

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」  
分担研究報告書

**在宅医療提供体制の構築に向けた事業マネジメントの推進事例**

**— 国立市地域医療計画・推進の2か年の取組 —**

研究協力者 吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）  
新田 國夫（国立市在宅療養推進連絡協議会）  
大川 潤一（国立市健康福祉部 部長）  
葛原 千恵子（国立市健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長）  
研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授）

**研究要旨**

**目的：**

市民に受け入れられる地域医療計画を策定するため、行政、専門職、市民、有識者等が参画し、多面的な取組みを行う。また、計画推進に向け地域における協働体制を構築する。

**方法：**

1.～5.のプロセスに沿って、地域医療計画の策定を進めた。

1. 国立市が目指す姿の検討
2. 国立市の医療・介護需給状況の把握
3. アンケート・ヒアリング調査による現状把握
4. 事例分析にもとづく課題の把握、目指す姿の達成に必要な要素の検討
5. 目標設定と具体的施策の検討

**結果：**

一連の策定プロセスを経て、以下の考察が導かれた。

- ・需給の量的把握、アンケート調査等の定量調査により、現行のサービス提供体制や住民ニーズの概要について量的に把握はできたが、地域における施設や職種間の連携といった機能面までの把握には至らない。
- ・事例分析という手法を取り入れることで、定量調査の限界を補い、施策策定に関わる多様な立場からの理解と関与を深めることができた。
- ・多様な立場から事例を吟味し、あるべき連携や提供体制について意見交換することで、事例の包括的な分析が可能となり、課題や目指す姿の抽出に繋がられた。
- ・事例分析による課題と対策の整理の仕方は、専門職にも市民にも理解しやすいと好評である。また、施策の全体像をロジックモデルの形で示すことにより、関係者の理解が向上するというメリットも得られている。

**結論：**

地域医療計画の策定を通じ、在宅医療に関わる多様な立場の関係者（市民を含む）が、市の現状と課題を共有し、施策推進に向けて協働する体制を築きつつある。

この計画が継続的に事業マネジメントの推進に役立てられることを期待したい。

## A. 研究目的

国立市では2018年3月に策定した国立市地域包括ケア計画において示した「医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくり」を具現化するため、地域医療のめざす姿を示すことを目的とし、2019年3月に国立市地域医療計画を策定した。

医療・介護にかかわる計画の実効性を高めるには、策定段階から地域の多様なステークホルダー（医療・介護専門職、患者・住民等）が参画することで、地域特性や医療介護提供者・住民の意向を十分に反映することが肝要であると考え、策定準備のため、国立市は2017年12月に国立市地域医療計画策定検討委員会を設置した。2018年3月までの間に、計画の方向性や策定手順について議論し、現状把握のために必要な調査内容についても検討を行った。

## B. 研究方法

2018年4月から2019年3月にかけて、1.～5.の手順で国立市地域医療計画を策定した。それぞれのプロセスについての詳細は後述する。

### 1. 国立市が目指す姿の検討

2018年4月に国立市地域医療計画策定委員会を設置し、市内関係機関・団体（在宅療養推進連絡協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険事業者連絡会）、行政職員（健康福祉部、子ども家庭部ほか）、学識経験者により構成される検討体制を立ち上げた。本委員会での検討を経て、国立市民が望む地域医療の姿を「医療や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

き方や暮らしを、国立市で実現できる～」と掲げ、市民が安心して住み続けられるまちづくりを目指すものとした。一方で地域医療提供体制の現状を図示し、4場面別の現状とめざす姿との間のギャップを、課題として抽出した（図表1参照）。

### 2. 国立市の医療・介護需給状況の把握

統計資料をもとに、現状及び将来の国立市の医療・介護需給に関わるデータを算出した。需要については、人口、推計患者数、要介護認定者数・認定率、救急搬送人数を把握した。供給については、医療資源の状況、高齢者向け施設・住まいの状況、平均患者数、死亡の場所別死亡数について把握した。

### 3. アンケート・ヒアリング調査による現状把握

市民の意識、ニーズの充足状況を把握するため、2018年2月、①40歳以上の国立市民 ②国立市内の介護支援専門員及び当該介護支援専門員が担当している利用者 ③市内の医療機関（病院・一般診療所・歯科診療所・薬局）、④市内の介護施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設）の各者を対象とするアンケート調査を実施した。

また、救急や看取りに関する現状把握を行うため、2018年6-7月に消防署、近隣二次・三次救急医療機関、介護支援専門員を対象にヒアリング調査を行った。さらに、今後の在宅医療の拡大余地把握のため、2018年9月に市医師会に加入する医療機関にアンケート調査を実施した。

### 4. 事例分析にもとづく課題の把握、目指す姿の達成に必要な要素の検討

計画の策定や施策の実施において主体である市民や専門職が理解しやすいよう、具体的な事例に沿って課題の把握を行うこととした。市内の地域包括支援センター、医療施設、介護支援専門員などから収集した事例を、4場面別に整理・分析し、地域の専門職等で構成される作業部会での議論を経て、課題を抽出した。課題を俯瞰し、共通項を確認しながら、めざす姿とのギャップを解消するために必要な要素を設定した。

## 5. 目標設定と具体的施策の検討

在宅医療の4場面ごとに4つずつの目標を設定し、達成のための手段や方法を示した。これらを国立市で実践する場面を想定し、具体的な施策案を挙げ、施策の評価内容も例示した。

## C. 結果

### 1. 国立市の医療・介護に係る量的把握

#### 1) 医療・介護需要

##### (1)人口

国立市の総人口は2030年頃をピークに減少に転じ、幼年人口及び生産年齢人口が減少していくことが予想される。一方、75歳以上人口は2025年に約1万人まで増加することが推計される（図表2-1、2-2参照）。

##### (2)要支援・要介護認定者数

高齢者人口の増加に伴い要介護認定者も増加が見込まれ、2025年には4,500人を超えると推計された（図表3参照）。

##### (3)入院・外来患者数

国立市の受療率が東京都と同じであり、かつ将来も一定であるという仮定に基づき、国立市の入院患者数を推計すると、2015年

時点の推計入院患者数は約558人/日であった。高齢化に伴って増加を続け、2040年には約715人/日（2015年比128.1%）となる（図表4-1参照）。入院患者数と同様に国立市の外来患者数を推計すると、2015年時点の推計外来患者数は約4,180人/日であった。今後ゆるやかに増加を続け、2040年には約4,742人/日になると推計される（図表4-2参照）。

## 2) 医療・介護供給

### (1)病院・診療所

北多摩西部医療圏には、病院が25、一般診療所が498（うち有床診療所17）ある。病院の半数以上は立川市・昭島市に在しており、病院病床の大半も両市に集中している。人口10万人あたり一般・療養病床数は約717床で、全国や東京都を下回っている。

国立市は、病院が2、一般診療所が85（うち有床診療所2）あり、許可病床数は病院66床、診療所36床となっている（2016年10月現在）。人口10万人あたり一般・療養病床数は約138床である。

一方、国立市の人口10万人あたり一般診療所数は115.4で、全国や東京都、北多摩西部医療圏の水準を上回っている。無床診療所が多い一方で、有床診療所が全国比で少ない。

2016年3月現在、国立市には在宅療養支援診療所（以下、在支診）が8あり、65歳以上人口あたりでは、東京都をやや下回るものの、全国や北多摩西部医療圏を上回っている。また2014年10月時点の訪問診療・往診・看取り実施医療機関数を見ると、国立市はいずれも全国や東京都、北多摩西部医療圏を上回っており、特に訪問診

療、看取りについては高い水準にある（図表 5-1, 5-2 参照）。

## (2) 高齢者向け施設・住まい

2016 年時点で、国立市内には介護保険施設が 5 か所（介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 1）あり、定員数は合計 485 で、65 歳以上人口あたりに換算すると概ね全国平均と同水準である。老人保健施設の定員数が比較的多いことが特徴である。

その他の高齢者向け施設・住まいをみると、有料老人ホームが多い一方、老人福祉施設やサービス付き高齢者向け住宅は少ないという特徴がある（図表 6 参照）。

## 2. 市民アンケート調査で把握された現状と課題

国立市地域医療計画の策定に先立ち、市民の意識やニーズの充足状況を客観的に把握する目的で 2018 年 2 月に市民アンケート調査を実施した。

40 歳以上の市内在住者 5,154 人（住民基本台帳に基づく無作為抽出）を対象に行い、2,423 人から回答を得た（回収率 47.0%）。主な調査内容は次のとおりである。

- ・ 普段の医療の受診状況について
- ・ 救急医療について
- ・ 在宅医療について
- ・ 人生の最終段階における医療・ケアについて
- ・ （調査対象者が介護を受けている場合）主な介護者について

アンケート結果のうち(1)日常生活の支援、(2)急変時、(3)退院時支援、(4)看取り期の支援 の各場面において、地域医

療計画の策定において参考とした部分を抜粋して示す。

(1) 日常療養の支援に関連する市民の意識  
かかりつけ医の有無については、40～64 歳で 48.4%が「いる」と回答し、かかりつけ医が「いる」と回答した割合は年代が上がるにつれて高くなった（図表 7-1 参照）。かかりつけ医が「いる」と回答した人に、かかりつけ医が行ってくれることを尋ねると「病気の予防」55.6%が最も高く、「総合的に診てくれる」44.9%、「気軽に何でも相談できる」42.1%、「専門医療機関への紹介」33.1%がこれに次いで高かった（図表 7-2 参照）。

かかりつけ医に望む医療やサービスについては、「気軽に何でも相談できる」57.7%、「総合的に診てくれる」55.4%、「病気の予防」51.9%、「専門医療機関への紹介」49.5%に次いで「夜間や休日の緊急対応」を挙げた人も 33.7%みられた（図表 7-3 参照）。

## (2) 急変時に関連する市民の意識

回答者本人または家族が、最近 3 年間に休日や夜間に急病になったことが「ある」と回答した人に、対応状況について尋ねた。「救急対応病院に行った」42.7%が最も多く、「救急車を呼んだ」36.1%、「休日夜間診療所に行った」27.0%がこれに次いだ（図表 8-1 参照）。

市内の救急医療について不安に感じる内容を尋ねると、「夜間の救急体制が不十分である」32.5%、「高齢者の増加や不必要な救急車利用等のため現在の救急医療体制で今後も対応できるのか不安」31.3%、「休日の救急体制が不十分である」30.7%の順に割合が高かった（図表 8-2 参照）。

救急医療の充実に向けて希望することとして「夜間・休日に対応可能な診療所・病院を増やしてほしい」55.9%が最も多く、「対応可能な医療機関や相談先の周知・マップ化をしてほしい」37.4%、「救急搬送受け入れ先病院（体制）の拡充」33.6%、「救急時の対応方法についてわかりやすく教えてほしい」29.6%がこれに次いだ（図表 8-3 参照）。

### (3) 退院時支援に関連する市民の意識

脳卒中の後遺症やがんなど長期療養が必要になった場合に生活したい場所を尋ねると、「自宅」が各年代とも4割前後と最も多く、特に40～64歳では他の年代より割合が高かった（図表 9-1 参照）。

長期療養が必要になった場合の生活場所として「自宅」「子ども・親族の家」と回答した人に、その実現可能性について尋ねたところ、「難しいと思う」46.7%、「可能だと思う」23.0%、「わからない」29.1%であった。年代別にみると40～64歳では「わからない」の割合が他の年代より高かった（図表 9-2 参照）。

自宅等での療養が困難と考える理由として最も多かったのは、「家族や親族に肉体的・精神的な負担をかけるから」76.5%であった。「家族や親族に経済的な負担をかけるから」38.8%、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」27.6%、「療養できる居住環境が整っていないから」20.0%がこれに次いだ（図表 9-3 参照）。

### (3) 看取り期の支援に関連する市民の意識

自身の死が近い場合に受ける医療・ケアの方針について尋ねると、「自分のやりたいことや生活を優先した医療を受けたい」52.2%が最も多く、次いで「決めていない」

17.2%、「できるだけ医療を受けたくない」9.3%、「治療を優先した医療を受けたい」8.7%の順に多かった（図表 10-1 参照）。

人生の最終段階で受ける医療・ケアの方針について「決めていない」「わからない」「無回答」であった人以外に対し、受ける医療・ケアの方針を誰に伝達しているかを尋ねた。「家族・親族」55.9%が最も多い一方、「誰にも伝えていない」も40.3%みられた（図表 10-2 参照）。

人生の最期を迎えたい場所は、「自宅」が各年代とも40%以上と最も多く、年齢が高まるにつれて割合が高くなっていった（図表 11-1 参照）。また、人生の最期を迎えたい場所に「自宅」「子ども、親族の家」と回答した人に、その実現可能性について尋ねたところ「難しいと思う」が42.3%、「可能だと思う」22.4%、「わからない」31.4%であった。40～64歳では「可能だと思う」の割合が他の年代よりも低かった（図表 11-2 参照）。

自宅等での看取りが困難だと考える理由は「家族や親族に肉体的・精神的な負担をかけるから」73.3%が最も多かった。次いで「家族や親族に経済的な負担をかけるから」37.6%、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」25.1%、「療養できる居住環境が整っていないから」17.7%の順に多かった（図表 11-3 参照）。

### 3. 事例検討に基づく課題の把握

国立市地域医療計画の策定においては、具体的な事例に沿って課題の把握を行うこととした。国立市は小規模な自治体であるため、行政、医療・介護専門職、市民が「顔の見える関係」にあり、地域における課題をそれぞれの立場から見通せているという環境が、事例検討を取り入れた背景にあった。また、事例検討という手法は、市民にとって身近で分かりやすいだけでなく、医療・介護提供者にとっても実感を伴って理解しやすく、計画策定にかかわるすべての関係者が当事者意識を持てるという利点がある。検討過程で異なる立場からの問題意識を持ち寄り、共通のことばで課題を表現していくことにより、納得感を共有することが可能となることも確認できた。

事例検討の手順として、市内の地域包括支援センター、医療施設、介護支援専門員などから合計 30 ほどの事例を収集し、①日常療養、②急変時、③退院時の支援、④看取りの支援、の 4 場面別に整理・分析した。事例検討にあたったメンバーは、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険事業者・学識経験者等と行政各部署職員で構成される「地域医療計画策定検討委員会」「作業部会」メンバーである。

それぞれの事例を通じて得られた課題を吟味し、事例間に共通する要素を抽出し、4 つの場面ごとの課題を抽出した。課題を俯瞰し、共通項を確認しながら、めざす姿とのギャップを解消するために必要な要素を設定した。

#### (1) 日常療養支援の場面での事例検討

国立市のめざす日常療養支援の姿として次のように掲げている。

めざす日常療養支援の姿：

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

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の 4 つである。

#### 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

めざす姿の達成に必要な要素

○継続的な受診が必要な市民の、見守りを含めた支援体制



## 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

### めざす姿の達成に必要な要素

- かかりつけ医への受診と、適切な治療・療養の継続
- 再発を予防するための、医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握及び支援

※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向くこと。なお、「訪問診療」も医師が自宅に診察に向くことを指すが、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

### めざす姿の達成に必要な要素

- 医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握、かかりつけ医との情報共有
- 診療所同士の連携

#### 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、食事がとれなくなりました。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ました。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ました。

(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

#### めざす姿の達成に必要な要素

○公的機関や専門職によるサービスや支援及び近隣・ボランティアなどによるインフォーマルな支援の連携

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

#### (2)急変時の場面での事例検討

国立市のめざす急変時支援の姿として次のように掲げている。

めざす急変時の姿：

- 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

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の4つである。



### 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

#### めざす姿の達成に必要な要素

○家族やかかりつけ医・かかりつけ薬局等の連絡先・服薬状況等の情報の一元化

### 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

#### めざす姿の達成に必要な要素

○病状の変化における本人や家族の理解及び緊急時の対応における家族間での共有

○本人の意思表示及びかかりつけ医の指示による、救急搬送の必要性の判断

### 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、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

#### めざす姿の達成に必要な要素

○地域の救急病院の役割に対する本人や家族の理解及び適正な救急受診

### 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

#### めざす姿の達成に必要な要素

○本人・家族とかかりつけ医の信頼関係の構築

### (3)退院時支援の場面での事例検討

国立市のめざす退院時支援の姿として次のように掲げている。

めざす退院時の姿：

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できている

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の4つである。

#### 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<sup>※</sup>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<sup>※</sup>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<sup>※</sup>等）と診療所（かかりつけ医・看護師）、ケアマネジャー<sup>※</sup>、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

#### めざす姿の達成に必要な要素

○退院後の生活についての本人・家族の思いや希望の把握

○専門職間での連携

※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)

### めざす姿の達成に必要な要素

- 本人・家族による病態像の理解及び共有
- 退院後の生活を再構築するために必要な支援内容の具体化と本人・家族を含む関係者間での共有

※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

### めざす姿の達成に必要な要素

- 本人や家族が不安なく生活を再開するための関係者(専門職・インフォーマルサービス\*等)による支援
- 本人や家族の望む退院とするための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

※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

#### めざす姿の達成に必要な要素

○在宅医療チームを構築するうえでの在宅医療相談窓口等の体制

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

#### (4)看取り期における支援の場面での事例検討

国立市のめざす看取り期支援の姿として次のように掲げている。

めざす看取り期の姿：

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最後まで暮らすことができている

めざす姿に向かう上で、現状と課題を示すために提示した事例は次の2つである。

##### 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

(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<sup>※</sup>(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が」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

### めざす姿の達成に必要な要素

○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出

※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

### 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

○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

○地域の身近な支援者の存在

○見守り支援体制の構築

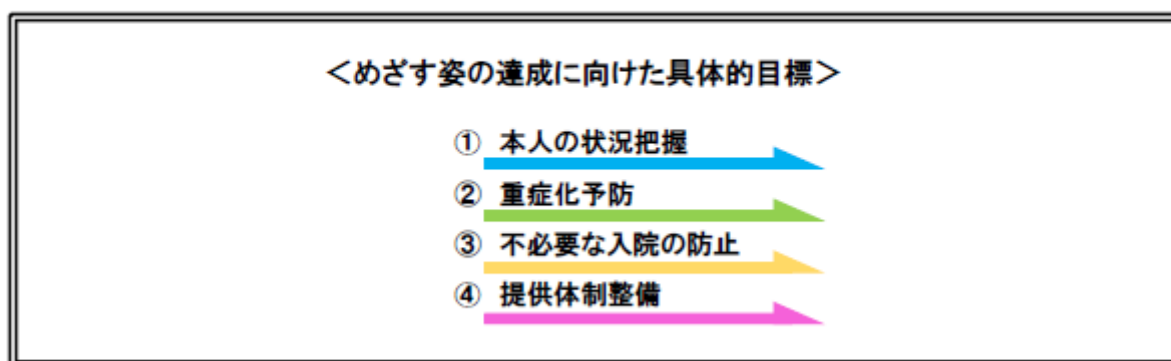
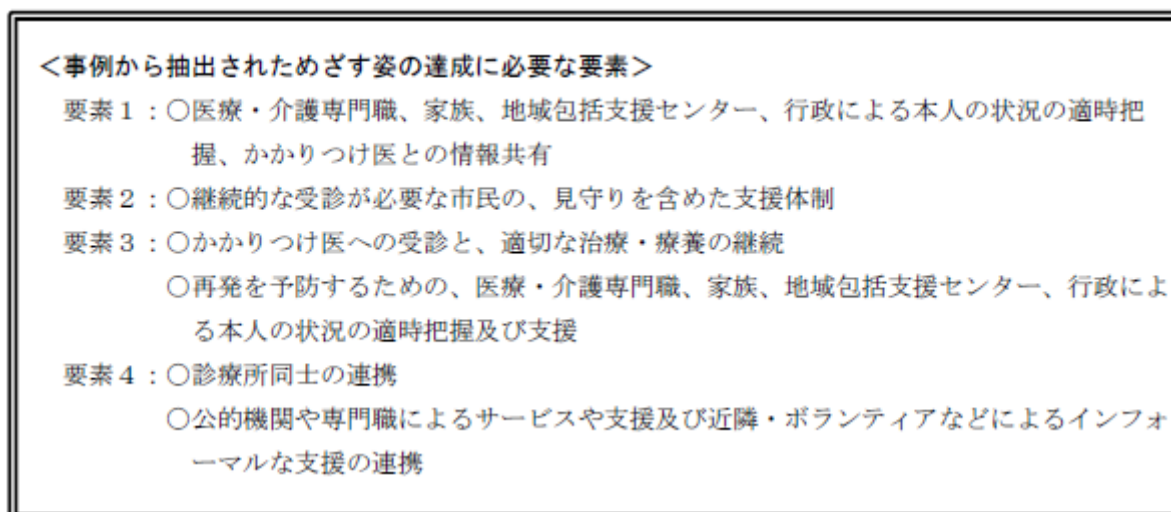
○24時間対応のかかりつけ医の存在

#### 4. 現状と課題に基づく具体的目標設定

①日常療養、②急変時、③退院時の支援、④看取りの支援それぞれの場面で提示した各4つの事例について読み解き、現状と課題を整理した上で「めざす姿の達成に必要な要素」として提示した。さらに、各要素の核となる内容を「具体的目標」として端的にまとめた。

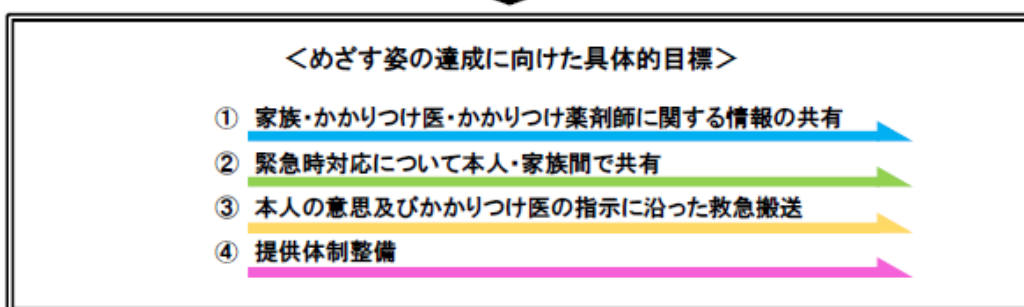
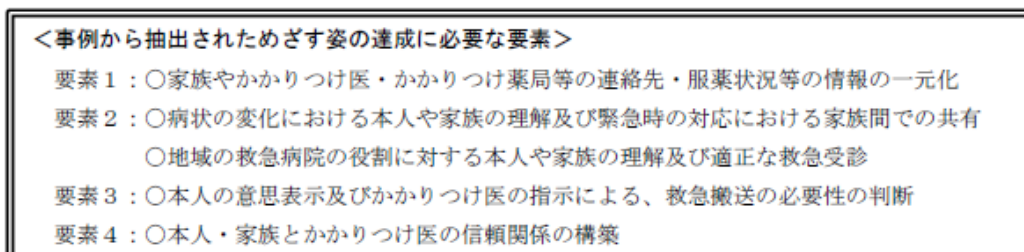
(1)日常療養支援の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす日常療養支援の姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



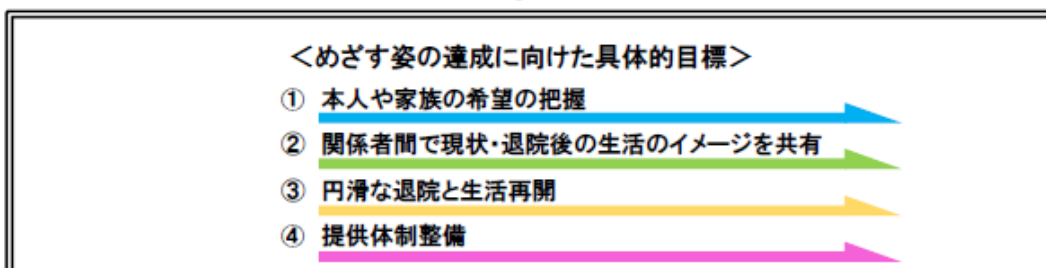
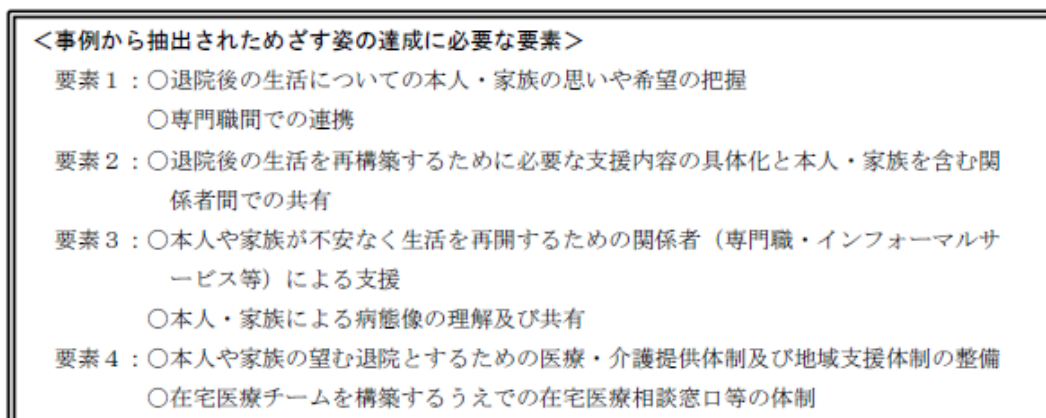
(2)急変時の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす日常療養支援の姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



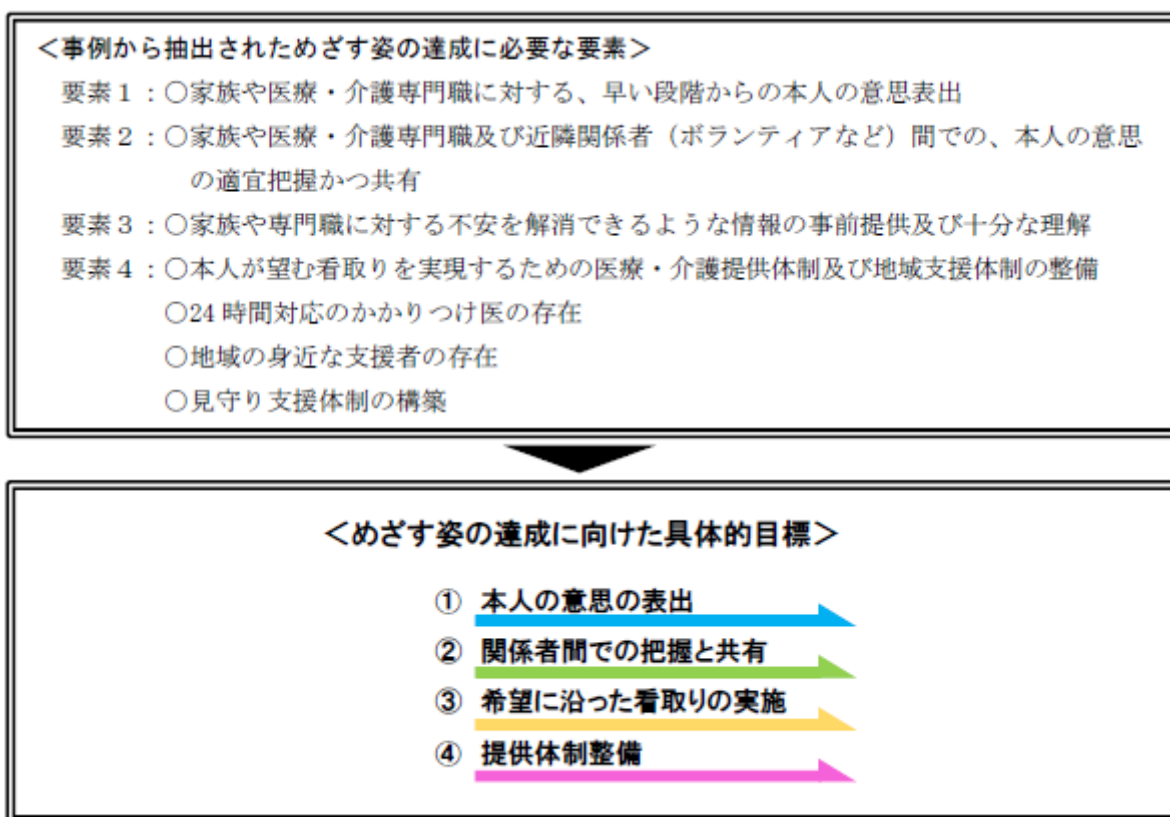
(3)退院支援の場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす退院支援の姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



(4)看取りの場面での「めざす姿の達成に必要な要素」と「達成に向けた具体的目標」

データ、アンケート、事例から把握された現状から、国立市のめざす看取りの姿の達成に向かっていくにあたり、必要となる要素、具体的目標は以下のとおりまとめられる。



以上出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

## 5. 4つの場面別ロジックモデルの作成

国立市地域医療計画では、4つの場面別に施策をロジックモデルの形で表現した。ロジックモデルとは、因果関係を表す流れ図であり、めざす姿（目的）と、それに向けた施策（事業）を一望できる形で示すことができる。ロジックモデルを用いて施策に携わる様々な立場が全体像を共有することで、論点が明確になり、施策の推進に役立てることができる。また、施策の評価・見直しを行う際にもロジックモデルが基盤となる。

ロジックモデルには、施策ごとに進捗管理と評価を行うための指標を付すことが基本であるが、国立市においては、評価方法・評価指標の検討は市民の立場からの委員も交えて地域医療計画策定翌年度に行うこととした。このため、以下に示すロジックモデルのなかでは「国立市の具体的施策」と、それに対応する一部の「評価内容」の提示にとどめている。



(1)日常療養支援のロジックモデル





(2)急変時のロジックモデル



※ #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)看取りのロジックモデル



※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取り組み。  
 ※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。

以上出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

## D. 考察

### 1. 事例分析の導入

都道府県における医療計画策定においては、定量データに基づいて需給の現状把握及び将来推計を行い、ギャップを埋めるための施策や事業を策定することが中心となる。一方、国立市の地域医療計画のように、市町村単位で在宅医療連携体制を描くにあたっては、よりきめ細かに量的・質的な現状把握を行わないと、現場に即した実効性の高い施策に繋げづらい。

国立市で行った需給の量的把握、アンケート調査等の定量調査の目的は、現行のサービス提供体制や住民ニーズの概要について量的に把握することに留めた。地域における施設や職種間の連携といった機能面については、定量調査のみで評価することが難しい上、医療・介護専門職や市民にとっては、量的データを提示しても実感を持ちづらく、理解が難しいためである。

このような定量調査の限界を補い、施策策定に関わる多様な立場からの理解と関与を深めるため、計画策定プロセスの一環に、事例分析という手法を取り入れた。多様な立場から、現場で起こっている事例を吟味し、あるべき連携や提供体制について意見交換することで、事例を包括的に分析することが可能となり、課題や目指す姿の抽出に繋げることができた。

こうした課題と対策の整理の仕方は、専門職にも市民にも理解しやすいと好評である。現在、月1回程度のペースで住民との意見交換会を開催し、施策指針に向けた計画内容の向上を進めている。

### 2. ロジックモデルによる全体像の共有

国立市地域医療計画では、定量調査と事例分析を経て、目指す姿と現状のギャップから課題を抽出し、その課題を解決するための施策や事業を挙げるに至った。これらの施策や事業が、課題解決という目標に向かうよう整合を図っていくためには、関係者がぶれなく全体像を共有できている必要がある。そこで、ロジックモデルの形で各場面の施策の全体像を示すことを試みた。

これにより、策定担当者から市長、市議会、市民に施策を説明しやすくなり、理解の向上にもつながるというメリットが得られている。

## E. 結論

国立市では、地域医療計画の策定を通じ、在宅医療に関わる多様な立場の関係者（市民を含む）が、市の現状と課題を共有し、施策推進に向けて協働する体制を築きつつある。

この計画が継続的に事業マネジメントの推進に役立てられることを期待したい。

## 参考文献

### 1. 国立市地域医療計画

<http://www.city.kunitachi.tokyo.jp/kenko/kourei/1555037702179.html>

（市ウェブサイト掲載：平成31年4月17日、最終アクセス日：令和2年5月25日）

### 2. 国立市地域包括ケア計画(第7期国立市介護保険事業計画及び第5次国立市高齢者保健福祉計画)

**A. 研究発表**

**1. 論文発表**

なし

**2. 学会発表**

なし

**B. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）**

**1. 特許取得**

なし

**2. 実用新案登録**

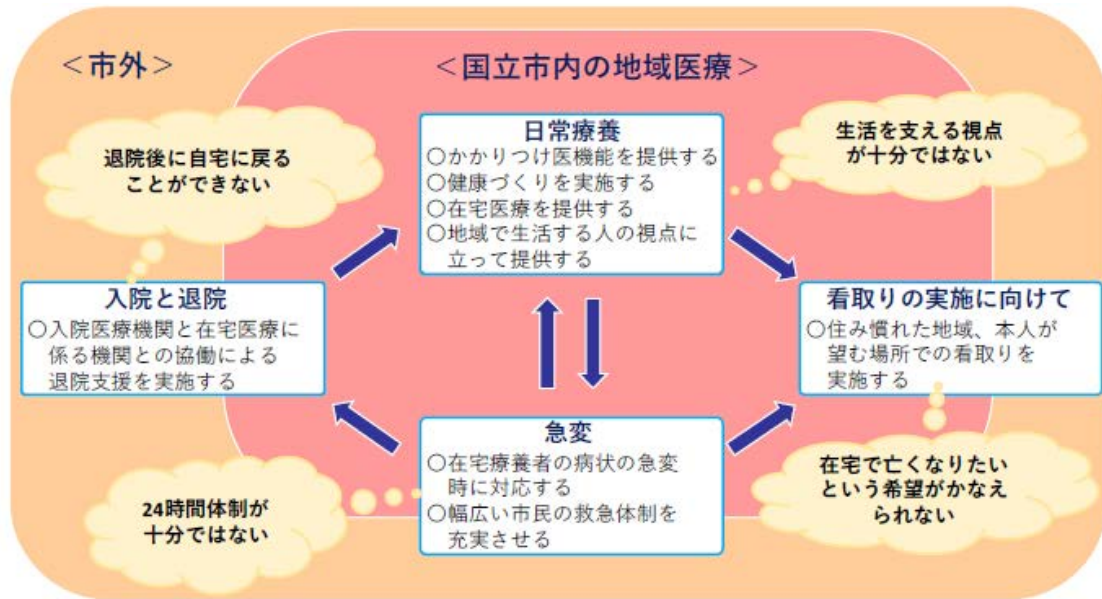
なし

**3. その他**

なし



図表 1. 国立市のめざす姿を実現するための地域医療提供体制と課題



出所) 国立市地域医療計画 (2019 年 3 月)

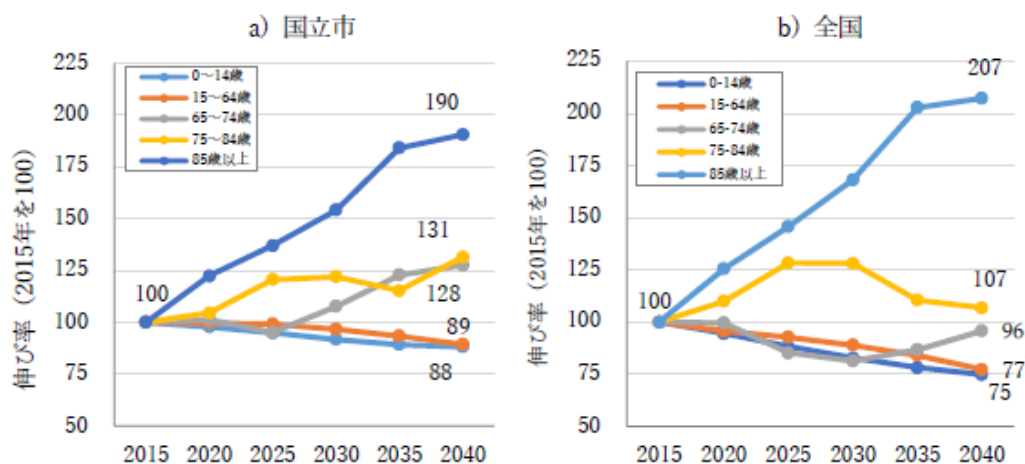
図表 2-1. 国立市の年齢階級別人口及び構成割合の推移

	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
人口 (人)						
総数	73,655	74,259	74,429	74,513	74,293	73,641
0～14 歳	8,540	8,352	8,105	7,834	7,628	7,528
15～64 歳	48,850	48,751	48,433	47,260	45,654	43,644
65～74 歳	8,304	8,410	7,898	8,942	10,193	10,595
75～84 歳	5,576	5,828	6,728	6,800	6,429	7,332
85 歳以上	2,385	2,918	3,265	3,677	4,389	4,542
構成割合 (%)						
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0～14 歳	11.6	11.2	10.9	10.5	10.3	10.2
15～64 歳	66.3	65.6	65.1	63.4	61.5	59.3
65～74 歳	11.3	11.3	10.6	12.0	13.7	14.4
75～84 歳	7.6	7.8	9.0	9.1	8.7	10.0
85 歳以上	3.2	3.9	4.4	4.9	5.9	6.2

出所) 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「日本の将来推計人口 (平成 29 年推計)、日本の地域別将来推計人口 (平成 30 年推計) より作成



図表 2-2. 国立市の年齢階級別人口の伸び率（2015 年を 100 とした場合）



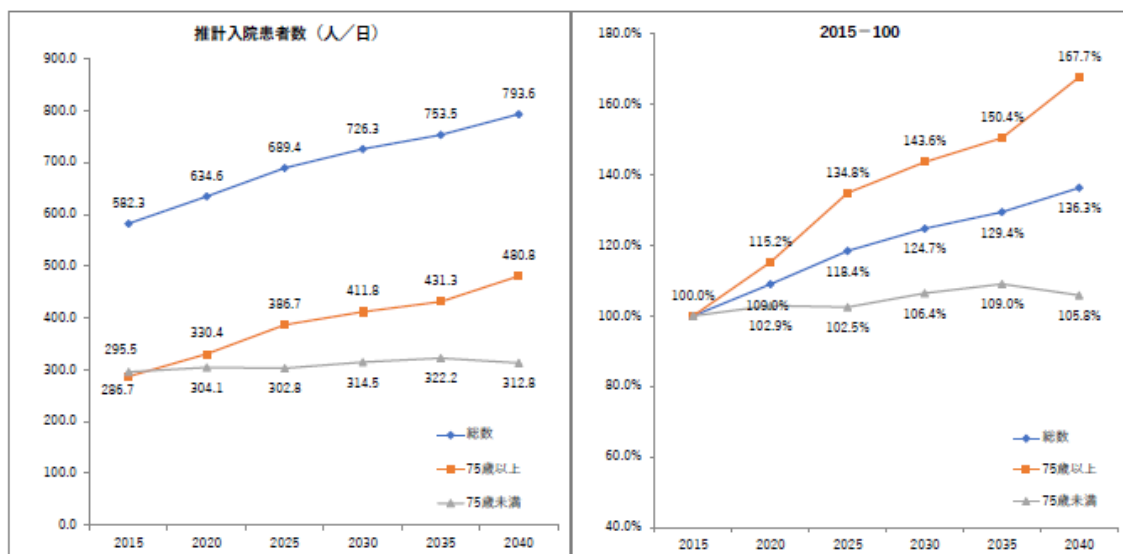
出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）、日本の地域別将来推計人口（平成 30 年推計）より作成

図表 3. 国立市の要支援・要介護認定者数

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
総数	3,184	3,301	3,437	3,552	3,758	3,907	4,579
要支援1	484	485	558	635	729	805	955
要支援2	381	418	443	471	503	524	595
要介護1	700	730	775	803	853	879	1,013
要介護2	483	511	472	425	392	381	432
要介護3	416	424	431	432	447	446	526
要介護4	322	330	380	437	501	560	700
要介護5	398	403	378	349	333	312	358
うち第1号被保険者数	3,091	3,203	3,352	3,476	3,688	3,839	4,512
要支援1	473	475	550	625	719	795	946
要支援2	375	410	436	461	492	512	582
要介護1	684	713	756	790	842	870	1,005
要介護2	461	491	456	417	385	375	427
要介護3	402	416	422	424	439	438	517
要介護4	314	323	373	424	485	541	680
要介護5	382	375	359	335	326	308	355

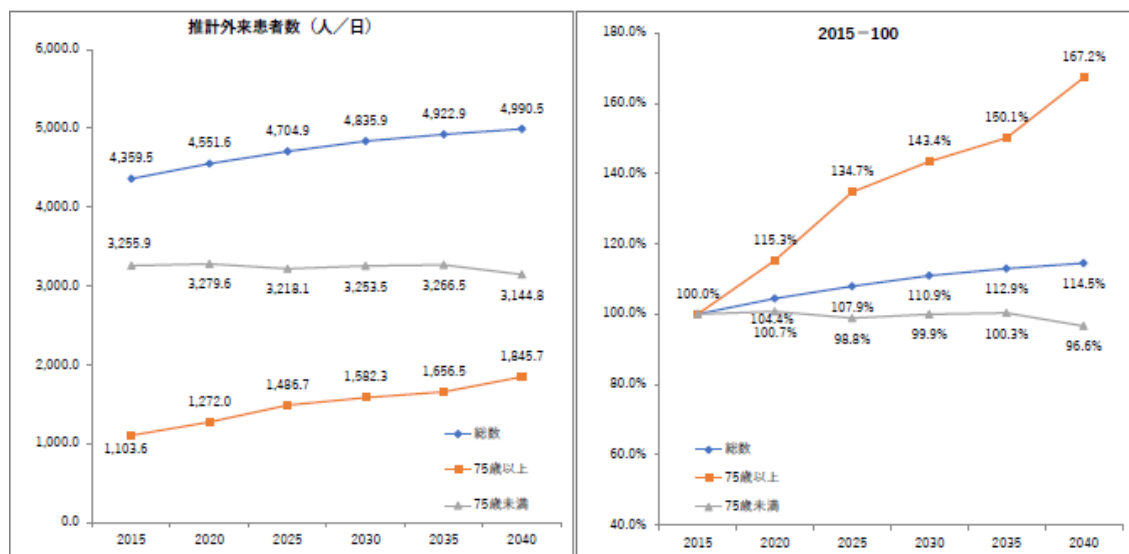
出所) 第 7 期国立市介護保険事業計画（2018 年 3 月）

図表 4-1. 国立市における年齢区分別・将来推計入院患者数（人/日）



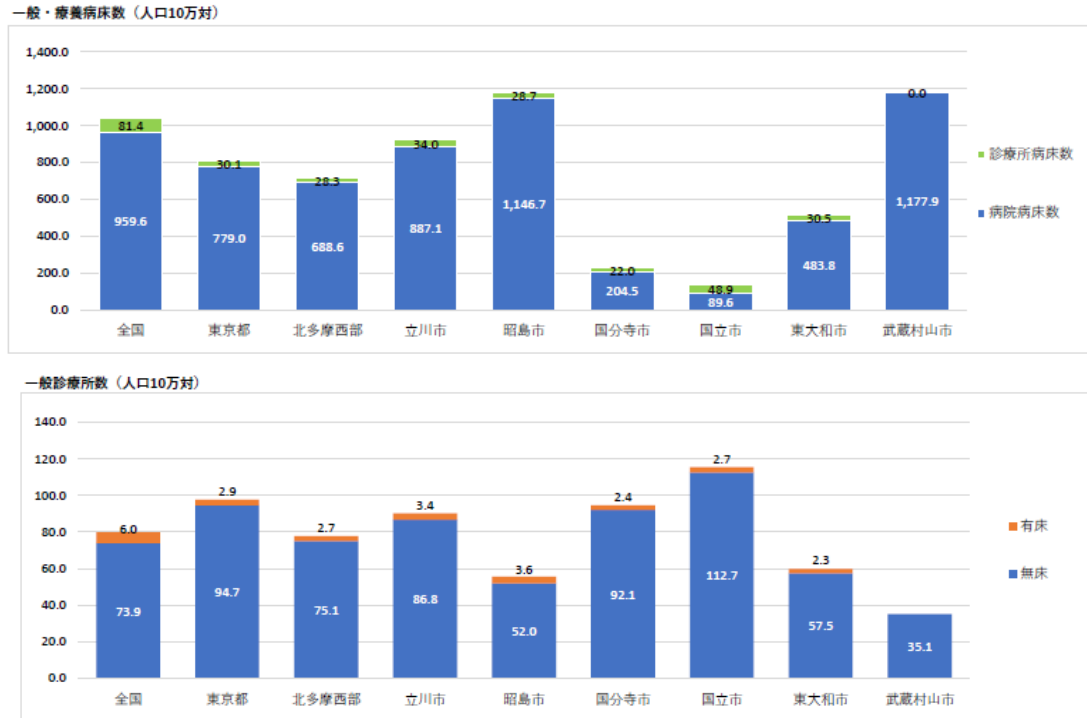
出所) 厚生労働省「平成 26 年患者調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月）」を用いて推計した

図表 4-2. 国立市における年齢区分別・将来推計外来患者数（人/日）



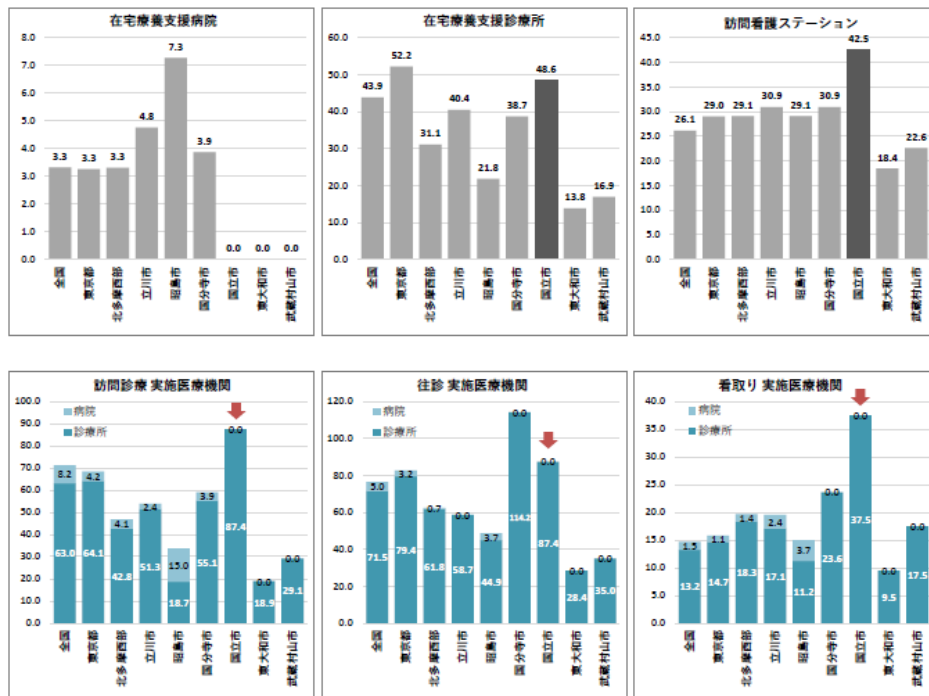
出所) 厚生労働省「平成 26 年患者調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月）」を用いて推計した

図表 5-1. 国立市と近隣自治体の医療資源の状況



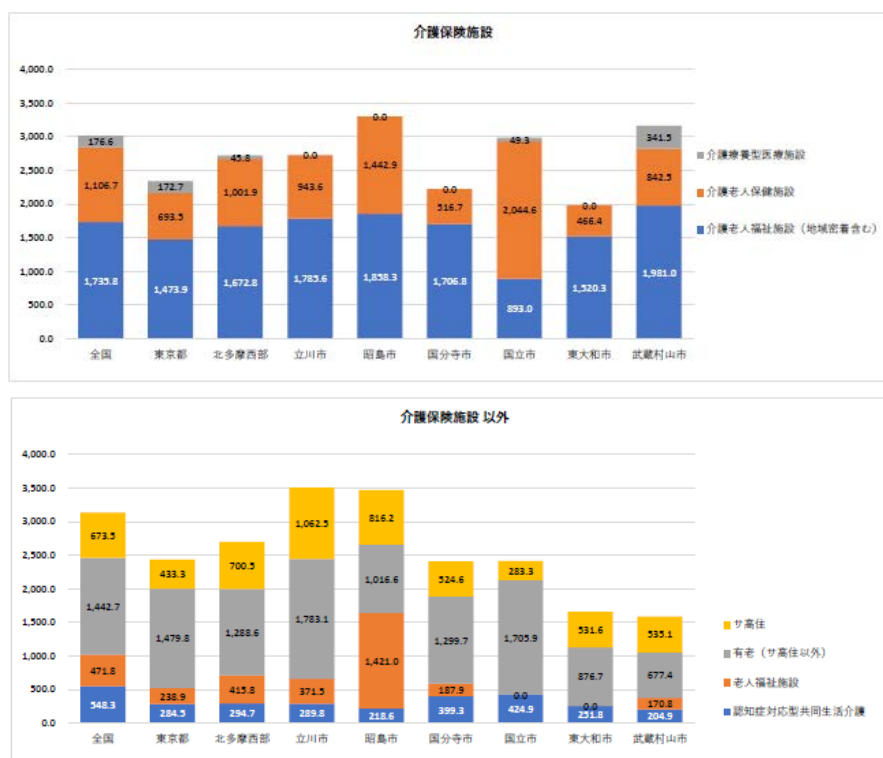
出所) 厚生労働省「平成 28 年医療施設調査」、総務省統計局「平成 27 年度国勢調査人口等基礎集計」を基に作成

図表 5-2. 国立市と近隣自治体の在宅医療実施機関数 (65 歳以上人口 10 万対)



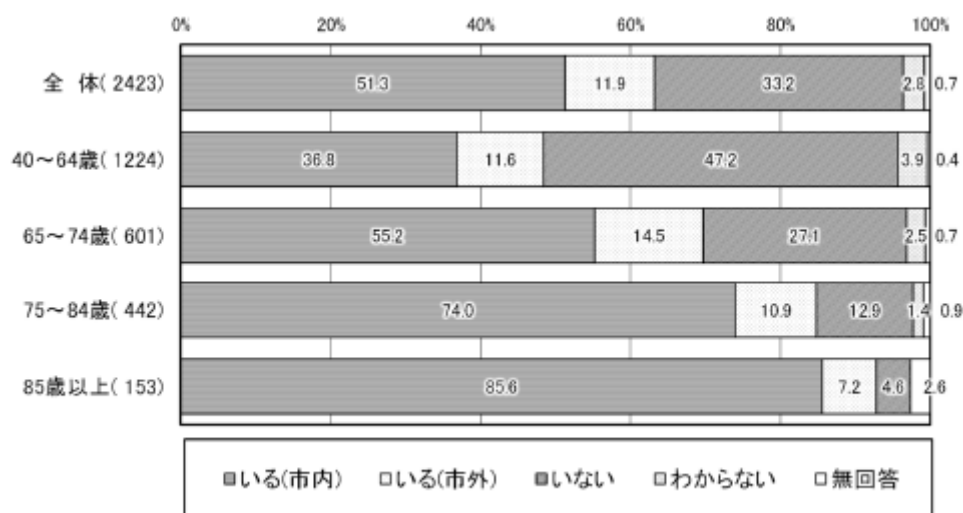
出所) 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集 (平成 29 年 11 月 22 日更新)」を基に作成

図表 6. 国立市と近隣自治体の高齢者向け住まい・施設の定員（65 歳以上人口 10 万対）



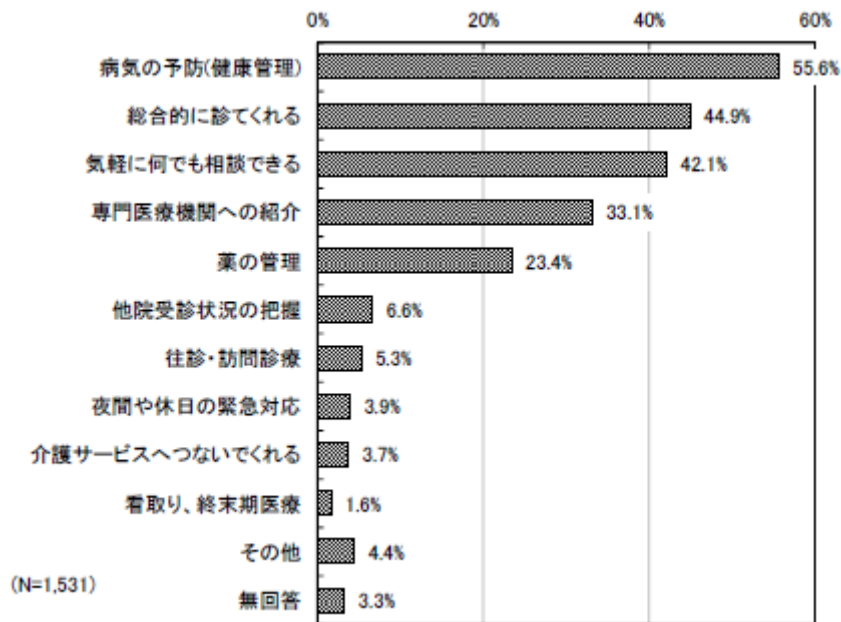
出所) 平成 28 年介護サービス施設・事業所調査、平成 28 年社会福祉施設等調査などをもとに作成

図表 7-1. 年代別にみたかかりつけ医の有無



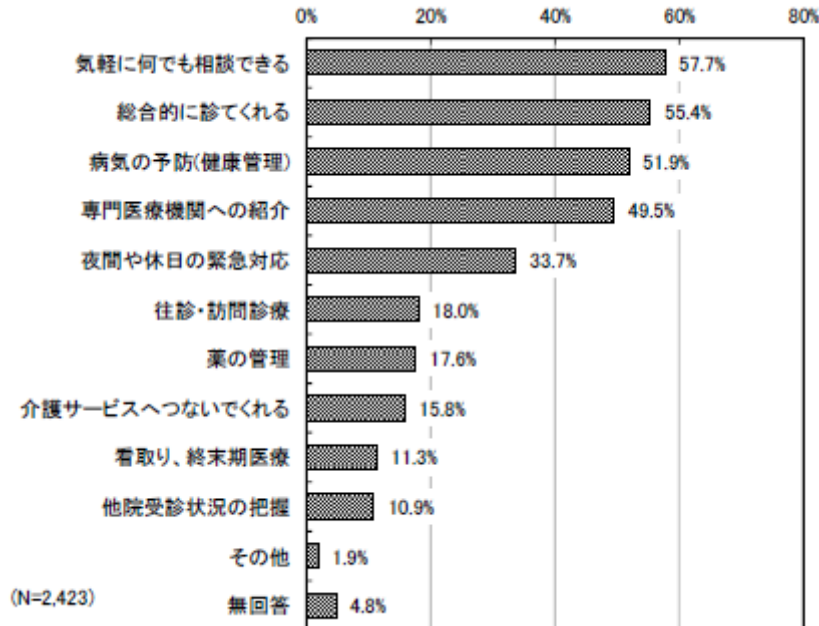
出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

図表 7-2. かかりつけ医が行ってくれること（複数回答）



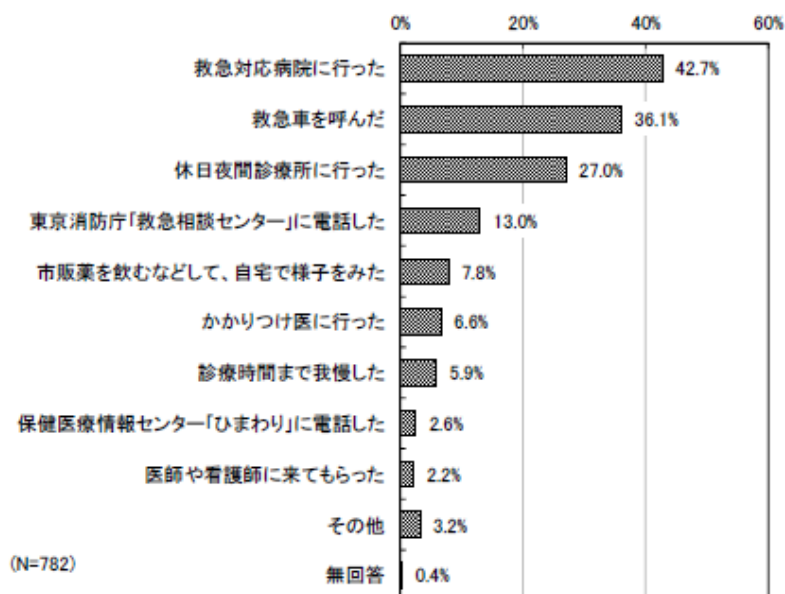
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 7-3. かかりつけ医に望む医療やサービス（複数回答）



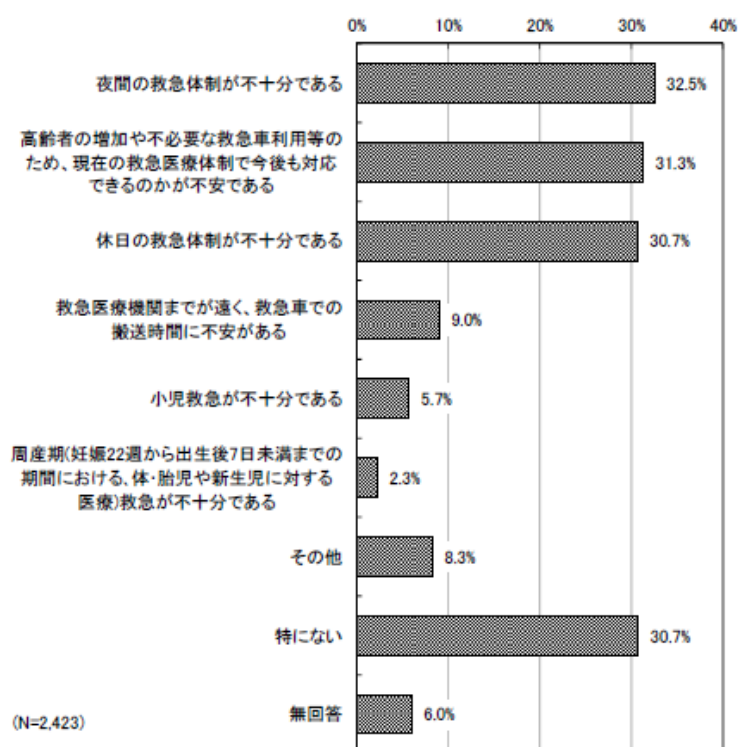
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 8-1. 急病時（最近 3 年間に休日・夜間に急病になった際）の対応（複数回答）



出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

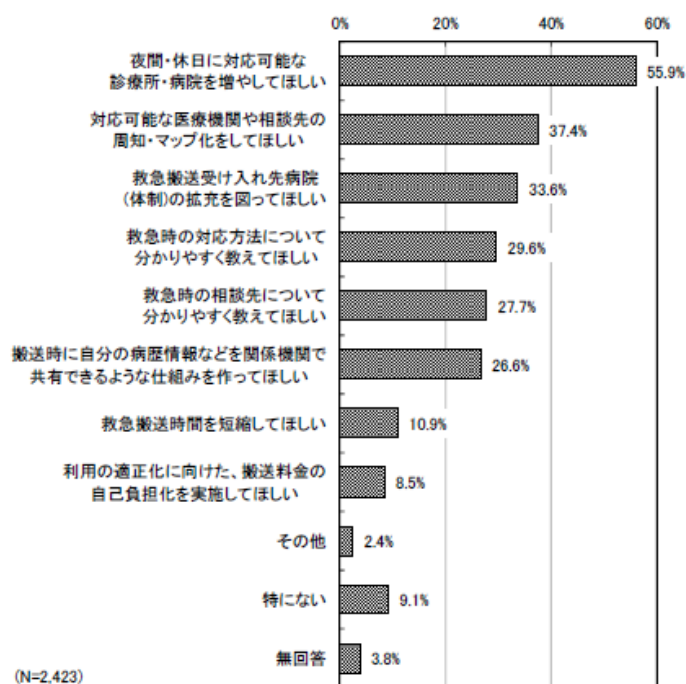
図表 8-2. 市内の救急医療への不安（複数回答）



出所) 国立市市民アンケート (2018 年 2 月実施)

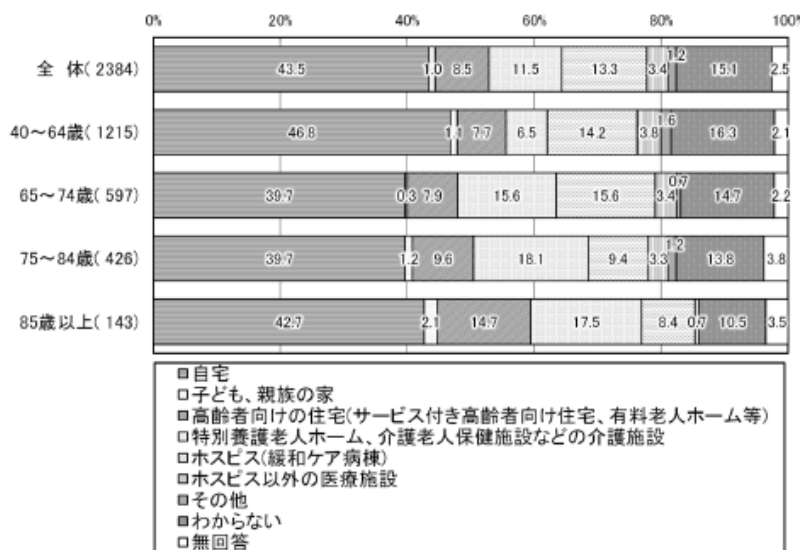


図表 8-3. 救急医療の充実に向けて希望すること（複数回答）



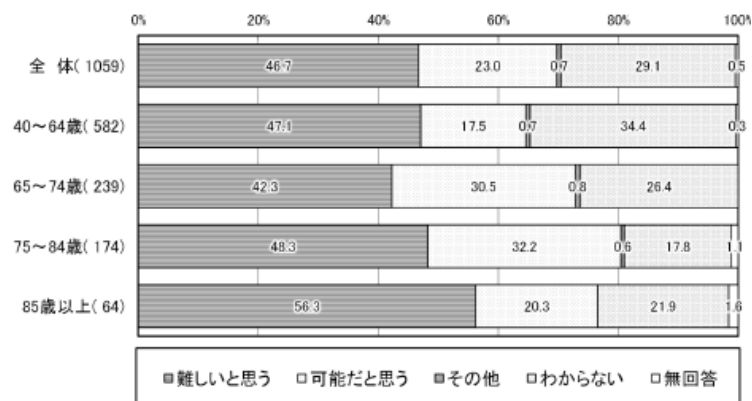
出所) 国立市市民アンケート（2018年2月実施）

図表 9-1. 年代別にみた長期療養が必要になった場合に希望する生活の場所



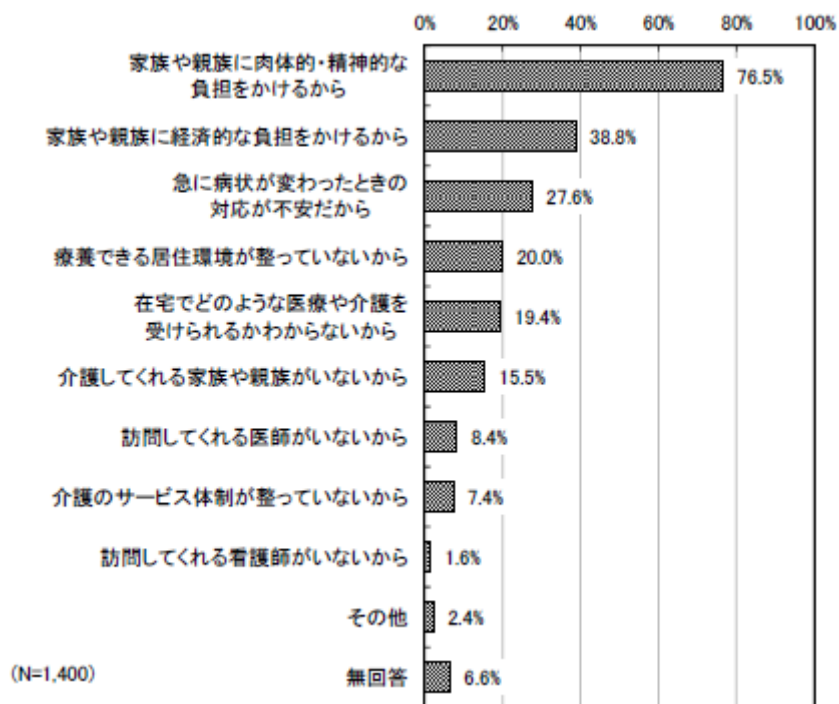
出所) 国立市市民アンケート（2018年2月実施）

図表 9-2. 年代別にみた長期療養における生活の場所の希望の実現性



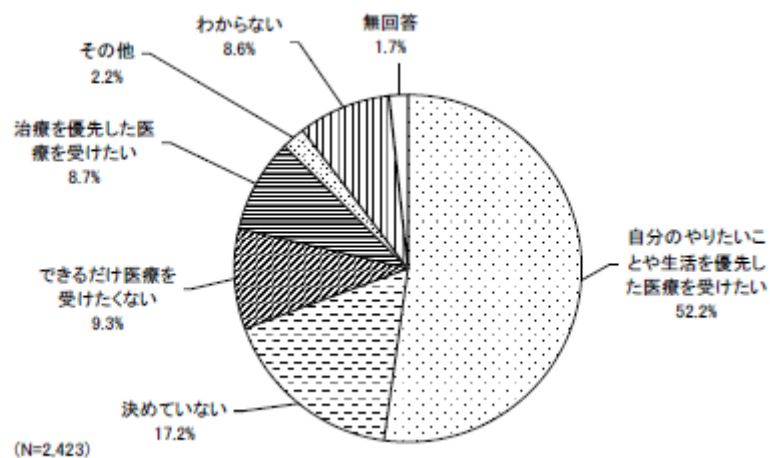
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 9-3. 自宅等での療養が困難と考える理由 (複数回答)



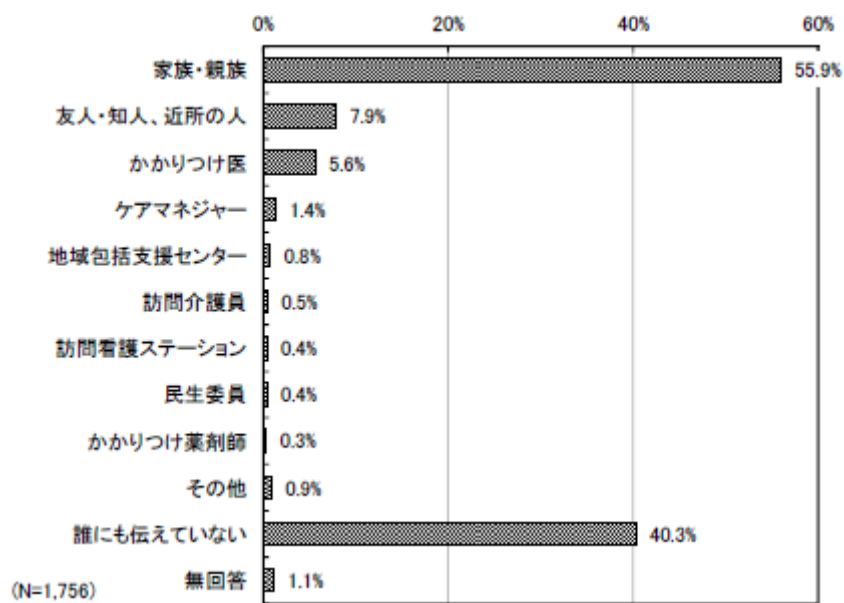
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 10-1. 人生の最終段階に受ける医療・ケアの方針



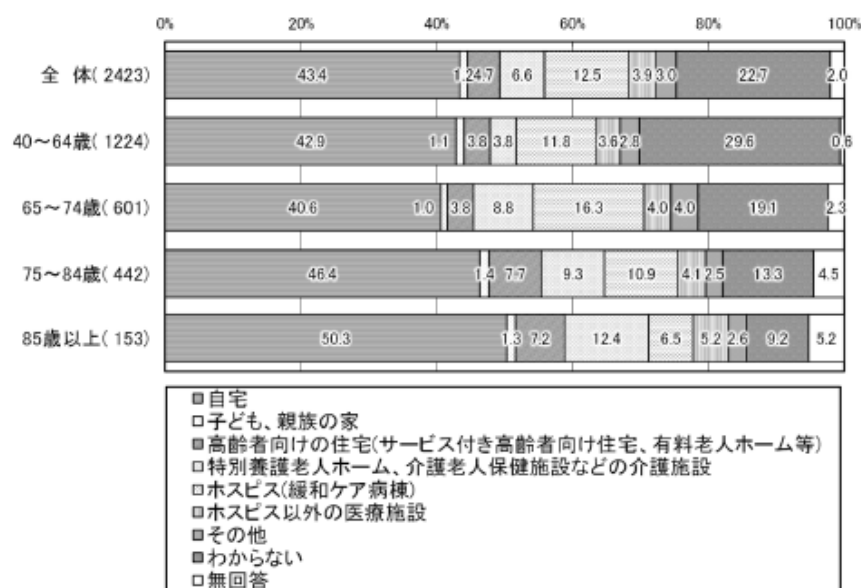
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 10-2. 受ける医療・ケア方針の伝達先 (複数回答)



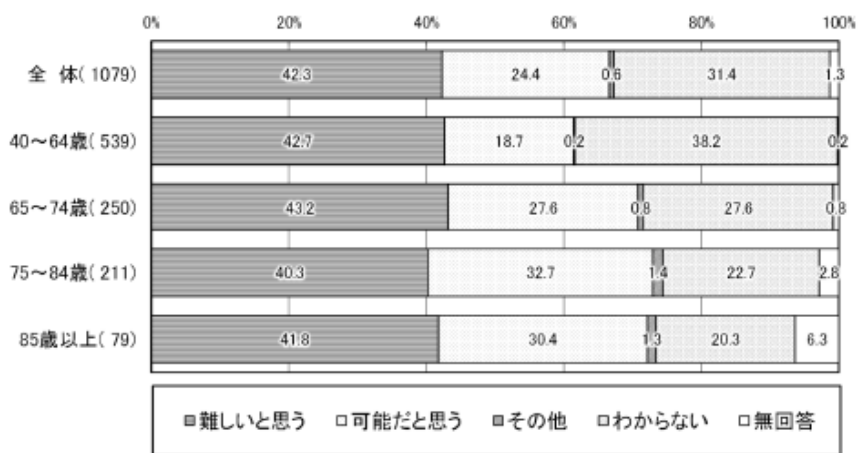
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 11-1. 年代別にみた人生の最期を迎えたい場所



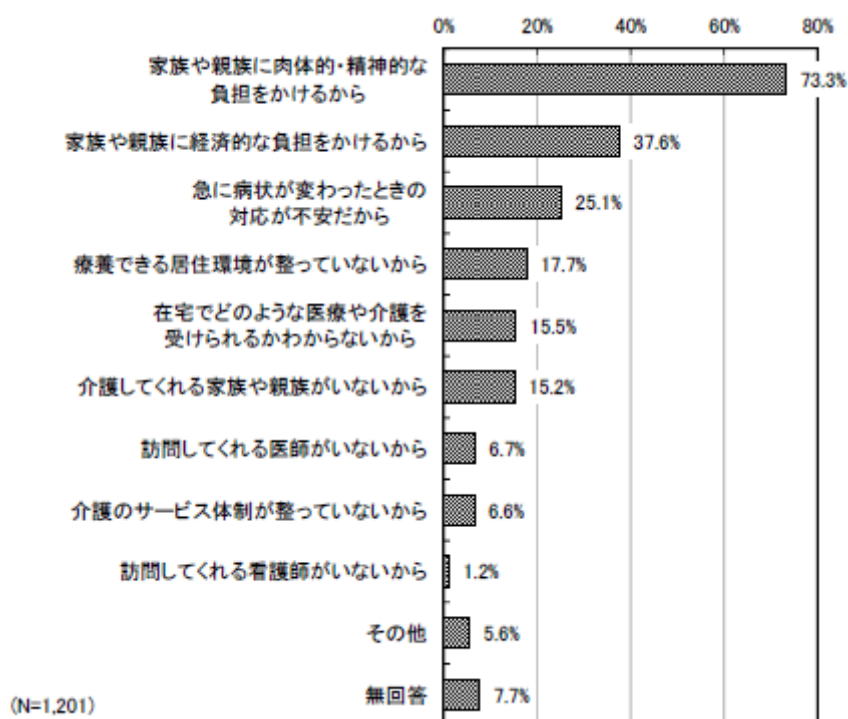
出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 11-2. 年代別にみた人生の最期を迎える場所の希望の実現性



出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)

図表 11-3. 自宅等での看取りが困難と考える理由（複数回答）



出所) 国立市市民アンケート (2018年2月実施)



