

1-2-1 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令和5年1月現在の高齢化率は26.9%と、既に4人に1人が高齢者になっており、東京都全体の22.7%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、令和2年国勢調査では約75,000世帯と一般世帯総数の11.5%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、令和5年3月の要介護認定率^{*2}（20.2%）は、平成12年の介護保険制度開始時（9.1%）の2倍以上となっています。

- 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要介護2以上の認定を受けるまでの平均自立期間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（フレイル）」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。

3 認知症の現状

- 国は、令和元年6月に認知症施策推進大綱を閣議決定し、令和5年6月には共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立（令和6年1月1日施行）しました。

基本的な考え方としては、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することとしています。

都及び市町村は、この大綱に基づき、各種施策の推進を図っています。

- 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、令和4年11月時点で約49万人に達し、令和22年（2040年）には約57万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、令和4年11月時点の約36万人から、令和22年（2040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51.6%、見守り又は支援の必要な認知症高齢者の44.6%が在宅（居宅）で生活しています。^{※5}

- 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。^{※6}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】

（令和5年7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、令和5年9月現在124人であり、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、早期診断・早期対応のための認知症検診や相談体制の拡充、認知症を知る月間を活用した普及啓発、認知症地域支援推進員の配置や認知症ケアパスの充実、認知症サポーターの養成、認知症の人や家族を支える医療と介護の連携など、様々な認知症施策を実施し、認知症を発症しても安心して暮らせる地域づくりを行っています。

【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）
- 認知症の人の増加に伴う適切なケアの確保および地域社会全体で支える環境の整備（若年性認知症を含む。）

【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、高齢者に対する個別的支援や、通いの場等への積極的関与等保健事業と介護予防の一体的実施を推進するとともに、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。
- （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 認知症の人の増加（若年性含む）に伴う適切なケアの確保および地域社会全体で支える環境の整備

- （1）市は、認知症検診の実施や相談体制の拡充、認知症地域支援推進員の配置や認知症サポーターの養成、認知症疾患医療センターや認知症サポート医等との連携を強化し、認知症の早期診断、早期対応の推進をはかります。
- （2）市は、認知症の人と家族の地域生活を支える介護サービス体制の整備を行い、認知症の人と家族を支える地域づくりを推進します。
- （3）市は、認知症に関する正しい理解の普及のため広く普及啓発を実施します。
- （4）都保健所は、地域の関係機関の一つとして市の取組への支援を行います。

【重点プラン】

2 認知症の人の増加（若年性含む）に伴う適切なケアの確保および地域社会全体で支える環境の整備

【指標】

認知症の人と家族の地域生活を支える介護サービス体制の整備 ⇒ 充実する

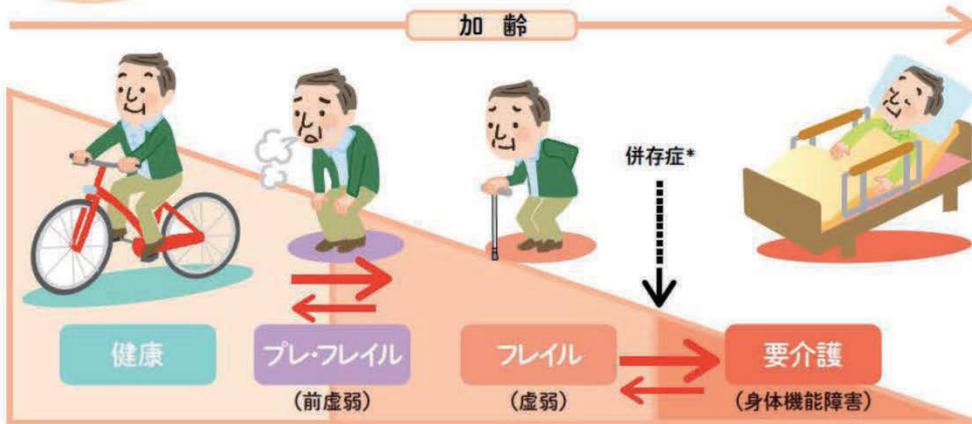
※1 東京都総務局「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」（令和5年1月1日現在）
 ※2 要介護認定率：令和4年度介護保険事業報告（東京都福祉局）
 ※3 65歳健康寿命（東京保健所長会方式）：65歳の人、何らかの障害のために日常生活動作が制限されるまでの年齢を平均的に表したもの。
 ※4 「厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）総括研究報告書 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究 研究代表者 鈴木隆雄」
 ※5 「令和4年度認知症高齢者数等の分布調査」（東京都福祉保健局高齢社会対策部）
 ※6 「若年性認知症の有病率・生活実態調査」（平成29年度から令和元年度 東京都健康長寿医療センター）

(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

フレイルの位置づけと流れ



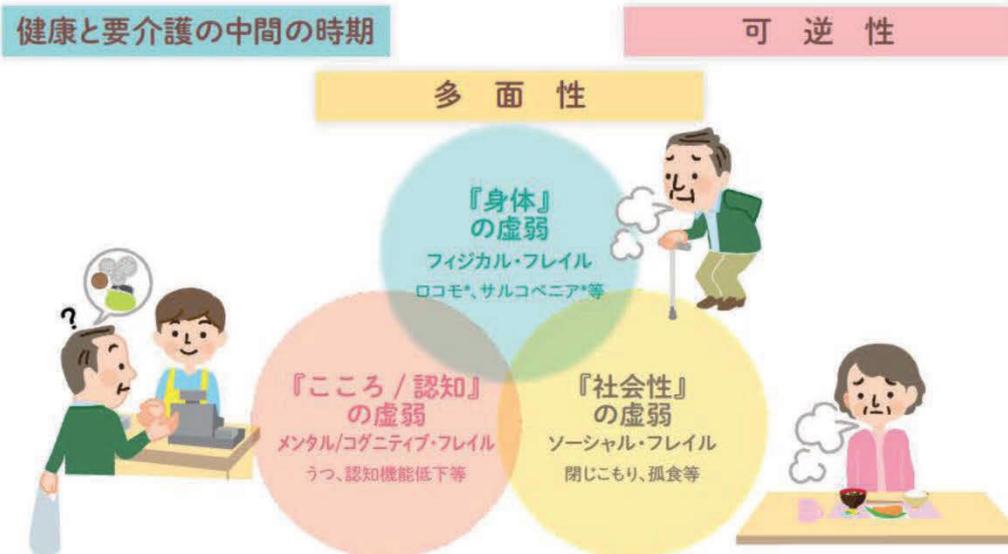
都民の皆さん一人ひとりが主役となって、いつまでもいきいきと前向きに暮らし続けるために『フレイルの予防』(虚弱、老化の予防)について考えていただければと思っています。



生活習慣病予防 <ul style="list-style-type: none"> ● 歩く・動く ● バランスの良い食事 <p>【注意】 高齢期における減量に潜むリスク</p>	介護予防 早期予防重視型 <ul style="list-style-type: none"> ● 歩く・動く ● しっかり噛んでしっかり食べる ● 社会貢献・社会参加(閉じこもらない) 	自立支援に向けたケア 多職種協働 <ul style="list-style-type: none"> ● リハビリテーション ● しっかり口腔ケア ● しっかり栄養管理 ● 少しでも外へ出る 	虚弱期のケアシステムの確立 医療・介護や住まいも含めたトータルなケアシステム <ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケア・在宅療養の推進 ● 医療介護連携の総合的な提供 ● 生活の質(QOL)を重視
---	--	--	---

(東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢: 作図改編)

フレイルの3つの要素



第2部
第1章
第2章
第3章

コラム

高齢者のフレイル予防に対する栄養面の取組 ～食べて元気になるトレーニング「Eトレ」～



1 経緯

フレイル予防は、運動・栄養・社会参加に口腔を加えた3プラス1の視点が重要な柱です。これまで町田市では、運動の取り組みとして「町田を元気にするトレーニング（通称「町トレ」）」や口腔の取り組みとして「お口を元気にするトレーニング（通称「ロトレ」）」を推奨してきました。2022年度には、更なるフレイル予防の推進として、栄養の観点からの新たなトレーニングとして「食べて元気になるトレーニング（通称「Eトレ」）」を作成しました。

2 概要

「Eトレ」は、栄養不足にならないために毎日食べたい10の食品群の頭文字をとった、「さあにぎやかにいただく」を合言葉とし、みんなで毎日楽しく食べることを大事にしています。「Eトレ」の名称は「毎日：Every day、楽しく：Enjoy、食べる：Eat」の頭文字に由来します。

市では、「Eトレ」を「町トレ」などの運動や趣味活動など日頃のグループ活動に「ちょい足し」して取り組んでもらうものと位置付け、グループで行うことを推奨しています。

3 内容

「Eトレ」は、市で作成した30分程度のDVDと読本を用いて実施します。DVDは、3部構成となっています。

1部では、栄養不足にならないために、毎日積極的に食べてほしい「10の食品群」の説明をしています。



2部では、1部で学んだ食品群のうち、自分が食べたものを確認します。

3部では、10の食品群について1日にとりたい目安量を説明し、摂取食品群を手軽に増やす工夫も紹介しています。

4 期待すること

グループでお互いの食事の工夫やコツを情報交換することで、1人で実施するだけでは得られない良い食事のヒントが得られることを期待しています。

また、昨日食べたものを思い出しながらトレーニングを行うため、頭のトレーニングになることも期待しています。

詳細は市ホームページでご覧いただけます！



EトレHP
QRコード



1-2-2 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。令和4年12月には障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現することを趣旨として一部を改正する法律が公布されました。
- 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。
- 令和3年9月には、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（以下「医療的ケア児支援法」という。）が施行され、医療的ケア児^{※1}及びその家族に対する支援に関し基本理念が定められるとともに、支援施策等の拡充が図られることとなりました。
- こうした中、東京都は「東京都障害者・障害児施策推進計画」に基づき、障害者が地域で安心して暮らし、いきいきと働ける社会を実現するため、障害者施策の総合的な展開に取り組んでいます。
- 都は、令和4年9月1日に、医療的ケア児やそのご家族が、お子さんの心身の状況に応じた適切な支援を受けられるようにするため、医療的ケア児支援法に基づく「東京都医療的ケア児支援センター」を、区部と多摩地域にそれぞれ1か所設置しました。
- また、医療的ケア児のご家族等がお子さんの成長に応じて必要な情報を得られるよう、「東京都医療的ケア児支援ポータルサイト」を開設し、ライフステージに応じた支援に関する情報や相談窓口等を、分かりやすくまとめて発信しています。
- 都は、在宅で生活をする重症心身障害児（者）や医療的ケア児を対象に、看護師が家庭を訪問し健康管理や看護技術の指導、療育に関する相談等を行う「在宅重症心身障害児（者）訪問事業」（以下「訪問事業」という。）等、在宅移行支援と療育支援を行う「重症心身障害児等在宅療育支援事業」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、乳幼児の占める割合が9割を超えており、利用者全体の約7割が超重症・準超重症児（者）^{※2}となっています。
- 重症心身障害児（者）・医療的ケア児のうち、特に、在宅人工呼吸器使用者には、災害

時に適切な支援ができるよう、災害時の個別計画作成が必要です。保健所は、市が作成する在宅人工呼吸器使用者の個別計画について技術的な支援等を行っています。

- 都においては、在宅で生活をする重症心身障害児（者）や医療的ケア児とその家族が、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しています。

【課題】

- 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
- 保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関等の連携強化による切れ目ない支援の構築

【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ができるよう、計画相談支援を担う特定支援事業所等や、日中活動の場、居宅介護サービス等の支援の充実を図ります。また、医療依存度が高い重症心身障害児（者）、医療的ケア児の中で、特に在宅人工呼吸器使用者に対する災害時の個別計画の作成を継続します。
- (2) 保健所は、医療機関との連携を推進し、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、ネットワークづくりを推進します。

2 関係機関等の連携強化による切れ目ない支援の構築

- (1) 市は、関係機関の協議の場を設け、連携を図ります。
- (2) 保健所は、市及び地域療養支援者と共に連携を図ります。

【重点プラン】

- 1 重症心身障害児（者）、医療的ケア児の療養支援の推進

【指標】

重症心身障害児（者）、医療的ケア児の療養支援 ⇒ 充実する

※1 医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童。

※2 従来の重症児と比較して、呼吸管理を中心とした継続的な濃厚医療、濃厚ケアを必要とし、モニタリングやこまかな観察を要し人手がかかる、病状が急変しやすいなどから、診療報酬上、数値化した判定基準に基づき入院費の加算が設定されている分類。

コラム

”誰にとってもやさしいまち”を目指して～医療的ケア児等への支援～

日野市では障害のあるなしに関わらず、誰もが暮らしやすいと感じる”誰にとってもやさしいまち”を目指しています。”誰にとってもやさしいまち”を実現するためには、社会にある様々な障壁を取り除いていく必要があります。

そのための取組の例として医療的ケア児等への支援についてご紹介いたします！

医療的ケア児等とは

医療的ケア児とは、日常生活や社会生活を送るために、常に人工呼吸器の使用や痰の吸引などの医療的ケアが必要な児童のことで、必要とされる医療的ケアは様々で、歩ける方もいれば、寝たきりの方もいます。

また、医療的ケア児等の中には重度心身障害児も含まれています。重度心身障害児とは重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複している児童のことで、

日野市では重度心身障害児についても医療的ケア児等として支援を行っていきます。

医療的ケア児等への支援について

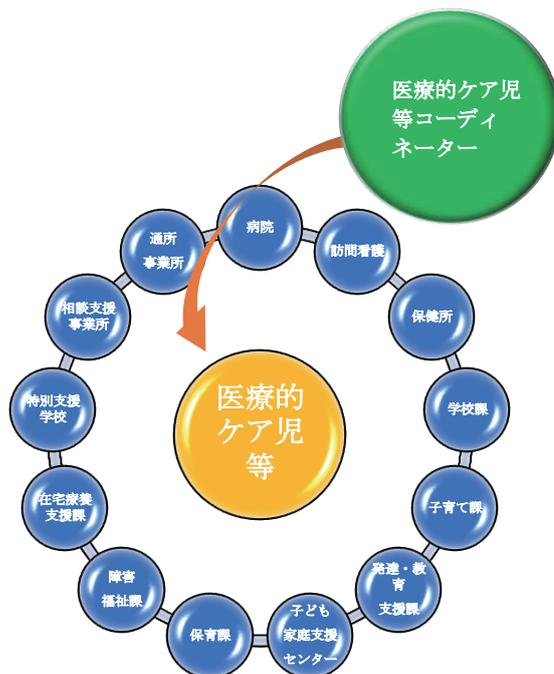
医療的ケア児等の支援については、病気や障害に対する医療的なケアの内容だけではなく、それ以上にその子がどのような生き方をしたいかという視点を持ち、充実した生活を送ることができるよう考えていくことが重要です。成長していくにあたり必要な体験や経験の不足がないよう成長段階に合わせて必要なケアと社会参加が可能な環境を整える必要があります。

そのためには医療機関や教育機関、また地域コミュニティなど、医療的ケア児等を取り巻く多種多様な機関が連携し、包括的な支援を行うことができる環境づくりが大切です。

日野市ではこんな取り組みをしています！

日野市では、医療的ケア児等への支援に携わる関係機関の連携体制の構築を目的に、令和3年度に「医療的ケア児等支援協議会」を設置し協議を進めています。本協議会では医療的ケア児等への支援における現状の課題の確認やその解決に向けた取組の検討などを行っています。令和6年度には、医療的ケア児等コーディネーターを設置する予定です。

今後も協議を進め、医療的ケア児等とご家族が安心して生活ができる環境づくりに努めていきます。



コラム

東京都医療的ケア児支援センター

東京都は、人工呼吸器による呼吸管理や、たんの吸引等の医療的ケアが日常的に必要なお子さん（医療的ケア児）やそのご家族が、お子さんの心身の状況に応じた適切な支援を受けられるようにするため、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」に基づき、令和4年9月1日に東京都医療的ケア児支援センターを区部と多摩地区にそれぞれ1か所設置しました。



1 利用対象者

都内在住の医療的ケア児やそのご家族、その支援者、区市町村、関係機関等

（参考）医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律 第14条第1号

※18歳に達し、又は高等学校等を卒業したことにより医療的ケア児でなくなった後も医療的ケアを受ける者のうち引き続き雇用又は障害福祉サービスの利用に係る相談支援を必要とする者を含む。

2 業務内容

- ・ 医療的ケア児及びそのご家族等に対する相談支援
- ・ 区市町村・関係機関等への情報提供、連絡調整



3 利用方法

電話もしくはWEBにて受付。相談費用は無料です。

相談専用電話：（区部）03-3941-3221

（多摩地域）042-312-8164

相談受付時間：月曜日～金曜日 午前9時から午後5時まで（祝日・年末年始を除く。）

参考 https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/nichijo/s_shien/ikeajiCenter.html

4 所在地

○東京都医療的ケア児支援センター（区部）

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立大塚病院内

東京都豊島区南大塚二丁目8番1号

○東京都医療的ケア児支援センター（多摩）

地方独立行政法人東京都立病院機構

東京都立小児総合医療センター内

東京都府中市武蔵台二丁目8番地の29



1-2-3 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（指定難病）は、平成27年1月初110疾病でしたが、令和3年11月に338疾病が対象となっています。また、東京都規則に基づく都単独疾病8疾病について医療費助成を行っています。

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、令和4年度末現在で14,938人です。
- 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があります。

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「東京都難病相談・支援センター」を区部に設置し、平成29年10月からは多摩地区（都立神経病院内）にも「東京都多摩難病相談・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っています。
- 都保健所では、「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の地域ケアネットワークの構築を図るため、個別ケア会議や地域関係者会議等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、南多摩保健医療圏の八王子市保健所、町田市保健所、南多摩保健所においても設置されています。
- 都は、平成23年の東日本大震災、それに続く計画停電、その後の度重なる地震及び風水害の経験により、改めて要配慮者対策、とりわけ緊急性・特殊性の高い在宅人工呼吸器使用者に対する重要性が明らかになったことから、区市町村等の関係機関及び関係者が災害時に人工呼吸器使用者を適切に支援できるよう、平成24年3月「東京都在宅人工呼吸器使用者災害時支援指針（令和2年7月改訂/令和3年3月一部改訂/令和3年8月一部改訂/令和5年7月一部改訂）」を策定しました。
- 令和3年5月に公布された災害対策基本法の改正により、避難行動要支援者の円滑かつ迅速な避難を図る観点から、個別避難計画の作成が市町村の努力義務とされています。
- 医療依存度の高い難病患者のうち、在宅人工呼吸器使用者は、災害時に安全な療養生活が送れるよう支援計画を作成することが重要であり、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っています。

【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、病状の変化等難病の特性に応じて、療養支援を行います。
- (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できるようネットワークの構築を図ります。

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災害時個別支援計画の作成を進めます。
- (2) 保健所は、市が作成する災害時個別支援計画について、技術的な支援等を行います。

【重点プラン】

2 難病患者の災害時支援体制整備の推進

【指標】

在宅人工呼吸器使用難病患者の災害時個別支援計画の作成及び支援 ⇒ 推進する

コラム

人工呼吸器使用難病患者の風水害時避難の取組み

町田市では、難病の患者への支援体制の整備を図るため、2019年度から町田市難病対策地域協議会を設置しています。近年、全国で度重なる風水害が発生しており、町田市でも2019年10月の台風19号では川が氾濫危険水位に達し、一部地域で停電もありました。こうした背景から、難病患者の災害対策をテーマに協議を重ねています。

<難病患者向けのマイ・タイムライン>

風水害は事前に予測できる災害です。人工呼吸器使用難病患者が日頃から確実に準備を行い、災害時の適切な対応に繋がることを目的として、難病患者向けのマイ・タイムラインを作成しました。

The screenshot shows the 'My Timeline' app interface. It includes sections for '平時時' (Normal times) with five levels of preparedness, '風水害 事前チェック' (Disaster Preparedness Check), '避難先' (Evacuation Site), and '緊急連絡先' (Emergency Contact). The '平時時' section lists tasks like checking evacuation routes, preparing supplies, and testing communication devices. The '事前チェック' section includes a checklist for home safety, evacuation routes, and emergency contacts. The '避難先' section provides a table for recording evacuation sites. The '緊急連絡先' section provides a table for recording emergency contacts.

風水害が来る前からの行動計画を決めておきます。

災害に備えて備蓄しておくべき物品を確認しておきます。

This section shows the '災害に備えて備蓄しよう' (Prepare for disaster) and '防災情報収集しよう' (Collect disaster information) sections. The '備蓄' section lists items like batteries, flashlights, and food. The '防災情報' section includes QR codes for disaster information and QR codes for disaster preparedness checklists. The '緊急連絡先' section includes a table for recording emergency contacts.

防災情報がスムーズに収集できるようになっています。

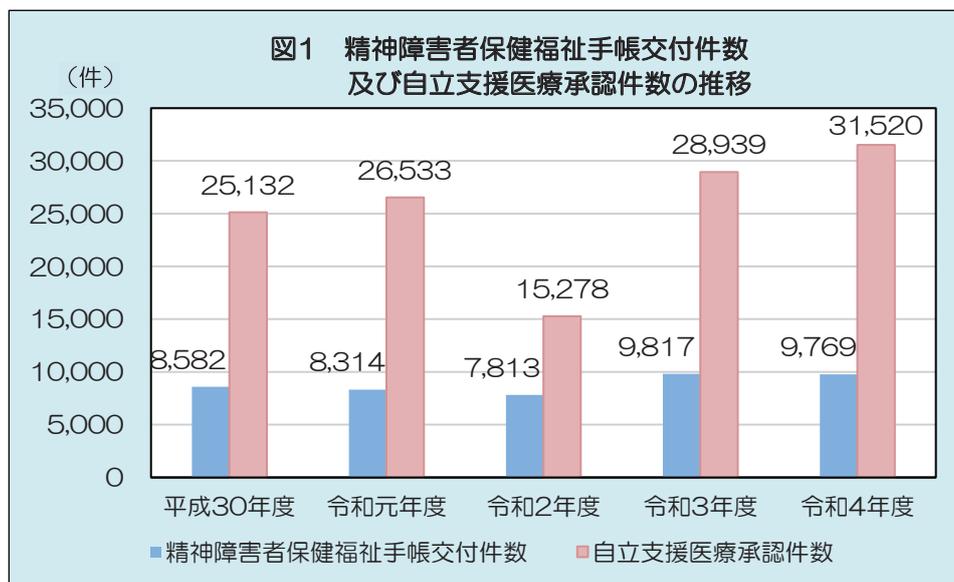


難病患者向けのマイ・タイムライン

1-2-4 精神障害者への支援

【現 状】

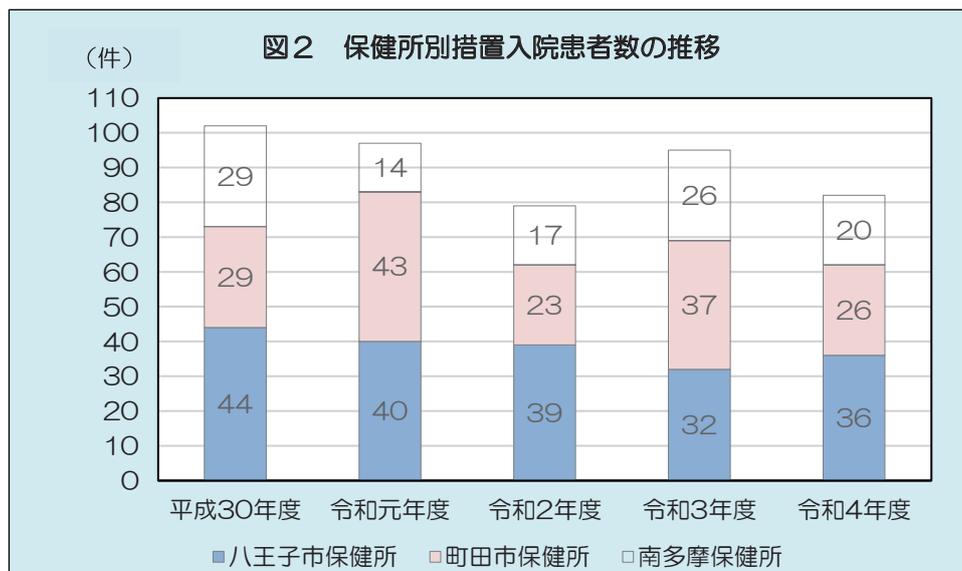
- 令和2年に実施された患者調査によると、都民の「精神及び行動の障害」の推計患者数は、51.4千人です。そのうち、入院患者は、17.4千人で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の割合が最も多く61%を占めています。入院患者数は減少傾向ですが、1年以上の入院患者は10.2千人であり、地域移行は依然として課題となっています。
- 令和5年4月に施行された精神保健福祉法改正により、医療保護入院の際に、同意が必要な「家族等」から虐待を行った者が除かれるとともに、家族等同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことが可能となりました。また、令和6年4月からは市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象となります。
- 南多摩保健医療圏の令和4年度の精神障害者保健福祉手帳の交付件数は、9,769件、自立支援医療（精神通院医療）承認件数は、31,520件であり、過去5年間で共に増加傾向にあります（図1）。



資料：東京都の精神保健福祉の動向 多摩地域編（発行：東京都立多摩総合精神保健福祉センター）

注：新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、省令改正により、令和2年3月1日から令和3年2月末までに受給者証の有効期間が満了する受給者を対象に、有効期間を1年間延長する措置を講じているため影響を受けた件数となっている。

- 令和4年度の南多摩保健医療圏各保健所の措置入院患者数は、八王子市保健所36件、町田市保健所26件、南多摩保健所20件となっています（図2）。



資料：東京都の精神保健福祉の動向 多摩地域編（発行：東京都立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年度から開始し、非自発的入院となった患者とその家族への入院中から支援を行い、退院後安心して生活できるよう支援を行っています。

○ 平成30年3月に、国において「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が発出され、令和2年1月には都において「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」（令和5年1月改訂）が取りまとめられました。これを受けて保健所に支援会議が設置されることとなり、退院後の支援を行う必要があると認められるものについて、支援計画を作成しています。

保健所は、これらのプロセスを通じて、多くのニーズや課題を抱える精神障害者が、地域で安心して生活できるよう、地域の支援関係者ととも退院後支援を行っています。

【課題】

- 非自発的入院患者に対し、医療機関を含めた地域関係機関と連携を強化し、入院中からの支援の充実
- 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
- 安心して自分らしく暮らすことができるための、地域包括ケアシステムの構築

【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、関係機関と有機的な連携を図り地域で安定した生活が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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- (1) 市は、相談支援体制の充実を図るとともに、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、医療が必要な状況にも関わらず受診ができない、医療が中断している等で、地域で生活困難が生じている事例に対して、医療の導入や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】

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

【指 標】

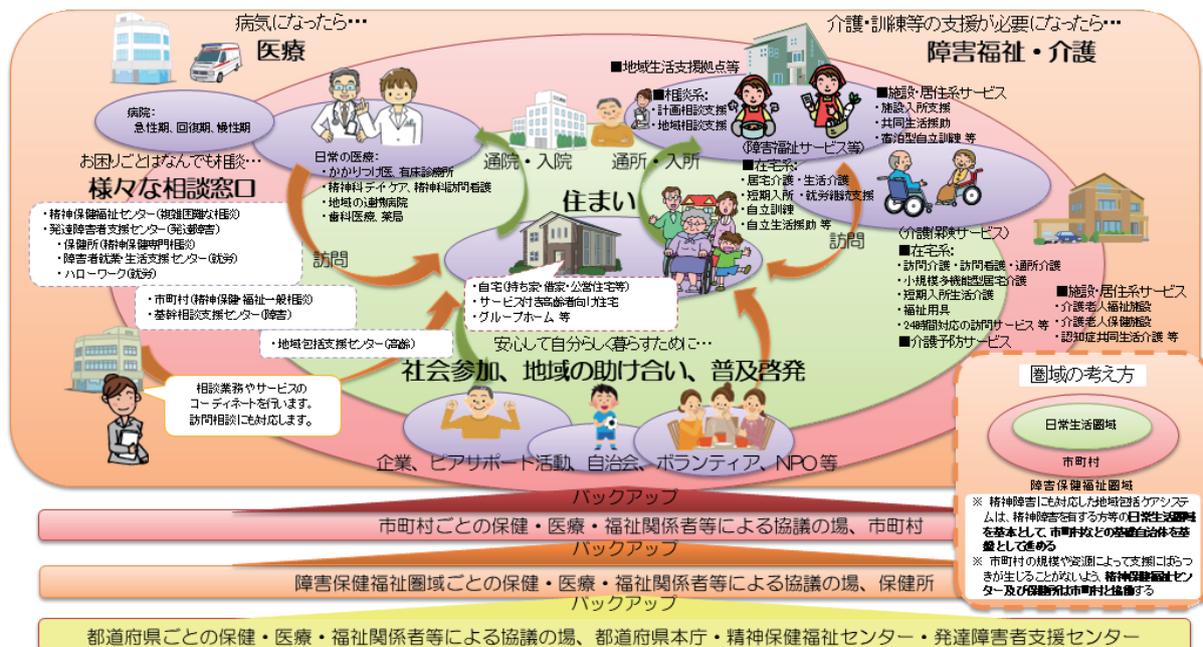
地域で安心して生活を送るため、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた連携の強化 ⇒ 推進する

※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

コラム

地域共生社会と「にも包括」

「にも包括」とは、これまで支援が届きにくかった「精神障害『にも』」様々な保健福祉の手が届くことにより、精神障害の有無にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる社会を実現するための取組みです。



出典：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル

八王子市では、これまで保健師が精神科医等と共に対象者宅へ出向く「八王子市精神障害者早期訪問支援事業」（保健対策課）や、ピアサポーターが病院を訪問する等のピアサポート活動（障害者福祉課）などに取り組んできました。

令和4年度（2022年度）には、市内精神科医療機関の精神保健福祉士等と共に、にも包括ワーキンググループを立ち上げました。

その検討過程で、本市には豊富な精神科医療機関や福祉事業所、支援可能な人材がいるね「あるね」という気付きから、にも包括事業の愛称を「あるね八王子」と決め、にも包括実現のため具体策の協議を進めてきました。

今後、この取組みを進めることで地域共生社会の実現を目指してまいります。

1-2-5 在宅療養の推進

【現 状】

- 東京都の高齢化率は令和5年1月現在では22.7%ですが、今後も上昇を続け、令和22年（2040年）には27.3%^{*1}と推計されており、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。
- 都政策企画局「保健医療に関する意識調査」（令和4年9月調査）では、都民の34.0%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」と答えていますが、そのうち58.1%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70.7%と最も多く、次いで「急に病状が変わった時の対応が不安だから」46.5%、「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」34.1%となっています。

また、都福祉保健局「在宅高齢者の生活実態調査報告書」（令和元年12月）によると、最期を迎えたい場所として自宅が最も多く41.8%でした。
- 厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（令和5年2月）によると人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っている人は1.5%、一応話し合っている人が28.4%でした。
- 在宅療養を支える中心となるのが「かかりつけ医」ですが、日本医師会総合政策研究機構が実施した「日本の医療に関する意識調査 2022年臨時中間報告」（令和4年3月調査）によると、かかりつけ医を持つ国民は全体の55.7%でした。

また、令和4年8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76.2%でした。
- 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^{*2}」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。
- 南多摩保健医療圏における5市では、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、地域の実情に応じた仕組みの構築に向けて、様々な取組を実施しています。また、誰もが住み慣れた街で自分らしく暮らし、希望に沿った最期を迎えられるための取組「ACP（アドバンス・ケア・プランニング/人生会議）」もより一層の推進が必要です。

【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	102 か所
(2)在宅療養支援病院	11 か所
(3)在宅療養支援歯科診療所	59 か所
(4)訪問薬剤指導実施薬局	259 か所
(5)訪問看護ステーション	136 事業所
(6)居宅介護支援事業所	289 事業所
(7)訪問リハビリテーション	26 事業所
(8)通所リハビリテーション	43 事業所
(9)介護老人保健施設	22 施設
(10)栄養ケア・ステーション	13 か所

* (1)～(3)は東京都医療機関情報システム「ひまわり」より収集（令和5年9月21日現在）

* (4)は東京都薬剤師会「東京都在宅訪問薬剤管理実施可能薬局検索システム」より収集
（令和5年9月21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（令和5年9月21日現在）

* (10)は公益社団法人日本栄養士会ホームページより収集（令和5年11月10日現在）

【課題】

- 地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制の構築
- 地域における在宅療養の推進
- 在宅療養生活への円滑な移行の促進
- 在宅療養にかかわる人材育成・確保

【今後の取組】

1 地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制の構築

- (1) 市は、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体として地域の实情に合わせた取り組みを推進します。
- (2) 都は、広域的な医療・介護連携、普及啓発や人材育成など、都が実施したほうが効果的・効率的な取組について、区市町村との役割分担を確認の上、関係団体等と連携し、取組を推進します。
- (3) 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。

2 地域における在宅療養の推進

- (1) 市は、在宅医療・介護連携推進事業について、地域の实情に応じた取組を引き続き推進します。
- (2) 市は、デジタル技術を活用した情報共有や地域の保健・医療・福祉関係者と病院との連携を促進します。
- (3) 市と関係者は在宅療養における安全管理や、災害時等への対応について連携して取り組みます。
- (4) 市は在宅療養やACPに関する理解を促進するための普及啓発を実施します。

3 在宅療養生活への円滑な移行の促進

市は、入院医療機関における入退院支援の取組をさらに進めるとともに、入院前から、入院医療機関と地域の保健・医療・福祉関係者等の多職種との情報共有・連携を一層強化します

4 在宅療養に関わる人材育成・確保

市は、医師会等の関係団体と連携し、在宅療養に関する理解を促進するための研修会やシンポジウムを実施するとともに、在宅療養に関わる人材を確保育成します。

【重点プラン】

2 地域における在宅療養の推進

【指 標】

在宅医療・介護連携推進事業の地域の实情に応じた取組 ⇒ 充実する

※1 東京の高齢者と介護保険データ集（令和5年6月）

※2 地域包括ケアシステム：地域の实情に応じて、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

コラム

第3回ひの在宅医療・介護サービスフェア

まだまだ元気で先のことはあまり考えたことがない、何となく不安を感じているか何を聞けば良いかわからないという高齢者やそのご家族を対象にした、日野市の在宅療養に関する普及啓発の取組の1つです。

単なる講演会ではなく賑やかなイベント仕立てにすることで、買い物のついでに立ち寄った方等が様々な情報や繋がりを一度に得られることを狙っています。

令和5年度は、コロナ禍の3年間の休止期間を挟んで久々の開催となりましたが、過去2回と同様に100人超の市民が集まる盛況な会となりました。

1 開催概要

- 日 時：11月11日（土）13：30～16：30
- 会 場：イオンモール多摩平の森3階 イオンホール
- 来場者：市内で暮らす高齢者やそのご家族 128人
- 関係者：市内の医療・介護関係者 56人



2 具体的な実施内容：ステージで全参加者向けに基本的な情報提供を行う前半、参加者が自分の興味があるブースを回って知りたい情報が得られる後半の2部構成で開催

① 前半「在宅療養の基本を知ろう！」

在宅療養の実際の様子を伝える動画と、医療・介護の専門職の方々からの補足説明（パネルディスカッション）を通じて、在宅療養に関する基本的な内容を紹介しました。



② 後半「在宅療養について理解を深めよう！自分や家族の疑問を解消しよう！」

市内の医療・介護関係者が職種毎にブースを構えて、質問・相談への対応や各種チラシ・パンフレットの配布を行うことを基本に、一部のブースでは福祉用具の体験、介護食の展示など工夫を凝らした内容で来訪者を出迎えました。



コラム

稲城市医療計画の策定に基づいた「訪問診療医ガイド」の作成

稲城市では、医療と介護との両方が必要となる割合が高まる85歳以上人口の急増を見据えて、介護サービスだけでなく、在宅医療の提供体制などについても現状の把握や検討を進めてきました。

平成28年度に10年計画として稲城市医療計画を作成し、令和2年度に第8期介護保険事業計画の作成に合わせて見直しました。その際、レセプト等のデータ分析に加え、市内医療機関にアンケートを取り、現状を把握しました。訪問診療を提供する市内の診療所は市外の患者も訪問するとともに、市民は市外の訪問診療も利用している実態も分かりました。患者が通院できなくなった場合の対応について、訪問することを考えている市内の診療所はなく、訪問診療を提供する医療機関を紹介することを想定していることも分かりました。さらに、市民が救急搬送される際の受入れ先の4割は市立病院でしたが、残りは二次医療圏外の市にある病院であることも分かりました。

これらの現状を踏まえ、在宅医療の提供体制の効率化を図るにあたっては、市内診療所や市外病院が円滑に在宅医療を提供する診療所につなげることが重要だと考えました。在宅医療が必要な方たちが円滑に活用できることを目指し、本人や家族に選択いただくことがQOLに資するという観点に加え、こうした経緯を踏まえて第8期介護保険事業計画に位置付けるとともに、作成したのが「稲城市民のための訪問診療医ガイド」です。作成に当たり各診療所を巡り、医師を志した動機やモットー、休日の過ごし方等を取材するとともに、患者や関係機関等の読者が訪問診療医を身近に感じてもらうようガイドにはこれら情報とともに医師の顔写真も掲載しています。

作成したガイドは、顔が見える関係がまだ構築できていない病院等の関係機関には手渡しで配り、関係の構築に活用しています。このことで、関係機関が市民に在宅医療を紹介する機会が増えています。

PR

有床診療所（19床）のため、入院・外来診療もできます。24時間365日対応しております。外科・皮膚科・循環器内分泌・泌尿器など、専門医や女性医師も在籍しています。法人内に訪問看護ステーションやグループホーム、居宅介護支援事業所等があるので、トータルサポートができます。不安の無いような生活が送れるように、クリニックで完結できるようにサポートします。



関根 秀明 医師（院長）

経歴：杏林大学医学部卒業
 専門医：日本内科学会認定総合内科専門医、
 日本呼吸器学会認定専門医、日本感染症学会認定専門医

～医師・訪問診療を目指したキッカケ～

やりがいのある仕事をしたいと思い、親戚にも医師がいたので目指しました。緩和病棟に勤務していた頃、最期は自宅ですごしたいという患者様が多く、有床で外来診療のできるクリニックを開院しました。

～診療時に心がけている事、やりがい～

患者様やご家族のご要望に応えられるオーダーメイド医療を第一に心がけています。感謝していただいた時は、訪問診療医になって良かったと思います。

～ストレス発散方法～

お酒やカラオケが好きです。お休みの日は、家でのおんびりTVを見たり、美味しいものを食べたりしています。

～先生からの一言～

〈専門職の皆様へ〉医療は連携が無いと出来ないと考えています。気軽に連絡してください！
 〈市民の皆様へ〉困ったことがあったら、いつでもご相談下さい。

1-2-6 医療連携体制の推進

【現 状】

1 脳卒中医療連携の現状

- 国は、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病（脳卒中、心臓病その他の循環器病）対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病にかかる対策に関する基本法」を令和元年12月に施行しました。
- 都は法第11条に基づき「東京都循環器病対策推進計画」を策定し、脳卒中・心臓病その他の循環器病対策に取り組んでいます。都保健所は、引き続き、二次医療圏ごとに設置する圏域別検討会において、脳卒中に関する事業等を実施することとなっています。
- 脳卒中による死亡者は、令和4年人口動態統計によると、全国においては死亡者数の6.9%、東京都及び南多摩保健医療圏域においては6.5%と、いずれも死因別で高い状況があります。
- 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。
- 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。
- 近年注目されている、カテーテルを用いた血管内治療については、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

院搬送が必要な場合があります。都は血管内治療ができない病院から、実施可能な病院への転院搬送が円滑・迅速に可能となるよう、病院端末装置に「脳血管内治療」の項目を追加するとともに、デジタル技術を活用した連携ツールの整備を支援するなど、脳卒中急性期医療機関間の情報共有を充実させています。

- 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、医療法人社団永生会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、近年の研究では、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。

- 令和2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579万人を超え、依然として増加傾向が続いています。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、令和4年には慢性透析患者数は34万人を超え、新規透析導入患者の4割弱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。
- 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発症予防、発症時の特徴（早期発見）及び病気に関する正しい知識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
- 生活習慣と無関係に発症する1型糖尿病の理解促進

【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、脳卒中の発症予防、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、重症化予防等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、重症化予防及び1型糖尿病理解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。

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、1型糖尿病のタイプなどに応じて、適切な治療に繋がるよう、医療従事者に対して、一層の理解促進を図ります。

(脳卒中医療連携)

【重点プラン】

1 (2) 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)

【重点プラン】

2 (3) 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

※ t-PA療法：脳梗塞の発症4.5時間以内に開始するt-PA（組織プラスミノゲン・アクチベーター）を使用した血栓溶解療法

コラム

医療連携（脳卒中）の推進

◎ご存知ですか？ACT FAST～南多摩保健医療圏脳卒中医療連携協議会～

皆さんは、「ACT FAST」を聞いたことがありますか

FACE（顔）：片側が下がって動かない

ARM（腕）：片側の腕に力が入らない

SPEECH（言葉）：ろれつが回らない・言葉が出ない・他人の言うことが理解できない

顔、腕、言葉に一つでもこのような症状が突然生じたら、脳卒中の疑いがあります。

TIME すぐに！

ACT 救急車を呼んでください。

脳卒中から大切な人生を守るために、「ACT FAST（迅速な行動）」是非覚えてください。

南多摩保健医療圏脳卒中医療連携協議会では、地域の様々な機関等と連携のもと、圏域のみなさんに脳卒中の予防や「ACT FAST」等の普及啓発を実施し、圏域内の医療・介護サービス等と連携し、脳卒中患者の急性期から回復期、維持期（在宅での療養）までの切れ目のない連携体制の充実に取り組んでいます。

