

この IHN は 600 ありますが、平均すると病院の数は 1 つのネットワークで 6.2 で、医師数の平均が約 1,500 です。収益率の高い所は、病院の数は 8 くらいで、やや大きい傾向にあります。

医師の 1,500 名の内訳ですが、ゲート・キーパーとしてのプライマリーケアが 3 割、専門医が 7 割です。

病床稼働率は、大体 50 %、平均入院日数は 6.5 日ですが、収益率の高い所は平均日数は 5 日です。

入院件数と手術件数から見たこのネットワークの市場シェアというのは、アメリカ全体で 64 % です。非営利の 3 要件というのがあるが、これは昨年 11 月に経団連で調査団を出したときに、相手の経営者から聞いた言葉ですが、この Transparency、つまり透明性ということと、For Community、地域社会のためにというこの 2 つの言葉を何度も何度も全員が繰り返していました。それはどういう意味かということ、3 要件の 1 つ目は、経営意思決定プロセスと経理内容が完全にオープンであるということ。つまり経営にブラックボックスがないということです。

2 番目は、利益をすべて地域社会に還元するということです。

3 つ目が、地域社会によるガバナンス、これが典型的に表れるのは、このネットワークの役員というのは全員無報酬という点です。

これは、デトロイトにあるヘンリーフォード・ヘルスシステムのホームページです。来年 3 月、日本病院会の協力を得て、ここに調査に行くことになっていますが、この画面の中で注目すべきなのは、ここに、My Health というのがあるのですが、地域住民が自分のページをネットワークの中に持っているのです。それで自分の電子カルテの中身を見たり、主治医といろいろのやり取りをすることができるようになっています。これをどこまで進めるかというのが、いまネットワークの中で課題になっています。

それから、ここに Find A Doctor というのがありますが、自分のお医者さんを見つけるための検索機能とかが全部入っていて、このホームページから、ほとんどのアメリカの医療情報が見られるようになっています。

組織がどうなっているかということ、このヘンリーフォード・ヘルスシステムというのは、ホールディング・カンパニー、つまり非営利ですが、持株会社の機能をもった組織がトップにあります。全体の収入は 20 億ドルですから、日本円で年間 2,400 億円くらいです。無料医療は年間 7,000 万ドルで、100 億円くらいの無料医療をしているということです。

アメリカの場合、非営利に認定されるためには、その病院にかかる固定資産税相当額以上の無料医療をすることという条件が入っていますが、この 100 億円というのは、それをはるかに超える無料医療をしているということです。

従業員数は 1 万 6,000 人、ヘンリーフォード・ヘルスシステムが有名なのは、アメリカの中では IT の活用度が No 1、ダントツの 1 番だということです。つまり世界一情報システムを駆使した病院システムだということです。

その概要は、直接経営病院が 5 つ、提携病院が 7 つということで、直接雇用しているのが 900 名、提携医師が 1,800 名。HMO をベースにした保険会社をもっています。ここに多角的サービス部門というのがあるが、いろんな医療の、病院の周辺ビジネスを子会社で営んでいます。かつ、ライバルとも組んで合併事業をやっています。財団をもって社会貢

献をしているという仕組みです。

次に、これはインターマウンティンという、ソルトレイクにある病院ネットワークです。ここも来年3月に行くことで、向こうから承認をもらっています。ここは、これはユタ州の地図ですが、ソルトレイクを中心にこれだけの病院をもっているというネットワークです。地域密着型で、その特徴は、アメリカの医療産業で、マネージメント能力がNo.1という評価です。つまり、株式会社も含めたすべての医療サービスの会社の中で、これがトップであるということです。ちなみに、患者情報共有による統合度評価、病診連携の能力では、2000年第1位、今年は第2位という評価を獲得しています。

なぜそういう評価が出ているかというのと、22の所有病院すべてが近代的設備をもっている、2,500名を超える医師の地域ネットワークを構築できている、その結果として、ほとんどの住民が車で15分以内に施設へのアクセスが可能である、などの理由が例示されています。

1983年に保険会社を設立して、アメリカ最初の垂直統合のインテグレートッド・ヘルスケア・ネットワークを構築したということで、これが1990年代のIHNブームのモデルになっているということです。

重要なことは、質の向上とコスト抑制の両立を実現していて、例えばここの病院の医療費の請求というのは、全米平均より27%低い。それから、同じユタ州の他の病院より18%低いということです。

次は、アセンションというネットワークですが、これはカトリック系のネットワークで、アメリカ最大の非営利のネットワークです。なぜ最大かというのと、多くの州にまたがって病院をもっていて、この一つ一つが地域ネットワークで、その規模は小さいのですが、全体を統合しているというイメージです。

その結果どのようになっているかというのと、非営利で最大がアセンションですが、営利最大のコロムビアHCAと比較すると、売上げではアセンションが8,000億円、62億ドル、HCAのほうは167億ドルですから約2兆円です。注目すべきところは、この総資産に対する純資産の割合です。アセンションのほうは、これは非営利ですが、自己資本比率で換算すると53%の財務内容で、片や株式会社のトップが25%しかないということで、財務能力では非営利のほうがこのトップ同士を比較した場合、圧倒的に強いということです。従業員の規模は、このアセンションが8万5,000人、HCAは16万4,000人という規模になっています。

これは、ピッツバーグにあるピッツバーグ大学の医療事業部、UPMCヘルスシステムです。ここのサイトは非常に勉強になるので、一度ご覧になっていただきたいと思います。どういう特徴があるかというのと、ピッツバーグはUSスチールの街ですが、鉄鋼が潰れた関係で、20年前は公害の都市として廃虚と化しました。それで地域住民が一丸となって、20年間で創造したネットワークです。

ペンシルバニア州最大の雇用主で、参加している医師は3,000名、従業員2万5,000人、病院数は15。施設拠点数300ということで、ペンシルバニアの西半分をカバーしております。

HMOの保険子会社は、1998年につくったばかりで、まだ小さいのですが、その特徴は、HMOであるにもかかわらず、ネットワークの中でフリーアクセスが保障されている

ということです。つまり、3,000名の医師のレベルチェックをした上で、ネットワークに参加させて、その中で選ぶのは自由というふうになっています。

特徴的なのは、株式会社もたくさんつくって、多角的なサービス部門が急成長しているということです。組織としてできたのは96年ですが、従業員数は1,120名から、いま2,500名で、今年は多分3,000名を超えていると思います。

中は臨床治験のサービス会社とか、バイオ関連投資ファンド、漢方薬の開発、各種リハビリ施設、アスリート施設。このアスリート施設というのは、世界中のプロのスポーツ選手がきて、シーズンオフにリハビリをしている所ですが、日本からは広島カープの選手が団体でここに行っています。

それから、病院経営コンサルタントで海外進出しています。イタリア政府がシシリー島につくった臓器移植の病院は、病理診断はこの大学が画面を見ながら遠隔指導しています。トルコにも同じような国立病院を建設していると聞いています。

日本は、北海道にある手稲溪仁会が研修医のプログラムのコンサルタントをここから受けています。これは今年の7月からだと思います。

では日本はどうするのかということですが、日本の事情を考えて、私は次のようなことを考えております。日本につくるとした場合、まず、IHNの運営会社というものを国保を母体につくります。そこにはこの5つの機能をもたせます。大事なことは、患者の情報の共有と経営資源の共有です。経営資源には、先ほども八代先生のほうからご指摘がありました。例えば小児科医が足りないのであれば、地域で共有して、その人たちが過度に勤務過多にならないような体制をつくってあげて、より良い小児科医療をするような仕組みをつくる。それから、最先端の医療機器の過剰投資を避けるということです。この下に、いろんな病院がぶら下がるわけです。

ホールディング・カンパニー機能をもたせることとの関連で、いま日本で始まりつつあるPFI、すなわち民間資本の医療産業への投入を使って子会社部門をつくればよいではないか。ここに私は株式会社が入っても構わないと思っています。

いちばん重要なのは、この非営利の保険会社をもつということです。このガバナンスは、自治体と地域住民とNPOが中心になってやるということです。

そうすると、中身はどうなるかということですが、この特徴として9つ挙げられます。1つは医療介護サービス供給部門と保険部門の収支バランスを図りながら、質向上とコスト抑制という目標を同時に達成することを目指せということです。これは、アメリカの非営利IHNがやっていることです。

そうすると、何が考えられるかというと、コストが上昇する圧力の中で、地域住民の支持を得るためには、3つの条件が必要であるということです。1つは、情報が完全にオープンであるということ。効率を追求した結果である利益をすべて地域住民に還元する。地域住民によるガバナンスということです。

そうすると、組織的には私は、ホールディング・カンパニー機能をもつIHNの運営会社と保険会社は、非営利でなければ運営できないと考えております。

特徴の2つ目は、この運営会社は最上位に位置するホールディング・カンパニーであって、その傘下には、医療介護サービス供給関連施設と関連子会社部門をもつ。この子会社の中には、非営利、営利があって、民間資本との合弁もOKであるということです。

この経営の結果責任というのは、保険料水準や医療介護サービスの質などを通じて、すべて地域住民が負担するような仕組みです。したがって、IHNの全体のガバナンスは地域住民が握る必要があるわけで、取締役会のメンバーは地域住民の代表も含む外部役員が多数派を占めるべきであるということです。

経営のプロ人材を執行役員として配置する。これは、インターマウンティン・ヘルスケアとかヘンリーフォード・ヘルスシステムがとっている仕組みです。

4つ目の特徴は、IHNに参加する医師は、直接雇用される医師と提携病院医師の2種類があります。この直接雇用の医師が共有人材プールになるということです。重要なことは、直接雇用医師と提携病院医師が患者情報を共有して、チーム医療をやるということです。

当然、地域医療介護圏の中では、ネットワークに入らない医師も出てきます。この独立系医師とIHNというのは共存共栄が可能であるということです。要するに、ワンストップ・ショッピング型のIHNとブティック型の独立系医師のいずれを選択するかというのは、消費者に権利があるということです。

ちなみに、アメリカの非営利ネットワークとその周辺にいる独立系医師との所得の違いというのは、独立系医師のほうが圧倒的に所得が高いです。これはなぜかということ、このネットワークの場合は、研究と教育に相当お金を使いますので、結構、医療以外のことにもお金を使っています。独立系の医師というのは、自分と同じ専門家のお医者さんとチームを組んで、軽装備の病院を建てます。そうすると、無駄なことを一切せずに、効率経営をするということで、圧倒的に独立系医師のほうが所得が高いです。

にもかかわらず、なぜネットワークのほうに医師が来るかということ、そこにいたほうが常に最先端の医療に携わることができるからだということ、例えばメイヨークリニックの経営者は言っていました。

チーム医療による質向上とコストの抑制にインセンティブが働くように、私は診療報酬と医療介護保険を決定する裁量権を、各地域のIHNがもつようにすべきだと思っています。

7つ目は、国が拠出する公費については、各IHNにおける高齢者数、障害者の数、特定疾病患者数、生活保護対象者数等に基づいて配分することで、地域間の公平性を担保すればいいのではないかと。健康管理努力のインセンティブ付与のために、非営利保険の仕組みの下でオプションを設定する。ちなみに、日本の民間保険の粗利益率は33%です。アメリカの非営利ネットワークの下にある非営利保険の粗利益率は8%です。日本のいまの民間保険をそのままもってくるというのは、私は無理だと考えています。

9つ目は、医療費を安く、質の高いIHNには、その医療介護圏以外からも患者が集まる。つまり、混合診療をしたとしても、それによって収益拡大が期待できるわけです。結果として何が起るかというと、追加収益というのは保険料の引き下げや医療施設の投資等で、すべて地域住民に還元されるということです。ちなみに、ピッツバーグのUPMCの海外患者事業部門というのは、高収益の部門で、これをやることで、新たな財源をつかって地域に還元しているという姿です。

このネットワークを考えたときに、日本でどうするかということですが、そういう動きを加速する仕組みとして、私は先進的な経営をしている自治体病院のネットワークを組む

べきだと思っています。現時点でも、自治体病院の中には、病診連携のネットワークをある程度つくっている所があります。それを、当初4つから5つ集めて、このネットワークを組んでやれば、例えば医療データベース事業とか、共同購買事業をやって、そこでたった情報を医療の専門家や消費者に無料で配信するというような仕事ができるはずである。

このネットワークの仕組みというのは、実はインターマウンティン・ヘルスケアがいますでにやっていることそのもので、アメリカでは医療産業の中で共同購買会社というものが結構ありますが、その仕事の事業内容を見ると、共同購買の事業よりはむしろデータベースを使った病院経営のコンサルタントというような感じがします。これを私は、日本でもつくれると思っています。これをつくるとすれば、まず標準化とか電子カルテへの全面対応とか、データベース構築への全面協力、それからこの会社への出資をお願いすることになるかと思えます。では、メリットは何かというと、この会社がうまくいけば、おそらく株式を公開すれば値上がり益を自治体病院のほうに新たな財源として取れるし、情報システム投資資金の補助もできるし、世界最先端の診療・研究体制の確立もできます。自治体病院がある各地域医療圏でNo.1ブランドを確立できます。自治体病院がNo.1ブランドになるだけではなくて、その地域一帯がNo.1になることが重要です。固有名詞を出して恐縮ですが、高知でいまPFIの事業を計画していますが、あそこがほかの自治体病院と組めば、これはいまでもできると私は思っています。次に重要なのは、相手のネットワークをつくったときに有力な大学の医学部、工学部、その周辺にある企業群をくっ付けるとどうなるかということ、ピッツバーグのような医療地域産業集積ができます。これは経済財政諮問会議で取り上げているライフサイエンスで、科学技術創造立国になるための必要条件であり、医療介護分野で新規雇用を創出するインフラ装置であります。世界最高水準の大学になるための試金石になると私は考えております。

我が国において医療地域産業集積はどのくらいできるかということですが、私は3つが限度だと思っています。アメリカでは10個ぐらいありますが、日本では3つ以上つくっても過当競争になって弱いところが自然淘汰されるので、私は3つぐらいが限度だと考えております。

では、それができる条件は何かということですが、それは4つありまして、レベルの高い医学部、工学部を有する大学があること。2番目は、その大学の医学部と地元の医師会、医療機関との関係が良好であって、ネットワーク創造のための利害調整が比較的簡単であるということ。地元主要企業が健康保険組合を解散して、地域保険に一本化することに同意すること。既に企業の集積がある程度進んだ地域であって、医療関連企業が進出しやすい環境にあること。この4つの条件で吟味しますと、日本にはこれに該当する県が2つあります。それは第1位が福岡県で、第2位が茨城県です。第1位の福岡県は、私が言ったのではなくて、昨年11月にピッツバーグのUPMCの経営者に経団連の調査団が、日本であなた方と同じものがつくれるところはあるかと聞いたら、即九州大学のある福岡という回答をしました。あとでいろいろ条件を調べてみましたが、福岡がいちばんこういう条件が揃っております。以上です。

○高久部会長

どうもありがとうございました。お2人からお話を聞きましたが、事務局から資料が出ていますので、それを簡単に説明していただけますか。よろしくお願いします。

○医政局総務課企画官

今日配付しております資料の説明を、ごく簡単にさせていただきます。資料の3ページですが、本日のテーマであります経済財政諮問会議、総合規制改革会議などからの指摘事項について、3ページと4ページと2ページにわたって整理しております。株式会社方式などを含めた経営に関する規制の見直しなどが指摘されております。5ページから7ページは、現在の病院、病床について、開設者別に整理したものです。5ページが平成11年現在の数字です。我が国では医療法人率、個人率、公的医療機関、特に医療法人と個人率を合わせた民間医療機関が大変多くなっているのが現状です。その歴史的推移を見たのが6ページです。近年になるまでに公的医療機関は比較的横這いですが、個人病院、医療法人の病院数が増えていること、近年やや減少に転じていること。7ページは病床のほうですが、ベット数で見ても同じような傾向が見られることがわかつてお思います。

8ページ以降は新たな資料として、労働者派遣に関する資料を今日何枚か用意しております。8ページには総合規制改革会議、経済財政諮問会議の指摘事項として、医療分野の労働者派遣規制の見直しという点が触れられております。9ページが労働者派遣の基本的枠組みで、通常の雇用関係と違って、雇用関係自体は派遣元の事業主と労働者の間にあり、派遣先、この場合は病院ということになりますが、病院は派遣された労働者に対して、指揮命令関係は持っているものの、雇用関係は持っていない。あくまで派遣元の事業者との契約で成り立っております。

10ページはいまの労働者派遣法令第4条で派遣のできない分野として、1号が港湾、2号が建設、3号が警備業法、その他業務の実施の適正を確保するために、派遣労働者に従事させることが適当でないと認められる業務として政令で定める業務ということで、業務の性格、業務の適正確保ということで、政令で事業を列挙できることになっておりまして、11ページがその政令です。労働者派遣法施行令第2条の第1号から第8号まで、医療関係職種の業務を規定しております。あくまで業務の規定ということになっておりますので、医師法で言いますと医業、歯科医師法で言いますと歯科医業、限定しているものについては薬剤師法は、病院等において行われるものに限り、歯科技工士法についてもそのような限定がついております。限定がついているもの、ついていないものがありますが、医療関係職種はある程度労働者派遣法上の派遣禁止業務になっております。

その理由、整理については12ページで、労働者派遣法の解説書からの抜粋です。あくまで医療というものは、専門職種が1つのチームを形成するというので、派遣元事業主の都合によって差し替えられる労働者が含まれることに対する問題点、また医療がほかの業務に比べて適正確保が特に強く求められるものであること、こういったことが法施行時の議論としてありまして、医療関係業務が適用除外業務とされているというのが、現時点での解釈です。資料の説明は以上です。

○高久部会長

どうもありがとうございました。今日は八代理事長から、医療経営における株式会社参

入の考え方、松山委員からは日本版の広域医療介護圏統合ネットワークの構築、事務局からは主に医業経営の現状と派遣の問題について説明がありました。この3つはいずれも非常に関係が深いことですので、いままでの説明に対する質問、あるいはご意見をお伺いしたいと思います。何でも結構です。

○羽生田委員

八代先生にお伺いしますが、今日ご提案になった内容を聞いておきますと、株式会社の参入というよりは、いまの医業経営のあり方、特にいまは医療法人ということですから、医療法人のいろいろな規制についての意見と。株式会社の参入というよりは、そちらのほうを説明されているように聞きましたが、いかがでしょうか。

○八代参考人

いちばん問題になっているのは、医療法の54条の医療法人は配当してはいけない、つまり医療法人は株式会社として運営してはいけないという規制に問題があると申し上げたわけで、これが仮に撤廃されれば、私は事実上株式会社の参入をこれと分けて議論する必要はないのではないかと。つまり、株式会社の参入論者ももちろんいろいろおまして、極端なことを言う方も当然おられますが、やはり医療というのは誰でも経営してもいいというものではなくて、それなりのチェックが必要と思われまます。

これは私見であります。いま医療法人になるためには都道府県知事のチェックがあります。このチェックを受けた医療法人が株式を発行して資本を調達するというのが、1つの株式会社参入の合理的なやり方ではないかと思っています。ただ、経済財政諮問会議ではそこまで細かく詰めずに、基本的にいま言ったようなことを含めて資本の調達方法の自由化が、株式会社の参入であると。非常に漠としてその辺りを議論しているということです。

○羽生田委員

いわゆるいまの医療法人だけという規定でやっていることに対して、株式会社参入を訴える方々は、非常に非効率であるとか、閉鎖されているというお話が出てきましたが、株式会社参入論がいまの総合規制改革会議等で、医療関係者が既に入っている中で、株式会社の参入にメリットのある人たちが委員にいて、この話が出てくるというふうにはしか取れないのです。最初のスタートの話として、ですから、いまの先生のお話からすると、医療法人ということではなくて、医業経営のあり方についてのご意見であって、いままでの医療法人のあり方が変わる、どういうふうに変わったらいいかという議論の話と承れば、検討会もできて、いまそれをやっているということですし、株式会社の参入ということとはちょっと違うのではないかと。いうふうに私は感じて仕方がないのですが。

○高久部会長

いかがですか。

○八代参考人

ですから、例えば医療法人が株式会社の形を取るといふことと、株式会社が病院経営をするといふことが、逆にどう違ふのかといふことですね。それは、やはり誰が病院を経営してもいいといふわけではなくて、それなりに経験のある人がやるとか、経験のある会社がやるといふ必要があるといふのは、ほかの公益分野では当たり前のことです。そういう規制をつけた上での株式会社の参入と医療法人の資金調達自由化といふのは、私は同じものだといふふうに理解しております。

○羽生田委員

それは非常によくお話としてはわかりますが、スタートの時点が違ふといふことが、結果としてどれだけ違ふかといふことが、私たちは非常に心配なところであつて、それに株式会社といふのは配当するといふことに目的があるわけですから、そういう考えの下に医療に参加してこることがどれだけ危険なものであるかといふ感じを、まず持つてしまふのです。我々は非営利といふか、医の倫理といつたものを根底にすべてを考へてゐるものですから、その辺が医療の経営母体としてのスタート時点で、考へ方がまず違ふ。そこに非常に問題意識を持つてゐます。

現在の医療法人の資金調達方法として、株式発行、病院債発行が認められることと、株式会社がそのまま医療に入つてくるといふことは、全く別ではないかといふふうに私は思ひます。その点と同じものといふふうにとらえられないのです。

○福島委員

時間がないので細かいことは申し上げませんが、全体的な意見として八代先生のお話のとおりだろうといふことで、お聞きしておりました。また、経営形態の問題は、過去の審議会ないし小委員会でも何度も、基本的な立場の意見とか、その辺の問題は論議を尽くされてゐるといへば語弊がありますが、かなりの意見が出ておりました。したがつて、昨今の環境認識の中で、あるいは将来を見据へてどういふ形にしていくのかといふ論議であろうと思ひます。

1つは、株式会社あるいは非営利といふ言葉が中心に論議されてゐますが、それぞれの頭に置いている言葉のイメージが違ふようです。株式会社1つを申し上げますと、昔の株式会社の利潤追求中心の姿と、現在は医業にかかわらず金融機関その他含めて、株式会社が社会的な器として多くの制約を受け、自ら環境認識を持ちながら進まない、消費者あるいは国民の支持が得られない限り、株式会社の存立はない時代。こんな環境の中での株式会社だと思ひますので、いわば利潤の追求で、配当が云々といふことをあまり心配される必要はないのではないかと思ひます。株式会社も相当程度の社会的な制約を受けながら、その中で消費者あるいは国民に選択をされていく…、そういうものではないかといふ気がしております。

○小山田委員

私は自治体病院を代表してありますが、先ほど八代先生がおっしゃつた株式会社参入によつて起こる問題で、不採算医療がそうした競争原理から外れてどんどん逃げていくのではないかといふことに対して、大きな疑問を持つてゐます。といふのは、先ほど先生がお

っしゃったように、現在でも小児科医療、急性期の精神科医療が採算が合わないということで、一般の病院から敬遠されている。それを私ども自治体病院が全部被っているわけです。

株式会社参入によって、そうした傾向が少なくなるのか増えるのかということですが、私は増えることはあっても減ることはないだろうと考えておりました、私はこれまでも主張してきました。先生はそれに対して、診療報酬体系の合理化とサービス事業を反映してやればいいと。まさにそのとおりでありまして、何も株式会社を参入させなくても、まずこのことをやって、そして先生がおっしゃった、情報開示、カルテ・レセプトの電子化の促進、そういうことをやれば、そこで競争原理が働くと、患者の選択肢も増える。そして日本の医療が進んでいくというふうに思います。いまやらなければならないことは、診療報酬体系を替えばいい。では、なぜ早く替えられないのか。カルテ・レセプトの電子化の促進を医療改革のトップに持っていかないのかと思いますが、いかがでしょうか。

○八代参考人

いま正に小山田委員がおっしゃったように、我々は医療の標準化、電子レセプト、電子カルテの導入を最優先に考えております。それができれば医療機関の医療情報が保険者等に集積されて、それについて各病院の業務形態、コストパフォーマンス等が明らかになるわけで、それがあある意味で情報公開につながっていくわけです。ですからそれが最優先で、まず株式会社参入を持ってこなければ他は全く動かないというような考え方はしておりません。

○奈良委員

赤十字病院の代表として来ておりますが、実は医療の契約というのは、患者さんが目の前に立ったときに既に成立すると、そういうふうに習ったことがあります。その他の経済のいろいろな契約というものは、必ず話し合いをして十分に理解をしたうえで、契約が成立するわけです。私ども赤十字病院は、非採算部門も結構やっております。それで、全くの私立でございます。外国人の不法労働者とか、倒産した企業の患者さんが我々の病院へ行けば、場合によってはただでかかれるのではないかといい気持でおいでになって、私が院長になってからも何億という未収金が入っております。

1つ私が気になるのは、松山先生にも聞いていただきたいのですが、私は実はデトロイトのヘンリーフォードのすぐ側にハーバホスピタルというレシービングホスピタルがありまして、ウエイン大学の附属病院です。そこに1960年の初めにおりました。フォードの病院も何回か見させていただきましたが、夢のような立派な病院で、何でこんな立派な病院ができたのかと言ったら、フォード一族が寄付して成り立った病院であると。1年に2回ずつ建物を全部ぶち抜いて改修していると。あの辺りでは、フォードの病院に勤めるといことが、1つのステイタスになっていますから、給料が安かろうと過酷であろうと、そこでみんな一生懸命勤務しているわけです。それが1つです。

それから、レシービングホスピタルはどういうことをやっていたかということ、治験の問題とか研究をやっていたのです。私は脳の血液循環の研究をやっておりましたが、そこに研究の実験台として来る方は、本当に申し訳なかったけどみんな貧しい方々で、我々が脳

の血流を測るのに首に針を差していろいろやっていたのですが、そういうことを泣きながら、金がないからしょうがないんだということでやっていたという現実がありました。例えばメイオクリニックとかマウントサイナイとかそういう所はたとえレジデントであろうと、非常に安い給料です。ところが地方の病院の、特にサナトリウムなんか行きますと、大変高給でインターンでも面倒を見てくれます。

実は私はデトロイトで家内を見つけて帰ってきたものですから、親戚がいっぱいおります。ところがいまのアメリカの医療というのは、お金持ち中心の医療ということをおっしゃって、いわゆるマイノリティーの人たちは非常に惨めな思いをしているのです。まず病院へ行くと、どこの保険に入っているかということをおっしゃってチェックされます。それから、病院に行くためには保険に許可を得なければいけない。HMOがよく働いているようですが、私はアメリカの医療というのは決していいとは思っていません。八代先生も松山先生もアメリカの医療のいいところをおっしゃいましたが、私はアメリカに親戚がいっぱいおりますし、しかもマイノリティーですから、アメリカの医療を安易に受け入れてはいけないなと思っております。

これも皆さんはとっくにござんじだと思っておりますが、日本は去年のWHOの報告で、平均健康寿命はダントツの1位ですね。アメリカは日本の何倍もの医療費をかけているのにもかかわらず、24位。OECDというのは29カ国しかありませんから、文明国と称するにOECDの中ではかなり下のほうにランクされているのではないかと。非常に非効率な医療をやっているのではないかと。

もう一つ、ヘンリーフォードのアテンダントスタッフのお医者さんたちは、我々日本の医者では考えられないような立派な邸宅に住んで、非常に豊かな生活をしているのです。そういうものを見ると、アメリカというのは競争原理、資本主義社会のいい面もあるけれども、非常に陰の部分も背負っているのではないかと。私が非常に心配しているのは、効率性、競争原理ということで、その文明の下に切り捨て医療が行われたのでは、本当に気の毒だと。というのは、私どもの病院というのはどちらかというと地域の貧しい人たち、特に私はいま足利にありますが、足利は惨憺たる状況で、ほとんど倒産しております。そういう人たちから診察料その他を頂戴できないこともあって、大変な未収金を抱えております。でも、それが赤十字の勲章だと思っております。

ただ、こういうものを一般の医療界に押し並べて要求できるかということ、なかなかできないと思っております。ですから、八代先生も松山先生も是非アメリカに実際に住んでいる、特にマイノリティーの人たちの話も参考にさせていただいて、アメリカ医療は決して世界一の医療ではないということをおっしゃって、そういうことを言うと怒られますが、是非ご認識いただきたいと思っております。

○高梨委員

先ほど八代先生が申されたことに、私は全面的に賛成です。株式会社の参入規制を早く解くべきだと、こういうふうにおっしゃっております。もちろん医療の標準化も必要ですし、情報公開も必要です。IT化も必要ですが、それはそちらのほうを優先すればいいというものではなくて、同時並行で情報公開を進めるし、IT化を進めるし、併せて株式会社の参入規制の問題も同時に並行して進めるべきだと考えております。