

平成27年度第2回

新宿区地域保健医療体制  
整備協議会

平成28年2月8日（月）

新宿区健康部健康推進課

午後 1時30分開会

○健康推進課長 それでは、定刻になりましたので、平成27年度第2回新宿区地域保健医療体制整備協議会を始めさせていただきます。

私は、暫定的に司会を務めさせていただきます新宿区の健康推進課長、中川でございます。よろしくお願いいたします。

まず開会に先立ちまして、事務局から委員の変更についてご紹介させていただきます。人事異動によりまして1名の新しい委員をお願いすることになりました。委員につきましては、委嘱状は事前に郵送させていただいているところでございます。新しくお願いした委員は、東京医科大学病院院長の土田明彦委員でございます。よろしくお願いいたします。

○土田委員 東京医科大の院長を務めております土田です。専門は消化器外科です。どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

○健康推進課長 ありがとうございます。

続きまして、出欠状況の確認でございますが、本日ご欠席のご連絡をいただいている委員は、新宿区医師会、星野委員、それから若松町高齢者総合相談センター、菅佐原委員、新宿区町会連合会、大崎委員の3名でございます。

また、国立国際医療研究センター病院につきましては大西副院長、慶應義塾大学病院につきましては三村副院長、大久保病院につきましては林副院長、新宿区社会福祉協議会につきましては井下事務局次長に、代理出席いただいております。また、秋山委員は遅れてのご参加というご連絡をいただいております。

よって本協議会設置要綱第6条3項に基づき、定足数を満たしておりますので、本協議会は成立しているということをご報告申し上げます。

続きまして、本日の資料を確認させていただきます。

資料の1から10、5番を除きまして10までが、あらかじめ郵送させていただいているほかに、本日机の上に資料の5、それから秋山委員から提出されました第48回暮らしの保健室勉強会というA4サイズの資料と、ミモザの家というパンフレットがワンセットになっているもの、それから三村副院長からご提供されました厚生労働省自殺未遂再企図防止事業についてという1枚のもの、それから万代委員からご提供されましたパンフレットでJCHOと大きく書いてあるもの、以上、この4点を、今日机の上に配付させていただいているんですが、もし不足がございましたら挙手をお願いします。よろしいでしょうか。

続きまして、マイクのご説明をさせていただきますが、ご発言の際には、「発言」という

真ん中のボタンを押すと緑のランプがつかます。ご発言が終わりました際には、もう一度押していただくとマイクが切れるということになりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

また、本日は、記録のために録音をさせていただきますので、あらかじめご承諾いただければと思ひます。また、ご発言の際は、お名前をおっしゃった上でご発言いただきますよう重ねてお願ひ申し上げます。

それでは、これからの進行につきましては木島会長にお願ひ申し上げます。木島会長、よろしくお願ひいたします。

**○木島会長** それでは、次第に従って議事に入ります。

議事の1つ目は、新宿区における地域包括ケアの実現に向けた医療のあり方についてです。

ご議論いただくに当たり、まずは平成27年度在宅療養支援事業の進捗状況について、事務局よりご報告をお願ひいたします。

**○健康企画・歯科保健担当副参事** 健康企画・歯科保健担当副参事、矢澤でございます。それでは、着座にてご説明させていただきます。

まず資料1をお手元のほうにお開けいただけますでしょうか。平成27年度の在宅療養支援事業実績中間報告及び進捗状況という、ホチキスどめのものがございます。今回の地域包括ケアの実現に向けた医療のあり方についてというこの議事につきましては、今年度行ってまいりました在宅療養支援事業の到達点を確認しつつ、今後またどういった方向で進めていこうかということをご議論いただく場でございますので、まだ実績は途中でございますが、若干ご説明させていただきます。

まず1枚めくっていただきまして、A3の全体の事業の取り組み状況というところをご覧いただきたいと思ひます。毎年、大変事業が多岐にわたりますが、手短にご説明させていただきます。

大きな柱は左側のところに黄色い網かけのところに書いてございますが、在宅医療体制の強化というところにはさまざまな事業を取り組んでおります。事業の1としましては、①として在宅医療ネットワークの構築ということで、この青い網かけのところを見ていただくと、今年度の実績をそこに書き込んでございます。今年度は1つ研修会としては、「地域包括ケアシステムにおける在宅の栄養管理」ということで、特に栄養士さんに在宅訪問するようなそういった取り組みについて医師会の事業の中で取り組んでいただきました。それにつきましては、1枚、次のところにチラシがつけてございますが、第2回かかりつけ医研修会とし

て、これはNHKの「プロフェッショナル仕事の流儀」に出られた中村育子さんに、地域包括ケアシステムにおける在宅の栄養管理についてお話をいただいたところでございます。

続きまして、③のかかりつけ歯科医機能の推進につきましては、再び右を見ていただきますと、研修会として新宿区歯科医師会、四谷牛込歯科医師会の会員の先生方164名の方にお集まりいただきまして、「在宅歯科医療と口腔ケアの実際」ということで、これは口腔ケアと誤嚥性肺炎を、米山武義先生にご講演をいただき、大変貴重なご講演をいただいたところでございます。

それから④については緊急一時入院病床の確保、これは東京新宿メディカルセンター並びに東京山手メディカルセンター、そして大久保病院の3病院に大変ご協力いただきまして、緊急の方々を受けていただけるベッドを確保しているところでございます。これにつきましては5ページを見ていただきますと、現在の入院病床確保事業の病床利用実績が12月分まで掲載してございますが、今年度は少し利用実績についてまだ十分とはいかない状況でございます。

続きまして、⑤訪問看護ステーション連携促進という事業でございますが、これは新宿区の在宅療養支援係が地域の訪問看護ステーション、30を超える訪問看護ステーションがございまして、集まっていただきまして、研修を行ったり連絡会等を行っているところでございます。今年度はここに掲げてあります研修会として「訪問看護に役立つフィジカルアセスメント」ということで実施させていただいたところでございます。

それから⑥は訪問看護ステーションの人材確保ということで、訪問看護ステーションに看護師の人材が就職していただくための事業でございます。

そして⑦として地域連携支援事業、これは今年度は聖母病院様にご協力いただきまして、昨年10月9日に実施したところでございます。7ページをご覧くださいますと、実際には事例を通したグループワークを行いました、医師・歯科医師を初めさまざまな職種の方々が集まって、地域における病院と地域の連携をするための会として行っているところでございます。

戻りまして⑧でございますが、摂食嚥下機能支援事業という、新宿区では新宿ごっくんプロジェクトという通称で、医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士と、さまざまな専門職が、連携用のツールを使って医療連携をしていくということを行っております。これにつきましてはちょっと特別なので14ページを見ていただけますでしょうか。13ページの裏側、ごっくん通信、裏側になりますが、上段のところ、今年度は7月より新宿

区医師会の医師会区民健康センターにおいて、在宅療養中あるいは施設入所中の嚥下障害患者さんに、国立国際医療研究センター病院の田山先生と藤谷先生のご協力をいただいて、実際の患者様で研修を行うという事業を、7月から医師会の事業として組んでいただいて、月1回土曜日に行っております。ここには歯科医師会の先生を初めさまざまな福祉職の方々も集まっております、実地の研修をしているところです。これは産経新聞にも取り上げられまして下段にありますような記事で紹介をされ、藤本理事のコメントも掲載されたところでございます。非常に先駆的な事業ということでご紹介いただきました。

また戻りまして次に9番ですが、ケアマネジャーとかかりつけ医等との交流会ということで、これは福祉部が所管しております高齢者総合相談センターの方々が、地域のかかりつけ医、かかりつけ歯科医、あるいはさまざまな方々と連携することを目的とした交流会でございます。15ページを見ていただきますと、昨年11月13日にB I Z新宿で行いましたが、木島会長を初め歯科医師会の会長などさまざまな方々にご参加いただきまして、地域のケアマネジャーの方々とグループワークをされたところでございます。

続きまして、10番の在宅医療相談窓口の運営ですが、これは新宿区の四谷保健センターの中に在宅医療相談窓口を在宅療養支援係が開設しておりますが、これにつきましても、在宅医療について実際に区民の方あるいは関係者の方から受けた相談が、今年度は12月31日現在で延べ379件ということでございます。また、がんに関しては、本日少々遅れておられますが、秋山委員の暮らしの保健室でがん療養相談窓口を月1回行っておりますが、実績はそこに記載したとおりでございます。

次のA3の裏ページを見ていただければと思いますが、在宅療養にかかわる専門職のスキルアップ、いわゆる人材養成としては、今までも病院の先生方に大変ご協力いただきまして、病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修を行っているところでございます。11番でございます。これは区内の基幹病院のほうから推薦された看護師の方々が、実際に訪問看護ステーションで実習をして在宅のイメージをつかみ、また、在宅療養というのに実際に触れていくということでございます。これにつきましては17ページをご覧いただきたいと思いますが、実際に研修に参加する看護師さんたちの実務経験というと、最初に始めたころには5年未満の新卒の方が多かったんですが、現在は5年から9年という中堅の方が多いという実態が、4番のグラフのところでわかってまいりました。また、サービスの取り扱いについては下段のグラフの中で、当初は自主的に出るという形でしたが、今は病院の大変なご協力をいただいて、研修そのものに位置づけていただいたり職免にさせていただいたりということで、大

変出やすい環境が整いつつあるというふうに伺っております。

続きまして、12番の看護小規模多機能型居宅介護実習研修ということでございます。これは看護小規模多機能型居宅介護という非常にまだ耳なれない言葉で、昔は複合型というふうに言っておりましたが、ここで福祉職の方の研修をするという、ヘルパーなどの介護職員の方々が医療的な視点を持ってケアを行っていただけるように、訪問看護ステーションに併設している施設で体験実習をするといった研修でございます。これは19ページを見ていただければと思いますが、これは「わいは」という看護小規模多機能型居宅介護の施設において実際にヘルパーさん等が、医療的な視点を身につけて、実際に自分が介護をしていく中で、そういった視点から医療職と連携をとっていくための研修でございます。実は大変先駆的な事業ということで、「介護保険」あるいは「保健衛生ニュース」といった専門の雑誌にも事例として紹介されて、来年度は白十字訪問看護ステーションのミモザの家でも、またさらに拡充していくという予定になってございます。

そして最後ですが、14番ですが、これは在宅療養に対する理解を区民の方々に促進するために、がん患者・家族のための支援講座といったことを、今、委託事業として行っております。暮らしの保健室のほうで、がんとともに生きるときに食事の問題ですとか生活の問題を、いろいろな面で協力をしていただく場として活用いただいております。

後ほどまた第三次実行計画の中で今後の計画についてはご説明いたしますが、27年度の実施状況は以上でございます。

○木島会長 ありがとうございます。

説明についてのご質問はどなたかございますでしょうか。いかがでしょうか。

特にございませんか。

それでは、ご報告のあった事業についてご意見を伺いたいと思います。

聖母病院の市瀬先生、今のご説明いかがでしょうか。

○市瀬委員 先ほど矢澤様からお話がありましたように、昨年10月、資料の中にあります

「介護と医療の垣根を越えて～安心して在宅療養を送るために～」ということで、前回は東京医科大学の坪井院長、今回を私のほうで行いました。私どもの病院は、周辺部にございまして宅地の中にございますので比較的地域の関心が高く、私どもの病院は特にたくさんの方がお集まりになります。資料7にございますように、地域の医療の連携が非常に大切であるということは、皆様再認識されまして、また、顔の見える交流が行われたということが有意義であったというふうに思われます。ただし、新宿区内にはひとり暮らしの方が増えまして、

また、家族がおりまして高齢者の方を介護するという介護の仕手が足りないと、人員の不足ということを感じた次第でございまして、これからは地域包括ケアを進めまして高齢者の方を地域で支える取り組みが、医療を含めて重要だということを再認識させていただきました。

以上でございます。

○木島会長 地域のケアマネジャーとの交流会の開催をいただきましてありがとうございます。ありがとうございました。

それでは続いて、四谷牛込歯科医師会の磯山委員に、ケアマネジャーとの交流会に歯科医師会が初めて参加されたと伺いました。歯科医師会としてケアマネジャーなど介護職との連携についてどうお考えでしょうか。ご意見をお聞かせください。

○磯山委員 四谷牛込歯科医師会の磯山と申します。

昨年11月13日にB I Z新宿で、私も会議に参加させていただきました。木島会長を始めそれぞれが数名のグループに分かれて、提示された症例について話し合うような形で開催されたんですが、日ごろなかなかケアマネの方とかと交流する機会がなかったので、非常にそういう意味では参考になるお話があったと、歯科としても、介護という土俵の上で一つのアイテムとしてお手伝いできることがあるんじゃないかと、痛切に感じることができました。

そのときに少し思ったのですが、高齢者の方というのは常にかなりお薬を飲まれていて、なおかつその管理とか飲み方とかいろいろ、嚥下に関しては我々の分野でもあるんですけども、そういうこともあるんで、次の機会があれば、ぜひ薬剤師の方にも参加いただけるとさらに良い会になるのではないかと、そういうように感じました。

以上です。

○木島会長 あの会は非常に活発で良かったと思うんですが、その会で感じたんですけども、いわゆる普通の医者であれば分かるようなことというのは、医療職以外ですとなかなか気づかないという点もあるのかなと。ああいう会、患者さんについて討論するときに、医者が医者の立場でまず意見を言ってから進めるということが、大事ななことだろうと思いますし、今言われたように薬剤師会の方もぜひその会に、これからは参加をお願いしたいなと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、ケアマネジャーネットワーク新宿連絡会の塩川委員に、交流会には多くのケアマネジャーが参加しており、年々活発になっているように感じますけれども、医師や歯科医師会との連携についてご意見ございましたらお聞かせ願ひたいと思います。

○塩川委員 ケアマネジャーネットワーク新宿の代表をさせていただきます塩川と申します。

地域包括ケアシステムが進む中で、先生方を初め大きな病院の先生、かかりつけの先生、歯科医の先生方に、声をかけていただきましてこういった研修会をさせていただきます、非常にケアマネジャーとしては現場のケアに役立っていると感じております。地域包括ケアシステムが推進されてきているんだというのが実感としてあります。

先日もグループワークをやったときに、しっかりとした医療情報とか対応の仕方とか、さまざまなそういった知識を教えていただき非常に参考になったとともに、その会が終わった後、現場で実際にケアに携わったときに、顔の見える関係というのがグループワークできて、連絡とか連携をとるときに非常に役立ちました。実際にそういったケースもあって非常によかったです。今後もそういった学習会を継続して行っていただけると、ケアマネジャー、介護職としては非常にありがたいので、ぜひご協力をよろしくお願いします。

○木島会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○健康企画・歯科保健担当副参事 今回の地域連携推進事業、先ほど市瀬委員がおっしゃられたとおりですが、毎年1病院にお願いして毎年行っているのですが、昨年度は東京医科大学病院にお願いしまして、一昨年度は国立国際医療研究センター病院ということで、大体一巡しました。来年度は慶應義塾大学病院さんをお願いしてするという事で調整をさせていただきます。そこで一巡いたしました、また次を計画するという形になろうかと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

○木島会長 ということで、よろしくお願いいたします。

次に、在宅療養専門部会部会長である鶴岡委員から、今年度の在宅療養専門部会についてご報告をお願いいたします。

○鶴岡委員 鶴岡です。よろしくお願いいたします。

資料2というものをご覧ください。資料2、在宅療養専門部会開催報告ということで、今年度は昨年8月と今年の1月と2回にわたって部会を開催しました。中ほどの第1回の3の議事というところがございます。そこに1、2、3と3つ項目がございますけれども、主にやったのはこの3つの項目でございます。

まず1つ目は、看取り、緩和ケアに関する意識啓発ということで、これまでもあったハンドブックですが、これに看取り、緩和ケアを追記したものを普及するという活動をい



たしました。各委員から普及活動の状況について報告があり、共有させていただきました。

2つ目、在宅医療ネットワークの構築ということで、地域の医療・介護の資源について状況を把握し、リスト化してマップをつくらうというような提案があり、これをやる方向になりました。この2番目のマップをつくる取り組みというのが、今年度一番力を入れた取り組みでございます。

そして3つ目は、高齢者保健福祉計画における指標ということで、従来使っていた指標を見直し、また新たにつけ加えるものがないかということ議論させていただきました。具体的な話というのは、第2回の先月の会議のときにグループワークをして、皆さんで意見を交わしたということでございます。

その次のページの別紙1というところをご覧ください。別紙1はマップについてこのような内容でやりますというようなことが書かれています。目的は3つありまして、行政向けのもの、それから専門職向け、区民向けのものということで、在宅の連携を促進させ支援するようなものになっています。仕様というところをごらんいただきますと、関係者用のものと区民向けのもの、ウェブ版とありまして、関係者向けのは260ページと情報が満載され、区民向けとウェブ版のものはそれを短縮したものというふうになります。その下の冊子の構成というところは章立てでございます。そして次をめくっていただきますと別紙2というのがございまして、ブルーの色のついたものなどがありますけれども、これはこういった情報を載せるかというものを、委員の皆さんでグループワークをして検討して、こういった内容を載せようというものになっております。大変盛りだくさんな内容になりますけれども、議論した結果、このような方向で進めております。

また資料2に戻っていただいてもよろしいでしょうか。資料2の真ん中の3の(3)の指標についてというところについては、なかなか地域連携とか多職種連携を評価する指標というのが現状ではなかなかないと、専門家にもいろいろ問い合わせをしたりしてみたのですが、ないということで、ここでやるのがまた新たな取り組みになるのではというふうに思っております。

以上まとめますと今年度は、看取り、緩和ケアに関する内容を追記した在宅療養ハンドブックを利用した普及啓発、そして今後の在宅医療における課題・方向性についての検討を行いました。特に次年度に作成する地域の医療・介護資源リスト(マップ)などの具体的な検討を行いました。

以上になります。

○木島会長 ありがとうございます。

ただいまの説明について何かご質問ございますでしょうか。特にございませんでしょうか。それでは次に、新宿区における地域包括ケアシステムと第三次実行計画について、事務局よりご説明をお願いいたします。

○健康企画・歯科保健担当副参事 それでは私のほうから、第三次実行計画における地域包括ケアの支援の仕方等についてご説明させていただきます。

まず新宿区の高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画というこの机上の冊子をごらんいただきたいと思います。この青い冊子ですが、これは今年度から27、28、29、3カ年間の計画として策定してございますが、粗々見ますと、まず34ページをあけていただきますと、地域包括ケアシステムというのは、住みなれた地域で最後まで自分らしい生活を送っていくということが目標になってございます。地域と言う場合の地域はどの程度の地域を想定するかということで、ここに書いてございますように、日常生活圏域10圏域を地域型高齢者総合相談センター9カ所で現在所管しておりますが、こういった地域の中で身近なところで地域ケア会議等を開くというようなことが、今後の方向になっていくと思います。

そして36ページをご覧くださいませでしょうか。特に高齢者保健福祉計画では3点の重点事項がございます。左下のところがございますが、1つは認知症高齢者への支援体制の充実、そして私どもの所管といたしますか、地域における在宅療養支援体制の充実、そして地域の活力を生かした高齢者を支える仕組みづくりと、この3点でございます。

また、それを地域包括ケアシステムのイメージ図としたのが、43ページの見開き3番のものでございます。これは前回もご説明いたしました、こういった医療以外の「介護」ですとか「住まい」ですとか「介護予防」、「健康づくり」等、さまざまな柱が、ここに網羅されてございます。

そしてそれを具体的にしたものが資料3になります。横型の資料3でございます。ここに今お話ししましたものが実行計画として、具体的に28、29年度2カ年間このような形で進めていこうという案でございますので、まだ議会の議決をいただきませんと予算としては認められる形になりませんが、粗々予定している内容がここに書いてございます。今、在宅療養専門部会の部会長からお話があった、新宿区として、在宅医療や介護に関する社会資源としての医療機関やあるいは福祉施設の全体のさまざまな情報を、マップとして把握するというのが真ん中の破線の部分で、新宿区が具体的に来年度行うことにしてございます。

それからこの図の上のほうに在宅療養支援窓口というピンク色の細長い四角がございます

が、これは1つは在宅医療相談窓口という先ほどご説明した四谷保健センターの中にある窓口が、特に医療の相談を、また、左側の高齢者総合相談センターの部分が、高齢者の生活や暮らしのさまざまな相談という意味で、この両者が連携して協力しながら、地域の高齢者の方々のさまざまな在宅療養を支援していくといった形になってございます。また、特別にがんについては、先ほどお話ししたがん療養相談窓口を暮らしの保健室にお願いしてございますが、来年度以降は、現在月1回土曜日だけでございますが、これを月曜から金曜日の平日も行う形に拡充しようというのが、実行計画上での新たな拡充でございます。

それから右の中段のところですが、これは新宿区医師会にお願いしてかかりつけ医、在宅医、そして病院の、さまざまな連携によって地域包括ケアを進めていこうということですが、特に新規としまして在宅医療・病院のネットワークの構築ということで、これは木島会長にご指導いただきながら、患者様をしっかりと地域の中で支えていけるための体制づくりを、来年度はしっかりと構築していくということで連携を支えていく予定でございます。

それから左側の今度は上のほうになります。四谷牛込歯科医師会と新宿区歯科医師会、両歯科医師会にお願いして在宅歯科医療の推進ということで、特に従前は補助金で行っておりました事業を、来年度からは区として実行計画に位置づけたものでございますが、特に症例の検討をするということを今回新たにつけ加えまして、症例検討会などを行いながら、具体的に医療と介護の連携を進めるための仕組みをさらに充実を図っていくという予定にしております。

それから先ほどもご議論ございましたが、今回から薬剤師会にお願いいたしまして、在宅における薬剤師の方々の在宅医療への参加促進ということを新規にうたっております。これは在宅の患者様の服薬管理等さまざまな薬についての事業を、ここで検討していただく予定でございます。

それから下の段の中ぐらいですが、在宅医療・介護の人材養成ということで、1つは先ほどご説明した看護多機能型居宅介護実習研修を、来年度から現在1つの事業体が運営しておりますが、2つの事業体に拡充してさらに行っていく予定にしております。また、新規として多職種連携研修会を、さらに充実させるということにつながるようにしたいと思っております。これは今日ご参加の秋山委員のところの株式会社ケアーズにお願いすることにしております。

最後、右下でございますが、こういったさまざまな取り組みを区民の方々とともに共有するためのシンポジウムとして、在宅療養理解促進・連携促進のためのシンポジウムを来年度

は行いたいと、このような形で地域全体で底上げをしていくということを考えてございます。

説明は以上でございます。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま事務局からご説明がありましたけれども、新宿区における地域包括ケアシステムの構築に向けた各機関の役割や課題について、それぞれのお立場からご意見をいただきたいと思えます。これから申し上げますので、以下の順で各委員からご意見をいただきたいと思えます。

東京新宿メディカルセンターの谷島委員、最初によろしく申し上げます。

○谷島委員 東京新宿メディカルセンターの谷島です。

私どもの組織は、この後の万代院長から、独立行政法人地域医療機能推進機構というところをどうするかということの説明があると思うんですけども、大きな命題の一つに地域包括ケアをしっかりとやるということがありまして、その一環として私どもは、この1年地域包括ケア病棟というものをつくってそこの運営をするということ、1つやっております。まだまだなんですけども、40床ほどを運用して地域で入院を必要としている患者さんを受け入れて60日で返すということをやっています。60日で返さなくてはいけないのでなかなか大変なのですが、そういうような仕組みになります。

もう一つは上から、上からと言うとおかしいのですが、我々の機構から来る命題として訪問看護ステーションを運営するということがあります。私どもは500床以上ある急性期病院ですが、全くそういうことの経験がないのですが、地域包括ケアの一環として訪問看護ステーションを開設するということで、この2月よりみなしで開設をしております。4月から本格的な運用を目指しております。

私どもが三十幾つ新宿区に訪問看護ステーションがある中でどういうことができるかということが問題なんですけども、病院併設ということでできるだけ病院と連携をとって、例えばがん患者さんの化学療法で少しまだ落ちついていないような方とか、あるいは精神的な疾患でちょっと落ちつかないような方ということを中心に、訪問看護を展開していこうかなということでもあります。

以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

続いて、大久保病院の林副院長から、同様に地域包括ケア病棟を持つ病院としていかがでしょうか。

○林副院長（櫻田委員代理） 大久保病院の林でございます。

私どもも一昨年から地域包括ケア病棟を49床作って運営していますが、厚生労働省が目指すような地域包括ケアシステムの中での地域包括ケア病棟の運用とは、少し違います。実際には地域の患者の支援をしたいんですけども、私どもに来られる患者さんというのは、非常に重症の患者さんが多くございます。そうしますと、いろいろな検査をしておかなければいけないという建前がありまして、どうしても最初に地域包括ケア病棟というところに入院させるとなかなか制限があるということで、重症の患者さんは急性期病棟に今は受け入れるようなシステムをとっております。将来的には、厚労省の狙っているようなそういう地域包括ケアシステムに乗せたいと思っておりますけれども、もう少し運営のノウハウに時間がかかるのではないかというふうに思っています。もう少しこの点は一、二年努力したいと、大久保病院では考えています。

以上です。

○木島会長 そうしますと、ほかの急性期病院においても今すぐにこういう地域包括ケア病棟を作るというのには、もう少し経験が必要かということですか。

○林副院長（櫻田委員代理） どういう患者さんがそこにおいでいただくかということに、かなりかかわってくるのではないかと思います。例えばちょっと急変した患者さんであれば問題はないのですが、非常に重症化してしまった患者さんは、そこでは非常に扱いにくいということで、また後で万代先生もお話しされると思いますが、今年の4月からは少し地域包括ケア病棟の運営も、例えば手術の点数が増えるとか少し良くなるのではないかと思いますけれども、恐らくこれは地域の住民とそれから病院あるいはかかりつけの先生との3者の話し合いにはなると思いますが、この程度であれば地域包括ケア病棟に入れる、この程度であれば急性期病床に入れると、お互いに急性期病床に入れても落ちつけば地域包括ケア病棟のほうに移して、在宅、かかりつけ医に戻すというようなシステムが、多分一番理想的ではないかと思えます。この病棟だけに受け入れるというのはちょっと不合理かなというふうに、現時点では考えております。

○木島会長 どうもありがとうございました。

それでは、東京山手メディカルセンターの万代委員から、医療連携など地域包括ケアに向けての取り組みについて、今の話も含めてお話を聞かせていただきたいと思えます。

○万代委員 まずお手元の机上に配付させていただきました資料がございます。谷島先生と打ち合わせまして出させていただきました。JCHOという横文字ばかりが出ておりますが、

JCHOでお見知りおきいただければと思っております。おめくりいただいてその中に、お恥ずかしいことですが、少し誤字があるということで正誤表が入っておりますので、主として病院名でございますけれども、これは割愛することといたしまして、めくった1ページ目の左側のページでございます。そこにJCHOの理念ということで、地域との密接な関係で地域医療を支えていくということを書かせていただいているところでございます。

次に3ページ目でございます。ここには概要がございますので後ほど参照いただければということでございます。

今日は地域包括ケアのお話でございますので、もう一枚おめくりいただいて5ページの右側の下のほうでございます。地域包括ケアということで、2行目の最後から3行目ですけれども、地域協議会を開催し、関係者の意見を参考にしながら病院の運営に努めているという、地域の声を拾い上げるというものは機構にもございますので、このような事業も谷島委員の東京新宿メディカルセンターと一緒に活動しております。

そのほかJCHOの概要としまして、その図にございますように病院が57でございますけれども、その他にも訪問看護ステーションあるいは介護老人保健施設、さらに地域包括支援センターというものもございまして、このことを全部取りまとめて総体として、一体として地域包括ケアを推進していこうということだと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

次に、当院の状況でございますけれども、当院は今のところ地域包括ケアあるいは地域との連携ということにつきましては、まず地域の方々と地域の医療関係者、介護も含めてでございますけれども、情報交換会をしております。これまで3回やっております、来る19日に第4回を開催予定でございます。先ほど顔の見えるというようなことで塩川委員からもお話がございましたけれども、そのような形で、ここには医師も多いときには10名以上は出ておまして、医師も含めた形での地域の方々の連携をするということを活動としてしております。さらには私のほうも、これからは急性期の病院として病院完結型だけではだめなんだということで、地域の中で完結するというようなことで、連携が必要というようなことを、挨拶で言ったり文章に書いたりして進めているというのが現状でございます。

それから少し林先生がおっしゃった地域包括ケア病棟の4月からの診療報酬改定については、急性期の患者さんが地域包括ケア病棟に入りますと、救急患者さんなのでかなり長期間かかる可能性があるということで、なかなかそういう患者さんは引き受けにくいと、運用上の事実がございましたので、手術と麻酔に関する点数全て包括外にするというふうなことも

ありまして、少し運用しやすくなると。そういった意味では急性期の病院からの回復機能だけでなく、地域での緊急性、病状が変化したという方を徐々に引き受けていくということで、まさに地域包括ケアに必要な高齢化社会において地域における緊急時の医療の質や技能を、今後も厚労省としても少し育てていこうと、そういったような姿勢ということで、今年度内についてはまだ包括内でございますので、なかなかそこら辺厳しいところありますけれども、まず第一歩としてそのような施策がとられているというところでございます。

以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは、マイウェイ四谷の南委員から、病院や地域からの患者を受け入れる老健施設の役割としてはいかがでしょうか。

○南委員 マイウェイ四谷、介護老人保健施設の南と申します。

我々のところは入所100名で全室個室になっておりまして、入所者さんは月の大体平均15名ぐらい入退所、15名ずつぐらい入退所しております。半数以上が病院からのご紹介という形です。あと半分は施設もしくは在宅から来られている。退所のほうは大抵一昨年度は20%前後の在宅復帰率だったんですけども、昨年秋ごろより30%を超す在宅復帰がある。これは世の中が在宅へ誘導している、もしくは行政や他の職種の方々が努力なさって、だんだん一般的に在宅へ行くという方向が進んできているのかなと、特に努力しているわけじゃなくて在宅化が進んできているというのが感想です。

大体85から90歳代が中央値で、年齢的には、認知機能テスト、MMSEやHDS-R（長谷川式）をやると、大体90%ぐらいの方は認知機能障害、体の機能障害としては、大体70%の方が車椅子が主体の生活ということでございます。

本来の我々の施設は、リハビリをしながら在宅へ誘導するという建前でございますので、もう一つは患者さん、家族のレスパイト、ショートステイでございますが、大体100床のうち3から5床ぐらいがショートステイとして利用というような状況でございます。平均在所日数は250日を切って、年々少しずつ短くはなっている状況でございます。病院に半分以上、帰っているんですけども、病院が良いと言え、一応お送りしたのはもう一度戻すというふうな建前でやっております。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

○木島会長 どうもありがとうございました。

それでは、在院日数の短縮が進む中、急性期病院、大学病院の立場での課題としてはいか

がでしょうか。東京女子医科大学病院、田邊委員、いかがでしょうか。

○**田邊委員** ちょうどちは建てかえが済んだところで策定中でございますけれども、全体的に大学病院の病床は減る方向。大学病院がどういう形で慢性期に関わっていけるのか、かなり難しい課題が含まれております。

○**木島会長** ありがとうございます。

それでは、東京医科大学病院の土田委員、いかがでしょうか。今、いわゆる在院日数の短縮化が進んでいますね。その中で急性期病院としての立場と課題について。

○**土田委員** 今、東京女子医科大学病院の田邊委員からもご指摘がありましたけれども、先日、東京都が主催して地域の保健医療計画の会議がございまして、そこに出席してきたんですけれども、地域包括ケアの中でいわゆる高度急性期それから急性期病院の数を見ますと、新宿区はたしか4割か5割くらいベッド数が多いというそういった状況になっておりまして、当院も現在1,015床ですけれども、4年後に新病院をつくる時には900床まで減らすという予定になっております。その中で現在、在院日数が大体11日前後という非常に短くなっておりまして、いかに治療して在宅へ戻すか、あるいは地域の慢性期といいますか包括ケア病棟に行くかという、その連携を円滑にする、そのシステムづくりが非常に重要かと思えます。

○**木島会長** ありがとうございます。

それでは、国立国際医療研究センター病院、大西副院長、いかがでしょうか。

○**大西副院長（中村委員代理）** 国立国際医療研究センター病院の大西です。

私どもの病院も、私は実は2年前にセンターのほうに大学から移ってきたんですけれども、DPC在院日数をもっと短くして特化させていかなきゃいけないということで号令かけて、当時は14日台だったんですが、一般の在院日数が、今は11日ぐらいまでには落ちてきました。あとDPCのⅢ超えの長いほうを大分減らしてきたんですけれども、ますます連携していかないと難しい。一方で高齢の患者さんも多いし、ケアの必要な方も多いので、そういう方々をどのように対応していくか。そうでない方は割と早く退院ができるんですけれども、いろいろな合併症を持っている方やご高齢の方はなかなか難しく、どのように連携とって高度急性期に特化させていこうかということで、非常に大きな課題になっています。

今、地域のいろいろな病床の見直しがされていて、新宿区はさっきも4割という話もありましたけれども、中央区などは1割になっている試算も出ていましたけれども、当院としてもどういう超急性期をやるかということ、今非常に議論しているというところです。現状です。



以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは、慶應義塾大学病院、三村副院長にお聞きしたいんですけども、先生は精神科教授でもいらっしゃいますけれども、この地域との連携についていかがでしょうか。

○三村副院長（竹内委員代理） ありがとうございます。

まず慶應病院全体としての現状と問題ということで申し上げますと、今既にお話ございましたように慶應病院も、急性期の比較的速い回転でずっと来ているところでございますので、救急部の患者さんのスムーズな受け入れというものは非常に重要だと思います。中に行ってさらに救急部からその中で動かす仕組みをもう少し円滑にしていくところ、それからそれを退院から地域につなげていく、そこは実は慶應病院はソーシャルワーカーが手薄でございます、少し増員しつつあるんですけども、そこをもう少し進めて円滑な動きにしていきたいと、そういうように思います。

それから今お話しいただきました高齢者、認知症の方について、高齢者の中の非常に多くの方が認知症を持っておられたり、あるいは非常にたくさんの合併症を持っているという中で、実は慶應病院も認知症疾患医療センターに手挙げをしようとしたんですけども、今はあと少し経過を見てというところなんです。私自身が思っておりますのは、特に認知症あるいは在宅でおられる方の中で合併症をお持ちの方について、比較的スムーズに入院治療につなげる。それから慶應病院は非常に医療体制が整っているというふうに考えておりますので、その中で一般身体科と精神科等で密な連携をとって、心身両面について診られるようなことをさらに進めていきたいと、ですからそこにぜひ地域との連携を結びたいというふうに考えております。

○木島会長 ありがとうございます。

B T S Dだとかいろいろ問題があるようですが、ぜひその点よろしくお願ひしたいと思います。それでは、新宿区医師会の藤本委員、新宿区医師会の取り組みについて、また今後の課題や方向性についてお聞かせください。

○藤本委員 医師会在宅ケア担当理事の藤本でございます。

地域包括ケアシステムにおいては、我々医師会は医療の面を担当しなければいけないところでございますが、その中の特に今は病院との連携の中で在院日数の問題もありますし、在宅診療等が進められている中で、かかりつけ医として在宅ケアを行えるかかりつけ医の数を増やさなければいけないというふうに思っております。

在宅ケアが行えるのは医師だけではなくて行政や介護事業者などとの多職種の連携が必要になりますので、そういったところでさまざまな取り組みをさせていただいておりますが、その中から今日先ほどお話がありました摂食嚥下のこと、資料1の15ページのごっくんプロジェクトの後ろに出ております摂食嚥下の研修。13ページの後ろのところにあります医師会の健康センターで行っていた摂食嚥下の連携の研修会なのですが、こちらのほうは多職種が連携するために、在宅で摂食嚥下障害がある患者さんたちをサポートするために多職種が集まって勉強しようという形で行われております。国立国際医療センターの耳鼻科の田山先生が、医療センターで今後使わなくなる喉頭鏡があるので、それを何か利用できないかというお話がありまして、そこから始まったお話ですが、耳鼻科の田山先生とリハビリテーション科の藤谷先生にご協力いただきまして、医師会で月に1回、嚥下の実際の状態を、多職種の皆さんが集まって医師だけではなく歯科医師の方、それから介護をする施設の方々、それにご家族も集まっていただいて、どのような形でその方の嚥下をサポートしていけるのかというような研修会です。これは新聞にも取り上げられましたが、もっといろいろな方々にも参加していただければというふうに思っております。現在のところ病院の先生はまだいらしていませんけれども、もし在宅でこういうことをやっているんだよということをご理解いただけると、さらに病院とかかりつけ医、在宅の連携は深まっていくのかなと思っておりますので、よろしければぜひご参加いただければと思います。

また、これは一つのアイテムではございますけれども、医療と病院とそれから多職種、介護の連携のためのアイテムとして、この3年間行ってまいりましたICTを使った医療情報の共有による連携は今年度で終了となりますが、現在は各病院の先生方とかかりつけ医、そして訪問看護ステーションの皆さんも参加していただいて連携を進めております。こちらのほうも今後はさらに職種を広げて、ケアマネジャーさんであったりとか、かかりつけ薬局の先生方とか、もちろん歯科の先生方も入っていただいて、次年度以降もそういった連携のシステムづくりを、さらに広げていければなと思っております。

以上でございます。

○木島会長 ありがとうございます。

これは例えば患者さんの中で、食事の後ちょっとつかえるような感じのせきが多いなんていうときに、こういう会があるので実際に見学に行ったらどうかということは勧めてもよろしいんですか。

○藤本委員 はい。大丈夫だと思います。スペースに限りがあるので、1日に3人の患者さん

を行っていますので、見ていただいてこういう形の検査があるよということで、もしこういう症状の方がいらっしゃったら自分も受けてみようかというような参考になるかと思います。

○木島会長 そうですね。実は黒瀬先生もおいでになっているんですけども、東京の臨床内科医会、ことしの秋、その中で私は、咳というものについての司会をしなきゃいけないんですが、老人のいわゆる嚥下障害、そういうことの咳との関係、非常に関係あると思うので、ぜひそういう患者さんがいたら、実際に目で見られるということは理解ができるわけですから。この間テレビで少し違うようなことを言ったようです。だから実際とそれは違うということを見るにはいいかなと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

余分な話になりましたけれども、それでは、白十字訪問看護ステーションの秋山委員、委員には、訪問看護師は今後地域の中で重要な役割を果たすと言われておりますけれども、それについていかがでしょうか、ご意見をお聞かせください。

○秋山委員 ありがとうございます。白十字の秋山です。

机上に坂町ミモザの家というのをクリップでとめた追加資料をお配りしております。それも含めてお話しさせていただきます。

地域包括ケアシステムの中では看護は、さまざまな場面で役割を果たすということでかなり期待を寄せられているという状況です。そういう状況なので診療報酬というか介護報酬自体が他と比べて維持されている面もあり、たくさんところが今、新宿区内にも参入してきていますが、数がふえても質が保たれないと。人材確保と質の担保というのはとても大事だと思います。そこでここに追加資料で挙げました、平成27年度地域における訪問看護教育ステーション事業の実施状況についてという紙が1枚入っているんですけども、これは東京都の介護人材確保というか、その事業の中の一環なんですけど、教育ステーションの指定を白十字は受けておまして、丸3年たって次の第2期もこれを受託しました。現在は年間48名の病院の看護師さんの研修も含めて教育ステーション事業に参加しているというところです。

右の横に医療機関での訪問看護師研修、平成27年モデル事業を実施したところに、相手の医療機関名が大久保病院さんとJCHO東京新宿メディカルセンターの2病院を挙げております。訪問看護師が今度は病院のほうに研修に出て、双方向に研修をこういうふうに行うということで人材の確保及び質の向上を目指します。地域の中で病院も地域も両方で双方向で行き来することで非常に刺激になると、東京都の会議に出ましても、他の例えば長寿医療センターなどは、それをきっかけに病院の中で地域のことをもう少し勉強しようというグルー

ブ活動が生まれて、そこに北区の訪問看護師さんたちが積極的に協力して、病院の中での地域との交流を深めるという動きになったというような報告もありました。つまりステーションはステーションだけ、病院は病院だけではなくて、双方向から交流が深まるということは、とても今後の地域包括ケアにとってはよいことではないのかなと思ひまして、少し東京都の資料なんですけれども、つけさせていただきます。それが1つです。

それからこの48回というカラー刷りの裏を見ていただきますと、実は平成23年度からこの暮らしの保健室というのを開いているんですけれども、そこは在宅医療連携拠点事業という国のモデル事業を最初の2年間、その後の3年間は東京都の在宅療養の推進窓口事業を受託して行っているのですが、毎月、多職種連携の学習会を事例検討をもとに行っています。それの本年度の今、延べ277名が参加しております、こんなふういろいろなテーマ、事例を挙げて勉強会をしています。これはフラットな関係のもとでディスカッションをしますので、お互いに職種を超え立場を超えて自由に話し合えるということで好評です。

この48回の内容のところを見ていただきますと、有料のホームから再び在宅に戻る人を支援するのに、定期巡回とそれから看護小規模多機能をうまく活用しながら在宅が定着していくという、つまり地域の中でのさまざまな地域包括ケアで必要なサービスをうまく組み合わせながら、しかも医療と連携をしながら在宅生活を支援するというような形になった事例を展開しながら、皆さんと協議しているということです。

もう一つ、暮らしの保健室の利用者、来訪者数というの表側の表と裏側の表を見ていただきますと、昨年度の26年度を挙げていますが、暮らしの保健室の年間の利用者数は5,883人、そのうちボランティアとそれから研修見学者を除くと利用者数が2,709人、その2,709人のうち個別相談になったケースが、裏を見ていただきますと895人です。これだけの数の方が訪れてくださってまして、その大半が新宿区民です。新宿区民が87.4%、区外が12.6%という状況です。しかも戸山ハイツの中にあります暮らしの保健室ですが、若松地区が確かに多くて46.6%なんです、あと落合地区、大久保地区、戸塚、柏木と、他の地区の方々もここを訪れて、この相談事業を利用してくださっているというところです。

次年度以降、計画の中に載せていただいておりますが、これまでの実績の内容を踏まえて、この徐々に増える相談の件数の中は、外来以上在宅未満といったような形で、ちょっとした不安で病院へ行こうか、そうじゃない、病院にかかっているんだけど、不安だと。そういう方にここはかなり対応しているというところを、数的に把握していただければなというふうに思います。

それともう一つ、看護小規模多機能型居宅介護サービス、これは新宿区さんの介護保険課の事業助成も受けまして昨年9月、坂町ミモザの家をオープンしております。この1年前に落合地区に、わいはという、目白訪問看護ステーションが主体になりましてつくった看護小規模多機能があり、新宿区内では2カ所です。訪問看護ステーションがベースになっている、訪問看護が運営する看護小規模多機能は、それこそ私どもも地域包括ケア病棟から退院の方を在宅につなげるその中間のところで一旦、本当に我が家のような環境のところで、家族もそこで介護をしっかりと行いながら在宅へつないでいく。そういうこともしておりますし、わいはさんは大久保病院や国立国際医療研究センター病院からの退院の方を何名も受けております。医療処置が必要、また、症状が不安定な方に対して看護が行うショートステイ、医療的な依存度の高い人も受け入れられるという意味で介護保険での制度ではありますが、地域包括ケアを担う意味では、地域の中の一つの大事な機能を持つ施設になるのではないのかなと思っています。他の区では訪問看護をベースにした看護小規模は非常に少なく、他区から大変注目されています。新宿区内に2カ所オープンしたというのは、新宿区の皆さんの医療処置がとりにくいというそういう現状も踏まえて、期待を寄せられているところかなというふうに思っています、今後とも努力を重ねていきたいなというふうに思っています。

以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

非常にいろいろ参考になるご意見だったと思います。できればこういうところに医師会のほうも協力できれば、ぜひお声をかけていただきたいなど。こういう区民に役立つこと、それはお互いに行政と一緒に進めていくべきだと考えます。ご苦労さまでした。ありがとうございました。

それでは、新宿区医師会から平澤委員にお聞きします。今後在宅療養者がふえていく中でかかりつけ医の役割が重要になってくると思いますが、医師会としてどのようにお考えでしょうか、お聞きします。

○平澤委員 医師会の平澤でございます。

先ほどの藤本委員のお話と重複するところもあるかと思いますが、地域包括ケアシステムの中でのかかりつけ医の位置づけや重要性、あるいはこれからの課題ということについて発言させていただきますけれども、そのためには地域包括ケアシステムというものの概念を、ちょっと復習させていただいたほうがわかりやすいかと思います。

重々ご承知のこととは思いますが、この地域包括ケアシステムというのは、高齢者

医療や介護に関しておおむね30分以内で移動できる、先ほど事務局のほうから新宿区の場合は、日常生活圏域10圏域以内というご説明がございましたけれども、この30分以内で移動できる日常生活圏の中で、医療や介護、住まい、生活支援サービスなどを一体的に提供するシステムでございます。

これを言いかえますと、生活の基盤として必要な住まいの確保を前提に、心身の機能の低下、経済的理由、家族関係の変化などがあっても尊厳のある生活が維持できるように、個々の状況に合わせた必要なサービスを提供可能とするシステムであり、日常生活圏の中にケアつきコミュニティーをつくる仕組みであります。また、先ほど万代先生もおっしゃっていましたが、従来の病院完結型から連携による地域完結型への転換を図るシステムづくりということも言えると思います。

しかしながら、一方で、日本では急性期医療を中心として医療提供体制が構築されてきたという歴史的な経緯がございますので、医療的なケアと介護・社会的ケアの連続性が欠如しているのが現状であると思います。

したがって理想的な地域包括ケアシステムを構築するに当たりましては、日常生活圏の中で生活する住民の日ごろの健康管理や重症化の予防、日常生活の支援などに精通しているかかりつけ医が、在宅診療にも積極的にかかわるシステムが望ましいと考えられるわけです。つまりかかりつけ医が患者の外来診療から入院、在宅まで一貫してかかわって、本人だけでなく家族も含めて医療、生活の情報を持つ24時間オンコールに対応し、在宅療養支援診療所として在宅医療に取り組みを持つことが理想と言えるわけでございます。

ところが、当然の課題といたしまして、これだけの機能を維持する場合、相当な負担がかかりつけ医にかかってまいります。このかかりつけ医の負担をいかに軽減するかということが、このシステムを成功させるための重要課題と言えると思います。このかかりつけ医の負担軽減のためには、2人以上の医師がかかわる主治医、副主治医システムを構築すること、これはつまり1人は在宅診療医であり、もう一人は在宅を行わない医師でも構わないというような、そういう組み立てでいいと思うんですけれども、そういったものや、また、先ほども出ました医療や歯科医療、看護、介護、薬剤師、栄養士等の多職種との連携を進めて、その中でかかりつけ医が、全体の指揮をとるコンダクターになるべきであるというふうに考えております。

今後の課題といたしまして、例えば医師会診療所が新宿区にはございますけれども、ここに在宅療養支援診療所機能を持たせて、かかりつけ医の夜間の負担を軽減させるような方法

論、そういったこともございますし、さらに昨今の問題といたしまして、例えば突然その地域に開業してかかりつけ医と連携がない往診とか訪問診療が行われて、高齢者住宅とか有料老人ホームの専属となって居宅として丸抱え、つまり患者の囲い込みのような事例も散見されている。こういったことが問題点として挙げられると思います。したがって、かかりつけ医が中心となって患者中心、医療者中心の理念を持ってシステムを構築していかないと、そうでなければ早晚、利用者の信頼を失うことになるのではないかと危惧しております。

以上でございます。

○木島会長 ありがとうございます。

これからの医師会としての考える方向を述べさせていただきました。

それでは、新宿区歯科医師会、小見委員からお聞きしたいのですが、歯科医師の役割はいかがでしょうか。また、歯科医師会の取り組みについてお聞かせください。

○小見委員 歯科医師会の小見です。

今まで歯科医師会といたしましては、まず数年前より訪問歯科診療のシステムを立ち上げるに当たりまして、四谷牛込歯科医師会とともに新宿区の健康部のご指導とご協力を仰ぎながら、全く同じスタンスで四谷牛込歯科医師会と活動してまいっております。

今の新宿区歯科医師会、四谷牛込歯科医師会がとっているスタンスの特殊性としては、先ほどの在宅医療・介護ネットワークの構築について（案）という紙に書いてあるところで、矢澤先生がお話しになられたんですけれども、その中で歯科医師のところ②にプロモーターの設置というのがあります。我々歯科医師は、今まで自分の診療室の中で自分の診療室に通院してきていらっしゃった方々を診ておりました。そこで例えばごく一部の人以外は、往診というようなシステムは従来からなかったわけございまして、まず今回訪問歯科をやるに当たって一つの案としてプロモーターというものを設置いたしました。これはまず新宿区、もしくは直接歯科医師会のほうに患者さんのほうからアプローチがあった場合に、まず歯科医師会が契約しております歯科衛生士さんに最初に行って状況を把握していただいて、そしてその状況を歯科医師会のほうに上げる。歯科医師会のほうではコーディネーターという者が新宿区歯科医師会には2名、四谷牛込歯科医師会にも2名おまして、そのコーディネーターが、一番距離的にそしてまた技術的に適切な先生に連絡をとり、行っていただくというシステムをとってまいりまして、このシステムが功を奏してきていまして、ここ数年で大体三、四年前の状況の4倍ぐらいに、26年度で4倍ぐらいの数の訪問歯科の診療を行うことができてまいりました。そこから類推するに、今後また数が増えてまいりますと、ますますプ

ロモーターの方々の活用もしくは人数を増員してやっていかなければならないのかなと思います。

先ほどから各先生方のほうから医療の連携についてのお話が出てまいりました。もちろん歯科医師会のほうも本当に医療連携に関するミーティングとか会とかそういうものが、非常に多くて、私自身も歯科医師会の副会長になり、今は会長ですけれども、出席する会議の半分以上は、訪問歯科関係のミーティングだったり講演会だったりと言っても過言でないくらい多くなっております。そしてあとは今後歯科衛生士、歯科医師会の役目として摂食嚥下もさることながら口の中の清掃ということが、非常にまず第一段階として必要になってまいりますので、歯科衛生士の確保というものも非常に重要視されてくるのではないかと思います。今後、今、私が述べたようなことの拡充に努めていきたいと思っております。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは、在宅療養における薬局の取り組みの現状について、新宿区薬剤師会会長の伊賀委員、お願いします。

○伊賀委員 新宿区薬剤師会の伊賀でございます。

今お話しいただいたように、実は去年の9月24日でございます。厚労省のほうから健康情報拠点薬局、これはあくまでも仮称ですが、検討会が開かれまして、その中で日本薬剤師会、東京都薬剤師会、新宿区薬剤師会においては、健康サポート薬局というのを地域包括ケアシステムの中で構築していこうと、それは何かというと、地域住民の方を主体にした健康情報だとか意義などを考えて、そして多職種の方と連携し地域住民の健康を、相談薬局として相談薬剤師として構築していこうではないかということでございます。それが確実に着実に根を張ってきております。

特に在宅訪問薬剤管理指導における地域薬局との連携におきまして、これは在宅のときに例えば残薬の点検、それからまた相互作用、ドラッグインタラクションですが、薬物道義学的な問題等もある。特にお年寄りの方たちについては、かなり量のお薬を飲んでいただいている例がありますので、それをきちんと構築していこうという研修会等も、これからさらにやっていきたいと思っております。

さらに近々ではございますけれども、実は2月27日、今月でございます。土曜日でございますが、大久保病院のご理解とご指導によりまして、薬剤科の科長であるフジタ先生と薬薬連携を行うことになりました。それは何かといいますと、無菌調製室つまり調剤室の研修をこれから開いていこうと思っておるわけでございます。その中でモルヒネとそれからまた調



薬に対する輸液の調製の仕方、これを実際に追求し勉強していこうかと思っております。その中でさらに今回は、大久保病院の院長を初め先生方のご理解のもとに実務の研修会を計画させていただきますが、これからはさらに新宿区内の急性期病院の先生方の薬剤部薬剤科の先生方と連携をとって、地域における薬局の無菌調製室とそれから薬剤管理の仕方等、これを研究していこうと思っている次第でございます。その節にはまたお願いに参りますのでよろしくお願いたします。

以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは、高齢社会ネットワークあいの谷頭委員にお聞きしたいと思いますが、高齢者の食事や口腔に関することについていかがでしょうか。

○谷頭委員 高齢社会ネットワークグループあいの谷頭でございます。

私たちは、食を通して高齢者の健康をどのように守っていくかというようなことを目的にしまして、平成元年から始めた活動ですのもう28年に当たっておりますが、食べることは生きることという当たり前のことなのですが、健康に過ごしていただくということで初めは、最近余り言われなくなりましたが、寝たきり予防、寝たきり予防と、高齢者の合い言葉のように言っておりましたので、なるべく外に出ていただいて、私たち地域のボランティアがつくったお食事を一緒に召し上がっていただくということで、そこまで来ていただくわけです。そこへ出ていらっしゃるといことも社会参加の一つですので、今では認知症予防の一つになるのかと思います。そして大体新宿区内には15のグループが、現在までにおかげさまで長い年月かけてふえておりますが、1カ所に30名ぐらいのお年寄りが1回に集まりまして、私たち作った者と一緒に食事をするということです。

だんだん高齢者も年をとってお休みする方も中にはございますが、食べ方といいますと、健康であるかないかというのはお食事の進み方というようなことで、私たちも一人一人に目配りしておりますが、少しずつ量は少なくなってきたんですが、できれば満遍なく肉も野菜もお魚も召し上がっていただきたいものですから、最近食べてはいるけれども、栄養失調になっているお年寄りが多いということも聞きますので、なるべく満遍なく召し上がっていただくように一汁三菜でなく結構多い品数があるのですが、いろいろなものをとっていただく。そしてまた、季節の食材が一番健康には良いわけですから、そういう安くて手に入りやすいものは、調理の仕方などをちょっとヒントとして教えてさしあげるといのか、一緒に考えるというようなことをしております。

ですからお年寄りもどうしても長くなると病気の方も見えますけれども、長く病んで亡くなったという話は余り聞かないんです。病気になるのは最後は仕方がないことですが、そういうことを余り聞きませんし、この食事サービスに来るおかげで健康に過ごせていますよという言葉がたくさん聞くものですから、私たち地域住民が地域の高齢者を支える。作るほうも高齢者に、私を始めとしてなっているのですが、これからは健康な高齢者が、それを必要としている高齢者のために働かなければならない時代になったかなと思って、まだまだ何年続けられるかわかりませんが、現在28年になっております。ですから1カ所30名で15カ所、毎月2回お年寄りがお世話、変な話ですけども、召し上がっていただいているということですので、非常に私たちは自負を持って活動しております。いろいろありがとうございます。

○木島会長 どうもありがとうございました。

それでは最後に、鶴岡委員にお聞きしますが、ただいまさまざまなご意見がありましたけれども、在宅療養専門部会を進める部会長として今後の検討課題がありましたらお願いしたいと思います。

○鶴岡委員 委員の皆様方のご意見を拝聴させていただきまして、身の引き締まる思いで聞いておりました。5つほど考えたことを述べさせていただきます。

1つ目は、皆様のご意見を反映させてマップに活用していきたいと、見える化できるようなマップを目指したいなということです。

2つ目は、そのマップ、ツールを使うであろうケアマネジャーさん、ソーシャルワーカーさん、つなげる人たちの知識や技術や情熱やレベルアップをどういうふうに考えていくかといったところが、課題かなと1つ思いました。

3つ目は、地域包括ケアシステムという話がずっと出ておりますが、どういうふうなところでうまくいっているかどうかを見きわめればいいのかということがよくわからなくて、そういった物差しというか指標みたいなものを、今後模索していきたいなというふうに思いました。

4つ目は、秋山委員がおっしゃっていましたが、見える化できても質が担保されないという仕方がないということで、質をいかに保証するかということが課題かと。

それから最後は、生活の視点、在宅療養専門部会ということで、ここでは割と医療のお話がメインですけども、在宅ということですので生活の視点をもう少し入れたほうが良いかなど。どういうふうにしようかと、というのは、長い目で見ると、医療が引っ張るときもあ

れば福祉職や介護職が頑張らねばいけないときもありまして、そんなふうに考えた次第です。  
以上になります。

○木島会長 どうもありがとうございました。

今、いろいろな方からご意見が出ましたけれども、本当に課題が山積みだろうと思います。  
どうぞ鶴岡委員、精力的に今後もよろしくお願いいたします。

それでは、そのほかご意見ございますでしょうか。

なければ次に進めたいと思います。

次に、議事の2つ目、新宿区における糖尿病医療連携の推進についてです。事務局よりご説明をお願いいたします。

○健康推進課長 それでは、事務局からご説明します。

新宿区におきましては、糖尿病をいかに予防していかに重症化させないかというところが重点と考えてございまして、糖尿病対策については、新宿区の健康づくり行動計画というアクションプランがあるんですが、そこでも重要な柱として位置づけております。その中で区民へのまず普及啓発の強化、あるいは医療連携の強化ということを進めているところでございます。議事の①にございますが、その1つとしまして糖尿病の重症化予防事業というのを、27年度新しく実施しました。ここで直近の数字がまとまりましたので、事業内容及び実績についてご報告を申し上げたいと思います。

資料4をごらんいただければと存じます。「糖尿病重症化予防事業について〔平成27年度新規事業〕」と書いてあるものでございますが、事業の概要の(2)に目的がございまして、糖尿病を予防するために特定健診、国民健康保険加入者40歳からのものなんですけど、そのうち糖尿病の治療に入っていないという者について治療に結びつけるというような目的でございまして、(3)の対象者ですが、ヘモグロビンA1cが7%以上で、問診に血糖の服薬がないと回答した者のうち、実際にレセプトを見て治療していないという者を対象にいたしました。その者については(4)の事業内容でございますけれども、制度の理解と糖尿病受診勧奨リーフレットを郵送するとともに、区が事業者に委託しまして対象者に医療機関へ受診勧奨を、電話勧奨でございまして行いました。場合によって面談を希望する方には、受診勧奨のほかに6カ月間治療を中断しないように生活習慣病改善計画、それから月1回、受診が続いているかどうか、続いていなければ頑張らしようということで指導を行うという事業でございまして。

2番の実績でございまして。これは1月15日現在の実績ですが、(1)に特定健診受診者、

26年度受診者は1万9,000余、それから27年はまだ途中ですけれども、約9,000人、合計2万8,000人の受診者を対象として調べました。ここに記載はございませんけれども、2万8,000人の特定健診の受診者のうちヘモグロビンA1cが7.0%の者が、約870人ほどいらっしゃいました。その870人のうち問診票で服薬していませんと回答した方が、311名おられました。実際にその者のレセプトを確認したところ、311人中130人ほどは実際には服薬を受けていたということがわかりまして、実際に受診していないという61名、この者について事業を行ってまいりました。

61名に1年近く勧奨した結果でございますけれども、(4)にあります、そのうち23名がおかげさまで受診に結びついたという結果がございます。(5)にあります、まだ受診には結びついていないんですが、6カ月の面接、それから受診の生活習慣病改善計画受診勧奨について、応じてもいいよと同意をした者が3名、合計26名の成果が出てございました。ある一定の成果が出たということもありまして、来年度につきましてはヘモグロビンA1cが6.5%以上を対象として、もう少し裾野を広げ、もっと重症化の手前の受診勧奨値の者の未受診者について、対策を強化して受診に結びつけるということでもっと成果を上げて、何とか糖尿病に陥らせないように努力したいというふうに考えているところでございます。

以上、雑駁でございますが、糖尿病重症化予防事業についてご報告を申し上げます。

**○健康企画・歯科保健担当副参事** それでは、私のほうから続きまして、糖尿病の医療連携についてご説明させていただきます。

資料5をごらんいただければと思います。前回のこの協議会の場で糖尿病対策専門部会を、この地域医療体制整備推進協議会のもとに置くということでご決定をいただきましたので、その後1回目を9月25日に開催いたしました。特にこの地域が、先ほどのお話にもございましたが、多くの急性期病院を初めさまざまな病院や医師会、歯科医師会、薬剤師会等、さまざまな連携が必要ということから部会長には、本協議会の会長である木島会長に部会長になっていただくということになりました。また、副部会長としては、東京都の糖尿病医療連携の推進事業の区西部の代表であられる、東京女子医科大学糖尿病センターのセンター長内潟安子教授をお願いいたしました。

まず第1回目の会議では、糖尿病対策について、その推進における課題についてご議論をいただきました。区西部の糖尿病医療連携についての内潟センター長からのご報告では、区西部二次医療圏としては新宿、中野、杉並とあるけれども、必ずしも新宿区の登録医が連携あるいは研修会等への参画に、十分な状況ではないというご報告などがございまして、部会

長の本島会長からは、もっと力を入れてそれぞれが勉強しなければならないというご提案がございました。また、具体的に今後、糖尿病の医療連携について、この地域の実態をもう少ししっかりと把握していくためのアンケートも必要だということ、あるいはそれぞれの職種のスキルアップのための講演会をしていこうというようなことが、認められました。

そしてつい先日でございますが、第2回として2月3日に第2回の糖尿病専門部会が開かれました。この場で糖尿病のそれぞれの職種のスキルアップを目指した連携のための研修会についてご議論いただきました。この資料の裏面でございますように3月16日にこういった研修会を開催するということになりました。特に地域の実態を共有した後で、JCHO東京新宿メディカルセンターの副院長の関根先生または、新宿区医師会の迫村先生より、病院の立場もしくは地域の立場から講演をいただいた後、国立国際医療研究センター病院の梶尾先生にファシリテーターをしていただいて、各職種がそれぞれが入ったグループワークで問題を共有して、今後の方向をお互いに確かめていこうということになりました。

もう一度表を見ていただきたいと思いますが、そういった上で、地域の栄養指導の実態はどうかということでも部会長からもご質問がございましたので、病院の栄養指導の実態、あるいは診療所での実態、あるいは区の保健センター等での実態について、それぞれの立場からご報告をいただき、こういったことをはっきりさせていくには、医療機関を初めさまざまな医療機能のアンケート調査が必要だということで、次回そういったことをつくってくるようにということで部会はまとまりました。

最後に、参考といたしまして特にこの圏域のデータを分析いたしました。ヘモグロビンA1cが8%以上、つまり特定健康診査の結果の中でヘモグロビンA1cが8%以上の方で、先ほどのお話のように服薬をしていない人の中では、約4人に1人が健診の受診をしていないというデータもあったんですが、逆に服薬をしている、経口血糖降下剤を服用していても約11%がヘモグロビンA1cが8%以上で、まだ合併症のリスクが高いということで、さらに連携を強めてこういった方々のフォローをしていくということが大事だということも、データの上でも示されまして、この医療連携の重要性が確認されたところでございます。

説明は以上でございます。

○木島会長 ありがとうございます。

実は、この会で行政が非常に力を入れていただきまして、このデータの分析をきちっとやっていただいて、今まで区の健診事業というのは余りデータの分析が表に出てこなかったんですけれども、今回ははっきり出てきて、なかなか私たち医師会としてもそのデータを見て

反省したり、これについて努力しなければいけないということがわかりましたので、ぜひこういうデータを、私どもの新宿区医師会が6月にやります新宿医学会のほうで、発表していただいて会員の意見を聞きたいと考えておりますので、どうぞその節は発表していただきたいなと思っております。これは医師会長の独断で時間を割いてやらせようかなと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、今のご説明について何かご質問がございますでしょうか。

○平澤副会長 医師会の平澤でございます。

一番最後の参考のデータのところで、男性の45歳から74歳の区分ではヘモグロビンA1cが高くなっているということが紹介されておりましたけれども、あくまで参考として聞いていただきたいんですが、京都府立大学の内分泌学教室で糖尿病を治療しているわけですけれども、その研究結果によりますと、中高年以上の男性で血糖のコントロールが悪い方は男性ホルモンの値が低いというデータがあつて、相関性が有意にあるということで、そこでは男性ホルモンの投与も併用することによって、非常に効果が出ているというような話がござひます。専門家の田邊先生がいらしている前で恐縮でございますが、一応私たち男性、私も泌尿器科ですので男性ホルモンはよく扱うのですが、私たちの立場としては、本来男性の中高年以上は、健康診断で男性ホルモンを測ってほしいというのが希望でございます。あくまでも参考でございます。

○木島会長 田邊委員、いかがでしょうか。

○田邊委員 私どもの専門の中で非常に有名な話でして、精神疾患、その上流にあるのがいわゆる男性更年期で、男性ホルモンの減少が結構多くありまして、そう言われています。そこをやらないと精神面もなかなか、ぜひ、なかなか改善しない。ただ、保険通らないため難しいです。

○木島会長 というような話題も実は含んでいるものですから、普通、女性とか男性とかというと女性が多く取り上げられて、いわゆる閉経後の脂質の上昇だとかそういうことだけ取り上げられておるわけですけれども、今、平澤委員、また田邊教授からあつたように、男性にも更年期があるということを、改めてこういう会を通じて知ってもらふ必要があると思ひますので、先ほど申し上げたようにそこら辺の議論もする必要があると思ひますので、これは新宿医学会のほうで取り上げたいなと考えております。

それでは、よろしいでしょうか。

以上ですけれども、糖尿病対策専門部会では各病院、診療所、歯科診療所、薬局に、アン

ケート調査を実施したいと考えておりますので、ご協力のほどよろしくお願ひしたいと思ひます。ただしこのアンケートも、難しくなるとなかなか答えるのが大変ですひので、できるだけ簡略にという注文をつけましたひので、よろしくご協力のほどお願ひしたいと思ひます。

それでは、続いて報告に入ります。

報告事項は3点あります。ご意見やご質問などがございましたら、3点まとめて最後にお願ひいたしたいと思ひます。

まず初めに、東京都地域医療構想骨子案について、事務局よりご説明をお願ひいたします。

**○健康企画・歯科保健担当副参事** それでは、私のほうから、資料6を使いまして東京都の地域医療構想に関する若干の情報が入りましたひので、ご説明させていただきます。

これはあくまでも東京都が地域医療構想を、今後報告書としてまとめていく骨子案として提案していくものを、こちらの会に提出させていただくということでご許可をいただひております。

先ほども各委員からのご議論にもありましたように、今後2025年を目指してどういった形で医療体制を構築していくかということひで、国全体で今この議論が続ひているところひでござひますが、その骨子案についてここに1枚の概要にまとめられております。

1つは左上にござひますように、構想区域ごとに厚生労働省令で定めた計算式で、医療事業調査というか医療事業の推計を行ひているところひでござひます。また、最終的にこの議論は、各圏域ごと、二次医療圏ごとひでどういった形になっていくかということが、今後、右下の地域医療構想調整会議ひで議論されていくというふうひで伺ひております。詳しい内容につきましては、東京都が第8回の東京都地域医療構想策定部会ひで議論した内容が、ホームページ上にアップされてござひますひので、東京都の福祉保健局のそのサイトをござひんいただひければ、より詳しいデータ等も載ひております。一応大まかな全体の今の状況ひでご説明させていただきます。

以上ひでござひます。

**○木島会長** ありがとうござひました。

次に、医療救護所訓練の実施と医療機関との連携について、事務局よりご説明をお願ひいたします。

**○健康推進課長** 続ひまして、医療救護所訓練のご報告に入りたいと思ひます。

資料7をござひんいただひけますか。時間の都合ひで全部ご説明しないひで要点だけにさせていただきます。新宿区には区内10カ所の医療救護所が学校ひで併設ひでござひまして、毎年3カ所ず

つ医療訓練を実施しているところがございます。今年度につきましては四谷中学校、余丁町小学校、津久戸小学校で訓練をさせていただきます、来年の3カ所で10カ所全部が終わるということです。

特に今年余丁町小学校につきましては、国立国際医療研究センター病院の先生方のご見学をいただいて意見もいただきましたし、津久戸小学校につきましては、東京新宿メディカルセンターの真正面ということもありまして先生方のご見学と、場合によっては場所のご提供あるいはご協力というところも、今、話が進んでいるところがございますので、引き続きよろしくお願ひしたいと思います。

また、医療救護所のほかに、3・11の震災を踏まえまして、新宿駅の周辺の帰宅困難者対策をいろいろとやっているところがございますが、その中で特に東京医科大学病院をどう守っていくかということが1つ課題としてございまして、地域の会社の方々あるいは区あるいは東京医科大学病院の本田先生、医療コーディネーターでいらっしゃるんですが、その辺について議論を進めているところでもありますので、また必要に応じましてご協力のほどお願ひしたいと思います。

また、今後も医師会の先生を初め各関係者につきましては、医療救護所、訓練を行っていくこととなります。より一層の充実した医療救護所としてまいりたいと考えておりますので、ご理解とご協力のほうをお願ひしたいと思います。

雑駁ですが、報告を終わります。

○木島会長 ありがとうございます。

次に、平成28年度福祉部・健康部組織改正について、事務局よりご説明をお願いします。

○健康推進課長 続きまして、新宿区の福祉部と健康部の組織改正についてご説明をさせていただきます。

資料8をご覧くださいければと存じます。今まで議論があったように、地域包括ケアシステムの構築ということ、区としても果敢に実現するために、組織改正を今年の4月に実行する予定でございます。

福祉部をご覧くださいたいのですが、地域包括ケアシステムの構築と認知症対策を着実に推進する体制づくりと銘打ってございますが、ブルーの高齢者福祉課と介護保険課、この2課で現在、高齢者の福祉を支えていました。新たに地域包括ケア推進課、それから高齢者支援課、介護保険課、この3課体制で、福祉の視点から高齢者を支える組織改正をいたします。この係の名前をごらんいただきますと、地域包括ケア推進係、介護予防係、高齢いきがい係、



以下記載のとおりですが、地域包括ケアを強力に推進する、そして認知症介護予防を強力に進める、高齢者の生きがいをつくっていく、相談を充実する、介護保険を充実する、このような体制で福祉部門につきましては組織改正をさせていただきます。

裏面をごらんいただければというふうに存じます。健康部でございますけれども、健康長寿社会と地域包括ケアシステムの実現に向けた体制づくりと銘打ちまして、組織改正をさせていただきます。現在、水色であるように、健康推進課のほかに副参事としまして健康企画・歯科保健担当という1課1副参事体制で行っていたものを、黄色をごらんいただきますと、健康政策課、それから健康づくり課、そして副参事、副参事というのは課長級でございますが、地域医療・歯科保健担当と健康長寿担当という課長級を置きまして、医師、歯科医師、それから保健師の管理職を1課に集約しまして専門的知見を集積して、より一層実現性の高い、健康長寿が1歳でも延びる、そして地域包括ケアシステムが確実に実現できる体制を、つくらせていただくということでございます。

以上、雑駁でございますけれども、組織改正についてご説明を終わります。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま報告がありました事項について、ご意見やご質問などがございましたらお願いいたします。ないでしょうか。

ないようでしたら、次に4、その他に移ります。

各委員からご報告などございましたらお願いいたします。

東京医科大学病院、土田委員、地域連携認知症疾患医療センターの指定についてお願いしたいと思います。

○土田委員 ありがとうございます。

資料9をごらんください。東京都では、高齢化社会に伴いましてふえ続ける認知症患者さんの専門医療相談、鑑別診断等を行うために、認知症疾患医療センターを指定しております。平成24年には二次医療圏に1つ地域拠点型のセンター、これは12病院でございますが、それを指定いたしまして、昨年9月、区市町村に1つずつ地域連携型のセンター、合わせて41医療機関がこのセンターに指定されております。東京医科大学病院では、十数年前より新宿区医師会との病診連携、また、新宿区もの忘れ相談等、長年における連携・協力体制が評価されましてこのセンターの指定に至ったものと思い、この場をおかりしまして改めて御礼を申し上げます。

当院における具体的な診療概要ですけれども、このセンターの主な役割の一つであります

認知症の鑑別診断、いわゆる私どもは物忘れ外来と呼んでおりますが、その初診患者は毎月70から80名程度で、このうちの約50件がかかりつけ医からの紹介でございます。最新患者数は毎月650から700名で推移しており、6カ月に1回程度の経過観察、症状増悪時の随時受診が主となっております。再診患者の大部分は日ごろかかりつけ医により毎月診療を受けており、認知症診断における当院との病診連携が進んでいるものと思います。また、入院に関しましては、認知症関連での入院患者数は月に10から15件でございます。肺炎、心不全などの身体症状が中心となっております。昨年9月から5カ月間の間に約19回、さまざまな研修会を開催したり講師を派遣したりして、さまざまな取り組みを行ってまいりました。

最後になりますけれども、2003年から毎年1回、在宅認知症患者対策ケアネットワークというものを当院が開催しております。今回は今月20日に開催予定でございます。テーマは認知症を早期に発見して地域でどう支えるかというテーマで会議を開催いたします。当院と新宿区の担当者、新宿、杉並、中野医師会、また、区内の介護関連事業者等の皆様にお越しいただきまして、認知症診療における課題について話し合う予定になっております。

以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは、慶應義塾大学病院、三村副院長のほうから、厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業についてお願いします。

○三村副院長（竹内委員代理） 慶應病院の三村でございます。

資料番号が裏に出ている、右上に本日の日付がある1枚紙のパワーポイントの配付資料をご覧くださいと思います。これは厚生労働省の自殺未遂者再企図防止事業ということで、P o s t A C T I O N - JのCMについて、CMというのは、ケースマネジメントないしケースマネジャーということになってございます。これは非常に簡単に申し上げますと、救急で入院をした患者さんにつきまして退院時にケースマネジャーを設定しまして、それを退院後6カ月にわたってフォローアップするというのが、自殺の再企図ないし自殺既遂を予防し得るであろうという、こういう臨床的な事業であります。

これはP o s t A C T I O N - Jと銘打っておりますけれども、初めに裏のほうをごらんいただきまして、背景のA C T I O N - Jのプロジェクトをご説明させていただきますと、ご存じのように2006年に自殺対策基本法というのが成立いたしまして、現在、日本人の自殺者というのは、一時3万5,000人まで行きました、現在3万人をようやく切っているところでもありますけれども、先進国でこれだけ自殺が多いのは大問題で、そういう中で自殺

既遂ないしは再企図の最大のリスクというのは、過去の自殺企図ということでありまして、したがって自殺未遂をした方をしかるべき形でフォローアップすることが、自殺の既遂の予防につながるであろうということ。これはACT I O N - Jという2006年から6年間にわたって行いました無作為研究でございまして、既に「The Lancet Psychiatry」でパブリックされております。この研究を中心に行いました施設を中心に現在9施設が、その参加施設としましてACT I O N - Jのこれを、今度は臨床ベースで実際に患者さんへの対応、救急自殺未遂患者さんへの対応を行おうというのが、P o s t A C T I O N - Jのケースマネジメントということでございます。

表のほうのスライドをごらんいただきまして、このような形でのアクション、自殺企図をされる方の背景に精神疾患をお持ちの方ないし、最大の自殺企図の要因というのは実は身体疾患であります。それから2番目は経済的困窮ということになります。それらが関連して多くは、鬱状態を中心とした脳精神的な問題を持って自殺未遂に至るということでありましてけれども、これを救命救急センターやI C Uに入院した方をフォローアップをしていく、しかるべき形で退院時にケースマネジャーを設定してフォローアップしていく。これは必ずしも精神科のディープな診療をするということではございませんで、むしろ一般のクリニックにかかっている方、あるいは全く精神的にはフォローされていないけれども、通常のかかりつけ医の方にかかっていたりあるいは新宿区内の病院にかかっている方も、その診療は普通にやっただけだと、それにプラスしてこのようなケースマネジメントを行っていくと、それを6カ月行うことで本当に自殺企図を減らすことができるかどうかというところでやります。

したがって、このような形での周りのフォローアップの体制、これは新宿区内でのさまざまな診療機関の方との連携というのが、非常に密なかかわりを要することになりました。これは慶應大学病院がこの9施設の中に入っておりますので、ぜひ推進させていただきたいんですが、その中でさまざまな診療情報についても、場合によっては交流を必要とするということも思いますし、また患者さんにもその辺ご理解いただくことも必要だというふうに思っております。

また、これと加えまして1枚目の一番右下のスライドにございますけれども、救急隊員あるいはさまざまな職種の社会資源の方たちについても、意見交換会やあるいは研修会、こういうものを行っていったり、あるいはケースマネジャーという人、これはしかるべき研修を受けた方を対象にしておりますけれども、この方たちを増やしていきたいというふうに考えております。ということで、何とぞご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

それでは続いて、新宿区医師会のほうから私からご報告させていただきます。

新宿区医師会は、毎年、年2回、新宿区民を対象に、新宿区内の総合病院また3大学等の進んだ医学の知識を、また医学の現場、医療の現場を、区民に広く知っていただくというために、区民医療公開講座を行っております。

これは行政を初め新宿の町会連合会、大崎会長を初めとした皆様方の協力で行っております。年々聴講においてになる区民の方も非常に増えまして、前は174名という多数でした。今回は5月14日に、演題はまだはっきり決まっておりますけれども、いわゆる泌尿器科的な排尿障害や眼科的な視力障害について、区内の先生方のどなたかにご相談しながらお話をいただこうと思っておりますので、またその節はよろしくご協力をお願いしたいと思っております。

それでは続いて、事務局、矢澤参事から、市民公開講座、第50回糖尿病学の進歩についてお願いします。

○健康企画・歯科保健担当副参事 資料10をご覧いただきたいと思います。これは主催が第50回糖尿病学の進歩という学会ですが、世話人を東京女子医科大学糖尿病センター長の内潟安子先生がされておまして、東京国際フォーラムで2月20日、市民向けの講演会を行いますとともに、前日の19日から学会を開催するというので情報提供いただきましたので、よろしく願いいたします。

以上です。

○木島会長 ありがとうございます。

続いて、健康推進課長から、看護師の陳情についてということでお願いします。

○健康推進課長 今回、特に資料は用意してございませんが、以前も本会にご報告させていただきましたが、看護師の病院における夜勤についての改善の陳情がなされました。これにつきましては、必要に応じて担当者と情報交換をさせていただければと思いますので、何とぞよろしく願いいたします。

以上でございます。

○木島会長 わかりました。

このほかに何かございますでしょうか。

ないようでしたら、事務局からお願いいたします。

○健康推進課長 本日はお忙しい中、長時間にわたりありがとうございました。本協議会の中でいただいた貴重なご意見につきましては、今後役立てさせていただきたいと思えます。

ことしの協議会は本日が最後になりまして、来年度7月ごろを予定しておりますが、改めて開催通知を送らせていただきます。今後とも地域の医療と保健福祉の連携のためにご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

本日は、お忙しい中ありがとうございました。

午後 3時33分閉会