

## 平成21年度第3回マスコミとの懇談会 「病病連携・病診連携について」

理事 玉井 修



平成21年11月11日（水）、沖縄県医師会館2階会議室において平成21年度第3回マスコミとの懇談会が開催されました。今回は病病連携・病診連携がテーマで現在浦添市医師会において推進されている健康情報活用基盤実証事業について浦添総合病院の久田友一郎先生にご説明頂きました。この事業は総務省、厚生労働省、経済産業省による3省連携事業で患者さんに関わる診療情報をインターネットを使って行政、かかりつけ診療所、中核病院といった様々な医療機関において垣根無く共有し、その円滑な活用を目指そうというものです。今はまだ糖尿病治療に関してのネットワーク作りが主体ですが、これが今後様々な疾患や地域を越えた大きなネットワークになっていくことが期待されています。この情報システムがしっかり機能すれば、予防医学、プライマリーケア、急性期医療、慢性期医療、在宅医療、介護に至るまでその患者さんを中心とした様々な医療機関における情報の共有と最も適切な医療サービスの提供

が可能となる事でしょう。期待に胸が膨らむ一方で懸念されますのは、新たなシステムを既存の医療圏に持ち込む場合、そのシステムの導入費用や導入に関わるマンパワーの問題をどうクリアしていくかであります。今回提示して頂いたシステムは大きな導入コストも不要で、しかもそのシステムは既にかかなり熟成され、習熟するための大きな支障は無いとお話してました。医療機関におけるこの様なシステム導入に関しての問題は、レセプトオンライン導入に関わる様々な紆余曲折の中である程度見えてきた感があります。レセプトオンライン導入に関してはその医療機関によって様々な事情があり、政府の決めた一律なタイムスケジュールで導入させようとした為に様々な歪みが露呈いたしました。システム導入にあっては、個々の医療機関にその裁量をゆだね、現場に無理の無いようにある程度の自由選択度を確保しなくてはならないと思います。

さて、マスコミとの議論の中で、この様なシ

システム導入の前に、先生方同士の顔の見える連携は出来ているのですか？というご質問がありました。全くそのとおりであります。どれほど素晴らしいシステムをインターネットを介して作り上げたとしても、我々医師同士の信頼関係がその基盤に無くては無用の長物であります。

最近では病診連携懇談会が様々な医療機関や医師会を中心として開催されております。この様なface to faceの信頼関係を礎としていなくてはどの様な連携のシステム作りも空しいものでしかありません。仏作って魂込めずという事になってはいけないと思った懇談会でした。

## 懇談内容

### マスコミとの懇談会出席者

#### 1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城勝太	エフエム沖縄アナウンサー	
2	川平菜菜子	沖縄テレビ記者	
3	又吉嘉例	沖縄タイムス社社会部記者	
4	玉城江梨子	琉球新報社社会部記者	
5	仲宗根雅広	週刊レキオ社取締役	
6	徳正美	タイムス住宅新聞編集部長	
7	島袋彩子	琉球放送キャスター	

#### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	久田友一郎	浦添総合病院健診センター所長	浦添総合病院健診センター
2	久田昌則	日本システムサイエンス 沖縄プロジェクト所長	
3	宮城信雄	沖縄県医師会会長	沖縄第一病院
4	玉井修	沖縄県医師会理事	曙クリニック
5	喜久村徳清	那覇市医師会理事	三原内科クリニック
6	玉城清酬	南部地区医師会理事	空と海とクリニック
7	嘉手苺勤	南部地区医師会理事	南部徳洲会病院
8	上原秀政	八重山地区医師会会長	上原内科医院
9	比嘉靖	広報委員	東部クリニック
10	石川清和	ふれあい広報委員会委員	今帰仁診療所
11	下地克佳	ふれあい広報委員会委員	下地内科
12	照屋勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
13	増田昌人	ふれあい広報委員会委員	琉球大学がんセンター

### 開会

○司会(玉井) 本日の司会を務めます沖縄県医師会理事の玉井でございます。

生老病死と言いますが、現在、人はどうしても医療というものにかかわり、しかも様々な医療機関にかかわって、医療保険・介護保険と様々な社会保障とかかわっていかないと行けない時代になっております。核家族とか、家族力が低下した状況でもありますので、病病連携、病診連携といえますのは、どうしてもこれから重要な課題になっていきます。

きょうは「病病連携・病診連携」ということで、マスコミとの懇談会を開催させていただくことになりました。

早速でございますけれども、本会を代表いたしまして、宮城信雄会長よりご挨拶をお願いいたします。

### 挨拶

沖縄県医師会会長 宮城信雄



本日は、「病病連携・病診連携」をテーマに懇談をさせていただきたいと思っております。

我が国の医療制度はフリーアクセスになっております。自由にどの診療所でも大学でも大病院でも受診ができるという特徴があります。

しかしながら、本県でも県民の大病院志向と

というのは非常に根強く、どんな病気でもとにかく大きな病院で受診をという患者さんが非常に多いということは否めません。

病院、それから診療所がそれぞれの役割を適正に担ってこそ、地域医療というのは充実するものだと考えております。

現在、問題となっております新型インフルエンザ、これは患者の発生が8月にピークになったんですが、そのときに特定の大病院に患者が殺到しました。そのために病院の機能が麻痺をしてしまいました。その病院から地区医師会へ応援を要請するという事態にまで至ったということは、皆さんご承知のことだと思います。

このことから言えますように、患者さんはまずかかりつけ医を最初に受診をして、必要に応じて病診連携、病病連携につなげていく、いわゆる地域完結型のネットワークの構築が必要だと考えております。このネットワークが強化されれば、より効率で質の高い医療が提供でき、しかも unnecessary 医療費の抑制にもつなげることができると思います。

本日は本県において、さきわけ的な存在である浦添総合病院の取り組みについてお話をお伺いしたいと思います。

当院では医療相談、医療連携支援室を窓口として他医療機関の情報提供、かかりつけ医の紹介、それから受診相談、リハビリテーションを目的での転院調整等の連携事業を行っており、非常に先進的なお話をお伺いできると思います。

マスコミの皆様におかれましても、何とぞ忌憚のないご質問、ご意見をいただき、病診連携、病病連携の普及にぜひご協力を賜りますようお願いを申し上げ挨拶に代えさせていただきます。ありがとうございます。

○司会（玉井） 宮城会長、ありがとうございました。

それでは、早速懇談に入らせていただきます。

本日のテーマであります「病病連携・病診連携」について、浦添総合病院、健診センター所長の久田友一郎先生にお話をお願いいたします。

## 懇談事項

### 「病病連携・病診連携」

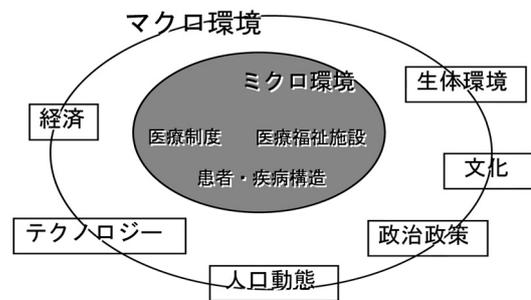
浦添総合病院健診センター長 久田友一郎



糖尿病、病病連携・病診連携、病診連携ということですが、宮城会長からもお話がありました。日本の医療システムはフリーアクセスですが、日本の病院と診療所のできることを経過が少し違います。最初から少し説明させていただきます。

最初から少し説明させていただきます。

### マクロ&ミクロ環境について



医療というものをミクロ環境とマクロ環境で考えてみると、どうしても経済状態もありますけれども、現在のところはテクノロジーというか、IT化をどうするかということが1つの問題になると思います。

### 病院(ホスピタル)と診療所(クリニック)

**欧米における病院(ホスピタル)とは**  
 福祉的あるいは慈善的な性格を持ち  
 「収容」機能を担う公的な施設として発達  
 「病院は入院機能」  
 「診療所は外来機能」と明確な区分

**日本の病院は**  
 医師が開業する診療所が有床の診療所を経て  
 大きくなるパターンが主流  
 日本の病院と診療所の機能分化は未発達

欧米における病院というのは、むしろ福祉的、あるいは慈善的な性格を持ち、収容機能を担う公的な機関ということで、最初から病院は入院機能という形できちんとした機能分化がな

されております。ですから診療所は外来機能、病院は入院機能という明確な区分があり、それぞれの役割がありますので、連携は比較的容易です。以前は日本の病院は医者が開業して、有床の診療所を経てというパターンが主だったのですが、やはり日本の病院と診療所の機能分化がその頃は未発達でした。現在はそのようなパターンはだいぶ解消されておりますが、お互いの役割分担が明確になれば機能連携や、医療連携というのは容易ですが、やはり競合する部分があります。

### 診療報酬がもたらす医療の歪み

診療報酬体系が各医療機関の行動の源泉

#### 日本の診療報酬体系は

人件費や施設関連経費がより生じやすい「入院」を主眼としたものではない。  
「外来」重視型の診療報酬体系  
病院・診療所の機能未分化の要因

#### 診療報酬の支払い体系は「出来高払い制」

診療行為の量に応じて治療代金が増えていく報酬体系  
検査や薬が過剰に行われる可能性、  
医療費の増大要因

診療報酬体系がどうしても問題になってきて、厚生労働省はいろんな制度改革を行っております。そのたびに診療報酬の改定があって、現在まで外来重視型の診療報酬体系であること、それからもう1つは診療報酬の支払い体系が「出来高払い制」ということもあって、小泉改革でかなり医療費が削られ、その結果、医療界は崩壊という直面になっております。

### 糖尿病診療の特徴

- 患者教育・支援が治療の根幹
- 医師・コメディカルの役割分担
- 健康教育の推進
- 予防医学への取り組み
- 地域医療の推進

なぜ糖尿病をやったかと言うと、当時の病診連携というのは高度医療の紹介、例えばCTと

かMRだったんですが、浦添の場合は患者さんとドクターとコメディカル、いろんな部分の役割分担が非常に明確なもので、このほうが開業医、クリニック全体、それからコメディカル、それから病院という形で連携が進みやすい。糖尿病の診療に関しては、お互いに利害が衝突するということはありませんので、こういうものをもっていくと、病診連携や診診連携は、うまくいくのではないかということによってやっております。

### 糖尿病の病診連携施策の展開

- 糖尿病教育・治療の統一化
- 施設機能の役割分担の推進
  - ・診療所・病院における糖尿病診療の共同開発
- 医師・コメディカルの役割分担の推進
  - ・各医療施設に応じた診療システムの共同開発
  - ・コメディカルの患者支援マニュアルの共同開発
- 研修会・講演会の開催
- 情報伝達システム
- 患者・一般市民への啓蒙活動
- 連携システムの評価

実際はこういうものをつくってやるわけですが、現実としては、研修会や講演会の開催をします。それを持続的にずっと継続させ、さらに発展させるのにはかなりの努力が要ります。

ここに掲げられたものが、すべて成し遂げられたわけではありません。情報伝達システムというのは、その頃はインターネットを持っていない先生方も少ないですし、紙による情報になります。

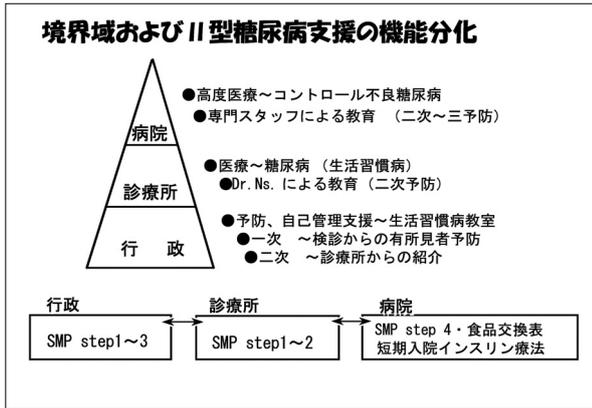
### 病診連携・施設間継続ケアのツール

医師・コメディカルの役割分担  
自己管理プロトコル step  
生活習慣病健康手帳  
インスリン調整マニュアル  
段階的薬物療法マニュアル  
共通の入院自己管理シート  
共通のクリティカルパス  
診療所・病院への出張外来

生活習慣病教室  
特殊外来システム  
短期入院コース  
8日（糖尿病基礎）  
5日（インスリン強化療法）  
3日（治療法検討）  
パソコン通信  
糖尿病診療の質の標準化



やはり病病連携や、病診連携、診診連携というときには、これは糖尿病に関してなんですけれども、施設間連携にツールになるものがない



と、なかなか連携はうまく機能しない。どういうものややっていくかということで、糖尿病の場合は比較的病診連携や、施設間連携というのは可能なわけです。

例えば入院の場合だと、患者さんの要望に応じて、あの頃は14日の教育入院が普通だったのですが、それを8日、5日、3日とか、できるだけ受診者や、あるいは開業医の先生が利用しやすいようなものをつくっていく。

それからもう1つは、病院の先生とクリニックの先生が共通の治療、管理システムがないと、うまい具合にやろうとしてもなかなか難しいものがあります。

それから、「生活習慣病健康手帳」というものが平成6年ぐらいから出まして、浦添医師会が患者さん用に各クリニックへ無料で配布しております。受診者はその手帳を持っていろんな施設をまわっていきます。その中身は患者さんが見ても、それから医師、コメディカル、みんなが共通に見てわかりやすいようにということで、行政と診療所と病院という形できちんとした機能連携がなされておりました。ところが、だんだんと医療情勢は変化してまいります。

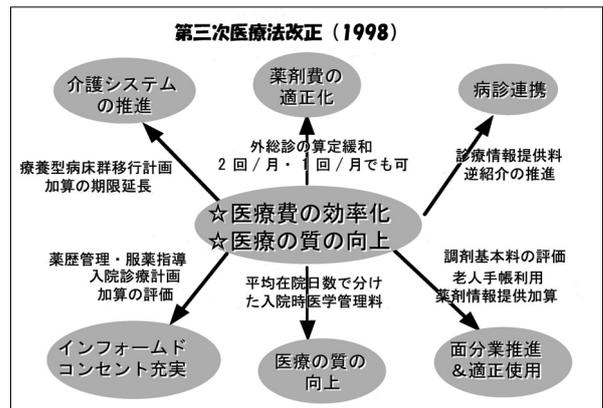
例えば浦添総合病院が地域支援型の病院だとか、救急型の病院を目指したときに、こういう慢性疾患の治療は急性期医療の場合にできないということがありました。むしろ病院の役割が急性期病院を目指す病院になってくると、慢性疾患をどうするかということが、まだ十分解決はされていませんでした。平成9年度からのシステムですが、僕は健診センターにおりまし

て、このときは糖尿病じゃなくて、浦添市の地域医療連携システムという形で診診連携だとか、病診・病病連携というのをしております。

**浦添市医師会の  
地域・医療連携システムの基本**

- **地域完結型医療**  
～多元主義的国家と惑星群～
- **自己完結型医療**  
～中央集権主義的国家と衛星群～

よく地域完結型の医療と自己完結型という話がですが、地域完結型というのは多元主義的な国家と惑星群といい、自己完結型というのは、私の言うことを聞きなさいというふうなものじゃないかと理解しております。



これが1998年に行われました第三次医療法の改正で、介護システム、薬剤、病診連携、医療の質の向上、インフォームドコンセント、医療費の効率化、医療の質の向上、平均在院日数の短縮だとか、様々な施策が国から出されまして、医師会あるいは各クリニックの先生方、それから病院はこういうふうなものをどうやってやっていくかということで、ここまでできております。

各病院で病診連携や、病病連携、診診連携をするときに、病院にはやはり医療連携室が必要ということで、これを設置しました。それから、マップや、病院の施設紹介集をつくり、そ

### 地域・医療連携推進のツール

- 1) 各病院医療連携室の設置
- 2) 浦添市医療・福祉施設マップ
- 3) 診療所・病院施設紹介集
- 4) 診療情報提供書・来院報告書  
書式の統一・生活習慣病手帳の無料配布
- 5) 病院・診療所Drの各科カンファレンス
- 6) 病院・診療所Drによる地域講演会の開催
- 7) 行政とタイアップした病診連携推進記念講演会
- 8) 行政とタイアップした生活習慣病教室
- 9) 医師会ホームページの開設

れから診療情報提供書と来院報告書を統一化しました。各科のカンファレンスは熱心な先生方がいると続きますが、その先生が息切れしてしまうと、なかなか続けることが難しい。

次は行政とタイアップした生活習慣病教室。これも結局は受講者が少ないということでした。

### かかりつけ医の機能

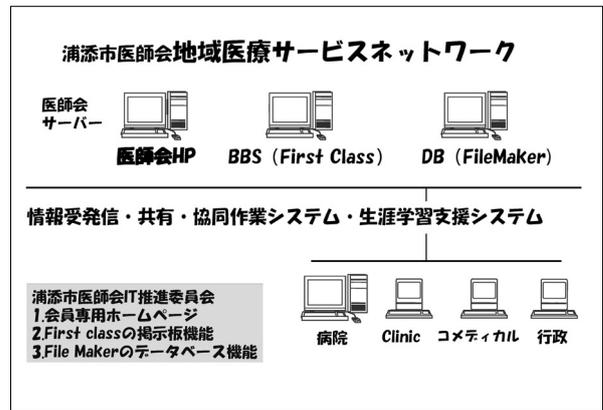
1. **プライマリーケア機能**  
急性期患者の第一のアクセス機能  
慢性疾患管理医
2. **健康管理医機能**  
地域の健康管理医
3. **介護保険制度下の在宅医療機能**
4. **紹介機能および連携機能**  
医療機関だけでなく、  
各種在宅サービス機関と連携
5. **専門性と予防医学への積極的な貢献**

### 望ましい医療連携室機能

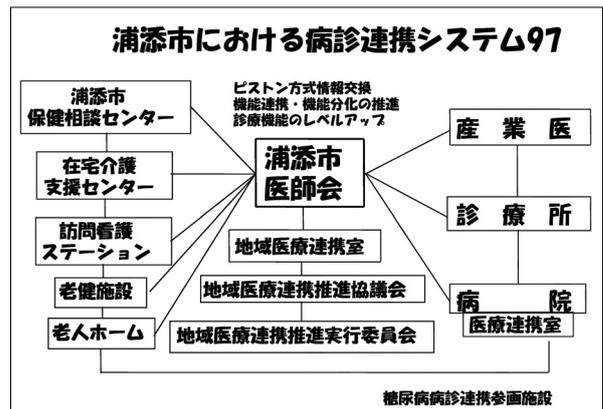
- 1) 紹介・逆紹介に関する院内・院外連絡網のシステム化  
受診報告・入院（主治医）報告・経過報告・退院報告・空症情報
- 2) 紹介患者外来業務（受付・効率的診察のシステム化）
- 3) 紹介患者の入院業務（予約・患者の受付）
- 4) 紹介患者の退院時の業務（退院報告・返書の有無の確認）
- 5) インフォームドコンセントに基づいた社会資源活用による施設紹介
- 6) 紹介・逆紹介に関する統計資料作成
- 7) 院内スタッフへの病診連携に関する啓発活動と連携施設の  
情報収集

あとは、かかりつけ医の機能として、プライマリ・ケアの機能。それから、もう1つは望ましい医療連携室の機能ということで、紹介とか、逆紹介とかに関するようなものをつくるということで進んできております。

ですから、紙による紹介だとか逆紹介、それから、診療所間の紹介がとても多いんです。病院と診療所の紹介も多いですが、診療所間の紹介も多くて、大体、毎月、紹介状は医師会から発行しておりますが、かなりの数で紹介が紙ベースで活発に行われています。



平成10年ぐらいに浦添市地域医療情報サービスネットワークということで、ホームページを立ち上げました。First Classという掲示板の機能があるものと、File Makerを利用したデータベース機能がありましたので、それを使ってシステムをつくらうとしたんですが、やはりインターネットにつないでいる先生方が少ないということで、その後、IT化はやめて、紙による連携が始まっております。



現在は、地域医療連携室はありますが、医療連携推進協議会などはありません。産業医との連携はまだしてありませんが、そのほかは連携がなされております。

そういうふうな状況の中で、何が一番問題なのかといいますと、やはり情報の共有化がない

# i-Japan戦略2015

～国民主役の「デジタル安心・活力社会」の実現を目指して～

## 2015年の我が国の将来ビジョン

- デジタル技術が「空気」や「水」のように受け入れられ、経済社会全体を包摂し(Digital Inclusion)、暮らしの豊かさや、人と人とのつながりを実感できる社会を実現
- デジタル技術・情報により経済社会全体を改革して新しい活力を生み出し(Digital Innovation)、個人・社会経済が活力を持って、新たな価値の創造・革新に自発的に取り組める社会等を実現

## 将来ビジョンを実現するための視点

- 人間中心のデジタル技術が水や空気のように使いやすく、普遍的に国民に受け入れられるデジタル社会を実現する戦略を立案。
- 4つの新たな視点に立ったデジタル戦略
  - ・ 使いやすいデジタル技術
  - ・ デジタル技術の活用にはだる壁の突破
  - ・ デジタル技術の利用にあたっての安心の確保
  - ・ デジタル技術・情報の経済社会への浸透を通じた新しい日本の創造

## 本戦略の柱

三大重点分野		
<h3>電子政府・電子自治体</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 電子政府の推進体制の整備(政府CIOの設置など)、過去の計画のフォローアップとPDCAの制度化</li> <li>● 「国民電子私書箱(仮称)」※を、広く普及させ、国民に便利なワンストップ行政サービスの提供や「行政の見え直し」を推進</li> </ul> <p>※「国民電子私書箱」は平成25年度までの整備を目指し、既存のシステムの利用を視野に社会保険番号・カード(仮称)と一体的に検討し、本年度中に基本構想を決定</p>	<h3>医療・健康</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域の医師不足等の問題への対応                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遠隔医療技術の活用</li> <li>・ 医師等の技術の維持・向上</li> <li>・ 地域医療連携の実現 等</li> </ul> </li> <li>● 日本版EHR(仮称)の実現                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療過誤の減少、個人の生涯を通じた継続的な医療の実現</li> <li>・ 処方せん・調剤情報の電子化</li> <li>・ 匿名化された健康情報の疫学的活用 等 ※Electronic Health Record</li> </ul> </li> </ul>	<h3>教育・人材</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 授業でのデジタル技術の活用等を推進し、子どもの学習意欲や学力、情報活用能力の向上                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教員のデジタル活用指導力の向上</li> <li>・ 電子黒板等デジタル機器を用いたわかりやすい授業の実現 等</li> </ul> </li> <li>● 高度デジタル人材の安定的・継続的育成                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実践的な教育拠点の広域展開・充実</li> <li>・ 産学官連携によるナショナルセンターの機能の充実 等</li> </ul> </li> </ul>
<h3>産業・地域の活性化及び新産業の育成</h3> <p>デジタル技術・情報の活用により産業の構造改革と地域再生を実現し、我が国の産業の国際競争力を強化。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 中小企業等の産業基盤整備、(テレワーク就労人口の拡大)</li> <li>● グリーンIT・ITsの推進、(在宅型テレワークの倍増)</li> <li>● 地域産業の新たな業態開発、(クリエイティブ新市場の創出 等)</li> </ul>	<h3>デジタル基盤の整備</h3> <p>あらゆる分野におけるデジタル活用の進展を支え、成長を促進。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ブロードバンド基盤の整備(移動系100Mbps超、固定系1Gbps)</li> <li>● 情報セキュリティ対策の確立、● デジタル基盤技術の開発の推進、</li> <li>● デジタル情報の流通・活用基盤の整備に取り組む。</li> </ul>	
<h3>今後一層の検討を行うべき事項</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 規制・制度・慣行等の「重点点検」の実施：デジタル技術・情報の利活用を阻むような規制・制度・慣行等を抜本的に見直し、2009年中に第1次の「重点点検」を行い、その結果を踏まえて、所要の措置を講ずるとともに、以後も継続的に実施。</li> <li>● 「デジタルグローバルビジョン(仮称)」の策定：我が国のデジタル技術や関連産業の国際競争力の強化等について、2009年度末までに「デジタルグローバルビジョン(仮称)」を策定。</li> </ul>		

により、健康情報を電子的に保存することを行っています。それを日本版にして、この人のデータを生涯データベースの1つのボックスの中に入れてそれを蓄積します。受診者、患者さん、または患者じゃなく健康な人でも、それを見たいときはIDとパスワードを入れると、何年分かのいろんな情報が積み重なってくる。それを見ることによって健康が維持できるようにすることがこの事業の大きな目的です。

と、なかなか難しいということで、それが今から紹介するものです。

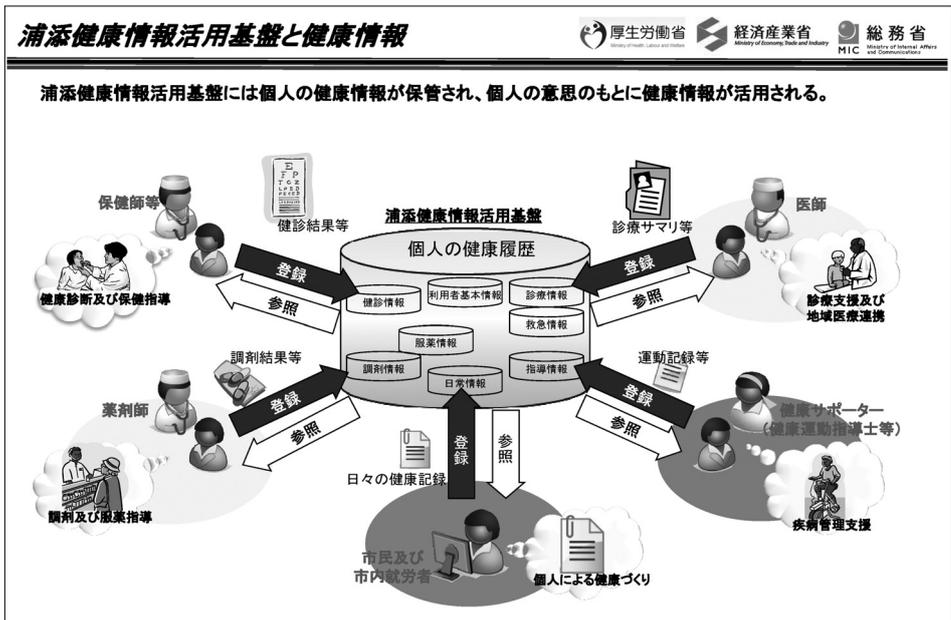
厚生労働省と経済産業省、それから総務省と三省の合同「健康情報活用基盤実証事業」というのがあります。浦添市が国から委託を受け、浦添医師会もこれに加わっており、今、日本システムサイエンスさんと一緒につくっております。

「i-Japan 戦略2015」というのがありまして、ここの三大重点分野に医療の地域の医師不足の問題の対応ということで、遠隔医療技術の活用があります。その三行目に地域医療連携というのがあります。

三省合同の「i-Japan 戦略2015」では、2015年からこういうものを各地域に展開していきたいと厚生労働省は考えていますが、政権が変わりましたので、今後どうなるのかよくわかりません。

それから、もう1つはアメリカではEHRというエレクトロニクス・ヘルス・レコード

浦添の健康情報活用基盤というのは少しわかりにくいんですが、個人の健康履歴というのになります。自分がいつどの病院へ入って、どういう風邪をひいたのか、あるいは健診、特定健診の結果、それから薬剤だったら調剤薬局の服薬情報だとか、それから健診した際の情報をこの活用基盤という個人のデータボックスの中に入れます。これは毎年、自動的に健診データが中に蓄積されるようになっておりますので、IDとパスワードを入れると、自分の今までの健康状態、体重の変化、いろんなものがわかる

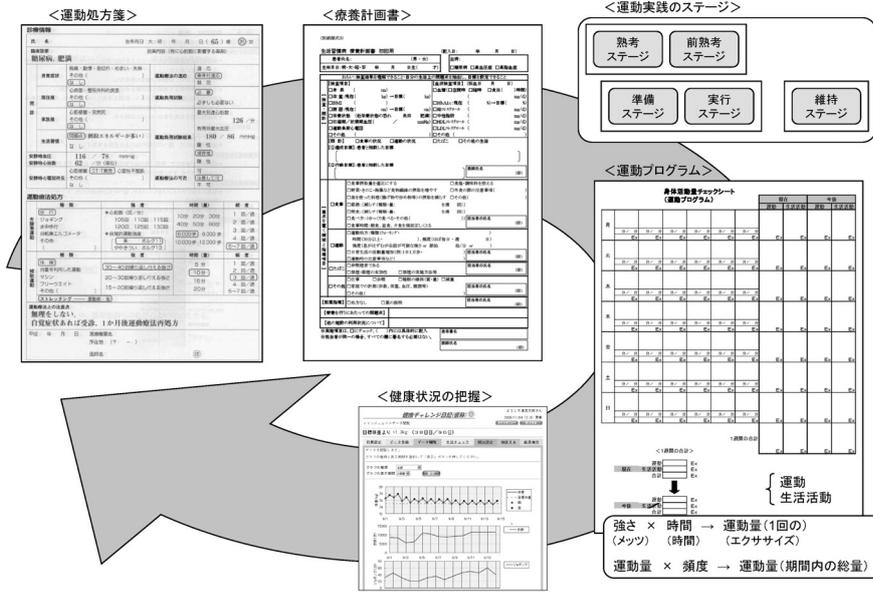




疾病管理サービス：情報の標準化と連携（2）



必要な情報、ドキュメントを標準化し、疾病管理サービス全体での情報連携を図る。



することです。各プレイヤーといいますか、ドクターや、コメディカルなど、いろんな人たちが在宅に関することをしようということ、疾病管理サービスはⅡ型糖尿病の疾病管理をどういうふうにしていくか、在宅医療ネットワークもまだ完成されておりませんが、今つくりあげている最中です。

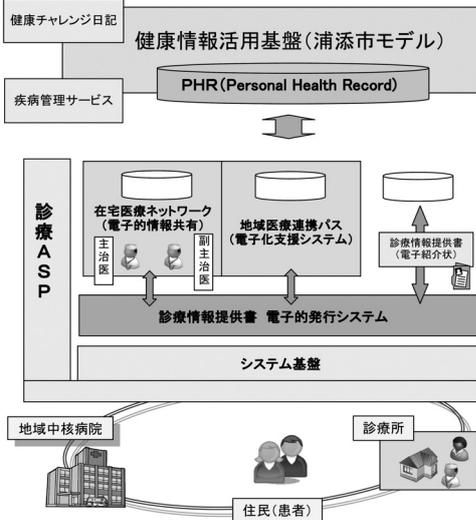
それから、診療情報提供書を電子化するというので、一番の問題は健康情報というのは、何よりもセキュリティが大切だということで、そのセキュリティのことについては、経済産業省のほうが対策をたてているところです。

現在のところは診療情報提供書は、静岡ではCDを利用してやっております。病院からもらったデータ、あるいはクリニックのデータをCDに焼き付

地域連携システム事業(診療ASPシステム事業)



健康情報活用基盤実証事業 診療ASPシステム概要



(浦添市医師会病診連携事業)

- 地域連携事業** (第1期) 糖尿病病診連携事業
  - ・糖尿病病診連携システム
  - ・自己管理プロトコルと段階的糖尿病自己管理
  - ・病診連携と施設間継続ケアのツール
 (第2期) 地域・医療連携事業
  - ・かかりつけ医の定着と患者紹介・逆紹介の推進
  - ・医療連携室機能の確立
- 在宅医療ネットワーク事業**
  - ・主治医、副主治医による連携の確立
  - ・参加機関を含めた地域の統合的な連携運用
- 病診連携の推進**
  - ・診療情報提供書による紹介・逆紹介の運用
  - ・標準の診療情報提供書様式による効率化

もう1つ、ここの健康情報、これは健康チャレンジ日記です。これは浦添市の仕事で、浦添医師会に委託されたのは疾病管理サービスということで、今は電子情報共有ということで、診療情報提供書をインターネット間でやることを考えていただいております。

それからもう1つは、先ほどからお話がありました、在宅も電子情報としてインターネットを利用して、みんながちゃんと見れるように

けて、それを持っていつているわけですが、そういうことではなくて、インターネットを介してすぐに見れるようにしようというシステムをつくっております。

病診連携とか病診連携とか機能連携が進んでいくには、お互いの病院間の役割分担だとか、病院とクリニックの役割分担をきちんとおかないと、なかなか連携はうまくいきません。でも、それは各病院、クリニックがこれから考

えていただいて、機能連携などがスムーズになるよう、病院の果たす役割だとか、自分のクリニックの果たす役割だとか、そういうものを明確にしていくようにすれば、おそらく病病連携だとか、病診連携というのはうまく機能すると思います。

ただ、紙ではなくて、できれば電子化されたものでということで、「i-Japan 戦略2015」ではそれを全国的に展開していきたいということで、浦添市医師会のほうは今年の11月から糖尿病の疾病患者サービスとか、それをつくってスタートしています。

○司会（玉井） ありがとうございます。

診療情報がIT化されて、連携していくということは、非常にいいと思いますが、セキュリティの問題等があるとは思いますが、このへんについて日本システムサイエンスの久田昌則さんよりご説明をお願いいたします。

○久田昌則（日本システムサイエンス）



セキュリティに関しては厚生労働省から医療に関するガイドラインであるとか、あるいは診療ASPというシステムに対するガイドラインというのはさまざま

ま出ておりました、このガイドラインに沿った医療情報ですから、高度なセキュリティを保ってこの情報を確保しています。特にASPというのは、今まで医療情報は病院、またはそれに類するところにしか置いてははけなかったんですが、厚生労働省から、これを外部保存ということで、医療情報を病院以外のところに置いて、これを管理していこうというのが今回の実証事業でございます。現在11月9日から一部稼動しておりますが、データセンターの中にサーバーを置いて、その中に医療情報をためている状況です。

したがって、その中ではネットワーク等は非常にセキュリティの高いVPNという、インターネットを使っております。1回入ったら外か

らは入れないという、ネットワークを使いまして、各クリニックさん、あるいは疾病サービスでいきますと、フィットネス、そういうところとつなげてやり始めたところです。

これが厚生労働省の医療情報のガイドラインに載っているところまでございまして、これにしたがって今回は構築をしているところです。

○司会（玉井） 末端の診療所の感覚からすると、お金かかるんじゃないかなという気がして、どうもそのへんがちょっと心配なんです。財源的な問題は起こらないか。また、それを習得するのに高齢の会員の先生方は苦勞するのではないかという気がするんですけど、このへんはどうなんでしょうか。

○久田昌則（日本システムサイエンス） 今回は3カ年にわたる厚生労働省、総務省、経済産業省の実証事業ということで始めております。これは実証事業ですが、浦添市をモデルとして、総務省のシステム基盤と書いてありますが、これが総務省の基盤で、これをベースにいろいろなアプリケーションを構築をして使っていきます。

今回は国の予算で、基本をまずここでつくって、今後これを展開するということになるが、全部このまま修正しないで使えるかという、そうではないと思いますが、このシステム自身を国としては各都道府県・市町村にどんどん普及させていこうということがねらいです。したがって、今後、基本のシステムをこのまま使えるということになると、各クリニックでも、通常ネットにつながっているパソコンがあるかと思いますが、そこにまず診療ASPというものを、パソコン側にソフトをインストールしていただければ大丈夫です。疾病管理のほうは、これは経済産業省の事業ですが、ネットにつながるパソコンがあれば、費用的にはそれほど負担にはならないのではないかと考えております。

システム的にはまだいろいろブラッシュアップしなければいけないところは多々あるかと思いますが、基本これである程度構築ができるのではないかと思います。

○司会 (玉井) ありがとうございます。

何かご質問とか疑義とかありましたら伺いたいんですが、久田先生、例えば糖尿病もあるでしょうし、あと、浦添総合病院が今つくっていきま脳卒中のクリティカルパスとかありますよね。クリティカルパスとの整合性というのはどうなるんですか。

○久田友一郎 (医師会) クリティカルパスはかなりお金がかかるみたいです。あとは県全体を統一するのは難しいということなので、各地区医師会でパスをつくっていただければ、南部から那覇地区医師会へといった場合に、モバイルという紙で連携するということで、地域連携パスは、これからやらなければいけないことだと思います。当初概要としては、地域医療連携パスで糖尿病だとか、そういうようなものについてある程度つくる予定で一部出来上がっていましたが、予算の都合で今、紙だけの情報。おそらく将来は地域医療連携パスもこういうふうな形になってくると思います。

○司会 (玉井) 今現在は、結局だれかに聞くとか、または親戚のだれかに聞いてみるということぐらいしか、情報の出所がないんですね。

そこをクリティカルパスというものを使って情報を共有して、様々な医療機関が情報を連携させて、情報を一本化するラインをつくらうと動いているところなんですね。

下地先生、何かないでしょうか。

○下地 (医師会)



ふれあい広報委員の下地です。

今のクリティカルパスは脳卒中とか、あとは少し整形外科的な、そのあたりができていて、実際に今、診療報酬で認められているのは、急性期の病院とリハビリの病院とをつなぐクリティカルパスである程度必要最小限の情報はお互いに共有しようというものとなっています。しかし、リハビリ病

院から今度は在宅とか診療所とか、そのあたりまで広がっていかなくてはいけないと思います。今動き出しているのは急性期とリハビリ病院をつなぐクリティカルパスで、将来的には玉井先生が言ったように診療所、在宅あたりまでずっと広げて、やっけていかなくてはいけないと思います。

○照屋 (医師会)



ふれあい広報委員の照屋と申します。今後の提言のような話になるかもしれませんが、一言意見を言わせて頂きたいと思います。すでにお話が出ていま

したが、継続するための予算の問題、それからセキュリティの問題。この2点が大きな問題だと思います。浦添市医師会単独の糖尿病を中心とした、ネットワーク作り・システム作りのお話でしたが、例えば「GP ネット」のような、一般医 (G) と精神科の先生方 (P) とのネットワークですとか、他地区医師会とのリンクも可能なネットワークが必要になっていくと思います。そして、産業医・学校医の先生方との連携や、在宅医療の現場との連携がスムーズに行われるようになると、様々な情報が共有化され、素晴らしいネットワークが出来上がると思います。先程話しました「GP ネット」の件ですが、大阪の方ではネットワーク化がかなり進んでいるようです。琉球大学の精神科の近藤先生のお話では、沖縄でもネットワーク作りを推し進めていると、多くの先生方の参加を呼びかけているとのことでした。最近では、自殺の問題などもありますから、さらに産業医・学校医の先生方にも広げていく必要があると考えます。そこで、継続するための予算の問題とか、セキュリティの問題が大きくなってくると思いますし、ネットワーク化が途中で計画倒れにならないように、相当エネルギーのある人材が必要不可欠になってきます。いろいろな問題点をクリアしながら、「病診連携」・「病病連携」・「診診

連携」というネットワークが確立されていくことを、心から願っております。

○久田友一郎（医師会） 実には糖尿病を取り上げたのは、構築しやすいというふうなことで、それがある程度のベースになって、糖尿病の健康情報活用基盤ができると、すべての疾患に利用できると思います。

それから、先ほど久田さんがおっしゃいましたように、診療所提供のシステムがきちんと構築されれば、これは各地区医師会にもっていったら、どこもいじることはないということで、全県的に広めることができるんじゃないかと考えております。

ですから、今のところは実証事業ということで、セキュリティの問題だとか、それから先ほどお話がありましたように、クリニックのドクターが使いやすいシステムでないといけないんです。使い勝手がいいかどうかとか、本当に日常の診療をしながらこういうふうなことができるかどうかということも含めて、それから、患者さん本人もこのデータを見たときに本当にわかりやすいのかどうかとか、そういうようなことがあります。

それから、もう1つはやはりインフォームドコンセントの問題で、診療情報提供書の中には受診者本人が見てもいい情報と、これはちょっと受診者にはマル秘情報というか、ドクターだけが見れるような情報というのが分かれております。患者さん自身がガンだとか、精神化疾患だとか、いろいろなもので直接病名を知られると困るということについては、それは匿名のところドクターだけが見れ、受診者は見れないというふうな構造になっております。

○司会（玉井） 先生、ちょっと確認したいんですけど、この情報はどのような形で持たれるんですか。例えば患者さんがCDか何かを持っているんですか。患者さんが持って歩くんですか。

○久田友一郎（医師会） 患者さんはデータベースにアクセスします。サーバーはどこかの企業などに置くことになると思います。サーバ

ーの中に患者さんのデータが全部保存されているんです。患者さんは自分のIDとパスワードを入れると、そのサーバーから自分の情報を見るということで、患者さんのいろんな薬剤とか、いろんな情報は全部院外というか、外のサーバーを運営するところで委託するということになると思います。

徳島でしたか、産婦人科の遠隔医療がありましたね。あれはあまりお金がかかっていないという話なんですよ。だから広がれば広がるほどお金はかからないということです。

それから、浦添市長がこの事業を引き受けるときに、国の事業って3年間経ったら、すぐに「はい、さよなら」ということが多いので、そうならないようにということで、念を押しておりました。ちゃんと2、3年は面倒を見てくれということですけども、それはまた政権のことですので、わかりません。

○司会（玉井） レキオの仲宗根さん、どうお考えになりますか。情報の共有化というか。これは本人が持ち歩くらしいんですけどね。

○仲宗根（レキオ社）



県民は診療所へ行くよりはやっぱり大病院に行けば優秀なお医者さんがいて、いい機械を置いていて、行けばすぐその日で検査をしてもらってすぐ結果が

わかるというのが一般ですよ。診療所の先生方には失礼ですけども、一般の人たちというのは、どうしても公立の大きな病院のお医者さんのほうが優秀だと勘違いしている。行けば逆に、医者になってまだ1、2年しかないような人たちにあたるかもしれないのに、そこに堂々と言きます。それよりは診療所へ行ってそこから情報診療提供書、紹介状をもらって病院に行くというのがいいと思います。

いろいろお話が出ていたんですけども、今日は、病病連携の話ということだったものから、例えば患者さんが診療所から大きい病院

に行く場合の、病院の使い方とかという話なのかなと勘違いしていました。どちらかというところ、システムの話になってしまって、私には少し難しかったですね。

あと、この情報の提供やシステム化の問題は、日本医師会が日医総研をつくられたときに、電子カルテじゃなくて、国民みんなにチップを入れたカード形式の保険証でもってほかのどの病院に行ってもこの人の病歴がわかる。確かこれが日医総研の試算で40兆円ぐらいかかるという話が当時出てきたと思うんですね。あの話もどうなったんだろうと。国民にとっては逆にこのほうがいいんじゃないかと思うんですが。

フリーアクセスということがある以上は、紹介状を持たなくても行けるのが本当ではあるんですよ。200床以上の病院になると、紹介状を持っていないと逆に特定療養制度というのを設けて、2,000円から5,000円の初診料を取る。もちろんこういうのもいいんですが、そうすると本当のフリーアクセスの制度というのは形骸化されているんじゃないかなと私は思っています。

そういったものも含めて、もう少し我々が利用しやすいような形の病院、病病連携のものにしても、わかるような情報提供をしてもらったほうがいいんじゃないかなと思います。

○久田友一郎（医師会）

実は各病院の医療連携室というのは、このようなことをやっています。紹介だとか、それから自分の患者さん、入院した患者さんが退院したときには診療所へちゃんと紹介状を持ってくださいというふうなことは、大体どの病院でもやっていることです。

それからもう一つは、病院は例えば慢性疾患の患者さんがたくさん病院に集中すると、非常に待ち時間が長くなるということがありますので、やはりクリニックはクリニックでの役割、病院は病院の役割ということで、いろんな医療機器が必要な場合は、クリニックの先生方はちゃんと紹介してくれます。昔のように本当にか

かりつけ医の先生を信頼して絶対大丈夫だというぐらいまで、医療はきてます。

私らは健診センターにいるんですが、高血圧だとか、糖尿病などというのは病院に紹介しません。全てクリニックの先生方へ紹介をして、精密検査だとか、そういった検査が必要な人はクリニックへ紹介状を書くんですけども、ほとんど受診者に聞いて八重山・宮古とか全部クリニックの情報を持っていますので、どこが近いんですかということで、そういう形で紹介しております。ですから、病院の中の機能としては、以前に比べてかなり充実しております。患者さんの困ったことだとか、相談ごとは、病院の医療連携室で対応しています。

クリニックの先生方は長い間勤務なされた先生が開業しているというパターンが多くレベルはみんなかなり高いです。専門性も生かしながらほかの分野も全部見ていくというふうなことがかかりつけ医、家庭医ということなので、こういうことはほとんどのクリニックの先生方には浸透しています。

ですから、精密検査が必要だったら、すぐ適切な病院を紹介します。とにかく市内であっても、市外にいい病院があると、そこを紹介するんですね。だから自分が絶対信頼する病院のところへ紹介しますので、その点については心配はないと思います。

例えば、慢性腎臓病で、まだ軽い状態であれば、普通の内科医の先生は腎臓の専門の先生に3カ月に1回診てもらって、あとは普通の管理はクリニックの先生がするとか、そういうシステムも大体できあがっております。

医者側からすると、クリニックの先生も病院の先生も、病院の先生は専門性は確かにありますけれども、クリニックの先生もきちんとしたホームドクターとしての、ここ数十年ぐらいの間に変ってきておりますので、医療の世界は紹介だとか、逆紹介だとか、精密検査だとかそういうことについてはかなり公平になっています。

○嘉手苺 (医師会)



南部地区医師会の嘉手苺です。

南部医療圏という中で、脳卒中の連携システムづくりの検討をやって、来年の4月あたりに始めようかという

ことで、赤十字病院の高良先生を委員長にして会議を開いています。脳卒中といいますとTPAとか急性期医療で3時間以内で治療するということがあって、どこに運んでいいかわからない。急性期医療を受けて、あと、急性期病院から、また、後方病院、回復期病院へ移さないといけない、そういった流れがうまくできないと救急網ができませんから、今、そういったシステムづくりを進めています。又、介護保険施設で、意外と脳卒中、糖尿病が増えていますので、糖尿病とか高血圧の管理をするというのは内科の先生が非常に大事ですので、そういった連携システムができればいいのかなということで、県医師会も頑張っていますので、来年の4月を私も期待しております。

○司会 (玉井) 脳卒中のクリティカルパスはかなり今進んでいますよね。ガンのクリティカルパスというのはどうなんですか。増田先生。

○増田 (医師会)



琉大病院のほうで「沖縄県ガン診療連携協議会」というのを組織しており、その下に6つ部会があります。その1つの地域ネットワーク部会というところ

で、「五大ガン」と俗に言われている肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝臓がん、その5つに関しては、今年の3月に各専門医によるワーキンググループがつけられました。各ワーキンググループごとに3回から多いグループですと10回程度会合を重ねて、全体会議を3回やりまして11月4日に最終的に完成しております。

す。また、沖縄県医師会を中心に私ども協議会の部会がサポートするような形で、研修会を再来週の11月末の木曜日から14回～16回、離島も含めまして計画しております。来年4月1日からそれを始めるということになっております。これは紙ベースになります。その場合はどういふことがあるかということ、基本的に手術や大きな抗がん剤治療や放射線治療は、簡単に言うと大きな病院、拠点病院を中心に大きな病院でやって、ただし、例えば手術をして抗がん剤治療が終わって、あとは外来でフォローするだけの患者さんが多くいらっしゃるんですが、その方々、離島の方々も含めて毎回、毎回大きな病院に来ていらっしゃるんですね。実は毎回、毎回、例えば琉大病院に来る必要があるかということ、ほとんどなくて、ただ採血をして確認をしてお帰りになるだけなんです。その方々、大ざっぱに言うと、年12回、毎月来ていただくうちの2回は親病院に来ていただく。けど残り10回は地域のクリニック、もちろん病院ということもあると思いますが、多くは診療所を中心をお願いをする。そういうマニュアルをつくりまして、各診療所をお願いをして今後はみていただこうかということなんです。

○司会 (玉井) 玉城さん終末期のいろいろ特集記事とかをつくられていますけど、実際にこういう連携の情報はちゃんと家族の方たちには伝わって、自分たちの医療というか、診療とかそういうものをセレクションできているんでしょうか、どうでしょうか。

○玉城 (琉球新報社)



終末期だけには限らないんですけども、現状は自分で情報を探さない限りは得られないというのがあります。

話を聞いていて、患者の側にも医療者の側にも両方とも課題があるなと思っていて、患者の側からすると、やっぱり受診の仕方というのが、先ほどからずっと問題になっているよう

に、大病院志向というのがあって、これはなぜそう思うのかというと、今の医療の高度化だったり、専門化だったり、細分化という状況がわかってなくて、どうしても大病院の先生方に聞くと、もう落ち着いている、本当はリハビリの病院だったり、療養病床に移って静かな環境の中でいろんな専門の介護の方だったりとか、理学療法士さん等がふんだんにいるところに行ったほうがいいのに、やっぱりずっと急性期病院にいたがるという、これを説得するのがすごい大変だというお話はすごく聞いていて、患者の側もこういう意識というのが医療を潰してしまうというのをまず知らないといけない。

ではなぜ患者がそうってしまうのかというと、やっぱり不安というのもあると思うんです。これは私も体験がありますし、いろんな方から聞くのが、大病院とかに行くと診療科同士でさえも連携ができていない、情報が共有化されていない。ましてや病院—診療所、病院—病院、診療所—診療所で、本当に情報が共有化されるのか。じゃ病院が診療所に紹介をする、診療所が病院に紹介をするといっても、本当に適切のところを紹介してもらえるのかということがあるので、大病院、いわゆる名前がしっかりしている大病院に行ってしまうとか、有名な先生のところに行ってしまうというふうになると思うんですね。だからこのあたり医療の側というのも、いろんな情報がいろんな人にわかりやすく見えるようにしてもらいたい。あと1つ私が思っているのが、健診ですけれども、健診とかでひっかかってしまうと、病院へ行ってくださいとか、検査を受けてくださいとかになるんですけれども、そのときにどういう病院がこの検査をやっていますよというのを、一覧でいいのでそういうのがあれば、また、患者さんはそこから学んでこの病院はどういう診療をしているんだろうというふうに調べて勉強をして行くのかなと思っていて、両方とも歩み寄りというか、努力が必要かなというのを今感じました。

○司会（玉井） 僕らもっと情報をわかりやすく、例えばネットとかといっても、そういう

ニュアンスがどうしても伝わりにくいんですね。そのあたり例えば顔の見えると言ったら変ですが、そういう情報の提供の仕方をしないと本当はいけないんでしょうね。

何かほかにご意見とか。

大城さん、何かありますか。

○大城（エフエム沖縄）



病診連携と聞いて最近思い当たることがあったなと思って、興味深くお話を聞いていたんですが、慢性疾患ですとか、がんのそういった病院とか、あるいは

クリニックに携わる機会の多い患者さんに関して、病院内部でのシステム、それがここ10年特に整いつつあるというお話でもあったんですけども、たまたま先日、家内が下腹部に違和感があるということで、たいした痛みではないんだけど、ちょっと痛みがひどくなっているの、どこか病院に行こうかといったときに、どこのクリニックに行けばいいのか。具体的に言うと何科に行けばいいのか、内科に行けばいいのか、産婦人科に行けばいいのか、なかなか判断がつかない。やっぱり大きい病院に行っただけいいんじゃないのというふうには本人は考えていたみたいなんですけど、いやいや、それはちょっとまずいから、まずは産婦人科に行ってみようかということで、産婦人科に対応はしてもらったんです。やっぱりそういった意味で、例えば手を折ったとか、比較的自分でどこが悪いとわかるものに関しては、やはりクリニック、例えば整形外科の門を叩きやすいという部分はあるかと思うんですけれども、かかりつけのお医者さんをもたない軽症の患者さんの場合は、特に内科的な部分の疾患だった場合に、どこに行けばいいのかわからない。もう大きな病院に行ってしまったほうがあちこち行かなくていいからいいやというふうには、大きな病院の門を叩いてしまうという現実も、やっぱり大病院志向に拍車をかけているんじゃないかなと、

個人的には思うんですが、そのあたりはいかがでしょうか。

○司会（玉井） 玉城先生、外国の場合はどうでしょうか。

○玉城清酬（医師会）



アメリカに留学していたんですけど、向こうは保険システムで動いているんです。これは実際にあった話ですけど、自分の家内が熱を出したときに、かか

りつけ医に電話をして「熱が出ているから診てくれ」と言ったら、「来週の火曜日に来てください」といった感じなんですね。日本自体がアメリカの真似をしようとしているけど、実はたいしたことないんですね。アメリカに留学して言うのもなんですけど、あまり学ぶのがなかったかなという感じで。

大病院志向といっても、向こうはできないんじゃないかと思います。結局、診てもらいたいなら救急に行きますが、救急はごった返していて、例えば、撃たれて死にそう、血がどんどん出ている状況でも「どこの保険に入っていますか」と、そういった聞かれ方をするので、ちょっとシステム的には全然違うと思います。

○司会（玉井） 全くそのとおりなんですよ。ね。「ER」とか見てすごいなと思ったりするんですけど、実はそういうところなんですね。

○増田（医師会） イギリスでは地域のGPのリストがあるので、自分のGPを決めて、そこと契約といいますか、申請をします。そしてそのGPが自分のかかりつけ医になるから、すべての国民はかかりつけ医を必ずもたなくてはいけないシステムになっていまして、その代わりそこに行く分には診察代はただです。私みたいな外国人留学生に関しても、私の家族もだですね。その代わり大きな病院は紹介状がないと一切みないので、ですから日本のフリーアクセスとはちょっと別のシステムで動いていますから、ちょっとまた違うなと思いますね。

○仲宗根（レキオ社） アメリカの場合は、保険はメディケアとメディケイドですよ。見習うべきものが1つもないとは言ったんですけど、僕は1つあると思うんです。アメリカの場合はほとんどが民間保険ですよ。お医者さんは必ず民間の保険会社と契約していますよね。患者さんはそんなにたくさんは診ないんですけども、患者さんが来たら、「私は、〇〇専門の〇〇です」ということを必ず患者さんに言う。

今、日本で問題になっている「5分間診療」のものがあっても、向こうは15分間やらないと、診療として保険会社が認めないとか、そういったいろんなのがありますよね。日本では、皆保険制度というのは我々にとっていい面もあるし、それからお医者さんにとっていいのもあるんですけども、逆に言うと我々にとって悪い面もあるのかなと思います。つまり保険制度ですべてカバーされているのはいいんですけども、お医者さん側の立場になると、患者さんがお客さんではないわけです。お金は払ってはいるんですけども、何かもらっているような感じが無いというのがあると思うんです。アメリカはどの保険に加入しているか、当然聞きいて薬を使うときには保険会社に電話をして、この薬を使っていいか確認をとります。医療中心よりもお金中心ですから、そういった面はよくないんですけども、もう少し患者さんに対して親切に接するというものに関してはいいんじゃないかなという気がしますけれども。

○司会（玉井） ここにいる先生方は、皆さん親切な先生方なので、もし、親切じゃない先生がいらっしゃいましたら、マスコミの皆さん方で何か言っていただければ、県医師会のほうでまた話し合いをしたいと思います。

皆保険制度の話がありましたけど、何でも診てもらえるという形になってしまいます。例えばインフルエンザに罹ってない証明書をもらいに来たり、本当に気軽なんです。病院に対してのアクセスがもうちょっと高ければ、こんなに気軽に利用されたりはしないと、思ったりはする

んですが、何でもかんでも病院に行って、病院で証明書をもらってこいというような風潮も、確かに助長されているような気がしますね。きょうも感染していない証明書を書きましたけど、先生はどうですか。

○下地（医師会） 最近はそのようなのはあまり来ないんですが、当然そういう患者さんに対しては、こういうのは書けませんよと言います。

先ほどの大病院志向の問題にちょっと戻りますけれども、私は浦添で内科を開業しています。浦添に限っては大病院志向はかなり低くなっていると思います。10年前に開業しましたが、年々、紹介する患者さんは増えていまして、大体年間300件以上の紹介状を書きますが、大体6割が病院、4割が診療所です。診療所間でも紹介状を書きます。また、他の診療所から喘息のコントロールが悪いからということで、私のところに来る場合もありますし、そういう意味においては浦添では病院・診療所の役割分担がはっきりしてかなり病診連携等はうまくいっていると思います。

一番のポイントは、急性期病院側が病院の機能と診療所の機能をはっきりさせたことだと思います。それがあからこそ病診連携が必要になってくるわけです。病院で医療を完結させると病診連携はいらないわけです。そういう意味では急性期病院側が主導して機能分化をはっきりさせると、病診連携はどんどんうまくいきますし、診診連携もうまくいく。そうするとこの地域の医療を自分たちで守ろうという気持ちがだんだん出てくるんですね。

先日のインフルエンザのときに、那覇市医師会がすぐ那覇市立病院に応援に行きましたね。あれはそういうふうな病診連携があつて、地域医療を自分たちで守ろうという気持ちがあるからこそ、すぐできたと思うんですね。

そういう意味においては、病診連携、診診連携、医療連携はかなり重要だし、それをやるためには病院側が機能をはっきりさせていかないといけないなというふうに思います。

○喜久村（医師会）



那覇市医師会の喜久村です。

那覇市医師会の病診連携の話が出たので、ちょっと紹介しますが、病診連携という言葉は医者側から出てきた

んですね。皆さん方、今日の話はとっつきにくい、わかりにくいということだったんでしょうけれど、非常に進んでいるんです。やっぱり患者さん、皆さんがしっかり受け止めてほしいということはあるんです。

病診連携という言葉が出てきたのが、昭和60年頃に日医が言い出したんですけれども、その頃は保険の点数とつかなくて、勉強会をしていたんですね。病院に行って診療所の先生方が勉強する。そういうことから始まったんです。でも、その頃は医者側が少なく、なかなか定着しなかったということを聞いていましたけど、やっぱりこういう今の時代に続く流れがあったのかと思うんですね。

那覇市医師会では、平成12年（2000年）頃から病診連携、診診連携という話題があつて、浦添総合病院はかなり進んでいるんですけれども、病院もその頃は試行錯誤だったんです。診療情報提供書とか書く時代になったんですけれども、医師会が主体になって那覇市内にある病院と診療所、浦添総合病院とか、豊見城中央病院等を含めた11の病院と診療所の先生方の意見交換会を始めたんです。そういうのもって病診連携というのを広めていったわけです。これが最初につくった病診連携情報誌のサマリーですけども（那覇市医師会病診連携情報誌を提示）、懇親会を毎年やっていて、玉井先生もよく知っています。先生方も病院からかなり出席し、そういうのを広げてきています。

そういうことで、医者としては一生懸命なんです。勉強会もしますし、研修会もします。それを知ってもらいたいと思うんですけれども、なかなかフリーアクセス、会長が言われました

ように、どこの診療を受けてもいいというような、ある意味非常に贅沢なシステムがあるために、多くの方が大病院に行っているわけです。そこのところ役割分担、整理しようということで、医療の側は一生懸命です。先生方も浦添総合病院の久田先生など、かなり進んで、一生懸命になっているんですけど、それはなかなか理解できない、今がきっかけなのでこれから広まっていくとは思いますが、そういうことを団体としてもやっていますし、私は那覇市医師会でずっとこういうことにも関わっていますし、若い頃は、勤務医として大学病院にもいましたし、それでもやっぱり年を取ると時代は進歩しているということでもありますから、そういうことは勉強会をしっかりとやっとうということなんです。卒後臨床研修の研修医が今、脚光を浴びていますけれども、開業している先生方も一生懸命そういうことは勉強している。

この前、新型インフルエンザの話がこのマスコミ懇談会でもとりあげられましたが、那覇市医師会では、県立南部医療センターの先生を講師に呼んで講演会をしました。また、沖縄で最初に亡くなった方を解剖して、CPCを明日するからという通知が医療センターからきました。そういうことも医師会に連絡がありますし、私は出席するつもりです。そういう研鑽というのを診療の後、ふだんはだいたい午後7時半とかそういう時間から勉強会をしているということは知ってほしいということです。これは各地区の先生方もそういうふうになされていると思います。なかなか伝わらないというのはもどかしい感じがありますが、少なくともここにおられるマスコミの方々には、よく理解していただきたいなと思います。

○司会（玉井） ありがとうございます。

最後に宮城会長にまとめていただきたいと思えます。

○宮城会長（医師会） 一番大事なことは、患者さんが一番いい医療が受けられるような状態ができたらいいいということですね。今まで日本の病院というのは、自己完結型、すべて自

分の病院で診ていこうということがあったんですが、そうではなくて状況によって変化してきているのは、その地域は地域の医療機関が全部協力をして、その地域の医療を守ろう。地域完結型医療になってきているんです。そういうところから病診連携や診診連携、病病連携というのが出てきているわけです。

大学から話があったように、開業している先生は基本的にすべて専門性をもって開業しているんです。むしろ病院にいる先生よりは、その道に関しては専門かもしれない。そういう先生が今開業している。昔と少し変わっているのはそういうところがあるわけです。そうすると、どこのクリニックはどの専門だということもはっきりしているわけです。それと同時に、ただその専門だけをやっているわけではなくて、かかりつけ機能ということで、専門を中心にして、その周辺の病気も診れるようになってきているわけです。

ただ、専門以外のことについて、あるいは専門についても自分のところで診れないものについては、きちっと病院を紹介する。その病院でも病院の専門の先生を紹介するというふうになってきているわけです。

それから、医療供給体制についても限りがあります。今度のインフルエンザの問題でもわかったはずですが。すべての患者さんが1つの病院に集中していったら、その病院の機能というのはストップしてしまいます。そういうことがないように、普段から連携をとっておけば、ああいうことは起こらないということです。

病院へ行けば何でも診てくれるというのは、これは1つは間違いというのもあるんですよ。その病院には病院の特徴がありますし、それから、その専門がいるかどうかというのわからない。みんな看板を見て、あの病院へ行けば大きな病院だからいいだろうと思っても、実はそうではないというのはいくらでもあるということです。

ですから普段から何でも相談できるというかかりつけ医をぜひもったほうがいい。そのかか

りつけ医は、その人のことに関してはすべて責任をもつ。あるいは家族についてはすべて責任をもつということになると思います。

例えば診療所でかかったときに、そのかかったときのデータをすべて残しておく。それから、病院へ行けば病院に行ったデータも共有をされる。生まれたときから亡くなるまで、すべて1カ所にデータを蓄積されておれば、必要なデータというのは、その本人が必要ときに瞬時に出せるはずなんです。それがそういうシステムをつくらうということになっていると思います。必要なときに必要なデータが出せないと意味がないんですよ。デジタル化していくというのは、そういう意味があると思います。情報を共有化して、必要な情報というのはお互いにやりとりをして、それから一番いい医療、その人にとって一番いい医療はどこで受けたらいいのかということを一生涯、地域連携で考えて。ただ、それが紙ベースではなくてITを使いながらネットを通じてやっていこうという方向にしているということで、非常に浦添のほうは国のモデル事業になっていますから、かなり進んだ事業になっているので、ちょっとわかりにくかったところがあるかもしれませんが、基本的なものはそういうことだと思います。患

者さんにとって一番いい医療が受けられるような連携がとれるようにと、それが基本にあるということです。

それも1つの病院にシステムを任せると、やっぱり自己完結型の医療にどうしてもなっていないかざるを得ないので、そういう意味では、地区医師会や県医師会がそれをリードしていけば、地域完結型の医療に向かうということです。システムをつくるにしても、ある一定の機能をもったところ、これは地区医師会、あるいは県医師会の中にそれを置いておかないと、1つ問題が起こってくるというのはそこにあると思います。どうしても自己完結型の1つの病院を中心にした医療になっていきますので、それを避けるためにもこういうネットワークづくりが必要になってくるのではないかと考えております。クリニックというのは、技術が落ちているということではなくて、非常に最も高い専門性をもった先生が開業しているという理解をしていただければ、少しみんなの考え方も変わってくるのではないかと思います。

○司会（玉井） 宮城会長、ありがとうございました。

これで懇談会を閉じさせていただきます。

皆様、本日はどうもありがとうございました。

