

第5回千葉県千葉リハビリテーションセンター施設整備検討会議 議事録

1 日 時 令和元年11月25日(月) 午後5時から午後6時30分まで

2 場 所 県庁本庁舎5階大会議室

3 出席者

(1) 構成員(15名中14名出席)

①有識者

大島構成員、飛松構成員、山本構成員、江本構成員、飯岡構成員、奥野構成員

②庁内関係課等

渡辺保健医療担当部長(議長)、吉永千葉リハビリテーションセンター長
中村健康福祉政策課長、大野健康づくり支援課長、萩原障害者福祉推進課長
佐藤医療整備課長、山崎副病院局長、酒井特別支援教育課長

(2) 事務局

①障害福祉事業課

野澤課長、中里副課長、吉武副課長、鈴木県立施設改革班長、岡本副主査
齋藤副主査、仲間主事

②千葉県身体障害者福祉事業団

菊地副センター長、関口事務局長、池畑看護局長、景山福祉局長、大高総務部長
瀧澤総務部副部長心得

③システム環境研究所

八尋、赤倉、大沼、小田

4 会議次第

(1) 開 会

(2) 議長挨拶

(3) 議 事

国からの地域医療構想再検証の要請に対する今後の対応について
基本計画原案のたたき台について

5 議事

(事務局)

開会に先立ちまして、配布資料の確認をお願いいたします。

①会議次第

②構成員等名簿

③座席表

④資料1 国からの地域医療構想再検証の要請に対する今後の対応について

⑤資料2 センター施設整備に係る基本計画原案のたたき台

⑥資料3 センターの病床数・定員数(案)について

以上でございますが、資料の不足等はございませんでしょうか。

<配布資料の確認>

お待たせいたしました。

皆様には、お忙しい中、御出席をいただき誠にありがとうございます。

私は、本日の司会を務めさせていただきます障害福祉事業課副課長の吉武でございます。よろしくお願いいたします。

なお、本日の会議は、千葉県情報公開条例第27条の3に基づき、公開で開催させていただきますので、よろしくお願いいたします。また、報道機関より録音、冒頭撮影の申し出がありましたので、あらかじめご承知おきください。

ただ今から、「第5回千葉県千葉リハビリテーションセンター施設整備検討会議」を開催いたします。

なお、本日、玉元様におかれましては所用のため御欠席とのご連絡をいただいております。また、中村健康福祉政策課長におかれましては少し遅れるとの連絡をいただいております。

それでは、開会に当たりまして、渡辺議長よりご挨拶を申し上げます。

(渡辺議長)

健康福祉部保健医療担当部長の渡辺と申します。

本日は、大変ご多忙の中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日の議事次第でございますけれども、2点ございます。国からの地域医療構想再検証の要請に対する今後の対応についてと基本計画原案のたたき台についてです。

1点目は資料にもあります通り、国は議論を活性化させるために一律の基準に基づき分析した結果を公表したということですが、今後は各地域の医療構想調整会議において方向性を整備していくことになると思いますので、このような観点から1つ目の議事のご協議をしていただければと思っていますところでございます。

2点目は基本計画原案のたたき台についてです。前回の会議では、「新センター整備に向けた基本的な考え方」や、「新センターの基本方針として検討すべき事項」等について、ご協議いただきましたが、本日は皆様のご意見等を踏まえ、基本計画（原案）のたたき台をご用意させていただいたところでございます。

本日は、このような内容をご用意しております。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、忌憚のないご意見等をお願い申し上げ、挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございました。

それでは、これより議事に入りますので、渡辺議長に議事進行をお願いしたいと存じます。

渡辺議長、よろしくお願いいたします。

(渡辺議長)

それでは座って失礼いたします。

議事に入りたいと思います。

円滑な議事進行にご協力をお願いいたします。

本日の議事(1)「国からの地域医療構想再検証の要請に対する今後の対応について」事務局から説明願います。

<事務局から資料1の説明>

(渡辺議長)

議事(1)の資料1について、現状と11月13日に行われた千葉地域医療構想調整会議についてのご報告でしたが、何かご意見ございましたらよろしくをお願いいたします。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

追加で説明させていただきます。今回の国の公表については、千葉リハセンターとしては大変驚きました。地域医療構想の話の議論そのものが、将来に向けて大きな医療の枠組みを変えるなかで、とくに急性期病床の問題を扱っているという理解でいたからです。千葉リハセンターのような障害児者のリハビリテーションを主とする病院が名前に挙がったことについては驚きましたし、遺憾に思いました。事務局の説明にあった通り、今回の抽出は、一般病床を持っていて、急性期の加算のパラメータが無い病院を一律に拾い出すという手法をとられました。一般病床といってもいろいろな対応をしている病院がたくさんあるわけですが、総合リハセンターのような病院は当然救急医療をやっていないので、もちろん脳卒中や小児は実施していますが、急性期の加算をとっているわけではないので、一律に拾われてしまったのだと思います。全国的に見ても、総合リハセンターの名前が載っておりますし、急性期からリハビリテーションを積極的に行っている病院も名前が載ってしまっていて、見直しというようなことになると障害者医療に大きな影響が出ると捉えています。県としては一応検証していただいて、今建替えの話が始まっており、こういう形で振り返っていただいたのかなと思いますので、ご理解いただきたいと思います。ただ、利用者の方から千葉リハが無くなってしまうことに対しては非常に心配だというご意見もいただいております。具体的には先週、高次脳機能障害の会議が千葉リハ内でありましたけれども、家族会からも大変心配される声が挙がっておりましたので、そういう話ではないということを千葉リハも発信したいと考えておりますし、県も発信していただければありがたいと思います。

(渡辺議長)

ありがとうございました。皆様方からいかがでしょうか。

(佐藤医療整備課長)

千葉リハビリテーションセンターというのは総合的なリハビリテーションを担う施設だ

なというふうに感じました。ただ、吉永先生からご説明があった通り、急性期の機能がピックアップされてしまった結果、そのような評価をされてしまったことは由々しきことだと思います。ですが、総合的なリハビリテーションの機能は回復期に分類されるもので、急性期ということによって誤解を生じている部分もあるのではないかなと思います。病床機能報告で、急性期とつけている部分があるからこういった取り扱いをされてしまったのではないかと思ったのですが、その辺りはいかがですか。

（吉永千葉リハビリテーションセンター長）

今の質問は非常にこの問題の鍵になる部分だと思います。急性期で提出したというのは具体的に言うと、2025年に向けた病床機能報告の際に、本来は地域一般入院料3に該当し、回復期に属する病床なのですが、その時の国からの指示で、診療報酬の平均点数をもとに提出しなさいとあり、千葉リハは手術機能を持っているために回復期の枠を超えてしまい急性期で出したという背景もあります。実際に病床を利用している方の半分以上は急性期ではありませんので、回復期に値する病床だと思いますが、改めて国からの統計の出し方資料を見てみてもどちらで判断して良いのか分からない部分があります。非常に重要な問題なのですが、今回はこれ以上の発言はさせていただかないで、今後のいろんな検証にお任せしようかなと思っていますところですよ。

（渡辺議長）

ありがとうございます。いかがでしょうか。

（飛松構成員）

国からの地域医療構想再検証の要請とは全く関係なく、このセンターの今後を考えるとということでよろしいですね。

（吉永千葉リハビリテーションセンター長）

私はそのように捉えておりますし、ぜひそういう視点でこの会議を外部の先生方にご発言いただければと考えております。県の方がどのように考えているかは分かりませんが。

（中村健康福祉政策課長）

健康福祉政策課でございます。地域医療構想を担当している部署でございます。今回の国からの発表では、県内で10の医療機関の名前が挙がっております。また、国の資料ではサイズダウンや機能転換も再編統合にあたるとされています。国に急性期として報告している病棟であるということですが、吉永先生からあったように、実態として急性期なのか、それとも回復期なのかという議論もあるとのことですので、例えば、回復期の病床だと位置づけて報告することも、国から求められている再編統合のなかの選択肢の一つになるものと考えております。国から報道等で情報は出ていますが、この再検証について具体的にどういう形で進めていくかはまだ見えないところがございます。国から公表のもとになったデータですとか、今後いつまでに県で再検証しなければならないのかということについて正式な通知もないため、それらを見た上で対応していく必要があると思っております。

す。リハビリテーションセンターが国からの指摘対象になったことは県としても想定外でしたし、性質的にもそうなるべき病院ではないと考えておりますので、この検討については、これまでの議論の前提としていただく方が良く、個人的には思っております。ですが、最終的には国の通知で必要とされた検証は行っていくことになりますので、どのような形で決着がつくのかについては、改めて議論していきたいと考えています。

(渡辺議長)

他にございますでしょうか。よろしければ先に進みたいと思います。

次に議題（２）「基本計画（原案）のたたき台について」事務局より説明願います。

<事務局から資料２、３の説明>

(渡辺議長)

ありがとうございました。

ただ今、資料２と資料３に基づいてご説明頂いたところでございます。繰り返しになりますが、本日は、基本計画原案のたたき台について、ご議論いただければと思います。どこからでも構いません。ご質問、ご意見等ございましたらよろしくお願いいたします。

(大鳥構成員)

一般病床３３床というのは現在、どのように使われているのでしょうか。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

資料３、Ｐ１のグラフをご覧ください。２Ａ病棟が一般病床３３床で、これを見ますと半分以上の方が関節・骨折の方が入院しているように捉えられますが、これは利用した人の数が入っております。関節・骨折の方の利用期間は若干短いので、今日どのような方がいるか、といった場合は、関節・骨折の方は５０％を切っており、脳卒中やその他の方々が５割を超えます。具体的には３３床のうち、関節外科およびその手術、総合リハビリテーションでは１２床を基本にしていますので、残りの１９床はいろいろな形で脳卒中の方、短期で入院が終わりそうな方、手術、例えば更生施設に入っている方が治療をするという形で使っています。実は、回復期リハ病棟が出来たのは２０００年ですので、最初からこういう使い方をしている訳では無くて、この１０年の中でいわゆる一般病床の部分と障害者病棟とを入替えを行う等、その時に応じて使い方を工夫しながらやっております。診療報酬の影響で今後考え方を変える可能性もありますが、今の一般病床としてはこのような形で使用しています。

(渡辺議長)

ありがとうございます。よろしいでしょうか。他にいかがでしょうか。

(佐藤医療整備課長)

３点ご質問したいです。まず資料３、Ｐ１１に各施設の課題が①～③と書かれています。

センターの病棟の各機能を表記いただいております。先ほどセンター長のご説明にあった通り、当時の機能を書かれているものかと思います。これは、今後の国の通知等のなかで、どういう表記が一番現場に合っているのかを踏まえて書き直されるのか、というのが1点目の質問です。2つ目としまして、センターは大きく3つの病棟、一般病棟、回復期リハ病棟、障害者病棟があるとのことですが、病棟が多くなるとシフトを組む際に、かなり人を必要とする配置になっているのかと推察します。看護職員の確保が大変だと聞いておりますので、そういったなかで病棟をこのままで良いのか、現状すでに確保しているから大丈夫なのか、その辺りの所感を教えていただければと思います。3つ目です。愛育園、医療型障害児入所施設ですが、設置根拠は病院という扱いになったかと思います。増床ということであれば許可等が必要になってくるのだと思いますが、定員18名増というのは、どういう風に算出しているのか教えていただきたいです。増床させれば、それに伴ってスタッフが必要になるかと思いますが、どのくらい必要になるのかをすでに見込まれているのでしょうか。

(事務局)

一般病棟や回復期病棟の記載は現状を書いております。今後どう整理するのかは再検討したいと思います。続いて看護職員の確保はどうするのか、非常に大きい課題だと考えております。今回の試算では、一般病棟の7床を障害者病棟に転換しますと、+4.2名必要だというシミュレーションを立てており、そこは頑張って確保していきたいと考えております。最後の愛育園の18床の積算と職員がどれくらい必要かということについて、増床の必要性については先ほどご説明させていただきましたが、18床という明確な根拠は推計が難しいというのが正直なところです。受け入れ体制側としては1病棟あたり60床が上限ということで、現状2病棟で93床を社会的養護の方のための病棟を持っていますが、そこを最大の2病棟で120床まで増やします。また、親子病棟と有目的の病棟については、これまでの申し込み実績等を踏まえて39床を30床に減らし、トータルで18床増の150床とし、収支シミュレーションを踏まえて整理した数値となっています。スタッフがどれくらい必要かという点について、愛育園は看護師を+14名で見込んでいます。その他介護福祉士、保育士、療法士を含めた全体で27名程増えるのではないかという試算をしています。

(渡辺議長)

補足はありませんか。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

事務局からご説明があった通りで良いと思います。とくに愛育園の増床については、先ほどお示しされた待機者が増えている点が論点になっています。この辺については山本委員から今後もその状況が続くのかどうか等、過去の会議でも提案はありましたが、県でも地域生活に戻れない方々が増えるだろうという視点でこういう設定をされたのかと思っていました。現状では、看護については、大変ありがたいことに、定員数が充足するようになっていて、10年ほど前から教育に力を入れ始めて離職率も減ってきています。やりがい

を感じている方も多いようですので、頑張っていけば確保できるのではないかという前提だと捉えております。

(渡辺議長)

佐藤課長いかがでしょうか。

(佐藤医療整備課長)

回答ありがとうございます。待機者については、これまでの議論のなかでも今後どうなるのかという話はありませんでしたが、現在、待機者数は129人いらっしゃるということです。今入所されていない方は別のサービスを受けられているのだと思います。それは、どういうサービスを受けているのでしょうか。逆にそこを強化していくのもあるのかと思います。

(渡辺議長)

山本先生お願いします。

(山本構成員)

待機されている方のほとんどは在宅の方で、限界というところで親御さんが見られている方が多いです。それ以外は、病院の一般病棟の小児科病棟に一般療養という形で入院されていて、重症心身障害児としてのケアが受けられない状況の方がいらっしゃいます。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

山本先生、教えていただきたいのですが、一般病棟に入っている重度の方が、家庭に帰すことも施設にも入ることが出来ず、診療を圧迫しており、救急医療にも影響が出ている病院があると聞いたことがあります。実際はそうなのでしょうか。

(山本構成員)

とくに一昔前は新生児、NICUにそういう方が多くいらっしゃって、新生児、NICUの診療を制限してしまっている傾向はありました。少しは解消されていますが、多少はそういう傾向はあります。一般小児科のPICUに入っている方もいらっしゃるのので、一般急性期診療を手狭にしている傾向はあります。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

現実的な問題として、新生児医療の充実が求められ、その対象はかなり小さくても生命維持はできるけども障害を持っているというふうな方にシフトしてきています。出生率は減っていますが、このような方々は減っていないということも聞きます。先ほどの説明の最後にあったように、今後の目指すこととして在宅支援の強化ということで、そういう方でもなるべく在宅で生活できるような工夫を千葉リハセンターとしても充実させてきています。ただやはり、どうしても社会的に難しい方は、入所せざるを得ないと思います。実際、今千葉リハに入所してきている方は、在宅指導する中で社会的に施設が必要な方以外

は入れないような状況ですので、今後もそのようになっていくのかなと思います。この問題は単に慢性期医療だけでも解決できないし、急性期医療だけでも解決できないし、社会も大きく影響することだと思いますので、将来的な完全な見込みは難しいと思います。簡単にはそういうことを必要とする方は減らないのかなと捉えております。

(山本構成員)

今回、障害者病棟、愛育園の120床と30床のなかで短期入所はどこになりますか。具体的にどれくらい増えると考えられているのでしょうか。

(事務局)

現在、短期入所は空床型でやっております、最大20名を目標にしているところでございます。今回は、その20名を25名に広げたいというふうに考えています。

(山本構成員)

120床で25名を受入れるということですか。

(事務局)

そうではなく、基本的には150床のなかでみる予定です。

(飛松構成員)

まず、病院のほうですが、人口が減っていくことと高齢者が増えていくことで、現在の病床数を維持したいということだと思うのですが、回復期病棟の利用率を見ると、9割ということで回復期病床としては低いというのが現実だと思います。そういうことを考えると、この病床を維持するのには疑問が残るところではあります。次に、医療型障害児入所施設ですが、社会的入園病棟にいる方々は皆さん措置ですか。措置であれば、契約で入れる人の部分が少ないのではないかと思います。もう一つ、何を考えなければならないかと言いますと、地域移行でなるべく施設から出しましょうという時代に、ここの部分を増やす根拠を説明できないといけません。私立であれば好きにやってもらって構わないですが、やはり県立ですからきちんと説明できなければならないと思います。どうしてこんなに待機者がいるのかというと、県としてその人たちが地域で生きていけないという状況を作り出しているから施設に入れてほしいという話になっており、県が福祉のことをもっと考えるのであれば、この人たちの在宅支援をするような政策をして、地域で生活できる、施設から出られる、という状況にならないと本来はいけません。その辺りを全然議論しないで待っている人が多いから病床数を増やすというのはいかがなものかという感じがいたします。少なくとも説明がきちんとできないと、世の中的には受け入れられないと思います。

(渡辺議長)

山本先生お願いします。

(山本構成員)

今のご質問は、皆さんに待機者リストを見せてもらって、個々の事例がどういう状態で待機しているのかを見た方が分かりやすいのかなと思います。病院に入院している方の実態は把握できていますので。あと、千葉県内で在宅移行が難しいのは、短期入所できる施設が限られており、千葉市周辺は比較的短期入所を利用できる施設があるのですが、千葉市以外の葛南地域や房総は、短期入所ができる施設が限られていて、地域移行が難しいという問題が千葉県全体としてあります。県が障害福祉として、短期入所ができる施設を福祉圏域ごとにしっかり整備していただければ、より一層在宅移行がスムーズに進むと思います。現状ではかなり入所希望の方が待機しているという状況になっています。短期入所の利用施設が増えれば、待機者のうち数十人は減るかもしれませんが、120名の方が半減するようなことはないかと思います。

(飛松構成員)

福祉型の入所施設では、加齢児といって18歳を超えても施設にいる方がたくさんいて、その方々を地域に出すために地域移行が始まったわけです。そういうときに施設にアンケートするとここにいるのが一番幸せだという回答になってしまいます。それは、昔の障害者は施設に在るべきだという考えと同じです。どこかで変えるべきです。今みたいに短期入所を増やせば待機者が減るということであれば、それを実施した上で、県リハは何をすべきかを考えなければならないのです。現状を受け入れるだけでは、障害者の生活の質をあまり考えていないのではないかと思います。抽象的な話をされていて千葉県の現状を踏まえていないと思いますが、そういう観点から説明が出来ないと良くないのではないかと、このままでは時代に逆行しているのではないかと思います。

(野澤障害福祉事業課長)

ご指摘ありがとうございます。待機者リストを見せながらという話もありました。工夫して実施したいと思います。

私の個人的な試算ですが、630万人の県民がいて、待機者と6施設の定員を合わせますと591人くらいにはなります。1万人あたりの出現率が0.94人になってまして、人口が500万人まで下がったとした場合であっても、同じ出現率だとすれば、待機者と定員で469名になります。増床分の18名を足しても全体の病床数480ですが、稼働率の問題もあります。また、人口500万人というのはずいぶん先で、資料3、P7をご覧くださいなのですが、千葉県の将来推計人口は、2040年でも530万人いて、この時点でもまだそのような状況であることは数的には確認しています。それから、ご指摘の地域移行の問題については、千葉リハだけでも短期入所を増やしようという考え方をしているのと、通所施設についても機能強化を図りまして、在宅で過ごしてもらいながら、利用者が活動する、保護者のために預かることが出来るようにと考えております。また、ここでは表現していませんが、短期入所については増やさなければならぬと思っています。別の所で議論しているのですが、例えば老健、看護多機能施設だとかを考えています。総合的に考えなければならぬと感じています。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

飛松先生がおっしゃったのは全くその通りで、県や千葉リハには説明できる資料が必要だと思います。ただ、短期入所は現場を非常に圧迫します。今20名ですが厳しくなっています。例えば、短期の方でも人工呼吸器を持って入ってきます。ずっといる方であれば、その方の状態を看護師は分かっておりますので、ちょっとした変化にも気づけますが、初めての短期入所の方、普段から千葉リハを利用していない方となると、その方の状態を看護師が把握して異常に対応するのは、非常にストレスですし技術が必要なことです。今、野澤課長から老健などの話が挙がりましたが、ここでいう短期入所は簡単な話ではありません。ものすごく医療的ケアを抱えた方の短期入所ですので、飛松先生がおっしゃるとおりで、県全体として長期的にどうするのかはぜひ考えていただきたいですし、千葉リハの通園を利用できる方は本当に限られた地域の方で、重度の方ですので、そういった施設を利用できない方は県内にはたくさんいらっしゃると思います。政策的なことも考えつつ、千葉リハはその中心として今後も頑張っていかなければならないと思います。その中で、県として出した数字が18の増床だと理解しています。ただ、最初に申し上げた通り、施設に入れる方を増やすように結果的に見えてしまいますので、説明は必要だと思います。実際に愛育園では中長期の入所者を出す努力をしているのですが、受け入れてくれる場所はありません。また、千葉リハが快適で、ずっと利用したいという強い希望をおっしゃる方ばかりで、なかなか減らせないのが現状です。

(飛松構成員)

比較の対象として他県はどういう状況なのかを示せば良いのかなと思います。

(山本構成員)

最近、医療的ケア児者といって人工呼吸器をつけている患者さんがどんどん増えており、そういう方たちを在宅移行していくための短期入所の施設はかなり不足している状況です。そういう状況もあるので、在宅移行がスムーズに行きづらいという問題があります。県リハのように在宅で人工呼吸器を使っている方でも短期入所を受け入れてくれる病床を増やしてもらえると在宅移行がスムーズに行くのではないかと思います。また、長期に入院している方々のほとんどは高齢になってきていて、うちの病院では50～60歳の方が多くなってきていて、そういう方の親もご高齢ですので、今更そういう方たちを家に帰すことは絶対にできない状況です。いったん施設に入った長期にいる方を在宅移行させるのは難しいです。在宅移行というのは新たに発生している小児や新生児で、重症心身障害児等になった方たちをできるだけ施設に入所させないで、家庭で見てもらおうようにし、在宅移行をスムーズにできるよう短期入所のベッドを増やしていただきたいと思います。

(飛松構成員)

地域移行については、平成33年(2021年)まで0にするという方針で国は頑張ってきたのですが、現状難しくなっています。ですが、基本的に施設から出すことで、次に入る方々も出て行くのだという認識になっていることは確かです。出て行く受け皿を国が作らなかったから出ていけない人がいるという現状を生んでいるのでしょう。無理な

ことを言っているのは分かっています。国立障害者リハビリテーションセンターにも福祉型の入所施設を抱えており、地域移行と言われていても、50～60歳の人があります。ですが、やはり県として理念としてどう実現していくのか、理念のもと県リハをどうしていくのかを考えていかなければならないのかなと思います。また、県リハは事業団がやっているの、事業団が経営を維持できなければなりません。現場の皆さんが大変だということはよく理解できます。

(江本構成員)

親の立場から言わせてもらえれば、生まれながらに重度の障害を持った子どもを持ち、県リハにお世話になりました。それから、支援学校に行き、卒業した後、9年かけて医療ケアを学んで通所施設を立ち上げて、その後、社会福祉法人を立ち上げました。充実した毎日を送っておりますが、毎年医療ケアの方が3～4名入ってきます。えぶりは3～4年経てばいっぱいになってしまうのではないかと思います。県の事業だから仕方がないのかなと思いますが、通所施設にお母さんたちは週5で人工呼吸器をつけながらも頑張って通っており、少しほっとしたいのも正直なところなんです。ですから、増やしてもらえると非常にありがたいです。子どもに充実した生活を送らせたいということで医療ケアのグループホームを作っております。5年目になります。何とかお母さんたちが60～70代で頑張っておりますが、医療ケアのグループホームを自分たちで作るのもすごく大変です。国は地域移行を進めていますが、高齢の親御さんを楽にさせてあげたいという思いから私たちは入所を勧めております。ギリギリの所で頑張ってもらっしゃる方々を身近に見ているので、正直なところそういう気持ちでおります。

(渡辺議長)

ありがとうございました。

(奥野構成員)

重要な議論がなされてきましたが、千葉リハセンターというのは重い障害者のためのケアのセンターではなくリハビリテーションのセンターということですよね。リハビリテーションとケアというのは明らかに違う部分があります。リハビリテーションというのは、障害のある方のできることを増やし能力を伸ばして、地域で生活できるようにさせることです。実際には、このリハビリテーションセンターの今後のあり方を考えるときには、同時に身近な地域の中で、重い障害のある方のケアができるネットワークがなければ、リハビリテーションセンターとしての本来なすべき専門的な機能はできないわけですので、リハセンターのあり方を考えると同時に、千葉県全県において、きちんとした福祉のケアができる体制を同時に作っていかなければリハセンターに大変な負担がきてしまうと思います。

お伺いしたいことが2つあります。資料3、P1で、3つの円グラフに一般病棟、回復期リハ病棟、障害者病棟とありますが、それぞれの入院患者の平均年齢、平均入院期間がわかたら教えていただきたいです。次に、P5で通園事業の定員数が書いてありますが、例えば、未就学児通園えぶりキッズが5人、就学児通園えぶりクラブが5人、そして成人

通園えぶりが6人となっています。この人数は非常に少ないわけですが、千葉リハセンターとしては千葉県全域において、このような通園事業を行う際のモデルを示すために少ない人数でやっているのでしょうか。実際にはこのような障害の重い方が通うときに、千葉リハセンターが遠い人にとっては過酷なことです。このようなセンターが身近な地域に分散していなければならないので、千葉リハセンターがこのような少ない数でやっているというのは、全域に示すためのモデル実施かなと感じたのですが。

(渡辺議長)

ありがとうございました。2つご質問いただきましたけれども、センター長お願いいたします。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

最初の質問ですが、なぜ3つの病棟があるのかと言いますと、できるだけ千葉リハを希望する方たちを吸収してリハビリテーションを提供したいという思いからです。今現在、回復期リハ病棟や障害者病棟もルールが厳しいですから、一般の民間の回復期では入りにくい患者さんがたくさんいらっしゃいますし、これから高次脳、脊髄損傷というような高度な技術を必要とする患者もたくさん紹介されてきますので、何とか入院していただいてリハビリテーションを提供したいという流れの中で、現在の診療報酬ルールの中で3つの病棟を構えているというようにご理解いただきたいと思います。脳卒中患者さんの平均年齢は60歳で、回復期リハ病棟協会が出しているデータでは73歳くらいが平均値ですので、脳卒中患者としてはかなり若い方が紹介されてきています。高齢の方を意図的に断っているわけでもありませんし、むしろ民間よりも受け入れていると思います。理由はやはり他の病院では受けられない方をとっているからです。脊髄損傷に関しては、正確な数字は分かりませんが、以前に比べますと、国全体で高齢の頸髄損傷の方が増えてきておりますので、そういうご紹介が増えてきています。昔のようなハイエネルギーの事象の対麻痺になるような方たちは、今も発生はしていますが、だんだん紹介患者は減ってきています。また、そういう方々は一部の非常に優秀な民間の回復期リハ病棟でも診てくださっている部分もあります。ただ、民間では上手くいかなかった患者さんは退院後に千葉リハに来られる方もいらっしゃいます。そういう意味で、平均年齢は難しいですが、頸髄損傷の方は60代以降の方が増えています。関節の部分につきましては、人工関節の手術をしておりますので、平均年齢は70歳くらいだと思います。一般の回復期でもそうなのですが、骨折の患者さんも一部入っており、そういう方は80歳近い方もいらっしゃいます。高齢化はしてきていると思います。回復期リハ病棟と民間の回復期の比較をされてしまうかも知れませんが、一部の手術機能を除いては全体で回復期リハビリテーションを提供しているとご覧いただけるだろうと思います。

通園施設を作ったのは平成24年ですが、実は愛育園の病棟の食堂だったところを使っています。昔であれば食堂に出て食事ができる方もいたのですが、ほとんどそういう方はいなくなり、経口で食べている方も介助が必要な方ですので、以前に食堂に出て食事をとっていた肢体不自由児の時代の部屋を使ってえぶりをやっています。えぶりキッズは保育室の一部を改良して使っています。当然、地域移行を意識して社会的ニーズから始めたの

ですが、これしかスペースがなかったのです。ニーズがあれば増やせばいいということになりますが、一つは千葉リハに通ってこられる方たちは限られた地域の方たちですので、いたずらに増やしても全県の方をお預かりできるわけではありません。モデルとしてというお話がありましたが、おそらくそういう役割を担って行って、いろいろな地域で重度の方も受け入れられるような施設ができてくるというのが理想だと思いますので、いたずらに増やすわけにはいきませんが今よりは増やしたいというわけです。理論的に増員分を正確に説明することは難しいですが、他の部門の面積等を勘案して、この数字になっているという理解です。

(渡辺議長)

事務局からありますか。

(事務局)

通園事業ですが、未就学児通園は近隣の方は半数程で、袖ヶ浦特別支援学校への入学を希望している方がいらっしゃると思います。また、就学児通園についても、ほとんどが袖ヶ浦特別支援学校に通学している児童生徒で、成人通園についても同様に、ほとんどが袖ヶ浦特別支援学校を卒業された方という状況です。また、平均年齢につきましては手元に資料が無いのですが、年齢別に見ると60～70代が一番多くなっています。説明は以上になります。

(奥野構成員)

通園事業の現在の定員が少ない理由等分かりましたが、私の想像では、このような通園事業は地域で通いやすいところにきちんと配置されなければならないと思いますが、千葉リハの通園施設は、千葉県のリハビリテーションのなかでもトップクラスの職員がいる施設ですので、おそらく他の通園施設よりもリハの視点のサービスが行われているのだろうと思います。

(渡辺議長)

他にご発言していただいていない方、よろしく願いいたします。

(飯岡構成員)

資料3、P11「4. 各施設の課題の整理」というところで、障害者病棟（慢性期）の中に、「回復期リハビリテーション病棟では入院日数の制限（脊髄損傷150日、高次脳機能障害180日）があるため、」と書いてありますが、千葉リハとして、県の総合リハビリテーションセンターを目指すというところからしますと、機能回復はもちろんですが、今後は重度の障害者が増えてくるのだろうと思います。機能回復と社会復帰までを目指す中では、この入院日数の制限というのはかなり短いのではないかと思います。病棟を拡充する必要があるということで病床を増やしていただけることもありがたいのですが、日数の制限まで含めて検討いただければと思います。

(吉永千葉リハビリテーションセンター長)

ご質問の意図の確認ですが、ここに書いてある150日というのは回復期リハ病棟の制限ですので、障害者病棟ではこの期限はありません。ただ、このフレーズは多少問題があるかなと思っており、十分に機能回復そして社会復帰まで到達しないから千葉リハを選ぶのではなく、総合リハ的な機能をもっているから千葉リハを選んでくれるのだと理解しております。もちろん、障害者病棟でも例えば対麻痺の方のなかには150日かからずに退院することもできると思いますが、多くの民間の回復期病棟は次のステップを持っていません。ですので、若い方で社会参加を目指す方は、千葉リハを選んでくださると自負しております。単に回復期の日数だけの問題だけではないと考えております。

(飯岡構成員)

私も混同しておりまして、制限が無いことが確認できれば結構です。

(渡辺議長)

事務局で表現方法を工夫し、分かりやすいように改めてもらえればと思います。
他に何かありませんか。山本先生、お願いします。

(山本構成員)

重症心身障害児のベッド数について、全国平均は人口1万人あたり1.73で、千葉県は0.90となっており、全国ワースト3位です。だいたい半分強くらいしか無く、もともとすごく少ないです。それもあってかなり不足しているのだと思います。

(飛松構成員)

とても良い情報だと思います。

(渡辺議長)

他にいかがでしょうか。

1時間半が経過いたしますので。貴重なご意見ありがとうございました。皆様方のご意見を踏まえて、基本計画の原案の作成を事務局においては進めていただきたいと思います。以上で本日の議事は終了いたします。長時間にわたりありがとうございました。

事務局に進行をお返しします。

(事務局)

渡辺議長、議事進行ありがとうございました。

以上を持ちまして、第5回検討会議を閉会いたします。

皆様、本日は長時間にわたり、大変お疲れ様でございました。ありがとうございました。