

京都市社会福祉審議会

平成24年度第4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3月26日（火） 午前10時から正午まで

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，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

欠席委員 上原春男委員

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，中西身体障害者リハビリテーションセンター相談課長 他

－開会－

【事務局】

ただ今から，第4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，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，本日の委員の皆様の出欠状況でございますけれども，1名の委員が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，朝早くから御出席いただきましてありがとうございます。

第4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。

お手元の資料がアとイ，6-2，7，9，10，11，12とありますけれども，事務局とも確認しまして，この資料で進めさせていただきます。

前回，資料のアにあります論点④のリハビリテーション医療の在り方のところで途中になっているかと思いますが，引き続き，リハビリテーションの医療を議論して，これまでの論点①から④のまとめとともに，公民の役割ということが，このリハビリ行政の在り方検討としては根幹となる大事なところなのですが，そこを踏まえまして，この身体障害者リハビリテーションセンターの機能の分析も行いたいと思っております。

正午には終了したいと思いますので，御協力をよろしくお願いいたします。

それでは、論点④のところでは追加資料の説明があるようですので、事務局からお願いします。

【事務局】

会長の方からも本日の配布資料について説明があったところでございますが、資料7「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」を配布させていただいております。この資料も後ほど説明させていただきます。

論点④に関して、資料の追加がございますので、説明をさせていただきます。

資料6-2「京都市におけるリハビリ関連病床の現状」を御覧ください。

この資料につきましては、前回で、御説明を申し上げたところでございますけれども、委員から、論点③のところでも関わりがありますが、高次脳機能障害に関連して、その対応している京都府内の医療機関の状況を明記してほしいという御要望がございましたので、その点を表の一番右の列に、追記をさせていただきました。この○印は、京都府が作成をされています高次脳機能障害の啓発リーフレットから、引用をさせていただきました。列に「○」がついている医療機関では、高次脳機能障害の対応がなされているということでございます。ただし、診断、通院、入院の状況等、各医療機関では条件を設けておられるということも伺っておりますのでよろしくお願いします。小さい字で申し訳ありませんが、当センター附属病院に関しても「○」がついておりますが、こちらのセンターの利用者に高次脳機能障害のある方がおられるということで、対応可能という意味でございます。ただし、高次脳機能障害に特化をした診療をしているということではございません。その辺りについては、御了承をいただきたいと思っております。

続きまして、資料9「リハビリをめぐる関連情報」を御覧ください。リハビリ医療に関連するところで、用意をさせていただいております。

まず、(1)全国、京都府、京都市におけるリハビリテーション科を標榜する一般病院の数の推移をまとめさせていただきました。昭和50年から直近の平成23年までの医療施設調査の統計を用意させていただいております。このセンターが開設されましたのが昭和53年でございます。残念ながら昭和53年の統計では、全国の数字はあるのですが、京都府下の状況がわからず、昭和59年からの数字ということで、たとえば、昭和59年には、リハビリテーション科を標榜する一般病院が京都府に60、そのうち36が京都市内でございます。それが、直近の平成23年には、京都府下116のうち69が京都市となっております。この間で、病院の数が、約2倍に増えているという状況が見てとれます。

(2)は、回復期の病床数でございます。こちらも全国、京都府、京都市ということで表にさせていただいております。人口10万人当たりの回復期病床数につきましては、全国平均は、昨年10月で、人口10万人当たり50.9床、そのうち京都市内の状況については、712床で、10万人当たりで48.4床ということで、市域については、概ね全国平均並みに確保されているという現状がございます。

次のページの(3)と(4)は、医療機関におけるリハビリテーションに従事するセラピスト、療法士の数の推移をまとめさせていただきました。いずれも病院報告という統計結果

からの引用でございます。統計の取り方が実数から常勤換算へと、変更があったりして数字が変わっておりますので、御了承いただきたいと思っております。(3)は、病院総数における推移をまとめておりますが、平成8年までは、一般病院だけでなく、精神科病院等も含まれた統計となっておりますので、表を分けさせていただきました。(4)は、一般病院でのセラピストの従事者数の推移で、平成9年と直近の平成23年とをそれぞれ比べていただきますと、これまで議論がありましたように、多くのセラピストの皆さんが、養成校も増えているという関係等もありまして、従事者数も大幅に増加している状況が見てとれると思っております。参考までに、(4)は、ア、理学療法士、イ、作業療法士、ウ、言語聴覚士という3つの区分で、それぞれまとめさせていただいております。こちらの方も大幅に人員、資格を取っておられる方が増えているということ、それから、参考までに、アからウの表の下にそれぞれ、各療法士会の会員数を参考に書かせていただいております。多くの会員の皆さんは、この統計にもありますとおり、病院等で勤務されている方が約6割からそれ以上いらっしゃるという現状があるようです。

それから、最後、4ページの(5)は、全国の統計しかなかったのですが、社会福祉施設におけるセラピストの従事者状況でございます。こちらの統計は、理学療法士と作業療法士の統計となっております。言語聴覚士は、「その他の療法士」という統計上の区分に分類されておりまして、実数が出てまいりませんでしたので、この資料からは割愛をさせていただきました。セラピストの皆さんの働く場ということでは、今後、こういった分野にも大きく進出されるのかなと思っておりますが、現状はこのような数値になっているということでございます。

今後の議論の参考にとということで、まとめさせていただきました。以上でございます。

【専門分科会会長】

ここまでの資料の説明から、リハビリ医療の分野では、この30年間、特に平成になってから、病院も従事者も発展しているように見受けられます。

ちょっとここではわからなかったのですが、急性期、回復期におけるリハビリ医療に関わる病床数のことは、京都市が自由にできるものではないとお聞きしたのですが、行政官庁が違うということでしょうか。

【事務局】

今、会長の方から御質問がありました病床数の計画につきましては、都道府県の権限になっておりまして、京都市分は、京都府において、京都府保健医療計画に基づいて、計画、管理されているということでお伺いしております。

【専門分科会会長】

それでは、この件に関して御意見、御質問等、いかがでしょうか。

【委員】

始まる前に聞けば良かったのですがけれども、なんでこの日のこの時間になったのかを聞きたいです。というのは、委員は開業医の先生です。この先生、この時間、絶対に来られません。こういう時間に設定されたのはなぜか。それと僕が知っている、これに対して熱心に来ておられた、やはり開業医の先生も来られません。その先生、一言おっしゃいました、僕らは来るなということやなって。これおかしいと思います。なぜこの日のこの時間にしなければならなかったのか、はっきりと教えてください。

【専門分科会会長】

日程のことですね。午前中ということが、具合が悪いということですね。来られない委員がお一方ですね。私が存じ上げているのは、それぞれ皆さん予定を出されて、毎回できるだけたくさんの方に出ていただきたいということで、この時間が最多の数だと思っていたのですが、お一人お一人の方までは、私の方では把握しきれておりませんが、この日になっているのではないのでしょうか。

【委員】

明らかに来られないとわかっているのに。

【事務局】

事務局の方から説明させていただきます。

分科会に関しては、各委員の皆様、スケジュールの関係がございますので、いい日、悪い日ということで日程を教えてくださいまして。会議の冒頭にもございましたが、定足数のこともありますので、事務局としては、委員の皆様が最大に集まる日を中心に日程を調整させていただいております。午前中にさせていただくことに関しては、いろいろ皆さんお忙しいということもあり、どうかと思ったのですが、この時間帯が、最大お集まりいただけると御了解をいただきました。なお、委員に関しましては、開業医ということは十二分に承知しておりまして、本日この時間帯に開催させていただくことに関しては、事前に御了解をいただいておりますし、今後、会長とも打合せをさせていただきますが、御意見等ありましたら十二分に聴取をしてみたいと思います。

本来でありましたら、開会の前に説明をさせていただかなければならなかったと思っております。誠に申し訳ございませんが、御理解と御了承をよろしく申し上げます。

【専門分科会会長】

お一人御欠席の方が、午前中はどうしてもということであったようですので、委員につきましては、事務局の方から、御意見を寄せていただくなり、お尋ねするなり、できるだけ御意見を出していただいで進めては思いますので、事務局の方でよろしく申し上げます。

では、今までのリハビリテーション医療については、いかがでしょうか。

【委員】

高次脳機能障害対応の施設を出していただいております。

見ていただいているかと思うのですが、大学病院であったり、「超急性期」と書いてあるところは、本当の急性期ですので、高次脳機能障害が大変なんだと表面化する段階は、ほぼ担わないということは知っていただけたかなと思います。ですので、5施設ほどは、こういうところから、それ以外のところにバトンタッチをするという流れになっていると思います。

つまり、表の真ん中の脳卒中の「超急性期」と書いてあるところで、高次脳機能障害対応と書いてあるところを見ていただきますと、大学病院とか、超急性期の対応をするところですので、現実はそのままで生活期も含めて対応しなきゃいけないという患者さんはなかなか実際対応できないので、そこからそれ以外のところに回っているのが現状なので、時期時期があるということを表してはいるのですが、なかなかわからない方もおられると思うので補足させていただきました。

【委員】

資料9の4ページの理学療法士や作業療法士が児童福祉施設に従事されているとありますが、児童福祉施設がどういう施設かを知りたいのですけれども。

【事務局】

主に児童養護施設ということですが、それだけではなく、情緒障害児施設など、いわゆる18歳に至るまでの子どもたちが利用するという施設です。実際の理学療法、作業療法の仕事の中身までは承知しておりませんが、数を見てもわかりますとおり、必ず1施設1人配置されているわけではないかと思っております。成長に応じてセラピストの配置があるのではないかと推察している次第です。

【専門分科会会長】

委員から、むしろ児童養護施設よりも肢体不自由児施設が多いのではないかと。私も知っている限りでは、児童養護施設は、親がいない、あるいは親が養護者としてふさわしくない子どもたちの施設ですが、それ以外にも、いろいろ多岐にわたっていて、児童養護施設よりは数は少ないですが、重度障害児施設だとかにいらっしゃるのではないかと考えていますが、また、調べていただいて次回に正確に回答してください。

この論点④では、医療、スタッフが充実している中で、高次脳機能障害ですとか、その他の機能障害の中でも、生活に即した、在宅生活を送るためのいろんな支援の充実というものがあると、これまでの報告では増えてきているんですが、そこがいろんな連携も含めて、スキルアップ、レベルアップをしていかなければいけないと思います。

委員、在宅生活への移行ということで、医療の観点から現状をお話いただけたらと思いますけれども。

【委員】

リハビリが必要な方は、いろんな疾病などによって、さまざま多様な状態ですが、いわゆる施設でのリハビリテーションをするか、あるいは在宅でのリハステーションか、担って行くと思うのですが、非常に多岐にわたり、支援が必要な方は施設でのリハビリということになりますが、ある程度機能が回復して、その機能が在宅での機能を果たせるけれど、しかしながら、十分な機能を果たせないと、ちょっと援助や支援が必要な場合は、在宅での訪問リハビリテーション、訪問看護、訪問介護等の支援が必要になってくると思います。リハビリの職員の数が表に出ておりましたが、40年前には、リハビリ、PTの数は、京都市内に2人と大変少ない状況にありましたが、今は病院もたくさんになって、病院によっては、50人も60人もリハビリスタッフを抱えているという民間病院もたくさん出てまいりました。その中で、訪問リハビリを行うことによって、在宅での療養生活が果たせるという時代が現実に来ていますし、これからもどんどん充実していく分野だと思います。障害をもった患者さんも家庭での療養生活で、やすらぎを得るのが一番幸福ではないかと思います。

ただし、それは地域によって違いますし、在宅での支援サービスが大変異なっておりまして、また、病院によっても格差がたくさんあります。だけど多分、こういう流れの中で、これからどんどんそういう方向にいくのではないかと予想されます。少なくとも京都市内で有効に行われていくのではないかと思います。しかしながら、京都市の会議ですから、府下のことを言うのはなんですけど、府下ではまだまだ十分なリハビリテーションが、施設でも在宅でも行われていなくて、それを補うのに、京都府も工夫をこらしております。

私どもは、京都の民間団体で私立病院協会を作っているのですが、各地域で、人を集めていただいて、公民館等で、集団訪問リハ指導ということをやっております。それによって、リハビリが行き届かない地域で、個別リハはできないけれども、訪問リハで、療育と実際の実技をやることで、リハ過疎といわれるところでも、そういうことをやっていったら、住民も在宅でもできるのではないかと。これもかなり枠がいりますので、地域の医療機関でやるのか、行政でやるのか、あるいは医師会等の問題であるのですが、京都市内で十分にリハビリ力を持った病院が、その地域に出向いてやると。圏域の問題がありまして難しい問題もあるのですが、そういうことをやれるような方策を講じております。そういうことができるようになれば、今補助金でやっていますけれど、私は、これは診療報酬でそういうこともできることにしてもらえれば、それも普及するのではないかと考えております。少なくとも京都市内では、施設入所から在宅に移行しても十分できるだけのパワーは、リハビリテーションを施す側のパワーは整ってきているのではないかと考えております。

【専門分科会会長】

リハビリ過疎があるということを知って、京都市内ではそれほどではないけれども、京都府下ではまだという状況をお聞きしました。集団訪問リハというような新しい試みなんかも公と私、病院も含めて行政もそれを促進する形で進めていけば、リハビリ過疎というのも克服できるのではないかといいようでしょうか。

【委員】

このリハセンのことになってしまいますけれども、第1回目の時に、見学させていただいたのですけれども、障害者の時代の流れが変化してきたと思いますので、現代に見合ったリハセンに改革していく必要があるのではないかと。だんだん利用者が減ってきて、冷暖房設備とかが完備しにくくなってきているというのを目の当たりにしまして、ここの通所方法で、送迎バスとかタクシーチケットの配布などができればいいなと思います。ケアとかサービスの変化の中で、通所者や患者に対してどういったニーズに応えていくのかというのをきつめていけばいいのではないかと思うのですが。

【専門分科会会長】

利用者が少ないことに関する工夫、考えをお持ちということですね。そのリハビリテーションセンターのことは、その後で具体的にここの利用の頻度や推移もお話いただきますので、今はもう一つその前の段階で、リハビリテーション行政全体をどういうふう考えていくのかということですので、もう少しお待ちください。

【事務局】

先ほど、委員から、在宅の施策の充実というお話がありましたので、京都市内の状況を御説明しておきたいと思います。第2回の時に、京都市の障害福祉サービスの状況と介護保険サービスの表をつけさせていただいているのですけれども、主に在宅でのヘルパー派遣に限って言いますと、京都市の場合、平成22年度の実績で1人当たりの給付費1,567千円と、かなり充実しております。政令市の平均であっても1人当たり704千円程度ということで、京都市においては、かなり重度の方もヘルパーを使って生活をいただいている実態があるのを御紹介させていただきますとともに、また、第2回の資料に居宅介護の予算の伸びでありますとか、用意しておりますので、御覧いただきたいと思います。

【専門分科会会長】

京都市では、居宅介護、あるいは在宅での生活を支えるスタッフの数、それに係る費用も増えてきているというのは、資料2でいただいていたと思います。

リハビリ医療については、病院の数や専門スタッフ、それぞれ充実してきているということが、日本全国でも京都市でもそうだ、ということだと思います。

この辺で、論点①から④までのおさらいと言いますか総まとめと、公民の役割分担ということが、リハビリテーション行政の在り方を考える時には非常に大事なんですが、それが歴史的にある一定の考え方に立っているということをもとめていきたいと思います。

京都市の社会福祉審議会で、以前「福祉施策の公民の役割の視点」ということをすでに議論、発表されていて、それを踏まえるということなんですが、そこについて事務局から解説をお願いします。

【事務局】

資料イ「京都市社会福祉審議会における福祉施策の公民の役割の視点」を御覧ください。

先ほど、会長からお話がありましたとおり、公民の役割分担に基づく公営施設の在り方の検討については、社会福祉審議会あるいは従前の専門分科会の方から、御意見、答申をいただいております。本来でしたら、この分科会の最初にこうした経過も含めて御説明するべきでしたが、この時間を得て、改めて、公民の役割分担の考え方と経過、それと社会福祉審議会ですべて示していただいております概要について御説明させていただきたいと思っております。

この分科会の本体会議であります京都市社会福祉審議会において、まず、平成16年に「本市における今後の福祉施策のあり方」ということで、制度全般についての諮問をさせていただきました。翌17年2月に答申をいただきまして、さまざまな、それぞれの分野ごとの施策に関する方向性を指し示していただくとともに、公営施設として果たす役割を十分検討したうえで、在り方を明らかにしていくことが必要とされました。

それを受けまして、施設のあり方についての専門分科会が設置されまして、翌18年に「公営施設の今後のあり方について」の審議が開始され、当時、先行して検討するということが検討された京都市醍醐和光寮の運営主体に関する審議の際に、公民の役割分担の考え方が整理されたところでございます。その内容が、資料イの下半分に記載してあります。

まず、行政の役割としては、福祉施策の計画や意思決定、システムの構築、新たなニーズに基づき先導していく施策などについては、しっかりと引き続き行政が果たすこととされております。ただ、そういう役割の中であっても、地域での積極的な取組、民間における先駆的な取組については、行政と民間とのパートナーシップで取り組んでいくこととされております。

一方、民間の役割としては、施策の定着が進み、効率性などのメリット、あるいは民間の持つ柔軟性を活かして、利用者の満足度の向上が期待できるものについては、民間活力を積極的に導入すること、という意見をいただいております。ただ、民間の取組に対して行政は、その状況をしっかり把握して、利用者の福祉の向上の観点から、必要な助言等を行う立場で関与していくこととされております。

これを受けまして、醍醐和光寮、あるいは児童福祉センターの充実、公営保育所のあり方という形で検討されて、今回のリハビリテーションセンターのあり方について、議論をいただいているという流れになってございます。したがって、この分科会におきましても、これまで議論いただいたリハビリテーション行政あるいはリハビリテーションの推進という大きな方向性の中で、公民の役割分担の、公がどういう役割を果たしていくのか、この視点を十分御理解いただいたうえで、論議を進めていただきたいと思います。改めて説明をさせていただきました。

【専門分科会会長】

リハビリテーション行政の在り方の中で、この視点を忘れてはいけないものではないかと思っております。

これまでの論議を資料アでまとめて整理をさせていただきますと、急性期から維持期、生

活期までの一貫した流れをどんなふう to 確保するか。そのためには、単にそれぞれの機関があるだけではなく、総合調整機能という形で流れを確保しなければいけないということではないかと思ひます。流れの機能については、民間の様々な組織とのパートナーシップを含めて、行政がそこで大きな役割を果たすべきではないかということが一つあると思ひます。

それから、人間のリハビリという、個々の生活体験や実態に即したリハビリということでありますと、相談支援を含めた福祉職が、個々のニーズをくみ取りながら行わなければならないということ、相談支援を含めた福祉職のスキルアップを図る機能。もちろん、個々の専門職もスキルアップをするのですが、その場を提供したり、呼び掛けたりする機能というのは行政も大きな役割を果たさなければならないと思ひます。それから、人材育成・獲得システムというのは、第2回で御意見をいただきましたように、京都府などとも連携した人材育成・獲得システムを構築することは、京都市が責任を持つべきことではないかと思ひます。

それから、専門性を活かした相談も、年齢によってバラバラ、児童、成人、高齢者をいかにつないでいくか、一貫性をもって年齢を超えていかにつないでいくか。あるいは、障害の種類、さまざまな障害を一つのところに行けば解決されるようなシステムづくり、あるいは場所の設定という総合窓口化みたいなものをイメージできるのですが、そろそろそういう時期にも達しているのではないかということです。

今回の分科会でもたくさん意見が寄せられました高次脳機能障害は、まだまだ新たなニーズを持ちまして、研究が進められているのですが、定義自体も、専門家の間でも理解の程度がバラバラというところもあるようで、民間での支援がすごく遅れていますので、この分野については、行政が先導していかなければならない施策として、取り上げる必要があるかと思ひます。たとえば、高次脳機能障害ですと、病気として高次脳機能障害が生活状況にどのように現れてくるのかは、個々の方の経過観察であるとか、家族の申し立てや報告もなければいけないということですよ。

リハビリ医療のところでは、民間での充実がデータでも表れていますけれども、医療機関の分野では、先ほど説明がありましたように、京都府が策定する計画の範囲でもありますので、京都市としては、福祉施策として、維持期・生活期に焦点を当てた支援の中身の充実にしっかりと関わっていくべきものではないかと思ひます。

まとめというか、私の意見を述べさせていただきました。何か御意見はありますでしょうか。

【委員】

今まで議論した中でのまとめを整理していただきましたけれども、整理された方向性の中で、やはり、人材の育成が公的機関の大きな役割だろうと思ひます。看護師に関しては、京都市も京都府も関心があり、いろいろ人材育成も含めて努力をいただいているのですが、リハビリ職員の育成に関しては、全く、全くというのはなんです、余り熱心でなかったと思ひます。私どもも、20年前から、リハビリ職員の育成を京都ではこれだけしか育成していないと。しかしながら大阪ではこの10倍ぐらいの、以上の育成をしていると。やはり京都ももっと育成すべきではないかと。そういうことは、公的病院はもちろんのこと、民

間病院にも人材不足が高じて地域でのリハビリが十分行われないうことが、どんどん顕著になっていくだろうと、申し上げ続けましたが、現実にはリハビリ職員の人材育成をあまりしていないようでございます。

しかしながら、各地でたくさんの育成が、他の県でありまして、そのおこぼれを京都が預かりまして、そこそこの人が集まったという現実はあるのですが、公の役割というのはそういうところに一点を置いて、これからもいろんな方面でやっていただきたいと思っております。それと政策として、公でやっていただいて、公にしかできないこともたくさんあると。しかしながら、こんなの民間でもできるよと、民間になると意志決定が早いですから、非常に手際よくできるということもありますので、そういう方向でこれからもこのリハビリテーション行政の在り方というのを進めていただきたいと思えます。リハビリの実態がどうあるべきかということと、行政がどうあるべきかということ、ひとつ分けて考えていただきたいと思っております。

【専門分科会会長】

他府県とも比較して厳しく、また温かい御意見だったと思いますが、人材育成することは、行政が関わってすべきこと、できることとできないことを分けて、できることをしっかりするということだと思います。

【委員】

委員がおっしゃったこと、あるいはこれまでこの会議で議論されてきたことを改めて会長の方からまとめていただいたのかなと思います。

とにかく、年齢でバラバラ、あるいは障害種別でバラバラ、これを総合調整していくということは、大事なポイントだと思いますし、制度の谷間に関わっていくことや、総合窓口化ということに関しても、非常に重要なことかなと思っております。

本日欠席の委員がいつもおっしゃっていることは、福富先生の志をずっと継いでおられまして、生活リハ、あるいは地域リハの大事さを非常に強調されておられます。その中で、やはりリハビリテーションの大きな目標の中に、社会参加を進めていくということがございます。そうなりますと、やはり医療分野だけではなく、先ほどから出ていますように福祉分野、あるいは地域のさまざまなサポート、NPO、いろんなものも総合化していく、そういう意味でのチーム医療やチームのマネジメントが必要になってくるだろうと思えます。

まさに「ハビリス」というのは、人としてふさわしいという意味がありますので、人としてふさわしく回復していくという意味では、今まとめていただいたような方向性が妥当なのではないかと思いました。

【専門分科会会長】

ハビリスですね、人としてふさわしくということで、総合的に進めていくということだと思います。

【委員】

回復期を過ぎて、居宅というよりも、外へ出ていくことが大事だと思うんですね。多くの人々とおしゃべりをしたり、人生を楽しんで、第二の人生を、新しい人生を迎えてほしいと思います。外へ出ていくということが大事で、多くの人と交わり合いながら、障害者同士、また健常者とも交わっていくということが多く経験できたらいいなと思います。

【専門分科会会長】

これまでの世の中というのは、一旦障害を持ったら閉じこもりがちになったり、出て行く場がない、他の人と交わる場がない。その場づくりをどうしていくのか。地域の中でつくっていく。そのきっかけは、民間も自発的にするとも思うのですが、行政がそれを呼びかけたり、場を提供する形など、仲間づくりをどう進めるかということも必要ですよ。

【委員】

民間か行政か、というような役割分担がいろいろ書いてありますけど、醍醐和光寮の時の移行はとてもよかった。成功で終わっています。地域の住民の方との連携もとれ、いろいろな形でいいのですが、リハビリ行政になると先ほど委員もいわれたとおり、障害がまちまちですので、なかなかそこがまとまりにくい部分かなと。しかし、行政がどうしてもかんでもらわなければいけない部分が出てくるのではないかなと。いろいろな面で、もしもですけれど、ここのリハセンター云々という問題になればですね、当初より述べましたように、総合的ないろんな障害の相談所があり、又は児童福祉センターなども一部にかんできて、これだけの大きな建物を最高な利用にさせていただけたらいいのかなと、これは希望なんですけれどもね。そういうことで、今の時代は、必ずしも行政ではなくても、民間で十分にできる場所があると、私はそう思っています。

【専門分科会会長】

民間の力を生かすような行政ですね。支えてくれたり、連絡したり、ない情報を取ってきていただけたらということだと思います。

【委員】

委員からは、人材育成と獲得のシステムというお話で医療の分野の御説明があったのですが、福祉の分野に関していうと、ここに奇しくも「京都府と連携した」と書いてありますけれど、私が知る限りでは、ほとんど府がやっているものに京都市が一緒にやっているというような状況があると思います。

実例で言うと、障害者福祉領域で、相談支援専門員という障害者版のケアマネジャーですけれども、それを養成する相談支援専門員の初任・現任、それから事業所に配置されるサービス管理責任者の研修も京都府が担っているものに、京都市の方たちも申し込んで受講する形になっています。連携ということなんですけれど、連携と書くとすごく協力して一緒にやっているイメージですが、私が知る限りでは、完全に主導権は府にある。内容的には、デー

タの紹介もあったように、受講生に占める京都市民の割合が半分以上とか高い状況になっているところを踏まえておかないといけないのが一点。

それから、もう一点は、委員が御指摘の、障害、高齢に分けることなくということは、確かに理念上はそうだと思うのですが、ここに奇しくも「制度は異なっても」と前段階として書いてあります。現状は、制度が異なっているところとだと思えるのです。いずれは障害のある人もない人も、それこそ含めて一緒にやるべきだと思うのですが、現状としては制度が異なっているところは把握・整理して、そこからスタートしないと、理念だけに終わる可能性もある。一緒にやるべきだといっても、じゃ事業所をどうするのとなったときに、介護保険の事業所を立ち上げたりとか、ということをしていかないと、できない状況に、現在はあるんだということは押さえておくべきかなと思います。

【専門分科会会長】

相談支援専門員の現任訓練ですとか、そういうことに関して連携とはいうものの、京都府がやっているのを利用しているとのことですが、不都合が現れてくるということが不思議なのですね。

【委員】

その時点では、不都合ということではないのですが、人材を育成していくという感じになってくると、今動いていないんですけれども、京都府の自立支援協議会の中にある評価人材育成部会というのがあって、そこが動き始めると、おそらく制度上やらなければいけない研修の他に、各圏域におけるスキルアップみたいなこととか、あるいはサービス管理責任者、相談支援専門員研修を含む、研修の全体のバランスを踏まえた各研修という形になってくると、方向性を決める議論の中に、どうしても府主導というところがぬぐえない部分があるのではないかとはいえます。

【事務局】

相談支援専門員の養成研修の件ですけれども、実は国のしくみの中で、人材養成というのは、都道府県行政になっておりまして、たとえば相談支援専門員とか、あるいは医療的ケアが実施できる介護職員の研修、これらは都道府県事務に位置付けられておりまして、形としては、京都府が研修をし、私どもはどのようなサポートがいるのかという部分については、もちろん、事業者に対する周知もそうですけれども、今の社会情勢の中で、専門員の研修としてどういった内容が求められているのか、そういったところを京都府に伝えて、特にこういった重点的な研修をお願いしたいとか、そういった連携は今後もしていきたいと思えます。

【委員】

もちろんそうです。それは了解していたことですが、そうなってくると次の議論で京都市が果たしていく役割、もしかしたら、障害者施策の中核としてリハセンターも果たしていく役割を考えていく時に、京都市の中で、全体の養成研修については府がやっていく、それを

充実させていったり、市の中で連携したりとか、全体を底上げしてつながっていくみたいなことをと考えていく時に、全体を今は府主導に見えるけれど、それを京都市として大事にして、実際何をしていくのかが必要になってきますし、そうなってくると京都市の地域自立支援協議会であるとか、あるいは各福祉圏域が、さらに分かれていますけれど、その自立支援協議会との連携とか、京都市の中で、たとえばリハセンターがその指揮をどうとっていくのか、どういう役割を果たしていくのかまでを考えていかないといけないところにあるのかなと思います。

【専門分科会会長】

府と市の連携、分担、それから国が決められた役割分担というのは、難しいところがありますけれども、京都市としてはそれで十分だとは思わないところが大事なんだと思います。国に決められ、府で決められた、そこでもこうしたらいい、ああしたらいい、という市民の立場からの声などを聞き取って、行政施策として補足するようなサービスなり仕組みなりができればいいと思います。

公民の役割というか、分担は難しいし、デリケートですし、力を尽くさないといけないと思います。いろんな御意見を出していただきまして、方向がかなりレベルアップしてきているのではないかと思います。

【事務局】

研修ですけれども、高齢者関連の研修については、長寿すこやかセンターというところで研修機能を持っているのですけれども、御指摘いただきましたように高齢・障害も一体に進めていく必要があるでしょうし、どちらかという介護あるいは福祉職の獲得、あるいは現場で活躍していただくという方の役割を担っておりますので、研修機能も含めて、全市レベルで検討していくことが必要だと思います。その点について、長寿すこやかセンターの在り方そのものも含めて、重く受け止めて検討させていただきたいと考えております。

【専門分科会会長】

長寿すこやかセンターは、高齢者を専門にしてらっしゃいますけれども、障害も含めた在り方をこれから検討していくということで、よろしくをお願いします。

それでは、後半のセンターの状況に関して、今まとめました公民の役割という観点で改めてこのセンターの状況を見ていきたいと思います。事務局から説明をお願いします。

【事務局】

私からは、当センターの概要を説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

委員の皆様には、当センターの事業概要を資料としてお渡ししております。

本日は、主にセンターの4つの機能を中心に説明をいたします。

まず、センターの概要を簡単に説明します。

昭和53年に、リハビリの概念を「医学的リハも含め、身体的、精神的、経済的、職業的

に自立を目指す広義のもの」と定義いたしまして、身体障害者更生相談所、補装具製作施設、障害者支援施設、そして附属病院の4つの部門からなる身体障害者リハビリテーションセンターをこの地に開設し、それ以降、一貫して身体障害者の自立を支援してきております。

また、昭和62年からは、地域リハビリテーションの推進を図るため、リハビリテーションの普及や障害者施設関係職員を中心とした研修会の開催などの事業に取り組んでおります。

次にセンターの体制について説明します。

先ほどの4つの部門を運営するため、センターには管理課、相談課、診療科、看護科、訓練科の5つの科が設置されております。

4つの部門は、すべて直営で運営しており、スタッフは、平成25年3月1日現在、正職員78名、嘱託等21名の99名が配置されております。

また、当センターは、病院部門がございしますが、一般会計で運営する施設でございます。

では、センターの現況について部門ごとにお話します。

資料10の1ページをご覧ください。

まず、身体障害者更生相談所ですが、業務は身体障害者福祉法第11条第2項に規定されるものであり、すべての都道府県及び政令指定都市において設置されているもので、補装具や自立支援医療に係る判定業務及び福祉事務所からの身体障害者福祉に係る専門的な知見を必要とする問合せへの対応を主な業務としています。相談・判定件数等については、1ページに示してあります。

また、地域リハビリテーション推進事業を行っておりますが、2ページにあります研修事業については、地域で障害者支援を行っていただいている事業所の職員の方々のみならず、福祉事務所職員等の行政職員も含めて研修を行っており、毎年多くの方に受講していただいております。さらに総合支援学校や生活介護事業所へ専門職員を派遣することにより、障害のある児童生徒の皆さんや、障害のある方に接する教職員や施設職員の方々に必要な助言や指導を行い、非常に喜ばれております。その他、障害のあるなしに関わらず、住み慣れた地域で生き生きと暮らしていくための啓発事業として、地域リハビリ交流セミナーなどにも取り組んでおります。一方、高次脳機能障害者に対するグループワークも行っております。

次に、資料10の3ページの「補装具製作施設」を御覧ください。

義肢装具士の国家資格を有する職員は、開設時以来、2名が従事しておりますが、(1)の「製作及び修理件数の推移」のとおり、昭和59年度をピークに減少していきまして、平成4年度に一時的に増加しておりますが、その後60件前後で推移しております。うち、製作件数だけを見ますと、介護保険法成立以降年間10件前後となっており、(2)にありますとおりここ3年間における義肢装具の製作はわずかなものとなっております。

これは、当初のコンセプトにおきましては、入院・入所されている方の補装具を訓練の実施に合わせて製作するということでしたが、現在においては、入院患者のほとんどが、急性期、回復期を経由しておられるため、当センターに入院、入所される前に、すでに補装具を製作されていることや、また、補装具を必要としない重度の障害をお持ちの方がおられることに起因しております。現在京都市に登録している義肢装具製作者数は、27業者となっております。

(3)には、平成23年度の収支を載せております。歳入117万円に対し、歳出は、約3,620万円で、差引がマイナス3,503万7千円となっております。この人件費は、事務事業評価により算出した金額となっております。

次に障害者支援施設ですが、資料10の4ページを御覧ください、

当初は身体障害者福祉法で規定された肢体不自由者更生施設としてスタートしました。現在は、障害者自立支援法における障害者支援施設となりましたが、当初の施設の性格は受け継がれており、肢体不自由の身体障害者手帳を取得されている方で、日常生活動作が自立、衣服着脱、トイレ動作、飲食が御自分で出来る方を利用対象としております。

日中支援である機能訓練を40名、入所支援30名を定員としております。

(1)に延べ利用者数の推移を表しておりますが、最盛期は、平成15年度353名ですが、その後の支援費制度や平成18年度の自立支援法施行後に利用実績が低下してきております。(2)は、平成23年度の月別の利用者ですが、20人までで推移しております。

しかし、5ページのエにありますように、利用終了後は、ほとんどが「家庭」つまり「在宅」で、在宅生活が可能となっております。

このような状況の中で施設利用されている方、及び施設入所の相談がある方は、肢体不自由だけではなく、例えば、社会生活を送る上で肢体不自由以上に高次脳機能障害による難しさを持つ方です。平成23年度の利用者実人員32名のうち、高次脳機能障害の方が19名おられました。

(4)の収支状況ですが、歳入が約6,000万円に対し、歳出が1億4,175万円となっております。差引がマイナス8,174万2千円となっております。人件費は事務事業評価の数値で算定しております。

最後に、附属病院ですが、資料10の6ページを御覧ください、

(1)は延べ患者数の推移を表しております。破線の外来患者は平成元年度をピークに徐々に減少しております。実線の入院患者は、40床に増床して以降、ほぼ同じ水準で推移しております。

7ページの(3)平成23年度の月別の入退院の状況を見ましても、病床40床に対し、常時30床前後の利用に留まっております。(4)は、平成23年度の入院患者の主な傷病名と入院前の状況を示しております。

これまでの議論の中で質問がありました、頸髄損傷患者の状況ですが、平成23年度については14名となっております。

この頸髄損傷者については、疾患別の統計というものが無いので、推計でしかありませんが、過去に行われました脊髄損傷者についての疫学調査によりますと、脊髄損傷者の発生率は人口100万人当たり年間40.2人ということになります。

これを京都市147万人に当てはめると、年間約60人前後の脊髄損傷者が発生するということになります。さらにこの調査によりますと頸髄損傷と胸腰髄損傷の比率は3対1のことですので、頸髄損傷の発生人数は推定で約45人ということになります。

当センターで平成23年度中に頸髄損傷を原因として入院された京都市民は6人ということを考えますと、大多数の方は、他の病院で治療されていると推測されます。

一方、高次脳機能障害患者については、脳血管障害や頭部外傷等を原因として発生するものですが、当センター附属病院においては、平成23年度入院患者実人数73名のうち、高次脳機能障害があると思われる方は、失語症も含めて34名おられました。

こういった方々には、肢体不自由の訓練と同時に高次脳機能障害の症状に配慮した機能訓練を行っている実態があります。このことは、資料にあります京都府の高次脳機能障害者対応医療機関の一覧表にありますように、京都市内においての18医療機関と同様と考えております。

9ページの(6)に収支の状況を載せております。歳入4億1,484万5千円に對しまして、歳出が約6億800万円で、差引マイナス1億9,314万5千円となっております。こちらにも人件費の算出は、事務事業評価の数値をあてはめております。

センターの概要は以上のとおりですが、ここで、その他の添付資料について、説明いたします。

資料7「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」です。

この資料は、第2回の際にお配りしましたものですが、本日、再度同じものをお付けしておりますので、御覧ください。

当リハビリセンター機能の一つである身体障害者更生相談所は、各政令市に設置されているところですが、京都市のように病院や施設等と併設し、総合的、一体的に連携して運営している市がどの程度あるのかを調べたものです。

現在、政令市は20市あるわけですが、そのうち、京都市と同じような形態をとっている都市は、横浜市、名古屋市、広島市の3市ございます。うち、全ての機能を直営で運営しているのは、広島市のみで、後の横浜市、名古屋市は、指定管理者制度により、民間、この場合社会福祉法人ですが、民間に運営を任せているといった状況にあります。

他の政令市に見られる特徴としましては、身体障害者更生相談所に、知的障害者更生相談所を併設、あるいは一体的に運営している都市が、全体の4分の3に当たります15都市ございます。特に、最近政令市になった都市、約3分の1程度ありますが、政令市になるに当たり、府県から分離する時点で、身体障害と知的障害とを統合した相談所という形を選択しているといった状況にあるようです。また、児童福祉センターと一緒にしている都市が7都市、その他事業を併設している形態の都市が多数みられます。

政令市20市といいますが、人口規模などが異なり、一概に比較はできませんけれども、全体的には、身体障害・知的障害の相談所機能の統合化、また、他の保健福祉関連の事業と併設化ということが窺え、行政サービスのワンストップ化といえますか、市民にとって、1箇所で必要な手続き、一貫した相談ができ、また行政にとっても、効率的な運営が図られるという双方のメリットが生かされていると言えるかと思えます。

資料11「病院経営管理指標による他病院との比較」を御覧ください。

これは、厚生労働省が実施した調査結果を元に、当センターの附属病院の経営状況を比較した資料です。

左の項目に基づきまして、全病院の平均、一般病院の開設者別の平均、そして一番右に当センターの附属病院の平成22、23年度の数値をあてはめております。

ここの附属病院と同程度の病院となりますと、中ほど右寄りの「一般病院20床以上49床以下」の「自治体」のところ相当するかと思います。

その中で、収益性のところでは、人件費比率や職員1人当たりの人件費のところに着目しますと、附属病院が大きく上回っており、したがって、職員1人当たりの医業収益が落ち込んでいるということが読み取れるかと思います。

機能性のところでは、平均在院日数が長期化していること、職員1人当たりの入院・患者数は、医師、看護師、総職員のいずれも下回っておりますので、利用状況が低いということが数字に表れていることがお分かりになるかと思います。

なお、この調査における平均在院日数は、在院患者延べ数を入退院患者数の2分の1で割るという方法で算出しておりますので、御了解ください。

最後に資料12「身体障害者リハビリテーションセンター平面図」を御覧ください。

これは、当センターの平面図です。詳細は説明いたしません、ここで見ていただきたいところは、右寄り中ほどの箱書きのところ、耐震診断結果を記載しております。

平成8年に実施しております、その結果、I s値は0.55、耐震性能なしという結果となっております。

以上です。

【専門分科会会長】

非常にたくさんの情報をいただきまして、また複雑な理解をしないとイケないところもあるかと思いますが、今までのところで、委員の皆様方、御質問などございますでしょうか。ここがどうなっているのかということがありましたらお願いします。

【委員】

資料10の8ページの「ウ 入院患者の状況」について、どういう状況かお伺いしたいのですけれども、お願いします。

【事務局】

私はこの病院の整形外科医、訓練科の部長をしております。所長は兼職のため、私が実質的な病院の管理者をしておりますので、お話する時間をいただきたいと思います。

整形外科と神経内科に分けて書いてありますが、整形外科では、頸髄損傷という患者さんが平成23年度には14人。その他の脊髄損傷、あるいはそれに準ずるような方、純粋な脊髄損傷、硬膜外血腫や感染症に基づく方が8名おられます。その他、人工関節の手術をした後とかを整形外科で中心に診ております。

神経内科では、もともと脳出血、脳梗塞の方が多かったのですが、障害者病棟等の加算で、脳卒中の方は3割しか入れないことになりまして、非常に重度の方がたくさん入院される形になっております。障害者病棟の加算というのは、先ほども出てきましたけれども、70%の人が1・2級の障害者手帳を持っている。ただし、脳卒中を除くという形になっております。よって、脊髄損傷とか、頭部外傷、パーキンソン病、多発性硬化症、ニューロパチー、

ギランバレー、そういう神経難病を含めた人を7割入れて、空いている3割のところ、脳卒中の方とか、あるいは人工関節の方を診ているという状況になっています。

【委員】

資料10の3ページの補装具製作件数のところで、総製作件数というのはどの部分ですか。

【事務局】

こちらに載せております総製作件数と言いますのは、障害者自立支援法で製作されている数になります。私どものセンターがすべての義肢装具の判定業務を行っておりますので、それぞれの年度で、私どもで判定を行った数イコール京都市内で作成されている自立支援法上の義肢装具の製作件数となりますので、その数字を表しております。

【委員】

それに関しては、都道府県全体ではなしに、各市町村で判定するということですか。

【事務局】

京都府下については、府の更生相談所が府下全域について判定されておられますし、京都市域については私どものセンターですべて判定をしているということでございます。

【委員】

3月20日の日本経済新聞に、重い脳障害者の方々のために、自動車事故対策機構が大阪の泉大津市立病院に運営を委託して、16床のベッドを持ったという記事が載っていたのですけれども、京都市でもこういう方たちに関しましてなかなか受けるところがないと考えた時には、説明を聞いておりますと、結構頸損がおられて、高次脳機能障害がおられるということをお考えた時に、この方々が医療を受けるところを模索しないと、医療の中ではいけないと思うのですけれども、病院長自身が診ておられて、どのように考えておられるのかをお聞かせ願いたいのですけれども、いかがでしょうか。

【事務局】

回復期病棟が非常に充実してきて、帰られる方が非常に増えていると思います。ところが何らかの理由で回復期の病棟に行けなかった方、あるいは、回復期の病棟におられたけれど、途中何らかの疾患で十分なリハビリを受けられなかった方、あるいはもともと非常に重度であったために、受け入れなかった方、これらの方々がコースからはずれてしまっているのが現実な姿ではないかと思えます。もちろん、社会的に民間では受け入れがたい、特に紹介を受けるのは、独居、一人暮らしである、住居がない方。あるいは感染症を持っている、なぜかという、頸髄損傷では、尿路神経因性の膀胱直腸障害が出ますので、ほとんど感染症をお持ちです。感染症があると、ほとんどのところで蹴られてしまう。行き場がない。あるいは複合疾患、たとえば精神障害があつて、併せて診ていく必要がある。あるいは厳しい高次

脳機能障害がある。そういう人をたくさん受入れてきた経緯があります。ここでも大変な対応を強いられます。なかなか採算を考えますと、たとえば外来を見ていきますと、一般の病院ではたくさんの患者がおられると思いますが、この整形外科では20から35人を診ているのですが、ベッドに上がっていただくことを大事にしています。すべての患者さんをベッドに上げているわけではないですが、3分の1の方が介助が必要であるとなると、ベッドに上がっていただくだけで、20分位かかります。9人で3時間。到底民間の病院では採算が合わない方法だと思います。しかも診療時間には、看護師が2人ついている状況です。また、高次脳機能障害というのは、2年から3年かかって回復していくものなので、時間がかかってしまう傾向はあるかもしれません。

【専門分科会会長】

今の説明では、もともと重症あるいは、流れに乗らないような方、あるいは独居、感染症、複合疾患というようなことは、民間では受け入れられないのではないかとということで、こちらで手厚い看護をしているということですが、民間ではやはり無理なところがありますでしょうか。

【委員】

京都市内にはたくさんの民間病院がありますが、重度、感染症、複合疾患といった方は超急性期・回復期あるいはそういう介護保険のシステムでは、なかなか診るのは難しいですね。ところが一つ抜け穴があります。療養病床です。ここでは、そういう期間の縛りもないですし、頸損の場合は、一挙に一つの病院で多くの人数を診るというのはなかなか、看護度、介護度の問題がありますから、難しいですけれども、この資料を見ますと、そんなに多くの患者がいる訳ではないですから、各民間病院で、その地域の、患者さんの近くの民間病院で個別に診られると。在宅でも、頸損で頑張っている家庭もおられますので、先ほど言いましたような訪問看護等を利用してやっていくことは可能だろうかと思います。

ただ、先ほども申されたように病状が安定しない時期がありますので、一定の期間は、精神的な問題、感染症、褥そう等含めて安定しない時期は、療養病床では診られないので、急性期で診ていくということにすれば、そんなに民間で診られないということはないと思いますし、先ほどの発生数に比べて、この施設を利用している数では、それから見ても、すでに民間でたくさんの患者を診ておられる訳ですから、ここに入っておられる頸損の患者が、特別病状が重いということではないのだろうなど。たまたま、ここで診られたと思いますので、民間で診られないということはないと思います。

【専門分科会会長】

いろんな事情、個々のケースを見ればすごく尽力されていると思いますが、公民の役割と言いますか、民間でできることを促進して、支えるという行政の役割ということと、この病院にいらっしゃる方々が、果たしてここでしか、というのは違うかもしれないと思うのですが。

【事務局】

恐らく、脊髄損傷の患者さんがどこかで生活していくということであれば、私は民間でも可能かなと実は思っております。

ただ、現実的に患者さんが来られた時に、まずひとつは、肩とかひじが非常に弱い方というのは、ほとんど食事が自分でとれずに来られるわけですね。もちろん懸命に急性期でリハビリをされているのですが、現実的に食べられていない、介助していると。どういうふうにしたら、その人が、食事が自分で食べられるようになるのか。固まっている肩をほぐして、限界まで筋力を上げて、持てないのであれば自助具を使って、それでも手の重みを支えられないのであればバランスで手を吊って、食べ物も食べやすいように刻んで、食器も工夫して、頑張っって食べていく。そういうトレーニングをして、障害が厳しい方は別ですけど、かなりの方が食事を自分でとれるようになります。

また、こちらに頸損で来られる方のほとんどの方が、バルーンといって尿の方に管が入ったままで来られます。もちろんそれでも生活はできますが、尿路感染症が出てきますし、外へ出ていくという形では、ずっと管が入っているというのは皆さんあまりいい顔をされず、閉じこもってしまう理由の一つにもなります。どうするかというと、セルフカテーテルという形で、日に何回か、5回、6回と管を入れて何とかおしっこを出す、普段、管がないという状況にしていくわけです。非常に時間もかかります。

また、ずっと病院にいるという前提であれば別かもしれませんけど、いかに家に帰っていくかということ考えると非常に長い取組となります。もちろん全員の方が家に帰っておられるわけではありません。重度の方はどうしても、家庭の方の都合や仕事などで在宅の復帰がままならない方はたくさんおられます。でも中には、非常に時間はかかりますけれど、何とか在宅にと思っておられる方もおられます。京都は住宅事情により、小さい家が多いので、平屋ではない、2階建ての家も多いのですけれど、場合によっては、ホームエレベーターをつけたりすることから始まります。介護保険ではとても手が出ないと思うのですけれど、変更のところから図面を引くことから加わって、どういうサービスを使って、それがたとえば景観のことで引っかかったりして、いかなかったらもう一回図面を引き直す。構造上足りなければ別のことを考えていく。半年とか時間がかかってしまうわけですね。でも何とか帰れるように、援助してお手伝いできればなということが、多分このセンターの特徴ではないかと思えます。

【委員】

今回、具体的に患者さんの内容を見せていただいて、障害者病棟ということで7割の身体障害者手帳を持っている、難病の方も受けないといけない、ということで、努力しないと障害者病棟を維持できないということもやっておられるのかなということを改めて理解させていただいたのが一つ。

それと入院前の状況ということで、病院の一覧が書いてあって、結構、急性期の病院からもとっていただいているんだと思ったんですが、実際、私どもから紹介させていただいてい

るケースというのは、ステップアップ、レベルアップしていただくために、ぜひ在宅に帰っていただくために、セレクトして紹介させていただいている現状があるのですが、他のところも聞いてみると、もう少しレベルアップするために行っていただく。行ける人はラッキーな人というイメージで、なかなか他の病院には、リハセンターには入れない、敷居が高いというか、そんなイメージがあって、入られた方はコアな方で、しっかりやっていただける。でも、もっと本当は入るべき人はたくさんいるんだろうと思うのですが、なかなかそこに乗れない人がいるのも事実なのかなと。

その中で、委員がおっしゃった医療療養型という病院が、入院継続はできるのですが、医療療養型の病院の中でどれだけリハビリができていくのかというのは、施設ごとに違うと思うのですが、博愛会病院では、何種類か病床がありまして、医療療養型も持っているのですが、おうちに帰れない方で、というのも本当はリハビリをしてあげたらいいのですが、それぞれの期間がありますので、それ以上する場合は、目標を持って、よくなるという前提の説明書なりを書かないと、医療保険で切られてしまう制度がありますので、現実、医療療養型に移ってしまうと、介護力がそれなりにありますので、リハビリをして、この人はここまでできるので、介護はしないでというのはある程度対応してくださるので、生活リハビリは、リハビリスタッフが関わるのではなくて、看護師やケースワーカーが関わる形での生活リハビリはできると思うのですが、そこからおうちに帰る方は、ないわけではないのですが、非常に少ないのが現状で、京都市内の医療療養型病床からどれだけの方が在宅に帰っておられるのかはわからないのですが、当院の場合、54床あるうち在宅に帰られる方は1割位かなと。回復期のリハビリで、もうちょっとというところが難しい場合にそちらに移っていただく状況なので、関連のグループ病院もそのような状況なので、なかなかレベルアップ、ステップアップのリハビリというのが難しいのが現状なんです、期間を超えてしまうと。

こちらからの頸損の患者さんがお世話になっていまして、最近、年配の方と若い方と二方になっている現状がありまして、若い方は、やらなきゃいけないということでやられるのですが、60歳代の方というと年配の方に入れられますけれども、まだまだ若いと思うんですよね。頭もしっかりされておられれば、やはりステップアップしていただきたいと移っていただいて、骨折がありますので回復期ではその治療だけで手いっぱいなんです。さらにそこから障害者の病棟に移っても、現実周りの方が非常に重度の方との生活の中では、日々やらなきゃいけないという危機感が少なくなるので、そういう方たちが集まってやっていただくというのが効率いいんです。

お食事は何とかされるレベルの方で、バルーンが入っていた方ですが、先日見にいかせていただいたら、自己導尿といって、自分でやっていますよと言って、すごく前向きに話をされてまして、自宅の改修も時間がかかることなので、そちらの補助を受けようと思ったら、身体障害者手帳が出て、それも6箇月なり3箇月過ぎてからでないと手続きができない。そんなことをしょっちゅうやっていない病院でやっても、ノウハウがそんなに充実していないので、ここに来るといろいろな人がそういうことをやってらっしゃるので、本当にこちらの方に紹介してよかった。かたや頸損の患者さんで、あまりにも重度で動けないレベルの

方は、障害者の病棟で診させていただいて、ある一定期間リハビリをすれば、それ以上なかなかリハビリをできないということで転院という形であげたりということになります。

最初に、リハビリーションという理念のところに書いてあったと思うのですが、就労とか、社会参加とか、そういう目標を持つグループと、在宅で生活したい、あるいは病院で生活したらいいグループがあるかと思うのですね。それぞれの中で、在宅には帰って、介護していただいているよという方は、介護保険に乗りますから、普通の病院から流れるので、十分対応できていると思っています。けれど、社会参加や就労に目を向けた場合、やはりこの病院の中で、非常に少ない数の中でやっていると効率も悪いですので、ぜひそういう方を万遍なく、入れる人はラッキーで、入った方からは問題なく感謝されていますけれど、一部の方だけが恩恵を受けている現実があるのではないかと。もっと、広報が少ないんじゃないかと思うんですね。リハビリセンターがあるのは知っているけれど、こういうレベルの人にこういう人に来てほしい。おうちに帰らない方は、申し訳ないけれど見切りもつけなきゃいけないんじゃないか。そういう方は一般の病院の方に行っていただくようにお話をしていかなきゃいけないと思うので、ぜひ京都市のリハビリテーションセンターという限りは、ステップアップする人たちに、より重きをおくような形でしていただく。また、そういう人たちが、ここまでできたけれど、もっと持ちたいんだという場合に、集中してリハビリできる、そういう場所であってほしいなと思います。

政令指定都市のところの情報はとても詳しくわかってありがたいのですが、府県の単位でも持ってらっしゃるところがあると思います。城陽市にも京都府のセンターがありますけれども、施設や病院の事情と、政令都市の事情とそれぞれ違うと思うのですが、京都府と京都市、二つあるのはありがたいなと改めて思うのですが、もっと有効利用ができる方向でしていただけたらなと思います。

【専門分科会会長】

病院では、手厚く、工夫をしておられて存在意義があるということによくわかりました。他の民間病院でできにくいということであれば、他の民間病院で可能になるようなノウハウだとか研修ですとか、知識の拡散、伝達ということにむしろ行政が関わっていただいて、医療の分野になったり、生活介護の分野になるかもしれませんが、レベルアップを図る形で京都市がシステムづくりをするということであれば、頸髄損傷の方は、京都市の中でも45名中6名位の入院であれば、ここの敷居が高くて入れない方たちがそういう恩恵を受けるような形に進めていくことも一つの方向ではないかと思うのです。ここしかできない現実自体を変えていく、スタッフの研修なり、専門医の研修なりという形で、頸髄損傷の方を受け入れておられる施設がレベルアップできるようにもっていけるように、ここのノウハウを広めて行くのも一つかなと思います。

【委員】

私の子どもは生まれつき、先天的に障害があるので、すでに障害を持って地域で暮らしているわけでありまして、地域の中に差がないのが望ましいなと思うのです。住んでいるとこ

ろで、同じようなリハビリ、在宅での看護とか、全体的にセンター的な機能をもってこちらの方でしていただいたらありがたいなと思います。先ほどの資料の中で総合支援学校の先生たちが研修を受けておられると初めて知ったのですけれど、最初は児童相談所について、就学前のことをする。支援学校に行くと、次卒業となると行くところがバラバラになってしまうのですね。やっぱり連携していただければ、流れが出てくると思うのですけれども。支援学校の先生に、今までこうでしたと言ってもなかなか学校内で継続した支援をしていただけない。卒業後は、今まで帯で訓練していただいたのが、どうしたらいいのになってしまうので、生まれた時から障害を持った、途中からの方もそうですが、総合的に見ていただける場所がリハビリセンターで行われたらいいなと思いますし、病院機能についても、病院とは切っても切れないと思いますので、リハビリセンターに病院があるというのはとてもありがたい、うまく流れが機能するのではと思っています。

【専門分科会会長】

継続的な支援をするための支援学校の先生の研修も必要だし、そこに病院という言葉でおっしゃいましたが、医療との関わり、医療的な観点が導入された支援が必要と理解してよろしいでしょうか。

いろいろな意見をおっしゃっていただきまして、京都市のリハビリ行政の役割が浮かび上がってきたように感じられました。リハビリテーションセンターの病院の手厚い看護、貢献もわかりましたし、公私の役割と申しますか、医療の在り方をむしろ京都市全体に広めていかなければいけない、レベルアップしていかないといけないということもわかったと思います。

終了時刻となりました。次回は事務局とも調整のうえ、これまでの議論を踏まえて、京都市におけるリハビリテーション行政の今後の方向性について、私たちの方でまとめさせていただきます。委員の皆様と確認を行いたいと思います。

日程等については事務局からお願いします。

【事務局】

本日は、長時間に渡りまして、熱心に御議論していただき誠にありがとうございました。

次回第5回目の日程でございますが、現在のところ、4月中旬を考えております。いつものように2～3候補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。冒頭の委員の御発言も踏まえて今後検討してまいりたいと思っておりますので、お願いいたします。

【専門分科会会長】

それでは、長時間ありがとうございました。次回もよろしく願いいたします。

—閉会—