

口の少ないところがますます大変になるというお話がありましたけれども、成功事例が小さい自治体から、逆に包括ケアが進んでいくのではないかとも思います。先生どうも有り難うございました。

それでは基調講演3に移りたいと思います。基調講演3は近藤克幸先生です。秋田大学医学部附属病院医療情報部教授であります。先生は秋田県出身で1990年に秋田大学の医学部を卒業されまして、同年から秋田大学附属病院の心臓血管外科に入局致しまして、現在でも外来をやっておられるというお話を先ほど伺いました。2002年には医療情報部教授になられまして、2003年4月からは病院長補佐、経営戦略企画部室長、今年7月から秋田大学大学院医学系研究科医療情報学講座教授になられました。学会は医療情報学会、日本生体医工学会等、たくさんの学会に所属されております。また、厚労省の保健医療情報標準化会議構成員、経産省では医療情報化推進事業推進委員、内閣官房では二次医療圏を超えた地域医療連携における標準的なアーキテクチャ作業座長ということで、大学の中でもICTに関する先進的な取り組みをされておられる先生であります。先生、よろしく願いいたします。

基調講演(3)

「ITを活用した地域医療連携の実現に向けた運営主体のあり方」

秋田大学大学院医学系研究科医療情報学講座
教授 近藤 克幸氏

それでは、秋田大学の近藤でございます。よろしく願いいたします。

では自己紹介は今ご紹介いただきましたとおり、もともと臨床のback boneは心臓血管外科でございまして、ちょっとした縁で医療情報の仕事を二足のわらじで手術と一緒にやるようになりまして、その後もちょっとした縁でそのまま教授になったのですが、ちょうど同じ時期に自分が首のヘルニアをやってしまって長い手術に入れなくなったので、ちょうどよかったといえますか、人生おもし

ろいものだなと自分で教授になってから思ったりした次第でございます。先ほどご紹介いただきましたように、経済産業省でいわゆる地域連携に関連するワーキングの座長を一昨年、昨年と務めさせていただきましたので、そういうところから、今日この場にお呼びいただいたのかなと思っております。

今日のお話と致しましては、ここ2年間、経済産業省で行いました事業、ITを活用した地域連携医療に関するワーキングでの検討内容を引用しつつ、実験企業の運用主体のあり方についてこれまで議論されてきたことや、議論してみると意外なところが抜け落ちているという事例が多々あることが分かりましたので、そういったあたりの留意点というものを今日はお話させていただこうかと思っております。私の話は、どちらかという地域連携を自分たちの地域ではじめようという時の各論に近いルールの話になりますけれども、そこをご承知おきいただければと思います。

はじめに、ITを活用した医療連携ですが、個人ですら、この10年でたくさんの方が自由にネットワークに繋がり、インターネットを利用しているんな情報を集められるような時代になってきました。それに呼応するように、国の方でもだいたい2000年を過ぎたあたりから、いろんな戦略を立てており、どの戦略をみても、医療にITをうまく活用して医療の質を上げ、効率化も図るということがこの10年以上の間に言われ続けてきたわけでございます。そういったような中で、先ほどの経済産業省の事業の関連でいいますと、政権交代前でございますので、構想の名前などはこれから耳にすることがほとんどないかと思いますが、中身に関しては、実際はひも解いてみると、われわれが、あるいは国がやっていくべきことというのはそんなに変わっているわけではございませんので、中身については大いに参考になるかと思っております。今実際に皆様が目に見える取り組みというのは、たぶんここ1、2年前に出来上がってきた取り組み

だと思しますので、そういう意味で簡単にご紹介しておきます。レセプト情報の活用による効率化、医薬品の安全対策の推進、こちらは今日の主題と外れますので飛ばしますと、医療と地域という関係の中で、一つは「どこでも MY 病院」、名前はちょっとご覧になったことがあるかもしれません。もう一つ、シームレスな地域連携医療の実現、この2つのキーワードで昨年までのいろいろな政策が行われてきたわけです。ちょっと名前が紛らわしいですけども、「どこでも MY 病院」ということで国の方でまとめていた政策は、われわれから見ると「どこでも MY 病院」ということで病院間情報の連携ができていて、どこに行っても情報が見れるというイメージかと思うのですが、実は違っていて、国民本人が自らのフィットネスクラブでの血圧も含めて、自分の健康記録を活用できる仕組みを作っていきたい。そういうサービスを創出しようというのが、「どこでも MY 病院」構想でございます。

われわれ医療関係者が地域の中で患者さんの情報を連携して診療に役立てる、あるいは介護までシームレスに使っていくという取り組みが2番目のシームレスな地域連携医療ということで、この実現を目指す。

先ほど政権交代もあったので、というお話を致しましたが、実際に6月に出た閣議決定された宣言を見ましても、やはり内容的には同じような目標が掲げられておりますので、今後も国民自らが自分の情報、医療情報を活用するか、そして医療機関が、医療を取り巻くいろいろなサービスがそれをどうシームレスに使っていくかということが、これからのキーになるでしょう。

話を戻しますと、先ほどの二つのコンセプトに従いまして、各省庁でいろいろな取り組みを進めてまいりましたが、その中で経済産業省ではまずはじめに、医療情報化促進事業というものを行いました。先ほどの二つのシームレスな地域連携医療、これは要するに臨床検査センター、病院、診

療所、薬局等、そういった医療提供側が患者さんの情報を共有して、それを患者さんがどこを受診した時でも、シームレスに使えるような仕組みを作ると。医療機関等が患者の QOL の向上を目指して、IT を活用するような仕組み、管理をきちんと行う仕組みという事業を行いつつ、もう一つは本人がその情報をどこかに集め、あるいは預けて必要な時に自分でいつでも使えるような仕組みというものを並列して国の事業として行われてきたわけです。モデル事業としましては、平成 22 年度には医療情報化促進事業、これは補正予算でやっておりますので実際に実施されたのは 23 年度になっておりますが。それぞれのコンセプトに沿った事業というものをいくつか採択し、23 年度補正、つまり 24 年度実施されたものとしては、東北復興といったことを踏まえた形での事業を続けて 2 年間行なってきました。

この中でシームレスな地域連携医療に関連する部分のワーキングの座長を私が務めさせていただきました。例えば去年は小児がんについて。これはわりと長期にコラボしなければなりませんので、そういう情報を連携させる仕組み、小児アレルギーとか虚血性心疾患等といったかたちで、ある程度、疾病を特定して、関係するものについてきちんと医療情報を活用できる仕組みを作ったことが特徴でした。

検討のフレーム、ケース 1 は 22 年度を中心に行いましたが、これがまさに一つの地域の中で関係者間で情報をシームレスに連携させようという仕組み。それからケース 2、ケース 3、これらを 24 年度、さらに加えて行われた実証ですが。例えば二次医療圏でわれわれが取り組みもうと言ってネットワークを作っても、おそらく境界にいる患者さん、あるいは、より高度な医療機関に移られる患者さんというのが、二次医療圏を超えて、別の医療連携をやっている地域に情報がそのまま連携されなければならないようなケースが出てくるであろう。同じように、一つの地域の中でも、例え

ば糖尿病をやっている先生方が独自に作られた糖尿病の情報連携のネットワークと、その患者さんがもし循環器疾患にかかれば、心カテをやっている先生方が循環器疾患の IT を使ったネットワークを作っていく場合は、それぞれが独立して発展してきた場合は、同じ地域の中でも疾病を超えた連携というものも必要になるだろうと。IT を使った地域連携をやっていた場合に、そういった連携というものが将来必ず発生して、そこでも必ず課題が出てくるはずであろうということで、こういった実証も実際に行なってきました。

次の資料は採択事業例です。少子高齢化とあまりマッチしない例を持ってきてしまいましたが。例えばつくば地区であれば、子供さんの喘息やアレルギーといった疾患について専門医やかかりつけ医、さらにはご家庭の発作の状況なども連携させて、地域ぐるみで一連のケアをしていこうという仕組みの事業を実際に行ってきたわけです。

各事業の説明は省略しますが、総じて事業を通じて得られた課題がいくつかありました。県下には患者さんから非常に良い情報をいただいたりして、関連したドクターからも一定の評価を得られたのですが、それと同時に、いざいざいろいろな地域でやってみると、1つ目に言われたのが、運営主体のあり方がきちんと整理できていなかったと。これは例えば、個人情報保護に関するような法的な部分の順守状況がどうかということも含めて、そういうことを最初に考えておかなければいけなかったということが課題として出てきました。ここについては、2年間のワーキングでだいぶ整理できましたので、今日お話ししたいと思います。

他にやってみて出てきた課題は、事業成果の評価です。これが補正予算の1年間の実証事業でやっていると、医学的な成果が出たということを掲揚的に示すことは難しいと。そうすると、外部から評価される時には何も効果が出なかった、本当に意味があったのかという話も出かねないので、これについては、1年で医学的な成果を連携の中

で表すということは難しいということで、きちんと話したうえで継続していくことに意味があるということになってますが、いずれこれも課題として出てきました。

3つ目。これがやってみると、実証期間中だけであればもちろん頑張るのだが、参加したドクターから、二重入力しなくてはならないのは負担が大きいという話が、ほぼすべてのフィールドから出てきました。これは、先ほどのご講演に SS-MIX の話も出てきましたけれども、今はだいぶ電子カルテから標準的なかたちでデータを出す仕組みが出来てはまいりましたが、やはり SS-MIX というサーバーが全然入っていない病院があると、そこからデータをとるために独自の仕組みを作らなくてはならないことがあったり、あるいは SS-MIX でカバーできているデータの範囲は、ある程度限られておりますので、疾病管理のように、ある程度専門的な情報まで欲しいという話になってくると、その部分が電子カルテをシームレスに連携する仕組みが作れなかったりして、どうしてもドクターの負担が大きいという課題もありました。

また共有すべき情報種別について。例えばアレルギーの情報は、一般にだいたい地域連携でやっているならばドクターは必ず見たいとなるわけですが、残念ながらアレルギーの情報はまだ標準化されておられません。そうしますと、地域ごとにアレルギーの情報を、病院それぞれの電子カルテが違う形式でもっているものをどういうふうにして揃えていこうかということ協議しなくてはならない。そこに一定の結論が出ないと、情報が欲しいけれども共有できなかったりするといった課題もありました。

後は、どこでも苦労するところだと思いますけれども、事業継続性です。補助金が出ている間はいいのですが、その後どうやってこの事業を続けていくか、特にランニングコストです。例えば、地元の企業が支援してくれた地域もあるのですが、なかなか先ほどのような成果がきちんと見えない

となかなか収入に繋がってこないため、継続性の担保と成果が事業継続性とも大きく関連してきます。

最後に、岩手の沿岸部で医療圏ごとに取り組みがされていて、内陸との連携が視野に入っているという話でしたが、その辺で課題がこれから出てくるであろうと思いますが。事業間の連携、既に作ってきた仕組みを、その間で患者が動く時にどう IT を使うか、さらに出来上がっている仕組み同士でどうデータを連携するか、その部分についてルール作りも含めて、いろいろな課題が出てきました。

医療情報連携のパターンを、仕組みの違いから 2 通り、お話ししていきます。一つは集中型（データセンター型）と呼ばれるものです。例えば、ある病院から検査のデータや飲んでのお薬のデータをデータセンターにアップロードする。いろんな病院がアップロードする。患者さんを診察する時にはそれらの情報を参照するようなやり方で、この場合はデータセンターに全部データを集中させるようなかたちになります。分散型（所在管理型）というのは、最近見られるようになってきましたが、どこにデータがあるか分からないけれども、データそのものは各医療機関にデータをそのままもっていくと。そうすると、どこに見に行ったらいいのか分からないため、その所在をセンターで管理すると。すると、患者さんが来て情報を見たい時には、センターに所在を聞いてデータを拾い集めてくると。複数のデータが欲しい時には、それぞれから拾い集めてきて一連のデータとして見るようなやり方という具合です。集中型はセンターにデータの複製が格納されるのに対して、分散型は所在情報だけの格納で済むので、一般に集中型（データセンター型）で作るとセンター側の規模が大きくなっていくのに対して、分散型（所在管理型）で作るとセンター側の規模は非常に小さくなります。この辺が結局、ランニングコストにも響いてくるというところです。集中型は情報

の参照先は常にセンターのデータベースですから、各医療機関は基本的にアップロードしてしまえば、メンテナンスを常時しておく必要がございません。挙げる時、それからデータを見る時に使えば十分なのですが、それに対して分散型の場合には、夜中でもいつでも急患が来た場合には自分の病院の情報を誰かが見に来るかもしれないので、各施設は自分の病院が公開しているデータベースにいつでも見に来られるように、24 時間きちんと担保しておかなくてはならないわけです。そうすると、これをきちんと公開しているためのサーバーもメンテナンスして、かつインフラも常時繋がるような状態にして維持しておかなくてはならないということで、やや施設側の負担の大きさというのが、先ほどの逆になってくるという特徴があります。最近名前を聞く Human Bridge とか、ID-Link といったようなものはどちらのパターンのものかという、先ほどの分散型の例です。これらは SS-MIX のサーバーと各施設のサーバーに、必要な時に患者が受診した医療機関から分散して情報を見にくるようなパターンの仕組みです。

それから、医療情報の連携のパターンのもう一つとして、目的の違いから、情報共有型はいろんなデータを皆が見て活用できるようなパターンと、経済産業省の事業のような疾病管理型、ある特定の疾病に特化した仕組みとして作ってしまうというパターンとに大別できます。情報共有型の場合は、みんなが使える分、ヒューマンネットワークが希薄だったり、目的意識の差が結構大きかったり、情報種別に関しても、皆が使う汎用的な情報にしておかないと多すぎて煩雑になったり、少なすぎて不便になったりといったようなことが出てきます。その代わりメリットとして、皆が使える情報を集めておきますから事業規模は比較的全県規模までとか、容易に拡張しやすいと。それに対して疾病管理型の場合は、同じ病気を扱っている先生方でやりますから、基本的にヒューマンネットワークは強固で、目的意識も明確、情報種別も選

定はしやすいのですが、あるところまで拡がると、それ以上の拡がりが見込みづらいという面で事業継続性、ランニングコストの部分をどうするかということで悩まれる例が多いようです。その代わりメリットとして、情報種別は、関係者間で詰めやすいですから、例えば小児疾患の例であれば成長曲線とかアレルギーの検査のグラフとか一般に標準化されたような仕組みではカバーできないようなものを、その先生方が話し合っ、見たいような仕組みの画面で皆に見せるということが、わりと弾力的にできるといった特徴があるわけです。

もちろん、今お話したようなケースというのは必ずしも排他関係にあるものではありません。例えば、分散型の場合に、クリニックの先生が自院の24時間サーバーを維持し、いつでも自分のところに来た患者さんのデータを見に来れるような状態に待機しておくというのはなかなか難しく、そうすると、ともすると大きい病院から一方通行でデータを開示するための仕組みになってしまうことがあるのですが。そういった場合ですと、例えば小規模なところを集めて、そこだけデータセンター化してそれと大きな病院のリポジトリを繋ぐとか、ハイブリット型のものの中にはありますので、どちらかでなければならぬというわけではありませんが、一応このようなパターンがあるということになります。

紙からITへ。紙、例えば紹介状等いろいろな患者の情報連携というものは今まで紙をベースにやっていたわけですが、例えばナースステーションにあるカルテもそうですが、厳密な管理をしていなくてもそこにあるというだけで、ある程度の意識であいまい管理ということがなされているのに対して、IT化でよく2点都市で時間と距離の壁を超えるから、地域連携にも有効ですし、大量の情報を効率よく扱えるからEHRというようなこともできるという話になるわけですが、とりもなおさず、これらは情報の実態が分かりにくくて情報漏えいが心配だといったような懸念事項が出てき

ますし、紹介状が紙からITに変わったことでどういったことが変化するかといったことで見ていくと、紹介状は基本的に紙による情報の授受ですから一過性の情報の授受になります。情報の範囲は、その時点のその時までの情報に限定されます。結局のところ、患者さんは自分自身が認知して関与する機会がわりとはっきりしている。いつどこに自分の情報があって、それがどこからどこに送られたのかということが、いちいち同意などをとらなくてもはっきりしていてあまり問題になるケースはございません。ところがそれに対して、紹介状を地域で共有するような仕組みを作った場合、ITによる情報の授受はある程度継続的に行われて、情報の共有範囲が未来にまで及ぶ可能性があり、さらにいつの間にかどこかで見られているのではないかといった不安が出てくる可能性があるといったようなことで、やはり紙の紹介状を電子化したものと、地域で情報を共有して使い続ける仕組みを作るのはちょっと次元が違うのではないかということで、このあたりは、法律家の先生方に聞いてみても、やはり現時点では同意をしておくべきでは、といったコメントがほとんどでした。

今お話しましたとおり、実際は個人データの第三者提供に関しては公的なガイドラインを見ますと、紹介状を本人が持参するような場合にはもう同意が得られたものとして同意書はいらないと。医療の提供のために必要で、他の医療機関との連携を図るために患者情報を授受するような場合は、きちんと掲示に出していれば黙示の同意として同意が得られたものと判断してよいと掲げられているので、診療連携のための情報共有はそれに該当するのではないかという意見も確かにあります。私も賛成する面はあるのですが、継続的な共有に関しては法律家の先生も少し慎重であるべきという意見を述べられているわけです。そういうことで、地域連携をITを使ってやる場合には、だいたいの地域がきちんと同意書、申請書といったものを整備したうえでやっておられるようです。

医療機関同士の連携というものを考えますと、これは一次医療機関から三次、療養型、いろいろな医療機関が機能分化して、1人の患者さんについて継続的な治療を受けることができる体制を作っていないかなくてはならない時代と。一番大事なのは、情報の連続性を正確、確実に担保する必要性があるわけです。もう一つ、その中で不安が生じる可能性があるのがITを使って、しかもネットワークを使ってやることによるリスクです。よく言われる三大脅威（盗聴、なりすまし、不正侵入・改ざん）がこの資料に書いてあります。こういったものもきちんと担保してもらわないと心配、という話も当然出るわけです。先ほど、データセンター型、所在管理型の話をしましたが、これはデータの量としては圧倒的に差があるし、ランニングコストも当然違ってはくるわけですが、患者の個人情報がかんどうちらにもないということはありませんから、結局のところ今までの話と同じように、こういうものを運営していく時には、信頼のおけるきちんとした運営主体ということを明確にしておくことは必須な要件ということになってくるわけです。

そうした時に、運営主体のあり方と各医療機関の関係をきちんと整理しておかなくてはならないのかなと感じたところをこれからお話します。だいたい、地域医療の連携システムを作る場合に検討組織として協議会といった形で、医療機関の皆さんが集まったりして連携のあり方や運営組織をどうやっていくか、運営ルールをどうしようかということを検討した上で、どこかのベンダーさんと契約してシステムを構築して運用に入るといった経過をたどるところが多いと思います。協議会は交流のある方々が一体に活動することが多いので、あまりここに他の組織といった意識がないのではないかと思います。ところが、法的な面での法令順守という観点になってくると、問題になる可能性が出てくるのは運営組織ができた段階からです。各組織の方が代表として入っていても、

運営組織が一つの組織体である以上、各病院とは第三者関係に法的にはなってしまいます。そうしますと、システムを実際に運営組織が中心になって運用する時には相互関係を明確にしておかないと、平時には全く問題は生じないのですが、やはり何かあった時にどういった責任体制、契約関係になっているかということが問題になる可能性があるというのが、法曹界の先生からも指摘を受けております。連携事業における事業運用主体というものが仮に協議会、自治体、医師会などあった場合に、そこと各医療機関の関係というのは、基本的には患者さんの情報がどうかたちであれ、外部に情報を渡すかたちになりますので、関係性というのは委託か第三者提供のいずれかしかあり得ないわけです。そうすると、各医療機関はこの地域連携の仕組みで委託契約の元に預けているのか、完全に患者さんの情報を渡してしまっているのか、はっきりしているようであいまいな例が結構、国内で多く見られます。ここをはっきりしておかないと、あとあと問題になると大変ということでございます。第三者提供の時には同意がいるということは皆さんよくご承知かと思いますが、委託の場合にはそうではないケースが出てきます。例えば、医事会計を外注会社に委託しているような場合は、同意は普通取りません。何故取らなくていいかという、これは委託契約の元にこの病院の一員という立場で仕事をしてもらっているため第三者提供に該当しないわけです。同じようなことは身近なところでもあります。例えばポストに入れて、郵便屋さんが葉書などで情報が見えるのに、どうして第三者提供にならないかということ、郵便約款で法律で委託契約になっているからです。そうしますと、運用主体と各医療機関の間でどちらの関係なのかははっきりさせておかないといろんな問題が生じます。例えば、第三者提供としてこの事業をやるという時には、情報を運用主体のサーバーに送る時点で第三者提供になります。しかも、ここは医療機関ではありません。そ

れから、その情報を他が見る時には、運用主体から他の医療機関に第三者提供するかたちになるので、それぞれに法律の縛りというものがかかってきます。例えば、開示請求は誰に対して行なったらいいのか、あるいはある病院が開示してくれなかったデータを他の医療機関に開示請求にすると開示してもらえる、あるいは開示請求されると嫌な顔をされるかなと思うものが全部集められるということが考えられます。また、医療機関でもないところにいろんなデータが集まってきたため集計などの行為に制約がかかってきたり、それぞれのパターンで全部の同意をとらなくてはならなかったりと、医療者にも患者にもたぶん幸福な結果にならないのではないかと問題があります。それに対して、委託にした場合はどういうことになるかという、それぞれの情報は各医療機関が委託契約の元に運用主体に自分たちの情報をお預けしているというかたちになりますので、一部の問題はクリアできます。毎回運用主体に預けるのにまで全部同意がいるといったことはいらぬということになります。やはり運用主体に預けた情報を他の医療機関が見る時には、運用主体から他の医療機関へ第三者提供になってしまうので、やはりちょっと同意の問題で、やや、ややこしい問題が残ってしまいます。

整理された考え方が共同利用という保管主体を意識していないケースが結構、散見されました。共同利用というのは、個人情報保護法の中できちんと定められている手続きで、ある一定の条件を満たしてそれぞれのものが一つの組織として情報を共有する場合には、第三者提供とみなさなくてもよいということが法律ではっきりと述べられています。簡単に言えば、ITを利用した地域連携というのは、関係者間がシームレスに共有して患者の医療の向上に役立てようと。かつ概ねの場合は、同意の元に情報を連携しているという二つの前提がある以上、これについては共同利用と定義することに何ら問題はないのではないかと。これ

を共同利用と定義した場合には、医療機関から運用主体への情報提供は仮にランダムにいろいろなパターンが発生するにしても第三者提供には法的に該当しませんので、先ほどのいろいろな問題がすべてクリアできるというかたちになってきます。ただし、気をつけなければならないのは、共同利用をするための条件がいくつか法律で規定されているということです。その中で、共同利用する者の範囲を明らかにしておかなくてはならないということ。これは法律家の先生にワーキンググループで確認したら、利用する者の範囲が変われば、共同利用体が変わったから再同意が必要だ、というのが本来の法律家の見解だそうです。ところが地域連携の場合は、医療機関は増減しますから、一つ増えるたびに同意を取り直すということは、とてもじゃないけどやってられないと。これは医療機関にとっても患者にとっても、煩雑以外の何物でもないということで。これについても相談してみたところ、きちんとホームページ等でも患者が最新の状況を確認できるところにメンテナンスしておけば、必ずしも再同意は不要であろうというのが法律家の先生からいただいたアドバイスでした。ただし、運用する時に注意しなければならないのは、共同利用だから何をしてもいいということではなくて、きちんと診療に繋がらないような範囲での参照はやめなさいとか、最大幸福ということを考えた時に、患者だけに選択させるのではなく、それが医療的に利益になるように、最終的には医療者が関与した上で共同利用者の範囲を設定しなさいとかといった注意は最低限して下さい、というアドバイスは合わせていただいております。もう一つ、共同利用のかたちをきちんととると、事業運用主体への第三者提供の場合には、ここに提供した時点で医療機関の人間がいくら集まっても、医療機関ではないのでデータの集計といったようなことはやってはいけないということが法律家の先生の見解です。そこも委託モデル、あるいは共同利用モデルでやって

いる場合には、取り決めの中できちんと整備しておけばそういうことができるでしょうといったアドバイスもいただきました。

そうしますと、地域連携の中ではきちんと参加者が共同利用体といった形での位置づけを、初期の段階から明確にしておいて、かつ保管主体が例えばベンダーさんとの契約でそれぞれの医療機関が行なうにしても、それをハンドリングする運営主体として協議会を位置づけして明文化しておく、といったようなことをすることが重要ということが結論です。この場合、いろんなパターンがあり得まして、例えばベンダーさん、データセンターと、それぞれの医療機関が契約を結びつつ、共同利用体、これが協議会で法人格をもっていないくて契約ができない場合には、それぞれの契約の中に共同利用体の運営に関しては協議会がハンドリングするということを明示すること。あるいは、中核病院、NPO などのように法人格をもっている場合は、それぞれの間でその部分をきちんと契約を交わすと。もしくは、地域の場合ですと、地域の医師会、協議会なりが法人格をもつか、法人格をもたなくても契約主体になる場合もありますので、そういった形で医療機関と契約をしつつ、きちんと再委託というかたちでデータセンター、ベンダーさんと契約するか、どのパターンかはっきりさせて契約関係を明示しておくことが重要であろうといったことが、アドバイスいただきながら出した結論でございます。

最後に、事業間連携について簡単にお話いたします。事業間連携はいろいろな事業が立ち上がっている時で、隣の地域、或いはその同じ地域の別疾患となった時に、今後、各地域にいろんな取り組みがなされてきて、段々、事業と事業を繋がなければ、患者さんの情報をさらに共有しなければということが必ず出てくると思います。例えば、一つの地域の中で二つの病気、あるいは急性期から慢性期とか、隣の医療圏とか、そういったケースというのはおそらく急患で突然、旅行先で来る

といったケースより、かなり頻度が高くニーズが高まるだろうということで。実際にこれを立ち上げた事業同士で、後から事業間連携というものをやってもらって検証してみると、まず一つには、摺合せが非常に大変だということです。それぞれが独立してルールを作っていますから、その部分をどういうふうにしてやるか。例えば、アクセス権限の管理をどうするかということは、ある地域では看護師も記載する書類もあって、ある地域では医師しか触ってはいけないというルールを作って運用している場合に、事業同士が IT そのもので連携を始めてしまうと、一方の地域では見てはいけない人が見られる状態が出来上がったりする。そこをどういうふうにしてセキュリティポリシーを揃えて、システムの権限をきちんと合わせていくかというのが、いざやってみると、そんなにズレはないであろうと思っていたのが、結構大変だったという話が沢山出てきました。

それから、地域連携医療内での安全管理体制等の整備といったこともきちんとやっていかなくてはならないですし、さらに、どういった疾患同士の組み合わせがいいのかというのも、これは地域によって共有型でやる場合にはあまり当てはまらないかもしれませんが。それから、ユーザーインターフェイスの相違、それぞれのシステムの作りが違いますので、それぞれをどう揃えるかといった問題が出てきています。ある先生からは、相手がどんなネットワークでどんな仕組みを使って、どんなふうに運営されているか分からない状態から事業同士をきちんとコンプライアンスを保って結ぼうとするのは、思った以上にしんどいといった感想をいただいております。

IT を利用した地域医療連携を始める、これは新しい試みがどんどん増えてくることです。そうした場合には当然のことながら、法やガイドラインをきちんと順守しておかないと、新しいことほど何かあった時に強烈にブレーキになっても大変なことになります。それをきちんと担保して、患者

さん、住民に安心してもらうためには、信頼できる運営主体をきちんと作ることが必須で、その時に一体に活動していても、各施設と運営主体とはあくまでも別組織であるということを知りた上でいろいろなルールを作らないと問題が生じる可能性があるということです。

それから、相互の関係、情報授受のあり方。つまり第三者提供か委託なのか、委託であれば共同利用のかたちをとるのか、こういったことを整理してルールを作ること。そして、それに基づいた契約関係を明確にしておくこと、意外にあいまいな地域がかなり多いので、気をつけてやっていたらと思っております。

取り扱う情報種別や連携方法も整備しつつ、最後には利用者の負担軽減に配慮したシステムの構築をしていかないと、全部の情報が標準化できているわけではございませんので、その辺の技術的な背景を踏まえながらやっていかないとしんどいかなというの、いろいろなフィールドを拝見させていただいて感じたことでございます。

駆け足でしたが、どうもご清聴ありがとうございました。

遠藤

有り難うございました。IT を利用した医療連携、経営主体をどういうふうにするか、その利用形態をどうするかといった非常に法律的な難しい問題なのですが、釜石、大槌医療情報連携ネットワークというものが4月から始まっているのですが、これを立ち上げるにあたって個人情報保護法ですか、同意のとり方といったことを近藤先生からサジェスションいただきながら進めた経緯がございまして、あいまいな部分はまだあるところが多いというお話で近藤先生に、われわれのところももっときちんとしなくてはならないとご指摘を受けている部分もございまして、検討しているところです。近藤先生に何かご質問等ございますでしょうか。なければ基調講演を終わらせていただきたいと思っております。

小山

講師の先生方、遠藤先生有り難うございました。

それでは、パネルディスカッションに入らせていただきます。パネリストの先生方は基調講演をしていただきました、武藤先生、田城先生、近藤先生に加えて、岩手県立宮古病院院長の佐藤先生、岩手県保健福祉部医療政策室室長の野原先生にお願いしております。座長は岩手県医師会副会長、岩動先生と日本遠隔医療協会理事長の長谷川先生にお願いしております。どうぞよろしくお願いいたします。

パネルディスカッション

「岩手県における地域医療ビジョンを見据えた医療連携のあるべき姿」

座長

岩手県医師会

副会長 岩動 孝氏

日本遠隔医療協会

理事長 長谷川 高志氏

パネリスト

国際医療福祉大学大学院

教授 武藤 正樹氏

放送大学教養学部

教授 田城 孝雄氏

秋田大学大学院

医学系研究科医療情報学講座

教授 近藤 克幸氏

岩手県立宮古病院

院長 佐藤 元昭氏

岩手県保健福祉部医療政策室

室長 野原 勝氏

岩動

パネルディスカッション「岩手県における地域医療ビジョンを見据えた医療連携のあるべき姿」ということで始めたいと思っております。私は岩手県医

師会副会長の岩動と申します。それでは、これからの進行は日本遠隔医療協会の理事長の長谷川先生にお願いしたいと思います。

長谷川

日本遠隔医療協会の長谷川と申します。今日は、こういった場で座長の重任を受け、非常に緊張しております。今日は、非常に内容の濃い深い話、また広範囲といいますか、つまりこれだけの話をまとまって聞く場というのは非常に限られていると思っておりますので、この場をいい議論の場にできればと思っております。よろしく願いいたします。

日本遠隔医療協会と聞いて、何者だと思っちゃる方がいるかもしれませんが、岩手県は遠隔医療が非常に盛んで、私も調査等で県内の方と交流を致しまして、いろいろ調査もやり、あと県の市議会の委員もさせていただいた縁から、この席にお呼びいただいたのかなと思っております。感謝しております。どなたか基調講演についてご質問、ご感想などございましたらでしょうか。

阿部

岩手県立久慈病院の院長をしております阿部と申します。今日の講演の中で近藤先生から、先ほど地域連携事業のことで委託契約、第三者契約、共同利用を進めるとよいというお話、すごく勉強になりました。有り難うございました。同じようなシステムを導入しようと申請の段階ですが、一番問題になってくるのが、こういったものは単年度予算ですので、ランニングコストです。参加する団体、施設で一番不安なのが、ランニングコストの問題です。そういった参加施設、協議会に参加している人たちがランニングコスト、機材の更新の時期、経費についてどのように負担しているかということをお伺いしたいと思います。パネラーの先生方、どなたでも結構です。

近藤

非常に難しい質問です。全国のいろいろな取り組みで、どのお話を聞いても先ほどのような事業

ですと、収支などみんなでチェックするのですが、やはり苦労されております。私が直接関係しているところもそうでないところも。どうしても、直接的にランニングコストが安いのは会員なんです。会員というのは参加している医療機関なのですが。そこでジレンマが出てきて、医療機関の数が少ないと負担が大きくて、増えれば負担が減るといっても、高いと思うと誰も入ってこないです。なかなかそのジレンマが脱却できないケースもあって、最初の短期の間はどうやって広げていくかということで、それぞれの地域で同意のとり方に悩みつつ、例えば自治体から一時的にお願いしたり、地域住民の健康医療の向上のためということで支援して下さる地元の企業、これは医療関係の事業者が、全く関係ない地元の企業をあちこち回られて賛同してくれているところから少し寄付というかたちで2~3年の間のランニングコストをなんとか賄い頑張っておられるところもあります。こうすればいいということはお金のことなのでなかなか言えないのですが、私が聞いている事例ですとだいたいそういうふうなところですよ。

田城

地域医療再生基金のヒアリングで多かった都道府県の担当者の方からの要望が、まさにおっしゃるとおりなのですが、47都道府県のうち何か所かは、ランニングコストの心配はないというところがあります。一つは新潟県佐渡市です。佐渡市は佐藤先生という外科の先生が優秀で、5年間の収支計画をすべて考えて5年間は大丈夫、次のシステムの時までは一切負担をしなくてもいいという計算を立てたということがあります。地域医療再生基金は、他のモデル事業とは違って5年間、平成27年まで使えますから、ランニングコストを6000億の基金に盛り込んでいるところがあります。それはどうなのかなということはあるのですが、基金方式はそれもOKとしております。ですから、岩手県はまだ基金が残っていると思いますので、それは岩手県の胸一つではなからうかとい

うところはあります。ただ、私もいろいろなかたちでモデル事業をやっていますが、モデル事業は立ち上げのところにはお金は出すけれども、それが本当に役に立って、皆さんがこれはいいというのであれば、正当な対価を払うというのが一応表向きです。だから、皆さん必要だと思っていただけたら、これぐらいの金額なら払ってもいいというようなところに落ち着いてもらいたいというのが理想です。そうすると、費用の幅は非常に多く、3倍から7倍くらい開きがあります。うちは安いと言って胸を張っている企業もありますが、それよりさらに安いところがあります、知られていないだけで。メンテナンスは回線使用料とサーバーのメンテナンス代と、次の5年ごとの更新だろうと思うのですが。例えばインターネット回線で良ければ、もともとのインターネット回線を使って、プラスアルファはなくてもいいだろうとか…。サーバーのメンテナンスもよく話し合っ、極力ランニングコストに関して抑える努力はしていただいて、それが皆さんの認容範囲内なのかどうかというところだと思います。それでも少し足りないということであれば、基金方式であればなんとかなるし、皆さんの要望があれば基金という方式、こういう補助の仕方はいいということに皆が気づきましたので、たぶん別のかたちのものになります。ただ、逆にそれに甘えてしまって、コストダウンとか、業者さんがそれを見越して吹っかけるということだけは避けていただきたい。もう一つ、診療報酬。例えばサーバー代など、年間400万ぐらいします。大きい病院は年間の入院患者さんが1万人ぐらいいるので、そうすると1人400円とれば400万円賄えます。薄く広くで、情報管理指導料で1入院あたり40点、これは大学病院ですから、それ以外の病院でも、必要経費を頭数で割って名目をつけるということもありだと思います。

武藤

今年から、今、東京都の練馬区で私も関わって始めようとしているのですが、地域医療再生基金

の中の都道府県においてきた在宅連携拠点事業、そのスキームを使ってやろうとしているのが、在宅における医療と介護の連携なのですが。その時に、介護というのは非常にお金がかかり、会費もなかなか払えないものですから。そこで、今考えているのが無料ソフトで、SNSを使って、非常にsecureな環境のFacebookのようなものですね。それを、あるベンダーさんとソフトバンクさんも絡んでですが、それを無料で提供して、そして医療介護連携をやったらどうか、というものです。実際に既にサービスが始まってまして、それをやると結構、医療と介護の間のフラットな人間関係といいますか、情報連携ができ、今テスト的にやっていて好評ですのでそれも一つの選択肢かなと考えています。

阿部

具体的には私たちも参加施設から月1万弱くらいいただいて、後は自治体から補助金をと考えております。どうも有り難うございます。

長谷川

今のお話は非常に重要な部分だと思いますので、残りのお二人のパネリストにもこういうことを思ったということでも結構ですので、一言ずついただければと思います。野原先生からどうぞ。

野原

これは永遠のテーマというか、ICTを導入してその後いかに維持して、いかにニーズに合った形に変えていくか、更新が一番重要なのではないかと考えておりますので、この部分をきちんと考えていかなければならないと本当に考えております。そういう意味では、われわれ行政として県民の医療の向上のために必要な部分は、なんとかご支援したいという思いもあります。ただ、田城先生からお話がありましたとおり、基金に関しては一応まだ期間限定というかたちになってしまいます。その間、われわれも活用したいという思いもあるのですが、そのあと、どうしてもお約束はできな

い部分があります。やはり、金の切れ目が縁の切れ目ということには絶対になってはいけませんので、きちっと、継続性が大事だと思いますので、そういったところをみんなで考えていかなければならないと思いますし、われわれ行政の立場としても、県民のサービス向上のためにどうしたら支援できるのかというのは、永遠のテーマとして考えながら、この事案を検討していきたいと思います。

佐藤

お話を聞いていますと、確かにいろいろな方法があるのかなということが分かりました。中には企業からというお話もありましたが、宮古地域は災害の後ですので、そこまで出す企業はたぶんないかと思います。ただ、宮古市が比較的協力的なので、そのへんは、と思いますが。やはり、その辺の話がちゃんとしないと、各施設が入りにくかったり、値段が上がったりするとすぐ撤退するということがあるので、悩ましいところだと思っております。

長谷川

今の件では、他にご意見とか、聞いてみたいとか、ございますでしょうか。

近藤

調達する病院側でもやはり心がけておいた方がいいのかなと最近思うことが1つあります。SS-MIXのお話が先ほど出ておりましたが、標準的にデータが連携しやすくなるようなサーバーというものがあります。例えば、それを基金を使って入れると言うと、お金があると思うと、先ほどのお話にあったように7倍の差がつくこともあったり、また非常に高い見積もりをもって来たり、と個別の作業で頼むと割高になることが多いんですけれども。すごく隔たりのあるところですよ。

基金のきっかけがあって、今入れるという時にはそういった導入でやむを得ないと思うのですが。そこから先となると、新しく入ってくる病院はいつか電子カルテにおいて必ず5年以内に更新する時期があります。ああいうものは電子カルテを更

新する時に、一緒に交渉してくると価格は全然違ってくるわけです。一連の作業の中で導入ができてくるので、価格が違ってきます。そういうものは、これから自分のところの病院の医療を他と繋げるための必要な投資の一環だということで、標準でデータを連携できる仕組みを次に更新する時にはきちんと最初から入れてくれと交渉していくことも必要かと。5年後に、きちんと基盤を作っていくためには必要かなと最近思ったりしています。

田城

電子カルテネットワークとは違うのですが、在宅医療のネットワークを作ろうとして、ある医師会が在宅医療連携拠点事業に2000万応募して採択されませんでした。その後、ある財団で200万円というお金がついたのですが、結果的にはだいたい期待していたのと同じようなシステムができた。要するに2000万円で作っても、200万円で作っても、効果は一緒だというようなことがどうもあるらしいと。交渉力に左右される部分があるようだと。ただトータルとして、いずれランニングコストは妥当なものになっていくんだろうと。

長谷川

有り難うございました。この点は、阿部先生から質問していただいたのでディスカッションとなったのですが、非常に重要なお話となりました。私もいろいろ、地域医療情報連携の話を聞く度に必ず出てくるのは、あそこは一体どうやってお金を確保しているのかということです。これは必ず出てきます。避けて通れない重要な課題だと思っております。いろいろ考え方、やり方はありますが、しかし、これが唯一のbest solutionというものでもなく、いろいろ苦勞して、これから知をためていかなければならないと思っております。

また、今日の課題が少子超高齢化になる岩手県ということが前提なものですから、少子超高齢化の中でいろいろな課題が出てくるわけです。今日、何故、“遠隔”が出てきたかということ、医師不足と

いう点が大きいと思います。これは武藤先生、田城先生、近藤先生、岩手県の実情を見て、あるいは今日のお話を聞いて、岩手県にとって医師不足をどう考えていったらいいのか、具体的な方向性を挙げていただければ。

田城

私も岩手県の高校の卒業生ですし、県庁の方から以前、岩手県の病院に戻ってきませんかというお誘いがあって心苦しいところがあります。先ほど家庭医のお話をしましたが、例えばカナダのモデルなど日本以外のシステムも参考にしながら…。家庭医が3人いて、そこに有床診19床、老健50床、保健師がいて、訪問看護もしてくれて、というミニ総合病院ができて2.5次ぐらいまで行い、あとは的確に搬送する。ヘリコプターは有効ですが。そういうことをなさると、少ない人数ながらなんとかなるのではないかと。そう言うならお前がやれ、と言われると反論できないところもあります。

武藤

やはり一つのキーワードは総合診療医です。どのように育成するかということだと思います。私も厚労省の留学プログラムで、ニューヨークのブルックリンのアーバンスラムの中で総合診断、いわゆる家庭医ということで研修してわかったのが、都市の中でも必要だということです。それからもちろん、アメリカのミシガンに見学に行った時に、アメリカでも僻地がありまして、特にインディアン保護区では医者が行き手がなくて、そういうところの医師問題でもやっぱり、一米国では家庭医と言っていますが一こうした総合診療医を、いかに若い医師が参入していけるようなものにするか。それにはやはり、総合診療医を育てる指導医の体制も非常に重要だと思います。ですから、それをセットにして、指導医と総合診療医をセットにしたようなプログラムを dissemination していくことが大事だと考えます。

近藤

どういう立場で答えたらいいか悩ましいですが、秋田も医師不足で、しかも診療科の偏在という観点でいくと、これもまた厳しい状況です。自分が若かった頃を振り返って考えてみると、今ご指摘のあった点というのも非常に大事で、どれも並行してやっていかななくてはならないと。その中の一つで、田舎では大事ではないかと考えていることが、医師がきちんと循環できる仕組みというのが地域で確立できていないと、やはり設備の整っているところ、大きなところに偏在してしまうのは若い人には当たり前だと思います。ところが、自分が若かった頃、本当に医師がいないところに1人所長代理ということで、蜂刺されの処置、首をつった方には呼ばれ、胃潰瘍で出血して血を吐いた方にカメラをやってくれと突然呼ばれたり、アキレス腱切った方が来たりと、そんなところに何ヶ月かいたことがあります。やはり循環して行って、これが修行の中の途中の経過だと思えば、自分が最初にそれを志していなくても、これはおもしろいこともある、勉強になることもあると当時は思えた。そういった循環できる仕組みが確立できている、ということが大事かと思っております。

田城

これはいろんな県の方にもお話したのですが、岩手県の方にも話をしたことです。公衆衛生学会で山口県津和野の町を散策していて思ったのですが、どの県にも進学校だけでなく、各地方都市に公立高校がありますので指定校制度といいますか、中学、高校の時点での教育という、そこから青田刈りと言うと語弊がありますが、地方高校からコンスタントに必ず毎年1~2名は医学部に入って医師になれる、というようなシステムをきちんと作っていく…。そういう指定校制度と言うと変ですが、そういうこともあっていいのではと。これは地域枠と似てはいるのですが、中・高、特に地方都市でそこに対する忠誠心の高い人たちの人脈をきっちり構築していくということがないと、「うちの町でうちの高校でずっと過ごして、医師にな

って地元に戻ってこれる」という筋道がどこの地域でもある、みんながみんな盛岡に下宿しなければ医師になれないということではない、というところから始めるべきかと思います。

小笠原（邦）

私は岩手医科大学脳外科の小笠原です。岩手県の脳外科の教育をしている立場です。私の出身は青森県の十和田で、無医村で育ちました。私は総合医という言葉は大嫌いです。どういうことかという、私は脳外科を専門としています、若い時に医者として育ちました。脳外科を専門としなくても何の患者も診るのが医者です。しかし、今の岩手県には総合医どころか専門医も少ないと。ですから、私は、専門性は絶対に持つべきだと学生に言っています。どんな患者を診るのも当たり前の話です。例えば、私は脳外科医ですが、風邪も診ます。そういうことを若い時に教えるのが私は普通であって、それをわざわざ総合医という名前をつけてしゃべるのは、全く私は大反対です。すべての疾患を医者が見るのは当然です。だけど、専門医には絶対になれないです。すべての疾患を診れるはずがない、治せるはずがない。ただ、医者は全部の疾患を診るものだというふうに教育すればいいだけの話だと思います。それを学生、研修医のうちからやっておくということがすごく大事だと。そういうことを初期研修制度で何も教えていません。今の初期研修は何を考えているかという、技術ばかり手に入れようとして何にも役立っていない。初期研修が終わってしてみるとよく分かります。ですから、学生時代に、何をあなた方は医者になってやるのか、専門性を必ず身につけると。ただし、あなた方は医者であると。だから、すべての疾患を何とかみれるようになってくれというようなことを、私自身は学生によく言っています。現場の声です。私も東北地方 30 軒以上、病院を回りました。ほとんど東北地方すべての病院を回りましたので、あなた教授だからそんなこと言っているかもしれないとおっしゃるかも

しませんが、私自身 38 歳の時まで市井の医者でしたので、その立場からも言わせていただきます。

田城

医学会新聞でハーバード大学に行った人の研修記を読んだのですが、ハーバード大学の循環器の教授についていて、肺炎の患者さんが来て非常に丁寧に説明をしたと。専門性を高めるとのことと、何でも診ることができるということは…。例えば、北海道大学から地方へ出て、何でも診れるということで先輩がやっていたけれども、やはり後輩が来ると、自分は呼吸器だからお腹の痛い人は診ません、と言う医師がいるのは事実です。そういうことで悩みが多いと。ただ、眼科の医師も医師国家試験で内科を勉強しているということがあります。たまたま内科の当直医がいなくて耳鼻科や眼科の当直医しかいない時に吐血が診れない、とかそういうことがあるということはたぶん事実です。先生がおっしゃることは半分はよくわかりますし、眼科の先生でも当直をしていたら風邪の対応はできるのではないかと思いますし、それに関するのが在宅医療医です。いろいろな人が在宅医療をやっていますけれども、何人か知っております。金沢大学の血液内科の先生ですが、在宅医療をやっていて、精神科や腰痛のことも詳しくなる。東大の糖尿病の講師だった先生が開業して全部のことがわかったとか。それと同じようなこと、その逆もあると思うし。日本の医学教育、日本の医者の能力から、先生がおっしゃることは当然だと思います。家庭医、総合医というのも考え方ですよ。例えば、大学病院の糖尿病内科の助教授が開業されると、それは総合医になるということもあるかもしれません。ただ、ある意味、総合医は初期の対応ができ、なおかつ振り分ける能力がある。さらにそれだけではなくて、公衆衛生的な観点と予防医学と地域をマネジメントできる能力、そこが日本の医学教育では欠けていたところだと思います。地域をマネジメントする能力について、私は東大で習っていません。

長谷川

総合医、家庭医、在宅の問題も一言でベスト solution というのではないようですが。

近藤

今のような話が出てくるのはある意味当然で、地域によってどういう医者が足りないかということなどでだいぶ違うと思います。そもそも診療所にドクターがいない二次医療圏があった時に、その地域で足りないと言っているドクターは何なのか、あるいはある診療科の専門医がいないからそういう患者が発症した時に送るところがとにかくない、という切実な問題を抱えている地域もあるので、やはりパネルの中で総括的にどういう対策が必要かという議論は、なかなか難しいのではないかなという気がします。先ほど、先生からご指摘があったようなことは、秋田にいとそういうことが地域でものすごく大きな課題になっているという現実も、一方でございますので、あまり結論じみた形までもっていくのは難しい問題ではないかと思えます。

長谷川

結論ではなく、オープンエンドの話で。

田城

やはり、どういう患者さんがどこにどれだけいるのか、ということもあると思います。高血圧、高脂血症、糖尿病のコントロールが良くないという方、ありふれた疾患の方の方が多いだろうと思いますし。例えば、岩手医大を卒業する医者の方の半分は脳外科医というわけにもいかないでしょうし、ということもあります。それから、東北大学のメガデータバンクの方も専門性をもちながら、1年のうち3か月だけは地域に行くというやり方をしていますし、いろいろな課題があります。

例えば、福井と石川県の県境ですと、心電図の読みがなかなか難しく、典型的な心筋梗塞は誰にでもわかるのですが、非常に難しい心筋梗塞だと内科の先生にかかるけれども心筋梗塞とはわからずに専門医に送らないということがあると。何

が専門性で、何がジェネラリストに必要な素養なのか、というのはなかなか難しく、そういう意味ではジェネラリストとして必要な素養として、これとこれとこれは修めてちょうだいということになるかもしれません。また、家庭医、総合医の定義も全部違います。私も順天堂の学生にいろいろ調べてもらいましたが、総合診療医と総合内科医は違いますし、アメリカの family practitioner とイギリスの GP は要求水準が違います。アメリカでは、正常分娩を取りあげることができなければいけないし、医療経済もできないといけません。僕がアメリカで family practitioner にかかった時に、それは医療経済的には合わないからそういう治療はしないと今まで言われて。アメリカではそういう教育までしてるんだ、というふうになるので。

確かに、私たちも安易に総合医という言葉を使うのは反省する点も多いですし、実は総合医、家庭医の定義も定まっていないです。ただ、そういったことで総合医はいらないというのは不毛な議論ではないかというところがあるような気がします。専門医もこれから数が限られてきますよね、一定の件数をこなせないという人は専門医とは認定されない世界になっていきます。たぶん心臓外科、脳外科など。年間100とか、何百とか。そうすると、それはそれで症例の少ないところで専門性をはっている方は厳しくなる可能性はあるのかなと少し思っています。

佐藤

宮古の現場からすれば、総合医だろうが専門医だろうがどちらでもいいです。医者がいなければ困るのです、まずは。定義はどうでもいいです。まず、数が大事だということ、そのためには何が重要かということです。宮古の市議会の方やいろいろな方から、“院長、どうしたら医者が来ますかね”と聞かれましたら、“106号を高速化してください”と言います。“道路を早く下さい”と。盛岡一宮古間を2時間も3時間もかけず、往復3時間

にしてくれと。1時間や1時間半、違うだけでだいぶ違ってきます。応援にくる先生にとっても違う。学長がおっしゃったように、冬は片道3時間かかる時があります。道路を良くすると医師が来るもことになる。生活する場がどうかということが大事なので、どうしても盛岡や東京に一極集中するのは仕方がないところが、残念ながらあります。牛や馬ではないので、来いと言って来るわけではないです。その点も大事だと思っています。田城先生の講演で言いますと、地域の中・高校生に医師になるモチベーションをもってもらうことは大事で、宮古高校の校長に毎年必ず医学部に出してほしいと話したら、1年生と2年生全員が強制的に集められて、宮古高校OBの医師と私とで行って話をしました。高校生では遅いのではないかとということで、宮古市の教育委員会と協力して、夏休みに中学生に一日体験ドクターになってもらいました。そうしたら女の子の方が多かったですね。帰ったら非常に喜んでいて。その中から一人でも医師になってほしいということで。若い時に盛岡の学校だけではなくて、地域の学校からも是非医学部へ行くようにと各地域の校長に話をしなければどうかと、そういった試みもしています。交通の便は大きいと思います。私は以前二戸にいて、高速や新幹線ができたなら人気になりました。交通の便は是非、良くしてほしいということは市長にもお話しています。

それから、今回の話と少し外れますが。先ほど田城先生から、東京や大阪でたらい回しがあったのは医師不足ではないか、というお話がありましたが、それは少し違うのではないかと。あれは医師が多いからたらい回しするんですよ。病院が沢山ありますから。こちらはたらい回ししたくてもできないので。医師の偏在もあって、地方ほどたらい回しはありません。医者は足りないけれども回さない、回せない。総合医の話に戻ると、どんな科でも患者さんがくれば必ず全部診なくちゃならないです。小児科の先生だろうと内科の先生だ

ろうと、まずは診る。できることをやると。そして、そういう経験は非常に大事だと思えます。そういうことを経験して、また盛岡に戻ったりと…。そうした中で教育していくことも必要だろうと思えます。

最後に一つ、気になることがあるのですが。医療のないところに人は住まない、と医療関係者は強く言いますが、それは違うと思っています。生活のないところに人は住まないんです。うちの近くに重茂地区というところがあります。ここは産業がほとんどないです。住民は90%漁業です。小学校、中学校もあり、結構、人がいます。何故このようなところに人がいるかということ、仕事があるんです。うに、あわび、昆布、わかめもすごくいいものがあります。30代でも年収が7,800万~1500万なんです。若い人が年収1千万近くなんです。そういった人たちが家庭を持ち、地域が成り立つんです。そこに医療は絶対に必要なのかということ、必要だと。しかし生活が一番大事だと。医療関係者はつい、医療が一番大事だと言いますが、生活が一番大事なんです。そこで生きていかななくてはならないのです。医療関係者は逆転の発想を持って、そういうふうなことも考えてほしいと思います。遠隔医療も含めて、地域がある意味の主役にならなければいけないということです。どこでも医者ほしい、と言うのはやめてもらいたい。地域全体で少しずつ連携していくということを考えないと、人の少ないところはやっていけないかなという気がします。

長谷川

有り難うございました。まとめていただいた印象があるのですが…。田城先生、どうぞ。

田城

やはり、現地、現場の声が説得力があるのでなかなか発言しにくいですが。参考資料で、人口の小さいところほど減少率が激しいという事実が残念ながらあります。しかも、日本の人口1億2千万をピークに今、減っていますから将来7千万、8

千万になっていくだろうと。ある意味、撤退戦です。特に現場は、人の少ないところほど、より激しい撤退戦になっていくと。そうすると、なかなかしんがりを務める人は大変なのですが。拠点を作って撤退していくという形になりますので。集約化しながら、地域に拠点を少しずつ作りながら、人口減少に備えていくという発想が必要だろうと思います。その拠点が人が集まる場所で、そこには医療や介護も必要ですけども、その拠点で仕事やお金が回る仕組み、人が集まる仕組みというのが必要だろうと思います。医者はちゃんと地域のニーズに応えることができる人、もしくはそれが一生そこにいるというのが酷だったら、さすがに1年交代というわけにはいかないのですが、それはいろんな手段がありますよね、3か月交代、週1回、3年等、それは問わない。とにかくそこに誰かがいてほしいということだと思います。

長谷川

そこでIT化はいかがですか。武藤先生一言。

武藤

先ほど、佐藤先生もおっしゃっていましたが。生活なくして医療もないですし、地域住民、患者さんなくして医療人はあり得ないわけですね。そういう意味で、われわれも変わらなくちゃいけないと思いますけれども。ITに関して言えばわれわれが今一番関心を持っていることは、地域包括ケアです。人口1万人単位の中で、どのように医療人なり介護を含むネットワークを張っていくか、たぶんヒューマンネットワークが基盤になると思いますが、それを支えていくIT系は一体何なのか、それが最大課題になると思います。もちろん、病院一病院の間のEHRの仕組みも大事ですけども。low costで、たくさん関係者が参加できるようなITネットワークが是非とも必要だと思います。

長谷川

そこでIT側の方ということで、近藤先生、まとめというのはいかがでしょう。

近藤

どこの地域にどうドクターを配置してとか、やはり数が少なければ、検討は地域の中でどうしても必要だと思いますね。それを決めるのは、医療の提供体制を地域として、どういう機能分化にしたらなんとかなるのかという話がまず前提であるべきで。一番この手の話を聞いていて嫌なことは、ITがあるからその地域は、defectにしてもなんとかなるでしょうという、ITありきで、ITがあるから医者減らしてもいいというような議論が時々出てくるのですが。あれは絶対間違っていると思っています。ITはそういうことに使うべきものではなくて、やはりただの道具でしかないのだから、どういうふうな医師の数、専門性、そういうものを踏まえた上で、地域でどこまでなら合意形成できるか、それをITで補うことができるかというところで、ITの機能に目を向けるべきだし、足りない機能があれば、それをどうやって作ったらよいかという議論になっていくべきだと思います。そういう意味で、ITありきではなくて、その逆であるというのが私なりの意見です。

長谷川

そういう話を是非出していただきかったので有り難うございます。それを受けて、野原先生いかがですか。

野原

冒頭に小川先生からお話いただいたとおり、岩手県は広大な県土、医師不足というわけです。この中でいかにやっていくかという場合、ITは有効なツールなんだろうと。これはみなさん思っている。岩手県内の場合、先生方皆さん、顔が見える関係が構築されていて、使える土壌にある。今後、被災地でも病院が再建されたり、世の中の流れでは電子カルテが導入されたり、電子化されるのは自然です。そうした中であって、あるのだから導入しようというのは、流れです。患者さんのサービスのため、また、先生方の業務の負担軽減のために、この流れは進んでいくんだろうとい

うふうに考えています。また、地域枠など奨学金を利用した医師が出てきます。彼らを支援、研修してあげることもしなくてはならないと思っています。循環型というお話がありました。一人で行って三年間、地方の病院に行きっぱなしというのではなく、みんなでシェアしてやっていく、そのためには教育支援していく。こういった面でも、ITはうまく使えるのではないかと個人的には思っています。そういった意味では岩手県、上手く使えば補助もありますので、この分野、いい成功例になるよう、うまく活用していきたいと思っています。

長谷川

関係者が非常に近い関係にあるといますか。これがどうしても、人が多い、施設が大きいところだと、お互いみんな、枠にこもってしまう、と。みんな集まってできる、これは岩手モデルを作れる大きな基盤だと思っています。ですから、非常に期待するし。こういった場に今日このメンバー、医療情報学会、医療マネジメント学会、病院管理学会とか、いわゆる病院マネジメント系の人もたくさんそろって、そして行政も地域医療もどうやるか、ということを考える場ができたことは、非常に良かったと思っています。ですから、こういう場が今後また作れたらいいなと思います。

小川

ただいまのディスカッションを聞いていて、先ほどの小笠原先生、佐藤院長の話は、地方にいる者としては全くその通りだと思っています。総合診療医というのは、都会が考えている総合診療医ですから、地方で総合診療医をそれだけの数集めるのとは全然話が違い、無理です。それと、実は専門医の第三者機関ができることになり、その委員の一人になっていますけれども。例えば、田野畑村はここから車で片道3~4時間くらいかかります。田野畑村で80歳のおじいちゃんが草刈をしていて、草刈鎌で顔を切った。そうしたら、田野畑にいる内科の先生でいいから、かつこよく縫っ

てちょうだいと。しかし、13歳の女の子が顔にそういう傷を負ったらば、内科の先生は申し訳ないけれども何もしないで、と。4時間かかっても仕方がないから、大学に運んでちゃんと形成外科医の治療を受けさせてくれと。こういうことです。ですから、総合診療専門医ではなくて、すべての医者が臨床判断ができなければならない。臨床判断ができれば、すべて解決をするわけであって、新しい総合診療専門医なんていうわけのわからないものを作るのではなくて、すべての医師がすべての科を学んでいるわけですから、その中で全ての科を最低限、臨床判断できる、専門医に相談ができる、それが広くて過疎地の岩手県の医療連携のあり方だと思いますし、それをICTを使ってやるということだと思います。そういう意味では、大都会の東京と岩手の医療では全く違うのだということを確認いただければと思います。

田城

総合医とか家庭医というのは、日本の中でも定義が割れていますし、国際的にも割れているので、安易な使用は危険なのだということがよくわかりましたし。私は昭和59年卒業で、当時は家庭医とか総合医という概念はあまりなくて、とにかく消化器内科でもなんでも診るし、医者がもし自分一人しかいなければそれを泣きながらでもやることは全力でやるということが当然だ、ということはお指摘のとおりだと思います。

総合医の専門医というのは一体何だというのは、おっしゃるとおりだと思います。私の大学では、内科の場合には総合内科専門医ということをやってから循環器に進んでいく、というのが内科のやり方です。そういうつもりで使っているところが若干あったので、言葉の使い方は大事にしていかなければならないと思いました。もう一つ、佐藤先生のお話で、葉っぱビジネスで有名な徳島県上勝町を思い出しました。地域再生の仕事をしている時に出てきて、そこはおじいちゃん、おばあち

やん、特におばあちゃん達ですが、年収 1000 万の方たちがいて、お互いに早い者勝ちで仕事を受注する仕組みのビジネスです。最初は fax でやっていたのが今は iPad で専用システムを用いて、お年寄り同士、一刻を争うというビジネスで年収 1000 万の方々がいます。さらに、そこは要介護の高齢者が 2 人しかいなかった。葉っぱビジネスの前は何十人もいたと。要するに、仕事で活性化するということは実は要介護老人、高齢者を減らすということに。ですから、医療だけではなく、佐藤先生がおっしゃったように地域の活性化ということと表裏一体というか、生活を支える意味で医療は大事ですけれども、一部分でしかないということもあるかと思います。医者は、いろいろな意味で地方の名士だったり、そういうことにも才覚がありますから、地方の活性化の商工会議所的なことも医者はできるのではないかと、そういうことも期待されているのではと思います。

岩動

有り難うございました。岩手県の広い県土、過疎、人口の偏在、少子高齢化、医療資源の不足や地域偏在、ICT などいろいろな問題がございますけれども、それらを解決して、高いレベルの医療を保っていくためには、医療連携が必要ではないかと思います。地域包括ケアシステム、いろいろなキーワードが出てきました。多職種連携など、解決しなければならない問題がたくさんあると思いますが、本日のディスカッションを元に、岩手県内で進めていければと思っております。

小山

パネリストの先生方、座長の先生方、大変有り難うございました。

それでは、最後に閉会の言葉を岩手県立宮古病院院長の佐藤先生からお願いしたいと思います。

閉会の挨拶

佐藤

長い時間、3つの講演、そしてパネルディスカッションとご苦労様でした。私自身もこういった

お話はなかなかまとめて聞けることではないと思います、非常に勉強になりました。また、最後のディスカッションでは、私などの現場の声とでは少し違ってくるのかなと感じました。しかし、それがこれから岩手の医療を進める上では大事だと思いますので、今日の会は非常に有意義だったと思います。どうもお疲れ様でした。

小山

皆さん、長時間にわたり活発なご討論をいただき有り難うございました。これで第3回班会議公開シンポジウムを終わらせていただきます。

有り難うございました。

平成25年度 厚生科研第3回班会議
少子高齢化を支える医療連携
 ーかかりつけ医と専門医をつなぐー



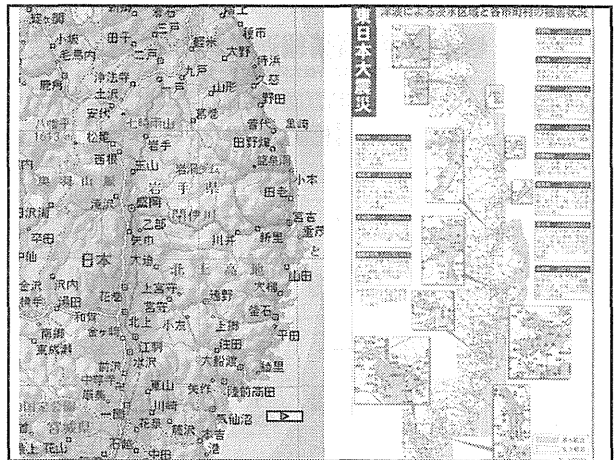
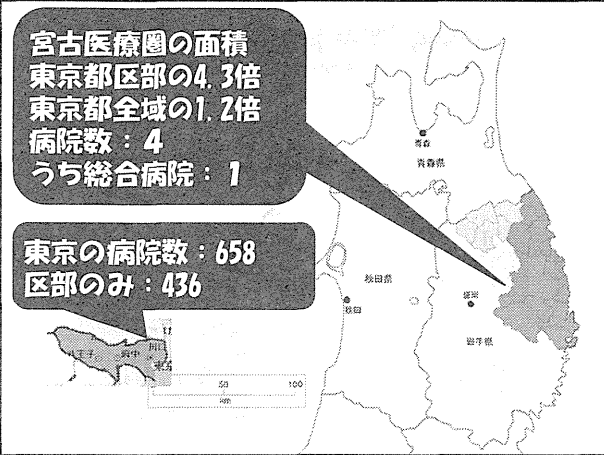
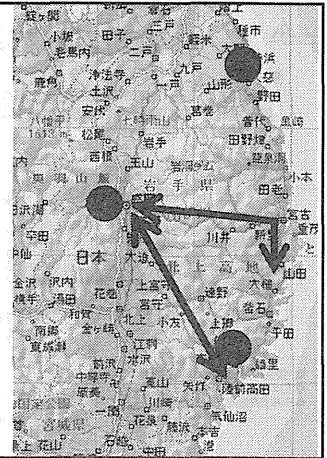
平成25年
 11月17日

岩手県

北海道について広い。
 四国4県に匹敵する広
 大な県土。

- 高度救命救急センター
- 県立久慈病院
- 高次救命救急センター
- 県立大船渡病院
- 高次救命救急センター
- 盛岡一山田町
- 盛岡一気仙地区

ほとんどの沿岸地区
 往復：約6時間



岩手県の過疎地医療の特殊性
広大な県土・医師不足県

医師の移動に膨大な時間が
 患者数が多い訳ではない

効率よい高度医療の提供には
 大学病院と結んだ遠隔医療の導入

**「いつでもどこでも高度医療
 が受けられる」の意味**

IT・遠隔医療を用いて

1. 診断・治療方針は専門医療を受けられる
 = 高度医療
2. 特に、医師不足疾患の日常診療を可
3. 手術等高度医療は基幹病院や大学病院
4. 大学・病院・診療所・福祉の情報共有

病診、病福連携をシステム化