

# 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

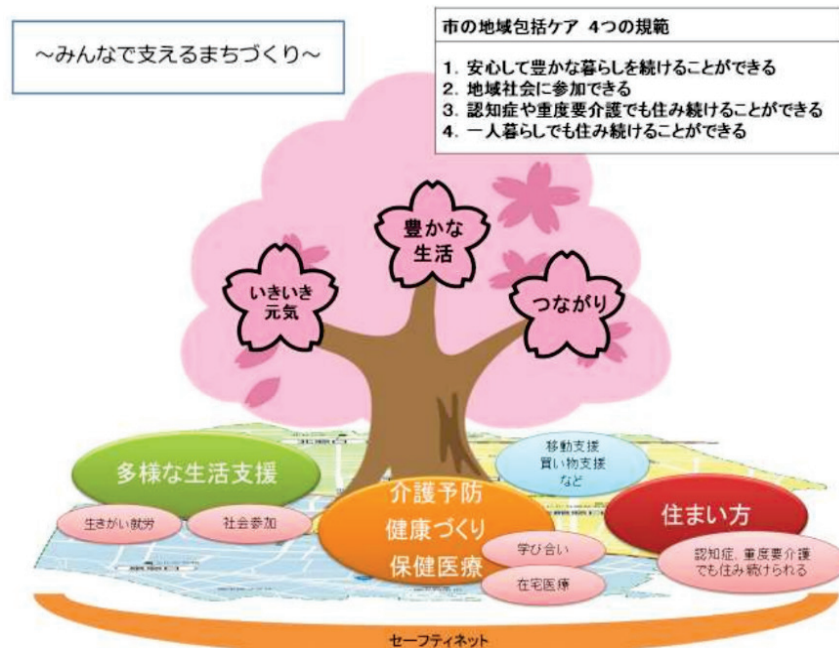
だれもが、住み慣れた場所で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続するためには、医療、介護などのさまざまな支援が効果的・効率的に連動するしくみと、そのしくみを動かすための体制整備が必要です。国立市では、市民が自立した日常生活を送ることを可能にするための基本施策として、介護、介護予防、住まい、本人の自己決定、家族支援等が包括的に確保される体制の実現に向け、市の地域包括ケアの4つの規範に沿った、さまざまな取組を推進しています。

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

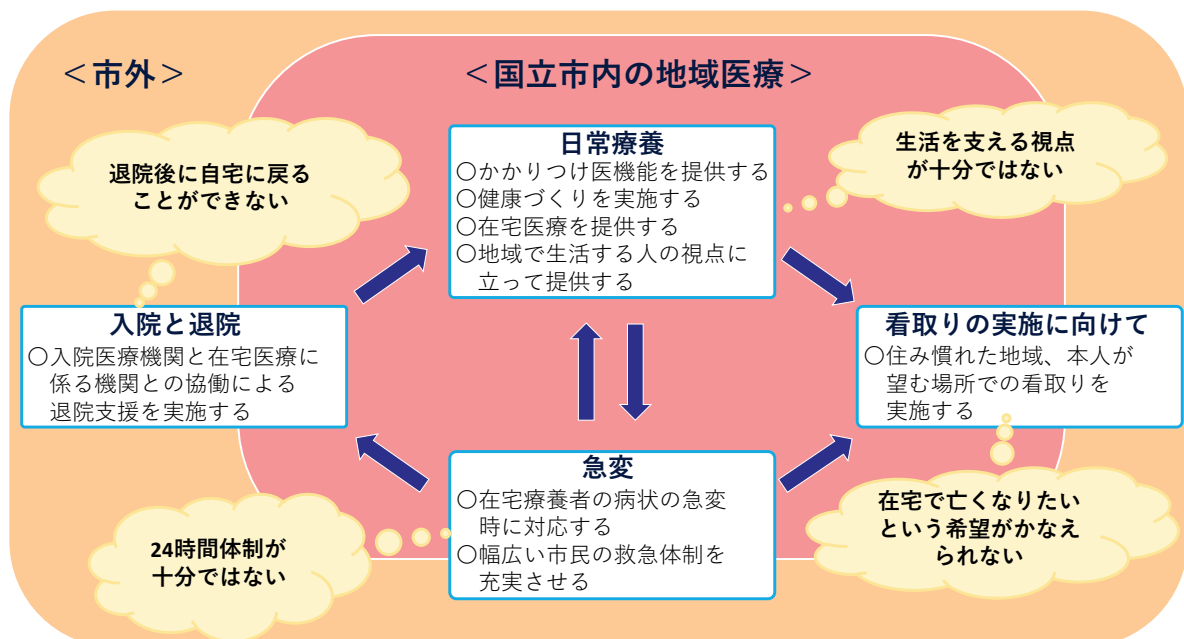
本計画は、国立市における現状を整理し、将来の地域医療の姿を示す計画です。

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。

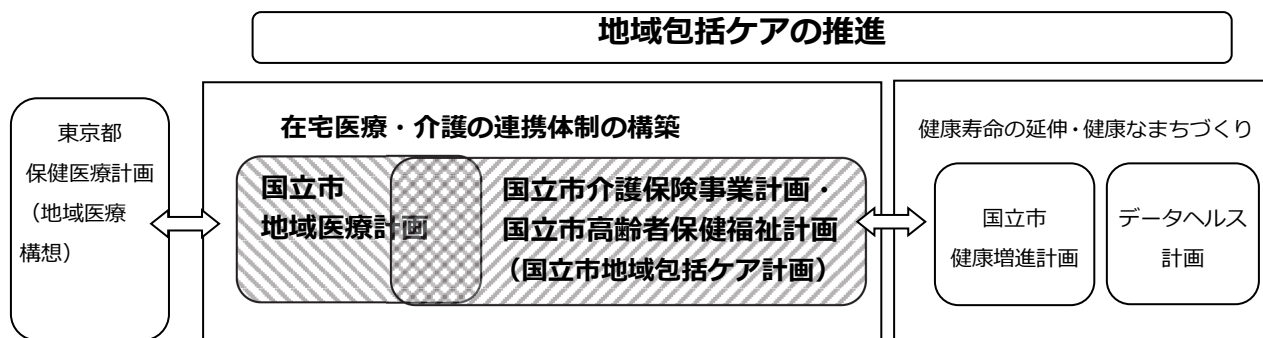
図表：国立市民に対する地域医療提供体制（現状）



### (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。

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。

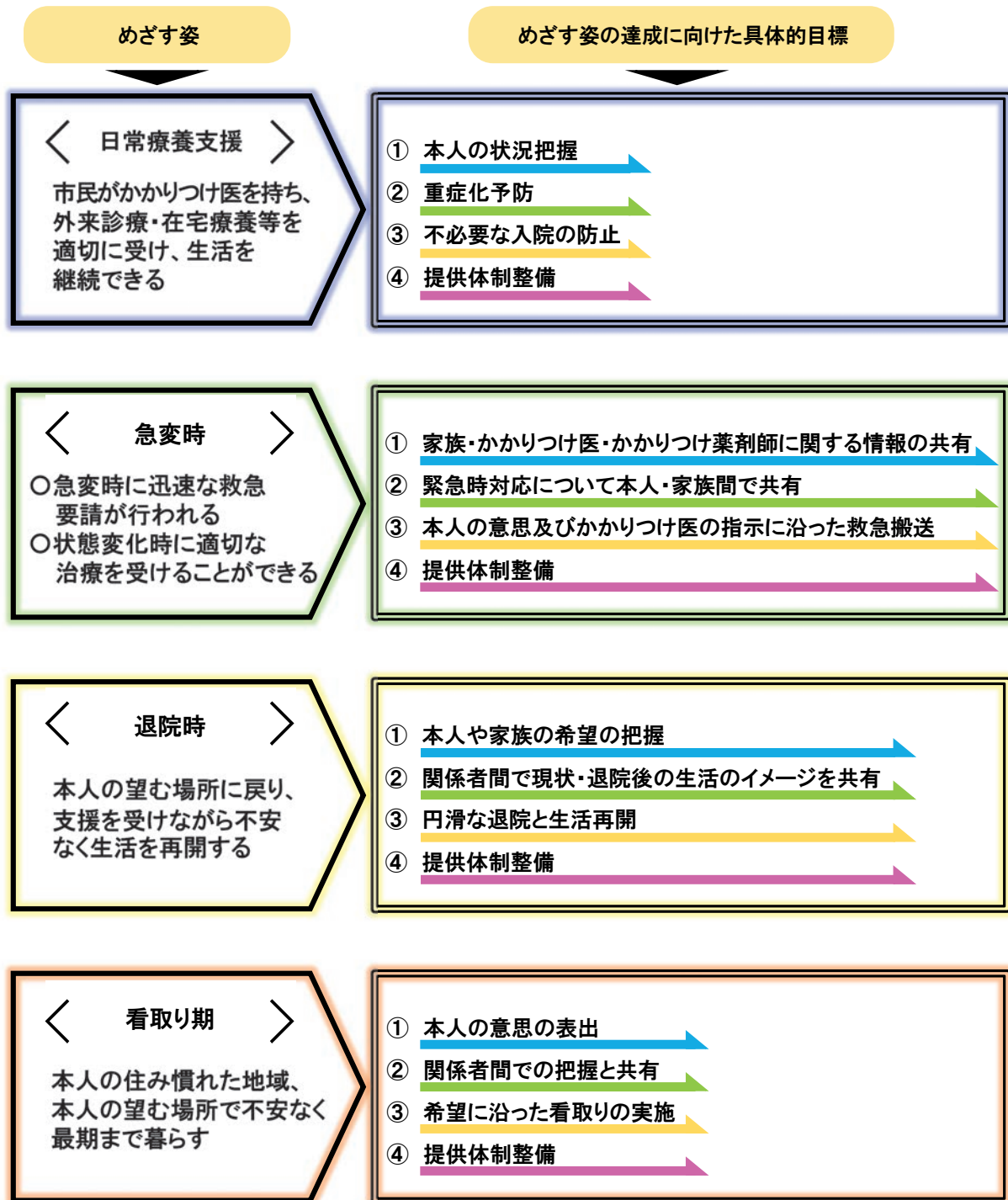
図表：計画の期間

年度	平成30年度 2018年度	平成31年度 2019年度	平成32年度 2020年度	平成33年度 2021年度	平成34年度 2022年度	平成35年度 2023年度	平成36年度 2024年度	平成37年度 2025年度	平成38年度 2026年度	平成39年度 2027年度	平成40年度 2028年度
取組	計画策定	* 施策ごとに毎年度ローリング D (実行) → C (評価) → A (改善) P (計画) ←				中間評価 (計画全体のPDCA)	* 施策ごとに毎年度ローリング D (実行) → C (評価) → A (改善) P (計画) ←				次期計画 策定 (計画全体のPDCA)

## 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。



## (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)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<sup>\*</sup>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ましたが、本人の体調が悪化し、食事がとれなくなつた。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つ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)が組み立てられている

(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つながり、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つ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<sup>※</sup>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」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)

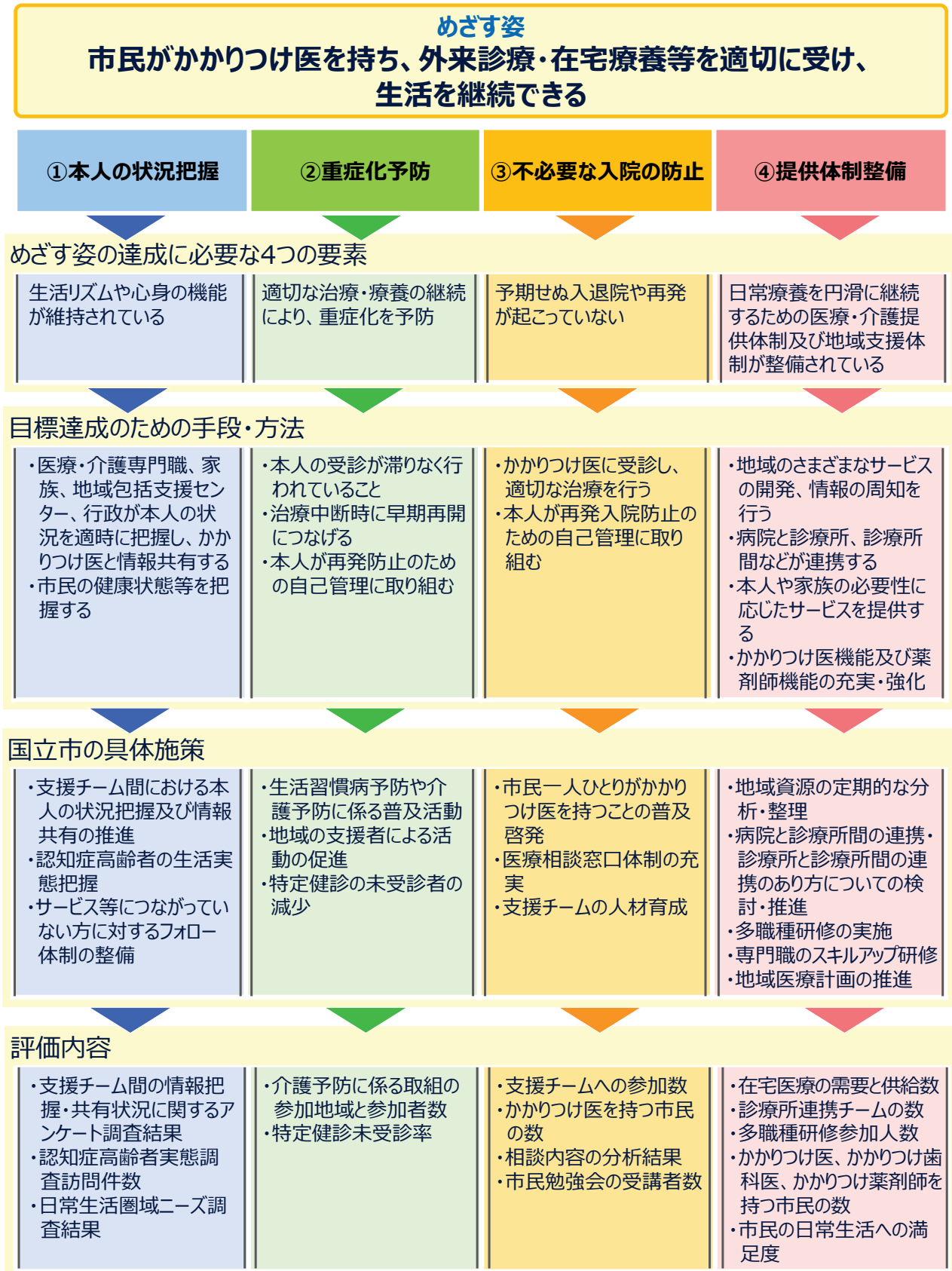
- ・地域の支援者間の話し合いによる情報の共有と日常療養支援

#### (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



## ②急変時における支援



※ #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

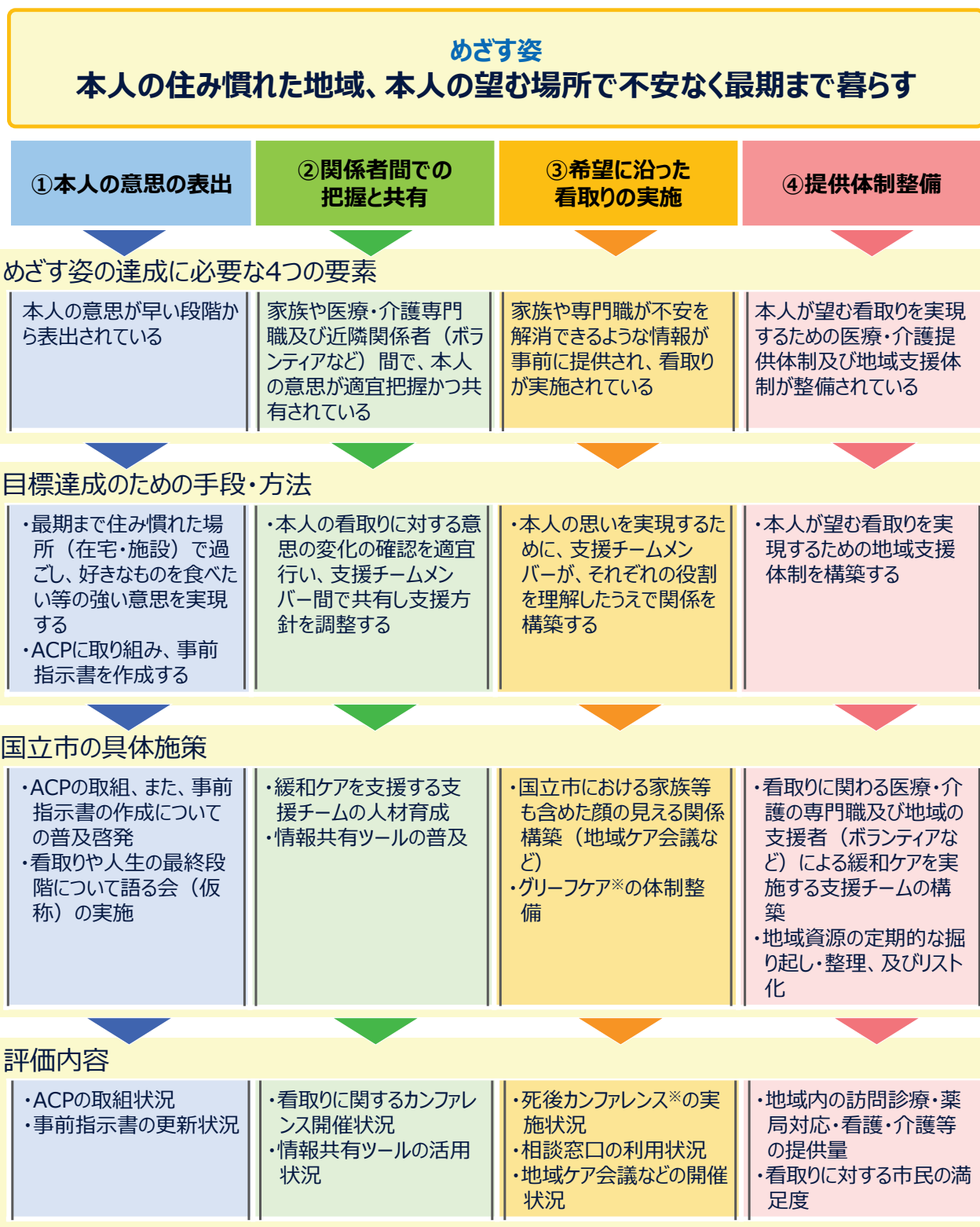
※ #8000：こども医療でんわ相談。休日・夜間の子どもの症状への対応に困った際に電話相談が可能

### ③退院時における支援





#### ④看取り期における支援



※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、市民が抱える多様な課題を多職種・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る。

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 low 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 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のでしょうか。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らない」「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

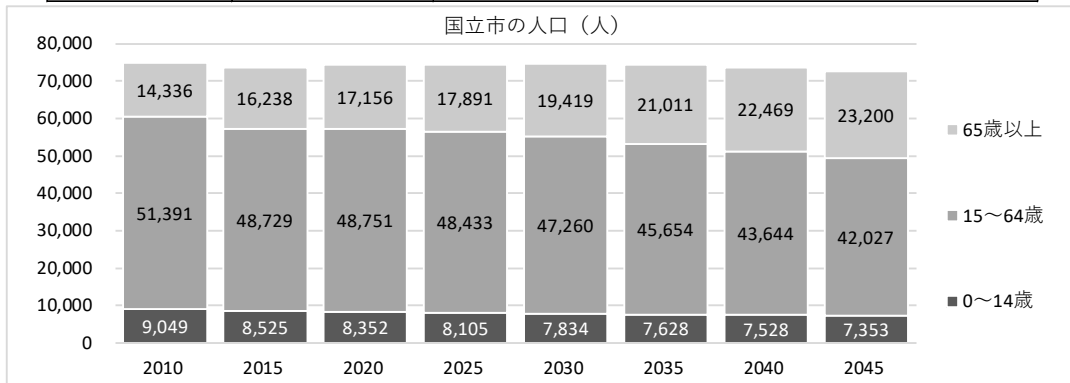
急速な高齢化の進展の中で、地域医療の課題に対応するためには、地域の医療関係者等の協力の下、関係機関が連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要です。また、医療及び介護を取り巻く多様な状況に対応するため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていくために、医師会、歯科医師会、薬剤師会などの関係機関と協働し、すべての市民の生活全体を支えられる地域医療の提供体制の構築に向けた取り組みの推進に努めます。

# 資料編

## (1) 人口

国立市の年齢階級別人口（人）

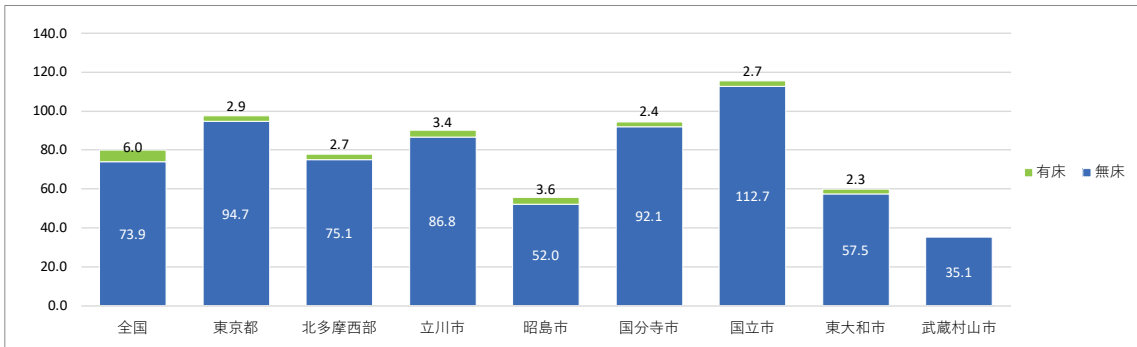
	国勢調査		将来推計					
	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
0～14歳	9,049	8,525	8,352	8,105	7,834	7,628	7,528	7,353
15～64歳	51,391	48,729	48,751	48,433	47,260	45,654	43,644	42,027
65歳以上	14,336	16,238	17,156	17,891	19,419	21,011	22,469	23,200
（再掲）75歳以上	6,867	7,952	8,746	9,993	10,477	10,818	11,874	12,996
年齢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



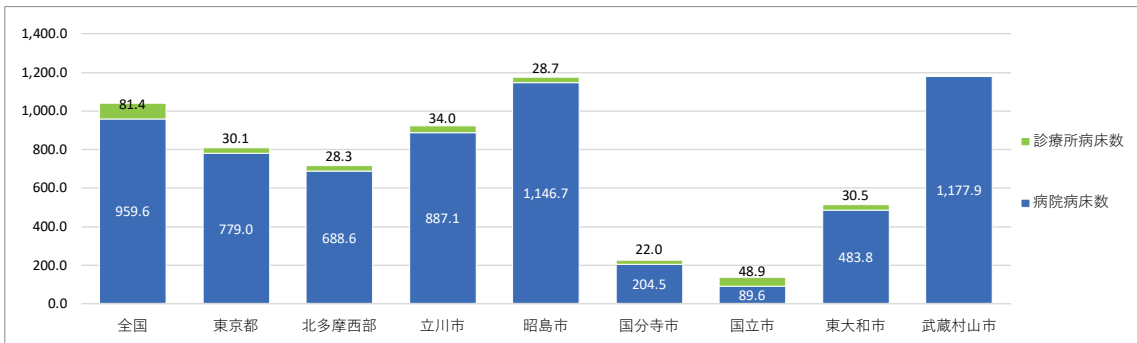
総務省「国勢調査人口等基本集計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」より作成

## (2) 一般診療所及び一般・療養病床数

一般診療所数（人口10万対）



一般・療養病床数（人口10万対）

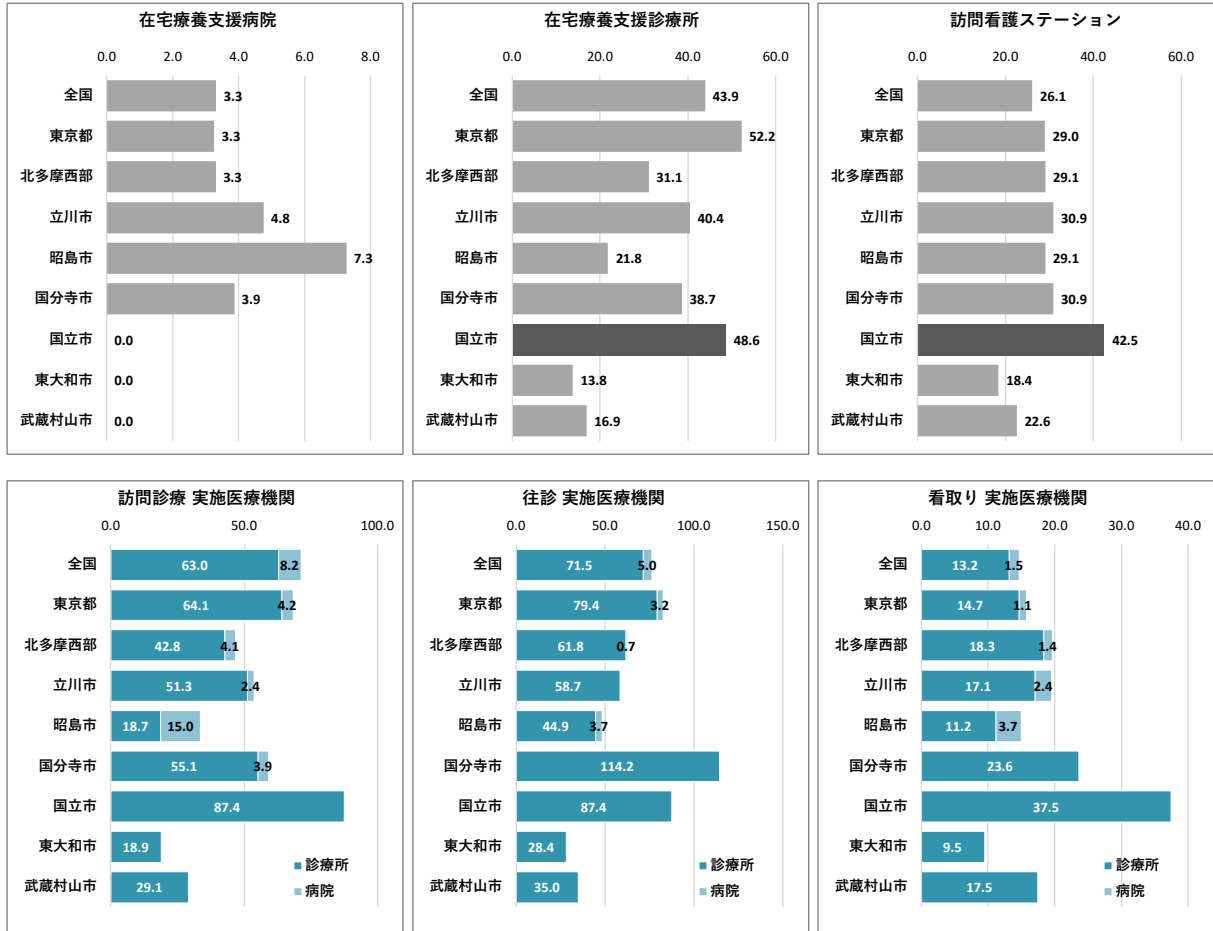


厚生労働省「平成28年医療施設調査」より作成

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

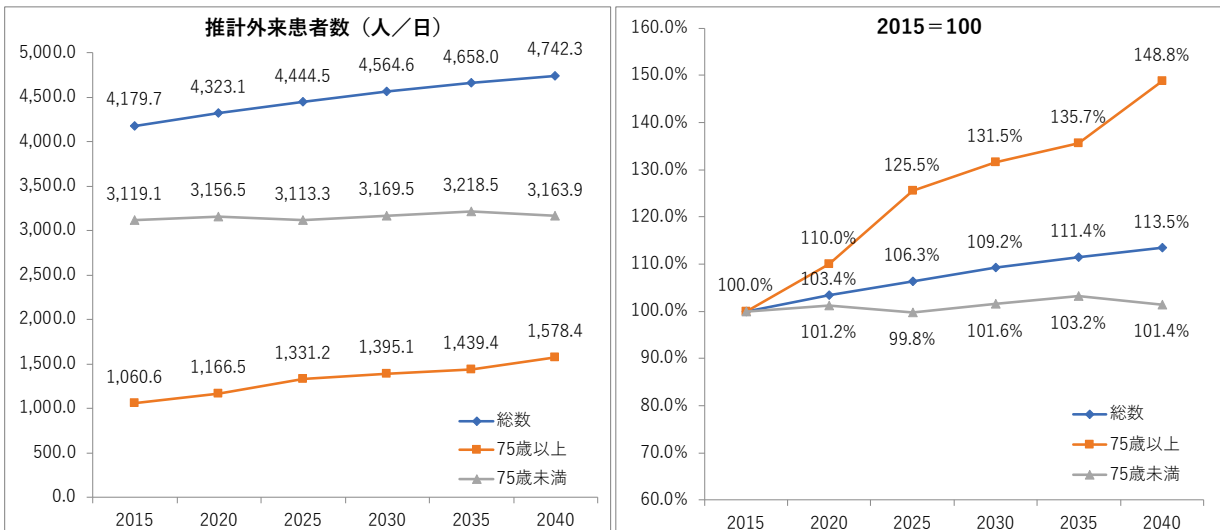
在宅医療機関数（65歳以上人口10万対）



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）

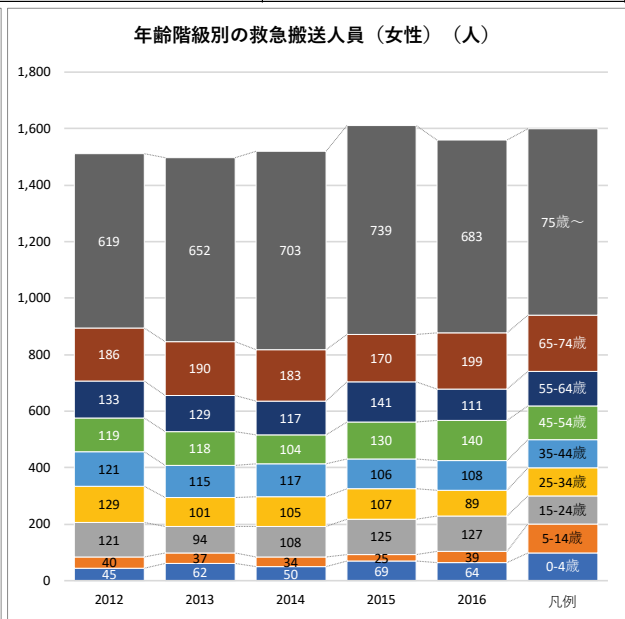
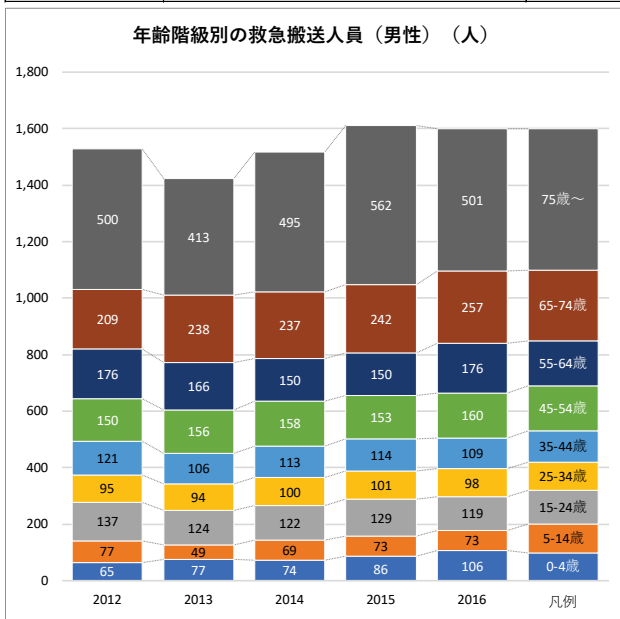


推計方法：厚生労働省「平成26年患者調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」を用いた。国立市の性別・年齢階級別将来推計人口に、東京都の性別・年齢階級別・疾病分類別の受療率（人口10万人あたり推計患者数）を乗じ、国立市における将来の「1日あたり推計患者数」を算出した。

## (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
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（再掲） （割合）	709 46.3%	651 45.7%	732 48.2%	804 49.9%	758 47.4%	805 53.2%	842 56.2%	886 58.3%	909 56.4%	882 56.5%	1,514 49.8%	1,493 51.1%	1,618 53.2%	1,713 53.2%	1,640 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）

	総数 a	施設内						施設外			自宅死 割合 b/a
		総数	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	総数	自宅 b	その他	
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）

---

---