

在宅医療における神経難病患者への対応

ーリハビリテーションの視点からー



医療法人社団輝生会

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

会長 石川 誠

1. リハビリテーション

リハビリテーションの歴史

中世ヨーロッパ：キリスト教カソリック教徒の離脱者の復帰

近世ヨーロッパ：無実の罪の取り消し（名誉の回復）
（ジャンヌ・ダルク、ガリレオ・ガリレイ）

ジャンヌ・ダルク (1412～1431 フランス)

百年戦争
フランス王国 Vs イングランド王国



1429年：オルレアンで指揮をとり大勝利
1431年：異端であるとし、火あぶりの刑
1456年：再裁判：ジャンヌ・ダルクは無罪
＝「リハビリテーション裁判」

ガリレオ・ガリレイ
(1564~1642 イタリア)



ガリレオが世を去ってから約350年後の1992年、ローマ法王 ヨハネ・パウロ二世は、ガリレオの裁判に誤りがあったことを正式に認めた。これをガリレオ・ガリレイのリハビリテーションと呼ぶ

リハビリテーションの歴史

中世ヨーロッパ : キリスト教カソリック教徒離脱者の復帰

近世ヨーロッパ : 無実の罪の取り消し (名誉の回復)
(ジャンヌ・ダルク、ガリレオ・ガリレイ)

20世紀初期 : 罪人の刑が終了→社会復帰 (権利の回復)

20世紀初~中期 : 戦争の都度、傷痍軍人のリハビリテーションにおいて医学が必要とされた。

20世紀後期 : リハビリテーション医学の発展

21世紀 : 総合的なリハビリテーションの推進

リハビリテーションの定義

(国連：障害者に関する世界行動計画 1982)

リハビリテーションとは、身体的、精神的、社会的に最も適した機能水準の達成を可能にすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限定したプロセスである。

最高の機能水準ではない

自己決定を尊重 (自律)

日本では ?

片仮名で表記するリハビリテーション

かつての日本

更生 = 立ち直ること、生きかえること。

好ましくない生活態度が改まること

(身体障害者福祉法)



「更生」に対し障がいをもっている人々は反発



日本は漢字の熟語で説明仕切れず、片仮名で「リハビリテーション」とした。

中国：康復 (復権医学)

韓国：再活治療

歴史と共に変化し、多様化した リハビリテーションという言葉

広義	権利・資格・名誉の回復（理念） → 障害を有する人々の尊厳の回復・保持
中義	障がいをもつ人に対する自立支援サービス ＝ 総合リハビリテーション <ul style="list-style-type: none"> ┌ 医学的リハビリテーション ├ 教育的リハビリテーション ├ 職業的リハビリテーション └ 社会的リハビリテーション
狭義	医学的管理下のリハサービス（リハ医療サービス） ＝ 医療保険・介護保険で規定するリハビリテーション
最狭義	PT（理学療法） OT（作業療法） ST（言語聴覚療法）
その他	商品として「リハビリテーション」を利用

リハビリテーション (Rehabilitation)

個人に対する障害のインパクトを軽減し、
本人が自立、社会的統合、より良い生活の質および自己活性化を獲得することを目指す、あらゆる手段を含む。

個人に対するアプローチだけでなく、
環境（物理的環境）の調整、
社会における機会均等化、
人権の促進・保護を含む。

2. 地域リハビリテーション



1950年代

Normalization

バンク・ミケルセン：デンマーク

知的障害者の家族会の施設改善運動から生まれた
理念。

障害を持っていても地域社会で「普通の暮らし」を
実現する脱施設化など、社会環境の変革に寄与した。

1960年代

米国における患者の人権運動

- 医師の独善的医療、医師まかせの医療に対して「患者の人権運動」が発生



- 患者中心の医療の学際的研究が開始
- 1969年 世界初の生命倫理の研究所：Hasting Center 開設
- 1978年 Baio (生命) + Ethics (倫理) = Baioethics (生命倫理) の誕生

1960年代 米国における自立生活運動 IL (Independent Living) 運動

- 1962年 エド・ロバーツ (ポリオ：四肢麻痺・呼吸障害)
1969年 自立生活のための戦略
1. 障害者のニーズを知るのは障害者自身である。
 2. 障害者のニーズは、多種多様なサービスを含む総合的プログラムが必要。
 3. 障害者は地域社会に統合されるべきである。

1940年以降のリハ医学界：ADL自立を最高とする

対立

障害者団体：ADL自立 < 社会的自立 < 精神的自立



1979年 米国リハ医学界の方向転換：ADL → QOL

1978年

PHC (Primary Health Care)

アルマ・アタ宣言：PHC国際会議 (WHO・UNESCO)

健康とは身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病のない状態や病弱でないことではない。
健康は基本的人権の一つであり、可能な限り高度な健康水準を達成することは最も重要な世界の社会目標である。
その実現には、すべての政府、保健・開発従事者、世界の市民社会が、世界中のすべての人々の健康を守り促進するため、至急のアクションをとる必要がある。

WHO事務局長：Dr ハルフダン・T・マラー (デンマーク)

1970年代後半～1980年代

CBR (Community based Rehabilitation) 地域に根ざしたリハビリテーション

CBRとは、地域社会にある既存のさまざまな資源を活用して、途上国の農村に住む障害のある人と家族の生活の向上のためにWHOが開発して取り組み始めた活動が原点。

CBRの父：E.ヘランダー博士 社会人類学 スウェーデン
※ PHCの原則に基づき構築

1994年 WHO、ILO、UNESCO 合同政策方針

CBRの概念

CBRは、障害をもつすべての子どもおよび大人の
リハビリテーション、機会均等化および**社会的統合**
に向けた地域社会開発における戦略の一つである。

CBRは、障害のある人、家族およびコミュニティ
並びに適切な保健医療・教育・職業・社会サービス
が一致協力することによって実施される。

2004年 WHO・ILO・UNESCO 合同制作方針

CBRの概念 改定版

CBRは、障害を持つ全ての人々のリハビリテーション、
機会均等、**社会的包摂 (Social Inclusion)** のための総
合的な地域開発の中の一つの戦略である。

CBRは、障害者自身とその家族、組織や地域社会、そ
して関連する政府/非政府の保健、教育、職業教育、社
会的、その他のサービスの複合された努力を通して実行
される。



2010年 CBRガイドライン 作成

2010年 WHO、ILO、UNESCO、IDDC

CBID

(Community-based Inclusive Development)

地域に根ざしたインクルーシブ開発

2010年 CBRガイドラインを発表
障害者権利条約の原則が適用され、
CBRの目的はCBIDである、とした。

- ※ 1. 障がい者への直接的アプローチ
- 2. コミュニティーへの働きかけ

= Twin Track Approach

CBRは進化しつつある

1950年代：ノーマライゼーション（デンマーク）

1960年代：自立生活運動（米国）

1978年：PHC（Primary Health Care）

1980年代：CBRの活動（発展途上国）

1989年：CBRマニュアル

1994年：CBR概念整理

2004年：CBR概念改定版

2010年：CBRガイドライン

CBID

（地域に根ざしたインクルーシブ開発）

3. 日本の地域リハの動向

地域リハビリテーション

1992年 日本リハビリテーション病院・施設協会
2001年 追加
2016年 改定

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活に関わるあらゆる人々や機関・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。



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



浜村明徳
小倉リハ病院
名誉院長

地域リハビリテーションの具体的活動

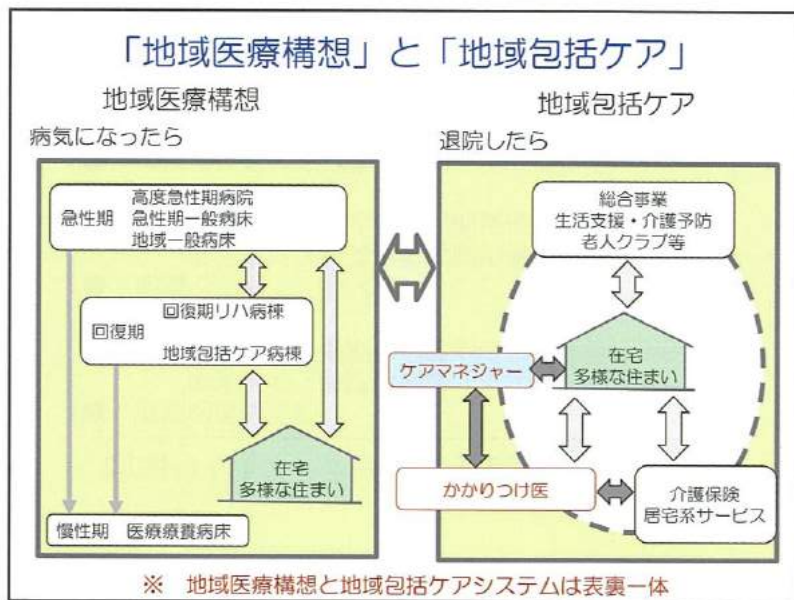
- 直接的援助活動
 - ① 障害の発生予防の推進
 - ② 急性期～回復期～生活期のリハ提供体制整備
- 組織化活動
 - ① 円滑なサービス提供体制の構築
 - ② 地域住民を含めた総合的支援体制作り
- 地域住民への教育啓発活動

厚労省の医療・介護に対する方針

早く良くして（治して）、
早く地域に返す、
そして地域で適切な支援をすること。



1. 地域医療構想
2. 地域包括ケアシステム



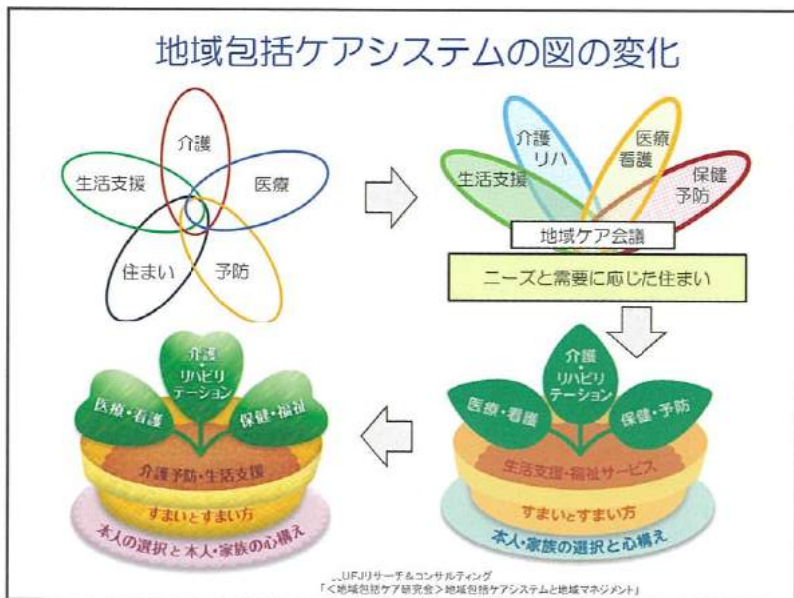
地域包括ケアシステム

医療介護総合確保推進法 2014年6月

定義

「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される状態をいう。

「地域」とは、おおよそ徒歩30分程度にあたる小学校区もしくは中学校区を目安とする。



地域包括ケアシステム研究会 報告書

座長：田中 滋（慶応大大学院教授）

2008年度：今後の検討のための論点整理

2009年度：地域包括ケアシステムに関する検討
地域包括ケアシステムを支える人材の検討

2012年度：地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点

2013年度：地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業

2014年6月 医療介護総合確保推進法に明記

2015年度：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業

2017年度：2040年に向けた挑戦

2025年を目標

2040年も展望

2040年を目標

2017年度地域包括ケアシステム研究会 報告書

2040年に向けた挑戦

2016年7月：「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部
→「地域共生社会の実現」を目標

これまで分野・対象者別に進められてきた縦割りの地域の支援の仕組みを見直し、地域住民を中心としたすべての関係者が「我が事」として、生活課題に「丸ごと」対応できるような地域社会を、今後の日本社会が目指すべきイメージとして提示。

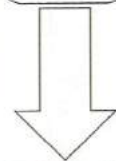
地域包括ケアシステムの深化と進化は、地域共生社会というゴールに向かう上で今後も欠かせない。

4. 日本のリハ医療サービスの変遷

戦後70年間における日本のリハ医療の変遷

1947年	戦後復興 労働災害 切断・脊損	九州労災病院 都道府県に労災病院
1956年	交通戦争 頭部外傷 脳卒中	鹿教湯温泉病院 各温泉地にリハ病院
1969年	脳卒中の増加	兵庫県立リハセンター 都道府県にリハセンター
1986年	高齢化社会 寝たきり老人	老人保健施設 老人デイ・ケア
1992年	高齢社会 寝かせきり老人	訪問看護ステーション 訪問リハ
2000年	廃用症候群	介護保険制度施行 回復期リハ病棟
2014年	超高齢社会	地域包括ケア病棟

特別だった
リハ医療
サービス



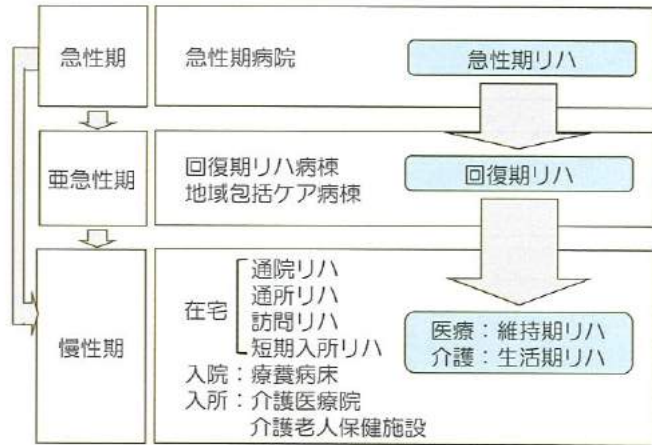
普遍化した
リハ医療
サービス

※ 高齢社会が日本のリハ医療の普遍化を推進。

高齢化と共に充実した日本のリハ医学・リハ医療

	特記事項	高齢化率	充実のプロセス
1963	日本リハ医学会	5.7	リハ専門職の養成
1965	理学療法士・作業療法士法		
1980	日本リハ医学会 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	日本リハ病院・施設協会、リハ看護学会	12.0	リハ医療提供機関の 基盤整備と組織化
1994	全国デイケア連絡協議会		
1996	リハビリテーション科（標榜科名）	14.5	
1998	言語聴覚士法		地域リハ体制の整備・推進
1999	地域リハ支援体制整備推進事業		
2000	介護保険法、回復期リハ病棟	17.3	リハ医療提供体制の機能分化 （基本構造の確立）
2001	回復期リハ病棟協会		
2002	全国訪問リハ研究会	23.1	
2010	日本訪問リハ協会		
2013	全国デイケア協会、リハ医療関連9団体		リハ医療関連団体の団結？
2014	地域包括ケア病棟協会	26.0	

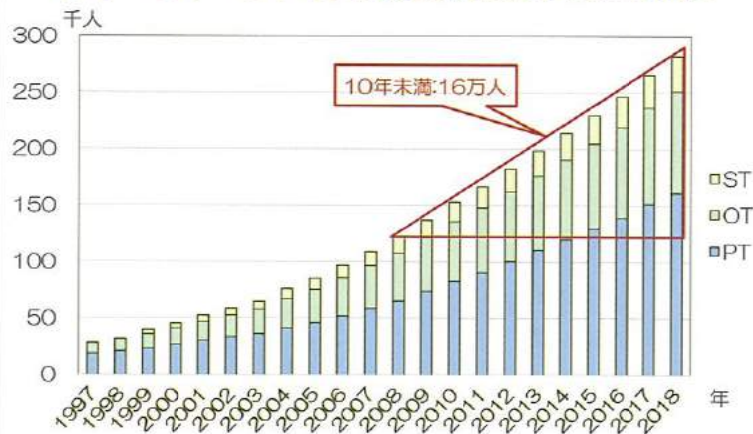
役割分担し機能分化を遂げたリハ医療



※ 2000年以降、リハ医療の機能分化が急速に進んだ。

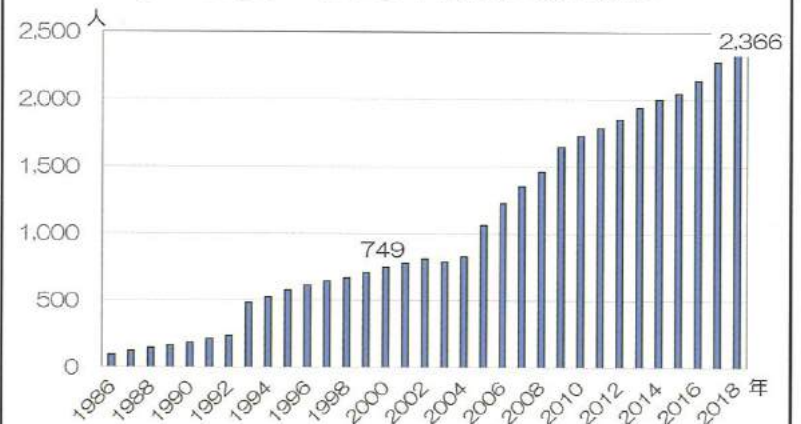
5. リハ医療の資源の推移

PT・OT・STの国家資格保持者数の推移



※ 2000年～ 18年間で6.3倍
2008年～ 10年間で2.3倍に増加

リハビリテーション科専門医数の推移

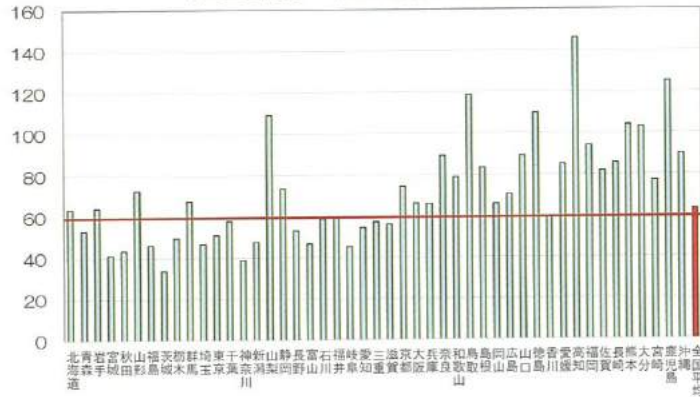


2000年 2018年
※ リハ専門医：PT・OT・ST= 1：50 → 1：120

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（地方厚生局） 2017年3月1日

1,420病院 1,804病棟 80,814床



※ 依然として西高東低の傾向あり（病床過剰地域あり）

18年間のリハ医療資源の変化

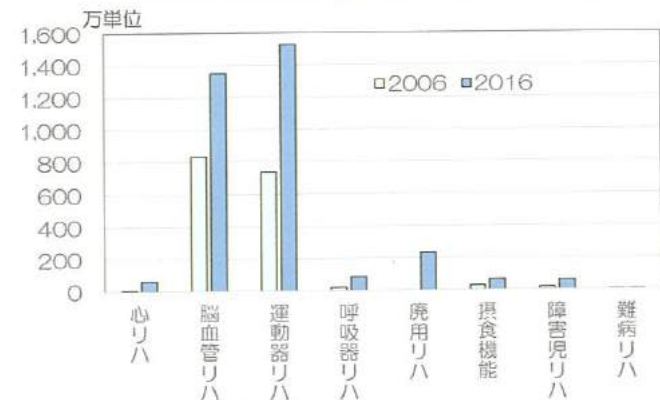
	2000年	2018年
リハ科専門医	749人	2,366人（3.2倍）
リハ看護・リハ介護		回リハ病棟の看護・介護 推定：50,000人
理学療法士	26,500人	161,500人（6.1倍）
作業療法士	14,500人	89,800人（6.2倍）
言語聴覚士	4,200人	31,200人（7.4倍）
社会福祉士	医療の位置づけ無し	回リハ病棟入院料1に配置
リハ専門病棟	制度なし	回リハ病棟：1,804病棟
通所リハ事業所	4,911カ所	7,719カ所（1.6倍）
訪問リハ事業所	2,000カ所（2003年）	4,073カ所（2.0倍）
訪問看護ステーション	4,730カ所	9,384カ所（2.0倍）

※ 量的には飛躍的に充実

6. リハ医療サービスの実績

医療保険のリハの種類別実施単位数（入院＋外来）

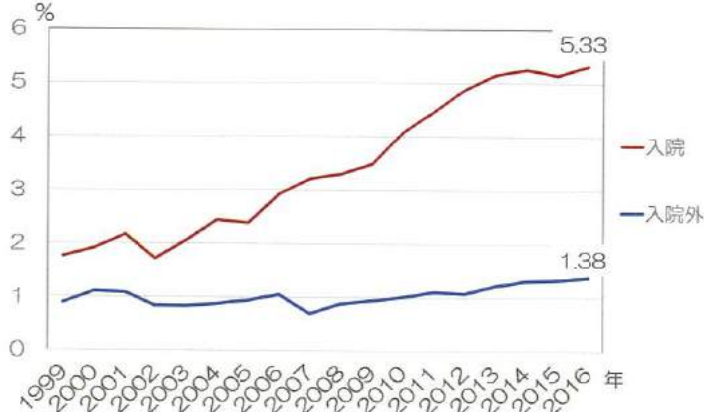
社会医療診療行為別調査（2009年と2016年の比較）



※ いずれも大幅に増加
脳血管リハと運動器リハで個別リハの88%
量的には少ないが、心リハ：15倍、呼吸器リハ：5倍に増加

医療保険におけるリハの医療費割合の推移

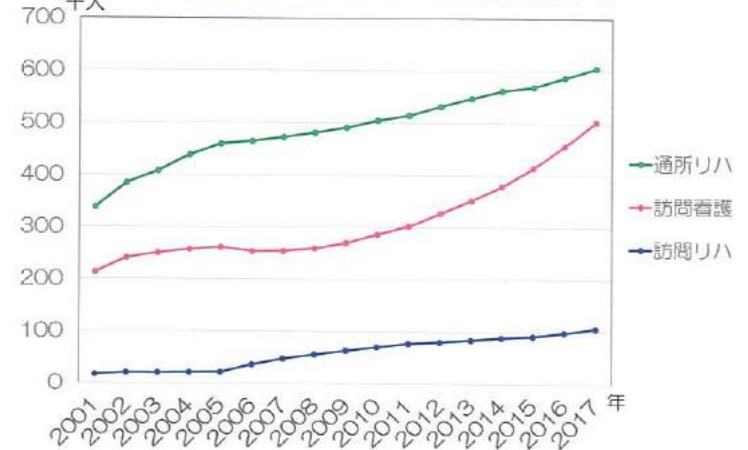
社会医療診療行為別調査（各年6月分）より



※ 17年間で入院：3倍、入院外：1.5倍に増加

介護保険の訪リハ、訪看、通リハの受給者数推移

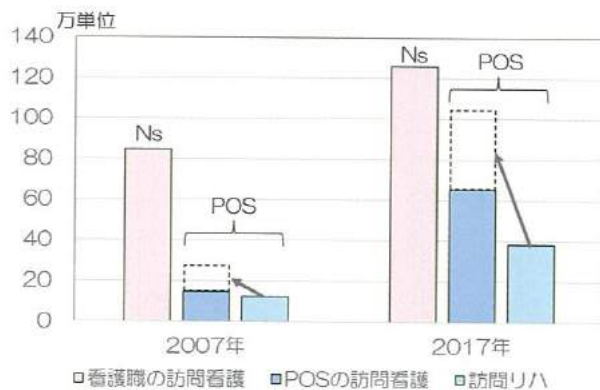
介護給付費等実態調査（各年12月審査分）より



※ 16年間で通所リハ：1.8倍、訪問看護：2.4倍、訪問リハ：6.3倍に増加

Nsの訪問（訪看St）と訪問看護I 5・訪問リハの実績

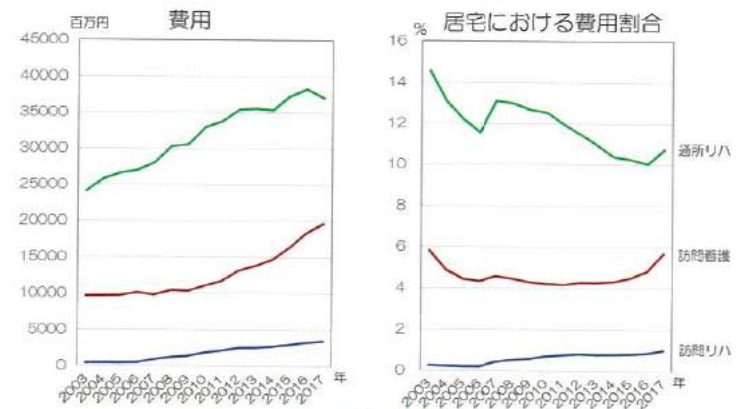
介護給付費等実態調査（各年12月審査分）より



※ 単位数は、POSの訪問が看護士の訪問に迫りつつある。
訪問看護ステーションからのPOSの訪問が急増・・・質の低下が懸念

介護保険におけるリハ費用と割合の推移

介護給付費等実態調査（各年3月審査分）より



※ 14年間で費用は、いずれも増加し訪問リハは8倍
居宅における費用割合は、通所リハが2/3に減少

7. リハに関する報酬改定の推移

リハに関する診療報酬の推移

	リハ全般	急性期	回復期	維持期
1992年	理学療法→ リハビリテーション 総合リハ施設基準			
1994年	摂食機能療法			
2000年	廃用症候群		回復期リハ病棟	
2002年	複雑・簡単→個別・集団			
2006年	疾患別リハ料の施設基準 6単位→9単位の評価 算定日数上限の設定			
2008年		早期リハ加算	アウトカム評価導入	13単位評価
2010年	がん患者リハ料		休日加算・充実加算	
2012年		初期リハ加算	3区分	
2014年		ADL維持向上加算	体制強化加算 地域包括ケア病棟	
2016年	廃用症候群リハ料		実績指数の導入	
2018年		早期離床・リハ加算	実績指数の強化	

2019年3月まで？

最近のリハの診療報酬上の評価について

- リハ専門職の増加と、出来高払いの継続によりリハ医療費は急増しつつある。
- かつてのリハ医療サービスは貧困状態であったが今後は「リハ漬け」となる危険性もあり得る。
- 適切な評価のあり方が課題となっている。

- リハを包括化する方向
 - リハ提供量と成果を同時に評価する方向
- の2方向に移行しつつある。

※ 神経難病患者のリハは別格であり、医師による医学的判断が重要

標準的算定日数上限の除外対象となる厚労大臣が定める患者

治療継続により 状態の改善が 期待できると 医学的に判断される 場合	失語症、失認、失行症
	高次脳機能障害
	重度の頭脳損傷
	頭部外傷、多部位外傷
	COPD
	心筋梗塞
	狭心症
	軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症1年以内）
	外傷性肩関節脱臼損傷（発症後180日以内）
	回復期リハ病棟入院料を算定する患者
回復期リハ病棟入院料を算定する患者であって退棟から3か月以内	
難病患者リハ料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者を除く）	
障害児（者）リハ料に規定する患者（加齢に伴った変化に起因する者に限る）	
その他別表第9の4～7に期待する患者、廃用症候群リハ料に規定する患者であって、リハの継続により状態の改善が期待できると医学的に認められる患者	
治療上有効と 医学的に判断される 場合	先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
	障害児（者）リハ料に規定する患者（加齢に伴った変化に起因する者を除く）

※ 標準的算定日数を超えた場合で上記に該当しない場合は、13単位/月算定可能。
13単位を超えた分は選定療養の対象となる。

訪問看護・訪問リハの報酬体系の変遷

1988年	寝たきり老人訪問看護指導料、在宅患者訪問看護指導料 寝たきり老人訪問理学療法指導管理料
1992年	老人保健法改正：老人訪問看護ステーション (看護師・PT・OTによる訪問) 寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料 在宅訪問リハビリテーション指導管理料
2000年	介護保険法：訪問看護ステーションからの訪問看護7
2004年	在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (STも含む)
2009年	介護保険法：訪問リハ1回20分 (6回/週を限度) 老健施設からの訪問リハ (1月間に限る)
2012年	介護保険法：訪問看護ステーション (訪問看護15 (1回20分) 老健施設からの訪問リハ (制限なし)
2015年	介護保険法：訪問リハと訪問看護15の格差是正
2018年	介護保険法：医師の関与の強化 リハマネジメントの強化 訪問看護15は訪問看護の補完

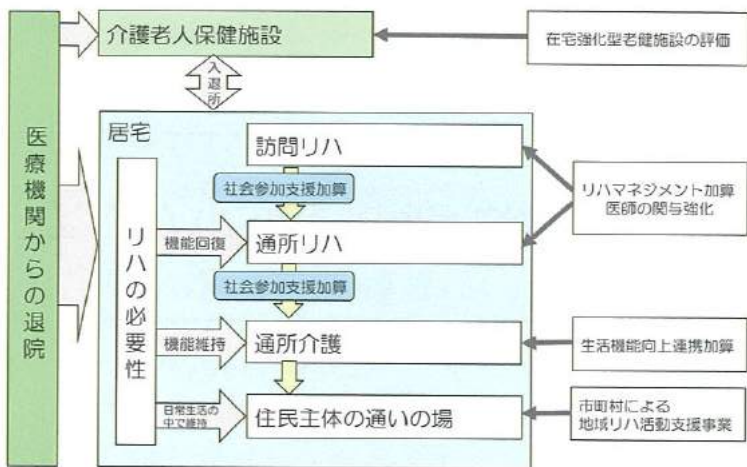
※ PTによる訪問が制度化されて30年
訪問リハビリテーションとなり26年が経過

通所系サービスの報酬体系の変遷

1974年	精神科デイ・ケア料
1986年	老人福祉法：在宅老人デイサービス事業 老人保健法：老人保健施設 創設 老人診療報酬：老人デイ・ケア料
1988年	老人診療報酬：重度痴呆患者デイ・ケア料
1990年	老人福祉法改正：在宅福祉3本柱 (デイ・ショート・ホームヘルプ)
1998年	デイサービスの民間委託開始
2000年	介護保険法：老人デイ・ケア料 → 通所リハビリテーション料
	通常規模・大規模、短時間・3~4時間・6~8時間
2015年	リハマネジメント・短期集中個別リハ・認知症集中リハ・ 中重度者ケア体制・社会参加支援・生活行為向上リハ 加算
2018年	医師の関与の強化 リハマネジメントの強化 1時間毎の区分に変更

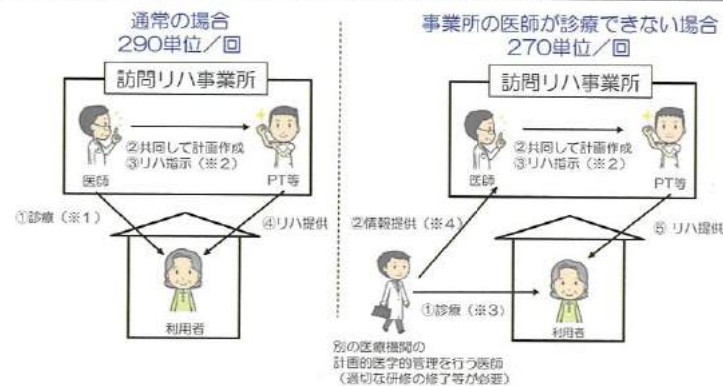
※ 精神科デイ・ケアの制度化から44年
老人デイ・ケアの制度化から32年
デイ・ケアが通所リハビリテーションとなり18年が経過

介護保険におけるリハ提供イメージ



訪問リハにおける事業所の医師の診療

訪問リハは事業所の医師が利用者を診察し、リハ計画を立て、それに基づきリハの指示を出すことが原則。事業所の医師がやむを得ず診療できない場合、一定の条件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



※1 訪問して診療以外、利用者が事業所の外来受診、事後所併設の通所リハ事業所にて診療でも可
 ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハマネジメント加算の算定が可能
 ※3 利用者宅を訪問して行う他、利用者が当該医療機関の外来受診で診療も可
 ※4 提供すべき内容は違って示す。

訪問リハにおけるリハマネジメント加算

	リハマネ加算 (I) 60単位	リハマネ加算 (II) 150単位		
現行	(1) リハ計画の定期的評価、見直し (2) POSがケアマネを通じて、他の事業従事者に情報伝達	① リハ会議の開催と内容の記録 ② リハ計画の医師による説明と同意 ③ 3月に1回以上リハ会議の開催、リハ計画の見直し ④ POSがケアマネに情報提供 ⑤ ・POSが居宅サービスの従事者と訪問し指導・助言 ・POSが家族に対して指導・助言 ⑥ ①～⑤までを確認・記録		
改定後	リハマネ加算 (I) 230単位/月	リハマネ加算 (II) 280単位/月	リハマネ加算 (III) 320単位/月	リハマネ加算 (IV) 420単位/3月
	医師の詳細な指示			
	(1)(2)	①～⑥		
		①の緩和：医師の会議への出席はTV電話の使用可 ②の緩和：POSによる説明可 VISITの活用データ提出		

※ 訪問リハ・介護予防訪問リハの基本報酬：302単位/回 → 290単位/回
 ※ 医師がリハ計画作成に係る診療を行わなかった場合：20単位/回 減算
 ※ 介護予防訪問リハのリハマネジメント加算：230単位/月

通所リハにおけるリハマネジメント加算

	リハマネ加算 (I) 230単位	リハマネ加算 (II) 6月以内：1020単位、6月超え：700単位		
現行	(1) リハ計画の定期的評価、見直し (2) POSがケアマネを通じて、他の事業従事者に情報伝達 (3) 開始日の1月以内に居宅を訪問	① リハ会議の開催と内容の記録 ② リハ計画の医師による説明と同意 ③ 6月以内は1/月以上、6月以降は1/3月のリハ会議の開催、リハ計画の見直し ④ POSがケアマネに情報提供 ⑤ ・POSが居宅サービスの従事者と訪問し指導・助言 ・POSが家族に対して指導・助言 ⑥ ①～⑤までを確認・記録		
改定後	加算 (I) 330単位/月	加算 (II) ～6月：850単位/月 6月～：530単位/月	加算 (III) ～6月：1120単位/月 6月～：800単位/月	加算 (IV) ～6月：1220単位/3月 6月～：900単位/3月
	医師の詳細な指示			
	(1)(2)(3)	①～⑥		
		①の緩和：医師の会議への出席はTV電話の使用可 ②の緩和：POSによる説明可 VISITの活用データ提出		

※ 介護予防通所リハのリハマネジメント加算：330単位/月

最近のリハの介護報酬改定の要点

2015年 介護報酬改定：

- ・ICF（国際生活機能分類）の視点に基づいて、「活動と参加に焦点を当てたリハの推進」（身体機能に対する機能回復訓練に偏重している訪問リハ・通所リハ等に対する警告）

2018年 介護報酬改定：

- ・医師の関与の重要性を指摘
- ・説明と同意を協調
- ・連携の重視（ネットワークの推進）

8. 医療法人輝生会の活動

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）



回復期リハ

在宅総合ケアセンター元浅草
8床（2003年4月）



生活期リハ

船橋市立リハビリテーション病院
200床（2008年4月）



在宅総合ケアセンター成城
26床（2004年4月）

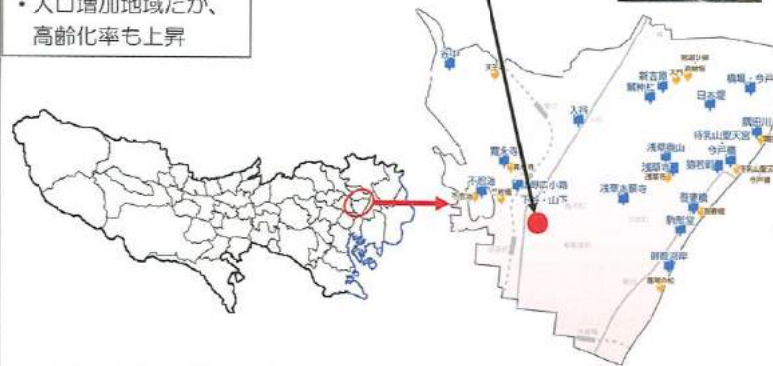


船橋市リハビリセンター
無床（2014年4月）

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



在宅総合ケアセンター元浅草の事業と職員数

3事業の複合施設

1. 有床診療所（8床）
（在宅療養支援診療所）
外来診療・外来リハ
訪問診療・住診
訪問リハ
通所リハ
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

委託事業

台東区地域リハ支援拠点

	常勤職員	非常勤職員
医師 （リハ科専門医） （神経内科専門医）	5 (2) (3)	2 (2)
看護師	14	3
介護福祉士	11	4
PT	15	
OT	10	
ST	5	
社会福祉士 （ケアマネジャー）	9 (7)	
管理栄養士・栄養士	1・3	
調理師	1	調理員 2
放射線技師	1	
リハ助手	1	
事務	9	
運転手		10
計	85	21

※ 各専門職のバックアップ体制は、初台リハ病院から

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	実利用者/月	
外来通院	550人	外来リハ：150人
訪問診療・往診	300人	500件/月（在医総：170人）
訪問看護	100人	600件/月
訪問リハ	250人	1500件/月
通所リハ	300人	1~2時間：110人 3~4時間：100人 6~8時間：90人
短期入院	35人	平均入院期間：3~7日
居宅介護支援	170人	（要介護3~5：40%）

在宅ターミナルケア（看取り）：年間30人

対象地域：台東区全域、千代田区・中央区・文京区の一部

在宅総合ケアセンター元浅草における 神経難病患者の在宅医療 (2018年10月現在の対象患者数)

告示番号	病名	訪問診療	訪問看護	訪問リハ
2	筋萎縮性側索硬化症	1	1	3
5	進行性核上性麻痺	2	1	1
6	パーキンソン病	2	3	9
11	重症筋無力症		1	
13	多発性硬化症	2	2	2
17	多系統萎縮症	1	1	4
18	脊髓小脳変性症	1		6
22	もやもや病	1	1	1
	合計	10	10	26

※ 外来通院患者の中で神経難病患者は約90名

神経難病患者の在宅リハ上の要点

- 長期的なサポート体制の確保
(24時間365日のサポート体制)
- 病状の進行と共に再構築(変更)が必要な目標設定
(本人・家族の意向を可能な限り尊重)
- 医療保険、介護保険、福祉制度等の巧みな利用
(通院リハ・通所リハ・訪問リハの適時・適切な利用)
- (多種・多様な福祉用具の積極的利用)
(時に入院リハ(リハ合宿)の利用も検討)
- 地域の基幹病院(神経内科)と連携

多機能を有する在宅総合ケアセンターの必要性

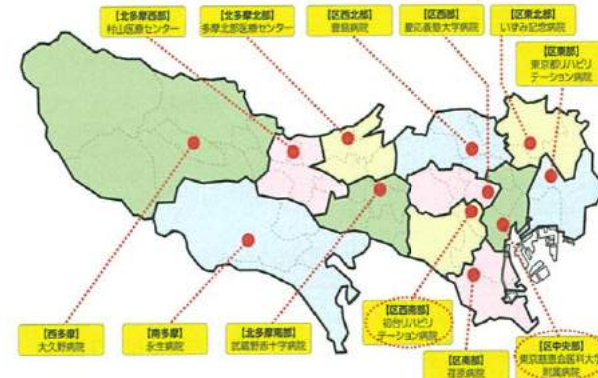
在宅総合ケアセンター
(地域リハ支援センター)

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(入院を含む)
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

※ 理念を共有した多職種が日常的に共通言語を使った話し合いを重ね、職種間の壁をなくすことが重要。

東京都地域リハビリテーション支援センター

- * 二次保健医療圏に1ヶ所、東京都より指定
- * 都内に12ヶ所の医療機関が指定



東京都における地域リハ支援センターの役割

I：地域リハ提供体制の強化

- ①理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のリハビリ技術の底上げ
- ②リハにかかわる知識、技術情報の提供による在宅リハ支援事業所等の支援

II：訪問・通所リハの利用促進

- ①ケアマネジャーとのリハビリテーションにかかわる意見交換の場を提供
- ②ケアマネジャーに対してリハの知識・技術等に関する研修を実施

III：地域リハ関係者の連携強化

- ①地域リハに関する課題等について、意見交換して情報共有を図り、地域リハにかかわるシステム化を推進

IV：若手PTOTの実務研修受け入れ

- ①若手PTOTに対し一定期間リハビリを学ぶ実践形式の研修の実施

台東区地域リハ支援センター

台東区においては区中央部のセンターから元浅草に委託

組織化活動

1. 下谷医師会
2. 浅草医師会
3. 台東区歯科医師会
4. 浅草歯科医師会
5. 下谷薬剤師会
6. 浅草薬剤師会
7. 台東区リハビリ連絡会
(訪問リハ・通所リハ：POS)
8. 台東区訪問看護ステーション連絡会
9. 台東区介護サービス事業者連絡会
10. 台東区立台東病院
11. 永寿総合病院
12. 永寿総合病院柳橋分院
13. 在宅総合ケアセンター元浅草
(台東区地域リハ支援センター)
14. 台東区高齢福祉課・介護保険課・障害福祉課

教育啓発活動

- 1/4月：代表者会議開催
- 1/年：地域リハ実態調査
地域リハマップ作成
研究大会
講演会
- 2/年：地区勉強会
(ワークショップ)
- 6/年：介護職員・ケアマネ
対象の勉強会

研究大会・講演会



介護支援専門員・介護職員対象研修会



台東区リハビリテーション連携マップ2016



地域包括ケア体制へのリハ的支援に関する私論

1. 行政・医師会の積極的関与が必須
2. 改革にはリーダーの存在が必要
3. 対象地域における各専門職の組織化が必要
4. モデル的拠点が必要
リハビリテーション（自立支援）の視点が不可欠
例：在宅総合ケアセンター
地域リハ支援センター 等
5. 情報の一元化が必要
地域で使う電子カルテ：最低でも医療と介護の
情報の共有化