

## 第2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

### 報告事項（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）

報告事項（1）の「前回検討会の振り返り」については、前回、委員の先生方からも沢山の意見が出ましたので、その視点も踏まえて事務局の方で整理していただきました。今のご説明に関しまして、ご質問、ご発言は、ございますか。

〈委員からの質問、発言なし〉

それでは、報告事項（2）の「センターの現状と課題」になりますが、事務局からご説明いただきたいと思います。

### 報告事項（2）センターの現状・課題

〈事務局から資料に基づき説明〉

（久保会長）

ただいまの報告事項（2）の「センターの現状と課題」ということに関しまして、施設ごとの現状分析、課題をしっかりと反映、分析していただいたと思います。

報告事項ですので、議論する議事ではございませんけれども、このことに関しまして確認事項、あるいはご質問、ご発言を少しいただきたいと思います。

本日は、沢山の委員の先生方にご出席でございます。皆様からご意見を伺いたいと思います。私からご指名させていただいて、ご意見をいただくという形で進めさせていただきます。

まず、「病院について」でございます。色々な課題がございますけれども、先ほどの医療と福祉というところでは病院が一つのポイントになります。病院につきまして、ご意見を数名の方からいただきたいと思います。

玉垣委員から、まずご意見をいただきたいと思います。お願いいたします。

（玉垣委員）

病院の現状、ある程度見させていただいたのですが、疾患の傾向に準じているということなのですが、検討の視点のところであるような民間では対応が困難な高次脳機能障害などの、と書いてあるのですが、実質儲からないとか、あまり採算が取れない脊髄損傷が減少しているという状況だと思えます。

高次脳機能障害の問題は割と知名度も上がり、県外からも結構来ているということで、こうやられているかとは思いますが、脊髄損傷は全体的に減少傾向にあるということなので、ただ、やっぱり疾患として、薬とか検査があまりなくて介護量が多いということで、割と民間では嫌がられる疾患になるのですね。その辺が減少していることが、なぜだろう、と思っております。

細かい話をすると、かなり条件が厳しくて、麻酔科のドクターがおられないので、呼吸器をつけたような頸髄の一番二番ぐらいの人というのが全く診られないという。もしくは五番、六番で、人工呼吸器に気切（気管切開）している人も診られないということで、かなり入院条件が縛られている状況があるのかなと思うのですが、今後、脊損の専門病院とされながら重度の脊損を受け入れられないという現状は、いかがなものかなとは思っております。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。次に松原委員お願いいたします。

(松原委員)

先ほどのお話、非常に専門的なご指摘、重要な点だと思います。高次脳機能障害の患者さんも若干ですが、増える傾向にあったり、小児の慢性特定疾病受給者証所持者の数も大きく増えているということで、前向きに公的な機関としての役割を果たす方向に組織全体が動いてきているのだろうな、ということをごここから読み取れるのだと思います。ただ、麻酔科医がいなくて、どうでしょうね。今回、こういう医療に対してどれぐらい公的な補助金を入れているのか、ということは、この回は検討しなくていいのですか。費用対効果が入っているのか、というところですが、

(久保会長)

ご指摘いただいている診療科については非常に重要な問題です。今後の議論のポイントだと思いますので、そういう点もご指摘いただいたということで、よろしいですか。

(松原委員)

はい、わかりました。

(久保会長)

次は、山本委員お願いいたします。

(山本委員)

私の方から簡単に四点ほど、お話ししたいと思うのですが、まず、病院の方の稼働率は比較的良くて、でも目標値に達してないというようなところで、例えば保険請求とか、いわゆ

る「経営面での精緻さ」というようなところが、病院の中でどのぐらいになっているのかというの、ちょっと外からは判らないので、そのあたり一度見るのができたらいいかな、というふうに感じています。

二つ目ですけれども、施設での統計で、ある入所者が増えているとか、あるいは、短期が減っているとか、色々な話がございましたけれども、民間や周囲がどうなっているのか、患者さんが全体で増えている、減っているというのはあるのですが、民間が受け入れられているのか、あふれ返っているのか、そのあたりですね。周囲との関係性というのをやはり見ていかなければいけないのかな、と思います。あるいは、今、非常に経営が厳しい中で、民間がこういう患者さん、あるいは利用者を受けていくので、実際には、県立の病院のところにはこういう方が来られるとか、そういうのが見えてくるのかなというふうに感じました。

それから、これは小さいことで、質問なのですけれども、統計の中で脳血管疾患と脳梗塞が別立てに書いてあったのですけれども、これは脳梗塞も脳血管疾患ですけれども、脳血管疾患全体の中で脳梗塞をピックアップしているのか、あるいは脳の出血性疾患で脳出血とかくも膜下出血の結果、リハビリテーションを受けられている方と脳梗塞とを別にしていいのか、そのあたり、今度教えていただければと思います。

最後に人材確保を進めていくというようなことは、どここのところのサマリーにも書かれていたのですけれども、これは今後の議論の中でちょっとご相談できればと思うのですが、今、我々は本来どういった体制にしていかなきゃいけないかっていうのをまず原則論から考えていって、積み上げていって、最後にじゃあ人材確保しましょうという話になりそうなのですが、実際には、人材の方が限られていたり、今は働き方改革とかで、確保の方から数が決まっていくというような側面がある。ですから、例えば県西部の病院が、ある方針を決めて、こういう方針で我々やりたいです、と言っても、派遣する側であったり、人材をプールしている方にそれが足りないというようなことがあるので、どこかからは一緒に計画していかなければいけないなど、人材派遣の方の意見もよく聞いてみなければいけないな、というような印象を持ちました。今日は報告事項ということなので、印象ではありますけれども、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、吉田委員お願いいたします。

(吉田委員)

説明をお聞きしていて、現状のところ、脳血管疾患の患者さんが減少傾向にあるが、神奈川リハビリテーション病院の高次脳機能障害は増加傾向にあるという、やはり脳血管疾患は、これから高齢化の時代で、神奈川県において、もっともっと増えてくるという印象があったのですけれども、これは患者さんとして民間でやっているから結果的にかなり少なくなっているのではないかな、という印象を持ったのですが、そうでもないですかね。というふうに思ったことが一つ。

私は特徴的なこととして、今、リハビリテーション病院で困っているというのがやはり ST、言語聴覚士の関与がどれだけ大事になってくるかということが一番感じています。そんな中で嚥下チームがしっかり行われて、令和3年の頃にはゼロ件だったのが、令和5年には15件やられるようになった。きっと ST が積極的に参加して、それに加えて、NST 栄養サポートチームの関与数も結構増えているというような形で、非常にクオリティが上がっている部分。これがやはり神奈川リハビリテーション病院で積極的にやって民間病院でなかなかやりにくい、実際やっていけないようなことを積極的にやっていらっしゃるのかな、そのような印象を受けたので、一言話をさせてもらいました。

引き続き、やはり民間では入院期間が長期になるという、そういったケースはやはり難しい、あるいは合併症を持った患者さんがやはりなかなか難しい。そういった方を積極的に受け入れていただければありがたいのかな、とそんなふうに思っているところです。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。山本委員、吉田委員から確認項目が出ました。脳血管障害について、ご質問ありましたけれど、事務局で分析されていらっしゃいますか。

(事務局)

疾患別の指標を立てるときに、全国、県内もそうなのですけれども、なかなか平仄が合うような形で統計データを取ることができなかったので、絞った形になって申し訳ないのですが、傾向として読み取るぐらいしかできませんでした。

(久保会長)

わかりました。事務局には、先ほど山本委員がおっしゃったように、脳血管障害の中には脳出血と脳梗塞が両方入るので、それを念頭に資料に入れてください。また、吉田委員からご指摘のあった民間でたくさんやっているから神奈川リハビリテーション病院が少なくなっているのかどうか、そういうところのデータがあれば、次回までにお問い合わせしたいと思います。

(事務局)

わかりました。

(久保会長)

それでは、病院につきましては、あとお一人、鈴木副会長にお願いしたいと思います。

(鈴木副会長)

病院のところの資料の10ページと12ページですが、一つは、吉田委員とも話が重なるかもしれませんけれど、やはり骨関係がすごく頑張っていてですね、そして脳血管がずいぶ

ん減っているなということをおもいました。

一方ですね、この前お願いしたのは、どこの地域からどのぐらい来ていますか、というところのデータが、地域別入院患者数のところの表に12ページにあるのですけれども、これが県央で一まとめ、湘南も東部と西部で一まとめだと、ちょっと分析として甘いのではないかなと思います。湘南東部は湘南東部、湘南西部は湘南西部、県央も場合によってはどの市から来ているのかとかですね、厚木が一番多いのかとか、この辺をもう少し知りたいなと思いました。

さらに、この中の例えば整形のリハがどのエリアから来ているのか、脳血管のリハがどのエリアから来ているのか、という分析をしていただけると嬉しいかなと思いました。

(久保会長)

はい、ありがとうございます。この辺は、今後、病院機能をどういうふうに維持していくか、あるいは発展させていくかという点で非常に重要なところです。事務局で分析をよろしくお願いしたいと思います。

(事務局)

わかりました。

(久保会長)

それでは、次に七沢学園と七沢療育園、七沢自立支援ホームについての論議を進めたいと思います。ここでもご指名をさせていただきますので、よろしくお願いしたいと思います。野崎委員、ご意見いただけますでしょうか。

(野崎委員)

はい、まず一つ表についての質問というか、私の不勉強で表現がどうなのかということなのですが、22ページのブルーの表の表現の中で軽度以下というのはどういうことなのでしょう、以下ということの単語の意味ですが。

(事務局)

平成8年の時と令和5年の区分けの仕方が違って、現在は、軽度・中度・重度という分け方ですが、平成8年当時の区分で、今は適当ではないと思われるのですが、境界線以下を含めています。その表現がなじまないで、そこで、区分を軽度以下という形でまとめさせていただいたということでございます。

(野崎委員)

わかりました。別にその文言のこと云々ということではなく、そうすると、二つの知的障害、重心の施設ではなく、主にこの児童と成人がいる七沢学園の利用者の傾向としては、一

つは児童期において知的な評価では軽度だけど、発達障害関連の課題を持っているという方が増えているという点は、新しいこの時期の趨勢を反映しているのでは、と思います。

一方で、20年以上近く入所の期間が長くなっている方の高齢化問題と、何かある意味時代の知的障害支援施設全てで起きている二つの課題ということが表出しているなというふうに統計を見て思いました。

あと一点、この25ページの心理治療、家族面接ということの内容ができれば、この心理テストもほぼ行われなくて、面接や心理治療ってということに関しては、臨床診断がどの段階でできているのか、段階に関して、どういうことを児童においてはやられているのかという、ペアトレ（ペアレントトレーニング）等を含めて、児童期の心理療法は、より一層大切だと思うので、そのあたりをもう少しできれば深めて情報として教えていただきたいなというふうに思います。それで、例えば、この数値の出し方とか23ページの数値を見ると、延べ人数で出されているところと単純にこう入所者数ってボンと出されているところがあるので、なかなか読み取るのが難しいなというふうに正直思っています。

自閉スペクトラム症やADHDというふうな合併があるなしと知的障害ってというのは、これ重複した概念なので、どの課題に対しての問題ということが表出しているのか、ちょっと読み取りにくい部分があるので、そこら辺をもう少し情報としては深めていただくと問題点がどの程度出てきて、それに対して地域と絡んで復帰の過程とかそういうものに含んでどういうような次の絵の橋渡しをするか、もう少し見えてくるのではないかなというふうに思いました。

(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します。

(長野委員)

現状の数字を年度ごとで比較して、分析という形で読まれているわけですがけれども、確かにその数字からこういう分析が導かれるのだらうと思うのですがけれども、その数字が年度、年度で変わっているという、その背景がもう少し把握できていると、この後のまとめであるとか、今後の対応について、もう少し色々な具体的な策が出やすいのではないかなと思うので、もう少し丁寧な分析が可能かどうかをちょっと検討いただければと思っております。

(久保会長)

ありがとうございました。大塚委員、お願いいたします。

(大塚委員)

福祉施設の方をざっと見させていただいて、入所の施設をどう考えるかと障害児のことも含めてですね。全般的な地域生活への移行ということの中において、ただ残っている部分としての障害が重かったり、強度行動障害があったり、あるいはむしろ家庭的な要因ですよ

ね。児童養護施設同様に、そういう方たちについての必要な機能が残っているか。ただ児童の分野においても、里親やそちらの方の地域での移行という方を主体に今考えているので、入所施設そのものをどうするかということが議論になると思っています。

その時に、多分、神奈川県はすべてのところも含めて入所への待機者ということも含めて非常に多いですね。色々な事件も起きたりして、入れないばかりにということも含めてこれどう考えるかということとの関係かと思っています。一時的には私は地域での生活がいいとは思いますが、まだ入所的なもので、受け入れなければならないものが残っているのではないかなと思っています。それは強度行動障害であるとか、あるいは非常に家庭的な状況が悪くて、やっぱり家庭から一時避難していただくというような、そういう支援のことが必要なかと思っています。

ただ、これは民間にできないということとの比較においては、私はやめた方がいいと思います。今の問題は、民間施設ができないから、県立などにおいて受け入れていこうということがずっと戦後続いてきたわけですが、ずっと全部のコロニーや、事業団の施設はそこで困り込むだけにおいて、何の地域にも貢献しなかったと。むしろ市町村の時代になって、市町村が県立施設で頼めば何でもやってくれるから、あそこに入所させておけばいいということで、今来てしまっている状況なのです。

つまり、地域における市町村を中心とした支援体制の構築が、受け入れ先があるばかりに、県立施設やリハビリテーションセンターがあるばかりに、全部放棄してしまう状況になっているのです。これはいけないので、また同じことを繰り返してはダメなので、むしろ県立施設は受けてもいいけども、期限を設ける。

先ほど心理のことがありました。私も興味あります。心理的な治療によって改善するのであれば、それを通して今度は何年か後には地域に戻っていただいて、地域での生活を確保していく。神奈川県総合リハビリテーションセンターは、そのための支援体制に貢献すると、こういうことができると、こういう風なシステムということであれば、私は一時的な受け入れというのは機能として残るのではないかと。むしろそういうことを求められているのではないかと思っています。これは神奈川県全体の待機者のことも含めて、考えていかなければならないことだと強く感じています。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。大川委員どうですか。

(大川委員)

やはり、この福祉施設のあり方として、暮らしを支えるということが一番重要になってくると思うのです。リハビリも暮らしがあって初めて効果的になってくると思うのですけれども、その暮らしが支えられているか、暮らしがあるのか、という指標がなかなか作りづらく、そういった論点が議論しづらい資料になりがちだな、と思います。

福祉の暮らしを支えるというのは、本当に誰にもできる当たり前のことがベースなので

すね。それをどのように専門性という形で表に出すのかというのが非常に問われているな  
と思っています。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。それでは金子委員お願いいたします。

(金子委員)

はい、何点かあるのですが、まず、12 ページの②の現状の家庭復帰率のところ、右側に  
家庭復帰率が書かれていると思うのですが、回復期リハビリテーション病院における  
リハビリテーションの評価指数であるので、ここではいわゆる機能的自立度評価法、FIM も  
数値として明記していただきたいと思います。

また、16 ページの同じ③の分析の視点で、民間での対応が困難な高次脳機能障害なども  
患者の受け入れ先となっているかというところで、民間での対応が難しい高次脳機能障害  
や回復期リハの重症患者など公立病院としての役割を一定程度果たしているのではないか  
ということですが、ではこの文章に「民間での対応が難しいケース、脊髄損傷などの重度重  
症患者など」と文章を入れ替えてみた時に本当に公立病院としての役割を一定程度果たし  
ているのか、もう一度検討して欲しいと思います。

それから、10 ページの現状の赤の四角囲みの中の骨関節系の患者は増加傾向であるが、  
神奈川リハビリテーション病院の入院患者も増加しているというところでは、神奈川リハ  
ビリテーション病院の事業計画にも書かれていますが、民間の病院の対応が難しい重度重  
複障害への医療的サービスの提供を行いますと書かれてありますように、神奈川県内にお  
いて民間病院でも骨関節系の医療を専門としている優秀な病院は多くあります。なぜ神奈  
川リハビリテーション病院において、骨関節系医療が受け入れ患者のトップを占めてい  
るのでしょうか。また、総務省の全国の病院に占める公的病院の役割では、民間病院では限界  
である高度先端医療の多くを公立は担っていると明記されています。民間病院では対応で  
きない骨関節治療を神奈川リハビリテーション病院が担っているものというのはどのよう  
なものなのでしょうか。

それから 29 ページの④のまとめのところ、総合リハビリテーションセンターの県立障  
害児施設として、どのような役割を対象として、どのようなサービスを提供していくべきか、  
というところでは、神奈川リハビリテーション病院の診療科に精神科の医師を配置する必  
要があります。七沢学園の利用者の多くは、幼い頃から虐待などを経験していて PTSD と診  
断され強度行動障害や情緒不安定な状況の子どもがほとんどで、「障害支援区分」は「区分  
4」、「区分5」及び「区分6」ですが、「令和5年度事業報告書」には一番重要な「障害支  
援区分」の記載がないので、今後は記載すべきだと思います。また、このような強度行動障  
害を持つ知的障害者の診断を行うためには、精神科の医師がいないとできません。現在の神  
奈川リハビリテーション病院では小児精神科の医師が配置されていますが、精神科がない  
ため、これらの障害を持つ障害児は対応できません。そのため、わざわざ職員が引率して公

用車で地域の医療機関に送迎していますが、これでは政策医療とは言えないのではないかと思います。以前は精神科に常勤の医師が2名から3名いましたが、現在はいないのが現状です。

それから58ページの課題のところ利用者が非常に少ない状況もあることから、県立施設の役割というところですが、七沢自立支援ホームの利用率が安定しない理由は三つほどあります。

一つ目は、七沢学園や七沢療育園の契約は三年契約で更新可能ですが、自立支援ホームの機能訓練は最長一年半の期間契約となっています。実態としてはほぼ一年半で退所してしまいます。そのため、出入りが激しく安定した経営が難しいのが現状です。そのようなことから民間で七沢自立支援ホームのような運営をすることは難しく、そのため採算が合わなくても県立施設として担っていく必要があると思います。

二つ目は、利用者の半数は脳血管障害の二号被保険者ですが、障害手帳の取得が必要な上に障害者総合支援法の認定調査など、介護保険に比べて利用するまで時間がかかってしまいます。回復期の病棟は、退院期間が決まっています。簡単に言うと報酬が極端に低くなってしまいますので、介護保険に流れやすいのが現状です。

三つ目は、利用率が安定しないということではありませんが、知的障害の訓練や作業は、グループ対応が可能なことに対して、自立支援ホームの身体障害の訓練は、マンツーマン対応が基本であるため、コストが上がってしまいます。このような現状があります。

長くなりますので、他にも何点かあるのですが、ここでお話できなかったことは、後日意見書として事務局に出すことをご了承いただけますでしょうか。この会議の中で意見を言わないとダメでしょうか。

(久保会長)

事務局いかがですか。

(事務局)

時間の関係もあってできなかったところのご意見を出していただいて、委員の皆様で共有させていただくことは可能でございますので、そのように取り扱いをさせていただければと思います。

(久保会長)

わかりました。次に進めさせていただきます。渡部委員のご意見、ご質問をお聞きしたいと思います。

(渡部委員)

三点ありまして、まず一つが、今、ヘルパーさんも作業所の職員さんもない、グループホームの職員もかなり少ない現状というのがあるので、そういったところで、総合リハビリ

テーションセンターも人材の方を十分に確保していかないと、利用者さんたちの生活というのが、今後維持できないのではないかと、というところが一点。

もう一点が、認知症の方も高齢化で増加していて、自閉症の方も増えているという現状なので、そこもリハセンターの方で受け入れるということ、受け入れをもっと増やしてほしいと思うところです。

それと、リハセンターまで行かれる方で結構遠くて大変という方がいらっしゃるのではないかと、色々な小規模で施設数を増やして、補装具であったり、車椅子を作りに行きやすいような環境にしていくことが、そういう施設をたくさん増やしていくのがいいのではないのでしょうか。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。次は最後に報告していただきました医療と福祉の連携、これはなかなかうまく機能してないということですが、医療と福祉というのは大きな課題でございます。神奈川県総合リハビリテーションセンターで、リハビリテーション医学・医療と福祉をどういうふうに結びつけるかということで、議論を深めることができたらいかがと考えております。

リハビリテーション医学・医療は、活動を育む医学・医療であり生活をいかに充実したものにしようかという領域です。リハビリテーション医学・医療には生活という視点が入っております。

一方で、福祉の方におきましても、生活をどのように担保するかというのがポイントになります。生活という点で両者には共通点があると私は思っております。

この医療と福祉の連携につきましては、松原委員に、ご発言いただきたいと思っております。

(松原委員)

よく言われるのは、福祉側から見ると医療側が生活の面をあまり考慮しないということです。医療側から見ると福祉側が医療の基礎知識を持っていない。医療側と福祉側が一緒に話し合う機会、顔を合わせる機会を増やすということがまず重要なのだらうと思っております。

ここの現状でリハの状況の数が、いっぱい載っていて、七沢学園の方では心理検査以外はやらないのですね。これは機能が違うということなのではないでしょうか。そこが、分からなかったもので教えていただければと思います。

(事務局)

機能がないということではありません。示し方もわかりづらかったかと思うのですが、リハビリテーションは資料の方にも示しましたが、病院側のスタッフ体制として、各福祉施設に対して同じように提供するというので、スタッフも兼務している形になっております。そういった体制は敷いておりますが、対象となる利用者さんに適時適切にリハビリテーションの提供が行われているか、ということと言えますと、学園の対象者が医療的な

ケアやリハビリテーションの必要な方というのは、措置の児童さんなんかに関しては、そういった介入の度合いが、現状は、だいぶ低くなっているということになっています。ですから、全くやってないということではなく、リハビリテーションなどを提供する利用者さんが少ないということです。

(松原委員)

はい、ありがとうございました。

(久保会長)

今、医療の側は、専門医制度というような方向性で非常に細分化しています。それぞれの臓器、対象部位の機能をいかに回復するかということになります。

例えば、関節外科領域で股関節が悪く人工関節を入れる場合、除痛・立位、歩行という機能回復が主眼となります。それから先の生活のところあまり視点に入っていません。

一方で、先ほど申し上げたように、リハビリテーション医学・医療というのは、患者さんの生活を念頭に入れた形でリハビリテーション治療を進めていきます。また、社会資源を活用したリハビリテーション支援をどうしていくかという診療上の重要なポイントがあります。他の専門領域とは随分違った分野になります。

したがって、生活になじむ医学・医療という点では、リハビリテーション医学・医療が一番適しています。この総合リハビリテーションセンターにおいて生活ということ 키워ードにしながら、医療と福祉の連携を図って行くことは実現性が高い方向性だと考えております。

(大塚委員)

よろしいですか、一点だけ。私も総合リハビリテーションセンターの検討ということで、リハビリテーション概念をどのように構築するかによっても違うかもしれません。けれども生活を基盤とした、医療と福祉の連携。ただ、リハビリテーションは、七沢の福祉施設のように心理のリハビリテーションもありますし、職業リハビリテーションも大きいですね。それも含めて、今回リハビリテーションというのを議論したら、将来的にリハビリテーションという形で、この神奈川の総合リハビリテーションセンターをもう一度再生させるという一つの道ができるのではないかというイメージを持ちました。あの過程ですけれども、生活を基盤とした全体の話ということで。

(久保会長)

大塚委員のおっしゃっている職業リハビリテーションというか、社会復帰をいかにするかというのは非常に重要なポイントでございます。

その点も含め神奈川の総合リハビリテーションセンターをどう構築していくかという議論が出来ればよいと思っております。

(松原委員)

一点だけ、いいですか。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(松原委員)

医療と福祉の連携という意味では、医療側が地域に対してどういうことが必要なのか、地域の資源を開発していかないと、いくら医療が発達しても地域に戻れないので、医療側の方から地域に出ていくという対応が非常に重要だと思います。

(久保会長)

はい、今の松原委員のおっしゃった点も非常に重要な点だと思います。この辺も神奈川の総合リハビリテーションセンターには蓄積があると思います。日本の一つのロールモデルになる可能性は十分にあります。そういうところの議論も委員の先生方とともに進めていきたいと思います。

それでは、続いて議事について事務局、説明をお願いいたします。

#### 議事（１）今後の検討会における論点について

#### 議事（２）その他

〈事務局から資料に基づき説明〉

(事務局)

はい、それでは説明をさせていただきます。最後のところになります。議事（１）でございます。今後の検討会における論点についてということで、事務局の方から先ほどご説明させていただきました課題をもとに柱立てという形で五点ほどお示しをさせていただいております。

一番目が、県立施設として目指すべき姿ということで、括弧書きの方に細かく書いてありますが、民間施設等の役割分担、それから医療や福祉のニーズへの対応を今後どうしていくかということです。

二点目が、神奈川県では当事者目線というキーワードで福祉施設等の見直しもしているところでございますので、神奈川リハセンターの当事者目線のサービス、それを支える体制の充実強化というのをいかに図って、地域生活への移行支援等をどうしていくのかということです。

三点目は、全体に関わることでございますけど、医療と福祉の連携をどう強化していくの

か。これは施設内にとどまらず、地域との連携ということが今後の課題であるという風に整理しましたので、こんなところを論点とさせていただきたいということです。

四点目は総じて先ほど委員の山本委員のご指摘もありましたけれども、人材の確保、定着、育成。人材の面で、どうしていくのかといったことです。

最後五点目ですが、大塚委員等からご意見を頂戴していますし、先ほどもご意見ありましたが、運営に好循環をもたらすという書き方をさせていただきましたが、経営との兼ね合いというのも県立施設ということでございますので、財源的なことも含めて、無尽蔵にお金をかけられるという状況でもありませんので、そのバランスもどういうふうに考えていくのか。こういったことも論点とさせていただきたいということで、事務局としては案を作らせていただきました。

(久保会長)

はい。今後の論点を整理して、提示していただきました。これに関して、中村委員ご発言ございませんか。

(中村委員)

栄養の観点とチーム医療、チームケアの観点からちょっとだけお話しさせていただきましたが、もうすでにご存知のようにリハビリと栄養が連携、協働していかないと機能は回復しないというのは、科学的なエビデンスにおいても、法制度においても一般化し始めてきております。

機能訓練で運動を行うのと同時に、人間の栄養状態を改善しておかないとなかなか機能が回復しないというのは、以前から言われていたのですが、それがいよいよエビデンスが整い始めてきて、それは世界的な常識になっております。

ところが、栄養改善をしなければいけないのですが、今、日本の病院の特にリハビリ関係の病院ではですね、管理栄養士さんというのが、給食管理の専門職としての基準で雇われているのでベッドサイドで PT や OT の皆さんと一緒に協働で仕事をやる臨床的な栄養管理の領域にまだ十分人材が配置されていないのですね。

ですから、ぜひその給食、食事のお世話ではなくて、人の栄養状態を改善するための専門職として管理栄養士を活用していただきたいということを願っております。このことはチーム医療という大前提があるので、これも進めていかなければいけないので、それが病院とか福祉とかっていう施設以外にも、地域においても総合的に多職種連携のケアをしていくのがこれからの姿であり、それは施設の中でそういう機能も作っていくということも必要なのではないかなと思っております。

(久保会長)

はい、ありがとうございます。山本委員、先ほど人材の確保がどのくらいできるか、それをまず確認してから、色々な施策というか目標設定をした方が良いというご発言をいた

だいただと思うのですけれども、この順番でよろしゅうございますか。

(山本委員)

少し違いまして、ある程度やるべきことが見えてきた時に、人材確保を一度派遣ができそうなところとかに、こういう方向性というのを見てもらって意見を聴取するような、そんな感じですね。実際、人材派遣が先というのは、ちょっと難しいと思いますので、ということです。

(久保会長)

人件費等も入れた目標設定にする必要がありますね。

(山本委員)

おっしゃる通りで、多分予算とかと似たようなところがあるのだと思うのですね。お金とバランス取りながら見ていく必要があるかなと思います。

(久保会長)

それでは論点はこの大きな五つで進めるということで、今後のスケジュールに関して事務局からお願いいたします。

(事務局)

会長ありがとうございます。事務局が引き続き説明すればよかったのですけれども、先ほどの五つの論点をそれぞれ分野ごと、各回もうちょっと掘り下げて、色々と委員の方々にご意見をいただこうと思っております。次回以降、議論を深めていただく内容としては、三回目、四回目は病院を中心に、それから五回目、六回目に関しては、福祉の部門について、その後さらに施設全体の医療と福祉をどうするか、という形で七回目以降は施設全体をご検討していただく案となっております。三回目から六回目の議論の内容によって、若干変わってくることもあろうかと思っておりますけれども、ご検討いただくイメージとしてはこんな形で、最後に報告書という形でまとめさせていただければと思います。第一回目のスケジュールと内容を整理して、このように変えさせていただきましたので、改めてご説明をさせていただきました。

(久保会長)

はい、ありがとうございます。このスケジュールに関しまして、何かご質問、ご発言ございますか。野崎委員よろしいですか。

(野崎委員)

次回の3月とその次の5月にまず先行して、いわゆる病院のを中心にお話を進める

という、ご提案があった中で、私、第一回目の会議の時に会長の久保先生からお話あったと思うのですが、どこかのタイミングで、やはり医療機関の病院長の先生の出席等をお願いして、医師の確保も含めて、病院の人材の確保状況とか、そういうものの実情をぜひ伺いしたい。

去年の4月、医師の働き方改革等もあったので、今、どの医療機関も医師の雇用がすごく厳しい状況にあると思うので、先ほどありました精神科の医師が必要であるという部分や医療機関における診療科の区分をまずきちっと丁寧に考えておかなければいけないという久保先生のお話もありましたので、そういうことを踏まえて、一度そういう機会があった方がよろしいかな、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す。この検討会をスムーズに進めるために病院長等の陪席をお願いするという形で事務局からお願いしてもらってよろしゅうございますか。

(事務局)

大丈夫です。説明が不足していた点で申し訳ございません。前回いただいていた話で、内々にリハセンターに話をさせていただいているので、出席のタイミングは次回になるのか、その次になるのかというのはありますけれども、陪席していただいてリアルタイムの話をお聞きいただく、委員の先生方からご質問を頂戴して、それに対応していただくということは、事務局の方としても考えています。併せて、もう一つ補足ですけれども、今回は間に合わないかもしれないのですけれども、やはり施設の方、現地でご覧になっていただくという機会もあっても良いのかなと考えておりますので、今後リハセンターの現場を見ていただきながら、現地で検討会を開催させていただくことも事務局の方としては考えているところです。また、別途ご相談させていただきたいと思います。

(久保会長)

はい、わかりました。それでは、適時陪席していただくということで、お願いします。それでは、その他にご意見はありますか。

(金子委員)

少しスケジュールの確認をさせていただきたいのですけれども、いいですか。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(金子委員)

あり方検討会は、来年3月に指定管理が終わるということで、このスケジュールが予定さ

れていると思うのですが、指定管理が二年延びるというようなことを伺っているのですが、その指定管理が二年延びることに関係なく、このスケジュールを進めるということによろしいでしょうか。

(事務局)

はい。指定管理の期間につきましては、二年間、延長という形になります。このあり方検討会は当初の予定通り進めさせていただいて、そこで出た結論を参考に、またどういう運営をしていくのかというところで準備もありますので、そのための期間として延長したといふふうにお考え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。他にございますか。なければ事務局にお返しいたします。