

るし、ランニングコストも当然違ってはくるわけですが、患者の個人情報全くどちらにもないという事はあり得ませんから、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のを明確にしておくことは必要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う。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になります。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と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ない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。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、事業と事業を繋げなければ、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ースの相違、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のが必須で、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つ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、また広範囲といたしますか、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、何者だと思っられしや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ぬでしょうか。

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、やはり苦勞されております。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、最初の短期間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

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ものはあるのですが、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り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はけませんので、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なくては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ひます。

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ひます。ただ、宮古市が比較的協力的なので、そのへんは、と思ひますが。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ひております。

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つて、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ひのですが。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は。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。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を書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なくては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タムの中で総合診断、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—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。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ると、「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。どういうことかと言うと、私は脳外科を専門としていますが、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言うと、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ね。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best 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だけ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、秋田にいる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います。

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は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ができなければいけないし、医療経済もできないといけないう。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かまで言われて。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回しがあつ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れども、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れども。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るでしょうという、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が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。みんな集まることができる、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、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

るということが当然だ、ということをご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おります。

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勞様でした。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。

IV. 遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究
成果報告会

平成 26 年 2 月 28 日（金）

ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウィング

目次

基調講演

「地域医療に於ける遠隔医療の位置づけと評価尺度」

日本遠隔医療学会 理事 長谷川 高志氏

遠隔医療の現状

地域医療と医療 ICT 評価

国の施策についての再考

遠隔医療の研究開発が抱える問題点

今後に向けて何を考えるべきか、地域で次に考えるべき道

研究報告 1

「岩手医科大学と県立宮古病院とを結ぶ糖尿病遠隔診療支援」

岩手医科大学糖尿病・代謝内科分野 講師 高橋 義彦

遠隔診療の類型、研究事業の流れ

遠隔診療支援手順書の作成

宮古病院の保険診療としておこなうために

患者の受容への配慮・倫理的配慮、患者の参加状況

診療記録のバックアップについて

現地医師との連携で未施行な点

糖尿病管理に関するアウトカム

TV 会議参加アンケート

研究報告 2

「皮膚科遠隔診療は可能かー岩手県医師会高田診療所との遠隔医療研究ー」

岩手医科大学皮膚科学講座 准教授 高橋 和宏

皮膚科遠隔診療研究の背景

研究目的

遠隔診療実証実験、実証実験の結果、生じた問題点・解決手段

今後の課題

研究報告 3

「放射線画像診断の運用と課題ー遠隔と非遠隔の違いを踏まえてー」

岩手医科大学放射線医学講座 准教授 田中 良一

医療 ICT の考え方、ICT を用いた画像診断

画像取得にあたって大切なこと、実際の対応

遠隔画像診断の問題

研究報告 4

「広域医療情報連携の提言

—人口減少と東日本大震災後の社会を生き抜くために—

岩手医科大学小児科学講座 教授 小山 耕太郎

人口減少社会に先駆ける

医療需要の減少が進む二次医療圏

いわて医療情報連携・遠隔医療システム

医療資源を結集して生き抜く

閉会の挨拶

成果報告会 会議録

日時：平成 26 年 2 月 28 日（金）18：30－20：40

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、長谷川、赤坂、高橋義、高橋和、鎌田、田中、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、成果報告会を始めさせていただきます。2 年に及ぶ研究の最終の班会議ということでございます。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、小川彰よりご挨拶申し上げます。

開会の挨拶

岩手医科大学 学長 小川 彰

金曜日の夕方という時間にも関わらず、沢山の方々にご出席をいただきまして本当にありがとうございます。沿岸部、遠いところからもご出席をいただいておりますことを心から感謝申し上げたいと思います。

遠隔医療に関しましては、3.11 の東日本大震災以前から、岩手県では比較的、全国の中で医療情報ハイウェイというものを持っておりまして、広い県土、人口密度が低いという県の特特殊性の中で、遠隔医療を使って様々なことをやってきたわけでございます。

3 年前の 3.11 以来、これが大変見直されまして、当時、カルテを流出した被災者の医療復興がなかなか進まなかったということもございまして、岩手医大と文部科学省の間でいろいろご相談を申し上げて、災害時地域医療支援教育センターという建物を矢巾に建てました。その中の 4 階に入っておりますのは、全県の医療情報をストレージできるクラウドコンピュータでございまして、将来的にはこれが活躍するであろうと思っておりますが、まだまだ時間がかかりそうな感

じがしております。建物そのものは今回、県からも災害時の拠点として使わせていただきたいということになってございますし、コンピュータを持っている関係上、瞬時停電も許されないという中で、完全免震でその建物だけの瞬時停電対応の非常用電源を持っている、という非常に優れた建物でございます。今後の災害に大きな力になってくれるのではないかと考えております。

それから、この厚生労働科学研究費につきましても災害直後に厚生労働省の方からお話がございまして、将来に向かってこういう遠隔医療を使った研究をして、その実績を本格的な地域医療の中に組み込んでいただきたいということで始まったものでございます。厚生労働省の中でも、この研究につきましても大変注目を集めておりまして、期待されているところでございます。

また、岩手県医師会がやっております高田診療所、こちらはいまだに復興が進んでいない地域でございまして、そこに医師会立の高田診療所を作って、J-MAT ということで内陸部の開業の先生方が代わる代わる診療に行っているわけでございます。そこを使わせていただきまして、今、実証実験をしているわけでございます。宮古病院、釜石病院や高田診療所など被災地の病院と大学とを結んでやっております。一つのモデルとして、遠隔医療を使った保険診療ができないかということで、今、最終の実証実験が進んでいるところでございます。この試みにつきましても、明日の NHK の全国放送のニュースの中で取り上げられる

ということでございまして、二つの失敗した事例と岩手県が非常に上手くいっているという成功事例とを対比して紹介をしていただくということですので、是非、今日お集まりの皆様も、この研究はただ単なる研究ではなく、将来の災害医療、関東直下型・東南海地震にも繋がる研究でございますから、そういう意味で本当にいろいろなところから期待をされているわけでございます、それをやっている我々としての責任というものもございまして、是非、皆様の英知を結集してこの研究を成功させ、実際の診療に生かしていただければ幸いです。

小山

基調講演から始めさせていただきます。本日は、日本遠隔医療学会の長谷川先生を講師にお招きしております。座長は岩手県医師会副会長、岩動孝先生にお願いしております。

岩動

ただ今から基調講演を拝聴したいと思います。長谷川高志先生でいらっしゃいまして、「地域医療における遠隔医療の位置づけと評価尺度」と題しましてご講演いただきます。先生は、慶応義塾大学大学院理工学研究科、国際医療福祉大学大学院の医療福祉経営研究科を修了していらっしゃいまして専門は遠隔医療情報学、医療管理学、コンピュータサイエンスなどでいらっしゃいます。現在、群馬大学医学部附属病院講師、岩手県立大学の客員教授を務めていらっしゃいます。それまで、セコム株式会社において遠隔医療をおこなったり、東北大学の先進医工学研究機構、国際医療福祉大学大学院を経まして、群馬大学医学部附属病院の医療情報部に勤務されたこともございます。所属学会は、日本遠隔医療学会、日本医療マネジメント学会など多数に参加していらっしゃいまして、理事あるいは評議員を務めていらっしゃいます。

基調講演

「地域医療に於ける遠隔医療の位置づけと評価尺度」

日本遠隔医療学会

理事 長谷川 高志氏

遠隔医療は良い面と、なかなかという面の両方があるもので、苦勞すると。私もいろいろ悩みながらの連続でございます。ですから、今日、少し話のまとまりが悪い点をご容赦ください。

今日は、こんな話題について触れたいと思っております。どちらかという、私からすると耳に痛い話、悪い話から触れていくかと思いますが。マイナーに聞こえる話があったとしても、それは本当に悪いという話ではなくて、むしろ今まで頑張ってきたけれども、ある点において足りなかった、その点を足していくと、もっと広がりを見せるという話でございます。

遠隔医療の現状、これは厚生労働省と話したりするのですが、期待のわりに伸びていないとよく言われてしまいます。頑張っているところは頑張っているじゃないかと思うのですが、それにも拘わらず規制があるから伸びていないとか、推進策が悪いなどとよく随所からお叱りを頂戴すると。そのたびに厚生労働省も苦勞しては遠隔医療研究者にもっといいものはないかと言ってくるようなこともあります。遠隔医療を進めたいと世間的に言っている方々からすると、いろんな手をかけているのに功を奏していないように見えます。一方、遠隔医療は地域医療の支援手段として強いものだと思います。どうすれば、役に立つだろうか。役に立つだろうというより、役に立つということが、どうやったら皆さんに理解していただけるだろうという意味です。

もう一つは、私たち、遠隔医療研究者の反省点なのですが、どうしても技術研究の話、例えばプロトコルを作った、ブロードバンドネットワークを引いたり、それに伴って事業を行ったりというような話をよくします。では、そこから先は何なのかという話はなかなかしておらず、この技術を作ったので認めて下さいといった傾向があったように思います。ところが、そういった技術研究はかなりピークを過ぎて、もちろん、これからもやらなくてはならないことは山ほどありますが、多くのところでは、今ある技術でも十分使えるということがあるのではと。むしろ、推進策は技術

を開発するところではないところから入らなくてはならないのではと考えているわけです。

まず、こういうことを言うと、特に技術系の方々によくありますが、遠隔医療と医療 ICT、あるいは地域医療電子カルテ等いろいろあるのですが、これの遠隔医療というのは、地域連携電子カルテとは別のものではないかといった定義論を問われることがあります。先週も遠隔医療学会のイベントがありまして、やはりこの手の話をしましたら、まず定義を言わなければいけませんか、と話しましたら、会場でうなずく方が多かったです。私としてはうなずかれても困ると思っております。というのは、ここにあります地域連携電子カルテ、e-learning、テレラジオロジー、テレビ電話で在宅医療等、いろいろあっても、分けて考えることに意味はあるかと。意味があると思っっている方は沢山いらっしゃると思いますが、私としては意味がないと思っております。むしろ、何の診療行為なのか、診断支援なのか、診療そのものなのか、あるいは入退院の紹介逆紹介なのか、教育なのか、指導なのか、こういった本当の応用サイドから分類しなくてはならないのではと思った次第です。ですから、その下でいえば、結局、情報流通や活用の高度化で支援するのであれば、同じものではないかと考えております。例えば、沿岸部の病院を支援しますという、いわゆる世間的に見て、遠隔医療と見えるものと、それは連携電子カルテ EHR だというものと、どちらも同じように考えましよう。むしろ、その上でどんな行為をやっているのか考えましようという立場から始めようと思っております。遠隔医療と医療 ICT という言葉を混同して話しますが、分かりやすい方で話していると思ってお聞きください。

実は、地域をいろいろ調査して回ると、少し引っかかることにあたります。地域医療の行政関係者が、なかなか遠隔医療をご理解いただいていないのではと。国が進めたいと言っているにも関わらず、伸びていないと思う方が多いのはどうなのだろうと。実は、12月から先々週まで、7か所、北海道、岩手県、山形県、山梨県、岐阜県、岡山県、長崎県の各県庁、および一

部キーパーソンにヒアリングしてまいりました。もちろん、高い評価もありますがマイナーなことをおっしゃる方が多かったです。高い評価もちょっとこもったことをいわれました。活用すべきだし、役に立つと思うのだが、何か掴みかねているという言い方をしていました。県内で頑張っている取り組みがありますが、私は当事者ではありませんという雰囲気であったり、地域医療再生基金があつて、強く言って下さる方がいると、取り組んでいますと…。県の主導ではないのですかと問うと、そうではないと。前向きに話しているけれども、当事者意識が薄いという印象を受けました。かなり低い評価、必要性・有用性を感じなかったと言われることもあつて…。特に困ったのは、そちらの県の地域の医学部の先生でなさっている方がおられますよねと話す、あの方はうちとは関係ありませんと。

遠隔医療学会の前身、遠隔医療研究会、1996年頃の厚生省の厚生科研による遠隔医療研究の報告会の時の初回は、450人の参加者があつて150人ずつ、医療者、企業、行政だったのですが、今は行政が非常に少ないです。地域行政の推進が悪ければ各地に展開できるわけがないなど。何故、省庁事業、例えば地域 ICT 利活用（総務省）があるのに、地方の意識がそこまでっていないのだろうということは不思議に思った次第です。一方で、大きな事業資金がなくても、自然と伸びたと思えるものもあります。例えば、ご存じの方もいらっしゃるかと思いますけれども、在宅医療で SNS（EHR のようなもの）が結構伸びています。例えば、岩手県内ですと、もりおか往診クリニックの木村先生のところの「システムゆい」は非常に大規模なものとして有名です。これは彼自身が補助金をもらったわけではなくて、彼自身の努力で作ったもので、私も見せてもらったことがあります。その際、在宅医療連携拠点事業があつたので、それで作ったのではとおっしゃる方もいるかもしれませんが、実は有名なものはこれの前にできていました。総務省、経産省の起爆剤にはなっていないのではと思ったものがあります。他の地域でテレビ電話を使って在宅医療をやったり、血圧モニタリングをネットワークでやったりしてい

ますが、これはなかなか伸びにくいです。今でも、地域医療再生基金で地域連携システムを作っていますが、けれども、これとて、ある南の県では、自分で支払ってということになったら継続されない方がいるかもしれないと不安だという声も。どちらかという、マイナーなものがあると。

国でやってきたことは何だったのかと考えてみると、一番厳しい話なのですが、遠隔医療を実際どれくらいやっているのかという国の統計はないです。私はこういった機会に発表する時、テレラジオロジーは2403件と話しているのですが、実はやっている施設数であって、その中で何件テレラジオロジーをやっているかという数は数えていません。ですから、どの地域で何件やっているか分からないのに、遠隔医療が伸びていないのではと言われても困るわけです。一方で、「これを伸ばせ」といっているものが、「本当にそれは伸びていないですか、伸びているのを知らないで伸ばせということではないですか」と。「本当に伸ばさなくてはならないものに力を注いでいないのでは」と。その他にもいろいろとお話すると、各省の事業がどちらかという、開発費用、設備導入費用で運用費用を出していない、省庁間の棲み分けがあって使途制限があったというようなことがあります。そうすると、現実には根差していないのではと。下手すると、設備導入しても運用できる費用を出さなくては枯れてしまってしまうのではということもあります。それについては財政秩序があって云々と言って、なかなか伸ばして下さないわけです。おまけに、情報というのは、医療がしっかりあって医療が大きく動いた時にそれを効率化すると、非常に大きく効果があるというもののはずなのに、いかにもそれ自体が価値を生むのではというつもりで、一部補助といわれると、原資がないから効率化を進めたいのに、それに原資を出せというのは無理ではないかと。一方で、省庁事業では価値、エビデンスを出すと言われますが、どういうエビデンスを出してほしいかは、彼らは言えないと。あなた方がエビデンスを考え下さいと言ってしまうと、作るだけで大変なのにエビデンスを示せというのでは

事実上、効果測定をまじめに考えていないのではと思われるかねないようなものもあったわけです。ですから、どうしても研究補助金というかたちがあって、研究が終わってしまったので継続しなかったというようなところが多いのではないかと印象を受けます。現に、これは反省ですが、遠隔医療をやっている方もこの事業が終わったから次は何をやるかというような人もいないとはいえません。厚生労働省へ行くともう一つありまして、地域医療をもっと効率化しよう、効率化したらもっとこうしていこうと、トップダウンでやらないとなかなかICTというのは広まらないと思うのですが、何をトップダウンでやろうかということは彼ら自身、非常に悩んでいるなど。彼らと話していると、非常にまじめに考えているのですが、大きい話には触れていない気がします。ですから、社会の変化、地域のニーズに遠隔医療研究も遠隔医療推進者も意外と向いていなかったのではと。ですから、岩手モデルをと言いたくなるわけですが、そこに至るのに、なかなか理解できない人にどう理解させたらいいのだろうと道筋を考えてみました。

それでも、少しずつ、話は進めているわけです。この資料は昨年6月に出た規制改革案への資料で、この赤い字で書いてあるところに特定疾患治療管理料、在宅指導管理料が遠隔医療でも加算できるようにすればいいのではということを経験したことを遠隔医療学会から申し上げました。というのが、遠隔医療〇〇料といって、遠隔医療専用のもを作って高いお金を支払うということ、あとで変なことになることがあります。実はそれで枯れそうになっている遠隔医療事業もないことはないです。むしろ、普通の医療の中にしっかりまともに組み込ませようということを考えて、こういったことを申し上げたわけです。

一つの事例として、心臓ペースメーカー指導管理料、これは例えば、メドトロニックあたりが出しているペースメーカーのモニタリングできるものです。これについては動きだしているものもありますので、それをもっと発展させたものという話ができてきました。当初、厚生労働省では、こんな内容を誰が規制改革推進