

## 京都市社会福祉審議会

### 平成24年度第2回リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会 会議録

**日 時** 平成25年1月30日（水） 午後2時から午後4時まで  
**場 所** 身体障害者リハビリテーションセンター 1階研修室  
**出席委員** 山田裕子専門分科会長，浮守篤子委員，加藤博史委員，静津由子委員，  
日野勝委員，藤木恵委員，山田幸子委員，山田尋志委員，上原春男委員，  
久保俊一委員，武田康晴委員，富田素子委員，並河茂委員，真鍋克次郎委員  
**事務局** 壁介護・医療担当局長，久保保健福祉部長，瀧本障害保健福祉推進室長，  
伊藤身体障害者リハビリテーションセンター所長，  
池田身体障害者リハビリテーションセンター次長，安部保健福祉総務課長，  
中西身体障害者リハビリテーションセンター相談課長

#### －開会－

##### 【事務局】

ただ今から，第2回リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会を開催させていただきます。委員の皆様方におかれましては，お忙しい中，御出席を賜りまして，誠にありがとうございます。

まず，委員の出欠状況でございますけれども，4名の委員が遅れられるとのことですが，本日全員出席とお聞きしております。既に過半数以上の出席がございますので，会が成立していることを御報告させていただきます。

それでは，この後の進行につきましては，規定によりまして専門分科会長にお願いしたいと思っております。よろしくお願い申し上げます。

#### －議事－

##### 【専門分科会会長】

皆様，お忙しい中，お集まりくださいましてありがとうございます。今から第2回リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会を始めさせていただきます。

第1回の分科会におきましては議論の取りかかりとして，事務局から，市の内部，特にリハビリテーションに関わる方々が調査研究をされた「調査研究会報告書」の内容説明を受けました。その後，各委員の皆様方から御意見をいただきました。その御意見を，事務局で分類整理をし，論点を導きだしていただきました。私もこの方向を確認しました。本日は，まず，この論点と議論の方向性について皆様方に御理解いただき，順を追って議論を進めていきたいと思っております。終了予定時刻の4時になりましたら，次回，第3回の会への継続審議とさせていただきます。それでよろしいでしょうか。

それでは，事務局から論点と議論の方向性について説明をお願いします。委員の皆様は，お手元の資料を御覧ください。

## 【事務局】

どうぞよろしくお願いいたします。

会長様の方からもありましたとおり、これから具体的な論点について、私の方から説明をさせていただきたいと思います。本日の会議資料の1枚目が進行表ですので、2枚目をお開きいただきたいと思います。

第1回目の分科会におきましては、具体的なこのリハビリテーションセンターの機能も含めまして、多岐にわたる御意見を頂戴いたしました。ただ今、会長様の方からもございましたとおり、論点案ということで説明をさせていただきます。「第1回分科会でいただいた意見と論点(案)」を御覧いただきたいと思います。この表の左の方に第1回目が出ました主な意見、それから、右の方にそこから導き出される論点、議論の方向の案ということでまとめさせていただいております。

なお、主な意見につきましては、様々なところに関わりがある訳ですけれども、大体こうということかなということで、4つに分類・整理をさせていただきました。

それでは、1枠ずつ説明をさせていただきます。

まず、1枠目の御意見につきましては、リハビリテーションとは、「機能訓練」だけではなく、「全人間的復権」を目指すものであるということ。また、医学的リハにとどまらず、障害受容、それから二次障害の防止も含めたリハビリが必要ではないか、というような御意見もいただきました。また、回復期を過ぎて維持期に入ってから在宅生活におけるリハビリ、それから交流も必要ではないか。また、当事者だけではなくて、地域と連携した支援が必要ではないか。幅広い御意見が出されたわけでございます。こういった御意見に基づきまして、1つ目の論点として「地域リハビリテーションの推進」とさせていただいております。

次に2枠目を御覧いただきたいと思います。こちらの御意見につきましては、リハビリテーションは身体障害者だけではなく、知的障害者、精神障害者、さらには障害児、また身体機能が低下している高齢者も対象としてとらえていく必要があるのではないかと、という御意見をいただきました。こういった御意見に基づきまして、2つ目の論点として「年齢・障害種別を超えた一体的な施策の推進」を論点とさせていただいております。

3つ目の枠でございますが、現在のリハビリテーションセンターの現状に触れて、全体的に御利用になられる方が低下をしていることから、どういうふうにしていくのか、ということでありますとか、また、高次脳機能障害のある方のための施策が必要ではないか、というような御意見をいただいたところです。これらの御意見に基づきまして、3つ目の論点としては、「新たなニーズへの対応」、新たなニーズは何なのか、とさせていただいております。

最後の4枠目の御意見につきましては、これまで、1枠、2枠、3枠で説明した主な御意見とも重複する部分もあろうかと思いますが、公的な病院だからできて、民間の病院だからできない、ということはないという御意見、また財政上の問題ではなく、その必要性を議論していくべきであるという、医療に関して様々な御意見を頂戴しました。そういっ

たことから、4つ目の論点につきましては、「リハビリテーション医療の在り方」を論点とさせていただきます。

以上、4つの論点につきましては、この資料右の枠の一番上にありますように、具体的なリハビリテーションセンターの機能なども含めまして、公民の役割分担を踏まえて検討していただければと思っております。

それから、それぞれの論点についての参考資料ということで、本日は、資料1から7まで御用意をさせていただきます。会議次第の1枚目にそれぞれ書いております。

後ほど説明をさせていただきますが、

資料1が、リハビリテーションの流れ

資料2が、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの状況

資料3が、介護保険法に基づく主なサービス等の状況

資料4が、リハビリテーションを必要とする人に適用される制度等

資料5が、高次脳機能障害者支援の現状

資料6が、京都市におけるリハビリ関連病床の現状

資料7が、各政令市における身体障害者更生相談所と各機能との併設状況一覧

この7つの資料を御用意させていただきました。これは、現状を示します具体例の1つということで、御覧いただければと思っております。

事務局からの説明は以上でございます。

#### 【専門分科会会長】

前回いただきましたいろいろな御意見を左側の「主な意見」のところに列記してありますが、この分科会で議論すべき核みたいなのを挙げていただいた訳でありまして、順を追って議論を進めていきたいという内容です。この7つの資料も、リハビリの実情など、今提供されているいろいろなサービスも含めて、現在のリハビリ行政に求められるものは一体何かということに役立つかと思えます。私たちは、これから、京都市リハビリテーション行政がどうあるべきか、ということ、公の機能の在り方を検証していくという流れで議論を進めていきたいと思えます。いかがでしょうか。

論点について、部分修正や質問ですとか、御意見を申し上げます。たくさんありますので、一遍に見るのはなかなか難しいのですけれども、この4つの柱ということで、もしも、この4つでは足りないということですか、これはいらないのじゃないかというような御意見でも結構ですし、方向性の細かいところでの考え方の違いとかいうものでも結構ですけれども。

しばらく御覧いただいて、御意見を申し上げます。

#### 【委員】

個人的な意見なんですけど、3点目のセンターの利用者が少ないという現実をどうとらえるかという点につきまして、通所方法に原因があるのではないかと思います。無料送迎バスとかタクシーチケットの配布とかをして、障害者がもっと通いやすいような状況にして

あげたら、もっと利用者数も増えてくるのではないかと思うのですが。

#### 【専門分科会会長】

③に関しまして、どうするかについては、順を追っていきたいと思いますので、①、②、③、④の順で事務局からもっと詳しく話を聞いて進めたいと思います。③はもうちょっと後で答えもあるかと思っております。

なんでも結構です。進め方についても結構です。

(意見等なし)

それでは、進めていきたいと思います。御意見が今のところないようですが、後からどんどん出していただけたらと思いますので、まず、「①地域リハビリテーションの推進」について、事務局から説明してください。

#### 【事務局】

それでは、論点①の地域リハビリテーションの推進について御説明をしたいと思っております。

これに関しましては、お手元の資料1のリハビリ提供の流れという表と、資料2の障害、資料3の介護保険、これらのサービスの利用状況等を使いながら説明をさせていただきたいと存じます。

まず、リハビリテーションの提供の流れを把握していただくために、資料1、横長の表を御覧いただきたいと思っております。

こちらの資料は、リハビリテーションの流れを書いた資料でございます。対象の方が、御病気になられる、もしくはお怪我をされるということで、左の発症・受傷から、時系列で、対象の方が在宅に、家で生活されるまでの間のリハビリテーションサービスがどのように提供されるかということを示させていただいた表でございます。この流れ図は、主に中途障害者の方の在宅生活までの流れを想定したものでございます。

発症又は受傷等によりまして、急性期リハビリということで、そこでのサービスを提供するのは、主に急性期病院をはじめとする医療機関でございます。そこでは、廃用症候群でありますとか二次障害の予防、さらに早期離床を目指して、機能回復や基本動作の訓練が行われるということでございます。近年、軽度の方は、急性期から直接在宅に戻られる方もおられますが、多くの皆様は、急性期のリハビリを終えられると、次に回復期リハビリを受けることになってまいります。回復期リハビリ病棟を持つ医療機関では、身体機能の向上でありますとか、家庭復帰を目指した訓練が行われております。そして、回復期のリハビリを終えまして、症状が一定固定されますと、今度は一番右の方の維持期リハビリに移っていき、在宅での生活、また施設などでの生活で、社会復帰、日常生活の再構築、要介護状態の維持、悪化の防止などを図るということで様々なサービスが提供されるということになります。さまざまなサービスの中には「施設・在宅」という枠の中に例示をさせていただきます。

それから、回復期リハビリと維持期リハビリとの間のところを見ていただきますと、「障害者施設等入院基本料の病院」という表記がございます。これは、いわゆる診療報酬制度

において設けられているもので、回復期を過ぎてもなお入院が必要な方で、重度の肢体不自由者でありますとか頸髄損傷等の重度の障害者、また筋ジストロフィー患者さんなどを対象としているものでございます。こちらには、在院日数要件というのはございませんが、現行の制度でいきますと、脳血管障害等による障害者の入院は、利用病床数の3割以下とするといったような制約がございます。当リハビリテーションセンターにある附属病院もこの病院として届け出をしております。

これが大きな流れの一つでございますが、この表の上の方に「地域リハビリ」でくくったところがございます。こちらの方に関しましては、第1回目の会議の折りに説明をさせていただきましたが、障害のある方や御高齢の皆様、また御家族が、住み慣れたところで、そこに住んでいる皆さんと一緒に、一生安全にいきいきとした生活が送れるように、医療でありますとか、保健、福祉、生活に関わるあらゆる人々・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動という、ちょっとわかりにくい表現かも知れませんが、幅広い取組で、地域リハビリテーションというのが規定をされております。ですので、この地域リハビリテーションには、医学的リハビリだけではなく、障害のある方や高齢者が地域生活を送るために、必要な保健・医療・福祉のサービスが幅広く含まれていると御理解をいただきたいと思っております。

資料の説明を全部させていただきたいと思っております。資料の2、資料3、こちらの方は、京都市の在宅における主な保健福祉サービスの状況を表にしたものでございます。

まず、資料2を御覧ください。こちらの方は、障害者分野についての表でございます。御存知のように障害者自立支援法が施行されました平成18年度以降の各事業ごとの対象者の延べ人員と給付費の推移を表にまとめたものでございます。

障害者自立支援法という法律が施行されてきて、これまでの事業体系が大きく変わっておりますので、いろんな事業とも変動が見られるということですが、例えば一番上の「①居宅介護等」というのがございます。この居宅介護等とは何かということですが、欄外の「注」の一番上に、「居宅介護等とは、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、平成23年度以降は、同行援護も含む」ということで、例えばホームヘルプのサービスのことであります。御覧いただきますと、平成18年度の数字と、一番右に掲げております平成23年度の実績を見比べていただきましたら、大きく増えているということがわかります。

なお、この障害者自立支援法というのは、身体障害、知的障害、精神障害、この三つの障害をまとめて資料化したものでございますので、御了解いただきたいと思っております。

その下の表にあります。障害福祉サービスの支給決定者数と事業所数がありますけれども、多くの皆様は複数の事業を組み合わせられて利用されておられるという状況も見て取れます。

次の資料3を御覧ください。資料3は、介護保険法に基づく主なサービス等の状況でございます。こちらの方は、介護保険法が施行されました平成12年度以降の要介護認定者、利用実績等を示させていただいております。たとえば、要介護認定者につきましては、平成12年度を100とした場合に、平成23年度では251となっております。対象の御高齢の方がかなり増えていること、さらには各介護サービスの利用回数、利用人数を見

ていただいても、一目瞭然かと思いますが、やはり大幅な増加傾向となっております。

ここに掲げさせていただいている主なサービスは、障害、それから介護の部分でもそうなのですが、先ほど資料1で説明をいたしました維持期リハビリで、在宅等で利用できるサービスとして、資料をまとめさせていただいております。このように在宅生活を維持するために、在宅福祉のサービスを拡充すると、取り組んで来ていますし、その結果多くの皆様に御利用いただいているという状況となっております。

もう一度、論点の案を御覧いただきたいと思います。「①地域リハビリテーションの推進」ということで、真ん中に「議論の方向性」というところがありますが、いろいろ御議論をお願いしたい点として、医療もしくは在宅の保健福祉サービスの拡充が図られるという状況の中で、今までリハビリテーションが効果的に提供されるような仕組みをどのように作り上げていくのか、ということ地域リハビリテーションの推進の中の具体的話として、いろいろ御議論いただくのもひとつかなと考えているところでございます。

説明は以上でございます。

#### 【専門分科会会長】

地域リハビリテーションについて、資料1, 2, 3を含めて御説明いただきました。この資料1, 2, 3は、私たちがここで京都のリハビリテーション行政をどうするかを考えていく中での大きな枠組みといいますか、流れも含めまして、それを再認識するのにとても役立つ資料だと思います。ここでは、特に障害分野ですよね。高齢分野では人数も増えていますが、障害分野でも高齢分野でも、それぞれの分野から在宅生活を支えるための在宅サービス供給は、一定進んでいると読み取れると思います。ところが、説明にありましたように、果たして、サービスはあるけれども、それが流れているのか、つなげているのか、ということはこの資料だけでは確認できなくて、つなぐ仕組みというものの必要性があるのではないかという気もいたします。つなぐ仕組みというのが地域リハビリテーションという考え方というか、つないだり、促進したり、そしてノーマライゼーションの観点に基づいて、在宅で、自宅で快適に過ごして行って、二次障害の予防もできるということが果たしてできるのかどうか、これからそれをどう組み立てていくのか、それについて皆様から御議論いただきたいと思います。

#### 【委員】

今、リハビリテーションの流れということで、整理されて、「あ、納得」というか、皆さんが埋もれることなくいけるようにはなっていると感じるのですが、一部現状の中で、補足させていただきたいと思います。私自身、京都府の方の主催の回復期リハビリテーションの会議に出席しておりまして、軽度の方は在宅にそのまま帰られる道はあるのですが、そういう方たちは、実はおうちに帰った後に落ちこぼれていくというケースがありまして、結構重度の方で、それなりの回復期の病棟だったり障害のところに行っていくと、その後のサービスが意外ときっちり組み立てられることが多いのですが、急性期はすごく大変で、お忙しくて、この位なら大丈夫だろうという方で、もちろん本人も元気で

すという形で、その時は帰られるのですけれども、帰られた後、そういうサービスが何もつかない形になってしまうと、急速に衰えてしまつて、非常に元気におうちでお仕事されていた方が半年一年たつて、本当に動けなくなつた方がいて、動けなくなつてからやっと介護保険の中で拾われて、どうしていただかたということが問題になっているのではないかと、その辺をもう少し何とかしなければいけないのではないかという議論が出ているところですよ。

いろいろ介護保険の流れの中で、要支援の方も認定されたりしていただいているのですけれども、ケアマネジャーさんたちも一生懸命がんばっておられるのですけれども、介護の部分には目がいくのですけれども、家に帰ってしまうと、どちらかというリハビリテーションの部分は、それぞれ単価も割り高になりますし、時間からいうコストで考えると、ある程度長く見てもらえる方がいいよねという部分には結構行くのですけれど、リハビリという部分では、本人が積極的に望めば、選んでいただけるのですけれども、ヘルパーさんを見守りで、とかを選択したり、長い時間見ていただけるデイサービスを選択したりということで、本当にリハビリが必要な方にまだ十分プランが提供されていないところがあるのではないかと。

ケアマネジャーさんたちは、始まりの頃は医療の方が多かったと思うのですけれども、スタッフもだんだん増えてきて、福祉の方が多くなると介護が中心となる形になっていく部分もあるのかなと。そういう会議の中でケアマネに対し講演のような形で情報提供してはどうかという意見が出ていまして、先日も、東京の方で初めてケアマネに医療的な勉強会をという全国での講習会があったとテレビでお見受けしまして、やっぱりそういうことなのかなと。それなりのスタッフさんは増えているのですけれども、その人たちにもう一度教育ということも、リハビリとはという教育をしなければいけない時期に今はきていると思いますと、地域リハビリの推進という部分では、プランを担う方たちが、この人にとっては何が今必要なのかということをご指導していくことも、とても大切なのかなと考えて、お話を聞かせていただきました。

#### 【専門分科会会長】

比較的重い方とおっしゃいましたか。

#### 【委員】

重い方はいろんな人が関わるので、在宅プランの中にリハビリも必要だということも言ってもらえると思うのですけれども、軽くて帰られる方は、本人も意外と元気だし、「そんなのいらない」みたいに帰られて結果的に時間をおいて落ちてきたり、骨折して「これだけ元気だし」と自宅に帰られると、結局その後半年とか一年位たつて、開業医の先生方のところに非常に大変な状態で行かれて、「回復期では何をしていた」とお叱りを受けるんですけど、かえって中途半端に良い方が意外と取りこぼされていくようなことや、せっかくそこまで上がったのにうまくできていないことがあるのかなとその会議の中で話し合いがありましたのでお話を聞かせていただきました。

### 【専門分科会会長】

大丈夫という形で帰られた方の在宅後の生活がどんどん低下していくということですね。それは、介護保険を使っているのであって、ケアマネの力量というか、その方のリハビリニーズをとらえきれずにリハビリプランを作っていたりするところかと思うのですが、ケアマネへの教育が必要だということもリハビリテーションの中では大事なことですよね。介護保険サービスを使った形でリハビリ、在宅での生活を進めていく場合にですよね。

### 【委員】

今、委員がおっしゃった施設ケアと在宅ケアの縫合と言いますか、シームレスという言い方もしますが、地域サービスが移行期にしっかり入っていくということも重要なかなというのが1点でございます。

それから2点目は、私、学生には、「社会復帰」という言葉を使うなと言っているんですよ。社会復帰とは、社会から一旦外へ出した人が復帰するということなので、たとえば刑務所に入っておられる方々はわかるのですけれども、障害のある方が社会復帰、という言葉を使うのはよくないんじゃないか、「社会参加」と言いなさいと言っているのです、社会復帰という言葉については少しチェックしていただきたい。おっしゃたように在宅福祉の拡充ということでよいと思いますので、社会復帰という概念も一度整理していただけたらありがたい、これが2点目でございます。

それから、維持期のところで、「要介護状態の維持」という言葉が出てまいります。これはちょっと誤解を受けるのではないかな。要介護状態を維持するということは、要介護状態のままでおれ、ととられることがあるのじゃないかなと思ったのが一つでございます。

それともう一つは、コミュニティワークの重要性ですね。地域リハではコミュニティワークが非常に重要で、インクルーシブな地域を作っていくという中で、障害を持った方が持ちながらも、社会の中でいろんな役割を果たしていけるということ、発揮できるということは重要でありますので、地域に働きかけていく、地域とともに、という辺りはぜひ入れておいていただけたらと思います。

最後であります、QOLを強調していただいたのは、とてもありがたいと思います。その中に、生きがづくりという言葉もございますが、ぜひともエンパワメントを入れていただきたい。障害を持っている方自身がヘルプを進めたり、自尊心を高めていったり、ということを取り組んでおられる、そういったことへの支援、応援は重要なことではないかと思えます。以上でございます。

### 【専門分科会会長】

言葉の「社会復帰」ですとか、「要介護状態の維持」とか微妙なところがありますけれど、要介護状態で、その現状維持というか、機能の維持、回復ということですね。エンパワメントというか、その方の心身の権利状態というか、権利を剥奪されていると思ったり、心理的にも実際に家で閉じこもったりする時にエンパワメントも、とても大切なことと思



ます。

### 【委員】

ポイントとして人材育成というところで一つ述べさせていただきたいのですが、先ほど委員が非常に細かくおっしゃってましたね。実は、ああいう、きちっとできるドクターは少ないです。先ほどからいろんな問題が出ておられますけれど、仕分けをだれかがやれば非常に効率的なんですね。今日の議論のポイントというのは、いかに限られた資源というかお金で効率よくリハビリテーションをやるかという観点での議論は一つ大きなポイントかと思います。

急性期リハビリテーションとは、京都府立医大とか、京大とか、日赤はいわゆる急性期です。急性期とは、病気になった時にすぐに必要になるところで、たくさん患者さんがいますから、ある程度のところで次の段階にお任せしなければならない。回復期とか、地域リハビリということになります。大学では責任を持ってやっておりますけれども、次の段階や在宅へと仕分ける人材が不足しているわけですね。地域リハビリというのは、国の政策にもなって非常に推進されています。この前も出ておりましたけれども、リハビリテーションセンターで、PTの先生が現場に出て行っているいろいろやっている取組がありましたが、指令塔がなかなかいない。リハビリセンターの利用件数が少なくなっているのも、実はリハビリの専門性と言いますか、これとも関わっています。この中でリハビリテーションを思い描くことは、ちょっとずつずれています。リハビリテーションというのは非常に広いので、ちょっと長くなりますが、私は整形外科をやっているのは、運動器と言って、関節、脊椎、骨とか、脳卒中があります。心臓リハビリもありますし。脳卒中と関係する嚥下という話もあります。

この間でもおりましたCP、小児のリハビリもあります。最近のがんリハビリテーションというのも増えています。それから、内部障害のリハビリといって内臓に障害があるときにやるリハビリもあるのです。脊損の専門家もいるのです。たとえば全部をこのリハビリセンターでやれるかという、それぞれ専門家を全部入れなきゃいけないので、ここで、それぞれの専門家がいるところにしか、逆に言うと患者さんが集まって来ないので、この前の会議で、ここの患者さんの形態が変わってきているというのは、リハビリ医学の専門性のところと関係しているのも無理はないかなと思います。全部を急性期から回復期になる時に専門家を全部置くのかというのが一つの議論となるので、そこまでコストをかけるかという話かなと思います。

それから、回復期のところは、当然地域の医師会の先生ですね、開業している先生とか、基幹の病院の中にどういう熱心なリハビリの先生を置くのか、という話になるので、かなり政策的に人材を育成あるいは再教育を含めた獲得ですね。京都だけでいいというわけじゃないですが、京都は全国を中心なので、リハビリをやっていた先生が京都に帰ってきたという人もいますから、そういうことも含めた人材の育成と獲得、その配置ですね、効率よく配置するというこの「育成・獲得・配置」というのがキーワードかなと思います。

日本リハビリ医学会の中でも、人材育成が一番大きな問題でして、これをどう育成して

いるのか、ということで再教育もキーワードになっています。京都でリハビリ以外の専門職で途中から変わりたいという人もそういう教育する場があれば、いろんなニーズがありますから、それをうまく仕分けしてくれるような人材に育ててもらえないか。そこには責任を持つ人一人がいるんですね。在宅でどういう形のものやっていくか。PTの先生に働いてもらう、あるいは看護師さん、先ほどの医療か介護かという仕分けも、やはりだれか責任を持ってもらわないと、それぞれの現場でいろいろ論議をしても時間の無駄となりますので、指令塔としての人材、イメージとしては責任をもってもらえる医師をどう獲得するのが大きなポイントの一つかなと思います。

実際のところ、府と市、バラバラではなしに連携してやると効率のいい人材獲得ができますので、ぜひ府と市で連携していただけたらいいかなと。京都府医師会と連携しながら、リハビリテーションの人材を育成、獲得するようなしくみをつくろうかということで、京都府にも働きかけておりますので、京都市も御検討をいただけたら。議論の中でいろんな問題が出てきますけれど、処理していただける先生のような方をどんどん輩出してくれるので、解決も早いかなと思います。

#### 【専門分科会会長】

障害や病気をもった後のリハビリということでは、専門性が高いにもかかわらず、ほとんど専門性を発揮して、フォローしたり、エスコートしていくような体制になっていないということで、その人材を育成して獲得して配置するかが、市や府の両方がやらなければいけないとおっしゃったと思いますが、確かに府と市がどう協力体制をとっていくのか、私もずっと気になっておまして、市でこうして話をしたことで、府や、国もそうですけれど、どのように位置付けていくのか、すごく大切だと思います。

#### 【委員】

高齢者の介護の側面から意見を言わせていただきます。前回この会で高次脳機能障害や、脊損の方とか、高度の障害をお持ちになった方へのリハビリの在り方ということ、初めて聞くお話もあり、勉強させていただきました。今日もその話題が一部出ていたのですが、高齢者のケアでいいますと、資料3を御覧いただきたいのですが、要介護認定を受けている人が、最初の表の右から2番目の合計欄を見ていただくと、27,000人だったのが、今68,000人。高齢者人口が多分33から4万ですから、ほぼ19%をちょっと超える、20%に近付いている、高齢者人口の2割近い方が認定を受けている。注目してほしいのは、要支援1から要介護2までの方たちです。この方たちを今、暗算してみると約42,000人。そして、要介護3,4,5の方が25,000人。介護の世界では、この要介護3,4位になっても自宅で支えられないかということで、今年度から24時間の随時対応、定時訪問24時間ホームヘルパーが自宅へ訪問する制度ができた。2006年には小規模多機能という制度ができた。両方とも特徴的は、包括払いということです。要するに1箇月の報酬が一定、費用が一定額です。どんなにたくさん利用しても同じサービス。これが何と似ているかというと、施設と似ているわけです。そういう意味では施設

設を集合住宅、住まいという考え方に変えようとしている。在宅・施設のシームレスというお話がありましたが、在宅・施設の二元論をなくしていこうという流れだと思います。ですから、施設も安心な住宅と、こういうとらえ方。そこで地域にあるリハビリも含めた資源はどんなふうに配分してされていくのか、御本人の生活の満足度を実現するために、いろんなサービスが連携しながら支えていく。住まいの場所とは自宅であったり、安心な住まいであったりそんな流れかなと考えています。

話を戻しまして、要支援1から要介護2の方。たとえば要介護1と要支援2というのは、一般的には認知症の状態に応じて、要介護1になるか、要支援2になるか。私も父親をこの年末まで要介護5で支えましたが、この各段階を経て在宅で支えてきましたけれども、私自身も高齢者ケアの分野に33年おりますけれども、要介護2位までは、認知症が上がっても、ある程度御自分の意志でリハ含めて、豊かな生活に向かう力があると思っています。要介護3、4、5となると、この辺り認知症対応のためとなると、リハビリというよりも、豊かな生活をどう実現するかというケアの問題に移っていく。もちろん、医療とかが関わることは、看護も含めていうまでもないですが、こうしてきめ細かく見ていきますと、高齢者の分野からしかわからないのですが、昨年4月から、リハプランが制度上策定されたと思います。そこでは、必ずセラピストが入る、御家族とか介護専門職が日常のプランに沿ったケアを行っていく。ケア、デイサービスやホームヘルプの話が出ましたが、どちらかと言えば、ケアの中にリハプランに沿った仕組みもきちっと入っていく。そういう学習をこれからしていく時代に入ってきたのかなと。プランを立てるところでは、必ず専門職の方が入っていただいて、定期的に見直していきながら、でも日常支えていくのは、ケアの部分。ケアマネにおける医療の知識の話も出ましたが、すべてがまだまだ発展途上だと思います。人材育成も大変大事だと思いますけれども、もう少し高齢者のケアに関しては、リハの在り方も要介護2までを一つの分岐点に考え方を変えてもいいのかなと。今日の会の議論という意味で言えば、前回も申し上げましたが、日常生活をケアが支える、要するに24時間を支えるケアということですね。そこへいろんな医療等が当然関わってくるわけだし、その時に、いわば日常生活、要するに維持期から生活期というふうに名称を変えようとなってきましたが、生活期を支えるケアというのが、いかにして生活の継続性を担保しながら、自立支援を図っていくのか。そこでリハビリテーションの専門的なプランニングへの参加は欠かせない。しかし、日常見ていくのは家族とかケアワーカーという図式だと思います。

そこで、このリハセンターが、社会的にそういう仕組みはこれから作られるわけですから、その辺りの黎明期の部分で、ちょうど昭和53年に新しいことを始められたように、これから新しく地域を支えるという部分でセンター機能をお果たしになってはどうか。

最後に、軽度の方が在宅に戻って、半年して少し低下していると、専門職が関わらないと低下していく傾向はそのとおりだと思いますけれども、私どもの協議会では、地域サロン、居場所というのを、京都市では、第5期プランで222箇所という数値目標を挙げていただいたので、社会参加、出かける場所を作っていく、具体的な機能を作っていくかないと、専門職ばかりが関わってもなかなかできないのではないかと。そういうこともぜひ

こか頭の隅に入れておく必要があるのではないかと思います。

#### 【専門分科会会長】

すごく高齢者の介護の立場から、介護度を二分することが目安になるかなということと、ケアの中にリハビリを入れないといけない。単なるケアではなく、リハビリを含んだケア、社会的な仕組みで生活の継続を支えることが、このリハビリテーションを考える私たちに大切なことではないかという御提案だったと思います。おうちに帰った後に出かける場所や役割があるということは、その人の人間性をいきいきと保つだけでなく、活発に動いて行くということになるのかと思います。

京都府の居場所づくりのための拠点づくりに私も関わっておりまして、認知症なのですが、週に1回でもいきいきして帰られるし、それを楽しみに1週間が活気づけられているということもお聞きしていますので、大事なことだと思います。

#### 【委員】

「潜在能力の開発」は、言葉づかいとしてどうなのでしょう。損なわれたものを回復することでは、もちろんそうなのでしょうけれども。

#### 【専門分科会会長】

鶴見和子先生は、埋蔵資源とおっしゃいましたけれど。埋蔵資源を発揮するという、発掘して世に出し、生かすということです。

#### 【委員】

かつて、残存能力という言い方がありましたけれど、残り物のイメージがあるから具合が悪いですね。

#### 【委員】

遅参しまして申し訳ありませんでした。前半の議論がわからないのですけれども、先ほどケアマネの話が出てきました。確かにケアマネジャーは、介護保険発足当時は70%が医療職でした。今は逆に80%が福祉職の方が占めています。確かに医療的ケアが少しおろそかになっているかなという気はします。ただ、一生けん命、その分医療的ケアを少しでも理解していただくように、努力して、いろいろ講義している最中です。リハに関しましても、お願いしまして、なんとか先生のおっしゃるようなことは改善するようにしています。

それから、地域リハですね。さっき委員がおっしゃったように、要するに、リハビリ技術は進歩しています。そのリハビリ技術が本当に必要な人にどれだけ効率よく提供できているかという、疑問だと思います。本当に必要な人に行っているのかということですね。訪問リハなんかは、最近ずいぶん、少しずつですが、以前に比べれば、充実してきて、われわれ在宅で患者さんを診ていても訪問リハを入れるのは、比較的苦勞でなくなってきました。

した。ただし、STさんに限っては、なかなかなくて訪問までしてもらえることはありませんが、PTさんであれば、なんとかできているというところまで来ています。訪問リハをやっている方々にお聞きすると、やはり連携をとらないと急性期から在宅に至るまでの連携。委員がおっしゃるように、どこかの指令塔で、振り分け的なもの、例えば急性期から確実に在宅へ帰られる、急性期リハで行われていることと、訪問リハで行わなければならないことは、必ず違ってくるわけですね。訓練方法も変わってこようかと思いますので、回復期からでもそうですが、連携をとる努力が必要なのではないかと思います。京都府医師会では、リハビリテーション協議会をやってその連携を作るためにやっていますが、急性期から回復期は大分進んできたように思います。以前ですと、急性期から回復期に送るのに、回復期病棟から言わせれば内科疾患を全部隠して送ってくると。それでなければ回復期がとってくれないので、いろんなすれ違い的なものもずいぶん解消してきているので、そういう協議も必要ではないかなと。効率よくやるには、その辺の連携が最も大事なのではないかと考えております。資料1のリハビリの流れですが、確かにきれいに流れていますけれど、回復期から在宅に戻さないと医療的な点数が下げられますので、無理でも2～3日在宅に戻した形で、またどこか他の回復期に行くという形もあるやに聞いていますので、もう少し連携をとれば解消できるのではないかという思いがしております。

#### 【専門分科会会長】

なかなか聞けない話もありました。連携がなくて、いろんな齟齬があるけれども、かなりできてきたとおっしゃいましたが、これから、もっともっと進めなくてはいけないでしょうし、京都市のリハビリテーション行政というものが、急性期リハビリとか回復期リハビリとか、医療を含むところにはこれまで関与されていたのかどうか。それをも視野に含めるのかどうかということも、一つの考え方かもしれません。全体をうまくやっていくには、視野を広げるということやら、連携を促進するということが大事なのではないかという気もいたしますけれども。

医療とリハビリテーションは、医療なのですが、中にケアも入ってくるし、福祉も入ってくるということであれば、総合的な、セクションのいわば連携と理解と意志疎通とそして方針の、指令塔という言葉をお使いになりましたが、見通しをもった形で示すことがリハビリテーションの推進には大事なのではないかと思います。

他にいかがでしょうか。出尽くしたというか、まだ言い足りない方もいらっしゃるかもしれませんが、次の論点②にそろそろ移らせていただきます。後から、これはということがあれば、おっしゃってください。

論点②の「年齢・障害種別を超えた一体的な施策の推進」について、事務局から説明をお願いいたします。

#### 【事務局】

お手元の資料4を御覧いただきたいと思っております。先ほどリハビリテーションの流れとい

うことで、中途障害になった方はどういうふうに流れるのか、お話をさせていただきました。今度の資料は、現行の法体系等の中で、年齢ごとによって、リハビリを受ける場合にはどうなっていくのか、また、関係する機関はどうかを一覧表にまとめた資料です。「リハビリテーションの流れ」もほぼオリジナルですけれども、この資料4もこちらの事務局でオリジナルで作らせていただきましたので、考え方等の齟齬があれば御指摘をいただきたいと存じます。また、資料4の書き方は、身体障害者をイメージして、書かせていただいたということですので、その前提で御覧いただきたいと存じます。身体障害者の定義は、年齢区分で行きますと、0歳から18歳までは児童福祉法に基づく「障害児」となります。以降、年を重ねるごとに身体障害者福祉法に基づく「身体障害者」、さらには65歳を超えますと、介護保険法に基づく「要介護者」になろうかということですのでございます。

それぞれの年齢区分で適用される制度としましては、先天性の障害のある方でも、中途障害の方でも、18歳までは児童福祉法が適用されるということですので、こういった皆様が関係する機関は、京都市でいうと児童福祉センターであったり、小児の医療機関であったり、障害児の支援施設であったり、となってまいります。

18歳を超えますと、現行の法制度では、障害者自立支援法が適用されます。また、65歳を超えますと、障害のある方であっても、要介護状態等ある方は、介護保険法が優先適用されるという法律の仕組みでございます。ただ、定義のところ、成人から高齢者にかけて斜め線が入っておりますけれども、40歳以上65歳未満の方は、「特定疾病」ということで、加齢現象との医学的な関係が認められる疾病で、継続して要介護状態になる割合が高いと考えられる特定の疾病があるのですが、この場合は、介護保険法が適用されるということになっております。現行のデータによりますと、こういった皆さんは要介護認定者数の約2.4%程いらっしゃるということですのでございます。

先ほど、関係する機関についてお話をさせていただきましたが、下の方を御覧いただきたいと思えます。

さまざまな機関がありますが、例えば行政機関ということで見えてまいりますと、福祉事務所でありますとか保健センターというのは、生涯に渡って関わりがあるということになります。また、このリハビリテーションセンターの機能の一つとして「身体障害者更生相談所」が設置されておりますが、この対象となる方は18歳以上の方ということですのでございます。

先ほども申し上げましたが、障害児の場合は、小児医療機関、障害児支援施設、児童福祉センター、さらには教育機関としての学校が関わっていくことになりまして、18歳に達しますと、障害福祉サービスなどを御利用になり、さらに65歳になると必要な場合要介護認定を受けていただき、そこから介護保険の適用になるということですのでございます。一方、人生の途中で発症・受傷で障害を負った方は、先ほどのリハビリテーションの流れという状況になります。こういった制度、サービスの御利用に関しては、現行では、障害者の方は相談支援事業で、それぞれサービスの利用計画が作られたり、また、介護保険では先ほど話がありましたが、ケアプランが作られ、切れ目のないサービスが利用できるような仕組みにはなっているということですのでございます。

この資料の説明の前提として、「身体障害者」をイメージして作りましたと申し上げましたが、知的障害の方、精神障害の方につきましても、このところを、それぞれ、知的障害者福祉法の知的障害者、また精神保健福祉法の精神障害者という形で読み替えいただければ概ね間違いはないのではないかと考えております。身体障害者を中心に書きましたので、知的障害者、精神障害者の方の場合の関係する行政機関をうまく書き入れませんでした。行政機関ということでは、知的障害者の方の場合は、知的障害者更生相談所や、精神障害者の方は、京都市ではこころの健康増進センターがそれぞれ担当するという事になってございます。いずれにしても、いろいろ言われておりますとおり、いろんなサービスが行政機関を含めて縦割りのことがあるなど、作りながら思った次第でございます。以上でございます。

#### 【専門分科会会長】

身体障害と関連する機関、年齢によって法律が異なることによる違いを御説明いただきました。「地域リハビリ」には高齢者が入っているというのも、65歳になりますと介護保険法が適用されるといふことからいえば、しっかりと含まれるということになると思います。資料1と2と3がそれぞれ、私たちの議論に対して理解を進めてくれるのだと思います。このような様々なリハビリテーションの制度が、市民一人一人に対してうまく浸透されているのか、また、年齢によって制度を移行したりですとか、児童から成人、成人から高齢者ということで、制度移行も伴いますし、流れというか、違う制度に含まれる流れの問題というのもございますし、先の議論でもたくさん出していただきましたように、障害を持った方が介護保険の中に含まれる時に、どんなふうにケアの質やリハビリの質が変わっていくのかということも問題もあるかと思います。さらなる御意見をお願いいたします。

#### 【委員】

次の所々で出る課題かと思うのですが、今の身体と知的と精神と分けたところを振り替えてくださいとおっしゃってくださったように、高次脳機能障害の方が結局この狭間に埋まっているということ、皆さん知ってらっしゃると思いますけれども、あえて言わせていただきたい。精神障害での身体障害者手帳を取るしかない現状の中で、じゃあ精神科の患者と同じようにその中でやってもらったらいんじゃないのというのは無理で、側面としては、身体障害のリハビリの関わりの中で、しないといけないということで、狭間におられる方が、高次脳機能障害の方なんですけれども、それ以外では、小児はあまり存じ上げないので、そういう狭間になるような方はおられないのでしょうか。

#### 【専門分科会会長】

発達障害に関しましては、最近の国の法律の進捗というものでかなり進んでいるところが部分的にはあると聞いております。部分的といいますか、地域的にもありますし、先進的にしているところも遅れを取っている所もあるかと思います。私も個人的に知っている発達障害の方は、児童から成人になるまでに至る、シームレスという言葉で表現されたよ

うなケアはまだほとんどないのではないかという気がします。40歳位になって、やっと御両親や家族が気づかれて、精神科医のもとでやっと障害手帳をとってお母さんが安心だという話も聞いております。これもこれからですし、京都市のリハビリテーション行政にどのように組み込んでいくのかは一つだと思います。高次脳機能障害に関しましては、事務局からお話いただければと思うのですが、いかがでしょうか。

#### 【事務局】

児童の関係で狭間となりますと、発達障害の方で、知的に問題がなければ療育手帳の取得ができないというところで、サービスを受ける時に一部療育手帳がないと受けられないサービス、市の単独事業などで市バスに乗ったり、JRの関係ですとか、受けられない方は確かに存在します。どうしても今、歴史的には身体障害者手帳とか、知的障害者の療育手帳とかからスタートしていますので、手帳を持っているのが大前提のような制度になっておりますが、大きい法律としては、今度すべて含まれるという形になっています。高次脳機能障害者の件については、次のところで説明をする予定だったのですが、資料5の方に、高次脳機能障害者の現状、定義等についての資料を用意させていただいております。

#### 【委員】

資料5まで行きそうなので聞きたいのですけれども、現実的には、この会の方向性として、まず新聞にリハセンターの業務縮小と載りましたが、あのおりでいいのですか。そうじゃないんだ、ここでもっと話し合いをするんだということから始まるということではないのでしょうか。どっちか教えていただきたい。大体あの方向に向かおうとしているのなら、僕はいいと思いますので、そこから議論を進めたいのですが。京都市にお応えいただきたいのですが。

#### 【事務局】

諮問事項としましては、京都市のリハビリテーション行政をこの場で議論していただく。その中で、これまでやってきたリハセンの機能についても議論が及ぶであろうとなりますので、その部分については、先ほども論点のところでもございましたが、公民の役割分担を含めて御議論いただく中で、何らかの形が出てくると思っておりますので、全てのことが縮小ということでは決してないのではないかと。絵で書くとリハビリテーションが流れているように見えるけれども、実際にはそうではないという御意見もあったやに思いますので、そういうことも踏まえて議論していただきたいと思っております。

#### 【委員】

ということは、報道関係、新聞が勝手に書いたという理解していいのですか。そうではない。そこをはっきりしてほしいのです。あれは新聞が勝手に書いた、京都市は全く関係ないんだということだけははっきりしてほしいのですか。いかがでしょう。



### 【事務局】

それは、これからの議論になると思いますけれども、センターでやってきた実績、利用者の状況等も過去と違うことを踏まえると、いろんな機能の見直しはしていかなければいけないだろうと思います。

### 【委員】

そうしますと、次の会の時に資料を出していただきたいのですが、今、病院機能を持っておられます。病院機能では実際にどのような患者様を扱っていたのかという数字が出てきてほしいです。その方々がこれから、センターが病院機能がなくなったと考えた時、どういうふうに私たちは考えていくのだろう、京都市のリハビリテーションとしてどう考えていくのだろう、それが委員がおっしゃった高次脳機能障害につながります。高次脳機能障害の問題に関しましては、京都府がある程度のラインを出しておられます。ただ、京都府は相談業務まではしますが、さてどこで治療をとると、この文章の中では、京都府のリハセンターが2床ありますよと、確か音羽病院が4床位持つておられると思いますが、もしも考えるならば、その辺の議論がこれから必要ではないかと私は思っております。次の会では、ぜひとも今の病院でどういうことをやってる、どういう患者さんをやってきたのかという資料を出していただければ、ここでのテーブルの議論になると思いますのでよろしくお願いいたします。

### 【専門分科会会長】

高次脳機能障害の場合、病名といいますか診断名があるのでしょうか。そういう資料とどうか、あるのでしょうか。

### 【委員】

高次脳機能障害という診断名で、なぜか精神保健福祉手帳の診断書の欄に書かせていただいています。精神科と、神経内科の一部の科に限られて、最近やっと参入できるようになった分野なので、まだまだ手帳を持っておられない方がいるという現実はあるということだけはわかっていますけれども。次から次へとどんどん診断書を書けるかというところではなくて、その方の発症経歴とか、評価をしたりとか、かなり時間をかけてしないといけない。精神科の先生も診てから6箇月を経過しないと書けない。身体障害者手帳も、発症から、切断でしたら3箇月とか、脳血管障害でしたら6箇月とか、期限があるように、病気が起こればわかるのですが、高次脳機能障害の方は、過去に起こった怪我とか、その時によくなっているの、いいですよと長いこと経ってしまっていて、結果的に仕事に戻れないという方で、「なんだろう？」と言われて、そのままずっともれている方も多分まだいらっしゃるって、少しずつそういう傾向が進むので、上手にここに基盤が持てないのでしょうかということ、もう1回時間がかかってもリハビリしましょうという話になっているのですけれども、長い経過の方は、リハビリテーションを半年で受けるので、それなりに評価できるのですが、発症したての方は、こちらのリハセンターにたくさんお世話になってい

るので、そういうふうな方が、回復期の病棟の先生方に聞いても、本当に大変で、この後どうしていくのかという方を送らせていただいているんですけども、果たして、どんな方たちが、ここに入院しておられるのかというのを、実は私たちも委員がおっしゃったように知りたいところで、頸髄損傷の方というのも、半年位では、手帳も出ない方を送らせていただいて、その方たちもここに来られても結論は出てないと思うんですね。あくまでも、ある程度年齢が80代とかいうことは残念ながらなくて、40代あるいは18歳から65歳位までで、今自分がそうなった場合、本当に半年で終わっていいのか、という、半年で終わる位重度であれば、明らかにできない部分もありますが、それだけお世話になっていると思うのですが、その辺のことが、出てこない病院機能がどうなんだろうというのが、見えてこないかなと思いましたが、3番目の論点で伺ってみようかなと思っていたところですが、委員が言われたので。

後で言おうと思ったんですけど、こちらの病院は、障害者施設等の入院基本料の病院ということで、これはうちの病院でもありまして、結構、京都市は確かこの病院は多いはずですが。けれども、脳血管障害の方は3割は入れるんですけども、現実おうちに帰れない重度の方、気管切開が入って呼吸器も付いているとか、難病の方の末期の方たち、おうちでとても見られない方たちが結構入ってらっしゃるところが多いのかなと思うと、現実障害者の病棟でがっちりリハビリを全員やっていますよという病院はなかなか少ないのかな。

うちでも、多発性硬化症の急性増悪ですとか、パーキンソン病の急性増悪ですとか、回復期病棟の基準でなかなか入りきれないような方たちで、フィードバックで帰りますよという方は診ますけれど、そうじゃない方は、その方たちの医療も含めての受入れになっていることが多いので、そういう意味では、多分障害者の基本料をとって、リハビリをしっかりとやってらっしゃるのは、ここのリハセンターなんだろうなと思っているんですけど。果たして、どんな方たちが来られて、どのぐらいの割合で帰ってらっしゃるのか。

リハセンターである以上、在宅に帰るだけではダメなんじゃないかと思うのです。目指すところは、お仕事に復帰されたり、よりその方の本来の人権の回復を目指せる人には、そのチャンスをつくらなきゃいけないと。なかなか重症の中に一人二人いるような障害の人では、自分のことが見えてませんので、頸髄損傷の方、高次脳機能障害の方というのは、鏡を見て自分の状態がわかって、どうしなきゃいけないかと思う部分が大きいので、少ない中で大事に大事にされて、社会復帰といってもなんとなく先が見えないというよりは、ある程度そういう人は、こういうところに来て、目を開く人は開くだろうし、開いても続かない人は落ちていくだろうし、でも、そこでチャンスがあることが大事だと思います。

今の話とは、離れて申し訳ないのですが、狭間の方のステップアップのチャンスというところに、周りに同じような方がいるということは、リハビリがアップする大きい要素だと思います。

## 【事務局】

委員から御質問を受けた件については、第1回分科会でお渡ししました「リハビリテー

ション調査研究会報告書」の資料編の20ページに疾患別入院件数で、拾える範囲ですと、昭和59年度からになりますが入れさせていただきます。

(席上再配布)

### 【委員】

先ほど私が言ったのは、その資料を見て言わせていただいたので、疾病構造というか、疾患が変わってきているのです。専門性がかなり出てきているので、多分専門の先生によって疾患の構造が変わっているのかなという感じがするのですけれど。

一つだけよろしゅうございますか。多分、行政側は法律で動いていかれるんですよね、ある程度。高次脳機能障害の話は、京都府の話も出ましたけれど、城陽のリハビリセンターの中に神経内科の先生が担当で、数は少ないですけどできる予定です。これもある程度法が動いたからです。法律のある部分は、指令塔がうまく処理すれば何とかなるかなという気はします。今回の議論の中で、財政のところが少し何とか許すのであれば、法律でない部分で、京都独自でやれるようなリハビリテーションの分野を目玉で一つ入れると今回の会議の成果が出るのかなという気はします。

それから、発達障害の話ですけども、実は発達障害を診られるドクターが全国的に急激に減ってきています。今、子どもさんが非常に重要だと皆さん認識していて、小児科・産科を重点的にやりましょうとありますが、結果として子どもさんの数が減ってくると障害を見る機会が減ってくるんですね。医療人というのは、お金をつけたからといってすぐにできないです。この発達障害では、一人前になるには最低20年位かかります。今から発達障害のドクターを作るとなると、20年かけないとダメなんですね。ここのセンターで発達障害を診て行こうとなると20年後位しかできないということになります。ですから、中長期的にどういう人材をつくるのかという観点の一つ大事なものと、短期的に、もしそういう分野で足りなければ、全国ネットワークを作らないと人を呼んでこられないんですね。ですから、人材を作っているところといかに連携するかというものが重要になります。人材育成のセンター的なものを京都府・京都市で、京都として作っておいて、そのセンターと全国とを結んで、必要な人材を供給して仕組が一番コストがかからない。人材を1からすると、ものすごいお金がかかりますから、再教育というのも、リハビリテーション医師を10年20年やって、リハビリをもう一回頑張ってみようという人を発掘して、再教育というか、新しく教育して、最新の医療を習得してもらって、という短期促成ではないですけど、ある程度時間短縮はできます。とにかく人材をいかに獲得するのか、ぜひお考えいただきたい。小児の発達障害でもそうです。特に脳性まひをやれる方が全国に減っているのです、お困りの方が多いとこの間発言されたのは、そういうことだと思います。目玉をできるだけ、法律で、お金の出ないところで、作っていただくありがたいなという気はします。

資料を配られていますけれども、多分、先ほど言っている運動器、われわれ整形外科がやっているリハビリは、脳卒中とか全部分かれています。それぞれの高度な元々の原疾患、リハビリを必要とする原疾患をきちっと頭に入れながらやらないと、原疾患がちゃ

んどできなくなるので、そういう側面もございます。トータルに色々そういう人材をどう作っていくのか大きな問題です。

#### 【専門分科会会長】

ありがとうございました。委員の御質問で、高次脳機能障害の方の数というか、リハビリテーションセンターの病院の患者の内訳を、ということで、今配っていただきました。

委員は、疾病構造の変化とか、人材育成には時間がかかるということから、京都市のリハビリテーション行政の在り方の中に、人材育成を府との協調でもってネットワークづくりみたいなものを全国的にすることが役に立つ、京都のみならず、全国に役に立つことではないかという御発言だったと思います。

#### 【委員】

人材育成と獲得。獲得はあるものを使うということです。「獲得」というとなるほどと納得されますが、「育成」はお金がかかるなと思われま。2つに分かれます。

#### 【専門分科会会長】

第3の新たなニーズにどう対応するかというところで、発達障害ですとか、高次脳機能障害の話が出るはずだったと思うのですが、病院のことにどう関わっているかという疑問ということで、その資料をいただきました。でも、私の理解としましては、お聞きした話によりますと、昭和53年に京都市のリハセンターが建てられて、それ以降このような諮問とか、専門家や市民の話し合いとか、そういう機会が全くなかったということをお聞きしております。この際に、いろんなことを話し合っ、疑問も明らかにして、細かなところを仔細に検証することは、大事なことで、そこから建設的な意見が出てくるものと思われま。その範囲の中で、病院の機能をどうするのか、この会で具体的に発言するかどうかは、この会に必ずしも求められたことではないのではないかと思います。

#### 【事務局】

これから、もっと幅広い議論になった時に、ここの場所のセンターの状況はどうかというのは、当然のことながら出てくると思われま。そのうえでこれからやっていかなければいけないことなども出てくるし、そのためには、業務をどう見直すという観点も当然のことながらあろうかと思われま。ので、今後の会合の中でのお話になろうと思われま。

今日は、全部の資料の説明ができておりません、資料5、6、7は、4つの論点の中の③、④で使わせていただこうと思われま。事務局で作らせていただいたものです。これまでの議論の中で、既にお話があったような内容もございま。ので、もしも、次回にこの説明をということでございま。したら、また説明をさせていただきたいと思われま。ところでは。

### 【専門分科会会長】

今までたくさんの御意見をいただきましたけれど、新たにこんな資料がほしいとか、ここはどうなっているのか、ということも忌憚なく聞いていただいて進めていくのが一番じゃないかと思います。一般に、この25年間のリハビリテーションの進捗、専門分化もしてきたとか、高齢社会になりまして、高齢者における介護保険を始めとするいろいろな議論の積み重ねもありますし、そういった中で、リハビリも発達してきたし、高齢者のケアも発達してきた。しかし、その中で欠けたものや足りないものというものもたくさんあると思いますし、この会がそれも含めて、その狭間で組入れなかったものとか、流れなかったところとか、そういうところを指摘いただいて、4月までございますけれど、この会の中で何か新しいもの、そして、歴史を含めた京都ならではのものを提案できたらいいと思います。

いかがでしょうか。これだけは聞いておきたい、あるいはこれだけは言うておきたいことがございましたらお願いいたします。

### 【委員】

この表を見せていただきまして、私自身がこだわっている部分もあるのかもしれませんが、頭部外傷等脳血管障害イコール高次脳機能障害というふうに考えていいのかどうか。多分初めのころはその概念がありませんでしたので、できれば、近々の高次脳機能障害という側面で、普通の片まひの方は、リハセンターに絶対送らなければならないということはないと思うのですが、高次脳機能障害がからまって、若い方かというと、これは絶対送らなければと、最初から、早い段階で予約をさせていただいたりしているの、最近の新しいデータがいただけるようでしたら、現場の方に聞いていただくとか、教えていただけたらどうかと。

どんなところからの紹介があって、皆さん認知されて熟知されて、本当に必要な人がここに来て、という流れがあるのかなと。同じところからしか紹介がないということは多分ないと思いますし、私も年に1～2例位、重度の頸損と脳血管障害で高次脳機能障害を持った若い方で何とか社会に参加していただきたい方を紹介していますので、どういうふうな状況なのか 知りたいと思います。脊損でも、腰椎とか下の方の方でしたら、回復期からでもおうちに帰られる方はおられますが、頸髄損傷の方は、いろんな意味での全身的ケアを含めての治療になるので、ざっくりと頸損、脊損とまとめてはいるのですが、その辺の割合がどうなっているのか。意外にそんなに多くないんだよとかがわかれば、少し見えてくるのか。委員がおっしゃったように、分化しているので、全部をまかなうというのは難しいと思うのです。ここにある能力で、なお充実してできることを考えていける側面かなと思いますので、このデータの中で、もう少しその辺を知りたいと思いましたので、もし可能であればよろしく申し上げます。

### 【事務局】

頭部外傷イコール高次脳機能障害ということではございませんので、高次脳機能障害の

方の数字については、別途つかませていただくようにしたいと思います。私どもの方でも、資料5で御紹介させていただいていますようにセンターとしても、実際に入院されている方や施設利用者の方に高次脳機能障害があったところからスタートして、平成9年頃から取組を始めているところですが、それ以降の資料が具体的に出てくるものかどうか確認した上で、用意させていただきます。

#### 【専門分科会会長】

お願いします。

時刻もだんだん迫ってまいりました。今日は、ものすごくいろんな意見を出していただいたと思います。まとめきれない思いですけれども、「地域リハビリテーションの推進」というか、流れをしっかりと獲得しなければいけないということは、どの委員の方も切実な問題だと受け止めておられるということが分かりましたし、その辺をどうこの会の中で受け止めて、京都のリハビリテーション行政に方向づけていくかということが大切ではないかと思います。それから、「年齢・障害種別」ということでは、多くの0歳からそれこそ100歳以上までを含めた全年齢に関して、リハビリテーションをどのように進めるかということ、さまざまな法律というものを介していますので、行政がそのような法律の間にあることを進めていくような行政的な手腕というものをリハビリテーションにも持つことが望まれるということではないかと理解しました。それからもう一つ、リハビリテーションも介護サービスもそうですが、人材が大事にも関わらず、優れた人材が、一人一人のリハビリニーズ、ケアニーズ、人間的なニーズも含めて、アセスメントというか、判断しているようなサービスにつなげるなりできたなら、一人一人の人間回復というものが進むと思いますが、それをできるような人材を、この京都が提言できるのかどうかということも大きなことだと思います。

次回に予定していた③新たなニーズですとか④リハビリ医療の在り方も含んだ議論をいただきましてありがとうございました。それに関しては、次回、議論がもっと深まるかと思いますが、ニーズに関して、リハビリテーションセンターが果たしてきた役割も非常に大きいということから、どのように今後に向けていくのかという御意見が出たと思います。

長時間に渡りまして、ありがとうございました。次回の日程について、事務局からお願いします。

#### 【事務局】

ありがとうございました。日程に入ります前に会議の最初にカラー刷りのチラシをお配りしました。まさに御議論いただきました、地域リハビリテーションの一環で、第26回地域リハビリテーション交流セミナーを、年1回ですので26年間やっておりますが、市民の皆様との交流をこのセンター等でやっております。今年度の御案内でございまして、2月14日に「前例がなければつくればいい」ということで、声楽家の青野浩美さんをお迎えいたしましてコンサート、その前段では、南部障害者地域生活支援センターの方のお

話も含めてやっていこうと思っております。ぜひお時間がありましたら御参加の方よろしくお願いをいたします。

次回日程でございますが、来月、2月になりますが、皆様方に2～3候補日を挙げさせていただいたうえで、調整させていただきたいと思っております。誠に申し訳ございませんが、今日使いました資料を次回会議でも使わせていただきますので、御持参いただきましたら、幸いです。

**【専門分科会会長】**

本日は、長時間に渡りまして議論いただきありがとうございました。

それでは、これで第2回分科会を終了いたします。

—閉会—