

地域医療連携における知識コミュニティの形成と アントレプレナーによる価値創造

松 行 彬 子*

松 行 輝 昌**

Abstract: This article discusses about the formation of the knowledge community in the regional healthcare cooperation and the value creation through Contributions by Medical Doctors with Entrepreneurship. They built a regional healthcare network between the actors of the regional public sphere to realize a social mission, that is, “protect regional healthcare “. Furthermore, they transferred knowledge and the technique necessary for the medical treatment of the patient and exchange information of patients through the cooperation. In this article, we showed and examined empirically that the role allotment between a hospital and medical offices by such loose-coupling has effectively managed and created values.

キーワード：地域公共圏 地域医療連携, 学習する組織, 知識コミュニティ, アントレプレナーシップ

1. はじめに

近年、我が国は少子高齢化社会の到来によって、地域医療の荒廃は極めて危惧すべき状態に陥っている。保健・医療・福祉に関連する地域医療は、地域住民の健康を守るためのライフラインとなっている。その崩壊の過程には、地域コミュニティの衰退が関連している（三菱総合研究所，2007）。

このように全国的に見ても地域医療の仕組みが劣化し、崩壊を続けている。その背景

* 東洋大学現代社会総合研究所客員研究員

** 大阪大学学際融合教育研究センター准教授

には、財政の逼迫、医師の不足、新医療制度の導入、医療の専門分化、医療技術の高度化などの諸要因が存在する（伊関2008, 2009, 2010）。現状の地域医療の崩壊を再生させるには有効な問題解決の手法が必要になる（事業再生実務家協会・公企業体再生委員会編, 2007）。そこで、本論では、ナレッジ・マネジメントの視点から有効な解決方法としてアントレプレナーシップをもつ医師たちによる地域医療連携とその価値創造過程について検討する。

地域医療の崩壊に関わる責任のすべてを、病院・診療所などの医療機関だけに負わせるのはもはや時代遅れの発想といえる。ここでは地域の医療圏における予防医療から在宅医療までを担う地域医療の再生が課題となる。ここでいう地域の医療圏は、診療所が中心のプライマリケアを提供する第1次医療圏、さらには第2次医療圏の中核病院となる自治体病院等を内包する地域公共圏を形成している。このような地域コミュニティにおける全体意識の遅れを克服するには、地域公共圏における保健・医療・福祉について、公・共・私各部門をシームレスに一体化させる地域連携の展開が不可欠である（松行彬子, 2010）。

このような地域公共圏における医療連携を展開するには、病院・診療所などに加えて、地方自治体・NPO・地域住民などを相互に連結するアントレプレナーの役割と行動が必須である。公・共・私の各部門における相互に異質なアクターたちが、信頼に裏打ちされたヒューマンネットワークを通して相互に協力する関係を構築することが必要である。

本論では、地域医療連携における知識コミュニティの形成とアントレプレナーによる価値創造について検討する。その命題について経験主義的な検証をするために、本論の前半部分で地域公共圏における組織間連携の理論研究について検討する。そして、ここでは組織間連携の範疇で地域医療連携について把握し、企業経営の戦略的提携概念を敷衍してその手法の意味を検討する。その後、本論の後半部分で地域医療連携に関する2地域の事例を紹介する。その第1は、東京都世田谷区内の診療所間におけるチーム医療に関する事例について検討する。その第2は、千葉県立東金病院（以下、東金病院と呼ぶ）を中心とするヒューマンネットワークの形成の事例について検討する。その結果、各事例に示されたネットワークの構築に加えて、勉強会・研究会・カンファレンス・講演会などの学習の場をベースにした知識コミュニティの形成について解明する。このように、本論は、社会的ミッション「地域医療を守る」を実現するために、アントレプレナーとしての医師たちが、地域公共圏の公・共・私各部門のアクターを緩やかな連結でつながりを創り、知識・技術の移転をし、病院と診療所の役割分担を展開することが極

めて有効であることを明らかにする。

2. 地域公共圏と地域医療連携

19世紀以降の近代国家の建設は、国民国家の統合とモダニズムによる産業主義の発展を背景に展開された。今日そうした「公共圏モデル」は後退し、我々の生活世界を新しい「地域公共圏モデル」(regional public sphere)として再構築する時期が来ている(松行輝昌(2012), 松行康夫・松行彬子・松行輝昌(2011))。第2次大戦後、我が国で長期間「核家族モデル」が現代の硬直した社会システムをもたらした事実は否定できない。いま我々は国家と個人の上に位置し、公と私を媒介する中間組織集団として新しい公共的空間におけるアクターの諸相に注目したい。本論ではそうした時空間を「地域公共圏」と規定し、地域保健・医療・福祉の多元的連携によるまちづくりが如何にあるべきかについて経験主義的に検討する。

1990年代以降、地域公共圏に居住する人びとは、社会参加、相互コミュニケーションを活発化させることで、公共的精神の涵養、市民的資質の醸成をすることが求められてきた。このことは、Delanty(2003)に従えば、柔軟な帰属(belonging)関係の構築によって、社会における失われたコミュニティの再生を可能にする。そうした地域公共圏では多様な地域文化の継承や発展だけでなく、家庭、地域のローカリティに思いを及ぼす、社会的包摂(social inclusion)¹⁾に配慮したコミュニティ段階のソーシャルイノベーションの展開も促されている(松行康夫・松行彬子・松行輝昌, 2011)。

本論で検討する地域公共圏の概念も、地域社会圏のそれと同様に新たな中間組織としてコミュニティの帰属関係を重視するものである。こうしたコミュニタリアニズム(communitarianism)²⁾の展開において、地球規模のコスモポリタンの市民精神が求められ、人びとは相互に異質な差異を理性的に認め合って、信頼と協働に基づき熟議をする熟議民主主義(deliberative democracy)³⁾の作法が期待される(Til(2007), 吉原直樹(2011))。一方、道理をわきまえた人びとには、相互に信頼することで協力するヒューマンネットワークの形成が期待されている。人びとは、絆を作り、支え合う、「ケアをしてケアをされる」互酬的關係の形成を通して任意の親密圏を構築できる。このような地域公共圏は、家庭、学校、職場、商店街、地域などを通じたパートナーシップ・市民参加・コミュニティ活動などに深く支えられる(松行輝昌, 2010)。また、具体的には、地域公共圏では相互扶助が促され、医療・高齢者介護・子育て支援・障害者支援をはじめとした様々な公共財サービスが提供される(松行輝昌, 2012)。地域医療圏は、

第1次医療圏・第2次医療圏から構成されるので、当然、医療連携は地域公共圏内で行われることとなる。

3. 組織間連携に基づく相互学習の生成

3-1. 組織間連携に関する先行研究

これまで、著者松行らは、本論研究の前提となる経営学的研究として、Matsuyuki, Akiko (1999), 松行彬子 (1999), 松行彬子 (2000), 松行康夫・松行彬子 (2002) などにおいて、企業経営における組織間連携の理論と方法を中心に検討を試みた。これらの研究の成果として、戦略的提携 (strategic alliances) に基づく組織間連携 (inter-organizational partnership) について理論実証に基づく知見と含意を述べた。

3-2. 組織間連携に基づく関係性の生成

一般的に、組織間連携に基づく企業間関係の発生によって、次のような組織間特性が生み出される。それらの関係性として、①戦略性、②補完性、③信頼に基づく協力関係、④対等性、自律性、互酬性をもった「緩やかな連結」(loose-coupling)、⑤複合連結性、⑥組織間学習の生成などを指摘できる。

これらの関係性のうち、①の戦略性については、提携している各企業が、通常、市場における競合企業に対して競争優位を確立しようとする行動に出る。その場合、当該企業には、明確な戦略的意図を認めることができる。②の補完性については、組織間連携をする場合、自社に欠けている経営資源を相互に補完しあう行為が認められる。③の信頼に基づく協力関係とは、組織間連携が異質なパートナー企業間における信頼に基づく協力関係を意味する。④の対等性、自律性、互酬性をもった「緩やかな連結」とは、相互に対等な関係に立ち、互酬的な関係を基盤として、提携企業間で相互に自立性を尊重し、しかも「緩やかな結合」の関係性を構築することを意味する。⑤の複合連結性については、組織間連携が2者間組織の場合もあるが、複数の組織間で締結される場合も多い。⑥組織間学習の生成については、パートナー企業間において組織間学習 (inter-organizational learning) が創出されることをいう。企業は、自社とは異質の他企業と提携することで、企業組織体を超えた相互コミュニケーションを生成させる。多くの場合、パートナー企業が相互に交換し合う知識 (knowledge) によって相互学習をする。さらに、そうした新規性に富んだ知識が、新しい知識創造を創発させ、価値創造を進める可能性をもつ (松行康夫・松行彬子, 2004)。

4. 学習する組織としての地域医療連携ネットワークの有効性

地域医療連携が、企業間の戦略的提携と異なる点は、医療関係の高度な技術をもつ職業的専門家同士の連携である。そのため、本論で取り上げる地域医療連携の事例は、ほとんど症例研究・医療技術の移転・機能分化などの研究会、勉強会、カンファレンスの場合が多い。そこには、明らかに知識コミュニティ（knowledge community）の形成によって、信頼に基づく協力関係、対等性、自律性、互酬性を有するつながりとして、緩やかな連結が存在する。そうした知識コミュニティでは、アントレプレナーシップにあふれたリーダーのもとで、知識循環の生起、相互学習の継続によるコミュニティシップ⁴⁾が発揮される。

地域コミュニティの行政、病院、診療所、老人保健施設、地域住民など、地域医療連携のアクターたちは、信頼に裏打ちされた開放性を有するヒューマンネットワークを通して、緊密な協力関係を生起させる。そうしたコミュニティシップによって、地域医療に関する知識が創発され、経営価値を創造する。このような地域医療ネットワークは、シームレスな医療・保健・福祉に跨る戦略的医療連携を形成させる。

しかし、市場における企業間連携の場合と異なり、このような公共的な医療圏における連携は、それとは違った経営価値の創造をすることが多い。その意味は、①の戦略性について、企業同士の戦略的提携に見られる競争優位を指向する戦略的意図は希薄である。②の補完については、地域医療連携の場合、外部の経営資源を利用することによって、地域の開業医は、自己組織構造に欠けている医療技術・知識を補完する。一方では、自治体病院は失われた医療機能の回復・代替などに経営資源を補完する戦略目標を追求する場合が強い。

そして、地域中核病院、地域開業医との連携、福祉・保健機能組織との連携、地域住民、市民団体、NPOなど住民組織との連携など、いずれのヒューマンネットワークにも、上述した相互学習が生起する。そこには、異質なアクターによる緊密な信頼に基づく協力の関係が存在する。そうした基本的な関係の形成が、地域医療連携の再生には、事実前提として必要である。その結果、「学習する組織」(learning organizations)⁵⁾が、そうした場において新しく創発する。その学習行為を通じて、知識創造が実現し、新しい経営価値の創造が生起する。

地域医療連携の場合、そのヒューマンネットワークに関連したアクター間で共通に認識される社会的ミッションは、「地域医療を守る」という価値の創造に集約できる。地

域医療連携の場合、先述した組織間連携の各特性のうち、②の経営資源の補完性、③の信頼に基づく協力関係、④の対等性、自律性、互酬性をもつ「緩やかな連結」、⑥の組織間学習の特性を重視する必要がある。さらに明確にすべき点は、地域医療連携のリーダーが社会的ミッションを持ち、それを具現化するためにヒューマンネットワークを構築する。彼らは、従前にはない革新的なアイデア・技術をもって、新しい世界を開拓するアントレプレナーである。ここで述べるリーダーシップとは従来の米国企業に見られる英雄的リーダーではない。それは、ミンツバーグ（2009）が主唱する「ほどよいリーダーシップ」（just enough leadership）である。彼のいう「ほどよいリーダーシップ」とは、組織の中で働く人たちを励ましながら、必要な時だけ指示を出して介入することを意味する。

5. 世田谷区内の診療所間医療連携によるチーム医療

5-1. 世田谷区内におけるチーム医療の形成

本論では、地域公共圏における学習する組織としての地域医療ネットワークの有効性を検討するために、事例分析として地域医療連携の2つの場合を取り上げる。それらは、①東京都世田谷区にて形成されたチーム医療の事例、②東金病院を中心として形成されたヒューマンネットワークの事例を取り上げる。

前者の事例は、世田谷区内で開業する若手診療所医師たちが、自分たちの診療科目を乗り越え、相互に連携することで独自の医療圏域を創成することで、地域医療の再生を目指すケースである。一方、後者の事例は、地域医療の危機に陥っていた自治体病院が、公・共・私をつなぐヒューマンネットワークを構築したケースを扱っている。前者の世田谷区内の事例は、地域内の診療所医師たちが主体となるケースである。また、後者の東金病院のケースでは自治体病院の医師が主体となるケースである。このように、2ケースでは、各主体も運営方法も異なる。しかし、連携をして地域医療を支えている職能では両者間に共通点が存在する。

1993年、東京都世田谷区内に神津仁医師が「神津内科クリニック」を開設した。それは、同医師が43歳の時であった。彼は、大学病院で修得した医学の専門知識や診療経験を、地域医療に還元したいとする大志を抱いて開業した。しかし、当時、世田谷区内には、若い世代の開業医は少なく、開業医が積極的に地域医療の連携を運営するという土壌は全くなかった。通常、30歳代から40歳代に至る若手医師は、知力、体力、技能などのすべての点で最も充実している時期とされる。神津医師は、地域住民のためにこの時

期を有効に活用すべきであると判断した。

そこで、翌年の1994年11月に「世田谷区若手医師の会」（以下、「若手医師の会」と呼ぶ）という新組織を立ち上げた。当初の設立メンバーは7人であった。彼ら全員は同じ社会的ミッションを持つ、同世代の医師仲間であった。「若手医師の会」は、その目的として次の3つを上げた。

- (1) 30歳代から40歳代の医師間のコミュニケーションづくり
- (2) 他科診療所の実地的知識の吸収・勉強
- (3) 情報収集の「場」の提供

このことから、「若手医師の会」は、若い世代の医師が自分の診療科目を超えて、自由に情報を交換し、活動をする場を創るのを目的としたことが分かる。さらに、上記の目的に加えて、次世代の若い医師が開業した際に支援の場を用意するという目的もあった。

「若手医師の会」への入会条件は、次の通りとなっている。

- (1) 世田谷に住んでいるか世田谷に勤務地がある医師、あるいは医療について積極的に学びたいと考えている医師
- (2) 会員の年齢は49歳まで

設立当初から神津医師は、この「若手医師の会」が若い会員の個性と自由な精神を尊重する、緩やかな連結をした柔軟な組織でありたいと考えた。そのために、会長・副会長という役職は置かないことにした。入会後に、50歳を超えた会員や50歳以上でどうしても入会したい人は、同会のOG・OBとして裏方に徹することとした。

5-2. 世田谷区内における診療所間医療連携の展開

「若手医師の会」は、その発足当時、若手医師のコミュニケーションの場、他科診療所についての勉強会であった。しかし、後に、地域医療連携の運営の機能も担うことになる。患者である高齢者は、一つだけの疾病というよりは、複数の疾病を抱え、それらが相互に関連している場合がある。そのために複数の診療所が協力してチームで診ていく必要がある。地域の中で、診療所が上質の医療を提供できれば、診療所同士が連携してチームを組み、地域で患者を診ていくことができる。

また、その患者に対してチーム管理の医療が必要になる場合がある。その場合でも、すぐ病院にかかるということが最良の選択ではない場合がある。診療所と病院の中間組織として、診療所間の医療連携が有効なことがある。特に、最近では、病院など診療機関勤務医の専門化が進展している。そのこともあって、勤務医が診療所を開業後であって

も専門診療所を営むところが増加している。

そのため、地域の1次医療を円滑に運営するためには、専門医、指導医など、専門分野を持った開業医同士による情報の共有化が必要になる。そこで、「若手医師の会」は、早期に会員医師のデータベースの構築に取り掛かった。

「若手医師の会」が構築したデータベースの記述内容ファイルは、次の通りである。すなわち、①連絡先、②出生地、③卒業大学及び卒業年、④医局での業務の詳細、⑤標榜科目、⑥専門科目、⑦臨床の得意分野、⑧勤務医時代の臨床経験（手術経験など）、⑨自己紹介（家族構成、趣味など）である。

通常、地区医師会の名簿では、精々診療所名と標榜科目を記述している場合が殆どである。それに比較して、このデータベースに格納されたファイルの内容は、上述のファイル内容と比較し格段にそのデータ構造が充実している。このように詳細な情報ファイルの作成によって、医師の大まかな経歴が分かり、専門科目や得意分野から、患者に対して適切な医師を自信の下に紹介ができる。そのことで、きめの細かい上質の医療連携が実行可能となる。また、会員医師の自己紹介欄があるので、趣味や家族を通じて、より密度の高いコミュニケーションをすることが可能で、職業的専門家同士の親密圏としてのコミュニケーション・コミュニティも形成可能となっている (Delanty, 2003)。

このことによって、外来診療については、必ずしも病院に頼らなくなった。その結果、地域の診療所同士で問題の解決ができ、自己完結型医療を実施するケースが多くなった。しかも、他科の診療所を紹介しても、そこでの診察・処置がすめば、再びもとの主治医の診療所に戻る。すなわち主治医の診療所を拠点として、患者は地域内の診療所を必要に応じて循環する回遊性を確保している。

また、入院治療を受ける必要がある重篤な患者の場合には、主治医は病院に紹介する。しかし、その患者の治療が終わり、自宅へ帰って後のケアは原則的に地域全体で行う。

このような地域医療連携ネットワークが構築された結果、以前にも増して、かかりつけの診療所へ患者が集まり、地域公共圏で高度な治療が実現可能であることが、患者や住民に対しても浸透した。すなわち、従来、「点」として存在していた診療所が地域的な「面」となり、そこを患者が回遊する。また、重篤な患者の場合、地域の各診療所が病院と連携し、患者は病院で診察を受け、終了後、診療所的主治医に戻るという循環システムが機能することとなった (朝日新聞, 2009), (大坪, 2009)。

5-3. 地域医療連携による在宅医療の質の向上

1993年当時、世田谷区内における在宅医療は、病院勤務医の在宅医療に対する無関心によって、その医療体制は殆ど整備されていなかった。病院側は、退院後の入院患者の診療を引き受ける開業医がいれば、そこに預けたままで、それ以後は無関係とする立場をとってきた。開業医は、退院患者についての診療情報がないまま、ゼロベースから手探りで、在宅医療を開始せざるを得なかった。

このような状況では質の高い在宅医療を実施するには自ずと限界があった。多くの患者は、また病院へ逆戻りするという状況が続いた。神津医師は、みずから病院の中に入っていく、在宅医療開始以前に患者の主治医に会い、患者の病状・治療経過を確認した。彼は、今後の治療方針について相談し、必要に応じて検査データを提供してもらった。そして、患者や家族と在宅医療に入る前に直接会ってコミュニケーションをとった。これは、患者側の不安を取り除くことに極めて効果があり、自宅での受け入れ準備を整えるための指導をする場となった。

このような段取りがすべてついた時点で、退院の日取りを決め、訪問看護師や介護スタッフと連絡を取り、在宅医療を開始した。その結果、病院に逆戻りする患者が大幅に減少した。すなわち、世田谷区内の在宅医療における初期段階では、①送り手と受け手である勤務医と開業医間の情報共有化が欠けていたこと、②患者と開業医とのコミュニケーションが確保されなかったこと、③開業医と訪問看護師・介護スタッフとの間のコミュニケーションおよび役割分担の意識が欠如していたことなどに問題があった。

1996年、このような経験をもとに「若手医師の会」の分科会として「在宅医療研究会」が発足した。神津医師を含めた3人の会員が中心となって、新しい在宅医療システムの構築に取り掛かった。研究会の活動拠点は病院内に設営し、病院内で在宅医療の勉強会を開催した。敢えて病院内に場所を決めたのは、在宅医療に関心が薄い病院の医療スタッフに参加を呼び掛ける狙いがあった。

この「在宅医療研究会」で取り上げたテーマの中で、最も反響のあったのは「ハイテク在宅医療」に関する知識であった。そこで各診療分野の専門家を招いて、会員たちは人工呼吸器・腹膜透析・胃瘻・ポータブル型レントゲン装置などの取り扱い方を学習した。そのうちに、在宅医療でも、相当に高度な医療サービスを提供できることが判明した。さらに、医療機器メーカーには在宅医療で使用可能な小型機器であっても、先端機能を実装した医療機器の開発を依頼した。

この「在宅医療研究会」の開催を契機として、病院と診療所間の医療連携が課題となった。それによって勤務医と開業医が定期的に各病院に集まり意見の交換を重ねた。そ

うするうちに、異なる専門分野の医師たちの間に相互信頼に基づく協力関係が生まれた。すなわち、このような知識コミュニティには、病院の勤務医と診療所の医師が対等性の下に、自律的、互酬的であり、さらに緩やかな連結による関係性が保持されている。

「在宅医療研究会」では、異質の専門分野の医師同士が相互学習するナレッジ・マネジメントが展開されている。神津医師は、旧来にはない革新的手法を採択して、医療連携のヒューマンネットワークを構築した。このように、彼自身が「地域医療を守る」という社会的ミッションを目指すアントレプレナーシップにあふれている。そして、彼のリーダーシップは、若手医師の個性と自由な精神を尊重する「ほどよいリーダーシップ」である。

6. 東金病院を中心とした自治体病院・開業医間の地域医療連携

6-1. 自治体病院と開業医の連携

東金病院は、千葉県内で最初に開設された県立病院で、その医療圏は、山武郡市全体である。1998年当時、山武郡市は、1市8町村（現在2市2町）からなる人口22万人の地域である。医療施設は東金病院以外に公立病院2ヶ所（国保成東病院330床、国保大網病院100床）と、民間病院6ヶ所、診療所約100カ所が存在するだけであった。また、人口当たり医師数は全国平均の半分以下で、千葉県下で最低であった。住民の平均寿命も、県内で最低であった（平井愛山・神津仁他，2009）。

医療経営資源の少ない地域公共圏において病院完結型医療事業を展開するには、経営資源制約の観点から必ずと限界がある。この限界を克服するためには、これまでの病院完結型事業経営から、地域全体を巻き込んだ地域完結型事業経営への転換が必要となる（平井愛山・秋山美紀，2008）。そのためには、地域ニーズはあるが、それに対応する診療機能が、当該の病院に欠けている場合には、他の病院や医療機関と連携することによって、不足する経営資源の相互補完をする必要がある。

地域医療連携を実施する前提として、病院と地域内診療機関、あるいは大病院と中小病院との役割分担が不可欠となる。病院が、本来の診療機能を果たすには、風邪、下痢などの日常的な診療や、病状の安定している慢性生活習慣病などの診療は、地域の開業医が担当すべきである。

東金病院では、現在の平井愛山院長が着任して以降、地元医師会と頻繁に会合の場を持つとともに、まめに地域内の診療所を巡回した。また、月一回の頻度で、診療時間が

終了した夜間、午後7時半頃から、地域の開業医が当該病院の会議室へ集まってくる。これは「イブニング・カンファレンス」と呼ばれ、病院勤務医師と地域の開業医との症例検討会となった。

この「イブニング・カンファレンス」では、①重傷症例の診断治療を軸とした症例検討、②最新医学情報に関する学習、③病院内の医療活動の紹介など、一連の組織間学習が行われた。このように、病院医師と地元の診療所開業医との定期的な学術交流を中心とする学習の場が形成された。このような知識コミュニティの形成によって、双方の医療機関の診断・治療の知識や技術の水準が向上した。

結果的に、互いの患者を両者間で紹介し易くする素地も併せて形成された。すなわち、これは、病院の診療技術や知識の一部を診療所に向けて移転できたことになる。そのことで、診療所でも、ある程度までは専門的医療を実施することが可能な地域医療体制が構築された。(平井愛山・神津仁他,2009)

その後、このような「顔の見える関係」の構築によって、診療所から紹介されてくる患者数も増加した。また、逆に急性期を経過した患者を病院から診療所へ戻す地域医療連携の機会も増えた。このように、双方向性を有する地域医療連携は着実に進展した。

6-2. 自治体病院医師と調剤薬局薬剤師間のヒューマンネットワークの構築

上述した千葉県山武地区の地域医療連携は、病院勤務医と診療所開業医の医療連携だけに留まらない。それは地域内の調剤薬局も参加している点に大きな特徴がある。1998年、平井愛山が東金病院院長に就任したころは、院外処方では僅か5%程度であった。そして薬剤を処方して出すまでの待ち時間が異常に長かった。場合によっては、4時間を要した状況も存在した。これでは、薬剤処方に関する情報提供も不十分になり易い。そこで、病院は、院外処方方式へ切り替えるように検討した。しかし、当該病院の周りにはいわゆる「門前薬局」が一軒もなく、病院管理者は途方に暮れた。

このような状況を、山武郡市薬剤師会会長に相談したところ、「私たちは『面』で受けますので大丈夫です」と思いがけない返事が戻ってきた(平井愛山,2004)。

通常、「門前薬局」では、患者が決まった調剤薬局ではなく、その場の状況に応じて任意の調剤薬局で処方してもらうケースが多い。従って、例えば調剤された薬剤の飲み合わせのチェックなど、きめ細かな対応ができない。一方、山武地域では、およそ50の調剤薬局が地域全体に広域に分布している。各住民にとって、そうした調剤薬局は「かかり付け薬局」の役目を果たしている。これは、一人ひとりの患者の処方を一元的に把握でき、患者に対して丁寧で安全な医療サービスを提供できる。薬剤師会の協力で、院

外処方率は、2～3ヶ月でおよそ85%までに上昇した。患者は、待ち時間を大幅に短縮でき、さらに丁寧な服薬指導を受けることが可能となった。

このような院外処方方式の採用を契機に、1998年7月、「イブニングセミナー」という院内外の薬剤師を交えた勉強会も発足した。このセミナーは、地域の医師と薬剤師、さらに訪問看護師たちも参加して、在宅患者の薬物療法などを相互学習する場となった。また、このセミナーは、現在でも毎月1回のペースで開催が続けられている。このようなセミナー形式の勉強会は、地域の医療関係者にとって、それまで見えなかった互いの仕事内容が可視化された。とくに、病院と調剤薬局間の関係において、まちなかの薬剤師は、それまで見ることのなかった病院内の状況を見ることができるようになった。また、そこで一緒に学んだ医師たちと顔を知ることになり、直接に電話連絡することも可能となった。このように、知識コミュニティの役割を果たす「イブニングセミナー」は、地域の薬剤師会会員の専門家意識の向上にも役立っている。

6-3. 糖尿病治療に向けた病院・診療所・コメディカル間地域医療連携

2001年、千葉県山武地域では地域ぐるみの糖尿病治療の向上を目指す構想が持ち上がった。そのために糖尿病の最新の治療方法・管理方法を詳細に学習する、「山武SDM研究会」が立ち上げられた。平井院長は、ここでの「治療マニュアル」⁶⁾を踏まえた糖尿病の勉強会を定期的に開催した。その後、彼は、この他に高脂血症、高血圧症の診療ガイドラインなどについても、地域内の診療所スタッフが電子ネットワーク上でも共有化するシステム整備を計画した。

このような専門的な医学知識を学習するために「山武SDM研究会」を開催する最大の目的は何であったのか。それは、上述した糖尿病診療に必要なインスリン療法など、病院の専門医が持つ診断と治療に関する高度な知識や技術を、地域内診療所の専門医や非専門医へ知識移転をするためであった。また、症状が比較的安定している患者については、開業医が対応し、症状のより重い急性期の患者は東金病院が担当した。つまり、地域全体の開業医が「面」として機能し、東金病院が中核的な「点」として重篤な患者を引き受けるといった役割分担が実現した（平井愛山・秋山美紀，2008）。

「山武SDM研究会」は、2～3カ月に一度の頻度で、継続的に山武郡市医療福祉センターにおいて開催されている。午後7時過ぎの夕刻から、勤務を終えた地域の開業医、看護師、薬剤師、栄養士などが集まってくる。この組織間学習の場では、症例の検討が行われ、治療法や薬剤処方について質問や意見が飛び交う質疑応答には熱気が帯びた。

平井院長は、糖尿病や高血圧症などの患者には「循環型の地域連携パス」で診ていく

必要があると考えた。彼は、それを具現化するためには、地域医療連携を担う医師、コメディカル、さらに医療連携をリードするアントレプレナーシップを持った指導者が必要であると説く。

平井院長の唱える「循環型の地域連携パス」とは、これまでの「治療→回復→治癒」というリニア型ではない。それは、糖尿病などの生活習慣病やその他慢性疾患に対応する「地域の開業医による診察・処置→病院での詳細な定期検査・急性期患者の受け入れ→地域の開業医」という「循環型の地域連携パス」を意味する。地域医療連携では薬剤師、訪問看護師、栄養士などの異なる分野のコメディカルによる協力が不可欠である。このようなつながりの根底には、相互間の信頼関係が不可欠である。こうした信頼関係を構築するには、①勉強会、カンファランス、講演会など、「顔の見える」相互学習をする知識コミュニティの場をできるだけ多く創る、②病院側から情報を提供し、情報の共有化を促進することが不可欠である。

6-4. 公・共・私間連携による地域医療の推進

2004年以来、東金病院では、「東金病院巡回市民講座」を毎月開催している。休日を利用して病院のスタッフが地域内の各所を回り、市民に向けた予防医療の啓蒙活動を展開している。そのことで、市民が医師と直接的にふれあう場を提供している（平井愛山・神津仁他，2009）。

また、NPO 法人「地域医療を育てる会」は、山武郡市で起きている医療崩壊の詳細について、ニュースレターを発行して、住民に対して情報発信をしている。それに加えて、医療者と市民が実際に「対話する場」も設けた。そのことで、医療関係者と患者の双方が、相互理解を深めることに役に立つ場を形成した。

さらに、2007年、東金病院とNPO 法人が共同して、2つのプロジェクトが立ち上げられた。それらのプロジェクトは、「夢と希望を創る地域医療プロジェクト」と「医師育成サポーター制度」で成立する。前者は、地域住民と医療関係者、地元地方議会議員、行政職員が一緒になって、地域医療に関する組織間学習と「考える場」の提供による知識コミュニティを創出した。そこでは毎月一回のペースで、テーマの下に3者が膝を交えて語り合い、相互間の認識の隔たりも克服した。

後者は、15人の「市民サポーター」が、東金病院の若い研修医の講義を聴き、そのコミュニケーションスキルを評価するという革新的な試みである。研修医にとって、自分のコミュニケーション能力である、①医師としての挨拶、②患者への説明の仕方、③分かりやすさ、④声の大きさ、⑤アイコンタクトなどについて、客観的な評価を知ること

ができる。そうした革新的な試みは、医療実践の現場で有能な臨床医として成長するうえでよい機会と認識するに至った（平井愛山・秋山美紀，2008）。一方，地域住民にとっては，最新の専門的な医学知識を学習でき，併せて医療現場の事情についても理解する場となった。このような新しい試みは，デランティ（2006）が指摘するコミュニケーション・コミュニティ（7）を創出させ，医師と患者に多くのメリットをもたらした。

7. わかしおネットワークの形成

東金病院の勤務医と医療各分野の専門家との勉強会や各種コンファレンスによって，顔の見えるヒューマンネットワークが構築された。次に，それらを一層推進するための有力なツールとなるのがITである。平井院長は専門医の知識と技術を移転・共有するには，定期的な研修会と必要な情報にいつでもアクセスできるツールが必要と考えていた。すなわち，ITを用いたネットワークが医療機関の機能分化と連携を推進する上で，威力を発揮すると考えた（平井愛山，2004）。

2000年，通商産業省（現経済産業省）の補正予算による公募事業に，東金病院の山武郡市の電子カルテを用いた地域医療連携のネットワーク構想が，採択され予算が下りることになった。これが，「わかしおネットワーク」のスタートである。

このわかしおネットワーク構築の目的としては，次の5項目がある。

- ①医療機関による生活習慣病の格差の解消
- ②「面」による地域の診療体制の底上げ
- ③在宅医療の支援
- ④遺伝子解析に基づくテーラーメイド医療の確立
- ⑤データの真正性とセキュリティの確保

東金病院に診療支援のためのデータベースシステム（地域電子カルテサーバーシステム）を設置し，それを利用して電子ネットワークに参加する医療関係の診療データを一括管理する。各診療所や調剤薬局などを専用回線で結び，東金病院と診療所間で患者の基本情報や診察所見，画像を含む検査データ，紹介状・逆紹介状などを電子カルテ上で共有した。

このように電子カルテを共有することで，「診療所の医師→東金病院→診療所の医師」という循環型地域連携パスが見事に形成された。それにより質の高い，平準化された安全で効率的な地域医療を実践することが可能となった。

8. おわりに

本論で取り上げた各地域医療連携の事例において、神津医師や平井院長は、いずれも「地域医療を守る」という社会的ミッションを保持するアントレプレナーの役割を担っている。彼らは、先ず地域医療の崩壊という直面する現実立ち向かい、問題解決のために行動を起こした。そのために広域的なヒューマンネットワークを構築し、それをもとに在宅医療を整備し、地域公共圏において住民が安全・安心に暮らせるようにリーダーシップを発揮した。彼らは、いわゆる「カリスマ的リーダー」ではなく、ミンツバーグが指摘する「ほどよいリーダー」の役割を果たしている。彼らは「参画と分散のマネジメント」の実践に徹している。彼らの創ったヒューマンネットワークは、明らかに知識コミュニティを形成している。そこで、医療分野の異質な能力や専門分野を持つ参加関係者たちは、情報や知識を相互に共有化することで、デランティのいう開放的なコミュニケーション・コミュニティを構築することに成功している。このような開放性を有する緩やかな連結の形成は、個人学習、組織学習に留まらず、組織間学習までも可能にする。そこには、地域公共圏の住民を含めた異質な人びとが、相互の信頼のもとに協力し、新しい帰属関係に基づく価値創造を可能にしている。

謝辞

本論文の掲載に際して本研究年報編集委員長植木英雄教授併せてレフェリー各位からコメントを頂戴した。このことに対して著者は厚く謝意を表す。

注

- 1) 社会的包摂とは、社会的排除を生み出す諸要因を取り除き、人びとの社会的参加を進め、他の人びとの相互的な関係を回復・形成を意味する。それは1980～90年代に欧州各国での社会的問題である社会的排除 (social exclusion) の対立概念である。それは単なる所得保障に留まらず、排除された人びとの社会的参加・アイデンティティの再確立といった個人レベルへの支援策にまで拡張された。
- 2) コミュニタリアニズムとは、20世紀後半に米英中心に発展した共同体の価値を重んずる思想である。
- 3) 現代の西欧世界では、市民活動を観察するとき、新しい市民的公共性を実現する地域公共圏においては、市民による討論や実践活動は欠かせない行為である。1980年代からジョン・ロールスやユルゲン・ハーバマスが参加民主主義論として論じた 松行康夫・松行彬子・松行輝昌 (2011)。
- 4) コミュニティシップとは、個人のリーダーシップと集団のシチズンシップの間に存在するものをいう。リーダーシップは、個人の統率力に焦点を当てている。一方、コミュニティシップはもっとひかえめなリーダーシップであり、参画と分散のマネジメントを促す。
- 5) 組織心理学者のアージリス (Argyris, 1992) は、「学習する組織」(learning organizations) においては、

シングルループ・ラーニングとダブルループ・ラーニングの存在を示した。このことについては、松行康夫・松行彬子（2002）を参照されたい。

- 6) 米国で開発されたプライマリケアの医師向けに創られた糖尿病管理の治療マニュアルで、わが国へは、糖尿病治療の第一人者松岡健平医師が中心となって導入された。
- 7) この思想は、近代社会の社会関係が権威・地位・儀式等の媒介によらず、コミュニケーションを巡って組織されることをいう。

参考文献

- Agiris, C. (1992): “*On organizational Learning*”, Blackwell, pp. 8-9.
- 朝日新聞（2009）朝刊「蘇れ医療第6部②試練を超えて 地域で縦横に連携」2009年6月21日38面。
- Delanty, G. (2003): *Community*, Routledge（山之内靖・伊藤茂訳（2006）：『コミュニティ グローバル化と社会理論の変容』NTT出版）。
- 平井愛山編（2004）：『失敗しない地域医療連携—広域電子カルテとヒューマン・ネットワークが成功の鍵—』, 医学芸術社。
- 平井愛山・秋山美紀（2008）：『地域医療を守れ—「わかしおネットワーク」からの提案—』, 岩波書店。
- 平井愛山・神津仁他（2009）：『医療再生はこの病院・地域に学べ!』洋泉社。
- 伊関友伸（2008）：『まちの病院がなくなる!?—地域医療の崩壊と再生』時事通信社。
- 伊関友伸（2009）：『地域医療—再生への処方箋—』ぎょうせい。
- 伊関友伸（2010）：『まちの病院を！住民が地域医療をつくる』時事通信社。
- 事業再生実務家協会・公企業体再生委員会編（2007）：『地域力の再生—三セク・地域交通・自治体病院の再生モデル—』（社）金融財政事情研究会。
- Matsuyuki Akiko (1999): “Loose Coupling and Interorganizational Knowledge Creation in Strategic Alliances”, *Journal of Social Informatics*, No11, Japan Society of Social Informatics, pp. 85-97.
- 松行彬子（1999）：「戦略的提携による組織間学習と企業変革」『経営情報学会誌』第8巻第2号, 経営情報学会, 61-77ページ。
- 松行彬子（2000）：『国際戦略的提携』中央経済社。
- 松行彬子（2009）：「地域医療における公民連携による自治体病院の戦略的再生モデル」『研究紀要青葉Seiyo』第1巻第2号, 仙台青葉学院短期大学, 13-24ページ。
- 松行彬子（2010）「医療・保健・福祉における組織間連携による地域医療サービスの再生戦略」『研究紀要青葉Seiyo』第2巻第1号, 仙台青葉学院短期大学, 42-53ページ。
- 松行彬子・松行輝昌（2011）：「自治体病院を中心とした公民連携による地域医療の再生」『現代社会研究』第8号, 東洋大学現代社会総合研究所, 71-82ページ。
- 松行輝昌（2010）：「地域社会圏としての商店街の戦略的再生と合意形成過程」『日本交渉学会誌』第20巻第1号, 日本交渉学会, 39-47ページ。
- 松行輝昌（2012）「経済学からみた地域社会圏」『地域社会圏主義』山本理顕・上野千鶴子・金子勝・平山洋介・仲俊治・末光弘和・松行輝昌+ Y-GSA, INAX 出版, 70-72ページ。
- 松行康夫・松行彬子（2002）『組織間学習論—知識創発のマネジメント—』白桃書房。
- 松行康夫・松行彬子（2004）『価値創造経営論—知識イノベーションと知識コミュニティ』税務経理協会。
- 松行康夫・松行彬子・松行輝昌（2010）：『ソーシャルイノベーション 地域公共圏のガバナンス』丸善出版。
- 三菱総合研究所地域経営研究センター（2007）：『都市・地域の新潮流—人口減少時代の地域づくりとビジネスチャンス』日刊建設工業新聞社。
- Mintzberg, Henry (2009) “Rebuilding Company as Communities” No.2009, *DiamondHarvard Business Review*, pp. 58-70.
- 大坪宏至（2009）「医師偏在について—その影響と対策—」『経営論集』74号, 東洋大学, 143-158ページ。
- Til, Jon Van (2007): *A Conceptual Tour of the Social Economy: The Ideas of Social Capital, Associational*

Pluralism, Communitarianism, Farewell State, End of Work, and Civil Society, *Invited Presentation to Colleagues at Toyo University*, Rutgers University., pp. 1-40.

吉原直樹 (2011) : 『コミュニティ・スタディーズ』 作品社。