

## 第4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 検討内容「第4回の検討事項及び第3回の振り返りについて」

〈事務局から資料に基づき説明〉

(久保会長)

ありがとうございました。ただいまのご説明に関して何かご質問ございますか。

〈委員からの質問、発言なし〉

(久保会長)

よろしいですか。それでは、「第4回の検討事項及び第3回の振り返りについて」は、これぐらいにして、質問がなければ協議事項に入りたいと思います。

「神奈川リハビリテーション病院のあり方について」になります。今回は2回目ということで、病院のまとめになるかと思います。それでは、事務局説明をお願いいたします。

### 2 協議事項「神奈川リハビリテーション病院のあり方について」

〈事務局から資料に基づき説明〉

(久保会長)

ありがとうございました。よくまとめていただいていると思います。確認ですが、この検討会は、神奈川県に対して、しっかりとした予算措置も含みながら、神奈川リハビリテーション病院の機能を上げていただく方策を提言する会という位置付けでよろしいですね。

(事務局)

会長のおっしゃる通りでございます。

(久保会長)

色々な提言を神奈川県が受けやすいように整理することも心がけて、まとめをさせていただきたいと思います。

23 ページの赤の矢印というのは、看護配置の基準を上げて、小児とか脊髄疾患の方の看護内容を充実させたいという意味ですね。

(事務局)

はい、おっしゃる通りでございます。ここに記載させていただいている数字が、例えば小児のところ 15 対 1 とございますけれど、これをもう少し看護基準を上げていきたいといった意味で赤の矢印を書かせていただいております。

(久保会長)

事務局で、こういう水準を上げたいとか、人員配置を増やしたいとか、非常にポジティブなまとめをしていただいていることがわかりました。それに関して、杉山病院長に補足することはございますか。

(杉山病院長)

そのことが、非常に大きなところでして、おそらく医療関係の方々をご存知でしょうけれど、病院の看護体制は 15 対 1、13 対 1、10 対 1 というのがあって、当院では 15 対 1 という、極めて貧弱な体制なのです。今、急性期病院は、当然 7 対 1 ですし、HCU などの高度医療では最低 4 対 1 です。当院の小児病棟で言いますと、40 床の病床に対して小児科医が 4 人いて療育園の 40 床を含めてみております。問題の看護配置は 15 対 1 でこの体制では小児の患者さんは 20 人が精一杯です。しかもそこに、家族の付き添いも一部入ってやっているということで、この看護配置に関しては、高度専門性、あるいは、他所で診られない患者さんを引き受けるというには、あまりにも低い水準です。この設定がどうしてこうなったのかわかりませんが、社会保険で取れる点数ということでこのような設定がされているのではないかと思います。先ほどからのお話の通りになればいいのですが、元々の設定に問題であって、その中で苦勞して運営しているというのが現状ですので、この赤矢印は、今、事務局がもう少しと言われましたけれども、もう少しではなくて、かなり大きなビッグジャンプがないと、特に小児の話をすれば難しいというのが現状でございます。

(久保会長)

はい、ありがとうございます。政策医療的な話になりますから、この辺は病院の収支というよりは、しっかり政策医療でサポートするというような提言がまとめられたらなという印象はございます。それでは、委員の先生方に色々ご意見をいただきたいと思っております。

事務局の方で資料の 7 ページにまとめていただいております。大きく 2 つに分けて、病院本来の役割を果たすために必要な機能ということと、政策的な役割を果たすために必要な機能ということでございます。まず、この 1 の病院本来の役割を果たすために必要な機能というところから論議を進めたいと思っております。

前回、前々回のような形で私からご指名をさせていただいて、ご意見をいただくということで進めさせていただきます。吉田委員、ご意見いただけますでしょうか。

(吉田委員)

ありがとうございます。

資料の7ページ、(1)から(6)の中で、私自身も神奈川県病院協会の会長を務める傍ら、横浜鶴見リハビリテーション病院の病院長でもあります。(1)(2)というのは比較的我々民間病院でも扱いやすい疾患というふうに思います。ただ、(3)(4)(5)あたりになると、やはり我々の病院に入院している患者さんでも、小児だとなかなか大変で、あるいは、脊髄損傷も10対1、13対1、といった水準ではなくて、もっと看護師もたくさん必要になる。そして、それなりに合併症の治療もできるドクター、あるいはそういった患者さんを診られるナース、OT、PTも必要になる。そのようなことから、やはり、この(3)(4)(5)あたりを中心にやっていただければ、ありがたいなという印象を持ったところ です。

私自身が今説明を聞いていて、やはりリハビリテーション病院というのは、ドクターも勿論大変で必要なのですが、そこにOT、PT、場合によってはSTというのがものすごく必要なのではないかと考えています。現実問題として、民間病院のリハビリテーションとしては、ある意味で極端な言い方をしまえば、ドクターは指示を出す、そして実際の指示で動いてくれるのが、OT、PT、STで、そのクオリティの部分を色々な形で、もっともっと広げていくということが大事だろうな、というようなことを考えています。そして、色々なところでアウトリーチの話が出ているかと思っています。色々な形でリハビリテーションをやった後、そしてどれだけ外に出ていくかというような形になっていく、この部分も私は非常に大事なことだというふうに思っているのです。確かに入院していて、地域の人、病院でリハビリテーションを行った結果として、退院します。その後、退院してお家ではどうしているのですか、と言った時に、やはり何の関与もなく過ごしていると、段々やはり退行していくというか、そこにある程度の回数を病院に入院しているほどではなくても、自宅でもある程度リハビリテーションができるような、そういったような時にOT、PTなんかが活動してくれるという形が非常に私は大事なのだらうなというふうに思っています。ただ、説明を聞いていて、医療DX等々が必要だということですけど、つい1、2週間前ですが、作業療法士会の方から、あるいは、理学療法士会の方から案内があつて、実はリハビリ手帳というのを作っているのです。すなわち我々のお薬手帳みたいなイメージで、この病院に、このクリニックで、こんな薬飲んでますよというのと同じような意味で、こんなリハビリをやっていますよ、というのが、次の転院先、あるいはクリニックや訪問などで使うのに、やはり紹介状程度の情報だと、ドクター、ナースだけの部分では少し足りない。むしろリハビリス

スタッフが現場で扱ったりハビリが、こんな流れでこういうふうな形で、こんなところでADLが自立できましたよ、というところの記載がされている、そういった手帳がありますが、これをもっともっと積極的に活用していくと非常に有効なのかな、そんな気がしました。

(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できますでしょうか。

(長野委員)

はい、ありがとうございます。今、吉田委員からお話があった資料の7ページのところにあるように、病院本来の役割を果たすための必要な機能というところで、私も同じ考え方です。比較的やはり慢性疾患という捉え方での人員配置が、10対1、15対1、13対1にみられるように思います。政策的な役割を果たすために必要な機能に重点的を置こうとするならばやはり潤沢な人員の配置がないと機能が上がらないというふうな理解をしております。

そして、神奈川県は皆さんご存知の通り、看護職員の配置が人口あたり47都道府県最下位ということで、非常に厳しい人材状態なので、その状態がありながらも、やはり政策的な役割を果たすための人員配置を増やしていこうとするこの姿勢は、非常に重要ですし、先ほど吉田委員もおっしゃっていらっしゃった地域につないで生活を支援していくためには、人員体制が手厚くないと十分な質を担保できないのではないかな、と考えております。以上です。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

山本委員、ご意見いただいてもよろしいでしょうか。

(山本委員)

はい、ありがとうございます。山本です。

病院本来の役割ということで考えますと、病院であれば特徴出しということになって、一体何をやるのかっていうところが明確になっているといいかなと思いました。先ほどの資料で看護師の数構成を見ても、基本的には慢性疾患を扱うということに数字としては見えるのですが、しかしながら、本日出てきた資料の中では、目指すべき姿として高度専門的というような言葉もあって、そのあたりを少しずつこの検討の中で調整していく必要があるというふうに思います。

少し具体的にお話しすると、例えば、脳血管疾患の受け入れについては、県央からも全県からも、そういったニーズがありそうだとこのところまでわかっているわけですね。

れども、先ほど発言された委員の方のように、民間のリハビリテーション施設でも相当程度のことはやっていたらいいわけですし、高度専門的と言った場合に、このリハビリテーションセンターがどんなことをできるのか、特に、例えば職業復帰の関連だったりとか、学業への復帰だったりとか、何かこう差別化のポイントみたいなのも強みをお持ちだと思うので、そういうところはより明確にしていくといいのかなというふうに思いました。

小児神経疾患に関しましては、先天的な疾患というのもございますし、重症心身障害というのもございますけれども、慢性疾患の中でも国の指定を受けているようなものの中には脳腫瘍のようなものもありますよね。最近問題になっているとすると、キャリアオーバー症例で神奈川県立こども医療センターでも数的にも見切れなくなっていて、大学等に相談がございますけれども、大学でフォローできるわけでもない、数的にですが、例えばそういったようなものとかは、もしかしたら、こういったところで行うべき疾患なのかもしれない。そういったどういったものを診られるかというのを、今まであるもの、ないものを含めてもう一度見直すといいのかなというふうに思いました。私、とりあえずここまでです。はい、ありがとうございます。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。それでは次に金子委員お願いできますでしょうか。

(金子委員)

ありがとうございます。事前に資料の提出をさせていただいておりますので、それを事務局の方から代弁していただいて、細かい点について簡単にお話しさせていただきたいと思います。

(事務局)

はい、事前に金子委員から、資料として書面で提出をいただいておりますので、事務局の方から、ご意見ということで代読をさせていただきます。病院本来の役割を果たすために必要な機能というところでのご意見でございます。

今回の資料では、県立病院として担うべきポイントは明確になっているようですが、全体像が見えないように思います。神奈川リハビリテーション病院が担う役割について、1つ目として民間病院で対応できる急性期で比較的軽い事例は対象ではなく、急性期であっても重篤の状態、あるいは多領域のスタッフが対応する必要のあるケース、2つ目は回復期であっても民間で対応できる比較的軽い事例は対象ではなく、民間では引き受けない長期にわたり治療や訓練の必要なケースで非採算な可能性が高い、あるいは特殊な事例といったもので、かつ学術的に対応する意味のあるケースなどではないかと思えます。こういった意見を事前に頂戴しております。事務局からは以上です。

(金子委員)

ありがとうございます。それに補足して、細かい点を3点ほど簡単にお話しさせていただければと思います。まず1つ目は、資料8ページでは疾患別に整理されているようで、高次脳機能障害については脳血管疾病に含まれたのだと思います。ただ頭部外傷などのような元々の疾患が脳血管障害ではない場合をどうするのかという疑問が残ります。また主たる疾患しか捉えていないとすれば、時代遅れと言わざるを得ないと思います。高度専門医療を提供するのであれば、多様な状況下で医療を提供するわけですから、主治医とか診療科という枠組みを超えた総合リハビリテーション医療システムにしていけないといけないと思います。2点目ですが、資料12ページの生活期から急性期に急変するケースなどに対応するため、急性期の機能を持たせるべきではないかと書かれている部分ですが、ここで書かれている急性期の使い方が分かりづらいと思います。生活期から急性期に急変するケースとありますが、ここでは脊髄損傷が生活期から、また急性期に戻るというように受け止められてしまうように思います。ここで言う急性期というのは、生活期の中で何かの病気にかかった時の急性期のことであるということを分かりやすく記載した方が良いと思います。

前回の資料のリハビリテーションの役割分担の中で、神奈川リハビリテーション病院は回復期だけを担って前後の急性期や生活期などに対応しないのかというご意見もあったと思います。この部分で急性期という意味を明確にすることで、回復期だけでなく、生活期においても神奈川リハビリテーション病院の役割であるということを明確に示していけるのではないかと思います。

次に、同じ12ページの今後の方向性の中で、地域移行の充実を図り、在院日数を短縮することで重症度の高い患者の受け入れ数を増加していくと書かれています。重症度の高い患者の受け入れを増加させていくということはとても良いと思いますが、そのためになぜ在院日数を短縮することが必要なのか理解できません。もちろん、早期に退院できる患者もいると思いますが、脊髄損傷患者の背景や障害の状況も人それぞれだと思います。今日はちょうど杉山病院長もおられるので伺いたいと思いますが、この点について病院として脊髄損傷患者の入院期間が長いから重度の受け入れができないという現状があるのか、むしろ専門性のある医師の不足を含めた人材不足の方に原因があるように思います、いかがでしょうか。以上になります。ありがとうございます。

(久保会長)

杉山病院長にご質問がありました。杉山病院長ご発言いただいてよろしいですか。

(杉山病院長)

はい、先ほどの議論の中での急性期の問題を含めて、こういう場合がボーダーライン

として難しくなっています。今、金子委員がおっしゃったように生活期で維持されている方が、例えばちょっとした骨折を起こしたとか、あるいは軽い胆嚢炎、膀胱炎を起こしたという時に対応できるという意味の急性期だというふうに私は認識したので、この文章は悪くないと思いました。ただ、現実的には申し訳ないですけど、今の神奈川リハビリテーション病院のスタッフでは内科や精神科の難しい症例や、複数の疾患をお持ちの方を直接診ることは難しいのです。そのため、対策としては近隣の地域支援病院などとの連携を強化して急性期の対応をお願いして、その後を引き受けるという形になると思います。

次の在院日数の短縮の件ですけれども、世の中がもうそういう流れになっていて神奈川リハビリテーション病院でも全体としては入院期間の短縮が行われています。ただ、障害者病棟というのは180日超えると色々な手続きはありますが、1年でも2年でも入院できるため短縮しているというイメージはありません。そのため福祉部門に絡んでくる話なのですが、自立支援ホームの役割がはっきりしなくなって入所者が減っているのかもしれませんが、そういった意味では全体として短縮といえるのかもしれませんが、回復期病棟のように日数が決められていて、ここでとにかく退院するという意味の在院日数の短縮ということではなくて、世の中の社会的な資源を使いながら、ということでの意味の短縮だというふうに捉えたので、いいかなと思いましたが、確かに金子委員のおっしゃる通り、この2つの言葉の記載だけを見ると少し違和感があります。

(金子委員)

ありがとうございます。

(久保会長)

他にご意見ございますか。

(玉垣委員)

よろしいですか。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(玉垣委員)

皆様のご意見を伺ってすごく思ったのですが、神奈川リハビリテーション病院のストロングポイントをきちっと把握して疾患論を考えるべきだと思います。例えば、脳血管障害の方も、先ほど金子委員は重度の方がいいのではないかと話があったのですが、逆に復職とか、自動車運転を目指すような軽い人の短期入院みたいな感じで

上手に自動車運転の支援とか、不採算部門ではあるのですが、就労支援の科もありますので、それをちゃんと使えるような形の、単純に脳血管疾患ということではなくて、そういったストロングポイントを打ち出せるような疾患、なかなか難しいのですけれども、そういう意味では重症度ではなくて、そういうニーズによって、アピールもしなければならないといけないとは思いますが。そういう脳血管疾患の方とかは、先ほど言われたように一般のADLの自立を目的にやるようなところでは、本当に民間でもいっばいできていますので、AOI七沢リハビリテーション病院もできて、脳血管中心にやっていますので、その違うところというか、脳血管疾患でもそういう復職とか、運転とかそういったところに繋がるようなケースを主に見ていければいいのではないかと、思っていました。

それと、骨関節疾患に関しては、本当に高度のリハビリテーションやられていますし、これは採算ベースというところもありますが、非常に早期の退院ができていますということもありますし、ちゃんと退院させているというところは民間でもできるのですけれども、そこはしっかり役割としてあるかなと思うので、そこは機能として持っていきたいかなと思います。小児疾患に関しては、やはり小児の方は今すごく二極化していて、ADHDといった発達障害から重度心身障害者といったかなり重度の方に二極化している。そのあたりはどこの部分やりますか、ということです。それは、マンパワーとか段階によっても違ってくとは思いますが、どちらかというと、その身体障害の方を担当するというところもあるし、バランス的には脳外傷の固有の発達障害の方たちも診ると両方がストロングポイントになるかと思うのです。そういうふうに特化していければいいのかなと思います。

あと、課題になっている脊髄損傷に関しては、これはもう本当に疾患としては、採算のとりにくい疾患です。手術も薬も検査もあまりなくて、これは介護量とか、特に頸髄損傷の方々は、人手がすごくかかるので、その分の人員が担保できない状況になると、看護師などは過剰労働になって辟易して、それでやめていってしまうみたいなことも非常に多いので、本当はこの人員配置を増やして予算計上をしなければいけないと思っています。

単純に重症心身障害もそうなのですが、疾患ごとのニーズとかストロングポイントに合わせた人数、配置、それに対する予算立て、人件費を考えていくということをやらなければいけないのかなというふうに、意見を聞いていて思っていました。ですから、そういう意味ではずっとストロングポイントとして、こういうことやってきましたけれど、ということをお知らせしたので、それに見合ったターゲットというか、そこに特化したような戦略を取った方がいいのかな、役割としてちゃんと明記していった方がいいなというふうに思っています。

(久保会長)

他の委員からはどうでしょうか。

(金子委員)

金子です。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(金子委員)

先ほど杉山病院長にご回答いただいた中で、はっきりわからなかったのが、結局、神奈川リハビリテーション病院は回復期だけを中心に急性期や生活期などの対応が現状としては難しいというようなお話だったように、受け取ってしまったのですが如何でしょうか。

(久保会長)

杉山病院長、もう一度お願いいたします。

(杉山病院長)

現状ですべてを行うのは難しいですが、地域と連携して全体を診ていくべきことだとは思っています。昨年、地域包括医療病棟というのができまして、まさしく障害者医療を含めた高齢者救急を考えているわけです。これまで、神奈川リハビリテーション病院がやってきた障害者への対応というのは、金子委員がおっしゃるようにその対応に近く、この超高齢化社会のモデルケースになっていると思います。ですから、神奈川リハビリテーション病院でもある程度は急性期を担わないといけないというふうに思っていますが、何でも診られるのかと言ったら診られないのが現状です。ですから、繰り返しになりますが、そこは地域の中核病院と連携を取りながら、できるケースを引き受けるという形でやっていくべきだと思っています。生活期に関しては、ずっと検討している課題ですが、病院としてやっていくべきだということで、地域連携室が訪問看護ステーションなどを回って、地域でのニーズを探っている段階ですので、それに見合った人材をぜひいただければ、充実したことができるだろうと考えています。

(久保会長)

資料の書き方が、急性期を脊髄損傷だけにしているので、誤解が生まれる可能性があります。診ることのできる急性期は診ていく、疾患を問わず診ることのできるものを診ていく、急性期、回復期、生活期の部分もカバーしていくというようなイメージでいいかなと思います。また、整理できるものはしていく方向性かなと思います。委員の皆様、

そのようなイメージで提言していけばよろしいですか。

これは、政策の話と、先ほど玉垣委員がおっしゃっていた人材確保とか、全て関わってくるので、切り分けてというのは難しいですけれども、病院本来の役割は、先ほど強いところを伸ばすというのは慣れている部分もありますから、そういう意味では病院の収益に果たす部分も大きいというようなご意見もございました。それからもう1つリスクマネジメント対策というのは普通のことなわけですけれども、このリスクマネジメントの対策が、神奈川県全体の病院に使ってもらえるというようなレベルの開発というか、取り組みをしてもらおうと、神奈川リハビリテーション病院の大きな役割、公的な役割を果たせるのではないかと思います。したがって、小児疾患とか重症心身障害者とか、不採算部門ですけれども、こういうところをサポートするとともに、リスクマネジメント対策の開発に関しては、やはり政策的にきちとした財政的なバックアップを持って、こういうリスクマネジメントの方法を開発していくというような提言がいいのではないかなという感じがしました。

先ほど脊髄損傷も不採算というお話も出ましたが、(1)(2)はなんとか収支を保ってもらって、(3)(4)(5)(6)あたりは、政策的なことですから、やはり財政的なバックアップが必要だということかなと思います。そのようなイメージで委員の皆様よろしいでしょうか。

(大塚委員)

よろしいですか。

(久保会長)

はい。大塚委員お願いします。

(大塚委員)

病院本来の役割を果たすために必要な機能ということでの(3)の小児神経疾患と(5)の重症心身障害についての意見を述べたいと思います。

小児神経疾患のところは、先ほどのストロングポイントというお話もありましたけれども二極化されていて、私の団体は発達障害が対象なので、発達障害の方も非常に今医療的なニーズが高いわけですが、特に精神疾患を伴っていたり、高度障害があったりというところを誰も診ていただけないので、病院機能において診ていただくというのは意味のあることかもしれません。それよりも、神奈川県総合リハビリテーションセンターの説明を読んでいたら、子どもの後天性障害、後天性の脳障害のリハビリテーションを集中的に行っていると、こういう病院は非常に少なく、この分野のセールスポイントになっていると、特に子どもの高次脳機能障害に対するリハビリテーションに力を入れているということで、いくつかの論文もありました。まさに、子どもの高次脳機能

障害に対応しているという、そういうエビデンスを出しているということは、神奈川リハビリテーション病院の強みかなというふうに思っています。高次脳機能障害の法律を作るという動きもありますので、この線はきちんと維持していただきたいというふうに思っております。ただ、これが入院機能によることだけではなくて、今はもう在宅小児医療、あるいはネットワークの時代なので、退院後、あるいは外来を通して色々な小児の在宅医療ネットワークの中心拠点になってほしいというふうに思っております。入院はもちろんのことなのですけれども、それだけの機能ではもう時代のニーズに応えていけないのではないかと認識しております。

それからもう1つ、重症心身障害ということで、これも重症心身障害の方の地域での生活というのは課題ですので、ある程度入院で目処がついたら地域移行の具体的な施策を打っていくと、これについても、地域の医療ネットワークなどの連携体制を作らなければダメなので、入院だけではなくて、退院後の支援システムを作っていくということにポイントがあると思っております。ただ、重症心身障害という言葉がちょっと今適切かどうかということがあって、というのは、2021年に医療的ケア児支援法ができて、医療的ケア児支援というのが中心になってきました。医療的ケア児等で「等」の中に重症心身障害が入っているというようなイメージということであります。病院機能から見ると、やっぱり医療的ケアという言葉を使って、これから、時代の行政的な対応、課題に応えていった方がいいのではないかと個人的には思っております。これも医療的ケア児の方たちが地域において生活できるような、もちろん入院機能は一時必要かもしれませんが、その後の在宅小児医療ネットワークの中心的な役割を担うのだというような機能が求められているのではないかとというふうに思っています。特に私が強調したいのは入院だけではなくて、外来を通じた地域との関係などによって初めて支援体制が作れると思いますので、入院はもちろんのこと、地域のことを考えたら外来機能をどのように調和させながらやっていくかということが重要なことと思っております。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

今、政策的な話も出てきているのは、神奈川リハビリテーション病院の逆に特徴かなという気はいたします。

名称に関してですが、聞いたときにイメージされるものが、時代にそぐわないと。例えば、障害者スポーツは今パラスポーツという名称に変わりつつあります。そういう観点から言うと、18 ページの体育科というのがあります。多分障害者スポーツを振興するための名称だと思うのですが、この辺は少し時代にマッチした名称を今回の整理の中で考えられてもいいのではないかなという気はしました。

それでは、次に政策的な役割を果たすために必要な機能について論議を進めたいと思います。ご指名させていただきます。中村委員、お願いいたします。

(中村委員)

病院の政策的に必要な機能という中に入るのだろうと思うのですが、栄養管理は、リハビリテーションの中で重要視されています。それで今回資料の 25 ページに書いてあるのですが、管理栄養士をプラス 3 人と明記していただいています。これは栄養相談や機能強化の中に入る管理栄養士 3 人なののでしょうか。3 人になれば全病棟管理栄養士 1 人の配置になるのでしょうか。

(事務局)

事務局から補足してご説明いたします。資料の作り方の問題もあったと思うのですが、現状でも人員はいるのですが、それに加えてということで、さらに強化を図っていくとすれば、プラスアルファでこれだけの人員が必要であろうという、そういった意味です。

(中村委員)

1 つの病棟に管理栄養士が 1 人いますか。

(杉山病院長)

会長よろしいですか。杉山です。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(杉山病院長)

県の定数は 5 人です。福祉施設と合わせて 5 人で、病院は 3 人です。中村委員のお話のように、そういう流れがあるのは私もよく知っていましたので、ここは何とかしたいということで、採用を強化しています。新人ばかりで中々十分にはできませんけれども、とりあえず病棟に 1 人という配置を今行っています。そこに、さらに人材育成とかでプラス 3 人というふうに、考えております。

(中村委員)

そうですか。GLIM 診断をやって、栄養指導、栄養管理をするということであれば、やはり各病棟に 1 人の管理栄養士を置かないと中々業務が進まないだろうと思いますので、ぜひそれは実現していただきたいと思います。そして 1 病棟に管理栄養士 1 人となったら診療報酬で加算がつきます。今、全国の国立病院を中心に 1 病棟 1 人の管理栄養士を配置してその加算を取った結果が出始めているのですが、収益が上がるようです。管理栄養士を増やしていった配置すると増収になるので、病院経営の観点からも有益だ

ろうと思っております。これが1つともう1つ、地域への栄養指導も進めていただきたいと思いますのです。在宅訪問栄養指導料というのが、結構な加算になります。したがって、病院から地域に栄養指導のための管理栄養士を、地域連携室の中に1人か2人ぐらい配置して、地域とのネットワークにも使ってもらいたいと思います。以上です。

(久保会長)

はい、ありがとうございます。それでは玉垣委員、もう一度よろしく願いいたします。

(玉垣委員)

ありがとうございます。

役割ということで、先ほどお話したこととも関連があるのですけれども、後日話があると思うのですけれども、福祉との連携の話がすごく関連があると思いますし、先ほど杉山病院長からもあったのですが、入院期間というのが、かなり限られているところがありますので、上手にというか、自立支援ホームとか、七沢学園とか、そういった福祉の中でも、地域というよりは、神奈川県総合リハビリテーションセンターの福祉の中間施設を上手に連携に使うということで、入院期間の短縮化を目指すということもできると思いますので、その辺り、病院だけで見ると少し狭いのですけれども病院と更生施設とか、そういった連携を強化することで、実現できるのかなと思います。数字を見させてもらおうと、自立支援ホームの方の回転率がすごく低いというのがありましたので、そこも含めて、中間要素として上手に展開していくということをやっていけば、ある程度時間を担保できるというふうには思います。

一番難しいなと思っているのは、地域の連携がすごく難しいなと思っていて、交通の不便な所にありますので、訪問というところに関して言うと、効率が非常に悪いですよ。駅近の病院から、その地域に訪問するというのは非常に難しいと思うので、そういう意味では、地域支援センターの強化というか、研修とか今やっているかと思うのですけれども、その辺をきちっとやるのがメインの、実際の訪問よりは、そういった方の強化の方がいいのかなというふうには思っております。

もちろん、地域連携とかそういったことも重要なのですけれども、どこまで効率化が図れるのかなと、ちょっと思っています。かなり移動に時間を要するので、県央地域だけでしたらなんとかなるのかもしれないのですけれども、現実性を考えないといけないかな、と思っております。はい。以上です。

(久保会長)

ありがとうございます。

それでは、ここでも大塚委員にご意見いただきたいと思いますけれども、よろしいでし

ようか。

(大塚委員)

はい、ありがとうございます。

先ほど地域連携ということで、ロケーションの課題もあるということを教えていただいて、どのようにアウトリーチで出ていくかということが必要かと思っています。ただ、今は、直接出ていけなくても色々な媒体を使いながら地域の連携ということ、情報の交換ということは可能になるし、特に相談支援とか、医療的な相談支援ということの観点からいくと、アドバイスということであれば、必ずしも現場に行かなくても、ということが出来るかもしれませんので、色々な工夫を重ねていただきたいというふうに思っています。

それから、特に人材の確保ですとか、養成というのは、私はお医者さんの分野は知りませんが、看護であるとか、介護であるとか、あるいは障害福祉の観点からも非常に成り手が少ないと、そういうことの中において、神奈川県総合リハビリテーションセンターが、大学や専門学校やそういうところとの連携、そして人材を常に供給できるような、ここで少し訓練を積んでいただいて、違うところに行っていただくと、キャリアアップの1つの場所なのだと、そういうポジションを得られるよう、専門性の観点からもそういうことが得られるのだという魅力あるセンターにしていただければと思います。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。そのキャリアアップというのは本当に重要な問題だと思いますので、この辺のところは、医師確保のところでも度々ご発言いただいておりますけれど、山本先生、このキャリアアップによる人材確保に関して、ご意見いただけること、ございますか。

(山本委員)

山本でございます。

先ほど、資料の中にもございましたけれども、今回作っていただいた中で施設認定とかございましたが、そのこのところをもう少し整理していったら、例えば、私は脳関係なので、脳であれば、脳神経外科の連携施設になって、指導医というのが1名いればいいんですけども、そういったものを取っていれば回りやすくなりますし、それから、中々資料に残しにくいところかもしれないのですが、例えば、ある程度の急性期機能を持つようなときに、それを専門にやっている人間を確保するのが難しく、キャリアアップという意味で、例えば専門医の受験期の若手をここに配置して、雇い入れるというようなことは十分可能なような気がするのですね。つまり、お互いのニーズというのがある

ので、病院としては急性期を頑張ってもらいたいと、本人からすると急性期をやりながらだけど、少し通常の病院に勤めるよりは、余裕を持って時間を過ごしたいというようなニーズもあるかもしれないので、そういった意味で私のような人材のいる大学病院でしたり、そういうところのニーズを探るということも大切かなというふうに思いました。

それからもう1つ、認定看護師さんが複数おられるということで、人材確保というのも、医師だけを沢山確保する時代ではなくなってきていて、やはりこういったメディカルを活用していくという方向性なので、このあたりももう少し議論を交わすといいのかなと思います。少し私がわからないのは、病院長先生にお聞きするのがいいと思うのですが、いわゆるナースプラクティショナーとか、そういう方というのは、こういうリハビリテーション病院の場合は、活躍の機会があるのではないのかなと思っているのですが、少数精鋭でドクターがやらなければいけない中で、ナースの力というのは非常に大きいかなというふうに思いました。もしわかったら教えていただければと思います。

(久保会長)

長野委員、今のことについてコメントいただけますか。

(長野委員)

はい、ありがとうございます。今の山本委員がおっしゃられた医師と連携する形で認定の看護師であるとか、地域に出るのであれば、在宅に関する訪問看護に関する特定行為の看護師であるとか、色々な形で地域医療を支えるための資格が看護師には出てきていますし、かなりそれに興味を持って資格を取りに行く看護師たちもおりますので、その辺は県としても国としても非常に力を入れて地域医療を支えるという側面で、養成を強化していますので、これは神奈川県内でもぜひ力を入れていくべきだと思っております。

(久保会長)

人材確保のところは色々な方法があると思います。色々な特典がある選択肢が多いという点はポイントになります。

最近、専門教育がクローズアップされていますが、私は専門性が過ぎると考えていますので、今後の人材育成のポイントは、総合力だと考えています。総合力をどういうふうに新人教育も含めて得られるかということになるかなと思います。例えば、PT、OT、STの仕事を理解している。専門職間で色々な業務をお互いに理解しておくカリキュラムがあるのは、魅力的だとおもいます。

基本は総合力をどういうふうにつけるかというのは、これはリハビリテーションの医療チームのポイントでもあります。お互いにカバーができる、お互いに職種のやっ

ることがわかるというのは、チームとして非常に力強くなりますし、それが急性期、回復期だけではなく、生活期のところに行けば、ある程度総合力があれば一人で色々な対処ができるということにもなります。この辺のところを考慮しながら人材育成を行ったほうがよいのではないのでしょうか。それでは次に、大川委員、お願いできますでしょうか。

(大川委員)

大川です。あまり病院に関して非常に経験が乏しい中での発言で恐縮ですが、福祉的な立場で考えた時に、地域へ移行するといった言葉があるのですが、この移行という言葉の意味というのがあまり語られないで使われているのが実情だろうと感じています。その移行がうまくできないと、環境に不適應を起こしたとか、そういう言葉で片付けられているのですけれど、移行のしっかりとした定義というのを作った方がいいと思うのです。そうでないと場所を移すだけになってしまって、本来持つ、人が幸せになっていくという過程での移行から外れていくのだらうというふうに福祉職の立場からは感じるところです。何よりも、私は言葉のない方々の障害を持った方々を支援しているのですけれど、中々医療職の方々は、非常に熱心に診ていただけているのですけれど、一方で、その人の暮らしを理解できていないので、本来の姿、また、どこまで戻せばいいのかであるとか、そういったものが福祉側からも説明できていないこともあり、しっかりとした医療が機能していないと思うのです。そういった観点から、医療職だけの育成や確保ではなくて、本来福祉職というのはどういった意味で専門性があるのか、また、どういった専門性を育てるべきなのか等も含めて、地域移行等と絡める必要があるのではないかと考えています。それで、本当に分野外で恐縮なのですが、発達に障害を持った方々、例えば治療を拒否してしまうとか、色々なケースがあるのですが、うまく治療を受けられないとか、そういったことも実は原始反射とか、機能分化していないとか、そういったことが原因でうまくできていないといったことが、あまり知られていないのではないかと、そういったところも含めて、研究とかできると非常に有意義なものになるのではないかとというふうに考えています。以上です。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

それでは次に渡部委員お願いいたします。

(事務局)

今、渡部委員からご発言いただいたのですが、このご意見、事前に事務局の方にいただいております、後ほど共有はさせていただきますけれども、事務局の方から説明させていただいてもよろしいでしょうか。今ご発言いただいた内容ですが、

6点あります。

(久保会長)

お願いします。

(渡部委員)

1点目が、福祉施設との連携強化を図っていくべきではないかという前回までの委員のご意見については賛同するという事。2点目が、朝起きて、例えば、とボタン1つでカーテンを開けたり、電気をつけたり、ご飯を食べさせてくれたり、トイレでズボンを下ろしてくれるロボットとか、そういうボタン1つで色々やってくれる技術などが発達すれば、一人暮らしができる人が増えるのではないかということ。3点目は、こういったことに関連して、やはり一人暮らしを支えていく仕組みといったものを作ってももらえないだろうかということ。4点目は、地域の展開は難しい問題だと思うので、住民同士の交流を増やしていくと困った時お互いに助け合えるのではないかと、ということ。それから5点目で、装具を作るためにヘルパーさんを手配して遠くまで行くというのは現実的には大変だということ。最後に6点目として、色々な分野の方が自宅に来て、みんなで一人の方を支えていってほしいということ。以上です。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。

(事務局)

久保会長、事務局ですが、今、お話が出ましたので、この政策的な役割を果たすために必要な機能というところで、他にも欠席の委員から、事前にご意見を頂戴しているので、事務局の方から説明させていただきたいのですが、よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい、お願いいたします。

(事務局)

まず、本日ご欠席の鈴木副会長から事前にご意見がありまして、この政策的な役割を果たすために必要な機能というところの部分について、3点ご意見を頂戴いたしました。まず、資料の18ページ研究開発のところでございます。神奈川県総合リハビリテーションセンターには、様々な施設があるということなので、パラスポーツのために積極的に活用していくべきではないか。それから21ページの災害対応について、でございます。こういった機能に関しては、神奈川県総合リハビリテーションセンターと県が協定

を締結するといったような形でも良いのではないかと、加えて派遣することだけではなく、県内で発災した時の受け入れの拠点としての役割も必要ではないか。さらに 15 ページの政策的な機能全体に通じて、でございますけれども、行政ということもあるので、県内でもっとこうした機能を知っていただくためのブランディングといった部分の強化も必要ではないか。こういったご意見がありました。後ほど、委員の皆様方には共有させていただきたいと思います。

それから、併せて、金子委員からもご意見を頂戴しているので、この政策的な役割を果たすために必要な機能ということで、ご紹介をさせていただきます。

政策的な役割を果たすために必要な機能というところの項目については、人材確保とも密接に絡むことがあると思うので、分けて検討することではないように思われるという前提のもと、例えば、民間では中々受けられないケース、つまり、高度先進医療を提供するなどの必要があるため、それに見合うだけの要員、スタッフをどうやって確保していくのかだと思います。単に医療等を提供するのみならず、人材育成を含めた活動を展開する必要があるため、多忙な業務で一日が終わってしまう状況ではなく、担当のケースとの関わりから考え、同僚スタッフとの意見交換や勉強会等のような専門性を高める領域を業務として位置づけることだと思います。そして専門性の高いスタッフが増えれば、それが P R にもなり得るわけですし、その専門性のあるスタッフが人材育成にも関わっていくことで、神奈川県におけるスタッフの底上げにも貢献できると思います。そうすることで、医師をはじめスタッフにもここで働きたいと考える人たちが増えていくようになるのではないのでしょうか。

今まで各委員からいただいていた意見と重複するような部分かと思いましたので、ご紹介をさせていただきました。以上でございます。

(金子委員)

金子です。追加で簡単に一言申し上げたいのですが、よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(金子委員)

先ほどの渡部委員の発言とも重なる部分があるのですが、資料 18 ページのリハビリ工学や体育などの研究開発は、神奈川リハビリテーション病院において、とても重要な部分だと思っています。そして、これまで日本のリハビリテーションを牽引してきたと言っても過言ではないと思います。リハ工学における福祉機器の開発においても、例えば、私が今使用している顎や息で操作できる電動車椅子やベッド上でも息だけで身の回りの電気製品を操作できる機器の開発も、もう 40 年ほど前に神奈川リハビリテー

ション病院で開発されたものになります。それだけでなく、日本初の脊髄損傷者による車椅子での富士登山登頂を成功させたことや、さらには、現在のパラリンピックの種目になっているチェアスキーの開発など、これも玉垣委員もとても関わってこられた部分だと思うのですが、このようなところも神奈川リハビリテーション病院で開発されてきたものだと思いますし、他にも例を挙げればキリがありません。現在は、さがみロボット産業特区との連携やパラスポーツの普及など政策的な役割にも取り組まれていると思います。しかし、再整備計画以降はリハ工学や体育など、またOT、PTに関わるスタッフが日々の業務に追われてしまっていて、心身ともに余裕がなくなっているように感じます。また、このような部門は神奈川リハビリテーション病院にとっては不採算な部分であると思いますが、リハビリテーションスタッフの方々が、日々の業務だけに追われることなく、余力を持って研究開発などに取り組めるような環境整備が必要だと思います。この点については玉垣委員の方が詳しいと思うので、もし補足していただけるようでしたらお願いします。

(玉垣委員)

玉垣ですけれど、よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい。どうぞ。

(玉垣委員)

はい、今おっしゃっていただいたように、昔は業務後にやるとかということがすごく多くて、今では問題になる話になるのですが、それが当たり前と思ってやっていた時代ですので、それが良いか悪いかは別として、やってきたことは確かです。40年以上ボランティアでチェアスキーに携わったりしてきましたが、やはりボランティアでは限界があるなと思っておりまして、それは仕事として認められていなかったのも、本当に中々やりがいのところも難しいかなと思います。黒子のような仕事ですので、難しいのですが、本当はこういう研究開発とか、キャリアアップの取組をやった後には、何かこう例えば褒賞とかといった形ではないのですが、変化があるといいな、と人材育成のところなのですが、それはお金のことではないところもあると思うのですが、もしかしたらお金の方がいいかもしれないとか、給料を変えとか、例えば、修士を取ったら給料を変えとか、何かそういうところもあればありがたいかなと思います。もう努力して自己犠牲でやりなさいという時代は終わったのかなと思っていて、もう通じないなと思っています。あと、先ほどちょっと言いかけて申し訳なかったのですが、ここに書いていないところで給料の話で現実的で言いづらいのですが、就職の支援とか私も関わっているのですが、民間病院と比べると初任給で2万円ぐらい違うのです。

県の皆さんにお願いなのですが、こんな物価高の中で給料が変わらないということは、実質給料減なんです。しかし、病院では保険点数に限界があって、そんなに急には上がらないので、もしこの後、その先というか、規定を作っていかなければいけないと思うのですが、その時に人件費に関しては、地域性も交通の便も悪くて、給料が安いとなると、やはり人は集まらないというのが現実的なのだというふうに理解していただければありがたいなと思っていまして、その分の県からの拠出金というか、支援金を見積もっていただく、そうでないと綺麗ごとばかり言ってもきっと人は集まらないというふうに思っています。医師だけではなくて、パラメディカルであるPT、OT、ST、管理栄養士もそうですが、やりがいも大事なのですが、それに見合う予算は、難しいと思うのですが、できるだけお願いしたいと思っております。以上です。

(久保会長)

ありがとうございました。処遇問題は大変大きな課題だと思います。しっかり検討していただきたいと思います。それから、もう1つ、災害対応は、JRATという大規模災害支援組織というのが全国的にあるのですが、これは神奈川県では組織されていないようなので、そういうことを含めてこの災害対応というのは、しっかりやっていると神奈川リハビリテーション病院の意義というか役割が明確になるかなと思います。

(事務局)

事務局から、これまでのご議論を伺った中で、よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい、事務局お願いいたします。

(事務局)

今日のご議論を通じて神奈川リハビリテーション病院のストロングポイントをしっかり活かして、それに合わせた人員の配置であるとか、予算措置をというようなお話もあったかと思います。それによってサービスの質を上げていくというご意見と受け止めておりますし、また、そういったところに対して、人材確保などを含めて、県として予算措置をというお話だと思います。給料の部分なども含めてということだったのですが、やはり県の予算も青天井ということではございませんし、また何より、今人材を確保するのが非常に難しいという中で、人材確保の方策もいろいろご意見をいただいたところですが、そういったことをやるという前提であっても、やはり絶対数が少なくて大変難しいという部分があるというふうに考えております。

その中で、このポイントに資源を集中していくとか、質を上げていくということにな

ると、どうしても、例えば、民間でお願いができる部分は民間の方にやっていただくとか、病院なら規模自体も少し考えていかないといけないと思うのです。それによって質を相対的に上げていくというようなこともあろうかと思うのですが、このあたりを、委員の皆様のお考えを伺えたらと思ひまして、発言させていただきました。

(久保会長)

先ほど、委員の皆さんのご意見では、いろいろな整理をしながら質を上げていくという事で、意見が一致したように思ひましたけれど、何かございますか。

(吉田委員)

吉田ですけど、よろしいですか。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(吉田委員)

神奈川県病院協会の会長としての職責で出席しているかと思うのですが、民間病院のリハビリテーション病院の院長として、同じように民間も人を集めるのに苦労します。看護師さんだってOT, PT, STであっても苦労します。むしろ県立の方が集めやすいのではないかと思ひているぐらいなのですが、いずれにしても同じような条件でやはり人集めっていうのは大変なのだろうなというふうに思ひます。

政策的な役割という中でのこの地域連携、研究開発、人材確保、育成すべてのことに通じて、またストロングポイントというところにも通じて、少なくとも、私自身が今民間でやろうと思ひてやれないことというのを少し発言すれば、少し役に立つのかなというふうに思ひているのですが、少なくとも今のところ、臨床心理士を常勤で雇ひ入れたいと思ひています。この資料の人員の追加の中にOT, PT, ST, 管理栄養士等が入っているのですが、この臨床心理士が入っていなかったのですが、なんでそうかという、まずイメージとして我々が中々対応できない癌の患者さんなんかで、例えば片腕を切断した、あるいは脊髄を触っていて、それで少し脊髄損傷になったというような色々な形、その身体的な部分だけではなくて、メンタル的にもものすごく落ち込むといった場合です。それはもう脳卒中になって、昨日まで動いていた人が麻痺で動けなくなったというのでもそうですし、あるいは、交通外傷でもそうですし、色々な意味でのメンタル的な問題があつて、そしてもう投げやりになって希死念慮が出てきて、そういう中でリハビリテーションのモチベーションが下がった部分をどうアップしていくかということに関して、臨床心理士の役割というのはものすごく多い、大きいのではないかというような気がして、そういうようなところの部分を政策的な形を導入することに

よって、その辺のところのクオリティというものが上がって、これは研究の分野にもきつと役立つと思うのですけれど、そういった取り組みをしたら、どういうふうに変わったのだというのが見えてくる。同じような取り組みの中では、管理栄養士さんの部分のところにもあって、私のところで指示しているのは、全員が同じカロリーではなく、リハビリテーションをやるにあたって、歩行訓練やっている、あるいは、ベッド上で寝て上肢の手の動きだけをやっているリハビリの人、あるいは、それこそ寝たきりで指先だけのリハビリをやっている人、それぞれ使うカロリー数は違うので、同じような体重、同じような疾患、同じような色々な形でリハビリの量によって、一日のカロリーの計算をし直してみなさい、というようなことをしています。そういった研究テーマなんかがあって、そのクオリティの部分が上がって、クオンティティとクオリティのバランスが取れたら人って自然に集まってくるのかなと思っているのですけれど、なかなかそうすぐにはうまくいかないと思うのですが、その辺のことをやりながらしっかりやっていきたいというようなことです。

それから、もう1つ、私自身が、民間としてやっていること。病院長として当然主治医が全部いるわけですが、それ以外に入院する患者さん、そして退院していく患者さんに、月曜日の午前中ですから、まさしく今日の午前中の私の回診と称した形で、入院した患者さんを必ず回り、そして急性期病院で、例えば骨折した、あるいは脳卒中の治療をした急性期の治療も非常に大事だけれど、あなたのこれからの人生にとってみれば、このリハビリの期間が一番大事なのですよということを強調する。そして退院していく患者さんにも今週退院予定の人のところに全員回って、少なくとも、うちの病院どうでしたか。リハビリしてそういったマイナスの点はなかったからもっと良くなりたいのでどういうふうにやったらいいのか、そういったものを直接病院長として声を聞くという、そういった取り組みを必ずやっている。入院した、あるいは退院する時に必ず患者さんに会って、その心はリハビリテーション病院ですから、医療機関から、少なくとも色々な形で紹介してもらっている。それで終わらないで、私はその地域における県民、市民、区民が、骨折したので、これからリハビリテーションが必要だとなったら、病院からクリニックから紹介されるのではなくて、私のところであれば横浜鶴見リハビリテーション病院でお願いします、になります、県民からリハビリテーションだったら神奈川リハビリテーション病院でお願いします。そういう声上がるぐらいコマーシャルをなささいというようなことで、私の退院の時の挨拶なんかもそういった意味も込めて一生懸命やっている。そんな現状があるので一言だけ発言させていただきました。以上です。

(久保会長)

ありがとうございました。ここで、先ほどのコンセンサスをしっかり確認しておきたいと思います。今後事務局でいろいろな事案をまとめていただく時のポイントになるか

と思います。現在の強みを活かすこと、民間とも連携すること、今ある医療資源を財政的なことも含めて有機的に配分していくことなどです。よろしいでしょうか。

ご同意いただけたということで進めさせていただきます。

(事務局)

ありがとうございます。今後、その方向でまとめさせていただいて、この神奈川県総合リハビリテーションセンターについては福祉施設もありますので、福祉施設と病院というのが両方あるというところで、次回から福祉施設の検討をしていただくと思うのですけれども、それを踏まえた後で、また病院も一緒にもう一度どういう形でまとめていくかということをご意見いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

(久保会長)

ありがとうございました。本日の議事はこれで終了いたします。事務局お願いします。

(事務局)

事務局の方からご説明申し上げます。先ほどご意見を事前に頂戴してご紹介した欠席の委員も含めてですけれど、これは本日の議事録と一緒に合わせて委員の皆様方に、全部共有させていただいて、ご確認をいただいた上で、資料と併せて公開させていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(事務局)

久保会長、議事進行ありがとうございました。また、ご出席の委員の皆さまにおかれましても、多くの有益なご意見ありがとうございます。それでは、以上をもちまして、本日の第4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を終了といたします。どうもありがとうございました。