

宮城県リハビリテーション協議会
平成19年度第1回医療部会 会議録

平成19年10月19日(木)
午後6時から午後8時20分
県庁9階第一会議室

1 出席等

・ 委員

佐直委員, 嘉数委員, 今田委員, 岩間委員, 遠藤委員, 小野委員, 上月委員,
佐藤委員, 森戸委員, 力丸委員
(欠席委員: 小泉委員, 成田委員, 渡邊委員)

・ 県側出席者

中山局長, 高橋次長, 佐々木健康推進課長,
(事務局, 健康推進課) 西條副参事兼課長補佐, 横山技術総括
石田主幹(リハビリテーション推進班長), 村上主任主査, 下田主査

2 あいさつ 中山医療健康局長

本日は大変お忙しい中御出席いただきましてありがとうございます。

また, 昨年度は, 2回にわたりにまして, 本県のリハビリテーション医療体制の課題等につきまして御検討いただき厚く御礼申し上げます。先生方御案内のとおり本県におきましては他県と比べましてもリハビリテーション医療を担う施設・スタッフが不足しかつ仙台市等に偏在している状況でございます。こうした課題の解消のためには, 本県におきます効率的・効果的なリハビリテーション医療体制の姿を関係者が共有し, その実現に向けて一体となって取り組んでいくことが求められてます。本日は, 昨年度における協議内容や本年度に実施した調査結果等を踏まえながら今後の取組の方向性につきまして御検討いただくことにしております。本日のお話につきましては, 現在策定中の地域医療計画や来年の診療報酬改定とも深く関わってきますのでなかなか見えづらい部分があるかと思いますが, 皆様方の忌憚のない御意見をいただきますようお願い申し上げます。私のあいさつとさせていただきます。どうぞよろしく申し上げます。

3 議題

西條副参事:

会議次第3の議題に入ります。これより議事の進行は佐直部会長に議長をお願いいたします。佐直部会長よろしく申し上げます。

佐直部会長:

部会長の佐直でございます。議事次第に従って会を進めたいと思います。よろしく御協力をお願いします。昨年度に病院調査と回復期リハビリ病棟の調査を行い, 今年度は, 患者の流れと診療所の調査を行い, リハビリテーションの宮城県の実態が明らかになりましたので, それに基づいて皆さんの御意見を伺って会を進めたいと思います。よろし

くお願いします。それでは議題1の1「医療部会の進め方について」事務局より説明願います。

(資料1「リハビリテーション協議会医療部会の進め方」により事務局から説明)

佐直部会長：

ただいま今後の医療部会の進め方について御説明ございましたが、御質問ございますか。

(特に質問なし)

それでは、次は議題2の平成19年度に実施した調査結果について、1番目はリハビリテーション医療に関する患者調査で資料2になります。事務局より御説明をお願いします。

(資料2「リハビリテーション医療に係る患者調査について」により事務局から説明)

佐直部会長：

ただいまの患者調査で主に患者の流れについて御説明ありましたが、御質問ございますか。病病連携、病診連携と、診療所から病院という流れがあり、どこでリハビリテーションを行って、更にどういうところで在宅ケアが行われているかとなると、その病院がそのまま在宅に行った後もフォローアップしている場合もあるし、病院から診療所、あるいはその他のところへの流れもあると思います。そこは今回の調査の対象にはなっていない。こういう流れを見ると仙台市は、いくつかのくくりがあります。その他の医療圏ではどういう結びつきで連携を取るか、最終的にリハをやるところが診療所とどう連携するかあるいは病院を中心として老健施設、通所リハや訪問リハあるいは通所介護や訪問介護とどう連携を取るか、それぞれの病院がその下流の流れとの連携を作っていかなければならないと思います。その圏域に住んでいる方は大体分かりますが、他の圏域から眺めるとこういう流れなのかという非常に興味のあるデータと私は思います。その他よろしいですか。

(特に質問なし)

次は「医療体制に関する調査診療所について」事務局より説明願います。

(資料3「リハビリテーション医療体制(診療所)に関する調査結果」により事務局から説明)

佐直部会長：

ただいま診療所の調査を報告しました。御質問ございますか。診療所で取得している基準のほとんどが、運動器リハビリテーションⅠ・Ⅱであり、脳血管疾患等リハビリテ

ーションは県の支援センター1ヶ所だけであり、診療所では運動器以外の施設基準を持っているところはほとんどないことになります。

嘉数委員：

7ページのところにリハビリテーション患者の紹介先がありますが、これはどういう疾患の患者さんを紹介したかはわかりますか。

(事務局)：

調査票には、人数だけを記載していただきました。

嘉数委員：

それが分かるとおもしろいと思いました。これは前回の医療部会の時に私から診療所のアンケートをお願いしました。本当に大変詳しく貴重なデータが出たと思います。特に後の方の御意見にいろいろ書いていただきました。自由意見のところで重複もあるが本音が書かれています。この辺に大きな問題点が浮き出てくると思い拝見しました。少なからずOT・PTを必要とする診療所では充足されていないことやその他の施設でもOT・PTの確保が難しいのが現状であるとデータから思います。施設基準の問題もあり、施設基準はリハビリのIとIIがありますが、Iを取ってもOT・PTが2人必要であり、150日の縛りや、週に108単位という縛りがありますから、患者さんの数を対応しないとどうしても赤字になってしまう問題も推測されます。希望はするがなかなか採算が合わないのでOT・PTに来ていただくことができないのでどうしても代替の医療者を雇ってしまう状況であり、リハビリテーションのレベルや質を上げるためにはOT・PTは必要ですが、それができない。OT・PTも勤めるときには、施設が大きいところやたくさんOT・PTが居て充実しているところにどうしても集まり易い。しかし小規模であっても、手の外科だけをやっている、膝だけをやっているところ等いろいろあるが、そういう診療所でも本当は必要であるがなかなか集まらない。診療所としては厳しい状況にあり、ある意味では残念です。なおかつ、OT・PTが少ない現状では、なおさら厳しいと感じています。そういう意味で診療所のアンケートを取っていただけなので、大体は想像していましたが、きちっとしたデータが出たことは本当にありがたく感謝したいと思います。どうもありがとうございます。

佐直部会長：

これは嘉数先生から是非にということの実施しました。私は自由記載のところに医師が研修・教育・勉強会をして欲しいという意見が結構あると思います。連携については、自分達はうまくやっているというところもありますし、個人の診療所ではうまくやっているところも行われており、また全くうまくできてないところもあり、診療所によっても異なると思いました。その他何か御意見ございますか。

上月委員：

嘉数先生も佐直先生も言われましたが、表18、9ページを見るとリハビリテーションを行うことのできる医師がいないことが第一理由になっており、リハのニーズはあるがそれを指導する医師不足があり、自由意見を見ると佐直先生が言われましたが医師に対してリハビリ研修の要望が非常にあります。リハ医を作る側の立場から言うとリハ医をどんどん養成しなくてはいけないのですが、なかなか追いつかない。むしろリハに興味のある先生方をどんどん増やしてリハの技術を学ばせるシステムが、リハ医を新たに増やすよりももっと早い段階でリハ処方を出せる気がします。

もう1点ですが、新たな雇用に関してです。11ページの表22のOT・PT・STの増員を計画しているかのところでは、意外と「ある」が少ないです。おそらくこれは、もう充足しているからいらぬのではなくて、現在のドクターではOT・PT・STへの指導もできないし、経営面での不安も少しあるので積極的にはまだ参入しない気持ちが出てくる気がします。ドクターが安心してリハ処方を出せるようになるとOT・PT・STの雇用に関しても積極的にやってみようか、雇用してみようかと変化する気がします。今の段階で増員の予定がないとなると、宮城県のOT・PT・STの人数が大分少ない状況下でとどまってはかなり問題もあります。そういう意味でも医師に対する教育や講習会が、現実的にはOT・PT・STの増員を目指す上でも一つの起爆剤になる印象があります。以上です。

佐直部会長：

経営の面で一番大きいのは、脳血管疾患を扱う場合は、脳血管疾患等Ⅰを取らなければまずほとんど経営は成り立たない。Ⅰを取って十分それに見あった患者さんが集まれば1人当たり100万円以上になり、Ⅱの場合は40万円位にしかならない。PT・OTの数を、診療所単位で10人以上を集めたときには、外来だけではなく訪問リハや通所リハを複合的に行い脳血管疾患Ⅰを取る形でないとい、なかなか外来だけでは難しいと思います。そういう試みをこれからどういうふうに診療所の先生達がやっていただけるかも少し啓蒙が欲しいと思います。その他ございますか。次は資料4に基づいて議題の3「リハビリテーション医療体制に係る現状及び課題と今後の取組の方向性」について事務局より御説明願います。

(資料4「リハビリテーション医療体制に係る現状・課題と今後の取組の方向性」により事務局から説明)

佐直部会長：

提言については、2月にまた医療部会がありますからその間で今まで調査したデータをどのように解釈するか、それに基づいてどういうことが分かるか、あるいは分からないことを別の視点から分析する、また別な資料が欲しいことがあります。時間も残りわずかですが、昨年度病院調査を行い分析をしたので資料5を見ていただきたいと思います。表2は、診療圏、医療圏別のそれぞれの施設基準の取得状況が出てます。回復期リハ病棟は、昨年度から今年度にかけて3病棟が増えていますが、いずれも仙台及び仙台圏です。来年度にかけて予定されてる黒川病院や富谷がありますが、いずれも仙台圏、仙台の近くであり回復期リハ病棟は、ここ1年、2年の間ではむしろ仙台に集中しており地域格差が大きくなっていると思います。次のページは、PT・OTです。次は対象となる患者は脳血管疾患と運動器リハの疾患が非常に多いですからその2つについて医療区分を分析して自宅退院率を見ました。脳血管疾患の場合は、非常にバラツキがあります。高いところでは、塩釜圏域は70%あたりになっており、仙台圏域で63%、低いところで大崎圏域の43%、登米圏域は39%ですから、自宅復帰率を見るとかなり問題があります。運動器疾患の場合は石巻圏域で48.5%で運動器疾患だけは、石巻圏域から仙台圏域にかなり来るとい特別な事情があるかもしれません。しかしほとんどが80%を超えて90%に近いところもあるので、運動器疾患の場合はかなり

病院で完結しています。それから受け皿の診療所の分布もほぼ全部の医療圏にあるので、運動器疾患は、特殊な例を除けばその地区で完結しています。しかし脳血管疾患は、かなり問題がありそうです。先程の資料4の3ページの圏域の問題で回復期リハ病棟をある程度満たしている圏域では、自宅復帰率は80%か90%近いです。例えば塩釜や石巻はその圏域で入院ができており、そういう圏域は自宅復帰率も高いことが考えられます。

最後の表は圏域を除いて脳血管疾患の自宅復帰率を回復期リハ病棟とそれ以外の病院で見ると、回復期リハ病棟の場合では7割近くで、それ以外の病院では6割弱であり他の病院への紹介した割合が4分の1以上になっています。他の病院へ紹介した割合を脳血管疾患Iを取得している病院とそれ以外の病院で見ると脳血管疾患Iと回復期リハ病棟では差が出ています。ですからできればその圏域の中に回復期リハ病棟あるいは脳血管疾患Iがあれば望ましいですが、仙台と仙台圏域以外の間で格差が出ているので、ある程度は仙台圏に依存しても病院から在宅に行った時の維持期のリハをどうするかが問題になります。できればそこに回復期リハ病棟、脳血管疾患Iが欲しいので、そういうことが緊急の課題と推察されます。運動器疾患に関しては、回復期リハ病棟でも少し下がりますが運動器Iでも、いずれも80%以上です。先程言ったように診療所にもあるのでその圏域で完結できていると思います。7ページで運動器疾患についての病診連携が少なかったと説明がありましたが、必ずしもクリニカルパスがなくても病院と診療所で完結していることが考えられます。来年度から脳血管疾患のクリニカルパスが導入になると、連携については脳血管疾患の場合は問題が出ることが予測されます。以上が昨年度の病院調査を少し別な視点から分析した結果です。以上でこれまでのデータや医療部会の意見等を加えた資料を出していただきました。時間は少ないですがどういうデータが必要か、どういうところが問題なのかを構成別に皆さんの御意見を伺いたいと思います。

資料4の「医療機関の配置」ではいかがですか。資料2で医療圏がリハあるいは疾患別に関してはかなり再編があり、現状からみると単なる2次医療圏毎ではないある群がまとまって完結していることがうかがわれます。この辺についていかがですか。脳血管疾患では特に登米圏域がいろいろなところに分かれており、登米圏域、栗原圏域をバックアップする、支援しなければならない地域にも思います。いかがですか。ご質問あるいはこういうデータはどうですかということはございますか。次の「医療機関間の機能分担と連携」はいかがですか。地域連携パスが今年度は大腿骨頸部骨折だけですが、そういう形で実施している病院が少なかったことで整形を担当している力丸先生はどうですか。病院で完結していると見ていいですか。

力丸委員：

公立黒川病院の力丸です。大腿骨頸部骨折のパスに関しては私の所は仙台社会保険病院と大崎市民病院と連携して行っています。これは今のところうまく動いています。ただ全体的に件数について言われると困りますが。お互いに連携という点では、大崎市民病院や仙台社会保険病院で手術した患者さんに、リハビリをして社会に戻すことはうまくいっています。黒川郡ですと地域の介護施設との連携も図るようにしていますので、割合にうまく動き始めていると私は思います。

佐直部会長：

病院と病院で連携してあとは大腿骨頸部骨折の場合だと手術でかなりレベルは自立さ

れる方が多いので、その後の介護保険との連携はどうなりますか。あまり必要になっていないですか。

カ丸委員：

いや、必要になることが多いと思います。

佐直部会長：

多いですか。

カ丸委員：

やはり高齢な人がいるので訓練をしても必ずしも前のレベルまでの回復は難しいことがあります。そういう場合に私達は訪問リハを使っています。訪問リハで歩けるようになった患者さんもあります。あとは認知症がひどくてとてもリハビリテーションのスケジュールに合わない患者さんの中にも中にはおりますので。これはケースバイケースです。

佐直部会長：

そうすると病病連携と介護保険との連携という意味では、一つの病院で介護保険との連携を持っていくことですね。

カ丸委員：

そうです。回復期リハビリテーションのスケジュールが始まる前に、まず家族の人ともよく話をして介護保険を利用することをよく理解してもらい、医療という場を離れたならば今度は介護保険のレベルになることを、リハビリテーションのある程度の目的を達した後の行く先を自宅にするか介護施設にするかも含めて相談しています。それにはケースワーカーが関与して行っています。

佐直部会長：

そういう意味では運動器疾患の場合だとかなり自宅復帰率がいいこともあり、今度は、来年度から脳血管疾患が地域連携パスの中に入ってきます。これは各病院が診療報酬があるという面で行政側の誘導もあります。その面がいろいろな面で重要になってくると思います。その他何か御質問ございますか。先程の大崎の「つなげライン」はどういう状況ですか。それは他の地域のモデルになるかということを含めて。

今田委員：

対象としては退院後に介護保険が必要になる位のレベルの患者さんや、既に介護保険の対応を受けている患者さんに対して、入院している間に主治医からその患者さんの家族に対して「つなげライン」というシステムがあることを説明し、ケアマネージャーさんやその地域の方と連絡を事前にとって早めに退院後の連携を進めることを、大崎圏域に限って県の大崎保健福祉事務所の方を中心に大変熱心に行っています。圏域をまたがってしまうとちょっと機能しないですが、将来は他の圏域にも同じようなことを作り一つにまとめることを県の方からは聞いてました。

佐直部会長：

参加している病院、診療所、介護事業所というのはどの程度でしたか。

今田委員：

大崎圏域でリハビリテーションを行っている主な病院が参加していますが、利用はあくまでも自主的であり患者さん全員が対象ではなくて、家族の方が希望して主治医がそういうことに意識がある場合であり数的には多くはないです。しかし最近病棟の婦長さんや師長さんが熱心だと患者さんが入院してきて、この患者さんはちょっと危なそう

だという場合にすぐに主治医に話をして進めていく形で、少しずつですが数は多くなってきています。

佐直部会長：

診療所の参加はどうか。

今田委員：

診療所ではなく病院ですね。

佐直部会長：

病院からの参加ですか。

今田委員：

はい。

佐直部会長：

その他の地域での連携の試みはございますか。渡邊先生からこの前の専門研修会でお話がありましたが、仙台東部脳卒中カンファレンスという東北厚生年金病院を中心に上流と下流の連携を、一つの研究会を持ちながら行われています。先程の患者の流れを見ると仙台では上流の病院と下流の病院、リハを主に行っている病院がいくつかの形で結ばれています。それぞれの病院が下流と連携を作り社会資源も多いので努力をしてうまくつなぎ、上の方はリハと、リハは上と下を、という形の連携を持つことであると私は思います。その他の地域ではそれぞれ中核となる病院が、いかに上流と下流で連携を作っていくか、脳卒中の専用クリニカルパスが出れば、その辺が積極的に流れていくと考えてます。いかがですか。私は各圏域で統一的なものではなくて、それぞれの地域での特徴・特性を生かした連携パスが必要と思います。そういうことを含めて何か御意見ございますか。

嘉数委員：

佐直先生が言われたその地域の特性を生かした連携システムがポイントだと私は前から思っていますし、その地域のケアが地域の特性やいろいろな事情があるのでそれを無視した連携はあり得ないと思います。もう一つそこに疾患別の連携、ポイントを絞った連携が本当は組み易いと思います。例えば整形外科の頸部骨折そして地域の問題、あるいは脳血管障害そしてその地域、医師そしてその他のコメディカルスタッフ、そういう各層間的に絞った連携がお互いの結びつきが強いシステムが作り上げられていくと思います。佐直先生が書かれていることはポイントだと思います。

もう一つ加えますと「医療機関間の連携」の「主な動向」の一番下に県の救急医療情報システムにリハビリテーション科の空床情報の提供や転院支援等を行うことを検討している事で、これに関わり県の中山局長さんから何とかここにリハの情報を入れられないかという御要望がありました。早速我々スタッフで検討しているところです。救急医療情報システムはクローズドの救急医療の情報システムで、救急を担当している県のほとんどの医療機関が入っており、環境整備が整えば新年度からでもできると思います。そうすればこのシステムに入っていない、救急医療以外の病院でリハビリをやっているところも利用できるようになるかもしれません。そんなところでございます。

佐直部会長：

そういうところに登録するというのはどうも・・・。やってはいるが抜けているのが結構見られます。県のホームページの「MIYAGIリハ・なび」を見てもリハを行っている病院

がなんでエントリーしてくれないのだろうということもあります。何か個人情報みたい
に感じてるのでしょうか、どうかわかりませんが。その辺も是非全医療機関に再度登
録をお願いしていただけるといいと思います。その他

力丸委員：

どういうふうに発案してるかが分からないままに決まるので、どこの誰に連絡すれば
いいのかと思います。

佐直部会長：

リハの場合は県から行ったのですか

嘉数委員：

救急医療は、医療整備課から委託されてるので、リハに関しては医療整備課あるいは
こちらの情報センターが、こういうふうにしなさいということで広報活動をしなが
らデータや医療機関を集めていく形になると思います。今後どういう形でやるかは、
県の方と相談しながら明らかにしていきたいと思います。今すぐにはちょっと無理です。

佐直部会長：

その時々で補っていくことを何回か繰り返して周知することです。

力丸委員：

周知していただけるとありがたいと思います。事務方が途中で変わったりすると分
からない状態です。

佐直部会長：

周知を何回か繰り返していくことです。次の「医師とPT・OT・ST」については
いかがですか。医師については先程上月先生からもリハ専門医あるいは認定医を育
てるよりは、リハに興味のある医師を増やすことが緊急の課題であるとお話があり、
診療所の調査でも研修会を開いて欲しいという意見もありました。回復期リハ病棟
あるいは病院から地域に行ったときに必ずしもその病院で全てをフォローアップして
いないので、診療所の先生方がリハマインドということで何とか連携がとれないか
と考えて、今年9月に医師会雑誌にリハビリテーション医療という特集が載りました。
そこでは地域の診療所の先生方のプライマリケアとしてのリハマインドが大事だと
述べられています。手前みそになりますが、宮城県でリハビリテーション病診連
携研究会を11月頃に設立して2月、3月頃に第一回の研究会を開きたいと思いま
す。宮城県、仙台市、宮城県医師会、仙台市医師会、これは私の勝手な解釈です
が、医師の教育ですから大学に全面的に参加していただき桜井先生を代表幹事、
世話人にして会を立ち上げたいと考えてます。医師のこれからで問題になるのは、
脳血管疾患と高齢化になったときの認知症や廃用症候群ですが、何もリハビリ
テーション医の専門ではないし全ての医師の役割でもあると考えて研究会を立ち
上げたいと考えてます。ここで紹介させていただきました。よろしく御協力お願
いします。PT、OTはいかがですか。宮城県での確保で数は増えてますが率に
するとなかなか埋まらない状況ですがいかがですか。PTはどういう対応を考
えてますか。

小野委員：

なかなか難しい問題かと思えます。今年8月現在で宮城県の理学療法士会登録
人数は一応707名までは増えていますが、実際にここで見ると病院に従事してい
る理学療法士数はどれだけ伸びているかはまだ分析してないので、病院ではど
うかが懸念される

ところでは、資料の3で出させていただきましたが、あとはいかに診療所に専門OTやPTが入れる仕組みというか、今後伸びる要素の一つであるので理学療法士会としても直接的にバックアップをどうするかは、これからこの資料も参考にして検討したいと今日感じました。

佐直部会長：

Uターンというか県外から宮城県内に戻りたいという情報面は、どの程度県士会としては掘めてるのですか。

小野委員：

今年の夏に行われた宮城県の「みやぎOT・PT・ST合同就職説明会」に理事と広報部員が参加してブースを出したのですが、情報を直接取りに来るケースはあまりなくて、理学療法士会として直接情報が集まっている状況ではないのが現状です。

佐直部会長：

PT・OTをこれだけ学校があり養成してますが、これは逆だろうと思います。PT・OTがないからではなくて、私はリハ科を標榜する病院が全国45位ですから要するに雇用がないと考えた方がいいと思います。OTの場合東北6県の特徴で老健施設に数は居り、特に青森県は全国的にいいところです。宮城県も老健施設になると20何位ぐらいに上がるので、リハ科を標榜している病院が全国45位というのはそのままPT・OTの病院従事者のランクにつながっていると思います。宮城県に戻りたいPT・OTやこれからいろんな所に作った時に中堅のPT・OTが欲しいところも結構あります。その時に作業療法士会にお願いすればわかるのかということです。

佐藤委員：

まずデータを見て、佐直会長が言われたように数字に非常にアンバランスさを感じます。リハ専門医がこのデータがそのとおりであれば全国平均の2倍いるということです。養成校は、人口比でいうとたしか学生数では10番目位に多いです。それが宮城県に定着しない実態と作業療法士数は全国で22番目位です。ところが医療機関ではこの状況で先程佐直先生が言われたように老健も含めたリハ体制で見れば、ある程度はいいこともないです。そこの間の連携がきちんとなされていないことが実態だろうと思います。最後に佐直先生の言われたUターン・Iターンに関しての情報はほとんど作業療法士会では把握してません。これに関しては養成校を中心としてそれぞれの母校に問い合わせる形が大きいことと、養成校間の教員のネットワークで例えば関西系の人が宮城に来た場合にはその教員から教員のつながりで連絡があります。作業療法士会としてのネットワークは現在作っていませんので資料の後半にある人材バンクが明確に表にできればやり易いと思います。

佐直部会長：

県としても折角マッチングを行っているので人材バンクをどうするかです。新卒は数が多く出てもやはりリハ中堅がないとどうしようもありません。その辺のところが大変だと思います。「在宅サービス医療と福祉の連携」が最後にありますがいかがですか。次回の医療部会が2月に予定されていますが、今までのデータでこういう分析をしていただきたい、こういう資料はどうですかということがありましたら随時県の担当に要望して下さい。私も時々要望しては資料を得ているので大いにお互いを利用して医療部会としてまとめる方向に利用しあうこともお願いします。はいどうぞ

上月委員：

医療の偏在化がありました。最終的には急性期あるいは回復期を少し集約化したとしても、最後は在宅に戻す、戻れる人は戻すのが大前提だと思います。そういう場合に将来も介護保険の方に関わるPT・OTの実態、数やその増え方などのデータがあると非常にわかりやすいです。PTは現在養成校の定員が1万人を超え、OTも6千人です。5年ぐらいするとPT・OTは今の倍の数になり特にフレッシュなPT・OTが増えます。しかしその受け皿に関しては、佐直先生が言われたように中堅の人がいないところに行ってしまうとなかなか技量のアップにもつながりません。今後医療施設で充足し新たに雇わなくなると介護の方に流れる人達が多くなり、ある意味ではいいことであるとは思いますが、ただその人達の質を確保しなくてはならないので、療法士会でもいろいろ考えてるところだとは思いますが。病院に勤めてるPT・OTの数は分かりましたが、訪問リハやあるいは介護保険全体でどの位のPT・OTが延べ人数でもいいですが、どの位の方が関わっているかのデータがあれば教えてください。これは療法士会の方では掴めないですか。

佐藤委員・小野委員：

掴めます。データがあります。

上月委員：

この3年間位でかなり増えてますか。

佐藤委員：

宮城県のOTですと、急激に増えていないのですが、作業療法の場合は精神科も含めていろいろな領域があるので全体数としては10年前に40何位だったのが、今はたぶん22位ぐらいになってます。数で言えば充足はしてきていると思います。

上月委員：

PTはデータございますか

小野委員：

PTのデータはあります。介護施設にどれくらい居るかのデータは出せます。

佐直部会長：

訪問看護ステーションも含めて、PT・OTの所属ですね。一時出た訪問看護ステーションにPT・OTが居た場合に茨城県のような県指定の訪問リハビリテーション事業所という、PT・OTがいる訪問看護ステーションはどうなりましたか。そういうことをやろうかと一時でた気がします。

佐々木健康推進課長：

確か福島県や茨城県だと思いますが、訪問看護ステーションでPTやOTについて一般の訪問看護ステーションと違ったリハの拠点として、リハ資源として押していきますという形でたしか福島のような気がします。

佐直部会長：

茨城県が県指定の訪問リハビリテーション・ステーションといいます。

佐々木健康推進課長：

そうですね。拠点に指定をして、訪看のパワーを少し上げてリハの面から強化する形である気がします。私ども前に御意見をいただいた気がします。今行っているのは、先程力丸先生からお話がありましたが、私どもの「MIYAGI リハ・なび」です。その中

でリハの資源としていろいろな介護保険施設や特養や病院も含めてもう少し幅広く捉えて県としてはこんなリハ資源がありますという形で情報を提供しています。「MIYAGI リハ・なび」は9月から運用を開始しており、リハの資源をアピールしていきたいと思います。マスコミにも取り上げていただいてかなりアップ者がありましたが、実際の病院や施設にももう少し届く形で周知して、資源を集約して県民の方がいつでも見れる形の体制を整備していきたいと思います。

佐直部会長：

よろしくをお願いします。

嘉数委員：

OT・PTの人数を調べる際に、従事率や例えば家庭に入っていて資格を持っているが働いていないとか、実際に働いてる率は何の位なのか、女性・男性の差とか、その位のデータがわかるかどうか。私は掴まえてないのでもしわかるならその時またお願いします。

佐直部会長：

看護師さんほどは多くはないです。PT・OTの場合は、自宅に居て働いていないという有資格者は少ないです。

佐藤委員：

作業療法士は、データでは休業率は10%を超えています。ただ実際はパートのような形で働いていたり、正職に就いていないと休職扱いで処理されますので実働としては10%は切ってると思います。ですから90%以上は働いてると思います。

佐直部会長：

よろしいですか。まだまだいろいろな質問やこれから検討しなくてはならないことがたくさんあります。今回はデータに基づいて具体的にどうしようかという初めての部会なので、2月の医療部会に向けてこのデータに基づいて各委員で検討していただいて、その間でも県を通じてお互いが意見を交換するという形でやっていきたいと思います。また2月に出てくることとなりますので、県がつなぎ役になり新たな情報があったら各委員に流していただく形をお願いします。以上で今回の部会の討議はよろしいですか。ここまでで私の役目は終わりますが後は事務局をお願いします。

西條副参事：

佐直部会長議事の運営ありがとうございました。部会長からもお話がありましたが次回の医療部会は、来年の2月を予定していますので委員の皆様方よろしくお願いします。開催日程は後日調整させていただきたいと思いますのでよろしくお願いします。本日御審議いただきました御意見を踏まえまして、関係者とも協議しながら今後の方向性について更に検討を深めて参りたいと考えています。よろしくお願いします。本日は遅くまで熱心にご審議いただきましてありがとうございました。以上を持ちまして本日の宮城県リハビリテーション協議会医療部会を終了します。