

## パネルディスカッション

松山 それでは、パネルディスカッションの司会をさせていただきます。最初に約 1 時間パネリストの間で質疑応答を行い、その後約 30 分、会場の皆さんからのご質問を受ける時間を取っておりますので、よろしくお願いたします。

それでは、まず山本先生に追加のコメントをいただきたいと思います。本日のシンポジウムの目的の一つは、セーフティネットのガバナンスの在り方とか、医療・介護・福祉事業体の地域におけるグループ形成の論点整理です。聖隷福祉事業団さんの場合、今までに三つの国立病院の経営を引き受けられて、さらに自治体が設置者である公立病院の指定管理者にもなっております。おそらくこれから公立病院はさらに経営難に陥り、たくさん聖隷福祉事業団さんに経営をお願いしますという話があるのではないかと予想されます。そこで、今どのような状況にあるのか、将来そういうものを仮に引き受けるとした場合の経営判断の基準、考え方というのを教えていただければと思います。

山本 大変、大きな問題を最初に振っていただきました。私どもの経営の考え方として、収入に対する人件費割合を現在のレベルに維持することが重要であり、そのためには事業拡大、成長をし続ける必要がある。つまり、給与が相対的に安い若い人が継続的に入ってくる構造を保たねばならない。そのための事業拡大を自ら資金で行うのか、それとも公立病院を無償で引き受け、資金が足りなければ若干の運営補助金をいただく、という経営判断だと思います。私どもが経営を行った方が良くなるということであれば、これからも公立病院を引き受けることはあると考えています。病院は人を集めて、ある程度そこで教育して人材をプールしておくことができる。福祉施設だと、ギリギリの人件費で運営しますから、人を追加してそれを教育するという余裕がないのです。

かつては、浜松で聖隷福祉事業団の病院に患者さんが集中し、外来患者さんも一回私どもの病院へ来ると、また元のクリニックへ戻らないという状況で、他の医療機関との関係が必ずしも良好ではありませんでした。聖隷をこれ以上大きくさせるなということで、国立病院も聖隷にはやらせないほうがいいという意見があり、経営を引き受ける話が進まなかったということがありました。

しかしながら、聖隷に国立病院を経営移譲するのは、ファースト・チョイスではないのです。まず行政である市町村、県が話を受ける。そうしたら無償で受けられます。それから、地域の医師会、公立病院、民間病院が受けるという話合いが行われたのですが、結局それが駄目になり、最終的に私どもに打診が来たというのが、まず聖隷淡路病院です。それから聖隷横浜病院です。淡路島が 15 年前、横浜は 13 年前です。それから千葉県聖隷佐倉市民病院です。しかし、経営を引き受けて見たら収益構造が聞いていたよりも悪く、この 15 年間で約 100 億円の持ち出しになっています。

ただ、私はよかったと思っています。というのは、浜松地域だけに留まっていたはできなかったことにチャレンジできたし、聖隷全体のことを考えてくれる人材が育ったからで

す。大きなお金のマイナスはありましたけれども、大変に私は意味があったと考えています。15年過ぎて、何とか地域の皆さんからの、医師会も含めていろんな行政との協力関係も構築しやっとならざるを得ない状況があります。しかし、今度は40年以上たった建物を建て替える必要はあります。聖隷横浜病院がその例です。多分1カ所100億円ぐらいかかります。横浜の医師会からは、ホスピスを作る要望を受けています。

それから、横浜市立病院と、保土ヶ谷中央病院の地域医療連携協定。具体的にどのような成果を出していくのかというのは、私は松山先生、森先生、土屋先生にご相談させて頂きたいと思います。とりわけこのたびは土屋先生という強い味方ができましたので、横浜の中で私どもがあまり突出しないように配慮しながら、協力関係を築いていけたらと考えております。

松山 ありがとうございます。私、地元が千葉なので聖隷佐倉市民病院のことをよく知っています。聖隷さんの場合は、病院を引き受けた際、その地域にグループの介護施設とかがあることが多いと思うのですが、そこでのコラボレーションも今後進めていかれる方針ですか？

山本 もちろんそうです。私どもの目標は、医療、福祉、保健、介護でトータルソーシャルサービスを実践していくことです。しかし、浜松では自分たちで全てできましたが、よそへ行ってまで同じことをやるというのは無理があります。だから他の事業体との連携が必要です。それともう一つは、13ある聖隷の親戚法人との連携です。13法人の施設が関東、関西にもございます。

松山 ありがとうございます。次に、土屋先生にコメントをいただきたいと思います。今、山本先生のほうから、病院だけではなく介護施設とのコラボというような話がありました。先ほどの土屋先生のプレゼンテーションで、神奈川県の中で地域包括ケアのシステムをつくる時に、へき地の場合と、都会の場合があるというふうにご説明があったのですが、神奈川県全体で見たときに、今、先生が所管なさっておられる病院機構の役割、それから、他の医療機関との関係づくりの点で、何か今動きがあるかどうか、アイデアがあれば教えていただきたいと思います。

土屋 正直言って、私どもの機構は中心が専門病院群なので、地域医療ということから言うと、むしろ離れた位置で仕事をしているといったほうがよろしいと思います。ただ、実際の患者さんの流れは、退院したら地域へ戻るので、非常に関係を密に持たないといけないのです。専門病院の場合ごく限られた疾患でやっていますので、従来でもあまり大きな問題にはならなかった。ところが患者さんから見ると、併存疾患があるときに、それをどうやって面倒を見てくれるのかと考えておられる。専門病院の一番の欠点は、その面倒を見ていないということです。ですから今後、今、松山さんが神奈川県はいろんな施設を持っていて非常に理想的と示していただいたのですが、正直言って県立でありながら相互の連

絡が全くない状況です。私もお引き受けする前に、半年前から顧問として県のほうへ様子を見に週に何回か行ったのですが、リハビリテーション病院へ行きたいと言ったらみんなげんな顔をして、あれは先生の担当ではありませんよというのが県の反応でした。専門病院ではない県立汐見台病院もリハビリテーション病院も県の保健福祉医療そのものなのです。今、国から地域包括ケア構築や地域医療構想策定が要望されるようになりましたので、初めてそういう観点で考えるようになると理解しています。

松山 そうしますと、どの都道府県でも今、地域医療構想という話が始まっていて、医療計画の作り方も実質的に変わってくると思うのですが、それはいい方向に変わりそのような状況にあると考えてよろしいのでしょうか。

土屋 これは、山本さんが人作りが大事だと言われたように、人によると思います。今のところ原則自発的に進めるという点が強調されていますので、相当強力なリーダーシップのある方がその県にいないと、そういう構想を描くことは難しいと思います。地域医療構想を作成し公表したらこれで流れが決まるかという、そうはなっていない。ただ病床機能の報告制度があるだけで、じゃあ何をやるのかという各病院が努力しろという仕組みです。あるいは県が努力しろというわけです。一体何を目安にやるのかということ、自分たちで考えるしかない。やっぱりリーダーシップを持った方が、そこで旗を振らないと多分できてこないだろうと思います。

松山 少し視点が違いますけれども、先ほど土屋先生のプレゼンテーションの中で、神奈川県は臨床研究機能を高める必要があるとのご指摘がありました。これは、アメリカなど海外の医療クラスター産業集積との比較で見れば必要条件だと思いますが、そのためには、先生が所管なさっている専門病院群である病院機構の成長というか規模の拡大も凶らないといけないし、県内の他の大学病院とか医療施設とのコラボも必要になると思います。その辺の臨床研究機能を高めるための方策として、どういうことがあるのかということ、仮に病院機構の成長を高めて規模を拡大していくというときに、今の地方独立行政法人という経営形態のままでもそれができるのか、それとも、何か新しい仕組みを入れる必要があるのかに関し、先生のご見解をお願いします。

土屋 結論から言うと、最終的には経営形態を変えたほうが良いと思いますが、まだ今の段階では、独法という経営形態の中でもやれることはたくさんあると思います。私どもは保土ヶ谷神奈川県立がんセンターで、約 400 ベッドを運営していますが、平均在院日数は 12 日から 13 日です。これがアメリカ並に 6 日になれば、これが実質 800 ベッドの病院になるということです。これは建物の問題ではなくて、人の管理の問題です。看護師も圧倒的に少ない。看護助手はもっと少ない。中で努力すべきことはまだまだたくさんあるのです。それらを解決できた時に、他の病院と合併なり、吸収なりが可能になると考えています。効率のよい専門病院をつくらないと、立派な臨床研究はできません。日本の場合、一つ一

つの病院の規模が小さい。そのため、臨床治験を 1000 例集めるのに 20 施設、30 施設が必要になる。これでは臨床治験の質も担保できません。これを少数の専門病院で行うことができれば、質の担保もできます。そういう臨床研究でないと、これからグローバルには通用しないと思います。したがって、まずは今の、ハードの規模の中で、ソフト面での充実を図ることが先だと考えています。

松山 ありがとうございます。山本先生に今議論のあった臨床研究体制が聖隷さんでどのようになっているのかをお聞きしたいと思います。聖隷浜松病院と聖隷三方原病院はかなり大規模な病院なのですが、臨床研究機能、例えば治験の数とか、そういう面では今、どういう状況になっているのでしょうか。

山本 臨床研究に関しては、浜松医科大学さんがしっかりやっておられますが、私ども民間医療機関は取り組みが不十分と認識しています。被験者はいらっしゃるわけですので、収支にプラスになるようであれば今後頑張りたいと考えています。病院としてもそのための余力は持っていると思います。

松山 例えば、浜松医科大学と臨床研究の部分で連携するようなことは、今なさっているのですか。

山本 はい。私どもは今、聖隷として寄付講座のスポンサーになり、共同研究を行っています。そこでは地域医療に関わるテーマも研究しています。

松山 ありがとうございます。続きまして、森先生に追加のコメントをお願いします。今後、出資持ち分のない事業体間で、業務提携、もしくはグループ形成ということがさらに進むのではないかとと思われるのですが、先ほどのご説明の中に、『共通的な枠組み構築に向けたステップ』というスライドがありました。これは会計制度のインフラをつくるということなのですが、わが国で現在どこまでこれが進んでいて、会計制度のインフラ整備というのは、いつ頃完了すると考えられるのかという点について教えて下さい。先ほど確か、非営利法人の連結の仕組みについては、今、日本公認会計士協会と、政府の関連部門で勉強はしているというお話だったと記憶していますが、よろしくお願ひいたします。

森 まず、非営利法人それぞれその会計基準が現在異なっています。現状としては、制度はそういう状態で動いているわけです。先ほど私のほうでお話しした『共通的な枠組み構築に向けたステップ』というのは、日本公認会計士協会の提案という形ですので、ご質問にお答えするとすれば、制度として会計基準統一化に向けた動きはありません。それぞれの会計基準の設定主体は各省庁、あるいはその中の部局にあり、それぞれの中で作っています。それについて何らかの統合化をしていくための政府の中での決定であるとか、戦略というものは存在していないというのが私の認識です。ただし、それではそれはそのまま



置いておくのかという話です。当然、それはよくないと考えております。

会計基準はどのように出来上がっていくのか。各省庁の中での会計基準も、それぞれ検討会が中で設置されて、そこにメンバーが入ります。当然そのメンバーには会計士が多く入っていて、われわれも会計士協会の会員という形で参画をしています。私たちの中にも個別の委員会がありますので、その中に入って検討する人たちの合意形成というか、認識ができていくというのが一つ、大事な点と考えています。

あと、先ほど申し上げたモデル会計基準というのは、それ自体が何らオーソリティーは持っていないくて、あくまでもモデルとなる会計基準です。一つ例をあげると、国際会計基準というのがあります。日本も今その国際会計基準を一部採用するという形になっていますが、もともとは採用していなかった。ところが、会計ビッグバンという形で、会計は大きく変化している。そのときに何を参考にしたかという点、当然、国際会計基準としてアメリカの会計基準を参考にしたわけです。何かを作っていくプロセスにおいては、当然何かをモデルにしながらかつていくのです。そのモデルとなるものをしっかりと整備しておけば、結果として整合性が高まっていくと考えています。

日本公認会計士協会は会計基準の設定主体ではありません。会計士協会としてできるのは、モデル会計基準の基礎となる研究をしっかりと行い、その論点を整理し、示していくことだと考えています。非営利組織の会計について本年報告書を公表しました。非営利組織における会計の基本的目的であるとか、基本的な論点を整理して、問題となるポイントを明らかにする。組織結合も含めた話を今回出しております。我々として期待するのは、各法人の会計基準が改正されるタイミングで参考にしていただけて、反映していただくこと、そして、それによって整合性が高まってくることです。

とはいえ、基本的な原則がシェアできても、例えば今、基準を見ると、それぞれの財務諸表の名前さえも違うのです。名称が違う、科目も違う、並びも違う。その状態で、一般の企業会計に精通している方、あるいは助成金を出す側の方とか、あるいは保険者の方がそれぞれの会計を見て、法人のどういう財務状況にあるかをぱっと理解できるかということ、かなりハードルが高い状況にあると認識しています。私個人の意見として、やはり先ほど申し上げたような、目的に基づいて体系建ち、整合性が取れた会計が実現できる体制、メカニズムが存在していることが必要と思います。

さらに、先ほどのホールディングスという話に関して言えば、合併してしまえば一つの法人になるわけですから、合併する前の判断のところで、財政状態の差異をしっかりと見て、その中での経営権の配分などを行うための意思決定上のハードルが、今の会計基準ですと異なる法人格に転換するときには出てくる。また、ホールディングスになると、それぞれ法人格が残った状態で、それぞれの監督を受けながら、所管を受けながら動いていくわけですから、当然整合性がしっかりと確保されていかないと、全体としてのマネジメント、あるいはガバナンスが機能していかないと考えております。

松山 今のことに関連して追加の質問なのですが、例えば、先ほど山本先生のスライドの中に、セントラのプリンセス・アンという病院を訪問した時の写真が出ていました。そこ

に、「これは合弁の事業でセンタラヘルスケアが 70 パーセント持っていて、ライバルの地域医療ネットワークが 30 パーセントもっている」と書かれていました。合弁でつくった病院ですが、親会社は両方とも非営利で持ち分なし。子会社の病院も持ち分なしの非営利の病院。そこで、米国の会計基準によると、設立したときの出資割合に応じて連結会計ができるような仕組みが出来上がっているようです。仮に、日本にそれと同じような仕組みを入れるというときに、何かネックになるような議論というのはあるのでしょうか。

森 それは非営利法人の連結会計の仕組みを導入するときに重要な問題が存在するかどうかということですか。2社の非営利組織が一つの合弁組織をつくるとなったときに、2つの親法人が完全な共同支配の形を取るのか、契約に応じてという形を取るのか、一方がかなり強い経営権を握るのか。つまり、要は理事会のメンバーあるいは評議委員会のメンバーをどれだけ押さえるかとか、あるいは当初の資金の拠出割合、その後の資金の拠出割合であるとか、さまざまな要素があるわけです。どちらが実質的な経営権を握るか、あるいは両方でシェアしていく形を取っていくのかによって、かなり考え方は違ってくると思います。要は、一方の親法人の子法人としての位置付けが強い場合には、考え方は国際的には明確です。日本においては先ほど申し上げたとおり連結の基準がありませんが、考え方は明確です。

問題は、お互いにシェアしている、共同支配の場合です。ジョイントベンチャーという形を取る場合には、やはり非営利組織は何パーセントと決めることが非常に難しいと思います。これは私の理解ですが、アメリカの基準でも、あるいは国際公会計の基準でも、ジョイントベンチャーについて、非営利組織を子法人というかベンチャーとして捉えた基準というのは、スコープとしては対象外になっているのではないかなというのが私の認識です。それは何が難しいかということ、持ち分がありませんので、その支配を何パーセントとして捉えるかというのが難しい。そこで、支配を何で捉えるかということ、組織の重要方針の決定権と、経済的な利害関係を総合的に判断していく必要があるのです。例えば、最初の資金拠出を一方が多額に出したとしても、その後の資金拠出ではもう一方が多額に出すという形であると判断が難しくなります。

松山 ありがとうございます。私がヒアリングした結果では、米国の場合、連結財務諸表を二つの非営利親会社が作るために出資割合を定めているのですけれども、実際のマネジメント、ガバナンス等については、結局、両方とも地域の住民代表がやっているの、実際の経営と出資割合は別のような感じで仕組みを作っているように見受けられました。日本にとってなぜこの問題が重要かということ、日本にも持ち分のない全国展開している事業体が、聖隷さん以外にも日赤病院、済生会といろいろあります。そういう事業体が、自分が所有している病院をある地域で他の組織と経営統合させるときに、会計のルールがないと業績をディスクローズできないので、早急にそういうものを作る必要があるように思われるからです。そこでご質問させていただいたのですが、さらに追加コメントがあればお願いします。

森 より本質的な問題として、非営利組織のグループ情報、連結情報を何のために、誰に対して作るかを、明確にしておく必要があると思います。つまり、子法人の資産、負債あるいは売り上げ、収益、費用、利益を親法人の会計に取り込むということは、合算をするわけです。そうすると、それを何パーセント取り込むかによって、かなり見え方が、その法人の会計が、財務諸表が変わってくる。企業の場合には持ち分が明確になっているので、その分のリスク・リターンの部分も反映させます。ある意味それを 100 パーセント、もし取り込んでしまったときには、やはり概観を損なうことになりますので、何のためにそれを見せていくのか、その場合にどういう配分にしていくのかというところは議論していく必要があると思います。

松山 ありがとうございます。それでは、ちょっと視点を変えて、山本先生にまたコメントをいただきたいのですが、7月に米国のセントラヘルスケアと、ワシントンの地域包括ケア事業団体を訪問したときに、山本先生と相手方が活発な議論をなさるのを、私は脇で聞かせて頂きました。米国側が言っていたキーワードの一つが、地域のバリューでした。この地域のバリューというキーワードを含め米国側との意見交換を通じてどのようにお感じになられたか、コメントをお願いできればと思います。

山本 私もびっくりしました。地域の代表がそのそれぞれの病院、セントラのような大規模ヘルスケアシステムの理事なのですね。病院の職員とかが理事になる仕組みではなかった。なおかつ、理事になることがその地域住民の中でステータスであるとのことでした。もっとも、その方々が医療とか福祉の仕事を理解しているのかな、と思いながら聞いていましたが、ヘルスケアシステムの方ではそれは全く問題にしていなかったことに驚きました。地域ニーズをどれだけ取り入れるかというのは、ヘルスシステム側が自分で決めるのではなく、地域からの要望をできる限り聞き、それを実行しているように思われました。そうすることで事業規模を拡大、成長しているという印象を持ちました。

それから、今の森先生のお話と松山先生のお話に関連しますが、非営利ヘルスケアシステム同士が関係を築く場合、最初は合弁事業の形をとり、それが上手くいきお互いの信頼関係が築かれた後に合併に進んでいるようです。日本では、国立病院や公立病院から経営譲渡の話がある場合、それらの病院は赤字で困っているから経営引き受けの依頼がくるのであり、引き受けの際の条件が厳しいものが多い。そこで、非営利法人同士の合弁の仕組みを今一度研究してみたいと考えています。

それと、ICTの話がありますが、収入の3パーセントぐらいを投資して、セントラがうまくそのデータを使っている。私どもも健診事業を行い、7病院を運営していますので、すごいデータを持っているのです。ところがお互いの病院が協力できているかという、それができていない。三方原、浜松に二つの大きい病院が10キロ離れて立地しています。両病院のデータの互換性、患者さんの行き来というのは、今のところありません。だから、ここら辺をどういうふうにセントラが行っているのか、コストパフォーマンスも含めて研

究する必要があると思います。そんなことをセンタラを見学した際に感じていました。

松山 今のお話の続きですが、ワシントンにある業界団体でヒアリングしたときに、地域包括ケアで有名なニューヨーク州にあるインディペンデント・ヘルスの経営者に対して、多額の投資をして築いた ICT の機能に対して現場がどのくらい活用していると評価しているかと質問したら、「20 パーセントだ。80 パーセントは使っていない」という回答で驚いたと記憶していますが、聖隸さんの場合の評価はどうか。

山本 感覚的に米国が 20 パーセントだとすると、うちは 5 パーセントってないと思います。もう少し有効的に使う必要がある。健診センターの場合、蓄積したデータを地域や会社にフィードバックしていますので、ICT の投資効果はあると思います。一方、病院の方は ICT 投資の要望は強くなっているのですが、投資に見合うだけの活用ができていないと言わざるをえません。今後これをどのようにするかは重要な経営課題です。マイナンバーが医療にも入ってくるわけですが、不安と期待を非常に持っております。

松山 土屋先生、今の点について神奈川県立病院機構ではどういう状況になっているのでしょうか。

土屋 私もまだ 1 年ちょっとなのですが、びっくりしたのは 5 年たつのにカルテは全然統一性がなくて、電子カルテはそれぞれの病院が勝手に導入していたという状況です。最近 2 病院が同じベンダーになりましたけれども、そういう戦略的がなかったのです。また、ただ集めてデータバイディングしようというのでは、やはり限界があってそんなに効率向上には役立たないと思います。やはり何のためにというのが最初にあって、それに対する設計がなければ、ICT というのは有効に使えない。そういう意味でも、同じ機構でありながら電子カルテをばらばらに導入したというのは、非常に非効率だと思います。

松山 そうしますと、これから県が主体的に地域医療構想をつくって、医療計画も従来どおり作って、実際に運営していくわけですがけれども、今の県立病院機構の機能、能力から言って、そういう政策を県が進める上で、どのくらいデータ上のサポートができるとお考えですか。もしくは、ある程度不足している部分があるとしたら、それをやるために追加の投資でどのくらいのことをしないとイケないのか。何が課題かというのを、もし今お話しただけのことであれば教えてください。

土屋 結論はかなり悲観的で、県立病院が特殊な専門病院であるだけに、地域医療構想では役に立つ分野が非常に少ないと思います。むしろ横浜市立病院とか川崎市が設置している 3 病院の方が地域医療構想に役立つデータを提供できると思います。これらは総合病院であり、かなりの疾患を系統的に把握ができています。人口比から見ても横浜、川崎を合わせると県の大半を占めますので。



松山 ありがとうございます。今のお話の続きで、山本先生にまた追加コメントをいただきたいと思います。聖隷さんの場合は、いわゆる一つの地域で大規模に医療、介護福祉サービスを提供できているという意味では、日本で最大規模だと思うのです。そうすると、そこに患者の流れに関わる情報がたまっていて、もしそれをうまく使えば、静岡県のものからの医療、介護、福祉行政に相当な貢献ができるように思われます。その点に関して、現状はどのようになっているかという評価と、それをもっとよくするためにどういう方法が考えられるか、そのために必要な専門人材の育成とか、当然 ICT の投資を全部自前でやるわけにはいかないの、政策的な支援としてどういうものが必要なのか、教えていただければと思います。

山本 これまで何度もデータの有効利用を進めるようにシステム部門に指示を出しましたが、病院ごとに患者さんのコードや健診者のコードが異なるという理由などをあげてきて実現しませんでした。しかし、ようやく病院と健診のデータを見られるようになりました。健診が年間 50 万件、浜松と三方原の両病院の 1 日の合計外来患者数は 4000 人です。入院患者数は現在 1000 人と 700 人で常に満床状況です。1700 人の 365 日、すごいデータになるわけです。しかし、健診データなどに対する問い合わせは、あまりありません。そうすると、多額の投資コストをかける意味があるのか、ということになります。国などがそういうデータを提供しろという場合には、それはできるかもしれません。ただ、レセプトをもとにしたデータであれば、健康保険組合でも提供できるはずですが、何のためにそのデータを集めるのか、疫学的な面で集めるのか、医療費を減らすために集めるのか、といった目的が重要だと思います。それがないと機能しないと思います。

松山 そういう意味で言うと、例えば、地域住民が、自分の診療情報をどうやって自分のために活用するかということの教育も日本は遅れているような気がします。多分、聖隷福祉事業団さんの浜松みたいに、かなり大きなシェアを持っている事業体は、いろいろなことができるインフラになりえると思うのです。アメリカなど他の国ではスマホを使って診療を行い、診療報酬も払っている。スマホを通じて予約もできるし、処方箋も出してもらえ、医療相談もできるわけです。多分、そういうことを日本でも近未来にやらざるを得なくなると思うのです。そのモデルに一番近いのは、聖隷さんのような事業体だと私は思っています。その辺について県と意見交換が行われるようなことはあるのですか。

山本 まだ全然始まっていません。ですから、そういうオファーといいますか、命令があれば私はいつでも受けます。もちろん聖隷が持っているデータは個人情報ですから、患者さんの理解を取ること当然必要です。データを活用することで医療費が下がるのであれば、それに協力しますし、データ活用のノウハウを築くことができれば、どこにでも提供したいと考えています。

松山 ありがとうございます。土屋先生どうぞ。

土屋 今の ICT の件に関して、確かに理想的にはデータが全部集まるといいわけですが、多くの病院の場合、最初に医事会計のコンピュータを入れて、その後オーダリング（医師の指示による処方、検査、撮影などの医療行為）を入れて最後に電子カルテを導入するという流れでした。そのため、多分多くはサーバーが分かれていると思います。ここに連動性がないと、いくらデータがあってもあまり役に立たない。医事会計データと診療データの突合が自動的にできないのです。そのためのソフトを整えとお金がかかる。韓国のソウル大学の盆唐病院という、城南市という衛星都市が病院をつくってソウル大学に委託している所が、12年ぐらい前にペーパーレスの病院を最初からつくりました。そのときには、サーバー1個で全部のデータベースを統一した。それで全てが電子化できるようになった。そして、周辺の診療所に無料でソフトを提供したらしいのです。そうやって病院が診療所とつながれば、患者が来る。中小病院にはそのソフトを販売したとのこと。その収入で次の更新コストを賄う。ですから、その ICT 投資自体を商売にしている。しかも、彼らはデータを全部握ってリアルタイムで解析ができるのです。最初から解析できるところまでの設計をしてやっている。ですから、院長室で座っていると、今診療がどこまで進んでいるか、目の前でグラフになって時々刻々と変化している。株価と同じように見られるのです。そこまでやらないと、ICT 有効活用は成功しないと思います。

松山 今のご指摘はそのとおりだと思います。というのは、センタラヘルスケアというのは、中心になる医療圏の人口は 200 万人なのですが、センタラに来る患者の医療情報のサーバーは一つなのです。その中のデータを、24 時間どこにいても患者とその医療チームの人たちが見られるようになっている。アベノミクスの中で医療情報の活用でも世界最先端に行くのだというのが掲げられていますが、その辺のインフラの仕組みを変えない限り、日本が他の国々に追いつくことは難しい。そのためには、全国に聖隷福祉事業団さんのような事業体をたくさん作る必要がある。

それから、土屋先生に追加の質問なのですが、先ほどのプレゼンテーションの中で、県の方の財務リテラシーは高くないというお話がありました。それを改革しようとすると、例えば、県の方の教育をすればいいのか。それとも専門家を直接採用する方がいいのか、私見で結構ですので教えてください。

土屋 私も系統的に勉強したわけではないのですが、特に癌研究会有明病院での経験から言うと、一般企業の財務をやった方を活用する方がよいと思いますね。というのは、県の方も国の方も、歳入、歳出で単年度会計しかやったことがないのです。例えば、物を買うときに、この先何年で償却するという感覚がない人ばかりなのです。それではいくら会計基準うんぬんといっても無理なわけです。そうすると、やはり病院経営のことを知らない人が県から来るより、民間企業で経理をやった方がよいと思います。

松山 ありがとうございます。山本先生にまた追加のコメントをいただきたいと思いません。私は過去3年間、約2万ある社会福祉法人の財務データのディスクロズを推進すべきということを主張して、今回の改正法案に盛り込まれました。私が知る限り、聖隷福祉事業団さんが最も詳細な財務諸表をホームページで公開している社会福祉法人だと思います。そういう意味で、財務リテラシーに関する事業団さんの自己評価、それに社会福祉法人業界全体の状況についてコメントをお願いします。

山本 社会福祉法人でしっかりした財務諸表を作っているのは、2万のうち4000法人程度だと思います。年に1回か2回、理事会を開くのか開かないのか、という状況の社会福祉法人もあります。ほとんどは財務諸表を作らない。税務署が入ったときだけびっくりするという状況だと思いますね。私どもの場合、損益については毎月、課長会などを通じて職員には必ず目に触れるようになっていきますし、年間の予算というのは機関紙で必ずコメントまで付けて明らかにしています。それから、外部監査も15年ぐらい前に導入しました。したがって、私どもにとって財務諸表公開は何も恐れることはありません。

松山 ありがとうございます。今のお話の続きですけれども、2010年秋に私が社会福祉法人の勉強を始めてびっくりしたのは、2万あるうち、1200の社会福祉法人の財務諸表を集めたら、3割ぐらいが貸借対照表の左と右が合っていないのです。そこで私は新語を作りました。アンバランスシートという言葉を政府の委員会で紹介したら、それがかなり普及したようです。しかし、最近再度社会福祉法人の財務諸表をサンプル調査したところ、いまだにアンバランスシートが残っている状況です。

そこで、森先生に追加コメントをお願いしたいと思います。今議論になった非営利法人の財務リテラシーの問題とか、海外の非営利法人会計制度等、本日お話しいただいたのですけれども、ここで何か追加のコメントがあればよろしく願いいたします。

森 まず、財務リテラシーの話ですが、まさに本日ご指摘いただいたとおりの認識を私も持っています。実際、私の友人で公認会計士であった者が、転職し神奈川県のある医療機関で財務担当をしています。一番の悩みは、組織の中での理解をどう得るかだということです。土屋先生のような通訳者がいればいいだろうと思うのですが、なかなか財務についての理解が得られない。特に、会計の目的が社会福祉法人の所轄庁への報告にあり、単年度ベースの予算と収支関連に焦点が当てられ過ぎていて、マネジメントのための会計財務ということがほとんど要求されてこなかった。それについての必要性というものがそのトップ、組織として理解されていないというところは非常に大きな問題点としてあると思います。

私自身も、もともと企業サイドから来た人間として、非常に驚きを持って非営利組織の会計財務諸表というものを見ています。恐らく、会計士であっても、社会福祉法人の財務諸表を見ても、その財務の状況はあまり把握できないと思います。最近、改善はされてきているものの、そういう状況は問題だと思います。

もう一つはやはり、組織規模の問題があると思います。年間の収益規模が5億円とか10億円とか、そういう法人が圧倒的に多い中で、財務の部分に人を配置するというのは経営判断としてなかなか難しい。それをどうやって組織としての規模を大きくしていくのか。あるいは、先ほどのホールディングスの話ともつながるとは思うのですが、そういう本部機能的なものをシェアしていく仕組みが必要なのではないか。

松山 ありがとうございます。今、おっしゃられた本部機能をシェアしていくというのは、実は今回の医療法改正の中の、地域医療連携推進法人の概念設計したときの基本的な考え方なのです。しかし、今回改正法の内容だと、ちょっとまだ弱い。機能がうまく働かないのではないかとということで、私の方から追加の提言させて頂いているしだいです。

以上