

平成 29 年度新宿区外部評価委員会第 2 部会 第 4 回会議概要

<開催日>

平成 29 年 7 月 19 日（水）

<場所>

本庁舎 6 階 第 4 委員会室

<出席者>

外部評価委員（5 名）

山本部会長、小林委員、鶴巻委員、藤岡委員、鱒沢委員

事務局（4 名）

行政管理課長、池田主査、杉山主任、原田主任

説明者（7 名）

地域福祉課長、高齢者支援課長、地域包括ケア推進課長、地域医療・歯科保健担当副参事、健康づくり課長、健康長寿担当副参事、住宅課長

【部会長】

第4回外部評価委員会第2部会を開会します。外部評価の実施に当たり、お手元の次第のとおりヒアリングを実施します。

外部評価委員会は、テーマごとに委員会を三つの部会に分けており、この第2部会のテーマは「福祉、子育て、教育、暮らし」です。

私は、外部評価委員会第2部会長の山本です。部会の委員は、小林委員、鶴巻委員、藤岡委員、鱒沢委員です。

本日は、五つの事業についてヒアリングを行うので、1事業につき、30分の想定でヒアリングを行います。

前半10分程度で事業や評価など内部評価シートの内容をご説明いただきます。

その後、残りの時間で各委員から質問を行います。

質問が終了しなかった場合などは、追加で文書による質問をさせていただく場合もあります。

それでは、計画事業12「成年後見制度の利用促進」について、地域福祉課長から説明をお願いします。

【地域福祉課長】

地域福祉課長です。よろしくをお願いします。

<事業説明>

【部会長】

ありがとうございました。委員から質問をお願いします。

【委員】

1点目です。内部評価シートの「新実行計画に向けた方向性の課題欄」に、指標に利用者の視点を含めるなど目標値を見直すとありますが、具体的にどういうものを検討しているのでしょうか。

2点目です。内部評価シートの28年度実際の取組欄で、若い世代にも分かりやすいホームページの作成、SNSの活用等とありますが、私がホームページを見たところ、あまり分かりやすいという印象は持てませんでした。個人的に調べて理解をしました。例えば、ツイッターでどれくらいツイートされて、どういった結果が出たのかなど、効果が測りきれていないのであれば、違うところに重点を置いてもいいのではないのでしょうか。

3点目に、障害のある子どもを抱える保護者の方々はどれくらい成年後見制度を利用されているのでしょうか。

【地域福祉課長】

1点目の指標についてです。例えば、市民後見人が活動した満足度や成年後見についての相談の受け答えの満足度などを指標化できないかと考えています。

市民後見人は現在60名ほどいますが、なかなか受任に結びついていません。しかし受任に結びついた市民後見人の満足度はとても高い状況です。指標化するとすると受任をしている市民後見人の絶対数が少ないため、満足している人が10人中10人といった形になってしまうので、バランスをとりながら検討していきたいと思っています。

2点目のSNSですが、確かにツイッターでツイートしても、リツイートされるということではなく、厳しいと思っています。ツイッターで情報を発信しているのですが、それで実際に講座に来てくれる人に結びついていないとも言えないかもしれません。

平成29年度は、新宿区成年後見センターの設置10周年だったので、イベントを開催しました。そこには大勢の方に足を運んでもらい、非常に満足いただいたと思っています。特に、実際に活動している後見人の方に具体的にどういった活動を行っているのかというお話をいただきました。どういった活動をしているのか手にとるように分かったので、とてもよかったという印象を持ちました。

3点目の障害のある子どもを抱える保護者についてです。今年、家庭裁判所が自治体別の成年後見制度の利用者数を発表しました。新宿区は670人という数字が出たのですが、高齢や障害別などの内訳は発表されていないため分かりません。

しかし、新宿区成年後見センターに寄せられる相談を見ると、平成28年度は300件程度のうち、精神障害の方が17件、知的障害の方が16件、身体障害の方が9件、病気の方が27件といった内訳が出ていますので、全体としてもほとんど同じような割合になるのではないかと思います。

【委員】

私は、新宿区社会福祉協議会に成年後見センターを設けて、社会福祉協議会の地域権利擁護

事業の利用者が成年後見に移行する、支援員が後見人になるという仕組みを見て、区の市民後見人の養成の制度はよくできているという印象を持っていますので、このまま進めてほしいです。

受任数が少ないということですが、市民後見人になった方は、達成感を得たいという思いがあるので、なるべく多くの方が受任に結びつけたいと思います。しかし、養成しないことには受けられないということもありますので、できる準備はしっかり取り組んでいって欲しいと思います。

また、指標1、指標2ともに目標に達していないものの、成年後見制度の認知度が上がっている状況で、平成28年度に比べて内部評価が厳しいという印象を持ちました。自ら厳しい評価をしたということは、受け入れるべきだと思いますが、この厳しい内部評価をもって、次の市民後見人の養成とその制度の普及等に向かって前進できるように期待したいと思います。

【地域福祉課長】

本事業については、指標の達成状況に対して評価すべきだということで厳しい内部評価をしています。事業自体は順調に、多くの方の努力に支えられながら制度の利用促進が進んでいると思っています。

ただ、将来に向けてしっかりと準備をしていかななくてはならない部分がありますので、今後とも一生懸命、利用促進を図りたいと考えています。

【委員】

本事業は新宿区社会福祉協議会に業務委託をしている事業だからこのような厳しい内部評価ができたのではないのでしょうか。このヒアリングに実際に事業を実施している新宿区社会福祉協議会の方に出席してもらって話を聞くだけでも事業の理解度が違うと思います。業務委託したとしても、事業所管課としての、地域福祉課の役割は大きいと思いますので、しっかりと推進して行ってほしいと思います。

また、「新実行計画に向けた方向性」が「継続」となっていますが、厳しい内部評価をしながらも「手段改善」ではなく「継続」とした理由を教えてください。

【地域福祉課長】

評価が厳しいという部分は、ご指摘のとおりだと思っています。区として成年後見制度の利用促進にしっかりと取り組んでいます。指標の達成状況をもとに評価するとこのような内部評価になります。成年後見制度の指標設定はとても難しく、現段階では事業の成果を適切に把握しづらい指標になってしまっていると反省しています。

事業としては今までの取組を大きくは変えず、一生懸命やっていくということで「継続」としていますが、実態に合った指標に見直していきたいと考えています。

また、社会福祉協議会とは毎月会議を開催し、市民後見人養成講座の募集や周知については区が行い、講座の中身は社会福祉協議会が実施するというように、お互いが連携しながら熱い思いを持って社会福祉協議会とともに事業を実施しています。

【部会長】

委員からも指摘があったように、新宿区社会福祉協議会の現場の声が内部評価の中では見えづらいと思います。新宿区社会福祉協議会から上がってきているうまくいっている事例や課題などの現場の声があれば教えてください。

【地域福祉課長】

新宿区社会福祉協議会では様々な活動を行っていて、例えば、専門の職員が窓口で相談を行っているほかに、月曜日は司法書士、水曜日は弁護士、金曜日は社会福祉士に来てもらって相談を行ったり、出張相談会を年5回行っていたり、広報しんじゅくでも十数回記事を掲載していたり、普及活動の出前講座を年間20回近く行っています。

【委員】

本事業を理解する上で、成年後見センターだよりという資料が、非常に参考になりました。たまたま区役所に来て見つけたので手に取ったのですが非常によくできていて、インターネットで調べるより分かりやすかったです。

【部会長】

SNSを使った広報についても意見がありましたが、PRや周知において、区と社会福祉協議会の役割分担について、今後、効率化していくことを含めて検討する必要もあるかと思いました。

それでは、計画事業12「成年後見制度の利用促進」は以上とします。

それでは、計画事業8「認知症高齢者への支援体制の充実」について、高齢者支援課長から説明をよろしくをお願いします。

【高齢者支援課長】

高齢者支援課長です。よろしくをお願いします。

<事業説明>

【部会長】

ありがとうございました。委員から質問をお願いします。

【委員】

内部評価シートでは方向性が拡充となっていますが、どこを拡充したのか教えてください。

【高齢者支援課長】

認知症高齢者の支援体制の充実に向けて、認知症初期集中支援チームの取組を着実に実施していくと同時に、認知症診療連携マニュアルを活用して医療と介護の連携を進めるなど、認知症高齢者に早期にかかわるための対策の強化を進めていきます。

高齢者総合相談センターに認知症をもった方が相談に来るのですが、認知症は病気ですので、医療的な観点がないうっかりとした形で相談に応じることが難しいです。しかし高齢者総合相談センターは介護保険法に基づく福祉の施設ですから、医療職も非常に少ない状況です。

そのため、新宿区医師会の中で認知症サポート医という、認知症についての知見を有する方がいますので、自分の主治医でなくてもいいから、何か困ったことがあったら相談できるように電話相談をしたり、高齢者総合相談センターの職員が認知症サポート医のところに行って直

接アドバイスを受けていたりしています。このような医療との連携が絶対的に必要ということがあるので、これをうまくシステム化、事業化をできないかと考えています。そういったことを含めて拡充して事業を推進していくという決意も含めて「拡充」としています。

【委員】

認知症初期集中支援チームは、こういった構成メンバーなのかを教えてください。

もう一つ、認知症診療連携マニュアルは、地域のかかりつけ医などが活用するとされていますが、区民は関わらないのでしょうか。認知症診療連携マニュアルについても教えてください。

【高齢者支援課長】

認知症初期集中支援チームのメンバー構成ですが、各高齢者総合相談センターの職員の中で、医療関係の方と福祉介護職関係の方の2人でペアを組んで、チームをつくります。適宜、新宿区医師会から選ばれた医師のアドバイスを受けながらチームとして取り組んでいます。

認知症診療連携マニュアルについてです。物忘れがあるかなと心配になった方が、初めに誰に相談をするかというアンケートを取った結果、かかりつけ医と答える方が圧倒的に多かったです。ところが、かかりつけ医の6割程度は内科医なので、必ずしも認知症なのか判断できるとは限らないという実態があります。したがって、かかりつけ医の皆さんに、認知症の見立てをどのようにするかについて、認知症サポート医が作成したものを区内の全医療機関に配ったということです。一番に相談を受ける可能性の高い医師に一步でも二歩でも認知症のことを知ってもらわなければならないため作成したものです。

【委員】

かかりつけ医の底上げを図るということは分かりましたが、認知症の見立てが分かるようなものが家庭にあれば、行動の変化などに気付くことができると思いますが、区民に対しての取組は考えていないのですか。

【高齢者支援課長】

認知症診療連携マニュアルは医療機関に配るものですが、それとは別に、一般向けに「認知症安心ガイドブック」という資料があります。この認知症安心ガイドブックの地域版を作ろうということで、平成28年に、「認知症ケアパス」を作成しました。認知症の症状に合わせた集いの場を紹介するものを地域ごとに作成し、説明しながらお配りしたり、インターネットで公開したりしています。

また、認知症に興味、関心がある方は、認知症サポーター養成講座の後に活動登録をしてもらい一緒になって支援する側に立っていただけるとありがたいと思っています。

【部会長】

認知症サポーターの活動を通して意欲のある区民に活躍してもらうため、その拠点を拡大していく流れですね。しかし、意欲を持っている区民がうまくその流れにつながっていないようにも見えますので、そういった区民をうまく有機的につなげていけるのかという点は、引き続き検討していく必要があると思いました。

また、認知症の診療連携について、地域によっては、DBCシートというものを採用してい

ます。生活の中で状況の変化を感じられるのは、一番近くにいる人、例えば、家族です。本人を観察してDBCシートに記入し、それを認知症のかかりつけ医に見せることによって、薬の処方が今の状況でいいのかなど日々追って、きめ細やかな対応をするといった取組の事例もあります。

認知症診療連携マニュアルには関しては、そういったものを組み入れていくことは考えていますか。

また、こういったときには、どの医師にかかればいいのか、こういった症状が表れたら認知症のステージとしてはこの辺りだということが一覧で分かる手帳を作成し、区民の中でも、認知症に関心の高い人に対して配る方法を探っている自治体もあると思いますが、検討はされているのでしょうか。

【高齢者支援課長】

図式化したものなどが、盛り込まれたガイドブックもあります。しかし、もっと広く区民に周知していく必要があることは課題として認識しています。

現在も民生委員に配布する冊子や、医療機関向けには、そういったものを作成していますが、区民の方が元気なうちに有益な情報を提供していきたいと思います。例えば、あれっと思ったら高齢者総合相談センターへといった、A4一枚のチラシなどを作って、元気な高齢者が集まる高齢者クラブや、大勢の参加者がいる敬老会などで配布したりして、一人ひとりの高齢者に届くような取組を今後考えていきたいと思います。

【委員】

かつて、民生委員が65歳以上の全ての高齢者にむらさき手帳という敬老手帳の配布をしていた時期が長く続いていましたが、そういったものがあればいいなと思いました。手帳の中に、自分自身にこういう出来事があったら気をつける、といったことが書いてあれば、あえて敬老会で配らなくてもいいのではないかと感じましたので、区民の皆さんの手に届くような方法を考えてほしいと思いました。

また、認知症サポーターの中から80人ぐらいの方が更に具体的な活動に結びついて9所の拠点で活動していると説明がありましたが、サポーターの具体的な活動を説明してください。

加えて、もの忘れ相談の開催回数が拡充したのは、従来の開催回数だと参加できなかった方がいたということでしょうか。また、どのくらいの方が相談を受けているのかということをお聞きしたいと思います。

最後に、高齢者総合相談センターに認知症初期集中支援チームを作っているということですが、専門医のアドバイスを聞くだけではなくて、チームの中に専門医が入ってもいいのではないのでしょうか。

【高齢者支援課長】

1点目の敬老手帳ですが、ご意見として承りまして、今後何ができるのか考えていきたいと思います。

2点目の認知症サポーターの活動ですが、認知症サポーターには1度講習を受けていただけ

ばなれます。認知症サポーターには、サポーター養成講座のスタッフとして手伝ってもらうなど、地域ごとの行事のスタッフ、カフェのボランティア、家族会のボランティアだとか、様々なところで個々に活躍をしてもらっています。また、フォローアップ研修も年に2回ほど行っています。

3点目のもの忘れ相談です。広報で広く呼び掛けをしていますが、個別に区から勧める場合もありますので、来ようと思ったのに相談が受けられなかったという話は聞いておりません。需要があるので、回数を増やしたほうがゆっくりお話しを聞けるといったことで回数を増やすことにしました。

4点目の認知症初期集中支援チームに医師が入れないかということです。国の制度に基づいてやっているため、チームに入っているのは高齢者総合相談センターの医療職と介護・福祉職です。定期的にチーム員会議を開催し、その会議は専門医にまとめてもらっていますので、適宜関与してもらっています。

【委員】

ダブルケアという言葉が出てきていると思います。私の周りでも、ダブルケアをしている方が増えてきました。しかし、子育て中の人が行くところは、保健センターとかに限られており、実際にダブルケアで困っている人が、どこへ相談に行けばいいのかが分からないということが起きています。資料を置く場所にしても、高齢者総合相談センターだけではなく、保健センターや児童館など子育て中の親が行く場所にも置いて手に取れるようにするなど、人の暮らしを意識した周知の方法を検討してほしいと思いました。

【高齢者支援課長】

ダブルケアのご質問です。65歳以上の全高齢者に3年に1度配布する安心ガイドブックという冊子があります。そこに両立支援についても相談を受け付けますと明記しましたので、とにかく高齢者に関する相談は高齢者総合相談センターにということで取り組んでいます。

また、介護の鍵を握るのはケアマネジャーであつたりしますので、ケアマネジャーが集まる会議などで、ケアプランの作成に当たっては、もちろん高齢者自身の身体のこと大事だが、家族構成がどうなっていて、誰がどう仕事をしているのか、そういうところきちんと把握した上、適切なケアプランを作成してほしいとお願いをしていますので、こういった取組は今後も粘り強く周知していきたいと思います。

【部会長】

計画事業8「認知症高齢者への支援体制の充実」については以上とします。

それでは、計画事業6「高齢者を地域で支えるしくみづくり」について、地域包括ケア推進課長から説明をお願いします。

【地域包括ケア推進課長】

地域包括ケア推進課長です。よろしく申し上げます。

<事業説明>

【部会長】

ありがとうございました。委員から質問をお願いします。

【委員】

まず、一つの事業が4つの課にまたがっているため、それぞれの課の動きが分かりにくいと感じました。

1点目、ぬくもりだよりの配布事業は新宿区社会福祉協議会に委託をしているのだとすれば、内部評価シートの実施主体のところに社会福祉協議会と記載があってもいいのではないのでしょうか。

2点目、高齢者等入居支援に関してです。目標20件に対して実績が大幅に下回っているものの、5件の実績はあったということで、この5件はどのような形で実績につながったのでしょうか。また、どのように分析して今後にかかしていくのでしょうか。

3点目です。事業の方向性が「分割」となっていますが、説明をお願いします。

【高齢者支援課長】

ぬくもりだよりの件です。「地域の活力」を生かした高齢者を支えるしくみづくり事業は2つの内容に分かれています。一つ目は、ぬくもりだよりの訪問配布事業、これは民生委員の方と、NPO等民間の方に配布していただいています。二つ目が、地域見守り協力員事業であり、これは新宿区社会福祉協議会に委託しています。

事業として二つの内容が並走して取り組んでいるということでご理解いただければと思います。

【住宅課長】

高齢者等入居支援についてお答えします。高齢者等入居支援は実績が5件ということで、目標20件に対してまだまだ足りていないということは認識しています。高齢者の方がアパート等を借りる際に保証人を立てられないとき、貸主も保証人がいないまま貸すのは心配があり契約に結び付かないということで、民間の保証制度があるのですが、その一部を助成することで高齢者の入居を円滑に支援するという取り組みで取り組んでいるものです。

平成28年度は、区の助成金を使って、保証会社に申し込んで住み替えができた方が5件でした。区の住宅相談を受けて住み替えができた方が19件で、区の協定の保証会社以外の保証契約をもって入居できた方が15件ありました。残り4件は保証人が運よく見付き住み替えにつながったものです。

今後は区と協定を結んでいる保証会社を増やすことによって、区民が選択できる物件を増やしていく支援をしていこうと考えています。

なお、5件という数字が上向きかどうかですが、過去5年間の合計で23件ですので、平成28年が5件、29年が7件と、徐々に区の協定する保証会社によって契約が結べる事例が増えているという認識です。

【地域包括ケア推進課長】

事業の方向性を「分割」とした件です。本事業は高齢者を地域で支えるしくみづくりに向け、それぞれの事業が、枝事業で構成されていますが、まとめて一つの事業とすることで、それぞ

れの動きが見えにくくなってしまっているため、第一次実行計画からそれぞれの事業を独立させて実施していくということです。

【委員】

内部評価シートを読んだときに、分かりにくいという印象を感じました。4つの課が一緒になっているということが、内部評価シートを分かりにくいものになっているのかなと感じたのですが、このシートを作成した上でなにか感じたことはありましたか。

【地域包括ケア推進課長】

地域包括ケア推進課でそれぞれの四つの課をまとめて記入したのですが、情報収集や文言の調整など、苦勞をしたところです。

高齢者を支えるという目標は一緒ですが、それぞれが異なる分野から支えているため、なかなか表現を合わせるのが難しいです。

また、一つのシートにまとめる中で、それぞれの課がアピールしたいことを書ききれていない状況があります。

今後の第一次実行計画では、それぞれの施策を更にしっかり展開していくために、枝事業ではなく、一つの計画事業として実施したほうが、分かりやすいですし、自分たちもやりがいがあります。

しかし、事業を分割した後も横串をしっかり刺して、それぞれの課で連携しながら高齢者を支えていこうと考えています。

【委員】

今の質疑を通して、課をまたいで横断的に高齢者を支えるということが、逆に事業への理解を難しくするなど、区の職員が働きづらくすることがあるのだと気づきました。

庁内横断的に横串をきっちり刺して、高齢者のために働いてほしいという思いと、職員が働きやすくしなければいい仕事はできないだろうという思いを改めて感じ、事業を分割した後も更に高齢者のために取り組んでほしいと思います。

【委員】

ぬくもりだよりの配布員について、有償化を検討することは難しいのでしょうか。例えば、交通費やお弁当などの飲食代ぐらいでもいいのですが、まったくの無償で高齢者の見守りといった、大事なものが今後成り立っていくのかどうかと感じます。

【高齢者支援課長】

ぬくもりだよりの訪問配布については、民生委員とシルバー人材センターやNPO等に配布をしていただいています。民生委員は無報酬ですが、あとは業務委託をしていますので一定の委託料を支払っています。

【部会長】

地域ケア会議について、これだけの数をしっかり組織して運営しているということは、これだけ取り上げても、一番強調されるべき重要なことを着実に実行していることであると思います。

また、在宅医療・介護のネットワーク構築も、実質的にやっていくのはなかなか大変なことだと思いますが、着実に進められているということも認められます。

「地域の活力」を生かした高齢者を支えるしくみづくりも大変重要なことですが、課題を認識しながら強化し、様々な工夫も検討中ということです。

先ほど、委員からも指摘がありました。地域包括ケアシステムという理念の下で、今後もしっかりと事業を実施できるように事業の分割後も取り組んでほしいと思います。

計画事業6「高齢者を地域で支えるしくみづくり」については以上とします。

それでは、計画事業2「生活習慣病の予防」について、健康づくり課長から説明をお願いします。

【健康づくり課長】

健康づくり課長です。よろしくお願ひします。

<事業説明>

【部会長】

ありがとうございました。委員から質問をお願いします。

【委員】

目標設定についてですが、平成27年度の1日に必要な野菜の摂取量の認知度が36.6%だったので、28年度の目標値を45%として設定し、実績は目標を上回っているのですが、目標の設定が低かったのではないかとというような印象があります。

【健康長寿担当副参事】

平成26年度の新宿区行政区モニターアンケート調査において、この認知度が29.1%と低い数字であったため、それを基準にして目標値を立てました。ここ数年で急速に認知度が上がってきているというのが実態です。

【委員】

H b A1 c の国際標準の基準値は6.0%未満と理解をしていたのですが、区の基準では6.5%以上の方が対象者となっています。それ以下であれば許容範囲ということでしょうか。

糖尿病の重症化は、糖尿病性腎症につながり透析療法に至るということで、透析療法は年間1人約500万円掛かります。そうならないように、いかに水際で食いとめるかということで、区も糖尿病対策を中心とした健康づくりを考えていると思いますが、そういう認識があつて糖尿病対策を事業の中心に置いているのでしょうか。

また、糖尿病と歯の関係はとても大事だと思いますが、新宿区医師会や新宿区歯科医師会との協働はあるのでしょうか。

【健康づくり課長】

まず、糖尿病のH b A1 c の基準値の考え方です。健診結果の振り分けの考え方として、H b A1 c の値が5.5までが正常となります。それを超えると要注意の領域に入り、6.5以上が要受診という位置付けになりますので、6.0から6.4の値の方を放置していいという意味ではありません。

ただ、6.0から6.4は、服薬治療より生活習慣の改善が優先される領域だろうと考えられていますので、すぐに医療機関の受診というよりは十分な生活習慣の改善で対応しているところです。

透析になった場合、生涯にわたって高額な医療が続くだけでなく、本人の生活の質を大きく低下させます。一方で、糖尿病発症早期には自覚症状が乏しく、様々な自覚症状が出る頃にはかなり糖尿病が進んでいるというケースが多いです。そういう意味では、健診の場で少し異常値が出てもまだまだ大丈夫とってしまう方も多いと思いますし、生活習慣を改善すれば正常化が期待できる段階で、予防の機会を逃してしまうことは非常にもったいないですので、普及啓発を通じて糖尿病の予防に努めていきたいと思います。

【地域医療・歯科保健担当副参事】

歯周病を増悪する因子が糖尿病であるということははっきりしていますし、逆に、歯周病をしっかりと治療したときに糖尿病の血糖コントロールもよくなるという知見も最近出てきましたので、双方が連携をしていく必要があると思っています。

東京都糖尿病区西部検討会では、医師会・歯科医師会・薬剤師会をはじめ、多くの病院の専門医や開業医に入ってもらい、連携をしながら進めていくということで、研修会の共同開催、連携のツールなども検討しているところです。

【委員】

勸奨を受けて治療に結びついた方が68人ということですが、何名の方に勸奨をされたのでしょうか。

【健康づくり課長】

平成28年度に勸奨対象になって声掛けしたのは62人です。平成27年度は82名に勸奨しています。二年間を合わせると144名です。

【委員】

対象者は毎年200人程度と想定しているということなので、想定よりも勸奨すべき人が少なかったということですね。

【健康づくり課長】

そのとおりです。

【委員】

糖尿病を水際できちんと治療に結びつけるということがとても大事だと感じました。結核も同じようなことが言われますが、結核はある程度期間限定で、改善されると服薬や治療が必要なくなるというような病気ですよね。ですが、糖尿病は生涯にわたって治療を継続していかななくてはならないということで、本人への働き掛けも非常に重要なのではないかと思います。

治療に結びつけた後の治療の継続についてはどのように取り組んでいるのかお聞かせください。

【健康づくり課長】

治療の継続は非常に大事です。治療の継続支援については、本人の了解の上、行っています。

生活習慣の改善も服薬と同時に必要ですので、6カ月間、治療が確実に続くように声掛けしながら、取り組んでいます。

【委員】

1日に必要な野菜の摂取量が350グラムと知っている区民の割合が指標とされています。私は、350グラムを、片手を50グラムとして、これを1日7皿食べると覚えています。それを朝、昼、晩に分けた場合に、朝が2、昼が1、夜が4とする。そういった具体的な呼び掛けを区民に対してしなければ、単に350グラムを知っているかどうかを聞くだけの指標が正しいのかと思ってしまいます。決して350グラムが悪いと言っている訳ではないのですが、なにかお考えがあれば教えてください。

【健康長寿担当副参事】

確かに、350グラムがどれぐらいの量なのか、区民の方には分かりにくい数字だと思います。そこで、350グラムと併せて、350グラムは小鉢5皿分ということで、350グラム（小皿5皿分）というような形で区民の方には周知しています。

ただ、事業を実施している中で、小鉢5皿分といってもなかなかイメージが掴めない方がいるということが分かってきたので、平成30年度以降は、例えば、コンビニでお買い物される方が多いので、そのときには何を1品加えればいいのかなど、もう少し具体的な周知方法の検討が必要と実感しています。

【部会長】

糖尿病の重症化予防については大切な事業で、この分野だとポピュレーションアプローチというような形で、特定の人に対してやるよりも地道なところで努力を続けたほうが全体として効果が高いのではないかという研究成果が出されているようですので、色々な視点を入れながら引き続き検討し、努力していただきたいと思います。

計画事業2「生活習慣病の予防」は以上とします。

それでは、計画事業5「歯から始める子育て支援」について、地域医療・歯科保健担当副参事から説明をお願いします。

【地域医療・歯科保健担当副参事】

地域医療・歯科保健担当副参事です。よろしくをお願いします。

<事業説明>

【部会長】

ありがとうございました。委員から質問をお願いします。

【委員】

フッ化物塗布に関する質問です。年2回子どもに受診票が送られてきて無料でフッ化物塗布が受けられると思いますが、年2回を超えてフッ化物塗布をしたい場合は、有料での対応や乳児医療証で対応してくれる病院があり、歯医者によって違うと聞いたのですが、なぜ歯医者によって違うのでしょうか

【地域医療・歯科保健担当副参事】

区では、かかりつけの歯科医を持ってもらうためにも年2回としています。また、年2回の数字の根拠の一つとして、年2回でむし歯が予防できるという研究結果が過去にあったので年2回にしています。逆に、3カ月に1回ずつ、年4回としたほうが更に予防効果が高いのではないかとこの歯科医師もいます。

区として最低限、3歳から6歳のお子さん全員に対してできるサービスとして年2回という設定をしていますので、それ以上フッ化物塗布をする歯科医は、フッ化物塗布を予防行為として個別に対応してもらっています。

【部会長】

委員の今の意見は、年2回で十分なのだろうかと思ってしまう可能性があるのではないかとこの意見でもあると思いますので、周知するとき、例えば、案内文の書き方などにも工夫が必要ではないかと思いました。

【委員】

新宿区歯科医師会に入っていない歯科医院では、年2回の無料のフッ化物塗布はできないということで、全ての歯科医院で受けられるようになると、もっと高い効果が期待できるということを感じています。

フッ化物を塗布すると明らかにむし歯が少ないという結果が出ているのですから、保護者がこの機会を生かして、フッ化物塗布を受けさせようと考えてもらえるように、区でしっかりと働き掛けてほしいです。小学生になると急にむし歯が増えるということで、今後はその取組が強化されるとのことですので、ぜひ期待したいと思います。

さらに、地域活動歯科衛生士による歯科の健康教育を各保育園、子ども園で実施しているということで、対象は、保護者なのか子どもなのかを教えてください。また、ボランティアで行ってもらっているとなっていますが、無報酬でこういった活動を展開しているのはどうかと思うのですが、お考えをお聞かせください。

【地域医療・歯科保健担当副参事】

新宿区歯科医師会に加入している医院に限定しているというよりは、研修会を歯科医師会に委託しているため、研修会を受ける歯科医はどうしても歯科医師会に加入している歯科医が多くなってしまいます。

学齢期の問題です。教育委員会並びに学校歯科医会、学校医会等の専門団体とよく連携しながら、実態把握をしていこうと思っています。特に、学校で歯科健診や教育をしている歯科医、養護教諭の意見を聞きながら、実態に即した対応をとりたいと考えています。

地域活動歯科衛生士です。資格を持っていて歯科医院に就職していたが、子どもができて一度、仕事を辞めて働いておらず、せつかくの技術がそのままになっているという場合が多いので、こういった方に地域に出てもらい、地域の住民のための教育をしてもらっています。対象は、園児が中心ですが、保護者に対して行う場合もありますし、職員もそこで一緒に聞いているということもあります。

報酬は、大変安いですが、一回当たり3,000円ということで交通費程度をお支払いしています。

地域に対する熱い思いでやっていただいている方の思いの上に成り立っている事業だと認識しています。

【委員】

12歳児の一人平均う歯数が23区中22位と特別区の下位となっているようですが、22位ということについてどう考えていますか。また、虐待防止の観点からむし歯多発傾向児への対策の必要性が確認されたとありますが内容を詳しく教えてください。

【地域医療・歯科保健担当副参事】

まず、23区中22位という結果ですが、あえて実態を書きました。せっかく乳幼児の時期に親や行政職員、歯科医師会の努力でむし歯が抑えられたものが、学齢期になってきて自由に自分の生活ができるようになったときに、食生活や様々なところに問題が生じてしまい、地域によっては外国籍の方が多いとか、新宿ならではの様々な特徴もあって、健康教育が隅々まで徹底・浸透していないかもしれないという自戒の念も含めて、22位から浮上する意識が重要かなと思います。1番を目指して取り組んでいきたいということです。

2点目の虐待についてです。むし歯という疾患は、歯という硬い組織が壊れてしまうような長い生活習慣の積み重ねと考えられると思います。それは、食生活であったり、子どものむし歯があっても保護者が治療行為に結びつけられないような原因があったり、様々なことがないとむし歯という病気は進んでいかないと考えています。生活習慣の結果としてむし歯が多いということは、その生活習慣を作っている家庭環境や様々な子育ての中に課題があるとしたら、そこを改善していくことが、歯だけではなく健康全体に寄与するでしょうし、子ども自体の尊厳にもつながっていく可能性もあるので、歯と口を切り口に子どもの健康、幸せが推進できるように進めていきたいと考えています。

【部会長】

事業名が歯から始める子育て支援ですので、歯を一つの具体的な取りかかりとして子育て支援全体につなげていくという発想からも、今説明があった点は重要だと思いました。

計画事業5「歯から始める子育て支援」については以上とします。

本日はこれで終了します。お疲れ様でした。

<閉会>