平成 28 年度　老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムにおける
リハビリテーションの
あり方に関する調査研究事業

報告書

平成 29（2017）年３月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの
あり方に関する調査研究事業
報告書

■目次■

第１章　本事業の検討テーマ・論点 1
第２章　検討の経緯 2
　第１節 調査研究委員会の設置 2
　第２節 調査研究委員会開催状況 4
　第３節 話題提供（事例報告）の概要 5
　　1. リハビリテーションの質の向上について 5
　　2. 医療と介護のシームレスな連携の在り方（医療介護連携） 12
　　3. 地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について（介護介護連携） 16
　　4. 介護予防の見直し 22
第３章　地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する議論内容の報告 26
　　1. リハビリテーションの質の向上について 26
　　2. 医療保険と介護保険のシームレスな連携の在り方（医療介護連携） 36
　　3. 地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について（介護介護連携） 38
　　4. 介護予防の見直し 40
　　5. その他 42
参考　委員提供資料 43

第１章 本事業の検討テーマ・論点

本研究委員会では、2025 年に向けて地域包括ケアシステムの構築を目指すにあたり、平成 26 年度「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」で今後検討すべき課題として指摘された項目を含む以下の課題を検討テーマとして、ヒアリング等により実態を把握するとともに、委員会における議論により課題の焦点化を行うこととした。

①リハビリテーションの質の向上について
- ・通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化
- ・通所リハビリテーションでのリハビリテーション専門職の配置促進や短時間のサービス提供の充実
- ・訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の役割分担と機能強化
- ・介護老人保健施設での効果的リハビリテーションの提供のあり方
- ・介護保険でのリハビリテーションにおける医師の役割の明確化

②医療と介護のシームレスな連携の在り方（医療介護連携）
- ・通所・訪問リハビリテーションを含めた、退院後の早期のリハビリテーションの介入の促進
- ・退院時ルールや退院時カンファレンス等の活用によるリハビリテーションのシームレスな連携
- ・医療・介護間のリハビリテーションの情報共有のあり方（ICT の活用等）
- ・クリニカルパスの活用

③地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について（介護介護連携）
- ・職種間や介護事業所間の連携の強化
- ・リハビリテーションマネジメントの強化による多職種間や介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携の強化
- ・リハビリテーション前置の考え方に基づく地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの位置づけ
- ・地域包括ケアシステムの促進に向けた医師を含めた多職種へのリハビリテーションの啓発

④介護予防の見直し
- ・地域リハビリテーションにおけるリハビリテーション専門職の活用のあり方
- ・介護予防通所・訪問リハビリテーションのあり方、リハビリテーションマネジメントのあり方

第２章 検討の経緯

本調査研究事業では、まず、第１節に記載のとおり調査研究委員会を設置し、第２節に記載のとおり、調査研究委員会を開催した。調査研究委員会においては、議題にそって、委員や特別委員（ゲストスピーカー）から話題提供を受け、議論を行ったところである。話題提供の主な内容は、第３節にまとめた。

第１節 調査研究委員会の設置

【調査研究委員会　設置要綱】

１．設置目的

2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を目指すに当たり、以下の課題について、実態を調査し、課題を焦点化するとともに、各学識関係者から意見聴収し、課題解決に向けての方向性をまとめるなど、生活期リハビリテーションが果たすべき役割を明らかにするための検討を行い、提言を取りまとめる。

調査研究委員会の運営は、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社が行う。

２．委員名簿

委　員　長	鈴木　邦彦（公益社団法人日本医師会　常任理事）
委　　員	大野　重雄（医療法人共和会小倉ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院 診療部長）
	小林　法一（公立大学法人首都大学東京 人間健康科学研究科作業療法科学域 教授）
	近藤　国嗣（医療法人社団保健会東京湾岸ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院 院長）
	斉藤　正身（一般社団法人　全国デイ・ケア協会 会長）
	鈴木　修　（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 副会長）
	東　憲太郎（公益社団法人全国老人保健施設協会 会長）
	深浦　順一（学校法人国際医療福祉大学 福岡保健医療学部言語聴覚学科 学科長 教授）
	水上　直彦（石川県介護支援専門員協会 副会長）
	山田　雅子（学校法人聖路加国際大学大学院看護学研究科 教授）
	山田　実（国立大学法人筑波大学大学院人間総合科学研究科 准教授）

（敬称略、５０音順）

【特別委員（ゲストスピーカー）】

第２回	米満　弘之（全国地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ支援事業連絡協議会　顧問）
第２回	岡持　利亘（医療法人真正会　霞ヶ関南病院 キャプテン運営企画推進部長　地域支援担当）
第３回	岡野　英樹（一般社団法人　全国デイ・ケア協会　理事）
第３回	荒尾　雅文　（医療法人社団永生会　永生病院）
第４回	川﨑　真弓（医療法人博仁会　志村大宮病院　看護介護部 副部長 志村地域医療連携センターセンター長）
第４回	石川　誠　（医療法人社団輝生会　理事長）
第４回	谷川　敦弘（医療法人和光会　事務長）

【オブザーバー】

○　厚生労働省　老健局　老人保健課　室長　西嶋　康浩
○　厚生労働省　老健局　老人保健課　課長補佐　井口　豪
○　厚生労働省　老健局　老人保健課　同　佐々原　渉
○　厚生労働省　老健局　老人保健課　同　坂野　元彦
○　厚生労働省　老健局　老人保健課　看護専門官 後藤　友美
○　厚生労働省　老健局　老人保健課　係長　長谷川　洋子
○　厚生労働省　老健局　老人保健課　係長　山形 敬宏
○　厚生労働省　老健局　老人保健課　主査　塩崎 敬之

【事務局】

○三菱 UFJ ﾘｻｰﾁ&ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ　社会政策部　主任研究員　星芝　由美子
○三菱 UFJ ﾘｻｰﾁ&ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ　革新支援室　ﾁｰﾌｺﾝｻﾙﾀﾝﾄ　吉竹　一将
○三菱 UFJ ﾘｻｰﾁ&ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ　革新支援室　ｺﾝｻﾙﾀﾝﾄ　和田　幸子

第２節 調査研究委員会開催状況

	日時	主な議題（予定）
第１回	10 月 7 日(金) 10 時～12 時 2406 会議室	・事業の目的、進め方等 ・フリーディスカッション
第２回	11 月 18 日 (金) 14 時～16 時 1906 会議室	**テーマ別議論（１）：介護予防の見直し** 「全国地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ支援事業について」 全国地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ支援事業連絡協議会　顧問 米満　弘之　氏 「介護予防の取組と地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝについて」 医療法人真正会霞ヶ関南病院　ｷｬﾌﾟﾃﾝ運営企画推進部長 地域支援担当　岡持　利亘　氏
第３回	12 月 2 日(金) 13 時～15 時 1906 会議室	**テーマ別議論（２）：ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの質の向上について** 「集中的な通所・訪問リハビリテーションについて」 医療法人社団保健会東京湾岸ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院 院長　近藤　国嗣　委員 「中重度者に対する通所・訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝのあり方」 一般社団法人全国デイ・ケア協会　理事　岡野　英樹　氏 「永生会における機能強化型・維持期型の通所・訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｻｰﾋﾞｽの取り組み　～医療から介護へのｽﾑｰｽﾞな連携～」 医療法人社団永生会　永生病院　荒尾 雅文　氏
第４回	1 月 27 日(金) 15 時～17 時 1906 会議室	**テーマ別議論（３）** **①医療と介護のｼｰﾑﾚｽな連携のあり方（医療介護連携）** 「医療と介護のｼｰﾑﾚｽな連携の在り方　医療介護連携」 医療法人博仁会　志村大宮病院　看護介護部副部長 志村地域医療連携センター センター長　川﨑　真弓　氏 「訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝを活用した早期退院支援・地域連携パスの取り組み」 社会医療法人財団慈泉会　相澤病院統括科長　鈴木　修　委員 **②地域包括ｹｱｼｽﾃﾑにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について（介護介護連携）** 「地域包括ｹｱ体制構築に対応したﾘﾊ専門病院・診療所の活動」 医療法人社団輝生会　理事長　石川　誠　氏 「ICF Staging の概要と有用性」 公益社団法人全国老人保健施設協会　会長　東　憲太郎 委員 「地域の拠点としての老健施設での効果的ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの提供」 医療法人和光会　事務長　谷川　敦弘　氏
第５回	2 月 22 日(水) 13 時～15 時 1906 会議室	報告書骨子案の検討
第６回	3 月 29 日(水) 10 時～12 時 1906 会議室	報告書案の検討

第３節 話題提供（事例報告）の概要

1. リハビリテーションの質の向上について

(1) 集中的な通所・訪問リハビリテーションについて

① スピーカー

医療法人社団　保健会　東京湾岸リハビリテーション病院　院長
近藤　国嗣　委員

② 概要

1) 効率的な ADL 改善の必要性

○平成 27 年度の介護報酬改定では、「活動」「参加」が中心であった。「(ADL+IADL) ×している≒“活動”」すると、従来のリハビリテーション技術で対応は可能である。しかし、在宅でのリハビリテーションの場合は介入できる時間が限られているため、より効率的･効果的な介入が求められる。

○在宅ケアの場合は、目標とする生活課題を明確にし、何ができないのか、訓練でよくなるのか、どのようにすればよいのか、等、目標課題ごとに具体的な設計図を立てて介入することがリハビリテーションであり、常に訓練の介入手技と計画がセットになっている点が通所介護とは異なる。

2) 在宅リハビリテーションにおける医師の役割

○リハビリテーション専門医はこの設計図を立てるプロでなくてはいけないが、現状では在宅リハビリテーションに参加しているリハビリテーション専門医はほとんどいないため、しっかり研修を行う必要がある。

○また、リハビリテーション専門医は患者の評価をスタッフ任せにせず、自分でも診察もきちんと行ってカンファレンスに参加すべきである。

○家族を巻き込むためにも医者の一言は大きく、患者や家族に対しても、記録を評価し、「去年に比べてこれだけ活動が増えていますよ」と伝えたり、良くなったら褒めていく、というのも重要。

3) 活動・参加向上のための効率的 ADL 改善に向けた取組

○筋肉増強や関節可動域訓練のエビデンスはあるが、活動に影響していない関節拘縮に対しリハ職が ROM 訓練を個別訓練で実施しても活動改善にはつながらない。このような拘縮に対しては自主トレを中心に介入し、目標とした「活動」を改善できる訓練を個別に実施すべきである。

○当院の通所リハビリテーションは「維持」ではなく、よくするためのリハビリテーションを方針としている。

○当院では、午前・午後各 40 名程度の利用者にリハビリテーション専門職を

13.5 人配置しており、かなり濃厚な配置となっている。利用者の半数以上は当法人以外からの紹介となっており、リハビリテーションをしっかりしたいというニーズがある。

○3 か月に 1 回は病院のリハビリテーション専門職が筋力、バランス、歩行速度や歩き方等を測定し､その結果を元にリハビリテーション専門医が診察し、家族・患者指導を行っている。

○このような濃厚な通所リハビリテーション実施により、要介護度は低下している。

4) 通所リハビリテーションの役割

○通所リハビリテーションは、医療者と患者だけではなく、利用者同士のコミュニティが形成され、ともに機能・能力改善を目指す仲間というコミュニケーション効果によってリハ意欲や活動性向上が得られる。また、多職種による対応も可能である。

○筋力低下モデルの場合は筋トレ実施によるいわゆるリハデイサービスでも対応できるが、麻痺性疾患患者が麻痺の中で新しい動作を練習して獲得するという運動学習は通所介護では難しいのではないか。また、認知や高次機能障害のある方に新しい ADL を獲得してもらうことや、失語症の要支援の方の行き場所としても医療を中心とした通所リハビリテーションが必要でる。

5) 課題等

○通所リハビリテーションにおける課題は、リハビリテーション専門職がまだまだ足りない点と、社会復帰に対するソーシャルワーカー機能が十分ではない点である。地域や行政との連携も必要である。リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ取得により自宅に 1 回は行くことはあっても、生活行為向上加算取得はなかなか難しい状況である。

○また、卒業後の受入や、家族への直接介入にも課題がある。

(2) 中重度者に対する通所・訪問リハビリテーションのあり方

① スピーカー

一般社団法人　全国デイ・ケア協会　理事
岡野　英樹　特別委員

② 概要

1) 通所リハビリテーションの現状について

○居宅介護支援利用者の構成と比較すると、通所介護はやや軽度、通所リハビリテーションは同程度、訪問リハビリテーションは中重度者が多い。
○要介護 2 をピークに、重度者ほど利用されておらず、要介護 5 では利用率がわずか 11.6%である。
○生活行為向上リハビリテーション加算や社会参加支援加算は算定率が低く終了者が少ないことが理由にあげられる。リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの非算定事業所は、算定できない理由として医師の参加等が難しいといった意見が当協会の調査でも出ているところである。
○通所リハビリテーション独自の機能としては①医学的管理、②心身・生活活動の維持・向上があり、通所介護との共通機能としては③社会活動の維持・向上、④介護者等家族支援が挙げられる。
○通所介護と比較し、日常生活自立度および要介護度の向上割合が高く、12 ヶ月以上の利用でも 26%が向上しているのは、基準以上のリハビリテーション専門職が配置されていることも一因と考えられる。

2) 事例紹介

○事例１（訪問リハビリテーション利用事例）
・要介護５（レビー小体性認知症、恥骨骨折後の廃用症候群)、90 代女性
・恥骨骨折後寝たきり状態となっていた。精神状態も不安定で、BPSD により暴言、暴力等があった。通所には利用拒否があり、訪問リハビリテーションを利用。
・①臥位および座位ポジショニング評価・アドバイス、②車いす選定・介護者への移乗方法のアドバイスと離床支援、③他サービスへの介助方法アドバイス、④BPSD 緩和の方法を共有、に取り組んだ。
・結果、座位保持が可能となり、離床をきっかけに BPSD が緩和し状態も安定。ショートステイ利用が可能となり、介護負担が軽減された。また、通所リハビリテーションも利用できるようになり、安定した状態を維持している。
○事例２（通所リハビリテーション利用事例）
・要介護 5（脳出血による四肢麻痺・構音障害)、70 代女性

・発症から 4 年経過し、寝たきり生活を送っていた。
・座位保持に着目して、離床時間を確保しながら、この方の主体性を引き出しながら、役割に結びつけたケースである。
・1 年程度かかったが、徐々に座る時間が増え、家族介助による離床機会も増え、本人が希望する園芸活動を開始。
・現在は、花を自分で選びたいと希望を述べ、家族と花を買いに外出するなど、変化がみられ、家族の介護負担も軽減されている。
・喀痰吸引等医療対応が必要な方であるため、引き続き評価を中心にフォローアップをしていく。

3) 中重度者にとっての活動と参加

○当事業所では、中重度の人にも活動を積極的に取り入れており、要介護 5 の方と一緒に一般のファミリーレストランに行き、そこでレストランの機材を借りて食材を加工し、食事、支払もできるだけ自身でやっていただいたことがある。これをご家族にも写真入りで伝えたところ、家族と一緒に外食ができるようになった人も数名いる。
○園芸店への外出練習時に、自ら花を選んだことをきっかけに、自分の愛着のある花に水をあげるという習慣が役割として生まれ、結果的にご自宅でもお花の手入れを少しずつ始められたという重度の方もいる。
○座ることを非常に大事にしている。車いすは移動手段であり、できるだけいすに適切な姿勢で座ることにより、次の活動が生まれたり、耐久性向上や、身体活動向上につながる。医療ニーズの高い方もいるため、医師の関与は大変重要である。寝たきりで食事が全介助の方でも、座位が保てるようになると活動量が増え、食事が自立に至る場合もあり、長期にわたりあきらめずに続けることも重要である。

4) まとめ

○通所リハビリテーションは要介護度・生活自立度の改善に寄与し、悪化も抑制することができている。
○通所リハビリテーションは基準上多職種配置ではないが、中重度者を受け入れるためには多職種協働が必要であるため、専門職の加配がポイントになる。
○維持・改善をあきらめず対応することが重要であり、それには各専門職のアセスメントに基づく個別性の高い対応もポイントとなる。
○中重度者の活動と参加を推進するためには、訪問リハビリテーションは通所系サービスへの移行推進、通所系サービスは受け入れ体制の強化が必要であるが、あわせて家族やケアマネジャーの理解が重要である。
○中重度者は生活機能や介護負担に影響を与える疾病が多く、地域から継続し

たリハ的対応が求められている。

○訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションは各々独自の利用ニーズはあるものの、一体的に提供することがより効果的であると考えられる。

(3) 永生会における機能強化型・維持期型の通所・訪問リハビリテーションサービスの取り組み　～医療から介護へのスムーズな連携～

① スピーカー

医療法人社団　永生会　永生病院
荒尾 雅文　特別委員

② 概要

1) 法人概要

○八王子市の永生病院（一般病床 146 床、回復期リハビリテーション病棟 100 床、精神病棟 70 床、地域包括ケア病棟 50 床、医療療養病棟 144 床、介護療養病棟 118 床）が母体である。
○通所リハビリテーションに関しては、老健施設で平成 9 年から実施。平成 18 年から診療所からの通所リハビリテーションも開始した。平成 26 年からは新規に、診療所での通所リハビリテーションをもう 1 か所で開始した（後述の「クリニックゼロ」）。
○訪問サービスは、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問を平成 11 年から実施している他、27 年から診療所からの訪問リハビリテーションを開始した。
○退院直後等の集中的なリハビリテーションは訪問リハビリテーション、安定期は訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問という役割分担を行っている。

2) 生活期リハビリテーションの機能整理

○上記のように法人内で通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを提供しているが、新しく事業展開をする際、生活期のリハビリテーションのあり方と、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの特徴、そして現時点での問題点の整理を行っている。
○生活期リハビリテーションのあり方、また各サービスの目的・特徴を再確認し、訪問リハビリテーションは居宅内で困難なことの解決、通所リハビリテーションは居宅内での生活は可能だが活動範囲の拡大には支援と位置付けてサービス提供を行っている。
○また通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通の課題として、リハビリテーションが必要な時期、必要な量でサービス提供ができるようにしていくことをあげている。

3) クリニックゼロの取組

○当法人では、このような課題に対し、必要な方に必要な量のリハビリテーションを提供することを目的とし、「クリニックゼロ」による通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを実施している。

○「クリニックゼロ」のリハビリテーションは、退院直後、機能低下後の日常生活の早期安定のため、「集中的」に「期間限定」でリハビリテーションを行うことが特徴であり、具体的には3~6か月での目標達成を目指している。目標達成後は他サービスに移行している。

○タイムリーな介入をすることで、ADLや生活行為に大きな改善がみられている。

4) 課題と今後について

○介入まで迅速に対応する必要があり、書類のやりとりやサービス担当者会議等で担当者の負担が大きい。また、利用者の変化が大きく、ケアマネジャーとの密な連携が必要であったり。利用開始から終了までの回転が速いため、スタッフにも高い能力が求められる。

○効果的リハビリテーション導入のタイミングに関してはリハビリ職種の関与がない場合、リハビリテーション専門職以外の方がリハビリテーションの必要性を気付く必要がある。リハビリテーションが必要なケース、必要な時期等についての理解を広めることが重要である。

○通所リハビリテーションについては、終了者が多く回転が早いため、実績数がなかなか伸びない点や、ケアマネジャーから「すぐに終了してしまうので使い勝手が悪い」と利用に二の足を踏まれてしまうことがある。

○クリニックゼロは次のサービスにつなげるためのサービスとして機能させている。退院後の生活が安全に自立して行われるようにすることや、予防プランの方がリハビリをやって社会参加できること、家に閉じこもりになっている方が、他のサービスを使って介護負担感が減る、他のサービスにつなぎができる、といったイメージである。

○しかし一方では、長期的に関わることで改善が見られるケースや、介入中止により機能低下が進んでしまうケースもあり、長期に渡ってリハビリテーションの提供が必要なケースも存在する。永生会ではこの両者に対して適切なリハビリテーションを提供できるように生活期のリハビリテーションを提供している。

2. 医療と介護のシームレスな連携の在り方（医療介護連携）

(1) 医療と介護のシームレスな連携の在り方　医療介護連携

① スピーカー

医療法人　博仁会　志村大宮病院　副看護部長　兼
志村地域医療連携センター　センター長
川﨑真弓　特別委員

② 概要

1) 病院概要

○茨城県常陸大宮市に所在する志村大宮病院を中心に、志村フロイデグループとして医療・福祉サービスを展開している。
○常陸大宮市は人口 4 万 2 千人、高齢化率 32.9%の地域である。

2) 志村大宮病院の医療介護連携体制

○前方連携については、急性期病院との連携が主であり、紹介患者を断らず早期に受け入　れるということを基本体制としている。病院間での顔の見える連携のために連携の会を開催しており、各病院の連携の会への参加を積極的に行っている。
○後方連携は、介護施設・高齢者住宅・居宅介護支援事業所へ訪問し連携をとっている。在宅への連携のキーはケアマネジャーであり、意見交換会・懇親会などを当院で開催している。また、連携施設からの緊急時の入院は必ず受け入れること、治療終了後は紹介施設へ戻すことを基本体制としている。

3) リハビリテーションに焦点をあてた取り組み

○入院初期の段階から、活動・参加という部分に焦点を当て目標を立て、退院後につなげるための取り組みを行っている。
○「ファミリーサポートはなみずき」では、高次機能障害に関して、介護者であるご家族の不安やお困り事への専門の相談窓口としてフォローアップ対応を行っている。
○外来移行カンファレンスは、法人内で入院から外来リハへ移行する際に、関係職種で外来リハにおける方針や目標をしっかりと擦り合わせするために実施している。
○「えんげキッチン」は、摂食嚥下障害を抱えたままご自宅へ戻られる方を対象に、管理栄養士・看護師・言語聴覚士等がご家族にしっかりと指導を行い、退院後も安心して食事が提供できる体制を整えるための取り組みとして行っている。

4) 介護老人保健施設との連携

○場合によっては、老健のスタッフが入院中のリハビリテーションや退院前カンファレンスへの同席を行っている。また、老健のスタッフから入院部門のスタッフに対して、事例報告会という形でフィードバックを行っている。

○入所のリハスタッフからは、入院中の方で入所予定の方がいる場合や、施設見学希望がある場合は声を掛けて欲しい、という要望が病院スタッフに対してなされている。

○入所に際しては、口頭での申し送りや書面での申し送りを活用している。

○退院後はリハスタッフというインストラクターが常に一緒にいるわけではないため、患者自身が生活能力を維持する方法を身に付けていることが必要であり、入院中からそのような関わり方をしてほしい、といった要望が入所スタッフから病院スタッフに対してなされている。

○通所リハビリテーションは、退院後、早期の集中的なリハを担ったり、在宅生活者の生活機能が低下した際のフォローを担ったりする形で活用されている。

○通所リハビリテーションにおいても、病院では患者が自宅退院後の生活イメージを持てるように関わってほしい、といった声を病院スタッフに伝えている。

○訪問リハビリテーションにおいては、入院部門で活動しているスタッフからの相談に対応したり､家屋調査実施前のミーティングに同席したりしており、家屋訪問へ同行する場合もある。

○当法人の通所介護はリハ機能強化型デイサービスであり、施設での生活全体にリハビリテーションの視点を取り入れている。

5) 脳卒中地域連携パスの取組

○脳卒中地域連携パス研究会の事務局を担っている。連携パスは平成 19 年 12 月に発足し、生活期を含めた連携に関しては平成 21 年から取り組んでいる。現在入会しているのは 54 施設である。

○パス運営上の課題としては、生活期との連携の輪が広がりにいくことが挙げられる。

○特に、老健施設以外の生活期事業所等が地域連携パスの制度の枠組みの中に組み込まれていない点が問題であると感じている。

○老健施設との連携が広がらない理由としては、パスの運用ルールが十分理解されていない可能性があり、何らかの対応が必要であると考えている。

(2) 訪問リハビリテーションを活用した早期退院支援・地域連携パスの取り組み

① スピーカー

社会医療法人財団　慈泉会　相澤病院　統括科長
鈴木　修　委員

② 概要

1) 地域在宅医療センター概要

○相澤病院に併設されているセンターであり、病院所在地である松本市を中心に、長野県中信地区で活動を行っている。各地域にはサテライトを設置し、地域のニーズに合わせた対応をしている。

○在宅支援サービスは、居宅介護支援事業所、サービス付き高齢者向け住宅、訪問介護事業所、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを開設している。また、栄養士による地域支援サービスも相澤病院より実施している。訪問リハビリテーションスタッフは、相澤病院から実施する訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションから理学療法士等が実施する訪問リハビリテーション（訪問リハビリテーションセンター）を兼任している。

○訪問リハビリテーションセンターの取組としては、病棟面談（カンファレンス）の徹底、退院後 3 日以内の初回訪問、初回訪問時のケアマネ同行、かかりつけ医との連携強化、集中的な訪問リハビリテーションの実施、紙面による自主トレーニング指導を行い、Face to Face の連携に努めている。

2) 大腿骨頚部骨折地域連携パスについて

○平成 14 年より大腿骨頚部骨折地域連携パスを作成し、地域完結型医療による早期退院支援に取り組んできた。

○平成 26 年度から回復期リハビリテーション病棟が開設されたため、現在は回復期リハビリテーション病棟を経由する事例が増えている。

○入院中から訪問リハビリテーションスタッフが退院調整で関与し、退院後 3 日以内には初回訪問を行う。

○退院時に設定したアウトカム（歩行動作能力、排泄動作等の身体機能等）達成後、生活機能等に問題がなければ終了、廃用障害進行の恐れある場合には、生活期リハビリとして継続的に介入を行う。

○平成 25 年 1 月～12 月の実績では、平均在院日数（一般病棟+回復期病棟）27.3 日、アウトカム達成までの訪問期間が平均 62.4 日で、訪問リハビリテーションにて屋内歩行獲得率 89.7%、屋外歩行獲得率 57.7%。夜間の排泄自

立度も 96.2%の成果が挙がっている。

○DPC 病院のベンチマークからみても、当院は在院日数が短くなっており、回復期リハビリテーション病棟の後方支援として訪問リハビリテーションを充実させることができれば、在院日数・医療費の削減に貢献できるのではないかと考えている。脳血管疾患についても同様の傾向となっている。

○アウトカム達成期間の短縮を目的に、退院直後も高頻度に訪問リハビリテーションを提供したいが、介護（予防）給付費限度額の影響で退院直後に積極的な訪問リハビリテーション提供ができない実情もある。

○アウトカムの達成は、高頻度で介入した人の方が早期にできており、今後在院期間の短縮を図るためには、退院直後の機能改善が確実な時期については積極的にリハビリテーションが実施できるような仕組みが必要であると思われる。

3. 地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について（介護介護連携）

(1) 地域包括ケア体制構築に対応したリハビリテーション専門病院・診療所の活動

① スピーカー

医療法人社団　輝生会　理事長
石川　誠　特別委員

② 概要

1) 法人概要

○輝生会では、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の 5 拠点を運営している。

2) 各拠点における地域リハビリテーション活動

○船橋市立リハビリテーション病院（船橋市）
・公設民営の病院で、全て回復期リハビリテーション病棟（200 床）である。
・外来診療、訪問診療、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを実施。訪問リハビリテーションは医師が最低でも 3 か月に 1 回訪問診療し、評価を行っている。
・通所リハビリテーションの利用者は全て短時間（１~2 時間）の利用である。
○船橋市リハビリセンター（船橋市）
・公設民営。無床クリニックに訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、外来リハビリテーション、訪問看護ステーションを併設している。
・船橋市から地域リハビリテーション支援拠点の委託を受けている。
○在宅総合ケアセンター元浅草（台東区）
・有床診療所（８床、在宅療養支援診療所）にて外来診療、外来リハビリテーション、訪問診療を実施し、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業を併設している。
・８床は、医療的重度ショートステイに利用されている。
○その他
・初台リハビリテーション病院（渋谷区）、在宅総合ケアセンター成城（世田谷区）においても同様の事業を実施している。

3) 地域包括ケア体制へのリハ的支援について

○地域のリハビリテーション活動もしくは地域包括ケア体制に対応するために

は行政の力が必要である。

○当法人が運営している各拠点とも、行政から地域リハビリテーション支援センターもしくはその協力機関として委託を受けているが、所在地である船橋市と台東区、渋谷区、世田谷区を比較すると、かなり温度差がある状況である。船橋市では行政と医師会が非常に力を入れており、全面的にリーダーシップを取っている。一方、台東区はようやく医師会が動き出した状況であり、行政はまだ十分ではない。渋谷区は医師会、行政とも十分対応できていない。

○船橋市の事例

・船橋市では地域リハ協議会の元、地域リハ推進委員会を開催し、各職能団体、施設団体等と行政の代表者が定期的に会議開催を行っている。この会議を進めるにあたっては、実際に船橋市内で働いている人が参加し、話し合いを進めることがうまくいくポイントとなっていた。職能団体の県の代表者が参加しても、地域のことが理解できていないためうまくいかない。

・現在は 2 か月に 1 回会議を開催し、事業を進めている。地域リハの実態調査、地域リハマップの作成や、研究会、勉強会等を開催しており、また、施設の介護職員やホームヘルパーを対象とした自立支援のための実技指導を含めた勉強会を年 10 回開催している。大変好評であり、参加者は年々増加している。これは全国展開すべきではないかと考えている。

・さらに、現在は「ひまわりネットワーク」として地域包括ケア推進を目的とした医師会の組織的活動が立ちあがり、地域リハビリテーション推進委員会はこの傘下で活動を実施するようになっている。

○台東区の事例

・台東区ではようやく組織化が進んできたところである。区内に二つ医師会があり、行政区分と医師会の区分で調整に苦労している。

・台東区内の PT、OT、ST 連絡会がようやく立ち上がっている。理学療法士協会は先行して地域活動に関する指令が出ているが、作業療法士、言語聴覚士はそこまでは至っていない状況である。

・このほか、訪問看護ステーション連絡会、介護サービス連絡会も参加している。

・船橋市の活動にならい、地域リハ実態調査、リハビリテーション連携マップ作成、研究会等を実施。勉強会は対象を介護職員からケアマネジャーに拡大し、大変勉強になると好評を得ている。

・リハビリテーション連携マップでは、地域のリハビリテーション機能がある

病院・診療所・訪問看護ステーション・福祉系リハビリテーションサービスが全てマッピングされ、所属の職種や非常時対応などの一覧も掲載されており、地域で活用されている。

○現場の活動を踏まえた要点を列挙すると以下のように要約できる。地域包括ケア体制へのリハビリテーション的支援には、行政・医師会の積極的関与が必須である。また、改革にはリーダーが必要となる。

○各地域における専門職の組織化も必要であり、特に PT、OT、ST が市町村レベルでまとまっていないと動きが非常に遅くなってしまう。

○モデル的拠点も必要である。当法人の在宅総合ケアセンター元浅草での取り組みは道半ばであり、「在宅総合」にするには、デイサービスとヘルパーステーションを加える必要があると考えている。各職種が一か所に集まり、風通しのよい雰囲気の拠点を構築することが重要である。

○情報の一元化も重要であり、病院の電子カルテの介護版が地域でもあるとよいが、まだ現実にはなっていない状況である。

○地域包括ケアにおける理想的拠点づくりには、各サービスが有機的につながり、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である。また、その際はリハビリテーション専門医の関与が必須であると考えられる。

(2) ICF Staging の概要と有用性（東委員）

① スピーカー

公益社団法人　全国老人保健施設協会　会長
東　憲太郎　委員

② 概要

1) ICF とは

○ICF（国際生活機能分類　International Classification of Functioning, Disability and Health）は、2001 年 5 月に WHO 総会で採択された「機能」に関する分類である。
○従来の ICDH（国際障害分類　International Classification of Impairments, Disabilities and Health）が機能障害と社会的不利に関する分類であるのに対し、ICF は活動や社会参加、特に環境因子に光を当てた点が特徴である。
○ICF 自体はアセスメント手法ではなく、生活機能や高齢者に限定されたものでもない。また、項目が 1,500 におよぶため、そのまま現場で利用することは難しいものとなっている。

2) ICF Staging について

○全国老人保健施設協会（全老健）では、平成 19 年度老人保健事業推進費等補助金事業「介護老人保健施設利用者の個別性と時系列的状態像の把握を目的とした指標作成に関する調査研究事業」で高齢者約 3,500 名のデータを分析し、ICF Staging 作成を行った。
○その後、全老健における各種調査研究事業等で ICF Staging を元にデータ収集・活用を行っている。
○従来の介護は、介護の必要度を判定し、そこを穴埋めしようとする考え方であったが、ICF Staging では高齢者の残存機能を測定し、自立支援介護、能力サポートを実践しようとするものである。
○ICF Staging は専門家でなくても評価可能である。また、要介護度認定では十分把握できないような小さな変化も追うことができる。

3) R４システムについて

○ICF Staging は、介護老人保健施設で活用されているケアマネジメントシステムである R4 システムにおいて、生活機能アセスメントに利用されている。
○R４システムは、介護老人保健施設以外の施設や居宅のケアマネジャー、更には利用者家族にも利用可能な内容となっており、多職種が利用者の変化を簡単に評価でき、介護やリハビリの質向上に有用であると考えられる。

(3) 地域の拠点としての老健施設での効果的リハビリテーションの提供

① スピーカー

医療法人　和光会　事務長
谷川　敦弘　特別委員

② 概要

1) 施設概要

○当施設は、長崎県諫早市に所在する介護老人保健施設（在宅強化型）であり、入所の他、通所リハビリテーションも実施している。
○通所リハビリテーションでは社会参加支援加算を算定している。また、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを 93%の方に算定している。一方、生活向上支援加算は年に 2 例の加算であり、限度額や利用者の卒業後の不安等が課題であると認識している。
○ICF Staging（R４システム）は 3 年前に導入。

2) 自立支援について

○ケアカンファレンスでは 1 日平均２~３名の在宅復帰を検討しており、家族の参加率も 72%と高い。
○ICF Staging により、“本人”ではなく、生活課題を中心とすることで、本人・家族もチームの一員として、それぞれがすべきことの検討ができている。
○LAN による各部門をネットワーク化し、各部門の取組を確認し、自身のケアプランを見直すことで、皆で一つの計画書を完成させるという多職種協働力が向上している。

3) 介護介護連携について

○リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを取得しており、月 50 件程度のリハ会議を開催している。事務作業が増加しているため、リハクラークを雇用して対応している状況である。
○リハビリテーション会議後他事業所の方がリハビリテーション風景を見学し、機能訓練の見直しにつながった例や、訪問介護と連携し、家族・事業所ともに医介護方法を統一しようという活動になった例などがあり、リハビリテーション会議は介護地域連携の中で非常に重要な位置づけとなっている。

4) 地域連携について

○地域（まちづくり）に目を向けた活動として、利用者の希望や願いを行政に伝え、地域の皆の協力により、地域環境の改善とともに、本人の役割獲得につながった事例（横断歩道の信号時間延長、市役所トイレのバリアフリート

イレ改善）もある。

5) 効果的生活期リハビリテーションについて

○生活期リハを効果的に行うためには横の連携（広がり）が重要である。

○介護老人保健施設における地域の医療・介護連携の実績を活かし、在宅復帰・在宅支援機能や看取り機能を強化していきたいと考えている。

4. 介護予防の見直し

(1) 全国地域リハビリテーション支援事業について

① スピーカー

全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会　顧問
医療法人社団　寿量会　熊本機能病院　会長・総院長
米満　弘之　特別委員

② 概要

1) 地域リハビリテーションについて

○「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かか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合って行なう活動のすべてを言う」と定義されている。(日本リハビリテーション病院・施設協会　2016 年改訂)

○地域リハビリテーション推進に当たっての課題としては、①リハビリテーションサービスの整備と充実、②連携活動の強化とネットワークの構築、③リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援、がある。

2) 地域リハビリテーション支援体制

○2000 年の介護保険開始前に、地域リハビリテーションの支援体制構築のため、「都道府県リハビリテーション協議会」、「都道府県リハビリテーション支援センター」、「地域リハビリテーション広域支援センター（二次医療圏のリハビリテーション医療機関等)」が設置された。

○熊本県では病院、老健施設を地域リハビリテーション広域支援センターとして指定・委託しているが、医療機関による実施のみでは県内すべての地域に地域リハビリテーションサービスが行き届かないという課題があった。

○そのため、地域リハビリテーション広域支援センターの下に各地域での実際のリハビリテーションを実施する「地域密着リハビリテーションセンター」を設置することとし、約 90 の医療機関が手を挙げてくれた。

○各地域密着リハビリテーションセンターでは、①地域ケア会議やサービス担当者会議における助言、②住民運営の通いの場への関与を行っている。

3) 地域包括ケアシステムにおける地域リハビリテーションについて

○地域包括ケアシステムの中に地域リハビリテーションもあり、地域包括ケアシステムの図の「本人・家族の選択と心構え」の下に「地域リハビリテーシ

ョン」を入れてはどうか。

○また、その更に下に「ソーシャルインクルージョン」を追加することで、医療を中心とした新しいまちづくりができるのではないか。

4) 地域包括支援センターの機能強化について

○地域包括支援センター運営協議会に地域リハビリテーション支援センターが参加することで、地域リハビリテーションの考え方を浸透させることがでいるのではないか。

○現状の地域包括支援センターは、ケアマネジャー、看護師が中心でありリハビリテーション専門職がおらず、地域リハビリテーションの考え方が浸透しづらい状況にある。地域包括支援センターの機能強化を行うためには、リハビリテーション専門職の配置が必要である。

(2) 介護予防の取組と地域リハビリテーションについて

① スピーカー

医療法人　真正会　霞ヶ関南病院
キャプテン・運営企画推進部長・地域支援担当
岡持　利亘　特別委員

② 概要

1) 介護予防の取組（国・県）について

○国の事業としては、平成 26 年度から「地域づくりによる介護予防推進支援事業」が実施されており、平成 27 年度の参加は 35 都道府県である。
○事業内容は、国と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修および個別相談等の技術支援を行うものとなっている。この事業により、市の職員が一人で悪戦苦闘するのではなく、経験あるアドバイザーの援助を受けながら、チームで取り組むことができるようになった。
○埼玉県では、現在県内 27 市町村でおもりを使った 6 種類の体操を取り入れた活動を行っている。住民主体で地域の集会所等で実施されており、体操だけではなく、茶話会や情報交換の場等、地域活動のきっかけにもなっている。
○事業実施により、介護予防により要支援・要介護者を減らすとともに、生活支援事業の「支え手」を増やす相乗効果が得られると考えられる。
○毛呂山町の例では、介護予防事業参加者が、全国平均と同様の高齢者人口の 0.8%であったところ、現在は 4%超となっている。
○活動の実施にはいくつか段階があり、第一段階：通いの場を立ち上げ、第二段階：市町村全体で実施する等発展、第三段階：総合事業へ移行・連動といった流れにつながる。進捗に合わせた各段階で行政職をはじめとする関係職種とリハビリテーション専門職の連携や、地域ケア会議と生活支援および新しい介護予防・日常生活支援総合事業との連動などが進むと感じている。

2) 川越市での取り組み

○平成 14 年の厚生労働省「高齢者筋力向上トレーニング事業」以降、単発の介護予防教室、ボランティア養成、自主グループ化等、順次取り組みを進めてきた。各事業を進める中で、介護予防に関する各事業間の住み分けや役割分担ができてきている。
○「いもっこ体操教室」は全 6 回の体操教室を実施後、7 回目からは自主グループになる活動となっている。現在自主グループは市内で 145 か所できており、これらを継続するためのサポートが重要である。

3) 地域リハビリテーションについて

○埼玉県は、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」を平成 12 年度から実施していたが、平成 17 年度に活動を終了していた。平成 25 年度から準備し、県の単独事業として再構築することとなった。

○埼玉県地域リハビリテーション支援体制として、保健医療圏域毎に設置された地域リハ・ケア サポートセンター（医療機関等 10 ヶ所）が各市町村の協力医療機関（155 ヶ所）と協力し、地域包括支援センターや市町村が行う事業へリハビリテーション専門職を派遣する活動を実施している。その際、県医師会をはじめとする地域リハ推進協議会と県総合リハビリテーションセンターの支援を受けていることが重要である。

4) 関連する事業について

○介護予防と地域リハビリテーションの取組が進むと、様々な事業が絡み合うことになる。埼玉県では「埼玉県地域リハ支援体制整備事業」のほか、国の「地域づくりによる介護予防推進支援事業」、県と市町村による「埼玉県地域包括ケアシステムモデル事業」がある。

5) 課題と今後について

○様々な事業を行っていくと、既存の事業間の役割分担や新たな整理をどうすべきかという課題にぶつかる。事業が連動することにより、整理・統合のプロセスが必要となるため、事業間での活動を調整したり、事業の組み合わせやどのように予算を作るかといった行政担当者のスキルが求められる。また、担当者異動や予算の終了等で白紙になってしまうというということを避けるため、ガイドラインや、継続して関与するコーディネーターもあるとよい。

○また、継続性のあるフォローアップや、多職種で協働するためのネットワークも必要である。

○これまでリハビリテーション専門職は医療・介護（共助）の仕事が中心であったが、自助・互助の仕事を経験したリハビリテーション専門職は伸びると感じている。地域リハ活動支援事業を契機に、医療・介護におけるリハビリテーションサービスがさらに発展する可能性もあるのではないか。

第３章 地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する議論内容の報告

ここでは、検討会において議論された内容について整理、報告する。

1. リハビリテーションの質の向上について

(1) リハビリテーションの基本的考え方について

ここでは、リハビリテーションの質の向上について議論をするために、まず、リハビリテーションの基本的な考え方として、「リハビリテーション前置主義」について確認し、平成 27 年度の介護報酬改定において、特に重点が置かれた「活動と参加」、「リハビリテーションの終了」、および「リハビリテーションマネジメント」について議論を行った。

① リハビリテーション前置主義

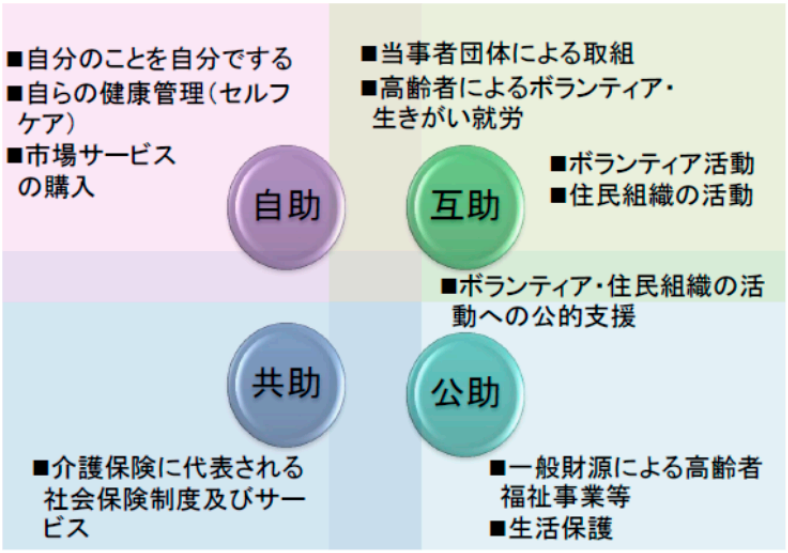
介護保険制度は、要介護度を改善又は維持するために必要なリハビリテーションサービスは他のサービスに優先して利用されるべきという「リハビリテーション前置主義」の考え方に基づいている。

この考え方がサービス提供者や利用者に浸透すれば、介護予防への取組や介護保険サービスの利用に対する考え方も変化することが期待されるところである。

また、リハビリテーションの実施においては、「本人が主体となる」ということが重要である。本来リハビリテーションは本人が主体的に実施すべきものであり、生活期リハビリテーションにおいては医師やリハビリテーション専門職の直接的な関与が少ない状態でもリハビリテーションを継続できることが重要であると考えられる。

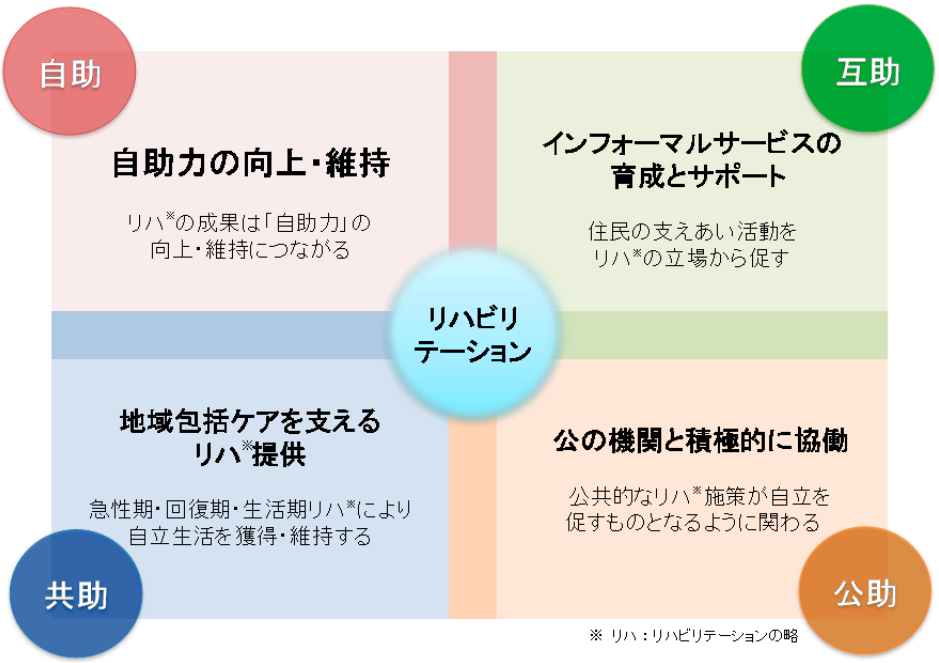
なお、リハビリテーション医療関連団体協議会・地域包括ケア推進リハ部会では、地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割を「自助」「互助」「共助」「公助」の観点（図１）から整理しており（図２）、各局面におけるリハビリテーションを理解するための一助となるであろう。

図１：「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム
（費用負担による区分）



出典：「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】－概要版－」
地域包括ケアシステム研究会　平成 25 年 3 月

図２：地域包括ケアを支えるリハビリテーション

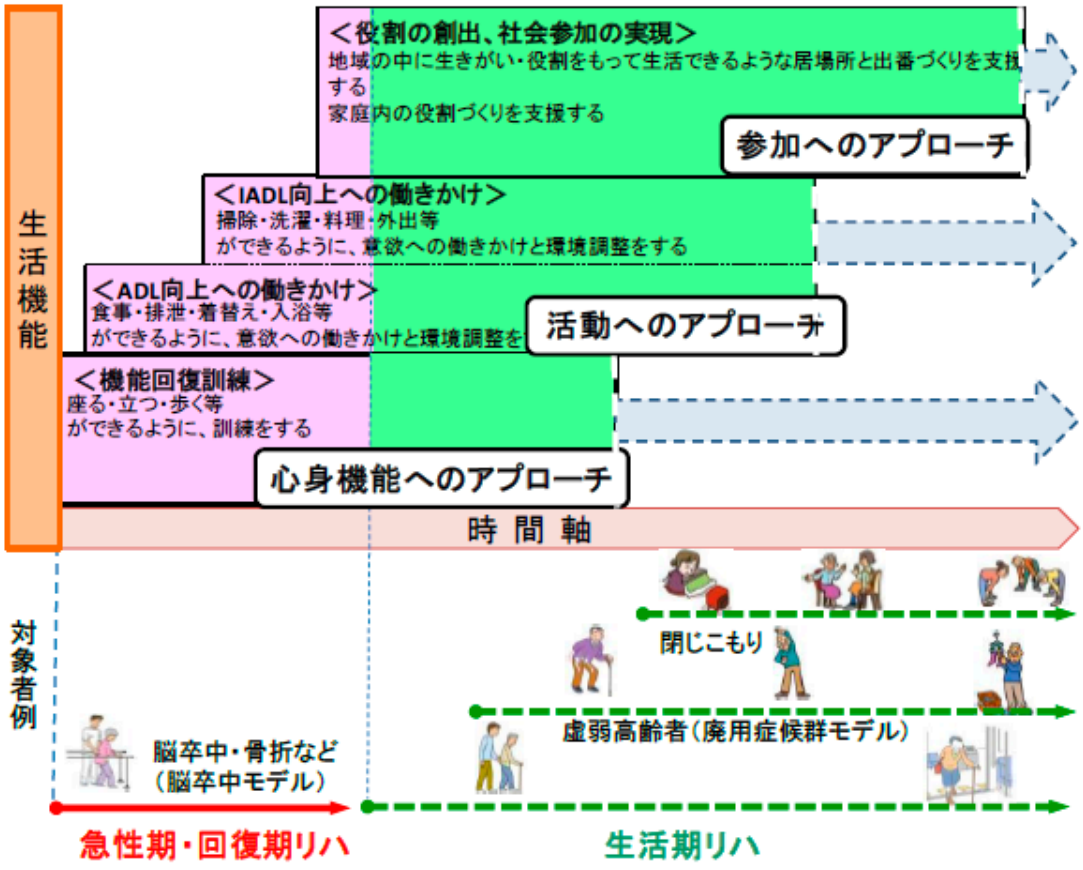


出典：リハビリテーション医療関連団体協議会・地域包括ケア推進リハ部会資料

② 活動と参加

ICF（国際生活機能分類：International Classification of Functioning, disability and health）[注 1)] は人が生きていくための機能全体を１）心身機能・身体構造、２）活動、３）参加の 3 要素からなる「生活機能」としてとらえており（図３）、リハビリテーションにおいては機能訓練のみならず、地域での活動に参加できるようにするための取組が必要である。

図３：生活機能とその構成要素



出典：国際機能分類を基に厚生労働省老健局老人保健課が作成した資料（平成 26 年度「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」報告書資料）

注１）ICF と、それまで使用されてきた国際障害分類（ICIDH）については、東委員の話題提供（P19 および参考資料）も参照のこと

一方、これまでの介護保険におけるリハビリテーションは身体機能改善に偏りがちであったことことから、平成 27 年度の介護報酬改定では、

・訪問・通所リハビリテーションの基本方針に、リハビリテーションは「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないことの明記

・活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入

がなされたところである。

平成 27 年度介護報酬改定で新設された「活動」と「参加」に焦点を当てた評価体系としては、「社会参加支援加算」や「生活行為向上リハビリテーション加算」がある。しかしながら、これらの加算は未だ算定率が低く、その理由等について把握と検討が必要であると考えられる。また、ICF における「活動」と「参加」の考え方については、国民およびサービス提供者に向けて引き続き啓発していくべきである。

ただし、「活動と参加」の推進に関連して、通いの場などに参加することを望まない人もいるため、そのような人に対しても、残存能力を用いた自立支援を行う仕組みづくりが必要である。

③ リハビリテーションの「終了」について

平成 27 年度介護報酬改定で新設された「社会参加支援加算」や「生活行為向上リハビリテーション加算」においては、リハビリテーションサービスの「終了」の考え方が導入されている。

リハビリテーションの実施にあたっては SPDCA（Survey-Plan-Do-Check-Act）サイクルにより実行可能な計画を策定・実施し、課題が解決すればその計画に基づくプログラムは「終了」し、必要があれば見直しを行うべきところである。

しかしながら、設定されたプログラム終了とともにリハビリテーションサービスの利用も「終了」し、リハビリテーション専門職等との関係性が途切れることは、利用者にとって不安もあると考えられる。リハビリテーションサービスの利用を「終了」しても、利用者との関係が断絶するのではなく、定期的な評価やフォローなどが実施できる仕組みも必要ではないか。また、サービスの利用を「終了」した場合の自助や互助による地域の受け皿づくりも必要である。

なお、リハビリテーションを「終了」するのではなく、セルフケアの方法を学び、リハビリテーションを修める、すなわち「修了」するという考え方ができるようになるとよいとの意見もあった。

その他、通所リハビリテーションは中重度者の「通いの場」として重要な役割を担っているが、中重度者は通所リハビリテーションからの「卒業」が難しい状況にあることから、その点を考慮したうえで、中重度者へのサービスのありかたについて議論が必要ではないかとの意見もあった。

④ リハビリテーションマネジメントについて

平成 26 年度に厚生労働省老健局が開催した「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」では生活期リハビリテーションの現状と課題を整理し、2025 年に向けて地域包括ケアシステムの構築を目指すに当たり、生活期リハビリテーションが果たすべき役割を明らかにするための検討が行われた。

この検討の一環として、同検討会は質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底について具体的手法の提案を行い、その提案内容は、平成 27 年度介護報酬改定における「リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ」に反映されている。これにより、平成 27 年度介護報酬改定後、医師も含めた多職種連携とリハビリテーションマネジメントの実施が進んだことは評価できる。

なお、近年はリハビリテーション専門職が在籍し、重度化抑制に効果を上げている通所介護事業所も出てきていることから、通所介護においても機能訓練を行う際に、目標を設定し、計画を立て介入するなどの考え方が必要なのではないかとの意見もあった。

さらに、今後は地域資源の活用を意識し、タウンマネジメントの観点から多分野による協働も必要になるのではないかとの意見もあった。

(2) 利用者の状態の評価及び効果指標・効果測定

次に、リハビリテーションの質の向上のために必要となる利用者の状態の評価及び効果指標・効果測定について、評価の必要性および評価手法の観点から議論を行った。

① 評価の必要性

リハビリテーションの効果の維持、向上のためには、プロセス管理の他、アウトカム評価も重要である。

アウトカム評価を行うためには、利用者の状態を正しく把握することができる指標が必要である。しかしながら、対象利用者によって評価すべき指標が多様であり､職種等により使用している評価手法が異なっているのが現状であり、リハビリテーション効果を幅広い視点から評価するのための共通言語となる指標が必要である。

また、リハビリテーションサービスの利用を「終了」すると、その後通所介護や在宅では利用者の状態について評価・把握を行う機会が限られ、状態が悪化した際にリハビリテーションサービスに戻るという流れがなかなかできていない実態がある。このため、定期的に利用者の状態変化を評価・把握する仕組みも必要である。

② 評価手法について

既存の評価手法としては、バーセルインデックス[注2)]、FIM[注3)]等があり、訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション計画書策定時に使用する様式は、バーセルインデックスがもととなっている。

注 2）バーセルインデックス（Barthel Index）：基本的 ADL 尺度。食事、移乗、整容、トイレ、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、尿便禁制の 10 項目の遂行能力を「自立」、「一部介助があればできる」、「全面的な介助が必要」の 3 段階に評価する。

注 3）FIM（機能的自立度評価表：Functional Independence Measure）：1983 年に Granger らによって開発された ADL 評価法。数ある ADL 評価法の中でも、最も信頼性と妥当性があると言われ、リハビリの分野などで幅広く活用されている。具体的には、食事や移動などの運動ＡＤＬ（13 項目）と認知 ADL（5 項目）から構成され、1 点が介護時間 1.6 分と設定されている。

出典：日本理学療法士学会「理学療法診療ガイドライン 第 1 版」（2011）

FIM については、訪問・通所リハビリテーション事業所で必ずしも使用されている手法ではなく、また、重症患者への介入効果を示すことが難しいため、重症患者についてもリハビリテーション介入の効果が測定可能な指標が必要である。

また、要介護度は介護の手間の量を判断するもので、必ずしも医学的な意味での改善と要介護度の改善が一致しないことがあり得ることに注意が必要である。

また、ICF（国際生活機能分類）では、各項目について機能障害等の重症度を０から４の共通評価点を用いて表すこととしている。しかしながら、各評価点の基準が明確になっておらず、また ICF の項目数が非常に多いことから、一人の人間の機能障害の状態を表現する実用的な方法とはなっていなかった。現在、FIM など従来用いられいる指標を ICF の評価点に換算する作業が日本リハビリテーション医学会を中心として行われており、換算指標の信頼性、妥当性が確認できれば、今後、既存の評価指標を ICF の評価点へ統合し、医療や介護の現場でこの統一の指標を用いるようにすることによって、情報共有を促進することも考えられる。

なお、ADL、IADL のみに関する評価では認知症の評価が不十分であるため、認知症の状態評価も含む手法も必要であるとする意見もあった。

さらに、専門職からの評価だけでなく、本人・家族の主観的評価も重要であるとの意見があった。

その他、全国老人保健施設協会で作成した R4 システムにおいて用いるために作られた ADL 評価指標（ICF staging [注 4)]）についても有用ではないかとする意見があった。

注 4）ICF Staging は ICF の名を冠しているが、全国老人保健施設協会が独自に作成したものであり、ICF の公式な評価方法ではない。

(3) 各職種の役割について

ここではリハビリテーションの質の向上のために重要となる各職種の役割について議論を行った。

① 医師の役割

日本医師会は、かかりつけ医を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。かかりつけ医は、高齢者の診察時等にリハビリテーションの必要性に気づき、リハビリテーションサービスにつなげる重要な役割を担っている。

また、かかりつけ医とリハビリテーション指示医が異なる場合、リハビリテーションにおける活動量の設定や禁忌等は、かかりつけ医からリハビリテーション指示医、リハビリテーション専門職等に積極的に情報提供を行う必要がある。

このため、かかりつけ医はリハビリテーションに関して一定の知見を持つことが望ましい。かかりつけ医向けのリハビリテーション研修としては、日本医師会が実施する「日医かかりつけ医機能研修制度」や、リハビリテーション医学会による「在宅生活期リハビリテーション研修会」、産業医科大学による e-ラーニングシステムによる「かかりつけ医のためのリハビリテーション研修シリーズ」等がある。かかりつけ医は、これらの研修等を通しリハビリテーションについて理解したうえで、リハビリテーションサービスと連携することが望ましい。

② 介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割

介護支援専門員は、要介護高齢者等の状況を把握し、適切なサービス利用につなげる役割を担っている。

要介護高齢者等が病院・診療所から退院する際や老人保健施設から退所する際には退院前カンファレンスや同行訪問が行われ、入院・入所先の医師やリハビリテーション専門職等から介護支援専門員への情報提供等もふまえ、必要に応じてリハビリテーションサービスが導入されることが多くなっている。一方、在宅で生活中に状態が悪化した場合には気づきの遅れや、原因・改善の可能性についての理解の困難性などから、リハビリテーションを適時に導入できていない状況があるとの意見がある。そのため、リハビリテーション導入の要否を介護支援専門員がかかりつけ医に相談すべきか検討するために参考となる基準や目安があれば、介護支援専門員もリハビリテーションを意識した介入がしや

すいと思われる。

また、リハビリテーションが必要な人に対し、介護支援専門員が適時に介入するのを助けるためには、例えば介護支援専門員がリハビリテーション専門職へ気軽に相談ができる仕組みや、介護支援専門員が利用者を訪問する際、必要に応じてリハビリテーション専門職に同行を依頼できる仕組み等を設けることが考えられる。

介護支援専門員のリハビリテーションに対する理解は進みつつあるものの、未だ、リハビリテーションは機能訓練との意識が強い介護支援専門員も見受けられる。また、地域の資源を十分活用できていないケースや、家族の意向が優先されるなど、リハビリテーション前置主義の理念が失われ、利用者本人の残存機能を活用した自立支援が不十分なケースも指摘されているため、介護支援専門員のリハビリテーションへの理解や、「活動と参加」への意識を高める取り組みは引き続き必要であろう。

③ リハビリテーション専門職の役割

リハビリテーション専門職は、目標を明確にした効果的かつ効率的なリハビリテーションを実施すべきである。また、利用者を直接的に支援する他、他の職種へのリハビリテーションに係る助言等を行う役割も担っている。

近時、リハビリテーション専門職が介護支援専門員等からリハビリテーションに関する相談を受けることが増えているといった指摘はあるものの、取組状況には地域差も存在している。地域リハビリテーションの観点からも、リハビリテーション専門職がリハビリテーションの視点から介護支援専門員等を支援できる仕組みを構築することが望ましい。

なお、リハビリテーション専門職は、通所介護事業所に配置されることもある。通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所を機能分化したうえで、それぞれのサービスにおけるリハビリテーション専門職の役割を明確化し、連携していくことが重要である。

ただし、平成 27 年の介護報酬改定後、通所介護事業所でリハビリテーション専門職の雇用が難しくなった等の指摘もあり、何らかの方法で、通所介護にリハビリテーション専門職が関与する制度を作る必要があるのではないかとの意見もあった。

④ 看護職の役割

本来、看護職もリハビリテーションを含む社会復帰支援の機能を担う専門職である。しかし、現在は専門分化が進んでおり、能動的にリハビリテーションを展開できない看護職が増えているのではないかという意見があった。看護職に対するリハビリテーション実践力の再獲得に関する教育の充実を図る必要がある。そのためには、リハビリテーション専門職と看護職が互いの専門性を活かしながら相互に助言できるような環境づくりも考えられる。

また、リハビリテーション専門職には地域偏在がある。このため、例えば、言語聴覚士がいない地域においては、摂食嚥下リハビリテーションを看護職が実施することも含め、チーム医療を検討すべきであるとの意見があった。

⑤その他の職種

なお、リハビリテーションはチーム医療であり、医療介護連携、また、要介護者以外を含めた対応を行うためにも、リハビリテーション専門職のみならず、社会福祉士、管理栄養士等の関わりも重要であるとの意見があった。

2. 医療保険と介護保険のシームレスな連携の在り方（医療介護連携）

ここでは、医療保険と介護保険のリハビリテーションのシームレスな連携の在り方について、主に医療機関と介護保険サービスの連携について議論を行った。

(1)　医療保険と介護保険のリハビリテーション連携全般について

医療保険と介護保険のリハビリテーションサービスは、一貫したものとしてシームレスに連携する必要がある。

連携体制の構築にあたっては、どのサービスにおいても同じツールを使うことができる連携パスのような仕組みを検討すべきであり、ICT の活用も考慮すべきであると考えられる。

また、特に医療保険サービスから介護保険サービスへの連携では ADL、IADL の状態だけではなく、退院後の生活環境に応じた利用者の個別性のある看護、介護に関する情報についても共有することが重要である。

また、退院後、訪問リハビリテーションによる早期介入を積極的に行う場合や、医療保険による外来リハビリテーション算定対象とならない利用者に対しては、制度上十分なサービス量が提供できない場合がある。平成 30 年 3 月をもって要介護被保険者等の維持期リハビリテーションは医療保険の算定対象ではなくなることが予定されているが、その受け皿が十分確保されているかは検証の必要がある。

(2) 医療保険から介護保険への連携

① 退院・退所直後の早期介入の必要性

退院・退所直後の機能低下を防止するためには、退院後できるだけ早期に訪問・通所リハビリテーションを導入することが効果的である。

介護保険でリハビリテーションを実施するためには、ケアプランを立案する必要があるが、そのための諸手続きなどでサービスの実施までタイムラグが出てしまう点は、課題となっている。

介護支援専門員や訪問看護ステーション職員の退院前訪問は介護報酬上の評価対象である一方、訪問・通所リハビリテーション職員の場合は評価対象となっていない。しかし、入院中に訪問・通所リハビリテーション職員が病院に出向き、直接情報交換を行うことは、早期にリハビリテーションを導入するためには効果的な取組であると考えられる。

② 病院の理解

回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟は、リハビリテーションスタッフが多く配置されており、退院後のリハビリテーションへの理解があるが、急性期病院は日常生活への理解が薄く、連携が難しい場合があることが指摘されており、急性期病院の生活期リハビリテーションの理解を高めることも必要である。

③ 介護職員の理解

医療保険や介護保険で行われたリハビリテーションの効果が、利用者の生活において最大限に活かされるように、介護職員についても、リハビリテーションの目的、役割や機能を理解し、リハビリテーション専門職や介護支援専門員等と適切に連携し、利用者の生活機能の維持向上に向けた介護を提供すること等が望まれる。

(3) 介護保険から医療保険への連携

要介護者が医療機関へ入院する際に生活状況に関する情報が少なく、不適切な対応が生じることがある。介護施設・事業所および介護支援専門員が本人・家族の意向、生活期の身体および介護状況に関する情報を提供する標準的評価シートを策定することが有効と考えられる。例えば、千葉県においては「千葉県地域生活連携シート」[注5)]を策定し、情報共有を行っている。

注5) 千葉県地域生活連携シートは、医療と介護サービスをスムーズに提供することを目的に、介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するための千葉県参考様式である。(千葉県ホームページ)
https://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/renkei/renkei-sheet.html

3. 地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について（介護介護連携）

ここでは、介護事業所間、多職種間の連携の在り方として、「通所リハビリテーションと通所介護の連携」、「通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの連携」「地域連携」について議論を行った。

(1) 通所リハビリテーションと通所介護の連携

平成 27 年度介護報酬改定により、リハビリテーションからの「卒業」が意識され、通所リハビリテーションを卒業し、通所介護に移行する例があるのは評価できる。一方で、通所介護の利用者の状態が悪化した場合に適切にリハビリテーションにつなげるという逆の流れはほとんどない状況となっているのは問題であると考えられる。通所介護利用者の状態が低下した場合に、評価のために通所リハビリテーションを利用するなど、適切に通所介護と連携する仕組みも必要である。

また、現在の介護報酬では、通所介護から通所リハビリテーションに連携する場合の動機づけが働かないため、利用者を抱え込んだ形の中で、適切なリハビリテーションが提供されない事例も少なくない。このため、定期的にリハビリテーション専門職が利用者を評価する仕組みが介護報酬上も評価されるとともに、介護支援専門員がリハビリテーションサービスの必要な事例を適切に抽出できる仕組みが必要ではないか。

ただし、通所リハビリテーション事業所と通所介護事業所は共通するサービスを提供している場合もあり、まず、通所リハビリテーションと通所介護の役割や機能を明確にし、それぞれの特徴的な機能（例えばリハビリテーション、機能訓練）の強化を進めた上で連携していく必要がある。

(2) 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの連携

病院等を退院した直後は、環境や介護者の変化が大きく、状態が低下しやすい時期である。このような時期に訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションを一体的に提供し、集中的にリハビリテーションを実施することが利用者のセルフマネジメントの確立に効果的な場合があると考えられる。

通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの連携にあたっては、サービス担当者会議やリハビリテーション会議がまだ十分機能できていない状況があり、参加するすべてのスタッフがそれぞれのサービスの機能、特徴、弱点の理解が不十分な場合があるのは課題の一つであるとみられる。

(3) 地域連携

地域包括ケアにおいて多職種連携を効率的に行うためには、地区の医師会が多職種をまとめ､行政と車の両輪となって機能していくことが重要である。

また、病院の中で当たり前にできている多職種連携が、地域の中ではばらばらになってしまうため、医師会や医療機関、老人保健施設など、何らかの拠点に地域の多職種が集まる仕組みを構築することが必要ではないかとの意見もあった。

なお、各職種の役割についてより明確に利用者に示すことができれば、利用者にも多職種連携の仕組が分かりやすく、サービスが利用しやすくなると考えられる。

地域で多職種連携に関する会議等を開催する際には、顔が見える関係を構築し、実際の連携につなげるために、連携業務に直接的に携わる者が参加することが重要である。

リハビリテーション専門職は、市町村単位の職能組織化が未確立な地域もあり、地域の会議等が開催できていなかったり、十分参画できていなかったりする場合もあるため、組織体制構築も重要である。

4. 介護予防の見直し

ここでは、介護予防の見直しに関連して、「介護予防における体制」「地域リハビリテーションにおける地域包括支援センターの役割」「リハビリテーション専門職への教育体制」について議論を行った。

(1)　介護予防における体制について

① 地域リハビリテーションの体制について

日本リハビリテーション病院・施設協会によると、地域リハビリテーションは「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かか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合って行なう活動のすべてを言う」と定義されている。高齢者の寝たきり状態を予防し、住み慣れた地域でいきいきとした生活を行うためには、地域内において住民が参画する地域リハビリテーションの実践が重要である。

地域リハビリテーションについては平成 12 年度から「地域リハビリテーション推進事業実施要綱」による国の補助事業実施後、平成 18 年度からは「地域リハビリテーション推進のための指針」に基づく都道府県事業となった。

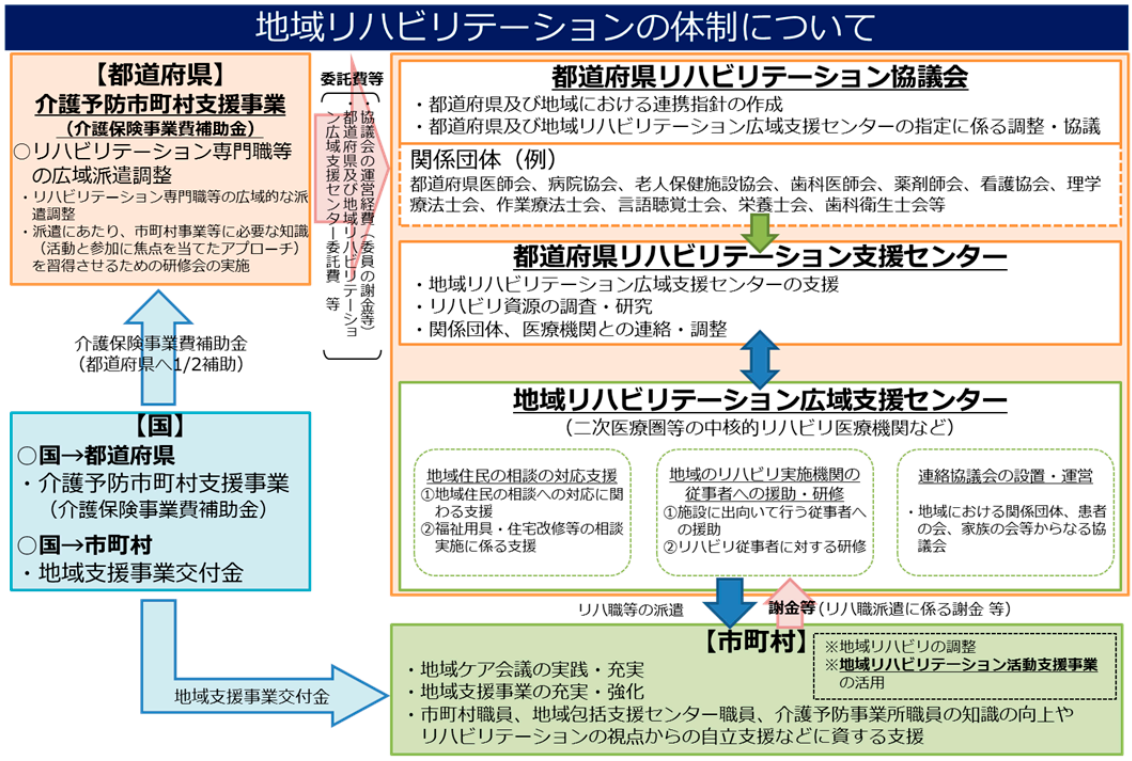
また、平成 26 年介護保険法改正においては、リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進することとされており、「地域リハビリテーション活動支援事業」が実施されているところである。

これらの事業の実践状況に地域差はあるものの、介護予防の切り口で考えると、既存の事業の枠組みを活用しつつ、地域リハビリテーションを再構築していくことが必要であると考えられる。

特に、介護予防においてはリハビリテーション専門職が積極的に関与する場合が多いと考えられ、リハビリテーション専門職が地域で働きやすい環境をつくることが必要である。しかしながら、現状の体制は都道府県によって差があり、現場のリハビリテーション専門職が参加しづらいという声がきかれる。また、市町村がリハビリテーション専門職に相談したいときの窓口が分からないという意見もある。

地域リハビリテーション支援体制の活性化ないし復活が必要であり、その方法としては既存の補助金(介護保険事業費補助金)の利用が可能である(図４)。都道府県医師会が関与してしっかりとした体制を構築した上で、協力する医療機関と自治体による契約に基づき、リハビリ専門職等を業務の一環として派遣できるようにする必要がある。

図４：地域リハビリテーションの体制について



出典：厚生労働省作成資料

(2) 地域リハビリテーションにおける地域包括支援センターの役割について

地域包括支援センターは、地域リハビリテーション広域支援センターとの定期的な運営協議会開催などを行い、介護予防・日常生活支援総合事業や包括的支援事業についてリハビリ専門職と検討する必要がある。そのためには、郡市区医師会や行政の参画も重要であり、各市町村レベルでそうした取組みの推進が求められている。

なお、都道府県によっては地域リハビリテーション広域支援センターが設置されておらず、地域包括支援センターが地域リハビリテーションに関する役割の一部を担っている場合もある。地域包括支援センター設立当初にくらべ社会情勢も変化していることから、地域リハビリテーションにおける地域包括支援センターの役割を再構築する必要があるのではないかとの意見もあった。

(3) リハビリテーション専門職への教育体制について

介護予防活動の実施にあたっては、リハビリテーション専門職向けの介護予防に関する教育体制整備も必要である。

また、高齢者本人のアイデンティティや大事にしていることを理解したうえで、老年期の生き方や、地域のまちづくりといった観点をリハビリテーション専門職が持ち、住民参画のまちづくりを支援していくべき、との意見もあった。

5. その他

失語症など、コミュニケーション障害の要介護度は低く評価される傾向があるのではないか。このような人を対象とした通所介護事業所も多少はあるが、現状の介護保険制度では十分にサービス提供できていない実態があるとみられる。まずは事例、実態を把握する必要があるのではないかとの意見があった。

参考　委員提供資料

リハビリテーションの質の向上について

集中的な通所・訪問リハビリテーションについて

医療法人社団　保健会
東京湾岸リハビリテーション病院
院長　近藤　国嗣　委員

集中的な通所・訪問リハビリテーションについて

療法士を多く配置し、定期的な医師の診察を基盤に実施する在宅リハ



東京湾岸リハビリテーション病院
TOKYO BAY REHABILITATION HOSPITAL
近藤国嗣

27年度改定の基本的な考え

- リハビリテーションの基本理念
  - リハビリテーションは「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないことについて、訪問・通所リハビリテーションに関する基本方針に規定する（訪問看護、通所介護、認知症対応型通所介護も同様に規定する）。

活動と参加

- 活動とは？
  - 活動と動作の違いは
  - (ADL+IADL)Ｘ　している≒活動？
  - そうであるならば、従来のリハビリテーション医療技術でも対応が可能なのでは？
  - ただし、デイケア特有の問題は存在する
    - ・療法士の1日あたり直接的介入時間が限定される
    - ・週当たりの頻度が少ない
  - つまり、より効率・効果的な介入が求められる

活動･参加向上のため
効率的な
ADL改善を得るためには

例えば
移乗動作は？

移乗動作は何で失敗するのか

- 移乗動作評価表を用いて脳卒中片麻痺患者における移乗を構成する動作の難易度を検討
- 初発脳卒中片麻痺患者110名を対象に，25項目の移乗動作評価表を用いて，移乗を構成する動作の難易度・麻痺側による特徴について検討

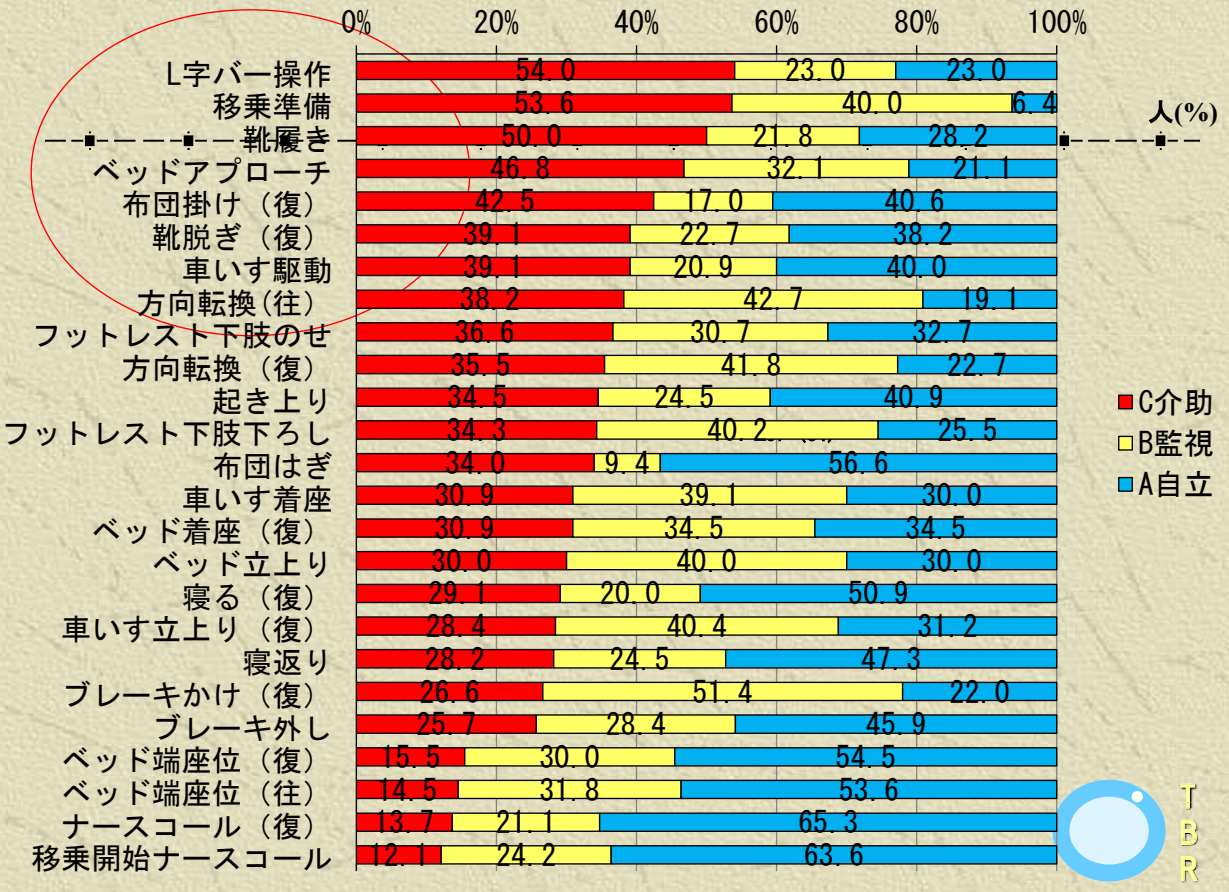
		動作項目 評価：A. 自立　B. 監視　C. 介助 N. 必要がない	評価
ベッドから車いす 動作方法： □患側乗り □健側乗り		ナースコールを押す	A B C N
	ベッド上動作	布団をはぐ	A B C N
		L字バーを操作する	A B C N
		寝返る	A B C N
		起き上がる	A B C N
		ベッド端座位を保持する	A B C N
	靴履き	靴を履く・下肢装具を装着する　□ベッド上　□車いす上	A B C N
	移乗準備	移乗するための準備（車いすの位置，ブレーキ・フットレストの状態の確認などを含む）を適切に行う	A B C N
	移乗	ベッドから立ち上がる　□手すり　□アームレスト	A B C N
		方向転換する　□手すり　□アームレスト	A B C N
		車いすに座る　□手すり　□アームレスト	A B C N
	駆動準備	フットレストに患側下肢をのせる	A B C N
		ブレーキを外す	A B C N
	移動	車いすを駆動する	A B C N
車いすからベッド 動作方法： □患側降り □健側降り		ナースコールを押す	A B C N
	移乗準備	車いすをベッドに適切にアプローチする	A B C N
		車いすのブレーキをかける	A B C N
		フットレストから患側下肢を下ろす	A B C N
	移乗	車いすから立ち上がる　□手すり　□アームレスト	A B C N
		方向転換する　□手すり　□アームレスト	A B C N
		ベッドに座る　□手すり　□アームレスト	A B C N
		ベッド端座位を保持する	A B C N
	靴脱ぎ	靴と装具を脱ぐ　□ベッド上　□車いす上	A B C N
	ベッド上動作	ベッドに寝る	A B C N
		布団をかける	A B C N

評価方法

- 評価期間：3～7日
- 評価時間：日中
- 評価場所：
病室のベッド～車椅子間
- 判定方法：
  - A　自立
  - B　監視
  - C　介助
  - N 必要がない

TBR

介助が多い順



TBR

いわゆる歩行訓練とADL訓練の違い

- ADLは、課題達成に当たっては、運動学習（手続き記憶）がなくても動作手順の学習（陳述的記憶）で対応可能なものもある。
- 認知機能が良ければ、陳述的記憶で課題自立可能であるが、そうでなければ量が必要
- 同じ課題だけでリハを漫然と施行するだけでは、学習は困難であり、作業工程分析にて失敗項目を明確化して、効率的な学習方法の検討が必要ある。

屋外歩行が自立するためには

- 屋外は段差がある。
  - 段差をふらついても立ち直る能力が必要
  - 階段昇降が杖にて自立する必要がある
  - もしくは平地だけのシルバーカーなどによる移動
- さらに、子供を外で1人で遊ばせても良い程度の状況判断能力も必要

階段昇降訓練は難易度の調整が必要

手すりから杖への変更

- 手すりと杖だと難易度がかなり違う。
- 非麻痺側の膝関節進展に付近の筋力が必要
  - １段だけを繰り返して行うのもコツ
- 階段昇降時の大腿四頭筋力は、立ち上がり訓練では得られにくい。
- 杖使用の前段階として、椅子の背を杖に見立てて、低い台を利用する。
- 杖での階段昇降ができれば屋外の段差も昇降できる。

階段昇降訓練

不安感が減ったら前向きも練習し、
徐々に段数を増やす。





手すりが安定したら4点杖やT字杖をトライする。すぐに杖階段訓練が困難な場合は、椅子の背などを支えにした段差昇降訓練を行う。

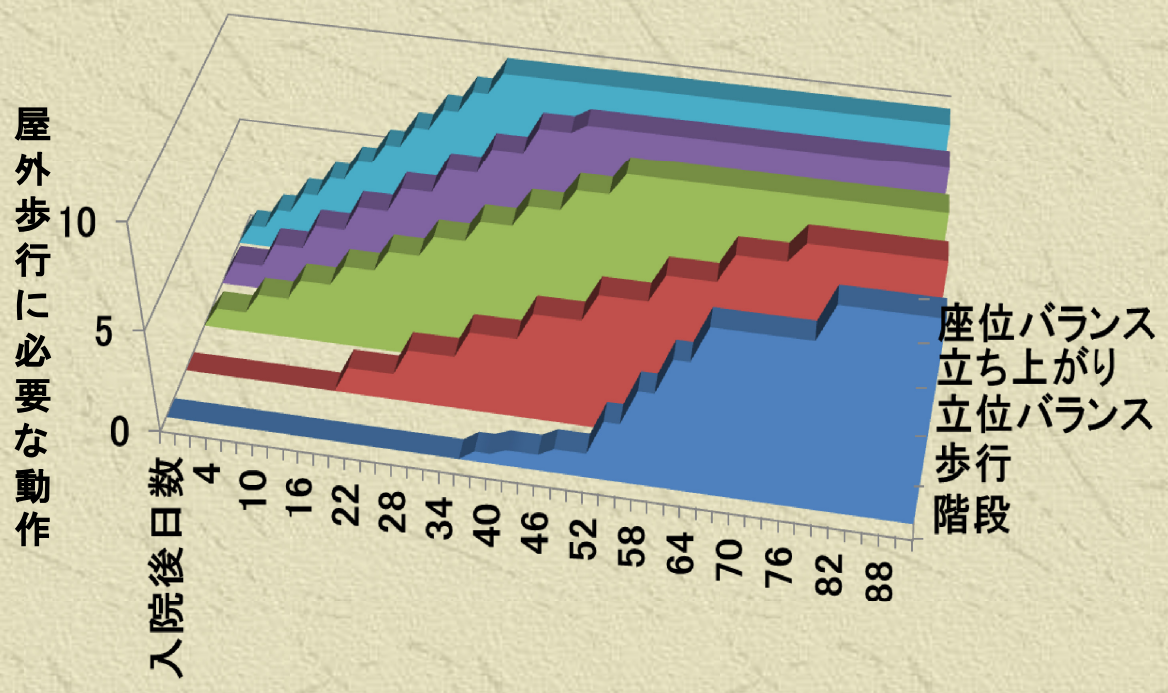


手すりと杖では難易度が大きく違う。

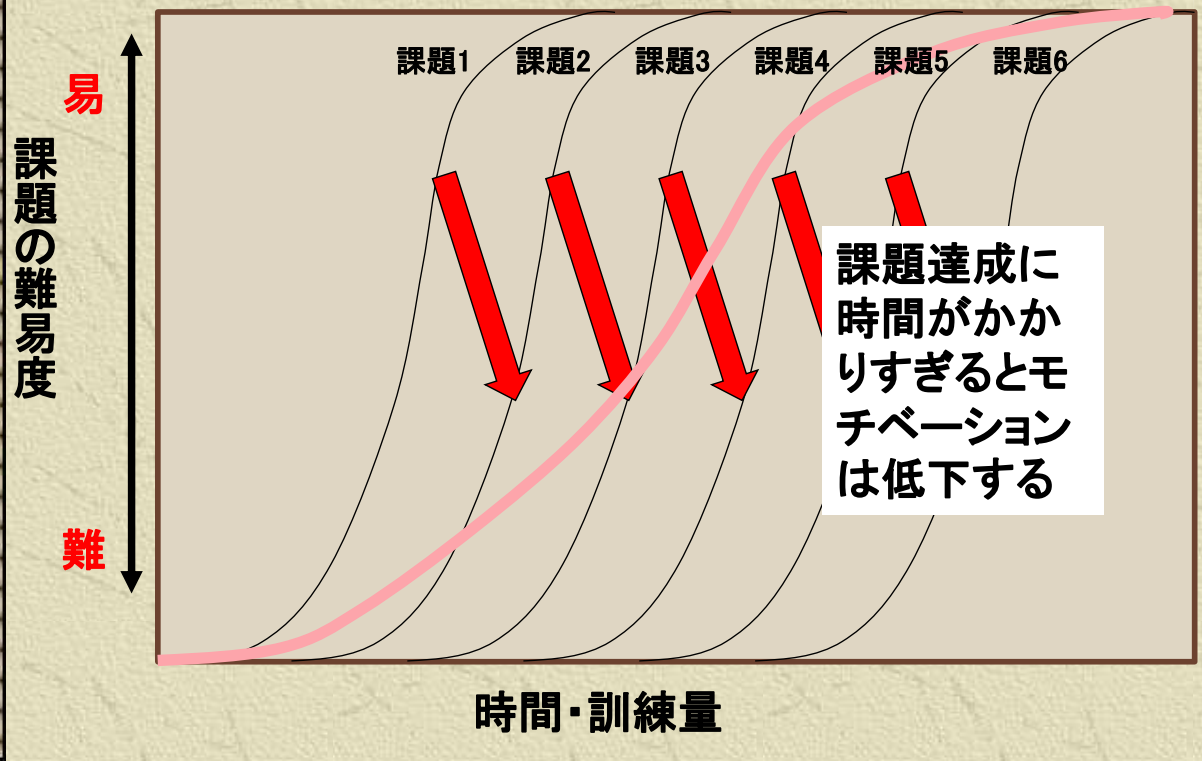
手すりと違い、引っ張ることができない椅子の背を用いると杖と手すりの中間程度の難易度調整が可能となる。

難易度を変更した際には、1段練習から開始した方が導入しやすい

様々な動作を単一な課題で訓練するのではなく細かく難易度を調整した訓練（動作）課題を用意し、組み合わせて対応する



多段階の訓練課題を組み合わせることにより、常に適切な難易度の訓練となり意欲を持たせて、運動学習が可能となる。



量の確保

- 難易度調整を行うことにより課題成功率が上昇し、患者のモチベーションが向上してより多くの訓練量が得られるようになる。
- ただし、成功率が上昇しすぎると「飽き」が生じるため、10回中6,7回の成功率が得られる程度に課題の難易度を調整する。
- さらには8,9回成功可能となった動作や課題は、療法士以外とも施行させ、より運動学習しやすい体制を整える。

10回中8回以上できた項目を家族指導による、自主トレによって量を増やし、汎化させる。

手すりなし、立ち上がり訓練	→	手すりあり、立ち上がり訓練
立位バランス訓練（上肢支持なし）	→	立位バランス訓練（テーブルに手をついて）
T字杖歩行訓練	→	4点杖歩行訓練
杖なし歩行訓練	→	T字杖歩行訓練
杖階段昇降訓練	→	手すり階段昇降訓練or杖1段訓練

*<u>**リハ効果はオーバーロードの法則が重要。**</u>

家族にもリハ効果の限界を納得させることができる。

回復期リハモデルからの脱却も必要

- 1日3時間の個別訓練時間がある回復期リハ
- 目的が明確でない機能訓練を行っても、量が確保できる。
- 加えて急性発症疾患では障害の自然回復もある。
- 結果として活動の改善が得られ、さらに結果として参加が可能となる。

在宅リハでは

- 目的とする活動課題を明確にする
- 課題達成に必要な機能、動作を分析し、さらに訓練によって改善できるものかを判断する
- さらに、個別リハが絶対に必要か、自主トレ、家族とのリハにても改善可能かとの判別する
- どこで訓練することが最も効果的かを判断
- 適切な訓練・リハ課題を適切な場所、量をしっかり確保することによって早期の活動課題の改善を達成する

つまり、目標課題ごとに
より具体的な計画（作業工程図）を
作成して介入する技術が必要

リハビリテーションにおける手技と治療計画

- 手技
  - 訓練実行上の方策（アプローチ）。身体局所における治療手技の使用法。一般に計画に従属。狭義の障害を良くするといこと
- 計画
  - 個別の手技を統合し、障害者を全身的に活用する方法
  - どんな訓練をどの時期にどの程度、どこで誰が行うかを予め想定して（設計図を描いて）介入する

- リハビリにおける高度な治療計画とは 障害者を「いかに座らせ、立ち上がらせ、そして歩かせ、ADLを拡大し、IADLも高め、社会を広げるか」を基軸に、より広い視点で、より効果的に、より先の時間を見据えて立てることである。

在宅リハでの医師の役割

- 利用者の将来を作るチームリーダーである。
- しかし現状は、リハ医療の経験が少ない医師が多く、この場合、単なる取りまとめ役になってしまうか、逆にリハ本来のディスカッションからはずれた話題への誘導や、目標設定になってしまう危険性がある。
- 経験の少ない通所リハ担当医は、配属された時点からできるわけではない。様々な研修プログラムに参加し、知識としてのリハ医学を身に付ける必要がある。

在宅リハでの医師の役割

- 最も大事なのは患者の評価をスタッフだけに任すのではなく、自らが身体・認知そして併存する障害の評価そして限界の動作を定期的に行うことである。
- その結果を考察して総合的障害として捉えたうえで、治療方針（設計図）・目標を設定し、チームカンファに臨む必要がある。
- スタッフからの情報だけで説明をしてはいけない。
- 自らの視点での評価・診断そして考察を加えた上で、説明を行うべきである。

家族にリハを行ってもらうためには?
「やってください」はオウムでも言える!?

- 記録をつけてもらう。
  - 毎日の記録だけでなく、1週間、1ヶ月単位で記録してもらう。
    - 出来なかった理由は1日単位では生じるが、1ヶ月単位では生じない。
- 頑張った結果に対して「報酬」をあたえる。
  - 少しでも良くなった部分を探して誉める。
  - 当然家族に対しても誉める
  - 記録には必ずコメントを書く。
  - ただ誉めたり、コメントを書くのではなく、実際に筋力、動作などを確認して書くと患者さんへの説得力がある。
  - 定期的に評価を行い、評価を見ながら説明する。

リハビリカレンダーの導入

日々の自主トレーニングの結果を書いて記録してもらう。





もちろん

筋力増強訓練やROM訓練が否定されたのではない！

- リハ医学の中で、エビデンスが明確に示されているのはやはり、筋力増強とROM訓練
- ただし、対象筋、関節が動作（活動）に結びつき、訓練方法が効率・効果的なものでなければならない。

谷津居宅サービスセンターの取り組み



病院の筋向い

1 階および2階一部分が通所リハ、
2階一部に訪問看護ステーション、訪問リハ
3・4階がグループホーム



当法人のリハビリテーション提供体制

総合病院から在宅サポート施設までの連携で
地域完結型医療を提供・
リハスタッフのローテーション体制

谷津保健病院

急性期リハ・地域包括ケア病棟



谷津居宅サービスセンター

在宅支援

リハに特化した半日型デイケ

訪問リハ





湾岸圏の急性期病院

自宅

東京湾岸リハビリテーション病院

回復期リハ

その患者は本当に維持期か？

- **維持期？**
- **回復期リハから在宅に戻った後には、障害者の機能向上は得られないのか？**
- **維持期⇒地域生活期**
- **地域生活期では**
  単なる維持ではなく、在宅でも再発を防ぎ、さらなる機能回復を目指したい！

方　針

「良くするデイケア」

一時的報酬の「マッサージは実施しない」

■「よくする」ことをメイン
　　動作・機能の向上（維持）を目指す
■利用者様の**主体的参加**
　　能動的に動いて頂いている
■専門性のあるプログラムの作成・提供
■生活を見据えた指導

※スタッフへの意識改革・周知徹底が大切

療法士を多く配置し、リハに特化した通所リハを提供

	通所リハ
定員	70名（1回の平均利用者40名）
スタッフ	PT6/ OT7 / ST0.5名/看護師1名
対象	3時間（利用時間）座位可能 リハビリに対する意欲がある
特徴	個別リハ（20～40分）あり その他はサーキット式自主トレ
	自ら動くリハ



当院併設のデイケアの特徴
- ❖短時間（3時間以上4時間未満）
- ❖リハ特化型
- ❖個別運動プログラムの作成
- ❖リハ医による定期的な診察
- ❖機器を使用した機能の定期評価

定期的評価項目
- ❖MMSE（評価できる人のみ）
- ❖握力
- ❖重心動揺（静的・立位安定限界）
- ❖両下肢伸展トルク（strength ergo240）
- ❖10m 歩行（通常・最速）
- ❖Timed Up & Go Test
- ❖CS30
- ❖上肢：FMA,MAL
- ❖FIM、FAI、LSA

利用者の現状 I

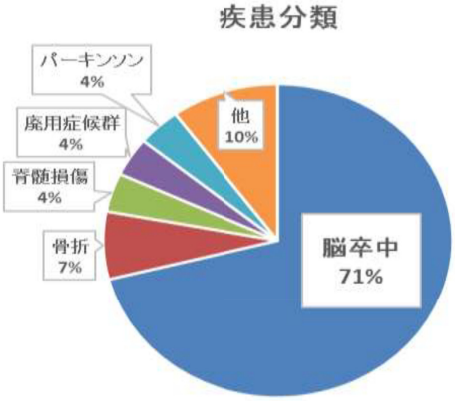
■登録者数：339名 （H28・11・1現在）

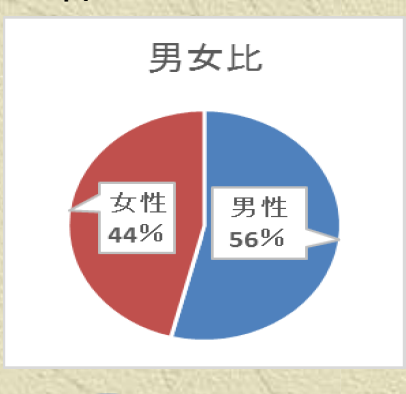
男性　183名　女性156名

■平均年齢　73.1歳

※全国平均：80.1歳

■疾患分類





男性が多い
若い方が多い

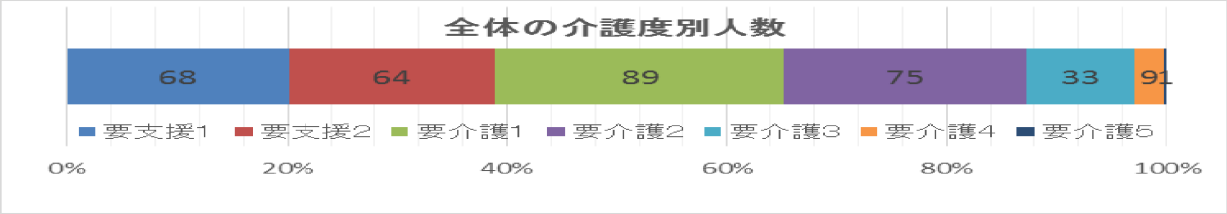
利用者の現状Ⅱ

■全体介護度：　要支援　132名　　要介護207名

平均介護度　1.8　【要支援1･2，要介護1・2⇒87%】

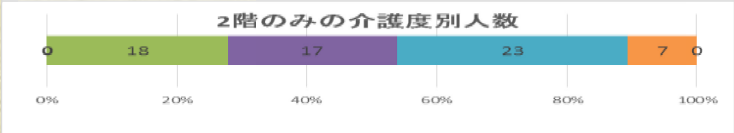
介護度が低い

※全国平均2.3



内2階のみ　要支援　0名　　要介護　65名

平均介護度2.3

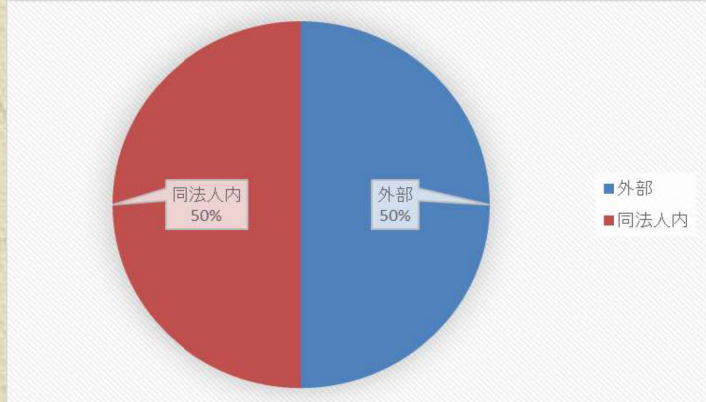


紹介元

登録者数　318名について

同法人内　159名　　外部　159名

※半数が同法人外からの紹介



同法人内　内訳：併設病院　入院　134名

併設病院　外来　25名

定期受診について

「初回時」「利用後3か月に1度」、
病院にて、療法士の評価とリハ科医師診察・患者家族指導

●脚力検査（多機能エルゴメーター）
●バランス検査（重心動揺計使用・下肢加重・体重）
●歩行検査（10m歩行・ＴＵＧ）
●CS30
●握力





この結果も踏まえ、
「計画書」「プログラム」作成へ

■参加状況

家庭内の役割（内容及び頻度）

料理の手伝い【野菜を切る・洗い物】　（1回／2日）
郵便物をポストまで取りに行く　（ほぼ毎日）

余暇活動（内容及び頻度）

散歩（1時間）買い物（2回/週）映画鑑賞（1回/2週）
デイケア（2回/週）通院（1回/3ヶ月）　※外出は現在、家族が付き添っている。　※もともと料理が好き

社会・地域活動（内容及び頻度）

通所リハビリテーション終了後の利用したい社会資源

将来的には、少しでもいいので仕事をしたい。

■心身機能	状況	活動・参加への影響
運動機能障害	■あり	■あり □なし
感覚機能障害（聴覚・視覚等）	■あり	■あり □なし
関節拘縮	■あり	■あり □なし
口腔機能障害	□あり	□あり □なし
摂食嚥下障害	□あり	□あり □なし
高次脳機能障害	■あり	■あり □なし
失語症 構音障害	□あり	□あり □なし
精神行動障害（BPSD）	□あり	□あり □なし
見当識障害	□あり	□あり □なし
記憶障害	□あり	□あり □なし
栄養障害	□あり	□あり □なし

■他の利用サービス

□通所介護（週　回）□訪問介護（週　回）□訪問リハビリテーション（週　回）□訪問看護（週　回）□その他（　）

■評価項目（身体機能・動作能力）

実施日		筋力測定検査					重心動揺検査					
		最大トルク		健患比	体重比		総軌跡長（cm）		移動距離（cm）			
		左	右		左	右	開眼	閉眼	左	右	前	後
初回	4年前	29.8	73.6	0.405	0.47	1.17	70.5	156.8	10.3	14.7	4.67	5.13
前回	3ヶ月前	47.1	128.1	0.368	0.67	1.81	51.6	65.8	12.97	17.6	7.24	6.86
直近	今月	60.2	112.4	0.536	0.88	1.64	68.71	89.9	12.78	17.69	6.98	7.47

実施日	認知度 (MMSE)	10m歩行（秒）		TUG（秒）	使用補助具	握力(kg)		体重(kg)	CS30（回）	FTSS（秒）	
		normal	fast			左	右				

通所・訪問リハビリテーション計画書の例（アセスメント）

通所・訪問リハビリテーション計画書（アセスメント）

計画作成日　　年　　月　　日

氏名：　谷津　太郎　様　性別　(男)・女　生年月日　　/　/　　（ 50 代）　■要介護　2

■居宅介護支援計画の総合的援助の方針	■居宅介護支援計画の解決すべき課題
・身体面は定期的に受診して頂き管理する ・通所リハビリを中心とした移動動作の安定のための支援を継続	・外出時に感じている恐怖心を減らす ・左手の動きが少しでも出るように回復を目指す。

■ご本人の希望	■ご家族の希望
一人でバスや電車を使って、外出したい。 左手がもう少し動くようになりたい。	これからも続けていき回復を目指してほしい。 一人で外出できるようになってほしい

■健康状態（介護・支援を要する原因となる疾患）

原疾患・発症日

脳出血　左片麻痺（4年前）

■重複疾患・コントロール状況（高血圧,心疾患,呼吸器疾患,糖尿病等）

高血圧

経過

資料の為、省略

■廃用症候群：　□あり

■医学的管理の対応・解決すべき課題（医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）

通所・訪問リハビリテーション計画書の例

■評価項目（活動・参加）

FIM
[7:自立 6:修正自立5:見守り 4:軽介助(25%介助) 3:中介助(50%介助) 2:重介助(75%介助) 1:全介助]

セルフケア	食事・スプーン	7	
	整容	7	
	入浴（洗い動作）	5	
	更衣（上半身）	7	
	更衣（下半身）	7	
	トイレ動作	7	
排泄	排尿	7	
	排便	7	
移乗	ベッド・イス	6	手すり使用
	トイレ	6	手すり使用
	浴槽・シャワー	5	手すり使用
移動	歩行	6	T杖・安全への配慮が必要
	階段	5	手すり使用し、見守り
コミュニケーション	理解（聴覚・視覚）	7	
	表出（言声・非音声）	7	
社会認識	社会的交流	7	
	問題解決	7	
	記憶	7	
合計（/126点）		117	

Frenchay Activities Index (FAI)
[0:していない,1:まれにしている,2:時々している,3:週に一回以上している]

食事の用意	3	買物	0	旅行	1	合計（/45点）
食事の後片付け	3	外出	3	庭仕事	0	26
洗濯	0	屋外歩行	3	家や車の手入れ	0	
掃除や整頓	3	趣味	3	読書	3	
力仕事	0	交通手段の利用	3	仕事	1	

Life space assessment (LSA)

		a.この4週間、下記の場所へ行きましたか [1:はい 0:いいえ]	b.この4週間で左記の生活空間に何回行きましたか [1:週1回未満 2:週1～3回 3:週4～6回 4:毎日]	c.補助具等を使いましたか d.他者の助けが必要でしたか [1:dのみはい、cd共にはい 1.5:cのみはい 2:cd共にいいえ]	小計
1.自宅内	1	4		1.5	6
2.自宅外	2	3		1.5	9
3.近隣の場所	3	3		1.5	13.5
4.町内	4	2		1	8
5.町外	5	1		1	5
			合計点		41.5

■特記事項
補助具：
介助者：

通所・訪問リハビリテーション計画書の例

■アセスメントのまとめ(前回からの変更点・目標の達成度・進捗状況・経過等)

・屋外歩行については、以前に比べ、右側への意識も高くなり、セラピストと会話しながらでも不整地への注意も向けることができるようになっています。今後、一人での公共交通機関の利用を目指し、ご家族の協力も得ながら、取り組んでいきます。
・左手は、前回に比べ、少しではありますが脱力にて物を離すことができる時が出てきています。生活の中で物を押さえるといった補助的な参加を目指します。

■社会支援評価

□訪問日(年 月 日)　□居宅サービス計画(訪問しない理由:)
□サービス等利用あり □通所介護(週　回) □通所リハ(週　回) □市町村事業(週　回) □地域活動へ参加(　) □家庭で役割あり

■現在の生活状況

目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容		頻度・時間	訪問の可能性
デイケアから自宅へバス・電車を使用して一人で帰る	3ヵ月	■理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □個別短期集中リハ □生活行為リハ □自主トレ □助手(屋外歩行　)	デイケア周辺の屋外歩行を行います。自宅へ帰るまでの問題点は歩行中に右側へ寄る傾向があった為、今後も歩行時にその傾向が見られれば声をかけていきます。不整地や坂道などの歩行も行っていきます。	理学療法 20分　週1回 助手との屋外歩行 週1回	いつ頃・何をする 1ヶ月後、実際にバス・電車を使用しての帰宅。評価へ。
左手の生活場面での参加を増やす。押さえ動作や把持動作の獲得。具体的には、"左手で野菜を押さえる"	3ヵ月	□理学療法 ■作業療法 □言語聴覚療法 □個別短期集中リハ □生活行為リハ □自主トレ □その他(　)	左手で物を固定する動作や把持する動作を中心に行っていきます。具体的には、左手で粘土を押さえ、右手で仮包丁にて切る作業を行います。他には、服を着る際、左手でファスナーを把持固定できるように把持・つまみ訓練も実施していきます。	作業療法 20分　週1回 自主トレ　週2回	いつ頃・何をする
		□理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □個別短期集中リハ			いつ頃・何をする

ご利用者の流れ

8:50　送迎車・自走にてご来所　　バイタル測定

9:10　自主トレーニング

10:10　【PT】自主トレチェック(適時)

自主トレーニング

10:40　エアロバイク(15分)

自主トレーニング

11:10　【OT】個別リハビリ(20分程度)

自主トレーニング

12:10　送迎車・自走にて帰宅

3時間

サーキットトレーニング

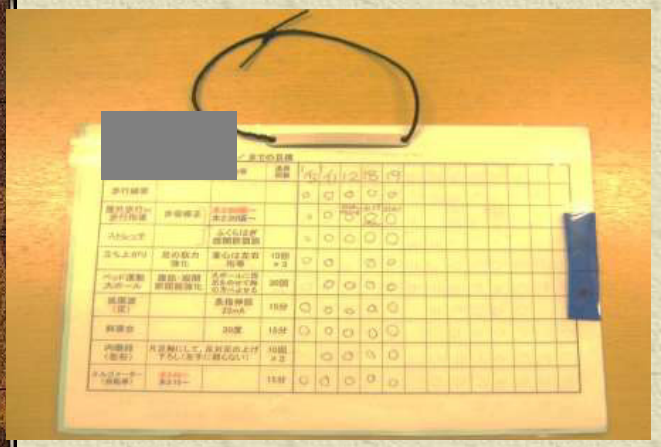




	目的	内容	道具回数	12/6	12/8	12/13	12/15
歩行練習	持久力UP	10分間歩行		○	○	/	○
ベッド運動①	筋力UP	①前後 ②左右	大ボール 30回	○	○	○	○
ベッド運動②	筋力UP	①お尻上げ ②腹筋 ③足上げ	左1kg 30回	○	○	○	○
ベッド 自己ストレッチ	柔軟性改善	両膝を立てて 左右に倒し、 体をねじる	20秒 ×10回	○	○	○	○
ストレッチベンチ	太もも裏を伸ばす	30秒×5セット		○	○	○	○
斜面台	ふくらはぎを 伸ばす	15度	15分	○	○	○	○
PT個別 歩行訓練	月 9:10～ 木 9:40～	①歩行指導 ②方向転換 ③内階段	③手すり 1足1段	○	○	○	○
ルームランナー	月 10:10～ 木 10:20～	2.0km/h	10分	○	○	○	○
バイオステップ	月 9:40～ 木 9:10～	レベル6	15分	○	○	○	○
エアロバイク	月 10:40～ 木 10:40～	レベル8	15分	○	○	○	○

リハビリプログラム表（両面）

《表》



《裏》



※可能な方は利用者様ご本人が持ち、実施したメニューに○印を記入しする（自己管理できるように）

プログラム表（表面）

A　様　（表）　　H23.12～H24.2の目標　「安定した歩行」「洗濯物を両手で干す・たたむ」

	目的	内容	道具 回数
歩行練習	持久力UP	10分間歩行	
ベッド運動①	筋力UP	①前後 ②左右	大ﾎﾞｰﾙ 30回
ベッド運動②	筋力UP	①お尻上げ ②腹筋 ③足上げ	左1kg 30回
ベッド 自己ストレッチ	柔軟性改善	両膝を立てて左右に倒し、体をねじる	20秒 ×10回
ｽﾄﾚｯﾁﾍﾞﾝﾁ	太もも裏を伸ばす	30秒×5セット	
斜面台	ふくらはぎを伸ばす	15度	15分
PT個別 歩行訓練	月　9:10～ 木　9:40～	①歩行指導 ②方向転換 ③内階段	③手すり 1足1段
ﾙｰﾑﾗﾝﾅｰ	月　10:10～ 木　10:20～	2.0km/h	10分
ﾊﾞｲｵｽﾃｯﾌﾟ	月　9:40～ 木　9:10～	レベル6	15分
ｴｱﾛﾊﾞｲｸ	月　10:40～ 木　10:40～	レベル8	15分

プログラム表（裏面）

A　様　（裏）

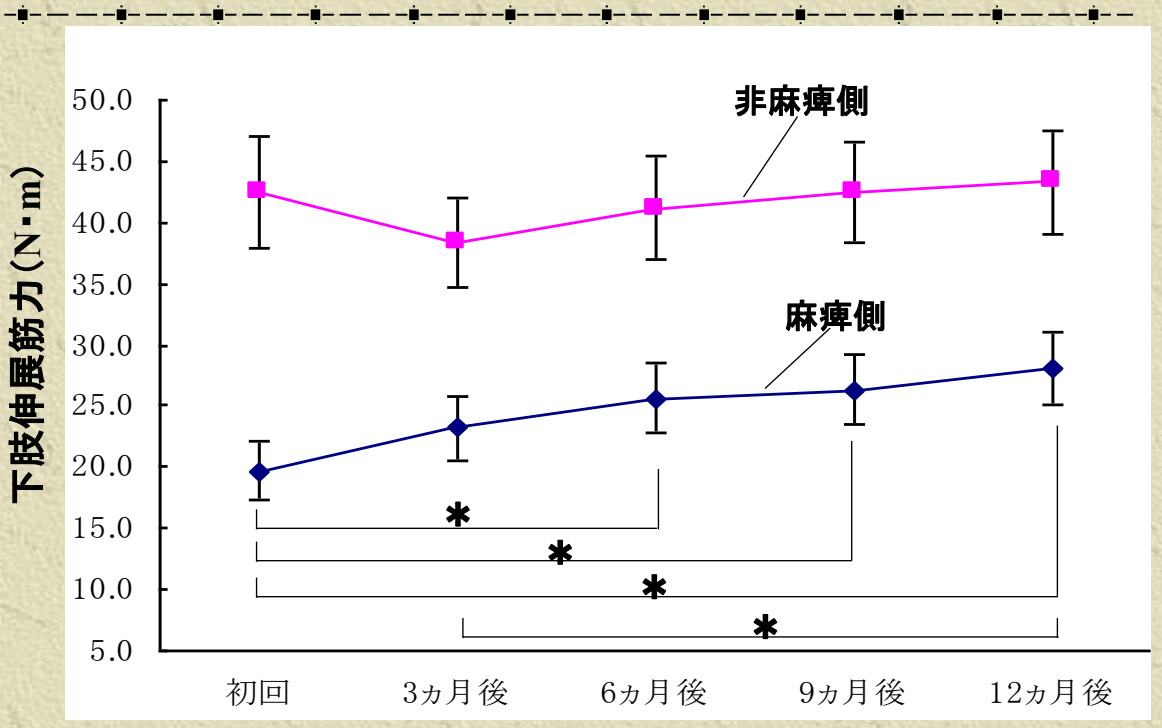
運動	目的	内容	道具 回数
ｻｲﾄﾞｽﾃｯﾊﾟｰ	筋力、持久力	あまり平行棒を握らない	5分
ﾊﾞﾗﾝｽﾎﾞｰﾄﾞ	バランスUP	左右に体重移動	5分
踏み台昇降	筋力UP、 持久力UP	20cm台 台の上で膝をしっかり伸ばす	30回 2ｾｯﾄ
輪入れ	立位バランス	右手で左へ 左手で右へ	各20輪
（イス） おもりの運動	筋力UP	①もも上げ ②膝伸ばし 右0.5kg左1kg	20回×2 ゆっくり 3秒止める
棒体操	筋力UP	表を見ながら	0.5kg
OT個別 関節可動域訓練 （肩・手指）	月　11:10～ 木　11:30～	①セラピストが動かす ②一緒に動かす	
ショルダーアーク	両手で洗濯物を干せるように	立位 1往復	
つまみ	きれいにたたためるめるように	右：移動1往復	中ペグ
アクリルコーン	コップを使う	左右・前後	2往復
自主トレ指導	筋トレをゆっくり行うよう声掛けをする		
血圧			
脈拍 体温			

図1　利用者のプログラム表

リハに特化したデイケアの移動能力改善効果

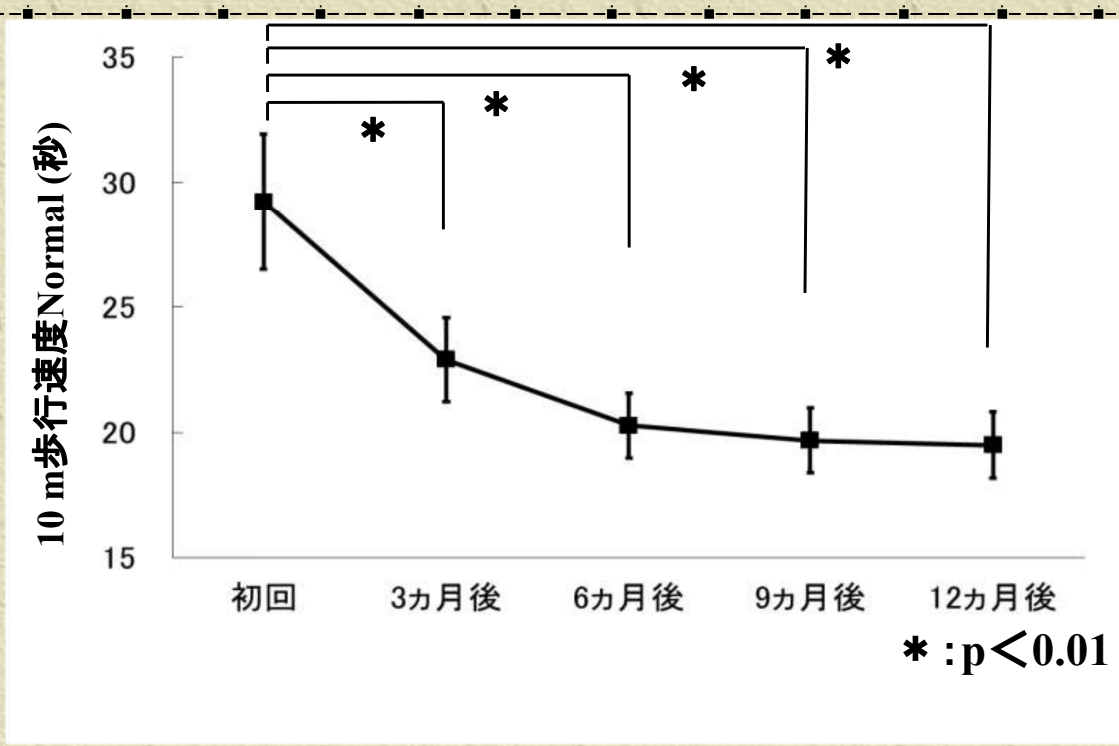
- 対象
  - 43例の片麻痺患者 （当院退院患者28例）
  - 男性23例、女性20例
  - 脳出血26例、脳梗塞17例
  - 右片麻痺20例　左片麻痺23例
  - 平均年齢　65.8±9.1歳
  - 開始までの平均発症後期間　473.8±802.3日
- 方法
  - デイケア開始前および開始後の下肢トルク、10m歩行時間、TUGを3か月ごとに評価

下肢伸展筋力の経時変化



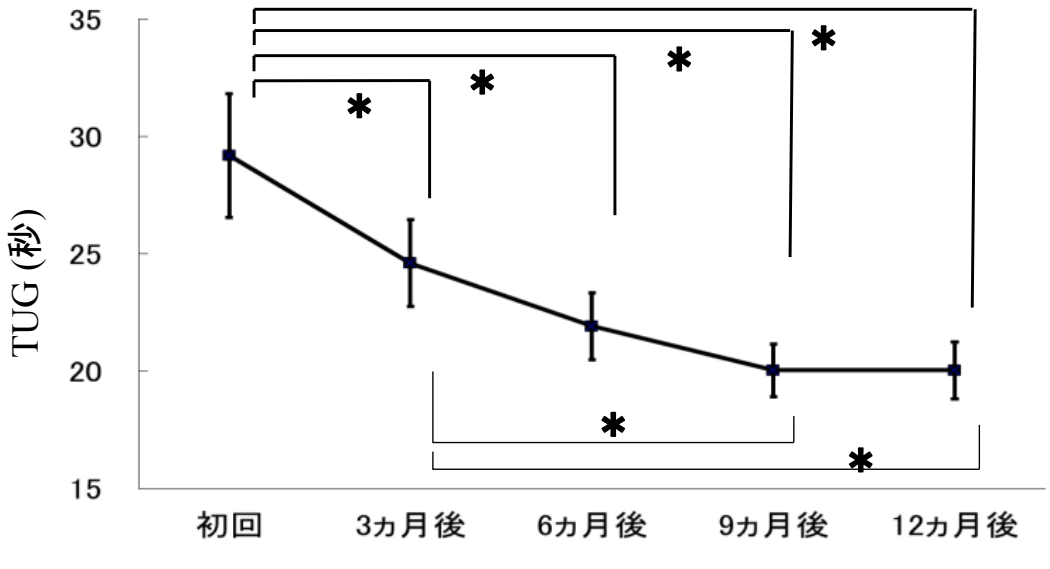
＊:p＜0.01

快適10m歩行時間の経時変化



＊:p＜0.01

TUG
（椅子から立ち上がって3m先の目標物を回って戻る）
の経時変化



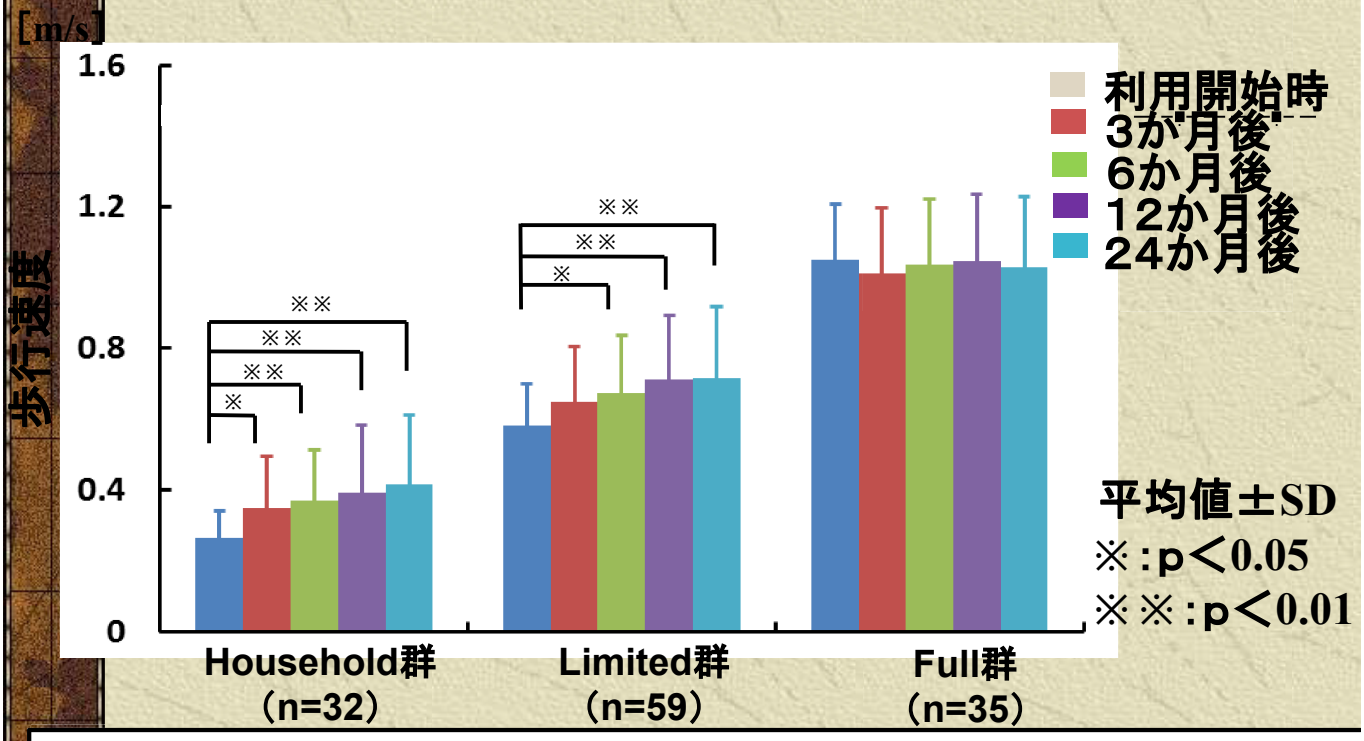
＊:p＜0.01

デイケア開始時の歩行速度による分類

	Household群	Limited群	Full群
対象者[名]	32	59	35
年齢[歳]	62.7±9.5	63.5±9.6	65.2±9.6
発症後期間[年]	1.1±1.5	1.6±2.3	1.2±1.9
利用回数［回/週］	1.9±0.5	1.9±0.6	1.6±0.5
要介護度 要支援1を1とした7段階	4.9±1.0	3.5±1.2	3.0±1.4
SIASの下肢運動項目合計［点］	7.1±2.8	9.5±2.7	12.1±2.4

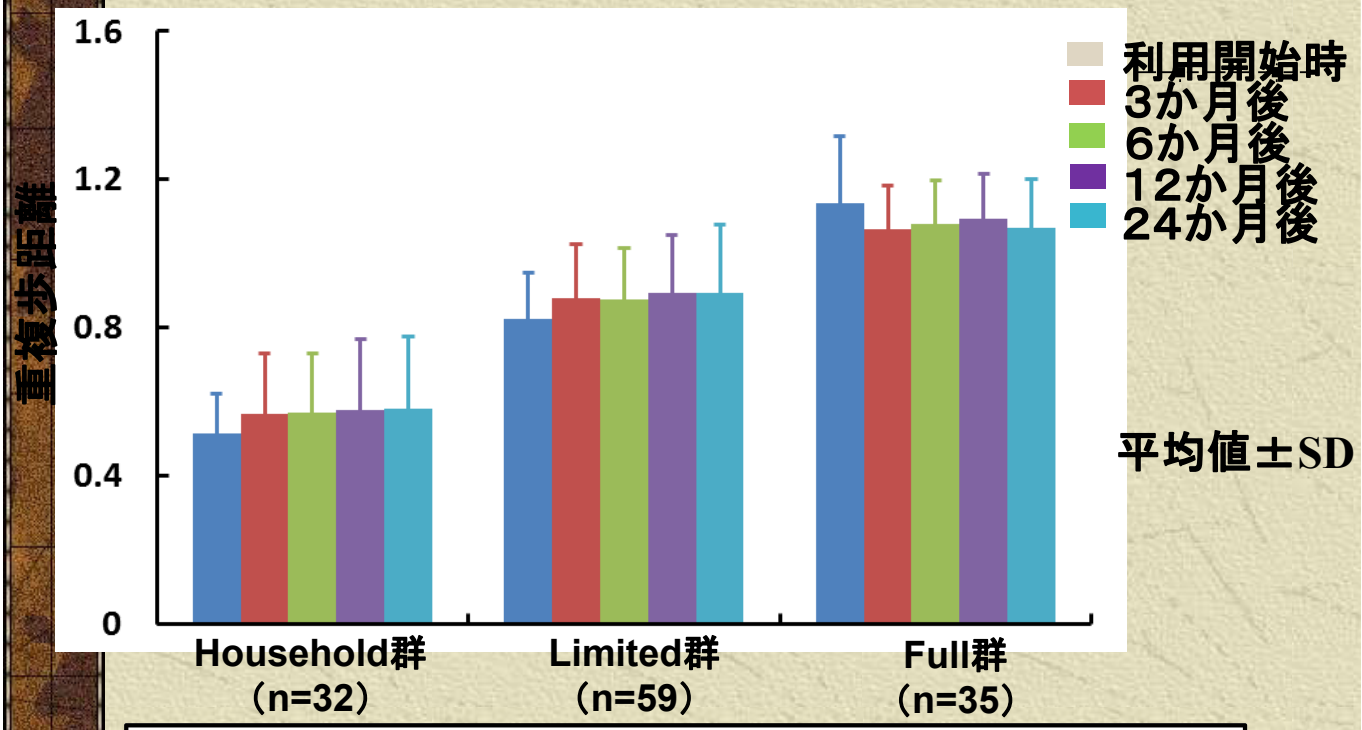
（平均値±SD）

歩行速度の経時的変化



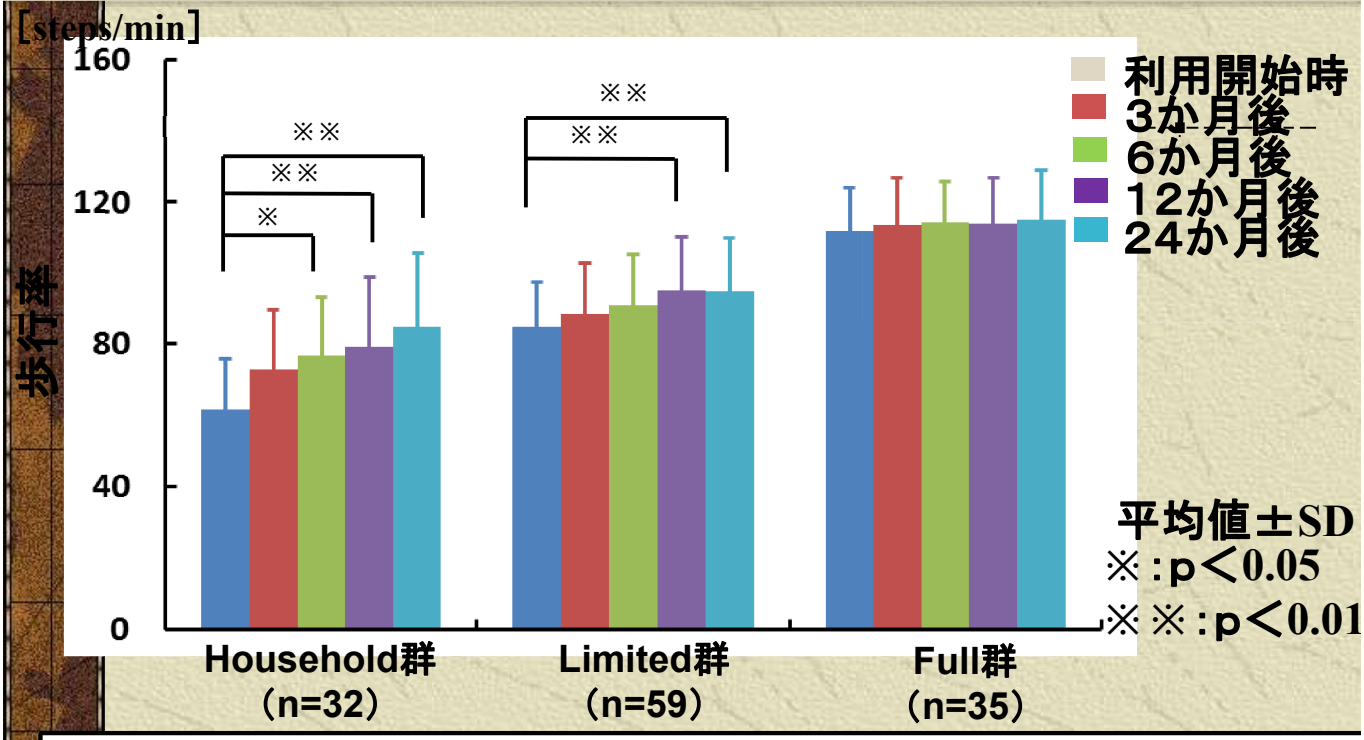
利用開始前と比較して、Household群では3か月以降、Limited群では6か月以降に有意な改善を認めた。

重複歩距離の経時的変化



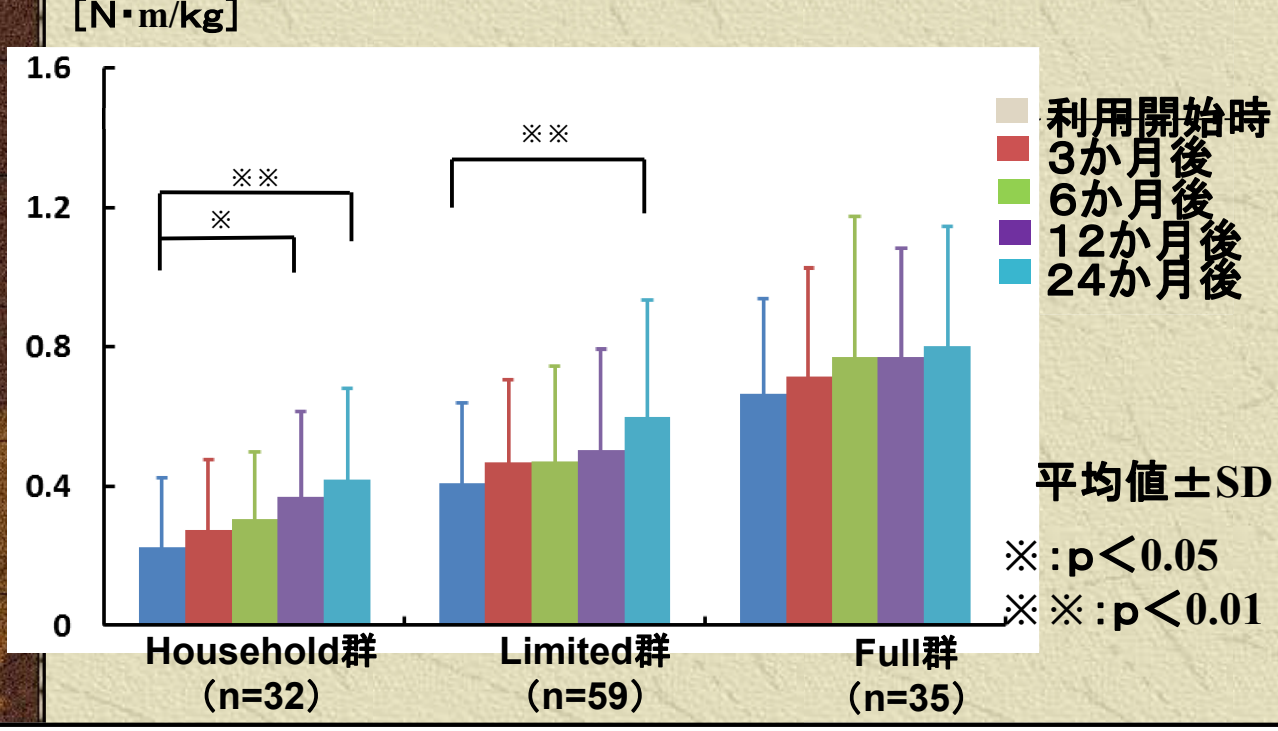
全ての群で有意差は認められなかった

歩行率の経時的変化



利用開始前と比較して、 Household群では6か月以降、
Limited群では12か月以降に有意な改善を認めた。

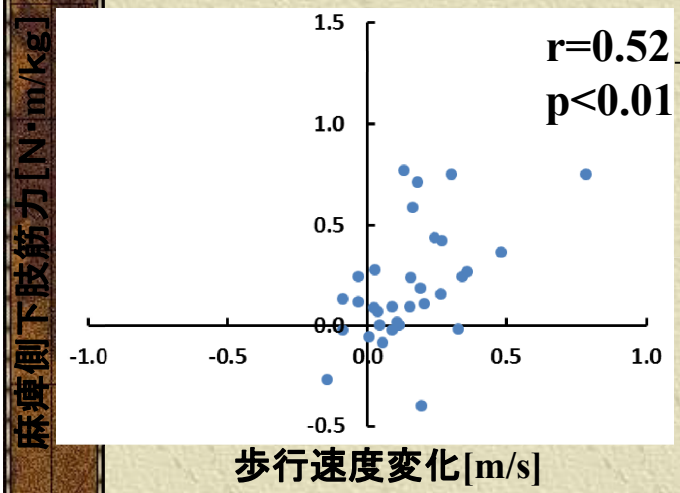
麻痺側下肢筋力の経時的変化

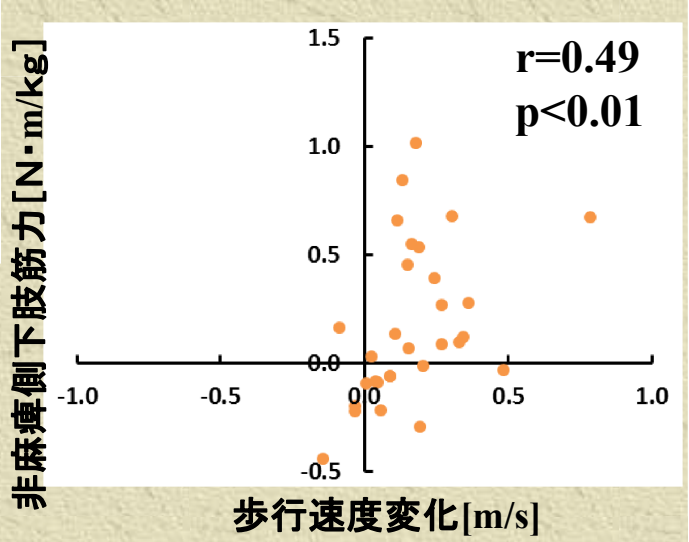


利用開始前と比較して、 Household群では12か月以降、
Limited群では24か月後に有意な改善を認めた。

歩行速度変化と下肢伸展筋力変化の相関

Household群（n=32）



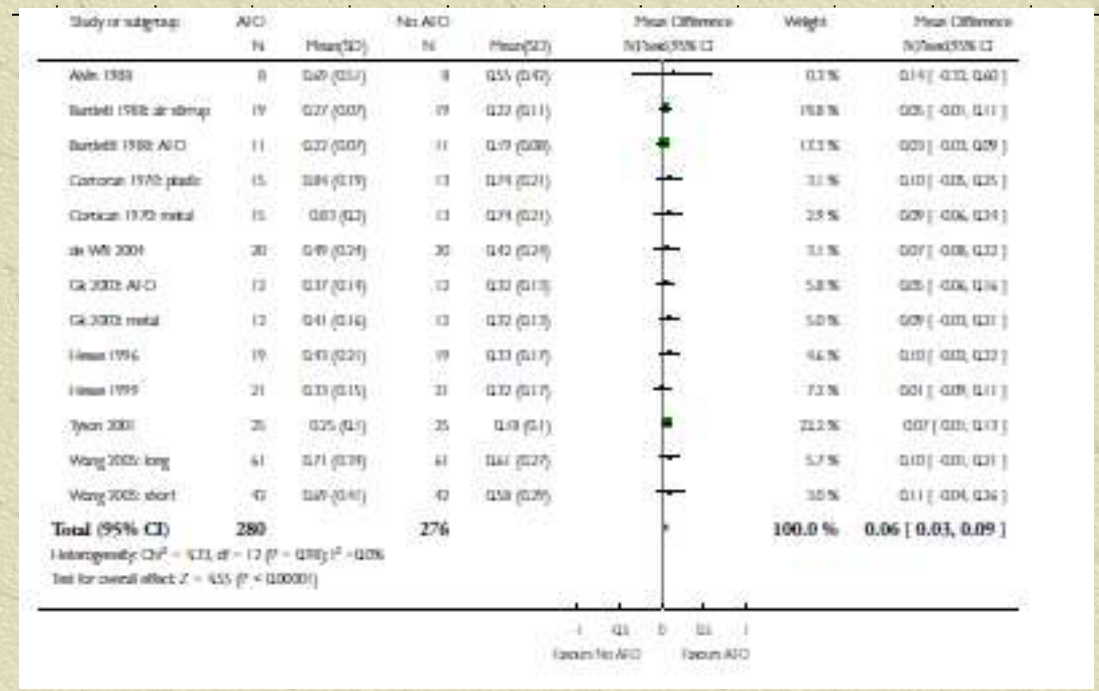


両方に有意な正の相関を認めた

つまり

- よく言われる、「脳卒中の障害は半年経つと変化しない」はあくまで、分離運動の回復がきびしくなること
- 機能へのアプローチも継続することによって、活動は向上する。
- 活動が高まれば機能も向上する

歩行速度を向上させるエビデンスのあるものは下肢装具の使用



Orthotic devices after stroke and other non-progressive brain lesions (Review)

Tyson SF, Kent RM The Cochrane Library 2009

参加は？

- 地域の受け皿の存在は本当にあるのか？
- あったとしても利用者は本当に求めているのか？
- なければ、どうする？

地域の社会資源構築見向けた取り組みⅠ（転倒予防教室）

【主　催】谷津居宅サービスセンター
【共　催】谷津地域包括支援センター

目　　的：地域住民に対し、転倒予防の意識を高め、
介護予防の必要性をお伝えする
↓
住民主体で地域に新しいサロンを作る
対　　象：65歳以上の高齢者、介護認定を受けていない方
場　　所：谷津コミュニティーセンター
開催時間：2時間（月1回　平成26年11月～現在計2回開催）
参加人数：10～13名
参加費用：無料
スタッフ　：居宅サービスセンター：ＰＴ2名、OT2名、助手2～3名
地域包括支援センター：Ｎｓ１名、ＣＭ１名

地域の社会資源構築見向けた取り組みⅡ（サロン立ち上げへ）

参加された方のご意見：

・専門家から、運動の効果を指導してもらいたい。
・既存のサロンでも、身体測定（評価）・運動指導をして欲しい。
・評価により効果がわかると参加するモチベーションに繋がる。

今後の方向性：

①民生委員や転倒予防体操推進員に対しての運動指導
②既存のサロンでの身体測定（評価）実施
③転倒予防体操推進員を中心とした新しいサロンの立ち上げへ

住民主体の運営となるよう行政との連携が大切！！

【当センターの役割】
”立ち上げのフォロー”と”定期的な評価の実施”

在宅リハを提供したくてもケアプランに入れてもらわなければ始まらない‼

地域ケアマネージャへの啓発することが重要

当院での勉強会

地域の介護事業所・ケアマネ向けの勉強会を開院時より毎月施行









重度障害者を介護している、家族向け介護講習会

目　的：在宅介護をもっとより良いものにする

対　象：脳卒中のご家族をご自宅で介護されている方
（ケアマネジャー・事業所の方）

場　所：東京湾岸リハビリテーション病院

時　間：2時間（講義90分・個別相談30分）

期　間：約半年に１回（平成24年12月～　現在、計5回開催）





在宅リハに求められているもの

- 狭義のリハ医療的効果
  - 機能改善、低下予防
  - 能力（活動）改善、低下予防
- 社会的効果
  - 社会復帰（復職・再就職）の支援
  - 社会参加（地域活動）の支援
- 経済的効果
  - 介護度改善効果、介護度悪化の予防
- 在宅介護の継続支援
  - 介護負担軽減
  - 家族介護指導
  - 福祉機器指導

在宅リハに求められているもの　2

- 要支援者
  - 若年要支援者→　社会復帰（復職・再就職）
  - 前期高齢要支援者　→　社会参加
  - 後期高齢要支援者　→　生活機能低下予防
- 要介護1-2
  - 若年者　→　機能、生活能力向上、活動範囲の拡大、結果としての介護度軽減そして社会復帰（復職・再就職）＞介護度悪化予防
  - 前期高齢者　→　機能、生活能力向上、活動範囲の拡大、結果としての介護度軽減（復職・再就職）＞介護度悪化予防
  - 後期高齢者　→　機能、生活能力向上、活動範囲の拡大＝介護度悪化予防
- 要介護3-4
  - 若年・前期高齢者　→　機能、生活能力向上、活動範囲の拡大、結果としての介護度軽減＝介護度悪化予防
  - 後期高齢者　→　機能、生活能力向上、活動範囲の拡大、結果としての介護度軽減＜介護度悪化予防、家族の介護負担軽減
- 要介護度5
  - 若年・前期高齢者　→　機能、生活能力向上≦家族の負担軽減＝活動範囲の拡大
  - 後期高齢者　→　機能生活能力向上＜活動範囲の拡大＜＜家族の負担軽減

リハビリテーション医療技術にての解決手段　1

- 社会復帰
  - 作業療法士・言語聴覚士による職業前評価と訓練
  - 理学療法士による実際の通勤能力の獲得
  - 復職の場合には、会社担当者や産業医との調整（リハ医・社会福祉士を含めた多職種による）
  - 再就職の場合には、作業療法士、社会福祉士を中心として、就労および職業訓練校への斡旋
- 社会参加
  - 地域における受け皿探し、患者団体を含めて、および道筋を立てる
  - 参加のための移動能力、手段の確保・検討
- 生活機能低下予防
  - 廃用性筋力低下への確実な対応
  - サルコペニア対策（筋力維持、栄養管理、活動性低下の予防）
  - 転倒転落予防的プログラム（筋力増強、歩行量増加に加えてバランス訓練などを取り入れた複合的プログラム）
  - 患者自ら、障害の管理ができる能力の獲得

リハビリテーション医療技術にての解決手段　2

- 機能、生活能力向上
  - 十分な機能・能力評価に基づく、短期および長期目標の設定
  - 療法士による効果的かつ効率的な訓練の導入（廃用性筋力低下および動作に問題となる拘縮に対する確実な対応を含む）
  - デイケア以外の時間も含めて患者自ら行うリハビリテーションの導入による機能向上
  - 目標達成状況の確認と訓練内容の見直し
  - 失語症患者への集団療法を含めたコミュニケーション能力の向上
  - 高次脳機能患者への社会性向上プログラムの提供
- 活動範囲の拡大
  - 獲得した能力の生活場面での実用性の確認（しているADL）、その上での再度動作方法の見直し、訓練
  - 自宅周辺環境を想定した、歩行訓練および自宅からの外出訓練
  - 高次脳機能患者への生活現場での現場訓練
- 介護度悪化予防
  - 徹底した廃用性筋力低下対策　離床時間の確保、
  - 栄養管理、摂食・嚥下障害への対応（食事形態・姿勢指導を含む）
  - 神経因性膀への対応（家族指導を含む）
- 家族介護負担の軽減
  - 適切な介護方法の指導（家族との自主トレーニングを含めて）
  - 医学的管理
  - 適切な介護機器、自宅改造のアドバイス

通所リハ（病院での1－2時間を除く）と外来リハとの違い

- 外来リハ
  - 医療者と患者の関係にてほぼ完結、他の患者との交わりが少ない
  - 原則1対1の訓練になってしまうので、訓練をしてもらうという受身のリハになりやすい。
  - 患者の自主トレーニングの場の提供が困難
  - 180日を越えると多職種での介入が困難となる
  - 医療リスクの高い患者にも対応可能
- 通所リハ
  - 医療者と利用者だけでなく、利用者同士のコミュニティが形成される。
  - ともに機能・能力改善を目指す仲間というコミュニティ効果によるリハ意欲や活動性向上が得られる。
  - 1対1の訓練以外の時間の存在が、能動的な訓練への導入がしやすい
  - 多職種による対応が可能である

通所リハと通所介護との違い

- 従来のデイサービスは、デイケアとは利用者の目的が、介護負担軽減が中心となるため、コミュニティの形成は可能であるが、リハ効果を増強するコミュニティ効果がえられにくい。
- フィットネス機器を中心としたリハ特化型デイサービスは、いわゆるサルコペニアの筋力増強訓練には対応可能であるが、運動学習理論によるリハや高次脳機能障害や失語症リハの提供は困難である。
- 医師を含む多職種の対応は困難

通所リハに足りないもの

- 絶対的・相対的な療法士数
- 社会復帰時におけるソーシャルワーク機能
- 地域社会との連携、介入
- 行政との連携
- 実際の生活場面への参加
- 要支援から外れて社会復帰・参加できた方の悩みの受け皿機能
- 家族への直接介入
- 急性増悪時に対する対応
- 要介護者への十分な摂食・嚥下対策および栄養管理（加算はあるものの）
- 地域薬剤師との連携

通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両サービスを 同一事業所が提供する場合の運営の効率化について

論点7
訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合の運営の効率化を推進するための対応を行ってはどうか。

対応案

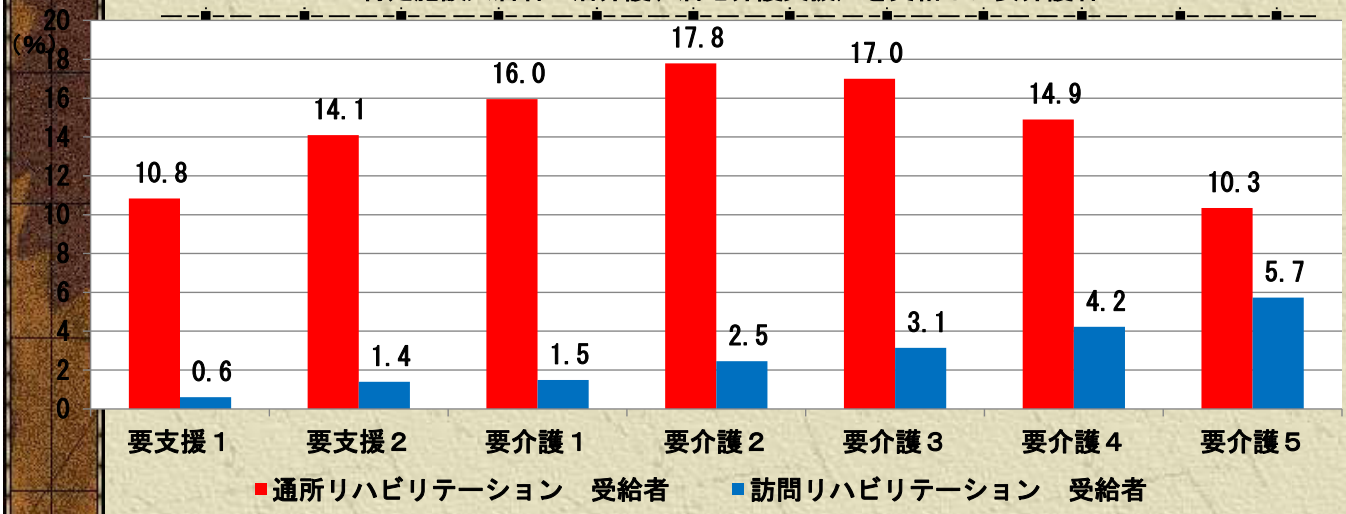
- 以下の内容について、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合に一体的作成を可能とする。
  ①通所リハビリテーション計画と訪問リハビリテーション計画の作成
  ②計画書の内容についての利用者の同意書
  ③計画に従ったサービスの実施状況を診療記録に記載すること

（参考）現行規定の整理

同一事業所が通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを提供する場合に効率化できる項目	
医師の兼務	可能
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の兼務	可能（通所リハビリテーションの人員配置基準を満たすように留意が必要）
管理者の兼務	可能

要介護度別の居宅サービス受給者数に占める通所・訪問リハビリテーション受給者数の割合

＊居宅サービス受給者：介護保険での居宅サービス（訪問、通所、短期入所、居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護、居宅介護支援）を受給した要介護者

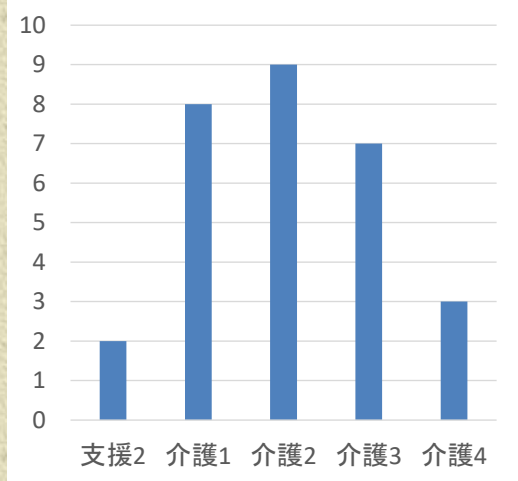


○ 居宅サービス受給者数に占める通所リハビリテーション受給者数の割合は、要介護2をピークとして減少し、要介護4では15.4%、要介護5では10.9%である。
○ 居宅サービス受給者数に占める訪問リハビリテーション受給者数の割合は、要介護度が高くなるにつれて、増加している。

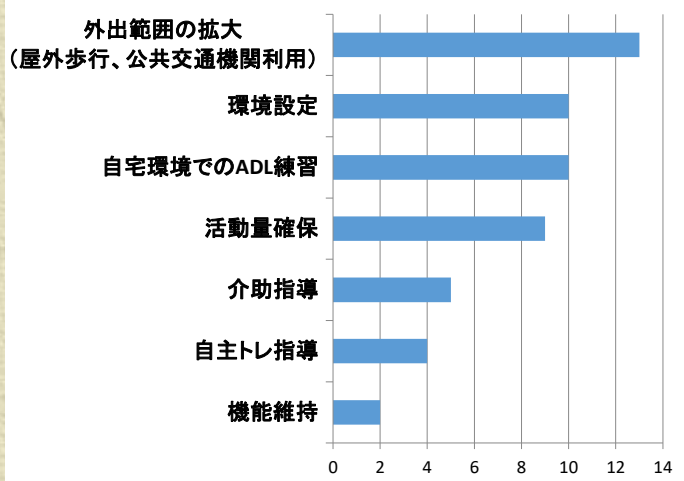
出典：介護保険事業状況報告　介護給付費実態調査（平成25年3月）

当デイケアの訪問リハビリ概要

- H27.5 ～H28.11 現在までの総利用者数：29人
- 利用者の平均介護度：要介護2
- 現在までに修了した人数：17人、平均利用月間：7か月

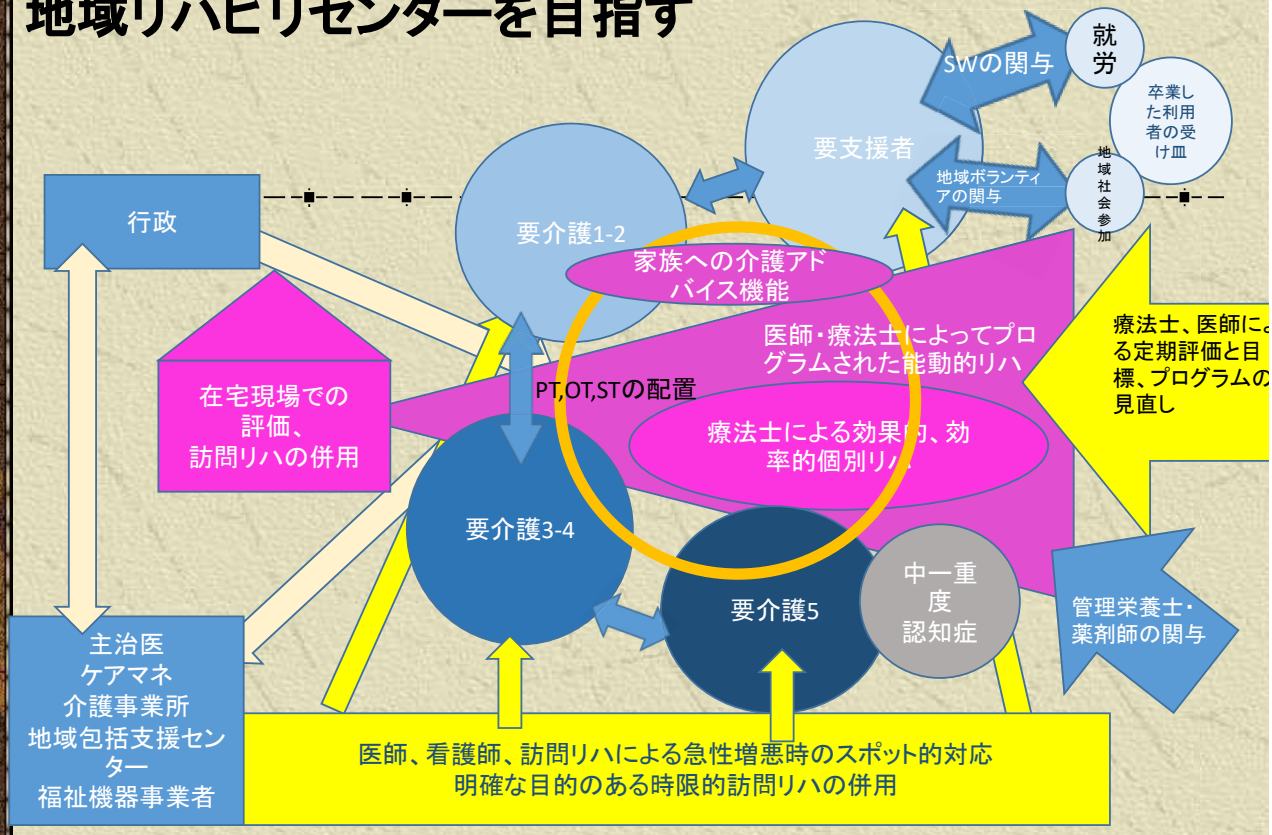


訪問リハビリ導入者の介護度



訪問リハビリ導入の目的

地域リハビリセンターを目指す



さらに訪問看護も併設した体制へ

まとめ

- 在宅リハでも障害と全身状態、そして病態を十分に把握し、あらかじめ戦略を持つ。
- 現在の障害の範囲で出来る限界の動作を定期的に評価しつつ、段階的に難易度を高める。
- 新たな動作は、作業工程分析を行って、早期にできそうな動作を抽出し、量を担保して実践する。
- 「十分に訓練された患者」は「十分に自身で動作を行ってきた患者」とは限らない。
- 運動学習や筋力強化は長期間向上する。
- 家族を巻き込んでの継続リハは重要。
- 活動と参加には地域と繋がりと生活現場での実践も重要

リハビリテーションの質の向上について

中重度者に対する通所・訪問リハビリテーションのあり方

一般社団法人　全国デイ・ケア協会
理事　岡野　英樹　特別委員

中重度者に対する通所・訪問リハビリテーションのあり方

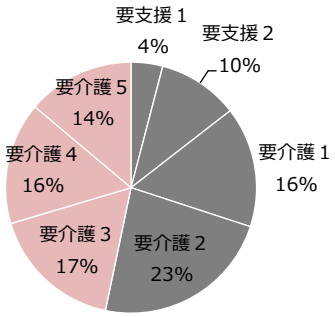
一般社団法人全国デイ・ケア協会　理事
医療法人真正会コミュニティケア部　部長
岡野　英樹



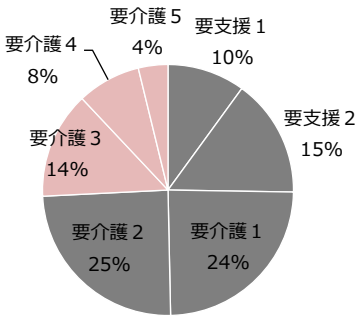
サービス別の利用者要介護度比率

介護給付費実態調査H28年8月審査分

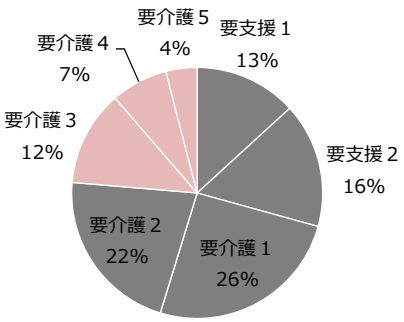
訪問リハビリテーション



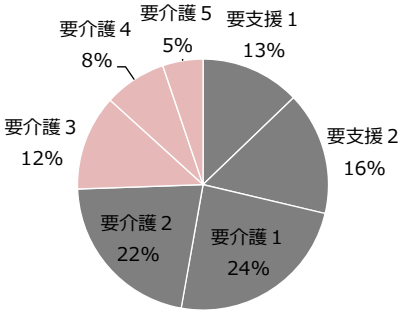
通所リハビリテーション



通所介護



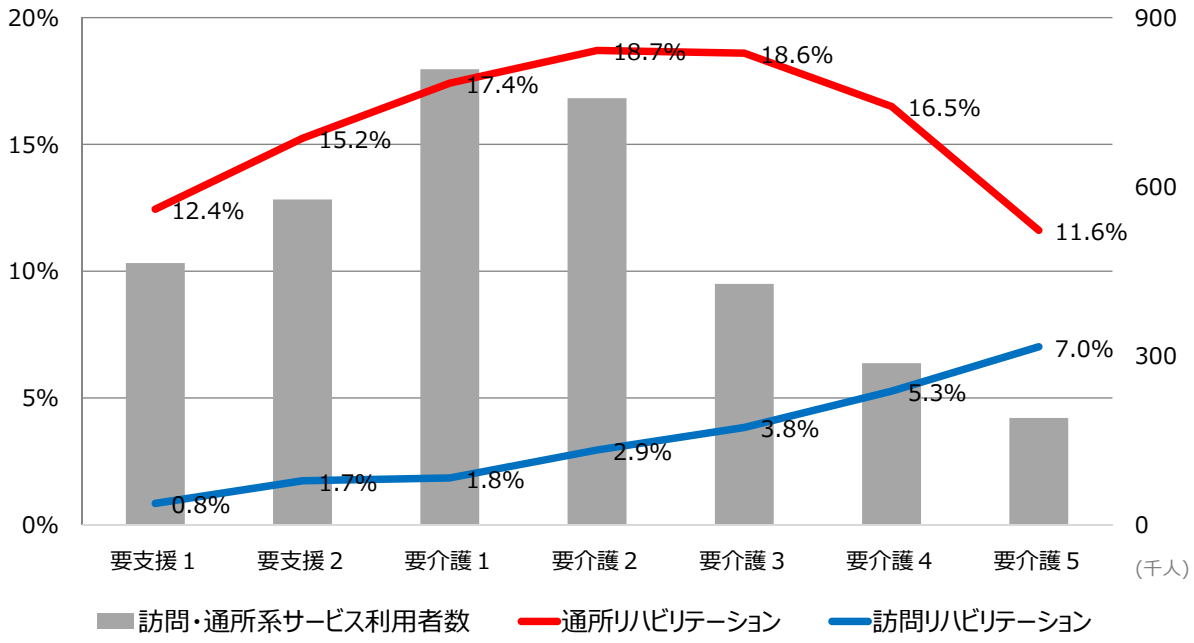
居宅介護支援



居宅介護支援利用者と比べ、通所介護はやや軽度、
通所リハは同等、訪問リハは中重度者が多い。

3

介護度別利用者数から見た利用率

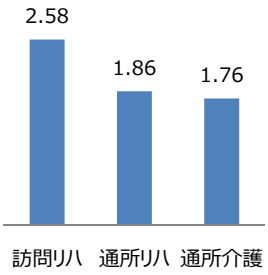


訪問リハは重介護者ほど選択される機会が増加するが、通所リハでは減少する。
両サービスを合わせても、わずか18.6%の利用にとどまる。

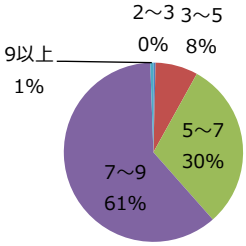
4

サービス時間・加算等の実態
介護給付費H28年8月審査分

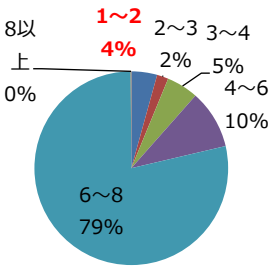
平均介護度



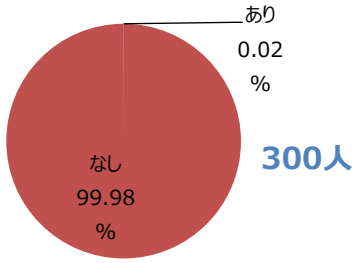
通所介護・時間



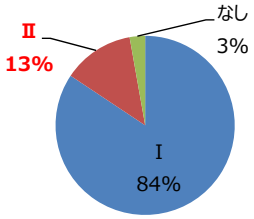
通所リハ・時間



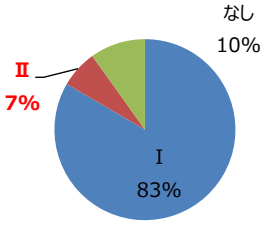
生活行為向上リハ



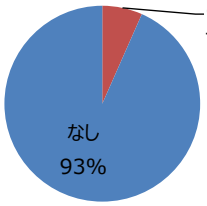
通所リハマネ加算



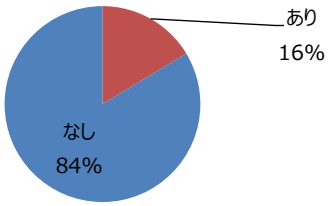
訪問リハマネ加算



通所・社会参加支援加算

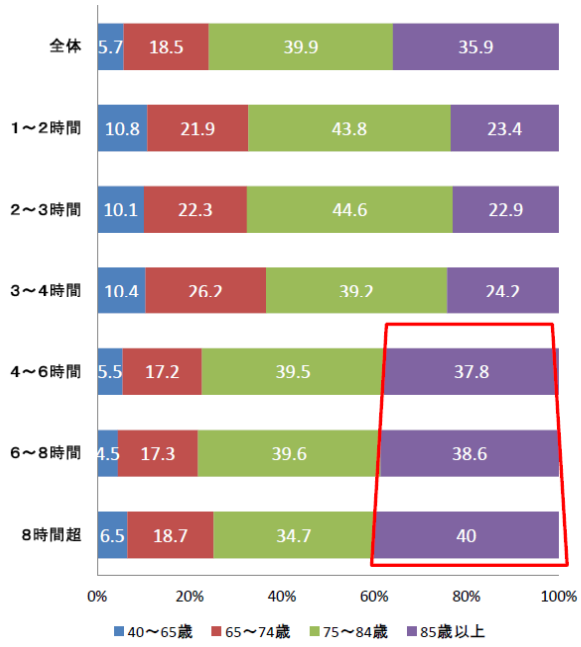


訪問・社会参加支援加算

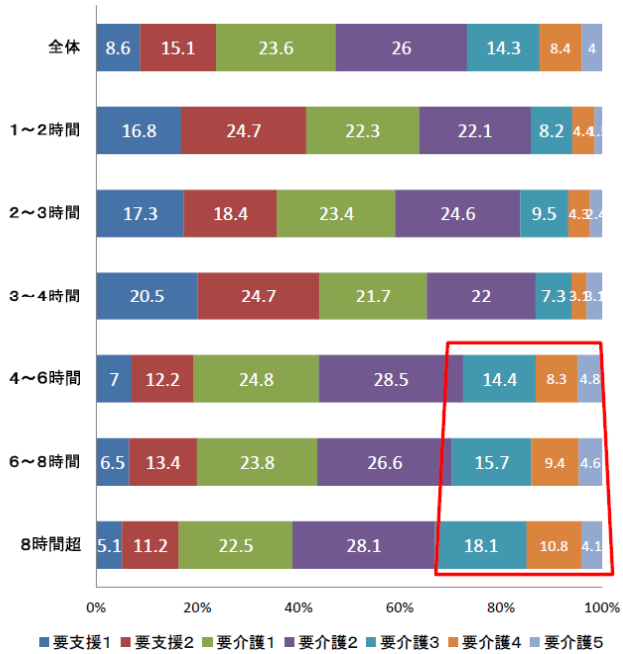


通所リハビリテーションの利用者内訳

通所リハビリテーションの年齢別　利用者内訳



通所リハビリテーションの介護度別　利用者内訳

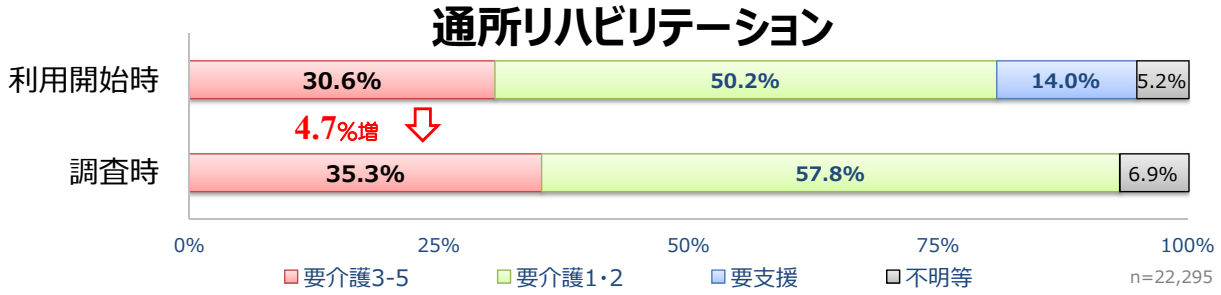


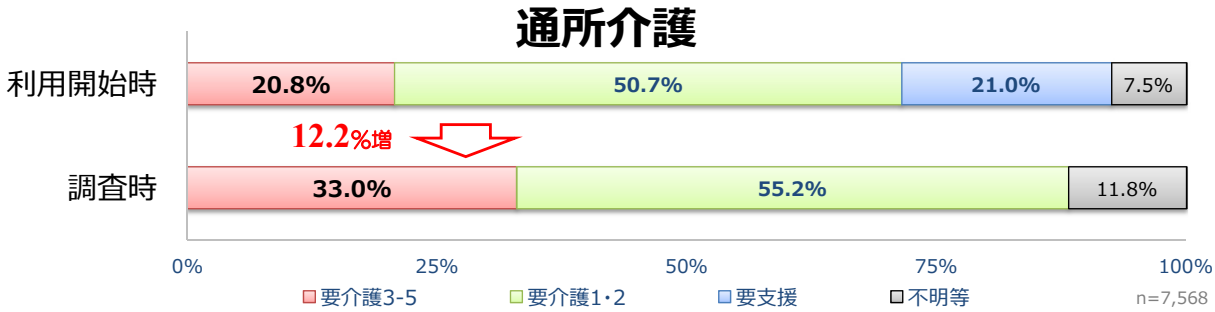
平成27年度老人保健健康増進等事業　通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業調査報告書より　14

長時間利用ほど高齢かつ中重度者の利用率が高いことから、
通所リハは多様なニーズに対応していることがわかる。

サービス利用による要介護度の悪化割合

対象：調査時に要介護の利用者

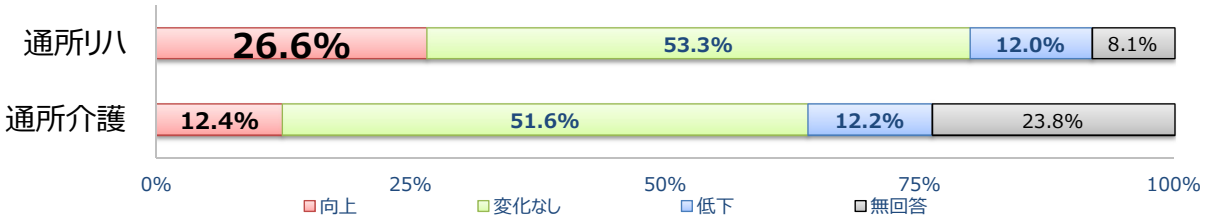


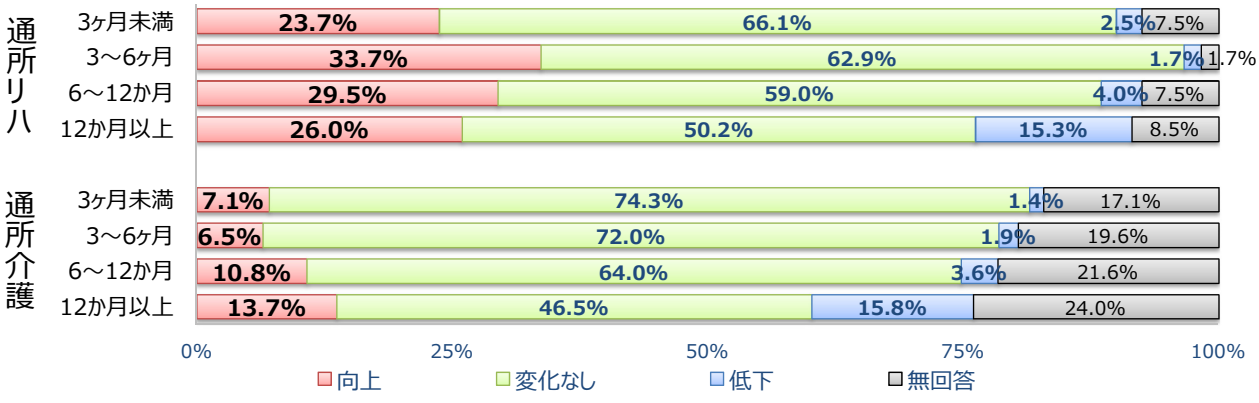


介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業．老人保健推進費等補助金老人保健増進等事業，2011

通所リハでは、通所介護と比較し、
要介護3-5へ変化（悪化）した利用者割合が少なかった。

サービス利用による日常生活自立度の変化

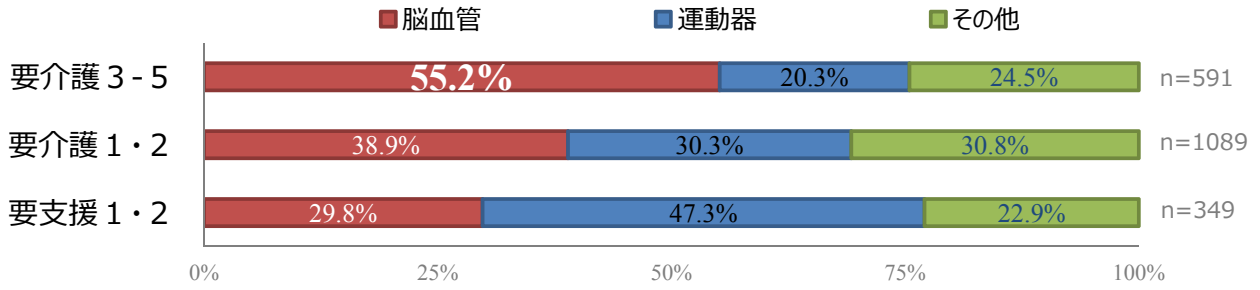


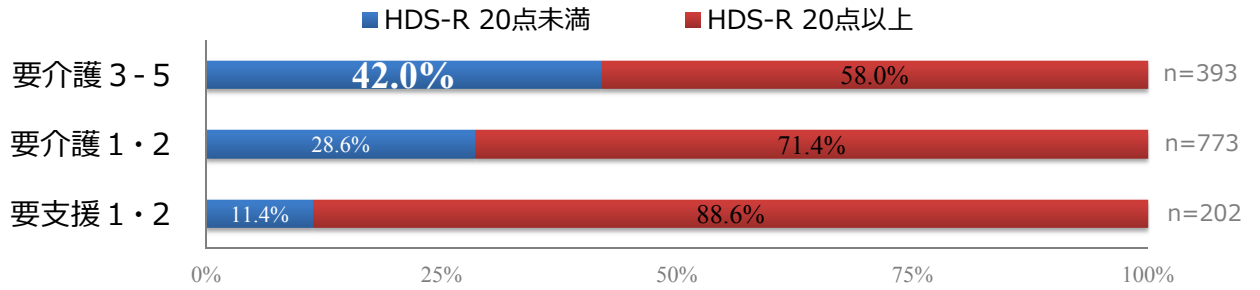


リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業．平成27年度 介護報酬改定影響調査，2015

通所リハでは、通所介護と比較し日常生活自立度の改善率が高く、
加えて12ヶ月以上の利用でも26%に自立度の向上が見られる。

利用者の主疾患





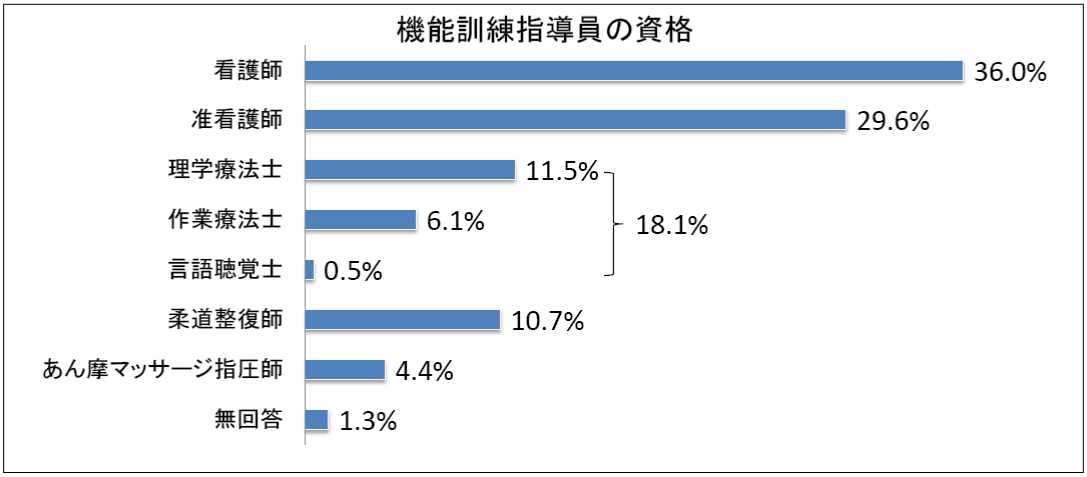
全国デイ･ケア協会：平成27年度実態調査．全国デイ･ケア協会調査事業，2015（介護度別に再分析）

中重度者は脳血管疾患および認知症の割合が高く、生活機能や介護負担に影響を与えるだけでなく経過も長いため、通所リハは継続した対応が求められる。

理学療法士･作業療法士･言語聴覚士の配置

1事業所あたりの職員配置（常勤換算）（人）

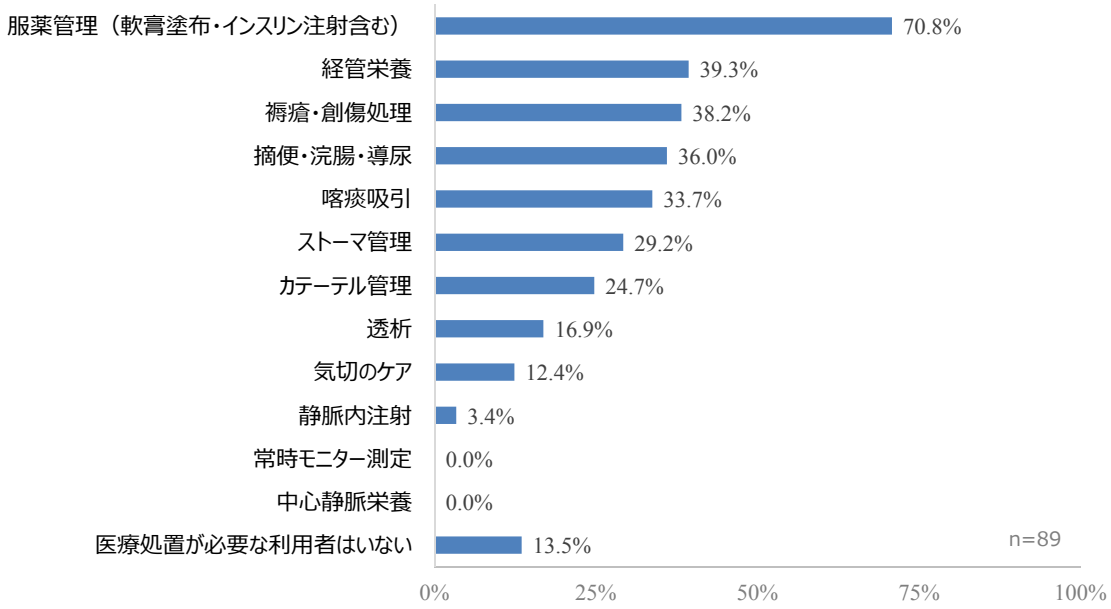
	医師	看護職員	介護職員	理学療法士･作業療法士･言語聴覚士（小計）または機能訓練指導員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
通所リハ	0.7	1.6	7.2	2.7	1.7	0.9	0.2
通所介護	0.0	0.9	4.8	1.0	0.12	0.06	0.01



平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成27年度調査）（3）リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業報告書

通所介護に比べ通所リハに専門職が多く配置されているが、求められる機能を果たすために現在の人員配置基準が十分とはいえない。

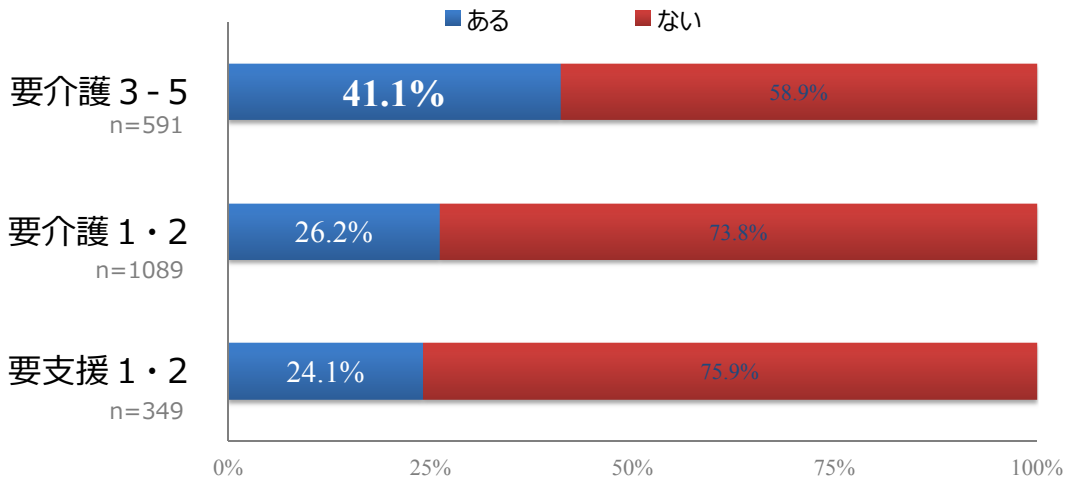
医療的ケアが必要な利用者



全国デイ・ケア協会：医師の役割に関する調査．平成27年度全国デイ・ケア協会調査事業，2015

8割を超える通所リハ事業所において、何らかの医療的ケアが必要な利用者がいる。

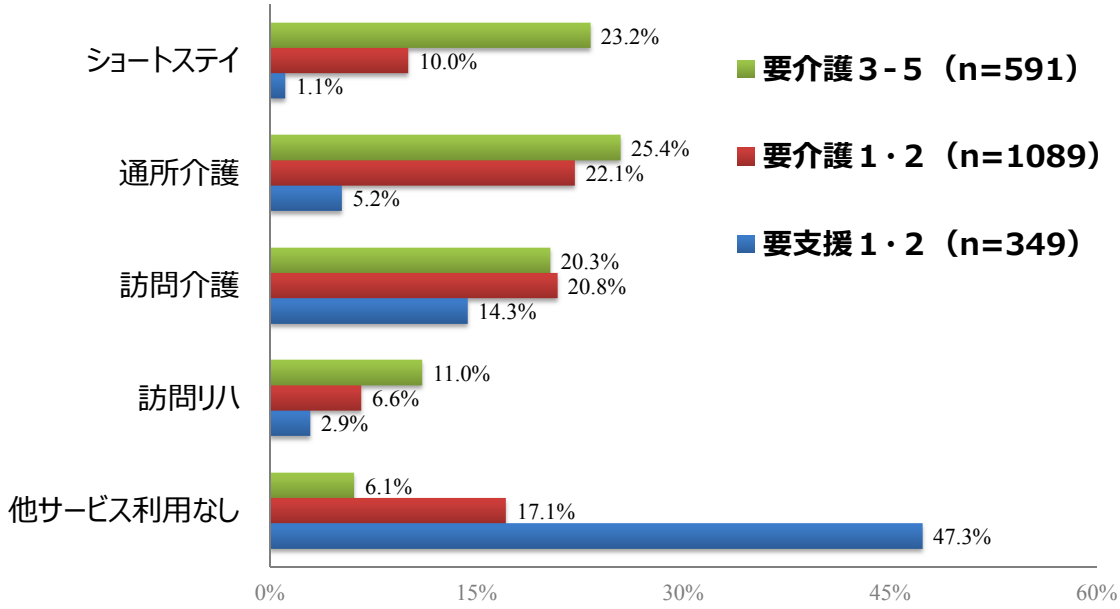
1年間の入院有無



全国デイ・ケア協会：平成27年度実態調査．全国デイ・ケア協会調査事業，2015（介護度別に再分析）

通所リハ利用の中重度者のうち４割以上が1年間のうちに入院するリスクをもった利用。

併用する居宅サービス



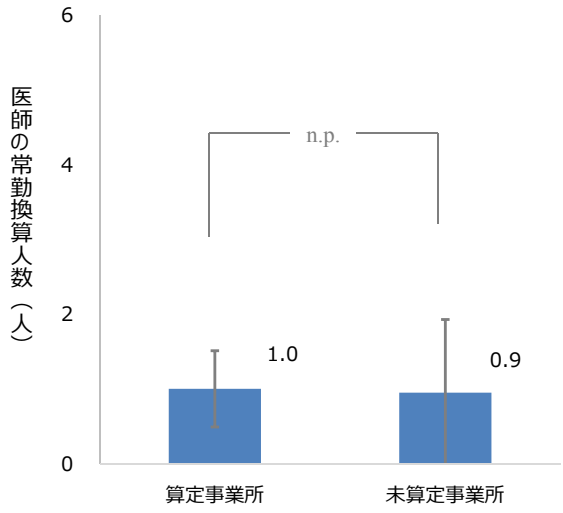
全国デイ・ケア協会：平成27年度実態調査．全国デイ・ケア協会調査事業，2015（介護度別に再分析）

通所リハ利用の中重度者は、他の居宅サービスを併用しているケースが多く、
地域での施設間連携が求められる。

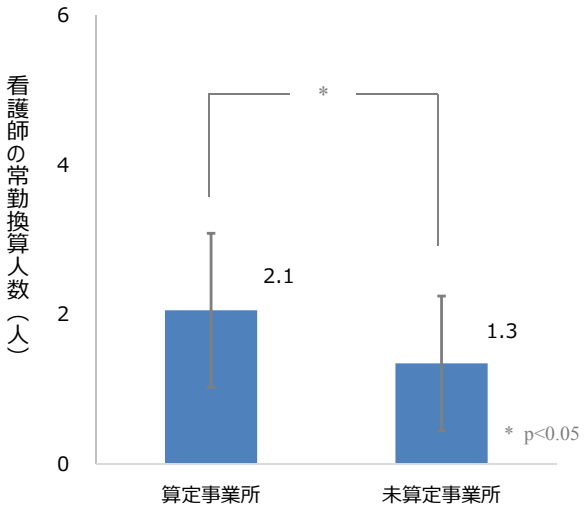
医師・看護師の配置人数

通常規模の施設に限る

中重度ケア体制加算 算定有無別
医師の配置人数



中重度ケア体制加算 算定有無別
看護師の配置人数



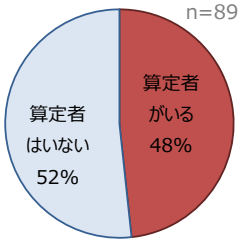
全国デイ・ケア協会：医師の役割に関する調査．平成27年度全国デイ・ケア協会調査事業，2015

通所リハで中重度ケア体制加算の算定事業所において、
医師の配置にほとんど差はないが、看護師の配置が優位に多かった。

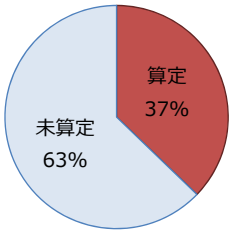
重度者の受け入れ状況

中重度ケア体制加算

中重度ケア体制加算の 算定事業所割合

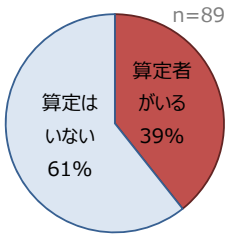


中重度ケア体制加算の 算定率

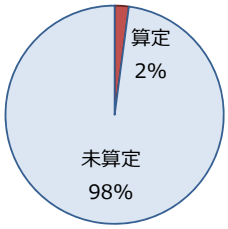


重度療養管理加算

重度療養管理加算の 算定事業所割合



重度療養管理加算の 算定率



全国デイ・ケア協会：医師の役割に関する調査．平成27年度全国デイ・ケア協会調査事業，2015

中重度ケア体制加算の算定事業所は約５割あるが、算定率は37%にとどまる。
重度療養管理加算の算定事業所は約４割であるが、算定率はわずか2%にとどまる。

生活機能の維持・向上を目指した
通所系サービスの普遍的機能と実施内容

区分	通所系サービスの機能	実 施 内 容 等
通所リハ	**医学的管理** ● 医師の診察等による医学的管理 ● 看護師による処置等の医療機能	● 通所リハ担当医と主治医が情報交換を行い，定期的な診察等により疾患管理を行う． ● 通所リハ担当医の指示に基づき，看護職が処置等を実施する．
通所リハ	**心身・生活活動の維持・向上** ● 早期退院・退所者、在宅にて急変した方への専門的リハビリテーション医療 ● 生活活動（ADL/IADL）の各行為を維持・向上するリハビリテーション医療	● 医師の指示に基づき，PT・OT・STが専門的観点から評価し，チームとして目標設定を行い，その設定された期間内にて心身機能や生活活動（ADL/IADL）の各行為の維持・向上を図る． ● 自宅訪問等，当事者の日々の暮らしを把握する．
通所介護・通所リハ 共通機能	**社会活動の維持・向上** ● 日常の健康管理，自立した生活に資する社会的活動・参加機会の確保 ● 地域での自立した暮らしに資する知識・技術の啓発	● 利用時の体調管理や、関連職種による運動指導等，活動の機会の確保 ● 他の利用者・職員との交流を通じた参加機会の確保により，社会性の向上を図る． ● 暮らしに必要な知識・技術について，当事者・家族に専門職の立場から啓発する．
通所介護・通所リハ 共通機能	**介護者等家族支援** ● 介護者等家族の支援 ①精神的介護負担軽減（お預かり機能等） ②身体的介護負担軽減 （介護環境調整や介護技術向上による負担軽減）	● サービス利用（いわゆるお預かり機能）による介護者等家族の直接的負担軽減を図る． ● 介護者等家族の心身および介護環境の両面にわたる負担の軽減を図り，介護技術向上をはじめ，介護者等家族の社会参加を含めた介護者支援を行う．

（全国デイケア協会　通所サービス実践ガイドライン　第3版改変より）

- 4つの機能の組み合わせにより「自立した生活」と「安心かつ安定した生活」をサポート．
- ケアプランをふまえつつ専門的評価を実施し，個別の通所計画を作成し，複雑で多岐にわたる利用者のニーズを把握することが不可欠．
- リハの提供に関しては，基本動作・体力・ADL・IADLへの働きかけを網羅し，専門職やケアスタッフによる個別の対応，アクティビティの活用や，集団によるかかわりなど、より多くの方法を持つことが望まれる．

ある事例から



訪問リハビリテーション	座位時間の確保と対応の工夫によりBPSDが緩和し介護負担軽減から生活圏が拡大した事例

事例	年齢：90代　性別：女性	要介護５（レビー小体性認知症，恥骨骨折後の廃用症候群）
	【サービス利用開始までの経緯】 １年ほど前にレビー小体型認知症と診断、その後自宅で転倒され恥骨骨折受傷。２ヶ月の入院加療で自宅退院するが、身体機能低下により寝たきり状態。自傷や他傷行為、介護拒否、昼夜逆転等により介護負担が大きい状況。主介護者の娘は日中仕事で、訪問介護・訪問看護・訪問リハを利用し、その他を娘が介護する生活のため休まる時間がない状況だった。元来通所サービスの利用拒否があったことから、退院時に利用は検討されなかった。	

	開始時	**現在（約3ヶ月経過）**
生活および介護状況	● 離床機会はなくベッド上生活 ● 他傷行為など介護拒否があり、訪問介護での離床も困難 ● 一人になると大声を出したり自傷行為がみられ易く、座位や声かけにて症状が緩和する傾向 ● 主介護者の娘は日中仕事。日中は訪問系サービスを利用訪問介護は食事・整容・排泄介助 ● 訪問看護では自傷行為による傷のケアや排便コントロール ● 昼夜逆転あり、夜間帯も見守りが必要な状態 ● HDS-R0点、DBD48点 ● Zarit介護負担尺度日本語短縮版（J-ZBI_8）21点	● 娘や訪問介護による車いす離床が可能となり、座位時間が増大　ショートステイの利用が可能となる ● ショートステイを利用開始し、娘の介護負担は軽減 ● ショートステイ先にケア方法をアドバイスしたことで落ち着いて過ごせるようになる ● 不穏状態は見られるものの自傷や他傷行為は減少したため訪問介護、訪問看護でのケアの幅が広がる ● 対応方法が確立されたため通所リハも利用開始 ● HDS-R0点、DBD37点 ● Zarit介護負担尺度日本語短縮版（J-ZBI_8）9点
訪問リハの目標	● 介助下での座位保持 ● 食事時や余暇時間などで離床機会を持つ ● 介護環境の改善による介護負担軽減	● 関節拘縮を予防し、介護負担増大を防ぐ ● 関連事業所、家族含めた協力体制を築く ● 家族負担感の大きい更衣や移乗動作の介助量軽減
訪問リハのサービス内容	①　臥位および座位ポジショニング評価・アドバイス ②　車いす選定・介護者への移乗方法のアドバイスと離床支援 ③　他サービスへの介助方法アドバイス ④　BPSD緩和の方法を共有	①　ショートステイ先での車いすのポジショニング再評価、伝達 ②　娘・他サービスへの介助伝達









結果：リハ評価にもとづく良肢位での座位保持の確保とケア方法の工夫によりBPSDが緩和し、ショートステイの利用へつながり娘の介護負担軽減が図れた。車いす等の環境整備や通所リハの併用により、その後も落ち着いた離床時間を過ごせている。全身状態が不安定なうえ介護者支援が継続して必要なことから、今後も通所リハ・訪問リハの協働対応が重要となる。

18

通所リハビリテーション	座位保持に注目した対応から離床時間拡大し、役割を通して意欲向上につながった事例

事例	年齢：70歳代　　性別：女性	要介護5（脳出血による四肢麻痺・構音障害）
	【サービス利用開始までの経緯】 ● 発症から４年、ほぼ寝たきりの生活でＡＤＬは全介助。訪問看護、訪問介護、訪問リハなど訪問系サービスを利用されており、訪問系サービスのみだったことから、外出機会が少なく他者との交流も少ない状況。離床時間や外出機会増加や、ご家族のレスパイト目的で通所リハに相談あり。	

	開始時	中間（約1年後）	現状（開始より約2年）
生活および介護状況	● ADLは全介助で自宅ではほぼ寝たきり ● 介護者の夫と２人暮らしで介護負担大きいため、訪問系サービス中心に利用（喀痰吸引・オムツ交換対応等） ● 日中は主にベッド上で過ごされ、通所リハ利用時に短時間のみ離床が確保可能(座位耐久性低下) ● 介助方法は定着しているものの、ご主人の介護負担感が大きい	● 起居動作、座位等での介助量が減り、自宅では夫の介助による離床の機会が増加 ● サービス利用時も離床時間が拡大し、本人が希望する園芸活動を開始 ● 主体的活動を通してスタッフとの意思疎通や、自発的な意思表示が見られる	● 食事の際に手を伸ばすなど変化あり ● 園芸時に座位での水やりなど手入れが役割として定着 ● 自ら「花を選びたい」という希望が聞かれたため、スタッフ同行で家族と花屋に外出（評価） ● 本人の意思表示も増え、介護負担感は減少 ● 夫の介護スキルも向上し、２人で外出できるようになる
通所リハのサービス目標	● 座位耐久性向上を図り、車いす離床時間の拡大 ● 夫の介護負担軽減	● 趣味活動を通した意欲向上 ● 趣味活動や食事時に必要な座位姿勢の保持（座位での良肢位） ● 口腔機能向上による誤嚥性肺炎予防・発話増大	● 趣味活動や食事時に必要な座位姿勢の獲得(座位ポジショニング)
通所リハのサービス内容	① 介護職と協働での座位保持練習 ② 立ち上がり・立位保持練習 ③ 車いす座位姿勢のポジショニング評価 ④ 訪問系サービスとの情報共有 ⑤ 多職種によるアセスメント	① 創作活動など趣味の園芸活動実施することで、役割をもった離床時間を確保。 ② 座位保持練習（管理栄養士とSTによる食事中の嚥下・食形態評価を含む） ③ 立ち上がり・立位保持練習	① 立ち上がり・立位保持練習 ② 排泄動作練習 ③ 座位保持練習および機会増加 ※定期的な家族介助方法の再確認





結果：座位でのさまざまな活動や専門職の対応により座位耐性は向上し、本人の意思による離床しての活動時間が増えた。また生活上で役割を持てたことが本人の意欲向上につながった。喀痰吸引など医療対応や栄養状態の管理も引き続き必要なことから、今後も継続した多職種による評価等のフォローアップが重要となる。

19

社会保障

ゆうゆうLife

生活改善へ「座れる」目指す

通所リハビリで要介護重度者を受け入れ

医療機関や老人保健施設が介護保険で提供する通所リハビリテーション（デイケア）。介護施設が提供する通所介護（デイサービス）と混同されがちだが、専門職が個別リハを行うことで、身体機能だけでなく、生活レベルの機能回復を探るのが持ち味。これまで要介護度の重い人の利用は少なかったが、在宅に重い人が増える中で積極的に受け入れる所もある。

（佐藤好美、写真も）

埼玉県川越市の霞ヶ関中央クリニック（池田弘院長）が、要介護度の重い人を介護保険の通所リハビリテーションで進んで受け始めたのは平成18年。同クリニックの岡野英樹・コミュニティケア部副部長は「重度の人が自宅や地域に帰ってきているのに、受け入れる事業所がなかった。スタッフをそろえ、不安なく受け入れるようにした」と言う。もともと長期療養の高齢者を受ける病院で、スタッフの経験があったことが大きい。

現在は利用者の半数が要介護3以上。経管栄養や在宅酸素を利用する人も。目指すは「座れるリハビリ」だ。寝たきりの人は車椅子に座れることを、車椅子の人は椅子に座れることを目指す。車椅子に座れると外へも出られる。生活が一変するからだ。家族からの問い合わせは多く、「外出できるんだ」と驚きの声も上がるという。

同市に住む太田久子さん（64）＝仮名＝は週3回、日に約7時間を通所リハで過ごす。21年に脳出血で倒れて以来、要介護度は最重度の5。当初は座った姿勢が保てず、家でも寝たきりだった。しかし、2年ほど前から座っていられるようになった。

夫の勇さん（69）＝同＝は「寝て過ごすか、座って過ごすかでは、見える風景が違う。ここでの運動で腹筋や背筋がついたおかげだと思う」と喜ぶ。

久子さんは機能訓練に積極的だ。欠かさず行うのが、理学療法士との30分の歩行訓練。両脇を支えてもらい、約5㍍の平行棒を2往復する。スタッフは「実用的でないかもしれないが、本人の歩きたいという気持ちに応えたい」と話す。実用性に疑問がつくのは、発症から4年がたち、医学的には身体機能の大幅改善は見込めないからだ。だが、スタッフは生活改善の効果を実感する。「本人が歩きたくても、尿意があっても、家では介護者も高齢で介助できない。ここでなら歩かせてトイレにも連れて行ける」。久子さんも自宅ではオムツだが、通所リハでは介助でトイレに行く。

言語聴覚士とも1対1で約30分のリハビリを行う。舌の運動の後、「あ・い・う・え・お」と発語の練習。「今日は何月何日？」「曜日は？」との質問に懸命に答えた。

栄養摂取は胃に管を通した「胃ろう」。だが、飲み込みの訓練では、氷水で口腔内の刺激を受けた後、スプーンでコーヒーを飲ませてもらった。「モグモグの動きや飲み込みができるようになった。ゼリーなどで練習し、楽しみのためだけでも食べられるようになるといい」と、スタッフは期待する。

発声や発語はスムーズではないが、勇さんは「声も前より出るようになった。あうんの呼吸で冗談も嫌みも分かる。会話できると張り合いがある。介護の苦労は全然違います」と話している。



言語聴覚士と発語と発声の訓練をする＝埼玉県川越市の霞ヶ関中央クリニック

地域偏在で使いにくさも

通所リハビリ（デイケア）は介護保険で提供されるリハビリ。身体機能の回復にとどまらず、利用者が家でどう暮らしているかを視野に、障害が残るなりに生活しやすいように機能改善を進めたり、個々が役割を果たせるように社会参加を促したりする。

だが、使いにくさもある。最大の問題は地域偏在。特に東日本では不足が顕著で、必ずしも近隣にあるとはかぎらない。

ケアプランに盛り込まれないと利用できないが、介護保険には利用限度額があり、「ケアマネジャーによって、リハビリをプランに盛り込むかどうか、個人差がある」といわれる。介護保険でリハビリを使い始めると、原則は医療保険のリハビリに戻れないなどの制約もある。

事業所を選ぶ際には、①個々の生活目標を立て1対1でリハビリを行っているか②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など複数の専門職が配置されているか―などをチェックしたい。

要介護度の中重度の人を受け入れるかどうかは事業所によって異なる。通所リハビリの利用者の平均的な要介護度は、特別養護老人ホームなどが提供する「通所介護」とあまり差がない。通所リハビリには医師が配置されているが、胃ろうなど医療ニーズのある人の受け入れも多くない。

厚生労働省は昨年度の介護報酬改定で通所リハビリに、要介護度が重く、医療の必要のある人の受け入れを促した。要介護度が4、5で胃ろうなどの経管栄養、褥瘡などの治療を行っている人などを受け入れた場合に加算を新設した。しかし、受け入れは広がっていない。

背景には、重度の人へのリハビリ効果がはっきりしないこともある。効果を感じている事業所がある一方で、重度者の多い事業所は平均要介護度の悪化が大きいとの調査結果もある。機能低下にリハビリが追いつかない格好だ。重度の人にどんなリハビリを、どう行うか―。現場の模索が続く。

20

産経新聞
H26年3月6日 朝刊

中重度者にとっての活動と参加





再び家族と
外食へ







再び自宅で
園芸を





21

座ること・・・活動と参加に向けた一歩

















22

座ることがもたらす効果

車イスでの崩れた座位姿勢



目的のある座位



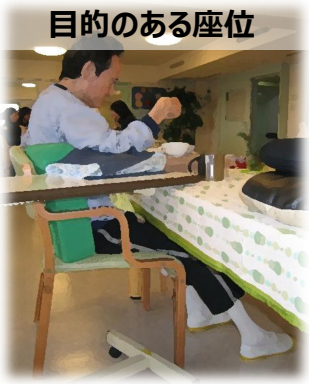
主体的活動へ



座位保持が困難



目的のある座位

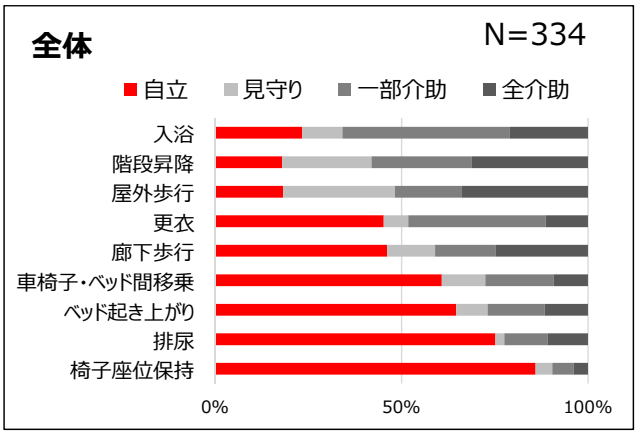


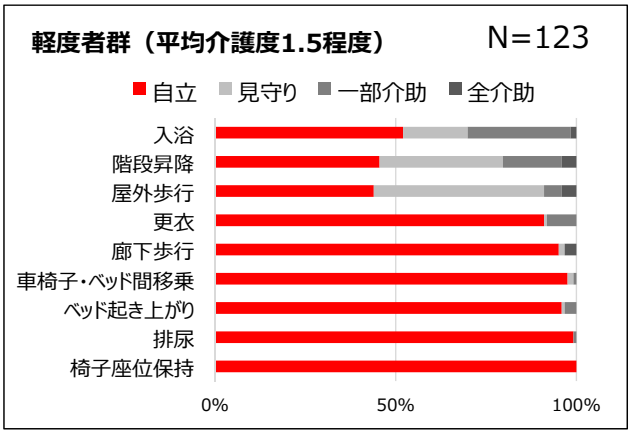
食事の自立へ

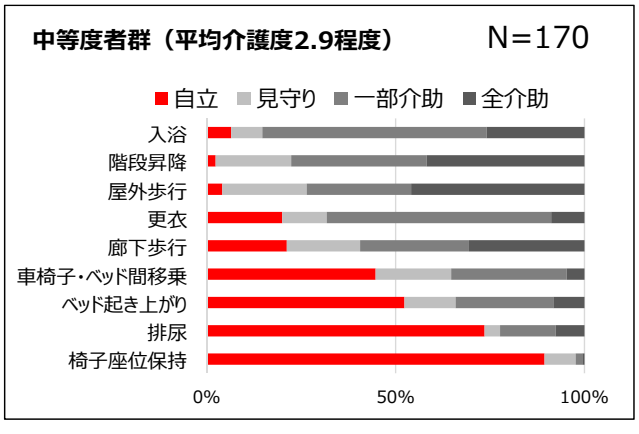


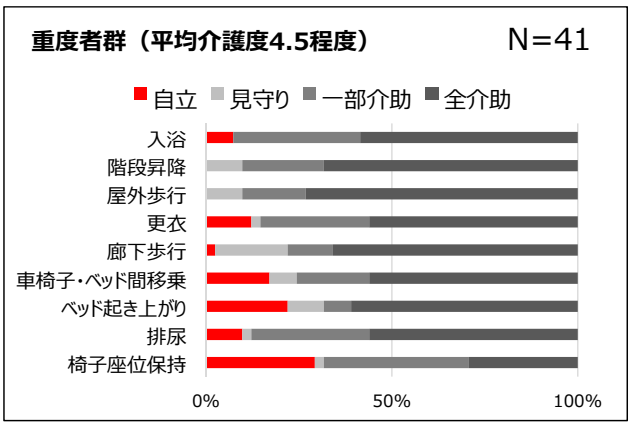


真正会　デイリハビリテーションセンター（2015年）







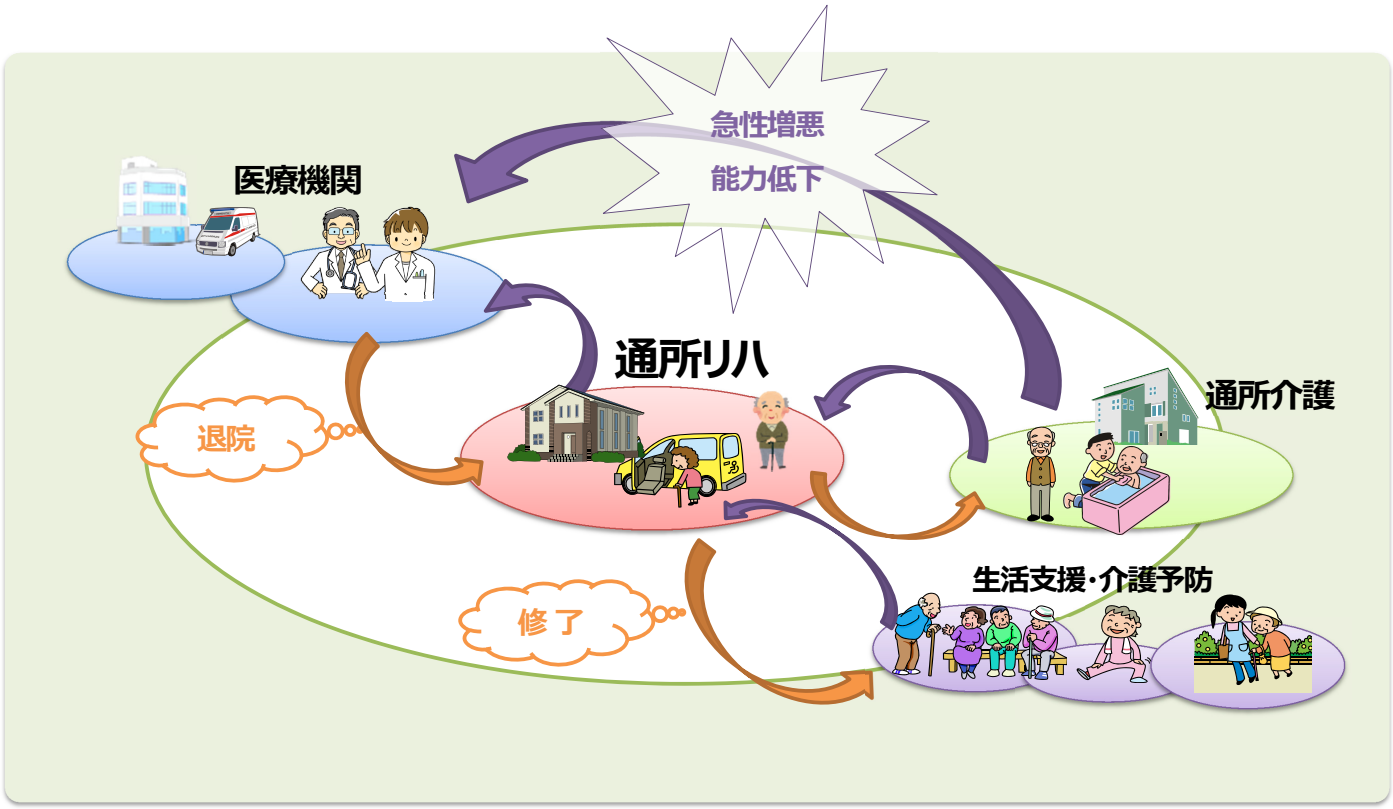


開始時に座位が保てなかったが、

現在座位保持が可能になった方は、

7名

循環型施設としての通所リハビリテーション



まとめ

- 通所リハは要介護度・生活自立度の改善に寄与し、悪化も抑制することができている。
- 通所リハは基準上多職種配置ではないが、中重度者を受け入れるためには多職種協働が必要であるため、専門職の加配がポイントになる。
- 維持・改善をあきらめず対応することが重要であり、それには各専門職のアセスメントに基づく個別性の高い対応もポイントとなる。
- 中重度者の活動と参加を推進するためには、訪問リハは通所系サービスへの移行推進、通所系サービスは受け入れ体制の強化が必要であるが、あわせて家族やケアマネジャーの理解が重要である。
- 中重度者は生活機能や介護負担に影響を与える疾病が多く、地域から継続したリハ的対応が求められている。
- 訪問リハ・通所リハは各々独自の利用ニーズはあるものの、一体的に提供することがより効果的であると考えられる。

リハビリテーションの質の向上について

永生会における機能強化型･維持期型の通所・訪問リハビリテーションサービスの取り組み
～医療から介護へのスムーズな連携～

医療法人社団　永生会　永生病院
荒尾 雅文　特別委員

永生会における機能強化型・維持期型の通所・訪問リハサービスの取り組み

～医療から介護へのスムーズな連携～

医療法人永生会　法人本部リハビリ統括管理部
理学療法士　荒尾　雅文

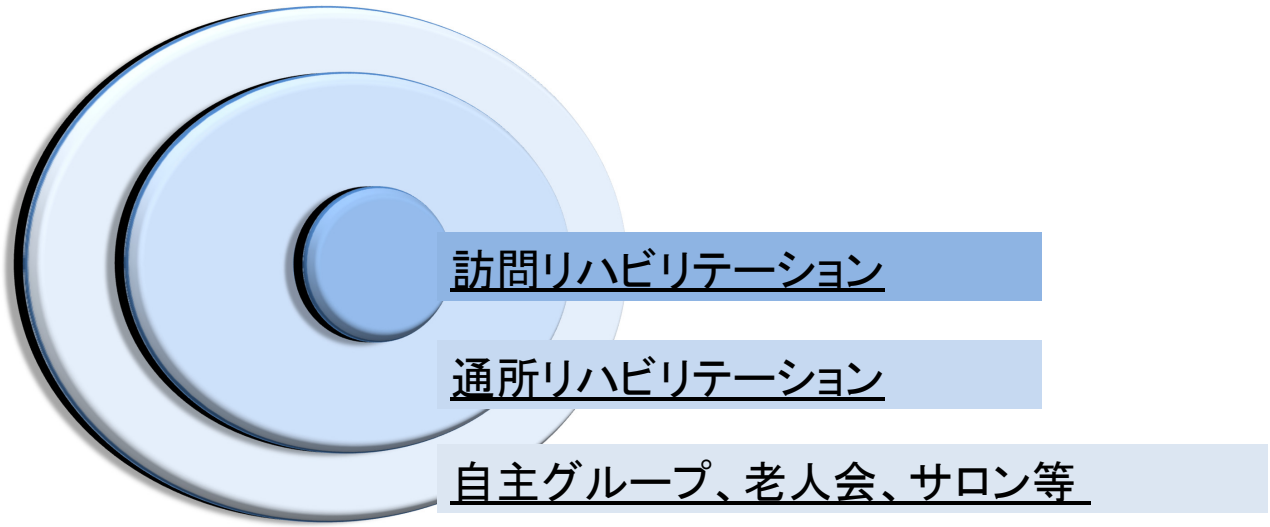
永生会の通所リハ・訪問リハ



通所・訪問リハビリの機能整理

医療法人社団 永生会
Medical Corporation Eiseikai Association

生活期リハビリテーションの位置付け



訪問と通所のリハビリテーションの特徴

	訪問リハビリ	通所リハビリ
関わる時間	短い	長い
活動度	低い	高い
特徴	1対1	多くのスタッフが関わる
	自宅の問題点に 直接アプローチ可能	ピアカウンセリングが可能
	リハ依存を起こしやすい	自宅の状況が見えにくい

訪問リハ・通所リハでの問題

①訪問リハビリ・通所リハの長期化

・長期化し目的が不明確？継続することが目標？
・他の場所へ出かけるきっかけを作っているか？

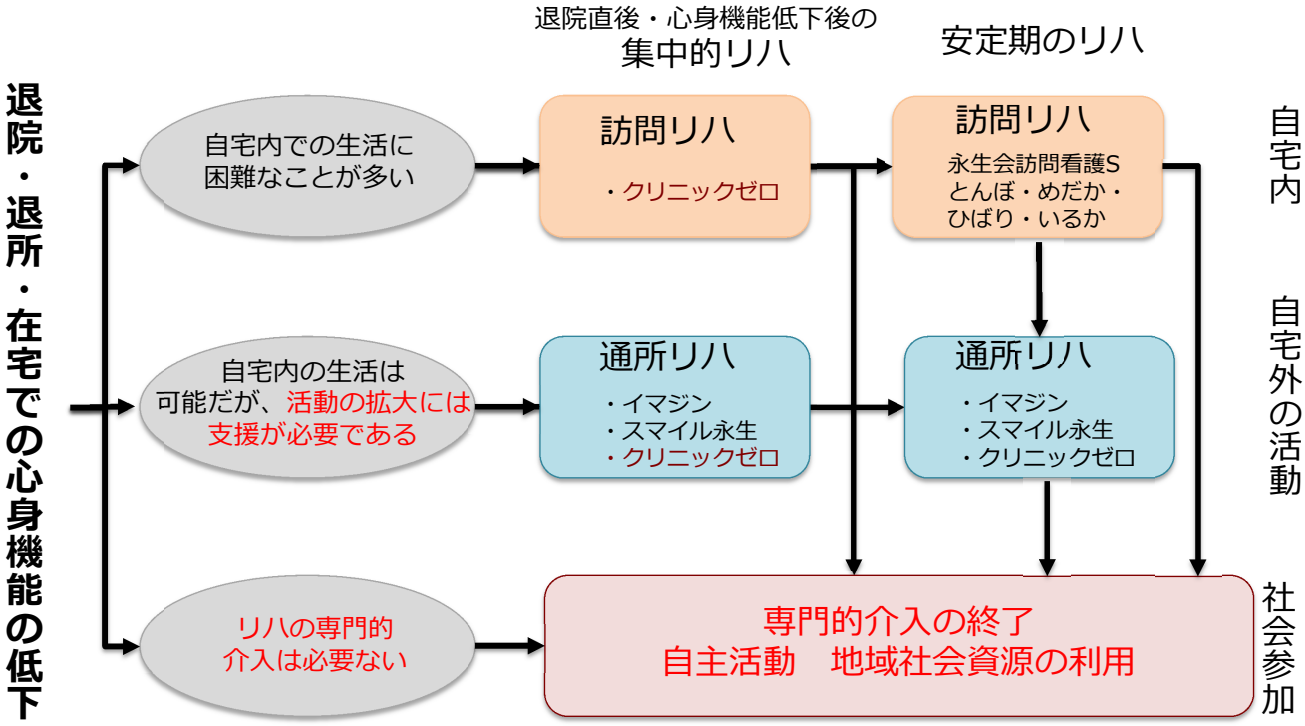
長期的に訪問・通所リハが必要な方を見直しつつ、
適切なサービスと連携する

②リハが必要な時期にタイムリーに介入できているか？

・廃用症候群が進まないうちに依頼が来ていない。
・適切な内容（通所・訪問）で、必要な量のサービスが
提供できているか？

病院・施設・介護支援専門員への分かりやすいアナウンス
目的・期間を明確にしたリハビリテーションの提供

永生会生活期リハビリテーションの流れ

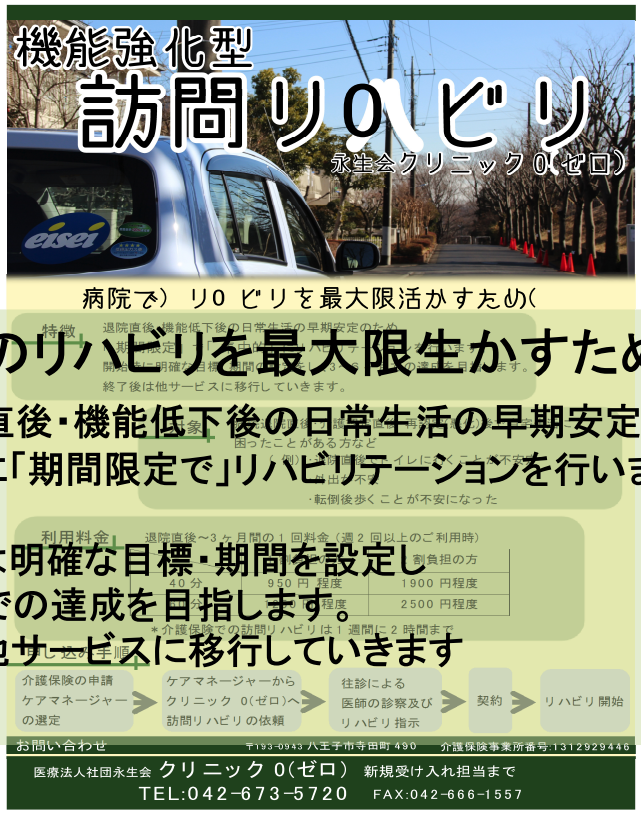




必要な方に必要な量の
リハビリテーションを提供する

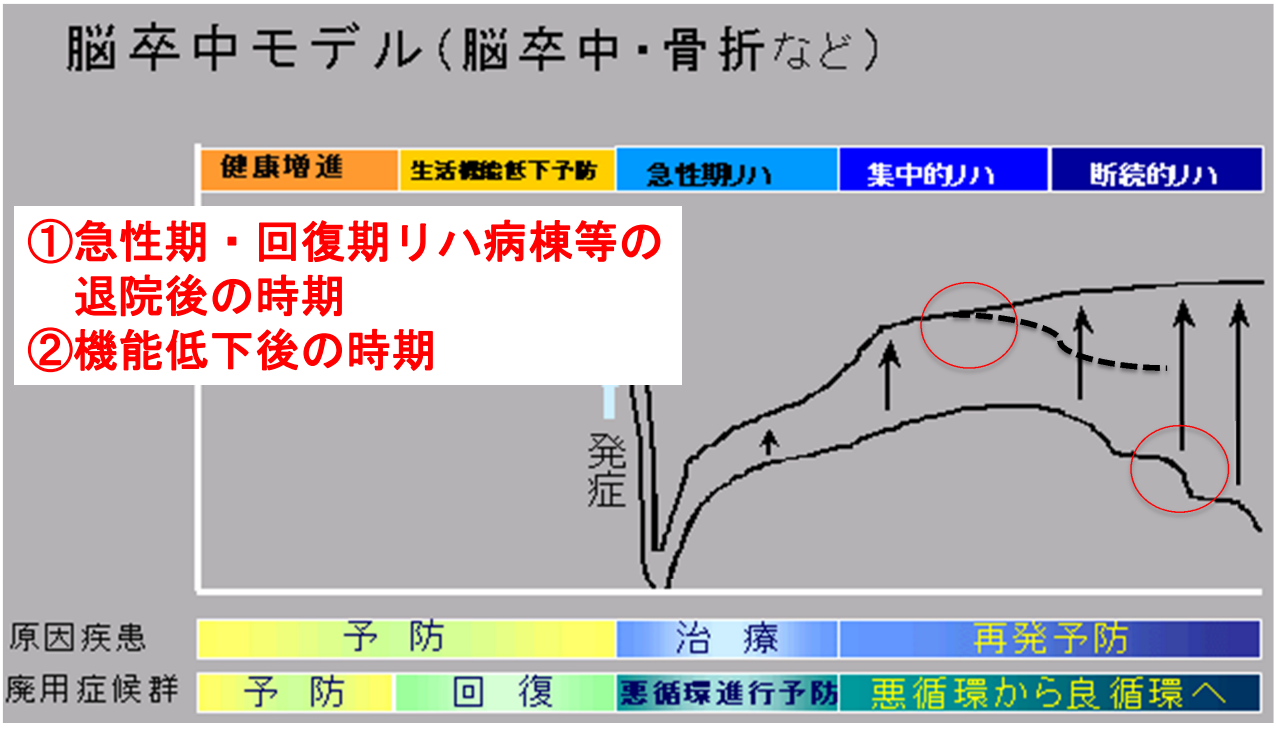


永生会クリニック0（ゼロ）での新しい訪問リハビリの取り組み



11

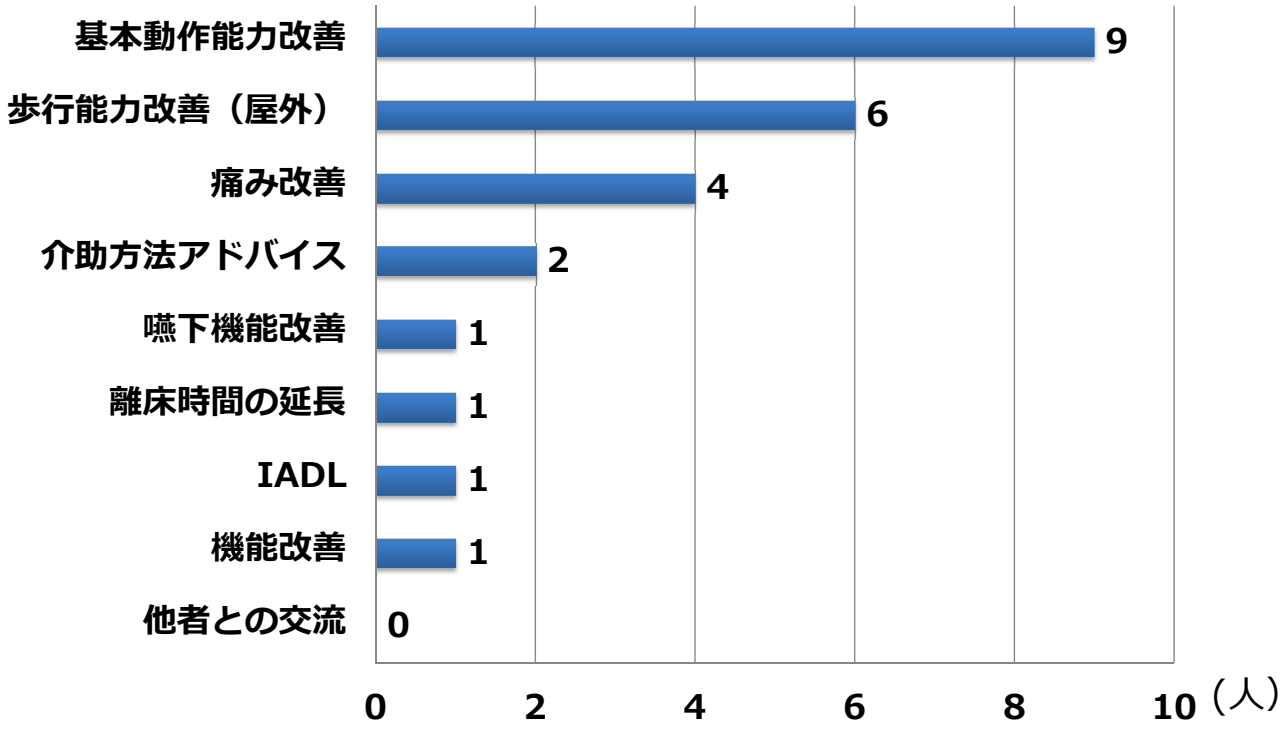
医療と介護の連携で重要な時期



「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」高齢者リハビリテーション研究会

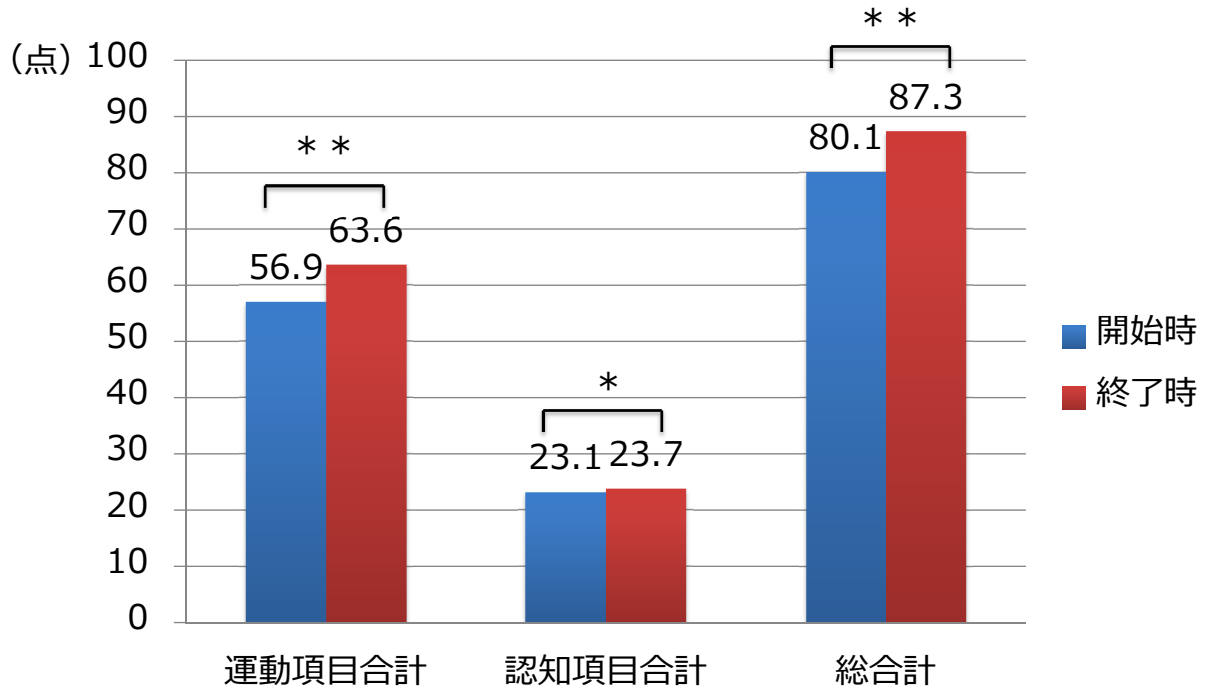
医療法人社団 永生会

対象者のリハビリの主目標



医療法人社団 永生会

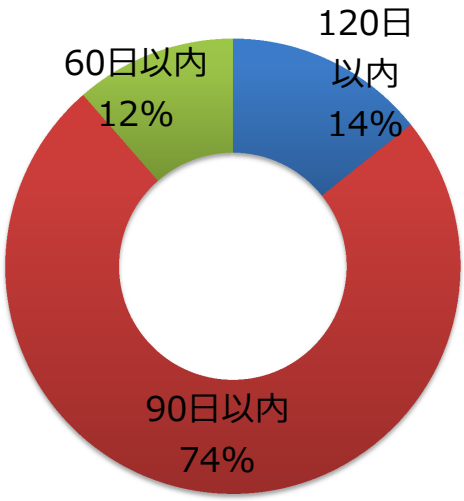
訪問リハビリ開始時と終了時の対象者のFIM得点推移

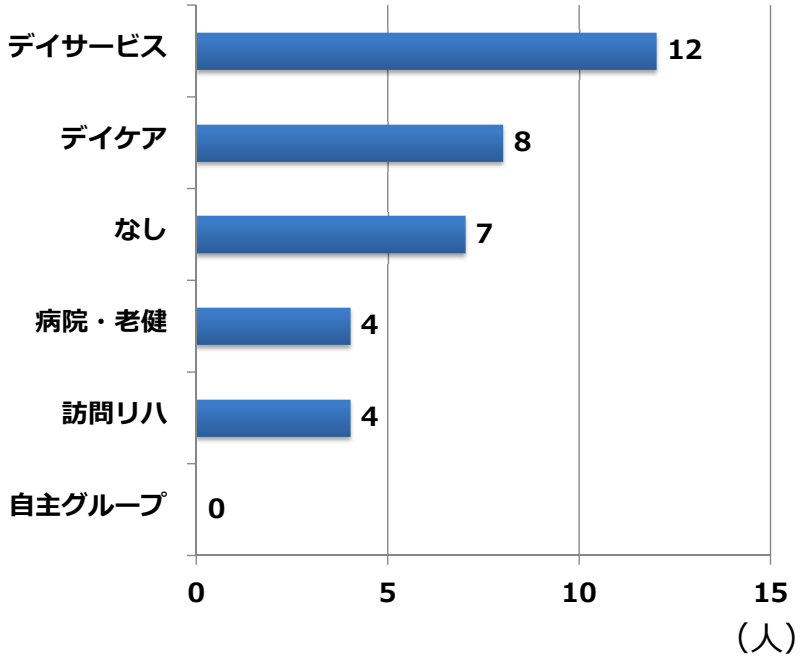


2群間の差をWilcoxonの符号付順位和検定にて検定 、＊＝p＜0．05、＊＊＝p＜0．01

医療法人社団 永生会

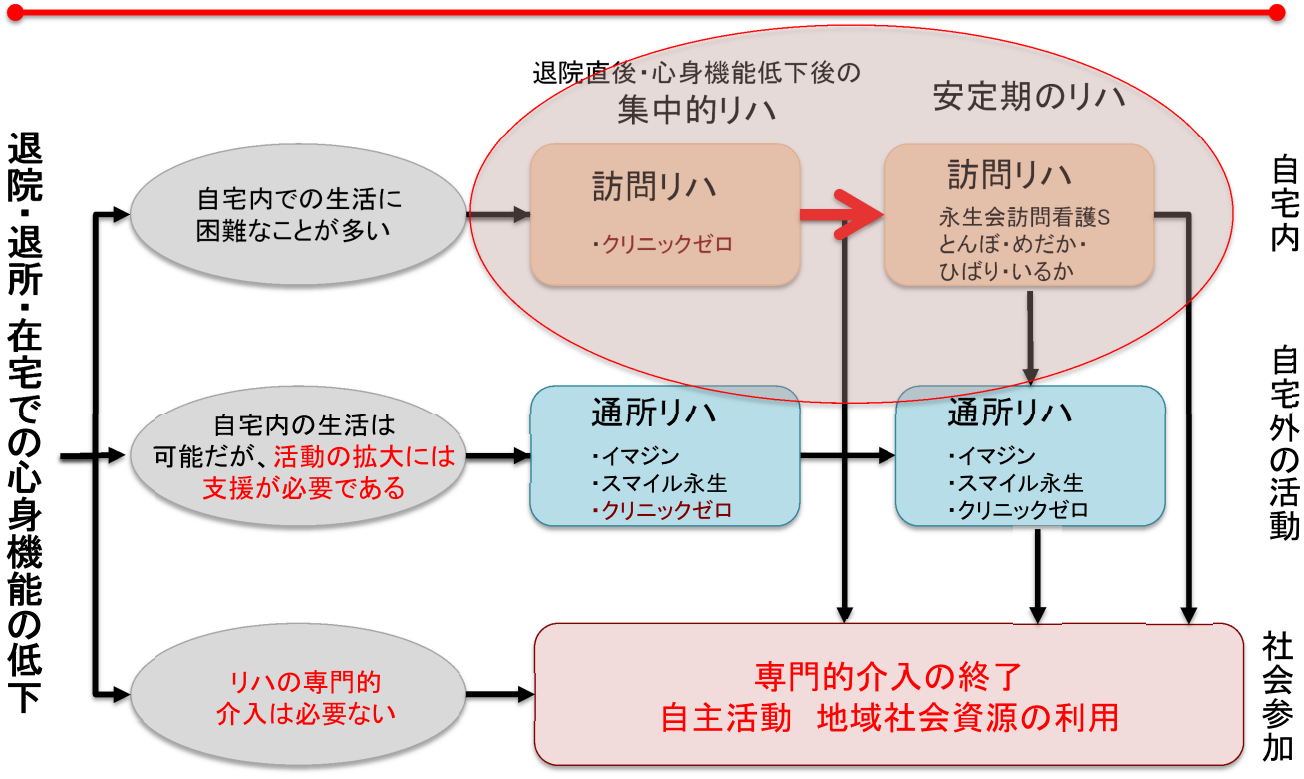
リハ期間と終了後サービス





医療法人社団 永生会

永生会生活期リハビリテーションの流れ



現在のゼロ訪問の問題点

- 退院に合わせタイムリーに入るために介入までの動きが大変。
- 利用者さんの変化や、開始から終了までの回転が早くスタッフには高い能力が必要。
- まだまだリハを効果的に実施するための、適切な時期についての周囲の理解が不十分

医療法人社団 永生会
Medical Corporation Eiseikai Association

永生会クリニックゼロ通所での社会参加を促す取り組み



永生会クリニック 0(ゼロ)

活動・参加強化型通所リハビリテーション

短期間・リハビリ特化型リハビリ

利用者が「うまく出来るようになりたい」と思う生活行為改善を目標に一定の期間(3～6ヶ月程度)リハビリを行います。
終了後は通所介護やその他のサービスにつなぐなど卒業を意識した短期的・集中的なサービスを行います。

ゼロ通所の対象はどんな方？

要支援・要介護1-3(トイレ自立の方)
- 退院後継続してリハビリが必要な方
- 転倒などをして動くのが怖くなった方
- 体力が近頃低下して動きづらくなった方
- PT等の専門職によるリハビリが必要な方

ゼロ通所3つの特徴

①短時間(1時間)で、リハビリのみを集中的に行うデイケア
②運動の専門家である理学療法士が個別メニューを作成し、活動と参加の能力向上を目指す
③3名という少人数クラスで密度の高い対応が可能

最高のロケーションと経験豊富な専門職によるリハビリテーション

家庭的なリラックスした雰囲気でリハビリを！

送迎範囲

高齢者あんしん相談センター寺田全域
館町、椚田町、寺田町、大船町
高齢者あんしん相談センター片倉全域
小比企町、片倉町、西片倉町、宇津貫町、みなみ野、兵衛、七国、打越町(片倉台地区)

利用料金

週1回利用した際の1ヶ月利用料金の一例(1割負担)
要支援1　およそ2500円
要介護2　およそ3000円
＊料金は介護度・負担割合等により増減します

利用時間と開催曜日

	月	火	水	木	金	土	日
9:05~10:15				休診日			休診日
11:05~12:15							
13:25~14:35							

＊1日3クール、1時間10分のリハビリ
＊木、日、祝日は定休日

新規受入れ お問い合わせ

クリニック0(ゼロ)通所新規受け入れ担当
☎:042-673-5720 FAX:042-666-1557
事業者番号:1312929446　八王子市寺田町490

通所リハの特徴

- 短時間でリハビリのみ集中的に行う
- 理学療法士が個別メニューを作成し活動と参加の能力向上を目指す
- 1クラス3名の少人数制

目標達成型通所リハ

生活行為改善を目標に一定の期間リハビリを行う

7．通所リハビリテーション－1

改定事項と概要

（１）基本報酬の見直しと個別リハビリテーション実施加算の包括化

○ 長期間継続して実施される個別リハの評価の一部は、基本報酬へ包括化し、基本報酬を見直す。

（２）リハビリテーションマネジメントの強化

○ リハビリテーション計画書（様式）の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。

（３）短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算の見直し

○ 退院（所）後間もない者に対する、身体機能の回復を目的とした短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合し、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直す。

（４）認知症短期集中リハビリテーションの充実

○ 認知症高齢者は、個別のリハビリテーションよりも状況が理解されやすい集団活動や、何をするのかイメージできる活動の方が参加しやすいため、認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加する。

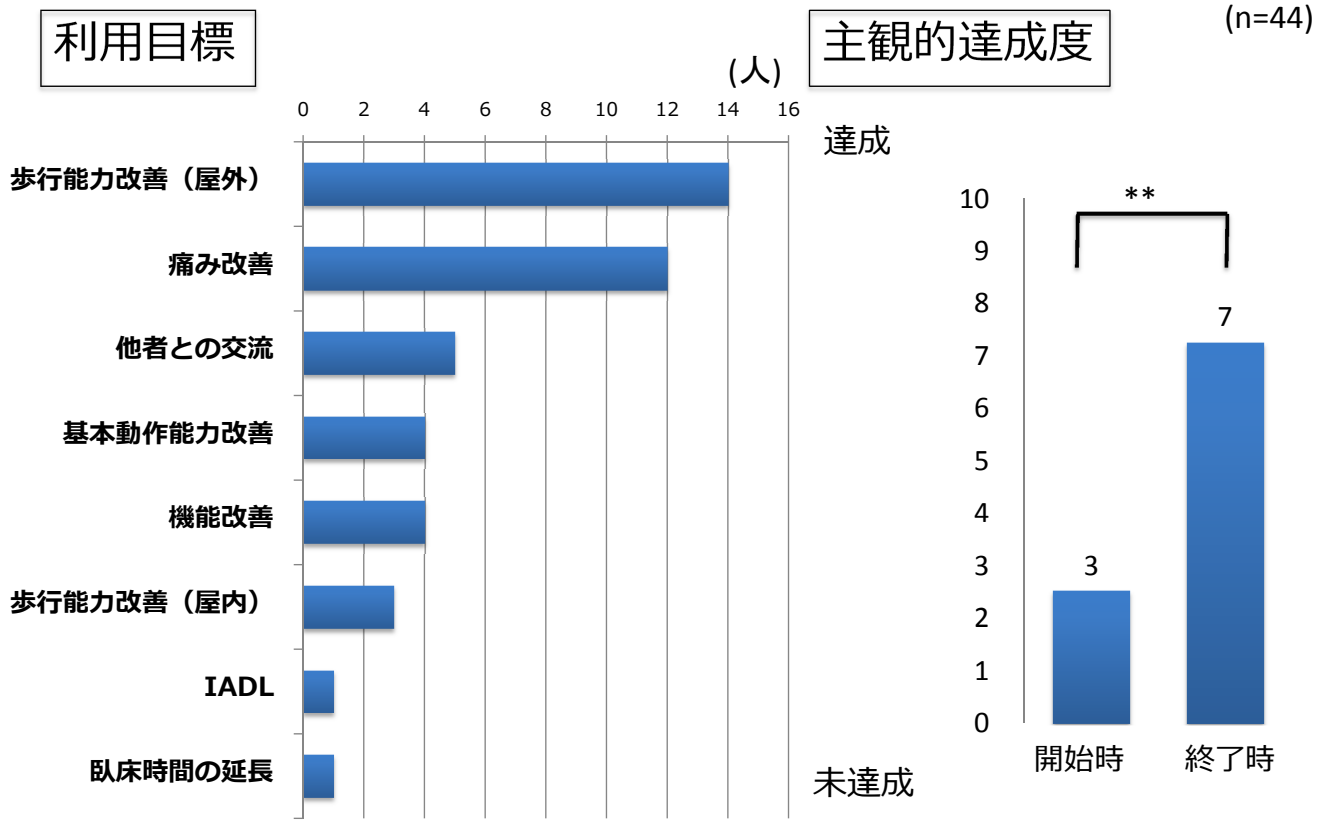
（５）活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系(生活行為向上リハ)の導入

○ ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導等において、訪問と通所を組み合わせることが可能となるような新たな報酬体系を導入する。

（６）社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価

○ 通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い通所リハビリテーションを提供する事業所を評価する。

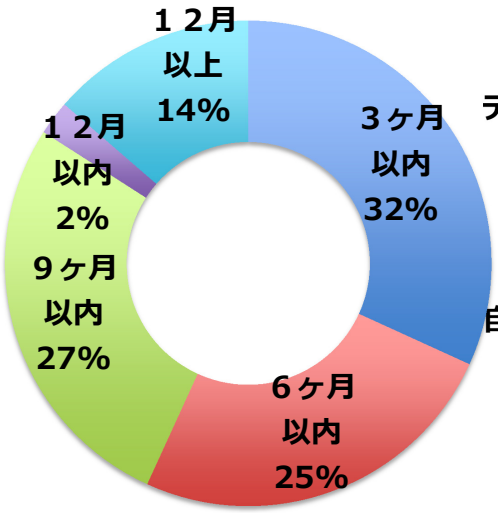
対象者統計ー利用目標と主観的達成度ー



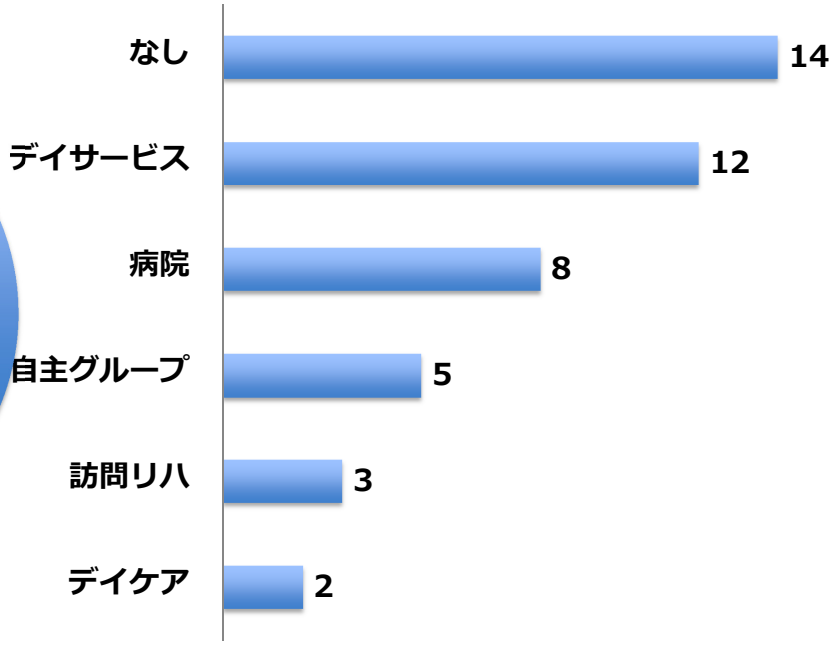
対象者統計ーリハ期間と終了後サービスー

(n=44)

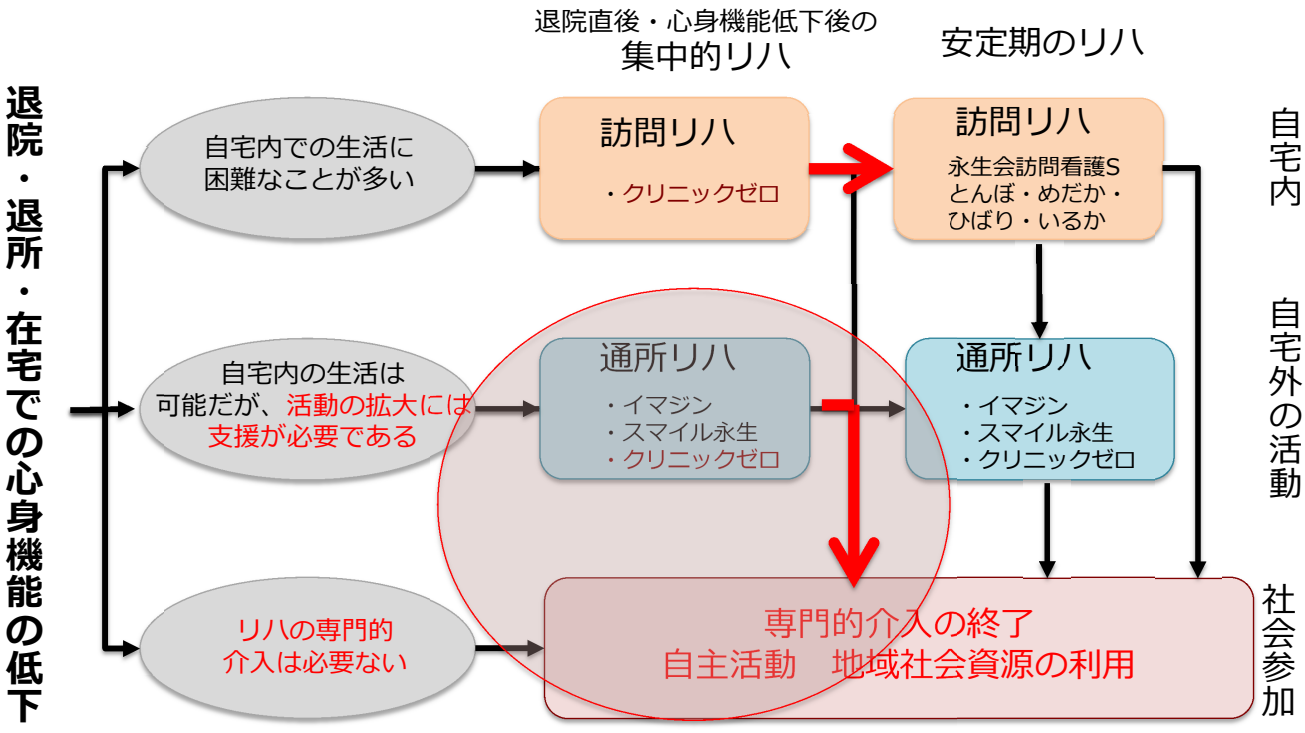
リハ期間



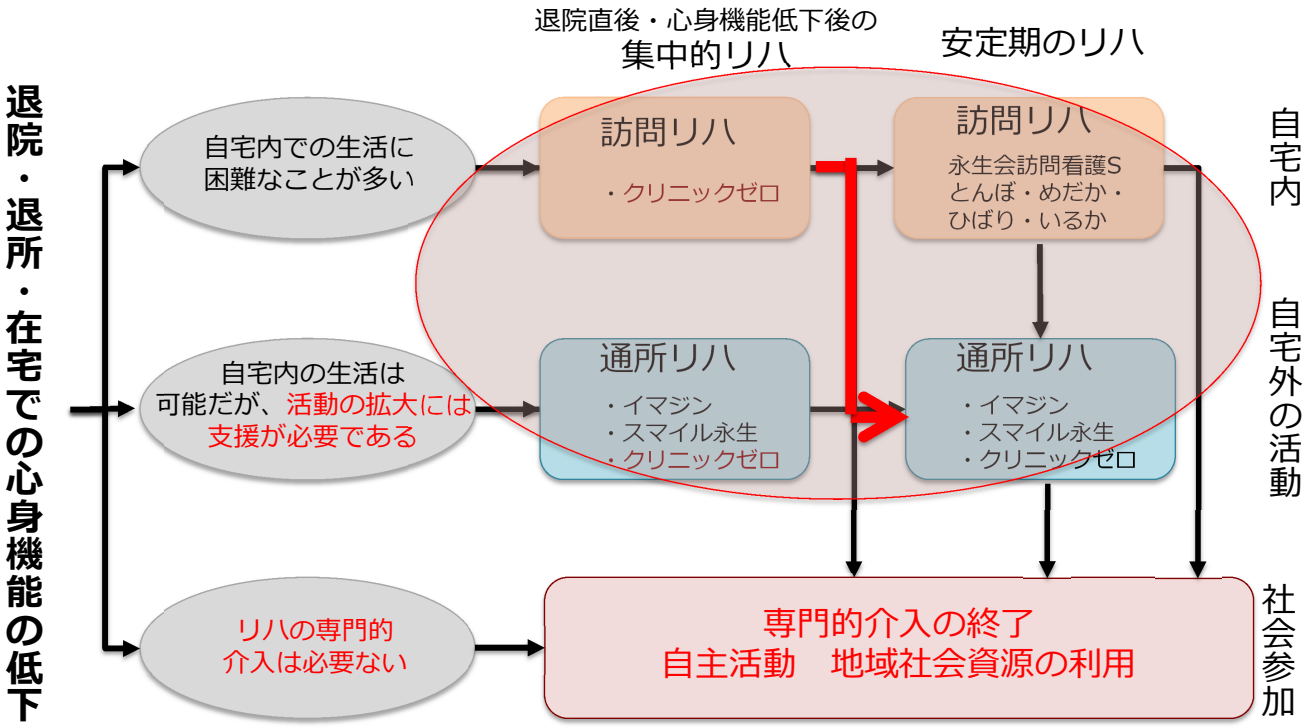
終了後サービス



永生会生活期リハビリテーションの流れ



永生会生活期リハビリテーションの流れ



現在のゼロ通所の問題点

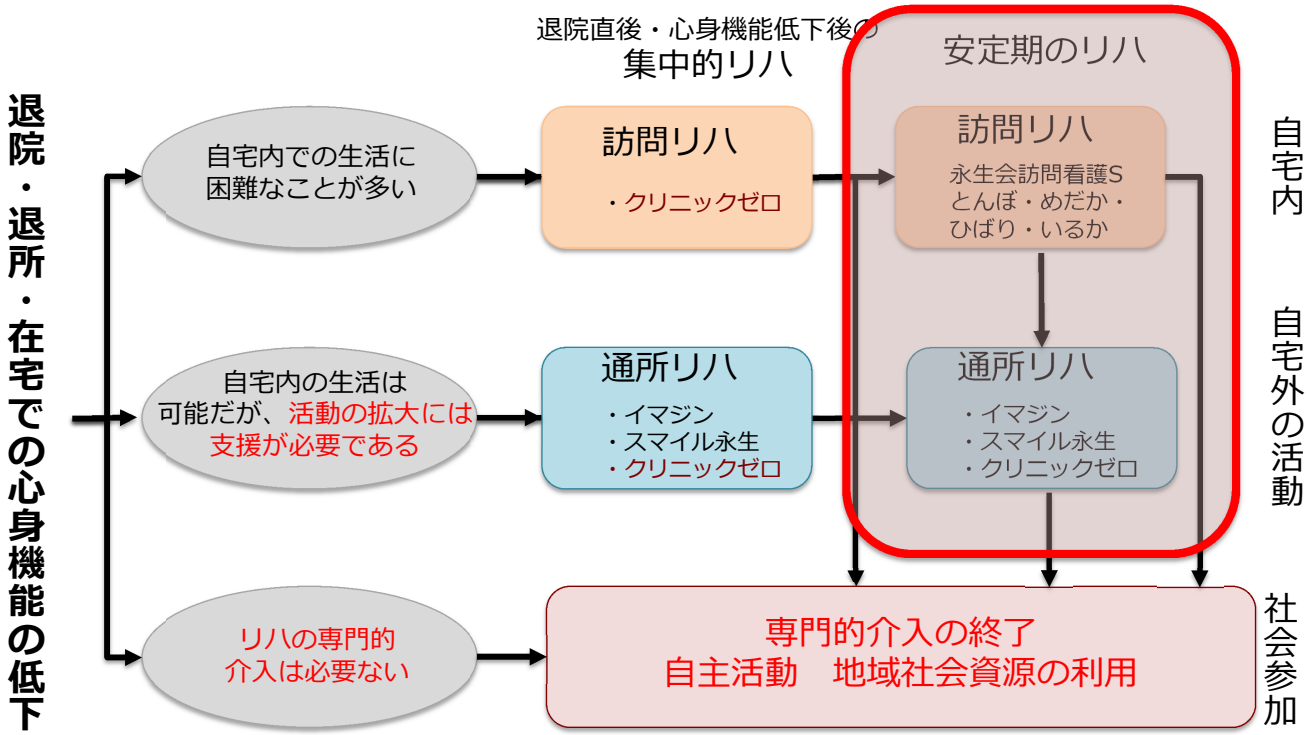
修了数に依頼数が追いつかない。
実績数がなかなか伸びない。



ケアマネさんの意見

・ゼロは切られちゃうからなあ。
・継続できる通所に初めから依頼したい。
・短期のサービス切り替えの手続きが大変！

永生会生活期リハビリテーションの流れ



訪問リハビリの長期利用が必要なケース

- 精神疾患（統合失調症、認知症）、呼吸器疾患、難病
- 高次脳機能障害等により自主訓練やセルフケアの習得が困難、もしくは時間がかかるケース。
- 継続的に食形態や周囲の環境調整が必要なケース。
- 独居、家族・キーパーソン不在のケース。
- 閉じこもり、意欲が低下しているケース。
- 設定目標をクリアし、さらに新たな目標が出るケース。
- 家屋環境により外出が困難なケース。
- 本人のメンタル面、気質により外出が困難なケース。

通所リハビリの長期利用が必要な方

・進行性難病のケース
・認知症や精神疾患のケース（合併している方）
・デイサービスで継続的な利用が困難な方ケース
・複数の疾患が合併しており、医療的な介入が必要なケース
・麻痺の回復が緩やかなケース。
　⇒目標達成後も回復がみられ、目標再設定をすべきケース。
・リハビリ目標がADL維持のケース。
　⇒終了すると低下してするケースも多くいる。
・高次脳機能障害で長期変化（改善、低下）があるケース

医療法人社団 永生会
Medical Corporation Eiseikai Association

医療と介護のシームレスな連携の在り方
（医療介護連携）

医療と介護のシームレスな連携の在り方
医療介護連携

医療法人　博仁会　志村大宮病院
副看護部長　兼　志村地域医療連携
センター　センター長
川﨑真弓　特別委員

医療と介護のシームレスな連携の在り方
医療介護連携

医療法人　博仁会　志村大宮病院
副看護部長兼
地域医療連携センター長　川﨑真弓
リハビリ科　科長代理　　川﨑仁史
法人サポート部　副部長　小野健悦

目次

■志村大宮病院の医療介護連携体制

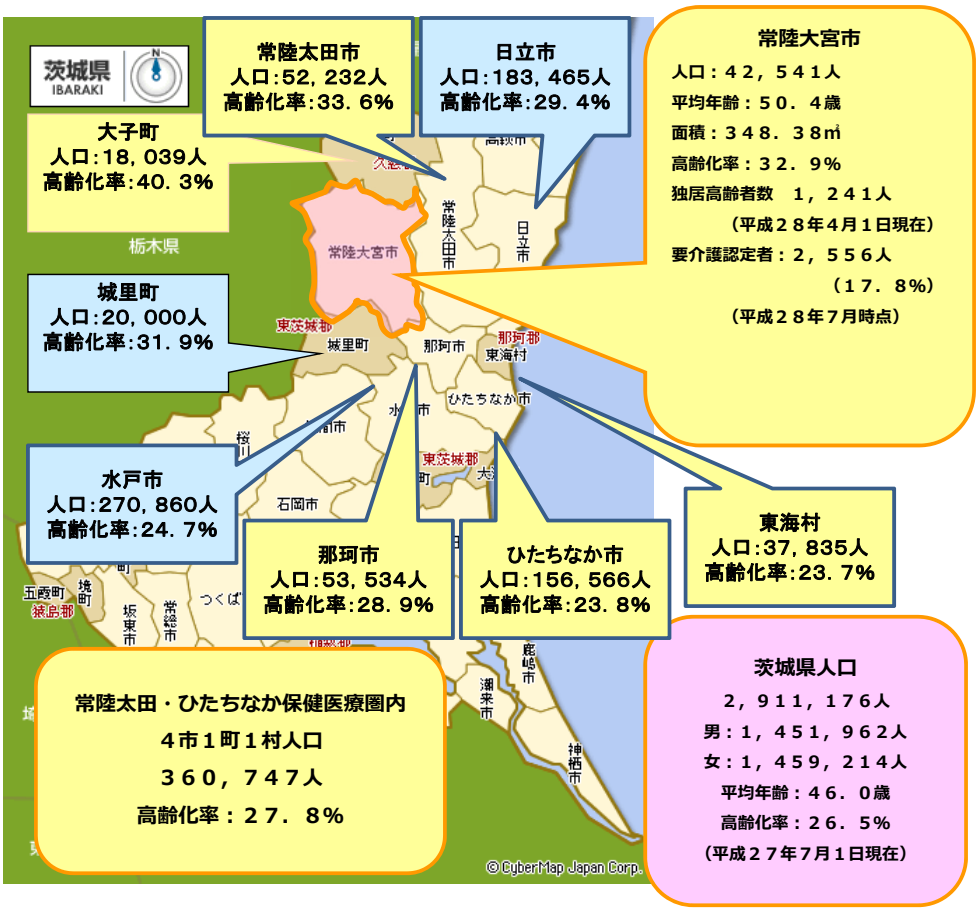
■リハビリテーションに焦点をあてた
志村大宮病院の取り組み

・介護老人保健施設との連携
・訪問リハビリテーションとの連携
・通所介護との連携

■茨城県央・県北地域における脳卒中
地域連携パスの取り組み

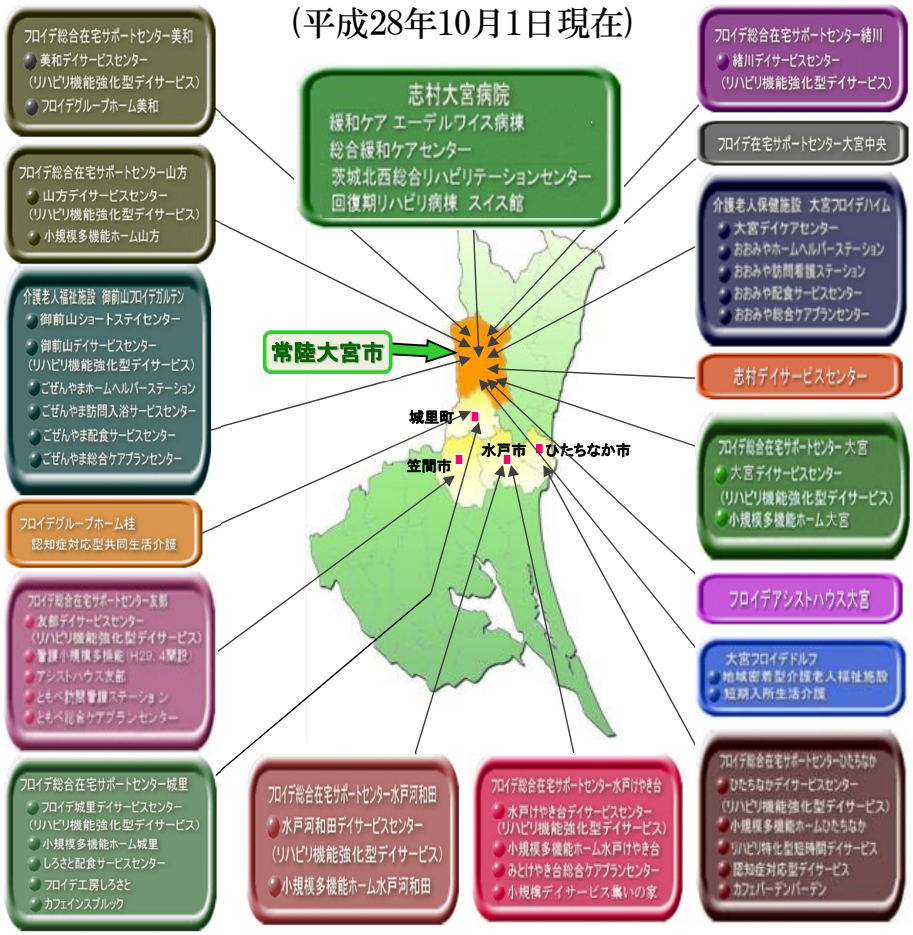
志村大宮病院の医療介護連携体制

茨城県・常陸大宮市周辺市町村の人口構成



3

志村フロイデグループの紹介
（平成28年10月1日現在）



4

前方連携

急性期病院との連携

- 紹介患者の受け入れ

  対象
  - 一般病棟での受け入れ
  - 回復期リハビリ病棟での受け入れ
  - 緩和ケア病棟での受け入れ
  - 介護療養病棟での受け入れ
  - 介護老人保健施設での受け入れ

- 紹介患者を断らない
- 病院訪問での顔の見える連携・紹介患者報告
- 連携の会を開催、各病院連携の会への参加

5

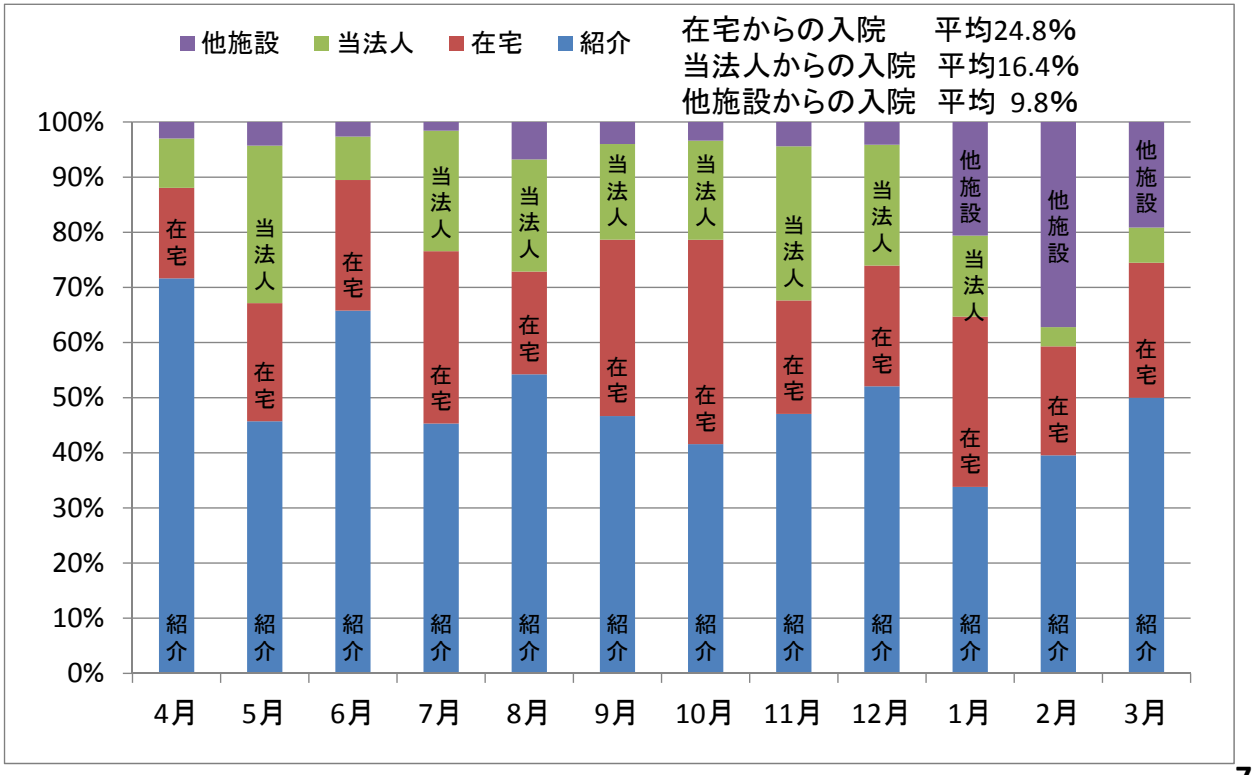
後方連携

- 介護施設・高齢者住宅等への訪問・ご挨拶
- クリニック・居宅支援事業所・訪問看護事業所への訪問、ご挨拶
- 退院サマリーの充実
- 入院早期に介護保険の申請
- 退院前カンファレンスの実施
- 医療機関として提携施設からの緊急時の入院受け入れ
- ケアマネジャー　勉強会への参加
- ケアマネジャーとの意見交換会・懇親会

6

志村大宮病院入院元推移

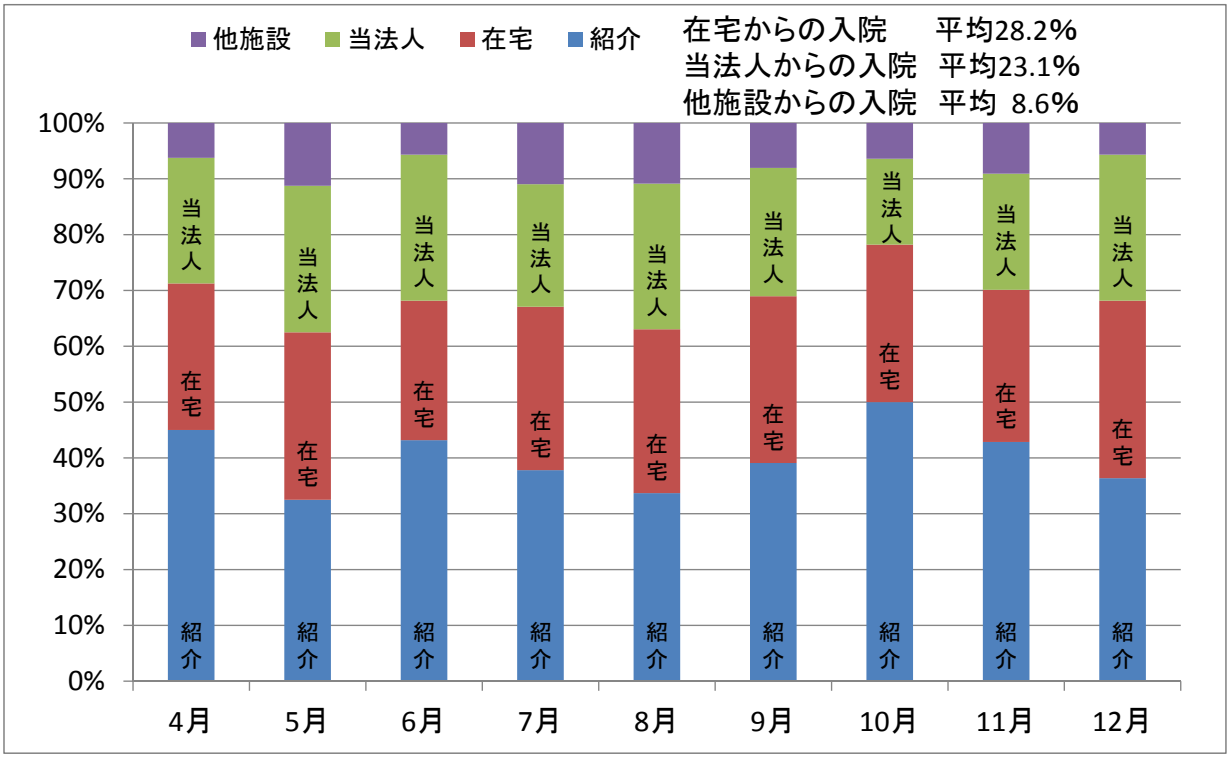
平成27年度



7

志村大宮病院入院元推移

平成28年度



8

法人内施設からの入退院

	入院	退院
特別養護老人ホーム	88	37
介護老人保健施設	52	73
小規模多機能施設	7	7
合計	147	117

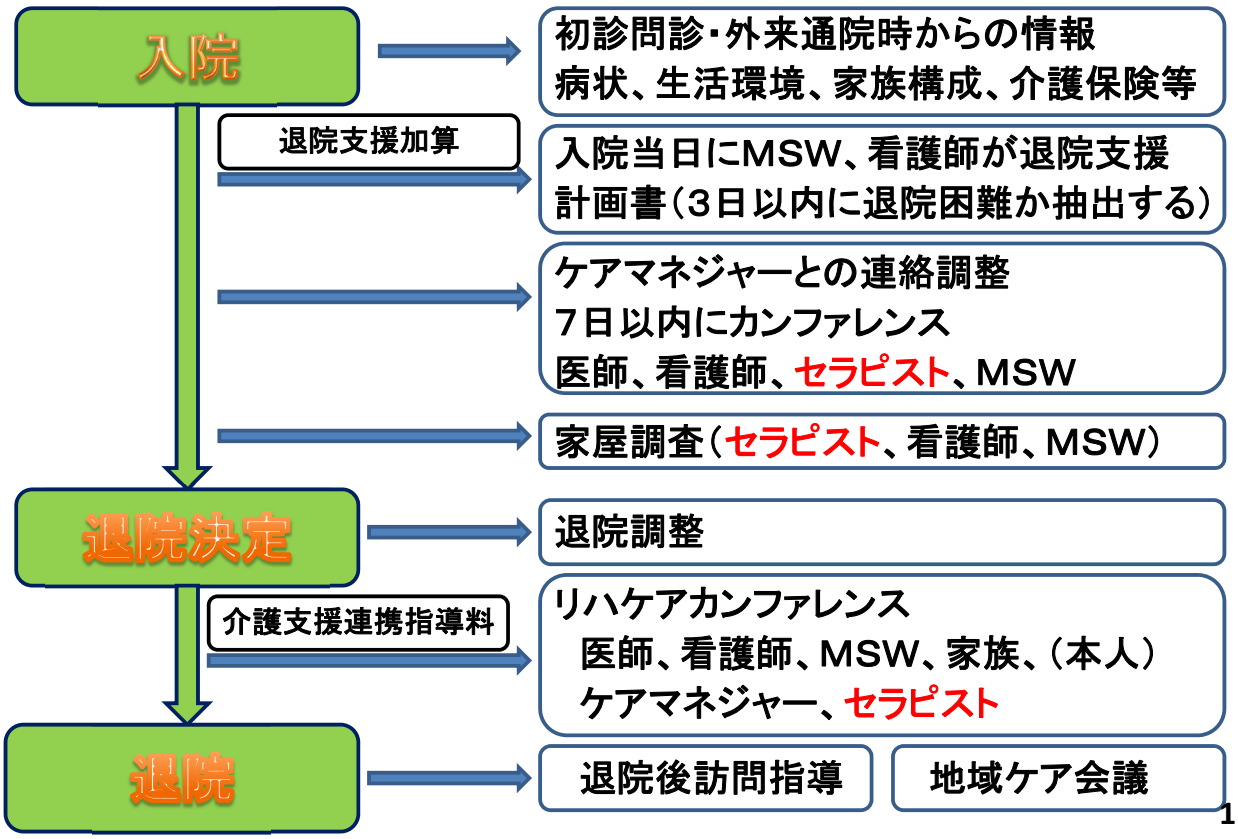
9

法人外施設からの入退院

	入院	退院
特別養護老人ホーム	28	31
介護老人保健施設	5	8
サービス付き高齢者向け住宅	8	9
有料老人ホーム	1	1
合計	42	49

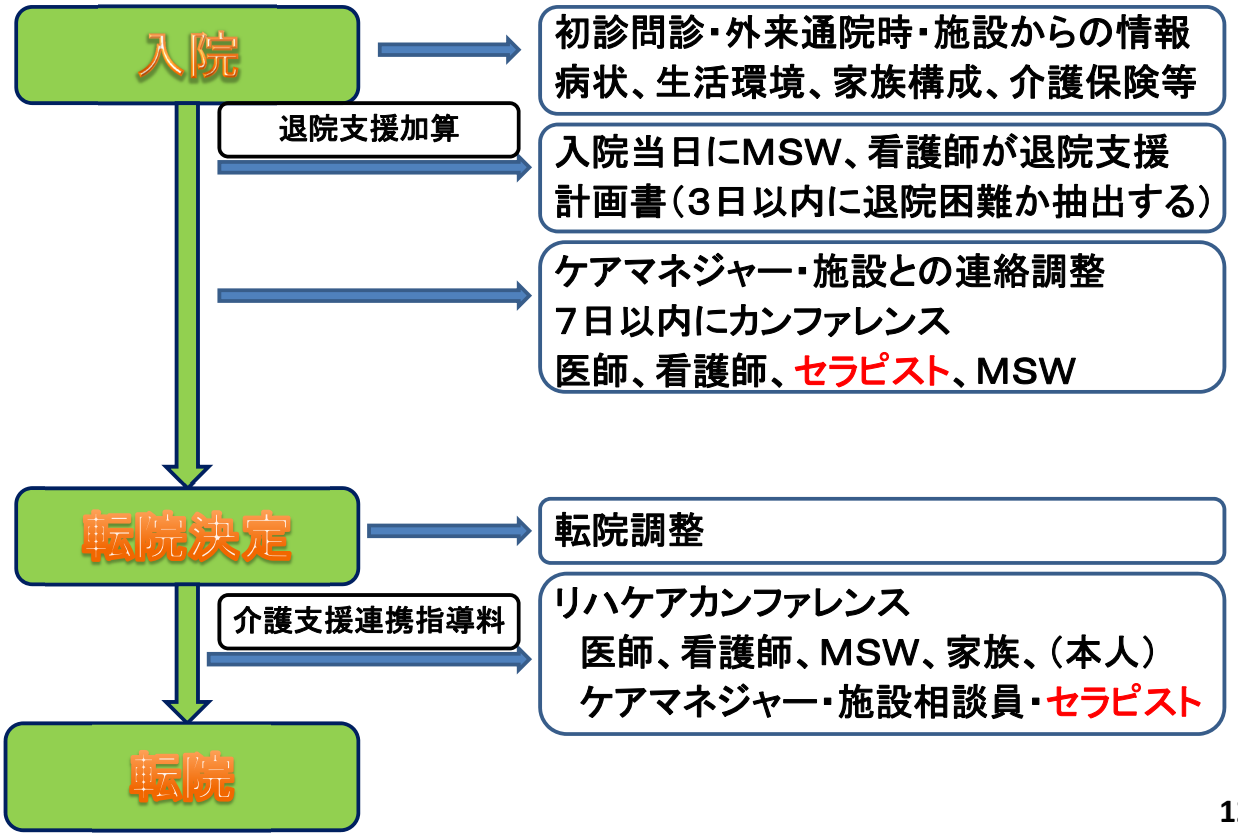
10

入院から在宅退院まで



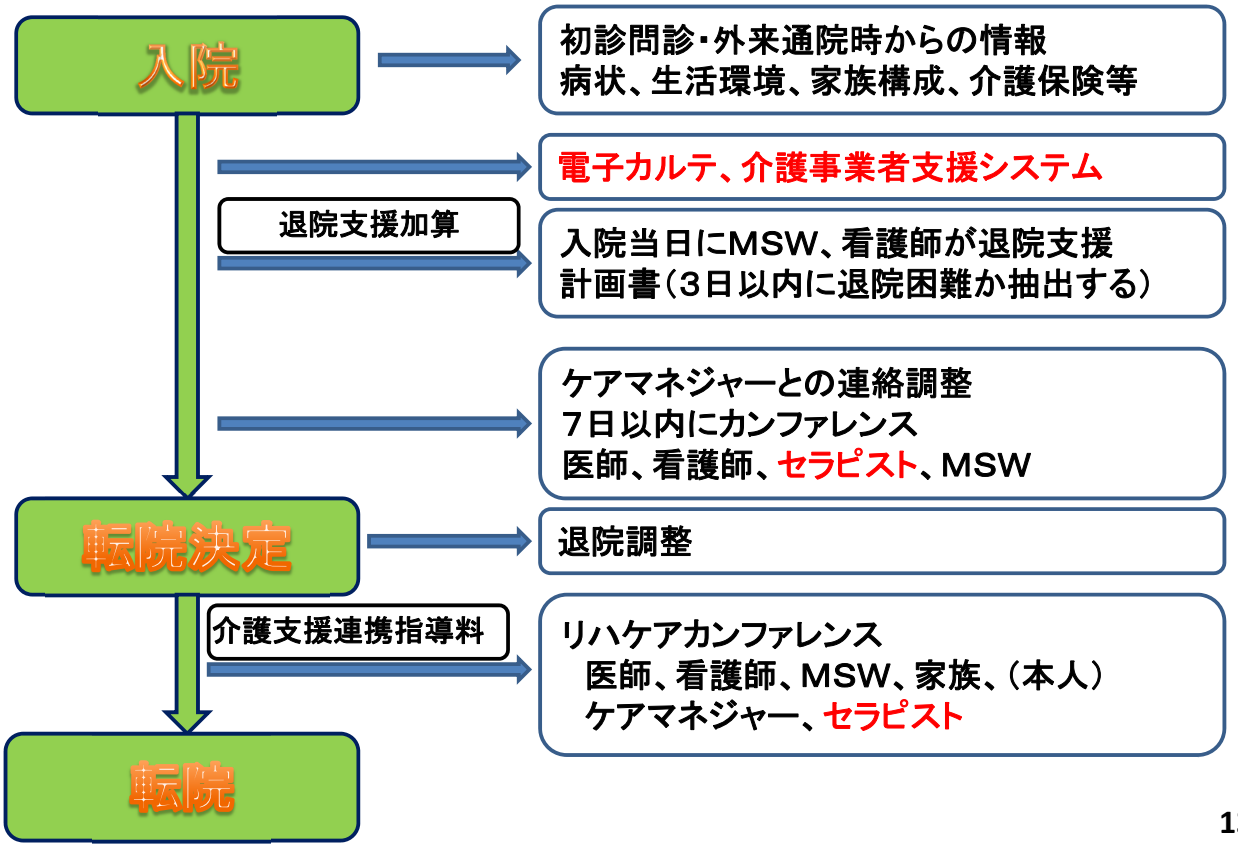
11

入院から施設退院まで



12

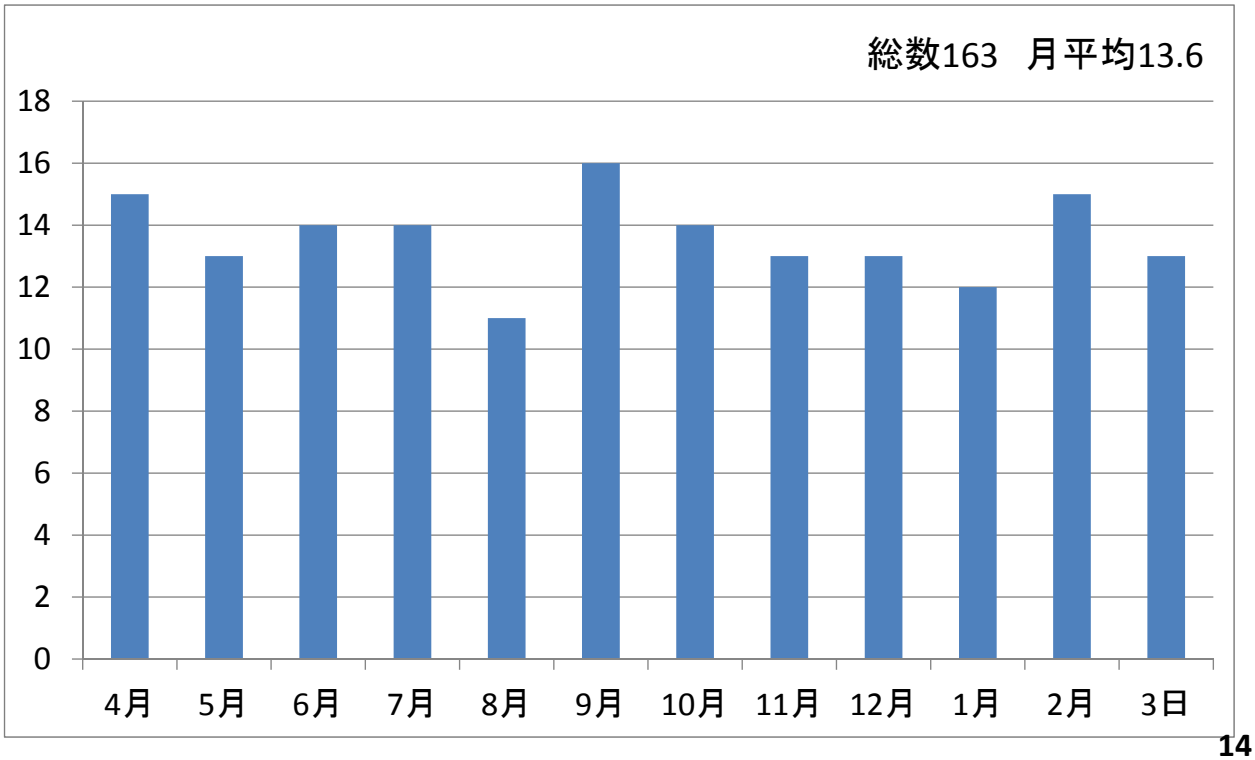
退院　法人内連携



13

介護支援連携指導料

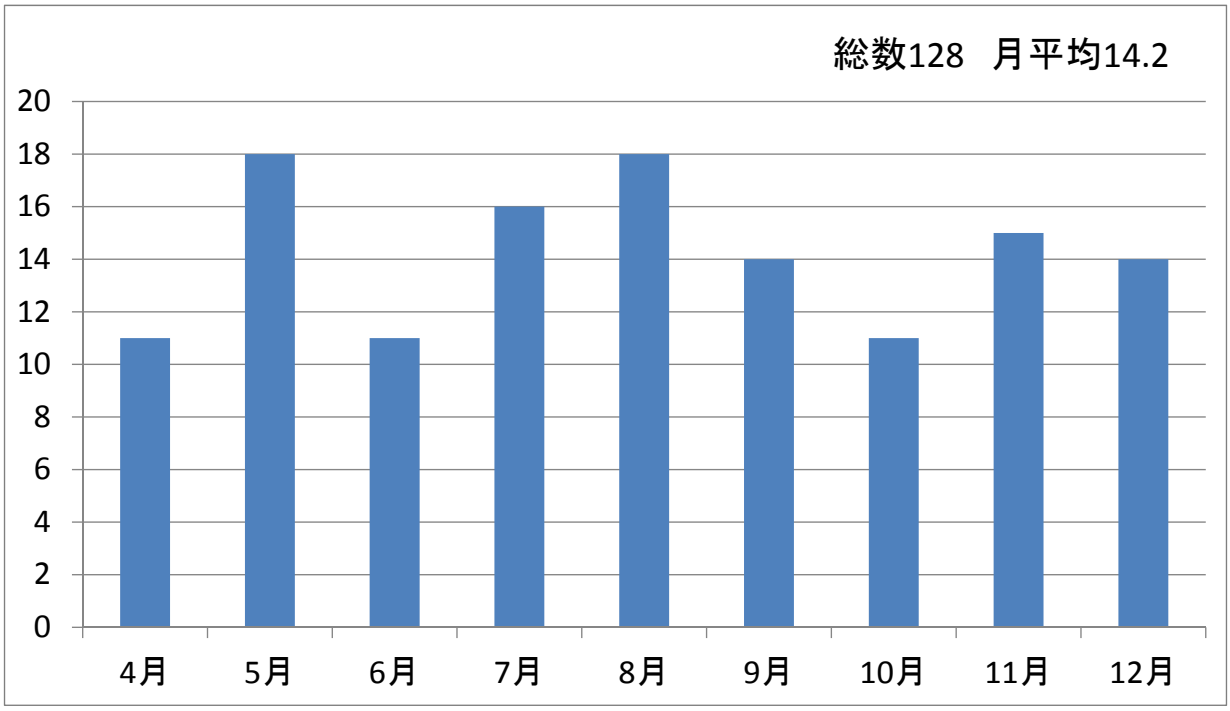
平成27年度



14

介護支援連携指導料

平成28年度



15

退院支援と退院調整

	退院支援	退院調整
定義	**入院から退院までの一連の過程ととらえた支援全体**	安心な退院に向けて直接的援助を担うチームメンバーを調整すること
構造	**病院全体にある患者支援のための様々な組織・仕組み** 部門：外来、病棟、地域連携室 リハビリ科 構成員：医師、看護師、MSW、セラピスト **これからは、地域にある仕組みまで問われる!**	直接的援助に係る担当者の小グループ 部門：病棟、地域連携室 居宅介護支援事業所、 訪問看護ステーション リハビリ科　など 構成員：**退院調整看護師** 受け持ち看護師、MSW、 担当ケアマネジャー 担当訪問看護師 セラピスト
過程	スクリーニング、アセスメント、支援計画、評価	支援計画、サービス調整、退院カンファレンス
結果	**安心して退院する患者の増加** 指標）平均在院日数の短縮 早期再入院の減少	調整の円滑さ 指標）調整期間の短縮 調整されたメンバーの満足度

16

志村フロイデグループ（SFG）連携ミーティング

目的：現在入院中の患者様が安心して退院できるよう、多職種で情報を共有し、方向性（退院先）を支援・調整する。

参加者：看護介護部長，各病棟師長，外来師長，MSW，セラピスト，医療事務，管理部長，薬剤師，老健相談員，特養相談員，サ高住管理者，通所リハ管理者

開催日：毎週月曜日

17

志村フロイデグループ（SFG）ミーティング



18

家屋調査ミーティング及び家屋訪問

【入院時家屋訪問】

（参加者：入院リハ担当スタッフ，福祉用具専門相談員，Ns，MSW）

⇒生活像の抽出

⇒家屋環境や家屋周辺の生活環境の課題の明確化

⇒課題解決・目標達成のための練習内容の検討

【家屋調査ミーティング】

（参加者：入院リハ担当スタッフ，訪問リハスタッフ，福祉用具専門相談員）

⇒退院後の生活像の再確認

⇒環境整備案の検討、家屋訪問時の確認箇所の決定

⇒訪問リハスタッフが参加することで、在宅視点での環境整備や介護保険でのフォロー方法も含めた検討が可能

【家屋訪問】

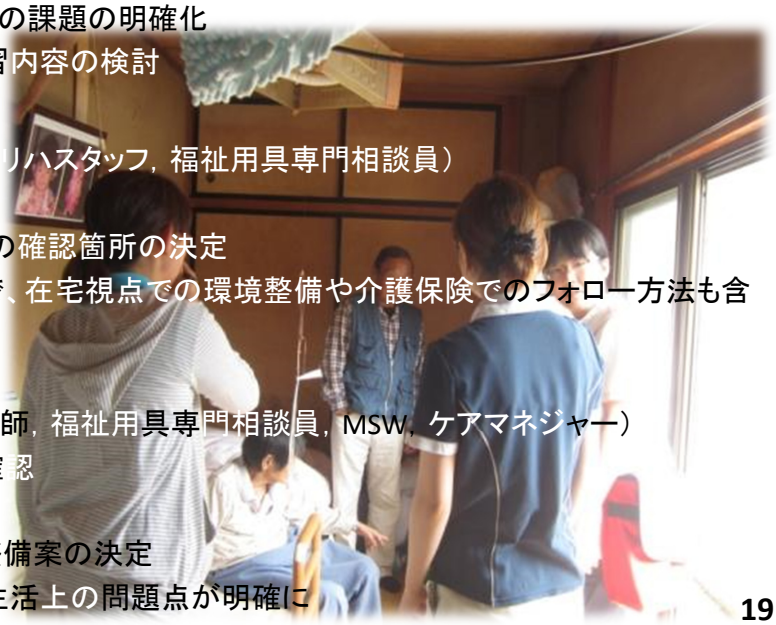
（参加者：入院リハ担当スタッフ，看護師，福祉用具専門相談員，MSW，ケアマネジャー）

⇒本人・家族を含めて生活導線の確認

⇒実際場面での動作確認

⇒福祉用具の試用を通して、環境整備案の決定

⇒ケアマネジャーも同行することで生活上の問題点が明確に



19

退院前家屋調査





訪問者
- セラピスト
- 看護師
- MSW
- ケアマネジャー
- 福祉用具専門相談員

20







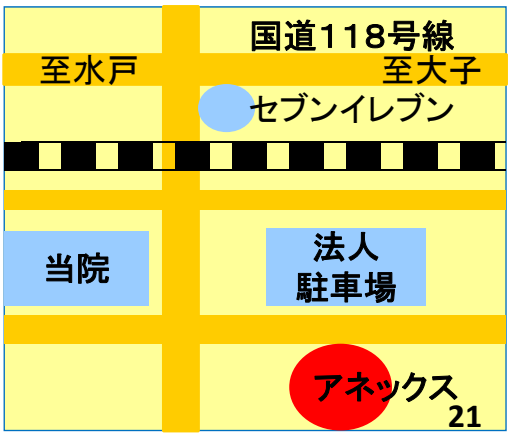
おうちに帰る前に安心を

外泊練習用施設

「スイスアネックス」

①福祉用具がそろった環境で練習ができます!
②病院の近くで安心!!(当院より徒歩2分)
③利用中も個別リハビリ可能!!!

料金:一泊500円
☆お気軽にスイス館スタッフまでお声かけ下さい☆



21

リハケアカンファレンス





【目的】
病棟での生活状況について、入院中から病院スタッフと生活期スタッフとで実際の患者様を見ながら確認し、より具体的なケアプランを立案すること。22

サービス担当者会議

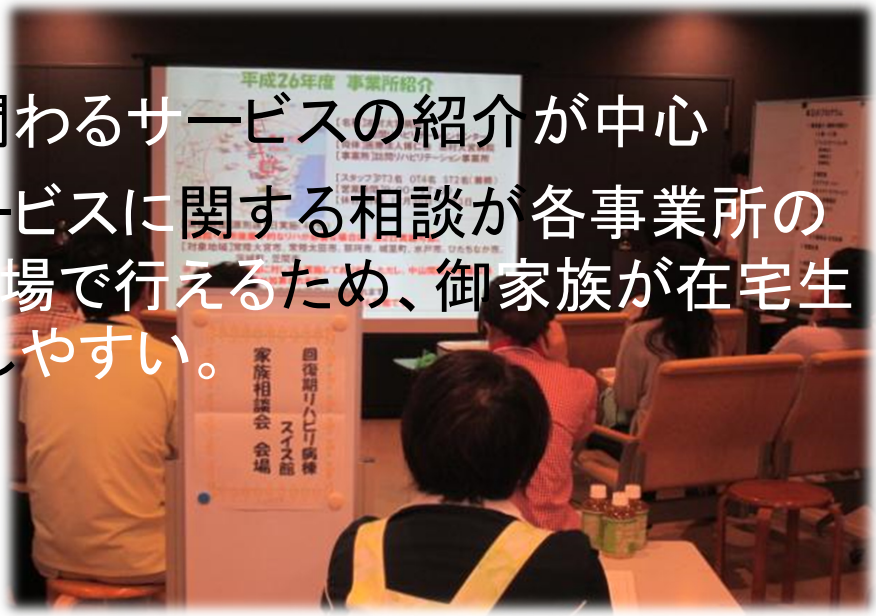




参加者
本人・家族
セラピスト・MSW
看護師・ケアマネジャー
管理栄養士
サービス事業者

家族相談会

- 回復期リハ病棟入院患者様のご家族様を対象に実施
- 介護保険に関わるサービスの紹介が中心
- 介護保険サービスに関する相談が各事業所の担当者とその場で行えるため、御家族が在宅生活をイメージしやすい。



24

脳卒中友の会　スイスの会





【開催頻度】 年１回
【目的】
　患者家族が退院後の悩みなどを共有し、解決の糸口等を見つけるきっかけを作る。また、必要ならば各専門職に相談もできる。

25

介護施設との連携の課題

①患者の受け入れが難しい要因
　・経鼻経管栄養　・痰の吸引・気管切開
　・インスリン注射の回数・薬剤価格　　等
②患者情報がすくない⇒法人内であれば電子カルテ活用
③空床状況によっては、すぐには利用できない。
　　施設側からの紹介入院であれば、対応は早い。

看護・介護技術の指導・研修、相談窓口の設置
情報の共有⇒医療・看護・介護情報
病院側、施設側のベッドコントロール

志村大宮病院の
医療介護情報連携システム

ICTを活用した医療⇔介護の情報連携

病院

■診療の記録
■病名・履歴
■検査結果
■薬の処方









病院⇔介護施設・在宅サービス
双方で記録の閲覧が可能



志村大宮病院独自の
サーバーを設置
専門のSEを配置

介護施設・自宅

■訪問診療記録
■介護サービス記録
■介護支援専門員の
モニタリング結果









28

志村フロイデグループの医療・介護の連携システム
～入院中の記録～

訪問診療・訪問リハ・訪問看護・介護施設・ケアマネジャー等が閲覧可能

医師の記録

便秘だと食事が進まない。

H28/8/2左片麻痺増悪あり　　入院。右MCA閉塞を同領域の脳梗塞を認め、保存的に加療。経過中心房細動を認めNOAC内服開始。
9/3当院入院
既往歴:
H22(2010)1月　右前頭葉皮質下出血(当院入院歴あり)

BRS上肢3下肢4(発病前と変わらないらしい)
四点杖とSHBで監視～見守り歩行

イメージ

活動度は少し上がってきている様子。

体調整え「しているADL」を改善して退院。入院のストレスがたまってきているようなので早めに退院調整を。

PT・OT・STの記録

記録コメント	program #1座位練習 #2立位練習 #3歩行練習 #4日常
記録コメント	生活活動練習
記録コメント	病室、リハセンターにて実施
記録コメント	【方針】理学療法の目標は、屋内歩行(5～6m程度)見
記録コメント	守り、10cm×3段の段差昇降が手すり把持で見守り、支
記録コメント	持物なし立位の安定性向上(トイレ動作時の下衣操作が
記録コメント	安全にできる)、耐久性の向上とする。ドイツ館での検
記録コメント	査結果は問題なく、食事の摂取量増えており、下痢改善
記録コメント	。10/11にスイス転棟。10/25に外泊練習実施。11月1日
記録コメント	退院予定。
記録コメント	
記録コメント	#1、2 輸入れ実施。座位はプラットホーム上端座位で実
記録コメント	施。
記録コメント	#3 約10m四点杖使用し実施。見守りで安定している。
記録コメント	#4 トイレ動作実施。下衣操作見守りで可。

薬剤師の記録

フルイトラン錠2mg	05錠
1日1回朝食後	7日分
【服用開始日:2016/10/21(金)】	
クレストール錠2.5mg	1錠
1日1回朝食後	7日分
【服用開始日:2016/10/21(金)】	
フェキソナジン塩酸塩錠60mg「ケミファ」	2錠
『アレグラ』	
1日2回朝夕食後	7日分
【服用開始日:2016/10/21(金)】	
テグレトール錠200mg	1錠
1日2回朝夕食後	7日分

MSWの面談記録

○家族調査同席
※詳細は別紙リハケアシート参照。
病棟生活とは一変し、表情も生き生きとしている様子が窺えた。
会話の内容もデイケアに通っていたころや今までの旦那さんとの生活などを話して下さり、いつもより悲観的な発言が減っている印象。同行したOTが動作確認行ったが、問題なく過ごせる評価であった。
以上のことより、早期に在宅生活へ移行した方が良いと判断し、11/1退院を予定することとなった。

29

志村フロイデグループの医療・介護の連携システム
～在宅医療・介護サービスの記録～
病院の医師・看護師・PT・OT・ST・MSW等が閲覧可能

時系列の医療介護サービスの記録

訪問看護

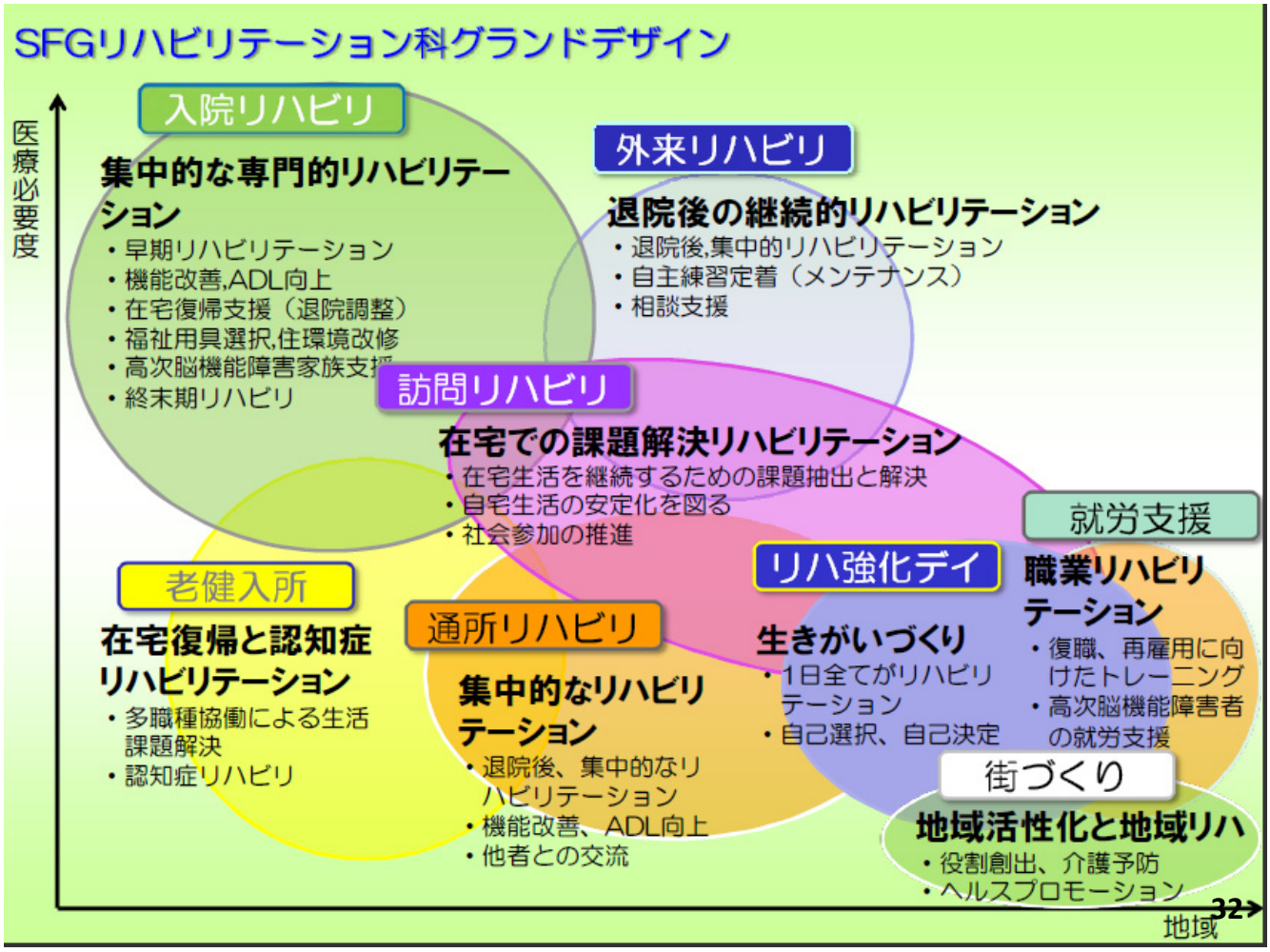
訪問介護

ケアマネジャー

分類	内容
担当所見	利用者状態：目開じて眠っているが声かけに目開ける。蒸しタオルにて顔拭き、口腔ケアする、粘稠痰あり。胃瘻部感染見られず、洗浄しガーゼ交換する。漏れみられず。献便試みるが直腸内便触れず。陰部トラブルみられず。介護者より便がゆるくおむつよりは漏れることがあると。訪問薬剤師が薬届けに来たため相談する。マグミット内服のバイスあり、訪問診察時相談するよう夫へ説明する。
実施内容	健康チェック 体調確認・記録確認 おむつの交換（尿器400cc） 清拭（部分）（上半身） 清拭（陰洗） 寝具の清潔保持（寝具整える）
担当所見	今日は涼しいのかあまり汗はかいていない様子。陰洗行い、ベッド高めにしてギャッチアップしオムツ交換行う。口の中はティッシュで拭き取る。声掛けすると頷かれる。
実施内容	健康チェック 体調確認・記録確認 おむつの交換（パット交換） 清拭（部分）（上半身） 清拭（陰洗） 寝具の清潔保持（寝具整える） 更衣介助（全介助）（上衣・下衣・下着）
担当所見	「あつい」と発語あり。清拭し、パジャマ交換する。ご自分から袖を通す動きあり。眼脂多し拭く。
利用履歴	「介護老人保健施設　大宮フロイデハイム（短期老健）」 を利用開始
ケアマネ	【支援内容】 ・利用者宅訪問（本人、夫の宥三様訪問） ・利用票配付（平成２８年８月分利用票確認、配布。） ・モニタリング（状態は安定している。 定期的な訪問診察、訪問看護師により異常の早期発見できている。 定期的にリハビリを行っている。 ヘルパーによりオムツ交換、着替えをおこない清潔保持できている。ファイル等により看護師や家族に報告している。 ベット、マットレス等により褥瘡予防に努めている。 ショートステイを利用し介護負担軽減している。 サービス内容継続する。 ） ・難病患者医療費受給者証更新手続きの代行をする 介護慰労金の支給申請を代行する
利用履歴	「介護老人保健施設　大宮フロイデハイム（短期老健）」を利用終了→家庭「自宅」
実施内容	口腔ケア（介助） 排泄ケア（介助）オムツ等

30

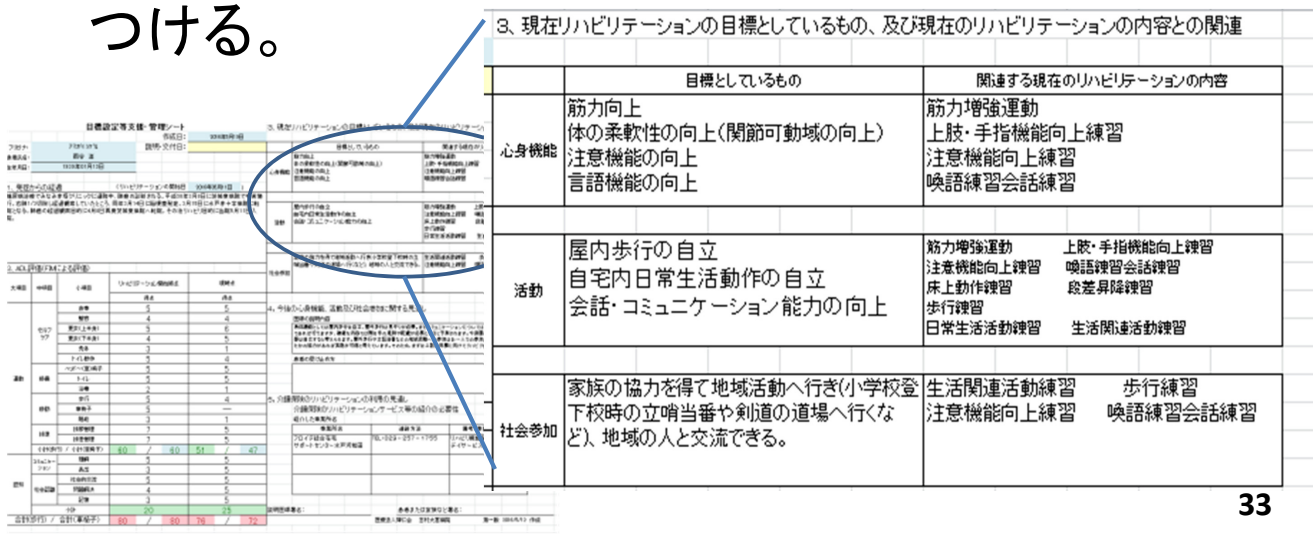
リハビリテーション に焦点をあてた 志村大宮病院の 取り組み



リハにおける目標設定の充実

（目標設定等支援・管理料の算定）

- 入院初期から「活動」「参加」に焦点を当てた目標設定を行い、患者家族と共有することでリハビリテーションが目指すQOL向上に結びつける。



3、現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能	筋力向上 体の柔軟性の向上(関節可動域の向上) 注意機能の向上 言語機能の向上	筋力増強運動 上肢・手指機能向上練習 注意機能向上練習 喚語練習会話練習
活動	屋内歩行の自立 自宅内日常生活動作の自立 会話・コミュニケーション能力の向上	筋力増強運動　上肢・手指機能向上練習 注意機能向上練習　喚語練習会話練習 床上動作練習　段差昇降練習 歩行練習 日常生活活動練習　生活関連活動練習
社会参加	家族の協力を得て地域活動へ行き(小学校登下校時の立哨当番や剣道の道場へ行くなど)、地域の人と交流できる。	生活関連活動練習　歩行練習 注意機能向上練習　喚語練習会話練習

33

ファミリーサポート　はなみずき！！

概要

【目的】
1．入院中から、退院後の生活に向けた準備を行うこと
2．退院後も本事業を利用できるという安心感を提供すること

【内容】
1．症状（高次脳機能障害）の説明　　2．悩みを聴く
3．対応方法に関する指導・助言　　4．継続利用可能なことの説明

【対象】高次脳機能障害を有する患者様のご家族様
1．病院スタッフが必要性を感じて提案・実施する場合
2．ご家族様からの希望で実施する場合

【頻度】 月2回　1組あたり30分（予約制）

※大学教員（OT）とともに実施しています。

34

外来移行カンファレンス



【目的】
情報共有を徹底し、入院リハから外来リハへの円滑な意向を実現すること。

【主な確認・検討事項】
①現在の状況　（心身機能，ADL・IADL，家屋状況，医師からの説明状況，介護保険申請状況，今後の利用サービス等）
②外来リハにおける方針・目標
③外来リハへの移行に向けた入院中の実施事項
④社会資源活用のための対応有無(身体障害者手帳の申請など)

35

えんげキッチン

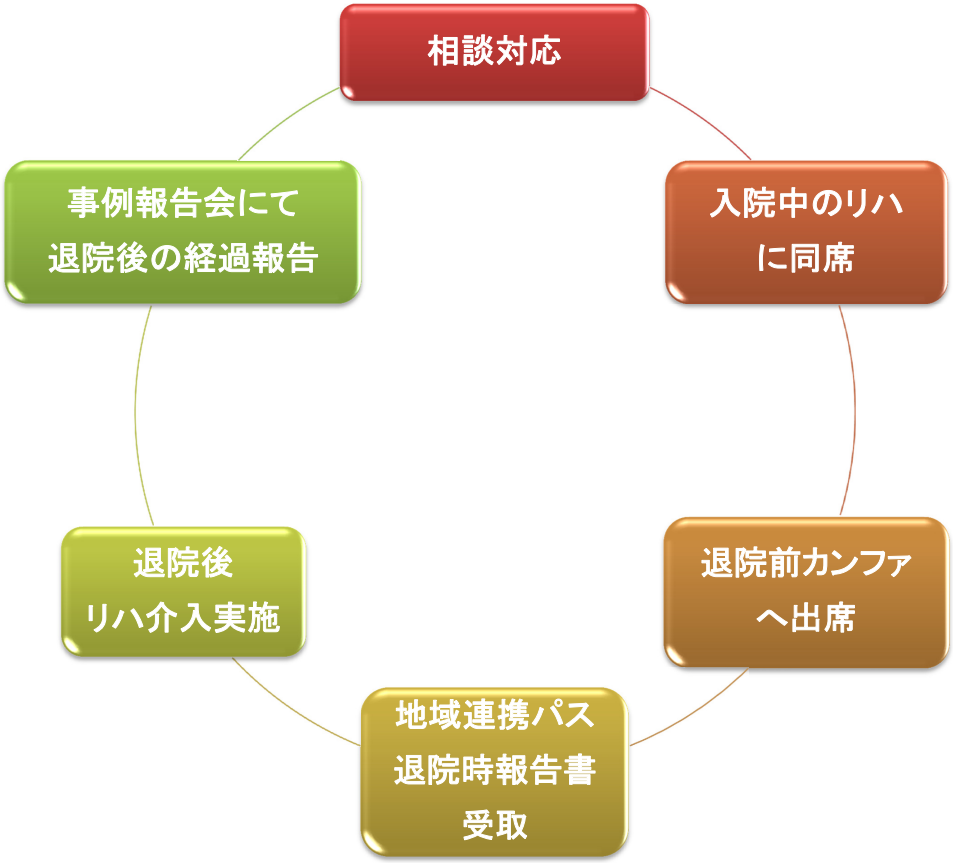


36

介護老人保健施設との連携（法人内）

37

介護老人保健施設からみた病院との連携



38

入所リハスタッフから病院部門リハスタッフへ

★入所予定の患者様がいたら、入所スタッフへ声をかけてください。
⇒入所する時期が決まっていない、（複数申し込みしているため）本当に入所するかわからない・・・という場合でも構いません。
⇒ケースによっては、入所スタッフから事前準備などを依頼することがあります。

★「患者様と一緒に見に行きたい」「患者様を連れてリハスタッフに直接申し送りをしたい」という場合は、朝や昼休みに入所リハスタッフへ声をかけてください。
⇒時間を教えてもらえれば、入所リハスタッフが都合を合わせることもできます。

★入所リハスタッフが病院のリハ場面へ同席し、事前調査を行っています。事前のスケジュール調整もあるためご協力をお願いします。

★入所としては、以下の内容を最低限教えてほしいです。
①離床（時間）はどの程度可能か？移乗時の注意点は？
②食事の環境（介助方法，場所など），トイレ動作
③日中行えそうな活動
（セッティングすれば一人でできそうなもの、好んで行うものなど）

39

入所への申し送り方法

★入所当日、朝礼前または朝礼後に直接リハスタッフへ口頭で申し送り（午後に入所する場合は昼休みでも可）

★脳卒中地域連携パス送付時
・入所後5日以内に作成をお願いします。
・送付先はサイボウズの「老健相談室」へ。

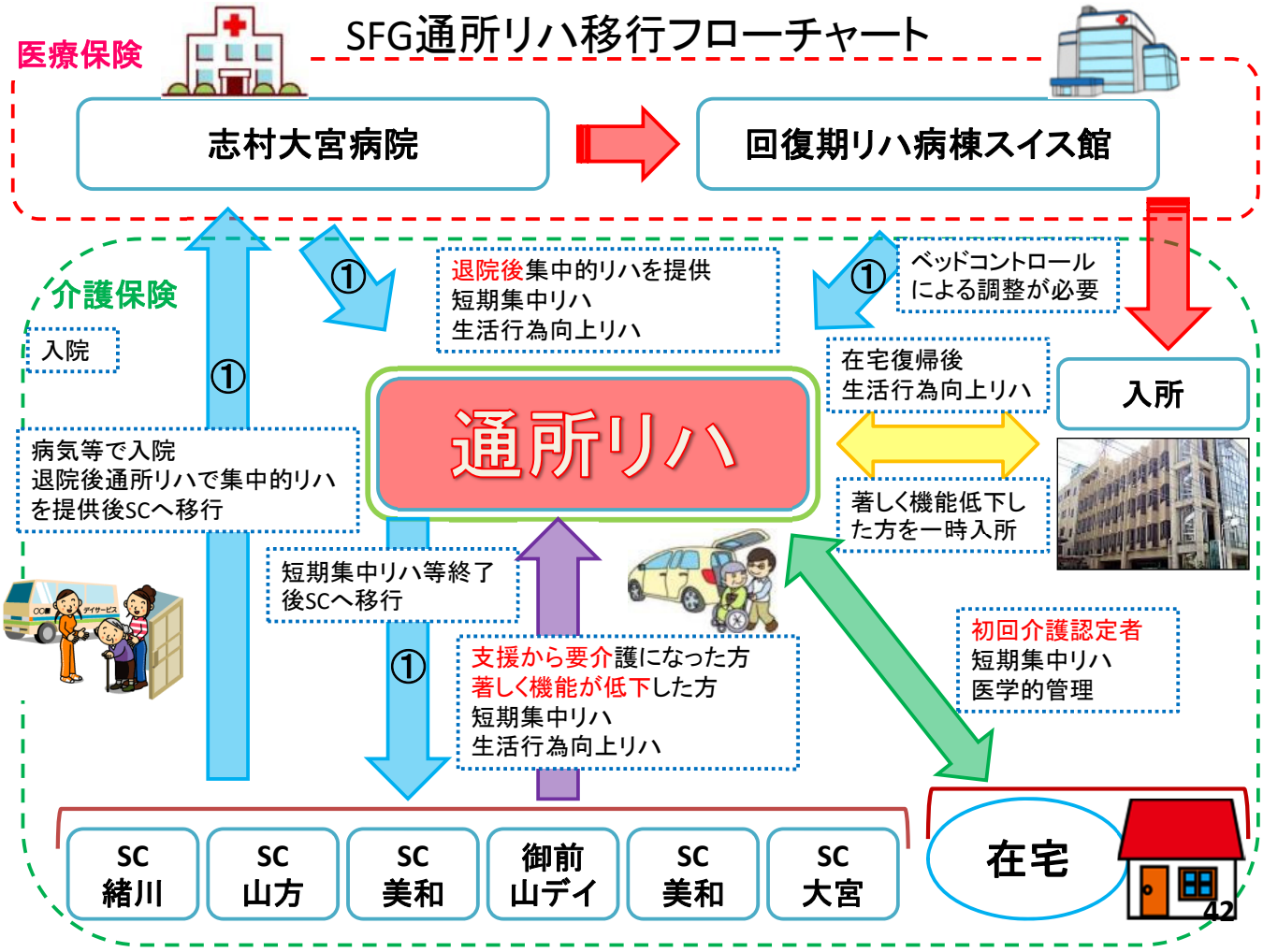
★サマリー送付時
・入所後5日以内に作成をお願いします。
・他施設へ送付するときと同様に対応してください。

40

注意してほしいこと

- 病院退院後の生活では、リハスタッフというインストラクターが常に一緒に運動するというわけにはいきません。
- 病院退院後の生活には、患者様自身が生活能力を維持する術を身に付けていることが必要です。
- 病院退院後、様々な環境の変化により問題が生じることがあります。老健は、この中間を埋める役割も担いますが、より早期から準備しておくことも必要です。

41



通所リハから病院リハへの要望

退院後に通所リハ利用予定の患者様がいらっしゃったら、一度来て頂いて、雰囲気などを体験してみてもらってください。

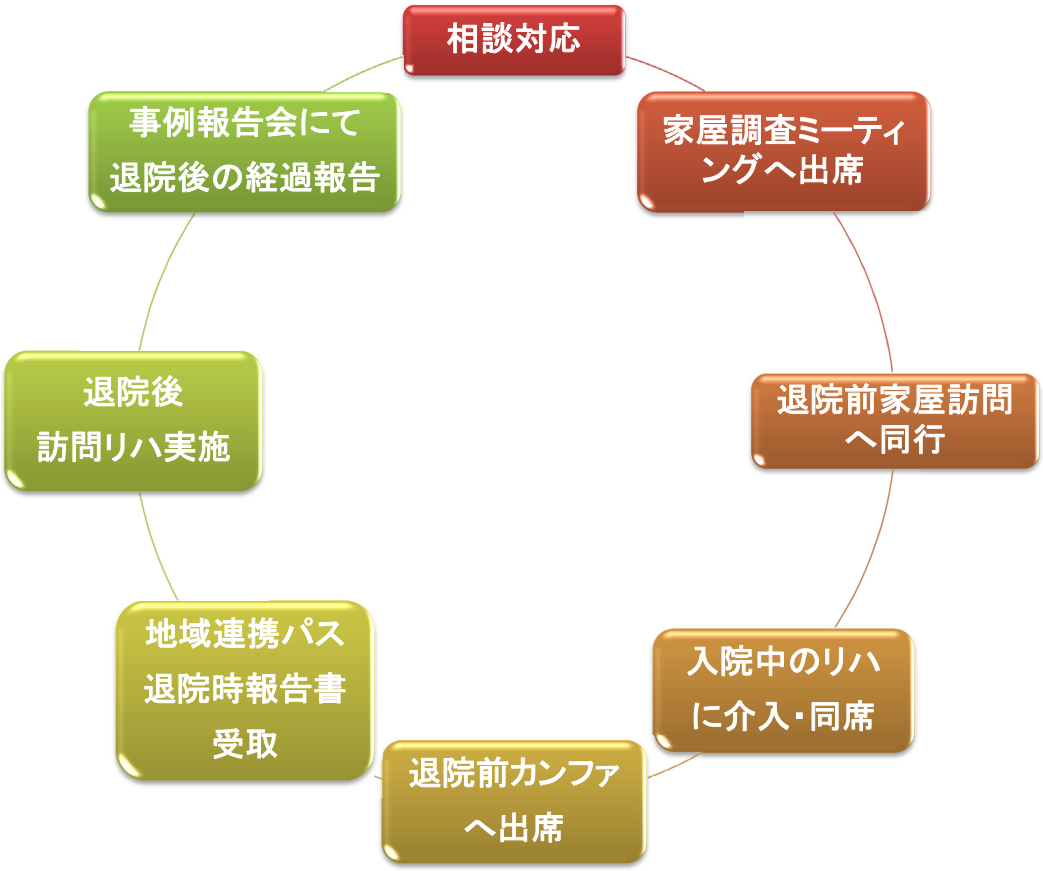
その際は、事前にご連絡をお願いします。

患者様が自宅退院後の生活イメージを持てる様に関わって下さい。

訪問リハビリテーションとの連携

44

訪問リハからみた病院との連携



45

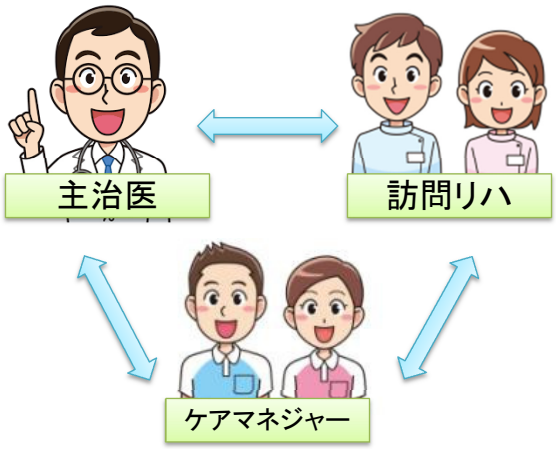
訪問リハからみた法人外との連携

病院



～法人外の病院から紹介された場合～
退院前カンファレンスへ参加し、入院経過、リハビリテーションの目的、ケアプランの確認を行う。

在宅



～主治医から往診に同席の依頼～
医師・ケアマネジャー・訪問リハスタッフ同席のもと評価し、リハビリ介入の検討を行う。

46

訪問リハからの事例報告

症例紹介

- 60代男性
- 疾患:心原性脳塞栓症
- 高次脳機能障害(注意障害、易疲労性)
  日常生活では…新しいことを行うのに不安が強い。
  依存的で他者に頼る。
  易怒的でイライラすると奥様に怒鳴る。
- 介護度：要介護3
- 利用サービス：訪問リハ週1回、SC美和週2回
- 5月にスイス館退院。退院直後より、上記サービス利用。

47

訪問リハからの事例報告

自宅に帰ってからの課題

- ADLは**トイレ動作歩行見守り**(日中トイレ、夜間Pトイレ)入浴はデイサービスで。
- 居間からトイレまでの導線に段差が2ヶ所。＋トイレに段差あり。
- スイス館退院時、**またぎ動作が不安…**との事だった。
- 自宅に帰ってきてからも、本人のまたぎ動作に対して不安が強く、必ず奥様が近くで見守っていないといけない状況が続く。
- **トイレが頻回**で、特に午前中は1時間に1回のペースでトイレへ。
- 見守りをしている**奥様の負担が大きい**。

環境調整を実施！

48

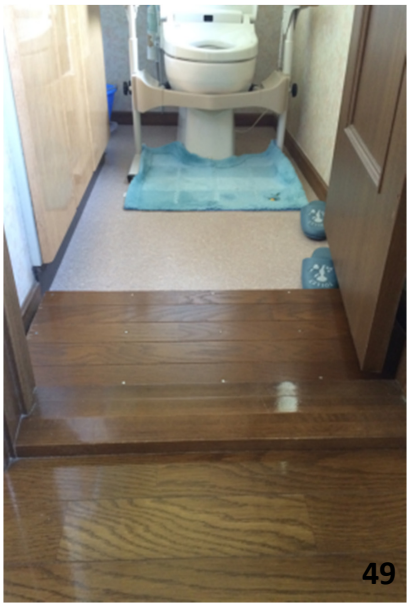
訪問リハからの事例報告

環境調整

またぎが必要な段差は、段差が高い方に足幅が入るような板を置いた。
それだけで、1人で安心してトイレに行けるようになった。

トイレ動作自立





49

訪問リハからの事例報告

自宅内は安全に過ごせるようになったが…



新たな目標として…

1人で外に行けるようにしよう！

靴の着脱自立，屋外歩行自立を目指す。

50

訪問リハからの事例報告

今後

•目標は継続(1人で外に行ける！)

•役割の獲得…

　イライラするのは「奥様は忙しくしてるのに自分は何もできない」と思っているのが、原因？

　草刈りや畑仕事を少しでも手伝えれば…



51

志村大宮病院
回復期リハビリ病棟スイス館退院後、
訪問リハビリテーションを利用された方の
ケアプランの目標と
在宅復帰6カ月後の目標達成状況

52

在宅復帰後の目標と目標の達成状況

対象者　：平成26年7月～平成27年6月の期間に
回復期リハビリ病棟を退院し、
訪問リハビリテーションを利用した方
対象者：27名

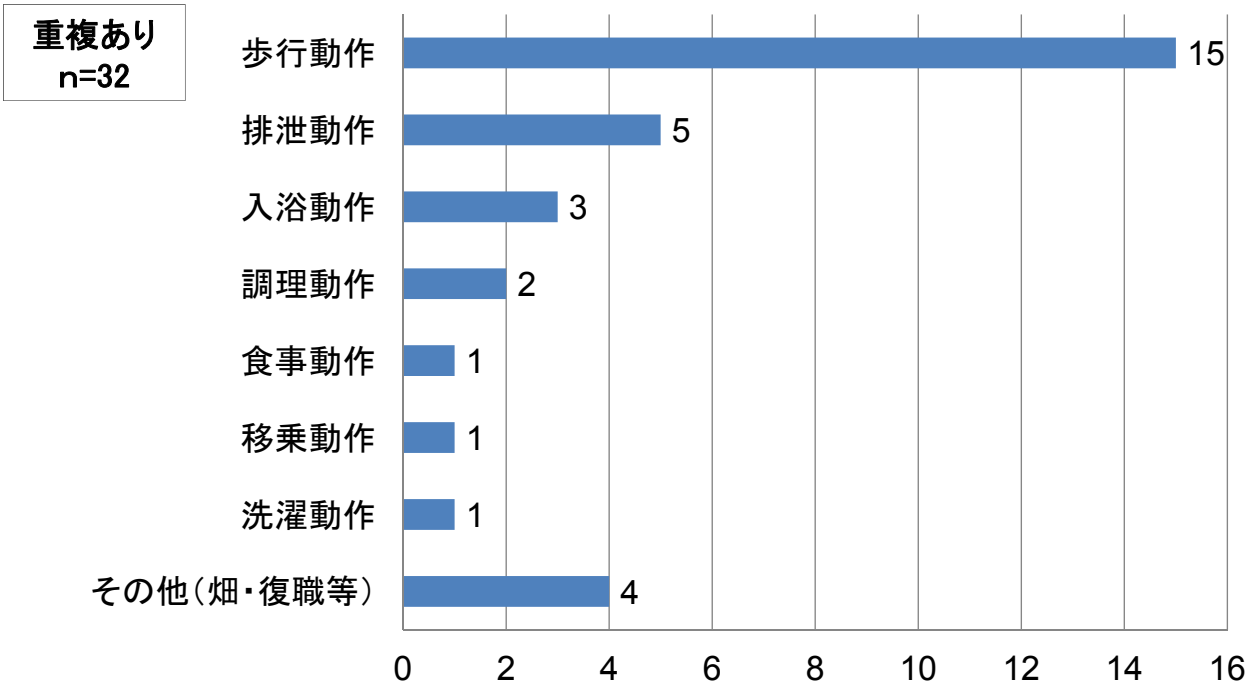
目標設定：退院時カンファレンスで設定した在宅復帰
後の目標

目標達成：退院6ヶ月後に、ケアプランに位置づけら
れた目標が達成できたか

53

回復期リハビリ病棟退院時の目標内容

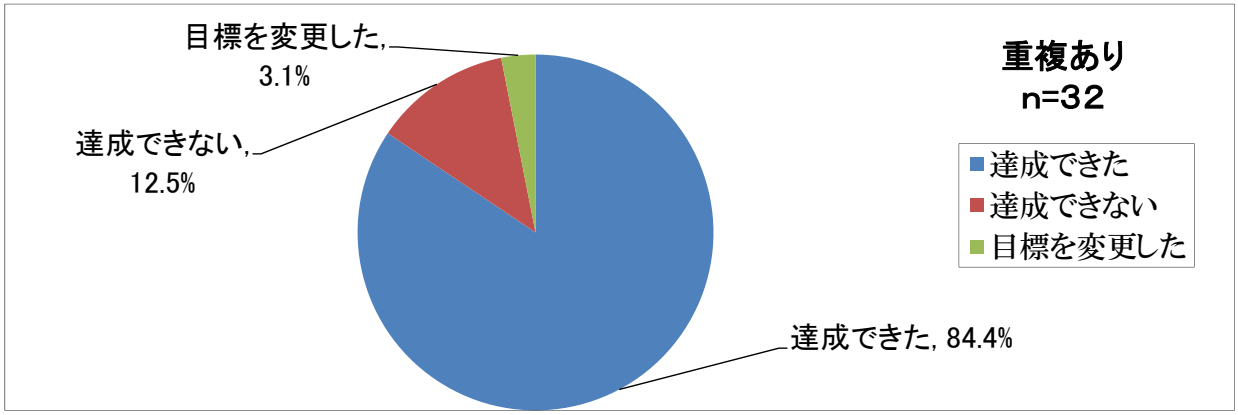
～訪問リハビリを位置づけた、ケアプランの目標内容～



54

回復期リハビリ病棟退院6ヶ月後の目標達成状況

～ケアプランで位置づけられた目標の達成～



【目標を達成できなかった理由】
■再入院のため、達成できなかった
■目標があいまいで達成状況を確認できなかった

訪問リハビリを利用することで、在宅での生活動作に改善がみられ、目標の達成ができている

55

通所介護との連携

56

当法人のリハ機能強化型デイ

施設全体がリハビリテーション”とし、自立支援の考えをもとに生活機能訓練や身体機能訓練などスタッフ全体で利用者のリハをサポートしていくデイサービス。

【リハ専門職の役割】

①**定期的な評価**を基に、利用者と生活目標を設定。

生活目標（長期）
＊
＊

目標	3ヶ月の目標（短期）	立案日	実行度	満足度	達成	備考
		H25．1	2/10	2/10	□達成 □継続	
		H25．1	2/10	2/10	□達成 □継続	

②生活目標に合わせて**プログラムを立案**し運動方法や注意点などをアドバイス
③生活機能練習、身体機能練習の実施
④機能練習を指導する上で必要な技術を**スタッフに指導**
⑤利用者ごとに注意が必要な動作・活動についてスタッフと検討・アドバイス

リハの立場から施設全体を盛り上げ、
多職種と連携しサービスを作り上げていく!!

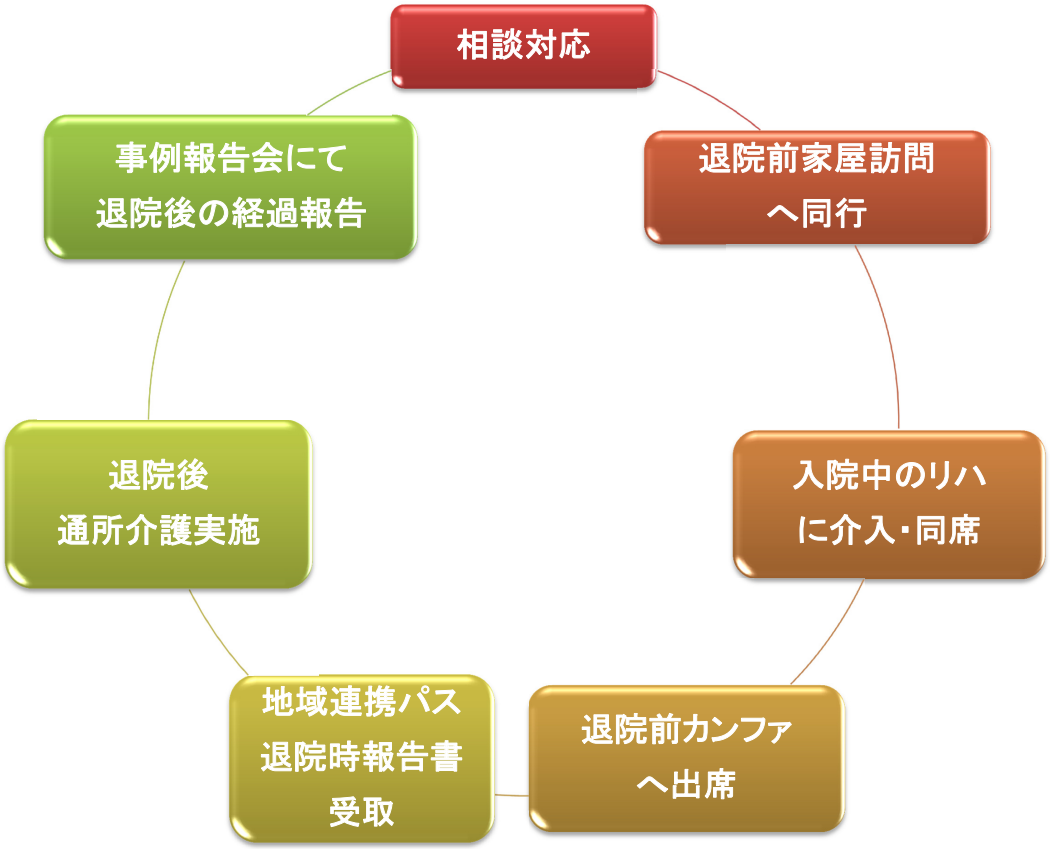
57

セラピストとしての役割の違い（リハビリテーション）

	回復期病院	サテライト（リハ強化デイ）
セラピスト人数		各施設1～2名
担当人数		登録者平均120名
リハの形態	個別	基本集団 （必要に応じて個別） 集団体操など
一人当たりに関わる時間	最大3時間	5分～20分
関わり方	1対1	・アドバイス、チェック、メニューの変更などが中心
リハ内容	ROMex，FT，基本動作練習，ADL練習，退院時指導など	HUR，レッドコード，歩行練習，ADL練習，アクティビティ
リハ目標	機能回復，在宅復帰など	生活目標を中心に

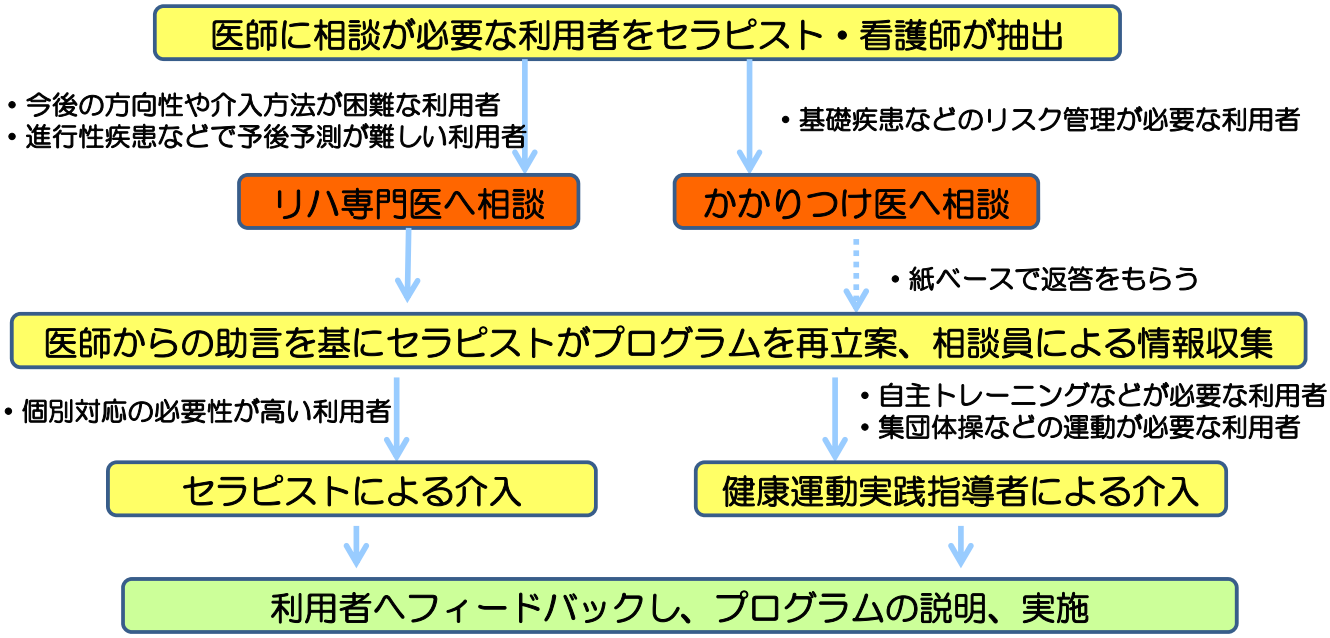
58

通所介護からみた病院との連携



59

生活期リハ管理システム



医師との連携で

「安全で効果的なリハビリテーション」

を提供出来る

60

病院退院後の課題

ご利用者自身

☞リハ（セラピスト）への依存が強く、自分の生活を見失っている。

☞セラピストがいないと生きていけないような状態になっている。

ご家族

☞当事者のフォローができない（やり方が分からない）。

☞何ができて何ができないのか分からない。

61

課題への対応

①退院してからが人生の再スタート！

1日のスケジュールを考え、(ADLだけでなく)必要なことは自分で行い、社会との繋がりを持ち、メリハリのある生活が送れるように。

②自己トレーニングを提案し、定着へ！

写真やイラストを用いて分かりやすく提供し、自己管理ができるように。

③通所介護のことを事前に伝える！

どんなことをするのか、どういうところか、当事者がイメージしやすいように。

④外泊練習を有効活用し、家族指導も交えながら介入する！

62

病院退院時の申し送りにおける課題と対応

○実施目的が不明確なリハプログラムの継続依頼

⇒環境や設備が大きく異なるため、プログラムをそのまま引き継ぐのは多くの場合困難。

⇒目的を明確にし、ポイントを絞ること。

○退院後に下肢装具の作製依頼

⇒環境が大きく異なるため、病院ほど容易に行えない。

⇒必要なら入院中に作製を。

○ADLすべての見守り依頼

⇒すべて見守りは不可能。

⇒特に必要な動作やポイントを絞ること。

○下肢装具作製日の記載がない

⇒破損して再作製となることもあるため、必ず記載。

63

病院退院時の申し送りにおける課題と対応

○個別リハの実施依頼
⇒通所介護では多くの場合個別リハを行っていない。
⇒入院中に対策を立てておくこと。

○セラピスト記載コメントの重複
⇒職種間で話し合い、要点をまとめて記載する。

○欲しい情報の記載がない
【通所介護移行者全員について】
⇒外泊時の状況，家族指導の内容とその反応，自己トレーニングの定着状況，特に注意すべきADL，については記載する。
【高次脳機能障害，認知機能低下のある方について】
⇒好きな話題，嫌がる話題，集中して取り組める作業活動，環境変化への対応力，についてできる限り記載する。

64

茨城県央・県北地域における脳卒中地域連携パスの取り組み

茨城県央･県北
脳卒中地域連携パス研究会

平成19年12月　発足
平成20年　4月　急性期･回復期間の連携パスの運用開始
平成21年　4月　生活期への運用開始

【活動目的】
- ヒューマンネットワークの構築及び強化
- 病院･施設間の連携の強化
- 診療情報の共有化
- 地域連携診療計画の作成及び継続的見直し
- 地域住民へ脳卒中医療･地域連携の啓蒙
- 地域における脳卒中医療の質の向上

66

研究会入会施設　54施設

急性期病院　9病院

水戸医療センター，聖麗メモリアル病院，
水戸赤十字病院，茨城県立中央病院，
水戸ブレインハートセンター，
水戸済生会総合病院，常陸大宮済生会病院，
水戸協同病院，日立製作所 日立総合病院

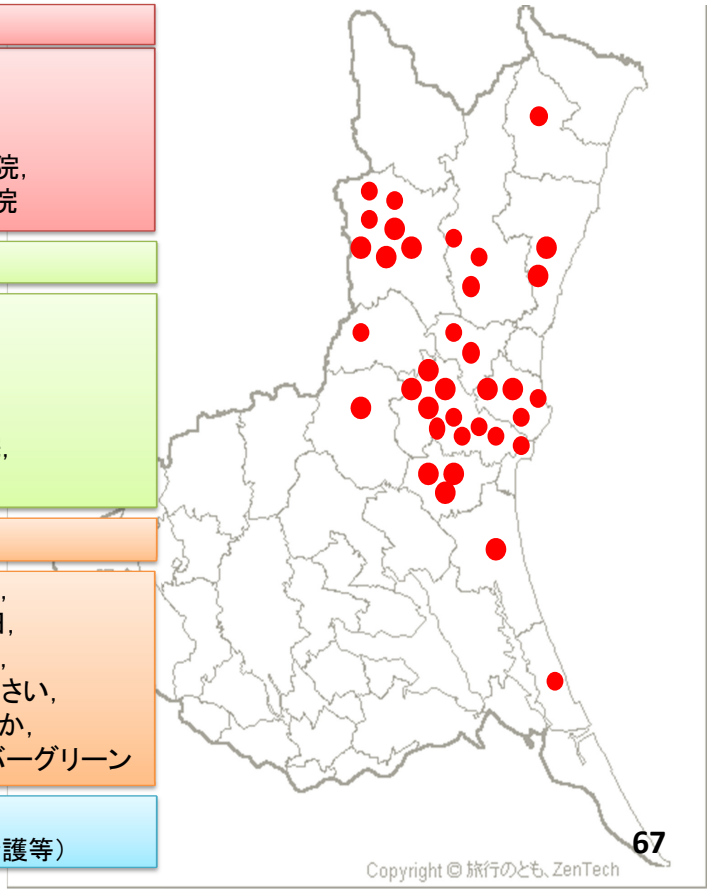
回復期病院　12病院

日立製作所 多賀総合病院，城南病院，
日立製作所 ひたちなか総合病院，
北水会記念病院，志村大宮病院，
立川記念病院，大久保病院，
西山堂慶和病院，鉾田病院，小豆畑病院，
やすらぎの丘温泉病院，志村病院

介護老人保健施設　17施設

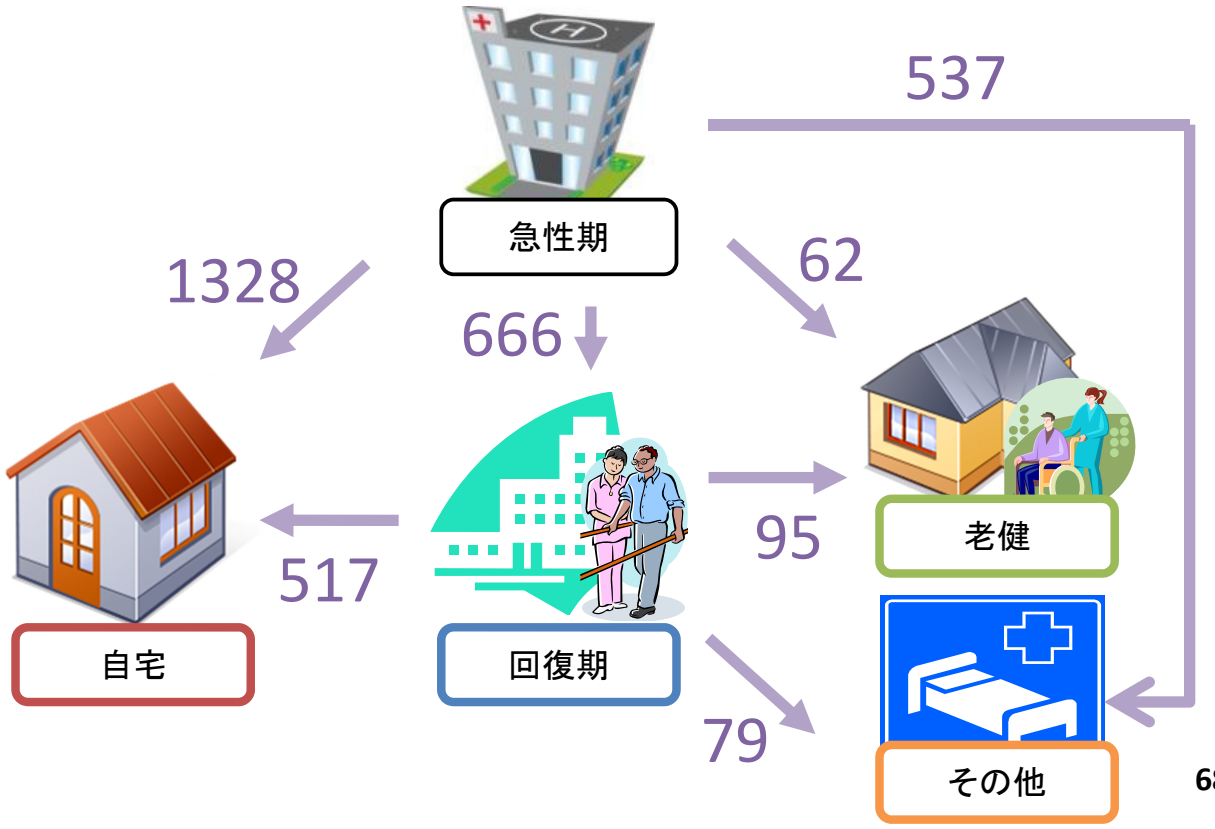
シルバービレッジ，大串の里，はなみずき，
フロンティア鉾田春の場所，くるみ館，勝田，
小美玉･敬愛の杜，みがわ，ラプラス津田，
大宮フロイデハイム，シニア健康センターしおさい，
葵の園水戸，プロスペクトガーデンひたちなか，
田尻ヶ丘ヘルシーケア，おはよう館，いちご苑，エバーグリーン

その他　16事業所
（診療所，訪問看護，ケアプランセンター，通所介護等）



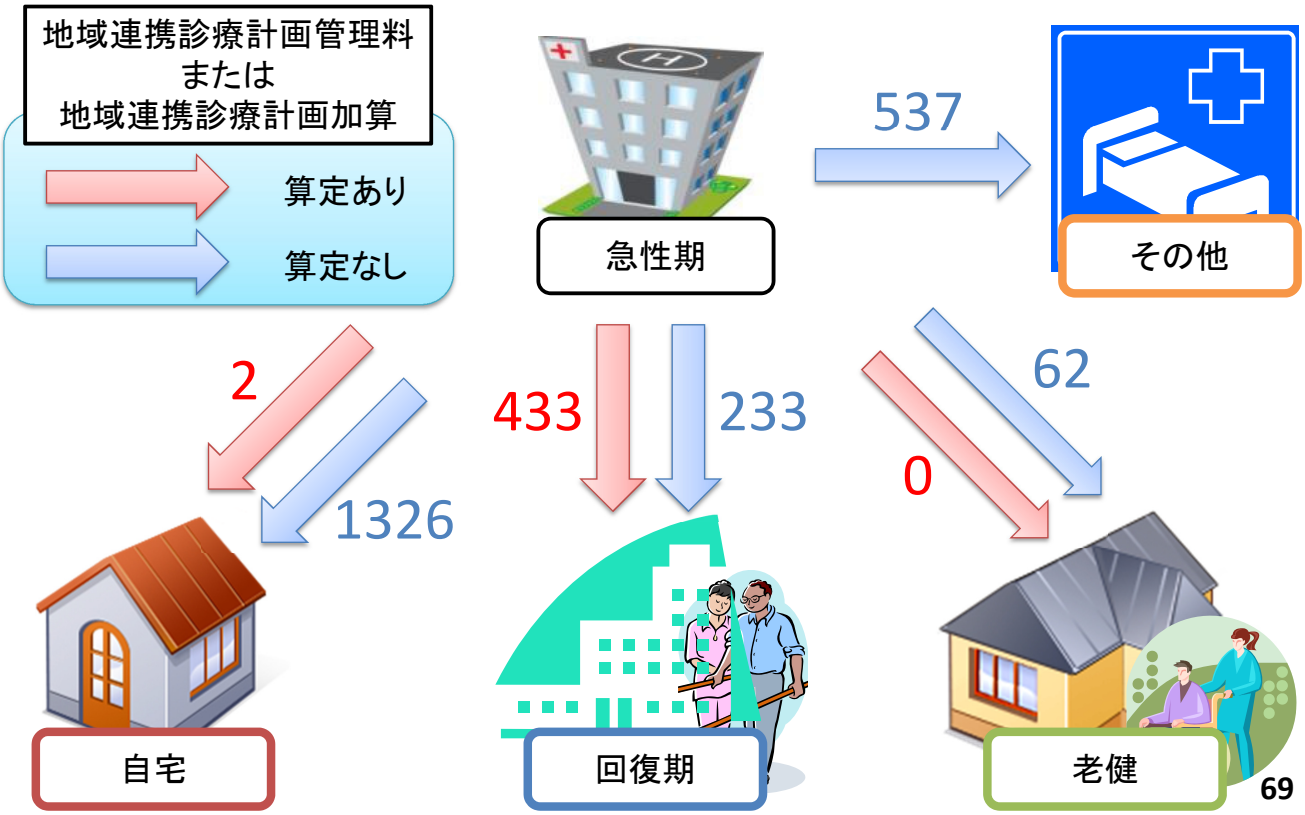
67

当地域における脳卒中患者の流れ
（H27年7月1日～H28年6月30日の退院者）



68

急性期病院からの患者の流れ（算定別）
（H27年7月1日～H28年6月30日の退院者）



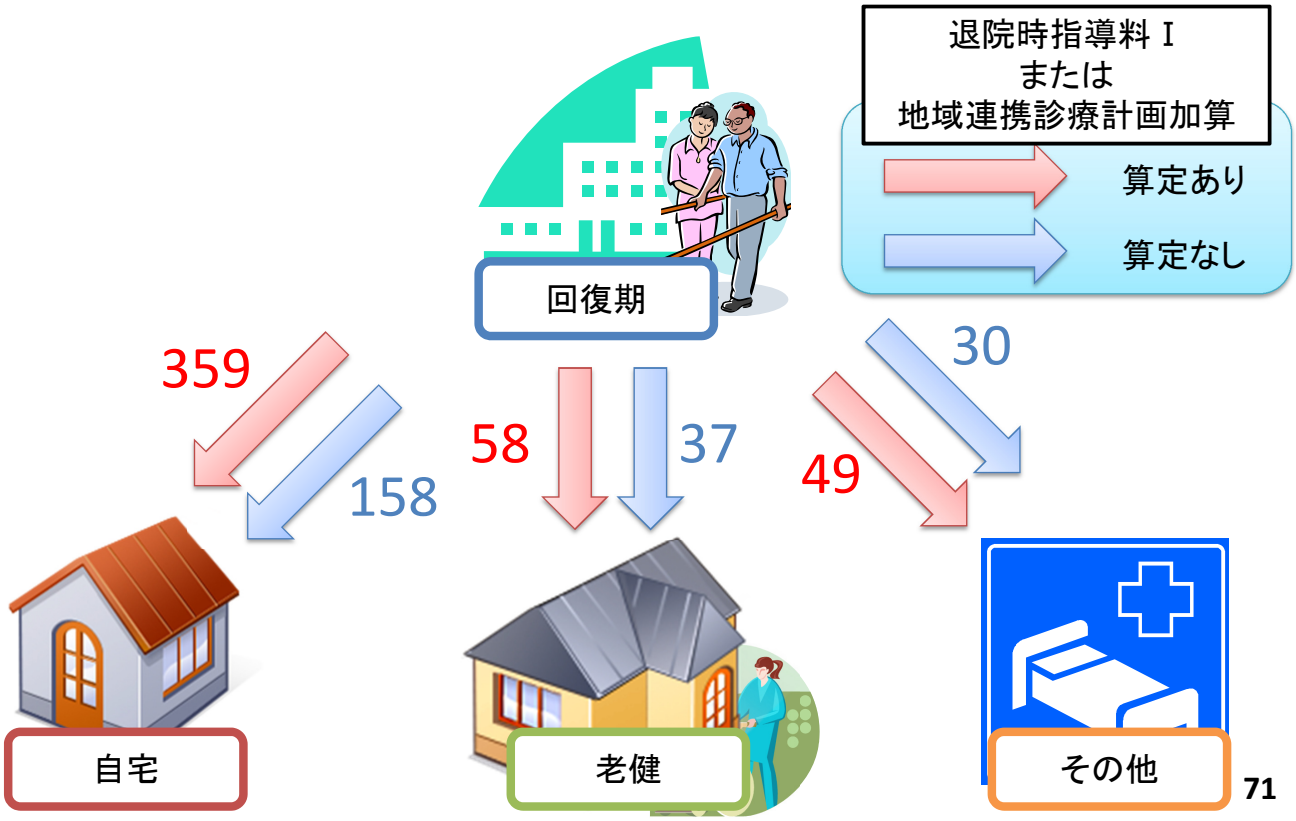
69

急性期病院全体
（H27年7月1日～H28年6月30日の退院者）

	管理料または加算を算定した患者	管理料または加算を算定しなかった患者
全体	433例	2158例
	2591例	
在宅復帰した患者の割合	0.001%	51.2%
	51.3%	

70

回復期病院からの患者の流れ（算定別）
（H27年7月1日～H28年6月30日の退院者）



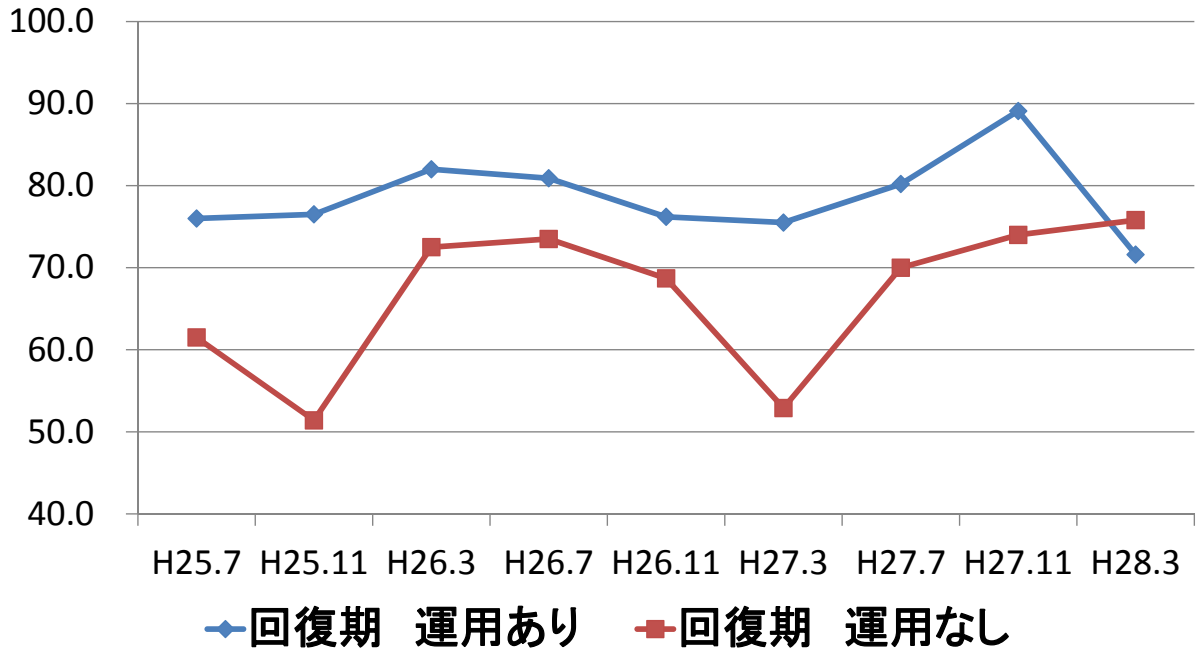
71

回復期病院全体
（H27年7月1日～H28年6月30日の退院者）

	退院時指導料Ⅰまたは加算を算定した患者	退院時指導料Ⅰまたは加算を算定しなかった患者
全体	466例	225例
	691例	
在宅復帰した患者の割合	52.0%	22.9%
	74.8%（全体）	

72

回復期病院における在宅復帰率推移



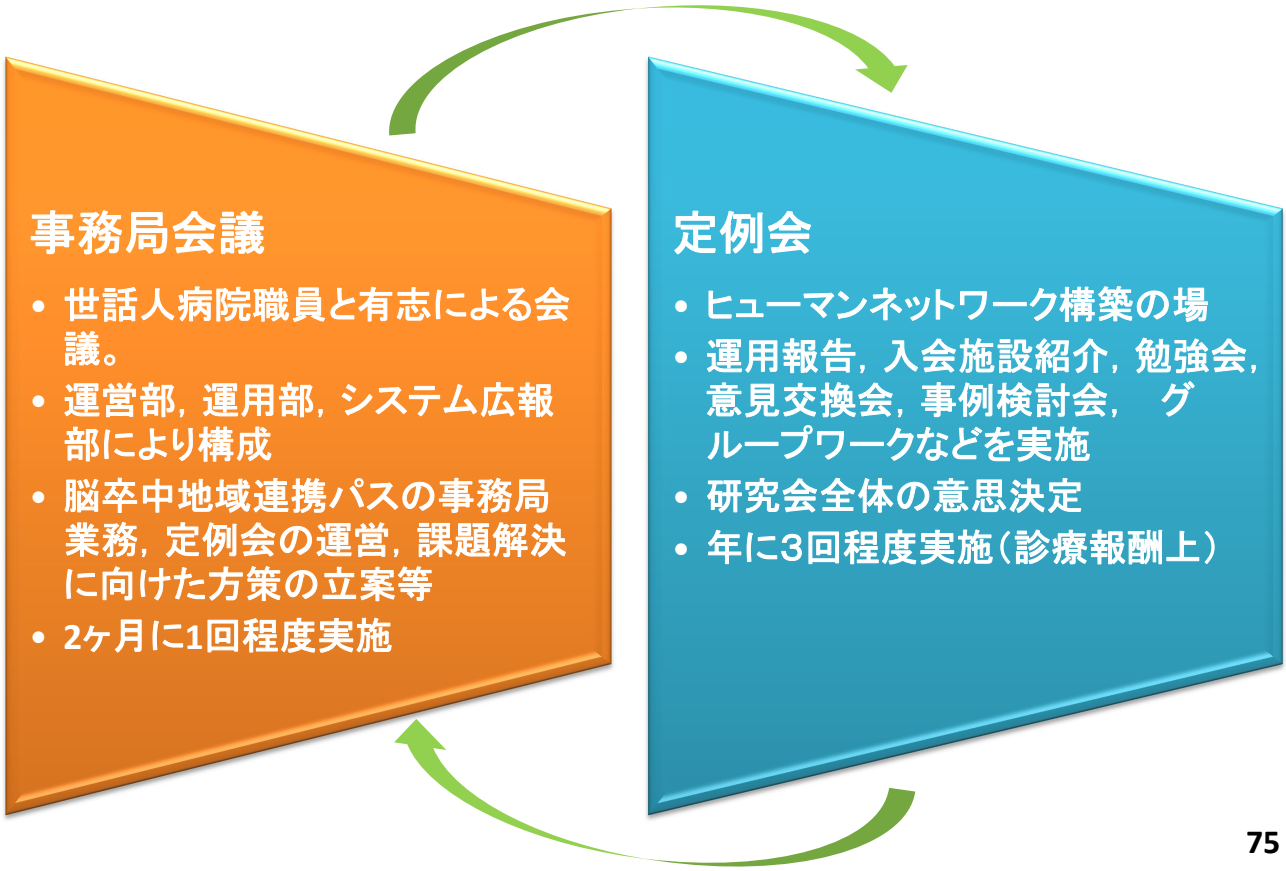
73

老健施設全体（報告例のみ）
（H27年7月1日～H28年6月30日の退院者）

	地域連携診療計画 情報提供加算が 算定された患者	地域連携診療計画 情報提供加算が 算定されなかった患者
脳卒中患者数	8例	13例
	21例（全体）	

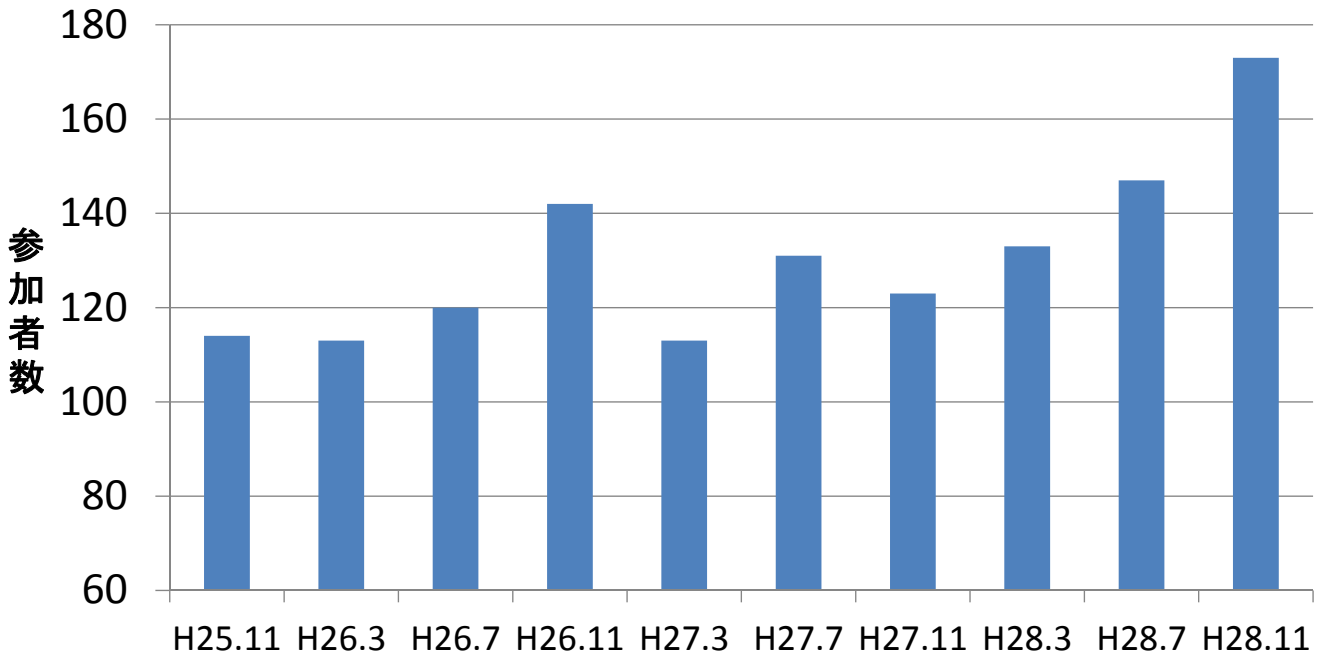
74

研究会の基本運営スタイル



75

定例会参加者数の推移



76

最近の活動①

多施設研究

結果◎

退院先への影響度（多重ロジスティック回帰分析）

分類結果（“実際の転帰先”と“回帰式から予測された転帰先”との一致率）

		予測の退院先		一致率
		在宅	非在宅	
実際の退院先	在宅	346	10	97.2
	非在宅	69	30	30.3
全体のパーセント				82.6

ロジスティック回帰分析の表　　モデルχ^2検定　$p<0.05$

	偏回帰係数	標準誤差	有意確率 (p)	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間	
					下限	上限
身体機能	-0.697	0.127	0.000	0.498	0.388	0.639
嚥下機能	-0.950	0.201	0.000	0.387	0.261	0.574
定数	4.058	0.712	0.000			

在宅復帰に関しては身体機能より
嚥下機能が影響を及ぼしている
可能性がある

定例会でグループワーク



当地域における
摂食・嚥下に関する課題点

施設ごとに嚥下食の
形態・名称がバラバラ…

当地域における『食形態変換表』の作成へ

77

最近の活動②

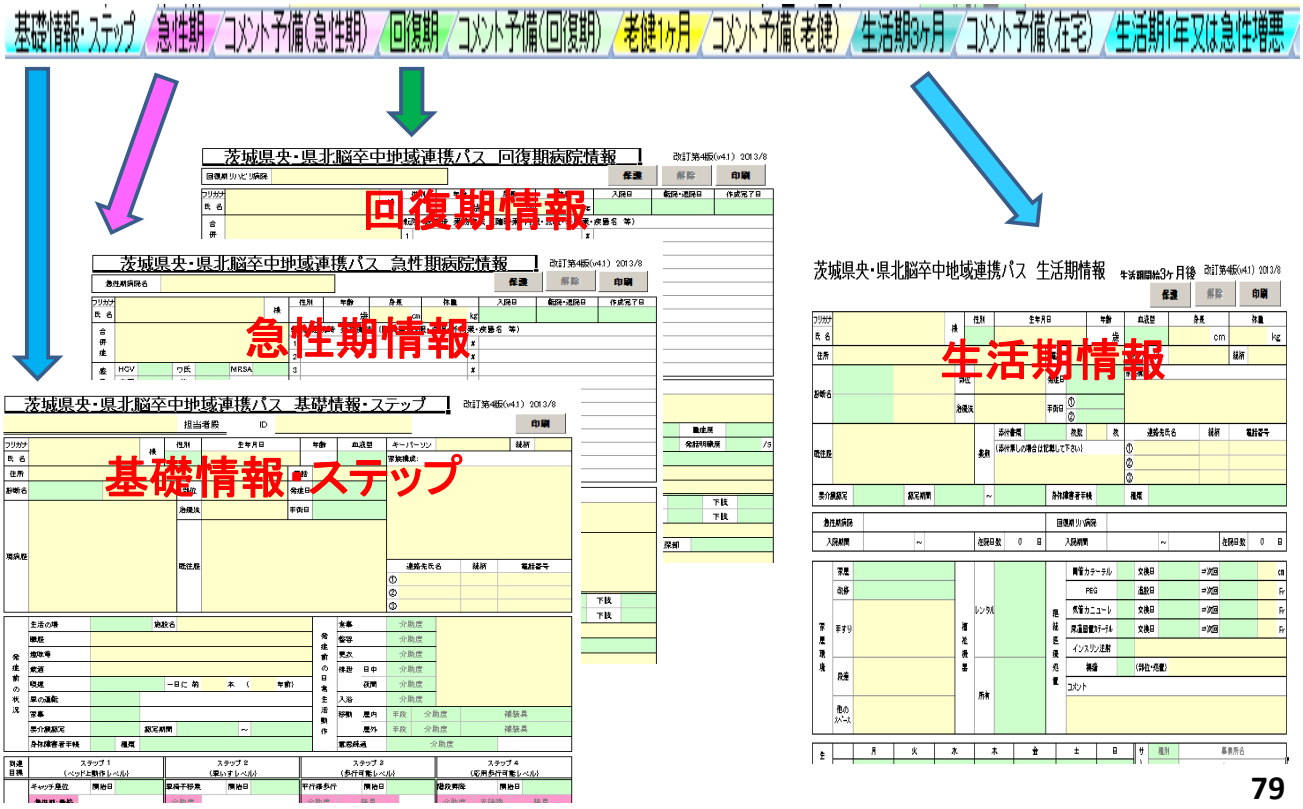
入会施設の“連携窓口担当者”による連携会議
（平成28年度診療報酬改定を受けて発足）

- 各病院によって退院調整看護師の位置づけが異なる。
- 各病院によって連携室の位置づけ・名称が異なる。
- 病院からの退院時だけでなく、入院時も含めて窓口が分かるようになるとよい（例えば、顔写真付きで担当者が分かるようにする等）。
- 緊急時の受け入れなど、実務に直結したもの（通常ルートとは別の裏技や虎の巻のようなもの）を作成できるとよいのではないか？

“脳卒中”という疾患の枠を超えた話し合いへ!!
（ただし、生活期は老健が主…）

78

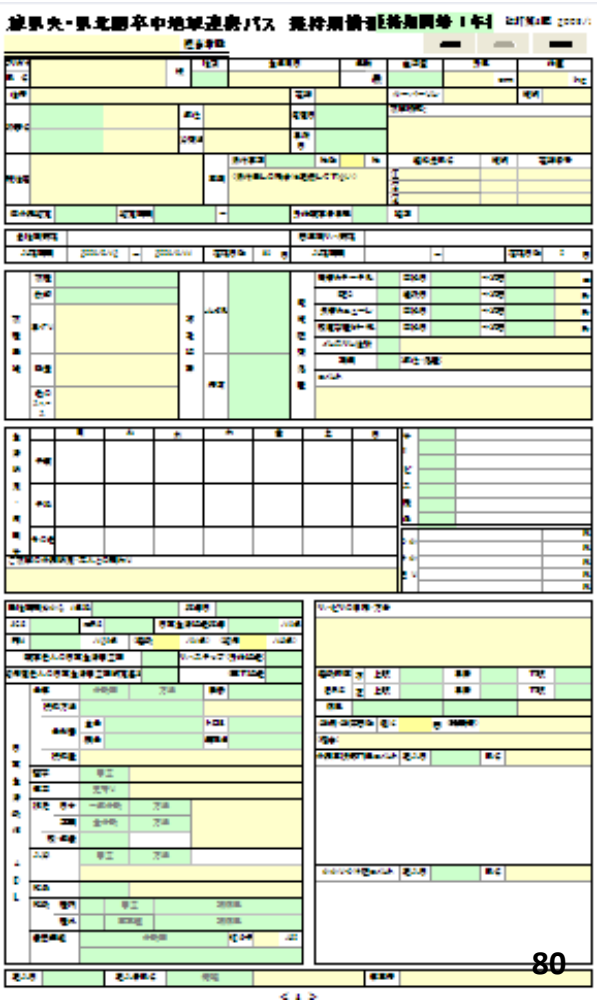
茨城県央・県北脳卒中地域連携パス



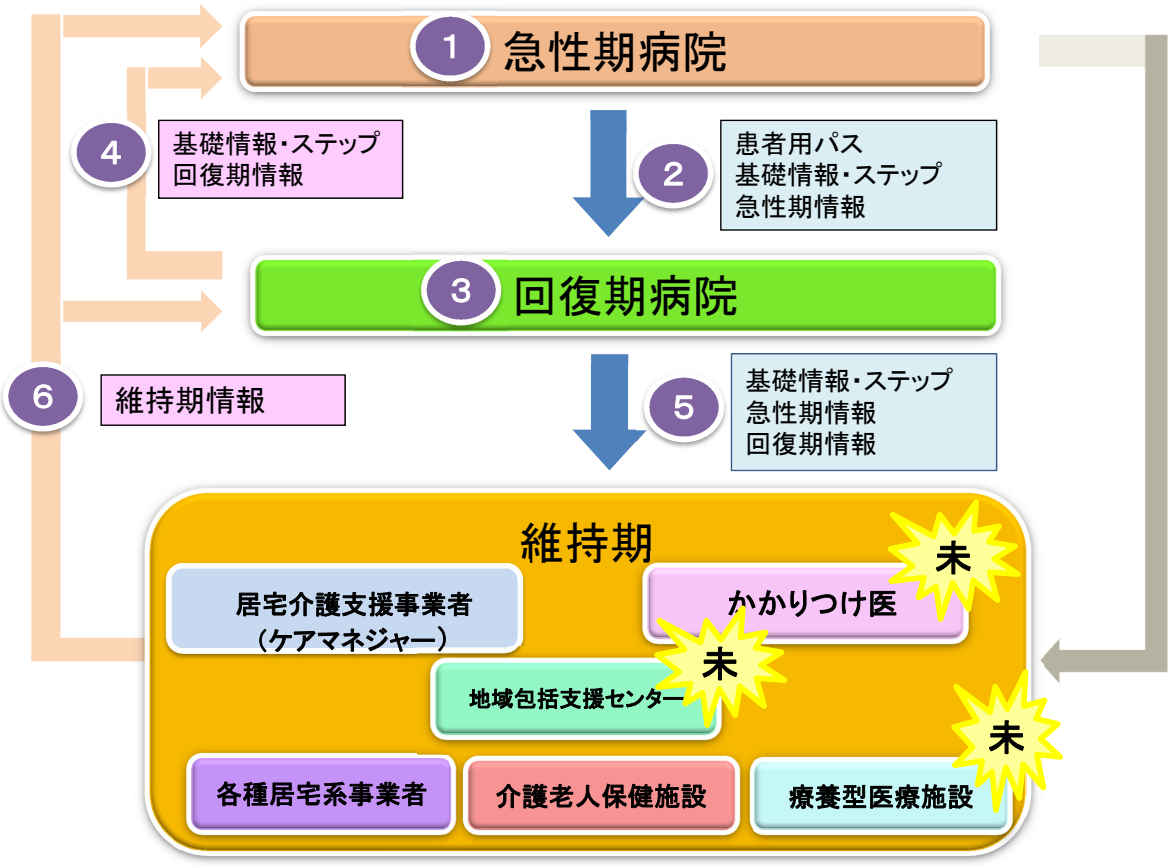
79

生活期情報
・生活期開始1年後
・急性増悪　・退所

・血液型
・身長　・体重
・住所
・診断名　・部位
・治療法
・発症日　・手術日
・既往歴
・薬剤
・キーパーソン
・家族構成　・連絡先
・要介護認定
・身体障害者手帳
・急性期病院名
・急性期病院入院期間
・回復期リハ病院名
・回復期病院入院期間
・ケアマネ　コメント
・かかりつけ医　コメント
・家屋環境　・福祉機器
・継続医療処置
・生活状況　利用サービス
・サービス提供事業所
・かかりつけ医
・家族の介護状況　関わり
・JCS　・mRS
・日常生活機能評価
・FIM（運動　認知）
・障害老人の日常生活
　自立度
・認知症老人の日常
　生活自立度判定基準
・リハステップ
・日常生活動作（ADL）
・リハビリ目標・方針
・運動麻痺（BRS）
・装具
・転倒　転落回数

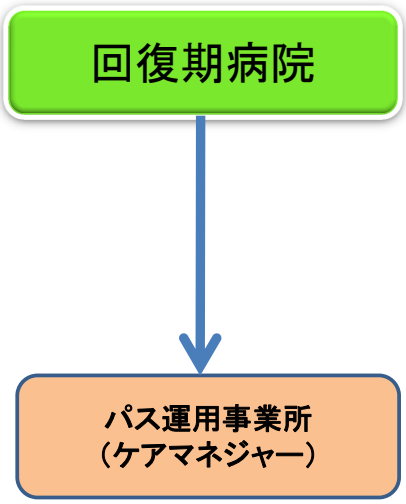


連携パスの流れ



81

5 回復期から維持期への運用
～在宅の場合～



＜パス運用事業所（ケアマネジャー）の場合＞

1. 運用方法

●送付方法は特に定められていないため、あらかじめ個別に協議しておく必要がある。

●送付シート

①基礎情報・ステップシート

②急性期情報シート

③回復期情報シート

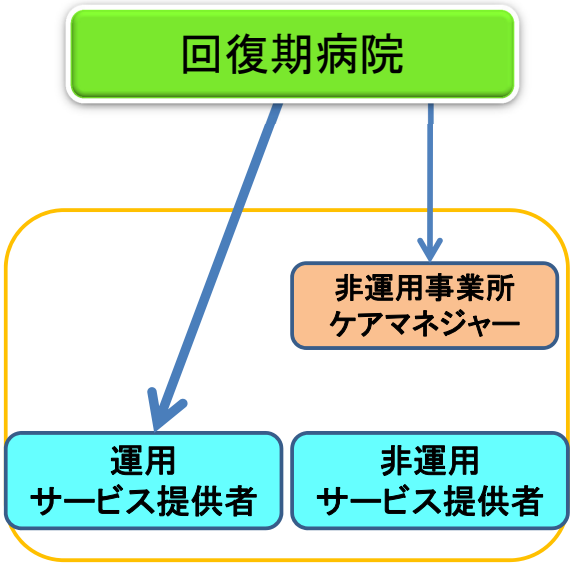
※急性期から紙ベースで送付された場合は、回復期で急性期情報の再入力を行う。

※急性期が非運用病院であった場合は、急性期情報シートは送付しない。

●メール本文にフィードバック時期を記載する。

82

5 回復期から維持期への運用
～在宅の場合～



＜非運用事業所（ケアマネジャー）の場合＞

●情報提供書として連携パスを活用し、郵送等の方法で送付する。

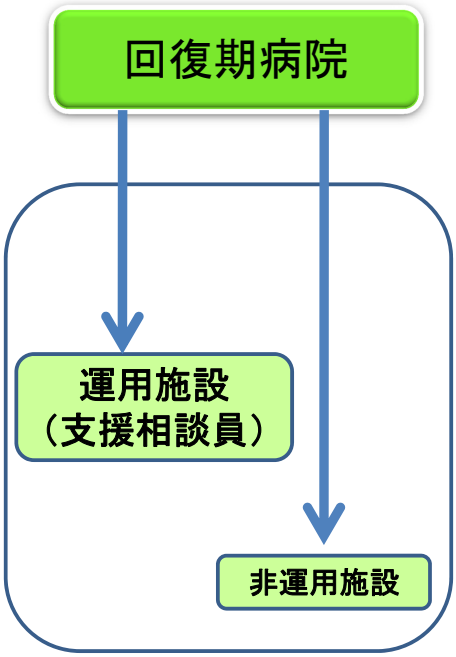
●利用するサービス提供者が運用に参加している場合は、そちらへも直接送付する。

※ 非運用事業所より通常の情報提供書の書式を要求された場合は、それに準ずる。

※連携パスの同封文書は別紙参照。

83

5 回復期から維持期への運用
～施設入所の場合～



＜運用施設の場合＞

●支援相談員宛に送付

あらかじめ定められた送付方法はないため、個別に協議しておく必要がある。

●送付シート

①基礎情報・ステップシート

②急性期情報シート

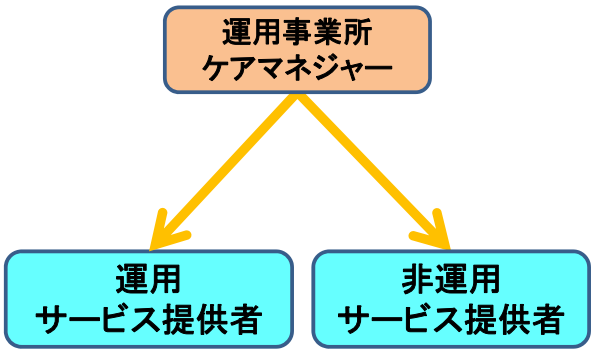
③回復期情報シート

＜非運用施設の場合＞

●情報提供書として連携パスを活用し、郵送等の方法で送付する。

84

維持期内での運用
～ケアマネジャーの対応～

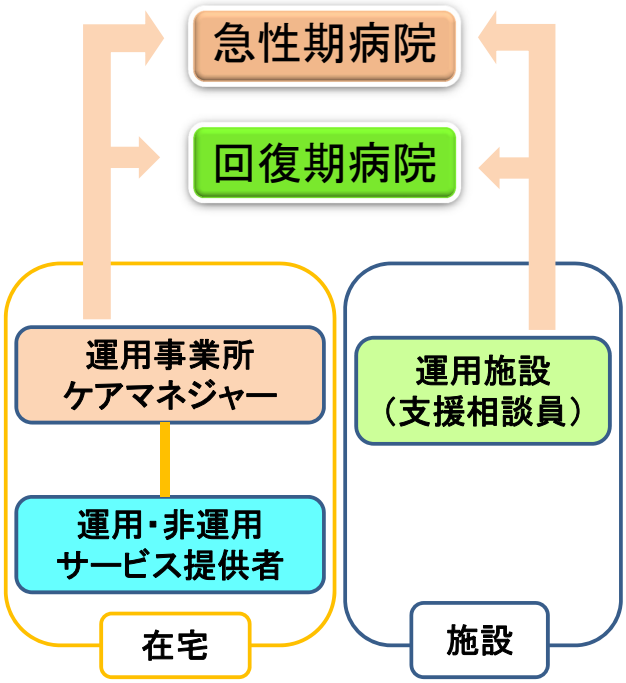


●連携パスを印刷し、サービス提供者（事業所）への情報提供として連携パスを送付することができる。

●サービス提供者は運用・非運用を問わない。

85

6 維持期から紹介元へのフィードバック



＜フィードバック担当者＞

●在宅の場合：ケアマネジャー

※ 各サービス提供者から情報収集し、連携パスを完成・送付する。

●入所中の場合：支援相談員

＜送付シート＞

- 維持期情報シート

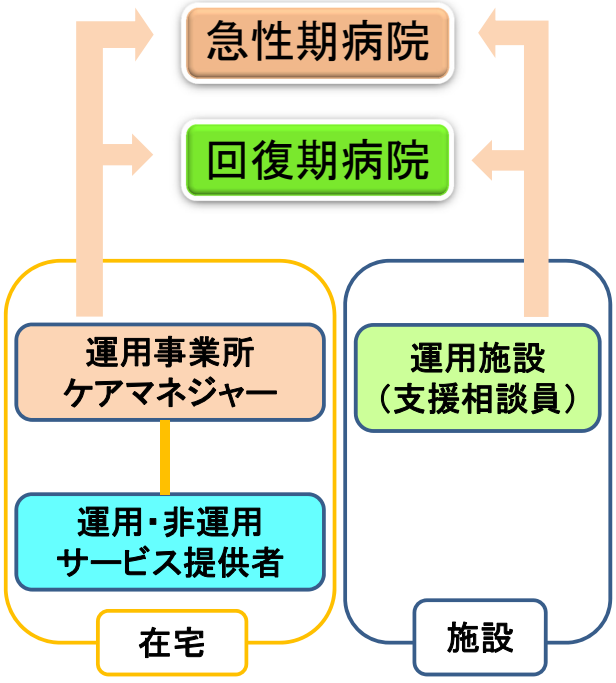
＜送付先＞

紹介元病院（急性期病院・回復期病院）

※ 実際に情報提供があった病院のみ

86

6 維持期から紹介元へのフィードバック



＜時期＞

1. 基本的に下記の計2回実施する。

●回復期病院退院後3ヶ月経過時

●回復期病院退院後1年経過時（または退所時）

2. 例外

①上記期間経過前に急性増悪等により入院・施設入所となった場合

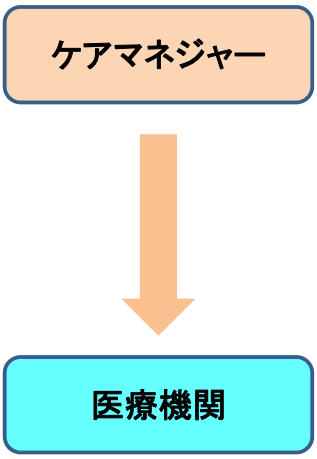
②上記期間経過前に施設を退所した場合

例）6ヶ月経過時に退所となった場合は、3ヶ月経過時及び退所時の計2回フィードバックする。1年後のフィードバックは不要。

例）2ヶ月後、転倒による骨折で急性期病院に入院。その際、入院の時点で急性増悪としてフィードバック。その後、3ヶ月及び1年経過時のフィードバックは不要。

87

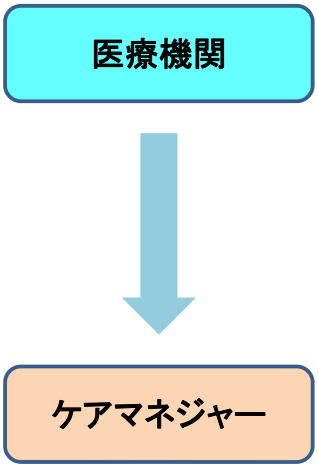
ケアマネジャーと（旧）医療連携加算



- 利用者が急性増悪等により入院に至った場合、「維持期1年後又は急性増悪」のシートを活用することができる。
- 疾患や入院先医療機関に制限はない（急性増悪時はすべて活用可能）。
- 入院後、できる限り早期に記載・郵送することが望ましい。

88

ケアマネジャーと退院・退所加算



- 算定に当たっては、利用者が退院・退所する際、医療機関の職員と面談し、情報収集を行う必要があるが、その際の記載用紙として活用することが想定できる。

※「維持期情報シート」の活用を想定している。

89

パス研究会運営上の課題

- 生活期との連携の輪が拡がりにくい

  診療報酬上は対象となる施設，事業所等が拡大されたが、介護報酬においては老健施設（地域連携診療計画情報提供加算）しか認められていない。

- 老健施設との連携の輪が拡がりにくい

  パス対象患者が老健施設へなかなか流れていかず、老健施設の参加意義が薄れてしまっている。

- 老健施設以外の生活期との連携を拡げていくことが必要

  介護報酬上認められていなかったこともあり、取り組み開始当初に想定したものはあるが実績がない。

90

老健施設との連携の輪が拡がりにくいのは…

パスの運用ルールが十分理解されていない？（急性期）

いずれにしても
“パス研究会運営（連携の輪を拡げる）”の視点から考えれば、何かしらの仕組みが必要！！

91

医療と介護のシームレスな連携の在り方
（医療介護連携）

訪問リハビリテーションを活用した
早期退院支援・地域連携パスの取り組み

社会医療法人財団　慈泉会
相澤病院　統括科長
鈴木　修　委員

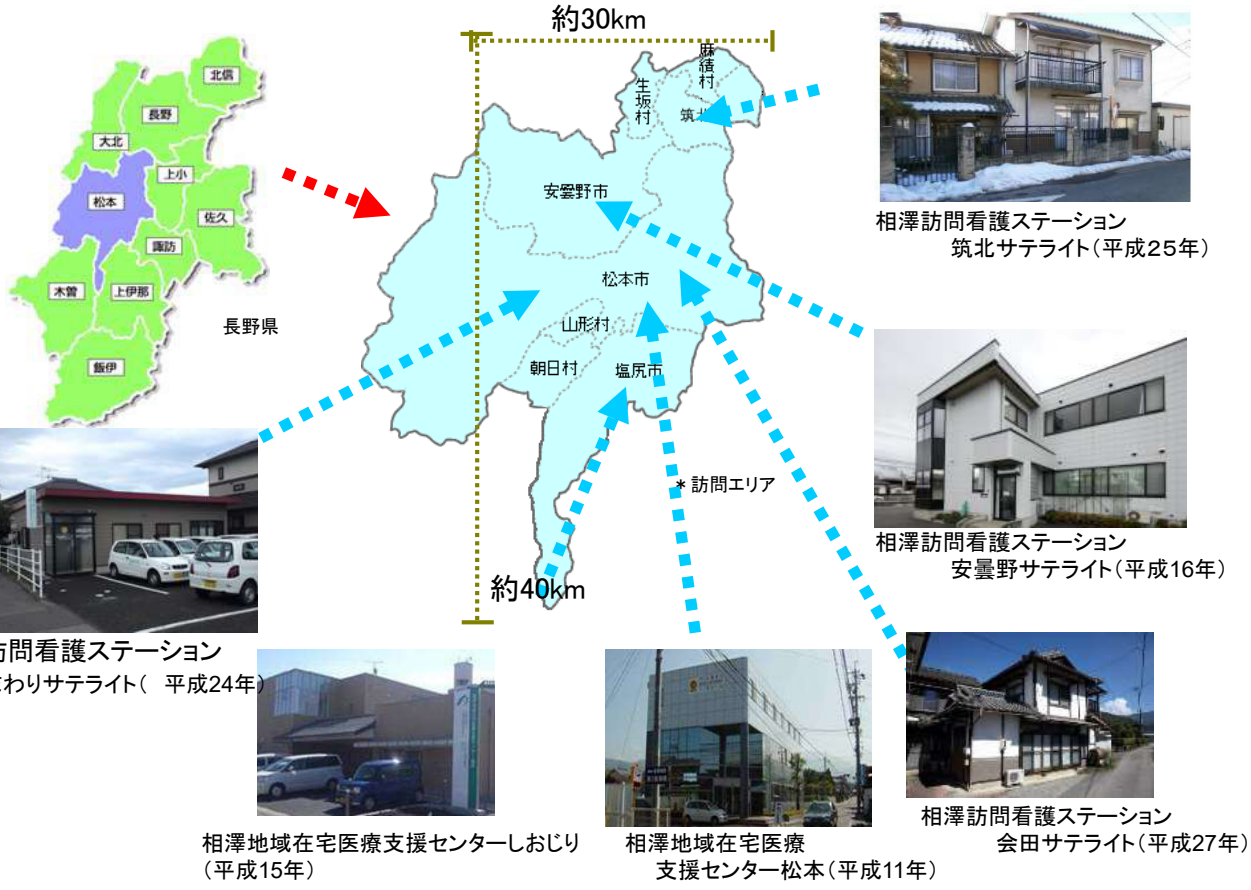


訪問リハビリテーションを活用した早期退院支援・地域連携パスの取り組み



社会医療法人財団　慈泉会
相澤病院　訪問リハビリテーションセンター
地域在宅医療支援センター　訪問リハビリテーション
鈴木　修

地域在宅医療支援センターの紹介



相澤訪問看護ステーション
筑北サテライト（平成25年）

相澤訪問看護ステーション
安曇野サテライト（平成16年）

相澤訪問看護ステーション
ひまわりサテライト（　平成24年）

相澤地域在宅医療支援センターしおじり
（平成15年）

相澤地域在宅医療
支援センター松本（平成11年）

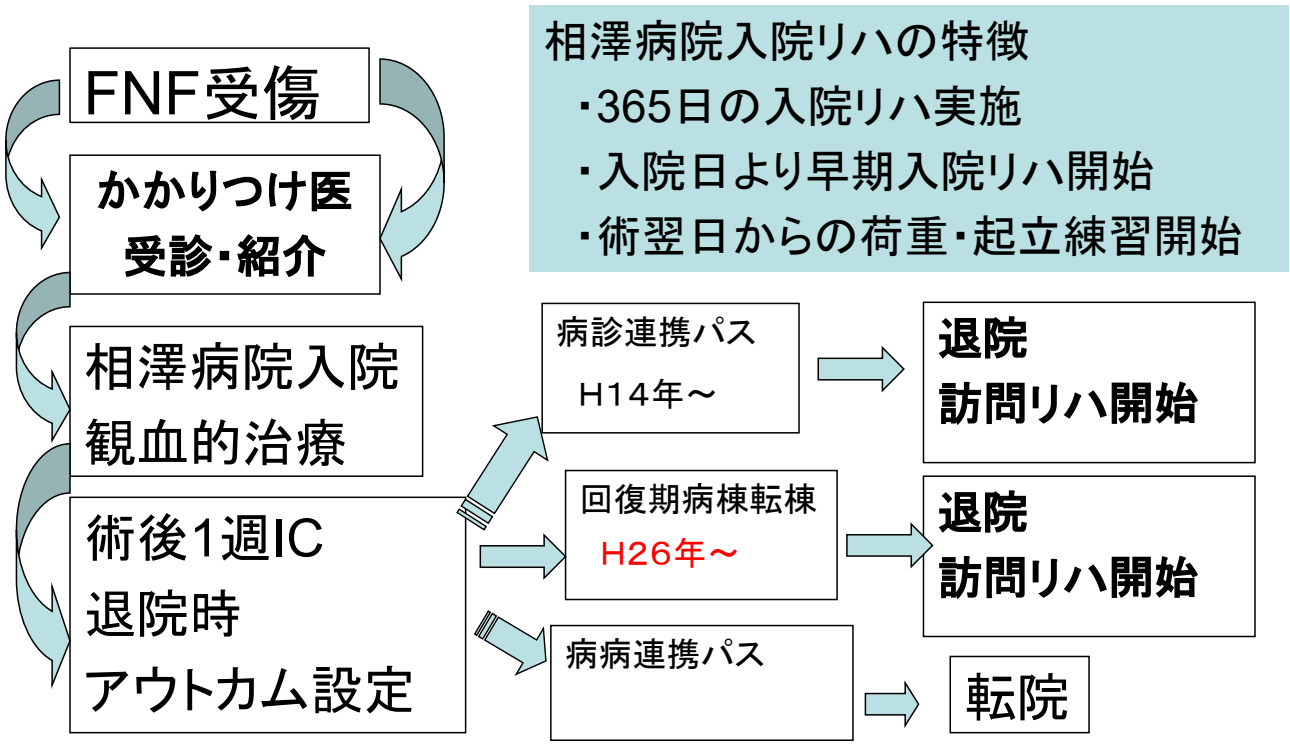
相澤訪問看護ステーション
会田サテライト（平成27年）

訪問リハビリテーションセンターの取り組み

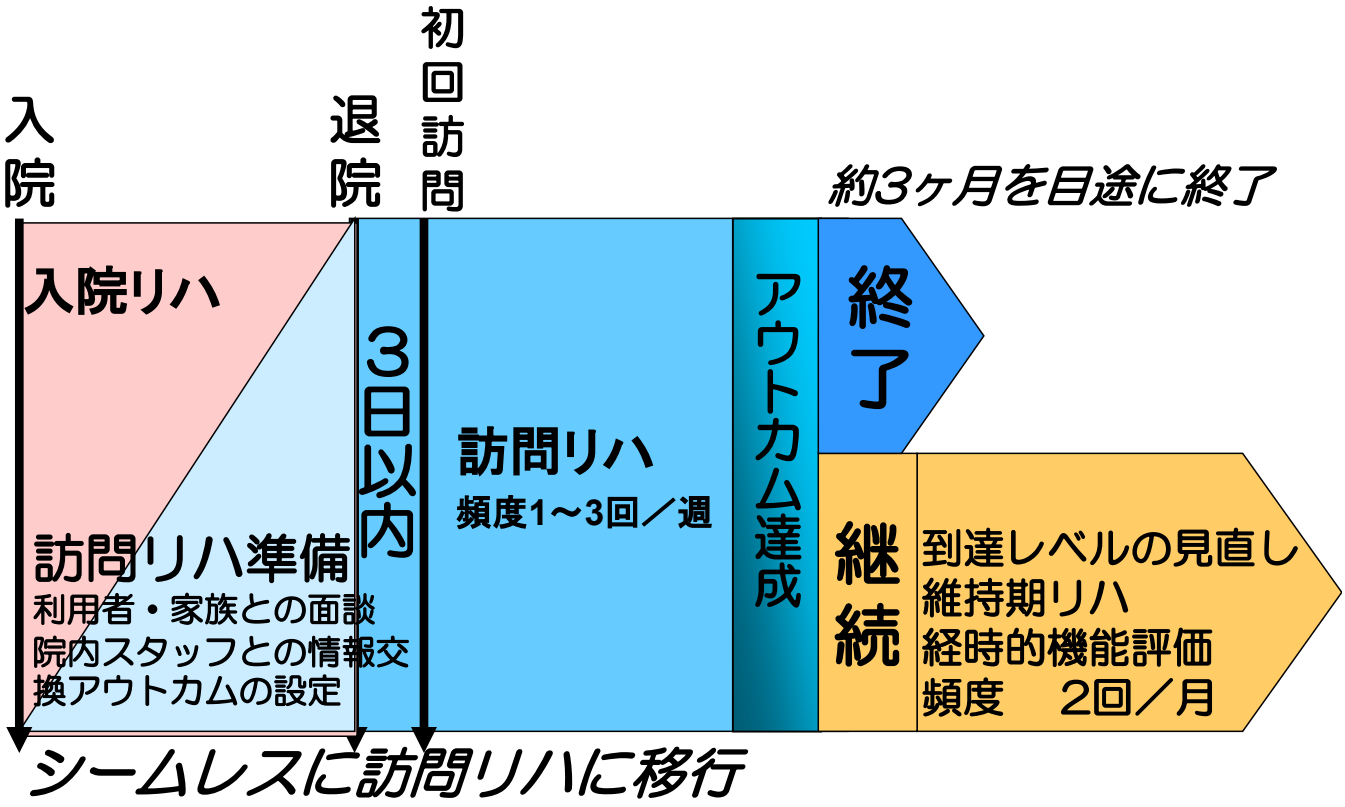
- 病棟面談（カンファレンス）の徹底
- 退院後3日以内の初回訪問
- 初回訪問時のケアマネ同行
- かかりつけ医との連携強化
- 集中的な訪問リハビリテーションの実施
- 紙面による自主トレーニング指導

Face to Face の連携

入院患者に対する訪問リハ介入
（大腿骨頚部骨折連携パスの流れ）



大腿骨頸部骨折術後の訪問リハイメージ



大腿骨頸部骨折後の訪問リハ実績

平成25年1月～平成25年12月に自宅から当院へ入院した大腿骨頸部骨折患者のうち、訪問リハを活用し自宅退院された78名。

内訳）
平均年齢：85.1±7.2歳
性別：男性16名、女性62名

	CHS	Hanss on-pin	Inter-TAN	PFNA	人工骨頭置換	手術なし
内側骨折	6	4			28	
外側骨折	0	0	6	29	1	4
計	6	4	6	29	29	4

訪問リハプロセスとアウトカム

項目	期間
在院日数 （一般+回復期）	27.3±12.6日
初回訪問からアウトカム達成までの期間	62.4±58.5日
アウトカム達成から終了までの期間	46.4±34.7日

	初回訪問時	終了時
屋内歩行獲得率（自立）	46.1%	89.7%
屋外歩行獲得率（自立）	10.2%	57.7%
排泄自立度（夜間）	79.5% （家庭トイレ使用率：73.1%）	96.2% （家庭トイレ使用率：84.6%）
FIM	102.7±16.1　点	108.7±15.3　点
（M-FIM）	（73.2±11.3　点）	（77.7±11.4　点）
（C-FIM）	（30.6±4.7　点）	（30.9±4.5　点）

当院の一般病棟と回復期病棟の紹介

全国のDPC病院における大腿骨頸部骨折術（骨吻合術、人工骨頭置換術）後のプロセスとアウトカム指標を比較（2015,10月～2016,3月）

		相澤病院（N=48）	他病院（N=168）	U検定 有意水準P＜0.01
	年齢（歳）	80.9±7.0	83.1±7.9	0.019
一般病棟	入院時BI	10.2±18.0	12.4±22.9	0.394
	単位数/日	3.2±1.7	2.7±1.0	0.139
	リハ開始日	0.2±0.4	1.3±0.8	＜0.001
	在院日数（日）	6.3±6.2	20.0±8.8	＜0.001
	医療費（円）	1,003,456	1,435,873	＜0.001
回復期病棟	単位数/日	5.1±0.5	5.0±1.3	0,802
	在院日数（日）	26.3±12.3	50.3±19.9	＜0.001
	医療費（円）	909,927	1,694,047	＜0.001
	退院時BI	86.9±10.7	67.0±30.1	0.001

©GHC　2016　GHCの書面による事前承諾なく複写、引用、または第三者へ配布、閲覧してはならない。

大腿骨頸部骨折術後症例の
プロセスとアウトカム指標を比較

	相澤病院（N＝48）	他病院（N=168）	U検定 有意水準P＜0.01
在院日数（日）	32.5±12.9	70.4±21.1	＜0.001
医療費（円）	1,913,383	3,129,920	＜0.001
自宅復帰率	91.7%	80.4%	

一般病棟および回復期病棟における積極的なリハ介入と、回復期病棟の後方支援として機能する訪問リハの活用により在院日数と医療費を削減することができる。

©GHC　2016　GHCの書面による事前承諾なく複写、引用、または第三者へ配布、閲覧してはならない。

全国のDPC病院における脳血管障害のプロセスとアウトカム指標を比較（2015,10月～2016,3月）

DPC	DPC名	相澤■	他病院	総計
010060x099030x	脳梗塞（JCS10未満）手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等23あり 定義副傷病なし	17	81	98
010060x099000x	脳梗塞（JCS10未満）手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	7	65	72
010040x099x00x	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）（JCS10未満）手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	6	46	52
010020x099x00x	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤（JCS10未満）手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし		8	8
総計		30	200	230

		相澤病院（N=30）	他病院（N=200）	U検定 有意水準P＜0.01
	年齢（歳）	77.3±8.8	76.0±11.6	0.694
一般病棟	入院時BI	49.0±30.1	34.3±31.8	0.011
	単位数/日	6.4±1.3	4.9±1.6	＜0.001
	リハ開始日	1.6±0.6	2.2±1.5	0.013
	在院日数（日）	8.5±7.2	15.8±8.8	＜0.001
	医療費（円）	753,968	848,954	0.041
回復期病棟	単位数/日	7.1±1.4	6.5±1.5	0.015
	在院日数（日）	30.2±15.7	48.8±33.4	0.004
	医療費（円）	1,291,109	2,000,749	0.013
	退院時BI	81.8±18.4	74.9±30.0	0.995

©GHC　2016　GHCの書面による事前承諾なく複写、引用、または第三者へ配布、閲覧してはならない。

全国のDPC病院における脳血管障害のプロセスとアウトカム指標を比較（2015,10月～2016,3月）

DPC	DPC名	相澤■	他病院	総計
010060x099030x	脳梗塞（JCS10未満）手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等23あり 定義副傷病なし	17	81	98
010060x099000x	脳梗塞（JCS10未満）手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	7	65	72
010040x099x00x	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）（JCS10未満）手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	6	46	52
010020x099x00x	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤（JCS10未満）手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし		8	8
総計		30	200	230

	相澤病院（N＝30）	他病院（N＝200）	U検定 有意水準P＜0.01
在院日数（日）	38.7±17.4	64.7±34.2	＜0.001
医療費（円）	2,045,077	2,849,703	0.003
自宅復帰率	90.0%	80.0%	

回復期病棟後の後方支援（訪問リハサービスの充実）の充実は、脳血管障害例でも在院日数削減に繋がるのではないか？

©GHC　2016　GHCの書面による事前承諾なく複写、引用、または第三者へ配布、閲覧してはならない。

退院直後の訪問リハサービス充実を！

●退院直後の機能改善が可能な時期は、医療保険で介入できないか？

→医療・介護の給付調整を工夫できないか？

→在宅療養の中で、医療から介護サービスへの移行がもっとスムーズにできないか？

地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について
（介護介護連携）

地域包括ケア体制構築に対応したリハビリテーション専門病院・診療所の活動

医療法人社団　輝生会　理事長
石川　誠　特別委員

地域包括ケア体制構築に対応したリハ専門病院・診療所の活動

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

理事長　石川　誠

医療法人輝生会５拠点のうち3拠点を紹介

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元浅草
8床（2003年4月）



船橋市リハビリセンター
無床（2014年4月）



船橋市立リハビリテ-ション病院の事業と職員数

入院：200床
（全病棟：回復期リハ病棟）
外来診療
リハ的往診（訪問診療）
外来リハ
通所リハ（1～2時間）
訪問リハ

	常勤職員	非常勤職員
医師 （うちリハ専門医）	11 （3）	3 （1）
看護師	82	3
介護福祉士	57	4
PT	94	
OT	72	
ST	34	
社会福祉士	12	
薬剤師士	4	
放射線技師	2	
臨床検査技師	3	
管理栄養士・栄養士	6・11	
調理師	7	調理員 12
事務	23	
その他	2	1
運転手		9
計	420	32

船橋市立リハ病院のサービス種類別利用者

種類	実利用者/月	
外来通院	580人	外来リハ：500人
訪問診療・往診	120人	40件/月
訪問リハ	400人	1800件/月
通所リハ	150人	1～2時間　650件/月
入院リハ	270人	平均入院期間：80日

対象地域：船橋市全域、市川市・白井市・津田沼市・浦安市等の一部

船橋市リハビリセンターの事業と職員数

2事業の複合施設

1. 無床診療所
   - 外来診療・外来リハ
   - 訪問診療・往診
   - 訪問リハ
   - 通所リハ
2. 訪問看護ステーション

委託事業
船橋市地域リハ支援拠点

	常勤職員	非常勤職員
医師 （うちリハ専門医）	1	1 （1）
看護師	4	1
介護福祉士	1	
PT	8	
OT	5	
ST	1	
社会福祉士	2	
リハ助手	1	
事務	5	
運転手		5
計	28	7

※　各専門職のバックアップ体制は、船橋市立リハ病院から

船橋市リハビリセンターのサービス種類別利用者

種類	実利用者/月	
外来通院	250人	外来リハ：200人
訪問診療・往診	105人	35件/月
訪問看護	50人	250件/月
訪問リハ	105人	550件/月
通所リハ	190人	1～2時間　900件/月
船橋市のリハ事業	135人	パワーリハビリ　700件/月
	95人	プールリハビリ　400件/月

対象地域：船橋市南部・東部

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・往診
   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 （うちリハ専門医）	5 （2）	1 （1）
看護師	14	3
介護福祉士	11	4
PT	15	
OT	10	
ST	5	
社会福祉士 （うちケアマネジャー）	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	
守衛		4
運転手		9
計	85	23

※　各専門職のバックアップ体制は、初台リハ病院

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

医療法人輝生会５拠点の活動の整理

拠点	行政	医師会	地域リハ支援センター		
			直接サービス	組織化活動	教育啓発活動
船橋リハ病院	◎	◎	△	◎	◎
船橋リハセンター	◎	◎	○	◎	◎
在総センター元浅草	○	○	○	○	○
初台リハ病院	×	×	△	△	○
在総センター成城	△	△	○	△	○

◎：大変良くやっている（大変協力的）
○：良くやっている（協力的）
△：やっている（比較的協力的
×：やっていない（非協力的）

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

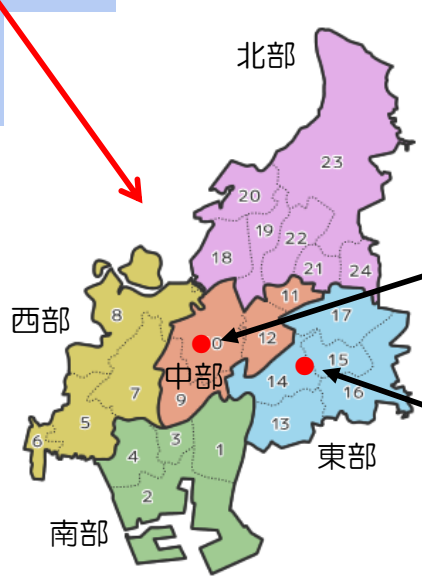
３．初台リハビリテーション病院
　　東京都区西南部地域リハ支援センター
　　（渋谷区・目黒区・世田谷区）
４．在宅総合ケアセンター成城
　　東京都区西南部地域リハ支援センター協力機関
　　（世田谷区）

５．在宅総合ケアセンター元浅草
　　東京都区中央部地域リハ支援センター協力機関
　　（台東区）

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

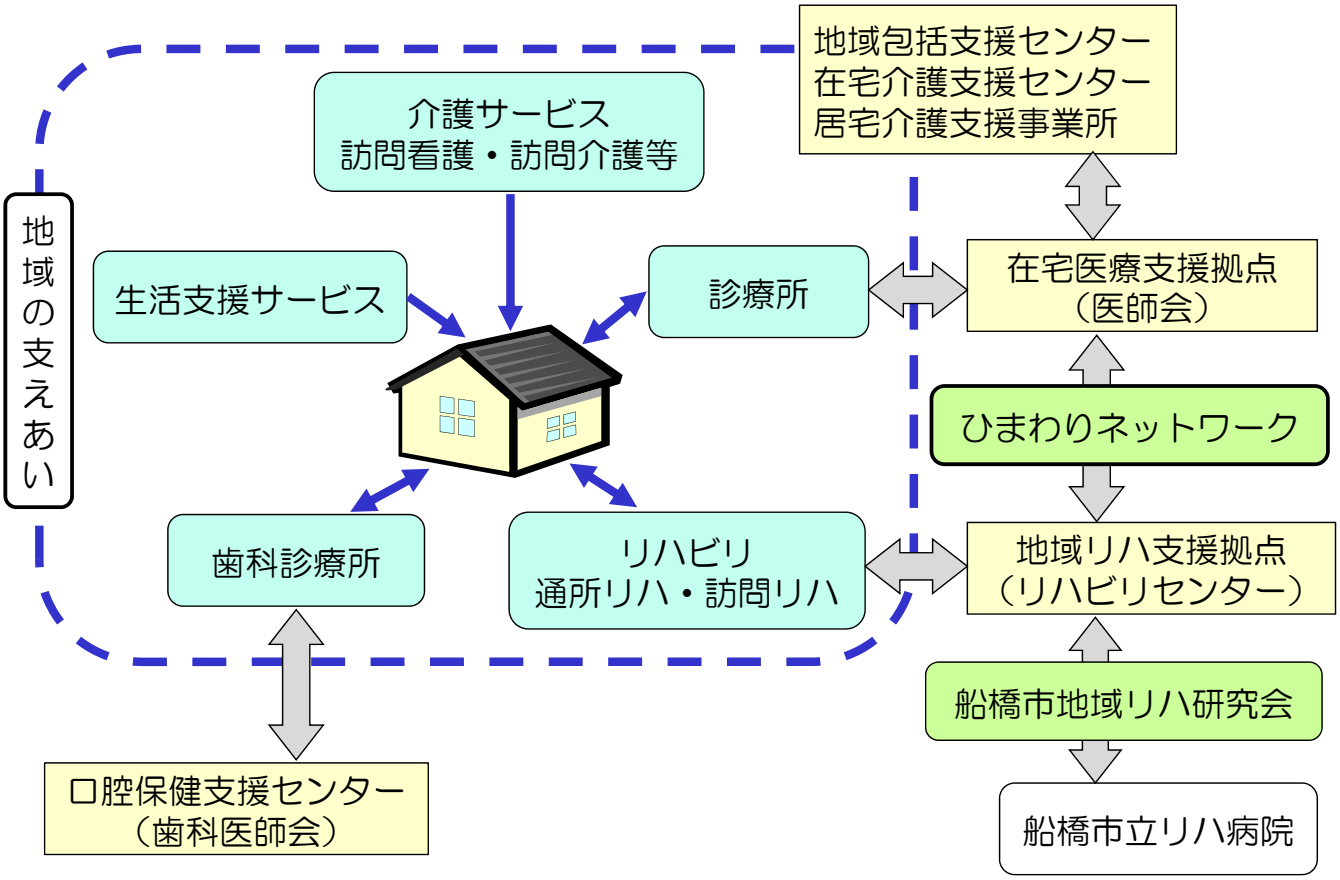
船橋市地域リハ研究会（地域リハ推進委員会）の活動

組織化活動
1. 船橋市 医師会
2. 船橋市 歯科医師会
3. 船橋市 薬剤師会
4. 船橋市 栄養士会
5. 船橋市 SW連絡協議会
6. 船橋市 介護支援専門員協議会
7. 船橋市 回復期リハ病棟連絡会
8. 船橋市 介護老人保健施設協会
9. 船橋市 訪問看護ステーション連絡会
10. 船橋市 訪問リハ連絡会
11. 船橋市 通所リハ連絡会
12. 船橋市 通所介護勉強会
13. 船橋市 訪問介護事業者連絡会
14. 船橋市 老人福祉施設協議会
15. 船橋市 障害者施設連絡協議会
16. 船橋市立リハビリテーション病院
17. 船橋市リハビリセンター（事務局）
18. 船橋市

教育啓発活動
1/2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
　　研修講演会
　　市民公開講座
2/年 ：栄養サポート勉強会
3/年 ：地区勉強会
　　（ワークショップ）
4/年 ：刊行物発行
10/年：介護職員対象の勉強会

船橋市の地域包括ケアシステム



市民公開講座





摂食栄養サポート勉強会







地区勉強会（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の視点を取り入れた介護技術の研修会。

移動・移乗・栄養・嚥下・体操など基礎編・応用編に分け年10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。

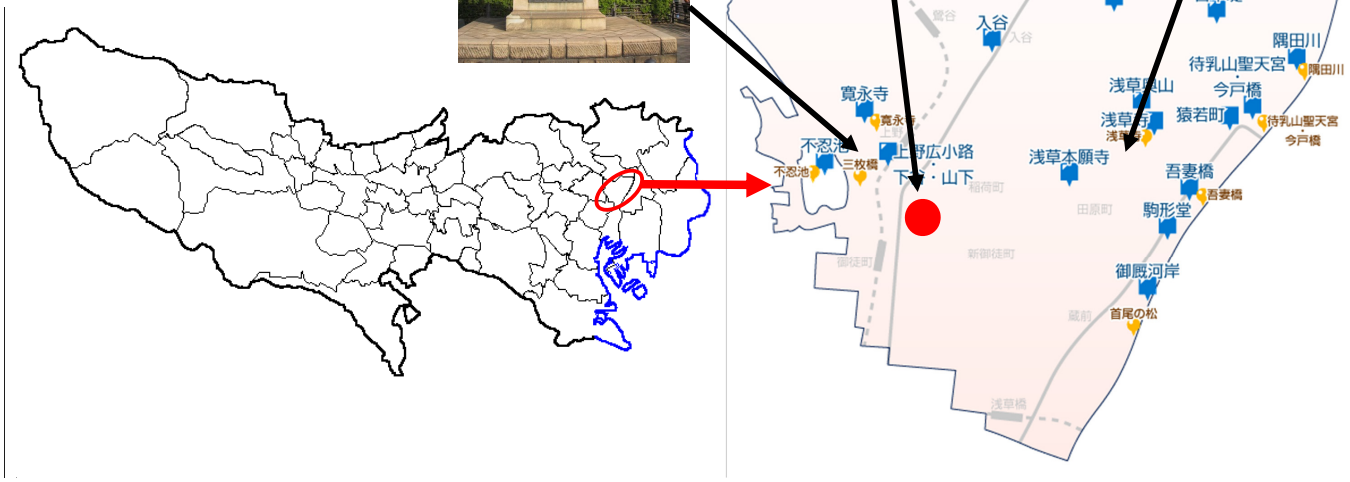
東京都台東区について

- 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







台東区地域リハ支援センターの活動

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
   （PT・OT・ST）
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

教育啓発活動

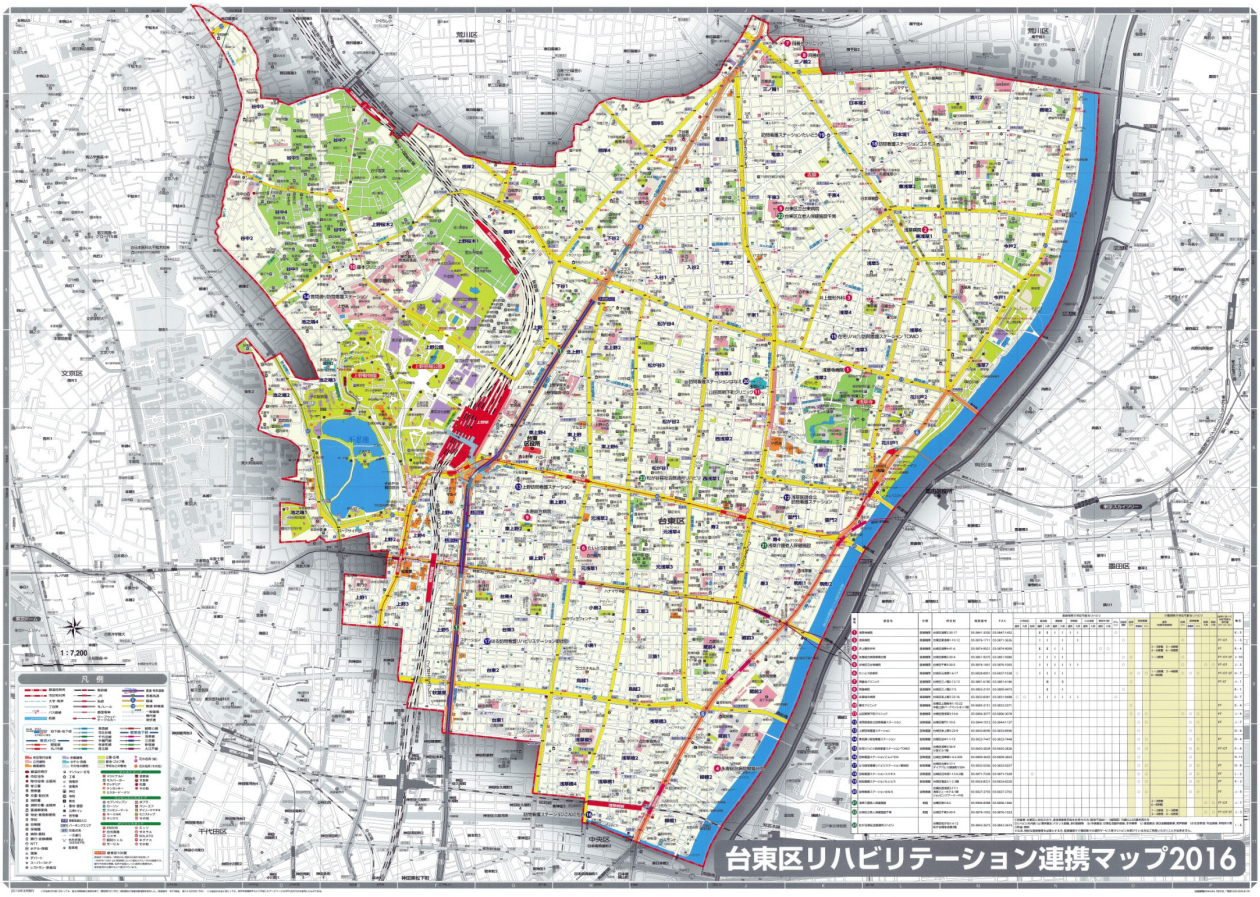
1/4月：代表者会議開催

1/年　：地域リハ実態調査
　　地域リハマップ作成
　　研究大会
　　研修講演会

2/年　：地区勉強会
　　（ワークショップ）

6/年　：介護職員・ケママネ
　　対象の勉強会

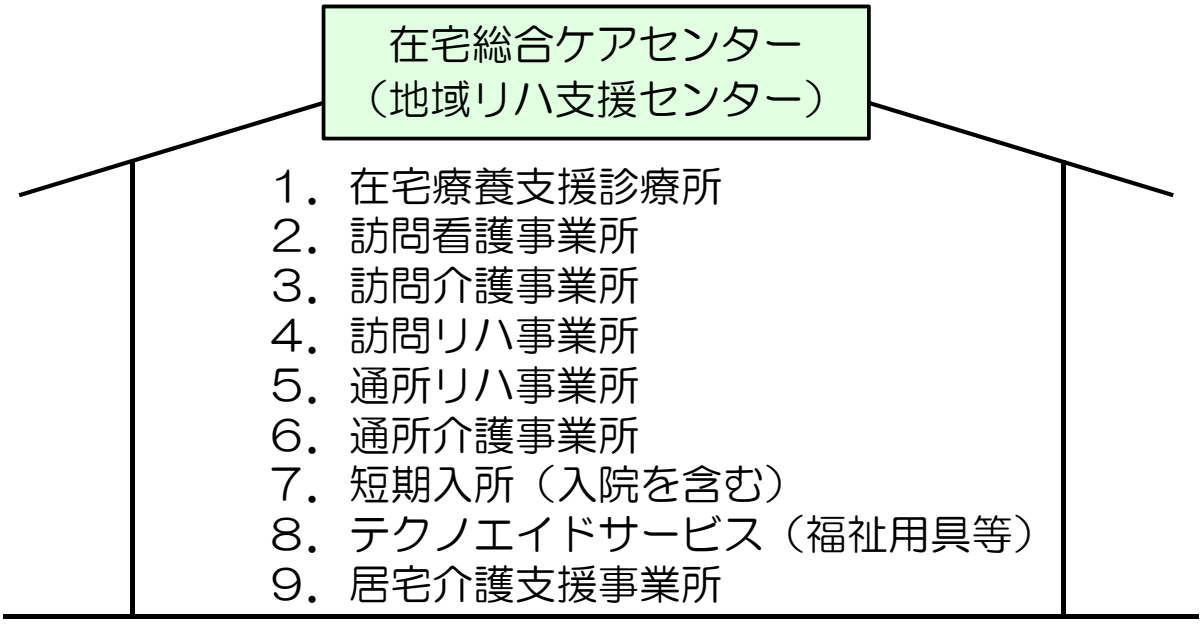
台東区リハビリテーション連携マップ



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

地域包括ケア推進における理想的拠点



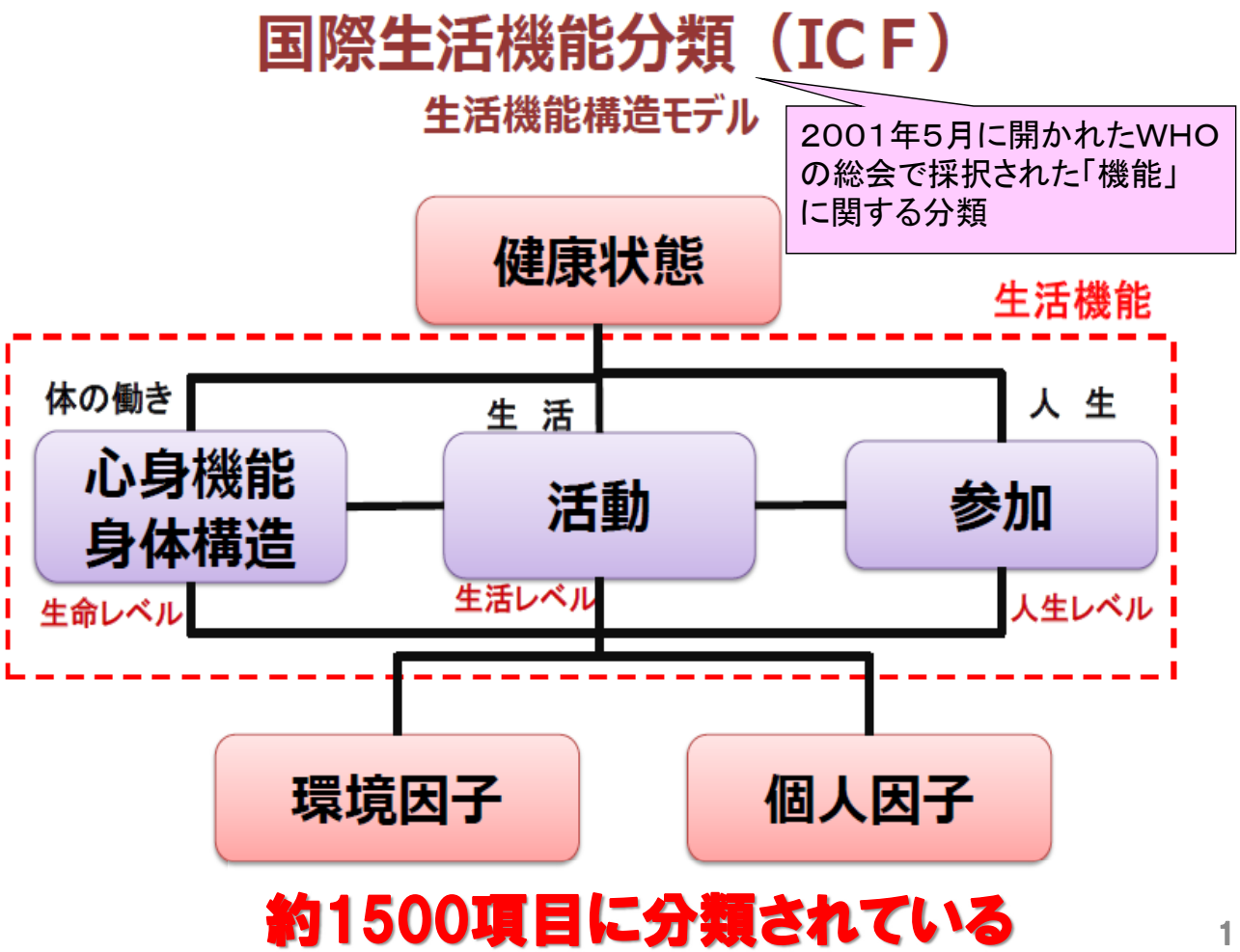
※　理念を共有した多職種が日常的に共通言語を使った話し合いを重ね、職種間の壁をなくすことが重要。リハ専門医の関与が必須。

地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について
（介護介護連携）

ICF Staging の概要と有用性

公益社団法人
全国老人保健施設協会　会長
東　憲太郎　委員

ICF Staging の概要と有用性



【国際障害分類：ICIDH】

ICIDH・・・International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

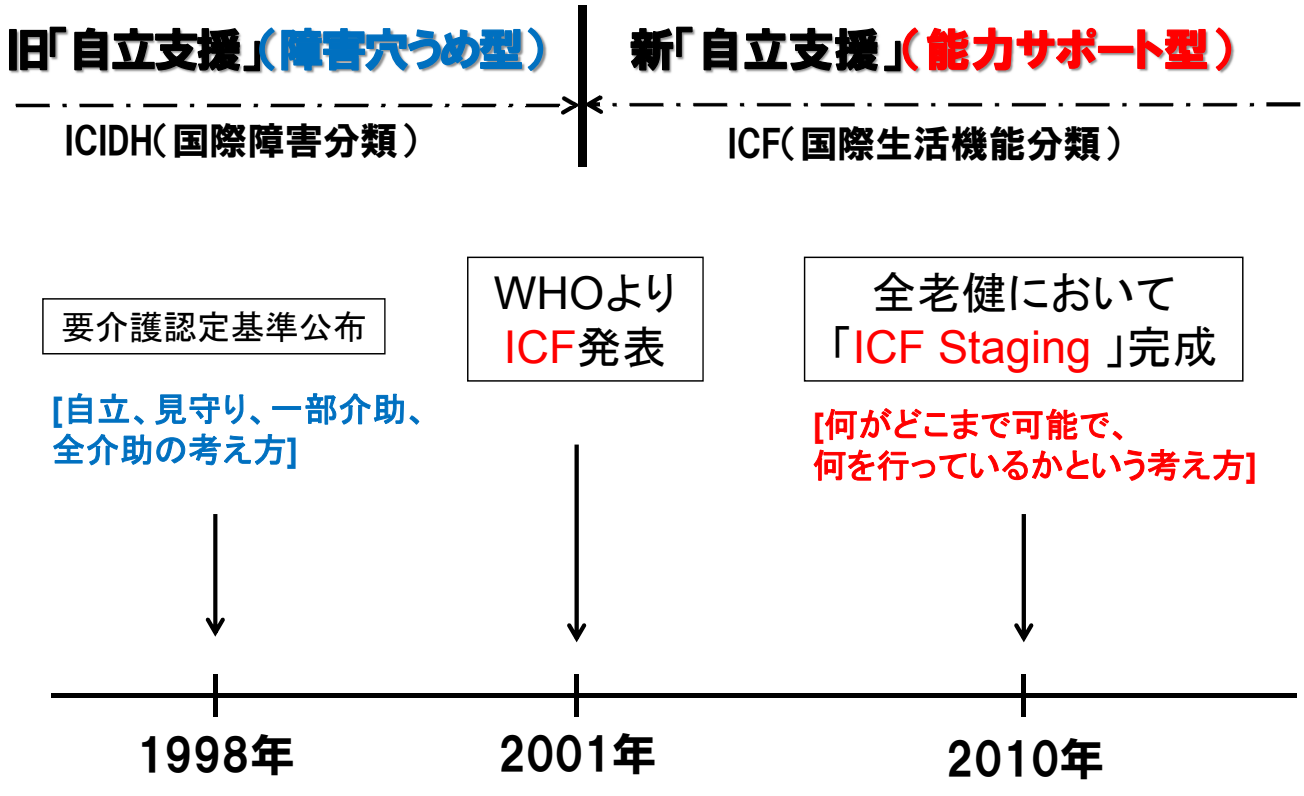
・1980年に国際疾病分類の補助分類として発表
・機能障害と社会的不利に関する分類

【国際生活機能分類：ICF】

ICF・・・International Classification of Functioning, Disability and Health

・2001年にICIDHの改訂版としてWHO総会で採択
・活動や社会参加、特に環境因子というところに大きく光をあてた

2



3

ICF（国際生活機能分類）は・・・

- アセスメント手法ではない→
- 生活機能だけではない→
- 高齢者用ではない→

現場にそのまま使えない！

これをアセスメントとして
使うためには
さまざまな工夫が必要

平成19年度の調査研究事業において、高齢者（入所・通所）約3500名のデータを分析し、ICFステージングを作成。その後、全老健における各種調査研究事業等で、このICFステージングをもとに10000例以上のデータを収集し活用している。

ICFスケール作成の流れ

ICFコードを構成概念的妥当性・内容的妥当性に基づいてグループ化

↓

項目ごとのRasch適合度の検討：統計的にグループ化

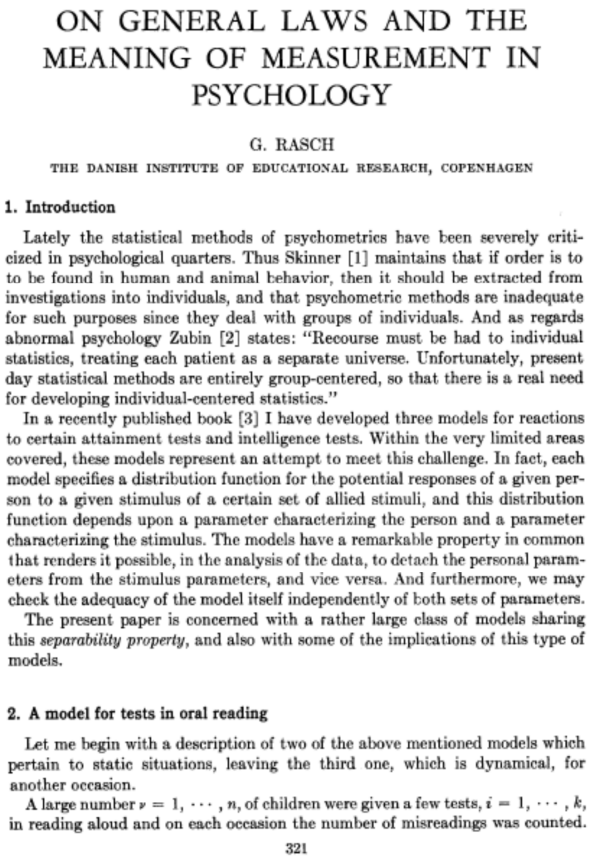
↓

項目間距離の検討：難易度の分析

↓

ガットマンスケールの作成：簡易スケールの開発

Georg Rasch (1901-1980)



ON GENERAL LAWS AND THE MEANING OF MEASUREMENT IN PSYCHOLOGY

G. RASCH

THE DANISH INSTITUTE OF EDUCATIONAL RESEARCH, COPENHAGEN

1. Introduction

Lately the statistical methods of psychometrics have been severely criticized in psychological quarters. Thus Skinner [1] maintains that if order is to to be found in human and animal behavior, then it should be extracted from investigations into individuals, and that psychometric methods are inadequate for such purposes since they deal with groups of individuals. And as regards abnormal psychology Zubin [2] states: "Recourse must be had to individual statistics, treating each patient as a separate universe. Unfortunately, present day statistical methods are entirely group-centered, so that there is a real need for developing individual-centered statistics."

In a recently published book [3] I have developed three models for reactions to certain attainment tests and intelligence tests. Within the very limited areas covered, these models represent an attempt to meet this challenge. In fact, each model specifies a distribution function for the potential responses of a given person to a given stimulus of a certain set of allied stimuli, and this distribution function depends upon a parameter characterizing the person and a parameter characterizing the stimulus. The models have a remarkable property in common that renders it possible, in the analysis of the data, to detach the personal parameters from the stimulus parameters, and vice versa. And furthermore, we may check the adequacy of the model itself independently of both sets of parameters.

The present paper is concerned with a rather large class of models sharing this *separability property*, and also with some of the implications of this type of models.

2. A model for tests in oral reading

Let me begin with a description of two of the above mentioned models which pertain to static situations, leaving the third one, which is dynamical, for another occasion.

A large number $v = 1, \cdots, n$, of children were given a few tests, $i = 1, \cdots, k$, in reading aloud and on each occasion the number of misreadings was counted.

321

- Raschが考えたこと

1. 人間の心理状態や、能力を、物差しのように測定することは可能だろうか。
2. それを満たすための数学的な条件はなにか
3. 統計学的手法を用いて、人間心理や能力を、物差しのように表現できないか

6

Rasch法の概念

- 項目難易度と利用者の能力の関係から、回答パターンを予測する項目応答理論に基づく統計手法

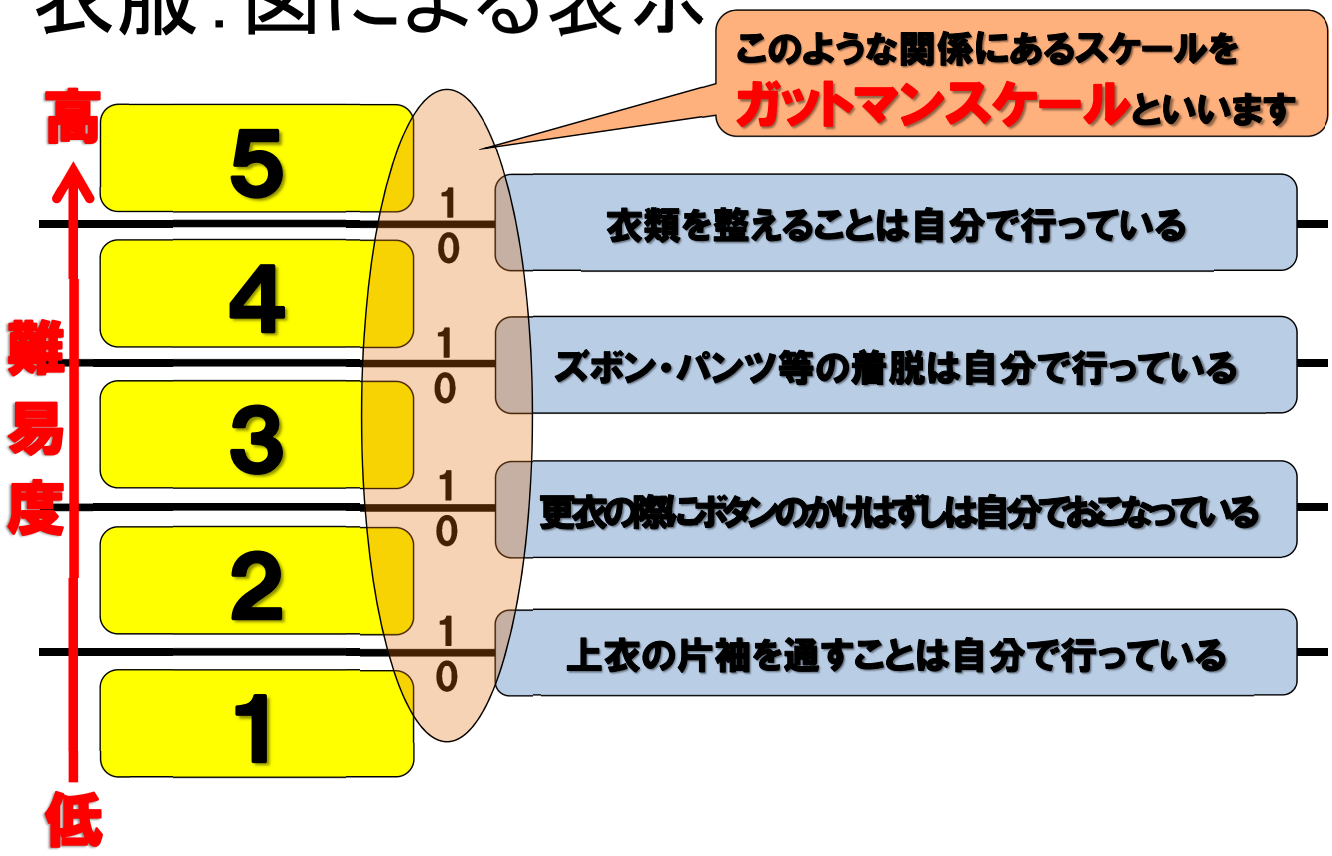
$$\Pr(X_{ni} = 1; \theta_n, \delta_i) = \frac{e^{\theta_n - \delta_i}}{1 + e^{\theta_n - \delta_i}}$$

（正解する確率）

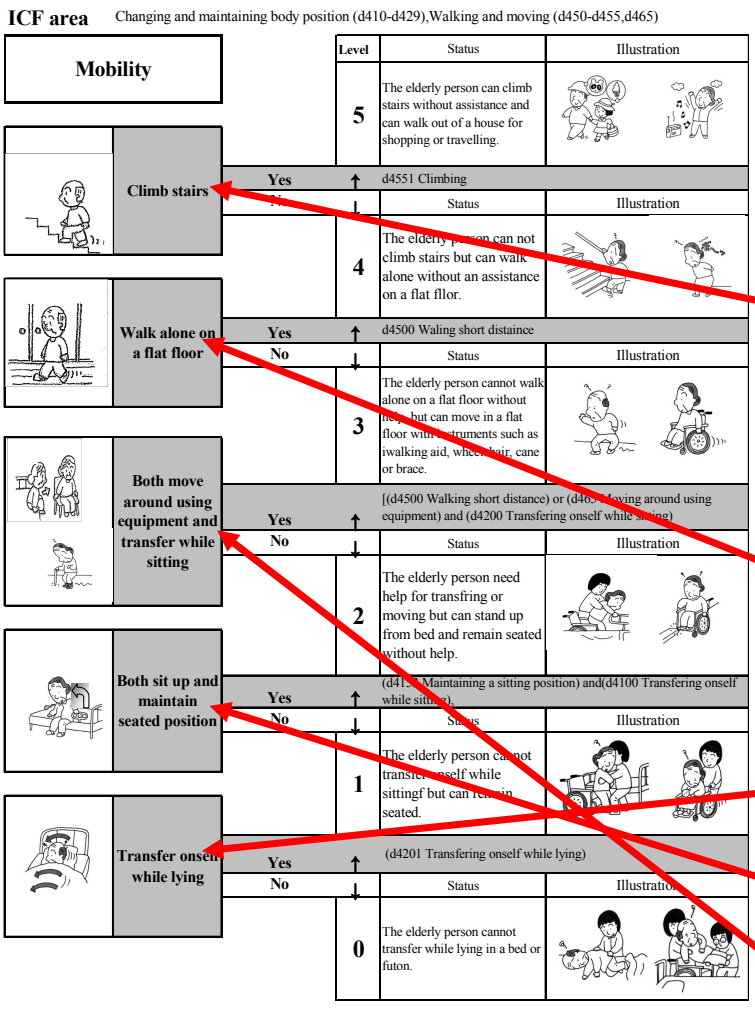
θn：n番目の人の能力値
δi：i番目の項目の困難度（location）

7

衣服：図による表示

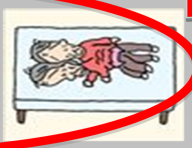


8



Seq	Code	Statement	Location
21	d4552	Running	3.783
17	d4502	Walking on different surfaces	3.763
22	d4553	Jumping	3.473
16	d4501	Walking long distances	3.026
18	d4503	Walking around obstacles	2.785
9	d4151	Maintaining a squatting position	2.504
10	d4152	Maintaining a kneeling position	1.473
3	d4102	Kneeling	1.441
2	d4101	Squatting	1.429
25	d4602	Moving around outside the home	1.367
20	d4551	Climbing	1.273
4	d4103	Sitting	0.963
32	b740	Muscle endurance functions	0.770
30	b730	Muscle power functions	0.570
5	d4104	Standing	0.212
19	d4550	Crawling	0.065
26	d4701	Using private motorized transporta	−0.040
12	d4154	Maintaining a standing position	−0.074
6	d4105	Bending	−0.175
37	b770	Gait pattern functions	−0.257
15	d4500	Walking short distances	−0.519
29	b720	Mobility of bone functions	−0.611
7	d4106	Shifting the body's centre of	−0.634
24	d4601	Moving around within buildings	−0.653
27	b710	Mobility of joint functions	−0.701
35	b760	Control of voluntary movement	−0.825
1	d4100	Lying down	−1.542
23	d4600	Moving around within the home	−1.604
14	d4201	Transferring oneself while lying	−1.689
33	b750	Motor reflex functions	−1.950
31	b735	Muscle tone functions	−2.062
8	d4150	Maintaining a lying position	−2.196
11	d4153	Maintaining a sitting position	−2.215
28	b715	Stability of joint functions	−2.285
34	b755	Involuntary movement reaction	−2.436
13	d4200	Transferring oneself while sitting	−2.446
36	b765	Involuntary movement functions	−3.980

基本動作

			ステージ	状態	状態のイメージ
			5	両足での立位の保持を行っている。	
立位の保持	つかまらずに一定の時間立位を保つこと。	行っている ↑			
		行っていない ↓			
			4	立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている。	
座位での乗り移り	車椅子などからベッドへ移動する時のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の座面へと移動すること。	行っている ↑			
		行っていない ↓			
			3	座位での乗り移りは行っていないが、座位(端座位)の保持は行っている。	
座位（端座位）の保持	ベッド等に、背もたれもなく“つかまらない”で、安定して座っていること。（端座位）	行っている ↑			
		行っていない ↓			
			2	座位(端座位)の保持は行っていないが、寝返りは行っている。	
寝返り	寝返りをすること（つかまる・つかまらないに関わらず）。	行っている ↑			
		行っていない ↓			
			1	寝返りは行っていない。	

目標 改善

目標 改善

目標 改善

現状

10

ICF Staging

- 基本動作
- 歩行・移動
- 食事－嚥下
- 食事－動作
- 排泄
- 入浴
- 整容－口腔ケア
- 整容－整容
- 整容－衣服
- 余暇
- 交流
- 認知－オリエンテーション
- 認知－コミュニケーション
- 認知－精神活動
- 認知－周辺症状

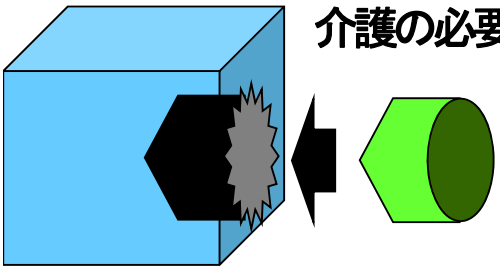
『できる事』ではなく『していること』の評価が原則
観察に基づいて評価できる項目が多い。
より客観性が高い
カメラ等ロボット機能での評価につながる可能性あり。

周辺症状だけはICF Codeでの分類ができなかった。
「ある・なしと程度」の評価

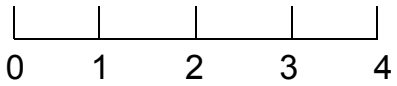
11

これまでのアセスメントとの違い

【従来のアセスメント】
介護の必要度を測定



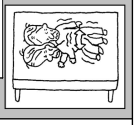
介護の必要度を段階的に測定



自立　見守り　部分介助　全介助

【ICF staging】: 高齢者の機能を測定

高齢者の残存機能を測定

		区分	状態	状態のイメージ
		5	両足での立位の保持を行なっている	
立位の保持	つかまらずに一定の時間立位を保つこと	行なっている	↑ d4154a	
		行なっていない	↓	
		4	立位の保持は行なっていないが、座位での乗り移りは行なっている。	
座位での乗り移り	車椅子などからベッドへ移動する時のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の座面へと移動すること	行なっている	↑ d4200	
		行なっている	↓	
		3	座位での乗り移りは行っていないが、座位(端座位)の保持は行っている	
座位(端座位)の保持	ベッドに、背もたれもなく“つかまらない”で、安定してすわっていること（端座位）	行なっている	↑ d4155a	
		行なっていない	↓	
		2	座位(端座位)の保持は行なっていないが、寝返りは行なっている	
寝返り	寝返りをすること（つかまる・つかまらないに関わらず）	行なっている	↑ d429	
		行なっていない	↓	
		1	寝返りを行なっていない	

12

地域包括ケア研究会報告書に見る『自立支援』

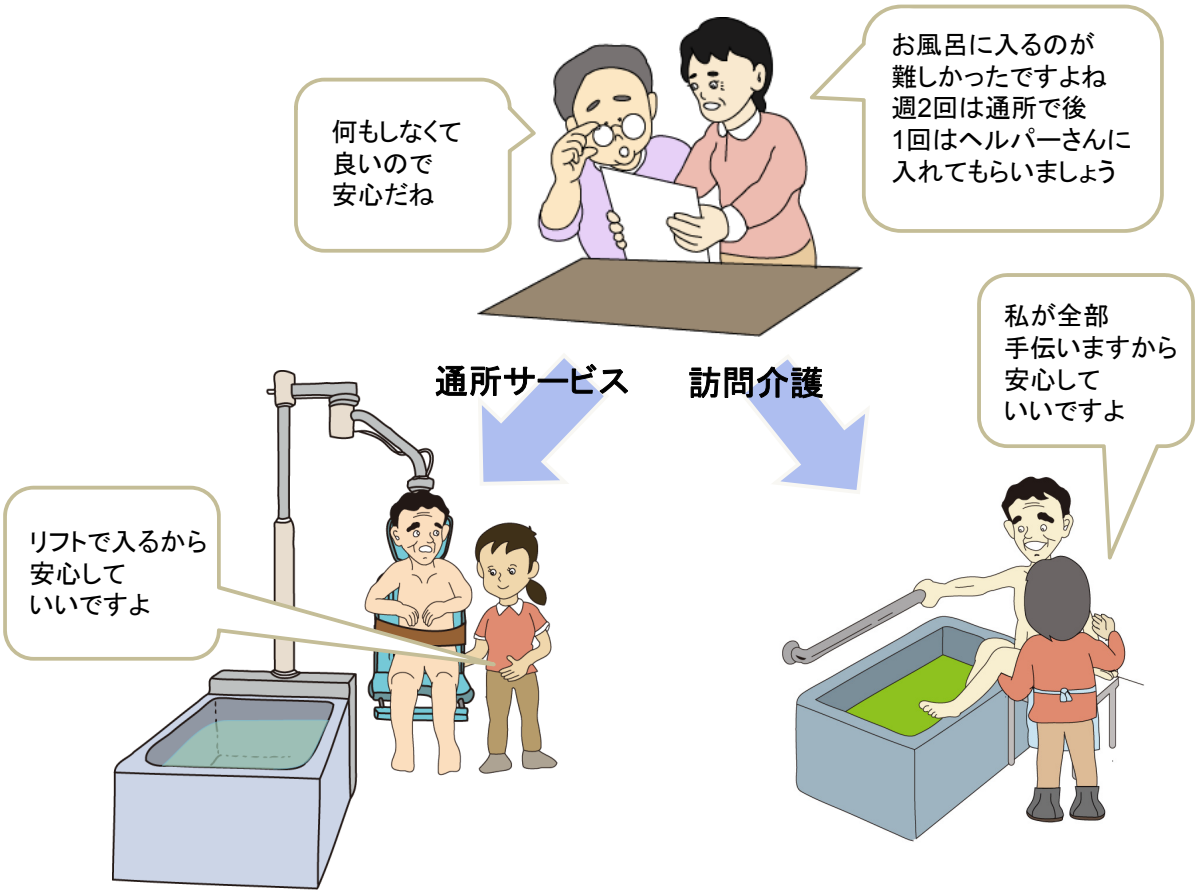
- 自立支援型マネジメントの徹底
- 「保護型（給付管理型）介護」から脱却し、「自立支援型介護」という視点に立って「ケアの標準化」を図る必要がある

「保護型介護」=「障害穴埋め型介護」

「自立支援型介護」=「能力サポート型介護」

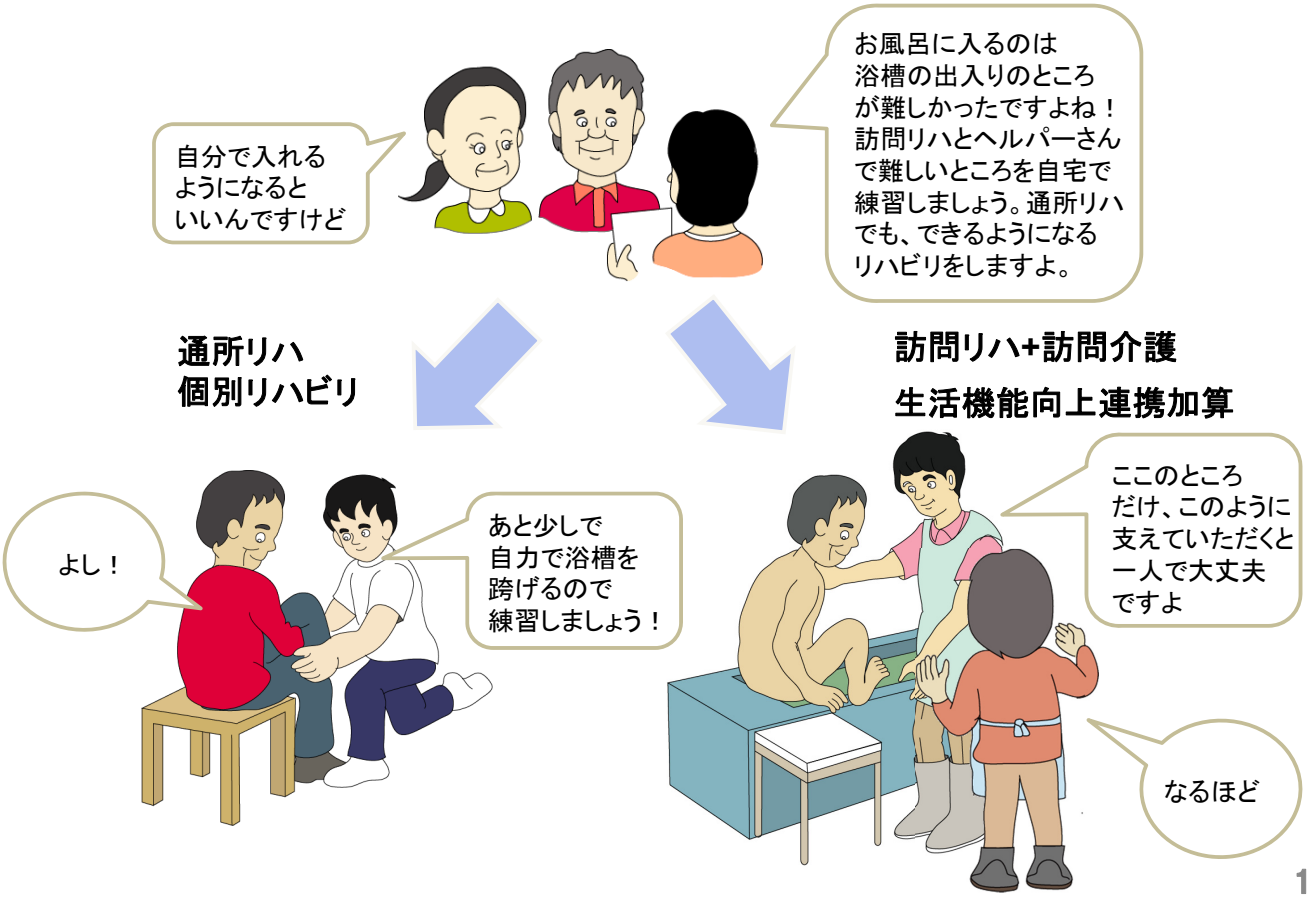
13

保護(給付管理)型 ＝ 障害穴うめ型



14

自立支援型介護 ＝ 能力サポート型



15

従来のアセスメントと ICF Staging との比較

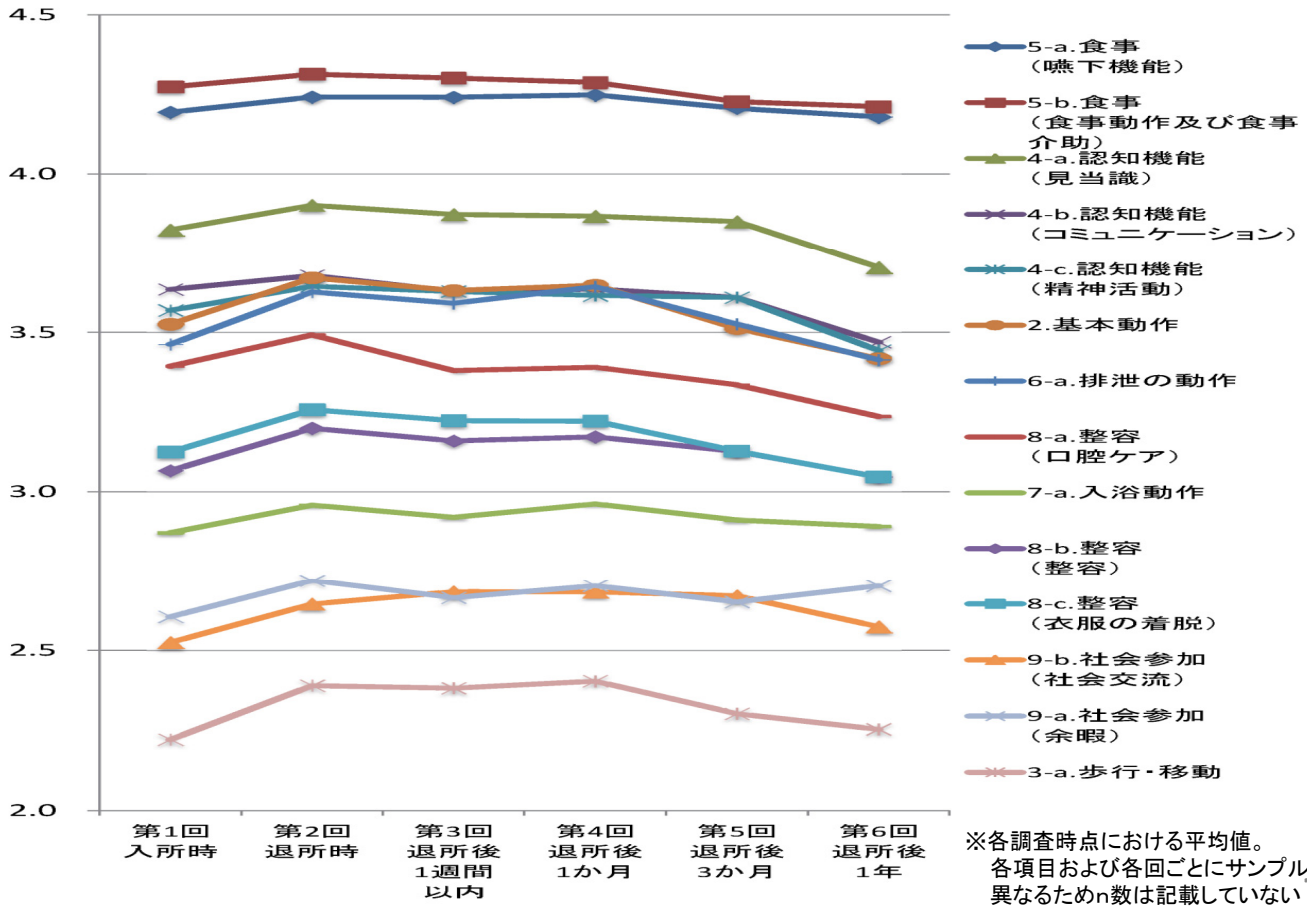
要介護認定	ICF Staging
介護の手間を評価 「見守り・一部介助」の主観評価	利用者を直接評価 普段行っていることを客観評価
日常生活自立度 認知症の日常生活自立度 専門家でも評価が容易ではない	素人・家族でも評価が簡便

⇩ ⇩

大きな変化しか追えない　　小さな変化も追える

16

利用者の入所中および在宅移行時の状態の変化の例（ICFステージング項目別）

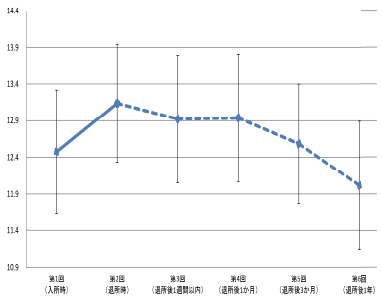


※各調査時点における平均値。
各項目および各回ごとにサンプル数が異なるためn数は記載していない

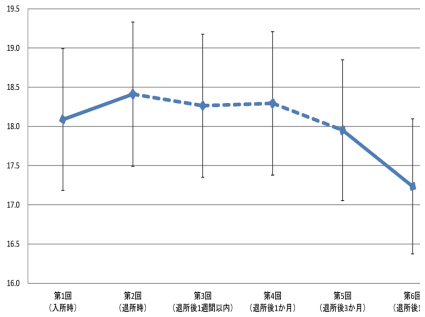
17

各要約指標の平均値の推移（例）

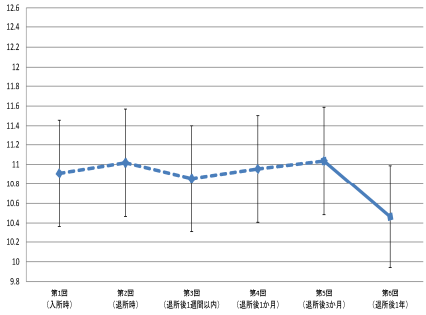
移動およびADL　n=65



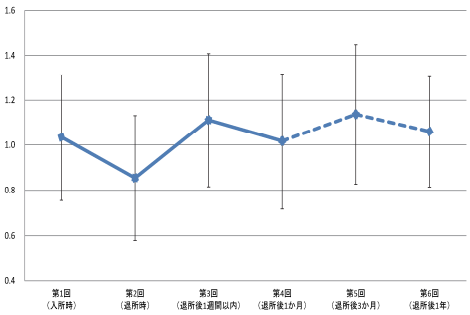
食事及びセルフケア　n=102



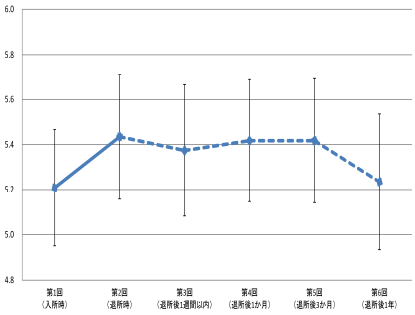
認知機能　n=112



周辺症状　n=117



社会参加　n=115



※図中、平均値の差が有意であるものを実線にて表している。

18

ICF　Stagingの活用の実際

介護保険サービス申込

ケアマネがADL評価
ICF Staging

本人・家族もADL評価できる
ICF Staging

ICF Staging に基づいて
ケアプランの作成

ケアカンファランス

各サービス事業所にケアプランの
提示とともにICF Stagingの提示

事業所ごとに
定期的にICF Stagingの評価での
アセスメント

19

ICF Staging の有用性

1 **ICF staging**で誰でも（多職種）が**利用者の変化**（よくなったか、悪くなったか）を簡単に評価できる

2 **ICF staging**で利用者を評価することにより、**介護やリハビリの質の向上**に役立つ

3 **ICF staging**は、医療と介護の連携の**共通言語（共通の物差し）**となりうる

4 **ICF staging**は、**居宅でも施設でも病院でも**簡単に評価できる

20

R4システム（ICFステージング）経過

平成22年２月	第33回通常代議員会において『R4 システム』の承認
平成22年11月	第21回全国介護老人保健施設大会岡山において『R4 システムテキスト』発行『ICFレベルアセスメント』マニュアル作成
平成23年１月	R4 システム電子化シート（単独版）公表
平成23年３月	R4 システム電子化シート（単独版）改訂・（共有版）公表
平成24年12月	『ICFレベルアセスメント』に社会参加（余暇・交流）項目追加 R4 システムにリハビリテーション実施計画書追加 R4 システムに通所リハビリテーション版シート追加 R4 システム　ソフトベンダーへの使用許諾開始
平成25年２月	英語論文採択　BMC Geriatrics,Vol.13『ICFステージング』 英語論文採択を機に『ICFレベルアセスメント』→『ICFステージング』へ 厚生労働省老健局老人保健課長事務連絡『要介護高齢者の生活機能評価の検討等に資する情報提供について』
平成25年６月	世界老年学会議（IAGG 2013）World Congress of International Association of Gerontology and Geriatrics（IAGG）『ICFステージング』を公表
平成25年７月	『ICFステージング』マニュアル改訂　排泄のステージの文言等修正
平成25年11月	国庫補助金事業『施設退所後の要介護高齢者が在宅生活を継続するための要因に関する調査研究事業』において居宅の介護支援専門員に『ICFステージング』を用いて利用者を評価
平成25年12月	『ICFステージング』マニュアル改訂（イラストカラー化）
平成26年１月	厚生労働省老健局老人保健課実施事業『介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業』において、R4 システム（ICFステージング）を活用している老健施設よりデータを収集・分析し、状態像が改善した入所者に対して行われたケアの内容を調査し、ケアの質の評価（事業所評価等）に資する指標を検討

21

ICFステージングによる評価と支援

改善

基本動作	認知機能
摂食嚥下	入浴排泄
セルフケア	社会参加

事例34
女性／79歳
長崎県 K施設

要介護度3
障害自立度：B1
認知症自立度：Ⅱa

【病歴】

高度貧血治療後
肺炎治療後
上肢、両股関節術後
左乳腺症

【介入前の状態】

・移動は車椅子
・移乗には介助を要する
・HDS－R=9点、MMSE=12点
・食事は自力摂取可能も食べこぼしあり
・排泄は下衣の上げ下げの介助が必要

【老健でのケア内容】

身体機能

・短期集中リハビリの実施。
・在宅復帰に向けて、基本動作や歩行の向上を図る（筋力向上訓練・歩行訓練・可動域訓練　等）
・排泄動作の自立（バランス訓練　等）
・在宅環境に応じたリハビリの実施（入所後訪問の実施）

認知機能

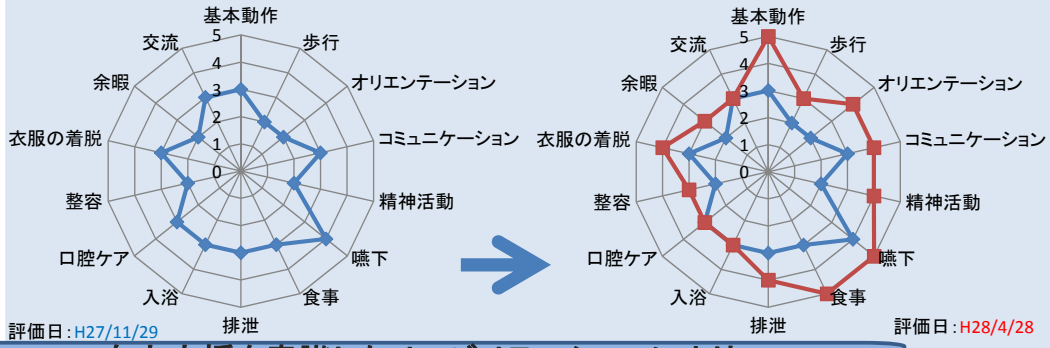
・認知症短期集中リハの実施。（頭の体操・計算・パズル　等）
・自立支援（生活の中で出来るところはご自身で行って頂く）

【ポイント】

身体機能：
車椅子移動
⇒歩行器にて安定した歩行ができる

認知機能：
記憶力低下
⇒カレンダーにて日時の管理は可能

社会参加：
他者との交流に消極的
⇒家族の面会あり。リハビリやレクリエーションへの参加は良好



自立支援を意識したリハビリテーションにより、全体的にADLが改善

22

ICFステージングによる評価と支援

改善

基本動作	認知機能
摂食嚥下	入浴排泄
セルフケア	社会参加

事例19
男性／89歳
千葉県
U施設

要介護度2
障害自立度：B2
認知症自立度：Ⅲa

【病歴】

高血圧
白内障手術
前立腺肥大
脳梗塞

【介入前の状態】

・過去に脳梗塞で倒れて入院。
・入院するまでは、畑の草むしりや花の栽培が好きであった。
・長男夫婦の梨農家の仕事が農繁期を迎え、本人を見ることがむずかしい為、入所となった。

【老健でのケア内容】

身体機能

・短期集中リハビリの実施。
・フロアにて立ち上がりの自主練習。
・杖歩行練習の実施。
・排泄など生活動作の自立度拡大を目指したプランニング。

認知機能

・認知症短期集中リハビリ（絵カード、パズルでの記憶訓練）の実施。

その他

・レクリエーションへの参加。

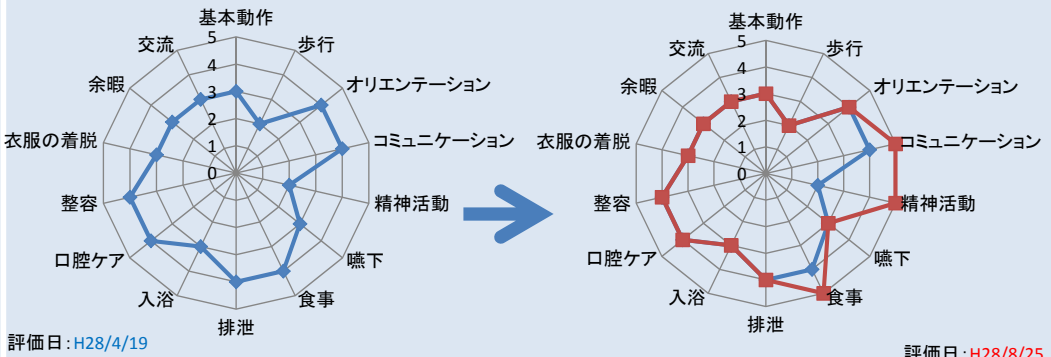
【ポイント】

身体機能：
段差昇降の機能が向上。

認知機能：
HDS-R　21点を維持している。

食事機能：
食べこぼしあり ⇒ 自立にて摂取

その他：
職員との交流が増えた。



認知症短期集中リハビリで、機能向上！

23

ICFステージングによる評価と支援

改善

摂食嚥下　社会参加

事例22
女性／66歳
千葉県
U施設

要介護度3
障害自立度：B1
認知症自立度：Ⅲb

【病歴】

水頭症／糖尿病
高血糖／認知症

【再入所までの経緯】

生活リハビリを目的として入所したが、帰宅願望が強いため自宅に戻られた。

その後、脱水症状で入院。

一週間の入院期間であったが、著しくADLが低下したため、再度入所することとなった。

【再入所時のケア内容】

身体機能
・短期集中リハビリの実施

認知機能
・認知症短期集中リハビリの実施
・日中ボーっとしているので、話しかけるようにする

食事
・全く食事をとらなかった為、好きなもの（甘い物）を食べてもらう。

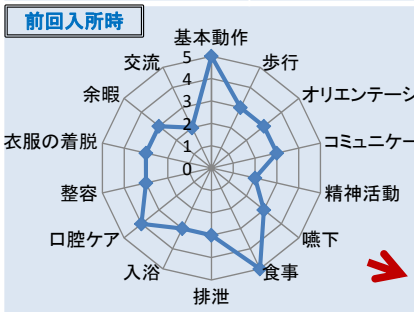
【ポイント】

食事：全く取らない
⇒やわらかい御飯・おかずであれば問題なく摂取出来る。

※食べる事で、心身機能が回復し、「看取り」から「在宅復帰」を目指すまでに！

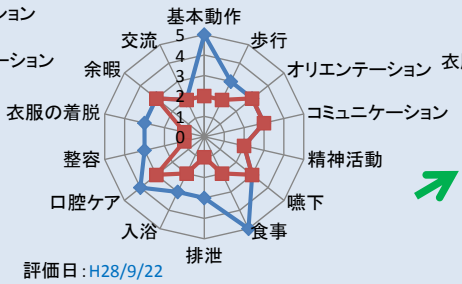
認知機能：日中ボーっとしている
⇒テレビを見たり、利用者の方と談笑したり出来るまでに回復。

前回入所時



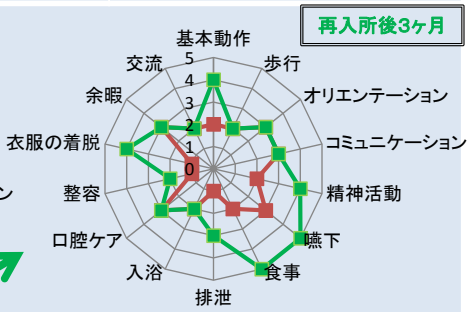
評価日：H28/6/17

入院後、再入所時



評価日：H28/9/22

再入所後3ヶ月



評価日：H29/1/4

入院での機能低下により、看取りまで検討したが、老健のリハビリで機能が回復した事例

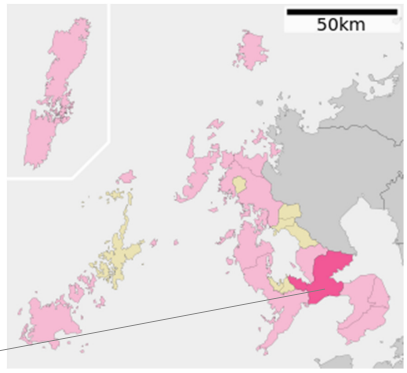
24

地域包括ケアシステムにおける介護事業所間、多職種間の連携の在り方について
（介護介護連携）

地域の拠点としての老健施設での効果的リハビリテーションの提供

医療法人　和光会　事務長
谷川　敦弘　特別委員

地域の拠点としての老健での効果的リハビリテーションの提供





諫早市　13万7千人　高齢化率　23%（H28.12）

長崎県　医療法人和光会
事務長（理学療法士）　谷川敦弘
恵仁荘

1

恵仁荘　入所　100床（在宅強化型）
通所リハ45名（社会参加支援加算）

リハスタッフ　14名　入所5　通所5　訪問4
（PT　8名　OT　6名）

老健のリハビリテーション機能

入所・通所・訪問・短期入所療養介護と継続した関わりが持てる

医療機関・在宅

在宅復帰

入所　短期集中リハ（身体・認知）

外出訓練（同行リハ）※

在宅

在宅支援

通所リハ　訪問リハ　短期入所
個別リハ

リハ未介入事例の利用
リハの視点から提案を

【月平均　H28年】

入所	
短期集中リハ	認短リハ
（件）	（件）
703.3	354.2

ショートステイ
個別リハ
（件）
95.4

訪問リハビリテーション		
人数	件数	短期集中リハ
（件）	（件）	（人）
56	303.6	11.5

通所リハビリテーション		
1日利用者	リハマネⅠ	リハマネⅡ
（人）	（人）	（人）
46.2	6.9	90.9

✔93%

通所リハビリテーション			
短期集中リハ	認短リハⅡ	生活行為	リハ会議
（件）	（件）	（件）	（件）
126.4	0.4	0.2	50.2

✔年間2名

※当施設では外出訓練（同行リハ）を独自で行っている
①自宅での動作確認　②本人家族の不安軽減と覚悟　③参加レベルの可能性を評価

2

生活課題に対する効果的なリハ・ケアと福祉用具の活用

インテークによる生活把握



・老夫婦
・脊損で下半身まひ（バルーン留置）
・福祉用具を整備する必要がある
・入所期間１～２か月希望（経済的理由） など

願い； 自分でベッドから車いすに移りたい。

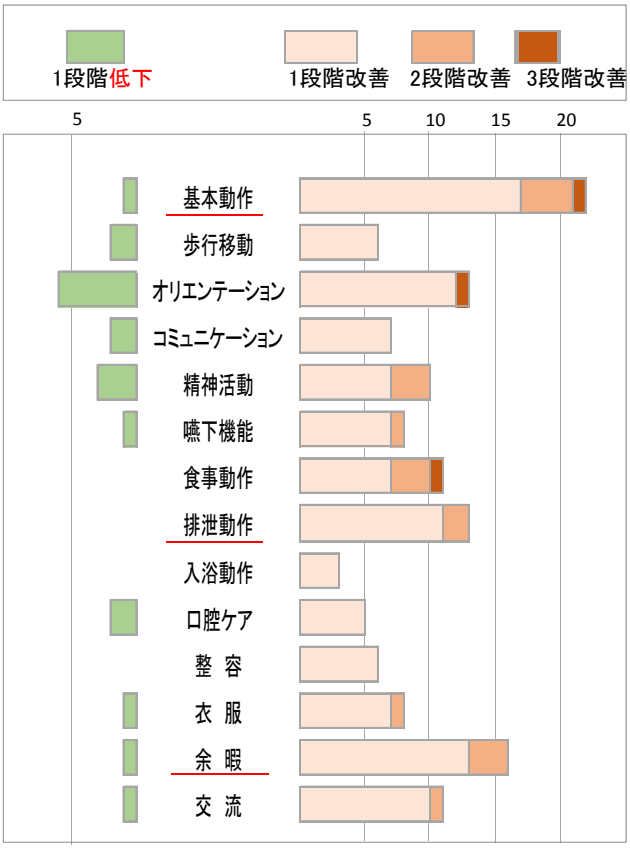
当施設は全居室に移乗ボード設置、全職員が使える体制 （リハスタッフによる指導）

リハビリテーション	ケアプラン	本人・家族
・移乗トレーニング ・座位バランス、上肢筋トレ ・自宅同行リハビリ （本人・家族の不安軽減）	・移乗はボードを使用し、見守りで行う。必要時のみ助言。	・自立する気持ち ・支援する気持ち

リハの役割	ケアの役割	本人・家族の役割
・心身機能、活動の向上 ・移乗動作の評価とケアへの助言	・適切な自立支援ケアの提供 ・全職員が正しい指導が可能 ・日々の状態観察、報告	・あきらめない ・願いを叶える ・正しい使用方法を学ぶ

3

自宅復帰者のICFステージングの退所時変化 （H28.4～9 自宅退所者） N=41



基本動作

ステージ	1	2	3	4	5
入所	3	6	10	20	2
退所	1	2	5	23	10

嚥下

ステージ	嚥下してない	嚥下食	固形食水むせ	水分もむせ無	肉など固い物
入所	1	3	10	12	15
退所	1	2	6	15	17

排泄

ステージ	カテーテル	床上	便座	ズボン可能	後始末可能
入所	2	4	22	9	4
退所	1	3	17	11	9

5

自立支援の考え方と（職種間連携）

（自立支援の方程式）

残存能力 ＋ 福祉用具等の環境整備 ＋ 足りない部分を適切に介助



依存心
持ち上げ
車いすの位置



ベッド周辺の
整備による自立



自宅では
自分で乾かして
いるのに・・・

出来ることを奪わない！

残存能力：リハスタッフが評価、伝達

環境整備：福祉用具等が充実している
（職員の提案力と管理者の購入理解）

適切な介助：施設や地域の教育体制

介護≠力を提供する。お世話する。

介護は技術を提供する。自立支援、QOL向上。

リハビリテーション目標とケア目標を共有する。
（施設の教育力、組織力等）

6

リハ会議（通所リハ）を活用した介護連携

【リハ会議】



本人・家族、他事業所、
ケアマネ、当事業所職員
月50件開催

（リハクラーク雇用）

- 議事録入力
- 文書発送
- 日程調整
- 書類（カルテ）管理

連　携

① 

家族や他事業所
リハ風景見学 → 通所介護の機能
訓練見直し

タブレット
活用 

② 

他事業者と
介護方法検討 → 家族、事業所
ADLの介助統一

③ リハスタッフが
通所介護事業所
へ訪問することも

事業所の職員へ
介助方法、訓練
指導 → 自立支援
機能訓練見直し

④ 

住宅改修、福祉
用具の検討 → 福祉用具導入

介護地域連携の重要な位置づけ

7

活動と参加、役割に焦点を当てたリハビリテーションの推進

地域での暮らし

近隣者との交流　老人会活動
買い物など消費活動　家事
先祖をまつる　孫もり　etc…

自宅

通所リハ
事業所

通所リハビリテーション
ケースによっては、
閉じこもり⇔閉じこもり





自宅を起点に外出訓練

事業所で自立しているAさん
地域では閉じこもり

しかし、当時は制度上認められず

独居

生活全般リスク
事故や体調不良
孤独死など



見守り体制
（インフォーマル、交流）

同居

心身機能低下リスク
役割の減少
活動低下など



活動維持
（役割、家族理解）

期待者（家族等）が役割、参加に影響








作業 → 期待者の存在 → 役割

家事はリハビリ
元気の源

8

地域（まちづくり）に目を向けた活動



歩行者信号延長

（事例１；通所リハ；76歳女性左片麻痺）

買い物の荷物を持つと信号（横断10m）が間に合わず、娘の仕事が終わるのを待ってる。一人で買い物に行きたい。



・交通に影響するため簡単には出来ない。
・自治会、老人会、包括支援センターなどの協力

成 果

（数か月後）10秒→15秒へ

娘さんの帰りに合わせ調理が出来るようになった。（役割の獲得）

市役所　トイレ提案

（事例２；通所リハ；78歳男性筋ジストロフィー）

ライフワークで街のトイレを自身のHPで紹介（180か所）
市役所建て替えの際、使いやすいバリアフリートイレ設置希望
図面をPTと確認したが問題あり



・施設内でシュミレーション（便座高、手すり等位置）
　多くの高齢者が使いづらい結果
・データを市及び市議会へ提出

成 果

図面の見直しにつながる

障害を持っていても誰かの役に立てたことが嬉しい（本人談）

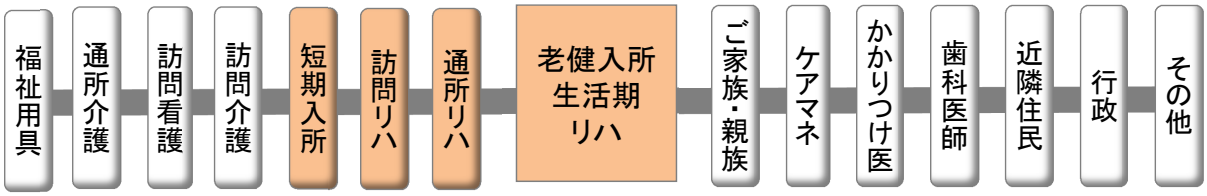
願い　実行　叶う

9

生活期リハを効果的に行うには横の連携（広がり）が重要

急性期
回復期
リハ

（縦の連携；流れ）同職種の連携



（横の連携；広がり）多職種のチーム

老健が地域包括ケアシステムの中で役割を果たすために

多職種協働で地域の医療・介護連携を図っている実績を活かして、

老健の特徴である在宅復帰・在宅支援機能、看取り機能を強化していきたい。

10

介護予防の見直し

全国地域リハビリテーション
支援事業について

全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会　顧問
医療法人社団　寿量会　熊本機能病院　会長・総院長
米満　弘之　特別委員

厚生労働省　平成28年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）
「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」調査研究委員会

全国地域リハビリテーション支援事業について

全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会　顧問
熊本地域リハビリテーション支援協議会　顧問
医療法人社団寿量会　熊本機能病院　会長・総院長

米満　弘之

地域リハビリテーション　定義

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かか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合って行なう活動のすべてを言う。

（日本リハビリテーション病院・施設協会　2016年改訂）

6768

地域リハビリテーション　推進課題

1. リハビリテーションサービスの整備と充実
   ①介護予防、障害の発生・進行予防の推進
   ②急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備
   ③ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供
2. 連携活動の強化とネットワークの構築
   ①医療介護・施設間連携の強化
   ②多職種協働体制の強化
   ③発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築
3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援
   ①市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進
   ②介護予防にかかわる諸活動を通した支えあいづくりの強化
   ③地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進

（日本リハビリテーション病院・施設協会　2016年改訂）

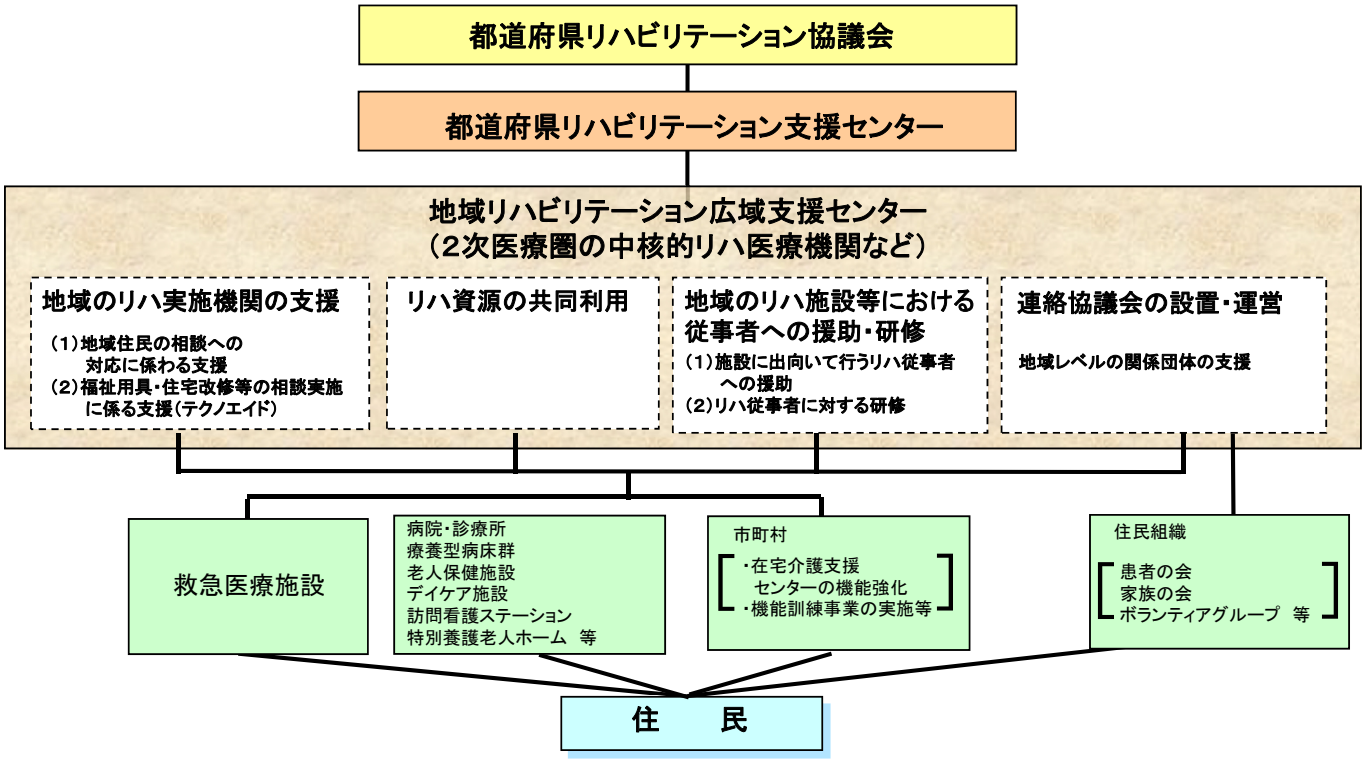
地域リハビリテーション　活動指針

地域リハビリテーションは、障害のある全ての人々や高齢者にリハビリテーションが適切に提供され、インクルーシブ社会を創生することを目標とする。この目的を達成するため、当面、以下のことが活動の指針となる。

1. 障害の発生は予防することが大切であり、リハビリテーション関係機関や専門職は、介護予防にかかわる諸活動（地域リハビリテーション活動支援事業等）に積極的にかかわっていくことが求められる。
   また、災害等による避難生活で生じる生活機能の低下にもリハビリテーションが活用されるべきである。
2. あらゆるライフステージに対応してリハビリテーションサービスが総合的かつ継続的に提供できる支援システムを地域に作っていくことが求められる。
   ことに医療においては、廃用症候の予防および生活機能改善のため、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、そのサービスは急性期から回復期、生活期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。
3. さらに、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、また生あるかぎり人間らしく過ごせるよう支援がなされなければならない。
4. 加えて、一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえるよう啓発されることが必要である。
5. 今後は、専門的サービスのみでなく、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動等への支援や育成も行い、地域住民による支えあい活動も含めた生活圏域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきである。

（日本リハビリテーション病院・施設協会　2016年改訂）

地域におけるリハビリテーションの支援体制について



09/77

2016.11.18- 5

★ 1967年（昭和42年）
熊本リハビリテーション研究会発足

★ 1985年（昭和60年）
熊本市老人地域リハビリテーション
連絡協議会発足

705

2016.11.18- 6

熊本地域リハビリテーション支援協議会

○熊本県医師会・地区医師会
○熊本リハビリテーション研究会
○熊本大学医学部附属病院
○熊本県歯科医師会
○熊本県薬剤師会
○熊本県精神科協会
○熊本県看護協会
○熊本県理学療法士協会
○熊本県作業療法士会
○熊本県言語聴覚士会
○熊本県医療ソーシャルワーカー協会
○熊本県社会福祉士会
○熊本県介護福祉士会
○熊本県栄養士会
○熊本県歯科衛生士会
○熊本県療養病床施設連絡協議会
○熊本県老人保健施設協会
○熊本県老人福祉施設協議会
○熊本県地域包括・在宅介護支援センター協議会
○熊本県訪問看護ステーション連絡協議会
○熊本県介護支援専門員協会

※平成28年7月現在（21団体）

6771

熊本県における地域リハビリテーションの推進体制（H28年度）

熊本地域リハビリテーション支援センター
（熊本地域リハビリテーション支援協議会へ委託）
・研修会の開催　・連絡協議会の開催　・運動器機能評価システムの運用

委託
連携

地域リハビリテーション推進会議
（実施主体：県）
・方針の決定
・県リハ、広域リハの指定

相談　支援

指定・委託

地域リハビリテーション広域支援センター
（県内17箇所の病院・老健を指定、委託）
・研修会の開催　・出張相談　・連絡会議の開催



連携

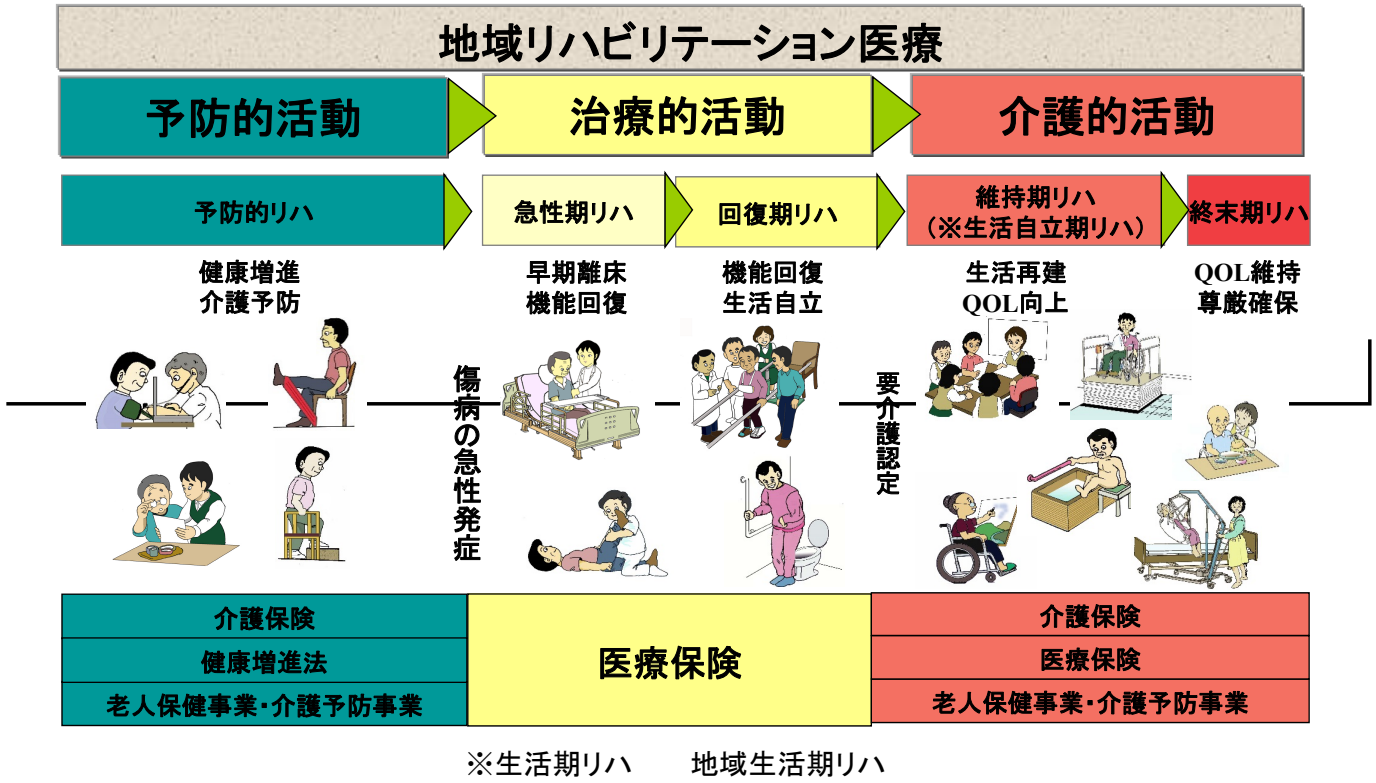


相談　支援

市町村・地域包括支援センター・介護サービス事業所など

6772

高齢期のリハビリテーション医療・介護予防の流れ



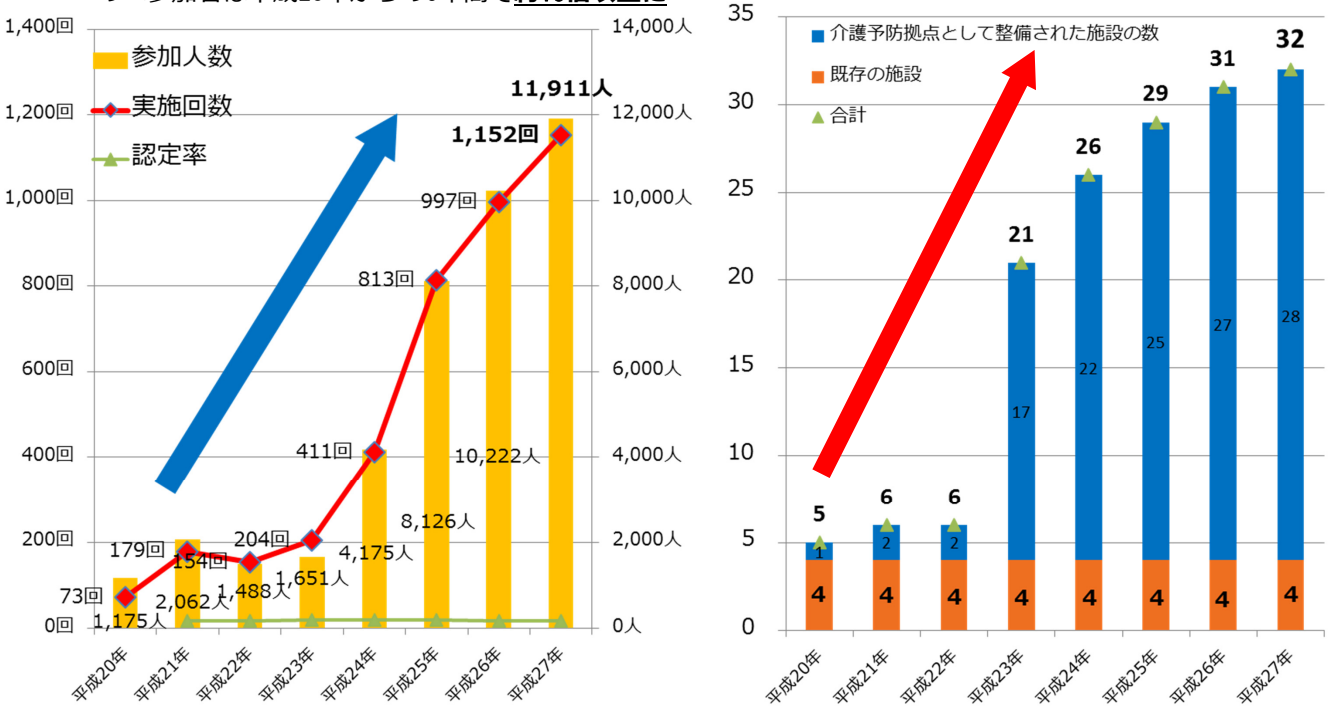
※生活期リハ　　地域生活期リハ

3129c

参考：長洲町の介護予防の取組みの事例　①

6. 介護予防拠点の整備推移と活動実績

のべ参加者は平成20年からの6年間で**約10倍以上に**



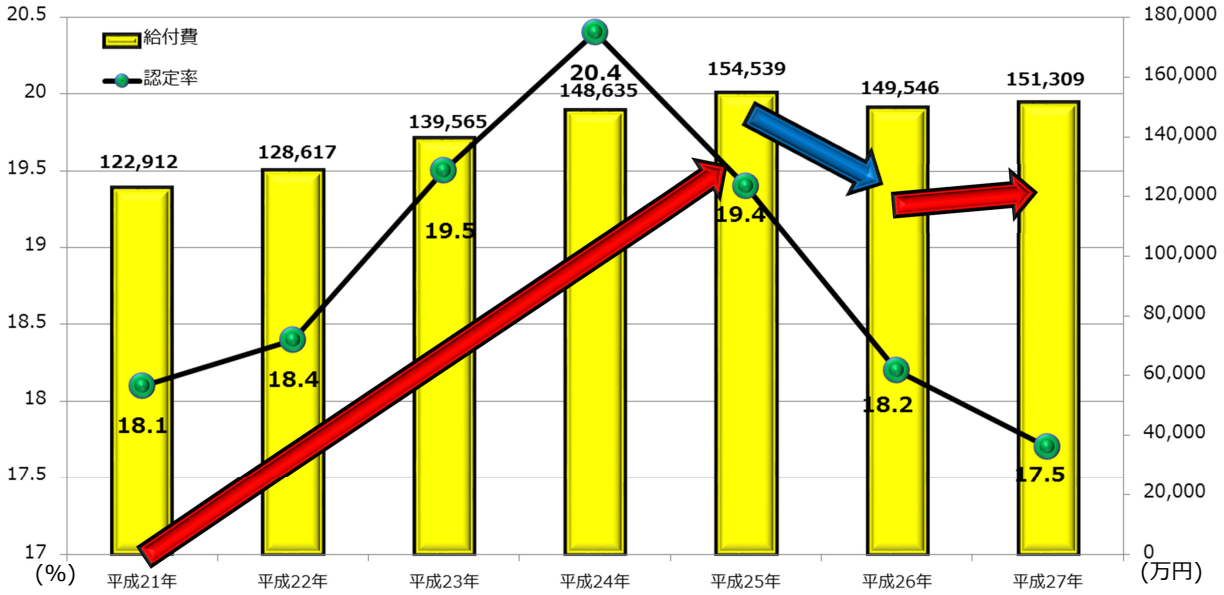
※上記のグラフは脳の健康教室、健康体操教室、介護予防拠点ものづくり事業（平成２７年から開始）
元気はつらつ地域学習講座の合計値

6774

参考：長洲町の介護予防の取組みの事例　②

7. 長洲町における介護給付費と認定率の推移

介護給付費は、平成２１年度～平成２５年度までにおいて、年間６.４%増（7,900万円増）で推移していましたが、介護予防活動等の増加（認定者（率）の減少）に伴い、平成26年度においては、4,993万円の減少となりました。
平成27年度において１.１%の増加（1,763万円）となったものの伸び率は低く推移しております。



6775

2016.11.18- 11

現行体制の現状と課題

現　状

【広域支援センターによる支援の現状】
相談支援回数（介護予防事業所・介護支援専門員・地域住民等）　H25：323回　H26：279回　H27:412回
市町村支援　H26：333回　　（その他：研修会　H26：59回　H27:53回　　連絡会議　H26：53回　H27:54回）
【主な支援内容】
◎事業所や住民等を対象に、リハビリテーション指導や評価支援
◎介護支援専門員を対象に、住宅改修・福祉用具選定支援
◎市町村・地域包括支援センター等からの介護予防事業の受託、研修講師　　等

【市町村が実施する介護予防事業における専門職の関与の状況】

	全体	保健師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
H25年度	35市町村	30市町村	28市町村	23市町村	12市町村	2市町村	23市町村	8市町村	22市町村
H26年度	41市町村	36市町村	32市町村	30市町村	15市町村	3市町村	27市町村	12市町村	30市町村

※住民運営の通いの場における専門職の関与は、平成26年度では25市町村
理学療法士：8市町村　　作業療法士：5市町村　言語聴覚士：1市町村

課　題

◎地域リハビリテーションの重要性が高まる中、地域の身近なところで今後のニーズの増加に対応できる体制の検討が必要ではないか
◎医療機関等勤務のリハ職が派遣されやすい環境整備（費用面、派遣調整機能・ルール等）
◎市町村の介護予防事業等地域における活動に協力できる人材育成・確保
◎市町村の介護予防・日常生活支援総合事業としての事業化の推進

6777

2016.11.18- 12

大分県と熊本県の取組みの比較　②介護予防活動

◎本県では、関係団体と連携した地域リハビリテーション推進体制を構築し市町村等支援を推進しているのに対し、大分県は委託事業を通じて各団体の協力を得ながら人材育成・確保、市町村支援を進めている。
◎本県も大分県も住民主体の介護予防活動のモデル市町村支援を行っているが、本県の方が取組み市町村数が少ない。

熊本県	大分県
■地域リハビリテーション推進体制の充実 ・市町村や住民等の介護予防等の取組みを支援するため、多数のリハ職を配置するなど一定の要件を満たす17の医療機関・老健施設等を地域リハビリテーション広域支援センターとして指定し、平成12年度から活動を推進。 ・介護予防のニーズが高まり、より身近な地域での体制強化を図るため、「地域密着リハビリテーション支援センター」を創設。91機関から申請。 【活動内容】 ・住民主体の介護予防活動への支援。 ・市町村の地域支援事業の支援や地域ケア会議への参加等。	■大分県地域包括支援センターリハ職等配置支援事業 ・地域包括支援センターへのリハ職等の配置を支援し、ケアマネとの同行訪問や、介護サービス事業所等への派遣を通じて、自立支援型サービスの一層の推進を図る。 ・ケアマネや介護従事者のリハ・栄養・口腔等に関する現場レベルでの人材育成を支援。 ■リハ職等配置支援事業にかかる人材育成事業 ・地域ケア会議や介護予防事業等において、適切な助言・指導等を行うことができるリハ職等の育成を行い、各市町村の地域包括支援センターへの配置等を促進する。 委託先：理学療法士協会、作業療法士協会、栄養士会、歯科衛生士会
■地域リハビリテーション指導者育成事業 ・熊本県医師会、PT・OT・ST協会と連携し、医療機関等の勤務しているリハ専門職を対象に、市町村や地域サロン等に出向き技術的支援ができる人材の育成・確保を実施。	■介護予防（訪問介護・通所介護）職員育成推進事業 委託先：大分県社会福祉介護研修センター トップセミナー、サービス計画担当者研修、現任者研修
■地域づくりによる介護予防推進支援事業 ・住民運営の介護予防の集いを週一回開催するなど、自助・互助による地域住民を主体とした地域づくりによる介護予防を推進。 平成26年度　3市町村、平成27年度　4市町村	■介護予防体操普及推進事業 ・住民運営の介護予防体操の集いを週一回開催するなど、自助・互助による地域住民を主体とした地域づくりによる介護予防を推進。 平成26年度　2市町村、平成27年度　8市町村

【課題】 ◎地域リハビリテーション体制は全国的にも先駆的な評価。これを十分に生かした住民主体の介護予防への市町村の取組促進。

6776

全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会の発足

発足日　　平成18年8月4日

会員数　　団体会員　103件　　個人会員　17件
　　合計　　120件　（平成27年6月18日現在）

主なる活動

地域リハビリテーション支援事業研修会開催
全国リハビリテーション・ケア合同研究大会参加
会員間の情報交換

3848

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施上の特色と課題

1）介護予防事業（地域支援事業・介護保険）を中心に
に活動が展開されている

2）保健所・医師会等との連携が不可欠である（多職種協働）

3）地域包括支援センター事業との連携がはかられつつある

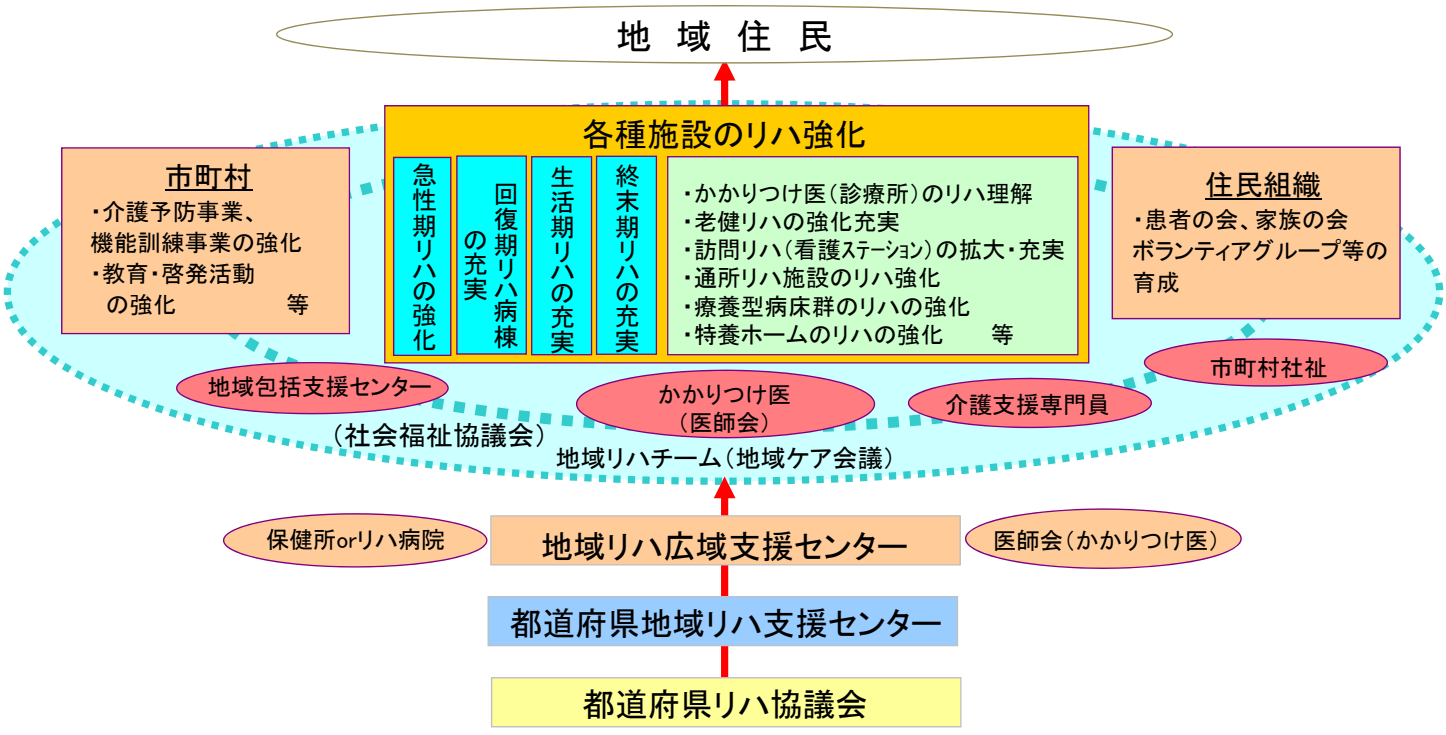
4）都道府県による地域差がみられる

5）財政面の確立

6）認知症、終末期への対応は十分でない

3849

地域包括ケアシステムにおける地域リハ支援体制



1860

地域リハビリテーションの体制について

都道府県
介護予防市町村支援事業
（介護予防事業補助金）
○リハビリテーション専門職等の広域派遣調整事業
・リハビリテーション専門職等の広域的な派遣調整
・派遣にあたり、市町村事業等に必要な知識（活動と参加に焦点を当てたアプローチ）を習得させるための研修会の実施

介護予防事業補助金
（都道府県へ1/2補助）

国
○国→都道府県
・介護予防市町村支援事業（介護予防事業補助金）
○国→市町村
・地域支援事業交付金

地域支援事業交付金

委託費等
（協議会の運営経費（委員の謝金等）、都道府県及び地域リハビリテーション広域支援センター委託費 等）

都道府県リハビリテーション協議会
・都道府県及び地域における連携指針の作成
・都道府県及び地域リハビリテーション広域支援センターの指定に係る調整・協議

関係団体（例）
都道府県医師会、病院協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会等

都道府県リハビリテーション支援センター
・地域リハビリテーション広域支援センターの支援
・リハビリ資源の調査・研究
・関係団体、医療機関との連絡・調整

地域リハビリテーション広域支援センター
（二次医療圏等の中核的リハビリ医療機関など）

地域住民の相談の対応支援
①地域住民の相談への対応に関わる支援
②福祉用具・住宅改修等の相談実施に係る支援

地域のリハビリ実施機関の従事者への援助・研修
①施設に出向いて行う従事者への援助
②リハビリ従事者に対する研修

連絡協議会の設置・運営
・地域における関係団体、患者の会、家族の会等からなる協議会

リハ職等の派遣　謝金等（リハ職派遣に係る謝金 等）

市町村
※地域リハビリの調整
※地域リハビリテーション活動支援事業の活用
・地域ケア会議の実践・充実
・地域支援事業の充実・強化
・市町村職員、地域包括支援センター職員、介護予防事業所職員の知識の向上やリハビリテーションの視点からの自立支援などに資する支援

6788

今後の地域リハビリテーションの推進体制

熊本地域リハビリテーション支援センター
（熊本地域リハビリテーション支援協議会へ委託）
・研修会の開催　・連絡協議会の開催　・運動器機能評価システムの運用

委託

地域リハビリテーション推進会議
（実施主体：県）
・方針の決定
・県リハ、広域リハの指定

相談　支援

地域リハビリテーション広域支援センター
（県内17箇所の病院・老健を指定、委託）
1_地域リハビリテーションの効果的な支援
研修会の開催　・出張相談（派遣調整）　・連絡会議の開催
2　市町村の地域支援事業への効果的な支援
3　その他、地域リハビリテーションの推進に必要な業務

指定（一部委託）



相談　支援・相談

地域密着リハビリテーションセンター
1　地域リハビリテーションの効果的な支援
広域リハセンターが開催する研修会、連絡会議への協力
2　市町村の地域支援事業への効果的な支援
3　その他、地域リハビリテーションの推進に必要な業務

相談　支援　支援

市町村・地域包括支援センター・介護サービス事業所など



6778

各リハビリテーションセンターについて

①熊本県地域リハビリテーションセンター

②地域リハビリテーション広域支援センター　連　携　③地域密着リハビリテーションセンター（新）

（1）通常のリハ活動

名称	役割
①熊本県地域リハビリテーションセンター	・広域リハセンターへの技術的支援（研修会、連絡会議の開催等） ・関係機関との連絡調整 ・調査研究等
②地域リハビリテーション広域支援センター	・市町村や圏域のリハビリテーション関係者及び介護予防関係者等を対象とした技術的な支援（研修会、相談支援の実施、連絡会議の開催） ・リハビリテーション専門職の派遣
③地域密着リハビリテーションセンター	・通常の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の派遣 ・広域リハセンターが実施する研修会や連絡会議への協力

（2）災害時のリハ活動

④熊本県復興リハビリテーションセンター

設置期間	役割
平成30年3月まで （応急仮設住宅設置期間）	・コーディネーターを配置し、介護予防を目的としてリハビリテーション等専門職の仮設住宅等への派遣調整を行う。

6780　2016.11.18- 19

地域密着リハビリテーションセンターについて

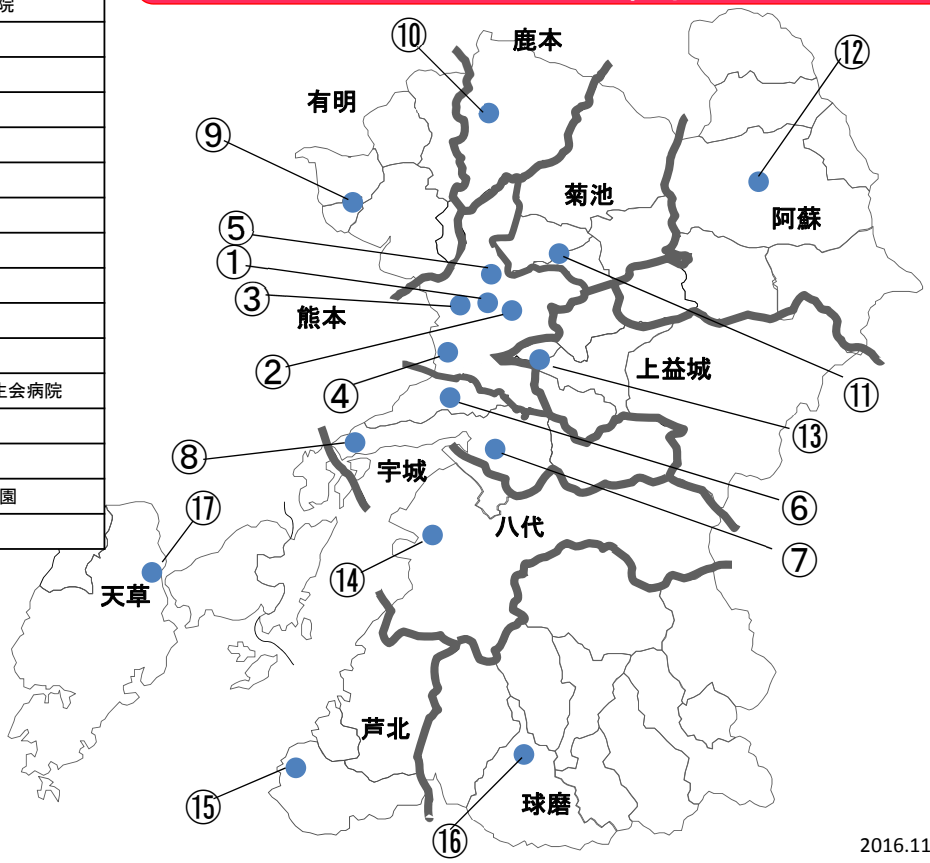
指定基準	①人員及び施設関係 ・医療や介護のサービスを提供する機関であり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置する機関　等 ②理解、実績と熱意 ・市町村が行う介護予防事業等の推進に熱意を有する機関 ③市町村等との連携 ・近隣の市町村、地域包括支援センター等の行政機関及び関係機関、広域リハセンターと協力し、活動の展開ができると見まれる機関
役割	・介護予防事業へのリハビリテーション専門職の派遣 ・広域リハセンターが実施する研修会や連絡会議への協力
活動内容	・通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。
その他	・地域密着リハビリテーションセンターに指定した機関のリストを熊本県ホームページ等に掲載し、県民にPRする。 ・リストは市町村や地域包括支援センター等に情報提供を行う。

6779　2016.11.18- 20

	圏域	医療機関名
1	熊本	中央：江南病院
2		東：熊本託麻台リハビリテーション病院
3		西：青磁野リハビリテーション病院
4		南：にしくまもと病院
5		北：熊本機能病院
6	宇城	介護老人保健施設あさひコート
7		宇城総合病院
8		済生会みすみ病院
9	有明	有明成仁病院
10	鹿本	山鹿温泉リハビリテーション病院
11	菊池	熊本リハビリテーション病院
12	阿蘇	阿蘇温泉病院
13	上益城	リハビリテーションセンター　熊本回生会病院
14	八代	熊本労災病院
15	芦北	国保水俣市立総合医療センター
16	球磨	介護老人保健施設リバーサイド御薬園
17	天草	天草中央総合病院

H28地域リハビリテーション広域支援センター配置図





6781

2016.11.18- 21

地域密着リハビリテーションセンター登録状況

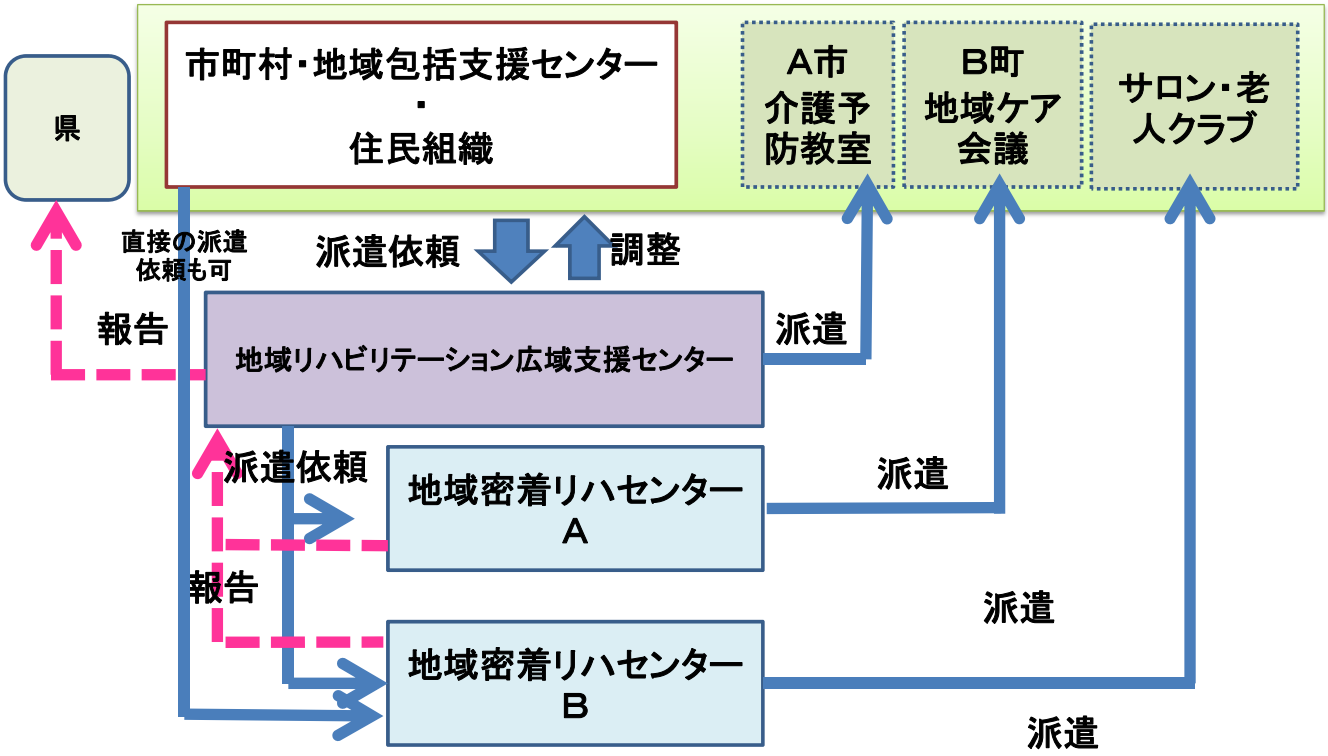
H28.10.24現在

		病院	診療所	介護老人保健施設	その他
熊本	中央	7	3	4	0
	東	1	4	2	1
	西	1	0	3	0
	南	3	1	1	2
	北	5	1	0	0
宇城		2	1	2	0
有明		3	2	2	0
鹿本		0	0	2	0
菊池		2	0	4	0
阿蘇		2	0	1	0
上益城		1	1	3	0
八代		2	1	2	0
芦北		0	1	0	0
球磨		4	0	0	1
天草		2	2	3	0
小計		35	17	29	4
合計		85			

6782

2016.11.18- 22

通常の介護予防事業へのリハ専門職等の派遣に関するフロー図[基本形]



6783

2016.11.18- 23

リハビリテーション専門職派遣の実行スキーム

第1段階 （県）

（1）県⇒医療機関・介護老人保健施設等
◎地域密着リハビリテーションセンターに係る登録意向調査の実施及び取りまとめ（6月末～）。
（2）県⇒医療機関・介護老人保健施設・市町村・地域包括支援センター等
◎地域密着リハビリテーションセンター指定書交付及び説明会の実施（11月1日）
（3）県⇒市町村・関係機関・県民
◎地域密着リハビリテーションセンター一覧の公表（11月上旬　HP掲載予定）
◎県から市町村に対して通知（11月上旬予定）

第2段階 （広域リハ・密着リハ）

（1）広域リハ・密着リハ
◎広域リハセンター、密着リハセンターでの話し合い。
◎地域内の連携体制の確認、リハ職派遣のルールの確認。

第3段階（市町村・地域包括支援センター）

（1）市町村・地域包括支援センター
◎リハビリテーション活動の頻度や内容、リハ専門職の派遣回数等に関し、大枠を決定。（必要に応じて調整の場を設定）
◎リハ職派遣に係る財源（「地域リハビリテーション活動支援事業」）の確保。

（2）市町村・地域包括支援センター⇒広域支援センター又は地域密着リハセンター
◎リハ専門職の派遣依頼。活動内容や活動日時、リハビリテーション職等専門職の必要人員等を連絡

第4段階（地域密着リハセンター）

（1）広域リハセンター・密着リハセンター
◎派遣可能なリハ専門職の調整・介護予防事業等への派遣

第5段階（地域密着リハセンター）

地域密着リハビリテーションセンター
◎リハ職派遣に関する実績報告書の提出（年度末を予定。広域リハ経由の提出を想定。）
※必要に応じて広域リハセンターと密着リハセンターの話合いを実施

6784

2016.11.18- 24

地域密着リハビリテーションセンター活動①

① 地域ケア会議やサービス担当者会議等における助言

地域ケア会議やサービス担当者会議に専門職等が定期的に関与することにより、日常生活に支障のある生活行為の要因、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通し、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法、などについて検討しやすくなり、自立支援のプロセスを参加者全員で共有することにより、関係者の介護予防ケアマネジメント力の向上につながる。





6785

2016.11.18- 25

地域密着リハビリテーションセンター活動②

②住民運営の通いの場への関与

住民運営の通いの場に専門職等が定期的に関与することにより、
・身体障がいや関節痛があっても継続的に参加することのできる運動法の指導
・認知症の方への対応方法等の世話役への指導
・専門家関与のもとでの定期的な体力測定の実施
が可能となり、要介護状態になっても参加し自立度を高めることができる通いの場を地域に展開することができる。





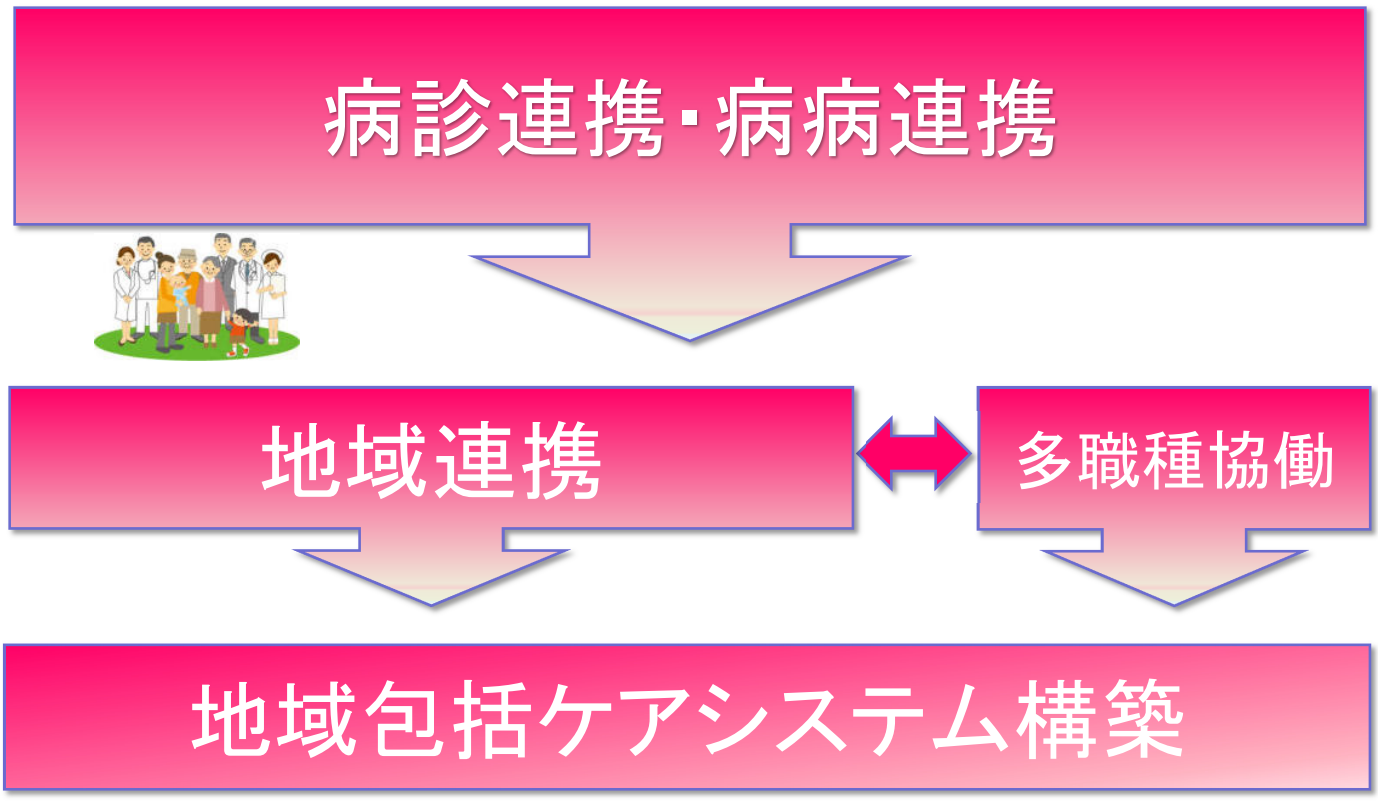
6786

2016.11.18- 26

各リハビリテーションセンターへの活動費財源について

	財　源	
広域リハセンターとしての活動	市町村が負担	市町村の地域支援事業「地域リハビリテーション活動支援事業」 ※通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の派遣に係る費用
	県が負担	県の地域リハビリテーション広域リハセンター業務委託 ※リハ専門職等の派遣のための調整会議や人材育成の研修など広域的支援に係る費用
密着リハセンターとしての活動	市町村が負担	市町村の地域支援事業「地域リハビリテーション活動支援事業」
復興リハセンターとしての活動	復興リハセンターが負担	仮設住宅等における復興リハビリテーション活動について、復興リハセンターが負担

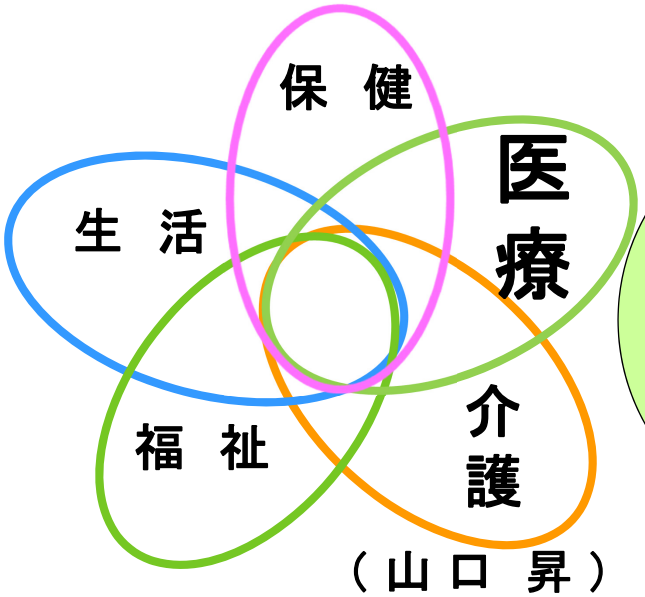
6787　　2016.11.18- 27



6690　　W2014.02.01- 28

地域包括ケアシステムのイメージ

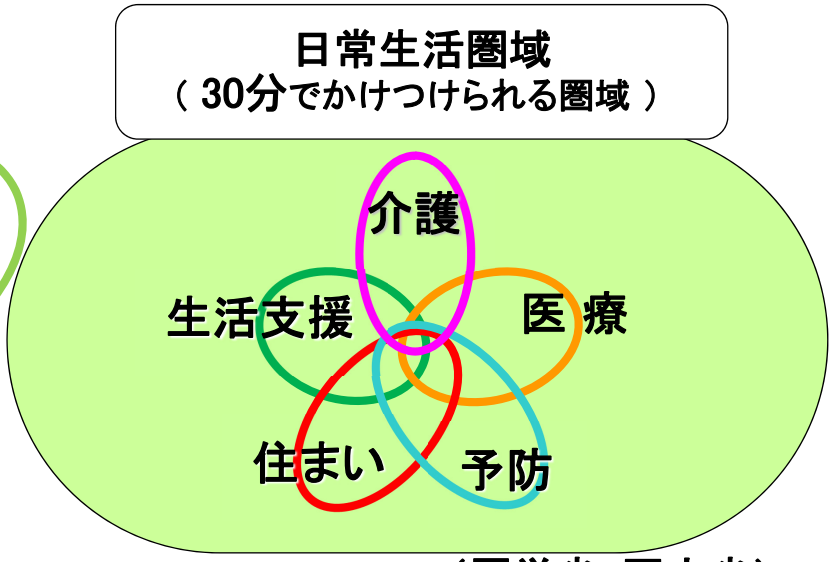
〔医療を切り口として〕



（山口 昇）

〔介護を切り口として〕

（地域包括ケアの5つの視点による取組み）

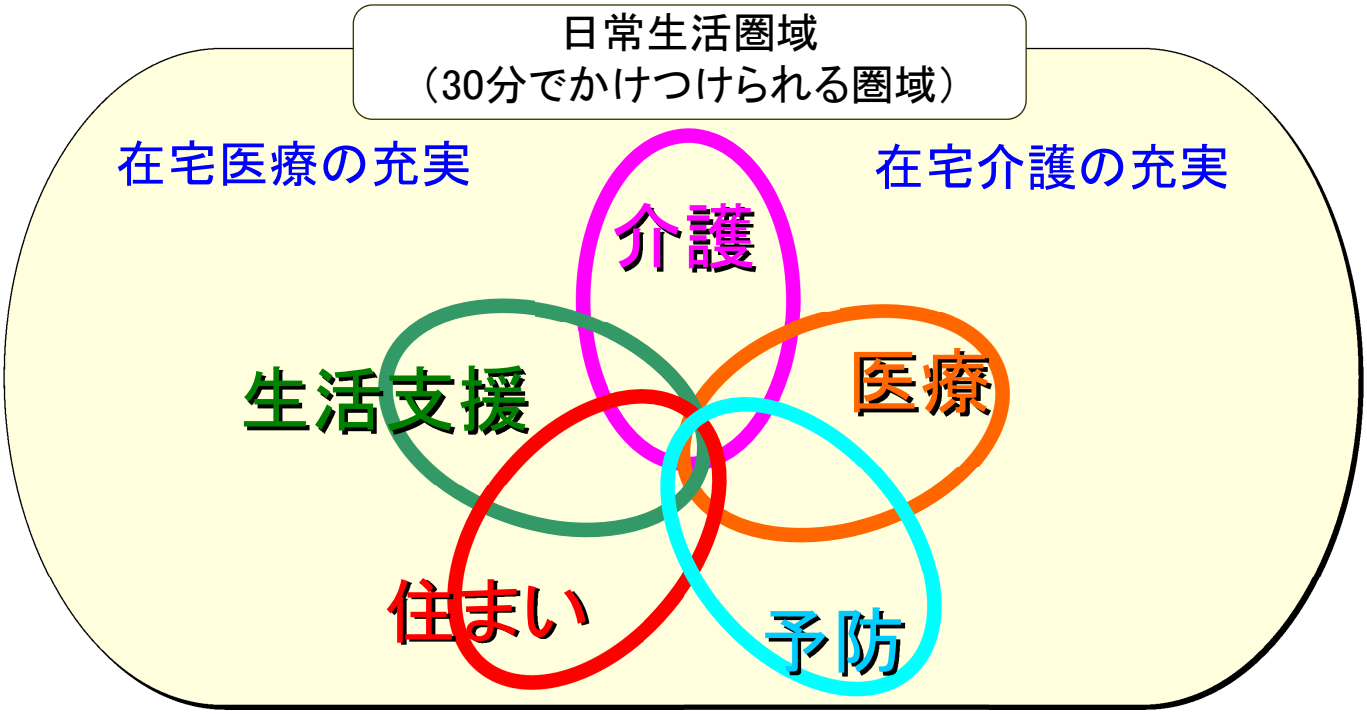


（厚労省・国交省）

山口昇氏資料

6164

地域包括ケアシステム



6063c

地域包括ケアシステム

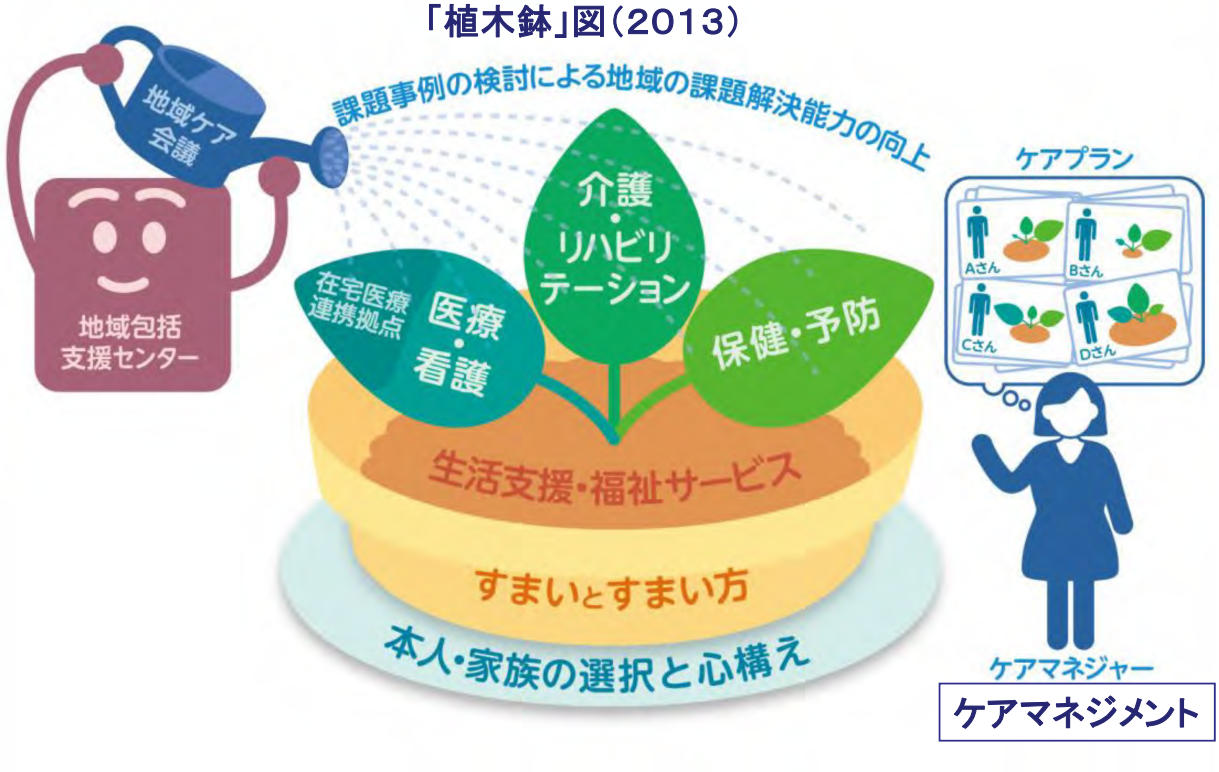


地域住民は住居の種別にかかわらず、概ね30分以内（日常生活域）に生活上の**安全・安心・健康を確保するための多様なサービス**を24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに**住み慣れた地域での生活を継続することが可能**となっている

6370

地域包括ケアシステム　Version3.2

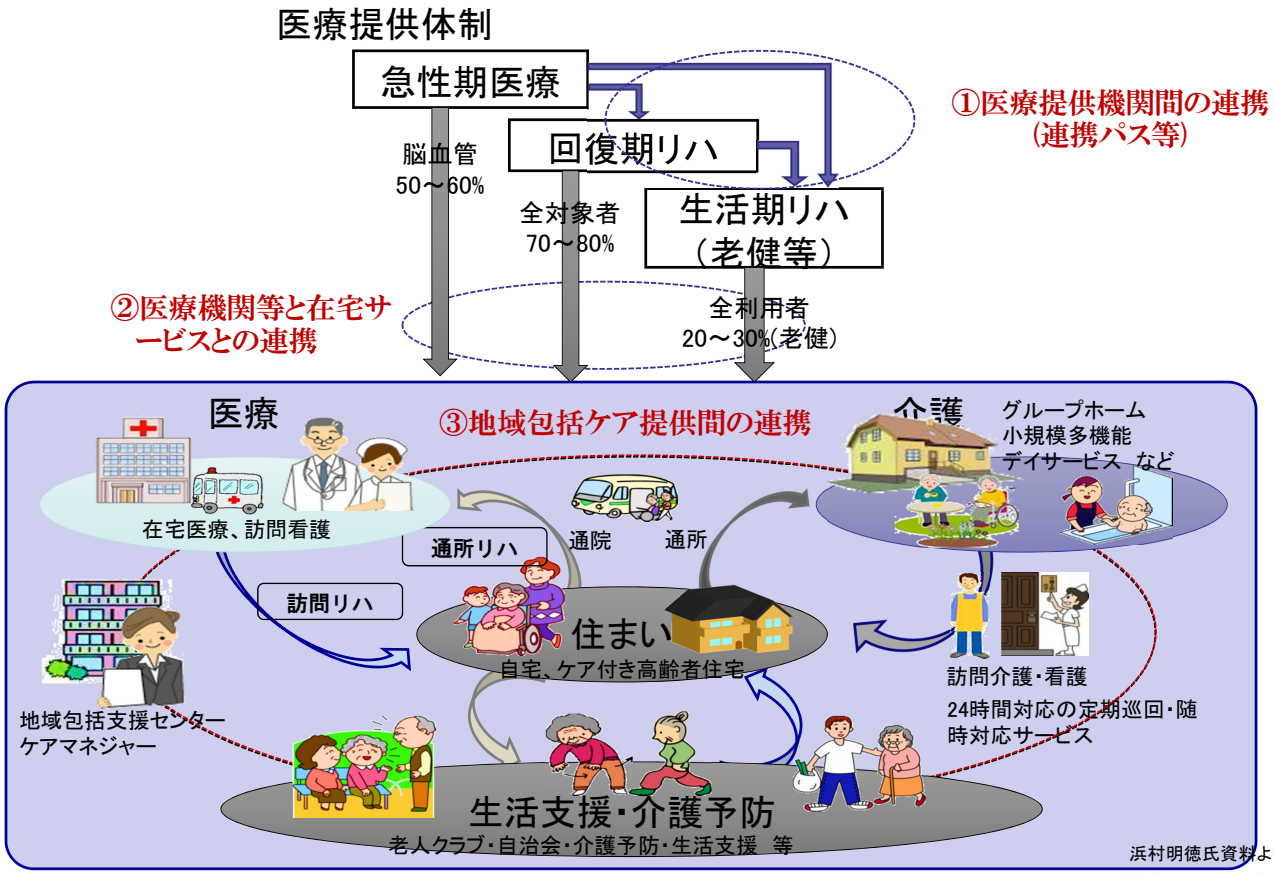
「植木鉢」図（2013）



地域マネジメントに基づく〈ケア付きコミュニティ〉の構築

6351

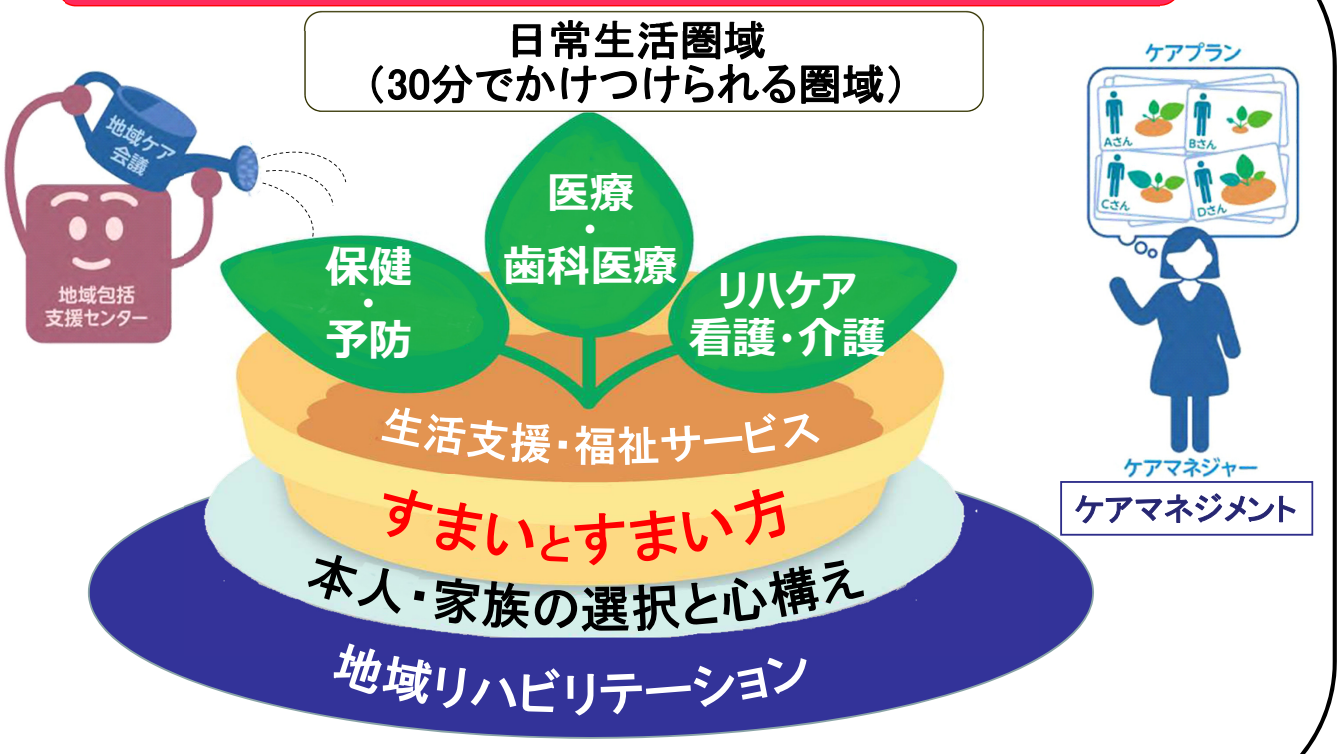
地域包括ケア推進と医療・介護の連携課題



浜村明徳氏資料より

6460c 「社会保障・税一体改革成案による介護の将来像」を参考に

医療を中心とした新しいまちづくりの提言 地域包括ケアシステム



地域マネジメントに基づく＜ケア付きコミュニティ＞の構築

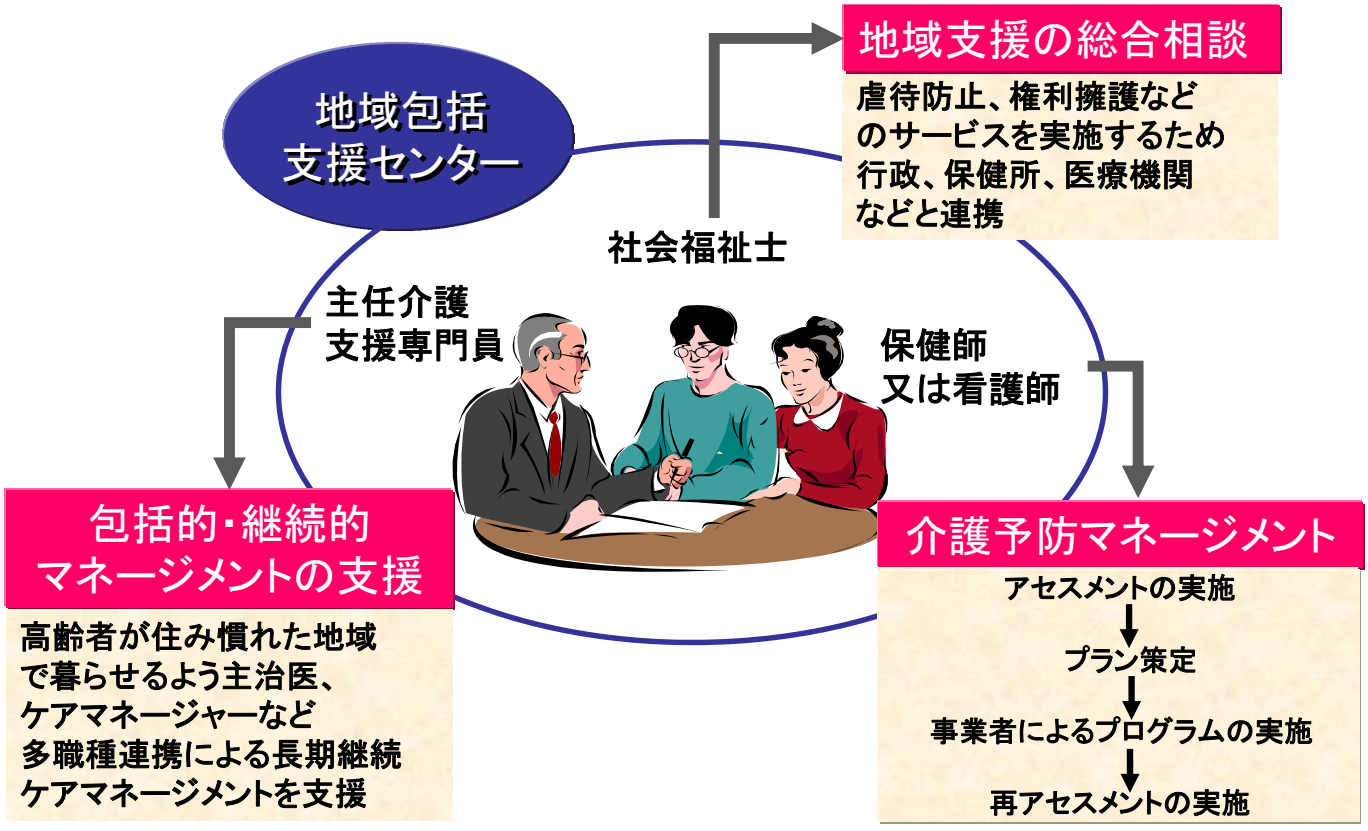
6718

医療を中心とした新しいまちづくりの提言
地域包括ケアシステム



地域マネジメントに基づく＜ケア付きコミュニティ＞の構築

6209c



2208

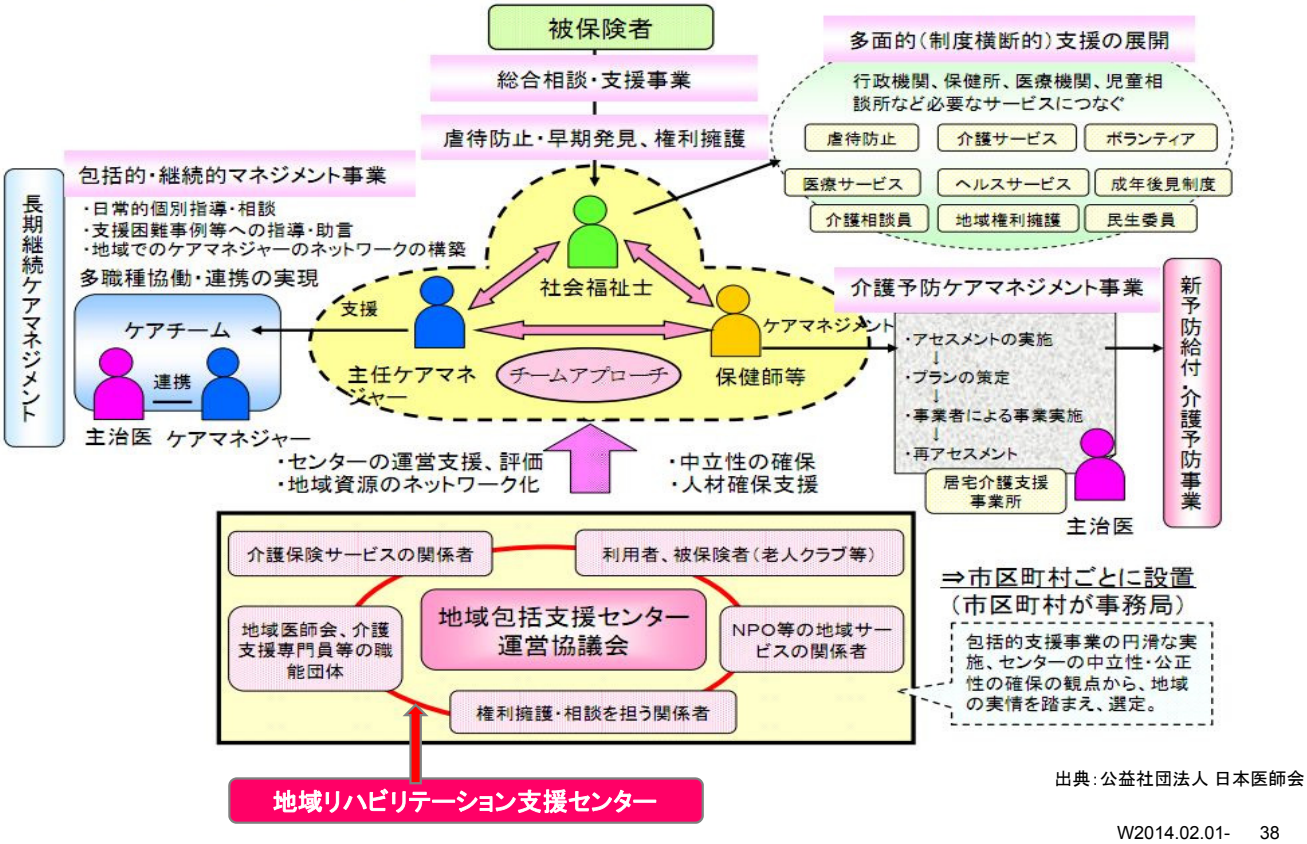
地域包括支援センターの機能強化

○高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
○市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
○直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
○地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
○地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



6420

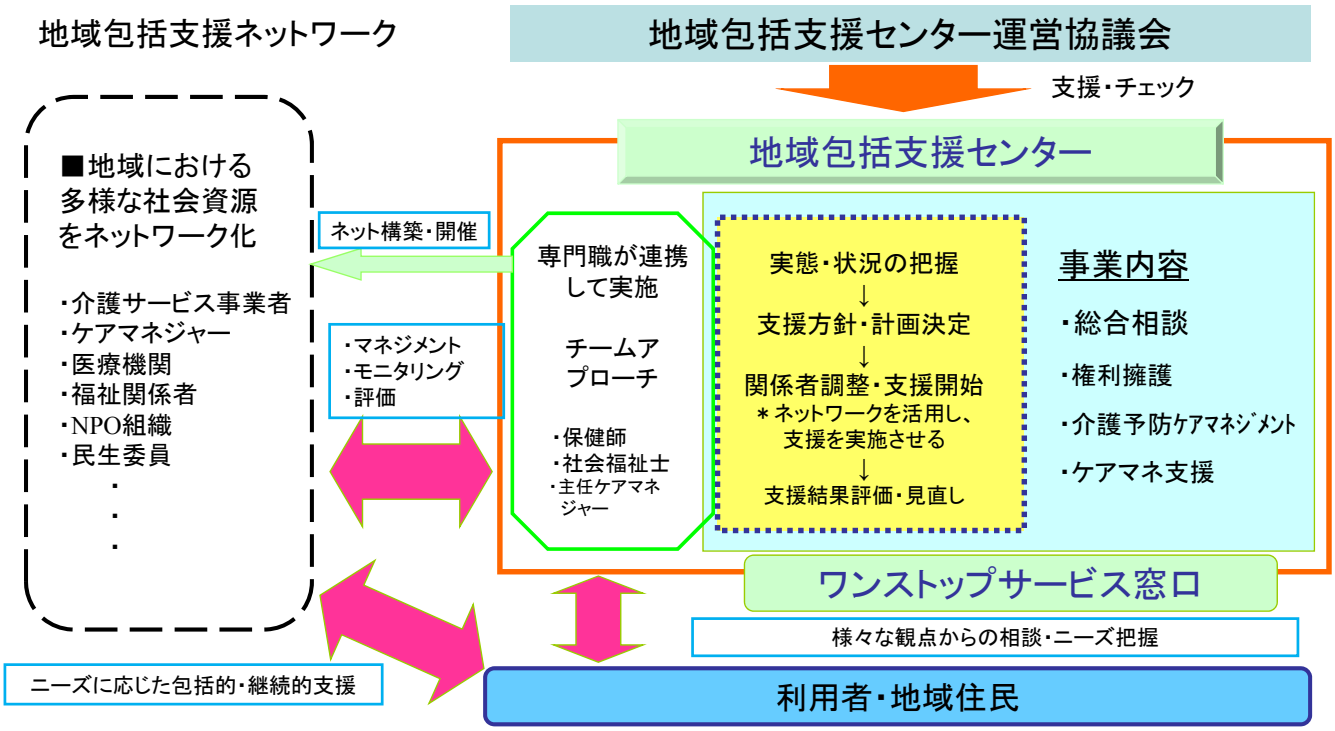
地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ



出典：公益社団法人 日本医師会

6253

地域包括支援センターを中核とした包括的・継続的マネジメントの全体像



2642

地域支援事業・新予防給付・地域包括支援センター

予防重視型システム

1. 地域支援事業・・・要支援・要介護になる前を対象

（1）必須事業
① 介護予防事業
② 包括的支援事業
：介護予防マネジメント（介護予防事業のマネジメント）
：総合相談・支援事業
：地域ケア支援事業

（2）任意事業
（介護給付費適正化事業、権利擁護事業等）

地域包括支援センター（市町村直営or委託）に委託可能

2. 新予防給付・・・現行の要支援＋要介護1の一部を対象

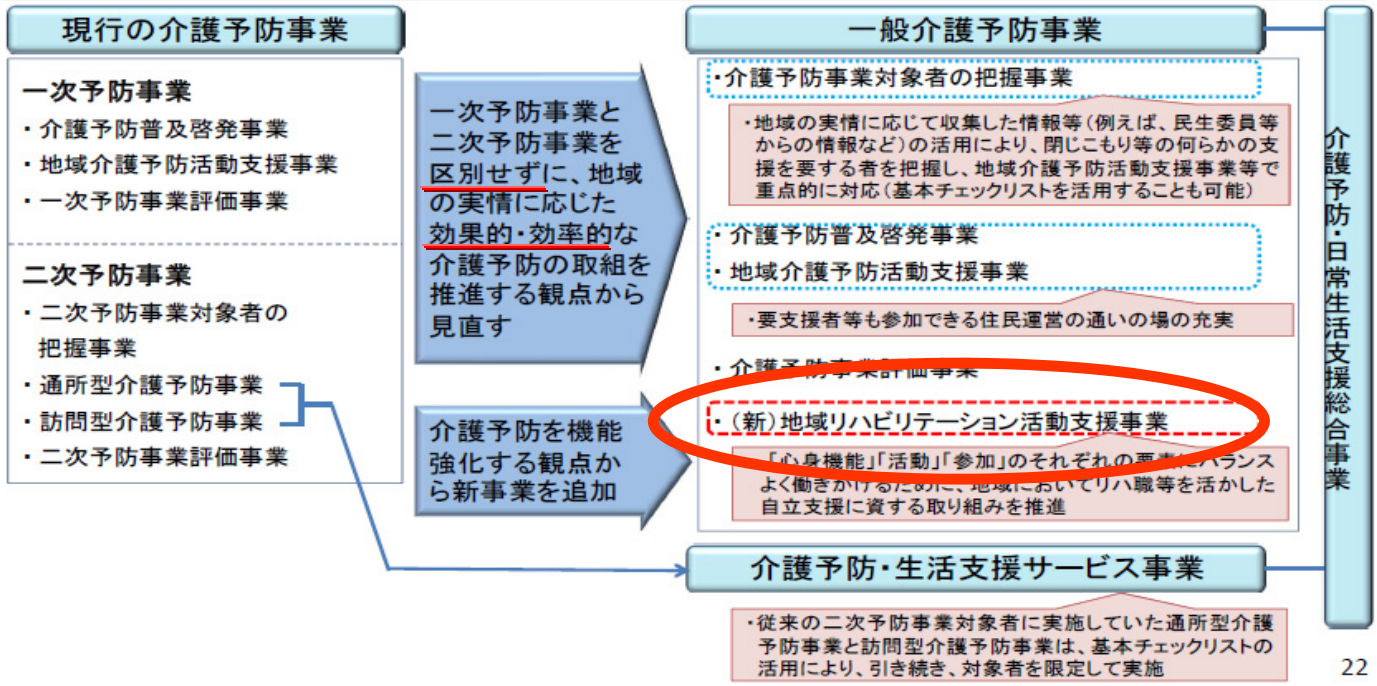
① 介護予防サービス（介護予防訪問介護、介護予防ディ等）
② 地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症ディ等）
③ 介護予防支援（新予防給付のケアマネジメント）

地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者として指定を受け実施

2343

新しい介護予防事業

○機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
○元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
○リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



22

6414

W2014.02.01- 41

「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月公表）の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》
認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼

→

《今後目指すべきケア》
「危機」の発生を防ぐ**「早期・事前的な対応」**に基本を置く。

【認知症施策推進5か年計画（平成25年度～29年度）の主な内容】

事項	5か年計画での目標
○**標準的な認知症ケアパス**の作成・普及 ※「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○**「認知症初期集中支援チーム」**の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○**早期診断等を担う医療機関**の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50，000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4，000人 （平成24年度末 2,500人）
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人（現在340万人）

39

出典：公益社団法人 日本医師会

6250

W2014.02.01- 42

JAPAN REHABILITATION Assistance Team

大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会

私たちは、大規模災害に備え、リハビリテーション支援チームの育成・組織化・ネットワークの構築を推進しています。
大規模災害時において、救急救命に継続したリハビリテーションによる生活支援等により、生活不活発病等の災害関連死を防ぐことを目的としています。

6754

大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会

JAPAN REHABILITATION Assistance Team

団体責任者

代表	栗原　正紀	（日本リハビリテーション病院・施設協会）
シンクタンク代表	里宇　明元	（日本リハビリテーション医学会　前理事長）
事務局責任者	半田　一登	（日本理学療法士協会会長）

リハ関連12団体（順不同）

- 日本リハビリテーション医学会
- 日本理学療法士協会
- 日本作業療法士協会
- 日本言語聴覚士協会
- 日本リハビリテーション病院・施設協会
- 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会
- 全国デイ・ケア協会
- 全国訪問リハビリテーション研究会
- 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会／全国地域リハビリテーション研究会
- 日本義肢装具学会
- 日本介護支援専門員協会
- 日本義肢装具士協会

6755

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

（ 方 向 性 ）

人員体制	業務量に応じた配置	○ 高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する人員体制を業務量に応じて適切に配置。 ○ さらに、今後、現在の業務に加え、地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図る中で、それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化を図ることが必要。
業務内容の見直し	センター間の役割分担・連携強化	○ 在宅医療・介護の連携強化、地域ケア会議、認知症施策の推進等を図る中で、地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
	行政との役割分担・連携強化	○ 委託型センターに対して、市町村が提示する委託方針について、より具体的な内容を提示することを推進。 ○ これにより、市町村との役割分担、それぞれのセンターが担うべき業務内容を明確化。
効果的な運営の継続	PDCAを充実	○ センターがより充実した機能を果たしていくには、運営に対する評価が必要。（現在、約3割の市町村が評価を実施） ○ 市町村運営協議会等による評価の取組、PDCAの充実等、継続的な評価・点検の取組を強化。 併せて、情報公表制度を活用し、センターの取組について周知する。

リハビリ専門職の配置を！

33

6419

45

24時間総合ケアの確立



地域おこし　まちづくり

地域包括ケアシステムの確立

機能分化し重層的に生活自立を支える医療・介護・地域サービスのネットワーク構築

障がい者自立支援地域リハビリテーションケア体制の構築
高齢者地域リハビリテーション支援体制の構築
被災者支援地域リハビリテーション体制の構築
犯罪者支援地域リハビリテーション体制の構築

Social　inclusionの世界

5948c

W2014.02.01-　46

介護予防の見直し

介護予防の取組と地域リハビリテーションについて

医療法人　真正会　霞ヶ関南病院
キャプテン・運営企画推進部長・地域支援担当
岡持　利亘　特別委員

介護予防の取り組みと地域リハビリテーションについて

埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター 川越比企（西部） 担当
公益社団法人 埼玉県理学療法士会 副会長・職能局長
一般社団法人　埼玉県リハビリテーション専門職協会　会長
平成26～28年度 地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業　埼玉県アドバイザー

医療法人真正会　霞ヶ関南病院　岡持利亘

お伝えする内容

1.介護予防の取り組みについて

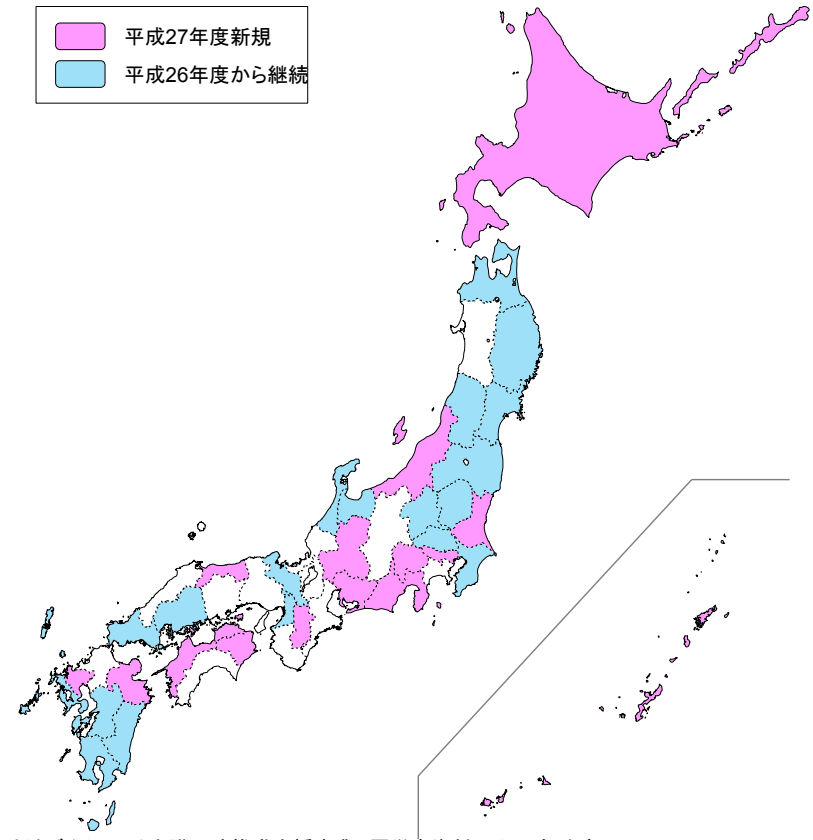
2.地域リハビリテーションについて

3.様々な事業の関係性について

4.課題とこれからに向けて

国レベルの取り組み

地域づくりによる介護予防推進支援事業参加都道府県一覧（平成26～28年度）



27年度参加　都道府県		
北海道・東北ブロック		
	北海道	青森県
	岩手県	宮城県
	山形県	福島県
関東ブロック		
	茨城県	栃木県
	群馬県	埼玉県
	千葉県	東京都
中部ブロック		
	新潟県	富山県
	石川県	山梨県
	岐阜県	静岡県
	愛知県	
近畿ブロック		
	京都府	大阪府
	奈良県	
中国・四国ブロック		
	鳥取県	広島県
	山口県	徳島県
	香川県	愛媛県
九州ブロック		
	佐賀県	長崎県
	熊本県	大分県
	宮崎県	鹿児島県
	沖縄県	
35都道府県		

地域づくりによる介護予防推進支援事業　厚労省資料より（一部改変）

地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業（平成26年度～）

※厚生労働省資料より

●目的

生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよくアプローチするために、**元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、体操などを行う住民運営の通いの場を充実**する。

●事業内容

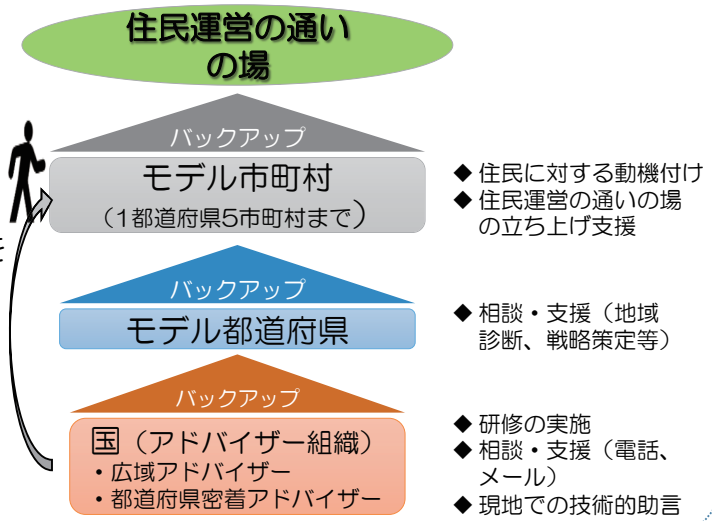
国（アドバイザー組織）と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

●市町村支援における役割分担

［都道府県］
- モデル市町村のとりまとめ
- 研修会の開催
- アドバイザーと市町村担当者をつなぐ

［広域アドバイザー］
- 2～3県を広域的に担当
- 地域づくりによる介護予防の実践経験を活かした、具体的な技術支援

［都道府県密着アドバイザー］
- 所在の1県を担当
- 市町村担当者が地域づくりを実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援



5

県レベルの取り組み

6

埼玉県における介護予防事業の方向性

■住民主体の介護予防の推進（平成26年度～国モデル事業参加）

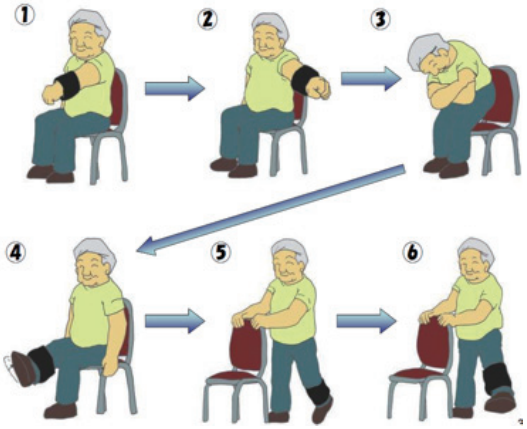
近くで
・**誰でも歩いて通える**地域の集会所
→送迎の不安を解消

みんなと
・**住民が自分たちで**運営
（行政は程良い距離感で支援）

効果ある
・**効果検証されている**体操
・**週１回以上**の定期開催

介護予防をきっかけに
- **地域でのつながり**
- **地域での見守り**
- **地域での支え合い**

→ 介護認定率の低減へ



６種類の体操（米国老化医学研究所推奨）（左記以外の市あり）

→足腰や肩の筋肉を鍛えて転倒しない体づくり





重さを変えられる重錘バンド

→本人が効果を実感・ステップアップの楽しみ

（埼玉県　地域包括ケア課）

通いの場の活動の広がり

（埼玉県　地域包括ケア課）

体操終了後茶話会の実施
（蓮田市、吉川市、毛呂山町）

毛呂山町



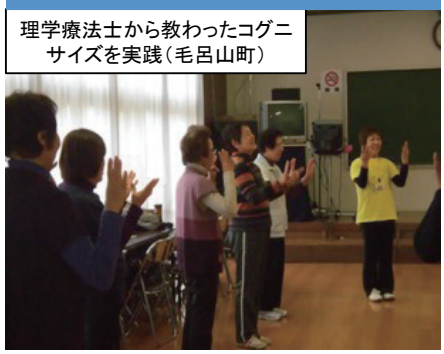
住民企画で役所や警察署が講義

マイナンバー説明会の様子（本庄市）



体操に新たなメニューを追加

理学療法士から教わったコグニサイズを実践（毛呂山町）



高齢者の見守りを実施（鶴ヶ島市、小鹿野町）
・見守り支援体制を構築するため自治会で連絡網を作成。
・参加者が地域包括支援センターからの配布資料を欠席者に届けることで見守りになっている。

体操を契機に集会所をサロン化し近隣小学校の児童と交流（本庄市）

子どもの見守りを実施（鶴ヶ島市）
当番制で以下の取組を実施
・小学生の下校時に通学路での見守りを実施
・自治会内の公園等を巡回

住民が認知症サポーター養成講座の開催を市へ依頼し受講（鶴ヶ島市）

介護予防ボランティア主催で参加者の興味のある時事ネタを勉強（毛呂山町）

体操から出発した活動は、住民のしたい、する必要のある活動に発展。
行政とリハ職は、黒子になって、住民の活動（地域づくり）を支援していく。

地域づくりによる介護予防推進のまとめ （埼玉県　地域包括ケア課）

住民主体だと、<u>たくさん</u>いいことがあります。

高齢者にとっては

・多くの虚弱な高齢者が元気になります。
・要支援者・要介護者も重りの調整で参加可能です。



介護予防ボランティアにとっては

・参加者から「ありがとう」と感謝され、やりがい生きがいになってます。
・そして、自分自身も元気になります。

市町村にとっては

・重錘バンド購入、介護予防ボランティア養成、理学療法士の派遣が主なものであるため、参加者一人あたりの市町村負担は低廉です。
・住民が会場を探すので、介護予防ボランティア宅など会場が多様化し、近所で介護予防ができます。
・地域づくりによる介護予防から、総合事業の他事業へ拡がります。

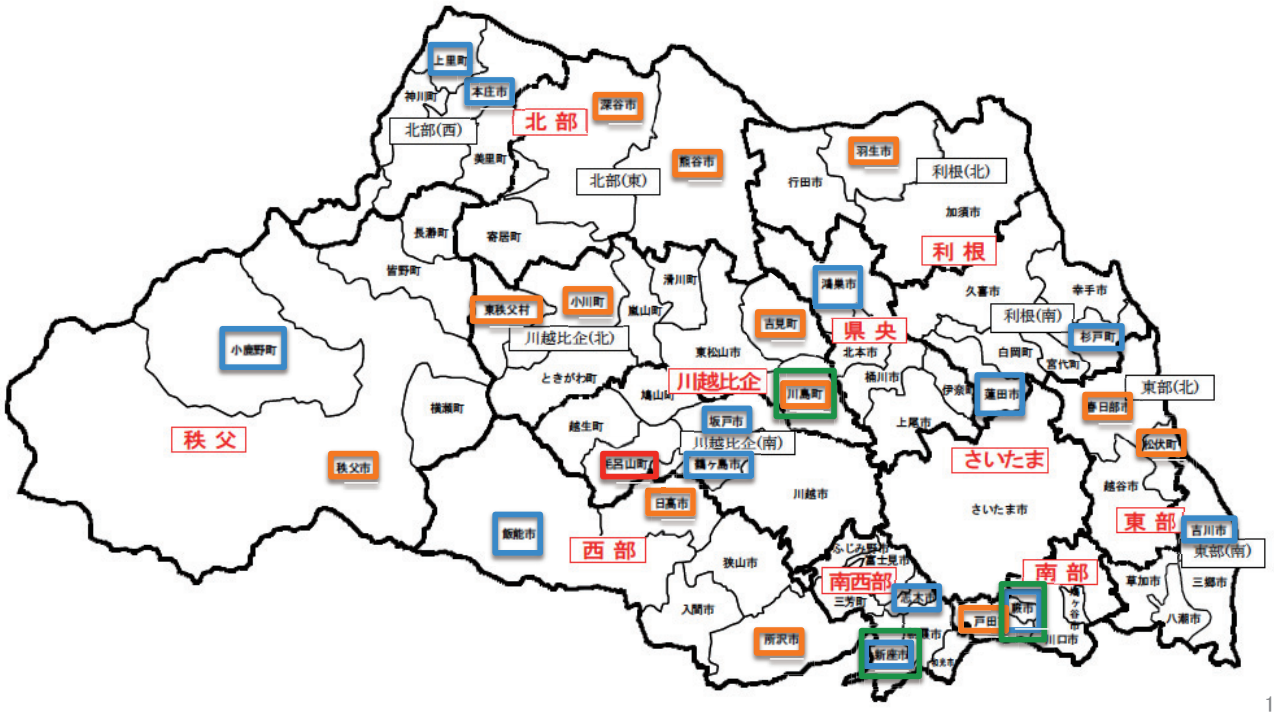
自分が元気、周り（場）が元気、地域が元気になっていきます。

9

地域づくりによる介護予防推進支援事業

事業に参加する市町

- 26年度 1町
- 27年度 13市町
- 28年度 13市町村
- トータルモデル 3市1町



10



住民運営による通いの場

要支援・介護者を減らす

毛呂山町：23グループ　476名が参加（28年8月1日）

埼玉県　：151グループ　3,990名が参加（28年8月1日）

川越市　：145グループ　3,023名が参加（27年度）





介護予防ボランティア養成講座

支え手を増やす

毛呂山町：　９１名

（28年8月）

埼玉県　：３８４名

（28年1月）

川越市　：２９９名

（27年度フォローアップ参加者）





埼玉県における介護予防の推進体制

（埼玉県福祉部地域包括ケア課）

市町村

地域づくりによる介護予防事業の実施
- 地域診断
- 市役所内外（関係団体等）調整
- 住民説明　→　実施地区の支援
- 介護予防予算の確保
  - 地域介護予防活動支援事業
  - （新）地域リハ活動支援事業費
  - 住民ボランティア養成等

理学療法士会

アドバイザー派遣：
- 通いの場立ち上げと運営支援
  （住民への体操指導・体力測定等）
- ボランティア養成講座
  （市町村からの依頼に基づく。トータルモデルは県が委託）
- アドバイザー養成・フォローアップ

埼玉県

市町村支援
- 市町村の実施支援
  - アドバイザー派遣（委託）
  - 定期的な研修の実施
  - 市町村への情報提供
- 理学療法士会との調整

住民主体の介護予防の展開

（埼玉県　地域包括ケア課）

＜第１段階＞
○市町村における仕組みの導入
・平成２８年度は、新たに１５市町村を支援予定

＜第２段階＞
○市町村全域での展開・活動の継続
・住民主体の体操の場を活用した次の展開（認知症予防など）
・実施している市町村の箇所数増加を見越したフォロー体制づくり
（行政とリハ職の役割分担と連携）

＜第３段階＞
○総合事業・生活支援との連携
・通いの場に通っている元気高齢者を生活支援の担い手につなげる
○地域ケア会議との連携
・介護サービスではなく地域で
・介護サービス卒業の受け皿に

＜その他＞
○別の形で住民主体の取組を既に実施している市町村の支援

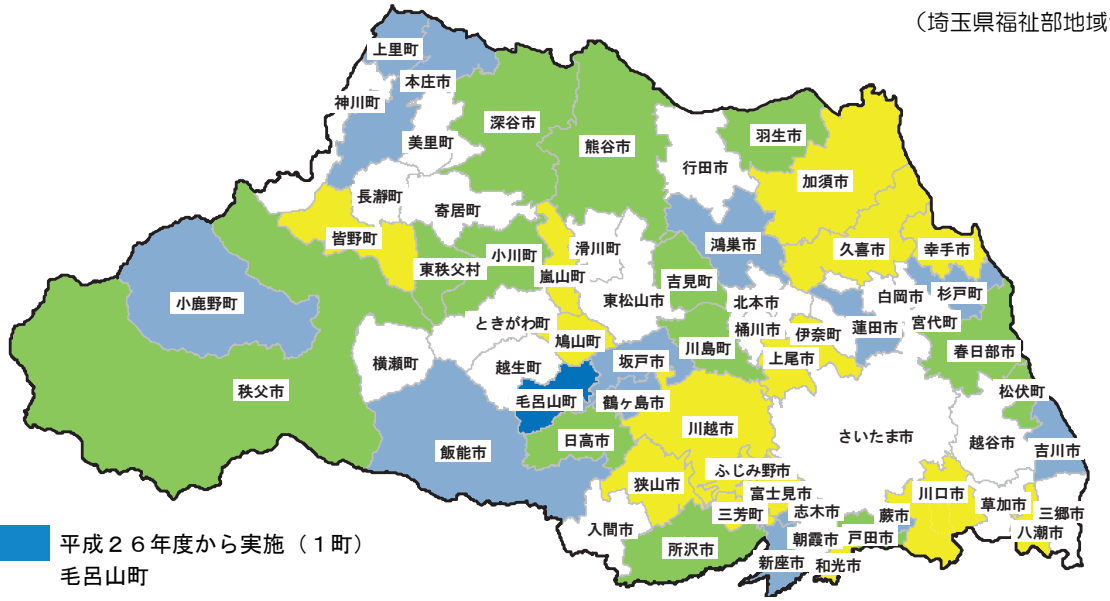
平成２９年度末までに、
県内全市町村（６３）で住民が運営する体操教室を実施できるよう支援する。

市町村の実情に合わせ、
多機関・多職種が、
平成30年までのロードマップを
共に考え、一歩ずつ歩んでいるか

15

地域づくりによる介護予防推進支援事業実施市町村

（埼玉県福祉部地域包括ケア課）



平成２６年度から実施（１町）
毛呂山町

平成27年度から実施（13市町）
飯能市、本庄市、鴻巣市、蕨市、志木市、新座市、蓮田市、
坂戸市、鶴ヶ島市、吉川市、小鹿野町、上里町、杉戸町

平成28年度から実施（13市町村）
熊谷市、秩父市、所沢市、春日部市、羽生市、深谷市、戸田市、
日高市、小川町、川島町、吉見町、東秩父村、松伏町

本事業以外で独自の取組のある市町（１５市町）※H27.8調査時点
川越市、川口市、加須市、狭山市、上尾市、和光市、久喜市
八潮市、富士見市、幸手市、ふじみ野市、三芳町、嵐山町、鳩山町、皆野町



16

市町村レベルの取り組み

17

平成12年	介護保険	介護予防方法の検討
平成13年		全国でモデル事業
平成14年		高齢者筋力向上トレーニング事業開始
平成15年		マシントレーニング全国普及 転倒骨折予防教室（単発型）
平成16年		転倒骨折予防教室（複数回型）
平成17年		転倒骨折予防教室が拡大
平成18年	地域包括支援ｾﾝﾀｰ	新予防給付スタート（体力作り教室へ名称変更）
平成19年		自主グループづくりの検討・試み
平成20年		体力づくり教室から　自主グループ化　拡大
平成21年		介護予防サポーター養成　21名
平成22年		介護予防サポーター養成　57名 介護予防事業のマニュアル化・検討会議
平成23年		介護予防サポーター養成　109名 住民やサポーターのフォローアップ開始 川越市の介護予防を検討する会　設置
平成24年		介護予防サポーター養成　97名
平成25年		介護予防サポーター養成　84名
平成26年		介護予防サポーター養成　131名

18

「いきいきエイジング」

介護予防と生きがいづくり



元気はつらつ！	体力に自信がなくなった	足腰が弱くなった つまづきやすい 15分以上続けて歩けない	杖・車いすが必要

体力アップ倶楽部（初級編・中級編）
内容：タオルやいすを使った運動・リズム体操など
対象者：65歳以上の方
場所：総合保健センター
頻度：週1回全10回

いもっこ体操教室
内容：いもっこ体操、体力測定、講義「自主グループ活動について」レッチ、筋力トレーニング等を専門職の指導の下行ったり、食事、口腔ケアなど
対象者：65歳以上の方
場所：公民館など
頻度：2週間に1回、全6回コース

ときも運動教室
内容：ストレッチ、筋力トレーニング等を専門職の指導の下行ったり、食事、口腔ケアなど
対象者：基本チェックリストで該当した方
場所：5事業所、8か所
頻度：週2回、3か月間

介護保険のリハビリテーション、デイサービス
内容：通所・訪問でのリハビリや運動
対象者：要介護・要支援認定のある方
頻度：介護保険の認定やケアプランにより決定

ときも体力測定会
内容：体力測定、ロコモティブシンドロームについての講義、基本チェックリストの実施等

自主グループ活動
住民が主体性をもち、自治会や公民館で定期的な運動をしています。「一人ではなかなか続かない。」「みんなで楽しく体操したい」などの声を受けて、地域包括支援センター、ボランティアである介護予防サポーターがグループ活動の支援を行っています。

市内約145ヶ所で活動中

介護予防事業の実施により、単に心身機能の改善だけでなく、日常生活の活動性及び活動意欲を高めることができます。
そして、それらの活動の幅を地域に広げることで、高齢者の社会参加を促し、生きがいづくりを促進します。

19



川越市マスコットキャラクターときも

いきいき エイジング

- 元気なうちから
  「からだづくり」



- 出かけていく
  「場づくり」

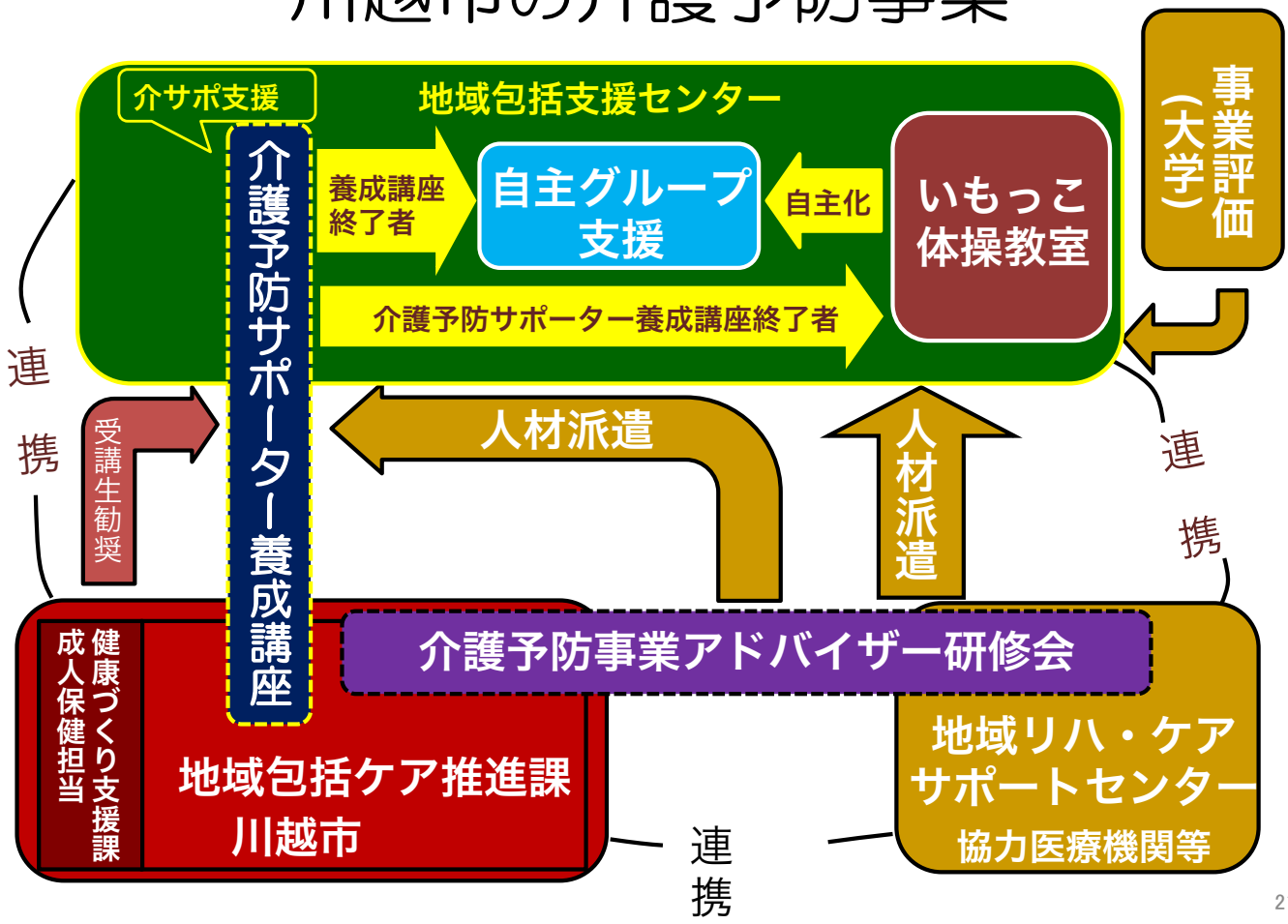


- そこで触れ合う
  「仲間づくり」



20

川越市の介護予防事業



21

「いもっこ体操」を介護予防の起点に

川越市では、体づくりの一つとして「いもっこ体操」を実施しています。

介護予防サポーター養成講座で養成した、介護予防サポーターが中心となり、「地域」での普及につなげています。

いもっこ体操



いもっこ体操（準備・整理体操）

・無理のないように自分のできる範囲で行いましょう。
・ゆっくり動かし、息を止めないようにしましょう。
・関節や身体を動かす事で、筋肉・関節をほぐしましょう。

この体操は、三芳町役場の保健師さんと近隣の病院に勤務する理学療法士が作成した「みよいいもっこ体操」が元になっています。

いもっこ体操（座位体操）

・無理のないように自分のできる範囲で行いましょう。
・ゆっくり動かし、息を止めないようにしましょう。
・1種目5回、行いましょう。

余裕が出来たら、1種目5～10回行いましょう。

いもっこ体操（立位体操）

・無理のないように自分のできる範囲で行いましょう。
・ゆっくり動かし、息を止めないようにしましょう。
・1種目5回、行いましょう。

余裕が出来たら、1種目5～10回行いましょう。

22

いもっこ体操教室(全６回)

体力測定

- 握力
- 長座体前屈
- 開眼片脚立位
- 立ち上がりテスト(CS30)
- Timed Up & Go テスト



- 介護予防の重要性、生きがいと役割について
- 「介護予防の実践　転倒骨折予防、認知症予防」
- いもっこ体操・効果的な運動について
- 自主グループ活動について



講 義；やる気と継続性↑

体操の実践指導；講師からサポーターへバトンタッチ






グループワーク

- 地域・サークルの目標を話し合う
- 個人の目標を発表する






介護予防サポーター養成講座(全8回)

- 事業説明(介護予防サポーターの役割、ボランティアとは、川越の介護予防事業について)
- 「運動の意義と習慣づけ、体力測定の実施方法と注意点、効果確認方法」
- 「介護予防の実践　転倒骨折予防、認知症予防」
- 「自主グループ活動について」

講 義



「体操指導」「ロールプレイ」

体操を指導





少人数での練習

グループ同士で発表





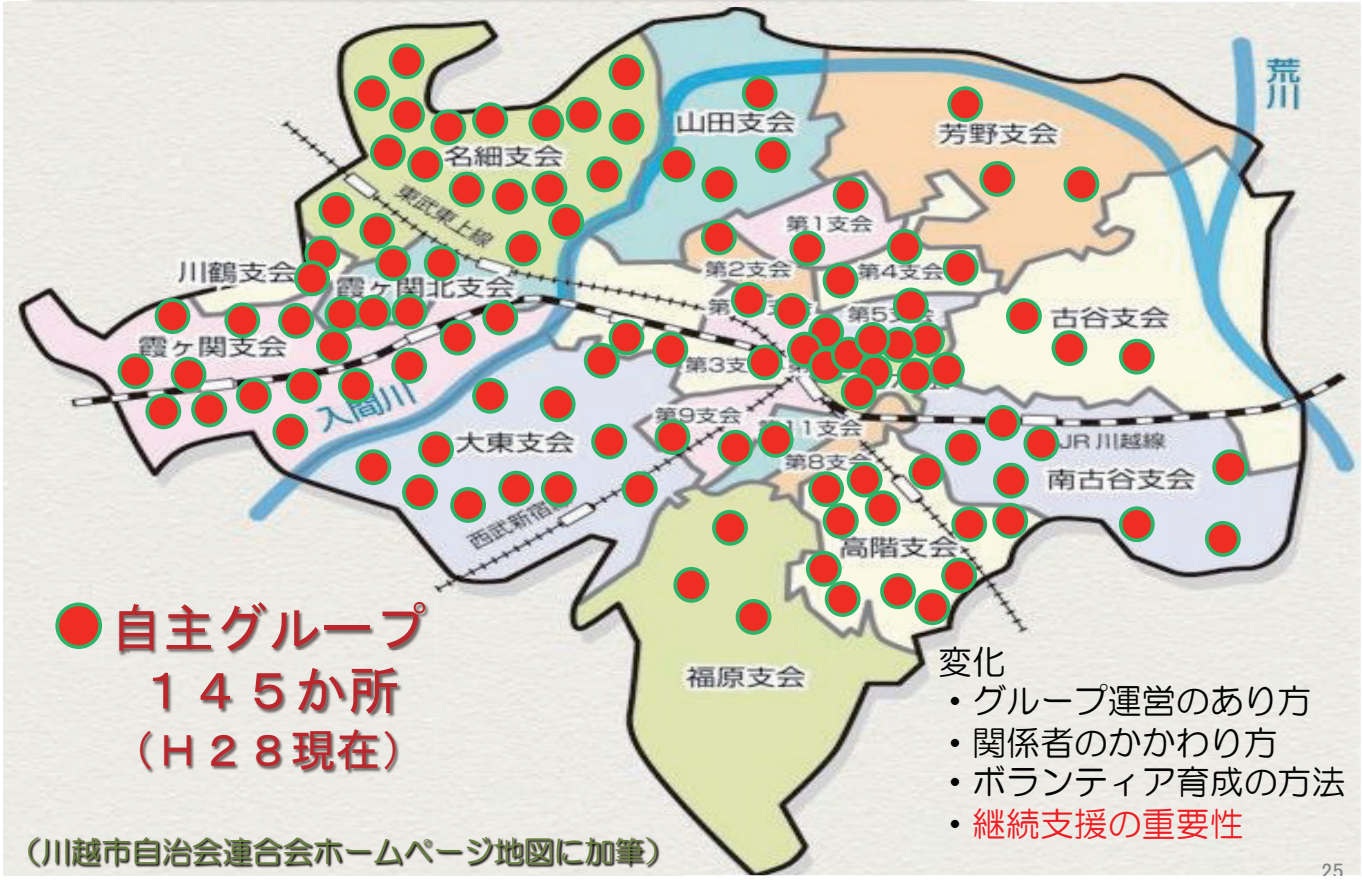
自主グループを呼ぶ

グループワーク



- 活躍している介サポさんとの情報交換、受講生の質疑応答
- 自主グループの継続や牽引役としてできることを話し合う
- 体操指導者としてわかりやすく行うための方法や工夫を話し合う
- 危険なくグループの運営を行うための知識「危険予知」について
- こういう方こそ来てほしい、こういう人が来たときの対処法

市内各地での自主グループ数



介護予防の戦略を考える場　クワトロC会議

Community（地域）、Preventive Care（介護予防）、Comprehensive（包括的な）、Change （変革）

平成22年3月～開始。年に２～３回実施

地域における介護予防事業の意識を統一し、地域づくりにつながる手法の確立を目指す。

・市　地域包括ケア推進課　・市　保健センター
・地域包括支援センター　・理学療法士

→協力医療機関＋地域リハ・ケアサポートセンター

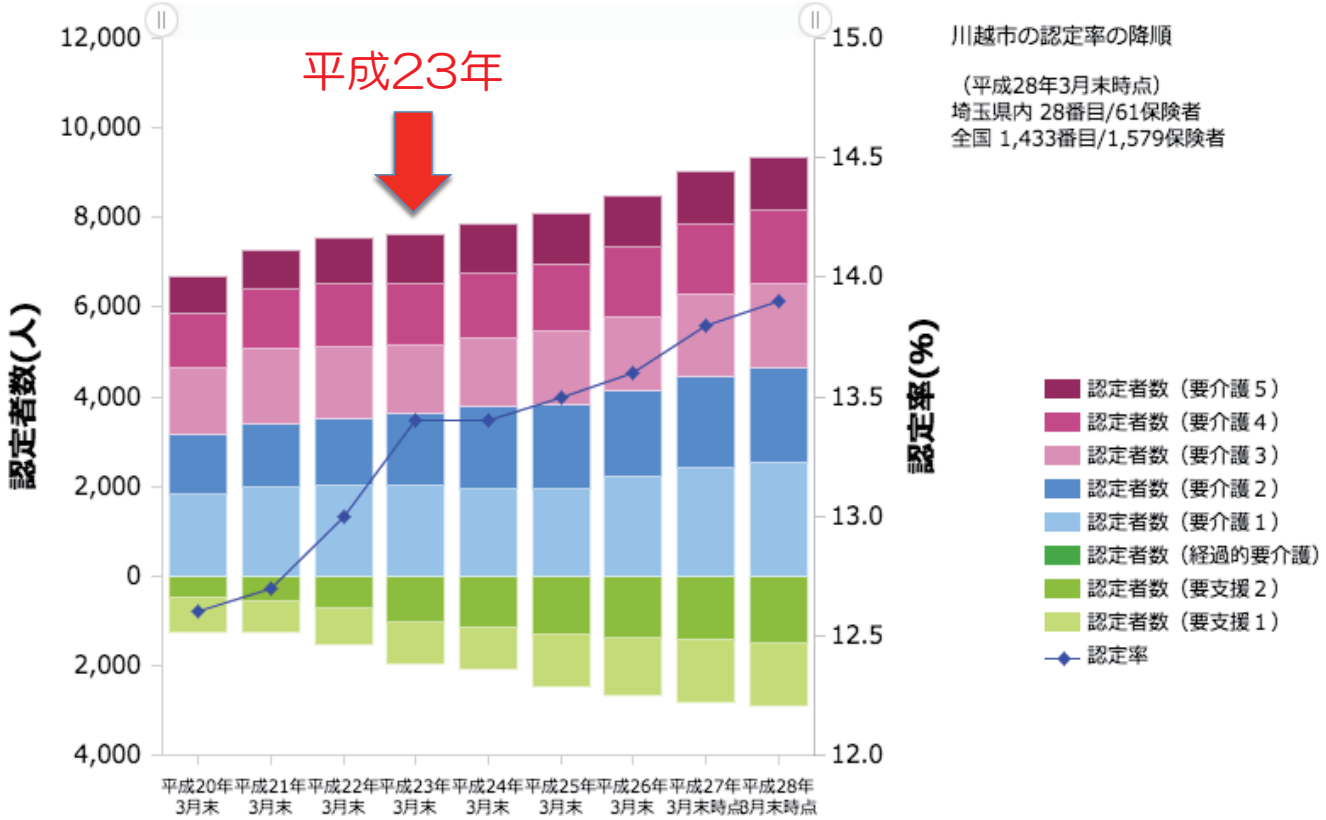


平成２５年度～　川越市介護予防普及啓発事業
介護予防の取り組みの成果を、市民に広く伝達
運営の協力体制
住民・自治会・市・地域包括・医師会・リハ職



27

川越市の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



（出典）平成19年度から平成25年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、平成26年度から平成27年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」

28

お伝えする内容

1.介護予防の取り組みについて

2.地域リハビリテーションについて

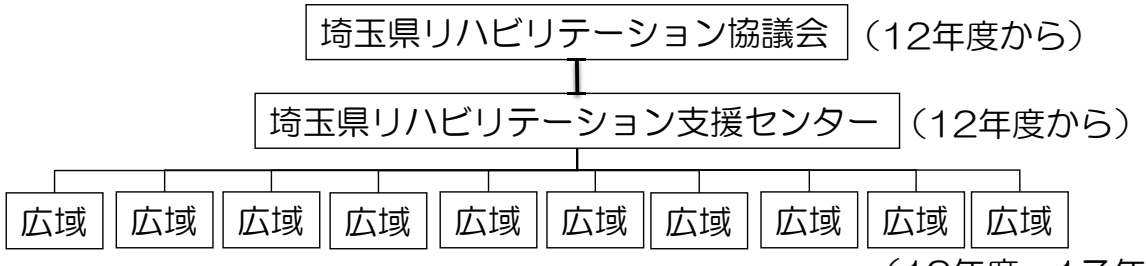
3.様々な事業の関係性について

4.課題とこれからに向けて

29

（旧）地域リハビリテーション支援体制整備推進事業

- 平成12年～17年度まで活動
- 埼玉県リハ協議会、埼玉県リハ支援センター（県リハ）のもと、埼玉県内で10ヶ所の「地域リハ広域支援センター」が活動を実施した。



（13年度～17年度）

30

それぞれの担当と役割（当時）

	担当・役割
埼玉県地域リハ協議会 事務局 健康福祉部健康づくり支援課	県及び地域におけるリハのあり方の検討 県及び地域リハ広域支援センターの指定 →　「埼玉県地域リハ連携指針」平成14年3月
埼玉県リハ支援センター 県総合リハセンター	地域リハ広域支援センターへの支援 リハビリ資源の調査・研究 関係団体との連絡調整
地域リハ広域支援センター 福祉保健総合センターと 中核的医療機関が協力（10）	地域のリハ実施機関への支援 1）地域住民の相談への支援 2）福祉用具・住宅改修等の相談への支援 地域のリハ施設等における従事者への援助・研修 1）研修会・事例検討会 関係機関の連携・調整、連携強化 1）福祉・保健・医療
その他：市町村	在宅介護支援センターの機能強化 保健センター（機能訓練・訪問指導の実施等）

31

地域リハ広域支援センター活動例

入間東福祉保健総合センター（平成14年8月～17年12月）

年度	活動内容
1年度目 （平成14年度）	地域リハビリテーション連絡会議（2回） 専門職向け研修会（7回） 個別相談事業（2回） アンケート調査
2年度目 （平成15年度）	地域リハビリテーション連絡会議（1回） 専門職向け研修会（4回） 市民向け講座・広報（2回）
3年度目 （平成16年度）	地域リハビリテーション連絡会議等（3回） 専門職向け研修会（2回） 市民向け講座・広報（1回） リハビリテーションサービス実態調査と発信
4年度目 （平成17年度）	地域リハビリテーション連絡会議等（2回） 専門職向け研修会（1回） 市民向け講座・広報（2回） リハビリテーションサービス実態調査と発信

32

18年度以降：市民向け講座を2年継続後、地域包括支援センターへ事業移行

事業再開までの経緯
地域包括ケアの実現に向けた地域リハビリテーション支援体制

［準備実施スケジュール］

県担当：埼玉県福祉部 障害者福祉推進課

H25年 9月

協議会の設置
県、県医師会、県療法士会、地域包括、9職能団体で構成

サポートセンターの指定
・地域リハビリテーション・ケアサポートセンターの指定 県内３地域

H25年12月

モデル事業の実施
・地域資源の調査・情報収集・提供
・地域の各種相談機関等への支援
県内３地域でモデル事業を実施

事業実施 効果検証
・事業実施の評価
・課題等の整理
医療機関等に勤務するリハ職を派遣できる統一されたシステムを県全域で用意する必要性

H26年 4月

全県へ普及
・サポートセンターを二次医療圏毎に指定
・地域の実情に即した支援の展開
県内5地域で事業を実施

33

埼玉県地域リハビリテーション推進協議会

順不同（敬称略）

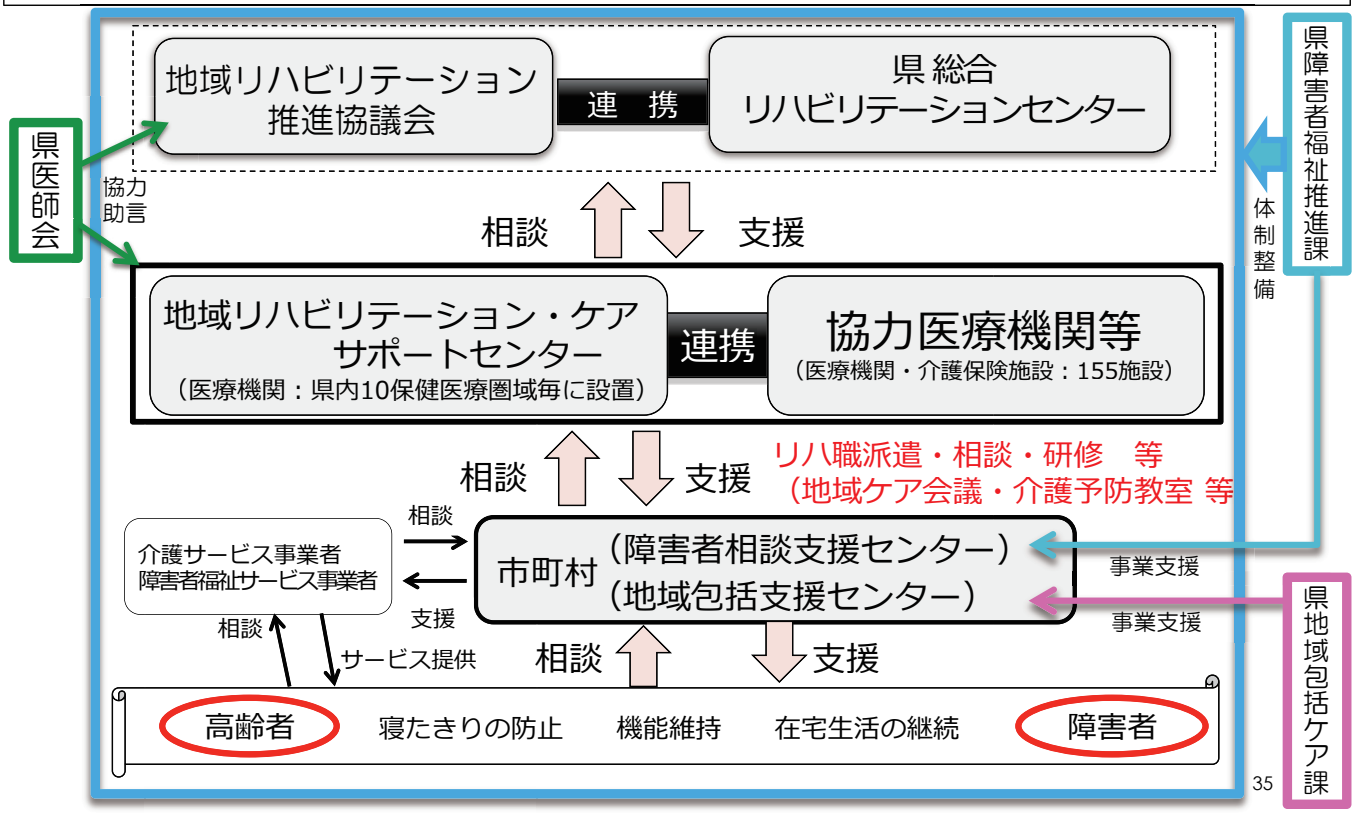
	所　属　等	職　名	氏　　名	
顧問	医療法人　共和会 小倉リハビリテーション病院	名誉院長	浜村　明徳	ー
会長	医療法人　真正会	理事長	齊藤　正身	学識経験者
	埼玉県医師会	副会長	湯澤　俊	関係団体
	埼玉県医師会	地域包括ケアシステム推進委員会委員長	小川　郁男	関係団体
	埼玉県歯科医師会	常務理事	深井　穫博	関係団体
	埼玉県理学療法士会	会長	清宮　清美	関係団体
	埼玉県作業療法士会	会長	宇田　英幸	関係団体
	埼玉県言語聴覚士会	会長	清水　充子	関係団体
	埼玉県市町村保健師協議会	会長	大竹　寿枝	関係団体
	埼玉県介護支援専門員協会	副理事長	石原　雅哉	関係団体
	シニアサポートセンター 白菊苑	管理者	桜井浩平	地域包括センター
	埼玉県相談支援専門員協会	副代表	日野原　雄二	関係団体
副会長	埼玉県福祉部	副部長	知久　清志	県
	埼玉県保健医療部	副部長	北島　通次	県
	埼玉県総合リハビリテーションセンター	福祉局長	秋葉　典和	県

任期：平成２８年４月１日～平成30年３月３１日

34

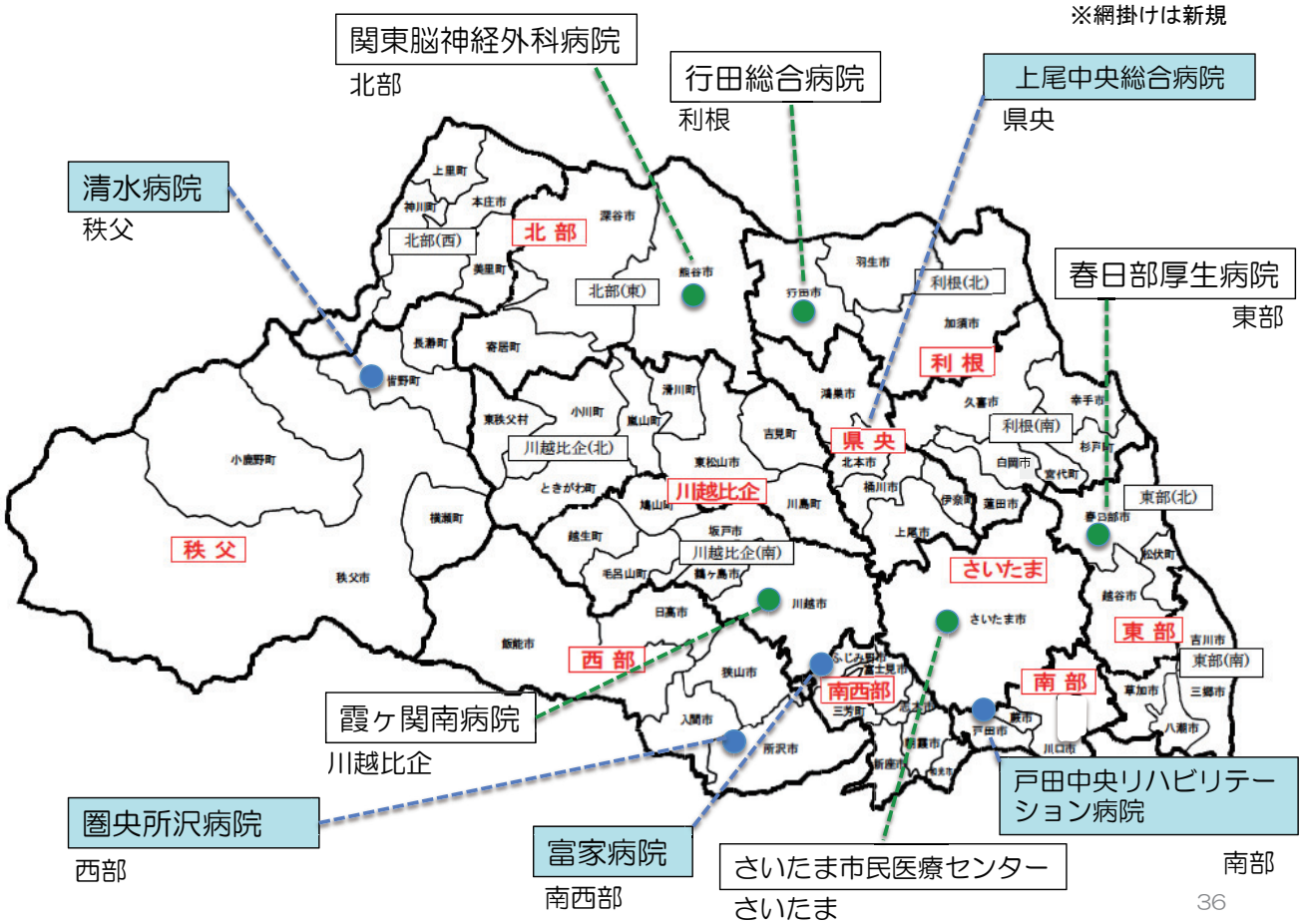
埼玉県地域リハビリテーション支援体制について

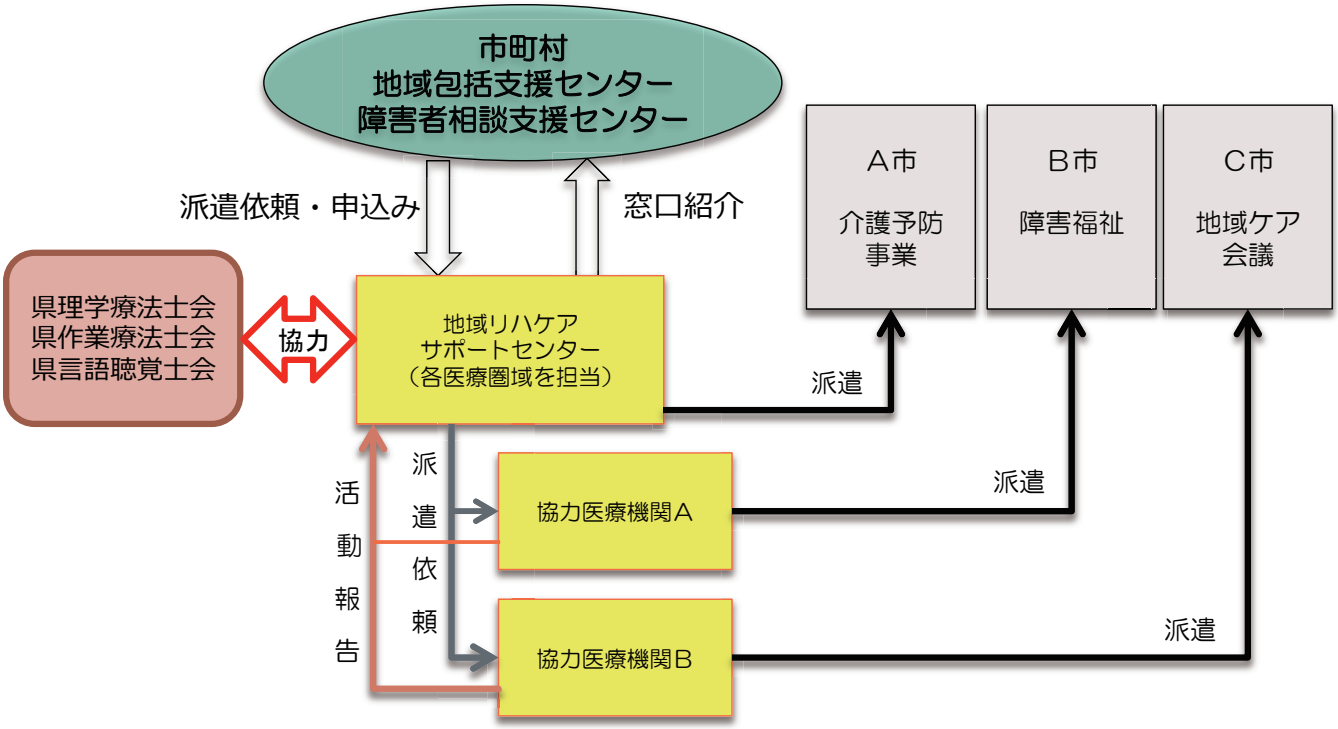
高齢者や障害者の様々な状況に応じたリハビリテーションサービスが、より身近な地域で適切に提供されるよう、県総合リハビリテーションセンター、サポートセンター（医療機関）が中心となって、リハ専門職と連携して、市町村（地域包括支援センター・障害者相談支援センター）への支援を行う。



地域リハビリテーション・ケア サポートセンター　地区割り

※網掛けは新規





37

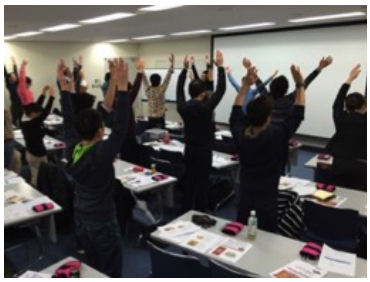
リハ職の派遣 活用例

1. 介護予防事業での運動機能やＡＤＬ評価支援
2. 介護予防ボランティア養成、介護者サロン等への協力・相談支援
3. 地域ケア会議、ケース検討会でのリハビリテーションの視点からの協力・相談支援
4. 各種研修会の講師　など

派遣以外の取り組み



- 事業の意義共有（説明会）
- 顔の見える関係（情報交換会）
- 行政担当者との共有（公開講座）
- 人材育成（実務者研修）
- 協力医療機関との連携（会議）



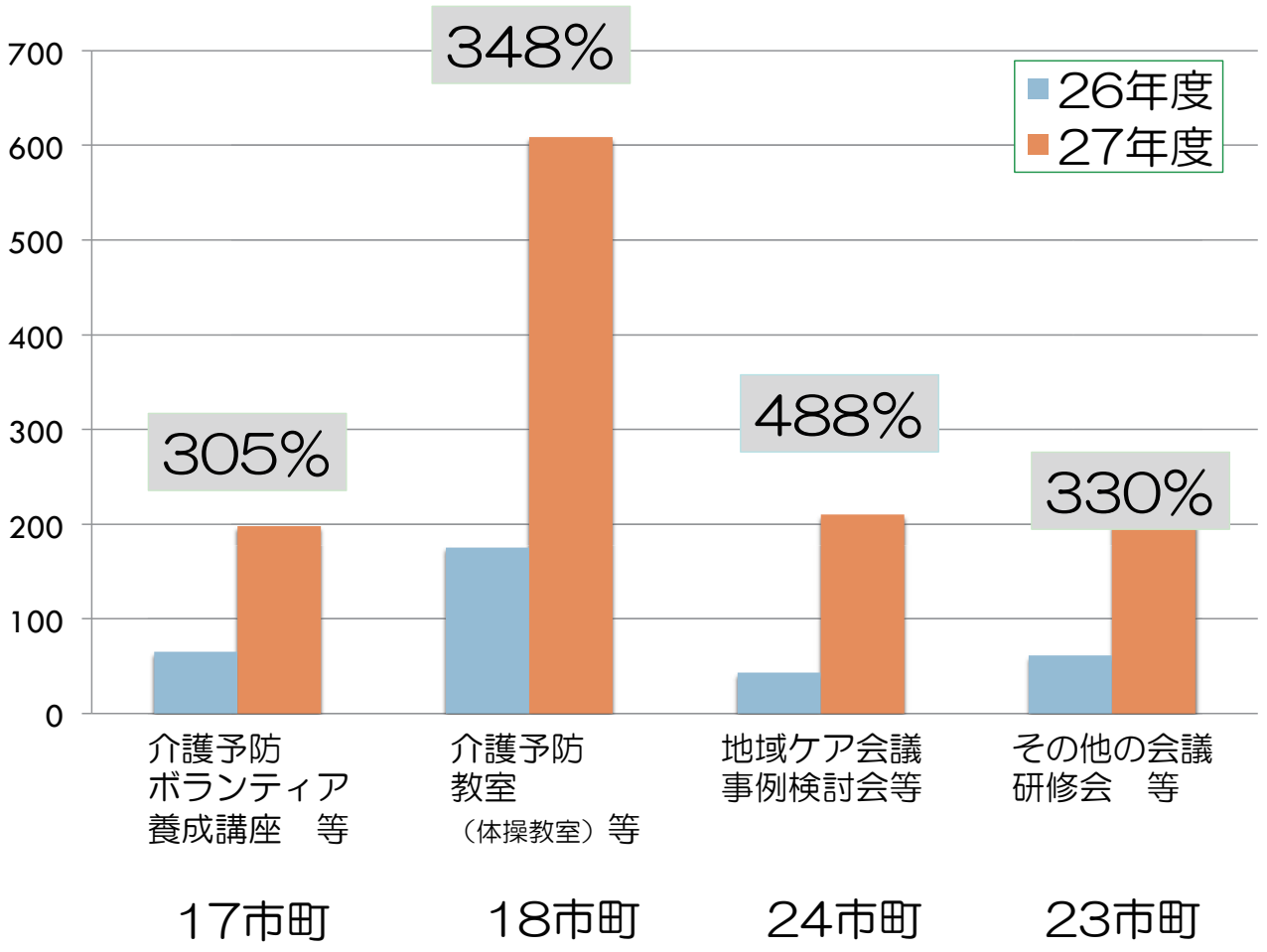
その他：連絡調整・事業打合せ（出張・電話）等

38

平成27年度　派遣件数

	1 介護予防ボランティア養成講座等	2 介護予防教室等（体操教室等）	3 地域ケア会議・事例検討会等	4 その他の会議・研修会等	合計
霞ヶ関南病院	76	275	57	77	485
さいたま市民医療センター	30	83	28	41	182
関東脳神経外科病院	40	73	47	54	214
春日部厚生病院	31	112	34	21	198
行田総合病院	21	66	44	8	139
合計	198	609	210	201	1218

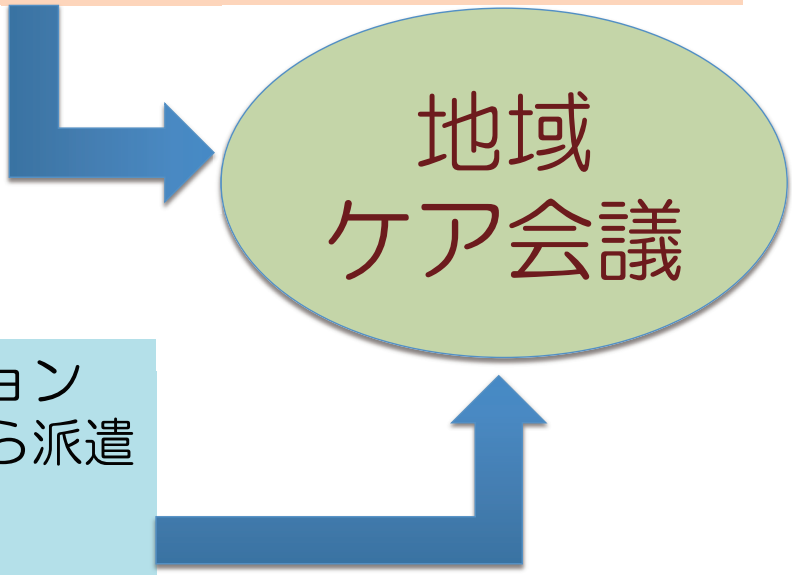
39



40

地域包括ケアシステム支援人材バンク事業から派遣

- 弁護士
- 司法書士
- 精神保健福祉士
- 薬剤師
- 管理栄養士
- 先進的な市町村・地域包括支援センター職員



地域リハビリテーション支援体制整備事業から派遣

- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士

41

埼玉県地域リハビリテーション推進協議会の開催

（埼玉県障害者福祉推進課）

日時等：第1回　平成27年4月23日　埼玉教育会館303会議室
第2回　平成28年3月15日　県民健康センター大会議室C

構成等：会長：医療法人真正会　齊藤正身理事長　　顧問：小倉リハビリテーションセンター病院　浜村明徳名誉院長
構成：学識経験者、県医師会、県歯科医師会、県理学療法士会、県作業療法士会、県言語聴覚士会、
県市町村保健師協議会、県介護支援専門員協会、地域包括支援センター代表、障害者相談支援センター代表、
埼玉県（福祉部・保健医療部・総合リハビリテーションセンター）

議　題：［第1回］・平成26年度の取組状況等について
・平成27年度事業計画（案）等について
［第2回］・各ケアサポートセンターの取組状況等について（中間報告）
・地域リハビリテーション支援体制の今後の取組について
・協力医療機関等の追加指定候補について

地域リハビリテーション・ケア　サポートセンター連絡会議の開催

	実施年月日	議題等
第1回	H27. 6. 8	・各ケアサポートセンターのH26決算状況 ・各ケアサポートセンターのH27事業計画等 ・市町村への働きかけ
第2回	H27.10. 7	・地域リハ事業の派遣実績 ・療法士研修会の実施 ・市町村の動向
第3回	H27.11.27	・地域リハ事業の派遣実績 ・市町村への働きかけ ・実務者研修の実施
第4回	H28. 2.18	・各ケアサポートセンターの派遣実績等 ・地域リハビリテーション推進協議会への報告内容 ・協力医療機関の追加指定候補

42

療法士研修会の概要

（埼玉県障害者福祉推進課）

（1）基本研修

	実施年月日	開催地	参加者					主な研修内容
			PT	OT	ST	その他	計	
	27. 11. 23	越谷市	134	40	13	4	191	・ 地域包括ケアシステムについて ・ 療法士に期待されること ・ 地域ケア会議、介護予防事業等の派遣の様子 ・ 認知症施策等について ・ 摂食嚥下機能相談等の継続的支援について

（2）実務者研修

	実施年月日	開催地	参加者					主な研修内容
			PT	OT	ST	その他	計	
介護予防事業関係	28. 3. 19 28. 3. 20	さいたま市	64	8	4	1	77	・ ボランティア養成の実践 ・ 住民運営による通いの場の立ち上げ支援 ・ 市町村との打合せ・事業づくり ・ おもりを使った体操（演習）

	実施年月日	開催地	参加者					主な研修内容
			PT	OT	ST	その他	計	
地域ケア会議関係	28. 3. 21 28. 3. 26	さいたま市	67	23	6	－	96	・ 地域ケア会議運営スタイル ・ 埼玉県内での地域ケア会議への取組について ・ 事例資料の読み込みとポイントの整理（演習） ・ 模擬地域ケア会議（演習）

平成28年度事業予定

（埼玉県障害者福祉推進課）

埼玉県

	第１四半期	第２四半期	第３四半期	第４四半期
障害者福祉推進課事業	推進協議会（平成28年5月11日） ・ケアサポートセンターの指定 ・平成２７年度事業の報告 ・平成２８年度事業計画			推進協議会（開催時期未定） ・平成２８年度事業の状況報告 ・平成２９年度事業の方向性等 ・協力医療機関等の追加候補
	協力医療機関等の指定 （現在：１４１か所）			（目標：２００か所程度）
埼玉県	サポートセンター連絡会議 ・事業の実施予定報告 ・実施事業の課題整理	サポートセンター連絡会議 ・事業進捗状況報告 ・実施事業の課題整理	サポートセンター連絡会議 ・事業進捗状況報告 ・実施事業の課題整理	サポートセンター連絡会議 ・事業報告の素案検討 ・実施事業の結果分析
	療法士研修会 ※埼玉県リハビリテーション専門職協会 に委託予定	・年間で4回実施予定（開催時期は調整中） ※地域で活躍するための実践的な研修を行う		
	各サポートセンターへの支援・助言			
	市町村への個別訪問等	・地域ケア会議、介護予防事業等へのリハ職員関与の促進 ・リハ職員派遣費用の予算化		
地域リハビリテーション・ケアサポートセンター	相談業務（技術的助言）			
	人材（リハ職員）派遣調整業務			
	地域リハビリテーションたより発行	地域包括支援センター等へ普及啓発 （情報交換会を年１回以上開催）		
	協力医療機関等連絡調整会議		協力医療機関等連絡調整会議	

埼玉県障害者福祉推進課と
地域リハビリテーション・ケア サポートセンターとの協力体制で
事業を進めている。

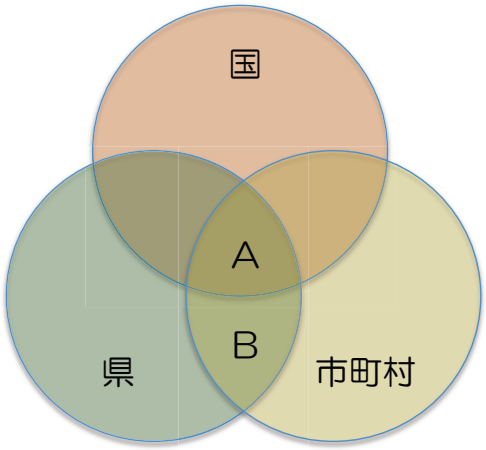
お伝えする内容

1.介護予防の取り組みについて

2.地域リハビリテーションについて

3.様々な事業の関係性について

4.課題とこれからに向けて

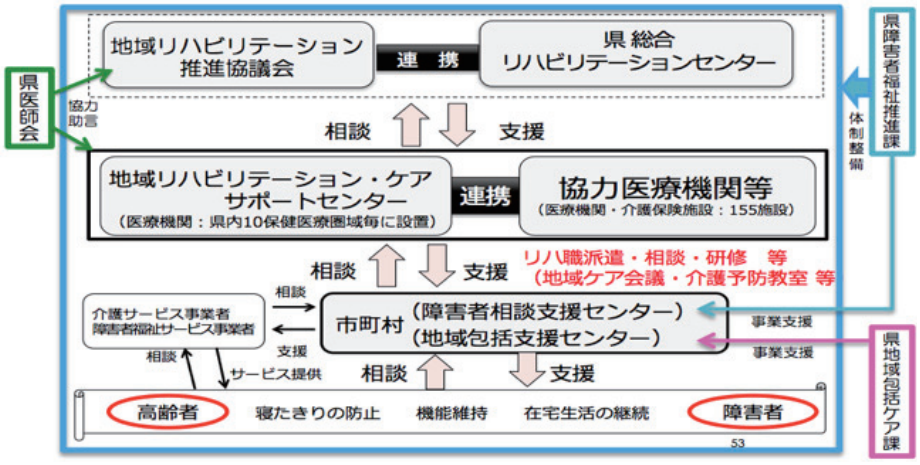


A： 地域づくりによる介護予防推進支援事業
平成26年～28年度

B： 埼玉県地域包括ケアシステムモデル事業
平成28年度～

県： 埼玉県地域リハ支援体制整備事業
平成26年度～

（国： 介護予防活動普及展開事業　28年度～）



埼玉県の地域包括ケアシステムに関する取り組み

地域包括ケア課では、市町村における地域包括ケアシステムの構築促進のために、地域毎の包括的なサービス提供体制を構築するため、市町村の支援を始めています。（予算額：81,723千円）

◆ 地域包括ケアシステム構築促進事業（予算6,380千円）
- 市町村における生活支援サービスの体制整備、医療と介護が連携したサービス提供体制づくりなどを支援するもの。

◆ 地域包括ケアシステムモデル事業（新規：予算62,943千円）
- 地域包括ケアシステムのモデル事業を都市部と町村部で実施し、それぞれのシステムの構築手法を示す事で、市町村における地域包括ケアシステム構築を促進するもの。

◆ 要介護度改善モデル事業（新規：予算12,400千円）
- 要介護度の改善に取り組む介護事業所の表彰を行うなど取り組みの一掃の促進を図り要介護状態の悪化を防ぎ、軽減を図るもの。

47

【地域包括ケアシステムモデル事業・要介護度改善モデル事業】

●都市部・町村部ごとにモデル市町村を選定 （計4市町村）

自立促進	介護予防	生活支援
多職種が連携する地域ケア会議で自立に資するケアプラン作成 	元気高齢者が運営する歩いて通える場所での体操教室 	元気高齢者を生活支援の担い手として養成 掃除や調理などの日常生活支援サービス 

●モデル1市町村を含む二次医療圏を選定

認知症

認知症ケア体制の整備
- 認知症カフェの開催　・認知症専門相談窓口の設置
- 認知症疾患医療センターを中心とした連携体制づくり



●モデル3市町村を選定

要介護度改善

要介護度改善に取り組む事業所への支援
- 要介護度改善に取り組む事業所の表彰・公表
- 報奨金の支給　・懇談会の開催



48

（埼玉県福祉部地域包括ケア課）

地域包括ケアシステムモデル事業

（埼玉県福祉部地域包括ケア課）

現状	課題	目標
後期高齢者、高齢単身・夫婦世帯、認知症高齢者の増加	「ご当地主義」で手法（モデル）が示されていない	県主導により、モデル市町村で実施した手法を市町村に提示

28年度 → 29年度 → 30年度 → 31年度～

●モデル市町村を選定（計4市町村）

自立促進	介護予防	生活支援
多職種が連携する地域ケア会議で自立に資するケアプラン作成	元気高齢者が運営する歩いて通える場所での体操教室	元気高齢者を生活支援の担い手として養成
		掃除や調理などの日常生活支援サービス 

効果検証し、取組手法を確立 → **手法（モデル）を提示** → 全市町村で地域包括ケアシステム構築

49

地域包括ケアシステムモデル事業

介護予防モデル

トータルモデル・4市町村
単独モデル・13市町村

●元気な高齢者が、歩いて通える場所に体操教室等を立ち上げ、運営することで介護予防の効果に加え、地域における支え合い活動につなげる。

県理学療法士会へ委託

- **高齢者が運営する体操教室の立ち上げ支援**
  - ・アドバイザーとして理学療法士を派遣
  - ・介護予防ボランティアの養成講座の実施
- **高齢者が運営する体操教室実践マニュアル作成**
  - 運営する高齢者、参加する高齢者、アドバイザー、市町村職員が活用

アドバイザーを派遣

モデル市町村

高齢者が運営する体操教室（元気支援教室）

- ・身近な場所で高齢者が運営（社会参加を促進）
- ・リーダーは、元気な高齢者
- ・効果ある体操を週1回以上実施
- ・要支援者になっても参加継続が可能
- ・体力測定を3か月ごとに行い効果検証



モデル市町村の連絡会等の実施

- ・アドバイザーとモデル市町村の合同会議
- ・実施市町村の連絡会議

＜市町村の役割＞
- ◆住民に対する動機付け（住民主体で取り組む理由を説明）
- ◆住民運営の通いの場の立ち上げ支援
- ◆介護予防ボランティア（元気支援スタッフ）の確保

要介護状態を防ぐ → 要介護認定率の低減

成果を踏まえて

事業成果報告会の実施

モデル事業の成果を実施していない市町村へ情報提供

未実施市町村への普及拡大

50

地域包括ケアシステムモデル事業

自立促進モデル（地域ケア会議）

トータルモデル
4市町村

●自立支援型地域ケア会議の立上げと、多職種連携による効果的なケアプラン作成支援により、高齢者の自立を促進する。 ※シンクタンク等へ委託

（埼玉県福祉部地域包括ケア課）

専門職への研修

派遣される専門職（薬剤師・栄養士）に対する研修をそれぞれ実施

自立支援型地域ケア会議立上げ支援

①コーディネーター、②理学療法士、③作業療法士、④薬剤師、⑤栄養士の5人でチームを構成
（10回程度派遣）



自立支援チームを派遣

モデル市町村

自立支援型地域ケア会議



多職種が連携して、高齢者の自立に資するケアプラン作成を支援

要介護状態の改善・悪化防止

要介護認定率の低減

未実施市町村への普及拡大

市町村への補助金交付
（非常勤職員の雇用）

モデル市町村以外

- コーディネーター養成研修の実施
- 自立支援型地域ケア会議アドバイザー派遣

成果を踏まえて

効果検証の実施	運営マニュアルの作成	住民向け普及啓発ツールの作成
収集データや調査方法の確定など、２年目の効果検証のツール等を作成	事前準備や司会進行手順などのマニュアルを作成	住民向けに自立支援に関する啓発資料を作成（チェックリスト形式）

51

地域包括ケアシステムモデル事業

生活支援モデル

トータルモデル
4市町村

●介護保険制度改正で市町村へ移行する要支援者の通所介護・訪問介護の受け皿となる生活支援サービスを創出する。

●元気な高齢者が、地域における生活支援の担い手として活動することで、自らの介護予防につなげる。

・アドバイザー派遣
・フォーラム開催

- 生活支援コーディネーターの相談役としてアドバイザーを派遣
- 住民啓発のためのフォーラムを開催

市町村への補助金交付

- 担い手養成研修（ボランティア）
- 活動立ち上げ・拠点整備
- 連絡会議開催（地域包括支援センターとの連携）

モデル市町村

生活支援サービスの充実

生活支援コーディネーター、協議体を中心に、アドバイザーと連携

- ニーズと地域資源の把握　調査・訪問
- 生活支援の担い手の発掘　フォーラム開催 出前講座
- 生活支援の担い手養成　一定程度専門的な養成研修の開催（座学、実習）半日・６日

ボランティア　NPO　社会福祉法人　協同組合　民間企業

新たな活動への支援

○活動拠点整備費補助
・サロン立ち上げや地域活動を行う拠点の整備、活動周知
*整備費（備品購入費、改修費等）
*活動周知費用（イベント、広報経費）
*家賃、光熱水費等（初年度のみ）

未実施市町村への普及拡大

生活支援サービスの充実

- 身体介助
- 家事援助
- 配食見守り
- 移動販売

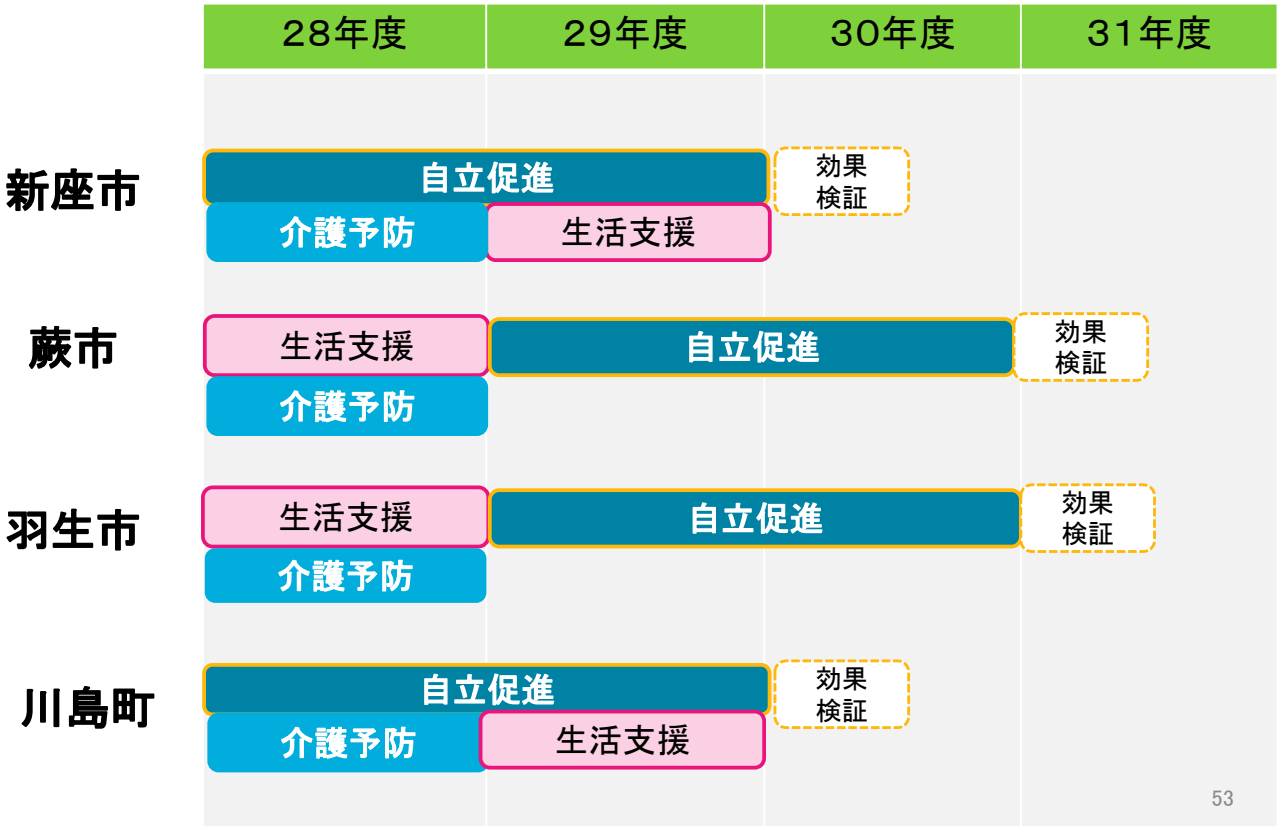
安心して自宅で暮らし続けられる

52

（埼玉県地域包括ケア課）

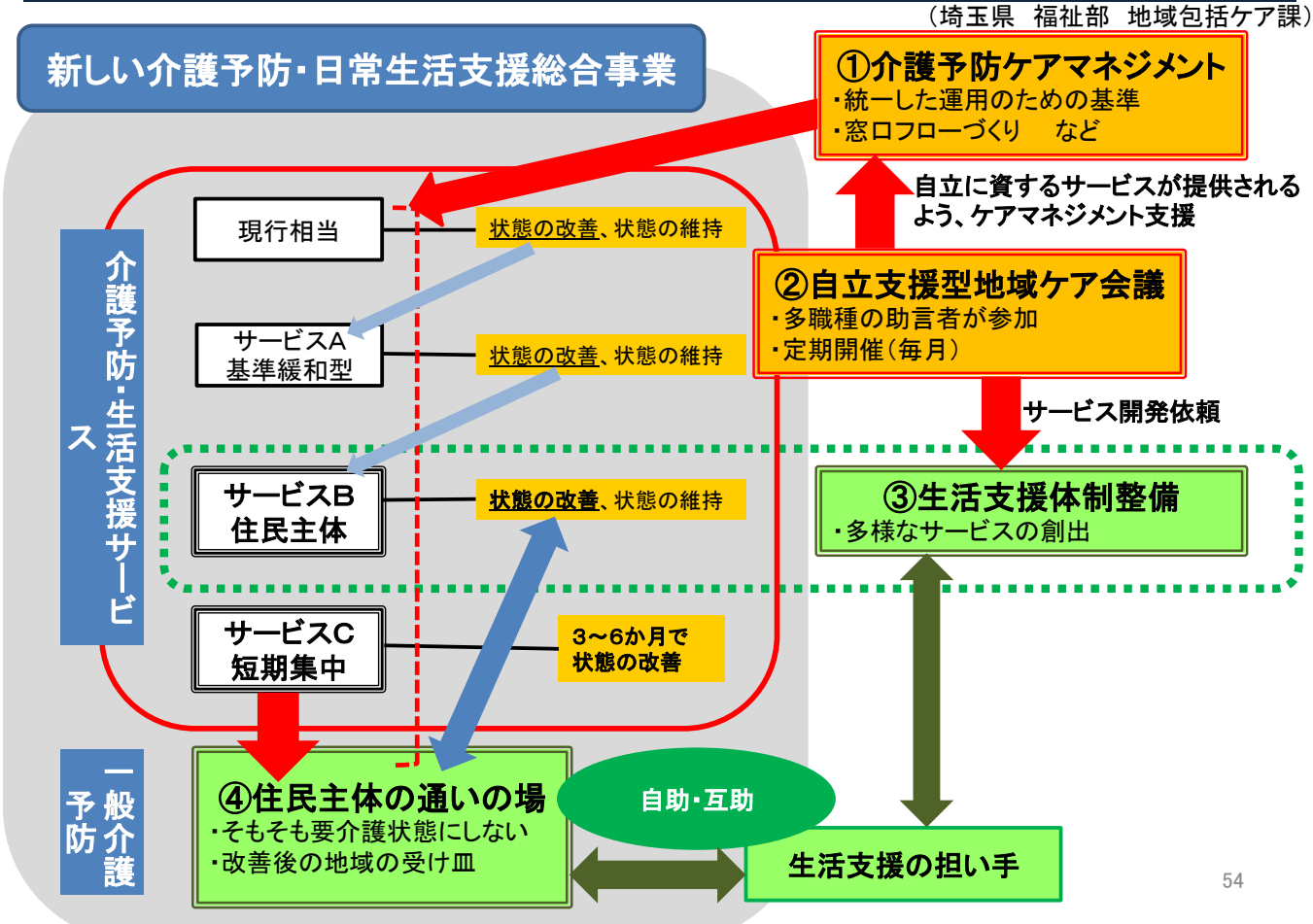
モデル市町村における取組手順

（埼玉県 福祉部 地域包括ケア課）



新しい総合事業について第6期計画中（H27～29）に必要な4つの取組

（埼玉県　福祉部　地域包括ケア課）



お伝えする内容

1.介護予防の取り組みについて

2.地域リハビリテーションについて

3.様々な事業の関係性について

4.課題とこれからに向けて

55

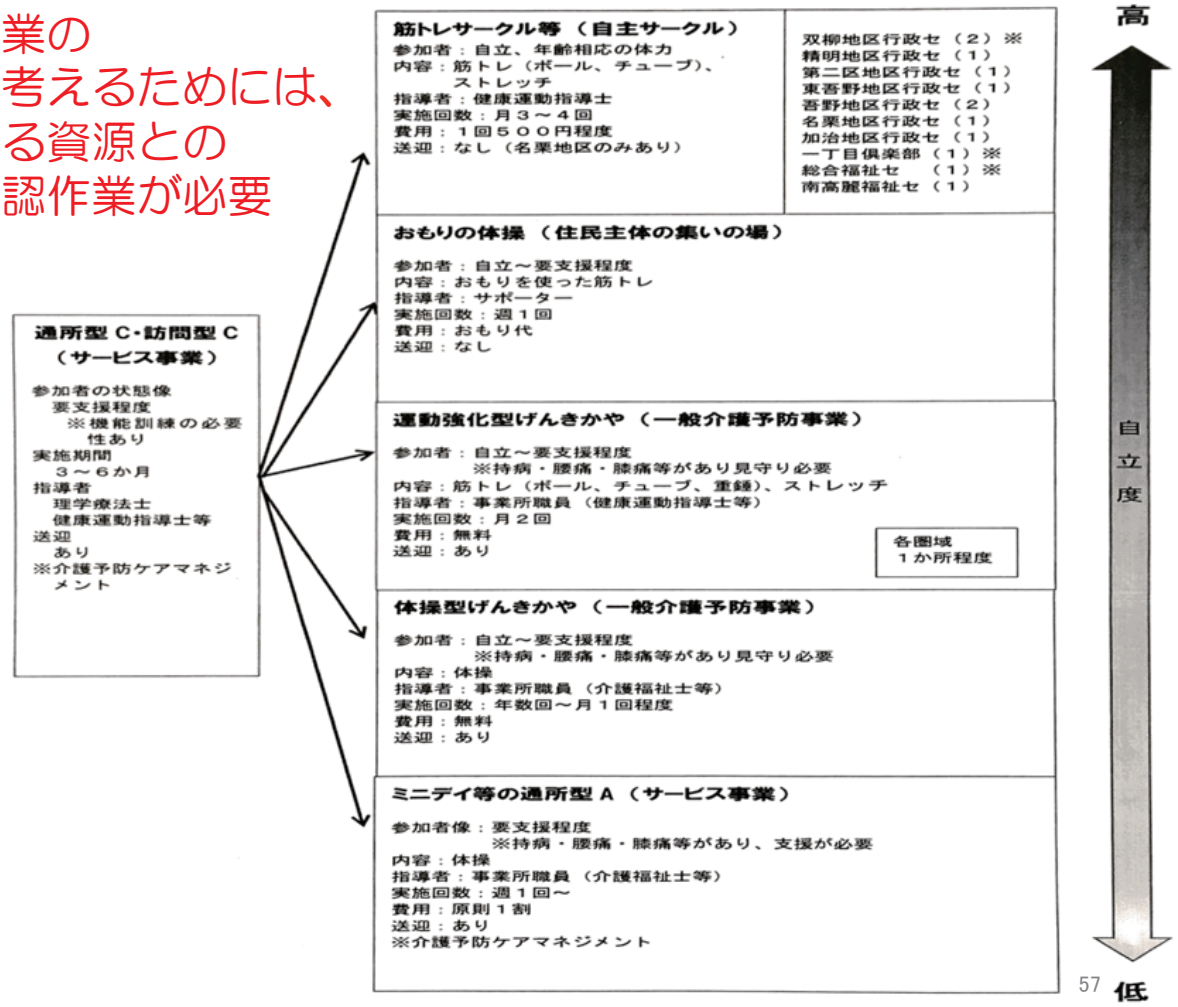
総合事業や元々の資源との整合

- 今までの予防事業が市町村内に広がっている。
- 自主グループやサロンはたくさんある。
- ボランティアさんもたくさんいる。
- ご当地体操もある。
- 総合事業への移行前倒し。

介護予防事業から波及して、
デザインの見直しが必要

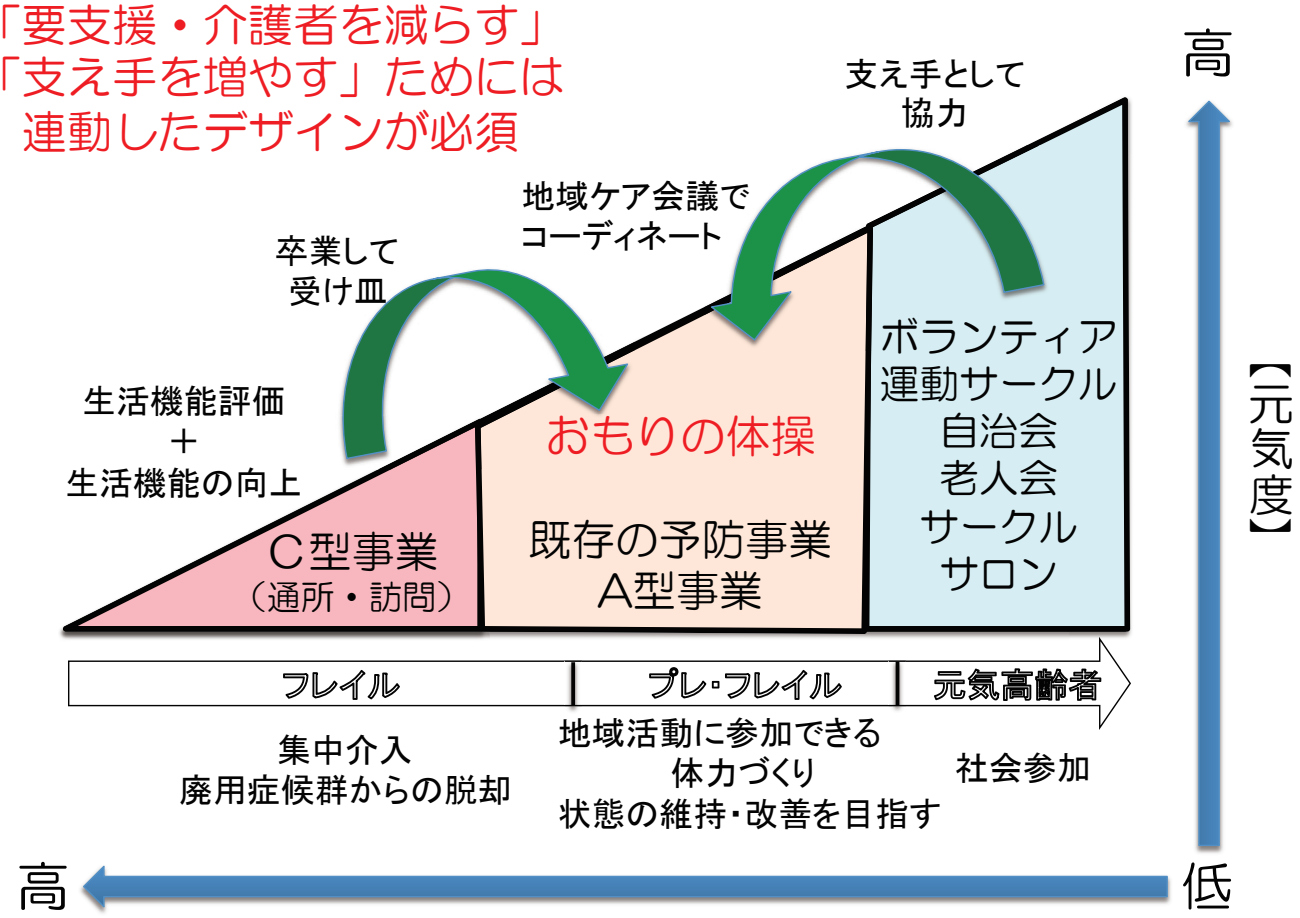
56

総合事業の
構成を考えるためには、
元々ある資源との
整理確認作業が必要



57

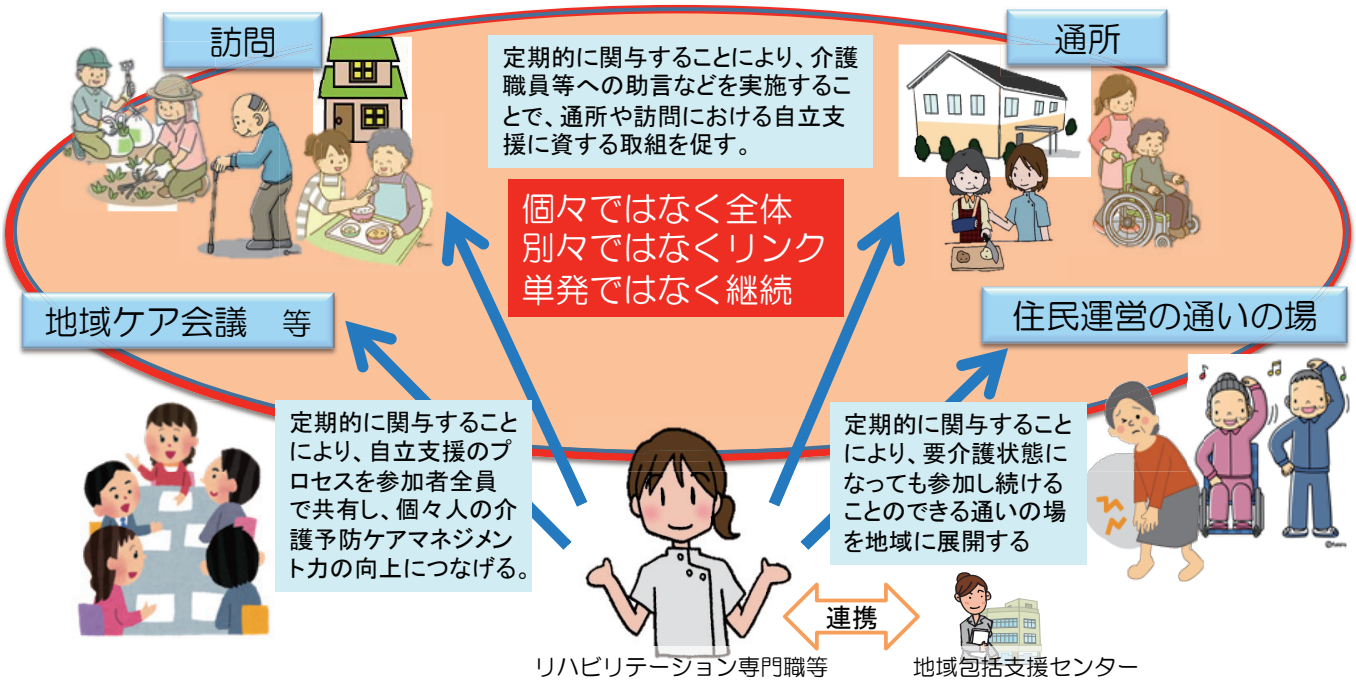
「要支援・介護者を減らす」
「支え手を増やす」ためには
連動したデザインが必須



58

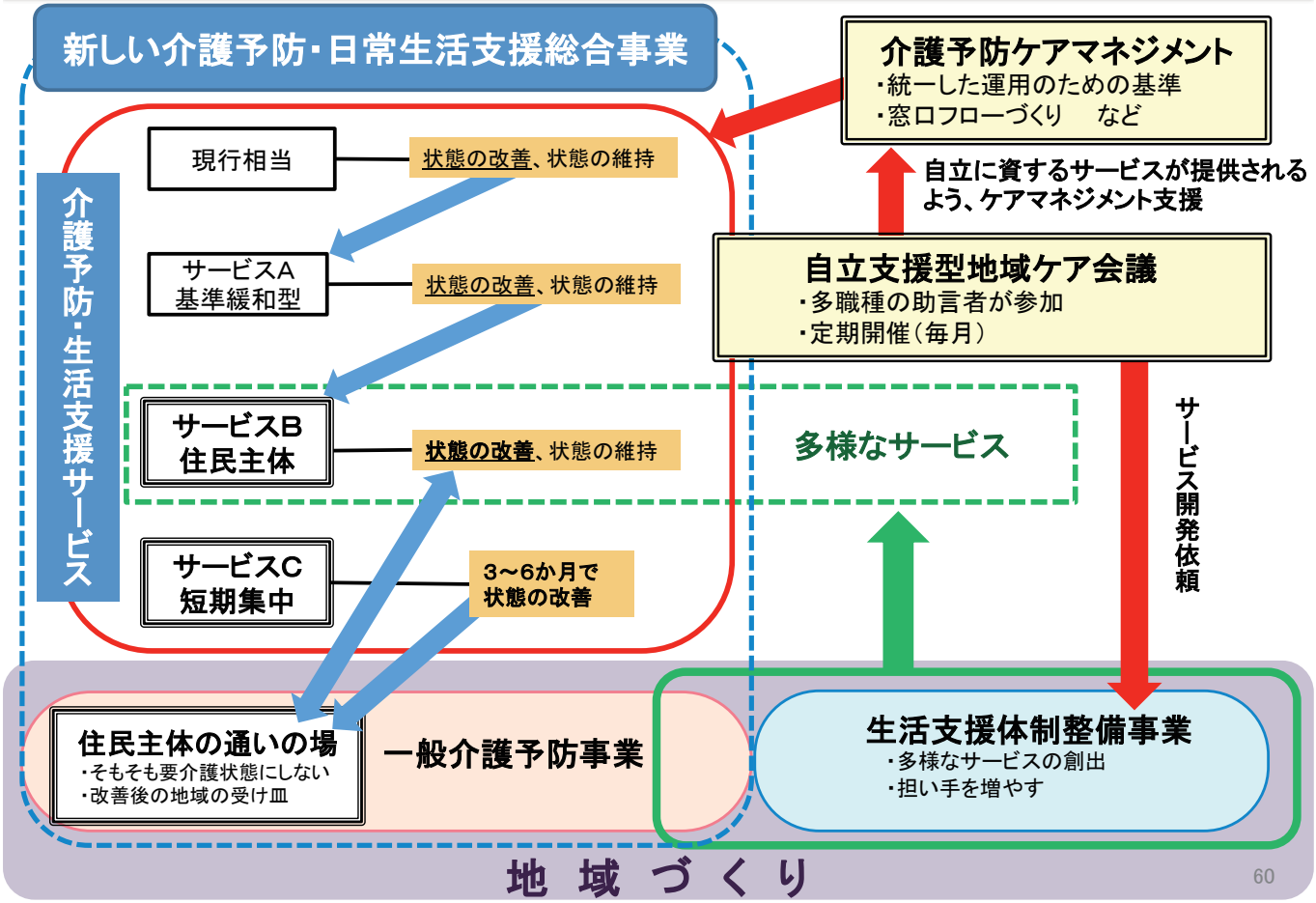
地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

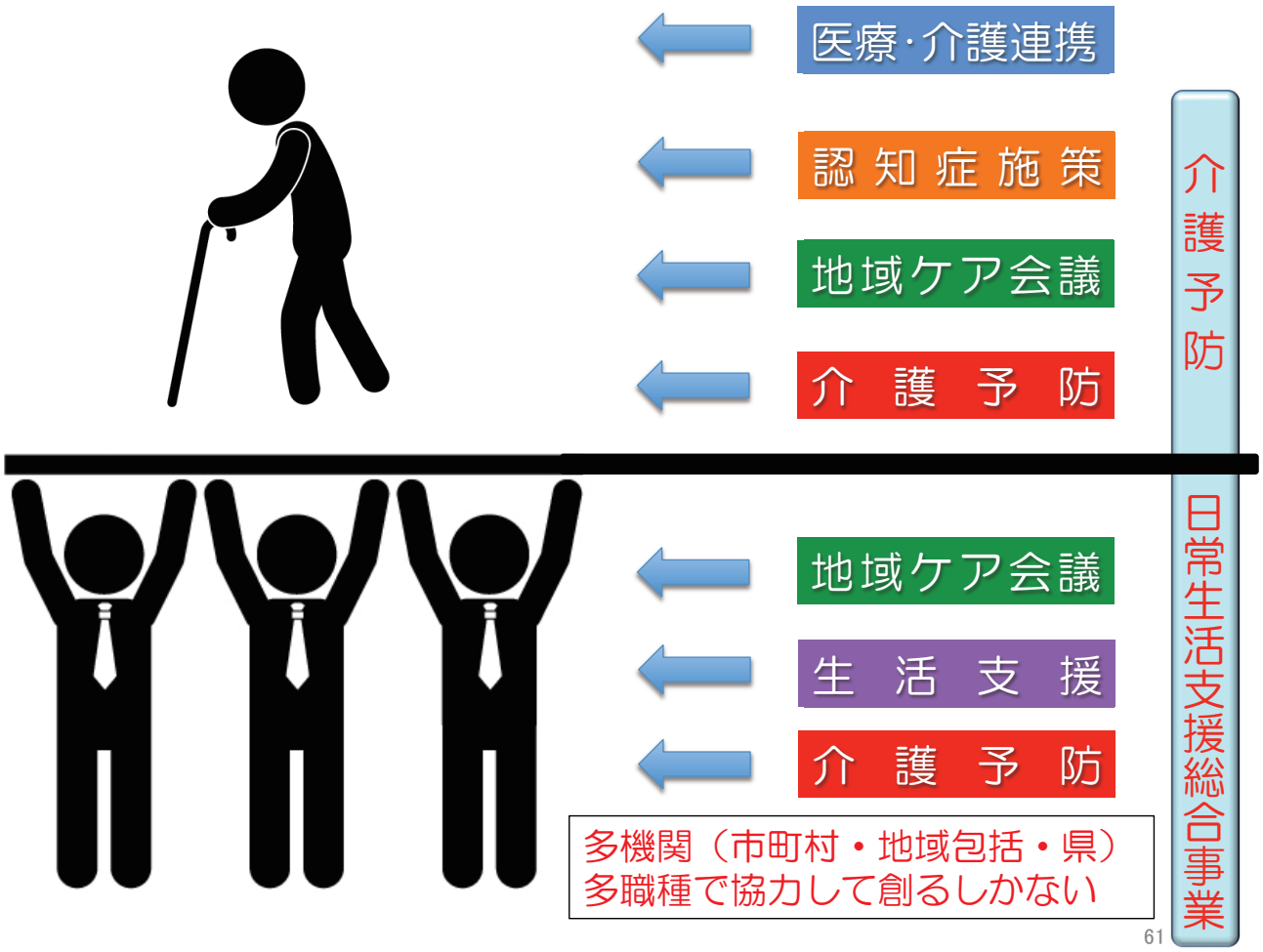


リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。 59

地域支援事業の各事業の連動　（埼玉県　福祉部　地域包括ケア課）



60



61

ここまでの事業での課題

- 人材育成
  - リハビリテーション専門職の支援スキル
  - 施設管理者の調整スキル
  - 関係者の事業創出・調整スキル

- 体制の進化・深化
  - 担当者の変更、予算の終了等による途切れ
  - 横断的事業展開の難しさ
  - 継続性のあるフォローアップの構築

    例えば：　地域づくりによる介護予防推進支援事業
    ↓
    総合事業の連動推進支援事業
  - 多職種協働のための基盤・ネットワークの構築

62

一般社団法人 埼玉県リハビリテーション専門職協会について

- 当協会は、埼玉県内の地域包括ケアシステムの構築促進に向け、平成28年3月14日に設立しました。
- かねてから連携していたリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の協働強化を目的としています。
- 人材育成や情報共有・発信などを通して、県民の自助・互助の推進と医療・福祉・介護の増進に寄与することに努めます。

公益社団法人埼玉県理学療法士会
会長　清宮 清美
会員数：4,003名

理学療法士は、日常・社会生活に必要な、起居・移動動作等の身体活動の基礎となる身体機能や運動機能、生活習慣の向上を支援します。

一般社団法人 埼玉県作業療法士会
会長　宇田 英幸
会員数：1,130名

作業療法士は、心身機能の向上、やり方の工夫や変更の練習、環境の調整や整備を通し、生活行為の向上を支援します。

一般社団法人 埼玉県言語聴覚士会
会長　清水 充子
会員数：366名

言語聴覚士は、コミュニケーション（言語・聴覚・音声）と食べる事の機能向上を通し、その人らしく豊かな生活を構築できるよう支援します。

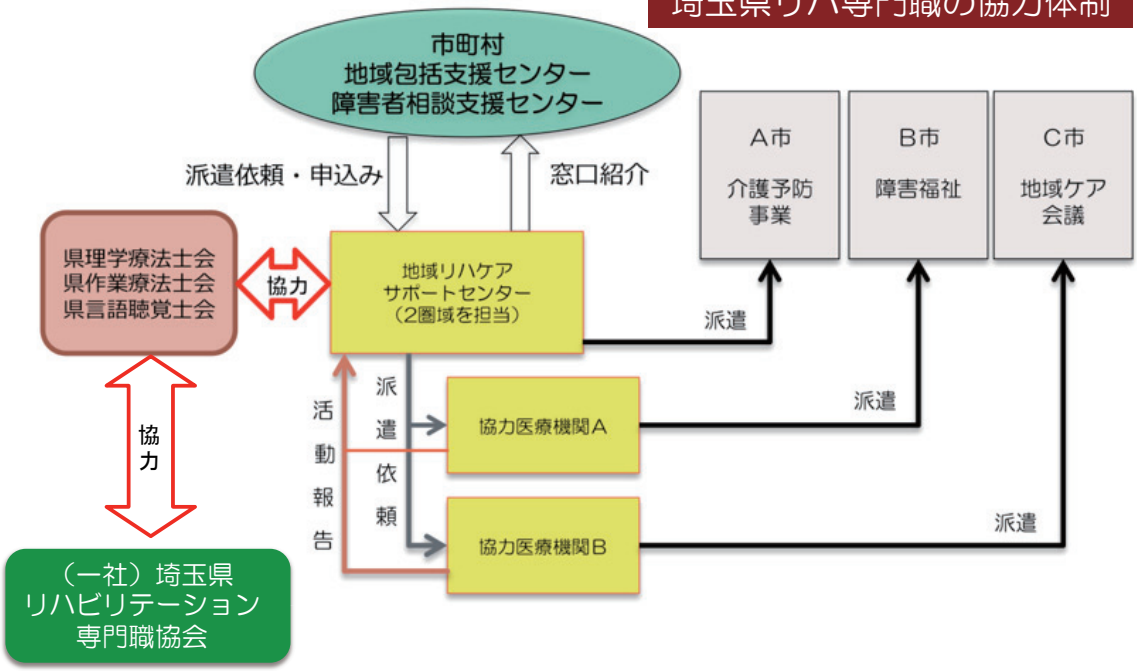
一般社団法人 埼玉県 リハビリテーション 専門職協会

会　長　岡持 利亘（理学療法士会　副会長）
副会長　伊藤　伸（作業療法士会　副会長）
副会長　山本 悦子（言語聴覚士会　副会長）
事務局長　渡部 慶和

事務局　〒362-0074　埼玉県上尾市春日1-26-7
（埼玉県理学療法士会事務室内）　TEL　048-773-1246

63

埼玉県リハ専門職の協力体制



- 市町村事業等へ派遣するリハ職の育成
  埼玉県地域リハビリテーション療法士育成研修事業を受託（障害者福祉推進課）
- 研修を受けたリハ職の把握
- 上記情報を三士会・地域リハ・ケア サポートセンターへ提供
- 各市町村ネットワークの把握・連携　等

64

埼玉県の地域包括ケアに関するリハビリテーション専門職研修の位置づけ（28年度）

基本コース：理学療法士会主催・三士会共催

・介護予防基本コース：2回　7月9日　8月6日
（PT：介護予防推進リーダー導入研修）
・地域ケア会議基本コース：2回　7月2日　8月21日
（PT：地域包括ケア推進リーダー導入研修）

実務コース：埼玉県主催・三士会共催（県からの委託事業）
埼玉県地域リハビリテーション療法士育成研修事業

・介護予防実務コース：2回　9月3日　9月17日
介護予防事業に関与する療法士育成研修（PT：後指定事業）
・地域ケア会議実務コース：2回　9月22日　10月1日
地域ケア会議に関与する療法士育成研修（PT：後指定事業）

実務者のフォロー：ステップアップ、各職種の助言共有

・県介護予防事業　市町村アドバイザー研修：6月12・17日
・地域ケア会議 参加者の情報交換会　：11月4・25日

知見拡大
多職種交流
（作業療法士会主催
三士会共催）

・4回のシリーズ研修
＠大宮ソニック
（ナイトセミナー）
9月7日：川越雅弘氏
10月6日：堀田聡子氏
11月22日：山口晴保氏
2月8日：五島朋幸氏

その他　進捗情報共有
（県と協力して開催）

・地域包括ケア研修
県のモデル事業を知る
12月10日
・成果報告会
県のモデル事業の報告会
2月14日

65

今年度実績　532人参加

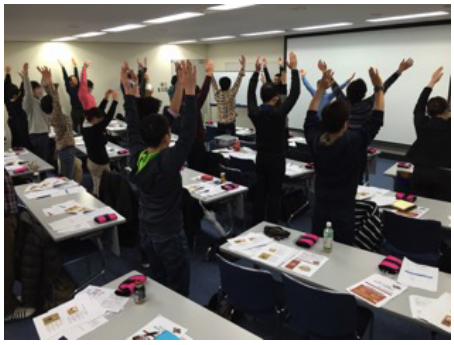
日時・内容	参加者数	施設数
7月2日（地域ケア会議基本コース） PT：地域包括ケア推進リーダー導入研修	48人	35施設　自宅会員１
7月9日（介護予防基本コース） PT：介護予防推進リーダー導入研修	60人	43施設
8月6日（介護予防基本コース） PT：介護予防推進リーダー導入研修	56人	36施設
8月21日（地域ケア会議基本コース） PT：地域包括ケア推進リーダー導入研修	56人	38施設
9月3日（介護予防実務コース） PT：介護予防推進リーダー導入研修	68人	48施設 基本コース修了者：34人
9月17日（介護予防実務コース） PT：介護予防推進リーダー導入研修	82人	60施設 基本コース修了者：22人
9月22日（地域ケア会議実務コース） PT：地域包括ケア推進リーダー後指定事業	81人 経験者：13人	31施設 基本コース修了者：35人
10月1日（地域ケア会議実務コース） PT：地域包括ケア推進リーダー後指定事業	81人 経験者：11人	48施設 基本コース修了者：28人

66

住民主体の通いの場をつくる実務者研修

【住民主体の通いの場を創るための手順】

- 現地支援の流れ
- 市町村職員との協力体制
- 住民との協力体制
- キーパーソンを見つける、つくる
- 会場、運営についての配慮
- 体力測定の実施について
- 事務的準備内容



【ボランティア養成講座（8回）の進め方】

- 養成講座の流れ・伝える内容
- 市町村職員との協力体制
- 住民の活動・参加の意欲づくり
- キーパーソンを見つける・つくる
- 会場・運営についての配慮
- プレゼンテーション資料と説明内容
- ロールプレイとグループワーク
- 事務的準備内容



平成27・28年　市町村アドバイザー研修・会議

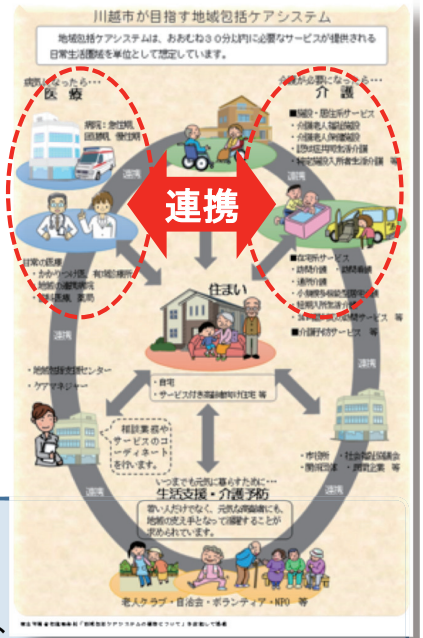
67

コミュニティケアネットワークかわごえ（川越地域包括ケア推進協議会）の設立の経緯と目的

これまでの医師会の取組み経過

○平成26年1月27日　第1回　医療介護フォーラム開催
○平成26年8月6日　柏市視察（川越市と実施）
○平成26年10月　川越市から地域包括ケアシステム構築に向けた協議開始の依頼を受ける。
○平成27年1月21日　第2回　医療介護フォーラム開催
○平成27年11月13日　「（仮称）川越地域包括ケア推進協議会　第1回準備会」開催
○平成27年12月1日　「（仮称）川越地域包括ケア推進協議会　第2回準備会」開催
○平成28年1月13日　「（仮称）川越地域包括ケア推進協議会　第3回準備会」開催
「コミュニティケアネットワークかわごえ　役員会」開催

※医療、介護、行政等の関係者が出席し、コミュニティケアネットワークかわごえ（川越地域包括ケア推進協議会）を川越市医師会に設立する合意形成がなされた。



コミュニティケアネットワークかわごえの目的

川越市における在宅医療・介護連携の推進について、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するため、川越市と連携し、地域の医療・介護関係者のネットワークの構築、同職種、多（他）職種間の資質向上を推進するにあたり、医療と介護の連携のあり方や仕組みづくりについて協議を行うことを目的とする。

○コミュニティケアネットワークかわごえを通して
①　医療・介護関係者のネットワークづくり
地域の医療・介護関係者の顔の見える関係性の構築
②　同職種間・多（他）職種間の資質向上（多職種によるケアマネジメント）
同職種間・多（他）職種の役割・能力・現状や地域の実態・課題を検討する。

68

コミュニティケアネットワークかわごえ（川越地域包括ケア推進協議会）



医療系

- 川越市医師会
- 川越市歯科医師会
- 川越市薬剤師会
- 理学療法士会
- 作業療法士会
- 言語聴覚士会
- 柔道整復師会
- 看護協会
- 歯科衛生士会
- 栄養士会

計24団体

介護系

- 居宅介護支援
- 訪問看護
- 訪問入浴・訪問介護
- 通所リハビリ
- 通所介護
  認知症対応型通所介護
- 訪問リハビリ
- 短期入所療養介護
  短期入所生活介護
- 福祉用具貸与
  福祉用具販売
- 介護老人福祉施設
  地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 介護老人保健施設
  介護療養型医療施設
- 認知症対応型共同生活介護
  小規模多機能型居宅介護
  看護小規模多機能型居宅介護
- 特定施設入居者生活介護
  地域密着型特定施設入居者生活介護

介護予防　在宅療養

目　的

ネットワークの構築
同職種間・多（他）職種間の資質向上

川越市社会福祉協議会

地域包括支援センター

川越市

順不同

69



70



2016.11.16　多（他）職種資質向上研修会　315名参加

71

リハ医療関連団体協議会地域包括ケア推進リハ部会 14.1.15ver.

地域包括ケアを支えるリハビリテーション

自助

自助力の向上・維持

リハ※の成果は「自助力」の
向上・維持につながる

互助

インフォーマルサービスの育成とサポート

住民の支えあい活動を
リハ※の立場から促す

リハビリテーション

地域包括ケアを支える リハ※提供

急性期・回復期・生活期リハ※により
自立生活を獲得・維持する

共助

公の機関と積極的に協働

公共的なリハ※施策が自立を
促すものとなるように関わる

公助

※ リハ：リハビリテーションの略

72

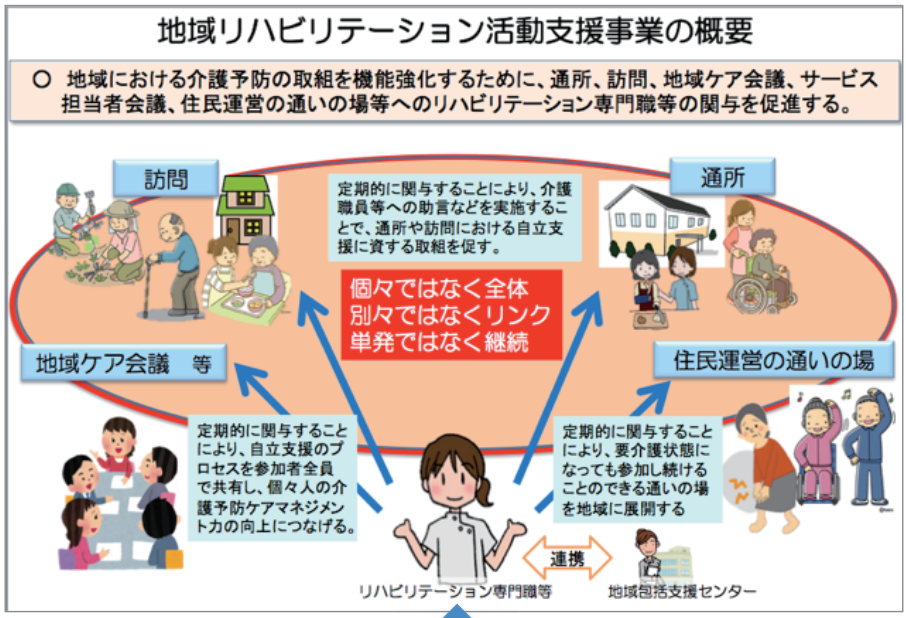
地域包括ケアを支えるリハビリテーション

地域リハビリテーション活動支援事業費
地域ケア会議の充実　費

自立支援に資する行政財源
国費・県費・市町村費

医療保険
介護保険

※ リハ：リハビリテーションの略



地域リハビリテーション
支援体制整備

- リハ職を派遣するための仕組み
- 住民と一緒に考え、
  地域の実情・進捗にあわせた支援ができる
  人材の育成
- 継続的に検討し、進化できる場の構築

参考資料

地域づくりによる介護予防推進支援事業

埼玉県の進捗状況
2016.11.13　アドバイザー合同会議資料より

75

埼玉県

（埼玉県　福祉部　地域包括ケア課）



1　事業の進捗状況（住民主体の通いの場の数）

① 27市町村における週に1回以上体操を行う住民主体の通いの場の推移（H26～28）

	熊谷市	秩父市	所沢市	飯能市	本庄市	春日部市	羽生市
H26年度（H27.3.31）	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加
H27年度（H28.1.1）	未参加	未参加	未参加	1か所、32人	3か所、73人	未参加	未参加
H28年度（H28.8.1）	0	0	0	1か所、34人	35か所、1,161人	0	0
参考値※	210か所	79か所	342か所	90か所	82か所	262か所	59か所

	鴻巣市	深谷市	蕨　市	戸田市	志木市	新座市	蓮田市
H26年度（H27.3.31）	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加
H27年度（H28.1.1）	1か所、19人	未参加	3か所、68人	未参加	3か所、80人	2か所、32人	4か所、109人
H28年度（H28.8.1）	2か所、32人	0	7か所、172人	6か所、231人	6か所、180人	7か所、150人	7か所、243人
参考値※	124か所	150か所	67か所	84か所	69か所	158か所	73か所

	坂戸市	鶴ヶ島市	日高市	吉川市	毛呂山町	小川町	川島町
H26年度（H27.3.31）	未参加	未参加	未参加	未参加	4か所、99人	未参加	未参加
H27年度（H28.1.1）	11か所、226人	1か所、18人	未参加	5か所、120人	10か所、175人	未参加	未参加
H28年度（H28.8.1）	16か所、361人	1か所、18人	0	24か所、434人	23か所、476人	1か所、24人	0
参考値※	108か所	70か所	66か所	61か所	42か所	40か所	25か所

	吉見町	小鹿野町	東秩父村	上里町	杉戸町	松伏町	計
H26年度（H27.3.31）	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加	未参加	4か所、99人
H27年度（H28.1.1）	未参加	2か所、53人	未参加	4か所、100人	2か所、66人	未参加	52か所、1,171人
H28年度（H28.8.1）	0	4か所、121人	0	8か所、195人	3か所、158人	0	151か所、3,990人
参考値※	22か所	16か所	4か所	29か所	53か所	30か所	2,417か所

※参考値＝高齢者人口（町（丁）字別人口調査（平成28年1月1日現在））÷25

1

埼玉県

（埼玉県　福祉部　地域包括ケア課）



1　事業の進捗状況（住民主体の通いの場の数）

② モデル市町村以外で、週に1回以上体操を行う住民主体の通いの場がある市町村数

15　市町村　（H28.8.1現在）

③ 上記(①、②)以外の市町村数

21　市町村　（H28.8.1現在）

（埼玉県　福祉部　地域包括ケア課）

埼玉県



2　都道府県としての市町村支援の仕組み

（1）支援の仕組みと実施内容（H28年度）

H28年度参加市町村への支援

1　年間スケジュールの提示
市町村がやるべきこと、実施時期を整理

2　県理学療法士会との協力体制のもと県予算でアドバイザー派遣(各市町村15回)
・市町関係者に対する事業の方向性の共有支援（6～7月）
・住民主体の通いの場への支援（通いの場の立ち上げ時期：9月を目標）

3　市町村担当者及び市町村アドバイザーへの研修
・9月立ち上げ、12月体力測定を目標に、7月までに研修を3回実施
　5月　アドバイザーとの顔合わせ・目指す方向性の共有、グループワークなど
　6月　先進地視察、意見交換（蓮田市）
　7月　先進自治体（千葉県印西市）の講演、先行市町から取組報告、グループワーク
・上記の他に市町村関係者に対する事業説明への同席、進捗状況等への助言

2　都道府県としての市町村支援の仕組み

H26～28年度参加市町村への支援

1　介護予防事業研修（９月）※全市町村対象
・総合事業における通いの場の位置づけなど

2　フォローアップ研修（１月）
・通いの場が増えることを見据えた事業運営の工夫、住民支援のあり方など。

全市町村への支援

介護予防マニュアル（住民向け）を作成
・モデル事業未参加市町も含め、通いの場が全県に普及するよう、通いの場の運営方法、運動の仕方等を記載した住民向けマニュアルを作成し、市町村や地域包括支援センター等へ配布

2　都道府県としての市町村支援の仕組み

H28年度参加市町村の年間スケジュール

		市町村		理学療法士
		（県と市町村で行う業務）	（市町村が主で行う業務）	市町村アドバイザー
27年度	2月	市町村担当課長説明会		
	3月	市町村意向調査（県→市町村）	地域診断	
28年度	4月	★参加市町村決定		
	5月	★第１回アドバイザー合同会議（５／１７　埼玉教育会館） 市町村担当者とアドバイザーの顔合わせ、グループワーク、国会議伝達	・住民への普及に向けた方策検討 ・介護予防ボランティア養成	★アドバイザー合同会議（５／１７埼玉教育会館） （上記会議前に県アドバイザーから市町村アドバイザーへ研修を完了予定）
	6月	★通いの場視察（６／６・６／１３、蓮田市）		★通いの場視察（蓮田市） 介護予防ボランティア養成
	7月	★第２回アドバイザー合同会議（7/２０　さいたま商工会議所会館） 先進自治体からの講義 先行市町による発表、立ち上げに向けた課題解決など	（市町の関係職員へ事業説明、情報共有） 住民説明	１回目現地支援 （第２回アドバイザー合同会議前に実施） ★アドバイザー合同会議（７／２０）
	8月			
	9月	★介護予防事業研修（９／２）	**通いの場の立ち上げ、体力測定**	２・３回目現地支援
	１０月		通いの場の普及	4回目現地支援
	１１月			
	１２月		**3か月後体力測定**	５・6回目現地支援
	1月	★フォローアップ研修	通いの場の普及、立ち上げ後のフォロー	
	2月	★成果報告会		★成果報告会
	3月			

★は県が独自に取り組むもの

（埼玉県　福祉部　地域包括ケア課）

2　都道府県としての市町村支援の仕組み

現地支援イメージと支援体制図

※実施月は目安

1回目：**市町村への事業説明（～7月）**
（市町担当職員が主体、関係職員の事業の方向性の共有）
①事業の全体像説明、②事業の効果等説明

2回目：**自主グループ開始時の体力測定と説明等（9月）**
①参加者に介護予防の必要性説明
②体力測定・日常生活調査の説明と実施

3回目：**自主グループ開始時の体力測定結果説明（9月）**
①体力測定結果説明
②自主G継続の意味と体力測定結果から見たお薦めアドバイス

4回目：**自主グループ実施中のフォローアップ（10月又は11月）**
①通いの場を続ける意味や効果、他地域の取り組みを説明

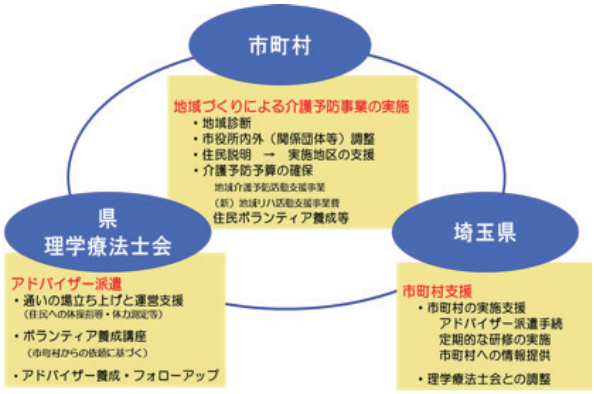
5回目：**3か月経過後の体力測定と説明等（12月）（真冬を迎える前に）**
①参加者に介護予防の必要性説明
②体力測定・日常生活調査の説明と実施

6回目：**3か月経過後の体力測定結果説明（12月）**
①体力測定結果説明
②自主グループ継続の意味と体力測定結果から見たお薦めアドバイス

☆現地派遣は
・立ち上げ1か所あたり5回まで
・1市町村あたり計15回まで

＝2か所目以降の立ち上げ支援も可能

1か所あたり現地派遣5回



支援のポイント！工夫している点！

≪年間スケジュールの提示≫
立ち上げに必要な業務を手順化し、目標時期を決めることで、新任の職員でも年度内に確実に通いの場を立ち上げられる。

≪アドバイザー（理学療法士）の派遣≫
アドバイザー（理学療法士）の派遣をセットにし、効果的な介護予防の場とする。

≪市町村担当者及び市町村アドバイザー（理学療法士）合同研修≫
通いの場立ち上げ、運営支援等について合同研修を設けることで、市町村とアドバイザーの関係構築を深める。ここでの関係構築は、一般介護予防事業へのリハ専門職等活用の導入的役割も持つ。

5

（埼玉県　福祉部　地域包括ケア課）

2　都道府県としての市町村支援の仕組み

（2）市町村支援及び都道府県内で展開するための課題

1　住民主体の通いの場からの展開
・住民主体の通いの場を活用した次の展開（認知症予防体操の導入、サロン活動の開始など）

2　実施している市町村のフォロー体制づくり
・通いの場の箇所数増加に伴うアドバイザーの養成
・通いの場の箇所数増加を見越したサポート体制づくり

3　総合事業全体を意識した取組の展開
・短期集中の通所C終了後の受け皿
・住民主体の通所Bへの発展
・通いの場に通っている元気高齢者を生活支援の担い手につなげる

4　未実施市町村への働きかけ
・定期的に実施状況を調査、実施について個別に働きかけ

5　別の形で住民主体の取組を既に実施している市町村への支援

6

2　都道府県としての市町村支援の仕組み

（3）平成29年度以降の予定（現段階）

1　住民主体の通いの場からの展開

・通いの場で認知症予防体操や口腔体操などにも取り組めるよう、住民向け教材（DVD等）を作成、配布（教材は職能団体の専門職によるワーキングで作成）。

2　実施している市町村のフォロー体制づくり

・フォローアップ研修で課題や工夫を共有できるようにし、各市町村の企画に生かせるようにする（地域の実情に応じた立ち上げ手順・通いの場支援方法のアレンジなど）。
・フォローアップ研修にグループワークを取り入れ、市町村同士で随時相談し合える横の関係構築を目指す。

3　総合事業全体を意識した取組の展開

・総合事業全体を取り扱う研修で、先進地事例等を紹介し、理解を深められるようにする。

4　未実施市町村の実施支援

・新たに５市町程度を支援（独自の取組がない（または予定がない）すべての市町村を支援）。

5　別の形で住民主体の取組を既に実施している市町村への支援

・他市町村の取組状況等を情報提供し、課題の発見や対応策の企画等につなげる（実施状況調査取りまとめ、情報交換会の実施等）。

7

平成 28 年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業

報　告　書

平成 29（2017）年３月

三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社
〒105-8501　東京都港区虎ノ門 5-11-2
電話：03-6733-1024

1600625-02