

目次

開会挨拶

「岩手県の医療の歩みと岩手医大が提唱する新医療モデル」

岩手医科大学 学長 小川 彰

基調講演 1

「2025 年へのロードマップ～医療計画と医療連携最前線～」

国際医療福祉大学大学院 教授 武藤 正樹氏

岩手県の医療と介護の現状と将来

社会保障・税の一体改革

病床機能情報報告制度と次期医療計画見直し

2014 年診療報酬改定と入院病床の機能分化

医療計画見直しと在宅医療、地域包括ケア

基調講演 2

「地域医療再生計画にみる全国の施策と成功事例」

放送大学教養学部 教授 田城 孝雄氏

地域医療再生計画とは

Good Practice の紹介

遠隔医療と ICT 活用、地域医療再生と地域再生

岩手県の状況、震災復興

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

IT を活用した医療連携、紙から IT へ

運営主体のあり方と各医療機関との関係

共同利用という考え方、事業間連携について

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

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

研究課題：遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究

（課題番号：H 25-医療-指定-049）

第 3 回班会議 公開シンポジウム

「少子超高齢社会を支える医療連携～かかりつけ医と専門医をつなぐ～」

会議録

日時：平成 25 年 11 月 17 日（日）13：30 - 17：00

場所：岩手医科大学矢巾キャンパス大堀記念講堂

出席：小川、岩動、武藤、田城、近藤、野原、佐藤、遠藤、小山(敬称略) その他

小山

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金、地域医療基盤開発推進研究事業、遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究、第 3 回班会議を開催させていただきます。私は、今日司会を担当させていただき岩手医科大学の小山と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。今回の班会議は「少子超高齢社会を支える医療連携～かかりつけ医と専門医をつなぐ～」と題しまして、公開シンポジウムのかたちをとらせていただいております。

それでは、開会にあたり研究代表者であります岩手医科大学理事長学長小川彰より、「岩手県の医療の歩みと岩手医科大学が提唱する新医療モデル」と題してご挨拶させていただきます。

開会の挨拶

「岩手県の医療の歩みと岩手医大が提唱する新医療モデル」

岩手医科大学 学長 小川 彰

本日は、日曜日の良い時間にも関わらず、大変お忙しい先生方にご無理を申し上げて基調講演をお願いし、これだけたくさんの皆様にご参加いただき、感謝申し上げたいと思います。現在の矢巾キャンパスでございますが、この建物は災害時地域医療支援教育センターといいまして、今年の 4 月に運用を開

始いたしました。免震重要棟ともいべき建物であります。免震構造で独自の非常用電源を備え、全県の医療情報のサーバー機能をもっております。サーバーがあるものですから、瞬時停電にも対応しなくてはならないということで、この建物だけ独自の非常用電源をもっているということです。

岩手県が何故こういう岩手モデルを提唱したかということですが、岩手県は北海道に次いで広い自治体でございますが、四国 4 県に匹敵する広大な県土を有しております。高度救命救急センターは、岩手医大、久慈の高次救命救急センター、県立大船渡病院の高次救命救急センター、そういう救命救急センターで運用しているわけです。盛岡は内陸部で、ほとんど震災の影響は現在、見えないわけでございます。盛岡から被災地までだいたい片道 3 時間、往復 6 時間、医師不足の県の中で、医師が移動にだけ時間をとられるということでは、到底いい医療はできないということです。

例えば、岩手県には 9 つの二次医療圏がございます。次の資料は、岩手県と東京都をセイムスケールで比較したのですが、ここに宮古医療圏がございます。宮古医療圏は、岩手県の 9 つの医療圏の中で最も面積の広い医療圏でございますけれども、この面積が東京都区部の面積の 4.3 倍、東京都全域の 2.2

倍。その中で病院は4つしかない、総合病院は1つしかないという状況でございます。東京の病院数は658でございますから、いかに違うか、過疎地であるかということがお分かりいただけるかと思えます。

こうすることで、岩手県では地域においてたらい回しはありません。たらい回しをするほど病院がありません。その病院に行くしかないということで、県立宮古病院の院長先生もいらっしゃっておりますが、宮古病院ですべての患者さんを受入れて、どうしようもなければ、岩手医大の高度救命救急センターまで連れてくると。その沿岸各地のほとんどが被災したというわけです。

このように岩手県の過疎地医療の特殊性というのは、広大な県土、医師不足の県であること、医師の移動に膨大な時間がかかり、3時間かけて医師を派遣したとしても、その割に患者さんがものすごくたくさんいるわけではないという過疎地の問題があります。そういう意味で、効率よい高度医療の提供には、これらと大学病院とを結んだ遠隔医療というキーワードが出てくるわけでございます。

いつでもどこでも高度医療が受けられるということの意味について。ICT 遠隔医療を使つての診断・治療方針というのは、専門医のサジェスションが受けられる高度医療ですし、特に医師不足疾患の日常診療を、医師が現地に行かなくても医療ができるような状況にしたいということでもあります。当然、手術等、高度医療は基幹病院、大学病院でやらざるを得ないのですが、大学と病院、診療所、福祉の情報共有ということで、病診・病福連携をシステム化しようというのが、岩手医療モデルの一つの意義でございます。

岩手版の医療情報連携システムについて、現在は小山先生が中心になって大変頑張つてやっただけでございますが、現時点におきましては、沿岸の基幹の県立病院と遠隔コンサルテーションによる医療連携、紹介状等、そして電子カルテの共有をしましょうというようなことになっております。

病院ごとに医療情報管理をして、全体として維持可能なシステムであること。将来的には、岩手医大災害時地域医療支援教育センターの4階にございますサーバーに、全県の医療情報をストレージすることになっておりますが、これもやっと、ということで1回でできるものではございません。結局、拠点病院に患者が受診して、診察をしてコンサルテーションをして岩手医大を受診して、診察・検査、そして拠点病院にお戻りするというようなシステムでございます。そのセキュリティに関しましては、今日、専門家の先生方がたくさんいらっしゃいますので特に説明申し上げませんが、いずれ、拠点病院と岩手医科大学の間でセキュアな情報通信網を作つて、そして患者さんの利便を高めるとことが当面の目的でございます。いずれ拠点病院、岩手医大、そしてその情報共有をだんだんとシステム化し、すべてを共有していくということになるわけでございます。最終的には病院、診療所を結んで岩手における医療の均てん化、災害の対策を実現するというステップまで進むわけでありまして、これも今、準備をしているということです。

現在までの遠隔医療というのは、あくまでも支援だけでございます。医師がいる病院で良い診療支援をする、これは専門医の診療支援というものが極めて重要ではございますけれども、遠隔医療というためには、独立して医療ができるということがどうしても必須になってきます。先ほどのように、岩手医大から片道3時間かけて医師を派遣して、一日6時間移動のために時間を使って診療の時間が減るということでは、医師不足の岩手県で良い医療はできないわけです。

これは一例でございますが、皮膚科の遠隔医療の実証実験のプロジェクトでございます。岩手県医師会立高田診療所がございまして、ここと岩手医大を結んで皮膚科診療の診療を目指しているわけでありまして、この他にいくつかのプロジェクトが動いております。実は、その高田診療所において、遠隔医療システムで皮膚科の診療をしようとしていました。非

常に簡単にできると思ったのですが、実は送信側と受診側で色調すら全然違うということで、画像のように設置の位置をマークして、LEDの照明を設定し、そして外の光を遮断してやらざるを得ないというような仕組みが続けられています。それから、目的に応じたカメラも様々用意してやっているわけです。結果、現地で診断したものと約200キロ離れている岩手医大との間で、同じ診断ができるということが実証されつつあるわけでございます。

「いつでもどこでも」というのは、診療所、基幹病院、介護福祉施設、大学病院の遠隔医療システムの間で、電子カルテの情報共有化、システム化をしようということと対面診療の弾力化ということでございます。

アクセス・クオリティ・コストを並立させて、被災地ではありますが、医師不足に対応した全国過疎地医療の新しいモデルとなるのではないかと思います。

岩手県の復興基本計画が3.11発災後、8月にできました。岩手医大を中心にしてシステムやドクターヘリが動いておりますし、基幹病院、二次保健医療圏、在宅ケア、診療所等、これらを遠隔医療で結ぶということでございます。

教育、人材育成の拠点として災害時地域医療支援教育センターができて運用が開始されておりますし、拠点病院の電力等、ライフラインに関しましては、1週間、全床規模の電力、水道、すべてを賄うことができる次世代型のスマートエネルギーセンターを既に先行して用意することになっております。

問題は、遠隔医療をこれにちゃんと結びつけるということでございます。ドクターヘリの基地は既に完成し、運用されております。将来は、病院ができた時に着陸地点からたった1分で救急センターに入ることができるというロケーションで考えているわけでございます。まだ空地もありますが、最終的には6年後、画像のようなかたちにはなり、ドクターヘリの基地と高度救命救急センターが連動しているということなんです。

過疎地被災地型医療システムを構築する病病・病診・病福連携、遠隔医療システムの整備、それに対するロードマップが極めて重要なポジションを現在、占めているということになります。広域大災害に備えた病院整備は準備をしておりますし、既にスマートエネルギーセンターの設計が始まっております。そして、エネルギー自己完結型災害拠点病院整備ということで、大災害時医療連携の役割というものは極めて重いものがございますので、今日これから基調講演をいただく先生方の様々なアイデアを参考にさせていただいて、岩手過疎地被災地型の遠隔医療システムを整備することによって作っていただくこととあります。

小山

それでは早速基調講演に移らせていただきます。今日の基調講演は3人の先生方をお願いしておりますが、座長を岩手県立釜石病院院長、遠藤先生をお願いしたいと思います。

遠藤

基調講演3題の座長を務めさせていただきます遠藤と申します。

基調講演1の武藤正樹先生にご講演をお願いいたします。簡単にご略歴をご紹介します。先生は1974年に新潟大学医学部を卒業されまして、1978年に大学院を修了、その後、国立横浜病院にて外科医として勤務。ニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学されまして、1988年からは厚生省の関東信越地方の医務局指導課長を務められました。その後、1995年国立長野病院副院長、2006年からは国際医療福祉大学三田病院副院長、国際医療福祉総合研究所所長、同大学大学院教授、2007年には株式会社医療福祉経営審査機構CEO、2011年には医療福祉総合研究所代表取締役社長ということになります。そして、国際医療福祉大学の大学院教授となって、現在に至っております。所属学会は多数ございますけれども、日本医療マネジメント学会の副理事長、日本ジェネリック医薬品学会の代表理事等、多くの要職に就いていらっしゃいます。政府関係の仕事とし

ては、入院医療等の調査評価分科会会長、それから、厚生労働省の医療計画見直し等検討会の座長など、様々な要職に就かれております。

基調講演(1)

「2025年へのロードマップ～医療計画と医療連携最前線」

国際医療福祉大学大学院

教授 武藤 正樹氏

それでは今日のお話、「2025年ロードマップ～医療計画と医療連携最前線～」ということで進めていきたいと思います。

私も国際医療福祉大学で一体何をやっているのかということをご紹介いたします。栃木の太田原というところに本校がありまして、薬剤師や看護師、いわゆる医療専門職を養成する大学の大学院で、全国に11の関連病院があります。タイトルバックは東京都内の関連病院の一つ、三田病院です。これは人口20万人の港区にありますが、先ほど小川学長からもありましたとおり、岩手とだいぶ違います。三田病院、近くに慈恵医大、虎の門病院等、急性期病院がごろごろしている大激戦区です。医者数が半端ではなくて、全国平均医師の数は人口10万人当たり約220人ですが、なんと1200人ですね。いずれにしても、まさに医師偏在です。三田病院はもともと東京専売病院だったのですが、2005年に吸収いたしました古くなってきて、新三田病院を作りました。この時、全館免震、屋上にガスタービン自家発電機、直下型の地震でも大丈夫という建物にしました。

今日の話はこういう順番でいきたいと思います。まず、岩手県の医療と介護の現状と将来について。2番目以降は、国が進めている2025年への医療、介護をどうするかということで解説をしていき、社会保障・税一体改革、国民会議、それから病床機能情報報告制度、これが結構大きな課題です。それから、直近の課題としては診療報酬改定、入院病床の機能分化の話、さらに今日の話題にももちろん関係しますが、医療計画の中の在宅医療、これを大きくクローズアップしてみました。最後に地域包括ケ

アシステム、これが今、最大の政策課題になりつつあります。

岩手県の医療と介護の現状と将来です。お手元の資料、スケールが小さくなりましたが、岩手県の人口は、2040年には約3割激減。これもご承知のように岩手県は9つの二次医療圏がございますけれども、盛岡に一極集中です。病院勤務医も57%集中してまして、その他の8医療圏は医療不足地域になっています。人口の36%が盛岡に集中しており、その他の地域は過疎型の地域となります。そして、これも医療資源が集中しているのですが、全身麻酔の6割が盛岡に集中しています。また病院勤務医の6割、看護師の6割が盛岡に集中しており、こうした人材の偏在が認められます。

ベッド数の資料です。全体で全国平均を下回ります。それから療養病床もやはり7医療圏で下回っており、回復期病床においても5医療圏で全国平均を下回っています。特養に関しては、全国平均を下回るが、介護3施設はほぼ充足しています。一方で、ケア付きの高齢者住宅数はどの医療圏でも不足しているということが分かります。

次の資料は2035年の75歳以上の人口です。盛岡に関しましては60%増加、高齢者問題は盛岡に集中しております。そうしますと、総医療需要を見ますと、岩手県全体では4%ぐらいです。若者が減っていますから医療需要は減っていきますが、二戸では20%減少、それから、総介護需要は特に高齢化の激しい盛岡は52%。明らかに医療圏ごとに全部違います。医療圏ごとの対応を考えなくてはということになります。次の資料はまとめのようなものです。盛岡以外の医療圏に関しては、総介護と75歳以上の医療は増えますが、総医療は減ります。総介護は盛岡に関しては全国とほぼ似たようなパターンとなります。このデータに関しては岩手県保健医療計画、日医総研ワーキングペーパー 269から引用してきました。

こうした前置きを見ながら、ここからは国としての今後の政策を見ていきたいと思います。まず押さ

えておかなければならないのは、社会保障・税一体改革と国民会議です。これに先立って去年8月に社会保障・税一体改革の中の消費税法案が前倒しになって成立しました。現在5%の税率を14年に8%、その後10%に増税するということでもあります。その背景ですが、団塊の世代の高齢化、激増する社会保障給付費の問題が挙げられます。

次の資料は人口ピラミッドの変化です。ちなみに私は昭和24年生まれで団塊の世代です。来年、前期高齢者の一年生です。団塊シニアに属しています。私は子供が3人いますので、彼らは団塊ジュニアです。実は、団塊ジュニアが高齢化する2055年、この時が非常に大変な時期です。その前に我々団塊シニアが後期高齢者となる2030年、ここを乗り切ればなんとか大丈夫かなと。団塊の世代の高齢化は全国一律で起こるわけではなくて、まさに都市部で多いです。大都市とその周辺県で起こり、岩手では盛岡。このように非常に地域性が明確な偏在が起こるといわれています。

そうするとどうなるか。社会保障給付金、これは年金、医療、福祉・介護の3本柱ですけれども、現状2012年度社会保障給付金は109.5兆円、GDP対比22.8%。これが、我々が後期高齢者になる2025年には149兆円。また後で付け加えた資料ですが、社会保障給付金の見通しですがこのような感じです。2025年には148.9兆円です。その中で何が伸びているのか。伸び率、年金は1.12倍、医療は1.54倍、介護は2.34倍です。今度は消費増税分の使い道ですが、5%引き上げですので、だいたい14兆円です。でもそのほとんどが、社会保障の安定財源確保分に使われる予定です。4%です。たったの1%が社会保障の充実強化分で2.8兆円です。この2.8兆円を分解しますと、医療・介護の充実と重点化・効率化に使えるのはたったの1.5兆円程度。このような状況です。この1.5兆円をこれからどうしていくかということですが、社会保障・税一体改革2025年のおおまかな内容ですけれども、医療と介護があります。2011年度現在、一般病床107万床です。徹底的

に機能分化しています。それから介護は居住系施設、外来・在宅医療は大幅増。簡単に言ってしまうと、病院の病床から地域へということになります。

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編、これもよく出ますね。一般病床を徹底的に機能分化して、在宅医療の充実を拡充していく。

次の資料は改革の方向性です。病気になったら、病院側は急性期1床あたりの人員を1.6~2倍にする。どこから看護師をもってくるのでしょうか。今でも不足している状態ですが。患者さんが退院しますと、地域によっては住まいを中心として医療、介護、生活支援・介護予防といった地域包括ケアシステムを構築する。人口1万人の場合、中学校区くらい、だいたい徒歩30分圏内でこのようなシステムを構築していくということになります。

社会保障制度、国民会議の最終報告書を見ていきたいと思います。8月6日に清家会長から安倍首相に手渡されました。この改革案をざっと見ますと、医療、介護、年金、少子化となっていますけれども、ほとんど負担増の話ばかりです。今日のお話、医療提供体制の見直し、これが次回の通常国会で法案提出されます。国民会議最大の注目点、プログラム法案は2017年度まで次々に国会に提出されます。まずトップバッターとして、医療法改正を注目していきたいと思います。

国民会議報告のポイントを4つ挙げました。1つ目は医療提供体制の見直しでは4つあります。病床機能情報報告制度の早期導入、病床機能の分化と連携の推進、在宅医療の推進、地域包括ケアシステムの推進であります。2つ目は都道府県の役割強化、権限強化。国民健康保険の運営業務の都道府県への移行、医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化、医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度の見直しの3つがあります。

国民会議のキーワードはいろいろな見方ありますが、「地域」ということが挙げられるかと思っています。まず、とにかく地域の実情を反映すべきということです。病床の機能分化を進めるうえで地域単位の需

要供給のバランスを把握しながら進めていくことが必要ということです。それから地域包括ケアシステムの推進が必要です。

この2025年への道筋をちょっと見ていきますと、これを進めるにあたっての大きなエンジンは二つあります。一つは報酬改定です。もう一つは、医療計画と介護保険事業計画です。進行表を見ていきますと、報酬改定は2025年まで、来年の改定を含めて6回です。医療計画では、現在進行中の診療事業計画は3回。介護保険事業計画は6回。一番注目すべきは2018年です。何が起こるかということ、介護保険事業計画と医療計画が同時改革。それから次の医療計画がスタート。それからたまたま、介護保険事業計画のスタートになります。計算しますと、同時改革は30年に1回しかありません。これを逃してしまうと30年ないということです。ですから、すべてのプランにおいて大仕掛けができるこの年を目指しています。先ほどの医療法改正等のプログラム法案がすべて2017年までを目途に成立を図っていくということになります。是非とも、2018年に着目していただきたいと思います。

では、病床機能情報報告制度と次期医療計画見直しです。病床機能情報報告制度は、来年の後半から始まるのですが、各病院の病棟ごとの病床機能を都道府県に報告して都道府県でそれを集めて、現在の需給状態、それから2025年の需給状態を目指しながら適切な地域医療ビジョンを形成するという制度です。報告制度と地域医療ビジョン。地域医療ビジョンは次の地域医療計画、2018年スタートの医療計画にこれを反映させるということになります。今、各病院関係者が注目しているのが病床機能区分。どういう区分ごとに報告したらいいか、検討会の中でも二転三転しています。最初の検討会の中では6区分でした。「急性期」、「亜急性期」、「回復期」等、それを検討会の中でいろいろな異論が出て、結局5区分、4区分。4区分では「急性期」、「検討中」、「回復期リハビリテーション」、「長期療養」。この中の「検討中」などは全然合意に至らなかったです。それはなぜか

というと、実は「亜急性期」があるからです。この「亜急性期」が最大の争点でした。厚生労働省が示す「亜急性期」の定義です。いわゆる「急性期」を経過した患者さん(ポストアキュート)、それから在宅・介護施設等からの救急患者であって症状の急性増悪した患者(サブアキュート)、それから在宅復帰に向けた医療を提供する機能と3つの機能を備えたものを「亜急性期」と定義したのですが、これに対して非常に異論が出まして、結果的に先ほどの報告制度で検討会では「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」と4区分で、来年度の後半から各病院は県に病床単位で報告することになっております。

次は、社会保障審議会医療保険部会で問題になっていることですが、どういうことが問題になっているかということ、「診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等」をどうするかということです。これは中医協の中でも大問題になっています。

いずれにしても、報告制度に関して来年の通常国会で医療法が上程されますので、それを経て来年度の後半から報告制度、地域医療ビジョンが動き出すということです。そして、2018年の医療計画に反映させるということです。

次の資料2025年へのロードマップと、診療報酬改定がリンクしています。報酬改定と医療計画は、常に2025年に向けての二つのエンジンであり、両方がリンクしていることになります。

ここからは、診療報酬の話になります。入院病床の機能分化。今、中医協で来年度の報酬改定に向けて議論が進んでいますけれども、その中で一番着目されているのが、入院病床の機能分化の項目です。

次の資料は中医協の下部組織ですが、入院医療等の調査・評価分科会、この座長を私がさせていただいております。来年4月からの診療報酬改定に直結する話で、いろいろな意見が出ているのですが、分科会としてこのように見直しました。一般病棟入院基本料に関して大幅に見直しました。もう一つは亜急性期入院医療管理料の見直しです。

いつも分科会で出てくる資料が次の資料です。療養病棟ごとの病床数を見ますと、一般病棟入院基本料7対1は35万床に近づいており、非常に肥大化しています。これを2025年のイメージでは、高度急性期には18万床くらいにしたいと。

次の資料は、病棟入院基本料7対1と10対1の届出病床数の割合と推移です。平成18年は6万床くらいでしたが、今は35万7千床と巨大化して、一般病棟入院基本料7対1の見直しが今回、大きな課題となりました。分科会の中で「複雑な病態をもつ急性期の患者に対して、高度な医療を提供すること」を定義づけています。また、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外すこと、特定除外制度については、わりと安定している長期入院の患者さんは平均在院日数に入れてなかったものを入れますよ、13対1、15対1と同様の扱いとすることを提案しています。

次の資料は、DPCデータ提出病院における短期手術等に係る平均在院日数の影響をシミュレーションしたグラフですが、これによる短期間で退院可能な手術や検査の在院日数の対象から外すと約0.6日程度の差がおきます。

それから次の資料はどんな手術であったかということですが、ポリープ、ヘルニア、睡眠時無呼吸検査等でこれらを外します。

特定除外制度は、90日超えのある種の疾患に関しては、在院日数から除外してもいいという制度でしたが、これも入院基本料からさらに平均在院日数の計算対象に入れてはどうかということになっています。

90日超患者のうちの特定除外患者の割合ですが、7対1では3.7%、10対1では6.5%となっています。ここで問題になったのは、がん患者等の特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数ですが、7対1では1.5日、10対1では3.2日延長となります。

それから、重症度・看護必要度ですが、これも入院基本料の要件に入っています。これに対しても見直しが検討されています。これは複雑な病態をもつ

急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点からの見直しということで、7対1にふさわしい項目について検討されました。その結果、時間尿測定及び血圧測定は削除、抗悪性腫瘍剤の内服等が追加になります。次の資料が削除項目、追加項目です。

そして、最大の争点が亜急性期入院医療です。急性期病床からの患者受入れ、在宅等にいる患者の緊急時の受入れ、在宅への復帰支援といった新たな亜急性期の役割・機能をもった病床を病棟単位で拡充していこうと。そして、もし実現したら手厚い診療報酬をつけると。つまり、これから日本全体で3600万人の高齢者が出現する時に、亜急性期型の新たな病棟が必要だということで病床の創設を訴えております。

次に、中医協総会において、入院医療等の調査・評価分科会の報告がなされました。その調査結果に基づいて、いろいろな意見が出され、12月に具体的な審議が始まります。

ここからは医療計画の見直しと在宅医療についてお話しします。医療計画はご承知のように都道府県が作る医療提供体制の基本計画で、5年に一度作っているのですが、多くの都道府県では2013年4月から新医療計画がスタートしています。この間、国は何をしていたかということ、各都道府県へ向けてどういうふうな医療計画を進めていくかといったガイドラインを2010年暮れから作ってきました。2010年12月から1年間、これも座長を務めさせていただきまして、2010年から10回にわたってやりました。医療計画は一つ一つの項目が大きく、しかも2011年3月11日以来、全部の審議が2か月ほどストップしまして、再開された時に最初に出てきたのは災害医療に関する項目でした。

結局、新医療計画はこのようなかたちになりました。これまでの4疾患に精神疾患が加わり、災害医療、特に災害拠点病院の見直しにも繋がりました。それからこの5事業に合わせて、在宅医療を入れました。これについてもいろいろな議論がありました

が、ポイントは次のような感じですが、指針の中に盛り込んだのは、在宅医療に関する医療提供体制の充実・強化について、介護保険事業支援計画との連携を考慮するという事です。今後、在宅医療計画と地域包括ケア計画というような、新たなカテゴリーの計画が必要になってくると思います。

検討会でまとめた計画のキーワードです。24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携、看取りまで行える医療、認知症の在宅医療の推進、医療と介護の連携。これらは指針として示すのは簡単ですが、例えば24時間365日、患者の視点に立った医療提供体制を構築するのは大変です。

前回、2012年診療報酬改定の時に在宅医療について大きく見直されました。皆さんご承知のように、前回改定の時には医療と介護の役割分担、在宅医療の充実が大きな重点課題になりました。中でも在宅療養支援診療所・病院が大きく注目されました。例えば、在宅に特化した診療所が特に都市部で増えています。次の資料は神奈川県藤沢市にある湘南なぎさ診療所ですが、常勤医3名、非常勤医24名ほど。どのくらいの患者さんを在宅で診ているかというと、2600件。全国で最大規模ではないかと思います。こうした診療所が都市部ではできてきています。ただ、都道府県によって随分違います。人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数は東京ではほぼ平均くらい。ただ、これから必要な埼玉、千葉、神奈川は平均以下、岩手も平均以下です。この支援診療所は、2008年の診療報酬改定で半径4km以内に診療所が存在しないなどの要件を満たせば病院でもできるようになりました。

2010年改定では4km制限を撤廃し、200床以下の病院であればどこでも在宅療養支援病院として取得可能になりました。これによって、すごい勢いで在宅療養支援病院が増加しました。現在、2012年段階で746病院です。次の資料は東京都で第1号の在宅療養支援病院で港区にある古川橋病院です。一般病床49床、介護老人保健施設40床の病院ですが、真っ先に取得しました。このあたりはお年寄りが多

い地域ですが、お年寄りのちょっとした疾病、例えば肺炎、骨折等に関して、この手の病院がすごく小回りが利いて地域密着型です。三田病院はがん拠点病院ですから、やはりこうした病院が非常に重要です。ですから、今後はこのような在宅療養支援病院は、先ほどいった亜急性期病床のカテゴリーに非常に近いと思います。この在宅療養支援病院数を都道府県別にみてみますと、東京も岩手も非常に少ないです。石川、徳島などが多いです。ただ、課題も見えてきました。結局、在宅看取りが少ないことです。次の資料は在宅療養支援診療所数と在宅看取りの数に関するグラフですが、赤は在宅看取りをしない、青は在宅看取り1名以上となっておりまして、だいたい半分は在宅療養支援診療医が看取りをしていないです。結局、看取りができない理由は、たいてい診療所は1人で対応していますから、看取りにとっても対応できないです。

それで、前回改定でこのように強化型診療所・病院を作りました。所属する常勤医3名以上、過去1年間の緊急往診実績5件以上、看取り実績2件以上と。ただ、一か所1人でできない場合は、複数の医療機関が連携してもよいということで、単独強化型、連携強化型に分けて、それぞれにいい点数をつけると。その結果、診療所に関して、単独強化型、連携強化型、だいたい1/4ぐらいに増えてきています。病院に関しては、だいたい半分に増えてきました。

次の医療法改定の大きな課題は、在宅医療に係る医療機関の機能の整理、医療法への書き込みです。来年の診療報酬改定ですが、強化型在宅療養支援病院・診療所の要件の厳格化が必須です。

最後に地域包括ケアシステムです。2012年の介護報酬改定で決まりました。地域包括ケアシステムの基盤評価、医療・介護の役割分担・連携強化。次の資料はよく見る図ですが、住宅、福祉、医療、介護を地域の中でサービスを提供していくということが決定しました。あくまでも住宅が中心だということです。今回、このために3つの新規サービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービ

ス、サービス付高齢者向け住宅が入りました。定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、地域の中にナースステーションを置いて取り組むということです。サービス例としては、平成 21 年度世田谷区のモデル事業があります。利用対象者にはケアコール端末を持っていただいて業者さんが随時訪問するという地域のナースコールですね。それから複合型サービス。これは小規模多機能型居宅介護と訪問看護との組み合わせサービスです。小規模多機能というのは、認知症の方の面倒をみるのにすごくいいサービスです。泊りでも通いでもいいといった具合に柔軟なサービスに看護、介護を組み合わせた施設です。それから、今話題のサービス付高齢者向け住宅。これは改正高齢者住まい法によってできました。次の資料は、各国の介護施設・介護付き高齢者住宅の割合です。日本は諸外国に比べ圧倒的に少ないのがケア付住宅です。デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移です。高齢者・障害者住宅法の改正が始まりました。デンマークでは日本の特養に相当するプライエムという施設がもともと多かったのですが、住宅法を改正しましてケア付住宅を増やそうということで、最近では完全に逆転しています。それが、サービス付高齢者向け住宅の発想でして、床面積が 25 平米以上、バリアフリー、サービスとしては少なくとも安否確認、生活相談サービスを持ちあわせているということです。次の資料はサービス付高齢者専用賃貸住宅の事例ですが、併設事業所として、一層部分にデイサービス、ショートステイ、訪問介護があり、二層部分を住宅としては自立型住宅、介護型住宅にしています。国土交通省で、一戸当たり 100 万円という補助金と税制優遇で、10 年間で 60 万戸を目指す。直近は 12 万戸に増えました。ただ、これを都道府県別に見ていくと岩手県は少ないです。

このサービス付高齢者向け住宅はどんな業者さんがやるかということ、介護系事業者、医療系事業者などです。今、医療系サ高住が伸びております。今後、入院在院日数がさらに短くなりますから、一般病床、療養病床、精神病床、在宅復帰強化型老健からサ高

住に移行と、中には特定除外者には慢性透析患者も含まれるので透析専用サ高住が人気になっています。これを街づくりに応用しようということで、千葉県柏市豊四季台団地を含む豊四季台地区の一面を東大の高齢社会総合研究機構が介入しまして、サ高住、訪問看護ステーションの整備をして団地の再生を図ろうという試みがあります。

地域包括ケアシステムの課題は、全国に 1 万以上のこうしたシステムが必要になるということです。地域包括ケアシステムは、住まいを拠点とした、或いは住民を視点とした発想でやっていかななくてはならないこと、そして、医療、介護にとどまらず地域づくり、街づくりの視点が必要だということです。各地域でそれぞれの事情が違いますから、個性的なスタイルでやっていってはどうか。全国 1 万人規模の地域システムを 1 万のスタイルを形作るということが期待されています。

今日のお話、2025 年のロードマップ。4 月に本を書きました。この中に随分盛り込んでいますので、是非参考にさせていただければと思います。日野原先生にもお読みいただいて、102 歳の日野原先生でもよく分かっておっしゃっていますので間違いのないと思います。

まとめでは今までの繰り返しですが、地域包括ケアシステム、これが最大の政策課題です。とにかく地域の実情にあった生活者目線、地域づくりの観点で進めていかなければならないと思っています。ウェブサイト、フェイスブックも参考にしてください。ご清聴ありがとうございました。

遠藤

武藤先生有り難うございました。岩手の医療、人口動態から始まりまして、来年の診療報酬改定、最後には地域包括ケアシステム、地域づくり街づくりにまでフォーカスした内容でした。この後、先生にはパネルディスカッションに参加していただきますが、ご質問等あれば、挙手をお願いいたします。

引き続きまして基調講演の 2 に移りたいと思います。演者は田城孝雄先生であります。放送大学の教

養学部教授、順天堂大学保健看護学部客員教授であります。

基調講演(2)

「地域医療再生計画にみる全国の施策と成功事例」

放送大学教養学部

教授 田城 孝雄氏

地域医療再生計画のお話をします。今日のメインテーマであります全国の中で優れたモデル、Good Practice を5つ、遠隔医療の話、地域医療再生の委員をやっておりますので、地域再生、医療があっても地域に住民がいなければ成り立たない、逆に地域が成り立つためには医療が必要だという話、地域医療再生計画以外の震災復興でいろいろな課題がありますが、それらの話をします。

いつも時間が足りなくなりますので、最初に結論を言っていますけれども、基金方式が非常に優れていることです。それから順序が逆になりましたけれども、お手元にお配りしているスライドですが、本体が16MBぐらいあって、メールで送れなかったので特に写真を抜いた簡略版でお手元に届いております。大きいものは、ファイルを残しておきますので、必要な方はもらって下さい。それから、後で触れますけれども、このお配りした資料の一番後ろに横向きのスライドが4つありますが、これは地域再生推進委員会の資料です。それをもう一度触れます。

自己紹介ですが、生まれは八戸で幼稚園から高校まですべて盛岡です。途中、野辺地町に行きまして、ここも南部藩の藩領です。すべて南部藩で、母方は南部藩の家老の一族なので岩手県ということと、南部藩の出身ということで非常にプライドをもちしております。そして、このあとパネルディスカッションで座長をしていただきます岩動先生のお兄様が私の東大の先輩で、私が東大に入った時に泌尿器科の講師をされておられました。そのあと、日本医師会の日医総研というところにおりましたので、医師会の先生方の立場に立ってものを考えるようにしています。東京大学附属病院では退院支援の仕事をしておりまして、この時に武藤先生に押し掛けるとい

たちで、武藤先生を師匠と仰いでおります。その後、日医総研にいて地域を見ようということで公衆衛生の立場に立っておりました。少し行ったり来たりで申し訳ありません。子どもの頃、非常に体が弱くて、日赤等をはじめ、いろいろな病院のお世話になっておりますので、高校時代までは患者の立場で岩手県の医療を体験いたしました。現職ですが、地域再生推進委員会が政権交代で今の進藤大臣になって組織替えをしましたがけれども、実は前の安倍内閣時代、つまり6年以上前から地方の人材ネットワーク、地方の現地再生委員ということもやっておりまして、これは増田総務大臣の頃からずっとこういった仕事をしておりました。この地域再生推進委員会で配られた資料が、お配りしている資料の一番後ろについております。これは、一言で言うと、人口の小さい地域ほど早く人口が減少していくという、非常に悲しいお話なのですが、将来、人が住まなくなるから医療をそこに提供することは投資の無駄だという議論がありますけれども、それは全く逆だと思います。過疎化を推進することになります。未来は変えることができるので、地域が崩壊しないために頑張ることが、私の今の一番の職務になっております。

地域再生基金についてはすべて補正予算になっておりまして、平成21年度は自民党政権、麻生政権の頃で、民主党になって、また自民党に戻っておりますが、政権が交代してもこのお金がついているということは、どちらの立場に立っても、これは世の中に必要だということになっております。そして、25年度で終わることになっていましたが、今年の24年度の補正ですから、今年の、実は2月についてのお金ですので、県庁の野原先生も非常に苦労されていると思いますけれども、今年の7月に公布されましたので、平成27年度、28年の3月まではこのお金が自由に使えるということになっています。いくら使ったのかというと、総額で6050億です。6000億円というお金が、県を通して地域の医療の充実のために使われております。その中でも、岩手県もそうですけれども、被災3県、それから委員の中に茨城県

出身の方が1人おられますが、茨城県も被災県ということで一応途中から追加されておりますけれども、被災県に対しては別枠で1100億、それを含めて6000億円になります。

地域医療再生基金はどうものかということ、発端は奈良県の妊婦さんが脳出血を起こして救急車で運んだのですが、30軒近くたらい回しになって、母子ともに亡くなったことです。それと同じようなことが実は東京都墨田区でもおきまして、こういったことが日本中でも起きているということで、救急、産科、小児科を中心に、医療の崩壊で医師不足が原因ではないかということでお金がつきました。

そこで、地域に市立病院、県立病院、日赤、済生会、医療法人というように、似たような大きさの病院があるということで、それぞれに小児科の先生を1、2人と配置する。1人では当直もままならないというような時に、マグネットホスピタルというのですが、そこに集中して地域を支援するというようなことをしてはいかかかというようなことが発想となっております。

計画について、厚生労働省のインターネットから地域医療再生計画で検索をしますと厚生労働省のホームページが出てきます。皆さん見ることができますので、どういうものかは、先生方全員ご自分の目で確認することができます。

その次の地域再生特例交付金というものを作って、先ほどと違った観点で、今度は一つの県で、北海道だけは三次医療圏が4つありますけれども、それぞれの三次医療圏、都府県一つに対して、15億円を基礎の金額としてさらに病院の再編成をすとか…。ベッド数を増やすと、そのためには病院の立て直しが必要なのですが、病院の立て直しのために数10億かかる、そういうお金を含めて120億まで積むことができるというようなものを作ると。病院の再編成に役立ててもらおうという観点でやりました。それも同じようなことです。この時までは、震災の直前ということなので地域再生計画なのですが、これを執行しようという時に3.11がありまして、被災3県

復興計画というものになり、これに関しては、われわれは一切タッチしないと。減額をすとか、こういう使い方はどうのということは一切せずに自由に3県でやっていただくということになります。そして、民主党から自民党に政権が戻った後、平成24年補正予算、平成25年2月に補正予算で500億円積み増したと。これは47都道府県で割りますと、だいたい10億6000万くらい、岩手県も確か15億だと思えますけれども。それで特に災害対策、有名な南海、東南海等の南海トラフ巨大地震に対する対策、これは大阪府、高知県などが該当します。それから医師確保事業の継続。さらに在宅医療推進事業、これは武藤先生もお話されましたけれども、在宅医療連携拠点事業というものが先行していたのですが、それが民主党政権時代に仕分けにあって途絶えて、その事業を地域医療再生計画の中で引き継ぐということになっています。在宅医療の支援は平成27年度まで続きます。実際にどうしているかということ、人材確保、これは大学にいろいろなかたちでお金がいくことになっています。救急・周産期・小児の確保。公立・公的病院の再編、これは民間病院を巻き込んだ形の再編が全国何十か所かで見られます。医療連携・連携パス・連携会議の会議費等、だいたい1年あたり300万円くらいをすべての市町村に。

それでは今日のテーマのIT、電子カルテのところに入ります。地域医療再生計画のヒアリング・意見交換は平成25年度で終わるということになっており、第7回地域医療再生計画に係る有識者会議で現地調査をしました。実際に現地に行ったのは、愛知県と北海道です。これが今年の2月。2泊3日で愛知県、それから北海道に行って、例えば一つの病院に3億円くらいのお金が入っています。緩和ケア病棟を作ったり、ドクターヘリの基地を作ったりというようなことを実際に視察しました。すべての県を回ることはできないので、残りの県に関しましてはそのブロック単位で集まっていたら、各都道府県90分ずつ、プレゼンとヒアリングをしました。か

なり突っ込んだ辛辣な質問をさせていただきましたし、お金の使い方はどうなっているのか、隣の県では1500万でできるといっているのに、どうしてあなたの県では2500万円なのですかというような聞き方もしました。その前に、先ほど言った今年度の補正の500億のお金、これは平均すると、一つの県に10億ぐらいなのですが、すべての県で15億で申請されておりますので、少なくとも2/3に相当する額、一番少ない県は最終的に半額になりましたけれども、2回にわたって47都道府県の方からヒアリングをすることがありました。私自身にとっても非常に勉強になります。すべての県のこういう方々のご意見を聞くことができ、いろいろな県の実情が分かりました。

岩手県はまあまあということですが、しかし、やはり何となく西の方が高いのかなというふうにはなっています。

次の資料からは、Good Practiceの紹介になります。病院統合のモデルとして結構有名なのが、京都府の舞鶴。舞鶴には4つの大きな公的病院があって、その再編成をしなくてははいけません。発端となったのは、舞鶴市民病院という、医学教育、研修医の中では大リーガー医のお医者さんがきてくれるということで若い医者にとっても人気があったのですが、その副院長が市長と揉めて辞めた途端に内科医が20人単位でドンと抜けたというようなことが発端になりました。一度再生計画を出していただいたのですが、その後、首長選があって、市長が代わってもう一度やり直しになって、返上するようになるとの話になったのですが、いろいろなことをしました。この舞鶴赤十字病院の隣には、舞鶴市民病院があります。市の東側から西側に引っ越してきて、ここの赤十字病院の隣の土地を市が買って、療養型の病床に作り変えて、しかも回復期リハビリテーション病院と渡り廊下で繋ぐというようなことまでして再編しているということで、評価が上がっています。それから、桑名市民病院というところは総合医療センターというものを作りましたが、山本病院というのは、民間

病院です。市民病院がありますが、もう一つ市民病院分院というのがあります。これも、実は民間病院です。ですから、ここが民間病院と市立市民病院が合併して、さらに民間病院と合併する。それは並大抵のことではありません。医療法人の先生方は自分の財産を売るといいますか、活用することになります。完全に心の底から納得しているわけではないのですが、病院の建て替え資金を出すということはよくある話です。昭和20年代に診療所として立ち上げて、大きな病院に一代でした、それを市立病院の分院に売り込む、というように受け継ぐということがあります。ただし、再生基金のお金を使うことによってこういうものに建て直す。

それから、人材確保の話がありますが、一番有名なのはダヴィンチ（医療用ロボット）、3億5000万円ですが、若手医師の確保のためにはダヴィンチが必要だと。石川県は2台請求しましたが、他に優先するものがあるのではということをおわれわれは申し上げておりますが、47都道府県かなりのところがダヴィンチを入れています。

医師の確保に関してはいろいろな県の取り組みがありますけれども、今日のテーマと少し違いますので、これが参照していただくといいのですが、山形県はいろいろな資金の組み合わせによって、多様な人材の確保に取り組んでいます。二つだけお話ししますが、静岡県。静岡県は横に長くて静岡市と浜松市は非常に仲が悪いことで有名なところですが、静岡と浜松のちょうど真ん中に二つの二次医療圏がありまして、ここは山間部ということで派遣医、1人で1.5次、もしかすると2次救急まで診ることができるようなグループ、医者を育成しよう。これはアメリカのミシガン大学の家庭医療学科の先生、奥様が日本人でバイリンガルですので、日本語が理解できる医師にきてもらって、自治医大のグループと一緒にやっています。お金を使って自治体病院と家庭医療クリニックの二か所を作って、そこを拠点にして年に何回かミシガン大学のスタッフが来て、こういう家庭医療センターを作っています。これはある程度、岩手

県に適用できるモデルではないかと思っています。それから、島根県。ここは地域再生に先進的な県で、そちらの例です。特定診療科、眼科、泌尿器科、腎臓内科、つまり透析、少なくとも東京のような都会では、眼科は非常に経営効率がいい。病院の経営からいうと眼科は稼ぎ頭です。それから透析もそうです。でも、島根県はその両方の医者が足りない。それから精神科、外科、麻酔科が足りないということがあります。これは僕らも若干、ショックでした。東京では非常になり手の多い科です。それから救急です。救急で人が足りない、お金が足りない、機械が足りない、設備が足りないと、どんどんお金を使うのですが、そうではなくて患者さんの数を減らす。私の経験では、1人の患者が10年間で脳卒中や心筋梗塞を繰り返す、それを1回で止めてもらえれば見かけ上、患者は1/3に減る。患者の数が半分に減れば医者との比率からいうと、医者が倍になったのと患者が半分に減ったのが同じ効果になるというようなことになり、こちらの努力が必要であろうと。救急患者を減らす方法はいろんな方法がありますが、疾病の二次予防は、開業医の医師会の先生方と病院の専門医とICTで繋ぐ、電子カルテで繋ぐということがこの期待される姿になっています。

また武藤先生のお話にもありました救命救急ですが、脳卒中、心筋梗塞、脳卒中の中核病院ということでは、患者さんが来られたら1時間で結論を出して、血栓を溶かす薬を出さなければならない、心筋梗塞だと患者さんが来てから30分以内でカテーテルをはじめなければならないということが要求されております。そういうところに寝たきりの患者さんが熱中症になったとか、ノロウィルスで下痢が止まらないというような方が来られても...ということがあります。命としては等しい一人の命ですけども、やはりそこは地域を支える病院、在宅医療支援病院のようなどころと使い分けをするということも大事だと思います。教育的な効果ということで、大学病院が引き受けていけないということ

ではないのですが、そういったことも必要ではないかと思っています。

ICTのところでもう1回出てきますけれども、どうしても遠隔医療というと、専門病院のデータ、画像を見せてあげるとか、そういったことをやりますけれども、ただ、双方向性の医療情報の共有化とさらに健康管理、疾病管理、疾病予防、さらに「治療方針の情報」の共有ではなく「治療方針」の共有というものが必要となってくると思います。

遠隔医療とICTの活用です。これからの3枚のスライド、最初は平成22年度の地域医療再生計画の会議の時に内閣のIT本部の先生が来られてお話をされているものです。システムを導入するだけでなく、その前に人的なネットワークが必要だと。それからお金のかからないようなウェブ型の電子カルテネットワークを使って下さいと。また専用回線を引くのではなく、インターネットを使ってくださいと。インターネット回線で専用回線風にするということもありますけれども、とにかくできるだけ安いものにして下さいというお話があります。

これが今日のテーマである遠隔医療なのですが、私は今放送大学に出向中の身ですけれども、遠隔医療と遠隔教育、似ているところがあります。それは基本的に同時性・同所性があることです。遠隔医療は何種類かあるのですが、まず同時性・同所性。同時性・非同所性、これは救急コンサルテーションとか精神科の面接を遠隔医療で行うというものです。精神科の面接というのは、やはり表情を見なくてはならない。先生も数が少なくて、離島に精神科の患者さんが多いというような時にも使います。それから、非同時性・同所性はe-learningです。非同時性・非同所性はコンサルテーションになります。特に読影とかテレパソロジー、レントゲンとかいろんなものがあります。皮膚科もそうです。

地域医療再生計画、いろんな県の話をお聞きすると、大学の教員が職務としてやるのですが、それは本来業務と遠隔医療のけじめがつかなくなるということで、読影に関しては読影会社、今は国立大学も会社

を作ることができますので、読影会社やNPOを作ったりして、アルバイトのかたちでそこに行って読影して、読影したところがそこにお金を払うというかたちをとっているところがあります。確かに、ワークライフバランスとか、裁量がなくなるということを防ぐという意味ではこれは適していると思います。

それからICTの活用といっても、いろいろなものがあります。電子カルテの連携、病病連携、病診連携、縦走型のクリニック、例えばID-Link、サーバーが函館にあるNECがやっているものがあります。またHuman Bridge、これは富士通がやっているものです。独自でやっているものでは、新潟県の佐渡のモデルが一番有名です。それから経済産業省、総務省助成のものなどいろいろなものがあります。これらはSS-MIX2というシステムのサーバーだと全部繋ぐことができると。ですから、繋ぐことができるということは、全国のお話を聞いて技術的に可能ということが分かりました。さらに特殊性が高い画像診断。皮膚科の話もそうです。それとは別に、救命救急システムで多かったのは、救急隊、救急車にiPadが積んであるもの、それから周産母子は学会で作っているものがあり、周産母子専用の救急車にそのシステムが載っている。介護連携はiPod、iPadの類が多い、スマートフォン、これはアプリケーションの開発になっており、非常に数多く出ています。カナミックという神奈川県出身の会社が東大の辻哲夫先生の後押しで全国区になっていますし、富士通がやはり介護のシステムを作ってきています。EMISという広域災害・救急医療情報システムもあります。

Good Practiceの紹介です。一つが島根。これもやはりSS-MIX2によるものです。島根県は、島根県立中央病院というところが多額を投じて電子カルテシステムを作っていますし、島根大学はまた別の電子カルテシステムですが、これらを繋ぐことができるということになっています。そして、愛媛県の例があります。これは皆さん手元には配られておりませんが、VPNというのはインターネットを使って専用回線風にするというものです。最も参考にな

るのが三重県だと思います。三重大学は、真っ先に岩手医大に3.11東日本大震災の時に来られて、三重県の人でも岩手県に対する思い入れも強く、県の特性がよく似ているので是非協力したい、参考になるならば是非見に来て下さいとのお話をしていました。

次の資料のようなシステムが出ています。がん、災害、検診、臨床研究、治験等、複数入っています。さらに総合特区、今は国際戦略特区と呼ばれますけれども、どうしても大きなところが中心ですけれども、総合特区は少し中規模のところも入っています。三重県の場合は、治験、乳がん検診、画像診断の支援、安心ネットワーク、少なくとも4つ、別々のネットワークがバラバラにあります。さらに、Mie Medical Complexというのは研修病院のネットワークです。基幹病院とその周辺で協力病院、2年間の研修のうち産科だけとか、精神科だけ一か月お預かりするといった形でネットワークが既にできているということに、さらに別件で乳がんの連携です。私の家内が乳がんになったので痛感するのですが、10年間フォローアップしていても、結局乳がんになって気づいた時には2cm3cmになっているということがありますので、とても大事です。三重県に住んでいる人が同じところがかかっているのではなく、引っ越しをされても、別の医療機関に行ってもいいように共通の図表でやると。それから遠隔画像の診断はまた別に、ここにある病院のCTやMRI等を三重大学の先生がコンサルテーション（読影）する。月に200件、多いところでは600件、700件、これだけの読影を三重大学の放射線科の先生がされているということになります。このようなお金を使って、いろいろなことをしました。株式会社ケーブルコモンネットという会社が、経済産業省のお金でローカルのケーブルテレビの光ファイバーを繋いだ高速ネットワークを作って、そこにいろんなものをもって行くと。各病院はケーブルテレビに繋がればそこから先は太い専用回線になる。これは若干特殊なものです。それで4つのネットワークが別々に回線をもつと回線料が4倍になる。それを1本でやれば、少な

くとも回線料に関しては1/4で済みますよ、しかも早いですよというようなネットワークを構築されました。これとよく似たのが香川県です。香川県もやはり経済産業省です。おそらく何百億と使っていると思います。それを元にした安心ネットです。専用回線に関して、光ファイバーは非常に高いのですが、それ以外の部分では岩手県の参考になるモデルではないかと思えます。是非、岩手県のために三重大学は岩手医大に情報提供したいというお話でした。既に、長谷川先生のお力で遠隔の読影のシステムがある。そこに電子カルテネットワークを何らかのかたちで繋ぐと。それにさらに別の省庁、内閣のお金がついたりするということです。その中で、私が一番力を入れているのは、地域の診療所の先生方の月々の血圧のデータ、3か月に1回のコレステロール測定、要するに、脳卒中、心筋梗塞のガイドラインがありますよね、聖路加国際病院でも言っていますが、ああいった慢性疾患のガイドラインを守っている患者さんは3割4割らしいです。大学病院でもたぶんそうだと思います。それを守るのはとても難しいのですが、そういうことにICTが使えて、病気になる人を減らすことができるのではないかと思えます。それと在宅医療のお話で、在宅医療推進ということが言われておりますが、その前2年間に在宅医療連携拠点事業という全く別のものがありました。どういうことかということ、最初の年は十か所。この十か所を決めたのは私と同じ盛岡一高の後輩で、たぶん厚生労働省の事務次官になるとされる武田さんです。今総務省に行って、救急の統括官をしていますけれども、彼が非常に優秀な人でエリートコースに乗っていますが、彼が作った病院在宅医療支援病院、診療所、民間の診療所、医師会、十か所で1年間2000万円が何ができるかということをやって、次の年に100か所にしました。岩手県で3か所、盛岡の木村先生がやっている釜石、200か所にする予定だったのがここで×になってその分、地域医療再生基金に回りました。47都道府県全部に聞きましたけれども、県によってバラバラです。23年度24年度、そのま

ま継続しているところもあれば、一か所600万円にして継続しているところもあれば、すべての市区町村にお金を配るところもあれば、いろんなところがあります。事業をバラバラにして拠点を作らずに、薄く事業別にお金を出すところがあります。どういふことをするのかということはお配りしていますし、武藤先生の資料にもあります。これは5年前くらいに厚生労働省に提唱したものです。割とこれに近い感じかと思えます。Good Practiceで、鹿児島は3か所あって全国的に有名なカリスマ在宅医療医、オピニオンリーダーだった先生がいたのですが、何故かそこは選ばれずに医師会モデルというものが選ばれました。

スライドがないところもありますけれども、言っただけであれば残しておきます。次の資料はホームページに出ているものですので、皆さん入手可能です。

言いたいことは、在宅医療連携拠点も個人の診療所がやるのではなく、公共性が高いので、医師会、市役所、その二人三脚でやるというようなことが日本の共通モデルかと思えます。もちろん、個人の診療所でやってもかまわないのですが、それは市や、医師会の先生方と仲良くやるということが求められていると思えます。

地域医療再生と地域再生ということで、過疎地域で問題となっている中で、6番目に医療提供体制の弱体化があります。弱体化しているところほど高齢化していますから、医療や介護が必要ですが、負のスパイラルに入ります。医療提供体制がないと人が住まない、人が住まないから医療提供体制が整わないと。しかしここから先は国土を守る、人が住まないとその地域は荒れ果ててしまいますので、採算性を度外視してでも、厚生労働省のお金ではなく、国土交通省、総務省等のお金を使ってでもこれは守らなければならないと私は思っております。

震災復興に関してはいくつかあります。岩手県の場合、特に岩手、福島がそうですが、震災の前からもともと医師が少なかったということがあります。

次の資料は国際的な NGO の難民キャンプを知っているグループが人道援助の最低基準というものを作ったというものです。発展途上国の人道危機における支援最低基準です。それを見ると、被災集団 1 万人あたり 1 つの基本保健ユニットがあって、5 万人あたり 1 つの保健センターがあって、25 万人あたり 1 つの病院があつてと。臨床医は常に、一日あたり 50 人より多くの患者を診ることは要求されない。もしかすると、今の日本はこれに当てはまっていないのではないかと。国際的な難民キャンプの水準よりも低い医療基準ではないのかと少し思えてしまうことがあります。

それから、環境未来都市ということがあります。これは前の野田政権の時に随分力を入れたもので、ありとあらゆる支援をするということです。その中に岩手県の釜石と陸前高田、住田、大船渡、ここは 2 市 1 町で 1 つとなっていますが、このモデルが陸前高田の場合には医師会の先生が頑張つて環境のことをやっていますし、釜石の場合には、東大とか、リステルという科学技術庁のお金など、ありとあらゆる支援が釜石に集中しています。また、いろんな人的ネットワークがあるということです。釜石で行われているシステム、これは武藤先生が先ほど柏市の豊四季台団地をやっています、あれと全く同じグループがやっています。生活を守る中で、東大の老年循環器の先生が血圧の管理を遠隔管理しています。彼が東大の老年病循環器、もともとここは老年科の循環器の教授だったのでその教え子ですけれども、飯島先生という方がここに出向して、平田地区の有名な避難住宅のところで高齢者を集めて説明会をしていて、自動血圧計がインターネットで繋がれていて、これらデータを東京にいる飯島先生が見て、血圧の薬はよした方がいいですよというような遠隔医療をします。このようなことは釜石で集中的にされております。

次に病院のあり方です。今、岩手県立の病院、県立中央病院、さらにその上に大学があります。こういう拠点を作って、僻地、地域の人々を支えていく

ような、地域包括ケアを含めて、こういう体制が必要ではないかと。一番小さな単位として、それを地域の県立病院がまとめて、それを県立中央病院、さらにその上にある岩手医大というようなネットワークがあるのでないかと。

それからお配りした資料の中で最後に 1 つだけ見てもらいたいの、後ろから 3 枚目に「市区町村の人口規模別の人口減少率」というタイトルの部分です。人口規模の小さい市町村であればあるほど、人口の減少率の高さが顕著となっているという悲しい現実です。しかし、未来は変えることができますし、これを食い止めるためには医療・介護・地域包括ケアが必要であることは間違いなく、人口が減るから病院を作らない、これも間違つた考えだと思います。また、採算が合わなければ別の財源を国が用意いたしますので、そういうかたちで地域を守っていきましょう。有り難うございました。

遠藤

地域医療再生計画の国の委員会の委員長などをされておまして、Good Practice についてお話していただきました。在宅医療推進拠点事業は釜石が取得して、チーム釜石ということでやっています。平成 21 年からの医療再生計画も釜石が採択されて、今年度が最終年で先生の前でプレゼンをしたと思いますが、うまく進んでいるかなとこちらでは思っているのですが。

田城

実は私は、釜石市民病院が閉院する直前に前市長さんに呼ばれて、先生の病院と合併をする前に呼んでいただいて、治療ワーキンググループ、或いは在宅医療をされている寺田先生、佐藤靖男先生がまだおられた時に訪問させていただいて、事情はだいぶ分かっております。

遠藤

スライドの中にも何度か出てまいりました、前の厚労省の事務次官である臼井先生、飯島勝矢先生は今年の 2 月に県立病院の医学会の地域学術総会で特別講演をしていただきました。そういった関係で非

常に親しくしていただいております。これから地域包括ケアというものが非常に大変な話題になると思いますけれども、おそらく日本全国で小規模の自治体では包括ケアが比較的うまく進んでいっていると思いますので、先ほど人口の少ないところがありますが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と思います。先生どうも有り難うございました。

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。

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

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す。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ただけで長い手術に入れなくなったので、ちょうどよかったといいますが、人生おもしろいものだと自

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て、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た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、どちらかというと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っておりますので、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、実は違いまして、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ます。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て。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と。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った場合に、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つ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の作り方も含めて、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持っていくと。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ことなのです。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、容易に拡げやすいと。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て、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もらえるようです。

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とはならない時代と。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。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、患者の個人情報も全くとど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いったたちであれ、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と、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は、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、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こと、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おります。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つけられないと。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いつ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しします。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、各地域にいる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す。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つくりが違いますので、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認知した上でいろん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だければと思っております。

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のかなというのが、いろん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。

遠藤

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とか、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、あいまいな部分が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。

小山

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。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を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をお願いしております。どうぞよろしくお願いたします。

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います。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

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、また広範囲といえますか、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。

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。どなたか基調講演についてご質問、ご感想などございませんでしょうか。

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。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

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、最初の短期間の間はどうか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、まさにおっしゃっておりなのですが、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んか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て、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ことだと思います。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えますか、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っております。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えます。

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っています。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は。

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2000万円募っ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。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

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います。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、いろいろ苦労して、これから知をためていかなくてはならないと思っています。

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た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、というとミニ総合病院ができて2.5次ぐらまで行い、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んと、少ない人数ながらなんとかするのはないかと。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、-米国では家庭医と言っていますが-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つけていか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、本当に医師がいなくて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が、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あって、「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、というようなところから始めるべきかと思えます。

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と、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み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れませんが、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、肺炎の患者さんが来て非常に丁寧に説明をしたと。専門性を高めるということと、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 ということはないようですが。

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で大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かない、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えますし。例えば、岩手医大を卒業する医者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人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けれども、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、正常分娩をとりあげることもしなければいけないし、医療経済もできないといけないうし。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、そのためには何が必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 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。応援に来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となる。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、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いいですね。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ていけばどうかと、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います。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います。

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。何故このように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演にならなければいけないことです。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せん。

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-病院の間のEHRの仕組みも大事ですけども。low costで、たくさんの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なかな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にしてもなんとなかなかでしょうという、ITありきで、ITがあるから医者を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っています。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た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えますか。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、かっ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認識いただいて、これからの議論の確認をして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れることは全力でや

ることが当然だ、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なくては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、おばあちゃん、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っています。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で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っています。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います。

小山

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、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。