平成24年度在宅医療連携拠点事業 共助のチカラで支える高齢社会 ~Living in place~

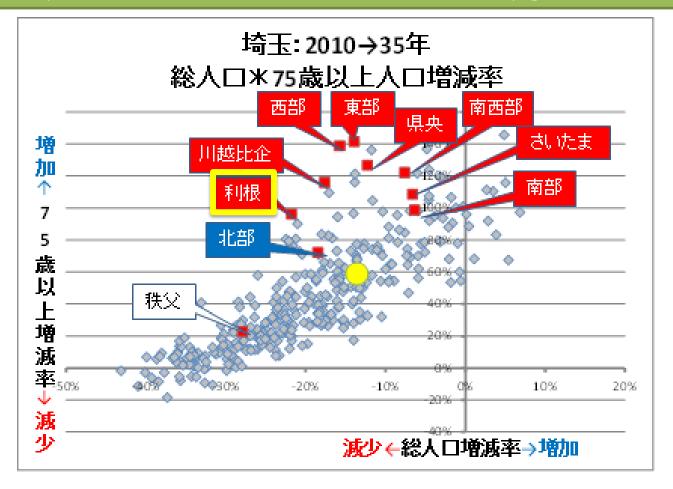


JAPAN MEDICAL ALLIANCE 東埼玉総合病院

対象地域:幸手市・杉戸町 在宅医療連携拠点事業所(菜のはな)

中野智紀 外園千代子 原口浩二 丑久保広子 三島秀康

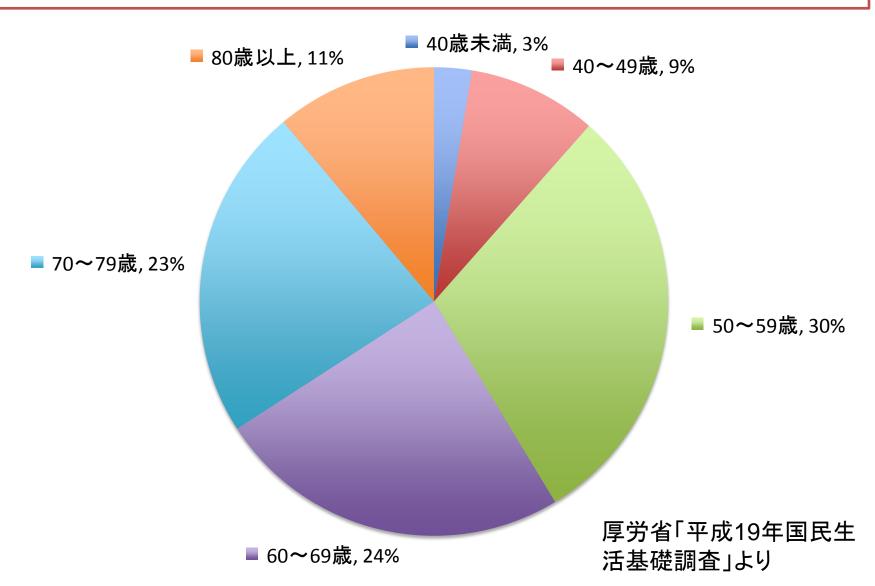
2035年までに地域の人口は減る一方で高齢者が増える。



高橋泰、(株)ウェルネス、 「二次医療圏データベース 集計集」 2012 (A. 「医療提供体制の現状」、表11-1、表11-2、表11-5、図11-4)

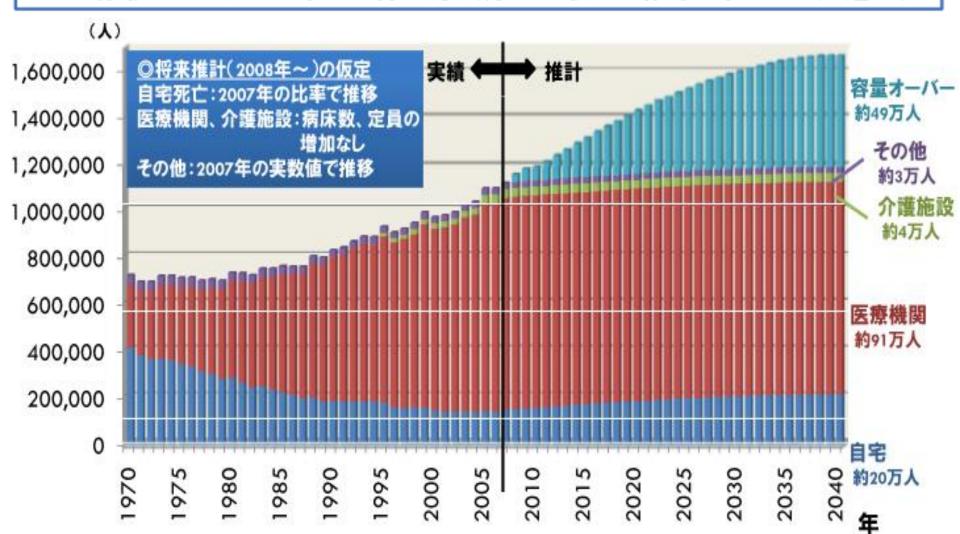
年齢別にみた介護者の構成割合

介護者の約6割が60歳以上であり、10人に1人の介護者が80歳以上



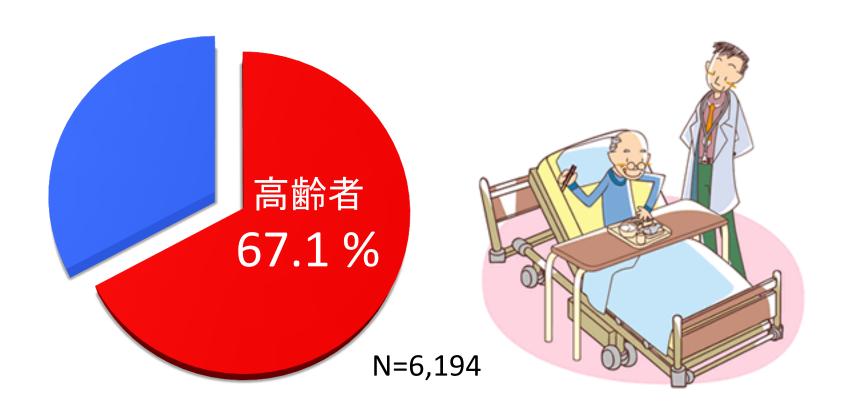
死に場所の大不足

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での 医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数 のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



当院新規入院患者における高齢者割合

(平成23年4月1日~平成24年9月30日)



65歳以上(前期高齢者) 67.1%

75歳以上(後期高齢者) 38.4%

超高齢社会における医療難民はシステムエラー

~セイフティーネット型の医療システムが制度疲労を起している~

2012年 2025年 変わらぬ病床数 →医療難民の急増 老化∙慢 高齢化の進行 老化•慢性疾患 性疾患 関連リス 関連リスク 高齢者

老化・慢性疾患関連リスク

生活に強く関連しており、重症化予防可能な一方で、放置すれば高率に重症化するもの

慢性疾患

- がん
- 生活習慣病(高血圧、糖尿 病、脂質異常症、慢性腎臓病 等)
- 認知症および周辺症状
- 慢性心不全
- 呼吸器疾患(COPD等)
- 脳血管・神経変性疾患
- 慢性肝炎・肝硬変
- 骨粗鬆症・筋骨格系異常
- 過活動性膀胱

监田库长上7%出到库里

老化に伴う機能低下(老年症候群を含む)

- 精神疾患(譫妄・うつ等)
- 摂食嚥下機能障害
- 栄養障害
- 褥瘡および皮膚疾患・足病変
- 排尿・排便障害
- 易感染性
- 転倒骨折(ロコモティブシンドローム・サルコペニア)
- ・ 廃用症候群(脳卒中後遺症等 を含む)

超高齢社会へ対応できる新しいモデル構築が必要

リスクの少ない若者

救急

高度成長期の医療モデル



老化や慢性疾患 など一人で多病の 高齢者

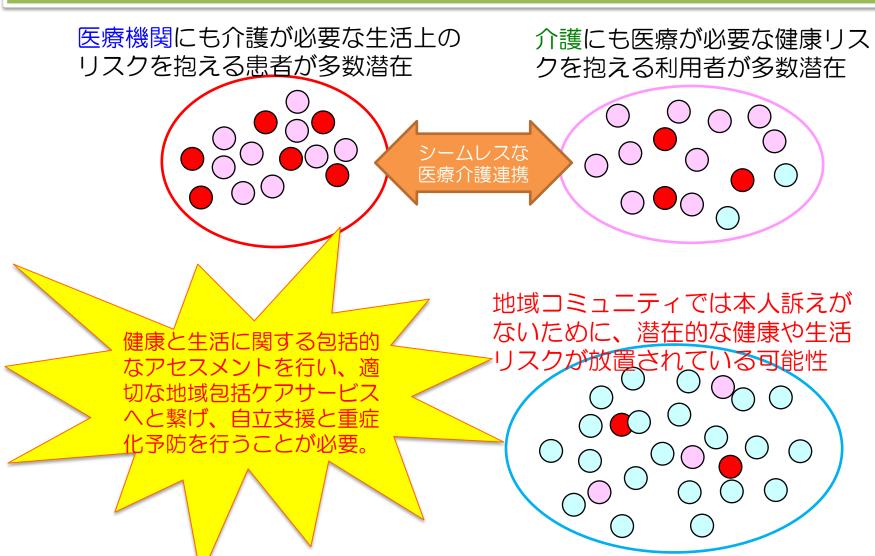
重症化予防による Life course support 重症化回避

在宅を中心とした 支える医療

回避困難→救急

超高齢社会の医療モデル

潜在的なリスクを有しながらも、医療機関へ受療していない住民が相当数いる可能性がある。介護など必要な自立支援がない為に、生活の自立が損なわれている住民が多数潜在している可能性がある。



医療介護連携が不足すると高齢者の悪循環が生じる

老化や慢性疾患に伴うリスクを有しながらも、疾病が発症し、発見や医療との連携が送れ、重症化、多病化、 不可逆化してから治療に難渋し、長期入院となり、ADL低下、退院後も複数のリスク残存、再入院を繰り返 すケースがある。こうしたケースを放置すると、患者の健康やQOL、介護度などが悪化するだけでなく、地 域の救急や急性期機能が麻痺状態と成り、医療が回らなくなってしまうため、一例一例、防いでいかなければ ならない。



高い 再入院率

日常 生活

見過ごさ れる潜在 リスク



リスク残 存のまま 退院

医療介護連携の不足 による高齢者の悪循

環

疾病の 発症•題 在化



長期 入院

重症化• 多病化・ 不可逆化



発見の 遅れ



当地域における問題解決へ向けた3つの視点

救急・急性期を含む医療・施設との連携

→限られた急性期や入院医療資源を有効かつ効率的に活 用する。

医療介護連携で暮らしを支える在宅医療

→シームレスな医療介護連携と多職種協働により、回避可能な疾病で、暮らしを中断させないように積極的かつ予防的なケア

コミュニティレベルの見守りの強化

→地域の実態把握とハイリスク者の特定により、早期に予防的介入を行う。(生活自立支援と重症化予防)

新しい200床以下の地域密着型急性期病院のモデルを創



社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院

(埼玉県幸手市)

新天地で地域医療再生に貢献し 地域全体を"1つの医療機関"に育てる

1973年から埼玉県東部で急性期医療を担ってきた東埼玉総合病院は2012年5月、隣接する幸手市に新築移転を果たした。スタッフの意見を最大限に反映した新病院で、2人主治医制やネットワークシステムを活用しながら院外との連携を強化し、地域医療の再構築に向けて尽力していく同院を紹介する。

撮影=関口宏紀



▶の出入りを

病院 DATA

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院

住所: 埼玉県幸手市吉野517-5 電話: 0480-40-1311 http://saitama.jinai.jp/

> →『地域密着型病院』として、従来の 病院の枠を超えた新しい病院経営を めざします」と話す三島秀康病院長



洗練された雰囲気の待合は患者からも好評



日本医療企画 最新医療経営フェイズスリーより

平成17年 · 日本病院機能評価機構認 · DPC対象病院

- •平成21年 地域医療再生計画(厚労省)
- •平成24年 在宅医療連携拠点事業(厚労省)



息性期医療への対応人員2025年度に現在の1.6~2倍

任七匹原守利用台 2011年度 2025年度 17万人/日 ⇒ 29万人/日 店・七米・仕・七川 護利用名 2011年度 2025年度 335万人/日 ⇒ 510万人/日/

コミュニティケア拠点 "菜のはな"を設置



菜のはなが提供する包括的な"みまもり"

地域協働により高齢化したコミュニティへ様々な"みまもり"をコーディネート

重症化予防への連携



高齢者の為に、 コミュニティでできること。 地域協働により実現します。









"菜のはな"



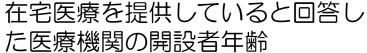


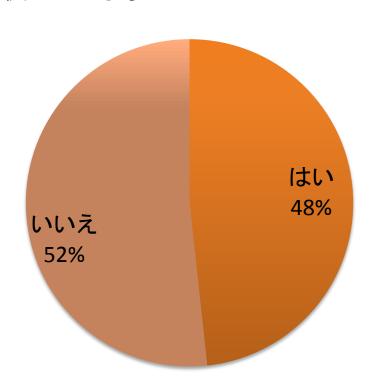


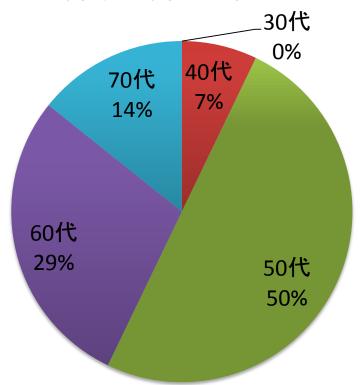
在宅医療(往診を含む)を提供していると回答した医療機関は48%

~地域医療ネットワークシステムの構築へ向けたアンケート調査結果~

Q 在宅医療(往診を含む)を提供していますか?







アンケート実施:埼玉利根保健医療圏地域医療推進協議会

対象: 北葛北部医師会会員

調査期間:平成23年10月27日~11月2日

有効回答率:57.1%(29施設/49施設) ※医師会未加入医療機関は除く

第一回成果報告会・意見交換会 2012-11-29 アスカル幸手会議室にて

限られた資源で、深刻化する超高齢社会をいかに乗り切るか?チームオール幸手市による、地域ぐるみで検討を繰り返していく。



在宅医療の地域インフラに関する現状と課題

- 在宅医療専門クリニック(在支診・在支病を含む)は無いが、一方で、在宅医療を提供している医療機関は48%(14施設)と決して少なくない。
- 在宅医療を提供しているかかりつけ医も、標榜せずに自院へ 通院していた患者が主な対象であり、他院からの受け入れ は、あまり積極的ではない。ただし、急変時の対応に困って いる医療機関が多く、特に病院との連携を求めている(連携 の不足が課題)。
- 幸手市には訪問看護ステーションが1つも無いなど、医師以 外の在宅医療や介護の為の地域資源に乏しい。
- 単身独居や高齢夫婦世帯が多く自助には限界がある。近所付き合いや、自治会等の地域コミュニティも基盤が脆弱化してきている。

当地域における在宅医療普及へ向けた考察

- 在宅医療の普及は、国の方針であることは理解できるが、現在でも 既に多忙な地域の医療機関が、在宅医療に積極的に乗り出す事は現 実的とは言えない。
- 一方住民も、在宅医療が必要となったときに、慌てて在宅医療を提供する医療機関を探すのではなく、高齢者は、健康なうちから在宅医療を行っているかかりつけ医へ通院し、時間をかけて、信頼関係を構築していく事が重要(かかりつけ医制度の定着)と考えられる。
- 何より、在宅医療を提供している医師の負担軽減や、多職種協働、 在宅医療を支える人材の育成、急変時の医療連携など、後方支援を 充実するなど環境整備が必要。その為には、施設を越えた協力体制 が必要。
- 地域の実態とニーズを調査し、スケークホルダー間で問題を共有しながら、解決へ向けて、自発的に在宅医療の普及を促していく事が最も地に足をつけた方策と考えられる。在宅医療に必要な、家族の介護力等の自助も限界に近づいており、コミュニティの再生も必要。

在宅医療連携拠点事業概要

- 在宅医療を提供する医師会診療所の後方支援
 - ▷ 在宅医療患者の入院受け入れ等
 - 24時間対応のコールセンター
- ・ かかりつけ医の負担軽減と在宅医療連携
 - ▷ 医療必要度に応じた在宅医療連携パスによる二人主治医制
 - ▷ 強化型の在宅医療支援診療所/病院取得(連携型)
 - ▷ 「とねっと」を活用した情報共有
 - かかりつけ医を対象とした実態アンケート調査
- ・ 医療と介護の連携システムの構築
 - ▷ 地域ケア会議・要フォロー会議の開催
- 地域包括ケアを支える人材育成・多職種協働教育
- ・ 健康生活実態調査による地域把握
 - マキ団地をモデル地域としたコミュニティマネージメント
 - > 「暮らしの保健室」の運用による地域コミュニティーとの連携

在宅医療を支える人材育成

~多職種協働教育とヒューマンネットワークの構築~













幸手保健所長









施設を越えて広がる在宅医療ヒューマンネットワーク



地域で活動するがん患者会シャロームとの 在宅緩和ケア学習会と意見交換



医療介護連携ワークシートを活用した多職種協働カンファレンス



地域で活動する事業所PR

杉戸・幸手民生委員との勉強会



杉戸町ヘルパー連絡会での勉強会

院内の変化

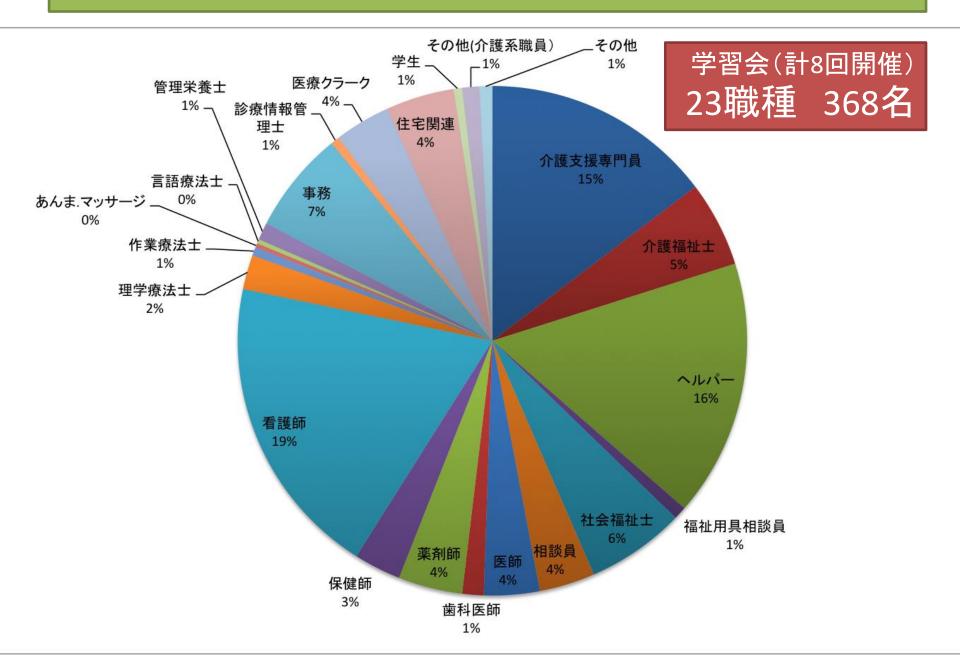






- 退院支援看護の対象者スクリーニングシステム稼働開始
- 医療必要度の高い在宅医療提供患者の増加
- 在宅看取り件数の増加
- 多職種協働カンファレンスの週一回定期開催
- 退院支援カンファレンスと在宅担当者会議の増加
- 栄養サポート・褥瘡ケア・糖尿病ケアチームの地域との連携

医療介護連携学習会へ参加した方々の職種



医療と介護の『深い溝』を越えるには?



医療

- •同じ法人に訪問介護も看護もあるのに、他の病院に入院させてしまっている。
- ・軽症患者でも救急車を呼ぶのは辞めて 欲しい。せめて一報をもらいたい。
- ・重症の場合、もっと早く来てくれたら入 院期間が短くて済むし、ベットも回転する
- •入院期間が延びると、患者の体力や認知機能が低下する。
- ・リピーター患者を退院させるときは、い つも「きっとまた来る」と不安だ。
- •高齢者が増えると後方病院が不足する。
- •経済的な問題で施設には入れられないが、在宅だと不安



介護

- •介護の現場で困るのは、介護ではなく医療 上の問題
- ・健康問題で困ったとき、相談する先がない。
- •名ばかりの主治医が多く、いざという時、受けてもらえない(医介連携の不足)。
- •『何かあったら』というが、どういう時なのかいつもこまる?
- ・健康上の問題が生じると結局抱え込んでしまい、仕方が無いから軽症でも救急車を呼んでしまう(救急車乱用)。
- •同じ法人に病院があるのに、敷居が高く、 他の病院へ送っている。
- ・介護福祉士が最も患者と接している時間 が長い。

グループワークにより示された医療介護連携における 現状の課題と解決へ向けた方向性

事業前

リスク残 存のまま

退院

長期

入院

高い

再入院率

重症化してから長期入院、ADL低下、退院後も複数のリスク 残存、再入院を繰り返す。

日常

生活

悪循環

重症化•

多病化•

不可逆化

対応や医

療との連

携の遅れ

見過ごさ

れる潜在

リスク

疾病の

発症•顕

在化

発見の

遅れ

事業後

見守りとヘルスケアを効率よく届ける仕組みづくりにより病気 を悪化させず、それでも悪化した場合、早期発見、早期治療、早期 社会復帰を可能とする効率の良い医療によりliving in placeを実 現する。 日常生活の 見守り 在宅医療 連携拠点事業 退院支援に 自立支援と 重症化予防 よる社会復 帰へ医療介 による見守 護連携 Living in place の実現 発病 疾病の治癒 早期発見の リスク解除 見守り

早期治療

円滑な

介護医療

連携

①多職種協働の考え方を共有 ②共有すべき情報の標準化 ③ワークフローの作成





多職種協働(IPW)

Inter-professional team- working

第一回 多職種協働についての地域共通概念を形成する。

多職種協働とは、医師を頂点としたピラミッド型の組織ではなく、多様な専門職が集まるフラットなチームにより提供される必要がある。

しかし、それぞれが単に別の別の視点で思いついた意見を言い合うのではなく、キュアとケアのバランスを取りながら、 チーム全体としての詳細なアセスメントに基づいた一定の方針を共有しながら、それぞれの専門性を発揮できることが求められる。

さらに、その方向性は、可能な限りすみ慣れた地域で、その人らしい生活を続けて行くことを支援するという視点が重要である(患者の暮らしや想いに中心をおいた寄り添う視点)。具体的な方法として、患者が自立へむけた方法をinformed choiceできるように支援することである(自立支援)。

また、家族や介護者の思いを受け止めながら、ケアを提供して行くことも重要である。

注意点として、やはり医師が発する一言の影響は大きく、特に在宅医療に関わる医師には、以上のような視点を持っていただくことが重要と考えられる

医療介護連携における高齢者悪循環アセスメントワークシート

老化や慢性疾患に伴うリスクを有しながらも、疾病が発症し、発見や医療との連携が送れ、重症化、多病化、不可逆化してから治療に難渋し、長期入院となり、ADL低下、退院後も複数のリスク残存、再入院を繰り返すケースがある。こうしたケースを放置すると、患者の健康やQOL、介護度などが悪化するだけでなく、地域の救急や急性期機能が麻痺状態と成り、医療が回らなくなってしまうため、一例一例、防いでいかなければならない。

①日常生活の見守り体制はできているか? (例:家族、その他の介護者など) ⑤入院の原因となった疾患だけで なく、背景となった慢性疾患や老 化に伴うリスクの重症化予防や自 立支援について対策が立てられて いたか? ②潜在する慢性疾患や老化に伴うリスクは特定 され、自立支援や重症化予防へ向けて十分な対 日常 応策が予め検討され、家族やチーム内で共有さ 生活 れていたか? 見過ごさ 高い れる潜在 再入院率 リスク 疾病の リスク残 存のまま 発症•顯 退院 在化 悪循環 ③体調の変化や病気の発症を早期に発見する 為の対策や取り決めがあらかじめ検討され、家 族やチーム内で共有されていたか? 長期 発見の 入院 遅れ 重症化• 対応や医 多病化• 療との連 不可逆化 携の遅れ ④体調の変化や病気の発症時、医療へ円滑に繋げる為の対策がとられていたか?緊急時の連携先となる 医療機関との情報共有や、具体的な対処方法が事前に協議され、家族やチーム内で共有されていたか?

何かあったら…では対応が遅れてしまう。 早期発見・早期治療へ結びつける客観的指標を用いた見守りが肝要。 その為には、医療介護の共通言語が必要。



SpO2 < 90% 心拍数 > 110回/分 呼吸回数 > 25回/分

定期的客観的に 測定し記録 チーム内で 病院への連絡 基準を共有



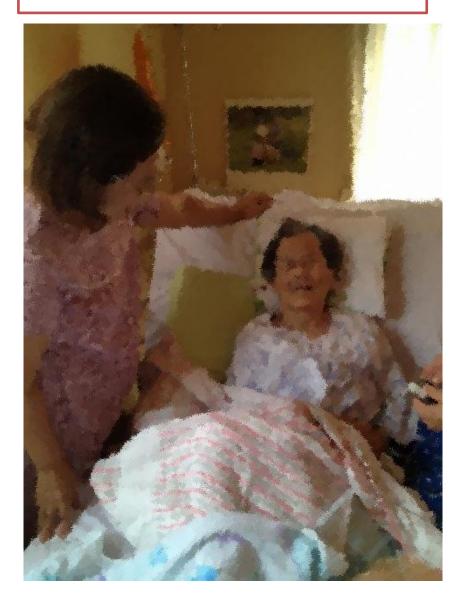
37.8°C以上の 発熱が3日間以上 体重が3ヶ月で3kg以上の低下 又は下肢の浮腫

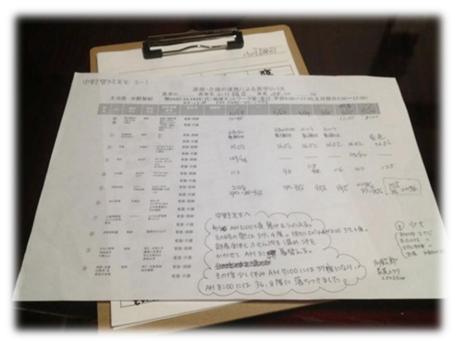
医療・介護の連携による見守りパス

患者ID______ 患者名______ 身長____cm _____kg主治医 中野智紀 ☎0480-40-1311(代)(窓口:平日9:00~17:00,土日祝日9:00~12:00)

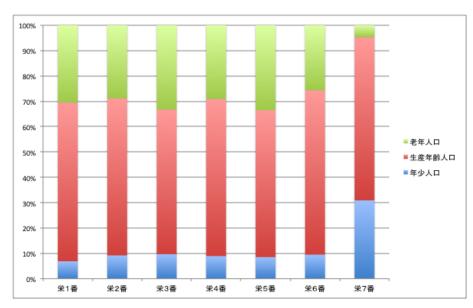
実施	No	観察 項目	測定 方法	病院連絡 基準 バリアンス	担当者	退院時	/	/	/	/	/	/	
	前提	被介護者から訴えがある場合	観察	家族へ連絡(連 絡がつかない 場合は、かかり つけ医へ連絡。 家族がいない 場合)	家族・医師看護・介護								
	1	意識障害 活気の低下	観察	あり あり	家族·医師 看護·介護								
	2	体温	体温計	BT>38.0 [°] C以上 が2日以上続い た場合	家族·医師 看護·介護								
	3	血圧	血圧計	BP>180/110 mmHg ※二日 以上 BP<80/40	家族·医師 看護·介護								
	4	心拍数	血圧計 SpO2	HR>110 bpm HR<40 bpm	家族·医師 看護·介護								
	5	呼吸状態	SpO2 呼吸回数	SpO2 < 90 % 呼吸回数>25回 /分	家族·医師 看護·介護								
	6	BMI/体重	体重計	BMI<19 三ヶ月で3 kg以 上の体重減少、 又は増加	家族·医師 看護·介護								
	7	上腕周囲長 ふくらはぎ周 囲長	メジャー	ふくらはぎ周囲 長<31 cm	家族·医師 看護·介護								
	8	食事摂取量	観察	通常の1/3 以下	家族·医師 看護·介護								
	9	BPSD·精神 神経症状 行動以上	観察	有り ※特に介 護者に危害を 加える場合は 連絡必須	家族·医師 看護·介護								
	10	褥創・皮膚 の異常・足 病変の有無	観察	有り ※後発部 位を観察	家族·医師 看護·介護								

医療と介護の共通言語在宅見守りパス





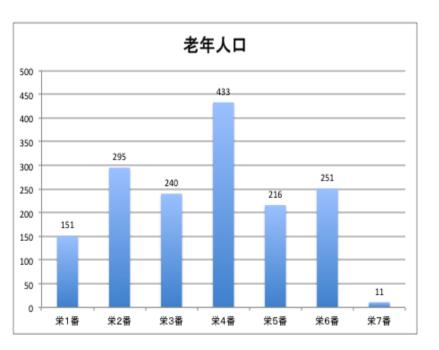


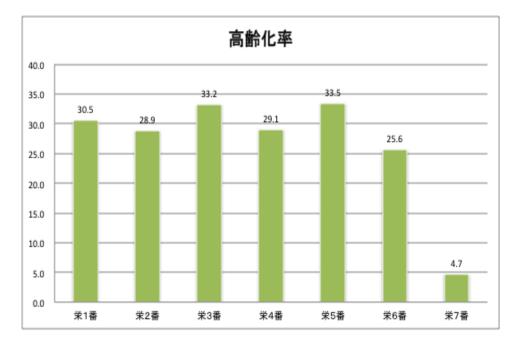


UR都市機構 幸手団地 人口構成概要



高齢化率(%) 28.6 総人口 5585 65歳以上 1597 75歳以上 498 80歳以上 197 90歳以上 23 100歳以上 0





埼玉県 町(丁)字別人口調査より 平成24年1月1日現在

事例

幸手団地健康と暮らし支えあい協議会

Health and life support council for Satte housing complex (SCS)

目的:①重症化予防により健康推進へと繋ぐ、②自立した生活への支援へと繋ぐ、③コミュニティ再生と見守りによる孤立防止

会長:加藤弘二(幸手団地自治会)

<協議会委員>

- •幸手団地自治会
- •幸手団地担当民生委員
- ・社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院
- <オブサーバー>
 - *UR都市機構 東埼玉住宅管理センター(団地管理事務所)
 - •幸手市高齢福祉課
 - •幸手市消防本部



協議会ロゴ

事務局(東埼玉総合病院内)

運営本部

- ①運営管理
- ② 労務経理
- ③受入れ研修
- 4)広報
- ⑤資材管理

実態調査班

- (1)アセスメント
- ②帳票データ入力
- ③結果分析
- ④システム管理
- ⑤要フォロー会議の開催

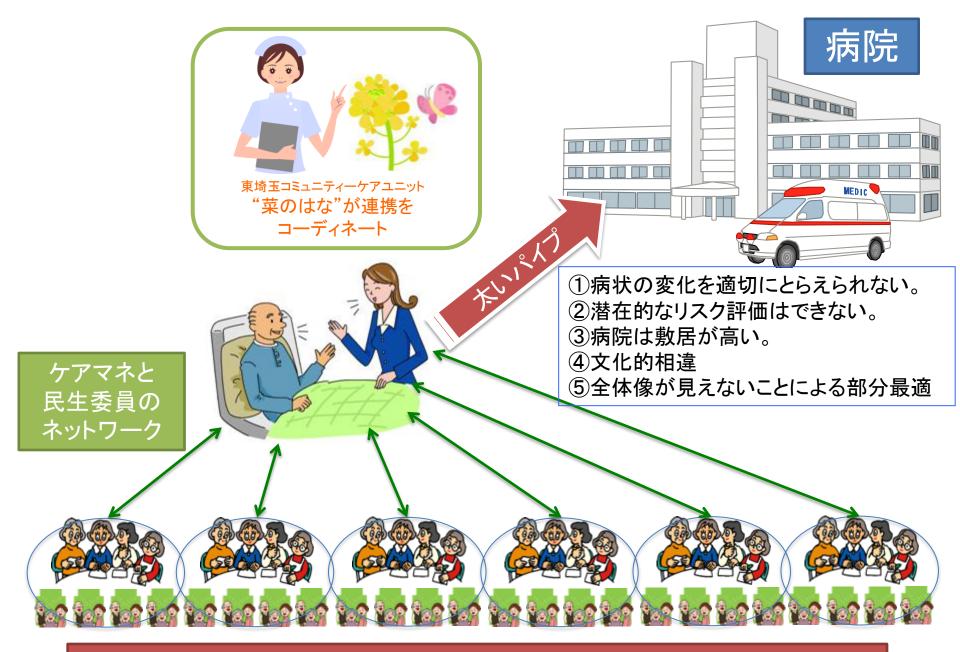
支えあい班

- 1保健サポート
- ②医療サポート
- ③介護サポート
- ④福祉・自立支援サポート
- ⑤心のケアサポート
- ⑥住環境サポート
- ⑦コミュニティーサポート

幸手団地健康と暮らし支えあい協議会での検討風景









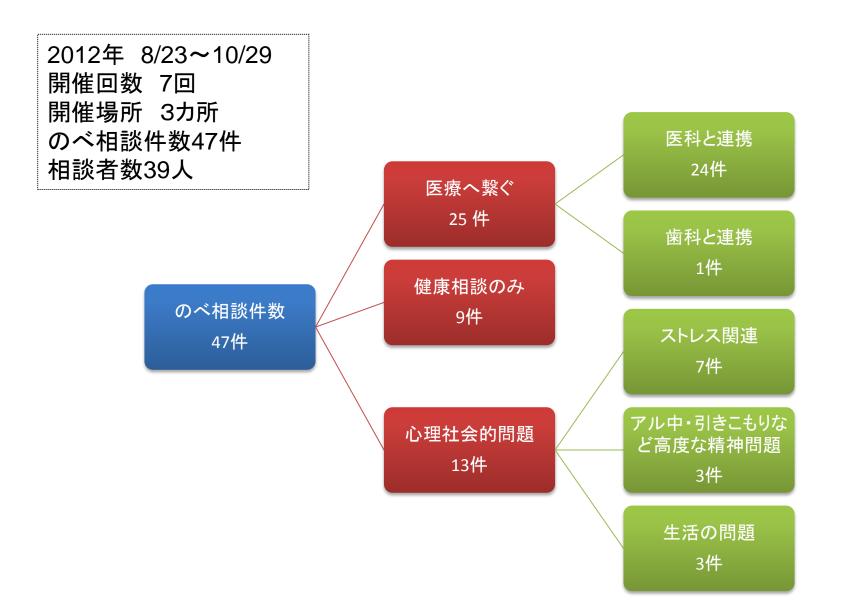




暮らしの 保健室の実際



第一回 暮らしの保健室"菜のはな"成果報告



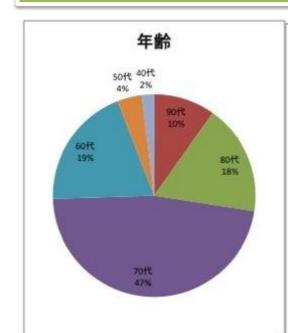
地域コミュニティにはリスクを抱えながらも医療や介護へ繋がれない住民が相当数潜在。

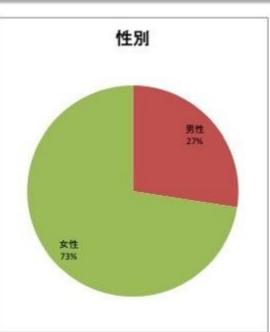
相談者の中には、直ちに入院となったり、死亡した重症例も多く含まれていた。病状が軽症か重症か判断できなかった相談者は、東埼玉総合病院へ繋ぐ事とした。受診後、病状の安定が確認され次第、かかりつけ医へ逆紹介となっている。医療機関につないだ相談者のうち、2名は受診せず、2名はその後、連絡がつかなくなった。これらの相談者とは、関わりを継続していく。

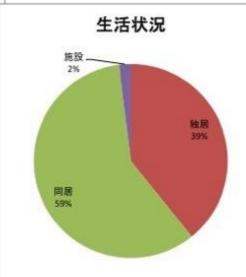
連携先	人数	
当院	15	
かかりつけ医	5	
かかりつけ歯科医	1	
受診せず	2	
連絡つかず	2	
合計	25	

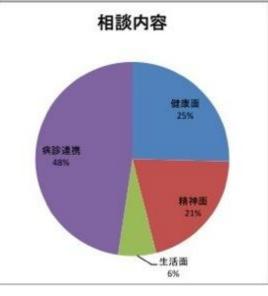


暮らしの保健室における相談者の背景









相談者の約半数が60歳以上の高齢女性であった。一方で、男性の相談者が少なかった。

生活状況では、約40%が独居、約60%が同居であったが、昼間家族が不在する 昼間独居の可能性も否定できない。

相談内容の約半数が、医療機関の受診先に関する相談であった。自らが抱える健康問題を治療する為には、どの医療機関へ受診すればよいのか、あるいは、どうしたら、希望する医療機関に受診できるのか(受診方法)が分からずにいた。

細分化された診療科や標榜、さらに、 診療機能が複雑で分かりにくいことが要 因の一つと推察された。

相談内容の26%が心理社会的な問題 であった。アルコール中毒や引きこもり、 高度な精神障害などが含まれていた。

幸手団地健康と暮らし支えあい調査 (健康生活アセスメント)

健康と生活の両面を評価する標準化された調査票を用いて、対象者宅を一軒ずつ訪問して、聞き取り調査を行う。調査員は事務局が雇用(非常勤職員・ボランティア)。



健康と暮らしに関する共通の帳票を用いることにより、より客観性の高い包括的なアセスメントが可能になる。

幸手団地 実態調査票 実態調査票(個人調査①) V1.7					V1.7	
氏名	世帯の世帯構成番号で記入可	年齢		性別	男・女	
A. 近隣社会との関係						
悩みを 近所で	談できる人、近所で親しい友人、緊急時にお互いに連絡 相談できる人 (いる ・ いない) 親しい友人 (いる ・ いない) にお互いに連絡しえある人 (いる ・ いない)	が取れる	人がいます	<i>ት</i> ?	【交友關係】	
【A2】近所の方	とどの程度お付き合いをされていますか?				【近所づきあい】	
全くなし	ハ・ あいさつする程度 ・ 会話をする程度 ・ 家を行	き来する	用事を頼	頃む		
交流内容	れている方はいますか?いる場合はその頻度と内容を彰いる (親族(娘 ・ 息子 ・ 兄弟姉妹 ・ 嫁)・ ボランティア ・ ヘルパー ・ 他)・ いない	頻度	([交流]))	
	ているコミュニティはありますか?(あると答えた方は)ど(自治会 ・ 老人会 ・ クラブ活動 ・ 暮らしの保健室				? [コミュニティ]	
B. 移動						
	際、不便と感じることはありますか?(あると答えた方は) (学校 ・ 病院 ・ 買い物 ・ 仕事 ・ その他)・ な		どんなどんな	時ですか?	【不便を感じる移動】	
【B1−1]([B1]であると答えた方に対して) なぜ、不便と感じるの	かその耳	里由を教えて	て下さい。	【不便と感じる移動の理由】	
階段の)上り下りが大変だから ・ 遠いから ・ 交通手段がない	から・	その他()	
C. 栄養						
【C1】1日に何	食食事を取っていますか?(欠食がある人、不規則な人!	ま)また理	■由も教えて	下さい。	【食事摂取状況】	
3食・	2食・1食・不規則 理由 ()	

地域で活動するNPO法人との協働

健康生活アセスメントデータをクラウドデータベースへ入力



シニア情報生活 アドバイザー 制 度



も戸町周辺地域の活性やひとりひとりの生きがいを考えます NPO法人すぎとSOHOクラブ



シニア情報生活アドバイザー制度 - TOP

☑ 事務局宛 E-mail



⊕ 制度のしくみ

◆ 養成講座
実施団体

◆ 養成講座

スケジュール

→ 補助事業 (実施団体様向け)

◆ シニアネット交流広場







○ ようこそ、シニア情報生活アドバイザーの HP へ

高齢者がパソコンやネットワークを利用して、より楽しく、活動的な生活を送れるようになることを目指した、「シニア情報生活アドバイザー制度」のページです。

シニア情報生活アドバイザーには、高齢者がパソコンやネットワークを 利用するときのリーダーとなることが期待されています。それも、パソ コンやネットワークの使い方を教えるだけでなく、具体的には下記の事 項を教えることが役目です。

- ・パソコンやネットワークを趣味に役立てる方法
- ・パソコンやネットワークで生活を楽しく便利にする方法
- ・パソコンやネットワークを社会参加のために役立てる方法



協働事項

- ①アセスメント調査のデータ入力
- ②"とねっと"の普及啓発・技術指導

当事業で活用するクラウドデータベースの画面



株式会社富士通様より提供

協議会をコミュニティーケアの要として実態に基づく適切な 多職種協働による地域包括ケアサービスを提供



健康生活アセスメント ①健康と暮らし支えあい調査

②暮らしの保健室





要フォロー会議(必要な支援を抽出)

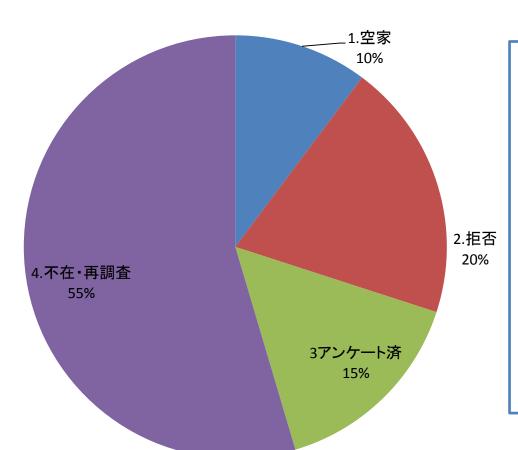


東埼玉コミュニティーケアユニット "菜のはな"が地域協働を コーディネート

必要な支援へと繋げる 生活 予防 支援 介護 住居 医療 防犯防災 健康と暮らし 支えあい協議会

幸手団地アセスメント調査実施概要

■1.空家 ■2.拒否 ■3アンケート済 ■4.不在・再調査



<アセスメント調査概要>

調査期間:2012年11月5日 ~2013年2月15日 (実働79日)

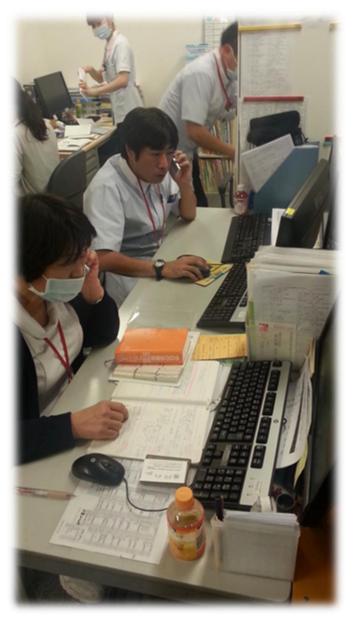
総戸数:3,021戸

調査済: 466 世帯(15%) 空き家: 309 世帯(10%) 拒否: 597 世帯(20%) 不在: 1649 世帯(55%)

調査班:17名 入力班:5名







コミュニティ再生









在宅、外来、入院、トリアージによりその方に最も適した医療へ繋ぎます。 元気なうちに、かかりつけ医を作り老後に備えます。



資料

2012年7月 地域の医療機関が103施設が1つのネットワークで繋がります。& 東埼玉総合病院は、患者さんの命を守るため、"とねっと"へ積極的に参加しています。&

杉戸・幸手・宮代・久喜・白岡・加須等にお住まいの皆様へ!

地域医療ITネットワーク"とねつと"へ参加登録しましょう!

もしもの時も安心!まずは、かかりつけ医カードの作成から♪

どこの加入医療機関へ受診しても、同じ検査結果やCTやMRI等の画像を見ることができるので、連携もスムーズになり、何度も同じ検査をしなくても済みます。

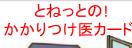
かかりつけ医と東埼玉総合病院との二人主治医制や連携診療が、さらに充実!

東埼玉総合病院だけでなく、久喜総合病院や済生会栗橋病院、堀中病院、秋谷病院などの救急病院が登録しており、地域が協力して「たらい回し」の状態を防ぎます。

とねっとに加入すると、救急隊から病院の 情報も見ることができるので、もしもの時の 対応が迅速に行うことができます。











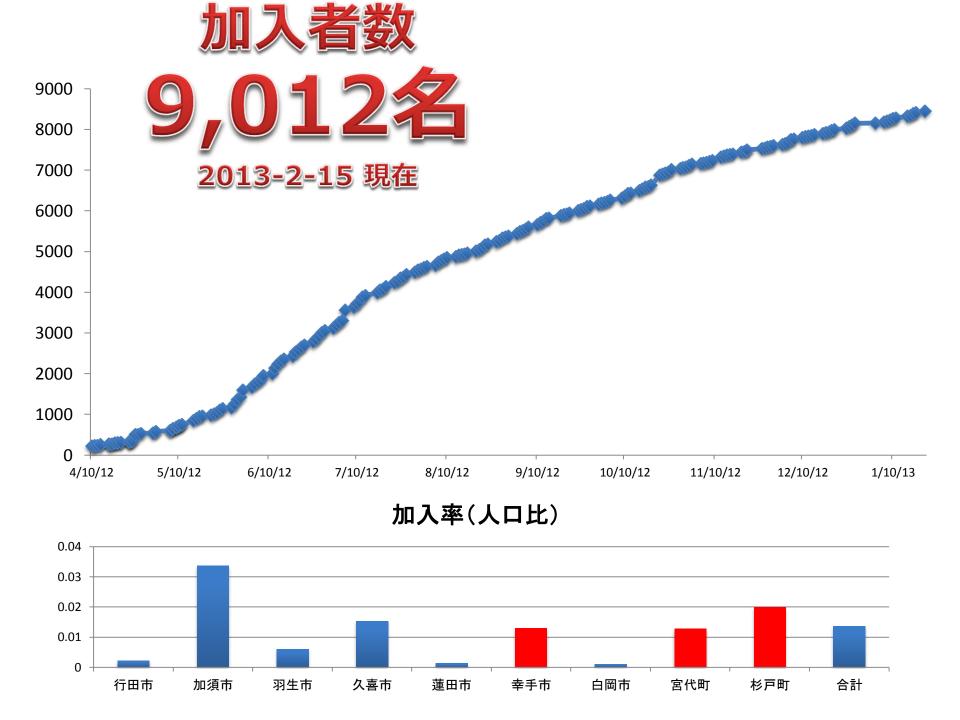
行政の社会保障サービスなので、! 費用は無料です。

> 検診結果や自宅で測定した血圧や体重等の健康記録も作成することができ、 健康づくりに役立てられます。

機械が苦手だったり、パソコンをお持ちではない方でも、お役立てできます。(とねっとは主に医師や救急隊が扱うものです)

他にも、いろいろな機能が あります!

※お申し込みは、杉戸(保健センター)、幸手(ウェルス幸手)、宮代(保健センター)、久喜(保健センター)まで申請時に必要なもの:□身分証明書(保険証・免許証など)、□持っている医療機関の診察券すべて



高齢化したコミュニティ単位に住民主体の "健康と暮らし支えあい協議会"を設立し地域協働と見守りの拠点とする



"健康と暮らし支えあい協議会"

人口3~5千人程度の"コミュニティ"ごとに、住民主体の協議会を設立。コミュニティーケアと見守りの連携拠点としての役割をになう。

現在協議会が設置されているコミュニティ

- ①幸手団地(幸手)
- ②フレッシュタウン(杉戸)
- ※今後、コミュニティごとに設置していく。

在宅医療の普及啓発事業

2012年11月2日 杉戸町フレッシュタウン自治会主催 杉戸町保健センターとの協働











「菜のはな」の活動を視察にお越し頂いた方々





今後の事業

- かかりつけ医と病院との在宅医療・救急連携の あり方に関する検討(アンケート調査)
- 電子版医介連携見守りパスの稼働実証
- ・ 市民シンポジウムの開催(3/2 ウェルス幸手)

特別講演 藤本晴江先生(NPO法人地域医療を育てる会)

• 事業成果報告会の開催(3/9 ウェルス幸手)

基調講演 武藤真祐先生(祐ホームクリニック石巻)



東埼玉総合病院

新しい200床以下の地域密着型急性期病院のモデルを創ろう。