

2023年10月30日

第3539号

週刊(毎週月曜日発行)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会]かかりつけ医機能の実装に向けて(青木拓也,北西史直,中山久仁子,山田康介)/[視点]中小病院に求められるかかりつけ医機能とは(近藤敬太)……………1—3面
- [寄稿]かかりつけ医機能の強化によって期待される効果とは(青木拓也)……………4面
- [インタビュー]ときめきに満ちた臨床中毒学(上條吉人)……………5面

座談会 かかりつけ医機能の実装に向けて



青木 かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて改正医療法が成立しました。制度整備の概要は表の通りです¹⁾。制度の具体的事項や診療報酬上の評価については、厚労省の検討会や中医協での議論が今後本格化する見込みとなっています。

最初に、改正医療法の成立を受けての率直な感想からお聞かせください。
中山 COVID-19のパンデミックを契機にそれまでは曖昧だったかかりつけ医の在り方が問われ、結果的に制度化の議論が加速しました。国民がかかりつけ医の重要性を認識したことを、「まずは一歩前進」と肯定的に受け止めています。

山田 確かに私が家庭医を志した四半世紀前から考えると、こうした国民的議論が巻き起こること自体に隔世の感があります。「かかりつけ医」ではなく「かかりつけ医機能」という表現で

はありますが、法的な定義付けがなされたことは画期的でしょう。

北西 国・都道府県が関与する枠組みの創設も評価できます。しかしながら疑問もあります。制度を整備したとしてもかかりつけ医としての責任の所在が曖昧なままでは、COVID-19のような受難民が再び生じかねません。

青木 かかりつけ医機能をめぐる議論の中では、診療所単独で24時間対応するのは難しいといった理由から、複数の医療機関の連携によって「地域で面としてかかりつけ医機能を発揮する」という考え方もあります。

山田 例えば、複数の医療機関にかかる高齢者を想像しましょう。通院する医療機関や診療内容・処方薬を把握し、その人のWell-beingの最大化をめざして調整する責任者が必要なはず。通院が困難になった場合は、他院の診療を引き継ぎ在宅で診ることも

必要でしょう。

典型的なのは受け持ち患者が入院後にADL低下となり退院。これまで通院していた複数の医療機関への通院が困難となり1か所にまとめたという要望があった時や在宅医療を希望した時に、「当院ではもう診れません」というケースです。これではかかりつけ医機能を担っているとは言えません。
北西 「面としてのかかりつけ医機能」を担保するには、主治医の役割や連携の在り方について議論を深めることが不可欠でしょう。

青木 今回の制度整備における「患者に対する説明」(表③)にもかかわるかもしれません。かかりつけ医機能を有する医療機関は、継続的な医療を要する患者に提供する医療について説明する努力義務が生じます。ただし具体的な説明内容や、書面交付が1対1対応なのか複数の医療機関でも可とするのかなど、今後の検討課題となっています。いずれにせよ、かかりつけ医としての責任性をどう担保するかは重要な論点だと思います。

かかりつけ医機能とは何か、地域での実践者に学ぶ

青木 課題はあるにせよ、今回の法改正が重要な一歩であることは間違いありません。日本のプライマリ・ケア体制を強化する好機とも言えます。そこで、既に各地域でかかりつけ医機能を発揮されている先生方の実践例を伺います。北西先生からお願いできますか。

◆ソロプラクティスでの小児在宅医療と多職種協働
北西 私自身は昔ながらの“町のお医

者さん”の灯を消さないつもりで、「地域のかかりつけ診療所」を掲げてやってきました。24時間365日少なくとも電話対応し、ソロプラクティスの限界はあるものの必要があれば往診しています。

一方で、小児在宅医療はソロプラクティスに向いている実感があります。なぜなら、小児の場合は急変時対応や入院の判断は病院小児科の力を借りることができ、実質的に2人主治医制が実現可能だからです。

中山 私も、小児在宅医療として長年診ている医療的ケア児がいます。ただ、病院小児科とのやり取りは年に数回程度にとどまっているのが現状です。連携を深めるために普段からどのような工夫をされていますか。

北西 医療的ケア児の自立支援協議会が地域にありまして、定期的な会合には必ず出席するようにしています。小児在宅に手を挙げて、数年は全く紹介がなかったのですが、会合で顔と名前を覚えられ、次第に患者紹介が増えてきました。あとは地域包括ケア・多職種連携のICTツールを使って、情報提供や相談をこまめに行うように心掛けています。

青木 小児の在宅医療に対してハードルを感じている医師は少なくありません。どういった経緯で取り組み始めたのでしょうか。

北西 小児を診る診療所が少ないという声が地域にありました。「地域のかかりつけ診療所」を掲げるからには自分がやるしかない。現在は、市からの委託事業で病児保育室も運営し、病気

(2面につづく)

●表 かかりつけ医機能が発揮される制度整備の概要(文献1より)

- ①医療機能情報提供制度の刷新(2024年4月施行)**
 - かかりつけ医機能(「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義)を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。
- ②かかりつけ医機能報告の創設(2025年4月施行)**
 - 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能(日常的な診療の総合的・継続的実施、在宅医療の提供、介護サービス等との連携など)について、各医療機関から都道府県知事に報告を求められることとする。
 - 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
 - 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。
- ③患者に対する説明(2025年4月施行)**
 - 都道府県知事による②の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法または書面交付により説明するよう努める。

臨床検査データブック

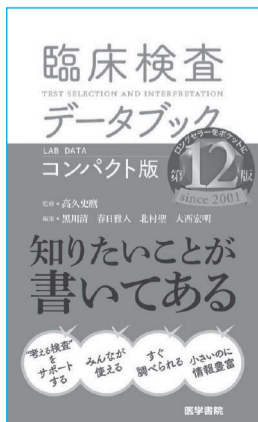
[コンパクト版]

第12版

監修 高久史磨
編集 黒川清/春日雅人
北村聖/大西宏明



書籍の詳細はこちらから



いつでもどこでも頼れるポケットサイズのお役立ちデータブック

『臨床検査データブック2023-2024』(2023年1月刊行)から、いつでもどこでも必要になる検査218項目を抽出し、ポケットに入るサイズに編集。この検査値の意味は……? 病棟に、外来に、実習に、持ち歩いてさっとひけ、コンパクトサイズながら情報がぎっしりと詰まっていて知りたいことが載っている、本当にお役立ちなデータブック。医療職みんなの臨床をサポートします。

■三五変 2023年頁408 定価:1,980円(本体1,800円+税10%)
[ISBN978-4-260-05357-0]

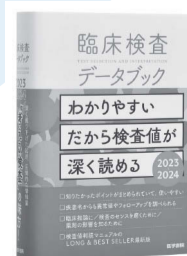
医学書院

こちらが親本!

臨床検査データブック 2023-2024

この1冊で大丈夫!
読みやすく使いやすい
ロング&ベストセラー

B6 2023年 頁1200
定価:5,500円
(本体5,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-05009-8]



座談会 かかりつけ医機能の実装に向けて

<出席者>

●あおき・たくや氏

2008年昭和大学。東京歯科大学にて初期研修後、日本医療福祉生協連家庭医療学レジデンス・東京修了。20年より現職。医療政策学修士、博士(医学)。日本プライマリ・ケア連合学会理事・家庭医療専門医、社会医学系専門医、臨床疫学認定専門家。主な研究テーマはプライマリ・ケアにおける医療の質・患者安全、多疾患併存(マルチモビディティ)。第31回日本医学会総会奨励賞受賞(社会医学系部門)。



社会医学系専門医、臨床疫学認定専門家。主な研究テーマはプライマリ・ケアにおける医療の質・患者安全、多疾患併存(マルチモビディティ)。第31回日本医学会総会奨励賞受賞(社会医学系部門)。

●きたにし・ふみなお氏

1991年慈恵医大卒。国立東京第二病院(現・東京医療センター)にて内科・総合診療の研修後、リハビリテーションや緩和ケア・小児科・整形外科などの研さんを各地で積み、2007年に開業。現在は内科・小児科・訪問診療のほか、病児保育にも取り組む。第15回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会(2024年6月、浜松市)では実行委員長を務める。同学会では、認定看護師、小児・思春期と在宅、臨床倫理を担当している。



現在は内科・小児科・訪問診療のほか、病児保育にも取り組む。第15回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会(2024年6月、浜松市)では実行委員長を務める。同学会では、認定看護師、小児・思春期と在宅、臨床倫理を担当している。

●なかやま・くにこ氏

1996年藤田医大卒。淀川キリスト教病院、聖路加国際病院にて研修。2005年東大大学院医学系研究科内科学専攻感染疫学専攻博士課程修了。マラウイでの臨床を経て、07年英ロンドン大衛生熱帯医学部熱帯医学・国際保健学専攻修士課程修了。途上国医療に携わる中で家庭医療の必要性を実感し、帰国後は家庭医研修プログラムを経て11年に開業。現在は家庭医療を基盤に、ウィメンズヘルスや渡航外来にも取り組む。日本プライマリ・ケア連合学会理事・家庭医療専門医、感染症専門医。



現在は家庭医療を基盤に、ウィメンズヘルスや渡航外来にも取り組む。日本プライマリ・ケア連合学会理事・家庭医療専門医、感染症専門医。

●やまだ・こうすけ氏

1998年北大卒。日本初の家庭医養成施設として96年に設立された北海道家庭医療学センターに卒業後すぐ入職。道内での研修を経て、2002年に更別村赴任。同センターの教育診療所として、派遣される若手家庭医とのグループプラクティスによって24時間365日体制の診療や入院・在宅医療を提供。北海道十勝地方にある更別村のプライマリ・ケアを一手に担っている。家庭医療専門医。北海道家庭医療学センター副理事長。



北海道家庭医療学センター副理事長。

(1面よりつづく)

の子どもを一時的に預かる取り組みも行っています。

青木 「地域に足りない機能を補う」という視点はかかりつけ医機能を発揮する上では重要ですね。多職種協働の取り組みについてもご紹介ください。

北西 私は、日本プライマリ・ケア連合学会が2019年に創設したプライマリ・ケア看護師制度の制度設計に関与しています。こうした背景もあって、現在は院内にプライマリ・ケア看護師が1人在籍し、外来での問診や多職種

カンファレンスでその専門性を発揮してくれています。

時に1日100人近い患者を診察するとなると、1人当たりの診療時間は限られてしまいます。ソロプラクティスがかかりつけ医としての役割を果たすには、多職種協働とタスクシフトが不可欠だと考えています。

中山 当院の場合は、管理栄養士も含めたスタッフが診察前の問診を担当しています。特に生活習慣病など慢性疾患の患者さんからは、「話を聞いてもらいやすい」と頼りにされています。管理栄養士には外来診察を手伝ってもらうこともあるのですが、管理栄養士が栄養指導の効果を確認できるなど、相乗効果が生まれています。

山田 いずれも理想的ですね。当院も外来診療に多職種でアプローチする戦略を練っているところなので、参考になります。

ソロプラクティスであれグループプラクティスであれ、かかりつけ医機能の発揮には多職種との連携が欠かせません。この点は今後の制度整備の中でも議論を深めていくべきでしょう。

◆地域での在宅療養ネットワーク、オンライン診療による医療アクセスの確保

青木 中山先生も北西先生と同じく24時間365日対応のソロプラクティスで、在宅医療も行っています。かかりつけ医としての役割を果たすための取り組みを教えてください。

中山 開設当初は予約制を基本に、当日受診も可能にしてゆとりを持って始めました。しかし患者さんが次第に増えて、3分診療の日々が数年続いたのです。3分診療は当日の主訴に対応する時間しかありませんので、「これはもう家庭医のあるべき姿ではない」と思い、予約枠を減らして1枠当たりの時間を増やしました。すると処方薬のみを目的とする受診は減って、「自分をきちんと診てほしい」という患者さんが集まるようになってきました。これが当院の役割だと信じてやっています。

北西 24時間365日の在宅医療にソロプラクティスで取り組む上での工夫はありますか。

中山 市内の複数の医療機関、訪問看護ステーションや福祉等の、在宅療養ネットワークがあります。例えば出張予定が入るとそのネットワークに情報を流して、担当患者の急変時には代診をお願いできるようになっています。

北西 困ることはないですか。その日は誰も手を挙げてくれないとか、誰かにしわ寄せが来て不平不満が出るとか。

中山 お互いに“持ちつ持たれつ”の関係性ができていますね。大型連休は事前に希望日を提出して公平に割り当てるといった工夫がされています。

青木 そういったネットワークを地域でつくれるならば、在宅医療に取り組む開業医も増えてくるでしょう。医療

機関連携の好事例です。中山先生はオンライン診療にも精力的ですね。

中山 当初は定期受診の患者さんの同意を経て、対面診療の間にオンライン診療を挟む形で始めました。使い慣れた人とオンライン診療でひとまず相談して、必要なら翌日に受診するケースもあります。女性の場合は低用量ピルの処方や婦人科系のちょっとした相談が多いですね。コロナ禍で初診も可能になったことによって、オンライン診療の予約が増えました。こちらの初診では主に、COVID-19陽性/疑い症例を診ています。

北西 予約診療の枠を減らすほど外来が混雑していたのにオンライン診療の予約が入ってくると、タイムマネジメントはどうされているのですか。

中山 オンラインは午前と午後のシフトの、それぞれ最後に入れていきます。なぜかという、オンライン診療は受付や対面診療、検査がないので、医師ひとりで完結でき、その時間帯にスタッフが片付けを始められます。そうやって残業を減らすことが、シフトの最後の時間にオンライン診療を組み入れている目的です。

山田 なるほど。正午や夕方は、患者さんにとってもオンライン診療を使いやすい時間帯ですね。国内のオンライン診療は当初の期待ほど普及していません。当院も少数にとどまっています。仕掛けを考えているところでした。

中山 近所にかかりつけ医を探せなくて困っている人はたくさんいると思います。まずはオンライン診療で相談して、適切な医療機関につなげる仕組みがあると良いのではないのでしょうか。

青木 若い人は普段かかりつけ医との接点が少ないですが、ITリテラシーが高いので、オンライン診療のニーズは大きいですね。今回の制度整備では慢性疾患を有する高齢者が主な対象となっていますが、普段は継続的な医療を必要としない住民に対するプライマリ・ケアもかかりつけ医の果たす重要な役割です。オンライン診療の活用がひとつの鍵となるでしょう。

◆“地域のインフラ”として自治体との協働、医療DX

青木 ソロプラクティスの北西先生・中山先生に対して山田先生はグループプラクティスで、地域のプライマリ・ケアを一手に担っています。

山田 へき地におけるかかりつけ医機能の特徴は、“地域住民の健康的な生活を維持するためのインフラ”であることです。こうした視点に立ち、「地域の変化に応じて医療をどう提供すべきか」を、行政と協働して議論してきました。

例えば在宅医療介護連携推進事業では、地域の要介護者数の将来予測を行政に示し、訪問看護ステーションや入院支援を行う連携コーディネーターを設置したほか、在宅診療や口腔嚥下

に強い歯科診療所の誘致に成功しました。また、更別村の隣にある中札内村立診療所の医師の引退を機に自治体同士で協議し、中札内村は外来機能だけを残した診療所として運営を引き継ぎ、更別村は機能強化を図りました。両診療所合わせて家庭医5.5人体制となり、両村合わせて人口7000人の地域医療を担っています。

青木 2村の医療を効率的にマネジメントするために、どのような工夫をされていますか。

山田 デジタル技術の活用は欠かせません。2つの診療所で患者番号を統一して、クラウド型電子カルテを運用しています。また北西先生同様、地域包括ケア・多職種連携のICTツールも両村で導入して、情報交換を密にしています。

青木 更別村というと、内閣官房デジタル田園都市国家構想に採択された「北海道更別スーパープレッジ構想」も話題です²⁾。

山田 2023年4月に河野太郎デジタル大臣が更別村診療所を視察した際は、眼科遠隔診療をご紹介しました。これまで糖尿病患者の眼科診療については村外への定期健診を患者さんをお願いしていたものの、なかなか通院してもらえず困っていました。

そこでスーパープレッジ構想の一環として、当院に眼圧計・眼底鏡・OCTを設置し、検査データは電子カルテ経由で札幌市の眼科医が読影するシステムを導入したのです。現在は村外にある眼科へのこまめな受診が困難な緑内障や黄斑変性症のある患者さんの定期健診・早期発見にもつながっています。

青木 糖尿病患者における眼科検診の実施率の低さは都市部でも課題になっていますし、全国的にニーズが広がりそうですね。

山田 はい。かかりつけ医機能とDXは相性がよく、さらに発展の余地がありそうです。

青木 冒頭の話に戻ると、確かにへき地は行政と協働しながら集約化して、グループプラクティスを主体にしていく必要があるのかもしれない。

山田 中核都市はまだしも、へき地診療所は後継者不足が深刻です。地域唯一の医療機関として学校医や施設の嘱託医、成人のみならず乳幼児健診など多様な医療に対するニーズを満たすために総合診療医によるグループプラクティスをめざすことが望ましいと思います。多様なニーズに添えていくことで必然的に行政との協働が進みやすくなるというメリットもあります。

北西 一方の都市部は、医師会が窓口となって行政と協力することが今後ますます重要になってくるのでしょうか。

青木 都市部とへき地、ソロプラクティスとグループプラクティスで、それぞれかかりつけ医機能の発揮の仕方が異なってくるのでしょうか。

北西 フリーアクセスの都市部と地域

死亡直前と看取りのエビデンス 第2版

森田 達也 / 白土 明美

B5 2023年 頁312
定価:3,740円(本体3,400円+税10%)
[ISBN978-4-260-05217-7]

詳細はこちら



死亡直前と看取りのエビデンス 第2版

森田 達也 白土 明美

「死」をエビデンスから捉えたロングセラー

「亡くなる過程(natural dying process)を科学する」という視点でまとめた本書、新知見を盛り込み充実の改訂!

亡くなる過程を科学する

「亡くなる過程(natural dying process)を科学する」という視点を国内で初めて提供した書籍の第2版。今改訂では、初版刊行以降の国内外における新たな研究知見をふんだんに盛り込み、著者自身の経験に根差したわかりやすい解説とともに、新たな知見がどのように臨床に役立つのかにも重点が置かれている。「死亡直前と看取り」に携わるすべての医療職者に向けた待望の改訂版、ここに堂々の刊行!

- 第1章 死亡までの過程と病態
- 第2章 死亡前後に生じる苦痛の緩和についてのエビデンス
- 第3章 望ましい看取り方についてのエビデンス

医学書院

座談会

のインフラとなるべき地。継承開業に代表されるソロプラクティスと、体系的研修を受けた医師によるグループ診療。それぞれ違いはあれども、共通する本質も見えてきた気がします。

中山 診療形態がどうあれ、北西先生が冒頭で話された「かかりつけ医としての責任の所在」がやはり本質ではないでしょうか。

山田 それと診療の継続性ですね。グループ診療はソロと比較すると対人的な継続性の担保が難しいので、そこは注意している点です。

青木 プライマリ・ケア機能の構成要素(本紙4面)のうち、最もエビデンスが確立しているのは継続性です。もちろんソロプラクティスとグループプラクティスでそれぞれ継続性が発揮されているはずですが、日本人の認識として「かかりつけ医」が医師個人なのか医療機関なのかについても現状はよくわかっていません。これは研究者としても興味がある点です。

かかりつけ医を支え、やりがいを分かち合う場を

青木 これまでの議論を踏まえ、かかりつけ医機能を実装する上での課題は何でしょうか。国や都道府県、地域の医師会や医療機関への提言や期待をお聞かせください。

北西 私としては、かかりつけ医機能を支援する施設を二次医療圏に1~2か所ずつ認定することを提案したいです。診療所単独でかかりつけ医機能を十分に発揮するのは実際に難しいです。し、「面で支える」といってもこれまで専門医療に特化してきた医師には荷が重いです。かといって総合診療医の数も全国に行き渡るほど十分にはいません。それならば、認定施設に総合診療医を常勤配置し、多疾患併存やポリファーマシーなど対応困難事例のコンサルトを行ったり、在宅での急変時対応の調整機能を果たしたりしてほしい。医学生や研修医の教育的機能を果たすことも期待できます。

青木 興味深いアイデアですね。認定施設が都道府県による協議の場(表②)に参画するような仕組みができると理想的です。

中山 私は医療機能情報提供制度の刷新(表①)に期待しています。現状の制度では診療科目や診療時間、対応可能な疾患・治療内容などの情報が提供されていますが、もっと地域住民のニーズに沿った形式になってほしいと思います。

青木 情報提供項目は今後見直されることになっていますが、どのような項目があるといいでしょうか。

北西 対応できる主訴や症状まで盛り込むときりがありません。難しいところですね。

山田 細かい項目もある程度必要なのかもしれませんが、「あの医療機関に相談す

れば何とかしてくれる」という信頼感の醸成がプライマリ・ケアの本來めざすべき姿だと思えるのですよね。

青木 確かに。そう考えると、今回は実現しませんでした。将来的には第三者による質保証にまで発展していくことが望まれます。

山田 質は問われてきますよね。個人的には、勤務医を辞め開業した後もそれまでの専門診療科の医療の延長線上で狭い範囲の診療にとどまってしまう、かかりつけ医機能を発揮できていない医師が少なくないことを残念に思っています。経営学を学ぶなどして起業家精神を培い、地域のニーズに向き合い仕事の幅を広げていくビジョンを持った医師が増えてほしい。地域住民に広くかかりつけ医機能を楽しんでもらうために必須のことではないでしょうか。

中山 勤務医を辞めることをドロップアウトと受け止めてしまう医師もいます。開業してかかりつけ医となった時に、互いにその地域の健康課題等を共有して学び合い、そのやりがいを分かち合う場が必要だと思います。地区医師会やその地域ごとの集まり等が、今後その役割を担い充実させてほしいです。

青木 診療スキルだけでなく、土台となるマインドセットやマネジメント・スキルも、かかりつけ医機能の実装化に向けて必要ですね。

北西 日本のプライマリ・ケアの主体は、領域別専門医療の経験のまま開業・継承する、もしくは診療所や中小病院に就職する医師により提供されるという時代がしばらく続くでしょう。プライマリ・ケアは奥深い、多職種協働は楽しい。そう気付かせる仕掛けが地域に必要ですね。

そのためには、郡市医師会レベルでかかりつけ医を志す医師の部会をつくるのが最初の一步だと思います。もちろん学会活動などを通して全国に仲間を増やすことも重要ですね。最後は、来年の日本プライマリ・ケア連合学会学術大会(浜松)の宣伝でした(笑)。

青木 かかりつけ医機能の制度整備と実装に向けて、さまざまな切り口から先生方の実践に基づいた貴重なお話を伺い、大変勉強になりました。今回の座談会が、かかりつけ医機能についての議論を各地域で深めるきっかけになれば幸いです。

●参考 URL

- 1) 厚労省. 第1回国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会 資料2 国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討について. 2023. <https://onl.bz/n6PPQV>
- 2) 北海道更別村. 更別スーパービレッジ構想(デジタル田園都市国家構想). <https://onl.bz/UzZaYmt>

視 点 中小病院に求められるかかりつけ医機能とは

近藤 敬太 豊田地域医療センター総合診療科在宅医療支援センター長・藤田医科大学連携地域医療学 助教



2023年の通常国会で成立した「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」では、かかりつけ医機能を強化するための制度整備が盛り込まれた。かかりつけ医機能を担う医療機関としては、診療所のみならず、中小病院も想定されている。では、中小病院にはどのようなかかりつけ医機能が求められているのか。当院のこれまでの取り組みと、全国の中小病院でかかりつけ医機能を実装するための課題や展望について述べる。

◆病棟・外来・在宅・地域をシームレスにつなぐコミュニティ・ホスピタル

豊田地域医療センターは、新たな病院像である「コミュニティ・ホスピタル」という概念を提唱してきた(<https://www.toyotachiiki-mc.or.jp/news/866/>)。コミュニティ・ホスピタルとは、病棟・外来・在宅をシームレスにつなぎ、地域とのかかわりを大切にした病院のことであり、具体的には下記の3項目で定義されている。

- 1) 総合診療を中心とし、地域住民の健康管理や救急医療をはじめとする必要な医療を提供できる病院
- 2) 充実した在宅医療体制を有し、地域の医療・介護・福祉機関と協力して地域包括ケアシステムの構築に貢献する病院
- 3) 地域医療にかかわる人材が体系的に学び成長できる環境を整え、人々が集い交流する地域に開かれた病院

つまり、プライマリ・ケアを担う総合診療を中心に、今までの病院に求められたケアミックスの外来や病棟機能だけでなく、在宅医療や住民と協働した地域活動まで取り組む病院像を示している。また、地域医療にかかわる人材の教育にも力を入れていく必要がある。当院では藤田医科大学と連携し総合診療医を育成するプログラムのほか、訪問看護師や療法士を育成するプログラムを豊田市からの委託を受け運営している。

◆中小病院ならではの特性を生かしたかかりつけ医機能

かかりつけ医機能を持つ中小病院の診療所との最大の違いは、病床機能を持ち、夜間も含めて複数の医師体制を作りやすい点である。そのため診療所と比べてより重症な患者の外来や在宅でのフォローが可能となるほか、急性期~慢性期まで地域の医療ニーズに合わせた病床機能を持つことができる。外来や在宅医療におけるかかりつけ医機能を強化することも可能だ。また、

一人の患者に対して在宅~外来~病棟とどの診療の場でも同じ医療者や関係職種がかかわるため、患者としては安心感につながり、医療者としては診療に対するモチベーションの向上や地域包括ケアシステムの全体像をとらえられ、プライマリ・ケアの機能である継続性や包括性、協調性を学ぶことができる。

かかりつけ医機能を持つ診療所との連携も重要である。当院では、地域の診療所と当院のCTやMRIを共同利用する取り決めを行い必要な患者へ検査機会の提供を行っているほか、地域の医師会が中心となり機能強化型(連携型)在宅療養支援病院・診療所となることで在宅医療を担う診療所の負担を軽減する連携支援体制を構築している。

◆全国の中小病院に実装する上での課題と展望

現状、最も課題として感じているのは総合診療医の不足である。コミュニティ・ホスピタルも含めたプライマリ・ケアを専門で行う総合診療医は、2023年度の専攻医採用の3.1%(9325人中285人)となっており、OECD加盟国平均の約30%という数字を大きく下回っている。前述のように、今後は中小病院がかかりつけ医機能に教育機能をプラスし、総合診療医を育成するプログラムの運営を通じて総合診療医を増やしていく必要がある。また、中小病院の3~4割は赤字と考えられ、その多くが人材不足に悩んでいる。中小病院のコミュニティ・ホスピタル化が収益改善や、医師を含めた多職種の人材確保につながる可能性がある。

最近では、コミュニティ・ホスピタルにかかわる学術団体であるCommunity Hospital Japanや、コミュニティ・ホスピタルの経営支援や人材育成を行う一般社団法人であるコミュニティ&コミュニティホスピタル協会が立ち上がるなど、全国でもさまざまな取り組みが始まりつつある。今後、かかりつけ医機能やより質の高いプライマリ・ケアの提供のために中小病院が果たすべき役割は大きい。中小病院がより多くの総合診療医育成の場となり、そこで働くことが総合診療医にとって輝かしいキャリアのひとつとなることを期待している。

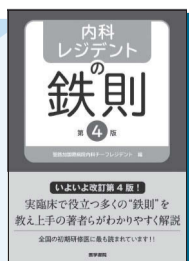
●こんどう・けいた氏/2014年愛知医大卒。トヨタ記念病院にて初期研修、藤田医大総合診療プログラムにて後期研修を修了。現在は豊田市を中心に約600人に在宅医療を提供している。夢は愛知県豊田市を「世界一健康で幸せなまち」にすること。まちに出る「コミュニティドクター」としても活動している。

多くのレジデントに読まれてきました。研修医になったらまずコレ!

内科レジデントの鉄則 第4版

本書は、臨床現場で一番大事なこと一備えた知識を最大限に活かし、緊急性・重要性を判断した上で、適切な判断ができるか一に主眼を置いて構成されています。第4版では、前版同様に教え上手の著者らが研修医にアンケート調査を行い、これまでの改善点を徹底的に洗い直し、分かりやすい解説を心掛けるとともに、少しアドバンスな内容や参考文献を充実するなど、さらに読者目線で役立つ本をめざしました。

編集 聖路加国際病院内科チーフレジデント



プローブを握る前にこの1冊!

レジデントのための腹部エコーの鉄則 [Web動画付]

解剖学的知識、走査法といった基本から、画像の解釈、病態の把握、そして日常臨床でよく出会うもの、実はどこにも対応法が載っていないものまで、腹部エコーを行ううえで知っておきたい「鉄則」をまとめた1冊。悩みがち・迷いがちなテーマを中心に取り上げ、症例をもとに実践的な対応策を示す。実践編1「超音波解剖とプローブ走査法」では、丁寧な解説とWeb動画でハンズオンセミナーのように走査のコツを修得できる。

編集 亀田 徹

