

《インタビュー報告》

人口減少地域 佐渡における 地域医療ネットワークの取り組み経緯と現段階

—佐渡総合病院院長 佐藤賢治先生に聞く—

編集委員会

2021年11月11日、キャリア創生研究会のメンバー有志（堀籠崇・田中一裕・榎本千賀子・渡邊洋子）で、佐渡の地域医療の現状と課題について実地調査を行うべく、佐渡総合病院への訪問を計画した。当日は天候不良のため、残念ながら実地訪問は叶わなかったが、オンラインで、予定時間を大きく超える1時間30分にわたってお話をお聞きすることができた。以下は、その記録を文字起こししたものである。インタビューをご快諾下さり、多くの刺激と示唆を下された佐渡総合病院佐藤賢治院長、および同席された市川事務長に心より感謝申し上げます。

田中 本日はよろしくお願ひします。

佐藤 初めまして。佐渡総合病院の病院長をしている佐藤と申します。新潟大学出身で、もともと外科医ですが、いま病院長でスーパー事務長のような仕事しかしていません。もともとは北海道生まれで実家は神戸が長く、大学から新潟に来ました。佐渡はもう27年目で、佐渡にどっぷりと浸っています。今日はよろしくお願ひします。

市川 事務長の市川と申します。私は佐渡市出身で、佐渡市は畑野の出身です。佐渡総合病院に以前より勤務しており、昨年より事務長となり、経歴としてはかなり長いです。よろしくお願ひします。

渡邊 お聞きしたいことがたくさんあります。地域医療の現在の状況、コロナ禍を含めてと課題。あとは住民の方とネットワーク、そして佐渡における医師養成、医療者養成について。それから、遠隔的な方法を病院の内外でどう使っているのか。それから、私たち創生学部と、何か連携の可能性はあるのか。お話しいただきやすいところ、まずここからというところから自由にお話しいただき、私たちはその途中で質問などを加えさせていただければと思います。

佐藤 広い範囲の話だと思いますが、佐渡の実情をまず把握していただき、その上で何ができるかというストーリー仕立てのイメージでいいでしょうか。

渡邊 はい。それでお願いします。

佐藤 先ほど申し上げたように、話せば切りがないですが、私は病院勤務なので医療側の立場にいますけど、医療だけでは考えてなくて、医療、介護、それに

関わる行政とか、広く社会保障という言葉で捉えています。佐渡はご承知のように高齢化率が非常に高く、なおかつ人口減少が激しく、将来の日本の縮図だと前から言われています。この状況下で持続可能な社会保障体制とは何か。このことを早急に構築しなければいけない、その瀬戸際に立っている状況です。

佐渡の人口はいま約5万2000人、高齢化率は42%、もう43%ぐらいになっているかと思います。ちなみに人口の推移を考えたときに、人口が増えていって減少するというイメージを皆さんはお持ちだと思います。しかし佐渡の場合は、人口が最も多かったのは江戸時代末期です。江戸時代末期に10万人の人口をもっていました、それ以降は一貫して減少しており、少し特殊です。ここ20年ぐらいいは年間1000人ぐらいつつ亡くなられていて、ここ数年は1100から1200人ぐらいいが年間に亡くなられています。多くの地域だと高齢者の絶対数が増えていき、ピークアウトすると思いますが、佐渡はとっくにそれを通り越して、高齢者人口自身も減少フェーズに入っている段階です。これはたぶん10年以上前からだと思います。今後、日本の多くの地域が、いずれは佐渡と同じ人口構成になっていくはずですが、生産年齢人口の減少はもちろん激しいですが、高齢者自身も減っていくのが佐渡の姿です。

ご承知のように少子高齢化の問題は、高齢者がたくさんいることが問題ではなく、生産年齢人口がいなくなることが根本的な問題です。平たく言えば、そもそも働き手がいなくなるので、病院だと職員確保が極めて

て困難です。若者たちは黙っていれば都会に流れていくので、それをあえて佐渡に振り向かせるには相当な努力が必要だと思います。それから、生産年齢人口の減少は、さまざまなところに影響を及ぼします。そもそも自治体の税収がなくなるので、基礎自治体に立きついても「お金がないよ」というのが現状です。

これは病院運営からしてみると、実は決定的な問題点があり、診療単価が低くなります。分かりにくいと思うので例を挙げます。仮に大腸がんの患者さんがいらっしゃった。大腸がんがあり、肺転移があり、肝臓にも転移をしている。その人に対し、どういう治療を行うか。50代だと、まだお若いし、今後のこともあるので、治る、あるいは長期生存を見越して、積極的な治療を行うことになります。つまり、抗がん剤は積極的にやりますし、可能であれば手術までもっていきます。それだけの治療ができる体力を持っています。だめならだめでしかたないとしても、やるだけのことをやろうと本人も周りも思います。積極的な治療は、病院の収入につながります。ところが、同じ状態の患者さんが90歳だったら、積極的な治療を受ける体力がなかったり、本人もそれを望まなかったりします。すると同じ病名で入院されていても診療単価が全然違います。たとえが悪いのですが、移動手段として自動車考えた場合、軽自動車とベンツですね。同じ移動手段だけれど、利幅が全然違いますよね。それに近い概念です。ですから、生産年齢人口が減少することは、病院からすると入院患者さん1人当たりの単価が下がっていく、つまり利益がどんどん下がっていきます。ベッドが仮に埋まったとしても収益が上げられないということは、病院の運営上は大きな問題点です。さらに、医療費は診療報酬という国が決めた値段ですので、われわれの努力の範囲外です。高齢化が進むと、患者さんはいるけれど、病院としては収益を出せないというジレンマに陥ります。いま75歳以上の患者さんは、当院の入院患者の6割以上です。それに加え、さまざまな手間がかかります。食事の介助、排泄の介助などはもちろんのこと、それだけではなく、仮に元気な方だとしても、退院した後、どういう生活が待っているのかということを考えながら退院準備となります。診療報酬でお金をいただける以外の手間が多いのが、高齢の入院患者さんの特徴でもあります。

先ほど専門医の話が少し出ましたが、むしろ専門医よりもコメディカルの活躍に依存する状況になっていきます。多職種協働作業、あるいは医療機関だけではなく、複数の施設でコラボレーションしていくことは

極めて重要です。重要どころか、前提とした環境下になっていきます。ですから、日本の医療制度をこのまま順守していくと、病院としては間違いなく破綻します。高度急性期医療の対象となる患者さんが少ないので、それ以外で生き残る道を考えていく。生活という視点をもって、全ての流れを変える必要がある。

そもそも行政、医療、介護も福祉も、地域の住民の生活のために存在する、目的はここ1点です。これに対し行政は何をするのか、医療は何をするのか、介護は何をするのか。われわれ医療従事者は行政マンではありませんので、行政の業務はできません。行政は医療従事者ではないので医療はできません。そうだけれど、みんなである1人の患者さん、住民の方の生活のために、それぞれの役割を果たしていく。これが本来の社会保障の姿です。これを見える化して、ビジョンとして明確に打ち出し、そこを幹にみんなが集まってくるスタイルを演出していかなければ、たぶんこの社会は乗り越えられない。こういうシステムを今つくろうとしていて、話はぶれましたが、バックグラウンドとしてはこんな感じです。

渡邊 ありがとうございます。いまシステムをつくらうとしているという話でしたが、その辺りは病院側と行政側と医療者、特にコメディカルですね。何かそのネットワークのようなものをつくられるということでしょうか。

佐藤 この辺も話をすると長くなります。

渡邊 すみません。そこが非常に重要な部分のような気がしました。

佐藤 そうです。まず、コラボレーションしていこうとすると、1人の住民の情報を多くの関係者が共有しなければいけないですね。医療が中心になりますが、医療情報をみんなで参照できる仕組みをつくっています。「さどひまわりネット」といって、いわゆるEHR（地域医療情報連携ネットワーク）をつくっています。運用して9年になります。

当院で診察した病名、処方内容、血液検査など検体検査の結果、それからレントゲンや内視鏡の画像は、ほかの診療所や調剤薬局、院外処方箋を受け付ける薬局、それから、介護施設で全部見ることができます。逆に、診療所でやっている血液検査の結果とか、処方内容、病名はもちろん、それから診療所で撮った画像、また内視鏡をやっているところもありますし、レントゲンをやっているところもあるので、その画像は参加する施設のみんなで見ることができます。

島内の医療、介護、福祉事業者の中で、さどひまわ

りネットに参画している施設が6割、住民は約1/3がこの情報共有に同意されています。これが住民の情報を共有するインフラです。

ちなみに、さどひまわりネットの詳細は省略しますが、全国に似たような仕組みはいろいろあります。情報の共有とはデータの共有になるので、データが存在しなければ共有できない。その理屈で、ほぼ電子カルテが前提です。佐渡では電子カルテを持っている病院は当院しかありませんので、その仕組みは使えません。そこで電子カルテを持っていない医療機関の情報を、どうやって収集するのか。これはかなりノウハウですが、実現しました。たぶん世界で唯一の仕組みです。

電子カルテベースのEHRで見られるような、医師の記録、看護師の記録は共有できていませんが、電子カルテを前提としない情報共有システムがさどひまわりネットの特徴です。ゼロ開発しましたが、この仕組みは全国で15地域ぐらいに入っています。企業で展開してくれています。

渡邊 勉強不足で申し訳ないのですが、電子カルテを前提としないというのは、どういう意味になりますでしょうか。

佐藤 電子カルテを前提にしないと言っても、情報を共有するにはデータ化されてないといけません。では、データはどこにあるのかを見つめ直してみました。医療機関であれば、診療報酬明細書を請求します。いわゆるレセプトです。レセプトは今オンラインで提出することが義務付けられているので、基本的にどこの医療機関でもレセプトをデータとして持っています。病院だと医事会計システムとか、診療所だとレセコン、レセプトコンピュータと言われる機械で診療報酬明細をつくってオンライン提出します。これは月に1回なので、基本的にはマンスリーでデータが出る仕組みになっています。そこを細工して、デイリーで収集できる仕組みをつくって収集することにしています。

渡邊 そうすると手書きのカルテを、例えばPDFのような形で共有することかと思ったのですが、全然違うんですね。

佐藤 違います。参加する施設がデータを入力する、例えばスキャナーをかけるなり、PDF化するなりして、データに変換する作業をやらせてしまうと絶対続きませんので、自動収集することに特化させています。だからレセプトコンピュータ、医事会計システムに少し細工してインターフェースをかませるのですが、そこでデイリーで、自動で収集してくれる仕組みにしています。それから処方内容は、院内処方であればレセ

プトに書かれます。院外処方だと、診療報酬明細に院外処方箋を出したことは記載されますが、内容は記載されません。院外処方箋を受ける調剤薬局側のほうが薬局システムとしてIT化されています。そこから処方内容データをデイリーで収集します。

画像もレントゲンも内視鏡も、仕組みからするといま全部デジカメです。画像データを保存するには、病院だとPACSと呼ばれる医療用画像管理システムがあり、それがあればつなげられますが、そうではないところは、データは保存されてなくて、プリントアウトして紙カルテに挟んでいる状況です。機械そのものではデータとして発生するので、そこにインターフェースをかませるやり、発生するデータを引っばってくる。そういう仕組みにして自動収集をかけるようにしています。このインターフェース技術は特許を取っていませんが、基本的にはデータ収集エンジンに汎用性を持たせてあげて、接続する機器ごとにインターフェースの設定を変えていきます。医療機器のデータの発生源が、どういうデータを出力するのかを情報として分かれば、ほぼ汎用的にデータを収集する仕組みをつくっています。

渡邊 素晴らしいですね。この仕組みは先生が発案されたのですか。

佐藤 発想は私です。これをやりたかった。

渡邊 それは素晴らしいですね。佐渡で二十何年という経験の中から、佐渡に合ったシステムとして構築された。

佐藤 私にかかっている患者さんがほかの診療所にもかかったりするわけです。なのに、その薬の内容が分からない、血液検査の結果も分からない、このネットワークの時代に。それが十数年前の発想でした。それを実現したくて、世の中にある連携システムを見ると、今でもそうですが、電子カルテが前提です。それでは佐渡には適用できない。では、佐渡で収集できる情報は何か。レントゲンなどにしても、まだアナログフィルムが残っている施設があると思っていました。ところが、島内を全部調査しましたが、全部デジタルの仕組みに置き換わっていたので、これならいけると思いました。調剤薬局も調剤薬局の世界でデファクトスタンダードがあります。NSIPS (New Standard Interface of Pharmacy-system Specifications) という規格があり、どの保険薬局もその仕組みを使い、いろいろなベンダーさんがシステムをつくり上げている。だから、データは標準化されていて、これならいける。血液検査のデータはそもそも数値なので、どんな病院でも大昔か

らデータベース化されています。病院であれば問題ないのですが、開業医の先生だと血液検査の機械を持っていませんので、採血したものを外注検査に出します。外注検査会社が検体を受け取り、検査結果を紙に出力して、その診療所に提供します。つまり、外注の検査会社は検査システムをデータとして持っているのです。そこをつないでやればデータを取得できる。こうしていろいろ調べていくと、「ここまでだったらいけるね」ということでシステムを考えました。

渡邊 まずは先生がこれを構想され、各所に声をかけられたのですね。

佐藤 実際には国からお金をいただくことになるのですが、大昔、民主党政権になる前の自民政権の最後、麻生さんが首相だったときに地域医療再生基金という補正予算が組まれました。そのときに手を挙げて採択されました。今の構想をもとにシステムの要件定義をしなければいけませんので、コンサルタントをプロポーザルで募集しました。要件の概要は私がだいぶつくっていたので、コンサルタントの方々はそれをドキュメントに落として、あと島内でこの仕組みをどう活用できるのかを調査していただいた。足で稼いでいただいて実現可能性を高め、その上で仕様を決定しました。それから開発に入りますが、開発業者の募集もプロポーザルでやっています。ゼロ開発だったので、お金がすごくかかりました。

渡邊 そうですよね。それはタイミングがうまくかみ合ったのですね。

佐藤 そうですね。

渡邊 最初の構想から、ちゃんと機能するようになるまで何年ぐらいかかったのですか。

佐藤 Windows 95 が発売されたのは文字どおり1995年、私、その年に佐渡に来ました。あの頃からインターネットが、だんだん普及していった。あのときはまだADSLもなかったのですが、ネットワークがどんどんできるようになってきて、光通信もできるようになってきた。佐渡島内の医師会で、年1回会合をして勉強会のようなものをしています。そのときにネットワークがどういうものかを、私は平成12~13年頃から毎年話していました。こういうことが実現できたらいいよねということを話していた。それを医師会の先生方が覚えていてくださった。国が平成21年の補正予算として地域医療再生基金を設定、これが県においてきて、県から保健所経由で地元においてくるわけです。そのとき医師会長が私の話を思い出し、「医師会員を集めるので、またネットワークの話をしてくれ」と

私のところに電話が来ました。何のことかと思って話しをしたら、「皆さん、これでいこうと思います」と言われ、基金事業に応募するという話がある場で決まりました。

渡邊 そうですか。すごい展開ですね。

佐藤 かつよく言えば、シーズは私がまいていたのですが、それを実らせてくれる、水をくれたのが当時の医師会長でした。

渡邊 キーパーソンはいらっしゃるものなのですね。ホームページを見せていただいても、すごくしっかり構造化してできているところですが、シーズのところから先生が立ち上げられたのは、すごくダイナミックな、感動的なプロセスだと思いながらお伺いしました。

佐藤 私が提案し、中心でやりましたが、行政も含め、県の方も含め、多くの方の賛同を得て、みんなで動いていた、それが大きかったですね。さらに私にとって本当によかったのは、さどひまわりネットは最初医療システムで考えていました。別ルートで歯科領域でも連携するという話が起っていました。佐渡の歯科医師会にも話が下りてきて、既にそのときはさどひまわりネットを作りかけていたのですが、「一緒にやらせてくれないか」ということで歯科が入りました。私も口腔管理が医療管理上、重要だということは分かっていたので「ぜひ一緒にやりましょう」と。そして、やっているうちに高齢社会だから介護との連携は必須、そこで介護関係の人たちを組み込むことにしました。これがなかったら歯科の先生方や介護の方々や、ケアマネさんと話すことはなかったですね。

渡邊 ひまわりネットとともに連携の基盤ができてきた感じですね。

佐藤 そんなイメージです。佐渡にずっと住んでいましたが、横のネットワークが大事だと、いまさらながら教えられました。だから、いま皆と仲良くやっています。

渡邊 結構日常的にお会いになり、いろいろミーティングをすることはありますか。

佐藤 コロナで頻度はすごく減ってしまいましたが、いろいろな方々とはつながらせていただいています。これはもう最大の宝ですね。

渡邊 素晴らしいですね。では堀籠先生の立場から、今の話をお伺いしていかがでしょうか。

堀籠 私もお話を聞いて、本当に目からうろこで、電子カルテの普及が前提になっているのだらうと思っていたのですが、そこの発想を思い切って変えてネットワークをつくり上げるのは、本当にすごいことをさ

れていると大変感銘を受けました。うまく走り出していくと、いろいろなところが次々乗かっていく形ができてくると思います。協力を得ていく最初の段階で横つながらというか、滑り出しのところではあまり苦労されずに、ご協力いただける形でいけたのでしょうか。

佐藤 ありがとうございます。FAQ (Frequently Asked Questions) だと思います。今回スタートを切って大変良かった点は、当時の医師会長が音頭を取ったことです。地域によっては病院と医師会が、仲が悪かったりしますが、佐渡では昔からそんなことはありませんでした。うちの病院が佐渡島内ではドンと大きく、あとは小さな病院です。具合が悪くなったら佐渡病院へ、佐渡病院が対応できなかったら本土へという流れが昔からありました。佐渡病院中心の医療体制が前々からの姿でした。そこに今度、医師会長が音頭を取り、「連携システムをつくりましょう」と言ってくれたのが、多くのコンセンサスが得られる一つのきっかけだったと思います。介護の方々にとって、医療はハードルが高いものです。医者と話をするなんて、ほんとにできないというか、近寄りにくい。でも、介護の方々が看ている利用者の人は、ほぼ全員が医療を受けている方なので、実は密接なのですね。だから医療とのつながりを持ち、そもそも大量に持っている薬は何の薬か分からないし、やめていかどうか分からない。そもそももってきた薬は、いま飲んでいるものか、昔出た薬かも分からない。彼ら、彼女たちは、医療情報をすごく希求していたのです。だから、声をかけると割と乗ってくれたことがあります。この手の話はやはり現場目線です。

ところが物事を進めるには、意思決定する偉い立場の人たちがいます。この人たちが現場のことが分からないうえ、何に困っているかを肌感で持っていません。それから、IT を用いた情報共有を経験していません。ここがいまだにネックです。物事を決める立場にいる人たちの理解が浅いところで、現場の人たちはこうしたいと思っていることがいろいろあるけれど、それがなかなか進まないのです。

渡邊 具体的に行政の長とかいかがでしょうか？

佐藤 いや、行政よりも、むしろ介護施設の運営母体の理事長、施設長などです。ずっと話して思うように進まないことが続いており、コロナで協議が止まったこともあります。逆に、佐渡市の行政の方々はその事情をよく分かっています。介護計画では行政の話がたくさんあるのですが、行政が考えていることが

なかなかおかない、通用しない、末端まで行かない。これはずっと彼らの悩みです。私もそう思っています。佐渡市の人たちとは中間どころ、現場で頑張っている主任クラスの人たちを集め、裏会をつくろうかと思っています。

渡邊 表に対して裏ですか。

佐藤 実際、物事を協議して、決定して、みんなのコンセンサスを得るのが表の会ですよ。

渡邊 はい。

佐藤 その表に出る人たちの理解ができないのであれば、裏で現場に近い人たちが協議をして「これがいいよ」と決める。そして、各施設で施設長などを突つつく。突つつくだけでは話が出てこないの、そんな話を聞きつけて私が表会で、「こんな意見がありますが、皆さん、これでどうですか」と言うと「反対はしませんね」というやり方をしたいと思います。

渡邊 解説をありがとうございます。先ほどお聞きした、施設の6割がひまわりネットに入っているということでしたが、この利用率を上げていくところで、今おっしゃった裏会が大事な役割を担っているということですか。

佐藤 まず、さどひまわりネットそのものはどうやって運営しているかということ、参加する施設から利用料をいただいています。行政支援はほぼゼロです。

渡邊 すごいですね。

佐藤 IT 機器はリース利用です。システムの保守運営と事務要員の人件費とかを全部込みで、月当たり270万円ぐらいかかっています。それを当初、月300万円集めるということで参加する施設に割り振りしました。実際のところ半分以上は当院が負担しています。横に事務長がいますが、さどひまわりネットの参加費用だけで当院は年間2000万円払っています。残りの半分弱を他の施設で割り振って運営しているのが現実です。この利用料を払うに当たり、このお金を払う価値があるのかをどう認識するのがよく出てくる問題です。しかし、この価値には基準はないのですよ。先ほど言ったように、移動手段として120万円の軽自動車を買うのか、1000万円のベンツを買うのかは、人により違ってきますよ。移動できればオーケーということであれば、別に120万円でいいんじゃないの？ もっと言えば中古でもいいんじゃないの？ という話になります。そういう自分の価値観が違うよねとか、どういう機能をどう活用するのが施設によりばらばらになり、実は基準が設けられない。これは当初から懸念していて、どのくらいの費用がかかるのかをおお

よそ想定して、このくらいの機能をやりたいから、どう考えてもこのくらいの費用がかかる。それでも抑えながら想定した上で、これをどう割り振るのかを考えなければいけなかったのですが、まず関係する皆さんにお集まりいただき、1回目「今、ひまわりネットを考えています。こんな機能を想定しています」と話しました。2回目は「費用を考え、例えば診療所だったら月額いくら、介護施設は月額いくらと想定しました。皆さん、ご意見ください」。いただいた意見をもとに、「では、病院いくら、診療所いくら、介護施設いくらに決めました。この金額で手を挙げる方は挙げてください」とやったのが3回目です。これで6割の参加が得られました。

この値段が高い、安いかどうかを考えて運営するというよりも、「この値段でやりたいからよろしく」というようにしてやりました。だから、理解していただいた上で参加していただいている。理想的には、佐渡島内の医療介護施設に全部入っていただきたいですし、住民の方は全員に同意していただきたいのは当然です。今後のプロモーションにもよりますが、システムのことを考えると参加施設が増えれば増えるほど単価は下げられるので、スケールメリットを出せますから、それは当然考えます。今のところ実現はできていないのですが、ひまわりネットの仕組み自身が複数のエリアで共有できる機能を持たせてあります。他の地域で動いている EHR をさどひまわりネットに置き換える計画も一時期ありました。そうするとスケールメリットが出せるので進みかけたのですが、あるトラブルから実現しませんでした。結局入らなかったのですが、複数地域で共有する仕組みは持っています。全国、例えば北海道、沖縄、佐渡という状況下でも、やろうと思えばできます。別の視点でもコスト削減を考えています。今さどひまわりネットのデータセンターは神奈川にあります。このデータセンターを Amazon の AWS サービスに置き換える予定です。これだけでランニングコストを23 ぐらいに下げられます。

渡邊 田中先生、今までの話で何かありますか。

田中 私の高齢の両親がそちらに残っており、こういった先進的なものでやること。父もついこの間まで、薬をたくさん飲んでいました。たくさんいろいろな先生からもらっていたので、ひまわりネットによる情報の共有化でそういうものが現実になるのは本当にありがたいことだと思います。

佐藤 さどひまわりネットで、参照ユーザーが最も多いのは薬局です。話に出たように、薬局はある診療

所の院外処方を受け付けますが、ほかの医療機関から薬が出ているかどうかは分からないわけです。ですから、さどひまわりネットを見て、同じような効能の薬が他から出ていないとか、血液検査の結果を見られるので「この腎機能低下の人には、この薬は多いのではないか」とか、薬局の人は結構チェックをしています。これは病院薬剤師よりも、たぶん町の保険薬局の薬剤師のほうがその引き金を引ける確率が高いと思います。薬剤師はここを認識してくれているので、薬局の利用頻度が高いです。ポリファーマシーとって、多数の薬剤を使っている高齢者の方は多く、そこにさどひまわりネットを使うとメスを入れられます。

さどひまわりネットは住民の情報を複数の社会保障事業所で共有する仕組みですが、複数の医療機関、介護施設をどうやって使い回していくのかを考えたときに、各々の医療機関、介護施設の機能を把握する方法が必要になってきます。つまり、この患者さんを受け入れる機能、対応できる機能を持っている施設はどのなのか。病院から退院するときに、介護施設に入りた方がいらっしゃったときに、この状態を受け入れられる、例えば、リハビリが必要ならリハビリができる介護施設がどこにあり、たまたまその患者さんが人工肛門を付けているなら、人工肛門に対応できる介護施設はどこにあるのか、島内の施設の機能を把握したいのです。それで、島内の介護施設から始めようとしていますが、介護施設が持っている機能、できない機能をデータベース化してあげる。そして、患者さんが発生したら、その患者の状態を入力すると、そのマッチングをかける仕組みを今つくっています。従来はケースワーカー、メディカルソーシャルワーカーと言われる人たちとか、ベテランの看護師長さんが地域をよく知っていて、「あそこがいいんじゃないの？」という経験値で話していました。これだとその人がいなくなると機能しなくなります。あるいはよそから、佐渡の状況を学びに来たいという方がいらっしゃったときに、その仕組みを見ることにより、どうやって住民の情報を共有して、施設の機能を共有できているかを見ることが出来ます。共有経験は有効になりますから、この仕組みを今つくっています。県からお金をいただき、介護施設を対象とした調整を行うスタンドアローン型のプロトタイプを開発しており、間もなく出来上がります。今後この実証に入っていきますが、これを今度ウェブシステムに展開していきたいと思っています。この仕組みとさどひまわりネットの二つがそろると、サービスを受ける側と提供する側の情報を共有するイ

ンフラができるので、次に残ってくるのは、ここから先は本題に入りますが、そこで働く人たちに共通言語を持たせたい。例えば同じ看護師でも、あまりにもレベルの差があると会話ができなくなってしまうので、少なくともベースの部分については均てん化したい。そこを目指して、佐渡標準職種別研修プログラムをつくりました。佐渡に勤務する薬剤師であれば、薬局であっても、病院であっても、基礎レベルは同じ教育を受けましょう。看護師もしかり、栄養士もしかりです。これは部会を設け、職能団体に集まってつくっていたのですが、それを実際に適用しようといったところでコロナが来たので、いま止まっています。お話ししたいのはITのできるインフラと、そこで働く人たちの教育、研修、養成がかみ合わさると、冒頭に申し上げた超少子高齢化社会で、どういう仕組みで、どういう人材育成を組み合わせると対応していけるのだろうか。その答えを見つけれられるのではないかと思います。さどひまわりネットは私が言い出しっぺでやりましたが、機能の共有や教育システムは当然私が言い出しっぺだけでは済みません。

2018年3月になりますが、佐渡市と保健所と全病院と、佐渡の医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、介護福祉事業所の方々が集まり、佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会という団体をつくり、そこで全ての作業を進めることにしています。この話し合いが、コロナが起ってほぼ停止しました。やっと落ち着いてきたので、リセットして再開しようとしています。今までは任意団体なので、何の強制力も持ちません。決定したことに何らかのお墨付きがあるわけでもないので、当初から法人格を持ちたかったのですね。これが年内に実現します。先ほどの佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会を一般社団法人化して、正式な組織体にして運用していく、活動していくことまでを決め、法人化は間違いなくできる方向になっています。そこで先ほどの研修プログラム、教育プログラムなど、さまざまな仕組みをどう活用していき、どう各施設にその決定事項を下ろしていくのか、それができるような体制がつかれる。ただ、本当にうまくいくかどうかは今後の課題、大きな問題で、先ほど申し上げたようにトップと中間とのギャップがあるので、表会、裏会を考えなければいけない。この研修プログラムで人材育成の仕組みをどうするかというところで、今日、話の機会をいただいたときに、コラボレーションしていただける要素かと思ひ、期待していました。

渡邊 ありがとうございます。とてもダイナミック

な展開の中で、この状況をどう乗り越えるか。人材育成の仕組みが従来型の人材育成とは違う、新しく状況に向かい合って展開していくための、新しい人づくりのようなところがものすごく求められていると思いました。

佐藤 そうです。

渡邊 この辺り、ぜひもっと伺いたと思います。

佐藤 私は資格制度そのものが嫌いで、医者専門医資格なんて誰がつくったのか、あんなのはぶっ壊してしまえと思います。結局、専門ばかを養成するだけです。自分で業務する範囲を固定化してしまい、そこ以外には全く目を向けようもしないことになっていく。

そうではなく、少子高齢社会で必要なのはジェネラリストとしての素養です。単純に総合診療専門医という話ではなく、別に何科でも構わない、専門性を持って構わない。ただ、「ジェネラルマインドはちゃんと持ってくださいね」というのが、こういう社会に必要なことです。ジェネラルマインドを持っていなければ、介護と連携できない、行政との連携できない。ここを醸成していきたい。これから先、日本というか、世界が佐渡の人口構成を追いかけていくことになります。ですから、佐渡で高齢社会に向けた人材を養成する、要するに佐渡そのものを養成学校にしたい。高齢社会で活躍したいと思う人は佐渡に来ていただき、3年なり4年なりの研修期間を踏まえ、地元に戻って活躍していただきたいというルートをつくりたい。

渡邊 素晴らしいですね。

佐藤 新潟県は全国で最も医師不足の県です。そこで、どうやって医師を確保するかを、新潟県は一生懸命考えていて、その中に臨床研修プラスアルファを考えよう、とする取り組みがあります。

一つはイノベーション育成枠があり、新潟県が講師を準備して自分の自己研修の時間を使ってイノベーションや経営に関するセミナーを受けるもの。もう一つは、いまはオンラインで海外留学ができるので、これを取り入れて、病院で臨床研修をするのだけれど、自己研修の時間を使ってオンライン留学をして、海外の大学のマスターなりドクターを取得していただくものです。ただ、留学費用は自治体が出してくれる必要があります。佐渡市と話をして佐渡市が「やろう」となってくれたので、佐渡市が1000万円出してくれます。

当院は来年1人、その海外留学枠を入れることにしました。新潟県内で六つの市がそこに手を挙げているのですが、佐渡市以外は自治体が1000万円を出す代

わりのフィードバックは何をするかという、資格を取った後2年間、地元で医師として勤務することとか、要するに奨学金のような制度です。結局、カネで縛ることになりますよね。奨学金も勉強してもらったためのお金だけど、結局、地元で働く職員を確保するために縛るわけじゃないですか。だったらカネを返せばフリーになれるのかという話になってしまう。それでは全然つまらない。そもそもお金を出すときに、オンライン留学に応募してくる学生、若手は何を望むか。それは当然、自分のキャリア形成です。自分のキャリア形成につながり、でもお金を出す佐渡市にとっては何らかのフィードバックがないと困る。

そこで考えたのは、臨床研修は2年間うちの病院でやりながら留学でハーバードの公衆衛生修士を取らせることにしました。公衆衛生修士を取った後、3年の間にフィードバックとして、佐渡市に対し医療政策提言書をまとめることを条件にしています。医師としての従事を佐渡市は求めません。公衆衛生修士を取る、しかも海外の大学の一流どころのマスターを取ろうとしている医師なので、当然将来の道には、例えば厚労省の医系技官などが視野に入っているはずで、非常に高いレベルの勉強をした人間、しかもそういう道を目指そうと思っているかもしれない者に、どういうメリットを与えようかと思うと実績づくりですね。だから、政策提言書をまとめていただくと、佐渡にとっては大きなメリットで、それができるのだったら1000万円なんて安いものです。その政策提言書を得られるのが佐渡市のメリットであり、本人は単なる資格に加え実績というオプションが付き、これはキャリア形成には大きなメリットです。今の例のように、佐渡のための社会保障の体制の構築そのものが人材育成であり、人材育成は地元のためになり、個人のキャリア形成にもつながって、両立するものでなければ人が集められないと思います。

渡邊 確かに、そうですね。

佐藤 それを表立って広報をかけないと誰も気づいてくれないので、広報をやりながら、広報を出すだけのコンテンツがありますよということをつくり上げていかないといけないので、ここに「一緒にやりませんか」ということ。

渡邊 すごく意欲的な話で、私たちも聞いていてワクワクする感じがします。榎本先生、何か質問などありますか。

榎本 お話、ありがとうございます。私は福島県という、高齢化率が50%を超え6割近いところをフィー

ルドにしています。そこでは、いま奥会津地域6市町村が一緒になり、文化施設のネットワークをつくっていかうという構想がようやく走り始めたところです。それに関しても、大変参考になる話でした。どのように情報を共有していけばいいのかとか、そういったところは分野としては全然違うのですが、少し似たところがあること。それから地域の中で、どのように地域の文化財や歴史のことを専門にする人を育て、さらにはその人たちの利益になるにはどうしたらいいのかを考える上で、参考になりました。お聞きしたいことが一つあります。ひまわりネットを立ち上げてみて、以前に想定されていたのとは違うような利点、何か新しい動きはどのようなものがありましたか。実際に立ち上げてみて、想定していたものとは違ったものもきっとあったのではないかと思います。教えていただければありがたく思います。

佐藤 ありがとうございます。さどひまわりネットをつくったときに、ほかの医療機関の情報などを見られるので、みんな喜んでくれると思いました。しかし、ふたを開けてみると、喜ぶ人はあまりいません。今の若い人たちというか、年齢は関係ないかもしれませんが、今やらないといけな仕事以外には目を向けません。だから、「手をつないでコラボレーションしましょう」と思っている人は、最初から思っている人であり、さどひまわりネットができたから、そのように気持ちを切り替える人なんてごく少数です。あろうが、なかろうが、自分の世界から外に出ようとしな人たちが大半です。ですから、みんな喜んでくれると思ったら、全然そうではないというので愕然としました。よく講演で話すのですが、電話するときに知らない人だと電話しにくいのに、知っている人だと電話しやすいですよ。同じようにネットワークも、お互いに知っている人だったら情報交流のツールとして使えるものになります。LINEでも、お友だち登録しないと使えないですね。顔見知りになるのはすごく大事です。「顔の見える関係」と言いますが、私は「顔見知りの関係」と言っています。知っている顔かどうかが、すごく大きいです。だから、さどひまわりネットを運用しているときに、同時にオフ会をしました。当初は3カ月に1回ずつみんなに集まっていたが、テーマを決めてワークショップをやる形でやっていました。これもコロナで止まっています。ワークショップで、「今日はこのテーマについてディスカッションしましょう」とやるのですが、別にテーマやディスカッションはいつでもよく、お互いに初対面の人たちが集まって同じテーブル

を囲むことが大きいです。さどひまわりネットをつくったときに多くの人がつながったのは私の最大の宝だと言いましたが、逆に知らない人同士が集まる機会がくれたことが大きいと思います。

榎本 ありがとうございます。それはすごく私も感じていることかと思えます。ここ3年で文化施設の担当者たちが、集まる機会を少しずつ持っています。コロナでストップしてしまっていますが、それまでお互いの施設のことを知らなすぎで、何が必要とされているのかも全然分からない。ようやく資料の借り貸しのようなものも、それを通じて少し盛んになってきたかなという気がしています。

佐藤 分野が違うかもしれませんが、同じ看護師でもうちの病院の看護師が介護施設に少し勤務してもらえと、退院した後どういう状況が待っているかを把握できます。それでまたうちの病院で勤めてみて、「この患者さんは、どこそこ介護施設に入るのだったら、どういう準備が必要だ」と肌感として持ってくれと思います。逆に、介護施設の看護師がうちの病院に少し勤務してもらおうと、急性期の対応はどうするかを経験することができます。だから、主たる勤務場所は自分が所属する組織で構わないのですが、そうやって少し仕事を行き来してお互いのことを知ると、連携の幅が広がってくると思います。それをやるにも共通言語を持っていないとできないので、そこをきちんと整備した上で職場、組織を超えた人事研修をやりたいですね。

榎本 ありがとうございます。

佐藤 取り扱うものが全然違う文化施設でも、少し違う場所で交代して働いてもらうと、「こういうヒントがあるよね」「あんなことはいいよね」「ここがだめだよ」と逆に見えるようになります。組織は人が異動しないと必ず硬直化します。これは看護師の世界だと女性が多いので、必ず1人、2人のおつぼね様が誕生します。そうならないように動かさないと。

榎本 今の話を聞いてもう一つだけお伺いしたいのですが、その逆で行政の側の場合には担当者がせっかく知識を共有していき、言語を共有していても、数年で入れ替わってしまうことが起きてきて、専門家とはまた違った難しさがあるように思います。さどひまわりネットの場合には、行政の側の担当者の難しさのようなことはなかったのでしょうか。

佐藤 いい質問です。佐渡市も、担当者は2年ごとぐらいに替わっていきます。これはどこでもそうだと思います。佐渡市の場合、さどひまわりネットにつ

いてはちゃんと引き継いでくれています。

榎本 そうですか。

佐藤 はい。それは大変ありがたい。

榎本 それは何か工夫をされたことがあったのでしょうか。

佐藤 最初の設計の段階から行政には入っていたので、たぶん佐渡市からすると一つの重要案件と捉えてくれているのだと思います。それは代々引き継ぐものだと、向こうは考えてくれているのだと思います。全然話にならないのは中央省庁です。中央省庁は全く途絶します。下手すると交代者は前任者を否定するじゃないですか。

榎本 そうですね。ありがとうございます。

渡邊 そろそろお時間ということで、本当にお忙しい中、ありがとうございます。今日のお話しをお伺いして、新たな人材育成の仕組みづくりのところで、私たちも、私個人も共感させていただいたり、大変魅力的な今後の構想をどのように一緒に考えていけるだろうと、漠然と思いつながりながら話を伺っていました。また、私と堀籠先生は同じ授業で医療を入り口にして、私が人づくりで、堀籠先生が医療経営のようなところから、二つの違ったアプローチで医療のことを少し考えさせる授業もやっています。具体的にこれからご一緒させていただけるようなことがあるとしたら、私たちはどこでお役に立てるのでしょうか。ただご一緒させていただき、学ばせていただくだけだと、やはりお返しできるところがないので、どうだろうと思いつながりながらお伺いしていました。

佐藤 今後はいろいろなアイデアを出しながら、プレストをやっていくことが大事だと思います。それはそれで別として、先ほどの話からつながっていくと、研修プログラムの立て付けとか、それをどうやって施設展開していくか、どう評価していくのか。教育システムのマネジメントというか、教育システムのプランナーのつくり方とか、そういうものには皆さんは長けていると思うので、そこはご一緒できたらと思います。どういうコンテンツにするかは、たぶん現場のほうがいいのかと思います。やはり、コンテンツの肉付けが重要だと思います。一つのラインがあり、そこにどういう肉を付けていくのかは、むしろ現場の仕事になると思います。幹となる時間軸の流れや、複数の施設をどう参画させていくノウハウだとか、そういうところをお手伝いいただくと大変助かります。

渡邊 分かりました。ありがとうございます。

佐藤 それ一つ。もう一つは、僕らがやろうとし

ているのは、実際に働いている人間を再教育、リカレント教育のようなことをやろうとしているのですが、人材育成が進んでくると同時に、問題になってくるのが人材のマネジメントです。つまり、どの人がどういう特性を持っていて、どういう能力を身に付けていて、どういうことを希望しているのか、どういう意欲があるのか、どちらの方向に行こうという個人的な要素。それから、病院だったら病院の中の事情、あるいはもっと広くて佐渡という地域の事情を合わせながら、個人の能力、要望などをどうやって組織内、地域内で当てはめていくのか。今、タレントマネジメントシステムがやはりです。せっかく養成した能力を本人も満足しながら、地域として、あるいは組織として、どうやって活用できるのかということまでを同時に考えていかないといけないと思います。能力をマネジメントする。それは本人自身もそうですし、組織、エリアもそうですが、そういう意味でタレントマネジメントは育成と同時に必要だと思います。そこら辺も、たぶんアカデミアの世界に近いかと思います。

渡邊 ありがとうございます。堀籠先生、今の時点でその辺りは何かありますか。

堀籠 それぞれの個人がどう希望して、どういうキャリアを描いているのかということや、それと実際に少しマクロな視点も含めた、地域とのマッチングをどうしていくのか。この仕組みをどうつくっていくのかという話かと思えます。その辺りはとても重要なことだと思いますし、われわれがどこまで、何のお役に立てるのか分からないのですが、ぜひ一緒になって何かご協力させていただきたいと思えます。タイミングを失い、聞きそびれたことが一つあります。こういう機会はありませんので質問させてください。地域の住民の方々はひまわりネット等が進んでいく中で、どのような形で変わってきたのか、変わってこないのか。どのような住民の声があるのかをお聞かせください。

佐藤 ありがとうございます。これもFAQですが、「システムを導入することにより、住民の方に対するメリット、デメリットは何ですか。特にメリットは何ですか」。結論から先に言うと、住民がメリットを感じることはないです。なぜかという、さどひまわりネットは全部裏方です。先ほど薬局の話をしました、「この人は重複している薬があるのではないか」「血液検査をすると肝機能が悪い、腎機能が悪いので、この薬はまずいのではないか」と、誰かが気がついて誰かに伝えていき、その結果、住民に対し修正がかかることになる。

住民の方が直接さどひまわりネットの恩恵を被ると感じるシーンはなく、全て間接的になります。ですから、住民の方自身はさどひまわりネットに同意しているけれど、知らないうちに恩恵を被るのが正しい姿です。投資をするに当たり、見える形の利点を前面に出さないと、なかなかKPI (Key Performance Indicator) がつかれないとか、結果の評価ができないとよく言われます。しかし私は、あれは間違いだと思います。このシステムはあくまでも裏方であり、本当に支援システムです。表に出るのは人です。この人の動きをどうやって助けてくれるのかという仕組みであり、住民が直接の恩恵を被るものではないと思います。

ただ、さどひまわりネットにたまったデータを、今度は住民の方自身に利用していただくというPHR (Personal Health Record) という考え方があります。こちらの世界はまた少し話が変わってきて、住民自身がさまざまなデータやデータを解析した結果からサジェスションを受け、行動変容につなげるかということになると、住民そのものの行動になってきます。それは俗に言うビッグデータにつながる話になる、このさどひまわりネットの膨大なデータと、本人の生活データとなります。スマホを持っていると、本人の歩行速度を測定できる仕組みが今できてきています。その歩行速度とさどひまわりネットに入っている検査結果、病名を照らし合わせて、「あなたが今後フレイルに陥る予測はこのぐらいですよ」ということを提示する仕組みをつくらうとしています。これは当院だけではなく、慶應や東大と一緒に研究事業として、国のお金を使ってやっています。これは先ほどの裏方としてのさどひまわりネットではなく、住民がさどひまわりネットを直接使うわけではないのですが、自分のデータを使い、自分の行動変容につなげる。行動変容は自分自身がやらなければいけないことなので、これは住民自身に行く話になります。やっとなんか実現できるだけのデータと技術がそろってきたので、今そこに向かっているところです。

堀籠 分かりました。ありがとうございます。その辺りのところが表に出てくると、もっとこういった仕組みが、ほかのエリアなどにも広がりやすくなっていくかと思えます。

佐藤 おっしゃるとおりです。先ほどの「フレイルに陥るリスクがどのくらいあるの？」というのは、住民の行動変容を求めるところではありますが、住民に「あなた、こういうリスクがありますよ」で、ちゃんとやってくれれば世話ないです。糖尿病の患者さんは

ごまんといいますが、言うことを聞いてくれれば、誰も糖尿病は悪化しません。ここが問題で、本人の行動変容だけに任せられない。だから、そこに医療従事者と、日常生活に関わっている介護サービスの人たちの介入が必要になってくるわけです。先ほどの行動変容を求める結果は、担当している医療従事者と介護従事者にも見せなくてはいけない。場合によっては家族もそうです。そういった人たちを絡めながら、1人ではなかなかできないことを「みんなでやりましょう」というようにして、いい方向に向けていくことを考えなければいけません。ここも本人を交えたコラボレーションになっていきますよね。

堀籠 そういったところにも大学の側で何かお手伝いできる余地はあるのかと、いま話を伺って少し感じるところです。どうもありがとうございます。

渡邊 1点だけ確認させていただきたいのですが、住民の1/3が意思表示して参加しているという話でしたが、それは病院を通しての意思表示でしょうか。

佐藤 これは個別同意を取っています。住民の方に説明をして「いいですよ」と言った人には同意書を書いて提出していただいています。いまスマホでも同意できるようにしました。ただ、何かのイベントがあったときに、さどひまわりネットの同意ブースを設け、来た方に話をして同意を取ってもらうやり方は、歩留まりがものすごく悪いです。一番いいのは何と言っても主治医が依頼することですね。さどひまわりネットというコラボレーションシステムでは、医者は最も役に立たない人種です。そもそも自分の世界しかありませんからね。ただ、同意を取るについては医者は絶大です。主治医から「あなた、ひまわりネットに入っただけ」と言われたら、細かい説明なしで患者さんは同意してくれます。

渡邊 やはり信頼感がありますよね。

佐藤 はい。ここは大きいです。

渡邊 分かりました。ありがとうございます。すごくいろいろ刺激になりました。

渡邊 佐藤先生、ひまわりネットの全容とこれまでの取り組みについてお話いただき、本当にありがとうございました。大変充実した時間でした。私たちもこれからどういう形で連携させていただけるのか、もっと勉強しなければいけないことも含め、実りの多い時間だったと思います。本当に時間を取ってくださり、ありがとうございました。

佐藤 こちらこそ、ありがとうございます。多くの人とお話しすると、その分だけチャンスが増えていく

というか、刺激が多くなっていくので、ぜひ今後もご後援いただくとありがたいです。

渡邊 今後ともよろしく願います。ぜひ次回は直接伺わせていただいて、またさらにいろいろなお話や、掘り下げた議論もさせていただければと思います。どうもありがとうございました。

佐藤 ありがとうございます。

田中 本日はありがとうございました。

渡邊 では、失礼します。今後ともよろしく願います。

インタビュー調査終了後の感想

渡邊 とても参考になり、よかったです。とても素晴らしい取り組みですね。

田中 すごいですね。

渡邊 社会教育的な発想と共通する考え方をもった方ですね。表と裏と両方使い分けるとか。こういう方だなと思いました。

田中 佐藤先生は講演会を、全国でやっているようです。そういう意味では、地域医療において本当に日本のトップランナーですね。

渡邊 今日の話など、学生にも聞かせたい。

田中 そう思いました。

渡邊 IT、ICTと言うのですかね。ひまわりネットは、どのように位置付けたいのですかね。

堀籠 やはり情報システムということになるかと思っています。

渡邊 いろいろな方向性はあるけれど、グローバル。ローカルなところでもかなり情報共有してつくったシステムを、ほかにも広げていき、連携していったというようなことですね。

堀籠 そうですね。現時点では、マッチングの利益を享受している段階だと思いますが、最後のお話を聞いた感じだと、今度はそれを生かし、データサイエンス的な形で新しい価値を生み出していくところまでも構想の中にあるように思いました。さらにもっと大きな展開にしていくのでしょうか。最初の結び付きよりもマッチングのところでの技術的な問題というか、それこそ電子カルテとかが普及していない中でどうするのか。その工夫も面白かったです。そして、そこから実際に使って、利点が出てきているわけだけれども、そのプラスアルファというところですね。医療だけではなく、働く人々のところまで視野に入れ、かつ佐渡という地域が、そういった地域として人が集まるようなところにしていくというお話が大変素晴らしいと思

いました。

渡邊 面白いですね。佐渡そのものを、高齢社会の人材育成の学校にしていくような。「みんな、佐渡に来て学ぼう」というようなのがとても良いですね。遅かれ早かれ日本全国、佐渡と同じようなことをするのだと考えたら、そのエッセンスが集約されているところで、どういう新たな取り組みをしているのか。それをみんなが佐渡に来て学び、そこで研修して全国にまた戻って活躍していく。その構想が大きいですね。

堀籠 描いているビジョンがすごく大きく感じましたが、話をうかがっていると、ただビジョンが大きいだけではなく、「実現しよう」と感じさせるような具体的な行動力がとてもすごい方でした。

渡邊 そうですね。情報システムだけの構築ではなく、そこに働いている人間がどうそれを使いながら、よりよく関われるかを考えているところが、狭い意味の自然系の人ではなく、本当に文理融合的で、そういう発想を持った人だと感じました。人と人が出会うことをすごく大事にしていらして、出会いの中から新しく生まれてくることとか。榎本先生が質問されたときにも、「別にメリットはないです」というような。でも、知り合いだと電話がかけやすいとか、そういう部分は地域の中で何かをしていく上では意外と大事です。そういうこともよくご存じだなと感心しました。

堀籠 いわゆる経営者としてのトップマネジメントの視点のようなところと、しかし一方で現場の感覚の目線をすごく持っている感じがしました。現場の「この問題は問題だよ」というのをきちんと拾い上げた上で、狭い問題意識に陥らない。それをもう少し大きな経営者視点の問題として落とし込み、では何をしなければいけないのかということを考えてやられていることにすごく感銘しました。

田中 ひまわりネットを日本ユニシスという会社がつくっています。これが「IT Japan Award 2014」の特別賞を取っています。あともう一つ、総務省の「ICT 地域活性化事例 100 選」にも取り上げられて、これだけのお金を国から支援していただき、医療の世界をすべてまとめる壮大な計画ですね。

渡邊 人をまとめる強いリーダーシップを持った方でしたね。コンサルタントとかも使いこなせる力がないと、これだけのものをつくれません。頭の中にある構想を、どうやって具体的に運用可能にしているか。そこにちゃんとコンサルして、使い倒している感じだと思います。どのように人を使い、どうやって全体の仕組みをつくってという構想が、とてもしっかりしていると思いました。