国立市地域医療計画 (概要版)

~生まれてから最期までその人らしい 生き方や暮らしを支える~

> 2019年(平成 31)年 3 月 国立市

はじめに

だれもが、住み慣れた場所で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続するためには、医療、介護などのさまざまな支援が効果的・効率的に連動するしくみと、そのしくみを動かすための体制整備が必要です。国立市では、市民が自立した日常生活を送ることを可能にするための基本施策として、介護、介護予防、住まい、本人の自己決定、家族支援等が包括的に確保される体制の実現に向け、市の地域包括ケアの4つの規範に沿った、さまざまな取組を推進しています。

医療に関しては、平成 26 年 6 月に施行された医療介護総合確保推進法により、都道府県においては、将来の医療需要推計に基づき、あるべき医療提供体制を示す地域医療構想の中で、体制整備が進められています。

しかし、市民がもとめる医療には、かかりつけ医への期待、看取りも含めた本人の生き方など、 多方面にわたる医療のあり方が問われています。そのため、国立市では、国立市民の思いを中心と した地域医療計画を策定する必要性が生じました。

この計画では、市民が必要とする医療の環境を整えるために、「日常療養」から「救急」、「入院・退院」、「看取り」の4つの項目に分類し、国立市がめざす地域医療のあり方についての基本理念を示しました。10年後、20年後の地域を見据え、市民が生まれてから人生の最終段階まで、たとえ医療・介護が必要になっても、安心して暮らし続けることが可能なまちづくりの実現をめざします。



国立市の地域包括ケアシステムイメージ

1. 国立市がめざす地域医療の姿

(1)計画策定の趣旨

国立市では、市民が必要とする医療の環境を整えるために、日常療養から、たとえ医療・介護が必要になっても、「市民が安心して住み続けられるまちづくり」の実現をめざします。

(2) 基本理念 ~国立市民の思いを中心に~

<基本理念>

1:国立市は、市民の視点に立ち、ともに考えながら、充実した地域医療の提供をめざします

2: 国立市は、地域医療の提供により、すべての市民が安心して生活を送れることをめざします

3:国立市は、すべての医療関係者が、介護・福祉の関係者、家族とともに、生まれてから人生 の最終段階まで継続したサービスを提供する体制の構築をめざします

本計画は、国立市における現状を整理し、将来の地域医療の姿を示す計画です。

国立市民の誰もが信頼し得るかかりつけ医に通院し、安心した日常生活を送り、入院、救急医療が必要になったときにはその対応が行われ、通院ができなくなったときには在宅医療が提供される体制を構築する必要があります。

そのため、本計画では国立市の実情から見える課題を整理し、10年後、20年後を見据え、医療・介護が必要となっても住み続けられるような医療のあり方についての課題解決の方向性を考えます。

本計画を策定する平成30年度現在の地域医療提供体制の状況を4つの場面(「日常療養」、「急変時」、「(入院時と)退院時」、「看取り期」)に分けて、下図に示します。

図表:国立市民に対する地域医療提供体制(現状) <市外> <国立市内の地域医療> 生活を支える視点 日常療養 が十分ではない ○かかりつけ医機能を提供する 退院後に自宅に戻る ○健康づくりを実施する ことができない ○在宅医療を提供する ○地域で生活する人の視点に 立って提供する 入院と退院 看取りの実施に向けて ○住み慣れた地域、本人が ○入院医療機関と在宅医療に 望む場所での看取りを 係る機関との協働による 退院支援を実施する 実施する 急変 ○在宅療養者の病状の急変 在宅で亡くなりたい 時に対応する という希望がかなえ 24時間体制が ○幅広い市民の救急体制を られない 十分ではない 充実させる

1

(3)計画の位置づけ

本計画は、市における地域包括ケアの推進のため、現在進めている「国立市介護保険事業計画・国立市高齢者保健福祉計画(国立市地域包括ケア計画)」や健康寿命の延伸・健康なまちづくりの推進のための「国立市健康増進計画」及び「データヘルス計画」と連携し、より一層の地域包括ケアシステムの構築の推進を図るものです。また、医療法第30条の4第1項の「医療計画」として、東京都において現在進めている「東京都保健医療計画」に対して、市より提言するものとします。

地域包括ケアの推進 在宅医療・介護の連携体制の構築 健康寿命の延伸・健康なまちづくり 東京都 保健医療計画 国立市 国立市介護保険事業計画 (地域医療 データヘルス 国立市 地域医療計画 国立市高齢者保健福祉計画 構想) 健康増進計画 計画 (国立市地域包括ケア計画)

図表:計画の位置づけ

(4)計画の期間

2019年度から2028年度までの10年間とし、5年を目処に中間評価を行います。また、各年度においては、施策ごとに評価を行います。

図表:計画の期間

左 庇	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	平成36年度	平成37年度	平成38年度	平成39年度	平成40年度	
年 度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	
		* 施策ごとに	毎年度ロー	Jング		中間評価		次期計画 策定				
取組		策定 D (実行) → C (評価) → A (改善)					計画全体の D (実行) C (評価) A (改善) PDCA D (では、 TO					
			P (計画)			(PDCA)		P (計画)			L PDCA J	

2. テーマ別にみた地域医療の展開方針

(1) 国立市がめざす支援の姿

市民アンケート(平成30年2月実施)結果と市民意見交換会でのご意見、国立市での事例(テーマ別事例本冊子P4~11)から課題を抽出し、①日常療養の場面、②急変時、③退院時、④看取り期における、国立市がめざす支援の姿として示しております。

めざす姿

めざす姿の達成に向けた具体的目標

日常療養支援

市民がかかりつけ医を持ち、 外来診療・在宅療養等を 適切に受け、生活を 継続できる

- ① 本人の状況把握
- ② 重症化予防
- ③ 不必要な入院の防止
- ④ 提供体制整備

急変時

- 〇急変時に迅速な救急 要請が行われる
- 〇状態変化時に適切な 治療を受けることができる。
- ① 家族・かかりつけ医・かかりつけ薬剤師に関する情報の共有
- ② 緊急時対応について本人・家族間で共有
- ③ 本人の意思及びかかりつけ医の指示に沿った救急搬送
- 4) 提供体制整備

退院時

本人の望む場所に戻り、 支援を受けながら不安 なく生活を再開する

- ① 本人や家族の希望の把握
- ② 関係者間で現状・退院後の生活のイメージを共有
- ③ 円滑な退院と生活再開
- ④ 提供体制整備

看取り期

本人の住み慣れた地域、 本人の望む場所で不安なく 最期まで暮らす

- ① 本人の意思の表出
- ② 関係者間での把握と共有
- ③ 希望に沿った看取りの実施
- ④ 提供体制整備

(2) 事例から整理する国立市の現状と課題

国立市での事例から、4 つの場面(①日常療養支援、②急変時における支援、③退院支援、④看取り)における現状と課題について考えてみます。

なお、本冊子で紹介する事例は、個人情報の保護のためにプライバシーの守秘を徹底し、複数の事例を少しずつ重ね合わせたり、人物像の一部を脚色するなど、特定の人物であることがわからないように配慮しております。

①日常療養の場面

事例1 認知症となり、薬の管理ができなくなる事例

(概要)70歳代、男性、脳梗塞、高血圧、一人暮らし

(経過)

退職後は外出の機会が減り、たばこを吸っている(20 本/日)ことが多かったが、脳梗塞の再発予防のための定期的な通院と内服はできていた。70 歳代前半から認知機能が低下し、通院ができなくなり、薬の内服ができなくなった。自宅で昏睡状態となったところを近隣の友人に発見され、緊急入院となり、脳梗塞の再発と診断された。

(本事例から見える課題)

- ・受診が途切れたときのフォロー体制
- ・地域での仲間づくり、見守りの目
- ・認知症の方の支援体制

事例2 迅速な対応により救命できた事例

(概 要)80歳代、男性、心不全、一人暮らし

(経 過)

妻を病院で亡くして以来、病院嫌いとなり、通院をしていない。「全身倦怠感があり、歩けない」と本人から地域包括支援センターに相談が入り、往診*を依頼した。往診した医師より、血圧 168/98、顔色不良、心音の異常、全身にむくみ等があり、心不全と診断された。

2回目の往診時に本人が転倒しており、同行していた地域包括支援センターの職員と在宅医療相談窓口職員が発見した。心不全の状態がさらに悪化し、往診医より入院治療の必要があると判断され、緊急入院となった。治療の結果、退院となる。現在、自宅で在宅医療を受けながら暮らすことができている。

(本事例で達成できていること)

・地域包括支援センターの依頼により、迅速な往診が行われた

(本事例から見える課題)

・かかりつけ医を持ち、日常療養を行う

※往診:本人の要望により、必要に応じて医師が自宅に診察に出向くこと。なお、「訪問診療」も 医師が自宅に診察に出向くことを指すが、定期的に訪問する点に違いがある

事例3 かかりつけ医と訪問診療医の連携により、 早期に介護保険サービスを利用できた事例

(概要)80歳代、女性、高血圧、軽度認知症、一人暮らし

(経過)

夫の他界後、広い自宅で好きな本を読んで過ごし、外出はほとんどなし。高血圧のための定期的な通院はできていた。別居の家族が毎日薬の管理を行っていた。夕食は配食サービスを利用。本人は、自身の栄養不足を心配し、地域包括支援センターに相談していた。徐々に体力が低下し、通院が困難となった。高血圧の管理をしていた医療機関から訪問診療医に依頼があり、在宅療養が開始された。また、介護保険を申請し、リハビリサービスの利用が開始された。本人の体力が回復し、近所に買い物に行けるまで回復した。

(本事例で達成できていること)

・家族による服薬管理、サービスの利用等、見守り体制の確立

(本事例から見える課題)

- ・早期の介護保険サービスの利用
- 栄養管理
- ・ 体力低下の予防
- ・地域包括支援センターの対応

事例4 ボランティアによる認知症高齢者への生活見守りができた事例

(概要)80歳代、男性、認知症、一人暮らし

(経過)

介護保険サービスの中で生活をしていたが、本人の体調が悪化し、食事がとれなくなった。日常療養支援を目的とした介護保険サービス以外の地域の支援者による見守りが行われ、食生活が改善され、日常生活活動が以前と同レベルまで回復した。本人の希望により、地域の支援者による、ゆるやかな見守り体制に変更することができた。

(本事例で達成できていること)

・本人の意思を尊重し、見守り活動内容を見直している

(本事例から見える課題)

・地域の見守り支援体制

②急変時の場面

事例1 救急搬送時にかかりつけ医に関する情報の共有ができた事例

(概要)70歳代、男性、一人暮らし、高血圧、糖尿病の既往

(経過)

退職後、外出の機会が減り自宅内で過ごすことが多かったが、かかりつけ医への受診は 定期的に行っていた。

あるとき、たまたま訪問した友人が、自宅で昏睡状態となって倒れていた本人を発見し、 救急車を呼び、救急搬送される。その際、かかりつけ薬剤師の日ごろの指示によりお薬手 帳が目に付くところに置いてあったため、救急隊がかかりつけ医と服薬状況を把握でき、 搬送先病院へ伝えた。

搬送先病院の診断は、低血糖による意識障害であった。その後、低血糖が改善され、帰宅が可能となり、医療情報がかかりつけ医に提供された。

(本事例で達成できていること)

・お薬手帳により情報が提供できた

(本事例から見える課題)

医療情報の置き場所の明確化

事例2 本人の意思とは異なった救急搬送がされた事例

(概要)80歳代、男性、がん末期、自宅で最期を迎えたい希望あり

(経過)

食道がんの診断を受け一時入院するも、そのまま退院となり、自宅療養が始まる。

その後、急激に機能低下し、起き上がりが困難となったため、介護保険により、介護ベッドを入れ、訪問介護等の利用を開始する。また、かかりつけ医による訪問診療も開始される。

お盆に家族が帰省した際、本人が嘔吐したため、帰省した家族が救急車を呼び、救急搬送され、そのまま入院となる。数日後、病院で亡くなった。

(本事例で達成できていること)

- ・自宅で過ごしたいという意思の表出がされていた
- ・介護保険サービスの利用がされている

(本事例から見える課題)

- ・緊急時の対応についての家族間での共有
- ・本人が望まない救急搬送

事例3 頻繁に救急車を呼ぶ事例

(概要)80歳代、女性、認知症、骨粗しょう症、腰椎圧迫骨折、老々世帯

(経過)

80歳代後半の夫が、数年間、本人(妻)の介護をしていた。今まで本人(妻)が痛みを訴えると、夫は不安になり、そのたびに救急車を呼んでいた。夫は妻の訴えに対応できず、夜間のみならず、日中でもかかりつけ医ではなく、119に電話をし、助けを求めることが通常となっていた。毎回、搬送先では、特に問題なしと判断され当日帰宅となった。

(本事例で達成できていること)

助けを求めることができる

(本事例から見える課題)

- ・本人の病状の理解(本人・家族)
- ・相談先となるかかりつけ医及び支援者等の存在
- ・地域の救急病院の役割を本人や家族が理解

事例4 かかりつけ医の指示により救急搬送が行われた事例

(概要)80歳代、女性、便秘、高血圧、老々世帯

(経過)

本人(妻)は、日ごろから便秘がちであり、腹痛を訴えることがたびたびあった。今回 も本人(妻)が腹痛を訴えたが、夫はいつものごとく便秘の症状と判断し、そのまま様子 を見たが、夜間に腹痛が強くなったため、夫がかかりつけ医に連絡を入れた。夫から連絡 を受けたかかりつけ医は、腸閉塞(イレウス)の疑いがあると考え、救急搬送を指示し、 夫が救急車を呼んだ。

救急搬送先の診断も腸閉塞であり、緊急手術の適用となった。

(本事例で達成できていること)

- ・かかりつけ医への連絡・相談
- ・かかりつけ医の指示による救急搬送ができた

(本事例から見える課題)

・家族とかかりつけ医の信頼関係及び連携

③退院時の場面

事例1 入院中に本人の意思決定ができ、スムーズに退院できた事例

(概要)70歳代、男性、胃がん手術後に抗がん剤治療、老々世帯

(経過)

外来での化学療法*を継続していたが、状態が悪くなり、緊急入院となった。入院時に 病棟医師から、化学療法の適用が見送られ、本人と妻に緩和ケア*の方向と予後について 説明があった。また、入院後の早い段階で、病棟医師と本人・家族の間で話し合いが行わ れ、療養の場所など、本人の意思決定がなされた。

その後、病院の退院支援スタッフ(医師・看護師・MSW*等)と診療所(かかりつけ医・ 看護師)、ケアマネジャー*、訪問看護の連携が図られ、スムーズな退院となった。

(本事例で達成できていること)

- ・本人の意思決定ができている
- ・予後に関して医師から説明があり、本人・家族が理解できている

(本事例から見える課題)

- ・早い段階での意思決定支援の実施(本人と家族の理解がなされる)
- ・病院と地域の医療機関、介護事業所等の連携
- ・地域の医療機関、介護事業所等の間の連携

※化学療法: 抗がん剤を投与して、がん細胞の増殖を抑えたり死滅させたりする治療法

※緩和ケア : 重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊

かな人生を送ることができるように支えていくケア

(出典:「市民に向けた緩和ケアの説明文」特定非営利活動法人日本緩和医療学会)

※MSW : 病院に勤務するソーシャルワーカーであり、関係機関との連絡・調整等を行う専門職

※ケアマネジャー:居宅介護支援事業所に所属しているケアプランを作成する専門職

事例2 別居家族の判断により自宅に戻れなかった事例

(概 要)80歳代、男性、認知症、誤嚥性肺炎※、老々世帯

(経過)

誤嚥性肺炎となり、妻が救急車を呼び、救急搬送され入院となる。2 か月後に回復期の リハビリテーション病院に転院し、自宅退院に向けて本人も意欲的に取り組む。本人と妻 は在宅療養を希望し、関係者で話し合いを行い退院予定となったが、退院直前、別居の娘 が在宅療養は難しいと判断し、施設入所となる。しかし、再度、誤嚥性肺炎を併発し、入 院となる。(在宅復帰に向けて、かかりつけ医・歯科医師・家族・ケアマネジャーによる話 し合いが行われている)

(本事例で達成できていること)

- ・退院に向けての話し合いが行われている
- ・本人と妻の意思が表出されている

(本事例から見える課題)

・在宅生活における病態像が家族間で共有されていない(誤嚥性肺炎)

※誤嚥性肺炎:誤嚥(食べ物や唾液などが誤って気道内に入ってしまうこと)から発症する肺炎のこと

事例3 入院中の丁寧な指導と退院直後から途切れない支援のあった事例

(概要)1歳、男児、新生児仮死、家族4人暮らし

(経過)

妊娠30週、1500gで出生した。人工呼吸器を用い、出生直後より入院治療が続いた。 生後11か月で病状が安定し、病棟医師から在宅医療について説明を受けた。その後、 在宅医療の支援体制を組み、両親、祖母が人工呼吸器、吸引、胃ろうの管理や体位変換、 リハビリの方法の指導を受け、退院となった。

自宅では、かかりつけ医や訪問看護師の支援を受けながら順調に経過する。また、母親の支援のために、育児グループ等の関わりが継続された。

(本事例で達成できていること)

・在宅医療の支援体制(かかりつけ医・訪問看護師・両親・祖母・育児グループ等)が組まれている

(本事例から見える課題)

- 人工呼吸器を用いた新生児の在宅医療の支援体制の構築
- ・本人を取り巻く家族に対する支援の実施

※インフォーマルサービス:近隣住民、自治会、ボランティア、育児グループ等の制度に基づかない支援

事例4 退院時にかかりつけ医が変更された事例

(概要)70歳代、男性、大腸がん、多発性転移、一人暮らし

(経過)

糖尿病にて、かかりつけ医へ通院していたが、大腸がんが発見され入院治療となる。多発性転移に対して化学治療が行われるが、治療効果が無くなり、本人の希望により在宅復帰となる。かかりつけ医が在宅医療を行っていないために、在宅医療相談窓口に連絡が入り、従来のかかりつけ医から訪問診療を行うかかりつけ医につなぎ、在宅医療が開始された。

(本事例で達成できていること)

- ・本人の意思が表出されている
- ・在宅医療相談窓口によるつなぎの支援が行われた

(本事例から見える課題)

・本人の状態像に合わせたかかりつけ医を持つこと及び在宅医療の提供

④看取り期の場面

事例1 本人が自宅での最期のときの迎え方について同意をしていたが、 看取り時に本人の意思が家族に伝わらない事例

(概要)90歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

(経過)

同居家族(娘夫婦・夫)とかかりつけ医とで ACP**(医師を含む、家族全員のサイン入り)に取り組み、看取りについて家族で決めていた。最期は検査や延命処置は行わないことを希望していた。別居の息子が帰省中、状態の変化(下血)があり、同居家族が不在だったため、かかりつけ医と連絡が取れないまま救急搬送される。別居の息子も ACP にサインし承知してはいたが、普段生活をともにしていなかったこともあり動揺して対応に追われ、救急搬送依頼をしてしまった。その後、ご本人は自宅に帰れず、病院で亡くなられた。同居の家族は本人の意思に沿うことができなかったことを後悔している。

(本事例で達成できていること)

・関係者全員でACPに取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

(本事例から見える課題)

- ・本人の意思の決定と共有 (家族及び支援チーム)
- ・家族及び支援チーム間での複数回の確認
- かかりつけ医の役割
- ・かかりつけ医と病院の連携
- ・がん末期の搬送における判断基準及び救急搬送先の対応
- ・看取り後の家族支援

※ACP (アドバンス・ケア・プランニング): 年齢や病期を問わず、本人が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス (2019 年現在、ACP の愛称は「人生会議」となっています)。

事例2 一人暮らしの男性が支援を受けつつ、 経過に応じて本人の希望を実現できている事例

(概要)80歳代、男性、胃がん末期、認知症、一人暮らし

1. 本人のこれからの生活に対する意思の表出

(経過1)

手術による胃の切除が困難な状況。栄養は腸ろう*からの摂取と流動食。病院からは退院は難しいと言われていたが、本人には「自分の好きな惣菜を食べたい」、「バスに乗って出かけたい」という意向があり、自宅へ戻りたい強い希望を持っていた。その希望をかかりつけ医が受け止め、自宅退院となり、腸ろうを中止した。

(本事例で達成できていること)

・かかりつけ医が本人の意思をくみ取り、支援している

(本事例から見える課題)

・病院による「治す医療」から、かかりつけ医による「生活を支える医療」への転換

※腸ろう:胃ろうが作れない場合に腸に管を入れて栄養を注入する方法。家での交換が難しい。 管が細いため詰まりやすい。

2. 本人の意思に沿った看取りに向けての日常療養支援

(経過2)

認知機能の低下に伴い、食事や内服等の日常生活に支援が必要になり、ヘルパー、訪問看護、訪問診療が始まる。一時的に食事の量が減り、体重が減少したが、入院前からの地域の支援者(近隣住民やボランティアなど)が本人の生活障害の不安に寄り添い、食事等の見守りを行う。徐々に食事量が増え、日常生活でできることも増えてきた。

関係者間による定期的な話し合いにより、本人の意思や病状の経過のみならず、救急搬送 の希望がない旨を記入したカードを身につけることや、状態の変化があった際、24 時間対 応のかかりつけ医に連絡を入れることを支援者全員が共有した。

(本事例で達成できていること)

・地域の支援者間の話し合いによる情報の共有と日常療養支援

(本事例から見える課題)

- ・地域の支援者の育成と支援者による見守り
- ・24 時間対応のかかりつけ医

(3) テーマ別ロジックモデル

①日常療養支援の場面における支援

めざす姿

市民がかかりつけ医を持ち、外来診療・在宅療養等を適切に受け、生活を継続できる

①本人の状況把握

②重症化予防

③不必要な入院の防止

4提供体制整備

めざす姿の達成に必要な4つの要素

生活リズムや心身の機能 が維持されている 適切な治療・療養の継続により、重症化を予防

予期せぬ入退院や再発 が起こっていない 日常療養を円滑に継続するための医療・介護提供体制及び地域支援体制が整備されている

目標達成のための手段・方法

- ・医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政が本人の状況を適時に把握し、かかりつけ医と情報共有する
- ・市民の健康状態等を把握する
- ・本人の受診が滞りなく行われていること
- ・治療中断時に早期再開につなげる
- ・本人が再発防止のため の自己管理に取り組む
- ・かかりつけ医に受診し、 適切な治療を行う
- ・本人が再発入院防止の ための自己管理に取り 組む
- ・地域のさまざまなサービス の開発、情報の周知を 行う
- ・病院と診療所、診療所間などが連携する
- ・本人や家族の必要性に 応じたサービスを提供す
- ・かかりつけ医機能及び薬剤師機能の充実・強化

国立市の具体施策

- ・支援チーム間における本 人の状況把握及び情報 共有の推進
- ・認知症高齢者の生活実 態把握
- ・サービス等につながってい ない方に対するフォロー 体制の整備
- ・生活習慣病予防や介 護予防に係る普及活動
- ・地域の支援者による活動の促進
- 特定健診の未受診者の 減少
- ・市民一人ひとりがかかり つけ医を持つことの普及 啓発
- ・医療相談窓口体制の充 実
- ・支援チームの人材育成
- ・地域資源の定期的な分析・整理
- ・病院と診療所間の連携・ 診療所と診療所間の連 携のあり方についての検 討・推進
- ・多職種研修の実施
- ・専門職のスキルアップ研修
- ・地域医療計画の推進

評価内容

- ・支援チーム間の情報把握・共有状況に関するアンケート調査結果
- ·認知症高齢者実態調 査訪問件数
- ・日常生活圏域ニーズ調 査結果
- ・介護予防に係る取組の参加地域と参加者数
- ·特定健診未受診率
- ・支援チームへの参加数
- ・かかりつけ医を持つ市民の数
- ・相談内容の分析結果
- 市民勉強会の受講者数
- ・在宅医療の需要と供給数
- ・診療所連携チームの数
- •多職種研修参加人数
- ・かかりつけ医、かかりつけ歯 科医、かかりつけ薬剤師を 持つ市民の数
- ・市民の日常生活への満 足度

②急変時における支援

めざす姿

〇急変時に迅速な救急要請が行われる 〇状態変化時に適切な治療を受けることができる

①家族・かかりつけ医・ かかりつけ薬剤師 に関する情報の共有

②緊急時対応について 本人·家族間で共有 ③本人の意思及びかかりつけ医の指示に 沿った救急搬送

4提供体制整備

めざす姿の達成に必要な4つの要素

家族やかかりつけ医の連絡先・服薬状況等の情報 が一元化されている 本人や家族が救急搬送 の必要性を不安なく判断 でき、適切な救急要請が 行われる 本人の意思表示及びかかりつけ医の指示に沿った救 急搬送が行われる 地域の救急病院の役割 分担を本人や家族が理 解し、適正に救急受診が 行われる

目標達成のための手段・方法

- ・家族やかかりつけ医の連絡先が一元管理され、救急隊がもれなく参照できる
- ・服薬状況が搬送先病院に迅速に共有される
- ・かかりつけ医から本人・ 家族に対し、病状の見 通しや変化についての説 明が適時に行われる
- ・本人、家族、その他支 援者が急変時の対応を 共有している
- ・状態像の変化に対して 対応する
- ・本人の事前指示(救急 車を呼ぶか否か、など) をかかりつけ医が把握し、 書面化する
- ・書面化した内容を定期 的に確認し、内容が更 新される
- ・本人・家族とかかりつけ医の信頼関係が構築される
- ・救急受診の判断に迷った際に#7119*、# 8000*などの電話相談を利用
- ・救急病院の役割・救急 の適正利用について啓 発が行われる

国立市の具体施策

- ・救急医療情報キット (救急医療情報を冷 蔵庫等に保管)の普及 啓発
- ・お薬手帳の普及啓発
- 市民勉強会の実施
- ・救急車を呼ぶか否か、などを書面化することの普及啓発
- ・救急医療情報キットの 必要項目の見直し
- ・日中・休日・夜間の受診機関の周知
- ・相談機関の整備・周知

評価内容

- ・救急医療情報キットやお薬手帳の認知度・活用状況
- ・市民勉強会の受講者数
- ・救急搬送に関する本人 意思とかかりつけ医指示 の書面化状況
- ・救急医療の充実に向けたアンケート調査結果

※#7119: 救急相談センター。急な病気やケガをしたときなど、救急の必要性に迷った際の相談ダイヤル ※#8000: こども医療でんわ相談。休日・夜間の子どもの症状への対応に困った際に電話相談が可能

③退院時における支援

めざす姿

本人の望む場所に戻り、支援を受けながら不安なく生活を再開する

①本人や家族の 希望の把握

②関係者間で 現状・退院後の生活の イメージを共有

③円滑な退院と 生活再開

4提供体制整備

めざす姿の達成に必要な4つの要素

退院後の生活についての 本人や家族の思いや希望 が把握されている

退院後の生活を再構築 するために必要な支援内 容が具体化し、共有され ている 本人や家族が関係者の 支援のもと不安なく生活を 再開する 本人の望む退院(在宅・施設)とするための医療・介護提供体制及び地域 支援体制が整備されている

目標達成のための手段・方法

- ・入院時から、退院後の 生活についての思いや希望を把握する
- ・入院前から関与している 在宅医療・介護職も交 えて話し合う
- 意見の相違がある場合 には調整し、決定を支 援する
- ・具体的な生活場面をイメージしながら、退院に向けた医療・介護上の課題、生活・ケア上の課題を評価する
- ・評価の結果を関係者間で共有する
- ・在宅医療が本人の状態像に合っているか確認する
- ・地域のさまざまなサービス に関する情報が周知される
- ・本人や家族のニーズに 合ったサービスが提案される
- ・歯科医師による訪問診療及び定期的口腔ケア
- ・薬局での在宅医療受け 入れ体制

国立市の具体施策

- ・医療機関と関係職種に おける入院前からの本人 の医療及び生活情報の 共有を推進する
- ・退院前カンファレンスの実施の普及啓発
- ・在宅復帰に向けての市 民勉強会の実施
- 医療相談窓口等の機能 強化
- ・在宅療養推進連絡協 議会での体制整備についての検討
- ・地域ケア会議※の実施

評価内容

- ・医療及び生活情報の共 有状況
- ・退院前カンファレンスの実施状況
- ・市民勉強会の参加者数
- ・退院後の生活における 実態調査結果
- ·再入院率
- ・地域内の相談サービス活用状況
- ・市民の退院後の生活の 満足度

4)看取り期における支援

めざす姿

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

①本人の意思の表出

②関係者間での 把握と共有

③希望に沿った 看取りの実施

4提供体制整備

めざす姿の達成に必要な4つの要素

本人の意思が早い段階か ら表出されている 家族や医療・介護専門 職及び近隣関係者(ボランティアなど)間で、本人 の意思が適宜把握かつ共 有されている 家族や専門職が不安を 解消できるような情報が 事前に提供され、看取り が実施されている 本人が望む看取りを実現 するための医療・介護提 供体制及び地域支援体 制が整備されている

目標達成のための手段・方法

- ・最期まで住み慣れた場所(在宅・施設)で過ごし、好きなものを食べたい等の強い意思を実現する
- ・ACPに取り組み、事前 指示書を作成する
- ・本人の看取りに対する意思の変化の確認を適宜行い、支援チームメンバー間で共有し支援方針を調整する
- ・本人の思いを実現するために、支援チームメンバーが、それぞれの役割を理解したうえで関係を 構築する
- ・本人が望む看取りを実 現するための地域支援 体制を構築する

国立市の具体施策

- ・ACPの取組、また、事前 指示書の作成について の普及啓発
- ・看取りや人生の最終段階について語る会(仮称)の実施
- ・緩和ケアを支援する支援チームの人材育成
- ・情報共有ツールの普及
- ・国立市における家族等 も含めた顔の見える関係 構築(地域ケア会議な ど)
- ・グリーフケア※の体制整備
- ・看取りに関わる医療・介 護の専門職及び地域の 支援者(ボランティアな ど)による緩和ケアを実 施する支援チームの構 築
- ・地域資源の定期的な掘り起し・整理、及びリスト化

評価内容

- ・ACPの取組状況
- ・事前指示書の更新状況
- ・看取りに関するカンファレンス開催状況
- ・情報共有ツールの活用 状況
- ・死後カンファレンス※の実施状況
- ・相談窓口の利用状況
- ・地域ケア会議などの開催状況
- ・地域内の訪問診療・薬 局対応・看護・介護等 の提供量
- ・看取りに対する市民の満足度

※グリーフケア:身近な人を亡くし悲嘆にくれる人を癒すため、心を開放し気持ちを整理する場を作る試み。 ※死後カンファレンス:看取り終了後(本人の死後)、本人や家族 へ提供した緩和ケアの評価等を行う会議。

3. 国立市民の思いを中心にした地域医療の実現に向けて

(1)地域医療におけるかかりつけ医機能及びチームの役割

①かかりつけ医の役割

医療のあり方は、青壮年を対象とした病院完結型(治す医療)から、病気を持ちながら生活の質の維持・向上を目指す、治し、支える地域完結型の医療(治し、支える医療)へと、転換・変革が求められています。この中心を担うのがかかりつけ医となります。

支える医療とは生活を支え、健康を支え、望みを支えることです。

かかりつけ医は、「なんでも相談できるうえ、患者中心の医療を提供して最期まで責任を持ち、 地域医療、保健、福祉を担い、総合的な能力を有し、患者が選び、身近で頼りになり、地域の多職 種と連携し、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介する医師」と定義することができます。

医療を利用するすべての市民の協力と望ましい医療に対する意識を市民が持つことが重要です。 医療提供側には、市民に望まれるかかりつけ医の存在が求められます。

かかりつけ医は、日常診療においては患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えることにより診療や指導が行えない場合には、地域の医師や医療機関と協力して解決策を提供することが求められます。

- …かかりつけ医は、日常診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに、保健・介護・福祉関係者との連携を行う
- …地域の高齢者が少しでも長く地域での生活を支える在宅医療を行う
- …患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う
- …かかりつけ医は自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力し休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する

上記のかかりつけ医機能を持つためには、地域の診療所機能を考える必要があるといえます。

②診療所機能の充実

地域医療を支えるためには診療所機能の充実が必要です。

診療所の機能には、かかりつけ医が果たす医療的役割、そして診療所のスタッフである看護師 等が果たす医療的役割と社会的役割があります。

社会的役割は、患者を中心に、患者が抱えているさまざまな社会的問題を国立市の中で関係機関と共有すること、あるいはつなぐものです。

医療的役割としては、病院との連携や診療所同士の連携、介護保険利用者には介護関係者との連携、さらには地域包括支援センター、在宅医療相談窓口との連携、インフォーマルサービスへの紹介などさまざまな役割があり、市民が抱える多用な課題を多職種・他機関の協働のもと、チームとして解決していくことが必要となります。

③専門医療機関

国立市には専門医療機関が多くありますが、かかりつけ医と専門医療機関の連携が必要な時が 生じます。今後は国立市内におけるかかりつけ医と専門医療機関がさらに連携を強化し、市民の 生活を支えていきます。

(2) 地域医療についての国立市民の意識と役割

①自立・自助意識の向上

自分の健康は自分で守る。そうした高齢者が増えてきている現状があります。

国立市でも行政に頼るだけでなく、住民が自主的に介護予防や居場所づくり、趣味サークル活動などを通じて健康づくり、支え合いの地域づくりを進める人々の輪が広がってきています。国立市地域医療計画へのパブリックコメントでも、地域医療計画の必要性を理解したうえで、地域活動をしている市民、団体への情報提供や意見交換の場づくりを求めている声が寄せられています。自らの健康についての国立市民の意識の高さを示していると思われます。

一方で、日本全体での高齢者と医療との関係を見ると、高齢者の医療への依存度は欧米に比べ高い現状があります。日本の国民皆保険制度はいつでも、誰でも、どこでも比較的低負担で、医療を受けられます。

2025 年度までに医療・介護・福祉・介護予防などを一体的に提供し、高齢者の生活全体を支える地域包括ケアづくりが進められる中で、国の医療制度も「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が図られつつあります。

高齢者自身も予備軍も、これまで以上に医療に過度に依存しない意識改革が求められます。

②看取りに対する意識の変化

今後、病院医療は機能分化がさらに進むと同時に、これまで高齢者の社会的入院(本来なら入院の必要がないのに、行き場がないなどの理由で入院を続けること)の受け皿となってきた療養型病床群が規制され、病床数全体がさらに抑制されます。介護保険で対応できる特別養護老人ホームも新規建設を抑える動きが今後とも強まる中で、否応なく自宅で最期を迎える人々が増えてきます(自宅は施設以外のものを指す)。

一方で、「できれば畳の上で死にたい」という考えが、私たちの社会にはもともと根強くあります。1989年に、ゴールドプラン(高齢者保健福祉10カ年戦略)が策定され、「施設から在宅へ」の流れが本格的に始まって以降、自宅で最期まで迎えられる環境が整えられつつあるのに伴い、在宅での看取りが当たり前という意識を持つ人々が今後、さらに増えてくるでしょう。

③身近な地域の医療にも目を向けよう

私たちは、これまで医療については、いつでも、どこでも、比較的安い医療をすべての国民が受けられる国民皆保険制度の恩恵を受けてきました。制度が全国一律に運営され「医療は国」という意識が強く、介護保険制度に比べ「地域」という意識が薄かったのではないでしょうか。その意識の転換が今、求められています。

国立市も21世紀半ばまで高齢化は加速します。住み慣れた自宅で最期まで生活する高齢者が増え続けると予想されています。高齢者の生活全体を支える在宅ケアの役割はますます重要になってきます。在宅で高齢者を支えるためには、介護と医療の連携、医療ではかかりつけ医と在宅医療の充実、強化はますます重要になります。

今後さらに進めなければならない課題が、在宅医療を柱とする地域医療です。

安心して最期まで生活できる国立市にしていくためには、行政や専門職だけではなく、市民自らが 身の回りの地域医療に目を向け、あるべき地域医療について声を上げていくことが不可欠です。

(3) 地域医療計画を推進するうえでの国立市の役割

行政には、医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくりの実現を目指し、地域医療の推進のために必要な施策を総合的に推進する責務があります。そのための行政の役割について、以下の3つにまとめました。

①計画の進捗管理

本計画では、評価については、評価内容を示すにとどまっているため、計画の初年度において、 各々の評価内容について具体的な評価指標及び評価方法を定めます。そのうえで、PDCA サイクルを 進めます。ただし、評価指標の決定を待たずに取り組める内容については、随時実行に移します。

本計画の推進及び進捗管理については、市民・地域の団体などを含めた「国立市地域医療計画 推進会議(仮)」が中心となり行います。

②目指す地域医療の姿に向けた実践

本計画は、市民が望む地域医療を念頭に置いた計画です。市民アンケート(平成30年2月実施)結果では、かかりつけ医がいる市民は63.2%、かかりつけ歯科医がいる市民は71.1%、かかりつけ薬剤師がいる市民は33.7%でした。また、市民からは「地域医療についての存在についてイメージがわかない」「自分事としての医療、介護、老後の生活等を考えるしくみづくりが必要」などの意見がありました。これらのことから、今後の取組として、市民が地域医療について、自分事として考えられるような情報提供を積極的に行うことが必要です。地域において、小規模単位で意見交換ができる場を作り、市民とともに、かかりつけ医を持つことや人生最終段階におけるACPの取組を推進しながら、地域医療についてのあるべき姿に向けて意識の醸成を図ります。

③関係機関との協働による地域医療の提供体制の構築

急速な高齢化の進展の中で、地域医療の課題に対応するためには、地域の医療関係者等の協力の下、関係機関が連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要です。また、医療及び介護を取り巻く多様な状況に対応するため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていくために、医師会、歯科医師会、薬剤師会などの関係機関と協働し、すべての市民の生活全体を支えられる地域医療の提供体制の構築に向けた取り組みの推進に努めます。

資料編

(1)人口

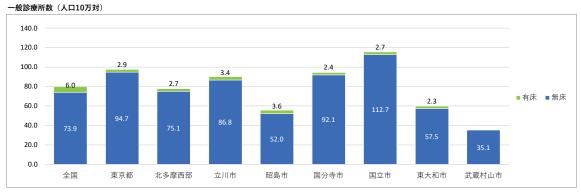
国立市の年齢階級別人口(人)

	国勢調	問査	将来推計									
	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045				
0~14歳	9,049	8,525	8,352	8,105	7,834	7,628	7,528	7,353				
15~64歳	51,391	48,729	48,751	48,433	47,260	45,654	43,644	42,027				
65歳以上	14,336	16,238	17,156	17,891	19,419	21,011	22,469	23,200				
(再掲)75歳以上	6,867	7,952	8,746	9,993	10,477	10,818	11,874	12,996				
年齢不詳	734	163	-	-	-	-	-	-				
人口総数	75,510	73,655	74,259	74,429	74,513	74,293	73,641	72,580				

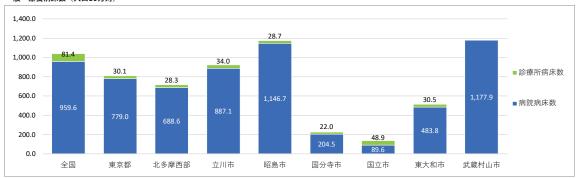


総務省「国勢調査人口等基本集計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」より作成

(2) 一般診療所及び一般・療養病床数





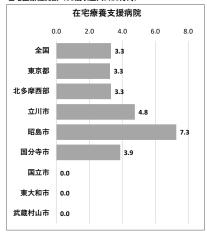


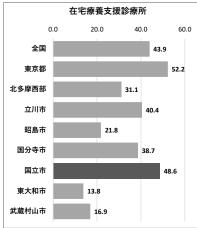
厚生労働省「平成 28 年医療施設調査」より作成

人口は、平成27年国勢調査人口等基本集計(総務省統計局)

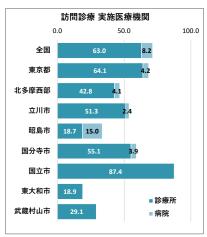
(3) 在宅医療機関数

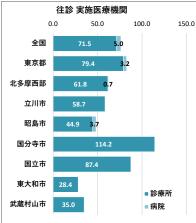
在宅医療機関数(65歳以上人口10万対)

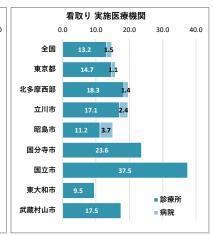








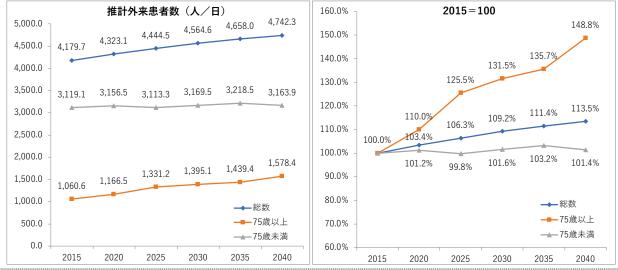




厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」(平成 29 年 11 月 22 日更新) より作成 65 歳以上人口は、平成 27 年または平成 28 年 1 月 1 日時点の人口(住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(総務省))

(4) 国立市における将来推計外来患者数

国立市における将来推計外来患者数-年齢区分別(人/日)

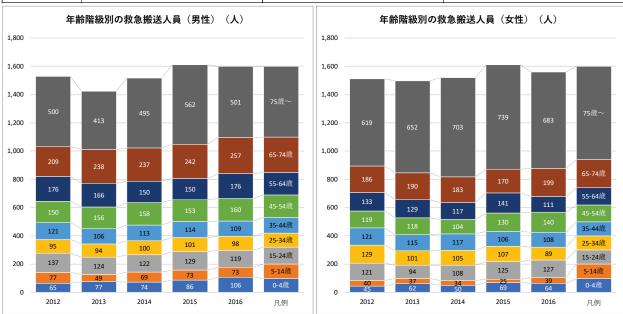


推計方法:厚生労働省「平成 26 年患者調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成 30 年推計)」を用いた。国立市の性別・年齢階級別将来推計人口に、東京都の性別・年齢階級別・疾病分類別の受療率(人口 10 万人あたり推計患者数)を乗じ、国立市における将来の「1 日あたり推計患者数」を算出した。

(5) 救急搬送人員

性別、年齢階級別(人)

		男						女					総計				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	
0-4歳		65	77	74	86	106	45	62	50	69	64	110	139	124	155	170	
5-14歳		77	49	69	73	73	40	37	34	25	39	117	86	103	98	112	
15-24歳		137	124	122	129	119	121	94	108	125	127	258	218	230	254	246	
25-34歳		95	94	100	101	98	129	101	105	107	89	224	195	205	208	187	
35-44歳		121	106	113	114	109	121	115	117	106	108	242	221	230	220	217	
45-54歳		150	156	158	153	160	119	118	104	130	140	269	274	262	283	300	
55-64歳		176	166	150	150	176	133	129	117	141	111	309	295	267	291	287	
65-74歳		209	238	237	242	257	186	190	183	170	199	395	428	420	412	456	
75歳以上		500	413	495	562	501	619	652	703	739	683	1,119	1,065	1,198	1,301	1,184	
糸	総計	1,530	1,423	1,518	1,610	1,599	1,513	1,498	1,521	1,612	1,560	3,043	2,921	3,039	3,222	3,159	
65歳以上(再挑	曷)	709	651	732	804	758	805	842	886	909	882	1,514	1,493	1,618	1,713	1,640	
(割台	(台	46.3%	45.7%	48.2%	49.9%	47.4%	53.2%	56.2%	58.3%	56.4%	56.5%	49.8%	51.1%	53.2%	53.2%	51.9%	



国立市:東京消防庁提供データ

東京都:東京消防庁「第 69 回東京消防庁統計書」(※東京都のデータは、稲城市及び島しょ区域を含まない)

(6) 死亡場所別の死亡数

2016年 死亡の場所別の死亡数(人)

2010年 発亡の場所別の発亡数(大)												
	総数a			施記		自宅死						
		y a 総数	病院	診療所	介護老人	助産所	老人	総数	自宅 b	その他	割合	
			개이기		保健施設		ホーム				b/a	
全国	1,307,748	1,111,421	965,779	24,861	30,713	1	90,067	196,327	169,400	26,927	13.0%	
東京都	113,415	91,786	80,851	1,323	1,447	-	8,165	21,629	19,840	1,789	17.5%	
北多摩西部	5,550	4,514	3,937	28	117	0	432	1,036	960	76	17.3%	
立川市	1,581	1,274	1,073	6	29	=	166	307	291	16	18.4%	
昭島市	1,064	879	807	2	24	-	46	185	178	7	16.7%	
国分寺市	920	754	671	7	10	=	66	166	142	24	15.4%	
国立市	589	451	394	5	13	-	39	138	128	10	21.7%	
東大和市	742	609	513	5	27	-	64	133	120	13	16.2%	
武蔵村山市	654	547	479	3	14	=	51	107	101	6	15.4%	

2014、2015年は、厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」(平成29年11月22日更新)

2016年は、厚生労働省「平成28年人口動態調査」

国立市地域医療計画(概要版) ~生まれてから最期までその人らしい生き方や暮らしを支える~

2019 (平成31) 年3月

国立市 健康福祉部 高齢者支援課(地域包括ケア・在宅療養推進担当) 地域包括ケア推進担当

> 住所 東京都国立市富士見台2丁目47番地の1 電話 042-576-2111 (代表)