

れている有名な Steno-2 研究というものでございますけれども、簡単にご紹介しますと、II型糖尿病患者さんの血糖、血圧、脂質を厳格にコントロールすると、厳格でないコントロールに比べて心血管リスクが約半減しております。

それから、腎症、網膜症、神経障害も、半分以上に抑えられております。

さらに、これは8年間の研究だったんですけれども、心血管リスクが半減しておりますが、この終わった時点では、実は死亡率はあまり変わりなかったのですが、その後さらに5年間の観察の期間中に死亡率に大きな差が出てきてまして、8年終わった次の5年間の観察中は、従来療法群と強化療法群の間で血糖、血圧、脂質の管理に差がなかったにも関わらず、過去8年間の良い管理の影響がじわじわと出てきてまして、死亡率も半減近くなったということになります。

これらのことから、血糖、血圧、脂質のコントロールによって、II型糖尿病患者さんの死亡率も減らせることが分かったわけです。この死亡率まで減るためには十数年もかかっておりますので、糖尿病発症早期から、これらのコントロールの大切さが証明されたわけです。これは早期からしっかり管理すると、その後死亡率も減らせるということで遺産効果と呼ばれております。頑張れば報いられる、ということでもあります。

この血糖、血圧、脂質の管理のうち、何が一番目標達成率が悪かったかと言いますと、血糖なのです。血糖管理が一番難しかったわけです。これはどうしてかという、血糖というのは、毎日の食事の種類、量、運動量によって全然違ってきます。それを毎日同じようなものを食べるわけにはいきませんし、そういう生活習慣が非常に大きな影響を与えておりますので、血糖管理が一番難しかったわけです。

糖尿病の治療は、そのような生活習慣の改善（食事、運動療法）、それでもうまくいかない場合は薬物が各種あります。最終的にはインスリンも使える、このような薬物治療、いろんな治療を行っているわ

けです。

最近では、II型糖尿病の経口血糖降下薬も作用機序の違う6種類もありまして、個々の患者さんの病態に合わせて使い分けて、昔と比べたら、いいコントロールが得られるようになってきております。

糖尿病の日々の治療というのは、まずは血糖を目標、正常に近いほどいいわけですがけれども、HbA1cを6.5%未満にするように、最初は生活習慣の改善、それでもだめな時には、経口血糖降下薬1種類、うまくいかない時はコンビネーション、インスリンの併用とか、こういう段階的にあくまでも目標は血糖をいい状態に保つことであります。

遠隔の糖尿病医療でありますけれども、このような目的のために、目標に向かって糖尿病外来で私ども、何をやっているかですけれども。患者さんが来られますと、まず、①検尿、採血、迅速検査部ではすぐ調べまして結果が出るまで1時間以内に多くの場合、出ます。その間に血圧や体重を測定したり、②待ち時間の間に必要な患者さんについては栄養指導部で栄養指導（食事指導）を受ける。それから診察になりますけれども、③診察（問診で患者さんの様子を直接、対面診療でお伺いして、検査データをチェック、合併症のチェックなども、年に何回かやる）、生活指導を行ない、最終的には経口血糖降下薬、インスリン、降圧薬、脂質治療薬なども処方して終わるわけでありまして。

これは糖尿病外来の診察室でありますけれども、このような電子カルテで岩手医大では完全に電子カルテ化されまして、その日の検査データを見て判断して、時には胸部レントゲン写真、心電図もチェックしまして、そして患者さんには糖尿病連携手帳というものを皆さんに持っていていただいております。

この連携手帳ですけれども、病病連携、病診連携に使う手帳であります。個々の患者さんは、この中にあらゆる診療に必要なデータを病院の方で書いたり、あるいは患者さん自身に書いてもらったりしておりますけれども、その日のデータを書いております。それから合併症のデータも書いてもらった

り、そしてドクターだけでなく、コメディカル、看護師、栄養士、が書く記入欄があります。これを持っておりますと、患者さんが万一、岩手医大の患者さんでもとっさの時にどこに行っても、糖尿病の様子が分かって、どこの先生もこれを参考に対応できるという、このために糖尿病の連携手帳と呼ばれております。

このような糖尿病の外来の様子をご紹介しましたけれども、これを見ますと、状態の安定した糖尿病患者さんでは、外来受診時に聴診とか触診がいらぬわけです。安定した人を私どもは普段は心臓の音を聞いたり、おなかに触ったり、特に訴えがない限りは行っておりません。糖尿病外来の患者さんの大体9割ぐらいが安定した状態でありまして、時々高血糖、低血糖、合併症のために緊急の入院が必要な患者さんがいますけれども、9割ぐらいは安定した状態で、日々、血糖、血圧、脂質をしっかりと管理して、将来5年、10年、20年後の合併症を防ぐためにやっているわけです。

こういうものであれば、これはテレビ会議による遠隔医療が十分可能な分野ではないかということで、この研究班においても参加させていただいているわけです。

今、先ほど来、何度も話題になっておりますけれども、沿岸の病院に医師不足のために、糖尿病外来の支援にも遠くから行っております。大体、一つの病院週に1回ぐらいですが、盛岡から現在支援に行っております病院は、宮古病院、釜石病院、大船渡病院でありまして、大体往復5時間ぐらいかけて行っているわけです。そして、実際の診療時間は3、4時間。大体1時間に診られる患者さんの数というのは1人10分、状態の悪い方ですと30分ぐらい。平均して1時間に5、6人。3、4時間の間に診られる患者さんは15人から20人ぐらいであります。そのぐらい見て、実際、往復トータル8時間、9時間ぐらいかけて応援に行っているわけです。非常に効率の悪い診療応援をやっているわけです。

そこで、糖尿病の遠隔医療ができれば何が変わる

かですけれども、例えば先ほど来、テレビ会議システムであれば、わざわざ行かなくても、宮古病院の患者さんの顔を診ながら問診をできるわけです。状態をお伺いすることができるわけです。そして、岩手医大の診察室にいながら、宮古病院の患者さんを診ることができるわけです。それがテレビ会議システムです。

それからもう一つ必要なのは、一番単純なやり方は宮古病院の電子カルテを岩手医大の診察室ですぐ使えること。これが最もシンプルな遠隔医療システムではないかと期待しているのですが、この私にとっては一番シンプルなやり方が、技術的なたくさん問題があるようでありまして、先ほど来、たくさん議論があります。

高橋義彦先生はこういうことができないので、別なシステムで情報のやり取りをしようと苦勞しているわけですが。

糖尿病医から見ますと一番シンプルなのは、岩手医大の診察室で宮古病院の電子カルテを開いて、そして、患者さんとのテレビ電話会議システムで対面医療ではないですけれども、このような診療を行うことでもあります。

そのために必要なものは、ハード面の整備としては電子カルテの共有、これができれば、もう9割うまくいくのではないかと私は思っているわけですが、専門家のお話ではこれがなかなかできないということでもあります。また、テレビ会議システム、これはうまく整備できたわけです。

法的な問題がご指摘されておりますけれども、対面診療によらない診療、処方箋の発行、それから保険診療による診療報酬の問題など、これらが解決できれば、意外とスムーズに行く糖尿病外来ではないかなと期待しているところであります。

以上です。

岩動

それでは、最後の研究報告4 岩手医大の皮膚科学講座赤坂俊英教授、お願いいたします。

研究報告4

「皮膚科領域の telemedicine : 遠隔皮膚科学」

岩手医科大学 皮膚科学講座

教授 赤坂 俊英

午前中に、高橋先生が陸前高田診療所との実際の遠隔医療の現状をお話しましたので、私はここではまず、前半に皮膚科領域の遠隔医療がどのようなになっているのか、そして、日本での皮膚科の遠隔医療がどのようなになっているのか、そういったことをお話して、最後にオーバーラップしますが、午前中のお話をまとめさせていただいて、現時点の問題点についてお話していきたいと思います。

皮膚科領域のテレダーマトロジー (teledermatology) と言われるものは、1995年頃から特にアメリカで始まりまして、テレダーマトロジー (teledermatology) あるいは、テレダーマパソロジー (teledermatology)、皮膚科でよく病理標本も見ますので、そういったことで医師同士の間で非常に盛んに行われております。

現在、このテレダーマトロジー (teledermatology) と言われる、皮膚科領域の遠隔医療というのは、教育にも使われておりますし、それからもちろん、いろんな学会などのカンファレンスにも利用されております。

そして、今日、先ほど学長がお話になった、リアルタイムでの双方向での通信システムを利用して患者との対面診療というのが目的であります。

と言いますのも、陸前高田には皮膚科の専門医が1人もおりません。患者はたくさんいます。その中で、岩手医大には皮膚科の医師がなかなか遠方に派遣するほどの余裕もないと。そういう状況の中で、やはり対面診療をしなくては問題解決にならないということで、陸前高田との間で、遠隔皮膚科の医療を試みているわけです。

世界の医療というのは、ここにありますように、遠隔医療相談の域を、実はまだ出ていないのです。

転送形式による分類：中にはテキスト情報、それから主に静止画像です。動画も利用できるのですが、どうしても動画の質が悪い。当初、陸前高田との交

信でテレビ電話システム、テレビ会議システムを利用しようとしたんですが、患者さんの顔は見えるけれども、病変を映し出すには到底不可能、と言いますか、あまりにも画像が悪くて、色、シャープさがうまく出ない。そういうことがまず問題になりました。

相談形態による分類：①患者と医師、②医師と医師、いろんな形態があるわけですが、ほとんど世界で行われているのは、医師と医師とのコンサルテーションという形が大部分です。もちろん、われわれが目指しているのは、他科と皮膚科、あるいは皮膚科医と現地にはできれば医師ではなく、看護師か誰かということが最終的には目標としているわけです。法的な問題は別としてですね。

日本では、慶応大学で皮膚科相談室をインターネット回線を利用してやっているところもあります。ただ、これは先ほど申しました静止画像を使ってあります。

それから、欧米には、同様のメールをインターネット回線を利用した相談コーナーがあり、あるいは、有料のそういうネット上の病院みたいなシステムもあります。いずれも静止画像になっております。それから、三重大でこういう同様のケースがありましたが、医師同士のやはり静止画像のコンサルテーションの状態です。

そして、静止画像、動画の転送で試したところもございまして。①女川町立病院と東北大学との間でやった研究会ですが、これも実は静止画像がメインで、動画はほとんど利用されておらないようでした。それから、②旭川医大で行われた実験も、これは眼科が中心になって行われたようで、そこに皮膚科も加わって、やられた形跡がありますが、どうも、うまくいかなくて今はもう中止されております。

何がうまくいかなかったのか、ということです。ここに問題点を挙げました。上のほうには映像なり、データなりを転送するシステムとか、それから皮膚科での診療の場合の問題点を挙げさせていただきました。

①リアルタイムでの対面診療というテレビ会議システムで患者さんの顔が分かります。しかし、動画ですから、ものすごい大量の通信システムが必要になります。それから、なんとといっても、大きな問題になりましたのが、②色と画質のよいムービーカメラがなくて、いろんな会社の協力を得て、ようやく半年くらい前から何とか利用できるようになりました。ただ、まだまだ問題なのは、指の間とか口の中の粘膜病変、それから、陰部を鮮明に映し出すようなムービーカメラがないんです。それから高橋先生もおっしゃっていましたが、髪の中の肌も髪の毛に焦点が合ってしまうので、皮膚を見るには不適であるということが分かりました。

それから、もう一つ。③照明効果の工夫が必要です。映し出された発疹の色が、向こうとこちらで全然違うということがあるんですね。その色調整のために、照明効果をきちんと一定にしないといけないということが分かりました。それと、いろんな皮膚科の検査が瞬時に転送できるようなシステムも一緒にしないといけない。真菌検査は、皮膚科の患者のほぼ半数は真菌検査を行います。それから、大体10人に1人は必ず、病理組織検査をします。特に、腫瘍の患者さんは病理組織採取をいたします。それから、接着型の拡大鏡と言いますか、ダーマスコプと言いますが、これもよく使います。こういった各種装置と連結したシステムが必要になります。

それから、もう一つ。カルテ記載とか医療費、これは今まで先生方がお話されましたので、ここでは申しません。要は、現在まで、高田のほうにも皮膚科の専門医が行って、皮膚科の専門医がこういったシステムをきちんと整備しながら、カメラも持って、患者さんとも対面して、その画像を岩手医大のほうに送ってきてくれます。ですから、どの部分をカメラで撮って、どこの発疹が一番典型的で診断しやすいかというところを、専門医が撮ってくれているから何とか分かるんです。これが、皮膚科の専門医ではない方、

あるいは看護師さんがこういう操作を全部やるとなると果たして可能かという問題があります。

でもこれから、その診療実験に入ります。すなわち、看護師さんに発疹の見方、基本的な見方、それからこういう機器、機材のシステム、使い方、すべて教育していく予定です。

皮膚科遠隔診療はどこまで進んでいるのかというと、これはヨーロッパでの動画での診断システムですが、これは患者さんとの間ではなくて、皮膚科専門医同士のそういうシステムです。

これは、それこそ、携帯電話なりを使った一般市民とのシステムです。ですから、画像は非常に悪いです。こういうものも、欧米ではございます。

これは、今までお話した陸前高田の医師会診療所との遠隔皮膚科診療の大きな流れです。

何しろ、たくさんの機材が、一つの患者の発疹を描き出すためにたくさんの機材が必要です。ですから、糖尿病代謝内科の機材に比べると、皮膚科の発疹を映し出すために、おそらく10倍以上の機器が必要で、予算も申し訳ない話なのですが、たくさんの機材のためにお金を使わせていただきました。

学長がお話なさったように、これまでの遠隔医療というのは、あくまでも支援に留まっていた。われわれは新たな挑戦。対面診療での遠隔医療というものを本当に診療というものを提供しようということを考えているわけです。

こういった機材、それから患者さんがどこに座るか、ピントを合わせるためにこういった印を付けております。照明も工夫しております。これが実際の遠隔診療をやっているところです。カメラも1台ではありません。何台もあります。一眼レフのカメラからいろんな真菌検査の画像、顕微鏡からの画像も送れるようにしています。照明も色合わせも頻繁に行わなければなりません。ですから、その色合わせの機材なんかも必要になっています。

実際にやっているところです。これが大学にきている画像、こちらが高田のほうに映し出されている画像。

—実験風景、動画が流れる—

皮膚科遠隔診療を可能にするには、こういった真菌検査の画像も入っているわけです。というわけで、このなんとか画像に関する問題点は8割がたクリアできました。医療上の問題点もなんとか。あとは、先生方のご努力で解決していただくということです。

それで、患者さんはあの機材の中、ライトもあるし、カメラも何台もある、そんなところに置かれると、皆さん最初びっくりします。でも、前もって、そういう説明をするということをしかりやっていると、患者さんも納得します。

それで、今後の問題は先ほど申したように、機器機材の操作に精通した人員を育成していく必要があります。皮膚科の検査、簡単な検査、真菌検査であるとか、あるいはダーモスコピーの検査であるとか、発汗試験の検査であるとか、そういったものが可能な、看護師さんということになるかと思いますが、そういう人材を育成する必要があります。

それと何といても皮疹の選択ができるような、医師としての皮膚科医の基本を少しでもできるような人が必要であるということ。これは先ほどお話ししましたように、現時点でなかなか映像が綺麗に映ってくれない。蕁麻疹というのは、軽くピンク色になって盛り上がりますね。その色がよく出ない。ですから、蕁麻疹なども綺麗に映る画像が、もう少し工夫が必要だと思っております。

以上、簡単ですが、現状の世界の皮膚科遠隔医療と高田とのやり取りでの現時点の問題点についてお話をさせていただきました。ご清聴、有り難うございました。

—質疑応答—

岩動

それではこれから討論に入りますので、小川先生、長谷川先生、細谷地先生、斉藤先生、佐藤先生、赤坂先生、どうぞ壇上にお上がりください。

ここからは澤井先生にお願いをいたします。

澤井

この研究は、県の住民のための健康増進のために、遠隔医療ということを利用していかすかということに絞られていると思います。その中で、今日よく出ましたのがその点一点と、人材育成ということが、いろんな器具とか機材とか出ましたので、あまり時間もございませんので、その辺にちょっと絞って意見をお聞きしたいと思います。

最初に小川先生から、今後やはりこういうプロジェクトを推進するにあたって、対極的に見た場合、何が一番必要とされるかということを一言お願いいたします。

小川

先ほど長谷川先生が今までの歴史についてお話になったのですが、行政との歴史だと思うのですが、一応厚生労働省に行きますと、厚生労働省の説明は、「われわれとしては一切、遠隔医療に対して制限を設けておりません。どうぞおやりください。」ということをおっしゃるのですが、実は医政局で言っていることと、保険局で言っていることと、全然違いまして、医政局では「どうぞ、おやりください」と言っているわけですが、保険局では保険診療になったとたん、「それは出しませんよ」ということになってしまうので、行政の側で、やはりきっちりとしたルールを作っていただいて、どこまで大丈夫なのかということ、今、われわれがやっているのは、先ほど糖尿病診療で佐藤譲先生が、皮膚科診療で赤坂先生がお話いただきましたし、今日の午前中にもお話をいただいたんですけども、様々な問題がある中で、安全にきちっとした高度医療を提供するために、最低限こういうことが必要だよということを実証実験をやっているところでございますから、これがうまくいけば、しっかりと国のほうにその辺のことを提言をしていきたいと思っております。

澤井

確かに医政局と保険局とは全然意見が違いますが、クロスするのですが、そういうことで統一を図った意見ということを出していただきたいと思っておりますけれども、長谷川先生には客観的立場で岩手県

を見て、今後こういうふうなところで進めるべきだということが、提言、助言がございましたら一つお願いしたいと思います。

長谷川

実は、これだけまとまった動きをされているということが、多分日本初なんです。ですから、私としてはこのまま進めて、臨床的、制度的にどうなのか、あるいは、今ちょうど小川学長がおっしゃったように「何をやっていってもいい」というわりには保険局に行くと「でも、これはどうなのですか」とか…「そこはもうちょっと…」という返答。実際現場から押していくしかないなという印象がありますので、このままずっと力強く進めていただきたいと思います。また、私、遠隔医療学会の立場からすると、こういったことの成果は私どものチャンネルを通じてアピールさせていただければと思います。

澤井

細谷地先生には、病院から見て、おそらくこれは岩手医大が中心となって進めることになりますけれども、そういうことに対する希望がございましたらぜひ一言お願いいたします。

細谷地

発表で大体お話したことが希望としてありますけれども、専門家が多いという医大のほうからいろいろアプローチしてくれるというところで、すごく嬉しいところの反面、こっちらから学会とかそういうところにも参加させて欲しいということが、一番こちらのほうで希望することだと思います。そして、いろんなプロジェクトがあった時に、いろいろ予算が出たけど、宮古病院にこないのではないかという意見も実はありまして、いろいろ話をしていく上で、結局、みんなが思ってくれるのは、岩手医大のデータセンターとか岩手医大の中でしっかりしてもらわないと、結局宮古病院に還元されないんだよという話にまとまっていった。そういう意味では先頭に立ってやってもらって、その恩恵を受けるとというのがみんなが思っているところだということになります。

澤井

先ほど、先生のお話を聞きますと、宮古病院のほうの小回り聞いてかなり動きやすいというような意見でしたけれども、やはりそういう感じはしますか。

細谷地

それは本当に医師の数が少ないということが逆に利点なような気がして、本当に実はアンケートは1日で済んでしまったのですが、朝6時半から待ち構えて、来る人来る人に話しをして、最後のほうは何人か残ったのですが、手術中の場にこっちらいって、無理やりアンケートをとりました。

そういう意味で、みんな逆に協力的で動きやすいということはありません。これをうまくバネにして、この医大との関係だけではなくて、問題は宮古市から介護に向けての情報ネットワークを作ろうとしているのですが、それはすごく興味が薄いということが分かりましたので、これをどうやって進めていくかということも私の問題だと思っております。

澤井

はい。有り難うございました。斉藤技師長には、今、情報センター長をやっております、ネットワークについては、ほとんどみんな面倒を見てもらっていますけれども、ずっと苦勞して、県とのいろんな付き合いありますけれども、今回のプロジェクトを推進するに当たって、情報ネットでこういうところをもう少しこうしたらいいとか、ありましたら、ぜひ斉藤技師長にお聞きしたいのですが。

斉藤

ネットワークに関してですね。岩手県は岩手医療情報ネットワークというものを作ってこられて、いろいろ進められてはきているとは思いますが、当初のものからあまり変わっていないというか、これからのやり方も模索する必要があるのではないかなというふうな感じを持っております。なので、県の中も縦割りなのだろうなという印象を受けるので、そこを改善していけばいいのですけれども、それよりインターネットを使ったほうが世界とも

繋がる可能性、澤井先生のバーチャルも世界に繋がるようとしていますので、グローバル化という意味合いでは、これからインターネットの仕掛けをきっちりやっていったほうがいいのではないかなという感じを持っています。

澤井

佐藤譲先生と赤坂先生はいみじくも機器によるのとよらないのというところで、少し対照的な感じがするのですが、その代わり、両方とも人材育成が非常に大事だということなのですが、佐藤譲先生、その辺のところ、何かさらに先生のプロジェクトを進めるに当たって、必要なことがありましたらぜひ。

佐藤

先ほどお話しましたがけれども、糖尿病、慢性疾患で一生の付き合いですけれども、月1回か2ヶ月に1回のいろんな管理が必要なわけですけれども、まさに遠隔医療に一番適した疾患の一つではないかなと思うわけですけれども。それで、ハードとソフトと法的な問題が解決すれば、すぐに来週からでも軌道に乗る分野なのですが、意外と単純な原理が色々なハードルがあるものなのだとこのことを改めて驚いているのですが。

人材については、通常の糖尿病専門医が育って来ますから、それはこれからも増えてくるだろうと思いますし、いながらにして遠隔地域の患者さんの診療応援ができる、最も適した分野ではないかと思っております。私自身は臨床医ですので、ハード面、ソフト面、法的な面の解決についてご専門の方々のこれら期待しているところです。

澤井

先生、対面診療、全く不要というわけではないでしょう。

佐藤

顔をテレビ会議で見られます。

澤井

face to face でなくてもそれでいいですか。

佐藤

テレビでちゃんと顔を見ながらお話できますので。1年に1回か2回は、実際の患者さんを診たほうがいいと思いますけれども。通常は大体、テレビ会議で間に合うのではないかと考えております。

澤井

赤坂先生は昔からかなり機材にこだわりまして、10年くらい前に1回やった時は、全然カメラはダメだとおっしゃって、今回もなかなかカメラにうんと言わなかったのですが、どうですかね。それと、人材のことについて。

赤坂

だいぶカメラが良くなったんですよ。今回の研究で各メーカーにいろんな苦勞をかけて、レンズから、今、開発段階のカメラから、ムービーカメラを用意していただいて、工夫して、全然発売されていないようなカメラも作っていただいて、それでようやく8割方がた、うまくいっています。

ただ、あまりにもカメラ、顕微鏡、コンピュータが連結しているものですから、それを一挙にうまく操作できるのが、医者も何とかやっているだけで、これ、果たしてパラメディカルの方が来て、にわかには操作できないと思います。やはり、そういう人材を確保、教育していくことがこれからの大きな課題になっています。

澤井

こういう分野の今までの人ではなくて、例えば看護師さんとかではなくて、特別なパラメディカルといえますか、特別な人材というのはあったほうがいいですか。

赤坂

できれば、機材だけに精通した人材、技師さんみたいな方がいれば非常に助かりますね。

澤井

最後に、皆さんの意見をお聞きになりまして小川先生から一言締めくくっていただきたいと思えます。

小川

せっかく国から内閣官房の医療イノベーション

推進室の中山先生がいらっしゃるので、ちょっと私からの問題提起と、先生がご自由に、今、われわれのシンポジウムをお聞きになってご発言いただければと思うのですが。

一つは、先ほど技師長も言っていましたけれども、SS-MIXだけではなかなか標準化が十分ではないと。こういう遠隔医療をやる時に、本当に医療としてやる時に、国が企業を上手にコントロールしていただいて、そして標準化の方向に持っていくような動きというものをイノベーション室の方でやっていただけないかなということが一つと。

もう一つは、今回われわれのところ、例えば、岩手医大にクラウドコンピュータが入って、全県の医療情報をストレージするというようになっておりまして、これは文部科学省予算、県内の病院のネットワークを作る部分に関しては厚生労働省予算、さらにその先の、各病院から診療所、在宅機関、そして福祉施設に繋ぐところに関しては、総務省予算。それぞれ、お財布の出所が全然違うということと、国のコントロールも違いますし、県のコントロールも違いますし、もう一つは各被災地の温度差が結構大きいです。その辺を国と県と市町村のレベルで同じような動きを国が少しコントロールして、イノベーションという形で、内閣府あたりでコントロールをやっていただけないかなというのが、私の偽らざる気持ちなのですが、ぜひ中山先生お願いいたします。

中山

小川学長から非常に重い課題をいただいたような気がしております。私が今回思いましたことは、岩手県さんの地道な活動というのがまず重要であるということと共に、改めて私が認識させていただいたのは、小川学長が省庁間の縦割りという話もされましたが、厚労省の中でも省内での縦割りという話もあるということで、常にこういった新たな革新的な技術と申しますか、ものを推進させていく時には、常に制度というものが壁になる場合があるということが改めて認識したという気がいたします。で

すから、それは地道な活動と共に、そういった制度的な面も一つ一つ、変えていくという両方が両輪となって平行して進むことによって、こういった新しい試みというのはどんどん広がっていくんだろうというふうに感じた、というのが私の正直なところであります。

それで、今いただいた宿題についてですけれども、内閣官房というところは実際、組織として各担当省の横串を通すという役割があるというところをございまして、実際のところになりますと、実際に根本まで責任がとれるところかということ、なかなか難しいところもあります。ですから、実際、標準化の話とかいうところまで、きちっと進めるということになれば、その担当となる省が、経済産業省、総務省ですか。そういったところが着実に動いていただくということが前提になってくるものですから。そこについてイノベーションに関わる遠隔医療ということを進める上での課題ということで各省を集め、さらに長谷川先生にも日ごろ関わっていただいておりますから、有識者として関わっていただく中で、そういったことを各省の課題としてしっかり持っていただき、かつお互いが連携して重複がないというか、独自のことを勝手にやるというような、各省が完全に連携していけるというような形を作り出すことによって一つずつだと思えますけれども、小川学長の、今いただいた課題に答えていくことが出来得るのではないかと思うので、課題はしっかり認識しつつ、これからも考えていきたいと思っているところであります。

岩動

これをもちまして、第2部のシンポジウムを終わりたいと思います。先生方、どうも有り難うございました。

IV-1 遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究

第1回班会議

講演会

「新しい医療情報連携の実現に向けて」

平成25年6月7日（金）

ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウイング

目次

講演 1

「医療情報連携の推進にあたっての留意点」

一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会

保健福祉システム部会 地域医療システム委員会 委員長 田中 智康氏

地域医療再生基金の経過と地域医療連携情報システムの導入事例の拡大（国の流れ）

地域医療連携情報システム導入に際して留意すべき医療情報分野の各種ガイドラインと最新の情報

地域医療連携情報システムの導入に際して留意すべき医療情報分野の標準規格

地域医療情報連携推進協議会などを設立するにあたって留意すべき事項

講演 2

「医療個人情報保護法の必要性と課題―連結可能匿名化措置導入に向けて」

新潟大学法科大学院 実務法学研究科 教授 鈴木 正朝氏

情報流通と法的規律と個人情報保護法

個人情報保護法制の全体構造と概要

現在の立法現場で議論されていること（問題点）

イノベーション促進の条件

超高齢化社会における医療イノベーション

個人情報の保護と利用のための統治機構について

閉会の挨拶

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 24-医療-指定-049）

第 1 回班会議 講演会：新しい医療情報連携の実現に向けて

講演会録

日時：平成 25 年 6 月 7 日（金）18：30－20：30

場所：ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウィング

出席：小川、岩動、田中、鈴木、佐藤、江原、藤野、長谷川、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であります。遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究、今年度第 1 回班会議を開かせていただきます。今回は講演会「新しい医療情報連携の実現に向けて」と題しまして、準備させていただきました。開会にあたりまして、研究代表者であります岩手医科大学学長・理事長、小川彰よりご挨拶させていただきます。

開会の挨拶

小川

この厚生労働科学研究費補助金による事業も 2 年目を迎えております。昨年は実証実験として、いわゆる ICT を利用した遠隔医療というのはどちらかというところ「遠隔医療支援」であって、なかなか「遠隔医療」にならないところからどうにか脱皮して、実際の医療ができる形にしたいということで、昨年 1 年間努力をして、実証実験を繰り返し、その結果、非常に安全に診療ができるということまでこぎ着けたわけでございます。この研究費のもとになっておりますのが、3.11。岩手県におきましては広い県土、そして過疎地であること、そして医師不足の非常に厳しい地域であること、さらに加えて、3.11 の被災ということがございまして、従来の医療システムをただ元に戻すだけでは岩手の医療は再建しないということで、新しい岩手医療モデルということを提唱してきたわけでございます。これが一

昨年、県の復興基本計画の中にほとんど盛り込まれてきて、ICT を使って包括医療、在宅医療のところまで、病院医療ばかりでなく、あるいは診療所医療ばかりでなく、在宅医療までを含めた包括医療システムを構築していくという大きな目標をもって進めてきたわけでございます。やっと実証実験が終わりまして、新しい岩手県医療情報連携推進協議会が実際立ち上がることになりまして、これを元に岩手の新しい医療モデルを確立していこうというところまでやってきたわけでございます。

岩手医科大学におきましては、この 4 月に災害時地域医療支援教育センターという大きな建物が一棟建ちまして、その中に全県のサーバーが入るところができておりますし、様々ハード面では進んでいることは確かでございます。ただ問題は、建物があって、機械があって、ハードがあって、それが連動しているというだけでは駄目でありまして、やはりそれをどうやって人間が使いこなすか、というところに最終的には行きつくわけでございます。そういう意味では、今日お集まりの皆様英知を結集して、日本のモデルになるような、新しい ICT を使った新しい医療モデルの確立に努力をしていただきたいと思います。今までは、皆様との現場の問題点等を抽出して議論してまいりましたけれども、本日はお二人の先生方に非常に高い立場から、医療情報連携の推進にあたっての注意点、あるいは個人情報保護法との絡みという、これからクリアしてい

かなければならない非常に大事なポイントについてご議論いただきますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

そして、なるべく早く協議会がスムーズに軌道に乗って、現実的な ICT を使った新しい岩手新医療モデルが、本当の意味で動き出すことをご期待申し上げまして、開会の挨拶に代えさせていただきますと思ひます。

小山

それでは、座長を岩手県医師会副会長の岩動先生お願ひします。

岩動

岩手県医師会の岩動でございます。早速ですが、講演 1 に入りたいと存じます。講師の田中智康先生は東京のお生まれで、千葉商科大学を 1991 年に卒業になっておられます。2004 年 8 月に株式会社 NTT 入社。ビジネスイノベーション本部ライフサイエンスビジネスユニット、バイオサイエンス担当を経まして、ライフサポート事業本部ヘルスケアビジネスユニット、医療情報ネットワーク担当医療連携グループに在職していらっしゃいます。2008 年にはテレケアワーキンググループのチーフ、2011 年には同地域医療システム委員会の委員長を現在も続けていらっしゃいます。2013 年には同医療福祉情報連携技術ワーキンググループ長など、多彩な活動をしていらっしゃいます。

講演 1

『医療情報連携の推進にあたっての留意点』

一般社団法人

保健医療福祉情報システム工業会

保健福祉システム部会

地域医療システム委員会委員長

田中 智康先生

本日は非常に貴重なお時間をいただきまして有り難うございます。先ほどご紹介いただきまして、

こんな時によくお話になるのは過分なご紹介なんて言葉がありますが、私はその過分という言葉はあまりふさわしい言葉ではないです。付け加えますと、

今日はスクリーンにありますとおり、JAHIS（保健医療福祉情報システム工業会）という団体になりますが、保健福祉システム部会、地域医療システム委員会の委員長として、時間を頂戴している立場になりますので、公の立場でお話をしていきたいと思っております。

今日のお話の流れですが、1 つ目、医療情報連携を推進するにあたって、現在の国の流れがどのようになっているのか、その状況を踏まえてみましょう。2 つ目、国内の医療連携を進めるにあたって様々なガイドラインが出ております。これについて、今回特に注意した点として、時系列に整理してみるということと、最新の情報に触れてみましょう、ということを整理しています。そして 3 つ目、標準規格。必ず必要な話で、私も先生に沢山の経歴を出した中に、ビジネスユニットという私が所属する企業のアルファベットを BU と書いたわけですが、これを先生、なかなか読みにくい状態にさせてしまったというのは、私の責任なのですが、この BU というのは、企業などではビジネスユニットと普通に読んでしまうのですが、このことそのものが様々な人たちが共通に会話する時に重要なことですよ。私もそういう点で今、大事なことだと再認識しながら、今進めています。

そして 4 つ目、タイトルが注意点となっておりますが、私としては留意点と少し柔らかい形で地域医療連携の協議会を作るにあたって当然のことながら IT だけでできるわけではなく、人の力、繋がりが重要であるということを含めながら、しかし、それにあたって事前に何を考慮しておく必要があるかということをお話します。お手元の資料ですが、ハンドアウト版というものと、投射版と書いておりますが、若干変わっております。やはり、必要だと思っただけでも削れなかったものをハンドアウト版、これから投射するものについては投射版という形で少し短くしています。それでも、時間的に厳しいかもしれませんが、淡々と進めさせていただきたいと思っております。

他に、遠隔医療の指針というものと、Q&A、ごく最近出ております医療介護連携のガイドラインを付けさせていただきます。厚みがありますので、簡単なものだけ添えさせていただきます。公的なものでダウンロードできるものですが、そういう資料だということを最初に触れさせていただきます。

最初に、団体のお話をしなければならないので、これはごく軽く流させていただきます。後ほど読んでください。この団体は、349社の会社が集まって様々な検討をしております。古くは診療報酬の改定の時に、皆さん、緑本というものがありますが、あの中ので文字というのは日本語で書かれています。あれをIT的な解釈として運用するためには非常に時間がかかるものですが、これをベンダーが集まって、いち早く診療報酬後請求の申請ができるようにしようということから始まりまして、現在はさまざまな標準化に取り組んでおります。政府へ政策への協力もやっておりますので、今日こういうお話に参画させていただいたのかなと思っております。そして組織のことを簡単に触れさせていただきますが、部会というもので構成されていて、私は保健福祉システム部会の地域医療システム委員会というもので、その下にいくつかのワーキングがありますが、こういったものを兼任しながらやっております。だいたい250人くらいの委員会で、月1回開催しまして、だいたい50名くらいが毎回集まります。ここでは、新たな地域連携で調剤の連携をどうしたらいいか、同意の仕方として包括同意をどのように進めるか、こうしたことをベンダー各社が集まって、なるべく有効活用、他の事例をうまく使っていこうというようなことを話しております。ということで、この後のお話が出ます。先ほどお話したとおり、4つの視点でお話をさせていただきます。

5月24日に、安倍政権から新たな情報通信戦略というものが公表されました。今パブリックコメント中です。ですから、これがすべてそのままというわけではないのですが。その中の3つの柱の中に健康関連のお話が出てきます。健康で安心して快適に

生活できる、世界一安全で災害に強い社会と。助かる命を助ける、ということが確かキャッチフレーズで、国会で安倍総理がおっしゃっていたと思うのですが、とても大事なことです。資料をご覧になっていただくとおり、「医療・介護・健康情報を医療機関の他、遠隔医療、在宅医療・介護や生活支援サービスを含む多様な主体が共有・連携する仕組みを構築し、効果的・効率的な医療・介護等を提供する体制を整備する」と書いてございます。まさに、これからこちらでお話していくことと合致したことを、国そのものも考えているということに触れてから始めたいと思います。

さて、再生基金の予算の話があると思いますが、こちらでもそうした予算の中で今後も検討を進めていくと思います。このお話ですが、地域医療連携というのは、どんなふうに進んできたかということをお簡単にさらしますと、資料中にピンクを経産省予算、グレーを厚労省予算、グリーンを総務省予算と、ちょっと分かりにくいですが分けております。古くは経産省の予算で、各地の地域連携をやりました。実証事業で、ところによっては新聞報道で止まってしまっているなんて言い方もよくありますが、その後、総務省の予算で、1億単位の予算で付いた地域連携が広まりました。そして平成21年度の補正予算をはじめ、大きいものでいうと10億を超えるもの、小さいもので2億程度の地域医療連携が全国で2次医療圏、3次医療圏の大きさで進んできております。大事なことをここで触れておきますが、経産、総務の予算は実証事業ですね。実験です、悪い言い方をすると。そういうことだと私は思っております。ところが、地域医療再生基金というのは、保健医療計画を再生するために、足りないところを補てん、是正するための予算として動いていますから、これから現実のものとして提供していく地域連携であるところが、予算の種別として違うところです。この後、地域連携推進協議会のお話になるかもしれませんが、持続的な医療連携を今後も継続していかなくてはならない、実証事業1年でおしまいだ

よ、ということは絶対言えないことだということを、肝に銘じてやっていかななくてはならないということに触れたいと思います。資料では予算がどのように重なっているかという、重なり具合を示したもので飛ばさせていただきます。次の資料は平成 21 年度、22 年度の補正予算の時に何を題材にしていたのかということをおさらいでつけていたのでこれも飛ばします。次の資料、平成 23 年度の補正予算、岩手県を含む東北 3 県に付与されている予算のところ、大事なところなので、基本方針として「患者の状態に応じて切れ目なく効率的にサービスを提供するため、急性期から慢性期に至るまでの医療機関の機能分化と医療機能の集約・連携等により、平均在院日数の減少と在宅医療・介護への移行につながる地域医療提供体制の再構築を推進する」ということが書かれております。これもおさらいのためにつけております。では、平成 21 年度・22 年度、東北 3 県を除いた予算がどんなふうに割振りされているか少し触れておきたいと思います。次の資料です。医療連携。在宅医療は少し小さめですが、非常に多いですね。救急も多いですけども、非常に多いです。またもう一つ大事なことですが、去年の 11 月末ぐらいの数字ですが、左側が予算化しているもの、実行しているものが右。つまり去年の 11 月の段階であまり予算の執行が進んでいないということが一目瞭然です。従って今年度、予算が次々に執行されていくという状態にあるということが今のステータスです。しかし振り返ってみると、もう一つ、別の観点からいうと、これは JAHIS が平成 22 年、再生基金が動き始めた頃に地域連携というのはどういうふうにあるのかということをもとめて、JAHIS 自体が私以外の組織なのですが、公的に出した資料です。こんなふうに地域連携があるということをお知らせした資料です。今はどうかというと、こんな感じです。これでも足りないという話もあります。医師会さんが全国の地域連携を調べておまして、もっと多いという話なのですが、私自身がすべての情報をホームページにあた

りまして、RFP が出ているものを全部確認した情報で、毎日リプレースしています。5 月 7 日までの状況がこの資料だということをお知らせさせていただきます。つまり、先ほどの状況から予算執行があまりなされていない状態でもこのような状態になっていると。赤は再生基金で認められているもの、青はその他なのですが、このような状況です。ここまででお話したいのは、様々な医療情報ガイドラインというのがあって、皆さん、本当に面倒くさい話だな、協議会で進めるのに面倒くさい、こんな難しい話は嫌だと思ってしまうことがあるかもしれないのですが、どの地域もこうした協議会で様々な方々が問題を通じ合って、事実、このような形で進めているということがあります。おそらく、岩手県という地理的な条件が他の県に当てはまらない可能性はあるのですが、それでも多くの先生方が頭を悩ませて突き合せてきた事例が各所にありますので、こういったものにあたりながら、時間を少しでも稼ぎながら、岩手県下として特に注意すべきことを念頭に、検討していくことが必要なのではないかと思えます。

次はガイドラインのお話です。資料に、厚労、経産、総務のガイドラインを全部焼いてみたらこのような厚さになってしまいます。そして、3 省庁のガイドラインをどんなふうに星取表をつけるかということもあり、なかなか難しい問題です。これについて、時系列で取り上げてみたいと思います。

その前にどんなガイドラインがあるかという、最初は厚生労働省のガイドライン第 4.1 版と言われているものです。そして経産省のガイドライン、これも比較的、近々に出ていますが名称変更して、今こうしたタイトルになっています。そして総務省のガイドラインがございます。こういったものは協議会を立ち上げていく時には、やはり構築していくベンダーとしては、当然のことながら理解していく必要があるのですが、やはり何らかの形でこんなものがあるのか、そこにはどんなことが要点になっているのかという理解が必要だと。そして最後に、医

療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのガイドラインが最近、更新されて、非常に大事な内容が記載されておりますのでご紹介したいと思います。

さてガイドラインですが、時系列で整理されたものがないので、今回このように整理してみました。平成 17 年第 1 版が出まして、そのあと段々と平成 25 年まで進んできています。平成 20 年に外部保存が容認になって、それ以降、経産、総務も様々な観点でガイドラインを出してきたというような時系列の流れがあります。そして、平成 20 年以降も、特に細かくこちらに分けてみました。先ほどの厚労省のガイドラインに対して、経産省で「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン」、その次に厚労省が「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4 版」と修正すると、今度は総務省から「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」が出ました。そして、最後の状態は、平成 22 年度あたり、厚労省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.1 版」、総務省「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン第 1.1 版」(厚労省のガイドライン第 4.1 版が公表されたことに伴い改訂)、経産省「医療情報を受託管理する情報処理事業者における安全管理ガイドライン (改称)」(その他省庁のガイドラインとの整合性の確保。呼称変更を実施) となっており、だんだんと外部保存から民間委託、そしてクラウドへと話が変わっています。民間委託のところでは経産省で企業が受託した時のガイドラインを提示しております。そして、クラウドにする時に通信というものがありますから、総務省を入れた時の考え方をガイドラインで出しております。それが今、層化といいますか、和の集合体といった方がいいのかそんな形になっております。

では、今はどういう状況かといいますと、これはすごくデリケートな話なので言葉で補足しますが、共通番号制度としては 5 月 24 日に「行政手続にお

ける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律関連法案」が成立していますけれども、医療分野ではずっと医療等 ID というものが検討されてきております。実は、この医療等 ID を実施するかは、すごくいろいろな話が聞かれております。

それと同時に個人情報保護法の中で、医療分野について主管大臣が提示することができるわけですが、これについて今までガイドライン程度になってきたわけですが、これについて個別法を作ろうという話が出ています。これができるとうらやまになっていきます平成 22 年以降のガイドラインが改訂になる恐れがあります。もともと国の話の中で直します、ということが宣言されているので、そういうことも考えていかなくてはいけないということです。ちなみに平成 25 年厚労省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.X 版」の検討と書いてありますが、この 5 月に調剤処方箋と処方録について外部保存が認められた、という通知が自治体に出しております。これらと秘密分散という技術、タブレット端末という新たなツールを検討するために、今年度ガイドラインが修正されるという考え方になっております。この話は、後でもう一度触れたいと思います。次は飛ばします。次の資料では、経産省の文書の中にこれまでのガイドラインで何が定められたかという整理がされております。これはとても大事なことで、民間の人間が勝手に決めるよりも国で整理してもらった方がいい話です。例えば平成 20 年 3 月のガイドラインの改定で医療情報を外部保存することが認められたという理解から医療情報受託ガイドラインを策定したこと等が書いてありますし、最終版では仮想化環境という IT 技術を駆使したのも可能だということが記載されておりますので、お時間のある時に読んでみてください。

そして、次の資料は厚労省、経産省、総務省のガイドラインがお互いにどう見あっているのかを簡単に整理したものです。個人情報保護法を取り上げると、医療分野で医療等情報個別法が検討中であるということも触れさせていただいております。

そのような中で、先ほどの3つのガイドラインの他に「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」において、これは古いガイドラインで、4月1日にQ&Aの改訂版が出ております。地域連携の委員会で議論しているというお話をしましたが、正確には地域医療連携で電子的に診療情報を共有することは、どんな法律に基づいて可能なのかということが明らかになっていないのが実のところ。それに対して、ITベンダーとしてどう解釈してよいかずっと悩んできました。皆で考えてきましたし、昨年度の事業ですが、今年5月第1週に経産省から実証事業の報告がありまして、その中でもこの問題について法的な解釈を試みた資料がありますが、興味のある方は私までご連絡くださればお話いたします。

4月1日のガイドラインの中にこのような記載がされました。医療機関と薬局の間で患者の薬剤服用歴などの情報交換は可能かということに関して、可能だということ、これも大事な話として調剤薬局では可能になったことが初めて分かったわけです。もう一つ、病診連携の一環として、紹介を受けた患者の診療情報や検査結果等を情報提供していいのかということがあったのですが、これは「他の医療機関との連携を図ること」に該当するというので元のガイドラインにそういった記載があります。よって、それに該当するので情報提供は可能だと。さらに情報提供の方法に関して、「通信回線による電子送信等様々な法が考えられますが、いずれの場合も安全管理措置の徹底が必要です」との記載があったのは初めてです。いろいろ調べてみましたが、他にありません。これを以て、本当にあなた方は大丈夫なの？といった時に初めて、住民、県民、国民に説明できると思った事例です。これも、JAHISの委員会で議論しているものの一つです。

次に、岩手において、どうしても切っても切れないお話をしておきたいと思います。遠隔医療分野の制度はいろいろありますが、実は容認していく中で少しずつ少しずつ進んできたということがあり

ます。ここでも時系列で整理してみました。平成8年の開原班から始まり、厚生科研で研究した後にそのテーマに沿って何らかの形で、若干国の制度が緩和されてきております。さらに、次の資料が直近ですけれども、やはり厚生科研の研究の後に若干書き換わり、そして震災の結果、一部開放された時期もあり、今に至っております。最後、平成23年3月31日に遠隔医療学会が遠隔医療の指針を出しており、直近の資料として今日も添付資料にあります。今日も厚生科研のお話としてやっているわけですが、こうして厚生科研の研究が何らかの形で一つの意見となって、それで今までの通知が是正、緩和されてきており、これは非常に重要な視点だと考えております。先生方のご努力、あるいは関連する企業さん方で話をしていく結果、よりよいものになっていくであろうことは過去の事例から見ても一つ言えることではないかと思えます。

そして、標準規格。これは本当に軽く触れたいと思っております。保健医療情報分野の標準規格として認めるべき規格について、ということで厚生労働省の文書にあります。その中で、様々なものが規定されております。地域医療連携や医療安全に資するものとしてこういった標準規格を入れるよう、知事宛に通知が出ております。その中に、「地域診療情報連携推進事業や地域医療再生基金等に代表される各種補助事業等や諸施策において、引き続き、厚生労働省標準規格の実装を前提とし、関係省庁、関係団体とも連携の上で、厚生労働省標準規格の一層の普及啓発を図るべきである」との記載があります。

同じ言葉で話す、ということによって連携できるということを考えていかななくてはいけないという話です。その中において、SS-MIX標準化ストレージというものがありまして、ここにHISに代表される医療情報システムのデータを一度出して、連携していこうという話です。この話は飛ばしまして、これもまた時系列でお話いたします。私の経歴は、建築業から電気業に移り、ITに移り、すべて病院

関係の仕事をしてきたわけですが、平成 17 年の時点では既に医療をやっていたわけです。すごく印象的でこの話をずっと拾ってきたのですが、平成 17 年の時点では SS-MIX は何のためだったのかと申しますと、病院情報のリプレースにあたって、電子カルテの入れ替えでデータが移行できない、どうしたらいいのかということからスタートしました。その時に、データベースに移そうと思うとこれまたソフトウェアにコストがかかる。そこで、マイクロソフトのウィンドウズの中のディレクトリ構造にうまく移すことで、病院のデータをうまく移行しようではないかということが最初のきっかけでした。今聞くと違うという方がいらっしゃるかもしれませんが、私は少なくとも、そういうふうに話をしていたので会議に参加してそういう目的でした。平成 18 年以降、国の指針になってみたりするのですが、平成 24 年あたりから、それまでは病院の中のデータ移行のため、そして診療情報提供書を出す時に、CD に書くためにあるディレクトリという考え方だったのですが、それが、地域連携のためのリポジトリという解釈になってきます。リポジトリをウィキペディアで調べると、貯蔵庫という言葉になります。IT 企業の方は簡単にリポジトリとおっしゃるので、なんのことかわからないと思われる方もいらっしゃるのですが簡単に医療情報の貯蔵庫だと思っただけであればいいのかもしれないと思います。この地域連携をするために、お互い連携するための標準規格を適用した貯蔵庫をお互いに持って、その中で連携しようというニーズがあります。そして平成 24 年から 25 年に関しては、バックアップのためと変わってきております。災害があった時に、病院の情報システムが壊れたとしても大丈夫なようにということです。そういう意味合いです。

次は飛ばしまして、これは国の予算の資料になります。医療情報連携・保全基盤推進事業で、今年も若干、名前は変わってついておりますが、同じ予算の事業です。これを見た通り、災害対策として、離れた場所に医療情報のバックアップが有効である

とされており、特に東日本大震災では、それまでの診療データが失われ、適切な医療の継続が困難になった例が多くみられたことから、診療情報の保全がこれまで以上に重要視されていると示され、またデータを外部に別途保存するため、非常時のデータ参照に用いることが可能とのことで、こちらでもそんな考えをされてらっしゃるとお伺いしています。では、そこに何をを使うかという SS-MIX で、「病院・診療所への補助」、「中核的病院など安全な地域に設置」と両方にそのことが書いてあります。

こんなふうに厚生労働省の予算のスキームからしても、こんなふうに考え方が変わってきている。ただ、病院内のリポジトリから地域連携のためのリポジトリへ変わってきているところで、とても大事なことがあります。電子カルテと地域連携、直接繋ぐというのはとても怖い話です。これを直接お話しすると、どんな先生方も嫌だと言われると思います。ではどんなことが必要かという、1 回 SS-MIX ストレージに入って、何らかのゲートウェイサーバー、情報をやりとりしてあげるためのパソコンみたいなものを置いて、データセンターにあげる。その観点として大事なことを書いております。

資料では、左側に医療機関を受診している患者 X の集団があります。これは病院の目的のために患者情報があります。右側の Y は地域連携において同意している患者たちの群の情報があります。これら情報のあり方ですが、病院内の目的内利用がそのまま地域連携のデータセンターにあがってしまうことがいいかどうかということは、包括同意をするかしないか様々な観点があって、例えばデータ転送用のゲートウェイサーバーには病院を受診している X という中から地域連携の同意を得ている Y だけを取り出して、センターにあげる。このゲートウェイサーバーの管理主体は地域医療連携の推進協議会であるとか、こういったくくりが、整理上必要だと。こういう透明性はとても重要で、お話ししないと患者さんは不安であるとか、医師会の診療所の先生方もいらっしゃると思いますが、その先生方も不安であると

思ったりします。ですから、こういった考え方はとても大事だったりします。

一息と書いておりますが、これは私昔バイクで岩手を一周した時に龍泉洞に行ったことがあるのですが、それで一息にちょうどよいと思って写真を付けましたが。

いろいろなところで地域医療再生基金の経過があり、こういうところでいろいろなことが検討されている。そうした話をここで共有させていただいております。こういった話は先ほどもお話させていただきましたが、そういった英知を元に検討されたものを是非活用していくべきだと思います。そしてお気づきのとおり、国内の環境、予算の動向、社会制度、実を言うとガイドラインも変わってきますし、技術も変わってきますし、経産省のガイドラインも仮想化技術の為に変わるというのは大胆ですよ。こうした技術によっても変わる。常にダイナミックに、環境側が変わっているということを、協議会としても理解していかななくてはならない。そこはベンダーが解釈するところなので、ITベンダーがこの言葉を理解してやっていけばいいと思うのですが、こんな状態だということちゃんとベンダーの首に鈴をつけるということも協議会の務めかと思えます。こうしたことを共有して、次に進みたいと思えます。

最後は、留意することを書かせていただきます。いろんな企業が困っていらっしゃるので、私がJAHISの委員長という立場で今、留意事項を整理しているところです。その中の資料を抜粋しております。実は教育事業というものがあって、毎年新入社員にも、このお話を説明している中の一部と思っただければと思います。ここに、概ねこのような話をということが書いてあります。この時点で、すでに抜粋ですが、①運営主体設置について、②地域医療連携情報システムの機能と効果と負担などについて整理、③運用主体と保管主体の整理、④地域医療連携情報システムの形態について、⑤同意について、⑥共有情報の範囲、⑦アクセス権の設

定について、⑧診療情報共有にあたっての整理、⑨標準規格の採用について、⑩セキュリティについての検討と。⑧⑨は先ほどお話したのでいいかと思えます。①運営主体の設置について、と沢山書いてありますが、こんなことを検討しなくてはいけないということを書いてあります。これは、多くの人数をかけて皆さんで検討していくものですが、他の地域でもしっかりやっていっているの、岩手県下の英知を集めればしっかりできることではないかと思っています。

こういった協議会の中では、ITシステムにどんな機能を備えていくかということをしっかり議論していく必要があるので、以下に書いてあることを検討しなくてはなりません。中に、委託契約元の組織として等、いろいろなことが書いてありますが、あとに回しましょう。最後にBCP（事業継続性）とありますが、災害時にどうやって事業継続していくかといった問題です。運営主体の設置ですが、これは地域によって自治体が入るケース、保健所、在宅医療連携などを含めた地域包括支援センター、薬剤師会、口腔ケアも重要なので歯科医師会が入るケース、いろいろな広がり地域ごとに見せております。これは地域によって、調剤薬局が入る例らない例、いろんなものがあります。ただし大事なことは、小さく生んで大きく育てるということです。様々な人が入って、あれもこれも欲しいといってどんどん大きくなると、持続的という観点からいうと、大きなシステムを長く維持するのは難しく、軽く作ってみんなの要望に応えながら少しずつ大きくしていく、という観点が非常に重要だと思っております。そして、もう一つ。地域連携で必ず言われることですので、地域医療連携について、私も医療情報学会員ですが、学会に出て話を聞きますと、地域連携は良いかというアンケートを何人か取りました。良いという方が何%いますということで、今日も実証事業があって、4月、5月にいろいろな報告書が出ておりますけれども、やはりアウトカム、エビデンスを提示していく必要があります。これがで

きていないせいで診療報酬の加算ができないなど、あるいは通知書を改訂していくという原動力になりにくいわけです。ですから、協議会をやっていく時に、この視点が大事だということを触れておきたいと思います。そして、その下の資料に組織団体のあり方についてありますが、ここで少し触れておきたいことは、任意団体というところが多いです。任意団体とはどんなものかという学校の PTA に似たようなもので、PTA も会長になった方が自分の通帳か何かにみんなから集めたお金を保管しておいて郵便局などに入れておくのですが、これは責任の問題で、なかなか難しい話です。ですから、なんらかの法人格をもって進める必要があります。先ほどガイドラインの話をしました、経済産業省のガイドラインに医療情報の委託を受ける事業者と書いてありましたが、委託をする必要があるということは、責任ある法人として委託する必要があるのです、誰が責任者かわからないと委託のしようもないということがあります。NPO なのか、末を言えば公益法人がよいのかもしれませんが、そうした観点が重要です。つい最近の様々なガイドラインや成果報告などを見ると、そのページにはみんな、そのことが書かれております。興味のある方は是非ご覧になってください。

そして、運営主体を設置した後、事務局機能は当然必要です。多くの先生方が同じ時間に集まっていたための整理、また協議会の下には本当の長の方が集まってくるわけですから、全部が全部ここに持ってくるわけにはいかない。ですから例えば、作業部会というような構成を持ち、その下に IT を検討するワーキングを持つ。その下に例えば、お薬とか臨床検査情報とか放射線系の画像、動画等、それに特化したものがあれば小ワーキングをする。段階的な組織体制を作って、そこにメンバーを当てはめて、必要なものを上位に送って合議していくということが必要です。

そして、運営主体を中心にして進めるスパイラルと資料に書いてありますが、まず①透明性の確保。

参加者、住民への説明、医療機関などへの説明責任、医療機関の方々（診療所の方々等）、不安に思われる方々に対して、どんな利益があるのか明確にする。ちなみに不利益なことも話す必要があると私は思っております。②参加者の増大。同意というものをとっていく以上、同意が進まないと診療所が集まらない。診療所が集まらないと患者も集まらないという、ニワトリかたまごかというような話なのですが、これは両方とても大事なことです。これで人数が集まると、③アウトカム・エビデンスに繋がっていきます。患者動態みたいな統計的なものから、いろいろなそれ以上のアウトカムみたいなものを、参画する先生などを求めながら提示していくということはとても大事です。そして、④課題の解決や提起。場合によってはインセンティブの要求を行政に対して行っていくというようなことも必要です。私も何度か JAHIS の立場で厚労省を訪問して、地域連携の加算みたいなものについて意見を具申しに行ったことがあるのですが、みんなバラバラに来るからいつになっても必要と思っても付けられませんという言い方を私はされました。こうしたものもエビデンスをつけていけば、連携パスに何百点などというのではなく、地域連携全体に付ければ、先ほどの持続的な地域連携が可能になってくるのではないかと思っております。そういう意味で、エビデンス・アウトカムを出していくということが大事かと思えます。

次に、診療連携の必要性について考え方を共有するというところで、これは全部読んでいくと大変ですが、様々な医療機関で様々な情報をやり取りしていると、とてもいろいろな紙を連携しなくてはならないので、一つにまとめて説明しております。その後においている資料がとても大事です。これは医療機関のメリット、医療者のメリット、住民のメリットと簡単に整理したもので、これがすべてではありません。これはこの説明のために簡単に整理したものです。地域連携毎にメリットもデメリットも書くということをやっております。それをしないと、後で

何のメリットでやっていたのかということ言い合いになることも実はありまして、その時に、そもそもどういふところに目標をもってこの事業を始めたのか、協議会は何の為にあるのかということに立ち戻る時に、最初にこういったものを整理する必要がありますをお伝えします。

その内容を整理したものが、同意をとる時の説明書にも使えますし、協議会を法人化する時の定款などにも使えます。最初のこの整理が、みんなの心の軸を決めていくことになると思っていますので、とても大事ではないかといつも思っています。

もう一つ、運営主体と保管主体。これは経産省の事業で、先般5月1日に報告されておりますけれども、運営主体と保管主体の考え方です。これはどちらかのデータセンターに保存するといった時に、その運営を協議会がするかといえばそうではない。委託する必要があります。そうすると、運営の主体と保管の主体というのを整理して、委託の関係を明確にする必要があるということをお簡単にまとめたものです。経産省の報告は、秋田大学の近藤先生が中心となって、非常に良い報告をしているので、興味のある方は資料を是非ご覧ください。ここではこういった整理が必要だということだけ触れたいと思っています。共同利用の観点ですが、23条第4項の、第3者提供の中の例外という考え方で地域連携を進めるのが望ましいであろうということで経産省の実証事業で得られた成果の報告内容です。現在は、これに相当するようなコメントは厚労省からなくて、唯一先ほどのガイドライン、Q&Aの中に見られるという以外、この考え方はないです。協議会として何をもってやっているのかということを確認するために、どこにどんなことが書いてある、それを元にやっているということが大事かと思ひ、この整理をここでさせていただいております。

データの管理方式ですが、集中管理、分散管理、ハイブリット管理と、災害時にセンターにあった方がいいかもしれない、しかし、センターにあると、今の回線事情からいったらスピードがそれほど損

なわれませんが、手元にあった方が良い情報もあるといった考え方で、どんな風に方式を決めていくかという観点が必要です。次の資料、同意のあり方です。先ほど共同利用という考え方がありますが、いくつかの文章を見ますと、病院の中に参画病院の病院名を書いておいて、「ホームページに記載して随時参画する医療機関が増えた時にここに書いてあるのでご覧になってください」ということでうまく逃げていけるという解決の仕方が経産省の報告書に書いてありますが、こうして同意をしているが、どんな医療機関が参画しているか説明責任が必要ですが、同意の過程でそういうことを整理する必要があるということと、同意の取得方法。オプトアウト、院内掲示で嫌だという方だけ抜くのか、同意をした患者だけを入れていくのか、紹介状を書いて欲しいと依頼した方は基本、地域連携に入れていくのか、そういう考え方がありますけれども、それを合議して協議会として決めたということが必要かと思ひます。ここでは同意の方法を強く書いてあります。ちなみに、地域によっては包括の同意をしながら、どの医療機関を連携させるかということで2回目の同意をとっているところがあります。簡単な包括同意をとって、後から個別同意をとる方法もあります。なぜかという、精神とか産科とか連携したくない情報もあります。この患者さんが包括同意したからといって、どんな診療科のどんな情報も見せてもいいかという、それはまた違うだろうという考え方を持つ地域もあります。こうしたことも含めると、とても検討が難しいということに触れてあります。そして、同意の撤回の受付方法です。個人情報保護法的に言えば、同意を撤回してそれを削除しろといえ元々のデータを削除しなくてはならないわけですが、その書面をどこでどんなふうやっていくかという話ですが、個別の病院で系統的に紐付けしていって、同意の削除ということをそれぞれの医療機関でやっていいのかということ、どうルール化していくかという問題もあります。同意の方法もさることながら、同意の撤回があった時