

開学記念式 特別講演—21世紀の地域リハビリテーション—

日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長
医療法人近森会 顧問 医療法人輝生会 理事長
初台リハビリテーション病院 石川 誠

キーワード : リハビリテーション医療 地域リハビリテーション
介護保険チームアプローチ

Community Based Rehabilitation in Twenty-first Century

President Makoto Ishikawa M. D.

Abstract

This paper describes the history of rehabilitation medicine from 1963, beginning of the training for physical therapists and occupational therapists, and 1970, start of rehabilitation in hospital employing hot springs, through year of 2000. Based on this history, new rehabilitation required in 21 century was reviewed based on analysis of an important changes in social structure, like less number of children and increasing number of aged persons and also alteration of the types of diseases, and in social paradigm.

Rehabilitation in 21st century must take a proper measure at acute stage, recovery stage and holding stage as it should be performed totally by using insurance for care process and community based rehabilitation. After establishment of large frameworks of health, medicine and welfare, importance of care during holding stage becomes evident and a wide supporting system must be prepared in care insurances and the community based medicine. From such consideration, if one speculates the future of community health service system including rehabilitation, eighteen thousands of physical therapists and occupational therapists must be needed and even more, the requirement in the related professionals is potentially high. Such transition can be expressed as following: From the medicine headed by doctors to team approach toward health care with variety of medical specialists.

Key words : Rehabilitation Medicine. Community Based Rehabilitation.
Care Insurances. Team Approach

要旨

1963年に理学療法士・作業療法士の養成が始まり、1970年代からは温泉病院を中心にして出発してきた日本のリハビリテーション（以下リハ）医療を2000年までの変遷として説明し、その上に、21世紀に求められている新たなリハを展望するために、リハの内容を少子高齢化や疾病構造の変化などの幾つかの重要な社会構造やパラダイム

の転から分析した。

それらは、急性期、回復期、維持期において対応が考えられなければならないと同時に介護保険、地域リハとの関連で統合的に解決されていかなければならない。特に、保健・医療・福祉という大きな枠組みが提示されてからは急性期、回復期、維持期の過程では維持期への比重が、介護保険や地域リハでは大変に重要で、支援体制の整備

が広く求められている。これをリハを含む、地域医療提供体制の将来を予測すると、理学療法士・作業療法士は18万人が必要と予測されており、その他職種も潜在需要は大きい。

これは、「医師中心型医療から多職種によるチームアプローチの時代へ：from Medical Care to Health Care」という言葉でまとめることができる。

特別講演

新潟医療福祉大学創立記念式おめでとうございます。この式典で講演をする光栄を与えていただいた高橋学長に感謝申し上げます。早速本題に入りたいと思います。

ご承知のように日本のリハビリテーション医療（以下リハ）は1963年から始まった理学療法士・作業療法士の養成を受けて、1970年代に、温泉病院を中心に展開され、一般病院でもリハが開始されました。1980年代には、住居地を離れた温泉病院でリハを行うのではなく、住居の近くに必要であるということで都市型リハ病院が出現するようになり、同時に在宅リハも開始され始めました。1990年代では急性期リハを重視し、一方で、維持期リハを整備されてきました。いよいよ2000年ですが、これは各地域ごとの急性期から回復期さらに維持期リハを連続して有機的に対応できるようにシステムを整備することが課題となっております。つまり、地域リハビリテーションを推進していくことです。保健・医療・福祉の変革の必要性、ここでは広い概念としての保健・医療・福祉の変革の必要性を考えてみたいと思います。これまで、疾病構造が変化してきて、慢性疾患である感染症や慢性病あるいは退行性疾患、成人病から老年病へのシスマティックな対応が必要とされております。それには人口構造の変化（少子高齢化）、家族構造の変化（核家族化）、

経済構造の変化（低経済成長）、国民の価値観の変化（多様化、高度化）が大きく変容してきている背景があります。これらの変化に、従来の制度は不適應を起こしております。しかし、リハビリテーションなどと言うノーマライゼーションのパラダイムを21世紀福祉ビジョンとするならば、21世紀の保健・医療・福祉の変革が具体的に可能な展望を持っております。保健・医療・福祉におけるリハを表に示すと表1、その考え方の元になる地域リハビリテーションの定義は検討中ですが表2で示しました。

表1 保健・医療・福祉におけるリハビリテーション

リハの区分	制 度		
予防的リハ	老人保険事業	機能訓練事業等	
治療的リハ	医療保険	急性期・回復期リハ	医学的リハ
維持的リハ	介護保険	維持期リハ	
		通所介護等	
	福祉制度		

ここで、地域におけるリハビリサービスの課題をまとめます。

一つには、歴史的に見て、介護保険対応以前では、①予防的リハの推進、②治療的リハの整備が急性期と回復期リハ医療の充実を求めて追及されてきました。

二つには、介護保険対応後の変化として、○維持的リハの整備が不可欠であると考えられています。その中身は、適切な維持期リハ医療サービスの普及が必要であること。あわせて福祉系サービスにおける自立支援技術の普及が平行して行われることであります。この具体化として、平成12年3月に終了した「新寝たきり老人ゼロ作戦」がありましたし、平成12年4月以降、引き続きゴールドプラン21から「今後5年間の高齢者福祉対策の方向」として「地域リハビリテーション推進事業」の展開が必要とされております。

表2 地域リハビリテーションの定義（日本リハ病院・施設協会：2001年検討中）

地域リハビリテーションとは、生涯のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活に関わる人々や組織がリハビリテーションの立場から協力しあって行う活動のすべてを言う。

これらの活動を達成するためには、障害の発生を予防することが大切であるとともに、あらゆるライフステージに対応して継続的に提供できる支援システムを地域で作っていくことが求められる。

ことに医療においては廃用症候群の予防および機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーションサービスが提供されることが重要であり、そのサービス急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に提供される必要がある。

また、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できうる限り社会参加を促し、生ある限り人間らしくすごせるように専門的サービスのみでなく地域住民も含めた総合的な支援がなされなければならない。

表3 予防的リハの推進

予防的リハの推進

- ・老人保健事業：機能訓練事業B型の普及
- ・介護予防・生きがい活動支援事業

予防的リハには、老人保健事業における機能訓練事業B型の普及が待たれており、さらに、介護予防、生きがい活動支援事業につながる必要があります。

リハ医療については、表4、表5で示し、図1では平成15年8月31日までの第4次医療改正について、現行と改正後の大枠を示しております。

表4 医療におけるリハサービスの分類（リハ医療について）

	期間	実施内容	提供方法	保険
急性期リハ	発症後1ヶ月	疾患・リスク管理に重点を置き、廃用症候群の予防が中心	急性期病院	医療保険
回復期リハ	発症後6ヶ月例外あり	疾患・リスク管理に留意し、能動的な多彩な訓練が中心	回復期リハ病棟 療養病床 通院リハ	
維持期リハ	上記以降	上記が終了し、獲得された家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援	通院リハ 訪問リハ 通所リハ	介護保険
			介護療養型施設 老人保健施設	

表5 圏域に応じたリハ医療サービス

圏域	提供期間	内容
住民に身近な地域	診療所 訪問看護ステーション 老人保健施設 療養病床 一般病床	プライマリケアの一環としてのリハサービス
二次医療圏	総合リハ施設を有する病院	専門的リハサービス
三次医療圏	大学病院 都道府県の中核病院 都道府県のリハセンター	高度のリハサービス

* 二次医療圏で完結するリハ医療サービスシステムの整備

第4次医療法改正（平成15年8月31日まで）
（病床区分の見直し）

現行	その他の病床		精神	伝染	結核
		特例許可 老人病棟	療養型 病床群		
改正	一般病床	療養病床		精神	伝染
	治療を必要とする患者	長期にわたり療養を必要とする患者			結核

図1 第4次医療法改正

治療的リハの整備

ここでは治療的リハの整備を考えます。急性期・回復期リハ医療サービスの整備のことです。高知市にある近森病院では350床の病院が急性期病院として機能しており、発症3日からPT,OTを開始し、2～3週間での退院を目標とすることが主流となっております。これを取り組む上での課題は、①早期に開始されるリハでのクリティカルパスの普及、②PT,OT看護婦等によるベッドサイドリハの普及、③在宅リハおよび回復期リハ病棟との連携強化などであります。

回復期リハ病棟の目標は、①ADL能力の向上を目的とすること、②寝たきりの防止を目的とすること、③家庭復帰を目標とすること、これらを適切に掲げて取り組むことであります。

回復期リハ病棟を作るにはいくつかの困難な点があります。適応患者の点では80%が不足しています。医師については病棟専従医師を獲得することは、今なお困難な状況です。看護婦では3対1の充足が難しいのです。リハ専門職では、施設基準の維持が困難です。療養環境の点では1床あたり、6.4㎡の確保と浴室の整備が困難です。病棟生活を重視したいのですが、訓練室至上主義のリハから頭を切り替えることから脱皮することもなかなか困難です。

2001年6月1日現在、全国回復期リハ病棟連絡協議会調査による回復期リハ病棟入院料算定病院の状況では、78病院87病棟、

4,021床のうち、一般病床が約3/7、療養病棟は4/7であり、リハ施設基準をとっているところでは、総合リハ施設基準のところは5/8、施設基準PTⅡ+OTⅡのところは約3/8というのが実情です。私は8万床必要と考えており、実現に、あと10年はかかるように考えています。

このような現状における回復期リハ病棟の課題は次のようなものであると考えています。

- ① 適応患者の確保・・・急性期病院との連携強化が必要であり、同時に亜急性期医療体制の充実を図ること
- ② リハサービス提供体制を充実させること。
これは、6床にPT・OTを各1名配置すること。
チームアプローチを強化することであり、
- ③ 地域ケアシステムへソフトランディングを考えることこれは、介護保険サービスへの円滑な移行を推進すること。さらにかかりつけ医や診療所と連携を強化することです。

維持的リハの整備

これからは、維持的リハの整備が必要です。そのためには、適切な維持期リハ医療サービスの普及が必要ですし、あわせて、福祉系サービスにおける自立支援技術の普及も不可欠です。

介護保険制度による新たな展開も考えなければなりません。介護保険はコミュニティケアの引き金であるという認識が大切です。ケアマネジメントによるチームケアの本格化を目指さなければなりません。医療と福祉を共通基盤とすること、つまりケアプランによるケアの共通言語化を図る必要があります。高齢者ケアの標準化も同様です。これまでは医療モデルが中心でしたが、それを生活モデルへ転換していかなければなりません。次は制度上の維持期リハサービスの区分（表6）とPT・OTによる訪問の現状（表7）です。

維持的リハの課題としては、次のようなものが考えられます。

- ① 訪問リハの標準化と基盤整備を図る。
- ② 通所リハと通所介護の差別化を推進すること。
- ③ 訪問看護婦・ホームヘルパーに対する自立支援の技術移転を図ること。
- ④ 福祉用具・住宅改修サービスに対するアドバイス体制を確立すること。
- ⑤ かかりつけ医、ケアマネジャーに対するリハに関する啓発を促進すること。

このような課題を解決するために、地域リハ支援体制整備推進事業の実施状況が表8です。これを常識化して、地域リハビリテーション協議会、支援センター、地域広域支援センターなどとして定着させることが大切です。（図2）

表6 制度今日の維持期リハサービスの区分

在宅	通院リハ	診療所、病院	医療保険
	通所リハ	診療所、病院、介護老人保健施設	
	訪問リハ	診療所、病院	
	訪問看護	訪問看護ステーション	
	短期入所によるリハ	介護療養型医療施設	
施設		介護老人保健施設	介護保険
	入院リハ	介護療養型医療施設（リハ施設基準）	
	入所リハ	介護老人保健施設	

表7 PT・OTによる訪問の現状

病院・診療所からの訪問 = 訪問リハビリテーション
 訪問看護ステーションからの訪問 = 訪問看護
 平成11年訪問看護統計調査より

	常勤換算	延べ訪問回数
看護職（保健婦・看護婦・准看護婦）	15,948	11,114,652
リハ専門職（PT・OT）	582	461,003
看護職：リハ専門職	27:1	24:1

表8 地域リハ支援事業の実施状況

	平成10	平成11	平成12	平成13
実施都道府県	7	9	30	38
協議会	7	9	30	38
県支援センター		3	19	19
広域支援センター		2 (7)	11 (50)	23 (101)
連携指針		3	17	28

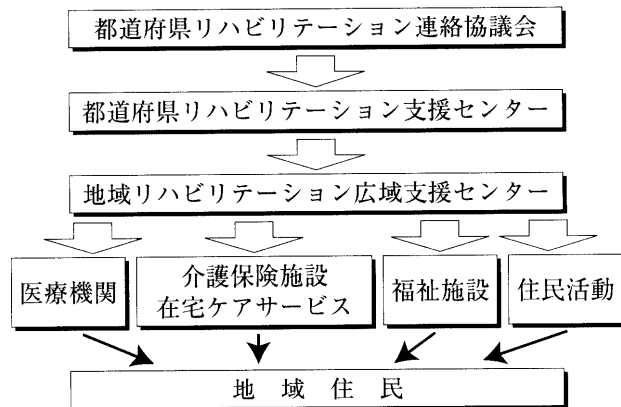


図2 地域リハビリテーション支援体制整備推進事業

これらを人的資源として確保する資料として、表9があります。私たちは、PT・OTはまだ不足し、今後約18万人が必要と考えています。

最後に「地域医療提供体制の将来予測を図示しますと図3のようになります。この図式のどこを切っても、リハビリテーションが必要であることは言うまでもありません。

表9 PT・OTの需給の推計

平成12年医療関係者審議会より

	PT	OT
平成11年末の供給	23,896	12,627
平成16年の供給（推計）	37,200	24,200
平成16年の需要（推計）	46,000	33,000

* まだまだ不足するPT・OT
（日本リハ病院・施設協会の推計では将来18万人必要）

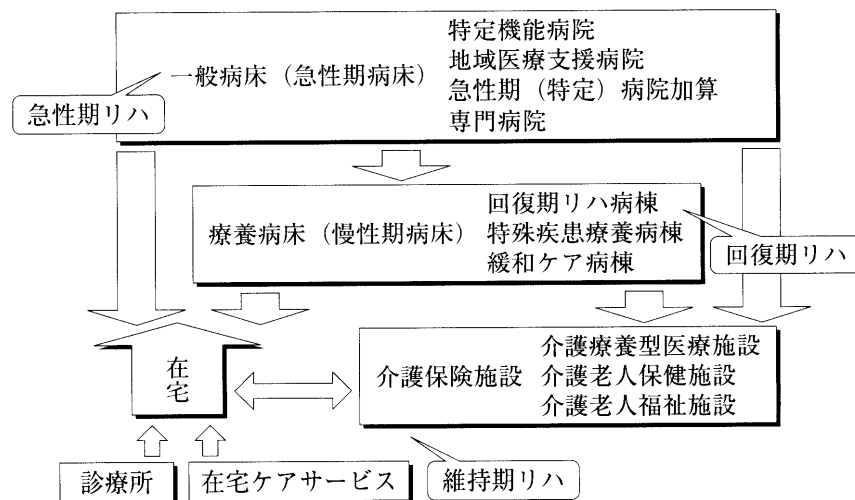


図3 地域医療提供体制の将来予測

最後に、まとめとして「医師中心型医療から多職種によるチームアプローチの時代へ：from Medical Care to Health Care」という言葉で締めくくりたいと思います。

新潟医療福祉大学の掲げている、良き「QOLサポーター」を育てる目標、多職種5学科を擁する貴大学に期待したいと思います。