

案

京都市におけるリハビリテーション
行政の今後の在り方について
＜答申＞

平成25年〇月〇〇日
京都市社会福祉審議会

目 次

| | | | |
|---|------------------------------|-----|----|
| 1 | はじめに | ・・・ | 1 |
| 2 | 京都市のリハビリテーションの現状 | ・・・ | 2 |
| 3 | 地域リハビリテーションの推進の状況 | ・・・ | 9 |
| 4 | 公民の役割分担に基づくリハビリテーション行政の方向性 | ・・・ | 11 |
| 5 | 京都市身体障害者リハビリテーションセンターの状況 | ・・・ | 21 |
| 6 | 京都市身体障害者リハビリテーションセンターの今後の在り方 | ・・・ | 28 |
| | 参考資料 | ・・・ | 31 |

1 はじめに

京都市において身体障害者リハビリテーションセンター（以下「センター」という。）が設置されたのは、昭和53年6月であった。

リハビリテーションの概念を「医学的リハビリテーションを含め、身体的、精神的、経済的、職業的に自立を目指す」ものとして広義に定義し、センターが開設されたことは、リハビリテーションの黎明期ともいえる当時としては先進的であった。

しかしながら、リハビリテーションを取り巻く環境はこの30数年の間に大きく変化し、リハビリテーション医療においては、リハビリテーション科を標ぼうする病院数は倍増したほか、医療機関で働く療法士も大幅に増えるなど、目覚ましい発展を見せており、国においても、平成12年の介護保険制度の創設や、平成18年には障害者自立支援法が施行（平成25年4月に「障害者総合支援法」に改正）され、また診療報酬制度の改定が主に2年に1度行われてきたほか、高齢者を地域で支える地域包括ケアシステムの推進など、大きな制度改正が行われている。

このような中、京都市においては、センターの開設以来、附属病院の外来診療科目の増設や入院病床の増床、地域リハビリテーション推進事業の開始など、その都度、センターを中心として、障害のある市民のニーズに応えるための取組を進めてきたが、センター開所後30数年が経過する中、リハビリテーションを取り巻く環境の変化に対して、京都市全体のリハビリテーション行政を今後どのように進めていくべきか、検証する時期に来ている。

こうした問題意識のもと、平成24年10月30日に当審議会に対し、京都市長から「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方」について諮問され、諮問事項を集中的に審議するため新たに設置した「リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会」のもとで、平成24年12月11日から平成25年 月 日までの計 回、審議を行い、リハビリテーションを取り巻く状況や、公民の役割分担を踏まえたリハビリテーション行政の方向性と京都市におけるリハビリテーションの拠点施設であるセンターの今後の在り方について分析・検討を行い、その結果をここに答申として取りまとめた。

当審議会としては、本答申が、京都市におけるリハビリテーション行政の更なる推進と、障害のある市民をはじめとする京都市民の福祉の一層の向上のため、京都市においてしっかりと受け止め、真摯に取り組んでいただくよう求める。

また、今回の審議に当たっては、活発な議論を進める中で、リハビリテーションをはじめ、今後の福祉施策全般の推進に当たり、公としての京都市が果たすべき役割に関して、その基本的な視点を確認したところである。

これを踏まえ、京都市においては、今後の福祉行政をしっかりと推進していくよう期待するものである。

2 京都市のリハビリテーションの現状

諮問事項の審議に際しては、まず、リハビリテーションを取り巻く環境の変化について確認するため、以下のとおりリハビリテーションの現状分析を行った。

(1) リハビリテーション医療の状況

センターが開設された昭和50年代は、リハビリテーションの黎明期であり、診療報酬の評価が低く、国公立の医療機関や都市部から離れた温泉保養型の病院などでリハビリテーション医療が行われるに過ぎなかった。

しかし、その後、リハビリテーション科を標榜する病院は増加し、京都市においては、昭和59年には36箇所あったものが平成23年には69箇所と約2倍に増えている。

表1 リハビリテーション科を標榜する一般病院数の推移（医療施設調査結果）

| | 昭和59年 | 昭和62年 | 平成5年 | 平成11年 | 平成17年 | 平成23年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 全国 | 2,592 | 3,207 | 4,117 | 4,520 | 5,093 | 5,104 |
| 京都府 | 60 | 79 | 76 | 99 | 111 | 116 |
| うち京都市 | 36 | 51 | 48 | 60 | 67 | 69 |

注 昭和58年以前は診療科別統計資料なし。各年10月現在

また、京都市内のリハビリテーション施設基準※の届出を行っている病院は、脳血管リハビリテーション58箇所、運動器リハビリテーション68箇所となっている（平成24年4月現在）。

※ リハビリテーション施設基準とは

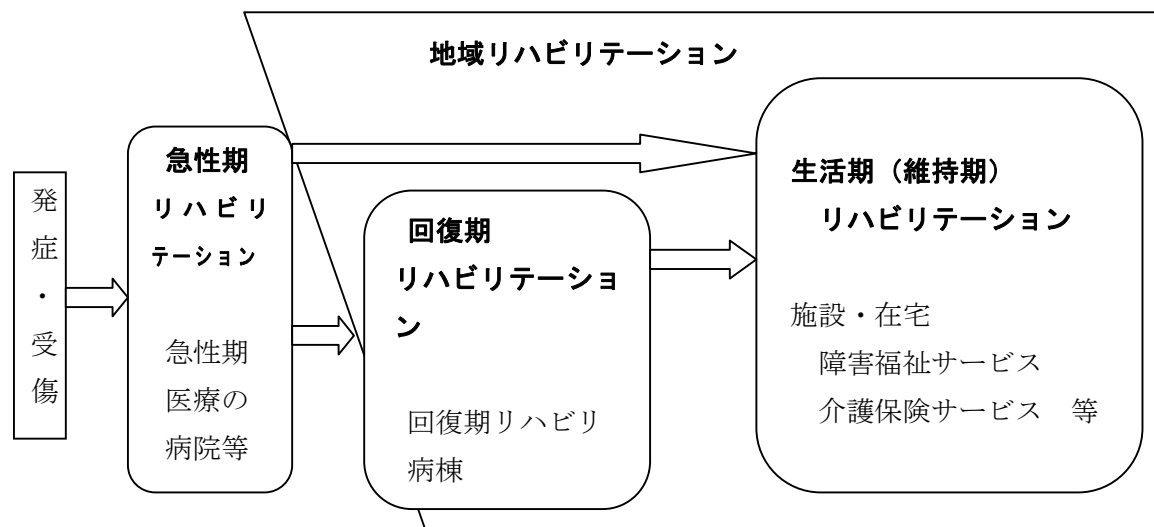
診療報酬制度において設けられ、4つの疾患（脳血管、運動器、呼吸器、心大血管）別に、「20分1単位」当たりの点数、専任の常勤医師や専門職員の配置数、機能訓練室の面積や訓練器具等などの基準がそれぞれ規定されている。

算定日数は、発症、手術又は急性増悪から、脳血管リハビリは180日以内、運動器リハビリは150日以内となっている。

(2) リハビリテーションの流れ

現在のリハビリテーションの流れは、図1のとおりである。ここでは、主に中途障害の方の発症や受傷から在宅生活までの流れを示している。

図1 リハビリテーションの流れ



急性期や回復期においては、リハビリテーション医療が中心であり、医療機関による治療、訓練等が行われる。その後の生活期においては、主に福祉、介護による在宅を中心としたサービス提供機関による機能の維持や減退防止、さらには社会参加を目指した支援が行われる。

○急性期リハビリテーションとは…

疾病や外傷の発症（発生）当初の延命措置や内科的、外科的な治療が行われている時期に並行して行われるリハビリテーションであり、急性期医療を行う医療機関で行われる。廃用症候群※などの二次障害の予防、早期離床を目指し、機能回復や基本動作訓練が行われる。軽度の場合は、急性期から直接自宅に復帰される方もおられる。

※ 廃用症候群とは

病気や外傷のために余儀なくされる安静や不動により引き起こされ、心肺機能低下、関節拘縮、筋萎縮、褥そう、うつ傾向などの症状がある（生活不活発病ともいわれている）。

○回復期リハビリテーションとは…

原疾患が安定期に入った時期において、ADL（日常生活動作）能力の向上といった改善が期待できる患者に対し、機能回復訓練を主眼としたリハビリテーション医療を中心的かつ能動的に行い、在宅復帰を目指す。

○生活期（維持期）リハビリテーションとは…

急性期や回復期での医療が一旦終了し、それまでのリハビリテーションによって獲得された機能や能力が低下することをできる限り防ぎ、身体的、精神的かつ社会的に最も適した生活を獲得することを目的として行われる。

在宅を拠点とした訪問系・通所系のサービスのほか、在宅復帰に向けた支援を行う障害者支援施設や介護老人保健施設など、主に福祉・介護のサービス提供事業者によって担われる。

○地域リハビリテーションとは…

すべての障害のある人々が、住み慣れた地域で、より高い生活の質を目指して、いきいきとした生活を送るために医療や保健、福祉及び生活に関わるあらゆる人々、機関・組織が協力し合って行う活動をいう。

(3) 回復期リハビリテーションの状況

平成12年に、在宅復帰を促進させるため、回復期リハビリテーション病棟制度※が新設され、急性期リハビリテーションを終えると、在宅へ戻れる方以外は、回復期病棟において、機能回復訓練を受けることとなった。

回復期病棟では、疾患ごとの診療報酬算定日数制限や退院患者の在宅復帰率などの基準が設けられている※ため、集中的な訓練に取り組み、在宅生活への復帰に、大きな役割を果たしている。

※ 回復期リハビリテーションを要する状態と算定上限日数（診療報酬制度）

- 1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態

算定開始日（発症又は手術後2箇月以内）から起算して150日以内

ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内

- 2 大腿骨、骨盤、脊椎等の骨折や多発骨折の発症後又は手術後の状態

算定開始日（発症又は手術後2箇月以内）から起算して90日以内

- 3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有し、手術後又は発症後の状態

算定開始日（発症又は手術後2箇月以内）から起算して90日以内

- 4 大腿骨、骨盤、脊椎等の神経、筋又は靭帯損傷後

算定開始日（損傷後1箇月以内）から起算して60日以内

- 5 股関節又は膝関節の置換術後の状態

算定開始日（損傷後1箇月以内）から起算して90日以内

◇その他の主な基準

新規入院患者のうち2～3割以上が重症の患者であること

退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者以外が6～7割以上であること

重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

しかしながら、一方で、現行の診療報酬体系のもとでは、算定日数制限を超えた入院及び訓練を継続することは経営上回避せざるを得ない病院が多い状況にあるため、定められた期間を過ぎてもお回復しきれない患者に対し、適切なリハビリテーションをどのような形で継続させていくのかが課題となっている。

現在、京都市における回復期リハビリテーション病棟の病床数は、712床、人口10万人当たり48.4床であり、全国平均並みには確保されている（表2）。

なお、京都市内における回復期病床を持つ病院は、すべて民設民営となっている。

表2 人口10万人当たりの回復期病床数（平成24年10月現在）

| | 推計人口 | 回復期病床数 | 人口10万人当たり |
|--------|------------|---------|-----------|
| 全国 | 約1億2753万人 | 64,955床 | 50.9床 |
| 京都府 | 2,627,394人 | 1,002床 | 38.1床 |
| うち京都市 | 1,472,578人 | 712床 | 48.4床 |
| うち京都市外 | 1,154,816人 | 290床 | 25.2床 |

（資料）全 国：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会ホームページから

京都府内：京都府リハビリテーション支援センターホームページから

（4）生活期（維持期）リハビリテーションの状況

急性期や回復期での機能回復訓練を終了すると、病院のソーシャルワーカー、介護保険制度に基づくケアマネジャー、障害者福祉制度に基づく相談支援専門員等により、その後の在宅生活に係るプラン等が立てられ、生活期（維持期）リハビリテーションに引き継がれる。

生活期においては、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス事業や介護保険法に規定する介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションなどのサービスを利用することになる。これらの事業の利用状況等については、表3及び4のとおりである。障害福祉サービス事業においては、この4年間で利用者も給付費も増加しており、とりわけ、居宅介護、生活介護等において大幅に増加している。また、介護保険サービスでは、訪問リハビリテーションの増加が著しく、生活期におけるサービス提供は充実してきている状況にある。

障害福祉サービス事業を公営で行っている事業所は、身体障害者部門では、センター内の障害者支援施設（定員：自立訓練40名、うち入所支援30名）のみである。また、介護保険サービスはすべて民設又は公設民営で行われている。

表3 京都市における障害福祉サービス事業の推移（京都市保健福祉局）

| | 平成19年度 | | 平成23年度 | | 増加状況（倍） | |
|-----------|------------|--------------|------------|--------------|------------|-----|
| | 利用者 延人員 | 給付費 （百万円） | 利用者 延人員 | 給付費 （百万円） | 利用者 延人員 | 給付費 |
| 居宅介護等 | 19,035 | 2,302 | 45,878 | 4,805 | 2.4 | 2.1 |
| 生活介護 | 9,125 | 1,300 | 26,941 | 5,061 | 3.0 | 3.9 |
| 療養介護 | 525 | 82 | 472 | 79 | 0.9 | 1.0 |
| 児童デイサービス | 2,394 | 67 | 5,434 | 168 | 2.3 | 2.5 |
| 短期入所 | 2,840 | 157 | 4,946 | 241 | 1.7 | 1.5 |
| 施設入所支援 | 2,961 | 227 | 12,078 | 1,323 | 4.1 | 5.8 |
| 共同生活介護 | 2,348 | 223 | 4,010 | 551 | 1.7 | 2.5 |
| 旧法施設支援 | 25,372 | 4,599 | 10,435 | 2,090 | 0.4 | 0.5 |
| 共同生活援助 | 942 | 53 | 1,060 | 72 | 1.1 | 1.4 |
| 就労移行・継続支援 | 3,120 | 345 | 20,240 | 2,290 | 6.5 | 6.6 |
| 自立訓練 | 357 | 38 | 1,911 | 206 | 5.4 | 5.4 |
| 合計 | 69,019 | 9,393 | 133,405 | 16,886 | 1.9 | 1.8 |

表4 京都市における主な介護保険サービスの推移（京都市保健福祉局）

| サービス種別 | 平成19年度 | | 平成23年度 | | 増加状況（倍） | |
|-----------|------------------|--------------|------------------|--------------|----------|-----|
| | 利用回数（日数） 又は人数 | 給付費 （百万円） | 利用回数（日数） 又は人数 | 給付費 （百万円） | 利用 状況 | 給付費 |
| 訪問介護 | 55,196回/週 | 7,886 | 55,053回/週 | 9,020 | 1.0 | 1.1 |
| 訪問入浴 | 821回/週 | 478 | 1,136回/週 | 719 | 1.4 | 1.5 |
| 訪問看護 | 5,138回/週 | 1,880 | 6,515回/週 | 2,269 | 1.3 | 1.2 |
| 訪問リハビリ | 897回/週 | 216 | 4,200回/週 | 619 | 4.7 | 2.9 |
| 通所介護 | 19,097回/週 | 8,070 | 24,302回/週 | 10,359 | 1.3 | 1.3 |
| 通所リハビリ | 7,881回/週 | 3,571 | 7,998回/週 | 4,267 | 1.0 | 1.2 |
| 短期入所生活介護 | 20,562日/月 | 2,098 | 23,762日/月 | 2,528 | 1.2 | 1.2 |
| 短期入所療養介護 | 7,448日/月 | 889 | 6,467日/月 | 889 | 0.9 | 1.0 |
| 介護老人福祉施設 | 4,247人 | 12,753 | 4,659人 | 14,470 | 1.1 | 1.1 |
| 介護老人保健施設 | 3,214人 | 10,242 | 3,362人 | 11,540 | 1.1 | 1.1 |
| 介護療養型医療施設 | 2,579人 | 11,972 | 2,335人 | 10,832 | 1.0 | 0.9 |
| 合計 | — | 60,055 | — | 67,512 | — | 1.1 |

注 利用回数（日数）又は人数は、当該年度の次年度4月現在

なお、急性期や回復期を終了してもなお入院加療が必要な場合や何らかの事情により在宅復帰が困難な場合は、障害者施設等入院基本料適用※の病院や療養病床に引き継がれるが、目標は住み慣れたところでの生活であり、ここでも在宅復帰に向けた取組が行われている。

※ 障害者施設等入院基本料とは

診療報酬制度において平成12年に設けられ、回復期を過ぎてもなお入院が必要な方に対応している。重度の肢体不自由児・者や脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者などを対象とし、かつ入院患者数の7割以上という基準となっている。在院日数要件は設けられていない。

平成20年、患者構成の見直しが図られ、脳血管障害等による障害者の入院は、入院患者数3割以下とする基準が加えられた。

障害者施設等入院基本料適用の病院で、リハビリテーション施設基準の届出を行っている病院は、市内20箇所、1,508床あるが、公設公営は京都市身体障害者リハビリテーションセンター附属病院40床のみであり、全体に占める割合は2.7%である。

(5) セラピストの状況

表5にあるとおり、リハビリテーションに従事するセラピスト※の数は、増加傾向にあり、急性期、回復期に集中して行われるリハビリテーション提供体制の充実につながっている。また、表5の欄外のとおり、それぞれの療法士で組織されている各療法士会の会員数からみると、その6～7割が一般病院で従事していることが推察される。今後は、更なる増加やリハビリテーション関係機関への就業に向けた取組、特に生活期におけるリハビリテーションサービスの分野にもセラピストの活躍の場が広がることが求められる。

表5 京都府・京都市の一般病院に従事するセラピスト数の推移（厚生労働省病院報告）

| | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | |
|-------|--------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
| | 従事者数 | 100床当たり | 従事者数 | 100床当たり | 従事者数 | 100床当たり |
| 平成11年 | 386 (209) | 1.1 (1.1) | 132 (94) | 0.4 (0.4) | 33 (21) | 0.1 (0.1) |
| 14年 | 463.1 (306.1) | 1.4 (1.4) | 198.1 (135.0) | 0.6 (0.6) | 59.0 (37.0) | 0.2 (0.2) |
| 17年 | 633.9 (413.3) | 1.9 (1.9) | 315.4 (206.2) | 1.0 (0.9) | 94.6 (57.7) | 0.3 (0.3) |
| 20年 | 863.5 (550.9) | 2.6 (2.5) | 430.8 (274.0) | 1.3 (1.2) | 139.7 (88.7) | 0.4 (0.4) |
| 23年 | 1,134.3 (718.2) | 3.5 (3.3) | 536.5 (338.1) | 1.6 (1.6) | 183.1 (113.9) | 0.6 (0.5) |

注 ・上段は京都府、下段()は内数で京都市。平成11年は実人数、その他は常勤換算数
 ・「一般病院」とは、患者20人以上の入院施設を有する病院のうち、精神科病院と結核療養所を除いたものをいう。

(参考) 京都府理学療法士会 会員数(平成24年6月現在) 1,589人
 京都府作業療法士会 会員数(平成24年7月現在) 847人
 京都府言語聴覚士会 会員数(平成24年6月現在) 237人

※ セラピストとは(ここでは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。)

理学療法士(P T)…身体に障害のある方に対し、治療体操その他の運動を行わせ、また電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加え、主としてその基本的動作能力の回復を図る。

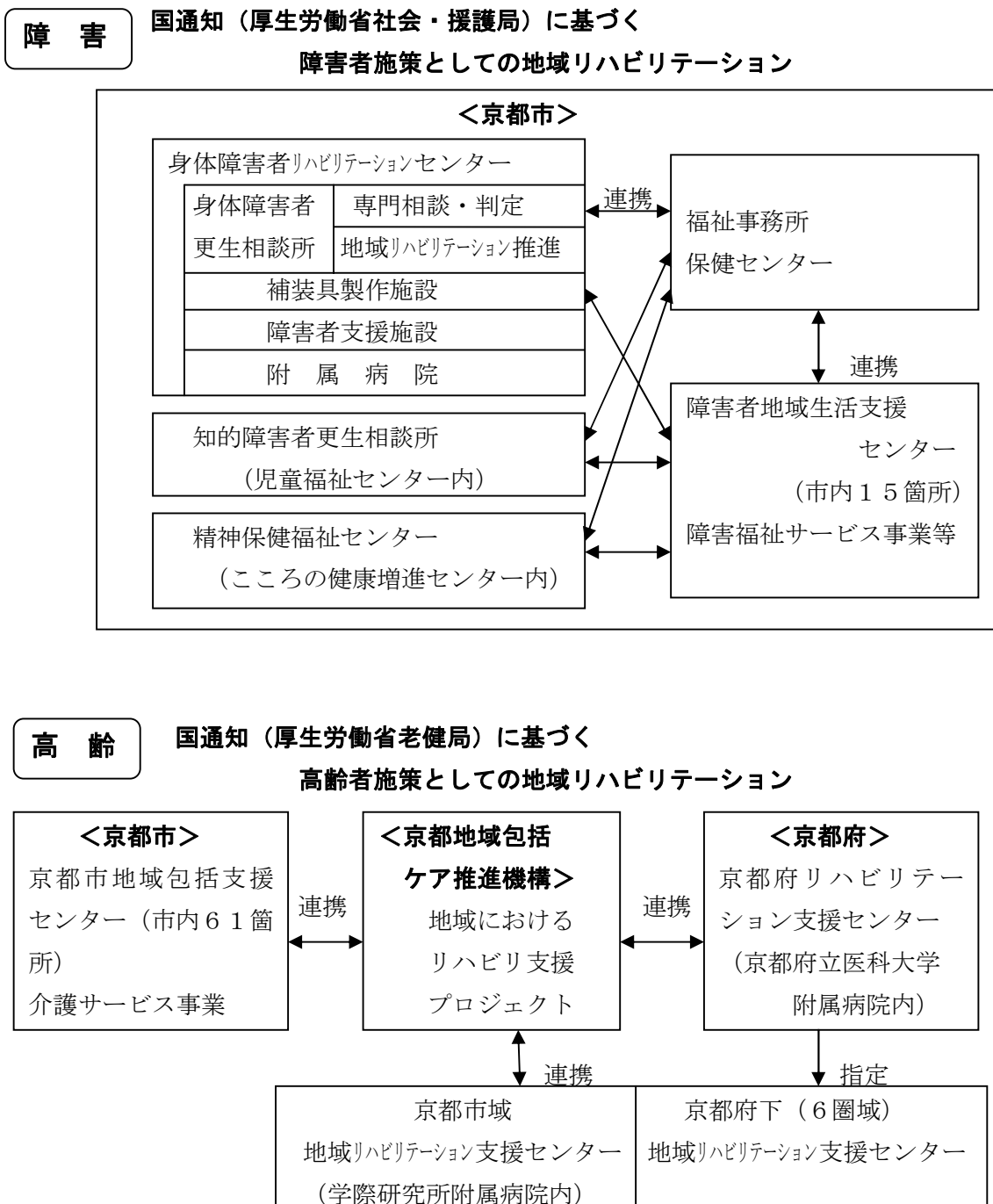
作業療法士(O T)…身体又は精神に障害のある方に対し、その主体的な活動の獲得を図るため、諸機能の回復・維持及び開発を促す作業活動を用いて行う治療、訓練、指導及び援助を行う。

言語聴覚士(S T)…音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある方について、その機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行う。

3 地域リハビリテーションの推進の状況

地域リハビリテーションに係る施策は、現在、障害者施策と高齢者施策の2種類の国通知が発出されており、これらに従い、それぞれ取組が図られている(図2)。

図2 地域リハビリテーション推進における関係構図



障害者施策としての地域リハビリテーションは、身体障害者更生相談所の事務として位置づけられ、身体障害者の更生援護に係る支援技術等の調査研究やリハビリテーション関係職員の資質向上を図るための研修などを実施し、一貫したリハビリテーション活動を推進することを目的としている。京都市においては、センターが、リハビリテーションに係る研修や生活介護事業所、総合支援学校等への派遣研修、調査研究として高次脳機能障害の方を対象としたグループワーク等を行っている（表6）。

これらの事業は高い評価を得ており、年々ニーズが高まってきている。現在、研修事業においては、対象を障害児や高齢者に関連する事業所まで広げているが、さらに拡充していくためには、職員を専任配置するなど、体制を整える必要がある。

表6 センターにおける主な地域リハビリテーション推進事業の状況

| | 平成23年度 | 平成24年度 |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| 身体障害者リハビリ関係職員研修 | 24講座 延べ547人 | 27講座 延べ706人 |
| 同 初任者向け研修 | 5講座 延べ60人 | 6講座 延べ74人 |
| 総合支援学校・肢体育成学級教職員研修 | 4校 25回 延べ221人 | 10校 30回 延べ218人 |
| 総合支援学校新任教職員研修 | 4校 13人 | 4校 16人 |
| 生活介護事業所等訪問指導事業 | 11箇所 25回 延べ61件 | 15箇所 39回 延べ87件 |
| 電動車椅子講習会 | 2回 26人 | 2回 31人 |
| おはなし広場（言語障害グループワーク） | 26回 延べ231人 | 27回 延べ310人 |
| 高次脳機能障害グループワーク | 37回 延べ163人 | 34回 延べ134人 |
| 地域リハビリテーション交流セミナー | 約150人 | 約140人 |

高齢者施策としての地域リハビリテーションは、脳卒中や骨折等により障害を有する方や高齢者が閉じこもり状態となり、老化に伴う心身機能の低下とあわせて寝たきり状態となることを予防し、リハビリテーションが適切かつ円滑に提供される体制整備を図ることを目的としている。実施主体は都道府県となっており、京都府においては、京都府リハビリテーション支援センターが、リハビリテーションに係る人材の確保・育成、施設の充実を図るとともに連携体制づくりに取り組んでいる。さらに高次脳機能障害支援普及事業にも取り組んでいる。

根拠となる国通知が異なるものの、地域リハビリテーションの推進という同じ目的の達成のためには、行政内部で縦割りに陥らず、障害・高齢を問わず、京都府・京都市が連携して事業を推進していくことが望ましい。

4 公民の役割分担に基づくリハビリテーション行政の方向性

「公民の役割分担」の検討に際しては、まず、「公」として重点的に取り組むべきものは何か、という観点から、現在実施している施策について、行政が税金や人員といった資源を投入して実施する妥当性を明らかにする必要がある。

行政施策として実施するその妥当性の根拠は、施策に「公共性」があることに他ならない。すなわち、より良い社会システムの構築に資するという「合目的性」と、施策により利益を受ける方がどのくらいいるのかという「公益性」、さらには、施策が日常欠かせないものかどうかという「必需性」の3つの観点から検討し、今利益を受ける人が少なく、採算性がなくとも「公」が行う必要性があれば、しっかりと取り組まなければならない。

特に、社会的な弱者をつくらない等より良い社会システムを構築していく場合や、今は確保できていない、あるいは今は必要ないが将来必要となる、といった意義が認められる施策は、「公」として、人員も含めて、直接サービスを提供する等、重点的に取り組む必要がある。

一方で、「公」として行う施策であるからこそ、「民間で代替できるものは代替する」、「最小の経費で最大の効果を得るための徹底した効率化を図る」といった視点に加えて、施策の広がりや常態を把握し、社会経済情勢を踏まえ、民に委ねるべきは委ね、「公」はその実施責任を側面から果たしていくといった新たな仕組みづくりを進める等、不断の点検と検証が必要である。

こういった点は、かつて当審議会が答申した「京都市における今後の福祉施策のあり方」（平成17年2月）の具体像について、個々の事例を基にこれまで審議を重ねた中で整理が図られた「福祉施策における公民の役割」をより深めたものであると考えている。

「福祉施策における公民の役割」

- 行政の役割
 - ・ 福祉施策の方向性を定める計画や重要な意思決定、各施策の基礎となるようなシステムの構築、新しいニーズに基づき先導していかなければならない施策の実施などが、引き続き行政が果たしていくべき役割と言える。
 - ・ ただし、地域における積極的な取組や民間における先駆的な取組などに学び協議して進めるもの、民間の特性や独創的なアイデアを活かし、柔軟な施策展開を図っていくべきものがあり、これらは行政と民間のパートナーシップで取り組むべきである。
- 民間の役割
 - ・ 制度や施策が定着し、効率性や経済性のメリット、民間のもつ柔軟性を活かしてより利用者の満足度の向上が期待できるものは、民間活力を積極的に導入すべき分野であると言える。
 - ・ しかしながら、民間において、効率性や経済性を追求するあまり、利用者の福祉の向上という観点が疎かになることがないように、行政として、しっかりと把握し、助言等していく必要がある。

今回、諮問されたリハビリテーション施策の在り方の検討に当たっては、これまで見てきたように、30数年前は数少なかったリハビリ医療機関やスタッフの増加、ほとんど皆無であった在宅福祉サービスの創設や充実等が顕著となってきたこと、あるいは、その大部分を民間が担っていること等、大きな環境の変化がある。

こうした点を踏まえ、リハビリテーション行政の方向性の検討に当たっては、次の4つの具体的論点を設定し、それぞれ議論の方向性を確認して、以下のとおり審議を行った。

【リハビリテーション行政の今後の在り方に係る4つの論点】

① 地域リハビリテーションの推進

⇒（議論の方向性）医療や在宅保健福祉サービスの拡充が図られる中で、「リハビリテーション」が効果的に提供される仕組みをどのように構築していくか。

② 年齢・障害種別を超えた一体的な施策の方向性

⇒（議論の方向性）年齢や障害種別を問わず、リハビリテーションに関連する施策が効果的に提供されるような体制整備をいかにはかるべきか。

③ 新たなニーズへの対応

⇒（議論の方向性）回復期以後のリハビリテーションの在り方や、高次脳機能障害のある方への生活支援をはじめ、新たなニーズにどのように対応していくべきか。

④ リハビリテーション医療の在り方

⇒（議論の方向性）回復期リハビリテーション病棟をはじめとする制度の拡充が図られる中で、リハビリテーション医療の公民の役割分担をどう考えるべきか。

論点① 「地域リハビリテーションの推進」

（1）リハビリテーションのとらえ方

リハビリテーションは、「全人間的復権」であり、QOL※の向上をなくして語れないものである。審議に当たっては、リハビリテーションは、機能訓練によって失われた機能を回復させることだけが目的ではなく、障害受容、二次障害の防止、生きがづくりなど、あらゆる場面での支援により、障害のある市民のQOLの向上、社会参加を促していくものとしてとらえることとした。

※ QOLとは

「Quality of Life（生活の質）」の略。日常生活動作（ADL（Activities of Daily Living）＝生活を営む上で不可欠な基本的行動）だけでなく、生活全体の豊さと自己実現を含めた概念。人生の内容の質や社会的に見た生活の質。

そこで、1つ目の論点として、障害のある市民や高齢者が、住み慣れた地域で、いきいきと暮らしていくために、医療や保健、福祉のあらゆる機関が連携し、活動を行っていく「地域リハビリテーションの推進」に着目した。

これまでの京都市のリハビリテーション行政は、相談・医療・障害福祉というリハビリテーションの一貫した流れを経て、障害のある市民一人一人の在宅復帰を目指すという個別支援に重点を置いて取り組んできた。しかし、今日においては、医療や福祉、特に介護の分野において、リハビリテーションに関する個別支援は多数の民間事業者により行われる時代となった。行政としては、自ら個別支援を行うことよりも、民間サービス提供事業者等による活動が効果的に実施されるとともに、事業者同士の連携がより進むよう、「専門性を向上させるための支援」に重点を移すことが必要である。

(2) リハビリテーションの総合調整機能

(1)に掲げた事業者の支援を行う上で、求められる役割は何かを検証した。

リハビリテーションの流れを整理すれば、先に見たように、大きく急性期、回復期、生活期に分けられる。急性期及び回復期は主に医療機関が担い、生活期は主に福祉・介護サービス提供機関が担っている。

京都市内におけるリハビリテーションに関わる医療、福祉、介護の各分野のサービス提供は増加しており、とりわけ、在宅生活を支えるためのサービス供給は、障害福祉分野と高齢福祉分野に関わらず、民間の参入は目覚ましいものがあり、大幅に拡充している（P 6 参照）。

しかしながら、審議を進める中で、医療から福祉・介護へと移行していく際に、リハビリテーションの各サービスはうまく流れているのか。在宅へ戻る時、また戻った後も、必要な機関がうまくつながって支援が継続しているのか。あるいは、回復後、再びリハビリテーションが必要となった時、流れに戻ることができているのか、といった課題が明らかとなった。

例えば、回復期リハビリテーションを終了した方が在宅に戻る際、障害の程度や要介護度に応じ、その後のサービス内容が検討されることになるが、個人の状態に見合った目標の設定を行うための「プランニング」に関わる相談支援員等が持つ力量によって、その後の生活期の内容の充実度、満足度が大きく左右されるといった事態は避けなければならない、こういったリハビリテーションサービスが必要なのか、計画段階からリハビリテーションに携わる職員の意見を取り入れる仕組みが求められる。この点について、高齢福祉分野においては、リハビリテーション専門職との共同による生活機能向上のための計画を前提とした訪問介護に対し、介護報酬を引き上げるなどの取組がなされているところである。

また、必要なサービスをどこが提供するのかについては、地域や事業所によって異なっているのが現状であり、目標に向かうためのサービスを振り分ける

「司令塔」としての役割を果たす人が適正なプランニングを行うためには、さまざまなサービス提供機関の特徴、得意分野といったより細やかな情報を共有・提供する必要がある。

具体的には、リハビリテーション関連情報をネットワーク化し、必要な情報の詳細がいつでも発信可能となるシステムの構築である。既に様々なネットワークが存在しているが、リハビリテーションをキーワードとした、それらを統合するようなシステムづくりが求められる。

こうした課題を克服するためには、医療機関でのリハビリテーションが一旦終了した後も、生活期のリハビリテーションに円滑に引き継ぐための仕組みづくりを公が担い、総合調整機能を働かしていくことで、障害のある市民や高齢者及びその家族の不安を取り除き、自信を持って生活期に移行していただくことが可能になるとの結論に達した。

ただし、リハビリテーションの流れを経た支援の結果として、どのような生活を得たのか、その満足度はどうであったのかを常に検証していくことは忘れてはならない。

(3) 人材の育成と獲得

ア 人材育成

リハビリテーションに関わる人材の育成は、サービス水準の維持・向上を図るためにも必要である。とりわけ、福祉・介護分野における人材の質的向上は、リハビリテーションの観点でプランニングされた支援を実行するうえで大変重要である。

機能訓練に携わらない職種であっても、利用者への身体機能に配慮した介護はもちろん、スタッフや介護職員等自らの身体を痛めない介助・介護動作などにおける技能・知識や留意点を会得する機会を提供していくことは重要である。特に、居宅介護に従事するヘルパー等は、居宅という限られた空間で、設備もままならない中で介護を行うケースが多いことから、特に育成に力を注がなければならない。こうしたニーズの高まりは、センターが実施している身体障害者リハビリテーション関係職員研修事業の受講者の約4割が居宅介護事業所職員であることからみてもうかがい知ることができる(表7)。

**表7 平成24年度京都市身体障害者リハビリテーション関係職員研修における
事業所別延べ受講者数（実事業所数：120箇所）**

| 事業所種別 | | 延べ受講者数 | 構成比% |
|----------------|--------------------|--------|-------|
| 京都市関係 | 福祉事務所 | 39 | 5.5 |
| | 保健センター | 49 | 6.9 |
| | 総合支援学校 | 24 | 3.4 |
| | 身体障害者リハビリテーションセンター | 93 | 13.2 |
| 障害福祉関係 事業所等 | 入所・通所事業所 | 123 | 17.4 |
| | 居宅介護事業所 | 289 | 40.9 |
| | 相談支援事業所 | 37 | 5.2 |
| 介護保険関係 事業所等 | 通所介護事業所 | 30 | 4.2 |
| | 介護老人福祉施設 | 12 | 1.7 |
| その他 | | 10 | 1.4 |
| 合計 | | 706 | 100.0 |

注・「総合支援学校」には、肢体育成学級を含む。

- ・「入所・通所事業所」とは、日中支援、入所支援を行っている事業所
- ・「その他」は、募集要領を送付した事業所が所属する法人等傘下の事業所等

また、比較的規模の大きい民間事業者であれば、自ら研修機能を備えている場合が多いが、比較的規模の小さい民間事業者では、研修に費やす時間、設備、ノウハウ等を持ち合わせていない場合があり、研修機能が行き届いているとはいえない。リハビリ専門職員の福祉分野への進出、職域拡大も期待される場所であるが、公の役割として、研修機能を充実させ、支援従事者の質的向上に資することが必要である。

現在、京都市における研修事業は、障害福祉分野ではセンターが、高齢福祉分野では京都市長寿すこやかセンターが中心となって行っている。今後は、より一層幅広い受講対象に対応し、かつリハビリテーションの水準を高める専門的な研修も視野に入れ、共通する部門は統合し、総合的に、かつ効率的に推進していくことが望まれる。

イ 人材獲得

生活期におけるリハビリテーションを担う障害福祉サービスや介護保険サービス等には、セラピストの配置基準が設けられている事業所等もあるが、セラピストに限定しない「機能訓練指導員」の配置といった柔軟な配置基準となっている事業所等もある（表8）。

表8 リハビリ提供事業所等における人員配置基準

| 種 別 | 訓練に従事する人員配置基準の概略 |
|---------------|---|
| 自立訓練(機能訓練) | 看護職員，PT又はOT及び生活支援員の総数を，利用者数を6で除した数。うちPT又はOTを1名以上 |
| 自立訓練(生活訓練) | 生活支援員を，利用者数を6で除した数 |
| 生活介護 | 看護職員，PT又はOT及び生活支援員の総数を，障害程度区分に応じて配置。訓練に必要な数のPT又はOTの確保が困難な場合は，看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。 |
| 訪問リハビリ | PT，OT又はSTを1名以上 |
| 通所リハビリ | PT，OT若しくはST又は看護職員若しくは介護職員を，利用者20人以下の単位ごとに専従者2名以上，10人以下の単位ごとに専従者1名以上 |
| 訪問看護 | PT，OT又はSTを実情に応じた数 |
| 通所介護事業所 | 機能訓練指導員（日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者）を1名以上 |
| 介護老人福祉施設 | 機能訓練指導員（日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者）を1名以上 |
| 介護老人保健施設 | PT，OT又はSTを，入所者数を100で除して得た数以上 |
| 介護療養型医療施設 | （病院の場合）PT及びOTを実情に応じた数 |
| 医療型障害児入所施設 | ・主として肢体不自由児を入所させる場合 児童指導員，保育士，PT又はOT |
| 医療型児童発達支援センター | 児童指導員，保育士，看護師，PT又はOT |
| 福祉型児童発達支援センター | ・難聴児・重症心身障害児を通わせる場合以外 児童指導員，保育士及び機能訓練担当職員（日常生活を営むのに必要な機能訓練を担当する職員）。その総数は，児童数を4で除した数以上 ・主として難聴児を通わせる場合 児童指導員，保育士，機能訓練担当職員（同上）及びST。その総数は，児童数を4で除した数以上。ただし，STは4人以上 ・主として重症心身障害児を通わせる場合 児童指導員，保育士，看護師及び機能訓練担当職員（同上）。その総数は，児童数を4で除した数以上。ただし，機能訓練担当職員は1人以上 |

今後は、「機能訓練指導員」など資格職以外のスタッフの配置もされていない福祉分野にもリハビリテーションを浸透させ、サービスの質の向上を目指す体制づくりが必要である。そのために、生活期リハビリテーションサービス分野にもセラピストの活躍の場を広げることを期待する旨は先に述べたとおりであ

るが、ここでいう活躍の場とは、セラピストが直接機能訓練に携わるだけでなく、機能の維持や減退防止に関する知識・技能の伝達、普及を行う場も含まれるものである。

また、リハビリテーションの人材獲得や確保については、福祉職場就職フェア等、京都府とすでに連携している事業について、今後さらに連携を強化していくことが必要である。

（４）市民参画・市民協働

障害のある市民が、さまざまな役割を果たしていく力を発揮するというエンパワメントの考えに基づく社会参加の機会を作っていくことは重要である。特に、障害のある市民自身が同じ立場で障害のある市民の相談に乗り、自立を援助するピアカウンセリングは、相談者・カウンセラー双方にとっても自立を促す場となり有効である。

住み慣れた地域の中でいきいきとして暮らせる社会、人間の尊厳を大切にす地域社会、支えたり支えられたりして生きていく地域社会をつくっていくためには、コミュニティワークが重要であり、市民啓発を超えた市民参画、あるいは市民との協働が欠かせない。

地域において、市民参画、市民協働によるさまざまな連携や支援が行われていくためにも、行政のバックアップが重要となり、地域コミュニティや市民団体をも対象にした情報発信や啓発を行う中核的な機能が求められる。

論点② 「年齢・障害種別を超えた一体的な施策の方向性」

（１）３障害一体となった支援

平成18年施行の障害者自立支援法においては、身体、知的、精神の3障害が一体となった障害保健福祉サービス等の提供がうたわれ、平成25年に同法が改正された障害者総合支援法においても、その考え方が受け継がれている。

京都市のリハビリテーションは、これまで、主に身体障害のある市民を対象に行われてきたが、審議において、リハビリテーションを「機能回復訓練」ととどめることなく、障害のある市民のQOLの向上、社会参加を促していくものとされたことから、今後更に、3障害一体という考え方にに基づき、障害種別にとらわれないリハビリテーションの提供につながる施策が必要となる。

なお、障害児については、児童福祉法に基づいた支援が行われているが、障害児の長期的な医療や学校教育、さらには18歳を迎えることによる障害者施策への移行が円滑に行われ、適切なリハビリテーションのサービス提供に結びつけるため、3障害を総合的に、かつ切れ目なく支援していくことが望まれる。

(2) 相談機能のワンストップ化

福祉サービスの入口となる相談機能においては、総合窓口化に取り組むことが今日的な流れとなってきたが、この場合、単なる窓口の一本化ではなく、それぞれの障害特性を熟知した職員を1箇所に集めることにより、ワンストップで相談が受けられ、後々のサービス支援へ道筋をつける機能を備えた窓口とすることが必要となる。

さらに、更生相談所業務の一つである医学的、心理的、職能的な判定においても、各障害の専門分野機能を統合することにより、より効率的な運営が可能となる。京都市においても、3障害一体の支援を推進していくため、総合窓口を設置し、市民にとってわかりやすい利用しやすい場、情報収集の場、専門家による助言を受ける場として、より効果的で時機にかなった支援を進められることを求めたい。

(3) 高齢者も包括したリハビリテーション行政

高齢者に対しては、介護保険制度により、様々なサービスが充実していることは、既に述べたところである。この間、国が、地域包括ケアシステムの推進を施策として打ち出したことを受けて、京都府下においては、平成23年度に京都地域包括ケア推進機構が設立され、京都府、京都市、京都府医師会等によるオール京都体制で、京都式地域包括ケアシステムの実現に向けて、活動されている。

京都市においては、これまで、障害のある市民に対するリハビリテーションが中心であったが、今後は、当機構の施策である「地域におけるリハビリ支援プロジェクト」など、介護や療養が必要となった高齢者を対象としたリハビリテーションにも積極的に取り組むことが、京都市のリハビリテーション行政を進めるうえで重要である。

障害者施策、高齢者施策という枠組みから脱却して、医療、福祉、介護が横断した情報網の整備等に取り組むためにも、京都市における障害福祉・高齢福祉の組織内連携はもとより、京都府・京都地域包括ケア推進機構との連携を一層・推進していくことが必要である。

論点③ 「新たなニーズへの対応」

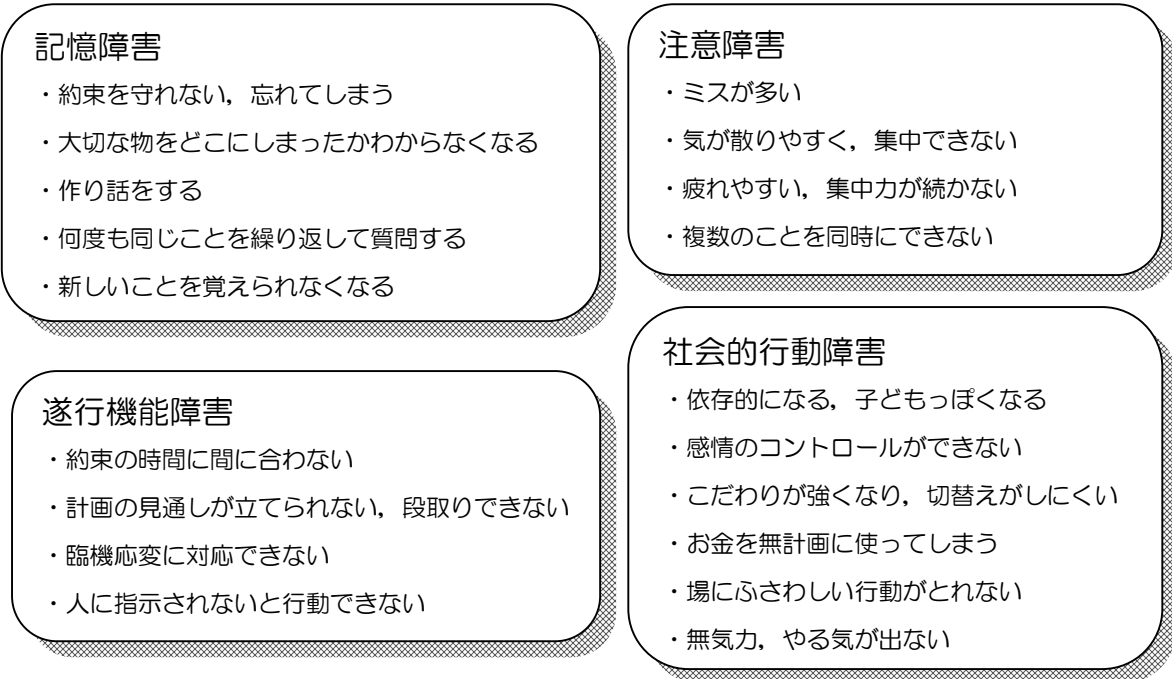
(1) 新たなニーズとしての高次脳機能障害

審議において、近年、顕在化している課題として高次脳機能障害が着目された。

高次脳機能障害のある市民に対する支援については、国の施策により、都道府県において高次脳機能障害支援普及事業を実施している。この場合の高次脳機能障害者は、医学上の解釈ではなく、国が作成した「高次脳機能障害診断基

準」に基づき、受傷や疾病の発症に起因する主要認知障害（記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害など）により、日常生活や社会生活に制約がある方を指している（図3）。

図3 高次脳機能障害の主な症状



（2）高次脳機能障害のある市民への支援

高次脳機能障害のある市民は、センターの入院患者や施設利用者にも多数見受けられるが、センターをはじめとして、当事者や家族の方への支援体制が必ずしも整っていないことから、肢体不自由が改善されてもなお残る症状が社会参加を妨げたままとなっている。

現在、高次脳機能障害の相談支援窓口は京都府に置かれているものの、当事者への支援がまだまだ求められている現状においては、役割分担などを図ったうえで、京都市においても相談支援窓口の設置が望まれるとともに、リハビリテーションの視点からは、自立支援（生活訓練）、入所支援、グループワークや在宅に戻ってからの支援としての短期入所支援等にも取り組んでいくことが必要であり、高次脳機能障害に特化したサービス提供拠点の設置が急がれる。

こうした支援は、現段階では民間で十分提供できているという状況にはなく、将来的に民間事業者による支援が質量ともに充実するまでは、公が責任を持って取り組む必要があるといえる。

論点④ 「リハビリテーション医療の在り方」**(1) リハビリテーション医療の状況**

センターの開設以来、この30数年の間に医療技術は大きく向上し、リハビリテーション医療も目覚ましい発展を遂げている。リハビリテーション科を標榜する病院数は倍増し（P2, 表1）、平成12年には、回復期病棟制度が創設され、リハビリ医療体制が整備されてきた。現在、京都市は、全国平均並みに回復期病床数が確保されているが（P5, 表2）、そのすべてが民間病院である。

また、リハビリテーションを支えるセラピストも増加し、特に医療機関で働くセラピスト数は大幅に増えている（P8, 表5）。

(2) 在宅でのリハビリテーション医療

急性期、回復期を過ぎた後の生活期におけるリハビリテーション医療では、主に介護保険制度に基づく訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等があげられ、これらにより在宅での療養生活が送れる時代になった。ここにも民間活力が導入され、今後も充実していく分野であると考えられる。

(3) リハビリテーション医療への行政の関わり方

リハビリテーション医療は専門分化しており、すべての分野に渡って、各専門医の体制や設備を整えることは極めて困難である。一方で、「この疾患なら、この病院」というように、特定の患者層を集め、特化した医療を提供している病院もある。その理由としては、配置される医師の専門分野によって、受診する患者層に大きく影響するという実情があり、病院経営の難しいことが挙げられる。

こうした状況を踏まえ、今後、京都市が行政としてリハビリテーション医療分野にどう関わっていくのかについては、民間活力が導入されている実情を踏まえ、個別支援から事業者への専門性向上に向けた支援に切り替えていくという考え方にに基づき、民間に委ねられる分野は委ねていく方向が適当である。

5 京都市身体障害者リハビリテーションセンターの状況

公民の役割分担に基づくりハビリテーション行政の方向性を基に、これまで京都市のリハビリテーション行政を推進してきた「京都市身体障害者リハビリテーションセンター」の機能を検証する。

ここでは、相談から医療、訓練、支援という一貫した総合的なリハビリテーションサービスを提供するという開設以来のセンターのコンセプトに基づき、それぞれの機能ごとに検証を行う。

(1) 相談 ～身体障害者更生相談所～

身体障害者更生相談所が、身体障害者福祉法第11条第2項に基づき、すべての都道府県及び政令指定都市に設置されており、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相談への対応などの重要な業務を担っている。

現在、身体障害者更生相談所においては、地域リハビリテーション推進事業にも重点を置き、総合支援学校や生活介護事業所への専門職員派遣事業等や、障害者支援に従事する事業所職員等に対する研修事業等を行っている。これら事業においては、各事業所等からの期待度は高く、かつ高い評価を得ている。このことからリハビリテーションに携わる職員のノウハウを生かした運営を続けるとともに、**論点②**で検討を行った、3障害一体となった総合相談窓口機能の一角として、今後も発展を続けるよう期待したい。

また、**論点③**で掲げた新たなニーズである高次脳機能障害の専門相談窓口機能を担うほか、これまで取り組んでこられた高次脳機能障害の方を対象としたグループワークの拡充などの実施も期待されるところである。

(2) 医療・訓練 ～附属病院～

外来は、現在、整形外科・神経内科・泌尿器科（週1回）の3診療科を標ぼうしている（泌尿器科は平成9年11月に開設）。延べ外来患者数は、平成元年度の28,977人をピークに徐々に減少しており、平成16年度に増加に転じているものの、その後は横ばい、減少となり、平成23年度は過去最低の9,880人となっている。

また、入院は、現在、整形外科・神経内科の2診療科で、病床数は40床である。昭和62年に20床から40床へと増床して以降、延べ入院患者数は11,000～12,000人、平均病床利用率は約80%前後と、ほぼ同じ水準で推移していたが、平成17年度以降は、それぞれ10,000人前後、70%前後に落ち込んでいる。平成24年度の月別の入退院の状況は、病床40床に対し、常時30床前後の利用にとどまっている（表9, 10）。

表9 附属病院における外来及び入院患者数の推移（昭和54～平成24年度）

| 年 度 | 延外来患者数 | 延入院患者数 | 平均病床利用率 | 備 考 |
|--------|--------|--------|---------|-------------------|
| 昭和54年度 | 10,176 | 5,326 | 73.0% | 外来隔日2診療科, 病床20床 |
| 55年度 | 12,768 | 6,067 | 83.0% | |
| 56年度 | 18,510 | 6,272 | 86.0% | |
| 57年度 | 18,632 | 6,279 | 86.0% | 4月 外来1日2診療科 |
| 58年度 | 21,365 | 6,309 | 86.0% | |
| 59年度 | 23,673 | 6,318 | 86.5% | |
| 60年度 | 22,973 | 6,366 | 87.0% | |
| 61年度 | 22,461 | 2,434 | 79.5% | 増床工事期間中(9~3月)入院なし |
| 62年度 | 25,161 | 10,163 | 69.5% | 4月 病床40床に増床 |
| 63年度 | 26,196 | 11,895 | 81.5% | |
| 平成元年度 | 28,977 | 11,541 | 79.0% | |
| 2年度 | 28,316 | 10,819 | 74.0% | |
| 3年度 | 26,026 | 11,292 | 77.3% | |
| 4年度 | 25,045 | 12,292 | 84.3% | |
| 5年度 | 24,142 | 12,446 | 85.3% | |
| 6年度 | 22,812 | 12,451 | 85.3% | |
| 7年度 | 20,631 | 12,229 | 83.5% | |
| 8年度 | 20,270 | 11,639 | 79.8% | |
| 9年度 | 20,124 | 12,035 | 82.5% | 11月 外来泌尿器科開設 |
| 10年度 | 18,599 | 11,962 | 82.0% | 10月 在院日数90日以内適用 |
| 11年度 | 17,165 | 11,890 | 81.3% | |
| 12年度 | 15,692 | 11,891 | 81.5% | |
| 13年度 | 16,024 | 12,038 | 82.5% | |
| 14年度 | 15,592 | 11,656 | 79.8% | |
| 15年度 | 16,490 | 12,009 | 82.0% | 8月 一般病床適用 |
| 16年度 | 15,394 | 11,052 | 75.8% | |
| 17年度 | 14,337 | 10,798 | 74.0% | 4月 障害者施設等入院基本料適用 |
| 18年度 | 12,019 | 9,442 | 64.8% | 4月 脳血管・運動器リハ基準適用 |
| 19年度 | 10,627 | 10,154 | 69.3% | 介護保険と医療保険給付調整改正 |
| 20年度 | 9,935 | 11,791 | 80.8% | 10月 一般病棟入院基本料適用 |
| 21年度 | 10,150 | 11,134 | 76.3% | 10月 障害者施設等入院基本料適用 |
| 22年度 | 10,433 | 10,427 | 71.5% | |
| 23年度 | 9,880 | 10,354 | 70.8% | |
| 24年度 | 10,778 | 10,292 | 70.5% | |

表 10 附属病院における月別入退院の状況（平成 24 年度）

| 月 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 平均 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 月初在院数 | 27 | 30 | 28 | 28 | 31 | 31 | 28 | 26 | 23 | 26 | 29 | 30 | 28.1 |
| 入院数 | 6 | 3 | 4 | 7 | 7 | 3 | 5 | 5 | 9 | 8 | 7 | 4 | 5.7 |
| 退院数 | 3 | 5 | 4 | 4 | 7 | 6 | 7 | 8 | 6 | 5 | 6 | 9 | 5.8 |
| 月末在院数 | 30 | 28 | 28 | 31 | 31 | 28 | 26 | 23 | 26 | 29 | 30 | 25 | 28.0 |
| 月末病床利用率(%) | 75.0 | 70.0 | 70.0 | 77.5 | 77.5 | 70.0 | 65.0 | 57.5 | 65.0 | 72.5 | 75.0 | 62.5 | 69.8 |

入院患者は、これまで、脳血管障害患者や脊髄損傷患者が多数であったが、急性期及び回復期における集中したリハビリテーションによる早期回復及び在宅福祉サービスの充実により、それぞれの医療機関から在宅復帰される方が多くなったことから、附属病院については、「在宅復帰の見通しがつきにくい重度の方」の受入れを目指してきており、紹介されるケースもそういった方が多くなってきている。このことが、障害者支援施設も含めて、センターの「一貫した総合的な」サービス提供の流れに変化を与えているとともに、附属病院の状況を大きく変化させている。

附属病院は、40床すべてについて障害者施設等入院基本料（P7参照）のみを適用しており、重度の方の受入れを主眼としているものの機能回復訓練を目的としている。したがって、機能回復訓練を行い難い医療的ケア（人工呼吸器、胃ろう等）が必要な方は受け入れることができない状況にある。さらに、附属病院への入院を希望される脳血管障害患者が多数おられるものの、障害者施設等入院基本料を適用している病院においては、診療報酬制度上、脳血管障害患者は入院患者数の3割以下とするという制約があることから受け入れることができず、病床利用率の向上が困難となっている。

このような状況を踏まえ、[論点④](#)で指摘した、現在のリハビリテーション医療の充実や、専門分化しているともいわれる状況を勘案すると、病床利用率の改善には多様な診療科目の設置や専門医師の増配置などが求められることとなり、[論点①](#)で示した「個別支援から専門性向上への支援」の観点からも、もはや公が率先して担うべき分野ではなくなったと考えられる。

（3）補装具製作 ～補装具製作施設～

補装具製作施設においては、センター開設以来、義肢装具士2名を配置し、義肢及び補装具の製作を行っているが、製作件数は、昭和59年度をピークに減少し続けている。身体障害者福祉法及び障害者総合支援法による京都市の総製作件数に占める割合も下降線をたどっており、ここ10年間は1%前後となっている。特に直近3年間の義肢装具製作件数はわずかなものとなっている（表11）。

表 1 1 義肢装具総製作件数とセンターでの製作件数

(昭和 59～平成 23 年度 (3 年ごと) 及び平成 24 年度)

| 年度 | 総製作件数 | センターでの 製作件数 (内数) | 占める割合 (%) |
|----------|-------|---------------------|--------------|
| 昭和 59 年度 | 7 1 1 | 1 0 5 | 1 4 . 8 |
| 6 2 年度 | 5 5 0 | 3 1 | 5 . 6 |
| 平成 2 年度 | 6 4 0 | 2 6 | 4 . 1 |
| 5 年度 | 6 0 9 | 2 6 | 4 . 3 |
| 8 年度 | 5 1 5 | 2 2 | 4 . 3 |
| 1 1 年度 | 5 1 7 | 1 7 | 3 . 3 |
| 1 4 年度 | 6 0 2 | 1 1 | 1 . 8 |
| 1 7 年度 | 5 3 1 | 3 | 0 . 6 |
| 2 0 年度 | 4 1 5 | 1 0 | 2 . 4 |
| 2 3 年度 | 3 7 5 | 1 | 0 . 3 |
| 2 4 年度 | 3 2 2 | 0 | 0 . 0 |

注 ・昭和 5 8 年度以前は、データ不存在

この原因としては、かつては、センターに入院・入所されている方の補装具を訓練の実施に合わせ製作するとしていたものが、現在、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、センターに入院・入所される前にすでに補装具を民間事業者により製作されていることに起因している。

一方、身体障害者更生相談所における補装具判定業務において、義肢装具士は大きな役割を果たしている。来所判定については、センター医師による処方せん作成補助、製作事業者による見積書作成に当たっての技術的助言、仮合わせ段階と完成後の各点検に従事している。また、書類判定（かかりつけ医による処方）については、見積書の技術的内容点検、納品前の検収（処方と現物との照合）など、製作事業者指導業務に当たっている。

いずれも、障害のある市民が適切な補装具を入手するための技術指導業務であり、このことにより京都市における補装具判定業務は高い水準となっており、それを維持していくためにも、製作事業者への指導に力点を移していくことが適当である。

(4) 自立訓練 ～障害者支援施設～

障害者支援施設は、障害者総合支援法に基づく障害者支援施設として、肢体不自由の身体障害者手帳を所持されている方で、日常生活動作（衣服着脱、トイレ動作、飲食）が自立している方を利用対象とし、日中支援である機能訓練の定員を40名、うち入所支援30名となっている。

利用者状況の推移を見ると、附属病院を經由して利用された方も含め、年間50名以上の方の訓練を行っていたが、平成17年度以降、大きく利用者が減少しており、平成24年度における月平均利用率は、機能訓練では35.4%、入所支援では20.3%となっている（表12、13）。

この理由は、附属病院が障害者施設等入院基本料の適用を受けたことにより、重度障害の方の入院が増加し、入院期間の長期化による実退院者数が減少していること、かつ退院時点においても施設利用が可能となる身体状況でない方が多くを占めるようになってきたことから、附属病院から施設に移行できる方が減少したためと考えられる。

その他の理由としては、回復期病棟等における集中した機能回復訓練の実施や介護保険サービス及び障害者の在宅福祉サービスの充実により、日常生活動作の自立されている方がさらなる機能訓練までを必要とされなくなったことにあると考えられる。

一方で、センターの障害者支援施設への入所希望者の中には、肢体不自由だけではなく、社会生活を送るうえで、肢体不自由以上に高次脳機能障害による難しさを有する方が多くみられる。しかし、高次脳機能障害のある方の受入れ・支援体制がないため、肢体不自由を伴わない方は、入所に至らなかったという現状も生じている。

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ある利用者が19名であったことから、徐々にではあるが、センターの障害者施設支援員も高次脳機能障害の方に対する支援のノウハウを獲得してきており、**論点③**の検討結果を踏まえ、今後は、民間による支援が充実するまで、高次脳機能障害のある方に対する障害福祉サービスの提供に取り組み、公の役割として先導的に果たしていくことが期待される。

表 1 2 障害者支援施設における利用者状況の推移（昭和 56～平成 24 年度）

| 年度 | 延入所 者数 | 延通所 者数 | 合計 | 実人員 | 附属病院から | | 備 考 (斜体は附属病院の状況) |
|-------|-----------|-----------|-----|-----|--------|------|---------------------|
| | | | | | 移行人員 | 割合% | |
| 昭和 56 | 177 | 54 | 231 | 55 | 24 | 43.6 | |
| 57 | 239 | 48 | 287 | 60 | 11 | 18.3 | |
| 58 | 240 | 36 | 276 | 60 | 12 | 20.0 | |
| 59 | 292 | 44 | 336 | 66 | 12 | 18.2 | |
| 60 | 306 | 23 | 329 | 72 | 15 | 20.8 | |
| 61 | 97 | 82 | 179 | 44 | 9 | 20.5 | 増床工事中 (9~3月) 通所のみ |
| 62 | 240 | 55 | 295 | 60 | 11 | 18.3 | |
| 63 | 265 | 29 | 294 | 65 | 21 | 32.3 | |
| 平成 元 | 270 | 45 | 315 | 57 | 25 | 43.9 | |
| 2 | 253 | 45 | 298 | 57 | 26 | 45.6 | |
| 3 | 261 | 41 | 302 | 57 | 28 | 49.1 | |
| 4 | 266 | 32 | 298 | 59 | 34 | 57.6 | |
| 5 | 302 | 48 | 350 | 64 | 21 | 32.8 | |
| 6 | 272 | 17 | 289 | 59 | 18 | 30.5 | |
| 7 | 290 | 20 | 310 | 62 | 14 | 22.6 | |
| 8 | 204 | 20 | 224 | 55 | 18 | 32.7 | |
| 9 | 257 | 23 | 280 | 65 | 16 | 24.6 | |
| 10 | 260 | 50 | 310 | 77 | 20 | 26.0 | 10月在院日数 90日以内適用 |
| 11 | 209 | 40 | 249 | 69 | 32 | 46.4 | |
| 12 | 210 | 50 | 260 | 71 | 37 | 52.1 | |
| 13 | 218 | 39 | 257 | 70 | 34 | 48.6 | |
| 14 | 244 | 40 | 284 | 55 | 26 | 47.3 | |
| 15 | 301 | 52 | 353 | 68 | 35 | 51.5 | 支援費制度施行 |
| 16 | 218 | 45 | 263 | 49 | 32 | 65.3 | |
| 17 | 178 | 18 | 196 | 29 | 18 | 62.1 | 4月障害者施設等入院基本料適用 |
| 18 | 89 | 20 | 109 | 17 | 12 | 70.6 | 障害者自立支援法施行 |
| 19 | 90 | 105 | 195 | 23 | 10 | 43.5 | |
| 20 | 120 | 55 | 175 | 18 | 8 | 44.4 | 10月一般病棟入院基本料適用 |
| 21 | 150 | 58 | 208 | 30 | 18 | 60.0 | 10月障害者施設等入院基本料再適用 |
| 22 | 102 | 74 | 176 | 24 | 6 | 25.0 | |
| 23 | 84 | 113 | 197 | 19 | 7 | 36.8 | |
| 24 | 73 | 97 | 170 | 17 | 5 | 29.4 | |

注 利用者数は、月ごとの延べ人数

表 1 3 障害者支援施設における月別利用者の状況（平成 24 年度）

| 月 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 平均 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 入所支援・機能訓練 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 5 | 6 | 7 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6.1 |
| 機能訓練のみ | 6 | 6 | 6 | 6 | 9 | 10 | 9 | 8 | 8 | 9 | 10 | 10 | 8.1 |
| 合 計 | 14 | 14 | 14 | 14 | 16 | 15 | 15 | 15 | 12 | 13 | 14 | 14 | 14.2 |
| 機能訓練利用率(%) | 35.0 | 35.0 | 35.0 | 35.0 | 40.0 | 37.5 | 37.5 | 37.5 | 30.0 | 32.5 | 35.0 | 35.0 | 35.4 |
| 入所支援利用率(%) | 26.7 | 26.7 | 26.7 | 26.7 | 23.3 | 16.7 | 20.0 | 23.3 | 13.3 | 13.3 | 13.3 | 13.3 | 20.3 |

（５）財政状況

センターの４つの部門のうち、補装具製作施設、障害者支援施設及び附属病院の収支等の状況は、表 1 4 のとおりである。各部門とも歳出超過となっている。

なお、身体障害者更生相談所においては、利用料等の収入を得る性質の部門ではないため、ここでは記載していない。

表 1 4 3 部門における収支等の状況（平成 23 年度決算）

| | 補装具製作施設 | 障害者支援施設 | 附属病院 |
|---------------------------|-------------|--------------|--------------|
| ①歳入 | 1, 170千円 | 60, 008千円 | 414, 845千円 |
| ②歳出 | 36, 207千円 | 141, 750千円 | 607, 990千円 |
| うち人件費 | (35, 662千円) | (135, 783千円) | (451, 538千円) |
| うち事業費 | (545千円) | (5, 967千円) | (156, 452千円) |
| ③差引（市負担額）（①－②） | △35, 037千円 | △ 81, 742千円 | △193, 145千円 |
| ④延べ利用件数、利用者数 | 2, 833件 | 5, 050人 | 20, 234人 |
| ⑤延べ利用件数・利用者数当たりの市負担額（③÷④） | 12, 367円 | 16, 186円 | 9, 545円 |

注 ・事業費に、光熱水費は含まれていない。

- ・人件費は、事務事業評価の数値
- ・補装具製作施設の利用件数とは、補装具に係る相談・判定件数
- ・障害者支援施設及び附属病院の利用者数は、延べ利用者数（日計）

6 京都市身体障害者リハビリテーションセンターの今後の在り方

センターの検証により、リハビリテーション医療の流れの変化や在宅福祉の充実、医療や福祉における民間活力の充実等により、これまでセンターが行ってきた医療、訓練、支援という一貫した総合的なリハビリテーションサービスの提供に影響が出ており、その結果、利用状況及び財政状況に大きな変化が生じていることが明らかとなった。

以下、センターの4つの部門をベースに今後の在り方を示す。

(1) 相談判定業務・地域リハビリテーションの推進

幼少期から高齢期までの障害のある市民の社会生活を支える総合相談窓口化及び地域リハビリテーションの推進という観点から、更生相談所部門の拡充は論を待たないところである。特に、地域リハビリテーションの推進においては、身体障害だけでなく、知的障害、精神障害を合わせた3障害及び高齢者を統合した事業を推進し、総合的な地域リハビリテーションの中核機関とすることを視野に拡充されることを求めたい。また、その際には、新たなニーズである高次脳機能障害のある市民の相談窓口についても合わせて設置を検討されたい。

地域リハビリテーションの推進に当たっては、これまで附属病院や障害者支援施設において培ってきたリハビリテーション専門技術のノウハウを最大限発揮することが求められる。つまりは、福祉分野におけるリハビリテーション提供事業者支援については、資質向上を目的とした座学の研修のみならず、機能訓練指導を行う生活支援員や介護を行うヘルパー等に対し、現場に出向き直接技術的助言・指導を行う等のきめ細かな支援に振り向けていくことが適切であり、また、これまでどおり、更生相談所における医学的な専門知見に基づいた相談・判定にも大きく寄与されることを期待したい。

(2) 医療業務

先に見てきたように、附属病院においては、度重なる診療報酬制度改定の中、経営の安定化を図りつつ公営病院として求められる市民ニーズに応える努力が続けられてきたが、今日にあっては、「障害者施設等入院基本料」を適用し、重度障害があり、かつ民間病院では対応が困難とされる患者を受け入れ、丁寧な支援が行われている。

一方で、回復期リハビリテーションを中心とした民間病院におけるリハビリテーション医療の拡充や訪問リハビリテーション等の在宅福祉施策の普及等社会状況が変化する中で、「障害者施設等入院基本料」の適用に伴う診療報酬制度上の入院患者数の制約に伴い、受入れ困難な状況が発生しており、患者数は低迷し続けている。こうした中で、収支は大幅な歳出超過となっている。

民間におけるリハビリテーション医療やリハビリテーション関連在宅福祉施策が充実してきている状況を踏まえれば、公設公営病院としての現在の附属病

院が果たす役割は相対的に低下してきたと言わざるを得ない。

(3) 施設支援

障害者支援施設については、京都市内で唯一の身体障害のある市民を対象にした機能訓練を行う公営施設であるが、対象者をリハビリテーション医療が終了し、かつ日常生活動作が自立した方を対象としていることから、回復期病棟における集中した機能回復訓練や在宅福祉施策の拡充等により利用者が減少している。さらに、附属病院入院患者層の変化と患者の減少が、利用者の減少に拍車をかけている。

今後は、新たなニーズとして顕在化している高次脳機能障害のある市民への障害福祉サービスの提供へと支援の充実を図ることで、障害のある市民の在宅復帰や社会参加を目指した支援に努めていただきたい。ただし、民間における支援の拡充状況の把握に常に努め、公民の役割分担の観点から、公の役割として行うべきことの不断の見直しの検討が必要であることに留意されたい。

(4) 補装具製作業務

補装具製作施設については、製作件数等の激減の背景として、他の医療機関での補装具の処方、民間の補装具製作事業者の増加があることは明らかであることから、公が直接製作を行うのではなく、更生相談所に統合し、民間事業者への技術的指導や相談対応を行う機能へと役割の転換を図られたい。

(5) まとめ ～リハビリテーション行政の拠点として～

以上をまとめると、センターが引き続き、今後も京都市のリハビリテーション行政の拠点として役割を果たしていくためには、次の機能に重点を置いたセンターに再編成し、充実させていくことが求められる。

- ① 障害のあるすべての市民のための総合相談窓口機能
- ② 障害・高齢を問わない地域リハビリテーション推進機能
- ③ 高次脳機能障害者に特化した障害福祉サービス提供機能

「全人間的復権」であるリハビリテーションという考えに基づき、障害のある市民や身体機能が低下した高齢者に対し、QOLの向上や社会参加を促していく拠点として、京都府等関係各機関とも連携し機能させていくことが必要である。その実現のために、これまでセンターが発揮してきたリハビリテーションに携わる職員による専門性を生かし、取り組んでいただきたい。

また、児童福祉法に基づいた支援が行われている障害児についても、3障害を総合的に、かつ切れ目なく支援していくことが望まれる。

障害のある市民も高齢者も、またその家族も、住み慣れた地域でいきいきとした生活が送れるような地域社会となるよう、引き続きよりよいリハビリテー

ション行政に取り組まれ、さらに一層の発展を心から期待する。

参考資料

資料1 京都市社会福祉審議会委員名簿

※ 最新の名簿を添付

資料2 リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会委員名簿

(敬称略, 五十音順)

| 氏 名 | 役 職 名 |
|--------|---------------------|
| 浮守 篤子 | 京都市身体障害児者父母の会連合会副会長 |
| ○加藤 博史 | 龍谷大学短期大学部教授 |
| 静 津由子 | 京都精神保健福祉推進家族会連合会理事 |
| 日野 勝 | 京都市身体障害者団体連合会副会長 |
| 藤木 恵 | 京都手をつなぐ育成会副会長 |
| 山田 幸子 | 市民公募委員 |
| ◎山田 裕子 | 同志社大学社会学部教授 |
| 山田 尋志 | 京都市老人福祉施設協議会顧問 |
| (臨時委員) | |
| 上原 春男 | 京都市地域リハビリテーション協議会会長 |
| 久保 俊一 | 京都府立医科大学教授 |
| 武田 康晴 | 京都華頂大学現代家政学部准教授 |
| 富田 素子 | 京都博愛会病院リハビリテーション科部長 |
| 並河 茂 | 京都府理学療法士会会長 |
| 真鍋克次郎 | 京都私立病院協会監事 |

◎ : 会長, ○ : 会長職務代理者

資料3 審議経過

1 社会福祉審議会

| 開催日 | 主な審議内容等 |
|----------------|---|
| 平成24年10月30日(木) | ・京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方及び敬老乗車証制度の今後の在り方について(諮問)等 |
| 平成25年 月 日() | |

2 リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会

| | 開催日 | 主な審議内容等 |
|-----|----------------|--|
| 第1回 | 平成24年12月11日(火) | ・専門分科会長の選出, 職務代理者の指名 ・諮問内容及び分科会の位置づけについて ・「京都市リハビリテーション調査研究会報告書」の説明 ・身体障害者リハビリテーションセンター視察 |
| 第2回 | 平成25年1月30日(水) | ・論点と議論の方向性 ・地域リハビリテーションの推進について ・年齢・障害種別を超えた一体的な施策の推進について |
| 第3回 | 平成25年2月12日(火) | ・新たなニーズへの対応について ・リハビリテーション医療について |
| 第4回 | 平成25年3月26日(火) | ・福祉施策の公民の役割の視点について ・身体障害者リハビリテーションセンターの機能について |
| 第5回 | 平成25年4月23日(火) | ・身体障害者リハビリテーションセンターの機能について ・審議のまとめ |
| 第6回 | 平成25年6月 日() | ・答申(案)について |