

令和5年度第1回
神奈川県在宅医療推進協議会
リハビリテーション部会

令和5年9月19日（火）

Web会議

開 会

(事務局)

それでは定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第1回神奈川県在宅医療推進協議会リハビリテーション部会を開催いたします。私は、本日の司会を務めさせていただきます、神奈川県医療課の柏原と申します。よろしくお願いいたします。

本日は委員の改選後第1回目の開催となりますので、冒頭、神奈川県医療課長の市川から一言ご挨拶をさせていただきます。

(事務局)

神奈川県医療課長の市川です。どうぞよろしくお願いいたします。この神奈川県在宅医療推進協議会リハビリテーション部会につきましては、医療課と高齢福祉課とで事務局を担っております。両課を代表して、私、医療課長からご挨拶をさせていただきます。委員の皆様におかれましては、本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。また、委員の就任をご承諾いただきましたことを重ねて御礼申し上げます。

さて、本県では、全国でも数少ない医療需要が増加する県として推計されており、そのピークはこれから迎える見込みとなります。少子化が進む中、人材確保はどの分野でも深刻化しており、人材の養成、定着の促進に向けては、地方自治体と医療機関関係者がさらなる連携を図るなど、地域の医療資源を有効活用する体制を構築していく必要がございます。本年度、県では第8次保健医療計画の策定、高齢者福祉計画の改定を予定しており、地域リハビリテーションについての議論も活発化させていく必要があると考えており、本県の地域のリハビリテーションの推進に向けて、改めて委員の皆様のお力添えを頂きたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。ご挨拶は以上です。

(事務局)

それでは、本日の会議の開催方法等について確認させていただきます。本日はウェブを活用した開催とさせていただきます。委員の皆様、本日はお互いの顔を見ながら議論ができればと考えておりますので、カメラは常時オンにさせていただくとともに、発言の場合を除いてマイクはオフにさせていただきますようお願いいたします。また、事前に送付させていただきました「ウェブ会議運営上のお願い」と題した資料にも同様の内容を記載しておりますが、いま一度内容をご確認いただきますようお願いいたします。なお、委員の皆様には、事前に事務局から資料をメールで送付させていただいております。お手元に届いていない場合、申し訳ございませんが、本日は資料を画面共有させていただきますので、そちらをご覧くださいと存じます。

次に、委員の出欠等についてでございます。委員改選後、初めての開催となりますので、委員の皆様をご紹介させていただきたいところでございますが、申し訳ありませんが、時間の関係上、お手元にお配りしております委員一覧の配付をもって委員のご紹介に代えさ

せていただければと存じます。なお、本日、欠席者の方が4名いらっしゃいます。神奈川県看護協会の牛丸委員、綾瀬市福祉部地域包括ケア推進課の近藤委員、横浜市立大学リハビリテーション科学教室の中村委員、大磯町町民福祉部福祉課の宮代委員からは、事前に欠席のご連絡を頂いております。また、横浜市健康福祉局高齢健康福祉部より佐藤委員の代理出席といたしまして、本日は岩井様にご出席いただいております。まだ何名か会議にご参加いただけていない方がいらっしゃいますが、事前に欠席のご連絡を頂いている方は以上4名、代理出席1名という状況でございます。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては原則として公開とし、後日、県のホームページにて審議結果等の掲載をいたします。議事録作成のため、本日の会議は録音させていただいておりますので、ご承知おきください。

会長、副会長の選任

(事務局)

次に、協議会の会長、副会長の選出についてです。神奈川県在宅医療推進協議会リハビリテーション部会設置要綱第5条第2項により、会長は委員の互選により選出すると規定されております。事務局といたしましては、厚生労働省の地域医療構想アドバイザーとして本県の医療提供体制の構築に日頃からご尽力いただいております神奈川県医師会の小松委員を、昨年度に引き続き会長として推薦させていただきたいと思っておりますが、委員の皆様、いかがでしょうか。

(異議なし)

(事務局)

ありがとうございます。異議がないようですので、小松委員を会長に選出させていただきます。それでは、以後の議事の進行は小松会長にお願いいたします。

(小松会長)

小松でございます。ご指名ですので、会長として議事を務めさせていただきたいと思っております。円滑な議事の進行に尽力してまいりたいと思っておりますので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

まず、議事に先立ち、副会長を選出させていただきます。神奈川県在宅医療推進協議会リハビリテーション部会設置要綱第5条第2項により、副会長は会長が指名するとなっております。特にご意見がないようであれば、神奈川県リハビリテーション支援センターの所長として日頃から地域のリハビリテーションの推進にご尽力いただいております、神奈川県総合リハビリテーションセンター事業団の村井委員を副会長に指名したいと思っておりますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

(小松会長)

よろしいでしょうか。それでは、村井委員を副会長に選出させていただきたいと思いません。よろしく願いいたします。

協 議

(1) 地域リハビリテーションに関する実態把握のための調査結果に基づく施策の検討について (資料1)

(小松会長)

次に、これより議事に入りたいと思います。3の協議(1)地域リハビリテーションに関する実態把握のための調査結果に基づく施策の検討について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(小松会長)

ありがとうございました。前回の会議で頂いたご意見を踏まえて、幾つかステップを分けながらアンケートをやったということになります。事務局からの説明を簡単にまとめますと、地域リハビリテーションにおける実態調査を行った結果、まず1つは、市町村が派遣依頼をしやすい仕組みをつくってはどうか。それから、2番目が所属機関に向けた事業の理解促進、3番目が専門職の人材育成の充実というのが、課題というか結果として出ているというご意見がございました。本日はこの実態調査の結果を踏まえて、これらの課題に対応するため、今後の具体的な県の施策についてご意見を伺えればと思っておりますので、ぜひ委員の皆様からご意見を頂ければと思いますが、いかがでしょうか。ご意見のある方は挙手ボタンを押していただくか、画面上で挙手をしていただければと思います。どなたかいかがでしょうか。では、鈴木龍太委員、お願いします。

(鈴木龍太委員)

出だしなのでちょっと思いついたことだけ言います。例えば7ページの結果、病院施設等へのアンケートで、地域リハビリテーション活動支援事業の取組は、年に1回が35件で、月に1回が24件あったと。この数字を皆さんは多いのか少ないのか、どう思うのかなというのが一つ知りたいと思って、私は少ないなど。これだけだとちょっと足りないかなと思ったというのが一つです。今、最後に県としてどのようにしたらいいかという問いがあったわけですが、例えばガイドライン的に月に1回ぐらいこういうことをやりましょうとか、そういうことを具体的に市町村に示して、その予算をつけてくださいということと言っ

ていくのがいいのではないかと思います。

もう一つ、内容に関しては、1回当たり2時間とかいうデータが多いですけども、8ページですかね、問6、住民主体の通いの場での体操指導、身体評価、フレイルチェックとかやっていますというのがあったのですが、私のデータが少し違うものなのかな、うちは秦野市で、うちから結構そういうのに行っているようで、講義とかそういうのよりは住民が集まった場に行って体操するとか、住民を巻き込んだ参加型のものが月1回やれるといいなと思いました。

それで、最後のスライドの地域リハビリテーション活動の周知ということなのですが、こういうことを例えば秦野市がやったとして、やっている人がこれは地域リハビリテーション活動だと思ってやっているのか。きっとそんなことは思っていないのではないかと。例えば秦野市がやっている住民のための会だと思っているのではないかと思うので、もうちょっと名称をはっきり出して、地域リハビリテーション活動支援事業とかちょっと硬い名前なので、本当はもうちょっと柔らかい名前をつけて、全県で同じような目的でこういうことをやっていますよというのを、やったときに必ずみんなに分かるように言っていくというのはどうかと思いました。以上です。

(小松会長)

鈴木委員、ありがとうございます。そのほかご意見はいかがでしょうか。露木委員、どうぞ。

(露木委員)

神奈川県理学療法士会の露木と申します。よろしくお願ひいたします。今、発表を聞いていて、いろいろと課題が出てきたと思います。ただ、全体を見ていくと、人材をどうやって派遣していくとか、あと、回数がということなのですが、目的が明確になっていないので、つまり、回数をこなしたからいいわけではないと思うのです。あるいは、人材を育成するといっても、どういう人材を育成するか目的が明確になっていないのと、目標値が設定されていなければ、恐らく人材というのも育てられないと思っております。例えば、皆さんの前で体操の指導ができるというレベルは、本来この事業を行うための目的には沿っていないと思います。例えば、介護予防を実践できるとか、住民力を育成できるとか、行政からの支援をだんだん減らしていくことができる人材をつくるとか、新規認定者数が減っていくとかなどなど、そういう目的を明確にしていかないと、数を行うことが目的になっているような気がするので、そこをしっかりとまとめておいたほうがいいのではないかと思います。理学療法士会として人材を出すといっても、体操をやるくらいだったら幾らでもできますし、あるいは制度あたりを理解するにはそれを読んでおけばできます。ただ、要はこういう地域にしていくとか、こういう目的を達成するためにこういうことをやるんだというものがないければ、ただ単に行って、やって、終わって帰ってくるというだけになってしまうかなと思っております。ですので、ぜひとも今後に向けて、いわゆる効果判定

をするのであれば、明確な数値目標あるいは形というものを定めたほうがいいのではないかと考えております。以上です。

(小松会長)

露木委員、ありがとうございました。そのほかご意見はいかがでしょうか。今ちょっと画面に出ていないのですが、先ほど神奈川県病院協会の篠原委員からご意見を頂きましたので、私のほうで代読させていただきたいと思います。

まず、地域リハビリにセラピストを派遣可能なのは、回復期リハか地域包括リハを擁する病院になると思います。しかし、セラピストの定数はどこもぎりぎり、平時派遣はかなり厳しいと思います。もし派遣できたとしても休日か時間外になり、別途、休日手当が必要になります。さらに、働き方改革に逆行することになりそうですというご意見を頂いています。今、露木委員からもご意見を頂きましたけれども、結局、地域リハビリテーションの活動に行く主体ですね。行政から地域の医療機関に頼んで、医療機関から職員を派遣するという形でやっているところもあると思いますし、一方で、行政から理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会にお願いして、個人としてセラピストが行くというパターンもあるかと思っています。それによっていろいろと話が変わってくるのかなと。

今、篠原委員がおっしゃったのは、要するに、行政から病院に依頼があって出していくというパターンになると思うので、一般的に言うと、業務の延長として行っていただくし、例えばお金等に関しては、頼んだほうが医療機関にお支払いして、それも含めて雇用されている職員に対して手当等が支給されるということになり、当然、外での通所リハビリテーション事業も勤務時間にカウントされると。そういうことになるかと思っています。

理想で言えば、先ほど鈴木委員がおっしゃったように、やはり地域の医療機関と地域が連携しながら関わっていくほうが望ましいと思います。要するに、個々人の応援という形でやっていくより、医療機関と行政でやっていくほうがよろしいかと思うのですが、そうするといろいろなハードルが出てきてしまうのも事実なので、多分、いろいろなやり方が現状はあるかと思っています。その辺も含めて、頼む立場の行政さんから何かご意見というか、今回アンケートもございますが、日頃はどうしているとか、どういう課題があるという、何かご意見を頂ける人がいるとありがたいのですが、いかがでしょうか。

今日の協議事項の一番最初は、市町村が派遣依頼をしやすい仕組みということですね。これは派遣基準とか、要するにお金の額だとかということ以上にどこに頼むのかというのが、ここでいくと市町村の取組と職能団体のコーディネートということで、市町村ではいわゆる職能団体としての理学療法士会さん等をお願いするという流れのほうが多いのでしょうか。そのあたりがちょっと分からないのですが。うちは地域の医療機関に頼んでいますというところも含めて、実際のご意見をどなたか。行政さんのほうでご意見がないみたいなので、先ほどのご意見、露木委員のほうは、県の理学療法士会に行政さんから地域リハに人を派遣してほしいという依頼が結構あるのでしょうか。

(露木委員)

ありがとうございます。総合事業等が始まったときに、神奈川県士会としては全会員に対して、依頼がダイレクトにあった場合には県士会に報告するようにと通達しております。その上で、市町村の担当の方には、県士会に文書を流してほしいということで統一を図っております。そうでなければ、いわゆる質の担保や、あるいは我々が職能団体として県民の健康に寄与できているのかどうかということもプロットできないので、そのあたりを統一するという対応しております。ただ、いまだに行政からダイレクトに個人に行って、個人から特に連絡がないということもあつたり、あるいは病院に行政がお願いしたりすることで、我々の職能団体がキャッチできていないものもあるかと思っております。ただ、継続的に対応するためには、職能団体全体でしっかり対応した上で、途絶えることがないように対応するべきだと思っております。以上です。

(小松会長)

ありがとうございました。そのほかご意見はどうでしょうか。作業療法士会さん、言語聴覚士会さんはいかがですか。田中委員、どうぞ。

(田中委員)

神奈川県作業療法士会の田中です。ありがとうございます。昨年度からの引き続きで委員をさせていただいております。神奈川県作業療法士会でも各区域に分けて窓口を設け、市町村からの依頼に応えられるように今対応させていただいておりますが、やはり露木委員がおっしゃったのと同じように、直接病院であるとか個人をお願いしていただいている事業に関しては、こちらでも把握し切れていないところが結構あります。ただ、やはりその場合も質の担保ということでは、作業療法士会でも人材派遣の育成事業について研修会を設けておりますので、できたらそちらに参加した方で、あとは、地域派遣事業を見学したり、どんなことをするのが望ましいのかを統一した上でやっていけるほうがいいのではないかとということで研修もやっておりますが、どうしてもなかなか参加できなかったりと……

(小松会長)

田中委員、最後のほうが、研修の参加が難しいという部分から聞き取れなくなってしまう、後ほどまた戻ってきたらご意見を頂くという形にしたいと思っております。言語聴覚士会さんはいかがでしょう。市川委員、お願いいたします。

(市川委員)

ありがとうございます。神奈川県言語聴覚士会の市川と申します。いつも大変お世話になっております。言語聴覚士会としましては、まず窓口は、実際に研修を修了した、いわゆる地域リハ活動支援事業に資する人材というのが50名か60名程度にとどまっております。そういうところもありまして、県士会をまずは一つの窓口としてやらせていただいております。ただ、実際は、PT士会、OT士会と同様に、個人あるいは病院にご依頼いただい

てというような状況はあると思っております。私どもの課題としては、実際に地域に出ていける人材を増やしていくというのが喫緊の課題であるのと、例えば今、私どもが力を入れているのは、難聴と社会参加あるいは認知機能の低下というところのつながりがいろいろ出てきておりますので、我々としてはそういった啓発、あるいは環境設定に関していろいろご助言させていただくことができますよというところを地域にもっとPRしていく必要があるのではないかと。そういったことを今、考えているところでございます。以上でございます。ありがとうございます。

(小松会長)

ありがとうございます。そのほかこの件に関してご意見等はございますでしょうか。支障がなければ教えていただきたいのですが、県士会さんのほうで取りまとめをして事業に行かれる方というのは、所属する常勤で働いているところの勤務とは別に、例えば有給を取ってそういうのに参加されているというのが一番多いという理解でよろしいですかね。分かりました。有給を取ってそういった形で参加してくださる方もいますし、あとは逆に医療機関の勤務として行くというスタイルもあり得るという。これは両方でということでもよろしいのではないかと。どちらかに必ずというのはなかなか、医療機関には医療機関の事情もあると思いますし、あとは個人のお考えもあると思うので、一応そういう状況だという理解でよろしいですかね。そうすると、市町村が派遣依頼をしやすいというのは、市町村にしてみると結局どこに連絡すればいいのかというのがあって、そのあたりに関しては地域の医療資源というか、もともとの付き合いとかいろいろなところがあると思うので、どこに頼むかというのは地域それぞれだと思いますし、今言った例えば派遣の基準なんかもそれぞれかだと思います。あまり県内で統一できる話ではないと思いますし、行く地域によっても変わってくると思いますし、医療機関からしてみると、本来業務の逸失とかいろいろ考え方があると思います。

あとは、スライドのページでいうと18のところが今日協議すべき事項と理解しております。所属機関に向けた事業の理解促進ということに関しては、所属機関だけではなくてもしかすると、先ほど露木委員もおっしゃっていましたが、セラピストもそうですけれども、県民の人も含めてですよね。地域リハビリテーション活動というのはどういうもので、実際にそれがどういう効果があるかというのがないと、ちょっと名前負けをしているというのが個人的な印象です。名前があまりにも漠然としていて、要は体操なのという話なのか、そうではなくて、これは県も含めて大きく関わっていく事業であるならば、ある程度目標があって、結果があって、効果があるということがなければ、ずっと続けることが第一主義になってはいけないのではないかと思います。この地域リハビリテーション事業そのものに対する理解や普及、そういったことに関してご意見はございますでしょうか。

なかなか難しいと思うんですね。我々医療の人間もよく地域医療という言葉を使いますが、では地域医療とは何ぞやという意外と難しいというか。それと同じで、何となく

病院、医療機関の外で行う医療であったりリハビリテーションであったりということのかなと思います。介護もかぶさってきますし、言葉負けしないような形で今後もやっていくためには、ある程度目標だとか数値化ということも必要ではないかと思いますので、今後そういったこともぜひご意見として出していただければと思います。鈴木委員、お願いします。

(鈴木龍太委員)

先ほども言ったのですが、地域の人にとっては、地域リハビリテーション活動を何かやっていたとしても、例えば先ほど出ていた管理栄養士さんが男性に調理法を教えるとかそんなことをやっていた、これが地域リハビリテーション活動かなというふうになんか結びつかないような気がするのです。だから、名前が本当に厳しいなと思うので、もうちょっとみんなに親しみやすい名前にするか副題をつけるかして、何らかの形でこれは地域リハビリテーションの活動の一環なんですよということが必ず分かるようにしていろいろなことをやらないと、周知が行かないかなと。何か結びつかないような気がします。以上です。

(小松会長)

ありがとうございました。矢野委員、ご発言をどうぞ。

(矢野委員)

矢野です。私は一県民の立場から発言させていただきます。正直に申しまして、今、鈴木先生が秦野でということで私も秦野なのですが、はっきり言って、地域リハビリテーション活動というのは、全然概念とかが分からないです。当たり前のことですが、これがどういう意味を持っていてどんな効果を目指すとか、どういう人が担っていくとか、そういったものはもちろん、構造的にはきちんと明確化していかないと、まずはそこが最前提だと思いました。地域リハビリテーション活動ということで、時折、地域の中で集まって体操とかされているところもあるみたいですが、それがリハビリテーションなのかと。今日いろいろお話をお伺いして、正直よく分からないという感じが非常にあります。なので、少なくともどういうコンセプトで何のためにこれをやっているのかということだけは、しっかりと認知を高めるためにもぜひ広報してほしいし、はっきり言って、そのものが分からないでこんな発言は大変失礼なのですが、本当に分からないなということが今日よく分かりましたというところです。

(小松会長)

矢野委員、ありがとうございました。私も分からないと言ってしまふとかなり問題なので。恐らく皆さんが思っているイメージとしては、地域の共生社会の中でみんなが健康でハッピーに暮らしていくための一つの手段として、いわゆるリハビリという言葉に広義のリハビリというものが含まれているのではないかという部分と、病院や医療機関で行っている狭い意味でのリハビリというのがちょっと混ざっているのかなという気がします。実際に狭い意味でのリハビリが必要な人に対しての医療のリハビリと、そこまでではなく介

護予防とかそのように言われている人に専門職でない方が行く、リハビリのようなものというのが適切かどうか分からないですが、そういったものが混ざって、地域の中でいろいろな人を巻き込んだ活動が多分、今の地域リハビリテーション事業なのかなとは思っていますが、今、矢野委員がおっしゃった感想が今の現状だと思います。ですから今後、今日この話題の中で、専門職の人材育成の充実というのは、恐らくはこの事業の理解促進が進まなければ専門性の高めようがないですし、果たして専門性を高めるものなのか、むしろいろいろな意味でこういった事業に参加できる担い手を増やしていくといったことも必要なのかなと思います。

次の議題が次の医療計画における素案になりますので、そちらも少し説明していただいて、またそれを聞いた上でご意見を頂ければと思いますので、先に行かせていただきます。

(2) 第8次保健医療計画における「地域リハビリテーション」の素案について (資料2)

(小松会長)

協議(2) 第8次保健医療計画における「地域リハビリテーション」の素案について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(小松会長)

ありがとうございます。ただいま説明いただきました内容をまとめます。現行の第7次保健医療計画における進捗評価として、第8次保健医療計画へ反映すべき課題等を整理し、その課題等を踏まえ、第8次保健医療計画の素案を作成したということです。本日は、第7次保健医療計画における進捗評価として、第8次保健医療計画へ反映すべき課題等についてのご意見、また、第8次保健医療計画の素案における全体の構成や施策の方向性についてご意見を伺えればと思います。ご意見のある方は挙手ボタンでお願いいたします。では、露木委員、どうぞ。

(露木委員)

ありがとうございます。まず、第7期の進捗評価についてです。8ページ、9ページにいろいろ出ておりますが、例えば9ページのところ、評価においては、いろいろなことができたできたと書いてありますけれども、何をもってできたのかがよく分からないところがあります。こういうところを確認するための尺度をしっかりと事前に設定しておいて、それがどうなったかの変化によって、できなかったを判定したほうがいいと思います。高齢者が元気に生き生きと暮らせる社会づくりに取り組めたというのは、取り組んだということであって、それが整備されたわけではないと思っております。評価というのは、到達したかしていないかの明確な判断が利くものに設定したほうが、誰もが分かりやすいと

思っています。

また、今度は第8期に対してですが、第8期となると、先ほどの話だと6か年の計画になると思うので、令和9年の介護改定をまたぎますよね。令和9年の介護改定は今、議論されているところですが、例えばケアマネジャーの自己負担が1割になるのではないかと言われていたり、要介護1・2が総合事業に落ちてくる、つまり、今日話している地域リハビリテーション活動支援事業の範疇になってくるということです。さらには、自己負担、受益者負担が増えていく等々考えられれば、そこに対する対応ですよ。要は、市区町村に多くの方々が出てくることに対してどう耐えられるのかということで、国が持っているものとしていたのは、介護度3・4・5に対して専門職を当て込んでいこうとしているのは、介護度3・4・5に対して専門職を当て込んでいこうと。いわゆる人材不足に対しては、そこに手を当てていこうということだと思います。となると、人材育成をするといっても、どういう人材を育成すれば、介護2以下の方、さらには介護予防をするまだ元気な方、ここに市区町村がどのように対応できるのかの人材を育成しないといけないと思っています。

また、今、人材不足をお伝えしましたが、もう一つ、貧困問題が必ず出てきます。つまり、自己負担が2割、3割になったり、ケアマネの自己負担が1割ついたらサービスを使わない人が出てくるので、その人たちの重症化が予測できると。これらの内容を第8次に入れておかないと間に合わなくなってしまうので、そこはぜひ入れていただいたほうがいいと思っています。以上です。

(小松会長)

ありがとうございました。今の露木委員の意見に対して、県の事務局から何かご意見等はございますか。

(事務局)

県医療課の柏原からお答えさせていただきます。露木委員、ご意見ありがとうございました。まず、現行計画の評価の件でございます。現行の7次計画では、具体的な数値を用いた定量的な目標を掲げておらず、今回の進捗評価については、数字を使って評価できたものはできるだけ数字を用いたつもりではありますが、評価の多くが定性的な評価となってしまっております。本日ご意見を頂きましたので、8次計画についてはもう少し定量的な目標を掲げる等、次回の部会、今後の改正案の作成に向けて、参考とさせていただきます。ありがとうございます。

あと、令和9年度の介護の改定を意識したというところにつきましては、保健医療計画は6年間の計画でございますが、通常、半分の3年目に中間見直しという作業を行っております。恐らく8次計画についても3年目に中間見直しを行うことになると思っておりますので、中間見直しの際に、この地域リハに限らず、様々な制度改正があった場合は、中間見直しの中で必要な反映をしていければと考えております。それ以外、人材育成の話ですとか貧困対策の話とかご意見を頂きましたので、頂いたご意見を踏まえて、次回の作業

に反映させていきたいと考えております。私からは以上です。

(小松会長)

柏原さん、ありがとうございました。ほかの方はご意見どうでしょうか。よろしいですか。それでは、次の報告事項に移りたいと思います。

報 告

(1) 在宅医療推進協議会リハビリテーション部会設置要綱改正について (資料3)

(小松会長)

報告(1) 在宅医療推進協議会リハビリテーション部会設置要綱改正について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(小松会長)

ありがとうございました。特にご意見はないかと思しますので、続けて(2) 令和4年度リハビリテーション委託事業の実績報告について、神奈川県リハビリテーション支援センター様から説明をお願いいたします。

(2) 令和4年度リハビリテーション委託事業の実績報告について (資料4)

(村井副会長)

次第に沿って資料をご覧ください。私ども神奈川県リハビリテーション支援センターの実績報告ということで、支援センターの概要、相談対応、従事者を対象とした研修ということで、最近、理学療法士会とか作業療法士会とかもいろいろ活動してくださって、いろいろなところで対象者が増えているという状況です。

成り立ちとしては、平成13年というか12年ですね。包括ケアシステムの構築ということから始まって、14年に連携指針、29年にその改定ということで現在に至ります。

私ども県リハビリテーション支援センターとしては、所長・副所長ということで、医師と理学療法士、あと、地域リハビリテーション支援室と高次脳機能障害支援室ということで、専従と兼任のスタッフを以下のように抱えています。

リハビリテーションの相談事業ということで、リハビリテーション専門相談ですね。これは、神奈川県内のいろいろな事業所あるいは支援団体の患者さんに直接地元で対応していますが、それらの方で困難事例とか、なかなか状況が変わってきて相談したいというときなんかにお伝えいただいています。あと、地域包括ケアにおける地域リハビリテーショ

ンシステムの構築ということで、近年、国を挙げて、神奈川県もそうですが、地域移行ということが非常にたくさん言われるようになって、なるべく在宅あるいは地域社会の中での生活を基盤としてやっていきたいと思いますというような指針が出されたので、それに少し沿った形で変化してきています。

相談実績としては、コロナ禍の影響もあるのですが、大体このように188件、そのうち新規相談は107件、継続しているものもあります。あと、視覚障害に関する相談件数があるって、これは神奈川県眼科医会と協力して、視覚障害、ロービジョンの相談を受けて、私どものセンターの視覚障害の福祉部門ですが、視覚障害の部門のところのトレーニングにつなげています。

相談件数の内容、内訳は、このように視覚障害が増えているのですが、知的障害、脳性まひもありますし、脳血管障害というのは、やはり介護保険の内容が充実してきていますので、どちらかというところ珍しい難病とか珍しい病気の方の相談が増えています。

相談件数ということで、地域性があります。横浜、川崎、相模原は、それぞれの行政のリハセンターにつなげています。

相談内容に関しても、最近福祉装具、福祉用具の転用の問題と、それからあと、意外と多いのが、コミュニケーションツールが増えてきています。やはり在宅で過ごされる方、高齢になってベッドから離れられなくなってきているんだけど、コンピューターを操作してほかの方とコミュニケーションしたい。あるいは、お子さんをずっと在宅で抱えていて、コミュニケーションツールでもう少し家の外とのつながりを持っていきたいというような方が外へ向かって出てきているので、非常にいいことだと思いますが、そういう相談が多いということです。

あと、情報提供ということで、地域のいろいろなリハビリテーションの訓練機関だったり、特殊な状況で専門的なリハビリテーションの知識が必要な場合もありますので、そういう方にはそういうところをなるべく紹介して、うまく問題解決に当たれるようにしています。あと、「地域リハビリテーション支援センターだより」というものを出して、研修事業や今後のビジョンに関しても案内するようにしています。

地域リハビリテーション連携構築推進事業ということで、県内に2か所ぐらいの地域を定めて、そこでの地域リハビリテーションですね。今日話題になっていますが、地域リハビリテーションといってもなかなかよく分からないというのが、確かに地元の方の実態です。そういうことよりは、地域社会の充実あるいは包括ケアシステムの充実ということを主に置いて、鎌倉市ではリハ職と介護職の連携、秦野市では今回新しいテーマとして、グループホームの知的障害、精神障害の方がその地域で定着して生活できるような状況を少しでも推進させようということで、研修を含めて行っています。

そういうことで、まとめとしては、相談事業はコロナが少し落ち着いたのでまた増えてきていますが、基本的に障害を持たれている方は、コロナの影響であまり外に出ないとい

うようなことがあって、活動性は最近上がってきていますが、フレイルの状態にならないように、あるいはフレイルの状態になってしまっても以前より活動性が落ちた方には、少し積極的に外に出るような働きかけをするように努めています。以上です。どうもありがとうございました。

(小松会長)

ありがとうございました。ご意見・ご質問等はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。引き続き県内の地域リハビリテーション活性化のため、ご助力のほどお願いしたいと思います。

一応、予定していた報告事項、議題は終了いたしました。地域リハビリテーション事業そのものの位置づけや意味づけというのは非常に難しいし、あとはそれを、尺度ですね、数値化して測っていくというのも、なかなか一つの医療機関とかと違ってデータも出しにくくて難しだろうという面もあるかと思いますが、そういったことも含めて、これからということが大事になってくるのかなと思います。どなたかご意見はありますか。村井委員、どうぞ。

(村井副会長)

我々が活動してきた中での感想で、今日皆さんのお話は大変参考になりましたし、すごくいいことだと思います。ただ、県のほうも地域包括ケアシステム、あるいは我々が所属している神奈川県在宅医療推進協議会の中でも、地域社会の充実ということを目指されて県知事も号令をかけられていると思います。それは、まひとか脳卒中とかだけではなくて、知的障害、精神の方もそうですし、その地域の中でその方々が生活して定着していかれるようにというのが、恐らく一番の究極の目的だと思うのです。

今日お話があったように、共通項目で評価していかないと、よくなったのかよくなっていないのか分からない。それで、病気が再発したり悪くなって、またリハビリが必要という部分に関しては、例えば回復期リハや、あるいはリハビリテーションの入院ができる施設が非常に増えていますので、そこでリハビリの再教育や強化をしてもらって、何とか地域社会に戻れるような状況、一番理想は在宅ですが、無理だとしても施設に入れるというような状況をつくり出したとき、その後どうつないでいくか。それから、その方々が、例えばリハビリが足りなくて落ちていたり、あるいはリハビリをやり過ぎて十分に独り立ちできているのにまだリハビリをやりたい、そういったところのジャッジをする部分がないので、言い方はあまりよくないですが、なかなか必要な人に手が届かない状況になっているのが事実だと思います。

ちょっとお話が長くなってしまいましたが、地域社会への定着というのは、必要な人に必要なサービスが届くようにというのが一番の目的なので、できている人にさらに強化するよりは、できない人ができるようになることで、その地域の社会が豊かになると思います。そういう尺度の評価法があるといいと思うのですが、それよりも、患者さんは共有

しているのですが、患者さんの状況ですね。良くなったり悪くなったりというのが、その都度、訓練士さんや対象の治療に当たる先生や人によって変わってしまうので、実は患者さんの中では一定しているのですが、それに関わる人たちに共通項として伝わっているかどうかというのが非常に疑問なのです。今、介護保険の中ではケアマネさんがかなり充実してきて、あの人は悪くなっている、落ちているとか、良くなっているからこういうサービスに変えたらというような、そういうアドバイザー的なところもあると思うので、そういう方たちが地域の中にも定着して、必要なリハのオーダーあるいは支援のオーダーが出ると、一番いい社会ではないかと。でないと、これからの高齢化社会、少子化で働き手も減っていきますから、とてもではないけれどももたないと思うので、ぜひそういう視点も次の計画には盛り込んでいただきたいと思います。以上です。

(小松会長)

村井委員、貴重なご意見ありがとうございました。そのほかいかがでしょうか。

それでは、委員の皆様からご意見も頂きましたので、本日の議事は終了させていただきたいと思います。進行を事務局にお返しします。どうもありがとうございました。

閉 会

(事務局)

小松会長、円滑な議事の進行ありがとうございました。また、委員の皆様、本日はお忙しいところお集まりいただき、また、忌憚のないご意見ありがとうございました。本日は地域リハに関する実態把握の調査結果を受けた今後の展開、また、県が今年度中に策定する第8次保健医療計画についてのご意見を様々頂きました。次回の部会については、年を明けて2月頃を予定しておりますが、本日頂いたご意見を踏まえて、今後、各所管課にもフィードバックさせていただいて、次の準備に入りたいと思います。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了とさせていただきます。皆様、どうもありがとうございました。