

有識者ヒアリング（概要）

1. 趣旨

産業競争力会議実行実現点検会合（テーマ：医療・介護等）における議論の参考とするため、有識者からのヒアリングを実施。

2. ヒアリング日時・対象者

10月17日（金） 中央合同庁舎4号館11階第1特別会議室

15:00-16:30 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野教授

今中 雄一氏

テーマ：質の可視化から地域（医療介護）システムの協創へ

11月5日（水） 中央合同庁舎4号館11階第1特別会議室

14:00-15:00 社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長

神野 正博氏

テーマ：地域を包括的に考える

3. 出席者

<民間議員代理>

（株）生命科学インスティテュート・CEOオフィス室 斎藤 健一 氏

（株）田辺三菱製薬・経営企画部 土屋 直和 氏

（株）三菱ケミカルホールディングス・CEOオフィス 橋本 尚久 氏

（株）三菱ケミカルホールディングス・秘書室 矢野 功 氏

<事務局>

岡本 直之 内閣官房日本経済再生事務局次長

田中 茂明 内閣官房日本経済再生事務局次長 ほか

4. 概要

(1) 10月17日今中教授

- 質が高く、効率的で、公平な仕組みをつくっていくためには、医療の内容を見えるようにしていかないといけない。医療の質を見えるようにして、特に地域レベルで医療の質をしっかりと見えるようにしていく、一方で、資源配分も見えるようにすることで初めて質を保ちながらより効率的な仕組みをつくっていくことができる。
- 質の可視化については、病院によって高齢者が多いとか、重症の患者が多いなど差があり、重症度を補正しないと成績が比べられないが、日本のDPCデータやレセプトデータはかなりすぐれた要素を持っており、日本のデータに基づいてつくったモデルが、過去欧米で出されているものに比較してすぐれたものになっている。
- レセプトデータ、DPCデータを使い、抗生剤の使い方などを細かく見ていくと、術後感染症がしっかり同定できる。病院間で術後感染症の割合を出してみると、かなりの差が見られる。こういうものを各病院で出しながら、あるいは参考にしながら、パフォーマンスを高めていくことができるはずだと考えている。現在、DPCデータを全国400病院ぐらいからデータを集めてフィードバックを行っている。
- 市町村国保や後期高齢者医療制度のレセプトデータが都道府県レベルで使えるようになり、また、国においてもレセプトのナショナルデータベースを研究用に開放するようになったので、地域レベルで医療の質に関係する内容を出していくということを今、試みている。例えば、脳梗塞の患者を拾って、脳梗塞に対する血栓溶解療法のt-PA投与率を二次医療圏ごとに比較すると、大きな差がある。1%、2%しか受けられない地域もたくさんある。一方、10%ぐらいの地域もある。また、回復していく過程で、早期にリハビリテーションをする必要があるが、患者の半分ぐらいしか受け入れていない地域もあれば、8割ぐらいやっている地域もあり、大きな差がある。
- 医療費が高い地域、低い地域を5区分に分け比較すると、現状では、医療資源が多いところは医療費が高くなりがちで、医療費が高いところのほうが成績が良い。同じ急性心筋梗塞を治療するのに、医療費の高いところから低いところまで4つにわけて比べてみると、エビデンスに基づいたガイドラインに沿っている割合が、医療費が少ないところは低い。急性心筋梗塞の院内死亡率にも地域差がある。
- 今後、医療の質を守り、かつ、効率も上げていかないといけないが、どのように拠点化と連携強化を図るかということが重要。拠点病院を設定すると、患者の医療へのアクセスが悪くなるのではないかと懸念があるが、現在でも近隣に自分のかかりたい病院がないとして、遠くまで行かれている人が結構多くいる。拠点病院への集中がアクセス時間とその公平性にどれだけ影響を及ぼすかというシミュレーションを行ったが、例えば乳がんや虚血性心疾患の病院外来については、シミュレーション後も集団としては悪化はしなかった。それなりに信頼できる拠点がつくると、全体的に遠くまで行かなくてもいいようになる患者は多いという状況がある。
- 拠点を考えるときは、病気の種類ごとに考えていく必要がある。1つの病院が、脳梗塞、急性心筋梗塞、乳がん、胃がん、大腸がん、肺がん、肝がんなど、全部の拠点になるということもあるかもしれないが、基本的には医療計画にある5疾

病5事業ごとに拠点と連携を考えていく必要がある。

- システムを再構築していくときに、一方で資源のことも考えていかないといけない。地方で医療資源の少ないところは、医師の数だけ見ると減っていないが、医師の入れかわりがなく、高齢化が進んでおり、近い将来アクティブな医師数が減る可能性が大きい。また、市町村の経済の財政依存度は、田舎のほうは高く40%以上依存しているような場合もあるが、そういうところは医療資源もどちらかというところと少なくなっており、地域ごとの医療の質の指標も低目になりやすい。医療のパフォーマンスを見たときに、個々の医師の頑張り度合いや病院レベルのマネジメントも重要だが、地域力も非常に重要になる。
- 今後、施設を超えての地域の協力、協調をどうにか進めていかないと、質を守って、アクセスを守ることが難しくなってくる。一つ一つの施設の中だけのベストを尽くすということでは、地域全体の最適なシステムはつくれないので、非営利ホールディングカンパニーのような形も含めて、地域のシステム全体にどうやってガバナンスをきかせるかの仕組みづくりがますます重要と考えられる。
- 医療システムの再構築のためには、行政だけとか、ある病院なり病院グループだけとかということではなく、各医療にかかわるアクター、ステークホルダーが、自分たちそれぞれの役割を明確にして、発揮していかないといけないのではないかと考えている。そういうことを推進するとき、この地域は困っているとか、あるいは医師が引き揚げたしまったとか、成績がよくないとか、そういうことが数字で見えて共用し、医療の質の地域ごとの指標を皆でモニターできることが必要ではないか。例えば、医局が医師を引き揚げたというのも見えるようにしていったほうが、医局の地域に対する責任も果たしやすくなるのではないか。
- 今、日本の医療者は海外に比べてとても長い時間、そして工夫をし融通をきかせてよく働いている現状があり、国民の信頼もかなり大きく持たれて、医療者、患者の関係ができ上がっていると思う。そこが崩れると、余計にいろいろな体制を積み重ねないといけなくて、コスト高で低品質の仕組みになってしまう。信頼を守っていくことは重要で、見える化においても、データを、人や組織の非難に使うのではなく、システムの向上に使うのだという共通認識が必要。
- 医療者、行政とか、あるいは法人にとどまらず、医療を使う側も重要な役割をもっと果たしていく必要があるのではないか。医療のユーザー側がいかに医療をうまく使っていくかという力もつけていく必要があると考えている。
- データをうまく活用して、地域のパフォーマンスを見えるようにしながら、医療者、行政に限らず、それぞれの関係者が各々の役割を主体的に果たし、良い仕組みをみんなで協力してつくっていくという方向性で進んでいくことを期待したい。

(質疑)

- Q. DPCの効果を示したグラフについて、再入院率が高くなっているというお話だったが、確かに1年目は高いが、その後はだんだん元に戻ってきているようにも見え、DPCが即再入院率を高くしているとは言い切れないのではないか。
- A. (グラフは)DPC導入の前後でどういう影響があったかというところに特化して見ているもの。御指摘の再入院率も、だんだんと下がって行って、よくなっている。しかし、導入の直近直後の変化としては、一旦は悪くなっているということ。
- Q. 「医療費と医療の質」について、地域別に、基本的に医療資源が高いところが成績もいい、質もいいというような結果が出ている中で、疾患に応じて見る必要があるとのことで、脳梗塞を事例にされているが、ほかの疾患で、同じような結果を得られると考えてよろしいか。

- A. 基本的にそうなると思っている。全病院の疾患で我々もまだ数字を出していないが、数字を出してきている脳梗塞と心筋梗塞に関しては同様の傾向がある。
- Q. 拠点になる病院というのは、かなり重篤な疾患を拠点病院が請け負う形になるというイメージでよろしいか。
- A. 拠点病院は全部の疾患の拠点病院というイメージになることがあるが、そうではなくて、例えば5疾病5事業の中に小児救急とか、産婦人科救急、あるいは急性心筋梗塞、脳梗塞とか、がんがあるが、およそ、それくらいのレベルで拠点化・連携強化を考えると良いのではないか。それぞれ連携の仕方も、急ぎ方の度合いも、施設の充実のさせ方の違いもあるので、全疾患を細かく分けて何百種類の拠点をつくるという必要はないが、5疾病5事業ぐらいの重要な、分量も多くて、侵襲度も大きいようなものは種類を分けて、拠点を設計していったほうが、現実的に、具体的に拠点とか連携の仕方を考えられると思っている。
- Q. 現実に拠点化・集中化を進める際に、誰がどのように主導権を持って物事を進めていくと、現実にグループ化していくということになるのか。それぞれいろんな診療科を経営して、病院も民間、公営、大学病院、いろんな主体がある中で、ホールディングカンパニー化して、皆が同意をして、そちらに行こうと促すために、インセンティブで何かを与える必要があると思われるかどうか。
- A. 拠点化・連携強化を進め社会協働に向けて進む際に、見える化とその情報の共有が、極めて重要な役割を果たすと考える。地域ごとの医療の質を見せるというのは、大きな重要性を持っており、例えばある地域で医療の質が低いというのは、余りいいニュースではないが、医療者もわかると、議会や市長もわかる、市民もわかるという状況で、では、みんなで何とかしなければいかぬというエネルギーが出てくるのではないか。データを非難に使うのではなく、医療システムの改善・向上に使おうという基本方針・姿勢を、市民、マスコミ含め、関係者皆で共有しておくことが必須だ。そういう中で、行政、大きな医療法人、大学病院の医局、市民の人たちそれぞれの役割が出てくるのではないかと考えており、成績を地域ごとに見えるようにすることが重要ではないか。医療の成績を見ると、例えば医師が多いと成績がいい、経済状況がいいところは医療資源も多くて成績もいいという状況があるので、そういういろんな要素が絡まっているということも理解した上で、成績を見えるようにするというのが、1つ、動いていくドライバーになると考えている。
- 非営利ホールディングカンパニーのようなものができた場合に、気をつけないといけないのは、一部の、介護の地域包括ケアの支援センターのように、かなりの患者さん分配の権限を持ってしまって、それを請け負っている法人が自分たちのグループに利するような利用者の持っていき方を誘導して、ほかの小さな法人は、そこから、クライアントをわけてもらわざるを得ないというようにならないように、ホールディングカンパニーの公益性の確保が必須である。その公益性をモニターするだけではなく、そういうことをやろうという人たちが、ちゃんと経営陣の中心にいないといけないし、その法人がやっていることは、常に遍く外から見えるようにしておく必要があると思う。
- Q. 大学や、大学以外の医師に、例えば研修の場を多く提供できるような機能のある大病院というのが、まさにこういった集約化とか拠点化・集中化のイニシアチブを持ったプレーヤーで、その人たちが中核になって、グループ化をするときに、ある程度その人たちの計画に沿った形で何かプランニングがなされて、実施がうまくいくという仕掛けがないと、呼びかけたけれども誰もついて来てくれないということになってしまうのではないか。
- A. 地域ごとの医療の質を見える化して、市民を含む重要関係者の間で実態や課題

を共有し理解することによって、皆が動き出すのではないか。地域ごとで見た場合、既にその医療を支えている、疾病ごとに拠点と明示されていなくても拠点として実質上は機能している病院が各地域にある。拠点として集中的にうまくいっているところと、分散していてもつたいない地域がある。地域ごとに住民なり、市議会なり、市長なり、それぞれ立場が違うが、主体的にかかわる必要がある。一方で、医療者側も、地域の医療を守るためにうまく協調していこうという意識も、医療者側で高めていかないといけないかと思う。地域の事情でいろいろあるのかもしれないが、地域の病院の機能が分散しているのを、病院全体を集約するのと誤解されないように、この機能においてはここに集約するというような話をうまく進めないといけないのだが、それを大きな病院なり、大学病院に全部そこまでわかって、医師を配分せよといってもできないので、やはり地域ごとの主体性が要ると思う。地域ごとの主体性をもって、重要関係者のそれぞれが主体的に役割をよりよく発揮して、質、効率、アクセスの良い医療システムの再構築という共通目標に向けて、協調・協働していくことが必要なのだと思う。

(2) 11月5日神野理事長

- 「けいじゅヘルスケアシステム」は、恵寿総合病院を中心とする社会医療法人、徳充会という身体障害者と知的障害者を中心とする社会福祉法人が、クリニック、老人保健施設、小規模多機能型居宅介護事業施設、セントラルキッチン、特別養護老人ホーム、ケアハウス、デイサービスセンター、健康増進センターといった、いわゆる医療・福祉複合体と呼ばれているグループである。
- 本年6月にKPMGがグローバルヘルスカンファレンスをロンドンで開催し、私は日本代表ということで参加した。私は地域で統合した医療という話をしたが、驚いたのは、ほかの国の方々も結局テーマ的には同じであり、「キーワードはINTEGRATION」で、一致した。世界の潮流もそうなっていると思う。
- 米国に「Integrated Healthcare Network」、IHNというものがある。米国の非営利IHNの事業構造について、彼らは医療保険会社を持っており、ここが日本とは大きな違いがある。ガイジンガー、センタラあるいはピッツバーグ、いずれも医療保険会社を持っている。今、アメリカではオバマケアが潮流であるが、「Accountable Care Organization」ということで、メディケア対象者について、急性期から在宅、自宅に帰った後、そして、予防医学まで全てで幾らという契約を米国の政府とするこれにより、病院を退院した後に予防を一生懸命やれば収入はインセンティブとして増える構造になっている。ガイジンガー等、保険会社を持っているところは、病気にならないように努力すると、それだけ保険会社としては利益が出るという構造であり、国とこういう契約をしている医療機関グループが増えている。予防することで利益を生むという構造が、このACOという最近、オバマケアで出てきた潮流である。
- 私どもの病院、場所は石川県七尾市だが、高齢化率は32%である。入院患者の43.8%は75歳以上である。在院日数は、明らかに75歳以上が高くなり、退院先も、自宅が少なくなっていく。年齢別の救急搬送患者数を見ても、半分が既に75歳以上である。3分の2が65歳以上、85歳以上は20%もいる。
- 高齢者の人口は、いわゆる大都市圏で強烈に増えるが、私どもの石川県などは、もう高齢者は増えない。これからは、大都市圏の高齢者対策をどうしていくかということが非常に大きなことになる。
- こうした中で、地域包括ケアシステムというものが出てきた。医療があって、

介護があって、そして、「生活支援・介護予防」、あるいは老人クラブとか、自治会とかボランティアな組織が描かれている。しかし、どうも医療の人はぴんと来ない。これは日常生活圏域、中学校区でこのようなことをやろうという話だが、医療というのは、もっと広い範囲をカバーしており、こうした文脈で地域包括ケアを語ろうとすると、とても無理がある。

- 都道府県は、医療計画、医療ビジョンを作るが、介護保険事業計画は市町村が作る。介護は市町村、医療は都道府県というところに、いろいろなひずみが出ているというのが現状ではないか。
- 地域包括ケアの厚労省の正式な英訳は「The Integrated Community Care System」である。決して、「Comprehensive」ではない。「Integrated」なのである。連携、連携と言うが、本当に連携で地域包括ケアシステムをつくることができるのか。統合しないと包括的に Integrated した管理ができないのではないかと思う。そこにはガバナンスが必要で、ビジョンやヒト、モノ、カネを共有する必要がある。
- 医療について、急性期があって回復期、慢性期があって在宅という、いわゆる垂直に連携する医療というものが必要になっている。これからは、高齢者が増えていくわけであり、介護と医療というものは連携しなければいけない。今、国はこの2つを推し進めているが、今度は1人の方の一生の中で医療へ行ったり、介護へ行ったりする。従って、Life-log、時間軸というものを視野に入れる必要がある。更に、日常生活と今の医療・介護と時間軸をつなげていく。私たちは、この日常生活、嗜好や趣味、セルフメディケーションやセルフマネジメント、あるいはサプリメントを飲んでいるなど、いろいろな生活そのものの情報と、医療・介護・時間軸をつなげていく必要がある。
- 今までは、急性期病床の後、回復期病床から慢性期病床、療養病床とか、介護保険施設、老人保健施設に行く道がたくさんあったが、診療報酬において在宅復帰率というキャップがはめられたことでここが断たれたので、在宅へということになる。在宅の中には自宅、特養、小規模多機能、グループホーム、ケアハウス、サービス高齢者住宅と、いろいろな形があるが、家族、本人は、大変心配される。では、どうするのかといえば、訪問リハ、訪問診療、訪問看護、あるいは訪問介護、あるいは通所リハ、デイケア、通所介護、デイサービス等々を利用しながら、何とか在宅で。それで難しければ、慢性期病床や介護保険の施設へ、しかし、在宅復帰率があるため、必ず自宅へ帰らなければならないということになる。また、例えば家族が旅行に行くときには、短期入所施設でしばらくお預かりするということがあるが、例えば、インスリンの注射を毎日打たなければいけないといった人たちはこの短期入所施設は介護なので入れることができず、地域包括ケア病棟に入ってもらっていただく。こういったことを非常に短い期間で次から次へといろいろなサービスをつなげていかなければいけない。従って、ガバナンスと情報共有が必要で、これがないと地域包括ケアは回っていかないと思う。そして、これから考えなければいけないのは、病院を含めた地域包括ケアであると強く思う。
- 医療・福祉複合体を全体として管理するために私たちは、1利用者1患者1ID、それも医療も福祉も全部をまとめてということを進めてきた。本年1月からは、これをクラウドでやっている。また、患者とのインターフェースとして、コールセンターを2000年からつくっている。例えば予約やスケジュールは全施設オンラインでクラウド化しているので、コンピューターを開けば、コールセンターの職員は全ての患者情報がわかるので、介護も医療も全て予約やスケジュール確認・変更、クレーム処理はここでやっている。更に、我々の連携機関、紹介医と病院とのインターフェースもこのセンターを活用している。また、介護保険事業者やヘルパーなど

が我々のシステムにデータを入力するには、スキルの相当時間がかかることから、電話やファクスでできるような入力センターというものも、このセンターには担わせている。こういう形で我々は全体を地域包括的にやっている。

- 現在（厚労省で）検討されている新型法人制度について、社団型の1人1票ずつというのは、まずないと思う。財団型はありなのかと思う。ただ、評議員、そして、執行機関としての理事会があるが、ここに本部機能がついていない。本部機能でヒト、モノ、カネをコントロールする。そうでないと、全くガバナンスが効く新しい法人のやり方ができないのではないかと思う。
- 新型法人について、私は、3つの類型があるのではないかと考えている。まず「先進医療・研究開発型（R&D法人）」であり、これは、ピッツバーグがまさにその形であり、岡山大学が今、進めている話は、これになると思う。新しい治験や研究開発を行うために、ホールディングをつくるという形である。2つ目に「包括自己完結型法人（統合法人）」であり、私もはまさにこの形になると思っている。効率性の追求、一緒になることによって、物を一緒に共同購入してお互いに利益を生む可能性がある。3つ目に「連携型法人」であり、いわゆる困っている人たちが一緒になるといふもの、すなわち、医療資源が乏しい地域か医療資源が過剰な地域ということになるのかと思う。

1つ目の形については、ここは大学と付属病院を分離しなければ成り立たないだろうと思う。文科省の大学組織の中の病院とほかの病院が一緒にくっつくというのは大変難しい。ピッツバーグは分離している。アメリカの多くの医学部設置大学では、大学自体が病院を持っていない。

2つ目の形については、一番簡単ですぐできるが、ガバナンスは非常に強い。例えば私のところは私が理事長なので、全部管理できる。ただ、何が変わるのということになる。何らかのメリットを出さないと、あえてこういった法人をつくる意味というのは少ないのかもしれない。

3つ目の形については、乏しい地域、過剰な地域ということだが、ここで問題なのは、困っているのだけれども、例えば公と私があったときに、2011年のデータだが、公立病院に対して7,400億円、プラス公立病院の赤字2,000億で、約1兆円の公的資金が公的病院に加わっている。それと民間と一緒に連携させようとしたときに、交付税が入っていないところと交付税が入っているところで、困り方が違う。どちらがガバナンスを強く持てるのかということ、交付税がいっぱい入っているほうが強い。それで、果たして平等な対等な連携ができるのか、法人がつくれるのかという問題があるのではないかと思う。

- 「病院の品質」という時代があったが、これからは、「地域の品質」が問われる時代。住みよい地域か、住みにくい地域か。そして、その地域の品質のために地域である程度、強い絆を持った法人、そして、ガバナンスを持った方々が地域の包括ケアを管理すべき。

（質疑）

- Q. 非営利ホールディングカンパニー制度を導入した際に、今、先生がつくられている「けいじゅヘルスケアシステム」の中で、メリットとを感じる点はあるか。
- A. 法律や税務の問題はいろいろあるかもしれないが、今、1人の理事長で2つの社会福祉法人と社会医療法人を経営し、ガバナンスを効かせているが、資金も人も全く分離している。出向扱いすれば、多少、人の動きはできるが、資金は全く別。これから地域で医療あるいは介護・福祉を守っていくためには、お互いの資金を融通し合わないと、いろいろな先行投資ができない。従って、このホールディングが

できて、資金の部分について持ち株会社的にきちんと管理できるならば、私どもにとっては大変魅力になる。

Q. 持続可能な包括ケア体制構築について、もし、この非営利法人ホールディングというシステムが導入されると、どこまで達成できたということになるのか。

A. いろいろな可能性があるが、例えば、食料品、タクシー、バス、ドラッグストア、あるいは株式会社介護あるいは警備会社等々、生活にかかわる産業がいっぱいあるので、もしホールディングができれば、生活関連であるところと強い関係と一緒に仕事をすることはあり得る。場合によっては一部ホールディングが出資して新たな会社としてやるとか、あるいは仲間に入っていただくということはあるのかと思う。

Q. 既に存在している各病院がどうやって集まれるかというところがあって、医療の方、介護の方、あるいは大きい、小さい、いろいろな方々がいろいろな立場でなかなかまとまらないというのもあると思うが、統合したサービスを提供する場合に、どういうところが問題になるのか。

A. 社団型で全員が1票ということでは、ここで言う地域包括ケア、地域全体でガバナンスを持って見るという形はできないと思う。財団型では、少なくとも評議委員会に認められた理事長がいて、そして、本部を持って、その理事長の意思で引っ張っていくという形をつくらないと、なかなか難しいと思う。一般企業のホールディングスを考えても、そこにやはり全体の社長、結構キャラクターの強い旗振り役がいる。それと同じような形にしないと、ただみんなお友達で困ったら一緒になるという形では大変難しいと思う。

従って、日本中にこれをいっぱいつくろうと思っても無理だと思う。最初は幾つか旗振り役がしっかりいるところでつくって、ほかの地域がそれを見て、次に広がっていくという形でない、難しいのではないかなと思う。

Q. 議決権について、社団型だと、1人1票でガバナンスが効きにくいというのは、おっしゃるとおりだと思うが、1人1票をかなり強く主張される方が多い。病院があり、介護施設があり、いろいろなものがあるときに、どう議決権をつけてパワーバランスをつけるのか、出資が大きいのか、あるいは患者さんが多いとか、いろいろな考え方があろうと思うが、どうお考えか。

A. 病院だけ10個集まってつくるのであれば1人1票でいいかもしれないが、本来的には、地域を守るための形なので、医療だけではなく、介護の方々の施設なども入れなければいけないだろう。そうすると、大小さまざまであり、訪問看護ステーションで2人でやっているところも1票かという話になるので、1人1票というのは無理ではないかなと思う。評議員と理事会については、少なくとも理事会の理事は別に出さない事業所があってもいいと私は理解する。評議員には、例えば地域の代表者、市長、医師会長など直接関係ない地域代表のような方も入れて、全体最適で「この人に委ねよう」という方を理事にして、その方が執行するという形で、決めればいいと思う。

Q. 非営利ホールディングカンパニーは、二次医療圏あるいはもう少し広い意味で議論がされているが、非営利ホールディングカンパニーが範疇とする広さについてどうお考えか。また、大学病院はこの非営利ホールディングカンパニーをもつくったときに、その位置づけは、地域によって違うとは思いますが、どういう形が一番いいとお考えか。

A. 大学病院を中心とするホールディングとほかを一緒にしたら、やはりまずいと思う。大学病院を中心とするホールディングは、恐らく、急性期の病院で、大病院が集まって研究開発しようというパターンになると思う。それ以外に関しては、医

療から介護から混在的な形になるかと思う。

日常生活圏域で、中学校区でホールディングはとんでもない。では、市町村かという、医療というのは、やはりそんなに狭い範囲から患者さんは来ない。一方、能登に東京から来るかといったら、まず来ない。そうすると、通える範囲、都道府県に極めて近くなるのかと思う。昔の藩のほうがいいかもしれない。

Q. 地域で非営利ホールディングなどのような連携を重ねていく上で、ICT化は重要だと思うが、どうお考えか。

A. 去年までの地域医療再生基金等々で、各都道府県で連携にかかわるICTに予算が入っているが、対象は医療だけである。介護までつけたところはどこもない。これだけ高齢社会になっているわけなので、早く介護とつなげないと、医療だけでは片手落ちになるのかと思う。介護と医療をつなげるとなると、同じ日本語だが、東北弁と沖縄弁みたいなどころがあり難しいと思うが、それは話し合っ、共通言語でつくる必要がある。

Q. 岡山大学のような形を「先進医療・研究開発型」ということでまとめられているが、ホールディングは、複数の急性期病院間で診療科を分担・集中することで、医療の質を高めるためにも有効な手段と思うのだが、どうお考えか。

A. いわゆる我々のような田舎の地域の地域包括型とは全然違う、別物として扱う必要があると思う。大都市で、少なくとも県庁所在地のようにいろいろな医療機能があるところでは、そのような形もあると思う。ピッツバーグがまさにそうで、チルドレンホスピタルや、ウイメンズホスピタルなど、結構、専門特化で病院をやっている。症例を集め、治験や研究もチルドレンのホスピタルは、子供に関してはどこにも負けないような研究をやっていると思う。