

公衆衛生活動報告

外海小離島での看取り体制構築の試み「看取りに関する事務マニュアル」の作成およびこれを用いた支援の展開

ホリノウチ ヒロコ 堀之内広子* ホンド タカコ 貴子^{2*} ウダ ヒデノリ 宇田 英典^{3*}

目的 医療や介護の基盤が十分でない外海小離島において疾病や加齢にともない生活を継続することが困難になったとしても、住み慣れた島での看取りを希望する住民のニーズに対応するための体制整備は、離島を有する自治体やそれを支援する都道府県といった行政の責務である。今回、外海小離島での看取り支援に活用することを目的として「看取りに関する事務マニュアル」を取りまとめたので、この作成プロセスとこれを用いた支援の展開について報告する。

方法 外海小離島だけで構成される十島村の現状や看取りの阻害因子などを検討し、それらの結果をもとに、関係する機関・団体に協議を重ね「看取りに関する事務マニュアル」（以下マニュアル）を作成した。その後、マニュアルを活用して、看取り支援を行うとともに、課題や成果を検討しマニュアルの改訂を行った。

結果 外界小離島での看取りにあたって、重要な問題となる死亡前後の関係機関・団体の対応について考え方や事務的手順をまとめたマニュアルを作成し、関係機関・団体に共有したことで、医療や介護の提供体制や専門職の人材が十分でない外海小離島であっても、複数の事例の看取り支援を行うことができた。さらに、これらの看取りを行う過程で生じた課題や成果を、関係機関・団体に情報共有、再検討し、マニュアルの改訂を行った。今後、地域や住民のニーズに即した看取り支援が行われることが期待される。

結論 外海小離島という厳しい地域特性を踏まえながらも、現実的な支援を行うためにマニュアルの必要性は高い。また、村が主体となって進めるマニュアル作成や改訂作業のなかで、地域特性の分析・評価、協議の場の確保、広域に及ぶ医療機関や県、国の機関との調整など、保健所が果たすべき役割は重要であることが確認された。

Key words : 外海小離島, 看取り支援, 保健所, 十島村, マニュアル, がんターミナル期

日本公衆衛生雑誌 2018; 65(3): 134-141. doi:10.11236/jph.65.3_134

I はじめに

島国であるわが国においては、沖縄、奄美、小笠原など78地域260島（2015年7月13日現在）が離島振興法による離島振興対策実施地域となっており、多くの自治体が島嶼を所管している¹⁾。

鹿児島県も7地域20島を有する島嶼の多い県の一つであるが、なかでも、十島村（トカラ列島）は船舶航路の発着地である鹿児島市から約200～300 km

南の東シナ海に散在する外海小離島7島と5つの無人島で構成されている人口約700人の小さな自治体である。そのため、村役場は各島からの往来、物品や資源の流通を考慮し村外の鹿児島市に設置されている。行政機関が住民の住む島にない市町村（全国で3か所）の一つでもある。

高齢社会の進展にともない、近年、わが国においては、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい生活を最期まで継続することができる包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が進められている²⁾。しかしながら、外海小離島だけで構成される十島村のような小さな自治体においては、医師が常駐している島は1島しかなく、他は巡回診療でまかなっているなど、医療や介護資源は十分でない。さらに、医師不在時の患者死亡に対す

* 前鹿児島県伊集院保健所

²* 鹿児島県十島村役場

³* 鹿児島県伊集院保健所

責任著者連絡先：〒890-8517 鹿児島市鴨池新町 1-7
鹿児島市社会福祉センター 2F
認知症の人と家族の会鹿児島県支部 堀之内広子

る法的解釈と遺体の保存や処置などの対応、患者死亡後の遺体搬送時の村営船の運航に関わる船舶関係者、海上保安部、役場職員などの認識や対応、離島住民の看取りに関する意識や地域の受け入れ準備など、地域住民を含め、関係機関・団体が看取りを行うための環境が整っていないことといった課題もあり、このような離島において地域包括ケアシステムを構築することは容易ではない。

ただし、外海小離島においても「最期まで島で暮らしたい」と望んでいる島民は多く、「患者が望む場所での看取りが可能な体制」³⁾の構築は、本土内の住民と同様に地域住民のニーズとして看過できない課題でもある。

そのような背景のなか、十島村7島のへき地診療所や、巡回診療や医師派遣といった診療支援を行うへき地医療拠点病院（鹿児島赤十字病院、鹿児島県立大島病院）の医師や看護師などの医療従事者、村長をはじめとする役場職員、十島村を所管区域とする伊集院保健所（以下保健所）、鹿児島県警察本部

（以下県警）で協議し、島での看取りを可能とするために死亡時・後の合法的対応、患者や家族の終末期に対する認識や準備、遺体の保存や搬送に関する対応、その際に関係機関・団体の役割などを整理した「看取りに関する事務マニュアル」（以下マニュアル）を作成した。その後、作成したマニュアルを活用し、上述した関係機関・団体が協働して、複数の看取り事例を支援した。さらに、これらの看取り事例の経験を重ねる過程で生じた課題や成果などを踏まえ、マニュアルの改訂を行い、外界小離島での看取り支援が可能な体制の強化を進めるとともに、保健所や村といった自治体の役割についても検討することとした。

II 方 法

1. 十島村の概要

7つの有人島（口之島、中之島、諏訪之瀬島、平島、悪石島、小宝島、宝島）の各島の人口規模は約60人から160人と小規模である。村の高齢化率は

表1 十島村の人口静態・動態（2005～2014年）

		2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
※1	人口 (人)	673	685	650	635	640	657	660	683	699	726
	65歳以上人口 (人)	215	222	207	208	205	224	220	219	212	220
	高齢化率 (%)	31.9	30.9	31.8	32.8	32.0	34.1	33.3	32.1	30.3	30.3
	世帯数	372	369	365	372	373	396	405	408	412	410
※2	総死亡数 (人)	11	8	8	6	6	9	11	9	11	6
	死 因										
	悪性新生物 (人)	5	2	3	1	3	2	1	3	5	3
	脳血管疾患 (人)	1	2	1	0	0	1	3	1	2	1
	肺炎 (人)	1	1	0	0	2	1	1	4	0	0
	心疾患 (人)	1	2	0	2	0	2	2	1	0	0
その他 (人)	3	2	3	3	0	2	4	0	3	2	

※1 鹿児島県「推計人口（市町村別年齢（各歳）別男女別推計人口）」

※2 鹿児島県「衛生統計年報」

表2 十島村における各島の医療と介護の現状

		口之島	中之島	平島	諏訪之瀬島	悪石島	小宝島	宝島
各島の人口等 (2016年4月30日 現在)	人口 (人)	136	161	64	79	73	59	141
	65歳以上人口(人)	53	58	21	13	12	9	40
	高齢化率 (%)	39.0%	36.0%	32.8%	16.5%	16.4%	15.3%	28.4%
医 へき地診療所 療 (村営)	派遣元	鹿児島赤十字病院			鹿児島赤十字病院・県立大島病院			
	医師配置状況	巡回	1名	巡回	巡回	巡回	巡回	巡回
	医師診療状況	1/2 w~4 w	他の島 巡回時以外	1/2 w~4 w	1/2 w~4 w	1/2 w~4 w	1/2 w~4 w	1/2 w~4 w
	看護師配置状況	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
介 在宅介護施設		未設置	未設置	未設置	未設置	未設置	未設置	小規模多機能ホーム※1

※1 小規模多機能型居宅介護事業介護保険適用下（相当サービス）

30.3%であるが、島によって16.2%から37.6%と差がある(表1・2)。

交通手段は、鹿児島市を発着地として週2~3便の村営フェリー(1,391t)が運航されている(図1)が、天候に左右されやすく欠航になることも少なくない。

鹿児島市から最も近い口之島まで204kmあり、23時に出港し片道約5時間、各島には約10分停泊し、最も遠い宝島までは334kmで所要時間は片道13時間を要する。島間は13~35km離れている。

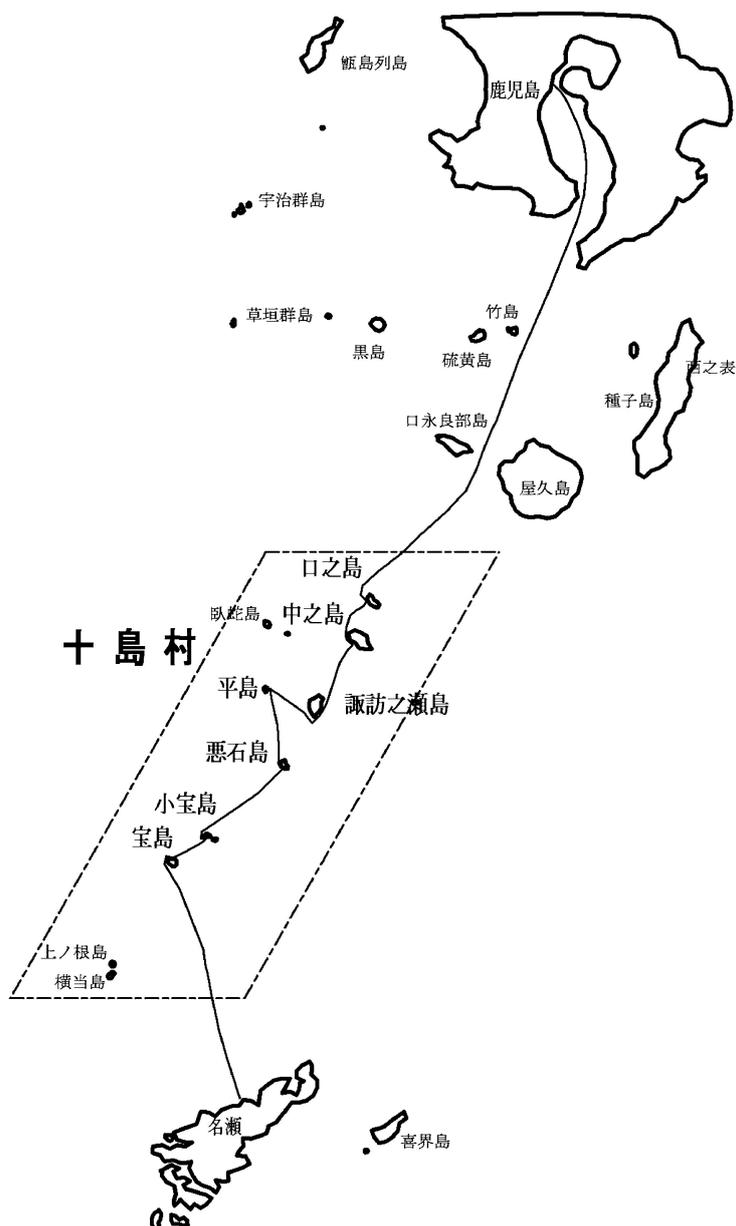
各島には火葬場がないため、過去には風葬や土葬といった習慣があったものの、現在では火葬を希望する島民がほとんどである。そのため、島で死亡した場合には遺体を本土に搬送し火葬した後、遺骨を

再び島に運ぶといった手順が必要となる。

医療施設は、各島にへき地診療所(村営)があるが看護師1人の常駐で、医師による診療は巡回で行われている。鹿児島赤十字病院の医師が中之島に1人常駐し北部4島(口之島、中之島、諏訪之瀬島、平島)を巡回診療、南部3島(悪石島、小宝島、宝島)は鹿児島赤十字病院と県立大島病院の医師による巡回診療が行われており、複数の医師が巡回診療に携わっている。

介護保険施設は、2012年度から宝島で小規模多機能型居宅介護事業(介護保険適用下相当サービス)を実施している1か所が設置されている。他の島では介護保険による通所系・訪問系サービス事業は行われていない。

図1 十島村地図



島での看取り支援の中心となる地域包括支援センター（以下包括）は、保健師（兼務）3人、認知症地域支援推進員（看護師）1人、生活支援コーディネーター1人で運用されている。診療所看護師が島を離れる場合に備えて、看護師1人が村役場に配置されている。

2013年度に村民を対象として実施された高齢者実態調査では、一般高齢者の72.5%、在宅要介護者の76.2%が島に住み続けたいと回答していたが、2003年から2014年の間に島内で「看取り」がなされた例はなかった。資料により確認できた2007年から2012年の6年間では、村民の死亡場所は、病院（診療所含む）49人（85.7%）、介護施設2人（4.1%）、自宅4人（8.2%）、その他1人（2.0%）で、自宅での死亡は急死や検案例などであった。

2. 方法

2012年に十島村の死亡数や死因、救急搬送状況などの資料や過去の事例を基に島の現状を把握し、その後看取りを阻害していると思われる要因を抽出・整理した。

整理した内容を基に村役場、保健所、へき地医療拠点病院、県警と各島のへき地診療所、島で一か所の小規模多機能施設などの看取りに関する機関・団体が村役場で2回協議を行い、2012年12月に島での看取りに対応するマニュアルを作成した。

その後、マニュアルを使い複数の看取り事例の支援を行った。

看取り支援の経過や経験を踏まえて、2016年1月にマニュアルの運用に関する検討会を開催し、マニュアルの運用や看取りの取り組み状況などに関する情報共有や意見交換を行った。2016年11月には、看取り支援の過程で生じた課題や成果を検討するため、緩和ケア病棟を有する病院、鹿児島海上保安部、県担当課（介護福祉課）などを新たに加え検討会を開催し、マニュアルの改正を行った。

3. 倫理的配慮

本報告の5事例については、ご遺族に報告の趣旨や倫理的配慮について説明を行い、了承を得たうえでプライバシーおよび個人情報の保護について明記した同意書に署名を得た。また、マニュアルの作成の関係者の了解も得ている。

Ⅲ 結 果

1. 看取りの阻害要因の検討

島での看取りが行われない阻害要因について、役場職員、住民、診療所看護師など関係者の意見を収集し、保健所と包括で検討し「医療資源」、「介護力」、「看取りに関する関係者の認識」、「制度の理解・

周知」の4つに整理した（表3）。

1) 医療資源

医療資源が乏しいため緊急時の対応が困難である。医師不在時の緊急対応として診療所の遠隔医療システムなどによる診療が行われる場合はあるが、看取り時を想定した診療体制は整備されていない。緊急時の搬送は村営高速船、県や民間医療機関のドクターヘリが使用されるが、夜間は自衛隊機による搬送が必要となる。緊急搬送の際にはヘリポートや港までの島内搬送は住民の役割となる。島内住民や島の看護師、関係者にとって緊急時対応は時間的、精神的、物理的な負担が大きい。

2) 介護力

介護保険サービスは7島のうち1島だけに小規模多機能施設が設置されているのみであり、在宅療養を支えるための訪問系、通所系介護保険サービスは不足している。

ほとんどの島において介護は、家族や地域住民に依拠しているが、住民の高齢化や独居高齢者も多いことから介護負担は大きい。また、地域住民の介護知識や介護経験の不足も見受けられる。

3) 看取りに関する関係者の認識

役場職員の間にも、島で看取りを行った場合の遺体処置や火葬のための遺体搬送の手順が整理されていないことから、看取りに関する認識にも格差があるものの、島での看取りに関しては、総じて消極的である。住民は島での急変時の対応に不安がある。医師不在時に島で死亡した場合には検視になる事例があり、検視に対する不安や懸念などから島での看取りに関して消極的であり、結果としてあきらめの気持ちがある。島外での通院が必要となった場合や介護が必要になると「家族や住民に迷惑をかけられない」と島外での生活を選択する住民が多い。

また、へき地診療所の看護師に関しても、死亡時の遺体処置や死亡診断、死体検案といった死亡に関する解釈や対応の標準化が、診療所や僻地医療拠点病院の医師、看護師などの看取りに関する従事者間で共有されていないこと、急変・死亡時の医師派遣や医師確保が難しく、診療所に駐在している1人の看護師では負担が大きい、といった現状もあり看取りに対しては消極的である。

4) 制度の周知不足

医師法第20条の規定にある死亡診断書の交付とそれ以外に行わなければならない死体検案書の交付に関する解釈が、医師・看護師などの医療従事者間で正しく認識されていないことや、医師不在時の看護師の役割や手順が不明確である。

表3 十島村の島内における看取りの阻害要因と考えられるもの

分類	資源の現状と課題
医療資源不足	日常時 7島各島にへき地診療所が設置されているが全て無床 医師の常駐は1島診療所のみ(3か月交代) 各島の診療はへき地拠点病院※1による巡回診療(1/2w~4w) 看護師は各島村営診療所1人常駐
	緊急時 診療所の遠隔医療システム 緊急時は村営高速船・ドクターヘリでの搬送(鹿児島市・奄美市)
介護力不足	介護保険施設 1島のみ小規模多機能ホーム運営
	介護サービス 通所系・訪問系介護サービスは未実施
	住民 高齢者が多く介護の負担が大きい 住民の介護知識や介護経験の不足
看取りに関する関係者の認識	役場 島での看取りに消極的 火葬等遺体処理困難 遺体搬送体制が未整備
	住民 島で最後まで暮らすことはできないという意識やあきらめ 警察による検死への懸念・不安 急変時への対応の不安 介護力が不足していることへの不安
	関係者※2 死亡時の遺体の扱いや死亡診断と検察の定義の違いに関する認識不足 死亡時の医師派遣, 医師確保が困難 看護師の看取り経験不足
制度の周知不足	死亡診断書等の交付に関する法令解釈(医師法20条) 死亡診断書の具体的な交付手順

※1 へき地医療拠点病院(十島村の診療を支援する2病院)

- ・鹿児島赤十字病院(鹿児島市)
- ・県立大島病院(奄美市)

※2 関係者

- ・島内の診療所, へき地拠点病院の医師, 看護師, 警察官, 村営船乗務員, 地域住民

2. マニュアルの作成

看取りの阻害要因の中から, 遺体の処置方法や搬送に関する手順, 島での看取り支援が可能となるような課題や条件, それに対する対策などを抽出・検討し地域で対応するためのマニュアルとして整理することになった。2012年度に村役場が中心となり保健所やへき地拠点病院, へき地診療所, 県警などの関係機関・団体などによる「看取りの在り方検討会」(以下検討会)を開催し, 内容の協議・検討を行い, 高齢者の看取りを想定したマニュアルを作成した(表4・5)。

マニュアルには, 検討会での意見を踏まえ, ①患者本人が在宅死を希望, ②家族が在宅死を容認, ③看護師の訪問や巡回診療時に往診可能, ④家族や事業者など介護者の存在, ⑤苦痛のコントロール, ⑥地域の理解, の6つの条件を島での看取り支援に必要な条件として記載し, 本人や家族の同意を得ることとした。

また, 死亡時のフローチャートを作成し, 状況別(①24時間以内に医師の診察を受けていた場合, ②看護師などが看取ることができた場合, ③看取る方がいなかった場合など)に事務処理区分に基づき, 遺体処置の手順, 遺体の島内搬送, 島外への搬送などの具体的な事務手順を記載した。

3. マニュアルによる事例支援

2015年から2016年の2年間でマニュアルを活用して5例の看取り支援を行った(表6)。最期まで自宅で生活し, 在宅で看取られた事例が1例, 短期の入退院を繰り返す, 最期は移動中の船内で看取られた事例が1例, ぎりぎりまで島内で生活し, 最期は島外の病院に入院して看取られた事例が2例, 島外で生活をしてきたが短期の帰島が実現し, その後村外で最期を迎えた事例が1例であった。

「島で生活したい」「島に帰りたい」と申し出があった事例に対し, 包括職員が窓口となり, マニュアルに沿って本人や家族に島での看取りに必要な条

表4 看取りに関する事務マニュアル作成・運用に関する関係機関等との協議

開催会議	開催日	開催場所	出席機関等	主な内容
役場内検討会	2012.10.30	村役場	村役場	状況把握
マニュアル作成のための看取り検討会	2012.11.15	村役場	鹿児島赤十字病院（医師）・鹿児島県警・伊集院保健所・小規模多機能ホーム・診療所（看護師）・十島村役場	マニュアルの内容検討
	2013.2.6	村役場	鹿児島赤十字病院（医師）・鹿児島県警・伊集院保健所・小規模多機能ホーム・診療所（看護師）・十島村役場	マニュアルの内容検討
運用に関するマニュアル検討会	2016.1.8	村役場	鹿児島赤十字病院（医師）・県立大島病院・鹿児島県警・伊集院保健所・県担当課・診療所（看護師）・十島村役場	看取り支援とマニュアル運用状況共有
	2016.11.14	村役場	鹿児島赤十字病院（医師）・緩和ケア病棟を有する病院（医師・看護師）・鹿児島県警・海上保安庁・伊集院保健所・県担当課・診療所（看護師）・十島村役場	看取り支援の状況と課題の検討
医師連携意見交換会	2016.11.14	村役場	鹿児島赤十字病院・緩和ケア病棟を有する病院（医師・看護師）・伊集院保健所・十島村役場	看取りの医療体制について情報交換

※十島村看取り検討会・マニュアル検討会・医師連携意見交換会は島とのテレビ会議

件について説明し意向を確認した。その後、家族や主治医、病院看護師、へき地診療所医師・看護師、福祉用具貸与事業者・保健所保健師、包括職員などでカンファレンスを役場で実施した。その際、島にいる関係者や家族が参加できるようテレビ会議システム（役場・各島診療所・鹿児島赤十字病院に設置）を活用して行った。事例によっては包括職員が実際に病院に出向き、退院前の調整を行った。

また、終末期には、へき地診療所看護師の負担に配慮し、村役場の看護師を派遣し診療所看護師の複数体制をとった。

看取り後は、デスクカンファレンスを行い直接支援した看護師以外の看護師も加わって、関係者で支援の経過などの体験を共有し、へき地診療所看護師の資質向上を図った。遺族支援として家族や看取りに関わった住民の見守りを行った。

4. 事例の検討とマニュアルの改訂

看取りの経験を踏まえ、マニュアルに関していくつかの課題が明らかになった。

とくに、島での看取りを希望した1例目の事例は「がんターミナル期」であったが、作成したマニュアルにはがんターミナル期の対応について詳細な記載はなかった。十島村の死因別状況でも、悪性新生物が多いことから、がんターミナル期の事例にも対応できるようマニュアルの改訂が必要であった。

また、1例は状態の悪化のため、本土へ移動中だったが船内で死亡したため、「船内での看取り」となった。このような場合の対応についても、船舶の運航責任者や海上保安部などの関係機関で情報共有を図る必要があった。

このようなことから、2016年に村役場が「マニュアル検討会」を開催し、課題を検討・整理するとともに死亡診断書記載に関する厚生労働省の文書を踏まえ、様式の追加や遺体の搬送方法、費用負担などについても加筆、修正するなど、マニュアルの改訂を行った。

IV 考 察

小離島においても「最期まで島で暮らしたい」と望んでいる島民は多く、「患者が望む場所での看取りが可能な体制」の構築は、本土内の住民と同様に重要な課題である。

在宅死における死亡診断書を交付できる条件について「現行の医師法20条ただし書きの適切な運用⁴⁾」通知のように、在宅での看取りを推進する社会環境の変化があるにもかかわらず、十島村ではさまざまな阻害要因によって、島内での在宅の看取りが行われないという状況が長く続いていた。

しかし、マニュアル作成後に2年間で5事例の看取りを支援することができた。これは、マニュアルの中の「在宅での看取りに必要な条件」に沿って、本人や家族、支援者との間で島での看取りに関する合意を形成するプロセスによって、支援の方向性が明確になり、その結果、看取り支援が行われることにつながったと考えられる。

また、十島村のように島に火葬場が整備されていない離島においては、島内で亡くなった後に、火葬のため島外搬送しなければならない。そのことに対する住民の精神的、金銭的、時間的な負担や不安は大きく、そのための対策が必要⁵⁾であった。今回マ

表5 看取りに関する事務マニュアルの内容

1	目的	本人・家族の負担が最小限に抑えられるよう関係者が共通理解を図り、各手続きに対してスムーズに対応できるよう作成
2	看取りに至るまでの対応について	(1) 本マニュアルにおける看取りの定義 (2) 在宅での看取りに必要な条件※1 (3) 同意をとる意義と情報共有※2 (4) 記録の保管・各関係機関の連携
目次	3 予後把握後の対応	フローチャートにそった対応
	4 支援ネットワークの構築	地域緩和ケア支援ネットワークの構築
5	その他	(1) 遺体の保管方法および場所 (2) 防災ヘリの遺体搬送について（見解） (3) 遠隔医療システムによる死亡診断書の作成について（見解） (4) 24時間以上の死亡診断書について（見解） (5) マニュアル等の考え方について
様式	様式1 在宅での看取りにおける確認事項	
	様式2 同意書	
	様式3 十島村における終末期ケア医療に関する説明と同意	
付録	付録1 看取りにおける各職員の対応および事務手続きの流れ	
	付録2 死亡診断書および死体検案書の添付のない死亡届の提出処理	
	付録3 役場関係課等の連絡先	
	付録4 申述書	

※1

- ① 患者本人の在宅死の希望
- ② 家族が在宅死を容認している
- ③ 看護師の訪問が可能であり、かつ巡回往診できる
- ④ 家族、他人、事業者を問わず介護者がいる
- ⑤ 苦痛がコントロールされている
- ⑥ 地域の理解がある

※2

- ① その人のライフに焦点を当てる
- ② 患者・家族・医療スタッフが死を意識した時から始まる
- ③ 患者・家族・医療スタッフが共に治療の選択に関わる
- ④ 患者・家族・医療スタッフが多様な療養・看取りの場の選択を考える
- ⑤ QOLを最期まで最大限に保ち、その人にとっての良い死を迎えられるようにすることを家族とともに目標とする

表6 十島村島内での看取り事例

	年代	病態	役場への相談者	死亡前に島で過ごせなかった期間	状況	最期の場所
事例1	60歳代	がんターミナル期	本人・妻	0日	退院後最期まで在宅	自宅
事例3	80歳代	がんターミナル期	嫁	0日	在宅で短期入院退院	船内
事例2	80歳代	がんターミナル期	同居者	約21日	島での在宅の後死亡前に入院	鹿児島市内病院
事例4	80歳代	がんターミナル期	子	約7日	島での在宅の後死亡前に入院	鹿児島市内病院
※事例5	80歳代	人工透析	子	透析開始後は帰島できなかったが2泊3日の帰島を実現し約1か月後死亡		村外自宅

ニューアルを作成したことによって、遺体を島外に搬送する手順が行政や関係機関で共有され、島での在宅死を支えるための具体的な支援体制ができたことも、看取り支援の推進に大きく貢献したと考えられる。

さらに、十島村のように常勤の医療従事者が島内に看護師1人といた小離島においては、本人や家族への直接的支援だけではなく、関係機関や近隣住民との調整役も担う看護師の負担は大きい。とくに終末期にかけては、身体的・精神的負担が増大することから、終末期に看護師を複数体制にする村の支援は有用であった。終末期を支えるマンパワーの増員や交代看護師の派遣など、支援体制の整備は、小離島において看取りが行われるための必要要件の一つと考えられた。

また、デスクカンファレンスを開催したことで、支援過程の共有化、整理ができ、看取りに対する受容的な発言やねぎらいもあり、看護師など支援者のグリーンケアにもなった。

さらに、十島村のような小さなコミュニティでは、看取りに島の多くの住民が関わることから、看取り後には遺族だけではなく、地域全体を見守る体制が必要である。看取り後のグリーンケアは個別性が極めて強く、経年的な変化も伴う⁶⁾ことから関係職員がグリーンケアの必要性を理解し、協力して取り組むことが求められる。

今後「がんターミナル期でも島に帰れた人がいる」という情報が島民に広がることにより、島での看取りや一時帰島の希望者が増えることが想定される。同時期に複数の事例を支援する場合への対応については今後の課題であり体制整備を図る必要がある。

地域保健法には、医療機関間の連携体制の構築が必要な離島・へき地医療、在宅医療、救急医療などにおいては、保健所の積極的な関与が必要であると記載されている⁷⁾。とくに医療・介護資源の乏しい小規模市町村における看取り支援については、広域

に及ぶ医療機関と行政、関係機関との調整が重要であり、困難であることなどから、保健所が積極的に市町村支援を行う必要がある。今回の報告は、保健所と市町村が連携した看取りへの取り組みの参考となるものと考えている。

本報告にあたり、ご協力いただきました関係者の皆様、事例のご遺族の皆様にご心より感謝申し上げます。

なお、開示すべきCOI状態はありません。

(受付 2017. 5.18)
採用 2018. 1. 9)

文 献

- 1) 国土交通省. 離島振興. <http://www.mlit.go.jp/kokudoseisaku/chirit/> (2017年3月3日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム 1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/ (2018年1月17日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 在宅医療の体制構築に係る指針. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_03-01.pdf (2018年1月17日アクセス可能).
- 4) 厚生労働省医政局医事課長. 医師法第20条ただし書の適切な運用について(通知). 医政医発0831第1, 2012.
- 5) 古謝安子, 宇座美代子, 玉城隆雄, 他. 火葬場のない沖縄県離島における葬法に対する住民の関心. 民族衛生 2003; 69(2): 35-46.
- 6) 宮林幸江, 坂口幸弘, 田子久夫. グリーンケアの実践と展望. 宮城大学看護学部紀要 2007; 10(1): 1-8.
- 7) 厚生労働省. 地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針(平成6年12月1日厚生省告示第374号) 最終改正: 平成27年3月27日厚生労働省告示第185号. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-seisakujouhou-10900000-kenkoukyoku/0000079549.pdf> (2017年3月10日アクセス可能).