

平成21年度第1回リハビリテーション協議会 議事録

日 時：平成21年8月31日(月) 15:30～17:30

場 所：宮城県庁 第二会議室

出席者：青沼孝徳委員, 出江紳一委員, 伊藤清市委員, 大谷みち子委員, 嘉数研二委員,
佐直信彦委員, 佐藤善久委員, 島崎敏彦委員, 三上雅嗣委員, 渡部昭洋委員, 渡邊裕志委員
(欠席：上月正博委員, 櫻庭ゆかり委員, 門間やす子委員, 渡邊好孝委員)

県側出席者：

本木保健福祉部次長, 南條健康推進課長, 泉保健福祉総務課長補佐, 横山社会福祉課長補佐,
大内医療整備課医療政策専門監, 佐藤長寿社会政策課副参事, 佐藤障害福祉課副参事,
檜本リハビリテーション支援センター所長

1 開 会

2 あいさつ 本木保健福祉部次長

本日は月曜日という皆様御多忙の中, また台風も近付き, 足元も非常に悪いということでございますけれども, 御出席いただきありがとうございます。

また, 今年, この協議会は委員改選の年に当たりまして, 皆様方に委員への御就任をお願いしたところ, 御快諾いただきまして本当にありがとうございます。

このリハビリテーション協議会は平成12年から始まって足かけ10年目, ある意味では節目の年なのかもしれませんが, 委員の皆様には重要事項の御審議, あるいは御指導をいただいております。引き続き向こう2年間, 御指導いただければありがたいと思っております。

本日は今年度第1回目の協議会ということで, お諮りしたい点が二つございます。

一つは「宮城県地域リハビリテーション連携指針」の見直しをしたいということでお諮りする案件でございます。この連携指針といいますのは, 2年ほど検討を重ねて平成14年にこの協議会で策定, お認めいただいた指針で, 県のリハビリテーション推進の要となるものでございます。その後, いろいろ制度も変わり, 県の体制も変わり, 環境も変わってきたということで, やや不整合なところが出てまいりましたので, 見直しをしたいということで, 今年3月にこの協議会にお諮りして, 見直しをすることでの御承認をいただいていたところでございますが, 本日は, 具体的な取り組みについてお諮りしたいと思っております。

もう1点, 「総合リハビリテーション体制整備に係る具体的取組計画」の策定をしたいというのが2件目の審議事項です。この具体的取組計画はそのもとになっている基本構想が平成17年2月に策定されておりまして, そのアクションプランとして作っているもので, 平成17年から21年を計画期間とした計画でございます。これに基づいて県としての各種事業を進めてきたということで, 計画期間が今年度で終了ということですから, この5年間の実績を検証した上で次の計画を作りたいというものでございます。

本日は、この2件を御審議いただきたいということでございます。いただいた御意見を踏まえて、二つの策定作業を進めてまいりたいと思っております。

委員の皆様には、リハビリテーションの推進に向けて、それぞれ専門的な立場から忌憚のない御意見をいただければありがたいと思います。よろしくお願ひいたします。

3 議 事

(1) 会長及び副会長の選任

佐直信彦委員を会長に、上月正博委員を副会長に選任。

会長あいさつ

ただいま、互選ということで、昨年度に引き続きこの協議会の会長に推薦いただきました。よろしくお願ひいたします。

先ほどからお話のありますように、今日の議題は連携指針の見直しということと、具体的取組計画の策定であります。

連携指針を作るにあたっては、本県におけるリハ資源の特徴とか、特性を勘案して連携指針を作りました。平成14年ですから、その後7年を経過しているということもあって、リハ資源あるいは制度面で変わっています。しかし、宮城県の社会資源におけるいろいろな特性があると思いますので、それを勘案しなければ実行可能な連携指針にはならないわけですから、その辺のところを勘案していただいて、皆さんの意見をお願ひしたいと思っております。

(2) 『宮城県地域リハビリテーション連携指針』の見直しについて

事務局

(資料1及び資料2に基づき説明)

佐直信彦会長

これまでの連携指針、改訂の取り組み、スケジュールについて説明いただきました。

先ほど申しましたように、この連携指針は、介護保険が始まるということで、介護保険のサービスメニューの中にリハビリテーションがあるわけですが、そういう社会資源が本当に整っているのか、介護保険でそういうサービスのメニューを出したとしても、それを利用できないのではないかとということがありまして、当時の厚生省の老人保健福祉局から、地域のリハの推進をどのように図っていくかということで地域リハビリテーション推進事業実施要綱が示されました。そのモデルとして示されたのが、リハビリテーション協議会を作って、連携指針を作って、その下に広域支援センターを作って、そして市町村がある、という三層構造。これは全国的なモデルですが、本県もそのモデルに従って作りました。元来が介護保険が始まったということに伴って地域リハ推進事業が考えられたわけで、対象がどうしても高齢者、あるいは介護保険がらみで連携指針が作られています。最初に連携指針を作るときに、高齢者だけではなくて3障害に関わるような連携指針にしてはどうかという対象の拡大への意見もありました。今回の連携指針もどちらかというと高齢者の方にシフト

した連携指針を作りたいということでございます。そのあたりについての議論もあるかと思
います。

もう一つは、県の推進体制の変化ということがあって、平成12年に地域リハビリテーショ
ン推進事業が始まる時には、まだ保健医療福祉中核施設の整備が凍結状態になっていて、い
つそれが解凍されるのかということが背景にあり、最初はその辺のところはペンディングに
なっていました。しかし、宮城県のリハビリテーションというのは、全県域にわたった中核
施設を廃止しまして、二次医療圏ごとに中核的なリハビリテーション医療を整備するとい
うことが一方でありまして、そういうことを踏まえて、全県的な支援センターを作った。そし
て、二次医療圏の中に広域支援センターの役割を担っていただけるような医療施設あるいは
医療機関があるかということ、本県ではそういう社会資源が仙台圏域に集まって、政令指定都
市である仙台市を除くとそういうことを担える施設がなかなかないということで保健福祉事
務所を広域支援センターに指定したという特徴があります。

そういう本県の事情を勘案して、先ほど説明していただきました見直しのことについて御意
見をお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

青沼孝徳委員

会長から、地域に担えるような医療機関が少ないということがあって、二次医療圏の保健福
祉事務所を中心にそれを行ってきたということですが、ここは、不十分であれば医療機関を
サポートするような形でむしろ医療機関を充実させていく方がいろいろな意味で効果が出る
のではないかと思うんです。私の認識不足かもしれませんが、保健福祉事務所がこう
いう機能をもってどれだけの役割を果たせたか、その辺がちょっと疑問なんです。したがっ
て、医療機関を育成していったほうが地域におけるリハビリテーションが根付くのではない
かと思ったものですから。

佐直信彦会長

7年間実施してきまして、そういう意見も当然出てくるかと思えますし、見直しの理由の一
つに「市町村の支援体制整備の進捗による広域支援センターの役割の変化」と書いてありま
すけれども、具体的にどう変化しているのかということもあるかと思えます。

全国的には、連携指針の中で、医療機関あるいは保健複合施設などが広域支援センターに指
定されている県、保健福祉センターが指定されている県があります。それぞれの社会資源の
状況によってその辺が変わってきていると思います。特に、高知県は保健所が広域支援セン
ターに指定されている。熊本県は地域リハをやっている医療機関が充実しているのでそうい
う連携をしている。岩手県の場合ですと、いわてリハビリテーションセンターが中心になっ
て、県の病院がありますからそういうところを指定している。ですから、県によって、社会
資源の状況によって、関わり方が違うということです。

医療機関に広域支援センターを指定した場合の欠点というのは、医療機関はどうしても自分
のところに関わる方が守備範囲になってきて、二次医療圏全体に平等に関わるようなことは
なかなか難しい。その場合は医療圏と関わる保健所との二人三脚、両輪としていかないと難
しいという報告もございます。宮城県の場合は、保健福祉事務所を二次医療圏の広域支援セ

ンターに指定して、それに協力する病院ということでリンクしてお願いしたんですけれども、それも主治医との関係などがありまして、見直しの時には協力病院をなくしたという経緯もあります。改めて新しく連携指針を作るときに、その辺をどうしたらいいのかということはたぶん重要な課題であろうと思います。

この参考資料で気が付いたんですけれども、ライフサイクルのところで、「高齢者」が「障害者・障害児を持つ保護者」と切れているんです。しかし、高齢者でも障害者手帳をもっている人もいでしょうし、障害者は障害者自立支援法でも、高齢者の中でも介護保険であれば、特定疾病は40歳以上ですから、ここのところは切れるのではなくて、斜線で移行するような形になるのではないかと。精神障害者や子どもの体制といかに連携をとるかといったときは、むしろライフサイクルからすればもっと障害者と高齢者の間での重複があるわけですから、その辺はもうちょっと統一的にできるのではないかとこれを見ながら思ったんです。そんな点も連携指針を作る時の一つの視点かなと。前に連携指針を作るときに、佐藤委員からは精神障害と子ども、その辺をどう含めるんだという意見が出たんですけれども、現在はいかがでしょうか。

佐藤善久委員

私もこれを見ていて、佐直会長が言われたように、高齢者と切れているところがちょっと気になった点でもあったんですが、それとあわせて、高齢者の方も障害者自立支援法関連サービスを受けたり、ボーダーがだんだんなくなってきているということも考えると、明確に「高齢者と障害者」とターゲットを当てることへの疑問を感じるようなところがあるということ。医療体制も十分ではない状況にあるのはもちろん知っているんですが、どちらかという、介護されない状況への地域連携というような図に見えてしまうところがあるんです。地域でいきいき生活するという観点で言えば、最後は、就労できる方は就労する、社会参加できる方は社会参加するというところで言うと、医療から地域に移行するための連携を十分にもっているという部分に対しては、県が支援できるような体制をぜひとってほしいと思います。その部分が障害で決まるのかどうかということでは、子どもたちはこれから長いということを考えて、子どもたちにとっては最初から支援があって、医療的なケアが必要な子は医療で、就学を続けられるための支援もきちんと地域にあって、という体制を整えて初めてできるのではないかと考えていますので、県の中でいくつか役割が分かれているということはもちろん認識しているんですが、そういった連携のあり方、前も疑問を言わせていただいたんですが、子どもも精神も障害によって分けるということへの疑問は今でも持っているところではあります。

佐直信彦会長

たぶん、縦割りというのは法律割りなんですよ。リハというのは法律とか障害を縦断的に見る縦割りではなくて横断的に見るということがあるわけです。でも、それぞれの障害に対して専門的なケアとかサービスをするときにはどうしてもそういう部分も必要なわけです。ですから、縦割り、あるいは制度割りで行われている一つの体制といくつかの体制をいかに連携していくか。あるいは、高齢者の場合ですと、医療と介護の垣根がだんだん低くなって、

むしろ包括的にやらないと有効な在宅のリハはできなくなるわけですから、そういう垣根の部分が低くなっているのをどういうふうに融合していくかということも連携指針の中に入ってこなければならぬのではないかと考えています。

それぞれの委員は専門領域から委員になっていただいておりますので、それぞれの立場からこの連携指針に盛ってもらいたいという要望がありましたら、ぜひお聞かせいただきたいと考えております。いかがでしょうか。

大谷みち子委員

検討部会の「委員構成」の「構成員」に「介護保険関係施設 2名」と載っているんですが、この介護保険関係施設は具体的にどういうところをイメージしていらっしゃるか、お聞かせください。

事務局

具体的には、一人は介護老人保健施設で実際に携わっていらっしゃるリハビリテーション専門職の方、もうひと方につきましては市町村で地域包括支援センターを担当されている方ということで考えているところでございます。

大谷みち子委員

介護支援専門員とかではなく、施設と地域包括支援センターということですね。わかりました。

要介護認定者の方が地域で暮らすときに、医療と地域の連携がすごく大切です。ケアマネジャーもリハビリの視点を持ってケアプランづくりをすることで、リハビリのサービスを組み入れたり、PT・OTがいなくても、どういう形でリハビリをつないでいくことでその方がまた地域でその人らしく暮らせるというところがありますので、構成員に介護支援専門員などもいるといいのかなと思ったのですが。構成員に市町村もいます。市町村は地域包括支援センターの実施主体、責任者になっていますから、地域包括支援センターのこともわかると思いますので、「介護保険関係施設 2名」のところのメンバーを御検討いただければと思いました。

佐直信彦会長

今の件は、施設とその専門職との関係でどう決まるかということもあるかと思います。施設だけでなく、施設の介護福祉士とか、そういう専門の人も入ったらどうかということですね。

大谷みち子委員

介護支援専門員です。

佐直信彦会長

介護支援専門員、ケアマネジャーということですね。施設と専門職との関係でどういう人を選ぶかということになるかと思います。

三上雅嗣委員

リハに関わるスタッフがもっともっと出てほしいんです。介護保険があとからできて、医療保険は前からあったわけです。介護保険ができて医療保険との整合性がとれているかという

と、10年たってもとれていないんです。「障害児を持つ保護者」「高齢者」と分けられているんですが、障害者自立支援法ができるときに、地域包括支援センターがケアマネジャーをこちらの方にまで入れるかどうかでちょっと話になったんですが、立ち消えてしまったんです。地域包括支援センターというのが介護保険法の枠のなかでとらえられていますけれども、私は本来は介護保険と医療保険の両方を合わせた包括支援センターが地域にあってしかるべきだと思うんです。今は法が別なので別々ということで、地域包括支援センターの大谷委員がいますけれども、もっともっとやりたいだろうと思うんです。介護保険に縛られているので、本来の仕事がどれなのかという難しいことが起きてきている。もう10年たちましたから、あと2年後にまた法の改正があると思いますが、リハビリを推進するために医療保険と介護保険がもっと融合しないとなかなかうまくいかない。

例えば、デイケア、デイサービスがあります。デイサービスにはリハ職員がいません。デイケアにはいることになっている。デイサービスにはリハがいないか。そんなことはない、介護予防があるだろう。でもいない。人員基準もなし、金もなし。そういうことからすると、ケアマネジャーが全部できるわけではありませんけれども、包括支援センター等が新しくできてしばらく経ち、一生懸命やっているけれども、ケアプランを作ることに専念するのではなくて、もう少し全体的な地域のことを考える活動ができるようにしてあげたい。そういうふうにはできないものかという希望です。やっと10年たって、うまくいくか、いかないかわかってきた介護保険です。ケアマネジャーについても、常に資質の問題ということが絶えない。リハビリを生かしていない、認知症を理解していない、終末期医療を、緩和医療を理解していない。資質の問題と言われますけれども、システムとしてはじめからうまく融合しよう、ではなくて医療保険から介護保険を分離しようという形でスタートして、それがそのままになっているのでなんだかうまくいかない。地域住民のために県も何とかしたいと思うんだけど、法が別なのでうまくいかないのではないかな。連携、連携と言われますけれども、連携を阻害しているのは当事者たちだけではなくて制度そのものだろうという気がします。制度をこちらでどうこうということはありませんけれども、その中でどうしたらそこをうまくつなげることができるのか、つなげる方法はないのかということも考えていただければと思います。

佐直信彦会長

まったくそのとおりだと思います。法律が変わるとサービスが変わる、そういう形で縦割りだ。しかし、今はむしろ役割分担というより役割融合といいますが、そこでやっている専門職の人がほかのところの役割までを持ちながら融合しないと、こちらの法律だからここまで、となってくると住民にとってみれば非常に難しいと思うんです。国がそうだからということではなくて、県のレベルでもうちょっと融合できないものかといつも思っているんですけども、県としてはその辺はどうなるんでしょうか。

もう一つは、宮城県の場合は広域支援センターは保健福祉事務所をお願いしているわけですが、保健福祉事務所の中には成人・高齢班とか障害班というように分かれて組織があって、そこに広域支援センターを指定しても、広域支援センターという組織が保健福祉事務

所の中に入らないんですね。だから、広域支援センターを指定した時に法律の縦割りを超えて何か工夫があっているのではないかといつも思って、看板を出してくれと前から言っているんです。たぶんその辺のところも含んでいるのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

健康推進課長

たしかに医療の側の体制と介護施設の体制は全く違っており、なおかつリハに関しては特にそういう感じがするのだらうと思います。制度上、それはどうにもならない部分があるんですが、現場でいかにお互いに補い合えるかとか、他の資源でそれをどういうふうに埋めていくのかということを考えていく必要があるのだらうと思っております。そういう意味で、今回設置します部会の中で、どこがどういう役割をし、お互いにどういう力を出し合っていくのかということを議論していただけたらありがたいと思います。

島崎敏彦委員

7年前に作ったわけですね。この7年間とは時代はすごく変わっています。これから政権が交代して財政、予算も見直す等、国の考え方も変わってくるというすごい変化です。こういうときに連携指針を変えるというのはグッドタイミングだらうと思うんです。国の政策がどんなふうに変ってくるか、介護にしても自立支援法にしてもいろいろなシステムは財政と密接に関係があるんだらうと思うんです。県としてリハビリテーション連携指針を決めるときに、私はこの滋賀県の例がいいと思ったんです。どうやってつなぐか、地域で自分らしい生活を安心して送れる社会を作るためには、県としてはどうしたらいいのか。国がいろいろな指針を出してきて変わるかもしれませんが、これらを察知しながら、県としてどういうことをしたらいいのかといったときに、今ある社会資源をどうやってつなぐか、ということを利用者本位のマネジメント、そして、それをつなぐ人、調整者がとても必要なんだという視点は、なるほどと思いました。

私どもは、障害者の就労支援をしています。発達障害、精神障害、高次脳機能障害と言った、就職が困難な方の就職をお手伝いをするというミッションを我々は担っているわけです。本当にいろいろなところと連携をしなければ、とてもやっていけません。以上のような視点で連携指針を見直してもらえればと思います。

伊藤清市委員

ふくしまップ宮城の伊藤と申します。この中では一番肩書きがわかりにくい者として参っておりますので、紹介を兼ねてお話をさせていただきたいんですが、私どもはバリアフリー情報をさまざまな場面で提供しております、いわゆる当事者を主体とした団体であります。また、私自身は、もう一つ、この体制図の中にも書いてあります「宮城県難病相談支援センター」を委託されています「NPO法人宮城県患者・家族団体連絡協議会」の理事を務めさせていただいておりますので、患者会からその立場からも話をしてくるようと言われてまいりました。

一つは、この検討部会の委員構成に関してですけれども、14年の段階では、まだ障害者の制度も措置から契約に移行して支援費制度が入るか入らないかだったと思うんです。それが

ら、支援費制度、法律ではなく制度の中で契約制度に移行して、今は自立支援法という形になりました。自立支援法の是非はともかくとしまして、介護保険に並んだとはいいいにくいんですけども、同じように法制化されたところと言えば、障害がある人達をとりまくリハビリテーション体制の構築のために、介護保険関係だけではなくて、障害者関係の委員に関してもしっかりと入れていただきたいですし、この専門的見地というのがどういうことを表すのかということもあるんですが、もしかしたらその専門的見地のなかに当事者と言われる方々のそういったところも取り入れるところがあるか、とも考えております。自立支援法、介護保険というライフサイクルの中でスムーズに流れが移行するということもありまして、ぜひ考えていただきたいと思いました。

自立支援法に関しては、他の委員の方々からもいろいろありましたけれども、例えば仙台市の場合、更生相談所とアーチルとハートポートという3段階の仕組みでそれぞれの施策を行っております。これも障害の多様化とか複合的なものに関して、そういう3つのものをミックスして、利用者がそのたびにいろいろなところに行き来するようなことがないように、包括的な支援システムを作っていくべきではないかということが市から提言されはじめております。ですから、そういったことも含めて、今後この協議会の中で何か御提言いただければと思ひまして、発言させていただきました。

佐直信彦会長

構成委員が8名というのはもう決まっているんですか。もうちょっと障害者の視点の構成員を加えた方がいいのではないかという提案も含まれるわけですが、そういうことも考慮すると・・・

健康推進課長

8名に限定されているわけではございませんが、3月の時点で確認された高齢者を中心とした障害者ということで考えておりましたので、このようなメンバーにしております。ですから、若干増員することは可能ですが、どこまで広げるかというところで大変厳しいところもございますので、まずは高齢者を中心とした障害者に対するリハを中心に検討し、その中で多分に障害者あるいは障害児、精神関係の障害者の問題も出てくるのではないかと考えておりますので、次の段階でそれらのものをあわせて考えさせていただきたいと思っております。

佐直信彦会長

その場合、全体の枠組みのコンセプトを持っているということが私は非常に大事だと思うんです。それがどうしても行政の人たちは法律で動いてサービスを提供するということがあって、例えば、全県的な支援体制ということでリハビリテーション支援センターと書いている。二次圏域は保健福祉事務所を広域支援センターに指定したからこのようになるんだけど、しかし、リハビリテーション支援センターという中には、相談機能とか医療機能とか、あるいは支援機能と分けている。ここの楕円形の中に「相談支援・手帳の判定・補装具支給判定等」とあると、どうしても身体障害者福祉法が抜けられないような気がしているんですけども、どうしてこう分けなくてはならないのか。高齢者だって身体障害者手帳ということもあるわけですから、むしろ、全県的なリハビリテーション支援センターの中に支援のことも

あれば、障害者も含めてのリハビリテーション支援センターであるということになるかと思うんです。このように分けるということは、潜在意識の中にそういうのが自ずと出てくるのではないかという危惧をもっているんです。その辺をかなり大胆に取り払って、法律などを十分認識した上で、枠組みをいかに融合させていくかという組み替えがないと、なかなか難しいのではないかと思います。先ほど言ったように、障害者と高齢者というのは、スパッと切るのではなくて、斜めに切っていくのだろう、そうするとかなり融合してくると思います。

出江紳一委員

東北大学の出江です。これから作っていくということですので、まだはっきりとしたことが私自身もわからないので質問しているんですけども、これまでの7年間でどのように評価するのか。特に連携を数値化して評価することはできないんでしょうか。今後、新しいものを策定するとしたら、そのような評価方法を最初から盛り込んでおいて、それに沿って実行していくことができれば良いのではないかと思うんですが、何かいいアイデアはないでしょうか。連携の程度を評価する仕組みですね。

例えば、参考資料に四角がいっぱい書いてあるわけですけども、これがどの程度の強さでくっついているのか。矢印もありますが、この矢印がどの程度機能しているのかということの評価することは、例えば、量の問題としてはやり取りですよね。メールとか手紙とか、情報のやり取りも一つは目安になるのかもしれませんが。いきなり評価を効果で言ってしまうと難しい、「要介護者が減る」という話でもっていくのは難しいと思うので、最初は連携がきちんととれているのかどうかを評価する仕組みが作れば良いなと思っております。

佐直信彦会長

今度、部会委員の方々をお願いするわけですけども、その時に現状等を分析して、7年間の総括をしていただいて、評価をどのようにするかということも一つの役割にぜひお願いしたいと思います。

たまたま、昨日、一昨日と全国地域リハビリテーション研究会と全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会がありました。そこでの奥野英子さんの引用なんですけれども、連携というのを英語に直すと、ないんだそうです。では何があるかということ、よく言われているのはコーディネーションとかコラボレーションとかコオペレーションとかリンケージとかネットワーク、チームワーク、そういうもので英語表現をされているというんです。我々が連携と考えた時に、こういうものを全部含んでいるように私も思うんです。その中で調整機能がうまくいっているのか、コラボレーションがうまくいっているのか、あるいはリンケージがうまくいっているのか、あるいはネットワークがうまくいっているのか、チームワークがうまくとれているのか、そういう視点から評価していくということもあるかとは思いますが、けれども。

リハビリテーション支援センター所長

いろいろ参考になる御意見をありがとうございます。

地域リハは結論がなかなか出しにくい世界であることは確かなんです。ですから、今までの検証というものは、数字がどのくらいになったとか数がどうだというのは出るかもしれませ

んが、宮城県が活動をしてきて、しかも医療機関が主導ではなくて、県の組織があって保健福祉事務所が中心になってやってきたこの活動がどうだったか。それは数字ではなくて活動のし易さといえますか、連携のし易さというか、まず組織自体を改めるところから徹底して検討し直さなければなりません。これは県の中での話ですので、ここで出す問題ではないのかもかもしれませんが。先ほど佐直会長がおっしゃったように、広域支援センターは名ばかりと言われると県側としては反論のしようがなくて恥ずかしい限りなんです。ただこれから、7年間を検証して、宮城県スタイルとして行政が主導で地域リハを進めていく時に、青沼委員がおっしゃったように医療機関を巻き込んで、どう支援していくかということの本気で考えるのであれば、県の組織がもっと強くなって各圏域で活動を展開していく必要があると考えているんです。そうしますと、宮城県のスタイル、広域支援センターのあり方などを含めてこれから検討していかなくてははいけないと、私個人の立場ですけれども、考えております。

佐直信彦会長

いろいろ御意見がありまして、かなり高いハードルの要件もあるかと思ひますし、視点を変わるとうまくいきそうなこともあるかと思ひますけれども、その辺を踏まえて、部会を設置して先ほどのようなスケジュールで今年度中に連携指針の改訂版を出していきたいということなんですが、この点についてはよろしいですね。

あと、先ほど、40歳以上でも特定疾病は介護保険にも入っているわけだし、高齢者の中にも障害者手帳を持っている人もいるわけですから、その辺のところはぶつ切り切れるものではなくて、なだらかな、むしろ連携というよりも一緒の部分もあるかと思ひますので、そんなことを考えた時に、障害者自立支援というところからの構成委員がどうだろうかという意見も出ました。その辺は意見を踏まえまして、構成委員については、事務局と会長、副会長のところで協議させていただいてよろしいでしょうか。そういう形で持っていきたいと思ひます。

青沼孝徳委員

ちょっと確認をさせていただきたいんですが、この連携指針は高齢者で身体の障害をもった方に限定をして考える、宮城県としてはそういうお考えということですね。それで委員が変わってくると思ひますので。

健康推進課長

そこでぶつ切り切るということではないんですが、そこを中心に考えさせていただきたいということです。

佐直信彦会長

介護保険でも認知症というのはどうしても避けては通れないと思ひますので、その辺も高齢者の中には当然含まれてくると思ひます。ですから、あまり限定的にするといろいろな指針がたくさん必要になってくるような気がしますので、その辺が連携指針ですから。

青沼孝徳委員

他の県では、このように体の問題とか、高齢者に限っているものなんですか。リハビリテーションが必要な人というのはいろいろな意味でのリハビリテーションになるのではないかと思ひます。

健康推進課長

もともとこの連携指針が出ましたのは、高齢者を中心とした連携指針ということで国から出されたものでございます。資料2をごらんいただきますとおわかりのように、茨城県は精神とか小児も含めた幅広い対象を視野においたリハの指針を作っておりますが、その他の県は高齢者を中心とした身体障害者が中心になっております。それに若干、認知症とかそういうものも取り込んで、というところが出てきております。

青沼孝徳委員

国は、自分たちが法律とかルールを作っているから、どうしてもそれにのっとっていかうと思うのですが、県はどちらかというと住民の立場で、国はそうだけれども、宮城県としてはむしろ全体で包括的に扱う、ただ国からの命令どおりやるのではなくて、宮城県独自でそういうものを考えるというお考えはないのかな、ということで、今お聞きしたわけです。

保険福祉部次長

青沼委員のおっしゃるとおり、リハビリテーションは対象者で分けるものではないという考え方は基本的には持っております。ただ、この連携指針の背景が、加齢に伴って身体的な障害をもった高齢者をメインのターゲットにして介護保険のスタートと一緒に計画を作ろうということで始まったものでした。宮城県としては、それにのってとりあえず前は整理をさせていただいた。他に障害児のリハというものもあるんですが、これは拓桃医療療育センターが三次機能を持った療育機関で、そこをベースにしながら障害児の療育リハの計画がある。あるいは、精神についても、精神の医療から社会復帰までの計画があるということで、それはそれであるので、むしろこちらは明確にターゲットをそのままにして、そこを含めないでやろうというスタンスでやったということです。

リハビリテーション支援センター所長

次長や課長がお話ししたあとで申し訳ないんですが、事務局の説明にもあったように、もともと歴史的には老人保健福祉局からの国の事業で始まったものですから、当時もこの問題はかなり議論をして、障害児はどうして含めないんだということはたくさんの御意見をいただきました。ただ、まず高齢者をしっかりやるのが大事だということで始まったわけです。もう国の事業ではなくなって、県単独の事業ですので、せっかく連携指針を作り直すわけですから、地域リハの対象者は高齢者も障害児もないわけです。委員がおっしゃるように住民なんです。それは高齢者の障害者手帳を持っている人だけですか、ということではなくて、介護予防とか、これから支援が必要になる人も含めて地域リハの対象であってもおかしくないわけなんです。地域で住民が暮らしやすくするためのまちづくりということも考えると、障害が有る、無しではないわけです。すべての障害者、住民、子どもも大人も全て、このシステム図にあるように、そういうことに関わる連携指針を作るという意気込みで考えていただければと思うわけです。ただ、県の立場としては、まず、肝心な高齢者の部分をしっかりやるのが障害児とか障害者とかいろいろなことに関わってくるわけですし、高齢者しか見

ません，ということではないので，そこは御理解いただければと思います。

佐直信彦会長

最初に作る時もそういう議論がありましたし，もともとが介護保険が始まるということでリハビリテーションのメニューに対しての資源，サービスをどうしようかということで連携指針のモデルができていますので，どうしてもそこから抜け出せないということがあるんだけれども，茨城県では，もうそのところから抜け出して地域リハビリテーション指針にしたということもございます。理想論と，宮城県の精神障害，知的障害，児童のできあがっている体制もありますので，その辺とのまさに連携だと思います。その件についてはいろいろ御意見が出ましたので十分に踏まえて，検討部会委員の皆さんと県と，そのあたりを視野に入れて連携指針を作っていくということではないでしょうか。

樫本所長は県の職員，リハビリテーション支援センター所長でそういう意見も持っているし，最初的时候からそういう意見もありましたので，十分その辺を検証していただいて，作成してもらおうということにして。

これは，中途での報告会はあるんですか。それとも，第2回は2月，3月ごろで決定ということになるんでしょうか。

健康推進課長

部会そのものが2回しか開催できないような状況にございますので，最終的にまとまったところで協議会に出ささせていただきたい。そこで御意見をいただいて，大きな手直し等がありましたときには，もしかしたら年度をまたがるということも視野に入れております。

佐直信彦会長

改訂ということなので，皆さんの御意見を踏まえて十分検討していただきたいということで，部会の構成委員の方々を人選しまして，十分に検討・調整しながら改訂案を作成していただく。また協議会に諮って，そこでどうしても委員の方々からいろいろ意見があって，それが建設的により発展性，将来性があるのであれば，今年度にこだわらないで来年度にまたがってもいいということです。委員の任期はそういうことも含めて2年ということになっていますから，この際，専門部会で徹底的に検証し，改訂案を作成していただくということによろしいでしょうか。

佐藤善久委員

若干こだわりがあるようなんですが，前回の指針を作ったときには精神障害も将来的には検討しようということでスタートしていて，それで今回改訂するという前提になると思うんです。そういう意味では，大幅に路線を変えるというのは難しいにしても，今回の総括の中で他の動きに関してどんな状況にあるかが把握できるような情報が提供されて，連携することのメリットと，組織的になかなか難しいという部分と，たぶん両方あると思うんですが，それを総合的に考えて，将来的なビジョンを他の障害も含めてぜひこの中にすり込んでいただけると，すぐやる，やらないは別としても，載っているということがとても大切だと思います。そういった情報提供をいただきながらお願いしたいということと，先ほどの委員構成にもありましたけれども，そういったことを十分加味して判断いただけるような委員の

方も含めていただければいいと思っていますので、ぜひ御検討をお願いします。

(3) 『総合リハビリテーション体制整備に係る具体的取組計画について』

事務局

(資料3及び資料4に基づき説明)

佐直信彦会長

最初の5カ年計画の実施状況があつて、これから22年から25年の4カ年間の具体的な取組計画を作っていく、その過程において、連携指針と基本構想を踏まえて、ですから同時進行的に今後4年間のアクションプランを作っていくということですが、何か御意見はございますでしょうか。

資料が今日新しく出てきたものもありますので、すぐには、ということもあるかもしれませんが、実施状況に関しては、中間評価ではかなりA評価が多くて、あとはB評価。これは5年たった今年度末を見たときに、中間評価と最終的にはどう変わりますか。中間評価でこれだけできているんだから、今年度の1年間を勘案しても5年間の実施状況についてはかなり評価できるということでしょうか。

健康推進課長

この1年でそれほど大きく変わったというものはないのではないかと考えております。少しずつ着実に医療体制等も整ってきておりますので、ほぼ同じような評価になるのではないかとと思いますが、なお、庁内で再度検討させていただきたいと考えております。

佐直信彦会長

計画の構成の中に「県民への普及啓発」がありますけれども、櫻本所長からも言われましたけれども、地域リハで一番最後に残って難しいのが、地域参加型の地域リハをどうするかということ。それは健康まちづくりとか福祉のまちづくりとか、まちづくりまで入った啓発活動になるということで、これは非常にこれからは重要な課題じゃないかと思えます。他の県でも、例えば茨城県ですと、シルバーリハビリ体操指導士の1級、2級、3級の認定だとか、あるいは高知県ではいきいき百歳体操の市民ボランティアということもあつて、県民の意識の高揚を図るということで、そういうものを利用した啓発活動ということもあります。そういうことが今までところどころでモデル事業として行われているんですけども、県全体として広がるような仕組みも大事ではないか。自分たちが参加するような地域リハという視点で、健康、介護予防とか、障害者であれば二次的な障害の予防ということで、意識が啓発されればより連携指針もやりやすくなるのではないかと思えます。最後に残っているのはその辺が非常に大事なかなと思えます。

そのほか、大枠の中で次期計画の策定に向けて何か御要望がありましたら。

嘉数研二委員

私などは現場でやっておりますと、介護保険の方々と医療との連携が本当に重要だと思います。少しずつ垣根は低くなってきておまして、医療の方々の中には、あるいは介護の方々もお互いにある程度の理解もしあつてきているし、抵抗なくある程度使っている部分も多々出てきております。でも、やっぱりまだまだお互いに理解がなっていないことがありまして、

一番重要なことがこの連携だろうとは思っております。ただ、その連携がとれない一つのファクターに、制度があると私は思っております。特に介護保険の制度は非常に複雑怪奇で面倒くさい、手続きが大変、なかなか進まない。やろうとするとどこかでつまずいてしまう、規制もまた多いというようなこともありまして、例えば通所リハビリにしてもそうですし、あるいはショートステイの問題にしても、それをやろうとしてもなかなか到達しないということが実はあります。ただ、他の県では、県の行政の方々の理解が非常にあって、そういった難しいことは省略して、できるだけ現場にあった連携をスムーズにする。そして介護保険を利用できる、そして医療と介護をうまく連携させるという努力をしている県がいくつかあります。従いまして、私が言いたいのは、宮城県においても、法律がこうだ、制度がこうだ、こう決められている、前例がない、そういうことをやめて、これを本当に動くものに策定していただきたいというのが一つのお願いです。行政の方々は規則に縛られて、その辺のところを取り壊すということはなかなか難しいかもしれないけれども、現在、日本の中のいくつかの県ではそういうことをやっているところがありますのでお願いしたいと思います。

リハビリテーションというのは切れ目のない流れ、医療であっても介護であっても人は一人である。個々のリハビリについては一つの流れが重要で、そこで切れると非常に無駄が出てくるし、うまくいくものもいかないということになりますので、切れることのないリハビリということを希望するわけです。

渡邊裕志委員

医療機関に勤めている者として、今回のテーマの何にということではないんですが、ちょっと意見を言わせてください。

まず一つは、私は現場にいましてリハビリテーションの医療、地域リハビリテーションにどうつないでいくか、もしくは地域リハビリテーションと並行して、どうやって協力して患者さんを見ていこうかというときに一番困るのは、今回話題になっている指針は大雑把にここ1年、2年の県としての方向性を付けようということかと思うんですけども、具体的に例えばネットワークを作るにしても、今、現場では担当する医師やメディカルソーシャルワーカー、その他リハスタッフの個人的な人脈に頼って対応しているというのが現状ですので、とてもまかないきれない。医療機関が介護施設化しているところも一部にある状況です。そしてある地域の公的な病院などから、自分の医療圏では回復期リハビリテーション病棟がないから作りたいが、特にバックに施設を抱えていないような、私立じゃなくて公的な病院では、にっちもさっちもいなくなるのは目に見えているのではないだろうか。要するに、受け皿がなくて。ネットワークが地域に行けば行くほど希薄で、ということで二の足を踏んでいる医療機関の話をよく私は聞きます。仙台医療圏以外のリハビリテーションが充実していないところが特にその後のネットワークの充実が望まれるということ。

また蒸し返して申し訳ないんですが、私どもが現場で働いていますと、リハビリテーションの病棟から退院する患者さんの9割は身体障害者手帳を申請して取得させて退院させるか、もしくは、一部は精神障害者保健福祉手帳を持って退院するかということなので、全てが同一に動いている。区切られて、これはこれ、というのではなくて。特に私どもが一番困って

いるのは高齢者よりもむしろ若年者です。現状が若年者に不利な、うまくつなげるようなところがあまりないという現実があります。と考えると、高齢者は対象者が多いので、その指針作りはもちろん大事なことは十二分にわかりますけれども、現場ではそうではなくて、むしろ対象者は少ないかもしれないけれども、そこからはみ出た患者さんの方がより重要な現状になっているということをあえてお話ししておきたいと思います。

佐直信彦会長

連携指針と同時並行的に具体的にどう取り組むかというところで、高齢者だけではなくて、高齢者は意外と制度的には二重三重に保護されていますから、ネットワークに乗りやすいことでうまくいく場合もありますけれども、若年の成人になってくると介護保険のからみで、特に特定疾患以外の場合ですと、なかなか流れの中に乗りにくいということもありますので、その辺は、具体的な取組の中で、あるいは連携指針の中でそういう連携をどうするかということで、現場で必要とされているような具体的取組の中にも入れてもらえるとうよしいのかなと思います。

伊藤清市委員

これまでいろいろと計画が出されていることを承知していなくての発言なんですが、具体的な取組計画というのは、この計画を利用される方はもちろんのこと、県民の方にこういったリハビリテーション計画のことを周知いただくということもあると思うんです。そうしますと、県がどのようなリハビリテーション体制を整えて、どのような取組をするかということを知りやすく県民にお伝えすることと、もう一つはリハビリテーションという意識を、ICFのように、マイナスの考え方よりも、中立プラスポジティブな考え方にどう転換させていくかということもとても大事なのではないかと。例えば、先ほど会長がまちづくりに関することをおっしゃっていましたが、まちづくりに関してですと、我々がまちを利用する際のバリアーということももちろんそうなんですけれども、それを改善するバリアフリーをどう構築していくかということは、利用者とか関係者だけではなくて広く県民に理解していただけたところが大いのではないかと思います。

この計画には、スケジュールの中に庁内の調整連絡会議というものがあります。その中で座長をはじめ、経済商工観光部とか、委員の各課がありますけれども、昨年、観光庁が発足しまして観光を国を挙げてやる中にも、ユニバーサルデザインとかバリアフリーに関するものが入っております。例えば体験型のバリアフリーツーリズムとか日常的なまちづくり施策もそうですし、イベントとか観光をきっかけにしたバリアフリー施策とか、リハビリテーションという意識を県民の方にもわかりやすく、こういった動きをしているんですよということを広めるのと、それを実施するきっかけを何かこの計画に入れていただきたいと思います。そのためにも、当事者と言われる人達ももっと積極的に動かななくてはならないと感じておりますが、ぜひそういった視点も入れていただきたいと思います。

佐直信彦会長

県の組織の中にリハビリテーション推進班という組織もこの協議会を通じて作っていただきましたし、庁内の連絡調整会議ということで保健福祉部だけでなくその他の部局も含め

て調整会議をやっているというのは非常に重要です。連携指針の中にもこのような他の部局との連携，あるいはまちづくりとかまでが含まればかなり広くなってくると思います。あるいは，宮城県の組織の中にこういうものもあるんだということをぜひ盛り込んでもらえると，宮城県が何をやろうとしているのかがよりわかってくるのではないかと思います。

そのほか，いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは，これまでの5年間の取組計画をもう一度今日渡された資料で見させていただいて，その取組や計画の中で不足な部分とか，こういう視点はどうかということがありますたら委員の皆様からぜひ意見を出していただいて，反映していきたいと思っております。何かありましたら随時事務局の方にお寄せいただくようお願いします。

(4) その他

伊藤清市委員

この協議とは直接関係ないですけれども，皆様のお手元に名刺大の大きさの資料を置かせていただきました。来年の8月26日から28日に仙台駅前のアエルにおきまして，リハビリテーション工学カンファレンスを開催します。大会会長は東北工業大学ライフデザイン学部の梨原教授，実行委員長は前委員の巴雅人氏が務められます。今年の開催地が埼玉の国立身体障害者リハビリテーションセンターで，先日，仙台のPRをしてまいりましたので，ぜひ，御協力・御支援のほどよろしくお願ひしたいと思ひます。

4 閉 会

事務局

本日いただきました御意見等を踏まえながら，連携指針の見直しや次期具体的取組計画の策定作業を進めてまいりたいと思っております。

また，専門部会につきましては，早急に委員の就任手続を踏ませていただきます。10月初旬には第1回目の会議を開催したいと考えておりますので，よろしくお願ひいたします。

本日は長時間にわたりご協議いただきまして，また貴重な御意見をいただきまして大変ありがとうございました。

以上をもちまして，「平成21年度第1回宮城県リハビリテーション協議会」を終了いたします。