

【特別講演】

座長：小森 哲夫 国立病院機構 箱根病院 神経筋・難病医療センター

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

小森：それでは特別講演に入ります。本日の特別講演は医療法人社団輝生会会長の石川誠先生にお願いをしています。テーマは「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」です。

石川先生について私の知る限りのことで少しお話をすると。日本リハビリテーション医学会等で理事も歴任したという関係で、リハビリテーションの医療提供の体制というのはこの何年間、10年、20年ずっと変わってきたわけですが、その間の提供体制の体制自体のことや、それから制度のことなど、そういうことに非常にご尽力して、今の我々が知っているリハビリテーション全体の制度というか、そういうことをつくられてきた先生だと伺っています。

また実際の面でも特に回復期のリハビリテーションなどということについては草分けで、モデルとして実践をしてこられた方と聞いています。そういう意味でその面から見た現在の神経難病の患者への対応という意味でのことをご講演をいただくので、私は個人的にも非常に楽しみにしています。是非、先生の話をつくり聞かせていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

石川：ご紹介をいただいた石川です。私は医療法人輝生会の会長をしていますが、輝生会は5つ拠点があり、上の2つが回復期のリハビリを中心とした病院、下の3つが在宅医療、在宅ケア、在宅リハビリテーションを担当する拠点で、私は在宅のほうはつい最近まで自転車でもわっていて、最近年を取って危ないので運転手付きの車に変わりましたが、相変わらず在宅は好きでやっています。では早速お話を始めます。

1. リハビリテーション

本日はこの後行う方々の立派な講演があり、オーバーラップしても何だと思しますので、私は総論的なことがメインです。もう皆さんはよくご存じだと思いますが、もう一回復習の意味でリハビリテーションとは何だということを考えていただこうかと思っています。

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
総務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
総務市リハビリセンター

会長 石川 誠

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難脱者の復帰

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）

リハビリテーションという言葉は中世に初めて使われたようで、キリスト教、カトリック教徒の離脱者が復帰のことでした。その後近世ヨーロッパでは無実の罪の取り消しの意味で使われ、有名なのがジャンヌダルクとガリレオ・ガリレイお話です。

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」

少し説明すると、ジャンヌダルク。フランスとイギリスが100年にもわたる戦争を行っていて陣取り合戦を行っていたわけですが、オレンジ色の所はみんなイギリスが占領してしまっただけです。

オルレアンという所で生まれたこの17歳の少女が、私が軍隊の指揮を取ればイギリスを追い出せると言っ、本当にそれを行ったわけ。しかしそれで見事にフランスはイギリスを追い出して領土を守ったわけですが、そのジャンヌダルクを火あぶりの刑にしてしまったわけ。

その後25年たった後ですがフランスの国王はこの裁判はおかしいということで、もう一回裁判を開かせて、死んだ後ですがこれが無実になり、この裁判のことをリハビリテーション裁判といいます。

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

もう1つガリレオ・ガリレイの話です。今、ガリレオ・ガリレイは天文学の父で知らない方はいないと思いますが、コペルニクスと一緒に地球の周りを太陽が回っているのではなく、太陽の周りを地球が回っているのだと言いだして、これがバチカンの逆鱗に触れ牢屋に入れられてしまいました。

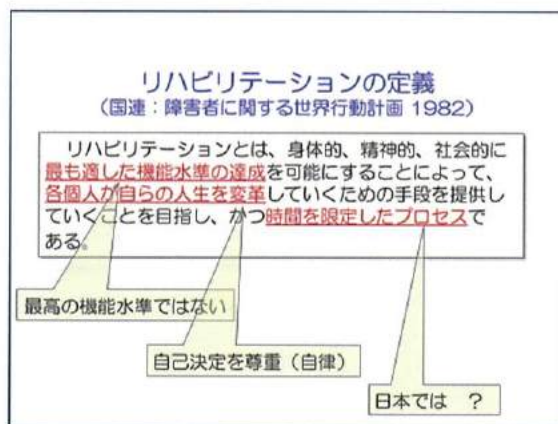
結局晩年は非常に不運だったわけですが、亡くなって350年たった後、ローマ法王ヨハネ・パウロ2世はこの裁判は間違いだと、ガリレオに謝罪をしたわけ。この時に世界の一流新聞紙は一面トップにガリレオ・ガリレイのリハビリテーションという記事を載せました。すなわち無実の罪の取り消し、名誉の回復という意味がリハビリテーションの底辺に流れています。

リハビリテーションの歴史

- 中世ヨーロッパ：キリスト教カト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

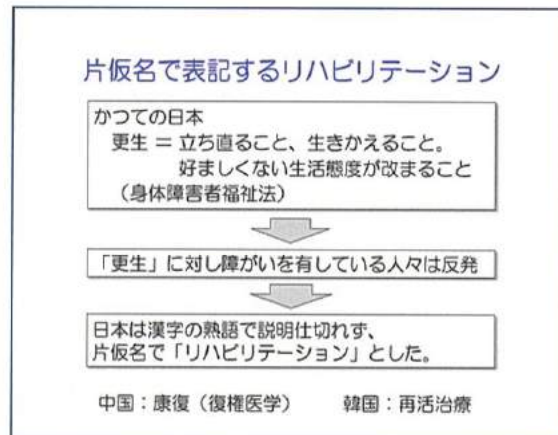
その後拡大解釈され、実際に罪人が罪を犯して服役して出所する、それをリハビリ

テーションと言った時代もあります。さらにリハビリテーションに医学が必要になったのはその後で、戦争の都度、戦争に勝った国の兵隊さんをなんとかしたいというときに、どうしてもリハビリテーション医学が必要になり、戦争の都度リハビリテーション医学は発展を遂げました。そして今、医学だけでは駄目だ、さらに総合的にやらなくては駄目だという時代を迎えたわけです。



これは国連がつくったリハビリテーションの定義ですが、リハビリは身体、精神、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とあります。短文なのですが結構難しいことが書いてあり、最も適した機能水準であり、最高の機能水準を意味していません。ただ頑張れということとは良くないという意味でもあります。

各個人が自らの人生を変革、これはわれわれが決めるのではない、本人が決めるのだと、本人の自己決定の尊重をさせています。時間を限定したプロセスに関して日本は非常にファジーに扱っていて、海外は非常に手厳しく始まりがあって終わりがあるとしています。日本は比較的ファジーに行っています。



リハビリテーションは漢字やひらがなで書かないでカタカナで書きます。戦前は更生という言葉を使っていたのが日本のリハビリテーションだったわけですが、どうもこの更生というのは罪を犯した人が正しくせよと言っている意味もあるので、障害を持っている方は反発しました。私たちは何も悪いことをしていない、なぜ更生なのだというわけです。

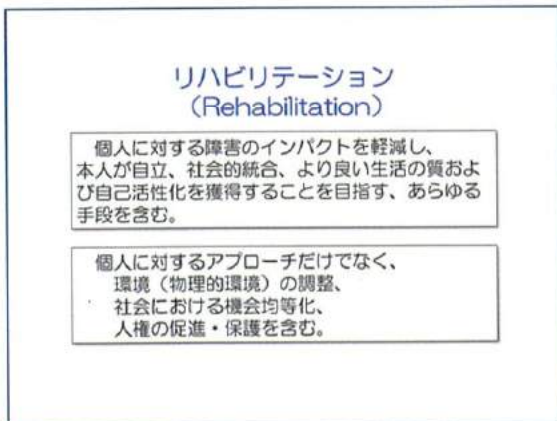
それはごもつともで、厚労省は困っているいろいろ考えた揚げ句、漢字熟語で説明しきれずにカタカナのリハビリテーションとしたわけです。しかしお隣の中国では復権医学、韓国では再活治療という言葉を使います。何となくこちらのほうが分かりやすいような気がします。

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	障がいをもっている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

いずれにしても歴史とともに変化し多様化したリハビリテーションという言葉で、そもそもは資格、名誉の回復だったものです。そして狭い意味では医療保険、介護保険の規定する、いわゆるリハ医療サービス、そしてさらに狭いのはPT・OT・STのことをリハビリテーションと勘違いしている方もいます。

また昨今は商品としてリハビリテーションを活用する、リハビリテーションという言葉は響きがいいということもあると思うのですが、商品に利用することもあります。



リハビリテーションの本質はやはり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みます。

また、こうした個人に対するアプローチだけではなくて、その個人を取り巻く環境、特に物理的環境の調整、それから社会における機会均等化、人権の促進、保護、こうしたものに対するアプローチもリハビリテーションの非常に重要なテーマです。

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。

昨今、地域リハビリテーションが叫ばれていますが、地域リハビリテーションの発祥はデンマークのバンク・ミケルセン、いわゆる Normalization の考え方に基づきます。知的障害者の家族会の施設改善運動から生まれた理念で、施設で閉じ込めるのではなくて、社会に統合しよう、普通の暮らしをしてもらおうという動きがデンマークから始まったわけです。

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

一方、10年後にアメリカには患者の人権運動が起きました。医者の独善的、いわゆるパターンリズムですが、医師任せの医療に対して患者の人権運動が発生しました。これが研究され Bioethics という新しい学問体系にまで到達するわけですが、

**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

その後患者さんや障害を持っている方々の自立生活運動、IL 運動が起きました。

1962年、エド・ロバーツという有名な方は、ポリオで四肢麻痺、呼吸障害があって鉄の肺を使う方です。車いすで大学に入学し、ところが車いすでは身動きが取れないわけです。その頃のPT・OTは車いすで階段を登れとか、そういう過酷な訓練を強いるわけです。冗談ではないと、PT・OTの言うことを聞いていればこちらは殺されてしまうということ、最も重要なのはそういうことではないでしょう、ということを感じに主張しました。

その時にリハビリ学会はADLの自立を最高のものと考えていたのです。しかし障害者の方々はADLよりも社会的自立、精神的自立のほうがさらに大事ということを主張しました。アメリカリハ医学会と障害者団体の対決です。結局リハビリテーション医学会が折れました。そのとおりだと、ADLよりもQOLが重要だということ、アメリ

カのリハ医学会は受け入れました。その頃の当時の日本のリハビリテーション医学は、まだ機能訓練至上主義でした。

**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性がある。

WHO事務局長：Dr ハルフダン・T・マラー (デンマーク)

一方1978年、ソ連のアルマ・アタ、今年ちょうど40周年ですが、Primary Health Careの概念が登場しました。世界中の全ての人々の健康を守り促進する、そういう行動アクションが必要だということで、非常に一世を風靡した Primary Health Care です。

この時のWHO事務局長はマラーという身長190センチの大きな方でした。

**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

そのマラーのつくった Primary Health Care、これに根拠を置いて CBR という概念が登場しました。CBRとは Community based Rehabilitation、地域に根差したリハビリテーションといいますが、地域社会にある既存のさまざまな資源を活用し、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であり発展途上国のリハビリテーションです。

これはヘランダー博士、スウェーデンの社会人類学ですが、PHC の原則に基づきどこにいてもリハビリテーションが受けられる世界をつくらうではないかという活動です。

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。

これが発展し WHO が取り組んで、いや、途上国だけではない、先進国にも考えられる概念だということで、障害を持つ全ての子ども、大人のリハビリテーションの機会均等化、そして社会的統合、Social integration といいます。そういう戦略に使うということで、CBR の概念を整理しました。

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

2004 年になってそれが 1 つ発展し、Social Integration から Social Inclusion、Integration と Inclusion とどう違うのだと言われると少し困るのですが、似たような概念です。ともかく社会で一緒に暮らそうと、normalization と同じ意味だと思えますが、そういうことで発展をしていったわけです。

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

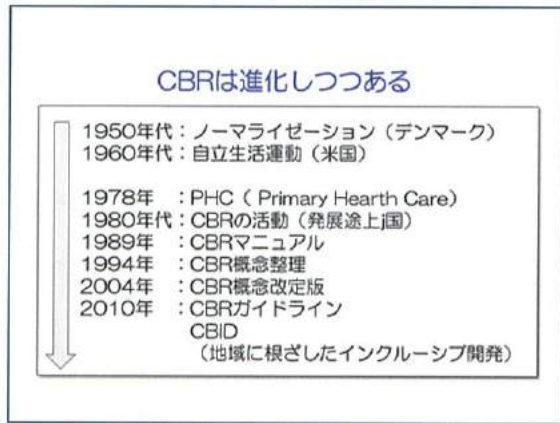
2010年 CBRガイドラインを発表
障害者権利条約の原則が適用され、
CBRの目的はCBIDである、とした。

※ 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

そして 2010 年、ついに CBR は CBID、Community-based Inclusive Development、地域に根ざしたインクルーシブ開発に発展し、CBR のガイドラインをつくりました。もちろん障害を持っている方への直接的アプローチは非常に重要です。障害を軽減する、少しでも悪くしないことは大事なのですが、もう 1 つコミュニティへの働きかけもさらに大事です。この 2 つを抜きにして語れません。要するに環境調整も人に対する問題も、両方とも行うのがリハビリテーションですという意味で、これを Twin Track Approach といいます。障害者の権利条約を基本にして CBR の目的は CBID としたのです。障害者の権利条約は日本も批准しましたがけれども、障害者権利条約というのは障害を持っている方々のことを障害者抜きで決めるなという非常に大きな条約です。

これを日本も今着々と進めているわけですが、こういうことを必ず患者さんや障害者抜きで決めない、この考え方がわれわれ医療者に必要です。



かくして CBR は進化してノーマライゼーションから IL運動、Primary Health Care、CBR から CBID になって現在に至っています。

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 隆志
兵庫県立総合リハビリセンター
名誉院長



大田 仁史
茨城県立健康プラザ
管理者



浜村 明徳
小倉リハビリ病院
名誉院長

さて一方、日本の地域リハの動向ですが、日本リハビリテーション病院施設協会が

1992年に、地域リハとは、障害のある子どもや成人・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・組織がリハビリの立場から協力し合って行う活動のすべてを言うとして定義しました。漠然としていますが、これをつくったのが兵庫県総合リハセンターの澤村先生、茨城県立健康プラザの大田仁史先生、小倉リハビリ病院の浜村先生です。


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

具体的活動として直接的援助と障害の発生の予防を推進しよう、急性期、回復期、生活期のリハの提供体制を日本に整備しよう、そして円滑なサービスのネットワーク、提供体制を構築しよう、そして地域住民と一緒に活動しよう、そして地域住民と一緒に行っていくためには、教育啓発活動がどうしても必須ですという戦略を立てました。

厚労省の医療・介護に対する方針

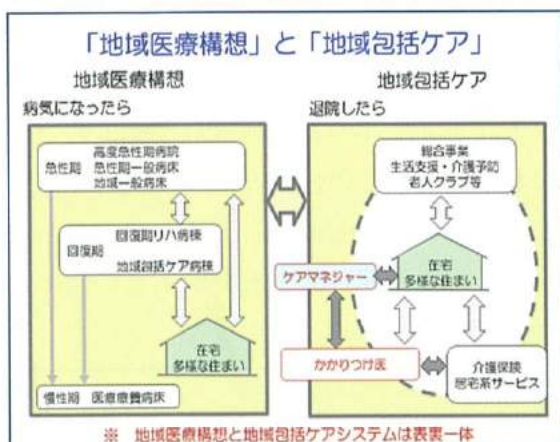
早く良くて（治して）、
早く地域に返す、
そして地域で適切な支援をすること。



1. 地域医療構想
2. 地域包括ケアシステム

一方、厚労省は昨今、医療と介護の大改革を手掛けているわけですが、基本的には早く良くし、早く治し、早く地域に返し、そして地域で適切な支援をする。治る病気であればこれでいいのですが、治らないので障害が残る、それも進行性の病気であれば障害は刻々と変化していく、そうすると少しこのパターンには乗らないわけです。

それでも基本的な路線はずっと一生病院暮らしをしている、ずっと一生施設暮らしをしているよりは、なんとか住み慣れた所でそこに住んでいる人たちと触れ合いながら生活できるような、そうしていこうということで、国は地域医療構想と地域包括ケアシステムの2本の柱を立てたわけです。



ではこの地域医療構想と地域包括ケアも、単純化、極めてシンプル化します。地域医療構想というのは病気になればどうするのだ、地域包括ケアというのは退院すればどうするのだ、こう言い切っていると思いますが、病気になったら、急性期に入って急性期からリハビリが必要なら回復期に移って、そして円滑に在宅に移そう、どうしても在宅に返せない人は医療療養病床でお預かりするという方向です。

退院すればケアマネジャーとかかりつけ医、これが車の両輪で、多彩なサービスを使

いながら在宅を維持していく、これが表裏一体で進んでいくのがこの地域包括ケアシステムです。

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

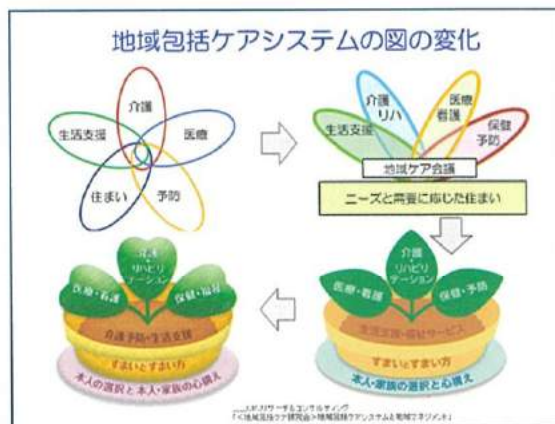
定義

「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。

これは今から4年前法律に位置付けられ、地域包括ケアシステムとは地域の実情に応じてという言葉が入っています。従って普通システムというとな全国画一的なシステムをつくるという意味になるのですが、地域包括ケアシステムはシステムではないと思います。地域の実情はみんなさまざまだということで、郡部と都心部では地域包括ケアの在り方はまったく違います。

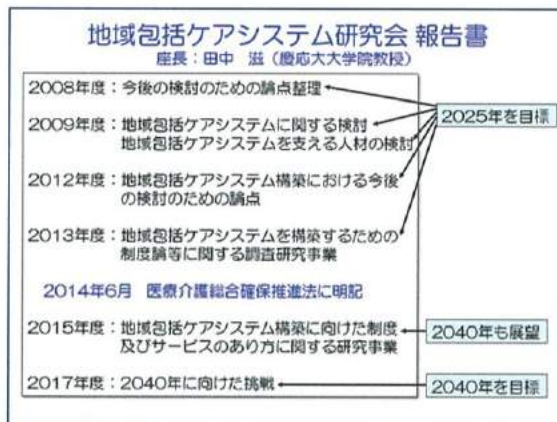
地域そのものが違うので当然違うわけですが、それでも高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、そこで自立生活を営むことができるようにしようと。その地域というのはおおよそ徒歩30分程度なので、結構狭い範囲です。これを法律に位置付けました。



そして地域包括ケアシステムを理解するために、国は一生懸命いろいろな図をつくって説明をしたわけです。最初は何かオリンピックのマークのようなものでしたけれども、それが植木鉢に葉っぱになって、今度は葉っぱがハート形になったのです。この左下が新しい植木鉢に葉っぱですが、葉っぱが3枚あり、葉っぱに医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・福祉と書いてあります。

これはどういう意味かという、それぞれの専門職のことを指しています。分野というよりは専門職です。つまり医療だと医師や薬剤師などですし、看護は看護師、介護は介護福祉士、リハビリテーションはPT・OT・ST、そして保健、福祉は保健師と介護福祉士、社会福祉士ということです。

このリハビリテーションは介護のところに含まれているわけです。これが重要で、今までリハ職であるPT・OT・STというのは医療職ということになっていたわけですが、その医療職が介護分野にもっと進出してくださという思いが入っている分類なのだということが重要です。



さて、この地域包括ケアシステムに関しては今まで6本の報告書が出ています。最初の4本は全て団塊の世代が後期高齢者に

なる2025年をターゲットにした報告書となっていますが、昨今の報告書は2040年を展望・目標にしています。

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

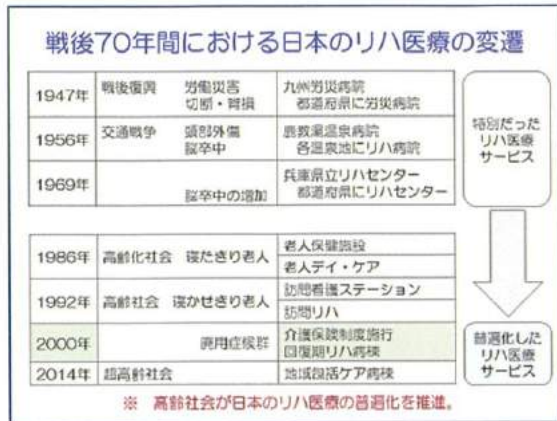
これまで分野・対象者別に進められてきた縦割りの地域の支援の仕組みを見直し、地域住民を中心としたすべての関係者が「我が事」として、生活課題に「丸ごと」対応できるような地域社会を、今後の日本社会が目指すべきイメージとして提示。

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。

そこで直近の2017年度の報告書を読むと、地域共生社会という言葉が出てきて、今まで行政も縦割りではなかなかうまくいかない、それをさらに地域住民を中心として一緒に考える、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つくろうではないかとしています。地域共生社会、CBRが言っているInclusive Developmentとまったく同じ意味のことを日本も言いだしたわけです。

4. 日本のリハ医療サービスの変遷

さて、日本のリハ医療サービスはどう変わっていったかを説明します。



戦後70年、戦後焼け野原だった日本は殖産興業で工業立国しようということで工場が多くできました。工場ができれば事故も増えます。それで労災です。全国に労災病院ができました。そのうち交通戦争になりました。頭部外傷が増え、そしてまた脳卒中も増えてきました。

その頃これを支えたのが郡部にできた温泉病院です。関東甲信越では最も有名なのが鹿教湯の温泉病院、今でも鹿教湯三才山リハビリテーションセンターとして機能していますが、なぜ温泉病院にリハができたかということ、都市部では採算が取れない、経営ができない、都市部の病院でリハを充実するとつぶれる、従って都市部の病院ではリハを提供しなかったのです。従って東京都民はリハ砂漠の時代が延々と続いていったということです。

そのうちどうにもならなくなり都道府県立のリハセンターをつくりました。リハが特別だった時代です。

ところが日本が一気に高齢化の道を進み、老健施設、デイケア、訪問看護、訪問リハ、そして介護保険ができ回復期のリハ病棟や地域包括ケア病棟と、矢継ぎ早にいろいろな制度ができました。これらのことでリハは普通化をしたわけです。すなわち日本の

高齢社会、高齢化が日本のリハ医療を普通化したということです。

これによってリハの支援が増えた結果、いろいろな所でリハサービスが今まで以上にできるようになったことは間違いありません。

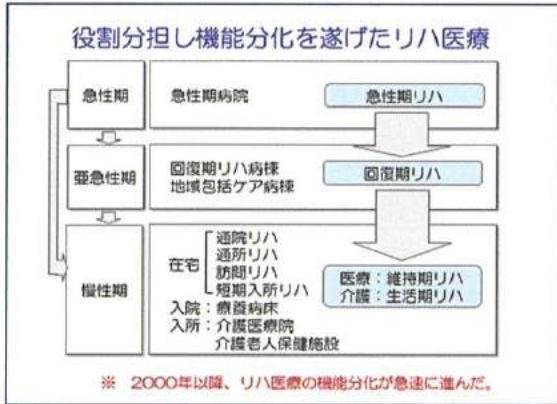
高齢化と共に充実した日本のリハ医学・リハ医療

	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、福祉従事者法		
1989	日本リハビリ学会、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(標準科名)	14.5	
1998	福祉従事者法		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、リハ医療関連団体の		リハ医療関連団体の団結 ?
2014	地域包括ケア病棟協会	26.0	

実は年表をつくるとこのようになり、赤線が間に2本入っています。1980年代まで63年にリハ医学会ができて、87年までは国家資格を持っている専門職をつくる時期でした。国家資格を持っている人がいないので専門家がいません。ではつくろうということでPT・OT、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士をつくりました。

その後その人たちがきちんと働ける、そういう医療提供機関が必要ということでリハ病院施設協会等により医療機関の基盤整備と組織化が始まり、更にもう少し地域で整理しましょうということで、地域のリハの体制を整備、そして介護保険ができ、現在は基本構造が確立したわけです。

そして今後はリハサービスの団体が、もう少し大同団結したほうが話が早いのではないかと。やたら分派ができてしまうよりは、みんながまとまって動いたほうが日本の制度は動かせるのではないかとこの時代を迎えています。



いずれにしても役割分担し機能分化を遂げたリハ医療で、病理学的には急性期、亜急性期、慢性期という言葉を使いますが、現場の医療では急性期リハ、回復期リハ、医療では維持期リハと言ったり、介護では生活期リハと言ったりしますが、この3段階に機能分化が2000年以降急速に進んだわけです。

5. リハ医療の資源の推移

さてそういったリハ医療資源の推移を見てみたいと思います。



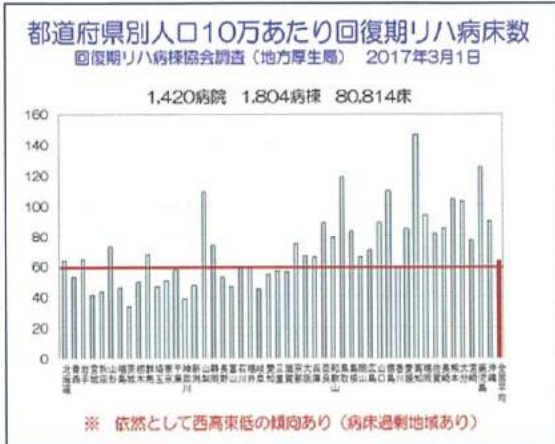
なんといっても驚くべきはこのPT・OT・STの数の推移です。2000年の介護保険ができた時は4万5,000人でしたが、今28万5,000人。もちろんこの中でリタイアされた方や亡くなった方もいるので、この中の8割が現場で勤務しているとしても、2010年以降、現在キャリア8年や10年までの人で約6割が現場です。

先日伺った某病院は回復期病棟が100ベッドありました。PT・OT・STがなんと80名ぐらいいましたけれども、そのうち5年以上が2人しかいませんでした。少し愕然とするのですが、それが現実だということをごよく心に留めておいてください。つまりPT・OT・STは若者たちで非常に熱心でエネルギーが豊富でいいのですが、なにせはつきり言って知識と技術は低いのです。それを指導するのは皆さん方です。

ここは手抜きができません。そうするとその使いものにならなくなるPT・OTが山ほどできてしまうという、今非常に重要な時期です。なんと18年間で6倍に膨れ上がったリハ専門職です。10年未満、16万人です。

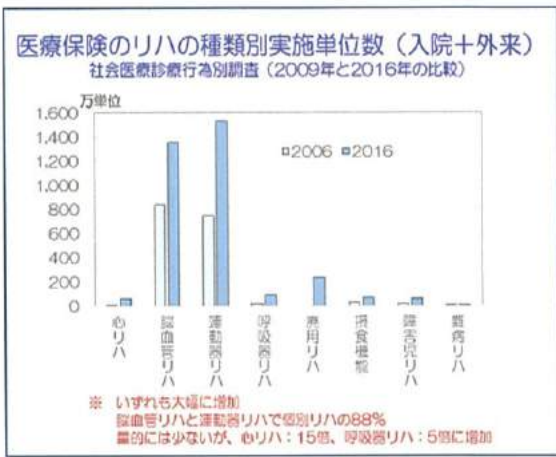


さて、では一方それを指導するリハの専門医はというと、これは増えてはいるのですが悲しいぐらい少なく、2,366名です。この3倍ぐらいなければ話にならないのですが、では専門医とPT・OT・STを足した数の比率は2000年で1：50、2018年で1：120、乖離するばかりです。



6. リハ医療サービスの実績

一方回復期のリハ病棟は順調に増えていて、これは昨年のデータで8万床ありますが、もう今は8万5,000床近くあります。



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

しかしこの18年間、2000年から18年たつてリハ医療資源は大幅に増加しました。専門医は3倍、回リハ病棟の看護と介護職員はリハの専門家と言ってもいいと思いますが5万人、PTが6倍、OTが6倍、STが7倍、社会福祉は回リハ病棟入院料1に制度として医療に位置付けされました。

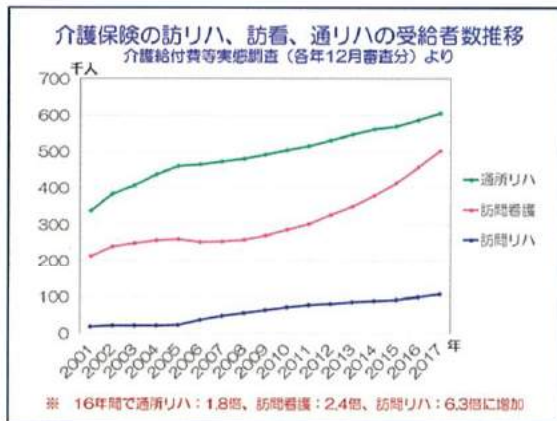
通所リハ約8,000カ所、訪問では4,000カ所、訪問看護ステーションは9,000カ所、今は1万カ所を超えたと聞いています。ともかくリハを提供する医療の資源は、飛躍的に増えたわけです。

では実績を示します。これは医療保険のリハの種類別実施数です、個別のリハ、疾患別リハが書いてありますが、心リハ、脳血管、運動器、呼吸器、廃用、摂食、障害児、難病、難病は通所リハのようなもので少し違うのですが、いずれも増えて倍増しています。

ただこれは運動器リハのほうが脳血管ではより多く実施されていることが分かります。しかし重要なのは隠れて見えないのですが、心リハと呼吸器リハです。なんと心臓リハは10年間で15倍、呼吸器リハがなんと5倍に増えました。急性期のドクターたちが心臓と呼吸に関してリハを行うと、早く退院できるということをしつかり把握してきたということで変わったと思います。

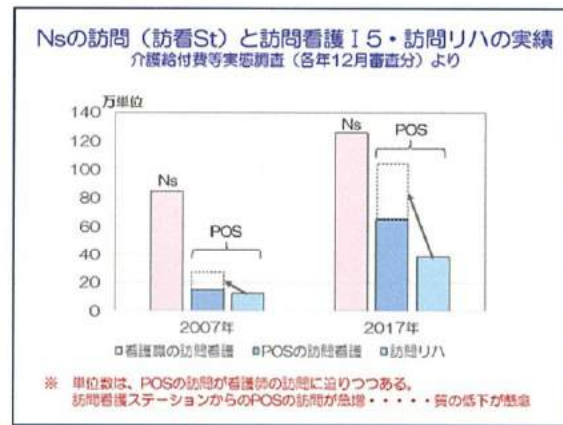


その代わりどういことが起こったかという、多くリハをするのはいいことなのですが、医療保険で入院料のうちリハのシェア率ですが、2000年は2%、2016年は5.33%、おそらく今年は5.5%ぐらいまでいくと思いますけれども、リハの取り分が非常に増えています。もっとも全体のパイが膨らんでいるので他が減っているわけではないのですが、リハは大幅増です。



では一方介護保険の訪問リハ、訪問看護、通所リハの受給者は急速に増えています。最も急勾配を取っているのが訪問看護です。

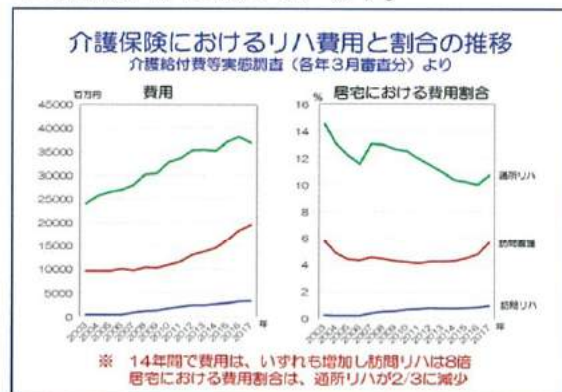
ところが訪問看護ステーションの場合に、ナースとPT・OT・STの訪問が含まれています。ではその内訳はどうなったかというと、それがこれです。



ピンク色がナースの訪問、2007年と17年で当然倍増しています。濃いブルーが訪問看護ステーションから行くPT・OT・ST、薄いブルーが訪問リハビリ事業所から行くPT・OT・STの訪問です。

これを足してみますと、看護師の訪問とPT・OT・STの訪問がもう肩を並べるぐらいになっています。そのうちPT・OT・STの訪問が看護を抜くと思います。ただし、10年間に一気にここまでいくのに一抔の不安があります。

というのはPT・OT・STが増えたのでこうなったのですが、なにせこれも若者たちなのです。従ってやはり在宅医療をするには医師も3年未満で往診させる、訪問診療をさせるというのは不安になると思うのですが、PT・OT・STで3年以内で訪問しているという話を聞くと大丈夫かなというようなことがあって、これは相当指導が要るのではないかと思います。



介護保険も順調にリハの費用は増えていますが、右側のグラフで通所リハだけシェア率が減っています。通所リハは医療機関があまり事業を行わない、通所介護ばかり増えて通所リハが増えないのです。

これは重要な問題で、外来のリハが13単位/月行っていないという制度があるのですが、これがなくなると通所リハしかないのです。通所リハをしないと一体どうするのだということで、非常に大問題になりかねないわけです。

7. リハに関する報酬改定の推移

	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	療養機能療法			
2000年	療養医療科		回復期リハ療科	
2002年	嚥下・嚥下機能・薬物			
2006年	夜間別リハ科の施設基準 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	がん患者リハ科		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 地域包括ケア連携	
2016年	療養医療科リハ科		実績指数の導入	
2018年		早期回復・リハ加算	実績指数の強化	

2019年3月まで?

さて、そうした報酬改定の推移を見てみたいと思います。これはリハ全体です。もうこの20年間いろいろと変化し、最も大きかったのはやはりなんといっても個別リハになったこと、それから疾患別疾患別リハ料になったこと、それから1日6単位が9単位まで増えたこと、しかし算定日数の上限ができたことです。

それから回復期リハ病棟ができたことで、どうも玉石混交過ぎるということで、もう少し引き締めようということでアウトカム評価をしっかりと導入し、実績数でいいところと悪いところを区分けするという大胆な改定が行われています。

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

最近のリハの診療報酬の評価の大部分は、出来高払いなので、すればする分収入になってきます。そうすれば当然リハの費用が急増します。昔、リハは本当に悲しいぐらい少なくて貧困状態でしたけれども、今後はリハ漬けなどという言葉が出てきてしまう可能性もあります。昔、薬漬け、検査漬けなどという言葉がありましたけれども、そのうちリハ漬けなどという、あまり聞きたくない言葉なのですが。

そこで適切な評価の在り方が当然課題になるわけです。これはリハを包括化しようという方向と、いや、それではいい加減になるので駄目だと、リハの提供量と成果を同時に評価する方向に進もうではないかと、この2本立てで今進んでいます。

ただ神経難病患者のリハは別格の扱いになっていて、医師による医学的判断が最優先です。医師による医学的判断があれば継続できる、これが神経難病の特徴です。

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

治療経過により状態の改善が期待できると医学的に判断される患者	失語症、失算、失行症
	高度脳機能障害
	重度の躁鬱病
	脳部外傷、多部位外傷
	COPO
	心筋梗塞
	脳心症
	軽度難治の状態である末梢神経障害（発症1年以上）
	外傷性骨関節症候群（発症後180日以上）
	回復期リハビリ入院料を算定する患者
	回復期リハビリ入院料を算定する患者であって退院から3か月以内
	脳血管障害リハビリに規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者を除く）
障害児（者）リハビリに規定する患者（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、育児休職中リハビリに規定する患者であって、リハの経過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患者	先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
	障害児（者）リハビリに規定する患者（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単位を超えた場合は指定療養の対象となる。

それがこの標準的算定日数上限の除外対象となる厚労大臣が定めた患者のこの網かけした部分に載っているもので、これは医師がきちっと判断をすれば、エンドレスに続けることができるわけです。

訪問看護・訪問リハの報酬体系の変遷

1988年	遠回り老人訪問看護指導料、在宅患者訪問看護指導料 遠回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） 遠回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了
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3-30（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は訪問看護の補充

※ 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

一方、訪問看護、訪問リハの制度は意外と古くからあって、1988年、30年も前からあります。30年前からある訪問リハがなぜ最近急に増えてきたか、スタッフの養成が増えてきたため外に出ていったというのが本音なのですが、医療保険と介護保険の両方から訪問リハがあります。

なんと訪問リハビリテーションという正式な名称になってから 26 年もたっているわけです。

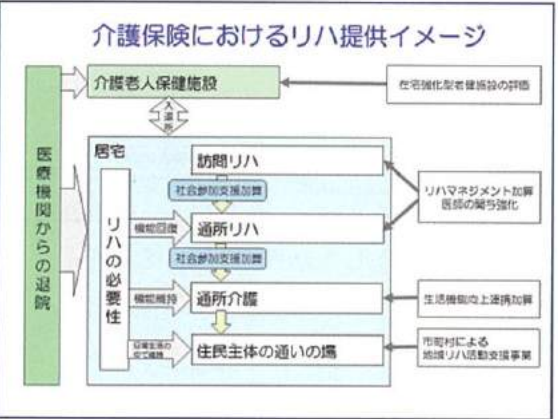
通所系サービスの報酬体系の変遷

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・ナイト・ホムケア）
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・短期集中型訪問リハ・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

通所系サービスはさらに古くて精神科のデイケアから始まって、それが福祉と医療に分かれてデイケアとデイサービスに分かれた、おおもと一緒です。なぜ最初から一緒だったのだから一緒にしておけば混乱しないのと思うのですが、これが縦割り行政です。医療のデイケアと福祉のデイサービスと似たもの同士でどこかよく分からないという現実があるようです。

2000年の介護保険改正でデイケアが通所リハビリテーションという名前に変わりました。それ以降いろいろな仕組みが変更されて、特に昨今、医師が関与しない通所リハは駄目と厚労省が強く言っています。



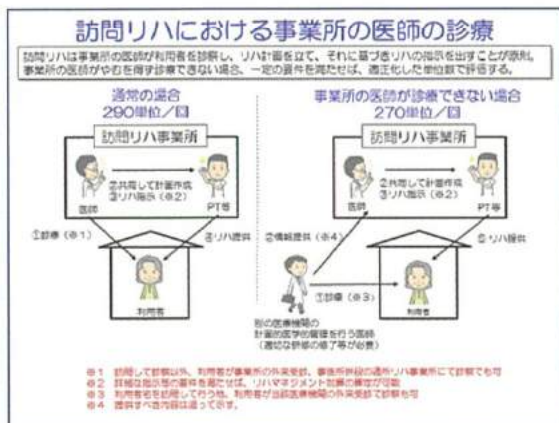
介護保険におけるリハの提供イメージというのは、医療機関から左側から右側に行くわけですが、老健施設に入ったりもしません。在宅では重度であれば訪問せざるを得

ないので訪問ですが、少し良くなってくれば通所に移行できます。

しかしリハビリもずっと続けるのではなくて通所介護、デイサービスに切り替えましょう。デイサービスもさらに住民主体の通い場に行って、さらに活動と参加の方向に進めましょう、そういう流れで進むのが理想系なのですが、これも神経難病は逆なのです。神経難病は逆に最後に訪問になっていくことが大部分です。

従って少し普通のリハビリテーションの概念と違って、私は神経難病のリハビリテーションがうまくいけば、リハビリテーションのスペシャリストになると思うのです。最も難しいからです。ずっと同じ人ができればずっと診ていったほうがいいわけです。非常に長期戦です。心理的な動向も大きく左右します。特に家族、本人の意向を大切にしないと相手を傷つけるだけになってしまふ、それが神経難病の難しさです。

国はこの神経難病とは逆ですが、できるだけリハを終了して参加活動に行こうということではいろいろな加算を付けて工夫をしています。



これは訪問における事業所の医師の診察も事業所の医師が診察できない場合と通常の場合と点数の格差を付けています。医師の比重を重くしているということです。

訪問リハにおけるリハマネジメント加算				
	リハマネジメント加算 (I) 60単位	リハマネジメント加算 (II) 150単位		
進行	(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 ⑥ POSが家族に対して指導・助言 ⑦ ①～⑥までを確認・記録		
改定後	リハマネジメント加算 (I) 230単位/月	リハマネジメント加算 (II) 280単位/月	リハマネジメント加算 (III) 320単位/月	リハマネジメント加算 (IV) 420単位/3月
	医師の詳細な指示			
	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		③～⑥	
			VIST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			

それからリハマネジメント加算も医師の詳細な指示が要る。医師が会議に参加しないと点数が低いように設定されています。

通所リハにおけるリハマネジメント加算				
	リハマネジメント加算 (I) 230単位	リハマネジメント加算 (II) 6月以内：1020単位、6月超え：700単位		
進行	(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 ⑥ POSが家族に対して指導・助言 ⑦ ①～⑥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		③～⑥	
			VIST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			

これは通所リハも同様で、これは後でお読みになってください。

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）

つまり最近のリハビリの介護報酬改定は、ICFの視点に基づいて活動と参加に焦点を当てたリハを推進しようということになっています。PT・OTが機能訓練に偏って

ることを是正しようということで、そのためにも医師の関与の重要性を指摘し、説明と同意を強調し、地域のネットワークをさらに活用してほしいということを言っているのがポイントです。

8. 医療法人輝生会の活動

さて、当法人の活動について少し紹介したいと思います。



5 拠点あると言いましたが、左側の上から初台リハ病院、下に船橋市立リハ病院、右側に在宅の拠点が下町の元浅草と山の手の成城と船橋市に 3 カ所あります。従ってうちの法人は回復期のリハと生活期のリハを主体に行っているところです。



実は台東区、23区内で最も小さい区ですが、ここに 있습니다。上野の山と浅草を控えている下町ですが、そこに在宅総合ケアセンターの元浅草という小さなビルがあり、この建物全てが総合のケアセンターです。

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	常勤職員	非常勤職員
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・往診 訪問リハ 通所リハ	医師 （リハ科専門医） （神経内科専門医） 看護師 介護福祉士 PT OT ST	2 （2） 3 3 4
2. 訪問看護ステーション （24時間体制）	社会福祉士 （ケアマネジャー）	7
3. 居宅介護支援事業所	管理栄養士・栄養士	1・3
委託事業 台東区地域リハ支援拠点	調理師 放射線技師 リハ助手 運転手	1 1 1 9
	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

これは 3 事業の複合施設で、たった 8 ベッドの有床診療所、在宅療養支援診療所です。外来診療、外来リハ、訪問診療、往診、訪問リハ、通所リハを行い、24 時間の訪問看護ステーションとケアマネジメント事業所を持っています。台東区の地域リハ支援拠点の委託を受けていて、常勤の医師 5 人でリハ専門医 2 人、神経内科専門医 3 人がいて、PT・OT・ST が 30 名ほどいます。

ケアマネを含めて社会福祉士 7 名、およそ 100 名のスタッフで運営する事業所ですが、1 人でも欠けると仕事が滞るのです。も

うパンパンで行っています。バックアップはどうするかというと初台リハ病院から緊急でスタッフが援助をくれるということで、欠員は起こらないという仕組みになっています。

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

外来通院、訪問診療、往診の利用者の数がターミナルケア（看取り）はおおよそ年間30人ぐらいいます。在医総、総合管理を行っているのは170名で、これは定期的に訪問診療をしないとイケないケースです。

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	脊髄小脳変性症	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

では難病患者はどのぐらいいるのかというと、筋萎縮性側索硬化症、進行性核上性、パーキンソン、多発性硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症、もやもや病等、これは在宅医療に限っているので、実際に家まで出掛けていくケースだけですが、それほど多くはいません。これはオーバーラップもしていますけれども、おそらくトータルで

30名ぐらいです。

もっとも外来に通っている方がその数倍おり90名ぐらいいますが、それがおよそ神経難病のフォローで、むしろこの在宅医療よりも外来のリハビリや外来診療、外来リハビリも非常に重要で、外来、通所、訪問、それをうまく使うやり方が重要です。

神経難病患者の在宅リハ上の要点

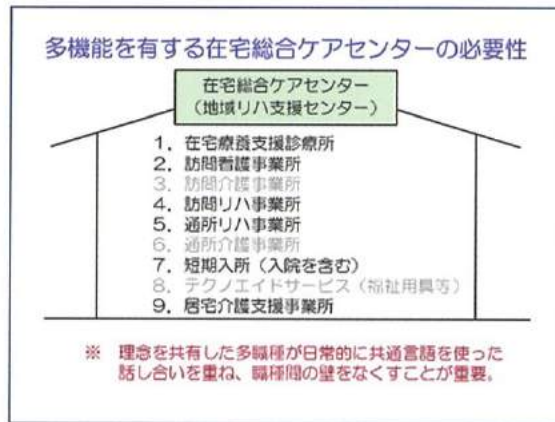
- 長期的なサポート体制の確保（24時間365日のサポート体制）
- 病状の進行と共に再構築（変更）が必要な目標設定（本人・家族の意向を可能な限り尊重）
- 医療保険、介護保険、福祉制度等の巧みな利用（通院リハ・通所リハ・訪問リハの適時・適切な利用）（多種・多様な福祉用具の積極的利用）（時に入院リハ（リハ合宿）の利用も検討）
- 地域の基幹病院（神経内科）と連携

本日この後にもそのお話が多く出てくると思うのですが、3番目の黒丸のところに通院リハ、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、私はリハ合宿などと言っていますけれども、これは国立のセンターでも2週間や1カ月のパーキンソンやSCDの入院を行っているようですが効果的です。

最も効果的なのはその人が滑った、転んだ、腰を痛めた、少し風邪をひいたなど、寝込んだ後ガクンと悪くなる時です。それが本当に1～2週間の入院でスッと良くなるので、これを有効利用するのが重要です。それから地域の基幹病院の神経内科との連携です。

なんといっても急性期の神経内科、それから在宅医療を担当する2人の主治医が登場します。このコミュニケーションがうまくいかないとうまくいかないし、さらに在宅の担当主治医は通院、通所、訪問リハ、こ

れが自分のところにあればいいのですが、これが別々の場所だとそこの連携もあります。従ってこの手間暇に非常にエネルギーが取られます。しかしそれを説明ししっかり連携すれば、患者さん、家族からの信頼は得られるわけです。



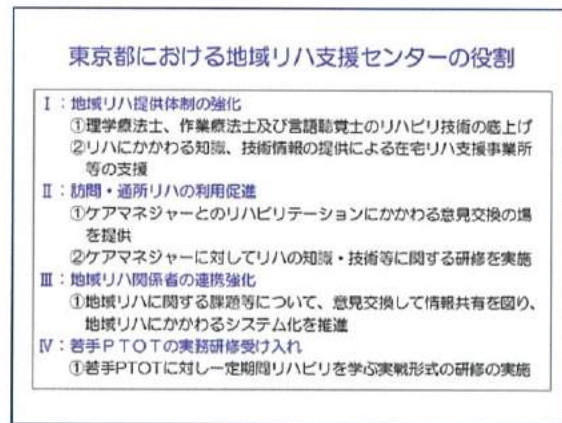
私はそうしてあちこち分散しているサービスより一緒に全てが入っている総合のケアセンターがあればいいのではないかと常に思っています。

昔、訪問介護、ヘルパーさんもこの元浅草に入っていたのですが、手狭になったので出ていってもらったのです。デイサービスも行っていたのですが、経営的に行き詰まってしまったのでやめたのです。いろいろなことありますが、小さい拠点でいいのですが、これが全てあり、そこに神経内科医とリハ医がいれば、もう言うことはないと思います。

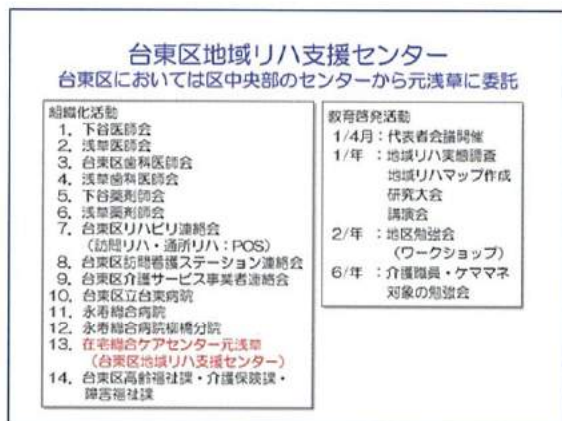


もう1つ、東京都は地域リハビリテーション支援センターという制度を国が補助金を打ち切った後も行っていて、12医療圏域、2次医療圏12カ所に全て地域リハ支援センターを委託しています。区西南部は初台リハ病院が担当していますが、区中央部、つまり台東区のある所は慈恵医大が担当しています。

慈恵医大は多くの区を見なくてはいけないので、台東区は私どもの元浅草に委託してくれました。



この東京都の地域リハ支援センターは地域リハ提供体制を強化しようということでPT・OT・STの技術、それから訪問、通所リハの利用促進、ケアマネジャーに対する研修、若手PT・OTの研修などの事業を行っているわけですが。



台東区は医師会から歯科医師会、薬剤師会からリハビリ連絡会、訪問看護、介護サービス事業所、区立の病院や区の高齢福祉課、介護保険課、障害福祉課、これに全員集まってもらって頻繁にミーティングを行って、それで地域リハの実態調査、地域リハマップ、研究大会、講演会、地区勉強会、ワークショップ、介護職員、ケアマネージャー勉強会などを毎月のように繰り返すわけです。



これによって相当風通しが良くなりました。重要な点は区の行政と医師会が動くことです。区の行政と医師会が動かないと何も進まない、これが現実です。これが研究大会の講演会ですが、



これがケアマネージャーやヘルパーさん等々に行う実務研修会です。



そしてこれはリハ連携マップ、お手元のレジュメは2016になっていると思いますが、毎年更新しています。地図に何が書いてあるか分からないと思いますが、右側の下に表があります。

この台東区の中でリハビリはどこに行けば受けられるか、それも内容は、小児は行っているか、PT・OT・STはいるか、PT・OTは訪問してくれるのか、そういうものが全てここに載っていて、これを見ることによって患者さんの家族もケアマネージャーもかかりつけの先生も見ますので、リハがどこで行っているかアクセスが簡単にできるわけです。これを毎年更新しています。

地域包括ケア体制へのリハの支援に関する私論

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

最後ですが地域包括ケア体制のリハ的支援に対する私論です。なんといっても行政、医師会の積極的関与が必須ですし、改革には誰かリーダーシップを取らないとまとも

りません。それから対象地域による各専門職の組織化、専門職だけではなくて事業所の組織化も必要です。

モデル的拠点として先ほどの元浅草のようなものがあればさらにいいと思いますし、リハビリの視点が不可欠です。そして情報の一元化、IT化ですが、それがさらに進むとさらにやりやすくなると思ってお話を終了します。ご清聴どうもありがとうございました。

小森：石川先生ありがとうございました。1枚のスライドが全て非常に勉強になるという、そういうご講演だったと思い、大変感銘してお話を伺っていました。いかがでしょうか、せっかくの機会なので、まだ時間もあるのでご質問があれば石川先生に受けていただくかと思いますが。いかがでしょうか。では後ろの方。

質問者：ありがとうございます。〇〇大の〇〇です。先生にリハビリの創世記からの歴史を一通り聞かせていただき、大変勉強になりました。最後に先生が私見としてお出しになっていたポイントの1つ目に、医師会と行政との連携、まさに先生のおっしゃるとおりだと思いますが。

とはいえ、おそらく相当私自身も行政との連携や医師会との連携がかなりネックになってくる部分かと思うのです。先生はそこをうまく連携を図る、もしくは巻き込んでいくというようなまさにポイントとなる部分は、鍵がどこにあるかというところを先生のこつを教えていただけますでしょうか。

石川：こつなどはないのですが、うちは5拠点ありますよね。5拠点で1つは世田谷区、1つは渋谷区、台東区、都内の3カ所で、あとは船橋市なのです。4つのテリトリーはアプローチが全て違うのです。それでも渋谷区は初台ができた時に医師会が大反対、何だと、なぜこのような所にリハ病院をつくった、患者をみんな持っていく気だろうと、医師会から反対されてひどい目に遭ったのです。地域住民もそのようなビルを建てるのは反対、もう四面楚歌でした。出足が不調で、その後医師会とぎくしゃくした名残りのあるのです。そうすると医師会が動かないと行政は出てこないようです。従ってやはり最初に医師会の協力が必要です。それが非常にうまくいったのが船橋です。船橋はなぜかという、船橋は医師会がリハ病院をつくりたいと言いだしたからです。医療センターという急性期のドクターカーを日本で最初に走らせた医療センターも医師会の発想です。その目の前にリハ病院をつくろうということになりました。

その準備委員の時から私は入っていたのですが、これは一体誰がするのかと思って聞いていたのですが、つくと決まればおまえがやれというわけです。おまえがやれと、こちらは初台でてんでこまい状態なのに船橋までとても手が回りませんと言ったのですが、なんとか手を挙げて参入したのですが、最初から医師会とうまくいったのです。

医師会とうまくいっていると、そこに行政がバックアップします。船橋は大変うまくいきました。台東区は医師会の先生方がその気になってくださったのです。この1~2年でガラッと変わりました。そうす

ると行政が私たちも委員会のメンバーで来ますと手弁当で来るようになりました。今度はそれに予算も付けるというのです。従って鍵は医師会なのです。

質問者：裏話をありがとうございます。台東区の医師会の方々が関わるようになっていただけたというきっかけというのを。

石川：国から地域包括ケアの推進をガンガン言われ、都からも言われているようです。医師会の先生方は地域包括ケアを勉強し、何かネットワークをつくろうと考え、元浅草の行っているネットワークがいいということになって、これは頂きということで、医師会が積極的になり、医師会がリーダーになって行って、われわれはそれをお手伝いするという形になったのです。そこに行政が入ってきたと、こういういきさつです。

質問者：ありがとうございます。

小森：すばらしいですね、何かそのお話だけでも面白いと思って、もう少し伺いたいと思うのですけれども、次の質問の方どうぞ。

小森：伺っていて、リハビリテーションのモデルを先生が幾つもおつくりになってきて、現在に来ているのだと思いますけれども、これはリハビリではなくて、実は先生は医療全体のモデルをお示しになっているような気がするのですが。例えば難病医療に先生のようなネットワークを組み込んでいくと、大変うまくいくような気がして伺っていましたが。

石川：私は虎の門病院の分院に10年ぐらいいたのです。あそこは医局が神経内科と精神科と脳外科出身の医者が固まっている医局なのです。私はリハを担当しているわけですが、神経内科が医者が最も勢力が強く、神経内科の医者から雨あられのごとく神経難病がいかに大変かというのを聞いて、とても勉強になりました。

神経難病のリハビリはこれを極めればリハビリとして一流になれると、そのように若いうちに思ったことがありました。

小森：ありがとうございます。他にいかがでしょうか。菊地先生。

菊地：美原記念病院の菊地です。脳血管障害の場合は、訪問リハビリが最初の在宅で早い段階で入るけれども、難病の場合は後になるという感じで。そういう意味では神経難病の場合、他の急性発症してなっていく患者さんたちは、医療の流れとだいぶ流れが違うと思います。

何がお聞きしたいかということ、先生の話の中で地域医療構想の話が出てきたかと思うのですが、なかなか神経難病患者さんは数が少ない分、あまりその中に組み込まれて話をされる機会というのはほぼないのではないかと思います。このことについて先生はどの様にお考えになりますか。

石川：従ってベルトコンベヤーに流せないのですよね。神経難病はもう臨機応変で、例えば転んだ、動けない、それでさらに寝たきりになっていってしまうことも多いのです。そこで訪問リハが必要になるわけです。しかし、その人は歩けていたわけです。立ち上

がってまた歩けるようになれば、今度は外来リハに切り替えればいいでしょう。そういうのを外来リハ、訪問リハ、入院リハなどを、もう適時使い分けなければならない。そこで福祉用具も何十種類もありますので、この歩行器にしましょう、あの歩行器にしましょう、車いすもこういうものにしましょう、そういうきめの細やかさが非常に必要なので、その全体像をつかんで流れるときに、どうしても神経に詳しい医師の力が要りますよね。

先が見通せない医師がそこで適当なことを言うとそれっきりになってしまうので、サービスの利用法の臨機応変さが勝負ではないかと思います。

菊地：それを踏まえた上でモデルが必要というのを先ほど先生が出されて、確かにそのとおりでらると思う一方で、もし先生の中で、こういうモデルケースをつくれればいいのではないかと、こういうものがモデルになるのではないかと、というアイデアはございますでしょうか。

石川：いや。

菊地：モデルの必要性があるのは間違いないと思うのですが、おそらくずっとみんなどういう形がモデルケースたり得るかというところについては、答えが出ないままずっとこの何十年もきているように思います。

石川：制度的には神経難病はいろいろな、例えば回復期リハ病棟から外されていますよね。回復期リハ病棟に1カ月でいいので入院できるというのがあれば、相当好影響

があると思うのです。それを毎回診療報酬の改定のたびに出しているのですが、それにパーキンソン病と書いたのがまずかったのか、神経難病を丸ごと出せばいいか。

突破口でパーキンソンだけ出しているのです。しかし難病全体として要望すれば、ずいぶんリハの有効利用ができるのではないかと思います。それが突破口になるかもしれないなと思っています。

菊地：ありがとうございます。

質問者：〇〇病院の〇〇です。非常に勉強になる講演をありがとうございました。教育のことをはじめ、非常にPT・OT・STが増えてきていてこのままでいいのだろうかと思いついて指摘も頂いたところで、先生の会長をされているところで、元浅草の所を中心に90名ぐらいの難病患者さんを診られていて、そこで人が足りなくなるとバックアップで初台のスタッフが行くというふうなお話がありましたけれども、そのバックアップ体制というところでやはり教育ですね。

神経難病の難しさは、私自身はやはり人数が少ないので、どうしても脳卒中や大腿骨頸部骨折、そちらの教育にかなり時間をかけやすいけれども、神経難病の患者さんのリハの教育というのがなかなか難しいなと思いついてながら普段過ごしてきて。

その初台の方たちを含めて、難病患者さんのリハビリテーションの教育を推進する方法で、何かこういうふうに行っているというふうなこつとかアドバイスを受けると、非常に参考になると思うのですがいかがでしょうか。

石川：やはり医師ではないでしょうか。うちは法人全体で40名近い医師がいて、全員リハ科を標榜しているのですが、それぞれサブスペシャリティを持っていて、脳外科出身と神経内科出身が約半数なのです。従って神経に関しては結構皆さん口うるさくて、それが助かっていると思うのです。

そういう医者には神経診断学から始まって、難病の講義や知識などを絶えずスタッフにミニレクチャーのような形で講義してもらおう、それがいいのではないかと思いますけれども。

質問者：そういう知識的なところと、それに技術的なところというのは、もうそこがほしい……。

石川：これも悪口になってしまうので申し訳ないのですが、技術的には若手のPT・OT・STの若者は技術依存症のようになります。技術を持っていると使いたくたしうがなく、特殊な方法の機能訓練ばかりやるわけです。それはやらなくていいと、もう少し起こして歩かせてお散歩に行つて、何か笑顔1つもらってくればそれで合格なのでと、そういうことが分からないのです。

従って知識と技術も大事なのですが、人間性や人間的力量など、そういうものがPT・OT・STにもう少し育まれれば変わるかと思っています。

質問者：ありがとうございます。参考にさせていただきます。

小森：ありがとうございました。時間が来たようなのですが、きょうお話を伺って

て、最初に私も少し言ったのは、厚労省の難病対策課も非常にこの難病のリハビリテーションについて今注目をしているところで、われわれのところにもいろいろ体制に関してどれがいいか、診療報酬をどのように付けられればいいと思うかなどと、意見も聞かれているわけですが、本日、先生の話をお伺いながら私は、私たちが直面している問題の1つのモデルというか、自分たちが考えていたことが案外正しいのかなと思うようなところもあり、

また、これからいろいろな意味でこの研究会を通じて、難病リハビリテーションがうまくいくように考えたいと思っているところですので、先生、是非いろいろなところでご意見を頂ければと思っています。

ありがとうございました。皆さん、もう一度大きな拍手をお願いします。では特別講演を終わらせていただきます。

中馬：大変勉強になりました、ありがとうございます。石川先生は変わらずお上手で、聞き惚れていましたけれども。それでは、引き続きパネルディスカッションを行いたいと思います。ということで、座長は中馬と、それから。

加世田：加世田です。