

北海道発 地域包括ケア最前線

座談会

これからの地域医療と連携を語る

地域包括ケアシステムのキーワードである「かかりつけ医」「連携体制」「住み慣れた町での生活継続」を軸に、北海道の地域医療の現状とこれからを語り合っていたいただいた。



長瀬清 氏

北海道医師会会長



小熊豊 氏

全国自治体病院協議会会長
北海道医師会副会長
砂川市立病院名誉院長



藤原秀俊 氏

札幌秀友会病院理事長
北海道医師会副会長



田中繁道 氏

溪仁会グループ最高責任者
医療法人溪仁会理事長



星野豊 氏

豊生会東苗穂病院理事長・院長
夕張市立診療所指定管理者



川渕孝一 氏 (司会)

東京医科歯科大学大学院教授

OPINION TALK 地域連携

薬局の戦略 調剤も在宅もできる薬局運営が目標

(株)アインホールディングス運営統括本部 地域連携部次長 山口俊司 氏
アイン薬局北 12 条店 (札幌市) 薬局長

高度薬学管理機能の推進 地域医療で高度薬学管理機能をどう展開するか

札幌医科大学附属病院薬剤部長 札幌医科大学大学院医学研究科医療薬学教授 宮本篤 氏

北海道薬剤師会 女性薬剤師が活躍できる環境をつくって地域医療に貢献

北海道薬剤師会会長 竹内伸仁 氏

これからの地域医療と連携を語る



星野豊氏

豊生会東苗穂病院理事長・院長
夕張市立診療所指定管理者

司会 川淵孝一氏

東京医科歯科大学大学院教授

田中繁道氏

溪仁会グループ最高責任者
医療法人溪仁会理事長

藤原秀俊氏

札幌秀友会病院理事長
北海道医師会副会長

長瀬清氏

北海道医師会会長

小熊豊氏

全国自治体病院協議会会長
北海道医師会副会長
砂川市立病院名誉院長

地域包括ケアシステムのキーワードである「かかりつけ医」「連携体制」「住み慣れた町での生活継続」を軸に、北海道の地域医療の現状とこれからの語り合っていた。

北海道の地域医療の特色について

川淵 本シリーズ座談会は、国が掲げた地域包括ケアシステムという施策がある中で、それぞれの地域の医療保健福祉の現状にはどういう課題があって、どういった取り組みがなされているのか等々について、それぞれのエリアの論客や実践家をお招きして“本音の議論”をいただく企画です。今回は北海道の地域医療にスポットを当てます。まずは北海道医師会(以下、道医師会)・長瀬会長から北海道の医療の概括的なお話をいただきましょう。

長瀬 北海道は日本の総面積の約22%を占めており、東北6県と新潟県を合わせた面積と同じ広さです。また札幌市などの都市部に人口が集中し、道内各エリアでの少子高齢化の進行、地域産業や生活関連サービスの減退により、地域経済の格差が顕著になってきています。医療面においては、とくに医師をはじめとする保健医療従事者の地域偏在によって地域間格差が顕著になってきて

●砂川市立病院:病床数498床(一般408床・精神80床・結核6床・感染症4床) ●医療法人秀友会札幌秀友会病院:病床数141床 ●医療法人溪仁会手稲溪仁会病院:病床数670床 地域医療支援病院。札幌溪仁会リハビリテーション病院、札幌西円山病院、定山溪病院など医療福祉介護で溪仁会グループを構成する ●医療法人社団豊生会東苗穂病院:病床数161床(一般病棟60床・療養病棟60床・回復期リハビリ病棟41床)。豊生会グループとして医療・介護・福祉分野の事業を展開している。2017年より指定管理者として夕張市立診療所(19床)・介護老人保健施設夕張を運営。

いて、対策が求められているところです。また、いわゆる「2025年問題」に向けて医療機関の機能分化、地域包括ケアシステムの構築が課題となり、地域医療構想とそれを基にした医療計画が進んでいます。2040年の高齢化ピークを過ぎるまで計画的に進めていかなければならず、道医師会として取り組むべき課題は山積しています。

川淵 小熊先生はこの度全国自治体病院協議会(JMHA:全自病)会長に就任されましたが、一方で砂川市立病院の医療現場にも立たれているとお聞きします。北海道の



地域医療はいかがでしょうか。

小熊 砂川市立病院は道央の中空知医療圏(二次)にあります。当医療圏でも人口が減少し(現在、約10万5,000人)、高齢化率(37%超)が高まる中で近隣の公立病院が医療規模を縮小し、当院に医療機能が集中してきた現状があります。数字で申しますと当院入院患者さんの約75%が他の自治体からです。

川渕 高齢化率は北海道全体で 29% だそうですから、かなり高いですね。

小熊 在宅医療に関しても当院が担い手になっており、訪問看護ステーションを整備して対応を始めています。そういう意味では地域の基幹医療機関(地域センター病院)としての役割がこれまで以上に重要になってきていると感じています。

川渕 道医師会の副会長も務められておられる藤原先生
はいかがですか。

藤原 私は1988年に札幌市西区(現在、手稲区)で開業しました。専門は脳外科で、急性期の患者さんを診てなるべく家に帰す医療を目指してやってきました。ですから開業とほぼ同時に訪問看護、訪問リハビリも実施しています。

川渕 それは相当早いですね。

藤原 勤務医の時代はとにかく手術中心で、ある程度治ってはいくのですが、麻痺が残ったままで患者さんが私の前から消えてしまう。やはり医師としては最後まで“面倒をみる”のが本筋ではないかと思ったのが今の私の医療の原点です。

川淵 田中先生は手稲溪仁会病院院長を経て、現在は医療法人溪仁会理事長、溪仁会グループ最高責任者に就かれています。

田中 私は循環器内科が専門ですが、1997年に手稲溪仁会病院副院長に就いてからはマネジメント(経営)が中心になりました。当院は高度急性期総合医療を掲げています。なぜ高度急性期総合医療なのかというと、少子高齢化で採算に合わない科も出るかも知れないが、全ての疾患を診れるような病院でないと基幹病院として地域医療に貢献できないと考えたのです。地域医療支援病院、災害拠点病院、救命救急センター、加えてドクターヘリ基地病院といったこともそういった視点です。

川淵 手稲区は道内でも早くから地域医療連携に取り組んだ地域と聞いています。

田中 大学病院で外来をやっていた時、「紹介されて入院してきた患者さんを病院が抱え込んでしまう」という実態に気づいて、「これはどうにかならないか」といったことを考えていました。これは逆にいうと、「紹介元に患者さんを戻していない」ということです。その後当院に移って、当時はまだ医療連携が一般的ではなかったのですが、同じ手稲区の藤原先生はじめ医師会の先生方と連絡会を立ち上げて、「連携はどうやったらうまくいくか」について顔をつき合わせて議論した記憶があります。

川渕 浜仁会グループは急性期から慢性期までの施設を持って、地域連携というよりグループ内連携というイメージがありますが…。

田中 自グループ連携もありますが、むしろ急性期から回復期、慢性期、リハビリのネットワークを水平展開していく中で地域の医療連携にも役立っていこうということを考えています。

川渕 星野先生のところも地域医療に関してはいろいろと新しい試みをやっておられますね。

星野 私は医師の家柄ではないのですが、生まれ育った札幌市東区の東苗穂で開業して32年目になります。心臓外科が専門ですが、開業したらそれだけしか診ないというわけにいかなくて、結果的にはなんでも診るような形になり、介護のほうにも関わることになりました。老人保健施設やグループホーム、デイサービスだとかそういうものを地域の必要に迫られてつくって、現在の豊生会の形になっていきました。

川渕 夕張市立診療所などの指定管理者もやっておられますね。これはどういう経緯からですか。

星野 厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に北海道では当院と夕張市も含め4カ所が手を挙げていて、そこから夕張の医療関係者等との交流が始まって、2017年4月から指定管理者になりました。



長瀬清 氏



小熊豊 氏

川淵 夕張市は財政破綻で全国的にも有名になりました。現在はどういう状況ですか。

星野 かつて12万人あった人口が8,000人ぐらいになって、いま高齢化率も51%に迫っている状況です。

川淵 人口減のスピードはある意味で日本全体の状況を先取りしている。そういう意味では夕張は北海道、いや日本全体の縮図ですね。

星野 そうだと思います。こうなると今までと同じような、少なくとも都市型の医療体系や地域包括ケアシステムは当てはまらない感じがしています。それこそ住んでいるところで療養するしかない環境ですから、医療と介護をくっつけて動かさないと何も回らない。逆に夕張で学んだことを東苗穂(札幌市東区)でどう実践できるのかということを考えているところです。

地域包括ケアシステムの構築状況について

川淵 北海道の地域医療の特色や皆さまの立ち位置が分かったところで、個別の議論に入ります。長瀬会長がおっしゃるように、一つは広いということから保健医療従事者の偏在等北海道医療のいろいろな課題があるようですが、地域包括ケアシステムの現状からお聞きします。

長瀬 北海道は三次医療圏が6、二次医療圏が21あります。三次は通常1県で1圏域ですから、広さ、人がまばらということから地域包括ケアをやっていくのは難しい面もあります。うまくいっているところもあると思いますが、北海道全体ということになればこれからだと思いますね。

藤原 小熊先生の砂川市立病院は在宅復帰率87.8%と高いようで、比較的うまくいっているエリアではないでしょうか。

長瀬 砂川市立病院が中心となって、地域包括ケアシステムはある意味で一つの“完成形”になっているという感じがしています。

川淵 地域包括ケアシステムが「うまくいっている、いない」の定義は難しいのですが、小熊先生のところはどのようにやっているのですか。

小熊 市内に開業医は6軒程度で訪問診療ができる医師も少ないということから、当初は医療連携室に看護師を何人か配置して“訪問看護もどき”をやっていました。それでは立ち行かないので、今年(2018年)から訪問看護ステーションを立ち上げています。それと地域包括ケア病棟を活用して、患者さんが帰れる自信がついたら、在宅や地域の病院、公的病院にお願いします。こういった流れをつくったので患者さんの行き場がないということもなく、ご家族の満足度も高いようです。

川淵 やはり地域包括ケア病棟は使い勝手が良いですか。自治体病院が持つと民業圧迫だとかいう声もありますが…。

小熊 地域によって事情は違うと思いますが、いわゆる拠点的な病院であれば持たないと患者さんの流れがスムーズにいきません。とくに当医療圏のような回復期や慢性期療養型の施設が少ないところは…。

川淵 地域包括ケアシステムが目指すものとして在宅看取りがあります。北海道ではこの部分はどうですか。

藤原 積雪寒冷で対象者が広域に分散している北海道の在宅医療の提供体制構築にはさまざまな課題があり、医療機関にとってもそのパートナーとなる訪問看護ステーションにとっても経営面でも厳しいものがあります。私はあらゆる地域で在宅医療を等しく推進していくのは現実的な解決にはならないと思います。

川淵 どういう解決法がありますか。

藤原 在宅での看取りを進めていくには都市部での在宅医療をもっと進めるのはもちろんのこと、これからは医療資源の効率的活用ということでは集住系のケア付き高齢者住宅の活用も視野に入るでしょう。ただ、国の施策として在宅での看取り、つまり在宅死の方向があって診療報酬等もそれに沿ってあるわけですが、地域包括ケアシステムの考え方としてはむしろ「時々入院、ほぼ在宅」という言葉が体現しているのではないかと考えているのです。在宅死よりも在宅生活を支える部分を厚くしていかないと地域包括ケアシステムは機能しないのではないかと考えているところです。

星野 看取りについては、私達が感じる以上に、住民の

方、患者さんの感覚が変わってきているような感じがします。入退院を繰り返していると、「いやもう、最期も今いるところでもいい」と患者さんやご家族が割り切る方も多いです。

川淵 「医療で最期まで手を尽くしてほしい」とか「病院じゃないと死ねない」みたいな感覚はなくなっているのかも知れないですね。

長瀬 それはあると思いますね。

小熊 訪問看護などの仕組みができてきたからという側面もあるでしょう。

川淵 道民の死生観もだんだんそういうふうになってきている。

医師不足や偏在をどう解決するか

川淵 次に医師不足と偏在、これはなにも北海道だけの問題ではないのですが…。

長瀬 地域包括ケアシステムも要は医師なんです。医師の数とどこへ配置するのかといったこともポイントになると思います。

小熊 私もこれからは地域の医療機関が抱える専門技術不足や医師不足などをどう補うかが北海道の課題だと思っています。

長瀬 解決の道筋の一つはいま議論されている「地域枠」にあると思います。ですから地域枠で道から奨学金をもらっている人に対しては、道医師会と道(行政)が一緒になって医師確保のためのいろいろな対策をやっています。

小熊 そこは国も「少数地域」を提案しようとしていますね。差し当たっては産科と小児科の必要人数を出す。地域に必要な医師の数が出てきて、それをどうやって充足するかという施策が取られるとだいぶ変わるはずです。

長瀬 星野先生の「自分の生まれて育ったところで開業した」という発言はすごく重要だと思います。要するに、自分が生まれ育って、知り合いがいるところで医師をやりたいという人が増えている。そういう意味で地域枠はすごく大切になります。その人たちが医師になって、一旦は大きな病院で勤務する、あるいは外国に留学する。そしてどこへ落ち着くかという、星野先生みたいに、自分の生まれたところに戻ってくる。道医師会の「地域医療を担う青少年育成事業」はそういう流れをサポートするものです。

小熊 今回、全自病の会長に推されましたが、地方の小さな病院はもう医師不足で悲鳴が上がっているのです。私としては地域代表だと思っていて、その地方へ医師が循



藤原秀俊 氏



田中繁道 氏

環できる仕組みをどうにかしてつくっていきたいと思っています。

川淵 なるほど。女性医師の割合はどうか。

小熊 医師の3割以上が女性です。女性特有のライフイベントがあるので、それを手助けする仕組みも作らないといけないですね。

長瀬 女性医師と勤務医師の働く環境づくりも医師会の事業として取り組んでいます。

星野 地方の場合、とくに専門医が来てもらえない。それらをカバーするのはアクセス改善とローテーションの工夫だと思います。夕張のケースでは3人の専門医に1週間に数日、札幌から来てもらっています。札幌と夕張の両方で働くスタイルです。

藤原 北海道の場合、やっぱり、空港や道路のアクセスがカギになるようです。良いところは札幌市など他地域から呼びやすいです。

田中 私たちができる工夫としては勤務医も含めて、ローテーションを作って、そこを院内でカバーする態勢をつくっておくことでしょう。そうすると都市部の病院の常勤医も地方にサポートに出たり、いろいろな働き方もできると思うのですが…。

川淵 都市よりも地方のほうが生活を楽しめるのではないかと。医師の価値観も相当多様化してきたと思います。そういう働き方に対応できる仕組みができるかどうかですね。

星野 私もマッチングシステム(医療資源や人員配置等)が医師確保のカギになると思います。それとこれからは介護人材も不足してきます。夕張では地域の元気な高齢者に着目し、介護施設で働ける制度をつくりました。今のところ直接介護ではない部分を担っていて、この仕組みで専門職がよりしっかり介護に専念できる効用もある



星野豊氏



川渕孝一氏

ようです。

川渕 それはまさに“働き方改革”ですね。いま医師の働き方改革に関する議論には全自病も名を連ねる「地域医療を守る病院協議会(雨宮勇議長)」なども国へ提言書を出しています。小熊会長、この点はどうですか。

小熊 働き方改革も良い方向でまとまってもらいたいですね。つまり医師の養成と偏在などを一体で解決してもらわないと、労働時間の規制だけになるならもはや医療そのものが成り立たなくなると危惧しています。

多職種連携とICT化への道について

川渕 地域包括ケアシステムというキーワードの一つに「連携」があると思います。

星野 当院の診療圏(札幌市東区)の人口は約27万人で地域包括ケアの単位としては大きすぎるかもしれないですが、医療・福祉・保健の切れ目のない連携である程度

圏域で完結することを目指しています。地域包括ケアシステムの説明に必ず出てくる図がありますが(図2)、あれは連携が機能していないうまくいかないわけで、私はその図に“クモの巣”を加えたイメージで地域包括ケアシステムを捉えています。

川渕 あの有名な図にクモの巣をかけることがポイントだと。

星野 そうです。そのために大きな病院と中小病院や診療所が競合ではなく融和を図ることも必要です。当院も院内にリエゾンナース(橋渡しをする看護師)を配置して取り組んでいます。

川渕 田中先生と藤原先生の手稲区も“融和している”わけですか。

藤原 手稲溪仁会病院とも連携してしっかり機能分担してまさに win-win の関係にあります。

田中 地域の医療機関とは手稲地区地域病床連携会議、手稲区三師会など頻繁に会う関係ができています。そこから、「これから連携をやるならITだね」ということで、2006年から札幌市手稲地区を中心に医療連携研究会「TMNIT in Hokkaido」が活動を始めています。

川渕 どんなものですか。

田中 手稲区だけに限定しない比較的広域の連携を目指すもので、情報開示施設である当院にID-LINKというクラウド型サーバーを導入して参加施設間で診療情報を共有するものです。まだ途上ですがこれが連携の有用なツールになっています。また研究会のセミナーには多くの職種が集まり face to face の交流機会にもなっています。

川渕 国は日本再興戦略の一環として医療のICT化を進めており、これからだと思いますが遠隔診療やオンライン服薬指導などへの誘導もあります。

星野 私もICTが北海道の過疎地区が無医地区になっていくのを防ぐ一つの有効な手立てになっていくと思います。

長瀬 道内では三次医療圏を中心に医療機関を主体としたネットワーク(ICT)が構築されています。これからはIT機器を用いた地域医療連携システムも重要だと思いますが、維持費等をどうするか、広域で必要なのかといった課題もまだまだたくさんあると思います。

小熊 中空知地域には「そら・ねっと」という自治体病院間で医療情報を共有するネットワークがあります。これを使って各市町の地域包括ケアシステムとの連携をすることにより、中空知地域全域での急性期から慢性期、在



図2 地域包括ケアシステム(地域包括ケア研究会報告書より)



図3 北海道内の医療連携ネットワーク(主なもの 北海道医師会提供資料より)

宅まで地域連携が細かくできるようになればよいと思っています。

藤原 道医師会も道内に27医療ネットワークがあることを把握しています(図3)。それぞれ医療連携、医介連携に貢献していると思いますし、こういったネットワークが医師不足の地域に有用なことも分かってきました。道医師会でも広大な北海道において、こういったICTによるネットワーク構築が有用なのかを検証していきたいと考えています。

北海道発の新しい地域医療の構築を目指して

川淵 ここまでそれぞれのお立場から北海道の地域医療の現状とこれからについてお聞きしてきましたが、北海道ならではの厳しい現実や悩ましい課題があることが理解できました。最後に長瀬会長から北海道の地域医療について、少し未来志向のお話をいただいて本座談会を締めたいと思います。

長瀬 冒頭でも少し触れましたが、いわゆる団塊世代がすべて75歳以上になる2025年を見据えて、医療のあり方や人口構造の変化に対応した医療提供体制づくりの「北海道地域医療構想」が2016年に策定されています。

さらに道民が住み慣れた地域で安心して住み続けることができるようにと、医療と介護が連携した地域包括ケアシステム構築等の新たな「北海道医療計画」も2018年3月に策定されています。また2017年7月、念願のメディカルウイング(医療用ジェット機)の運用に道が開け、道内の医療の地域格差解消のための一助になることが期待されます。これからも在宅医療に関する医療連携体制の構築、地域枠医師の養成を始めとする医療従事者の確保等々、北海道の地域医療を崩壊させないために、全道の医療介護関係者の協力のもとに進めていきたいと考えています。

川淵 ありがとうございます。

(座談会収録：2018年10月4日 札幌市にて)



メディカルウイング利用ガイドライン(北海道航空医療ネットワーク研究会のリーフレットより)

調剤も在宅もできる薬局運営が目標

(株)アインホールディングス運営統括本部 地域連携部次長 山口俊司氏

アイン薬局北12条店(札幌市) 薬局長

地域で薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことが求められています。アイン薬局のお二方に、「地域包括ケア時代のかかりつけ薬局」として目指す方向性を聞きました。

調剤も在宅もできる薬局が目標

薬局長 当薬局は札幌市東区にあり、主として近隣の天使病院とよつば家庭医療クリニックの処方箋調剤を中心に薬剤師6人で運営しています。ほぼ9割(1日処方箋枚数約150枚)が天使病院の患者さまですが、よつば家庭医療クリニックが在宅医療にも取り組まれており、そちらの患者さまも担当させていただいています。コアな時間帯を外來の処方箋調剤に充て、夕方以降に在宅患者さまを訪問するという形です。

山口 アイングループでは、全薬局が在宅医療に対応できる体制づくりを目指しています。私自身、北海道夕張市で在宅担当をしていましたが、夕張で培ったノウハウを活かしながら、医療介護関係者に「アイン薬局ならどの店舗でも在宅対応ができる」と知っていただけるようPRするとともに、処方箋調剤だけではなく、地域の医療インフラの一部にならなければならないという思いで薬剤師の研修等にも力を入れているところです。

薬局長 いま施設を含めて25人前後の在宅患者さまを受け持っています。クリーンベンチも設置され、緩和医療にも対応しているため、市内のグループ薬局の在宅の“ハブ薬局”という位置付けになっています。

山口 クリーンベンチは北海道にはまだ2カ所しかないのですが、今後はがんの終末期もしくはがん治療をしながら在宅医療へと、移っていく患者さまも多くなってくると想定しており、本部では調剤も在宅も両立できる薬局として、北12条店を一つのモデルとして積極的にサポートしていきたいと考えています。

地域の医療機関と積極的な連携関係を構築

山口 これからの薬局は薬を渡す前だけでなく、その後も処方医と連携し、服薬状況を把握することでポリファーマシーや重複投薬の防止等に取り組むことも重要だと考えています。「服用薬剤調整支援料」はそれらの取り組みに対する指標であり、届出要件のハードルは高いですが、算定要件の解説や実績のある薬局の事例をまとめたものを作成し全社員へ共有しています。

薬局長 患者さまのもとへ訪問して、薬が飲めているかどうか確認すれば、そこから残薬のチェックができます。その状況を医師にフィードバックし、適切な処方につながったという経験もありました。処方した医師は薬がきちんと使用され

ているのか気にされています。薬剤師が実際に目で確認し、何か問題があったときには、「〇〇さんのことですが…」と気軽に共有、連携ができるという関係が構築されているかは重要です。

山口 このように薬局が処方医と密接に連携をできるかどうかは、これからとても大切になってきます。また、当グループのもう一つの目標は、健康サポート薬局の拡大です。まだ北海道での届出は4店舗ですが、社歴4年以上の薬剤師は全員、健康サポート薬局の研修を受けています。いまは人を育成し、社内の活性化を進めている段階です。

薬局長 私もその研修を受けましたが、当店の健康サポート薬局の届け出はこれからですね。やはり課題は薬剤師の配置ということになるのではないのでしょうか。

高度薬学管理とかかりつけ薬局を両立

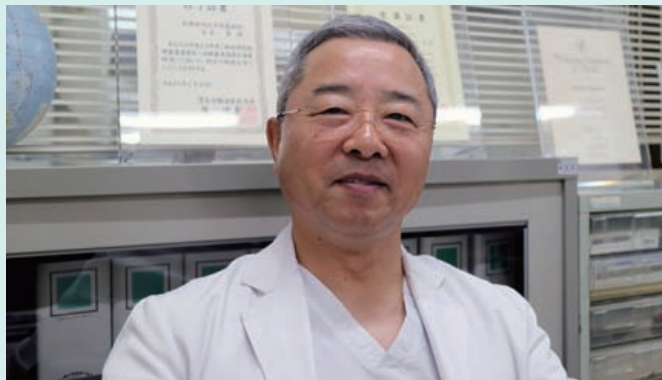
山口 北海道ではJA北海道厚生連・遠軽厚生病院と旭川医大病院で“敷地内薬局”が稼働し始めました。遠軽は全員がかかりつけ薬剤師であり、一方旭川医大病院の敷地内薬局はクリーンベンチ設置の重装備薬局です。敷地内薬局についてはさまざまな議論があるのは承知していますが、当グループでは、高度医療にも対応ができ、なおかつかかりつけ薬局として地域貢献もできる薬局を敷地内薬局の一つのイメージとして持っています。薬だけではなく、患者さまから「医師に在宅って言われたけどどうしたらよいのか」といったような相談にも積極的に対応します。また地域によってはグループの薬局がないところもありますので、クリーンベンチ等の共同利用を行いながら地元薬局の方々と協力し合って、病院と地域をつなげる役割を担っていきたいと思っています。



アイン薬局の在宅訪問風景

地域医療で高度薬学管理機能をどう展開するか

札幌医科大学附属病院薬剤部長 札幌医科大学大学院医学研究科医療薬学教授 宮本篤氏



これからの薬業連携の方向性として高度薬学管理機能が注目されています。札幌医科大学附属病院薬剤部宮本部長に、特定機能病院(大学病院)の地域貢献として、高度薬学管理機能をどうやって地域医療に展開していくかについて伺いました。

道と協定を結び薬剤師を派遣する仕組み

北海道の地域医療の課題の一つはやはり医療従事者の不足と偏在でしょう。本学は道立(北海道公立大学法人)で、大学法人の中長期目標として、医療スタッフの地域派遣で道内の医療の質の向上に寄与することが盛り込まれています。当院薬剤部でもその一環で、道立病院等への薬剤師派遣の仕組みをつくっています。道(行政)と連携協定を結んで、道で採用した職員(薬剤師)を当院で預かり、研修しながら薬剤師不足等必要が生じたとき、緊急的にそのエリアに派遣するというものです。

本システムの、大学病院で最新の高度先進医療を学び、地域に行って地域医療の現場を体験する方式は薬剤師のキャリア形成としても魅力があるようで、派遣から帰ってくると、「すごく良い経験になりました」といった声も経験者から届いています。北海道薬剤師会にも薬剤師派遣の仕組み(薬剤師バンク)があるようですが、大学病院の地域貢献としてこういった仕組みが定着すれば、道の保健医療問題解決の一助になっていくと期待しています。

薬業連携で高度薬学管理を担う

もう一つ、大学病院の地域医療への貢献の形が薬業連携の推進だと思っています。ご承知のように厚生労働省は薬局の将来像を示す「患者のための薬局ビジョン」を作成し、地域の薬局にかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師として役割を求めています。そのポイントは幾つかあるのだと思いますが、とく

に病院と地域の薬局が連携してがんなど専門的な知識を必要とする高度薬学管理機能を担うべきだという点は、これからの地域医療の質を担保していくためにとても重要なことだと思っています。

ただ、今までの薬局は処方箋調剤が主で、抗がん剤の副作用が起きたときの助言など高度薬学管理機能といった専門性の部分があり求められて来なかったといえます。加えて高度薬学管理に関しては病院のほうがチーム医療等を体得してきているので、その知見やノウハウを連携という形で地域に落とし込んでいくことができれば、これからの地域医療のニーズに応えることができると考えます。

院外処方箋に検査値を記して連携を深める

薬業連携の推進は、外来と入院のところから薬剤師が関わり、退院するときにも薬局と連携して地域に帰っていただく仕組みが必要になっており、それは病院にもメリットが大きいものです。また高度薬学管理はがんやHIVが主な対象になっていますが、いま国も危機感を持っている抗菌薬の薬剤耐性について、感染の専門性を持った薬剤師と地域の薬局が連携して対策に当たることもアプットアップデートな課題として浮上ってきているのです。

このほかに薬業連携、高度薬学管理に資する取り組みとして当院では院外処方箋に身長・体重・体表面積や14項目の検査数値の掲載を始めました。それに併せて検査数値活用の仕方等の勉強会の場をつくるなど、当院薬剤師と地域薬局薬剤師の顔の見える関係づくりにも注力しているところです。

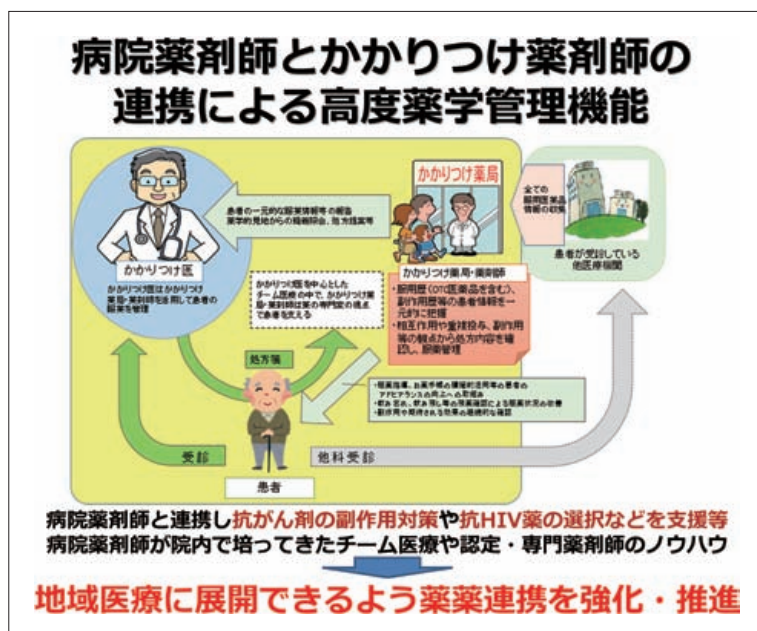


図 薬業連携による高度薬学管理機能(厚生労働省資料を宮本氏が一部改変)

女性薬剤師が活躍できる環境をつくって 地域医療に貢献

北海道薬剤師会会長 竹内伸仁氏

薬局・薬剤師を取り巻く環境が大きく変化する中、北海道ならではの課題や地域医療にどう取り組んでいくのか、北海道薬剤師会竹内会長に聞きました。



地域包括ケアシステム構築に どう参画していくか

地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の役割はとても重要と考えています。まずは北海道における薬局の空白地区をなくし、地域医療のインフラとしてきちんと位置付けられるような形にしていこうと思っています。都市部と郡部で自治体の取り組みが相当違うので、とくに在宅サポートなど地域に合わせて動けるようにと、地域包括ケアシステムを見据えた薬剤師会の組織変更も行いました。

在宅医療に関しては北海道の医療計画の中に在宅訪問ができる薬局のリストを入れてもらっています。在宅医療の仕組みが整わないと地域包括ケアシステムの構築が遅れていくので、道薬としても、服薬指導に行ける、在宅のスキルを持った薬剤師をどうやって育てていくかが課題です。また会員から、「指示がないから

行けない」という声があるのですが、それに対しては、「患者さんがなにか困っていたら、まずは行って、相談に乗るよというような気楽な気持ちからスタートするのがよいのでは」と研修等でアドバイスしています。まずは、「0件から1件へステップアップしましょう!」ということです。

道内での健康サポート薬局の届出は2018年9月末現在で64です。北海道にはこの制度ができる前から、「北海道健康づくり支援薬局制度」があって、100軒近くの会員が登録しており、行政と連携して、街の健康フェアのお薬相談のために薬剤師を出すとか、健康相談を含めていろんな情報を発信していくというような活動を通して、「処方箋がなくても入れる薬局づくり」に取り組んでいました。いわばここを段階的には健康サポート薬局に移行する薬局と位置付けています。

「北海道薬剤師バンク」を薬剤師偏在のブレークスルーに

北海道179市町村の中で薬局がない無薬局地区が26あり、また医師とおなじく薬剤師が都市部に集中して、地方で不足の状態にあります。これを解決するために関係機関の協力のもと道薬の事業として2014年3月にスタートしたのが、「北海道薬剤師バンク」です。仕組みは図示したように、登録・紹介料無料で最新の復職支援研修等の支援を行うことで、薬剤師不足の解消につなげようというものです。地域の医療機関への緊急臨時的薬剤師派遣(在籍出向)の調整機能もあるものです。とくに薬剤師の6割が女性であること、女性の薬剤師は地域医療を担う重要な存在であることなどから本事業が女性薬剤師のキャリア支援の大きな力になることが期待されています。道薬では薬剤師偏在のブレークスルーにと、毎年ブラッシュアップしながら本事業を展開しています。

また道薬として力を入れているのが事業として北海道薬剤師会版VPCS*の運営です。その中でとくに傾注しているのがシリンジ等在宅の保健衛生材料を小ロット化して流通をスムーズにしようという取り組みです。ITを活用して過疎地域や中山間地域などを含め、地域住民・患者さんへの医薬品供給体制を確実に担えるような仕組みに育てていきたいと考えています。

* VPCSとは福岡県薬剤師会とSDC社で開発した、医療材料や医療用医薬品の発注・履歴管理・検索等を実現するシステムの名称。

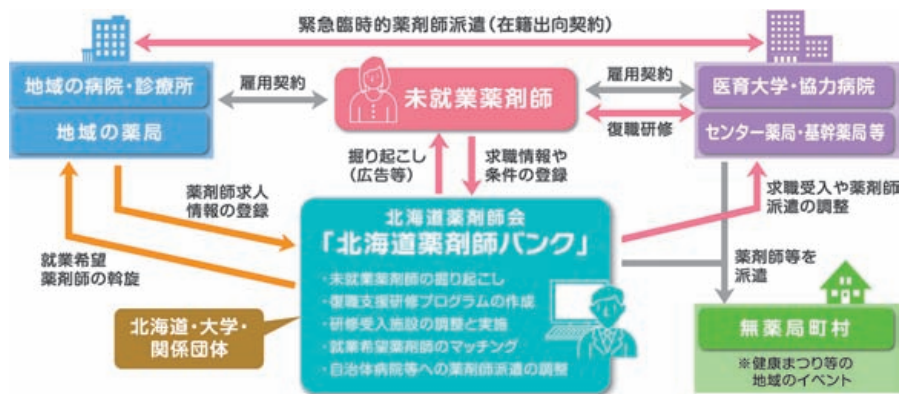


図 北海道薬剤師バンクの概要