

国立市における 在宅医療・介護連携推進の取り組み



谷保の田園風景



谷保天満宮

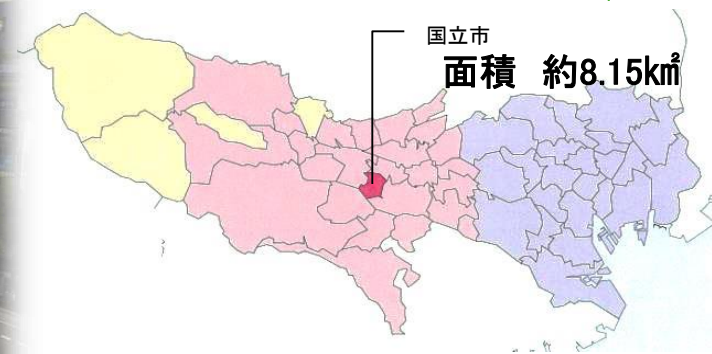


旧国立駅舎のある風景



一橋大学

東京都国立市の位置



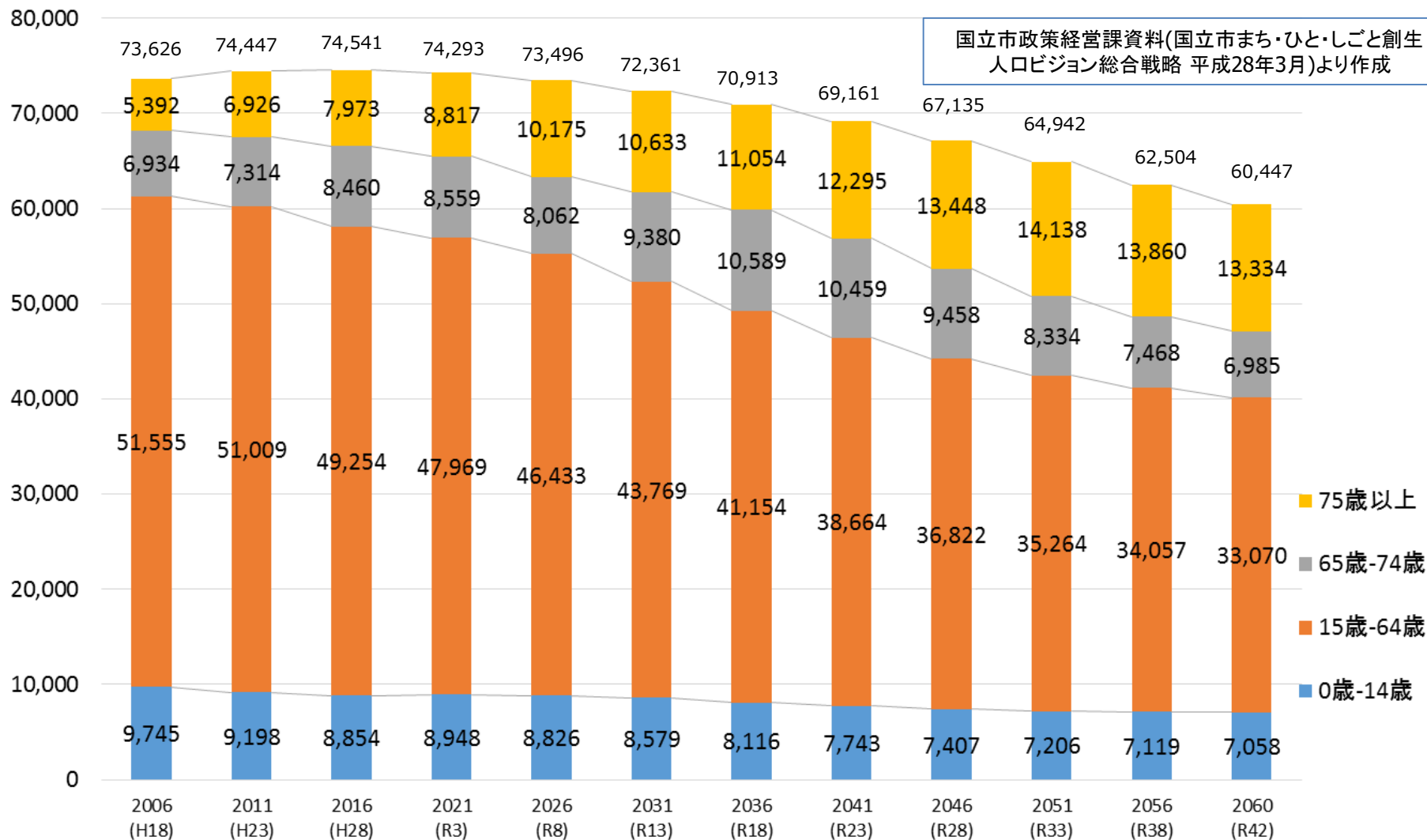
大学通り

国立市健康福祉部

地域包括ケア推進担当課長 葛原千恵子

1 国立市の状況

(1) 国立市の人口推計



- ◆ 国立市でも高齢者が増加し、支える年代の人口が減少。
- ◆ 介護保険制度だけでは高齢者を支えることが難しい社会になってきている。

(2) 国立市の高齢者数および介護認定者数

人口と高齢者数（住基登録者）

2020年4月1日		合計	割合
全体		76,282	—
65歳以上		17,866	23.4%
75歳以上		9,212	12.1%
85歳以上		2,998	3.9%

要支援・要介護認定者数 （施設利用含）令和2.3.31

項目	人数
認定者全体	3,674
40～64歳	79
65～74歳	412
75～84歳	1,276
85歳以上	1,907

要支援	要介護
1,125	2,549

介護認定者のうち 認知症独居高齢者の状況

*この表における認知症とは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上のことを指しています。

2013年1月時点
【75歳以上の在宅の方】
認知症独居
生活実態が独居の方 56人

2018年1月時点
【75歳以上の在宅の方】
認知症独居
生活実態が独居の方 178人

75歳以上の方で、認知機能の低下があり、在宅で一人暮らしの方が、2013年に56名だったところ2018年には178名に増加している。独居を継続できている方の傾向として“これまでの地域とのつながりがある”“複数の支援がある”などがあげられる。

(3) 国立市の地域包括ケア

地域包括ケアシステムの土台は、市民や多様な主体の「人與人」、「人と地域」における資源がつながり、住民一人ひとりの暮らしと生きがいをつくり生活の基盤を支えることです。国立市は、地域包括ケアシステムの構築を進める上で、4つの規範を設けました。

1. 安心して豊かな暮らしを続けることができる

健康、お金がさほどかからない生活

2. 地域社会に参加できる

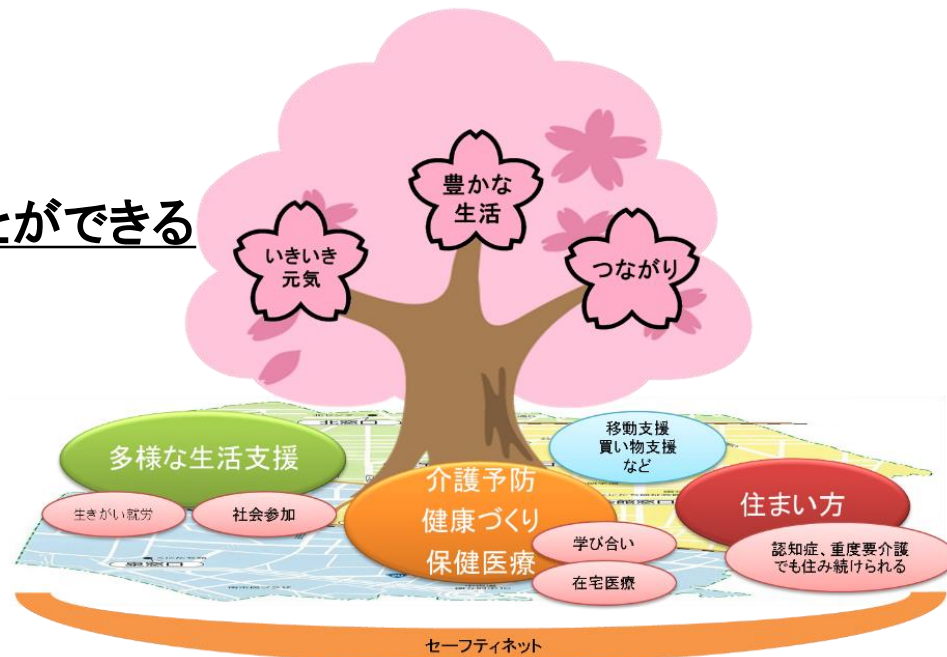
参加、お互いに気にかける

3. 認知症や重度要介護でも住み続けることができる

みんなで知恵と力を出し合う

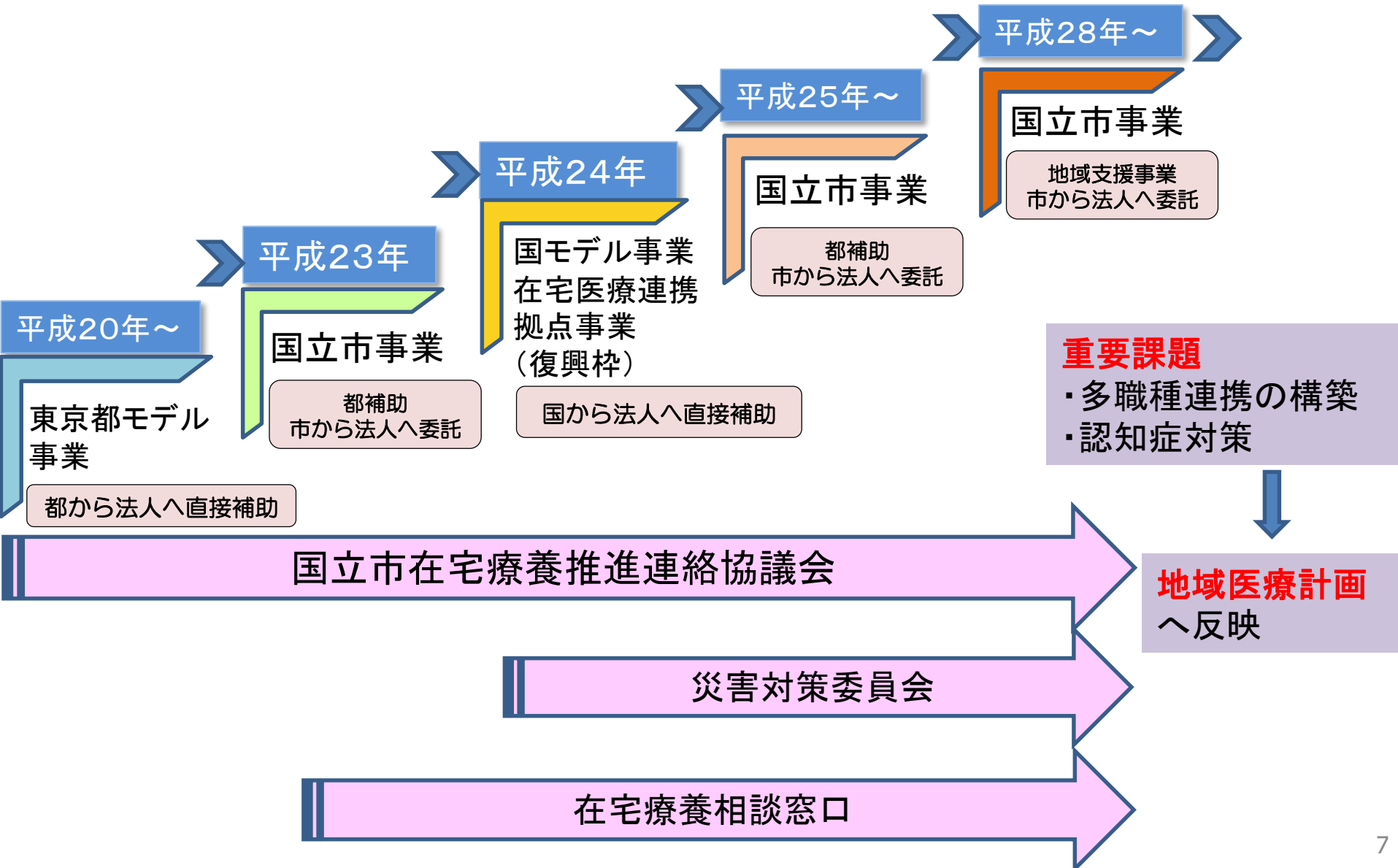
4. 一人暮らしでも住み続けることができる

どこで、どのように住もうか



2 在宅医療・介護連携推進の取り組み

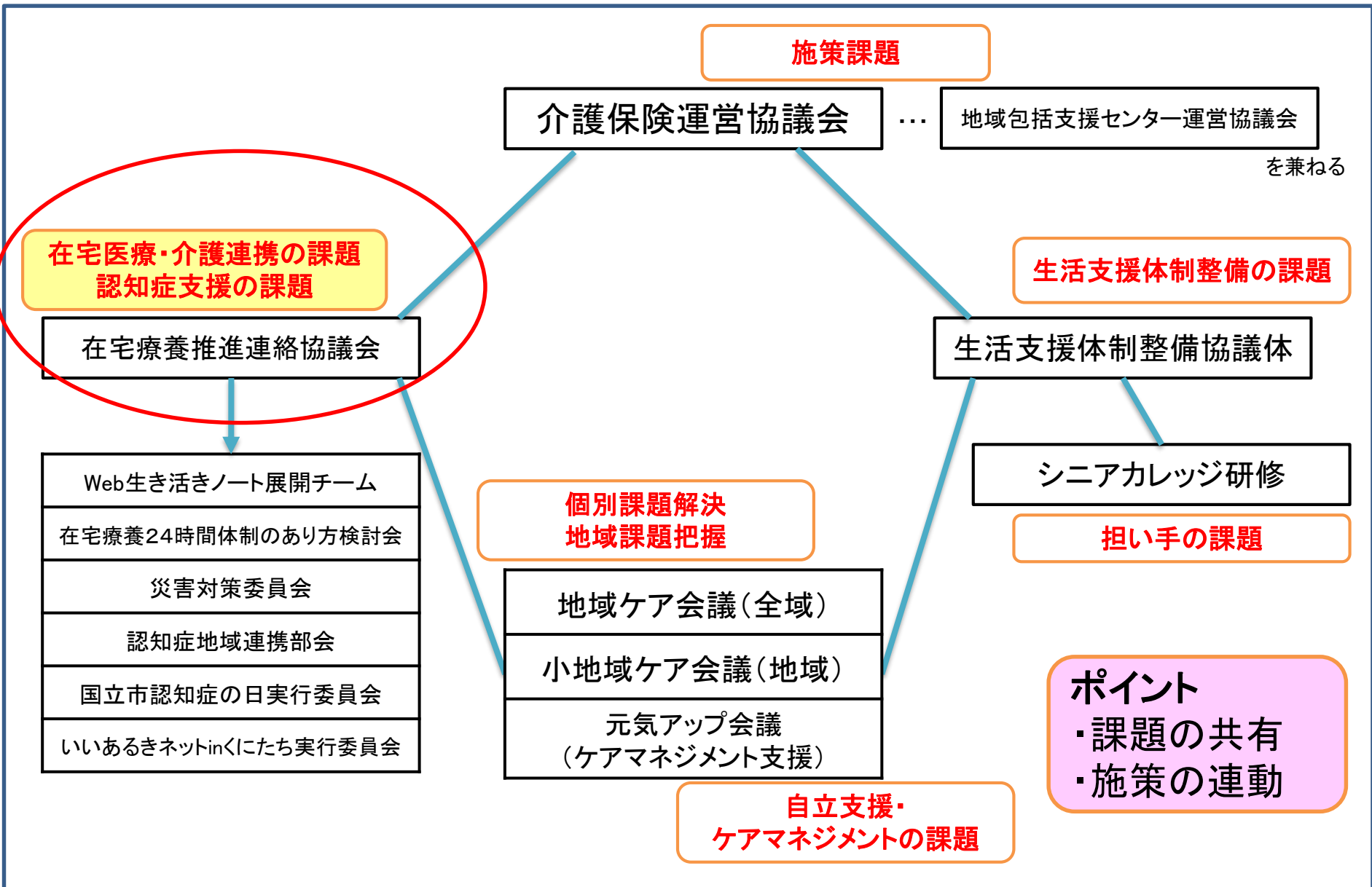
(1) 在宅医療・介護連携推進の取り組み経過



(2) 在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目の取り組み状況

	事業項目	今までの取り組み
ア	地域の医療・介護の資源の把握	往診医や介護施設の医療対応、訪問看護機能等についての情報収集マップ作成、認知症高齢者の方の見守り活動協力事業所一覧作成・在宅療養ハンドブック作成
イ	在宅医療・介護連携の課題と対応策の検討	在宅療養推進連絡協議会にて検討
ウ	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	在宅療養推進連絡協議会や分科会（ICT/在宅療養部会）にて検討、在宅医療アンケート（国立市地域医療計画）
エ	医療・介護関係者の情報共有の支援	生き生きノート活用の検討とICT化、ICT/在宅療養部会にて検討、MCSポリシーの作成、在宅療養ハンドブックの作成
オ	在宅医療・介護連携に関する相談支援	国立市療養相談窓口（在宅療養何でも相談窓口）の設置
カ	医療・介護関係者の研修	多職種連携地域ケア会議、在宅療養専門職向け研修、介護従事者向け研修
キ	地域住民への普及啓発	在宅療養ハンドブック作成、市民勉強会、シンポジウム、国立市認知症の日イベント、いいあるきネットinくにたちイベント
ク	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	多摩立川保健所主催在宅療養担当者連絡会、北多摩西部医療圏地域リハビリテーション支援センター幹事会、東京都地域医療構想調整会議在宅療養センター（北多摩西部）

(3) 課題解決を目指した会議体の整理



3 「医療や介護が必要になっても
住み続けられるまち」を目指して
～国立市地域医療計画策定～

(1) 地域医療計画策定に至った背景

地域医療に対する市の問題意識

- ◆ 国立市は二次救急医療機関が少ないため、入院が必要になると、近隣市にある急性期病院へ入院することが多い。
- ◆ 入院すると自宅に戻らず、その後の状況がわからない。
 - 市民の声:「近所の人が一にいなくなった」
 - かかりつけ医の声:「患者がどこにいったかわからない」
- ◆ 寝たきりになると家では過ごせない、施設に入るしかないと思っている市民が多い。
- ◆ 専門医や急性期病院志向が強い。
- ◆ 不安になると救急車を呼ぶ例も散見される。
- ◆ 市には医療についての所管部署がなく、行政や市民は主体的に考える機会が少なかった。

地域医療計画策定が必要となった背景

- ◆ 都道府県での地域医療構想は、圏域ごとの病床計画が中心となっており、市レベルの計画ではない
- ◆ 第6期介護保険事業計画から地域包括ケア計画に位置づけが変わり、在宅医療の量的整備、連携といった質の向上も計画策定の範疇に入ってきたが、在宅医療・介護連携推進事業の展開にとどまっていた
- ◆ 在宅医療に関しては、これまでの経緯の中で4つの場面(日常療養、救急、入院と退院、看取り)での検討が必要であると認識し、市としても検討していかないといけない状況にあったが、十分な検討には至っていなかった



今後の取組への考え方

- ◆ 国立市は、医療や介護が必要になっても住み続けられるまちをめざしており、市民が望む地域医療を実現していかなければならない
- ◆ 市民が望む地域医療は、市民とともに明確にしていくことが必要であると考えた

(2) 本計画策定における基本的考え方

実効性のある計画とするために

- ◆実働する「住民」と「専門職」を中心に据えた上で、「行政」は両者の関係性向上がはかりやすい状況を作るといった補佐的立場になる必要がある(立場の入れ替え)
- ◆「住民」「専門職」「行政」は、置かれた状況も感覚も違うため、三者が協働で地域をつくっていくためには「目指す姿」の共有がないといけない(共通の認識)
- ◆住民や専門職にとってわかりやすい「事例から課題を出す」方法を課題整理の中心に据える(計画の主体は市民)

(3) 具体的な策定プロセスについて

市の基本理念・課題・計画のイメージを固める

(方法)

庁内関係部署職員にて繰り返しブレインストーミングを行う

* アドバイザーとして、学識経験者および在宅療養推進連絡協議会代表にご協力いただく

誰のための計画か

住民のための計画

専門職のためのものではない

めざすものは何か

ライフステージごとに適切な医療は違う
(ライフステージにおける適切な医療)

住民が望む適切な医療を提供すること

高齢者が増加する中、高齢者に必要な医療がある
(超高齢者の状態像に応じた適切な医療)

市としての課題は何か

市民は老いていく中でどこに住みたいと思っているか？

できれば在宅を希望

迷惑をかけないために施設

状態像が変わるとすぐ病院
(状態像変化の問題)

在宅医療・介護は連携できているか
(医療・介護の統合の問題)

入院後のどこへもどるか
(入院後の出口の問題)

診療所はどこまで診るか
市民はどのように考えているか
(診療所機能の問題)

多様な住み方への対応が必要

明らかにしたい課題は
(何を見える化するか)

どのような状態なら在宅でいられるか
(現状は？10年後は？)

市民の望む地域医療とは

計画の守備範囲をどこにするか

計画の骨格をつくる
(目次のイメージ化)

既存の計画との
関係は

現状の把握

(方法)

情報収集を行い、市民のニーズや現状における充足状況を把握する

調査	目的	対象
基礎調査	医療と介護にかかる需要と供給の現状を把握するため	既存統計資料等
アンケート調査	市民ニーズの把握および医療や介護の現況と今後の在宅医療の拡大余地の量的把握と市内医療機関への意識啓発のため	市民、ケアマネジャー、医療機関、介護保険施設
ヒアリング調査	現場の従事者から意見を直接聞くことで、数字では表れない現状を把握するため	消防署、病院、ケアマネジャー、訪問看護師、診療所医師、市民
事例収集	本計画を通じて、市民に各テーマの課題をについて自分事としてわかりやすく理解してもらうため	ケアマネジャー 地域包括支援センター 市民

< 国立市民に対する地域医療提供体制（現状） >

< 市外 >

退院後に自宅に戻ることができない

入院と退院

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援を実施する

24時間体制が十分ではない

< 国立市内の地域医療 >

日常療養

- かかりつけ医機能を提供する
- 健康づくりを実施する
- 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

生活を支える視点が十分ではない

看取りの実施に向けて

- 住み慣れた地域、本人が望む場所での看取りを実施する

在宅で亡くなりたくないという希望がかなえられない

急変

- 在宅療養者の病状の急変時に対応する
- 幅広い市民の救急体制を充実する

本計画の課題の整理方法を決める

事例検討を中心に課題を把握し整理することに決める



なぜ、事例から課題を整理することにしたのか？

市民へのわかりやすさを最優先した
専門職にとっても事例の方がわかりやすい



どのような手順で行ったか？

- ① 4つのテーマごとに、3～4事例を検討し、「めざす姿の達成に必要な要素」を抽出する
- ② 「めざす姿の達成に必要な要素」から導きだされた「具体的目標」を設定をする
- ③ 目標達成のための手段・方法を考える
- ④ 市の具体施策を考える
- ⑤ それぞれの目標についての評価内容を考える

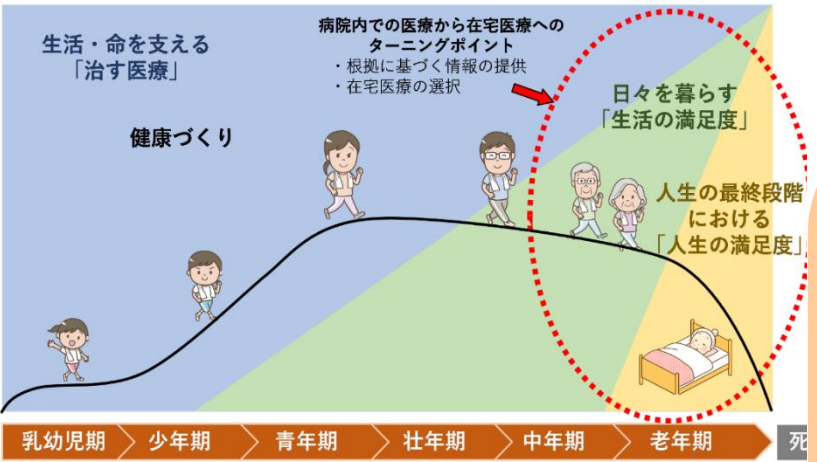
(4) 国立市地域医療計画策定 (平成31年3月)

(市民が望む地域医療のあるべき姿とは)

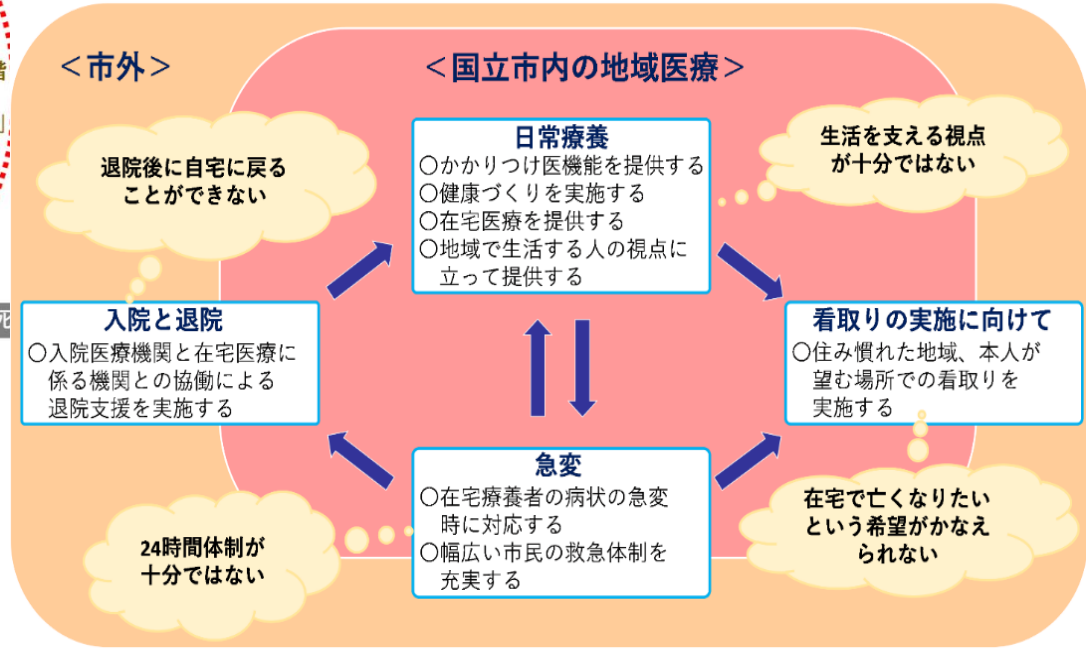


医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくり

～誰もが生まれてから最期までその人らしい生き方や暮らし方を国立市で実現できる～

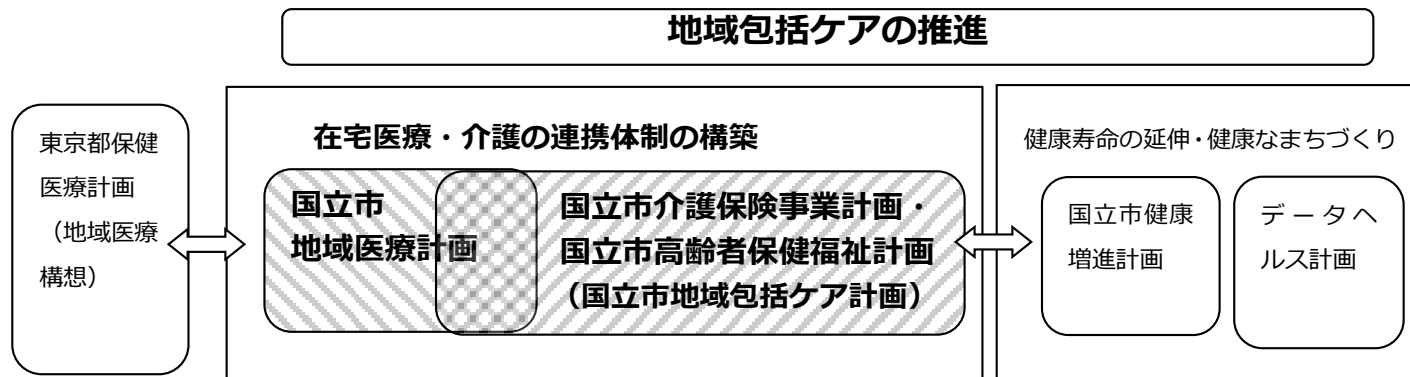


< 国立市民に対する地域医療提供体制 (現状) >



計画の位置づけ

市における地域包括ケアの推進のため「国立市地域包括ケア計画」や「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ある。



計画の期間

年度	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		
	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		
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)

事例から現状と課題を整理する

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

(例:看取り) 市民からの 提出事例

(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

めざす 看取りの姿

「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」

本事例で達成できていること

本事例から見える課題

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

めざす姿の達成に必要な要素

- 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)間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 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の整備

*ACP(アドバンス・ケア・プランニング):年齢や病気を問わず、本人が自身の価値観、目標、ジョン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)。

例：看取り

＜事例から抽出されためざす姿の達成に必要な要素＞

- 要素1：○家族や医療・介護専門職に対する、早い段階からの本人の意思表示
- 要素2：○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）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 要素3：○家族や専門職に対する不安を解消できるような情報の事前提供及び十分な理解
- 要素4：○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の整備
 - 24時間対応のかかりつけ医の存在
 - 地域の身近な支援者の存在
 - 見守り支援体制の構築

＜めざす姿の達成に向けた具体的目標＞

- 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

めざす姿の達成に向けた展開

ロジックモデル

具体的目標

めざす姿の達成に必要な要素

目標達成のための手段・方法

国立市の具体施策

評価内容

「看取り」のロジックモデル

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）
- ・グリーンケア※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

「日常療養」のロジックモデル



「急変時」のロジックモデル

めざす姿

- 急変時に迅速な救急要請が行われる
- 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

「退院支援」のロジックモデル

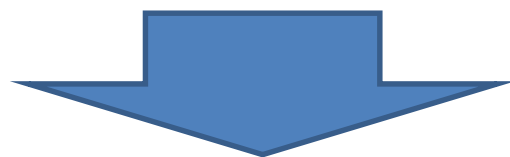


※地域ケア会議：介護保険法115条の48第1項に定義づけられている会議。個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の把握を行うとともに、地域づくり・資源開発、並びに政策形成などの機能を発揮し、地域包括ケアを推進していくためのひとつの手法。

4 今後の取り組みについて

ここからがスタート

今回の計画は、あくまでも専門職と行政が主導で素案を作ったもの(たたき台)であるため、これから、住民を交え、ブラッシュアップしていく (PDCAサイクルを回していく)



具体的取り組み

- ①市民や専門職参加のテーマ別ワークショップを開催し意見交換する(市民勉強会)
- ②事例から新たな課題を整理する
- ③評価内容から具体的評価指標を設定する
- ④市民を含めた地域医療計画推進会議で進捗管理をする
- ⑤地域医療の需要と供給数を明らかにする

市民勉強会

市内各地域を回り、市民と専門職が一緒に地域医療について考えていく

「国立市地域医療計画 市民勉強会」に参加しませんか。

国立市では、平成30年度に「国立市地域医療計画」を策定しました。この計画を「手に取ってもらい、知ってもらい、一緒に考えてもらう」ために、令和元年6月から毎月「国立市地域医療計画市民勉強会」を開催致します。市の地域医療について、市民の皆様の思いや、かかりつけ医との連携、医療の提供体制について、一緒に意見を交換しませんか。



市のホームページ等で事前に「国立市地域医療計画」をご覧ください。ご参加ください。

◆「国立市地域医療計画」の概要について

◆ 第2章～事例から見える現状と課題～

①日常生活の場面 ②急病時 ③退院時 ④看取りに関する意見交換

申し込み 不要、直接会場へお越しください。

持ち物 筆記用具



日時・会場

日	日にち	時間	会場	住所
6月	6日(木)	15時～17時	審議小規模多機能オリーブ	富士見台 4-10-1
7月	24日(水)	19時～21時	ひらや願らす	富士見台 2-38-12
8月	22日(木)	15時～17時	下谷原防災センター	谷保 5066
10月	11日(金)	15時～17時	東地域防災センター 視聴覚室	東 1-13-13
11月	7日(木)	19時～21時	国立病院ひたちこけ(EMC)市民プラザ 会議室	北 1-14-1
12月	19日(木)	15時～17時	ひたちこけ市民プラザ第1・2会議室	北 3-1-1 9号棟 1階
1月	15日(水)	19時～21時	国立病院ひたちこけ(EMC)市民プラザ 会議室	北 1-14-1
2月	19日(水)	15時～17時	南区公会堂 ホール	谷保 3143-1
3月	19日(木)	19時～21時	福祉会館 大広間	富士見台 2-38-5

市民勉強会の声

「日常療養」

- ・かかりつけ医をどのように見つけたらよいか。
- ・相談できるかかりつけ医がない。
- ・たまたま良いかかりつけ医に出会えた。
- ・医療相談窓口を充実してほしい。

「入院・退院時」

- ・家族を犠牲にするわけにはいかない
- ・急性期から自宅にもどったところのフォローがない
- ・かかりつけ医の存在が大事と思う

「看取り」

- ・人生会議で本音はどこまで出るのか
- ・認知症の方の意思確認はどうするのか
- ・意思は変わる
- ・自宅で亡くなりたい希望、意思があれば可能

参考

「国立市地域医療計画」

いいね! 0

Tweet

更新日：令和2年2月21日

国立市地域医療計画—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—

国立市では、「医療・介護が必要となっても住み続けられるまちづくり」の実現のため、10年後の「在宅医療のあるべき姿」に向けた「国立市地域医療計画」を策定しました。

今後この計画をもとに、市民が必要とする医療環境を整えるために、専門職と行政、市民が一体となり、一緒に考え、一緒に取り組み、「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。



[国立市地域医療計画 \(PDF：5.6MB\)](#)



[国立市地域医療計画\(概要版\) \(PDF：2.4MB\)](#)

<http://www.city.kunitachi.tokyo.jp/kenko/health4/1555037702116.html>

ご清聴ありがとうございました。



みんなで支えるまちづくり