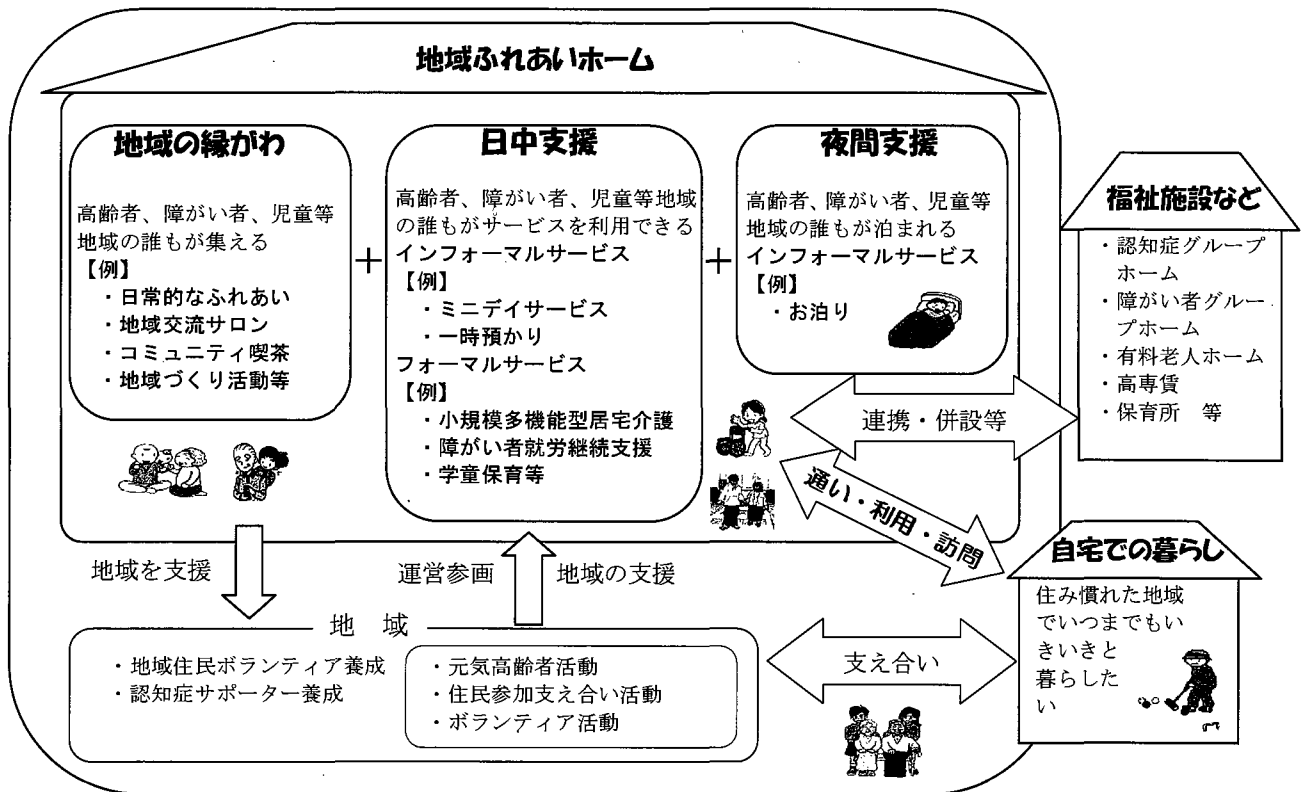


(図1) 地域の縁がわ概念図

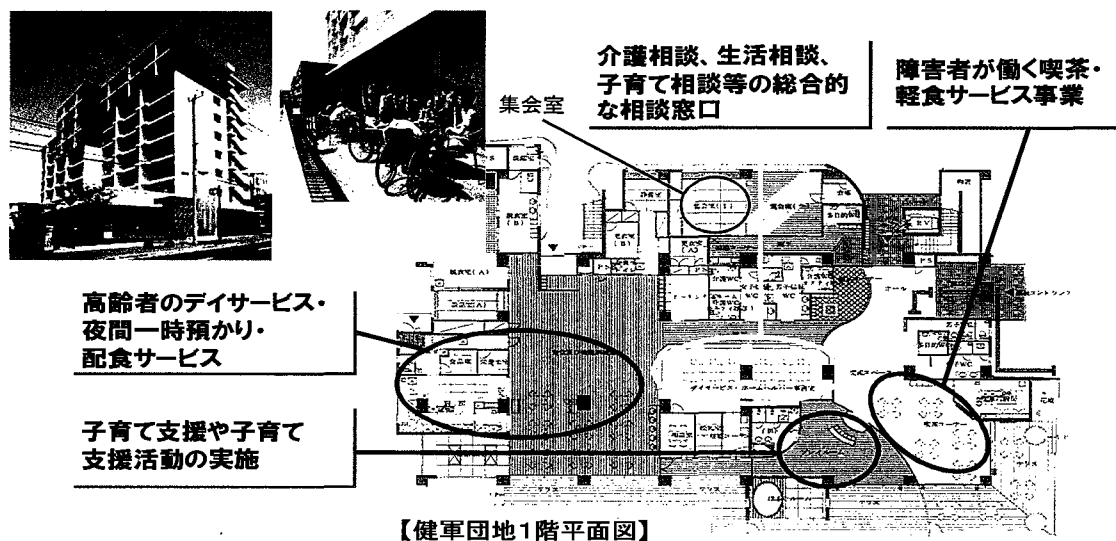


(図2) 地域ふれあいホームイメージ

公的賃貸住宅団地地域福祉拠点化の事例

●健軍くらしささえ愛工房〈熊本県営住宅：健軍団地〉（熊本県熊本市）

- 建替えとあわせて県営住宅1階に地域の福祉・交流拠点を整備。
NPOによる地域居住支援など、地域住民とのパートナーシップにより運営。



(図3) 健軍くらしささえ愛工房イメージ

VII 重点的に取り組むことが望ましい事項
第2節 医療との連携

目次

	(頁)
・「多職種連携による地域ケアネットワークづくり」(京都府乙訓地域)	1
・「遠野方式在宅ケアシステム」(岩手県遠野市)	5
・「地域力を活かした在宅医療の試み」(栃木県栃木市)	10
・「区局の連携による、全市的な在宅療養連携推進の展開」(神奈川県横浜市)	14
・「地域ケア会議を中心とした在宅療養支援の取り組み」(埼玉県和光市)	18

「多職種連携による地域ケアネットワークづくり」(京都府乙訓地域)

乙訓地域は、京都市の南西に位置する長岡京市と向日市、大山崎町の二市一町から構成され、人口は合わせて約 15 万人である。人口に対して比較的病院数が少なく、交通の便が良いため、地域外に出て専門的治療を受ける住民も多く、地元で在宅医療を行う医師は近隣医療機関に加えて、周辺地域の病院等とも連携を図っていく必要がある。

地域に 105 ある診療所のうち、在宅療養支援診療所は 15 に過ぎず、在宅医療を積極的に行っている医師の数は未だに多いとは言えない。

このような乙訓地域において、在宅医療の推進に中心的な機能を果たしているのが「在宅療養手帳」である。ここでは在宅療養手帳を中心とした乙訓地域のネットワークづくり等について示す。

1. 在宅療養手帳

昭和 57 年から開設している乙訓休日応急診療所の管理者・医師派遣業務や、昭和 58 年から行っている老人保健法による基本健康診査実施を医師会委託にするなど、古くから行政と医師会が協力してきた乙訓地域であるが、関係者の話し合いの中で、より良い在宅介護の実現には情報共有が重要であるとの共通認識を持つようになり、平成 7 年から行政と医師会が共同で在宅療養手帳(図 1、図 2)の作成・配布を始めた。

在宅療養手帳には、本人の治療や介護に関する情報以外にも、介護者や事業所に関する情報(表 1)が記載されており、医療・介護・福祉など様々な立場から在宅療養を支える関係者間の情報共有を図り、円滑なチーム支援を実現する上で貴重なツールとなっている。

在宅療養手帳の作成・更新・活用に当たっては、関係する専門家が定期的集まって「在宅療養手帳委員会」(図 3)を開催し、在宅療養手帳の使い勝手に関する情報を集め、必要に応じて手帳の記載内容や活用方法に改良を加えている。在宅療養手帳委員会の場に関係者が定期的集まることで、互いに顔の見える関係が強化され、在宅療養手帳が様々な形で、在宅療養における連携の要として機能している。

名前・住所等の本人の基本情報／主介護者の基本情報／要介護度・利用事業所等の介護保険に関する情報／病名・与薬・治療等の入院経過サマリーなど主治医提供の医療に関する情報／日常生活自立度／意思伝達に関する留意点／精神状態および NM スケール／ADL・IADL／口腔ケアを意識した歯科情報(口腔の状態および指導・治療内容など)／薬剤師による現在および過去の与薬内容やアレルギー・副作用歴まで含めた服薬情報／月ごとの予定および生活経過表／在宅療養経過に関して記載できるフリースペース

表 1: 在宅療養手帳に記載されている情報

この他にも乙訓地域では、乙訓二市一町と乙訓医師会保健・医療・福祉(介護)協議会、介護保険担当者交流会、介護施設間連絡協議会、難病ネットワーク連携調整会議、障害者保険担当者交流会など、行政と医師会が顔を合わせる公式な機会が数多く設けられており、お互いに顔なじみの関係になることが、行政と医師会との間の垣根を取り払うのに役立っている。

2. 在宅かかりつけ医

乙訓医師会では平成 19 年頃から在宅かかりつけ医制度を開始した。人口に対して比較的病院数が少ない乙訓地域では、地域外に出て専門的治療を受ける住民も多く、その後在宅に戻ってきた際にかかりつけ医を確保することが在宅医療を進める上で重要な課題であった。そこで、乙訓医師会が中心となり、まずアンケート調査によって地域内の医師配置の現状を把握した。その情報をもとにして、病院やケアマネジャーから要請があると、症状や住所を考慮して最も適切な医師が医師会から紹介される。(図 4) 病状が安定した後、在宅療養を支える介護・福祉サービス等が決まった後も、最後まで在宅かかりつけ医が決まらず退院が遅れてしまうケースも見られる中、このようなスムーズな退院を支援するしくみの意義は大きいと言える。

3. 二市一町の独自の地域ネットワークづくり

乙訓地域の二市一町は共同して乙訓医師会との協議にあたっており、在宅療養手帳の取り組み以外にも、介護保険法施行前年の平成 11 年に「'99 乙訓介護保険フォーラム」を開催するなど、地域が一体となった取り組みを実践しているが、一方で独自の地域ネットワークづくりにも取り組んでいる。

○長岡京市

長岡京市では、介護保険制度が実施される以前から地域包括ケア会議を設けており、在宅での療養に向けたプランを関係者の協議で組み立ててきた。介護保険制度が導入され、ケアプラン作成がケアマネジャーの役割となってから、特に地域全体での困難ケース(例えば認知介護など)に対してどのような対応を地域として実施できるのかを話し合っている。この地域包括ケア会議は、日常生活圏域ごとに月に 1 回、定期的実施しており、ケアマネジャーや民生委員などからの情報を元に、地域での困難事例に絶えず注意を払っている。他にも、長岡京市高齢者虐待防止ネットワークを構築し、民生委員などを巻き込んだ形で、高齢者虐待の早期発見・早期介入を目指している。

○向日市

向日市では、特に認知症高齢者への支援に力をいれており、認知症になっても安心して暮らせる街づくりを目指している。一般市民を巻き込んで認知症サポーターを地域で育成

し、地域全体として認知症への理解が根付くように力を入れている。また、地域資源マップを作成し、地域で利用可能な社会資源がどこにあるのか一目で分かるような工夫を行っている。更に、徘徊 SOS 模擬訓練なども実施し、日頃から地域での認知症高齢者の見守りを意識づけるような取り組みも実施している。

○大山崎町

大山崎町では、高齢者虐待防止ネットワークと認知症高齢者見守りネットワークを同時につくり上げることが出来るように心がけている。認知症と高齢者虐待は決して切り離せない問題であるとの認識のもと、民生委員の協力も得ながら、問題ケースの掘り起こしに積極的に取り組んでいる。特に家族の壁を超えるためにどうすればよいのかを、個別ケースごとに模索し、介入していこうと試みている。地域ネットワークがやはり基盤にあり、その充実のためにも、行政の地道な努力が必要であると考えている。

このように、それぞれが地域の特性にあったネットワークづくりを実施しており、モデル事業等を通じてより良い地域づくりに取り組もうとしている。安心して在宅医療を続けることの出来るコミュニティづくりが、在宅医療推進に向けた行政の大きな役割の一つであり、乙訓地域における二市一町の取り組みは行政の強みを最も活かすことが可能な切り口であるとも言える。

指定居宅介護支援事業所

事業所名		TEL () -
		FAX () -
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担当期間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担当期間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担当期間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日

事業所名		TEL () -
		FAX () -
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担当期間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担当期間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担当期間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

図 1、図 2: 在宅療養手帳(乙訓医師会)

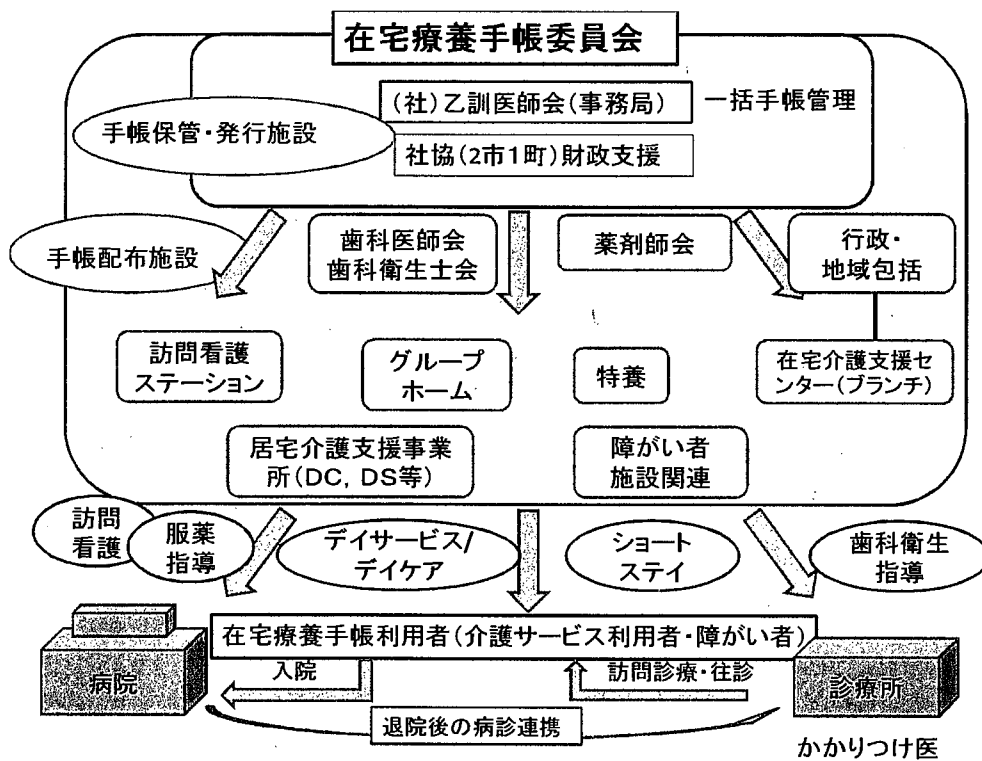


図 3:在宅療養手帳委員会

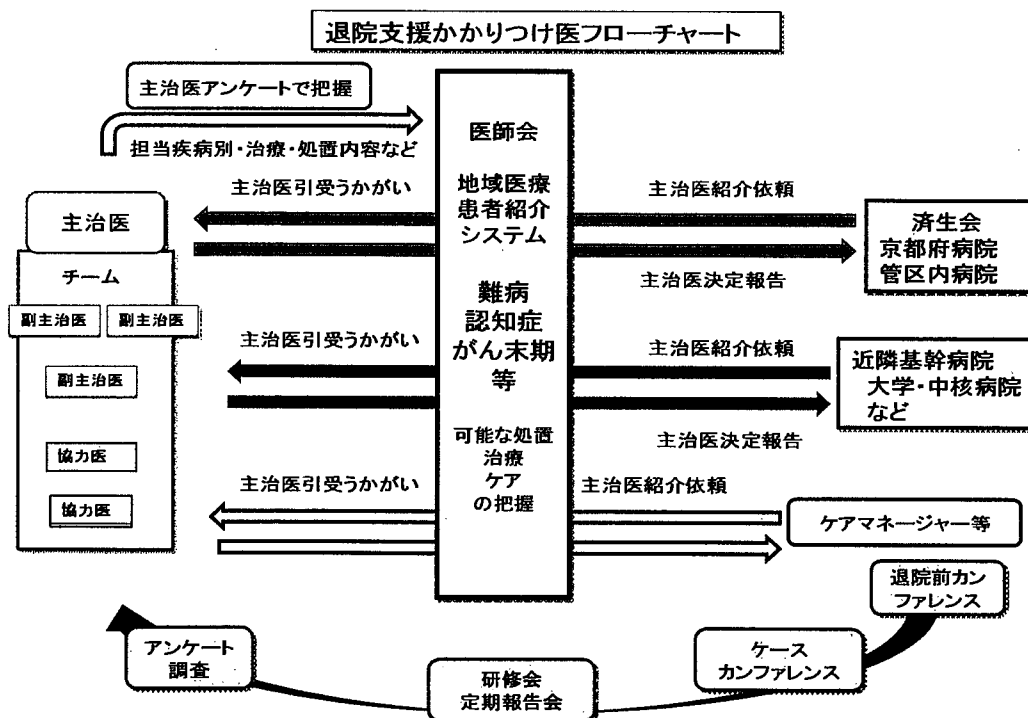


図 4:在宅かかりつけ医

「遠野方式在宅ケアシステム」 (岩手県遠野市)

四方を山に囲まれた盆地に位置する遠野市は、昭和 45 年に 4 万人を超えていた人口が現在は約 3 万人にまで減少し、そのうち 65 歳以上の高齢者が約 1 万人(高齢化率 33.5%)を占めている。

在宅で家族介護を行いたいという価値観が比較的強いと言われる遠野では、岩手県立遠野病院と遠野市の強い連携の下に在宅医療を 26 年前から実施しており、「遠野方式在宅ケアシステム」と呼ばれる在宅ケアの体制が定着している。

更に近年では、ICT(情報通信技術)を活用した地域住民の健康増進、介護・疾病予防の取り組みを試みており、今後の在宅医療や医療介護連携の新たなモデルを示すことが期待されている。

1. 県立遠野病院と共同での取り組み

○ 訪問診療の歴史

遠野市では古くから地域の中核となる病院が県立遠野病院のみであった。そのため、1980 年代当時からすでに、農繁期に家族が十分な介護を行うことが出来ずに寝たきりになってしまったり、地理的な関係で退院後の通院がままならず状態悪化して再入院してしまったりする高齢者の多さが目立っていた。このことを問題視した県立遠野病院の貴田岡医師(現院長)は、退院後の患者の適切な健康管理を在宅で行うには医療関係者の適切、かつ継続的なフォローアップが必須であると考え、昭和 60 年に自らが高齢者宅に出向くという在宅寝たきり老人訪問診療を開始した。

試行錯誤で訪問診療を実施していく中で、在宅療養を支援するには保健や福祉を含めた包括的な支援を行うことが必要であると強く感じた貴田岡医師は、遠野市に対して福祉系の職種も含めた多職種連携チームをつくって在宅ケアを行うことを提案した。その後、遠野市の協力と遠野市医師会の理解を得て、遠野市と県立遠野病院を中心とした保健・医療・福祉の連携を核としたチームの在宅ケアシステムの構築が始まった。

○ 現状

県立遠野病院が訪問診療を行うようになって 26 年が経ち、地域の医療・保健・福祉等の関係者が一体となって在宅患者をバックアップする「遠野方式在宅ケアシステム」(図 1)が定着している。現在は貴田岡院長を含めて医師 2 名体制で、医療機関への受診が困難な高齢者を対象にして訪問診療を行っている。県立遠野病院だけでなく近隣開業医の受け持ち患者も対象としており、主に隔週火曜日の午後に 5~8 名程度の訪問診療を実施している。また、訪問診療終了後、地域ケア会議を開催、在宅療養中の患者の情報やその診療方針等に関係者で共有している。又、家族や本人に訪問診療結果を報告している

遠野市としても安心安全な市民医療に向けた医療環境整備に力を入れており、県立遠野病

院での訪問診療を含む在宅ケアの実施に全面的に協力している。市では訪問診療を希望する人に対して事前訪問を行って予診録を作成、ケア会議に訪問診療の方針を決定するための情報を提供することで、その後の診療がスムーズに行えるようにしている。また、患者の退院の際には医師、県立遠野病院の訪問診療担当看護師、ケアマネジャー、訪問看護ステーションの訪問看護師、患者家族等が参加して退院時カンファレンスを実施し、入院治療と在宅療養を結び付ける重要な調整役の役割を果たしている。また、遠野市は訪問診療で使用する X 線撮影機器を購入したり、訪問診療車(写真 1)の運転手を市職員が務めたりするなど、組織の垣根を超えたきめの細かい連携が遠野市と県立遠野病院の間では行われている。

遠野市の訪問診療では、医師による診察の他、血液・尿検査、心電図検査等を行い、在宅に、機材を持ち込んで X 線検査も実施している(写真 2)。訪問診療チームに参加する職種としては、直接に診療に携わる医師、技師、看護師の他に、県立遠野病院のソーシャルワーカー、在宅療養を支える訪問看護師やケアマネジャーなど、多職種に渡っている。遠野市の保健師が訪問診療の日程や各スタッフのスケジュールの調整、家族との連絡の役割を担ったりするなど、遠野市で活用可能な社会資源を総動員しての訪問診療を行っている。

在宅ケアで提供されるサービスも患者や家族の必要に応じて、柔軟に提供されてきた。たとえば、以前は診療費の支払いのために家族が病院に出向く必要があり、公共交通機関が余り発達していない中で家庭にとっては負担となるものであった。これに対して県立遠野病院では会計担当者を訪問診療に同行させることで、診療時にその場で会計を済ませられるようにした(写真 3)。

このような多職種共同での在宅ケアを行うことで、複眼的に多岐にわたる情報を得て病院スタッフが在宅療養に関する具体的なイメージを持つことができるようになった。実際に、在宅診療を経験した職員はその後の院内での退院支援の取り組み方が変わるとの声が県立遠野病院では多く聞かれる。また、遠野での在宅医療では治療のみではなく生活の面にも重きを置いており、診療というよりも生活全般を視野に入れた在宅ケアの提供を意識している。その点でソーシャルワーカーや保健師が参加することの意義は大きいといえる。遠野方式在宅ケアシステムは、医療と介護の連携から更に進歩して、医療と介護の一体化のレベルに達しつつある。

2. 健康な地域づくり、および ICT の活用

遠野市は、高齢者等の生活弱者を家族・地域でどこまで支え合うことができるのかを意識した社会システムづくりを進めており、様々なサービスありきで物事を考えるのではなく、家族・地域を中心とした地域の人的ネットワークを再構築させていくことが重要であると考えている。県立遠野病院と強力に連携しつつも、病院のみに頼るのではなく地域単位での健康づくりを行っていくことを目指している。

そのような取り組みの中で、遠野市では ICT を活用した地域住民の健康増進、介護・疾

病予防を目指した施策を実施中である。施策の一つである「すこやかネットワーク」構想（図 2）では、「ゆりかごから天国まで」を合い言葉に、「電子手帳」「福祉票」といったシステム構築により、生涯を通じた健康や生活環境に関する情報を電子情報としてサーバーに蓄積し、本人や家族のみならず、医療機関や行政、自治会、民生委員といった多様な関係者が情報を活用出来るようにすることを目標としている。ここでは、検査データや入院の記録、その他必要に応じて個別に加えられたデータなど多岐にわたる情報を保存することが出来る。

他にも、サーバーに蓄積された健康データをもとにテレビ電話を通じて遠野の地域住民に対して遠隔健康相談を行う試みも行われている。

このように地域住民の健康増進、介護・疾病予防を目指した施策を進めていくことは、地域医療の負担軽減につながると考えられ、活用できる社会資源が少ない中でも、工夫の余地はまだあることを示す好例であるといえる。

遠野市の地域づくりや ICT を用いた試みは、全国から注目されており、今後の健康づくりの新たなモデルを示すことが期待されている。

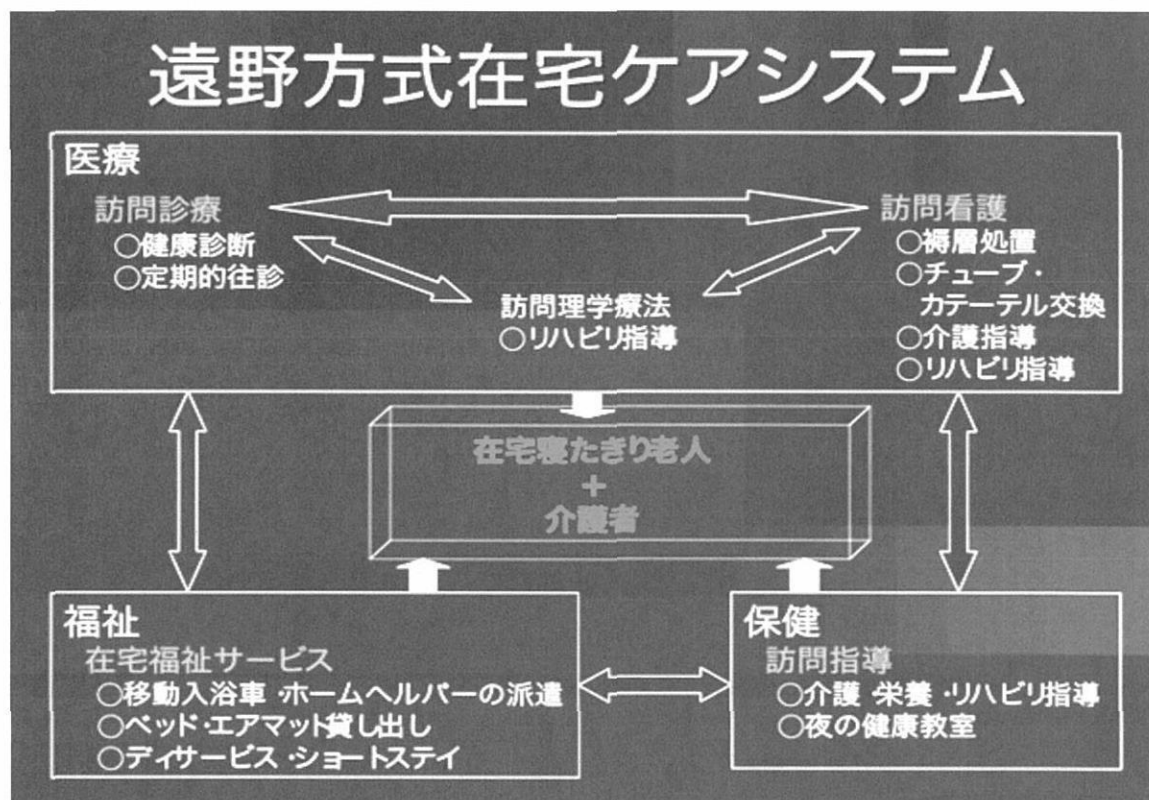




写真 1: 10 人乗りワゴンで移動



写真 2: 放射線技師によるポータブル機器での胸部レントゲン撮影



写真 3: 会計担当者が利用者家族から自宅で料金を徴収

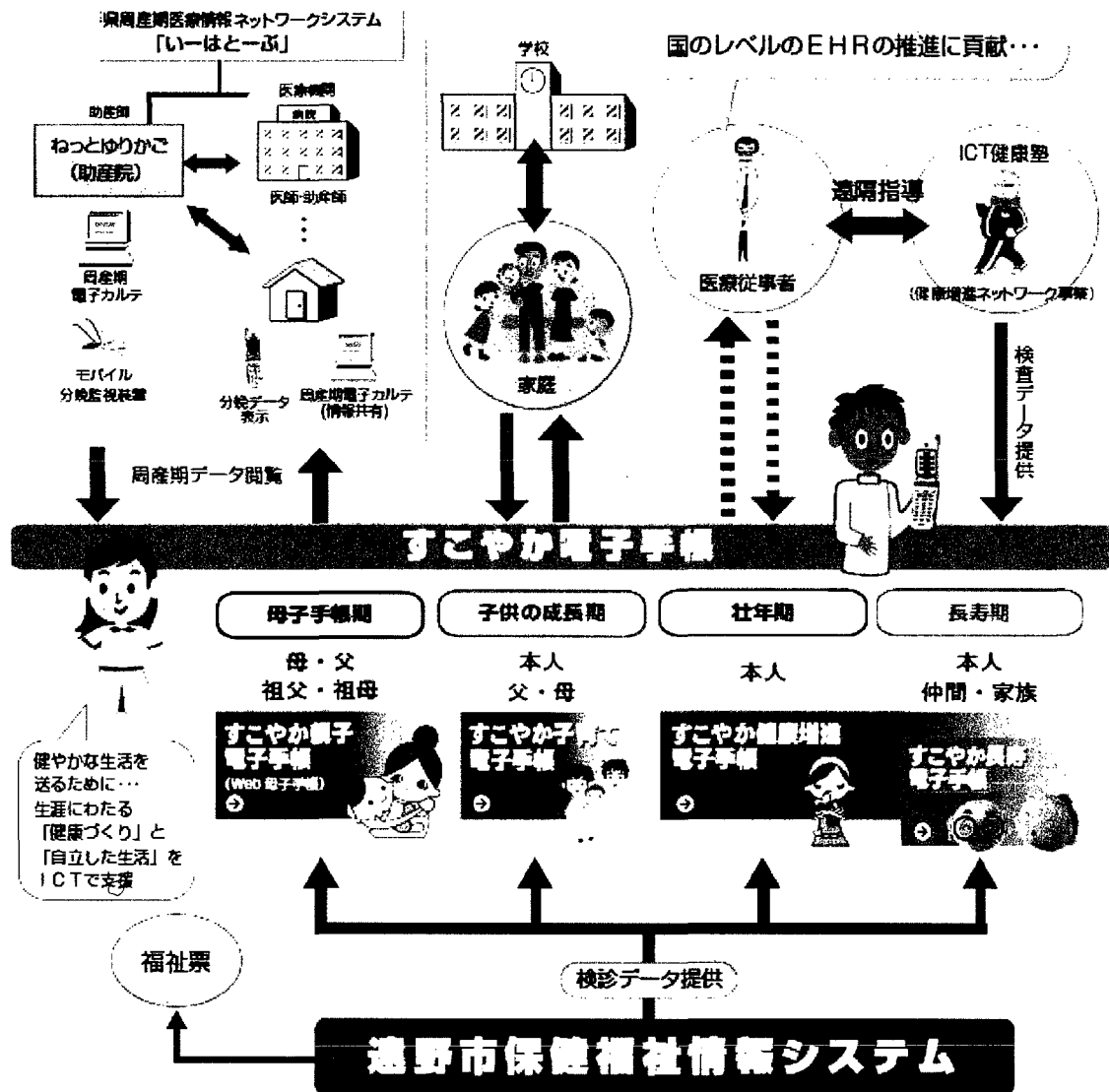


図 2: すこやか電子手帳(遠野市資料より)

「地域力を活かした在宅医療の試み」(栃木県栃木市)

江戸時代から宿場町、商都として栄えた栃木市は、平成22年3月の合併を経て、現在では人口約14万人を数える。高齢者人口は約34,000人(高齢化率23.9%、後期高齢化率11.8%)であるが、高齢化率が地域により20%ほどから30%近くまで大きく異なり、地域の状況は多様である。

歴史豊かな栃木市には助け合いの土壌が培われてきており、互助システムがしっかりした昔からのコミュニティとしてのつながりが残っている地域も多いと言われている。その様な特徴を活かして、地域の総合力を基礎とした在宅医療の取り組みが栃木市では始められている。

1. 栃木市の取り組み

○ 栃木市における高齢者福祉政策の歴史と現状

昭和60年代から高齢者福祉に力を入れてきた栃木市では、介護保険制度導入に先だって平成8年からIT企業と共同での介護保険システム研究会の開催、介護保険出前講座の実施、ケーブルテレビを通じた広報活動などにより、市民の間に介護保険制度の理解を拡げられるように、積極的な取り組みを行ってきた。また行政のみで全てを担うことは不可能であるという認識から、十分なサービス提供の確保を目指して民間サービス事業者の誘致にも積極的に取り組んできた。

平成17年には、組織横断的に市民を支えていくことを目的として「トータルサポートセンター」を設立した。この組織では、基本的には2つの視点、①総合的な視点(現在の生活上の課題を複合的に考える)、②長期的なライフプランニングを意識した視点(将来の展望を長期的に考える)で利用者に寄り添う福祉を進めようとしている。現在は学齢期を対象としたワンストップサービスの提供を行っているが、今後この制度を発展させて、ゆりかごから墓場までの生涯を通じて市民を支える体制を整えていきたいと考えている。

一方で高齢者福祉の担当者の間では、介護保険導入後に現場感覚が足りず、住民の実態が見えなくなってきたとの問題意識が出てきた。そこで、地域包括センターを直営化して現場の実態に肌で触れながら、自分たちの街に適したサービス制度づくりを目指している。さらに、このような体制作りは住民の行政への窓口の多様化につながり、住民にとっての相談のしやすさにつながっているとみえる。

栃木市としては、他にも高齢者の在宅生活を支援するために、さまざまな事業が展開されている(高齢者の生きがいと健康づくり推進事業、介護予防・生活支援事業、緊急通報装置設置事業等)。そのほか、介護保険制度に基づいた事業も幅広く展開しており、在宅で安心して暮らせるための健康づくり、および地域作りにも力を入れている。これらは、高齢者とその家族が地域でも安心して暮らせるような安心作りに力を入れている政策であるといえる。

○ 地域医療再生の取り組み

栃木市には 3 つの基幹病院があるが、必ずしも機能分担が出来ていないとの危機感が持たれている。現在、「栃木地区地域医療確保対策会議」などで今後の地域医療のあり方について議論が行われている。計画中的新下都賀総合病院に二次医療圏の中核病院としての機能に加えて、保健・看護・介護・福祉の総合調整機能を持たせられないかとの意見もあり、退院後の患者の医療・生活を在宅でどう支えていくかとの問題意識が入院時から共有され、在宅を意識した取り組みが実施できるような態勢構築を目指し始めている。(図 1)

手始めに新下都賀総合病院内部に、市役所と共同で退院センターの機能強化・市民の医療相談機能・関係機関との連携体制の確立等を担う部門を作成し、退院後まで視野に入れた支援を入院時から実施できるような体制を取れるように検討している。このように栃木市をめぐる医療系ネットワークの再編とともに、福祉ネットワークまで視野に入れた施策が試みられようとしている。

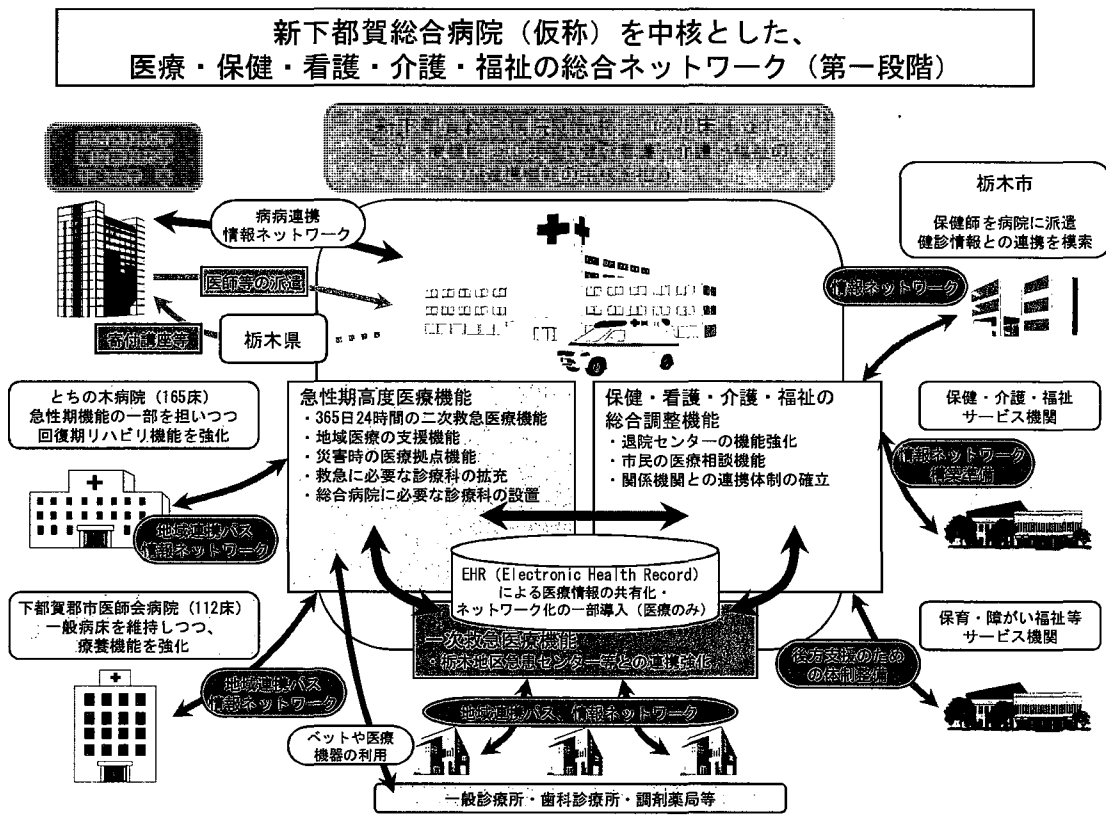


図 1: 第 3 回栃木地区地域医療確保対策会議資料

○ 蔵の街コミュニティケア研究会

在宅医療を積極的に行っている太田秀樹医師の「街全体でコミュニティケアを考えよう」との呼びかけに市の担当者が応じる形で、平成 12 年に「蔵の街コミュニティケア研究会」が設置された。研究会では、定期的に市民も参加して「生活の一部としての医療」についての勉強を続けており、地域全体の意識を向上させる事に役立っている。市の担当としても、この様な場を活用することにより市民の考えを知り、行政政策に反映させる事が可能となり、また様々な社会資源を掘り起こす場としての機能も期待している。この様な研究会が活発な活動を続けてくることが出来た背景として、研究会の事務局(民間介護サービス事業者)が着実な働きをしている事は見逃せない。市民活動の成否は、事務局の働きと言っても過言ではない。市は、この研究会のように市民が医療や福祉を自ら考え、学ぶ場づくりを側面から支援していきたいと考えている。現時点では、市民活動推進センターを活用する等、住民主体の様々な取り組みを積極的に支援している。

2. 下都賀郡市医師会の取り組み

－ 栃木地区の在宅医療・介護ネットワークの構築を目指して－

平成 18 年 7 月より、栃木市医師会は下都賀郡市医師会と連動して、「在宅医療推進協議会」を立ち上げた。議論を重ね、平成 19 年 8 月には在宅療養支援診療所を中心に、市内 15 の医療機関を 4 つにグループ化し、3 つの基幹病院の後方支援の協力も得て、在宅医療連携体制を構築したが、結局のところ診療所間の連携や他職種との連携がうまく機能せず、多くの課題を残し、成果を挙げることはできなかった。

この反省を踏まえて、平成 22 年 4 月より、下都賀郡市医師会の「在宅医療ネットワーク推進委員会」を新たに再編し、下都賀郡市 1 市 2 町の代表委員 10 名から構成される多職種の委員構成とし、多職種協働で議論していくこととした。また、委員会を公開とし、在宅医療に関心のある医師会員および医師会員以外の方々にも参加を呼びかけ、勉強会・ミニレクチャー等を行いながら、在宅医療に参画してくれる医師会員および医師会員以外の方々の人の輪を地道に広げていく活動方針とした。「在宅医療ネットワーク推進委員会」には、これまで栃木市の担当課や地域包括支援センター、下都賀総合病院地域医療連携室、訪問看護ステーション、栃木市介護支援専門員連絡協議会などがオブザーバーとして参加している。委員会は回を重ねるごとに、参加者が徐々に増え、少しずつ人の輪が広がっている。

また、かかりつけ医と訪問看護師とケアマネジャーの 3 者の連携強化とケアカンファレンスの活発な開催が在宅医療連携の要であり、その中で、主導的立場の医師（「かかりつけ医」）である医師会員一人ひとりが在宅医療の問題点・課題を共有し、いっしょに考え、そして行動・実践していくことがなによりも大切であると医師会では考えている。最終的には、主導的・中心的役割を担う「かかりつけ医」である医師会員一人ひとりの理解と協力と実践なしに在宅医療は推進されない。

3. 栃木市における取り組みの特徴と今後の課題

栃木市における在宅医療の取り組みの特徴として、「蔵の街コミュニティケア研究会」などで市民の声を把握し、市民の理解を得ながら、地域の実情に合った医療体制とはどのようなものを時間をかけて共に考えていったことが挙げられる。この様な行政と市民の地道な動きが、地域の医療問題に関する市民の意識を高め、「医療は生活の上位概念ではない」という考えが共有されるに至り、在宅医療が行われやすい素地が形作られたとも言える。

また、高齢者が自宅で暮らすのを地域住民自身の力で支えようとする「ふれあい相談員制度」という家庭訪問サービスが栃木市では定着しており、高齢者の安否確認や相談対応など、高齢者が自宅で療養生活を送るのに必要な支援を提供している。

これまで市職員と医師会医師の長年にわたる関係などを軸にして進めてきた地域医療や在宅医療に関する社会資源を結び付ける役割を、いかに組織として継続性をもって行っていくかという点、また専門的協力者をさらに増やしていくにはどうすればよいのかという点が、栃木市における今後の課題となっている。

「区局の連携による、全市的な在宅療養連携推進の展開」(神奈川県横浜市)

人口 360 万人余りの横浜市では、高齢者人口が 70 万人を超え、その 15%以上が要介護認定者である。自宅での療養を希望する市民が大半を占めているが、18 の区ごとに人口や高齢化率など置かれた状況に違いがあるためか、在宅医療推進への取り組み方も地域によって温度差が見られる。

横浜市西部地区を中心に始まった在宅医同士の連携の会である「在宅医ネットよこはま」は設立後会員を徐々に増やし市全体に拡がり活動をしており、在宅医療推進に積極的な区がその活動を支援する様になった。更に現在では在宅療養連携を市全体に拡げようとする動きが始まってきている。

以下に、在宅医、区、横浜市のそれぞれの取り組みの概要を示す。

1. 「在宅医ネットよこはま」の設立・活動と行政との関わり

平成 15 年、旭区を中心とした市西部地区に「在宅医ネットよこはま」が設立された。以前より在宅医療を積極的に行ってきた医師が、夜間や休日の往診の対応、病状変化に対応できる診療技術の修得、専門診療を要する時の専門診療医バックアップなど、患者と家族が安心して在宅療養できるため地域の在宅医が協力する事が必要であるとの問題意識を持ったことがそのきっかけとなった。「在宅医ネットよこはま」では、在宅医に限らず、‘みんなで行う在宅医療’を目指し関係する様々な職種の人々と一緒に勉強会を行っている。地域での問題点を話合う研究会や、胃ろう管理法、病診連携、緩和ケアなどをテーマとした定期的な勉強会を通じて、ケアマネジャーや訪問看護師など在宅医療に従事する様々な専門家グループとの連携が築かれ、互いに顔の見える関係が構築されていった。この繋がりの中で在宅医は、不在時の対応や専門外診療の対応の場合に、積極的に地域の他の在宅医に協力を頼めるような意識を持てるようになっていった。

このような市西部地区を中心とした在宅医連携の動きは、その後市内の他地区にも拡がり、平成 21 年に北部、平成 22 年に南部在宅医ネットが設立された。平成 23 年には東部在宅医ネットを立ち上げた後、横浜市内の東西南北の在宅医ネットを統合し、在宅医療を進めやすい環境づくりに向けた取り組みを市全体で更に進める予定である。

「在宅医ネットよこはま」代表世話人の岡田孝弘医師によると、「区役所など行政には、様々な立場の人々が連携する際の調整役としての役割を期待している。特に、認知症者に対する社会的支援など福祉分野等との連携を図る際には、行政の力が大きな助けになる。」とのことである。さらに岡田医師は、「一般を対象とした広報や、地域サービスに行政は強い。行政の人たちにも現場に触れてもらい、在宅医療を取り巻く問題をぜひ一緒に実感してもらいたい」と、在宅医療推進における住民とのコネクション役としての行政の役割に期待している。

2. 区の取り組み

横浜市では先進的な区が独自の在宅医療に関する取り組みを進めている。旭区では医師会と区が共同で「医療と介護の地域連携しくみづくり検討会」を設立、戸塚区ではケアマネジャーの集まりである「ケアマネット戸塚」が中心となって医師とケアマネジャーのコミュニケーションを促進する医療機関名簿を作成、瀬谷区では区が主体となって「在宅高齢者サポートネットワーク連絡会」が設立されている。

この他にも、旭区では在宅医療に積極的な医師が中心となり、スタッフのための訪問看護ステーション連絡会、訪問リハビリテーション連絡会、医師会とケアマネ連携の会など多職種の連絡会が置かれ、提供するサービスの質の向上・均質化や専門職種間の連携促進に力を入れている。他にも、区医師会と地域ケアプラザ(地域包括支援センター)の合同研究会を実施し、地域の医師が介護保険制度等の福祉制度についての理解をより深めることが出来るようにしており、これらの取り組みはいずれも、それぞれの地域で在宅医療に関心を持つ人同士が顔の見える関係を構築することに役立っている。

3. 横浜市の取り組み

介護療養病床の廃止方針、施設重視から地域重視へという声の高まり、在宅療養支援事業開始の流れなどを受けて、横浜市では幹部が問題意識を共有する様になり、医療担当部局と福祉担当部局が積極的に連携を図り、在宅医療の推進に力を入れるようになった。

平成 19 年に行われた在宅療養支援診療所へのアンケートでは、今後も在宅医療を継続可能と回答した診療所が 37.4%に留まったため市は今後の在宅医療の推進に危機感を持つようになり、平成 20 年度には理解のある医師の参加・協力を得て、「在宅療養連携推進検討会」を開催した。その後、在宅医療に関連する様々なモデル事業、在宅医療を実施している診療所を対象としたアンケート調査等を実施した結果、夜間対応等による医師の過剰な負担、後方支援病院等の地域医療機関の確保など多岐にわたる問題点が明らかとなった。

平成 22 年からは検討会を協議会に発展的に改組し、問題点の検討のみならず、より行政施策に直結した実践的な話し合いを行っており、次頁に示した方針に沿って在宅療養の取り組みを進め、区局の連携による、全市的な在宅療養連携推進を図ることを目指している。更に、「在宅療養ネットワーク強化に向けた提案型委託支援事業」(図 1)として、提案型委託事業も開始している。

市役所としては複数の職員が在宅医療を担当しており、今のところ、在宅医療関係の業務が余りに属人的になり、担当者の異動等によりそれまでの施策が滞るといった問題等は起こっていない。在宅医療推進協議会には大勢の市職員が参加し、現場に触れる絶好の機会となっている。

平成 22 年度 在宅療養連携推進の取り組み予定

○ 体制整備

中小病院の後方支援機能確保に向けた取り組み

- ・現状を把握するためのアンケート調査と、今後の取り組み案の作成
- ・緊急ショートステイ床の活用促進
- ・市内介護保険施設におけるショートステイ床の確保と活用の促進

○ ネットワーク強化

公募方式での在宅医ネットワーク強化等支援

区局連絡会の開催

各区の在宅療養連携推進に向けた支援(連絡会の発足支援等)

- ・先行モデル区等の取り組みを参考にした、連携方法の検討および支援の実施

○ 人材育成（在宅療養に関する各専門職種に対する研修会を実施）

かかりつけ医の認知症対応力向上支援（図 2）

訪問看護ステーションに対するネットワーク強化・人材確保支援

介護支援専門員の医療連携対応力向上支援

訪問介護事業所のサービス提供責任者向け医療対応向上支援

○ その他

全国在宅療養支援診療所連絡会を踏まえた取り組み

- ・全国在宅療養支援診療所連絡会支部の立ち上げに向けての情報収集
- ・他都市の状況を把握し、事務局設置に際しての働きかけと支援を実施