

リハビリテーション医療

—これまでの歩みと今後の課題—



医療法人社団輝生会

kisei-kai

初台リハビリテーション病院
船橋市立リハビリテーション病院
在宅総合ケアセンター元浅草
在宅総合ケアセンター成城
船橋市リハビリセンター

理事長 石川 誠



回復期リハビリテーション病棟協会 常任理事



日本リハビリテーション医学会 理事

本日の内容

1. 小生の略歴とリハビリテーション医療の実践
2. リハビリテーション医療の変遷
3. リハビリテーション医療の現場（現状と課題）
 - 急性期リハ
 - 回復期リハ
 - 生活期リハ
4. 医療法人輝生会の地域リハ・地域包括ケアに関する活動
5. 自己主張（地域包括ケアとリハビリテーション）

1. 小生の略歴と リハビリテーション医療の実践

1973年（42年前）

群馬大学付属病院 脳神経外科

- 小生を含む全ての医師・看護師
脳外科的治療・処置は終了したので、あとは
リハビリです。ここにはリハビリがないので
他院へ転院してください。

当時、リハビリの意味もわからず言葉だけ利用。
大学病院の看護体制は付き添い看護。
PT・OT・ST・MSWは1人もいない。
リハビリのかけらもない状況。

1975年 群馬大学 → 佐久総合病院へ

JA長野厚生連 佐久総合病院



当時の佐久総合病院

千曲川

浅間山

現在の佐久医療センター



1975年

JA長野厚生連 佐久総合病院



若月俊一 院長

地域医療という言葉は本来ない。
医療とはすべて地域医療のことだ。
地域住民の生活に配慮することだ。
現在の医療は、あまりに地域を考え
ないから、あえて地域医療と言わな
なければならない。

地域医療の疑問解決！

1976年 JA長野厚生連 佐久総合病院

当時「基準看護特2類」であり付き添いは禁止、しかし、重症患者には婦長が付き添いを強いた。

農繁期には、家族は付き添いが出来ない。
このため重介護でも家族は在宅ケアを望んだ。
こうして在宅に移行する患者は少なくなかった。

退院した在宅患者の往診（現在の訪問診療）回数が徐々に増加 → 在宅ケアの重要性を認識

1976年 JA長野厚生連 鹿教湯リハセンター

鹿教湯リハセンターのリハ医療研修会にて

- リハビリテーションとは**全人的医療**であり、身体だけでなく、心理的、社会的問題も解決するように**チーム**で支援する医療サービス。

リハビリテーションへの夢 ↑

1977年 群馬大学付属病院 脳神経外科

先輩・同僚の医師

- リハビリとは按摩・マッサージと同じことであり、医師のやることではない。
医師はリハビリなどで飯は食えない。
後悔するからやめろ！

反発・抵抗！！！！

1978年 群馬大学 → 虎の門病院へ

当時

虎の門病院

現在



虎の門病院分院



脳神経外科からリハビリ科へ

1978年 虎の門病院 分院

- 早期離床（寝食分離）と自立支援（セルフケア）を実践する病棟の看護師・看護体制に驚嘆。
 - ・ 病棟看護のケア如何で寝たきりにはならない。
 - ・ **看護の重要性**（看護の底力）を認識。

- 当時のリハビリテーション
 - ・ リハはPT室・OT室・ST室で行うもの。
 - ・ 形骸化しているチームアプローチ。



- ※ 入院リハにおける最重要職種は看護師。その基盤の上にPT・OT・ST・MSW等が**チーム**として機能する体制構築が必要と学ぶ。

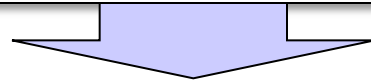
虎の門病院分院と他のリハ病院における看護

	虎の門病院分院	他のリハ病院
看護体制	基準看護	公立：基準看護 民間：付添い看護
看護内容	早期離床 ADL自立への支援	ADLは付添いまかせ
食事	いす・車いす座位	ベッド上ギャッジアップ オーバーテーブル
排泄	トイレ	膀胱留置カテーテル おむつ ポータブルトイレ
入浴	一般浴・浴槽へ	ベッド上清拭 シャワー浴 特殊浴槽
更衣	日中普段着	病衣
PT・OT・ST以外の時間	可能な限り運動負荷	多くの時間はベッド臥床

1984年 虎の門病院 分院にて

- 虎の門病院は慢性的赤字、リハは特に低収入
肩身の狭い毎日
- 当時、日本の医療界では
リハ部門は非採算部門の代表
リハを充実すると病院は倒産する伝説が蔓延

- 病院に内緒で活動した往診・訪問看護・訪問リハ
効果は極めて良好、しかし経営的には悲惨
さらに交通事故に遭遇するなど・・・



※ リハの普遍化には、リハ医療制度を確立し、
医療経済的問題の解決なしにはあり得ない。

1984年 刻印付けされた教え

リハビリテーション病院は、温泉地ではなく都市部にこそ必要。



上田 敏
障害者リハビリテーション協会
顧問

当時：東大病院リハビリテーション部教授

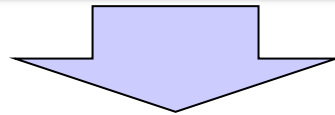


二木 立
日本福祉大学 学長

当時：代々木病院リハビリテーション科

医師となり13年間で学んだこと

1. 地域医療とは
2. 入院リハにおける看護の重要性
3. 本当のチームアプローチ
4. 退院後の支援（在宅ケア）の重要性
5. リハにおける医療経済的問題

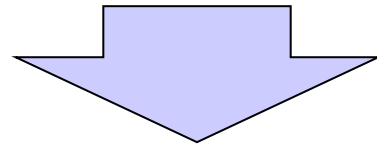


3つの課題

1. リハ医療サービスの充実と普及
（都市部にリハ専門病院を）
2. 真のチームアプローチの追求
3. 在宅ケアの充実・普及

1986年（29年前）

虎の門病院は特別であり
地域医療が見えない

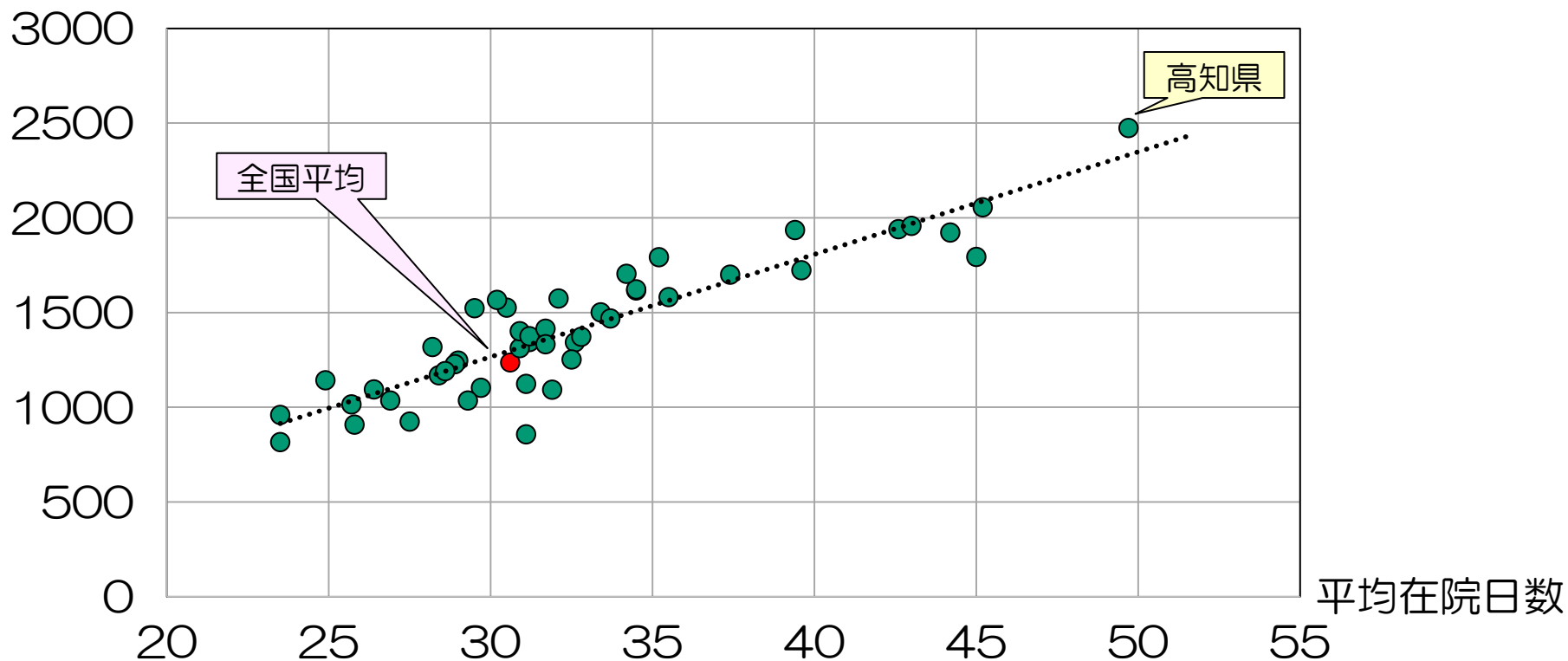


東京から高知へ

高知県の入院医療の特徴

- 対人口比病床数：日本で最多
全国平均の2倍
埼玉・神奈川・千葉県の3倍
- 平均在院日数：最長
- 対人口比PT数：日本最多

人口10万あたり
病床数

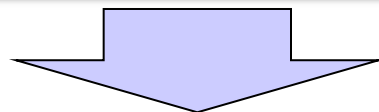


1986年（29年前）の近森病院

気管切開・経管栄養・膀胱留置カテーテル・褥瘡
つきの「寝たきり4点セット」の患者が600床の
中で120名も入院。

全病棟：付き添い看護。

（まるで寝たきり製造病院 ？）



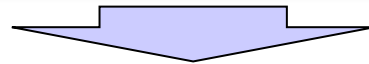
近森会の内部改革を開始

テーマ 「救急からリハビリそして在宅ケアへ」

※ 新たな医療提供体制の構築に挑戦

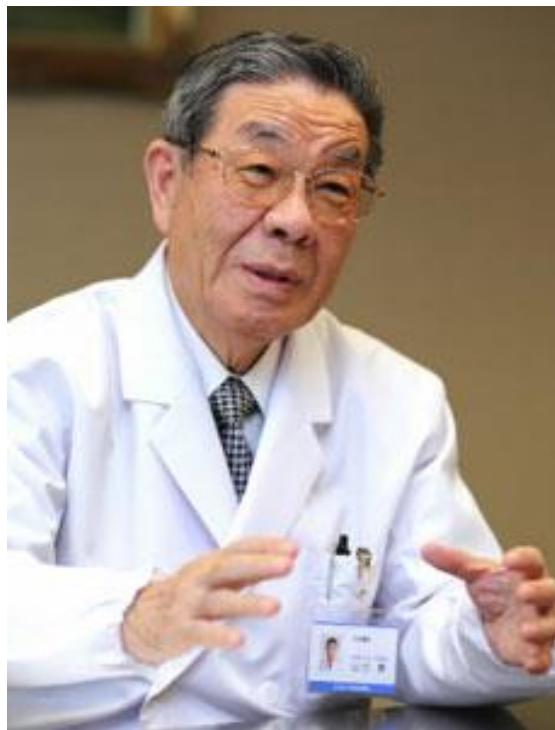
当時の近森病院の状況と課題

- * リハに全く無関心な医師と看護師
- * 看護はすべて付き添い看護
- * チームアプローチとは名ばかり
看護とPT・OT・STは無縁
PT・OT・STは各訓練室に閉じこもり
PT・OTは極めて不仲、STは高みの見物
MSWは諦めの心境
- * 在宅ケアサービスの実践は皆無



- ※ 看護体制の確立
- ※ チームアプローチの確立
- ※ 在宅ケア（在宅医療・在宅リハ）の開始

日本の地域リハを推進する四巨頭から学ぶ



山口 昇
公立みつぎ総合病院
特別顧問



澤村誠志
兵庫県立総合リハセンター
名誉院長



大田仁史
茨城県立健康プラザ
管理者

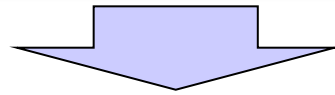


浜村明德
小倉リハ病院
名誉院長

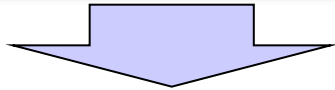
1989年：日本リハビリテーション病院・施設協会設立

1989年～1997年

1989年 近森リハビリテーション病院開設
「回復期リハ対応」



1996年 在宅総合ケアセンター近森開設
「維持期リハ対応」



1997年 近森病院本院の急性期リハの整備
「急性期リハ対応」

急性期～回復期～維持期リハの各拠点が整備

近森会における急性期～回復期～維持期リハの拠点



近森病院
PT・OT・ST：56名

急性期リハ



回復期リハ

近森リハビリテーション病院
PT・OT・ST：128名

最近、すぐ近くに移転新築



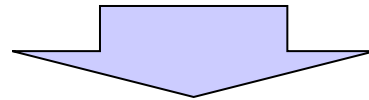
維持期リハ

在宅総合ケアセンター近森
PT・OT・ST：30名

整形外科の回復期リハ病院 → 看護学校

回復期リハビリテーション病棟の創設

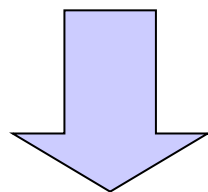
近森会の「急性期 → 回復期 → 維持期」のリハビリシステムに対し、厚労省から多数の医系技官の見学あり・・・・・・・・・・賛同を得る



2000年 診療報酬改定
回復期リハビリテーション病棟入院料の創設

その頃の東京都心部のリハサービスは？

虎の門病院時代（1980年代）から
あまり発展していないリハ医療提供体制

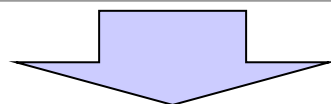


何かできないか？

都心で在宅リハサービスを開始しよう。
貸ビルの一 corner を借りて開院。

1998年 たいとう診療所

1999年 桜新町リハクリニック



※ 在宅リハは極めて効果的、しかし、その前に十分な回復期リハを提供することが不可欠。ところが都心に回復期リハを提供する病院がない。

2002年



医療法人社団

輝生会

初台リハビリテーション病院 173床





医療法人輝生会 の理念

1. 「人間の尊厳」の保持
2. 「主体性・自己決定権」の尊重
3. 「地域リハビリテーション」の推進
4. 「ノーマライゼーション」の実現
5. 「情報」の開示

医療法人輝生会の事業の2本柱 「回復期リハ・在宅総合ケア」

1. 回復期リハ病棟

急性期から障害を持つ患者を早く受け入れ、「寝たきり」にせずADLを改善し、良好な状態で在宅復帰へ導くこと。

2. 在宅総合ケアセンター

在宅においても「寝たきり」とならず活動的に輝いて生活できるように支援すること。

在宅総合ケアの拠点整備

2003年4月

たいとう診療所 → 在宅総合ケアセンター元浅草

2004年4月

桜新町リハクリニック → 在宅総合ケアセンター成城

元浅草



成城





2008年5月 船橋市立リハ病院

- 1999年 船橋市保健医療福祉問題懇談会にてリハ専門
病院設置の必要性を検討
- 2002年 リハ病院設置・運営形態検討委員会設置
- ・回復期リハの専門病院
 - ・公設民営
 - ・市立医療センター（急性期）に隣接
- 2006年 指定管理者に医療法人社団輝生会を指定
- 2007年 2年間の工期でリハ病院完成
- 2008年 開院

船橋市・船橋市医師会・船橋市立医療センターと
良好な関係の元に開院

医療法人輝生会の5つの拠点

初台リハビリテーション病院
173床（2002年6月）



在宅総合ケアセンター元浅草
8床（2003年4月）



在宅総合ケアセンター成城
18床（2004年4月）

船橋市立リハビリテーション病院
200床（2008年4月）



船橋市リハビリセンター
無床（2014年4月）

2. リハビリテーション医療の変遷

高齢化と共に充実した日本のリハ医療

		高齢化率
1963	日本リハビリテーション医学会	5.7%
1965	理学療法士・作業療法士法	
1980	日本リハビリテーション医学会 専門医制度	9.1%
1987	社会福祉士・介護福祉士法、義肢装具士法	
1989	日本リハビリテーション病院・施設協会	12.0%
	日本リハビリテーション看護学会	
1996	リハビリテーション科（標榜科名）	14.5%
1998	言語聴覚士法	
1999	地域リハビリテーション支援体制整備推進事業	
2000	介護保険法 施行	17.4%
	回復期リハビリテーション病棟	
2001	回復期リハビリテーション病棟協会	
2013	障害者総合支援法 施行	24.1%

リハ医療の対象疾患の変化

1940年 1960年 1980年 2000年 2010年 今後

傷痍軍人

小児

骨折・切断

ポリオ・リウマチ・脳性麻痺・脊髄損傷

脳卒中・頭部外傷

運動器疾患・心疾患・呼吸器疾患

高齢者・廃用症候群・難病

がん・認知症

精神疾患

リハ医療サービス提供体制の変化

1970年 1980年 1990年 2000年 2010年 今後

郡部の民間温泉病院によるリハ

公的病院によるリハ（極少・・・徐々に整備）

老健法：機能訓練事業

急性期リハの重視・・・早期リハの普及

老人保健施設のリハ

通所リハ・訪問リハの整備

回復期リハ病棟

都市部の民間病院におけるリハ

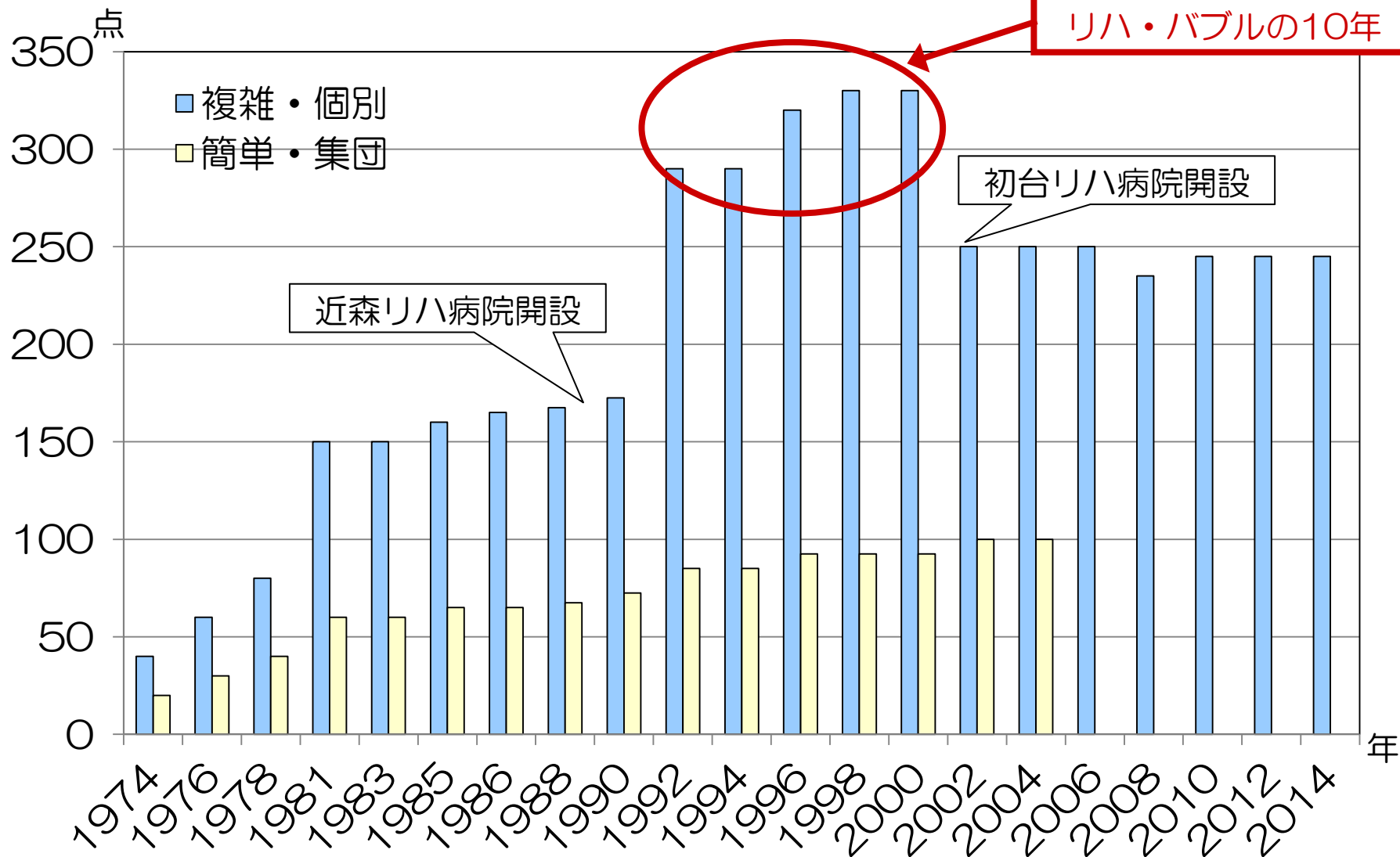
リハに関する診療報酬の推移

1992年	理学療法 → リハビリテーション 総合リハビリテーション施設
1994年	摂食機能療法
2000年	廃用症候群をリハ適応に追加 (介護保険法施行) 回復期リハビリテーション病棟入院料の創設
2002年	複雑・簡単 (40分・15分) → 個別・集団 (1単位20分)
2004年	亜急性期入院医療管理料の創設
2006年	疾患別リハ料・算定日数上限の設定 患者1人1日あたり6単位 → 9単位の評価、脳卒中ケアユニットの新設
2008年	算定日数上限超の13単位の評価、早期リハ加算の新設、 回復期リハ病棟の質の評価 (2区分)
2010年	がん患者リハ料の新設 回復期リハ病棟の質の評価 (休日加算・充実加算)
2012年	初期リハ加算の新設 回復期リハ病棟の質の評価 (3区分)
2014年	急性期病棟のリハの充実 (ADL維持向上等体制加算) 維持期リハの見直し、廃用症候群の見直し、 地域包括ケア病棟の創設

リハの診療報酬点数の推移

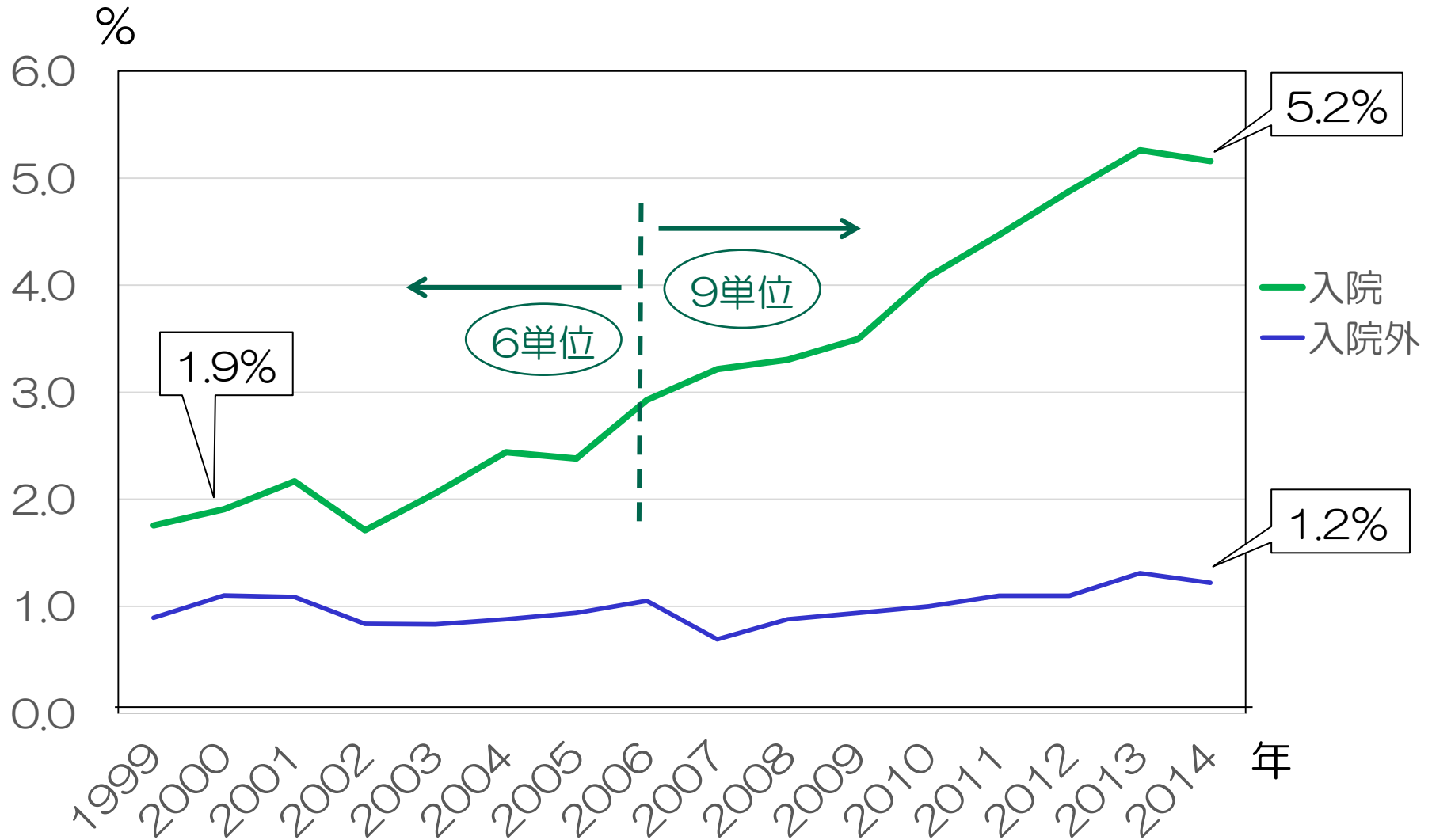
(20分あたりに換算)

(1974年～2012年：理学療法Ⅰ→総合リハ→脳血管Ⅰ)



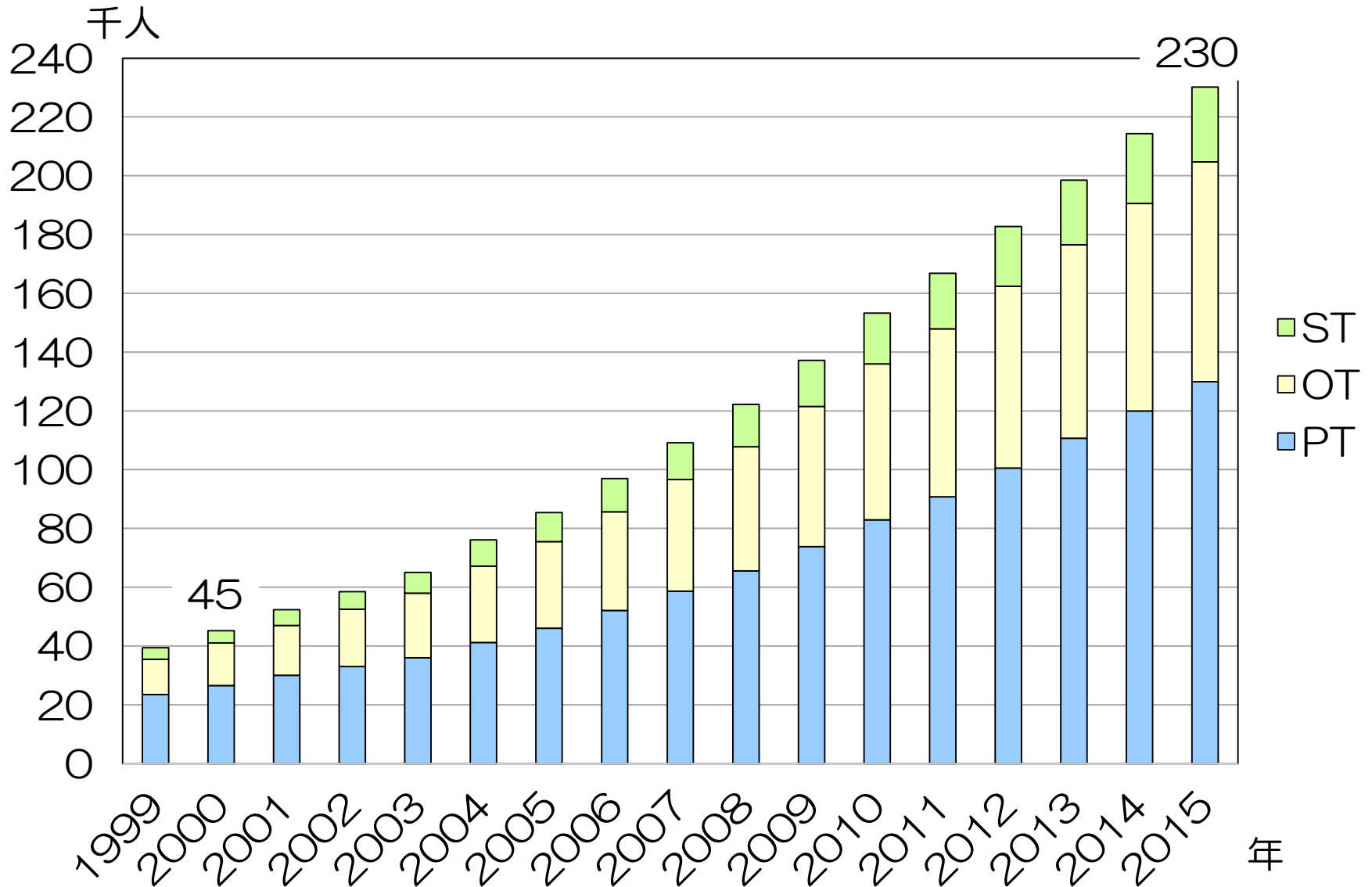
リハビリテーションの総医療費に占める割合

(社会医療診療行為別調査 各年6月審査結果)



※ 14年間で入院：2.7倍、入院外：微増

PT・OT・STの国家資格保持者数の推移



※ 15年間で5.1倍

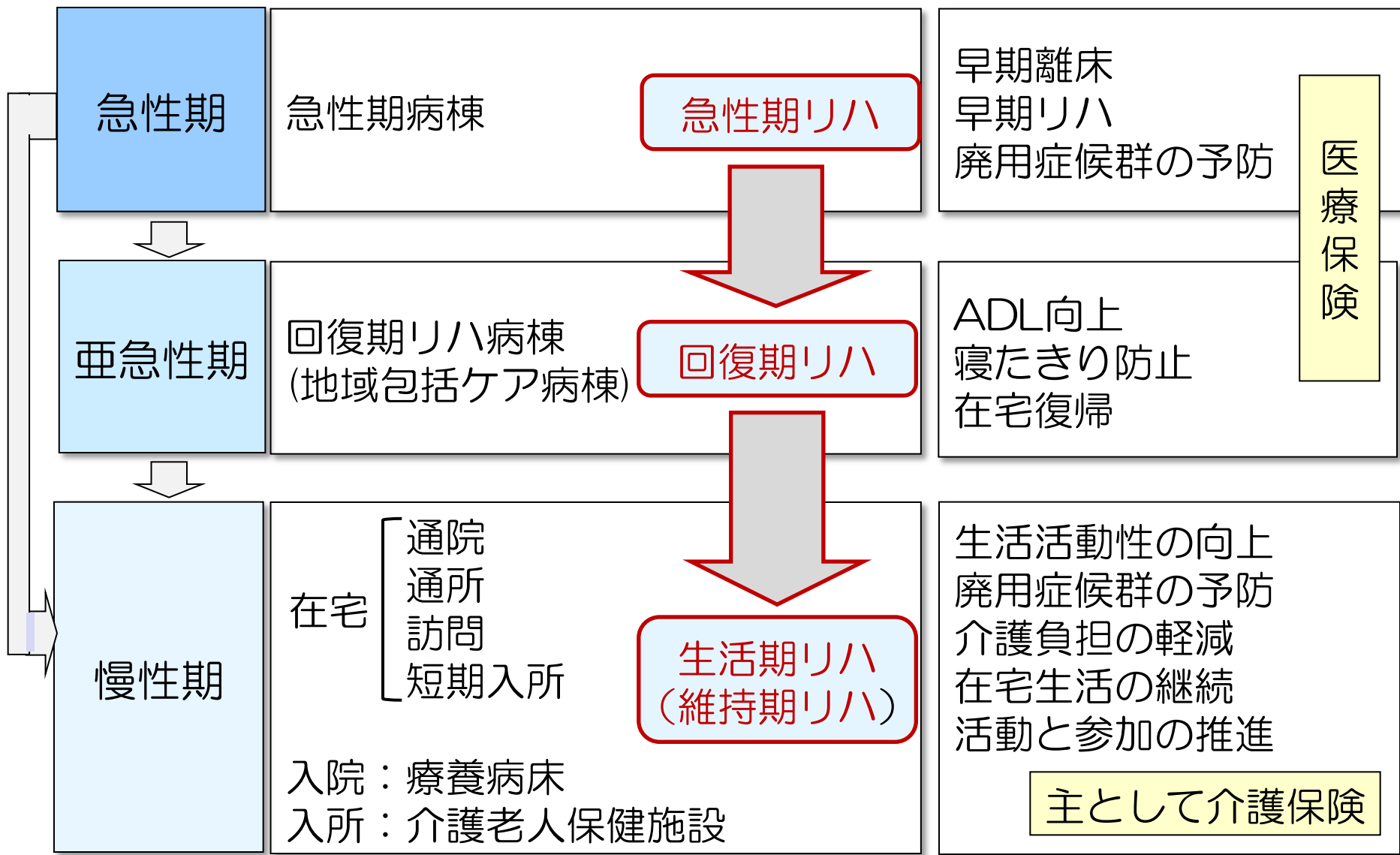
リハ医療資源の25年前と現在の比較

	25年前 (1990年)	現在 (2015年)
診療報酬	低	適正化
リハ専門医	100人	2,000人
リハ看護・リハ介護		回リハ病棟により発展
理学療法士・作業療法士	20,000人	205,000人
言語聴覚士	資格制度なし	25,000人
社会福祉士	3年経過	回リハ1：体制強化に規定
リハ専門病棟	なし	回リハ病棟の創設

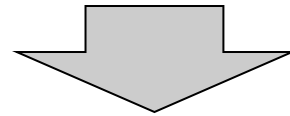
※ 未だ十分とは言えないが、飛躍的に発展・充実した。
特にPT・OT・STの人的資源増加が顕著。

3. リハビリテーション医療の現場 (現状と課題)

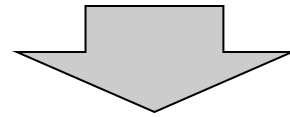
回復期リハ病棟と介護保険により明確となった リハ医療の機能分化



急性期リハ（急性期病院）



回復期リハ



生活期リハ

急性期病院への期待

- 1) 救急患者の確実な受け入れ
- 2) 疾病の確定診断と専門的治療
- 3) 早期離床とりハ → 廃用症候群の予防
- 4) 入院日数の短縮

集中治療室



発症（入院）早期に
リハ開始

ハイケアユニット



急性期一般病棟

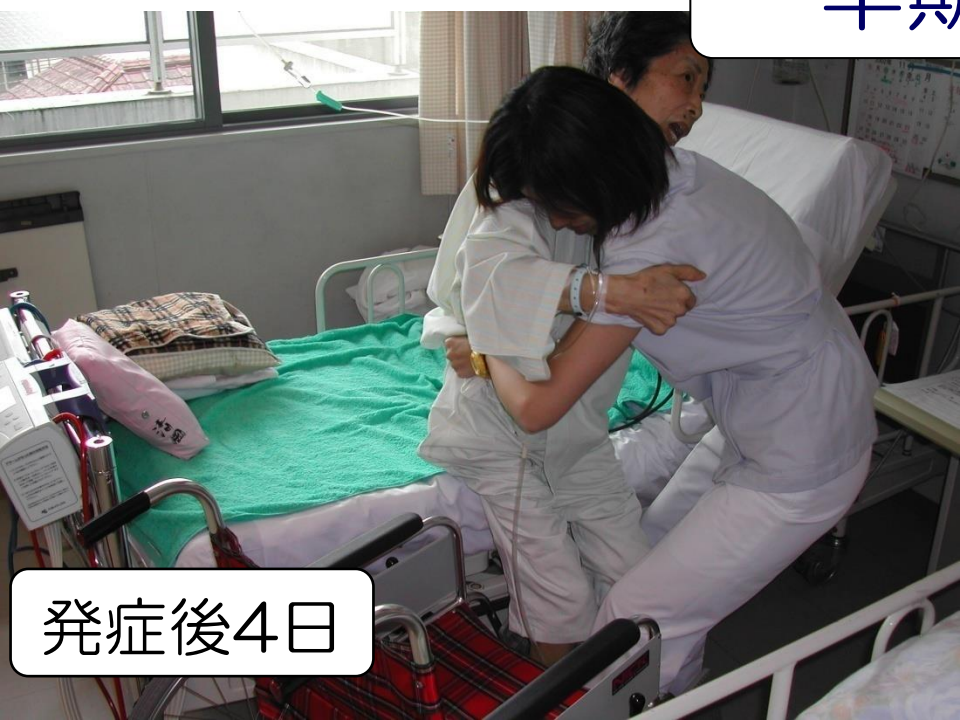


術後3日



発症後4日

早期離床



発症後4日

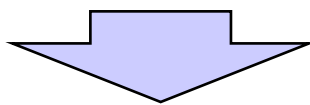


術後4日

急性期におけるリハの現状と課題

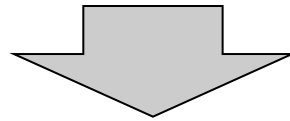
- 1) 臓器別専門医の廃用症候群に対する関心が不足
- 2) 看護師による早期離床・ADL向上の取り組み不足
- 3) PT・OT・ST・MSWの配置人員不足
- 4) 土日祝祭日のリハ提供体制の不備

※ 急性期のPT・OT・ST提供量は極めて不足
公立病院において特に顕著

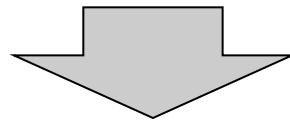


- 1) 急性期主治医からの指示：安静度 → 活動度へ
- 2) 看護の意識改革：早期離床の徹底
- 3) PT・OT・STの増員：早期リハの十分な提供

急性期リハ



回復期リハ（回復期リハ病棟）

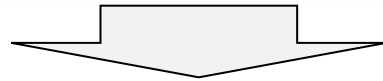


生活期リハ

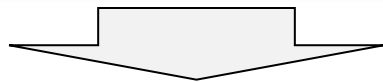
2000年4月 回復期リハ病棟の制度化

目的

介護保険制度施行にあたり、介護保険適応以前に可能な限り要介護状態を軽減し、在宅復帰を推進すること（リハ前置主義）



リハを専門に提供する病棟（ユニット）を全国各地に整備



回復期リハビリテーション病棟の創設

2008年 回復期リハ病棟に質の評価を導入

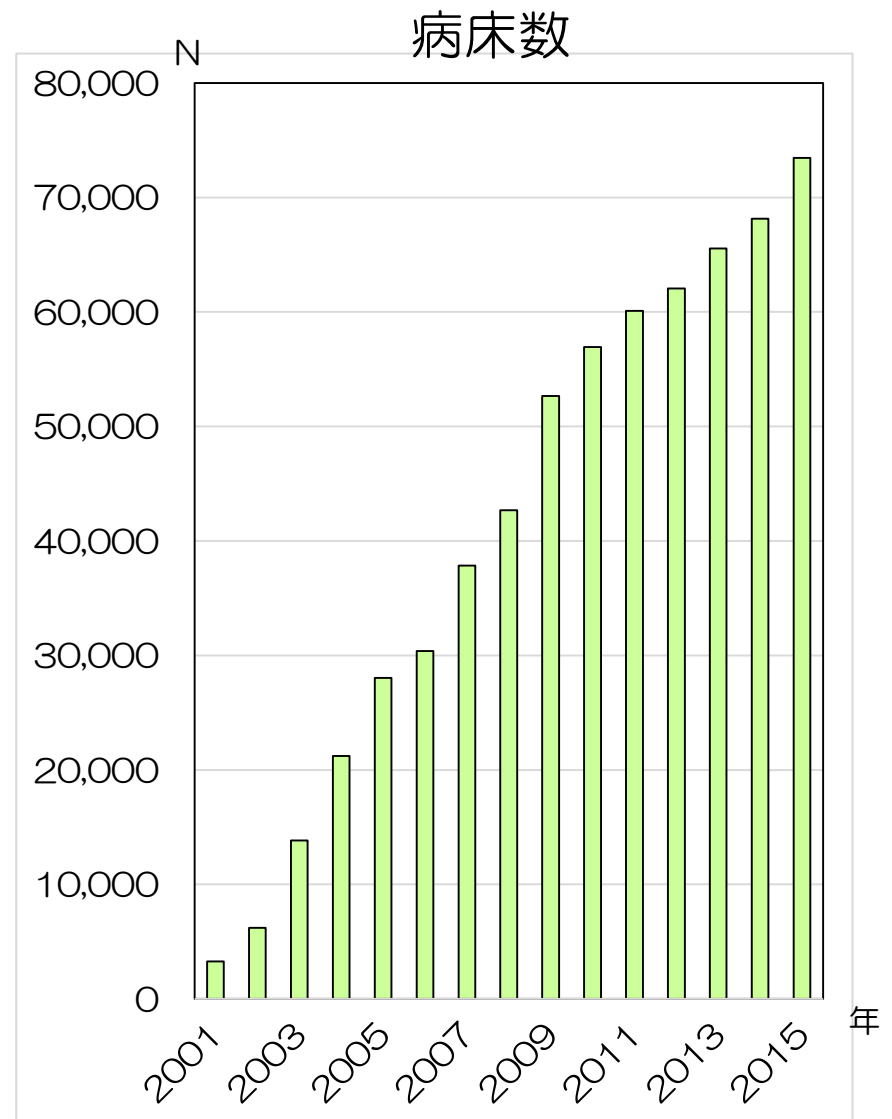
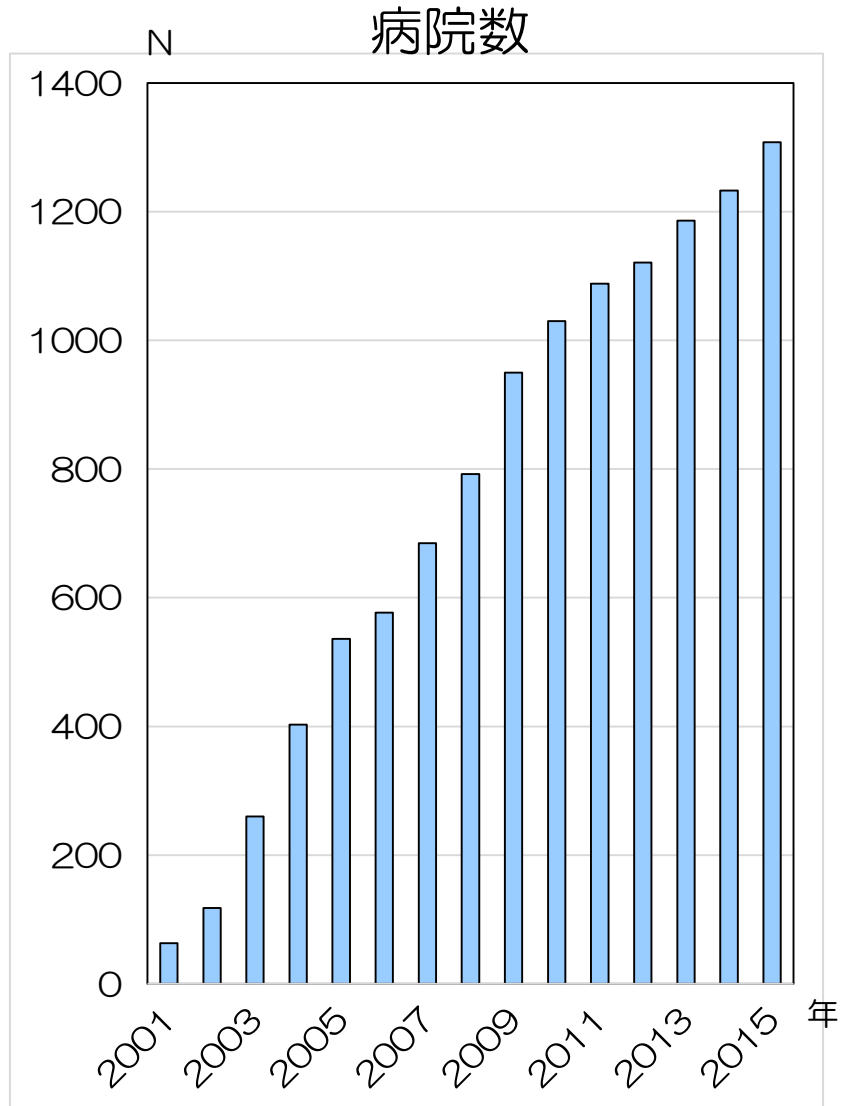
- ※ 質の評価（成果指標）の試行的導入（世界初）
- ※ 以後、改定毎に質の評価（プロセス指標）を強化

医療の質の指標

1. 構造指標
病院の構造設備・組織がしっかりしているか測る
2. プロセス指標
治療などのサービス提供のプロセスが患者にとり望ましいものであり、EBMに従っているか否かを測る
3. 成果指標
成果を測る

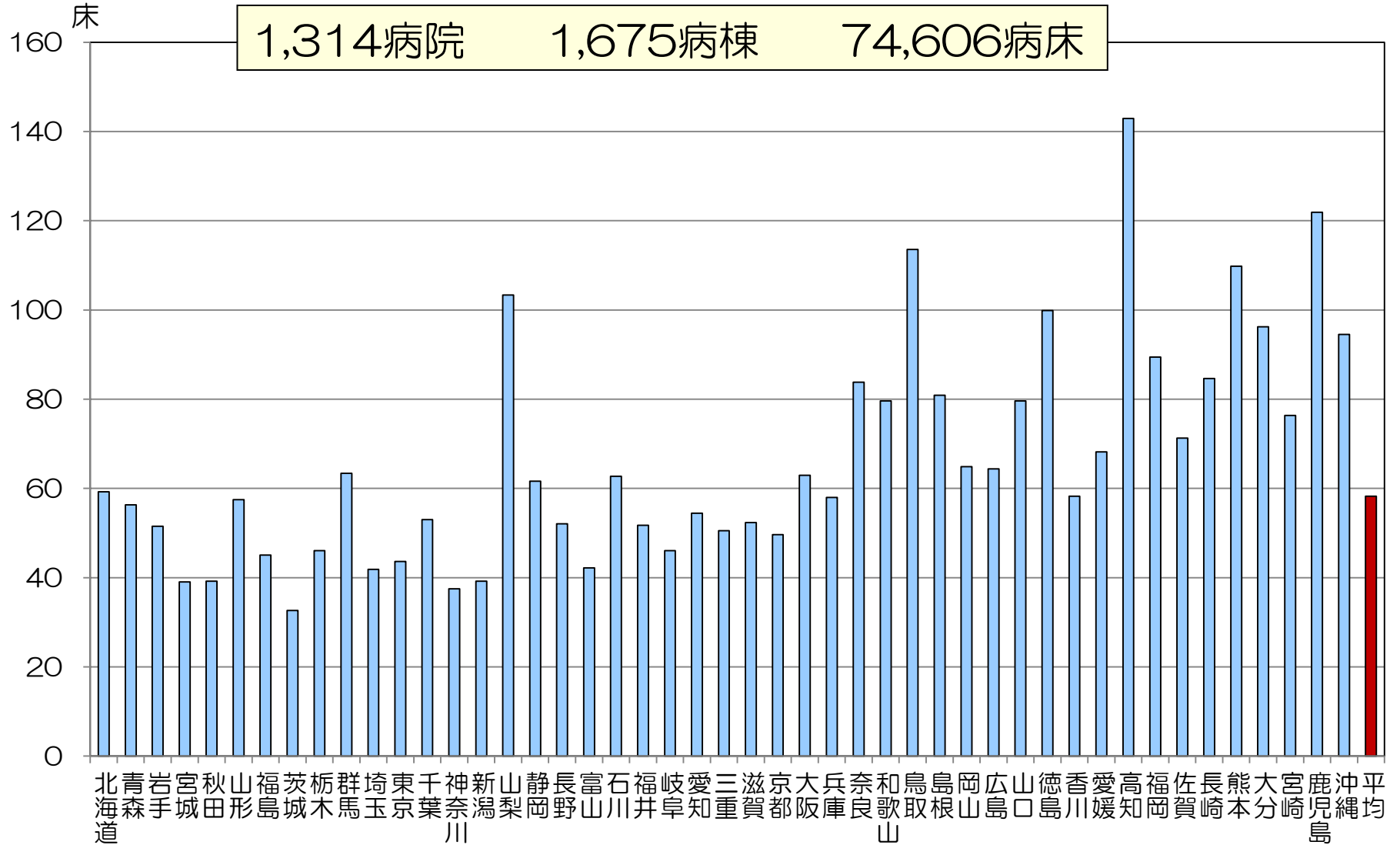
増加し続ける回復期リハ病棟

(回復期リハ病棟協会調査より 各年2月)



都道府県別人口10万あたり回復期リハ病床数

回復期リハ病棟協会調査より（2015年3月1日）



望まれる回復期リハ病棟の医師

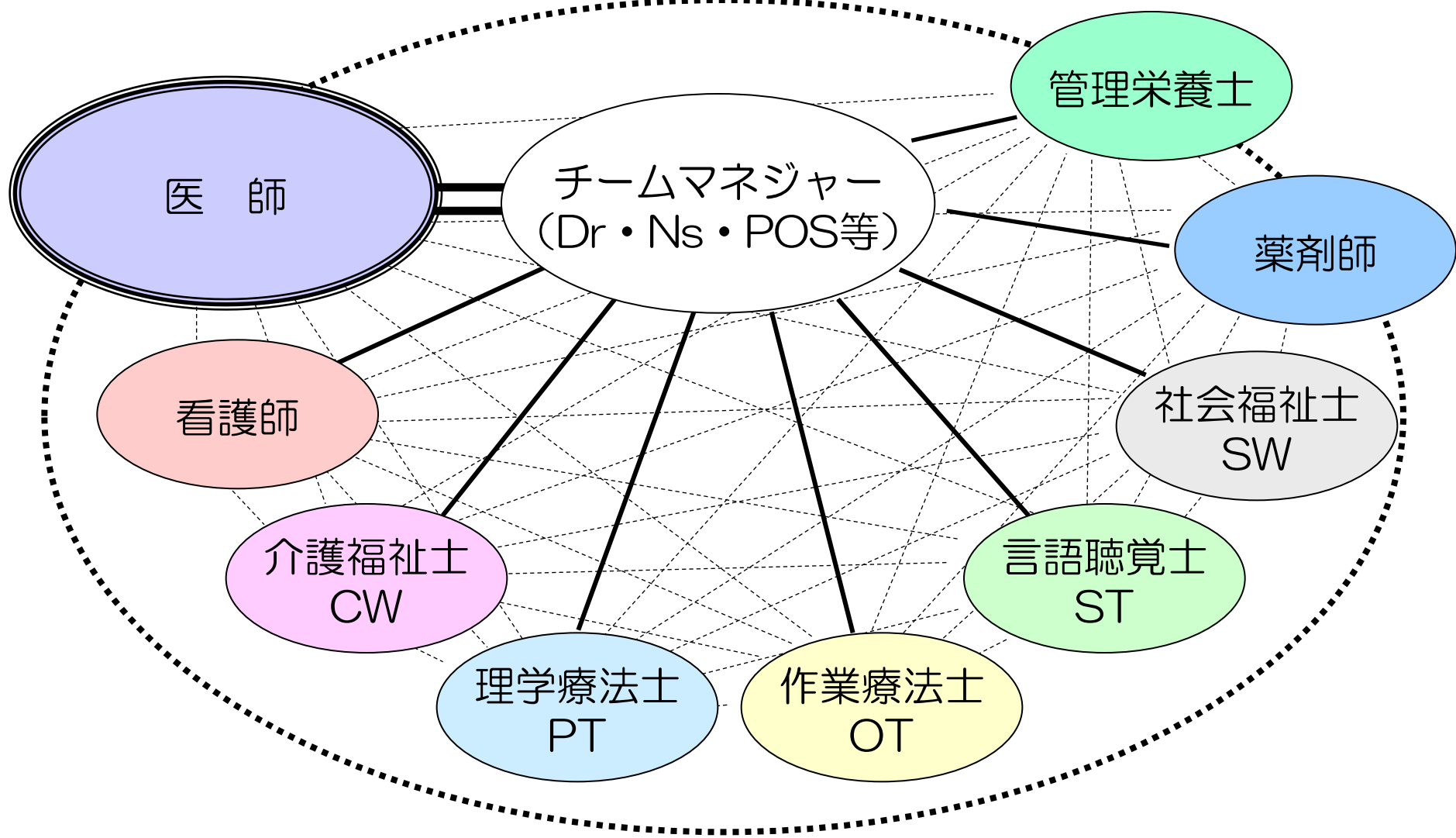
全国回復期リハ病棟連絡協議会 医師研修会（2003）より

- チームの一員として治療を進めることができる協調性があり
- チームを率いるリーダーとしての才覚が豊かで
- 患者・家族からの信頼が厚く
- 優れた医学的管理能力を有し
- リハビリテーションの知識が豊富な医師



回復期リハ病棟の特徴

多職種の病棟専従配置によるチームアプローチ



訓練室だけのリハでは不十分



各種マシンによる訓練でも不十分



病棟の日常生活における移乗・移動動作訓練



食事中に嚥下・摂食・食事動作の訓練



排泄は24時間必ずトイレで



入浴は家庭復帰を目的に



段差や和室の実戦訓練



炊事・調理の実戦訓練



各種カンファレンスによりチームで対応



回復期リハビリ病棟創設後のリハビリ医療の変化

1. 訓練室中心のリハビリ (PT・OT・ST中心) → 病棟生活も重視するリハビリ (Dr・Ns・CW・SW等を含むチームアプローチの推進)
2. 2時間/日の個別リハビリ → 3時間/日の個別リハビリ
3. 土日祝祭日休みのリハビリ → 365日間実施するリハビリ
4. 郡部の温泉病院のリハビリ → 都市部の民間病院によるリハビリ (全国各地に普及)
5. 入院によるリハビリの目的 → 在宅復帰
6. リハビリ医療の機能分化 → 急性期～回復期～生活期に分化

回復期リハ病棟の費用対効果

回復期リハ病棟協会調査（2014年）

昨年の実績

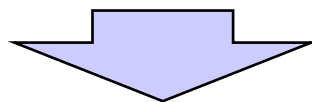
平均入院日数	: 76.7日
平均ADL改善度（FIM利得）	: 16.8点
平均自宅復帰率	: 71.7%
回復期リハ病棟を通過した患者数	: 約29万人

消費した医療費

$$\begin{aligned} &= 1人1日当たり平均単価 \times 平均入院日数 \times 通過患者数 \\ &= 7,423 \text{ 億円} \end{aligned}$$

回復期リハ病棟の現状と課題

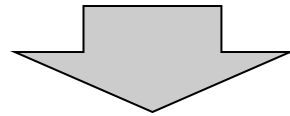
- 1) リハ科医師の「リーダーシップ・全身管理能力・リハの知識と技術」は十分か ？
- 2) リハ看護・リハ介護の自立支援技術は十分か ？
- 3) PT・OT・STの技術は十分か ？
- 4) チームアプローチは成熟しているか ？



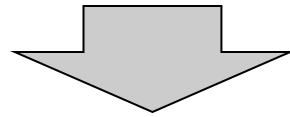
- 1) リハ科専門医の配置を規定すべきではないか
- 2) リハ看護・リハ介護の教育研修体制の整備
(介護職員は介護福祉士とすべきではないか)
- 3) PT・OT・STの卒後教育研修体制の強化

※ 診療報酬における回復期リハ病棟の質の評価において、より厳しい要件を設定すべきではないか ？

急性期リハ

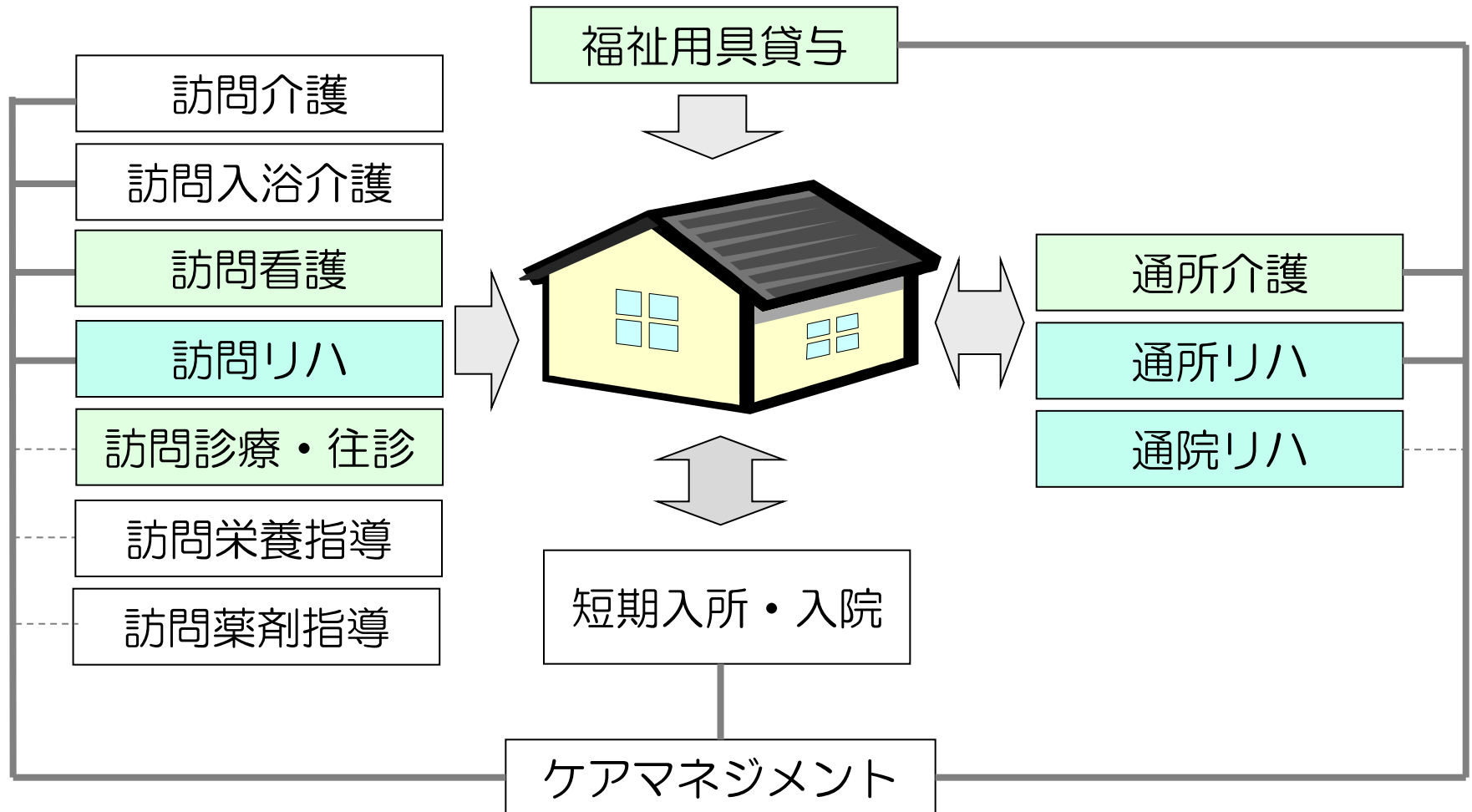


回復期リハ

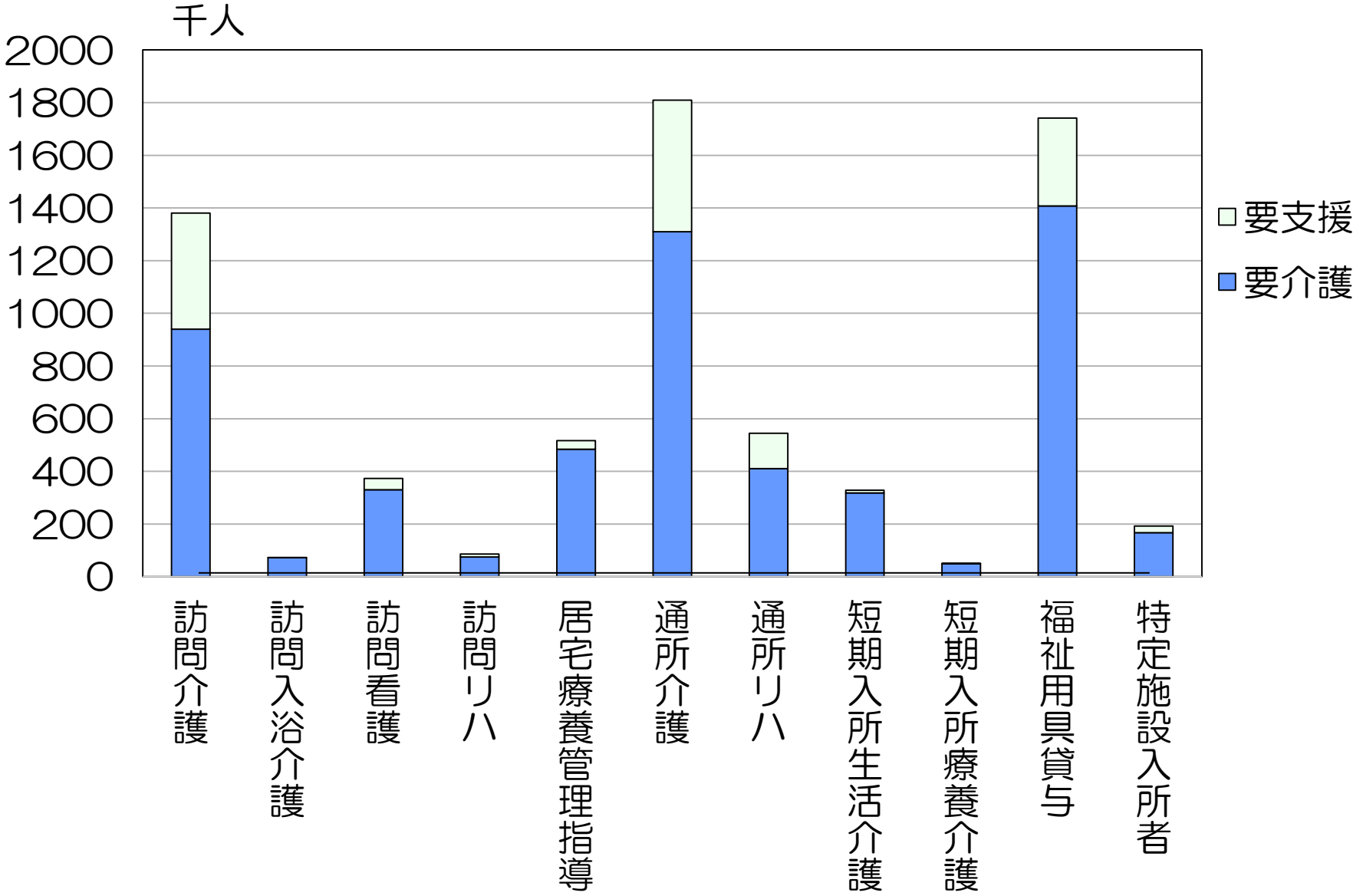


生活期リハ（主に介護保険）

介護保険・医療保険による居宅サービス

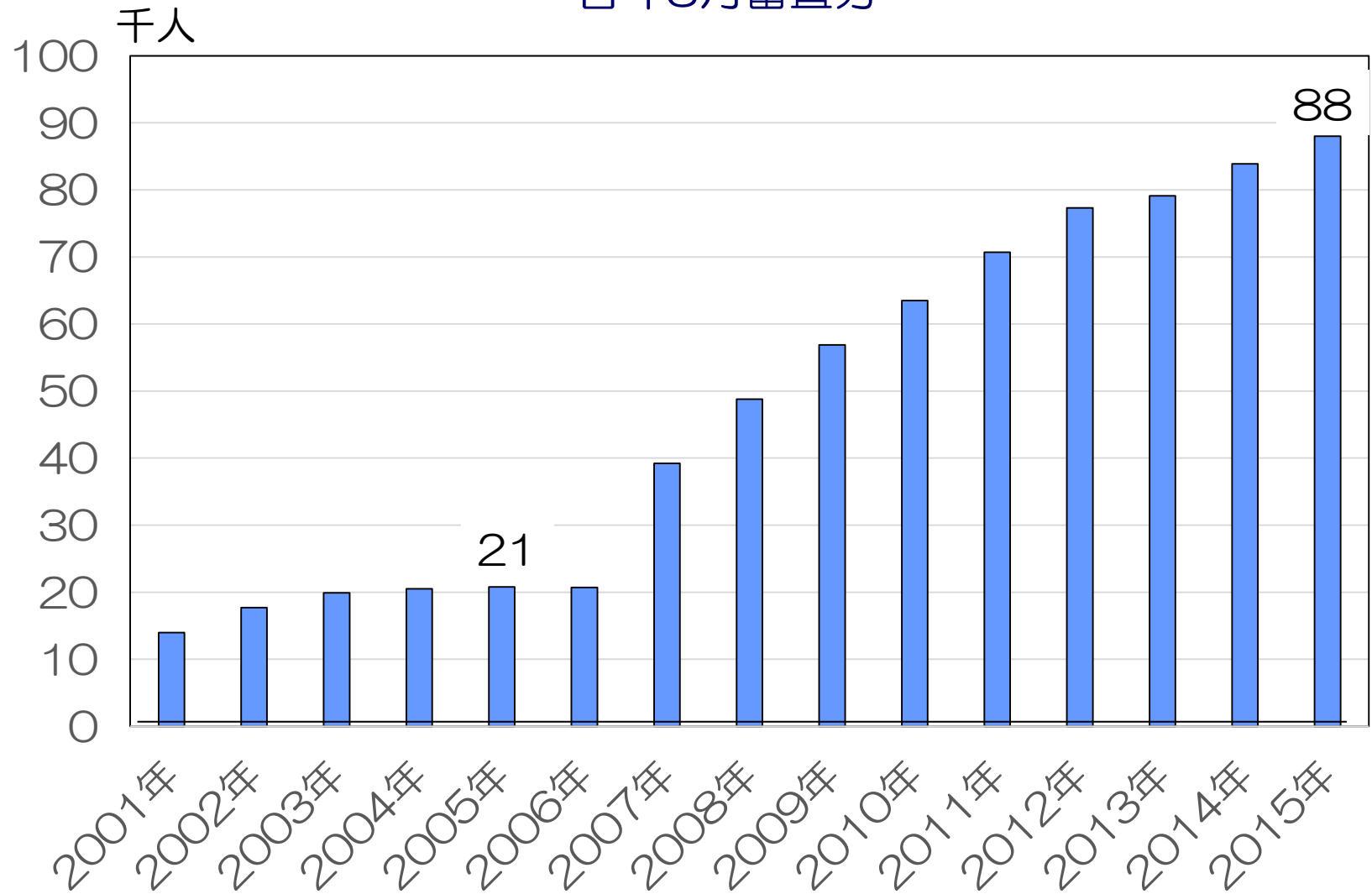


介護保険におけるサービス種類別居宅サービス受給者数 (2015年5月審査分)



訪問リハの受給者数の推移

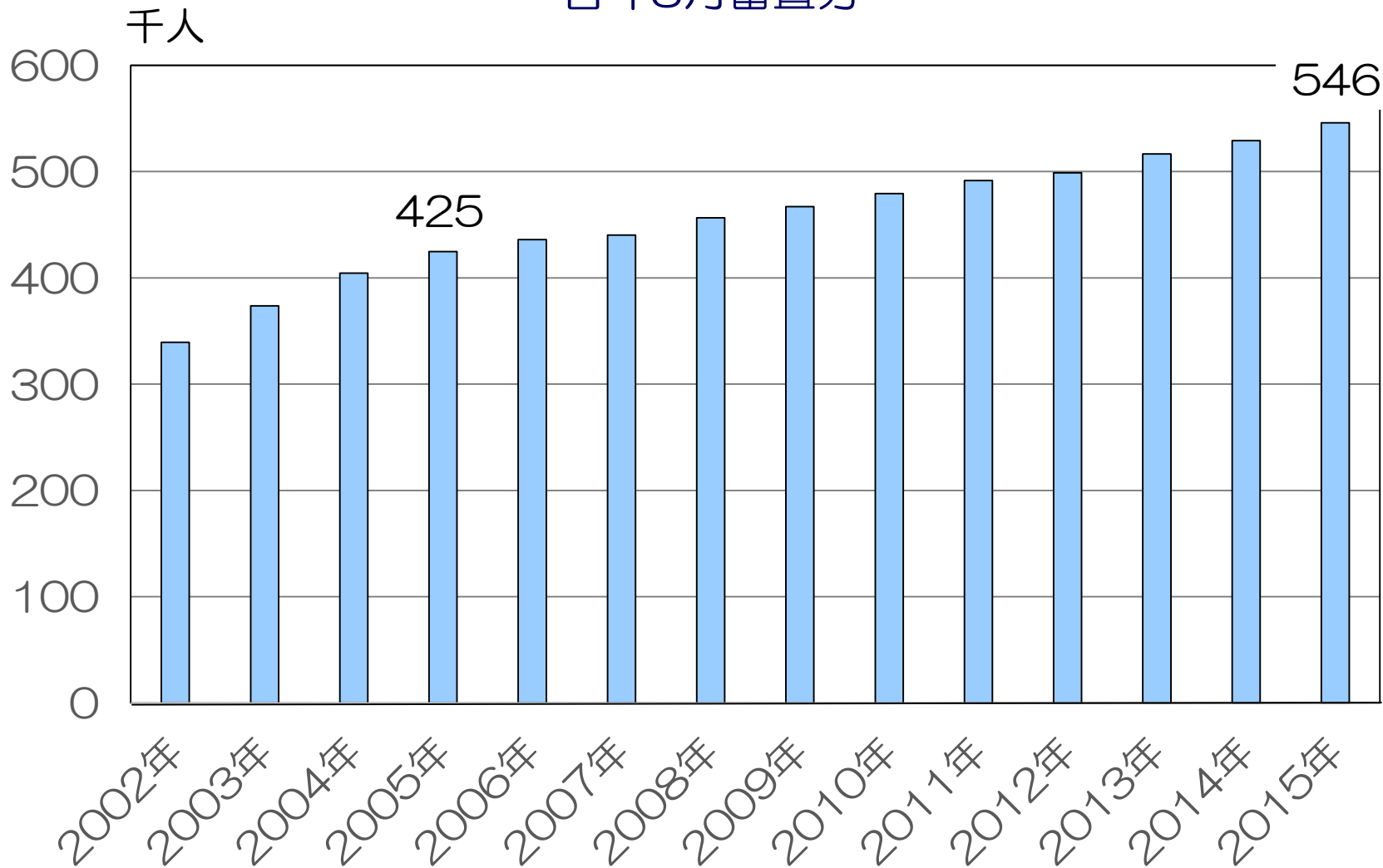
各年3月審査分



※ 10年間で4.2倍

通所リハ受給者数の推移

各年3月審査分



※ 10年間で1.3倍

事例1 91歳 女性

診断：脳梗塞（ラクナ梗塞）

急性期病院に1か月間入院、
退院後、自宅（ベッド）に閉じこもり
1ヶ月で寝たきりに移行した例



初回訪問時は、
寝たきり状態...



退院時 要介護2
1ヶ月後 要介護4

※ 訪問リハ+訪問看護を開始



自力で起き上がれる
ようになる



伝い歩きでトイレ
までの歩行練習



急階段を下りて
1階へ



久しぶりに
自分の指定席へ



シルバーカー歩行へ



T字杖歩行へ



丁字杖歩行
監視レベルへ
(要支援1)



訪問リハ終了し、
通院へ・・・

事例2 70歳 男性

脳梗塞 → 左片麻痺

回復期リハ病棟を経て自宅復帰、
退院後、外来リハを継続
職場復帰（靴職人）するも退職、
通所リハに移行し現在に至る

経過1 外来リハ

靴職人	入院リハ	外来リハ	通所リハ		
45年間	3ヶ月	2年半	自主トレ講座	調理講座	
			3ヶ月	3ヶ月	

ADL：自立

屋外フリーハンド歩行自立

一度復職するが退職

自主トレの散歩かテレビの毎日

他の施設利用には消極的で、鬱的な日々が継続



職場訪問

経過2 通所リハ（講座）

自主トシ獲得講座：定員8名（男性7名，女性1名）
他者との交流は見られないが、
仲間を意識した言葉が増えていく。
余暇としての一人での外出が始まる。

「皆が頑張っている姿をみると頑張れる」
「外出は楽しかった」



スカイツリー散策

調理講座：定員6名（男性3名，女性3名）
作業を媒介として他者交流が見られる。
広告を調べて買物に行ったり、
自宅で調理や皿拭きをするようになる。

「皆につられてやってしまう」
「調理や買物は馬鹿にしてたけど違った」



うどん作り

経過 3 現在

現在：通所リハ 週1回

具体的な希望，人生や生活の振り返りの言葉が聞かれ始める。
活動の情報提供に対しては参加意欲を見せ始めている。

「麻雀ができたらいい。温泉旅行に行きたいね」

「今まで自分勝手に生きてきたのがよく分かった」

「調理講座で変わったね。掃除をするようになった。」

患者会：

調理講座の体験談の発表に挑戦

発表時は非常に緊張され、何度も涙で言葉が詰まるも、
最後まで話し通される。

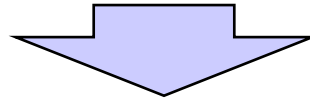
「調理は、共同でやるっていうのが良かった」

「絶対に片手じゃできないって思ったけど、出来て驚いた」

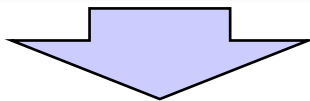
「人前で話すなんて初めてだけど、出来て良かった」

生活期リハの現状と課題

- 身体機能改善を目的とした機能回復訓練に偏ったリハが主流となっていることに疑問



- 1) 個別性を重視した適時・適切なリハの実施
- 2) 「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハの実施
(身体機能に偏ったリハの見直し)



- 1) 生活期リハマネジメントの再構築
リハビリテーション会議の開催
医師の十分な関与
- 2) 生活機能に焦点を当てた取り組みの強化

4. 医療法人 輝生会の

地域リハ・地域包括ケアに関する活動

各拠点の地域リハビリテーション活動

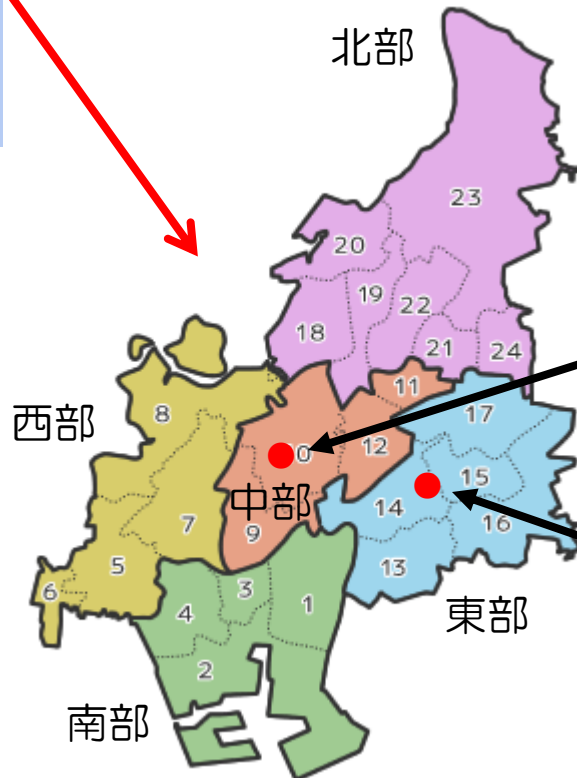
1. 船橋市立リハビリテーション病院
船橋市地域リハ研究会
2. 船橋市リハビリセンター
船橋市地域リハ支援拠点
3. 初台リハビリテーション病院
東京都区西南部地域リハ支援センター
(渋谷区・目黒区・世田谷区)
4. 在宅総合ケアセンター元浅草
東京都中央部地域リハ支援センター協力機関
5. 在宅総合ケアセンター成城
東京都区西南部地域リハ支援センター協力機関

各拠点が研究大会・研修会・講習会等を年間12~24回開催

千葉県船橋市について

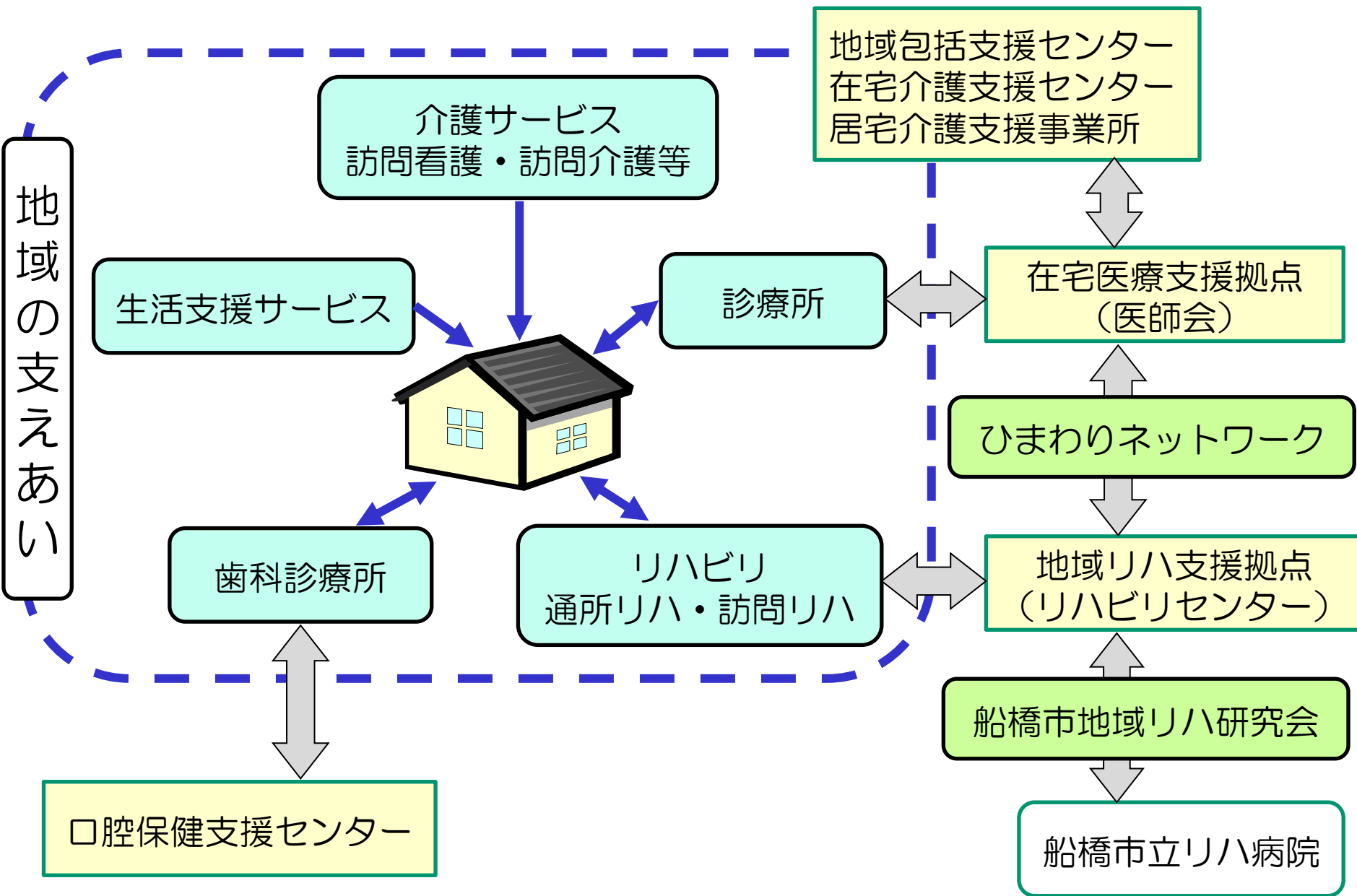


人口：62万人
 高齢化率：22.8%
 南部：都市部
 北部：農業地域
 今後、高齢者が急増する典型的都市



2008年
 船橋市立リハビリテーション病院
 回復期リハ病棟：200床
 （外来リハ・訪問リハ・通所リハ）
 2014年
 船橋市リハビリセンター
 外来リハ・訪問リハ・通所リハ・訪問看護
 介護予防事業
 地域リハ拠点事業

船橋市の目指す地域包括ケアシステム



船橋市地域リハ協議会・研究会の活動

- 船橋市 医師会
- 船橋市 歯科医師会
- 船橋市 薬剤師会
- 船橋市 栄養士会
- 船橋市 SW連絡協議会
- 船橋市 訪問看護ステーション連絡会
- 船橋市 介護支援専門員協議会
- 船橋市 回復期リハ病棟連絡会
- 船橋市 介護老人保健施設協会
- 船橋市 訪問リハ連絡会
- 船橋市 通所リハ連絡会
- 船橋市 通所介護勉強会
- 船橋市 訪問介護事業者連絡会
- 船橋市 老人福祉施設協議会
- 船橋市 障害施設連絡協議会
- 船橋市立リハビリテーション病院
- 船橋市リハビリセンター（事務局）

代表者会議を毎月開催
以下の事業を実施

- 研究大会
- 地区別地域リハ勉強会
（ワークショップ）
- 介護職員向け勉強会
- 栄養サポート勉強会
- 地域リハ実態調査
- 地域リハマップ作成
- 市民公開講座

ワークショップ（市内3地域毎に開催）



介護職員向け勉強会

市立リハ病院にて、市内に従事する介護職員向けにリハビリテーションの視点を取り入れた介護技術についての研修会。

移動・移乗・栄養・嚥下・体操など基礎編・応用編に分け年11回の勉強会を開催。

毎回50名以上が参加、昨年は600名以上が参加。



市民公開講座

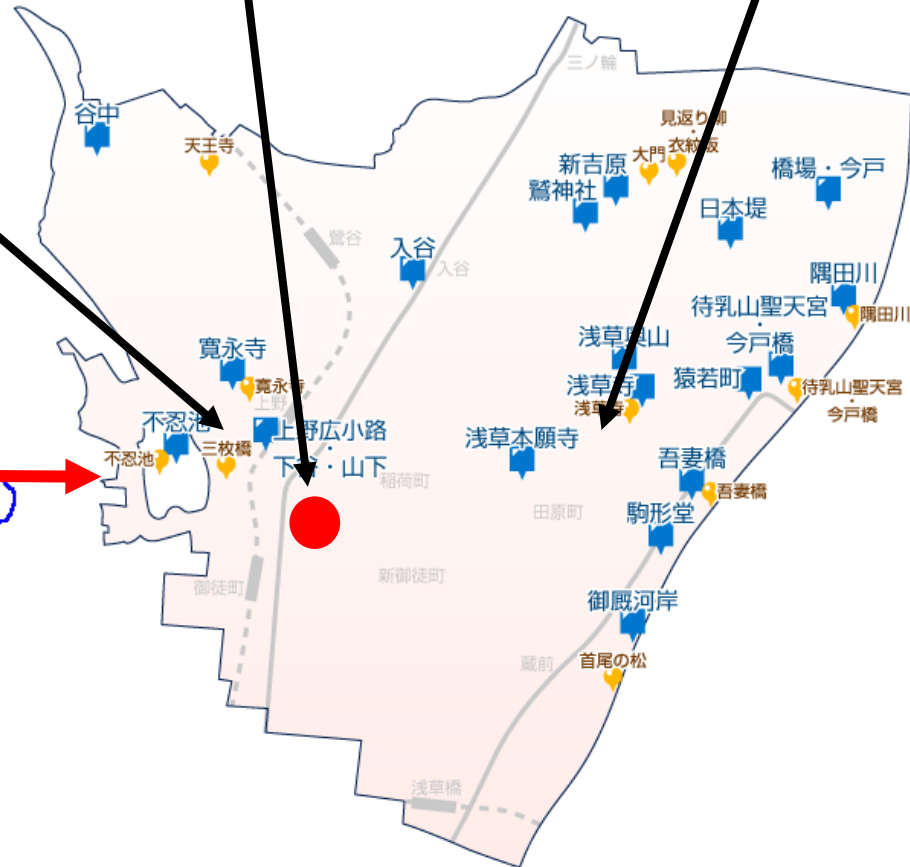
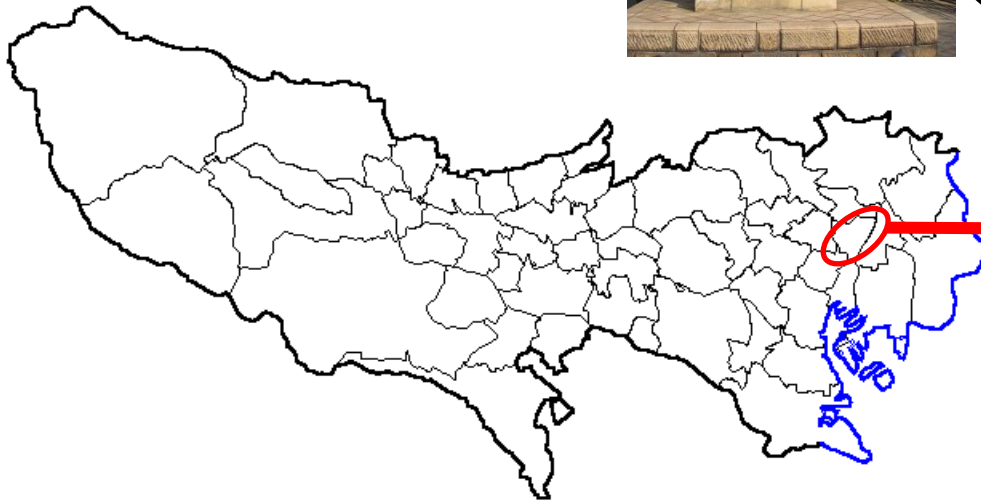
摂食栄養サポート勉強会



東京都台東区について

- 23区内で最も狭い区
- 人口：18.6万人
- 高齢化率：26.6%
23区内で二番目
- 人口増加地域だが、
高齢化率も上昇

在宅総合ケアセンター元浅草

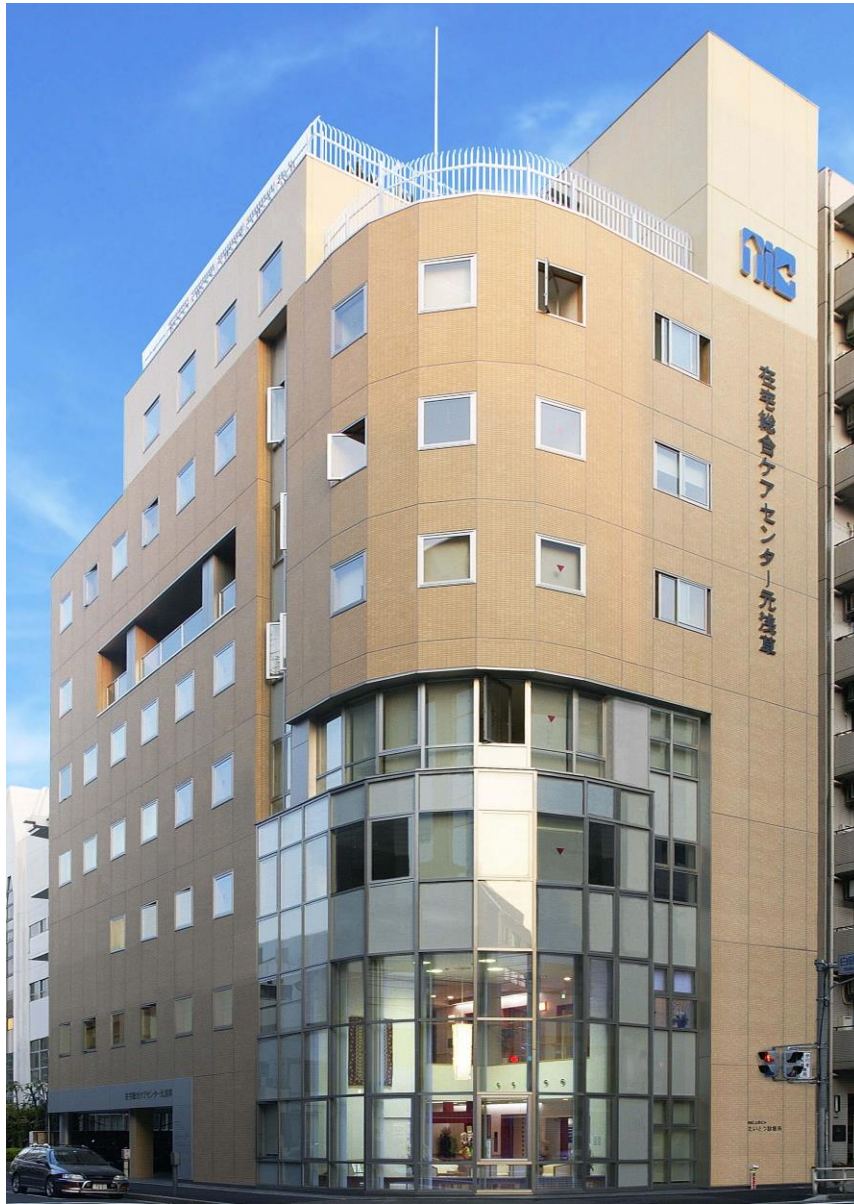




kisei·kai

在宅総合ケアセンター元浅草

2003年4月～



3つの事業体の複合施設
有床診療所
訪問看護ステーション
居宅介護支援事業所

医療・リハ・介護を含む
小規模多機能施設

在宅総合ケアセンター元浅草の業務

1. たいとう診療所：

在宅療養支援診療所：常勤医師5名で24時間対応

外来診療（リハ・一般）

訪問診療（往診）

訪問リハ

通所リハ：1～2・3～4・6～8時間

入院8床：医療依存度の高い例の短期入院

短期間のリハ合宿的入院

2. 訪問看護ステーション：24時間体制

3. 居宅介護支援事業所

他に、中央部地域リハ支援センター協力機関

在宅ケア・在宅リハに関わる相談機能

地域への啓発活動

地域の医療・福祉・介護スタッフとの連携

在宅総合ケアセンター元浅草の職員数

	常勤職員	非常勤職員
Dr	5	3
Ns	13	3
CW（介護福祉士）	14	1
PT	15	1
OT	11	3
ST	5	1
SW（社会福祉士）	2	
CM（社会福祉士）	5	
管理栄養士・栄養士	1・1	
調理師	2	
放射線技師	1	3
リハ助手	1	
事務	9	
守衛		2
運転手		6
計	85	23

※ 各専門職のバックアップ体制は、初台リハ病院・船橋市立リハ病院が担う

在宅総合ケアセンター元浅草の サービス種類別利用者

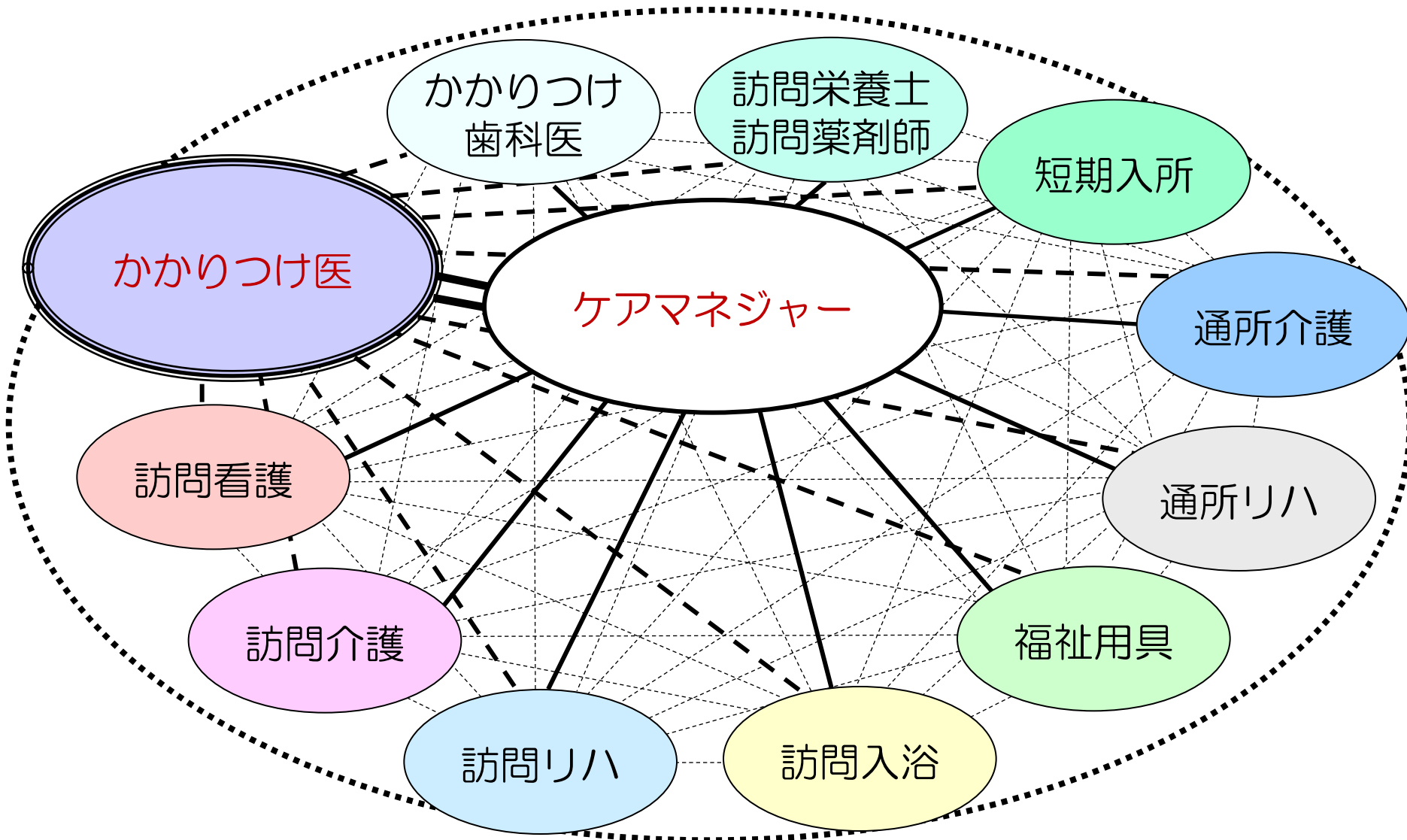
種類	利用者	
外来通院	500人	通院リハ：200人
訪問診療・往診	400人	550件/月（在医総：160人）
訪問看護	100人	500件/月
訪問リハ	350人	1600件/月
通所リハ	250人	
短期入院	60人	平均入院期間：3～7日
居宅介護支援	120人	

在宅ターミナルケア：年間30人

5. 自己主張

(地域包括ケアとリハビリテーション)

地域包括ケアにおけるチームアプローチ



※ 目標の共有化と迅速かつ正確な情報伝達が必要だが ???

地域包括ケアシステムにおける連携

- かかりつけ医
- ケアマネジャー
- 訪問介護
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハ
- 通所介護
- 通所リハ
- 短期入所
- 福祉用具

上記の各事業所間・各専門職間の情報のネットワークは、サービス担当者会議・地域ケア会議で十分か？



1. 各事業所が1拠点に集まり、事業所間・多職種間の壁をなくし、チームによる総合的在宅ケアサービスができるモデル的拠点が必要ではないか？
2. IT化による情報ネットワーク化が必要ではないか？

地域包括ケアの推進には居宅サービスを総合的に提供可能な拠点が必要ではないか？

在宅総合ケアセンター

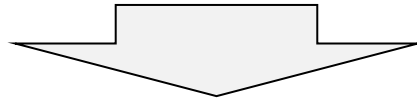
1. 在宅療養支援診療所
2. 訪問看護事業所
3. 訪問介護事業所
4. 訪問リハ事業所
5. 通所リハ事業所
6. 通所介護事業所
7. 短期入所
8. テクノエイドサービス（福祉用具等）
9. 居宅介護支援事業所

※ 重要な点は、理念を共有した多職種が日常的に話し合い、共通言語を使い、職種間の壁をなくすこと。

この点、回復期リハ病棟の経験が極めて有用。

地域包括ケアシステムの要点

- 医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供。
- 地域の特性に応じて作る。
- おおむね30分以内の日常生活圏域が単位。



1. システムというよりネットワークの構築
2. モデル的拠点が必要
3. 情報の一元化（IT化）が必要
4. 行政・医師会の積極的基盤作りが必須
5. 各地域にリーダーが必要
6. リハビリテーション（自立支援）の視点が不可欠