

日本理学療法士協会の地域リハビリテーション活動支援事業



ADL、IADLとは？

ADL (Activities of Daily Living) は一般に「日常生活動作」と訳される。毎日の生活を送る上で必要な基本動作のことで、具体的には食事、排泄、着脱衣、寝起き、入浴、移動などが含まれる。

IADL (Instrumental Activities of Daily Living) は一般に「手段的日常生活動作」と訳される。ADLよりも複雑で高次の動作のことで、具体的には買い物、洗濯等の家事、金銭管理、服薬管理、乗り物に乗ることなどが含まれる。また最近では、趣味活動をIADLに含めることもある。

リハビリテーションや介護の分野では、ADLは高齢者の身体活動能力や障がいの程度を図る上で重要な指標の一つとされており、一般に「ADLが自立している」といえば、介護の必要がない状態を指す。

③研修の仕組み

基本的な研修の仕組みに関しては、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の3職種間で整備した。これにより、3職種の誰が来ても、ある程度の質を担保することができるようになった。

次に、もう一段階上位の研修に関しては、自己啓発や、地域を考える勉強会のような内容を検討している。この中では、3職種を他の職種の人たちに理解してもらうための場面作りも検討している。

現在、より上位の研修に関しても検討を進めており、近く実施する予定である。

2 課題と展望

(1) 現状と課題

①最近の傾向

最近では、若い理学療法士の地元指向がやや強くなっているという。地域貢献をしようとする若い人たちが増えてきているということで、これは、養成校が全国にできてきたこととも関係している。「いわゆる過疎地域で頑張っている人も多いですよ」と森本氏は語る。

②自治体連携の課題

理学療法士は自治体病院にも多く勤務しているが、現状では病院内の勤務が前提となっている。協会では、雇用数の問題も含め、もう少し地域で動きやすい仕組みがあると良いと考えている。そうなれば、もっと地域に出て行くことができるからだ。

森本氏も「理学療法士を含むリハビリテーション職は、もっと地域に出て行くべきだと考えています」と語る。地方自治体がそれを後押ししてくれれば、より理想に近い形になる。

③多職種連携の課題

ケアマネジャーに対しては、もっと理学療法士をどんどん引き込んでほしいと訴えたいという。要求をしてもらい、それを実現していくことで、理学療法士自身の能力も上がっていくからだ。生活していく上で関連するもの、ことをどれだけ考えられるか——これからの理学療法士には、そうした能力が求められているのだ。

(2) 今後の展望

「これからの理学療法士は、病院完結型から地域完結型へと転換していかなければいけません」と森本氏は語る。それは換言すれば、技能を中心とする領域から、生活環境等の評価や本人・他職種へのアドバイスなど、判断を中心とした領域への転換ともいえる。当然、従来のように自ら施術する場面は少なくなっていくので、理学療法士自身も思考を変えていく必要があるという。

最近では、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションの領域でも、こうした理学療法士の役割が拡大しつつある。森本氏は「例えば、上がりかまちのある住宅なら、段差を減らすのか、手すりを付けるのか、それとも四つんばいで上がるのか。そういった生活環境に関する判断を理学療法士が行うことで、生活の質を向上させていくことができるのです」と説明する。

「もっと言えば、例えば患者さんの家に向かう際にも、道路に凹凸はないか、家が平屋か2階建てか、あるいは家族状況はどうか、そうした点にも気配りをしながら、住環境全体を考えることも、今後は必要になってくるでしょう」。森本氏は、将来に向けた理学療法士の役割をこのように語ってくれた。



3 先進事例 ～ 茨城県理学療法士会・北茨城地域自立支援センター ～

(1) 取組の経緯

①地域支え合い体制づくり事業

平成 24 年度、茨城県が「地域支え合い体制づくり事業」を実施したのをきっかけに、茨城県理学療法士会では、以前から温めてきた自立支援センター構想の具体化に向けて動き出した。この構想のメインコンセプトは「制度に縛られない理学療法士の活動拠点を作る」ことであった。より具体的には、訪問リハビリテーションやコールセンターの機能を併せ持つ施設を目指していた。

地元となる北茨城市でも、地域資源が足りないという声は高かったが「でも、どうして良いか分からない」というのが実情だった。「そうした中、理学療法士としてリハビリテーションの重要性を訴えていくためには、地域で実践を重ねて、成果を見せていくしかないと考えました」と語るのは、日本理学療法士協会の副会長であり、茨城県理学療法士会の会長でもある斉藤秀之氏だ。「地域の理解を得るためには、実際に活動しながら仲間を作っていくしかないと考えたのです」。それには、現場に拠点を作って、そこで困っている人たちを助けに行くのが一番だ。それが自立支援センター構想の出発点であった。



茨城県理学療法士会
会長 斉藤 秀之氏

②自立支援センター構想の具体化

「現状では、例えばある施設を作ろうとすると、施設基準を満たすために人員を確保しなければならないなど、制度に制約を受ける部分が非常に大きいと感じます」と斉藤氏。そうではなくて、制度に左右されない活動拠点を作ろうというのが、自立支援センター構想の大きな目的であった。

したがって、「ニーズに応じてなんでもできる」のが自立支援センターである。リハビリテーションモデルに基づくことだけは根底にあるが、あとは制度に左右されず、柔軟な活動ができる拠点なのである。そして、協会では理学療法士だけでなく、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、さらには病院や診療所など、他職種の人たちも施設を利用してくれれば良い、というのが基本的な考え方だ。

こうして平成 24 年、北茨城地域自立支援センターは、北茨城市立病院（現・北茨城市民病院）の一部屋を借りてスタートを切った。「地



北茨城地域自立支援センターの外観

域に早く認めてもらうためには、公益事業として取り組み、行政病院と組むことがポイントでした」と斉藤氏は振り返る。それにより県の予算確保も容易になり、安定した取組が可能となった。

（２）取組の内容

①施設の業務内容

北茨城地域自立支援センターの業務は、リハビリテーションに関する相談をはじめ、訪問リハビリテーション、在宅ケア会議や退院前ケアへの参加など、実に多岐にわたる。そのため、最近では職員一人では手が回らなくなってきた、茨城県理学療法士会がプロボノを事業化し、ニーズに応じた人材を派遣することでフォローしている。

「プロボノの財源は、現状では茨城県在宅医療・介護連携拠点事業を充てていますが、将来的に考えれば、地方自治体が独自事業として取り組むこともできるはずで、本来はそれが理想的です」と斉藤氏は語る。



プロボノとは？

プロボノ（Pro bono）とは、専門家が各自の持つ知識・スキル・経験を活かして社会貢献するボランティア活動のことである。米国における弁護士の公益活動に起源があるといい、近年は他の専門職にも広く普及している。

実際に北茨城市でプロボノを募集すると、遠くつくば市の病院職員などからも応募があるという。「そうした応募者は問題意識が高く、また病院勤務の合間に取り組むことでリフレッシュにもなり、学ぶことも多いとコメントしています」と斉藤氏は語る。また、学校卒業後の研修・教育の場としても機能しており、無報酬の取組ながら、最近ではケアプランに取り入れられるケースも出始めているという。

②業務の具体例

北茨城市の事例検討会では、理学療法士がコーディネーター役を務めている。ここでは、必ず医師（主治医）を呼ぶルールとしている。一般に介護中心の取組では医師を敬遠しがちだが、あえて医師に参加してもらうことで、その後の進め方に違いが出るという。利害がないからこそ、コーディネーターに徹することができる一例だ。

訪問看護ステーションから相談を受けて、看取りの振り返りをコーディネーターしたこともある。これは地域ケア会議の困難事例に近い形であったが、救急隊や学校の先生なども参加して話し合った結果、ある病院長から「家族がギブアップと言うなら、頼れば良い」という言葉を引き出したという。これは病院の立場からは発せられにくい言葉であるが、特定の立場に偏ることなく、あくまでもニーズ・オリエンテッドに徹してコーディネーターを行った結果であろう。

③施設の運営

北茨城地域自立支援センターは、平成 25 年度からの 3 年間は、茨城県在宅医療・介護連携拠点事業により運営している。その際、北茨城市や茨城県医師会などにも相談したが、当時はこうした事業に取り組む余裕のある団体は存在しなかった。そこで、関係各者の了解を得る形で、平成 25 年に茨城県理学療法士会が連携拠点事業者となり、新たな事業としてスタートした。

北茨城市立病院に間借りしていたセンターであるが、現在は独立した施設となっている。人員については、センターの取組に関心の高かった地元出身の理学療法士 1 名を採用し、午後のみ常駐する形である。なお、この職員は茨城県理学療法士会で雇用し、施設に派遣するなど、様々なニーズに対応する形をとっている。



北茨城地域自立支援センターの内観と
理学療法士の鈴木 和江氏（右）

（3）取組の特徴

①職能士会としての取組

茨城県理学療法士会では、当初から「仕組み」としての施設を作りたいという意志が明確であった。斉藤氏は「職能士会として茨城県在宅医療・介護連携拠点事業に取り組んでいるところは、全国でも唯一ではないかと思えます。そして、この仕組みは医療過疎地域では十分に成立する形態ではないかと考えています」と語る。民間病院はもちろん、自治体病院でも進出できないような地域では、職能団体が公益事業として取り組み、網の目を小さくしていく——それによって救える人が 1 人でも 2 人でも増えるなら、その取組には価値があるといえるだろう。

「職能士会は、医療介護連携のつなぎ役、言い換えればコーディネーターになれるのではないかと考えています」と斉藤氏。そのためには、口で言うだけではなく、実践が伴わなければ信頼は得られない。その実例が北茨城地域自立支援センターなのだ。

②リハビリテーションモデル

北茨城地域自立支援センターの他にはない大きな特徴は「リハビリテーションモデルの地域包括ケア」であるという点である。「このようなニーズは、他の地域にはないのではなく、多くの場合見落とされているのです」と斉藤氏は語る。リハビリテーションは本来、介護予防や自立支援に必ずつながっているはずで、地域でその効果が上がっていないのは、認識されていないだけだというのだ。

「こうした拠点が人口 4 万～5 万人に 1 か所できて、たとえ常駐でなくても 1 人か 2 人の職員がいる体制ができれば、状況は変わっていくはずですよ」と語る斉藤氏。これは、日本理学療法士協会が考えるアウトカムの一つの形でもある。ただし、その拠点がより良く機能するためには、全てを抱え込むのではなく、地域の拠点病院やクリニックと「つないでいく」ことが大切であるという。



地方創生の北茨城モデル

「リハビリテーションというと、どうしても医療保険の範囲で行う『訓練』のイメージが強いのですが、私たちは、もっと広い意味で、生活全般の質を向上させていくための行為と捉えています」と齊藤氏は語る。それは、対象とする地域の範囲が多少異なるだけで、地域包括ケアシステムの考え方とも一致している。「広義のリハビリテーションを中心に、多職種の隙間を埋めるための拠点」が、センターの持つ役割なのである。

齊藤氏は、こうした拠点の担当者には、Uターン／Iターン者を充てるのが効果的だと考えている。それにより、過疎化の食い止め（いわゆるダム機能／呼び込み機能）としても機能するからだ。また、高齢者の働く場としても適している。地域人材の有効活用という点では、公益事業として必ずしも収支を優先しなくて良いことが有利に働く。このように考えると、茨城県理学療法士会の取組は「地方創生の北茨城モデル」と呼んでも差し支えないといえるだろう。

（４）課題と展望

①業務負荷への対応

担当者の努力のかいがあり、最近では地元の人たちが気軽に「ねえねえ、〇〇ちゃん！」と頼りにしてくれるようになった。しかし、それだけに担当者の業務も増え、負担も相当大きくなってきている。現在、担当者は一人で頑張っているが、いかんせん一人だけの体制では限界があり、何度もくじけそうになっているという。

県士会としても、人材面のフォローやサポートは重要な課題と考えており、例えばプロボノの導入など、既に実施している施策もある。今後、ある程度の収益性が確保できれば、人員の複数体制など働きやすい環境が整備でき、次の雇用へと結びつけていくことも可能になる。そのため、公益事業とのバランスに配慮しながら、独自事業などで収益性を確保する道筋を模索しているところである。

②県との連携

県は現在、北茨城地域自立支援センターの取組を地域リハビリテーション活動支援事業に応用しようと考えている。そのために、平成 27 年度には地域ケアシステム機能強化事業（モデル事業）を士会に委託し、平成 28 年より一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会に茨城県リハビリテーション専門職派遣事業を委託している。

この事業では、県内の全 44 市町村に事業内容を説明して回った。その際、必ず言語聴覚士・作業療法士・理学療法士の 3 士会の市町村担当者が揃って赴き、連携の重要性を訴えたという。その上で現在、各市町村の現状を整理・類型化し、行政との連携を探っている段階だ。県士会としても、行政との連携対応や交渉などをスムーズに進めるため、事務局機能の強化を図っている。



茨城県リハビリテーション専門職協会とは

茨城県において、士会と行政との連携が成功した「鍵」は何か？ それは、リハビリテーション専門職がまとまりを持つことであった。窓口が1か所となり、全県的な取組を行える方が、行政としても後押しをしやすいからである。

そこで、茨城県の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の3士会では、全県レベルで連合体を作ることとなった。3士の機能はそれぞれ違っても、患者（対象者）の生活の質向上という視点で考えれば、違いにこだわる必要はない。そこで、まず3士間の連絡協議会を立ち上げ、平成26年12月に「一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会」として法人格を持たせた。齊藤氏によれば、士会の連携組織が法人格を持ったのは日本初である。

「これは『私たちは覚悟を決めた』という意思表示でもありました」と齊藤氏は振り返る。法人格を持つことにより、行政に対する予算の要求や確保もスムーズになった。なお、会員は全て団体会員とし、迅速な意志決定を可能としている。最近、専門職協会が実施した研修会には、360名もの応募があったという。これは県内の1割に相当する数字であり、専門職個人が地域包括ケアシステムに目を向け始めた証しである。

③技能からマネジメントへ

最近では、行政の障がい福祉部門からも相談が来るという。センターでは、将来的には障がい者や、がんサバイバーの人たちなどへの対応も業務内容に含めていく考えだ。こうした分野は作業療法士の得意分野であり、公益法人で取り組む意義も大きい。

「他の職種にはない、3士会の得意分野だと自負しています」と齊藤氏。

最近では、県医師会からも呼びかけがあり、専門職協会との意見交換会が実施された。医師会の意識も変わってきて、個々の医師だけでなく、組織としても3士の必要性に関する認識が深まってきた。齊藤氏も「今後、ますます変わっていく予感があります」と期待感を語ってくれた。



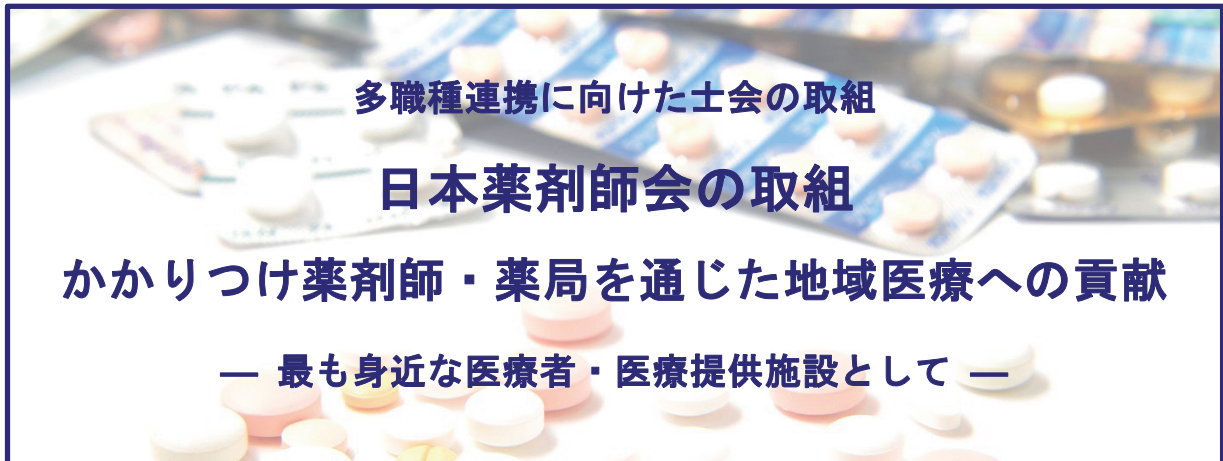
センターによる多職種連携の取組

「これからは、技能だけを強調する段階から、コーディネート、マネジメントも手掛ける段階へと、私たち自身も脱皮していかなければいけないでしょうね」と語る齊藤氏。理学療法士をはじめとするリハビリテーション専門職は、医療・介護の両者に渡る知識を持ち、かつ利害に縛られにくい立場にいる。だからこそ、生活視点に基づいた「セラピスト」たり得る資質を持っているといえそうである。

日本薬剤師会の取組

かかりつけ薬剤師・薬局を通じた地域医療への貢献

— 最も身近な医療者・医療提供施設として —



1 取組の内容

(1) 協会の方針

①薬剤師の役割

公益社団法人日本薬剤師会では、地域包括ケアシステムにおける薬剤師の役割を、下表のように捉えている。「特に、薬一薬連携（※）を含めた多職種連携は、今後に向けた一番の課題だと考えています」と語るのは、同会の常任理事・有澤賢二氏だ。

※ 薬一薬連携：薬局薬剤師と医療機関薬剤師の連携を指す。



日本薬剤師会
常務理事 有澤 賢二氏

	役割	代表的な例
1	医薬品等の供給拠点	医療用・一般用医薬品、薬局製剤等の供給
2	在宅医療への取組	訪問薬剤管理指導、医療材料・介護用品等の供給
3	地域住民の健康・医療・介護の相談機能	食事指導・運動指導、地方自治体の健診情報等の提供、生活環境へのアドバイス
4	薬一薬、多職種連携	薬剤師間のほか、医師、保健師、栄養士等との連携
5	都道府県、市町村との連携	47 都道府県薬剤師会、約 700 の地域薬剤師会による取組
6	保険者との連携	レセプト情報に基づく訪問指導

②薬局の特性

有澤氏の説明によれば、薬剤師会では、薬局の特性（強み）は右図の5点に集約される。

ここでいう「1. 近接性」とは、薬局は自宅の近所にあつて、病気にならなくても相談できる、誰にとつても一番身近な医療提供施設であることを指す。そのため現在、厚生労働省と薬剤師会では、かかりつけ薬剤師・薬局の普及促進を継続的に進めている。

「2. 包括性」とは、薬局は病気の予防を含め、個人の健康をトータルでサポートできる存在だということだ。

「3. 協調性」は、多職種との連携を指す。医師との連携を例にとると、単に処方せんによる調剤での医薬品使用に関するものだけでなく、例えば市販薬を購入しに来た患者の状況や訴えに応じて、適切な医療機関を紹介するといった役割も含む。また、処方内容や患者への聞き取りから、その患者に適合しない点を見つければ、医療機関に連絡して処方内容を変更してもらうこともある。

医師との連携以外では、市販薬の服用ではなく食事指導等で改善が可能と見込まれる場合は、栄養士を紹介する場合もある。あるいは、他の薬局や薬剤師との連携（薬一薬連携）により、地域全体で求められる役割を果たしていく場合も含まれる。

「4. 継続性」とは、薬局は地域に密着し、「ずっとその土地で営業していく」存在という意味である。病気の時だけでなく、患者のライフステージ全般で長期間にわたつて関わり続けていくことを示している。

最後の「5. 責任制」とは、薬局はいつでも連絡が取れる体制をとり、また地域で必要とされる医薬品は、たとえ年に1回しか処方の機会がなくても、きちんと取り揃えておくという意味だ。



薬局の特性（日本薬剤師会による）

③地域包括ケアシステム構築の取組

現在、薬剤師会では、地域包括ケアシステムの構築に向けて次のような取組を進めている。

1. かかりつけ薬剤師・薬局の普及・促進
2. 在宅医療の受入体制の整備
3. 健康サポート薬局の推進
4. 行政との連携強化
5. 保険者との連携推進

次に、これら5つの取組について、順を追つて見ていくこととする。

(2) 取組の内容

①かかりつけ薬剤師・薬局の推進

かかりつけ薬剤師とは、患者が使用する全ての医薬品について、一元的かつ継続的な薬学管理指導を担い、医薬品・薬物治療・健康等に関する多様な相談に対応できる資質を持つとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師のことである。

また、かかりつけ薬局とは、地域に必要な医薬品等の供給体制を確保し、その施設に従事する薬剤師が患者の「かかりつけ薬剤師」として、使用する全ての医薬品の一元的かつ継続的な薬学管理指導を行っている薬局をいう。

かかりつけ薬剤師・薬局には、いつでも「薬」や「健康」に関して気軽に相談することができ、複数の医療機関からの薬や一般用医薬品などの一元的・継続的な管理により、薬の重複や相互作用を防止できるなど、多くのメリットがある。そのため、厚生労働省でも、昭和49年から医薬分業を推進してきた歴史がある。

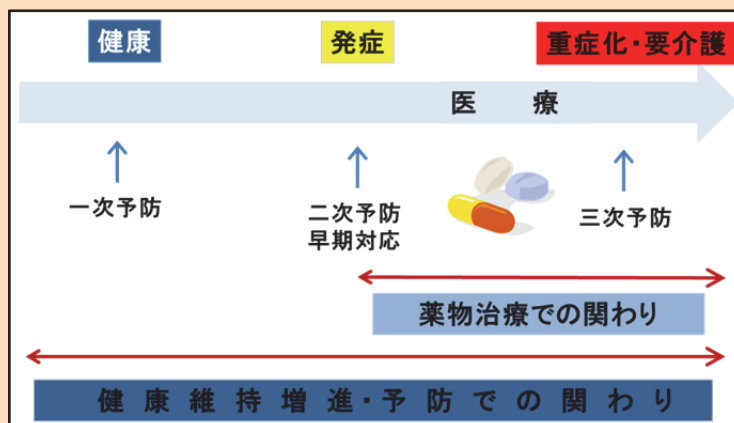


かかりつけ薬局の啓発ポスター

もっと深く

かかりつけ薬剤師・薬局の取組

例えば「骨粗しょう症」は、食事・運動療法が重要なことが分かっている。その場合、一次予防として「カルシウムを1日何グラムとりましょう」とか、そのために何を食べれば良いか、あるいはどのような運動をすれば良いか、といった指導を行う。次に二次予防としては、早期発見につなげるために、市町村などが行う無料健診などの情報を提供する。そして三次予防として、転倒や骨折の防止を図るため、薬だけでなく、転倒防止のための運動や、ポータブルトイレの導入など、生活環境まで含めたケアを行う。現在、かかりつけ薬剤師・薬局が中心となり、こうした取組が進んでいる。



②在宅医療の受入体制の整備

薬剤師会では、在宅医療を受け入れる上で最も重要なことは、薬剤師・薬局の質の確保と質の向上であると捉えている。

第一に、地域で必要な医薬品等供給体制の確保が挙げられる。在宅医療の場合、薬剤師・薬局にも24時間の対応が求められる。このほか、従来はあまり意識してこなかった医療用麻薬や無菌製剤に関する対応も必要となる。



医療用麻薬、無菌製剤の取扱は？

医療用麻薬はその性質上、厚生労働省による免許制となっている。薬局の場合、免許を取得すること自体はさほど困難ではないが、医療用麻薬は全て金庫での保管が義務付けられている。最近では、医療用麻薬の種類が増加したことで大容量の金庫が必要となり、薬局内に相応のスペースが必要となっている。

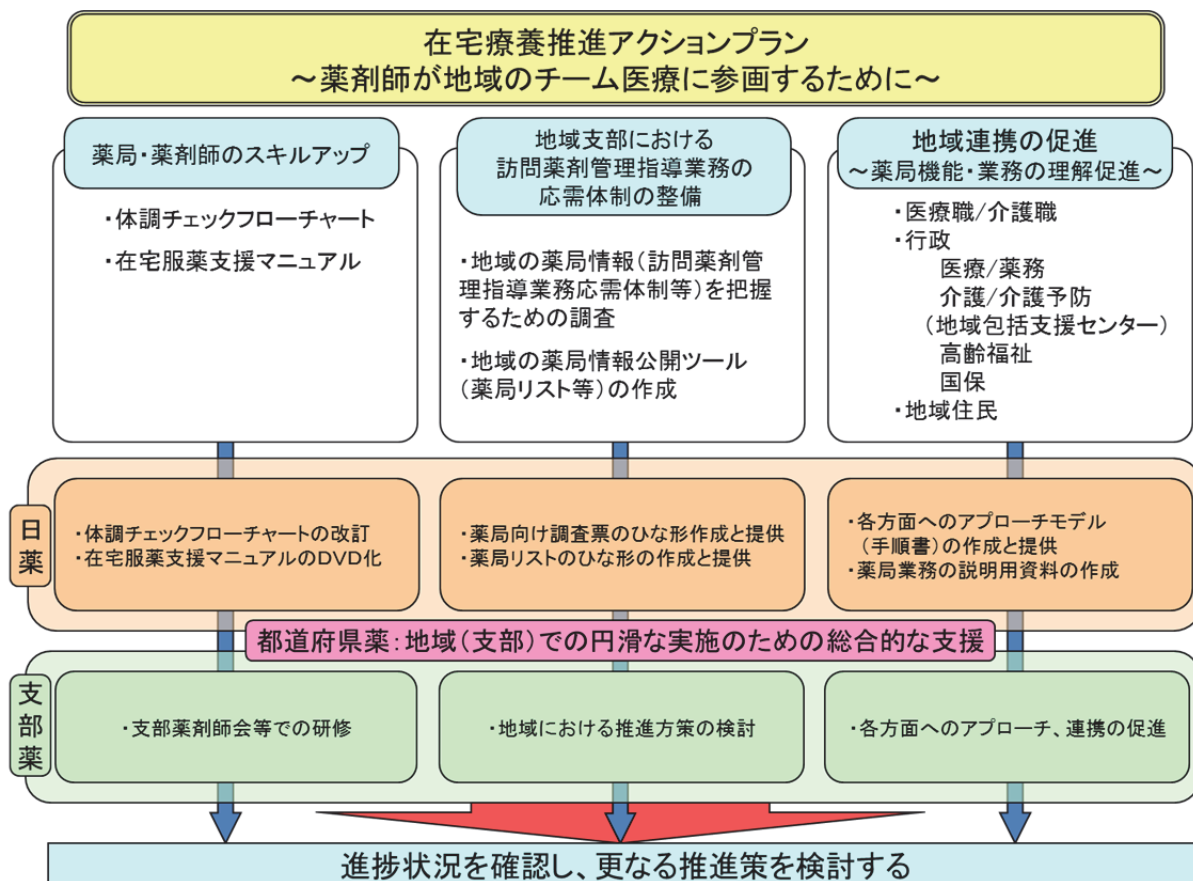
無菌製剤の取扱には、無菌室やクリーンベンチ（ホコリや雑菌の混入を防ぐ、作業のための装置）などの設備が必要となり、薬剤師にも高度な専門知識が必要となる。これらにかかる費用は、小規模な薬局にとっては大きな負担となるため、最近では地域の薬剤師会などを通じ、無菌製剤設備などの共同利用体制の整備も進んでいる。

一方で、訪問薬剤管理指導を提供できる地域体制も整備しなければならない。在宅療養を行っている患者の薬剤管理指導は、要介護・要支援認定があれば介護保険、認定がなければ医療保険で取り扱うが、最近では特に前者の伸びが大きく、訪問薬剤管理指導が進んでいることがうかがえる。これは同時に、訪問薬剤管理指導業務それ自体も、質の向上が重要であることを意味している。

さらに、地域包括ケアシステムを推進する上では、薬剤師・薬局もまた、地域におけるチーム医療に参加することが求められる。そのため現在、薬剤師会では「在宅療養推進アクションプラン」を作成して多職種連携を推進している。公益社団法人日本薬剤師会の副会長・森昌平氏は「このような場面では、市町村レベルで地域に浸透する必要があるため、地域薬剤師会の役割が特に重要になると考えています」と説明する。



日本薬剤師会
副会長 森 昌平氏



在宅療養推進アクションプラン

※ 日薬：日本薬剤師会、支部薬：支部薬剤師会（現・地域薬剤師会）

③健康サポート薬局の推進

厚生労働省及び日本薬剤師会によれば、健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を持った上で、地域住民による主体的な健康の維持・増進を「積極的に支援」する薬局として一定の基準を満たしたものの定義されている。また「積極的な支援」とは、以下のように説明されている。

1. 医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言
2. 地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介
3. 率先して地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援も実施

こうした取組を進める上で、健康サポート薬局は、服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行う必要がある。そのため、かかりつけ薬剤師・薬局を持たない患者に対し、改めてその意義・役割や適切な選び方を説明し、かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶよう促すことが必要とされている。

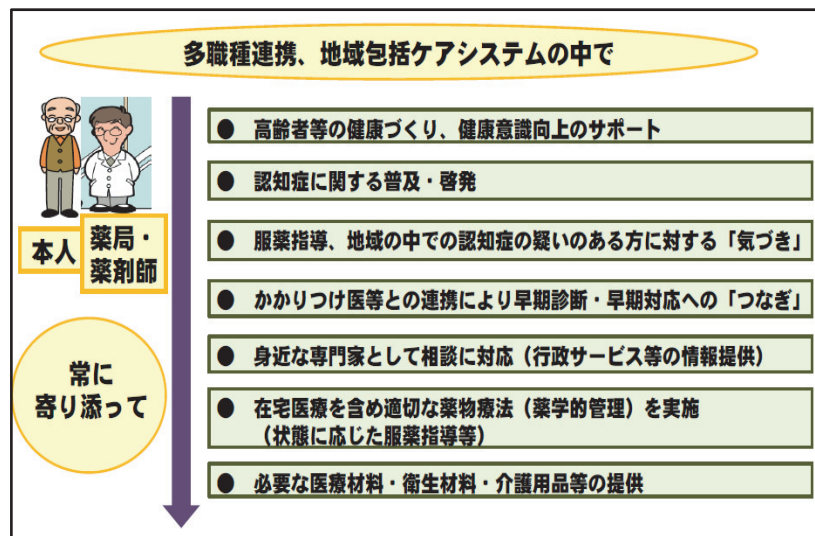
また、健康サポート機能を十分に発揮するためには、地域における連携体制の構築が必要である点を重視し、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・栄養士

会・介護支援専門員協会等と連携・協力し、地域の行政や医師会等が実施・協力する各種事業等に積極的に参加することも求められる。このほか、健康相談・健康サポートに関し、薬の販売内容や相談内容を記録・保存することや、健康の維持・増進に関する行政等の啓発活動に協力することも挙げられている。

④行政との連携強化

薬剤師・薬局は、従来から学校薬剤師の制度などを通じて、行政との連携を図ってきた。しかし、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、行政との連携が一層重要になることは明らかだ。ただし、一口に行政といっても、都市と地方では抱える課題が異なっており、また認知症や老々介護の問題など、地域によっても抱える課題は様々だ。

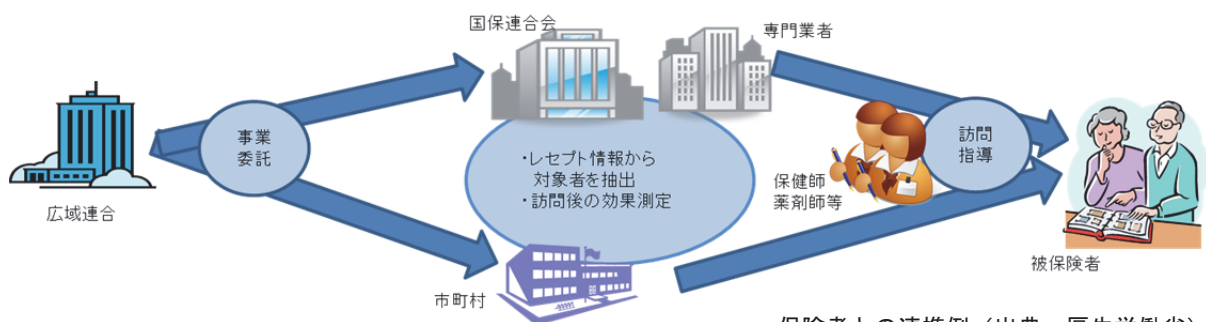
こうした中、平成 26 年度には全国 47 都道府県で「薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業」がモデル事業としてスタートした。各都道府県薬剤師会が中心となって、地域の現状に合わせた取組を進めている。



認知症に関する薬剤師・薬局の取組例

⑤保険者との連携推進

患者が、医療機関や薬局で、受診や薬の処方状況などを医師・薬剤師に意図的に伝えないなど、医療者側で情報を把握することが困難なケースもある。このような場合も、保険者を通じ、レセプト（診療報酬明細書）上で名寄せを行うことにより、薬の重複・多量投薬等に早期に気付くことが可能となる。その場合、まず保健師が訪問指導を行い、医療機関の適正受診を促す。このとき、薬に関して問題があれば、薬剤師が訪問指導を行い、処方せんを発行している全ての医療機関とも連携を取りながら、薬の重複・多量投薬等の解決に努めていく。「これらの対象者は重なるケースも多いため、保健師と薬剤師の連携も重要となる。ここで中心的な役割を果たすのは、各地域の薬剤師会である。



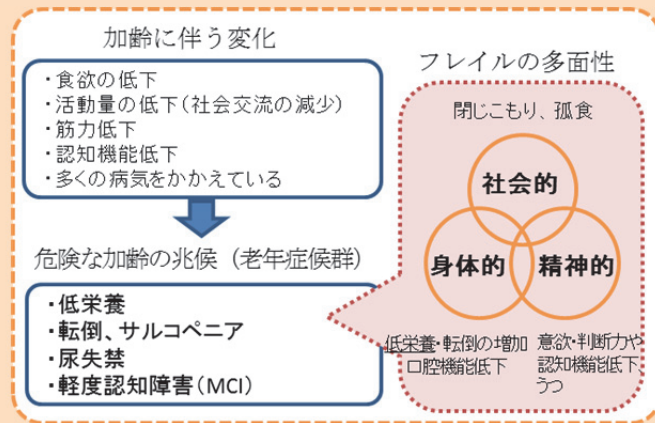
保険者との連携例（出典：厚生労働省）

このほか、高齢者の低栄養防止・重症化予防等に関しても、薬剤師ができることは少なくない。これは「経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）」に基づく取組であり、具体的には、高齢者の心身機能の低下の予防や、生活習慣病の重症化予防などに向け、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を行うものだ。内容は多岐にわたり、薬剤師・薬局に限った取組ではないが、複数の医療機関にかかり薬が多い場合の服薬相談や指導など、薬剤師・薬局の役割が期待される場面も含まれている。

もっと深く

高齢者に対する取組

高齢者に特有の課題として、虚弱（フレイル）への対応がある。例えば、体重が減っていれば低栄養が疑われる。そういう高齢者を薬剤師が見れば、薬剤師性味覚障がい原因であると判明し、対応が可能となることもある。また、もしそうでなければ、栄養士に連絡して食事指導を行ってもらう。薬剤師・薬局は、このように多職種とも連携しながら、高齢者に対する取組を重ねている。



2 課題と展望

(1) 現状と課題

①かかりつけ薬剤師・薬局の周知徹底

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、やはりかかりつけ薬剤師・薬局の役割が大きい。有澤氏はこの点について「かかりつけ薬剤師・薬局は基本的には患者さん自身が決めるもので、継続して同じ薬剤師・薬局を利用することで、自然に決まっていくもだと思います」と語る。

現状では、必ずしもかかりつけ薬剤師・薬局のメリットが国民に周知徹底されているとは言い難い。「その点は、もう一度幅広い層に向けてPRを展開していく必要があるでしょう」と森氏。「患者さんから『この薬剤師に任せれば安心』と言ってもらえる形を作っていきたいですね」。日本薬剤師会では今後も、一元的・継続的・全人的な対応を大切にしながら、取組を続けていくということだ。



②薬剤師・薬局の広域連携

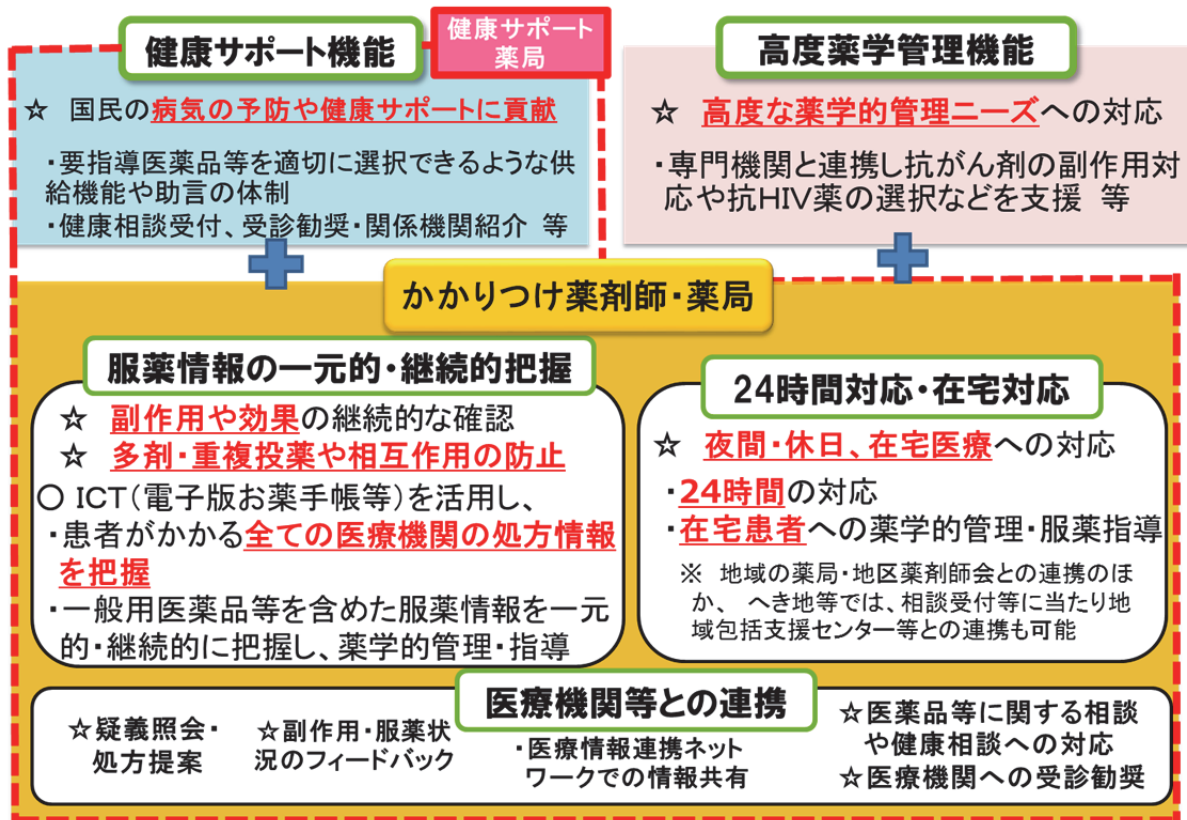
例えば北海道では、薬局のない市町村が約 30 もある。こうした場合は、周辺市町村との広域連携が不可欠となるので、現在、道薬剤師会が中心となって、連携の取組を進めているところである。また、今後は他の地域でも、広域連携が必要なケースが増えてくると考えられる。

当然のことながら、薬剤師・薬局は対面対応が大原則であるが、例えば二次医療圏に基幹薬局を整備し、札幌センター薬局を中心にして、地方で連携できる薬剤師との間をつなぐような仕組みも生まれ始めている。通院が困難な患者に対しては、医療機関が患者の希望する薬局へFAXで処方せんを送り、その上で対面で患者に投薬する、といった対応も可能である。

(2) 今後の展望

①薬局のビジョン

日本薬剤師会では現在「患者のための薬局ビジョン」の実現に向けた取組を進めているところである。特に、地域包括ケアシステムへの対応に関しては、図の「二階部分」つまり健康サポート機能・健康サポート薬局への取組を強化していくことが課題となっている。



患者のための薬局ビジョン（厚生労働省）

②地方自治体への要望

地方自治体に対しては「地域薬剤師会とこれまで以上に連携を密にして、取組を進めてほしいと考えています」と有澤氏は語る。既に、薬局の機能公表制度は全都道府県に用意されているが、最近ではPR効果などもあり、ようやくこうした制度や取組が理解されてきたという。「必要な人に必要な情報が届く仕組みは用意してあるので、例えばケアマネジャーの人たちにも、もっと薬剤師を活用してほしいですね。その点では、行政主導の勉強会などでもっと取り上げてもらえれば効果的だと思います」。

日本薬剤師会の調査によると、薬剤師から医療機関への処方内容に関する問い合わせは処方せん全体の3%程度ある。しかし、その中身を見ると、問い合わせがあったうちの4分の3で薬が変わったという結果が出ているという。有澤氏は「患者が最後に会う医療者は薬剤師である、という点を忘れずに、取組を続けていきたいと考えています」と締めくくった。

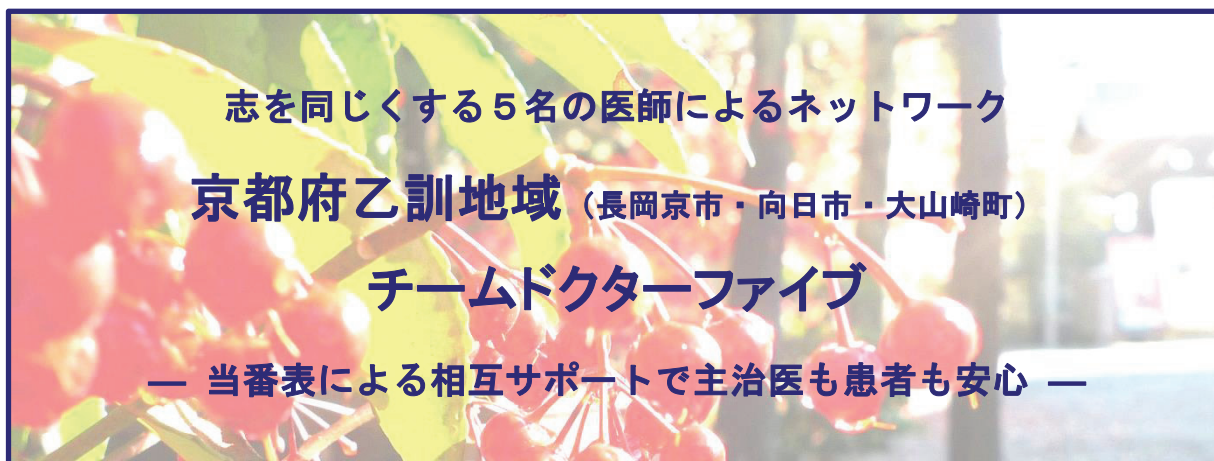


第2章 主治医・副主治医制度の事例

京都府乙訓地区（長岡京市・向日市・大山崎町）

チームドクターファイブ

— 当番表による相互サポートで主治医も患者も安心 —



対象地域の属する地方自治体の概要

地域名	京都府乙訓地域	位置図 <small>国土地理院承認 平14総複 第149号</small>
人口	149,293人 (二市一町計・平成22年国勢調査)	
面積	32.86 km ² (二市一町計)	
分類	任意団体	
ポイント	少人数の相互協力体制 主治医中心に当番表で対応	

【地域特性】 京都府乙訓地域は向日市、長岡京市、大山崎町からなる半径約5kmほどの地域で、人口は約14万9,000人、高齢化率は約24%、在宅医療人数（予測）は約700人（平成27年現在）である。地域の特徴として、障がい者施設が多いこと、精神科・神経科・心療内科を主に取り扱う病院が2院あることが挙げられる。地域内に地域包括支援センターは8か所、訪問看護ステーションは12か所ある。

事例の概要

チームドクターファイブは、同一地域内において考え方の近い5名の医師によるネットワークである。あくまでも主治医が患者を診ることを前提としながら、「当番表」によって相互のサポートを担保し、医師個人の負担を軽減することに成功している。小規模な診療所では、患者の容体が悪化すると、医師の生活が全て犠牲になってしまうことも少なくないが、ネットワークを組むことにより、冠婚葬祭や重要な学会など、医師個人の活動に余裕ができるとともに、患者の安心にもつながっている。

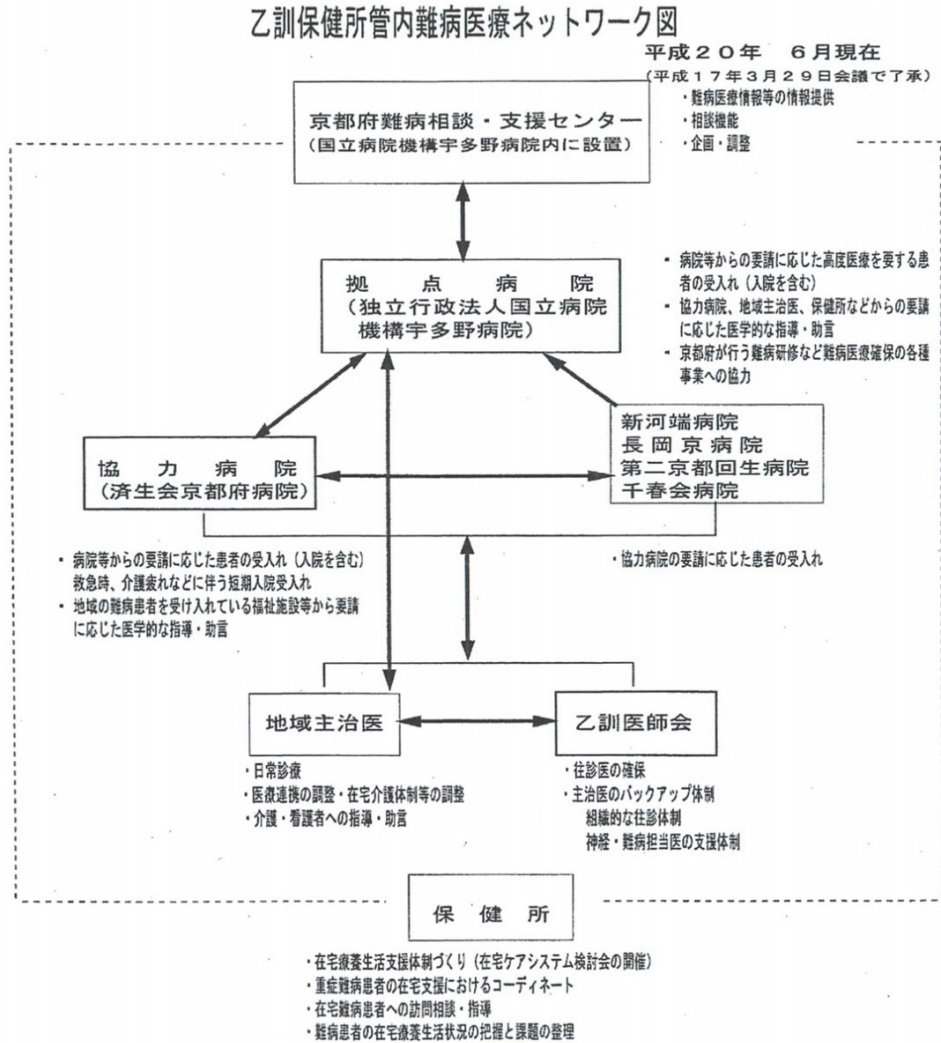
- 【本事例の特徴】**
- ①医療に関する考え方の近い、5名の医師による任意の相互協力体制である。
 - ②「当番表」を作成することで、サポートを受けられる安心感を担保している。
 - ③あくまで主治医が診ることが前提であり、緊急時の備えとしての仕組みである。

1 取組の経緯

(1) 取組の経緯

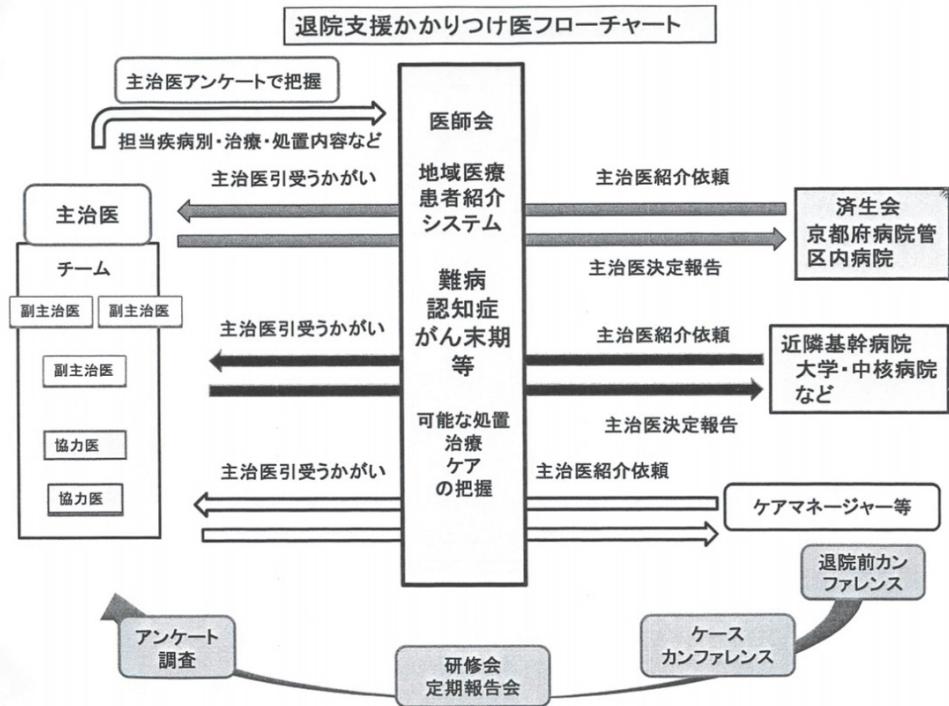
①取組の背景

乙訓地区では、チームドクターファイブ結成以前にも、病診連携等の取組が行われてきた。まず平成17年からは「乙訓保健所管内難病医療ネットワーク」(病診連携)が実施され、地域の拠点病院と協力病院、主治医の連携が図られた。



乙訓保健所管内難病医療ネットワークの構成

次に、平成19年からは、チームドクターファイブ方式でかかりつけ医を引き受ける「乙訓医師会かかりつけ医制度」(パイロット事業)が実施され、退院時における病診連携が進められた。また、難病支援ネットワークは、チームドクターファイブが結成された背景の1つである。これらを実践する中で、医師間の連携や、多職種連携が進んでいった。



乙訓医師会かかりつけ医制度（改訂版）の構成

平成 20 年からの乙訓医師会かかりつけ医制度では、診療所を含む医療機関に対しアンケートを実施し、「車椅子での通院・受診の可否」「専門科」「往診の可否」など、患者からの質問や要望が多い項目の一覧表を作成した。この一覧表は、行政とも連携の上、市町が発行する「障害者福祉のしおり」などに掲載している。

〇乙訓地域の医療機関一覧

診療所名	医院環境			専門科は？												往診は？	聴覚障がい者 F.A.X	身体障害者手帳用診断書の作成										
	医院まで		診察	トイレ		内科	外科	整形外科	皮膚科	眼科	耳鼻科	神経内科	精神科	小児科	その他			障がい種別										
	スロープで可能	階段・職員介助可		付添い人必要	職員介助で可能													付添い人必要	視覚障がい	聴覚・平衡	音声言語租借	肢体不自由	心臓	腎臓	呼吸器	膀胱直腸		
あらかわ医院	○		○													○	○											
岩本医院			○													○	△	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	
上原医院	○		○													○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
奥沢眼科医院		○							○							○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
加藤小児科	○		○											○		×	○											
北田整形外科リウマチクリニック			○					○								×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	
こばやし耳鼻咽喉科医院	○		○													○	○											
繁本医院		○							○	○	○					○	○											
たかはたクリニック	○		○													×	○	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	
たさか眼科医院			○													○												
中本医院								○								○	△				○	○	○	○	○	○	○	
ふじもと整形外科		○							○							○	○	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	
堀医院	○		○													○	○	×	×	×	○	○	○	○	○	×	×	
山本医院								○								×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	

パイロット事業で作成した医療機関一覧（部分）

②チームの結成

平成 18 年 4 月に、在宅療養支援診療所制度が創設されたことが直接の契機となり、チームドクターファイブは結成された。「最初は、もともと知り合いだった私たち 5 人が、制度への登録について、ざっくばらんに相談を始めたのがきっかけでした」と振り返るのは、医療法人馬本医院の馬本郁男医師だ。「在宅療養支援診療所の施設基準を満たすには、医師一人では条件が厳しいのです。そこで、相互に補完できるネットワークを組んで、協力体制を作ろう、という話になったのです」。その結果、結成されたのがチームドクターファイブである。

結成の背景としては、在宅医療や難病対応については 5 名のメンバー各自が以前から取り組んでいたこと、またパイロット事業などを通じ、地域での多職種連携が進んでいたことが挙げられる。そして、結成の決め手となった最大のポイントは、集まった 5 名の医師が、医療、特に在宅診療に関して互いに近い考え方を持っていたことである。また、5 名の専門分野は内科、外科、整形外科、小児科など、それぞれに異なっており、相互補完という面でも有効に機能すると考えられた。



馬本郁男医師



在宅療養支援診療所とは？

在宅療養支援診療所とは、在宅医療の推進のため、平成 18 年 4 月に診療報酬制度に盛り込まれた制度である。従来の診療科別の診療内容や、処置内容別の診療報酬制度とは異なり、診療所機能そのものが評価される点が特徴である。

現在、全国で約 1 万か所の診療所が届け出ており、新聞社によるある調査（平成 20 年）によれば、一年間で在宅療養支援診療所が在宅で看取った患者数は 3 万 2 千人程度であった。今後は、より一層、その役割が拡充されていくことが期待される。

（原典：一般社団法人全国在宅医療支援診療所連絡会 Web サイト）

2 取組の内容

(1) チームドクターファイブの概要

①構成メンバー

チームドクターファイブは、5名の医師からなる任意団体である。各メンバーは、在宅療養支援診療所の届出を行っているが、チームドクターファイブ全体としては法的な届出等を行っておらず、あくまでもメンバーの意志による「任意の協力体制」という位置付けである。

もっと
深く

「5人」という数の意味

5人という人数のメリットやデメリットについて、メンバーはどのように考えているのだろうか。馬本医師は「月曜日から金曜日の5日間を分担するには、5人がちょうど良い。少ないと各メンバーに負担が生じるし、10人まで増えると、うまく回らないおそれがあります」と答える。

チームドクターファイブは、現在のところ極めて固定的な5名の構成となっている。チーム内から辞めたいという声が上がったことがない反面、メンバーの変更も基本的には考えていないという。「それは、チームの全員が同じスタンス・考え方を持っていないと、運営が難しいからです」と馬本医師は語る。「例えば当番表にしても『表以外の対応はしない』といった考え方では、チームドクターファイブとしては受け入れられません」。また、デイサービスを経営している場合や、土日は休みたいと考えている場合なども、診療の「回し方」が違うので難しい。

このような理由から、途中からメンバーの追加は現実的には困難なようだ。実



際にチームドクターファイブに入りたいという医師もいたが、断ったという。今後も可能性はゼロではないが、当分の間は予定がないようだ。

一方、チームの外に目を向けると、医師会内で別のチームを作りたいという話も出ているが、実際に結成まで至った例は今のところない。しかし、チームドクターファイブとしても、他のチームとの交流や技術の平準化を図り、地域全体の医療の質を上げていくことは必要と考えている。

②医師会・行政との関係

各メンバーは当然、医師会に所属しているが、チームドクターファイブとしては、医師会との関係は特にない。また、行政との関係についても、結成時は特に関係はな

かった。現在は、チームドクターファイブの取組を行政も認知しており、保健所の資料等でも取り上げられている。

③会則と書類整備

チームドクターファイブの会則は、5名で相談して決定した。このほか、厚生労働省の指示に従って、カルテ等、必要な書類を揃えることとしている。在宅医療においては、予期せぬ事態が発生することも多いので、書類を揃えておくことがお互いのためになるという。これは例えば、ターミナル希望を事前に知っておくことができれば、連携しやすいといった意味である。

④事務局機能

実際の運営に当たっては、事務局機能が不可欠である。多忙なメンバー5人全員が集まることは難しいので、何かものごとを決める際には、まず原案を作成し、ミーリングリスト等で回覧することによって、全員の意思統一を図っているという。

事務局は主として、メンバーの一人である医療法人よこばやし医院の横林文子医師が担当している。他のメンバーは「彼女の大変さと、実務面での能力・パワーは全員が認めるところです」と口をそろえる。横林医師は「一番大変だったのは、会則や当番表の『ひな形』を作るまでの作業でした。例えば、緩和ケアを始めるときも、その仕組みを作るまでのやり取りに苦労しました」と語っている。



横林文子医師

⑤チームの運営

事務局（実際には、事務局を務める医師の診療所）の待合室などを使い、月1回は必ず会議を開催している。また、その際は必ず議事録を作成している。これは、在宅療養支援診療所の認定要件でもある。

会議のほかに、ミーリングリストによる連絡を週に1回程度、資料のやり取りを1日1回程度行っている。広報のため、雑誌等に記事を執筆する際は、特に頻繁になる。また、取材に際しても、事前にメンバーで集まって質問事項に対する意思統一を行っている。

(2) 取組の実績

① 出動実績

チーム結成から現在までの実績は、下表に示すものが全てである（平成 27 年 7 月現在）。これは、患者にとっても、やはり主治医は主治医であり、副主治医はあくまでも緊急時の備えであるという考え方に基づくもので、チームとしても妥当な件数だと考えている。実際には緊急対応は少なく、ほとんどが専門性による出動（例えば褥瘡の場合に内科から外科に依頼する、子どもの場合に外科から小児科に依頼するなど）である。

チーム連携	担当医師	具体的ケース
平成 19 年	横林・斉ノ内	スポーツ医出務中、在宅看取り患者の急変時の事前依頼（未出動）
平成 19 年	馬本・横林	グループホームの患者急変時の、救急車依頼、搬送のケース（未出動・連絡仲介）
平成 20 年	馬本・斉ノ内	大腿部の皮下膿瘍症例の外科的処置のための連携（連携往診）
	馬本・斉ノ内	肺炎症例に対する連携往診
	横林・斉ノ内	褥創処置のための連携往診①
	斉ノ内・横林	連携対象外の患者であるがチーム内での専門性を活かした連携の一例として、時間外の乳児（嘔吐下痢症）の紹介ケース（受診後入院）
平成 21 年	馬本・斉ノ内	爪ひょうそう②
平成 21 年	斉ノ内・馬本	心不全患者の心エコー③
平成 22 年	馬本・斉ノ内	褥創処置④
平成 22 年	馬本・梅山	IVH トラブル時の出動
平成 22 年	横林・馬本 斉ノ内・梅山	子宮頸がん末期 硬膜外麻酔 皮膚腸管膀胱瘻
平成 23 年	横林・馬本 斉ノ内	胃がん末期 結腸皮膚瘻孔 多発性肝転移
平成 23 年	馬本・横林 斉ノ内	両側異時期発症乳がん、局所皮膚転移、肝転移、脊椎転移、小脳転移、骨盤腔内転移、
平成 23 年	馬本・斉ノ内 横林	すい臓がん末期、がん性腹膜炎・胸膜炎、胃潰瘍、イレウス、脳転移
平成 23 年	馬本・横林	認知症、胃がん末期の GH 患者 主治医副主治医体制で
平成 23 年	横林・馬本	腎不全 多発性のう胞腎 高血圧 腹部エコー
平成 23 年	馬本・横林	かかりつけ医からの依頼で点滴、その後ポート設置 皮膚筋炎、小腸穿孔 主治医・副主治医体制で
平成 24 年	馬本・横林	老衰患者 看取りの代理でバックアップ、実動なし
平成 24 年	斉ノ内・横林	老衰患者の看取りの死亡確認 主治医遠方にて
平成 24 年	馬本・斉ノ内 横林	類上皮肉腫 主治医・副主治医体制で
平成 24 年	馬本・横林	肝内胆管がん末期 主治医・副主治医体制で
平成 24 年	横林・馬本	重症身体障害者 気管切開 PEG 患者の 腹部エコー
平成 24 年	馬本・横林	胃がん術後、老衰、主治医・副主治医体制で
平成 24 年	横林・馬本	ジュベール症候群 心エコー
平成 24 年	横林・馬本	溺水後遷延性意識障害 人工呼吸器 腹部エコー
平成 24 年	斉ノ内・馬本	GH 患者の心エコー

チームドクターファイブの出動実績（全部）

②対応範囲

訪問診療の対応範囲は、基本的には診療地域の半径5km圏内としている。ただし、小児科に関しては、小児在宅を手がける医師が少ないことから、半径16km圏内ぎりぎりまで対応している。

各医療機関ごとの請求方法や 診療実態				
症例1	11月	12月	1月	
よこばやし 医院	在医総管 I IVH管理 酸素			院内薬剤 抗生剤やDIC治療・輸血など含む
訪診回数	17	27	16	
請求額	[REDACTED]			
薬局請求	[REDACTED]			障害認定後医療費0円
馬本医院	麻薬硬膜外			
往診回数	6	2	3	
請求額	[REDACTED]			
薬局請求	[REDACTED]			
さいのうち 医院	在宅寝たきり			
往診回数	3	2	3	
請求額	[REDACTED]			
訪看	[REDACTED]			
合計請求額	[REDACTED]			

各医療機関ごとの請求方法や 診療実態-2				
症例2	5月	6月	7月	
よこばやし 医院	在医総管 I 麻薬管理 酸素			抗生剤・高アンモニア血症・DICの治療および鎮静剤ドルミカムなど
訪診回数	往診2	30+往診1	7	
請求額	[REDACTED]			
薬局請求	[REDACTED]			
馬本医院	IVH管理			
往診回数		6	5	
請求額	[REDACTED]			
薬局請求	[REDACTED]			
さいのうち 医院	在宅寝たきり			
往診回数	1	4	1	
請求額	[REDACTED]			
訪看	[REDACTED]			
合計請求額	[REDACTED]			

各医療機関ごとの請求方法や 診療実態-3				
症例3	6月	7月		
よこばやし医院	往診・IVH・ポンプレントル 検査等 酸素			IVHに混注不可能な薬品、ダイアモックス、ミラクリット、ブリードール、アルギメートなど 医院から持参した。
往診回数	8	15		
請求額	[REDACTED]			
薬局請求	[REDACTED]			
馬本医院	在総医管 I 検査等			夫の不安強く、夜間の往診依頼や頻回な電話やメールがあった。
訪診回数	5	8		
往診回数	1	6		
請求額	[REDACTED]			
薬局請求	[REDACTED]			
さいのうち医院	往診			皮膚転移巣へ、モッズ療法を試みる予定であったが、未施行に終わった。調剤薬局の協力のもと調整可能であった。
往診回数	1	2		
請求額	[REDACTED]			
訪看	[REDACTED]			
合計請求額	[REDACTED]			

医療機関ごとの請求方法・診療実態（例）

③経費分担

チームドクターファイブの場合、チーム結成に当たっての費用負担は特になかったという。医療法人さいのうち医院の齊ノ内良平医師は「日常の診療に関しては、レセプトに連携医の項目を入力すれば、点数は通常どおり計上できるので問題ありません。その点では、チームは制度的に保証されていると考えています」と語る。医療材料費に関しても、健康保険の範囲内で、実際に診た医師が保険請求できる（※）。

「一つの医療機関だけで全ての診療行為を行うことはできないので、それぞれ分けて保険請求できないと大変です」と語る齊ノ内医師。ここでは、各医療機関ごとの請求方法・診療実態を資料として挙げておく。

※ この件に関し、健康保険の運用は都道府県によって扱いが異なるという情報もあるので留意されたい。



齊ノ内良平医師

3 取組の成功要因

(1) 組織の特徴

① 当番制と当番表

チームドクターファイズでは、結成当初から「担当医師計画表」(当番表)を作成している点が特徴の一つである。

8月

月				3	馬本	齋ノ内	梅山	10	横林	齋ノ内	梅山	
火				4	横林	馬本	齋ノ内	11	森本	馬本	齋ノ内	
水				5	森本	横林	馬本	12	森本	横林	馬本	
木				6	梅山	森本	横林	13	森本	梅山	横林	
金				7	齋ノ内	梅山	森本	14	横林	梅山	森本	
土	1	横林	馬本	8	馬本	横林		15	横林	森本		
日	2	横林	馬本	9	馬本	横林		16	森本	横林		
月	17	馬本	齋ノ内	梅山	24	馬本	齋ノ内	梅山	31	馬本	齋ノ内	梅山
火	18	馬本	馬本	齋ノ内	25	横林	馬本	齋ノ内				
水	19	森本	横林	馬本	26	森本	横林	馬本				
木	20	梅山	森本	横林	27	梅山	森本	横林				
金	21	齋ノ内	梅山	森本	28	齋ノ内	梅山	森本				
土	22	森本	梅山		29	梅山	齋ノ内					
日	23	横林	梅山		30	梅山	齋ノ内					

8/11齋ノ内⇔12/30森本
8/16横林⇔8/23森本

9月

月				7	馬本	齋ノ内	梅山	14	馬本	齋ノ内	梅山	
火	1	横林	馬本	齋ノ内	8	横林	馬本	齋ノ内	15	横林	馬本	齋ノ内
水	2	森本	横林	馬本	9	森本	横林	馬本	16	森本	横林	馬本
木	3	梅山	森本	横林	10	梅山	森本	横林	17	梅山	森本	横林
金	4	齋ノ内	梅山	森本	11	齋ノ内	梅山	森本	18	齋ノ内	梅山	森本
土	5	齋ノ内	馬本		12	馬本	横林		19	横林	森本	
日	6	齋ノ内	馬本		13	馬本	横林		20	横林	森本	
月	21	馬本	齋ノ内		28	馬本	齋ノ内	梅山				
火	22	横林	馬本		29	横林	馬本	齋ノ内				
水	23	森本	横林		30	森本	横林	馬本				
木	24	梅山	森本	横林								
金	25	齋ノ内	梅山	森本								
土	26	森本	梅山									
日	27	森本	梅山									

担当医師計画表(当番表)の例

馬本医師は「この当番表は、いわば『保険』です」と語る。あくまでも主治医が診るのが基本だからである。したがって、当番表が負担になるようなことはなく、どうしても必要な場合に対する備えといえる。

例えば、学会シーズンなどは医師の都合が重なることが多いが、そうした場合に当番表があれば、医師も安心して留守にできるし、その間、患者も安心して過ごすことができる。「ただし、そもそも患者の容体に大きな不安があるときは、主治医自身が出かけないのが原則です」と馬本医師は強調する。



当番表は負担にならないのか

チームドクターファイブのメンバーによれば、当番表が負担になることは特にないという。その最大の理由は、あくまで主治医が診るのが原則であるからだ。日常の診療では、当番日であっても、何か特別な負担が生じるわけではない。その意味では、拘束の形態としてはかなり緩やかであり、だからこそ、現在までチームの取組を維持することができたとも考えられる。

例えば、以前なら患者の容体によっては自分の予定を全てキャンセルしていたが、今は学会・冠婚葬祭・休暇など、当番表があるからこそ、個人の時間を確保することができる。このように、メンバーにとって、当番表は拘束ではなく、むしろそれによって開放される仕組みなのである。

当番表では、在宅当番（副主治医）は平日3人、土日は2人となっている。このうち平日の「3」は、主治医を含め「4」すなわち、ほぼ全員で相互にサポートするという考え方である。そのメリットは、サポートの厚さや専門の多様性から来る安心感であり、デメリットは特にないという。当番だからといって、通常診療の中で追加負担が生じることはないからである。

また、平日は自らも診療を行っているので、いざというときの対応がしやすいが、休日は自由な時間もほしいという理由から、平日と休日とで差を付けている。このように、日常の診療を行いながら、特に追加負担をすることなく安心感を得られる点が、チームドクターファイブの仕組みが持つ最大の特徴なのである。

②患者への対応

患者に対しては、事前にチームドクターファイブについて説明してある。主治医・副主治医のことも説明し、当番表も渡してある。「実際には、地域内では『知らない先生』というケースは少なく、患者の側が他の医師も知っているケースが多いので、特に問題にはなりません」と馬本医師は語る。

実際の運用では、ファーストコンタクト（電話連絡等）はあくまでも主治医が対応し、そこから当番表に従って他の医師に引き継ぐこととしている。このとき、主治医から「〇〇先生が行く」と伝えるので、患者側も安心・信頼して診療を受けることができるのだ。

なお、こうした運用の前提として、患者は副主治医が診療に当たることを事前に書面です承している。また、後方病院や訪問看護ステーションを含む連携・バックアップ体制についても説明してあるので、そのことも患者の安心・信頼につながっている。

③他施設との連携

病診連携やかかりつけ医制度（パイロット事業）などの経緯から、乙訓地域には後方病院が5院あり、各院の病診連携室が情報提供書を持っている。「万一のとき、後

方病院のバックアップがあるので、副主治医も安心して診療に当たられています」と齊ノ内医師。このほか、専門医との連携については、眼科、歯科、口腔外科、及び皮膚科に窓口があるが、実際には個別に往診先で顔を合わせ、その際に依頼することが多い。

また現在は、訪問看護ステーションもチームドクターファイブの当番表を知っている。これは、逆に医師の側でも取組に理解のあるステーションを選択していることのも表れでもある。齊ノ内医師によれば「実際には、ヘルパーと医師だけで対応しなければならないこともありますが、ヘルパーでは医学的な判断ができないので、その意味でも訪問看護ステーションの存在は重要だと考えています」ということだ。

4 今後の課題と展望

(1) 障がい者対応

地域に特別支援学校があり、転入が多かった関係で、障がい者の対応は課題として認識している。「現状、障がい者に関しては、大人になっても小児科で診ています。しかし、施設から一時帰宅したいと思っても、主治医がいないために断られるケースが多いのです。また、大病院に通院できなくなった場合も、地域の受け皿が整っていません」と語る横林医師。現在、横林医師が中心となって取組を進めているところだという。

小児在宅は携わる医師が少なく、乙訓地域では横林医師が唯一である。そのために16km圏内ギリギリでも依頼を受けて往診するなど、負担が大きくなっている。

チームドクターファイズでは、こうした取組をバックアップしていく方針である。小児科の専門医でなくてもある程度の対応は可能であるし、また「やるしかない」と考えている。



(2) 生活困窮者等への対応

患者の負担については、在宅治療とするか、その他の一般的な診療とするかで異なるが、現状では、患者の経済状況を良く見て、困難と判断すれば在宅治療の届出はしていない。齊ノ内医師は「在宅治療の届出をした場合、管理料の『区分1』だと1割負担で6千円程度、『区分3』では同じく4千円程度の負担増となりますが、届出をしても全員が区分1である必要はありません」と説明する。家庭の経済状況や容体の安定度などを考慮して、いずれも主治医が判断しているという。特に、老人ホームやグループホームの入所者の場合は、看護師やスタッフが常駐しており、当番表による対応が不要なので、管理料を計上していない場合も多い。

乙訓地域内には独居が多く、生活困窮の場合もあるため、十分なサービスが受けられていない患者も少なくない。特に独居の場合、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ヘルパーの役割は大きく、これらの人たちが支えているということを認識しないと、在宅診療も成立しない。多職種連携（家族も含めて）が重要である。