

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議・
在宅療養ワーキンググループ】
『会議録』

〔島しょ〕

令和7年2月12日 開催

【令和6年度第2回東京都地域医療構想・

調整会議・在宅療養ワーキンググループ】

『会議録』

〔島しょ〕

令和7年2月12日 開催

1. 開 会

○立澤課長：定刻となりましたので、令和6年度第2回目となります東京都地域医療構想調整会議（島しょ）及び在宅療養ワーキンググループを開催させていただきます。

本日はお忙しい中ご参加をいただきまして誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、東京都保健医療局医療政策部、計画推進担当課長の立澤が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で開催いたしますので、事前に送付しております「Web会議参加に当たっての注意点」をご一読いただき、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配付資料はボリュームが多くて大変恐縮ですが、事前に送付しておりますので、よろしければ、資料をご覧いただきながら、会議にご参加いただければと思います。説明の際にも画面上で投影いたしますので、そちらをご確認いただいても結構でございます。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

東京都医師会の土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：日中の業務のあとご参集いただきありがとうございます。

きょうは、資料のボリュームがすごく多いですが、メリハリをつけて聞いていただければと思っております。

1つは、報告事項の3つ目の「新たな地域医療構想について」です。

現行の地域医療構想は、ことしが目標年ですが、2040年に向けて新たな地域医療構想が始まることになっております。現行とどこが違うかを聞いていただければと思います。

それから、議事としての3番目は、いつもの意見交換の場で、そこでのキーワードは、「地区診断」ということです。

この2点について特に議論していただければと思います。

きょうは、どうぞよろしくお願いいたします。

○立澤課長：ありがとうございました。

続いて、東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井よりご挨拶を申し上げます。

○岩井部長：医療政策担当部長の岩井でございます。

皆様方には、日頃から東京都の保健医療施策に多大なるご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、調整会議と在宅療養ワーキンググループの同時開催となっておりますが、土谷副会長からお話ございましたように、このほど国が取りまとめた新たな地域医療構想に関するご報告ですとか、最後に意見交換の時間を取っております。

島しょ特有の事情もあろうと思いますので、積極的なご発言を賜ればと思います。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

○立澤課長：ありがとうございました。

本会議の構成員ですが、お送りしている名簿をご参照ください。

なお、オブザーバーとして、地域医療構想アドバイザーの先生方にも、会議にご参加いただいております。

また、他の区域の副座長の先生方から会議に参加のご希望がございまして、Web等で参加されておりますので、ご承知おきください。

本日の会議の取扱いについてですが、公開とさせていただきます。傍聴の方がWebで参加されております。

また、会議録及び会議の資料につきましては、後日公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

構成員の先生方、よろしければ、カメラをオンにしてご参加いただけますと、会議が進めやすいものですから、ぜひご協力をお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を田口座長をお願いいたしました。

2. 報告事項

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

○田口座長：座長の、島しょ保健所長の田口です。よろしくお願いいたします。

それでは、まず報告事項の1つ目について、東京都から報告事項（1）の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部保健医療計画担当の井床より報告させていただきます。

在宅療養ワーキンググループの開催について、資料1－1を用いてご説明させていただきます。

左側に各圏域の開催日、区中央部の11月22日から北多摩南部の1月24日までの12圏域で実施いたしました。

また、今年度の意見交換内容は右側に記載のとおりで、第1回の調整会議で意見交換をいただきました複数疾患を有する高齢患者などの受入れ等に当たり、医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に関係者間で連携するか、現状の医療連携の際の連絡方法・手段について課題があるか、この2点について、在宅療養の場面に置き換えた内容にて意見交換をいただいております。

資料1－2－1をご覧ください。

こちらは、各圏域の議論を踏まえたまとめの資料でございます。下段に意見をまとめておりまして、①については、相互の職種の理解が進めば、タスクシフト・シェアにつなげられる業務を相互に探ることができるのではないかと、人材不足の中で医療と介護がお互いにカバーできるところはカバーすることが求められる。

移動時間を短縮し、まとまった地域を効率的に巡回するシステムを構築していく必要。

在宅を担う医師以外の往診可能医師リストを作成し、横のつながりを構築することが必要、などの意見がございました。

②については、多職種連携に関して、連携の方法が定まっていない。MCSなどの利用について、個人情報や法人の兼ね合いで使いこなせていない部分があり、他事業所と連携が難しい一面がある。施設や職種により連絡方法が異なり、相手先によって変えていくのも大変、といった意見が上がっておりました。

このほかに、地域によって自区内在住の医師、介護職が少ないため、休日・夜間が手薄な状態となる。コミュニケーションを促進するICTツールの導入や、それを使いこなすリテラシーの向上が必要、といった意見も多くございました。

資料1-2-2をご覧ください。こちらは、各圏域の主な意見をまとめており、参考にご覧いただければ幸いです。

なお、島しょ圏域につきましては、例年、第2回の地域医療構想調整会議と在宅療養ワーキンググループを合同で開催させていただいております。

今回は、議事の最後の意見交換におきまして、ACPや在宅療養も含め、島における現状や課題に関してご意見をいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上となります。

○田口座長：ありがとうございました。

ただいまの報告事項についてご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

本土での状況ということですが、人材不足というようなところは、本土と共通するのかなというところと、一方で、本土のほうは、在宅の資源があるんだと言えるようなところもあると思いますが、何かございますか。

よろしいでしょうか。

(2) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○田口座長：それでは、次の報告事項（２）に進みたいと思いますが、「外来医療計画に関連する手続の提出状況について」は、配付資料で代えるとのことです。

（３）新たな地域医療構想について

○田口座長：続いて、報告事項（３）の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：「新たな地域医療構想」について、資料３をご覧ください。

国で昨年の３月から検討会を設置して議論が行われていましたが、１２月１８日に検討会の取りまとめが公表されており、国の資料を使って概要をご紹介します。

なお、この取りまとめでは、構想策定に関する具体的な内容の詳細は示されておらず、来年度、国が策定するガイドラインの中で明らかになっていく見込みです。

その上で、明確に方向性が示された点をご紹介しますと、まず、こちらのページ、下の枠、左側の（１）「基本的な考え方」の３点にあるとおり、新たな構想は医療計画の上位概念と位置づけるとのことです。

次に、（２）①「病床機能」報告は、今後も継続されますが、「回復期機能」については、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」と位置づけるとのことです。

さらに②、新たに「医療機関機能報告」として、各医療機関が構想区域ごとや広域的な観点で確保すべき機能などを報告する制度を設ける、とされております。

また、今後のスケジュールですが、次のページの中ほど、青いラインのところにあるとおり、２０２５（令和７）年度に国がガイドラインを策定し、８年度に都道府県が将来の方向性や将来の病床数の必要量の推計などを行い、９～１０年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化、連携の協議等を進めていく、とされております。

今後も、ガイドラインの内容が分かり次第、調整会議でご報告していきたいと

考えております。

次ページ以降には検討会の取りまとめの全文を付けておりますので、後ほどご覧いただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○田口座長：ありがとうございました。

報告事項（３）について、ご質問、ご意見等のある方はいらっしゃいますか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：少しだけポイントをお示ししたいと思います。

島しょにおいては、調整会議と在宅療養ワーキンググループを同時開催していますが、今後の新たな地域医療構想のポイントはまさにそこなんです。

今までは病床の話、入院の話を中心にやっていたわけですが、今後は、２０４０年に向けての「基本的な考え方」のところに書いてありますが、外来、在宅、介護とも連携してやりましょうということです。

島しょにおいては、今までの流れのように、入院だけではなくて、これからは、特に、外来、在宅、介護も含めて話し合っていきたいと思います。

あと、「回復期」という名称が、高齢者の救急も含めて「包括期」と変わりますということがありますが、島しょにおいては、そんなに大きな変化はないかなとは思っています。

ただ、「協議の場」ということで、いろいろな分野の話もすることになりますので、今後はもう少し工夫しながらやっていかなければいけないと思っております。

○田口座長：ありがとうございました。

何かご質問、ご意見はありますか。

では、私からいいですか。

確認ですが、医療計画の上位概念に位置づけるということですが、このスケジュールを見ると、一度に決まっていかないように思われます。令和８年度からりばな本がドンとできるということではないという理解でいいのでしょうか。

○立澤課長：新たな地域医療構想は、国のほうで令和7年度にガイドラインを出して、令和8年度に策定ということになっておりましたが、国の検討会でも、単年度ではなかなか難しいということになっております。

そのため、令和8年度は、将来の方向性、将来の病床数の必要量の推計等やっていき、9年度と10年度で、各医療機関の先生方からご報告をいただいたあと、地域でこういった機能があるかということを見ながら、機能分化、連携について協議していきましょうということになっております。

ですので、大枠を8年度で決めた上で、実際にどのように連携していくかという議論を2年間やっていって、3年間で形づくっていくということになっております。

そして、こういった内容を次の保健医療計画で反映させていくということを、国では描いているようですので、今後、そのガイドラインを見ながら、細かい話をご報告させていただきたいと思っておりますが、現状ではこのようなスケジュールが示されているということになっております。

○田口座長：ありがとうございます。

概念を何年間か話していって、それを具体的なものに落とし込んだものが第9次の医療計画になるというような感じでしょうか。

○立澤課長：大きなコンセプトは、将来どうしていくかというのが、この新しい地域医療構想で上位概念として決めていき、それを具体的に、6年間の行動計画として具体的な計画を考えるというのが、医療計画のなるということに、今回位置づけが変えられました。

以前は、新しい地域医療構想は、あくまでも医療計画の中のパートの一つだったのですが、その順位が逆転したということが、今回示されております。

ですので、8年度の議論はすごく重要になってくると思いますので、そこでも、いろいろなご意見をいただきながら、医療計画に反映させていきたいと考えております。

○田口座長：ありがとうございます。

何かご質問、ご意見はございませんか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：この地域医療構想が医療計画の上位概念になるということは、皆さんにとってどういうことかといいますと、地域医療構想会議での意見が医療計画の上になる。つまり、皆さんの意見が医療計画によく反映される可能性があるということで、皆さんのご意見は非常に重要になるということです。ぜひ積極的にご発言いただければと思います。

○田口座長：ありがとうございます。

この会議がより重要になるということですね。緊張いたしますね。

私からも一つお伺いしてもいいでしょうか。

これまでの「回復期」の機能について、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能を追加し、包括期機能として位置づける」となっていますが、この「包括期機能」という名称も、イメージがよく湧かないんですが、これは、「回復期」のベッドに急性期患者を受け入れる機能があったら、「包括期」のベッドになるということでしょうか。

○立澤課長：これまでの4機能のうち、回復期については、どちらかというと、急性期から下りの患者さんを受け入れて在宅に戻していくというような位置づけが考えられていましたが、「実態と合っていない」というご指摘が従来からいただいていた。

また、今後は高齢者の救急患者が増えていくと言われておりますが、本当に手術を必要とするのか、そうではなく、いろいろな複数の疾患を抱えていて、状態が悪くなって、一時的に受け入れるけれども、手術とかはしなくて、状態がよくなれば帰すという、サブアキュートというか、亜急性期のような患者さんを受け入れる機能が、これからより必要になるのではないかという議論があります。

ですので、今までの急性期からの下りを受け入れるような回復期の機能にプラスして、本当の急性期じゃないような患者さんを受け入れるような役割も含めて、「包括期機能」と位置づけようという議論が、国でされていました。

つまり、これまでの「回復期」の役割を変えるというよりは、「回復期」にプラスして、今後必要になりそうな高齢者救急の役割も含めて「包括期」として位置づけるという形で、今回示されております。

○田口座長：ありがとうございました。

ご存じのとおり、島しょ地域はいろいろな意味で特異な圏域で、ベッドは急性期しかないという地域になっています。

私が気になったのが、このあとで出てきますACPとかにも関係があると思いますが、例えば、若い方だったら、ヘリコプターを呼んで、東京に行ってもらいようになっても、事前の話合いに基づいて、「この方の場合は島で診ていきましょう」というようなベッドが、ここに位置づけられてくるのかなと思いましたので、急性期しかない島しょにとって、今後は変わる可能性があるのかなと思ったので、質問させていただきました。

○立澤課長：どのような分け方になるかということは、今後ガイドラインとかで考え方が示されることになると思いますので、そういったところも今後ご紹介させていただきたいと思っております。

○田口座長：ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：結局、病床機能を報告しても、「回復期って何だ」という話が多かったんですが、今後も、「包括期って何だ」みたいな話になってくるかもしれないと思っています。

この病床機能報告というのは、ただの行政的な手続きの一つとして位置づけられているだけですので、今後は、「病院そのものがどんな病院なのかが分かったほうがいいじゃないか」ということで、「医療機関機能報告制度」というものが始まることになったわけです。

ですので、医療連携とか患者さんがどこに入院するとなったときには、病床機

能報告を気にしているわけではなく、この「医療機関機能報告」というのが、そういうことに活用されるように移っていくということになりそうです。

○田口座長：私はちょっとうがった見方をしてしましまして、急性期が日本は多くて、回復期、慢性期がより足らなくなるのに、黙っていても、急性期が減ってこないで、「こういうのも回復期になりますよ」というようにして、そっちに移していくということに、実態は変わっていないのに、こっちに位置づけられるベッドが増えてくるのかなと思うんですが、そういうことでしょうか。

○土谷副会長：中身より“看板”の話なんですよ。

○田口座長：そういうことなんですかね。

○土谷副会長：恐らくそうだと思います。

○田口座長：いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

3. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について（協議）

○田口座長：議事の1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料4－1をご覧ください。

制度の概要については、1ページ目に記載のとおりです。外来機能の明確化、連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化するというものです。

各医療機関が外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無などを、外来機能報告で都道府県に報告し、都では調整会議で毎年度協議を行い、協議が整った医療機関を公表しております。

今回、島しょ圏域におきましては、紹介受診重点医療機関となる意向のある医療機関はございませんでしたが、参考までに、他の圏域で協議した内容を簡単にご説明させていただきます。3ページをご覧ください。

紹介受診重点医療機関については、点線囲みのところにございますとおり、国が「基準」と「水準」を定めており、東京都では、こちらに基づき、この上の記載のとおり、①国が示す基準を両方満たす場合と、②国が示す基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準を両方満たす場合に認めるとしております。

4ページは、基準、水準を満たさない医療機関の取扱いについて協議した内容になります。時間の都合で説明は割愛いたしますので、後ほどご覧いただければと思います。

資料4-2で、島しょの個別の医療機関の状況をまとめております。

最後に1点補足ですが、前回の外来機能報告の紹介率、逆紹介率の報告対象期間は、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間のデータでしたが、今回の令和6年度の報告では、令和5年4月から令和6年3月までの通年のデータとなっております。

説明は以上でございます。

○田口座長：ありがとうございました。

島しょでは手を挙げたところはなかったということですが、紹介率、逆紹介率というのは非常に高い基準で、島しょ地域ではあり得ないというか、出てこない数字になりますよね。

何かご質問、ご意見のある方はおられますか。

西田先生、お願いします。

○西田理事：資料4-2についてですが、八丈島には八丈病院しか入っていないんですが、「岩渕医院」がなくなったあと、「こころみクリニック」とかが入っていると思うんですが、

○井床課長代理：外来機能報告の報告対象の医療機関というのが、病院と有床診療所になっていますので、無床診療所については任意ということになっていますので、それで報告はないということだと思います。

○西田理事：分かりました。ありがとうございます

○田口座長：それでは、次の議事に進めさせていただきます。

(2) 2025年に向けた対応方針について

○田口座長：議事の2つ目は、2025年に向けた対応方針についてです。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：資料5－1をご覧ください。

国の通知に基づき、各医療機関から、2025年における役割や機能ごとの病床数などを対応方針としてご提出いただき、それぞれの圏域において確認し、合意を図るというものです。

協議の方向性ですが、令和4年度第1回の本調整会議において、病床の機能分化は目指す方向に進捗していることや、高齢人口の増加は今後加速し、医療需要が増大する2040年以降に向けた検討が重要であることなどを理由に、2025年に向けては、原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応方針として合意することについてご了承をいただいております。

この島しょ圏域におきましては、全ての病院、有床診療所から対応方針をご提出いただいております、前回までに既に合意済みであるとともに、前回の調整会議以降に圏域内の医療機関から内容変更のご連絡もいただいております。

なお、医療機関の一覧につきましては、5－2－1で病院について、5－2－2で診療所について、全圏域分を用意しておりますので、後ほどお時間のあるときにご参照いただければと思います。

また、参考資料２－１と２－２で、例年どおり、病床機能報告の結果について、機能別病床数の状況や病床利用率、平均在院日数等を都全体と圏域別に取りまとめておりますので、こちらも後ほどご覧いただければと思います。

説明は以上となります。

○田口座長：ありがとうございました。

何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

資料５－１は八丈病院だけということですが、この「慢性期」は、「１０人未満のため数値なし」ということは、１桁の数字だったので、このようになっているということですね。

○立澤課長：はい。１桁と試算されたので、ここについての病床の設定はないとされておりましたが、そもそも、この必要量が策定当時の必要量が変わってなくて、国のほうでも更新していない状況になります。

現状と乖離しているということがありますが、「ここの差を捉えて、埋めよう」とかいった議論は、余り意味がないと言われてきておりますので、あくまでも参考としてご覧いただければと思っております。

○田口座長：ありがとうございました。

実際は、「包括期機能」の話とも通じるのかもしれませんが、機能的には、「回復期２０」というところを、まさしく八丈病院さんは担っていらっしゃるよね。木村先生、いかがでしょうか。

○木村（八丈病院 院長）：当院では、急性期から慢性期まで担っております。

○田口座長：ベッドとしては、届け出はそうならないけれども、機能は担っているということですね。

○木村（八丈病院 院長）：島の人が全部来られますので、何でも対応せざるを得ないということです。

○田口座長：ただ、慢性期が10人未満というのが、本当かなと思ったんです。

実際問題、高齢化が進んでいますので、もうちょっと上の数値が出てもいいんじゃないかと思ったんですが、

○立澤課長：これは、平成28年当時の国の策定のルールに基づいてつくったものですので、新しい地域医療構想では、恐らくこの辺はまた見直されることになると思いますので、そのときには、実情に合った数字になればと思っておりますが、国がどのような考え方を示すかによって変わってくるかもしれませんので、そこは注視している状況です。

○田口座長：ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

（３）地域連携の推進に向けて（意見交換）

○田口座長：議事の3つ目です。「地域連携の推進に向けて」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料6－1をご覧ください。

こちらの資料では、地域連携の推進に向けて、2点ご説明をいたします。

1点目は、現行の地域医療構想に関する推進区域対応方針案について、2点目は構想区域の地区診断等をもとにした意見交換です。

まず1点目についてご説明いたします。

こちらの資料は、第1回の調整会議の際にもお示ししております。今年度、来年度の調整会議において、各地域の現状把握、課題の確認等を行いながら、新たな地域医療構想策定に向けて、2040年を見据えた対応について議論をさせていただき、新たな地域医療構想の策定に向けた準備を進めていきたいと考えてお

ります。

次に、推進区域の区域対応方針案についてです。

こちらは、概要にあるとおり、国は現行の地域医療構想について、2025年に向けて取組みを進めるため、各都道府県で推進区域を設定し、区域対応方針を策定するよう通知をしております。

前回の調整会議でもご説明しましたが、東京都は、全13構想区域を推進区域とすることを国に報告しており、参考資料3のとおり、その内容で国が推進区域を設定しました。

推進区域については区域対応方針を策定することとされ、概要の2つ目にあるとおり、国の様式例では、推進区域のグランドデザイン、課題、具体的な対応方針や取組みなどを記載することとされており、これらに基づき、都の区域対応方針案を作成いたしました。

なお、都では、現在、地域医療構想の実現について都全体で取組みを推進しており、また、疾病事業ごとの医療提供体制についても、各疾病事業の特性や医療資源の分布の状況などに応じて、区市町村単位から都全域まで事業推進区域を柔軟に設定、運用しております。

こうしたことから、区域対応方針案については圏域ごとのものではなく、都全体で1つの方針を策定して、取組みを進めていきたいと考えております。

それでは、区域対応方針案のポイントをご説明させていただきます。

まず、グランドデザインとしては、平成28年7月策定の現行の地域医療構想で、既に「東京の2025年の医療～グランドデザイン～」として、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を描き、その実現に向けた4つの基本目標を掲げ、取組みを推進してきました。

その後、地域医療構想を保健医療計画に一体化させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を計画の基本理念とし、地域医療構想の実現に向けて、疾病、事業ごとの取組みを推進しております。

こうしたことから、残り1年と迫った2025年に向けては、現在の地域医療構想のグランドデザインを継続していきたいと考えております。

続いて、課題としては、2025年に向けては、高齢化の進展の中で切れ目のない質の高い医療を効率的に提供するため、医療機関等における地域や地域を越

えた連携の一層の促進が必要と考えております。

また、新たな地域医療構想でターゲットとされる2040年を見据えると、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する一方、生産年齢人口の減少により医療従事者確保の制約が指摘されており、今後、医療だけでなく、介護、区市町村等の関係者間で一層連携が深まるよう、議論が必要と考えております。

この課題を踏まえた今後の対応方針等ですが、2025年に向けた対応としては、医療機関等における地域や地域を越えた連携のより一層の促進を図ることを対応方針としたいと考えております。

この方針に基づく取組みとしては、様々なデータを活用し、地域の医療提供体制の現状把握、課題確認を行い、連携促進に向けた取組みなどの検討、また、入院医療と在宅医療関係者との相互理解が深まるよう、調整会議と在宅療養ワーキンググループ間で情報共有等の連携の実施とすることを考えております。

これらの取組みの到達目標としては、まず、国通知で目標とするよう示されております2025年に向けた各医療機関の対応方針の策定率を都全体で100%とすることを目指すほか、地域の医療機関等における連携強化、病院・診療所と地域の多職種の間での相互理解と連携強化を図ることとしたいと考えております。

また、2040年を見据えた対応も記載したいと考えており、対応方針としては、医療だけでなく、介護、区市町村等関係者間の連携が一層深まるよう議論を進めること。取組みとしては、新たな地域医療構想に関する検討で挙げられた医療機関に関する事項等について必要な議論を進めることとし、到達目標としては、議論の推進とともに、新たな構想確定に向けた必要な協議の場の準備を進めることとしたいと考えております。

以上が区域対応方針案の概要でございます。

なお、実際の文案につきまして資料6-2としてお付けをしておりますが、先ほどの内容について、1ページ目にグランドデザインと課題、3ページに対応方針、4ページに取組みと到達目標を文章で記載しております。

皆様からのご意見を踏まえながら最終的に都で策定したいと考えておりますので、ご意見のほどよろしくお願いいたします。

説明は以上でございます。

○田口座長：ありがとうございました。

それでは、推進区域の区域対応方針（案）について、何かご質問、ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

島しょ地域を含めた全都で考えていくということですが、よろしいでしょうか。

それでは、引き続き、東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、先ほどの資料6－1の続きから説明をさせていただきます。次の3ページをご覧ください。

先ほどもご説明しましたが、今後の調整会議では、2040年を見据え、各地域の現状把握、課題の確認等を行い、新たな地域医療構想策定に向けた準備を進めていきたいと考えております。そのため、様々なデータを活用し、各区域の地区診断を行い、地域連携のより一層の推進に取り組みたいと考えており、意見交換をお願いできればと思っております。

今回の意見交換に当たり、他の圏域と同様に、参考資料を2点ご用意しております。

1点目は、下段の①に記載の、地区診断のための関連データとして、DPC導入の影響評価に係る調査である退院患者調査に基づくデータを、参考資料5としてまとめております。

2点目は、下段の②に記載の事前アンケートで、都内病院に地域の連携等に関するアンケートを実施し、圏域ごとの結果を資料6－3でまとめております。それぞれの資料について簡単にご説明をさせていただきます。

まず、参考資料5をご覧ください。

こちらは、昨年10月10日の国の研修会において、これまで長く地域医療構想に係るデータを示されてきた産業医科大の松田教授から地区診断についての講義があり、今回はそちらをもとにデータをまとめております。

松田先生の講義の中では、地区診断の視点として、少子高齢化の進行によって、地域の医療・介護ニーズの変化が地域によって異なる形で生じていること、また、2040年までには特に複合ニーズを持った高齢患者が増加すること、さらに、高齢化が進む地域社会においては典型的な急性期の症例は減る一方で、慢性期か

ら繰り返し発生する急性期イベント、肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再発脳梗塞などへの対応が必要であると示されました。

その上で、様々なデータを用いて、構想区域ごとに地域の医療資源の提供状況を分析することについて講義がされました。

他の圏域では、DPCデータをもとに、高齢者に多い疾患について、圏域での受入れ状況等をまとめておりますが、島しょにつきましては、DPC対象病院が町立八丈病院のみとなりますので、基幹病院である広尾病院が所在する区西南部のデータに八丈病院を追加する形で作成させていただきました。

まず、DPC導入病院の入院患者のうち救急車で搬送された患者数について、多い順に並べた資料です。広尾病院は、上から3番目で、1430件で、八丈病院は、137件対応しております。

なお、MDCの01から18までで色分けをしております。

次のページは、同じデータについてMDC別患者割合を示した資料です。前のページと見比べていただくと、一定の件数を受け入れている病院は、割合は若干異なりますが、MDCの幅広い疾患に対応しているように思われます。

続いて、入院患者のうち「手術あり」の患者数について、多い順に並べた資料です。広尾病院は、上から8番目で、2308件で、八丈病院は、39件対応しております。

次のページは、同じデータのMDC別患者割合を示した資料です。こちらも前のページと見比べていただくと、件数の多い病院では、MDCの幅広い疾患の手術を実施している一方、件数の少ない病院では一部の疾患の手術を集中して実施している状況が分かります。

次のページからは、松田先生が講義で示された慢性期から繰り返し発生する急性期の高齢者に多い疾患に関するデータをまとめております。

まず、MDCの01、神経系疾患のうち、脳梗塞の入院患者数の多い順にお示ししております。広尾病院は、上から7番目で、年間75人、八丈病院は、年間15人でした。

次に、MDCの04、呼吸器系疾患のうち、誤嚥性肺炎、肺炎等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。広尾病院は、上から15番目で、年間148人、八丈病院は、年間10人でした。

続いて、MDCの05、循環器系疾患のうち、狭心症、慢性虚血性心疾患、心不全の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。広尾病院は、上から4番目で、年間376人、八丈病院は、年間14人でした。

続いて、MDCの11、腎尿路系疾患等のうち、腎臓または尿路の感染症、慢性腎不全等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。広尾病院は、上から10番目で、年間65人、八丈病院は、こちらはございませんでした。

最後に、MDCの16、外傷等のうち、股関節大腿骨近位の骨折の入院患者数の多い順にお示ししております。広尾病院は、上から3番目で、年間85人、八丈病院は年間15人でした。

今後、高齢者の増加により、これらの疾患を抱えた高齢患者にどう対応するか、地域で考える必要があると思われます。

先ほどの資料6-1の3ページに戻らせていただきます。続いてお示しするのは、②の各病院の事前アンケートをまとめた資料です。資料6-3をご覧ください。

今回、本土では全病院に向けてアンケートを行いました。そちらの設問をもとにいたしまして、島しょ特有の課題を把握するため、島しょの医療機関の皆様及び広尾病院に、別途実施させていただきました。

設問を大きく分けると、設問1の①から③が、島しょから本土への上りの連携について、1の④⑤が、本土から島しょへの下りの連携について、1の⑥⑦が、ACPについて、最後の2が、その他、自由意見となっております。

また、それぞれ5段階の自己評価をいただいた点数と回答については、こちらをご覧ください。大規模、中規模、小規模の島別と、あと本土の医療機関として広尾病院という形でまとめさせていただきました。

なお、今回、式根島診療所様からはご回答をいただきいただいてなかったため、新島村については、中規模グループにのみ分類をさせていただいております。

まず、設問1の①平日・日中の緊急搬送、②休日・夜間の緊急搬送、③予定入院の、島しょからの本土への上りの連携につきましては、全体的に件数も高く、内容も概ね問題ないとのお答えが多かったです。

ただ、いくつか紹介させていただくと、①の一番上の大島医療センターからですが、広尾病院以外のヘリ搬送の場合は、流れについて説明が必要といった話。

また、次の②の一番上の枠は、八丈病院様からいただいたものとして、専門医の処置可能な平日まで、島で入院待機を勧められることがまれにあるが、該当病院に搬送させて待機として、有事には別病院へ搬送のほうが安全ではないか。

このようなご意見などが上がってございました。

次に、設問1の④本土から島しょへの下りの連携についてで、⑤は、帰島を促進するためのお考えについてです。

こちらは、上りより全体的に件数が下がっておりまして、特に、中規模の島しょのところで、あと広尾病院でその数値が下がっているところが顕著でした。

④の2段目の中ほど、神津島村の診療所様からいただいております。

医療機関によって対応の差があり、全く情報がないまま帰島して事態が悪化といったお答えがありました。

あと、④の次のページですが、広尾病院からの回答として、社会資源やマンパワーの不足があるので、内地でワンクッションできる施設などの整備が必要。また、広尾病院から他の病院に転院後の帰島の際の情報共有が不十分。

このようなご意見が出ていました。

また、6ページと7ページは、⑤帰島促進についてのお考えです。

全体的に介護の人材や介護力不足に対して、人材の充実を求める意見というものが多かったとともに、定期的な情報交換ですとか、協議の場を求める声を多くいただいております。

続いて設問1の⑥⑦のACPに関してです。

こちらは点数にかかわらず、回答内容も合わせて見ていきますと、中規模、小規模の島では、概ねACPについて取り組んでいるという印象でしたが、大規模な島の大島町と八丈町では、なかなか時間も取れず、実施できていないというお答えでした。

また、広尾病院からは、島しょの患者はACP自体できていないといったケースが多いということで、島のどの方と進めていければよいか教えてもらえれば、勉強会などを行っていきたい、といったお話をいただいております。

最後、10ページからが、「その他の意見」としていただいた内容になります。

10ページの一番上の枠の2つ目、大島町からいただいた意見として、先ほどの下りの話と同様に、定期的な連携会議による情報共有といったお話ですとか、

次の八丈病院様からいただいた回答として、時間の都合もあるので、顔の見える協議や情報交換に限らず、メールや掲示板などWeb上での協議もできるとよい、といった意見をいただいております。

また、11ページで、広尾病院よりいただいたお話として、画像伝送システムや内視鏡検査の予約、救急患者受入れの際の連携、電話対応といった、具体的なやり取りに関しての率直なご意見などを求める旨の回答をいただいております。

以上がアンケートの結果のまとめでございます。

最後、資料6-1にまた戻りますが、こちらの参考資料は以上のとおりでございまして、これらの資料を踏まえて、高齢患者の対応についての現状や課題、今後の取組みに関して、意見交換をお願いできればと思います。

また、調整会議では、各地域で引き続き地区診断を進めていきたいと考えており、もし「こういったデータがあれば話し合いが進む」といったご提案などがございましたら、併せて頂戴できますと幸いです。

長くなりましたが、説明は以上となります。

○田口座長：ありがとうございました。

《意見交換》

○田口座長：それでは、意見交換に移りたいと思います。

まず私から、参考資料の5ですが、ここに、八丈病院さんに申し訳ないですが、区西南部に一緒に入れさせていただいてしまったんですが、でも、すごいですね。人口が百倍違いますからね。

ということを考えると、救急車による搬送とかいったら、これもう、すごい数を受けていらっしゃることになるので、人口で言ったら、完全にトップに踊り出ますね、

ということで、区西南部でも全然引けを取らない規模でいろいろやっただいているんだなと。

脳梗塞なんかも、自衛隊中央病院よりも多いんですね。びっくりの数だと思います。これは人口で考えたら、物すごい数を診ていただいています。

○土谷副会長：私から聞きたいのがあるんですが、確認的なのが、今の参考資料 5 の 6 ページのところですか。手術ありで、八丈さんは 2 色ですが、これは MDC 分類で言うと、オレンジ色は何で、緑は消化器なのかな。どれに該当するのか分かりますか。

○立澤課長：眼科系と消化器系。要するに 02 と 04 ということです。

○田口座長：木村先生、これは白内障の手術と。

○木村（町立八丈病院 院長）：はい。白内障が全例じゃないんですが、ご高齢の方の術前処置が不十分な方は前日に入院していただいて、治療させていただくというケースが増えています。

消化器は、大腸ポリープの切除のあとに、症例によってですが、入院していただくというケースがあります。

○土谷副会長：よく分かりました。ありがとうございました。

○田口座長：佐川委員、お願いいたします。

○佐川（東京都看護協会 常務理事）：地域診断について松田先生の講義に基づいてこのような詳細な分析をされて、本当に参考になりました。

地域診断についてはこれからどのようなことがあったらいいかということでしたので、それについて意見を述べさせていただいてよろしいでしょうか。

今回分析されたデータが、疾病の内容とか救急車の搬送とか、医療の傾向の状況、必要度というところが、このデータから大変よく分かります。

一方で、資料 6-1 で、2 ページ目の②のグランドデザインの提案されている内容では、医療機関等の地域や地域を越えた連携を全区域で推進して、医療だけではなくて、今後、介護との連携ということも必要になりますので、今、患者さ

んがこういった医療を受けているかと同時に、一方で、それを支える人材とか施設といったところの分析が必要ではないかと思いました。

医療の必要度の現状と、支える人材や施設は車の両輪になるのではないかと思いますので、地域診断というところで、以前、私も地域診断をよくやっていたんですが、両方やっていくのが必要かなと思いました。

もう一つは、医療だけではなくて、今後、介護との連携が課題として挙げられていますので、各地域、区市町では、介護の状況は分析されていると思います。

要介護のどれぐらいの人が何%いる、それが経年的にどのように増えていって、今後の予測はどうかというところも、区市町村は出されていることかと思いますので、そういった情報もあると、地域分析がさらに進むのではないかと思います。

今後、少子化で医療人材、介護人材がかなり確保が難しくなると思いますので、そういったところの分析をやっていただけるといいかなと思いました。

○田口座長：ありがとうございます。非常に重要なご指摘だと思います。

医療のほうはD P Cデータというのがあるので分析がしやすいということで、まず取り組んだということですね。

○立澤課長：そうです。おっしゃるとおりです。

佐川先生、ありがとうございます。介護との連携は今後考えていかなければいけないと思っています。

ただ、我々も介護のデータがどういうものがあるか、余り把握してなかったものですから、今後はそこも把握しながら、どういうふうな分析ができるかをやっていきたいと思いますので、ご意見を参考に進めてまいりたいと思います。どうもありがとうございます。

○田口座長：西田先生、お手が挙がっていますでしょうか。

○西田理事：ストレートな見方ですが、例えば、島しょの高齢化率で差がありますが、例えば八丈島とか三宅島のような高齢化率が40%を超しているようなと

ころで、在宅医療、特に在宅「看取り」のニーズに対する医療提供体制が、今の程度の現状なのか、公的な高齢者検診の受診率はどの程度あるのか。

そこら辺を知りたいんですが、島の先生方、もしお分かりになりましたら教えていただけないでしょうか。

木村先生、どうでしょうか。

○木村（町立八丈病院 院長）：在宅医療ですが、前に個人でやられていた先生がいたんですが、退職ということで閉院して、今、内地の業者さん、民間のクリニックが週に2回、臨時のドクターを決めてクリニックをやって、3月は在宅医療を始めるそうです。

これは今まで、この1年近く、フジサワさん、別のクリニックの在宅医療の専門の先生に来ていただいて、月1回なんですけど、数名の患者さんを在宅で診ていただいた経過があります。

このクリニックさんは、週2回の訪問診療をやってくれることになります。

お看取りに関して、我々ができることで協力はさせていただくんですが、病院から患者さんの家というパターンはなかなかなくて、いろいろ課題がありまして、お看取りが、ご自宅に行ってできる体制がなかなか取れないというところで、今、町の中の、救急搬送のことをするいろいろなところの関係者と協議をしているところです。

在宅医療はとにかく非常に課題になっていて、議論しています。

○西田理事：それで、例えばそういう場合に、病院に搬送して死亡確認ということにならざるを得ないと思うんですが、東京都の場合はほとんど検案が入ってしまうんですが、病院のドクターが死亡診断という形を取れるのか。

あと、ICTを使った訪問看護との連携による死亡診断という方法があるかと思うんですが、ああいった方法は取っておられませんでしょうか。

○木村（町立八丈病院 院長）：そこも一つアイデアとして上がっていて、訪問看護を担う看護師が研修を受けるんですかね。何かリモートでできるようなことも案としては出ていまして、まだ具体的には進んでいないんですが。

結局、亡くなられた方を搬送するのに確かに検案が入ってしまうので、うまくお看取りできなかったり、「社会死」の認定がなければ、救急隊が結局、現場で蘇生術をして病院に運ぶという流れになってしまうので、そこを、消防、救急のほうと話は続けているんです。

なかなかそこは、救急隊としてやらざるを得ないということで、病院に来ていただくというのは、いろいろまたそれはそれで問題があります。

民間救急が島にありまして、そここの話を進めていったという感じで、亡くなられていた状態でも病院のほうに搬送していただくというのは、普通取られている実情です。

逆に、先ほど言った「社会死」だと警察のほうに言わなければいけないし、そこまで行かない場合は救急隊に関わらないといけないというので、いろんな課題があって、なかなか進まない状況です。

○西田理事：ありがとうございます。

そのほか、検診の受診率なんかはどうでしょうか。

○木村（町立八丈病院 院長）：そこは余りちゃんと把握してなくて。

ただ、保健所さんの報告では、たしか内地の平均より低いという報告があるかと思います。

○西田理事：ありがとうございました。

○田口座長：木村先生、施設の特養ホームの方も、お看取りは病院ですか。

○木村（町立八丈病院 院長）：これは、ホームのほうの看護師さんが迎えに来てくれて、我々が行っています。当直医が担当します。日中は内科当番です。

同じようにできるのかなと考えたんですが、結局、患者さんのご自宅がどこにあるか、まず分からなくて、自家用車でで行っても、たどり着けない可能性もあって、特養ホームには看護師さんがいないわけです。そうすると、訪ねて行って確認して、さよならと言って。

一番それがいいと思っているのと、訪問看護の訪問はなかなか24時間対応が難しいという状況です。

○田口座長：あと、在宅というのは、大島さんと八丈島さんという、一番大きな島がやっぱり一番課題というか、島内であっても、行くのに車で何十分もかかるような場所もありますものね。

○木村（町立八丈病院 院長）：長くても30分以内に行くんですが、当番を考えたときに、当直医以外で当番を決めると、恐らく内科医が、結構業務負担が増えるので、特養ホームさんに置いているものをとっているんです。

在宅の人も、1時間ぐらいで済めばいいんですが、それを超えるのはまずいわけで、いろいろ対策を考えると必ず問題があって、だめです。

○田口座長：ありがとうございます。

三宅のお名前も上がっていましたが、きょうちようど診療所の先生が出ていらっしゃるとお聞きしましたが、三宅で在宅の状況とかはどうでしょう。

三宅は未確認。これはどなたが。

○浅沼（三宅村福祉健康課 医療担当課長）：先生のほうは出席されていないんです。

先ほどの在宅の部分については、基本的に、そんなに多い人数ではない中で、先生方に対応していただいています。

先ほどの死亡診断の部分については、患者さんのご自宅に行ったり、あと、警察署のほうからの要請で、警察署に伺ったりとかという形で対応しているところ です。

○田口座長：割と在宅看取りもできているというか。特養なんかも、行って診断ですよ。

○浅沼（三宅村福祉健康課 医療担当課長）：そうです。特養のほうも伺って対応しています。

○土谷副会長：これから各ところで意見を言っていただくのかなと思うんですが、せっかくアンケートでもACPの話が出ていますし、特に大島と八丈は「ACPをやっていますか」ということにおいては、ちょっとポイントが低いのではないかと。

しかし、一方では、ほかのところは、「まあ、そこそこできています」という意見が多かったかなと思うんです。

皆さんにそれぞれ、ACPを中心に、在宅とかお看取りとか、今回ご意見をいただけたらいいのではないかなと思うんですが、いかがでしょうか。いろんな意見が出てしまうから、ACP、看取りに絞ってご意見をいただけたらいいかなと思うんですが。

○田口座長：というご提案をいただいたんですが、座長の不手際で、結構、時間が迫っているというのもありまして、アンケートの回答を細かくいろいろお聞きしていく時間がないという感じにもなってきたので、今のご提案で、ACPのほうに絞ってということで進めさせていただいてよろしいでしょうか。

連携で、上りの緊急搬送とか、予定の入院、下りの、島へ戻ってきたところというのを、アンケートでお答えいただいているんですが、私も見せていただいて、皆さんも見えていただいて、大体納得というような内容で。

特に特徴的だったのは、上りの緊急搬送については3つに区分させていただいて、規模別にということで分かりやすくしてもらったんですが、上りについては非常に中規模さんは満足度が高いんですが、

反対に、下りになってしまうと途端に一番下がるというところが、いかにも資源の問題とか受入れのところの問題が、やっぱり大きく出ているんだなと思った次第です。

というふうにまとめさせていただいて、ここはパッと終わらせていただいて、ACPのほうからまずご意見をお聞きしたいと思います。

○土谷副会長：その前になぜこんな質問をしたかという、特に「島だからしょうがないよね、仕方ないよね」と、いわゆる本土と島とそこの辺が大きく違うのではないかと。

だから、ACPの進め方も、本土のやり方とちょっと違うのではないかなと思って、その辺、聞かせてほしいと思いました。

○田口座長：ありがとうございます。

資料6－3のアンケート結果の8ページ、「かかりつけの患者との間でACPを行っていますか」というところと、後ろのページですかね。

この辺のところを見ながら、実情とか教えていただければと思います。

大島の轟看護室長さん、大島の医療センターでのACPとか、なかなか行われていないというようなご回答もあるようですが、どんな状況でしょうか。

○轟（大島医療センター看護師長）：医師と看護師、あと社会的資源の人たちが大勢集まって、患者を含めた話合いという場はなかなか持てないという意味です。

ただし、医師と患者、または看護師と患者家族、あとは地域のケアマネと看護師、家族という、ばらばらな立ち位置で集まって検討する機会は結構多いです。

なので、在宅看取りに関しても件数は意外とあって、医師が説明、患者家族と話合いをした上で、「じゃ、在宅で看取りましょう」となった場合に、その意見を聞いて、看護師が「看取りのパンフレット」というのを患者家族に説明をする。そしてケアマネや訪問看護師に、そちらの旨をサマリーでお伝えするという形を取って、やれてはいるな、ということがあります。

もう一点、広尾病院さんとのWebカンファレンスというのが時々ありまして、それに関しては、広尾病院さんの退院調整看護師さんや、あとNP（診療看護師）さんを抱えていて、

NPさんの介入によって、患者家族、先生、いろいろな関わっている人たちがWebで話合いをして、大島に帰ってくる、そのあと在宅に戻っていくという話合いの場は設けさせてもらっているんで、全く行われていないというわけではないんです。

○田口座長：ありがとうございます。各関係者が一堂に会してみたいなところはなかなかできないけれども、ということですかね。

○轟（大島医療センター看護師長）：はい、そうです。

○田口座長：あと、広尾病院さんとの話合いは、退院前のカンファレンスですかね。

○轟（大島医療センター看護師長）：はい。とても有意義だと思います。

○田口座長：ありがとうございます。

広尾病院のほうからぜひお話、ご意見をいただきたいんですが、アンケートでは、できていないケースも多いので、実施できる環境をつくらないと、という期待があるんですが。

勉強会のご提案とかもあるようですが、改めてご意見はいかがでしょうか。

○立澤課長：広尾病院さん、どなたかご発言いただける方、いらっしゃいますか。

○辻（広尾病院患者・地域サポートセンター入退院支援グループリーダー 看護師長）：退院前にWebカンファレンスをしていただいて、そっちのほうはうまくいっているかなと思っています。

予定の入院患者さんに関しては、患者さんの意向だったり、家族の意向だったりを取り聞き取った上で、入院していただいています。

ACPについては、早期にいただけるような仕組みがあると、本土のほうでの進め方が円滑に行くようになるかと思っています。

○田口座長：ありがとうございます。

勉強会のご提案とかはどうですか。

○辻（広尾病院患者・地域サポートセンター入退院支援グループリーダー 看護師長）：全体で勉強会をしていますので、それに関してWebで流したりすることはできると思います。

○田口座長：ありがとうございます。

御蔵島の伊藤先生が出てらっしゃいますか。御蔵の現状とか、ACPとか在宅とかはいかがでしょうか。

○伊藤（御蔵島診療所 医師）：在宅というか、今、訪問診療で対応しているのが1人だけいるんですが、全介助の方ですが、島内には、在宅医療としてやっている方はその方のみで、ほかにはいません。

一応、昨年度、高齢者の方で訪問診療対応にした方はいたみたいですが、現状は、その方だけというところです。

御蔵は、島民性というか、島民の考え方として、終末期ということに関して言うと、いわゆる老衰的な意味での体力が低下した場合に、早めにとというか、そうになったら内地に行くという考え方が、島民全体的に傾向があるので、そういうふうに行かれる方が少なくともここ最近は多いのかなという印象があります。

少なくともことは、島内では看取りは1件もありませんでした。

御蔵のことに関して言うと、デイサービスはやってはいるんですが、施設基準的な問題なのか、デイサービスも介護保険を利用したものではないらしくて、ショートステイとかも利用できないという状態があったりしますので、ショートステイを利用するような方は三宅に行ってもらって、三宅の施設を使用してというような感じです。

在宅で診ていく場合に、訪問介護とか訪問看護とかをやっていくわけですが、島部にいる看護師が2名のみで、加えて、介護士さんも数は余りいない中になるので、今、先ほど言った唯一、訪問に入っている方が、週2回、訪問介護と、プラス、その介護がどうしても週2が限界なので、それを、訪問看護を2回することで補っているというところで、島内では、現状それくらいのレベルが限度というところがあります。

24時間介護が必要なレベルになると、ご家族の力が必要というところが大前提になってきてしまうというのが現状としてあります。ただ、家族が力を貸してくれるという条件下においては、看取りは可能ではないかと、僕自身は考えています。

ただ、どうしても介護の力が脆弱であるということと、あと、人によっては内地に子どもさんが出てしまっていて、現実的に家族が介護できない、ないし、家族が内地に連れて帰りたいというふうになってしまうと、内地に行ってしまうパターンも多くあるのかなと思います。

イメージとしてはそのような感じです。

○田口座長：ありがとうございます。今、その1人、在宅で診ていらっしゃる方とは、ACPとかはどうなんでしょうか。

○伊藤（御蔵島診療所 医師）：本当は展開したいんですが、その方がキャラクター的に難しい方というところと、あと、ちょっと前に診療所ともめてしまったという経過があって、なかなか介入が難しいという状態にあります。

本当は奥さんとかを踏まえてやりたいんですが、家族同士の仲も微妙で、その家族全員を集合させることがそもそもできないというか、そうすると、それはそれでまたみんな本音を話せないというところで、そこは難しさがあります。

去年、内地に引き揚げることになった方もいたんですが、その方は、前任のドクターなどが恐らく話して方向性を決めていただいたのかなと思いますし、

あとは、かなり近い関係性なので、それこそどういうふうに行ったという話すら、すぐに島内に広まったりとかするような世界なので、タイミングが少し難しいところはあるんですが、人によっては、機を見て、今後どうしたいかとか、あとは、島なので、搬送となった場合にどうするかというところまで、話に出すようには心がけています。

○田口座長：ありがとうございます。

小離島の先生がそろっていらっしゃるので、青ヶ島の栗原先生、青ヶ島はどうでしょうか。

○栗原（青ヶ島村国民健康保険青ヶ島診療所）：青ヶ島は御蔵の半分の人口で、ほとんど顔が見える関係になっています。

訪問診療に関しては、現在は1名、脳梗塞の方のところに行っています。

80代の方に関しては、時間を取ってしっかりお話をしつつ、我々、1年単位で島に行きますので、ご家族に着任の挨拶を含めて、いろいろ話をして、切れ目のない体制をつくっていくことを心がけています。

何が何でも挿管して、頑張って1日でも長く生きてほしいのか、それとも、自然な形で頑張れというふうにするかということで、搬送とっていろいろな形があるということを話し合っています。

ただ、やはり小規模離島で、マンパワーが限られていますので、ご家族様のご協力がない症例に関しては、なかなか島内で過ごしていただくのが厳しいので、この間も、広尾病院・との協力を得ながらやっております。

○田口座長：ありがとうございます。

小離島の先生は、1人在宅の患者さんがいても、何しろずっと1人だから、24時間呼ばれるのも全部自分だという。休日もずっとですので、非常に大変だなと思います。

ほかにどなたか、島のほうから「うちの島はこんな実情です」みたいなお話。利島さんのところはいかがでしょう。先生は欠席みたいですが。

○榎本（利島村住民課 課長）：きょうはドクターが仕事ですので、私からお答えさせていただくと、小離島はどこも一緒かと思うんですが、比較的、利島の場合、介護のほうは今、社会福祉協議会のほうでデイホームを実施してまして、職員数も足りているといったところです。

あと、介護のメニューではないんですが、独自事業としてホームヘルプ等々は入っていますが、ただ、ほかの小離島と一緒に、家族のご協力があれば看取りというところまでは行くのかなと、利島村でも実施しているところです。

さっきの看取りの話でいくと、利島村でも、最期のときは、村役場というか、診療所の看護師が処置をして帰ってくるような状態で、そういったときは対応ができていたところなんです。

今、小笠原3島で、「平成医療福祉グループ」さんのほうから、TPとかOTとか派遣していただいているので、比較的、急性期を終わったあとのリハビリも島でできるような環境が今整いつつあるので、そういったところでは受入れ体制というか、比較的、以前に比べればできているのかなと考えています。

先ほどのお話の中で、ACPですが、そこは利島のほうも一生懸命、「最期、どこでお迎えしますか」というお話はしています。

また、ケアマネ等々も含めて、2週間に1回、スタッフ、介護と診療所と役場の保健師と、定期的にミーティングしています。

そういった中では比較的、患者さんとかご家族のご意向に沿った介護なり医療なりというところは、できているのかなといったところなんです。

ただ、問題なのは、最近、ご親戚も島にいない独居とか、老老介護じゃないですが、夫婦二人とも介護が必要といった方が増えてきているので、なかなかスタッフ的なところは足りていたとしても、どうしても24時間365日という介護体制を取れないものですから、そういった中で本土のほうにご家族で引っ越しされるというケースが増えているのが現状です。

○田口座長：ありがとうございます。

時間も非常に押しているんですが、せっかくですので、遠路はるばるこちらの会場までお越しいただいた小笠原村の鶴田医療課長、小笠原の現状とか、いかがでしょう。

○鶴田（小笠原村医療課長）：きょうは母島の医師が出られなくて申し訳ないんですが、小笠原はもちろん、父、母、2つの島があります。

父島についても母島についても、高齢化率という部分ではそんなに高くはないんですが、島の復興を支えていただいていた方々が、返還から50年を超えましたので、70過ぎ、80過ぎの方が、非常に多く最近感じるようになっていきます。

そういった方々も、お1人の方もいらっしゃる、ご家族、ご夫婦で住まいになって、子どもたちは東京に行っているということも多い状況です。

特に母島は独居のご老人が亡くなることも、ここ一、二年、目立つようなこともありました。

そういったところには社会福祉法人のデイサービスとかをやっている「明老会」という組織がありますが、そこと母島診療所がいろいろ、情報交換は適宜しています。

役場の保健師も入ったりしてしまして、母島なんかは特に小さいところで、ちょっとした変化には気づきやすい部分があります。

そういった中で診療所のほうとしては、ご自宅、先ほどのお看取りの話ですが、ご家族のほうに搬送を希望されるかどうかを確認した上で、基本的には対応をしています。

父島のほうも基本は母島と同じですが、多少規模が大きいので、同じように社会福祉協議会だったり、「明老会」だったり、そういったところとの情報交換は行いつつ、それぞれの組織がありますので、多少ぎくしゃくするところもあったりはしますが、全体的には対応する。

同じように、エンゼルケアなんかも、うちの診療所の看護師が行くこともありますし、そういったような形で対応しているというのが現状です。

あとは、医療、介護を支える人材の確保がちょっと不安だなというのは、私の立場で思っているところです。

○田口座長：ありがとうございました。

島の規模、資源に応じていろいろ差はあるところですが、総じて一生懸命取り組まれているんだなというのをすごく感じました。

東京都看護協会の佐川様、お願いします。

○佐川（東京都看護協会 常務理事）：東京都看護協会では、東京都様から島しょ看護職員定着促進事業という事業を受託いただいております、実施しています。

その内容は、短期代替派遣と、出張研修で、島のほうにお伺いすることを、Webでもいいんですが、研修を実施しています。

その中で、令和5年度にはACPの取組みについてというご要望があり、これはWebで開催していますので、ご要望いただいたところだけではなくて、5つの島の看護職の方に研修を実施しています。

それ以外の、特にフットケアですとかスキンケアですとか、高齢者に関わるようなケアの内容もありますので、ぜひまたご活用いただければと思いますし、ACPの取組についても研修できますので、ご利用いただきたいと思います。

○田口座長：ありがとうございました。

お時間が押していますので、この点にかかわらず、最初のところからで何か、これはどうしても聞いておきたいということがありましたらお願いいたします。

○土谷副会長：個別の話になってしまいますが、先ほど八丈の、眼科は白内障、消化器はポリープの切除で入院するということだったんですが、尿路感染症が八丈病院ではゼロだと。

それから、骨折は15人ということだったんですが、本当に尿路感染はゼロなのかというのと、あと骨折は今後、今のマンパワーで、将来、五年後、十年後とかを見据えたときに大丈夫なのか。

個別的な話になってしまうんですが、その辺り、木村先生にお答えいただけたらと思うんですが、いかがでしょうか。

○木村（町立八丈病院 院長）：尿路感染はゼロでは全くないので、誤嚥性肺炎ももっと多いです。救急搬送はこれくらいかなと思うんですが。

主病名になっていないのか、処理の仕方に大きく原因があるかなと思うんですが、尿路感染はゼロにはならないかと思います。

あと、骨折は、うちは手術等の治療があれば、整形外科の先生との連携が比較的、広尾さんを含めてよくて、転院させていただいて、リハビリしてもらっていますので、件数はある程度あっても対応ができていると思います。

○土谷副会長：よく分かりました。ありがとうございました。

あと、ACPについては、全体に戻るんですが、島しょは医療資源が少ないという中で、皆さん、個別に一生懸命取り組んでいるというのを聞いてよかったです。

ただ、その中で気になるのは、プライバシーの問題が島だと難しいのかなと思いました。

きょうは大変参考になりました。ありがとうございました。

○田口座長：薬剤師会の町田様、お願いします。

○町田（東京都薬剤師会 理事）：本日は、各島での在宅訪問に対する課題があるというのを伝わってまいりました。

ACPについても具体的に進めていったとしても、在宅訪問に関する課題があって、患者さんが思うような看取りにたどり着けないということもあるんじゃないかなと感じました。

この課題の一つ一つを恐らく出していったって、解決していく必要があるのかなと思いました。

今回は、話の中には出てきませんでしたが、トピックスの一つに、薬剤とか医療材料とかいうものの配達とか、緊急での手配というところも課題の一つに上がってきているのかなと思います。

そういうところで、私のほうでもお伝えできることがありましたら、ご協力していきたいと思っています。

○田口座長：ありがとうございます。

ほかはよろしいでしょうか。

最後は、まとまりのない話になってしまって申し訳ありません。お忙しい中、お時間を大変長くいただきましてありがとうございます。

意見交換はここで締めさせていただいて、あとは事務局に戻させていただきま
す。どうもありがとうございました。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は大変様々なご意見を頂戴しましてありがとうございます。
した。

今回、地区診断といった形でお話しさせていただきましたが、今後も新しい地域医療構想を、2040年に向けて様々なデータをお出しさせていただいてご意見を頂戴できればと思っていますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

最後に事務連絡をさせていただきます。

本日、会議で扱いました議事の内容につきまして、追加でのご意見、あるいはご質問がある場合には、お手元にある「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式があらうかと思いますので、それを東京都医師会宛てに、会議終了後1週間をめどにお送りいただければと大変幸いです。

それでは、お時間を超過して大変恐縮ですが、本日の会議はこちらで終了とさせていただきます。長時間にわたりご参加いただきまして大変ありがとうございました。

(了)