

地域連携のこれからを探る

Region

アット リージョン

2022
Spring
Vol.

08

特集 | Special
Feature

持続可能な医療提供体制の 確立に向けて

～「次世代医療構想センター」の実効的な政策支援

🔍 連携ウォッチ

住民の主体的な参加を促し
地域のニーズを拾う

栃木県 国際医療福祉大学病院

「処方元と応需先」の関係を越えた
医薬連携

島根県 クオール薬局 松江春日店

👤 キーパーソンに聞く

久留米大学 医療経営研究センター

副センター長／特命教授[医療政策担当]

佐藤 敏信 先生

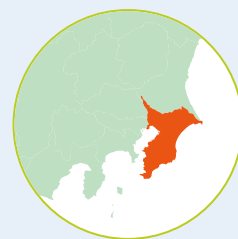
持続可能な医療提供体制の 確立に向けて

～「次世代医療構想センター」の実効的な政策支援

2019年8月に、2年8カ月間の時限付きで設立された「千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター」(以下、「センター」)。大学病院、地域の医療機関、千葉県の三者の連携による政策医療の研究組織として、国が掲げる「三位一体の改革」を実現するための政策支援を行い、持続可能な医療提供体制の確立を目指している。

地域医療構想の実現(目標期日:2025年)、医師偏在の解消(目標期日:2036年)、医師の働き方の改革(目標期日:2024年)——期日が迫るこれらの課題解決に向け、現実を直視した実効性のある提案を続ける、彼らの取り組みを探った。

[取材日:2022年2月3日] *記事内容、所属等は取材当時のものです。



戦略提案と情報分析の2本柱で 政策を支える

県のシンクタンクともいえるセンターは、「次世代医療構想部門」と「政策情報分析部門」の2部門で構成され、22名のメンバーには、30～40代を中心に、大学内外から集められた気鋭の人材が名を連ねる。

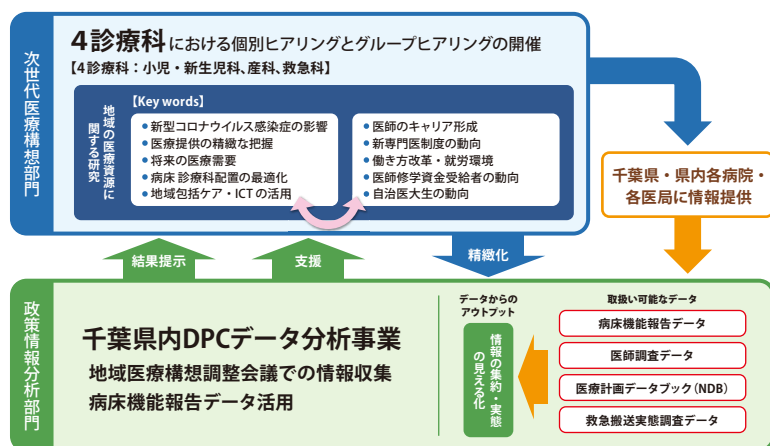
「次世代医療構想部門」はその名の通り、千葉県の医療のあるべき姿を構想し、千葉県や県内医療機関に向けて戦略提案をする部門である。提案の過程においては、県内の医療関連組織・団体と情報共有・意見交換する場を設けるほか、診療科別研究会を開催する。

一方、「政策情報分析部門」は、政策実現に繋がるデータの収集・分析が専門だ。

県内医療機関のレセプトデータや病床機能報告データ、診療現場へのヒアリング調査結果、地域医療構想調整会議での情報などから、診療科別および2次医療圏別の精緻な現状調査・分析を実施。その結果を、次世代医療構想部門に提示する(図1)。

「三位一体の改革」の成功には、医療機関の経営者をはじめ、行政機関、医療の利用者など関係者の協力が不可欠である。各者の利害が異なる中、センターは調整役となって現状把握・課題抽出、戦略案の作成、関係者への説明、意見交換というPDCAサイクルを回し、現実とのギャップを洗い出して、最終的に県へ提言する。まさに、医療現場と県をつなぐ役割を果たしている。

図1 次世代医療構想センター研究全体像



提供: 千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

議論を進めるには 「現実的な解」の設定が重要

もっとも、これまで千葉県は、他の自治体と同様に地域医療構想を策定し、病床機能報告を行い、9つの構想地域で地域

医療構想調整会議を行ってきた。しかしながら、具体的な実施策が立てられる段階に至っていないのが実情だ。

実施が進まない理由——それは、目標設定と進め方にあるとセンターは考えた。「地域医療構想では、最初に『あるべき姿』を示してから、現状把握をし、行動変容を求め、評価するというプロセスを経ます。しかし、地域の資源は有限です。最初に理想の状態を求めてしまうと、“ないものねだり”になりがちで、議論が足踏みします。実効性のあるものにするには、限りある資源を前提とした『現実的な解』を据え、そこに向かって行動変容を求め、評価することが大切だと考えたのです」と、センター長・次世代医療構想部門長・特任教授の吉村健佑先生は話す。

現場感覚と一致した情報を得るために

「現実的な解」を定めるには、構想地域という大きな括りだけではなく、それぞれ異なる医療を提供している「診療科」の視点を加え、当事者・関係者の現状認識の共有を図ることが必要だ。そこで彼らは手始めに、政策医療分野である産科、新生児科、小児科、救急科を対象として選定、情報収集と情報共有を図ることとした。

同時に、センターが着手したのは、情報の精査と継続的なデータ収集・分析だった。実態を捉えるには、現場感覚と一致した情報が必要であると考えた彼らは、病床機能報告の古いデータではなく、県内の診療の状況をリアルタイムでモニタリングできる仕組みづくりを構築（DPC事業）。さらに、統計データだけではなく、ヒアリングによる当事者からの声も積極的に取り入れることとした。

足を動かし、生の声を拾った「ヒアリング」

とりわけ、医療関係者を対象とした「ヒアリングマラソン」事業は、情報収集と情報共有の両面で奏功したプロジェクトといえよう。本事業は「個別ヒアリング」と「グループヒアリング」の2つのステップで構成。「個別ヒアリングマラソン」は、医療現場へ直接出向き、病院長などの管理者や、産科、新生児科、小児科、救急科の診療部長やセンター長などに個別ヒアリング、毎回45～60分の時間をかけ、医師確保状況や労働環境などの医療提供体制、現場の課題点、今後の意向といった“生の声”を聞くものだ。そしてその情報を、医療現場の責任者と県の担当者が会する「グループヒアリング」で共有し、現場と行政が共通の問題意識を持って「あるべき姿」について意見交換、得られた知見を医療政策提案の足掛かりとするのだ。

例えば、2020年度に実施された新生児科を対象とした調査では、県内12カ所の周産期母子医療センター全てが参加、14名の現場責任者に対して「個別ヒアリング」が行われた。その後、挙がった意見

や要望をもとに、「グループヒアリング」を3回にわたり実施し、「現実的な解」を探った。その過程では、県が実施する「千葉県周産期医療体制に係る調査」の調査項目の改善が議論されたほか、調査結果の現場へのフィードバックや公表方法についての意見交換がなされたという。

同様の取り組みは、産科、小児科、救急科においても行われ、各分野の未来像が描かれた。

現実的な解に向けて、誰が何をすべきかを提言

センターのシンクタンクとしての活動は、最終的に「千葉県地域医療構想の実現に向けた提言 2022」という形で総括された。全体への提言として7項目を示し、医療機関や県に向けて誰が何をなすべきか、具体例を挙げながら提案。4領域の政策医療分野に対しては、さらに12の提言を示した(図2)。

現場感覚に合致した課題提示と、現

図2 千葉県地域医療構想の実現に向けた提言 2022

「千葉県地域医療構想の実現に向けた提言 2022」全体に関わる7つの提言	
提言1: 医師の働き方改革への診療分野別・具体的対応実施 提言2: 病院の魅力向上による医師看護師確保・偏在対策	
提言3: 県内の医療データの収集と分析、見える化の徹底 提言4: 医療機関間の意見交換、合意形成の場づくり 提言5: 千葉県の権限(勧告・命令・指示)行使要件の明確化	
提言6: 県内にシンクタンク設置 提言7: 医療政策に取り組む県職員・医療専門職の育成	
救急医療分野の提言: 3つ	提言1: 救急医療の適切なデータ収集と「見える化」・改善サイクルの創生 提言2: 行政や病院同士での情報共有と医療資源の適正化 提言3: 救急診療の医師・医療スタッフの確保と働き方改革
産科医療分野の提言: 3つ	提言1: 施設間、診療科間の連携強化と役割分担 提言2: 分娩施設の集約化の早期実現を目指す 提言3: 医療従事者が働きやすい環境整備のモニタリング: 人材確保と離職防止
新生児医療分野の提言: 3つ	提言1: 医療圏を再配置し、各周産期母子医療センターが機能分化と連携を行う 提言2: 新生児科医の確保と各施設の小児科医師が新生児医療に協力する 提言3: 千葉県の各周産期母子医療センターが協力し新生児科医を育成する
小児医療分野の提言: 3つ	提言1: 県内小児科専攻医数の増加を目指す 提言2: 専門医不在の地域・時間帯の小児医療提供体制の充実 提言3: ヒアリング・現状の調査・対話に基づく解決と長期的なビジョンの策定

提供: 千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

実的な落とし所を見据えた対策の提案——。公開報告の場となった「2022年千葉医療構想フォーラム」(2022年1月15日・現地およびWeb配信によるハイブリッド開催)では、これらの提言に対し、県の担当者から忌憚のないコメントや回答があるなど、さらに踏み込んだ議論がなされていたのが印象的だった。

今後もシンクタンクとしての活動を継続

寄附講座としての活動は2022年3月で終了となるが、4月以降は、「共同研究部門」として、県内の市区町村や一般企業との共同研究を中心に形式を変えつ

つも、同一名称で活動が継続することが決まった。今後も「シンクタンク」としての役割は果たし続けるという。医療政策の決定プロセスの一形態として「千葉モデル」を示したセンターの取り組みは、期限が目前に迫る「三位一体の改革」の実施に悩む地域の貴重なヒントとなるに違いない。

インタビュー

次世代医療構想センター × 千葉県

センターを率いる2名のキーパーソンと千葉県健康福祉部の担当課長に、これまでのエピソードや今後への抱負を語っていただきました。

[取材日:2022年2月3日] *取材内容、所属等は取材当時のものです。

次世代医療構想センター センター長／
次世代医療構想部門長／特任教授
吉村 健佑 先生

次世代医療構想センター 副センター長／
政策情報分析部門長／特任准教授
佐藤 大介 先生

千葉県健康福祉部医療整備課長
田村 圭 氏



左から佐藤 大介 先生、吉村 健佑 先生、田村 圭 氏

課題を探るために、まずローデータを見ることから始めた

——センターの活動は、なかなか進まない地域医療構想の後押しをするという重要な役割を果たしましたね。

吉村 私たちはこれまで県内9つの調整会議の全てに参加しましたが、一番驚いたのは、行政が説明し意見を求めても、地域医療構想アドバイザーがコメントしても、参加者からは反対も賛成もなく、提案もなかったことでした。私たちの活動は、その大きな違和感の原因を探るところから始まりました。そもそも、地域医療構想は責任者が明確ではないし、利害が異なる人が一蓮托生で議論するというのは難しい。加えて、会議自体も参加者自らが「地域の課題を出す」ことから求めている。それでは話が進まないだろうと思いました。

田村 国が企画した事業を執行するだけ

でも膨大な業務になっているので、正直なところ、課題を抽出するという経験を蓄積する機会があまりないのだと思います。

——課題を見つける作業からスタートしたわけですね。

佐藤 課題を見つけるには現状を知ることが重要です。そこでまず、県の調査のローデータを見ることから始めました。実は、県の調査は“モノ”がいい。回収率が100%近い調査というのは、なかなかありません。

吉村 県の寄附講座である利点は、県が持つ様々なデータを、閲覧範囲や情報セキュリティのポリシーを定め、手続きを踏んだ上で閲覧できたことです。そこで、各データを整理して、立体的に見えるようにし、公表の仕方について県と交

渉していきました。その結果、例えば周産期母子医療センターに関しては、各病院の実名とともに分娩時週数や体重別新生児数を公開し、その後の建設的な議論に結びつきました。ただ、データを突然公開することはせず、事前に各施設と活用方法について議論するという下準備を行いました。

佐藤 公開されるとなると、出す側も正しい数字を出さなければいけなくなりますので、データ精度の向上にもつながります。

田村 こうした動きがあって、県の若手職員などは、自分たちが実施する調査に価値があること、現場に影響を与えられることをダイレクトに感じたようです。集計データの公表の進め方などについても意見が出るようになり、好影響を感じています。

医療現場が喜んでくれた「ヒアリングマラソン」事業

——事業の中でも注目されるのが「ヒアリングマラソン」事業です。現場の医師の反応はいかがでしたか。

吉村「個別ヒアリング」では約100名の先生にお会いしましたが、皆さん、話を聞いてくれるだけでも嬉しいといった反応で、「課題を整理し、報告書に仕上げ、県に出す」ことを喜んでくれました。公表に関しても、部長クラスの先生からは「現場で起こっていることや苦勞を知ってもらいたいので、どんどん出した方がいい」という意見しか出ませんでした。各病院は厳しい状況の中、歯を食いしばって頑張っています。

特に産科や新生児科は、働き方改革や地域医療構想を進めた際に、最もしわ寄せが来る診療科です。そこでまずそれらを優先し、病院ごとの産婦人科、新生児科の医師の実名リストを作りました。結果、人数的に厳しい施設が多く、働き方改革により診療が継続できなくなるという現実が浮き彫りとなりました。

田村 数字と実働人数がリンクしているかどうかは、個別の病院に入り込んで話を聞かないとわかりません。数では見えない部分も含めてデータを調整できた

のは大きいですね。

——情報分析についていえば、DPCデータを活用した事業も行ったそうですね。

佐藤 きっかけは新型コロナウイルス感染症でした。新型コロナが県内の急性期医療にどれだけ影響を及ぼし、再拡大にどう備えるかの議論が急務である中、議論の元となるデータがなかったのです。県の感染症対策専門分科会でも、各病院の受け入れ患者数が明らかになっておらず、互いが“疑心暗鬼”の状態でした。即時性のあるデータは難しいけれども、とにかく早期に、できるだけ大量のデータを集めて分析し、フィードバックしなければと思い、DPCデータ分析調査事業を始めました。

——データ提供に協力してくれる病院はすぐに集まりましたか。

佐藤 最初はなかなか集まりませんでした。69の対象病院を全て直接訪問し依頼を続けた結果、最終的に60%にあたる42病院が協力してくれました。これにより、地域の新型コロナの入院患者数の分布が明らかとなり、確保病床数と受け入れ実績の差異や治療期間の実態、一般診療への影響などの課題が見

えてきました。また、直接行って見聞きしたことも分析のヒントになり、ヒアリングマラソン同様、足を運ぶことの大切さを実感しました。

——センターでは、ほかにも人材育成事業も行ったと聞いています。

吉村 医療政策に精通した人材を育成するために、関係者が基礎知識を共有し、議論できる土台を作りました。例えば、2019年「千葉医療政策公開セミナー」では、自治体職員や臨床医、学生などを対象に、医療政策全般に関するシリーズ研修を実施しました。グループワークでは、現場の課題を行政官、専門医、医師会が膝詰めで議論する場となり、お互いの考えを知るきっかけとなりました。この経験は、以後の活動にも生きています。

また、ZOOMによる対談形式のセミナー「次世代医療クロストーク!」では、13名のキーパーソンに登壇いただき、医療政策・医療現場・メディアの視点から今後の医療のあり方を議論しました。のべ6,000名以上の視聴申込があり、多くの方の注目を集めました。(*のちに書籍化。『医良戦略2040』(ロギカ書房))

医療現場と県の距離が縮まり、風通しの良い関係が生まれた

——センターの活動により、どんな影響が生まれたと感じますか。

吉村 診療を支えている臨床現場の医師たちと政策立案をする県の距離は少し縮まったように感じます。特に、ヒアリングマラソンで生まれたネットワークは、新型コロナ対策の情報交換に役立ちましたし、県にアクセスできるチャンネルもできました。

田村 2021年8月に新型コロナウイルスに感染した妊婦が自宅で出産し、赤ちゃんが亡くなるという痛ましい出来事がありました。その後、県ではすぐに緊急時の入院調整システムや遠隔のモニタリング事業を始めて体制を強化したのですが、迅速に動き始められたのも、「グループヒアリン

グ」で医療関係者と県が意思疎通できる素地があったからだ実感しています。

——最後に今後への抱負をお願いします。

佐藤 DPC事業の拡充です。県内に二百数十ある医療機関のうち半数以上は診療データを電子化しています。急性期病院だけでなく、以降の回復期なども含めて、県内の医療全体の姿が見えるようになればと思います。

田村 県としては、これまでのプロジェクトで生まれた関係性を大切にしながら、関係者対話し、課題抽出に向けた働きかけをしていくべきだと考えています。

吉村 医療政策が前進するのが難しいのは、真の受益者が今生きている人たちで

はなく、子供たちやまだ生まれていない人だからです。単なる現状維持では持続可能な医療提供に変化せず、未来の世代がきちんとした医療を受けられなくなる、何かしなければいけないと思っても、どの方向に向けばよいか、どう行動すればいいかが分からず足踏みしているのかもしれない。

センターが価値の一つを提供できるとすれば、次世代の利益を最大化するために、こう動いてみませんか、と提案することだと思っています。私たちの世代が今の停滞した社会を突破していかないと、との想いでこれからも様々な活動を続けていきたいと思っています。



住民の主体的な参加を促し地域のニーズを拾う

— 医療・介護・福祉のリソース不足を補う
実効性のある取り組み



<栃木県>

国際医療福祉大学病院

絶対的なリソース不足をどのように補い、地域が本当に求める医療・介護・福祉サービスをどう把握し提供していくか——。わが国が抱える共通の課題に対し、栃木県那須塩原市では、住民に地域のネットワークや活動に参加してもらうことで、彼らの真のニーズを拾い上げ、実効性を高めようとしている。

この地域を支える2つのネットワークの活動内容と、それらの両方に深く関わる一人の医師の言葉から、住民本位の新しい連携の姿を探る。〔取材日：2021年12月22日〕*記事内容、所属等は取材当時のものです。

医師不足と医師の高齢化により マンパワー・医療資源が不足

人口115,000人を数える関東最北部の街、栃木県那須塩原市。ここは、近年の工業団地の増加や首都圏への通学・通勤者の増加などにより人口はやや下げ止まりを見せ、高齢化率も25.6%(平成30年時点)と全国平均よりもやや低い。しかし、それでも少子高齢化の流れは避けられず、特に旧塩原町域では深刻な高齢化が進んでいる。

加えて、地域の医療提供体制は、深刻な状態にあるという。栃木県県北区域には入院設備を有する病院が5施設あるものの、高次救急医療を担う十分なマンパワー・医療資源が不足。急性大

動脈解離などの大血管疾患や脳血管疾患、骨盤骨折などの急性期整形外科疾患などの多くは、宇都宮市内の医療機関や遠方の大学病院へ依頼せざるを得ない状況だ。

地域には国際医療福祉大学の附属病院にあたる国際医療福祉大学病院があるが、そのまま地域に留まる研修医はほとんどいない。さらに、地域医療の基盤を担う開業医の高齢化も進む一方だという。

キャンペーン実施で地域住民の 啓発と連携強化を実現

こうした状況に危機感を感じた国際医療福祉大学病院と那須郡市医師会は、

2016年、「地域医療福祉ネットワーク」を発足した。県北地域における医療機関の機能分化と、医療・介護・福祉の包括的なネットワーク形成により、地域完結型の質の高い医療・介護・福祉の提供を目指すものだ。

目下のところは、両者による病診連携の強化が中心で、ネットワークの会員は国際医療福祉大学病院の「連携医」として関係を構築。病院の地域医療連携室のサポートのもと、定期総会および懇談会を年2回開催するほか、会員を写真付きで紹介する地域連携の機関紙「かけはし」の発行や、病院と診療所における患者さんの情報共有を目的とした「かかりつけ連携手帳」の作成、市民啓発ビデオの制作などを行っている。

中でも2018年から実施している「栃木県北突然死撲滅キャンペーン：家族が突然倒れたら、どうしよう!」は、地域住民の啓発促進も兼ねた、実りの多い活動だ。例えば、2019年のキャンペーンでは、市民公開講座に200名近くの市民が参加。那須地区消防組合の協力のもと実施した講習プログラムでは、約100名が地域の救急隊員から応急手当や心臓マッサージを学んだ(写真1)。参加者の熱心な姿が印象的で、その後、実際



柴信行先生
(手前列、左から3番目)
および
国際医療福祉大学病院
地域医療連携室スタッフ



写真1 2019年の栃木県北突然死撲滅キャンペーンの様子



写真2 「にしなすケアネット」の様子

に家族の心肺蘇生を行い、救命に成功したケースもあったという。

「こうした取り組みを重ねるにつれ、国際医療福祉大学病院と那須郡市医師会の関係にも変化が生まれています」と話すのは、本ネットワークの世話人でもある国際医療福祉大学病院 副院長・地域医療連携室部長の柴信行先生である。

「これまで当院は地域の先生から、『救急医療を行わず専門疾患しか診療しない』、『患者さんの受け入れには敷居が高い』というイメージを持たれていました。しかし、地域医療福祉ネットワークの活動を始めたことで、地域の開業医の先生との人間的な交流が深まり、顔の見える連携が生まれました。病院と診療所の医師が地域医療に対する認識を共有することで、質や専門性の高い医療の提供にもつながっていると感じます」(柴先生)。

2021年9月からは、隔月でリモートと対面のハイブリッド形式による地域医療連携定例勉強会をスタート。開業医からの紹介症例による症例検討会や、診療ガイドライン・連携バスの共有を行うことで、さらに目線を合わせていきたい考えだ。

地域ケア会議に住民が積極的に関与

一方、福祉・介護のネットワーク構築に関しては、2017年に設立された「にしなすケアネット」が先駆的存在といえる(写真2)。

「にしなすケアネット」の母体は、いわゆる西那須野地区の「地域ケア会議」である。ご存知のとおり、「地域ケア会議」

は介護保険法に規定される公的な会議で、地域包括支援センターまたは市町村の主催のもと、高齢者個人への支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を進める取り組みだ。地域包括ケアシステムの実現に向け、通常は介護・福祉関連の専門職や行政が中心となって実施するが、「にしなすケアネット」では、発足当初から地域住民が会の運営や活動方針決定に積極的に関与。柴先生も、病院併設の地域包括支援センターのスタッフから招請があり、設立当初から参加しているという。

「にしなすケアネット」が特徴的なのは、単なる議論に留まらず、実際の地域活動まで結実している点だ。これまでに立ち上げられた活動を見ても、認知症VR体験やSDGs勉強会、交通問題検討会、子ども食堂の開設(高齢者と子供の交流)、ひきこもり支援勉強会、ヤングケアラー協議会と、高齢者に留まらない、地域全体に向けた支援が行われている。「当事者」が関わることで、まさに住民のニーズに沿った、地に足のついた取り組みがなされているといえよう。

「医学生が耳を傾けるべきは住民の声」の真意

これら2つのネットワークの活動から見えてくるのは、地域住民との関わりを重視している点である。

柴先生も「医療・福祉・介護の連携の輪を強化する鍵は住民」と言い切る。そしてその思いは、次代の医療を担う医学生や若手医師にも向けられる。

例えば、国際医療福祉大学病院では、医学部4年生に向け、「住民代表」であ

る地域の自治会長が講話する機会が設けられているほか、地域医療実習では「にしなすケアネット」メンバーをアドバイザーに加えたグループワークを実施。「低所得者で入退院を繰り返す高齢者にどう支援するか」といった、地域社会が抱える具体的な課題に向き合う場を作っている。

「私が所属する循環器内科の若手医師や研修医は特に、カテーテル治療などの専門的な手技を極めたいとの思いを強く持っています。医療の質の向上にはそれも大切なことですが、多死社会を目前に控える今の社会のニーズとはズレがあるようにも感じます。医学生が本当に耳を傾けるべきは、指導医ではなく住民の声。教育をする中で、そのギャップを少しでも埋められればと考えています」(柴先生)。

連携は一足飛びにできない。試行錯誤しながら少しずつ

今後は「地域医療福祉ネットワーク」と「にしなすケアネット」の相互連携を深めたいと話す柴先生。専門職が患者さんや住民を支援するネットワークではなく、患者さん・住民も一員となった連携の輪を作りたい、と理想像を描く。

「目の前の状況を見て、やれることを試行錯誤しながらやっていきたい。50年後に振り返った時に、今の活動が繋がっていたのだ、と思えばいいですね」。草の根の活動がどのように花開くか、今後期待したい。

+ 国際医療福祉大学病院
栃木県那須塩原市井口 537-3
TEL 0287-37-2221 (代表)



「処方元と応需先」の関係を越えた 医薬連携

— 信頼がつくる吸入指導の理想形



<島根県>

クオール薬局 松江春日店

2020年の診療報酬改定より新たに設けられた「吸入薬指導加算」。これは、算定条件を満たした薬局が、患者さんに吸入薬の使用方法について文章および練習用吸入器を用いた実技指導を行い、指導内容を文章またはお薬手帳で医療機関に情報提供すると、3か月に1回に限り算定されるというものだ。

今回の加算は、対物から対人への転換が求められる薬局の役割を前面に打ち出したものといえるが、島根県松江市の「クオール薬局 松江春日店」では、加算新設の前から近隣の医療機関と連携し、薬局主体による吸入指導が行われていた。医師から薬剤師への役割委譲はどのようにして実現したのか、経緯を探った。 [取材日:2022年2月16日] *記事内容、所属等は取材当時のものです。

店頭とテレフォンフォローアップで きめ細かい吸入指導

松江市にある「クオール薬局 松江春日店」は、同市内の「勝部医院」が処方元の90%以上を占める、いわば門前薬局である。月あたり700枚を数える応需処方箋の多くは、喘息や慢性閉塞性肺疾患(COPD)を中心とした呼吸器疾患に関わるもの。同店で取り扱う吸入薬は22種類45品目に及び、1日20~30名の患者さんに対して吸入指導が行われている。

吸入指導の依頼は、勝部医院からの



伊藤隼人氏

電話、もしくは処方箋を通じて行われる。対象となるのは、初診やデバイス変更の患者さん、コンプライアンス不良と判断された患者さんなど。薬剤師が吸入薬の使用意義などを説明するとともに、デモンストレーションを実施。続いて、患者さんに実際に薬剤の吸入からうがいまでの一連の手順を行ってもらう。その中で理解不足の点や操作が不十分な箇所が認められれば、さらに指導を重ねる。

費やす時間は患者さん一人当たり5~10分で、コンプライアンス不良の患者さんに対しては、さらに時間をかけて徹底的に指導するという(*注:2022年3月現在は新型コロナウイルスの影響によりデバイスを用いた指導は行っていない)。待ち時間には、タブレット端末でデバイスの使い方に関する動画を閲覧してもらい、理解度を高めてもらうといった工夫も行っている。

そして、薬局での吸入指導から2~7日後には、患者さん同意のもと、ほぼ全例に対してテレフォンフォローアップを実施。吸入薬の効果や使い勝手、口内炎や口腔カンジタなどの副作用の聞き取りとともに、患者さんに吸入の一連の

流れを口頭で説明してもらうことで理解度を確認し、問題があれば別途、勝部先生に情報提供文書(トレーシングレポート)でフィードバックする流れだ(図1)。

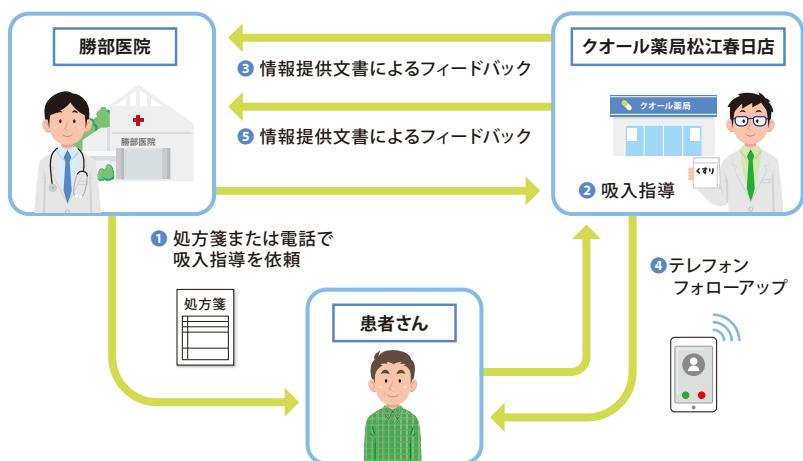
「吸入手技は一度の直接指導では習得が難しく、繰り返し指導しないと定着できないケースもあります。時には、テレフォンフォローアップ中に患者さんの理解不足を察し、そのまま自宅へ直接指導をしに行ったこともありました」と、連携体制を構築した伊藤隼人氏(当時。現在はクオール薬局八幡山店に勤務)は話す。

医師の口から出た 「吸入指導を一任したい」の言葉

「処方元と応需先」という両者の関係が一步踏み込んだものとなったきっかけは、勝部医院 院長の勝部晋先生の「吸入指導を一任したい」との言葉だった。来院患者さんにきめ細かな診断や治療、検査などを行う中で、吸入指導の時間が確保しにくいという事情もあったのだろう。申し出に、伊藤氏は「ぜひお任せください」と二つ返事で答えた。

実は同店では以前から、初診の患者

図1 吸入指導における連携の流れ



提供：伊藤隼人氏

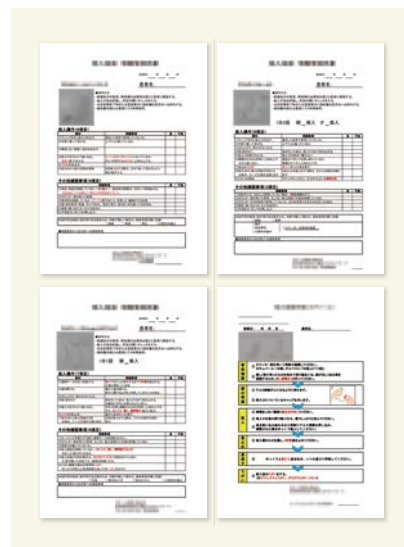


写真 薬剤ごとに作成された情報提供文書

さんやデバイスを変更した患者さんに対して、独自に吸入指導やテレフォンフォローアップを行っていた。そこで得たさまざまな情報を薬局だけに留めておくのは勿体ない、と常々考えていた氏は、吸入指導を引き受けるだけでなく、指導結果を情報提供文書という形で勝部先生にフィードバックさせて欲しいと提案。勝部先生も快く応じ、連携の原型が形作られた。

話が浮上してから実施までの期間はわずか1カ月。このスピード感からしても、勝部医院との間にはすでに、一朝一夕ではない良好な関係が築かれていたことが想像されよう。その後、「吸入薬指導加算」が新設された際に勝部先生も一緒になって喜んでいただいていたというのも納得できる。

医師のこだわりを汲みとり、盛り込んだ指導内容

さて、連携構築を進める中で伊藤氏が最も注力したのが指導内容だという。「勝部先生は薬剤の定着率向上を目指して、吸入時の姿勢や手順、うがいの回数や内容に至るまで独自のこだわりを持っていました。それを我々がいかに把握し、個々の吸入指導に取り入れるかがポイントでした」(伊藤氏)。

加えて、情報提供文書の書式にもこだわった。何度も打ち合わせ、試作を繰り返す中、勝部先生の読む手間を減らす

べく、文章を極力廃し、チェックシート形式としたほか、吸入操作の理解度に関しては、手順をフローチャート化し、チェック項目を設けることで、一目でわかるようにした。また、文書には指導のポイントや確認事項も盛り込まれ、どの薬剤師が指導しても一定の質の担保ができる「マニュアル」のような内容とした。

明確な役割分担で得た2つの「信頼関係」

医師の「お墨付き」のもとで吸入指導を一手に引き受けた同店は、連携により2つの「信頼関係」を得た。1つは、勝部先生とのこれまで以上の強固な信頼関係だ。「先生が処方提案を受け入れてくださる機会が増えたり、逆に先生から処方の相談をいただいたりするようになりました」と伊藤氏は実感を込めて話す。

そしてもう1つが、患者さんとの信頼関係である。以来、同店のもとには夜間や休日も含めた電話相談の増加、さらにかかりつけ薬剤師の指名も大幅に増え波及効果も生まれた。

そして、治療の質向上もまた、勝部先生、伊藤氏ともに実感しているところだ。例えば、吸入指導で課題を感じた伊藤氏が勝部先生に吸入器の変更を提案した結果、患者の吸入手技がスムーズになり、症状が安定したケースもあったという。

連携実現のためには、まず薬剤師が動くことが大切

今回の「吸入薬指導加算」は医業連携の大きな後押しとなり得るが、それを実現するには、薬剤師が動くことが重要だと伊藤氏は話す。「そもそも吸入薬指導加算自体を知らない先生も多いと思いますので、まずはその存在をお伝えし、指導依頼のお願いをすることが第一歩ではないでしょうか。そして、フィードバックの形も含めた具体的な連携像を示してイメージしていただくことが大切だと思います」。異動により、現在は東京都内で勤務する氏自身も、医師に向けて積極的に働きかけているという。

それに留まらず、「今後は医療機関だけでなく、周辺の薬局との勉強会を実施して吸入指導の質を向上させたり、地域の患者さん向けの吸入薬の説明会を開催してケアを行ったりしていきたい」と語る氏。先駆者の挑戦が点から線、面となって、それぞれの職種の本分を生かした、患者さん本位の治療が実現されることを期待したい。

+ クオール薬局 松江春日店
島根県松江市春日町365-2
TEL 0852-28-1680



久留米大学 医療経営研究センター 副センター長／特命教授[医療政策担当]

佐藤 敏信 先生

医師の働き方改革や診療報酬改定など、ドラスティックな変化を遂げる医療界。特に、新型コロナウイルスは、感染症に対する医療提供体制のあり方を見直す大きなきっかけとなった。そのような中、久留米大学医学部は2021年4月に「医療経営研究センター」を新設、その実働部門として「久留米メディカルアドバイザー & コンサルティング(K-MAC)」を発足させた。大学発ソーシャルビジネス型医療コンサルティングファームが目指すものは何か。副センター長を務める佐藤先生に、わが国の医療機関、地域医療が抱える課題とともに話をうかがった。

[取材日:2022年2月22日] *記事内容、所属等は取材当時のものです。



「文医融合」の観点から 医療経営の課題に取り組む

——まずはK-MACの成り立ちについて教えてください。

前身は、2017年に立ち上げた、医学部・病院・文系学部のメンバーによる学内研究会です。久留米大学は、元々は医科大学が母体となっていますが、今や総合大学として人文・社会科学分野を有しています。そこで、そのメリットを生かすべく「文医融合」研究プロジェクトとして英知を結集し、病院管理・医療経営やそれにまつわる様々な課題に継続的に取り組んできました。そこからさらに発展し、2021年には病院・診療所等の経営問題を専門的に取り扱う「医療経営研究センター」を医学部内に新設し、医療にまつわる現代的課題に取り組んでいます。

K-MACは、そうした成果を社会にアウトプットする役割を担っています(図)。具体的には地域の医療機関やそれに関わる様々な方へ支援を行い、地域医療基盤の維持・発展と、ニューノーマル下での地域医療の新たな価値創造に貢献します。コンサルテーションに関しては、外部の協力機関と連携して、実践的なアドバイザーサービスを提供していく予定です。

——K-MACの構成メンバーも、税務や財務にとどまらず、幅広い分野の専門家が名を連ねていますね。

特徴的なのは、MBAを取得している医師

がいる点ではないかと思います。私は、医療経営においては、様々なバックグラウンドを持つ人々による多面的な評価・分析が重要であると考えています。

病院というのは、一般の企業に比べて専門職種の職員が多い「専門家集団」です。医師や看護師、薬剤師、技師など、幅広い職種の人々が存在しており、「個々人の極めて専門的な知識・技能の集合体」という特色を持っています。そこで、経営においては、個人間や職種間の複雑な関係性やパワーバランスを踏まえた上で、各個人の意欲や仕事の価値をどこに求めているのかを見極め、能力を最大限に発揮してもらう必要があるのです。

特に医療を提供する上で重要な役割を占める医師に関しては、働き方改革が進む中、一人ひとりをどう満足させるかということが非常に重要です。このことは、医師の確保にも繋がります。給与などの単なる処遇の問題にとどまりません。

——「人」に重きが置かれている医療の世界ならではのいえませぬ。

また、これまで医療経営を論ずる際には、税務・財務などの会計的な側面にばかり目が向けられ、組織生産性や生産物の利益といった、一般のビジネスの世界では当たり前の視点が不足していたように思います。

患者さんへの接遇も、重要なのはお辞儀の仕方や「患者様」と呼ぶことなく、簡単に診療の予約ができるとか、

診療の待ち時間を作らないとか、医師の説明を分かりやすく表現するといった、「ユーザー」目線でのサービスなのです。

それができなかった背景には、“民設公営”ともいえる病院の特性が起因していると思います。規制やルールが国で定められ、収益をあげる必要がありながらも、財源のほとんどが保険と税金で賄われています。また、院長や理事長など病院幹部のほとんどは医師で、経営の専門家がほとんどいません。また、1960～70年代ごろ、社会保障に対して十分に財源が投入され、病院もさほど苦勞することなく、それなりの経営ができたことで、かえってわが国で病院経営に関する学問が発達しなかったことも背景にあると思います。

——そうした医療経営に悩む地域の病院に対し、K-MACは実践的なコンサルトを進めていくのですね。

K-MACを通じて、幅広い視点に基づいた病院経営・運営の考え方、インプット・アウトプットの捉え方や評価の仕方を伝えるとともに、現状を把握した上で原因を突き止め、経営を存続するための具体的な方策まで提案できればと考えています。現在の地域の病院を取り巻く状況は待たなしですから、「明日から役立つ」病院経営・管理を伝えたいですね。

——設立からまもなく1年を迎えますが、どのような状況ですか。

2021年秋から福岡県内の病院でのコン



図 医療経営研究センターと K-MAC の役割

サルティングがスタートしており、本年4月からは本格的に動き出す予定です。現在は経営状況を把握している段階ですが、できるだけスピード感を持って結果に結びつけたいと思っています。

「水平分業」を医療に持ち込むことの難しさ

——ここからは、視点を広げて、地域医療の課題についてお聞きしたいと思います。現在、地域医療構想がなかなか進んでいませんが、地域医療に精通している佐藤先生は、この状況をどう捉えていますか。

地域医療構想は、病床の機能分化と連携を進め、超高齢社会にも耐えられる効率的な医療提供体制の実現を目指すものですが、この機能分化と連携というのは「水平分業」(*1)の考え方に則していると思われます。

ただ、「水平分業」は、製造業など情報の非対称性が小さい分野には有効ですが、そのまま医療分野に当てはめられるかという疑問が残ります。患者さんの態様は千差万別であり、提供するサービスの内容も個々により大きく異なるため、質や量といった情報を客観的に推し量るのは困難です。先ほども述べたように、病院自体が「個々人の極めて専門的な知識・技能を生かした集合体」であり、医療機関間や医師間においても情報の非対称性があります。

——地域医療構想では、その「水平分

業」の舵取り役を都道府県が担うこととなっていますが、難航しているようにも見えます。

都道府県の調整力に期待したいところですが、県庁で通算8年余り勤務していた経験からすると、なかなか難しいのではないかと感じています。その理由の一つが人材不足であり、背景には、都道府県の人事体制の課題があります。1980～90年代の頃は、都道府県庁では、例えば「衛生畑」、「農政畑」といったように特定の領域単位で人事がなされ、職員の人脈、知識・経験が培われていきました。しかし、2000年代に入ってからそうした人事が減り、「プロフェッショナル」養成から「ジェネラリスト」養成へと移行したのです。

地域医療構想の実現に際しては、医療法はもちろん、医療や介護に関する保険制度・診療報酬制度、さらには医師のキャリアパスに至る幅広い知識が求められます。しかし残念ながら、これらの分野はもっぱら国の専管事項であり、都道府県で何年勤務しても、そうした知識・経験を積むことが難しいのです。

——リーダーや行司役が不在の中で議論を先に進めるのは難しそうですね。

地域医療構想の目的は、高齢社会が進む中での高度急性期・急性期病棟・病床の削減・転換ですが、法的な強制力がない中で、病院の自主性に期待し、努力を強いるというのは簡単なことではないでしょう。病院の診療方針や内容の検討において、病院長など病院の幹部の

意向はもちろん重要ですが、実際には各診療科やその科の個々の医師の技能や意欲に大きく影響される、という実情から考えても、大きな改革を行うのは容易ではないと考えます。

地域医療構想を真に実現するにはどうすべきか

——厳しい現実の中で、地域医療構想をどうすべきだと考えますか。

非常に難しい問題ですね。実際そうできるかどうかは分かりませんが、地域医療構想を真に実現していくのであれば、医療機関間の自由な競争を促すことが必要だと思います。そして、その際に、この構想の重要なポイントになっている高度急性期・急性期病棟・病床を持つ病院に、代替案や生き残り策を提示することが重要です。

——具体的にはどのようなものが考えられますか。

ケアミックスの基準を大幅に緩和するということです。例えば、地域包括ケア病棟に関する縛りを緩和したり、回復期や慢性期病棟まで含むような、「垂直統合」(*2)型の運営を推進したりする方法もあるでしょう。

そうして競争力のない病院、医療機関が「市場」から撤退する流れが作られ、その過程の中で個々の病院が知恵を働かせたり、場合によっては他の病院と統合したりすることで、機能強化が期待できるのではないかと思います。

——病院の姿勢や目指す方向性が問われるということですね。病院のあり方、地域医療のあり方を探る上で、K-MACが果たす役割は大きいのではないかと感じます。今後の活動に期待しています。

*1 水平分業：技術開発、部品生産、組み立て、販売などの工程ごとに、異なる企業が得意分野を受け持ち協力するビジネスモデルのこと。

*2 垂直統合：技術開発、部品生産、組み立て、販売などの全ての工程を、単一の企業（グループ企業）が担うビジネスモデルのこと。

佐藤 敏信(さとう としのぶ)

1983年山口大学医学部卒。同年厚生省入省（公衆衛生局地域保健課）。その後、大分県環境保健部健康対策課長、岩手県保健福祉部長などを経て、2008年厚生労働省保健局医療課長、2010年環境省総合環境政策局環境保健部長、2013年厚生労働省健康局長を歴任し、2017年より現職。

ノバルティス ファーマ株式会社