

平成30年度 南多摩地域保健医療協議会
地域医療・地域包括ケア部会 議事録

日時：平成31年1月23日（水曜日）13時30分から15時30分まで

会場：東京都南多摩保健所 1階 講堂

次第：

- 1 所長挨拶
- 2 委員紹介
- 3 資料確認
- 4 部会長挨拶
- 5 議事
 - (1) 南多摩保健医療圏地域保健医療推進プランのベースラインについて
- 6 プラン推進に係る各機関からの取組報告
 - (1) TAMAフレイル予防プロジェクト（TFPP）について〈多摩市〉
 - (2) 日野市在宅療養体制構築のための基本方針の策定について〈日野市〉
 - (3) 要介護高齢者の在宅医療に関するアンケートについて〈稲城市〉
 - (4) 高齢者等の摂食嚥下機能に応じた食環境整備支援について〈南多摩保健所〉
 - (5) 脳卒中医療連携について〈東海大学医学部附属八王子病院〉

<出席委員>

石塚 太一

野田 清大

谷平 茂

野村 圭伊

井上 宗信

野川 茂

鈴木 道江

原田 美江子（代理：松野 今日子）

赤久保 洋司

武藤 路弘（代理：勝野 悦子、工藤 絵里子）

金子 裕一郎

林 泉彦

田村 豊

小川 冬樹

池田 寿昭（代理：田中 朝志）

和智 明彦

遠山 希委子

松原 俊範

広松 恭子（代理：河合 江美）

伊藤 重夫（代理：伊藤 和子）

小林 信之

<欠席委員>

大野 敦

石井 律夫

西川 誠二

井上 悟

（敬称略）

【谷津課長】 お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから南多摩地域保健医療協議会、地域医療・地域包括ケア部会を開催いたします。本日はお忙しいところをご出席いただきまして誠にありがとうございます。私は南多摩保健所企画調整課長の谷津と申します。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきますのでどうぞよろしくお願いいたします。恐れ入りますが、着席して進めさせていただきます。

次第に沿いまして進めさせていただきます。1、所長挨拶。

【小林所長】 皆様、こんにちは。南多摩保健所長の小林でございます。本日は協議会事務局を代表しまして一言ご挨拶を申し上げます。年度末の大変お忙しい中、当部会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。また日頃より東京都の保健衛生行政にご理解、ご協力を賜りまして重ねてお礼を申し上げます。

さて昨年9月、今年度ですけれども、当圏域の保健医療を総合的に推進するための包括的な計画としまして、5年ぶりに南多摩保健医療圏地域保健医療推進プランの改定を行ったところでございます。本日は改定後の新プランに掲げる重点プラン、指標につきまして計画期間中のベースとなる取組状況をご報告させていただきます。また当部会は新プランの項目のうち、主に高齢者支援、障害者支援、難病患者支援、在宅療養、医療連携等を所管する部会でございます。後半は当部会に関連する分野につきまして各委員の皆様からそれぞれの機関、団体、地域における取組をご紹介いただき情報交換を行いたいと考えております。

最後になりましたが、委員の皆様におかれましては、今回の部会が現任期最後の会議となります。今期の委員の皆様には昨年度からのプラン改定作業へ多大なご協力をいただきましたこと、改めて感謝申し上げますと共に、今後も引き続き、当圏域における地域保健医療の推進にご協力賜りますようお願い申し上げます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

【谷津課長】 2、委員紹介。それでは議事に先立ちまして委員のご紹介をさせていただきます。次第をおめくりいただきまして資料1の委員名簿をご参照ください。名簿順にお名前をお呼びいたしますので、大変恐縮ですが会釈をしていただければありがたく存じます。

石塚委員です。

林委員です。

野田委員です。

田村委員です。

谷平委員です。

小川委員です。

野村委員です。

池田委員の代理で田中副院長です。

井上委員です。

和智委員です。部会長を兼務していただいています。

大野委員はご欠席でございます。

野川委員です。

西川委員はご欠席でございます。

遠山委員です。

石井委員はご欠席でございます。

鈴木委員です。

松原委員です。

原田委員の代理で健康増進担当課長、松野課長です。

広松委員の代理で保健予防課長、河合課長です。

赤久保委員です。

伊藤委員の代理で、高齢支援課長の伊藤課長です。

武藤委員の代理で健康課長、勝野課長です。

続きまして高齢福祉課長、工藤課長です。

金子委員です。

井上委員はご欠席でございます。

保健所長、小林でございます。

続きまして、幹部職員のご紹介をさせていただきます。改めまして、小林南多摩保健所長でございます。

近藤生活環境安全課長です。

上田保健対策課長です。

白井歯科保健担当課長です。

篠崎地域保健推進担当課長です。

企画調整課長、谷津でございます。

続きまして、資料のご確認をよろしく願いいたします。委員の皆様には資料1～資料9

まで事前に送付させていただいております。本日の机上資料のご確認をお願いいたします。まず席次表でございます。続きまして、インターネットの打ち出しの資料となっておりますが、食事の形態や食べ方に配慮が必要な方へという資料でございます。続きまして、緑色の資料、第19回南多摩保健医療圏地域保健医療福祉フォーラムでございます。最後に冊子でございますが、新しく完成いたしました新プランでございます。よろしく願いいたします。もし不足がございましたら挙手でお知らせをお願いいたします。大丈夫でしょうか。

それでは引き続きまして会議の公開についてのご報告です。本日の会議は設置要綱により原則公開となっております。本会議の議事録につきましては後日、発言者の氏名も含めて公開となりますことを予めご承知おきくださいますようお願いいたします。また記録広報用に会議中の写真撮影をさせていただきますので、こちらもご承知おきください。なお、ホームページにより開催の事前告知を行いました。傍聴の申込者はいらっしゃいませんでしたので、合わせてご報告させていただきます。

議事4、部会長挨拶。それでは和智部会長に今後の議事進行をお願いしたいと存じます。和智部会長、どうぞよろしくお願いいたします。

【和智部会長】 皆様、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。私は和智と申します。部会長を務めております。今日は本当に限られた時間なんです。積極的にご協議いただいて、実りある会にしたいと思っております。ご協力を是非よろしくお願いいたします。

先ほど、所長のほうからも地域保健医療推進プランの改定、計画上、今年が初年度ということで大変重要な年でもあります。この会が所管するのは、先ほどもございましたように、特に高齢者の関係、あるいは社会的弱者、障害者の方々、そして在宅医療、医療連携という非常に重要な項目がございます。今日は2つの項目、1つはプランのベースラインの内容をご協議いただくということと、各団体がなさってきた内容をご報告いただく、この二本立てでございます。なんせ時間が先ほど申しましたように限られておりますので、是非ご協力いただいて積極的にご発言いただきたいというふうに思っております。

それでは早速進めたいと思います。本日はよろしくお願いいたします。着席して進めさせていただきます。

それでは次第でございますが、まず保健医療推進プランのベースラインについてということで、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

【谷津課長】 改めまして、委員の皆様におかれましては、日頃から地域保健医療推進プ

ランの推進につきましてご協力いただき、ありがとうございます。恐れ入りますが、着席して説明させていただきます。資料3をおめくりください。

新プランの41ページをお開きいただければと思います。プランの41ページでございますが、こちらはプランの中の重点プランと指標の一覧を掲載したページでございます。プランの中の重点プランの中で、先ほど部会長のほうからご説明がありました通り、この部会は第2節の高齢者への支援から6番、医療連携体制の推進と第3章1の人材育成研修等の充実、これを所管しておりますので、本日ベースラインもこの点をご紹介させていただきます。またその下の点線の枠をご覧ください。重点プランですが、これは今後の取組が複数あるうち、特に重点的に取り組む施策を取り上げております。また指標につきましては当該重点プランの進行管理、評価、検証を行うために設定しております。改めましてご確認をよろしく願いいたします。

続きまして先ほどご紹介した資料3にお戻りください。ここには新プランにおける進行管理についての考え方をまとめております。まず一番上、ベースラインでございますが、平成29年度の実績をベースラインとして取り扱います。時点は30年3月31日となります。評価についてですが、中間評価につきましては2020年度に行い、必要に応じて見直しを行うことといたします。最終評価につきましては2023年度に行い、計画期間の最終年度に実施いたします。評価時点は原則として両方とも前年度3月31日時点といたします。

次は進行管理でございます。計画期間中は毎年度、各市、各保健所における事業の実施状況を調査し、圏域全体の進捗状況を把握いたします。調査時点は先ほどと同様、前年度3月31日時点となります。次の留意点についてですけれども、これは前回のプランまでは進行管理のまとめの表において各種の取組につきましては一括して掲載している形式を取っておりましたが、今回からのプランにおいては各市ごとに取組状況を掲載することとなりました。これは進行管理のために、よりわかりやすい資料提供を行う観点で、各市と協議し、決めたものですので、このことを踏まえ適切に読み取っていただけるようポイントを書き留めたものです。留意点を読ませていただきます。本プランは圏域全体の保健医療を総合的に推進するための包括的な計画として位置づけられており、圏域各市の個別の取組を比較するものではない。なお、圏域各市における各事業の取組は各市の実情に応じて実施されており、その実施体制や方針等もそれぞれ異なるため、進行管理において単純な横並びや比較ができるものでもないというところでございます。この点を踏まえ読み取っていただければ幸いです。

続きまして資料4をおめくりいただければと思います。これがベースライン(案)でございます。表紙をおめくりいただきまして、まず第1章第2節1、高齢者への支援のページをお開きいただければと思います。この項目の重点プランは認知症(若年者を含む)の早期診断と地域生活の支援、地域資源を活用した見守りの推進でございます。指標として、認知症の人や家族を支える体制を充実する、としております。各市は認知症施策推進総合戦略、新オレンジプラン7つの柱や認知症の総合支援事業等に基づきまして、認知症の支援について体系的な実施体制を構築し、初期集中支援チーム、認知症サポーター養成等の体制整備を進めています。下段には指標にかかる実績データを掲載しておりますのでご覧いただければと思います。

続きまして次のページをお願いします。2番、障害者への支援でございます。重点プランが重症心身障害児(者)に対する災害時支援体制の整備の推進、指標が災害時個別支援計画の作成を推進する、でございます。市は医療依存度の高い重症心身障害児の中でも特に発災直後から停電対策を含め、迅速、的確な各種対応を要する在宅人工呼吸器利用者に対する個別支援計画の作成を進めていくこととなり、保健所は技術的な支援を進めていくこととなっております。

続きまして3番、次のページをお願いいたします。難病患者への支援でございます。重点プランは在宅難病患者の療養支援の充実を掲げておりまして、指標は難病の特性や病状に応じた療養生活の支援を充実する、としております。各保健所では難病患者療養支援事業実施要綱等に基づきまして、在宅難病患者及び家族に対する訪問指導や支援計画の策定、評価、患者会への支援につきまして講演会や訪問リハビリ、関係機関連携等のさまざまな手段も交えながら対応が進められている状況でございます。

続きまして1枚おめくりいただきまして4番、精神障害者への支援でございます。重点プランは非自発的入院患者への支援の充実とし、指標として非自発的入院患者への個別支援を充実する、としております。非自発的入院患者とは精神保健福祉法に基づく警察官等からの通報の対象となった患者及び家族に対しまして精神科病院も含めた地域関係機関と連携、協力し、医療の中断や再度の非自発的入院を予防するものです。各保健所はこれに対し、現在所内での組織的な対応体制を構築し、地域特性を踏まえた個別の支援ネットワークの構築を進めているところでございます。

続きまして5番の在宅療養の推進をお開きください。重点プランとして在宅療養生活への円滑な移行の推進を掲げ、指標として在宅医療・介護連携相談窓口の運営、また医療・

介護関係者間の情報共有・連携支援を充実する、を指標としております。各市とも相談窓口を設置し、住民への普及啓発を工夫すると共に、職員の人材育成等を進めている状況にあります。下段には指標にかかる実績データとして29年度の各種の相談延べ件数を掲載しております。これもベースラインの1つの参考データとしていくというところでございます。

続きまして6、医療連携体制の推進でございます。2つありまして、上段のほうが重点プラン、地域における脳血管内治療の医療連携の推進を掲げ、指標として脳梗塞に対する脳血管内治療を推進する、としております。本項目においては圏域単位で南多摩保健所が事務局となり、5市の各関係機関との連携体制のもとで実施してまいっております。脳卒中の連携協議会を中心として、脳血管内治療の知識の共有、転院搬送の体制整備の取組を進めています。関係機関の連携の重要性はもとより、治療効果をより高めるためには地域住民の疾患への理解と適切な受診行動等が不可欠であるため、住民向け講演会の開催等、普及啓発も進めております。

下段は糖尿病の医療連携の推進でございます。指標は糖尿病地域連携の登録医療機関制度の活用を推進する、というところでございます。糖尿病の地域連携の登録医療機関とは、東京都の糖尿病医療連携ツールというものがございまして、①医療機関リスト、②診療ガイド、③紹介・逆紹介のポイント、④診療情報提供書の標準様式の4点セットとなっております。これを活用しながらかかりつけ医、専門医、かかりつけ眼科医、歯科医等の糖尿病の医療連携を行う医療機関が症状に応じた適切な医療連携を行うことで糖尿病の患者さん1人ひとりに合った療養指導を行うものです。これも先ほどと同じように圏域単位での連携検討会を中心に基盤整備を進めていきます。

続きまして、最後になりますが、第3章1、人材育成研修等の充実でございます。重点プランは在宅療養を支える人材育成の充実で、指標として医療・介護関係者への研修を充実する、としております。医療・介護関係者は多様化、かつ高度化する医療・介護ニーズに対応するため、より高度な専門性の発揮が求められています。また多様化、かつ高度化した医療・介護ニーズに対応するためには多職種連携が必須であり、多職種連携による地域包括ケア体制を支える人材の育成が必要となっております。各市とも、より効果的な研修体制構築に向け対応を進めているところでございます。

ベースラインのご報告につきましては以上でございます。

【和智部会長】 事務局のほうからありがとうございました。地域で必要とされるいろいろ

ろな項目、大体網羅されてるといふふうに理解していいんじゃないかと思います。そしてこの中でやはり今回、各市で独自に、というただし書きが入っております。これも大変重要なことで、各市を比較するものではないと。自分たちの市のことについてしっかりやっ
てくださいますということだといふふうに理解しております。ただいまのベースラインの案につ
きまして委員の方々、ご意見あるいはご質問等ございますでしょうか。

はい、どうぞ。

【遠山委員】 第1章の2節、精神障害者への支援というところなんですけれども、非自
発的入院患者への支援の充実ということがうたわれていますけれども。

【和智部会長】 いまのベースラインのところですね。1章の2節4。こちらをご覧ください。
はい、どうぞ。

【遠山委員】 既に警察とか行政を通して措置入院をした人の対応、支援についてはここ
でしっかりとうたわれているんですけれども、私は精神障害者の親の会の者ですが、いま
私どもの会で困っている事例があります。未治療であって、本人も病気を認めない。初め
のうちは親も、うちの子どもがそんな病気にかかるはずはないという感じで認めていなか
ったんです。それでダラダラと時間が経ってしまって、いよいよ半年ぐらい前から当事者
がスーパーの店員とけんかしちゃって、止めに入った店長をけがさせてしまったというよ
うな事例がありました。そういう未治療の人に対しての対策を早くから保健所なんかにも
ご相談してたんですけれども、ダラダラと時間が過ぎてしまって、いよいよのところに来
て、ようやく保健師さんが動くというような形になってきてはいるんですけれども、やっ
ぱりそういう未治療の人に対しての対策もしっかりやっていただきたいと家族会としては
思うんです。やはりアウトリーチということが盛んにいま言われていますけれども、まだ
日本ではなかなかアウトリーチが動いていないんですね。やっぱり一番中心になって保健
師さんが動いてくれないと他のところもなかなか動いてくれないと。保健師さんが中心に
なって積極的に行政とか医療機関とか生活支援センターとか、そういうところと連携して
早くそういう人を救ってほしいということをお願いしたいんです。

【和智部会長】 ご質問は前回もご指摘いただいて大変ありがとうございます。要するに
未治療の患者さんで施設も非常に選定が難しい中で、やはりご家族の方にとっては早くに
アクションをスタートさせてほしいと、こういう内容ですね。それがこの重点の中に含ま
れているとは思いますが、もう少しそこをしっかりと考えていただきたいというご発言だ
と思いますが、いかがですか。

【小林所長】 遠山委員のご指摘はごもっともというか、重々承知しております。推進プランの104ページのほうに今後の取組ということで、やはりおっしゃるように未治療というのは古くて新しいといえますか、ずっとある課題だと。正直なかなか解決しないところもあるんですが、そういうのは十分認識しており、課題として挙げておまして、また取組ということでもきっちり1つ大きなタイトルで設けているところでございます。今回、重点プランというのはその中のということで、今後精神保健福祉法が改正を見越して、このような形で、今後新しく出てくる問題かなというふうにとらえて、どれを選ぶかという、他を落とすというものではないんですが、特に新しいという形で取り上げたというところでございます。おっしゃるような未治療、またもう1つは中断、そういうのもありますので、そういうのはこれまでと同様、これまで以上に頑張っはいくつもりでございます。

【和智部会長】 事務局のご意見ですが、いかがですか。

【遠山委員】 私の感じとしては、やはり保健師さんでも精神のほうの患者となると、何か怖いというか、危険というか、そういう不安を持っていらっしゃるみたいなんです。どうしても難しい問題だから後回し、後回しにされてるような感じを私は受けるんです。よろしくお願ひいたします。

【和智部会長】 率直な現場のご意見だそうで、やっぱり難しい面はあるけれども、現場のご家族の方は切々に進めてほしいということをおっしゃっておられますので、またご検討よろしくお願ひいたします。他にございますか。よろしいですか。

幾つか案があつて、いま精神の問題は質問が出たんですけども、事務局のほうも内容に関しては積極的にやってくれさると。これは全般的に言えることだと思いますが、ここでベースライン(案)、これは(案)がついておりますけれども、この案でご承認いただけますでしょうか、委員の皆様。よろしければ拍手をよろしくお願ひいたします。

(拍手)

ありがとうございます。それではこの(案)を外して、これで進めていただきたいというのが委員のお気持ちです。よろしくお願ひいたします。

それではベースラインがこれで整いましたので、次に各市報告ですね。これは先ほども言いましたように、各市独自に動いておりますので、そこのところを是非ご理解いただきたいというふう思っております。

まず報告、TAMA フレイル予防プロジェクトについて。これは地域推進プランの中に掲げられている項目でありますけれども、保健、医療、福祉すべてがかかってまいります。こ

のプランの後にはまた人材の確保という非常に難しい問題もございますが、まず1つ目、先ほど申しました TAMA フレイル予防、こちらは、「第1章第2節1 高齢者への支援」に関する取組です。これに関しまして多摩市の高齢支援課の伊藤課長様からご報告お願いいたします。

【伊藤課長】 それではご報告させていただきます。伊藤でございます。よろしくお願いいたします。資料5をご覧ください。

多摩市は14万8,000人ぐらいで高齢者は4万1,000人を超えております。この南多摩5市の中では一番高齢化率が高くて、28%を超えております。けれども、元気な高齢者も多くて、健康寿命、要介護2を基準にした場合は26市の中では一番、東京都の中で一番健康、65歳健康寿命が一番長いということで、そういう強みを生かしまして、介護予防事業に力を入れておりますので、TAMA フレイル予防プロジェクト、TFPPと申します。ご報告をさせていただきます。

まず表面のほうの事業目的ですけれども、これまでもおたっしや健診という形で高齢者の生活機能を落とさないような啓発的な事業というのはやっていたんですけれども、それだと気付きまでということなので、コンセプトとしては行動変容への動機づけを行うということで、虚弱な高齢者だけではなくて、元気な人は担い手になってもらうとか、あらゆる健康レベルの人が活躍できる場につなげるということで推進しております。

概要としてはフレイル状態かどうかをチェックする測定会というのと、あとスタッフが国士館大学さんに取りまとめをお願いしております、大学生と介護予防リーダー、多摩市のほうで養成しておりますそのリーダーさんと、あと地域包括支援センターと高齢支援課で実施しております、測定会をやって、ご本人にその結果をお返りする、プラス広い会場でやる場合は様々な体験ができるようなプロジェクトをやっております、介護予防教室であったりとか、サロンであったりとか、担い手となって総合事業のヘルパーさんといえますか、生活サポーターになっていただくとか、シルバー人材センターであったりとか、そういったところもご紹介できるようなしつらえにしております。実施体制についてもいま申し上げました。

ということで下の左側のところに、健康度と年齢といえますか、その方の状況によってどこをターゲットにしていますよ、というところを図にしておりますけれども、すべての高齢者を元気な方から弱い方まで、プレフレイルの方からフレイル、場合によっては要介護手前の方ぐらいまでを対象にしております。

実績でございますけれども、昨年度、この事業についてどういうふうな企画にするかということを経験した先生や歯科医師会の先生にも入っていただいて検討しまして、4回ほど試行事業をして、今年度4月から全市展開をして、12月末までで18回実施しております。481人ということで、広い会場ですと100人超え、本当に小規模な老人クラブさんで市民さんと一緒に楽しくやるみたいな形ですと10人ぐらいでという形で、さまざまな会場で実施しております。

もう1つ、検討体制というか、やりっ放しではなくて、そのデータを分析して、必要なプログラムの変更も実施しております。評価体制として一般介護予防事業評価委員会というのを持っておりまして、その中で年3回ほどですけれども、それまでの測定の結果と、その結果がどのように、例えば有意差があって、この項目はこのように反映されてるとか、チェック項目として適切であるとか、そういったことも調査しながら実施しております。本当に医師会の先生や歯科医師会の先生には大変お世話になっている事業でございます。そういった評価をしながら実施しているという体制が取れているということで、市民さんと一緒にやる、手法としては市民協働の事業なんですけれども、バックにはそういった専門機関の専門職の皆さんの支援があるというような体制で実施しております。

では裏面にまいりまして、流れでございます。受付をいたしますと、まずファーストチェックということで、12項目ほど実施しまして、その後、確認しながら、少し心配な方はセカンドチェックへ流れていただくということで、本当に心配だなという方は、最終的に地域包括支援センターがその場で相談をして、総合事業につなげていくというような形にしております。先ほど申し上げましたように、右の下の図を見ていただくと、気づきから行動変容へということなので、さまざまな体験を市民さんと一緒に実施しているという形で実施しております。大変好評でございます、ぼつぼつ今年度30回を目指して頑張ってるんですけれども、年度末までに27回か8回はできそうだなというところで進んでいるところでございます。

ということで、ますますフレイル、要介護状態にならないように、そして介護保険のお世話にならずに自立して生活していただく方を増やしていくということで進めていきたい。来年度からはまたこの事業の定着に向けて取り組んでいきたいというふうに考えております。以上でございます。

【和智部会長】 詳しくご説明ありがとうございました。一発目は多摩市なんですけれども、多摩市は健幸都市宣言でしたっけ、いろいろやったり、いろんなプロジェクトを組ん

だりして一環としてこれをやっておられると思いますけれども、ただいまの取組、何か他の委員の方々からご質問なりご意見なりありますでしょうか。どうぞ。

【小川委員】 小川でございます。ファーストチェックの表は完全に多摩市でのオリジナルということでしょうか。非常にうまくできている表だと思いますけれども、問診表ですね。

【伊藤課長】 お答えします。基本的に独自でございます。独自の項目で実施しております。東大モデルですとか、さまざまあるかと思うんですけれども、そこではなくて多摩市として、ファーストチェックとしては独自項目で実施しております。セカンドチェックの項目は総合事業につなげるということがあるので、基本チェックリストと同じです。ご高齢担当の方はわかりかと思いますが。

【小川委員】 このファーストチェックの表で、例えば口腔ですとか、栄養とか運動機能とかすべて網羅されてると思うんですけれども、この辺で多摩市で一番有効だったなという設問を教えていただければと思います。それからファーストチェックの後にどのぐらい機能訓練をされているのかですね。その辺だけ教えていただければと思います。

【伊藤課長】 どの項目が有効かということは、すみません、どれが一番有効かというのはわからないんですけど、例えば口腔のところは「さきいか・たくあんの固さ」これしかないんですね。これは咀嚼はあるんだけど、飲み込みの部分の項目が口腔でないので、ちょっとここは問題だなというふうに思っています。あと食事の栄養のところの2番目「肉、魚、魚介のうち、いずれかを毎日食べていますか」というと、朝1つ、昼1つ、夜1つでもOKなのでこれはどうだろうか。「1日2回以上食べてますか」とか「そういうのが揃ってますか」というような形で、もう少し厳しくしてもいいのかなというふうに思っております、そのあたりをいま検討しているところです。それ以外のものは大体国ですとか、さまざまところで研究されて出てきてる項目かなと思います。このファーストチェックをやりますと、2割ぐらいの方は太鼓判、OKだねというのが出て、さあ担い手と。7~8割の方はセカンドチェックに流れるようなしつらえにしています。あんまりここを厳しくしすぎて易しくしすぎて、という形にして7割、最終的に2割ぐらいの人が包括につながるような形で考えております。そんな形です。

【小川委員】 ではセカンドチェックに行く前に何らかの機能訓練みたいなのを行われてるわけですね。そうでもないんですか。そこまではないということですか。あと問診表に、町田でもやってるんですが、いわゆる嚥下機能を評価する項目が入っていれば非常に

いいかなと思いますので、感想です。非常に素晴らしい取組でありありがとうございます。

【和智部会長】 ではそれではご意見として。発展途上みたいな形で、まだ少し考えられるそうですから、またその辺ご考慮よろしく願いいたします。林先生。

【林委員】 町田の林です。非常に参考になりました。ありがとうございます。いま小川歯科医師会長からもお話がありましたように、町田市でも歯科医師会、医師会、行政ではいろいろいま取組を検討しているところで、町田からの質問が集中して申し訳ありません。やはり我々が考えている中で、フレイルサポーターのような存在が地域、地域、地区、地区で大事になってくるんじゃないかと考えておりますが、実施体制のところでは住民ボランティア、介護予防リーダーとありますが、これはそういうような存在として考えていいものなのかどうかというのをまずお願いします。

【伊藤課長】 介護予防リーダーは平成 25 年から養成しておりまして、現在 89 人おります。半年間ばかり長寿医療センターの先生に教育をしていただいて、最終的に論文を書いて地域活動をする。そういう形だったので東大モデルは、フレイルのためのサポーターをまた改めてつくるというあたりが多摩市には馴染まなかったというところもあって、独自のものにしたんですけれども、そんな形で広い意味の介護予防リーダーになると、週に 1 回、地域で介護予防教室を自分たちで運営していただきます。

【林委員】 じゃあ高機能なフレイルサポーターみたいな感じですね。

【伊藤課長】 はい、そうです。

【林委員】 そうですね。ありがとうございます。そこをどう養成していくかが非常に課題だと思っているので勉強になりました。それからアウトカムの評価のところも考えておられるんですけれども、評価の指標で、どういうものを主な指標とされているかというのは後でも結構なんですけど、教えていただければと思います。

【伊藤課長】 では後でということ。

【和智部会長】 個別に後でと。町田市が一生懸命やっておられるということで、情報を是非交換して、ここは新しい分野なので、いまプレフレイルとか、フレイルサポーターなんていういろいろ難しい言葉も出てきましたので、また一緒に協働してやっていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは TFPP に関してはまた個別にご意見がございましたらフロアでお願いします。

次に取組の 2 として日野市、在宅医療の体制構築のための基本方針の策定。これは第 1 章 2 節 5 になりますね。在宅療養の推進、これに関連する項目でございます。それでは日

野市の赤久保委員のほうからわかりやすくご説明よろしくお願ひいたします。

【赤久保委員】 それでは日野市の健康福祉部の赤久保でございます。私から現在策定中でございます在宅療養体制構築のための基本方針について概要をスライドに沿って説明させていただきます。下の2ページのほうを見ていただければと思います。ページは右下のほうにございます。

まず基本方針を策定する背景でございます。日野市は高齢化率が多摩市ほどではございませんけれども、直近の1月1日現在で24.7%ということで、高齢化が現在進行形で進んでいる状況でございます。さらに2025年を境に高齢者が増加して、これに伴って75歳以上の高齢者、要介護認定者も増加する予測となっております。また療養体制が施設から在宅へ転換が図られておりますので、今後は在宅療養体制の充実、特に医療と介護と行政の役割分担などによる包括的な支援の仕組みが急務となっている状況でございます。このため、市としても在宅療養体制の充実を図るためには医師会を初めとする関係機関の協力が必要であるとの認識から、医師会の野田会長等のお力添えをいただきまして、関係機関間で課題や意識、その共有、その指針となる基本方針を策定することになったものでございます。

次のページをお願いいたします。今回の基本方針を策定するにあたりまして事前にアンケート調査をこのページの上段にあるように、市民と医療機関を対象に約3,000のサンプルで行い、下にございます3つの視点から調査結果を分析して、当面の課題を抽出したところでございます。下の4ページでございます。現状分析からは多くの課題が見えてきたところですが、それを整理しまして、こちらにあるように関係機関に共通する3つの課題に集約しております。今後、在宅療養体制を進める上では1点目は市民の在宅療養に対する正しい理解、不安や介護負担の軽減を図る必要がまずはあること、2点目は現在取り組まれている在宅療養体制や多職種との顔が見える関係性など市の良さを何とか生かした体制を構築すること、3点目が次世代まで在宅療養体制を維持していく上では在宅療養に関する追跡可能なデータの集積が必要であるといったような主な課題に対応していくとしたものでございます。

次のページをお願いいたします。これまでの現状と課題を踏まえまして、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護事業者等の代表から成る協議会というのを設置させていただきまして、その中で協議していただいて、目指すまちの姿として、こちらにあるように安心して住み続けられるまちの実現と、関係機関の意識の共有を図るための理念の3項目を合わ

せて基本方針として位置づけております。

下のスライドでございます。今回の基本方針では理念的な設定だけではなくて、市内の関係機関が今後取り組んでいく内容も施策の方向性としてまとめております。まだ具体的な施策については現在検討中であるため、詳しくは説明できないところですが、先ほどの課題を解決するためにこちらにあるように、6つの柱の下の31の施策に関係機関が取り組んでいく予定でございます。なお、この基本方針は2025年、団塊の世代が75歳を迎える時期に備えた方針ということもありますので、基本方針及び施策の計画期間は2019年から2024年という6ヶ年としているところでございます。

最後のページでございます。この基本方針は方針に基づく施策も展開していきますので、策定後も市内の関係各機関の代表の方にご協力をいただいて、PDCAで管理して随時改善を図って、在宅療養における関係機関に活用していただけるようにしていきたいと考えております。年度末に方針が策定されましたら、ホームページにアップする予定でございますので、皆様におかれましても是非ともご覧いただけたらと思います。よろしく願いいたします。簡単ですが、説明は以上でございます。

【和智部会長】 ご説明ありがとうございました。在宅に関しては日野市以外の市もご興味があるというふうに思いますけれども、どなたかご質問、ご意見等ございますでしょうか。

それではご意見がないので、日野からいらっしゃった野田委員のほうからコメントなり、何なりよろしくお願いいたします。

【野田委員】 これは日野が在宅療養のためということなので、これから高齢者が増えて在宅療養で医療が崩壊しないようにということを考えての施策になります。この案は先ほど赤久保委員が言っていたように100ページぐらいで、これをまとめたものなんですけれども、去年の4月に在宅療養支援課というのが日野にできまして、ここを中心にこれから高齢者が増えた時点でどうやって在宅療養を運営していくかということ話し合うことができるようになりました。いまのところは問題なく進んでいるんですが、これからやはりどんどん増えてきますのでどうしようかということです。最後のページの推進体制というところですね。8つの代表をつくって、これは検討部会というのに当たるんですけども、在宅療養推進委員会が一番トップで、その下の検討部会になる会なんですけれども、ここでいろいろ案をつくっていただいて、これをみんなで共有して進めていこうということになっています。皆さん、熱心にアンケートも含めまして、100ページぐらいの資料をつく

っていただきましたので、これを参考にしながらみんなでやっていけばということを考えています。先ほど医師会を中心に、と書いていただきましたけれども、医師会の代表はやはり在宅の先生でございまして、やはり私たちから考えれば医師会の中の先生が全部在宅をやっているわけじゃないので、この在宅の先生たちの考えている、素直に出てきた意見を医師会の中で我々を含めた、かかりつけ医が十分汲み取って協力しながらやっていかないとかなかなかうまくいかない。ただ、この案をつくっただけではとてもじゃないけどやっていけない。この案をよくかみ砕いて、かかりつけ医の我々が在宅医、あるいは他の8つの代表の皆さんと協力しながらやっていかなくちやいけないと痛感しております。どうぞよろしくお願いいたします。

【和智部会長】 ご丁寧にありがとうございました。在宅に関しては私自身はここにいらっしゃる田村委員と時々、ああでもない、こうでもないディスカッションをしてるんですが、私から聞くのも何ですけど、患者様ご自身になかなか在宅の敷居が高くなってきているという問題をよく田村委員と私で話をするところがあるんですが、日野市の場合はいかがですか。

【赤久保委員】 やはり敷居が高いというか、知識とかそういった認知がされてないというところがやっぱり一番かなと思います。ただアンケートを取りますと、やはり半数の方は何とか在宅でというような意向もあるようでございます。ただやはり介護の負担ということを考えて、やはり在宅を選択しないという状況にありますので、体制を整えてあげれば、そういった方向にも向かっていくのかなと思っております。

【和智部会長】 ありがとうございます。実りある実績をつくっていただきたいというふうに思います。ここに関してはよろしいですかね、委員の他の方は。

それでは先に進ませていただきます。3つ目は要介護高齢者の在宅医療に関するアンケートについて。1章2節5、これも在宅医療の推進ということで、稲城市工藤高齢福祉課課長からよろしくお願いいたします。

【工藤課長】 それでは稲城市から資料7に沿ってご報告させていただきます。在宅医療・介護連携推進協議会で行いました要介護高齢者の在宅医療に関するアンケートについてご報告をさせていただきます。

2のスライドをご覧ください。アンケート概要です。目的は要介護高齢者の在宅医療及び在宅看取りの実態を知るというものです。対象はケアマネージャーを対象に利用者のごことを尋ねたアンケートになっております。このアンケートでは在宅看取りとは在宅で訪問

診療を受けていて、在宅または入院後 7 日以内に病院で亡くなった場合というふうに定義して行っております。おめくりください。

設問でございます。設問 1 では訪問診療、往診を受けている利用者の人数を尋ねています。設問 2 ではその利用者が受けている医療を聞いております。設問 3 で利用者に関わっている医療機関名を尋ねておまして、この 1~3 については平成 27 年にも同じ項目で調査しております。設問 4 では利用者で亡くなった人数、ケアマネに直近 1 年間の実人数を聞いております。設問 5 では設問 4 のうち、わかる範囲で経過を聞いているというものになります。ちょっと時間の関係で個別の結果については省略させていただきますが、めくっていただきまして、8 のスライド、まとめ①というところをご覧ください。

平成 27 年度との比較になります。前回調査に比べ、稲城市では在宅医療を受けている利用者数は 126 人から 161 人と増えております。在宅で受けている医療の種類はあまり変化がありません。在宅医療に関わっている医療機関数は微増ということで、稲城市では 11 ヶ所から 13 ヶ所に微増という結果がわかりました。

資料を 1 枚おめくりいただいてまとめ②というのをご紹介したいと思います。13 のスライドのところを開いていただければと思います。まとめ②です。亡くなった人数に関してですが、ケアマネージャーが関わった患者のうち、直近 1 年に亡くなった人の人数は 117 人でありました。ちょっと人数は少ないと感じられるかもしれませんが、稲城市の 65 歳以上の死亡者数は年間 515 人なので、かなりこの調査で対象になったかなと思っております。それと亡くなった利用者の受けていた在宅医療に関しましては、訪問診療と訪問看護を両方とも受けていた人というのが最も多い結果とわかりました。在宅酸素を使用している方が受けられている医療では最も多かったという結果がわかっております。

個別のいろんな資料を付けさせていただきましたが、こちらは紹介していると時間がありませんので、ちょっとめくっていただいて、まとめ③のスライド 20 というところをお開きいただければと思います。まとめ③です。在宅での看取りの希望に関してですが、在宅看取りの希望は 42 人、36.2%でした。希望していないは 33 人、28.5%、わからない、未記入が 41 人で 35.3%でした。亡くなった場所につきましては、自宅で亡くなった人は 35 人、30%、病院で亡くなった人は 75 人で 65%でした。在宅での看取りに関して、在宅での看取りとなった人は 36 人、31%でした。

次のページ、21 のスライドと 23 のスライド、こちらがメインになりますので是非ご覧いただければと思います。まとめ④、22 の下のほうのスライドをご覧ください。

が、在宅看取りの希望と実際の状況に関してというものです。在宅での看取りを希望していた 42 人は 71%が在宅での看取りとなっております。大体 7 割が希望通り在宅で看取られたという結果が出ております。在宅での看取りを希望していなかった人 33 人は 91%が在宅看取り以外で亡くなったという結果となっております。最後に、在宅での看取りの希望がわからなかった人 21 人については 90%が在宅看取り以外で亡くなったという結果が出ております。この調査からわかったのは、在宅の看取りの実現には本人の希望というのが不可欠ではないかなというところであります。今後この結果を使いながら施策につなげていきたいなと感じているところです。

あと最後のページに、稲城市の介護保険の保険者シートというのを付けてあります。これは両面で稲城市の 29 年度の介護保険の状況がわかるというものになります。人口だとか保険料の推移、高齢化率、認定者数など、こちらを見ていただくと稲城市の規模がおわかりいただけるかなということで参考に付けさせていただきました。以上でございます。

【和智部会長】 ありがとうございます。貴重なデータを公開していただいてありがとうございます。ただいまのご報告に関しまして、委員の皆様方から在宅看取り、稲城市の意識ですが、アンケート、何かございますか。はい、田村委員、お願いします。

【田村委員】 多摩市医師会の田村です。非常にこれを見て、おっ！と思ったのは、在宅看取りの定義を在宅での死亡に限らず、在宅で療養していて入院後 7 日以内に死亡した人も在宅看取りとカウントしたということですね。しかもこれは全数カウントしてますよね。これはどうやって調べました？

【工藤課長】 このデータ自体はすべてケアマネージャーさんに担当してる利用者について聞いているものになります。

【田村委員】 ここで注目したのは、通常、在宅死というのは死亡診断書の死亡場所で取りますよね。そうしますと、ぎりぎりまで在宅で療養していたけど最期は病院で看取ってもらったという人が在宅死にならない。そのギャップについて僕も問題にしようと思ってたんですけど、ちなみに死亡診断書による在宅看取り数というのは何%ぐらいになるんでしょうか。

【工藤課長】 資料で付けている保険者シートの、国がデータとして出している数値で、稲城市の自宅死の割合というのが出てるんですけども、それで見ると 13.2%というのが公開されている自宅死の割合となっております。

【田村委員】 まさにそこだと思っんですね。私は人生の最期を在宅で療養するというの

は非常に意味があると思いますけれども、心肺停止をして死亡診断を受ける場所が自宅である必要はないというふうに思ってるんです。実際に身内が亡くなる、天国に旅立つという事は、私たちにとってはある面、日常的なことなわけですがけれども、ご家族にとっては非常に重大なことで精神的にも非常に重たいものですので、最期の最期はお世話になった病院に戻るとか、あるいは最期はそういうことを専門にしてる南部地域病院の緩和ケア病棟でお世話になるとか、そういった条件付きでも最期はやっぱり在宅で療養したいという人が多いわけですね。ですから、そういう人を在宅看取りにカウントするのは非常に僕は正しいと思いますし、実際に国の基準、死亡診断書の基準と比べると、最期、病院に戻った人がその倍近くいるということはまさにそうだなと思っているわけなんです。

これはご本人の意識だけではなくて、在宅療養をしている患者さんが出てきた病院、がんの手術をしたとか、そういったところが在宅に帰ることを勧めるときに、本当に最期に苦しくなったらいつでもうちは引き取るから、それまでぎりぎりまでおうちで暮らしてくださいと言ってくれるかどうか、それが、患者さんが勇気を持って在宅に移れるかどうかの非常に大きなキーなんです。ですからある意味、そういった意味で病院と在宅医と、あるいはそれを支える職種の連携が一番取れてるところというのは、この稲城市さんの在宅看取りの数値が非常に高いと。しかし死亡診断書による在宅看取り数はそんなに多くない。つまり最期は病院が責任を持って面倒を見たということが私は非常に評価に値するというふうに思いますね。そういったことをいろんなところで主張してきたんですが、それを裏付けてもらえたデータですので非常に勇気づけられました。ありがとうございました。

【和智部会長】 ありがとうございます。いまの深い内容も踏まえまして、稲城市医師会の谷平委員のほうからコメントなりお願いします。

【谷平委員】 稲城市の谷平です。田村先生、ありがとうございます。死亡診断書に関してはいろいろ異論があるかもしれませんが、このデータを見せてもらってすごく思いましたのは、やっぱり介護度が高い、重症度の高い人、あとがんの方は非常に在宅看取りに納得していただいて、ご家族とか本人の希望もおうちで過ごされることを望んでたのかなというのはすごく思います。他の病気の方は割とそういうことに認識が少ないとか、やっぱりとりあえず病院に行きたいということになってしまうのかなというのはこの中ですごく思われました。やっぱり病気の認識とか、療養に対する考え方という意味で病院と在宅医療が深く関わって、情報の伝達がうまくできることが今後非常に大事なのかなと。ご報告までに。どうもありがとうございました。

【和智部会長】 ありがとうございます。在宅に関しては地域差ですね。いろいろあると思いますけれども、ただ非常に多くの内容が各市共通するところがございますので、これは独自に報告してくださいということなのですが、是非参考になるところは積極的に参考にしたたり、考えていただいて、また進めていただきたいというふうに思います。よろしくお願いたします。ありがとうございました。

それでは次、報告 4、高齢者の摂食嚥下機能に応じた食環境整備支援、これは第 1 章 2 節 1、高齢者の支援、ここに関連する取組でございます。南多摩保健所の白井課長のほうからご報告お願いたします。

【白井課長】 それでは高齢者の摂食嚥下機能に応じた食環境整備支援についてご報告をさせていただきます。お手許の資料 8 をご覧ください。

本事業で作成しました情報共有ツールにつきましては保健所の各種会議を始めまして、市や病院、医師会、歯科医師会の先生方に機会あるごとにご案内してまいりましたので、既にお聞きいただいたことのある委員も多いかと思えます。通常、摂食嚥下機能支援は歯科事業の一環として実施しておりますが、平成 28 年度、29 年度につきましては所内 3 課で横断的に PT を編成し取り組んでまいりました。そこで本日は地域医療・地域包括ケアの観点から本事業の内容と共に今後の可能性についてご報告をさせていただきたいと思えます。

まず摂食嚥下機能とは、食べる、飲み込むための機能のことで、おいしく安全に食べたり飲んだりするために重要な機能です。資料 8 のこれまでの取組の欄にございますように、南多摩圏域では平成 17 年度に南多摩保健所で取組を開始して以来、圏域内の各市やその他さまざまな団体が住民の方々の摂食嚥下機能支援に取り組んでおります。このように各方面の関係者が摂食嚥下機能支援に取り組んでいる南多摩圏域は都内有数の地域と言えます。

さて先週 1 月 17 日にありました健康づくり部会では日野市の摂食嚥下機能支援事業のご報告をいただきました。日野市では摂食嚥下機能障害の重症化を予防するために、高齢者がご自身で摂食嚥下機能をチェックできるシートを作成、送付をし、不安のある方が地域包括支援センターに相談できる仕組みをつくっているとのことでした。また町田市では 71 歳以上の方が歯科医院で口腔機能健診を受け、実施した結果、フォローする仕組みをつくっているということでございました。各市でこうした予防の仕組みを構築している中で南多摩保健所では脳卒中や誤嚥性肺炎などで入院した患者が自宅や地域の施設に戻る際に、病院と地域が情報を共有するためのツールを作成いたしました。

背景でございますが、資料の課題のところにお示ししております。病院での食事の形態や食事の際の姿勢の取り方など、退院後も注意を要する内容が十分に本人、家族を初め、在宅関係者、施設関係者に提供されていないという状況があります。そこで課題別推進プランの取組を行ったわけでございますが、情報共有ツールを作成するにあたりましては、南多摩保健所管内の7病院と、八王子市、町田市で摂食嚥下の課題に取り組んでいる研究会などの取りまとめ役である病院の協力を得まして、圏域内9病院の関係の職種の方々にお集まりいただきました。病院のご厚意で、出張扱いで参加していただきましたので病院によって構成は異なりますが、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士とさまざまな職種の方々に参加していただき、それぞれの立場からご意見をいただきました。こうして完成いたしましたのがお手元のクリップ留めの資料になります。本日お配りした資料になりますが、こちらの資料のほうをご覧ください。

食事の形態や食べ方に配慮の必要な方へ（退院支援ツール）東京都福祉保健局のホームページの記事になっております。おめくりいただきまして、次の資料が病院から施設やケアマネージャー、つまり専門職から専門職へ情報を伝えていただくためのツールになっています。実際には病院では電子カルテが導入されていることも多く、この様式をそのまま使ってもらおうというより、項目を採用していただくようお願いしております。その次の資料は病院から本人、家族に情報を提供するためのツールになっています。病院や各施設で食事形態の呼び名が異なっているということが全国的に課題になっています。そこでツールでは病院での食事の呼び名と合わせて摂食嚥下リハビリテーション学会の学会分類2013による呼び名を併記してもらうようになっております。このことにより、提供されている食事の形態を共有することができます。患者ご本人やご家族が学会分類2013を理解し、食事をつくるにはハードルが幾つかあります。病院の事情をお聞きしますと、必ずしも摂食嚥下障害があるすべての入院患者さんに栄養指導が行われているわけではないということでしたので、注意事項や学会分類2013の内容が伝わるよう、3枚目のリーフレットを作成しております。こちらのカラー刷りのリーフレットになります。また退院後、病院の主治医や地域のかかりつけ医、かかりつけ歯科医に摂食嚥下の相談ができる方はいいのですが、必ずしも相談できない方がいらっしゃいます。こうしたときにはケアマネージャーや地域包括支援センターへ、またどこにも相談先がない場合には各市のご協力により、市で受けていただけるように市の相談窓口を掲載させていただきました。

時間の都合で詳細をご説明できなくて残念ですが、摂食嚥下機能支援は食べることを支

えることで、それには医療、介護、行政、飲食店などの食事を提供するお店を含め、多くの職種の間わりが必要になってきます。各市で構築している予防の仕組みと今回の病院から地域に退院される方の支援の仕組み、またこれらの仕組みの中で関係する組織や団体や各職種が適切に機能し連携することにより、医療と介護の連携、そして地域包括ケアが推進されることと考えています。南多摩保健所では各市の摂食嚥下機能支援事業等と連携を図りながら、今回作成しましたツールをきっかけに病院や地域の体制を整備していただけるよう取組を進め、地域包括ケアの実現に寄与できればと思っております。またこの度、歯科医師会などの熱い要望に答え、多摩南部地域病院で摂食嚥下外来が開設されました。摂食嚥下機能を評価するための機器が整備され、さまざまな専門職がいる病院で体制ができたことは地域のかかりつけ医の先生にとっても心強いことと思います。和智部会長から南部地域病院の取組につきまして補足をいただければと思います。

私からは以上でございます。

【和智部会長】 ご説明ありがとうございました。ご指名といたしますか、南部地域病院のほうも実はこれには下地がありまして、やはり私が考えるのは、まず手術の前の周術期の口腔ケアを院内ではなかなかいままできませんので、やっぱり口腔ケアを含めて手術のスタートだというふうに患者さんにPRして、地域の歯科の先生にご足労いただいてやっていると。そういう下地があって、今回、キーワードはやっぱりこれもチーム医療ということでスタートしております。まだ浅いので1名か2名いらっしゃったぐらいでございますけれども、驚くことに非常にたくさんの方が関わっていただいて、客観的なデータ、指導、こういうことをして、何とか摂食嚥下、食べられるようにという本来の目的を早く取り戻していただく、こういう趣旨で始めておりますので、ここを是非PRしていきたいと思っておりますし、各市の中核となられる病院の先生方にも是非ご興味を持っていただいて、地域と地域歯科、医科合わせまして多くのチームを編成してやっていただければ、だんだん軌道に乗ってくるのではないかなと考えております。私からはそれぐらいでよろしいでしょうか。

それでは5つ目の取組になります。脳卒中医療の連携ということに関して、第1章2節6、医療連携体制の推進という項目でございます。こちらは東海大医学部付属八王子病院の野川委員のほうからご報告よろしくお願いたします。

【野川委員】 ありがとうございます。資料の9をご覧くださいいただければと思います。私は脳卒中医療連携協議会の東海大の野川と申します。この会には和智先生もご参画いただいております。今回、脳卒中は重点プランに指定していただきました。この1年にこの

脳卒中は非常に大きな変革がございました。1 つは脳卒中の太い血管に詰まった血栓に対して血管内治療が行われるようになったこと、もう 1 つは後でご説明いたしますけれども、脳卒中・循環器病対策基本法が昨年、最後の最後、最終日に国会で法案が通りましたので、新しい脳卒中対策基本法ができたことがございます。それにつきまして、本日は私どもで 2 つの資料を用意させていただきました。1 つは私ども急性期病院が行っております TamaTREAT という血管内治療のデータ、それからもう 1 つは一昨年度、中央公論に出てまいりました年齢調整死亡率、このデータに関してご説明をさせていただきたいと思っております。

資料は左上から下、右上から下というふうに流れてまいりますのでお目通しをいただきたいと思っております。まずグラフが出てまいります。高齢者の人口の推移ということですが、東京だけが 2025 年に向かって高齢者が増えていくということがございます。先ほど来、多摩市は 28% というふうにお話を伺っておりますが、この高齢化によって脳卒中疫学がどう変わるかということで 3 つございます。1 つは有病率が増えること、もう 1 つは心房細動が増えるためにノックアウト型脳梗塞と呼ばれてます心原性脳梗塞が増えること、それからがんによる脳梗塞が増えるということがございます。ご承知の通り、脳梗塞は寝たきりの最大の要因でございまして、その次に認知症、それからフレイル、サルコペニアというふうに続いております。昨年 12 月 10 日に脳卒中・循環器病対策基本法という法案が通りました。これはどういうことかといいますと、これは早く言いますと、脳卒中の新しい治療も含めて治療を均てん化しようということで、各都道府県で対策部会がつくられて、それに対して対策を取っていくということになります。おそらく東京都に関しても、そういった部会が結成されるであろうというふうに思っております。

1 枚紙をめくっていただきまして、私どもはこの医療連携協議会では従来、脳卒中パスというものを推進してまいりました。しかしながら、これに対しては厚労省のほうで保険請求上のインセンティブはもはやなくなってしまっております。しかしながら、ここでつくられた連携というものをてこにいろいろなことをやっております。1 つは脳卒中市民啓発活動、先ほども少しお話がございましたけれども、本年度は 2 回行っておりまして、5 月に八王子、9 月 15 日に、きょうは谷平医師会長が来られてますけれども、稲城のほうで市民啓発活動を行っております。これは非常に重要な意味がございまして、脳卒中自体の症状を知っていただくということが早い救急搬送につながっているというふうに思っております。

右上の図をご覧くださいと思います。脳卒中の治療はここ 1 年でドラスティックに

変わってまいりました。1つは従来4.5時間以内のt-PA治療がメインだったわけですが、現在6時間まではペナンプラと呼ばれる救える組織がある場合に関してはグレードA、つまりやらないといけないという流れで血管内治療を行うということになっております。但し、これはエルボー（ELVO）と呼ばれる脳主幹動脈しかできないということで、ここが非常に大きなポイントになるかと思えます。現在、国際的には24時間までこういった血管内治療をやるほうがメリットがあるだろうということが出てまいりまして、本邦でも血管内治療は24時間まで一般的に行われるようになってきております。

それからもう1つ、大きな流れとしまして、4月に脳卒中学会でストロークセンターを認定しようというふうになりました。これはこの血管内治療を受けまして、血管内治療ができるスロンベクトミー・ケーパブル・ストロークセンターと、それからさらに包括的なコンプリヘンシブ・ストロークセンター、それからいわゆるプライマリー・ストロークセンター、この3つを認定しようということで、ちょっと字が消えてしまっておりますが、もし血管内ができないプライマリーに運ばれた場合はドリップ・シップして、スロンベクトミー・ケーパブル・ストロークセンターでリトリーブするという新たな治療が出てまいりました。

次をめぐっていただきたいと思えます。では現時点で東京都の脳卒中救急搬送はどうなってるかと申しますと、24時間以内の脳卒中に対してはA、24時間以降に関してはBという2つの枠組みで救急患者さんを搬送しております。しかしながら血管内治療が出てまいりましたので、プライマリー・ストロークセンターで、もし血管内治療の要がありということであれば、そこで医師が判断して、次の病院にやはりシップをするというのが現時点でのワーキンググループのアイデアでございます。但し、まだこれは本格的には稼働していないということですが、来年度に向けて、おそらくこれを推進していかないといけないということになるかと思えます。

それに関しまして資料を1つご提示したいと思えます。それはTamaTREATという、私ども急性期病院がすべての血管内治療の患者様のデータを登録してございまして、その内容でございます。まず多摩地区と23区を比べますと、血管内治療ができる施設が非常に限られております。具体的に多摩地区には12個、血管内治療ができる施設がございます。この南多摩には幾つあるかということですが、5個ございます。この南多摩は5個の血管内治療施設で血管内治療をやっているということございまして、果たしてそれがうまく機能しているかということに関して登録をしております。郵便番号で患者様の住所か

ら病院の選定に至る各搬送をトレースしておりまして、それによって各医療圏の搬送距離というものが出てまいりました。例えばその右下のグラフで見てまいりますと、南多摩は他の多摩の医療圏に比べて搬送距離はそこそこですけれども、西多摩だけは非常に突出して2倍以上の搬送距離を運んでいるということもわかってまいりました。

1枚紙をめくっていただきたいと思います。じゃあ予後はどうかということでございますけれども、モディファイ・ランキング・スケールという予後の判定基準がございまして、0、1、2というのが自活できる、予後が良かったという方の値でございますけれども、この南多摩に関しては43.3%ということで、この5つの二次医療圏の中では一番成績が良かったということになるかと思えます。

それでは救急隊が運んだ病院が同じ医療圏にあるかどうかという地域完結率というのを見てまいりますと、やはりこれも南多摩が94.5%ということで、この医療圏の中では最も高い地域完結率ということになっております。じゃあ果たして本当にそうかということでございますけれども、実は少しトリックがございまして、右上を見ていただきますと、救急車の搬送に関しまして、登録されているのは多摩の圏域だけの病院でございます。例えば町田、あるいは稲城というところで川崎とか神奈川に搬送されている救急車もございます。ですから、そういったものに関してはここではちょっとカウントできないということになりますので、見かけ上、この完結率が高くなっているというふうに考えております。

もう1つ重要な資料をお目につけたいと思います。それは二次医療圏別の年齢調整死亡率というものが一昨年の中央公論に出まして非常に大きな話題を呼びました。どうしてかと申しますと、この年齢調整をすることで各二次医療圏の脳卒中に対するいわば通信簿が出てきたということになります。全国345ありまして、自身の医療圏が一体何番目に位置するかというのがこの数字になって表れているということでございます。この右端のコラム、脳梗塞というのを見ていただきますと、南多摩に関しましては318、女性は277ということで345に近いほど成績がいいということになりますけれども、比較的脳梗塞に関しては成績がいいということになります。残念ながら隣の医療圏が非常に成績が悪くてワースト7だったということで、この中央公論で非常に話題を呼んだということでございます。

1枚めくっていただきたいと思います。さらにその後3年、これは2012年までの死亡率なんですけれども、さらに新しい資料を南多摩保健所ですべて出しておいておりまして、現在最も新しい資料、2015年の資料によりまして、この5年間でこの南多摩医療圏域の脳卒中の死亡率というのが何と30%も低下しているというデータが出てまいりました。これは

私が知る限り、他の疾患ではございませんで、脳卒中に関しては非常に死亡率が下がっているということで何らかの非常にいいファクターが働いているのではないかと考えております。それは具体的には何かということですが、その下にございます。1つは市民が脳卒中の症状を含めて啓発活動が行き届いてきたこと、それから治療が、血管内治療を含めて非常に進歩してきております。それから連携が非常に進歩してきているということで、それが全体として南多摩で非常に伸びしろがあったのではないかと考えております。本年度の脳卒中のストラテジーを右上に示しますけれども、患者啓発活動、それから救急医療システムに関しまして、さらに押し進めていこうというふうに思っております。具体的には2月に今回、多摩市の消防の方に来ていただいておりますけれども、稲城と、それから八王子の消防に来ていただきまして、当院で搬送システムに関する討論会を行う予定をしております。それから血管内治療をさらに推進していこうということでございます。

まとめますと、この南多摩の高速な高齢化がありまして、脳卒中の疫学もドラスティックに変わってきていると。それからもう1つは、ストラテジーとして血管内治療が出てまいりまして、救急搬送体制をおそらく変えていかないといけないだろうと。それからもう1つは年齢調整死亡率が30%下がっているということで、通信簿としてはいまこの南多摩の成績表としては全国でそこそこのところにいつてるのではないかとというふうに考えております。以上でございます。

【和智部会長】 大変詳しい内容説明ありがとうございました。少し専門的になりますけれども、いまのご報告にご質問、ご意見等ございますでしょうか。委員の皆様。

ちょっと時間との勝負ということで、救急隊の話が出たけれども、金子委員、一言何か。

【金子委員】 ご質問なんですけれども、9ページのいままでの脳血管内の適応の有無の判断なんですけど、こちらはすべての脳梗塞の患者さんに対して行われるようになるのでしょうか。

【野川委員】 これが少しやはり誤解されてる点でございまして、脳血管内治療ができる血管が1つの分岐点までの太い血管でございまして。この1つの分岐点までの太い血管に心原性脳塞栓症という問題があると結構詰まるんですね。ですから、かなりの割合で太い血管に詰まる、エルボーと呼んでおりますけれども、その部分なんですけど、それ以外はどうかという、これは血管内治療はできません。ですから全国でいま一番、救急隊にお願いしたいことで問題になっていることは、救急隊がこの太い血管の患者様を選択できるか

どうかということなんですね。既にこの太い血管だけを選び取るスケールが幾つか開発されております。エルボースクリーンというのが去年非常に話題になりまして、たった3つの項目で太い血管を選定できるというもので、日本医大の木村教授がつくったものがございます。そのようなものを使って搬送先を少し選定していくということを今後考えていかないといけないのかなというふうに思っております。

【和智部会長】 詳しいことはまた個別によろしくお願いいたします。石塚委員のほうから、地域の、時間との勝負ということもございまして、連携していくという重要さも含めましてコメントを一言お願いいたします。

【石塚委員】 ありがとうございます。実はもう野川先生には先日もご講演いただいて、八王子医師会ではもう先生から何回もお話を聞いてますし、先ほどちょっと出ましたけれども、連携パスのときからずっと医師会と協力させていただいております。結局、救急隊が見て、搬送を決めるということもあるでしょうし、あるいは我々のところに来て、これはすぐ送らなきゃいけないかどうかという判断もやっぱり我々がしなきゃいけないわけですが、そこはよくいままでの野川先生のお話から大体、出てきたところの先生方にはよくわかっていると思ってるんですけども、そうでない先生方のところにもまた医師会のほうも協力をして、そういう情報を出して、とにかく治療できるものは治療しなきゃいけないと。先生は先ほどAとおっしゃいましたけれども、Aのものは絶対に治療しなければ、我々の責任、開業医の責任でもありますので、そこはこれからまた緊密に連絡を取って新しい情報をどんどん入れていただきながら私たちも一緒にグレードアップしていきたいと、このように思っております。

【和智部会長】 貴重なご意見ありがとうございます。以上をもちまして用意いたしました議事はすべて終了いたしますが、全体を通して、ちょっと時間もないんでございますけれども、これだけは言っておきたいということがございましたら挙手をお願いいたします。よろしいでしょうか。

【谷津課長】 すみません。先ほどの多摩のご発表に対しまして、もしできましたら多摩市医師会の田村会長から一言いただけたら有難く存じます。

【田村委員】 多摩のフレイル予防の話ですね。一言だけ感想を言わせてもらおうと、それに関わってる人たち、介護予防リーダーになってる人、そういう人が一番頑張る、その頑張りが実はフレイル予防にとっても有効だというふうな側面があると思うんですね。ですから、実際に指導される側よりも指導する側になって頑張るという人を意図的に増やすとい

うのは非常に意味があるんじゃないかなと思っております。それと今回のフレイル対策事業というのはいわゆるフィジカルフレイル、身体フレイルにほぼ重点がありますけれども、フレイルというのは精神的な部分、これは認知症なんかが中心になると思うんですね。それから社会的フレイル、社会的な孤立とか独居とかですね。そういったことを含めて総合的に対応しないとイケないですし、それに対するレベルアップというのは非常に必要だと思います。ですから各層がそういうことに努力していくことが重要じゃないかなと思われました。以上です。

【和智部会長】 申し訳ございませんでした。フレイルの話は飛ばしてしまいました。申し訳ございません。全体でよろしければこれで終了したいと思います。先に戻りますが、精神の関係、早くやってくれと、このご意見は非常に深く受け止めておりますので、是非よろしく願いいたします。はい、どうぞ。

【松原委員】 市民委員の松原です。よろしく願いします。実は去年の暮れに和智先生を訪ねて南部病院に行って、いまのメタボの健診で腹囲を測定して、男性が85 cm、女性が90 cmという基準があるんですが、この基準はいかがなものかということで和智先生を訪ねていったんですけれども、長々と話す時間がなくて、ちょっと疑問を感じております。

それとあともう1つ、熱中症のことなんですが、熱中症のことは、要するにマスコミでも、暑くなってから熱中症にならないように水分をこまめに取りましょとか、日陰で過ごしてくださいとか、冷房をうまく使ってくださいというふうな二次予防的なことしか言っていてなくて、昔はというか、熱中症という言葉はなかったんですが、暑熱順化、要するに暑さに慣れる体をつくりましょというふうなことを最近全然言っていてなくて、すぐに暑さから逃れることしか言っていてなくて、多分また5月か6月ぐらいになったら熱中症対策を言うんでしょうけども、やはりもっと前に、要するに新年度、4月になったらすぐにでも熱中症で暑さに負けない体をつくりましょ、外で少しずつ体を動かしましょというふうなことをマスコミとか保健所からも発信していただければいいかなと思ってます。

【和智部会長】 ありがとうございます。ここでちょっと議論するあれではないんですが、熱中症のことと、腹囲の問題ですね。これは疑問を呈されてますので、是非また聞いていただきたいと思っております。

それでは以上をもちまして終わりますが、事務局にお戻しいたします。よろしく願いいたします。

【谷津課長】 和智部会長、ありがとうございます。また委員の皆様、長時間にわたり

ご協議をいただきまして誠にありがとうございました。本日いただきましたご意見を参考といたしまして、今後も各種事業を着実に進めてまいりたいと思います。なお、配付資料のうち、プランの冊子につきましては机上に残していただきますようよろしくお願いいたします。それでは以上をもちまして平成30年度地域医療・地域包括ケア部会を閉会させていただきます。本日は誠にありがとうございました。

－ 終了 －