

第1回

東京都リハビリテーション協議会

会議録

平成29年8月24日

東京都福祉保健局

(午後 6時01分 開会)

○久村課長 恐れ入ります。定刻でございますので、ただいまより平成29年度第1回東京都リハビリテーション協議会を開会させていただきます。

委員の皆様方には、ご多忙中にもかかわらず、またお暑い中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

私、当協議会の事務局を担当しております福祉保健局地域医療担当課長の久村でございます。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

では、着座にてご説明させていただきます。

まず初めに、資料の確認でございます。会議次第の下段に記載がございます、ごらんいただければと存じますが、資料が資料の1から9まで、それから、参考資料として1、2。それから、本日、保健医療計画の骨子案をご議論いただくんですが、リハビリというところにつきますと在宅への円滑な移行というところが、また一つポイントになるかと思っておりますので、在宅療養の部分の保健医療計画の現行の骨子案、こちらのほうも参考までに机上配付させていただいておりますので、ご参考にしていただければと存じます。

資料は以上でございます。不足、落丁等ございましたら、議事の途中でも結構でございますので、事務局までお申し出いただければと存じます。

続きまして、今回は第9期となりまして最初の協議会ということになります。皆様には委員就任をご快諾いただきまして、ありがとうございます。御礼を申し上げます。なお、本協議会の座長は林委員、副座長は安保委員に、引き続きお願いさせていただいております。

ここで、お手元資料1に基づきまして、新たに委員にご就任いただいた方をご紹介します。

東京都医師会理事、新井委員でございます。

○新井委員 東京都医師会の新井でございます。前任の伊藤理事に引き続いて担当することになりました。よろしくお願いいたします。

○久村課長 続きまして、東京都歯科医師会理事、小田委員でございます。

○小田委員 東京都歯科医師会の小田でございます。前任の宇佐美理事に引き続きまして新任でやらせていただきます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 東京都言語聴覚士会会長、西脇委員でございますが、本日はご欠席とのご連絡をいただいております。代理で副会長の東川様にご出席をいただいております。

○東川委員 (代理) 東京都言語聴覚士会会長の西脇が、たまたまきょうは、恐れ入りますが、欠席させていただきます。東川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○久村課長 続きまして、東京都介護支援専門員研究協議会副理事長、牧野委員ござい

ますが、本日はご欠席とのことでございまして、代理で理事長の小島様にご出席をいただいております。

○小島委員（代理） 東京都の介護支援専門員研究協議会の小島でございます。この会議につきましては牧野和子副理事長が担当させていただきますが、きょう、私小島が代理で出席させていただきます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 日の出町いきいき健康課長、森田委員でございます。

○森田委員 日の出町のいきいき健康課長の森田と申します。よろしくお願いいたします。

○久村課長 南多摩保健所長、小竹委員でございます。

○小竹委員 南多摩保健所長の小竹と申します。よろしくお願いいたします。

○久村課長 続きまして、本日の出欠状況でございますが、東京都医師会理事、安藤委員からはご欠席のご連絡をいただいております。また、東京都老人クラブ連合会副会長、斉賀委員は、本日、ご欠席のご連絡をいただいております。代理で、すみません、今お見えになったばかりですが、常務理事事務局長の吉井様にご出席をいただいております。

○吉井委員（代理） 遅くなって申しわけございません。吉井でございます。代理ですので何も申し上げません。すみません。

○久村課長 それから、堀田委員、田中委員からは、おくれるというご連絡をいただいております。

それでは、以後の進行を林座長にお願いいたします。

○林座長 それでは、進行役を務めさせていただきます。お手元の会議次第に沿って進めてまいります。

まず議事1、東京都保健医療計画の改定について、事務局より説明をお願いします。

○松尾課長代理 では、事務局より、資料4-1、4-2、4-3を連続して説明いたします。

4-1をごらんください。

現行の東京都保健医療計画については、平成25年3月に第5次改定を策定しまして、5年が経過する平成30年3月までに第6次改定を策定することになっておりまして、現在、改訂作業を進めております。

計画の性質は、医療法第30条の4に定める地域の実情に応じて都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画である「医療計画」を含み、東京都の保健医療に関し、施策の方向を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」としての性格を持ちます。

計画期間はこれまで5年間でしたが、介護保険事業支援計画との整合を図るため、今後は6年となり、計画期間は平成30年度から35年度までとなっております。

改定の趣旨でございますが、一つ目は、保健医療計画と、平成28年7月に策定した地域医療構想とを一体化させて、地域医療構想に掲げたグランドデザインの達成に向けた疾病・事業ごとの取組を具現化するものであります。

二つ目は、地域医療構想の必要病床数の推計を踏まえた基準病床数の設定。

三つ目は、都と区市町村の介護保険事業（支援）計画等との整合性を確保する。

四つ目は、高度急性期から在宅医療までの一体的な医療提供体制の構築を図る。

五つ目は、5疾病・5事業、在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化であります。

続きまして、スケジュールでございます。

これまでの進捗は、2段目の保健医療計画推進協議会のもとに3段目の改定部会を設置しまして、4月に策定した部会と5月に開催した協議会で項目案の了承をいただいております。

それでは、項目案について3枚目をごらんください。左が現行計画、右が改定計画であります。

変更点の一つとして、現行では脳卒中を含む5疾病・5事業は医療連携体制の取組の中で医療の取組を記載しまして、予防については保健・医療・福祉の提供体制の充実の中で記載しておりました。しかし、今回の改定では、予防から医療を一体で記載することとしまして、切れ目のない保健医療体制の推進として記載しております。

また、1枚目のスケジュールに戻っていただきまして、4段目の各疾病事業の協議会等の部分をごらんください。

課題、骨子案等を検討するに当たっては、本協議会を初めとする各疾病事業ごとの協議会等での議論を経た後に、3段目の改定部会でも議論することになっておりまして、リハビリテーション医療は本協議会のうち来週8月31日開催の改定部会で議論することになっております。よって、本協議会では、来週の改定部会の前段階としてリハビリテーション医療の骨子案についてご意見をいただきたいと考えております。その後は、骨子案がまとまり、素案の最終報告、パブコメ、医療審議会の諮問・答申を経まして、3月の公表というスケジュールになっております。

資料4-1、4-3は以上です。

次に、資料4-2、保健医療計画と東京都地域医療構想をごらんください。保健医療計画と地域医療構想との関係性についてです。

医療計画の記載事項は医療法で定められたものが幾つかありまして、そのうち代表的なものが右側の5疾病・5事業、在宅の取組等となっております。各疾病事業における目標や医療連携などについて記載することになっております。このほか、その他の記載事項として、保健医療圏や基準病床数等の記載をすることが医療法で定められております。そして、左側の地域医療構想についても、医療法で定められた新たな記載事業の一つとなっております。

地域医療構想は、2025年を見据えた計画でありまして、6年間の計画である保健医療計画の中に含まれる形となります。左の地域医療構想には法定事項が二つあり、一つ目が病床数や在宅医療等の必要量、二つ目が地域医療構想の達成に向けた病床の機能

分化及び連携の推進に関する事項であります。二つ目の事項は、2025年という少し長いスパンで将来の医療の姿を見たときに細かい需要計画まで道筋を立てることが困難というところもありまして、大きな取組の方向性を記載して、具体的な事業計画は、本来、地域医療構想は医療計画の一部でありますために、地域医療構想で掲げた大きな方向性に向かって事業計画として疾病事業ごとに記載している取組があるというものであります。

資料4-2は以上でございます。

○林座長 説明は終わりました。皆さん、おわかりになりましたか。リハビリテーションに関して、ぜひ前回の医療計画に付け加えてほしい、こういう内容が入っているのか、など要望や確認することがあれば発言をお願いいたします。

○松尾課長代理 実際の計画の骨子案については、次の資料5で説明いたします。

○林座長 そうですか。今回は全体の流れを説明して戴いたようです。今までの医療計画ではリハビリテーション医療や在宅医療は国の薦める5事業の外出しの扱いでしたが、資料4-3を見ますと5事業と並列して書かれています。前回の医療計画ではリハビリテーションを1項目として大きく取り挙げていただき、今回は更に5事業と平等に書いていただいたのは、さらに進化した取り上げ方であると受け取りました。

何かご意見かご質問がございますか。5事業の流れの1つとしてリハビリテーションを取り上げていこうというのが事務局のお考えのようですので、次の説明を聞いて、質疑応答をしたほうがいいようですね。

それでは、骨子案の内容について説明をお願いします。

○松尾課長代理 それでは、資料5、東京都保健医療計画骨子案（リハビリテーション医療）をごらんください。

こちらのフォーマットで来週31日開催の改定部会でも諮る予定であります。そこらはこちらよりも、もう少し内容を簡略化してお示しする予定となっております。

では、まずリハビリテーション医療の現状について、幾つかのデータにより現状を押しえたいと思います。

まず、（1）疾患別リハビリテーション料届出医療機関数であります。

7月1日現在で、運動器がⅠ・Ⅱ・Ⅲが883施設、脳血管疾患がⅠ・Ⅱ・Ⅲが534施設、呼吸器が319、がん患者が117、心大血管が84となっております。最も多い運動器や2番目に多い脳血管では診療所も多く届出を行っている状況がありまして、こういった多い数字となっております。また一方で、がんや心血管はまだ診療所などの届出も少ないことでありまして、このようにちょっと数の差があるということで、まだまだ増加する要素があると思います。

続いて、（2）回復期リハ病棟の届出であります。

こちらも7月1日現在で、回りハ1が49施設4,274床、回りハ2が47施設2,301床、回りハ3が10施設438床、合計106施設7,013床が現在の数字

となっております。単純な病床数で比較しますと全国で最も多いというのが、東京都がありますが、対人口10万人で50床が目標といわれてきましたので、全国平均では既に60床となっておりますが、都においても徐々に増加しまして、ついに50床を超えたという状況となっております。現在、51.1床ということです。しかし、二次医療圏別で見ますと、まだまだ、ばらつきがあるというところで、例えば区中央部であるとか区東部、南多摩、北多摩西圏域では、まだまだ人口10万人単位で50床未満というような状況となっております。

続いて、(3) 地域包括ケア病棟・病室届出医療機関数です。

こちらは、26年度の診療報酬改定から新たに新設された施設基準でありまして、疾患別のリハの届出と、あと患者一人当たり1日2単位以上の提供が要件となっております。こちら、病棟単位と病床単位の届出が可能となっております。病棟単位であります病棟入院料1は、53施設2,421、2は6施設275床、病室単位の入院医療管理料1は、42施設736床、2は8施設132床となっております。合計109施設3,564床となっております。過去との比較でありますと1年前のものしかございませんが、急速にふえているというような状況であります。

続いて、右側の(4) 訪問リハ・介護予防リハ、それから通所リハでございます。

これは、介護サービスの居宅サービスの実績数値でありまして、東京都高齢者保健福祉計画の中から抜粋したものであります。こちら今後、介護サービス利用者の増加に伴いまして、どんどんサービス料もふえていくというふうな予測がされております。

続いて、5番です。リハビリテーション医療の実施の有無というところで、こちらは東京都の保健医療計画の改定に伴いまして、福祉保健局が都内の医療機関に対しましてアンケート調査を行った結果であります。

例えば病院でありますと、全体の651施設のうち82.5%の537施設から回答がありましたが、そちらにリハビリテーション医療を実施しているかないかという問いに対しまして、リハビリテーション専門病床や専門病床を有していないが実施していると答えた、二つあわせた数字が72.3%となっております。一方で25%が実施していないと回答がありました。経年変化を比較しますと、平成18年が59.3、5年前の23年が63.6、今回が72.3というところになりまして、徐々に増加はしております。

一方で、一般診療所ではありますが、回答率が65.3%というところで、実施状況は10年前が6.1%、前회가ちょっと3.8%と下がってしまったんですが、今回また6.8%となっております。また増加傾向にあるというところでもあります。

では、続きまして、2枚目をごらんください。これまでの取組状況であります。

地域連携に係る取組としましては、当然、本協議会のリハビリテーション協議会が平成13年度から行っておりまして、所管事項はリハビリテーション医療体制整備のあり方や地域リハビリテーションセンターに関することなどを協議してまいりました。そし

て、実際、地域の実働部門としまして地域リハビリテーション支援センターがあるというところ。平成13年度から設置を開始しまして、おおむね二次医療圏ごとに1カ所指定しまして、センターを拠点に地域においてさまざまな形態で実施されているリハ事業を支援しまして、地域におけるリハビリテーションのシステム化に資することが目的です。

平成22年度に本協議会で事業内容の見直しを行いまして、共通して取り組む具体的な事項の設定や、維持期・在宅での介護リハの支援も内容に加えまして、さらに指定期間を2年から3年にしまして現在に至っているというところでありまして。今後はさらに、支援センターの役割についてはニーズが高まっていくものと考えております。

2番です。回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟の整備です。

これまで回復期リハ病棟の整備は、回りハ病棟施設整備費補助(21年から26年)、27年度からは地域包括ケア病棟の設備も加えまして病床機能分化推進事業ということでやってまいりました。そして、現在は、地域医療構想推進事業として、回りハ病棟と地域包括ケア病棟の整備に要する改修・新築・改築の費用、それから設備整備の費用を補助率3/4で補助して進めているところでありまして。

それから、3番目は、リハビリテーション講演会として毎年1回開催しているものでありまして、都内のリハ従事者を対象に毎年一つのテーマを取り上げて開催しております。28年度は3月16日にがん患者のリハをテーマに取り上げまして、本協議会の委員の辻先生に講師を担っていただきまして、大変盛況に終わったというところでございます。

それから、最後、4番目は、東京都リハビリテーション病院の運営としまして、東京都が設置し、東京都医師会様に指定管理者として委託しまして、現在、運営しているところでございます。

右側の課題をごらんください。四つ挙げております。

まず一つは、一貫したリハビリテーションの実施が必要というところで、こちらは最も根幹的なものと思われませんが、急性期から、回復期、維持期のリハビリテーションへ間断なく遂行できるよう医療連携の推進が必要。

二つ目は、各リハビリテーション期に応じたリハビリテーション医療の提供が必要として、急性期リハでは在院日数が短縮する中で早期に回りハ病棟への転院が求められる。

2番目、回りハ病棟は順調に増加しておりまして、10万人当たり平均50床を超えましたが、今後より多くの患者が入院できるよう引き続き整備が必要。また、円滑に維持期リハへ移行できるよう、在宅医療機関や福祉施設等との連携強化が必要。

そして3、こちらが最も重要で難しい部分かと思っておりますが、回りハ病棟から在宅等へ退院した患者が機能低下を招かないよう適切な維持期リハの提供が必要というところ。です。

そして三つ目が、地域リハ支援体制の充実が必要というところで、地域リハビリテー

ションに求められるニーズが拡充する中で、支援センターの機能強化というところが必要というふうになりました。こちら支援センターの機能の強化は、次の議題で掘り下げてご意見をいただきたいと考えております。

そして、四つ目が、都リハ病院の運営というところでございます。

では、3枚目をごらんください。取組内容の記述です。

取組1、一貫したリハを推進するというところで、繰り返しになりますが、急性期の病態安定後、速やかに回復期、維持期の診療に移行できるよう連携体制を充実すること。

それから、取組2、各リハ期に応じたリハビリテーション医療の推進で、急性期では、治療後速やかに回リハ病棟へ転院ができるよう病院間の連携の強化。急性期病院で回リハ病棟の情報を把握できるよう情報提供します。

回復期では、回リハ病棟、地域包括ケア病棟の整備費の補助をこれからもしていきます。それから、維持期を提供する在宅医療期間や福祉施設等との連携を強化すること。

維持期リハでは、各支援センターでケアマネジャーに対する研修、それからかかりつけ医にリハの普及啓発を行って在宅リハビリテーションを充実すること。療法士を対象に、知識・技術の向上や多職種連携に関する研修を実施しまして、人材育成に取り組むこととしています。

それから、取組3、地域リハビリテーション支援体制の実施です。

地域リハビリテーション提供体制の強化と位置づけまして、療法士等の底上げを図る、かかりつけ医へ実践的な知識・技術の情報提供を行う。それから、先ほど申し上げた支援センターの取組については、充実・強化に向けた見直しの検討を行います。

それから、次の以降は現在の取組の継続ということになりますが、訪問・通所リハの利用促進、訪問・通所リハ事業所と介護支援専門員等との意見交換をします。介護支援専門員に対するリハ知識・技術に対する研修を実施します。それから、リハビリテーション関係者の関係強化、支援センターを中心に地域の関係者が参画する連絡会の開催、意見交換と情報共有で連携を推進していく。それから、27、28年度で部会を設置しまして検討してまいりました、本協議会での報告というのは、まだなんです、今後、取組が必要な事項としまして、災害後の支援センターを中心とした災害時リハビリテーション支援の体制づくりというところであります。

そして最後、取組4としまして、東京都リハビリテーション病院の運営では、365日リハの実施、リハビリテーション医療の中核施設としての役割といたしました。

以上、現状、課題、今後の取組について、今後6年間の計画に盛り込む内容について、ぜひご意見をいただきたいと存じます。よろしくお願いたします。

○林座長 ありがとうございました。

事務局から骨子案の説明がありました。何かご質問、ご意見がございますか。

資料5が今度の医療計画に載せる内容で、一番最後のページが今後やろうということになります。最後のページの取組1・2・3・4について、6年間にわたって予算をつ

けて、ぼちぼちやっていくのですか、または確実にやっていくのですか、その辺をよろしく。

○松尾課長代理 そうですね、具体的に事業として進めていく内容。

○林座長 内容。

○松尾課長代理 はい。

○林座長 何かご意見がございますか。

先日、脳卒中医療連携協議会が開催されましたが、そのときにはリハビリテーションが非常に重要であるとの意見が多く出されました。脳卒中後の救急搬送は重要ですが、救急搬送については、ある程度の見通しが立った現在、治療後に患者様がどうなるのかについて、リハビリテーション医療に注目されています。そこで、取組1・2・3・4で対応できるかについてご検討ください。昨今の高齢社会の社会体制では維持期リハビリテーションに課題がありそうです。最近、回復期や急性期リハビリテーションは盛んになっていますし、回復期リハビリテーション病院の数が多くなってきています。しかし、回復期リハビリテーション病院退院後の生活期に都民がどの程度、生き生きと生活機能を維持するかが見えてきません。その点を骨子案で6年間を担保するのに十分か不十分かについて、皆さま方のご意見をぜひよろしく。

○小島委員（代理） 私、介護支援専門員の協議会の小島でございます。

介護支援専門員というのかたいですけど、要するにケアマネジャーに対してもここに研修を実施するという項目が挙げられているんですけども、維持期というときに在宅での生活が見込まれていくわけなんですけど、やはり「多職種」という言葉をどこかに使っていただきたいなと思います。単に介護支援専門員というだけではなく、いろんな職種の方と共同作業をしてこそ在宅の生活が成り立っていきますし、いろんな専門職の目とか、いろんな意見をいただいて、そのチームワークがうまくいくかどうかで在宅生活ができていくかということがございまして、ぜひ多職種連携の何か、いいリハビリテーションチームができるというような見込みを出していただければ、結構、これから5年とかは長いので、入れておいてほしいと思うところです。

○松尾課長代理 ご意見、ありがとうございます。

地域リハビリテーション支援センターの事業の中でも多職種を対象にしましたさまざまな事業が現在も展開しておりますが、今後より一層強化していきたいと考えております。ありがとうございます。

○辻委員 では、いいですか。

○林座長 はい、どうぞ。辻先生。

○辻委員 ありがとうございます。

二つあるんですけども、一つは、今、先生方のお話のとおり、やはり地域での維持期のリハビリがとても大事なかなと思っておりまして、今、医療で維持的なリハビリの1・3単位が、多分、次の診療報酬改定でなくなると、よりその介護保険にかかる負担とい

うか、そちらの移行が促進されると。ただ、率直に申し上げると、なかなか維持期に質の高いリハビリができてないところがあるかなと思ひまして、回復期のリハビリもどんどん入院する、入院日が早くなれば退院も早くなると。そうすると、回復期を退院しても、まだ機能が上がる方々とかいらっしやる中で、なかなか、その機能を向上させるようなリハビリが維持期というか生活期にできてないなというのが目にします。多職種の中でのその質をどんどん上げていくことも大事ですし、やはりそのリハのプランを、計画を立てるような専門的な、リハ科の専門員がいれば一番いいんですけど、なかなか人材的に難しければ、かかりつけ医の先生方とかが、やっぱりキーになるかなと思ひます。なかなかかかりつけ医の先生方でリハビリに興味を持たれている先生方は多くはないなという印象もあるので、そういうところにもやっぱり普及啓発とか、リハの専門職もうまくそういう中でかわりながらやっていくのがこれからとても大事なのかなと思ひます。

あともう一つは、がん対策基本法が、基本計画が、第3期が本年度から開始になると思うんですけども、その基本計画がもうそろそろ各地方においてくると思うんですが、その基本計画の中でも、うち、がんリハビリを専門にしているので、がんリハビリテーションというのは一つの大きな柱になっています。がん対策基本法の中でも第17条にがんリハビリというのが、もう明記されておりますので、ですので、こちらのほかのリハビリテーション医療のほうの計画の中でもがん対策基本計画との連携であるとか、それも大事なのかなというふうに思ひます。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

がん対策とかかりつけ医に対する医療の普及啓発をしっかりとやってほしいということです。先ほどの発言では、介護保険に関してケアマネさんを含めて地域包括ケア体制を底上げする中で医師も含めた取り組みをしてほしいとのご意見でした。しかし、東京都リハビリテーション病院でケアマネさんを対象に研修会しようとした際、普段から研修会が多く、全てに出席できないので研修を増やすのはお断りという意見がありましたので、今後は多職種全体での研修が必要と思ひます。ほかに何かご意見がございますか。

○河原委員 首都大学東京の看護学科、在宅看護を担当しておりますが、先ほど林委員長のおっしゃられたように、在宅というところが大分生かされるような形で上がってきたのでとても期待をしておりますが、特にこの維持期のリハビリテーションに関しては、病院の回復期を終えて維持期に入ったとして、在宅では、やはりそこがずっと生活の場になりますので、回復もしますが、思わぬ転倒をして逆に重度化するということがございます。ですので、常に向上していくというか維持ができていて高くなっていくというばかりではなくて、ちょっとしたことでそれがかなり重度になってしまうということもあり、とてもリハビリテーションの生活の中で生かせるような情報を必要としております。患者さんというか療養者の方もそうですが、ご家族の方も在宅では熱心に取り組まれるとこ

るも多いので、ぜひここにありますリハビリテーションにはかかりつけ医の先生に頑張ってもらって、そのネットワークというか、それができるとクリニックによっては、先ほどもお話に出ましたが、関心の高い先生がおられる一方、本当になかなか難しい場合もございまして、ケアマネジャーの方がかなり神経を使って動いております。ですので、オープンになって、かかりつけ医、それから入院していたところの病院との連携がうまくできるようになると、かなりスムーズに在宅でも動けるのかなというところを表に見えるような形でこの医療の推進が進んでいくということをぜひお願いしたいというのが1点と。

もう一つ、地域包括ケアセンターが今機能しておりますが、そちらにリハビリのことがわかる方がおられるのかどうか、保健師、看護師、福祉職はおりますけれども、リハビリに関してよくわかっている方がいるのといないのでは、かなりの差があるなどいうのがありますので、地域包括ケアセンターのその中の機能なり、あるいはリハビリテーションのことをよくわかっている方がいる人材がいるのか、その辺もあわせて確認できたら大変ありがたいなと思っております。

以上です。

○林座長 河原委員の御意見は重要で、保健医療計画は高齢者福祉計画まで踏み込んで、地域包括ケアセンターまで介入することが必要でしょうね。

一昨年、かかりつけ医の先生方に、都内5か所でリハビリテーションに関わる講演会を開催しましたが、会場は非常に盛況でしたので、同様の講演会を再び開催してもいいと考えます。今度もレクチャーだけでなく、前回に安保先生に頑張っていたいただいたような実技やビデオを見ていただくなど座学以外の講習をするのが良いと考えます。その結果、かかりつけ医の先生方の中で一人でも二人でも多く、リハビリに顔を向けて下さる先生が増えれば有難いですね。

安保先生、この点について何かご意見がございしますか。

○安保副座長 やはり医療と福祉とは大分違いますけれども、どの程度、その福祉のほうに医療の知識を入れていくか、また活用していただくかというところが、一番、最重要課題なのかなというふうな気がするので、その辺を中心にいろんなことができればなどというふうに思っています。

○林座長 ほかに何かご意見が御座いますか。

石川先生、よろしく申し上げます。

○石川委員 この会で毎回申し上げているんですが、地域リハビリテーション支援センターは二次保健医療圏域に1カ所と、協力機関とか連携機関はありますけれども、実際に資金が1カ所に限られていますから、維持期・生活期のリハが重要だといっても、維持期・生活期リハというのは市町村単位なんですね、二次医療圏ではないわけです。ですから、非常にそこら辺でギャップがありまして、もうこの地域包括ケアの時代になり、それが市区町村の時代になって、二次医療圏に地域リハ支援センターが1カ所というの

は時代おくれだと思っんですね。今回、だから23区全部含めて、外のこの市区町村も含めて、抜本的に指定を見直さないと、この3番目の地域リハビリ支援センターの機能強化にはならないと思うんで、ぜひそういうところも盛り込んでいただきたいなと思っております。

○林座長 事務局の方にお伺いしますが、地域リハビリ支援センターの数は変えられないですか。各地域で数をふやし、市町村単位に設置し、地域リハビリ支援センターに事務員や看護師さんなどの職種を採用してミニ保健所、地域リハビリ支援センターの下部組織の保健センターのような形態に出来ないですか。この構想は100%実現しないかも知れませんが、方向性として打ち出していただければありがたいです。いかがでしょうか。

○久村課長 ありがとうございます。

次の議事でも、地域リハビリテーション支援センターの見直しというところでどうしたら充実強化できるかというのをご議論いただいて、これから検討が進むと思うんです。なので、保健医療計画で具体的にこう見直すというところまでは、まだ議論が進まないのかなとは思っております、ただ、そういった方向性をお示しするというので、今のこの骨子案でも地域リハビリテーション支援センターの取り組みについて充実・強化に向けた見直しを行いますというところで、その方向性を打ち出しているというところでございます。当然ここに書いてないからといって、これから事業を、取り組みを行えないということでは全然ございませんので、今後、支援センターについて見直しをしていただいて充実が図られれば、当然、それを具体的に事業化していくというふうに考えております。

○林座長 病院勤務のリハビリ医2人ぐらいで業務を引き受けている地域リハビリテーション支援センターもありますので、もう少ししっかりとした体制になることを望みます。体制の確立について100%は無理にしても、前向きに変わることを期待しましょう。

どうぞ、新井先生。

○新井委員 東京都医師会の新井ですけれども。この回復期リハビリテーション、特に先ほどからご意見が出られています維持期のリハビリテーション、これは地域医療構想、それから地域包括ケアの将来の一つの肝になるのではないかとこのように考えています。やはり急性期医療をやっていると、私、急性期の病院にいるんですけれども、院内で回復リハをやって退院しても、先ほどのお話にあったように、やはり在宅に戻れななかなか引きこもってしまって、外に出られなくてリハビリができなくて、また入院してしまうという患者さんが多くいます。そういうほとんど在宅、時々入院というような、入院の部分がかなり改善してくるのではないかとこのように考えています。そういう意味で、急性期病院の機能を将来維持するという意味でも、この回復期のリハビリテーションの、きょうのテーマというのは非常に大事だと思いますし、ここの「かかりつけ医の普及啓発」という言葉が入っておりますけれども、それに加えて、さらに患者自身の意識の普及啓発ということも非常に大事になってくる。将来にわたって、その保健

医療計画が将来6年後にそれが見直されるときに、東京都の福祉は非常によくなったというふうな方向に持っていきたいなど、いったらいいなというふうに考えていて、このリハビリテーションというのは、非常に将来重要になる部分であるというふうに考えております。

○林座長 どうもありがとうございます。

いろいろ出た意見では維持期に力を入れよう、もっとかかりつけ医の先生方維持期リハビリテーションに加わっていただくという方向性が述べられました。これらの議事内容を今度の医療計画改定の会議で発言していただき、一部でも取り入れていただければありがたいです。

それでは、支援センターの強化という話が出たところで、次の議事2で、それらも含めて説明してください。事務局から、説明をお願いいたします。

○松尾課長代理 では、今の骨子案の中でも非常に重要性がいただきました支援センターの機能強化というところをごさいますして、今度のこの議題では、その骨子案の支援センターの機能強化を図っていく上で、現在、それから今後の課題や見直しの方向性についてご議論いただきまして、支援センターの論点を整理したいと考えております。今回の論点整理の内容をもとにしまして、今後、例えば次の公募に向けて具体的な議論を進めまして、見直しの内容を反映した形で公募を行うとか、そういった形で今後進めていければなというふうに考えております。

まずは、資料6-1から6-4までは、ちょっとこれまでのおさらいというような資料になりますが、まずは6-1の地域リハ支援センターについてごらんください。

左側が概要で、まず目的は、先ほどの骨子の中でも触れましたが、こういった内容になっております。

そして、2番の経緯であります。平成11年度末に当時の厚生省の老人保健福祉局長から発出されました地域リハビリテーション推進事業というものが出発点になっておりまして、平成13年度から都でも地域リハビリテーション支援事業が開始になりました。その後、平成14年度に、18年度から国庫補助金が廃止になりましたが、都は単独で継続して実施しております。そして、18年度に、やっと12医療圏域に支援センターの設置が行われたというところでありまして。

それから、事業内容です。

こちらが22年度に、それまで例えば地域のリハ従事者の研修とか、そういったざっくりとした記載しかなかったものを、現在の具体的な記載した内容に見直したというところがございます。また、さらに訪問・通所リハも加えまして、このような内容になっております。

4番、29年度の委託料です。

現在このような額になっておりますが、こちらは一応22年度の事業の見直しの際には額を上げて今の額になっているというところがございます。

右側の指定基準です。

こちらは、公募の際にこの内容に審査を行いまして、満たしているかどうかを確認しております。従事者、医療施設、連携体制、相談体制、研修体制という項目になっております。

続きまして、資料6-2をごらんください。

こちら、現在の支援センターを地図上に落としたものでございます。二次医療圏におおむね1カ所という指定の要件になっておりますが、ごらんのように圏域ごとの面積、人口というものは非常に差があるというところであります。人口だけで言えば、最も多いのが区西北部で190万人、少ないのは西多摩で39万人ぐらいになっておりまして、また一方で西多摩、南多摩は非常に広い範囲となっております。なかなか、これを見ますと指定数については最適な数というのは一律に考えるのは難しいというところではありますが、ぜひご意見をいただきたいと思っております。

続きまして、資料6-3をごらんください。こちらが13年度から現在に至るまでの指定状況を表にまとめました。

一番最初に、先ほど骨子案に記載のあった東京都リハビリテーション病院が支援センターの第1号となって平成13年に指定したのを皮切りに、平成18年にやっと全て12医療圏に指定されたというふうになっております。22年度には要件の見直しを行いまして、指定期間がそれまで2年間であったものを3年にしまして、それによって24年度は空白の年が生まれたというところがございます。26年4月1日の指定の7カ所のセンターから、こちらから初めて公募制を導入しまして、二つの圏域で新たな支援センターが生まれたというところでもあります。27年度には残りの5カ所も公募制によって指定しまして、ことしの4月1日の指定では2回目の公募制の指定ということになっております。なお、来年の4月1日はまた空白の年というふうになっております。

続きまして、資料6-4をごらんください。こちらは、連携・協力施設という指定状況になっております。

この連携・協力施設は、資料3の要綱の中に位置づけているものでありますが、こちらから平成22年度に見直しの際に加えたものであります。各支援センターで得意、不得意があったりとか、あとはさまざまな課題・ニーズに対応するためには支援センター1カ所だけのマンパワーでは足りないという考えのもとに、連携・協力施設を指名して、センターと協力して地域リハ事業を実施していくというような考えのもとに始まったものです。

連携施設はなかなか数が少ないんでありますが、協力施設は以上の数となっております。連携施設には委託料を支払うことが可能です。なかなかごらんのように指定がないところもありますが、ただ、ここにも指定という形で段取りを踏んでこういった位置づけにしておりますが、そのほかにも、こういった指定という形はとっていないにしても、さまざまな形でご協力いただいている関係者の方々がいる中で事業が成り立っている

ものだというふうに認識はしております。

それでは、最後に資料6-5をごらんください。こちらが、今後、支援センターの機能を強化するために今まで事務局で見聞きしたものを課題として、論点整理として、まとめたものでありまして、こちらはあくまでも今後の議論のたたき台というつもりであります。

まず、論点1、現在の業務内容に関してです。

まず一つ目は、22年度の見直しで新たに加えた業務内容であります、先ほど来、ずっと出てまいりました介護リハへの支援内容についてです。かかりつけ医のそういった普及が大事ということが今いただきましたが、やはり事業の内容を見ますと、まだまだ、なかなかかかりつけ医の参加者数が少ないというような状況であります。また、ケアマネさんであるとか、介護従事者の参加が少ないセンターさんもありまして、今後この業務内容について強化が必要というふうになっています。

また、その1番につながる内容ですが、そういった在宅のリハですとか、それから今後、介護予防分野に地域リハとして取り上げられていくというところで、そちらの支援ニーズが高まって、より支援センターの支援ニーズというのが高まっていくというところ です。

それから、支援センター、1医療機関であります、そういった地区医師会や行政等に声をかけて事業参画を求めていくという場面がありますが、なかなか最初のころは相手にされないですとか、なかなか本気で対応してくれないというようなことも聞いておりまして、そういった課題は今後も続いていくんじゃないかと考えています。

そして4番目、支援センターはどうしても複数の医療機関の二次医療圏の中に一つというところになりまして、自分が所属する区市町村では非常に活発な活動が行いやすいというところになりますが、それ以外での事業実施が手薄な地域もあって、今後は二次医療圏全体での活動が必要となってきます。

そして、論点2です。新たな業務内容というところになりますが、一つ目は、先ほどの維持期の部分にもつながりますが、在宅リハのほかに介護予防についてもリハ職の活用が始まりましてセンターの支援ニーズが高まってきているというところと。あと、災害時のリハについても、今後、平常時からの体制づくりが必要になってくること。それから、若手リハ職の人材育成については、27からことしの3年間で特別に一人当たり10日間の研修ということで実施してまいりましたが、今後また新たな方法による実施も必要になってくること。

それから、論点3についてですが、指定数についてであります。

やはり二次医療圏は広く、一方で地域リハセンターの業務内容というのは幅が広いというところでありまして。なかなか支援センター一つでは賄い切れないというところがありますので、今後そういった支援センターの指定数についても重要な内容となっております。

また、先ほどの連携施設・協力施設制度がありますが、あくまでも支援センターからの委託に基づく実施でありまして、なかなか自主的に活動するような制度ではないというところと、それから、先ほど、26年度から公募を開始しまして新たな支援センターが2カ所生まれましたが、そのほかの地域以外でも手挙げをしていただいた医療機関が複数ございます。そういった支援センターを目指す医療機関が増加しているということも現在ございます。

以上でございます。ざっと事務局側で挙げさせていただきましたが、これら以外にもいろんな角度から見ますとさまざまなご意見があると思いますので、ぜひぜひご意見を頂戴したいと思います。

以上でございます。

○林座長 説明ありがとうございました。

何かご意見がございますでしょうか。

資料6-2の地域リハビリテーション支援センターの配置図を見て、どの程度ふやせばよいのかわかりにくいとの事務局の説明ですが、基礎的自治体全部、各区市町村に一つずつ設置しても、多過ぎることはありません。

現在の12カ所は地域リハビリ支援センターは、センター・オブ・センターとして、各区市町村の地域リハビリ支援センターは各保健所が保健センターを作ったように支所にしてはどうかと思います。60ぐらいある都内の区市町村の全部に地域リハビリ支援センターを設置することが可能かについて、資料5では回復期リハビリテーション病棟の届出が回復1・2・3、合わせて都内に106施設ありますので60ぐらいの区市町村、全てに地域リハビリ支援センターを設置することは可能と考えます。地域リハビリ支援センターとして認められた回復期リハビリ病院はステータスが上がり、地域に向けて頑張ろうという方向性も出ると考えます。皆さん、ご意見がございましたらよろしくお願いします。

地域リハビリ支援センターは、医療機関・行政・介護に対する支援を行うのが使命で、都民に直接支援しないのですが、都民に直接リハビリ支援をするシステムは、東京都にないのが課題です。とはいっても、地域リハビリ支援センターは平成12年に国の指導で全都道府県に設置されましたが、6年後の平成18年には国の骨太の方針で個別の補助金が廃止になりました。数年前の全国調査では全都道府県の約半数は地域リハビリ支援センターを廃止しています。その点、東京都は頑張って、1年間に3,000~4,000万のお金をつぎ込んで独自の事業・予算で地域リハビリ支援センターの事業を継続してくださっていますので、非常にありがたいです。しかし、今ではもっとお金をつぎ込んでほしいというのが我々の願いです。

このことに詳しい吉井委員、今日は代理出席なので物を言わないつもりと言われましたが、リハビリ・マインド（心）は重要という施策を立てられた経緯などについて、お話戴きたいのですか。

○吉井委員（代理） 矢澤さんに怒られちゃうから言わないでおこうと思います。

施策としては、リハビリの支援センターというのは、供給者サイドからその患者さんを見詰めて地域の中でということ、承認施設かどうかとかとの環境も含めてやっていくという位置づけでやっているんだろーと思います。ただ、ここにもあるように、どういう方向でどう進んでいったらいいのかみたいなのところについては、当時からやはり問題はあったというふうに思います。

先ほどちょっと委員の方があったんですけども、今はいわゆる地域包括ケアというそういう流れの中で圏域と区市町村というような関係のところのお話がちょっと出ましたですね。だから、支援センターがお金でとか、具体的に汗をかくということではなくて、包括とうまく、変な言い方ですけど、リハビリの機能みたいなものを少しでも内在化させる、医療と福祉ってそんなに簡単ではないというのはよくわかるんですけども、少なくとも在宅でこれから高齢化がどんどん進む中で、高齢保健福祉計画でもその辺のところ、認知症の関係も含めてやらなきゃいけない。局長もおっしゃっていましたが、医療とか福祉とかその垣根をなくしてトータルでもってやっていくんだということであるとすれば、リハビリテーション支援センターの貴重な機能というのを、自分が全部汗かくんじゃないでなくて包括のほうにもそういう形でやっていただくようなそんな仕組みが、お金の問題じゃないと思うんですけどね、やれたらいいのかなってちょっと思います。

ちょっとこれ、私、前、医学研にいたんですけども、認知症の関係で、いわゆる緩和ケアの概念とか、それからパーソナルセンタードケアというか、その観点からD P S Dを捉えてケアを見ていくという仕組み、これを、包括を活用しながらやっていく、そういうケアプランみたいなものを推進していこうよみたいなそんな形。別にこれお金をかけてどうこうじゃないんですけども、何かそういうやり方みたいなものというのはちょっと模索していただければというふうには率直に思います。

ごめんなさい、余計なことを申し上げました。

○林座長 お聞きします。「包括を活用して」と言われましたが、いまのところ包括の実態は虚像ですか、実像ですか。

○吉井委員（代理） 実像として地域包括ケアセンターがありますよね。だから、それを今、高齢のほうでは地域包括ケアシステムとそういう言い方をしていますから、ぜひリハビリというものが在宅でいろいろやっていかなきゃいけないということであれば、それを内在化させるような何か仕組みがうまくとればいいのかなど。お金の問題では私はないと思いますから。

○林座長 はい、わかりました。ほかにご意見がございますか。

○新井委員 意見というよりも、ちょっと教えていただきたいんですけども。論点の1で課題の部分ですけども、(3)で、現在の業務内容における課題の中で、(3)の地区医師会、行政等の関係団体への事業参画要請とありますが、これは各地区医師会で

リハビリテーション支援センターの事業への参画がまだ不十分、ないしは地区によっては温度差があるということが、まだまだ現状としてはあるのでしょうか。

○松尾課長代理　そうですね。地域リハビリテーション支援センターの事業の中でこういった連携の会議体とかをつくるということがありますが、多分、参画まできちんとしていただいているんですが、なかなかその参画の度合いというか、深くまで携わっている方もあれば、なかなか、そこまでは至ってないというところもあるというふうに考えております。

○新井委員　ありがとうございました。

○林座長　堀田先生、何かご意見がありますか。医師会に対するアプローチ、行政に対するアプローチはどのくらい大変なのか、大変でないのか。

○堀田委員　ありがとうございます。すみません、おくれて参りました、東京都リハビリテーション病院の堀田と申します。

地域リハビリテーション支援センターをずっとやらせていただいています、ここに論点が挙がっているんですけど、もう本当に今すごく仕事が東京都のほうから、例えば介護予防事業のことなんかも来ているんですけど、例えば、でもこれに書いてあるような感じの支援とは違うパターンになっているので、ちょっとこの、むしろ東京都の中のいろんな仕組みが横つながりでうまくいけばいいのかなというのが一つ。

あとは、先ほどの委員のお話のように、やっぱり包括支援センターにリハビリ機能を入れるような形で、今、介護予防自体は、例えば墨田区は療法士の個別のセンターごとに二人ずつぐらい派遣するという方法をやっていますけれども、非常にそれも大変で、お金をかけないという話がありましたが、なかなか病院に勤めている療法士を外に出すというのがいろんなところで問題があって、そういうことをもうちょっと現実に落とし込むには、私はお金も要ると思っていて、そういうような形でそういう小さいところ、動かせるような範囲での協力の支援の仕方というのを、センターにぼんとやっても本当に、二次保健医療圏の一つですと、隅田、江東、江戸川なんです、墨田区が一番小さくて、江東区、江戸川区に対して何かをするというのは、本当に難しい話でして、そんなことができるわけもないんですが、やれる範囲でやっているというのが現実です。けれども、もう一つということであれば、やはりもうちょっと、少なくともやっぱり区の一つぐらいはあって、やはり包括支援センターとか、ああいうところとぐっと近寄って一緒に仕事ができるような、まずその行政的な枠組みとかそういうものをつくってもらえるほうがやりやすいなとは思っていますね。

○林座長　わかりました。

東京都リハビリテーション病院は、地域リハビリテーション支援センターの中でも充実し、歴史もありますが、それでも苦勞しておられるようですので、ほかの地域リハビリテーション支援センターはもっと苦勞が多いと思います。PT、OTなどセラピストを地域に派遣する際にも、彼らは入院・外来患者さんに1日に21単位ぐらいのリハ訓

練をするといったデューティーがある中でどうして2～3時間の外出をカバーするかという問題があります。最低限、1日2～3時間の外出分を東京都が病院にカバーしていただければ、今度は地域包括支援センターに出かけて行って活用できると思います。

ほか、何かご意見ございますか。

○安保副座長 慈恵医大で区中央部のほうをやらせていただいている、港区は港区の医師会と非常に仲よくやらせていただいている、しかしながら、ほかの医師会はだめでございますね。というか、マンパワーがもう足りないのです、全くそれで、例えば中央区に至っては地域包括の人たちと一緒にできて、それぞれ区によって特色があって、あとは文京とかちょっともう全く、こっちからお声をかけても全くだめだということなので、あと、台東さんは先生のところの部署と一生懸命やっているといるので、割とそう考えると、やはり区に1個とか市に1個あるともうちょっと小回りがいいのかなと。うちだと港区なので、港区だけということにいただければ、結構いろんなことができると思うので、そこからスタートさせてもらってもいいのかなというふうな感じはしますね。というのが一番痛切に感じるというか、ちょっとマンパワーがもう無理なので、逆にうちの訓練、うちで実地訓練とかを港区とか区中央部のところにお声をかけて何十人と呼んでやる時に、やはり先ほど理学療法士の方々とかいうのは、うちから出すとお金は出ないので、やっぱり外の圏域のところから呼んでくるんですよね。アルバイトをしてもらって出すというようなことで、それだったら来てくださるということもあるので、なので、やはりちょっとお金もやっぱり必要だということもあるし。ただ、港区だけということになれば今よりも4倍精力はつき込めるので、その辺はちょっと予算の都合もあるかもしれませんが、考えていただければ。逆に余りにもやるのがたくさんあり過ぎるので、例えばその包括とくっついて公開講座をたくさんやってリハの啓蒙を上げてくれとなれば、月に二、三回、毎週のように講演会を繰り返すということもたやすいことなんですよね。だから、少し、割とやることを集約してもらって、ちょっと1年間トライしてみるというのもおもしろいのかなというふうな感じもします。

ちょっとざっくばらんな意見ですけど。

○林座長 どうもありがとうございました。

慈恵医大が浅草まで面倒を見るのは大変ですが、同じように八王子の地域リハビリテーション支援センターの方が町田市をカバーするのは可能か心配です。両市の間を車の移動なら容易でしょうが、歩いてなら新宿回りにもなりかねません。多摩地域でも1つの地域リハビリテーション支援センターが10か所以上の市町村の面倒を見ることになっていますが、地域リハビリテーション支援センターの所在地の市町村の面倒を見ると、他の10市町村は面倒見切れないということにもなります。そこで、予算も要りますし、話も大きくなりますが市町村に一つずつ地域リハビリテーション支援センターできると地域包括支援センターを活用して生活期リハビリテーションを充実させることが出来ます。そうすると、セラピストの派遣に関わる人件費補助と最小限のコストで充実し

た事業が出来ます。

ほかに何かございますか。

石川先生の地域リハビリテーション支援センターも世田谷のほうまでカバーしておられますね。結構、遠いと思います。

○石川委員 初台リハビリテーション病院は、世田谷区、目黒区、渋谷区の三つ持っているんですが、医師会が世田谷区は二つあるんですよ。そうすると、医師会が四つということになるんです。行政の区分は三つ。そうすると、その幹事会のような世話人会みたいなのも定期的を開いているんですけれども、非常にやりにくいんですよ。こっちを立てるとこっちが立たずというそういう雰囲気があって、そこへいくと、阿保先生の慈恵から台東区は委託を受けていまして、台東区は在宅総合の元浅草をやっているんです。あそこは医師会二つあるんですけれども、小さい区なんですけど医師会二つあるんですけれども、ここはもう歯科医師会、医師会、薬剤師会、もうそろい踏みで、会長さんがざっといらっしゃるんですよ、その幹事会に。物すごくフレンドリーに急速にムードが高まって、そうすると今度は行政が必ず参加するんですよ。やっぱり医師会の存在は行政にとって大変怖いようでして、医師会がいるのに行政が行かないわけにいかないという、こういうムードがあって、台東区は非常に一気に高まるんですよ、ムードが。ですから、台東区で行った地域リハのいろんな勉強会とかワークショップとか実技の研修会も、対人口比でいくと区西南部全体で集まる、人口百四、五十万いるところと、人口わずか22万人ぐらいしかないと、いつも同じぐらいの人が参加するんですよ。それはひとえに医師会と行政がきちっと参加するところのポイントだと日々感じておりまして、そうすると余計やはり、せめて市区町村単位がいいということにどうしても結論が出ざるを得ないんですけどね。

○林座長 どうもありがとうございました。

新井先生、地域リハビリテーション支援センターが地区医師会に入っていくのが難しく入り込みにくいようですので、東京都医師会のほうからも地区医師会に助言をよろしくをお願いします。

○新井委員 東京都医師会でも努力したいと思います。

○林座長 ほかに何かございますか。

○吉井委員（代理） すみません。自戒を込めて言うんですけれども、このリハビリテーションセンター支援センターというものが、こういう二次医療圏のところに必ずあるということさえ、多分ケアマネジャーたちはそんなに知らないと思うんです。そこでもしケアマネジャーの研修をやっていただいても、そのセンターが行きますと遠くて行けないとか、ではどうして私の近くでやってくれないのと、ケアマネジャーの頭の中にはやっぱり保険者単位という考え方があるので、どうして私たちが、私、練馬なんですけど、私たちが何で板橋に行かなきゃいけないのということになってしまい、非常に理解されていない残念な状況があります。そういう意味では、なかなか医療圏のことを説明

したり、このセンターが持っている役割ということも見えてないんじゃないかと思うんですね。でも、かといってこのリハビリということにそんなに無関心ではられない現状というのもあるんです。だから、もちろん医療圏に1カ所でもいいんですけど、ランチという形であっても保険者ごととかに置いてもらったほうがもっと身近に感じられる。身近に感じられるところでだんだんかかわっていけるというようなことがあるかと思うんです。

とてもこの医療圏の中でよくやっていただいている、チラシが回ってきてリハビリの相談みたいなこともするというんですけど、そこに電話相談してどうなるんだろうというようなこともあったりして、なかなかいい活用がないので、1区1カ所は理想なんですけれども、ランチみたいな形でもいいですからあってもらうと何か身近に感じられて、一緒に、例えば各地域にケアマネジャー連絡会とかというものも、もうできていますので、ではそこのランチと共催で何かやろうとか、私たちも手を出せるというのかな、一緒に組んでやろうよということが言える範囲の中にいてほしいなということは思います。ご検討いただきたいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

同じような意見が多く出されました。地域リハビリテーション支援センターの将来像としてどこまで書き込めるかわかりませんが、できるだけ数多く、理想を言えば市区町村に1カ所ぐらい地域リハビリテーション支援センターの支所なりセンターを設置して戴く、また地域包括ケアとの垣根を低くして活用する、活用しやすいように地域リハビリテーション支援センターにより多くの予算配分して機能強化をする、といった意見が中心だったようです。これらの意見の1つでも2つでも実現できれば本協議会の成果ということになります。

ほか何かございますか。

(な し)

○林座長 特にないようでしたら、地域リハビリテーション支援センターに関する質問とご意見は終わります。

続きまして、事務局からの報告事項をよろしく申し上げます。

○松尾課長代理 それでは、資料7、8、9、それから参考資料1、2と、もう全て通して説明いたします。

まず、資料7につきましては、この4月に地域リハ支援センター7カ所が指定されたというご報告でございます。左側にこれまでの流れを書いています、昨年の末ぐらいから公募を始めまして、ことしの1月に選定委員会を開催しまして7カ所のセンターを審査したというところでございます。

具体的な支援センターの事業計画、それから、今回その支援センターの選定に当たりましての区市町村や地区医師会様の意見というのは、参考資料1でA3の資料7枚でまとめておりますので、ぜひごらんになっていただきたいと思います。区市町村や地区医

師会様から具体的なそういった要望とかご意見なんかも非常に書いてありまして、今後その地域リハセンターの事業の推進に非常に役立つような内容が書いてあると思っております。

それから、資料8については、昨年度の地域リハセンターの事業の報告でございます。1年間さまざまな事業を取り組んでまいりましたが、1枚の資料にまとめてございます。

それから、資料9は今年度の事業の計画をまとめております。もう既に数カ月たっておりますが、着実に事業は進められているというところでございます。

それから、最後、資料の番号が参考資料2でございます。こちらが、ちょっと先ほど来話が出てまいりましたが、若手リハ職の研修事業でございます。ことしの7月20日に締め切りまして、今年度、全ての12のセンターが足並みをそろえまして、今、募集、研修生の決定ということで行っております。もう現在、既に研修が始まっているセンターさんもあります、これから順次、研修が行われていくというところでございます。簡単ではございますが、以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。

ただいまの事務局の説明について、何かご質問かご意見がございますか。

(なし)

○林座長 特にないようでしたら、これで本日の議事を終了にしますが、本協議会の全体の流れや会議そのものについてご意見か質問がありますか。特に新しい委員の先生方、フレッシュな目で会議に参加されて、ご意見があったらお願いします。

本協議会は2年ぶりの開催ですが、これからはもう少し頻繁に開催していただければ有り難いと存じます。特に意見がないようでしたら、これで協議会は終わります。

○久村課長 すみません。ちょっと事務連絡を。

○林座長 どうぞ。

○久村課長 改めまして、本日、活発なご議論をありがとうございました。

まず、保健医療計画の骨子案についてのご意見につきましては、こちらを踏まえまして整理させていただきますので、こちら座長と事務局のほうに一任といたしますか、座長と事務局で調整させていただきたいと思っております。

それから、支援センターのお話、いろいろお話を伺いますと、特に介護予防の話になってきますとやっぱり区市町村さんとの役割分担といたしますか、取り組みの整理も必要になるかなと思っておりますので、区市町村さんとも今後相談させていただきながら、ちょっと検討を進めていきたいというふうに思っておりますので、引き続きよろしくお願いたします。

事務連絡でございますが、本日の資料、机上に残していただければ事務局からご郵送いたします。また、本日、お車でいらっしゃる方につきましては、駐車券をご用意しておりますので事務局までお知らせいただければと思っております。

それでは、これで第1回の……。

○林座長 私から一つ、矢澤部長に、何かご意見、よろしく申し上げます。突然で申しわけありません。

○矢澤部長 いえいえ。

○林座長 失礼を顧みずよろしく。

○矢澤部長 いえ、わかりました。

きょうは、活発なご議論ありがとうございました。

地域リハビリテーション支援センターの件でございますが、私ども、これ、整備をしたときは、まだリハビリテーションを実施している医療機関が少なかった時代、東京都リハビリテーション病院も東京都が建てるといったような時代から進んだものでございますので、おっしゃるとおり、今の医療事情とはわけの違うときにつくったものでございます。ただ、そのリハビリテーション支援センターがやってきた、これまでの事業をそのまま地域それぞれの区市町村に細かく分けるというようなことでは、またこれも意味が違ふと思っておりますので、できるだけ地区ごとに、地域ごとにやっていくことと、それからやはりそれをある程度横の連携をとっていく組織と、そういったものを私どものほうでも少し考えさせていただいて、この保健医療計画の計画期間内に何とか新しい形に持っていければいいなど、きょうも聞いていて思っておりました。

力不足で大変申しわけございませんが、そのようなことで、またご意見を頂戴できれば大変幸いに存じます。

本日はどうもありがとうございました。

○林座長 力強いご意見、ありがとうございました。期待しております。

それでは本協議会を終わります。どうもありがとうございました。

(午後 7時16分 閉会)