

平成25年度第3回リハビリテーション部会 (京都府総合リハビリテーション推進プラン検討会)

次 第

日 時：平成25年8月13日（火）午後3時～5時
場 所：京都府医師会館2階212・213号室

1 開 会

2 委員紹介

3 議 事

(1) 第2回リハビリテーション部会の主な意見について

資料1 … 第2回リハビリテーション部会主な意見について P 1

(2) 個別項目の検討について

ア 高齢者のリハビリテーションについて

資料2 … 高齢者のリハビリテーション P 5

資料3 … 『京都府リハビリテーション教育センター』の設立について P 7

資料4 … 介護における認知症のリハビリテーションについて
(認知症高齢者のリハビリテーション) P11

イ 障害児・者のリハビリテーションについて

資料5 … 障害児・者のリハビリテーション P22

4 閉 会

平成25年度第2回リハビリテーション部会主な意見

《リハビリテーション医について》

○（リハビリテーション教育センター（以下、「リハ教育センター」）について）

リハビリテーション教育センターの対象の一つが、かかりつけ医、開業医である。そういう方に、リハビリテーション（以下、「リハ」）の知識を持っていただきたい。もう一つが、リハ専門医、認定臨床医を目指している医師である。この方々には、深い専門的知識を持っていただきたい。

○リハ医の質の担保が問題。リハの全体的なことがわかる医師がいれば、さまざまな問題が解決できる。全体を見渡して責任を持つ、中心的な役割の人が必要。専門的なリハ医をつくるということ、リハに関わっている先生方の質をあげるサポートがリハ教育センターの当初の役割。

リハ医療をもう少し学びたいという方に対して、リハ教育センターの研修に参加していただければと考えている。いろいろやってみて、御意見をいただきながら、さらに充実させ、リハマインドを持った医師を一人でも多く育成することが、リハ教育センター設立の趣旨である。

○（リハ教育センターでは）リハの基本や最近のトピックスを情報提供する。また、研修会を登録制にし、登録された方に最新の情報を発信していくということをイメージしている。インターネットで基本的な情報がみれて、メールで最新情報を渡せる形が取れば良いと考えている。ステップバイステップでやっていきたい。

○かかりつけ医（在宅を担っている医師）や回復期、老人保健施設のリハを担当している医師に対するリハの知識の普及が必要。

○開業医の先生にどこまでリハマインドを持ってもらえるかわからないが、全体の底上げはいい。今のリハ医の敷居は高い。講習を受けた方に何らかの証明書があってもいいのではないか。

○リハはチームワークが必要。チームの重要性を分かってもらおうと良い。リハ医学会でも関連職種との連携（コミュニケーション）が必要といわれている。

○リハ医はコーディネーター医であるべき。うまくコーディネーターができる、技術的なことを言える医師は、今は少ない。

○チーム医療を進めようとする場合のリハ医の役割は、コーディネーターということである。マインドとは、視点というか視座だと思っている。医療の部分を振りかざすと他の専門職の反発がある。コーディネーターということは、ある一定水準以上の評価ができること。リハ専門医は、領域が広く難しいが、少しずつさまざまな領域をかじってもらい、できるだけいろいろな領域の情報を得て、一定水準の評価をすることが役割だ。

教育システムにしても難しいが、リハ医学会でも講習会があるが、忙しくてなかなか参加できない。スポットとして年1回開催しても残らないので、短い時間でもいいので、年に3～4回程度開催することも考えて欲しい。

○京都府医師会では在宅医療塾というものを実施している。その中でリハの現状を見る機会があり、リハはここまで進んでいるのかと、ずいぶん勉強になった。たとえば、呼吸器リハは、理学療法士が関わるとこれだけ変わるのかという技術を見せてもらったことがある。確かに技術を勉強することも大切かもしれないが、「ここまで進んでいるのか」ということを知って勉強するだけでも非常に役に立つのではないか。

○リハ医の役割は評価だと思う。リハ専門医がいればいいが、そのような環境は少なく、脳神経外科や整形外科の医師が任されていることの方が多なのが現状。それぞれの専門分野はわかってもそれ以外はわからないことがある。トータルに患者さんをみるという意味では、病院の医師よりも、かかりつけ医などの方がいいのではないか。本来はリハ専門医のような全体を見れる医師がいるのが一番いいと思う。

《歯科医師について》

○歯科医師にもリハの研修会に触れる機会が必要。

《リハビリテーション専門職について》

○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は増えているが、今は特に、作業療法士、言語聴覚士の確保が難しい。

○作業療法士、言語聴覚士が不足しており、もっと増やしていきたいとの現場の声がある。地域の中で医療的なリハ、社会的なリハを推進していくためには、地域にでていく何らかの支援が必要。

《看護師について》

○リハ施設における看護職の配置は少ない。看護師がどこまでリハを担うのかがまだよく理解できていない。整形、回復期などリハは重要になってくるので、看護師として、それを担う認定看護師を育成したいと考えており、専門医とあわせて看護師に対するリハの教育も必要ではないか。

訪問看護ステーションの経営は厳しく、なんらかの支援が必要であり、システムについても検討が必要。大規模な訪問看護ステーションをつくれれば、そこにセラピストを配置するということもできる。

《医療系従事者と介護系従事者のリハに関する意識について》

○居宅のケアマネは介護系が多く、医療的な専門知識が不足。在宅でのケアプランを作成する時、医療系のサービスの使い方に対する理解が低いとの意見がある。

○ケアマネについては80%が福祉系であり、医療系との連携が苦手。医療系との講習会を開催し、そのあたりは改善してきている。

○互いの専門性を理解し、連携することは大切。医療リハが適切に介護保険で利用されることによって、重度化を防ぐことができる。

《回復期病院について》

○回復期病院は、制度上、老人ホーム化はできない。回復期からの復帰先について在宅が基本になっていて、さらなるリハのための転院や施設にいける人のパーセンテージが低くなっており、重度の方の回復に必要なステップがあるのに、制度上のしほりもあり転院していただけないことがある。それにより必要なリハを経ずに老人保健施設や特別養護老人ホームなどに行かれる割合が増えており、その時期になってからのリハニーズが増えていると認識している。

《介護老人福祉施設等について》

○（介護老人福祉施設で）介護職と看護職が機能訓練をするということに関しては、現実的には難しい状況。ただ、その中においても京都府主催のリハ研修を開催してもらって、そのスキルを持って帰りたいというスタッフもいる。

特別養護老人ホームにおいても、最近では、医療的リハを望まれる方も増えている。少しでも回復したい、身の回りのことを自分でしたいという方々がいる中で、機能訓練加算というものがあるが、機能訓練指導員としてリハ専門職の採用は少ない。利用者の中にはリハを望まれている方もあり、介護職・看護職もニーズに応えたい、学びたいという気持ちはあるが、それに対応できる体制になっていないのが現状。

○維持期（在宅）のリハを担うところが少ない。国の方針では維持期のリハは介護保険でということになっているが、維持期でも医療が必要であるというエビデンスを出す必要がある。

○訪問リハは、地域偏在のないように計画的に設置していく流れが必要になってくる。訪問リハスタッフがしっかり動くと、患者さんがそれなりにきっちりと維持できている。通所できる患者さんはいいが、通所できない患者さんのリハ支援は訪問リハになる。

○南丹圏域もかなり地理的には広範囲をカバーする圏域。実際、南丹地域リハ支援センターでは理学療法士が一人で活動している現状で、人的にも足りない状態で実施している。できるだけ事業所などをまわり、サポートできる人を増やすなど効率的にやっていくということが必要。

《連携について》

○医師会で連携パスを動かしているが、回復期から次のバトンタッチが上手くいかない。かかりつけ医に紹介しても、地域に帰ることが難しい状況。急性期から回復期、在宅の3者連携できていない。医師会で作り上げていかなければならないと考えている。

○急性期、回復期をもった病院では、比較的、在院日数が短い。急性期から、別の病院の回復期へ転院するには、タイムラグが生じる。それぞれの病院の意志の疎通度が高くなれば、タイムラグをおかずに転院できる。

○保健所としては保健医療計画も立てているが、その中のテーマとしてはやはり「在宅」であり、在宅リハ、医療連携、介護連携を主眼においている。医師会にアプローチして、地域連携パスを拡充していかないと考えている。

《障害児・者リハビリテーションについて》

○障害者総合支援法ではケアプランを作成することは可能であるが、いわゆるケアマネジャーというものはいない。24年4月からケアマネと同様の動きとして、相談支援事業所を立ち上げるようになっており、そこではじめてケアマネジャーやケアプランを立てることが可能になる。全体的に支援も少ないということもあるが、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の安定的な確保も難しい。

○障害児・者に関するリハについて、重度になると関節拘縮や変形などもある。そういうときには、リラックスできるポジショニング、神経ブロックなどで筋緊張が落ちることがあり、それだけでも褥瘡の発生率が下がったりするので、施設の中でも外来でリハのアプローチをするなど、そういうかたちがつくれるといい。

○総合リハ推進プランになってから相談窓口障害児・者の相談がくるようになり相談内容が多岐にわたっている。

医療系従事者と介護系従事者の連携がとれていないという話があったが、医療系従事者の中にも2種類あって、高齢者対応と障害児・者対応というところも連携がとれていない。

在宅に帰られてからの訪問リハを担当するリハ専門職は、高齢者しか対応したことがない人が多い。その場合は、障害児・者関係の施設から情報をいただいて連携がとれる体制が必要。

施設内に関しては、障害者関係の施設（肢体不自由、知的）でも、今までも生活期リハはされていたが、（転倒して骨折して病院に入院し、手術をして戻ってくる方に）回復期のリハをする必要もでてきているが、やり方がわからないという施設が多くある。

障害者と高齢者のリハに関する連携には、地域リハ支援センターのパートナーである保健所の介入で医療・介護・障害をうまく回すことができると思うので、保健所の中でも保健室と福祉室の連携の必要性を感じている。

○全般症状が消えて、失語症だけが残る方にもそれからの回復というのが特に若年の失語症にはよくみられる。回復期が終わって医療から切れてしまう人の対応については大きな課題だと思う。

《リハビリテーション全般について》

○リハという言葉でカバーされる範囲はとても広い。職種や立場も違うのでひとつにまとめることは難しい面がある。職種と立場が違う中でも、それぞれの課題を互いに理解していくことは重要。

医療がまずしっかりしないといけない。リハマインドをもった医師を教育することが大切だが、他府県から人材を確保するというのもひとつの手段だと思う。

リハの中でさまざまな情報を発信するとともに吸い上げることも必要。

トータルで育成していくことが京都のリハビリテーションの推進に役立つ。

【総合リハビリテーション推進プラン施策体系】

高齢者のリハビリテーション

1 人材の確保・育成

◇量の充足

課 題	主な実施事業(現行の取組)	今後の方策(2期以降実施)(案)
リハビリテーション医の確保・育成	リハビリテーション医等養成事業 (京都府リハビリ教育センター(オール京都体制)運営委員会で実施) ・教育センター設立 ・教育プログラムの作成 ・座学、実地研修の実施 等	継続実施 ・座学研修、実地研修によりリハ医を養成 ・他地域からの人材受入 等 ◎府立医科大学でのリハビリテーション講座開設を目指す。
リハビリテーション専門職の確保・育成	理学療法士等修学資金貸与事業 (言語聴覚士を新たに追加した制度を創設)	◎不足地域等対象を重点化し実施
	リハビリテーション就業フェアの開催 (リハビリ専門職に特化した大規模な就業フェア)	継続実施
	府内の高校生及び進路指導教員へリハビリテーション専門職の業務内容等紹介 (府立高校全57校、私立高校全40校)	継続実施
	府内の言語聴覚士養成施設・課程の設置誘導	継続実施

◇質の確保

課 題	主な実施事業(現行の取組)	今後の方策(2期以降実施)(案)
リハビリテーション医の質の確保	リハビリテーション医等養成事業 (京都府リハビリ教育センター(オール京都体制)運営委員会で実施) ・教育センター設立 ・教育プログラムの作成 ・座学、実地研修の実施 等	継続実施 ・座学研修、実地研修によりリハ医を養成 ・他地域からの人材受入 等 ◎府立医科大学でのリハビリテーション講座開設を目指す。
リハビリテーション専門職の質の確保	府リハ支援センターによる研修会の実施等 ・リハビリテーション専門職受入研修 〈基礎・課題別コース〉 ・リハビリテーション専門職研修 ・北部専門職技術向上研修 ・先進的リハビリ治療法習得助成事業	継続実施
看護・介護職に対するリハマインド醸成	府リハ支援センター、地域リハ支援センターによるによる研修会、技術支援、訪問相談等の実施	継続実施
	認定看護師資格の取得に対する支援 (ホームページ等による情報提供)	継続実施 (支援拡充の検討)

2 施設の拡充

◇量の充足・質の確保

課 題	主な実施事業(現行の取組)	今後の方策(2期以降実施)(案)
回復期リハビリテーション病床の充足	回復期リハビリテーション病棟の整備促進(補助制度創設)	継続実施 (各圏域に回復期リハビリテーション病棟を整備)
在宅リハビリテーションサービスの充実	訪問リハビリテーション事業所の整備促進(補助制度創設)	継続実施
北部地域の機能強化	丹後中央病院、舞鶴赤十字病院における回復期病棟整備	北部医療センターにおけるリハビリテーション提供体制強化
先端的リハビリテーション治療の研究開発・普及促進	先端的リハビリ治療の府内への導入・効果検証 ・ロボットスーツ(HAL)または荷重免荷式トレッドミル歩行訓練装置 〈地域リハ支援センターへ導入〉 ・経頭蓋磁気刺激治療法 〈府立心身障害者福祉センターへ導入〉 ・促通反復療法(川平法)実技講習会実施	(更なる充実) ・先端治療の効果検証 ・検証を踏まえた普及促進

◇地域包括ケアシステムとの一体的な推進

課 題	主な実施事業(現行の取組)	今後の方策(2期以降実施)(案)
府リハ支援センターの機能強化	リハビリテーション施策の企画・立案機能の強化 (副センター長、企画担当、言語聴覚士等配置)	継続実施 有識者を含めた検討委員会設置
地域リハ支援センターの機能強化	地域リハ支援センターにセンター長(医師)コーディネーター(リハ専門職等)を配置	継続実施
	地域リハ支援センター等の機能強化 ・機能充実事業(設備整備実施) ・先端的リハビリテーション治療の普及促進	継続実施

3 連携体制のシステム化

◇医医・医介の円滑な連携、地域連携機能の強化

課 題	主な実施事業(現行の取組)	今後の方策(2期以降実施)(案)
ケアマネ等に対するリハ知識の普及	地域リハコーディネート事業 ・地域包括支援センター等に対する助言 ・従事者への訪問指導 ・事例検討会等の実施 等	新たな連携システムの検討
地域内病院・施設の窓口担当者の定期的協議	地域リハコーディネート事業 ・事例検討会等の実施	継続実施
地域連携パス等施設間連携ツールの普及	地域リハコーディネート事業 ・連携ツール勉強会等の実施	継続実施
	クリティカルパス・ICT活用病診連携推進事業	継続実施

『京都府リハビリテーション教育センター』の設立について

平成25年7月5日
 京都府健康福祉部
 リハビリテーション教育センター準備室
 電話 075-251-5274

京都府では、高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるよう「京都式地域包括ケア」を推進しており、「認知症」「リハビリ」「看取り」を3大プロジェクトと位置づけています。

この度、適切で質の高いリハビリを各地域で受けることができる体制づくりを目指し、リハビリ実施の指示を行う医師を養成するための「京都府リハビリテーション教育センター」を設立します。

医師に対してリハビリに関する教育・研修を行う機関の設立は、全国でも初めての事例であり、センターでは、リハビリに関する研修プログラムを作成するとともに、実地研修を行う医療機関を指定し、リハビリに関する知識の習得を希望する医師等に座学、実地研修を行います。

京都府リハビリテーション教育センター

【設置場所】 京都府立医科大学管理棟3階
 (京都市上京区河原町通広小路 上る梶井町 465 番地)

【業務内容】 ①研修部門 リハビリ医教育プログラムの作成
 実地研修を受け入れる病院の指定
 個別の研修計画の策定と実施 等
 ②調整部門 段階的にリハビリ知識を習得するためのキャリアパス支援
 各地域からの研修希望者の受入調整 等

リハビリ実施の指示を行う
 医師の養成システム

リハビリ知識の
 習得を希望する
 医師

京都府リハビリテーション
 教育センター

医療機関等

【座学】

研修会
 (年2回開催)

【対象者】

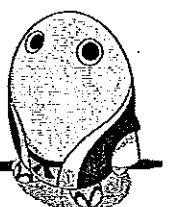
- ・新たにリハビリを研修したい医師
- ・かかりつけ医(開業医)
- ・日本リハビリテーション医学会の専門医、認定臨床医を目指す医師 等

【実地研修】

教育指定病院

- ・市立福知山市民病院
- ・京都大原記念病院
- ・京都武田病院
- ・京都地域医療学際研究所附属病院
- ・十条武田リハビリテーション病院
- ・田辺中央病院

6病院



京都府リハビリテーション教育センター長 ^{ひらさわ} 平澤 ^{やすすけ} 泰介
 (京都地域包括ケア推進機構 リハビリテーション部会長)

【運営委員会委員】

所 属 等	氏 名
京都府立医科大学 名誉教授	^{ひら} 平 ^{さわ} 澤 ^{やす} 泰 ^{すけ} 介
京都府立医科大学 教授 (整形外科)	^く 久 ^ぼ 保 ^{とし} 俊 ^{かず} 一
京都大学 准教授 (リハビリテーション科)	^{かき} 柿 ^{のき} 木 ^{りょう} 良 ^{すけ} 介
京都府医師会 理事	^き 城 ^{もり} 守 ^{くに} 国 ^と 斗
京都私立病院協会 副会長	^{あか} 岡 ^だ 田 ^{じゅん} 純
京都府病院協会 会長	^の 野 ^{ぐち} 口 ^{まさ} 雅 ^し 滋
市立福知山市民病院 運動器疾患センター長	^{なか} 中 ^{むら} 村 ^{しんいちろう} 紳一郎
京都大原記念病院 副院長	^{みつ} 三 ^{たか} 橋 ^{たか} 尚 ^し 志
京都武田病院 副院長	^{ふじ} 藤 ^{あか} 岡 ^{みき} 幹 ^{ひろ} 浩
京都地域医療学際研究所附属病院 診療部長	^{みなみ} 南 ^{ぎんじろう} 銀次郎
十条武田リハビリテーション病院 院長	^{わか} 若 ^{はやし} 林 ^{つる} 詔
田辺中央病院 理事長	^{いし} 石 ^{まる} 丸 ^{よさ} 庸 ^{すけ} 介
京都府健康福祉部長	^{やま} 山 ^{ぐち} 口 ^{ひろ} 寛 ^し 士
京都府リハビリテーション支援センター長	^{たけ} 武 ^{さわ} 澤 ^{のぶ} 信 ^お 夫
京都市保健福祉局保健医療・介護担当局長	^{たき} 瀧 ^{もと} 本 ^{あきら} 章

【設 立 式】

開設日時 平成25年7月10日(水) 15時～

開設場所 京都府立医科大学管理棟3階

出席者 京都府リハビリテーション教育センター長 ^{ひらさわ} 平澤 ^{やすすけ} 泰介

京都府健康福祉部 副部長 ^{よでん} 余田 ^{まさのり} 正典

平成25年度 京都府リハビリテーション教育センター 第1回 座学研修会

Kyoto rehabilitation educational center The 1st lecture study session

2013
10/6(日)

会場: 京都府立医科大学 図書館ホール

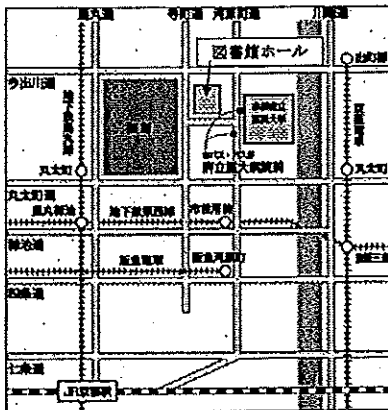
主催: 京都府リハビリテーション教育センター

午前9時20分～午後5時30分
(午前8時40分～受付開始)



プログラム

開会	(9:20～)	京都府リハビリテーション教育センター長 (京都立医科大学 名誉教授)	平澤泰介先生
講演 1.	(9:30～9:50)	リハビリテーションの概念 京都府立医科大学大学院医学研究科 運動器機能再生外科学 教授 (京都府立医科大学附属病院リハビリテーション部 部長)	久保俊一先生
講演 2.	(9:50～10:20)	医学的リハビリテーションの基本 京都府立医科大学附属病院リハビリテーション部 副部長	堀井基行先生
講演 3.	(10:20～10:50)	介護保険とリハビリテーションサービス、主治医意見書 京都府立心身障害者福祉センター附属リハビリテーション病院 院長	井上重洋先生
講演 4.	(11:00～11:40)	身体障害者手帳と福祉サービス 京都府健康福祉部障害者支援課	佐藤康弘課長
講演 5.	(11:40～12:20)	回復期・維持期リハビリテーションの実際とリハ医の役割 京都大原記念病院 博寿苑 施設長	三橋尚志先生
講演 6.	(13:00～13:40)	リハビリテーション診断学 ADL/QOL評価、筋力・可動域評価 京都府立医科大学附属病院リハビリテーション部 講師	池田 巧先生
講演 7.	(13:40～14:20)	リハビリテーション処方の実際 京都大学附属病院 リハビリテーション部 副部長	柿木良介先生
講演 8.	(14:30～15:30)	脳血管障害のリハビリテーション 京都府健康福祉部リハビリテーション支援センター長	武澤信夫先生
講演 9.	(15:40～16:40)	骨関節・運動器疾患のリハビリテーション 大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室 教授	佐浦隆一先生
講演10.	(16:50～17:30)	内部障害(心臓):心臓リハビリテーションの基礎 京都府立医科大学附属病院リハビリテーション部 講師	白石裕一先生



対象者: リハビリテーションに興味のある医師等

参加費: 無料(公益社団法人日本リハビリテーション医学会単位取得料は、別途1000円必要)

募集方法: 申込用紙を記入の上、郵送、FAXまたは電子メールにて申込

募集期間: 平成25年8月8日(木)～9月27日(金)

後援: 京都府医師会

取得できる単位

- 公益社団法人日本リハビリテーション医学会
専門医・認定臨床医生涯教育研修会単位: 10単位(講演9)
- 社団法人日本医師会
日本医師会生涯教育制度単位: 5単位(プログラム全体)

※ 第2回座学研修会 26年3月23日(日)開催予定

問合せ先 京都府リハビリテーション教育センター

〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町465 (京都府立医科大学内)

TEL 075-251-5274

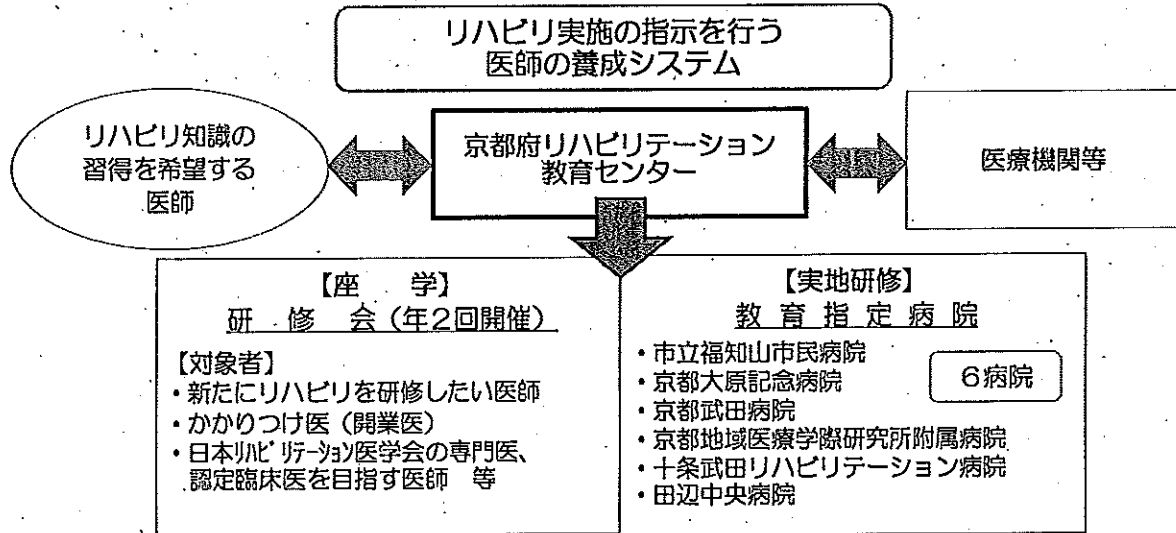
FAX 075-251-5389

Email kyoto.reha.edu.c@gmail.com



京都府リハビリテーション教育センターとは…

【趣旨・目的】 高齢化の進行に伴うリハビリテーション医療の需要増加に應えるため、京都府においてリハビリテーション医等の教育・養成を行い、府立医大、京大、医療関係団体、行政のオール京都体制により、府内全域で均衡の取れたリハビリテーション医療を充実させる。



平成25年度京都府リハビリテーション教育センター 第1回座学研修会 申込書

申込日 平成 25 年 月 日

(申込先)
 京都府リハビリテーション教育センター
 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路の梶井町465 京都府立医科大学内
 TEL : 075-251-5274
 FAX : 075-251-5389
 e-mail : kyo.reha.edu.c@gmail.com

以下の必要事項を記入して、左記申込先まで郵送、FAXまたは電子メールにてお申し込みください。

フリガナ				年齢
氏名				
自宅住所	〒 都道府県			
勤務先名				
診療科名				
勤務先住所	〒 都道府県			
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	TEL		FAX	
	Eメール			
京都府リハビリテーション教育センターのデータベースに登録し、当センターからの情報提供、実地研修の案内を希望されますか？				
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
実地研修を希望されますか？				
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

※ いただいた個人情報については、京都府リハビリテーション教育センターからの情報提供のみに使用します。

【介護における認知症のリハビリテーションについて】

認知症高齢者のリハビリテーション

■ 基本的な考え方

(1) 目的

認知症高齢者のリハビリの目的は、たとえ認知症になっても、その進行をできるだけ遅らせ、「その人らしい」生活を住み慣れた地域で継続させることである。以下、本項では認知症高齢者のリハビリについて述べるが、この目的の達成のためには、リハビリ以外にも、認知症は進行性の疾患であることから早期発見・早期介入が重要なこと、また「生活の継続」の視点から、介護者（家族など）に対する助言・援助が必要であることを理解すべきである。

加えて、「認知症高齢者のリハビリ」という言葉の概念整理が必要である。すなわち、この言葉には、①認知症を有する高齢者の身体面を主目的に行うリハビリ（骨折、安静による廃用症候群など）と、②認知症そのものを対象とするリハビリ——という2つの内容があり、それぞれを区別して整理する必要がある。

(2) 高齢者リハビリの「認知症モデル」

現在の高齢者のリハビリ政策の方向づけを行った「高齢者リハビリテーション研究会」報告書（2004年（平成16年）1月）は、リハビリの対象となる高齢者の状態像を「脳卒中モデル」、「廃用症候群モデル」、「認知症モデル」の3つに分類し、それぞれの状態像に応じたアプローチの重要性を指摘した。ここで初めて「認知症に対するリハビリ」というカテゴリーが明記されることになったが、このことは逆に言えば、認知症に対するリハビリは、他の2つのモデルに比して、エビデンスに基づく明確な方法論が未だ確立していないことをも示している。

(3) 介護保険におけるリハビリの整理の仕方とその評価

介護保険では、「リハビリは医師の指示に基づき、リハビリ専門職によって実施される訓練であって、医療行為である」と整理される。

2006年（平成18年）度介護報酬改定では、その整理のうえでリハビリの報酬のあり方が、とくに入所サービスで大きく見直された。すなわち、従来のリハビリ専門職の配置による評価（加配に対する体制加算）から、個々の利用者に適したリハビリ計画の策定や時期を限定した個別リハビリ等について評価（リハビリテーションマネジメント加算や短期集中リハビリテーション実施加算など）する構造に変わった。もちろん、これは認知症高齢者に対するアクティビティやレクリエーション、認知症ケアの重要性を否定するものではなく、それに加えての個別リハビリが重視されたと理解すべきである。

リハビリテーションとアセスメント

認知症あるいは認知症の疑いのある高齢者に対するアセスメントは、①認知症疾患に罹っている高齢者の診断または判定、および認知症の原因疾患におけるタイプの弁別、②変化の測定、③マネジメントやリハビリ、あるいはケアについての質を高めるため——などといった目標がある。

いずれにしても認知症高齢者のリハビリ計画は身体的側面、精神的側面、社会的側面からの総合評価に基づく必要がある。

精神機能は、認知症の評価として一般的に使用されている簡易な検査や行動観察による認知機能や認知症の機能評価が使用されるが、単に重症度や中核症状の有無だけではなく、日常における精神症状や行動障害の現れ方や周囲・環境に対する理解の困難さについて、現在のADL、IADL、コミュニケーション能力などとともにアセスメントする。老健施設利用者においては、認知症高齢者であっても、さまざまな合併症などからも身体機能の低下が認められるため、身体機能の維持や向上のためのリハビリプログラムは不可欠であると思われる。また、生活することに視点をすえたりハビリで注目されるIADL・ASL（社会生活活動）の評価・訓練については、さらに具体的な実施の強化が望まれる。

また、社会的障害に反映されるADLの自立度低下や異常行動などが介護負担を高めることから、介護負担の把握は重要であり、スケールなども使用しながら家族の理解や変化もアセスメントする。

リハビリプログラムの立案においては、個別の生活環境や1日の生活状況の把握は重要で、栄養管理の状況から日中の過ごし方、活動性や周囲の関わり方などを確認することで、行動の変化や障害の要因を明らかにする。さらに、現在にいたる認知症の症状の経過や生活歴などについてできるだけ情報を集め、障害機能と残存機能とを区別することや行動の理解できる部分を見出し、認知症高齢者が生きる体験世界を理解するよう努力することが大切である。

リハビリテーションの視点

認知症高齢者のリハビリ実施にあたり、総合的なアセスメントをもとに身体・精神・社会的側面から障害像を整理し、個々に応じたプログラムを立案する。廃用性の機能低下を生じやすいことから、身体的側面に対して機能訓練や基本動作訓練、そして生活の充実や精神・心理・社会的側面に対して非薬物療法を取り入れたリハビリプログラムが適用される。リハビリ実施計画を作成する際、注意すべき点を列挙する。

① 身体的要因

原疾患の特徴をとらえつつ、運動機能や活動性を維持する。栄養不良や脱水、発熱、貧血なども認知症症状悪化の引き金となるため、栄養管理サポートや摂食・嚥下機能リハビリの導入を検討する。意識や認知の障害による活動性の低下や転倒などに対する予防プログラムも検討する。視力・聴力などの感覚機能の低下に不活動状態がもた

らされると、さらに体力も低下することとなり、廃用性の症候にも留意する。さらに、車いすを使用する場合はシーティングの対応が不可欠となる。

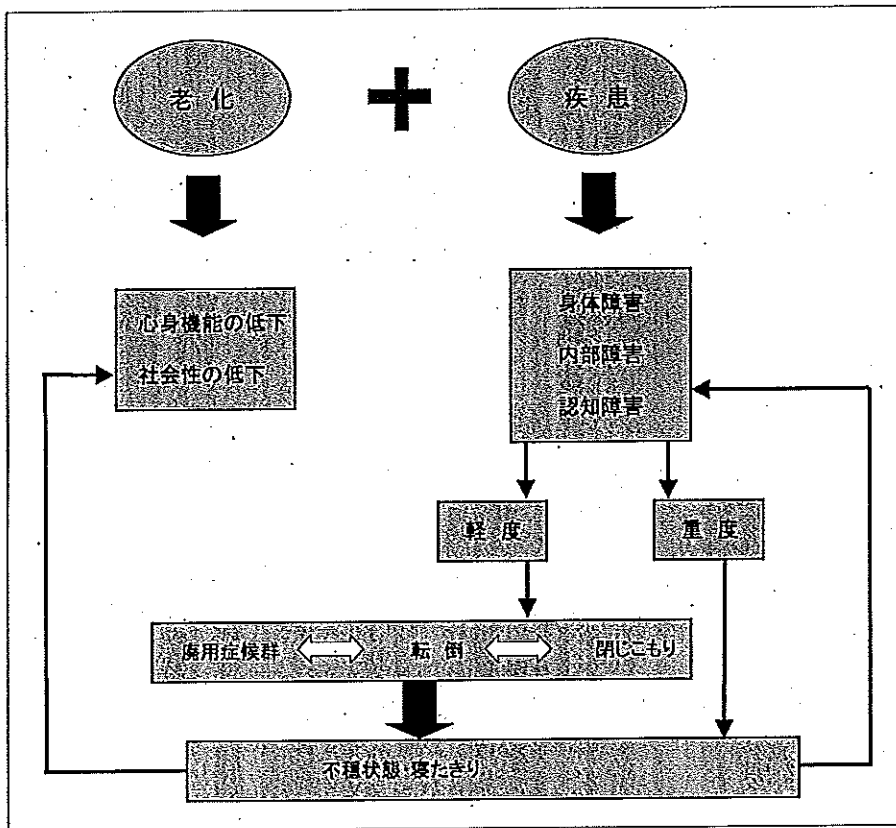
② 精神的要因

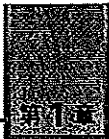
記憶・認知機能障害の特定の行動をターゲットとし、適切な刺激や系統的なフィードバックをする。また、不安や精神的動揺に対し、行動をともにし、気分転換を図る。活動は、できるだけ個別的に、単純・明確なものから開始する。不安や不満が解消されないで閉じこもり気味になり、種々の異常を引き起し、食欲減退、拒食、不眠などから身体的衰弱につながるといった悪循環にも留意する（図20）。

③ 社会的要因

コミュニケーション障害を代償し、馴染みの人間関係を育む。対人関係のトラブルを防ぐだけでなく、対人相互作用のレベルアップを考慮する。家族や介護者に対する休息ケア、相互援助あるいは教育的支援なども視野に入れたプログラムが大切である。

図20 心理的・精神的障害の悪循環





リハビリテーションの実際

(1) 身体・精神活動性の維持

- ① 治療訓練（筋力増強、関節可動域、耐久力増強、摂食・嚥下訓練など）
- ② 基本動作訓練（起き上がり、立ち上がり、立位・バランス、歩行訓練など）
- ③ 体操（嚥下体操を含む）
- ④ 残存能力を利用した活動
 - ・“昔取った杵柄”を活用した趣味活動や役割活動（クラブ活動を含む）
 - ・レクリエーション・音楽療法など
- ⑤ 散歩やドライブ、園芸療法など自然や人との交流を活用

(2) ADL・IADLの指導・訓練

- ① 自分でできる日常生活動作の活動水準の確認
- ② 福祉用具（シーティングなど）や道具の選択と使用の反復指導
- ③ 高次脳機能障害（失語・失行・失認など）：手がかりを用いた動作訓練
- ④ 調理・外出・買い物などの活動（ASL訓練を含む）

(3) 精神療法・心理社会的療法

- ① 回想法
- ② 現実見当識訓練
- ③ 音楽療法
- ④ 動物介在療法
- ⑤ 芸術療法
- ⑥ 園芸療法
- ⑦ その他

刺激となる学習(課題)を繰り返し入力する方法として、記憶のリハビリも含まれる。

(4) 環境調整

- ① 危険物の管理
- ② 過ごしやすさを考慮した生活空間の整備
- ③ 日課や個別活動などの日々の生活時間や地域社会との交流の調整

(5) 家族支援

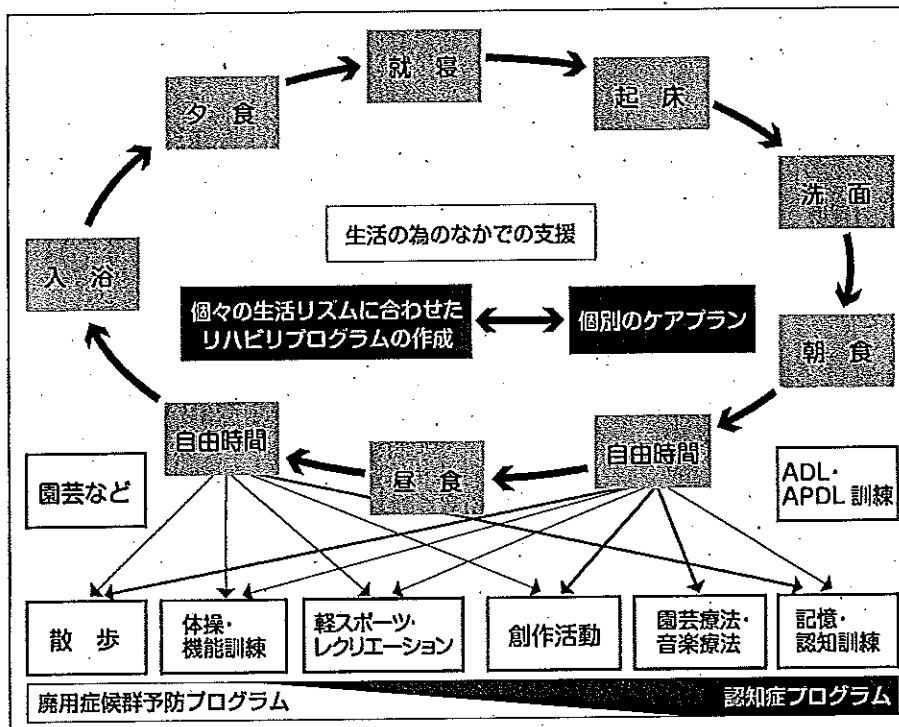
- ① 家族介護者の負担改善（心的緊張の緩和や介護への動機づけを含む）
- ② 情報提供
- ③ 家族介護者の教育的グループなどのサポート

以上のようなプログラムを広範囲に組み合わせることや環境的な支持を整えることで、繰り返される学習による効果や手続き記憶への刺激になるなど、介護スタッフが直接関与できるリハビリでもある。さらに、非薬物療法に期待される効果として、①

周辺症状、精神症状の軽減・予防、②残存機能の維持、③対人交流・社会性の促進、④情緒の安定、⑤意欲・活動性の向上——など、二次的な認知機能の改善、および介護負担の軽減があげられる。

老健施設では、食生活や睡眠をはじめ個別性を考慮したプログラムを取り入れて、規則的な生活習慣を確保すること（図21）で、認知機能や課題の遂行力、対人交流などの能力低下のリスクを防止し、健康を維持する視点からチームで支えるケアプランを計画・実施することが認知症高齢者のリハビリであると考えられる。

図21 規則的な生活習慣の中での支援



具体的なプログラムの進め方

認知症高齢者に対するプログラムとして特徴的な活動や心理社会療法（セッションとして一定の期間実施されるものが多い）を紹介する。多くは小集団活動として実施されている。

(1) レクリエーション・リズム体操

- ① 時間の経つのも忘れる楽しいひとときは、笑みがこぼれ、笑い声やかけ声も出て気分転換となり、心にも余韻が残る。
- ② 楽しい情動は前頭葉を刺激し、かつての楽しみの人生を振り返り側頭葉を活性化し、時と空間に参加することで頭頂葉が揺り動かされ、目の活動から後頭葉が動くなど、一連の反応を呼び起こす。
- ③ レクリエーションによる肌の汗、人のどよめき、笑い、季節感などを感じることができ、楽しみや感動をもたらす、食欲にもつながる。

- ④ レクリエーションは身体的だけでなく、人との相互交流を通じて心理的なりハビリとなる。

(2) 記憶・認知訓練

- ① 目的意識が明確な人、あるいは動機づけのために一人ひとりに合わせた学習課題を勧める。
- ② 「読み」「書き」「計算」などを中心とした簡単な課題を短時間繰り返し実施することが、集中力を高めたり、脳機能の活性化につながる。
- ③ 負担がなく実施できた学習内容や成果を即時に確認することで、達成感や充足感が得られやすく、また、一緒に取り組んだ仲間からほめられることが、より達成感や喜びに結びつく。

(3) 回想法

- ① 認知症高齢者の場合、新しい記憶が失われ、古い記憶が残っている傾向にあり、この特徴を活かした手法で、グループ療法として行われることが多い。
- ② 若いころの話題を持ち出すと、参加者の間で次々に話が広がって情動に働きかけ、精神的安定につながる。
- ③ 回想法では、古い時代（参加者が若かったとき）のできごとや物品、人物などの一連のものをテーマにして展開すると導入しやすい。

(4) 現実見当識訓練：リアリティ・オリエンテーション (R・O)

- ① R・Oは、認知症高齢者の現実の意識（時間、場所、人物に関する意識）を刺激することで見当識障害の改善をめざす方法である。
- ② 認知症高齢者につねにリアリティ（現実）を提示することで、適切な行動につながる。
- ③ 施行にあたっては、参加者間の言葉のやりとりを活発にするために、時計や掲示板、個人の持ち物などを活用するとよい。
- ④ R・Oにおいては、関わるスタッフ全員が一貫したアプローチを行い、その反応をアセスメントしながら進めることが重要である。

(5) 音楽療法

- ① 声を出すことで心肺機能の向上や、各種の楽器の使用で身体機能の向上も認められる。
- ② 音楽療法が継続すれば、クラブ活動などの発展の場につながり、利用者自身の役割や存在を示す場となり、包括的なりハビリが展開できる。

(6) 園芸療法

- ① 実際に土をいじり収穫を得る場合や、草花を育ててその成長を楽しむなどの方法がある。

- ② 最も重要な点は、年間計画のなかで育成に参加するだけでなく、一季節、一時を植物や自然と触れ合うことである。
- ③ 植物や自然と触れ合う喜びは、視覚、嗅覚、触覚、味覚を通じ、さらに情動が脳全体の活性化へとつながる。

(7) クラブ活動

- ① 生活の充実の視点からは、日常の療養生活とはメンバー構成や指導的役割を持つ者が変わり、雰囲気も異なるなど、さまざまなアプローチが考えられる。
- ② クラブ活動への地域ボランティアの協力は、利用者の社会性の回復に大きな役割を果たす。

以上、認知症高齢者に対するプログラムの一部を紹介したが、これらを無理に押し付ける、あるいは枠に当てはめて考えることではない。それぞれの利用者に応じたリハビリは、興味、楽しみ、喜びをもって参加できるものでなければならないし、日常生活のさまざまな場面での行動支障に対して、それぞれの場面で順応や補完する支援が重要である。そして活動性、見当識、自己管理の改善といった変化は、介護者からの継続的な刺激がなければ維持されない。

認知症高齢者のリハビリはケアとともにあり、包括的視点とかわりが求められる。機能障害だけにとらわれず、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士や介護スタッフなどが適切に介入することにより、ライフスタイルが継続され、活動や参加の向上につながり、家庭・地域社会などの社会生活を支援し続けることが可能となる。

■ 認知症短期集中リハビリテーション

認知症の中核症状、周辺症状の改善に対しては、これまで薬物療法、非薬物療法、ケアの工夫などさまざまな取り組みがなされてきたが、しかしながら、認知症の中核症状（認知機能など）を標的とする体系化されたリハビリ手法やその評価についての十分なデータはなかった。一方、老健施設関係者は、以前より認知症者に個別リハビリを実施することで認知症状の改善が得られることを経験的に感じており、全老健は、2004年（平成16年）度からこの分野の調査研究事業を実施し研究成果を厚生労働省に報告していた。その結果、2006年（平成18年）度の介護報酬改定において、老健施設入所者のみを対象として「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」が創設されたのである。しかし、その際、社会保障審議会介護給付費分科会から、次回（平成21年度）改定までに本リハビリの効果についてさらに検証するよう求められた。これを受けて全老健では、鳥羽研二・杏林大学医学部高齢医学教授を班長として2006年（平成18年）度、2007年（平成19年）度、そして2008年（平成20年）度と継続して認知症短期集中リハビリテーションの効果に関する検証・研究事業を行ってきた。2007年（平成19年）度調査研究事業では、認知症短期集中リハビリテーションの内容と各種指標との関係については、以下に示すような結果が得られた。

- ① 学習訓練療法は臨床的認知症重症度の改善にきわめて有効であり ($p < 0.0001$)、活動性の向上 ($p < 0.001$) や ADL の向上、周辺症状の軽減 ($p < 0.01$) にも有効であった。
- ② 言語コミュニケーション療法は周辺症状の軽減にきわめて有効で ($p < 0.0001$)、意欲の向上にも有効であった ($p < 0.05$)。
- ③ 運動療法は周辺症状の軽減 ($p < 0.001$)、臨床的認知症重症度の改善 ($p < 0.05$) にも有効であった。
- ④ 回想法は周辺症状の軽減に有効であった ($p < 0.001$)。
- ⑤ 音楽療法は活動性の向上に有効であった ($p < 0.05$)。

これまでの3年間（先行研究からは5年間）にわたる調査研究から「認知症短期集中リハビリテーションは極めて有効であり、臨床的認知症重症度の進行予防、心の健康維持（意欲、活動性）を通じて、ADLの改善が認められる。さらに、周辺症状の改善によって在宅系居所への復帰効果が期待される」との画期的な結果が得られた。この報告をもとに、2009年（平成21年）度介護報酬改定では、「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の報酬単位数が増え、さらには対象者の範囲も軽度者に加えて中等度・重度者にまで拡大されることになった。また、本リハビリを提供できる場についても老健施設の入所者のみならず、通所リハビリ利用者、さらには介護療養型医療施設にまで広げられた。

以上のように「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」は、老健施設の現場から生まれ、厳密な検証を経たうえで広く活用されるようになった「老健オリジンの認知症対策」と言える。

認知症維持期リハビリテーション

2009年（平成21年）度の介護報酬改定で対象者や実施施設の拡大が図られた結果、老健施設を中心に認知症短期集中リハビリテーションを実施する施設も増加し、そのニーズも高まってきている。しかし、その一方で、本リハビリテーション提供期間後、改善した機能をいかにして維持いくかという新たな課題が生れた。そこで全老健では2009年（平成21年）度に「認知症高齢者における維持期のリハビリテーションの効果的かつ適切な提供方法に関する研究事業班」を立ち上げ、認知症短期集中リハビリテーションの終了者で5人以下の小グループを作り、週2回、1回当たり約40分程度の小集団認知症リハビリテーションを実施し、未実施群との比較検討を行った。現時点では以下のような結果が得られている。

- ① 「活動」は、未実施群では悪化の傾向が認められた ($p=0.096$) が、認知症維持期リハビリテーション実施群では維持を示した。
- ② 「周辺症状 (DBD)」の指標は、認知症維持期リハビリテーション実施群では改善の傾向が認められた ($p=0.060$)。
- ③ 「NMスケール」の指標は、未実施群では悪化の傾向が認められた ($p=0.059$) が、対象者 (認知症維持期リハビリテーション実施群) では維持を示した。

更に提供されたりハビリプログラムとその効果については以下のような傾向が示唆された。

- ・ 学習 (訓練) 療法を受けた対象者グループでは、ADL・DBD・HDS-Rで改善が認められた。
- ・ 現実見当識療法を受けた対象者グループでは、意欲・DBDで改善が認められた。
- ・ 言語コミュニケーション療法を受けたグループでは、DBDで改善が認められた。

表3 長谷川式認知症スケール (HDS-R)

氏名 _____ 施行日 年 月 日 施行者名 _____
 生年月日 M・T・S 年 月 日 年齢 歳 男・女 施行場所 _____
 備考 (教育年数: 年) _____

質問内容	配点
1 お歳はおいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1
2 今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年月日、曜日の正解でそれぞれ1点ずつ)	年 0 1 月 0 1 日 0 1 曜日 0 1
3 私たちがいまいるところはどこですか？ (自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？病院ですか？施設ですか？のなかから正しい選択をすれば1点)	0 1 2
4 これから言う3つの言葉を書いてください、あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。(以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○をつけておく) 1:a)桜 b)猫 c)電車 2:a)梅 b)犬 c)自動車	0 1 0 1 0 1
5 100から7を順番に引いてください。(100-7は？、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)	0 1 0 1
6 私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆順に失敗したら、打ち切る)	0 1 0 1
7 さきほど覚えてもらった言葉をもう一度書いてみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点) a)植物 b)動物 c)乗り物	a:0 1 2 b:0 1 2 c:0 1 2
8 これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。 (時計、鋸、タバコ、ペン、硬貨など必ず交互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5
9 知っている野菜の名前をできるだけ多く書いてください。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、 8=3点、9=4点、10=5点	0 1 2 3 4 5
合計得点	

満点:30点
 カットオフポイント:20/21(20点以下は認知症の疑いあり)
 24.45±3.60点:非認知症群 17.85±4.00点:軽度認知症群
 14.10±2.83点:中等度認知症群 9.23±4.46点:やや高度認知症群
 4.75±2.95点:高度認知症群

表4 Mini-Mental State Examination (MMSE)

検査日:平成 年 月 日 曜日

検査者:

氏名 男・女 生年月日:明・大・昭 年 月 日生 歳

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか。 いまの季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月何日ですか。	年	
		曜日	
		月	
		日	
2 (5点)	ここはなに県ですか。 ここはなに市ですか。 ここはなに病院ですか。 ここは何階ですか。 ここはなに地方ですか。(例:関東地方)	県	
		市	
		階	
3 (3点)	物品名3個(相互に無関係) 検査者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う、その後、被検査者に繰り返させる。正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す(6回まで)。 何回繰り返したかを記せ 回		
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で呈示した物産名を再度復唱させる。		
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます。」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		
11 (1点)	(次の図形を書いてください)		
		得点合計	



障害児・者のリハビリテーション

プランにおける障害児・者リハビリテーションの対象

- 原則、身体障害児・者の乳幼児期から成人期までの医療的ケアを必要とする障害児者、脳性麻痺等を中心にリハビリテーションについて検討する。

【障害児・者のリハビリテーション】

母子保健関係データ(京都府)

(単位:人、%)

		1950 (S25)	1980 (S55)	2010 (H22)	2011 (H23)	比率の説明	
出生	出生数	京都府	41,236	32,139	21,234	20,707	出生率
		全国	2,337,507	1,576,889	1,071,304	1,050,806	年間出生数 ×1,000
	出生率 (人口千対)	京都府	22.5	12.9	8.2	8.0	10月1日現在人口
		全国	28.1	13.6	8.5	8.3	合計特殊出生率
	合計特殊出生率	京都府	—	1.7	1.3	1.3	母の年齢別出生数
		全国	—	1.8	1.4	1.4	年齢別女子人口
乳児死亡	乳児死亡数	京都府	2,079	209	52	40	乳児死亡率
		全国	140,515	11,841	2,450	2,463	年間乳児死亡数 ×1,000
	乳児死亡率 (出生千対)	京都府	50.4	6.5	2.4	1.9	年間出生数
		全国	60.1	7.5	2.3	2.3	
	新生児死亡数	京都府	(S26) 930	141	28	16	新生児死亡率
		全国	(S26) 58,686	7,796	1,167	1,147	年間新生児死亡数 ×1,000
新生児死亡率 (出生千対)	京都府	(S26) 25.5	4.4	1.3	0.8	年間出生数	
	全国	(S26) 27.5	4.9	1.1	1.1		
死産	死産数	京都府	4,587	1,622	482	476	死産率
		全国	216,974	77,446	26,560	25,751	年間死産数 (自然+人工) ×1,000
	死産率 (出産千対)	京都府	42.2	31.2	9.6	10.7	年間出産数 (出生数+死産数)
		全国	41.7	28.8	11.2	11.1	
周産期死亡	周産期死亡数	京都府	—	607	97	83	周産期死亡率
		全国	—	32,422	4,515	4,315	年間周産期死亡数 ×1,000
	周産期死亡率 (出産千対)	京都府	—	18.6	4.6	4.0	年間出生数+妊娠満 22週以後の死産数
		全国	—	20.2	4.2	4.1	

全国状况 (平成23年)

順位	出生率		合計特殊出生率		乳児死亡率		新生児死亡率		周産期死亡率		死産率	
	都道府県	(人口千対)	都道府県	出生率	都道府県	(出生千対)	都道府県	(出生千対)	都道府県	(出生千対)	都道府県	(出生千対)
	全 国	8.3	全 国	1.39	全 国	2.3	全 国	1.1	全 国	4.1	全 国	23.9
1	沖 縄	12.1	北 海 道	1.25	愛 媛	1.1	山 梨	0.3	島 根	2.3	香 川	18.9
2	滋 賀	9.6	北 海 道	1.86	媛 良	1.3	福 井	0.4	島 根	2.8	香 川	19.5
3	愛 知	9.5	宮 崎	1.68	山 梨	1.4	愛 媛	0.4	長 野	2.9	岐 阜	19.6
4	福 岡	9.2	鹿 児 島	1.64	石 川	1.5	岩 手	0.5	香 川	3.1	滋 賀	20.0
5	広 島	9.0	熊 本	1.62	佐 賀	1.6	福 佐	0.7	熊 本	3.1	兵 庫	21.2
6	佐 賀	9.0	島 根	1.61	新 潟	1.8	青 森	0.7	和 歌 山	3.5	徳 島	21.2
7	宮 崎	9.0	佐 賀	1.61	福 崎	1.8	青 森	0.8	和 歌 山	3.5	和 歌 山	21.3
8	鹿 児 島	9.0	長 崎	1.60	埼 玉	1.9	秋 田	0.8	福 井	3.6	長 野	21.4
9	熊 本	8.9	鳥 取	1.58	長 野	1.9	埼 玉	0.8	兵 庫	3.6	三 重	21.6
10	岡 山	8.7	福 井	1.56	京 都	1.9	宮 城	0.8	官 庁	3.7	千 葉	22.0
11	兵 庫	8.6	香 川	1.56	熊 本	1.9	京 都	0.8	東 京	3.7	神 奈 川	22.0
12	神 奈 川	8.5	大 分	1.55	東 京	2.0	広 島	0.8	大 阪	3.7	群 馬	22.5
13	福 井	8.5	山 口	1.53	富 山	2.0	熊 本	0.8	愛 知	3.8	静 岡	22.5
14	大 阪	8.5	滋 賀	1.52	兵 庫	2.0	東 京	0.9	秋 田	4.0	京 都	22.5
15	鳥 取	8.5	滋 賀	1.51	鳥 取	2.0	兵 庫	0.9	茨 城	4.0	石 川	22.6
16	静 岡	8.4	愛 媛	1.51	島 根	2.0	奈 良	0.9	京 都	4.0	東 京	22.9
17	香 川	8.4	長 野	1.50	北 海 道	2.1	島 根	0.9	大 阪	4.1	山 口	22.9
18	大 石	8.4	静 岡	1.49	北 群 馬	2.1	海 道	1.0	青 森	4.2	鳥 取	23.0
19	大 石	8.3	和 歌 山	1.49	滋 賀	2.1	北 海 道	1.0	静 岡	4.2	鳥 取	23.2
20	岐 阜	8.3	福 井	1.48	広 島	2.1	石 川	1.0	北 海 道	4.3	富 山	23.3
21	三 重	8.3	岡 山	1.48	山 口	2.1	静 岡	1.0	群 馬	4.3	埼 玉	23.4
22	長 崎	8.3	三 重	1.47	静 岡	2.2	鳥 取	1.0	神 奈 川	4.3	茨 城	23.5
23	埼 玉	8.2	山 形	1.46	秋 田	2.3	岡 山	1.0	新 潟	4.3	大 阪	23.6
24	千 葉	8.2	愛 知	1.46	福 千 高	2.3	鹿 児 島	1.0	岐 阜	4.3	岡 山	23.7
25	東 京	8.2	岐 阜	1.44	千 高	2.3	茨 城	1.1	滋 賀	4.3	新 潟	23.8
26	栃 木	8.1	石 川	1.43	大 阪	2.3	茨 城	1.1	大 官	4.3	新 潟	23.9
27	茨 城	8.0	徳 島	1.43	岡 山	2.3	長 野	1.1	官 庁	4.3	山 梨	23.9
28	群 馬	8.0	福 井	1.42	青 森	2.4	愛 知	1.1	神 山	4.3	栃 木	24.1
29	長 野	8.0	岩 手	1.41	茨 城	2.4	三 重	1.1	山 形	4.4	佐 賀	24.2
30	愛 媛	8.0	群 馬	1.41	栃 木	2.4	大 阪	1.1	栃 木	4.4	山 梨	24.8
31	京 都	8.0	新 潟	1.41	鹿 児 島	2.4	千 葉	1.2	埼 玉	4.4	福 井	25.6
32	島 根	7.9	山 梨	1.41	沖 縄	2.4	滋 賀	1.2	千 葉	4.4	福 井	25.9
33	宮 城	7.8	兵 庫	1.40	三 重	2.5	山 梨	1.2	三 重	4.4	官 庁	26.1
34	山 口	7.8	茨 城	1.39	福 岡	2.5	福 井	1.2	山 梨	4.4	青 森	26.2
35	福 山	7.6	高 知	1.39	愛 知	2.6	福 井	1.2	福 井	4.4	岩 手	26.8
36	山 梨	7.6	青 森	1.38	長 崎	2.7	群 馬	1.3	佐 賀	4.4	奈 良	27.4
37	徳 島	7.6	栃 木	1.38	神 奈 川	2.8	香 川	1.4	山 梨	4.5	長 崎	27.5
38	新 潟	7.5	富 山	1.37	香 川	2.8	官 庁	1.5	鹿 児 島	4.5	福 岡	27.6
39	奈 良	7.5	秋 田	1.35	岐 阜	2.9	神 奈 川	1.5	徳 島	4.6	秋 田	28.0
40	和 歌 山	7.5	千 葉	1.31	官 庁	3.0	大 阪	1.6	富 山	4.7	熊 本	28.4
41	山 形	7.4	大 阪	1.30	和 歌 山	3.1	官 庁	1.6	愛 媛	4.7	鹿 児 島	28.6
42	富 山	7.3	埼 玉	1.28	大 分	3.2	岐 阜	1.7	長 崎	4.8	愛 媛	29.1
43	北 海 道	7.2	神 奈 川	1.27	山 形	3.3	高 知	1.7	岩 手	4.9	大 分	29.3
44	北 海 道	7.1	奈 良	1.27	高 知	3.4	長 崎	1.8	石 川	5.1	沖 縄	31.8
45	青 森	7.0	官 庁	1.25	岩 手	4.6	山 梨	2.0	奈 良	5.1	官 庁	31.9
46	高 知	6.9	京 都	1.25	官 庁	4.7	和 歌 山	2.0	福 井	5.6	北 海 道	32.2
47	秋 田	6.2	東 京	1.06	徳 島	5.1	徳 島	2.5	高 知	5.7	高 知	32.3

出生時の体重別、出生数(平成23年)

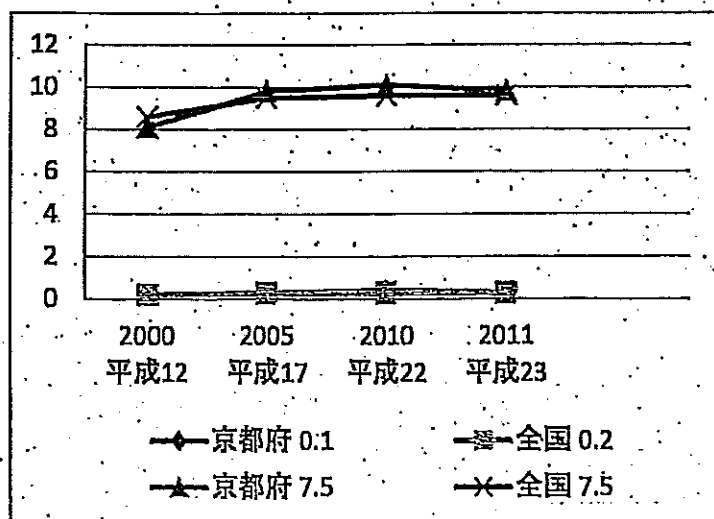
(単位:人)

	総数	府内の割合 (%)	1,000g未満	1,000g~2,499g	2,500g~(不詳含む)
全国	1,050,806		3,120	97,258	950,428
京都府 (京都府令)	20,707	(100.0)	61	1,963	18,683
京都市	11,252	(54.3)	39	1,091	10,122
京都市以外	9,455	(45.7)	22	872	8,561
乙訓保健所	1,334	(6.4)	3	145	1,186
山城北保健所	3,599	(17.4)	9	319	3,271
山城南保健所	1,069	(5.2)	2	92	975
南丹保健所	1,023	(4.9)	1	91	931
中丹西保健所	791	(3.8)	2	81	708
中丹東保健所	992	(4.8)	3	77	912
丹後保健所	647	(3.1)	2	67	578

出生時の体重 1,000g及び2,500g未満の出生割合 (平成7年~平成23年)

(%)

		1995 平成7	2000 平成12	2005 平成17	2010 平成22	2011 平成23
1,000g未満	京都府	0.1	0.2	0.3	0.4	0.3
	全国	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
2,500g未満	京都府	7.5	8.1	9.8	10.1	9.8
	全国	7.5	8.6	9.5	9.6	9.6



低出生体重児
(2,500g未満)及び
超低出生体重児
(1,000g未満)とも、
増加傾向にある。

医療的ケアを必要とする在宅療養児数について (京都府(京都市除く))

(人)

		保健所が把握している児 ^{注1)}	小児慢性特定疾患児 (重症のみ) ^{注2)}
京都府	乙訓	14	13
	山城北 (分室含む)	6	30
	山城南	5	9
	南丹	5	6
	中丹西	2	4
	中丹東	10	17
	丹後	3	1
計		45	80

注1)人工呼吸器、酸素療法、経管栄養、胃瘻等の処置が必要な児の概数(平成24年)

注2)医療的ケアの必要な児が多い疾患(主に慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、神経・筋疾患)

未熟児養育医療受給者数(出生時の体重別) (京都府(京都市除く))

(人)

出生時の体重	~1,000g	1,001~ 1,500g	1,501~ 1,800g	1,801~ 2,000g	2,001~ 2,300g	2,301~ 2,500g	2,501g~	計
21年度	40	39	47	45	24	16	55	266
	15.0%	14.7%	17.7%	16.9%	9.0%	6.0%	20.7%	
22年度	30	29	45	46	26	25	48	249
	12.0%	11.6%	18.1%	18.5%	10.4%	10.0%	19.3%	
23年度	29	39	37	41	30	15	61	(252)
	11.5%	15.5%	14.7%	16.3%	11.9%	6.0%	24.2%	

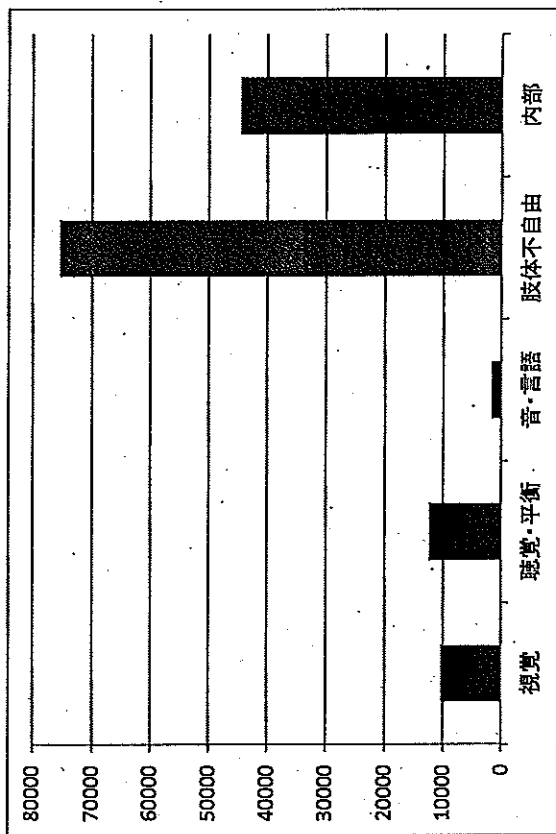
注1)未熟児養育医療は、出生時体重が2,000g以下の場合又は生活機能が未熟なまま生まれた児について、所得に応じ、入院に必要な医療費の一部を公費負担

注2)母子保健衛生費等国庫負担金精算額調

身体障害者手帳交付台帳登録者数(平成24年3月31日現在)

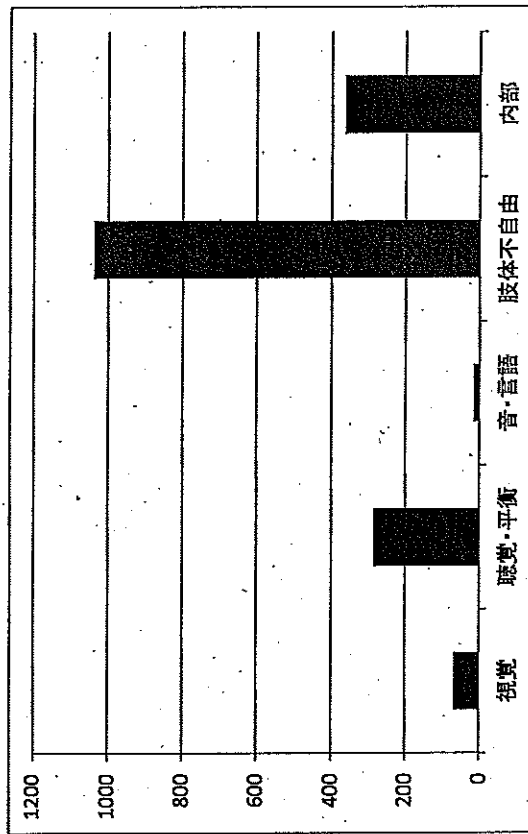
【総数】

	視覚	聴覚・平衡	音・言語	肢体不自由	内部	合計
1 丹後	477	626	91	3760	1906	6860
2 中丹西	368	569	82	2933	1279	5231
3 中丹東	596	892	110	4086	2010	7694
4 南丹	558	785	108	4459	2623	8533
5 京都市	6075	6512	871	41565	24691	79714
6 乙訓	538	658	86	4112	2636	8030
7 山城北	1561	1932	312	12002	7792	23599
8 山城南	252	431	55	2505	1549	4792
合計	10425	12405	1715	75422	44486	144453



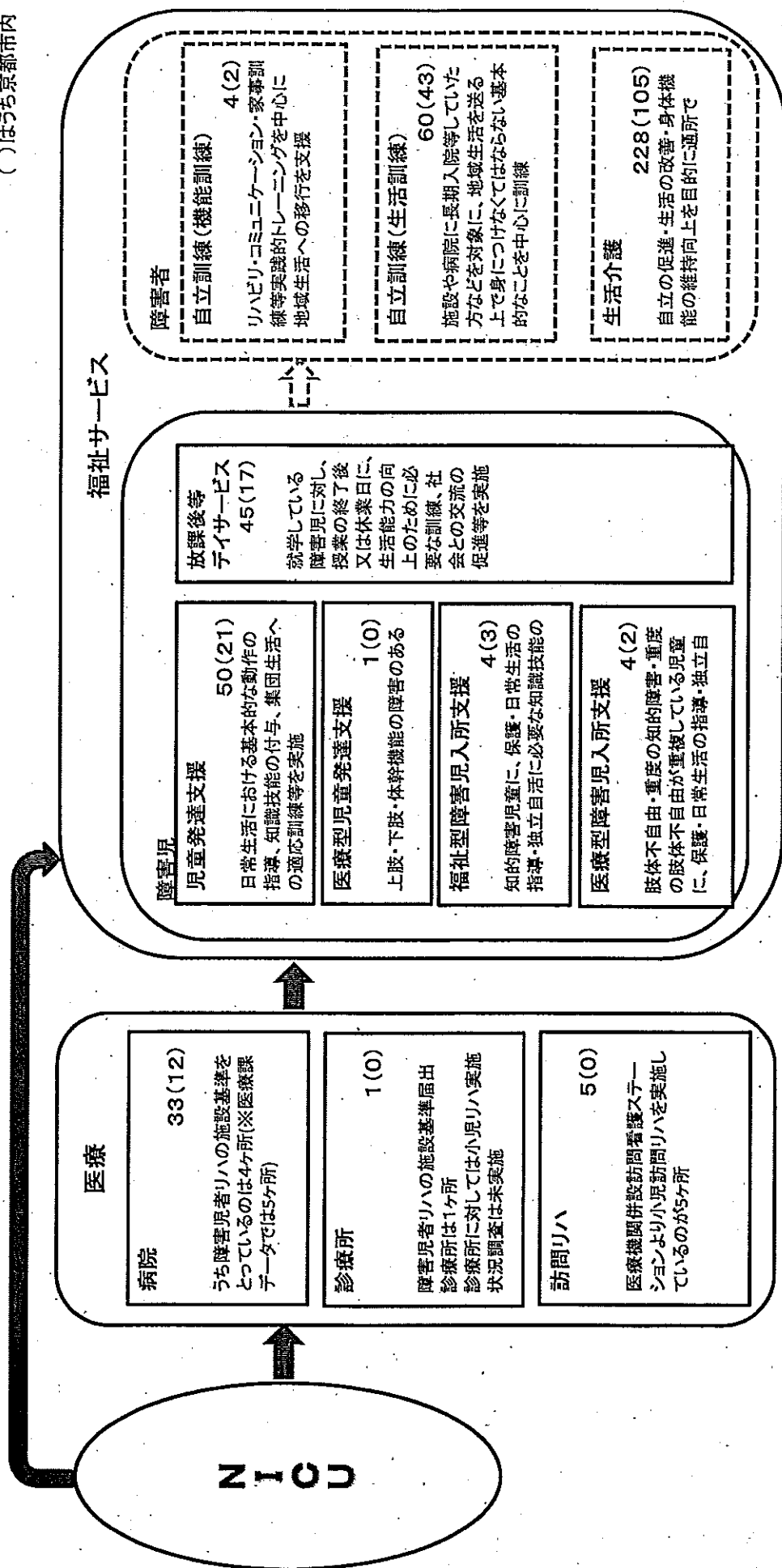
【18歳未満】

圏域別	視覚	聴覚・平衡	音・言語	肢体不自由	内部	合計
1 丹後	2	8	1	44	14	69
2 中丹西	2	9	1	53	6	71
3 中丹東	4	18	0	77	11	110
4 南丹	4	8	1	44	21	78
5 京都市	44	170	10	515	194	933
6 乙訓	5	15	0	74	23	117
7 山城北	6	41	3	184	79	313
8 山城南	1	17	0	48	17	83
合計	68	286	16	1039	365	1774



周産期医療センターからのリハビリテーションの流れについて

数字は府内の施設数
()はうち京都市内



府内障害児施設の見直し（平成24年4月1日から施行）

【障害者自立支援法】

児童デイサービス
府内35か所（京都市内 8
*その他 27）

【児童福祉法】

知的障害児通園施設
*こども発達（京田辺市）
ひなどり学園（京都市）
ポッポ（ 〃 ）
こぐま園（ 〃 ）
むくの木学園（ 〃 ）
洛西愛育園（ 〃 ）
きらきら園（ 〃 ）
空の鳥幼児園（ 〃 ）

難聴幼児通園施設
（うさぎ園（京都市））

肢体不自由児通園施設
*こども発達（京田辺市）
（ひばり学園（京都市））

重症心身障害児（者）通園事業（補助）
*乙訓ひまわり園（向日市）
*こども発達（京田辺市）
*舞鶴こども（舞鶴市）
*花ノ木（亀岡市）
くぬぎ（京都市）
シサム（ 〃 ）
けやき（ 〃 ）
みずき（ 〃 ）

通所サービス

障害児通所支援

- 児童発達支援 50（21）
- 医療型児童発達支援 *こども発達（京田辺市）
- 放課後等デイサービス 41（11）
- 保育所等訪問支援 11（6）

知的障害児施設
*福知山学園第一翠光園（福知山市）
桃山学園（京都市）
白川学園（京都市）
大照学園児童部（ 〃 ）

肢体不自由児施設
*舞鶴こども（舞鶴市）
（聖ヨゼフ整肢園（京都市））

重症心身障害児施設
*花ノ木（亀岡市）
（麦の穂学園（京都市））

入所サービス

障害児入所支援

- 福祉型障害児入所施設 *福知山学園第一翠光園（福知山市）
・桃山学園（京都市）
・白川学園（京都市）
・大照学園児童部（京都市）
- 医療型障害児入所施設 *花ノ木（亀岡市）
*舞鶴こども（舞鶴市）
・麦の穂学園（京都市）
・聖ヨゼフ整肢園（京都市）

* =京都市内を除く府内施設