

武蔵野市地域医療の在り方検討委員会報告書

平成 27 年 2 月

目 次

第 1 章 武蔵野市地域医療の在り方検討委員会設置の経緯

- 1 医療政策の動き 1
- 2 武蔵野市地域医療の在り方検討委員会の設置 3

第 2 章 武蔵野市における地域医療の現状と課題

- 1 武蔵野市の医療・介護資源 5
- 2 休日診療・救急医療体制 6
- 3 医療と介護の連携 9
- 4 公益財団法人武蔵野健康づくり事業団の役割 16

第 3 章 武蔵野市のさらなる地域医療発展のために取り組む事項

地域医療の充実に向けた今後の取組み 17

- 1 初期救急医療体制の充実による医療の機能分化の促進 18
 - ①初期救急医療体制の充実 18
 - ②市民への周知・啓発 19
- 2 安心して在宅療養生活を選択できる医療と介護の連携強化 20
 - ①日常の療養支援の充実 20
 - ②急変時の対応 22
 - ③退院時の支援 22

おわりに 25

資料 27

- ・ 地域医療の在り方検討委員会設置要綱 29
- ・ 地域医療の在り方検討委員会委員名簿 31
- ・ 地域医療に関するアンケート調査報告書（概要） 33
- ・ 脳卒中地域連携計画書 45
- ・ 認知症連携のイメージと武蔵野市認知症アウトリーチ事業について 50

第1章 武蔵野市地域医療の在り方検討委員会設置の経緯

1 医療政策の動き

- 本市を含む都内の医療政策は、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が定める医療計画に基づき進められている。医療計画では5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）5事業（救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療）及び在宅医療が掲げられており、東京都においても、東京都保健医療計画（平成25年3月改定。医療計画を包含する。）で「患者中心の医療体制の充実」「保健・医療・福祉の提供体制の充実」「健康危機管理体制の充実」等といった視点から保健医療体制の推進が図られているところである。
- 5事業の一つである救急医療については、症状に応じた適切な医療が受けられる体制を確保するため、東京都においては、入院を必要としない軽症患者に対する初期救急、入院を要する中等症患者に対する二次救急、生命危機を伴う重篤患者に対応する三次救急を基本に体制を整備してきた。
- 国は、少子高齢化の進展などにより社会保障費用が急速に伸びていることから、社会保障制度の持続可能性を高めるとともにその機能がさらに高度に発揮されるよう、社会保障制度改革推進法に基づく社会保障制度改革国民会議を設置するなど議論を重ねている。同会議が平成25年8月に取りまとめた報告書では、今後の医療のあり方は「病院完結型」から「地域完結型」へ、「治す医療」から「治し支える医療」へと転換していくことがうたわれている。
- 社会保障制度改革国民会議の報告書等を踏まえ、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）」や「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」が新たに制定された。さらに厚生労働省は「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」を定め、現在、病床機能の分化の推進をはじめ大きな制度変更を伴う政策が押し進められているところである。
- そして平成26年11月、厚生労働省より介護保険制度改革に伴って新たに地域支援事業で取り組む在宅医療・介護連携推進事業の内容が市区町村に提示された。その中では、平成30年4月までに全ての市区町村で以下の項目を原則すべて実施することが示されている。
 - （ア）地域の医療・介護サービス資源の把握
 - （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
 - （ウ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等

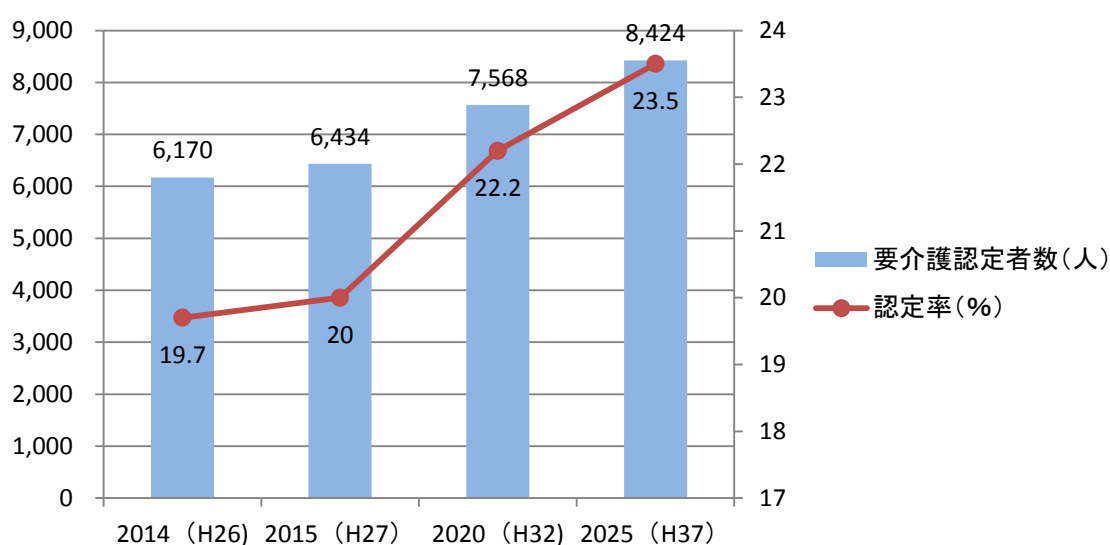
- (エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携

2 武蔵野市地域医療の在り方検討委員会の設置

○本市では、第五期長期計画及び健康福祉総合計画2012において「生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活に関わる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を越えて連携し、継続的で体系的な支援を行っていく」という地域リハビリテーションの理念を掲げ、具体的な連携の仕組みづくりなどを進めているところである。

○高齢化の進展は本市も例外ではなく、団塊の世代が75歳以上になる2025年には要介護認定者が現在の1.4倍になることが予測されている。人口構成の変化がもたらす介護や医療へのニーズの増大を想定した対応が必要となっている。

図表 1：武蔵野市における要支援・要介護認定者数の実績と推移（高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画中間まとめより）



○平均寿命が伸び、高齢になっても元気な市民が増えていくこれからの社会は、経済の反映による生活水準の向上や医療技術の進展等の結果でもあり、そのこと自体は喜ばしいことである。しかし一方で、複数の慢性疾患を抱えながら生活を送る市民が増え、救急搬送患者も増えていく社会が訪れることも事実である。急速な高齢社会の進展を支えていくためには、複数の慢性疾患を抱える市民等が住み慣れた地域で暮らし続けられるために医療と福祉の連携による療養生活支援を推進し、一方で重症・重篤な患者のために救急医療体制を確保するため、二次救急医療体制の強化と、初期救急と二次救急医療体制の見直しを進めていくことが必要である。

- このような地域社会の変化を見据え、本市では平成24年度に多機関・多職種で構成する在宅支援連絡会を立ち上げるなど様々な地域課題に対する協議を重ねてきている。また、今年度改定する高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画を「地域包括ケア推進計画」と位置づけ、医療・介護・福祉の一層の連携を含んだ地域包括ケアシステムの推進に向けた取組みを検討しているところである。
- また、社会保障制度改革に伴って病床機能の見直しが進められる中、武蔵野赤十字病院は高度急性期医療・三次救急医療体制を推進するため、平成25年度に時間外選定療養費や完全紹介予約制を導入した。
- このような状況を踏まえ、ここで一度本市の地域医療に関する現状と課題を整理し、これからの本市の地域医療の在り方について課題を整理するため、本年7月に武蔵野市地域医療の在り方検討委員会を設置した。

第2章 武蔵野市における地域医療の現状と課題

1 武蔵野市の医療・介護資源

- 市内で活動する医師や介護事業所職員は、障害事業所職員や行政などとともに「在宅支援連絡会」を設置するなど、多職種連携を積極的に進めている。
- 介護等事業所は職種ごとにそれぞれ事業所連絡会を設け、行政とともに情報共有や研修の企画立案などを行い、主体的に質の向上に努めている。

○市内の主な医療機関・介護機関数は以下のとおり。

図表2：市内医療機関・介護等事業者数一覧（平成27年1月時点）

機関	機関数	備考
病院	10	※松井外科病院は現在休床中
診療所	195	
在宅支援診療所	49	
歯科診療所	151	
薬局	85	
地域包括支援センター	1	市直営
基幹相談支援センター	1	市直営
在宅介護支援センター	6	
地域活動支援センター	2	
居宅介護支援事業所	40	※ほか市外 50
訪問介護事業所	33	※ほか市外 35
訪問看護ステーション	15	※ほか市外 17
訪問リハビリテーション事業所	5	※ほか市外 2
通所介護事業所	27	※ほか市外 32
通所リハビリテーション事業所	7	※ほか市外 8
介護老人保健施設	3	※ほか市外 8

※ 介護事業者については、市内を活動範囲に含む市外事業者数を備考欄に記載

図表3：各事業所連絡会幹事会一覧

機関	構成団体数
居宅介護支援事業所連絡協議会連絡協議会幹事会	19
訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会	19
訪問介護事業者連絡会幹事会	11
通所介護・通所リハビリテーション連絡会議	21
相談支援専門員連絡会	6

2 休日診療・救急医療体制

- 三次救急病院である武蔵野赤十字病院に初期救急・二次救急患者が集中している現状を改善する必要がある。
- 本市を含む東京都北多摩南部保健医療圏は東京都保健医療計画上の基準病床を満たしており、今ある病床数の中で今後の在宅療養体制の充実を図っていく必要がある。

○本市の休日診療は現在、武蔵野市医師会、武蔵野市歯科医師会、武蔵野市薬剤師会の協力を得ながら、東京都指定二次救急医療機関（吉祥寺南病院、森本病院、吉方病院、武蔵野陽和会病院、武蔵野赤十字病院）とともに救急患者に対する診療を行っている。

○休日診療については初期救急・二次救急を市内4病院（吉祥寺南病院、森本病院、吉方病院、武蔵野陽和会病院）が担っているが、初期救急患者、二次救急患者の約3分の2は三次救急病院である武蔵野赤十字病院を受診している現状がある。武蔵野赤十字病院が三次救急病院としての役割を今後も十分に果たしていくためには、救急医療体制の改善が必要である。

○小児科については市内4病院に小児科医がいないことから、初期救急患者、二次救急患者についても武蔵野赤十字病院が受け入れ体制をとっている。

○インフルエンザ流行時には、患者がさらに武蔵野赤十字病院に集中する事態となる。武蔵野赤十字病院が担うべき三次救急機能の維持が困難となる状況も危惧されることから、平成21年の新型インフルエンザ〔インフルエンザA（H1N1）〕流行時には、武蔵野市医師会、武蔵野市薬剤師会の協力のもと新型インフルエンザ休日診療所を開設した。その後もインフルエンザの流行時には同様にインフルエンザ休日診療所を通常の休日診療に加えて増開設している。

○二次救急指定医療機関であり、東京都の地域救急医療センター運用医療機関でもある松井外科病院が平成26年10月末で救急機能と入院機能を休止することとなった。このことにより、従来の休日診療実施機関の減少、二次救急機能の低下による影響の他、災害拠点連携病院の減、高齢者施設利用者の入院対応の受け皿の減といった様々な影響が今後生じてくることが予想される。

○本市の属する東京都北多摩南部保健医療圏は現在の東京都保健医療計画上、基準病床数より既存病床数が多い圏域となっている。このため新たな病院や有床診療所の開設、増床は難しい状況にあるが、今後の在宅療養支援体制の充実を考えると容態急変時等の後方支援を担う病床が必要となるなど、病床数の充実に対するニーズは高いものがある。

○本市においても、病床数の減少や休日診療体制等への影響を鑑み、平成26年10月に「吉祥寺地区病院機能を確保するための緊急対策会議」を立ち上げ、情報収集や救急病院の指定や指定権限を持つ東京都などとの連携を図るなど、病床の確保に努めている。

○また、本市は精神科病床をもっていない。緊急入院が必要な場合も含め、市民は近隣の地域にある精神科病院を利用しており、その支援にあたっては、市域を越えた病院と診療所の連携が特に重要となっている。

図表４：武蔵野市の休日診療体制

区分	診療・開設時間	医療機関
休 日	午前 9 時～午後 5 時	市内 4 病院（※1）輪番
休 日 準 夜	午後 5 時～午後 10 時	
休日・全夜間	毎日の夜間と休日の 24 時間	東京都指定二次救急医療機関（※2）
休日 歯 科	午前 9 時～午後 5 時	市内診療所輪番
休日 耳 鼻 科		都内医院割当
休日 眼 科		
休日 調剤薬局		武蔵野管理センター薬局 （市薬剤師会武蔵野管理センター）

※1：吉祥寺南病院、森本病院、吉方病院、武蔵野陽和会病院

※2：吉祥寺南病院、森本病院、吉方病院、武蔵野陽和会病院、武蔵野赤十字病院

図表５：市内休日診療年度別実施結果

区分 年度	休 日			休日準夜			休日・全夜間		休日歯科		休日耳鼻科		休日眼科		休日調剤薬局	
	当番病院数	延開設日数	受診者数	当番病院数	延開設日数	受診者数	延開設日数	受診者数	延開設日数	受診者数	延開設日数	受診者数	延開設日数	受診者数	延開設日数	処方箋受付数
21	3	216	4,007	1	72	316	365	40,300	78	334	17	147	5	33	72	981
22		213	3,529		71	244	365	34,523	77	301	16	120	8	91	71	1,127
23		213	3,476		71	281	366	32,109	77	321	2	22	8	107	71	1,161
24		216	3,761		72	313	365	34,180	78	343	3	71	6	42	53	1,072
25		213	3,644		71	224	365	28,803	76	318	1	20	4	18	52	1,066

図表 6：北多摩南部医療圏（二次保健医療圏）における休日診療体制

二次 保健 医療 圏	市名	人口 (人)	地区 医師会名	初期(所) ※平成24年4月1日現在										二次 (所)	三次
				在宅 当番医		休日夜間急患センター						歯科		東京都 指定二 次救急 医療機 関数	救命救急センター (所・床)
				休日 昼間	休日 準夜	休日 昼間	休日 準夜	土曜 準夜	平日 準夜	名称	固定	輪番			
北多摩南部	武蔵野市	138,911	武蔵野市	3	1								1	18	杏林大学医学部付属病院 (高度救命救急センター) 30床 武蔵野赤十字病院 30床 都立多摩総合医療センター 20床
	三鷹市	180,276	三鷹市			1	1		1	三鷹市休日・休日準夜診療所 三鷹市小児救急平日準夜間 診療所 (どちらも三鷹市医師会館内)	1				
	府中市	252,036	府中市			1	1	1	1	府中市保健センター	1				
	調布市	223,235	調布市	3			1	1		調布市休日夜間急患診療所		1			
	小金井市	116,108	北多摩	4	1							1			
	狛江市	77,105				1			狛江市休日応急診療所	1					
	狛江市・調布市							1	狛江・調布小児初期救急平日 準夜間診療室						
	計	987,671		10	2	3	3	2	3		5	3	3	18	3所 80床

(東京都保健医療計画(平成25年3月改定)より)

図表 7：東京都保健医療計画上の基準病床数及び既存病床数一覧(平成26年10月1日現在)

区分	二次保健医療圏	構成区市町村	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	過(△)不足 (C=B-A)
療養病床及び一般病床	区 中 央 部	千代田、中央、港、文京、台東	5,258	13,642	8,384
	区 南 部	品川、大田	8,091	8,005	△ 86
	区 西 南 部	目黒、世田谷、渋谷	9,847	9,729	△ 118
	区 西 部	新宿、中野、杉並	10,548	10,495	△ 53
	区 西 北 部	豊島、北、板橋、練馬	14,218	14,152	△ 66
	区 東 北 部	荒川、足立、葛飾	9,617	9,567	△ 50
	区 東 部	墨田、江東、江戸川	8,329	8,317	△ 12
	西 多 摩	青梅、福生、あきる野、羽村、瑞穂、日の出、檜原、奥多摩	3,017	4,122	1,105
	南 多 摩	八王子、町田、日野、多摩、稲城	10,144	10,148	4
	北多摩西部	立川、昭島、国分寺、国立、東大和、武蔵村山	3,844	4,208	364
	北多摩南部	武蔵野、三鷹、府中、調布、小金井、狛江	7,285	7,431	146
	北多摩北部	小平、東村山、西東京、清瀬、東久留米	5,252	5,483	231
	島しょ	大島、利島、新島、神津島、三宅、御蔵島、八丈、青ヶ島、小笠原	177	80	△ 97
	総 計		95,627	105,379	9,752
精神病床		都内全域	21,956	22,521	565
結核病床		都内全域	398	445	47
感染症病床		都内全域	130	124	△6

(東京都福祉保健局ホームページより)

3 医療と介護の連携

- 本市がこれまで築き上げてきた医療や介護との連携を今後さらに充実させていく必要がある。在宅支援連絡会等を通じた顔の見える関係づくりを発展させるとともに、医師会が導入する ICT 機器を活用した情報連携※も進めていく必要がある。
- 各種アンケートから、在宅療養生活の充実を図る上での課題が浮かび上がってきた。退院時の関係者連携や容態が急変したときの対応、往診や訪問診療体制の充実などに取り組んでいく必要がある。
- 本人や家族が望む在宅生活を継続できる地域社会にしていくためには、訪問看護の充実が重要な要素となる。訪問看護の充実にむけた取り組みが必要である。

○本市では、第1章でも述べた地域リハビリテーションの理念に基づき、あらゆる組織・人によるまちぐるみの支え合いの仕組みづくり（地域包括ケアシステム）を推進している。

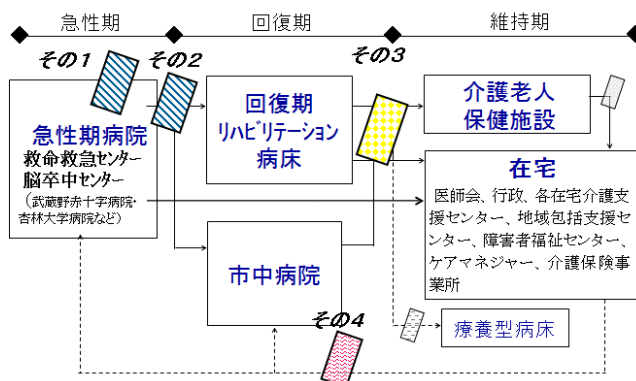
○本市では、平成12年に「武蔵野市介護保険条例」とともに「武蔵野市高齢者福祉総合条例」を制定し、これまでも高齢者の生活を支える総合的なまちづくりを目指してきた。「武蔵野市高齢者福祉総合条例」では、その基本理念（第2条）で「高齢者の尊厳を重んじる」とした上で、①高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進②自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進③市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力の3点を掲げ、理念に基づく取り組みを進めている。

○本市の地域医療体制は、武蔵野市医師会と地域連携支援病院である武蔵野赤十字病院との協力体制が核となってこれまで推進されてきた。武蔵野赤十字病院と地域の医療機関との紹介・逆紹介の普及や「脳卒中地域連携パス」（後述）の作成をはじめとして、急性期から回復期、そして退院後の外来診療や往診・訪問診療に至るまでの連携体制が進められている。

※ICT(Information and Communication Technology)は「情報通信技術」の略で、従来は電話や面接、書類等で行っていた情報共有や相談等をコンピューターやインターネット技術を活用して実施するというもの。また、関係者会議等への活用も検討されており、関係者間でタイムリーな情報共有ができるようになり、より良い支援につなげることができる。

○本市における在宅医療・介護連携を代表するものとしては「脳卒中地域連携パス」の作成が挙げられる。脳卒中患者に対する急性期の治療、機能訓練、在宅サービスを地域でつなげ、生活プランの明示を図る「脳卒中地域連携パス」は関係機関の協議を重ねながら作成され、平成20年より運用されている。そしてこのときに形成された関係機関のつながりが現在の多職種連携へとつながっている。

図表 8：脳卒中地域連携パスの流れ
脳卒中地域連携診療計画書(連携パス)の流れ



- 医療連携について広く市民に周知するため、平成15年より武蔵野赤十字病院、武蔵野市医師会、市の共催による「武蔵野市地域医療連携フォーラム」を毎年開催している。
- 三鷹武蔵野認知症連携を考える会の取組みにより、三鷹市と武蔵野市のかかりつけ医（医師会）、専門医療機関（杏林大学病院、武蔵野赤十字病院）、在宅相談機関（地域包括支援センター、在宅介護支援センター）、行政による連携体制の基盤がつけられている。同会で作成した「もの忘れ相談シート」は医療と介護の連携ツールとして活用されており、認知症の早期発見・早期対応にも成果を上げている。
- 厚生労働省社会保障審議会障害者部会資料によると、精神障害者の方で、1年以上の長期にわたり入院されている方のうち、約半数が65歳以上の高齢者であるといわれている。国は、こうした方々の地域移行を求めており、地域での生活を支えていくためには、医療・介護・福祉関係者のこれまで以上の連携が必要となる。
- また、精神障害者だけでなく、NICU等に長期入院している小児の地域移行も進めていく必要があり、支援者には対象者の特性に応じた専門性が求められるとともに、多職種連携による支援が重要である。

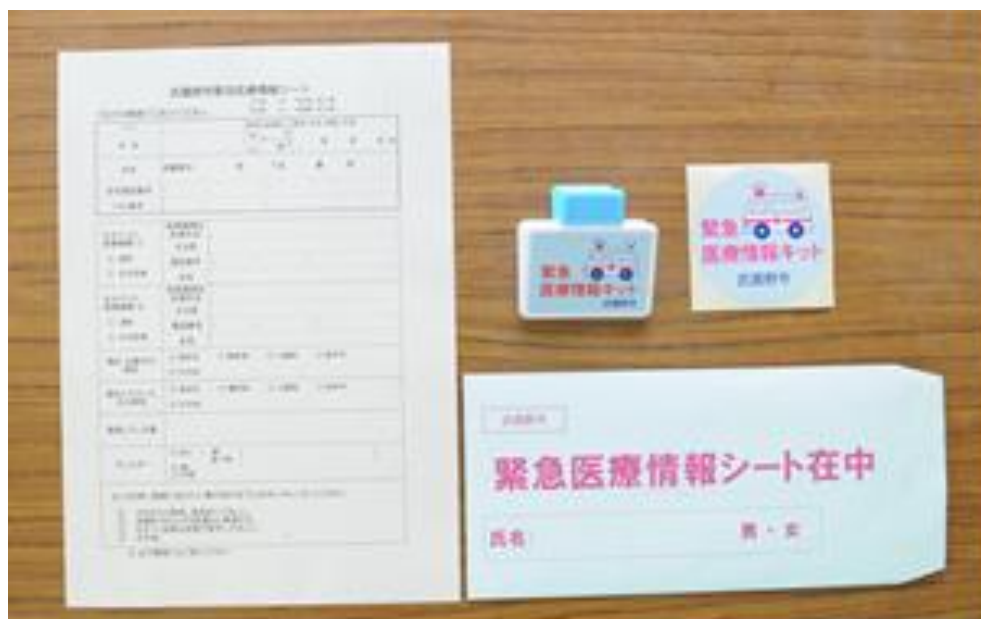
図表 9：在宅支援連絡会構成団体

武蔵野市医師会、武蔵野市歯科医師会、武蔵野市薬剤師会、武蔵野赤十字病院医療連携センター、武蔵野市居宅介護支援事業所連絡会、武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業所連絡会、武蔵野市訪問介護事業所連絡会、武蔵野市通所介護・通所リハビリテーション事業所連絡会、在宅介護支援センター、地域活動支援センター、武蔵野市福祉公社、武蔵野市民社会福祉協議会、武蔵野健康づくり事業団、東京都多摩府中保健所、武蔵野市 計 15 団体

- 医療や介護、障害、保健といった多職種・多機関による地域の課題解決を図るため、平成24年度に協議機関「在宅支援連絡会」が設立された。これまで「緊急医療情報キット」や「一時入院支援者ガイドライン」などを作成し、医療側と介護側が連携して、できる限り住み慣れた地域で住みつづけられる

仕組みづくりの検討を進めている。

図表10：緊急医療情報キット



○武蔵野市医師会では、医師会内に設置していた在宅医療委員会を平成25年度に在宅医療部会として新たに位置づけ、これからの在宅医療の推進に向けた体制の強化に取り組んでいる。また、平成25年度より東京都在宅療養推進区市町村支援事業を活用したICT機器の導入を進めており、完全非公開型SNSにより患者を中心として多職種・多機関をつなげ、リアルタイムでの情報共有による効果的な治療やサービス提供を目指している。今年度中に事業を開始していく予定である。

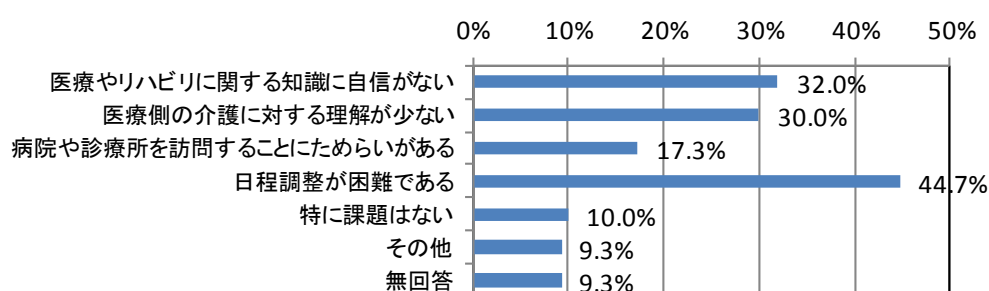
○武蔵野市医師会、東京都武蔵野市歯科医師会、武蔵野市薬剤師会、東京都柔道整復師会武蔵野支部は、本市の地区別ケース検討会への参加や事業者研修の講師を務めるなど地域医療に積極的に関わりを持っている。平成26年度の地区別ケース検討会全体研修会では、ケアマネジャーとこれらの団体との連携を図るための取組みが行われた。

○平成25年度から26年度にかけて実施したいくつかのアンケート結果から、医療と介護の連携や、在宅療養生活についての課題が浮かび上がっている。浮かび上がってきた課題については以下のとおりである。

＜「武蔵野市ケアマネジャーアンケート調査」（平成26年3月）より＞

- ・医療と連携をする上で課題となる点について、「日程調整が困難である」（44.7%）に加え、「医療やリハビリに関する知識に自信がない」（32.0%）、「医師側の介護に対する理解が少ない」（30.0%）が挙げられ、医療と介護の連携をさらに促進していく上で、ケアマネジャーと医師との連携の充実や、ケアマネジャーに対する医療研修の充実などの取組みが必要。

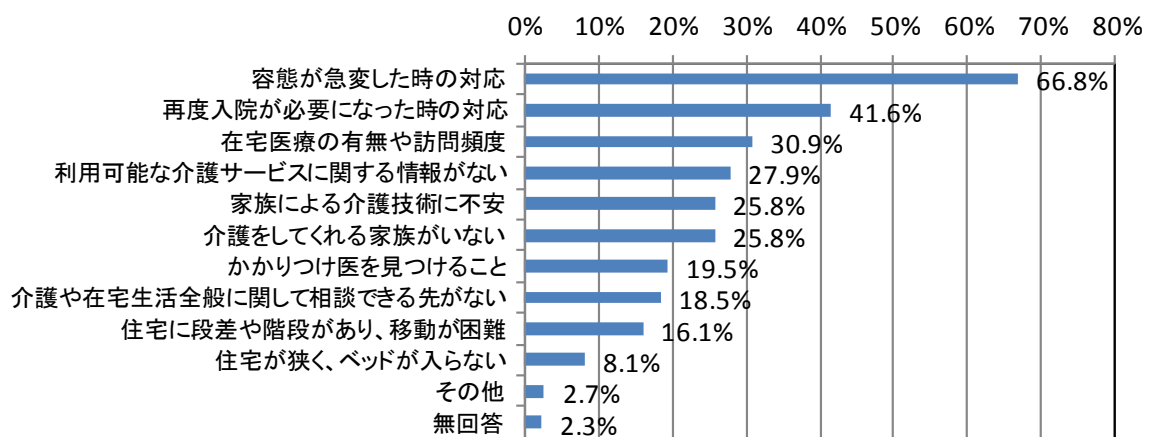
図表11：医療と連携する上で課題となる点



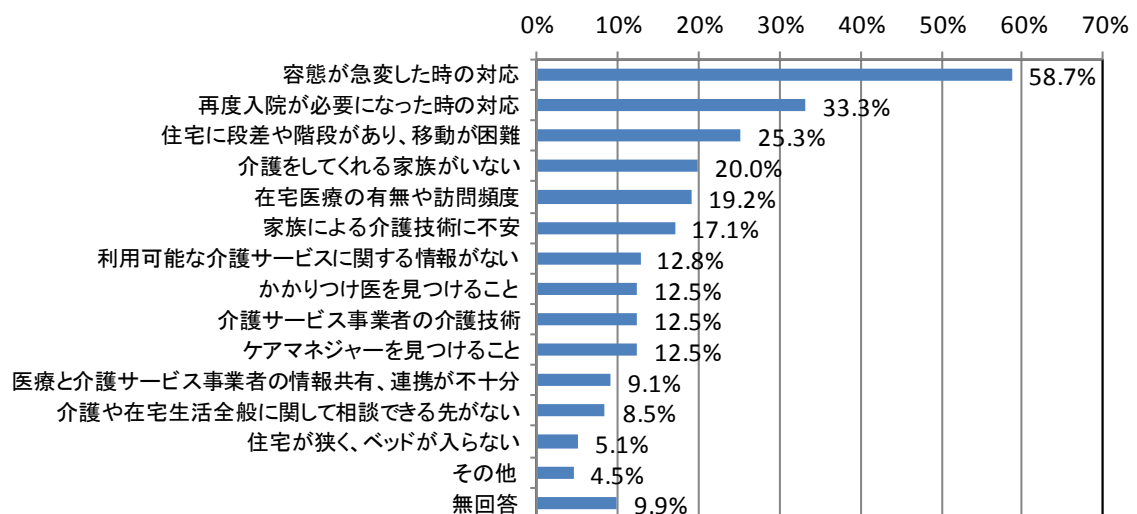
＜「武蔵野市高齢者実態調査／武蔵野市要支援・要介護高齢者実態調査」（平成26年3月）より＞

- ・入院から在宅生活に戻る際に不安があった方について、「容態が急変した時の対応」と答えた方が、一般高齢者で66.8%、要介護等認定高齢者で58.7%となっており、市民が安心して在宅療養生活を選択できるためには、24時間365日対応可能な体制づくりが求められている。また、「再度入院が必要になった時の対応」と答えた方が、一般高齢者で41.6%、要介護等認定高齢者で33.3%となっており、現在も市内の診療所と病院、病院と病院の連携により対応されているところではあるが、引き続きこれを充実していくことが求められている。

図表12：入院から在宅生活に戻る際に、どのようなことに不安を感じましたか。または不安を感じますか。（一般高齢者）



図表13：入院から在宅生活に戻る際に、どのようなことに不安を感じましたか。または不安を感じますか。（要介護等認定高齢者）



＜「地域医療に関するアンケート調査」（平成 26 年 7 月）より＞

- ・在宅療養を行っていく上で往診・訪問診療体制の充実が求められているが、往診や訪問診療を実施している診療所の実績は一診療所あたりそれぞれ月平均で3.2人、18.5人と一定数存在するものの、その活動は昼休み時間帯などに限られている実態がある。

図表14：訪問（訪問診療、居宅療養管理指導）の体制

合計	往診・訪問時は医師が不在になるため、定期的に休診する	往診・訪問時は医師が不在になるため、定期的に休診する	往診・訪問時は医師が不在になるため、休診時間に訪問している	往診・訪問時は医師が不在になるため、休診日に訪問している	複数の医師が、他業務の空いた時間に随時往診・訪問している	複数の医師が休診時間に往診・訪問している	往診・訪問診療を選任とする医師がいる	その他	無回答
54	5	1	37	8	2	0	1	3	5
100.0	9.3	1.9	68.5	14.8	3.7	0.0	1.9	5.6	9.3

- ・在宅療養を推進していく上で、訪問看護師の果たす役割は欠かすことができない。本市が活動区域に入っている訪問看護ステーションは17か所あるが、常勤の看護師が平均4.2人、非常勤の看護師が平均2.4人となっており、小規模事業所が多い状況である。

図表15：訪問看護ステーション職員の状況（平均人数）

		保健師	助産師	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務	その他
常勤	有効回答数	12	12	17	11	12	11	11	12	9
	人数	0.1	0.0	4.2	0.0	3.1	2.7	0.9	1.3	0.4
非常勤	有効回答数	12	12	16	11	11	12	12	13	9
	人数	0.2	0.0	2.4	0.1	1.9	0.8	0.6	0.6	0.0

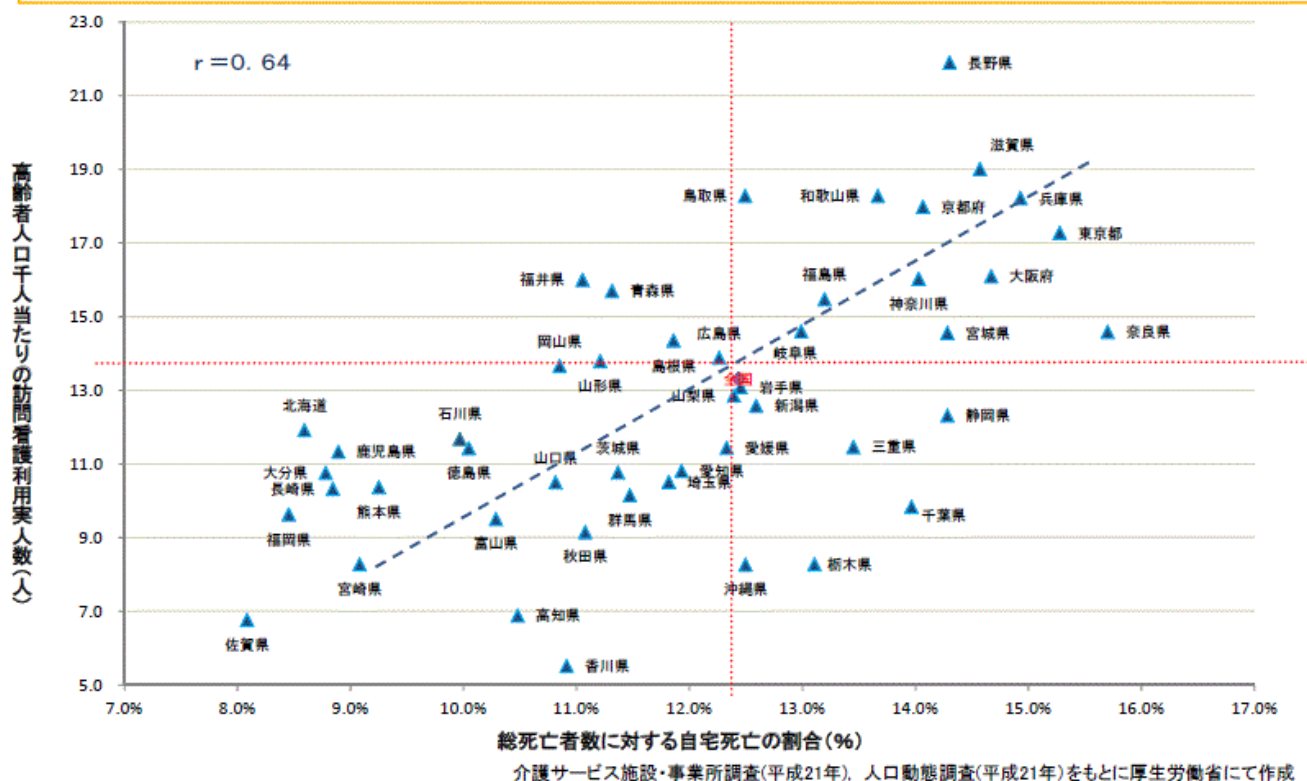
○厚生労働省の資料によると、訪問看護の利用者数が多い都道府県では最期まで在宅生活を継続できる方の割合が高いという傾向が出ている。このことから、在宅療養を推進していくためには、訪問看護の担う役割は大きいと考えられる。

図表16：厚生労働省中央社会保険医療協議会総会（平成23年1月21日）資料より

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

平成23年
1月21日
中医協資料

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。（最多は長野県、最少は香川県）。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



4 公益財団法人武蔵野健康づくり事業団の役割

- 公益財団法人武蔵野健康づくり事業団は、健康づくり支援センターや人間ドック事業を通じて市民の健康づくりに向けて取り組んでいる。
- 今後さらに少子高齢化が進む地域社会を見据えて、健康寿命の延伸など事業団に求められる役割はますます重要となってくる。
- 市民の健康増進に向け、在宅医療に関する情報の収集・集約・発信などさらなる取組みの充実が求められている。

- 公益財団法人武蔵野健康づくり事業団（以下「健康づくり事業団」という。）では、地域住民のあらゆるライフステージに対応した健康づくりの支援を推進するため、健康づくり支援センター事業や人間ドック事業、事業所健康診断、健康づくり推進員による意識啓発等の事業を実施している。
- 今後急速に進む市民の高齢化に向けて、健康づくり事業団の取組みもこれに対応した活動の充実が求められる。
- 健康づくり事業団は、健康寿命の延伸に向けた健康づくり事業の充実や市民啓発活動の充実を進めるとともに、市民と医療機関、介護などの民間事業者をつなぐ役割として、市とともにその活動範囲を広げていくことが求められる。

図表17：健康づくり事業団の主な事業と内容

主な事業	内 容 等
地域住民の健康管理事業	人間ドック、事業所健康診断、診断書発行目的の個人健診など
健康づくり推進員、人材バンク、普及員との協力による健康づくりの意識啓発事業	インボディ測定会、健康づくりの集い、出前講座、ウォーキング教室、体験型食育講座、生活習慣予防・改善に関する講座、通信講座、イベントの開催など
武蔵野市からの受託事業	胃がん検診、胸部検診、肺がん検診、乳房X線検査、骨粗しょう症予防教室、大腸がん検診、肝炎ウイルス検診、3歳児健診（尿検査）など
医療機関との連携による各種検査事業	市内医療機関からの依頼によるCT、超音波等の各種検査
健康づくりに関する調査研究事業	生活習慣病に関する調査研究、一次予防と二次予防の連携による健康保持増進事業のあり方に関する調査研究など
健康づくり情報発信事業	健康情報誌の発行・配布、ケーブルTV・ホームページ・FM放送を活用した情報提供、情報発信協力パートナーによる情報発信など
健診等（二次予防）と、生活習慣改善（一次予防）を連携させた効果的な健康づくり事業	健康づくり支援を行う必要のある地域住民に対し、市内医療機関等の地域の協力を得て参加者を募り、テーマ別に行う体験型セミナーの実施など

第3章 武蔵野市のさらなる地域医療発展のために取り組む事項

地域医療の充実に向けた今後の取組み

本市では、これまでも地域医療の発展のために関係機関の連携による取組みを進めており、その結果として脳卒中地域連携パスやもの忘れ相談シートなどのツールが開発・運用され、在宅支援連絡会等の多機関・多職種による協議機関が生まれてきたことは第2章で確認したとおりである。

団塊世代が75歳を迎える2025年に向けて社会保障制度が抜本的に改正される中、医療政策も大きな変化の渦中にあるといえる。改めて地域医療の現状を検証し、懸念であった救急医療体制の充実と、2025年に向けた関係機関の協力による在宅療養体制の充実を図っていく。

本市地域医療の充実に向けた今後の取組み

- 本市の救急医療体制の充実を図るため、初期救急医療体制の充実による医療の機能分化を進めていく。具体的には、平成27年度より休日診療の医療機関として市医師会所属の診療所を輪番により常時2か所開設するとともに、市薬剤師会の協力を得て診療所に近い薬局の開設を予定する。
- 市民が安心して在宅療養生活の継続を選択できるよう、医療と介護の連携をさらに進展させ、日常の療養支援・急変時の対応・退院時の支援を充実していく。

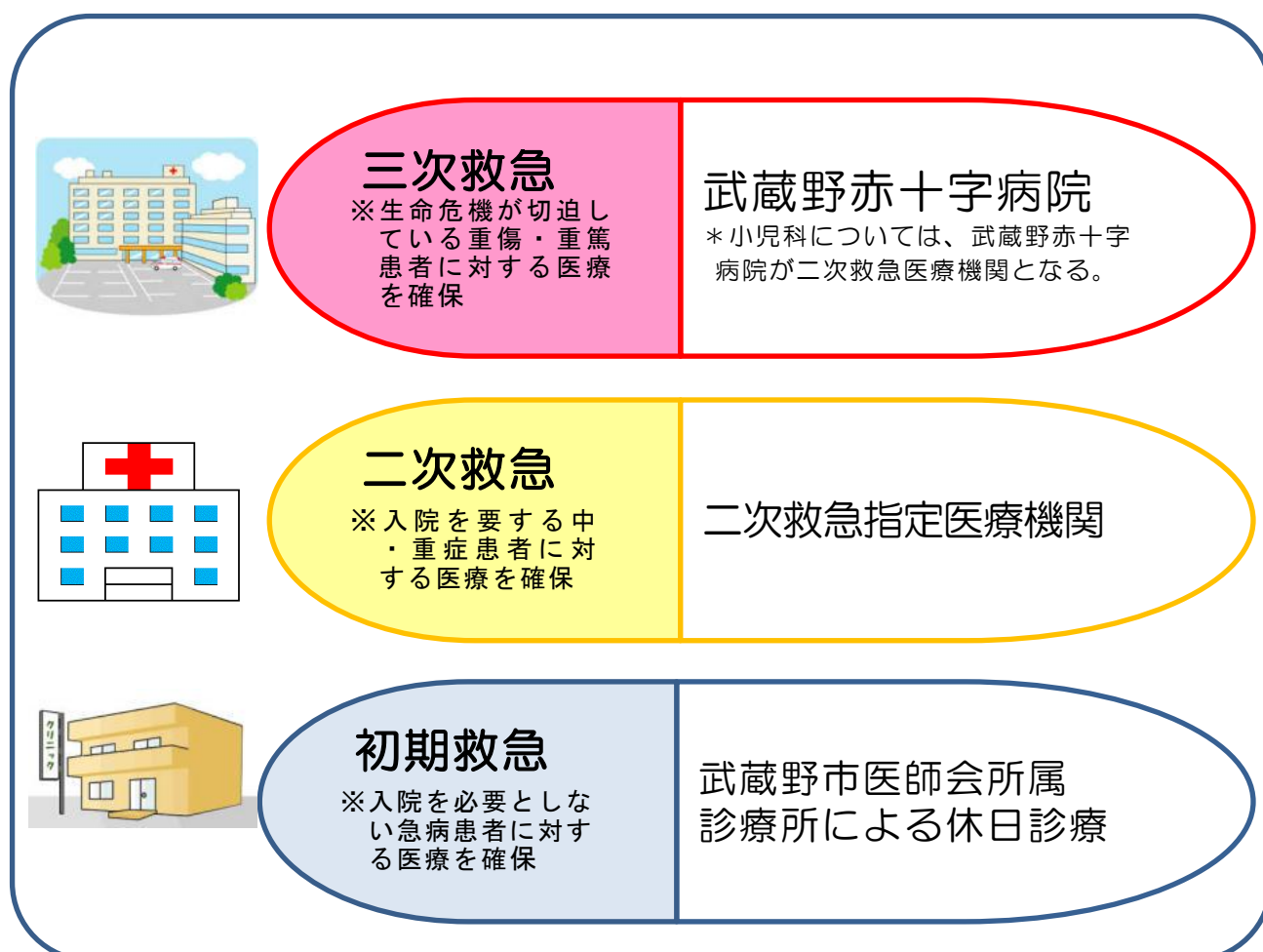
1 初期救急医療体制の充実による医療の機能分化の促進

① 初期救急医療体制の充実

現在市内4病院（吉祥寺南病院、森本病院、吉方病院、武蔵野陽和会病院）が担っている休日診療の初期救急・二次救急体制について、市内診療所の開設による初期救急医療の受け入れ体制を構築していく。これにより初期、二次、三次救急の役割を整理し明確化するとともに、市民に身近な診療所での休日診療を可能とする。

他市で設置事例のある休日夜間急患センターの設置については、今後武蔵野市医師会と行政とでその必要性も含めた協議を行っていく。

図表18：武蔵野市の救急医療体制イメージ図



※初期救急・二次救急・三次救急の定義については、東京都福祉保健局のホームページ（救急医療体制）を参照

※新体制は平成27年4月からの開始を予定。休日診療の医療機関として医師会所属の診療所を輪番により常時2か所開設するとともに、診療所に近い薬局の開設についても市薬剤師会の協力をいただき対応していく予定。

②市民への周知・啓発

医療の機能分化による効果を高め、特に武蔵野赤十字病院に集中している患者の行動変容を促していくためには、いわゆる「かかりつけ医」を持つことや救急医療体制の仕組みなど、市民への積極的な広報及び啓発活動が重要となる。

東京都が推進する「救急医療の東京ルール」との整合性を図りながら、関係機関による一体的な周知活動を進めていく。

広報及び啓発活動の実施にあたっては、健康づくり事業団を中心に、武蔵野市医師会及び市が連携して市民の行動変容を促していく。

図表 19：【参考】救急医療体制の東京ルール（東京都の救急医療ルールブックより）

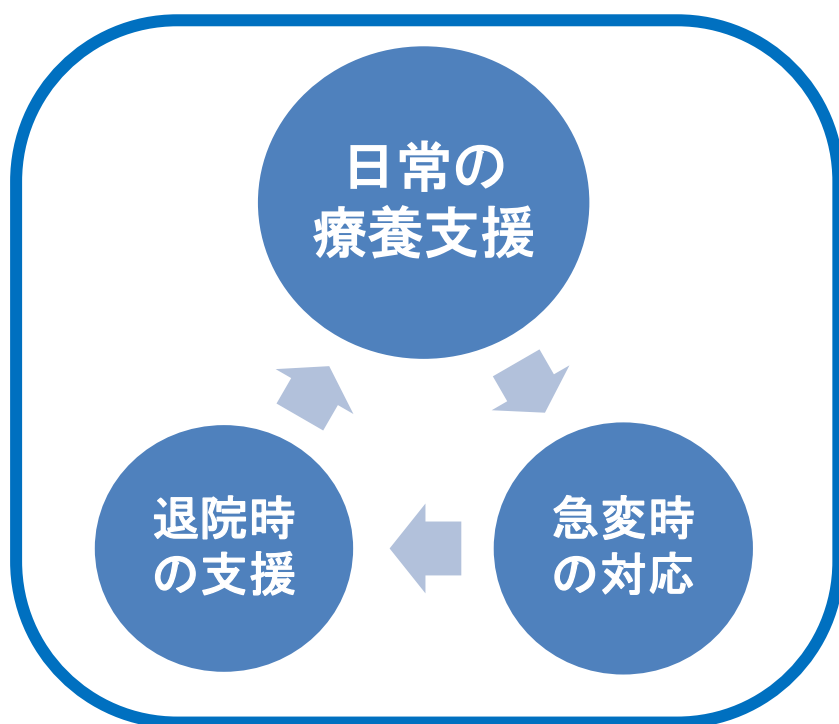


2 安心して在宅療養生活を選択できる医療と介護の連携強化

療養生活を送る市民が安心して在宅生活を選択できる地域社会の実現に向け、本検討委員会では「日常の療養支援」「急変時の対応」「退院時の支援」の3つの視点から内容を検討し、充実すべき取組みを以下に整理した。

また、検討にあたっては、第1章で述べた厚生労働省による「在宅医療・介護連携推進事業」の（ア）～（ク）への対応についても整理を行った。（文章中（ア）～（ク）の表記。P22～P23 図表21・図表22参照。）

図表20：在宅療養生活支援の視点



① 日常の療養支援の充実

○より多くの市民が在宅での療養生活を選択するためには、往診・訪問診療体制の充実が必要となってくる。外来診療を行いながら往診・訪問診療を行う医療機関と往診・訪問診療を専門に行う医療機関との連携の仕組みづくりや、訪問看護ステーションの充実によって往診・訪問診療を補完する仕組みづくり等を進めることによりチーム医療体制を構築し、その先に24時間365日対応できる医療サービス提供体制の実現を見据えていく。実現に向け、引き続き武蔵野市医師会をはじめとした関係機関と行政との協議を重ねていく。……（カ）

○今年度武蔵野市医師会が導入するICT機器を活用し、リアルタイムでの情報共有による関係機関の連携強化を図っていく。ICTの活用によって、チーム医療

- 体制の強化やチームケアの推進、異なる診療科を持つ診療所・病院が連携することによる医療の質の一層の向上などが期待される。導入効果を検証しながら取組みを進めていく。……………（カ）
- 市が主催する「高次脳機能障害者関係機関連絡会」や東京都多摩府中保健所が開催する「摂食・嚥下機能支援連絡会」等、既存のネットワークを活用し、疾患や病態等に応じたチームケア体制の整備を進める。……………（カ）
- 地域ごとの地区別ケース検討会やテーマ別研修会の開催を通じて多くの医療・介護従事者が集い、学ぶ場を引き続き用意するとともに、多職種合同研修会や全体研修会の開催を通じた、多職種間の意識の共有や、顔の見える連携を強化していく。……………（オ）
- 在宅療養生活を支援する上で要となる訪問看護サービスについては、医療と介護のつなぎ役として、特にケアマネジャーとの連携強化が促進されるような支援のあり方を検討していく。……………（カ）
- 在宅支援連絡会を「在宅医療・介護連携推進事業」により示された『在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の協議を行う場』と位置付け、今後の市民の在宅療養生活を支えるための医療と介護の連携強化を主目的とした取組みを進めていく。……………（イ）
- 在宅療養に関わる地域の社会資源を把握するとともにこれを「医療機関・介護サービスマップ（仮称）」として整理し、関係機関や市民との共有化を図っていく。整理にあたっては、医師会が作成する「医療機関総合案内」、武蔵野赤十字病院が中心となって作成している北多摩南部医療圏脳卒中医療連携推進事業「リハビリテーション実施機関名簿（保健・医療・介護・障害など）」、市が把握している介護事業者情報（武蔵野市介護サービス事業者リスト）等を活用していく。……………（ア）
- 今後の地域医療体制の充実に向け、武蔵野市医師会が個々の医師の活動を支援するとともにその活動をマネジメントし、関係機関との強固な連携体制を構築していけるよう、会の事務局機能を充実していく。……………（ウ）
- 市民が本市の地域医療の取組みを理解し、状況に応じて適切な選択をしていけるよう、広報や啓発活動についても充実していく。活動にあたっては、健康づくり事業団がその中心的役割を果たしていく。……………（キ）
- 二次医療圏内・関係市区町村の連携については、東京都多摩府中保健所と連携しつつ、引き続き関係機関との協議を進めていく。……………（ク）

②急変時の対応

- 脳卒中地域連携パスやもの忘れ相談シート、緊急医療情報キット、ヘルプカードなどこれまで関係機関で作りに上げてきたツールを活用するとともに、救急医療機関を含めた関係者との連携を引き続き図っていく。……………（エ）
- 在宅で療養生活を送っている市民の容体が急変した際に迅速な対応をとっていくためには、日頃からの診療所と病院との連携が欠かせない。武蔵野市医師会と武蔵野赤十字病院が中心となって急性期と回復期を担う病院間の連携（病病連携）や、回復期と在宅を担う病院・診療所の連携（病診連携）のさらなる充実に努めていく。……………（カ）
- 急変時を含め入院等、患者の状態や必要な治療に応じた病院の受け入れを効率よく実施するためには、市内の医療機関や病床情報を把握し、医療機関等で共有されていることが望ましい。市内の医療機関情報や病床情報について武蔵野市医師会が情報収集を行い、関係機関に提供できる仕組みを構築する。（エ）

③退院時の支援

- 退院してスムーズに在宅生活に移行するためには、医療と介護の連携が不可欠である。退院時連携の強化を中心として市民の在宅療養生活を支える医療と介護との連携がスムーズに行われるよう、在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の設置について武蔵野市医師会と行政との協議を進めていく。…（ウ）
- 退院時支援については、医療機関における退院時支援の実際や、地域との連携等関係機関との協議を進めながら、現状把握と課題について整理を行う。（エ）
- 在宅療養生活を送っていくうえで、退院時のカンファレンスは重要となる。本人・家族を含めた関係者がその後の在宅での生活をイメージできるよう、カンファレンスの実施率の向上を目指していく。……………（エ）

これまで述べてきた事項を厚生労働省が示す「在宅医療・介護連携推進事業」の各項目別に整理すると以下のとおりとなる。「日常の療養支援」を中心として、患者の容態に応じて「急変時の対応」と「退院時の支援」が連携によりスムーズに流れていく仕組みの構築にむけ、関係機関の総力により取組みを進めていく。

図表21：在宅医療・介護連携推進事業と本市の取組み

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目		本市での取組み
ア	地域医療・介護サービス資源の把握	・医療・介護サービスマップの作成 ・武蔵野市医師会作成の医療機関総合案内の活用 ・武蔵野赤十字病院作成のリハビリ資源マップの活用 ・武蔵野市介護サービス事業者リストの活用
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議	・在宅支援連絡会を在宅医療・介護連携推進協議会（仮称）として位置づけ
ウ	在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等	・武蔵野市医師会と市により、在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の設置について協議
エ	在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	・脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等の活用 ・退院時支援における課題の抽出 ・病床情報などによる情報連携 ・退院時カンファレンスの実施率の向上
オ	在宅医療・介護関係者の研修	・地区別ケース検討会、テーマ別研修会の活用 ・多職種合同研修会、全体研修会の活用
カ	24 時間 365 日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築	・ICTの活用によるチーム医療体制・チームケアの推進 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーの連携強化 ・病病連携、病診連携のさらなる充実
キ	地域住民への普及啓発	・健康づくり事業団による情報提供・普及啓発 ・講演会・シンポジウム等の実施
ク	二次医療圏内・関係市区町村の連携	・東京都多摩府中保健所等との連携による圏域のネットワーク強化

図表22：厚生労働省全国介護保険担当課長会議（平成26年11月10日）資料より

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握 ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化 ◆ さらに連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表 等  （熊本市）	（エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援 ◆ 地域連携バス（在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む）等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応 等	（キ）地域住民への普及啓発 ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについても普及啓発 等  （鶴岡地区医師会）
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議 ◆ 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議 等	（オ）在宅医療・介護関係者の研修 ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を学ぶ ◆ 介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催 等	
（ウ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等 ◆ 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者（看護師、社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取組の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付 等	（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築 ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備 等	（ク）二次医療圏内・関係市区町村の連携 ◆ 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議 等

15

おわりに

住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域における医療と介護の連携や在宅療養生活支援体制の推進が強く打ち出されている。地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律、いわゆる「医療介護総合確保推進法」の成立によって、平成26年10月より医療機関に対して、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目の報告制度が始まった。さらに平成27年度には、都道府県が医療機関の報告をもとに①2025年の医療需要や②2025年に目指すべき医療供給体制、③目指すべき医療提供体制を実現するための施策などを盛り込んだ地域医療構想(ビジョン)を策定することとなった。

このような変化の流れの中であって、本報告書は今回、現時点における本市地域医療の現状と喫緊の課題である①初期救急医療体制の充実と②在宅療養生活を選択できる医療と介護の連携強化の2点についてまとめ、取り組むべき事項について整理したものである。

今回議論されなかった課題については、今後の国や都の動きを注視しながら検討を進めていくことが肝要である。そして本報告書をベースに地域医療が充実し、本市地域包括ケアシステムの推進に向けて関係機関の連携による取組みが進められていくことを期待する。

資 料

武蔵野市地域医療の在り方検討委員会設置要綱

(設置)

第1条 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）を踏まえた武蔵野市における地域医療の包括的な方針（以下「方針」という。）を策定するため、武蔵野市地域医療の在り方検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所管事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について検討し、その結果を市長に報告する。

- (1) 市区町村の役割である初期救急医療及び医療機能の分化に関する事項
- (2) 在宅療養生活の継続を図るうえでの医療分野と介護分野との連携強化に関する事項
- (3) 前2号に掲げるもののほか、方針の策定について市長が必要と認める事項

(組織)

第3条 委員会は、次に掲げる委員16人以内をもって組織し、市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 学識経験者
- (2) 一般社団法人武蔵野市医師会の会員
- (3) 公益社団法人東京都武蔵野市歯科医師会の会員
- (4) 一般社団法人武蔵野市薬剤師会の会員
- (5) 武蔵野赤十字病院長が推薦する者
- (6) 居宅介護支援事業者の関係者
- (7) 訪問看護ステーションの職員
- (8) 武蔵野市在宅介護支援センターの職員
- (9) 公益財団法人武蔵野健康づくり事業団の職員
- (10) 武蔵野市地域包括支援センターの職員
- (11) 武蔵野市基幹相談支援センターの職員
- (12) 東京都多摩府中保健所の職員
- (13) 健康福祉部長
- (14) 前各号に掲げる者のほか、市長が特に必要と認める者

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長及び副委員長各1人を置き、委員長は委員の互選によりこれを定め、副委員長は委員長が委員の中からこれを指名する。

2 委員長は、会務を総括し、委員会を代表する。

3 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、副委員長がその職務を代理する。

(会議)

第5条 委員会の会議は、必要に応じて委員長が招集する。

2 委員会が必要と認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(報酬)

第6条 委員の報酬は、武蔵野市非常勤職員の報酬及び費用弁償に関する条例（昭和36年2月武蔵野市条例第7号）第5条第1項の規定により、市長が別に定める。

(設置期間)

第7条 委員会の設置期間は、平成27年3月31日までとする。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、健康福祉部地域支援課及び健康福祉部健康課が行う。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会について必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成26年6月16日から施行する。

武蔵野市地域医療の在り方検討委員会 委員名簿

(敬称略)

区分	組織名等	役職名	氏名
学識経験者	目白大学大学院 (前社会保障制度改革国民会議委員)	客員教授	宮武 剛
医療関係者	一般社団法人武蔵野市医師会	会長	◎渡辺 滋
	松井外科病院	院長	松井 正治
	公益社団法人東京都武蔵野市歯科医師会	副会長 (H26.7～会長)	森田 邦夫
	一般社団法人武蔵野市薬剤師会	会長	長田 健
	武蔵野赤十字病院	院長	丸山 洋
	武蔵野赤十字病院	医療事務課長	小柳 克己
介護・福祉関係者	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会	会長	○藤澤 節子
	あんず苑訪問看護ステーション	センター長	興石みゆき
	吉祥寺ナーシング在宅介護支援センター	所長	堀江 君代
	公益財団法人武蔵野健康づくり事業団	理事長	井田藤一郎
	武蔵野市地域包括支援センター	センター長	荻原美代子
	武蔵野市基幹相談支援センター	センター長	中島 康子
行政関係者	東京都多摩府中保健所	所長	早川 和男
	武蔵野市健康福祉部	部長	笹井 肇

※ ◎は委員長、○は副委員長

地域医療に関するアンケート調査 報告書（概要）

平成 26 年 9 月

武蔵野市

調査の概要

1 調査の目的

国では、これまでにない高齢化の進展等をふまえ、社会保障制度改革国民会議を設置し、今後の医療は、「病院完結型」から「地域完結型」へ、「治す医療」から「治し支える医療」への転換という方向性が示され、診療報酬や介護報酬の改定等を通じて病院の機能分化の推進や在宅医療の推進を行っている。

医療政策については、医療法に基づき、都道府県が定める医療計画に沿って進められているが、住民に一番身近な自治体である市町村においても、地域医療の方向性を考えていくため、在宅医療に関する現状を把握することを目的としてアンケート調査を実施したものである。

2 調査の設計

(1) 調査の対象

武蔵野市内の医療機関（病院、診療所）、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション

(2) サンプル数及び調査の方法等

	調査対象数	回収数	回収率 (%)
医療機関	200	125	62.5
歯科医療機関	149	96	64.4
薬局	56	46	82.1
訪問看護ステーション	27	17	63.0

3 調査の実施時期

平成 26 年 7 月

4 集計方法等について

①調査結果の％表記については、小数第 2 位を四捨五入した値であるため、単一回答の合計が必ずしも 100％になるとは限らない。

② 2 つ以上の回答を要する（複数回答）質問の場合、その回答比率の合計は 100％を超える。

調査結果の要約

I 病院

○回答病院数は 9 件であり、往診実施病院、訪問診療実施病院はともに 4 件であった。在宅療養後方支援病院の届出がある病院は 1 件、居宅療養管理指導を実施している病院は 3 件となっている。

○往診の依頼元は、患者本人・家族が主であり、往診先としては自宅と施設が各4件であった。月間の往診実人数は2.5人前後で、おおむね武蔵野市民である。往診時の関係機関との連携については、どの病院とも、訪問看護ステーション、介護支援専門員（ケアマネジャー）をあげている。

○訪問診療の訪問先についても、自宅と施設が各 4 件であった。月間の訪問診療実人数は 50 人弱であり、うち武蔵野市民は 10 人前後となっている。訪問診療時の関係機関との連携についても、どの病院とも、訪問看護ステーション、介護支援専門員（ケアマネジャー）をあげている。このほか、他の診療科の医師、ヘルパーをあげる病院も 3 件あった。訪問の体制としては、訪問診療を専任とする医師がいるとの病院が 3 件あった。

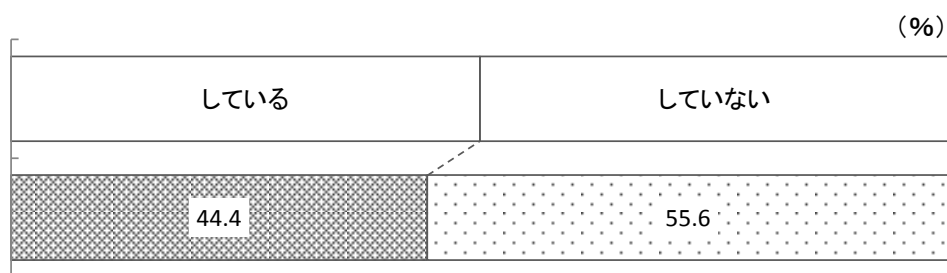
○在宅支援の依頼（患者の紹介）を受けたことがある病院は 5 件中 4 件、依頼元は患者本人・家族をはじめ幅広い機関があげられている。どの病院も、主治医や福祉・介護職と連携しているとしている。また、現在連携している機関、今後連携したい機関も幅広い機関があげられている。

○在宅支援における課題としては、スタッフの確保が困難と夜間や休日の対応が困難をあげる病院が 9 件中 4 件とやや多くなっている。

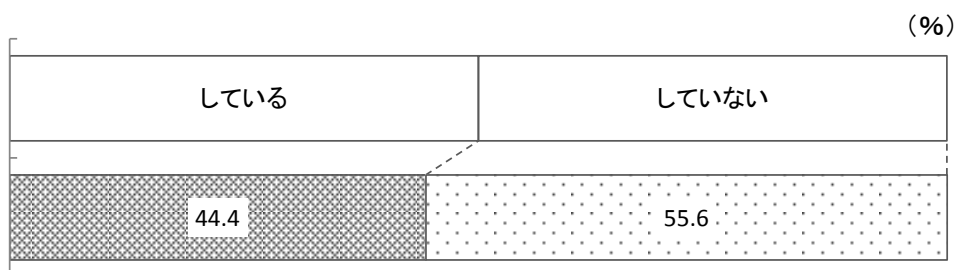
○看取りの相談を受けたことがある病院は 9 件中 5 件であった。平成 25 年度に看取りを行った病院は 3 件であり、平均看取り件数は 4.3 件となっている。

○入院についての相談は 9 病院すべてが有るとしており、転院や退院時の関係機関との連携もほとんどの病院で行われている。転院・退院時のコーディネーターとしては、医療ソーシャルワーカーと看護師をあげる病院が多くなっている。

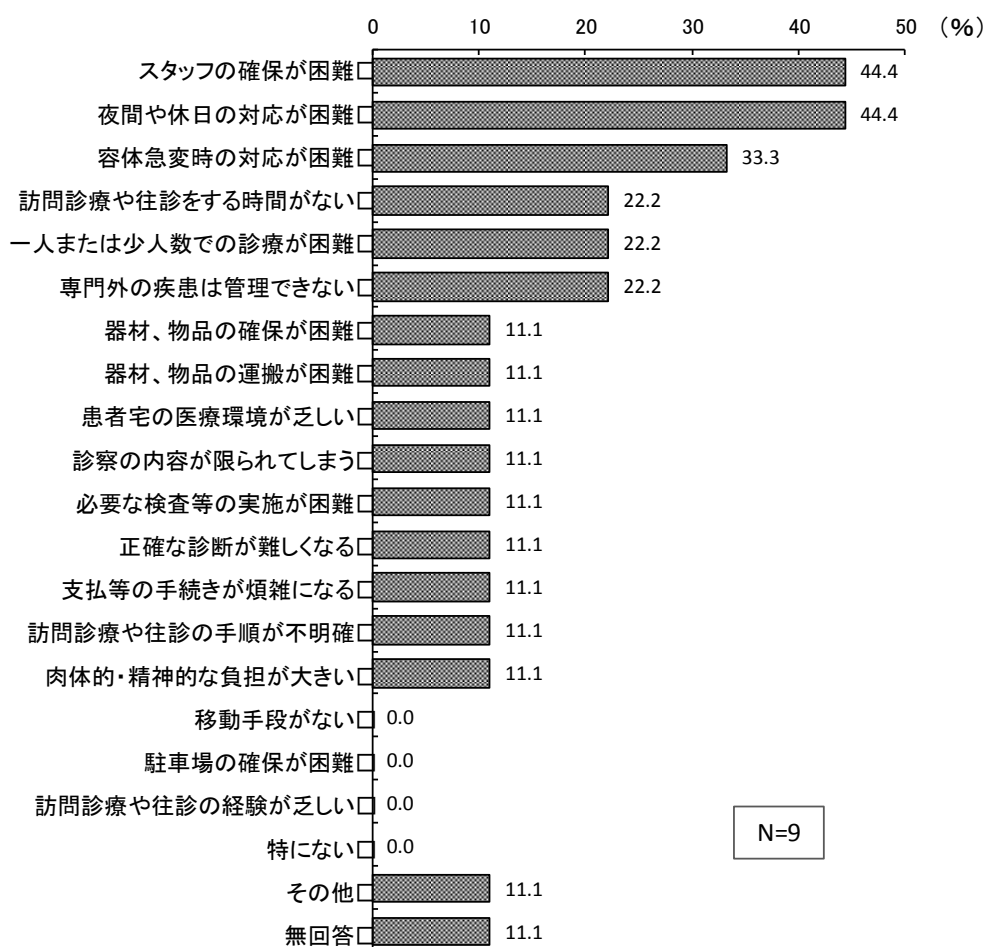
【往診の実施】



【訪問診療の実施】



【在宅支援における課題】



II 診療所

○回答診療所数は 116 件であり、往診実施診療所は 51 件（44.0%）、訪問診療実施病院は 36 件（31.0%）であった。在宅療養支援診療所の届出がある診療所は 22 件（18.9%）、居宅療養管理指導を実施している診療所は 20 件（17.2%）となっている。

○往診の依頼元は、患者本人・家族が主であり、往診先としては自宅が大半であるが、有料老人ホームが 16 件（31.4%）と少なくない。月間の往診実人数は 3 人強となっている。往診時の対象患者は、通院できなくなった自院患者が最も多いが、通院患者の家族や過去に受診した患者、関係機関からの紹介なども少なくない。往診時の関係機関との連携については、訪問看護ステーションと介護支援専門員（ケアマネジャー）をあげる診療所が半数弱と多くなっている。

○訪問診療の訪問先についても、自宅が大半を占めるが、有料老人ホームも 13 件（36.1%）あった。月間の訪問診療実人数は 20 人弱であり、うち武蔵野市民は 10 人強となっている。訪問診療時の関係機関との連携についても、訪問看護ステーション、介護支援専門員（ケアマネジャー）をあげる診療所が多くなっている。訪問の体制としては、往診・訪問時は医師が不在になるため、休診時間に訪問しているとする診療所が 37 件（68.5%）と多くなっている。

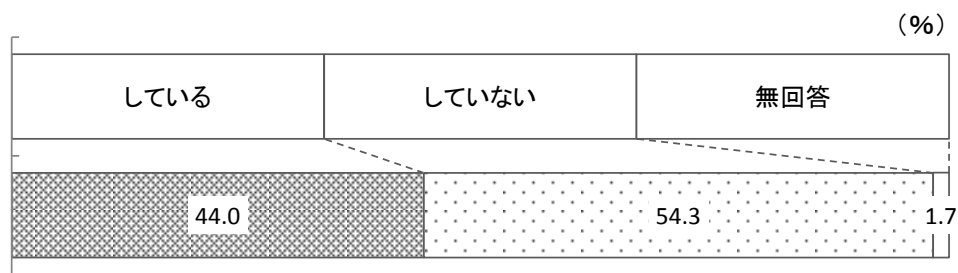
○在宅支援の依頼（患者の紹介）を受けたことがある診療所は 54 件中 34 件（63.0%）となっており、依頼元は患者本人・家族をはじめ、介護支援専門員（ケアマネジャー）や他の医療機関、をあげる診療所も比較的多くなっている。主治医や福祉・介護職と連携しているとの回答は 4 割前後と半数を切っている。現在連携している機関としては、介護支援専門員（ケアマネジャー）と訪問看護ステーションが上位にあげられている。

○在宅支援における課題としては、訪問診療や往診をする時間がないが 48 件（41.4%）で最も多く、ついで、夜間や休日の対応が困難、診察の内容が限られてしまうが 30%台でつづいている。

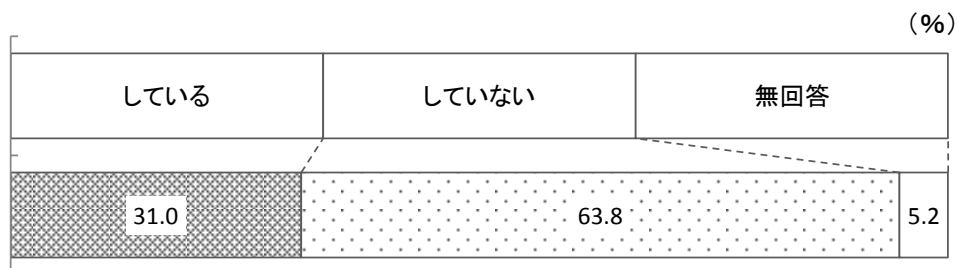
○看取り実施している診療所は、29 件（25.0%）である。このうち相談を受けたことがある診療所は 25 件で、平成 25 年度に看取りを行った診療所は 19 件で、平均看取り件数は 2.9 件となっている。

○患者の容体急変時の対応方法としては、自院で往診した上で、他院に相談・コンサルトするが 42 件（36.2%）で最も多くなっている。

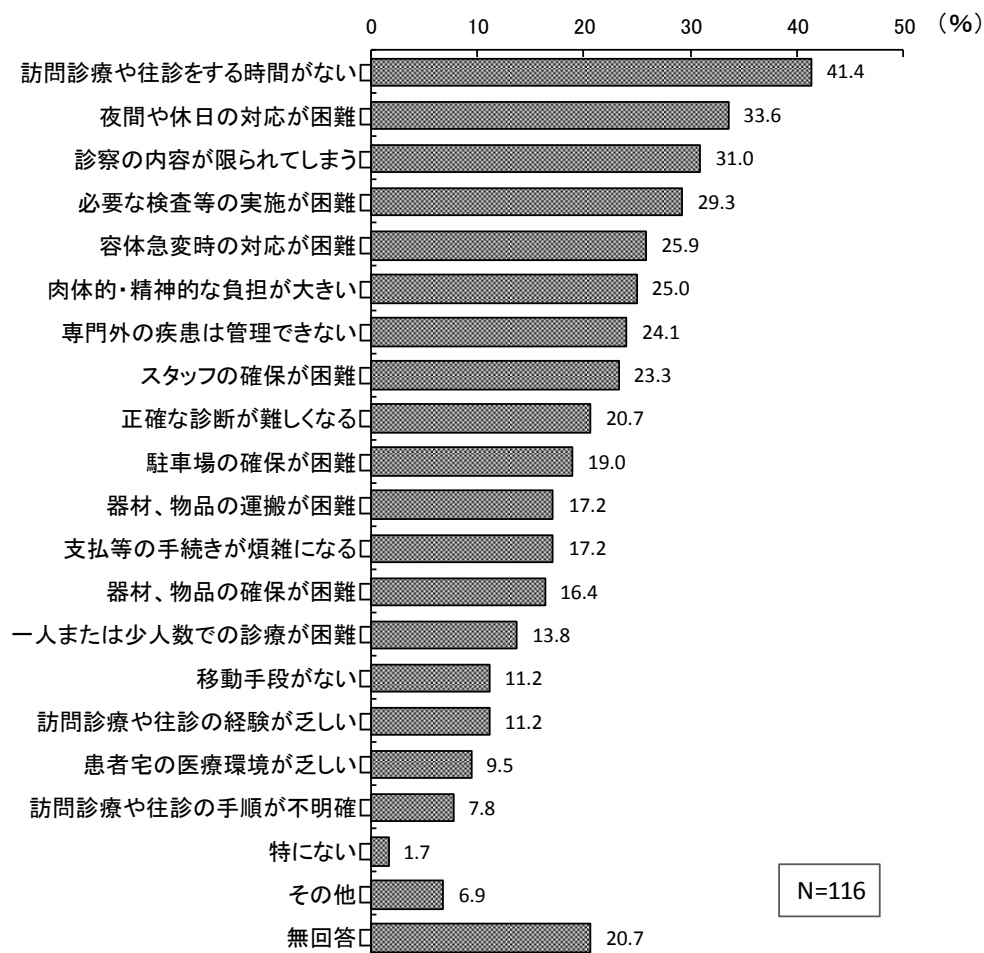
【往診の実施】



【訪問診療の実施】



【在宅支援における課題】



Ⅲ 歯科診療所

○回答歯科診療所数は 96 件であり、歯科訪問診療実施診療所は 37 件（38.5%）であった。在宅療養支援歯科診療所の届出がある診療所は 11 件（11.5%）、居宅療養管理指導を実施している歯科診療所は 13 件（13.5%）となっている。

○訪問診療の実施方針は、外来が主だが、従たる業務として実施しているが 31 件（83.8%）と多くなっている。訪問先は、自宅のほかに施設特別養護老人ホームや有料老人ホームも 4 割弱みられる。月間の訪問診療実人数は 20 人強であり、うち武蔵野市民は 10 人弱となっている。訪問歯科診療の内容は、入れ歯の製作や調整、口腔内や入れ歯の清掃方法の指導、歯周病の治療、むし歯の治療がほぼ 8 割以上を占めている。

○訪問診療の依頼（患者の紹介）を受けたことがある診療所は 37 件中 34 件（91.9%）となっており、依頼元は患者本人・家族について、他の医療機関、介護支援専門員（ケアマネジャー）が 4 割前後みられる。

○居宅療養管理指導の実施方針は、外来が主だが、従たる業務として実施しているが 6 件、主な業務として実施しているが 4 件となっている。訪問先は、自宅のほかに有料老人ホームが 7 件と

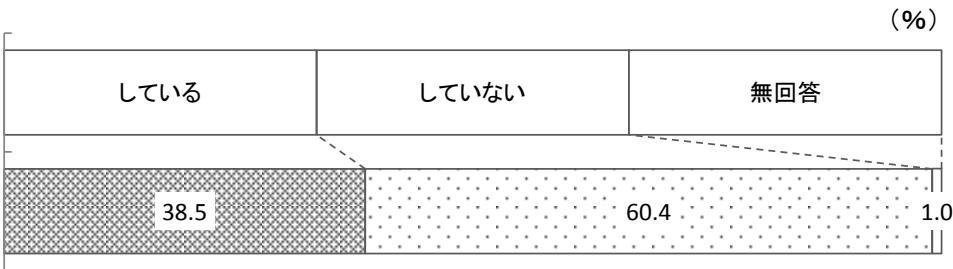
多くなっている。月間の訪問実人数は 45 人前後であり、うち武蔵野市民は 10 人弱となっている。指導の内容は、口腔内や入れ歯の清掃方法の指導と食べ方や飲み方の訓練や指導が 8 割前後と上位にあげられている。

○在宅療養支援の依頼（患者の紹介）を受けたことがあるは 13 件中 9 件である。

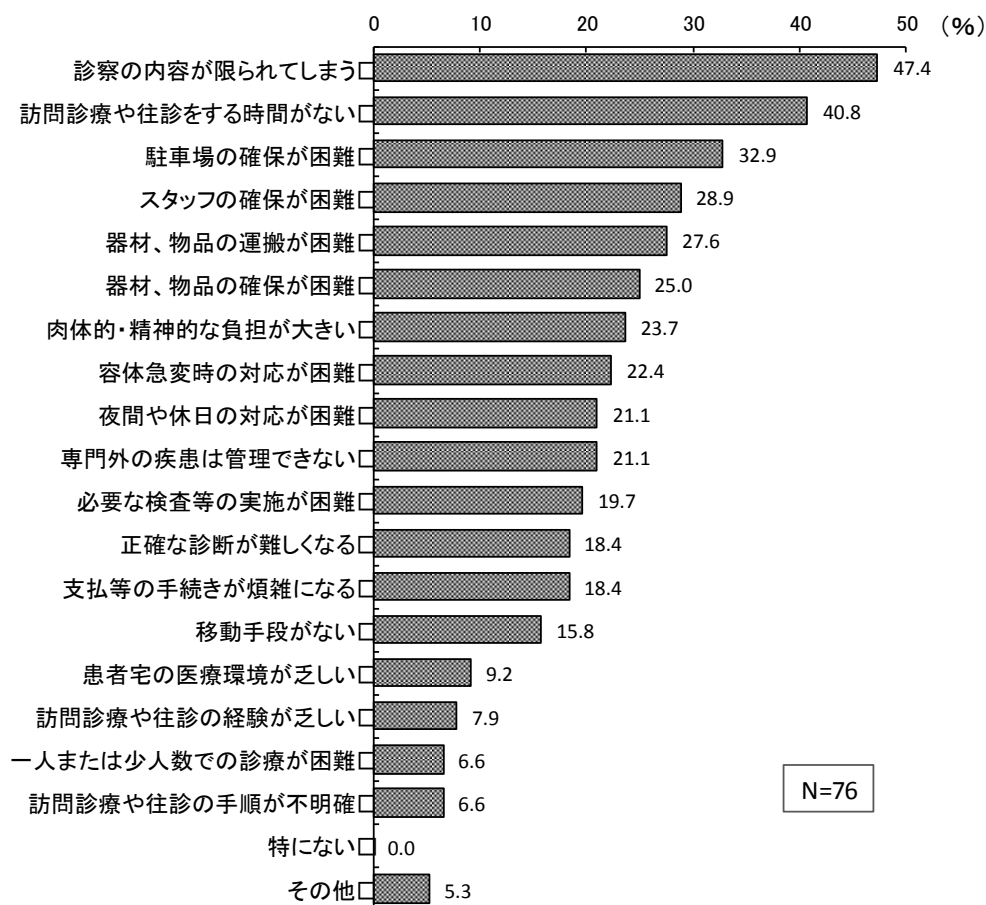
○主治医と連携しているとの回答は 4 割強、福祉・介護職と連携しているとの回答は 2 割強である。現在連携している機関としては、他の医療機関が 7 割、介護支援専門員（ケアマネジャー）が 3 割強で多くなっている。今後連携したい関係機関としても、他の医療機関が最も多く、ついで地域包括支援センターが多くなっている。訪問の体制としては、訪問時は歯科医師か不在になるため、休診時間に訪問しているが半数と最も多くなっている。

○在宅支援における課題としては、診察の内容が限られてしまう、訪問診療や往診をする時間がないが 40%台で上位にあげられている。

【歯科診療訪問の実施】



【在宅支援における課題】



IV 薬局

○回答薬局数は 46 件であり、居宅療養管理指導の届出、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出は、ともに 31 件（67.4%）であった。

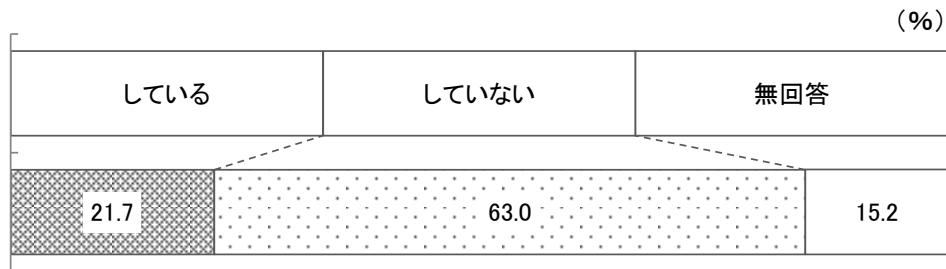
○居宅療養管理指導を実施している薬局は 10 件（21.7%）となっている。月間の訪問実人数は、7～8 人で、そのうち武蔵野市民は 4～5 人程度である。訪問先は、自宅が多い。依頼（患者の紹介）を受けたことがある薬局は 10 件中 9 件であり、依頼元は他の医療機関と介護支援専門員（ケアマネジャー）が多くなっている。

○在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局は、8 件（17.4%）となっている。月間の訪問実人数は、15 人前後で、そのうち武蔵野市民は 1～4 人程度である。訪問先は、自宅が多い。依頼（患者の紹介）を受けたことがある診療所は 9 件中 6 件であり、依頼元は他の医療機関と介護支援専門員（ケアマネジャー）が多くなっている。

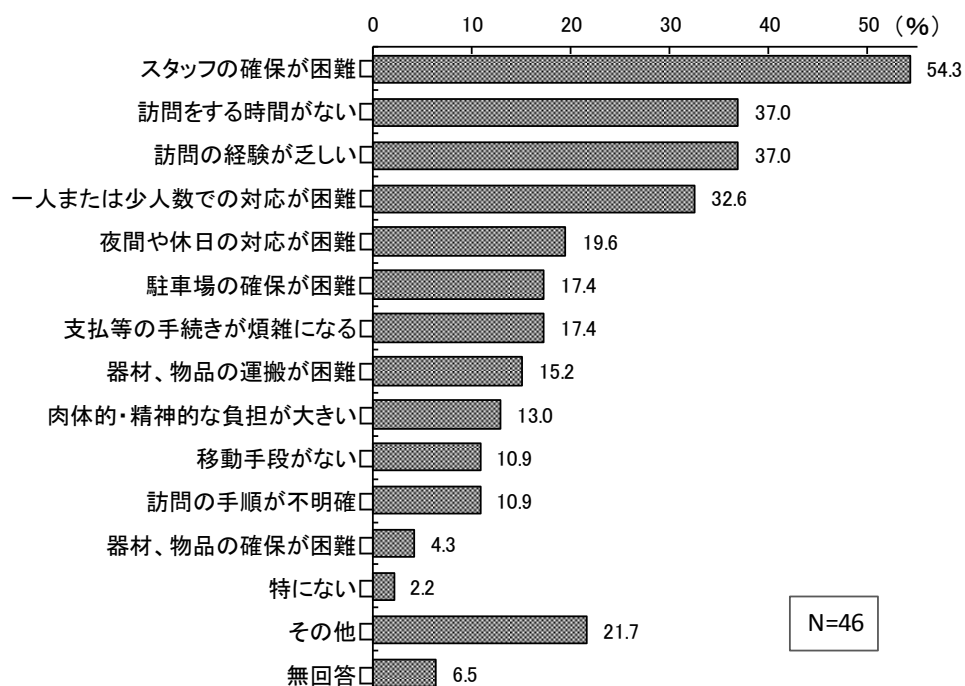
○主治医や福祉・介護職と連携しているとの回答はともに 3 割である。現在連携している機関としては、他の医療機関最と介護支援専門員（ケアマネジャー）が多く、連携している職種は、医師と介護支援専門員（ケアマネジャー）が多い。今後連携したい関係機関としても、他の医療機関が最も多くなっている。

○在宅支援における課題としては、スタッフの確保が困難が最も多く、ついで、訪問する時間がない、訪問の経験が乏しいがつついている。

【居宅療養管理指導/訪問の実施】



【在宅支援における課題】



V 訪問看護ステーション

○回答訪問看護ステーション数は 17 件であり、居宅療養管理指導を実施している訪問看護ステーションは 1 件のみであった。

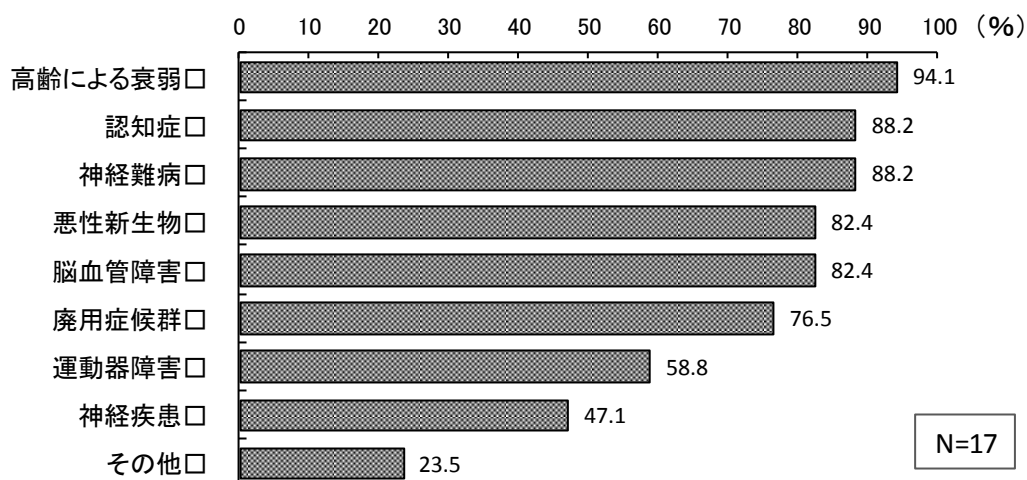
○訪問看護の月間実績は、150 人前後（うち武蔵野市民は 40 人程度）であり、このうち介護保険対応が 120 人前後（うち武蔵野市民は 30 人程度）、医療保険対応が 40 人前後（うち武蔵野市民は 10 人程度）となっている。訪問対象者の主な疾患は、高齢による衰弱が最も多く、以下、認知症、神経難病、悪性新生物、脳血管障害が 80% 台でつづいている。

○訪問看護における課題としては、スタッフの確保が困難が最も多く、ついで、肉体的・精神的な負担が大きい、駐車場の確保が困難、訪問先では一人で判断することが多く、責任や負担を感じるがつづいている。

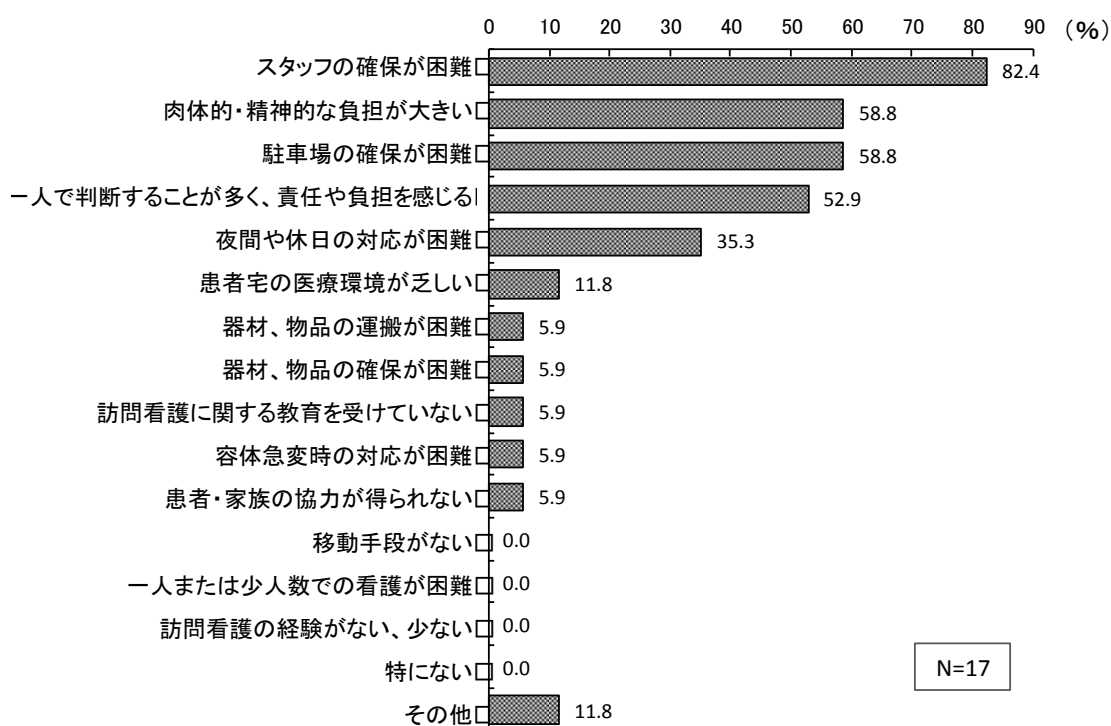
○対応困難な対象者としては、未熟児が最も多く、ついで、重症心身障害者が多くなっている。

○回答訪問看護ステーションすべてが、病院を退院してくる患者の相談を受けたことがあるとしている。相談元としては、入院先の医療ソーシャルワーカーが100%で最も多くなっている。
○在宅での看取り相談を受けたことがないとする訪問看護ステーションは1件のみである。ターミナルケアに対応していない訪問看護ステーションも2件と少ない。

【訪問対象者の主な疾患】



【在宅支援における課題】



脳卒中地域連携診療計画書の概要

脳卒中地域連携診療計画書とは

脳卒中を発症された方が急性期病院から、回復期病院など、そして在宅療養へ移行するにあたって、医療機関や行政機関、介護サービス事業所等が病状や治療に関する情報を共有するシートである。

目的

- ・ 地域連携診療計画書を活用することにより切れ目のない診療連携の構築。
- ・ 患者が安心して在宅療養をできるようにするための情報交換。
- ・ 「どのような治療や介護を必要とするのか？」と患者本位の地域連携の実現。

対象者

北多摩南部保健医療圏内(武蔵野・三鷹・小金井・調布・府中・狛江市)の医療・保健・福祉関係機関との連携が必要とされる脳卒中患者

記入時期と活用方法 (シートについては次ページ以降に記載)

- ・ **地域連携診療計画書(その1)…オーバービュー(先の見通し)**
急性期病院に入院した患者、または家族に提供することにより、医療連携による治療が切れ目なく行われていることを理解することが可能になる。
- ・ **地域連携診療計画書(その2)…急性期～回復期相当**
急性期病院の転退院の準備段階で記入する。回復期病院などへ引き継ぐ場合に送付する。
- ・ **地域連携診療計画書(その3)…回復期相当～維持期・在宅療養**
回復期病院などの退院の準備段階で記入する。患者・家族が安心して在宅療養を継続できることを目標とし、入院中に行われていた治療やケアを「どのように」「誰が」役割を担うのか、そして予測される問題点、緊急時の連絡・相談先を明確にする。
- ・ **地域連携診療計画書(その4)…フィードバック(地域連携診療計画書の循環)**
退院後3か月頃に患者の状態を関係者が記入したものを外来受診時に持参する。その結果、退院後の患者の状態像がわかり、病態情報の収集と分析が可能となる。患者の状態を基に在宅支援者側と急性期側の情報が交換される。

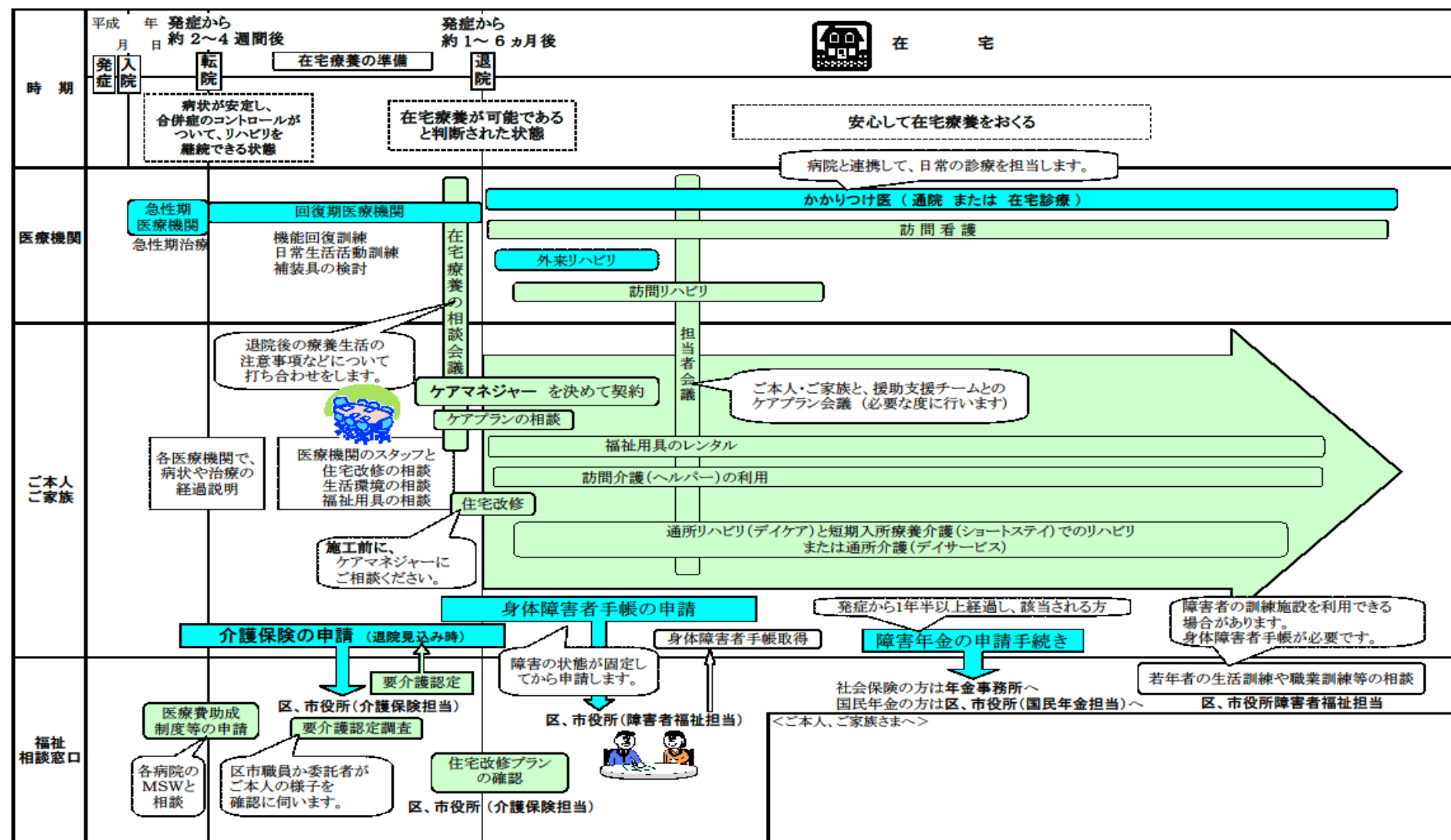
脳卒中の病状は発症から回復まで以下の過程を通ります

- ・ 急性期：緊急で急性期病院に入院し、「積極的な治療が必要な状態」
- ・ 回復期：急性期を脱し、「身体機能が回復のための治療(リハビリテーション)が必要な状態」
- ・ 維持期：病状が安定し身体機能が回復し、「その機能の維持や病気の再発予防し、日常生活が安心して送れる状態」

(注)これらすべての地域連携診療計画書の原本は患者・家族が持ち、医療機関をはじめ、関係機関が複写を活用する。

様 これからの生活プラン案 ご相談

※経過や在宅生活プランは、障害の状態や生活環境によって個人差があります。
区市町村により相談窓口等が異なります。



地域連携診療計画書(その2) 目標: リハビリにより機能が回復する

急性期診療科		病院		科
担当者名		Dr()MSW()Ns()		
氏名		リハビリ (PT: OT: ST:)		(男・女)
生年月日		西暦 19 年 月 日 (歳)		
住所				
連絡先				
保険種別		社本・社家・国・生・老1・老3・高・後・福・		
身障手帳		無・有(肢体・内部・その他)		種 級、他の手帳()
介護保険		□未申請・□申請中(新規・変更)(平成 年 / 申請)		
□認定済み(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)		ケアマネジャー □無 □有()		
居宅介護支援事業所		連絡先		
家族構成・状況等		☐ 持ち家 ☐ 戸建 ☐ 賃貸 ☐ マンション ☐ EV□有□無		主介護者: 関係() 連絡先: キーパーソン: 関係() 連絡先:
□高齢世帯 □独居 □家族と同居				
受傷(発症)前の生活状況		その他連絡事項		
				
診 断 □脳梗塞(ラクナ アテローム 心原性塞栓 その他) □脳出血(橋 視床 被殻 皮質下 その他) □くも膜下出血 □その他() 発症日 年 月 日 責任病巣 危険因子 □高血圧 □糖尿病 □脂血症 □喫煙 □肥満 □不整脈 □その他 既往歴/薬剤アレルギー 感染症 HBsAg +/- HCV +/- Wa-R +/- HIV +/- MRSA +/- その他 薬 剤 □アスピリン □クロピドグレル □シロスタゴール □ワーファリン □ヘパリン □アルガトロバン □オザグレル □tPA □エダラボン 急性期 手術 手術日 / □コイリング □クリッピング □シャント □血腫除去 □その他 治療 合併症 1. 2. 3. 併診科 □眼科 □耳鼻科 □皮膚科 □心療内科 □泌尿器科 □外科 □その他 再診予約 (有 無) 予約日 ()科 月 日 時 意識 JCS GCS 障害 高次脳機能等 □失見当 □記憶力障害 □夜間せん妄 □徘徊 □不潔行為 □拒薬 □抑うつ □失語(運動性 感覚性) □半側空間無視 □その他の問題行動 視 力 □半盲(右 左) □視力低下 眼鏡の使用(有 無) 聴 力 □難聴 補聴器の使用(右 左) 運動障害 □構音障害(軽 中等 重) □嚥下障害(軽 中等 重) □片麻痺(右 左)(軽 中等 重) □失調(右 左)(軽 中等 重) 処方 管 理 □自己管理 □病棟管理 添付別記(有 無) ※退院処方書裏面に貼付、持参書合わせて記入 内 容 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 注:内服薬の種類・量の変更を慎重にすべき薬剤には にて囲んで下さい。				

身体状況	身長 cm	体重 kg	最近3ヶ月内 kg 減 増
寝たきり度	J A B C - 1 2	認知障害度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
看護情報	生活援助	移動	□歩行(自立 見守り 介助) □車イス(自立 見守り 介助)
	食事(自立 見守り 介助)	入浴(自立 見守り 介助)	更衣(自立 見守り 介助)
	排泄(自立 見守り 常時見守り 介助)	排便回数 回/日	最終排便日 月 日
	排尿回数 回/日	排便回数 回/日	最終排便日 月 日
	□オムツ □尿器 □トイレ □失禁 □ストマ □膀胱ろう	□尿道カテーテル	サイズ Fr 次回交換日 月 日
	□排便コントロール	薬剤 ()	その他 ()
	□褥瘡 部位	□吸引	使用物品 ()
持参薬	□抑制 部位	□センサー	使用物品 ()
	□安全ベルト	□ベッド欄 ()本	
	□点眼薬 (1 2)	□軟膏 (1 2)	
栄 養	経口摂取	主食 □米飯 □粥(3・5・全)	副食(常・五分・三分)
	治療食□有() □無	嚥下食 I II III IV V	
	平均摂取量(割)	□義歯の使用(上下)	
経管栄養	食物アレルギー()	禁忌食材()	
	□経鼻胃管 □胃瘻	サイズ Fr 次回交換日 月 日	
	栄養剤()	投与量 朝() 昼() 夕() 寝前()	

リハビリ	FIM	日常生活機能評価表	0点	1点	2点
	t-FIM: _____点	床上安静の指示	なし、	あり、	_____
	m-FIM: _____点	どちらかの手を胸元まで持ち上げる	できる、	できない、	_____
	c-FIM: _____点	寝返り	できる、	例えにつかまればできる、	できない
	SLAS-M 近位上肢:	起き上がり	できる、	できない、	_____
	遠位上肢:	座位保持	できる、	支えがあればできる、	できない
	下肢(股関節):	移乗	できる、	見守りカーゴ介助、	できない
補助具	下肢(膝関節):	移動方法	介助不要、	要介助か搬送、	_____
	下肢(足関節):	口腔清潔	できる、	できない、	_____
		食事摂取	介助なし、	一部介助、	全介助
装 具		衣服の着脱	介助なし、	一部介助、	全介助
		他者への意思の伝達	できる、	できる時とできない時がある、	できない
		診療・療養上の指示が通じる	はい、	いいえ、	_____
※詳細は添付書類参照		危険行動への対応	ない、	ある、	_____
		合計点 (0~19)	点		

患者の希望するゴール
MSW 家族の希望するゴール
主治医から家族への面談内容
発症後の入院見込み期間: _____ヶ月
私は地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。 書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。 説明・同意日: 年 月 日 本人、家族の署名:

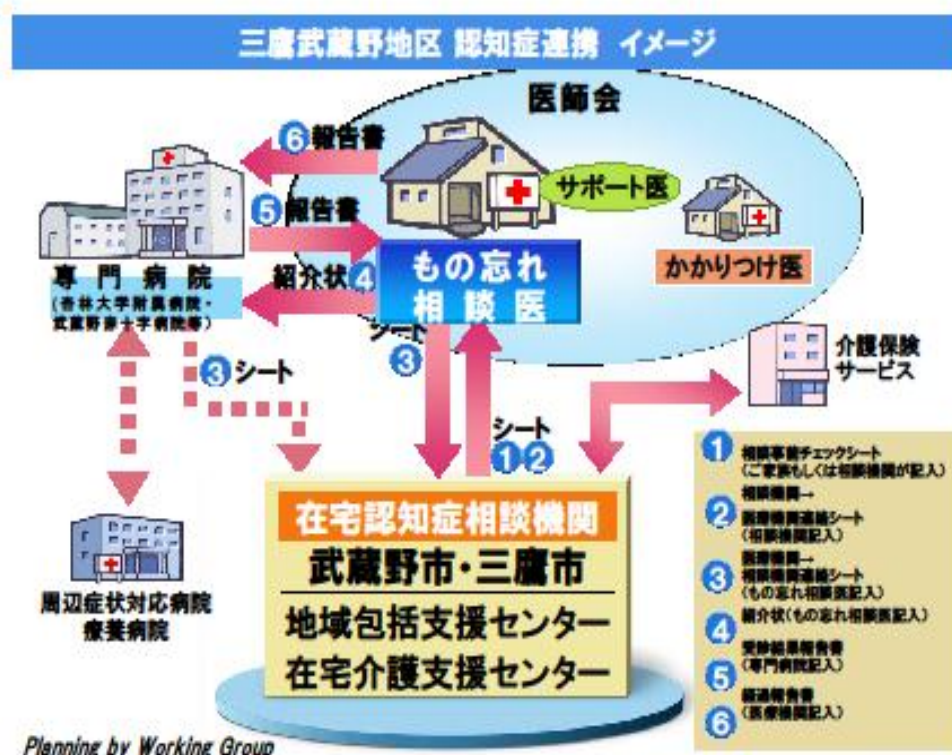
地域連携診療計画書(その4) <在宅・維持期から急性期病院へ>

- 自宅退院後の様子をもとにして、在宅生活を支える方々と急性期治療の先生方との相談の機会です。
- リハビリの機は、リハビリスタッフに限らず、記入できる方ならどなたが記入しても構いません。
- 在宅診療のかかりつけ医からの紹介状の添付書類として活用してください。
- 急性期治療を要する場合を除き、地域連携診療計画書の各管理病院に戻るか、当医療圏事務局までご連絡下さい。

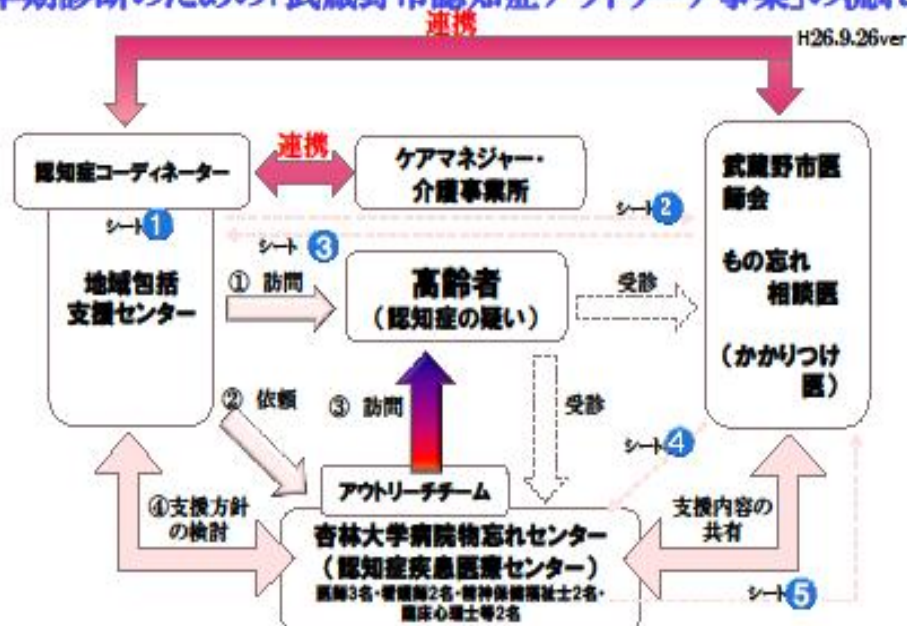
ふりがな 氏名		ご家族・キーパーソン (お名前、続柄等)																																																													
様 (男 女)																																																															
生年月日 西暦 19 年 月 日 () 歳		現住所: 緊急連絡先: TEL ()																																																													
主な日常生活上の活動 (内服薬、自己注射、活動内容、自主訓練等)																																																															
生活状況																																																															
利用しているサービス ①訪問看護 ②訪問介護 ③訪問リハビリ ④訪問入浴 ⑤通所リハビリ ⑥通所介護 ⑦在宅療養支援診療所 ⑧配食 ⑨福祉用具																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>サービス</td> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ご家族</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					月	火	水	木	金	土	日	サービス	午前								午後							ご家族																																			
	月	火	水	木	金	土	日																																																								
サービス	午前																																																														
	午後																																																														
ご家族																																																															
☐ 看護サマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2) 認知高齢者生活度(I IIa IIb IIIa IIIb IV V) 身長()cm 体重()kg 増減()kg/直近3か月 栄養状態(良 不良) 利き手(右 左) 義歯 □有(上 下)		移動 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>屋内</th> <th>屋外</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>歩行</td> <td>自立 伝い歩き 見守り 介助</td> <td>自立 補助具使用 介助</td> </tr> <tr> <td>車いす</td> <td>自操 見守り 介助</td> <td>自操 見守り 介助</td> </tr> <tr> <td>歩行器</td> <td>自操 見守り 介助</td> <td>自操 見守り 介助</td> </tr> <tr> <td>杖</td> <td>杖 ロフトラント杖 四角杖</td> <td>杖 ロフトラント杖 四角杖</td> </tr> <tr> <td>段差</td> <td>自立 手すり使用 介助</td> <td>外出介助必要</td> </tr> </tbody> </table>			屋内	屋外	歩行	自立 伝い歩き 見守り 介助	自立 補助具使用 介助	車いす	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助	歩行器	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助	杖	杖 ロフトラント杖 四角杖	杖 ロフトラント杖 四角杖	段差	自立 手すり使用 介助	外出介助必要																																										
	屋内	屋外																																																													
歩行	自立 伝い歩き 見守り 介助	自立 補助具使用 介助																																																													
車いす	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助																																																													
歩行器	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助																																																													
杖	杖 ロフトラント杖 四角杖	杖 ロフトラント杖 四角杖																																																													
段差	自立 手すり使用 介助	外出介助必要																																																													
食事 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助 ☐ 経口:主食(米飯 粥) 副食(常 ぎざみ) ☐ 経管(経鼻 経胃)()Fr 交換()週ごと ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 常時見守り ☐ 介助 排尿回数()回/日 夜間排尿()回 排便回数()回/日 最終排便日(/) 排泄 オムツ 尿器 トイレ ポータブルトイレ(24h 夜のみ) ストマ 膀胱ろう 尿道カテーテル()Fr 交換()週ごと 入浴 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助(軽 中 重) 更衣 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助(軽 中 重) 整容 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助(軽 中 重) ☐ 吸痰・口腔ケア □別紙参照 ☐ 床ずれ・清拭 □別紙参照 ☐ 服薬の注意点 □別紙参照		日常生活機能評価表 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0:できる、介助なし</th> <th>1:できない、一部介助</th> <th>2:できない、全介助</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>床安静の指示</td> <td>0, 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>どちらかの手を腕元まで持ち上げる</td> <td>0, 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td>0, 1, 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>起き上がり</td> <td>0, 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td>0, 1, 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td>0, 1, 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>移動方法</td> <td>0, 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td>0, 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td>0, 1, 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>衣服の着脱</td> <td>0, 1, 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>他者への意思の伝達</td> <td>0, 1, 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>診療・療養上の指示が通じる</td> <td>0, 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>危険行動への対応</td> <td>0, 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計点(0~19)</td> <td colspan="3">点</td> </tr> </tbody> </table>			0:できる、介助なし	1:できない、一部介助	2:できない、全介助	床安静の指示	0, 1			どちらかの手を腕元まで持ち上げる	0, 1			寝返り	0, 1, 2			起き上がり	0, 1			座位保持	0, 1, 2			移乗	0, 1, 2			移動方法	0, 1			口腔清潔	0, 1			食事摂取	0, 1, 2			衣服の着脱	0, 1, 2			他者への意思の伝達	0, 1, 2			診療・療養上の指示が通じる	0, 1			危険行動への対応	0, 1			合計点(0~19)	点		
	0:できる、介助なし	1:できない、一部介助	2:できない、全介助																																																												
床安静の指示	0, 1																																																														
どちらかの手を腕元まで持ち上げる	0, 1																																																														
寝返り	0, 1, 2																																																														
起き上がり	0, 1																																																														
座位保持	0, 1, 2																																																														
移乗	0, 1, 2																																																														
移動方法	0, 1																																																														
口腔清潔	0, 1																																																														
食事摂取	0, 1, 2																																																														
衣服の着脱	0, 1, 2																																																														
他者への意思の伝達	0, 1, 2																																																														
診療・療養上の指示が通じる	0, 1																																																														
危険行動への対応	0, 1																																																														
合計点(0~19)	点																																																														
リハビリ ☐ リハビリサマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 FIM等の機能評価 在宅で継続していること 回避していること		機能低下時のリハビリ相談先: リハサービス																																																													
ケアマネジャー等の支援者からの意見・相談 □要支援() □要介護() 記入日: 年 月 日 記入者:																																																															
かかりつけ医からの意見・相談 (通院時・住居時の様子等) 記入日: 年 月 日 記入者:																																																															
急性期治療医からの意見・お願い (今後の受療時期・検査の必要性等) 私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。 説明・同意日: 年 月 日 記入日: 年 月 日 記入者: 本人、家族の署名:																																																															

北多摩南部医療圏の事務局は武蔵野赤十字病院医療連携センター(電話0422-32-3111内線5555)です

2010.07. 北多摩南部版4-2



**武蔵野市と杏林大学病院の協働による認知症早期発見・
 早期診断のための「武蔵野市認知症アウトリーチ事業」の流れ**



武蔵野市地域医療の在り方検討委員会報告書

平成 27 年 2 月

発 行 武蔵野市地域医療の在り方検討委員会
事務局 武蔵野市健康福祉部地域支援課・健康課
武蔵野市緑町 2 丁目 2 番 28 号
電話 0422-51-5131（代表）

