年経ったクリニックの自己評価はいかがでしょう。

リウマチの検査・治療については、勤務医時代より良質な医療提供ができていてと自信をもつて言えます。

開業時に思い描いた理想のイメージ+αと言ってもいいでしょう。これは、スタッフの協力で掘る部分も大きいです。看護師はもちろん、医療機関での勤務経験のない受付スタッフが自発的にリウマチの勉強をし、ある程度専門的な知識を身に着けることで、患者さんより良い関係が築かれています。待ち時間中も会話が絶えません。病院では考えられませんが、3年間で、ご主人の転勤による退職者が一人いるだけで、他のスタッフは定着していますので、院内の人間関係も良好だと感じます。これも、クリニックの強みの一つとして活かしているはずですよ。

——そのようなクリニック風土は、どのように出来上がったのですか。

スタッフの人选や信頼関係の重要さは理解していましたが、人材育成など決して得意な分野ではありません。对患者さんだけでなく、なるべく内部でも会話のし易い環境を作ること、開業当初から看護師を中心に楽しくやってきました。この1年で本当の意味の結束力やチーム力が醸成されたように感じます。

——勤務医時代と比べたとき、私生活の変化はありますか。

現在、週の診察日は4日半、平日の診察時間は夕方5時までです。他のクリニックと比べると、かなり少ないですね。一つには、スタッフの拘束時間を短くしてあげたいということもありますが、水曜日はどこかの病院で必ず手術が入りますし、土曜日の午後は他院のリウマチ外来を受け持っています。出身大学関連病院へも月1回出張。平日の夕方以降は、セミナーや講演会へ出席しますし、学会関連役員や医師会理事等の雑務もありますから、多忙であることには変わりありません。それでも当直がなくなっただけ身体への負担は減りました。

かかりつけ医だけが、開業医の在り方ではない

——経営的にも安定期を迎えられま

したが、次なる成長戦略の構想はありますか。

規模の拡張や、分院展開などは考えていません。スペース的には、現状のままでも増患の余地はありますが、それによって、医療内容が薄まってしまつては意味がありません。リウマチの分野では常に新薬や新たな治療法が生まれています。経営的な数値を伸ばすことより、皆で勉強しながら医療の質をもっと高めたいと考えます。新たな試みとしては、可能であれば、大学との連携で研修医も受け入れてみたいですね。

——これから開業を考える医師にアドバイスをお願いします。

一般的な内科での開業医のイメージは、身体を総合的に診る、いわゆる「かかりつけ医」でしょう。機能分化の上でも望ましい傾向だと思われませんが、クリニックでも専門性の高い医療を提供することは可能、ということを知っていただきたいと思います。もちろん、必要とする医療機器などの設備投資は安くありませんし、開業医自身が常に先端医療を学ぶ必要があります。実際に私のクリニックでは、病院の整形外科の手にあまる逆紹介患者さんが少なくありません。開業医の専門性をどう活かすかも、今後の病診連携の在り方の一つだと思います。

——ありがとうございました。

みつかりウマチクリニック

診療科目：リウマチ科 整形外科
千葉県習志野市谷津 1-16-1 モリシア津田沼レストラン棟 4 F
TEL 047-409-4032

<http://www.mitsuka-ra.jp>

地域包括ケアで拡大する 開業医の役割

「社会保障制度改革国民会議報告書」を読む

昨年末から議論されてきた、社会保障制度改革国民会議の報告書が、8月にまとめられました。この報告書は、わが国の社会保障制度改革の方向性を示唆したのですが、ここでは医療及び介護についてのポイントを紹介していきます。

前提 は 消費税の引き上げ

そもそも今回の社会保障制度改革国民会議（以下 国民会議）は、民主党政権時代の社会保障・税一体改革を受け、民主、自民、公明の3党の合意による「社会保障制度改革推進法」に基づいて設置、議論が進められたものです。したがって、今回の報告書は、2025年以降の超高齢社会を念頭に、消費税の引き上げと、その引き上げ分を財源として社会保障制度改革を推進するということが大前提となっています。ただし、財源は見込みで確保できていたとしても、この報告書で具体的に使い道が示されているわけではありません。いわば改革の基本的な道筋のみを示

したものであるでしょう。

病院完結型から地域完結型へ

国民会議の報告書は2部構成で、1部が総論、2部が各論という位置づけになっています。さらに2部は、少子化、医療・介護、年金の3分野で構成され、医療・介護分野に最も多くの枚数が使われています。

改革の内容に言及する前に、わが国における医療・介護のあり方等に対する課題が示されています。その基本的なところは、高齢化に伴う疾病構造の変化が、かつての治癒・社会復帰等を前提とした「病院完結型医療」から、地域全体で支える「地域完結型医療」への転換を求めているとされています。またフリーアクセスの考え方の再考を促し、機能分化と連携が重要であるとしています。

地域包括ケアが最重要課題

医療提供体制の改革については、直接診療所とは関連しませんが、病院に対し、病床機能報告制度を導入

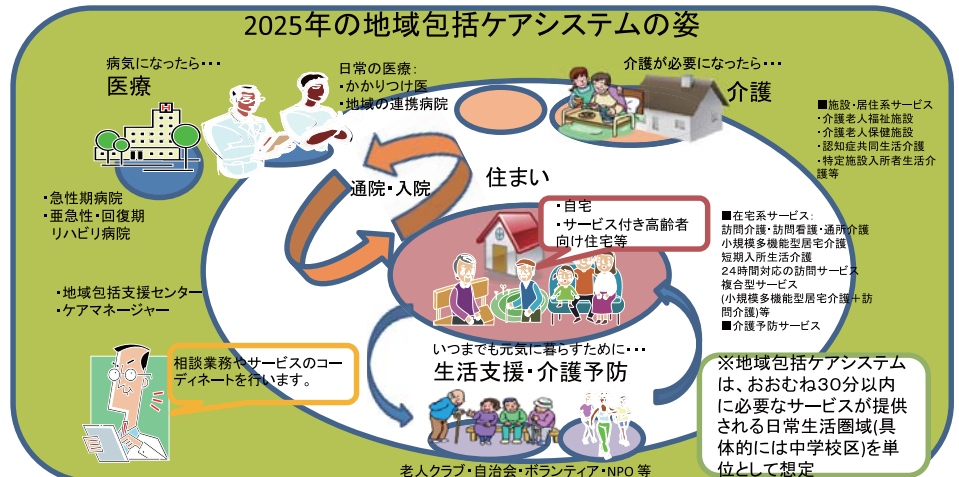
した上で、都道府県に対し、地域医療ビジョンの策定を提案しています。地域医療ビジョンは、次期医療計画（2018年）を待たず、速やかな実施を求めています。この報告制度とビジョンは、病院に対して、今後の経営戦略上の重要な意思決定を迫ることになりそうです。

本報告書の医療・介護分野の全体に流れているのは、機能分化と連携、そして地域完結ということですが、その際のキーワードになるのが「地域包括ケアシステム」です（図参照）。

報告書では、医療と介護の二ーズを同時に持つ高齢者を地域で支えていくためには、介護の居宅サービスに加え、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤指導などの在宅医療が不可欠だとしています。そして、その際、重要な役割を担うのが「かかりつけ医」ということです。

この地域包括ケアシステムの構築に向けて、2015年度からの第6期の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけて取り組みを進めるべきとしています。最終的な課題は、医療計画との連携、整合

2025年の地域包括ケアシステムの姿



図：厚労省資料より

性をどう創り上げていくかということになりそうです。

地域医療の核としての「総合診療医」

高齢者の爆発的な増加は、現行の医療提供体制に大きな負荷をかけることとなります。その対応の切り札のひとつとして期待しているのが総合診療医です。

その理由として、高齢者が特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱えており、複数の従来の領域別の専門医による診療よりも適切である場合が多いからとしています。この総合診療医が、他の領域別専門医や他職種と連携することで、多様な医療サービスを包括的、柔軟に提供することができるとのことです。

この総合診療医の存在は、報告書の前段で取り上げたフリーアクセスの解釈の見直し、つまり「いつでも、どこでも、だれでも」から、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」への転換の力ギとなる存在となります。報告書では、「この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及が必須」としています。現在のかかりつけ医と総合診療医との違いや棲み分けについては、残念ながら言及されていませんが、「専門医のあり方に関する研究会（厚労省）の議論は既に進んでおり、総合診療（専門）医という名称が誕生することは、既定の方針のようです。

国保安定化を目指し県へ移管

医療提供を支える医療保険制度に関しては、現在、市町村が保険者となっている国保を県を保険者とすることで、安定化を図るとしています。

ただし、市町村を国保から完全に切り離すのではなく、保険料の徴収業務などは、従前通りということですが、広域化によって保険財政の安定を図ることは、後期高齢者医療制度の広域連合で既に実績がありますが、これまで県を保険者とすることに難色を示していた知事会も、国保の構造的問題を解決することを前提に移管を承諾する姿勢を示しています。なお、後期高齢者医療制度については、5年の実績を有しているとして、現行のまま継続させることを提案しています。

要支援を市町村サービスへ

介護について、報告書の中では多くは語られていません。しかし、要支援の給付を介護保険から外し、市町村へ移管すること、また、軽度な要介護者は特別養護老人ホームへの入居対象から除外するなどの提案がなされています。

また、利用者負担についても（これは高齢者の医療の自己負担についても同様ですが、今後、所得（フロー）だけではなく、資産（ストック）の状況も勘案して負担額を引き上げること書かれています。介護保険に関するこれらの改革案は、既に新聞等で「見直しが始まった」といった論調で報道されており、既に周知のことと思います。

在宅が常態であることを再確認する

報告書は、先に紹介したように、地域という視点を強調しています。私たちの日常生活の拠点は、あくまで自宅であり、病院や施設での生活が非日常であることを、明言はしていませんが、明らかに意識した記述になっています。

これは、2025年以降の超高齢社会において、多死を迎える状況の中で、施設（病院、介護施設等）が圧倒的に不足するといった予測だけを踏まえているとは思えません。確かに、現在、国民がどこで亡くなっているかという調査では、8割近くの国民が病院で亡くなっており、今後増加するであろう施設での死を考慮すると、在宅へのシフトというのは、医療・介護施策的には間違っていないでしょう。しかし、国民が望む医療や介護サービスという観点からは、自宅（居宅）を中心に置いたサービスであるべきだということです。

そして、報告書の「医療給付の重点化・効率化」でも再度触れられています。地域包括ケアシステムの中心で、より身近になる開業医が大きな役割を担い、決して課題を次世代に先送りしない取り組みが、今の私たちに求められていることだということです。

経営管理集中講座

— 院長の経営カルテを作成しよう —

12月8日（日）10:00～13:00（開場 9:30）

会場 **大阪** 本町第二ビル セミナールーム
大阪府大阪市中央区本町 2-2-5 本町第二ビル 2F

12月8日（日）10:00～14:00（開場 9:30）

会場 **東京** NK conference（エヌケーカンファレンス）
東京都千代田市神田区 2-13 神田第4アメックスビル 9F

日本医業総研 主催

勤務医のための **医院経営塾**

ク リニク経営がうまくいっているかどうか、経営指標のチェックポイントが解ります。

開 開業後のクリニック経営管理資料の読み方、標準値が解ります。

開 開業後に院長がやるべきスタッフのモチベーション管理、向上に必要なことが解ります。

クリニックの開業コンサルティング
株式会社 **日本医業総研**

医院経営塾に関する詳しい情報やお問い合わせは
<http://www.lets-nns.co.jp>

東京 TEL 03-5297-2300
大阪 TEL 06-6263-4000



発行 株式会社 日本医業総研

大阪本社 大阪府大阪市中央区本町 2-2-5 本町第二ビル
東京本社 東京都千代田区神田区 2-2-12 神田区ビル 1F
編集部 TEL 03-5297-2300 FAX 03-5297-2301