

第2節 保健・医療・福祉の総合的な推進

1 高齢者への支援

現 状

1 高齢者の現状

- 南多摩保健医療圏の平成30年1月現在の高齢化率は25.8%と、既に4人に1人が高齢者になっており、東京都全体よりも高齢化が進んでいます^{*1}。

また、南多摩保健医療圏の高齢単独世帯は、平成27年国勢調査では約64,000世帯と一般世帯総数の10.2%を占めており、今後も増加し続けることが予測されています。

- 東京都の要介護（要支援）認定者数は毎年増加しており、平成29年の要介護認定率^{*2}（18.3%）は、平成12年の介護保険制度開始時（9.1%）の約2倍となっています。

- 65歳健康寿命（東京保健所長会方式）^{*3}をみると、圏域内の全ての市が都全体の健康寿命を上回っています。健康寿命を延ばすためには、要介護（要支援）状態になることをできるだけ遅らせることが重要であり、フレイル対策を推進することが求められています。

2 フレイル予防（介護予防）

- 後期高齢者が要介護状態になる原因として無視できないものとして、「認知症」や「転倒」と並んで「虚弱（以下「フレイル」という。）」があります。

フレイルとは、「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態」ですが、一方で「適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」^{*4}と定義されています。

- フレイルには、「『身体』の虚弱」、「『こころ／認知』の虚弱」、「『社会性』の虚弱」の3つの要素があります。「『身体』の虚弱」には、骨や関節、筋肉など運動器の衰えが原因で、歩行や立ち座りなどの日常生活に支障をきたす状態であるロコモティブシンドロームを含みます。

- フレイル予防のためには、栄養（食・口腔機能）・運動（身体活動）・社会参加（趣味・ボランティア・就労）の3つの柱が重要です。

また、低栄養の予防のためには、食品摂取の多様性を確保し、栄養バランスのよい食事をしっかり噛んで食べることが重要です。さらに、積極的な運動や社会参加を促すための行政の役割として、住民主体の通いの場づくりへの支援が必要です。

第2部 各論 第1章 健康づくりと保健医療体制の充実

3 認知症の現状

- 国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成27年1月に「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」(若年性認知症含む。)を策定しました。

都及び市町村は、このプランの7つの柱^{*5}に基づき、各種施策の推進を図っています。

また、平成26年6月に成立した医療介護総合確保推進法においては、平成30年度から「認知症総合支援事業^{*6}」を全区市町村で実施することとされました。

- 都内で要介護(要支援)認定を受けている高齢者のうち、何らかの認知症の症状を有する人(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上)は、平成28年11月時点で約41万人に達し、平成37年(2025年)には約56万人に増加すると推計されています。

見守り又は支援の必要な認知症高齢者(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)は、平成28年11月時点の約31万人から、平成37年(2025年)には約42万人に増加すると推計されています。

また、何らかの認知症の症状を有する高齢者の62.6%、見守り又は支援の必要な認知症高齢者の55.6%が在宅(居宅)で生活しています。(東京都福祉保健局高齢社会対策部「平成28年度認知症高齢者数等の分布調査」)

- 都内の若年性認知症(65歳未満で発症する認知症)の患者は、約4千人と推計されています。(平成18年度から平成20年度実施の厚生労働科学研究における有病率推計から算出)働き盛り世代で発症するため、就労の継続、経済的な問題、ケアを提供する社会資源が少ないなど、高齢者とは異なる課題があります。

- 都は、各圏域に拠点型認知症疾患医療センターを、市町村ごとに地域連携型の認知症疾患医療センターを設置し、区市町村の支援を行っています。

また、若年性認知症のワンストップ相談窓口として、多摩地域に「東京都多摩若年性認知症総合支援センター」(日野市)を設置し、家族・本人、医療・福祉関係者からの相談に応じています。

【南多摩保健医療圏の認知症疾患医療センター】

(平成30年3月現在)

	八王子市	町田市	日野市	多摩市	稲城市
地域拠点型	平川病院(八王子市)				
地域連携型		鶴川サナトリウム病院	多摩平の森の病院	桜ヶ丘記念病院	稲城台病院

- 南多摩保健医療圏の認知症サポート医の数は、平成29年3月現在87人で、認知症にかかる地域医療体制の中核的な役割を担っています。
- 市は、認知症地域支援推進員の配置、認知症初期集中支援チームによる早期対応、認知症ケアパスを活用した住民への普及啓発、認知症カフェや家族会への支援、認知症サポーターの養成など、新オレンジプランに基づき、総合的な認知症施策を実施しています。

4 地域包括ケアシステム

- 国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム^{※7}」の構築を実現するとしています。
- 都は、地域包括ケアシステムの構築に向けた中核的な機関である地域包括支援センターの機能強化、在宅生活を支えるサービスの整備、区市町村における介護予防機能の強化等に取り組んでいます。
- 市は、地域包括ケアシステムの構築を介護保険事業計画の重要なテーマに据え、地域の課題やサービス等の需要を把握・分析し、地域に適した仕組みの構築に向けて、様々な取組を進めています。

課 題

- 健康寿命延伸のためのフレイル対策
- 在宅療養環境の整備（第2部第1章第2節「5 在宅療養の推進」参照）
- 認知症の早期支援と高齢者や認知症の人にやさしい地域づくり（若年性認知症を含む。）
- 地域の特性に合わせた地域包括ケアシステムの構築

今後の取組

1 健康寿命の延伸を目指した高齢者のフレイル対策の推進

- (1) 市は、住民主体の通いの場の立ち上げを支援し、住民主体の介護予防を進めます。そのために、地域包括支援センター等への「地域づくり推進員^{※8}」の配置を推進します。
- (2) 市は、高齢者の低栄養予防に関する内容について、各種講習会やイベント等の機会に普及啓発を行います（第2部第1章第1節「4 食を通じた健康づくり」参照）。

2 認知症（若年性含む。）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

- (1) 市は、拠点型・各連携型認知症疾患医療センターと連携し、初期集中支援チームの活用、人材育成、連携会議等により支援の充実を図ります。
- (2) 市は、認知症カフェ、家族会の育成・支援等を通して、介護者（家族）支援を充実させます。
- (3) 市は、認知症サポーターの養成、ネットワークの構築等を通して、認知症の人と家族を支える地域づくりを推進します。
- (4) 都保健所及び市は、若年性認知症の人とその家族が安心して相談でき、必要な支援を受けられるように若年性認知症総合支援センターの周知を図ります。

3 地域包括ケアシステムの深化・推進

- (1) 市は、関係団体や地域住民等との協働による包括的支援体制づくりを推進します。
- (2) 市は、医療・介護の連携を推進し、在宅療養の環境整備を行います（第2部第1章第2節「5 在宅療養の推進」参照）。
- (3) 都は、財政面や技術面から区市町村を支援するとともに、広域自治体として東京都全体を視野に入れ施策を推進します。
- (4) 都保健所は、地域の関係機関の一つとして、市の包括的支援体制づくりに協力します。

重点プラン

認知症（若年性を含む。）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

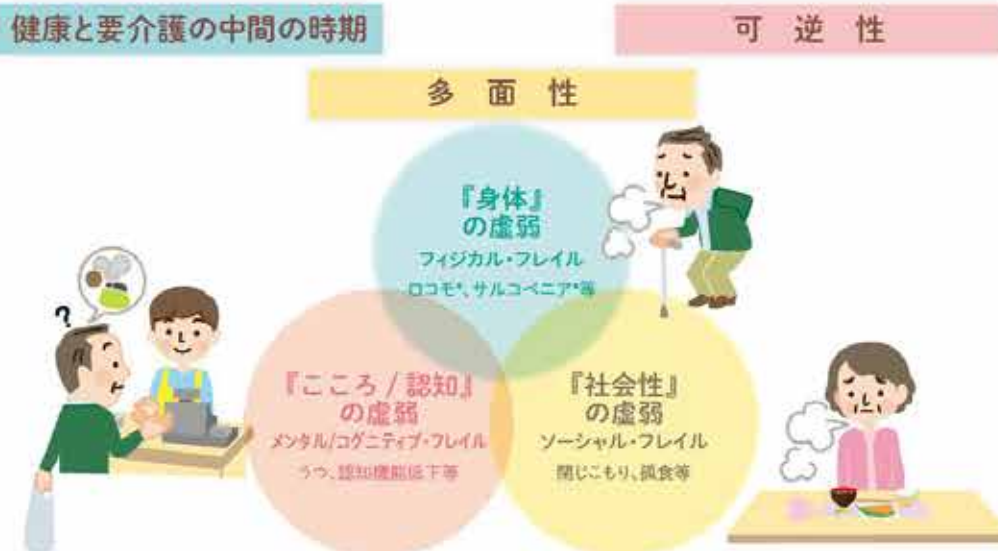
【指標】 認知症の人や家族を支える体制 ⇒ 充実する

- ※1 東京都総務局「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」（平成30年1月1日現在）
- ※2 要介護認定率：介護保険第1号被保険者数に占める要介護（要支援）認定者数の割合
- ※3 65歳健康寿命（東京保健所長会方式）：65歳の人が、何らかの障害のために日常生活動作が制限されるまでの年齢を平均的に表したもの。
- ※4 「厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）総括研究報告書 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究 研究代表者 鈴木隆雄」
- ※5 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）7つの柱：①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進 ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供 ③若年性認知症施策の強化 ④認知症の人の介護者への支援 ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進 ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進 ⑦認知症の人やご家族の視点の重視
- ※6 認知症総合支援事業：認知症初期集中支援推進事業と認知症地域支援・ケア向上推進事業の2事業
- ※7 地域包括ケアシステム：地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制
- ※8 地域づくり推進員：住民主体の通いの場を育成するなど地域づくりにつながる介護予防活動を推進する専門職（主任ケアマネージャー、社会福祉士、保健師等）で、地域包括支援センターに配置する。（平成29年度～東京都補助事業）

(資料) 都民向け普及啓発冊子「住み慣れた街でいつまでも - フレイル予防で健康長寿 - 」東京都福祉保健局医療政策部医療政策課(平成 29 年 3 月発行)より



フレイルの3つの要素



介護予防による地域づくり ～多摩市介護予防リーダーの活動～

多摩市における住民主体の通いの場「地域介護予防教室」

“元気アップ体操 de 身体も地域も元気アップ”

多摩市は、坂道や階段が多く、エレベーターのない5階建ての団地が高齢者の外出の困難性を高めています。そのため、いつまでも、足腰が丈夫で、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、介護予防事業に力を入れ取り組んでいます。

そのような中、地域で介護予防に関する知識をもった健康意識の高い市民を養成し、地域の核になって活動できるよう、平成25年から介護予防リーダーを養成しました。何歳になっても地域に貢献したいという思いや熱意にあふれた介護予防リーダー（平成30年1月末現在89名、平均年齢68歳、最高齢89歳）が地域で活躍しています。



介護予防リーダーの皆さん

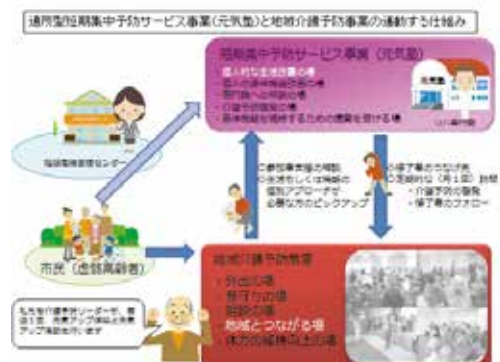
通いの場「地域介護予防教室」のきっかけは、介護予防リーダーから、「介護予防活動を地域で行っていくための共通のツールが欲しい」との声があがったことです。そこで、介護予防リーダーと介護予防機能強化支援員（理学療法士、現・介護予防による地域づくり推進員）、行政職員で、虚弱の方も通える体操“元気アップ体操”をつくりました。

平成28年度より始まった通いの場「地域介護予防教室」は、どの教室も口コミで広がり、大盛況です。参加者からは「膝や腰の痛みが減った」「杖がなくても歩ける時間が増えた」「近所の人と知り合いになれた」との声が聞かれています。体操だけでなく、交流や人とのつながりの場になっています。欠席した方には、連絡をして見守り活動にも発展しています。元気アップ体操を通じて、参加する方が元気になる、介護予防リーダーが生きがいを感じて元気になる、周りの方が元気になる、地域全体が元気になる、そのような場になっています。



地域介護予防教室での元気アップ体操の様子

今後、介護予防に資する体操を週1回以上行っていくグループに対して、活動を支援する「近所de元気アップトレーニング（近トレ）」を広めていきます。人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような温かい地域づくりをさらに推進し、介護予防の拡充に向け、引き続き取り組んでいきます。



TAMA フレイル予防プロジェクト (TFPP) ～多摩市のフレイル予防事業～

年を重ねて気力や体力などが衰えた状態のことを「フレイル」といいます。高齢者のフレイルは生活の質を落とし、様々な病気の原因となることもあります。

フレイルの定義は、(1)体重減少 (2)疲れやすさの自覚 (3)日常での活動量低下 (4)歩行速度の低下 (5)筋力(握力)の低下とされています。

多くの方はフレイルの状態を経て要介護状態へ進むと考えられていますが、持病の適切な管理や適度な運動、栄養のある食事などに気を付けることで、そのリスクを減らすことができます。

多摩市では、平成29(2017)年より、「TAMA フレイル予防プロジェクト(TFPP)」の取組により、老化のサインに早くに気付き予防するために、自分のフレイル(虚弱)の状態に気付くためのチェックリストを、市内の大学・医師会・歯科医会・保健所・東京都健康長寿医療センター等の協力のもと作成しました。

主に病気を予防するための「生活習慣病予防」だけでなく、介護が必要な状態となることを予防する「フレイル予防」の知識を広めるため、イベントや地域の集会場・コミュニティセンター等において、地域の住民・大学・地域包括支援センター等との連携のもと、測定会を実施していきます。

○指輪っかテスト

自分で筋肉の衰えを確認できる指輪っかテストは、フレイルを測る尺度として65～74歳の方の特定健診(多摩市内40医療機関で実施)でも使われています。



【方法】

両手の親指と人差し指で「指輪っか」をつくり、ふくらはぎの一番太い部分を囲みます。「囲めない」か「ちょうど囲める」場合は筋肉量が充分である可能性が高いです。

Ishii S et al.: Development of a simple screening test for sarcopenia in older adults. Geriatr Gerontol Int. 2014 Suppl 1:93-101.

2 障害者への支援

現 状

- 平成18年4月、障害者自立支援法が施行され、障害者の種別（身体障害・知的障害・精神障害）にかかわらず、必要とするサービスを区市町村が一元的に提供することとなり、平成25年4月には「障害者自立支援法」が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」に改められ、障害者の定義に難病等が追加されました。
- また、行政機関や民間事業者等に対し、障害を理由とする不当な差別的扱いの禁止や合理的な配慮の提供を求める「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）」が制定され、平成28年4月に施行されました。
こうした中、都では、平成30年3月、障害者を取り巻く環境変化に対応し障害者施策の一層の充実に取り組むため、「東京都障害者・障害児施策推進計画」を策定しました。本計画では、障害のある人もない人も、社会の一員として、お互いに尊重し、支え合いながら、地域の中で共に生活する社会の実現を目指しています。
- あわせて、平成28年に障害者総合支援法及び児童福祉法の一部が改正され、地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児（以下「医療的ケア児」という。）の支援に関する保健、医療、障害福祉、保育、教育等の連携の一層の推進を図るよう努めることとなりました。
- 国は、この法改正とあわせ、地方公共団体に対して、各分野の取組として、例えば、医療関係では小児・在宅医療の提供体制の構築、教育関係では学校への看護師等の配置などを示し、厚生労働省研究班においては、都内自治体等でのモデル事業として、医療的ケア児の支援に関する取組や地域の課題を、関係機関が共有する仕組みを立ち上げるなどの取組が行われています。
- 東京都の重症心身障害児（者）の数は約4,300人と推計されています（入所が約1,300人、在宅で生活する者が約3,000人）。
- 都は、NICU等から在宅に移行する乳幼児の増加に伴い、看護師が家庭を訪問し在宅療育への支援を行う「在宅重症心身障害児（者）訪問事業（以下「訪問事業」という。）を「社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会」に委託し実施しています。
- 都における訪問事業の利用者は、就学前（0～6歳）の利用者が85%を超えており、利用者の約7割が超重症・準超重症児（者）と医療ニーズの高い利用者が多く

なっています。

南多摩保健医療圏で、訪問事業を利用している人は平成 30 年 3 月 31 日現在 16 人です。

- 都においては、医療的ケア児等の在宅療養患者とその家族が、安心して暮らしていけるよう、地域の実情に応じた取組を行う区市町村を支援するほか、小児等在宅医療推進部会を設置し、各分野の個別施策・取組の充実を図っています。
- また、平成 28 年の児童福祉法改正に伴い、平成 29 年度から医療的ケア児も訪問事業の対象となりました。保健所は重症心身障害児等在宅療育支援事業を活用しながら、重症心身障害児（者）及び医療的ケア児の支援を行っています。

<p>●重症心身障害児とは</p> <p>重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童（大島分類の1から4までに該当）をいう。</p> <p>大島分類</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td rowspan="5">IQ 80 70 50 35 20</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td></td> <td>19</td> <td>12</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18</td> <td>11</td> <td>6</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>17</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>(身体機能) 走れる 歩ける 歩行障害 座れる 寝たきり</p> <p>肢体不自由の程度は、寝たきりから座位保持可能な程度まで「身体障害者手帳」における下肢機能若しくは体幹機能が1級又は2級、知的障害の程度は、IQ35以下、「愛の手帳」における総合判定が1度又は2度程度をいう。</p>			21	22	23	24	25	IQ 80 70 50 35 20		20	13	14	15	16		19	12	7	8	9		18	11	6	3	4		17	10	5	2	1	<p>●医療的ケア (以下のいずれかのケアを受けていること。)</p> <p>①人工呼吸器管理※1</p> <p>②気管内挿管、気管切開</p> <p>③鼻咽頭エアウェイ</p> <p>④酸素吸入</p> <p>⑤6回/日以上以上の頻回の吸引</p> <p>⑥ネブライザー 6回/日以上又は継続使用</p> <p>⑦中心静脈栄養 (IVH)</p> <p>⑧経管 (経鼻・胃ろう含む。)</p> <p>⑨腸ろう・腸管栄養</p> <p>⑩継続する透析 (腹膜灌流を含む。)</p> <p>⑪定期導尿 (3回/日以上) ※2</p> <p>⑫人工肛門</p> <p>※1 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシンのNIPPV・CPAPなどは、人工呼吸器管理に含む。</p> <p>※2 人工膀胱を含む。</p>	
	21	22	23	24	25	IQ 80 70 50 35 20																												
	20	13	14	15	16																													
	19	12	7	8	9																													
	18	11	6	3	4																													
	17	10	5	2	1																													

- 都は、平成 28 年に医療的ケア児に関する現況調査を、0 歳から 6 歳までの未就学児を把握している都内保健師を対象に実施しました。その結果、医療的ケアで多いものは、経管栄養が 6 割、次いで吸引が 5 割、酸素吸入が 4 割、人工呼吸器装着が 3 割でした。また、医療的ケア児の 6 割超が、重症心身障害児でした。

課題としては、療育の場、預け先、専門人材が不足していることが挙げられ、特に低年齢のうちには利用できる社会資源が少なく、また家族への支援（保護者の介護負担軽減、兄弟児支援等）や災害時の支援が必要なことも明らかになりました。

- 南多摩保健所管内の在宅重症心身障害児（者）の 48 人のうち、人工呼吸器使用児（者）は 13 人（平成 28 年 12 月末現在）で、市が避難行動要支援者個別計画（以下「個別計画」という。）を策定できているのは 6 人と半数に満たず、引き続き、災害時の支援体制の整備が必要です。
- 都保健所は、平成 26 年度から平成 27 年度に、「医療依存度が高い在宅重症心身

障害児の地域ネットワークの構築」に取り組みました。関係機関との研修会等を通じ、諸制度や関係機関の機能等を熟知し連絡調整機能を果たすキーパーソンの育成や、関係機関同士を繋ぐネットワークの構築が必要であることを再認識し、保健師がコーディネート機能を果たすことを明記した冊子を作成し医療機関等に配布しました。

課題

- 入院中からの早期相談支援体制の整備、訪問看護、日常の活動の場、ショートステイなどの地域基盤の整備
- 重症心身障害児（者）、医療的ケア児への在宅療養支援体制の整備
- 重症心身障害児（者）等への災害時支援体制の整備

今後の取組

1 重症心身障害児（者）、医療的ケア児の療養支援の推進

- (1) 市は、重症心身障害児（者）、医療的ケア児が安心して在宅療養に移行できるように、対象者（介護者含む）のニーズに合わせ、日中活動の場や居宅介護サービス等の支援の充実を図ります。
- (2) 保健所は、医療機関との連携を推進し、「在宅重症心身障害児（者）訪問事業」等を活用し、療養支援を充実させ、関係機関とも連携を図ります。
- (3) 保健所は、個別の支援会議や研修会を開催し、対象者の特性にあった支援が提供できるよう地域関係者の支援技術の向上を図り、ネットワークを推進します。

2 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

- (1) 市は、医療依存度の高い重症心身障害児の中で、特に、在宅人工呼吸器利用者に対する個別計画の作成を進めます。
- (2) 保健所は、市が作成する個別計画について、技術的な支援等を行います。

重点プラン

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】 災害時個別支援計画の作成 ⇒ 推進する

在宅重症心身障害児（者）等訪問事業

◇対象になる方は

東京都内に住所を有し、在宅で生活をする重症心身障害児（者）及び医療的ケア児です

◇重度心身障害児とは

重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童をいいます。児童福祉法上の概念であり、18歳までにその状態になった方です（医療的ケア児については、95ページを参照してください。）。

申請時の年齢は問いません。退院予定の方は入院中から申請できます。成長・発達の過程で、事業対象から外れることがあります。

療養している方は1日をどのように過ごしているのでしょうか

＜例：Aちゃん1歳の場合＞ 日中は介護者の母と二人。今の状態は、自分で呼吸ができないため、「気管切開」をして、「人工呼吸器」を使用中。そのため、肺をよく膨らませる「カフアシスト」を使用し、痰を出すために「吸入器」と「吸引器」を利用しています。オシッコも出にくいいため「導尿」もしており、栄養は「鼻腔チューブ」から「注入ポンプ」を利用してミルクを摂っています。

時間	注入内容	薬	ケア
6:00	↓(夜間注入) ~6時迄	朝 粉薬(5種類) 液体薬(2種類)	吸入・吸引 カフアシスト(5回)
8:00	・ミルク 120cc ★注入速度60cc/時	液体薬(2種類)	導尿
↓			
10:00			
12:00		昼 粉薬(5種類)	吸入・吸引
13:00	・ミルク 120cc ★注入速度60cc/時	ビタミン剤	カフアシスト(5回)
↓			口腔ケア・点眼
15:00			吸入・吸引 カフアシスト(5回) 導尿
18:00	・ミルク 360cc ★注入速度60cc/時	夕 粉薬(6種類)	吸入・吸引 カフアシスト(5回)
↓			口腔ケア・点眼
22:00		就寝前 粉薬(2種類)	
↓			
0:00	↑・ミルク360cc (上記同様)朝6時迄		導尿

支援者のつぶやき

朝も早くから色々ケアがあつて大変。お母さんの体調は大丈夫かな？腰痛は？睡眠はとれている？

今日はウンチが出たかな？
浣腸が必要かな？
調子が良かったら、お風呂にいれようかな・・・

病院受診の荷物は大丈夫？
レスパイト(家族休息のための入所)がとれたら、お兄ちゃんの保護者会に行けるわね

訪問ではどのようなことを支援してくれるのでしょうか

医療的ケアに精通した看護師が、御家族が自信をもって在宅療育ができるよう、決まった時間に家庭を訪問して健康管理や看護技術の指導、療育に関する相談等の支援を概ね1年をめどに支援をします。

利用したい場合、どこに申請すればよいのでしょうか

お住まいの市を管轄する、保健所です。詳細はお問い合わせください。

3 難病患者への支援

現 状

○ 国の難病対策は、昭和47年に「難病対策要綱」のもと「調査研究の推進」「医療機関の整備」「医療費の自己負担の軽減」「地域保健医療の推進」「QOLの向上を目指した福祉施策の推進」の5本柱で推進してきましたが、平成26年5月に「難病患者に対する医療等に関する法律」（以下「難病法」という。）が成立し、①基本方針の策定、②難病に係る新たな公平かつ安定的な医療助成制度の確立、③難病の医療に関する調査及び研究の推進、④療養生活環境整備事業が進められることとなりました（平成27年1月施行）。

○ 難病法での難病とは、発病の機構が明らかでなく、かつ、治療法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とするものとされています。都は、国とともに難病の治療研究や療養生活の支援を行っています。

難病法に基づく医療費助成の対象（指定疾病）は、平成27年1月当初110疾病でしたが、同年7月に306疾病、平成29年4月には330疾病に拡大し、平成30年4月現在331疾病が対象となっています。

都は、法律に基づく医療費助成のほかに、東京都規則に基づく都単独疾病（平成30年1月現在8疾病）についても医療費助成を行っており、南多摩保健医療圏における医療費助成の対象となる難病認定患者数は、平成28年度末現在で13,294人です。

○ 都は、難病全般に対応できる医療ネットワークを確立するため、今後、難病医療提供体制の充実を図り、早期診断から在宅療養生活までの切れ目ない医療体制の構築に取り組むこととしています。

○ 在宅療養者の支援制度は、難病法以外では、平成25年度から「障害者総合支援法」の対象に難病患者全般が加わり、医療保険、介護保険（通常65歳以上が対象だが、16特殊疾病は40歳から対象）及び保健所等で実施している難病対策事業の対象となりました。

難病患者は、生活面における制約や経済的負担が大きく、病状の進行によっては社会生活への参加に支障が出るなど多くの課題を抱えているため、保健・医療・福祉が連携し、在宅難病患者や介護者（家族）が安心して在宅療養を継続するための総合的な支援を行うことが求められています。

○ 都は、日常における療養相談、地域交流活動の促進等を行う拠点として、平成16年から「難病相談・支援センター」を区部に設置していましたが、平成29年10月に多摩地区（都立神経病院内）にも「多摩難病相談・支援室」を設置し、患者等

の持つ様々なニーズに対応した支援を行うこととなりました。

- 保健所では、「東京都難病患者療養支援事業実施要綱」に基づいて、在宅難病患者及びその家族に対する訪問相談指導や支援計画の策定・評価、患者会への支援等を実施しています。

また、在宅療養を支える地域関係者との連携を進めるため地域ケアネットワーク会議を開催するとともに医師会が実施している在宅難病患者訪問診療事業への協力等を行っています。

- 難病法では、都道府県、保健所設置市及び特別区は地域の実情に応じた体制の整備等について協議する場として、「難病対策地域協議会」を設置することが努力義務となり、①地域における難病患者への支援体制に関する課題についての情報共有、②関係機関等の連携の緊密化、③地域の実情に応じた体制の整備が求められています。

- 都は、区市町村の「避難行動要支援者個別計画（以下「個別計画」という。）の作成を支援する取組として、平成24年3月に「東京都在宅人工呼吸器使用者災害時支援指針」を策定しており、保健所は、市町村が作成する個別計画について、技術的な支援等を行っています。

- また、都は、難病法での「療養生活環境整備事業」に基づき、平成29年10月に難病患者の現状を把握するためのニーズ調査を実施しており、これまで指定の対象外であった希少難病患者の抱える課題等を明らかにし、支援策を検討することになります。

課 題

- 難病患者等が疾患の特性に合わせ、住み慣れた地域において安心して暮らすことができる地域ネットワーク体制の充実
- 在宅人工呼吸器使用難病患者が災害時に安心して生活できる体制の整備

今後の取組

1 在宅難病患者の療養支援の充実

- (1) 市及び保健所は、難病の種別や重症度に関わらず、また、病状の変化等難病の特性に応じて、療養生活全般に係る支援を行います。
- (2) 市及び保健所は、多様なニーズに十分な相談支援ができるよう、関係機関がそれぞれの役割を着実に果たすとともに患者に関する情報を共有し、地域で適切な支援を切れ目なく実施します。

2 難病患者の災害時支援体制整備の推進

- (1) 市は、在宅難病患者、特に、在宅人工呼吸器使用者の個別計画の作成を進めます。
- (2) 保健所は、市が作成する個別計画について、技術的な支援等を行います。

重点プラン

在宅難病患者の療養支援の充実

【指標】 難病の特性や病状に応じた療養生活の支援 ⇒ 充実する



東京都難病・相談支援センターをご存知ですか？



<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/nanbyo/zaitakunanbyo/siencenter.html>

都は、難病患者等に対する相談・支援、地域交流活動の促進などを行う拠点施設として、東京都難病相談・支援センター（以下「相談・支援センター」という。）を開設しています。



相談・支援センターは以下のような困りごとがある時、利用できます。

- ・自分の病気をもっと知りたい
- ・生活や仕事をどうすればいいのか相談したい
- ・専門医の話を聞きたい、相談したい等

難病に関して

療養相談

就労相談

医療相談会
医療講演会

資料提供
日常生活用具の展示



相談・支援センターの場所はどこ？利用時間は？

★ 順天堂医院内（東京都文京区）にあります

電話：03-5802-1892(直通)

開所時間：平日午前10時から午後5時まで

（相談の受付は、午後4時まで）

文京区まで遠い。
どうしたらいいの？



多摩地区在住の方が身近に利用できる

「東京都多摩難病相談・支援室」があります。

★ 都立神経病院内（東京都府中市）にあります。

電話：042-323-5880(直通)

開所時間：平日午前10時から午後5時まで

（相談の受付は、午後4時まで）



難病のこと・制度についてもっと知りたい方へ

◇国の制度・指定難病について

難病情報センター <http://www.nanbyou.or.jp/>

◇東京都が実施する事業について

東京都福祉保健局 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/index.html>

4 精神障害者への支援

現 状

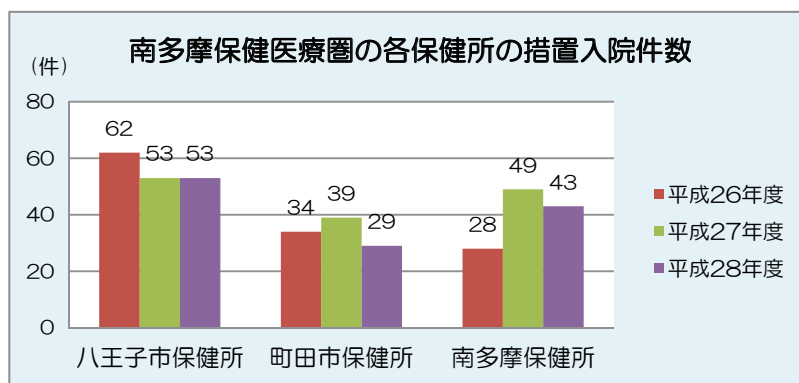
- 全国の精神疾患の患者数は、近年急増しており、平成 26 年の患者調査では 392 万人を超える水準となりました。治療薬の発展などにより近年の新規患者の入院期間は短縮傾向にあります。いわゆる「社会的入院」の状態にある精神障害者のうち、1年以上の入院患者は 18 万人を超えており、地域移行は依然として課題となっています。
- 平成 26 年 4 月には、精神保健福祉法が改正となり、保護者制度の廃止や医療保護入院の見直し（精神科病院の管理者に退院促進のための体制整備等を義務付けること等）が行われました。
- 都内の精神疾患患者数は、平成 26 年の患者調査によれば約 54 万人、南多摩保健医療圏では約 4 万 5 千人と推測されています。自立支援医療（精神通院医療）の利用者も増加傾向にあり、平成 28 年度の受給決定者は南多摩保健医療圏で 2 万人を超えています。

【自立支援医療承認件数（平成 28 年度）】

南多摩保健医療圏	八王子市	町田市	日野市	多摩市	稲城市
	9,384	7,614	2,916	2,732	1,291

出典：平成 29 年版 東京都の精神保健福祉の動向 多摩地域編（東京都多摩総合精神保健福祉センター）

- 精神疾患は、発症や病状の変化に本人や周囲も気づきにくいといった特徴があるほか、精神疾患や医療に対する偏見や理解不足により、受診が必要な方を適切な治療や支援に結びつけるのが難しく、治療につながっても治療中断しやすいという特徴があります。
- 南多摩保健医療圏の各保健所の措置入院患者は年間 30～60 件前後で推移しています。



出典：平成 28 年版・平成 29 年版東京都の精神保健福祉の動向 多摩地域編（東京都多摩総合精神保健福祉センター）

- 南多摩保健所では「非自発的入院予防事業^{※1}」を平成19年度からスタートさせ、平成26年度からは東京都多摩総合精神保健福祉センターと「アウトリーチ事例検討会」を必要時に開催し、対象となる措置入院及び医療保護入院の患者とその家族への支援を行っています。
- 平成27年7月の相模原市の障害者施設殺傷事件を受けて、措置入院患者への支援の在り方が大きく取り上げられており、精神保健福祉法が改正される予定です。

課 題

- 非自発的入院患者に対する精神科病院を含めた地域関係機関との連携による支援
- 精神障害者の長期入院患者に対する地域移行・地域定着支援
- 未治療・治療中断者に対する新たな地域包括ケアシステムの構築を含めた支援

今後の取組

1 非自発的入院患者への支援の充実

- (1) 保健所は、非自発的入院患者を早期に把握し、関係機関との連携やアウトリーチ支援等の活用により、地域で安定した生活を送れるよう支援を充実します。
- (2) 市及び保健所は、互いに連携を図り、非自発的入院患者が入院中から安定した地域生活を進められるよう支援を充実します。

2 精神障害者の地域移行・定着支援

- (1) 市は、相談支援体制の充実を図るとともに、退院後の精神障害者が地域で安定した生活を送るためのサービスメニューの提供及び充実を図ります。
- (2) 保健所は、市と協力して精神科医療機関、地域援助者との連携を促進し、地域移行・地域定着支援に取り組みます。

3 早期治療及び治療継続のための総合的な取組

- (1) 市及び都保健所は、精神疾患や精神保健医療に関して、市民や支援機関へ正しい理解を促すための普及啓発に取り組みます。
- (2) 保健所は、市や医療機関、必要時には児童福祉や高齢福祉等の関係機関と連携して精神疾患患者のうち、未治療や医療中断のために地域で生活困難が生じている事例に対して、医療の導入と生活支援、生活環境整備を一体的に進めるような支援に取り組みます。

重点プラン

非自発的入院患者への支援の充実

【指標】 非自発的入院患者への個別支援 ⇒ 充実する

※1 非自発的入院予防事業：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、適切な介入を行うことにより、医療の中断を防ぎ、非自発的入院を予防する事業

5 在宅療養の推進

現 状

○ 東京都の高齢者人口割合は上昇を続け、平成 42 年（2030 年）には 4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となると見込まれて^{*1} あり、高齢になっても、障害があっても、在宅で安心して療養生活を送れる体制の実現が求められています。

○ 都生活文化局「健康と保健医療に関する世論調査」（平成 28 年度）では、都民の 32.2%が「長期の療養が必要になった場合に自宅で療養を続けたい」と答えています。そのうち 54.7%が実現は難しいと答えています。その理由としては、「家族に負担をかける」が 74.1%と最も多く、次いで「急変時の対応が不安だから」、「在宅医療や在宅介護でどのようなケアが受けられるかわからないから」となっています。

また、高齢者施策に関する都民意識調査（平成 27 年度）によると、最期を迎えたい場所として自宅が最も多く、都全体では 38.2%、南多摩保健医療圏では 42.7%でした。

○ このように、自宅での療養を望んでいる者が多くいる一方、医療機関の病床数にも限りがある中、在宅や施設など本人の望む場所で看取りが行えるよう体制を整備していく必要があります。

○ 国は、平成 37 年（2025 年）を目途に、地域包括ケアシステムの構築を実現するため、平成 26 年 6 月には、医療介護総合確保推進法^{*2} を制定し、区市町村における在宅・介護連携などの地域支援事業の充実を図ることが明記されました。

地域支援事業の一つとして、平成 30 年 4 月には、全ての区市町村で、在宅医療・介護連携推進事業（ア）から（ク）を実施することとなりました（次頁参照）。

○ 在宅療養を支える中心となるのが「かかりつけ医」ですが、日本医師会「第 5 回日本の医療に関する意識調査」（平成 26 年 8 月調査）によると、かかりつけ医を持つ国民は全体の 53.7%でした。

また、平成 28 年 2 月に日本歯科医師会が行った一般生活者意識調査では、「かかりつけ歯科医」がいる割合は回答者の 67.0%でした。

○ 医療法の改正により、平成 37 年（2025 年）に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、「地域医療構想」を二次医療圏ごとに策定することとなりました。

都は、平成 28 年 7 月に「東京都地域医療構想」を策定し、地域医療構想を実現するための取組の中に、在宅移行支援の充実、在宅療養生活の支援、在宅療養を支える人材の確保・育成等を掲げています。

第2部 各論 第1章 健康づくりと保健医療体制の充実

- 南多摩保健医療圏における5市では、在宅医療・介護連携推進事業の取組が開始されていますが、(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援、(カ) 医療・介護関係者への研修のうち医療関係者への研修、(キ) 地域住民への普及啓発については、PDCA サイクルで地域の課題にあった事業内容、質の向上に努めるなど、今後、一層の取組の推進が必要です。

【在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業平成27年度～）(ア)～(ク)】

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで厚生労働省医政局の在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)の成果を踏まえ、介護保険法の中で制度化
- 介護保険法の地域支援事業に位置付け、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施
- 各市区町村は、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を実施
- 事業項目の一部を郡市区医師会等(地域の中核的医療機関や他の団体を含む。)に委託することも可能
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等の協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握

事業項目と取組例	
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療機関の分布・医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査 ◆結果を関係者間で共有
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療介護サービスの提供体制の構築を推進
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援
(カ) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ◆介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等
(キ) 地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ◆地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆在宅での看取りについての講演会の開催等
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

【南多摩保健医療圏の在宅療養を支える社会資源の数】

施設種別	所在数
(1)在宅療養支援診療所	85 か所
(2)在宅療養支援病院	13 か所
(3)在宅療養支援歯科診療所	47 か所
(4)訪問薬剤指導実施薬局	365 か所
(5)訪問看護ステーション	86 事業所
(6)居宅介護支援事業所	312 事業所
(7)訪問リハビリテーション	13 事業所
(8)通所リハビリテーション	34 事業所
(9)介護老人保健施設	22 施設

* (1)～(3)は東京都医療機関情報システム「ひまわり」より収集（平成30年4月16日現在）

* (4)は福祉保健局健康安全部薬務課より収集（平成30年3月31日現在）

* (5)～(9)は厚生労働省介護サービス情報公表システムより収集（平成30年4月16日現在）

課 題

- 地域包括ケアを支える在宅療養の推進・充実
- 入院医療機関・地域関係者の連携による切れ目ない支援体制の構築
- 在宅療養に関わる人材の育成・質の向上
- 在宅療養に関する都民の理解促進（かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の推進を含む。）

今後の取組

1 地域の特性に合わせた在宅療養支援体制の充実

- (1) 市は、医療・介護連携事業（ア）から（ク）について、地域の実情に応じた取組を推進します。
- (2) 都は、住み慣れた地域で安心して暮らし、本人の希望する場所で看取りが行えるよう、看取りに関する普及啓発、環境の整備を進めていきます。
- (3) 都保健所は、市の取組に対し検討会参加や情報提供等を通じて支援を行います。

2 在宅療養生活への円滑な移行の促進

- (1) 関係者は、入院から在宅への移行に当たり、入院早期から医療機関と地域との情報共有・連携を図ります。
- (2) 市は、地域における在宅療養への移行調整の役割を担う在宅療養支援窓口の充実を図ります。
- (3) 都は、区市町村を超えた広域的な入院機関と地域関係者の連携の充実に向け、協議の場を設定します。

3 在宅療養に関わる人材の育成・質の向上

第2部第3章「1 人材育成研修等の充実」参照

4 在宅療養に関する市民への普及啓発の推進

- (1) 市は、市民に対してかかりつけ医等を持つことの必要性を含め、在宅療養についての理解をより一層深めるための普及啓発を充実します。
- (2) 都は、区市町村が活用できるような在宅療養や暮らしの場における看取り等についての普及に係る媒体等を作成し区市町村を支援します。
- (3) 都保健所は、市の取組を支援するとともに、ホームページ等で情報発信をします。

重点プラン

在宅療養生活への円滑な移行の促進

【指標】在宅医療・介護連携相談窓口の運営及び医療・介護関係者間の情報共有・連携の支援 ⇒ 充実する

※1 平成27年国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成30年3月推計）より
※2 医療介護総合確保推進法：地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

NPO 法人八王子市民のための医療と介護連携協議会設立について

平成 29 年 6 月、八王子市における医療と介護に関わる全ての職種の協働のため、八王子市医師会が中心となり、「特定非営利活動法人八王子市民のための医療と介護連携協議会」（以下「八王子医介連」という。）が設立されました。

八王子医介連は、医療と介護に関わる様々な職種（右図：役員名簿参照）の代表が理事に就任し、八王子市民が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで送ることのできる仕組みの構築を目的として活動しております。

役職	所属	職種
理事長	八王子市医師会 前会長	医師
副理事長	八王子市医師会 会長	医師
副理事長	東京都八南歯科医師会 八王子支部長	歯科医師
副理事長	八王子薬剤師会 会長	薬剤師
理事	東京都理学療法士協会八王子支部	理学療法士
理事	八王子介護保険サービス事業者連絡協議会	介護保険事業(居宅)
理事	八王子市社会福祉法人理事長会	介護保険事業(施設)
理事	八王子社会福祉士会	社会福祉士
理事	八王子市医師会立訪問看護ステーション	訪問看護師
理事	八王子介護支援専門員連絡協議会	介護支援専門員

活動内容は多岐に亘りますが、平成 30 年度は下記 3 つの取組に力を入れていく予定です。

① 縦割りの活動に横断的な支援



八王子では多職種の係る類似事業（「認知症」や「口腔ケア」など）が数多くあります。同じようなテーマで、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市役所（部・課ごとに）、保健所等が各々に研修会などを企画するため非効率とされます。八王子医介連では定期理事会での情報の共有、ホームページを用いた情報収集を行い、事業・研修会の統合

や対象者の拡大などを提案し、より効率的な活動が行えるような支援を行います。

② 円滑な多職種連携の構築



多職種が交流する機会は増えていますが、職種間にはまだまだ壁や溝があります。八王子医介連には、多職種に関する意見、要望、苦情の窓口の機能があります。直接言いにくい意見や捉え方によっては角がたってしまうような要望であっても、八王子医介連が間に入ることで、各職種へ適切に届けることができます。懇親会、勉強会などの支援も含め、円滑な多職種連携を目指します。

③ 事務機能の支援

多職種連携事業において、事務機能を維持することは非常に困難です。有効な事業であっても、事務機能を負担することができずに終了してしまうものが多々あります。また、職種によっては所属団体が機能しておらず、連携網として不完全な場合があります。八王子医介連では事務機能等を一部負担し、事業や団体の支援を行います。



八王子医介連はこれからも八王子市民のために精力的に活動を行っていきます。引き続き御支援御厚情を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

6 医療連携体制の推進

現 状

1 脳卒中医療連携の現状

○ 脳卒中による死亡者は、全国においては平成 23 年以降、東京都においては平成 24 年以降、南多摩保健医療圏においては平成 25 年以降に、肺炎による死亡者数を下回ったものの、なお死因別で4位を占めています*1。

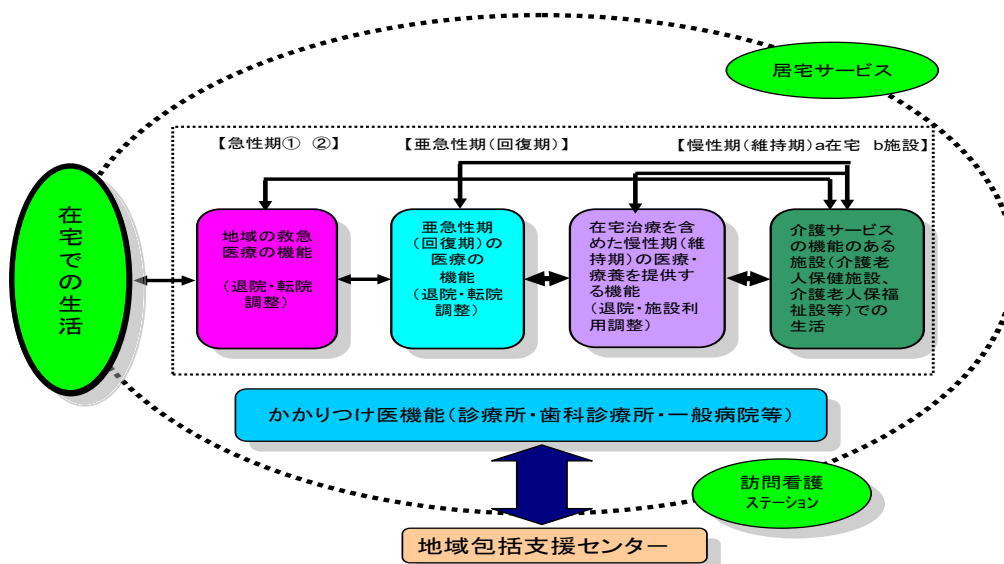
○ 脳卒中の危険因子には生活習慣が大きく関わっています。また、発症後、速やかに専門的な医療を受診できない場合の死亡率が高く、死亡に至らなかった場合も重い後遺症が残ることがあります。

後遺症のある患者の多くは、急性期を含め回復期から維持期（在宅療養）に亘る長期の療養が必要で、患者及び患者家族は多大な負担を抱えることとなるため、発症後の迅速な対応が重要です。

○ 脳卒中には様々な医療機関が関わる必要があることから、南多摩保健医療圏では、急性期から維持期に至るまで、身近な地域で症状に応じて効果的かつ効率的な医療サービスが提供されるように、平成 17 年度に「南多摩保健医療圏脳血管疾患医療連携検討会」を設置（平成 20 年度から「南多摩保健医療圏脳卒中医療連携協議会（以下「脳卒中協議会」という。）」に改組）し、平成 21 年度から「南多摩保健医療圏脳卒中地域医療連携診療計画*2 書（以下「パス」という。）」の運用を開始しています。

脳卒中協議会では、これまで各部会（パス、急性期、回復期、維持期）において、パスの活用促進を図り、ケアマネージャー等への普及を促進するとともに、圏域住民への普及啓発活動等を行ってきました。

【南多摩保健医療圏脳卒中医療連携体制図】



- 平成 17 年に健康保険適用となった血栓溶解療法（t-PA 療法）は、発症後早期の治療開始が求められるため、東京都は、脳卒中急性期医療機関を認定し、平成 21 年に脳卒中発症が疑われる患者を速やかに救急搬送する体制を整備しました。
- 最近、新しい治療法として脳血管内治療が注目されています。脳血管内治療は、t-PA 療法が実施できない場合でも行えますが、実施医療機関が偏在しているため、救急搬送を受けた医療機関から血管内治療可能医療機関への迅速な転送が必要な場合があります。

都では、平成 20 年度から、東京都脳卒中医療連携事業を開始しています。平成 27 年度事業において脳血管内治療検討ワーキンググループを設置し、脳血管内治療に関するアンケート調査を実施しました。脳血管内治療が実施できない病院から、実施可能な病院への円滑・迅速な転院搬送が可能となるよう、転院搬送や医療機関間の連携のための新たなルール作りが必要です。南多摩保健医療圏においても取組が求められています。
- 急性期から回復期、維持期（在宅療養）への移行に当たっては、リハビリテーションが重要であり、東京都は、概ね二次保健医療圏ごとに地域リハビリテーション支援センターを指定し、センターを拠点に、地域で様々な形態で実施しているリハビリ事業を支援しています。南多摩保健医療圏では、永生病院が指定を受けています。
- 患者及び家族が脳卒中発症時の特徴を知り、迅速な対応ができるよう、脳卒中の発症サイン等に係る普及啓発を行うことが大切です。

2 糖尿病医療連携の現状

- 糖尿病はインスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患です。

血糖値が十分コントロールされないと、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状が現れ、動脈硬化を促進させ脳卒中や急性心筋梗塞の原因になるとともに、網膜症や腎症、神経障害等の合併症を引き起こします。

また、以前から歯周病は糖尿病の合併症の一つと考えられてきましたが、最近の研究では、歯周病と糖尿病は相互に悪影響を及ぼしていることが指摘されています。
- 平成 26 年の厚生労働省「患者調査」によると、全国の糖尿病の患者数は 316 万人を超え、平成 23 年の調査から 46 万 6 千人増えています。日本透析医学会の「わが国の慢性透析療法の現況」によると、平成 26 年には慢性透析患者数は 32 万人を超え、新規透析導入患者の 4 割以上を糖尿病性腎症が占めています。
- 糖尿病は、その重症度や合併症の程度によって、かかりつけ医と糖尿病専門医、眼科や歯科等合併症を診療する医療機関との連携が必要です。

第2部 各論 第1章 健康づくりと保健医療体制の充実

- 都は、都民の誰もが身近な地域で最適な治療を受けられ、重症化・合併症を予防できる医療連携体制を整備するため、平成20年度から「東京都糖尿病医療連携協議会」と二次保健医療圏ごとに「糖尿病圏域別検討会」を設置し、地域の特性に応じた糖尿病医療連携の取組を推進しています。
また、平成26年度には、地域で実効性のある糖尿病医療連携を推進していくため、「糖尿病地域連携の登録医療機関」の登録を開始しました。
- 都保健所では、平成20年度に南多摩保健医療圏糖尿病医療連携検討会を設置し、地域の糖尿病医療連携を推進しており、平成23年度から、地域特性に応じた医療連携を推進するため、地区部会（八王子部会、町田部会、南多摩部会）を設置し取組を行っています。
また、平成26年度からは、「糖尿病地域連携の登録医療機関」を対象とした研修会や医療連携マップ等の連携ツールの作成に取り組むことにより、専門医とかかりつけ医相互による連携の推進、診療所、歯科診療所、薬局における地域の連携体制づくりを行っています。
- 市は、糖尿病の予防の普及啓発に取り組むほか、「データヘルス計画」に基づき特定健診等のデータを活用した糖尿病重症化予防に取り組んでいます。

課 題

1 脳卒中医療連携

- 脳卒中患者の急性期から回復期、維持期（在宅療養）までの切れ目のない医療・介護サービスの連携体制の充実
- 地域における脳血管内治療の医療連携の推進
- 圏域住民に対する脳卒中の予防及び発症時の特徴等にかかる普及啓発の実施

2 糖尿病医療連携

- 発症予防及び重症化予防のための普及啓発の充実
- 合併症の治療を担う眼科や歯科等の医療機関と糖尿病専門医療機関との連携体制の構築
- 医科・歯科・薬科（薬局）連携の強化

今後の取組

1 脳卒中医療連携

(1) 脳卒中医療連携体制の充実

都保健所、市及び医療機関等は、脳卒中患者の急性期、回復期、維持期（在宅療養）までの切れ目のない医療・介護サービスの連携体制の充実を図ります。

(2) 地域における脳血管内治療の医療連携の推進

脳卒中協議会は、脳血管内治療についての知識の共有、地域における転院搬送の体制整備等、脳血管治療を実施するための取組の検討を進めます。

(3) 住民に対する普及啓発の充実

都保健所、市及び医療機関等は、脳卒中の予防、発症時の対応、リハビリテーションの必要性、再発の可能性等について、地域における普及啓発活動を推進します。

2 糖尿病医療連携

(1) 特定健診・特定保健指導の効果的な実施

市及び医療保険者は、特定健康診査及び特定保健指導を実施し、糖尿病の原因となるメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少等を通じ、発症予防に努めます。

都保健所は、市や企業等関係機関の特定健診・特定保健指導の円滑な実施に資するよう、地域・職域連携推進協議会などにおいて、情報共有や意見交換を行います。

(2) 発症予防、重症化予防のための普及啓発活動等の充実

市は、糖尿病予防、重症化予防のための健康教育、保健指導及び普及啓発を推進します。

都保健所及び関係機関は、南多摩保健医療圏における糖尿病医療連携のための検討会において、各市と協働し、住民に対し、発症予防、重症化予防のための普及啓発活動の充実を図ります。

(3) 糖尿病医療連携体制の推進

都保健所は、南多摩保健医療圏糖尿病医療連携検討会において、連携のための基盤づくりを行い、「糖尿病地域連携の登録医療機関」の登録を推進するとともに、連携ツールの作成・活用を含めた医療連携体制の構築を図ります。

(4) 予防、治療に関わる医療従事者間の情報の共有化の促進

都保健所、市、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関等は連携協力し、重症化や合併症の防止を図るため、診断、治療のための研修会等を実施します。

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

【指標】脳梗塞に対する脳血管内治療 ⇒ 推進する

○糖尿病医療連携体制の推進

【指標】「糖尿病地域連携の登録医療機関」制度の活用 ⇒ 推進する

※1 東京都福祉保健局「平成28年人口動態統計」

※2 地域医療連携診療計画：地域内での各医療機関が共有する各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画

医療連携による早期医療対応ネットワーク事業

八王子市では、平成15年10月1日に「八王子市医師会」「東京医科大学八王子医療センター」「東海大学八王子病院」と「八王子市」の4者で、「医療連携ネットワーク事業実施協定」を締結しました。

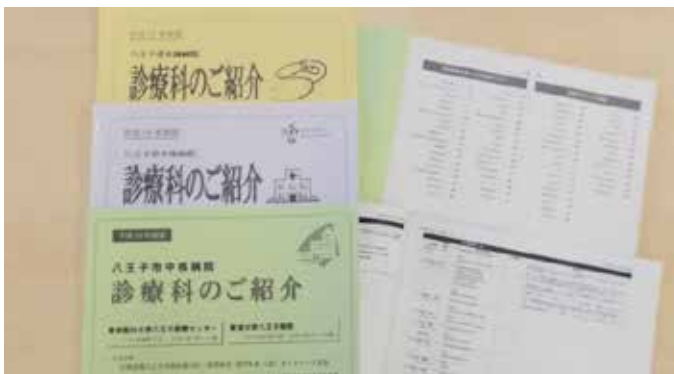
これは、(1) 医療連携による早期医療対応（精密検査・専門外来・入院）ネットワーク事業、(2) 医療・健康心配ごと電話相談事業、(3) 小児準夜救急診療事業、(4) 小児休日・全夜間救急医療事業の4つの事業を実施するに当たり、市内の医療機関相互の連携により、市民が安心して、いつでも、どこでも、症状に応じた医療が受けられる体制を図ることを目的としています。

この医療連携ネットワーク事業として、各診療所から中核病院^{※1}への紹介を円滑に行えるよう、八王子市では「八王子市中核病院 診療科のご紹介」（写真1）を作成し、八王子市医師会を通じて各診療所へ配付しています。

また、中核病院の診療受付時間等を記載したチラシ（写真2）を毎年作成し、各診療所へ配付することで、精密検査や高度医療を必要として中核病院を紹介したときに、案内として利用してもらうとともに、裏面にかかりつけ医を持つことの必要性を記載し、周知・啓発を図ってきました。

これらの取組により、八王子市では、かかりつけ医療機関を決めている市民の割合は、82.6%（第49回（平成29年）市政世論調査報告書）となっています。

※1 中核病院：「東京医科大学八王子医療センター」及び「東海大学八王子病院」のこと



八王子市中核病院診療科のご紹介（平成27～29年度版）



八王子市中核病院受付時間のご案内

