

(仮称) 在宅療養支援窓口設置方針

平成 27 年 12 月 2 日

西東京市医師会在宅療養推進協議会

在宅療養支援窓口専門部会

## 第1 はじめに

いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年(平成37年)に、西東京市では高齢化率が25%を超え、そのうち、75歳以上の後期高齢者数が現在に比べ3割以上増加し、さらに、単身高齢者世帯も6割以上増加することが予想されている。

このような状況の中、西東京市の調査(高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(第6期)策定のためのアンケート結果報告書:平成26年3月発行)では市内高齢者の3人に1人が、長期療養の必要がある場合に、自宅で療養を続けたいと考えているという結果も出ている。

一般的に75歳以上の後期高齢者は、慢性疾患による受療が多い、要介護の状態になる割合が高い等の特徴を有している。また、がん末期など専門的な医療ケアを受けながら、人生の最期を自宅で迎えたいと希望する高齢者も増えている。

このため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが西東京市でも求められている。

しかし、医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互理解や情報共有が十分でないなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった。

このような背景の下、国は、医療介護総合確保推進法を制定し、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援について、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけ、全国的に取り組むこととした。

また、東京都でも、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」」を目指して「2025年の医療～ランドデザイン～」を策定している。

これに対し、西東京市医師会は、先に示したような西東京市の状況も踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業を始めとする在宅療養について検討を行う多職種が参加する会議として在宅療養推進協議会を設置し、西東京市と連携しつつ、検討を進めてきたところである。

本部会は、在宅療養推進協議会において検討の対象となっている事項のうち、以下の事項を検討するため、平成27年5月25日に開催された同協議会において設置が決定された。

### (検討事項)

在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口の設置について

この検討事項について、平成27年9月3日に第1回、10月9日に第2回、10月22日に第3回、11月16日に第4回、12月2日に第5回の計5回の部会を開催し、議論した結果について次のとおり報告する。

## 第2 報告

### 1 対象者

- (1) 西東京市在住の高齢者及びその家族等
- (2) 各関係機関

### 2 業務内容（※詳細については別紙参照。）

- (1) 在宅療養者のための医療と介護の連携推進
  - ア 病院と在宅の移行支援
  - イ 医療ケアを伴う在宅療養の支援
  - ウ 各機関同士の連携支援
  - エ 地域包括支援センターとの協働
  - オ かかりつけ医等の相談及び情報提供
- (2) 医療・介護資源情報の収集・分析・発信
  - ア 在宅療養に関する情報収集
  - イ 情報・相談事例の課題分析
  - ウ 在宅療養に関する情報発信
  - エ 普及啓発・提案

### 3 開設日時

月曜日から金曜日まで（祝日及び年末年始を除く）  
9時から17時まで

### 4 人員

合計2名（以下の要件のいずれかを満たす者）

- (1) 看護師
- (2) 保健師
- (3) 社会福祉士
- (4) 精神保健福祉士
- (5) 介護支援専門員

※ただし、上記資格を持つ者の中で病院勤務の経験がある者を優先とし、少なくとも1名は市内各関係機関と調整業務の経験がある者とする。

### 5 設置場所

保谷保健福祉総合センター内

### 6 開設予定時期

平成28年度中

### 第3 議論の経過

在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口（東京都の事業名では「在宅療養支援窓口」、以下「窓口」と呼ぶ。）の設置について議論を行うにあたり、すでに同様の事業を実施しており、設置場所等の条件がそれぞれ異なる都内4市区に対して視察を実施し、その結果について報告を受けた。

視察報告及び各部員の意見から、窓口が設置された場合に最も密接に連携することになると想定される、地域包括支援センターへの意見聴取の必要性が指摘された。

これに伴い、事務局が市内全地域包括支援センターへ在宅療養に関する西東京市の現状についての聞き取り調査及び、市内外各居宅介護支援事業所への調査を実施し、その結果について報告を受けた。

この調査結果及び各部員の意見から、市内の地域包括支援センターは、設立からほぼ10年が経ち、医療・介護を始めとする様々な支援について市民や各機関からの有効な相談先及び実動機関として機能していることが分かった。このため、今まで地域包括支援センターが担ってきた機能を、新たな機関に移行することはかえって混乱を招くことになり、従来どおりとすることが適当、との意見が多く出た。

ただし、各関係機関の連携が不十分、あるいは介護保険等の対象者ではなく適切な相談先が無いケースについて、現状は地域包括支援センターが対応しており、その分野に対する支援が求められていることも分かった。

また、同じく調査結果等によって、専門職種ごとの会議や研修等は活発に開催されているものの、多職種合同の集まりが少なく、各居宅介護支援事業所に所属しているケアマネジャーや各地域包括支援センター職員によっては、医療機関との連携が十分に取れていないとの認識があることが分かった。

さらに、医療分野でも、病院と地域の診療所などの医療機関同士でも連携に不足を感じているという意見もあった。

その他、医療機関や介護施設の得意分野や施設の空き状況などの医療・介護に関する情報が欲しいという意見も多くみられた。

以上の議論に伴い、西東京市に設置する窓口の役割について、現在機能している地域包括支援センターをはじめとする医療と介護の関係機関による支援の流れはそのまま継続することを前提に、主に以下の2点に集約された。

- ・「まちの医療相談員」として市民一人ひとりが望む在宅療養生活を支えるために、各関係機関がよりスムーズに連携して支援にあたるよう、つなぎの役割を担う。
- ・医療ニーズがあるにもかかわらず、医療機関につながっていないケースを積極的に（あるいは優先して）支援する。

また、以下の2点を窓口に対する支援体制として実施することが、必要であるとの結論に至った。



- ・窓口の職員だけでは解決できない、専門的な助言を必要とする場合などに、職員からの相談に対してアドバイスを行う、各職能団体による支援体制を構築する。
- ・窓口が把握した課題を、在宅療養推進協議会の各専門部会と共有し、協働して取り組む。

上記の議論を前提に、窓口の設置方針は、第2で示した内容とすることに決定した。

さらに、窓口の名称については、窓口に関する周知の一環として、医療・介護関係者への公募等の手段をとることも考慮すべきとの結論に至った。

#### 第4 まとめ

以上のように、窓口の設置に向け精力的に議論を行ってきたところであるが、地域包括支援センターへの聞き取りを始めとする各関係機関への調査及び部員からの意見の中で、西東京市における在宅療養に関する様々な課題も見えてきたところである。

このような課題に対して、窓口が果たすべき役割は大きいものと予想される。

しかし、窓口が、寄せられる専門的な相談や連携支援に対して有効に機能するためには、第3にも示したような各職能団体のバックアップ体制が非常に重要となる。

このため、西東京市医師会としても西東京市と協働しながら、市内外各関係機関に対し窓口への積極的な支援の実施を求めていくことが必要である。

また、平成28年度からは、これまで医師会が公益事業として取り組みを進めてきた、在宅療養推進協議会及び在宅療養後方支援病床確保事業について、市に移管する予定である。

これに対して、市においても高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）の中で在宅療養の推進を掲げ、その体制を整備するため、平成27年5月に組織改正を行い、高齢者支援課に在宅療養推進係を新設した。

本部会は、以上のような市の取り組みに合わせ、在宅療養推進協議会及び各部会、更には各関係機関と緊密に連携し、窓口が開設した後も引き続き在宅療養の推進に関する提言、助言等を行い、支援していくことで、地域包括ケアシステムの構築に尽力していく。

# 西東京市在宅療養連携支援センター「にしのわ」パンフレット

平成29年3月31日時点

## 1 社会の変化と市民の在宅療養のニーズ

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年には、医療と介護の両方を必要とする高齢者が急増することが予想されています。  
これに対し、市の調査では西東京市内の高齢者の約3分の1が自宅で療養したいと考えており、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められています。

## 2 在宅での医療と介護の課題

しかし、医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、専門職種同士の理解や情報の共有が十分でないなど、必ずしもスムーズに連携ができていないという課題がありました。

## 3 在宅療養連携支援センターの目的は？

このような背景の下、医療と介護の両方を必要とする高齢者が安心して在宅療養を続けることができるように、在宅療養を支える保健、医療、福祉、介護の各分野間の連携を支援し、スムーズにサービスを提供できるように調整等を行います。

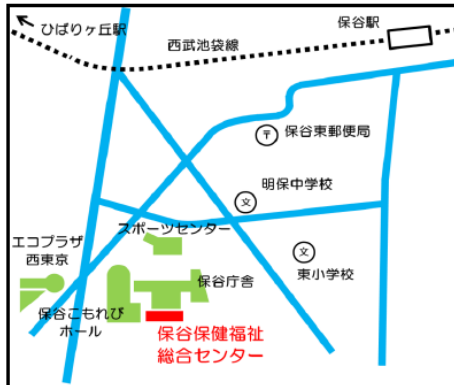
## 4 在宅療養連携支援センターは何をするところ？

在宅療養連携支援センターでは、このような目的を達成するために、次の2点に取り組みます。

- (1)在宅療養者のための医療と介護の連携推進
- (2)医療・介護資源情報の収集・分析・発信

## 在宅療養連携支援センター所在地等

- 所在地  
西東京市中町一丁目5番1号  
(西東京市保谷保健福祉総合センター1階)
- 電話番号  
042-464-1311 (市役所代表) 内線: 2831  
042-438-4122 (直通)
- ファクシミリ番号  
042-438-4124
- 受付日・時間  
月曜日～金曜日の午前9時から午後5時まで  
(祝日、年末年始を除く)

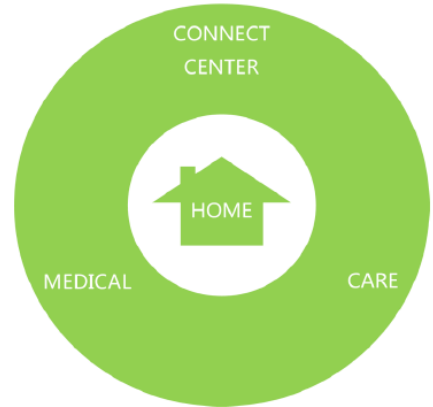


<発行>  
西東京市 健康福祉部 高齢者支援課 在宅療養推進係  
〒202-8555 西東京市中町一丁目5番1号  
(保谷保健福祉総合センター)  
電 話: 042-438-4102 (直通)  
F A X: 042-438-2827  
Eメール: f-kourei@city.nishitokyo.lg.jp

地域が多職種連携をサポートします！

## 西東京市在宅療養連携支援センター

# にしのわ



— 西東京市 —

## (1)在宅療養者のための医療と介護の連携推進

- ア** 病院と在宅のスムーズな移行をサポートします。
- イ** 医療ニーズの高い在宅療養者の支援に関する相談に応じます。
- ウ** 在宅療養をささえる関係職種間の連携を支援します。
- エ** 地域包括支援センターと共に在宅療養を支えます。
- オ** かかりつけ医等の情報を提供します。



## (2)医療・介護資源情報の収集・分析・発信

- ア** 市内の医療・介護に関する実態を把握します。
- イ** 市内の医療・介護に関する課題を分析します。
- ウ** 市内の医療・介護情報を収集し発信します。
- エ** 市民や関係機関に情報をフィードバックし、在宅療養の普及啓発をします。

## 西東京市内の地域包括支援センター

名称	担当地域	電話番号
柴町地域包括支援センター	ひばりが丘北・北町・柴町・下保谷	042-438-7090
富士町地域包括支援センター	東町・中町・富士町	042-451-1203
泉町地域包括支援センター	北原町・泉町・住吉町	042-424-1200
田無町地域包括支援センター	田無町・保谷町	042-467-8850
緑町地域包括支援センター	緑町・谷戸町・ひばりが丘	042-461-7081
西原町地域包括支援センター	西原町・芝久保町	042-451-8844
向台町地域包括支援センター	南町・向台町	042-468-2340
新町地域包括支援センター	新町・柳沢・東伏見	042-462-1695

平成28年10月1日改訂

医療関係者向け

## 在宅療養後方支援病床確保事業

### 利用のご案内

平成25年度より西東京市医師会で実施していた、「在宅療養における後方支援連携事業」について、平成28年4月1日より西東京市が「在宅療養後方支援病床確保事業」として実施することになりました。現時点では「在宅療養における後方支援連携事業」と利用方法は変わりません。（ただし、新たに市外のかかりつけ医でも事業への登録が可能となります。）

この事業は在宅療養中で「医療的ケアが必要な方」が、住み慣れた自宅で最期まで在宅生活を続けられるように支援するための制度です。在宅かかりつけ医と後方支援病院の連携を中心に「在宅生活を多職種で支える」という考え方を大前提としています。

本事業の目的、機能を十分にご理解いただき、事前登録の上、ご活用下さい。

### 【ご利用方法】

#### 1：かかりつけ医及び利用者の登録条件

本事業を利用する際は、まず登録申請を行ってください。登録条件は以下のとおりです。登録方法については、「4：登録方法」をご参照ください。

**かかりつけ医** 西東京市民のかかりつけ医（西東京市医師会以外の医療機関も含む）

**利用者** 西東京市民であること  
要介護1以上であること  
月1回以上、かかりつけ医による訪問診療を受けていること  
（ただし、訪問診療を受けていなくとも要介護4以上であれば対象とする）  
在宅療養の継続を希望していること  
延命治療に関する確認書に同意をすること

◆**注意事項**◆ ・かかりつけ医は、利用者家族に本事業の目的を十分に説明すること  
・利用者家族は、かかりつけ医から本事業の目的について十分に説明を受け同意の上で利用をすること

#### 2：入院目的（在宅療養生活を支えるために）

- ① 病状増悪時の治療
- ② 病状再評価・家族支援
- ③ 終末期の看取り（緩和ケア含む）
- ④ 医療器材の交換・調整



- ⑤ 検査・画像診断
- ⑥ リハビリテーション・機能評価

### 3：事業利用のルール

- ① 入院期間は、原則 14 日以内とします。
- ② 入院時に必要な検査一式は、その都度行います。
- ③ 延命治療について、利用者家族、病院、かかりつけ医と相談の上で方針を統一します。
- ④ 入院中の安全確保の方法については、利用者及び家族と相談の上決定します。
- ⑤ 利用者情報は、かかりつけ医、病院等、関係機関の多職種で共有します。
- ⑥ 入院期間終了後は、在宅療養に戻ることを原則といたします。
- ⑦ 入院の可否については、病院医師が決定いたします。
- ⑧ 個室ご希望の場合はお申し出ください。(差額料は病院毎に違います)  
大部屋の空きがない際は、個室の利用をご案内いたします。なお大部屋が空き次第お部屋の移動をお願いいたします。(差額料は徴収いたしません)

### 4：登録手順と申請書類（医師会事務局へ申請）

- ① かかりつけ医は、登録医の申請をします。(No.1)  
※医師会に所属していないかかりつけ医の方は、申請時に医師免許証（写し）および写真付き身分証明書（写し）を郵送して下さい。
- ② かかりつけ医は、利用者登録をします。(No.2-1・2-2) \*かかりつけ医は写しを保管  
・「延命治療に関する確認書 (No.3)」について、利用者家族に確認します。  
・「個人情報の提供に関する同意書 (No.6)」について利用者家族に確認します。  
・登録利用者ごとに、希望する病院を選択します。
- ③ 医師会事務局は、選択された病院へ利用者情報を送ります。
- ④ 医師会事務局は、「登録票 (No.4)」を作成し、かかりつけ医に送ります。
- ⑤ かかりつけ医は、利用者登録手続き完了の旨、利用者家族、担当ケアマネジャー及び訪問看護ステーションにご一報をお願いいたします。

### 5：入院申し込みまでの流れ

※入院の申し込みは、必ず「かかりつけ医」が行ってください。

- ① かかりつけ医は「緊急の状態ではないが 14 日以内の入院が必要」と判断します。
- ② かかりつけ医は、「入院申込書 (No.5)」を記入します。  
第 1 希望の病院に電話連絡の後、診療情報提供書と入院申込書を FAX してください。  
※利用者名は、イニシャルでお願いします
- ③ 病院は入退院日時が決定したら、かかりつけ医へ報告をします。
- ④ かかりつけ医は、登録利用者家族に入退院日時の連絡をします。
- ⑤ 登録利用者家族は、ケアマネジャーやサービス事業者へ入退院日時を連絡します。

#### 注意事項

- ① 「緊急の状態ではない」とは、即日入院の必要はないが、2~3 日中には入院を必要とする状



態をいいます。

- ② 利用者登録をしていない病院には申し込みはできません。
- ③ 2ヶ所の病院に申し込んだ場合は、病院間でベッド調整をする場合があります。

## **6：入院ができない場合**

- ① 病院の担当医が、「本事業の対象ではない」と判断した場合
- ② 病院での対応が困難と判断される病状及び周辺症状等がある場合
- ③ その他、入院の継続が困難と判断した場合

※上記の際は、かかりつけ医にご相談いたします。

## **7：退院までの流れ**

- ① 退院前に、合同カンファレンスを実施します。  
利用者家族、かかりつけ医、病院担当医、ケアマネジャー、訪問看護師等多職種を交え、入院中の経過、今後在宅療養で注意する点等について情報共有を行います。  
カンファレンスを実施をしない場合でも、在宅療養に必要な情報の確認は行ってください。
- ② 退院日時を確認し、在宅療養に戻るための準備をします。
- ③ 病院担当医の判断で、入院が継続になる場合もあります。その際は、かかりつけ医と今後の方針を決めていきます。

## **8：登録利用者の個人情報の取り扱いについて**

- ① 利用者情報は、かかりつけ医と各病院、関係機関の間で共有いたします。
- ② 共有した利用者情報は厳重に管理し、在宅療養の継続に役立てます。
- ③ かかりつけ医は、本事業において個人情報を共有する旨、利用者家族へのご説明をお願いいたします。
- ④ 病院から、ケアマネジャー、訪問看護師等、在宅関係機関に情報提供を依頼する場合があります。

## **9：本事業に関するお問い合わせ**

ご不明な点等がありましたら、下記までお問い合わせ下さい。

### **●かかりつけ医および利用者登録について**

西東京市医師会事務局

住 所：東京都西東京市中町1-1-5

電 話：042-421-4328

FAX：042-424-3729

### **●在宅療養後方支援病床確保事業について**

西東京市 健康福祉部 高齢者支援課 在宅療養推進係

電 話：042-438-4102

FAX：042-438-2827

## 西東京市 後方支援病院 連絡先一覧

平成 28 年 10 月 1 日現在

登録病院：田無病院

担当相談員：\_\_\_\_\_

電話：042-461-7225 FAX：042-461-2688

病院名：西東京中央総合病院

担当相談員：\_\_\_\_\_

電話：042-464-1511 FAX：042-452-1577

病院名：佐々総合病院

担当相談員：\_\_\_\_\_

電話：042-461-1535 (代表) /042-461-5277 (直通)

FAX：042-461-9693

病院名：保谷厚生病院

担当相談員：\_\_\_\_\_

電話：042-424-6640 FAX：042-424-6641

病院名：武蔵野徳洲会病院

担当相談員：\_\_\_\_\_

電話：042-465-0700 FAX：042-465-0782

平成 28 年 10 月 1 日改訂

利用者向け

# 在宅療養生活を応援します

西東京市医師会では、病気を抱えながら生活している方でも自宅で最期まで生活を続けられるよう、平成 25 年度より「在宅療養における後方支援病院連携事業」を実施しています。在宅かかりつけ医と後方支援病院の連携を中心に「在宅療養生活を様々な職種で支える」という考え方を大前提としています。

平成 28 年 4 月からは、「在宅療養後方支援病床確保事業」として、西東京市の事業として実施しています。

ご利用を希望の際は、在宅かかりつけ医へご相談ください。



## 在宅＊医療

MOTTO ZAITAKU IRYO

ききょうの花プロジェクトロゴマーク

【在宅療養後方支援病床確保事業】

## 西東京市



# 在宅療養後方支援病床確保事業

## 利用のご案内

### 【ご利用の手順】

1. 登録 ⇒ 2. 入院申し込み ⇒ 3. 入院 ⇒ 4. 退院

#### 1. 登録について

利用者登録は在宅かかりつけ医が行います。登録が完了しましたら、登録利用者カードが発行されますので、在宅かかりつけ医よりお受け取りください。

(登録利用者カード見本) おもて

うら

<p><b>1 登録利用者カード</b></p> <p>在宅療養後方支援病床確保事業</p> <p>ニシトウキョウ      タロウ</p> <p><b>西東京    太郎</b></p> <p><b>西東京市</b></p>	<p>後方支援病院</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ 田無病院 042-461-7225</li><li>■ 西東京中央総合病院 042-464-1511</li><li>■ 佐々総合病院 042-461-1535</li><li>■ 保谷厚生病院 042-424-6640</li><li>■ 武蔵野徳洲会病院 042-465-0700</li></ul> <p>かかりつけ医</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ OO医院</li></ul> <p>042-000-XXXX</p> <p>入院の可否については、病院長が決定いたします</p>
---	---

#### 2. 入院の申し込みについて

入院をご希望の際は、必ず在宅かかりつけ医へお申し出ください。在宅かかりつけ医より病院へ連絡をします。

##### 《入院の目的》

- ① 病状が悪化した時の治療（但し、緊急入院は除く）
- ② 病状の再評価や家族支援（介護保険施設ショートステイが医療処置等のため利用ができない場合）
- ③ 終末期の看取り（緩和ケアを含む）
- ④ 医療器材（胃ろう等）の交換や調整
- ⑤ 検査や画像診断
- ⑥ リハビリテーションや身体機能評価

どれに該当するかは在宅かかりつけ医が判断します。



### 3. 入院から退院まで

- ① 入院期間は、原則 14 日以内です。入院期間終了後は、在宅療養に戻ることを原則とします。
- ② 入院の受け入れ可否については、病院の医師が決定します。
- ③ 入院時に必要な検査は、その都度行います。
- ④ 延命治療についての意思表示をしていただきます。
- ⑤ 入院中の安全確保（転倒やベッドからの転落予防）の方法については、患者様及びご家族と相談の上決定します
- ⑥ 個室のご利用を希望の場合はお申し出ください。（差額室料は病院ごとに違います。）
- ⑦ 退院前に、患者様・ご家族・在宅かかりつけ医・病院担当医・ケアマネジャー・訪問看護師等を交え、入院中の経過や在宅療養で注意する点等について情報の共有と相談を行います。

#### 《登録患者の個人情報の取り扱いについて》

- ① 患者様の情報は、在宅かかりつけ医や病院、ケアマネジャー、訪問看護師等で共有し、在宅療養の継続に役立てます。
- ② 共有した患者様の情報は厳重に管理します。

#### 《本事業に関するお問い合わせ》

ご不明な点等ありましたら、在宅かかりつけ医またはケアマネジャーへお問い合わせください。



#### ききょうの花プロジェクトより

「もっと在宅医療」というロゴマークは、みんなで支えあうようすを表現しました。

中央の花とそれを囲む花々の一枚一枚の花びらが私でありあなたであり・・・

心や体が思うようにならなくても、暮らしの中の豊かな時間を大切にしたい。在宅医療は地域社会全体で老いや病を抱える人を包み込むしくみです。だから、もっとみんなで在宅医療。もっと早い時期から、もっと気軽に・・・もっと輝いて生きるための在宅医療です。

## 関係機関連絡先

■在宅かかりつけ医 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

■ケアマネジャー : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

■訪問看護ステーション : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

### 【後方支援病院およびお問合せ先】

#### 【保谷厚生病院】

栄町 1-17-18

042-424-6640

(後方支援病院)

#### 【田無病院】

緑町 3-6-1

042-461-7225

(後方支援病院)

#### 【西東京中央総合病院】

芝久保町 2-4-19

042-464-1511

(後方支援病院)

#### 【佐々総合病院】

田無町 4-24-15

042-461-1535

(後方支援病院)

#### 【武蔵野徳洲会病院】

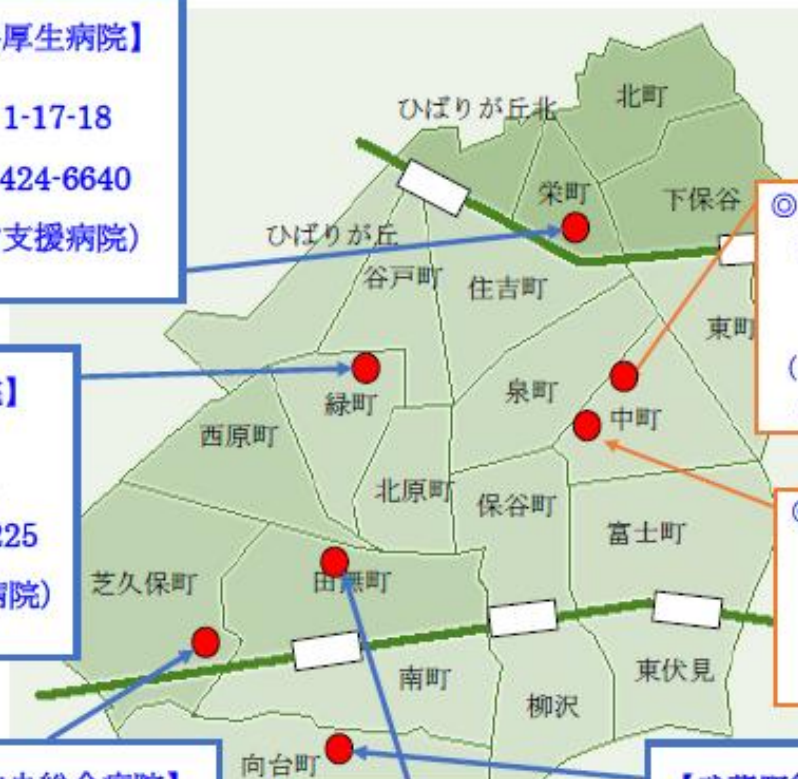
向台町 3-5-48

042-465-0700

(後方支援病院)

◎西東京市役所  
高齢者支援課  
中町 1-5-1  
042-438-4102  
(利用についてのお問合せ先)

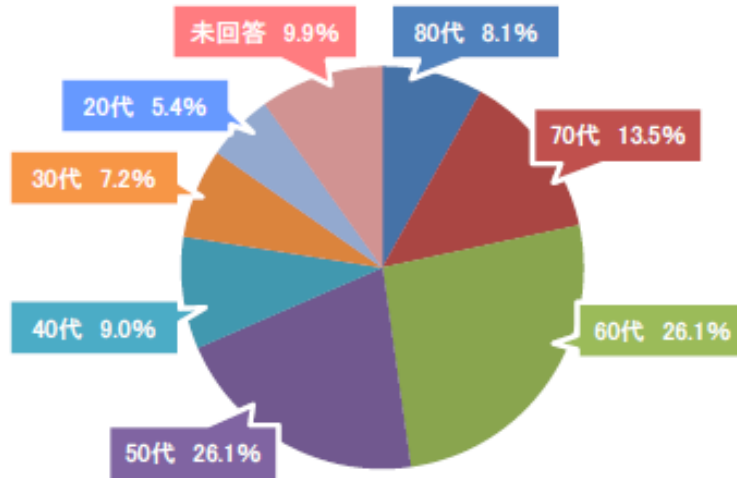
◎西東京市医師会  
中町 1-1-5  
042-421-4328  
(登録についてのお問合せ先)



# 在宅療養連携支援センター開設記念シンポジウムアンケート結果

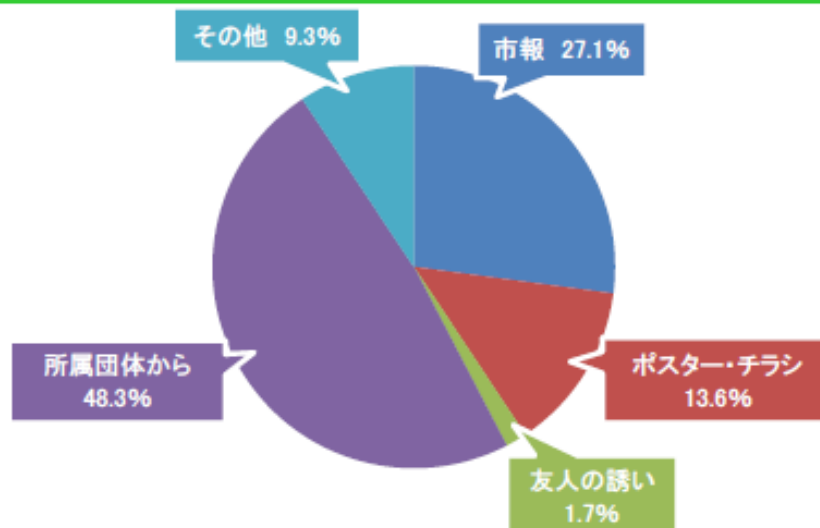
平成28年10月19日時点

## 回答者の年齢



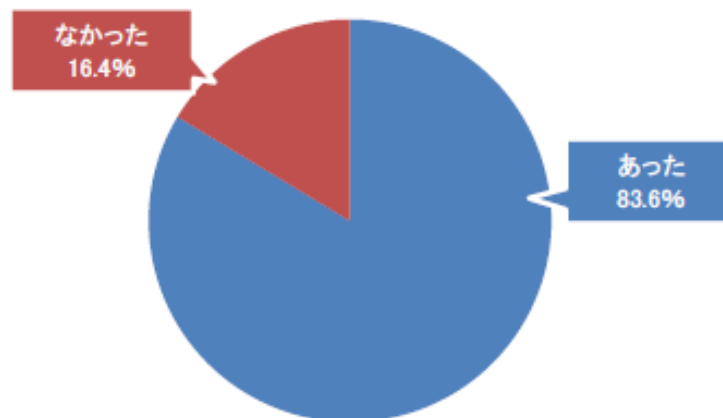
## 問1

このイベントを知ったきっかけは？



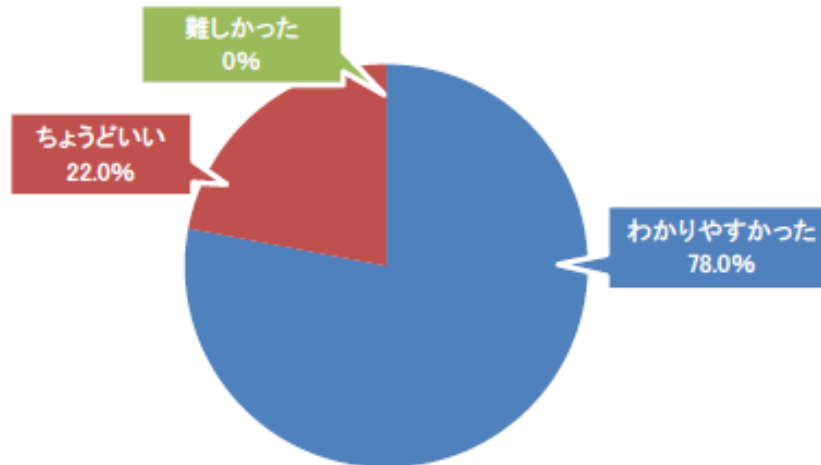
## 問2

これまで「地域包括ケア」という言葉を聞いたことがありますか？



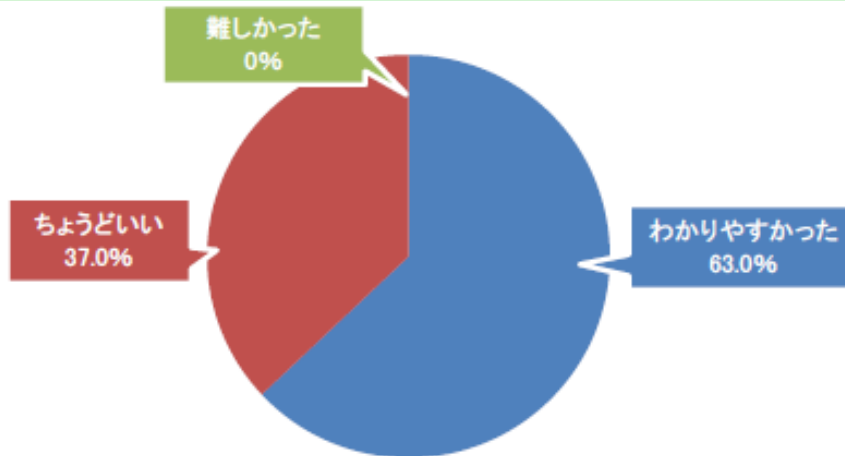
問3

基調講演について内容はいかがでしたか



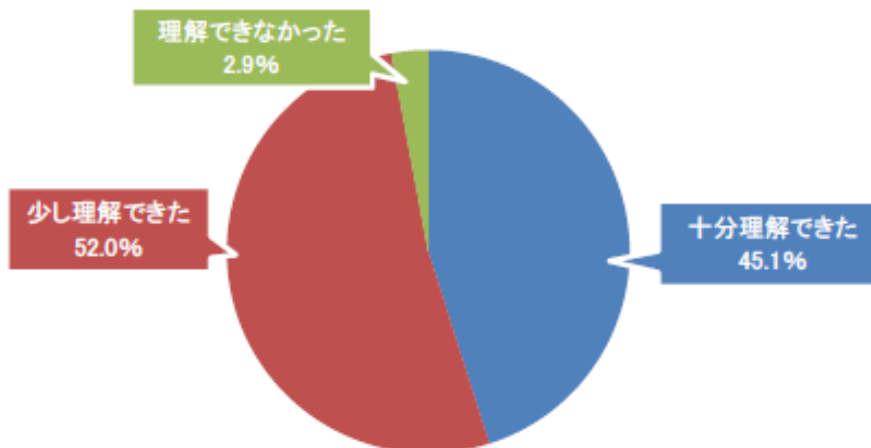
問4

シンポジウムについて内容はいかがでしたか



問5

今回のシンポジウムを聞いて、地域包括ケアシステムについて理解できましたか？





## 東京大学高齢社会総合研究機構と西東京市との連携協力に関する協定

東京大学高齢社会総合研究機構（以下「甲」という。）と西東京市（以下「乙」という。）は、その連携協力に関する基本的事項について、次のとおり協定を締結する。

### （趣旨）

第1条 本協定は、甲及び乙が緊密な連携協力による取組等を実施することにより、学術研究及び地域社会の発展に寄与することを目的とする。

### （連携協力事項等）

第2条 甲及び乙は、前条の目的を達成するため、次の事項について連携協力する。

- （1）フレイル予防等の学術研究及び地域社会の発展に寄与する事項
- （2）その他本協定の目的を達成するために必要な事項

### （取組内容及び実施方法）

第3条 前条各号に定める事項を効果的に促進するため、甲及び乙は定期的に協議を行うものとし、具体的取組の内容及び実施方法は、甲及び乙が協議して、取組ごとに別に定める。

### （守秘義務）

第4条 甲及び乙は、この協定に基づく取組により知り得た秘密事項を甲又は乙の承諾を得ないで第三者に漏らしてはならない。

### （協定の変更・終了・譲渡）

第5条 本協定は、甲及び乙の両当事者の合意なく、変更又は終了できないものとする。

2 本協定上の地位を第三者に譲渡することはできないものとする。

### （協定の期間）

第6条 本協定は、双方の署名により発効し、協定締結日から平成31年3月31日までとする。ただし、有効期間満了の3か月前までに、甲又は乙から特段の申出がないときは、更に1年間継続するものとし、それ以後も同様とする。

(協議)

第7条 本協定に定めのない事項又は本協定の運用に関し疑義が生じた場合は、双方協議の上で決定するものとする。

本協定の締結を証するため、本書2通を作成し、甲及び乙が署名・記名・捺印の上、双方各1通を保有するものとする。

平成28年12月20日

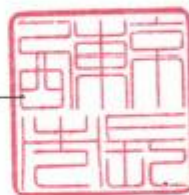
甲 東京都文京区本郷七丁目3番1号  
東京大学高齢社会総合研究機構 機構長

大 方 潤一郎



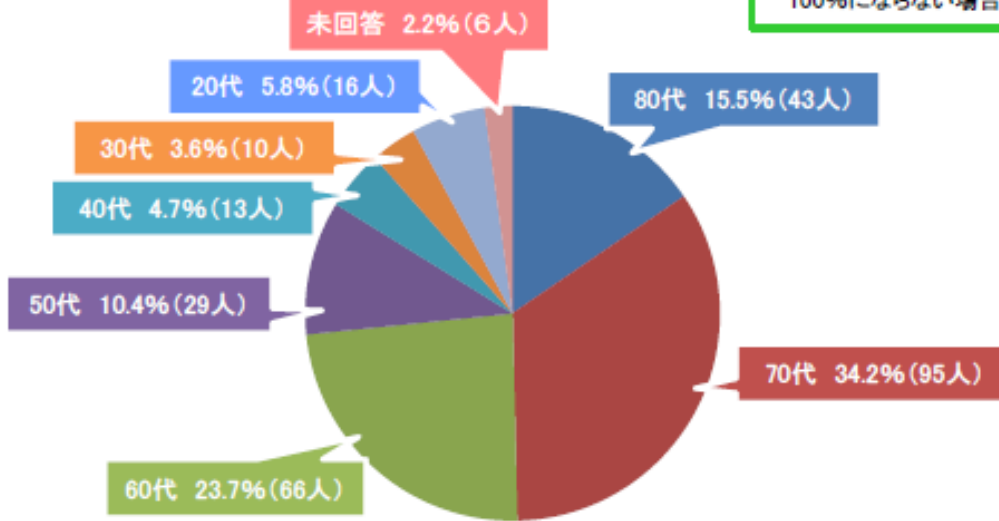
乙 東京都西東京市南町五丁目6番13号  
西東京市長

丸 山 浩

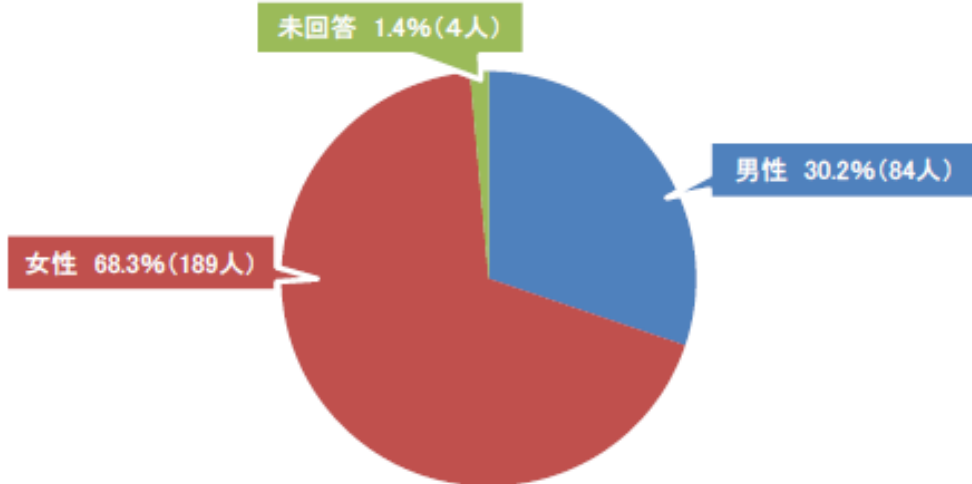


回答者の年齢

アンケート回答数 278人  
※数値は四捨五入のため、合計値が100%にならない場合があります。

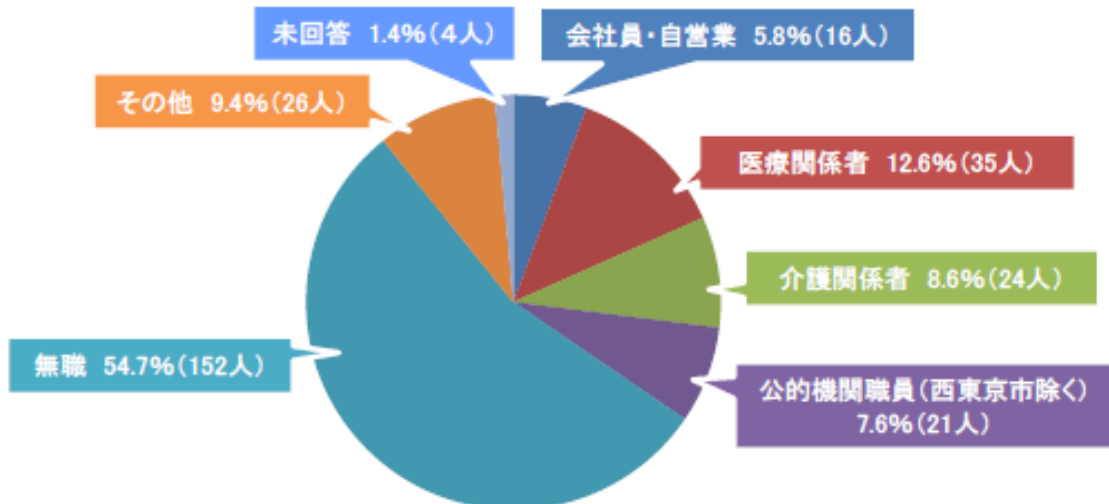


回答者の性別



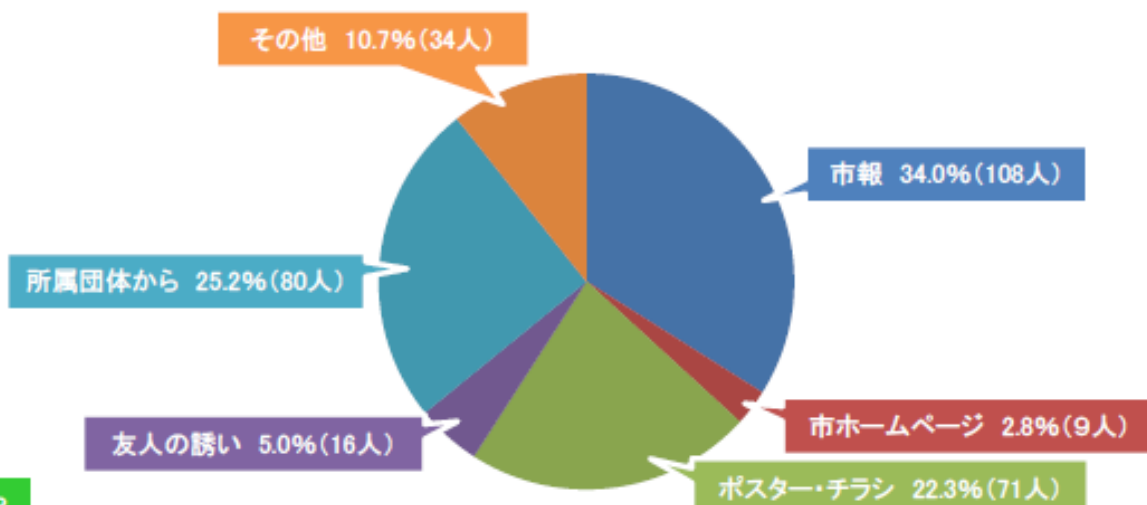
問1

あなたのご職業を教えてください。



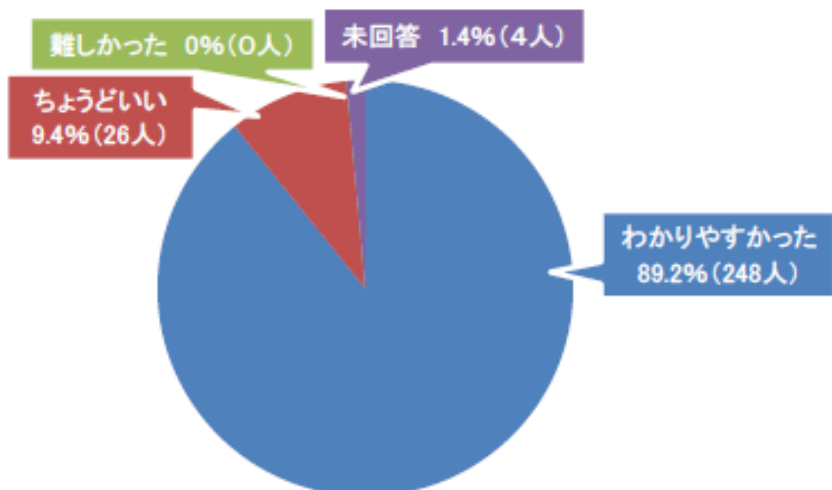
問2

このイベントを知ったきっかけについて(複数回答可)



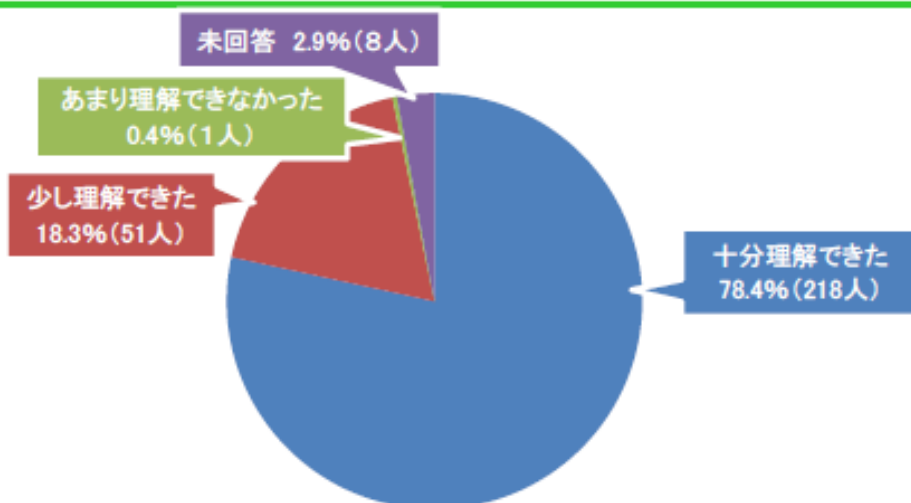
問3

講演について内容はいかがでしたか？



問4

今日の講演会を聞いて、「フレイル予防」について理解できましたか？





問6

フレイルチェック講座を受けたり、フレイルサポーターになりたいと思いましたか？(複数回答可)

