

- reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet*. 2002;359:995-1003.
74. Lindholm LH, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet*. 2002;359:1004-1010.
  75. Kasiske BL, et al. A meta-analysis of the effects of dietary protein restriction on the rate of decline in renal function. *Am J Kidney Dis*. 1998;31:954-961. 蛋白摂取量制限により腎機能悪化の進行がわずかに抑えられる。
  76. Pijls LT, et al. The effect of protein restriction on albuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized trial. *Nephrol Dial Transplant*. 1999;14:1445-1453.
  77. Wong MC, et al. Effects of treatments for symptoms of painful diabetic neuropathy: systematic review. *BMJ*. 2007;335:87.
  78. Stracke H, et al. Mexiletine in the treatment of diabetic neuropathy. *Diabetes Care*. 1992;15:1550-1555.
  79. Gilron I, et al. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *Lancet*. 2009;374:1252-1261.
  80. Max MB, et al. Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine on pain in diabetic neuropathy. *N Engl J Med*. 1992;326:1250-1256.
  81. Tahmouh AJ, et al. Cramp-fasciculation syndrome: a treatable hyperexcitable peripheral nerve disorder. *Neurology*. 1991;41:1021-1024.
  82. McQuay H, et al. Anticonvulsant drugs for management of pain: a systematic review. *BMJ*. 1995;311:1047-1052.
  83. Malmberg K, et al. Effects of metoprolol on mortality and late infarction in diabetics with suspected acute myocardial infarction. Retrospective data from two large studies. *Eur Heart J*. 1989;10:423-428.
  84. Patel A, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370:829-840.
  85. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA*. 2002;288:2981-2997. 少量サイアザイド系利尿薬の血清K, 中性脂肪, 尿酸値への影響はほとんどない。
  86. Rossebo AB, et al. Intensive lipid lowering with simvastatin and ezetimibe in aortic stenosis. *N Engl J Med*. 2008;359:1343-1356.
  87. Kastelein JJ, et al. Simvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med*. 2008;358:1431-1443.
  88. Fleg JL, et al. Effect of statins alone versus statins plus ezetimibe on carotid atherosclerosis in type 2 diabetes: the SANDS (Stop Atherosclerosis in Native Diabetics Study) trial. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:2198-2205.
  89. Pyorala K, et al. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care*. 1997;20:614-620.
  90. Collins R, et al. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2003;361:2005-2016.
  91. Rajpathak SN, et al. Statin therapy and risk of developing type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009;32:1924-1929. スタチン系薬剤は全般的に糖尿病のリスクを増加させない。
  92. Ooi TC, et al. Efficacy and safety of a new hydroxymethylglutaryl-coenzyme A reductase inhibitor, atorvastatin, in patients with combined hyperlipidemia: comparison with fenofibrate. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1997;17:1793-1799.
  93. Rubins HB, et al. Diabetes, plasma insulin, and cardiovascular disease: subgroup analysis from the Department of Veterans Affairs high-density lipoprotein intervention trial (VA-HIT). *Arch Intern Med*. 2002;162:2597-2604.
  94. Keech A, et al. Effects of long-term fenofibrate therapy on cardiovascular events in 9795 people with type 2 diabetes mellitus (the FIELD study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;366:1849-1861.
  95. Effect of fenofibrate on progression of coronary-artery disease in type 2 diabetes: the Diabetes Atherosclerosis Intervention Study, a randomised study. *Lancet*. 2001;357:905-910.
  96. Mita T, et al. Eicosapentaenoic acid reduces the progression of carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes. *Atherosclerosis*. 2007;191:162-167. 2型糖尿病で動脈硬化抑制が示唆された(臨床アウトカムは評価対象外)。

# 資料5

糖尿病による発癌リスク  
—日本人データのメタアナリシス

## 糖尿病による発癌リスクに関する 日本人データのメタアナリシス

Substantially Increased Risk of Cancer in Patients with Diabetes Mellitus  
A systematic review and meta-analysis of epidemiologic evidence in Japan

Hiroshi Noto, Keiichiro Osame, Takehiko Sasazuki, Mitsuhiro Noda

1

## 糖尿病と癌 メタアナリシス

- Clinical question: 糖尿病は発癌の危険因子か？
- 検索エンジン: PubMed, Cochrane Library, 医中誌
- キーワード: diabetes mellitus, cancer/neoplasm, risk factors/risk, Japan
- ヒット文献: 約900件 + 追加1件
- 絞り込み後: 20件 (うち4件は同一データベースの後付け解析のためメタアナリシスから除外)

3

## 糖尿病と癌

- 癌発症により血糖コントロール悪化
- 糖尿病により癌リスク増加報告: 全癌・膵臓・肝臓など
- メトホルミンによる癌抑制作用の可能性
- 日本の糖尿病患者の死亡の主因は癌
- 糖尿病予防・癌早期発見の重要性？
- 全癌のリスクのメタアナリシスなし

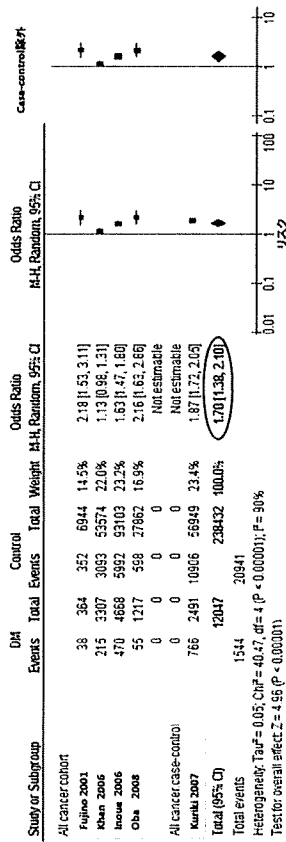
2

## 糖尿病と癌: メタアナリシス エビデンスの概要

リスク	減少	NS	増加
全癌			9
肝臓		1	11
膵臓		4	3
肺		4	2
胃	1	3	2
大腸		5	1
腎		5	1
リンパ腫		5	1
白血病		3	1
子宮体		2	3
子宮頸		2	1
歯肉		1	1
咽頭		1	1
食道		1	1
喉頭		1	1
皮膚		1	1

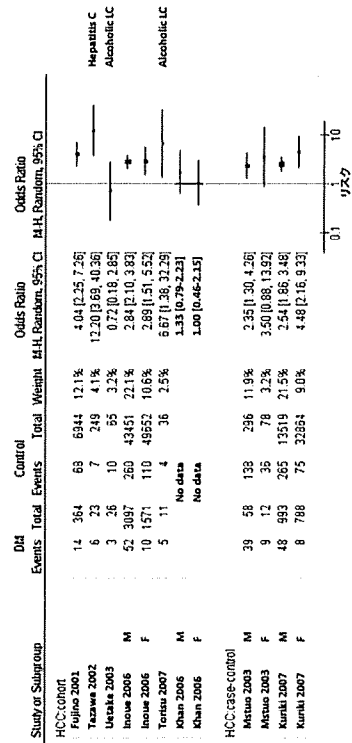
4

# 糖尿病と全癌 メタアナリシス



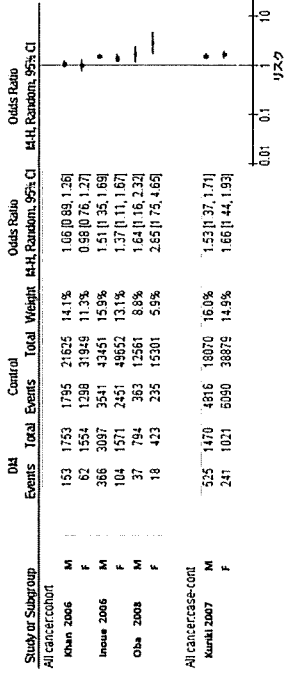
5

# 糖尿病と肝臓癌



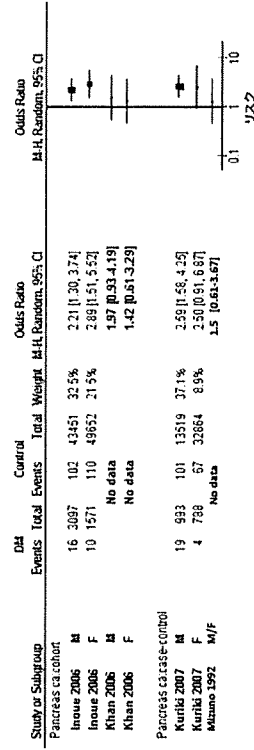
7

# 全癌 男女別



6

# 糖尿病と膵臓癌



8

# 資料6

平成20年度 第1回班会議

(2008年6月28日)

議事録

**平成20年度 厚生労働科学研究(笹月班)**  
**(糖尿病診療均てん化のための標準的診療マニュアル作成とその有効性の検証)**  
**第1回班会議**

日時：平成20年6月28日（土） 12：00～

会場：第一ホテル東京 アネックス 桜の間

（班会議の資料としては、野田による「4. 研究趣意について」についてのスライド資料のみ、議事録末尾資料として掲載した。）

## 1. 開会挨拶

（笹月）

私ども国立国際医療センターは、これまでは、ナショナルセンターとしての所掌事務は感染症を主としたものでありましたけれども、そこに新たに糖尿病というものがつけ加わって私どものミッションの1つということになりました。

それからもう1つ、肝炎というものも新たに加わりまして、明確なもので言えば感染症その他と言われますけれども、実際にはエイズも引き受けておりますので、エイズ、肝炎、これらは感染症の中にくくられると思いますが、それに新たに糖尿病も加わって、ナショナルセンターとしての役割を果たすという大きな節目を迎えたところであります。

その実現、実行ということに関して、このようなマニュアルの作成と、その有効性を検証するという、最も基幹となる班を立ち上げる、これは厚生労働省のいろいろなご指導のもとに、野田先生を中心としてスタートするということになったわけでありまして。

本日はお忙しいところ、あるいはお休みのところをお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。厚労省からも、生活習慣病対策室の山本様、それから森様、お2人の方においでいただいております、大変ありがとうございます。

文科省でもそうですし、厚労省でも、このような班ができますと、その成果というものがもちろん問われるわけですが、私は常に、こういう班をお引き受けしたからには、必ずきちんとした目に見える成果、アウトカムを世に提出するということを常に班員の方々にもお願いし、それから責任者としてもそれを目指して努力してまいりました。

ですから、今回も、これは本来、野田先生の班というべきものでありますが、私が当時の立場上、主任研究者ということをお引き受けいたしましたので、逆に、お引き受けした以上は必ず目的を達成すべく努力してまいりたいと思いますので、どうぞ、班員の先生方の絶大なるご協力をお願いしたいと思います。

糖尿病の標準化医療の確立、そしてそれが本当に実行されるようなパスの作成ということが本当に国の目指す糖尿病対策の根幹でありますので、ぜひお知恵をそれぞれの先生方が出していただいて、この班の成果が何も糖尿病1つではなくて、他の疾患のモデルになるような、そういうものをぜひ世に出したいと思いますので、どうぞ、よろしくお願いいたします。

どうもありがとうございました。

## 2. ご出席者紹介

略

## 3. わが国の糖尿病対策に関するこれまでの経緯と展望

(笹月)

それでは、ただいまより班会議、議事をスタートしたいと思います。まず最初に厚生労働省生活習慣病対策室室長補佐の山本先生に、「わが国の糖尿病対策に関するこれまでの経緯と展望」ということについて、ご報告をお願いいたします。

(山本室長補佐)

今、笹月名誉総長からお話いただきましたように、昨年度、一昨年度でわが国の糖尿病に対する施策というのは非常に大きく動いてきております。本日は、その概要を説明させていただきます。

医療制度改革の一環として、1つは特定健診・保健指導の導入による予防対策の充実がなされたこと。もう1つは、都道府県医療計画において、糖尿病についても都道府県単位で医療体制を構築することとなったこと。その2点が大きい改正だと考えております。

それでは、背景事情を含めてご説明をさせていただきます。

まず、医療費で見ますと、糖尿病関連医療費が約2兆円であります。これは主病名で見ていることには留意が必要ですが、いずれにしても、この割合が最近増加していることが大きい課題だと思っております。死因としては、糖尿病が主病としてはあらわれにくいものですが、脳血管疾患や心疾患と当然関係してくる部分もございまして、糖尿病対策というのは、医療費の面からも非常に重要だと思っております。

糖尿病と予備群の数については、健康・栄養調査によるとHbA1cが6.1を超える人が、大体820万人。5.6を超えるであろう人たちが1,050万人と推計されています。これが、過去、右肩上がりでふえてきているという状況にあります。また、これに伴いまして人工透析や失明等々がふえてきています。今後は、糖尿病の発症または重症化による合併症を予防するというのが大きなテーマであるといえます。

対策の方向性について概略を示しております。生活習慣病発症のベースにはやはり不適切な生活習慣があり、そして病気を発症する前段階、糖尿病を発症した段階、人工透析や失明に至った段階という流れの中で、どういう対策がとれるかというのが下の赤い部分になっております。当然ライフスタイルが関係していますので、適切な生活習慣に関する普及・啓発活動がベースにあると考えております。

そして、健診で早期に糖尿病の人を発見し、医療機関の受診につないでいくというのも1つ重要な施策だと思っております。また、今回、新たに特定保健指導が始まりますがこれは、糖尿病を発症する前の状態で、ハイリスクの人たちに対して保健指導をして介入をすることによって、発症を抑えていくという取り組みがあります。そして、今回の研究班に最も関係する事項として、糖尿病の発症後、合併症へ移行しないよう医療体制の構築があります。

予防に関して、特定健康診査・特定保健指導について簡単に紹介させていただきます。健診・保健指導制度は従来もありました。今回の新たな取り組みでは、実施主体が市町村から医療保険

者に変更となり、早期発見・早期治療を主な目的としていたものを、保健指導により生活習慣の改善を促し、糖尿病や脳卒中、心筋梗塞の発症を予防して行くことに主眼を置いております。

先ほどポピュレーションアプローチの話がございましたけれども、やはり医療保険者が健診・保健指導を実施し、市町村でもポピュレーションアプローチ、がん検診等を行いながら両者が連携するようにし、さらに、都道府県でコーディネートした上で国民の健康増進を図るということになっております。

一方、医療の話として、医療計画の話が出てまいります。医療計画では、4つの疾病、5つの事業について、都道府県が医療体制を組むことに定められました。今回、がん、脳卒中、心筋梗塞に加えて、糖尿病がここに入ったというのが、1つ大きなポイントであります。

糖尿病の医療提供体制を考える上で、糖尿病については、患者数が何千万人という状況ですので、診療所と専門医療機関の連携、合併症を発症に対応できる医療機関との連携が必要だと思っています。その際、診療所等で良好なコントロールをしていただくというのが大前提だと思うのですが、血糖コントロールが難しい方については、専門的な治療をできる医療機関を紹介し、コントロールをしっかり行い、診療所に逆紹介を行う流れが重要であると思っています。当然ですが、網膜症や腎症等が出てくれば、そういう治療ができる機関と連携する必要がある。また、連携と言いつつも、専門治療を行う医療機関と透析を行う医療機関が同じ場合もありますので、1つの機関で行うことは当然あると考えています。

その上で、本日のテーマも関連してまいりますけれども、クリティカルパスや都道府県での医療体制の均てん化など、適切な医療が提供できるような体制を構築することが重要であります。

以上であります。

#### 4. 研究趣意について（末尾資料参照）

（笹月）

それでは、続きまして野田先生に、本研究の趣旨についてお話をいただきたいと思っております。

（野田）

それでは、主任研究者の笹月先生になりかわりまして、本研究の趣旨といたしますか趣意についてお話しさせていただきます。

本日、第1回目の班会議ということで、まず、この研究の趣旨を、共通の理解を持っていただくことが必要なのではないかと思っておりますので、ご説明申し上げます。

歴史を振り返ると「健康フロンティア戦略」というものがあり、安倍内閣のときに「健康フロンティア戦略」を上書きする形で「新健康フロンティア戦略」というものをつくろうとされました。

平成18年、今から2年前の新健康フロンティア戦略賢人会議には黒川清先生は座長として、また春日雅人先生も参加されておられ、そのときに私も厚生労働省にて非公式にヒアリングを受けたことがあります。

そこで私が申し上げたのは、糖尿病に関して、このままでは将来このようになりますよ、合併症はふえますよということです。これは何とかしなければならぬ、健康寿命の延伸と医療



費の適正化を目指して頑張らないといけないのではないかということです。

心筋梗塞、脳卒中、それから網膜症、腎症ですね。こういう合併症が非常にふえている。透析中の患者さんは、おそらく、一、二年後には糖尿病腎症からのかたが一番多くなる可能性があるのではないかと思います。透析には1人年間500万円ぐらいかかりますので、全体で1.2兆円ぐらいかかっており、そのうちの30%超、おそらく今だともう既に40%弱ぐらいになっているかもしれませんが、糖尿病によるということです。

世界と比較して慢性透析をしている人は、日本が絶対数で言うて2番目に多い。これは日本の医療のよい面かとも考えられますが、世界的にみても透析患者の5人に1人は日本の透析患者です。1位はアメリカですが、アメリカは人口が多いので、人口密度的に言うと日本が断トツに多いということでもあります。

糖尿病性網膜症に関しても、中途失明の原因の2位ですが、平成17年度の難治性疾患克服研究事業では、25%の緑内障と21%の糖尿病性網膜症とあります。また、糖尿病では一般に平均余命も短いですし、がんの発症が多いということもあります。この図は、糖尿病等の合併症と各危険因子との関係を示したものです。

これに対して、いろいろな方策があると思いますが、介入によって糖尿病の発症の一次予防ができるであろうと思います。また、戦略研究の課題3、すなわちJ-D O I T 3でやっていますように、強力な介入によって大血管症のイベントが減るだろうと考えています。それから、介入により細小血管症が減るというのももう既にわかっていることでもあります。

この図は糖尿病予防のための戦略研究に関するものですが、厚生労働省からファンドを国際協力医学研究振興財団が受けまして、この3つの課題を引き受け、発症予防、受診からの脱落の防止、それから大血管症の進展抑制というテーマに取り組んでおります。特に、こちらにご出席の多くの先生方に、J-D O I T 3では非常にお世話になっております。

今、この班研究を進めているわけですが、新健康フロンティア戦略が出て、そのまとめとして平成19年12月27日、昨年の27日に「糖尿病等の生活習慣病対策の推進について」（中間取りまとめ）という報告が出ました。その内容は、先ほど山本先生からお話がありましたわけですが、新健康フロンティア戦略から、糖尿病等の生活習慣病対策の推進方策（概念図）が出ており、その中に「国立国際医療センター：糖尿病の本態解明や革新的診断・治療法開発、普及」と記載されております。

このような経緯の中で、私どもが糖尿病の対策に向かってどのようなことをしていったらよいかを考えるべく、昨年度に厚生労働科学特別研究により、我が国の糖尿病診療体制の構築に関する研究というものを行わせていただき、今、ご出席の先生方の何人かの方々にはそちらの班員もお引き受けいただきました。

そこでは、地域診療連携・情報発信と地域の体制や、EBMの構築と地域の体制などについて議論いたしました。また、情報発信に関する他組織との連携についても話し合いまして、それらを盛り込んだ、研究報告書が現在ほぼでき上がっております。研究に参加してくださった方々にもう1度お目通しいただいて、完成されたものにしようと思っております。

これについては、がん拠点病院と同じような形もあり得るかもしれませんが、予備群を含めて約2,000万人ということになりますと、がんの専門病院と違いまして、糖尿病を扱っている病院は非常に多いわけでありまして、したがって、私は、各県1つではなかなか糖尿病の拠

点化は進まないのではないかと思います、さらに多くの医療機関等との関係を構築しながら、また、多すぎてもよくありませんので、ブロック中核病院のようなものを置くのがよいのではないかとというようなことを、そのとき発言しております。

また、この国立国際医療センターの役割としまして、特別研究の以前からではありますが、治療法開発、普及、革新的診断、本態解明などを行っていく体制を、構築していくことが必要だろうと考えておりました。この図のように、臨床研究や研修、情報発信、それから新しい治療法の開発ですね。これは随分前から私の頭の中にあったことでありますけれども、それらを受けてこの研究、すなわち「糖尿病診療均てん化のための標準的診療マニュアル作成とその有効性の検証」へと、さらに続いてきているものと理解しています。

さきほどの「糖尿病等の生活習慣病対策の推進について」という報告が出まして、それから厚生労働科学特別研究をさせていただいて、平成20年度からこの研究が始まったわけですが、それとほぼ時期を同じくして、平成20年度から当国立国際医療センターにおきまして、糖尿病情報センター事業というものを行わせていただくことになりました。これもご説明しておくべきかと思えます。

当センターは、糖尿病情報センター事業と、それからもう1つ糖尿病医療従事者研修事業というものを付託されましたが、これら全体を仮に広義の糖尿病情報センター事業と呼ぶといたしますと、糖尿病情報センター事業は、私が考えるには、病院情報、患者情報という一次情報と、論文情報という二次情報を扱い、例えば病院情報ならインターネット等を通して一般に公開して、どこに糖尿病の専門家がいるかとか、あるいはどこに糖尿病の透析が得意な病院があるのかとか、そのようなことを患者さんがわかりやすいようにしていくことになろうかと思えます。

それから患者情報、これは一次情報であります、これを集約・解析しまして、その結果をまた発信することで、新しい治療法につなげていくなど、広い意味で臨床研究が行えるものと考えております。

それから、既に世の中でパブリッシュされている論文を、そのまま発信する場合もあるかもしれませんが、システムティックレビューといいますか、場合によってはメタ解析のようなことをして、エビデンスを世の中に広くわかるような形にしていくというようなこともあろうかと思えます。

もう1つ、この下の医療従事者研修事業というのは、医療従事者研修によってチーム医療としてのスキルアップを図り、地域医療連携につなげていくものです。専門の先生方、あるいはそれに近いような先生方、それから一緒に働いていらっしゃるコメディカルの方々のスキルアップを図り、糖尿病に関する地域医療連携につなげていこうということでもあります。

そうしますと、この広義の糖尿病情報センター事業は、先ほど私がここに書いておりました図の、この3つの分野を担っていくことになるのかと思っております。

そうすると、この糖尿病情報センター事業との関係における笹月班研究の位置づけとしましては、「糖尿病診療均てん化のための標準的診療マニュアル作成とその有効性の検証」でありますので、ここに臨床研究の結果と論文情報から診療マニュアルを作成し、それを、マニュアルを用いた地域医療連携や医療従事者研修につなげていこうということかと思えます。したがって、笹月班研究は、この事業の中核部分を担っていくことになろうかと思えます。

両方の関係をまた別に整理してみますと、ハード面としては、糖尿病情報センター事業、それから各研修事業がありまして、ソフト面では、この笹月班が密接にリンクしながら、そしてまた病院での患者登録等を行っていきといたしまして、リンクしながら診療マニュアルの作成を行い、地域医療連携あるいは研修へとつなげていくという形になるのではないかと思います。

本研究の研究計画を作成するときに描いた2つの図についてもご説明したいと思います。

確かに、現在、科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドラインや、それを簡略化した形の糖尿病治療ガイドはありますが、それ1冊あれば診療ができるかというところでもなく、例えば、有効であればどの経口薬を使ってもいいといった、やや具体性に欠ける記述になっております。

もちろんこれらは非常に重要なものではありませんが、もっとコンピュータソフトの操作ガイドのようなものも必要ではないかと考えています。一般クリニックにおける診療マニュアル、専門外来における診療マニュアル、拠点病院、これは入院を想定していますけど、その診療マニュアルなど。ただし、各々の中だけで閉じるのではなく、どうなったらクリニックに戻すとか、どうなったら専門外来に紹介するか、とかなど、パラレルに相互乗り入れするような、全体がマニュアルになっているものが必要でしょう。非常に難しいかとは思いますが、わかりやすく実用的な、フィージビリティのあるものをということです。これは、もちろん、先ほど申し上げました糖尿病の診療ガイドラインと密接に、また内容的にも両立すると言いますか、その応用的エッセンスのようなものになろうかと思います。もちろん、このマニュアルあるいはガイドをつくるにはエビデンスが必要です。エビデンスにもとづいたガイドラインやマニュアルになる。ただ、エビデンスといいますが、私自身ガイドライン作成に参加してわかるのは、かなり国外からのものが多い。もちろん、国外のものであっても適用できないわけではないですけど、日本人特有の部分もありますので、そういうエビデンスを構築していく必要がある。そのためにはデータが必要ですし、データベースも必要です。データベースからデータ解析をしてエビデンスが導かれる。

かつ、もちろん全部というわけではありませんが、各病院からデータをちょうだいして、それをデータベース化し、解析を行って、エビデンスを臨床現場に戻すという循環型の仕組みができたらいいなと思ひ、研究計画書を書かせていただいたわけです。

地域連携パスは、マニュアル自体がそのようなものとなるということを考えています。これが、研究計画書に書きました本研究の流れの概要図ですが、エビデンスを収集し、また臨床データを収集・蓄積してそこから病態に関する臨床指標、例えば使用する薬剤をHOMA-Rの状況によって選択するなど、現在は経験的に行っていることについて、しっかりと日本人において検証していく必要があるだろうと考えております。

そこで、臨床エビデンスの創出ですね。先の臨床指標を用いて、データからエビデンスを得られます。そして、そのために臨床研究支援体制の整備が必要だろうと思ひます。J-DOI T3を行って、これを推進する立場の国際協力医学研究振興財団のプロジェクト推進部からも研究協力者として本日お2人に来ていただいておりますが、私を含め、皆、非常に苦労しておりますし、今もしております。

そういうことで、この臨床研究支援体制が必要です。それから、エビデンスからガイドライン診療を具体化するための実用的糖尿病診療マニュアルを作成していき、これを用いた臨床研修を行って行って、この研究班としては、最終的には作成したマニュアルを用いた、あるいは

臨床研修システムを用いた診療の有効性を、まず施設で検証して、さらに地域における有効性の検証をしていければいいと考えております。

ただし、笹月先生の研究期間は2年であり、その期間内ではなかなか難しいのではないかと思いますので、次の研究計画が通れば5年ぐらいでこれをしていければいいと思っています。

したがって、まず最初の2年と残りの3年を見据えて、その実現のために、このようなメンバーでやっていけるのではないかと、ということで、研究へのご参画を打診させていただきました。笹月先生のこの研究に、分担研究者として私は参加させていただき、先生方も参加していただきたいという思いです。

以上です。

#### (笹月)

野田先生、どうもありがとうございました。

一番大事なマニュアルづくりということで、ガイドラインはもう学会で立派なものがつくられております。野田先生もそれに参画されておりますので、拠点病院、専門外来、それから一般のクリニックという3つの病院のカテゴリが示されております。

私から見ると、このマニュアルで一番大事なものは、一番フロントにいる一般クリニック、一般の開業医の方々のためのマニュアルということだと思います。

よくマニュアルづくりのときに、これはジョークですが、例えば私の経験で言いますと、臓器移植のときのHLAの役割みたいなものがかつて非常に問題になったときに、HLAというのは非常にわかりにくいので、HLAと臓器移植、拒絶反応の関係を、何か第一線の臨床家にわかるようなマニュアルというか、簡単な解説本をつくってほしいと言われて、ある人が、こともあろうにそのタイトルを「サルでもわかるHLA」とつけて大変ひんしゅくをかかったということがありました(笑)。タイトルは悪かったのですが、それは第一線の現場の人が手にすれば本当にわかるものをつくるという精神だったと思うのです。ですから、今回のアウトカムの大事なところは、最初に患者が接する第一線の医師、その人たちにとってのマニュアルということだと思います。

エビデンスに基づいたものにとすると、もちろん研究を含めたものもありますが、情報の収集、それからそのプロセッシングというところが非常に大事です。

ところが、そのプロセッシングというのをどのように具現化するのか、やるのか。国際医療センターがお引き受けしている糖尿病対策の事業の一環としてもそれをやらなければいけないのですが、この班としての取り組み方というの、野田先生、ご説明いただければと思います。

#### (野田)

まず最初に、そのマニュアルをつくるのは中期的な大目標で、そのためにデータをある程度蓄積する必要があると思います。例えば日本の患者さんのHbA1cの平均値は幾らか、とかいうことがいろいろな研究で出ています。曾根先生とも電話でお話ししまして、JDDMやJDCスタディの苦労話をお聞きしました。

お手元にJDCP、JDDM、それからJDCスタディの登録票があるかと思います。これらは、小林正先生のご許可を得まして配付させていただいておりますが、なかなか記入するの

が大変だなという感じのするものが多いですね。曾根先生のご意見としては、曾根先生が3つのスタディの登録のところに直接かかわっておられる中で、JDCSは少し古いかなどということをおっしゃっていましたし、また専門病院中心で、人数は今フォロー中の人が2,000人前後だったと思います。JDPCは登録に非常に力を入れ、促進策をあらゆる機会に行っていますが、まだなかなか登録が進んでいないというふうに伺っています。私どもも登録促進のお手紙をちょうだいしております。

それからJDDMは、曾根先生からのメールにもありますが、強力なサポート体制があつて、そのためもあり進んでいるということかもしれません。

詳細な登録を必須とすると、回収率との兼ね合いで研究の質が下がる危険性もあります。かといって常識的な項目に絞ると、エビデンスのすき間を埋めていくのはなかなか困難です。したがって、漠然と手元の患者を登録するというより、テーマ別に絞るとかが必要なのではないか、またイベントのフォローはどうするか、など、これらは本日ご欠席ですがメールでちょうだいいたしました曾根先生のご意見ですが、なかなかこれは難しいところがありまして、どういう施設に参加していただくか、現実問題としてデータをキャプチャーしてそこから解析を経てエビデンスのすき間をどう埋めていくかなど、なかなか難しいと思っているところです。

かつ、キャプチャーしたものを埋める先は、データセンター事業として、ハードとしては確保されていますが、どういうふうに入れていくか。一番大事なのは、どういうフォーマットでデータを入れていくかということとして、それを決める作業がまず最初に行うべきことだろうと思います。これが決まれば、来年度にかけてではあるでしょうが、いろいろな施設からデータをちょうだいするというような形になるのではないかと思います。

(笹月)

ありがとうございました。もしどなたか、ほかにご質問があればお願いいたしますが、時間も少しおしておりますので、この一番根幹になる話については後で随時議論したいと思います。

## 5. 糖尿病に関する地域連携パスの例

(笹月)

続きまして、「糖尿病に関する地域連携パスの例」ということで、高橋先生、お願いいたします。

(高橋)

国際医療センターの高橋と申します。地域連携パスの例ということですが、残念ながらまだ稼働するまでには至っておりませんで、現在、新宿区医師会の会員あるいは区内の病院との討論において検討中の試案の現状についてということで、簡単にご報告させていただきたいと思っております。

連携パスは、先ほど来からお話がございますように、病院と診療所がお互いの役割分担を明確にして、患者さんの紹介、逆紹介を行って、継続的なサービスを行うということだと思っておりますけれども、新宿区内は、大学病院も、女子医大、東京医大、慶應、あるいは基幹病院その他、当院や社会保険中央総合病院、厚生年金等、非常に複数の基幹病院がありまして、さらに診療所のレベルも、糖尿病を専門として1型糖尿病でもどんどん診ますという先生方もいれば、糖

尿病はちょっとという先生方もいらっしゃいます。

そういった、非常に多様な区内の医療機関の中で、共通の書式によってお互いに情報提供を行い、サービスを提供していくということを考えておきまして、その中で、既に稼働しているようなほかの地域の連携パスを参考にしながら現在検討中なのですが、そういういろいろなレベルの先生方、あるいは各病院もいろいろな固有の機能、固有のサービス、これが得意だということを持っている以上、なかなかすべてを完全に標準化するというふうなところまでを考えますと、すぐに稼働するのはなかなか難しだろうというふうに考えておきまして、この案としましては、各病院の固有の機能ですとか、医師会の先生方の裁量というのを尊重しつつ考えていくことにしています。

もちろん各基幹病院は、当たり前ですが、どのようなサービスを提供するのか、院内パスその他ですね。どのような機能を患者さん、あるいは医師会会員に対して提供できるかという情報公開を行って、その中で患者さんと診療所の先生方がどこの病院を選ぶかといったことを決定する。ですから、新宿区内のどここの地域だったらどここの病院とかそういうことは考えないで、情報公開の中でそれぞれ決定していくといったことを一応考えて、3月ぐらいから提案して、いろいろなご批判をいただいているところでございます。

連携における役割分担といいますのは、これはいろいろな教科書的なものを書いてありますのと同様で、専門的病院と診療所の役割分担ということであり、専門的病院に関してはもちろん入院適用ということもございしますが、入院にこだわらず、診療所で提供できない、提供がなかなか難しい管理栄養士による食事指導あるいはフットケアとか、そういった専門的な指導あるいは合併症の精査のためには特定の機器が必要であるとか、外来診療レベルで可能なサービスも含めて、専門的病院に適宜紹介する。診療所では、定期的な投薬ですとか検査あるいは生活指導を継続していただくということですが、診療所における治療に関して、パスによっては退院時の治療をそのまま継続し、診療所では原則として治療内容を変えないといったパスをつくっておられるところもありますが、先ほど申したような事情で、個々の先生方の裁量を尊重しつつ継続的にケアをしていく。それを、診療所の役割というふうに考えております。

全体の流れといいますか、最終的には、具体的に連携パスの利用の手引きみたいなものを作成しようと思っておりますが、これは全く手がついておりません。お手元の資料の後ろのほうには、医師会内の共通の診療情報の提供書ですとか、医師会内共通医療者用パスのサンプルを一応おつけしております。

医師会の先生方は、病院ごとに情報提供書のスタイルが違っては困るとおっしゃっております。これは当たり前でございまして、病院によっては予約受診を認めるところもありますし、予約受診のシステムもいろいろでございしますので、あらかじめ保険証の情報を書いたりとか、あるいはあえて予約受診でなくても、とりあえず紹介状を持って行きなさいよという先生方もいらっしゃいますので、どちらでもいいような情報提供書のサンプルを後ろのほうにつけてございます。

その情報提供書によって、紹介された専門病院を受診するわけです。先ほどから、連携パスにおけるガイドラインといいますか、診療マニュアルの作成というお話が出ておりますけれども、なかなかそれぞれの大学病院、基幹病院、その他市中病院で、治療方針で多少お考えも違うことがあると思いますので、今のところ、基本的には糖尿病診療ガイドラインあるいは糖尿

病学会が出しております糖尿病治療ガイドの最新バージョンに準拠した治療方針に沿った検査・治療をしていただいております。ただ、各病院固有で院内パス等をつくっていらっしゃる場所もあると思いますので、それは各病院固有の機能としてオーケーというふうに考えたらいかがかなと思っています。

逆紹介時に患者用パスシートというのを患者さんにお配りして——これは、まだサンプルを私もつくってごさいませんが、各病院においていろいろな、それぞれの病院固有の機能として検査結果を患者さんに説明したりということがございませうから、それは各病院のスタイルでよかろうと思っています。ただ、患者用パスシートにおいては、今後、診療所でどのようなフォローアップを受けるのかというスケジュール、それだけは必ずつけていただくことにしています。ですから、最低限、この要件は入れてくださいというような患者用パスシートを各病院でつくっていただけたらいかがかなと考えています。

ただ、医療者用のパスシートに関しては、医師会内で共通にさせていただいて、逆紹介時に、退院もしくは外来、精査終了時における情報と、それから診療所の経過の記入を共通の書式でやったらいかがかなと思います。後で、もう一度、医療者用パスシートについてはお話しいたしますが、そういったことを考えております。

適時、クリニックのフォローの中で、定期的あるいは必要時に、また専門病院に逆紹介をする等のネットワークをつくって、患者さんがドロップアウトしないような継続的ケアというイメージを考えております。

では具体的に、どのような患者をパスの対象にするのか、病院紹介のタイミングということですが、これもなかなか、個々のドクターによって考え方が違うかと思えます。治療を急ぐ血糖値その他ですね。それから、最初から教育入院で、入院で教育がよいと主治医が判断したり。あとは、糖尿病治療ガイドの中には、専門医に紹介するタイミングということが具体的に書いてございませうので、それを参考にさせていただく。そういったことで、将来的に連携パス利用の手引きに具体的に、こういった方をパスの対象にしましょうという目安をおよそ提示するのがよろしいかと思えますが、今のところは、とにかく診療所の先生方が参画していただかないと話になりませうので、診療所の主治医の判断を優先しようかなと考えております。

逆に、診療所に逆紹介するということに関しましては、原則的には紹介元に逆紹介する。では、紹介元に逆紹介可能なレベルとはどのような管理レベルかということですが、これも先生方や患者さんの年齢その他病状によって全く違うと思えます。ここはあくまで目安で書いていただけです。これも、診療の先生方の受け入れもございませう。例えばインスリンを導入した患者だと自分は難しいといったこともございませうので、あくまでもおよその目安ということを考えております。

特に、調べてみたら実は合併症が高度であった、入院して1型糖尿病と診断されたなど、そういう、一般的に管理が難しい患者に関して紹介元に逆紹介するかというと、これはやはり紹介元の先生方の診療レベルというものもございませうので、ここら辺を病院管理にする、あるいは糖尿病、腎臓病専門の先生の診療所への紹介を管理するかどうか、ここら辺も医師会の先生方にいろいろご意見をいただかないと、連携パスに参加している先生たちで、糖尿病を専門としている先生たちだけがいっぱい逆紹介してもらえとか、そういうイメージを抱く先生もあるというふうに、よそのパスの話で伺っていますので、やはり医師会の先生方に不公平感が生

じないといえますか、そういう配慮といえますか、一応、原則的に逆紹介するわけですがけれども、たまたま難しい患者さんについてどうするかということを考えなければいけないのかなと思っております。ただ、そこまで具体的に医師会の先生に伺ってはおりません。

病院再受診のタイミングについてですが、患者さんによっては近所の先生がいいとおっしゃる方もいれば、大病院のほうが安心だというかたもいらっしゃるわけで、逆紹介してから、もう二度と病院を受けられない、自分は見捨てられるのかという話がよく起こるわけですね。ですから、現在、パスを稼働していらっしゃる、例えば国立病院機構ですと横浜医療センターですとか、幾つかの病院では大体3カ月に1回ぐらい病院受診をするようなスケジュールを、患者さん用のパスシートにつけて、対応されていらっしゃるようです。ただ、これも病院とか診療所の先生のレベルによっていろいろ違うと思います。ですから、およそ3カ月かなという目安ですね。そういうことを検討しなければいけないかなと思っております。

では、病院受診時に何をするのかということですね。これもいろいろ考えられるかと思いますが、例えば診療所の先生方がフォローアップしていく中で、やはり食事がうまくいかないから、病院を受診してもう1回管理栄養士の栄養指導を追加してほしいといったことを、医療者用のパスシートに連絡事項としてつけていただいたら、病院はそのニーズにこたえる。そういったことを考えて、診療所と病院担当医とのお互いの意思疎通がうまくいき、必要なサービスが受けられるような形のことを考えたい。

ただ、先ほど申し上げましたように、診療所の先生方が参加しやすいといえますか、診療所の先生方にとって使い勝手のいいパスでないとなかなか始まらないだろうということですので、お話ししましたように、実際、退院してみたけれどもコントロールが不安定じゃないとか、インスリン注射ができていたのにちゃんとできていないようだとか、そういうことがあったら随時病院のほうで対応するような形で、考えていかなければいけないのかなと思っています。

スライドがちょっと見にくいので、資料の一番最後に、医療者用パスシートをA4判で1ページにしておつけしてあります。これは全くのサンプルでございますが、1枚のシートで12回の診療所受診、即ち月1回でしたら1年分の経過が書けるものです。糖尿病の療養手帳ですね、あれとほぼ同じものとしてつくってございますけれども、1枚のシートで逆紹介時の患者さんの状態ですとか処方、それから特に到達目標、あとは自己血糖測定をやっているかやっていないか、やっているとしたら機器は何かとか、そういった項目もつくってございます。

特に、経過観察の要点という欄をつくったのは、この最後にお話しします医師会の先生方が、単に検査の結果の羅列とかそういうことではなくて、実際、この人には何をしたらいいのかということを一発でわかるようにしてほしいという意見がありまして、このようにメモ欄的なものをたくさんつくったわけです。

検査項目は、既に稼働中のパスでは、脂質など多くの検査の数値を書くような欄をつくっているパスもございますが、やはり診療所の先生方は、カルテと別に同じ検査結果を書くのは面倒くさいとおっしゃっております。ですから、本当に必要最低限の検査項目あるいは血圧と体重を書いて、指導内容に関しても、診療所の先生方が自由に項目を設定して、自分はこれを指導しましたとか、あるいは自分はこの検査をずっとフォローしましたという、そういう診療所の先生方の裁量が効くような形にして書いてございます。



あと、眼科のフォローアップに関しまして、眼科をこういう連携パスのネットワークに入れるか入れないかということがあるかと思います。何も病院の眼科でフォローアップする必要はないわけですし、地域の眼科の先生がフォローアップして、例の糖尿病、がん手帳とかのようにやればいいわけですが、なかなか、眼科をネットに入れる、入れないというのを明確に書いているパスが、ちょっとほかの地域には少ない状況です。島根県の浜田圏域地域連携パスというのには、眼科を入れますよとネットで書かれているのですが、なかなかそういうものがないもので、眼科の先生方の参画というのは、ちょっと今後の検討課題かなと思います。

最後に、3回程度、実際の現場の先生方にこういったシートをお見せして、どうですかという話を聞いて、そこで上がった意見をご報告して終わりたいと思います。先ほど申し上げました検査結果を書くだけでも大変なため、パスを継続するというモチベーションが上がりにくいとの意見が診療所の先生からありました。ですから、何を指導したかなどの経過とかが必要ではないかと考えております。

それから、これは大変鋭い意見だなと思ったのは、患者さんの本音を知りたいというものがありません。つまり、従来のパスでは、本当に検査などの経過を羅列して、指導した項目などをチェックするわけですが、患者さんが診療で言わなかった本音を教えてほしいということでございまして、入院中におけるエピソードなど、例えば黙って隠れ食いをするとか、お医者さんの前ではいい子にしているけれども看護師には本音を言うなど、そういうことはよくございますですね。そういったところを、ぜひ診療所の医者にも伝えてほしいというものです。

それから、逆に患者さんが入院によってこういうことが進歩しましたよ、いいことがあったのですよと、そういうことも診療所の先生に伝わるようにしてほしいというのがございました。ですから、先ほど出したパスシートにかなりメモ欄を多用していて、単純なチェックだけではないような格好を今のところ考えております。

それから、パスシートのバックアップをどうするのですかと。例えば病院受診時に患者さんに医療者用パスシートを持たせてしまうと、紛失したらどうしてくれるのだと。これは、自分たちでバックアップとらざるを得ないから、ちょっと面倒だなと、そういう意見もございました。

あと、これもなかなか鋭いといえますか、厳しいご意見だったのですが、今、ちょうど特定保健指導で、東京都医師会が、これは保健医療科学院の配っている指導に準拠したメッツ／時を何エクササイズという、それであなただけは何エクササイズしましょうねといった指導や、食事を1日何カロリー抑えて、トータル1日当たり200キロカロリー、300キロカロリー減らせば、何か月でどれくらい減量しますよといった指導を、今、特定保健指導で考えていらっしゃるわけですね。それに整合するような運動指導等の生活習慣指導を、医療者用パスシートにも反映せよとの意見があります。これは、なかなか鋭い意見で、確かにそうかなと思います。そうしたほうが、医師会のいろいろな先生方が共通の指導をしやすくなるのかも知れません。そういった意見が出されまして、これらを考慮して、さらに少し検討して、実際の稼働に向けて討論を重ねたいと思っております。

以上でございます。

## 6. ご討議

(笹月)

高橋先生、ありがとうございました。

先ほどの野田先生のマニュアルづくり、それから今の高橋先生の地域連携パスの構築、この2つが柱となるわけで、これをしっかり議論して、先生方のご意見を拝聴したいと思います。野田先生、このディスカッションの司会をお願いいたします。

### (1) 標準化された臨床データの収集・蓄積システムについて

(野田)

本日、第1回の会議ということで、今後どういうふうにしていくかということがメインのテーマになると思うのですけれども、討議項目として1から5を挙げさせていただいています。1番目、標準化された臨床データの収集・蓄積システムについてですが、先生方はおそらくいろいろな患者登録研究に参加されていらっしゃると思いますが、そこで具体的にどういうものをつくったら、実効性があって、かつきちんとした登録もできるのか、それを両立するのはなかなか難しいと思うのですが、いかがでしょうか。JDCスタディのものも書くだけで大変という面がありましたけれども、ほかのものもなかなか大変という面はありますね。

(相澤)

結局、データを集めるわけですが、どのぐらいのスパンで何を明らかにしようとするかというアウトカムというか、出口を定めることによって、そのために何が必要であろうかということがわかってくるのではないかと思いますよね。ですから、今、曾根先生の資料にありましたような、もちろんこれはこれで大事だと思いますけれども、こういうふうに網羅的に行けば、おそらく相当細かな、あるいは相当たくさん、今までに得られているエビデンスのすき間を埋めるようなものが多分できると思いますけれども、それをすべてというか、かなり網羅しようとする、書くほうは「書けないよ、あんなの」ということになる。だから、ここにお集まりの先生方、野田先生を中心に、ねらいを絞って、クリアにしたいことを幾つか設定なさって。そうしたら、nは幾つぐらいあってどうだから何年間でこのぐらい起こるだろう、そうしたら、これとこれとこれはミニマムである、大胆にそれ以外のことはこの際ちょっと置きましょうというふうにする、集まりやすくはあると思うのです。ただ、そうすると、こういう網羅的に何から何までみな書いてあるのに比べると見劣りするから、野田先生とはしては嫌かもしれませんが、プラクティカルなことを言いますと、そうではないかと思うのです。それで落とすところを定めていくと、こっちの端っこにもこっちの端っこにも行かないようなところはどこかというのを探していくという作業になるのではないのでしょうか。

(野田)

今、相澤先生のお話を聞いて思ったのですが、結局、使う人が測定しない指標は、項目中に含まれていても臨床では使えないですよね。例えば、インスリンの値がわかれば、それをみて経口薬の種類や量を設定するということはできるかもしれませんが、普通、一般診療でインスリンまで測定している人はいないし、多分、医院の収入的にもペイしないでしょう。そうする

と、それは、専門の施設でC-ペプチドとかインスリンを測定して、そこで方針を決めて、この人は尿中C-ペプチドがどうだからインスリン治療にしました、となるだろうと思いますので、収集するデータが、専門病院と一般の医院とではかなり違うことになるのではないかなと思います。結局、そこで実際に測定している項目しか集められない、登録の項目は、4それより少しは広がっていいのかもしれませんが。

いかがでしょうか、相澤先生、皆様。

(相澤)

まさにそのとおりだと思いますけれども、そのときに、この班員の方々がこの班としてどういふことのエビデンスが欲しいのかだと思います。私は何年か前にお年寄りのちょっとしたスタディをしましたけれども、このぐらいのデータでこのぐらいのことは出るだろうということ踏んで、かなり大ざっぱなことしか集めなくて、ある程度のデータはそれなりに得たつもりでいます。つまり、これが知りたいのだ、それならこれだけ必要だよという、それじゃないのでしょうかね。

(野田)

相澤先生のご意見のような、先程の図の診療施設群（一般クリニック、専門外来、拠点病院の入院）ごとのおのおのでちょうだいするデータは違うのだろうというふうに思いますし、それから、その中で何かをフィーチャーした、例えば、大血管症の場合、イベントも追っていくわけでしょうし、相当に登録数も必要になってくると思います。曾根先生のメールでのご意見にもありますように、なかなか悩ましいポイントがあるわけです。実効性と、それから、病院の質を考えたデータフォーマットをつくって行って、開業の先生も気軽に登録していただけるような、そういうものを考えていかないといけないと思うのですね。しかし、JDCPでも、登録数が上位1位、2位のところは、開業の先生でものすごい数を登録してらっしゃる、やはりモチベーションだろうと思うのです。しかし、全員の皆さんがそうモチベーションがあるわけではないので、気軽にぱっとできるようなものから、一方で、病院の院内の入院データ、それからまた専門病院の外来データもかなりきちんととっていくことを想定しておく必要もあると思うのですけれども、稲垣先生、いかがでしょうか。

(稲垣)

そういうベースのライン、それは開業医でできることというのは限られていますよね、ですから、それプラス、専門の病院でとれるもの、その2層構造で行くしかないではないかというのは全く同感です。

(野田)

それと、処方箋が、降圧薬もそうですが、量が非常に変わる人はすごく増えたり減ったり、あるいは、実際に出したけれども、「このお薬、飲んでませんでした」とか、そういうこともあるわけで、そのあたりをとっていったら非常に大変なことになる。ほかのスタディですと、例えば、JDCPは、調査時点で横断的に、その後は、その間の状況にかかわらず1年後の時点での状況を記載するわけですが、そういうタイムスパンみたいなものをどういうふうにするのか、とか、いろいろな問題があります。

(相澤)

この班は、後ろに「その有効性の検証」というのを書いてしまったから、この有効性の検証ということの中には当然コストの問題は入ってくると思うのですね。そうすると、薬がわからないと、コスト・エフェクティブネスのことは検証のしようがなくなりますよね。だから、どこまで入れるかはともかくとして、ご面倒でも、ここはかなりきちんとお書きいただかないとまずいような気がしますけれども、どうでしょうか。

(野田)

そう思います。それで、ちょっと山本さんにお聞きしたいのですが、レセプト情報というのは最終的にフィードバックされるようになるのでしょうか。

(山本室長補佐)

レセプト情報は、医療保険者は確実にそれぞれの被保険者のものを当然持ちます。医療費のデータの入手する際には、突合の方法や個人情報の保護など様々な検討を行った上で行う必要があります。

(野田)

わかりました。どうもありがとうございました。

そうしましたら、私どものほうで、ある時期までに各レベルでの必要事項の素案をつくらせていただいて、そして研究分担者の先生方に見ていただきまして、これにつけ加えたりするものはあるかないかというようなことで、病院、一般クリニック、専門診療の先生、実際、最近では糖尿病専門で開業されている先生が多いですし、かなりの人がそういう施設に通っておられるような気がしますので、その3レベルで使用できるデータフォーマットのたたき台を出させていただくという形になるうかと思えます。よろしゅうございましょうか。

(谷澤)

今、保険者のレベルの話が出たのですけれども、現実的には、病院とか診療所のレベルに当面はなりそうに思われるのですけれども、例えば、JDCPのデータを集めるにしても、結構カルテを出して書くというのは大変な作業で、それを数千人とか1万人の規模でやるという、非常にご苦労されているのは当然のことだと思うのですね。今、各病院で電子カルテ化が進んでおまして、大学病院規模の病院はもちろん、おそらく200床、300床規模の病院でも電子カルテになっていると思いますから、何かうまい方法でそういうものをプロバイドすれば、ある条件で引き抜けるような。私のところの医療情報部から、診療系のデータベースとは別に、研究系といいますか、そちらに落として、それを二次利用するというのはある条件のもとで許されているのです。そういうふうな形のところでは、患者さんの質とかにバイアスがかかるかもしれないけれども、何かをコンプロマイズしないといけないので、逆にたくさん集めようとすると、ある程度厚みのあるデータはそっちから集めて、もう一方は、開業医のレベルでも電子カルテ化になっていますから、ごく基本的なデータはまたそちらからというふうなことは可能なのでしょうかね。

(野田)

先生の、山口大学の病院では可能なのですね。