

〔平成 29 年度〕

【東京都地域医療構想調整

会議／在宅療養ワーキング】

『会議録』

〔島しょ〕

平成 30 年 1 月 30 日 開催

[平成 29 年度]

【東京都地域医療構想調整

会議／在宅療養ワーキング】

『会議録』

〔島しょ〕

平成 30 年 1 月 30 日 開催

1. 開 会

○矢沢部長：それでは、定刻となりましたので、島しょの東京都地域医療構想調整会議／在宅療養ワーキングを開催いたします。

本日はお忙しい中をご参加いただき、まことにありがとうございます。私は東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢沢でございます。本日はウェブ形式でご参加いただいている方もいらっしゃるので、ご発言の際にはご所属とお名前からお願いできればと思います。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、これからの進行を小林座長にお願いいたします。

2. 議 事

将来に向けた課題について（在宅療養支援）

○小林座長：島しょ保健所長の小林です。よろしくお願いいたします。

それでは、早速議事のほうに入りたいと思います。本日の議事は、「将来に向けた課題について」となっております。

昨年夏に開催しました本調整会議では、医療連携と退院支援をテーマに意見交換をお願いいたしました。

本日は、在宅療養支援をテーマに意見交換をお願いしたいと思います。

まずは事務局より、簡単に資料の説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料1をご覧ください。

ただいま座長からお話がありましたとおり、今回は「在宅療養支援」をテーマに取り上げております。

資料の1ページ目は、前回出た在宅療養支援に関する意見をまとめたものになっております。

2つ目の、「患者の状態を正確に把握できないまま、島に戻ってきてしまい、その後の対応に苦勞することがある」というご意見や、その下の、「島での在宅医療の提供方法を考えるためにも、看護サマリーを提供してほしい」というようなご意見がございました。

2ページ目ですが、今回の意見交換のテーマは、「島内における在宅医療支援の取り組みについて」でございます。

意見交換にあたっての視点として、3つ整理しております。

まず1つ目は、「島内で在宅医療支援を行うにあたっての課題」です。医療・介護資源の面、連携の面からお話いただければと思っております。

2つ目は、「島内での医療－介護の情報共有の方法について」でございます。

こちらは、現在、島内でどのように情報共有を行っているか、今後どのようにしていきたいかなどがあれば、お話しいただければと思います。

3つ目は、「今後、在宅医療を希望する患者が増えた際の対応について」でございます。

こちらは、現在、都度対応になっている島もあるかと思いますが、今後、島で療養したい、島にまた帰りたいという方が増えた際の対応として、課題と考えていることや、それに対する対応策などがあれば、教えていただければと思っております。

続きまして、参考資料を簡単にご紹介いたします。

参考資料1は、前回の調整会議では、医療連携の強化、退院支援の充実について意見交換をいただきましたが、そのご意見をまとめたものになっております。

参考資料2は、退院支援と在宅医療についてのアンケート結果をまとめたものになっております。

参考資料3は、厚生労働省が作成している「在宅医療にかかる地域別データ集」から抜粋したものでございます。

島という特性から「-」になっているところが多いかと思いますが、ご参照いただければと思います。

参考資料4は、島における介護資源の状況をまとめたものでございます。

参考資料5は、下段をご覧ください。平成26年に介護保険法が改正になりまして、平成30年、ことしの4月までに、全ての区市町村において、記載の(ア)から(ク)までの取り組みを実施することになっております。

この資料は、7月末現在での調査結果を一部抜粋したものでございます。

参考資料6は、現在の在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口の一覧をまとめたものでございます。

これらの参考資料1から6をご覧くださいながら、意見交換をお願いできればと思っております。

資料の説明は以上でございます。

○小林座長：ありがとうございました。

資料1の2枚目のとおりのテーマということと、あと、視点が3つということとございました。

それでは、話しやすいものから、どれでも構いませんので、何かご意見を伺えればと思います。いかがでしょうか。

それでは、勝手に振りますが、各島ごとで、在宅医療等でお悩みや取り組まれているところもあるかと思えます。

まず、大島のほうではいかがでしょうか。

○清水（大島町）：大島の清水です。

在宅に関してでしょうか。

○小林座長：はい。

○清水（大島町）：ちょっとお話を聞きながら参加したいと思いますので、先に進めてください。

○小林座長：では、小笠原村のほうからいかがでしょうか。

○佐々木（小笠原村）：小笠原村の佐々木です。

うちの場合は、距離が非常に遠いこともあって、なかなか人材活用ができないので、そういう面では、何かをやろうとしても、すぐに対応できないというのが現状です。

あと、精通した者がいつもいるとは限りませんので、人材育成が課題だと思っております。

○西田理事：東京都医師会の西田です。

現状はどうなんでしょうか。

○佐々木（小笠原村）：在宅医療的なものを扱う形のもの、そんなに多くはないです。

○西田理事：訪問診療をやるドクターが実際にいて、そういうことが行われているのでしょうか。

○佐々木（小笠原村）：実際のところ、今のところは在宅医療はやっていないです。対象者がいないということです。

○西田理事：高齢化率はどのぐらいでしょうか。

○金見（小笠原村）：小笠原村の金見と申します。

具体的に申し上げますと、高齢者の看取りに入った段階での在宅診療というのは、診療所の先生が訪問してやってくださったりしていますが、その他の疾患に対しての在宅療養というのは、ほぼやっていないのが現状です。

○西田理事：ありがとうございました。

○小林座長：小笠原というのは、島の中で平均年齢が一番若くて、高齢化率も低いということで、平均年齢は45～46歳でしたよね。

○佐々木（小笠原村）：若いというより、実際は、高齢者が住みづらい島と言えます。逆に、子供が多くなっていますので、平均年齢が少し下がっています。

○小林座長：そういう意味では、島の中では、ちょっと特異な島かなというふうには思っています。

金児さん、小笠原のほうの話で何かございますか。今お話がありました。

○金児（小笠原村）：佐々木が先ほど言ったみたいに、小笠原は、伊豆七島とはちょっと違って、1000キロという距離と、24時間かかるということと、船便が週に1便しかないということで、ほかの医療機関と連携したくても、それがなかなか難しいというところがあります。

でも、高齢者に限って言えば、最近、島で亡くなりたいという、看取りといったところに視点を当てると、かなり希望があって、独居の方でも看取れるような形になってきたかなという感じがしています。

それは、診療所の先とか、他医療機関の協力もあって、できていることではないかと思っています。

○小林座長：ありがとうございます。

続きまして、青ヶ島はいかがでしょう。

○松平（青ヶ島村）：青ヶ島村の松平です。

青ヶ島は、人口が今160人で、高齢者の該当している人は非常に少ないという状況で、在宅療養が必要な方としても、要支援から要介護1、2にかかるぐらいの方が1名いるかといったところになります。

そういった面では、在宅療養での現時点での課題として直接上がるものはありませんが、今後、生活習慣病が増えて、在宅療養が必要になる方がいることを踏まえ、医師1人、看護師1人の診療所となりますので、その中でできることを医療でまとめつつ、介護資源も乏しいので、ご家族の介護に対する意識をつけていくということが、重要になってくると考えています。

あと、在宅療養と離れますが、八丈島、本土との療養施設とも連携して、島で診れる範囲、また、島外で生活していく範囲というのを見極めつつ、コミュニケーションをこれからもとっていきたいと考えています。

○小林座長：ありがとうございました。

○田口課長：東京都福祉保健局の田口です。

参考資料4ですが、これを見ると、小笠原さんは、丸がほとんどついてないのですが、

○金児（小笠原村）：小笠原村の金児です。

いえ、私も異議を申し上げます。訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援、特定福祉用具販売については、予防と介護ともにございますので、そこは訂正していただければと思います。

○田口課長：実態とずれているかもしれないというところと、このくくりが、例えば、2段目のところは、「居宅サービス、居宅介護支援事業所」がやっているかどうかという質問になっています。

例えば、訪問看護は、大抵どの島でも、必要な方がいれば、診療所が対応しているということで、そういう意味では、訪問看護がやれているかどうかということであれば、本来は丸だと思います。

ただ、この表では、事業所でやっているかということになるので、丸が入ってないというところが、この資料には随所にあると思っています。

ですので、その辺の実情というか、実態のところを、「これではわからないんですが」というところを、お話しいただければと思います。

○小林座長：ありがとうございます。

続きまして、八丈町、いかがでしょうか。

○高野（八丈町）：八丈町の高野です。

八丈島には町立病院があるということで、何かあれば、町民の方々は病院のほうに来られています。

在宅療養というのがきょうの議題ですが、町として在宅療養の施策を今持っているかという、そこまでは考えていないという状況です。

また、町立病院のほかにも、個人の方が経営している診療所もありまして、そちらのほうでは、看取りを含めた診療もやっているという状況です。

○小林座長：ありがとうございました。

続きまして、三宅村はいかがでしょう。

○長谷川（三宅村）：三宅村の長谷川と申します。

三宅島の在宅療養の実情について説明させていただきます。

まず、実際、いわゆる訪問診療という形で、診療所のほうが対応している方は、ほぼ終末期の方に限られておりまして、それ以外で、長い期間、半年から1年ほどやっている方も、3名ほどいらっしゃいますが、最初は終末期対応として開始したものが、思いのほか回復して、現在、その形で往診が継続しているというような方がいらっしゃいます。

ですから、基本的には、最期を自宅を迎えるという終末期の方のサポートという形で、往診をしています。

それから、訪問看護としては、診療所の看護師が訪問するケースも、実は、年に数回だけはあったんですが、診療所は今、看護師が非常に少なく、そこ

に割けるマンパワーがなくて、代わりに、訪問看護ステーションがことしの2月から立ち上がっています。ですから、参考資料4には、訪問看護のところにチェックが付いていません。

ただ、訪問看護ステーションで働く看護師さんは、1名から2名ということで、そちらのマンパワーも少ないです。

そのため、対象者は絞られています。在宅の方で、慢性的な傷とかの治療をしているような人には、積極的に介入していただいています。

それから、訪問リハビリテーションというものも始まっていますが、ちょっとびつな形で、通所のリハビリはなくて、訪問リハビリだけを、島で実現しているという形ではあります。

ですから、本当は歩いてこられるような方でも、理学療法士が訪問して、リハビリで介入していただいているケースが、数十人いらっしゃいますが、こちらについてもマンパワーが少なく、供給が需要に追いつかなくなっているのが実情です。

在宅の往診とかの話とはずれますが、在宅療養というか、三宅島は高齢化率が40%という、高齢者が非常に多い島なので、そういった方のADLがどんどん低下していくのを防ぐためには、訪問リハビリだけではなくて、通所リハみたいなものを、診療所や役場が中心になってやっていったほうがいいのではないかとということで、働きかけ始めているところではありますが、まだ実現には全く動いてないところです。

あと、在宅の医療—介護の情報共有の方法についての話は、あとのほうがよろしいでしょうか。

○小林座長：いえ、そのままどうぞ。

○長谷川（三宅村）：2年前から、「医療ケア会議」というのを、診療所のその当時の医師が主導して立ち上げてくださいました。

島内には、ケアマネジャーが3人いて、1名ずつ地区別について、その3人と、「あじさいの里」でという、デイサービスやショートステイや特別養護老人ホームなどの複合施設の方々と、そこで雇われているホームヘルパーの方々、さ

らに、自力で通院できない方々のための通院送迎をしてくれる社会福祉協議会の方々、あと、自力で診療所になかなか来てくれない方々を訪問してくださる保健師さん、役場や保健所の保健師さんなどが集まってくださいます。

そして、今後問題になりそうな方を月に一回ピックアップして、医療、介護、福祉面で整えられるところを、できるだけ事前に整えていこうというような働きかけをしています。

また、島外の施設に入院していて、帰ってくるという情報がある方に関して、こちらのどこかで把握して、みんなで共有するようにしています。

ただ、帰ってきてから非常に困ったという事例は、情報があつたにもかかわらず、困った事例は1例だけあって、在宅は可能だと思われたけれども不可能な、もともとの家の生活を考えると、在宅は成り立たないような、大腿骨頸部骨折の術後の人が1人いて、長期のショートステイ利用で、何とかつないで、そのまま入所に持ち込んだというケースが、過去に1例だけありました。

しかし、今のところ、内地の医療機関との情報の共有の面でのトラブルはなく、対応できていると思っています。

○小林座長：ありがとうございます。

芳賀さんのほうはいかがでしょう。

○芳賀（三宅村）：三宅村の芳賀です。

三宅村では、現在、ICTを活用した情報共有を始めております。対象者につきましては、まだ4名ほどと少ないですが、そういったものも使いまして、リアルタイムでの情報共有も行っているところです。

○長谷川（三宅村）：もう1点だけよろしいでしょうか。

先ほど、島で終末期を迎える方で、往診などで対応できる方はそうしてしますとお伝えしましたが、実際、常にその方のサポートができる方がいなければ、そもそも終末期医療は島では成り立たないというのが実情です。

そうではなくて、どこにも身寄りはいないけれども、島で最期を迎えたいという方が時々いらっしゃって、対応に難渋することが多いです。

先ほどの小笠原の方のコメントで、ちょっと驚いたんですが、独居で終末期を迎える方のサポートも、診療所がしているというようにお話でしたが、うちではちょっとそれは難しいということで、基本的にはお断りしています。

島の今の介護資源などで、独居の方の終末期をサポートするのは不可能だと考えています。

○小林座長：ありがとうございました。

小笠原の田中先生は、今のお話についていかがでしょうか。

○田中（小笠原村）：小笠原村の田中です。

島の方は、独居であっても、親切な友人であったりとかが周りにおられて、そういう方が親切に付き添っていただいたケースもありましたし、あと、ヘルパーさんたちが毎日入ってくれたりして、サポートいただいたりということで、独居ながら終末期を迎えられたというケースが何例かあります。

そういう意味では、地域のつながりがあるということがありがたいところと、ヘルパーさんがかなり熱心に対応していただけるということで、こういう終末期の独居の方でも対応できている例があるのかなと思っています。

○小林座長：ありがとうございました。

小笠原村の山下先生は入っていますか。

○山下（小笠原村）：母島の山下です。

今のところ、母島のほうでは、ご家族がいる方という場合は、長期的な高齢者の支援は、デイサービスのほうを中心に、通所などをして、やっている方はいますが、特に、訪問看護や訪問診療をするような対象の方はおりません。

課題としては、対象者がいないだけでやってないだけかもしれませんが、ホームヘルパー的な感じで介入されている方が、ほぼいないような形で、実際にできるかどうか確認していません。

介護事業者のほうがなかなかそこに手を割けないのかどうかというところは、今後の課題になるのかと思いますが、今のところは困っているものはないかと思っています。

○小林座長：ありがとうございました。

続きまして、神津島村はいかがでしょうか。

○米山（神津島村）：神津島村の米山です。

テーマの1つ目の「島内で在宅医療支援を行うにあたっての課題」という点から、まず述べさせていただきたいと思います。

こちらに関しては、どの島でも共通だとは思いますが、“老老介護”の状況が多いので、私が今年度経験しましたのは、“老老介護”の介護者の方に重篤な疾病が見つかって、介護介入をどうしていくかというのが議題になった案件が、何件かありました。

2つ目の「島内での医療－介護の情報共有の方法」についてですが、神津島村では、月に1度、第4木曜日に、特養ホームを主催者として、ケアマネ、医師、理学療法士、民生委員などが集まって、要介護認定の更新及び区分変更が、その月が対象になっている方について、「在宅サービス支援会議」と銘打って、区分変更が必要になった方のサービスの見直しをする会議を行っています。

そちらでは、対象者は、今申し上げた区分変更や更新の方ですが、その会議では、更新ではない方でも、直近でADLが落ちている方などを対象者として挙げて、密に連絡を取り合う体制をとっています。

あと、3つ目の「今後、在宅療養を希望する患者が増えた際の対応」についてですが、三宅島と同じく、基本的には、終末期の方の在宅療養というか、往診を中心に、今は3名ほど行わせていただいております。

今後のことで、診療所とかを考えると、3名以上5名ぐらいまでが限界かなというところがあります。それは、スタッフのマンパワーの問題かと思っています。

なお、神津島は、ほかの島と違う特徴としては、集落がかなり密集していて、端から端までも、診療所まで車で5分ぐらいしかかからないという利点があります。

ですので、終末期以外の医療対応が必要な方に関しては、例えば、社会福祉協議会の車を借りたりとか、特養ホームが持っている車を借りたりすることで、診療所に連れてくることのほうが、医療的な面からはメリットが多いので、今後もこの形を継続していく可能性が高いと思います。

○小林座長：ありがとうございました。

土谷さん、追加はありますか。

○土谷（神津島村）：神津島村の土谷です。

先生が今おっしゃったとおり以上のことは、特になんていってませんが、村で開催する福祉関係の会議にも、医師、理学療法士、保健師等も出ていただいて、独居老人にしても終末期の対応の方にしても、密な会議を行っています。

○小林座長：ありがとうございました。

続きまして、新島村、いかがでしょうか。

○鈴木（新島村）：新島村の鈴木です。

新島村では、在宅療養を支えるにあたって、訪問看護の点からまず話させていただきます。診療所とは別に、月火水で、一つの民間の訪問看護の方が1人来てくださっていて、この1月から、土日も含めた週末ですが、金土日で、別の事業所さんが、訪問看護という形で始めてくださっています。

この金土日に関しては、4月以降は、訪問リハビリになる予定でして、訪問の看護師さんが、今の需要を見て、今後、島出身の理学療法士さんが戻ってきて、理学療法を訪問という形でやっていただくことになっています。

ただ、診療所としては、それらに情報を提供しつつ、診療所からの訪問看護はしていないという、ほかの島と似たような状況です。

それから、往診に関しては、こちらでは、終末期はむしろ少ない状況で、寝たきりの、骨折のあとでADLが落ちている方に対して、13人ほど往診対応を今しているところです。

もちろん、がんの末期の方とかには、週一とかで伺っておりますが、それ以外の方に関しては、月一とか、2週間に1回というような状況です。

それから、情報共有の方法ですが、私は三宅島にいたこともありまして、三宅島は大きかったために、月一回は会議があったほうがいいかと思ったのですが、新島に関しては、比較的距離が近いということもありまして、必要に応じて集まっていたり、ケアマネさんに個別に来ていただいたり、逆に、こちらが行ったりして、情報を共有しているというような状況です。

また、隣の式根島とは、そちらの診療所と直接話したり、式根島の方でショートが必要そうなどときには、連絡を取りつつやっております。

なお、三宅島の長谷川先生がおっしゃったように、完全な独居の方の看取りというのは、こちらも厳しいかなと感じています。全く無理ではないですが、そういう方の看取りを島で頑張ろうとすることで、ほかの方の在宅が相対的に薄くなってしまうというところがあるかなと思います。

そういう方を優先的にショートに使うことで、ほかの在宅でやっている方々がショートに入れなくなってしまうという、アンバランスが起きるので、そこが、人口の高齢化比率によるものなのかなと思います。

私は、父島に1年いて、三宅島に2年いて、新島に1年おりますが、三宅島は厳しいかなと思うのと、逆に、小笠原では相対的にそれができるのかなということを感じているところです。

○小林座長：ありがとうございました。

前田さん、追加でいかがでしょうか。

○前田（新島村）：新島村の前田です。

小笠原村と新島村は、有人離島を2島抱えている行政区でありまして、どうしても、式根島における介護面がちょっと弱いのかなと思っております。

当然、新島のほうに施設があるので、式根島の方は、ショートにしても、本入所の場合は入ってしまえば変わらないんですが、連絡船等を使って新島に渡って、ショートステイを利用するという形になりますので、そういった面では、介護のほうでご苦労をかけているかなという面があります。

ただ、介護職員全般ですが、うちのほうの法人がありますが、人材確保に大変苦慮しておりまして、結論から申し上げますと、デイサービスができていないという状況になっています。これは、新島も式根島も一緒です。

そういう中では、介護予防という点で、「はまゆう会」という法人がありますが、それとうちの健康センターと、医療機関である診療所が連携を取って、全島的に住民の方々の介護予防も初め、医療福祉全般について話し合う機会を設けるべきだなと思っています。

○小林座長：ありがとうございました。

鈴木先生、どういう形で先生が来られているのでしょうか。

○鈴木（新島村）：内地からの出張という形ですね。新宿にある事業所から、週3日、月火水と訪問看護が来てくださっていらして、今は訪問看護ですが、週末を含む金土日に関しては、江東区月島にある訪問看護ステーションから、理学療法士さんが来ていただくという形です。

○小林座長：ありがとうございました。

続きまして、大島町はいかがでしょう。

○清水（大島町）：大島町の清水です。

訪問診療は、私と藤井先生の2人でやっています。以前は非常に多かったのですが、最近訪問診療をする患者さんが少なくなってきています。ただ、在宅の方の問題点としては、独居、“老老介護”ということが挙げられます。

それで、うちは大島医療センターという診療所で、19床しかありませんので、満床になることも結構あります。そうすると、退院するところがない、面倒を見る人がいないといったところで、問題が発生することがあります。

ただ、特別養護老人ホームもありますし、グループホームが9床ありますので、それほど困っているということはないと思いますが、こちらの病床がいっぱいになったときには困ることがあるというようなところですね。

○小林座長：ありがとうございました。

島の状況等を一とお伺いしましたが、島しょといっても、島によって、人口、マンパワーが違いますし、先ほどお話があったように、私も全島に行きましたが、集落の位置関係によっても、全然違うということを感じています。

ここまでのお話で、ご質問とかご意見等がございましたらお願いします。どうぞ。

○西田理事：東京都医師会の西田です。

三宅島のドクターに質問ですが、先ほどお話を伺っていて、いくつか疑問があったのでお伺いします。

現時点で訪問診療の患者さんが何人いて、それを何人のドクターで診ておられるかということと、独居の看取りが難しいというのは、島独自のインフラの問題とかあると思いますが、その辺で先生がお感じになっている課題があればお聞きしたいと思います。

それから、高齢化率が40%というのは結構高いですが、看取りではなくADLが低下して、在宅医療が必要になっている方が余りいないようなことをおっしゃっていましたが、実際のところ、ニーズは相当あるのじゃないでしょうか。

○長谷川（三宅島）：三宅村の長谷川です。

まず、訪問診療自体は、今は3名だけやっています。ただ、本格的に動けなくなってきたから一、二か月とかのあたりで終末期を迎えるような方を、毎月、1名から2名、その人数の中で入れ替わったりしているような状況です。

それから、独居の方の看取りがこの島では難しいと感じているところとしては、独居の人が実際にどのような生活をしているかということ、がんの終末期だと本当に寝たきりになって、身の回りのことも、ほとんど周りの方に手伝っていただかないと成り立たなくなるというケースが、ほとんどだと思えます。

そういったときに、ホームヘルパーを毎日入れるとしても、夜間の対応は基本的に難しいことと、土日は基本的に、サービスのような形でやってくれるよ

うなホームヘルパーの方とご相談してやってくださるケースもありますが、土日で1名できるかできないかという状況です。

ですので、実際には、介護サービスの提供は土日が難しいという現状がありますので、そういう中では、土日祝日、夜間、さらに、ご本人に急に何かあったときの対応が不可能です。

内地の場合でも、独居の方が最期を迎えるとしても、先ほどの小笠原のように、常に様子を見てくれるような友人が近くにいたり、何かあったときに頼れる、介護者に近いような方がいなければ、現状、終末期の方が充実した終末期医療を受けられるということは、多分不可能だと思います。

ですので、独居の方が難しいというのは、何も三宅島に限った状況ではなく、小笠原でも、先ほどのようなご友人の方が積極的に関わっていただければ、かなり難しいのではないかと考えています。

ですから、こちらでも、毎日隣にいる方が、ご本人の様子を見てくれていて、何かあったときにすぐ対応してくれるようなケースであれば、それは可能です。

○西田理事：島のコミュニティというのは、狭い社会なので、結構固いのかなと思っていましたが、そうとは限らないということでしょうか。

○長谷川（三宅島）：そうですね。はい。特に三宅島は、ご高齢の方でも、周囲の方と余り関わりを持たずに、お1人で暮らしていらっしゃる方が非常に多いです。

ケアマネジャーさんが3人しかいないので、非常に少ないのに、人が住んでいる地域が点々としていて、集落も4つに分かれているんですが、その中でも、非常に辺りなところに住んでいる人も結構いらっしゃいます。

そういった方の訪問やケアプランを立てるのも、3人では足りないというのが、三宅島の実情で、しかも、その3人でさえ全てを把握できていない可能性があるというのが実情です。

反対に、隣の神津島とかに、私は昨年いましたが、1つの集落でまとまっていて、情報もすぐに回るので、ケアマネジャーさんは1名しか私がいたときはいませんで、非常に大変そうでしたが、情報の漏れなどはほとんどなくて、

目の届かないところもほとんどなかったです。

ところが、三宅島の場合は、そういった環境面では、充実した福祉を行うには難しい環境だと思っています。

それから、ADLが低下している人がたくさんいるのではないかというご質問ですが、確かに、訪問診療をやっていただきたいという希望を持っている人は、結構おられると思いますが、現実には不可能だと思います。

実際に、今はそういった方は、社会福祉協議会が通院送迎サービスをしてくださっています。毎週40名ぐらいの方々が、そのサービスによって、通院送迎によって来ていただいているという実情はあります。

そうでない方は、ご家族が連れてきてくださっていますし、社会福祉協議会のサービスは、今のところは何とか回っている状況で、まだ受け入れの余裕があるような現状ではあります。

○西田理事：ありがとうございます。頑張ってください。

○長谷川（三宅島）：ありがとうございます。

○小林座長：人口密度の関係があると思っています。例えば、神津島もそうですし、利島、御蔵島もそうです。小笠原も集落というか、住宅地が割と狭い範囲に集まっているのかなと思っています。

一方、例えば、大島とか三宅島というのは、人口が少ない割には、点々と散らばっているというイメージがあって、隣が少ないという感じがします。

○西田理事：最近よく言われている、ICTによる遠隔診療みたいなものは、結構導入されているんですか。

○小林座長：先ほど、三宅島でのお話があって、もう少し自慢してほしかったんですが、かなり活用して、やっておられますね。

ほかに何かございますか。小笠原の納屋先生、どうぞ。

○納屋（小笠原村）：小笠原村の納屋です。

小笠原村での在宅、看取りというお話があったので、少し補足させていただきたいと思います。

基本的には、1日1回、ヘルパーなり訪問看護の人間が確認に入るという形でやっていますので、亡くなった瞬間をいずれも看取れているわけではないということはありません。

独居の方がお2人ありましたが、まだ意識がはっきり確認できる状態で、「最期はこういうふうになる可能性があります」というコミュニケーションを図って、「それでも島で最期を迎えたい」と答えられた方のみやっています。

もちろん、常に介護者が誰か見ている、手厚くケアをとすることは理想ではありますが、皆さんにそういうことがなかなかできない状況であるということは、小笠原も変わりはありません。

ですから、その辺は、事前にコミュニケーションを密に取って、ケアを受ける方の意思をしっかりと確認してからやられるのがいいと思っています。

なお、先ほどのお2人の方は、亡くなられた瞬間は看取れなかったのですが、翌朝行って、呼吸がとまっていたということで、死亡確認をさせていただいています。

○小林座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○鈴木（新島村）：新島村の鈴木です。

座長が先ほどおっしゃったように、人口密度の関係も確かに大きいかと思えます。私が三宅島に行って感じたのは、島の大きさとしては、山手線ぐらいなので、ADLが低下している方に往診に行っていると、各駅に停車している感じで、各家を巡っていくと時間がかかりかかってしまうと思っていました。

それが、新島に来て思うのは、ひと駅ぐらいの距離で大体のことが収まるので、かなり違いを感じています。

それから、三宅島にいたときに思ったことは、もともと縁がなかった方などが、工事などの関連などで入ってきたりとか、さらに、集落といっても、山の

中に家があって、ばらばらに住んでいらっしゃることが多いので、お互いの関係が薄い中で、皆さん年を取っていかれるので、その辺で難しかったのかなと感じました。

○小林座長：ありがとうございました。いろいろな島に行かれていますので、島ごとの特徴をよくご存じだと思いました。

ほかにございますでしょうか。どうぞ。

○長谷川（三宅村）：三宅島の長谷川です。

鈴木先生、納屋先生、コメントをありがとうございました。

鈴木先生のコメントと重なるところがあって恐縮ですが、独居の方で、島で最期を迎えたいという希望のある方が何人かいらっしゃるのです。

工事現場の仕事とかで三宅島で数年間過ごただけで、三宅島が本当に好きになってしまって、ほかに頼れるところはないけれども、ここで最期を迎えたいという方なんです。

しかし、こういう方々のご希望に全て応えることは、三宅島では在宅医療が破たんしてしまうと思っています。今でもマンパワーがぎりぎりのところですが、そういった方々の希望が多いので、島の独居の方を支える基盤を整えるというところに対して、ハードルを高くしている感はあるかもしれません。

○小林座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○田口課長：東京都福祉保健局の田口です。

神津島に対しての質問です。先ほどちょっとお話のあった、“老老介護”の場合の介護者のほうが倒れてしまったということでしたが、どのように解決されたのでしょうか。

○米山（神津島村）：神津島村の米山です。

例を1つ挙げさせていただきますと、“老老介護”で介護者が倒れて、その人が内地に行かなければいけないという場合には、ケアマネさんを通じて、緊急的にショートステイをお願いしました。

枠は全て埋まっていたましたが、何とか1枠つくることによって、ショートステイを利用するという対応したという事例があります。

○小林座長：ありがとうございました。

島でそれぞれ工夫してというところもあろうかと思いますが、先ほどから出ていますマンパワー不足ということは、共通した課題かと考えています。

何をやるのもマンパワーは最低限必要なものだと思いますし、それが足りないという前提の中で、それぞれの島でいかに工夫していくかということで、個性が出てくるだろうとっております。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○長谷川（三宅村）：三宅島の長谷川です。何度も発言してすみません。

皆さんに聞いていただける会議の場なので、意見を聞いていただければありがたいです。

先ほど、米山先生から、神津島の“老老介護”のときには、緊急ショートステイで何とか対応したという事例のご紹介がありましたが、島の現在の医療、介護、福祉の実情で、もともと自立していた方のADLが急に落ちたときに、サポートできる体制というのは、非常に少ないです。

ですから、こういう緊急ショートぐらいしか方法はないのと、あとは、ホームヘルパーを連日入れて、何とかなるケースもあるかもしれませんが、その緊急ショートステイにしても、常に使えるものではなくて、しかも、そういう方が2人重なってしまうと、すぐに対応できなくなってしまうというのが、三宅島を含めて、規模の小さい島だとどこでもあることだと思います。

そういったときに、医療的な事由がないと、内地の医療機関とかに転院することはなかなか難しいので、医療的に入院手帳はないけれども、レスパイト入院が必要なケースに対する対応は、個別に私たちは非常に苦労していて、こういうことはどこの島も同じだと思います。

別のケースとして、例えば、心不全や肺炎などで、島の診療所に入院で対応したけれども、その後、ADLが急激に落ちてしまって、自宅に帰れなくなったときに、急性期後の医療というか、レスパイトの入院みたいなことを、病院を個別にあたって、何とか受け入れてくれるところを探しているというのが実情です。

そういったときにご相談できる、「緊急ヘリ搬送マニュアル」じゃないですが、ヘリ搬送を受け入れる病院がいくつかあると思います。しかし、島しょのいざというときの緊急対応の乏しい状況の中で、レスパイトみたいなことを積極的に受け入れてくれる病院があると、非常にありがたいと思っています。

ややわがままな願いかもしれませんが、年に何回かは、個別で対応して、苦慮するケースがあると思います。

○小林座長：ありがとうございました。

今のお話は、それぞれの島で共通の課題であろうと思っています。この会議の本来の大元である地域医療構想の中でも、島しょ部の診療所、病院は、急性期以外がないという欠点というか、実情がございませう。

また、前回の会議でも、内地の急性期病院に運ばれて、いきなり島に帰ると、在宅は厳しいけれども、リハビリ的なものとの連携ということが、課題として挙がっていました。

インフラ、マンパワーの欠如というのが、大きな課題であろうということで、共通の認識としておきたいと思っています。どうもありがとうございました。

ほかには何かございませうか。時間も少なくなってきましたが、各島の方々、この際ですので、言い残したことなどをおっしゃっていただければと思いますがいかがでしょうか。どうぞ。

○松平（青ヶ島村）：青ヶ島の松平です。

長谷川先生の意見と関連しますが、私のほうは、昨年、山間部の奥多摩町という、高齢化率が50%という土地におりました。そちらもへき地にはなりませんが、病床機能は、急性期のほか、レスパイト、慢性期も受け入れているということで、非常に助かっていた面はあります。

こちらでは、入院施設は緊急入院といった形でしか取れませんので、正直なところ、本土以外でも、八丈町にも頼っていくといったところがあります。

ですので、小離島の立場としては、島しょ間でお互いに頼っていける病院で連携を取っていったり、さらに、長谷川先生がおっしゃったように、本土で急性期の医療的な入院ではなくて、レスパイトなどで入院できるところがあるというような、今後の展望があると、小離島としても、医療、介護面でやりやすいところがありますので、ぜひ検討していければと思っています。

○小林座長：ありがとうございます。

利島、御蔵島、青ヶ島という、いわゆる小離島は、特養はもちろんありませんし、介護事業所も1か所もないでしょうし、診療所しかない状況だろうと思います。

ですから、今のお話のように、内地との連携もそうですし、例えば、青ヶ島は八丈島と連携するとか、御蔵島は、内地に行ってしまうかもしれませんが、三宅島と連携し、利島は大島と連携するというのも、現実的な要素の一つであろうと思っています。どうもありがとうございました。

ほかにはよろしいでしょうか。

○納屋（小笠原村）：小笠原の納屋です。

退院して、島に戻って、自宅に帰って、自立して生活ができるかというお話が、先ほどあったと思いますが、たまたまこの三、四か月の間に、広尾病院に緊急搬送されて、どちらも循環器疾患でした。

心臓のほうは治って、退院したけれども、島に帰って、元どおりの生活は厳しいという方が2名ほどいました。

1名は、ADLの低下で廃用症候群の進行があったということで、地域医療振興協会になりますが、区立台東病院のほうに、リハビリをしい、現状は内地に行つて、転院されています。

もう1名は、島に帰ってきたけれども、寝たきりに近い状態で、結果的にまた、広尾病院の循環器内科のほうに、もう一度入院を引き受けていただいたということが、先日あった事例です。

急性期を回復されて、退院できる状態というのと、元どおりとまでは言わないまでも、島に戻って、ある程度のADLを保った生活ができるというところの認識に、診療所と急性期病院のドクターとの間にギャップがあるかなと思っています。

ここは、担当のドクターとも話し合ったんですが、島の生活の実情というのが、こちらにいらしたことのない先生方にとっては、なかなかわからないのかなということがあります。

昨年度から、退院支援ということで、議題に上げていただいて、議論していただいていると思いますが、実感としては、まだまだお互いに浸透していないのかなというのが、実情の感想というところではあります。

我々としては、待つだけではなく、村として独自に、区立台東病院のほうと、リハビリを含めて今後連携できないかということで、その方法を模索しています。

今のところ、台東病院と広尾病院のほうの医療連携同士で、コミュニケーションをとっていただいて、広尾病院の医療連携室に、担当医からコンサルトがあった患者さんに関しては、積極的に台東病院のほうにリハビリ転院を一度してから、島に戻ってきてもらうという道筋をぜひつくろうというふうに、小笠原村では頑張っているところではあります。

ただ、その中で、そういう2例がありましたので、実際問題としては、とんとん拍子に進まないなと思っています。去年も、広尾病院の退院支援の方がここに出てきていただいて、いろいろやり取りさせていただいたところではあります。現場レベルではまだまだ進んでいないということ、ぜひ認識していただきたいと思っています。

そして、向こうのドクターがこちらの生活を見据えて、退院の判断をするのか、リハビリが必要なのかを判断していただきたいと思っていますので、ぜひご検討いただければ幸いです。

○小林座長：ありがとうございました。

広尾病院としてのご意見をいただければと思います。よろしく申し上げます。

○高田（広尾病院）：広尾病院の高田と申します。

島に帰すときのADLというのは、本当に大きな問題で、介護者がいるかいないかということと併せて、医療の部分とどのようにしていったらいいかということ、もちろん検討している状況です。

そして、回復期のリハビリに乗らない方で、ADLが低下しているという方は、今は包括ケアがありますので、そちらのほうに、まずは積極的に転院して、リハビリをやって、調整して、帰っていただくということは、島に限らず、そういう形で動いてはおります。

ただ、経済的な面とか、内地に家族がいない場合、どういうふうに調整していったらいいかというところを、いろいろ模索しながらやっている状況です。

小笠原の件は、私も存じ上げていますが、実際的には、病院では歩いていたという方でしたので、そのリハビリが必要という判断していなかった方でした。

もともとは内地の方で、サポートがないというところに、こちらとして目が行ってなかったというのは、反省点であると思っています。

それから、小笠原と台東病院との連携というのは、こちらでも伺っております、そういうのがあれば、本当にいいなと思っていますが、渋谷区から島の方をどこの包括にお願いするかということは、位置的な問題もありますので、相談しながらやっていくことになります。

ただ、独居の方だと、誰と相談したらいいのかというような、現実の問題もありまして、金児さんとかにも来ていただいて、直接お話しさせていただいておりますが、こちらでも模索している状況です。

それから、現実のADLを医師が見ていないということも、現実としてはありまして、そういうことが時々起こったりしますし、看護の部分でも、家族がいるからいいのではないかというような、ちょっと安易なところもあつたりとかするので、それは、みんなで情報を共有していきたいと考えております。

○小林座長：ありがとうございました。

小山先生はいかがでしょう。

○小山（広尾病院）：広尾病院の小山と申します。

補足させていただきますと、前回の会議に出席したあと、病院の中の状況を見ると、高田が今申し上げたように、退院支援を手厚くという動きになってきていることは間違いのないと思っています。

ただ、そういうところの齟齬で、戻ったときにご迷惑をおかけすることがないとも限らないので、今後とも注意していきたいと思っています。

大事なことは、病院全体でそういうことをいかに手厚くしていくかという体制づくりを検討していくということと、あとは、納屋先生から、区立台東病院との連携についての説明がありましたが、その病院のみならず、お帰りになることができるかどうかわからないけれども、リハビリを目的として転院するという事例は、循環器だけではなく全体に多々あります。

ですので、行き先がばらばらだというのが問題なのかもしれませんので、台東病院のようなところと、ある程度一本化が図れば、それは理想的な形になるのじゃないかと思っています。

○小林座長：ありがとうございました。

なかなか難しいところもいろいろあろうかと思います。

去年の11月に、島しょ医療研究会というものが、広尾病院でありまして、鹿児島県の島の実情を話していただいたり、青ヶ島の松平先生が、青ヶ島のみならず、きょうと同じように、ウェブでつないで、各島の実情をお話いただくという機会がありました。

広尾病院に対しましても、そうした形で地道なPRを今後ともお願いしたいと思っております。どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。新井先生、どうぞ。

○新井理事：東京都医師会の新井です。

先週、島しょ部の首長さんと、東京都医師会の尾崎会長を初め役員などと、医療に関する意見交換会をさせていただきました。

そのときのご意見ですと、人材確保ということで各島しょ部の方々は苦労されているということが多く出ました。

きょうは、在宅医療支援のことに絞って意見交換をしていただきましたが、それに限らず、医療全体として現場のほうで、マンパワーの状況がそれぞれ違うという点で、どういうところでマンパワーが足りないかについて教えていただければと思います。

時間も迫っているので、いくつかの島でも結構ですので、よろしく願います。

○小林座長：それは、保健、医療、福祉全体でということですね。

○新井理事：そうです。

○小林座長：そうすると、小笠原のほうからお聞きしてもよろしいでしょうか。

○佐々木（小笠原村）：小笠原村の佐々木です。

看護師の場合は、小笠原に行きたいという方が意外に多いですが、それ以外の薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、放射線技師などのコメディカル系は、なかなか来ないということがあります。

福祉のほうで言いますと、父島のほうには、有料老人ホームがあったのですが、介護福祉士の確保が難しいということでした。島の中でそういう方がいらっしゃればいいんですが、それも枯渇している状態で、そういう介護職の方も内地から呼ばざるを得ないという状況になっています。

○小林座長：三宅島のほうはいかがでしょう。

○芳賀（三宅島）：三宅島の芳賀です。

小笠原さんがおっしゃったとおり、うちのほうも、診療所としては、ナースが特に不足しておりまして、人材派遣を活用して、10名中3名が人材派遣という形で対応しています。

それから、特養ホームさん等につきましても、人材確保に苦慮しているというお話を伺っております。

特に、専門職については、入れ替わりが激しいということも聞いております。

その他の専門職については、診療所としては、今のところは充足していますが、先行きを見越すと、高齢化等が進んでおりまして、その先の確保については懸念しているというところでございます。

○長谷川（三宅村）：三宅村の長谷川です。

補足しますと、ケアマネジャーさんがすごく高齢になってきていて、代わりがないと嘆いています。実際に、代わりの人は全く見当たりません。

あと、今後を見通すと、理学療法士さんとかを診療所に雇えたらいいなということで、いろいろな島でそういう動きが進んでいると思うんですが、いとありがたいなと思っています。

○小林座長：ありがとうございました。

神津島はいかがですか。

○土谷（神津島村）：神津島の土谷です。

神津島村の診療所、保健センターの職員ですが、現在は、看護師は定員数になっていて、保健師もようやく、ことしで2名揃って、昨年から、理学療法士が1名いらっしゃって、去年から、住民サービスの訪問リハ、通所リハをやっていたいただいています。

現在はこういう状況ですが、実際には、保健師がいないときもあり、看護師が少なかったときもあり、現状維持ができていればいいんですが、マンパワーが今は充足しているとはいうものの、それ以上に訪問診療とか在宅医療に絡んでの職員を増員することは、なかなか難しいです。

そういう中で、現状として一番欲しいのは、長谷川先生がおっしゃったように、ケアマネジャーがいらっしゃると、高齢者のケアとかの問題について見ていただく方がかなり増えると思いますが、現状は1名だけで、特養ホームに在中のケアマネジャーさんが、島全体を見ていただいています。

本当にあと一、二名いらっしやったほうが、うちも助かるんですが、なかなかいらっしやらないという状況の中で、在宅介護をどうしていくかということが、これからの課題になっていくのじゃないかと思っています。

○小林座長：ありがとうございました。

新島はいかがですか。

○前田（新島村）：新島村の前田です。

医療系に関しては、幸いなことに、今は充足しておりますが、薬剤師の方が、産休から育休に入っておりまして、臨時の薬剤師という形で雇用させていただいて、育休明けまで雇用するという契約でやっております。

ただ、どこの島も一緒に、今は充足しているけれども、一か月後、二か月後は何とかなっても、来年はどうなるかわからないということですが、その備えというものができる状態ではないので、辞めるという意思表示を受けてから、あわてて探すという形で、人材の確保には大変苦慮しております。

村全体のことを考えると、どこの島でも同じかもしれませんが、先ほど申し上げたとおり、介護職員が不足しておりまして、募集してもなかなか来ていただけないという状況です。

住宅を新築したりして、住居の確保等も行っていますが、せっかく来ていただいても、数か月で辞めてしまったりするというのも、多々見受けられています。

医療関係については、本当に何か月後にどうなるかということに、大変不安な気持ちを持ちながら、何とか人材を確保していこうというスタンスで考えております。

○小林座長：ありがとうございました。

それでは、時間が来てしまいましたので、このあたりで終わらせていただきたいと思います。活発なご意見をいただき、大変ありがとうございました。

本日いただきましたご意見に関しましては、今後の都の取り組みに反映していけるように努力していきたいと思っております。

本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○矢沢部長：大変お疲れさまでございました。

最後に事務連絡が1点ございます。

この会議自体は公開です。議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。公開された議事録について修正等が必要な場合には、東京都福祉保健局までご連絡をいただければと思います。

それでは、本日は長時間にわたりありがとうございました。

(了)