

## CIGS 医療シンポジウム(2011年12月14日) パネルディスカッション部

……それでは、第2部のパネルディスカッションを始めます。ここからのモデレータを松山先生にお願いします。

**司会：**それでは、よろしくお願いいたします。1時間半ございますので、いろいろなテーマについて議論できるのではないかと思います。本日のシンポジウムの狙いは、これからの日本経済、社会の状況を考えたときにセーフティネット医療福祉事業体を強くする必要があり、そのための政策のあり方を明らかにすることにあります。セーフティネット医療福祉事業体強化のためには、すでに頑張っている民間の事業体をもっと支援する政策が必要であり、加えて、経営的に問題がある公立系の事業体等を活性化しなければなりません。経営形態は公的なものであったとしても民間的経営を追求できる仕組みを創る必要があります。そこで、本日は代表的な民間医療福祉事業体の経営者にプレゼンテーションをお願いしたわけです。議論を開始する焦点の一つとして、民主党政権が誕生してから実施されている地域医療再生基金があります。これは自民党時代に発案され、民主党政権になって実行されているものです。1回目と2回目の基金を合わせて4千億円以上のお金が全国に配分されることになっており、今それが進められていますけれども、それを現場で民間のセーフティネット医療事業体の経営者から見て、地域医療再生基金をどのように評価できるのか、その短所と長所、民間から見てそれを活用することができているのかどうか、何か問題点がないか、についてまずコメントをいただければと思います。それでは最初に神野先生、お願いいたします。

**神野：**地域医療再生基金についてお話ししたいと思うのですが、正直言って、公立病院の関係者がいたらごめんなさい。でも、これは正論だと思うので言いますが、終末期医療と同じで、もう亡くなりそうな方に最後にカンフル剤をたくさん点滴して、人工呼吸器につなげて延命治療してどうするのかというような思いはあります。もっと具体的に言うと、医療法改正で社会医療法人が創られた趣旨として、公的な医療機関を補完する役割があります。この地域医療再生基金ができるまでは、指定管理ないしは経営統合ということで民間医療機関が公的病院を経営管理することがこれからどんどん広がるかなと期待する思いがありました。しかし、この地域医療再生基金でばらまき財政、いわゆる診療報酬とは関係ない補助金が拡大してしまった感があります。これまでに公立病院には交付税等々でたくさん補助金が入ってきたわけです。それに加えて、返さなくていい補助金が大量にばらまかれた。今まで放漫経営を続けてきた公立病院、公的病院が、ここで息を吹き返したというのが現実です。そういった意味では、経営統合とかそういったものがだいぶ遠のいてしまったのかなと考えています。一方で、これから人口が減って行く中で全ての医療機関が発展していくことはありえないわけですから、やはりどこかで公立と民間は経営統合することになると思います。

地域医療再生基金は黙っていても民間に回ってきませんので、配分権限を持っている県

に対して、我々はこんなことができるから補助金が欲しいということを提案しました。具体的に言うと、例えば、看護師の多様な勤務形態について研究・実証を行う、あるいは、医師不足の地域で家庭医療の道場を開く、という提案をして、何百万円単位の補助金を地域医療再生基金から頂いています。ただ、地域医療再生基金の多くの額が、施設をつくるとか、電子カルテを買うとか、CTスキャンを買うとか、MRIを買うとか、本来ならば診療報酬で手当てすべきものに対して、いわゆる事業見込みと関係なくいろいろなハードを購入することに使われているのが非常に残念です。

**司会：**ありがとうございます。それでは、生長会の田口理事長、お願いいたします

**田口：**はい。地域医療再生基金の認識は神野先生とまったく同じです。大阪府の場合、私どもの医療圏である堺と泉州が基金の対象地域になりました。その結果、民間である生長会も基金を頂ける側になっています。しかし、これは生長会が対象医療圏の公立病院指定管理者になった特殊事例だと思います。ほとんどの所では、公立病院の画像診断装置やコンピュータシステムといったものを整備することに使われています。

**司会：**山本先生、お願いいたします。

**山本：**静岡県から地域医療再生基金の最初の段階でヒヤリングを受けたので、こちら側の意見を出しました。しかし、基金からお金がくることになっていません。

**司会：**地域医療再生基金の各県が出している計画の内容については、政府のホームページで全部見ることができます。静岡県のケースを見て、聖隷福祉事業団が入っている計画になっていないので不思議に思いました。最初の議論は参加できているのだけれども、その後、結局ほかへ資金が回された感じですね。実は、地域医療再生基金の議論というのは、最初に自民党政権時代の内閣府で起きたわけです。そのときのご担当が本日この会場に来ておられます。あの時は実は全国で3～4カ所、センタラヘルスケアのようなモデル事業体を創るための資金にしようという議論だったのです。しかし、選挙が近づくにつれて全都道府県に均等配分というふういつの間にか変わってしまい、ばらまきになってしまったのです。

結果的に何が起きたかという、各都道府県の健康福祉部に事務局を置くがゆえに、最初に県が考えるのは、県立病院にどうやってお金を流すかということです。それに対して病院経営で苦しむ市町村からクレームがきますので、市町村レベルまで巻き込んだ計画が議論されることになるのです。当時、複数の県の大学病院や社会医療法人の経営者である先生方から私に連絡がありまして、地域医療再生基金に参加したいけれどもどうしたらいいか、という相談を受けました。そこで、県庁に一度プランを持って相談に行くことをアドバイスしました。ところが、県庁に行っても健康福祉部の担当者が地域医療再生基金を知らないということで、スタート時点は大混乱があったのです。結果的に4千億円以上の税金が投入されるわけです。しかし、そのお金を使えば、もっと将来の日本の医療福祉事業体のモデルになるようなところが創れるはずだと、現在でも考えています。

今、日本でセーフティネット事業体の経営形態として社会福祉法人と社会医療法人が非

常にクローズアップされています。神野先生も両方経営なさっておられるし、生長会も社会福祉法人をお持ちだし、聖隷福祉事業団は社会福祉法人でありながら実質的に医療分野で非常に大きな力を持っておられる。今は制度が二つに分かれているのですけれども、それが、制度として分かれていることの意義、もしくは長所・短所、将来どのようにすればセーフティネットを強化できるのか、ということに関して、経営者の立場でご意見をお伺いしたいと思うのですが、神野先生お願いします。

**神野**：社会福祉法人の理事長になったのは今年の4月からです。それまでは親族が社会福祉法人の理事長をやっており、私は医療法人だけを経営していました。社会福祉法人の本質的なことは、まだ正直な話、不勉強なところがあります。社会医療法人の方は、特別医療法人という制度から伸びてきましたので、収益事業という分野があります。医療経営が非常に難しくなった中で、私たちには安心という大きなブランド、地域での大きなブランドを持っていますので、そのブランド力を活用して社会医療法人の収益業務に取り組み、医療を少し助けてくれる可能性もあるという気がします。もちろん普通の医療法人でも別会社をつくってやればそうだとおっしゃるかもしれませんが、社会医療法人の場合は、本気で収益業務をやれます。

私どもは、生長会さんほどではないですけれどもセントラルキッチンを持っていますので、社会福祉法人に社会医療法人が給食を提供したり、あるいは、社会福祉法人のITシステムを社会医療法人が受託したりしており、それらが収益業務になっています。その辺のところ、社会医療法人のこれからのびしろとしてビジネスになる可能性があると思っています。

**司会**：ありがとうございます。社会福祉法人はもともと非課税ですけれども、社会医療法人も制度発足時から結局法人税はゼロということで、税制上の処遇というものは似たようなものになっています。そこで、もしセーフティネットを強化する、グループ全体のマネジメントをもっと効率的にする、人材育成機能を向上させる、ということを考えて場合、今二つに分かれている制度を将来統合することについては、どのように考えておられるでしょうか。

**神野**：私は、おおいにありだと思いますし、そのいちばんいい例が生長会さんだと思います。先ほどのお話によれば、生長会さんの場合、マネジメントも就業規則から給料も同じだということでした。我々の場合、社会医療法人と社会福祉法人とではまだ就業規則が違いますし、給料体系も違います。その辺のところは一緒にしたほうがおそらくガバナンスがきくと思います。あとは田口先生のご意見を伺いたいと思います。

**司会**：田口先生お願いします。

**田口**：はい。社会福祉法人と医療法人は、生い立ちがやはり違います。しかし、高齢者施設や在宅など高齢者への対応は垣根なしでいいのではないかと思います。私のところは当初から医療と福祉を一緒にやろうという思いでしたので、就業規則も給与規則もみんな同じです。医療から見ると、福祉のほうが一段下というような思いもあるような感じはする

のですけれども、私たちは当初から一緒にという形でやってきました。

現在、社会医療法人と社会福祉法人は大体相互乗り入れができています。税制とか細かなところはありますけれども、ほとんど相互乗り入れができていますので、後は社会医療法人が特養ホームを作るということぐらいではないかなと考えています。

**神野**：私だけの認識かもしれないのですが、退職給付などでは違いがあるように思います。社会福祉法人の方は、いわゆる公務員的な年金機構があります。一方、社会医療法人の方はいわゆる一般企業と同じ仕組みです。私どもは 401K を採用しています。

**田口**：まあ生い立ちが違うので別々の経営主体でいいのですが、ほとんど現実には乗り入れが OK なので、私は一緒にしてもいいのではないかと思います。知的障害者私鉄など特別事例もあるので別々でもいいし、一緒になろうというのであれば一緒になることができるような制度が望ましい、と思います。それは医療と福祉の対象者・業務範囲・運営方針などがかなり重複するからです。

**司会**：ありがとうございます。私は以前、公立病院の顧問をしていたことがあります。その時議論になったのは、公立病院は第一段階としては地方独立行政法人を目指すけれども、将来的には完全民営化で、公立病院が社会医療法人に転換できるような仕組みを創ってほしいという意見がありました。しかし、設置者である自治体行政側がなかなかその議論についてこれないのです。特に地方議会がネックになります。社会医療法人の数も 152 になりました。これから更に社会医療法人を拡大発展させるためにはどうすればよいか、という議論が起こることが予想されます。また、社会福祉法人制度の見直しが始まるかも知れません。そうなれば、社会医療法人と社会福祉法人の経営統合に道を開くという話が出てくる可能性があります。医療介護市場約 45 兆円のうち 1 兆円を社会医療法人が占めるようになりました。社会福祉法人のうち医療介護を担う事業体の事業規模は社会医療法人以上です。したがって、社会医療法人と社会福祉法人を核にセーフティネット事業体を強化するためにどのような政策的支援が必要かを考えるべき時期にあると思います。

聖隷福祉事業団の場合は、医療も福祉も全部最初からやっておられるわけですが、これからさらに事業拡大をしていくときに、今の制度で何かネックになるようなことがあるのか、ないのかという観点から何かご意見いただければと思います。

**山本**：今まで社会福祉法人としてやってきているので、特に法人格が変わることに関しては医療提供という部分では抵抗がないと思いますけれども、社会福祉法人の大きな特徴は慈善医療というか、どうしても福祉事業ですから慈善医療として貧困層を必ず診なければいけない。アメリカには慈善医療の負担のため経営継続が困難になった病院があるようです。

**司会**：今、慈善医療というお話が出たのですが、日本の場合は、例えば生活保護を受けている者の方がむしろ医療は充実しているという批判があります。聖隷福祉事業団で慈善医療を受ける人々というのは、具体的にはどのような方々かお分かりですか。

**山本**：本日は資料を用意していないので詳しくはわかりません（※文末脚注）。生活保護対

象者であれば国が医療費を支払ってくれますので医療機関側の負担はありませんが、生活保護対象に至らない生活困窮者が慈善医療の対象です。また生活困窮者でない人たちが故意に未収金を起こしています。アメリカでも同じような状況にあると理解しています。

**司会**：その未収金が最近増えているのですか。

**山本**：回収のできない金額が非常に増えています。

**司会**：私が顧問していた公立病院でも2002年頃からそれが急激に増えたと言っていました。現在では億単位のお金になっているようです。未払いの人々は、必ずしもお金がない人ではないのですよね。大体皆さん車で来て、車に乗って帰られます。病院の事務方にしてみると、あまりにも件数多くて人件費をかけて請求に行くと赤字になってしまう。これは実はアメリカの構造とほとんど同じなのですね。アメリカも生活保護を受けるレベルの人はメディケイドという公的制度で政府が医療費を丸抱えしますけれども、そこに至る直前の人たちは保険に入っていないで、慈善医療の対象になってしまう。アメリカの場合、5千万人いる医療保険未加入者のうち、実は2,200万人ぐらいは高所得者なのです。保険料を払いたくないから保険に入っていないだけです。その人たちは、受診した時に自分で全額払うことを選択しているのです。アメリカの医療経営者を日本に招待して議論した際、制度は違っても本質は同じだ、という見解になりました。

**神野**：本音を言わせていただくと、積極的慈善医療と消極的慈善医療があると思います。未収金も慈善医療に含めて考えるのであれば、私たちもずいぶんたくさん慈善医療をやっています。これは、消極的慈善医療です。だから、積極的な慈善医療とは何かということ、社会医療法人がなすべき積極的慈善医療とは何かという問いが考えられます。会計上、結局毎年毎年、未収金で計上しているものだから、それが償還されずにだんだん増えてきて、バランスシート上大きな金額になっています。どこかの時点で償却しなくてはいけないという悩みがあります。であれば、それを慈善医療として処理すればいいかと、今気がつきました。聖隷さんの場合はもっといろんなことをやっちらっしゃると思いますけれども。センタラヘルスケアが計上している慈善医療がどのような性質のものかわかりませんが、未収金を慈善医療として世の中にアピールできるならば、それは逆にしたいなという気がします。

**司会**：センタラの慈善医療の大半は未収金です。センタラはその財源を自ら作っています。私は、日本の場合、社会医療法人とか社会福祉法人で慈善医療を本当にやっている事業体にお金が回るような仕掛けをつくるべきではないか、と考えています。先ほど公立病院に税金が投入されているという話がありました。自治体立の公立病院約1,000病院に毎年約7,500億円もの補助金が投入されています。2010年度は国からの追加補助金でこ入れもあって、漸く収支トントンの状況です。セーフティネット機能を強化するためには、放漫経営を続けている公立病院を補助するのではなく、その財源の一部を社会医療法人や社会福祉法人の慈善医療の穴埋めに回すことを検討すべきです。もちろん、公立病院の中にもセーフティネット機能を十分に発揮しながら黒字経営している所もあります。そのような

公立病院の経営者である先生方がもっと自由な経営ができるようにする必要があります。その上で、神野先生がおっしゃったように未収金を慈善医療と認定し、そこに公費補助が入るような仕掛けをつくっておかないと、これから地域住民とセーフティネットを担う事業体との間で感情的な対立が起こるのではないかと、心配している次第です。

そういう意味で、民間セーフティネット事業体の経営者として、現時点で国立病院や公立病院との競合・共存というのはどういうふうに考えておられるのでしょうか。例えば聖隷福祉事業団の場合、公立病院の指定管理者になることを始めておられますけれども、現時点で評価して、公的な医療機関との関係のあり方はどのように考えておられるのでしょうか。将来における改善すべき方向などについてご意見があればお聞かせ下さい。

**山本：**私どもの医療圏内にある病院それぞれが急性期医療を志向し、同じような診療科の組み合わせになっています。そうすると、1カ所がつぶれると共倒れの可能性があります。経営継続ができなくなった病院にいた多数の患者を救出しなくてはならないが、マンパワーが足りないという悪循環になる可能性が非常に高いのです。だから、むしろ最初から機能分化しておく必要があるように思います。

**司会：**そうすると、先ほど田口理事長のプレゼンテーションの中にもありましたけれども、機能分化した上で連携という発想だと事業体間の利害関係あるので、どうしても一緒に動かないというネックが生じる。だから、一つの大きな医療圏の中で核になるセーフティネット事業体をきちんと創る必要がある。この核になりえる事業体が存在しないと、先生がおっしゃったような機能分化を一緒にやるというカルチャーが生まれえないと思うのですが。

**山本：**それは、我々の事業体がそこまでの力を備えていればよいのですが、周辺で何か問題が起きてくる場合に、周りの事業体を支援するほどの経営体力がまだ十分でないと感じています。

**司会：**もしそれを聖隷福祉事業団が果たすとすると、行政サイドからのかなりの支援が必要になってくるということですか。

**山本：**ええ。

**司会：**それは具体的には、資金的な問題なのですか。それとも人材確保の問題、もしくは地域住民との関係なのですか。

**山本：**人的な問題だと思います。聖隷浜松病院には今、医者が 250 人います。聖隷三方原病院を合わせると 400 人ぐらいいます。それでも医師が足りていませんから、これで地域医療崩壊が起これば、対応がなかなか厳しいと思います。

**司会：**今、医師が足りないというお話ですが、聖隷福祉事業団の医療施設の中にはオープン方式は取り入れていないということですか。

**山本：**取り入れていません。聖隷浜松病院もオープン病院ですが、来ている先生方がある程度固定しています。また、もう一つ浜松市内には浜松市医療公社の浜松医療センターというのがあって、そちらの方がよりオープンです。アメリカのようなオープン病院にはなりません。

**司会**：その辺について生長会はどういう状況ですか。

**田口**：生長会のある泉州二次医療圏は医療提供の連携が弱い所ですが、成功例として救急医療があります。これは、泉州救命救急センターの松岡所長の熱意とリーダーシップによるところが大です。この点では公立病院と民間病院の協力関係ができています。しかし、これ以上のことになると、経営主体の問題が色々出てきます。市民病院は、市単位でしか物事を考えません。お金の問題になると、損得勘定、利害が出てきます。こちらの市長は隣の市のことを考えていられないというようなことになります。お金が絡むと、前へ進まないという感じです。

**司会**：神野先生如何でしょうか。

**神野**：いろいろな病院のいろいろな学会や研究会に行くと、「当院は地域の基幹病院です」と自らよくおっしゃるわけです。しかし、私は、それを決めるのは病院側ではなく住民だと思います。病院が自分で基幹病院というのはちょっとおかしい。いわゆるその地域の患者さんがどこを選ぶかということになるのだと思うのです。今、各地域で大きな病院同士が連携、あるいは機能分化という話が出ています。しかし、機能分化について話し合いをしても、やりたいことは同じなので合意が成立しません。その後は殴り合いするしかないのです。だから、最終的には患者さんが選ぶということにならざるを得ない、と思うのです。

我々の地域は、能登半島に位置する直径約 150 キロ圏内です。結構広大な面積に 21 万人しか人がいません。そこに公立病院が 6 つ、国立病院が 1 つ、それに民間病院です。私の地域の七尾市というところは人口が 5 万 8,000 人しかいないのに、急性期病院として当院が 451 床、公立病院が 434 床、国立病院が 240 床です。非常に激戦区です。この公立病院と国立病院を除いては、私たちは周辺医療機関と非常に協調関係にあります。能登の北側の公立病院に対しては医師を派遣、例えば眼科医がいないところに眼科医を派遣して診察、手術が必要な患者さんは当院に来て頂いています。あるいは、循環器専門医が行って診察、いざという時には当院に来て頂く。また、脳外科関係は診療科の性格上、患者さんを連れてきてもらうことというよりは、脳外科医が急性期治療を行った後、患者さんを退院させた後のフォローが必要な時に、こちらから出向くという関係を作っています。

公立病院、国立病院との対応ということになると、これはもう場所とお互いの機能次第ということになってくると思います。ただ、本当に同じ町で隣同士でということになってきた時には、これは口先では役割分担しましょうねとか、連携しましょうねと言っているけれども、それはそうはいかないですよ。お互いに基幹病院だと思っていますしね。患者さんに選んでもらうしかない。

**司会**：ありがとうございます。今、狭い地域で公立病院がたくさんあって、それぞれが自分のところが基幹病院と思っているというお話がありましたけれども、それは結局、先ほど山本先生がおっしゃったように、お医者さんは急性期ケアの方がステータスが高いという思い込みがあるからではないでしょうか。今回シンポジウムを開催するにあたり、パネ

リストを引き受けて下さった事業者の経営者の方々にアメリカの地域医療ネットワークを視察して頂きました。それは、アメリカの地域医療ネットワークが経営資源の多くを在宅医療や外来施設に投資していることを実際に見て頂くためです。私のプレゼンテーションでも説明しましたように、急性期の病院はできるだけ小さいものを作る傾向にあり、急性期から在宅、それから介護、リハビリまで全部セットで提供できるような仕組みをITをフル活用して構築しているのです。神野先生からアメリカの仕組みをご覧になって、似ている点、違っている点、それから長所、短所、今の評価でどういうふうにお考えでしょうか。

**神野：**最初にお話ししたように、アメリカの病院は廊下とかロビーに患者さんは誰もいない。外来はもちろんないわけだし、入院患者さんは歩ければ帰ってしまうという話なので、そういった意味では在院日数は非常に短いわけです。我々よりも病床数は少なく見えますけれども、患者回転数が高いのでより多くの患者を診ているはずですよ。ちなみに、平均在院日数は、当院が14日に対してアメリカの病院は3日、4日ですから、同じ病床数であればアメリカの病院は3倍から4倍の患者を診ていることになります。しかもその分単価が非常に高い。日本の場合、今の病院からダウンサイジングして病床を減らしアメリカと同じようにしたらいいのかと問われたとすると、単価の問題と稼働率の問題が出てくるわけなのです。

私たちが大幅なダウンサイジングをして急性期に特化する時には、相当単価を上げて、いわゆるピンのところの急性期医療の単価を上げて頂ければ、アメリカと同じように人員配置できるでしょうし、病床数の大幅削減も可能です。しかし、今の診療報酬制度の単価等を考えた場合、やはりある程度の病床数が必要だし、稼働率も大切です。10日だった在院日数が14日になっても空けておくよりはいいよねという話が出てくるわけだし、やはり今の日本の診療報酬単価を見ながらでないとならとアメリカと比較するのは大変難しいと思います。

ただ、先ほどもちょっと触れましたけれども、診療報酬改定の流れとしては、ピンのところにお金をたくさんかけようという話もあるみたいなので、そういう時に私たちがどういう病床、どういうふうに病床を組み替えていくかということが、これからしばらく頭を悩ませないといけないことかなと考えています。

ちょっと長くなって恐縮ですけども、私の知り合いがたまたまアメリカのロッキー山脈でスキーをやっていて、顔面骨骨折になってしまったのです。ソルトレークシティの有名病院に行って、そこの形成外科医に手術してもらいました。患者である知人も医者なのですけれども、頬骨の上顎骨の骨折なので、形成外科の主治医に、ぜひ眼科の医者に診てほしいと申し出ました。目の玉の下の骨なので眼科の医者にも診てもらいたいと頼んだら、なんで診せるのかと。俺の所見によればお前の目は何ともないはずだと。それで眼科の医者に診せたら俺の評価が下がるから診せなくてよいと言われたのです。そこを何とかで頼みに頼んで診せたら、眼科の医者は丁寧に診てくれたけれども、後で形成外科の主治医から、「ほらね。だから言ったじゃないですか」と言われた。アメリカの連中というのは、所



見をとって、そして、やたらめったら日本みたいに色々な科に回さなくて、自分の責任で自分の範囲は自分できちんと責任を持っているというような体制をとっていてお金が高い、収入も多い。これはアメリカの医療でありなんだというふうに、ちょっと今、事例が悪かったかもしれませんが、エピソードを紹介した次第です。

**司会**：ありがとうございます。今、診療科の内容別の診療報酬というお話だったのですが、日本がそういう方向にいくとすると、各診療科の原価のデータベースが必要になってくると思うのです。先生は今、政府のいろいろな委員会に出られていますけれども、日本のそういう診療報酬をより合理的なものにするためのデータベースの現状とか、それから、先生の事業体の中でのコスト分析はどのようなレベルにあるとお考えなのでしょうか。

**神野**：1人1日あたりの原価というのを出せば、主治医一人あたり、1入院あたり、1病名あたりといった原価が出るはずですよ。ということで、10年以上前から私の法人で色々やってみました。その時には、1人1日を全員分足し算し、年間分を掛け算で算出すれば損益計算書になるはずだと考えてコスト分析に取り組みました。しかし、問題がありました。原価を出す時のキャピタルコストをどのように考えるかという問題です。補助金で作られる公立病院と借金で作られる民間病院とでは、キャピタルコストを原価に組み入れる方法が異なるかも知れません。今、経産省のある委員会に出ており、そこで原価を出そうとしました。しかし、日本では色々な経営形態の病院があり、それぞれ会計基準も異なっているため、原価がこれだけだから診療報酬はこうあるべきだ、という議論ができない状況にあります。おそらく外科手術とか循環器のカテーテル手術とかに関しては、ある程度原価的なものが出ると思うのですけれども、いわゆる人が中心になっている内科的な医療ということに関しては、本当の原価というのは出せないのかな、と思っているしだいです。我々病院団体は、もう原価を出さないと診療報酬は決められないと主張し、厚労省に働きかけていますけれども、どうやるのという話になりがちです。

**司会**：生長会では原価分析についてはどのように取り組んでおられますか。

**田口**：原価分析はなかなか十分できていない状態です。部門別や診療科別の損益は算出していますが、厳密な原価分析まではできていません。DPC制度が始まり、そのデータが蓄積され、分析ツールソフトも出てきていますので、それらを使いながら取り組み始めた段階です。ただ、DPCは各病院が出したデータですので、厚労省だけが使うのではなく、大学の先生とか研究者の方はもちろんですけれども、皆が使えるような形にして頂きたい。もちろんプライバシー保護への配慮も必要です。

**山本**：先ほどお聞きした松山先生のプレゼンテーションを踏まえた日米比較ですけれども、ニューヨーク大学付属病院では、日本の在院日数の半分くらいで患者を退院させなければならぬ。そうすると、そのために人的資源がものすごく必要になる。結果的には、そこにつき込むお金も大きくなるわけです。入院医療の質を上げる観点からは、米国の医療もよいと思います。しかし、日本で平均在院日数をさらに引き下げ10日以下にするというのは、なかなか厳しいのではないのでしょうか。

神野：その件について。

司会：はい。神野先生。

神野：まったく同感です。アメリカみたいな日数が本当にいいのかどうか。医学的に可能であることと、患者さんにとって一番よい形なのか、というのは全然違うと思います。私は、ああいう短い在日数が本当にいいのかどうかというのは、もっと検証する必要があると思います。我々と患者さんであるべき形をつくっていったらいいと思います。本質は短く無駄を省くようにというような形でいっているのしょうけれども、省きすぎですよ。

司会：それについてちょっとコメントさせて頂くと、アメリカの医療機関、例えばセンタラヘルスケアで入院日数が5日とか4日なのですけれども、退院した患者さんは自宅に戻るとは限りません。スキルドナーシングケアの施設とか、リハビリで入院できる施設とか、亜急性期の施設とか、いわゆる急性期ケアとは別のベッドに移るのです。日本の場合はそれが一緒に施設になっているという違いがあるので、単純に平均値で比較するのがまず間違いなのだと思います。

それと、以前センタラに質問したことがあるのですが、急性期と外来、在宅でどちらの利益率が高いのかと聞いたら、それは在宅と外来です、という回答でした。なぜなら、急性期病院は常に高額な設備投資を必要とするからです。優秀な医師を集めるためには、常に世界標準の設備投資をしなければならないのです。そうするとお金ばかりかかる。だから、急性期の病院はそれほど儲からないとのことでした。しかし、世界標準の設備投資をし続けることが非営利医療事業体であるセンタラヘルスケアの使命なのです。これに対して株式会社病院は何をやっているかという、そういう医療行為の中で利益率が高い部分だけピックアップするのです。だから、彼らはセーフティネットにはなり得ないです。かつ技術開発、臨床研究とか教育に関して株式会社病院はほとんど貢献しません。そんなことにお金を使ったら配当ができなくなりますから。

では急性期に投資したお金をどこで回収するか、と聞いたら、在宅、外来で回収する、との回答でした。そのためにIT投資を行っている。センタラヘルスケアも2006年から250億円をかけて、半径130キロぐらいの地域に一気に同じ医療情報システムを導入しました。その目的は、急性期病院から早く退院した患者さんを自宅やサテライト施設でフォローするためなのです。これは、急性期以外のサービス拡充です。これを新たな収益源にしてITを含む設備投資コストを全部回収できるのです。日本で同じことが成り立つためには、やはりある程度の規模以上の垂直統合した事業体である必要があると思います。様々な医療介護サービスを提供する事業体が別々であると、連携して一緒にやろうといっても利害関係が発生するので動かないというのが今の日本の現状ではないかと思うのです。

本日パネリストを引き受けて下さった董仙会さん、生長会さん、聖隷福祉事業団さんは、日本のそういうネックのある仕組みの中でセンタラヘルスケアと似たような経営形態を実践、黒字経営を達成なさっているというのは驚異的なことだと私は思っています。そういう意味で、センタラ視察時に自己紹介したところセンタラ側から質問がたくさん出て議論

になったように、アメリカの医療経営者が日本の医療経営に関心を持ってくれたのだと思うのです。

そこで、山本先生にお聞きしたいのですが、先生は日米両方の病院をずっと見ておられて、かつアメリカで医療IT投資が進められたプロセスを見てこられたと思うんですけれども、過去10年ぐらいについて日米比較をした場合にどういうことが言えるのでしょうか。

**山本：**私が行ったのは2000年前後なのですが、当時は、IT化に関してはむしろアメリカは遅れているという印象を受けました。学んだ施設は、ニューヨーク大学の本院とニューヨークVA、ベテランズ・アドミニストレーションという軍人病院です。その軍人病院は、国立ですから非常に潤沢な資金があり、全米をネットワークで結んでいる電子カルテがそこにだけありました。ただ、その電子カルテは、非常にプリミティブ初歩的なもので、機能は低いものでした。一方、ニューヨーク大学本院は、電子カルテがなくてオーダーリングだけでした。それも非常に原始的なオーダーリング。2004年に帰国したのですが、それまでの期間は全然進歩していない、という印象でした。日本では電子カルテがぼちぼち出始めたころで、日本のほうが優れていると感じました。しかし、ちょうど2005年ぐらいを境目に米国は急速に変わったと思います。我々は、現在、電子カルテを診療支援に使いたいと考えています。例えば、患者さんが入院してきたときに電子カルテで疾患を登録する。そうすると患者さんから同意書をとる、プロトコルを決める、薬を決める、といったプロセスを電子カルテが支援してくれる、といった仕組みを作ろうと取り組んでいますが、なかなか上手くいっていません。今回センタラヘルスケアを視察して、その辺が米国で進んでいるのを見て、非常に感銘を受けたのです。

**司会：**神野先生。董仙会では実質、自主開発に近いシステムにより全施設間の情報共有を実現なさっておられますけれども、センタラの医療情報システムに対してどのような印象をもたれましたか。

**神野：**細かい中身は正直よく見なかったけれども、先ほどのプレゼンテーションでお話したように、センタラが作成できるデータには医療のアウトカム情報が豊富です。患者満足度も向上している。アウトカムをきちんとデータベース化することに主眼が置かれている。だから、設計思想がちょっと違うかもしれないですね。私たちの電子カルテは、最初の設計思想は、物流管理をきちんとし、薬とかの物品管理をきちんとし、それから今度プロセス管理だというような流れです。日本はどうもプロセス管理が中心になってしまって、アウトカムの指標がなかなか取りづらい。センタラのシステムでは用意できる指標というのが非常にたくさんあったことはうらやましく思いました。

今、山本先生がおっしゃったように、私も何回かアメリカへ行っていろいろなシステムを見せてもらいました。本当に最初はマサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタルへ行っても、こんなものなのかというようなシステムしか動いていない。大学病院へ行っても、ほとんどのドクターはタイピングしなかったですよ。ディクテーションでテーブルコーダーに録音するか、電話かけてインドの人にタイピングしてもらおうとかね。センタラ視察

とは別に今年もう1件シカゴに行ったのですが、そこではじめてドクターがタイプしないで音声認識ソフト使っていました。ようやくアメリカもそこまで来たかと思ったしだと思います。だから、以前は発生源入力という思想すらアメリカにはまだなかったと思うのですが、どうでしょうかね。

**山本：**ディクテーション（口述筆記）だったのですよね。

**神野：**はい。そういう意味ではリアルタイムにデータ、情報を取れるようになったのが最近のアメリカのITの世界なのだと思います。

**司会：**生長会では医療情報システムの更新のあり方をどのように今、考えておられますか。

**田口：**一般的な電子カルテ、オーダーリング、それから画像、そういったものをももちろんやっておりますけれども、今回、私のところから病院長がちょっと参加させていただいて、アメリカのシステムを見た印象では、やはりロジスティック、配送とか、マネジメントに関するデータを集めるところにアメリカはかなりお金もかけている。日本のシステムは、その部分が弱い。個々のシステムを日本でもいっぱい作っていますが、それらを統合することがなかなか難しい。経営管理に役立つシステムにもこれからは力を入れていきたいと思えます。それと、ちょっとさっきの話に戻るのですが、アウトカムのところはいろいろなデータとかつakって公表していかなくてはいいかんでしょうけれども、やはりきちんとしたアウトカムのベースをつくっていただきたい。現在は、皆が勝手にランキング表を作っています。共通のデータベースに基づきランキング表などが作られるようにすべきです。

**司会：**今、重要なお指摘があったのですが、医療のアウトカム、質に関する評価情報のデータベースというのは、アメリカの場合は、まあ全米レベルのものでいうと政府系とか民間系でたぶん10社ぐらいあります。そして、センタラヘルスケアの資料を見ると、そのほとんどを活用しています。各データベースは機能が色々な目的別になっています。今回のヒヤリングで一番驚いたのは、センタラヘルスケアが行っている豊富なデータ解析の総コスト、担当者の人件費も含めたコストが1億円だったことです。センタラの売上高は3,000億円ですから、売上高100億円の日本の医療法人で換算すると300万円程度の負担なのです。センタラから見ると、1億円で総合的なデータ解析ができているというのは非常に安価ということなのです。それはやっぱり国レベルのインフラがあるからなのです。1週間ぐらい前に、イギリス政府が国作成の医療データベースを、イギリスの製薬企業の研究開発のために無償提供するというニュースが流れていました。日本はそういうデータを持っていない。それが結局、医薬品とか医療材料の研究開発のネックにもなっているのではないかと私は思うのです。ここからは会場の皆さんから質問をお願いしたいと思います。

**（質問者1）**11月の中旬に国際機械工学コンGRESSという会合に行ってきました、その中にレギュラトリー・エンジニアリング、規制工学ですね。規制官庁と、それから専門の産業は医療だとか、一つには原子力がメインだったのですが、それからパブリックセクター、パブリック・アクセプタンスを売るためのパブリックに関するサイエンス、その三者を統合した科学を体系的にまとめていこうというのがありまして、それで、科学からエンジニ

アリングの方までということでした。アジェンダの一つに医療の分野が出てきまして、メディカルデバイス、放射線治療も含めて、あるいは、執刀の器具、その他もろもろの非常に不確定性の高いところを統計的なアプローチも使って総合的にまとめていこうという、そういうふうなことを話合いました。来年8月にワシントンDCでそのレギュラトリー・エンジニアリングの会合をやる予定です。いろいろロジスティックスの問題からそういう医療器具の問題に至るまでいろいろお話を聞かせていただいて問題点は分かったんですが、我々にもう少し付け加えて期待するようなものを教えていただければと思います。それが一つですね。あとは、アメリカ的なシステムのよさに加えて日本的な強みというのがあるのです。そういうものを使うと、東南アジアだとか日本の企業の派遣の方がいっぱい行っておられるそういった大都市で、向こうでやっておられるような日本的なシステム的なアプローチで事業展開が思うのです。そのグローバル展開ということも含めて……。これは2番目の質問なのですが、工学者に、あるいはエンジニアに期待するものが一つ目の質問です。それから二つ目が、グローバル展開。アメリカ的なシステムの上に日本的なよさを加えて、いかに強みを保つかということ。その辺についてお話を伺えればと思っています。以上です。

**司会：**ありがとうございます。ちょっと難しい質問だと思うのですが、神野先生、よろしいですか。

**神野：**まず厚労省に求めるものという話ですけれども、これは国際的にも同じだと思います。さっきも言いましたように、日本はこれから高齢化社会を迎えるわけだし、それから、大市場の中国、あるいは韓国なんかもこれから日本以上に高齢化社会を迎えるわけです。その中で私は、これから工学的に日本の産業、工学、医療産業に必要なことは、シンプルだと思います。どうも今の日本は、携帯電話と同じで、ボタンばかり増えて、提供する機能が過剰です。医療産業でも、どうやったら機能を付加してより高度な先進的なものをつくるかという、そういう視点ばかりに陥っている。その中で、 아이폰とかアップル製品が出てきたわけですね。これらは非常にシンプルでボタン1つしかない、こんなものが出てきたと。おそらく私は、これからシンプルということを考えたらずでにあるもの、例えば、お年寄りが簡単に使える血圧計、例えば片手が動かなくてもそういうのが計れる血圧計で、しかも何にも本人が覚えていなくてもネットワークにつながって、自動的に血圧を記録してくれるとかね。そういった今までの日本的な工業製品の発想から、シンプルという一つのキーワードで私はいくと、まだまだ日本の技術というのは色々な所で伸びるのではないかと私は思います。

**田口：**我々医療人は患者さんに手を触れる仕事をしています。ドクターにしてもナースにしてもそれ以外の人も。また、現在の医療に求められる要件は吉野家さんの牛丼と似たところがあります。早く安くうまくみたいな。短い時間で効率よく、あまりコストをかけないでアウトカムをきっちり出すように努力する必要がある。そういう要素はまったく一緒だと思うのですが、医療でそれを達成するためには、色々な装置が必要です。そう

いったものは、やはりエンジニアの皆さんと一緒に作っていかなければならない。我々が全部考えてやれるかというところできませんので、その辺は色々な視点から見ていただいてアドバイス下さればと思います。それから、グローバルというのは、国内でのグローバル化という意味ですね。

**（質問者1）** 近隣諸国も含めてです。

**田口：**近隣諸国も含めてですか。我々は海外までは考えていません。

**（質問者1）** まあ国内でも結構ですけども。

**司会：**ありがとうございます。山本先生、お願いします。

**山本：**繰り返しになってしまうのですが、やはり我々の立場からすると、エンジニアの方々に期待するのは、さっきの電子カルテです。私、韓国へも行ったのですが、LG社が結構いい電子カルテをつくっていて、私はもう完全に医療情報のレベルは韓国に追い抜かれていると思っています。さっきもエピック社のお話をしましたが、アメリカも、iPhoneなどの道具を使って、いろいろな情報を送る医療システムがここたぶん5年ぐらいで相当発達しそうなのですね。ただ、そのときに大事なものはセキュリティの問題です。患者情報のセキュリティがどこまで守られるか。やはり日本のエンジニアの方々に危機感を持っていただきたいな、というのがあります。日本の場合、かなり遅れているような気がしています。グローバル展開についてですが、聖隷福祉事業団自体はグローバルに諸外国の医療市場を獲りに行く計画はありません。ただし、国の政策の視点がしっかりあれば別だと思います。例えば、私が専門の脳神経外科は日本の方がレベルが高いので、国が支援してくれるのであれば、十分やれると思います。

**（質問者1）** はい、分かりました。

**司会：**ありがとうございます。今のグローバル化の問題について、実は、セントラヘルケアのCEOに質問したことがあります。その回答は明解でして、セントラヘルケアはバージニア州の地域ネットワークだが、常に世界標準を考えている。これは、海外から患者をとってくるというのではなくて、医学というのは世界共通なので、常に世界最先端の医学知識があるかどうかということで自分たちは競争している、ということでした。先ほど神野先生のお話でソルトレイクの病院が取り上げられました。あれはインターマウンテンという地域医療ネットワークの病院だと思います。インターマウンテンはユタ州にあり、セントラヘルケアはバージニア州です。医療圏がまったく重なっていないのですが、互いに強く意識してブランド競争を行っています。それは、どちらがマネジメントが優れていて、どちらが世界標準の医療を急性期から在宅まで地域住民に提供できているのか、というのを競争しているのです。

それから、グローバル化の方法としては、八王子の北原国際病院の北原先生が尽力して経済産業省の支援を受けていることが重要です。カンボジアに大学医学部、病院、医療保険制度も含めてセットで輸出しようという企画です。これから日本の人口が減少します。しかし、これから成長する医療マーケットは近くにあるのです。その時に、本当に相

手に喜んでもらうためには全部パッケージで提案することが重要だと、北原先生は考えておられるのです。そのコンセプトは先ほど神野先生がおっしゃったシンプルです。要するに、相手にもよく分かるような仕組みを経済的にも成り立つように提供するのです。カンボジアの医療市場には韓国や中国も参入しようとしています。カンボジアは今白地市場であり、どこがそれをとれるかということで競争が始まっています。もし日本がカンボジアから選ばれれば、そこに新たな医薬品のマーケットができ、新しい医療機器のパイロットプラントを作ったりすることができるのです。そういうことの積み重ねが、医療産業で経済成長するという意味ではないかと私は考えています。来年3月に北原先生とカンボジア視察に行くことになっています。それでは次の質問に移ります。

**(質問者2)** 神野先生に二つお聞きしたいことがあります。一つは、少子高齢化が進む中で地域の医療機関とも連携しながら医療から健康、命の安全をしっかりと確保しブランドを確立する、と仰っていましたが、それをどのように実現するのか、です。2つ目の質問は、マイ病院についてです。今盛んに健康に関する個人情報を集積してそれで連携しようと言われています。しかし、プライバシー問題があります。マイ病院の場合、患者が自分で管理するとなっているのですが、その管理が難しいのではないのでしょうか。特に高齢者。その家族が管理するとしても難しいように思われます。この点に関するキーポイントを教えてください。

**神野:** どうもありがとうございます。今、シームレスというか、連携という話が出ました。例えば往診とか訪問診療とか、そういうのは私たちやるべきではない。やはり地域に、そこに開業医さんがたくさんいらっしゃって、その人たちがやるべき話であって、私たち総合病院の役割は、そこに何かあったときの急性期医療にあると思っています。ですので、私たちは、ヘルパーとかケアマネとかはやっていますけれども、いわゆる訪問診療はあえて行っていません。昔はやっていましたが、今はやめました。代わりそこは連携をしているのです。開業医さんときちんと連携するには、地域連携室担当者やソーシャルワーカーが開業医さんの所にしょっちゅう行って情報交換する努力が必要です。同時に、開業医さんにできないことがあります。例えば、需要が大きい訪問リハビリテーションです。理学療法士や作業療法士が訪問にまで行けるような開業医さんはいません。あるいは、訪問栄養指導を担う管理栄養士を雇用している開業医さんはずいぶんいます。そういうところを私たちが代替する。開業医さんからのオーダーで私たちが訪問リハビリをやるのです。その訪問リハビリのスタッフが、開業医さんと情報をやり取りしていき連携の接着剤になっていくのです。そのような接着剤は多ければ多いほどいいわけです。そこで、私たちはクリニックと病院との間の連携役として地域連携室、ソーシャルワーカー、管理栄養士、理学療法士、作業療法士などを活用し、ITでつなげているのです。

ただ、これから先ということになると、やはり私は地域の見守りの仕組みというものが絶対に必要だと考えています。それを全部我々医療機関とか介護施設でやろうと思ってもできません。夜中の2時に急に診てくれといわれても、それに余裕のあるスタッフは私た

ちの施設にはおりません。それができるのは、もしかしたら地元のタクシー会社かもしれません。夜中も車が走っています。あるいは警備保障会社。警備保障会社は、在宅警備やホームセキュリティでパトカーを持っています。そういう人たちと連携をすることによって、例えば、地域住民から呼び出しがあった場合、まず最初に訪問するのはタクシー会社、あるいは警備保障会社がそこに行って見て、もしかしたら、ちょっと転んだので起こして頂戴だけかもしれないし、本当に病気で大変かもしれない。本当に病気であればすぐに病院に通報してもらわなくてはいけない。日常生活でも不都合なことに関しては、その方々で対応していただくとか、ヘルパーを呼ぶとかいうふうに解決してもらう。このような見守りまで考えると、我々一事業体だけで全部できるはずがありません。とするならば、地域にあるいろいろな資源と連携するということがとても大事だ、と考えています。

それからドラッグストアさんも重要です。今のドラッグストアは結構生活物資を持っていますね。食品とか薬だけではなくて、オムツとかいろいろなものを持っていっぱやる。彼らと連携して生活物資の見守り宅配とかが考えられます。それから、行政がよくやっているケーブルテレビも活用できると思います。ケーブルテレビを使えば、本当に目で見守りができるかもしれない。とにかく地域にある資源全部が連携しなくてはいけない。連携はなにも医療機関だけではない、と考えています。

マイ病院のことに关しましては、ご指摘のとおりプライバシーがとても大きな問題です。特に認知症である高齢者の情報は誰が管理するのかということがあります。この点で私たちが今使っているのは、成人後見人制度です。これには少し法律的に難しい問題が絡んでいます。とにかく当法人の方で家族のキーマンに色々なことをお願いしています。マイ病院とかITでなくても、普段の介護保険の意見書とか色々な同意書とかを取る時にも本人が認知症だったらできませんから、これは同じです。キーになる方にやはり最終的には管理していただくということになるのかなと思います。

ただ、マイ病院のような個人医療情報の仕組みをつくった時に問題になるのは、そのお金を誰が出すのですか、ということです。今は国の補助金でやっているからできるけれども、その補助金が切れたときに個人がお金を出してくれるのか。今受診時の患者負担100円のことですえ大騒ぎしているのに、本当に個人がお金を出してくれるのかということも大きな問題です。それがビジネスになるかどうかですよね。

例えばマイクロソフトのヘルスヴォルトとか、先ほどのスライドで見て頂いたカイザーパーマナントの仕組みとかがあります。カイザーは保険者としてマイ病院的なパーソナルヘルスレコード(PHR)をつくっています。マイクロソフトのヘルスヴォルトというのは、匿名化して、その情報をよその会社へ売るといってビジネスになっているのです。だから、お金の出所を考えると同時にプライバシー保護を考えないといけない。金を出すのはいやだし、プライバシーも守れといたら、初期投資を誰がやるのですか。保険者ですか。利用者や保険者が金を出すならプライバシーを守るし、金を出さないならやっぱりそういうビジネスに委ねるといっていいのかなというふうに私は思います。



司会：ありがとうございます。追加のご質問はよろしいですか。

(質問者2) いいです。

司会：分かりました。ちなみに今、神野先生からご説明のあった、いわゆる患者側が管理するPHRの仕組みですけれども、米国の場合は連邦政府の保険プログラムでメディケアの、いわゆる65歳以上の高齢者に関しては、驚いたことに連邦政府のホームページ上でPHRがもうできています。国民が政府のサイトにアクセスして、自分の受診記録が全部とれるようになっていて、ここまで進歩したのだと感心しました。というのは、4年前にアメリカに取材に行ったときに、医療に詳しい弁護士と話をしたのですが、IT会社に自分の医療情報を預けるなんてことはカルチャー的にとても受け入れられない、と言われたからです。

それと、コストを誰が負担するかということですが、これは原則的に保険者が負担するしかないと思います。連邦政府のプログラムに関しては保険者が連邦政府だからその負担をしています。アメリカでPHRを有料にした最初の保険者は、実はセンタラヘルスケアです。センタラヘルスケアは、2年ぐらい前に、PHR的な、つまり、患者にも自分の診療録をアクセスできるような仕組みをつくった上で、その利用希望者に年間10ドル出してくださいとお願いしました。そうすると、10ドルならば利用したいという地域住民が多かったようです。10ドルの利用料金でセンタラ側が投資コスト全てを回収できるわけではありません。しかし、利用する方々にコスト意識を持って頂くことが重要であり、少しでも投資のコストを回収する努力も重要、とのことでした。

神野：その辺についてコメントさせていただきます。データが安全に管理され、そのデータによって適切な医療、あるいは福祉、介護が効率的に自分に提供される、医療過誤などを減らせる、ということを地域住民に理解してもらうことができれば、PHRのために少額負担することも受け入れられるように思います。

司会：ありがとうございます。そのほかにご質問がある方、どうぞ。

(質問者3) 今のところでコメントと質問があります。今の話の一つのキーワードは、やはりITをきちんと持てるかどうか、だと思います。残念ながら今、日本では持ててない。今後作ろうという話が厚労省にあると聞いています。諸外国では持っているのが基本だと理解しています。それをベースに仕組みができていますのですけれども、残念ながら個人情報保護の話が変な形で大きく言われすぎて、それを入れるタイミングが遅れてしまったと考えています。

司会：すみません。最初におっしゃったのは、ITじゃなくてIDですか。

(質問者3) IDですね。アイデンティフィケーション。個人IDの話です。国民の総背番号の話です。質問は、今後の保険のあり方です。これからは保険でカバーすべき対象が広がってくると思います。そうすると混合診療の話も出てきますし、混合診療を支える私的保険という話も出てくる、地域保険というような話になってくるのではないのでしょうか。そうすると、それを100万人単位保険というような考え方になれば、もしかすると道州制

にもつながってくるのではないか。そこはちょっとお聞きしたいところです。もう1点は、デバイスラグとドラッグラグについて、現場の方がどうキャッチアップしていこうと考えられるのかです。

**司会:**ありがとうございます。道州制に絡むところは私のほうでご回答しようと思います。私が民間経営をきちんと追求できるセーフティネット医療福祉事業体を研究しているのは、道州制に日本が変わった時に、医療・介護・福祉が道州制で最も重要な行政サービスになると考えているからです。その事業体のあり方というのが非常に問われる時代になる。特に、今おっしゃった保険の部分が重要です。経済成長率の低迷が続く限り、現在の公的医療保険の仕組みは維持できないと思います。そこで、国民皆保険を支える別の方法を考えなければならない。その時に、今私的保険、医療保険も民間的なものと仰られたわけですが、その点については私は反対です。むしろ公的医療保険の中に国民1人1人が選択できる2階建ての部分をつくるべきではないか、と考えています。そうしないと公平性を維持できないからです。それでもマーケットは大きいので、民間保険は全然困らないはずで。これにはもちろん賛成反対と意見があると思いますが、私自身は元々24年間民間保険会社にいたので、民間医療保険の裏の世界まで全部分かっています。いわゆるセーフティネットを支える財源の仕組みに関してはあくまで公的なものでやるべき、特に医療ではそのように感じています。そして、セーフティネット医療福祉事業体が医療IT投資を地域単位で大きく実施する時に、その財源を公的な地域保険が出すべきだと考えています。二つ目の質問のデバイスラグのところについては、山本先生お願いします。

**山本:**デバイスラグは、おそらく2段階あると思います。一つは、医療者の技術でカバーできるようなもの。多くのデバイスはアメリカから来ています。アメリカと日本の医療者の技術を比較すると、私の感覚では日本の方が優れており、その技術でデバイスラグをカバーできている部分がある。そうでない部分、医療機器そのものがない第2段階部分のデバイスラグは、技術で挽回する機会がないので致命的です。私が専門にしている脳神経分野ではかなり改善していると思いますが、第2段階部分のデバイスラグを短縮してもらう必要があります。

**司会:**最近のニュースで名古屋大学がパーキンソン病など脳外科手術のためにロボットを導入したというのがありました。これは日本で最初という話でしたが、脳外科の世界で手術ロボットを使うのは世界では広まっているのですか。

**山本:**ダヴィンチですか。

**司会:**そうです。たしか韓国がダヴィンチの会社を買収したはずで。神野先生お願いします。

**神野:**デバイスラグとドラッグラグに関しては、日本人の国民性、お上がちゃんと認定してくれたらあと全部保障してくれるはずですよ、というカルチャーにも関係しているのではないですか。だから、確かにいいものだけでも、日本では治験してから使わなければいけない。というのは、薬害に対して日本は全部国が保障するわけですよ。もちろん

薬害はあってはならないわけですが、保障するわけでしょう。そうすると、国はどうしても、慎重にならざるを得ない。だから、もし早く使ってほしいという時には、申し訳ないけれども自己責任があってもいいと思います。国は認めていないけれども、ドラッグラグを超えて、デバイスラグを超えてこれを使わせると個人が主張した場合は、国の保障もありませんという仕組み。私は自己責任で、これを混合診療として金を出すから使ってください、という考え方もそろそろ投げかけてもいいのではないかと思います。だから、ドラッグラグ、デバイスラグは、混合診療とずいぶんリンクしているような気がします。

**司会：**そういう意味では、厚労省の方針として、今後3年間で臨床試験等が積極的にできる医療機関15を選定するという動きがあります。あれは、今、神野先生がおっしゃったようなことを厚労省が考えているのでは、という印象を私は持っています。その辺について何かご意見ありますか。

**神野：**先端医療の臨床試験をやる場合、治験ならだいぶ補助金もあるので、治験という限りはやはり患者側にお金の負担はあまり生じないでしょうね。だけど、それを超えてでもアメリカのあの薬を使いたいという人も世の中にたくさんいらっしゃるとするならば、治験の枠を越えて、私が今言ったような混合診療的な考えをせざるを得ないように思います。

**司会：**そのほかにご質問はありますか。時間があと少しになりました。本日、沖縄の那覇市立病院の先生が来られています。那覇市立病院は自治体病院改革のモデルケースといわれている病院です。先生から一言お願いできますか。

**先生(那覇市立病院)：**私どもの病院は別に先端を行っているわけではなくて、本当にあくせくあがいているといったほうが正しいかと思います。それは別にしまして先生方に質問があります。電子カルテの技術は今色々な形でたくさん出てきていますが、デジタル技術を利用して、あるいはインターネットを利用して、診療録が1患者1カルテの形で全国共通になればいいなという夢をいつも描いています。そうなれば、私たちの医療が全て可視化できて、DPCもあまりいらなくなると予想されますが、どういうふうに私たちは進んでいけばいいのか。公立病院であれ、国立病院であれ、私立病院であれ、医学は世界共通なので、そういうことができないものかという夢を持っているのですけれども、先生方にひと言ずつお伺いしたいと思います。

**山本：**1患者1カルテということですよ。まあ実現できればいいと思うのですが、やはり先ほどの例えになってしまうのですけれども、私が2000年前後にアメリカにいる時、むしろ非常に進んでいる病院ですら病院間のカルテの融通がまったくできなかったのです。膨大なカルテの情報が有効に使われていなかったのです。しかし、国の支援を受けている軍人病院は、全米でネットワークをつないでいたのでカルテを見ることができました。例えば西海岸の患者のカルテを見たい場合、アクセスするのに本部に問い合わせしないといけないのですけれども、見ることができたのです。患者さんが東海岸に移ってきた時に、カルテをそのまま見ることができました。だから非常に便利でした。アメリカでは軍隊に兵役した人がそうなっているのです。その経験からすると、1患者1カルテになることは非

常にいいのですが、コストが膨大ではないかなと思います。問題はそこら辺でしょうね。

**田口**：神野先生、よろしいですか。私も、お金がかかりますけれどもやはりそれは進めていかななくてはいけない、と思います。どんな効果があるのかといわれますと、分かりません。私たちは今、医療と介護をやっと法人の中でつなぐことができるようになってきています。そうやってきたのですが、ここまでかけたコストに見合う効果があるのかと問われると、全然分かりません。しかし、医療 IT にはお金をかけていきたいと考えています。また、共通のカルテがなかなかできないのは、医療 IT の利用者側の問題が大きいと思います。

**神野**：今の利用者側の問題ですが、先ほど少しご紹介しましたように、私はあるソフトウェア会社の電子カルテ、今 300 病院ぐらいが使っている電子カルテのユーザー会の会長をしています。そういうユーザーが集まって変革していこうという思いで会を作っています。それを宣伝するわけではないですけれども、ここはいわゆるカスタマイズして売らないというのが方針です。既製服しか売らない。利用者がカスタマイズしろといったら売らな、がユーザー会会長である私の意見なのです。それに納得する人だけ買いなさい。その代わり安くしましょうという考え方です。今みたいに各病院が自分の思いでここをこう変えて頂かないと困りますと主張する限りは、統一カルテというのができるはずがない。もし皆が言うことを聞かならば、国が中心になって、ウェブベースというか、インターネットやクラウドを活用する仕組みで標準電子カルテを作れば、私は地域医療再生基金に投入されている資金でできると思っています。だから、あとは各病院が言うことを聞くかどうかということなのですよね。しかし、韓国みたいに危機的な状況になって、もうどうしようもありませんという状態にならないと、なかなか日本の病院はハイと言わないと思うのです。俺だけがという病院がたくさんあるから難しい。これはもう政治のリーダーシップがあればできることだと私は思います。

**司会**：今、神野先生がおっしゃられたことは非常に重要です。例えば、センタラヘルスケアというのは 2001 年に全米で最も求心力のある医療事業体という評価を得ました。しかし、その時センタラには電子カルテが入っていなかったのです。センタラより評価が低かったほかの医療事業体には入っていました。しかし、センタラヘルスケアの臨床組織は電子カルテが入った組織よりも情報共有が進んでいると評価されたのです。つまり、最も重要なことは、臨床部門のスタッフ全員が情報共有して患者さんのために最善を尽くすカルチャーなのです。センタラは、電子カルテブームの時代に医療 IT 投資を意図的に行わずに 2006 年まで待ったのです。その理由を聞いたところ、自分たちが理想とする IT ではなかったから、との回答でした。2006 年に大規模な医療 IT 投資に踏み切ったのは、エピック社というベンチャー企業が登場して、センタラが理想とする医療 IT を構築できると考えたからです。センタラは医療圏全体をカバーする医療 IT に 250 億円を投資し、今では米国内でモデルになっています。1 患者 1 カルテを実現するためには、まずカルチャーが重要なのです。そのためには核になるリーダー事業体が各地域にある必要があります。現在、そうっていないことが日本の問題だと思います。もう時間が来てしまいましたので、話題は尽きな

いのですけれども、きょうはここで一度閉めさせていただきたいと思います。改めまして講師の3名の先生方に大きな拍手をお願いいたします。

(※) 聖隷福祉事業団では社会福祉法に規定される無料低額診療事業施設において生活保護を受けられないような生計困難者に対して医療費の減免を行っています。  
なお、これらは故意の未払いとは明確に区別されており、故意の未払いについては自宅訪問など請求活動を鋭意行っています。