

第3回神奈川県総合リハビリテーションセンターあり方検討会 議事録

1 前回検討会の振り返り

〈事務局から資料に基づき説明〉

(久保会長)

はい、ありがとうございました。今のご説明で、ご質問ございましたらお受けしたいと思います。いかがでしょうか。

〈委員からの質問、発言なし〉

(久保会長)

共通認識を確認したいと思います。リハビリテーション医学・医療のポイントは、生活を念頭に置いているということでございます。一方、福祉の場合も生活を守る、維持するという、「生活」というのがキーワードにあります。両方に共通した目標があるということで、今後も進めさせていただきたいと思います。

従いまして、病院の検討ですが、病院自体の機能だけではなく、病院の機能がどのように介護、福祉に貢献できるかという点も踏まえて、検討していただきたいと思います。

続きまして協議事項でございます。「神奈川リハビリテーション病院のあり方について」事務局からご説明をお願いします。

2 協議事項 「神奈川リハビリテーション病院のありかたについて」

〈事務局から資料に基づき説明〉

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

一つコメントです。38 ページのリハビリテーションの役割分担というところで、急性期、回復期、維持期と記載されているところです。これはよく使われる図ですが、脳血管障害のモデルです。

この急性期、回復期、生活期・維持期という流れは、よく使用されるのですが、これは脳血管障害に適するモデルなので、これに当てはまらない疾患や状況もたくさんあります。

具体的な例を挙げると、生活期にいる患者さんが急性期になるという状況があります。在宅の方が急性期の医療を受けなければいけないということもあるわけで、生活期から急性期に行くということも結構たくさんあるのです。

したがって、先ほど回復期が主体だということでしたが、生活期のところをカバーするのであれば、当然急性期の機能というのを持たせておかなければいけないということになります。

救急医療、災害時の医療とは別に急性期の医療を記載してはどうですか。

(事務局)

救急の機能としては、命に関わるような状況の患者さんというのを受けるというイメージではないです。

(久保会長)

介護とか福祉の方でも在宅あるいは施設に入っておられる方が急変して色々診て欲しいという時に、回復期しか診られませんという話になると、受け入れられないという話になって、医療と介護、福祉の中の溝ができるという話になりますから、誤解のないような記載が必要かと思います。

(事務局)

診ないことはない、ということの方が適切かと思います。

(久保会長)

そういうことですね。急性期を積極的に診るというのではないが、一応受け入れるということですね。

(事務局)

そうです。

(久保会長)

急性期には手術療法も入ってきます。今、神奈川リハビリテーション病院でも手術されていますから、そういう意味でも急性期は否定しないということですね。記載方法はまた考えてください。

(事務局)

はい。

(久保会長)

今回はお忙しい中、杉山病院長に陪席していただいていますので、杉山病院長のご説明もいただきたいと思います。

(杉山病院長)

ありがとうございます。杉山でございます。

私も厚木の病院協会の会長として、様々な会合に出ていますと、地域で医療資源をどう使うかということが大きな問題になっています。私どもの病院には常勤の医師が36名いるわけで、厚木地区には30人以上いる病院というのはそんなに多くないので、もう少し活用できないかという意見はよくあります。

当院は救急要請には対応しない病院となっていますが、現実には年間25件ほど、先ほど久保会長がおっしゃったような患者さんを受け入れております。それから、それ以外に当日外来からの緊急入院というのもありまして、すべてができるわけではないのですが、実際には、急性期に近いこともやっているということです。今後は、内科の医師を確保することによって、少し拡大できるのかな、という感触は持っております。

(久保会長)

確認です。脳血管障害のリハビリテーション診療の流れは、急性期、回復期、生活期ですが、救急の方などは、色々場合があるのですね。生活期から急性期に結構来ているということでしょうか。

(杉山病院長)

そういうことです。私どもの病院に在宅で通院されている方の中から、二週間に一度ぐらい入院になっている方もいらっしゃるということで、やはり、内科医が十分に揃っていないものですから、それ以外の方が結果的に厚木市立病院とか東名厚木病院とかに搬送される、あるいは、東海大医学部付属病院を救急受診しなければならない、ということもあるわけです。地域との連携という意味では、最後に出てきました地域包括医療病棟的な動きというのは、やっていくべきではないかと感じております。

(久保会長)

基本的に、リハビリテーション医学・医療では、どの疾患に対しても運動療法等の訓練は必要だという話になっています。急性期、回復期、生活期それぞれのフェーズでしっかりやる必要があります。最新のトレンドから言いますと、急性期でしっかりリスク管理をしながらリハビリテーション治療を積極的に行うと退院が早くなる、あるいは、復帰した後の在宅での生活機能が上がるというエビデンスが出ています。急性期のリハビリテーション医療も、神奈川リハビリテーション病院にはリソースがありますから、人材育成にもつながると思います。

そういうことで、課題(1)どのような疾患を対象にするべきか、に関して、鈴木副会長、ご意見お願いできますか。

(鈴木副会長)

はい、鈴木でございます。

資料の 18 ページですが、この図が私の肌感覚にとってもよく合っている感じがした図で、県央と言ってもほとんどが厚木、県央を右の分けていただいた図ですけれども、病院長が厚木の病院協会の会長であるのも関係しているかもしれませんが、厚木がほとんどです。

それで私の肌感覚としては、要するに左の図で、県央以外でも高度な脳障害で来ている方とか、それから整形でも筋骨格系で先生がたくさんいらっしゃることもあって、何か色々なことを背景に持っている人も、こう見ると県央以外からたくさん来られている。

一方で、厚木、それから愛甲、この辺を見ますと、筋骨格系はたくさん来られていますけれど、やはりいわゆる普通の脳血管障害、脳梗塞や脳出血は、ほとんど来ていないような感じがします。

そこで、やはりこのところが、紹介受診重点医療機関ということでやっていくなれば、厚木、それからその周りのところの普通の脳血管障害の方をやはり、もう少し集められるようにしていかなければいけないかな、と思っています。

そのためには、脳神経内科とか、それから内科とか、もう少しその辺の医者がいないといけないのかなということを思いました。ということで、扱う疾患としては、今のまま筋骨格系、そして脳血管障害を維持しつつ、脊髄損傷などもやりながら、近くからの、やはり、普通の脳血管障害がもっと受けられるようにしていかなければいけないかなというのが私の意見です。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

鈴木先生のご指摘に関して、何か杉山病院長コメントありますか。

(杉山病院長)

私もこの検討会の第一回、二回の議事録を拝見いたしました。

それで、骨関節疾患が何でこんなに多いのか、というご意見がある訳ですけれども、そこには様々な事情があって、一例を申しますと、近隣で、骨関節疾患が採算に合わないからだと思いますが、脳血管しか診ない病院がありますし、地域包括ケア病棟では、自院からの転棟が制限されているため当院への転院が多いように思います。また、病院の収容体制や患者さんが抱える様々な社会的な事情により、当院に来る脳血管の患者さんは、どうしても転院までに少し時間がかかることが多く、結果的に少なくなっているということもあるのかもしれませんが、ただ、回復期病棟は常にいっぱい、そこを増やすとすると、当然骨関節疾患の患者さんを少し減らさなければいけないというのが現実です。

(久保会長)

バランスの問題はあるかと思いますが、今、鈴木副会長のご指摘した脳血管障害を診られるドクターが必要だということに関しては何かありますか。

(杉山病院長)

脳血管疾患を診るドクターは脳神経外科の先生と脳神経外科からリハ科に移られた方がそれぞれ一人、神経内科が二人ということで対応しております。現在は回復期病棟の約半分（40 床）が脳血管ということになっていると思います。私も実際に脳血管疾患が診られる神経内科の医師が来て欲しくて、あちこち大学を回りましたが、残念ながら来ていただけていないというのが現実であります。

(久保会長)

ありがとうございました。それでは、松原委員ご意見いただけますでしょうか

(松原委員)

はい、ありがとうございます。

機能につきましては、私は医師ではないのですが、地域において、あまり在宅とかなさってないようなので、人材的に、人数的に無理なのか、それが可能なら地域に出ていかないと、自分たちが診ている患者さんが在宅に戻ってどういうところが困るのか、というのがわからないと思いました。それがすこし疑問というか、思った点です。

(久保会長)

ありがとうございます。杉山病院長、何かご説明いただけますか。

(杉山病院長)

はい、おっしゃる通りです。ただ、神奈川リハビリテーション病院の歴史の中で、県の方針としてそちらの機能をやめたという経緯があるようです。私どもの病院では、神奈川県リハビリテーション支援センターの指定を受けていて、それを地域リハビリテーション支援センターというところが運営しているわけですが、ここはあくまでも行政との関わり合いとかPT、OTの指導とかに特化しておりまして、いわゆる病院から直接施設や患者さんの訪問は今までやっていませんでした。

病院長になった時期に始まった地域医療構想を踏まえると、これではいけないと考えまして、地域連携室の中にPT、OT、STを加えた支援組織を構築して、他の高齢者施設や在宅支援に向けた準備をしております。新型コロナもあってなかなか進まなかったのですが、今年度から、訪問看護ステーションおよび各高齢者施設にアプローチというか、お話を伺いに行っているという状況です。

(久保会長)

松原委員、それでお解りになりますか。

(松原委員)

はい。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

山本委員、大学で医師の派遣を担当されているので、その辺のところをお伺いしたいと思います。人材派遣に関して、なかなか適切な人材を採りにくいという説明もございましたので、そういう点も含めて、ご意見いただければいいのかなと思います。

(山本委員)

いくつかのポイントに分けてお話をさせていただきたいと思います。

一つ目はですね。私が脳神経外科なので、まず簡単に少し脳神経関連の医師の動向をお話しします。県内で言いますと、脳外科医の統計というのが出ていて、専門医数というのが割と正確にわかっています。

それで、この県央地域ですとか、湘南東部、西部医療圏、それから県西は、全国平均に比べても少ないということは判っているのですが、それがさらにここ数年で減ってきているのです。

神奈川県は、大体年間 10 名ほどの脳外科医が入ってくるのですが、残念ながら県央地域、あるいは県の西部地域に本拠地を置く私立大学では、外科系自体の入局者減少の影響もあって、なかなか新人が入ってきづらいような状況になってきています。

ですから、16 ページの資料で、脳血管疾患の需要はまだまだこれから伸びてくるということではありますけれども、担い手になる脳外科医自体は、むしろ減少傾向にあるというのは一つ捉えておかなければいけないかなと思います。

それから二つ目、先ほど来、話に出ています脳神経内科医ですね。神経内科の先生も、こういった疾患、特にこのリハビリテーションにかかるような時期の患者さんというのは、よく診療される。要するにそういうスキル、トレーニングを受けられている方が多いと思うのですが、実は割と西高東低のところがあって、関西の方は、比較的神経内科の先生が脳卒中を診られる割合は多いといわれていますが、関東は、例えば脳血管内治療の専門家などはまだまだ最近の話なのですね。病院長が、いらっしゃっているので、少しお聞きしたいのですが、県央地域では神経内科の先生が脳卒中を診てくださる病院というのは一般的でしょうか。

横浜なんかはまだ多くなくて、我々横浜市の大学ですけれども、横浜市立脳卒中神経脊椎

センターのようなところには神経内科の専門家はおられます。一方で、なかなか通常の神経内科の先生というのは、不随意運動ですとか、変性疾患をご専門にされているので、なかなか脳卒中の現場に入られる方というのは多くはないという認識だったのですが、このあたりいかがでしょうか。

(久保会長)

杉山病院長いかがですか。

(杉山病院長)

神奈川リハビリテーション病院と前の七沢リハビリテーション病院脳血管センターのことと言いますと、神経内科の先生がある程度いらっしゃいました。

ただ、色々な経緯を聞いてみると、必ずしも本意でやっていらっしゃるわけではなくて、やむを得なくやってらっしゃるところが多いのです。

脳神経外科の七沢病院前病院長に、そもそもどこが診るのですか、と話をしたことがあるのですが、その先生は、もうそれは神経内科だ、とおっしゃって、実は先ほども言いましたけれど、私も医局をあちこちお願いに上がったのですが、先生のおっしゃる通り、そういうことをやられる神経内科の先生はなかなか見つからないというのが実情です。

(山本委員)

おそらく、その担い手ということで言うと、そのあたりも見ながら、もちろんご覧にならないって言って、そうですか、というわけにいかないのが、神経内科の先生にも色々お願いはしなければいけないのですが、そもそもそういう実態があるというのは、ある程度ここで共有しておくといいのかなというふうに思っております。

それから、この16ページの右側の図で、地域の疾患別の退院患者ということで、受け皿がどのくらいあるかということかなとは思いますが、実際に人の話をしようと思うのですが、脳外科医は減ってきていると、それで、神経内科の動向とかもわからないのです。地域の受け皿としての脳外科医の数自体も、その神奈川リハビリテーション病院ということではなくて、全体として、どうなっているかということも調査が可能であれば、少し見ていくべきなのかなと思っております。

(久保会長)

そうですね。ありがとうございました。整理していただいて、またご意見いただきたいと思います。

少し時間も押しておりますが、どのような疾患を対象にするべきかということに関して、何か他に、ご質問、ご発言ございますか。

(大塚委員)

よろしいですか。

私は医療の専門家ではないので何とも言えないのですが、今日の検討事項の中で、どのような疾患の対象とかということの中においては、高次脳機能障害について8ページにもありますように、高度の専門的リハビリテーションの拠点として、高次脳機能障害支援拠点機関ということで役割を担ってきたと、高次脳機能障害については少々知識がありまして、今、議員立法で高次脳機能障害支援法、仮称ですけど、そういうことを予定していると、少しずつですけど進んでいるという状況であります。2000年頃から高次脳機能障害の支援というのは、国立障害者リハビリテーションセンターが中心になって始まって全国に展開されたのですが、神奈川県においても、その一環としてずっと20何年かの色々な蓄積があると思っています。

この高次脳機能障害の拠点といたしましては、専門的なアセスメントやケアマネジメントの実践という相談支援の機関として拠点であると、それから関係機関や自治体職員に対する研修、あるいは関係機関への指導助言という支援体制整備の拠点でもあると、こういう機能を持っているということです。今まで神奈川県リハビリテーション病院が担ってきたこの拠点の実績です。それをどのように評価して、今足りない、今後、もっと多分法律ができれば、支援センターとして機能しなければならないので、その準備をしていったらいいのではないかと思います。

そして、機能の強化ということであれば、きちんとした支援センターとして機能するような職員の配置、それから職員の専門性ということ、特に、高次脳機能障害に関わる職員の研修を担うと県内の研修を担うということもあると思いますので、そういう準備をしていくということも必要ではないかと、あるいはさらに他職種連携による地域における高次脳機能障害の方のモデル的な、今までもずっとやっていたと思うのですが、そういうモデル的な実践というものが問われるということです。そういうことについても知りたいと思います。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

それでは課題(2)に移りたいと思います。どのような機能を有するべきか、高度、専門的リハビリテーション医療の提供ということについて議論を進めたいと思います。

これもご指名させていただきますので、ご意見をいただけますでしょうか。玉垣委員よろしく願いいたします。

(玉垣委員)

はい、よろしくお願いします。

どのような疾患を対象にするべきか、というところで、24ページのところでいただいて

いる案があるかと思うのですけれども、どのような機能を有するべきかのところでございます。少し方向性が、こう受けるべきとか、引き続き進めていくとか、ということで書いてあるのですけれども、そこを確認した上で、少し専門の高度リハビリテーションということに行きたいと思うのですけれども、次の 25 ページ、26 ページで、回復期の方がすごく重要視されているのですけれども、実は一般の回復期と、やはりどうしても入院発症からの入院期限が結構あるので、なかなかこう縛りが大きかなとは思っているのですけれども、いわゆる政策医療でやってきた高次脳機能障害であったり、脊髄損傷であったりというところは、やっぱりどうしてもこう時間がかかる。一般のというか、普通の疾患の措置と比べるとやっぱり時間がかかる疾患かなというふうには思うのですね。

ですから、この平均在院日数が、時間かかるのはもう仕方がないことかなというふうには思っています。それで、入院だけではなくて、その更生援護施設とかに上手に引き継ぐということで、対応に時間かかり、そしてあまり儲からないというか、保険点数が取りづらい薬とか、あまり取らない疾患を積極的にやることは、すごく重要なことかなというふうには思っています。

色々あるのですけれど、端的に最後の 43 ページの専門に関しては、すごく頑張ってやっているかなというふうには思っていますが、今後の方向性のところで、少し後方支援的な役割というのがわからないなと思ったのですが、これは一つ重要なことかなと思います。

先進的なのというか、逆にリーダー的な役割を担っていくべきではないかなと思っております。それは、ここにあまり資料としては出ていないのですけれども、研究部とかリハ工学とか、先ほど K R R C の筋電義手だったり、ロボットの活用とかということも含めてやっておられるので、そこを上手に今後の方向性もそうですけれども、中にもちゃんとその項目が入っていると、高度専門機能的なところと言えるかと思えますし、いわゆるリハ職である P T、O T、S T 以外のリハ工学とか研究部の方々とかが、上手に役割の中に入っているように、表記できたらなというふうには思っています。

(事務局)

今の委員のご指摘の点です。書きぶりはともかくとしまして 32 ページの方に高度専門的なリハビリテーション医療の提供のところで、いくつか丸がございましてけれども、例えば K R R C の取り組みをさらに充実とか、一番下の丸にございますが、県内のリハビリテーション医療の底上げのために人材育成に力を入れていくべきというようなところが、少しその神奈川リハビリテーション病院にとどまったお話ではなくて、先進的なのというか、引っ張っていくみたいなイメージを書かせてはいただいていますけれども、委員のご指摘のあたりも考えながら、表現は考えていきたいと思えます。

(久保会長)

ありがとうございました。それでは次に長野委員お願いいたします。

(長野委員)

はい、よろしくお願いいたします。

私は、実は県央に家がありまして、神奈川リハビリテーション病院の地域的な評価、神奈川県内での評価というのは、聞いていました。事務局からの報告がありましたように、リハビリテーションの実績というのは高いと、近隣でも評価されているので、先ほどの他の施設に比べれば相当実績も積んでいらっしゃることにについては、近くにいて納得しているところであります。

それでも、受け入れの状況がまだ少ないとか、さらにもっと高度なことができないとか、地域のニーズはもちろんあるのだろうと思いますので、それに対する取り組みとして例えば、それぞれの専門診療の先生方が少ないとかいう話も先ほど出ていましたし、専門職の連携とか、特に私は看護の立場ですので、看護職の人員体制についてや、他職種との連携に関することなどが、さらに十分な手当がされると、その機能がさらにアップするのかなと思っています。この辺のところは病院長が今日来られているというので、何かその辺のお話があれば、お聞きしてみたいなと思っております。

(久保会長)

はい、杉山病院長いかがですか。

(杉山病院長)

今、ご指摘いただいた点は、非常に重要なところで、やはり、神奈川県事情もあって、第二期指定管理のスタートのときに、診療報酬で賄えないものはかなり外されたところがあるのです。実はそこから看護師で言うと 30 人増やしています。ですから定数よりも 30 人多い状態で今は運営しています。それで、やっとですね。さらに実は、神奈川県が地域看護師の養成ということを進めていまして、五年前からスタートしていまして、それに向けてさらに 10 名程度増やしたいということで活動しているのですが、これは看護の方で多分問題になっていると思いますけども、やはり美容関係にどんどん抜けていくということで、集めてもまた退職されてしまうということで、私どもの病院は離職率 10%を超えています。公立病院としては非常に高く、この辺が問題で、その地域医療看護師を育てるにも、特定機能を持つような看護師を 10 人ぐらい用意してくれと看護部長には言っているのですが、やはり色々なところに出ていってしまうということが問題で、今後この辺を医療面含めてどうやって解決していくかというのは課題だというふうに思っています。

(久保会長)

はい、ありがとうございます。この人材育成の前の人材獲得は、神奈川県だけではなく、全国津々浦々の大きな問題でございます。これは根本的な問題になるかと思えます。

(長野委員)

よろしいでしょうか。

神奈川県というか、全国的に看護師の不足に関することは大きな問題になっていて、病院機能を落としているのも人員の体制が整っていないからだというようなご指摘もあるぐらいなので、おっしゃる通りだと思うのですが、今後は、看護職に限らないので、今働いてらっしゃる職員の方々のモチベーションも考慮した検討が必要ではないかと考えます。自分たちの職場が、どう変わっていくのか、どういうふうに議論がされているのかという不安や、将来的な改善に対する期待とか、色々なことがあろうかと思うので、意識調査をしていただければと思います。

(久保会長)

ありがとうございました。その辺は杉山病院長、事務局よろしくお願いいたします。
次に、中村委員、ご意見いただけますでしょうか。

(中村委員)

はい、よろしくお願いします。

私は日本栄養士会の会長をやっています。近年、リハビリテーション医療という領域が非常に発達しまして、リハビリテーションと栄養がどうやって連携するかという議論も起こって数々のペーパーが出ております。それで、この報告書を見て栄養という字が出てくるのは、NSTをやっているという話ですが、今、実はアメリカや欧州ではNSTは、もう消滅し始めてきております。NST対象患者さんというのは、大体5%ぐらいしかいません。ところが、詳細に検討すると、低栄養状態に陥っている入院患者さんは、6割から7割ぐらいに匹敵すると言われております。

そして、今回の診療報酬の改定では、入院基本料の中に栄養ケアというのが位置づけられました。ですから、すべての患者の栄養ケアがされていないと入院基本料が取れなくなっているような状況になっております。

その栄養ケアをする方法として国際的な基準であるGLIM診断というのを国は要求してきました。GLIM診断はですね、実は非常に簡単な方法でありまして、1病棟に看護師1人いれば簡単にできるような方法なのですが、どんな方法かと言いますと、5項目がありまして、意識しない体重減少と、そしてBMIの減少と筋肉の減少という、表現型基準の3つ、この中の1つが該当するということと、病因基準で、疾患による低栄養を起こすストレスが存在するということと、摂取量が不足しているか摂取量が十分取れていないという2つ、この病因基準から1つ、この両方の表現型基準と病因基準の中で1つずつ項目が上がってくれば低栄養と診断されます。

これは、国際基準になり始めてきています。したがって、これから高機能の病院を目指す

にはですね、このことができる仕組みとスタッフを養成しなければいけないのではないかと考えております。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。栄養管理は本当に重要な問題なので、色々なシーンで入ってくるかと思います。

それでは金子委員、ご意見お願いできますでしょうか。

(金子委員)

金子です。大変失礼ですけれども、項目を指定されてしまいますと発言したいところが、発言できないので、多分一度しかご指名いただけないと思うので、まとめて発言させていただければと思います。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(金子委員)

まず、前回の会議で大塚委員からご発言がありました総合リハビリテーションを標榜する以上、医療のみならず、心理職や福祉職なども含めて、専門性を高める人材育成プログラムの開発は、神奈川県総合リハビリテーションセンターが担うべきであるというご意見はとても重要なご指摘としますので、この場でも十分にご検討いただきたいと思います。

次に、この検討会にも関わる重要な問題なので、先にお伝えしますが、現在、神奈川リハビリテーション病院のホームページに「整形外科の医師の退職が予定されているため、褥瘡の入院治療は行えません。」というお知らせがあります。神奈川県総合リハビリテーションセンターといえば、設立当初から脊髄損傷の医療やリハビリテーションを専門としてきましたが、来年度以降は褥瘡の治療が受けられないばかりでなく、褥瘡の治療が必要な患者は入院して回復期リハビリテーションなども受けられないということになります。

前回の会議の後に書面での質問として、事務局に来年度以降、「脊髄損傷を専門とする整形外科医の不在について、どのように担保していくのか」という質問をさせていただいていますが、まだご回答がないので後ほどご回答いただければと思います。

その上で、今回の資料の2ページの「共通」の中に、「リハビリテーション医学・医療と福祉は生活という共通点がある。生活がキーワード」と明記されています。しかし、病院についての説明で、外来対応の記載がほとんどありません。本当に暮らしや生活が基本であれば、在宅への支援がもっと大きくなるはずです。8ページに「脊髄障害や脳血管障害などのリハビリテーション医療の拠点施設」で、9ページには「地域生活の移行」で、外来や訪問医療、訪問診療などの重要性にも言及されています。地域移行あるいは自立生活において、

二次障害への対応はとても重要な視点になっていることに併せて、基本的な病院内容が期待されているにもかかわらず、今回の整形外科における褥瘡の専門医の不在や各診療科における専門性の不足という状況が大きな問題だと思います。

また、16 ページには、「脳血管疾患や筋骨格系疾患の受け入れを今後も進めていくべきではないか」とありますが、筋骨格系として重篤になる脊髄損傷への言及が少なすぎます。

22 ページには、「脊髄損傷患者の受け入れを今後も進めていくべきではないか」、また、23 ページには、「併存疾患を抱える障害者への対応の検討が必要」というように対象を明確にしていますが、26 ページから 30 ページでは「入院」という切り口でしかなく、地域移行後の外来や二次障害への再入院などについての言及がありません。

その後、地域包括支援システムにおけるリハセンターの役割が記載されていますが、地域包括医療病棟として入院の対応が前面に出てきています。また、地域包括ケアシステムとしての退院後における外来対応や二次障害に対する在宅ケア、あるいは褥瘡などでの再入院への言及がありません。

さらに、地域包括ケアシステムにおける神奈川リハビリテーション病院の役割が病棟の設置を希望しているように見えてしまいます。本来、神奈川県総合リハビリテーションセンターが目指す機能は、回復期リハビリテーションにおける他職種のチーム医療を構成する専門性のある職員による組織的なリハビリテーションだと思います。最初に前回の大塚委員のご指摘にも触れましたが、専門性が高く高度なスキルを有する多職種チームをどうしたら継続的に行政が確保できるのかという一番大切な方策が足りないと思います。以上です。時間を取ってしまいすみません。

(久保会長)

はい、ありがとうございます。すべての問題についてご指摘をいただきましたけど、ここで今、大塚委員の名前が何回か出ましたので、大塚委員、何かコメントございますか。

(大塚委員)

ありがとうございます。

あの、まさに専門性の確保というのは命綱だと思います。どのように神奈川県総合リハビリテーションセンターが、高度という言葉が適切かどうかありませんけども、専門性をきちんと標榜して県民の方に信頼されて、逃げ場ということのそういう道筋を作っていただきたいと思います。専門性の道筋のためには、スタッフの研修のシステム、プログラム。そういうものをきちんと作るとともに、それを神奈川県総合リハビリテーションセンターだけにとどまらず、地域の医療にも活用できるようなところまで持っていくと、拡大していくと、展開していく必要があると思っています。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

全部を通してご質問、ご発言のある方他にいらっしゃいますか。

(山本委員)

よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい、山本委員お願いいたします。

(山本委員)

今見せていただいている、どのような機能を有するべきかのところは、当然これリハビリテーション施設なので、リハビリテーションとしてどういう機能を有するかということではあると思うのですが、先ほど金子委員がお話しされて、大塚委員にもご指摘されているように人材確保とか人材育成というのが、もし書き込めるのであれば、人材を確保する時にはですね。例えばどういう研修施設になっているとか、医師であれば研修プログラムの連携施設なのか、関連施設なのかというのは、もう人材確保の最初に来なければいけないものなのです。

ですから、どういう専門人材を確保できるかということが、最終的には先ほども出てきましたけど、継続的なチームの維持というか、それに、要するに若い人が入ってきて、あの常にそこが満たされているということが大事なので、もし書けるのであれば、何かそういうトレーニングサイトとして、どういう機能を持っているかというようなことは出せたらいいのではないかなというふうに少し思いました。少し外れているかもしれないですが、私はどうしても人の確保というと、それは外せないのかなといつも感じていますので発言させていただきました。

(久保会長)

山本委員のおっしゃっている点は、やっぱりキャリアアップをどのようにしていけるかということだと思いますね。

(山本委員)

はい、おそらく病院長はですね。例えば、この診療科の、あるいはこの他職種の指定訓練施設になっているとか、なっていないとか全部おそらくご存知だと思うのですが、そういうようなことが、ここに出てきてもいいのかな、というふうに感じております。

(久保会長)

今、杉山病院長のお名前が出ましたので、人材育成に関して何か取り組んでいることごさ

いますか、杉山病院長お願いします。

(杉山病院長)

まず、高度専門性とは何だということから、この十年間取り組んできたのですが、教育システムは、各協会でもバラバラで、PT協会、OT協会、先ほど金子委員もおっしゃっていた心理とか、まだまだ各協会での議論が不十分だという印象があります。私たちには、神奈川県総合リハビリテーションセンターはどこにも負けないという自負があるので、高度専門性の定義を自ら作って、センターとして発信してくれと言ってこの2年ぐらい進めています。

看護でもリハでも非常に高度なものを持っているのですが、残念ながらそれを牽引する医師が足りないのが実情です。整形外科はとりあえずいるのですが、他の診療科は難しく、先ほど金子委員に言われた褥瘡ですが、整形外科医で褥瘡を診る医師はほとんどおらず、褥瘡学会にも整形外科医は見当たりません。褥瘡は皮膚科か形成外科で診るようになっていいますので、形成外科の先生を必死に探してしまして、なんとかかなりそうところもあったのですが、他の病院に行かれてしまったりして、奪い合いです。

本当に、この医師の人材確保は大変で、当院も一見恵まれているように見えるのですが、医師の給与に関しては非常に厳しく、私自身も15年前に来るときに大丈夫かと、心配されたぐらいです。ですから、医者確保をまずしないと、玉垣委員がいらっしゃった30年、40年前から、培ったセラピストも生きてこない、看護師に関してもいいものを持っているけれど、それを発信できていないというのが実情で、少し話題がそれてしまうかもしれませんが、医師確保をまずしないことには、大変なことになってきていて、金子委員がおっしゃった整形外科の医師の退職ということで、一気にそのことが我々の目の前に突き付けられてしまったという印象です。

(久保会長)

なかなか重い発言ですけど、医師確保というのは本当に難しいので、山本委員も医師の派遣は非常に難しいと言っていましたけれども、山本委員、医師のキャリアアップのために何か提言していただけることはありますか。

(山本委員)

はい、おそらく整形外科に関しては何らかのトレーニングサイトになっているか、あるいは学会の認定の施設になられていると思うのですが、脳神経外科も一番大きい核は研修施設で、連携施設ですけども、関連施設にはなっているので、人を回す環境としては整っているのですね。おそらくそういうところから押さえていくと若い人が回りやすいので、病院長先生は多分その辺の事情というのはよくよく分かった上で、ご発言されているのですが、私も例えば脳神経内科医を捕まえるとか、脳外科医を捕まえるとなると、学会の研修

施設にどうやったらなれるのだろうか、どこが近道なのだろうという見方は結構大事なのかなというふうに思います。

(久保会長)

どの職種の人材確保も難しいのですが、医師の確保は特有の難しさがあります。この辺はやっぱり院長先生がどれだけ頑張れるかになるかという印象があります。

鈴木副会長、人材をどう採っていくかということに関して、何かコメントございますか。

(鈴木副会長)

その人材ですけど、結局、今の若い先生たちは、最初研修医の頃は地域に行ったりして、それから色々なフィロソフィー持っているのですが、やはり専門医制度となった途端に、どうもシーリングがあるからとかと言って、高い意識がなくなっていくような気がするのです。私の病院にも研修医がたくさんいるのですが、せっかく育てて入る時に見たら、やはり美容に行っていたりして、色々あるので、若い人、つまり学生とかを、この病院としてやっぱり入れて、もっともっと研修医の枠がないにしても、勉強させる、地域の医療を勉強させるというのが必要ではないかな、と思います。

(中村委員)

少しよろしいですか。

(久保会長)

はい、お願いいたします。

(中村委員)

私は、長く神奈川県立保健福祉大学の学長をやっていたのですが、専門性をどうやって作っていくかというのは、もう世界中で大きな課題になっているわけです。それで、一つの方法として大学の大学院を活用するというのも手だと思うのです。

今、日本の大学にはマスター制度とドクター制度という二年と三年、あるのですが、この日本の大学院というのは研究者を養成することになっているので、修士論文と博士論文を出せば、それぞれアカデミックライセンスが取れるのですが、欧米はですね、修士課程がプロフェッショナルライセンスを出すのです。だからドクターまで行けば、それは研究者になるのですが、修士課程でより高度な専門的な専門職を作っていくのを色々な領域で検討されたら私はいいのではないかなと思っています。看護の世界は、すでに専門看護師はマスター以上となっています。

それで、神奈川県立保健福祉大学にも看護と栄養と社会福祉とリハビリテーションがあるのですが、より高度なものを学ぶ人たちは、ほとんど修士に今来始めていらっしゃるの

す。それで、各病院で、その専門の科長以上はもう修士以上を取ろうと来ているのです。ところが、まだそれは日本の場合、中途半端な教育になっているのは、臨床現場と教育機関、その大学院が連携していないのですね。だから私はそのドクターコースの前期課程としてマスターがあるのと、もう一つマスターに高度専門職を養成する。だから修士論文は書かなくてもいいが、その知識や技術を習得させていくというコースを全ての領域で検討されたらいいのではないかとアイデアを持っています。

(久保会長)

他に、ご意見はいかがでしょう。

神奈川県総合リハビリテーションセンターに赴任すると、教員資格が得られるというような仕組みも一案かなと思います。教員職の経歴がつくという話になると、その人のキャリアアップが図れます。

(山本委員)

はい、いいアイデアかなと思います。もちろんリハビリテーション病院で、今まで例がないとすると難しいことかなと思うのですが、今先生おっしゃったことは、私も賛同いたします。それから一つ前にお話しいただいた大学院ですけど、これもある意味ハードルが高いですけど、例えばロボットをやっていらっしゃるとか、そういう研究の材料があると大学院と連携することで、連携大学院という制度が通常どこの大学にもありまして、大学に所属しながら、そちらで研究ができる。実際には職員として行動することができる。最低でも四年間ですね。そういうことも可能なので、なかなかテーマを作っていくというのが一番難しい作業かなと思うのですが、両方とも可能性のある方法かなと思いました。

(久保会長)

それに関しましては、オンラインでの修士課程のカリキュラムを持っている大学があるようです。そのような大学と連携してオンラインでキャリアアップを図ると、神奈川県総合リハビリテーションセンターに行けば、キャリアアップが図れるということになります。

(中村委員)

今は、大学の方も学生を集めるのに大変な状況になっているので、かなり大学もサービスをしていまして、神奈川県立保健福祉大学の大学院は、ほぼ九割が社会人入学です。それで、なぜ社会人が働きながら大学院に行けるかっていうと、授業の開始が夜六時からです。それで、マスターの課程はほとんど今オンラインでやっています。だから職場を五時に終わったら、五時から一時間休んで六時から職場からオンラインで大学院コースを学ぶようなことになっております。

だからこうもうちょっと現場と教育機関が連携して高度専門職を養成するような教育プログラムを作れたらいいのではないかなと思いました。

(久保会長)

もうすでにおやりになっていたのですね。

(玉垣委員)

実際、神奈川県総合リハビリテーションセンターのPT、OTで何人も修士課程、博士まで取っている人もいますので、実際やっているのですけれども、実は修士を取っても、給料とか何も跳ね返ってこないで、役職とかもそういう意味ではこう取る意味合いというかが、今持てないのが実は問題であって、先ほど言われたようなキャリアアップにならないのですよね。修士をとっても、だから、もしかしたら、そういう制度というか、高度専門性を捉える上で、そういうこうなんていうのでしょうね。神奈川県総合リハビリテーションセンター自体にそういう専門性というか、中をこう認めてくれるような制度があるといいかなとは思っています。

(久保会長)

確かに資格があれば、給与に反映されとかいうことは必要かと思っています。杉山病院長いかがですか。今、色々なご意見がありましたけれど。

(杉山病院長)

玉垣委員がおっしゃったように、この10年で、十人ぐらい大学院に行っています。その中には、ST科長もいます。今年度の末には二人修士を修了しました。先ほど私が言った土壌があるというのは、そういうことなのです。みんなどんどん率先して行っていますので、先ほど玉垣委員がおっしゃった給与の件を今組み込もうとしていて、その先ほど言いました、高度専門性の定義の中に修士などの資格も入れるようにしています。それで、全体を点数制度化して、高度専門性を作って、そこに給与を出すという方向性を見据えていますので、今後ぜひ神奈川県にその辺を支援していただけたらなと思っています。

(久保会長)

人材育成とか政策医療的な話は病院の採算云々の話と、別に切り離していく必要があるかと思っています。

大体50分になりましたので、ディスカッションの予定時間は、このようなところでございますけれども、何かご質問、ご発言あるなら最後にお聞きしたいと思います。

(鈴木副会長)

よろしいですか。

(久保会長)

はい、お願いします。

(鈴木副会長)

最後に、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟とていうのが出てきていましたけれど、何かあまりこだわらない方がいいかなと思います。地域包括医療病棟は入院が平均 21 日ですよ。それから、やっぱり何と言っても緊急の入院を一割五分入れなきゃいけないというのがもう非常に厳しい。神奈川リハビリテーション病院での退院の在宅復帰率、ここは非常に良いのですが、もう一方の地域包括ケア病棟の方は、神奈川リハビリテーション病院では難しいですよ。この良いところと悪いところが入り混じってありますので、この辺を見ながら少しずつ対応していきながら、あまりすぐに手を出さない方がいいのかなと、思います。回復期リハビリテーション病棟と、それから一般病棟でやって行った方がいいのかなというのが私の意見です。

(久保会長)

はい、制度自体は結構今、変化しますよね。その辺は見極めた方がいいというご意見ですね。

(鈴木副会長)

要するに、今、まだ地域包括医療病棟はどちらかという、急性期から降りていくのは、やりやすいのですが、回復期から上げていくのはなかなか厳しいというのが今の世の中ですから、また変わってくると思うので、検討しながらすぐにやろうと思わないで、いいチャンスがあればやると、そんな感じで考えられた方がいいかな、と私見ですけども。

(久保会長)

ありがとうございます。ということで、多数色々な意見をいただきました。事務局で、またまとめていただいて、次の検討課題をいただければと思います。事務局にお返します。

(事務局)

ありがとうございました。色々のご意見ありがとうございました。今日、お示した方向性について色々のご意見頂戴しましたので、次回、いただいたご意見を踏まえて、例えば金子委員の外来の視点でしたり、皆様からいただいた人材育成の視点とか、人材確保といった点も含めて、次の回の時にはお示しできたらと思っております。