

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

複数の総合診療医のグループ診療で在宅看取り率県内1位の町になった

雨森正記¹ 大竹要生¹ 三砂雅裕¹ 辻岡洋人¹
喜多理香¹ 永嶋有希子¹ 中村琢弥¹ 田村祐樹¹

要旨

目的：滋賀県竜王町にある医療法人社団弓削メディカルクリニック（以下当院）では、複数の総合診療医と専攻医によるグループ診療を行い24時間365日の在宅医療の対応を行っている。複数の総合診療医のグループ診療を行う事で各医師の負担を減らし、在宅看取りが増加することを証明することを目的とした。

方法：当院の在宅看取り数の推移、竜王町の在宅看取り率の推移、竜王町の県内での在宅看取り率の順位について検討した。

成果：当院での年間の在宅での看取り数は40名を越えるようになり、これまで少なかった特別養護老人ホームや認知症対応グループホームといった施設での看取りも増加していた。竜王町では毎年20%前後の自宅死亡率となっており、平成28年には滋賀県の市町の中で第1位になっていた。

結論：複数の総合診療医のグループ診療を行う事で、各医師の負担を減らす一方で在宅看取りを増やすことが出来る。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

かつての我が国では、最期は自宅で迎える事が多かったが、次第に病院で死亡することが多くなり、1970年代になるとその割合は逆転し、平成27年には自宅で最期を迎える割合は全国平均で12.7%にまで減少している¹⁾。しかし、最近では、その人らしい最期を迎えたいと希望される方が多くなってきたことや、超高齢社会、多死社会を迎えるにあたって病院の適切な利用の仕方が問題となっており、在宅での看取りを行う事が注目されている。

その一方で、医師の過重労働が常態化されているのが問題となっており、医師の働き方改革が差し迫った問題となっている。在宅医療の現場で望まれる24時間365日の対応と医師の過重労働の問題とは矛盾する問題でもあり、在宅での看取りまで行う診療所は、診療所全体の4.7%にすぎないと報告さ

れている¹⁾。

医療法人社団弓削メディカルクリニック/滋賀家庭医療学センター（以下当院と略す）では複数の総合診療医と専攻医によるグループ診療を行っている。総合診療医が在宅医療を行う事で、幅広い病態への対応が可能となり、診療レベルの平均化が行われ、またグループ診療を行う事で、休日夜間は交替制にすることが可能となり、一見矛盾している24時間365日の対応と医師の過重労働の軽減とを可能にしている。今回は、その取り組みと成果について

表1 竜王町の概要（2018年1月）

総人口：12177人 男 6230、女 5897
世帯数：4263
高齢化率：22%
滋賀県の東南部湖東平野に位置し、東に雪野山、西に鏡山という2つの山に囲まれている。総面積の30%を水田が占めており、農業のまちとして知られているほか、埋蔵文化財や史跡、社寺など歴史的遺産が豊富に存在しています。
（竜王町政要覧より）

1. 医療法人社団弓削メディカルクリニック/滋賀家庭医療学センター

報告する。

②導入の経緯

滋賀県竜王町は表1に示すような農村地域である。筆頭著者の雨森は平成元年（1989年）に竜王町に赴任し以後29年間同町で診療を行っている。赴任当初より在宅医療を行ってきた。2000年までは医師一人で診療を行い、年平均18名の在宅看取りを行っていた。その後総合診療医、総合診療専攻医（家庭医療専攻医）を雇用することで総合診療医のグループ診療を行ってきた。なお竜王町内で在宅医療を提供している医療機関は当院のみである。

③事例の詳細

当院において訪問診察、往診を行っている医師は総合診療医6名（専門医3名、専攻医3名、うち常勤3名、非常勤3名）、非常勤の緩和ケア専門医1名の計7名である。

2018年1月現在の当院の在宅患者数を表2に示す。自宅へ訪問診察している患者は78名、施設131名である。同月の訪問診察は208件（自宅98件、施設110件）、往診33件（自宅8件、施設25件）であった。

夜間、休日には担当医が往診用携帯電話を交替で所持している。2016年の1年間に176件の着信があり、電話での対応のみで済んだことが70件（40%）、休日夜間の臨時往診が必要であったものが106件（60%）であった。

④成果

過去10年間の当院の在宅看取り件数を死亡場所別に示したのが図1である。過去4年で急速に看取

り件数が増加しており、年間40名を越えるようになって来ている。これは特に特別養護老人ホームや認知症対応グループホームなどの施設での看取りの件数が増加していることによるものである。

表2 当院の在宅患者（2018年1月）

自宅	78名
施設	131名
認知症対応グループホーム	81名
特別養護老人ホーム	50名
訪問診察	208件
自宅	98件
施設	110件
往診	33件
自宅	8件
施設	25件

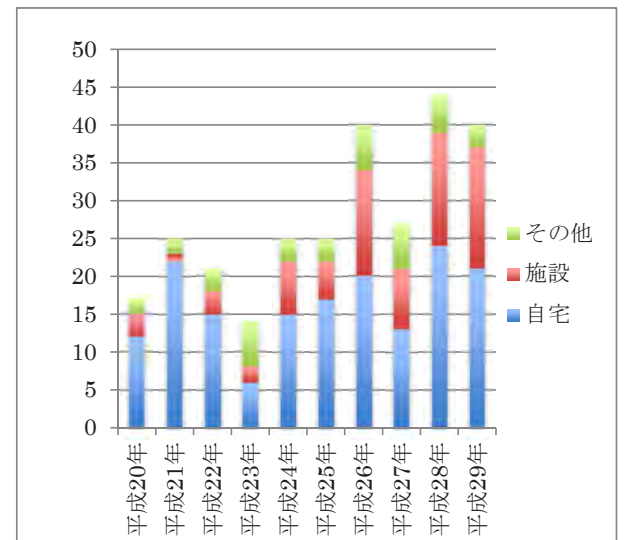


図1 当院の死亡場所別看取り数

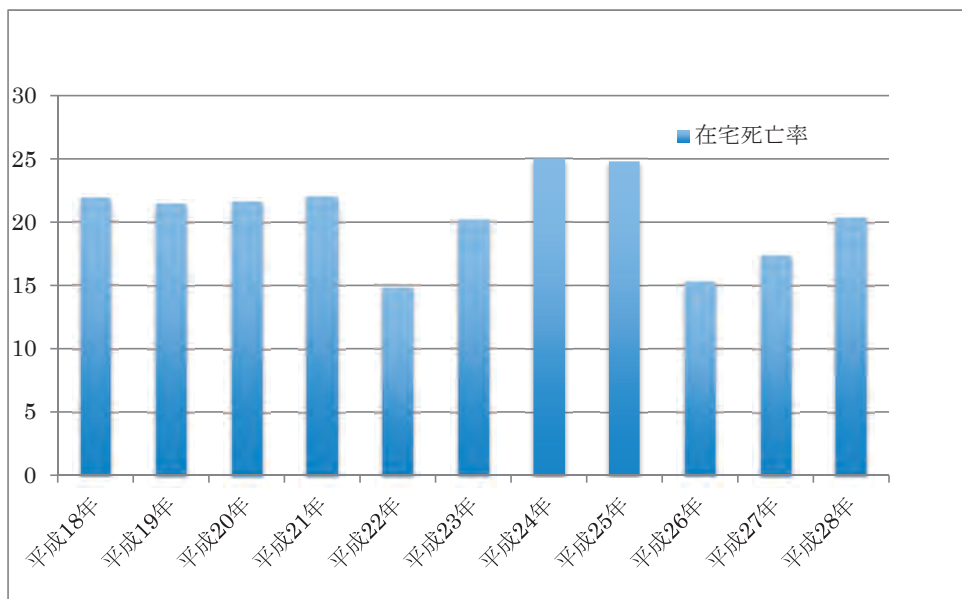


図2 竜王町年度別自宅死亡率の推移

また人口動態統計による竜王町の平成18年から28年までの「自宅」死亡率を図2に示した。年による変動はあるが、竜王町では平均20%の自宅死亡率となっていた。

また平成28年度の滋賀県の市町別「自宅」死亡率を図3に示した。平成28年度は滋賀県の市町の中で竜王町が最も自宅死亡率が高い町となっていた。また平成24年から28年までの過去5年間で、竜王町は3回1位となっていた。

⑤今後の展開

竜王町内の在宅医療は当院のみで全てを網羅している状況になっている。現在の当院の在宅患者は竜王町内だけでなく近江八幡市東部の地域からの依頼も多くなっている。近江八幡市東部の馬淵地区、武佐地区は医療機関不足地域となっている。今後はそれらの地域の在宅医療についても対応出来るように人員の調整を行いたいと考えている。

2. 考察

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

在宅医療を必要とする患者は、多数の問題を複合的に抱えているため、在宅医療を行う医師は、幅広い疾患、問題に対応出来る能力が必要とされている。また医師以外の多職種で連携して対応しなければいけないため、医学医療以外の知識も必要とされる。総合診療医は、そのような知識、技術、態度を備えており、在宅医療を担う医師として相応しいと

考えられる。

欧米の総合診療医（家庭医）の間では、同じ守備範囲である総合診療医が複数でひとつの診療所になかで医療を提供するというグループ診療が主流となっている。総合診療医のグループ診療では、診療の守備範囲が同じであるがゆえに、休養や病気、出産や様々なイベントで医師が休暇を取る場合に、同僚に委託して診療の質を維持しながら無理なく休めることが出来る。また夜間や休日を順番に担当することで、医師の負担がかなり軽減される²⁾。当院では、まさにこの形態を踏襲している。当院では総合診療医のグループ診療をとることにより、24時間365日の在宅医療の提供をしながら、各医師の負担を軽減することができているといえる。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

在宅医療を推進することで不必要な入院を減らし、必要な時のみ臓器別専門医を受診することで臓器別専門医の負担を減らす事は可能である。また在宅医療では一人の患者について多職種での連携を取りながら支える必要がある。患者の病状により、訪問看護など多職種での連携を行うことで、医師の過重労働を減らす事ができると考えられる。

③医療や社会に与えるインパクト

これまで我が国の地域医療では、診療所のほとんどが医師1名のソロ診療を行ってきた。そして、これまでの我が国で行われてきた複数医師によるグ

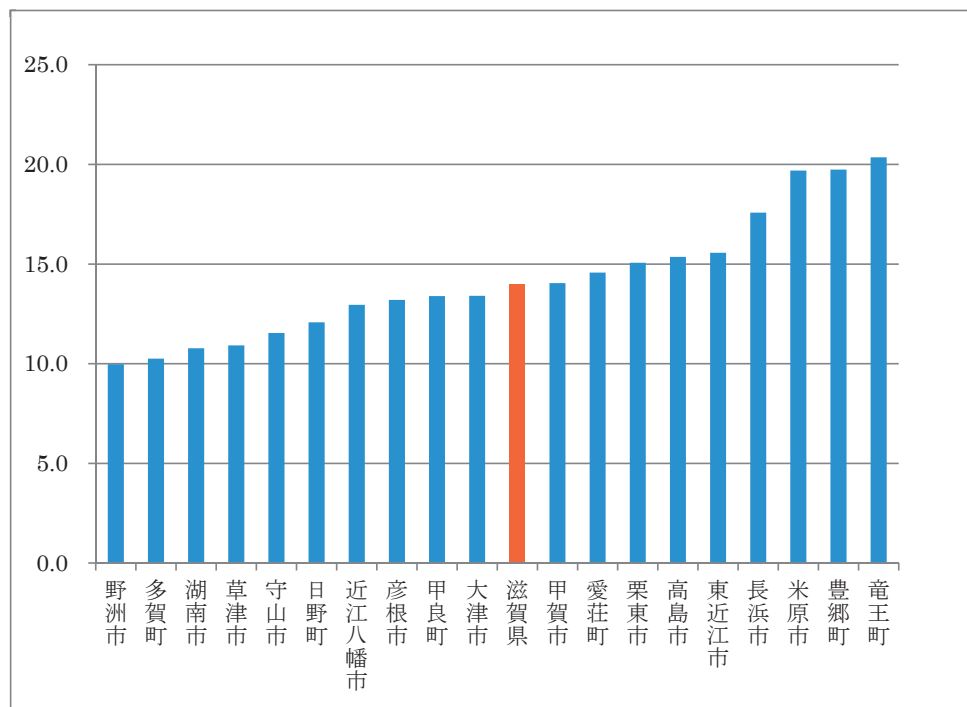


図3 平成28年滋賀縣市町別自宅死亡率

グループ診療は、メディカルモールのような、様々な専門家の医師が1カ所に集まってスペースを共有するという形態をとることが多かった³⁾。そのため、お互いの診療を交替することはできなかった。

医師の過重労働が問題になってきている昨今の情勢で、医師個人の負担を減らした上で24時間365日の対応が必要な在宅医療を行うためには、特定の分野のみの診療に特化した臓器別専門医ではなく、当院のような複数の総合診療医が交替制をとれるグループ診療を行うことが必要となる。当院の事例は、医師にも地域住民にもお互いにメリットのある事例であり、医療界に与えるインパクトは大きいのではないかと考える。

また竜王町は、当院において24時間365日の在宅医療を実現していることから、「安心して最期まで暮らすことができるまち⁴⁾」としてアピールしている。地域社会でのまちづくりにも貢献することができていると思われる。

④他の地域での応用の可能性とその実現のために必要な事項

複数の総合診療医のグループ診療は他の地域でも有用であり、十分に応用可能であると考えられる。その実現のために必要な事は、何より総合診療医の確保ということである。当院は、これまで家庭医療、総

合診療専門医の養成機関として、研修医、家庭医療専攻医の指導を行う事で発展してきた経緯がある。2018年度より総合診療専門医の養成が始まる。その中では「総合診療専門研修Ⅰ」という診療所研修が必修となっている。今後は、総合診療専門研修Ⅰの診療所研修の一環として、診療所で専攻医の教育を行う事から総合診療医のグループ診療を進めていくのもひとつの案かと考える。

文献

- 1) 【テーマ1】 看取り参考資料 厚生労働省 www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku.../0000156003.pdf (参照 2018/03/01)
- 2) 武田伸二. へき地でのグループ診療. 日本プライマリ・ケア連合学会会誌. 2010; 33: 126
- 3) 寺崎仁. グループ診療とは. クリニカルプラクティス. 2006; 25: 6-9
- 4) 西田秀治. 自宅で最期まで暮らすことができるまち・竜王町. 滋賀報知新聞. 2017: 17919; 平成29年9月23日

謝辞

貴重な資料の提供を頂きました滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課中村恭子氏に深謝いたします。