

京都市のリハビリテーション行政の 拡充を求める提言

京都のリハビリを考える会

2013年10月1日

1. はじめに

(1) 〈リストラ・プログラム〉としての京プラン

京都市は2012年3月、「はばたけ未来へ！ 京プラン実施計画」（以下、京プラン）を策定した。同プランは15年度までの4年間を計画期間にした財政健全化プログラムである。主眼におかれているのは「歳出削減」であり、「一般財源収入は伸びを見込むことができ」ない「厳しい財政状況に的確に対応するため」、「総人件費の削減や公共投資の抑制等に全庁を挙げて取り組むもの。^{※1}したがって、その性格は〈リストラ・プログラム〉といえる。

※1 はばたけ未来へ！ 京プラン実施計画 冊子3ページ

「持続可能かつ機動的な財政運営の確立」2「達成の道筋」より。

(2) 自治体財政危機をもたらした「構造改革」

日本における新自由主義改革の本格化だった「小泉構造改革」は、「地方分権改革」の名の下に、「地方自治構造改革」をすすめた。その柱は次の4点だった。①「三位一体改革」と呼ばれた「国庫負担金・交付税削減」、②広域行政推進（市町村合併の強要）、③自治体の市場化とニューパブリック・マネージメント、④公務員制度改革—これらが今日、多数の地方自治体の財政危機の背景にはある。

(3) 京都市は危機脱出を市民サービス低下で乗り切ろうとしている

しかし京都市は、財政非常事態宣言（1996年）以降、財政危機からの脱出を、市民サービスの低下によるコストカットで乗り切ろうとしてきた。京都市民の生命・健康に直結する保健・医療・社会福祉分野も例外でない。門川市長が手がけてきたものだけで、京都市立病院の独立行政法人化、京都市立看護短期大学廃止、行政区保健所の廃止（センター化）、京都市急病診療所廃止、洛西ふれあいの里保養施設廃止等、多岐に亘る。

(4) 自治体リストラの一環としての「市リハセン」機能縮小

今回の、附属病院廃止を目玉とした京都市身体障害者リハビリテーションセンター（以下、市リハセン）の機能縮小も、そうした流れの延長線上にあるものと見ることができる。京プランには【大規模事業に係る重点的な点検・分析等の結果（一覧表）】が掲載されており（冊子64～66頁）、そのNo.25「障害者福祉施設運営」で、「附属病院の患者の動向等を踏まえ、ニーズへの的確な対応や効率化など、リハビリテーションに関する施策の総合的な検証のなかでセンターのあり方を検討」とある。ここを起点に、市長の京都市社会福祉審議会（会長・森洋一京都府医師会長）への諮問（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：2012年10月）、京都市社会福祉審議会への分科会設置（リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会・会長：山田裕子同志社大学教授）、そして「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〉」（2013年7月9日）、

「京都市におけるリハビリテーション行政の基本方針(案)」(2013年7月)に至った。

(5) 京都のリハビリを考える会の発足

私たちは、市の動きに対抗すべく、「京都のリハビリを考える会」を結成した。2013年5月11日に私たちの開催した「どうなるの？京都のリハビリテーション」には、多数の専門職スタッフ・当事者が集まり、市リハセンの歴史と役割を再確認。その機能縮小＝市リハセン潰しを決して許してはならないことを確認した。当日の参加者アンケートでも、「患者家族です。平成13年に発症し、3つ目の病院として入院し現在も通院中です。障害の受容については、本人の気持ちを確かめるのは難しい状態ですが、10年経ちやっと落ち着きかけたような気がします。これが受容時間だったのでしょうか。そして、家族は入院・通院し、リハビリを続けることにより、やっと最近受け入れられた気がします。その他、じっくり時間をかけたリハビリ等々、皆様の意見もよく分かりました。これからのあり方、先々、私も含め家族・親族がもし・・・と考えた時、やはり公的に専門性のあるリハセン存続を願います」「医療、介護保険で担えない患者さんをたくさんみてきました。リハセンはこのような患者さんの希望であると感じています。お金の問題だけで、片づけられないからこそ、公的施設が担わなければならないし、何のために市民税を納めているのか分からなくなりました」等、切実な声が多数寄せられた。

(6) 京都市の公的責任を再認識する契機に

私たちは、京都市が公的にリハビリテーションを実施する施設が、財政事情だけを理由に縮小・改変されることを認められない。この提言を、京都市長をはじめ、全市職員と市会議員の先生方に熟読していただくことを願う。同時に、京都で活躍するリハビリテーション関係者、障害のある当事者も含めた京都市民が、これからのリハビリテーション保障の姿、そして、医療・福祉保障にかかる京都市の公的責任について再確認していただける契機となるよう、心から願っている。

2. 公的医療機関・公的福祉施設への期待

(1) 日本国憲法根本原則の「最も確実な実現手段」としての地方自治

日本国憲法は、根本原則である国民主権・基本的人権尊重の「最も確実な実現手段」として地方自治保障を定め、その具体化を諸法律で進めさせる。その基幹法が「地方自治法」であり、それに基づいた存在が「地方自治体」である^{※2}。

※2 社会福祉辞典(大月書店)より。

(2) 住民の権利と地方自治体の義務

即ち、地方自治体は人権の担い手である。住民の生命・健康を守る施策を展開することは、地方自治体に課せられた義務であり、崇高な使命である。保健・医療・福祉行政は、自治体が義務を履行するものであり、住民に「益」や「恩恵」を与えているわけではない。住民側はただひたすらに権利の主体であり続ける。日本の医療・福祉

の提供は民間（医療法人・社会福祉法人）に委ねられているものの、それも国・自治体の義務が明確にあってこそ可能なことである。京都市が基本方針案で金科玉条のごとく書いた「福祉施策における公民の役割」論（平成17年2月京都市社会福祉審議会／「京都市における今後の福祉施策のあり方」）は、誤りである。

(3) 採算性を超えた医療・福祉保障の提供施設

それでは、京都市民にとって、公的医療・福祉施設は、どのような存在であるべきか？それは、「採算性を超えた医療・福祉保障」の提供施設である。つまり、①経営よりも患者の生命を守り、QOLの向上を優先させてくれる、②福祉の立場でリハを保障してくれる、③高いレベルのリハを受けられる、④民間に率先して、様々なサービスを展開してくれる。それが、市民の求める公的施設の基本的な姿である。

3. リハビリテーション保障 — 制度からみたその変遷 —

(1) 社会福祉基礎構造改革の影響を強く受けた京都市

京都市が、医療・福祉の保障主体としての義務を見失いつつある背景に、国施策の変遷がある。その契機の一つに、「社会福祉基礎構造改革」（1997年に厚生労働省が提起。00年5月に社会福祉事業法改正により具体化）をあげておきたい。それは、権利としての社会福祉を「商品購入システム」に変更させるものだった。結果、措置制度は解体、利用契約制度に移行された。これで「権利としての社会福祉」が、「契約に基づくサービス受給権」に貶められたのである。それは、地方自治体が社会福祉を保障する手段を奪う改革でもあった。自己責任に基づく契約が前提とされ、自治体はシステムづくり、調整・監視役（レフリー論）とされた。これが先に指摘した京都市の誤った「福祉施策における公民の役割」論の土壌となっている。

(2) 地域保健法成立の影響

あわせてあげておきたいのは、社会福祉基礎構造改革に先立つ1994年、保健所法を実質廃止した「地域保健法」（1997年4月全部施行）である。これは、市町村公衆衛生行政に大きな影響を与えた。保健所が事務的管理機関となり、対人保健サービス機能を保持した総合的な公衆衛生行政拠点機能を失った^{※3}。この時点で、地方自治体の社会保障機能の低下は始まっていた。そこへ基礎構造改革がとどめを刺した。

※3 本記述は、「保健所・公衆衛生をめぐる状況と課題」（小山高志著・日本の科学者V o l . 45）を参照した。

(3) 介護保険制度創設と障害者福祉制度改革

社会福祉基礎構造改革を象徴するのが、介護保険制度創設（00年4月）と支援費制度（03年4月）から障害者自立支援法（06年4月）へつながる障害者福祉改革だった。介護保険制度は社会福祉改革の「フロントランナー」と呼ばれ、障害者福祉改革のモデルとなった。新制度における「給付」は、「現物給付」でなく「現金給付」とされた。制度上、サービスは保障されるものから購入するものに変質させられた。介護保険制

度には要介護認定・区分支給限度額が設けられ、「必要なサービスを保障しないためのシステム」が導入された。そのような仕組みへ、それまで医療保険で給付されていたサービスの移行が行われた。その先鞭がリハビリテーションだった。結果、リハビリテーション保障は、医療保険によるものと介護保険によるものに分断された。なおかつ、「急性期・回復期・維持期」という考え方が導入され、維持期の医療は基本的に介護保険給付へ付け替えるルールが敷かれた。

(4) リハビリ難民を生み出した 06 年診療報酬改定

そうした路線は、診療報酬改定（2006 年 4 月）での、疾患別リハビリテーション体系と一体的に算定日数上限導入という誤った制度を生み出してしまう。どこまでが医療か、どこまでが介護かという線引きに、機械的な形で発症日等からの「日数」が用いられることとなってしまった。これにより、「回復期」が過ぎても回復途上にあり、リハビリテーションが必要なのに打ち切られることや、地域連携クリニカルパスに乗れずに治療が長引くことで、多くの「リハビリ難民」を生み出すこととなり、大きな社会問題になった。日本が誇る免疫学者である故・多田富雄氏らが先頭に立ち、制度改善を求める国民運動が取り組まれたが、残念なことに基本的な枠組みは変えられないまま、今日に至っている。また、その後の診療報酬改定（2008 年 10 月）では「障害者施設等入院基本料」等の要件となる対象患者から「脳卒中後遺症」「認知症」を主たる傷病とする重度肢体不自由者、重度障害者が除外され、当該入院料を算定する病院では、入院患者の「選別」をせざるを得ない状況に陥り、当該入院料を維持できなくなる病院が発生した。この取扱いは現在も続いている。

(5) リハビリテーションをめぐる問題の本質

以上の変遷から、① 国のすすめた「構造改革」により、医療・社会福祉に関する公的な実施義務の曖昧化がはかられ、地方自治体の社会保障能力が著しく低下したこと、② その一方で、介護保険制度がリハビリテーションを吸収してしまい、十分に保障できる制度的な担保が失われたこと。この 2 つが、リハビリテーションをめぐる問題の本質となっている。これを踏まえずして、リハビリテーション行政を構想することはできない。

4. 京都市におけるリハビリテーション行政の基本方針（案）の問題点

(1) 審議会・分科会の総意を得ていない

1 の項で触れたように、今回の市方針（案）は、京都市社会福祉審議会に設置されたリハビリテーションの在り方検討専門分科会での審議を踏まえた、「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〉」がベースとなっている。しかし、そもそも答申書が委員の意見を正當に反映しておらず、「附属病院廃止」は、分科会委員 14 人、審議会委員 50 人の総意ではなかった。

(2) 市当局の誘導は明らかだった

京都市が市リハセン附属病院廃止を最初から目的にして、諮問し、分科会を立ち上げたことは明らかである。確かに、市当局は分科会で一度も、「附属病院を廃止したい」と明言しなかった。しかし、会議毎に出される資料やその書きぶりはどう考えても廃止へと結論を誘導するものだった。不可解だが、第1回分科会時に、市当局は何ら説明していないのに、委員が附属病院等を廃止することに異存はないとの趣旨で発言する一幕もあった。

(3) 浮き彫りになった2つの問題と、回答できなかった京都市当局

しかし、分科会は委員全員に対して附属病院廃止への合意を取り付けることが出来ないうまま終わった。逆に、分科会の委員の良識ある議論が、附属病院廃止に関わる「2つの問題」を浮き彫りにした。

1つ目は、附属病院が担う「在宅復帰の見通しがつきにくい重度の方」の受け入れ（答申23頁）や、「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」（同28頁）を、廃止後に誰が担うのかという問題だった。つまり、外来・入院共に現在附属病院にかかっている人たちや、今後も発生し続ける診療報酬上の日数制限を超えてもリハビリが必要な人たちの受け皿機能を、市内のどの医療機関が、どのような形で担うのかに関して、繰り返し質問が出された。しかし京都市当局はこれに正面から回答しなかった。

2つ目は、今後、京都市が目指すという「地域リハビリテーションの推進」や「年齢・障害種別を超えた一体的な施策」（同17頁）、高次脳機能障害に特化した「新たなニーズへの対応」（同18頁）等に必要に関連職種の専門性が、病院機能を失くして確保できるのかということである。この疑問も繰り返し委員から質問された。他都市のセンターの実践を踏まえても、病院機能なしに新たな施策展開は難しい。常識として「医療」を外すことは有り得ない。なぜわざわざ附属病院を廃止するのか。こうした分科会委員の声に、市当局は最後まで、まともに回答できなかった。

さらに、百歩譲って附属病院の入院機能が廃止されたとしても、「外来機能はどうするのか？」という質問にも市当局は回答しなかった。

元々、今回の分科会委員の中に障害当事者や市リハセン従事のスタッフがおらず、実態に即した議論には限界があった。加えて、京都市は、分科会委員の思いと矛盾した市方針のとりまとめを、すべて分科会長へ担わせた。

以上の問題点は、社会保障審議会の答申から、今日の基本方針（案）まで持ち越されてきた根本的な欠陥である。

(4) 赤字＝不採算＝非効率＝無駄遣い＝悪＝廃止のロジックは稚拙

京都市が一貫して主張するのが市リハセンの歳出超過である。むしろ、歳出超過こそが、附属病院廃止最大の根拠となっている。しかし、京都市はそもそも「歳出超過」の何が問題なのかを論理的に説明していない。京都市のロジックは、赤字＝不採算＝非効率＝無駄遣い＝悪＝廃止というものである。あまりに稚拙である。地方公営企業

法において、病院事業は「一部適用の事業」である。これは、「病院事業が企業として能率的に運営されるべき他の公営企業と同様であるが、これらに比べて採算性が低く、かつ保健衛生・福祉行政など一般行政との関係が密接であることなど若干その性格を異にするため」と説明されている。市リハセン附属病院は、京都市の保健行政と密接に結び付き、市民の生命・健康を守るための医療・福祉保障施策の手段として存在している。第一、市リハセンは福祉施設であり、原理的には採算性を問われるべきではない施設ではないかと考える。

(5) 不採算である社会福祉・医療施策すべてはむだか？

公的医療機関への公的資金投入は当然である（だからこそ公的だとさえいえる）。それがなければ赤字になることはわかりきっている。直営ではないが、同じ政令市の名古屋総合リハビリテーション事業団の資金収支計算書総括表（2012年4月1日～2013年3月31日）によれば、最大の収入源は医療保険や介護保険の報酬ではなく、「受託事業収入」（公費）である。

無論、貴重な税源を基に行う事業である以上、無駄を排除し、効率的な運営が心がけられるべきであることは当然である。

しかし京都市の論理は、不採算だから附属病院の存在が無駄だと述べているに等しい。社会福祉事業を「赤字だから潰す」式の論理は貧しすぎる。これでは、本来的に不採算な存在である社会福祉・医療施策すべてが廃止やむなしになってしまう。

5. 私たちがめざす京都市リハ行政プラン

(1) 2段階の機能拡充プラン

市リハセンが目指すべき方向性を提案する。

提案は2段階で行う。

第1段階は、現在の立地で病床を増やすことなく、リハビリサービスを拡充させる方策である。

第2段階は、総合施設化を視野に入れたサービス拡充の構想である。

(2) 京都市の障害福祉計画からみたリハビリセンター附属病院のあり方

まず、大前提の問題として、京都市の保健福祉行政において、市リハセンならびに同附属病院が当面いずれの施策に位置づけられるべきかについて、見解を述べる。

結論から言えば、市リハセンは当面、障害福祉施策上の中核施設として、明確に位置づけられるべきである。

第3期京都市障害福祉計画における障害福祉の基本理念は「障害のある人もない人も、すべての人が違いを認め合い支え合う町づくりを推進する」、共生社会の実現とされる。

計画の特徴は、1つにサービス提供者の新規参入を促す支援、2つに重度訪問系サービスのニーズに応えるためのホームヘルパーの研修である。これらは厚生労働省の「施設から地域へ」の流れに添ったものであり、第3期障害福祉計画の数値目標もそれを物

語っている。

すなわち地域福祉サービスの充実である。

京都市は、「生活介護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援、短期入所」の必要量は年々増加の傾向にあるが、自立訓練（機能訓練）や療養介護は2010年度実績から2014年度見込みまで全く増やす傾向にない（図1参照）。

これは施設から地域の流れの中に、医療が存在していないことを示すのではないか。

市リハセン附属病院には、急性期・回復期病床、在宅のいずれの経路からも、より快適な自分らしい生活を再び送りたいと願い、医療的機能訓練を求めて入院を希望する患者が後を絶たない。数ヶ月の訓練を提供すれば、多くの方々は地域に生活に復帰できる。

京都市はこうした患者の願いを、経営的側面のみを理由に（赤字だから）切り捨てるというのだろうか。

まず経営的側面の赤字を如何にしたら解消できるのかを考えるのが先であろう。

以上のことから、京都市が当面の改革における市リハセンを、障害者福祉施策の中核に位置づけるべきと提案したい。

図1 第3期京都市障害福祉計画の概要より

日中活動系サービスについての現状分析では、おおむねニーズに応じた日中活動の場や福祉的就労の場を確保できたとしている。次に必要な量の見込み（一部略）については下記のとおりである。

療養介護とは、「医療が必要で、常に介護が必要な方に、医療機関への入所により、機能訓練・療養上の管理・看護・介護、日常生活の世話をを行うものと定義している。

区分	23年度実績(人)	24年度(人)	25年度(人)	26年度(人)
生活介護	2670	2750	2833	2918
機能訓練	66	66	66	66
生活訓練	229	239	249	259
就労移行支援	207	217	227	237
就労継続支援(A)	354	364	374	384
就労継続支援(B)	2205	2271	2339	2409
療養介護	21	21	21	21
短期入所	420	433	446	459

(3) 〈第1段階〉当面の機能拡充プラン

ここでは、市リハセン（とりわけ附属病院）の現況を踏まえ、「現在の立地」で、「病床を増やさず」に、ある程度「採算はさておいて」、患者の受け入れハードルを下げ、多くの患者にリハビリテーションが提供できるようにするための、現実的な提案を行う。

1) 市リハセンの業務と組織

市リハセンの組織は、4部門に大別することができる。

【身体障害者更生相談所】

専門的な立場から総合的に評価、判定を行うなど、センターの窓口としての機能を果たす施設。

【障害者支援施設】

病院などで急性期及び回復期の治療及び訓練を終えた人に社会復帰または生活の自立の必要な訓練を行う施設。

【補装具製作施設】

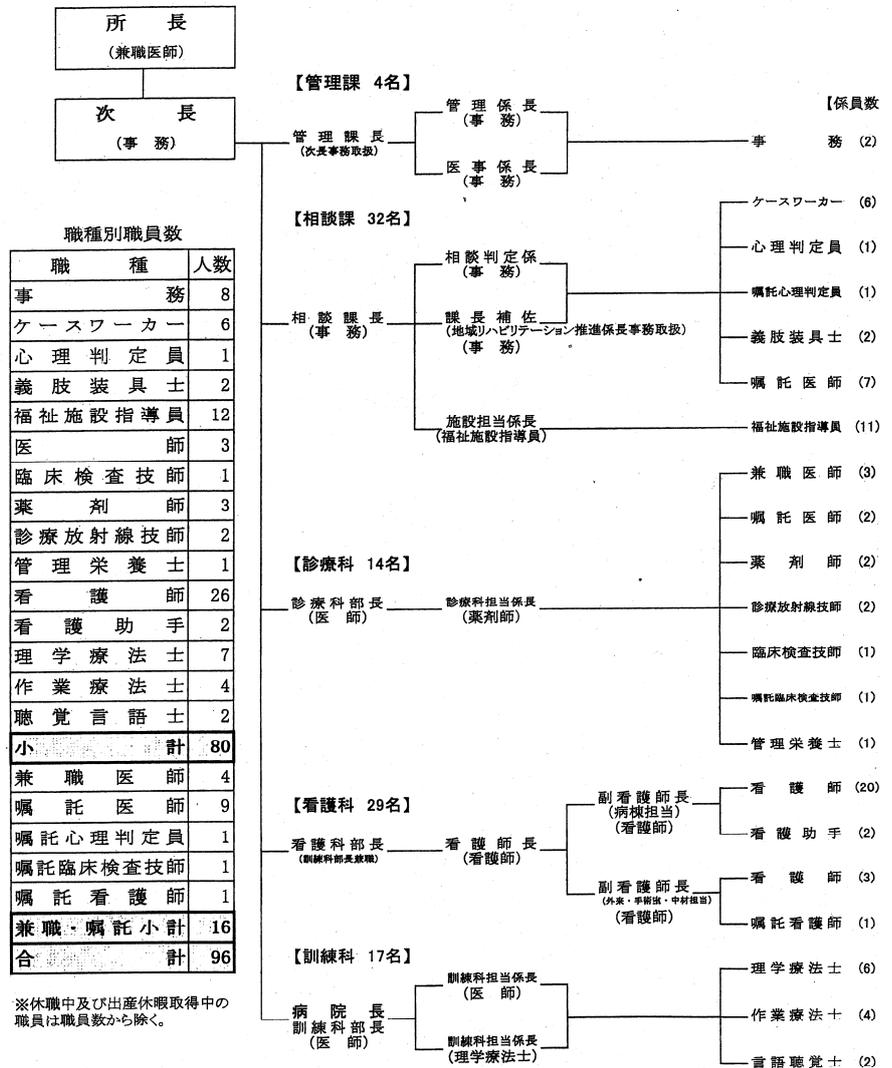
障害のある市民にとって不可欠な補装具又は日常生活用具の製作、研究及び開発を行う施設。

【附属病院】

整形外科、神経内科及び泌尿器科を中心とした外来診療部門並びに障害者施設等入院基本料を算定する40床の病棟を備えた治療及び機能訓練（PT、OT、ST等）を実施して、自宅復帰をめざす施設。

3 組織図、人員配置図及び事務分掌

身体障害者リハビリテーションセンター（平成24年7月1日現在）



平成 20 年度事業概要より転載

2) 市リハセン附属病院の実態—どのような患者を受け入れているのか—

① 本来、民間で不十分な障害者医療を公的責任で保障していく視点を持つことが可能な施設

もともと、障害者リハビリテーション医療は入院期間が長期に亘るため、民間ベースでは採算が合わない。

ここで、市リハセン附属病院の実績からその果たす役割を整理してみる。

平成 23 年度（2011 年度）の入院患者数 73 人（23 年度中に 1 日以上入院していた患者）のうち、9ヶ月以上入院していた患者の疾患名と人数は、整形外科領域で 34 人中、頸髄損傷が 14 人である。同様に、神経内科領域では 39 人のうち、頭部外傷が 6

人である。このように、民間病院では採算の合わない重度のリハ対象者である脊髄損傷や高次脳機能障害のある患者が、相対的に長期の入院期間となっている（図2参照）。

図2 平成23年度入院患者の病名別人員及び平均入院期間

主な傷病名	実人員	平均入院期間
整形外科	34	
頸髄損傷	14	1年3ヶ月
その他の脊髄損傷	8	6ヶ月
切断, 離断	3	4ヶ月
人工関節置換術(変形性関節症)	5	6ヶ月
(関節リウマチ)	2	7ヶ月
その他の外傷	2	5ヶ月
神経内科	39	
脳出血	7	7ヶ月
脳梗塞	4	4ヶ月
脊髄梗塞	2	4ヶ月
くも膜下出血	3	6ヶ月
頭部外傷	6	10ヶ月
急性散在性脳脊髄炎	2	6ヶ月
パーキンソン病・症候群	4	5ヶ月
その他	11	4ヶ月

出典：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（2013年3月26日）資料

② 脊髄損傷の障害者医療を担っている

平成19年（2007年）から23年度（2011年度）の脊髄損傷の入院患者総数は76人であり、5年間の患者総数363人の21%を占めている。そのうち、脊髄損傷の患者の家庭復帰率は61.8%と高い（図3参照）。

また外来患者の中で脊髄損傷の患者は、5年間で162人であり、1年当たり平均して32人の新患が市リハセンを利用していることになる。こうした患者たちには包括的な医療的バックアップが必要である。

すなわちリハビリ科、整形外科、内科、泌尿器科、精神科の充実が欠かせない。市リハセンはそうしたニーズに確実に応えているといえる。

図3 最近の脊髄損傷の入院・外来患者状況

年度	脊髄損傷(人)	復帰状況	全体数 (人)
19	20(21%)	家庭 13 人, センター施設 1 人, 身障施設 1 人, 病院 5 人	95
20	14(15.9%)	家庭 4 人, センター施設 2 人, 療護施設 1 人, 病院 7 人	88
21	11(20.7%)	家庭 11 人	53
22	21(29.5%)	家庭 15 人, センター施設 1 人, 療護施設 1 人, 病院 3 人, 老人施設 1 人	71
23	10(17.8%)	家庭 4 人, センター施設 1 人, 身障施設 2 人, 病院 3 人	56
合計5年間	76 人(20.9%)	家庭 47 人(61.8%)	363

* 脊髄損傷入院患者の占める割合は、全入院患者の21%を占めている。

出典：平成 24 年度事業概要より作成

③ 期間の定めのないリハビリテーションが必要な患者さんの存在

介護保険制度（2000 年度施行）、診療報酬改定（2006 年 4 月）で疾患別リハビリテーション体系と算定日数制限が導入され、リハビリ難民の発生が社会問題になった。

市リハセン附属病院でも、平成 23 年度（2011 年度）入院実人数 73 人中 46 人と過半数が京都市内 18 病院からの転院患者である。入院前の病院の内訳をみると、回復期病棟のある病院からの転院患者が 27 人だった。また、市リハセン附属病院と同様の障害者施設等入院基本料を算定する病院からの転院もある（図 4）。この事実はどう説明したら良いのだろうか。

図4 平成 23 年度入院患者の入院前の状況

入院前の状況	回復期	障害者施設等	実人員 (人)
京都市内の病院			46
① 京都医療センター			4
② 京都市立病院			5
③ 京大附属病院			1
④ 京都第二日赤			3
⑤ 京都南病院		○	2
⑥ 康生会武田病院		○	1
⑦ みささぎ病院			1
⑧ 相馬病院			1
⑨ 日本パプテスト病院		○	1
⑩ 大原記念病院	○		8
⑪ 京都博愛会病院	○	○	2
⑫ 京都民医連第二中央病院	○		1
⑬ 洛陽病院	○		1
⑭ 京都武田病院	○	○	1
⑮ 十条リハ病院	○		7
⑯ 洛和会音羽病院	○		2
⑰ 蘇生会総合病院	○		4
⑱ 洛西シミズ病院	○		1

出典：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（2013 年 3 月 26 日）
資料

出典：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（2013 年 3 月 26 日）

資料 6-2、資料 10 から作成(京都市)

それは、民間病院では対応しきれないリハビリテーションを必要とする患者が存在する。こうした患者には、期間の定めのないリハビリテーションを提供する市リハセン附属病院が望ましい。そのように考える医療機関が存在しているのである。多くの脊髄損傷や頭部外傷の患者が、期間の定めのないリハビリテーション医療を求めているのである。

④ 市リハセン附属病院の家庭復帰状況

市リハセン附属病院を退院する患者のご家庭への家庭復帰率は、平成 19 年度（2007 年度）から平成 23 年度（2011 年度）までの 5 年間で平均 60%だった（図 5）。

この数字は、重度な障害を抱えていてもリハビリテーションを必要とする人にきちんとしたリハビリテーションを提供すれば患者の QOL の向上に寄与できるという証明である。こうした実績は、京都市民がもし重度な障害を抱えることになっても、市リハセン附属病院が最後の砦となり、人々の健康と生活を支えているという安心につながっていると確信できる。

図 5 市リハセンを退院した患者の家庭復帰状況

年度	家庭復帰人数	全体入院患者数（人・%）	
19	58	95	61
20	44	88	50
21	33	53	62
22	52	71	73
23	31	56	55
合計 5 年間	218（人）	363（人）	100%

*1 年当たり、平均 43 人が家庭に復帰しその比率は平均 60%である。

出典：平成 24 年度事業概要より作成

⑤ リハビリテーション医療制度の欠陥を保障するのは、市民の命と生活を保障する公的機関である

回復期で終了しない人、パスに乗れない人等、制度の狭間に落とされた人達の命と生活を保障できる医療機関は市リハセン附属病院だけである。これは、他都市に誇れる医療機関である。重度障害者の受け入れの幅を広げる、経営的側面をもつ、専門職の研修の機会を受け持つ等多くの課題があるのは事実であろう。だからこそ、廃止でなく拡充・充実を計ることでそれを克服すべきであろう。

3) 附属病院の特徴

① リハビリ中心の入院ではあるが回復期リハビリテーション病棟とは異なる

京都府内には、20 の回復期リハビリテーション病棟を持つ病院が存在する（2013 年 8 月 1 日現在）。回復期リハビリテーション病棟は、その名の如く、積極的にリハビ

リハビリテーションを実施する入院料形態である。附属病院も積極的にリハビリテーションを実施する病院であるが、入院日数に制限のある回復期リハビリテーション病棟から依然積極的なリハビリテーションが必要な患者を多く受け入れているところから、回復期リハビリテーション病棟とは異なる役割を果たしてきたことがわかる。実際、直近1年間で、回復期リハビリテーション病棟のある病院から転院してきた患者は27人で、全患者の37%を占めている(2011年度)。同一疾患については、たとえ転院しても回復期リハビリテーション病棟入院料の算定期間は延長されないため、算定期間を終えての回復期リハビリテーション病棟から回復期リハビリテーション病棟への転院は考えられない。市リハセン附属病院はそのようなニーズを支えてきたのである。

② 障害者施設等入院基本料算定病棟だが、他の病院とは異なる

市リハセン附属病院が現在算定している障害者施設等入院基本料を算定する病棟を持つ病院は、京都府内に43病院存在する(2013年8月1日現在)。北区から京都市立病院の北側の敷地に移転予定の京都地域医療学際研究所附属病院は、2013年8月1日付で当該入院基本料を返上した。移転先の場所柄、市リハセン附属病院の機能を分担することが期待されていただけに、当てが外れたことになる。さて、障害者施設等入院基本料病棟は、重度の肢体不自由児(者)や脊髄損傷等の重度障害者(いずれも脳卒中後遺症及び認知症の患者を除く)等対象患者を7割以上入院させて、比較的長期に療養する病棟である。しかし、同一の入院基本料であるからといって、入院している患者層が同じとは限らない。同入院基本料を算定する病院には、肢体不自由児を中心とした病院から、高齢者の多い病院までさまざまである。市リハセン附属病院の特徴としては、次のようなものが挙げられる。リハビリ実施数と在宅復帰率である。

障害者施設等入院基本料算定患者に対する患者1人当たりのリハビリ実施状況は、平均0.8単位^{※4}である。市リハセン附属病院における患者1人当たりのリハビリ実施状況を考えると、それを大きく上回り、回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者並みと考えられる。

また、入院患者の在宅復帰率は60%と、多くの患者が自宅に復帰していることがわかる。これも、障害者施設等入院基本料算定患者の平均(約47%^{※4})を上回っている。回復期リハビリテーション病棟入院料の基準からみても高いことがわかる。

以上のような特徴を持つことから、これらをより活かせる方向での改革が求められる。

※4 「障害者施設等入院基本料算定患者に係るアンケート結果」(京都府内の障害者施設等入院基本料を算定する病院を対象に2013年8月、京都府保険医協会が実施。対象は42病院、回収は11病院、回収率は26%)

4) 当面目指すべき発展・拡充の方向

① MSW(医療ソーシャルワーカー)の配置と退院調整機能の強化

今や、MSW(医療ソーシャルワーカー)を配置することは病院の常識となっている。退院調整を行う主の担当者・部門が不明確であるということは、各部門の情報を集約する部門がないということであり、入院日数が意図せず延長され、患者にとっては退院時

期の遅延、病院にとっては次の患者を受け入れることが遅延するなどの悪影響が出る。当該患者にとって、入院期間が最短となるよう、退院調整を行う機動部隊を配置する必要がある。

また、入院患者の受け入れもスムーズに行う必要がある。MSW は他の病院と連携、マーケティングを行いながら、入院候補者を明らかにし、病床の空きが出ないように管理すべきである。

② 若干でも収益の拡大を目指す

現在、市リハセン附属病院が算定している入院料は障害者施設等 10 対 1 入院基本料である。当該入院基本料は平均在院日数要件がないため長期に入院患者を受け入れるのは適している。しかし、重度の肢体不自由児（者）や脊髄損傷等の重度障害者（いずれも脳卒中後遺症及び認知症の患者を除く）等対象患者を 7 割以上入院させている必要があり、脳卒中後遺症や高次脳機能障害の患者を積極的に受け入れられないというデメリットがある。上記①を実現することにより、一定の平均在院日数の短縮と平均入院患者数の増加が見込めるが、一般病棟入院基本料に変更できるほどの急激な平均在院日数の短縮は難しい。

原則増床が不可能な状況で、大きな入院料変更は困難である。

そこで、少しでも収益を上げる方法として、現在の病棟の中に、亜急性期入院医療管理料の届出を行うことを提案する。

亜急性期入院医療管理料は、40 床ある病床のうち、最大 30 床まで届出可能である。現状では、回復期リハビリテーション病棟から転院してきた患者も受け入れることができ、対象患者の割合についても基準はなく、高次脳機能障害の患者も受け入れることができる。包括型の入院料ではあるが、リハビリ点数は出来高算定可能である。60 日間の算定制限があるが、その期間は収益増が見込まれる。また、そこが 1 つの退院の目安となる区切りにもなる。

亜急性期の 60 日制限に仮に引っかかったとしても、その時点で、残りの障害者施設等入院基本料算定病床へ転床してもらうことで、現状と同じ取扱いが可能である。

なお、障害者施設等入院基本料の対象患者割合 7 割以上の要件は、亜急性期入院医療管理料算定病床も含めての算出となるが、7 割に該当する患者数を増やせば、残り 3 割に入院させることができる患者数も増える。

現在は空きとなっているベッドを、上記①の効果で活用し、亜急性期入院医療管理料を当初算定することによって、若干ではあるが収益増を目指す。

③ 外来機能の拡充と市立病院との連携

市リハセン附属病院において、脊髄損傷等の重度障害者を対象にした泌尿器科外来が大変好評を得ている。現在入院中若しくは通院中の患者のために、また地域住民により広く利用してもらうために診療科や機能の拡充は実施したいのはやまやまであるが、しかし、限られたスペースと医師配置の中で、附属病院単独でのこれ以上の診療科の拡充は現実的でない。そこで、考えなければいけないのは同じ京都市の市立病院の活用であ

る。京都市立病院は多くの診療科を持つ京都市の中核病院である。しかも附属病院と京都市立病院との距離は約1 km。両病院の間をバスで結んだり、安全な歩道を整備することで一体的に運用することができるはずである。

これらのことから、現在の機能を確保しつつ、新たな患者受入が可能となり、収入増につながることを期待される。全国にある同様の病院、リハビリテーション施設も、医療保険収入のみで黒字化しているわけではなく、一定の公的資金を投入することによって、公によるリハビリテーションの保障を行っているのが現状である。収支改善させることはもちろん必要であるが、医療保険収入のみによる黒字化はほぼ不可能であることを、医療保険制度の仕組み（長期入院の患者向け入院料の低価格設定、リハビリテーションの算定日数上限等）から受け止めた上で、方策を講じなければならない。

④ 総合相談窓口機能

京都市が基本方針案で提案する3障害一体となった相談・支援体制の必要性に異論はない。但し、それが現在の児童福祉センターに設置された知的障害者更生相談所や、こころの健康増進センターの相談機能の統合を視野に入れたものであれば、手放しで歓迎できない。

現在の京都市の姿勢を見れば、総合相談窓口機能設置が梃子となり、児童福祉センターやこころの健康増進センターの機構改革が誘発され、またもや市の公的な医療・福祉保障機能後退の糸口になる可能性が高い。

総合相談窓口機能設置の前提に、京都市の姿勢を転換することが必要である。

これは、地域リハビリテーション推進に関しても同様である。

「総合調整機能」は必要だが、リハビリテーションを公的に保障するための拠点となるためには、自らサービス提供する機能が必要であり、それを失っては、単なる管理機関になってしまうからである。

⑤ 人材育成

市リハセンには、京都府理学療法士会（現在は移転）、京都府作業療法士会、京都府言語聴覚士の事務所が置かれ、各士会主催の勉強会が数多く催されている他、数多くの研修生・実習生が受け入れられてきており、まさに京都府におけるリハビリテーションに従事する人材を育成する拠点となっている。この機能を失うことは、京都府内のリハビリテーション全体の質の低下を招くことになり許されない。

(4) 〈第2段階〉将来構想 ー総合保健施設化へー

第2段階として、もう少し長いスパンでの構想に触れておきたい。

京都市に求めたいのは、「総合保健福祉施設」の設置であり、そこへ市リハセンを位置付ける方向性である。これについては、すぐにでも当事者・市民が参加しての議論を開始してほしい。

市リハセン附属病院については、受け入れニーズの高い高次脳機能障害の患者や、これまで以上の多様な患者を積極的に受け入れるために、それら患者に適した病床を確保

する必要があるため、増床を前提とした入院医療の拡充が必要となる。

たとえば私たちの考える、総合福祉施設は2つの大きな機能を持つことになる。

1つは、制度欠陥の受け皿の役割も果たしながら、民間で受けられない患者（高齢者の障害者にも対応）のリハビリテーションを担当し、社会復帰・在宅復帰を目指す機能である。これは、現在の市リハセン附属病院が果たす役割でもある。国制度の欠陥が改正されない限り、この役割は、公的施設の存在意義の根幹として、決して失ってはならない。

2つは、地域の医療・福祉・リハビリテーション保障の拠点機能である。市リハセンだけで市民の困難を解決することはできない。行政の保健・福祉部門との連携が必要となる。基幹型地域包括支援センターの設置、保健所機能や児童福祉センター機能を併設した、総合的な保健福祉拠点をつくり、その中核施設の1つに、市リハセンを拠点として位置づけることが考えられる。

これらにより、シームレス化がすすめられ、総合保健福祉施設が、京都市における地域リハビリテーション拡充と地域包括ケアシステム推進の拠点となる。

訪問サービス、通所サービス、ショートステイ等、リハビリテーション保障にかかわるさまざまな社会資源をつなぐ公的な中核施設として、地域の核である地域包括支援センターや障害者地域生活支援センターと連携する。

患者・市民にとって、最後の砦であり、なおかつ最大級の安心を保障する施設となる。

京都市の財政が危機的な状況にあったとしても、医療・福祉の保障が公的になされる必然性がなくなることはあり得ない。

どのような保健・福祉行政を実現するか。その中で、リハビリ行政はどうあるべきか。そして、市リハセンの在り方・機能をどうするか。

これは、京都市民自身が議論し、実現する課題である。

市当局が財政事情で一方向的に附属病院廃止に突き進んでいる現状は、京都市民の議論機会の封殺に等しい。市民のための保健・医療・福祉行政のグランドビジョンを京都市自身が真剣に検討することを強く求めたい。

京都のリハビリを考える会

京都府保険医協会

京都府作業療法士会

京都府言語聴覚士会

京都障害児者の生活と権利を守る連絡会

リハビリセンター活性化実行委員会

京都社会保障推進協議会

京都市職員労働組合民生支部

京都市職員労働組合民生支部リハビリテーションセンター分会

〈事務局〉

京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町 637

第 41 長栄カーニープレイス四条烏丸 6 F 京都府保険医協会内 TEL 075-212-8877