

第7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 協議事項

「①リハセンターの担うべき機能について、②機能を担うための運営体制について」

(久保会長)

それでは、議事に移りたいと思います。まず、協議事項になりますが、議題ごとに議論を進めたいと思います。

まず、①リハセンターの担うべき機能について、②機能を担うための運営体制について、併せて、事務局からご説明をお願いいたします。

(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。ただいまのご説明に杉山病院長の方から何か補足することはございますか。

(杉山病院長)

はい。資料の全体的な流れは非常にまとまってきているなという感じがいたします。

ただ少し言わせていただきますと、すべてのところに、リハビリテーション医療が関係してきますので、医師の存在というのが、どこに対しても必要になっているなということを感じまして、病院はもちろんなのですが、地域連携とか、その他に関しても、あるいは高度リハビリテーション医療ということに関してですが、旗を振るのは医師でなければ、なかなかできないのです。

そういった意味で、より医師の重要性がこの資料から感じられたというふうなことを、付け加えとしては言っておきたいなと思います。常にこういったすべてにおいて、研究をやるにしても、今のシステムの中では、やはり医師がいないとできません。ましてや臨床研究などはとても難しいですので、そういった意味で、こういった部分については、しっかり充実させていただきたいという感想でございます。

(久保会長)

はい。杉山病院長からは医師の人数と質の担保についてのご発言がございました。

それでは、もう一人ご陪席いただいている村井局長からご意見あればお願いできますでしょうか。

(村井局長)

はい。全体的に福祉に関しては、やはり人員不足と、あと研究事業その他で、質が向上されていなくて、旧態依然の形でもう何十年も来ていますので、建物は新しくなりましたが、質の向上ということで、私も含めて努力が足りないということで、今回ですね、県の方の政策で、色々、取組が法的にも根拠でされてきていますので、今回それを十分理解した上で、研究事業や、職員の質の向上に関して、邁進していきたいと思います。

また、支援員不足に関しては、日本全体の人口の変動の問題もあるので、なかなか難しいと思いますので、やはり、いくら人を増やしたいと言っても、来ていただければ、何もならないので、仕事の効率化ということを、当面は目標にして、その中で、福祉で働きたいという人材を増やしていきたいと思っています。

(久保会長)

はい。村井局長からは、やはり数と質の向上ということで、杉山病院長とも似たポイントだったかなと思います。

それでは、それぞれの協議事項につきまして、ご検討いただきたいと思います。

まず、県立施設として、リハセンターの担うべき機能についてですが、医療、福祉、センターの機能ごとに分けて、各委員からご意見を賜ります。

まず、医療についてですが、高度専門的なリハビリテーション医療の広域拠点機能に関して、ご意見を伺っていききたいと思います。

私から指名させていただきますので、よろしくお願いいたします。まず、吉田委員、ご意見お願いできますでしょうか。

(吉田委員)

はい。高度専門的なリハビリテーション医療のアドバイスというような形で資料の8ページ、ここで高次脳機能障害の視点、脊髄障害の視点、小児疾患の視点、変形性股関節症等に関して、しっかりやっていくというような内容が記載されているかと思いますが、そのとおりかと思います。

ただ、どうしても県立のリハビリテーション病院の機能として、と言われると、民間でやれない部分をどうカバーしていくかということかと思うので、より高いレベルのもの、あるいはより治療困難なものというふうに求められるかと思いますが、なかなかこういった点でいいアドバイス、いい意見というのはないのですが、全体的に、最近行われている、救急医療で一番注意しているのは、どうしても高齢者救急になっていく、救急医療として、色々な救急をやるにあたって、もうどんどん人口が減って行って、若者がどんどん高齢化していく中で、純粋な心筋梗塞や純粋な救急医療というのは段々少なくなって、もう救急で入院して

いる、現時点で要介護の方が救急の疾患になるのであれば、その辺のところのサポートが、どうかうまくやっていけないのかなと思いました。

もちろん、こういった高度救急のこともそうなのですが、本来ならば次の時点での発言になるのかもしれないですけど、そういった一般救急病院あるいは高度急性期の色々な病院に関しては、要介護度、最初からリハビリが必要な、ある意味での、今現在、日本の入院患者の三分の二ぐらいは本当に高齢者、65歳以上になっている、最初からリハビリが必要な患者、それをなかなか上手くやれない、メインの心筋梗塞なら心筋梗塞、胃がんなら胃がん、肺がんなら肺がんの治療だけしてもらって、さあ退院していいよという時には、食べられないんです、歩けないんです、という形が起こりつつあると思うので、こういった人達に対して最初からメインの治療をすると同時にリハビリを行うという、そういったアクティビティを神奈川リハから発信してほしい、そういったような感覚を持っているので、この急性期の部分よりも、もっと先で発言することなのかもしれないけれど、この辺のところの広報活動というか、周りの方にそういったような形で、メインの治療が終わった後に寝たきりを防ぐという点に関しての活動が、これから大事になってくるのではないかと、そんな印象を持っているので、発言させてもらいました。

(久保会長)

はい。ありがとうございました。私自身も吉田委員がおっしゃったことは非常に重要なポイントで、以前の検討会でも申し上げましたが、今、専門性が非常に迫られています、実態は、今、吉田委員がおっしゃったように、専門性が幾つか必要になる重複障害なのですね。重複障害をどういうふうに克服していくかというのは、多分、これからの医療の大きな課題であります。その一つの解決方法として、リハビリテーション医療の活用というのがあると思います。

したがって、私の個人的な意見も含めて、今、吉田委員のおっしゃった重複障害をどう克服するのか、そういうことの情報発信基地となれば、重要な役割を果たしているということになるのではないかと考えます。ありがとうございました。それでは次に、山本委員よろしく願いいたします。

(山本委員)

高度専門的なリハビリテーション医療の広域拠点機能ということで、神経を専門としている立場から高次脳機能障害、それから小児神経疾患、この2つについてコメントさせていただきます。どちらも他の施設では得られにくく、もし神奈川リハでできれば、専門性の面でも、市民の安心という面でも、素晴らしいと思います。

翻って、これから人材確保をするのは、結構大変だなと思っています。例えば、

脳神経関係ですと、やはり、なり手は、随分減ってきていますし、現在の神奈川県
の脳神経外科医の人口構成を見ても 50 代以上で半数以上を占めています。

おそらく今後、どうやって、こういう高度なことをやれる方を早めに確保する
かということを考えていかななくてはなりません。高次脳機能障害、小児神経疾患
といった機能があると、例えば専門も確立した 40 代の方を確保して、長く仕事
していただくというようなことも見えてくると思いました。

ここに書かれていること自体は特に異論はなく、素晴らしいプランができて
いるかなと思いました。

(久保会長)

はい。ありがとうございます。それでは次に中村委員お願いできますでしょ
うか。

(中村委員)

はい。全体的には、とてもよくできている内容だと思っております。

私は大学に勤めていたので、教育、研究という観点から、お話させていただき
たいと思います。

資料 11 ページに高度専門的なリハビリテーション医療の広域拠点機能の中で
左から 5 つあげているのですが、ここに大学・企業等の共同研究と書いてありま
す。

最近、研究のあり方ということで、よく産官学連携による研究という話が、枕
詞のように出てきます。この産官学連携の中に「官」が入っているというのは、
今までの研究者の中ではあまりなかったのですね。それで、私がお話したいの
は、大学、企業等との中に、一つ行政というのもし入れられたらどうかなと思いま
した。

大学、企業、行政との共同研究、それはなぜかと言いますと、医療福祉の政策
とか制度が非常に大きく関わるので、政策、制度を決定するには、行政が入って
こないとできない。今回のコロナでも科学者と行政を司る意見がバッティング
して、なかなか対策が前に進まなかったということもありますから、研究段階か
ら行政の意見を聞くということは大事だと思っております。

そして、大学でよく教えてきたのは、これから重要な臨床家とか実践家は研究
マインドを持つ実践家を育て、実践が分かる研究者を養成していく。つまり、研
究と実践というのはこう壁になるのではなくて、一緒に融合して問題を解決す
る。このことが科学的エビデンスに基づいた医療、福祉だろうというふうに私は
考えていますから、そういう香りもこの中に入れられた方がいいのではないか、
特に人材養成の中に入れた方がいいと思います。

(久保会長)

それでは次に、地域に対するリハビリテーション医療による支援機能に移らせていただきます。

松原委員、ご意見いただけますでしょうか。

(松原委員)

資料の13ページに書かれているとおりの素晴らしいと思いますので、引き続き取り組んで頂ければと思います。

あと、あえて付け足すのであれば、レスパイトケアの機能をこちらが高度機能を持ってらっしゃるこの病院が持つことも考えられると思います。最近よく、病床稼働率が低いとか、あと老健施設も余っている時があるとかという話を聞くのですが、一方で障害者の家族の方々にとって、レスパイトも必要で、そういう機能を今ここが空いていてここは使えますよというのを、この家族にとったら、なかなかそういう情報がないし、また、そもそもそんな機能がないので、県が主導でショートステイ的に障害の方々が使えそうな、一括して情報収集して、今ここは空いて使えますみたいな事を県がするなり、このセンターで持つなりということも、今後は必要ではないのかな、と思っています。

いま現場で、障害児、障害者に関しては高齢者と比べると、まだまだ色々揃っていないくてですね。そういう意味で、言わ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。それでは次に、金子委員お願いいたします。

(金子委員)

まず、今回の資料全体についてですが、今回の内容はリハセンターの担うべき機能と運営体制を示していて、今後の提言の骨格になる可能性が高いと感じています。

その前提に立つと、これまでの検討会で、複数の委員から出された重要な意見が十分に反映されていないのかという懸念があります。

その上で、まず5ページ以降では医療、機能が整理されて、7ページから9ページで高次脳機能障害、脊髄損傷、小児神経疾患、変形性股関節症など高度専門リハビリテーション医療の広域拠点として位置付けています。ただ、リハビリテーションが医療で完結していて、治療後の生活や社会参加までを含めた総合的な支援という視点がやや弱い印象を受けます。

9ページでは、書面で提出させていただいた意見にも書かせていただきましたが、未来筋電義手センターや、義肢装具外来センターが唐突に示されていますが、これらがなぜ広域拠点機能として位置づけられているのかについての十分

な説明がありません。筋電義手や義肢装具は重要な分野ではありますが、高次脳機能障害や脊髄損傷、そして小児神経疾患といった中核部分との関係性が明確に示されていないと、リハセンターならではの必然性が見えにくいと思います。

また、これらは補助金や収益化が比較的に見込められる分野でもあるので、先端技術ありきの印象を持たれかねない点も気になります。

10 ページは人材育成、12 ページでは研究機関機能が示されていますが、これまでリハセンターが何をしてきたかという過去の総括が見えません。半世紀にわたる歴史の中で、どのような研究を行い、どのような人材を育成し、そしてその人材がどこへ羽ばたいていったのかということを知ったうえで、その延長線上にある将来像でなければ実現可能の高い拠点化ということは言い難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。包括的にご意見をいただきました。

次に、災害時のリハビリテーション医療機能について、ご意見をいただきたいと思います。吉田委員、お願いいたします。

(吉田委員)

少し発言し忘れたので、高度専門的なリハビリテーションのところに戻ってもらって、8 ページですが、民間のリハビリテーション病院の病院長の視点から、やはり県立のリハセンターでは、民間でなかなかできないことをやってほしいという思いがある。

そういう点から言うと、この8 ページの4 項目の中で、高次脳機能障害のリハビリテーション、そこそこ民間でもやります。

ただ、この中でやれないのが、次のページに書いてあるような未来筋電義手センター、あるいは義肢装具外来センター、こういったものなんかは、やはり高度なので、なかなかできない。この分野を担ってほしいと思うことと、この4 つの中では2 番目、3 番目、脊髄障害の部分、小児神経疾患の部分、どうしても入院期間が短くなったり、やはりものすごい専門性が必要となるので、この分野はなかなか民間として十分とは言えない。もちろん、ある程度やりますが、それでも十分とは言えないので、そういったことをやってもらいたい。

今言った高次脳云々の難しいところ、あるいは股関節諸々のところは民間でもそこそこやれるので、そういった筋電義手の部分、そして脊椎損傷の部分、小児の部分は何とかお願いしたい。

最近、うちの病院でも、脊髄損傷の部分で再生医療の考え方ができて、本当にそういった自分のものからだけの難しい理屈で、そしてその脊髄損傷をいろいろやっているんだ。話し聞くと 1500 万円ぐらいかかるらしいのですよね。

そういった治療を行って、じゃあお前のところでそれではそちらでリハビリをやってくださいという患者さんが、最近うちでも引き受けています。

こういった分野、もちろんうちでもやろうと思うのですけれども、ちょっとこの関係を考えてみると、次のリハビリテーション 11 ページですか、広域的なもの、そして研究機関的な形と言われると、こういった特殊なケースなんかはもちろんうちでもありますけど、引き受けてもらって、あるいは色々な全般的な形で再生医療の部分なんかで、こういうデータが出るのだとかというようなことも関係しているので、ぜひ積極的にやってほしいなというふうに思ったところです。

11 ページのこの色々な研究機関の取り組み、ドライビングシミュレーター、要するに脳卒中になって少し片麻痺のある人がまた再び運転免許を取りたいのだというふうに思う時の、その練習ができるかと理解していますが、そういったもののなんかの事に関しても、段々最近、民間でもやれるようになってきています。

そういったような形の積み上げというか、そういったものなんかをしっかりとやってほしいなというように形で思っているところです。

そして、今、質問の災害時ですか、災害時のところを積極的にそういったような形でやってほしいと思うことと、あの質問ですけど、避難訓練やっていますか。

(事務局)

やっています。

(吉田委員)

一生懸命やられていますか。

(事務局)

はい、定期的にやっています。

(吉田委員)

定期的というのは、なんでここをわざわざ取り上げたかということ、少なくとも周りの目線ではなくて、患者さん目線で、果たして地震があった時、火事があった時、うちの職員が、ちゃんと我々寝たきりで動けない、車椅子なのにちゃんと連れて逃げてくれるかどうか、逃がしてくれているかどうか、という目線で見ると。

うち前、精神科病院で、非常に障害の多い寝たきりの多い、そういった障害 1 級 2 級に該当するような病棟なんかも 2 つ 3 つ持っていたので、その辺のところ、法律で決められた避難訓練よりももっと僕は重点を置いていた。

そして、その避難訓練中にヘラヘラ笑っていたりとかというようなことは一切厳しく言っていた。だからある意味でこの部分というのは、ものすごく、大事

なことで、何かあった時に、うちの職員は私をちゃんと連れて逃げるのか、それとも自分達だけで逃げて置いていかれるのか、そんな目線で見られるのだということを再認識して、この訓練というのはプラスアルファでやって頂きたい、そんなふうに思っているところです。

そして当然のことながら周りで色々なことがあった時の拠点として、J R A T、そしてD W A T、こういったものを非常時に組織して、積極的にやっていたきたいというふうに思っているところです。

この点に関しては、積極的にやっているかと思うので、ある意味ではそのとおり頑張ってやっていただければいいのかな。そして毛布とか諸々そういったかたちを予備的にきちんと用意しているのだ、そういった形でやっているのだ。で、案外こういったところで災害があったところで色々な合併症を持っている人が多いのですが、色々な薬が必要なのですが、結構、睡眠導入剤と抗不安薬というのは必要になってくるので、その辺のところのケアができるというようなことを頭の隅に置いておいていただければ、より充実するのかな、そんなふうなことを思っています。

それと同時に、神奈川県と愛知県の病院協会と提携を結んでいます。何か色々なことがあった時に、お互いでカバーしあおうよ、地震があった時に、すぐ隣の県だと同じように被災されているので、ある程度の距離があって、しかも陸続きという点で、神奈川県と愛知県が丁度いいのかなというような形で思っているところです。向こうが何か被災があった時に、よし、来た、我々色々な組織が立ち上がる前にすぐ対応する。それは医師だけでなく、O T, P T, S T、薬剤師、介護士、栄養士、そういったもの、全部のスタッフでそういったようなことを呼んでやっていく。ですから、ある意味ではちょっと名古屋寄りの大事な拠点だと思い、その辺の協力もまた一つお願いしたいなと感じているので発言させてもらいました。

(大塚委員)

よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい。どうぞ。

(大塚委員)

8 ページに戻って、高度専門的なリハビリテーション医療の広域拠点機能ということがありますが、この広域拠点機能とその後出てくるセンター的機能の強化ということがあって、センター機能との違いがよくわからないと、センター機能は多分、医療と福祉も全体を取りまとめてセンター機能と言っている

のでしょうから、むしろセンター機能を最初に持ってきて、共通な部分をまず説明してから、次の医療の広域拠点機能にした方がいいのではないかと思います。

それから9ページです。9ページの広域拠点機能の下の方の福祉施設への支援とあり、これはリハビリテーションセンターの医療から福祉への支援ということと解しますけれども、ここはこだわりがあって、多分、一体的な運営がいいのではないかと思います。つまり、今までどれだけ連携して定期的にやってきたかということも評価しなければならないのですけれども、多分あまりうまくいってなかったのではないかという想定のもとによると、やはりこれも一体的なものとして、社会に出すということが大切かと思っております。

それから、13ページの地域に対するリハビリテーション医療による支援機能ということで、もし、このリハセンターの機能も含めて、パラダイム転換で根本的に変わるということであれば、他の委員がおっしゃっていましたが、地域に対する支援を前面に出した方がいいのではないかと、という気持ちもいたします。

今まで通りということももちろんあるのでしょうけれども、これでやっていくのだと。むしろ、地域支援をするのだということの方をパラダイム転換した方が、新しいリハビリテーションセンターの考え方に移っていくのではないかと思います。

その中において一つ、特に子供のところにおいては、学校との連携です。すでに院内学級で病院の中に学級ができていて支援している、あるいは特別支援学校と連携しているということですので、学校については、教育については、連携が必要だということを思っています。

それからもう一つ、先ほど松原委員からも出ましたように、レスパイトは家族支援として非常に重要な機能だと思っています。施設の方で言おうと思いましたが、病院においても医療的ケア児の受け入れもあるわけですので、病院機能においてもレスパイトはもう必要不可欠です。これからの地域支援では一番重要なテーマだと思っておりますので、ぜひ入れていただきたいと思います。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。大塚委員には、このあと福祉の所でもご意見頂戴しようと思っていたところでした。この医療に関するそれぞれのテーマにつきまして、他にご意見ある委員いらっしゃいますか。

(玉垣委員)

高度専門的なリハビリテーション医療の大塚委員の話でもそうなのですから、なるほどと思って聞かせていただきました。

9ページのところでありますが、例えば、高次脳機能障害の支援拠点というの

は病院で、センターというのは病院と福祉施設も併せてっていう表現とするならば、特に高次脳機能障害とか脊髄損傷っていうのは時間がかかりますので、病院と自立支援ホームとかも含めたセンター構想にするのがいいのかなと思っています。

ここで、うまく、福祉施設への支援ということではなくて、福祉施設も含めてアプローチするというか、拠点化するというふうに、考えた方が分かりやすいのかなっていう気がします。小児も発達もそうですよね。その辺がうまく連携が取れると、スムーズに医療と福祉の連携もうまくできると思っています。

(久保会長)

事務局、今、意見のあったことに関して、どういう形で整理されていますか。

(事務局)

大塚委員の方から、分かりにくいということで、先にセンターの機能の方を最初に持ってきてから、各それぞれが、どういうふうに作用するのかというふうにした方がいいというようなご意見というふうに認識したんですけど、そういったことでしょうかね。

とするのであれば、今の組み立ての中では、それぞれの機能を最終的には、玉垣委員もおっしゃっていましたが、センター全体の運営の中で、横断的な包括的な。という、先ほど説明をさせていただいたと思うのですが、そういった形を取っていくことを意図しています。

ただ、なかなかこの資料上で、見せ方として、どちらがよかったのかということと言われれば、確かにおっしゃるとおり、センターがまずある中で、それぞれをどう機能させているのかっていう説明をした方が良かったかと思いますが、意図していることは、あの玉垣委員、大塚委員がおっしゃっていることを含んで、お示ししていると考えております。

(久保会長)

最終的に、わかりやすい形でまとめていただければいいかなと思います。

(金子委員)

災害時の機能についてですが、15 ページに示されている通り、災害時には障害者や要配慮者の生活不活発病や災害関連死の予防が重要になると思います。

この点において、リハセンターは災害拠点病院とは異なる強みを持っていて、障害のある方を中心に受け入れる協力病院としての役割を平時から体制、訓練、マニュアルの面で明確にしておくことが不可欠だと考えます。

災害拠点については、神奈川県の場合は都心南部直下地震、相模トラフ地震、

南海トラフ地震などへの対策が必要になるかと思います。そのためには、リハセンターも県央エリアでは障害者の受け入れ、避難所として具体的に障害被災者が県央エリアに何名程度で、特に一般避難所では困難な知的障害者も含めて収容能力がどうなっているのかということについて具体的な数字を出す必要があるのかなと思います。

それから、先ほど、地域に対するリハビリテーション医療支援機能のところで言い忘れたので追加させてください。13 ページで地域支援機能が示されていますが、退院や退所以降の生活を誰が、どのように支えるということについて、ソーシャルワークを含めた具体的な展開が見えにくいと感じます。

施設入所だけでなく、地域で生活し続けるための支援機能がもう一段踏み込んで示される必要があると思います。

例えば、横浜市総合リハビリテーションセンターで実施されているランチ機能なども研究対象にするべきではないかと思います。最後に 16 ページ以降の福祉機能では、地域移行や対象の支援が整理されていますが、医療の章と分断されていて、医療から福祉、そして地域生活へと切れ目なくつながる構造が十分に伝わってきません。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。それでは、医療から次に、先ほど申し上げました。項目医療、福祉、そしてリハセンターという形でご議論いただきたいと思います。

医療の次に福祉ということで、大塚委員、福祉について、何かご意見ございますか。

(大塚委員)

福祉の部分ですけれども、医療に比べて非常にプアだと思います。内容がない、失礼ですけれども、多分書くことがなかったかもしれませんけれども、私は少なくとも医療とそんなに違いはないのではないかなと思っています。

医療は3つの柱を立てましたけれども、福祉も同じような内容だと思っています。もし文字を変えれば、高度専門的ではなくて、1 番は専門的な障害福祉サービスを提供する広域拠点機能があるのではないかと。

それから2 番目は地域に対する支援、あるいは地域の連携と言った方がいいかもしれません。そういう機能があるのではないかと。

3 番目はやはり災害に対するセーフティーネット機能があるのではないかと。これが福祉の部分かなと思っています。

特にリハの専門性は施設ではあるけれども、施設の専門性ということをしてどのように理解して、それを押し出すということであれば、やはり、専門性がここに

あるのだと評価しなきゃならないんですけど、今までの流れの中においては、やはり施設においても専門性があるわけですので、その施設内の専門性を、地域移行であるとか、あるいは地域の人たちや家族にどのように還元していくか、アウトリーチでやっていくかと、そういう機能というものを前面に打ち出す。それが広域拠点機能だと思っています。

国の方では、地域生活支援拠点というのを作りなさいと障害福祉計画に書いて各県域レベルにおいて作りなさい、ということを国の目標としております。その内容というのは、5つの内容があって、相談・緊急時の受け入れ対応・体験の機会・専門的人材確保養成・地域の体制づくり、という5つですけれども、これはまさに地域生活支援拠点、リハセンターは、県が作るリハビリテーション観点からの地域生活支援拠点だと思っています。

そういうものを神奈川県も、リハビリテーションの観点からの専門的な拠点が必要だということで、押し出したらいいいのではないかなというふうに考えております。これが広域拠点機能です。

次に、前回も地域移行という言葉が唐突に出ていまして、もちろん地域移行というのは非常に大きなテーマですけど、ご本人や家族に配慮しないような一方的な地域移行というニュアンスが強いような気がしています。

今の時点における地域移行というのは、本人の意志の尊重、意思決定支援で、それから家族との調整を十分する、あるいは特に子供の施設においては、社会的養護の必要性ということから入っている方もいらっしゃいますので、まさに家族のエンパワーメントも含めたソーシャルワーク的機能による家族の機能をもう一度強くするようなことを、先ほど金子委員おっしゃっていました。ソーシャルワーク機能が非常に重要なわけです。

そういうのをこの施設においても、単なる地域移行じゃなくて、地域移行のためには、移行のための相談支援だけではなくて、施設のため、地域の体制を作るグループホームを用意しなければならないのです。あるいは親とも協力していただければならない。市町村とも連携しなきゃならない。そういう広いソーシャルワークが必要なわけですので、こういうことをやるのは、県レベルであんまりないので、リハセンターがリハビリテーションの観点からきちんと医療的ケアの必要な人たちや強度行動障害の方も含めて、その地域支援体制を作っていく、そういう地域移行のモデル的实践かな、そういうところをやっていただければ非常に意味があるのではないかと思います。

それから、医学モデルから社会モデルの時代ではありますけれども、やはりリハの福祉施設においても強みはやはり医療なのではないかと。社会モデルを否定するわけではないんですけど、やはりその医療と福祉の、先ほど言ったような一体的な連携、一体的な運用、そういうものが打ち出すということが、非常に重要なものだと思っています。

それから、地域との連携においては、病院、施設、福祉事業者などと連携して、そのためには、ネットワークや、先ほど金子委員から出ましたけど、出た後のきちんとしたフォローアップ、アウトリーチによってずっと支え続けなければならない。こういうモデルもあんまりないので、福祉施設が持つような実践的なモデル性があるのではないかな。

その一つが先ほど言ったレスパイト、あるいはショートステイ、医療的ケア児のレスパイト先は非常に貧しいんですね。

それで単価も低いので、なかなか事業者はやらないのです。県立施設が赤字でもいいからやれとは言わないけれども、きちんと重い障害のある方、医療的ケアの必要な方、強度高度障害の方、そういう方のショートステイは、採算度外視とは言わないけれども、やはり県としての責任をやはりその命を守るセーフティーネットとも関係するのですけれども、親亡き後のきちんとした体制を作るという強みをきちんと打ち出していきたいと思います。

最後に、やはり緊急的あるいは一時的な専門的な支援がセーフティーネットも含めて施設にはあるのだと、どんなに重い人も緊急時には、ここで受け入れるのだと、そういう体制を作り、神奈川県で発信していただければ、本人や親御さんは非常に安心するセーフティーネットの仕組みができるのではないかな、この辺が打ち出しどころかなと思っています。

(久保会長)

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

(大川委員)

今、大塚委員が発言されたところと重複するところも多いのですが、発言させていただきます。

まず、リハビリテーション医療ということは、非常に福祉施設において有効だとは思っております。ただし、気をつけなければならないのが、医療現場では医師が診断し、治療方針を立て、それを日々看護師さんがアセスメントされているのですけれども、福祉施設においてよく起きていることが、一定の治療方針等が出たらアセスメントがされてないので、変化していかないんですね。

医療を入れることが却ってマイナスになっていくことというのは、非常に多く見受けられております。これは福祉の課題だと認識をしているのですけれども、そういったところを十分留意する必要があると考えております。

また、リハビリテーションの前に、ハビリテーションの概念というものが、しっかりと福祉施設の中に根付いていなければ、リハビリテーションが特別な存在となり、日常の暮らしを豊かにするものには、効果的にはならないこともある

ので、やはりハビリテーションの中では、福祉の中では、発達概念、身体的な発達、心の発達、神経の発達、仲間との発達、社会との発達はこの螺旋状に絡み合いながら、人は成長していく途中の存在なのだとということをしっかりと打ち出していないと、やはり固定化された存在として扱われていくので、せっかく打ち出しても、全くシステムが機能しないということが起きているように感じております。

それは個別支援計画等でも言えることなのですから、やはりアセスメントがしっかりとされてないことが非常に多いので、アセスメントが変化していない人が非常に多いのです。そういった意味では、こういったところを丁寧に、人は途中の存在なのだとするところを、打ち出す必要が、この仕組みをより生かすものになっていくかと思っています。

一方、やはりショートやレスパイトをしっかりと見ていくということが、防災の時、災害対応にも活かされていきますので、やはり色々な利用者さんが、施設をしっかりと日々利用できている。どんなに重い障害を持たれた方も施設を利用しているということが非常に災害時に有効になっていきますので、そういった点は、意識して受けていただければと思っています。

また、研修に関して、人材育成ですね。医療と福祉の絶対的な研修の違いが、医療は恐らく医療現場が研修を組み立てていると思うのです。福祉は行政が研修を組み立てておりまして、やはりこう実践と研修が結びついていない面が非常に大きいと思っていますので、業界がプライドを持って研修を作り上げていく。そういった姿勢が求められているかと思っています。そういった意味では、神奈川県は独立行政法人としていきますので、そういったところとしっかりと連携して業界で研修を作り上げていくということが、非常に重要だと思っています。

最後に医療と福祉の違いというのは、やはり福祉というのはどんな状態の人とでも関われるのだということだと思っています。これはリハビリと共通するところであると思うのですけれども、医療はやはり病気に対して、関わっているところだと思いますので、そういった意味で、福祉がしっかりと専門性を持つことが、その人の人生をしっかりとコーディネートまたフォロー、ケースワークしていくことになっていくと思いますので、どんな状態でも福祉は関われるのだという専門性を持って、また福祉を科学するというのは、関係性を再現できるということだと思っていますので、そういった福祉とは何なのかというものをしっかりと認識しながら、そういったものを進めていくことが重要だと考えています。以上です。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。それでは福祉全般について他にご意見いただ

ける方いらっしゃいますか。

よろしいでしょうか。リハセンターは地域リハビリテーション支援センター、あるいは医療と福祉をつなぐというポイントで記載されております。その点について松原委員、何かご意見がございますか。

(松原委員)

ここに書いてあることを、担っていただければいいと思いますが、さらに付け加えさせていただくのであれば、先程大塚委員もおっしゃっていたように、福祉の所になると急にページが1ページで終わるみたいなことは、福祉に対するこの捉え方がちょっと出ているのかなと思われるので、そこから改めていかないと横断的に調整する機能っていうのもなかなかできないかもしれない。

これは別にリハ病院がとか神奈川県だけの話ではなくて、日本全体が、例えば、高齢者の訪問だともものすごい時間かけて研修を受けるのですよ。だけど障害だとそんなに研修受けなくてもういきなり現場行ってしまう、しかも医療的ニーズが高い人のところもそうですよね。というように、日本全体が割と福祉に対しては貧弱なので、それもここに反映されてきているだろうと思いますので、神奈川県だけを責めるつもりはございませんが、せっかく横断的にというのであれば、先程親亡き後のお話もちょうと出ましたけども、そういうことを考えるのであれば、もっともっと地域と繋がっていくことまで考えていかないと実現できないと思うのですよね。色々な関係性の中で繋がって生きていくことが重要と思うので、それをこのセンターが担うのが、高度のところだから無理だというのであれば、せめて地域でどういうところがあるのかなと把握して、そこに繋げるぐらいまではできるようにする必要があると思いますし、もっと地域に開いてくことに注力するというのも、必要ではないかなと思います。

(久保会長)

他に追加で何かご意見がございますか。

(大塚委員)

一つだけいいでしょうか。多分リハセンターのイメージはやはり医療なのですよね。もちろん病院でもあるし、あるいは福祉施設であったとしても重心であるとか。医療をどう考えるかということ、リハビリテーションも含めて、私は障害の方で、医学モデルから社会モデルというパラダイム転換なんで、もう医学はよそうという話なのですけれども、でも私はやはり非常に重要なテーマかなというふうに考えています。やはり医療なしには障害のある方も、非常に地域での生活が困難になると、その時インターディシプリナリーみたいに、それぞれ専門職が役割を持ちながら協力して連携して地域を作っていく、それぞれの専門性

を生かすということもあります。ただ、医療という観点から行くと、我が国においてはやはり、医師は福祉の方にあんまり話をしないとか、それはうち私の分野ではないということではなくって、全国を見ると障害分野においてうまくいっているのは、やはり例えば医療的ケア児の支援がうまくいっているのは、お医者さんが前面に出して出て、ソーシャルワーク的なことをやって、そこに医療を含めた支援体制を作ると結構うまくいっちゃうのですね。やはりそれは敬意があるとか、専門性があるとかという皮肉なことなのですけども、もちろん私たち福祉もソーシャルワーク的観点から専門性を持たなければならないのですが、医師がそこまで降りてきて、福祉のことも学んでいただいて理解して広く活躍していただければ十分まだまだトランスディシプリナリーモデルかもしれません。少し自分の仕事を超えて医療もかなり福祉的なことができるのだというモデルを作っていただきたいと。そこに次のリハセンターの目標があるのかなということを強く感じています。以上です。

(松原委員)

今の大塚委員の意見に付け加えてよろしいですか。

(久保会長)

はい。どうぞ。

(松原委員)

今、大塚委員がおっしゃったことはご指摘のとおりで、様々な研究で、医師以外から医師に意見を言いづらいことが明らかになっています。医師はそれをよくよく自覚して、医師以外の人には医師にものを言いづらいのだということをよくよくその教育、普段の教育からそういうことを教えていっていただきたいですし、また、福祉についてももっと理解を進める。そういうことをこちらの病院の方、リハセンターの方で、率先してモデルとなって頂ければと思います。

(久保会長)

大塚委員が、降りてきてという話をおっしゃっていましたが、決して上にいるつもりはないのです。同じ平面の中で、接点が少ないだけなのだと、私は考えております。ですから、上から降りるとか、下から上がるとかいう、考え方自体で、もう壁ができている可能性があると思います。

(大塚委員)

おっしゃる通りです。

(久保会長)

限りある資源で神奈川リハビリテーションセンターが持つ強みをどういうふうにするかですね。問題点もしっかり事務局が汲み取って、最終まとめをしていただきたいと思います。

(吉田委員)

ちょっと発言よろしいですか。

(久保会長)

はい。どうぞ。

(吉田委員)

先ほどの話、なかなか医師に対して物を言う、色々なことがやはりしにくいような文化があるのだというようなこと、確かにそうかもしれないですけど、我々の医学教育の段階からも、これは改善していかなければいけないのかというふうに反省もしております。日本医療機能評価機構の病院を評価するにあたって、もう今必ず入れなければいけない文言が「多職種連携」なんですよ。

医師だけで勝手にやっては相ならぬと、こういったものが文化的にはどんどんどんどん広がっています。その最たるものがこのリハビリテーション分野、他の科よりも何よりもリハビリテーションで、それが一番大事になってくる、その領域だと思います。

ですからリハビリテーションはちゃんと、もちろん、医師が診療上のリーダーシップを取って色々なことをやるのは間違いないのかもしれないけれど、医師だけではなくてナース、作業療法士、理学療法士、あるいは、ケースワーカー等とみんなで話し合って、そしてある程度のリハビリテーションをやった結果、どうだったか、そして、その計画を見直してどうしていくか。これはもうすべて多職種でやるというような形が、今のリハビリテーションの主流というふうになっているので、これから先はもっともっと文化が変わっていく。そういう中で今必要とされているのが総合医というものの考え方。今はもう循環器とか、内視鏡だけが得意とか、そんなような医者ではなくて、全体的にゼネラルに診られるような、そういったような医者が必要なのですよというような、その医師は、ある意味での福祉の分野も含めて学ぶということが要求されている時代になってきているので、その部分の発信をこの神奈川リハセンターから、日本中に発信できれば、やはりこの分野でも神奈川のフロンランナーを走るというのは、そういった思いで役立てていく。そんな基準で作ってほしい。そんなふうなことを思っています。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。非常に大きな課題でございますね。

医学教育は学部においては、文科省が管轄しております。現場の感覚を取り入れて、カリキュラムを改定するという点に関しては、かなり反応が遅いところがございます。

旧態依然としたカリキュラムでやっているの、現状の問題点に対する、学生時代の教育が足りないのだと思います。

山本委員いかがでしょうか。

(山本委員)

はい、大学の中の医学部のカリキュラムで今問題になっているのは、講義の数を逆に減らそうっていうところになっていまして、例えば、米国の医師の国家試験受けるためのその資格ですよね、そういったことに合わせると実習の時間も足りないっていうようなことで、六年間の中になかなか収まらなくなってきているのが現状です。医学生もかなりメンタルに病んで辞めていく人とかの数もかなりあってですね。

そうですね。会長のおっしゃっている通り、こういった分野の講義ないし、こう勉学の機会というのはむしろ増やすべきだということには、大いに賛成なのですが、それと、おそらく医学部のカリキュラム全体をしっかりと見直して、どこにどういうふうに割いていくかという、メリハリをつけてやっていかないとなかなか全体量の調整というのは難しいところには来ているのかなと思います。

(久保会長)

私は医学教育学会というところにも入っておりましたので、卒前卒後教育をどうするかというのは非常に大きな問題だと認識しています。

全国の医学部の中でも半分ぐらいしか、リハビリテーション医学の講座がないのです。ですから、医学生の半分ぐらいはリハビリテーション医学・医療のABCを教わらないで卒業してしまいます。非常に貧弱な教育体制です。福祉とか、栄養の話もありますけれども、学部教育では非常に貧弱です。

(山本委員)

せっかくなので教えていただきたいのですが、今、学生教育と卒後教育の話が出たと思うのですが、研修医の時期ってすごくいい時期じゃないかと思うのです。初期研修医の時期ですよね。おそらく、こうリハビリテーションなり福祉などを学べるようなローテーションをしているようなところもあるのではないかと思うのですが、そのあたりの実態とかっていうのはご存知なのでしょうか。例えば、こういう神奈川県総合リハビリテーションセンターの機能として、そうい

う初期研修医を受け入れてですね。しっかりその接点の部分を見てもらうとかというのも素晴らしい教育かなというふうに思うのですが。

(久保会長)

国が主導して入れていけばいいのですが、強制的にはなってないですね。大学附属病院でもリハビリテーション科は、標榜科として、入れておかなければいけない科にはなってないんです。基本診療科でありながら。

(山本委員)

なるほど。

(久保会長)

合理的というか、厚労省から入った形では、そういう縛りがないところですから、自由に任しているという話になると、そういうリハビリテーション医学・医療を教育できる人がないときは、もうそのままおざなりな感じになってくると思いますね。ですから、ある程度あの厚労省があの主導してですね。リハビリテーション医学・医療を初期研修の中に入れるというふうにすれば、全国で医療と福祉を結ぶ役割を担えるのではないかと思います。神奈川県でそれをすればずいぶんレベルがベースのどこからレベルが上がるのではないかなと思います。

(山本委員)

ありがとうございます。現行でも地域医療を見る枠というのはあるわけですから、そういったところを上手に活用して、プログラムを作っていくということも考えられるかなと。

(大塚委員)

よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい。どうぞ。

(大塚委員)

医療の方には質の高い専門人材の育成ということの項目が入っていて、医師の育成拠点であるとか、あるいは他職種の育成拠点ってあるのですけれども、福祉施設の方がどこまで、それを担えるかどうかというのは、私もあんまりわかりませんが、今リハセンターの少なくとも多職種連携できる様々な福祉の人間を施設の中において研修したり、養成研修したりする。そういうものもプログ

ラムを作っていてもいいのではないかなと思っています。要するに人材を増やしていかないと、神奈川全体の底上げができない。そういう役割を担っているんだと。やはりセンターはそういうところの、それほど大きなことでなかったとしても、福祉の人材で多職種連携できる人間が研修などをし、施設でやっていくのだと。そういう視点も大切かなということを考えました。

(久保会長)

リハビリテーションセンターは、神奈川県の中の要するに人材のマザーマシンみたいなものですね。指導者を育成することは人材育成のポイントになるので、指導できる人をどう育成するかも重要です。松原委員どうぞ。

(松原委員)

はい、ありがとうございます。まさにお二人がお話したような内容について、このかなリハの中でいかに人材育成に盛り込むかということが重要だと思います。国のことを待っていても仕方ないので、ここがモデルになって実践していくと、その際に当然、多職種連携が前提で多職種連携ということは、医師一人では何もできないから、お互いに尊敬しあう。お互いをリスペクトするという態度がまず必要で、当然お互いに感謝しあう。そして感謝しあうことで、初めて心理的安全性というものが生まれてくるわけですね。それで、この心理的安全性という言葉について色々誤解があるのですけれども、でも非常にこの言葉が流行った。元はエドモンドソンという方が病院でこの必要性を感じたということで、言いたいことは、やはり医師に対して他の職種は意見が言いづらい。これはもう世界共通のことなのですね。ですから、これについて、いくら自分は気をつけているとか、そういう話をしているのではなくて、世間一般的に医師に他の職種は話しづらいということをよくよく医師が理解して、そういう態度で接していくことが必要だと、こういうことを特にリハビリにおいては、どの医療でも必要なわけですが、是非このモデルとなるべきかなリハで、注力して取り組んでいただきたいと思います。

(久保会長)

山本委員は何かございますか。

(山本委員)

まさに耳の痛いところで、おっしゃる通りですね。

でも今お話いただいたように、私の意図も何か、かなリハの中でそういったプログラムを展開できないかというようなことを意識していたのですが、ちょっと具体的にどうかというのがすぐに申せないの、大変申し訳ないのですけれど

ども、そういったモデルケースになるようなものがここで少しできて、国に提案したり、あるいは県内四大学に提案したりみたいなことができればいいのかなと考えております。

(久保会長)

松原委員どうぞ。

(松原委員)

はい、ありがとうございます。ここでカリキュラムを作るわけにもいかないと。思います。単純に、例えば新しい医師や就職者の方、新しい人が入ってきた時には、必ずこのアサーションとかですね、いかに自分の意見を伝えるかという訓練と、いかに相手が言っていることを聞き取るかという訓練、これが医療においてできていないので、だから医療事故が起きるので、リハもうまくいかなかったりする。そこで、何年目は必ずこういうアサーションの訓練を受けますよとか、心理的安全性の基礎的知識を得ますよとか、地域に出ますよとか、これを取り組めばいいだけだと思います。

(久保会長)

具体論としては、今松原委員がおっしゃったような方法論を、具体的に若い人に教えていただくというのは、一つの方策だと思います。

(吉田委員)

この会の趣旨とは少しずれてくるかと思いますが、そのとおりだというふうに思っています。僕自身が神奈川県の新しく国家試験を受かって、神奈川県で働く医師たちに対して、医療安全というレクチャーを担当しています。大体30分ぐらい話をする中で、大体5、600人ぐらい参加するそういったような会です。医師免許を取って神奈川県で医師として働く、そういった新人たちに、患者さんに医師が説明するとき、インフォームドコンセントを行う時に、必ずその時に看護師あるいはケースワーカーが立ち会っています。そして、医師が色んな説明をして、このような説明じゃあ手術しましょうとか、こういった治療方針でいきましょうというような話をして、そこで医師が立ち去った後、看護師あるいはケースワーカーが、今の先生の説明で理解できましたかと患者さん本人やご家族に対して、必ずそういった質問をするのです。そういった体制にあるのです。すなわち、医師にはそここのところがちょっと分からなかった、そここのところはどうなっていますかってことはなかなか聞きにくいので、医師が席を外した後、看護師あるいはケースワーカーが説明しているのです。

お前たち、こんなふうに医者はまだまだそういった形で敷居が高い、話しにく

い、そういう風に思われているのだぞ、この辺のところを解決するような位置に行っていかなければいけないんだからということを強調していることと、最後に、かっこつけない医師が一番かっこいいと一言で結んでいます。

(久保会長)

各所で皆さん努力されているということですね。

(松原委員)

すみません。私は、各所で努力をされていないといったことを申し上げているのではなく、更なる努力が必要だということを申し上げております。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。それでは、時間も無くなってきましたので、機能を担うための運営体制について討議に移ります。これに関しては吉田委員お願いできますか。

(吉田委員)

はい、ありがとうございます。資料 23 ページに総合内科医の配置という文章があるのですが、総合内科にこだわらなくても、総合医という表現で構わないと思いますので、そういった形で対応していただければと思います。

そして、DXを導入して、一生懸命に大学との連携をやって、そしてこの広報活動というのは大事なのだというようなことを私は非常に大事だと思っておりまして、これはよくできているのではないかなと思います。そしてこの中の下の方に、医療安全体制の強化と書いてあるのですが、これも結構大事なことで、今色んな病院でも医療安全ということがうるさく言われております。神奈川県病院協会でも、すべての団体を通じてこの医療安全対策ということを一番取り組んでいて、ある意味クオリティと同じぐらいに医療安全というのは大事な要素だと思うので、もう少しこの部分に重要性を置いていくということ、そして、精神科医を配置して、心のケア的な部分をきちんと診ていくというような形をしっかりとやっていくのであれば、非常に良いのではないかという印象を持っています。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。機能を担うための運営体制については、先ほど大きな問題も含めてご議論いただいたところですが、あとこれに対してご発言のある方はいらっしゃいますか。

(金子委員)

よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(金子委員)

ありがとうございます。資料 22 ページ以降の運営体制については、資料の中でも特に重要な論点だと思っています。示されている内容は、経営戦略部門の設置、人材確保・育成、研究機能の強化、医療DXの推進、医療と福祉を横断的に調整する中枢機能の整備など、非常に高度で包括的な体制です。しかし、これらを総合的に見ると、実質的には指定管理者制度の枠組みを超えていて、県直営や独立行政法人レベルの運営を想定しているのではないかという印象を受けます。

これだけの人材確保や研究機能を指定管理者制度のもとで、本当に安定的に担えるのかについては現実的な検証が不可欠だと思います。さらに、医療と福祉を横断的に調整する中枢機能は、県全体のリハビリテーション政策を支える中核的な役割を担うものであって、その責任をどこまで指定管理者に委ねるのか、または県が直接担うべきなのかは、制度設計の根幹に関わる問題だと思います。そのため、運営体制については、指定管理者制度を前提に結論付けるのではなく、県直営や医療と福祉の連携が可能な独立行政法人といった運営体制も含め、比較検討して最も実現可能性の高い体制を選択すべき段階に来ていると思っています。

(久保会長)

はい、ありがとうございました。事務局がまとめていただいた資料に対して、たくさんのご意見をいただきながら、活発な意見をいただきました。時間になりましたので、このぐらいで締めようと思いますけれども、どうしてもという方があれば、ご発言をお願いします。

(大川委員)

よろしいでしょうか。

(久保会長)

はい、どうぞ。

(大川委員)

福祉の体制において、臨床心理士等が入っているのですけれども、言葉のない

方に対して臨床心理士だと少し心許ないところがあります。やはり、作業療法士の方を通した心理相談であるとか、もう少し生理心理学を学んだ方がしっかりと配置されていくことが必要かと思っています。それから、医療DXとIT化に関して、やはりこれも言葉のない方、また自分の思いを伝えるのが困難な方に関して、PHRのようなパーソナル、ヒストリー、レコードのようなものを作っていかなければ、地域移行をした後に、やはり医療が繋がっていかないのですね。そういったことも検討材料にしてい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。それでは、これでひと区切りとしたいと思います。では、事務局からその他のご説明をお願いいたします。

(事務局)

先ほど、資料2ページのところで、スケジュール関係のことを先にお示ししてしまった形になっていきますけれども、本日は第7回ということで、議論をいたしたところなのですが、次回以降は第8回、9回、10回ということでお示しをさせていただいており、内容としては本日までの議論を踏まえて、経営の状況をご議論頂きたいところがありましたので、事務局の方で準備をして、それについてご意見を頂戴したいということが1点と、それを踏まえて、検討会の報告書のまとめの方に入っていくような流れにしたいというふうに考えています。ただ、この1月、2月、3月ということで、非常にタイトなスケジュールになっておりますので、この辺は会長や各委員とご相談の上で、スケジュールと設営の内容について決めていきたいと思っております。

(久保会長)

日程の調整についてはかなり難航するかと思いますけれども、その辺は事務局の方でしっかり対応していただきたいと思います。他に何かご意見なければこれで終了にしたいと思います。よろしいでしょうか。それでは事務局にお返しいたします。

(事務局)

はい。久保会長、議事運営ありがとうございました。また、ご出席の皆様におかれましても活発なご議論ありがとうございました。

それでは、以上を持ちまして本日の第7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させていただきます。ありがとうございました。