

京都市社会福祉審議会

平成24年度第3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2月12日（火） 午後3時から午後5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，
山田幸子委員，山田尋志委員，上原春男委員，武田康晴委員，富田素子委員，
並河茂委員，真鍋克次郎委員
欠席委員 日野勝委員，藤木恵委員，久保俊一委員
事務局 高木保健福祉局長，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，
中皿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3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，大変お忙しい中，お集まりいただきまして，誠にありがとうございます。

まず，本日の出欠状況でございますが，3名の委員が御都合がつかず御欠席の御連絡をいただいております。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。よろしくお願いたします。

－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3回リハビリ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。

前回，第2回の分科会におきましては，今日お手元に配られています会議次第の次に「各論点とこれまでにいただいた意見」に整理され，こういう形になっていますけれども，論点整理ということで，論点と議論の方向性①，②，③，④とお認めいただいておりますけれども，前回は，論点の①と②，それから②の途中で，論点③に関わる御質問等がありまして，審議が終了いたしました。したがって，本日は，論点②，③，④についての審議となります。

議論に入ります前に，まず，前回の議論で出されました御意見等について，振り返る意味も含めまして，事務局がまとめたものがこの資料ですので，この要旨について説明をお

願います。

【事務局】

本日配布の「各論点とこれまでにいただいた意見」を御用意させていただきましたので、これに沿いまして御説明を申し上げます。

前回では、論点①「地域リハビリテーションの推進」、論点②「年齢・障害種別を超えた一体的な施策の推進」について御議論いただきました。御用意した資料に沿いまして、リハビリテーションの流れでありますとか、障害のある方に適用される制度等、説明させていただき、リハビリテーションの状況、在宅福祉サービスの状況等、御説明申し上げたところでございます。「第2回での主な意見と今後の議論点」というところに、頂戴しました意見をまとめております。委員の皆様方からは、リハビリテーションの現状を分析した御意見、さらには、資料だけでは読み取ることが難しいような実状、問題点等、様々な御意見等もいただきました。その中で、リハビリテーションのシステム、様々な制度というのは、ある程度充実はしているけれども、必要な人に、その人に適したリハビリが提供されているのかどうか、という御意見もいただきました。一番右の方に方向性としまして、急性期から維持期（生活期）までの一貫した流れ、リハビリが提供されるためにサービスの振り分けをするような「司令塔」とか、総合調整機能が必要であるという御意見でありますとか、また、実際に障害者、高齢者の様々な計画作成に関わるケアマネジャーをはじめとする様々な職種のスキルアップも必要である、さらには、京都府とも連携して人材育成・獲得のシステムの構築やネットワークづくりが必要であるという方向性が導き出されたかなと思います。

「第1回・第2回での主な意見と今後の議論点」のところに目を向けていただきたいのですが、真ん中の辺りに御意見として、施設ケアと在宅ケアを縫合していく、シームレスという御発言があったかと思いますが、目標とするのは、障害・高齢を問わずに、住み慣れたところで、安心して暮らしていけるインクルーシブな地域社会をつくっていく、それを支えることによって、一人一人のQOLの向上につなげていくことが大事であるという御意見もいただきました。

さらに、③に関連することですが、新たなニーズということでは、発達障害のある方へのケアについても、お話、御意見があったかと思っております。

論点②のところでは、高齢者施策との連携についてですが、障害の種別、身体・知的・精神という三障害、さらに障害児についても対象とする部分については、今一度御議論いただけたらと思っております。

また、2回目の議論の中で、高次脳機能障害の話もあったかと思っております。この辺りについては、今日議論をいただきます論点③新たなニーズへの対応、論点④リハビリ医療の在り方等のところで御意見、御議論をいただけたらと思っております。

第2回目で、リハビリテーションセンターの入院患者に関する御質問を2、3お受けしましたところですが、これについては、論点④のところで、お応えしてまいりたいと思います。

また、第2回でお配りした資料の中で一部の表現、言葉の使い方に適切ではないのではないかという御指摘も受けたところでございますが、この点等については、今後、答申案を作成する際に、改めて御意見を伺いながら、調整をしてまいりたいと思います。

以上でございます。

【専門分科会会長】

前回、御議論いただいたところですが、論点①～④の分類に基づき、改めて論点に沿った形で、図にまとめたということで、御確認いただきましたでしょうか。

網掛けの部分と白い部分との違いですが、網掛けはすでに出た意見で、白い部分はまだ出ていないということよろしいでしょうか。

【事務局】

そういうことでございまして、白い部分については、さらに御議論いただきたいということでございます。

【専門分科会会長】

今の説明について、何か足りない点とか指摘されるところがありましたらお願いします。

【委員】

前々回出席していなかったのですが、どういう議論なのかと、前回は発言を控えさせていただいた部分もあるのですが、今事務局から説明があったところで、リハビリテーションの流れを管理していくという話が出てきました。もう少し後にインクルーシブという話が出てきて、流れを管理するのは大事だと思うのですが、利用者の方の立場に立つと、流れが管理されているかという問題は大事ではあるけれど、一番大事なのは、リハビリテーションの病院から、訓練から、そういう流れを経て、じゃあ何を自分は到達点で獲得したのかということが重要だと思います。流れはうまくいったけど獲得はできなかったというのはよくない。そういう意味では、方向性の一番上のところに総合調整機能と書かれている中に、流れの管理だけではなくて、利用者の方がそういうリハビリテーションの流れを経た結果として、どういう生活を得たのか、その生活の部分を総合的に調整していくという視点がすごく重要なんじゃないかなと思います。利用者の方にとってみれば、流れを経て自分がどうなったのかというのが成果であって、そこが満足度につながりますし、そういうことがうまくいっている仕組みの中だったら、新たな利用者の方もそこに乗っていきこうという気持ちになるんだと思うので、インクルーシブという意味でも重要なのかなと1点思いました。後は、今日の議論にも関係があるところなので、それを踏まえて後で発言させていただきます。

【専門分科会会長】

到達点というものをあまり意識していなかったかもしれません。到達点は、それぞれの

利用者さんのQOLですとか生活満足度がいかに保持，獲得できたかの目標みたいなものが最初からないと，単にシステムの流れだけに委ねてということでは，という御意見だったと思います。それをどう確保していくのか，どう図るかという先行的な研究だとか，試みがありましたら教えていただきたいと思います。利用者さんの一人一人の生活の質，満足度がいかに確保できるような総合調整機能であるかが大事ということですね。

その他に何かございますでしょうか。

QOLという言葉もこれまで少し出ておりましたけれども，到達点でのQOLということは改めて気をつけなければいけないと思います。

それでは，他にございませんでしたら，論点②の続きの説明をお願いします。

【事務局】

今日，新たな資料を御用意しております。資料8「障害者施策・リハビリテーションの推進における府市の役割」を御覧いただきたいと思います。

前回，論点②のところで議論が及ばなかった三障害，それから障害児の施策，さらに前回出されておりました京都府と京都市との連携等の御意見に関してということで，京都市の障害施策，それからリハビリテーションの推進の状況を，また京都府との連携についてまとめたものになっておりますので，説明させていただきます。この表も事務局オリジナルで作らせていただいております。

まず，地域リハビリテーションに関しての国の関係ですが，障害の方に関しては，国の通知によりまして，身体障害者更生相談所の事業として地域リハビリテーションを実施していくということになっておりますので，現在，京都市では，この身体障害者リハビリテーションセンターにおいて「地域リハビリテーション推進事業」として，様々な関係職員の皆様への研修，センターの職員の派遣，市民啓発の事業・イベント等に取り組んでいるところでございます。

知的障害については，児童福祉センターにあります「知的障害者更生相談所」が，また，精神障害については，「こころの健康増進センター」が，それぞれ相談業務等を行っているところでございます。資料の一番左端にありますけれども，地域の障害のある方，御家族の様々な相談に応じたり，サービスの利用，方法の相談に応じる障害者地域生活支援センターが市内15箇所を設置されております。また，市内には障害福祉サービス等の事業所もたくさん存在しておりまして，障害者の地域での生活支援を実施しているところでございます。

一方，右の方を御覧いただきたいのですが，高齢分野の地域リハビリテーションというのは，現在都道府県が実施する事業となっております。京都府が実施しております。一番右の真ん中の枠にありますように，「京都府リハビリテーション支援センター」を設置し，人材育成や連携体制のシステムづくりなどに取り組んでおられます。また，京都府下の，二次医療圏域ごとに，その圏域にあります基幹病院等を指定して，「地域リハビリテーション支援センター」というのを設置し，リハビリ提供体制の整備ですとか，地域ケアに係る関係機関との連携，リハビリ従事者の支援などを行っておられます。この場合，京都市域

はどうなっているかということになりますと、平成24年3月に学際研究所附属病院の中に京都市域を担当する「地域リハビリテーション支援センター」が設置されたところでございます。

加えまして、中ほどに「京都地域包括ケア推進機構」という記載があります。こちらは、高齢の皆さんが、介護や療養が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるようにするために、京都府、京都市、京都府医師会をはじめとする関係団体が連携し、医療・介護・福祉が一体的に提供できる仕組み「地域包括ケアシステム」を、オール京都で推進していこうということで、平成23年6月に設立されたものでございます。その機構の中では、さまざまな重点プロジェクトが取り組まれておりまして、6つあるとお伺いしていますが、その内の一つに「地域におけるリハビリ支援プロジェクト」を設けておられて、地域リハビリテーション支援センターと連携して、高齢者の地域での暮らしを支えていこうという取組がなされております。京都市域に関しては、具体的に京都市の地域の中でどういうふうになっているかといいますと、京都市内に地域包括支援センターを61箇所設けておりまして、こちらの方で、高齢者、御家族の介護療養等の相談に乗って、地域におけるケアを推進する取組を進めております。このように、記載されておりますけれども、障害は障害の分野で、高齢は高齢の分野で取組がなされているところでございます。

もう少し申し上げますと、これまで議論にありました高次脳機能障害者の支援に関しては、京都府では独自にプランを策定されまして、この京都府リハビリテーション支援センター、京都府立医科大学附属病院内に置かれていますこのセンターにおきまして具体的な専門の相談業務を行っておられるとお伺いしております。高次脳機能障害の部分については、次の論点③新たなニーズへの対応のところでも議論していただければと思います。

以上でございます。

【専門分科会会長】

府と市が、それぞれ高齢と障害に分かれてリハビリテーションを行うという、かなり複雑なことを説明いただいたと思います。京都市のリハビリテーション行政をどう進めるかという諮問に関しましては、もちろん、障害と高齢であっても、年齢で分けたら、高齢か若者かという違いはありまして、障害ということでは、高齢者も若年の方もリハビリテーション行政の中に含まれますので、会の進め方ではそれも視野に入れて、リハビリテーションが府市でこのように分かれているところでもありますけれども、ここでも新機軸というか提案といいますか、こうした方がもっと一人一人の市民が障害をうまく乗り越えて生活できるのではないかというような御提案もありましたら、ここでも何か言えると思いますので、その点に関しても委員の活発な御議論をお願いしたいと思います。

【委員】

前回、施設ケアと在宅ケアの「統合」、インテグレーションの「統合」と申し上げたのですが、「縫合」に書かれていますので、ぜひ直しておいてもらえたらと。縫い合わせるのではなく、一緒にしていくということですね。

そのことと関連しまして、資料8でございますが、御周知のとおり、障害者問題と高齢者問題は大きく重なっている。障害者の大きな部分が御高齢の方であるということがございます。十数年前デンマークに寄せていただいた時に、アウトリーチといいますか、地域リハビリテーションをチームでずっと巡回していたのをいろいろお聞きして、その時にもすごく感動したと言いますか、なるほどと思ったのは、地域の高齢者のケアと障害者のケアを同じチームでやっていたんですね。ですから、この地域での関わりの相互乗り入れというのは、まだまだ大きな可能性があるとお一つ思いました。

それと、先ほど委員がおっしゃったリハビリテーションの流れであります。よくメディカルモデル、ソーシャルモデルと申しますけれども、やはり本人さんのエンパワメントと申しますか、本人さん自身がこのリハビリテーションをどう評価しているかということが、非常に重要なことかなとお聞きしました。

【専門分科会会長】

海外の事例を御紹介いただきました。地域の高齢者と障害者を同じチームでリハビリをうまく進めるために、巡回されていたということですね。参考になると思います。

【委員】

今、委員と会長がおっしゃったとおりだと思うんですけども、そこに乗かって発言をさせていただくと、今、委員からエンパワメントという言葉も出ました。あるいは会長から、年齢に限らず区別せずに障害のある人というらえ方ができるんじゃないか。北欧の方では、障害者と高齢者を一つのチームで、という話もありました。とはいえですね、現状、状態の特性みたいなことは確かにあるんじゃないかなと思います。エンパワメントということなんですけれども、障害者分野では非常によく使われる言葉、最近とみによく使われます。ただ、高齢者の分野でエンパワメントというのが主流として使われる概念なのかとなると、そうでもないのではないかなと思うのです。つまり、障害を持っている人たちはこれから長く生きていかなきゃいけないので、持っている力を発揮したり、新たに力をつけていくという部分が重要視されるので、障害者ではエンパワメントとよく使われるのですが、高齢者が障害者よりも短い人生というネガティブという話ではなくて、現実問題として力をつけていくよりは、衰えていくものをゆっくりにしたり、維持していくところ、ところに焦点があたりがちという、状態像、特徴があると思うんです。

たとえば若年だからという分け方をしてしまうのは、結果として一緒にやるというのはいいかもしれないんだけど、前段として、状態の特性はしっかり見ていかなきゃいけないし、もう一点、事務局からの説明があった表でもそれを表している一つだと思いますが、理念はそうであっても、事業としてやる限りは、制度に乗らざるを得ない部分はあると思うのです。その部分を前提にして、じゃあどうしていくのかと考えなければならぬ。

たとえば、私は高齢者の方は不勉強なので、教えていただきたいのですけれども、リハビリテーションの概念があります。高齢者のリハビリテーションを考えると、職業リハビリテーションというのはあるのでしょうか。たとえば65歳以上の方たちのリハビリ

テーションを考えた時に、もう一度67歳を目途に就職していききたいみたいなことは、概念としてあり得るのかどうか。それがもしないとしたら、今は介護保険の対象となっている40代以上の脳卒中の特定疾患で障害を持たれた方は、制度上、介護保険の対象となるけれども、介護保険の概念に職業リハビリテーションが明確にないとしたら、仕事復帰したい時にどうしたらいいのかという問題はあると思います。もちろん年齢で切って、障害者と高齢者を分けてというのはよくないし、一緒にやっていったらいいとは思いますが、状態の特性みたいなことは必ずあるはずなので、そこをしっかりと整理した上で一緒にやるならやるで考えていかないと、じゃあオール京都でとか、障害も高齢も一緒にとった時に、高齢者の方が数が多いし、そっちの領域の主流になって進んでいくことも起こりうるのではないかというところの危惧で発言させていただきました。

【専門分科会会長】

議論が深いところに行っていると思うのですが、エンパワメントという言葉は、元々アメリカで1980年代頃に出てきた言葉で、この10年位、日本では、エンパワメントとは、力づけるとか、勇気づけるとか、割と心理的な言葉として用いておりますが、もともとエンパワメントというのは、人間としての権利をはく奪している時にその権利を回復するという意味がアメリカでの使われ方なんです。障害を持った方が若年の場合に、人間としての当然の権利をはく奪されている時に、権利を取り戻すために向っていくというのが元々の語源だった訳です。最近では、励ますという心理的のところに来ています。日本での誤解があると思うんです。障害を持った方が最初からいろんな分野で差別されたり、当然受けるべき教育ですとか、職業機会とかがはく奪されていることもありますので、今まで享受して、高齢になったからといって、障害があるからといって、リハビリテーションというのとは、かなり違うような特性があるのではないかと。そういう論点が整理されるべきではないか、そういう懸念が障害の方に関わっている方からは、よく出てきております。

数の上では、高齢者がとても多いということであれば、高齢者が持っていた既存の権限をそのまま保持したまま、リハビリに入ってきた場合に、はく奪されている権利に目配りが行かないまま、同じようにされるとということについての懸念があるのではないかと思います。40歳以降に脳卒中等になった場合の職業リハビリというものは切実なものがありますし、それはもう介護保険ではなく、単にケアということですので、職業リハビリというのは、しっかりと40歳以上の方が得られるサービスの一つとして確立していかなければいけないのではないかと思います。

【委員】

今の委員の発言、非常にまさにそういうふうを感じまして、現実のリハビリの場面で、65歳というのが、定年という年齢を意識して、その位の年齢が職業復帰ということを極端に意識するかどうかの違いになってまして、70歳代後半、80歳の方でも、元の職種によっては、自営業の方であったり、あるいは現実大学教授で講義をしなければいけない

方が、言語療法されてて、高次脳機能障害があって厳しいんですが、ある一定期間はしっかりと医療的なリハビリに取り組んでいただくことがありまして。建築関係の肉体労働の方でしたら、明らかに難しいですし、そういう方が新たに66歳で新しい職場を開拓するかというのは現実難しいので、65歳以上の方の職業をある程度意識した社会復帰というのは、元々のその方の職歴がとて大きく影響しますし、女性で主婦の方であれば、自宅で主婦業に戻るということが、十分な職業復帰としての訓練になる訳ですけれども、大体そういう感じですね。高次脳機能障害というのは、まさにその辺のことと関わると思うのですけれども、昔から高次脳機能障害の方はおられた訳ですけれども、非常に高齢だったり、片まひの度合いが重度で、身体的に職業に戻れない方は、あまり問題にならなかった訳ですけれども、比較的まひが軽くて高次脳機能障害という方が現実、職業復帰を目指した場合、問題になっていますので、本来高齢の高次脳機能障害というところに、府の事業として分けてはいますが、困っているのは、65歳までの方なので、障害の分野でやらなければならない分野のはずなんですけれども、どこもしていないので、やむなく府がやっている形で始まったものです。

もちろんやっていただけるので、リーダーシップをとっていただいて、ありがたいのですが、現実そんな人手がたくさんあるわけではないので、相談業務として窓口はありますけれども、現実には、高次脳機能障害を扱っている病院に振っているという現状で。たとえば高齢の方を振っている訳ではなくて、70歳代でお仕事されている方で職業復帰に固執されている方にしぼって紹介していますので、やはり職業復帰を意識したりハビリをする場合は、介護保険ではとても無理です。ただ一部40歳代から、高次脳機能障害の方は医療的リハビリだけでは補完できなくて、介護保険の中の訪問の部分で同じような指導をしていく意味で、介護保険の枠も利用してリハビリをしていく。それが介護保険の枠でやるのか、自立支援の枠でやるのか、わかりませんが、その方が自立して、なおかつ仕事復帰に向かうための生活の部分をサポートするのに、アウトリーチという形で、本来は作業療法士さん、看護師さん、ヘルパーさん、誰でもいいのですけれども、生活の中で自立していくための支援をすることが必要で、自立支援を利用するのか介護保険を利用するのか、地域、地域のマンパワーの内容によると思うのですけれども、あくまでも権利の復活ということがリハビリの理念にありますけれども、ある程度年齢的なことと、時期、時期で、ステップアップできるチャンスが見えるような支援にさせていただくとありがたい。ずっとこの人は一旦ここでゴールになったしこれでいいよね、でも若い方ですと、中にはちょっとずつ獲得していくものがありますので、その時にこのレベルになったしいいんじゃないというのではなく、その方がもうちょっと上を目指したいのであれば、もう一度医療のところであったり、職業訓練の機会にチャレンジしてある一定期間評価をして、やっぱりだめだったね、あるいはほんのちょっとレベルアップできるねとか、そういうチェック機能と訓練機能が組み合わさっていくのが必要かなと感じております。

【専門分科会会長】

高次脳機能障害の話の仔細な観察やら、ステップを見極めていくというお話だったと思

いますけれども、それがどの制度でなされるのか、介護保険と自立支援と両方を組み合わせてということなども含めて、先ほどの京都府と京都市との役割分担ということに関しては、どういうふうこれから持って行ったらいいのか、どういう可能性があるか。論点②から③に移っているような、新しいニーズに対してどう対応するかに入っているようですが、事務局の方でいかがでしょうか。

【事務局】

現時点においては、この表のように障害と高齢ということでは、真ん中に点線がありますように、十分な連携が図れていないのではないかと、ということですから、その方たちの特性に応じた支援なりリハビリが必要だということは大変重要なことと思いますが、大枠としては、障害と高齢の垣根を超えた何らかの連携、方策を考えていくのも重要ではないかと考えております。まだ御議論をいただけていませんが、児童福祉の問題の連携についても御議論いただけたらありがたいと思います。

【委員】

少し議論が戻るかもしれませんが、委員からおっしゃった状態の特性と目標はとも大事だと思うんですけども、リハビリテーションが全人間的復権という意味であるなら、リハビリの在り方は完全に状態に合わせて、その人それぞれの目標に合わせて全く違うものであるべきで、オーダーメイド的に、すべて同じような形でリハビリをするのではなく、目標に合わせてやるわけですから、利用される方の満足度とおっしゃいます。それがどうして得られるかという、インフォームドコンセント、我々医療界では当然のことながら重要視されているわけですけど、リハビリテーションにおいても、何のためにこの訓練をやるのかを十分に説明されている、そしてそこに関わっていく人間が共通言語としてそれを持っているのかも大事さがあると思います。今、法的な問題はあるでしょうけれど、障害と高齢と分けるというのは全く意味がない。インクルージョンと思ったのですが、障害を受けた人が、それぞれの個々で、どういうことを目標として御自分でやっていかれるか、あるいはそれをどう助けていくのか。前回の時にリハビリテーションの流れを作っていただきましたけれど、それぞれ、QOLの向上であるとか、社会復帰の問題は、それぞれ個人が違うから出発点も途中の流れも違ってくることを認識した上で、京都のリハビリテーションがどうあるべきか考えていかなきゃいけないと思います。

【委員】

障害と高齢の話ですが、高齢は介護保険、障害は支援費ということ、要するに財源の違いの話が一つ。もう一つがサービス提供拠点が一緒なのか、別なのかという話。その状態像とか目的が違うのではないかと。委員から個別ではないかと。こういう4点位の話が出たと思いますが、たとえば訪問介護でいえば、事業所によっては、支援費の対象者の方の比率が高いと訪問介護事業所があると。もちろん高齢者の介護が中心ですけど、拠点が支援費と高齢と両方やっている訳ですね。リハビリテーションについても、サービス提供拠点

は一つで、個別なりハビリをしていくのは、訪問介護から類推するに可能ではないかと思ったりしながら聞いていました。

発言させていただきたかったのは、エンパワメントという、言葉の定義はわからないのですけれども、高齢になれば、いわば職業訓練的な意味合いが薄れていくだろうというのはそのとおりでしょうね。前回は発言しましたが、委員の方から、逆に軽い方の方が一定期間置いて出会うと重くなっているという御発言があった時に、私も発言させていただきましたけれども、高齢の方、何歳を高齢というかは別として、我々高齢分野に関わっている者からすれば、ICFという社会参加の機会が何らかの働きかけをしないと失われていくというのはたくさん事例がありますよね。ですから職業復帰というよりも社会と切れてしまうという部分、この辺りについて、きちっとした仕組みをつくらないと、多分このまま放置して、支援費と介護保険という財源制度からだけ見るとうまくいかないと思っています。埼玉県和光市のように要介護認定の要支援1の認定を受けた方の4割が自立に復帰しているという町もあるんですよ。一旦認定を受けた人がまた元気に戻るためには、出かける場所があるんですよ。地域包括支援センターが今一人暮らしの訪問をしています。引きこもっておられるねとか、そろそろあぶないねとか、何とか身の回りのことは自分でできるけれど、このままだれも関わらないと介護状態になっていくだろうとか、じゃどうしたらいいのか。出かける場所、社会参加する場所がない。これは職業復帰とは違う概念だと思います。予防プランやケアプランを作る時に、前回は言ったようにセラピストがしっかり関わるとというのが今回の制度の新しい方向性ですよ。ただし、実際の生活期リハをするのは家族であったり介護職であったり看護職であったり。ただプランニングは必ずリハ職員が関わるという仕組の方向性に行っている。もう一つは出かける所を作る。京都市の第5期プラン介護保険事業計画で、3箇年で222箇所という数値目標にしていることは前回もしました。ここでの議論とは直接どうつながるかわからないですが、高齢に関してはそういう議論が非常に大切。ところが居場所、出かける場所、引きこもっても働きかけるような仕組があったとしても行く場所がないと考えた時に、スタートのところでリハの役割があるような気がしますし、同時に仕組を京都市に、要するに出かける場所を作ったり、元気になる仕組を作るのを、京都市独自の何らかの、6期プランにでも書き込まれたりお考えになったらいいのではないかと思います。

【専門分科会会長】

高齢の方の社会参加の場所がないというニーズのお話でした。その前に委員がおっしゃった障害と高齢を分けるというのは意味がないというのは、個人的に賛成します。高齢になれば職業復帰のリハが必要ないというのは、高齢者差別ではないかと思えます。社会の中にある高齢者への差別というのは、もちろん日本は敬老思想が発達しているとは言いませんものの、日本には高齢者差別が厳然としてありますし、高齢者らしさを求めて、高齢者は引っこんでいればいいとか、高齢者がものすごく苦しんでいるというのはあると思います。ですので、その反面、高齢者は、それまでは権利を普通に享受していたというような強みもある。障害者の場合は、その権利自体が元々はく奪されていたということで、エン

パワメントというのが必要だし、40歳以上の職業リハビリは必要であると思う訳ですけど、障害と高齢というのは難しく、議論が錯綜してしまいますけれども。

【委員】

高齢者と障害者を分けるというお話なのですけれど、生まれつきの障害者を持っていると、障害者というのと、どちらかというのと先天的に持っている者をついつい思ってしまいます。途中で障害になった方と高齢者を分けても意味がないということをお話を聞いてようやくわかりました。先天的に障害を持っている子をおうちで見ていると、どうしても高齢者の方のケアと同じようなつもりでヘルパーさんが来られたりするんですね。医療現場とかPTでは同じだと思ってしまうんですけど、関わり方が高齢の方と先天的に障害を持っている者と、していることは、お風呂に入れたり、ご飯を食べさせてもらったりとか、見た目は同じですけども、家族としては、受け取り方が違うというか、高齢者の方とは違うと、お友達ともそう話しているのですが、そのところは違うんだよということをごくここで言いたいなと思っています。

リハビリテーションセンターですけれども、ここに4つの機能があって、ということなんですけれども、どうしても私たちは、生まれた時から病院に関わっているのだから、病院ですべてを相談して、時々によって、福祉事務所に行ったり、児童相談所に行ったりするのですけれども、どこか到達点かというのが家族にはイメージしにくいんです。どういう生活をこの子のためにさせてあげようかと相談できる、0歳、生まれた時から、又は2歳児から、この時点ではここはどうかしらと相談できる、総合的なセンターをここでそういうふうにしていただけたら、皆助かると思うのではないかなと思います。途中で障害を持たれた方は、リハビリテーションをしても、歩いていた自分とか、手を動かしていた自分をイメージできるので、リハビリテーションの関わり方が違うかなと思うのですけれど、最初から歩けない、最初から食べられない、最初からしゃべれない子どもたちがリハビリテーションをしても、多分どうなのか本人もわからないだろうし、親としてもどこまで回復するのか、今の機能を維持していけたらいいなと思っていまして、命に関わることなので、維持できるかちょっとずつできるようになったらと思うのですけれど、総合的に、たとえば、就学前でしていただいたことが、学校に上がったらしめていただけないとか、又は卒業したら、訓練とか学校でしていただいていたことができなくなるとか、皆それぞれ口コミみたいな感じでしていくんですけど。親の選択が一番いいとは限らないので、第三者的にどうかしらとっていただける場所があったら、生活も豊かになるのではないかと。もし、リハビリテーションセンターが専門的な知識で、こんなプログラムやメニューがありますよとか言っていただけたら、生活が豊かになるのではないかなと考えています。

今、こちらで補装具をされていますけれども、機能していると思うのですけれども、とてももったいない気がするんです。せっかくいい施設があって、技術があるのであれば、いろんな補装具のセンターとして機能していただけたら、親もはやりがあって、ここがいいよと言われたらそこに行ったりとか、その子にとっていいのかどうかかわからないのですけれど、はやりみたいな感じで、次々作っていかれる親御さんもいらっしゃるし、オーダー

メイドなので、1台何十万もするので、もったいないと思ったりするので、リサイクルとか、テレビで見たんですけれど、昔ドイツで、すべてパーツごとに分かれていて、センターに返したら、次の新しいパーツで組み立ててその子に合ったものを作っていかれるという番組を見たのですが、一個一個作って終わったら、友達に上げることもできないので、ポイしてしまう形になるので、車椅子なんですけれども、また使えるように、どこかでリサイクルできるように。子どもなんてすぐ大きくなるので、また新しく使えるものでも、次々という感じになってしまうので、リハビリセンターで作っていただけたらいいかなと思ったりします。

【専門分科会会長】

生まれつき障害を持ったお子さんを、ここのリハビリテーションセンターと深くお付き合いして、リハビリテーションセンターの知識だとか専門性というものが非常に必要ということでしょうか。自己選択的にいろんな到達目標を設定して、到達目標が生まれつきであれば現状の維持の方がむしろ大事で、到達目標を設定しにくいとおっしゃったと思うのですが。リハビリテーションがより目指すものというよりは、現状を維持するためのリハビリテーションという一つの機能も大事だということでしょうか。

【委員】

どうなるか、行きあたりばったりとか、どちらかという、たとえば、重度のお子さんだと、どの時点で気管切開になるかとか、どの時点で胃ろうになるかとか、とてもお母さんたちの話題になるんです。うちの子はまだそこまでいかないんですけれども、そうならないようにリハビリテーションで機能を維持して、自分で息ができるようにとか、口から食べられるようにとか、そういうことを医療機関で相談されて、先生がもうそろそろしんどそうやからとか、たとえば背骨が曲がってきた時に、すぐに手術でという先生もいたり、訓練でどうにかできるんじゃないかとか、その時にどこに相談したらいいのか、やはり学校時代の友達のお母さんの経験で相談して自分たちで決めたりなさるんですけれども、もっと専門的に相談できる場所があれば、また選択肢が広がってその子の生活が豊かになるのではないかと思います。

【専門分科会会長】

リハビリの中で常に相談できる人や、同じ立場、状態の人たちが集まって、いろんな情報交換したりできるセッティングがもっと必要なのではないかと。そうでないと自分で判断することが難しい状態であるということかなと思いますけれども。場所というよりも、むしろそういう機能とか集まりとか、すぐに相談できたり、情報を詳しく専門的な立場で説明してもらえるような人たち、集団が必要ということですね。

【委員】

一つお伺いしたいのが、資料8の方で、精神障害の分野がこころの健康増進センターに

なっておりますけれども、京都市の障害者相談員というのはこの位置づけになるのでしょうか。三障害で100名近く相談員がいますので、広報的なことが何も示されないまま、活動も日々している中で、そういった位置づけが大事なのではないかと思います。

それともう1点ですけれども、よく会議で連携、連携という言葉が出てくるんですけれども、やはり何かものを行うことによって、個人情報とか縦割りの関係で、連携を取ろうと思っても連携できないところがありますよね。その辺をどのような形で連携をとるかということも、議論が必要ではないかと思います。

【専門分科会会長】

資料8のこころの健康増進センターの位置づけといたしますか、場所も御前を下がった所にありますか、これからの行政での位置付けという意味ですか。

【委員】

京都市の障害者相談員が制度化して、3年目に入っているんです。それは家族とか当事者。精神の場合は、家族ですし、身体の場合は当事者、知的の場合は家族や当事者がおられると思うのですが、電話相談で、福祉のしおりに名簿も住所も電話番号も記載している中で、日夜電話で相談を家族が個別に受けている制度なので、その辺もどこかで明記していただけたらと思いますけれど。

【事務局】

障害者相談員制度のお話をいただきました。この制度は、ピアサポーターでございまして、身体、知的、精神それぞれ、委員がおっしゃっていただいたとおり、当事者あるいは家族の方になっていただいて、市内で95名になっていただいております、専ら自分たちの経験を踏まえて、私の時はこうしたよとアドバイスをしたりとか、福祉サービスの手続きをするのに同行して、心理的な負担を軽減したり、そういったサポートを積極的に行っていただいております、特に委員の京家連ではかなり熱心にやっております。ここにある表では、専門性をもった機関でございまして、これをとりまくような形で障害者相談員の方に活動していただいていると思いますので、ここには表示はしておりませんが、存在としては、別の意味で大きな位置づけであると私どもは思っております。

【専門分科会会長】

連携についても、情報が漏れるということで連携ができにくいということですが。

【事務局】

連携につきましても、各関係機関の連携は大変重要でございまして、なかなか個人情報の壁というのがございます。確かに個人情報というのは人格でもございますので、一方では大事する必要がございます。その意味では、当事者の方、家族の方も一緒に入った形で、連携を図っていく、そういったことを基本にすべきかなと思います。

【委員】

今説明していただいた中で、精神の場合、特に病気の特性ということもあって、私も相談員をしている一人なのですけれども、障害者相談員というのは、私自身、専門職でも資格も持っていない関係で、次につなぐ役目だと思っています。つなぐ時に、どうしても受け入れられない時も往々にしてあって、お話を持って行ってお願いしますといったとしても、逆にそれがまた自分に帰ってくることもあるんです。支援をお願いしますといったとしても、いろんな内容も含めて提示させてもらって、こういうことで悩んでおられますと言ったとしても、そちらの方が対応がうまくいけるからそちらでやってくださいという形で、本当に専門職に近い形で支援をしなければいけない。そこは、お互い施設とか行政関係機関の資格を持っておられる方が引き継いで支援をすることによって、一人の困っておられる方を救えるというのがあるのではないかなと思います。連携、連携と言葉みたいにと思います。どういったものが本当の連携なのか。確かにチームを作ってやるのが、連携だと思っているけれども、なかなかチームを作ること自体難しいような気がしますので、そこは壁をなくして、できるような体制づくりというのが大事なのではないのかなと思います。

【専門分科会会長】

委員は、相談員をなさっている訳ですよ。95名の内のお一人なんですよ。ところが、つなぐ役目を理想としてやっているけれども、こちらに戻ってきたり、ピアサポーターの立場として難しいところもあるし、私たちが話している京都の障害者リハビリテーション行政、地域リハビリテーションという中では、委員が活躍されているピアサポーターの方を養成したり、力も期待されているのですけれども、それが難しいという先取りのような御発言だったのではないかなと思います。地域で活躍しているサポーターさんが実感として、これはうまくいったというようなことを現実として感じ取れるようなサポートを市や行政がすることが必要なんじゃないかと、地域リハビリテーションをするならば、と私は受け取ったのですけれども、いかがでしょうか。

【事務局】

会長がおっしゃっていただきましたが、95名というのは、精神だけでなく身体も知的も含めてで、ここをずっと取り巻く。そういうピアサポーターの方たちが、こころの健康増進センター、児童福祉センター、リハビリテーションセンター、地域生活支援センターにつないでいただく、そういう役割で、そこがうまくいっていないんじゃないかという御指摘なので、そこは顔の見える関係もつくりながら円滑につながるようにこれから努力してまいりたいと思います。

【専門分科会会長】

研修だとか報告会だとかという形で、やったことが目に見える形で、成果があったと思

えるようなことであれば、ピアサポーターとしてはやりがいを感じられるし、ステップアップできるという思いもあるのではないのでしょうか。

【委員】

皆さん、位置づけがあると思うのですけれども、これから、福祉大国を確立していかなければならない中で、専門職の人、相談員さん、ケアマネジャーさんをどれだけ増やしていくかが勝負だと思います。障害者、高齢者が、どこが責任を持って障害者をサポートしていくのかというのを見極めることが必要ですし、うちではこういう形ではできないからといってたらい回しされるようなことがないようにしていただきたいと思います。ピアサポーターさんなりケアマネジャーさんなりが、その人を親身になって考えて、リハビリセンターなり、居宅介護支援等なり、やっていただいたらいいなと思います。府とか市とか分けるのではなくて、合法的なやり方をしていただきたいなと思っております。

【専門分科会会長】

一番の言葉、「たらい回しをされたら困る」というのが、市民の切実な言葉かなと思います。リハビリテーション行政を考える中で、その言葉を聞かないような、紹介された所に行ってもよかったというような在り方を探っていかなければいけないと思います。

【委員】

たらい回しという話が委員から出ましたが、連携というのは、多分委員も懸念されていると思うのですけれど、連携はたらい回しにつながりやすいんですよね。連携しないなら、そこで何とかやりきるしかないで、そこでやれることは全部やる。それでうまくいったり、いかなかったりすることはある。連携になるとうちは不得意だから、あちらへ。そのあちらもどこかと連携してると、うちもちょっと違うからあちらへ、とたらい回しになるんですね。連携とか包括とか統合とか便利な言葉なんですけれど、委員が多分おっしゃりたかったのは、何は自前でやって、何は連携すべきなのかという点が1点と、もう1点は、連携相手を見つけた時に、どこ何をどう連携するのか、具体的な連携の方法がないと、ただつながりました、だから私の仕事はこれでおしまいです、これがたらい回し。自分のところでやるということを明確にすることと、でも自分のところでは、ここまでしかできない、もっと得意なところがあるから、そこに求めていく。何を連携するんだとハッキリすることと、連携相手が出てきた時に、何をどう連携していくのかという具体的な連携の内容を定めておかないと、必ずたらい回しにつながっていくんじゃないかなと思います。

【専門分科会会長】

市民の不安とかが、まさにその言葉で言い表されていると思います。

論点②というのがまだあるかもしれませんが、論点③について、先ほど高次脳機能障害者支援の件など、一部御意見が出ましたけれども、「論点③新たなニーズへの対応」の高次

脳機能障害者支援のことに移ってもよろしいでしょうか。

では、事務局から、改めて説明してください。

【事務局】

それでは、資料5「高次脳機能障害者支援の現状について」で説明させていただきますが、この資料は、第2回目の分科会で配布させていただいた資料でございます。

まず、高次脳機能障害とは、ということで書かせていただいておりますとおり、頭部外傷や脳血管障害等によって、脳に損傷を受けたことに起因するものとされております。医学的にはもっと幅広い解釈がなされているのかもしれませんが、国の方で定義づけた症状が4つございます。記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害、この4つの症状に分類をされているところで、いずれの障害も日常生活、また職場での適応が難しいとされております。

ただ、こういった障害は、発症又は受傷当時は、なかなか症状の出現が判断しにくいということもありまして、急性期病院でも、回復期病院でも、高次脳機能障害に対する理解が不足している、ないしは見過ごされている時期が多かったといわれています。身体状況が回復して在宅に戻ってから、日常生活や職場の中で、こういった障害が出てくるということもありますので、本人自身の病識も少し乏しいかもしれませんし、また、外見上もわかりにくいことなどもありますので、御家族も含めて周囲の方の理解も進まないといったこともあるといわれております。

こういったような方々がどれ位いらっしゃるのかということなのですが、昨年度策定された京都府の高次脳機能障害者の支援プランによりますと、京都府内ではこういった高次脳機能障害のある方は、17,500人ほどいらっしゃるのではないかと推計値が示されているということでございます。これからの議論の参考にしていただくためにということで、今の支援の現状を、国、京都府、京都市と簡単にまとめさせていただきました。

国では、平成18年度から、「高次脳機能障害支援普及事業」を開始されております。これは都道府県を対象にした事業になっており、現時点までにすべての都道府県に「高次脳機能障害者支援センター」というのが設置されているとなっております。

京都府の状況ですが、先ほど資料8で説明させていただいたとおり「京都府リハビリテーション支援センター」、京都府立医科大学附属病院に相談窓口が設置されているということでございます。具体的に私どもの方でやりとりはしたことはありませんが、こういったセンターに寄せられる相談件数のうち約6割が京都市民であるとお伺いしております。

裏面を御覧いただきたいのですが、京都市の状況です。京都市では、ここのリハビリテーションセンターで、10数年程前からなんですけれど、入院患者さんや施設の利用者さんにこういったような症状が見られるようになったことで、地域リハビリテーション推進事業の一つとして、グループワークをモデル的に実施してきておりますし、また、高次脳機能障害についての理解を深めようということで、リハビリテーションの関係職員の皆さんを対象とした研修も開催しているところでございます。

前回の会議で、このセンターの高次脳機能障害者の状況についての御質問がありました。

附属病院についてですが、高次脳機能障害に特化した治療やケアを実施している訳ではありません。身体に障害のある方で、機能訓練を必要とする方がそういった症状をお持ちの場合に、包括的に、作業療法などを実施しているということでございます。

平成23年度の入院患者に関してですが、カルテ記載にという限定ですが、高次脳機能障害と明記されておられる方は、実患者数47名のうち3名いらっしゃったということでございます。ただ、入院患者さんだけの状況ですので、外来にいられている方等については含まれておりません。また、このセンターでは障害者支援施設を運営しておりますが、こちらの方の高次脳機能障害の皆さんの状況ですが、平成25年1月末現在では、利用者総数13名のうちの7名が高次脳機能障害をお持ちの方となっております。ただ、こちらの方でも一定の身体条件等がありますので、高次脳機能障害の方のみで受け入れているということではないと、御理解をいただきたいと思っております。

高次脳機能障害の説明については、以上でございます。

【専門分科会会長】

13名中7名が高次脳機能障害をお持ちの方ということですが、でもそれは身体障害を持っている方ということなので、身体障害を持っていない高次脳機能障害の方はセンターの病院の中には、そもそもいらっしゃらないということですね。先ほどの議論で、連携ということがたくさん出てきたと思いますが、市民の要望やら懸念というものも汲み取って京都市のリハビリテーション行政をどのようにデザインするかを考えていくところだったと思っております。

【委員】

2点お話ししたいと思います。1点は、ワンストップで相談を受けられるということですね。先ほどから議論が上がっているように、そして今説明していただいた障害をお持ちの方の、重複障害あるいは障害そのものが複合化、複雑化している。高次脳機能障害でも身体とメンタルなものがあると。リハビリテーションセンターの特色というのは、PT、OT、ST、様々な専門家がここにおられて、もちろん医者も含めて総合的なアプローチをしてきた特色がありますので、それを生かしていく大事だろうなと。そして、委員もおっしゃったようなピアサポート的なものや、コミュニティワークも含めた関わりの中でニーズを専門家が見極めるのではなく、本人が育てていく、本人がニーズをしっかり把握していく、そこにさまざまなサービスなり、サポートなりをリンケージし、パッケージしていく。これはケアマネジメントの手法が恐らく必要になってくるだろうと思っておりますが、1点は、ワンストップでということでございます。

それから2点目は、様々なセンターが既にありますので、そういったセンターを系統化していくということですね。センターオブセンターと申しますか、メタセンターと申しますか。これもリハビリテーションセンターがこれまで果たしてきた役割を発展させていくことからしても、大事なことではないかなと。2点、関連して申し上げました。

【専門分科会会長】

これまでの実績の上に、それを超えて、センターオブセンター、メタセンターという機能ができないものかという御意見でした。

それが、リハビリテーション医療とどう関係しているのかということで、次の論点④リハビリ医療の在り方に移らせていただきます。もし③など他のことで言い足りないことがあれば、また後でお願いします。

リハビリ医療の在り方について、事務局から説明してください。

【事務局】

説明をさせていただく中で、新たなニーズなど、出てくれば御発言いただけたらありがたいと思っております。

論点④で使います、資料6「京都市におけるリハビリ関連病床の現状」に基づいて説明をさせていただきます。

この表は、上の項目の病院名からリハビリテーション施設基準、脳卒中の項目があり、こちらの欄までは、京都府が作成されている「リハビリテーション施設基準届出」という資料を引用したものでございます。その右の全病床数、回復期リハ病床数、障害者施設等病床数というのは、事務局がそれぞれの病院のホームページ等にアクセスをして調べたものがございます。なお、回復期リハ病床数と障害者施設等病床数というのは、全病床数の内数で表しておりますので、御了承のほどよろしくお願いをします。

まず項目にあります「リハビリテーション施設基準」というものは、御存知の方ばかりと思いますが、概括を申し上げますと、リハビリに関して実施計画を作成していること、その実施計画をリハビリ開始時と3箇月に1回以上患者さんに説明すること、診療録に要点を書いていること、が基本の施設基準のベースになると言われておまして、さらに4つの施設基準があるということです。脳血管、運動器、呼吸器、心大血管。これにさらに細かな基準があります。専任の医師やセラピストの配置数、訓練に使う場所の面積や器具の基準とか細かな基準がありまして、さらに各病院の欄にローマ数字でⅠ、Ⅱ、Ⅲとしるしがありますが、これは数字が小さい程、規模が大きいと御理解をいただけたらよいかなと思っております。

この表の下の欄は、市内の合計の数字になります。市内の回復期リハビリ病床数は、平成24年4月現在で712床でありまして、10万人当たりの病床数をみると、ほぼ全国平均並みになっているということでございます。

右端の障害者施設等病床数というのは、前回資料1で説明させていただいたとおりで、「障害者施設等入院基本料」の届け出をしている病床で、市内には1,508床あり、この中に、ここのセンターの附属病院40床がこの入院基本料をとっているということでございます。

前回御質問がありました、センターの病院の入院患者さんの状況で、どんな病院の紹介を受けていて、退院後はどうなっているのか、といった御質問があったと思います。今日は資料を御用意しておりませんが、口頭で申し上げますと、ここ3年間ほどの状況

ですが、約8割前後の方々が、他の病院からの入院で、その中に回復期病床を持つ病院からの受入れもごさいますが、現実の問題として、回復期病床にどの程度の方がおられたかどうかまではわかっておりません。約2割の方は、在宅からこのセンターの病院に入院されているということをごさいます。

それから、附属病院から退院された方の状況については、第1回でお配りした「調査研究会報告書」の資料編にも載せておりますので、これも口頭で申し上げますと、平成23年度の数字で申し上げますと、一時的な転院を除いた退院患者さんの65%は在宅、家に戻っておられるという状況をごさいます。

それから、これも2回目の時の議論で、頸損患者さんの状況についてのお話があったかと思いますが、このデータにつきましては、申し訳ありませんが、準備期間もなく、まだまだ詳細について拾えておりませんので、次回、4回目の会議の折りには、準備させていただきたいと思っております。

以上でございます。

【専門分科会会長】

資料6について、京都市におけるリハビリ関連病床の現状とセンターの状況を1回目の説明も加えて説明していただきました。時間が押しております、論点④につきましては、まだまだ時間が必要かと思っておりますので、今日は論点④まで全部という最初のプランだったかと思っておりますが、ここで2～3の御質問をいただきまして、次回以降、改めて論点④の議論を進めさせていただきたいと思っております。何か御質問等ございませうでしょうか。

【委員】

一つだけ、障害者施設等病床数を出しておられますが、これは我々に何を示そうとされているのかお伺いしたい。これだけ障害者が入っておられると示しておられるのか、そうではなくて他に意味があるのでしょうか。

【事務局】

これについては、ここのセンターの病院がとっている障害者施設等入院基本料を他の病院がどれくらいとっているかという観点でまとめたということだけでございませう。

【委員】

このいろいろな基準で、これだけありますよという印象がありますが、実際にこの中で高次脳機能障害の患者さんを担当しますよという病院リストがあるはずなのですが、うちも上げさせてもらっているのですが、そんなに数がなかったと思うので、できたらこれにセットでこの中のどれだけがそのように関わっているのか、あった方が皆さんに御理解いただけるのではないかと思います。

【専門分科会会長】

では、次回までをお願いします。

【委員】

超急性期から回復期に移るのに、よく3箇月でと言われるんですけど、本当に3箇月経ったら、皆さんリハビリ病床に行かれているのか。病医に3箇月経ったら出るんだよと、病院に入った瞬間から3箇月先のことを想定して、言われちゃうのか、この病院でうちに帰るまでいられるのか。家族にしたら、また心配があって、実際はどうかかなというのが、もしわかれば、家族としてお聞きしたい。

【委員】

委員がおいででしたら、説明していただくのが一番だと思うのですが、基本的には、超急性期の病院は、患者の数が多く、リハビリのスタッフがその人たちを全部賄える程あるかという、それははっきり言って厳しいです。選別された方のみをされている現実の中で、1日1回位やれたらありがたいですので、内科的な状態が落ち着いておられれば、早く回復期病棟に行く方がリハビリの量が圧倒的に多いという事実はあります。そういう流れに乗る方が、この回復期病床に行かれるのですけれど、残念ながら、よくいやだといってここにいる、と言ったら変ですけど。今の法律の中では、1週間以内に同意書を取り付けないと、行けないという基準があります。1週間で重症の時にはとてもそんなこと考えられませんという状況なので、そこで断られてしまう人もありますので、そういう流れがなくなってしまいます。そうすると、回復期と言っていますけれど、ほんの一部の人しかその流れに乗っていないという現状があります。

先ほど、京都では全国平均に近いと仰ってましたけれど、平均値よりは下がっていますし、滋賀県よりもかなり少ない状況になっていますし、決して自慢できるような数ではない現実があります。何よりも京都市内に集中していますので、京都府下の京都市外の方は、こういう恩恵をほとんど受けておられないというのが現状かと思います。その結果、回復期に1箇月以内に入らないと資格はありませんよという方たちが、回復期ではない病院に回ってリハビリをされているという現実があって、超急性期で最後までおられるのは、2～3週間で退院できる人のみで、リハビリのない状況の中で、内科的に病状が落ち着かないので、診ていかざるを得ないという方がおられるということで、基本的には、3箇月過ぎてしまいますと診療報酬が極端に下がってしまう現実がございますので、病院の方も経営努力しないといけない中では、超急性期の病院でも極力状態がそれなりに落ち着けば、その状態を見られる病院にお願いします。回復期病院では、比較的元気な方をとりますので、内科的に不安定だったり、重症だったりすると、見られませんよという病院もありまして、病床が混在していれば、他の病棟で行くこともできますけれども、回復期オンリーの病院は、京都は少ないですが、全国的にはそういう病院もあるので、そこでちょっと変化が起こった時にすぐ元の病院に帰っていただくとか、いろいろお願いしている現状なので、回復期に流れている患者というのは、氷山の一角というふうに御理解いただきたい。

【専門分科会会長】

一週間以内に取り付けないというのは何の同意書ですか。

【委員】

ごめんなさい、間違えました。脳卒中のパスと大腿骨のパスというのがあって、そのパスに乗って、できるだけ行きましょうと。パスに乗るためには、1週間以内の同意書を取り付けないといけないという方なので、勘違いさせるような言い方をしてしまいました。

そういう意味では、パスに乗る方の方が、こんな言い方をするとあれなんですけれど、パスに乗ると加算がつくのです。パスで流しましたよ、できるだけ早く渡しましたよ、受け取る方も受け取りましたよ、ということで加算がつくんですけれど、その流れも京都は少ないので、そこも全国並みに上げるために何とかパスに乗れる患者さんを増やす。パスに乗れる患者さんは比較的落ち着いている方なので、できるだけそういう方がリハビリができるところに行きましょうということで、そういう患者さんも非常に少ない。それ以外は、2箇月以内とか、3箇月以内とかいろいろ基準がありますので、その期限内に移らないと移る権利を失ってしまうというか。

【専門分科会会長】

回復期病棟に移る権利を失うということですね。

【委員】

パスの意味だけ教えていただけますか。

【委員】

最近、クリニカルパスとか、クリティカルパスとか言われるのですけれど、大体こういう病気だったら、こういう治療の流れがありますよというのが、クリニカルパスという言葉で言われてまして、大腿骨の頸部骨折、足の付け根の骨折の方と、脳卒中の患者さんがこの回復期リハの中でパスといわれるもので取り上げられているんですけれど、一般的には、それぞれの、例えば内視鏡検査をする場合、こういうパス、決まったあまり複雑な病態がからまない病気の一部にパスという概念が入っております。

【委員】

家を建てる時の工事とっていただいたら。

【委員】

目標値を決めて、ここの病院ではここまでやりますよ、じゃあ次はここまでをやってください。それと単に流すだけでなく、ここまで達成したので戻したりとか。あらゆる病気にこれから使われます。たとえば、心臓外科の方にも使われますし。

【専門分科会会長】

個人の病状はいろいろだけでも、平均的な進行具合、理想的なものを示しているということですね。

今日は盛りだくさんの情報と議論で、まだ言い足りない方もおられると思いますが、時間となりましたので、リハビリテーション医療の在り方の途中ということで終わらせていただきます。

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。

次回の日程は、3月中旬位を事務局で考えております。委員の皆様方にいつものように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いますのでご協力のほどよろしくお願いします。

【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3回分科会を終了いたします。

—閉会—