

令和6年度

第1回東京都島しょ地域リハビリテーション検討部会

会議録

令和6年5月27日
東京都保健医療局

(午後 7時00分 開会)

○江口救急災害医療課長 皆様、お待たせいたしました。

定刻となりましたので、ただいまから令和6年度第1回東京都島しょ地域リハビリテーション検討部会を開催いたします。

委員の皆様方には、大変お忙しい中、本検討部会にご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

私は、保健医療局医療政策部救急災害医療課長の江口でございます。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

まず、委員のご紹介につきまして、お手元、委員名簿の配付に代えさせていただきます。なお、今年度新たにご就任いただきました委員につきまして、ご紹介をさせていただきます。

まず、利島村国民健康保険診療所長、野尻晋太郎委員でございます。

○野尻委員 4月より利島村診療所に赴任いたしました野尻と申します。前任本東先生に替わり委員を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○江口救急災害医療課長 ありがとうございます。

なお、本日、まだ会議に参加されていない先生がいらっしゃいまして、新島村国民健康保険本村診療所、ごめんなさい。今、入られたみたいですが、張先生、今、入られたということでありありがとうございます。

○張委員 皆さん、遅くなりました。よろしくお願いいたします。新島の張です。

○江口救急災害医療課長 委員の紹介につきましては以上となります。

続きまして、事務局側となります幹部職員のご紹介をさせていただきます。

保健医療局医療政策部医療連携推進担当部長、医療調整担当課長事務取扱の田口でございます。

○田口医療連携推進担当部長 田口です。よろしくお願いいたします。

○江口救急災害医療課長 また、ほかにはWebでの参加となっておりますが、医療政策部地域医療担当課長、道傳でございます。

○道傳地域医療担当課長 地域医療担当の道傳と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○江口救急災害医療課長 紹介につきましては以上となります。

続きまして、配付資料につきましては、お手元の次第に記載してあるとおりでございます。不足等がございますか。大丈夫でしょうか。ない場合には議事の途中でも結構ですので、お知らせいただければと思います。

続きまして、本日の会議の取扱いにつきましてご説明いたします。

本日の会議は、東京都島しょ地域リハビリテーション検討部会設置要領第7によりまして、原則として公開となっております。会議資料、委員名簿、そして本日の議事録全文につきまして、発言者名を含めて都のホームページに公開させていただくことになり

ますので、ご承知おきください。

また、本日はW e b 及び対面の併用方式での開催となっております。会議に当たりまして、委員の皆様方に3点ほどお願いがございます。

1点目、ご発言をされる際には、対面の方は挙手、W e b 参加の方は挙手ボタンを押していただきますようお願いいたします。挙手ボタンは参加者パネルのお名前の横にございます。事務局が画面で確認をし、部会長へお伝えいたしますので、部会長からの指名を受けてご発言ください。

2点目、議事録作成のため速記の方が入っております。ご発言の際には、必ずご所属とお名前をおっしゃってから、なるべく大きな声ではっきりとご発言いただけますようお願いいたします。

3点目、ご発言の際以外はW e b のマイクをミュートにすることができますようお願いいたします。

続きまして、本日の会議終了の予定ですが、おおむね20時30分を予定しております。

それでは議事に入らせていただきます。ここからの進行は石川部会長をお願いいたします。よろしく申し上げます。

○石川部会長 部会長を担当しています石川です。よろしく申し上げます。

それでは、お手元の会議次第に従いまして議事を進めさせていただきます。

では議事の2、検討事項「島しょ地域のリハビリテーションのモデル事業について」に入ります。

それでは、資料1から資料3について、事務局から説明をお願いいたします。

○高橋課長代理 医療政策部救急災害医療課医療振興担当の高橋です。

それでは、事務局から資料1から資料3の説明をさせていただきますが、1点、訂正がございます。委員の皆様事前に送付させていただいた資料で、資料1と資料2の順番が逆になっておりまして、記載する資料番号が正しいのでご承知おきください。本日投影する資料については、資料番号順に投影いたしますので、画面でご確認いただければと存じます。

今回の資料は、前回の部会でいただいたご意見等を踏まえて修正させていただいたものとなります。その経緯も踏まえて、資料1から資料3の順で流れに沿って説明させていただきます。

まず資料1、島しょ地域におけるリハビリテーションの状況と将来像(案)になります。内容的には、前回お示ししました資料を抜粋したものとなります。将来的に目指す形というのは変更がないということで将来像として残してございます。前回の部会では、モデル事業として、これを早々に着手するというお話をさせていただいて、委員の先生方からご意見をいただいたところでございます。

続きまして、資料2に入ります。前回いただいた主な意見になります。部会でお話し

いただいた内容と、その後のアンケートでいただいたご意見から抜粋させていただいております。影響が大きいところでは「回復期リハビリテーションは本土で完結させたほうがよい」というご意見をいただいております。ほかには連携するために顔の見える関係を築くための定期的な会議ですとか患者や家族も含めた早めの情報共有のための会議、そういったものをICTを活用して行うといったご意見を多くいただいたところでございます。

続きまして、資料3に入ります。モデル事業の実施検討案でございます。前回いただいたご意見を踏まえて修正したモデル事業の再提案という形になります。上段に文章が書いてあるのですが、二つ目のポツに記載のとおり、いきなり回復期でモデル事業ということではなく、体制整備のためのモデル事業という形にさせていただいております。下のほうの図についても、まずは回復期後のリハビリテーションを実施できる体制を整える内容にしております。

続いて、資料3の2ページ目に入ります。モデル事業の具体的な内容でございます。

一つ目の星印、関係機関による切れ目のない連携体制の構築として、ここでは二つの会議に分けてお示ししております。

まず一つ目の丸でWeb連携会議の構築になりますが、こちらは島の医療機関と本土の医療機関との定例的な会議として島の医療機関のリハビリに係る医療提供体制を共有し、本土の医療機関の先生にリハビリに関する研修を行ってもらおうとかといったことも含めて、年に数回程度やるといったものを想定しております。

二つ目の丸になりますが、回復期当初から帰島を目指した連携体制の強化として、退院前のカンファレンスだけではなく、早い段階から情報共有をして帰島後の生活環境も含めて調整ができるようになればと考えております。

二つ目の星印になりますが、島内でのリハビリテーションの実施ですが、モデル事業として実施するものですので、既に実施しているものということではなく、回復期後の外来リハビリテーションで現在より一歩進んだ内容に取り組みたいといったものを対象としたいと考えております。もともと早期帰島とは申しておりますが、ADLや家族状況等を踏まえて安全な実施に努めていただくという内容を考えております。また、必要な設備や必要な体制、この体制というのは遠隔による体制も含めませんが、実際に行う医療機関によって変わってくるものかもしれないのですが、気になることがございましたら、ぜひご助言等いただければと思います。

説明は以上となります。

○石川部会長 高橋課長代理、ありがとうございました。

ただいま事務局のほうから説明がありましたが、前回の部会において、委員の先生方からいただいたご意見を反映した内容にモデル事業を修正したとのお話でした。ただいまの説明についてご質問、ご意見がございましたら、お願いいたします。

それでは前回同様、私のほうから各委員の先生方にお聞きしたいと思っております。

八丈病院の木村委員にまずお伺いしたいと思います。よろしいでしょうか。

今、先ほどの話もありましたが、W e bを活用した連携会議やカンファレンスについて、八丈病院では既に実施されていますでしょうか。もしそういう導入例などがありましたらお話いただければと思います。よろしくお願いします。

○木村委員 八丈病院の木村と申します。聞こえますでしょうか。

○石川部会長 はい、大丈夫です。

○木村委員 リハビリ以外での退院時とか、別の疾患で帰島される際にカンファレンスを行うケースはあります。ただ、リハビリが必要である患者も含めてケース・バイ・ケースです。

○石川部会長 ちょっとマイクから遠いのかもかもしれませんが、少し近づいてお話いただいたほうがありがたいです。

今はケース・バイ・ケースということでしたが、経験はあって、退院前の情報交換などを含めて連携会議はやって、前例ではないけれどもやっちはいるということですか。

○木村委員 そうですね。リハビリのときに必ずというわけではないのですが、先ほど言った別の疾患のある方の帰島に関して、内地の医療機関と退院前にW e bカンファレンスをやっていることがあります。

○石川部会長 治療の継続が主体であるということですね。

○木村委員 そうですね。治療であったり、特に要介護の方が対象になるようで、ソーシャルワーカーさん等を入れて、帰宅後の生活支援等々を中心に話しているようです。

○石川部会長 ありがとうございます。

それでは、もう一方、台東病院の楠本委員、大丈夫でしょうか。

前回、小笠原村と広尾病院、台東病院との協定や連携について、お話いただきました。

その中でW e bでの連携体制というののどのようになっていますでしょうか。

○楠本委員 台東病院の楠本です。聞こえますでしょうか。

○石川部会長 はい、大丈夫です。

○楠本委員 よろしくお願ひいたします。本日はW e bでの参加で失礼いたします。

まず広尾病院と台東病院というのは、特にW e bでというのはなくて、一般的な急性期から回復期への相談という形で具体的にその前にW e bでの連携があるわけではありません。

小笠原と台東病院のほうに関しては、小笠原のリハスタッフの方とは、こういったオンラインツール、T e a m sではつながっておりまして、定期的にこちらから派遣することもあるので、そういったところで少し連絡することはあるのですが、今のところ、例えば患者さんが帰島される際に必ずやっているとかということではなく、定期的な情報交換、という形ではしております。

それ以上に定期的にセラピストを年に1回、2回派遣しているの、そこでの生の情報というの、かなり有効に生かしているのではないかなというふうに思っております。

以上になります。

○石川部会長 ありがとうございます。

星川委員のご経験などはどうでしょうか。

○星川委員 広尾病院の星川です。

広尾病院は急性期病院ということもありまして、外傷であったり脳血管であったり、大概是回復期につなぐということになりますので、その回復期病院との障害の情報のやり取りというのは、かなりしっかりできていると思うのですが、その先、帰島まで考えてということ、たまに事情で広尾から直接、例えば内科系の患者さんで、そんなにリハビリがすごく必要ではない、外科でうまく手術が終わってというような方の場合、ソーシャルワーカーさんを通じて島とのやり取り、島へ帰った後の介護の具合はどうなのかという話がありますが、ことリハビリということに関しては、ちょっと我々はあまりしっかり対応できていないのかなと思います。直接、島ということになると。

○石川部会長 病院の性質上、急性期の病院ですから、次のステップとすれば、いきなり島というよりは回復期のリハビリへの転院というのが多いということでしたね。分かりました。ありがとうございます。

佐々木委員のほうは、何かこの辺りのことについてご意見はありますか。

○佐々木委員 平成医療福祉グループ多摩川病院の佐々木です。よろしくお願いします。

○石川部会長 よろしくをお願いします。

○佐々木委員 Webのリモート会議というのは、当グループは利島と1件だけ実施したことがありまして、本土でやるようなリモートの会議と同じ形で、離島の担当の方とこちらの患者様チームのスタッフ間でリモートにて会議をして申し送りをしたということが1例だけ、まずありました。

それ以外にも、離島から急性期、回復期を経て、そのまま帰島の方向性というのはありました。当グループが担当させていただいている島が小規模な島で、やはり地形的に坂が強かったりするので、どうしても帰れないという件も何件かあったので、リモートして、退院後、その島に帰っていただいたという方は1例だけというところになります。なので、本土のWeb会議と同じような形でやらせていただいたりしています。

以上です。

○石川部会長 分かりました。なかなか定例的にやっているというのではなくて、必要に応じて行い、定期的な開催の中で取り組まれているということが中心だというふうに理解しました。

また第1回の会議の際も、先ほど大まかにレビューしていただいた資料の中も、どうしても離島でのリハビリが提供できているかどうかということが、本土側では十分、医療との連携はつなぎやすいのだけれども、リハビリでの連携としては制度上の問題もあってつなぎにくかったというような現状があるということかと思えます。

今、大体、病院のほうの委員の先生の方々にお話を伺いましたけれども、実際の離島

側の診療所の委員の先生方にもお話を伺いたいと思います。新島村の張先生、何かこの辺りのことについて、お話いただけますでしょうか。

○張委員 新島村本村診療所の張と申します。

私の島は、実際はW e bでの連携というよりも、事前の紹介状、実際はお手紙でのやり取りが多くて、特にリハビリが必要な患者様に関しては、リハビリの療法士の先生方が別にお手紙を作ってくださっていて、それを島内の理学療法士で共有するというのが一番多い連携の仕方だと思います。

あと、先ほどのお話にもありましたけれども、退院前カンファレンス、退院支援カンファレンスのときに、広尾病院さんとなんですけれども、実績があるのは、まだ入院中で新島に帰ってきたいと思っている在宅医療が必要そうな患者様に関して、広尾病院側の主治医の先生と病棟の看護師、理学療法士、リハビリの先生方に参加いただいて、こちら私どもも参加して、そこで実際の入院中のリハビリの様子をW e bで確認するということはありますが、W e bを利用したリハビリの先生方とのやり取りというのは、大体その退院前カンファレンスというところが多いかなと思います。

以上です。

○石川部会長 ありがとうございます。

大体、先ほどこういう方向で進められるといいのではないかというふうにまとめていただいたことも、経験としては、前例ではないにしても、経験はおありだというふうに伺いました。ありがとうございます。

野尻委員は、この4月に赴任されたということで、そちらの島での経験はまだかもしれませんけれども、何かこの辺りについて意見はありますか。

○野尻委員 利島村診療所の所長の野尻と申します。

4月に赴任したばかりでして、あいにく人口が少ないこともあって、新年度W e bを活用した事例というものはないですけれども、以前ほかの離島にいたこともありまして、W e bのいわゆる双方向性という点で、非常に可能性を感じているところでございます。どういふことか申しますと、リハビリをされて帰島していただくという際に大変大きなギャップ、これがあるわけですけれども、以前のケースではリハビリの病院でのリハビリのご様子ですとか、そういったものを動画で送っていただくか、あるいは直接リアルタイムで見せていただいたというようなケースがございました。

その一方で、離島ですと、やはり特殊な環境でして、医療機関内で行ったり想定したりするのがなかなか難しい状況。例えば、利島にはこんな急な坂がありますとか、あるいはこの方は非常に農作業を楽しみにされていて、ふだんこういう姿勢で農作業をずっとしているのが生きがいですとか、そういったことを逆にこっちからアップロードする、そういったような活用をしたこともございまして、非常にW e bの双方向性というところを期待しています。

退院に際しましては、治療の回復の経過ですとか回復のプロセス、回復の経過あるい

は治療経過、そういったものをリアルタイムにわかると、ギャップの受入れの際に非常にありがたいなと思っていますので、比較的手軽に何度かやるということも非常にやりやすくてWebは可能性があるというふうに感じています。

以上になります。

○石川部会長 野尻委員、ありがとうございました。

それでは、現状について改めて確認をさせていただきましたので、ここからはモデル事業を実際に実現する上でどういったところを進めていけばいいのか、具体的なところをそれぞれの委員の先生方からお話いただければと思います。

どなたでも結構ですが、いかがでしょうか。

○楠本委員 台東病院の楠本です。よろしいでしょうか。

○石川部会長 よろしくお祈いします。

○楠本委員 はい、よろしくお祈いいたします。

そうですね、モデル事業というところで、どこまでモデル事業として進んでいくかというゴールみたいなものをイメージできていないかもしれないのですが、まず先ほど先生方からご意見があったように、やはり島ごとに結構特徴が私もあると思っています。八丈とかのように比較的大きい病院がある病院と、本当に診療所しかないところを全部一緒にしてしまっているのかというのは正直思っているところではあるので、今回のこのモデル事業、島しょという中で、全島ではないかもしれませんが、例えば比較的に大きい島と、あと小さい島と、例えば二つぐらいはモデル事業をしたほうが良いとお考えなのか。またはそれとも一つだけなのか。その辺によってターゲットが違ってくるのかなというふうに思っています。

その上で、やはり一医療機関、一回復期で全島を対象にするというのはなかなか現実的ではないなというふうに思っていて、うちだと、台東病院だと小笠原みたいな形で、通院になる関係のほうが色々なWeb会議等や連携をする上でも比較的やりやすいのではないかと考えました。

以上になります。

○石川部会長 ありがとうございます。

モデル事業も固まっているわけではなくて、何ができるのかというところから探っているような実情ですので。

ただ、今、楠本委員がお話いただいたように、一対多みたいな、あるいは多対多みたいな連携というのはなかなか難しいと思いますので、一つの島に対して主に関わっているような医療機関との関係の中でというのは現実的な話ではないかなと思います。

先ほども定期的な会議はされているということでしたので、そういう中でもう一步踏み込んだようなケースごとの取組のようなことが形づくられると、少しは事業の方向性につながるのかなというふうには、話を聞いて思いました。

ほかの委員の先生方、何かご意見はありますでしょうか。木村委員、ご発言お祈いし

ます。

○木村委員 八丈病院の木村です。声、大丈夫ですか。

○石川部会長 はい、大丈夫です。

○木村委員 うち病院で理学療法士が2名で、入院にて受けさせていただくことが多いのですが、理学療法士の意見では、割と多くは広尾病院さんで急性期を診ていただくことが多いです。その後のリハビリ病院だと何か所かあるのですが、うちもリハビリできる環境とかがなかなか整ってなくて、リハビリのいわゆる点数とか、リハビリでも発語障害とかだと対応できない。そういったものが不十分ではあるのですが、ある程度のリハビリはやっている印象ではあります。

しかし理学療法士さんの意見では、完全に回復して、そのまま島に帰宅するというケースもあって、割と長期間、内地にいるという症例は比較的あるという話なのです。

そういった、当院のリハビリのできる状況の共有を、もっとできるだけ早期に、可能であれば内地でやったほうがいいのですけれど、可能であれば、当院へ来てリハビリを継続してほしいなという、理学療法士さんからそういう声はありました。色々な設備ですとか、お互いに必要なものの情報共有もWebでできるといいなとは思っております。

以上です。

○石川部会長 ありがとうございます。

八丈は病院ということでリハの施設もあるということで、リハもある程度の段階で帰島しても継続はできるのではないかというお話と承りました。

ただ、回復期のリハビリテーションということであれば、しっかり本土でやって、帰島する段階では入院を前提というよりは外来のリハビリということになりますでしょうか。

○木村委員 そうですね。本土でやって直接帰宅というよりは当院で一度受けさせていただいて、入院リハビリを受けて、自宅を整備して帰ることができるということです。

○石川部会長 リハビリのための入院も、本土から転院して帰島いただくこともやっているということですね。

○木村委員 はい。ただ、先ほどお話ししたのですが、当然本土のリハビリとは、質も、リハビリする時間も提供できないので、そのところは大幅落ちますが、その、理学療法士同士のWebなりで情報交換をして、本土でやっていることを、それならば八丈の設備でできるだろうということをや取りすれば、スムーズにできるのかなと思っています。

ただ当然、専門的なものはまだ必要であれば頑張ってください、無理に帰宅するのは、長期的には無理なのかなとは思っています。

○石川部会長 分かりました。

やはり小さい規模の診療所とは違って病院ということで、少しその辺りのキャパシティーといいますか、リハビリが可能な行える範囲がやや広いかなということで伺いまし

た。ありがとうございます。

それでは、クリニックしかない離島にとって、張先生のほうでは実際にこういうモデル事業的にやるとしたときに、何かできそうなこととか障壁になりそうなこととか、何か思いつくことはありますでしょうか。

○張委員 新島村本村診療所の張です。

そうですね、モデル事業を考えた上では、やはりある程度の患者さんの数が必要かなと思っておりまして、そうしますと、モデルとしてやるのであれば、ある程度中規模から大規模な離島のほうが実際のリハビリを受ける患者様のデータとしては蓄積が速いかなと思います。もちろん小規模離島のモデルも考えていかないと駄目なのですが、最初の段階ではある程度症例数が集まりやすい規模の離島で行うのも、少し現実的かなと思っておりまして。

障壁に関しては、実際Webを使えば可能性は広がるなと思っておりまして、場合によってはご自宅でWebをつないで、いわゆるホームエバリュエーションというようなりハビリの先生にご自宅とかを見ていただいて、先ほど利島の野尻先生のお話もありましたけれども、そういった島を、こちらからも島の状況とか家屋の状況をリアルタイムで発信できれば非常に有効な使い方ができるかなと思っております。私もICTには非常に希望を持っております。

以上です。

○石川部会長 分かりました。自宅でWebをつないでというのは、すごくきめ細やかなサービスのよう気がしましたけれども。その辺りは実際にリハビリを遠隔でつないでとなったときに、こちらにいらっしゃる佐々木委員なんかはイメージできますでしょうか、自宅につないだりハビリみたいなものについては。

○佐々木委員 平成医療福祉グループの佐々木です。

そうですね。先ほどお話ししましたように、リモートでつないで運動の指導とかはできたりもします。リモートでつないで面会も実施しているので、それと同じように運動の指導とか、もう少し足を上げたほうがいいですよとか動きを見ながらお伝えするとか。また、退院支援というわけではないのですが、以前車椅子のシーティングとかはリモートで道具をお伝えして、もう少しよせたほうがいいですよとか、嚙下の姿勢を当院のSTがリモートで見るとか、そういうことは遠隔でも十分できるのかなと思います。なので、自宅でのリハビリの指導は可能なのかというふうに思います。

以上になります。

○石川部会長 その際のWebのツールというのはスマートフォンご自身のスマートフォン、患者さん自身のスマートフォンを使うみたいなのところなのでしょうか。

○佐々木委員 そうですね。スマホかiPadですか。その際、3年ほど前に利島の方で車椅子の話が出たときは、社協のiPadを使って、デイサービスのサービス中に時間をこちら側が合わさせていただいてリモートでつないでやったということはあります。

○石川部会長 では都度貸出しみたいな感じか、ある一定期間貸出しみたいな、その辺りはどうなのでしょう。

○佐々木委員 そのときは都度でやりました。なので、基本的にWebのツールがあるのであれば、やりやすい環境にはなるのかなと思います。

○石川部会長 何度も聞いて申し訳ないですけども。そういう場合というのは、社協の方とか、いわゆる医療従事者という職種の方が同席しなくて、直接つないで患者さんと一対一という話でやっていただくことのほうが多いということでしょうか。

○佐々木委員 そうですね。我々医師の指示の下でリハビリはするのですが、予防体操とかでお伝えできる範囲のことであれば、地域の予防体操の会とかでも言うレベルのことであればお伝えできるのかなと思います。かなりコアの部分になってくると、やはり医師とか看護師とか、そういうところも含めてお話をしないとイケないかなとは思いますが。健康とか予防というところの知識の提供とか動きの指導とか、そういうところは医療者、医療従事者がいる中ではなくてもできるのかなと思います。

○石川部会長 分かりました。実際に島にリハの方がいる場合と、そうでない場合とでは大分やれる内容というのが変わってくるのかなと、今の話を聞いて思いました。

ほかにどなたか。田口部長、お願いします。

○田口医療連携推進担当部長 事務局の田口です。

先に質問なのですが、今のお話のように理学療法士にWebで見てもらったときに、その遠隔のリハビリを算定できるものがあるのかということと、今現状、それはどうされているのかということと。あと、私の知っている限りでは、退院前カンファレンスの加算ですか、あれができたときに確か退院した先のドクターなりが入院している病院のほうにいつて行うというような話があって、それはものすごくハードルが高いのではないかと、といったようなお話があったかと思えます。これはWebで参加していても普通に算定できるものなのかということと、もう一つ、退院前カンファレンスに関連しているのですが、島は別として、本土だと、どのくらいがそういう退院前カンファレンスとして行って、そういうのを算定できているということと、感覚としてでもいいので、お分かりであれば教えてください。

○佐々木委員 そうですね。退院前カンファレンスの算定に関しては、正直当院に関してはあまりできていないというのが正直なところですが。ただ、退院前カンファレンスは実施するのですが、既定のメンバーがなかなか集まりにくいというのが現状です。

○田口医療連携推進担当部長 既定どおりにそろわないということ？

○佐々木委員 ただ、メンバーが揃わなくても情報伝達ということは必要ですので、基本的にはやらせていただいているということと、

あと、ご質問であった算定をどうしているかということとは、リハビリテーション料の算定はもちろんできていないので、カンファレンスの一環というところでやらせていただいています。家族指導みたいな形で、単位取得はしないでやらせていただいております。

す。また、当グループは3島にセラピストを派遣しておりますが、介入も制度上だと算定はできていないので、先生と相談しながら一単位20分に拘らず、1回30分みたいな形でやらせていただいています。算定となると、やはり疾患別リハビリテーションとなると、なかなか基準をクリアするのは難しいのかなというところがあるので。算定はできていないし、今後も何十年もずっと同様のことができるかと言われたら難しいのかなとは思っています。

○星川委員 広尾病院の星川です。

今の話に関連しまして、私を感じますのは、リハビリが島で、こういう形でリハビリができなくて困っている方というのは、割と運動器だったり脳血管だったりという形が多いのかなと。内科的治療はうまく進んで、これなら島に直接帰れそうだと、もちろん広尾病院でリハビリをやっていきますけれども。その様子でという、そういうコミュニケーションは割といけると思うのですけれども。なかなか回復期がどうしても必要な重度の麻痺の方、骨折の方という、そういう方の方がもしかしたら帰島に問題があるのではないかなと感じられて、そういう方のリハをやろうと思ったら、恐らくそれは疾患別リハで、回復期はちょっとなかなか島で取ることは難しいと思うので、そうすると疾患別リハか介護リハになると思います。それでもしっかりやろうと思ったら恐らく疾患別リハになり、その場合、期限を超えてくると月13単位という縛りが出てきます。その縛りの中でしっかりやろうと思ったら、やはりセラピストに直接対応していただかないと仕方がないのかなと思います。

そうすると、例えば遠隔も、もちろんいいのですけれども、遠隔での教育的なことだったら、もしかしたら市民講座みたいな形で、ちょっと集めて、こんな体操しましょうねでもいいかもしれない。でも、それで対応できる方というよりは、やはり直接セラピストにしっかりやってもらわないといけない方のほうが問題になってくるのかなと感じています。そういう意味で、例えば八丈島のように病院のあるところではセラピストもいらっしやって訓練室とかもあるでしょうから、もしかしたらセラピストを増やしていただくようなことで解決できるかもしれないのですけれども。もっと小さな島になると、では訓練をどこでやるのかというぐらいまで考えていかないと駄目なのかなと、そういうふうには感じました。

以上です。

○石川部会長 楠本委員、今の続きの質問で、実際に退院カンファの際に算定ができているのかということなどについて、いかがでしょうか。

○楠本委員 台東病院の楠本です。

まず、これ大前提として、今年度、令和6年度診療報酬、介護報酬改定がこの6月1日に施行されますが、一部もう施行されているのですけれども。その中で退院時共同指導加算という、結構大きな点数が今回つくことになりました。これは具体的にいわゆる医療機関の退院時カンファレンスに、今まで退院後に訪問とか通所リハビリに通う、そ

この介護保険になるのですけれども、介護保険の理学療法士や作業療法士が退院時に共同で一緒にカンファレンスをした際に600点つくというものになります。

こちらがリモートでいいかどうかというのが、私も、現状QAが完全に出ているわけではないので把握していないというところです。これがリモートでいいかどうかということも大きく変わってくるので、仮にリモートでいいということになれば、双方にとって実際報酬がついてできるものになるのかなと思います。仮にリモートが難しい場合でも、例えばこのモデル事業の中で特区みたいなことができるのであれば、それは一つ双方にとってウインウインな関係としてできることではないかなというふうに私のほうでは考えております。

あと、実際先ほどお話いただいたホームエバリュエーションというのは、現段階で結構そういった島とか関係なしにリモートで行うということは、やはりやり始めていて、例えばほとんどの多くの家族の方がスマートフォンとかいろいろ使えるようになってきているので、LINEとか、そういったものだと個人情報結構つながってしまうので、例えばZOOMとか使える、1回限りのこのWebexもそうなのですが、そういったものをITで使えるような家族さんがいらっしゃったら、実際に現場で家族さんとおつないでお家の中を見せていただける範囲で見せてください、というような形でホームエバリュエーションとかを実際にWebをつなげてやるということは、少しずつ始まっているのかなと思うので、その辺りは離島等と関係なしに一部できるのではないかなというふうには私のほうでは思っております。

以上です。

○石川部会長 ありがとうございます。先ほど、この6月に改定される加算のことについて教えていただきありがとうございました。

リモートで可能かどうかというところは、実際、今回協議しているところは離島ですので、リモートでないと現実的でない。逆に言うと、もしリモートで認められていないということであれば、先ほど言ったように、こういったところで進めてみて、リモートでも十分、カンファレンスとして有効だということを示す機会にもなるような気がして聞いておりました。ありがとうございました。

あと、でも退院時カンファは退院時なので1回は算定できるとして、そのホームエバリュエーションというのですか、家でのリハビリ指導というのは、継続的に何か介護保険か何かで保険点数がつけられるのでしょうか。やはり施設が充実していないと、そこは難しいということなのではないでしょうか。どなたか教えていただければと思います。

○楠本委員 よろしいですか、私でも。

○石川部会長 よろしくお願ひします。

○楠本委員 すみません、台東病院の楠本です。

ホームエバリュエーションという、いわゆる家屋調査とかと言ったりするのでけれども、基本的に回復期リハビリテーション期間というのは、そもそも点数が取れない、

丸めでやりなさいというふうにもともと決められているものなので、先ほど挙がっていたような退院時カンファレンス等も医療機関側はそもそも回復期リハビリテーション病棟の丸めで、それも含まれてやりなさいということで診療報酬を頂いているもので、病院側としては点数をそもそも取るという認識はあまりなくて、それも含めて回復期リハビリテーション病棟の役目だというふうに恐らく認識されていると思います。

以上です。

○石川部会長 そうなると、何回ぐらいまでやるとか、何か現実的なところというのは出てきますよね、普通に考えると。

○楠本委員 そうですね。私どもの病院、普段から患者さんも、実は患者さんによってはカンファレンス3回4回とか、お家に行くのも場合によっては2回3回ということが結構あるので、その辺りは難しい。経営状況ですとかいろいろ病院の方針とかによってしまうのですけれども、比較的2回3回行くことが物すごく珍しいケースかという、意外とそんなこともないのかなというふうには思っています。私どもの病院としての印象かもしれないのですけれども、そういった形で進めております。

○石川部会長 ありがとうございます。

今の関連したことで多摩川病院の佐々木委員は何かありますでしょうか。

○佐々木委員 平成医療福祉グループの佐々木です。

そうですね。当院も家屋訪問というものは、患者様、基本的にはやらせていただいて、先ほどお話あったように、そのお金云々というのは、入院してすぐであれば取れる加算もあるのですけれども、基本的にはリハビリをして、ある程度退院時の形ができてから、ご自宅に行ってという形で家屋での評価を実施させていただいています。算定に関しては丸めの中でやらせていただいているというところになります。

あと、当院の場合の話ですけれども、訪問リハビリや通所サービスも病院の中にあたりするので、入院中に一度か二度ぐらいしか行けなかったとしても、そちらのサービスにつないで、連携をして、自宅の状態をシームレスでつないでいくというような形はやらせていただいています。なので、先ほどあった利島に1件つないだケースというところも、リハビリを病院ですて、利島にセラピストを今1人派遣していますので、そのセラピストに連携をして、セラピストの評価もまた聞いてというやり取りをしたりというケースはあったりしました。

以上です。

○石川部会長 分かりました。少しずつ、カンファレンスと、あと遠隔での特にホームリハというところではイメージができてきたかなというふうに感じています。あと、実際にモデル事業を進めるに当たって、この資料にもありますけれども、必要な設備とか、何かこういった人材、ここにお金が実際にはかかるのではないかな。そういうところにモデル事業として充当してもらいたいという、ちょっと現実的な話でいくと、どなたかご意見がある方いらっしゃいますでしょうか。

第1回のおきも設備は今ある診療所の設備であるとか、自宅であれば自宅でやれる範囲内というようなところが、第1回の会議でも出ていたかなと思いますが、改めてそういう必要な設備、資材など、思いつくことがあれば教えていただければと思います。

○佐々木委員 よろしいですか。

○石川部会長 佐々木委員、よろしくお願ひします。

○佐々木委員 平成医療福祉グループ多摩川病院の佐々木です。

このモデル事業というところの島でのリハビリテーションを増やすという観点だけで考えると、先ほど星川委員のほうからもありましたけれども、セラピストを増やすみたいなところが現実的だったりするのかなと思います。セラピストが増えれば提供できるリハビリも増えるので、そちらの人員確保をするということですかね。そこが一番リハビリを増やすという観点で言えばシンプルかなというふうに思ひます。

以上です。一意見です。

○石川部会長 分かりました。

○事務局 楠本委員が手を挙げていらっしやいます。

○石川部会長 失礼しました。楠本委員、よろしくお願ひします。

○楠本委員 はい、ありがとうございます。台東病院の楠本です。

すみません、ちょっと切り口を少し変えさせていただいて、今、佐々木委員がおっしゃってくださったように、現実的にセラピストが増えるというのは非常にありがたいなというふうには思ひますのですけれども、もちろんお金の問題とかいろいろ出てくるので、ちょっと切り口を変えさせていただくと、先ほど八丈の木村先生からご意見があったと思ひますのですけれども、例えば回復期からそういった病院につなげると、シームレスに切れ目なくギャップなくできるかなと思ひますのですけれども、回復期側の問題として、病院につないでしまうと自宅復帰率、在宅復帰率というのに影響してしまつて、どうしても回復期リハビリテーション側というのは病院につなぐことを、そんなに好まなくなつてしまつているのが現状です。そういった面でモデル事業の観点から、そういった島につなぐ方に関しては、そういった在宅復帰率に影響しないとか、特区みたいな形で考えていただけると、そういった病院につないで、より現実的な実際のシームレスなリハビリテーションをギャップなく提供できるというのも一つなのかなというふうに聞ひておりました。

前回、ちょっとお話しさせていただいたように、あとは回復期からつないだ後の実際の外来リハとか、いわゆる訪問リハとかの算定に関して、なかなか施設基準の問題とか、そういった面もすごく大きいので、そういった辺りも場合によっては特区扱いで少し考えていただけるだけで、色々なリハビリテーション、実際やつているのだけれども、なかなかそういった算定区分の問題とかで適用できないところをもう少し緩和できるのではないかなと思ひますので、そういった制度面のところで、このモデル事業、特別特区みたいなことができないかというのも一つ提案させていただければと思ひます。

以上です。

○石川部会長 ありがとうございます。かなり現実的なご意見だったかと思います。やはり特区といいますかモデル事業を皮切りにしてできることはないかという視点だったと理解します。

ほかに何かご意見のある委員の先生方いらっしゃいますでしょうか。

○新井委員 よろしいでしょうか。

○石川部会長 お願いします。

○新井委員 東京都リハビリテーション病院の新井でございます。うちのモデル事業に関しましては、当院のPTの責任者といろいろ話をしたのですが、やはり連携している病院が中心に選定されたほうがいいのではないかとということと、それからPTの方からしますと、東京都理学療法士協会という組織がありまして、そこに島しょ支部という部署があるようですので、そういう島しょ支部の方からの選定も相談したほうがいいのではないかとご意見がございました。

以上でございます。

○石川部会長 今のお話はモデル事業をどこでやるかというときの選定の段階の話ということですね。

○新井委員 そうです。それから、PTのスタッフの問題があったということです。

○石川部会長 ありがとうございます。

大体意見としては大分出てきたかなと思いますが、あとは実際にモデル事業としてどれぐらいの予算が必要なのか。そもそも連携がある医療機関同士のほうがモデル事業としてはやりやすいのではないかとこの点は、皆さんの意見から集約できてきたかなと思います。

それで、本土と離島の連携の対を一つにするのか、あるいは複数、二つにするのか。八丈病院のように入院施設がある病院との、ある程度の人口もあるのでモデル事業として成り立ちやすいという観点からすると、候補かなとも思う一方で、病院がないところへの帰島をどう促すかというような観点も一方では必要なかなと。そういうところで連携のモデル事業が一通りなのか、予算も限られているでしょうからいきなり二通りやるべきなのか、二つあるいは三つの連携のパターンがあったとして、それを優先的にどこから進めていくのかというようなことについては、ちょっとこの場では全部は話が決まらないかと思いますが、一旦事務局のほうで案を作って、次回の7月のときに少し相談ができるというふうには思っていますが、事務局のほうとして何か、連携の在り方についてのイメージみたいなのは現状ではどの辺りまでつかめているのでしょうか。分かる範囲で教えていただければと思います。

○江口救急災害医療課長 では私のほうから説明させていただきます。救急災害医療課長の江口です。

私どもとしましては、島の規模とかも違うというところの現状を捉えまして、八丈病

院さんなどがある八丈島、それから中小の離島、そういったところをある程度分けて考えていかなきゃいけないのかなと思っています。その中で今お話が出たように同時並行的にやっていくのがいいのか。これ、少し年度を区切りながらやれる島からやっていくのがいいのか。そういったところも悩みどころとしてはありまして、この後、いろいろ議論を整理していく中で、皆様方の意向確認といいますか、そういったこともさせていただければ、今後のモデル事業も進めやすいのかなというふうに思っております。

○石川部会長 ありがとうございます。突然事務局のほうで説明をいただくようお願いいたしまして、誠に申し訳ありませんでした。ありがとうございました。

大体、時間もそろそろ来たかと思いますが、ほかに何かこの場でぜひご発言したいとお考えの先生いらっしゃいますでしょうか。

利島の野尻委員は前半から発言いただいて、少しお声が聞こえなかったようですけれども、何かありますでしょうか。

○野尻委員 恐れ入ります。雑多な内容になるのですが、数点だけお話をさせていただければと思います。

少し話は前後しますが、退院前支援カンファ、Web等でやることも多いかと思えますけれども、なかなかどの職種も忙しいという中で1回できれば御の字、というような状況も多いかと思えます。ただ1回ですと、どうしても退院を比較的目前や、退院を控えたタイミングでやることが多いのかなというふうに感じていて、島のほうにいと、やはり島に戻ってきてからリアルライフへの適応とか、あるいは社会参加とか、そういう多面的なことが出てくるという中で、結論的にはもうちょっと前の段階でどの程度回復されているのかというのが分かると、下準備を進める上で非常にシームレスになるのではないかなというふうに考えています。リハビリの時間の経過とともにだんだんと回復がゆっくりになってくるところがあるかと思うので、回復の限界という言葉はちょっと先生方の前で使うのはよくないかもしれないのですが、それをある意味見据えたタイミングでやるというのが一つ重要なかなというふうに思っていました。

あと、もう一つ島内でのリハビリテーションの実施の必要な人材という点に関して、個人的には栄養士とかという方も入ってもいいのかなというふうに考えておまして、利島の場合栄養士さんがいないというところ、さらになかなか小離島でかなり船便も悪いというところで、どうしてもインスタント食品ですとか、そういった物に頼りがちであるという中で、なかなか退院後の帰ってきた人はどうしても機能が落ちていきますから、買物に行く機会とかもごく限られてしまったりして、いわゆる栄養状態とかも少し芳しくない、リハビリのほうもなかなか進んでいかないというような状態があるのかなというふうな感じがしておまして、なかなか限られるところではありますけれども、栄養士というのも可能性として一つあるかなというふうに感じました。

すみません、長々と、以上になります。

○石川部会長 ありがとうございます。そもそも栄養がないとリハビリしたくてもという

非常に切実な声と伺いました。

ほかの委員の先生方、ご発言いかがでしょうか。

○星川委員 よろしいですか。

○石川部会長 よろしくお祈いします。

○星川委員 広尾病院の星川です。

一つリハビリの環境整備に関わること、リハビリをスムーズにやるに当たって、こういう事前のカンファレンスとか、そういうことも大事だと思いますが、私としては物事をどうしても単純に考えてしまうので、やはり直接的なリハビリの提供をどうしていくかという場合に、この事業の性質として、それで島でリハビリをやったときに例えば何らかの医療的な点数を得るのが難しいといった場合に、そこが無くて、それを提供するというようなことまで想定して事業として行われるということによいのでしょうか。

○江口救急災害医療課長 救急災害医療課長の江口です。

今のご質問ですけれども、私のほうとしては、島のほうでかなり多くの症例をいっぱいお持ちであるというよりは、代表的な症例とかにある程度モデルケースとして考えて、どういうふうにしたらそのモデルケースというのがうまく早期帰島につなげていけるのかとか、そういうことを課題として抽出していきながら問題点を皆様方と解決できればいいのかなというふうに思っております。

ですので、症例を稼ぐというよりは、どちらかというところそういう形での効果検証をモデル事業としてやれば、その次につなげていきやすいのかなというふうに思っております。

○石川部会長 ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。楠本委員、よろしくお祈いします。

○楠本委員 台東病院の楠本です。何度も申し訳ございませんで。

野尻先生がおっしゃってくださったようなご意見が非常に私もしっくり来るなというふうには思っていたのですけれども。やはりそもそも退院前カンファレンスだけ、例えば年1回か2回しかないケースを連携し合っても、なかなかぎくしゃくしてしまうので、今、例えば、台東、小笠原とかも、お声かけしているのですけれども、現実、入院がある時期と入院がない時期があるのですけれども、やはり1か月に1回ぐらい、入院がなくても入院があっても、顔を合わせの会を作りましょうよとかという話は少ししております。それがWebでやりやすくなっている。そういった形で症例があってもなくても顔つなぎをしていくということ。また症例、実際の退院前カンファレンスではなくても、今入院している患者さんに対して、あの人どう？といったことをお互い話し合えると、先ほど野尻先生がおっしゃっていたような、まだ回復段階のときから情報共有がしやすいかなと思うので、そういったあまり堅苦しくない退院時カンファレンスのような、お金が取れるからやろうよということではなくて、ふだんからの定期的なオンラインのつながりを作っていく、顔が見える環境を作っていくところから始められると、少

しそういったギャップが解消されていくのではないかなというふうに思っております。

以上になります。

- 石川部会長 ありがとうございます。今の点にはすごく重要といたしますか、リハビリが必要な患者さんの場合には当然医療機関をまたいだりとか、あるいは自宅に帰る段階で特に情報提供を、入院した段階でこうなるだろうと患者さんにお話しすると同時に、今後次につながる医療機関であったりとか、そういったところへの情報提供は、最近は比較的早くソーシャルワーカーさんを通じて進んでいるようなところも多いのではないかなというふうに思いますので、そこを野尻委員がお話いただいたようなところが、今回リハビリと言ったときに、離島のドクターが間に入って情報交換をして、島にいるリハのセラピストにつなぐという、通常退院前カンファとかになると、ドクター同士が先に情報交換をするようになったときに、今の枠組みがどういう枠組みを想定すればいいのか、ちょっとイメージが湧かなかったのですけれども、何かその辺り、ご発言いただける委員はいらっしゃいますでしょうか。

定期的なカンファというのは別にドクターがそこに介在しなくても定期的にはやれると思いますが、先ほど野尻委員の発言からすると、患者として搬送して、本土に行って治療してもらったとなると、戻ってくる情報のファーストタッチはドクターのほうに来るのかなと思うのですが。そこが早期の情報というのは、やはりドクターを介してセラピストなりほかの関係の方につなぐというのが現実的なのでしょうか。ちょっとそこは私、聞いていてイメージが十分につかめなかったのですが、どなたかご発言いただけますでしょうか。

- 佐々木委員 平成医療福祉グループの佐々木です。

そうですね。本当に理想を言えば、やはりドクター同士のやり取りがあった後にコメディカルの我々が一緒に、というところがあるのですが、ドクター同士がどこまでできるかという、やはりかなり多忙だと思うので。僕がお話を伺った中でイメージしたのは、今は離島に当グループの職員がいるので、職員へ先に今度島に帰るということをライトに伝えて、離島内のリハメンバーでお話し、根回しをした後に正式な説明ということが思い浮かびました。先ほどお話にも上がっていた、顔が見える関係として、それぐらいの気軽さでいけるとなったら、やりやすいのかなと思います。最終的にはドクター同士でやらないといけないと思うので、よりスピード感を持つとなると、そのような感じですかね。うちのグループだったら、この患者様が御蔵に帰る、青ヶ島に帰るとなれば、この方お帰りになりますと、すぐにチャットで聞くような感じのイメージかなというところでは。

- 石川部会長 分かりました。

- 田口医療連携推進担当部長 すみません、よろしいでしょうか。

- 石川部会長 はい。

- 田口医療連携推進担当部長 医療連携推進担当部長の田口です。貴重なご意見をありが

とうございます。

前回の会議で先生方からいただきました、やはり回復期リハをただ途中で切り上げて早く帰るといのは、それはちょっと意味がというか本来の目的と違ってしまわないかというようなご意見をいただきまして、まさしくそうだと思います。でも、ではどうしたら島に早く帰るとい、ほかの律速段階は何なのだろうといのを、事務局でも随分考えたのです。

その中で、一つは退院前カンファレンスと、そこで先ほど野尻先生のお話もまさにそのとおりなのですけれども、退院前カンファレンスで、こういう状態まで回復しました、ここで帰りますと、そこで初めて状態が分かって、それから帰って、この状態で帰ってくるというところで、では島で何を用意したらいいだろうといと、そもそも手すり、これから工事を行わないといけない。本土以上にその辺に時間がかかったり、物を用意するのに時間がかかったりするの、結局その段階で聞いても、やはり予定どおり帰れないので、一旦どこかに、例えば慢性期のところのどこかに入れてもらえるところはないのですかと。場合によっては、待てないから施設に一旦入ってしまう。施設を本土のほうで紹介してもらおうとか。そういうことで帰れないという病院もあるのではなかろうかといことです。

なので、退院前に聞くのではなくてといところで、回復期当初から、例えば家族が予測しておけるような、島側にいる色々な職種が、この人がいつぐらいに帰ってくるぞと、このぐらいの状態が想定できるから、それには何が必要なのだろう、また自分の島では受けられるのだろうかといようなことも含めて考えることができるように、退院前カンファレンスをもっと早めの段階からといようなイメージで、回復期当初から帰島を目指した連携ができればといことで考えて行けばいいのではないかといのが、今回お示しさせていただいた案です。

一方である程度、できる島については、さらにそれを充実させるにはどういものが必要なのだろうかとい、その二本立てで考えていくのがいいのではないかといように考えていました。

ただ、今回先生方に教えていただいて、急性期、回復期の病院側のかなりご厚意に今まで頼って、そういうことを進めていくといことになるのだなと。今も島に関しては随分ご厚意で対応していただいている部分が多いのではないかと。もちろん、引き続きお願いしたいところではあるのですが。ただ、これからさらに広げていくに当たって、そのご厚意だけではなくて、ほかの病院などにも広げていけるような形で、少なくとも島の患者は早くから何回もカンファレンスさせられて面倒くさいと思われなような、そういうようなことも、ではどうい形だったらいのだろうといことが、下世話な話ですが、経費の面も含めてモデルを通して考えていければといふうに思っております。よろしくお願します。

○石川部会長 はい。話出せば尽きないところがあるので、一旦この辺りで今回の議事は

終了させていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○石川部会長 それでは本日の検討部会は以上とさせていただきます。最後に何か事務局から連絡等ありますでしょうか。

○江口救急災害医療課長 石川部会長、ありがとうございました。また委員の皆様方、多面的な視点から、また島の現状、リハビリ患者の実際の運用、そういったところも含めまして貴重なご意見を頂戴してありがとうございました。

今後の予定ですけれども、資料にも書かせていただいたとおり、次回は7月8日月曜日19時からを予定しております。内容としましては、今日いただいたご意見を踏まえまして、実際にモデル事業として、どういうふうに、我々も来年度に向けた予算要求とかをしていきたいと考えておりますので、どの島でやるのがいいのかとか、またどういうふうにモデルとしてやったらいいのかというところの具体的なところをもう少し詰めさせていただいて、その内容をまとめた物を最終的には東京都のへき地医療対策協議会のほうに報告をさせていただくことを考えております。

また先ほど少し触れましたけれども、島のご意向とかもあると思いますので、モデル事業として参画していきたいとか、意向調査、そういう意向確認をさせていただければと思いますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、本日の検討部会は、これにて閉会とさせていただきます。夜遅い時間にもかかわらずご参加いただきましてありがとうございました。お疲れさまでした。

(午後 8時20分 閉会)