

大村市医師会会長
小尾重厚氏

ごとう内科胃腸科院長
後藤 琢氏

静便堂 白石共立病院
診療情報管理課/
地域医療連携課
永尾隆裕氏

市立大村市民病院・
医療情報企画部長/
医療安全管理部長/
麻酔科医長
柴田真吾氏

宏潤会・大同病院 医事課長/
病歴管理室長/
情報システム室長
加藤彰裕氏

医療施設が補完し合い、 全体の質を向上させる ITネットワークこそが、 医療崩壊への対抗策だ

座談会

IT活用が地域医療連携ネットワーク構築
——その成功のカギを探る

医療のIT化が、院内の診療録のデジタル化から、医療連携という本来の目的としてのフェイズに変わってきている。今号、巻頭グラビア頁で函館・道南地区で展開する地域医療連携ネットワーク「道南MedIka」取材したが、これを機に、「道南MedIka」に参加している主要施設のキーパーソンに加え、同じネットワークシステム「ID・Link」(エスイーシー社)を活用して地域医療連携に積極的に取り組まれている医師および医療情報担当者を集まってもらった。双方向通信型、都市型、郊外型とネットワークの個性が出ており、ITを活用した地域医療連携成功のための「ヒント」を語ってもらった。最適なメンバーといえよう。

——ITを活用した地域医療連携を意識され始めた契機及び現況から伺います。まず長崎県大村市医師会の小尾先生からお願いします。

小尾重厚氏（以下小尾） 2001年の「日医IT化宣言」前後に、電子カルテの利用を考えるようになり、また地域医療連携の基盤のようなものが出てきたことが組織づくりのスタートラインで、IT活用への強い期待もありました。そして、皆さんの苦勞の甲斐あって04年に「あじさいネットワーク（以下「あじさいネット」）」を構築できました。このネットワークは、双方向性ではなくて一方方向性です。周辺の施設が基幹病院のカルテを参照・閲覧するというもので、現在、参加している基幹病院は2施設、カルテを見ている医療施設は約58施設に増え、09年に100施設は超えるでしょう。基幹病院も二桁に届きます。

函館市のごとう内科胃腸科の後藤

市立函館病院
副院長
下山則彦氏



高橋病院理事長
高橋 肇氏

先生には、診療所のお立場から地域医療連携についてお聞かせください。

後藤 琢氏（以下後藤） 大学を出てから父の診療所を継いで開業しました。北海道の大学出身ではないので人的なネットワークも薄く不便さを感じていたときに、市立函館病院の下山先生から「このような地域医療連携があるが、どうだ」という話を聞き、地域の医療施設と繋がりを持ついい機会と捉えました。

——白石共立病院医療情報部の永尾先生は、佐賀県でIT利用の地域医療連携を始められたばかりですね。

永尾隆裕氏（以下永尾） 03年4月の電子カルテ導入が連携のきっかけになったのですが、実は同じ時期に佐賀県の医師会でもITに関する委員会が設立されて連携への気運が高まっていたのです。私は地域医療連携室も兼務していることから、連携の方法論について診療所、中核病院の先生方と意見交

換を盛んにしていたのですが、なかなか答えが出ずに困っていました。そのような時に、ここにおられる高橋先生に、電子カルテ「MI・RA・ISシリーズ」のユーザー会である「MI・RA・ISユーザーフォーラム」で「道南Medica」の話を聞く機会を得て、これだと閃いたのです。また佐賀県医師会もこのシステムを非常に評価し、大学病院、県立病院も検討に参加するようになった頃からの勢いはずいぶんものでした。稼働は08年10月1日です。

——大同病院医療情報部の加藤先生は、名古屋という大都市で地域医療連携を始められたそうですね。

加藤彰裕氏（以下加藤） 私も永尾さん同様、高橋先生から「道南Medica」を知り、「素晴らしい。専用回線・端末ではなくインターネットで使えるなら、すぐに導入しよう」と思ったのです。しかし大同病院は名古屋市南区という大都市圏にあり、周りには医療機関も

多くIT利用の地域医療連携の導入は囲い込みと思われかねない為、慎重に進めました。当院は2次救急を受け持つため、近くの3次救急病院へ導入提案をさせて頂き、1次2次3次の三位一体の救急医療を地域へ提供するという事で医師会へ提案してきました。

医療の中における専門性の高さを実感

——巻頭グラビア頁でも話されていますが、IT活用の地域医療連携の利点を、高橋先生に改めてお聞きします。

高橋 肇氏（以下高橋） 当院は回復期中心のリハビリ系病院ですので、リハビリの効果を高くするためには、患者さんが急性期病院からできるだけ早く転院してきてもらうことが大事です。また患者さんの最新の臨床情報を少しでも多く知っておく必要があります。これに比べられるのがITです。

最新の検査値、画像、薬の処方等々が分かれば、その患者さんがどのような状態なのか理解できますし、転院して来たときには一般病棟か、回復病棟が良いのか、あるいはナースステーションに近い病室を準備すれば良いのか等が分かります。また高度な急性期病院での診療内容は我々の医療レベルを向上させてくれます。

——市立函館病院の下山先生はいかがですか。

下山則彦氏（以下下山） 当院のスタッフが脳卒中になった際、「もう復帰は難しいだろうな」と思ったのですが、高橋病院に転院して、1カ月リハビリをしたら、補助もなく歩いて自宅へ帰られたのです。その時、専門性というのはすごいものだなと思ひ知らされました。このような事例を見るまでは、他の医療施設でできることは限られていると思っていました。ですが、事例を多数見るうちに職員の考え方が変わってきました。現在の高度化・専門家・個別化した医療の中では、回復期を含めて、複数のスペシャリストが共同で診療に当たらないければ、質の高い医療が実現しないことに気づくべきです。

——「ID・Link」のようなネットワークでは、治療の内容が一目瞭然なので、緊張感が生まれるという話も聞きます。長崎・大村市民病院の柴田先生、いかがですか。

柴田真吾氏（以下柴田） 答えは半分イエス、半分ノーです。「あじさいネット」において、段階的に診療情報の共有範囲を広げていく際に、内部で少し抵抗が起きているのは聞こえてきていましたが、最終的にフルにオープンになった後にアンケートをとったら、意外と実感している人は少なかつ



高橋 肇（たかはし・はじめ）氏
高橋病院理事長
84年北大医卒。「道南MedIka」の運営母体、道南地域医療連携協議会の長谷川理事長は高橋病院院長でもある。詳しくは巻頭グラビア参照。

た。つまり電子カルテを導入した段階で、自分が入力したものが全員の目に晒されるという覚悟はあったのだでしょうね。ただ地域の先輩方が見ているという事実は厳然とあります。中核病院の医師が地域のかかりつけ医から紹介された患者さんを治療するときに、顔が見える関係であったら「あれはどうなの」という話になり、より良い解決策を検討する点で、質の向上という効果はあります。

高橋 こちらから見て、急性期のこの先生は例えば肺炎の場合、どういう治療をして、抗生剤は何を使っているかというのが明瞭にわかるのですよね。「大丈夫かな。この検査値をそのまま放っておくのかな」というように、医師の技量がちょっと垣間見えてしまいます。

——加藤先生は薬剤師でもあります。処方における安全性が高まるというようなメリットはありますか。

加藤 当院もDPC病院ですが、定額払いになると「決められた点数だから

何を使ってもいい」と考えてしまう危険があります。医療の質を担保するために分析ソフト等でしっかり検証し、ガイドラインに沿った治療に則っているかを管理しなければいけないということは、病院内層部は痛感しています。そのことを踏まえて、診療の中身を外部から見られるとなると、緊張感が違ってくるのは当然だと思います。

効率化は、即ち 経営面への貢献に繋がる

——ITを利用した地域医療連携は、経営上、または運営上、どのような効果があると感じていますか。

後藤 診療所ゆえ連携患者数がそれほど多くはないので、経営面へのフィードバックは感じていません。急性期の病院だけでなく、これを診療所同士や在宅医療に広げていければ、何らかの効果を得られるのではないかと期待しているところです。



下山則彦（しもやま・のりひこ）氏
市立函館病院副院長
77年弘前大医卒。「道南MedIka」の運営母体、道南地域医療連携協議会の副理事長であり、同ネットの設立メンバーでもある。詳しくは巻頭グラビア参照。



小尾重厚（おび・じゅうこう）氏
大村市医師会会長・おび産婦人科医院理事長
77年弘前大医卒。大村市医師会は、あじさいネットワークを運営する「NPO法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会」の5構成団体のひとつ。08年には長崎市医師会も参加した。

高橋 当院は幸い満床に近いので、経済的効果が数字では出ませんが、紙では文書の写し替えが必要なものも多く、それがなくなったことは、残業減を含め効率化に確実につながっています。医療安全への貢献が顕在化すれば、賠償等の面からの経済性も見出せるかもしれません。

——医療情報と医療連携を扱う部署として、経営側から、その実効力を求められましたか。

永尾 経営的效果というのは非常に難しい点ですね。ただ、10月に開始して1カ月半後の12月に介護施設が参加しましたが、ソーシャルワーカーの方々からの効率面における高い評価の声が寄せられています。治療、経過の内容を記したメッセージボード的なものとして使用することが、逆紹介の際に生きてきて、最終的に転院・受け入れ先のスムーズな決定につながっており、在院日数の短縮につながると考えています。診療所、介護福祉施設などからも評価されています。



柴田真吾（しばた・しんご）氏
市立大村市民病院医療情報企画部長
94年福岡大医卒。地域医療連携のバイオニアのひとりとして長崎の「あじさいネットワーク」のキーパーソンのひとり。同ネットワークは、国立病院機構長崎医療センター（大村市）と氏が勤務する大村市民病院（284床）を中核病院とする。登録患者数は6000名以上。地方型地域医療連携の好モデル。

万全の配慮を要するセキュリティと同意

——電子カルテを含めITというと、セキュリティへの危惧が話題になります。

柴田 もちろんITを利用した情報共有を考えると、セキュリティが一番の課題です。

小尾 あじさいネットワーク開設4年で、情報漏えい等の不祥事はゼロです。

柴田 やはり安易に参加者を広げなかったということが良かったのでしょう。一国一城の経営者たるかかりつけのドクターが、責任を持って情報を取り扱わないと基幹病院側も含めて破綻するという意識を浸透させてからスタートさせている成果です。

IT面では、セキュリティに関する標準実装すべき技術、もしくはデバイスについて、早急に答えが欲しいですね。特に、複数の異なるシステムが混在している場合、「10個のIDと10個のパスワードを覚えるのか」といった

課題をクリアしたいです。

——「患者の同意」という課題もよく話題になります。特に「誰が行うのか」とか「患者は理解しているのか」についてお聞きします。

下山 患者さんへの説明は入院時に包括的に行う努力が必要ですね。入院してしまつてから個別に説明の時間を設けるのは難しいです。これは実体験からの結論です。また、脳卒中の患者さんでは、書けない、認識できないというような状況もあり、患者さんの家族に話しても簡単に済むものではありません。入院した瞬間に同意取得という制度、あるいは「連携」というキーワードを患者さんが理解して、連携は当然であり同意も同様である、という社会的なコンセンサスを形成して欲しいですね。

——大同病院ではいかがですか。

加藤 個人情報保護法を根拠に「他の医療機関とも連携します。情報を共有します。異議のある場合は申し出てください」という文言の案内を提示していますが、やはり重要な個人情報ですので個別に同意を取ることを原則としています。診療所の先生に同意取得をしてもらい、大同病院はそれに基づいて開示するという流れに今のところなっています。現時点でトラブルの報告はありません。

小尾 個別の同意は当然とるべきです。それも、丁寧かつ丁寧に、が重要です。大村市医師会では本人の意識がない場合は、二親等以内の人からとるようになっていますし、同意の撤回も容易にできます。

異なったベンダを超えるシステムの有用性

——地域医療連携をITで行う際、技術的に同じ電子カルテ同士という例が多いですが、皆さんが使用しているシステムでは、ベンダの差異は問題になっていませんが、その有用性について伺います。

下山 地域医療連携システムの多くは、ベンダ固有のものです。ID、Linkは、ベンダの違いを飛び越えて連携できるプラットフォームですが、大変有用だと思っています。

永尾 佐賀の場合も参加している病院ごとで、使用する電子カルテのベンダが違います。その違いを超えて連携させる方向で検討を進めています。とはいっても、画像システム、各部門システムまで及ぶとベンダ数も相当数になるので、予想以上に課題が多いですね。

——IT利用の医療連携を成功させる



後藤 琢（ごとう・たく）氏
ごとう内科胃腸科院長
95年川崎医大卒。自身設立メンバーである「道南在宅ケア研究会」を通して、「道南MedIka」を知り参加。かかりつけ医として、患者と患者の家族への説明に有効と話す。詳しくは巻頭グラビア頁参照。

条件に施設間のコミュニケーションを挙げる方も多いです。中核病院と医師会との関係も単純ではありませんね。

小尾 その関係性については、問題はないでしょう。これからの医療の中で開業医は後方支援をやらなければいけないのは自明の理です。回復期のリハビリ患者さんも在宅に帰されています。在宅の場合は開業医が往診していくこともありますし、この流れを医師会が断ち切ることは無いです。

——地域医療連携構築において、普段からのコミュニケーションは必須なものでしょうか。

下山 特別なコミュニケーションは必要ありません。ただ、連携が始まったら「互いを知り合う」ことは必要です。本当の連携は、送り手の相手の顔が見えて、実力が分かかって、受け手もどのような患者さんがくるのか分かるようにしておかなければ成立しません。そうでなければ、患者さんもただ急性期病院から「追い出された」と感じ取ってしまいます。

医療情報部が他施設との関係作り
に動くということがありますか。

永尾 勉強会という意味では、私どもの地区は白石合同カンファレンスという月に1回、症例検討会ということで、紹介患者さんを担当医師だけではなく、地域すべてのドクターが診る機会を設けています。以前は約10名程度の参加でしたが、IT利用の地域連携を始めるとアナウンスしたら、急に増えました。白石地区のように地域医療連携が続いている地盤の上に、ITシステムが乗ることで連携が格段と加速されることが分かりました。

果たしてIT利用の地域医療連携の理想的な主体は誰が良いのでしょうか。「あじさいネット」のようにNPOでしょうか、医師会でしょうか、または基幹病院でしょうか。

下山 提唱するのは医師会長で、主体は医師会でしょうね。

小尾 地域のまとまりは医師会がやっていますので、やはり医師会が一番馴染むと思いますね。

「自分だけ」から 「皆でシェア」へのシフト

懸案の「医療崩壊」問題に対して、果たしてIT利用の地域医療連携は有



加藤彰裕 (かとう・あきひろ) 氏
80年日大薬学部卒。「名古屋市南部医療連携システム」は社会保険中京病院など基幹病院2施設と急性期病院1施設、リハビリ病院1施設、6診療所を構成する医療ネットワーク。20年11月スタート。現在はまだ病院や診療所が基幹病院のデータを閲覧に行く一方向性のネットワーク。都市型地域医療連携モデルといってよい。

効な手段なのでしょう。

下山 最高の手段です。連携とかコミュニケーションがないから崩壊するわけです。やはりコミュニケーション、人と人のつながりが医療を支える大きな要素です。たこつば医療になっては、自己崩壊を来します。

柴田 確かに今、顕在化している問題を解決する有効な手段です。かかりつけ医と勤務医の意識の差は、患者さんへの取り組みを一緒にすることにより一気に距離が縮まるというのが、ミクロ視点での評価です。

マクロ視点でも評価できます。基本的に医療そのものを構造化して考えた際、非常に生産性が悪い仕組みになっています。これは文書一つとってもそうですね。その生産性を上げるために、地域医療連携で無駄をなくし、省力化を図ることは、大きな意義があります。一医療施設が電子カルテを導入するよりも、大きな効率化を生みます。

最後にITによる地域医療連携を考えている全国の方々に、成功へのア

ドバイスをお願いします。

高橋 「すべての患者さんが、どこにかかっているという状態にあるか」という、継ぎ目のない医療、換言するなら生涯カルテを構築できる仕組みになるのではと思います。在宅サービスも、往診も、巻き込んだシステムになる可能性も十分秘めているので、「ぜひ使いましょ」と訴えたいですね。

下山 連携を成功するためには、「広い心、豊かな心」を持つことです。自分だけが「獲る」のではなくて皆に分け与えましょ、シェアするということです。これは日本古来の美点だったはず。これは日本の縮みゆく社会に競争はちよつと似合いません。競争から共生へという心のシフトが必要です。

小尾 助言ではありませんが、患者さんが医療の中心なので、チームを作って診療していかねばなりません。ドクター1人では無力です。ITによる医療連携というのは、そのための最大のツールですよ。これからは、それを利用しないと患者さんを守れないと私は思っています。

柴田 ケース・バイ・ケースと言われるてしまえばそれまでですが、何のために地域医療連携に取り組むかを徹底的に皆で考えてから、実際のシステム作りにとりかかることですね。紹介率の加算がなくなった途端に勢いが鈍っている地区もあるのでは(笑)。それが実体験から来るアドバイスです。

後藤 先ほども述べましたが、誰のた

めのシステムなのかということを明確にできれば、より良いシステム、そして医療体制ができてくるのではないかと思います。ツールやデバイスが優先するものではありません。

加藤 質問の趣旨からは外れますが、ITの医療への普及は必然です。院外にデータを流せ、また取り寄せることが技術的にできるようになったという事実は否定しようがありません。また、医療連携も時代の要求です。患者さんのためにというならば、それらを合わせるということに、いかなる躊躇も必要としないのではないのでしょうか。

永尾 他の方も述べている患者さんのためであることに加えて、医療情報部の立場から言うと、まだたくさんいらっしゃるパソコンの操作が苦手な先生への説得も大事です。しかし、医療連携に使われるソフトは電子カルテより簡単なくらいであり、それを分かってもらえるように努力すべきですね。

―本日は有り難うございました。



永尾隆裕 (ながお・たかひろ) 氏
01年久留米大卒。08年10月、佐賀南部医療連携協議会を設立し、「佐賀南部医療連携システム」を稼働。開始時、14医療機関で運用を開始し、08年末時では19施設で運用。09年度より佐賀大学病院、県立病院が参加し、佐賀県全体で同県医師会の協力のもと運用される。複数ベンダ間での運用についての好モデル。