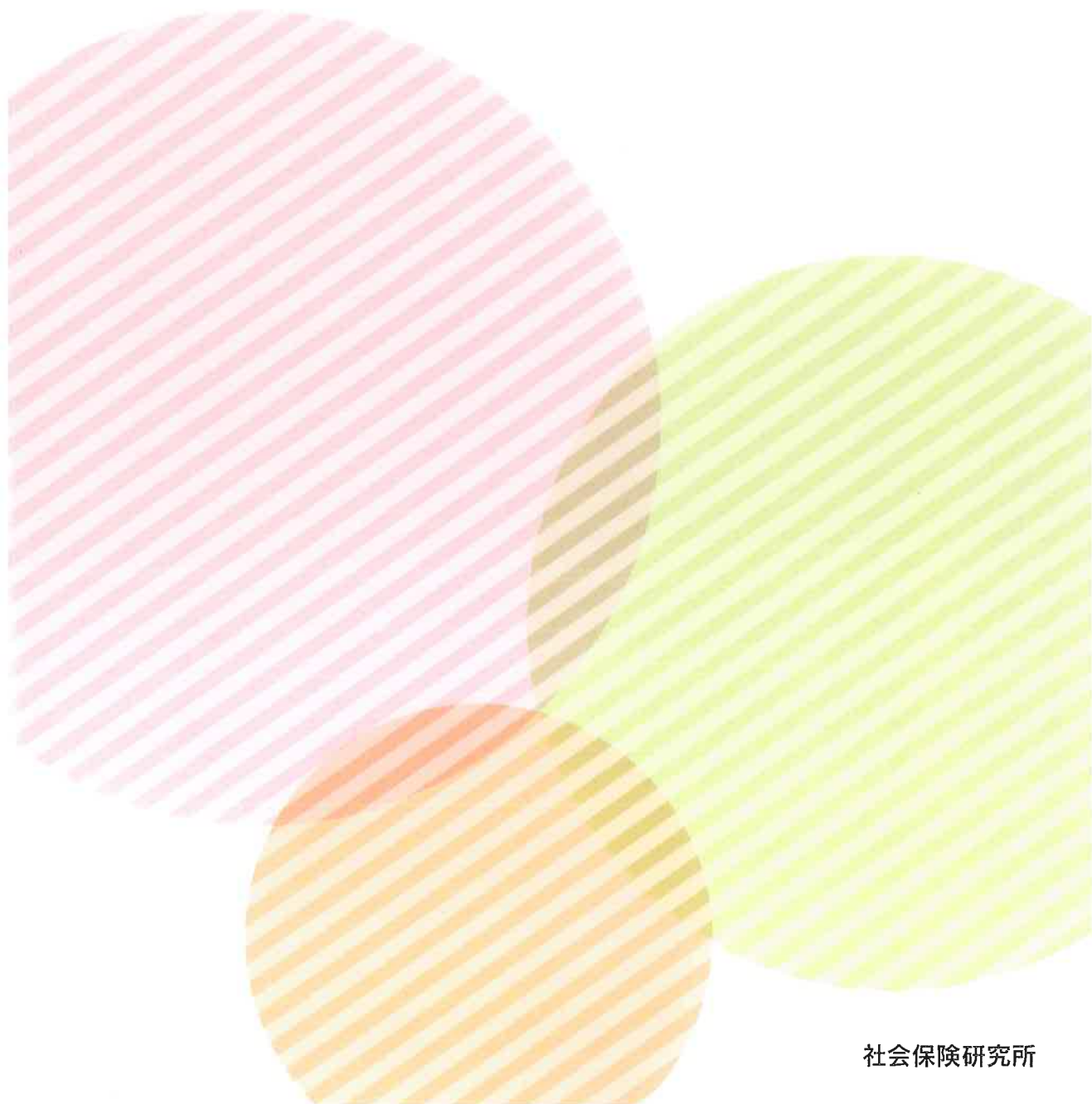


期待されるグループ診療

 Expected Community Care - Group Practice and Team Medicine

日本プライマリ・ケア連合学会

グループ診療の実践に関するワーキンググループ [編]



有床診療所におけるグループ診療

医療法人社団 実幸会 いらはら診療所 院長

苛 原 実

1. はじめに

有床診療所とは19床以下の入院機能を持つ医療機関のことである。20床以上の病院に比べて運営基準が比較的緩やかである分、診療報酬も低く設定されている。わが国独自の制度であるが、入院機能を持っていることでは病院と同じであり、24時間・365日の稼働をしており、そのための人員体制も必要となる。その点からは、1人の医師で運営をしてゆくには肉体的・精神的負担が大きく無理があり、グループ診療などにより複数の医師が関わる必要性が高い診療形態といえる。

本稿では、有床診療所で在宅医療を行う当院の現状を述べ、グループ診療のメリット・デメリットについて考察をする。

2. 実幸会の現状

いらはら診療所を組織の核とする医療法人社団実幸会は、現在職員数が142人（常勤62人）、7事業所で診療所、訪問看護ステーション、居宅支援事業所、デイサービス等の事業を行っている（図1）。当院の特徴としては、外来診療、入院診療、訪問診療の3つの診療形態を駆使して、外来から入院そして退院後通院困難な場合は訪問診療と、切れ目のない地域医療を複数の医師で行っていることである。入院部門は有床診療所の入院保険点数が低く設定されているため赤字部門であるが、在宅診療と外来診療を後方支援し、入院治療ができることで医療の幅が広がり、職員の士気も上がるためになんとか維持している。

現在診療所は3人の常勤医師と、10人の非常勤医師で診療にあたっている。外来診療と在宅診療はそれぞれ午前・午後に分けて行っており、午前中は内科と整形外科の2診体制、訪問診療も通常は2チームで午前・午後に分けて行っている（図2）。

Ⅲ これまでのグループ診療の取り組み事例

外来診療は一日平均110人程度の患者がきており、在宅訪問診療を行っている患者は370人前後で、入院は常に満床状態である（図3）。図4は2010年度の在宅患者数の推移と往診数の推移である。在宅患者さんは月に7人～14人新規に開始となるが、入院で中止をする患者さんや亡くなる方も7人～19人程度あり、訪問をしている患者さんの数は370人弱で変動しており、大きな変化はない。往診数も月平均30回から80回弱で、夜間、休日、深夜の往診も毎月必ずあり、在宅医療だけを見ても1人の医師の力ではとてもこなせる仕事量ではない。

有床診療所は在宅医療を進めてゆく中で、入院ベッドの必要性を痛感して始めたのであるが、実際には外来患者からの入院が半数を占めている（図5）。筆者自身が40年近く住んでいる地域であり、患者さんの多くは顔見知りで、地域に根差した診療所であることは間違いない。また、当院のある松戸市近隣では入院ベッド不足が著しく、急性期病院では長期間の入院が困難な患者さんを引き受けることで、地域医療の隙間を埋める役割も果たしている。

図1 医療法人社団実幸会の組織図

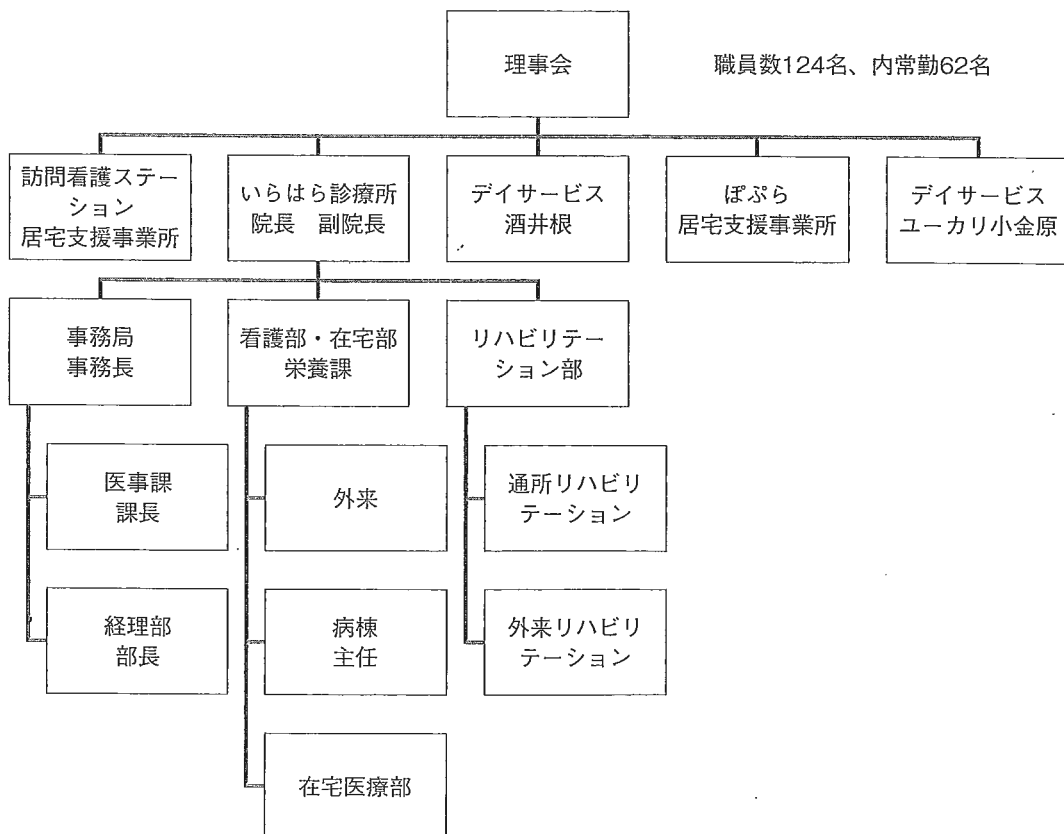
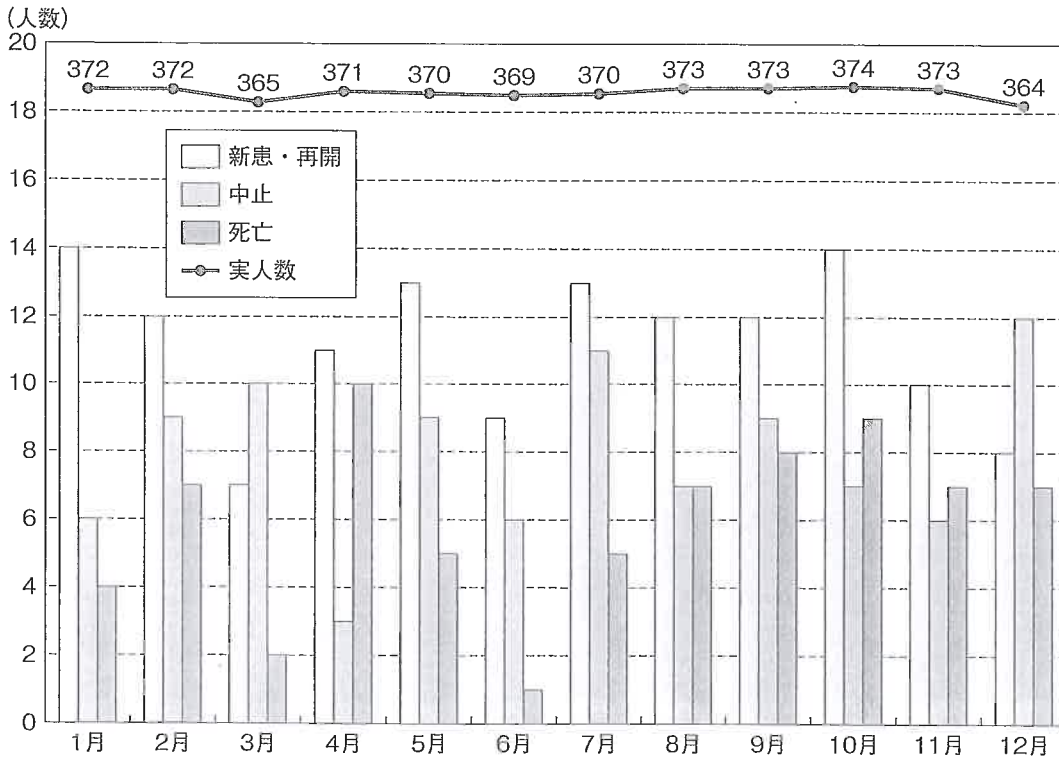


図2 いらはら診療所の外来・在宅勤務

	月	火	水	木	金	土
外来 午前	苛原・石井	苛原・小林	藤本・前田	苛原・金	藤本・石井	苛原・川上
在宅 午前	藤本・藤本一	藤本・石井	可西・苛原	川上・三嶋	苛原・前田	藤本
外来 午後	藤本	藤本・石井	休診	川上	苛原	藤本
在宅 午後	石井・藤本一	苛原・小林	藤本・可西	金	藤本・石井	川上
当直	担当Ns 苛原	担当Ns 石井	担当Ns 苛原	担当Ns 担当医師	担当Ns 苛原	担当医師

*月曜日から土曜日まで、外来診療と在宅診療で2診体制をとっている。

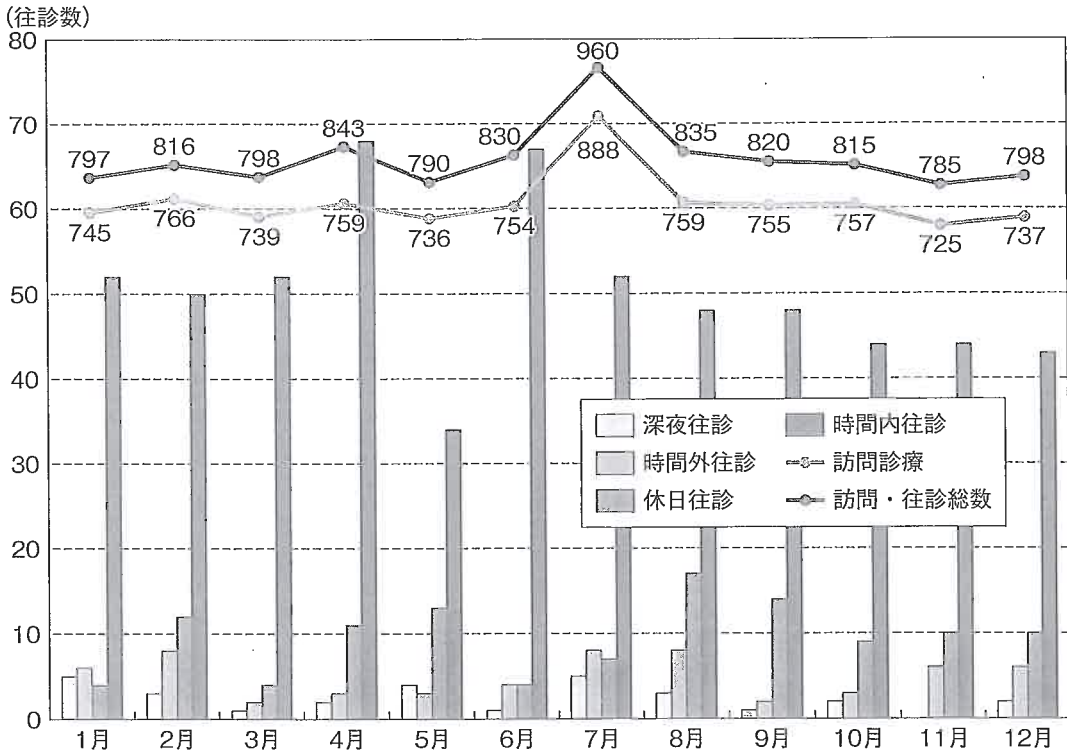
図3 在宅患者数の推移 (2010年)



*新患も多いが亡くなる方や中止の方も多く、年間それほど在宅患者数は増えていない。

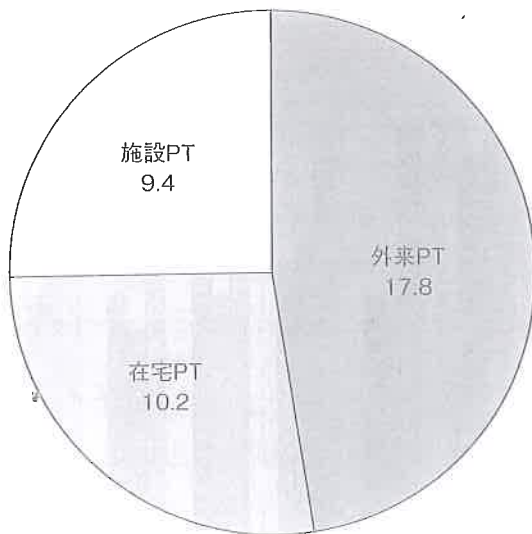
Ⅲ これまでのグループ診療の取り組み事例

図4 訪問診療・往診数（2010年）



*季節的な変動はあるが、毎月50回以上の往診を夜間休日含めて行っている。

図5 入院患者の内訳



	入院患者数	外来PT	在宅PT	施設PT
H22.4	40	23	10	7
H22.5	38	20	13	5
H22.6	30	18	5	7
H22.7	43	15	13	15
H22.8	36	13	10	13
合計	187	89	51	47
平均値	37.4	17.8	10.2	9.4
		48%	27%	25%

*入院患者の半数は外来患者であり、在宅と施設からの患者がほぼ同じくらいである。

3. 実幸会の発展経緯 (表1)

当院は1994年に千葉県柏市で1人医師の無床診療所としてスタートした。1995年から患者の求めに応じて往診を始め、同年に在宅療養総合診療科を千葉県に届け出し、本格的に訪問診療を開始した。さらに同年に医療法人化して、訪問看護ステーションを柏市に新設した。訪問診療を開始してから1年間は訪問患者数は10人程度で伸びなかったが、訪問看護ステーションの開設後は患者数が急速に伸びて約1年で80人を超えてきた。

当時は介護保険施行前であり、障害高齢者のショートステイなどが十分に普及していなかった。たとえば、在宅患者が風邪などで入院が必要な際や、介護している家族が病気になった時の入院先の病院を見つけるのが困難を極めた。そこで1997年に、偶然に見つけた医療ビルを借り、千葉県松戸市に新しい有床診療所を開設した。

2000年には、それまで非常勤勤務であった藤本医師が副院長として常勤医師となり、常勤医2人体制となった。藤本医師は開業前に筆者が勤めていた病院の先輩医師である。1997年から約3年間は1人で、有床診療所と在宅医療の24時間管理を行っていたのであるが、いつ呼ばれるかわからない状態を3年間も続けることは精神衛生上も労務管理上も異常なことであり、このような状態が続いて良いとは思えない。常勤医が2人体制になったことで、心理的にも肉体的にも負担はかなり軽減した。現在も藤本医師は当法人の理事として経営にも参加している。その後、2002年には内科医が常勤医として参加。常勤医はそれ以降3人体制で、一時4人体制になったこともあるが、3人体制を維持している。

2009年には非常勤医師として開院

表1 医療法人 社団実幸会 いらはら診療所のあゆみ

1994	千葉県柏市に無床診療所開設
1995	在宅総合診療届出、医療法人化 訪問看護ステーション開設
1997	千葉県松戸市到有床診療所新設－9床
1999	有床診療所増床－19床、生活介護社設立
2000	藤本医師着任副院長
2002	常勤医3人体制
2009	診療所新築移転
2009	つるおか内科開院

図6 いらはら診療所の外観



*鉄骨3階建てであり、1階が外来、2階がリハビリ室とデイケア室、3階が入院病床となっている。管理棟（写真左側）は別棟で2階建となり、通路でつながっている。

Ⅲ これまでのグループ診療の取り組み事例

間もない1995年から勤務していた鶴岡医師が、千葉県船橋市で開業の希望があり、医療法人の組織内開業の形で診療所を作った。鶴岡医師は医療法人実幸会の理事となり、経営に参加する形で診療所長としての勤務をしている。また、これまで通りいらはら診療所で、週に1回の外来診療も続けていたが、2012年に本人の希望もあり独立した。

さらに2009年4月には診療所の新築移転を行い、これまでの借りビルから土地と建物所有の新しい場所で診療を続けている（図6）。

4. 在宅療養支援診療所としての実績

2006年の診療報酬改定で在宅療養支援診療所制度ができたが、当院ではこれまでと何らシステムを変えることなくこの制度に移行できた。有床診療所での当直体制は、病棟が看護師と介護職、在宅部門で事務職員と医師か看護師が当直をしており、常に4人が診療所に詰めていることになる。休日も日勤帯は病棟に看護師を含めて3～4人が勤務をしており、在宅も事務職員か看護師と医師が常駐している。370人近くの患者さんを在宅で支えてゆくためには必要な人員配置であると考えている。

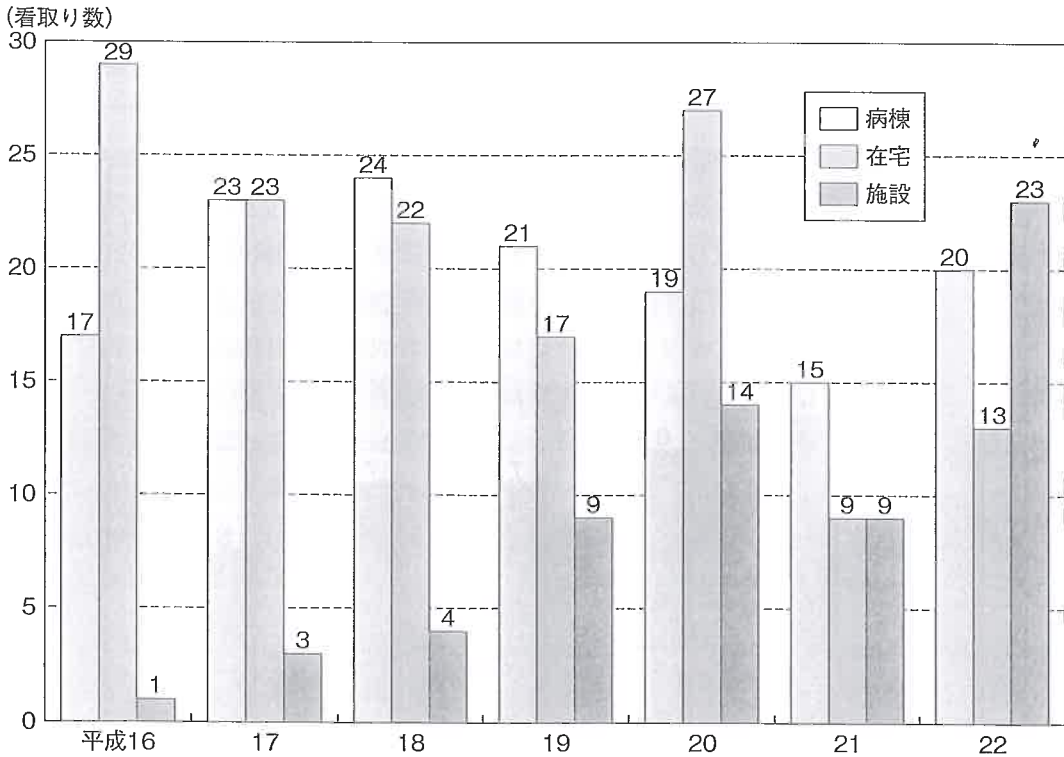
年間の看取り数は、病棟と合わせて50人近くの方を看取っている。この7年間の傾向をみると、いわゆる自宅での看取りは少なくなっており、有料老人ホームやグループホームなど施設での看取りが増えている傾向にある（図7）。独居の方や老老介護の方が増えており、介護力の低下した自宅での看取りができなくなり、その分施設での看取りが増えているのであろう。

2010年の夜間当直の実態を調査した（図8）。当院ではファーストコールは当直事務員が受けるが、全部で500回の夜間の問い合わせがあり、そのうち約8割は電話対応だけで済んでいる（図9）。電話の内容も薬の相談などが多く、医師と話をすることで安心をする家族が多いということであろう。

往診は71回行っており、その内訳は図10のとおりである。死亡確認が最も多く19回で、そのほかは熱発や呼吸苦などが続いている。死亡確認以外の往診で医師が行かなければならないと考えられたのは3回程度であり、それ以外は経験のある看護師で十分に対応可能であったと思われた。

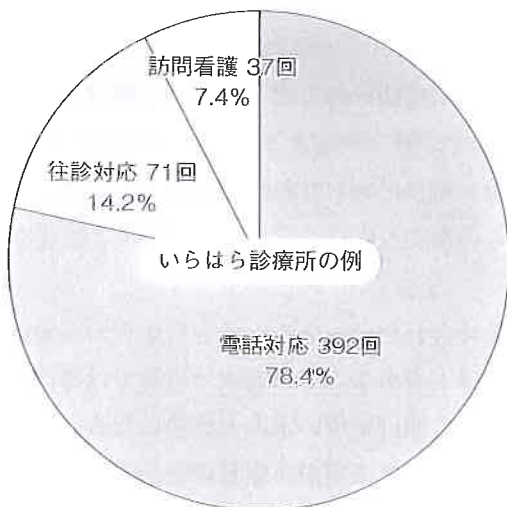
死亡確認も深夜帯の場合には看護師が行い、朝に医師が確認に行く診療所もあると聞いている。深夜帯に往診をすると、翌日の外来勤務や訪問診療がつかなくなる。できるだけ当直の翌日に休みが取れる看護師の力を借りながら在宅医療を行ってゆく必要があるのではないかと考えている。

図7 年間看取り数の推移



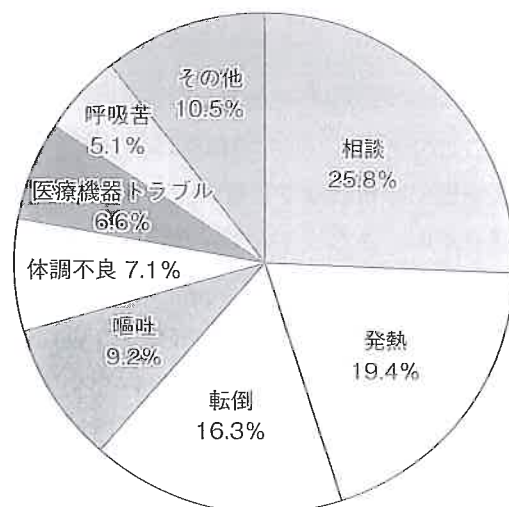
*在宅での看取りが減少して、施設での看取りが増えている傾向にある。

図8 夜間(当直)対応(2010年)



*約8割は電話での対応で済んだ。医師の往診は71回、訪問看護は37回であった。

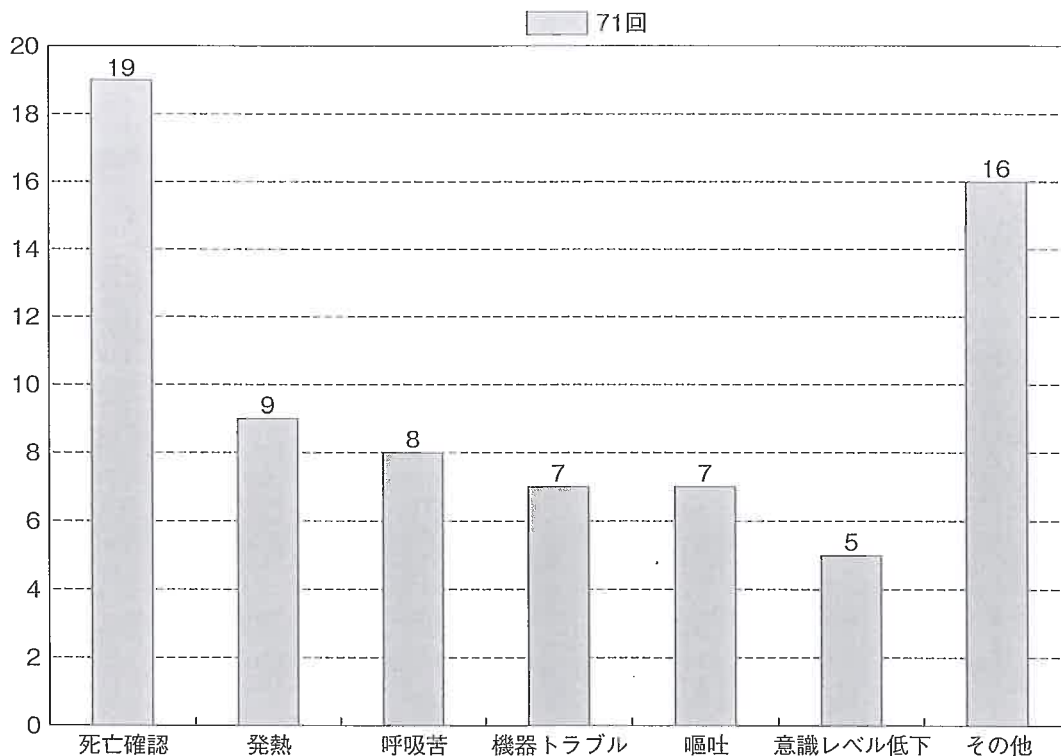
図9 電話対応の内訳(392例)



*電話対応の内容も薬の相談などが約25%であった。

Ⅲ これまでのグループ診療の取り組み事例

図10 夜間往診の内訳 (2010年)



*夜間往診で一番多かったのは死亡確認で19回であった。

5. グループ診療の必要性とメリット・デメリット

グループ診療の最大のメリットは、医療のみならず医師に対してさまざまな相談ができることである。1人での開業は孤独である。看護師やパラメディカルのスタッフはいるが、医療面での相談はできない。経営者でもあるので、職員に対して経営上の悩みも簡単には話せない。また、1人での開業では他の医師からの批判も直接受けることがなく、医療が独善的になりやすい。

もちろん複数の医師で診療を行うことは、意見の合わない、あるいは性格が合わない医師同士だとかえって診療が行いにくくなるデメリットもある。その意味で当院では専門が違う医師がいるので、お互いに専門外のことを気楽に聞けてずいぶんと勉強になる。週1回のパートの医師でも、たとえば麻酔科の指導医の医師に末期がん患者の硬膜外ブロックをお願いしたり、手技の指導をしてもらったりと、診療所としての医療サービスの幅も広がるメリットがある。

すなわち、複数医師で仕事をする事で、仕事の負担が減るだけでなく、医療提供する上での診療内容も向上する可能性がある。常勤医は無理としても、グループ診療とは言い難いが、週に1回のパート医に来てもらうだけでも、開業医にとっては大きな力になるであろう。

また、ある程度のまとまった休みを取れることもグループ診療の大きなメリットである。1人医師の時はせいぜい3日程度の休みしかとれなかったが、2人で診療を行うようになってからは、1週間の休みをとることもできるようになり、海外の学会にも毎年参加をするようになった。もちろん国内の学会にも積極的に参加をして、最新の知識に触れることが日常診療にも跳ね返り、診療内容の充実につながっている。

デメリットの一つとしては、医師の雇用は費用がかかるため、場合によっては院長の給与を減らさなければならないケースもあることだ。しかし、医師が増えることで患者が増え、収入増になることが多く、それほど大きなデメリットにはならないであろう。

有床診療所の場合には、複数医師で診療を行うことで、少ないけれども点数の加算が付く。当院も加算は付いてはいるものの、院長の給与はこの10年間変わっていないが、個人的な生活に不自由はなく、特に給与面での不満はない。それよりも複数の医師で行うことでのメリットの方がはるかに大きいので、今後も複数医師体制を続けてゆきたいと考えている。

6. まとめ

有床診療所で在宅医療を中心に行う当院でのグループ診療の実態を述べ、グループ診療のメリット、デメリットについて考察をした。有床診療所など24時間の診療体制が必要な診療形態では、複数医師が診療に関わるグループ診療が望ましいといえる。