

東京都認知症対策推進会議 東京都における
認知症疾患医療センターのあり方検討部会（第3回）
次 第

東京都庁第一本庁舎 33階北側 特別会議室N6
平成22年11月1日（月）午後7時から

1. 開 会

2. 議 題

- (1) 東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について
- (2) 地域連携を進めるための具体的方策について
(現場における取組みについて関係者からヒアリング)
- (3) その他

3. 閉 会

〔配付資料〕

認知症対策推進事業実施要綱

東京都認知症対策推進会議 東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討
部会委員名簿、同幹事名簿

(資料1-1)「東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について
(中間のまとめ)」成案作成に向けた主な修正箇所

(資料1-2)東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について(中
間のまとめ)

(資料2) 認知症疾患医療センターに関する医療機関調査の実施について

(参考資料1) 認知症疾患医療センターに係る平成23年度東京都予算要求状況について

(参考資料2) 認知症シンポジウム～若年性認知症を中心に～を開催します！

認知症対策推進事業実施要綱

19 福保高在第 107 号

平成 19 年 6 月 14 日

第 1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第 2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第 5 に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第 3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 認知症に関する普及啓発

第 4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する 20 名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年とする、ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効

率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。

(2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。

(3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

(1) 3、7(3)及び(5)に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。

(2) 6(2)及び9(2)に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 認知症に関する普及啓発

1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則(平成19年6月14日19福保高在第107号)

1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。

2 認知症理解普及促進事業実施要綱(平成18年6月12日付18福保高在第161号)は廃止する。

「東京都認知症対策推進会議（東京都における
認知症疾患医療センターのあり方検討部会）」委員名簿

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	新井 平伊	順天堂大学医学部教授
	栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	繁田 雅弘	首都大学東京健康福祉学部学部長
医療・福祉関係者	桑田 美代子	社団法人東京都看護協会 (医療法人社団慶成会 青梅慶友病院看護介護開発室長)
	高瀬 茂	社団法人東京都医師会理事
	新里 和弘	東京都松沢病院医長
	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
	弓倉 整	社団法人東京都医師会理事
代表家族	牧野 史子	特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長
行政関係者	高藤 光子	新宿区高齢者サービス課高齢者相談係（新宿区役所高齢者総合相談センター）
	山本 祥代	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課地域支援担当課長

各区分において50音順

「東京都認知症対策推進会議（東京都における
認知症疾患医療センターのあり方検討部会）」幹事名簿

	氏名	所属
幹事長	狩野 信夫	福祉保健局高齢社会対策部長
幹事	高橋 郁美	福祉保健局医療改革推進担当部長
	熊谷 直樹	福祉保健局障害者医療担当部長
	馬神 祥子	福祉保健局医療政策部医療改革推進担当課長
	櫻井 幸枝	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
	粉川 貴司	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
	室井 豊	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

「東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について
(中間のまとめ)」成案作成に向けた主な修正箇所

「連携の中核」という表現を「連携を推進」に置き換える (P 1、 P 4)

1 専門医療機関としての役割 の説明の中に、「受診が困難な人への対応」を課題の一つとして追加 (P 2)

【 受診が困難な人への支援 】に、自治体との連携を追加 (P 2)

【 家族介護者の会への支援 】に、

「家族介護者の会は、日ごろの在宅介護の状況を話したり、家族としての思いや悩みを共有したり、知識や知恵、あるいは地域の様々な情報を交換したりすることで、地域の家族介護者同士の支え合いの場となっている。センターは、地域における認知症の人の家族介護者の会との関係づくりを進め、家族介護者の求めに応じていつでも紹介できるように努める」

を追加 (P 4)

2 地域連携の推進機関としての役割 に、地域連携のイメージ図を追加 (P 5)

4 その他 の中に、「情報発信」の項目を設定し、具体的事業として、【 認知症の普及啓発 】、【 連携体制の周知 】を記載 (P 7)

「設置数」は、二次保健医療圏に1か所を基本とする (P 7)

「基幹型」に係る記載は削除

東京都における認知症疾患医療センターの 基本的な機能・役割について

(中間のまとめ)

< 基本的機能 >

東京都は、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするため、これまでも認知症に係る地域の医療体制の整備を行ってきた。しかしながら、今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、かかりつけ医と専門医療機関、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要がある。

このため、東京都における認知症疾患医療センターには、特に、

- ・ 地域の医療機関及び介護機関等への支援機能
- ・ 地域の認知症に係る医療・介護連携を推進するの中核としての機能

を担うことが求められる。

< 3つの役割 >

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、以下の3つの役割を果たすことが必要である。

- 1 認知症に係る専門医療機関として、認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割
- 2 認知症に係る地域連携の推進機関~~中心的機関~~として、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割
- 3 認知症に係る人材育成機関として、地域における認知症専門医療の充実と、地域における認知症対応力の向上を図る役割

1 専門医療機関としての役割

東京都には、大学病院や認知症専門医など、認知症に関する高度な医療資源は相当数あるものの、受診が困難な人への対応、鑑別診断の一部医療機関への集中、入院医療の受入体制が十分ではないなどの課題がある。

認知症の早期発見、迅速な診断に基づく適切な医療・介護の支援、認知症と身体症状の双方に対する切れ目のない医療支援体制の構築を行うため、東京都における認知症疾患医療センター（以下「センターという。」）は以下の対応を行う。

- 認知症の人に日常的に対応している、地域の医療機関及び介護機関の支援
- 地域の医療機関同士（かかりつけ医と専門医療機関、あるいは、一般病院・精神科病院と専門医療機関）の連携及び医療と介護の連携を促進
- 鑑別診断、入院医療等の医療提供体制の強化

専門医療相談

【多様な相談に応じられる医療相談室の設置】

医療相談室に、精神保健福祉士・保健師・専門看護師等の専従の職員を配置し、患者家族、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター等からの多様な認知症に関する医療相談に対応する

認知症医療相談にあたっては、患者の状況を総合的に把握し、自院での診療も含め、適切な医療機関等の紹介を行う

【受診が困難な人への支援】

病識がないなど自ら医療機関を受診することが困難な人について相談を受けた場合、地域包括支援センターや、かかりつけ医・在宅医等の地域の医療機関、自治体と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める

鑑別診断・初期対応

【適確な評価と初期対応】

患者の日常生活の状況を踏まえ、うつ病など様々な精神神経疾患との鑑別、認知症の原因疾患の診断を正確に行う

診断にあたっては、医学的診断だけでなく、日常生活の状況や他の身体疾患等

の状況も踏まえ、本人の身体的、心理的、社会的側面を評価する総合機能評価を行う。評価結果については、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護機関等と情報の共有化を図り、適切な医療、介護の支援に結びつけていく

本人・家族に対して、分かりやすく適切な病気の説明、介護・行政サービス等に係る情報提供を行う

かかりつけ医に対し、画像診断等の依頼に対する支援を行うとともに、鑑別診断後の患者の経過観察において、必要な支援を行う

【迅速な診断】

鑑別診断は、他の医療機関と連携を図りながら、できるだけ早期に受診できるよう努める

身体合併症・周辺症状への急性期医療

身体合併症 認知症の人が、脱水・骨折等の様々な身体疾患（状態）になった場合の、その身体疾患（状態）のこと

周辺症状 認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動症状（BPSD）

【センターにおける受入体制の整備】

認知症の人の様々な身体合併症に対応できるよう、院内の診療科間の連携体制を整備する

院長をはじめとする全てのスタッフを対象とする院内研修を行うことなどにより、認知症に対する理解を深め、病院全体の認知症対応力を向上させる

認知症の人の身体合併症及び周辺症状等、様々な症状に対応できるよう、院内の医師、看護師、介護職、精神保健福祉士や理学療法士など、多職種が適切に連携できる体制の構築に努める

【早期からの退院支援】

本人の生活環境や家族の介護力等を勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けた協議を地域の医療機関、地域包括支援センター、ケアマネージャー等と行い、率先して退院後の生活支援体制の整備に努める

【地域全体での受入体制の構築】

認知症の人の身体合併症及び周辺症状の治療（特に急性期における入院医療）においては、地域の一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、センターを含む地域全体で受け入れを促進していく体制を構築する

顕著な周辺症状が現れている患者の対応においては、精神保健福祉センターや老人性認知症専門病棟を持つ病院と連携を図り対応する

2 地域連携の推進機関中心的機関としての役割

認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするためには、様々な関係者が連携し対応していくことが大切である。特に、医療・介護・行政が緊密に連携し、適切な支援を行うことが不可欠である。しかし、東京都においては、様々な医療・介護資源があるにも関わらず、医療機関同士の連携や、医療・介護・行政の連携、なかでも高齢者への総合的支援を行う地域包括支援センターとの連携体制がまだまだ十分とはいえないのが現状である。

そのため、東京都におけるセンターが、都内各地域において地域連携の推進役となり中心的役割を果たし、地域包括支援センターや認知症サポート医等、様々な関係者に対する日常的な協力・支援を積み重ねることで、地域生活を継続できるための具体的な連携体制の構築を図る。

地域連携の推進

【地域連携体制の構築】

地域の医療機関、地域包括支援センター、行政機関等により構成する、認知症疾患医療連携協議会を開催し、既存の地域の仕組みや資源を活かしつつ、地域において効果的に機能するネットワークの構築に向けた検討を行う

地域において、医療従事者、地域包括支援センター、ケアマネージャー等が一堂に集い、具体的な症例・事例について検討、意見交換を行う研修会を関係者と連携して開催し、地域の中でお互いに顔の見える関係を構築するとともに、地域の認知症対応力の向上を図る

【地域包括支援センターとの連携の強化】

地域包括支援センターとの連携を行う窓口を設け、日常的に連携を図ることで、顔の見える関係づくりを行う

病識がないなど自ら医療機関を受診することが困難な人についての相談に対し、地域包括支援センター等と連携し、早期の診断に結びつけられるよう努める

退院後、介護・行政のサポートが必要な患者に関しては、本人の生活環境や家族の介護力等も勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けた相談を地域包括支援センターと行い、情報の共有化を図る

【家族介護者の会への支援】

家族介護者の会は、日ごろの在宅介護の状況を話したり、家族としての思いや

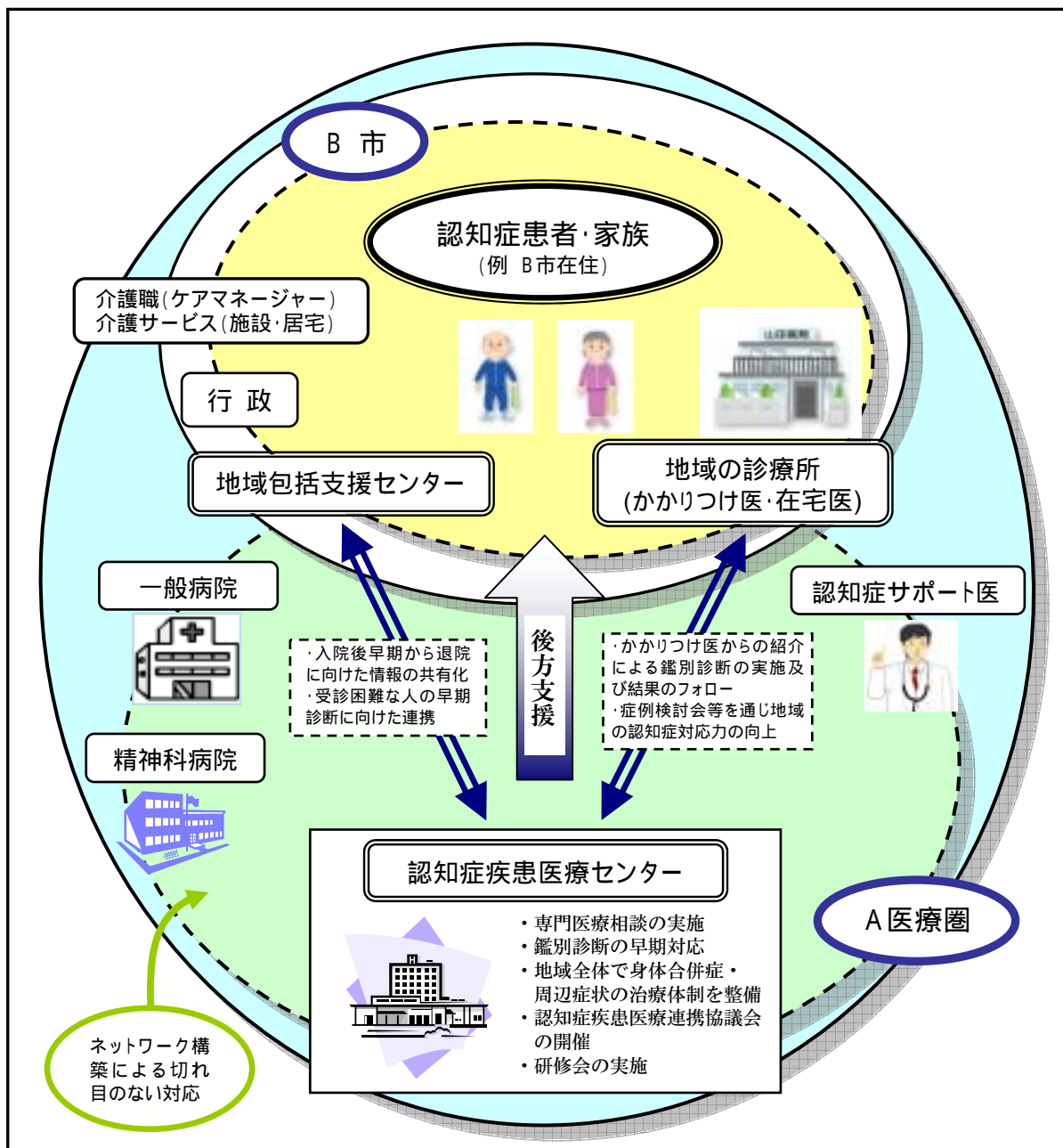
悩みを共有したり、知識や知恵、あるいは地域の様々な情報を交換したりすることで、地域の家族介護者同士の支え合いの場となっている。センターは、地域における認知症の人の家族介護者の会との関係づくりを進め、家族介護者の求めに応じていつでも紹介できるように努める

認知症の人の家族介護者の会の活動に対する支援・協力に努めるを行う

【自治体への協力】

自治体が発行する認知症関連事業に協力する

< 図 地域連携のイメージ >



3 人材育成機関としての役割

今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、認知症に係る専門医療に精通した人材の育成が重要な課題となっている。

そこで、東京都における**認知症疾患医療**センターが、地域における認知症医療に係る人材育成において中心的な役割を担うことで、地域における認知症専門医療の充実と地域の認知症対応力の向上を図る。

専門医療、地域連携を支える人材の育成

【センターにおける医師、看護師の育成】

センターにおいて、認知症医療に係る専門的な知識・経験を有するとともに、認知症の人を総合的にみることができる医師、看護師の育成に努める

【地域における医師等への研修】

地域において、医療従事者、地域包括支援センター、ケアマネージャー等が一堂に集い、具体的な症例・事例について検討、意見交換を行う研修会を関係者と連携して開催し、地域の認知症対応力の向上を図る

4 その他

— 情報発信

【認知症の普及啓発】

- 早期発見・早期診断を行い、適切な医療・介護の支援を受けることができるようにするため、地域住民に対し、認知症という病気についての理解促進に向けた普及啓発を、認知症サポート医や行政等と協力の上、行う

【連携体制の周知】

- 地域の関係機関が参加し、認知症の連携体制を構築していることについて、行政等と協力の上、周知を行う

— 設置数

〔案〕

二次保健医療圏に1か所を基本とする。

二次保健医療圏は、住民の日常生活の行動の状況、交通事情、保健医療資源の分布等、総合的に勘案の上定めているもので、入院医療の確保及び医療機関の連携による包括的な医療サービスを提供していく上での基本単位となっている。東京都では、「がん」や「脳卒中」等の疾病別の取組みにおいて、二次保健医療圏を基本として地域における医療連携体制の構築を図っている。

なお、設置数については、指定したセンターの運営状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

認知症疾患医療センターに関する医療機関調査の実施について

1 目的

「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」において、「東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について（中間のまとめ）」をまとめたことを受け、指定基準策定等の基礎資料とするため、医療機関に調査を行う

2 対象

都内の病院のうち、医療機能に関する情報として、認知症の治療を行っている東京都に報告している医療機関（約 250 施設）（東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に公表されている情報）

3 調査期間

平成22年11月初旬から3週間程度

4 主な調査内容

認知症医療に係る診療の状況、認知症疾患医療センターの指定に対する関心、「東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割」として示した内容への対応可能性について確認

《認知症医療に係る診療の状況について》

- ・ 認知症患者への診療内容（鑑別診断、中核症状の治療、身体合併症の入院治療、周辺症状の入院治療、等）
- ・ 認知症診療に携わる医師（学会認定医の有無、等）
- ・ 鑑別診断が可能な疾患（アルツハイマー病、等）
- ・ 検査体制（鑑別診断で使用する医療機器の確保の状況）

《認知症疾患医療センターについて》

- ・ 認知症疾患医療センターの指定を受けることに係る関心の有無、等

《「東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割」について》

- ・ 主な項目について、既に対応しているのか、現時点では対応していないが対応可能なものか、それとも、対応不可能なものか、確認する（認知症疾患医療センターの指定を受けることに関心があったとした医療機関を対象）

認知症疾患医療センターに係る
平成 23 年度東京都予算要求状況について

認知症疾患医療センターの運営に係る経費として、福祉保健局から財務局に提出している、平成 23 年度予算の要求状況は次のとおりとなっています。

1 事業名

認知症対策連携強化事業

2 内容

認知症の人が地域で安心して生活できるよう、認知症疾患医療センターを中心として、地域における医療・福祉相互の具体的連携体制を構築するとともに、関係者への研修等を行う

3 平成 23 年度見積額

142 百万円（規模：12 か所）

平成22年10月28日
福祉保健局

認知症の人が安心して暮らせるまち・東京を目指して

認知症シンポジウム～若年性認知症を中心に～を開催します！

東京都は、「認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」を目指し、様々な角度から認知症対策について検討を重ね、取組を行っています。

今回のシンポジウムでは、これまで東京都が取り組んできた認知症対策について、「若年性認知症」を中心に、身近な地域において実践していくために必要なことを考えていきます。

若年性認知症の人は、高齢者とは異なる特有の課題を抱えています。働き盛りの時期に発症するため、最初に職場において異変に気がつくことも多く、職場内での正しい理解と支援が必要です。さらに退職後は経済的支援や社会的な居場所など生活全般の支援が求められます。若年性認知症の人が直面する様々な課題を考え、周囲の人がどう支援に結びつけていくのか、専門家や実際に支援に携わっている方をお招きし、お話をさせていただきます。

1 開催日時

平成22年12月6日(月) 13時30分から17時00分まで

2 開催場所

東京都庁都議会議事堂1階 都民ホール

3 定員 250人

4 内 容

東京都の認知症対策について 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長 室井 豊
第1部 基調講演 「若年性認知症とは」

斎藤 正彦 氏 医療法人社団翠会和光病院院長

第2部 報告とパネルディスカッション「若年性認知症の人への支援を考える」

①報告

牧 徳彦 氏 医療法人社団鶯友会牧病院院長

駒井 由起子 氏 特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンター理事長

②パネルディスカッション

コーディネーター 斎藤 正彦 氏 医療法人社団翠会和光病院院長

パネリスト 牧 徳彦 氏 医療法人社団鶯友会牧病院院長(産業医)

駒井 由起子 氏 特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワーク
センター理事長(介護事業者)

岡崎 園子 氏 目黒区健康福祉部地域ケア推進課長

若年性認知症の人の家族

5 その他

傍聴を希望する方は11月22日(月)までに、往復はがきかFAXに、住所・氏名・年齢・職業・電話番号を明記のうえ、下記申込先までお送りください。なお、応募多数の場合は抽選となります。

申込先：認知症シンポジウム事務局【問い合わせ 電話：03-3296-8676】

住所：〒101-0047 千代田区内神田1-1-12 コープビル11階

FAX：03-3296-8929

【問い合わせ先】

福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
03-5320-4304

東京都健康長寿医療センター と認知症相談の現状

2010/11/1

東京都健康長寿医療センター
在宅医療・福祉相談室

MSW 菊地 ひろみ

健康長寿医療センターの特徴

- 平成21年4月より東京都老人医療センター 地方独立行政法人に移行。
- 病床数 713床 579床へ
- 高齢者の急性期医療に対応する高度専門医療機関である。
- 3つの重点医療の提供
 - ・血管病(心臓外科、血管再生等)
 - ・高齢者のがん
 - ・**認知症**
- ・地域連携の推進
- ・救急医療の充実

- ・外来新規患者の年齢(21年度)
80歳以上 30.9%(15年度は27.1%)
- ・平均在院日数(21年度)
18.5日(精神科を除く、精神科52.8日)
- ・病床利用率(21年度)
88.7%

急性期を脱したら退院へ(継続医療・要介護の
状態での退院もあり)

- ・外来新規患者の地域(21年度)
板橋区 57.7% 練馬区 12.1%
豊島区 7.0% 北区 6.4%
- ・入院患者の地域(21年度)
板橋区 56.9% 練馬区 15.0%
豊島区 9.5% 北区 7.6%

在宅医療・福祉相談室は

- MSW 6名
在宅医療援助相談Ns 2名 計8名
主に退院後の療養に関する相談に応じている。
- 退院後も医療・看護が継続して必要になると
思われる**在宅退院相談**は在宅相談Nsへ
- 転院など退院先が**在宅では難しい場合はMSW**へ
- 看護部に認知症看護認定看護師1名配置

- MSWの相談内容・援助は(21年度)
転院・施設の相談 51.0%
療養上の相談 24.7%
(介護保険、身障、難病申請の相談含)
家族の相談 7.1%
経済の相談 3.2%

- MSWへの紹介経路(21年度)

医師	66.9%	看護師	3.8%
家族	21.4%	患者直接	2.4%
福祉・地括・ケアマネージャー	2.4%		

- センターの平均在院日数・急性期特定入院加算 17日をクリアする必要あり。
- 看護基準7:1の確保には**19日未満**が必須
- 21年度 センターから転院・施設入所した患者数は1318件、内MSW関与数 933件
内転院813件、内MSW関与数744件(91.5%)
- 転院先は157病院、療養型病院などからの緊急時の受け入れ等役割分担しながら連携関係を保っている現状。

地域医療連携室

- 医療サービス推進課にあり、主として地域の医師会連携医からの受診相談・入院依頼の連絡を受けたり、各種連携会議の開催を行う
- 院内の連携担当医との調整。
- 特に4医師会(板橋・豊島・練馬・北)との連携は強化している。

認知症相談の現状(転帰先)

- 自宅
- 医療機関
 - 一般病床(健康長寿医療センターなど)
 - 療養病床(医療保険)
 - 療養病床(指定介護療養型)
- 施設
 - 介護老人保健施設(老健)
 - 介護老人福祉施設(特養)
 - グループホーム
 - 有料ケア付き老人ホーム 高専賃・

認知症相談の現状(統計)

- **精神科病棟入院ケース**

平成20年 84件(内 転院・施設63件
自宅 21件)

平成21年 80件(内 転院・施設62件
自宅 18件)

平成22年1～10月
59件(内 転院・施設46件
自宅 13件)

- **健康長寿医療センターは一般病棟でも認知症の患者さんが多い。**

(例)・外科:他院で断られた認知症の方の手術目的の入院、術後せん妄の予防と対策

・内科:長期臥床による廃用症状や認知症進行を予防するためのADLアップのための対策(リハビリ等)

認知症相談(事例1)

- 在宅退院調整ケース
O・M様 85歳 女性 要介護4
認知症・糖尿病・肺炎・左鎖骨骨折
独身の長男と二人暮らし(長男は日中勤務)
ADLは歩行可だが転倒のリスク大
医療・介護拒否有り

在宅に向けてカンファレンス

(出席者)

長男、次男

医師・看護師・在宅相談看護師・MSW

往診医・ケアマネージャー・訪問看護師

ヘルパーステーション

**日中独居となることへの対策 認知症への
対応(デイサービス、ヘルパーによる見守り・
安全確保、デイサービス拒否への対応)**

**糖尿病のフォロー(往診医、訪問看護、イン
スリン注射、糖尿病食の調理)**

**福祉用具(転落予防のためにベッドに4点
柵、ベッドまわりにマットを敷きつめる)**

その後・・・1年経過

**長男さん勤務を続けながら在宅で過ごされてい
る。**

**何度か認知症による不眠やデイサービス拒否
等あり、病院への入院、施設入所が必要と思
われる状態になったが、在宅療養継続中。**

**(ケアマネさんの手厚いフォロー、長男さんから
の電話相談を相談室で受け止めている。)**

認知症相談(事例2)

・転院ケース

H・H様 77歳 男性

認知症 徘徊、夜間せん妄、不潔行為あり

妻は「見てあげたい」気持ちと転院すると経済的に苦しいこともあり、在宅を希望したが、介護疲れあり断念、嫁いだ娘さんが経済的援助を行うこととなり転院となる。

認知症療養病院は23区内には少なく、多摩、埼玉方面に多い。

入院期間は長期可能であるが、料金は医療費食費のほかにオムツ代等の雑費が加算され1カ月の自己負担が15～25万円となる。

Hさんは自己負担がなるべくかからない病院に転院、その後申し込んでおいた老健(認知可)に入所をめざすこととなった。

認知症相談(受診相談等)

- 受診相談等

電話、直接来訪

(相談のきっかけ)

ホームページを見た。地域包括やケアマネより紹介された。

(相談内容)

- ・物忘れ外来への受診
- ・センターの精神科病棟への入院相談

- 認知症状への対処方法
- 地域の物忘れ外来の紹介
- 物忘れ相談ができる窓口の案内
- 介護保険サービスの利用方法、サービスの内容
- 他の入院可能な医療機関、施設の情報(医療機関の情報はなかなか得にくいとおっしゃる家族が多い)

地域との連携

今後の課題

- ・ 物忘れ診断、治療ができるクリニックが増え、紹介、逆紹介の連携がスムーズに行えること
 - ・ 緊急時も相談できる窓口、緊急対応可能な施設の充実（医療機関、地域包括、ケアマネ、施設の連携）
 - ・ 家族のレスパイトが可能な施設の充実
 - ・ 経済的援助
 - ・ 合併症があり身体抑制が必要な場合の受け入れ先
-
- ・ 認知症疾患センターについて
現在院内WGで検討中

多摩地区における 地域中核病院としての当院の運営

武蔵野赤十字病院
院長
富田博樹

社会保障国民会議資料

医療・介護サービスのシミュレーションの前提(ポイント)

あるべき医療・介護サービスを前提=改革(再生)への道筋を提示

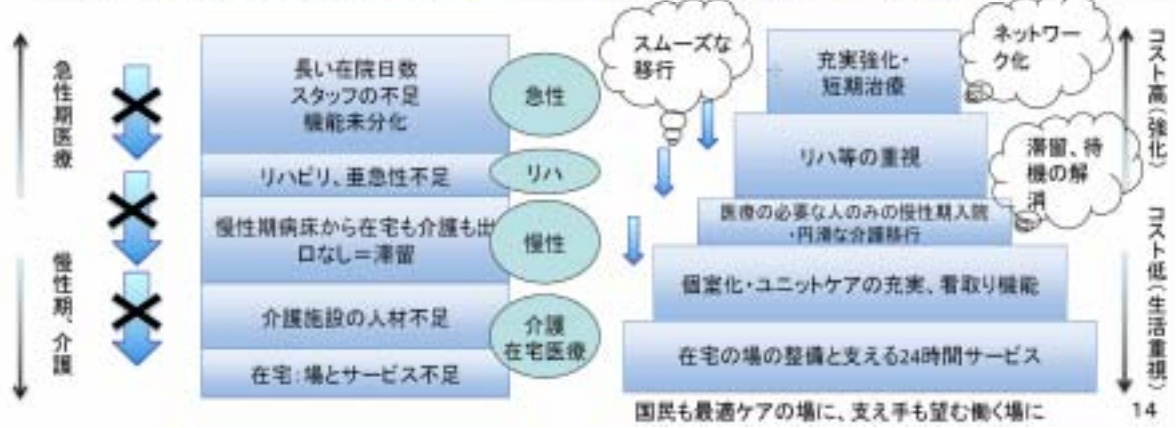
不十分・非効率なサービス提供体制

- ・病床数が多く在院日数が長い
- ・病床の機能が未分化・勤務医の疲弊
- ・地域医療、特に産科小児科救急の危機
- ・介護サービス不足、従事者不足 等

現状のままでは、問題未解決、しかも費用は増加

必要な改革=必要なサービス強化と効率化を同時実現
→ 必要な医療・介護を効率的に確保

<現状=非効率な資源利用・非最適化> <将来=充実強化かつ効率的な資源利用>

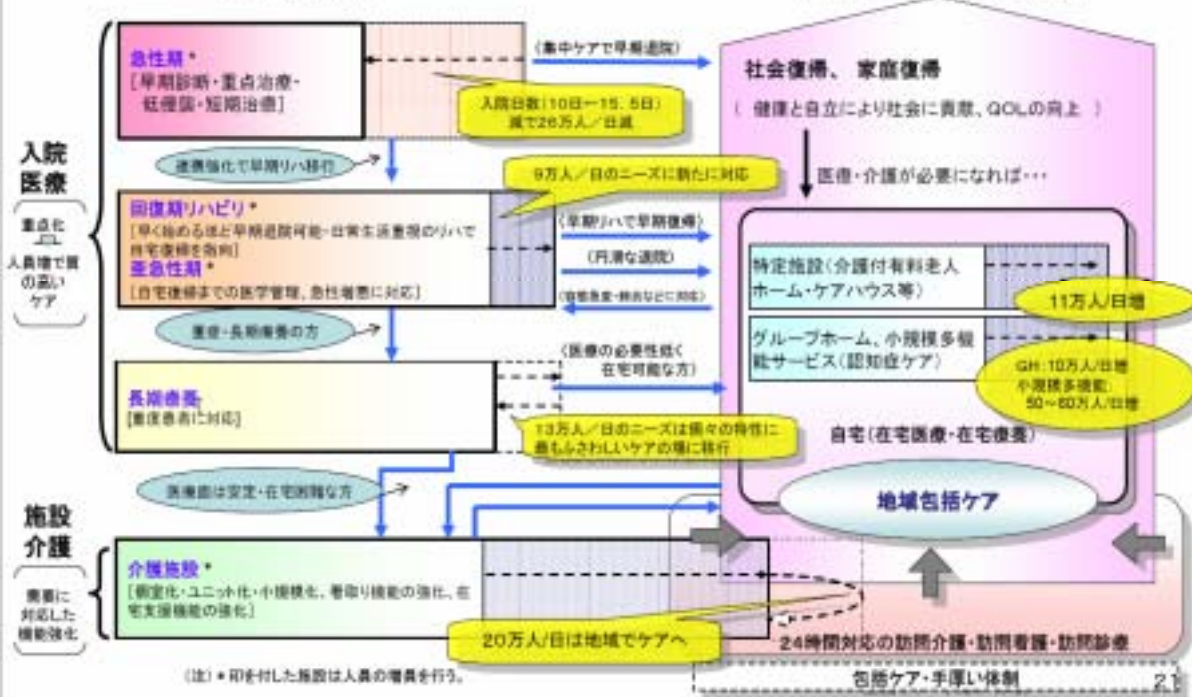


(参考) 改革のイメージ

[必要な医療・介護を確保し、質の高い効率的なサービスを実現](数字はB2シナリオ)

(入院・入所)

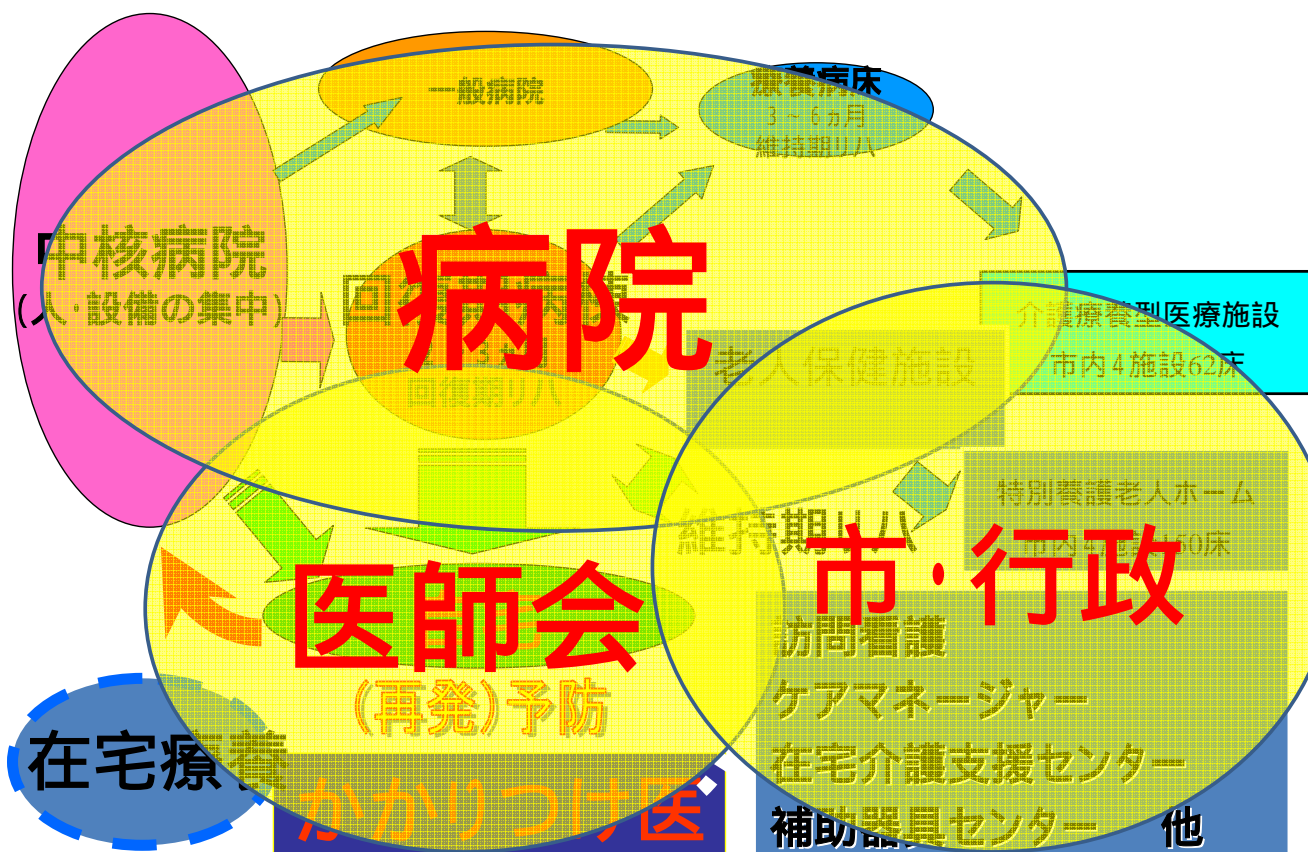
(自宅=住み慣れた場所)



21世紀の 地域中核病院の役割

地域住民の健康と命を守る
包括的な医療・介護・福祉体制の
構築を主導

21世紀の地域医療体制



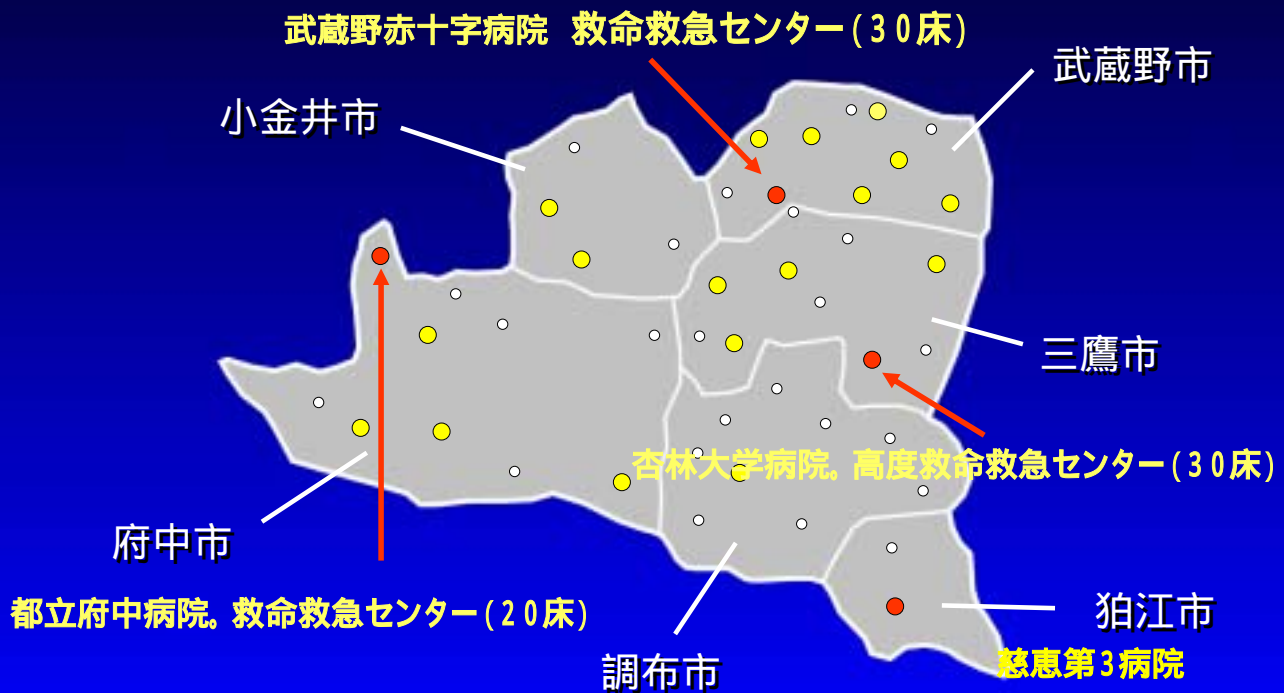
東京都二次保健医療圏

二次保健医療圏



人口(93万人)

北多摩南部地区病院地図



北多摩南部医療圏における 地域完結型の脳卒中診療態勢の 構築

地域中核病院としての役割

武蔵野赤十字病院
院長
富田博樹



■日本脳卒中学会 ■日本脳神経外科学会 ■日本神経学会 ■日本神経治療学会 ■日本リハビリテーション医学会

表2 脳卒中のrecommendation gradeに関する本委員会の分類

推奨のグレード Grades of recommendations	内容 Type of recommendations
A	行うよう強く勧められる (Iaまたは少なくとも1つ以上のレベルIbの結果 [※])
B	行うよう勧められる (少なくとも1つのレベルII以上の結果)
C1	行うことを考慮しても良いが、十分な科学的根拠がない
C2	科学的根拠がないので、 <u>勧められない</u>
D	<u>行わないよう勧められる</u>

※レベルIbの結果が1つ以上あっても、そのRCTの症例数が十分でなかったり、論文が1つのみしか存在せず再検討が
いづれ必要と委員会が判定した場合は、グレードをBとする。
なお、エビデンスのレベル、推奨グレードの決定にあたって人種差、民族差の存在は考慮していない。

1. 脳梗塞急性期

1-1. 血栓溶解療法(静脈内投与)

推奨

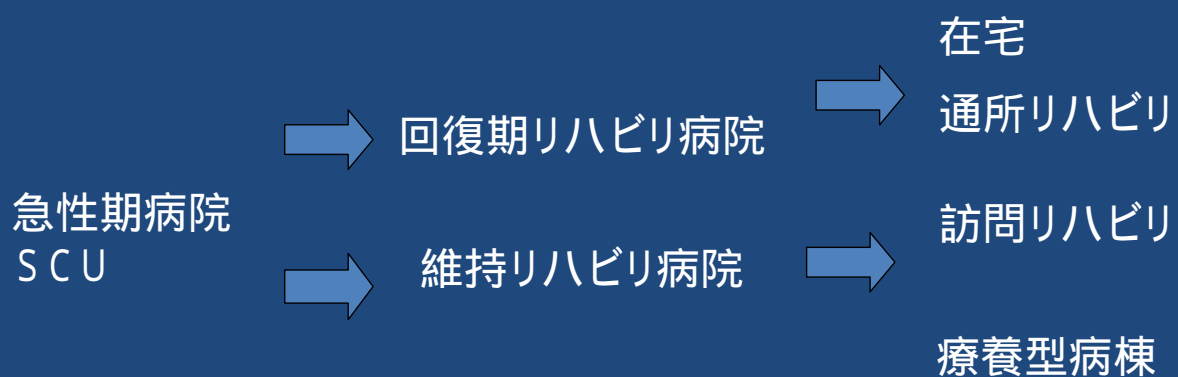
1. 遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター(rt-PA、アルテプラゼ)
の静脈内投与は発症から3時間以内に治療可能な虚血性脳血管障害で慎重に適
応判断された患者に対して強く推奨される(グレードA)。わが国ではアルテプ
ラーゼ0.6mg/kgの静注療法が保険適応されており、治療決定のための除外項
目、慎重投与項目が定められている。また、日本脳卒中学会によりrt-PA静注
療法実施施設要件が提案、推奨されている^{注1, 2)}。

2. Stroke Care Unit(SCU)・Stroke Unit(SU)

推奨

クモ膜下出血、ラクナ梗塞、深昏睡、発症前の日常生活動作(ADL)が不良な場合を除く脳卒中急性期の症例は、専門医療スタッフがモニター監視下で、濃厚な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行う脳卒中専門病棟であるStroke unit (SU)で治療をすることにより、死亡率の低下、在院期間の短縮、自宅退院率の増加、長期的なADLとQuality of Life(QOL)の改善を図ることができる(グレードA)。

地域完結型の脳卒中治療体系

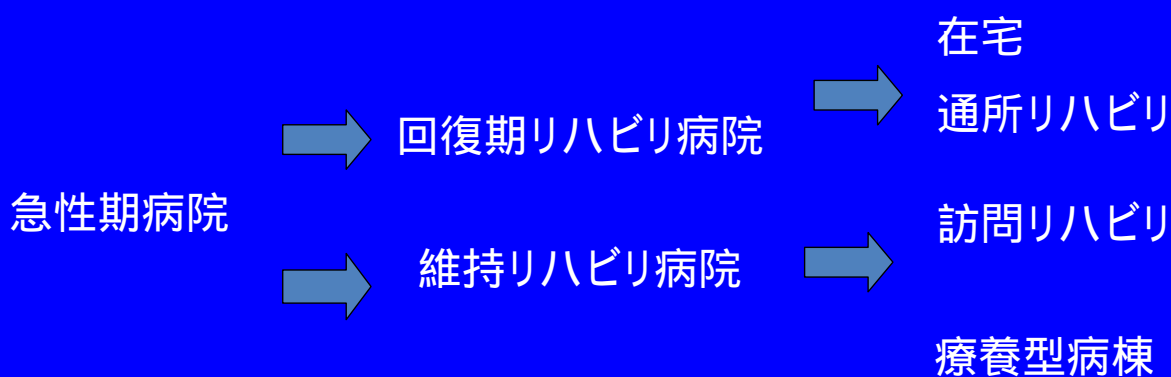


東京都回復期リハビリテーション病棟

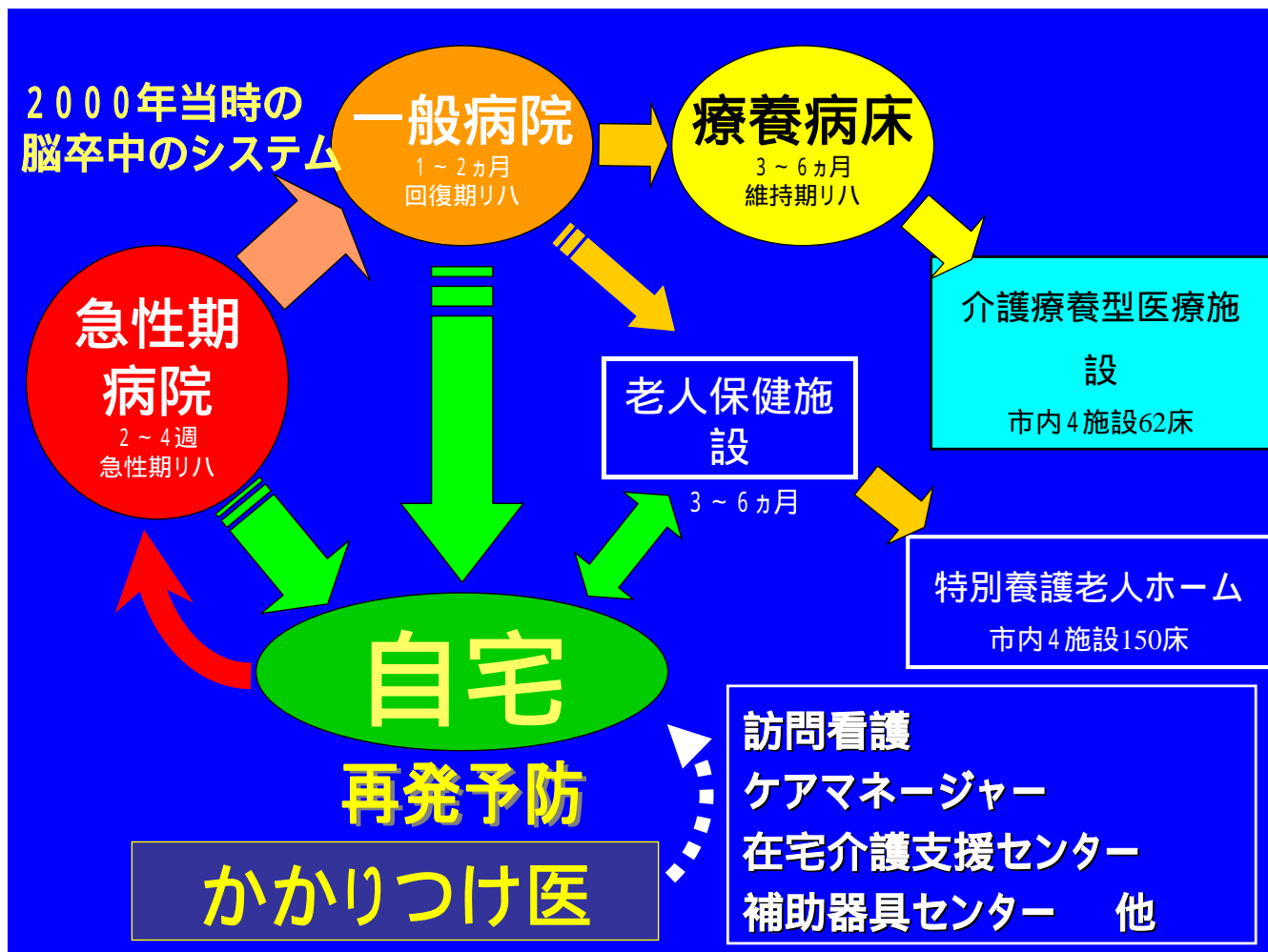
		既存病床数	回復期リハビリ病床数	回復期/既存病床数
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区	14981	27	0.180%
区南部	品川区、大田区	8298	0	0%
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	10636	186	1.749%
区西部	新宿区、中野区、杉並区	10903	220	2.018%
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区	15101	118	0.781%
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	8639	0	0%
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	7457	72	0.966%
西多摩	青梅市、福生市、五日市	3943	0	0%
南多摩	八王子市、町田市、多摩市など	10050	317	3.1542%
北多摩西部	立川市、国分寺市など	4458	38	0.8524%
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市など	7448	0	0%
北多摩北部	小平市、東村山市など	5853	147	2.5115%

(2014年度 リハビリテーション医療実施医療機関名簿 参照)

地域完結型の脳卒中治療体系



	人口	回復期リハビリ病棟
熊本市	67万人	13施設 676床
北多摩南部	93万人	0施設 0床



当時の脳卒中患者のリハビリ

- 急性期病院では充実したリハビリ
- その後は
- 遠方のリハビリ施設への転院
- PTが1名程度の近隣の病院に転院

なぜ地域完結型の態勢が必要なのか？

(1)

- 脳卒中は治らない病気 障害と共生
- リハビリに家族の同席・励ましが患者を勇気づける
- 自宅に帰るには、家族の協力が必須
- 退院後も自宅でのリハビリの継続が不可欠

なぜ地域完結型の態勢が必要なのか？

(2)

- リハビリ施設は住んでいる地域がベスト
家族の通院、在宅への情報、人のネットワーク
- 急性期病院への併設は困難
(90%以上の病床利用率、広域搬送)

医療圏の主な病院の理事長・院長を訪問

- 回復期リハビリ病棟の設置を依頼
- 設置に踏み切れない問題点をうかがった。

当医療圏内に回復期リハビリ病棟を 開設することへの障害

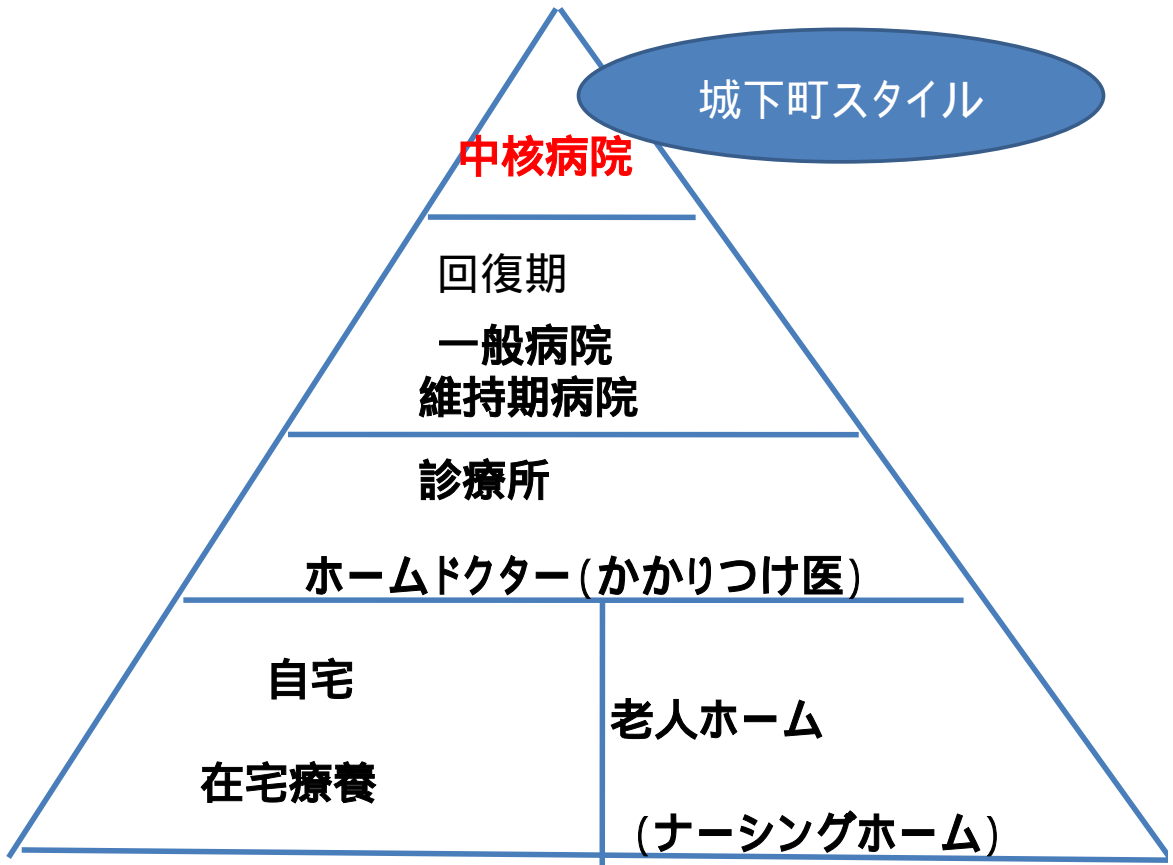
一つの急性期大規模病院の囲い込みは不可

needsが本当にあるのか？

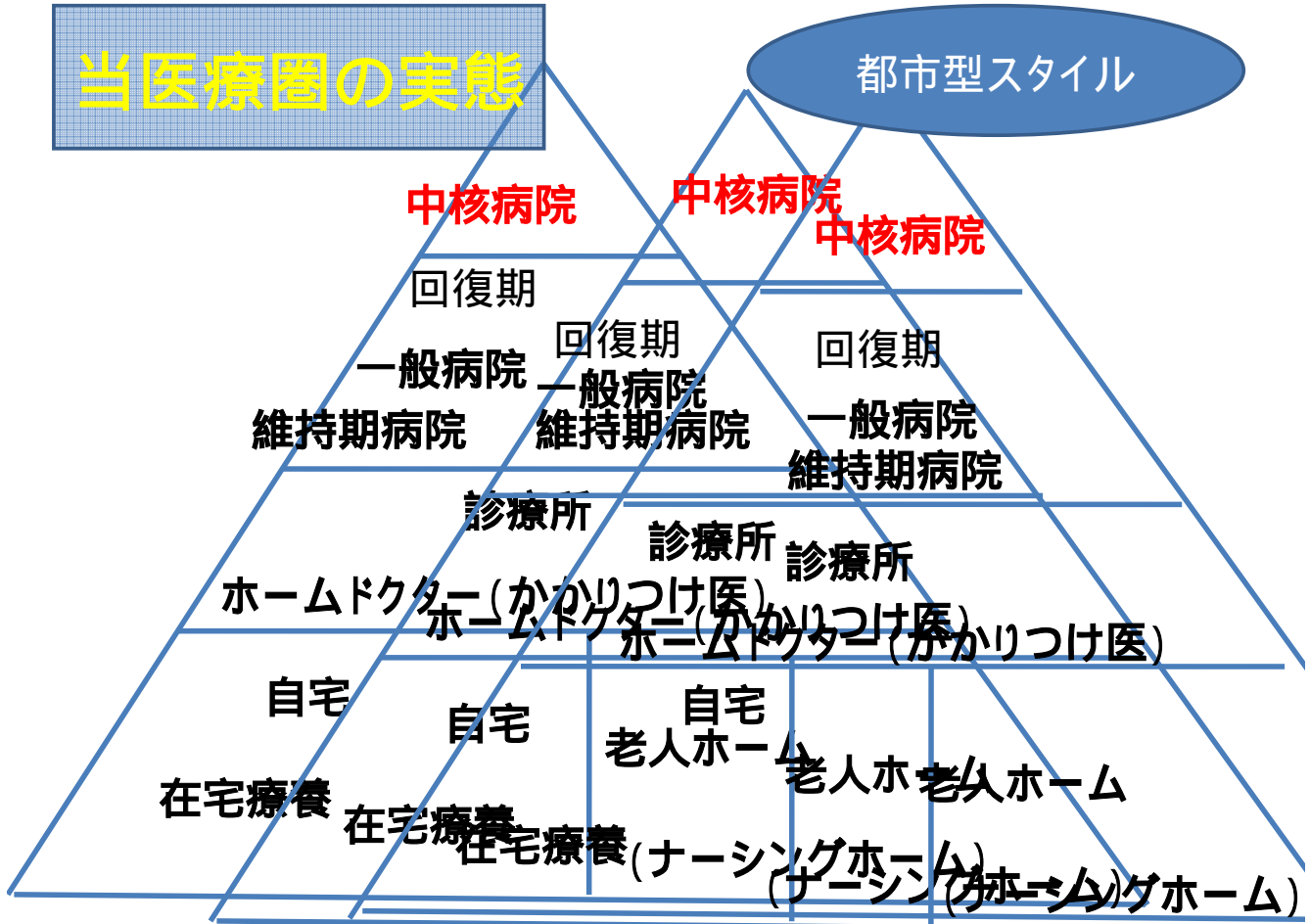
安定した患者の供給が得られるか？(80%)

土地代(地方の8倍)、人件費(地方の1.3倍)が高く、採算が不安。

多数のリハビリスタッフの安定確保への不安



当医療圏の実態



どのようにして回復期病院を当医療圏につくってゆくか？

- 強力な急性期病院が4病院
 - 急性期病院が単独で動くと、系列病院への囲い込みととられる。
 - システムを造りあげる必要がある。
 - 急性期病院の協力体制が必須
- ↓
- 急性期4病院の脳卒中担当医師(脳神経外科、神経内科、リハビリ科)と院長(顧問)がスターティングメンバー

医療園内の 急性期大規模中核病院

- 3救命救急センター(各30床)
 - 武蔵野赤十字病院 (613床)
 - 杏林大学病院(高度救命センター)(1153床)
 - 都立府中病院 (700床)
- 2大学病院
 - 杏林大学病院(再掲)
 - 慈恵第3病院 (638床)

地域完結型の脳卒中医療態勢を造るには？

- 理念
- どの広さを対象
- どの組織を対象？
- どの手順で始める？
- 主体は？
- 行動予定表

地域完結型の脳卒中治療態勢の理念

市民が障害を持っても安心して暮らせる地域造り

医療と介護・福祉の連携

病院・医師会・行政との協働

どの広さを対象？

- 北多摩南部医療圏全域

どの組織を対象？

- 医療圏内の脳卒中医療に関わる全病院
- 全医師会
- 保健所
- 老健
- 行政

どの手順で始める？

- 研究会を創設
- 対象機関の経営責任者、長を世話人に依頼
- システム造りに必要な情報・資料を
毎年の講演会で発表
- 回復期病棟創設の申し出を誘導する。

行動主体は？

- 急性期中核病院の脳卒中担当医師
- 武蔵野赤十字病院が事務局
- 上記中核病院の院長に顧問に就任して頂く
運動の信頼性を担保

都の医療政策との整合性を保つ

- 都のリハビリ政策の最高責任者に顧問に就任して頂く
都立保健科学大学 学長 米本 恭三 先生
(リハビリテーション学会 元理事長)
(慈恵会医科大学 名誉教授)
- 都の担当者と情報共有・共に活動

行動予定表

- 2001年に第1回講演会を開く
- 4年をめどに回復期リハビリ病棟を地域内に創設
- 同時に維持期リハビリの施設を創設する

北多摩南部脳卒中ネットワーク 研究会

- 目的：回復期リハビリ病棟の新設
(維持期のリハ施設も必要 同時に働きかけ)
- 研究会の発足：まずは急性期病院が運動の中心となった。
- 急性期病院の院長が顧問就任
- 2001年から、二次医療圏の脳卒中診療に当たる13病院の**理事長、院長**に世話人就任依頼
- 7市の全医師会の後援をいただいた。
- 保健所・行政担当者が参加(医療を預かる行政側の代表)

北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会発足メンバー 2001

13病院



第1回北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会 講演会

2002年 3月 9日

1) 地域完結型の脳卒中診療態勢における回復期 リハビリテーション病棟の役割と現況

熊本機能病院 神経内科部長 渡辺 進 先生

2) 脳卒中急性期から在宅へのリハシステム

都立保健科学大学 学長 米本 恭三 先生

看護部門責任者の会

- 3市:24病院の総師長が参加
 - (杏林大と当院の看護部長が世話人)
- 第一回:2002年5月25日
- 年間4回の開催
- 顔の見えるおつきあい
- 土曜の午後 2時間 意見交換
- 共通情報用紙の作成

転院・在宅連絡表

患者氏名	種(男・女)	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	歳
性別	電話 ()						
住所名							
感染症	HB抗原 () HCV ()	入院期間 年 月 日 - 年 月 日					
	ワック () MRSA () HIV () その他 ()						
アレルギー	薬品 ()	キーパーソン	氏名				
	食料 ()		姓				
	その他 ()		電話 ()				
既往症							
入院から現在までの経過							
	薬歴(マイケルサイン) ()						
既往の看護歴と経過(既述した場合は)							
内服中の薬	有・無	注射・点滴	有・無	服薬の薬名(薬名・薬名への添付シートの添付)			
酸素吸入	有・無	量	ℓ/m				
尿量	有・無	回数 ()	回・回				
病状	病状	病種	記載者	年	月	日	
電話 ()	病種	記載者	年	月	日		
病状 ()							

標準的看護連絡表

三鷹市・武蔵野市・小金井市
看護責任者連絡会
(世話人:高橋高美・武蔵野赤十字病院看護部長、
福井トシ子杏林大学付属院看護部長)

様 状況連絡表

		病種 記載者		年	月	日				
食事	主食	米類	全粥	5分	3分	流動食	スプーン食	経管	嚥下	栄養の種類
	副食	野菜	軟食	きざみ	3分	ペースト	スプーン食	経管	嚥下	無・有 ()
排泄	排泄	セツティングのみ		部分介助		全介助		経管	嚥下	上・下 ()
	トイレ歩行	ボータブル	尿器	おむつ	尿器	(有・無) 経管排泄 ()				
移動	移動介助	全介助	一部介助	移動力アップ				経管	(有・無) 経管排泄 ()	
	洗面	自立	部分介助	セツティングのみ	全介助					
入浴	入浴	部分介助(シャワー浴)	全介助(浴槽浴)	全介助(浴槽浴)	全介助(浴槽浴)	経管入浴日:	年	月	日	
	歩行	自立	杖歩行	杖い歩行	歩行器	不踏				
車椅子	車椅子	自立	部分介助	全介助	ストレッチャー					
	寝床	自立	部分介助	全介助	ストレッチャー					
その他	身体機能	可能	一部可能	不可能						
	有毛たれ	(有)	(無)	(不要)						
服薬	可能	部分介助	不可能	コミュニケーション	言語	筆記	サイン	不可能	その他 ()	
	リハビリ	機能訓練 (有)	(無)							
運動	運動	無・有	部位 ()	内容						
	褥瘡	無・有	部位 ()	発生・予防・改善 ()						
検査	血液検査	無・有 (検査項目・実施日)	尿力検査							
	視力検査	無・有 (右) (左)	平衡							
認知	認知機能	覚醒・記憶	認知機能							
	不眠	無・有 (原因、場所、時間、回数、睡眠薬、睡眠時間、不安行動、原因)	行動制限	有・無						
その他	その他の状況									
	協力医種 (訪問が関与する)									
連絡	連絡の取り方 (J・A・B・C)	病院責任者の関係生活自立度判定標準 (I・IIa・IIb・III・IV・M) - 不明								
	看護力アップ (行)	最終交付日	年	月	日					
その他	経管カテーテル (行)	最終変更日	年	月	日					
	経管カテーテル (行)	最終変更日	年	月	日					
その他	経管カテーテル (行)	最終変更日	年	月	日					
	経管カテーテル (行)	最終変更日	年	月	日					

標準的看護連絡表

三鷹市・武蔵野市・小金井市
看護責任者連絡会
(世話人:高橋高美・武蔵野赤十字病院看護部長、
福井トシ子杏林大学付属院看護部長)

当医療圏内に回復期リハビリ病棟を開設することへの障害

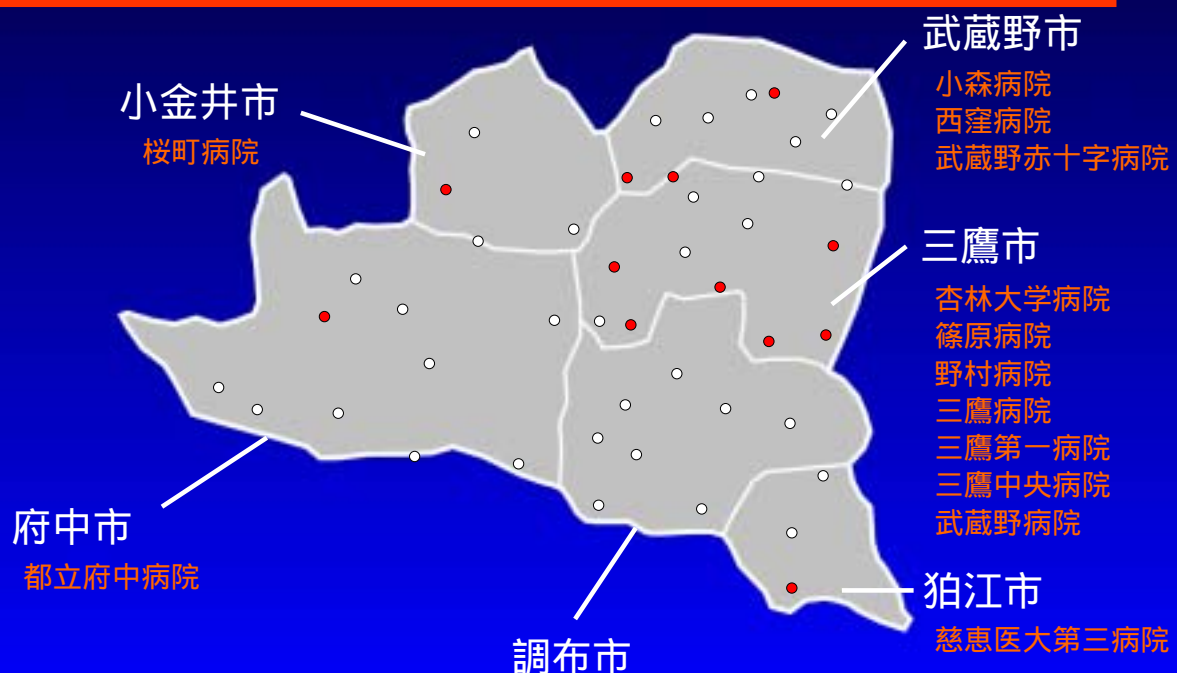
needsが本当にあるのか？

安定した患者の供給が得られるか？(80%)

多数のリハビリスタッフの安定確保への不安
土地代(地方の8倍)、人件費(地方の1.3倍)
が高く、採算が不安。

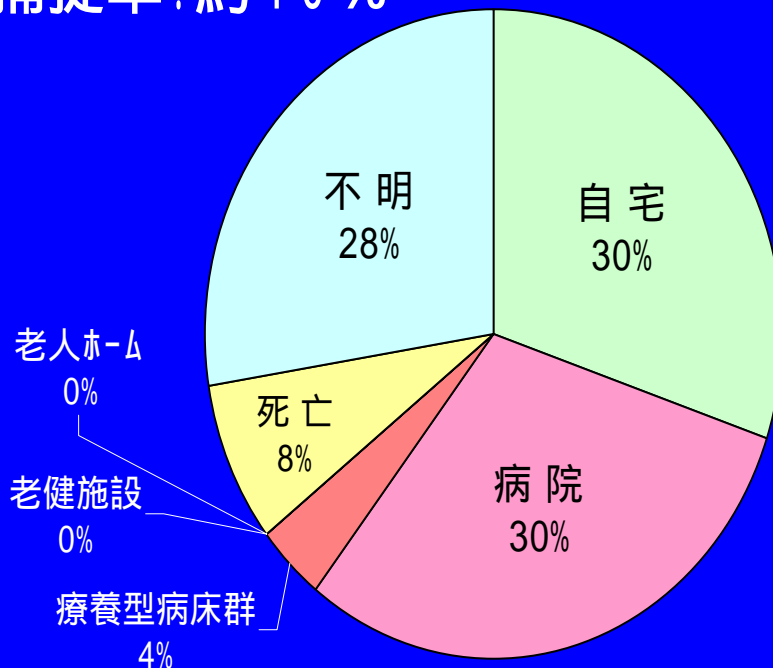
脳卒中急性期患者の実態調査

対象： 2002年10月の1ヶ月間に入院加療した発症3日以内の脳卒中患者



転帰(76例)

病床捕捉率:約40%



北多摩南部医療圏における脳卒中患者の実態(推計)

- 病床捕捉率:約40%
- 一ヶ月間の急性期脳卒中患者数 = $76 / 0.4$
200人
1年間では2400人
- リハビリ目的等で転院を要する患者数
 $= 2400人 \times 0.4$
1000人

第2回北多摩南部脳卒中ネットワーク

研究会講演会

2003年2月1日

1) 当医療圏における医療連携について

府中小金井保健所長 百済 さち 先生

2) 回復期リハビリ病棟の運営の実際

時計台病院名誉院長 大島 峻 先生

3) 当医療圏における脳卒中急性期症例の現状

武蔵野赤十字病院 脳神経外科 富田博樹

当医療圏内に回復期リハビリ病棟を 開設することへの障害

needsが本当にあるのか？

安定した患者の供給が得られるか？(80%)

多数のリハビリスタッフの安定確保への不安

土地代(地方の8倍)、人件費(地方の1.3倍)
が高く、採算が不安。

第2回北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会講演会

2003年2月1日

1) 当医療圏における医療連携について

府中小金井保健所長 百済 さち 先生

2) 回復期リハビリ病棟の運営の実際

時計台病院名誉院長 大島 峻 先生

3) 当医療圏における脳卒中急性期症例の現状

武蔵野赤十字病院 脳神経外科 富田博樹

北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会

(2004年8月現在)

世話人 : 20病院
 : 1保健所

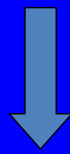
- 武蔵野市 7病院
- 三鷹市 5病院
- 小金井市 2病院
- 府中市 4病院
- 調布市 1病院
- 狛江市 1病院
- 府中小金井保健所
- 各医師会の後援

北多摩南部地区脳卒中治療に関する 実態調査 (2004)

本医療圏内の精神科病院を除く37病院にアンケート送付
23病院より回答

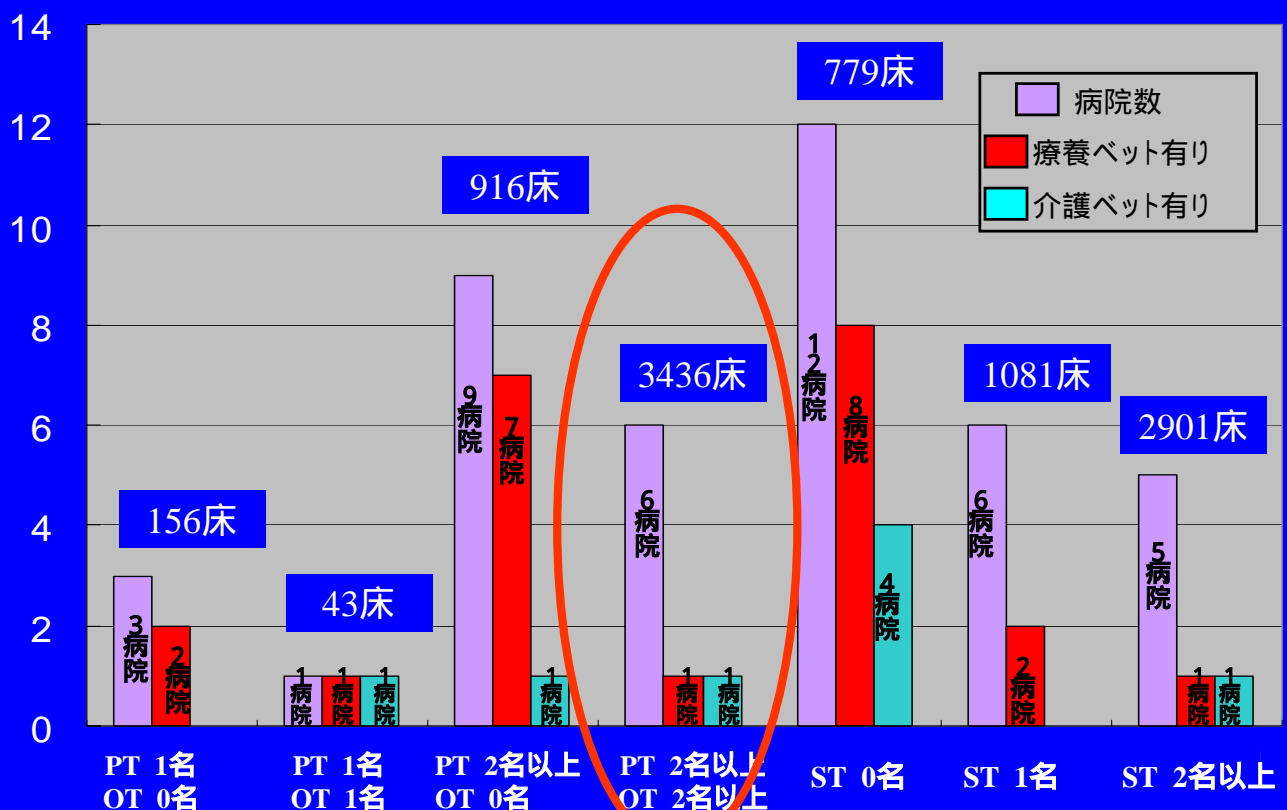
回答率： 62%

病床補足率： 84%



医療圏内の競争相手となる病院の機能調査

北多摩南部地域コメディカル配置



第3回北多摩南部脳卒中ネットワーク 研究会

2005年 7月 23日

- 1) 都立府中病院における脳卒中診療体制、現状と問題点
都立府中病院 脳神経外科 部長 水谷 徹先生
- 2) 北多摩南部地区脳卒中診療連携アンケートの結果について
武蔵野赤十字病院 脳神経外科 富田博樹先生
- 3) 秋田脳研の脳卒中診療システムと治療方針について
秋田県立脳血管研究センター
副院長 鈴木 明文先生

当医療圏内に回復期リハビリ病棟を 開設することへの障害

needsが本当にあるのか？


安定した患者の供給が得られるか？(80%)

多数のリハビリスタッフの安定確保への不安

土地代(地方の8倍)、人件費(地方の1.3倍)

が高く、採算が不安。

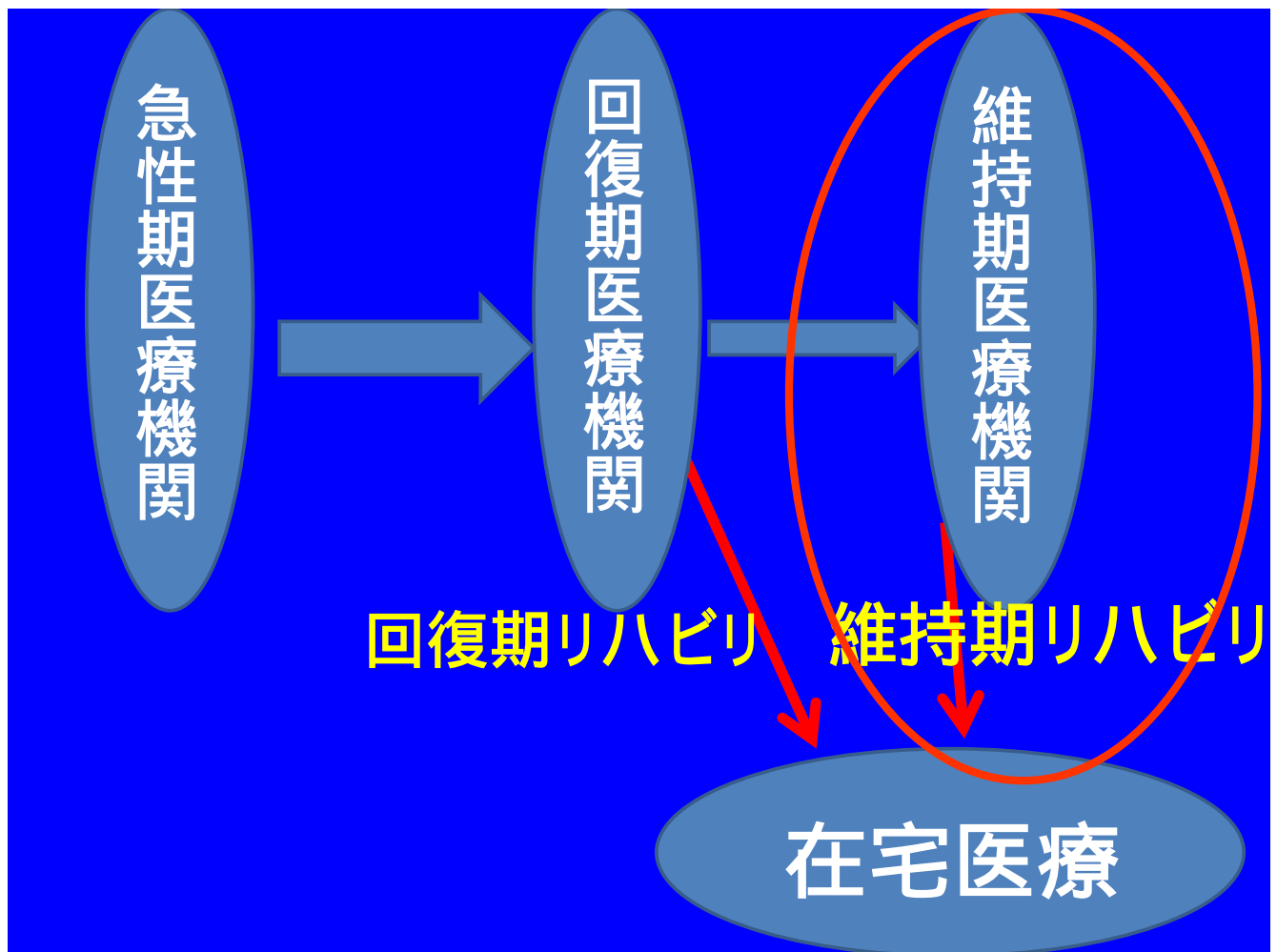
地域のリハビリスタッフの養成・確保

- 当院が地域リハ広域支援センターへ指定された。
- 
- 当院リハビリ科部長により積極的に、回復期リハビリ病棟開設候補病院のPT, OT (27名)を教育養成。
 - 開設前(15ヶ月間)にコメディカル対象の勉強会・当院での実習
 - スタッフの不安を解消した。

 回復期リハビリ病棟(50床)の開設(2006年)

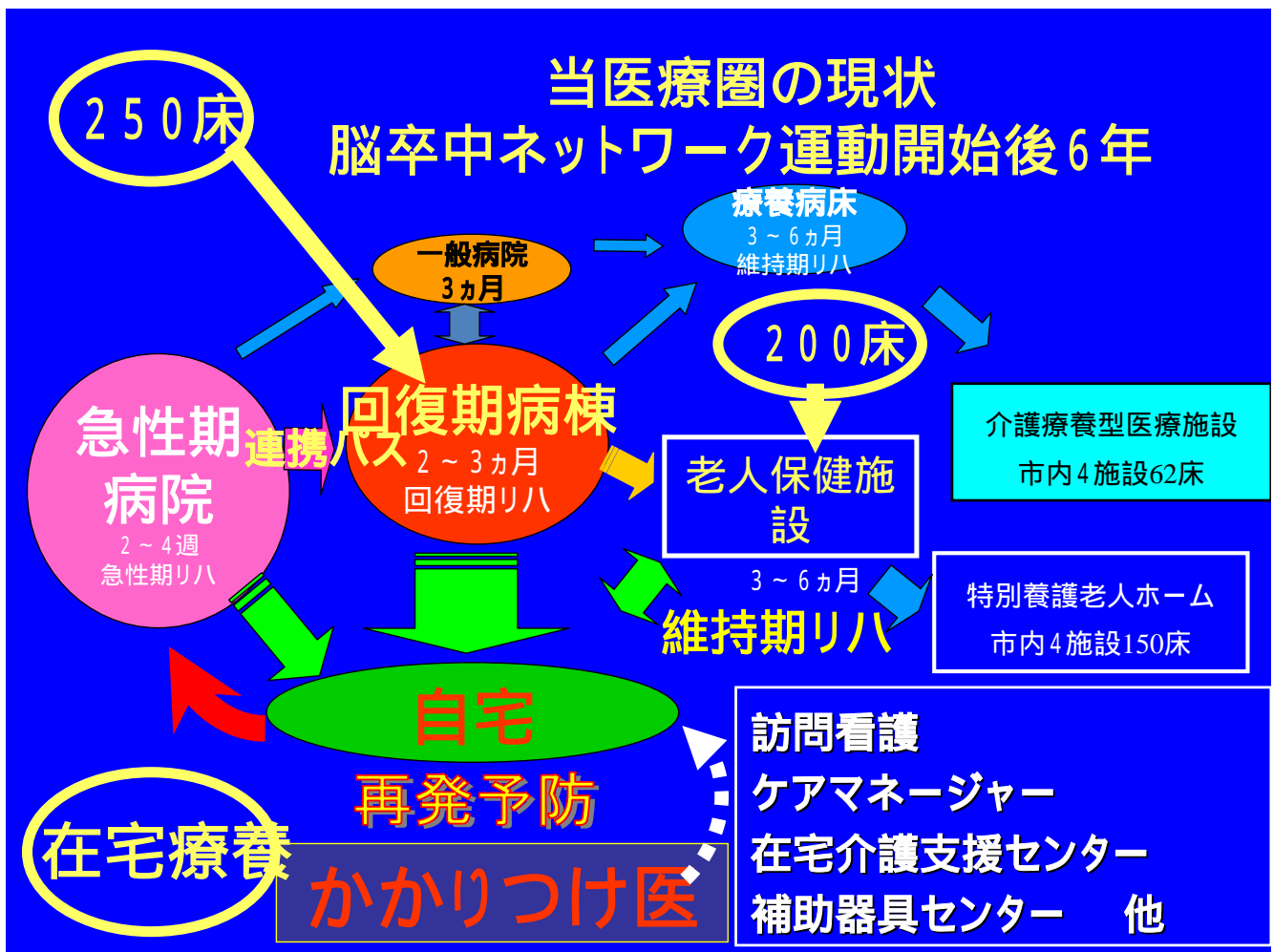
病病連携の障害 (転院する患者のもつ不安)への対応

- 1) 看護内容が病院ごとに異なる
 - 看護の質の共通化(三市看護責任者連絡会)
 - 標準的看護連絡表
 - 看護部間の連携・人事交流
 - 二年間の看護幹部職員の派遣
- 2) 治療・リハビリの内容の変化
 - 専門医・リハビリ医によるコンサルト
 - 地域合同カンファレンス
(広域リハビリテーション支援センター)



維持リハビリ施設

- 回復期病棟が機能するために必須
- 各100床の2老健施設にリハビリスペースを広くとり、リハビリスタッフを充実させた。
- 1老健施設は設計段階から参加
- 当院のリハビリスタッフ1名を指導者として送った。
- 強力なりハビリ機能を持った老健が2施設近隣に整備された。

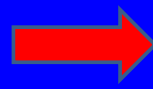


各市長に行政の参加を要請

- 各市長に面会
- 研究会の趣旨を説明
- 介護・福祉担当職員の参加を要請

在宅部門 分科会(63名)

- リーダー：角田 徹先生（三鷹市医師会長）
医師：16名（武蔵野医師会長、全医師会の在宅医療・連携 担当理事、主に在宅医療に携わる医師）
看護師：7名（訪問看護ステーション、在宅支援センター）
MSW：11名
福祉関係の行政職・保健所：8名
ケアマネージャー：5名
リハ関連職：14名
薬剤師：1名



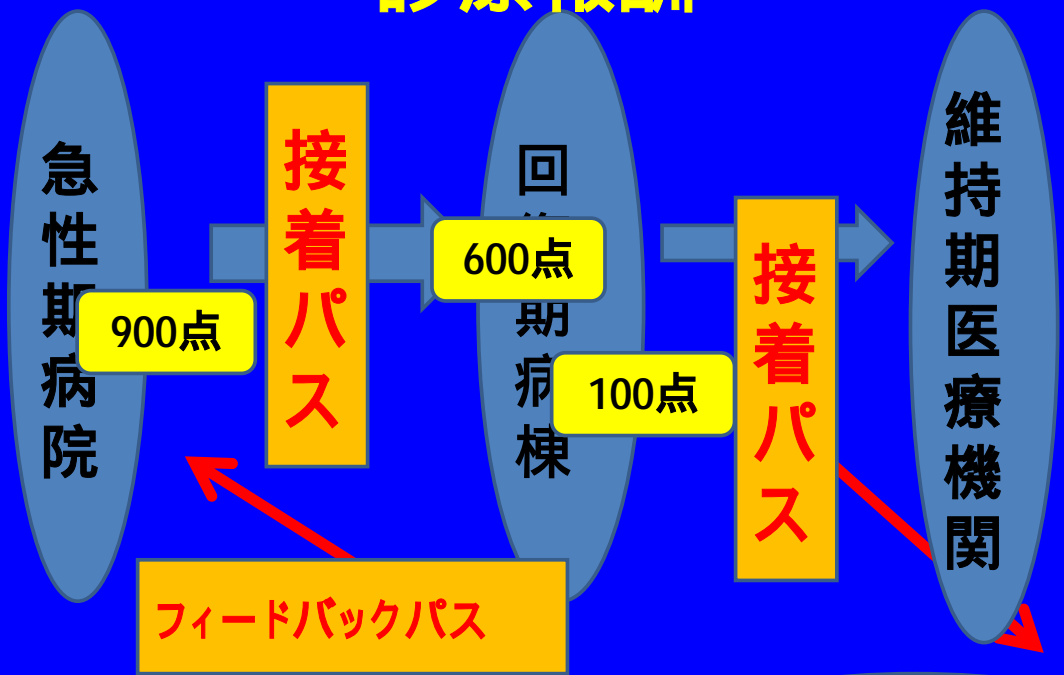
在宅連携
パスの完成

9月から毎月2回開催(毎回常時45名出席)

在宅部門 分科会

- 医療と福祉・介護支援者が協働して地域内で完結した在宅支援態勢づくりの意見を自由に交換する場となった。
- 医療側が在宅医療の現状を理解する場となった。

診療報酬



上記パス原本は患者本人が保管する。

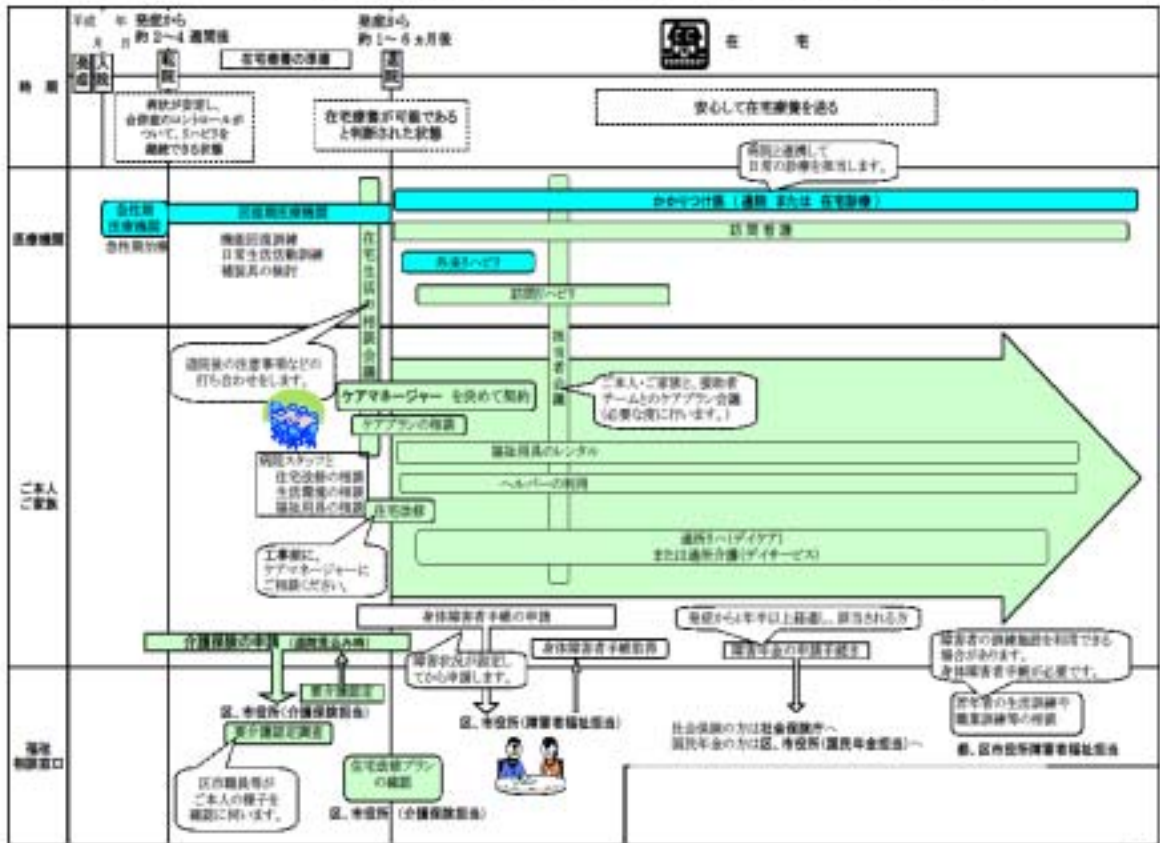
パスは患者のものである。

(在宅医療) 診療所 300点

地域連携診療計画書(その1)

種 これからの生活プラン案 ご相談

※経過や在宅プランは、障害状況や生活環境によって一人ずつ違います。市区町村により種類窓口等が異なります。





【新春臨談会】市民協働を育み、地域を元気に...

- 長寿医療制度保険料 年々天引きから口座振替への変更が可能に
- 小規模事業者向け特別融資制度を拡充
- 平成21年 消防団出初式

発行 ● 武蔵野市 編集/広路謙 市役所 〒180-8777武蔵野市緑町2-2-28 代表電話 0422-51-



武蔵野市長 邑上守正

新年あけましておめでとうございます。
 今年も皆さまのご健康とご多幸を心より申し上げます。
 平成も21年目を迎え、今年からいよいよ平
 れの成人が誕生します。そして、平成生まれ
 の人も徐々に増えていくことになります。時は
 刻まれ、歴史は積み重ねられていきます。しか
 ちは、時の流れにただ身を任せるのではなく、
 ちの力でしっかりと時代を築いていかなけれ
 ません。厳しい経済情勢の中ではありますが
 をしっかりと固めて歩んでいく必要があります
 昨年、「つなぐ」という言葉をキーワードと
 げました。まちとまちをつなぐ、ひととひとを

昨年は、「つなぐ」という言葉をキーワードとして挙げました。まちとまちをつなぐ、ひととひとをつなぐ、そして時代をつなげていくことが必要です。誰もが、安心して住みなれた地域で暮らし続けられるように、さまざまな取り組みをつないでいくことが大切です。
昨夏には、武蔵野赤十字病院や医師会などの協力で、脳卒中診療にかかわる「地域連携バス」の取り組みがスタートしました。これは、まさに病院と福祉施設と家庭が、地域の支えによって切れ目なくつながっていく仕組みです。また、災害時要援護者避難支援モデル事業では、いざというときに避難困難者の安否確認を地域で行うネットワークづくりをモデル地区で実施しました。そのつながりを、全市的に展開していくことを考えています。

安心して暮らし続けられる地域づくりのためには、さまざまな資源をつなぎ、同時に育てていく必要があります。支えられ感のある地域福祉、安心できる教育・子育て支援、環境に優しいまちづくり、安全で魅力あふれる都市形成、豊かな市民文化の創



地区コミュニティーセンターでの 市民対象講演(辻説法) (8割の地域で実施済み)



医療への住民参加



地域の医療・福祉は住民が支え育てる

•病院機能の理解

急性期病院

回復期病院

在宅療養

•信頼できる【かかりつけ医】をもつ 予防医療への積極的参加

からだが衰えたら 介護保険主治医を担っていただく

•二人主治医制

現在の取り組み

- 在宅支援パスの周知・教育

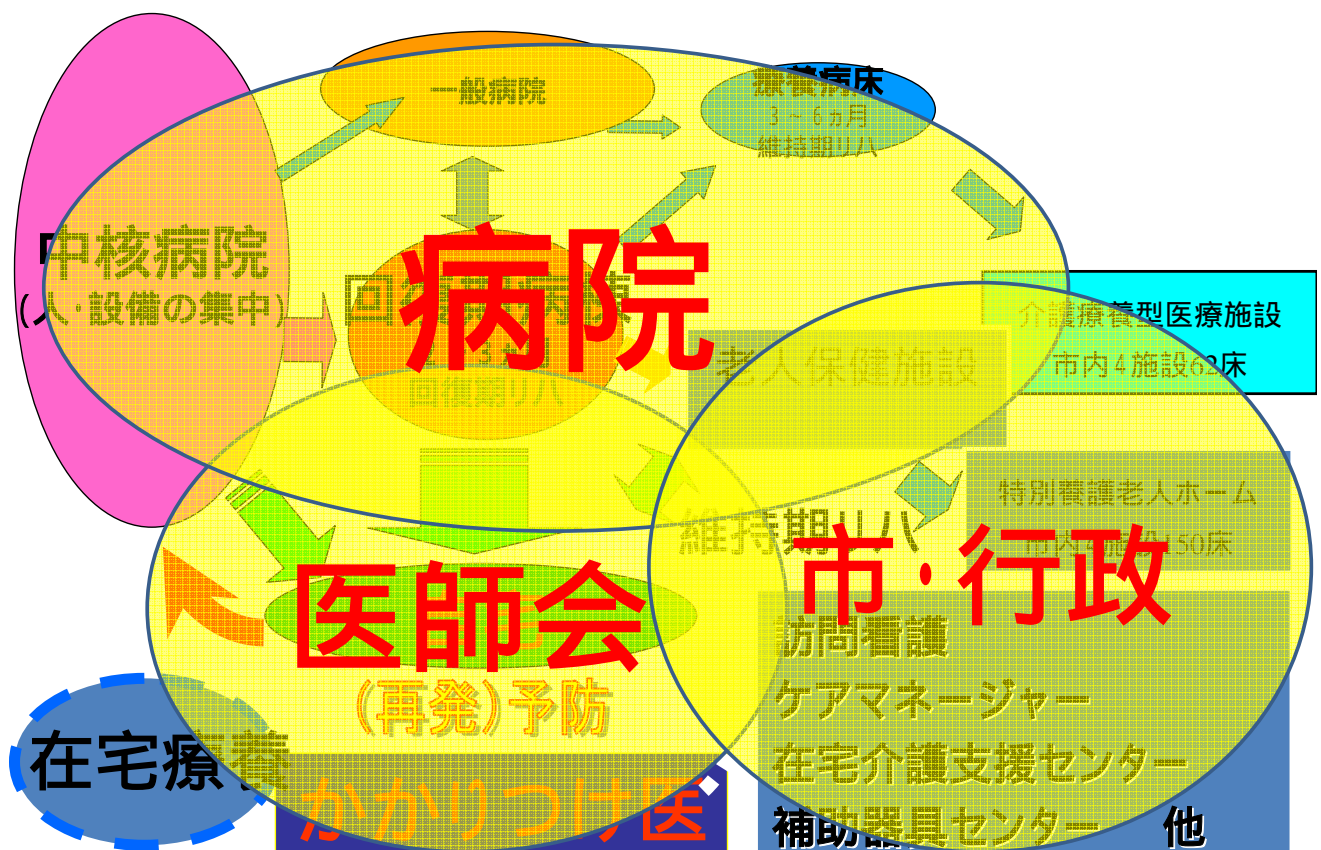
診療所医師 医師会

ケアマネージャ 行政(武蔵野市、三鷹市・調布市)

市民への啓蒙 中核病院・院長

- 在宅支援体制 医師会病院部会(武蔵野市・三鷹市合同)での病院群での受け入れベッド保証体制

21世紀の地域医療体制



連携を行うには『利他』の精神が
もっとも大切である。

故三宅祥三先生(武蔵野赤十字病院 前院長)の教え

ご静聴ありがとうございました。