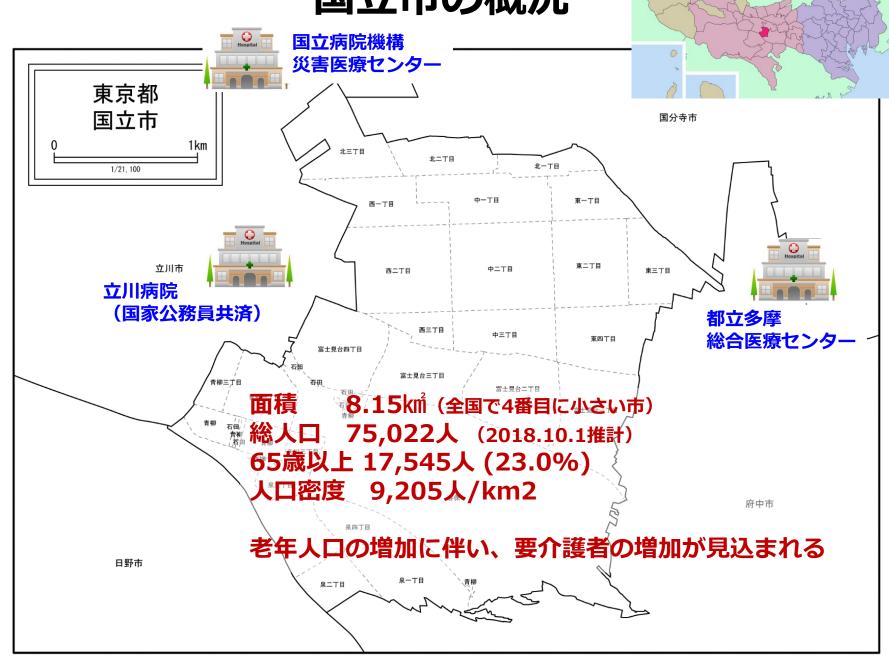


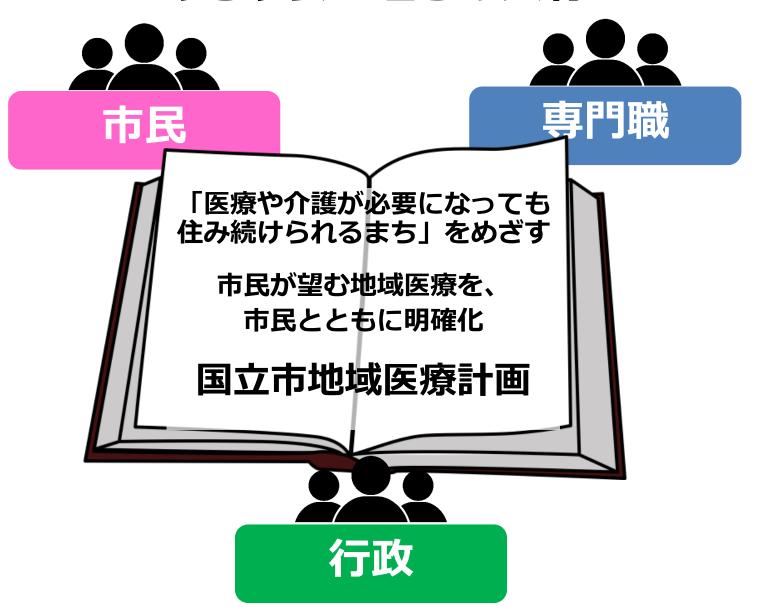
埼玉県立大学研究開発センター 研究員 吉田 真季



国立市の概況



めざす姿・理念の共有



地域医療計画の策定プロセス

手順1 「国立市がめざす姿」 の検討

• 情報収集を行い、住民の ニーズや現状における充 足状況を把握

- ・住民アンケート
- 医療・介護施設アンケート
- ・ケアマネジャーアンケート
- ・統計データ分析
- ・救急隊ヒアリング
- ・市民意見交換会・救急病院ヒアリング

手順 2 現状・課題の把握 めざす姿の達成に必要 な要素の検討

- ・複数の事例検証を通じ、 目指したい姿と現状との ギャップを生んでいる課 題を抽出
- ・市内の事例収集と検討
 - -ケアマネジャーの担当事例
 - -地域包括支援センターの事例
 - -市民から寄せられた事例

手順3 具体的目標の設定

- めざす姿の実現に向けて 達成すべき目標を整理
- ・ロジックモデル試案の作成
- ・ロジックモデルのブラッシュアップ

手順4 具体施策と 評価指標の検討

- 市で取り組む具体的対策 を検討
- ・ 進捗を確認するための評 価内容を検討
- 国立市担当部局内での検討
- *評価については、計画の初年度において、具体的な評価指標及び評価方法を定める予定

なぜ事例分析が有効なのか

地域との適性

- ✓ 小規模な自治体であり、行政・専門職(医療・介護)・ 市民が互いに「顔の見える関係」にある
- ✓ 地域における課題を各立場から見通せている

手法としての利点

- ✓ 市民にとって身近でわかりやすい
- ✓ 医療・介護提供者にとって理解しやすい
- ✓ 関係者が「自分事」として当事者意識をもてる

合意形成のしやすさ

✓ 各々の立場からの問題意識を持ち寄り、検討を経て、共通のことばで表現することにより、納得感を共有

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(4場面別)

<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



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 充実させる

生活を支える視点 が十分ではない

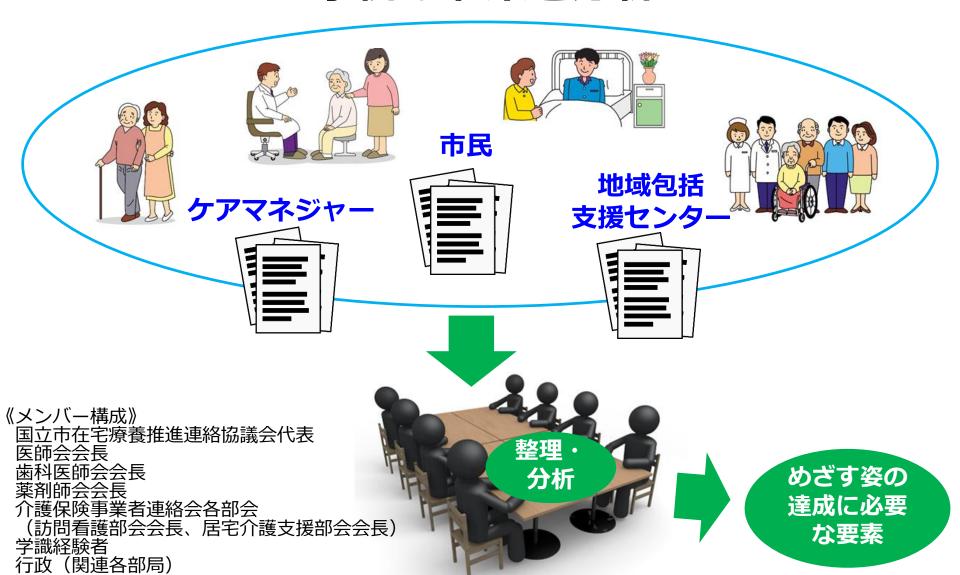
看取りの実施に向けて

○住み慣れた地域、本人が 望む場所での看取りを 実施する

在宅で亡くなりたい という希望がかなえ られない

出所)国立市地域医療計画(2019年3月)

事例の収集と分析



地域医療計画策定検討委員会

事例分析の進め方

めざす看取り期の姿 を明確化 <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期まで暮らす

あるべき姿



三 現状

めざす姿に対する 事例の達成度をみる

- 各事例で達成できていること
- · 各事例でのめざす姿とのギャップ ⇒ **課題**

めざす姿の達成に 必要な要素を抽出

- 事例を通じて得られた課題を吟味し、共通要素を抽出
- |・ 1場面(例:看取り)につき4つの要素にまとめた

具体的目標の設定

• めざす看取り期の姿を達成するための目標を設定

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

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
- 〇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

めざす姿に対する 事例の達成度をみる

めざす姿の達成に 必要な要素を抽出

> 注:人物像の 一部を脚色す るなど、人物 が特定されな いよう配慮

※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

めざす姿に対する 事例の達成度をみる

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。 めざす姿の達成に 必要な要素を抽出

出所)国立市地域医療計画(2019年3月)

注:人物像の一部を脚色するなど、人物が特定されないよう配慮

めざす姿の達成に 必要な要素を整理 : 4要素

<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出

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

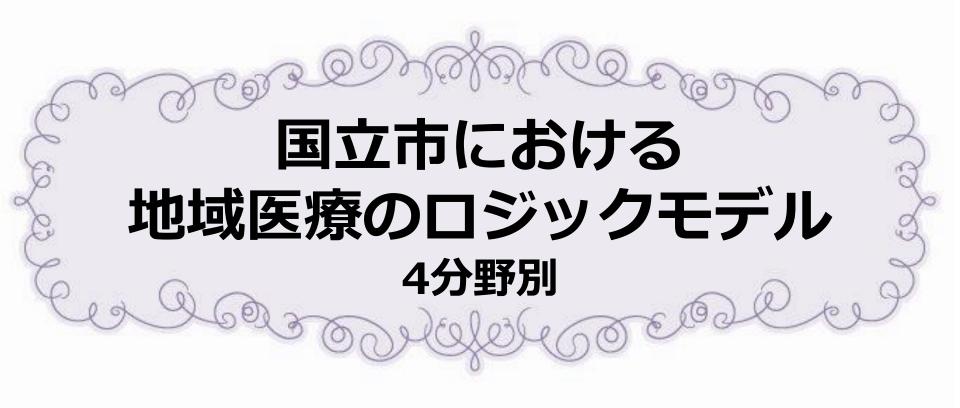
○見守り支援体制の構築

く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

具体的目標の設定

出所)国立市地域医療計画(2019年3月)



ロジックモデル(因果関係図)とは

- 原因と結果の関係を表す流れ図
- 目的とそれに向けた施策(事業)とを一望できる
- 全体像の共有により論点が明確になり、円滑な議論ができる
- 施策の評価を行う際の基盤となる



「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)
- ・グリーフケア※の体制整
- 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
- の提供量 ・看取りに対する市民の満 足度

出所)国立市地域医療計画 (2019年3月)

※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。

参考:「日常療養」のロジックモデル

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
- 市民一人ひとりがかかり つけ医を持つことの普及
- 医療相談窓口体制の充
- 支援チームの人材育成
- 地域資源の定期的な分 析•整理
- 病診連携・診診連携の 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 查訪問件数
- 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
- 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

出所)国立市地域医療計画 (2019年3月)

参考:「急変時」のロジックモデル

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
- ・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

参考:「退院支援」のロジックモデル

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

※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。

国立市地域医療計画





更新日:令和元年6月4日

国立市地域医療計画一生まれてから最期までその人らしい生き方や 暮らしを支える一

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)



<u>国立市地域医療計画(概要版)(PDF:2.4MB)</u>

