

第 7 回 東京都保健医療計画推進協議会改定部会  
会 議 録

平成 2 9 年 8 月 2 9 日  
東京都福祉保健局

(午後 3時59分 開会)

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第7回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開会いたします。

委員の皆様には、大変お忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、医療政策部保健医療計画担当課長の榎本が進行役を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

着座にて失礼いたします。

初めに、委員の皆様の出欠等についてですが、本日は全ての委員にご出席をいただいております。

次に、オブザーバーの方をご紹介します。第4回改定部会から各疾病・事業の個別検討を行っておりますが、本日は、今回、個別検討を行う疾病事業のうち在宅療養の協議会の代表の方にご出席をいただいております。

東京都在宅療養推進協議会の新田國夫会長でございます。

○新田会長 新田です。よろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 続きまして、本日の資料について確認させていただきます。

本日は、精神疾患、認知症、在宅療養、歯科保健医療について資料をお配りしております。資料3-1から3-7までが精神疾患、資料4-1と4-2が認知症、資料5が在宅療養、資料6-1と6-2が歯科保健医療についての資料でございます。参考資料として、国指針との対比表がございます。議事の都度、資料についてご説明いたしますので、落丁等がございましたら事務局にお申しつけください。

また、別途、机上に現行の東京都保健医療計画の冊子と国の指針がとじてあるオレンジ色のフラットファイルもございます。議論の際に、ご活用ください。

資料については、以上でございます。

ご発言の際には、マイクの下右側のボタンを操作をお願いいたします。

それでは、これからの進行を河原改定部会長をお願いいたします。

○河原部会長 それでは、本日の議事を次第にのりとして進めますが、先ほど事務局からお話がありましたように、第4回の改定部会から各疾病・事業の個別検討に入っております。前回のときもお話しいたしましたが、本改定部会では、国が示した指針や疾病・事業ごとの協議会等の検討内容を踏まえながら、次期保健医療計画に盛り込むべき内容として、課題や取り組みの方向性について意見をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは議事のほうに進みますが、まず精神疾患についてでございます。これにつきまして、事務局からご説明をお願いします。

○西脇精神保健医療課長 それでは、障害者施策推進部精神保健医療課長の西脇のほうから、精神疾患についてご説明させていただきたいと思っております。

本日、提出いたしました資料につきましては、東京都地方精神保健福祉審議会ほか幾つかの会議の議論を踏まえて作成したものでございます。精神疾患患者を地域で支える

社会を実現するためには、診療科間の連携、地域連携、あと保健・医療・福祉の連携の三つの連携が大変重要でございまして、この三つの連携を進めながら日常診療体制、救急医療体制、地域生活支援体制の三本柱をもとに取り組みことを現在の保健医療計画において明示しておりまして、今回も、この三本柱に沿った形で資料を作成しております。それについて、ご説明させていただきたいと思っております。

まず、資料3-1の日常診療体制についてでございます。

1枚目の左側に記載されておりますとおり、一般診療科と精神科、それと区市町村や保健所など関係機関の連携というのが大変重要ということで、精神疾患、地域医療連携協議会の設置をするなど、連携強化のための取組を現在、進めているところでございます。

右側上段になります。連携状況の検証や連携が不十分なケースについての取組の強化など、一般診療科と精神科の相互の連携体制充実に向けた対応、それと、連携ツールのあり方など、円滑な紹介体制の構築等に向けた検討、それと、精神疾患に対する偏見の解消など都民への理解の促進という形で、三つの課題に分類して資料のほうに載せさせていただいているところでございます。

2枚目をごらんになっていただけますでしょうか。

今後の方向性としては、まず取組1として、地域の一般診療科医師と精神科医師により研修等の実施や、地域の実情に応じた体制を検討する「一般診療科と精神科の連携体制の強化」、取組2として、事例集や必要な情報確認のためのチェックシートの作成を行うとともに、連携ツールのあり方について検討を進めていきます「円滑な紹介体制構築等強化」、取組3としまして、多様な精神疾患や精神保健医療に対する偏見や誤解が生じないよう都民向けの講演会等を実施するなど「都民への普及啓発の充実」の三つに区分して、取組について挙げさせていただいているところでございます。

続きまして、資料3-2の精神科救急医療体制の中の精神科初期・二次救急についてですが、この関係につきましては、前回のこの会議でいろいろ救急体制についてご質問がありましたので、この資料の説明をする前に、都における精神身体合併症を含めた精神科救急医療体制についてご説明をさせていただきたいので、お手数ですがけれども、資料の3-6をおめくりいただけますでしょうか。

資料の3-6のほうの左側に記載しておりますとおり、精神障害者であって、かつ自傷、他害のおそれがある場合につきましては、24時間365日で対応できる精神科措置医療の体制を構築しているところでございます。

一方、措置には該当しないのですが救急の必要がある場合については、平日、土曜日については夜間、休日については24時間、輪番制という形で、中ほど、やや左側に載せておりますが、初期・二次救急の体制をとっているところでございます。

また、精神身体合併症の患者さんにつきましては、夜間、休日についてはⅠ型として都立病院等に、平日・日中につきましてはⅡ型、Ⅲ型という形、当番制又は登録制という形で都内の病院にお願いして実施しております。それが中ほどに載っております。

さらに、身体治療後の受け入れ体制、これにつきましては、都内を5ブロックに分け、地域精神科身体合併症救急連携事業という形で、これは右側、一般救急の一つ左に記載してありますけれども、救急連携事業という形で現在実施させていただいているところでございます。

では、お手数ですけれども、資料3-2のほうにお戻り願えますでしょうか。

今、ご説明したような形で行っているというのが、精神科医療体制の精神科の初期・二次救急の現状ということになります。

今度は課題として、右側上段のほうに記載してありますとおり、まず精神科救急医療が必要な患者をより確実に適切な医療につなげる仕組み。

それと、二つ目として、精神科救急医療が必要とトリージされたにもかかわらず、例えば辞退、本人が辞退したという結果、医療につながらない場合とか、あと平日・日中の対応、その部分について、いわば精神科救急医療が必要な患者に対して、できる限り身近な地域で速やかに精神科救急医療を提供できる体制。

三つ目として、例えば精神科救急医療情報センターにおきまして、現在、相談員による傾聴等、相談を受けているわけですけれども、実際、傾聴等によって相談者が納得したり落ちついたりするケースが非常に多いという状況があります。この状況などから、要するに、精神科救急医療につなげることが適切でない判断された患者さんへの支援、これをどうするかということで、三つの、課題という形で分類をさせていただいているところでございます。

1枚おめぐりいただいて、2枚目のほうを見ていただけますでしょうか。

では、それを受けて今後の方向性ということで、まず取組1として、「精神科救急医療が必要な患者をより確実に適切な医療につなげる仕組み」、取組2として、初期・二次救急の体制や二次救急医療機関の偏在というのが実際ありますので、それなどを念頭に入れた、「精神科救急医療を必要とする患者が身近な地域で医療を受けられる体制」を今後、さらに整備を進めていく、

取組3として、休日、夜間と診療時間外の電話相談等による支援など、いわば精神科救急医療につなげることが適切でない判断した患者に対しての支援、それを検討していくという形で、こちらのほうも三つに区分して、今後の方向性、取組という形で挙げさせていただいているところでございます。

続きまして、資料3-3のほうをごらんになっていただけますでしょうか。

こちらは、精神科救急医療体制の中の精神身体合併症救急のほうになります。1枚目の左側の現状ですが、先ほど資料3-6でご説明させていただきましたとおり、全都的な対応としては、夜間、休日はⅠ型で、平日・日中についてはⅡ型、Ⅲ型という形で受け入れ体制を現在、整備しているところでございます。

また、精神科医療機関による一般科救急医療機関からの相談、受け入れ体制を整備する事業として、これも先ほどご説明したことになりますが、地域精神科、身体合併症救

急連携事業ということで、これは2年間のモデル事業を経て平成27年度から本格実施をさせていただいております、現在5ブロック化に向けて取組を進めているところでございます。

右側上段には課題ということで、こちらにも三つの課題に分類させていただいております。まず、一つ目が患者の依頼後の後方支援等のルール化など、いわば一般科医療機関と精神科医療機関との連携体制の充実。それと、地域精神科、身体合併症の救急連携事業、これは5ブロック化に至るまで順次広げたわけですので、先行して実施したところの成果あるいは課題を検証するなどして効果的な相談等、支援体制の検討。三つ目として、地域で受け入れが困難な患者を広域、いわゆる全都で受け入れる仕組みということで、こちらのほうも三つの課題に分類させていただいております。

おめぐりいただいて、2枚目をごらんになっていただけますでしょうか。

今後の方向性ということで、まず取組の1として、地域での円滑な受け入れに向けた課題や地域に応じた体制の検討、あるいは研修の充実など、「地域ごとの一般科医療機関と精神科医療機関との連携体制の強化」。取組2としましては、エリアの広さとか医療機関の配置状況など、「地域の実情に応じた地域での受け入れを促進するための相談支援体制の整備」。取組の3としましては、広域的な受け入れから入院治療終了後の地域移行の仕組みまでを念頭に、「地域での受け入れが困難な患者を全都で受け入れる仕組みの検討」ということで、今後の方向性として、こちらのほうも取組1、2、3という形で三つに区分して挙げさせていただいているところでございます。

続きまして、資料3-4の地域生活支援体制についてでございます。

1枚目の左側の現状ですが、第4期の東京都障害福祉計画、現在進行中の計画なのですけれども、こちらにおいて、入院期間1年以上の長期在院者数を平成29年度末までに9,643人にするなど、目標を設定して地域移行コーディネーター等の配置等、地域移行体制整備支援事業など、さまざまな事業を現在実施しているところでございます。

ただ、現状として、左側にも書いてあります、平成27年度末で長期在院患者数が1万人を超えているなど、退院支援のためのキーとなる地域移行とか地域定着の個別給付の件数も年間100件強にとどまっているという状況でございます。

右側のほうに課題ということで、これも三つ挙げさせていただいております。約半数の病院では、熱心に退院支援に取り組んでいます。この辺の成果を踏まえて、病院における長期入院者への退院に向けたさらなる取組ということが一つ目。あと、ピアサポーターの活用など、地域移行・地域定着の取り組みというのが二つ目。三つ目として、未治療あるいは治療中断者への支援という形で、こちらのほうも課題のほうを三つに分けて分類をさせていただいているところでございます。

1枚おめぐりいただいて、2枚目のほうを見ていただけますでしょうか。

これらの課題を受けて今後の方向性ということで、こちらのほうも、まず取組1として、地域移行に向けた体制整備や地域移行コーディネーターの取組の推進策を検討、さ

らに高齢患者の退院促進に向けた、これに当たっては介護保険制度との連携が非常に重要になりますので、その連携など、「病院における長期入院患者への退院に向けた取組の推進」というのが1つ目。

取組2としまして、ピアサポーターやショートステイの活用などさらにを進めるとともに、区市町村への働きかけや相談支援事業所のスキルアップなど、これをいかに積極的に実施してもらうための方策を検討しなくてはいけないというのが、2つ目の取組ということで、「地域移行・地域定着への取組の推進」。

取組3としましては、東京都の精神保健福祉センターで実施しておりますアウトリーチ支援の推進や、区市町村においてアウトリーチ体制の構築、これを都として支援するとともに、さらなる支援策の充実に向けた検討など、「未治療あるいは治療中断者の支援の強化」という形で、こちらのほうも三つに区分して挙げさせていただいているところでございます。

1枚おめくりいただいて、資料3-5につきましては、これは現行の保健医療計画に記載しております個別課題への主な取組につきまして、時点更新をさせていただいているところでございます。

あわせて、3-5の1枚めくって2枚目のほうになります。

個別課題への主な取組について時点更新をさせていただくとともに、2枚目の下から二つ目、災害精神医療につきましては、これは今年度構築中であります東京DPATについて記載させていただいております。

それと、一番下、多様な精神疾患、これにつきましては、国が地域包括ケアのシステム構築に向けた通知等、いろいろ動きを今しておりますので、その辺を受けて課題、今後の取組について記載させていただいております。この二つが現行の保健医療計画にない部分、新たに加えさせていただいた部分ということで、これは目を通していただければと思っております。

最後に、前回、この会議でいろいろご質問等がありましたので、その関係で資料3-7、救急医療に関する事業ごとの医療提供体制ということで、これは前回のこの会議で提出させていただいた資料ですが、その中の右下になりますか、精神疾患の事業推進区域についてご説明させていただきたいと思っております。

精神科の二次救急医療につきましては、都内精神科病院の偏在状況を勘案して区部、多摩部の2ブロックという形で、あと精神科緊急医療につきましては、これは三次救急に相当します措置医療、特に夜間の緊急措置診察に対応する都立等の4病院、今は4病院にお願いしていますので、その4病院の設置状況を勘案して4ブロックという形で、それと、地域精神科の身体合併症救急医療につきましては、先ほど資料3-3のところでご説明いたしましたとおり、今年度、やっと5ブロック化が達成するという状況ですので、その状況を鑑みて引き続き5ブロックという形で実施してまいりたいと考えているところでございます。

ご説明は以上になります。よろしくお願ひいたします。

○河原部会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から精神医療についての説明がございましたが、何かご質問、ご意見はございますか。

では、長瀬委員、お願いします。

○長瀬委員 精神疾患は数多くありますけれども、精神疾患そのものは国の政策医療でありまして、非常に重要なのであると思っております。先ほども課長のお話にありましたように、精神科の場合は地方精神保健医療福祉審議会というのがずっと続けられておりまして、その方針がこのままここにあらわれています。これは、もう前からのことであり、これをずっと推進していきまして、二次医療診療体制については、新しく精神疾患地域医療連携協議会が各二次医療圏にできました。そして地域連携会議が各地で今現在、行われておりまして、それを、もっともっと地道に地域で行って、これは顔の見える関係で細かい単位で行っていくべきだろうと思ひますし、特に各医師会、各医師会の理解・協力を取り付けなければなかなかうまくいかないだろうと思ひます。それが一つです。

次は、精神科の初期・二次救急です。この、入院医療については非常に問題がありまして、これは民間がほとんどやっているものですから、東京都の西のほうに入院医療が偏っているのです。東京の区部のほうはなかなか少なく、ちょっと遠くなってしまっているのです。後から出てきますけれども、地域で何とかしなくてはいけないというのがあるのですが、高速道路が発達していたり公共の交通機関が発達しているために、今のところ機能は一応していると思ひます。今後も、このようなことについては、先ほど言ひました地方精神保健福祉審議会なり精神科救急医療体制整備検討委員会でも検討してほしいというふうに入っています。

精神科救急については、先ほどの精神科救急医療情報センターや、ひまわりなどが非常によく機能しておりまして、患者さんが電話で相談したなどの場合に精神科救急にかからないで済む割合が非常に高いのです。ですから、これをもっともっと充実して行ってほしいなと思ひます。

もう一つ、身体合併症の治療については、身体合併症の治療を一般医療機関、病院にお願いした場合に、治療が終わった後、かなり高度な身体医療をしなくてはいけない場合に、なかなか精神科の医療機関で引き受けられないという問題があつて、もう少し緊密に連携をとれたらいいと思ひます。

あと地域の受け入れが困難なケースと先ほど出ていきましたけれども、それについてもなかなか難しいのですが、その対応策については、都立病院がありますので、都立病院をもうちょっとうまく活用していただけたらありがたいと思ひます。

地域の生活支援体制については、いろいろ都でも一生懸命取り組んでいて、ある程度、地域移行・地域定着は進んでいると思ひますけれども、ここにありまふように、

長期入院者については半数の病院が退院支援に積極的であって、半数が余り積極的ではないような書き方がしてあります。病院そのものは、一応一生懸命取り組んでいるのですが、これは多分、アンケートのとり方の問題であると思っています。

社会的な入院というような面は否めませんが、地域の受け入れ体制、受け皿がしっかりしていないので、なかなか退院させられない人もいることは皆さんもご存じだと思います。その点については、先ほどもありましたように差別と偏見をなくすように都民の皆様にもっと情報宣伝活動を行っていただきたいと思っています。

現在も、例えば、グループホームを一つ、つくりたいということにしても、地域の反対がありまして、できないというところはかなりあるのです。最近では幼稚園をつくるのもだめだという近隣の方々がおられるようで、なかなか難しいのだらうと思うのですけれども、そういうようなことがあるので、もう一度言いますけれども、差別についての解消を一生懸命行っていただきたいと思っています。

精神疾患の個別課題については、我々の医療機関が多様な精神疾患にもそれぞれが対応できるようにしないといけないのだらうと思っていますけれども、つきましては都にしっかりと注力していただきたいと思っています。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。ただいま、ご要望と、もう一つは、いろいろ質問事項もまじっていたと思うのですが、特に、例えば、受け入れ困難事例の都立病院の活用というふうなご提案もございましたが、この件も含めて、今、長瀬委員がご発言されたことについて、何か事務局としてご意見はございますか。

○西脇精神保健医療課長 そうですね。都立病院の活用につきましては、病院経営本部のほうと連携しながらいろいろ協議を進めていきたいと思っています。

あと、先ほど長瀬先生のほうから話がありましたとおり、実際に病院さんのほうで、いわば長期入院患者の退院に向けて、「不十分」という書き方をしてしまったので、ちょっと誤解を招いたようですけれども、不十分というか、より取り組みを積極的にやっていたらと助かるかなという意味で書いたところがございます。

あわせて、長瀬委員のほうから指摘のあった、地域の受け皿がなかなか整わない、先ほどグループホームの話もありましたけれども、グループホームなりショートステイなりの数が計画どおり達成がなかなか難しいという、数が少ないという状況もあって、退院が不十分な状態になっているなという状況があるというのも、また事実としてある状況でございます。

それと、最後、多様な精神疾患の関係では、国のほうでは、いわば疾患ごとに医療機能を明確にした上でいろいろ施策を進めるようにという形で通知が出ているところですが、長瀬委員のほうから話がありましたとおり、疾患ごとに医療機能を明確化しているいろいろな公表するのはいいかもしれないのですけれども、では、実際に各病院さんが疾患ごとにしか対応をしなくなってしまうというのは、それは逆にまずい話になってし



まいますので、国は国で方向性を少し出していますけれども、国の出した方向性を受けて都としてどうするかというのは、今後、関係医療機関も含めて、ちょっと検討を進めさせていただきたいと思っていますところでございます。

以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

ほかに何か、ご意見はございますか。はい、どうぞ。

○渡辺委員 二つお聞きしたいのですが、まず資料3-2の左側に1、そして二つ目のポチで588件が二次救急医療とトリアージされて、その下のポチで、トリアージされたけれどもベッド満床のため二次救急につながらなかった患者が114件あったと。この114件は、どうなったのですか。

○西脇精神保健医療課長 ベッド満床のため114件あったということになってはいるのですが、114件の内訳までは、うちは押さえていないのですが、このすぐ下に書いていますが、本人自身が実際に遠方であるから行くのが嫌だとか、辞退というのも、この114件の中に入っているところでございます。

あと、実際に114件の中で、どうしても対応せざるを得ないケースについては、都立4病院のほうにお願いして、これとは別の形で受け入れてもらったというケースもあるという状況でございます。

○渡辺委員 なかなか大変だと思うのですが、二次救急が必要とトリアージされていながら自分からやめるといふ人は、そんなにいないのではないかと思います。そこら辺を受け入れる体制が、さらに内容まで見えてくるといいなと思います。

もう一つは、資料3-4、左側に地域移行コーディネーターという職種が書いてありますが、この職種は何か資格を持っている方を、例えばナースとか、あるいは精神保健福祉士、あるいはソーシャルワーカーとか、そういう何か想定されている職種があるでしょうか。

○西脇精神保健医療課長 うちのほうでやっています地域移行コーディネーターにつきましては、PSW、精神保健福祉士という形を基本に要件を定めさせていただいているところでございます。

○渡辺委員 そうしますと、精神保健福祉士というのは、まだまだ数も少なくて配置も困難だと思いますので、できれば介護福祉士なんかは、非常に数が多い国家資格取得者でありながら、就職できない方が多いので、70万人ぐらい、いるかと思いますが、そういう方に、ある一定の研修をしていただいて、そういうところに配置していただくというようなことを考えると、ナースはなかなか人材確保が困難かとは思いますが、精神保健福祉士を講師として、また、いろいろな職種につながるとか、そういうことも考えられたほうがいいのではないかと思いますけれども。

○西脇精神保健医療課長 貴重なご意見、ありがとうございます。ぜひ参考にさせていただきたいと思います。

○河原部会長 ほかに何か、ございませんか。はい、どうぞ。

○永田委員 3-5の個別課題の2枚目のところの災害精神医療の件で、表現でちょっとお伺いしたい点があるのですが。右側のほうの今後の取り組みのところの丸の一つ目に東京DPATさんの体制整備をしますよというのがあって、その下、日本DMATを初めになっているのです。東京DMATがあるのではないのかと。そことの、まず連携がというふうに私は思うのですが、いかがでしょうか。

○西脇精神保健医療課長 おっしゃるとおり、日本DMAT及び東京DMATも含めて、うちは東京DMATと連携しないと当然、DPATはできないと思っていますので。貴重なご意見、どうもありがとうございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

ほかに何か、ご意見はございませんか。はい、どうぞ。

○長瀬委員 これは、我々が引き受けなくてはいけない問題なのですけれども、救急医療で一般科に精神科の患者さんがリストカットなどをした後、一般科としては困ってしまうのです。救急車が来たがどうしようと。戻してくれと言っても、どこに連れていったらいいかわからないというようなことが随分あります。これはこの場の議論と違うことなのですけれども、救急車は何時間も、そのためにずっと受入先を探さなくてはいけないというのがあって、それが随分、消防庁のほうで困っているというような事例が多いのです。

ですから、そうしたケースを我々が引き受けるような形をしなくてはいけないのですけれども、消防庁とも相談して連携をうまくとれるようにしてあげると、救急車も助かるし、受け入れた一般科の医療機関が助かるのだらうと思います。少しご検討いただきたいと思います。

○河原部会長 その点、いかがでしょう。

○西脇精神保健医療課長 今、お話があった関係は、消防庁との関係もありますので、消防庁との関係も含めて、ご意見として承りたいと思います。

○河原部会長 ほかは、いかがでしょう。はい、どうぞ。

○福島委員 先ほど精神科救急医療情報センターというところが非常に機能しているという話があったのですけれども、それはすごくいいことで、もし今の体制とか、少し問題が何かしらあるのであれば、もっともっと活用したほうがいいと思うので、実際のところをよく聞いていただいて、さらに活用するべきかと思います。

○河原部会長 ひまわりとかも含めて、実態をさらに分析していただいて、改善する点があれば、また、よろしく願います。

ほかは、いかがでしょうか。

これ、ちょっと質問ではないのですけれども、精神科の問題としては、全国的には精神科救急と身体合併症対応、これが大きな問題だと思うのですが、47都道府県、財政力がもちろん違いますし施設数も違うけれども、東京は、この二つに関して、ほかの4

6の県と比較して、うまくいっているほうだと思いますか。印象だけで結構ですので。

○西脇精神保健医療課長 少し自分で褒めるような形になってしまうのですが、東京都では、例えば、措置医療だけでも全国の4分の1を占めるということで、非常に大きい他県にはないような規模で対応している状況でございます。それだけの対応をしなければいけないのは、裏を返すと、それだけ非常に精密なシステムチックなシステムをつくらなくてはならない。そのために都としていろいろな施策を展開しているところがございます。完璧とまではいかないですが、非常に規模の大きい中で、まさしく大都市東京の、いわば精神科救急医療に対応するだけの一定のレベルの水準の事業展開はさせていただいてるなど。これも、全て関係者、特に精神科病院協会さんの非常にご努力があって、できているかなというふうに自負しているところがございます。

○河原部会長 もちろん、私もそのあたりはうまくいっていると思って質問したのですが、47都道府県の中で、やはり資源とかの問題もありますが、精神科医療というのは結構うまくいっているのが実態かなというふうに思います。

それから、資料3-4なのですが、左のほうにいろいろ精神疾患対策に絡む予算的な事業を書いていますけれども、私、個別に47都道府県の医療計画の精神部門を検証したら、隣の埼玉県は予算化しているのが0だったのです。だから、それから考えたら非常にやられているかなと思います。

ほか、何かございませんか。はい、どうぞ。

○福島委員 すみません。一つ、教えてください。現場で活動していると、最近、精神疾患を合併した妊産婦さんが非常にふえているのですが、そのあたりの対応については何か議論がされて、どこか、この中に盛り込まれているのでしょうか。ちょっと、すみません、お伺いしたいのですが。

○西脇精神保健医療課長 妊産婦さんの場合は、基本的に精神科病院のほうで対応は難しいことになりますので、身体合併症という言い方は変なのですが、状況によっては産科のほうと連携をとりながら、当然、出産等のほうは産科のほうで対応させていただいて、そちらのほうで状況が落ちれば、必要があれば、また精神科病院のほうで受け取るという形でやっているところがございます。ただ、とはいっても、なかなか妊産婦さんの精神の状況によって対応が非常に困難だというケースであれば、状況によっては都立病院等のほうで対応しているところがございます。

○河原部会長 ほかは、いかがですか。

それでは、時間の制約もありますので、次に認知症について、関連分野というか、精神の一領域でもあるわけで、認知症についてご説明いただきまして、また精神の問題に返っていただいても結構ですので、認知症について説明していただいて、またディスカッションしたいと思います。

では、お願いします。

○上野認知症対策担当課長 高齢社会対策部認知症対策担当課長の上野のほうから、ご説

明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

資料4-1をごらんください。現状についてでございます。

高齢化の進展に伴いまして、都内の認知症の症状を有する高齢者の数は平成28年の約41万人から平成37年には約56万人、高齢者の約2割の方が何らかの認知症の症状を有するというふうに見込まれております。65歳未満の若年性認知症の方の数につきましては、国の有病率調査の推計から約4,000人と見込まれております。また、認知症の症状のある方の約6割が居宅で生活をされ、認知症が疑われる方の約半数はひとり暮らし、または夫婦のみの世帯という東京都の特徴がございます。

これまでの取り組みでございますけれども、東京都健康長寿医療センター研究所に監修していただきましたパンフレット「知って安心認知症」を活用しまして、都民の認知症に対する理解を深める取り組みを実施してまいりました。

また、地域の支援体制を構築するため、専門医療相談や医療と介護の連携の推進役を担う認知症疾患医療センターの整備を推進しておりまして、平成29年8月1日現在で51カ所となっております。こちらの配置につきましては、資料4-2にマップという形でお示しをしておりますので、後ほどごらんいただければと存じます。

また、区市町村に認知症の個別支援ケースのバックアップ等を担う医療職の認知症支援コーディネーターを配置いたしまして、今、ご説明をいたしました地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームと連携し、早期発見・早期診断・対応の取り組みを推進してまいりました。

また、かかりつけ医、介護士等の医療・介護従事者に対し研修を実施しているほか、認知症研究の実績を有します健康長寿医療センター及び東京都医学総合研究所と協働いたしまして、認知症の方の在宅生活を継続する支援のケアモデル事業を2カ年で取り組んでいるところでございます。

若年性認知症対策といたしまして、ワンストップの相談窓口である若年性認知症総合支援センターを都内の2カ所、目黒と日野に設置をいたしまして、若年性認知症の方のご本人とご家族を支援しているところでございます。また、住まいの整備といたしまして、認知症グループホーム等の整備を進めているところでございます。

右側、課題についてでございます。認知症の方の増加が見込まれることから、適時・適切な支援体制の構築を進めていくということで、まず引き続き普及啓発の推進を進めていきたいと考えております。また、早期発見・診断・対応に向けた取り組みの促進を図るとともに、身体合併症や行動・心理症状への対応など、様態に応じて必要な医療や介護が受けられる体制の整備を進めていく必要があると考えております。

2点目ですけれども、認知症の人と家族が安心して暮らせる地域づくりということで、それぞれの地域におきます認知症対応力の向上を図るとともに、区市町村や関係機関と連携した地域づくりの推進が求められていると考えております。

今後の方向性についてでございます。1枚、資料のほうをおめくりいただけますでし

ようか。

取り組みにつきまして、大きく二つまとめております。まず、取り組みの1、認知症の態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供体制の整備でございますけれども、各区市町村に認知症疾患医療センターを設置し、専門医療の提供、地域連携の推進、人材育成等を推進してまいります。また、認知症疾患医療センターにつきましては、島しょ地域では適切な医療機関がないことから指定が難しいため、医療従事者に対する相談支援体制を整備するとともに、訪問研修を実施し対応力向上を支援してまいりたいと考えております。

また、かかりつけ医、看護師に加えまして、昨年度から歯科医師、薬剤師の方に対しても医療従事者に対する研修を実施してございまして、引き続き早期発見や対応力の向上を図ってまいりたいと考えております。また、地域の医療・介護機関の連携を促進し、身体合併症や行動・心理症状のある認知症の人の受け入れ体制を構築してまいります。最後、認知症アウトリーチチームが培った訪問支援のノウハウを提供し、区市町村における初期対応の仕組みであります認知症初期集中支援チームの活動を支援し、都における認知症の早期発見・早期対応を推進してまいりたいと考えております。

取り組みの二つ目でございますけれども、認知症の人と家族を支える地域づくりの推進ということで、都における医療専門職の認知症対応力向上の支援拠点であります認知症支援推進センター、こちらは東京都健康長寿医療センターに委託をして実施をしているものですが、こちらにおきまして、認知症サポート医や地域における指導的役割を担う医療・介護従事者等への研修を実施し、医療・介護連携体制の構築や多職種の協働を推進してまいりたいと考えております。また、認知症介護を担う人材を育成するとともに、地域における人材の活用を推進してまいります。

3点目、若年性認知症対策ですが、引き続きセンターにおける相談支援を実施しますほか、相談で培ったノウハウを活用いたしまして地域包括支援センター職員など支援者向け研修を実施して、地域における体制を充実してまいります。また、医療機関と連携した認知症カフェの設置を支援するというところで、家族支援の取り組みも進めてまいります。最後、認知症高齢者グループホームなど、介護サービス基盤の整備の促進ということで引き続き取り組んでまいります。

私のほうからは以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

ただいまの事務局のご説明に関しまして、何かご質問、ご意見はございますか。

○熊田委員 資料の4-1の中で、現状のところ、認知症の症状のある人の6割は在宅で生活し、また認知症が疑われる人の約半数はひとり暮らし、または夫婦世帯のみだということなわけです。そういう状況の中で、特に取り組みの2というのは非常に重要な論点になるかと思うのですが、実際にひとり暮らしの方が認知症を発症して、そこで自分自身が認知症だということについて認識ができていないときに、実際にそれを

発見するというのは、恐らく、近所に住んでいる人ですとか、あるいは何らかのかかわりがある人という形になろうかと思うのですけれども、そこら辺の体制づくりについてということはどうお考えになられているか、教えていただければと思います。

○上野認知症対策担当課長 ご質問、ありがとうございます。今のご意見のとおり、ひとり暮らしの方とか夫婦のみの場合には非常に発見が難しいということで、こちらの取組の1のほうに早期対応、早期支援の要素が入っております。五つ目の丸に認知症アウトリーチチームとありますが、地域包括支援センターや民生委員の方などからそうした方の情報提供があり、受診の拒否などがある場合は専門職で構成するチームで訪問をして支援につなげるというような取り組みを行っております。

また、非常に似た仕組みでございますけれども、同じところにご説明のあります認知症初期集中支援チームというのが区市町村の地域包括支援センターなどに設置が進められておりますので、この活動を支援していくことで、お話をあったような認知症高齢者の方の支援に結びつけていくというふうに考えております。

○熊田委員 ありがとうございます。

○河原部会長 ほかに何か、ございますか。どうぞ。

○長瀬委員 私も今のご意見に賛成で、老老介護が問題になっています。老老介護の場合は、なかなか途中でぐあいが悪くなってしまうたりしますので、やはりマンパワーを充実させていただくことと、それから、その方々が住むところを、グループホームを十分につくるとおっしゃっていたのですけれども、それだけではなくていろいろな形のものをつくっていただきたいと思うし、それから、家族の人たちが認知症カフェと一緒にいくところも必要だとは思いますが、家族の人がレスパイトする場所があってもいいと思っています。そうした取組を、もっとどんどんいっていかないといけないと思います。

もう一つは、認知症疾患センターのアウトリーチチームと、今、言われた市区町村の初期集中支援チームとのすみ分けはどういう形でうまくかみ合わせるのか具体的に教えていただけないでしょうか。

○上野認知症対策担当課長 まず、1点目の初期集中支援チームなどによる支援だけでなく、住まいや、それからレスパイトを含めた対策も必要だということで、それは全くそのとおりでございますので、ぜひ検討してまいりたいと思います。

それから、アウトリーチチームと初期集中支援チームのすみ分けでございますけれども、認知症疾患医療センターにおけるアウトリーチチームの活動は、平成25年のモデル事業をきっかけに進めてきているものでございまして、国の初期集中支援チームも同時期に始まったということでございます。都内では既にアウトリーチチームは12の保健医療圏の拠点型センターに全て配置をしております、区市町村と協定を結んで活動しております、40の区市町村のほうと協定を結んで活動しております。

一方で、認知症初期集中支援チームにつきましては、新オレンジプランで平成30年4月までに設置をすることとされておりました、28年度末で、まだ19区市町村にと

どまっているということから、認知症初期集中支援チームの活動を今後、支援をしていくことにはなるとは思いますけれども、アウトリーチチームのほうも先行して実施をしておりますので、両方活用していただきながら、今後、あり方について検討していくというふうに考えております。

○長瀬委員 いや、同じようなことをやるような気がするのです。ですから、どのように、例えば、アウトリーチチームがこのようにしたら初期集中支援チームはこの部分を行うとか、すみ分けというのですか。それを具体的にどのようにするのかお伺いしたいと思います。

○上野認知症対策担当課長 すみ分けのお話なのですけれども、まさに今、両方走っている状況でして、検討中というか、認知症対策推進会議の医療部会でもいろいろご議論をいただいているところでございます。基本的には、身近な地域で、まず初期集中支援チームによる早期の対応が受けられて、アウトリーチチームは都の施策でございまして、広域的な後方支援というのが今後の役割かなと思いますけれども、そこはまだご議論いただいているところでございます。

○河原部会長 ほか、何かございますか。はい、どうぞ。

○西川委員 若年性認知症なのですが、患者さんは恐らく働く世代の方が多いと思うので、支援も、仕事をやめなくて済むような方向ですとか、そういった若年性認知症ならではの支援体制をぜひお願いいたします。

○上野認知症対策担当課長 ありがとうございます。まさにご指摘のとおりでございまして、発症年齢は50代、60代の方が中心でございまして、就労中の方も多くおられます。東京都では今年度、企業の方角けに作成をしております「若年性認知症ハンドブック」という普及啓発のツールのほうを改定しております。この改定にあわせまして、年度中に企業向けのセミナーを実施して企業向けの普及啓発を図っていきたくて考えております。来年度以降も、この二つの若年性認知症総合支援センターを活用しまして、企業への働きかけ等を検討してまいりたいと思います。

○河原部会長 ほか、いかがでしょうか。

認知症に限らず需要と供給の問題だと思うのですけれども、認知症で今、平成28年で約41万人から平成37年に56万人ですよね。あるいは、それ以上かも。ふえ方が激しいと思うのですが、果たして供給できる医療資源というのは足りるのですか。それが本当の医療計画だと思うのですけれども、どんな感じですか。今、いろいろ施策は盛り込まれていますけれども、いかがでしょう。

○上野認知症対策担当課長 認知症疾患医療センターが認知症の医療の核となる機関だと思っておりますけれども、国のオレンジプランにおきましては高齢者人口の6万人当たり1カ所ということで、都は現在51カ所で、ほぼ計画どおりに設置が進められております。認知症疾患医療センターを核としまして地域の医療機関、病院・診療所と連携をして医療の確保を図っていくということで、十分になるように取り組んでいきたいと思

っております。

○河原部会長 ぜひ、よろしく申し上げます。

ほか、いかがでしょう。

この認知症疾患医療センターの政策目標としては、都内の区市町村、必ず1カ所は設立するということですか。

○上野認知症対策担当課長 島しょ地域を除きます53カ所を目標にしておりますが、現時点でまだ51カ所ということで、羽村市と檜原村が未指定になっております。現在、また公募の手続を進めているところでございます。

○河原部会長 ほか、いかがですか。

かなり大変な問題だと思います。ある意味で、医療計画の核になるかもわかりませんが、

先ほどの精神疾患とあわせまして認知症につきまして、精神の資料に戻りますが、資料3-7の右の下のほうの図で、救命救急・精神身体合併症・開放性骨折（東京ルール）というふうな地理的な範囲がここに示されていますが、いろいろな状況に応じて、精神の合併症対応でしたら5ブロックとか緊急措置入院関係、例えば4ブロックとか、いろいろご説明がございましたが、認知症を含めた精神疾患の事業推進区域、これにつきまして何かご意見はございますか。部会のほうでいろいろ議論していただいた結果、それぞれ緊急措置とか合併症とか、いろいろな病態に応じて区域がそれぞれ決定されておりますけれども、この区域のご提案でいかがですかね。何か問題点とか、ご意見はございますか。

認知症については、どう考えたらいいのですか。53市町村に認知症疾患医療センター、これを整備というふうなことになってはいますが、要するに、区市町村単位で考えたらいいのですか。

○上野認知症対策担当課長 事業推進区域については、精神疾患とまとめて結構だと思います。

○河原部会長 いかがですか。何か、ご意見は。どうぞ。

○竹川委員 事業推進区域は、もう少し細かい。今、区市町村の中に1包括支援センターというのと、それぞれの人口に応じて幾つかできてくると思うのですけれども、余り細かく分け過ぎるのも何だとは思いますが、もう少し細かい対応をしたほうがいいのかというふうに思います。

○河原部会長 今、おっしゃっているのは、認知症に特化したような話ですか。

○竹川委員 認知症に特化したことです。

○河原部会長 認知症で例えば合併症対応になれば、精神科の身体合併症の区域が該当するのかわかりませんが、初期の対応ということでは区市町村単位というふうなことになると思いますか。

○竹川委員 できれば、地域包括支援センターごとのぐらいいまでいってもいいのかなとは



思うのですけれども。

- 河原部会長 地域包括支援センター。中学校区的な範囲になるかもわかりませんが、なかなか、そのあたり、行政機能もないので難しい問題もありますけれども、事務局、何かご意見はございますか。
- 上野認知症対策担当課長 ちょっと事務局のほうで検討させていただければと存じます。
- 河原部会長 要は、認知症疾患医療センターが区市町村単位で設置されているということと、認知症といったら住民の生活に身近な領域で起こるような身体の異常ですので、身近なところで対応できると。しかし、救急あるいは身体合併症、そういうものを伴った場合は、より広い圏域というイメージになると思うのですけれども。そういうご意見だったと思いますので、また検討していただければと思います。

ほかに何か、ご質問はございませんか。はい、どうぞ。

- 新田会長 オブザーバーですけれども、今のことに関してですが、認知症に関して、私自身も地域連携型の認知症センターをやっているのですが、精神疾患の区域と違って、認知症に関しては地域拠点12カ所という、まず二次医療圏単位、先ほど言われましたけれども、それと、もう一つは区市町村単位というふうな狭い単位というように感じて理解をしています。

それで、先ほどのアウトリーチも、アウトリーチと、それと、もう一つの話は、アウトリーチ等々は国からの予算でおりますが、初期対応等に対しては、なかなか市町村でやる分には予算がおりないのです。だから、そこが今のところ問題で。市町村単位でしっかりと認知症対応をやることによって、BPSD等が解除されて精神への入院を防ぐことができるということで、私のところの地域では、精神病院の入院は過去10年、2例しかないという。だから、地域がきちんと頑張るということをすれば、精神への入院を防ぐことができ、精神病院の負担も少なくなるだろうなというふうに思っております。

- 河原部会長 今のご意見でしたら、認知症は例えば市町村、今、地域包括支援センターの区域というお話もありましたが、区市町村ということで、それで身体合併症対応は、精神の場合でしたら、今の資料では5ブロックですが、その前に二次医療圏で対応するイメージですか。
- 新田会長 はい、そのとおりでございます。身体合併症がある場合は、市町村単位だと、そこでは補えないことがありますので、ここでいう12カ所指定の。そこは身体合併症も対応できるということに、一応、基本的にはなっておりますから、それで結構だと思います。
- 河原部会長 今、いただいたご意見と、精神の身体合併症については5ブロックというふうな部会での意見も出てきておりますので、認知症と精神疾患との兼ね合いとか、もう一度、事務局でまとめていただけますか。それでよろしいでしょうか。ありがとうございました。

ほか、何かご意見はございますか。

(なし)

○河原部会長 では、よろしいですか。では、時間の関係がございますので、次の在宅医療について入りたいと思います。

では、事務局からご説明をお願いします。

○久村地域医療担当課長 それでは、資料5-1でございます在宅療養についてご説明させていただきます。

まず、現状でございます。在宅医療等の需要を見てまいりますと、在宅医療等の2025年の必要量、地域医療構想でお示しした推計値でございますが、こちらは19万7,277人でございます。ただ、こちらは在宅医療等ということで、数字の中には居宅のほか特養、老健、あるいは有料老人ホームなどを含んでおりまして、広い概念になっております。

その中で、では現行の訪問診療ベース、こちらで見ると、ということでお示ししているのが、うち訪問診療分の数字14万3,429人、こちらが現行の訪問診療ベースの引き伸ばしでございます。こちらの数字、2013年度の現状9万976人に比較いたしますと、約1.6倍という数字になります。

続きまして、都民の意識についてでございます。長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を続けたいと思っていられる方が3割強いらっしゃいます。ただ、その人たちの中で、実際に自宅での療養が実現可能かという点、難しいと思っていられる方が5割を超えているという状況でございます。その理由といたしましては、「家族に負担をかける」、あるいは、「病状が変わったときの対応に不安」、あるいは、在宅でどのような医療、ケアが受けられるかわからないといった理由がございます。

続きまして、3番目、在宅療養ということで、医療と介護の連携の取組を進めているところでございますが、こちらの医療・介護の連携推進につきましては、介護保険法改正によりまして、地域支援事業に位置づけられておりまして、具体的には、在宅医療・介護連携推進事業（ア）から（ク）、こちら資料5-2のほうにそれぞれの事項ですとか、あるいは区市町村の取組状況をおつけしておりますが、こちらは、（ア）から（ク）の事業項目全てを、平成30年4月には全ての区市町村で実施することとされているところでございます。

で、その取組状況を下に表で記載しておりますが、項目の中によりましては、3分の2しか取り組まれていない事項もございますし、あるいは、取組をされている場合につきましても、その取組状況は区市町村によってばらつきがあるという状況がございます。

都におけるこれまでの主な取組でございますが、まず1番、地域における在宅療養体制の確保、2番目、在宅療養生活への円滑な移行の促進、3番目、医療・介護に係る多職種の人材育成・確保と、こういった3連柱で東京都は取組を進めております。

そのほか、小児在宅でありましたり、暮らしの場における看取り支援といった重点的

に取り組むべき課題へも対応しているところでございます。

右に移りまして、課題でございます。まず1番目、地域包括ケアシステム、こちら住まい、医療、介護、予防、生活支援を一体的に提供するというものでございますが、その中に主に医療と介護の連携、こちらを進めております在宅療養、こちらの取組の推進につきましては、引き続き推進する必要がございますと。

それから、2番目、地域の体制づくりといたしまして、区市町村の取組を促進することが必要でございます。

それから、3番目、在宅療養生活へ円滑な移行と。こちらは病院、それから地域の一層の連携が必要と考えております。

それから、4番目、人材確保・育成、5番目、先ほど都民の意識のところでも見てまいりましたが、都民の理解促進を図っていく必要があると考えております。

で、おめぐりいただきまして、今後の取組についてでございます。まず、地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制ということでございまして、誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるための地域包括ケアシステムの構築に向けまして、在宅医療と介護を一体的に提供する在宅療養推進の取組を実施してまいります。

取組に当たっては、こちら住民に最も身近な区市町村が、在宅療養の実施主体といたしまして、地域の实情に応じた取組を推進していただくと。で、東京都は、広域的な医療・介護連携。例えば、区市町村を越えました連携の仕組みづくりであったり、入院医療機関への支援と、こういった広域的支援の役割、あるいは、データの提供、先進事例、好事例の紹介など、きめ細かな区市町村の取組を支援してまいります。

2番目の取組でございます。地域における在宅療養体制の充実。先ほど医療・介護連携推進事業（ア）から（ク）、こちら区市町村が実施主体となって取り組んでいただくということをお話いたしましたら、こうした区市町村の实情、地域の实情に応じた取組を支援してまいります。

その中でも、特に関係機関との連携が必要となります24時間の診療体制の確保、あるいは、ICTを活用した情報共有、多職種連携の強化、あるいは、災害時の支援体制の確保、こうした取組の充実を図ってまいります。

また、看取り、本人の希望する場所で看取りが行えるような都民の理解促進、あるいは、看取り環境の整備に向けた取組を推進するとともに、小児在宅というところでございますが、医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者、それから、そのご家族が安心して暮らしていけるように取組を進めてまいります。

おめぐりいただきまして、取組3でございます。在宅療養生活への円滑な移行の促進ということで、こちらは、先日の脳卒中のところでもいろいろお話が出たところでございますが、入院患者が円滑に在宅療養生活に移行できるよう、入院早期、あるいは入院前から病院、そして地域の保健・医療・福祉関係者が連携いたしました退院支援の取組を進めてまいりたいと考えております。

そして、入院医療機関におきます退院支援の取組をさらに進めるところ。そして、地域の医療機関、あるいはケアマネさんを初めとした多職種の方との情報共有、連携の強化。それから、患者ご家族の意思決定支援、あるいは、方向性の共有と、取組の方向性の共有というところがございますので、患者家族も含めたチームでの取組を促進してまいりたいと考えております。また、東京都、広域的支援の役割を担っておりますので、区市町村を越えました広域的な入院医療機関、それから、地域の連携の充実に向けまして、こういった方々の広域連携への場、協議の場というのを設定すると。

それから、地域におけます在宅療養への移行調整の役割を担っていただく在宅療養支援窓口。こちらは、先ほど来から出ております医療・介護連携推進事業の（オ）の取組に当たりまして、各区市町村のほうで設置が進んでおるところでございますが、こちらの在宅療養支援窓口の機能強化に向けた取組を充実してまいります。

また、引き続き、退院支援マニュアル、あるいは転院支援情報システムの活用の促進、あるいは、こういったマニュアルシステムの内容、あるいは機能等の充実に向けた検討を進めてまいります。

取組4といたしまして、在宅療養に関わる人材育成確保でございます。関係団体の方々と連携いたしまして、人材育成確保のための研修の実施、あるいは、かかりつけ医と在宅医療を専門に担う医師との連携強化によりまして、まだ、在宅医療に取り組んでいただいていないかかりつけ医の先生が、在宅医療に取り組みやすくなるような仕組みづくりを実施、あるいは、在宅医療参入のネックと言われております24時間の診療体制の確保、こういった取組を進めることによりまして、在宅医療への参入を促進してまいりたいと考えております。

また、在宅療養の実施主体でございます区市町村が、在宅サービスの必要量の推計と、先ほど都全体で1.6倍と申し上げましたが、そういった数字を踏まえまして、地域の在宅医療資源等を把握していただいて、きめ細かな取組が実施できるように支援をしてまいりたいというふうに考えております。

それから、取組5でございますが、都民の理解促進ということで、在宅療養につきまして、あるいは、暮らしの場における看取り等につきまして、普及啓発のためのパンフレット、あるいは、DVDを東京都が作成して、それを区市町村が活用していただくというふうな形で、広がりを持った取組ができないかなというところも含めまして、区市町村、あるいは関係機関と連携した普及啓発の取組を進めてまいりたいというふうに考えております。

説明は以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

次に、東京都在宅療養推進協議会の新田会長がお見えですので、補足の説明ございましたら、お願いします。

○新田会長 ご指名ありがとうございます。

今、さまざまなこの東京都の取り組みというのは、かなりすぐれて、やっているというのは事実でございます。ただ、事実でございますが、何せ23区、多摩地区と広い地域で、それぞれ各種特殊性があるということも事実でございます。23区の中でも特殊性があり、多摩地区でも特殊性があると。その中で、それぞれ、先ほど説明もありましたが、区市町村が地域包括の中できちっと在宅体制整備をつくり上げるということはどういうふうに整備するかということが、やっぱり課題でありました。その中で、在宅療養推進協議会を各区市町村につくっていただいて、そして、さらに在宅療養の窓口をつくっていただいたと。これは大きなことで、今、機能しているところ、機能していないところ、もちろんあります。機能しているところは、そこを中心として病診連携、病院と地域連携がスムーズに進んでいるとっております。で、機能していないところについては、さらに、やっぱり機能させるための評価方法等を考えなければいけないだろうというふうに思います。

さらに、そして、先ほど（ア）から（ク）の話がありました。で、これは丸をつけると、全部丸になるんですね。じゃあ、その質の評価ということをこれからの課題、30年度までにやるということでございますが、ただ丸がついただけでは中身が充実しているわけではありませんので、今度は、その中身の質の評価をどのように、ちゃんと見える化して、都民の中に見える化してやっていくかということが求められるだろうなと一つあります。

もう一つ、在宅療養を担う医師の問題は、これは東京都医師会が中心として頑張っていて、医師、今のかかりつけ医の先生方が、どのようにそこに入っていくかということをやっているということでございますので、先ほどありましたが、在宅支援診療所等の24時間のできる人たちと、そのかかりつけ医等がどのように結びつくか。あるいは、そこにある中小病院等がどのように入り込むかということも、地域ごとですね、それを区市町村単位なのか、さらに24時間の単位に変わるのかどうかよくわかりま——その地域によって違ってくると思いますが、それをやっぱり、それもつくり上げると。つくり上げることをしない限りは、安心して地域に帰ることはできないだろうなというふうに思っております。

もう一つ言うと、介護の話でございますね。最終的には医療だけの話じゃありませんので、生活支援、そこで要介護3・4・5になっている人、そして、認知症になった人たちの生活支援と介護をどのようにそこは支援していくかと。で、その上に医療体制があるはずでございますが、そのところも見ていかなければいけないという大きな課題を抱えていることは事実であります。

ありがとうございます。

○河原部会長 ありがとうございます。ただいまのご説明に関しまして、何かご質問、ご意見ございますか。身近な問題だと思っておりますが。

はい、どうぞ。

○渡辺委員 今の新田先生の話に追加ということになるかと思えますけれども、たしか東京の在宅医療では、かかりつけ医の方が自分のところに通っていた患者さんに対して参入していただきたいという普及の部分もあるんですが、もう一つ、医療と介護の連携ということになると、医療の方は介護の制度的なことも勉強すればできるんですが、介護の方は医療のことを勉強しても、なかなかわからない。この人はもうすぐ危ないとかです。

ですから、医療者が介護に対してスキルアップして、スーパードクターとまではいきませんが、在宅医療のコーディネーターという方が、職種が必要だと思うんです。それは医者かナースじゃないかと思うんですけれども、この在宅療養の今後の普及発展のためには、そういうスキルの非常にすぐれた方を各地域に、配置と言うと変ですが、それぞれのビジネスチャンスでやっていらっしゃる在宅医療の専門のチームだけじゃなくて、区市町村で、あるいは、都が何かしらそういう研修のあれをして、そういうスキルの高い方を養成していただきたいと考えております。

○新田会長 ありがとうございます。今のお話は、いわば、例えば病院医療というのは、疾患を中心として見ると。で、在宅医学は、その疾患プラス在宅に関したことでございまして、在宅医療というのは、今言われたとおりでございまして、その人の生活、介護等も含めて見ていくという。もうちょっと言うと、その人の生き方まで見るということでございます。そういった、やっぱり医師ないしは看護師が育たない限りは、それから、その人がコーディネーターかどうかは別にして、その人たちをぜひ、東京都医師会でもそういった方を育てていただきたいと。また、その人がその地域の中心になってやっていくということが、私はすぐれた地域をつくるのではないかなと思います。

○渡辺委員 (ア) から (ク) の八つの事業で在宅医療・介護連携プラス、新田先生もよくおっしゃっている、インテグレーションという次のステップを我々はもう既に見なければいけないんじゃないかなと考えておりまして、在宅医療コーディネーターの研修ということで、どこか一言、文言に入れていただきたいと思えます。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。まずは、在宅医療・介護、医療と介護の連携のコーディネートというところでございますと、今、在宅医療・介護連携推進事業 (ア) から (ク) の資料 5-2 をごらんいただきたいんですけども、基本的に、こちらのほうで医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置ということで、各区市町村のほうは、在宅療養支援窓口の設置を進めておりまして、そちらの窓口のコーディネーターといいますか、相談対応する方のスキルアップのための研修を東京都、実施しております。また、東京都、基金を活用いたしまして、そういった支援窓口にドクターを配置するための経費というものも、区市町村へ補助をしているというところがございます。

渡辺先生がおっしゃっていただいたのは、先ほど新田先生からのお話もありましたけれども、取り組みが丸だけではだめで、質を上げていく必要があるということで、その質

を上げるための取り組みというふうな形で受け取っておりますので、ぜひ、参考にさせていただいて、取り組みを進めていきたいというふうに思います。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○渡辺委員 ありがとうございます。（オ）は、医師会の中にも設置されていて、17の医師会がたしか今、設置されているかと思えますけれども、そういうところの中でも、なかなかドクターがなっているところは余りないんですね。しかも窓口ですと、相談に来たら相談に乗ってあげるよみたいな、そういうことでありますので、そうではなくて、実際にそういう療養を必要とするところまで足を伸ばしていくという方を、在宅医療コーディネーターという意味で私は言っています、この（ア）から（ク）の中の（オ）に書いて在宅医療コーディネーターとはちょっと違う意味合いでございます。

○久村地域医療担当課長 とても、私は、やっぱり医師がそこまでの機能を持って地域で動くというのは、それはそれで賛成でございます。で、それを含めて、また、この、いわば、今までつくられてきたコーディネーターって物すごく多過ぎて、何のコーディネーターかよくわからないんですけど、ここに言う在宅コーディネーターは、現実には窓口の中で活躍していて、さらに、そこに医師が機能していくという、それはそれで考える話だというふうに思っております。

○河原部会長 では、よろしく申し上げます。

ほか、何か。

どうぞ。

○西川委員 すみません。今の医療と介護の連携なんですけれども、連携というところを越えて、将来的には医療と介護が統合的に、一元的に提供できるような何かサービスのそういうシステムがあると、とてもいいなと思いました。例えば、何かセンター、地域包括ケアセンターでもいいんですけれども、そこでそれを、そういうものを一元的に全部提供するというような仕組みが将来的にできれば、大変いいなと思いました。

○新田会長 そのとおりでございます、今の、いわば自由な市場性の中での地域包括づくりでの医療・介護統合というのは、なかなか難しい。例えば、東京以外のところ、人口減少社会においては、そういったところも、さんざん散見されますが、東京においてそこをどうつくり上げるかというのは、本当に大きな課題だろうなと思っております。

で、今後、やっぱり2025年、30年に向けた場合に、地区においてそういったような医療・介護のインテグレートするようなことがないと、なかなか東京をつくり上げるというのは大変だなと、個人的には思っております。ただ、そこで区市町村なのか、都道府県レベルでそこがやるのかというのは、大きな課題だろうなと。あるいは、事業者レベルでやるのかですね、という話になるんだろうなと思っております。

○西川委員 どうもありがとうございました。

○河原部会長 福内委員、申し上げます。

○福内委員 在宅療養の取組の4のところに記載をさせていただいています、かかりつけ医

と在宅医療を専門に担う医師との連携強化ということに関してなんですけれども、区市町村のほうで、この在宅療養の体制の整備のいろいろな取り組みをする中で、なかなかこの部分が難しいなと感じております。在宅医療を専門に担う医師という場合は、必ずしも区の中に限られる活動ということではなく、広く実際に医療を提供されている方もいらっしゃるということなので、ぜひ、ここのところは少し東京都のほうでもリードをしていただきながら、区市町村と連携してやっていただくとありがたいなというふうに思っております。

以上です。

- 河原部会長 ちょっと、私も関連なんですけど、資料5-1に、右の課題の2のところ、市町村の取組の促進が必要ということで、2行目に、区市町村ごとの取組の差があるとありますけど、要するに、地域包括ケアシステムの内容というのが、予防から、医療から、介護から、介護予防、生きがいから、住宅から、住居から全て入っていて、区市町村にとっては関係部局が複数になって、責任の所在が曖昧で、窓口がなかなか決められない点もあると思うんですね。そういうところもあると思いますので、ぜひ、都のほうで、推進体制、例えば市長部局に代表をつくるとか、そういうふうな形が、やっぱり行政的な支援が要ると思いますけど。

次に、西川委員、お願いします。

- 西川委員 在宅に関して、やはりここの、何か最初のアンケートのところにもありますように、やはり長期療養になった場合は、自宅で療養したいと思う方が多いと思うんですけども、実際問題として、特に独居の方、例えば、特にキーパーソンを持たない独居の高齢者の方なんかの在宅というのは、どうなんでしょうか。かなり難しいと思うんですけども、実際のところはどうなんでしょう。

- 新田会長 今の独居の方でございますが、逆に言うと、独居の方のほうが意思決定が明確であれば在宅は可能なことが最近多くなっております。で、むしろ別居型の家族ですね、別の家族のほうで、その家族倫理等々もありますけど、やっぱり、そのままには置いておけないとか、いろいろな問題がそこで生じ—家族の考え方が生じますので、大変なことが結構あります。独居のほうで、本人さえそこにい続けるという意思があれば、それほど難しい話では実はないんですね。

ただし、ご本人の判断でございますから、そこに強いるわけではありませんので、その人が適切な判断、いいと思う居心地のいい場所を私たちは提供するの、在宅という原理ではなくて、それを提供するの我々の役割だろうなというふうに思います。

- 西川委員 ありがとうございます。

- 河原部会長 ほかに何かご意見ございますか。

はい、どうぞ。

- 福島委員 資料5-1の左側の一番下に、小児等の在宅医療というのが出ていまして、非常に私、唐突感を感じています。で、実は、現場でも、この小児等の在宅医療が途中



から入ったんでしたかね、何か。で、現場のほうでは、先ほど部署が違うというのもあるんですが、区市町村では、いろいろこう、部署が違いますので、どちらかという高齢者の方に中心になって、この流れが来たようなんですけれども、今後は、例えば、難病の方とか、小児の方なども含めてということであれば、その辺のところは東京都さんのほうでも整理をしていただかないと、区市町村のほうでは議論がちょっと難しいかなと思ひまして。それだけです。

○新田会長 まず、東京都の方が答える前に言いますが、まず、東京の小児在宅の部署がありました。それで、今現在、3年前からこの在宅医療会議に統一されているというのは一つあります。

そして、もう一つは、国のほうで、やっぱりNICUの方——NICUというのは、日本って物すごくすぐれていて、皆さん、生命を維持できちゃう。そういったときに、NICUに、もう本当にどどんたまってくるということで、NICUの方を人工呼吸器をつけながら地域へと戻すことが、一昨年ぐらいから厚労省のほうでも始まりまして、厚労省のほうも、看護協会にもお願いして、小児在宅医療ということが全国的なレベルで開いております。で、東京も含めて、そこで今、小児在宅医療と。在宅というのは、高齢者だけの問題じゃなくて、子供もあるし、また、中間の方たちもいると。広く広がっているというふうに、私は、そういうふうに思っております。

○久村地域医療担当課長 それで、今の話につながるんですけど、東京都地域医療構想の中で、医療が地域包括ケアシステムを下支えするというふうな理念を打ち出したところまでございまして、で、その地域包括ケアシステムの高齢者のみならず、子育て家庭であったりというところで、広く支援が必要とされる方を対象とするという広い概念で捉えているというところもございまして、そうした中で、小児在宅についても取り組みを進めていこうということでございます。

それで、例えば、今、東京都、今年度から小児等在宅医療推進事業ということで、区市町村さんの、またこちらの地域の实情に応じた取り組みを支援するという事業も始めたところなんですけども、そのあたりも含めて、例えば、先ほど、ちょっと出てまいりました在宅療養支援窓口、こちらを対象を高齢者だけではなくて小児まで広げて相談体制を組んでいただいているような区市町村さんもいらっしゃいます。

また、必ずしも我々は、例えば高齢部門であったり、在宅部門がこの小児在宅をやってくださいというふうに申し上げているわけではなくて、それぞれの区市町村さんの实情に応じた、で、取り組みもその实情に応じた形でやっていただければということをお願いをさせていただいているところでございます。

○河原部会長 ほか、いかがでしょう。

今度の医療計画というのは、介護事業計画とかと整合性を持つ必要があると思うんですが、特に在宅療養に関しては、介護との絡みが出てくるわけですが、今の都の介護事業計画とかの進捗状況、あるいは、その在宅療養、今この医療計画の議論の中に出てき

た在宅療養の課題とか、今後の施策の方向性、これについてはキャッチボールみたいな形で今されているのか、今後、調整する予定なのか、いかがでしょう。

○榎本保健医療計画担当課長 先日、国のほうから具体的な区市町村ごとの介護サービス・在宅医療等の新たなサービス必要量が出てきましたので、今後、区市町村に数字等をお示ししながら、協議の場において、医療計画と介護保険事業計画の整合性を図るということで区市町村と協議し、整合性を図っていきたいというふうに考えてございます。

○河原部会長 ほかは、いかがですか。

どうぞ。

○竹川委員 取組の4の「医師会など関係団体と連携し」というところがあります。あと、課題の3のところ「在宅療養生活への円滑な移行について、病院と地域との一層の連携が必要」ということがあるんですが、在宅医療と病院との関係ですが、例えば、病院も今、地域医療構想で高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分かれています中で、在宅医療が悪化したときに、どこのレベルの病院を利用して、また、そこから帰るときに、医師会に関係している在宅医療をしているところであればいいんですが、そうでない場合に、高度急性期から全く広い範囲の在宅医療をやっているところに帰ってしまって、地域包括ケアからちょっと外れてしまうようなことが、現実には起こっております。ですので、できるだけ、やはり、医師会と――医師会がどうのというわけではないんですけども、どういう範囲で在宅医療をやっていて、また、地域の中でその連携をしっかりと患者さんを地域に戻してあげる形というのを把握できるようなシステムづくりというのが必要だと思います。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○加島副部会長 ちょっと、発言が非常に難しいので、言葉を選びながら言いたいんですけども、よい在宅と悪い在宅というような感じで、診療報酬請求で在宅に対して大変、こう、毎年毎年、国は在宅ということで報酬の料金体系が変わってきて、どんどん大きくなっているんですが、医師会さんがやられている、ちゃんと開業医さんがかかりつけ医として在宅を全部こう、最後まで見るという形でやるんじゃないかと、やっぱり、じゃあ、在宅を専門として、アルバイトのお医者さんをたくさん集めて、毎日違うお医者さんが来たりというようなケースも何か見受けられるので、そういうことのちゃんとした、こう、在宅の方向性も見なきゃいけないと思うんですけど、そういうことについても都のほうで、監視というんじゃないんですが、そういう方向性もちゃんと、きちっと在宅に当たっては見てほしいなというふうに思います。

○河原部会長 何か。お願いします。

○新田会長 在宅の今、いい悪いとかじゃなくて、やはり、かかりつけ医ですね、かかりつけ医を基本とするというのが在宅医療の基本だろうというのは、今、我々の方針でございまして、これは日本医師会も含めて、全部ずっとそういう方針にしております。で、その中で、確かに商業的な在宅の専門集団が出てきていることは事実でございます。そ

こと、そこの、先ほど質の担保を含めてどうするかというのが、今後、協議をしながら、やっぱり進めなきゃいけないなというふうに思っておりますので、よろしく願いいたします。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○渡邊委員 在宅療養を考えるときに、訪問看護ステーションというのは、ちょっと切り離せないと思っているんですが、この取り組みの中で、そういった文言が全然入っていないので、例えば、取組の3の「地域の医療機関、ケアマネなど多職種との」というあたりに、もちろん、ここに「訪問看護ステーションとの」とか、そういうことをぜひ入れていただきたいなというふうに思います。実際頑張っておりますので。

○河原部会長 ぜひお願いしたいのですが、いかがですか。

○久村地域医療担当課長 これ、骨子でございますので、多職種というふうにまとめておりますけども、当然、歯科医師さん、薬剤師さん初め、栄養士さん、それから訪看さんを含めて、もう在宅、いろんな多職種の方、かかわっていただけねばいけませんので、そのあたりは本文のほうに丁寧に書き込んでいきたいと思っております。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○永田委員 今、取りざたされているICTの活用に関する話なんですけど、取組の2の中でICTを活用したということで、課題の中の2のところにも入っているわけなんですけど、この文章だけでICTの活用って、物すごく広い範囲になるし、その広さによっては金額が相当変わってきますし、利用範囲も変わってくるし、それに関係するID、パスワードの対応の問題、情報漏えいの保護の問題とか、さまざまなことが入ってくると思うんですが、こんなさらっとここに書かれているので、もっと全体にかかるような書き方になるんじゃないかなというふうに思うんですが、その点はいかがでしょう。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。まさに、ICTの情報共有、それが多職種連携というところで、一つは在宅の取り組みのキーになるところでございます。で、今度、あさって、ご議論いただく医療情報のところで、医療情報の共有ということで、こちらのICTの取り組みも含めて書かせていただくんですけども、ただ、まだそこまで具体的な取り組みのこのところまでは書き込められていないというのが、正直なところではございます。

ただ、このようなICTを活用した地域の多職種連携の取り組みですね、今、地区医師会さんのほうと連携して取り組みを進めさせていただいているんですけど、現在51の地区医師会さんで取り組んでいただいているというところがございますので、そうした取り組みをベースに、区市町村とも連携を図りながら、地域におけるそういった取り組みの促進を進めていかなければというふうに思っております。

○河原部会長 ありがとうございます。

じゃあ、ぜひ、具体的な技術を報告書でお願いします。

ほか、いかがですか。

それでは、いただいたご意見が、例えばコーディネーターの養成、これについては、都の役割ということがもっと積極的に記載してもいいんじゃないかということと、あと、かかりつけ医の役割ですね。これは基本原則ですが、もう一つは、在宅の方が、何らかの形で入院しないといけないときに、病状によって高度急性期に入るとか、急性期に入るとか、いろいろなパターンが考えられるわけで、そこから復帰するときに在宅医療のルートを外れる可能性があるというご指摘もございましたので、このあたり、後方病院との関係も踏まえて、また記述の内容を検討していただければと思います。

ほか、よろしいですかね。そのあたりはよろしいですか。

はい。それでは、次の議題の歯科保健のほうに移りたいと思いますが、事務局からご説明をお願いします。

○三ツ木歯科担当課長 医療政策部歯科担当課長の三ツ木でございます。歯科保健医療について説明させていただきます。資料6-1をごらんください。

まず、歯科疾患、歯科保健に関する現状でございます。東京都は、歯科保健目標「いい歯東京」を定めて、歯科保健対策を推進しております。現行目標の策定時、平成21年と比べまして、疾病量を示す主な指標では目標が達成されておりますが、12歳、中学校1年生になりますが、歯肉に炎症所見のある者の割合では0.6ポイントですが、悪化しております。また、歯科保健行動の指標につきましては、80歳以上で歯と口の状況について、ほぼ満足している者の割合、20歳以上で8020を知っている都民の割合で数値が下がっております。

加えて、障害者歯科医療につきましては、手帳の交付数の合計はふえておりますが、障害者歯科診療に対応できる歯科診療所が、平成23年度調査の42.0%から、平成28年度調査の42.7%となっております。同様に、要介護認定者の数はふえておりますが、在宅歯科医療に取り組む歯科診療所は、平成17年度の12.3%から、平成26年度の13.5%となっております。障害者歯科医療に対応できる歯科診療所、在宅歯科医療に取り組む歯科診療所は、ほぼ横ばい、微増にとどまっております。

これまでの主な取組についてですが、資料にあります4点を柱に取り組んできました。それぞれの取組について説明させていただきます。

生涯を通じた歯と口腔の健康づくりでは、若い世代への普及啓発の取組として、大学生の歯科保健行動と、口腔内状況の調査を実施し、結果を踏まえたリーフレットの作成と配付を行っております。

次に、医科歯科連携の推進では、周術期口腔機能管理が平成26年の診療報酬改定で、保健診療に位置づけられましたことも受けまして、研修会等の実施を通じて病院と歯科診療所の連携促進に取り組んでおります。

障害者歯科診療においては、都立心身障害者口腔保健センターで、地域の診療所では対応困難な重度難症例を中心に診療に当たるとともに、歯科医療従事者対象の研修で人材育成と、家族、施設職員、特別支援学校等の教員などを対象といたしました研修を通

じ、障害者の歯科保健への理解促進に取り組んできました。在宅歯科診療では、研修の実施と歯科診療所への在宅歯科医療設備整備事業を通しました実施基盤の整備に取り組んできました。

資料、右になります。課題、大きくは4点です。まず、歯と口の健康づくりの普及啓発につきましては、8020の認知度、高齢者の口腔の満足度の現状を踏まえまして、生涯を通じた歯と口腔の健康づくりについて、引き続き啓発する必要があります。

また、糖尿病を初めといたしました全身疾患と歯周病の関係が、医学的に明らかにされていく中で、口腔と全身の健康との関連について、都民の理解を深めていく必要があります。さらに、12歳の歯肉炎所見者の状況などを踏まえまして、学齢期から若い世代の歯周疾患予防の取組の強化が必要です。

かかりつけ歯科医の定着と、医科歯科連携の強化につきましては、定着に向けたさらなる普及啓発、がん患者等の周術期口腔管理指導を通じた病院と歯科診療所の連携、口腔の健康と全身の健康の関連性を踏まえた医科歯科連携への取組が挙げられます。

障害者歯科医療では、地域で支援できる人材育成と、都立心身障害者口腔保健センター、都立病院、歯科大学病院など専門医療機関と地域の歯科医療機関との機能分化と連携の充実、施設職員や家族への普及啓発などの充実が課題と考えております。

在宅歯科医療の充実に関しましては、対応可能な人材の育成と、在宅療養患者を支える多職種への普及啓発と連携の強化が課題と考えております。さらに、これらの課題に対応する今後の方向性として、資料に4点を挙げさせていただいております。

1枚おめくりいただけますでしょうか。これらの課題、今後の方向性に対する取組です。生涯を通じた歯と口腔の健康づくりの推進への取組です。5点ほどございます。まず、1点目、生涯を通じてという視点のもと、ライフステージを通じた横断的な歯科保健目標を設定いたしまして、歯と口腔の健康づくりの大切さを引き続き啓発してまいります。

2点目、歯と口腔の健康が全身の健康にも影響することについて、都民の意識を高め、みずから口腔ケア等に取り組めるよう普及啓発を推進してまいります。

3点目、学齢期のう蝕予防・歯肉炎予防・若い世代の歯周病予防の取組を推進し、特に18歳から30歳ごろまでのセルフケアに移行する世代に向けて、ライフイベントに伴う環境の変化に着目した普及啓発に取り組んでいきます。このことに関しましては、1枚おめくりいただきまして、資料6-2をごらんいただけますでしょうか。

資料左側、東京都の状況についてです。上の二つのグラフは、う蝕の状況です。棒グラフの黒く塗り潰してあるのが東京都です。3歳児歯科健康診査の結果から、全国的に見ても良好な状況にあります。その下、17歳、高校3年生になりますが、所見のある者の順位的なものも、全国平均に近づいていきます。

3段目、左のグラフをごらんください。小学校1年生から高等学校3年生の歯肉に所見のある者の割合です。東京都学校保健統計からの数字で、区市町村立の小中学校と都

立高校の児童・生徒の集計になります。小学校から中学校、中学校から高等学校と進学するところで著明な悪化がございます。資料は平成27年の健診結果でございますが、年度にかかわらずこの傾向が見られます。高等学校以降、歯周疾患健診などが始まる年齢までのデータがちょっと難しいところはあるんですが、高等学校卒業以降の状況につきましては、想像するに難しくないと考えております。高等学校までは、学校保健安全法にのっとりまして、学校歯科医が配置されまして定期健診の実施と結果に従った治療勧告、保健指導などの事後指導が行われておりますが、高等学校卒業以降は、大学等へ進学いたしましても、学校歯科医が配置されておられません。定期的な健診機会も確保されない状況が生じます。つまり、自主的な歯科保健行動、セルフケアを行っていかねなければなりません。また、高校卒業後、30歳ごろまでには、進学、就職等のライフイベントがある時期で、転居など身の回りの環境もさまざまに変化してきます。

一方、資料にはございませんが、40から43歳までの区分では、約40%に重度の歯周疾患が見られます。高校3年生の段階で、要観察者は20%認められますが、歯周病とされる生徒は5%以下にとどまっております。そこで生涯を通じた歯の健康づくりの推進に向けまして、幼少期の歯周病を初め、歯科疾患の多くが慢性蓄積性の性格を持っていることを踏まえまして、18歳から30歳ごろに注目し、この世代を重点とした普及啓発の取組を充実してまいります。

恐れ入りますが、資料1枚お戻りいただきまして、取組1の続きでございます。生涯を通じた視点から高齢期の歯と口腔の機能維持を支援してまいります。

取組の2点目、かかりつけ歯科医の定着と医科歯科連携の推進につきましては、まず、乳幼児期から生涯にわたり途切れなくかかりつけ歯科医を持つよう、さらに普及啓発を努めるとともに、かかりつけ歯科医の機能についても整理し、都民の歯科医療受診率を向上していきます。がんなどの周術期においては、入院などの状況の変化が起きますが、周術期口腔ケア研修修了者の情報などを活用いたしとしまして、病院の歯科診療所の連携を図り、歯と口腔の継続的管理を図ってまいります。

全身的疾患と歯周病の課題につきまして、特に関連のある糖尿病と歯周病について、フォーラムなどを通じて、引き続き医科歯科連携を推進してまいります。

取組の3点目、地域で支える障害者歯科医療の推進についてです。主な内容は三つです。まず、障害のある方々が、身近な地域での歯科健診、歯科医療を受けられるよう、引き続き都立心身障害者口腔保健センターで研修を実施いたしまして、人材の育成に努めます。

また、障害者歯科の実態を把握し、地域歯科医療機関、都立病院等と、都立心身障害者口腔保健センターとの機能分担や連携の強化について検討してまいります。あわせて、都立心身障害者口腔保健センターや保健所の障害者施設支援等を引き続き実施して、家族、施設職員等への定期健診の重要性など、歯と口腔の健康づくりへの理解促進に努めてまいります。

取組の4点目、在宅歯科医療体制の推進についてです。在宅療養患者のQOLを支える口腔ケアや摂食嚥下機能支援などの研修会を引き続き開催いたしまして、人材育成に努めるとともに特に意思疎通を初め、対応の難しくなる認知症につきまして、医師会やかかりつけ医などと連携し適切な対応を図れるよう、引き続き研修等を実施してまいります。

また、東京都歯科医師会の作成中のチェックシートなどを活用いたしました普及啓発や、歯科医療職以外の職種の方々が、歯科的ニーズを把握して、歯科支援につなげていけるよう多職種連携をさらに強化してまいります。

恐れ入ります、1枚めくっていただきまして、資料6-2をもう一度ごらんください。東京都歯科保健目標「いい歯東京」の改定についてです。今年度、歯科保健目標の改定作業を行っております。平成23年に歯科口腔保健の推進に関する法律が制定されてから初めての改定となります。法にのっとりまして、東京都における歯科保施策の目標、方向性を明らかにすることとなります。また、東京都保健医療計画など関連計画との整合を図っていくということになります。

改定案の名称及び計画期間でございますが、施策の目標と方向性を明らかにする計画としての位置づけに従いまして、東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」といたしたいと考えています。また、計画期間は6年となります。

改定の進行状況でございますが、検討部会におきまして作業を進めている状況です。今後、歯科保健推進協議会を経まして、策定の運びとなってまいります。本日の報告内容につきましても、検討部会での協議に従ったものでございます。

資料説明は以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。東京都歯科医師会の山本先生、何かご意見とか補足はございますか。

○山本委員 先ほど課長さんのほうからご説明があったんですけども、まず歯科保健医療の取組の1でございます。生涯を通じた歯と口腔の健康づくりの推進というところで、特に、④番目ですね、学齢期のう蝕予防・歯周炎予防、若い世代の歯周病予防の取組を推進し、特に18歳から30歳までのセルフケアの世代に対しての普及啓発に取り組むということでございますけども、先ほどもご説明ありますけれども、学校歯科保健統計でも、中学生、高校生となると、かなり歯肉炎の状況が出てくると。で、もう一つ、こちらの資料にはないんですけども、実は、東京都全体では、成人歯科健診、あるいは指定、あるいは就業健診というものを、ほぼ全ての区市町村で行っております。それらの集計結果を見ますと、大体20代になりますと、20～30%が歯周疾患にかかっていますし、二、三十代になりますと、30%～45%ぐらいが罹患をしているというふうな結果もございます。こうしたことから、こちらの取り組みというのが大変重要というふうに、一つは考えております。

それから、取組の3でございます。地域で支える障害者歯科医療の推進ということで

ございますけども、心身障害者、あるいは心身障害児の歯科健診、あるいは歯科医療ということでございますが、特別区の場合には、口腔センター方式ということで、大体17の区が健診等々の事業をやっております。で、残りの区につきましては、それに加えて歯科の診療までセンター方式で行っているというところがございますが、しかしながら、多摩地区あるいは島嶼地区でございます。これは、39区市町村あるわけですけども、13の市区町村しか行っておりませんので、今後こうした自治体に対する健診事業等の取り組みが、かなり重要になるのではないかというふうに考えております。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

ほか、何かご意見、ご質問ございますか。

資料6-2なんですけど、左下のところに括弧していますよね、注意書き。で、その上に8020と6024の達成者とありますが、年々上がっているようなんですけど、その8020と6024の達成者、このただし書きを見ますと、平成26年度東京都歯科保健目標「いい歯東京」達成度調査等で、歯科診療所患者調査ですよ。つまり、歯科診療所に行く比較的口腔保健の意識が高い人の調査のほうで、本当は対象とすべきは、歯科診療所に来ない人ですよ。だから、8020の達成度は、これより低いと見たほうが妥当じゃないかと思うんですけど。

○山本委員 そういうご意見はございますけども、実は、国のほうの歯科疾患実態調査、28年6月に改定されていますが、ここでは既に8020達成者が52.4%という数字がございます。したがって、この東京都で55%余りというのは、ほぼ妥当な数字じゃないかという考えです。

○河原部会長 ほか何か。

はい、どうぞ。

○永田委員 実は、山本委員からも触れられた1の丸の上から四つ目ですが、セルフケア、年齢の問題なんですけど、次の6-2の資料の学年別歯肉の状態というところから見ると、6年生を過ぎて中学、高校と上がれば、ぐんと段階的にどんと上がっていて、こういう観点から見たら、18歳という見方よりも、もっと年齢を下げてもいいんじゃないかと。そうなるのと、学校歯科医という方々の動きと、そして、18歳になってからしっかりセルフケアに対応する歯科診療所の先生方という、そういった2段階でしっかりとした8020運動に向けての気持ちが組めるのではないかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

○山本委員 先生ご指摘のように、中学校、高校生のところは歯科医師会というのも、これは学校歯科医会のほうの先生方のお話になりますので、私のほうも直接的に口出しをすることはできないという関係がございます。

それから、もう1点ですけども、例えば、18歳から40歳ぐらいまでの間でございますが、ここに関しての歯科健診事業というのは国のほうでも定められておりませんで、



わずか、いわゆる特殊健診というような形で酸蝕症等の健診事業しかございません。そのために、健康増進法等によりまして歯周病健診というのが各市区町村で行っていますが、これも40歳、地区によっては、今30歳、20歳というふうに下げている地区もあるんですが、できれば、これが18歳以降どなたでもできるような形になっていけば、より普及啓発につながるのではないかとこのように考えております。

○河原部会長 ほかに何かご意見ございますか。

どうぞ。

○長瀬委員 資料6-1の先ほどお話のあった障害者の歯科医療の充実について、素人的で申しわけないのですが、相当マンパワーと設備が必要なのでしょうか。

○山本委員 東京都のほうでは、飯田橋のほうに都立の心身障害者口腔センターがございますので、こちらのほうで、ほぼ大体、患者さんを引き受けていただくということと、それから、先ほど申し上げましたけれども、特に23区なんかには、口腔保健センターが幾つかございますので、そういったところで大きな取り組みをしていただくというところが多いところでは。

先生ご指摘のように、非常にマンパワーもありますし、それから障害児の場合はまだいいんですが、障害者になりますと力も非常に強くなりますし、なかなか、非常に難しい。そして、一旦、心身障害者センターのところへかかると、それから地域に帰すというのがなかなか難しい。地域のほうの担い手になる先生がまだ育っていないというのが実情でございます。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○福内委員 では、まず、ご質問です。資料6-2のところの一番下のグラフにもありましたし、先ほど現状のところでご説明あったんですが、各診療内容に対応している歯科診療所なんですけれども、パーセントとしては変化がないというご説明だったんですが、実施している診療所数と、数に着目した場合ではいかがなんでしょうか。

質問の趣旨は、障害者歯科診療の状況などでも、例えば手帳の交付数のほうは、こちら数なんですよね。で、要介護認定者の数も、まあ、数で比較しているんで、実際、パーセントよりは診療所の数のほうが実態としてはわかりやすいのかなというふうに、ちょっと思ったので。

○三ツ木歯科担当課長 歯科診療所に関しましては、数に関しましては、つまびらかな数字が今出ないんですが、ほぼ、そんなにはふえていないというふうに理解しております。

○福内委員 ありがとうございます。

もう1点、先ほどの、やはり若い世代の啓発の件なんですけど、実は、私、今、江東区の保健所におりますが、江東区でも、20歳から5歳刻みで歯科の健診をしておりますが、やはり20代、30代の、そもそも受診率が低いんですね。ですので、健診をして普及啓発との、なかなか難しいのかなと。その世代に、口の中に意識を持っていただくというのは非常に難しいのかなというふうに思っておりますので、具体的にどう取り組ん

でいくかというあたりを、これから関係者ときちっと検討をしていく必要があるなというふうに考えておりますし、また、先ほどのご意見の中にありました、中学生、高校のところを、やはり、もう少し何らかしら意識を持っていただく基本的な知識を、やっぱり、ちょうど集団でも扱える学校というのもありますので、ぜひ、そのような取り組みもあればなというふうに期待しております。

- 三ツ木歯科担当課長 まず、健診、20代の受診率が低いということは、私どものほうも自覚しています。そこで健診の受診も含めた普及啓発というところで考えていきたいと思っています。

また、若い世代に自分の口腔にどのように興味を持ってもらうかということに関しましては、過去に実施いたしました大学生への調査等をもう一度精査いたしまして、どのような問題があるか、必要があれば、また改めた調査項目等を考えていきたいと思えます。

あわせて、18歳以前の取り組みに関しましては、先ほどの意見もあわせて検討させていただきたいと思えます。

- 河原部会長 せっかくデータで弱い部分が出てきていますから、ぜひ、その部分の解消に向けた施策をお願いしたいと思えますが。

ほか、ご意見、どうぞ。

- 山本委員 全体的な印象なんですけども、東京都の歯科保健目標ですね。全体的には、例えば、乳幼児ですね、乳幼児から全体的には、かなりいい方向、東京全体では、例えば、国が普及をしております「健康日本21」の第二次の歯科保健目標もあるんですけども、先ほども申し上げた成人の歯科健診を除きますと、ほぼ東京都は達成しているような状況にありますので、逆に言うと、これから数値目標をつくるのが、少しちょっと、難しいというふうなことに、私どもは感じております。

- 河原部会長 ほか、いかがですか。

はい、どうぞ。

- 西川委員 歯と口腔のケアは、小さいころの習慣というのが、かなり重要ではないかというのが実感なんですけど、そうすると、やはり、家庭の、親の意識レベルの高さというのが非常に重要になってくると思うので、乳幼児を育てている親世代への啓蒙ですか、そういうのをよろしく願います。

- 河原部会長 はい、どうぞ。

- 山本委員 ご意見として承って、反映できるように考えていきたいと思えます。

- 河原部会長 1歳半健診とか、3歳児健診のみたいなものは、どこか出てきているんですか、状況とか。

- 山本委員 本日の資料には掲示してございませんが、東京都の歯科保健という報告書がございます。こちらのほうには、1歳6カ月、3歳児等全てのデータが載っております。ホームページでもごらんいただけますので、ぜひ参考にいただければと思えます。

○河原部会長 その部分で、いや、特に問題点はないのですか。

○山本委員 1歳半のデータのなところでは特に問題なく、非常に全国に比べても良好な数字となっております。

○河原部会長 なるほど。

ほか、いかがですか。あと、ちょっと、細かいことで、ちょっと知識ないので申しわけないんですが、資料6-1の一番上のほうに、う蝕とう歯とありますが、これは概念的に違うものなのか、あるいは同じものなのか。

○三ツ木歯科担当課長 病態は同じものでございます。表記の違いだけになっております。

○河原部会長 統一なんかはできないんですか。ほかにも、う歯とう蝕、ほかの資料6-2かな、それにも出てくると思うんですけども。

○三ツ木歯科担当課長 う歯とう蝕、それから歯周疾患と歯周病という、ちょっと混在しているところがございますので、統一整理を図っていきたいと思います。

○河原部会長 ありがとうございます。

ほかは、いかがですか。よろしいですかね。

歯科保健の大筋は、これでよろしいですか。

じゃあ、ご承認いただいたということで、これで歯科保健を終了させていただきますが、本日の議題は以上です。きょういただいたご意見をもとに、事務局でまた検討していただきたいと思います。

それでは、私のほうからはこれで終わりですので、マイクをお返しいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、事務局より4点ご連絡いたします。

まず、次回でございますが、第8回の改定部会の開催日時は、あさって8月31日木曜日の16時から、医療人材の確保とリハビリテーション医療医療情報、医療安全の各項目について個別検討を行うこととしております。

場所ですが、本日と同じこちらの会議室になります。個別検討は、次回で最後となりますが、9月以降も引き続きよろしくお願いいたします。

2点目ですが、本日お配りした資料の中に、第9回と第10回の改定部会の日程調査票がございます。こちらにつきましては、日時等をご確認いただき、本日机の上に置いていただくか、9月6日水曜日までにFAXにてご提出をお願いいたします。

3点目についてですが、席上の用意いたしました保健医療計画の冊子と指針の入ったフラットファイルは、そのままお返しをお願いいたします。

最後ですが、本日お車でお越しになられた委員につきましては、駐車券をお渡しいたしますので、お帰りの際に事務局へお声かけください。

事務局からは以上でございます。

○河原部会長 それでは、本日の部会を終了いたします。どうもありがとうございました。

(午後 6時 01分 閉会)