

日医かかりつけ医機能研修制度 2019年度応用研修会(2019年5月26日)

「かかりつけ医に必要な 生活期リハビリテーションの実際」

医療法人 真正会 霞ヶ関南病院

理事長 齊藤 正身

2つの意味に使われるリハビリテーション

広義

- 障害があっても、再びその人らしくいきいきとした生活ができる権利を獲得すること
(理念としてのリハ = 全人間的復権)

狭義

- Dr・Ns・PT・OT・ST等
(技術・サービスとしてのリハ)
= リハビリテーション医療サービス

医学的管理
によるリハ

医療保険・介護保険の制度上に位置づけられたリハ

図1

リハビリテーション医療の概念

(医学的管理下におけるリハサービス)

疾病の治療、合併症の予防、慢性疾患の制御を行いつつ、各種障害の診断・評価を行い、的確な予後予測に基づき、生活機能及びQOLの向上を目的に、下記のアプローチ等により、多職種協働で総合的・包括的にチームで実践する医療。

機能回復アプローチ	運動障害・言語障害・摂食及び嚥下障害・排泄障害・認知機能障害の回復
代償的アプローチ	残存機能の活用、義肢・装具・車いす等活用、住宅改修等の環境調整
予防的アプローチ	急性期～回復期～生活期に至るすべての時期における廃用症候群の予防
機能維持アプローチ	慢性期における生活機能の維持・向上

図2

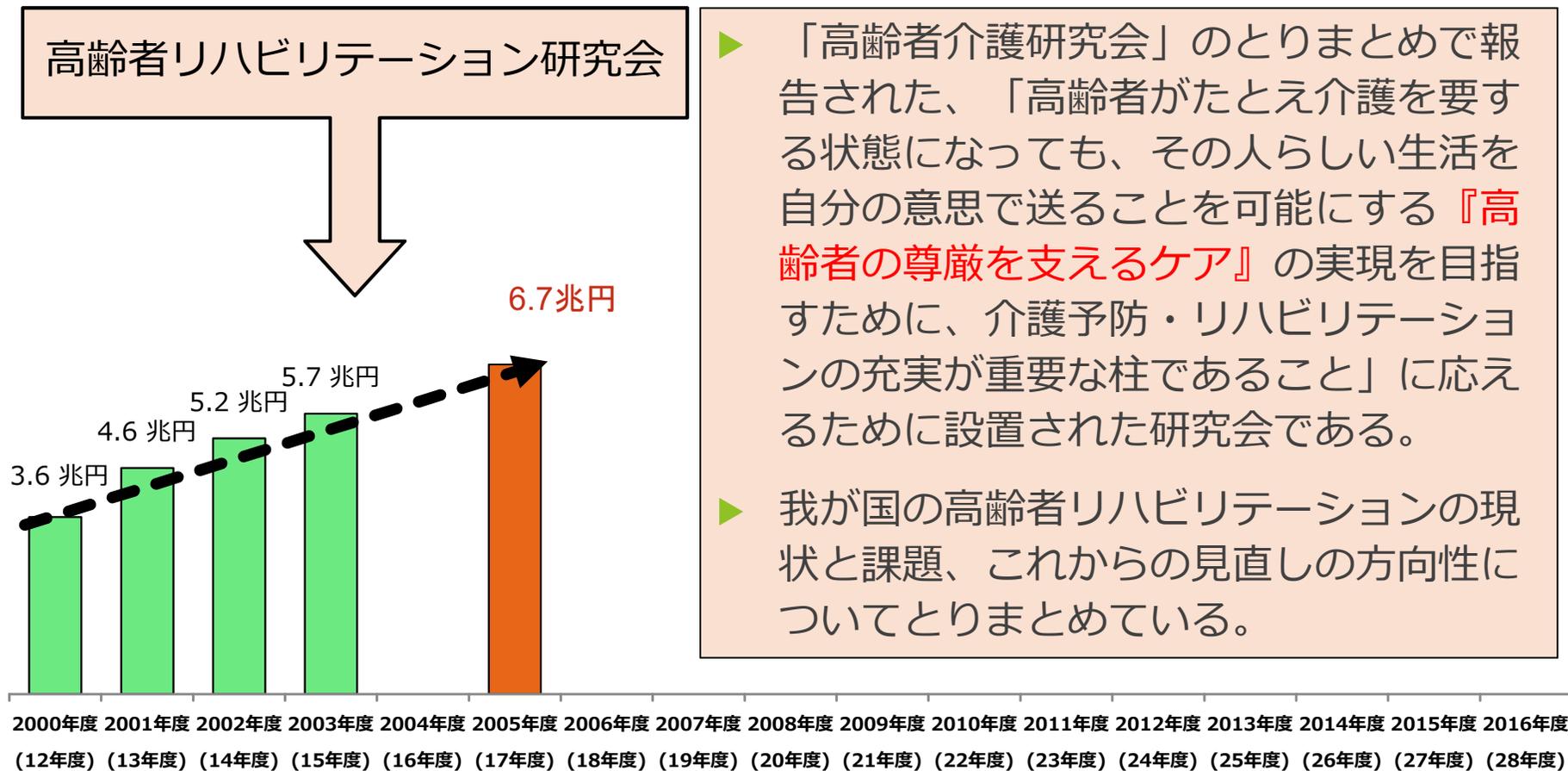
介護保険サービスは リハビリテーション前置の考え方

介護サービスは、高齢者の自立を支え、できない部分を支援してることが重要。

- 今できる能力を活用して、自分でできることは、
できる限り自分で行う
- だからこそ、リハビリテーション前置で
- しかしながら現状は・・・

2004.1

高齢者リハビリテーションのあるべき方向



介護費用の推移

図4



リハビリテーションにおける 介護保険導入後に見えてきた課題

- ▶ 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる。
- ▶ 軽度の要介護者が急増。
- ▶ 介護予防の効果があがっていない。
- ▶ 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要。

- ▶ 福祉用具・住宅改修の不適切な提供。



死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる

▶ 死亡の原因

がん
心臓病
脳卒中

▶ 要介護状態の原因

脳卒中
衰弱
転倒・骨折
認知症
関節疾患



軽度の要介護者が急増している

女性、75歳以上の後期高齢者



原因疾患は筋骨格系疾患が主要



介護予防の効果があがっていないのでは？

要支援・軽度の要介護者へのサービス



要介護状態改善につながっていない



高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要

従来の「脳卒中モデル」以外の新たなモデルが必要

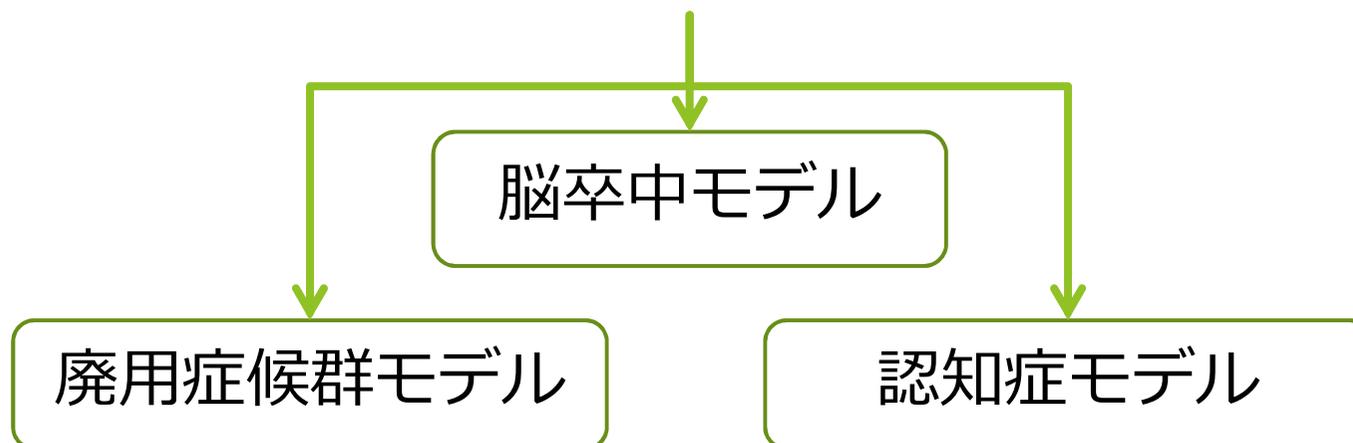


図7

高齢者リハビリテーションのあるべき方向 提言の3本柱

1. 介護予防
2. 医療・介護におけるリハビリテーション
3. 地域リハビリテーション体制



2005年（平成17年）の介護保険制度改正

- ◆ 介護予防を重視し、要介護状態になるおそれのある高齢者（要支援者）向けに介護予防サービスを創設。
- ◆ 保険給付とは別に、「地域支援事業」を創設し、高齢者の社会参加、介護予防の取り組み、配食、見守り等の生活支援を実施。

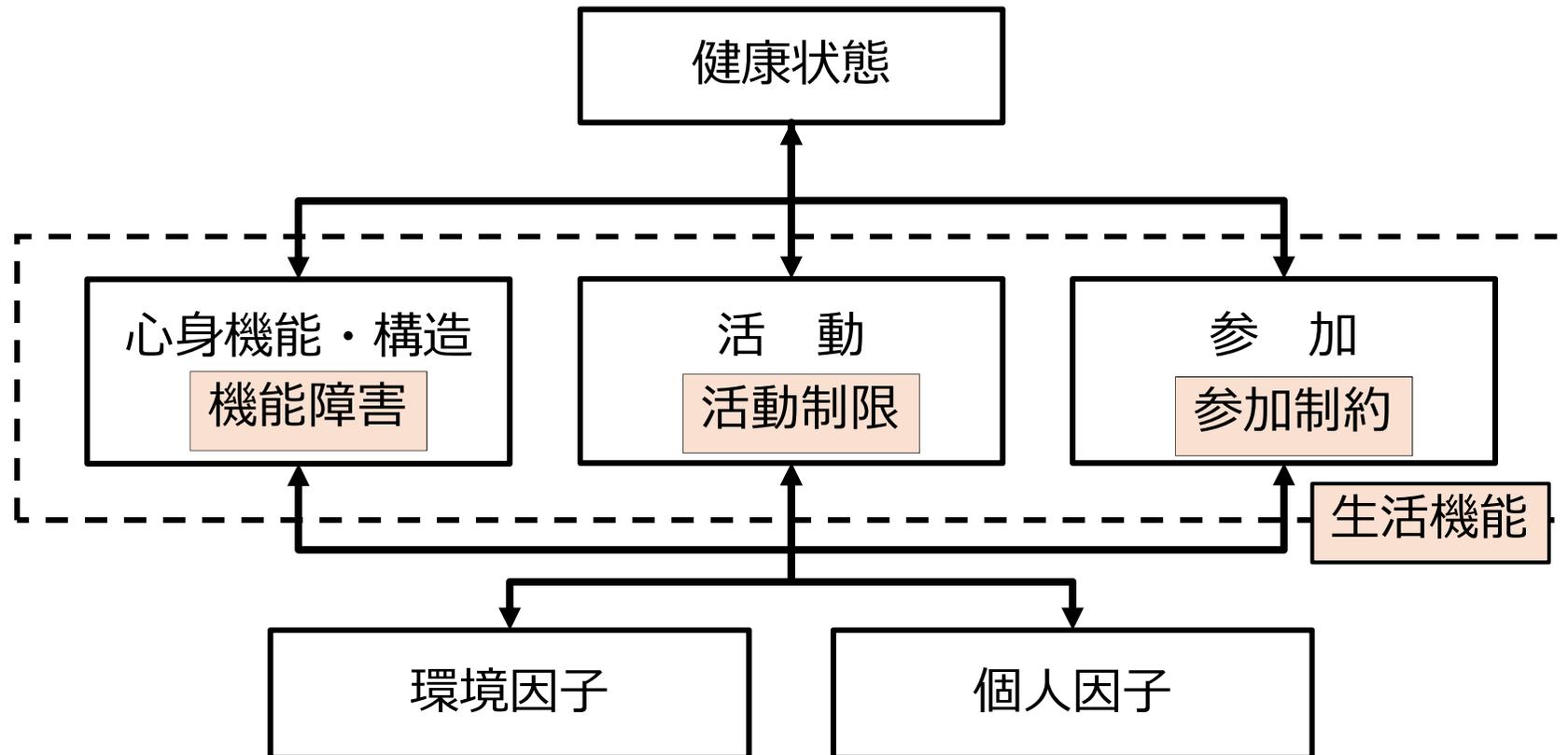
→ かかりつけ医に求められること

リハビリテーションを必要とする高齢者の多くは、医療機関において初めて「リハビリテーションが必要です」という説明を受ける。これは、いわば出発点となるものであり、この時にリハビリテーションに関する正しい方向づけがなされる必要がある。特に、利用者本人に説明することが多いかかりつけ医は、自らリハビリテーションについての認識を深めるとともに、患者・利用者本人や家族がリハビリテーションに主体的に参加できるような働きかけを行う必要がある。また、定期的な疾病管理を通じて生活機能に応じた適切なリハビリテーションの提供が行われるよう、積極的に取り組む必要がある。

2004.1 高齢者リハビリテーションのあるべき方向

国際生活機能分類（ICF）

International Classification of Functioning, Disability and Health



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書 を一部改変

図11

リハビリテーション前置主義

1) 医療保険のリハ医療サービスにより、可能な限り自立もしくは要介護状態を軽減した上で介護保険のリハ医療サービスを利用する仕組みを構築すべきである。

2) 介護保険の利用に際し、要介護度を改善もしくは維持するために必要なリハ医療サービスは、他のサービスに優先的に利用できる仕組みを構築すべきである。

3) 上記2点の整備により、要介護者の増加を抑制でき、介護保険財源の安定化に貢献できる。

出典：厚生労働省中央社会保険医療協議会

第11回診療報酬改定結果検証部会（H19.3.12）資料

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0312-9.html>

「介護」におけるリハビリテーションの 必要性と将来あるべき姿

- ◆ リハビリテーション前置の考え方を再確認する。
- ◆ 介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
- ◆ リハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備する。

平成24年 社会保障審議会：介護保険部会にてプレゼンテーション

医療・介護の提供体制の将来像

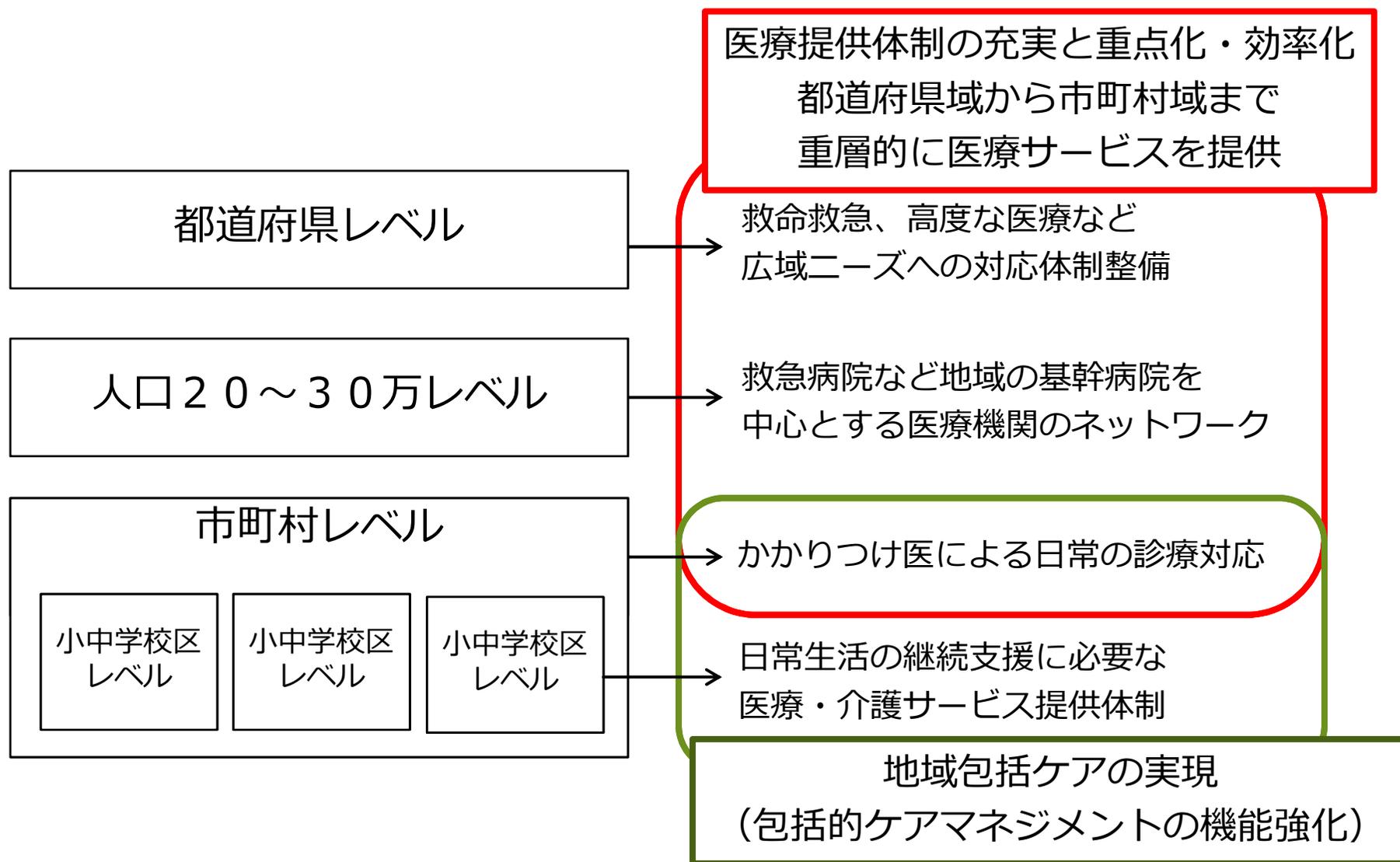
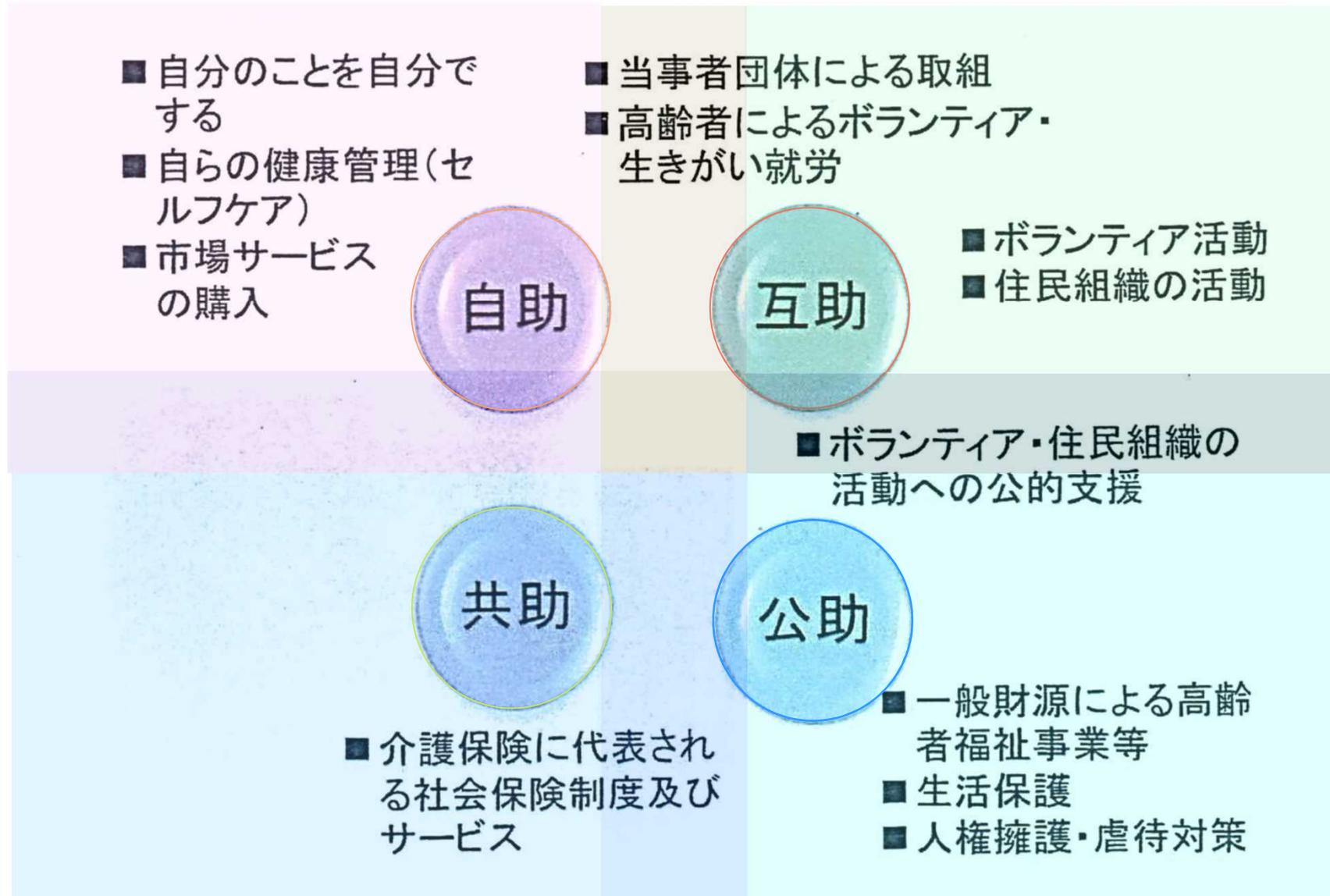


図14

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



引用:厚生労働省老健局「地域包括ケアシステムについて」平成25年6月13日資料 一部抜粋

地域包括ケアを支えるリハビリテーション

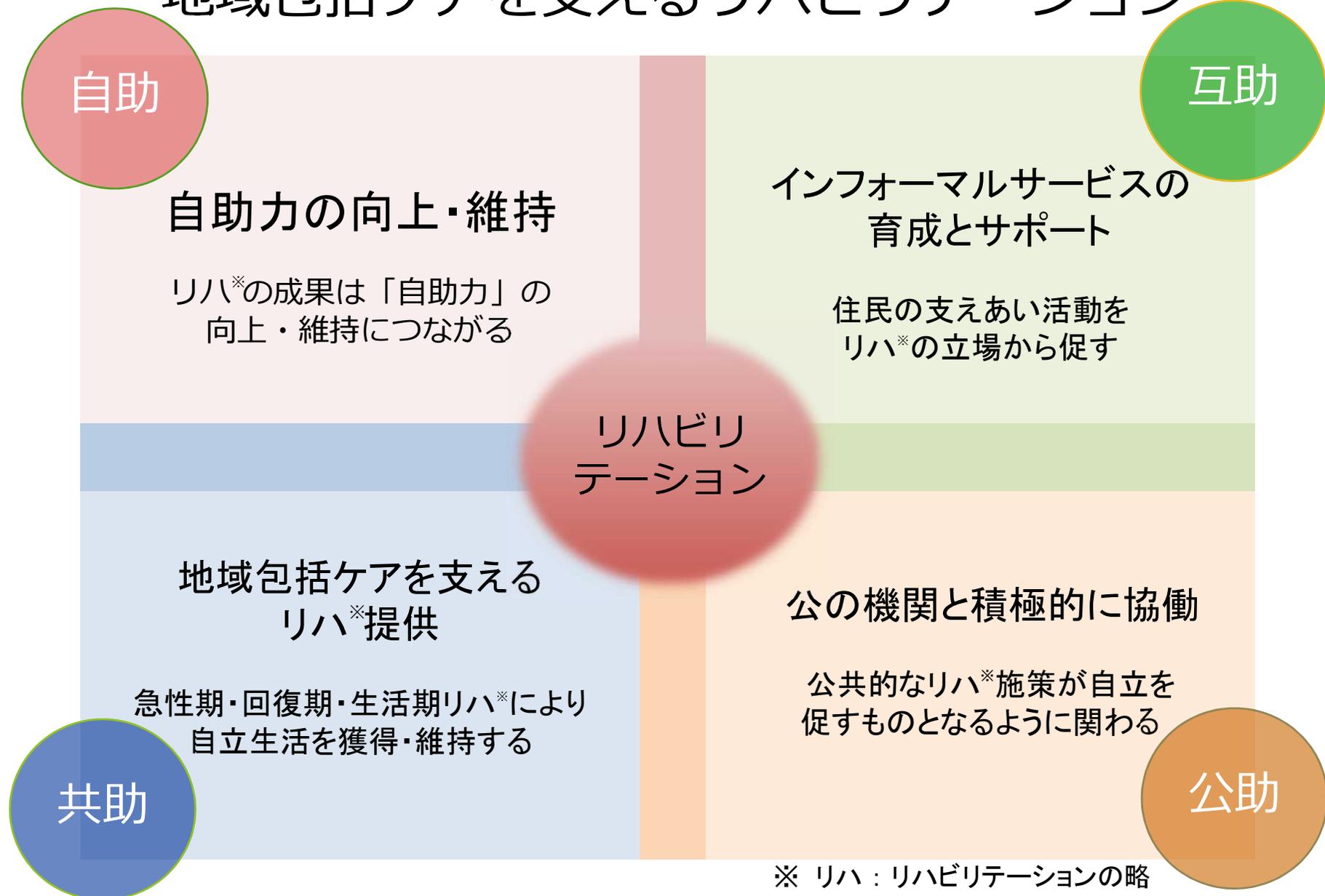
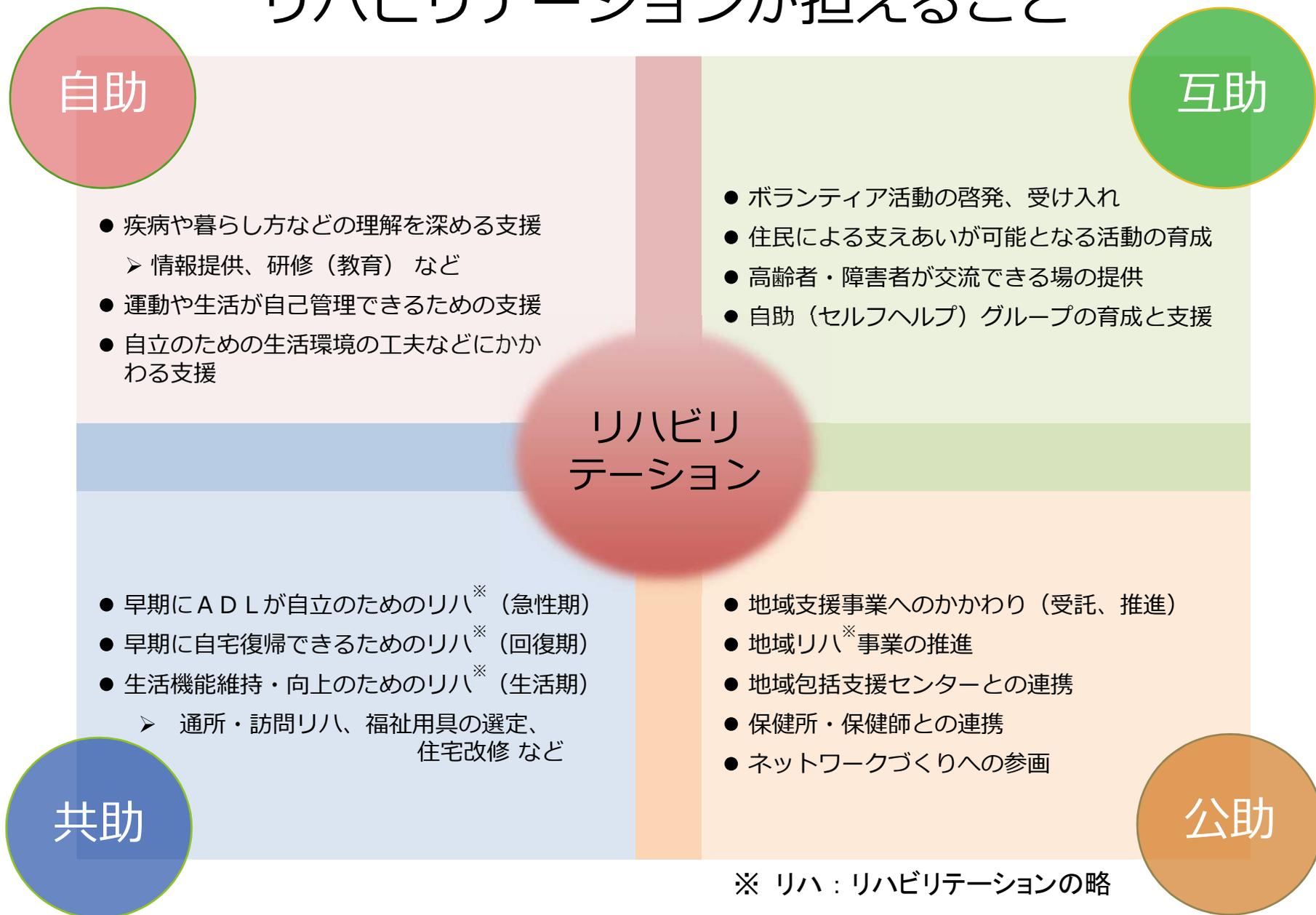


図16

リハビリテーションが担えること



自助

- 疾病や暮らし方などの理解を深める支援
 - 情報提供、研修（教育） など
- 運動や生活が自己管理できるための支援
- 自立のための生活環境の工夫などにかかわる支援

互助

- ボランティア活動の啓発、受け入れ
- 住民による支えあいが可能となる活動の育成
- 高齢者・障害者が交流できる場の提供
- 自助（セルフヘルプ）グループの育成と支援

リハビリテーション

- 早期にADLが自立のためのリハ[※]（急性期）
- 早期に自宅復帰できるためのリハ[※]（回復期）
- 生活機能維持・向上のためのリハ[※]（生活期）
 - 通所・訪問リハ、福祉用具の選定、住宅改修 など

共助

- 地域支援事業へのかかわり（受託、推進）
- 地域リハ[※]事業の推進
- 地域包括支援センターとの連携
- 保健所・保健師との連携
- ネットワークづくりへの参画

公助

※ リハ：リハビリテーションの略

地域リハビリテーションとは？

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。

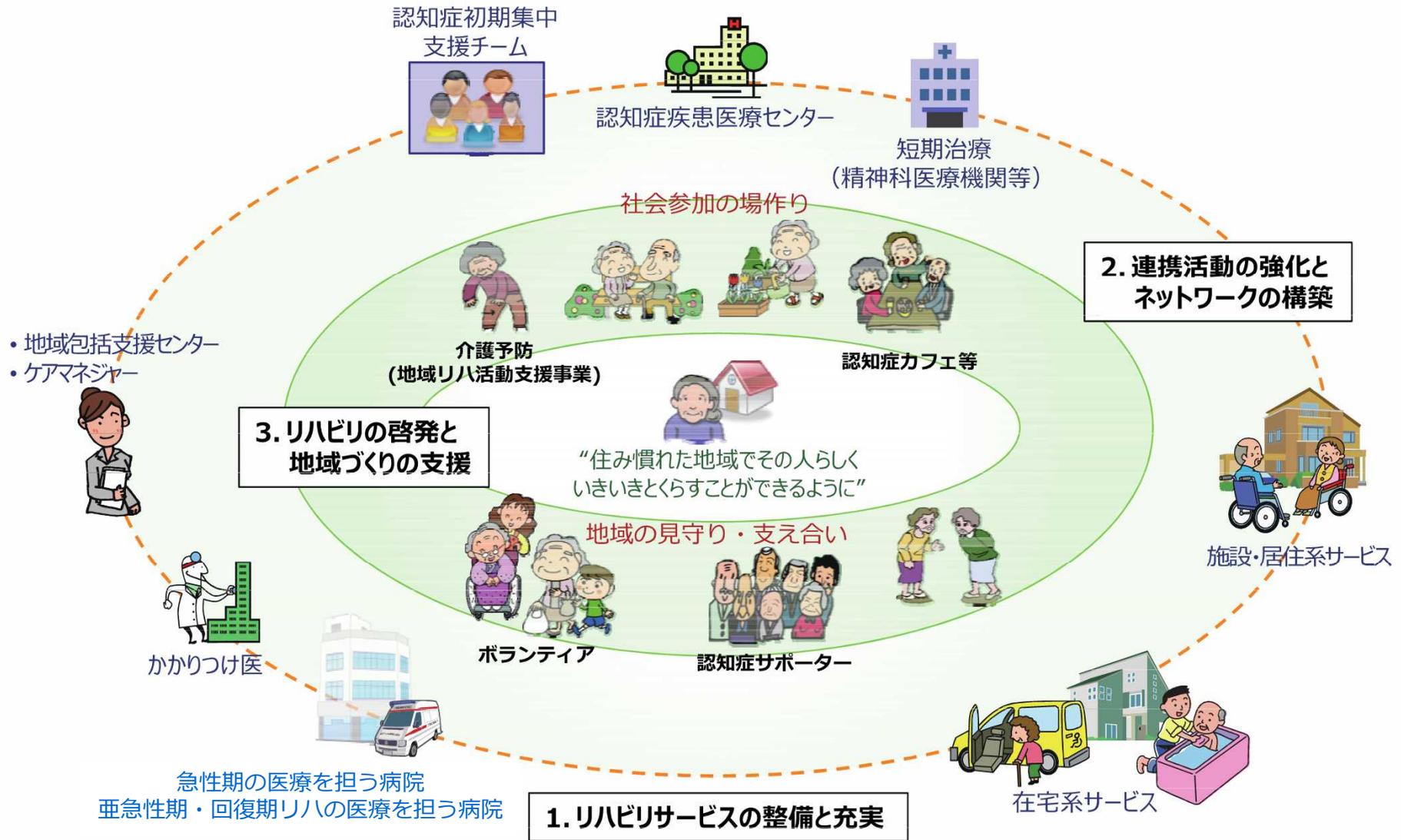
日本リハビリテーション病院・施設協会
2016

地域包括ケアシステムとは？

地域の実情に応じて
高齢者が、可能な限り、
住み慣れた地域でその有する能力に応じ
自立した生活を送ることができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制

(地域医療介護総合確保促進法・社会保障制度改革プログラム法)

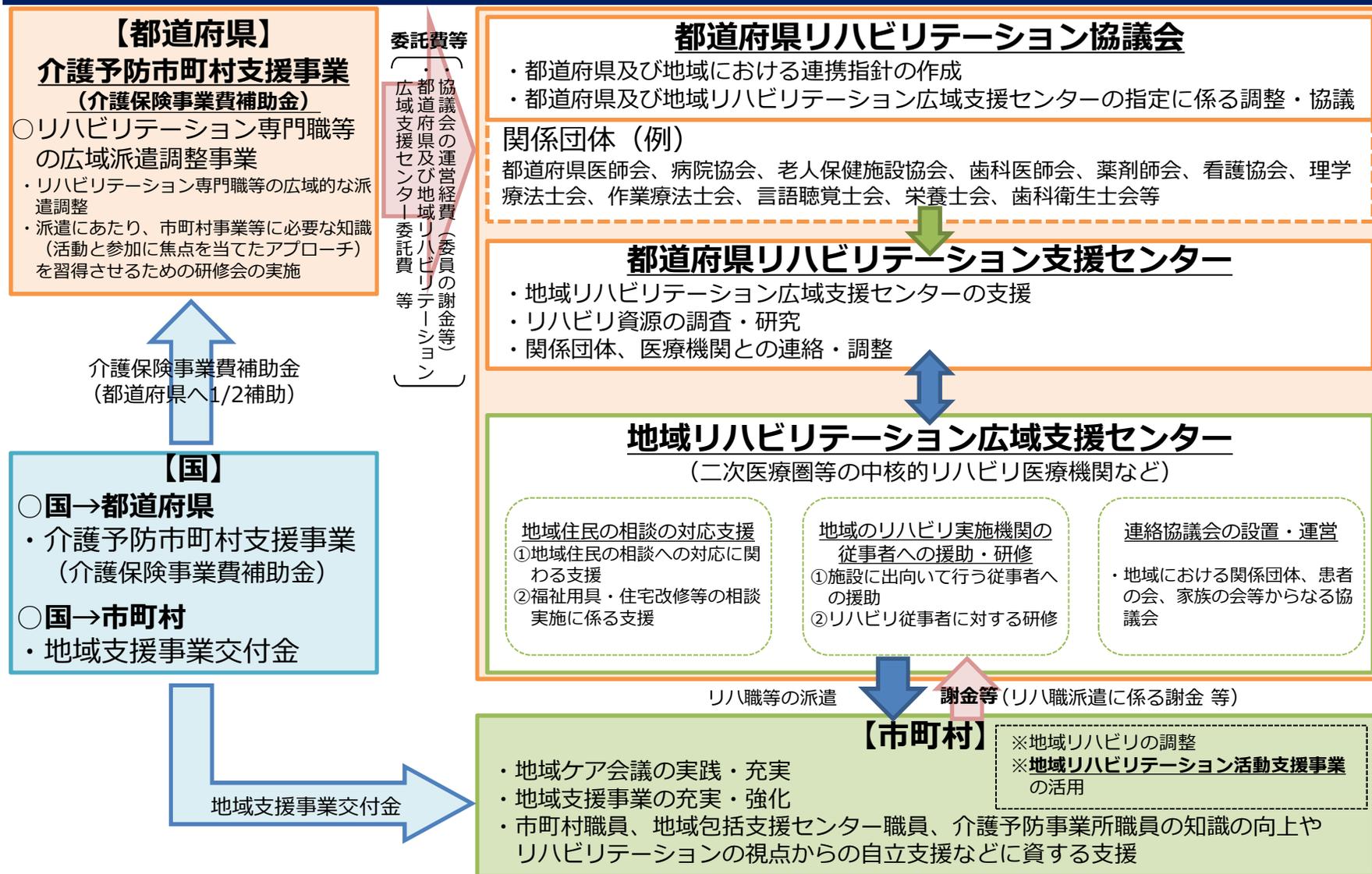
地域リハビリテーション活動イメージ図 (認知症・障害のある人を地域の人みんなで支える)



出典：「2025年の地域包括ケアシステムの姿」「認知症ケアパス」（厚生労働省）を参考に作成

日医かかりつけ医機能研修制度 2019年度応用研修会 「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」 齊藤正身

地域リハビリテーションの体制について



厚生労働省作成資料

図20

熊本県における地域リハビリテーション支援体制

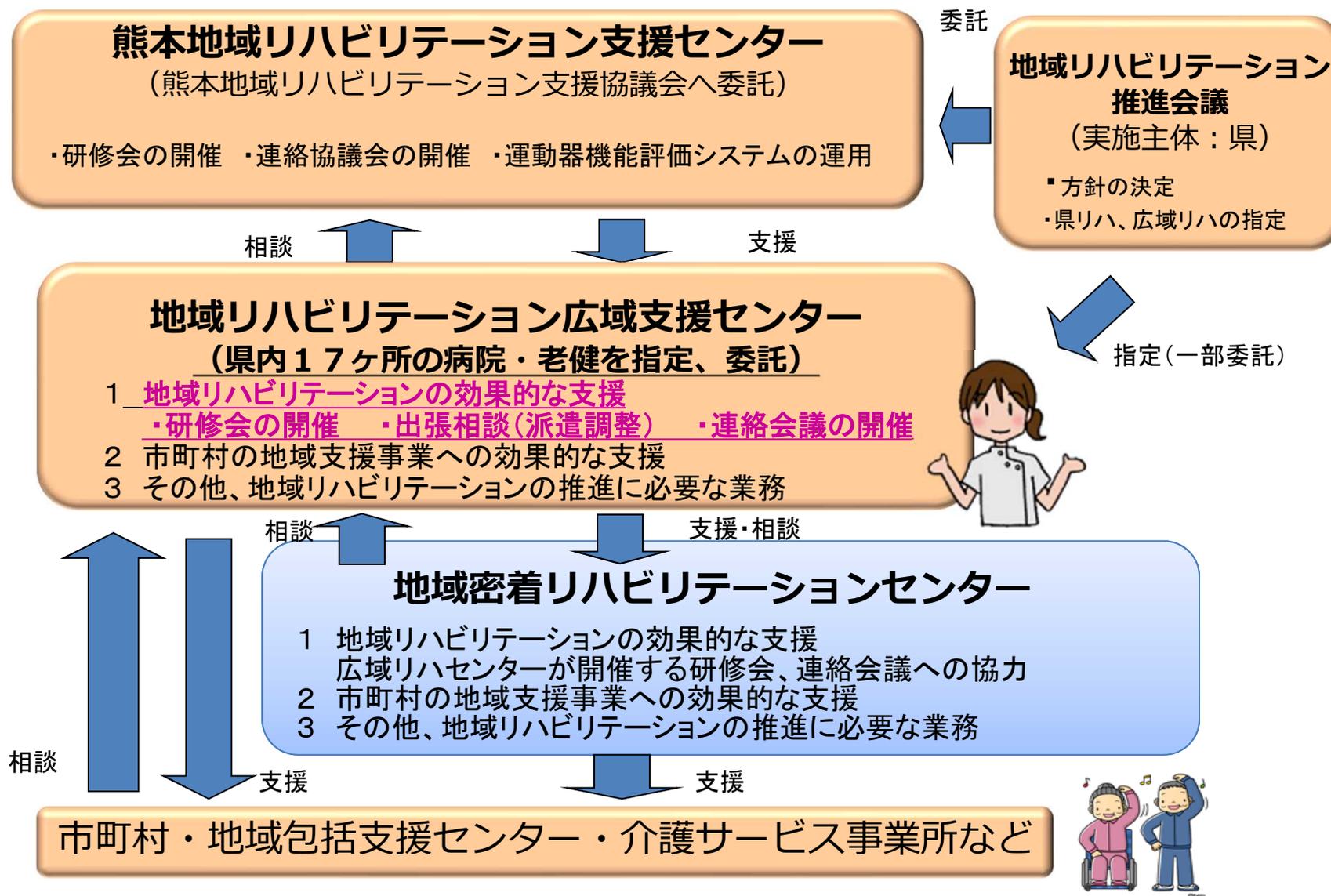


図21

埼玉県における地域リハビリテーション支援体制

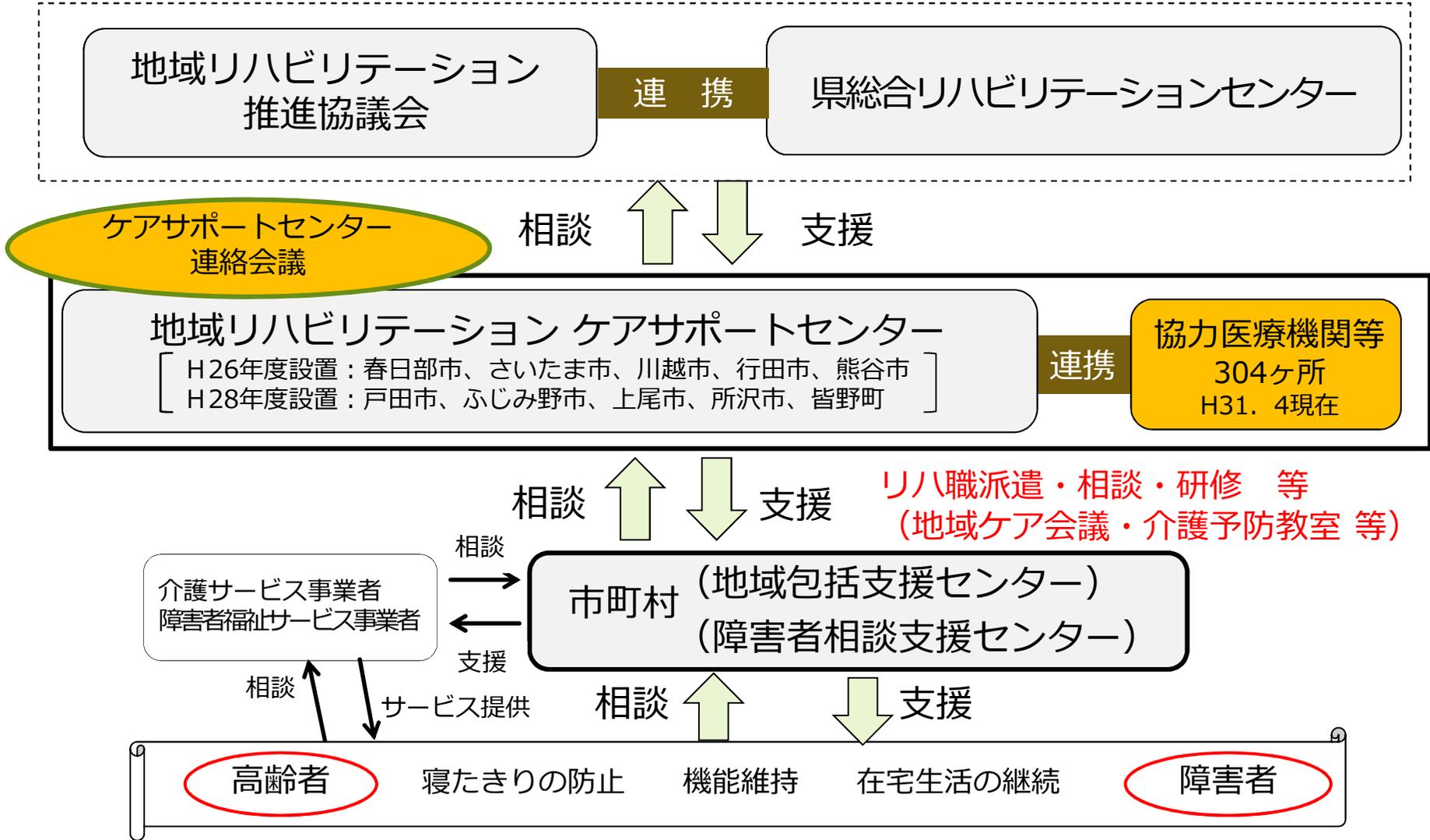


図22

Chain Care Program at Nursing Home

病病連携・病診連携のあり方



オランダ（ナイメーヘン）



◆ ヘンドリックス医師

⇒ 脳卒中のリハビリ・ケアの教育・研修担当

◆ 大学病院－ナーシングホーム－家庭医（かかりつけ医）との連携

⇒ 家庭医向けのリハビリテーション研修を体験

Chain-Care-program

1. Welcome
2. Dutch situation オランダの状況
3. Chain-Care-program 連携プログラム
(hospital - nursinghome - primary care)
病院～ナーシングホーム～初期診療（一次診療）
4. Co-medical interventions
コメディカル介入 (PT/OT/ST)
5. Role of the Nursing-home Physician
ナーシングホーム医師の役割
6. Discussion
7. 'Happy hour' and 'Goodbye'



研修風景 家庭医のための研修を体験



かかりつけ医のために 急性期・回復期の病院が果たすべき役割

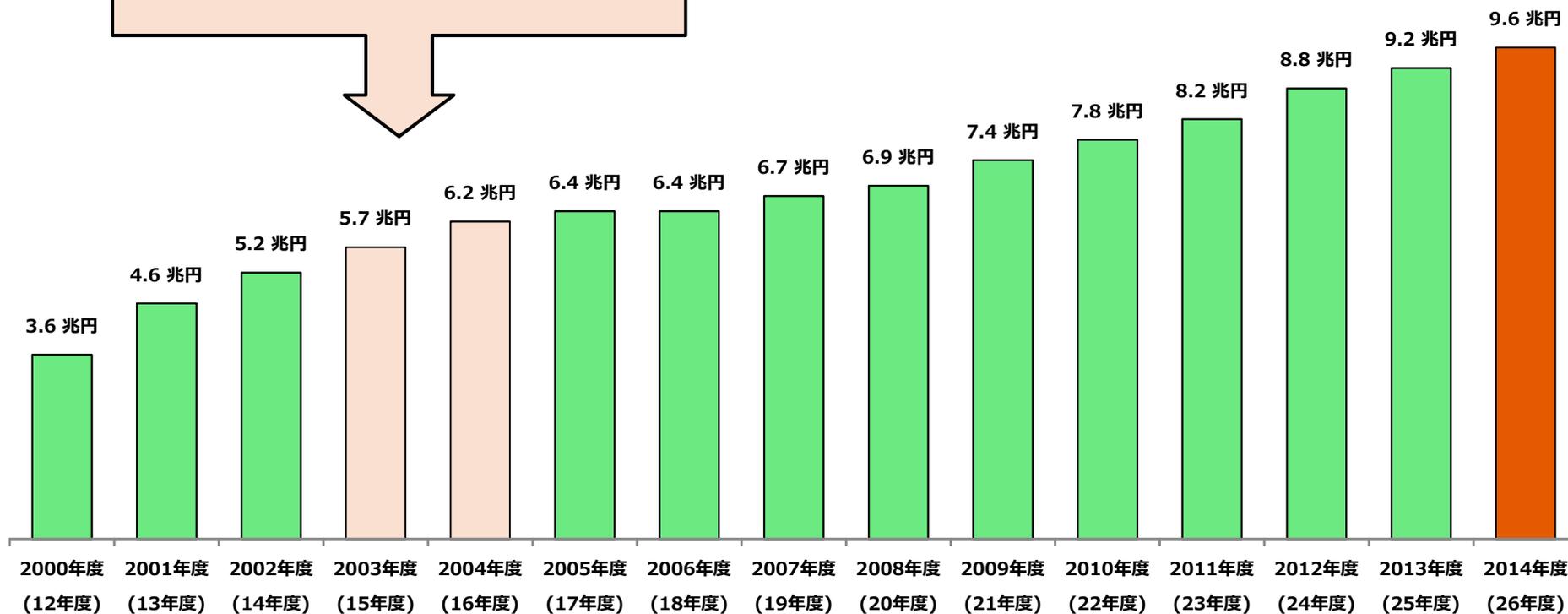
- ① スムーズな入院治療、在宅医療への移行
- ② 専門的な医療技術の提供
- ③ 専門的な知識習得の援助
- ④ 会議等に活用できるスペースの提供

Chain Care Program

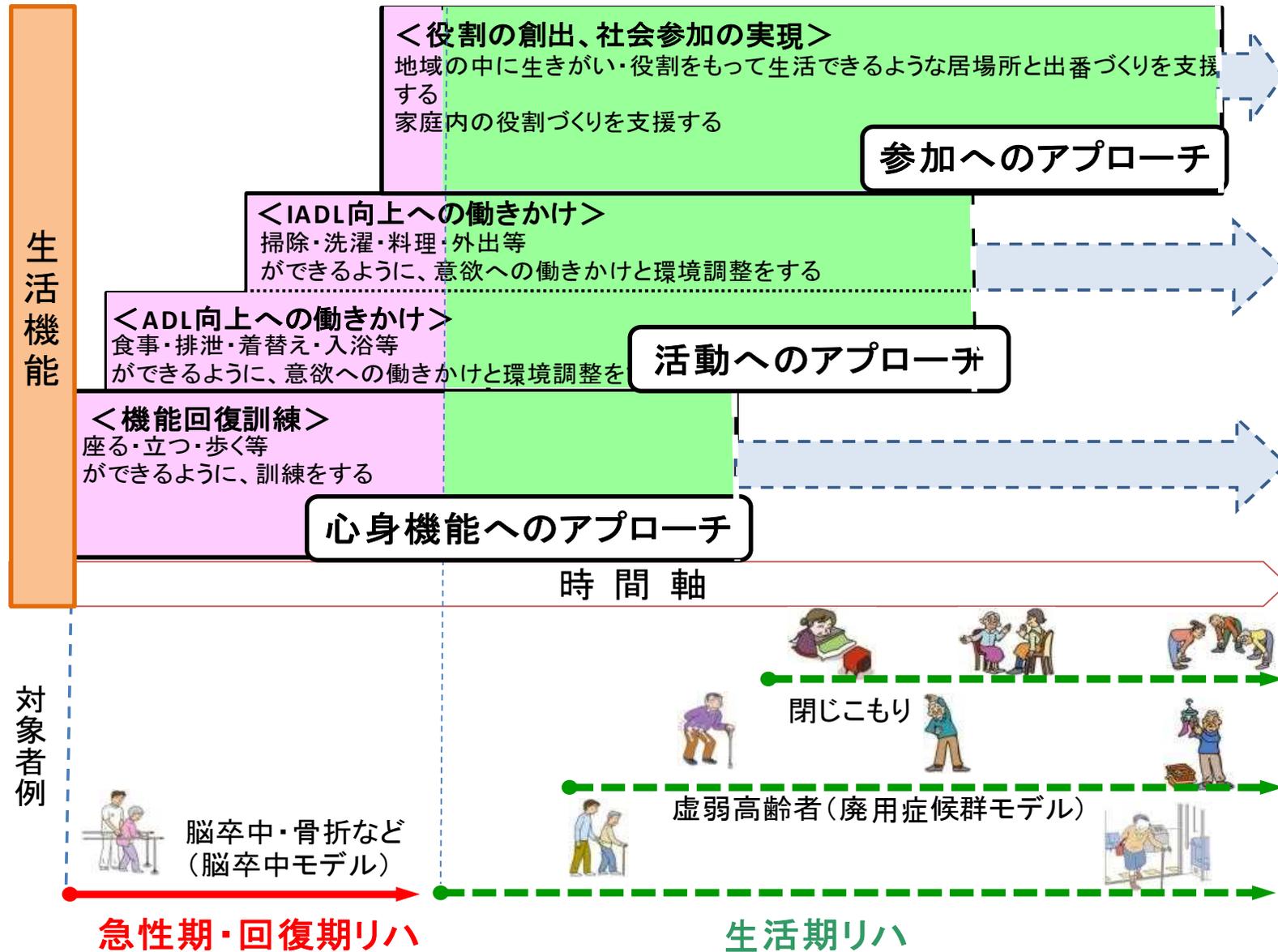
高齢者の地域における 新たなリハビリテーションの在り方検討会

高齢者リハビリテーション研究会

10年経って・・・

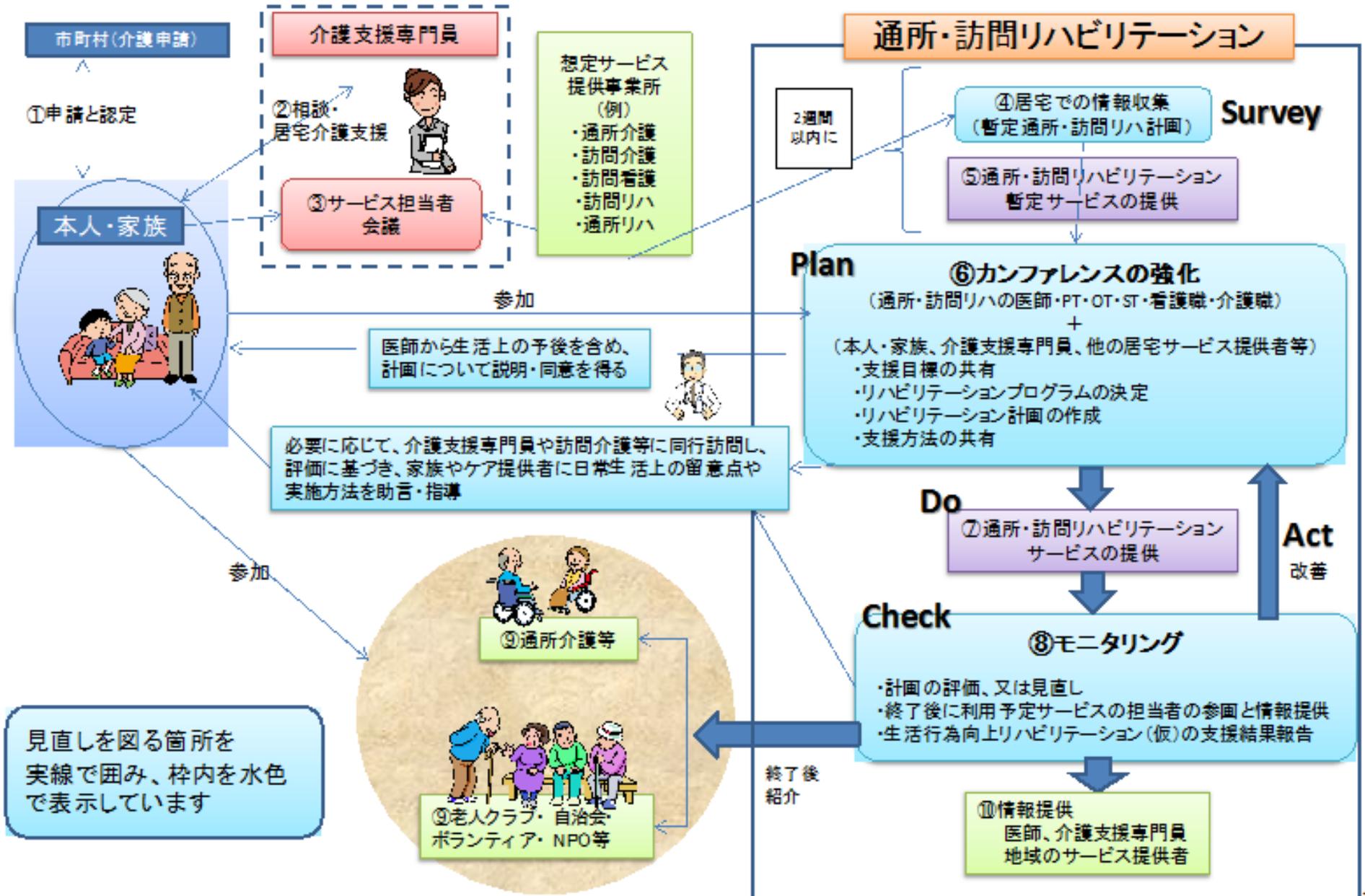


生活機能とその構成要素



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

通所・訪問リハビリテーションのマネジメント再構築の全体像



居宅サービスの協働方法のイメージ

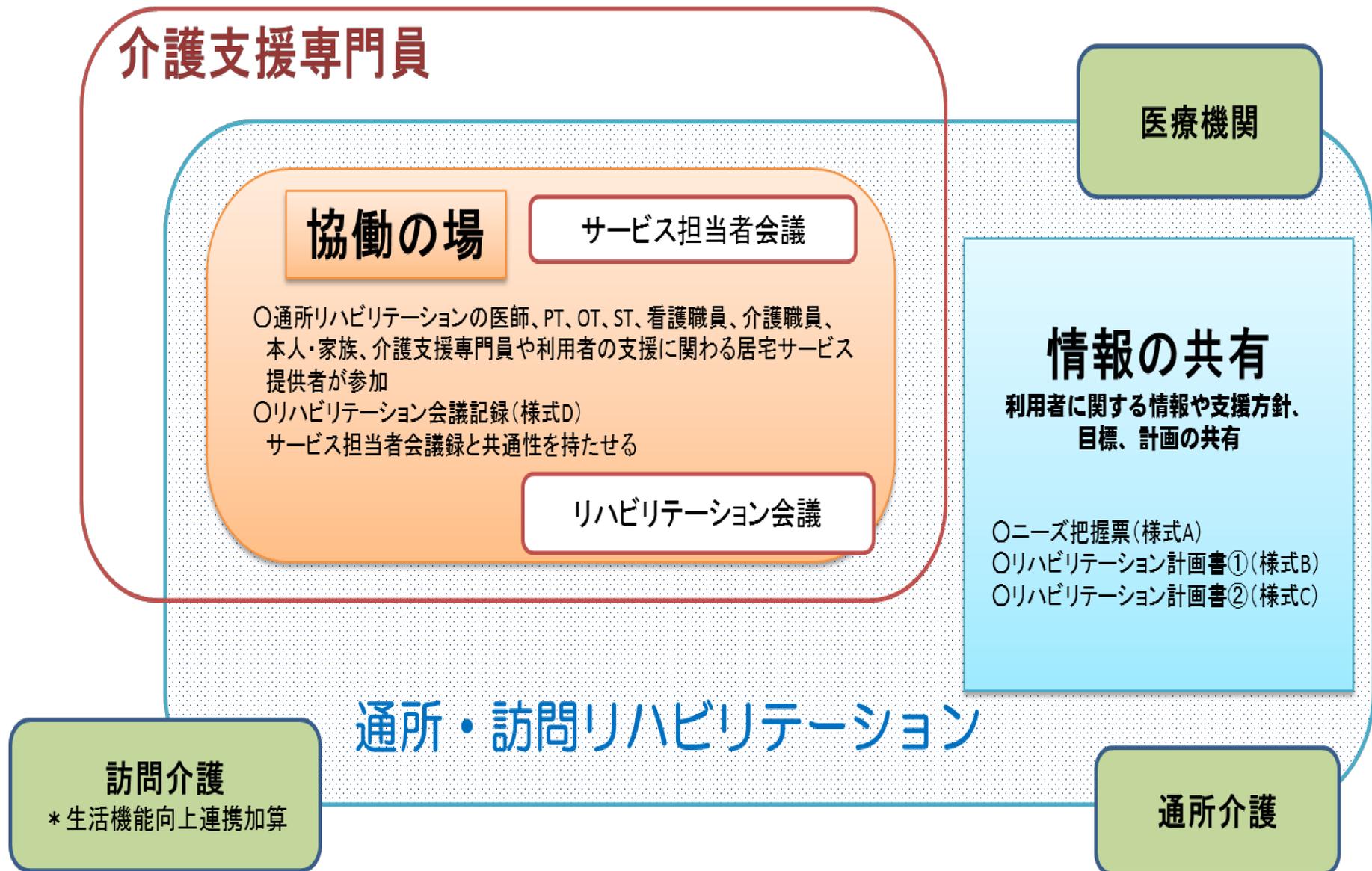
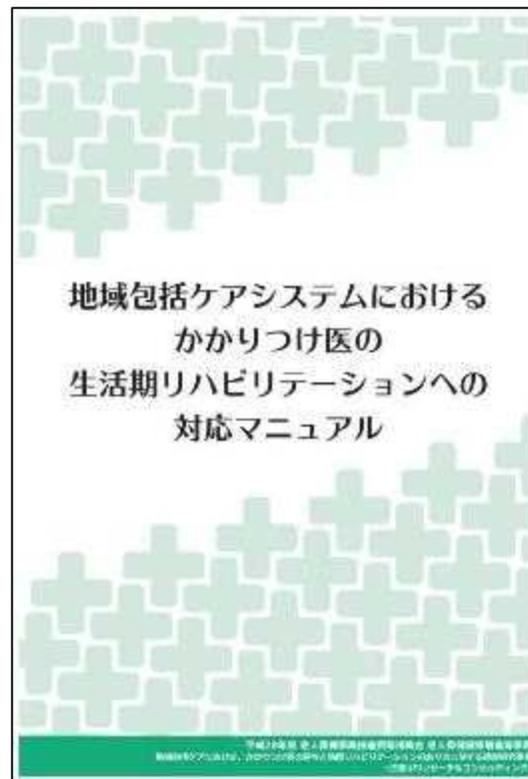


図30

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)
「地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」

「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」



↓こちらから資料のダウンロードが可能です。
http://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c6_1.pdf

【かかりつけ医からリハビリテーション担当医等への情報提供内容のポイント】

項目	記載内容、記載上の留意点等
傷病名	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能低下の原因となった診断名、発症日
その他の傷病名	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ実施に際し、リスクや制限要因となる既往症や合併症は特に重要 例：呼吸器疾患、循環器疾患、けいれん、低血糖、起立性低血圧、骨関節の状態（骨粗鬆症の程度を含む）、転倒歴、皮膚状態等
傷病の経過及び治療状況	<ul style="list-style-type: none"> 自院における経過、治療状況に限らない。 リハビリが必要になった背景や、それに係る経緯についての情報が重要 例：障害の原因、当該障害に対する治療歴・リハビリ歴
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等	<ul style="list-style-type: none"> リハビリを通じて実現を見込んでいる目標 リハビリ実施に際しての具体的なリスク（服薬情報及びそれに対応した疾患名の提示があるとわかりやすい。） 利用者にとってどの程度の運動負荷がどの程度のリスクになるかの情報は、リハビリ指示医がリハビリの中止基準等を考慮する上で有用。 急性増悪の恐れがある場合、その際の対応方法や緊急連絡先 利用者本人や家族のリハビリテーションに対する期待、利用者本人の性格や嗜好についても、リハビリを計画する上で有用と思われるれば記載する。

出典：厚生労働省老健局老人保健課

情報提供の一例

(パーキンソン病の進行により通所リハビリテーションの利用につながったケース)

- ▶ 傷病に関する情報提供
 - ▶ パーキンソン病のステージ及び経過の説明、服薬の状況等
 - ▶ 自覚症状の程度や神経所見の情報提供
- ▶ 通所リハビリテーションが必要な理由（具体的に）
 - ▶ 食事の際のむせ込み（特に水分）が見られるようになった。
 - ▶ 座位の姿勢が不安定で、傾きが直せない。
 - ▶ すくみ足や突進現象が多く見られ始め、転びそうになることも増えた。
 - ▶ 栄養状態のチェックができていない。
 - ▶ 外出機会が極端に少ない。
- ▶ リハビリテーション実施時の注意点やポイント
 - ▶ 血圧の変動が激しい。
 - ▶ 転倒への日常の注意点をアドバイスしてほしい。
 - ▶ 本人だけでなく家族の服薬に対する意識が薄い。

地域包括ケアシステムにおける 通所系サービスへの期待

- ▶ 地域包括ケアシステムでは、「要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる」ことが求められる。
- ▶ そのため、各地域において
 - ▶ 質の高いサービスを提供する
 - ▶ 他の主体との連携に積極的な通所系サービスの存在が不可欠。
- ▶ 2018年度介護報酬改定においても、この思想が反映。

2018年度介護報酬改定におけるリハビリテーションの方向性

① 医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化

- 施設基準の緩和、人員要件の緩和、器具の共有（通所）
- 医療と介護におけるリハビリテーション計画書の様式の見直し（訪問・通所・予防訪問・予防通所）

② リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化

- リハビリテーションマネジメントの見直し（訪問・通所）
- 介護予防におけるリハビリテーションマネジメント加算の創設（予防訪問・予防通所）
- 訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の診療にかかる取り扱い（訪問・予防訪問）

③ 自立支援・重度化防止に資する体制の強化

- リハビリテーション専門職の手厚い配置に対する評価（通所）
- 社会参加支援加算の要件の明確化等（訪問・通所）
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算の拡大（予防通所）
- 自立支援・重度化防止のためのアウトカム評価の拡大（予防訪問）
- 自立支援・重度化防止に向けたデータの収集（訪問・通所）
- 栄養改善の推進（通所）

④ リハビリテーションに関するその他の改定事項

- 基本報酬の見直し等（訪問・通所・介護予防通所）
- 離島や中山間地域等の要介護・要支援者に対する評価（訪問・介護予防訪問）
- 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬（訪問・介護予防訪問）

リハビリテーション医療実践のポイント

1. **廃用症候群の予防**
2. 意欲の向上
3. 機能障害の改善
4. **補装具等の活用**
5. ADL（日常生活動作）の向上
6. 生活機能の維持・向上



多職種によるチームで実践

新たな疾患の発症早期に生じる「廃用症候群」

疾病の急性発症

- * 持続点滴・膀胱留置カテーテル・気管内挿管・酸素吸入・中心静脈栄養・経管栄養等の処置
- * 手術等の治療

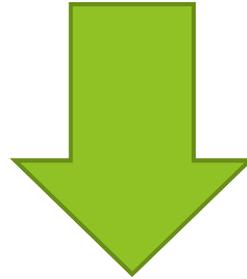
ベッド上安静臥床

数日～数週で生じる**廃用症候群**

寝たきり

発症早期における「廃用症候群」の予防

数日～数週で生じる廃用症候群の予防



早期離床と早期リハビリテーション

集中的リハ必要例は早期に回復期リハ病棟へ

疾病の慢性期に生じる「廃用症候群」

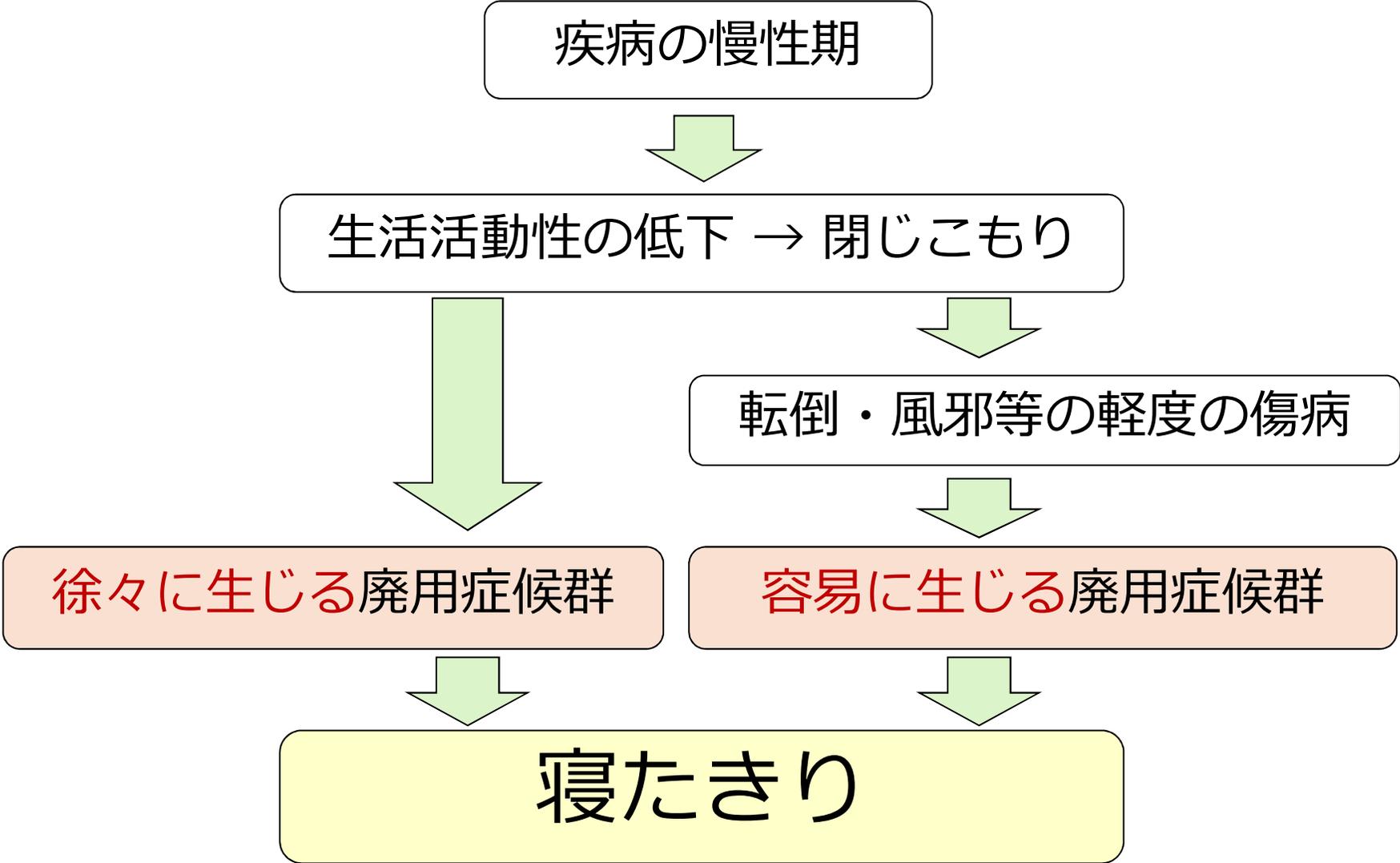
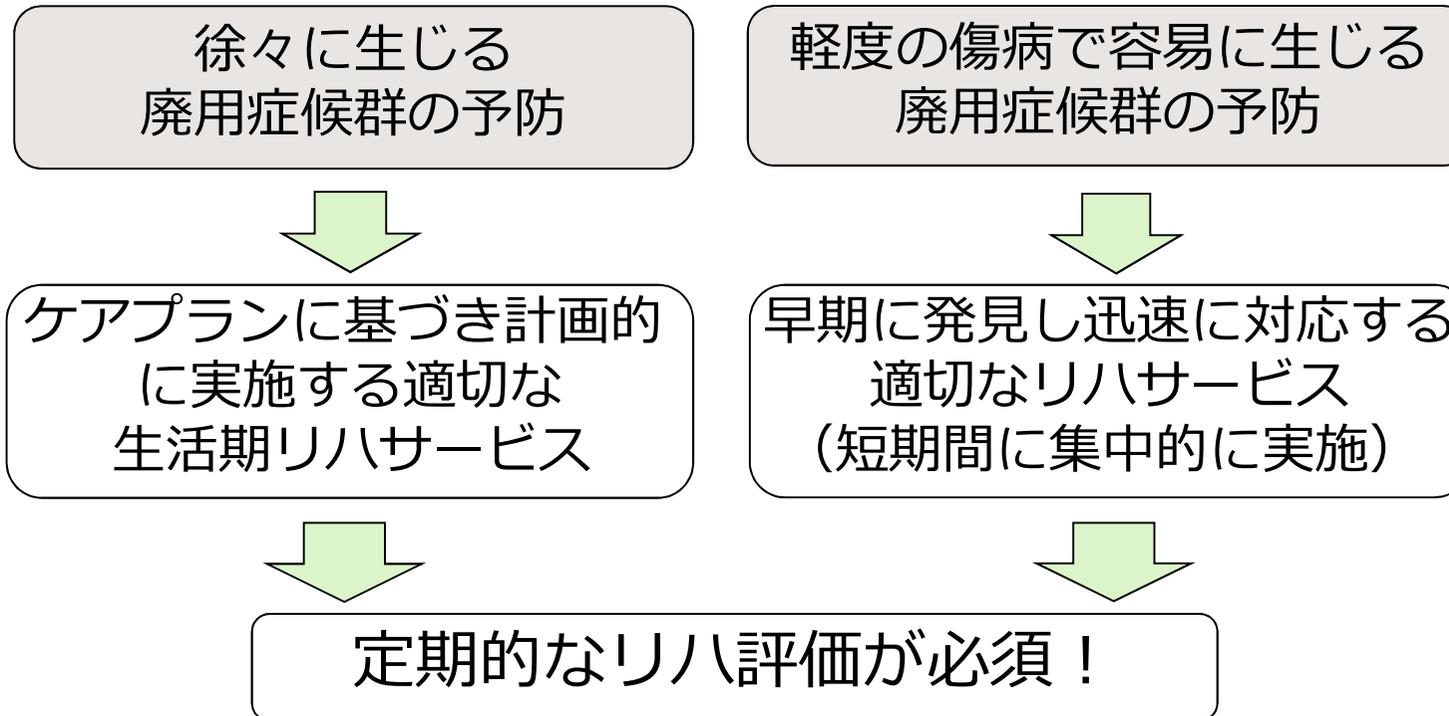


図39

慢性期における「寝たきり」の予防

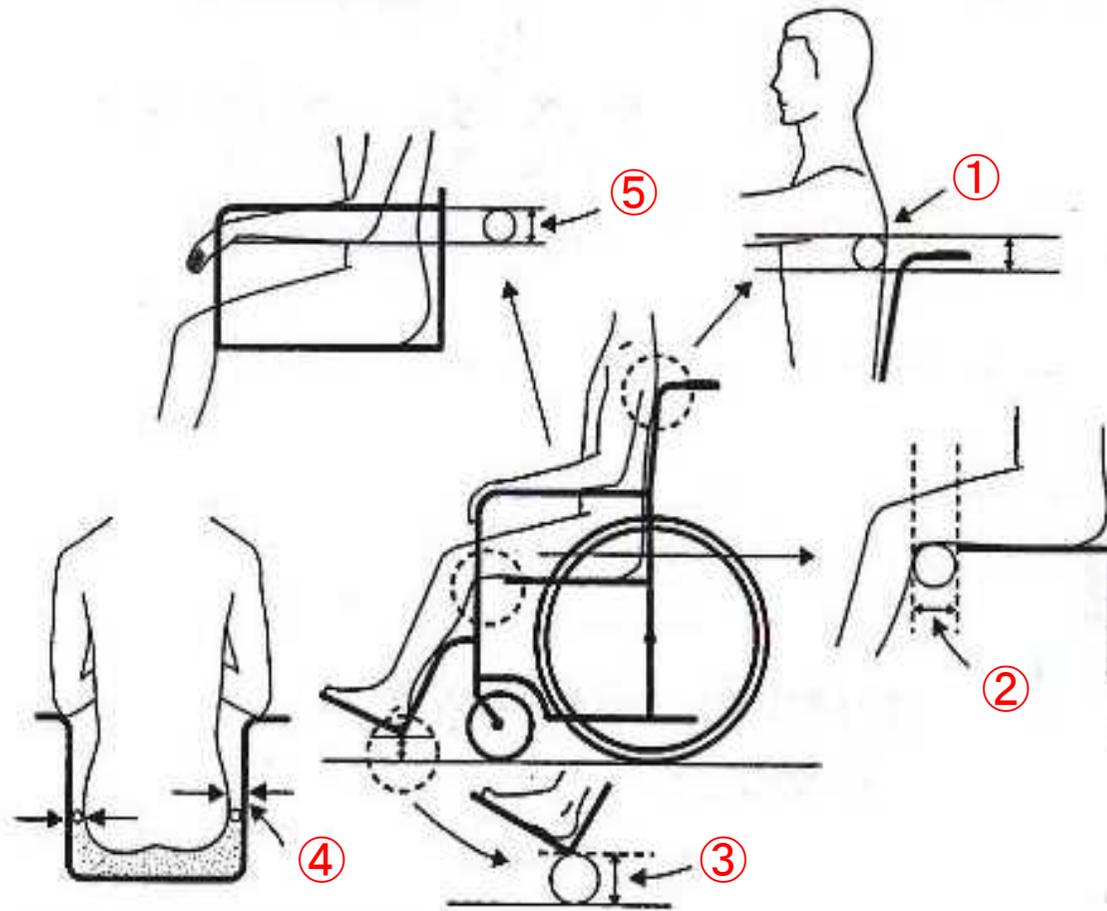


○ かかりつけ医として

- ✓ 「安静」は禁句！ できるだけ「活動度」で指示し
- ✓ 端座位姿勢を早期に再開する

補装具等の活用

1. 車いす : 体型への適合
回復に応じた使用頻度調整
2. 杖 : 回復に応じ段階的使用
3. 下肢装具 : **早期装着**
回復に応じて段階的再作成
4. 住宅改修 : 必要最低限に
※ 回復期～維持期リハの役割
5. コミュニケーション・ツール
※ 重度障害者用意思伝達装置 等含む
6. 食事・入浴等の補助具
7. ロボットの活用



- ① 背もたれの高さ：肘窩より約10cm（4ないし5横指）
- ② 座の奥行：下腿後面より5～6cm手前で終わる（3～4横指）
- ③ フットレストの高さ：床面より少なくとも5～6cm以上
大腿遠位部が座より浮く程度で、大腿と座の間に指が容易に差し込める
- ④ 座幅：殿部（大転子部）と側面（かわあて）間に2～3cm（手掌が容易に入る）
- ⑤ 肘掛けの高さ：正しい座位で肘を90° 屈曲し、前腕の尺側と座までの距離に2～3cm加える

図42

通所リハビリテーションとは

地域包括ケアシステムにおいて、訪問リハ機能を含めた地域や在宅生活を支えるリハビリテーション拠点としての役割を担うもの。

	通所リハビリテーションの機能	主な提供内容
①	医学的管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 担当医と主治医の情報交換のもと、定期的な診察等による疾患管理。 ● 担当医の指示に基づく看護職の医療的処置等。
②	心身・生活活動の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の指示に基づくPT・OT・STの専門的評価による、チームとして目標設定のもと実施する、生活機能（心身機能や生活活動）の各行為の維持・向上。 ● 自宅訪問等、当事者の日々の暮らしの把握。
③	社会活動の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 体調管理や運動指導等、活動の機会の確保 ● 他者との交流を通じた参加機会の確保による社会性の向上。 ● 暮らしに必要な知識・技術について専門職の立場から啓発。
④	介護者等家族支援	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス利用による介護者等の直接的負担軽減。 ● 本人の生活機能向上による介護負担の軽減。 ● 介護技術の向上や介護環境改善による介護者負担の軽減。

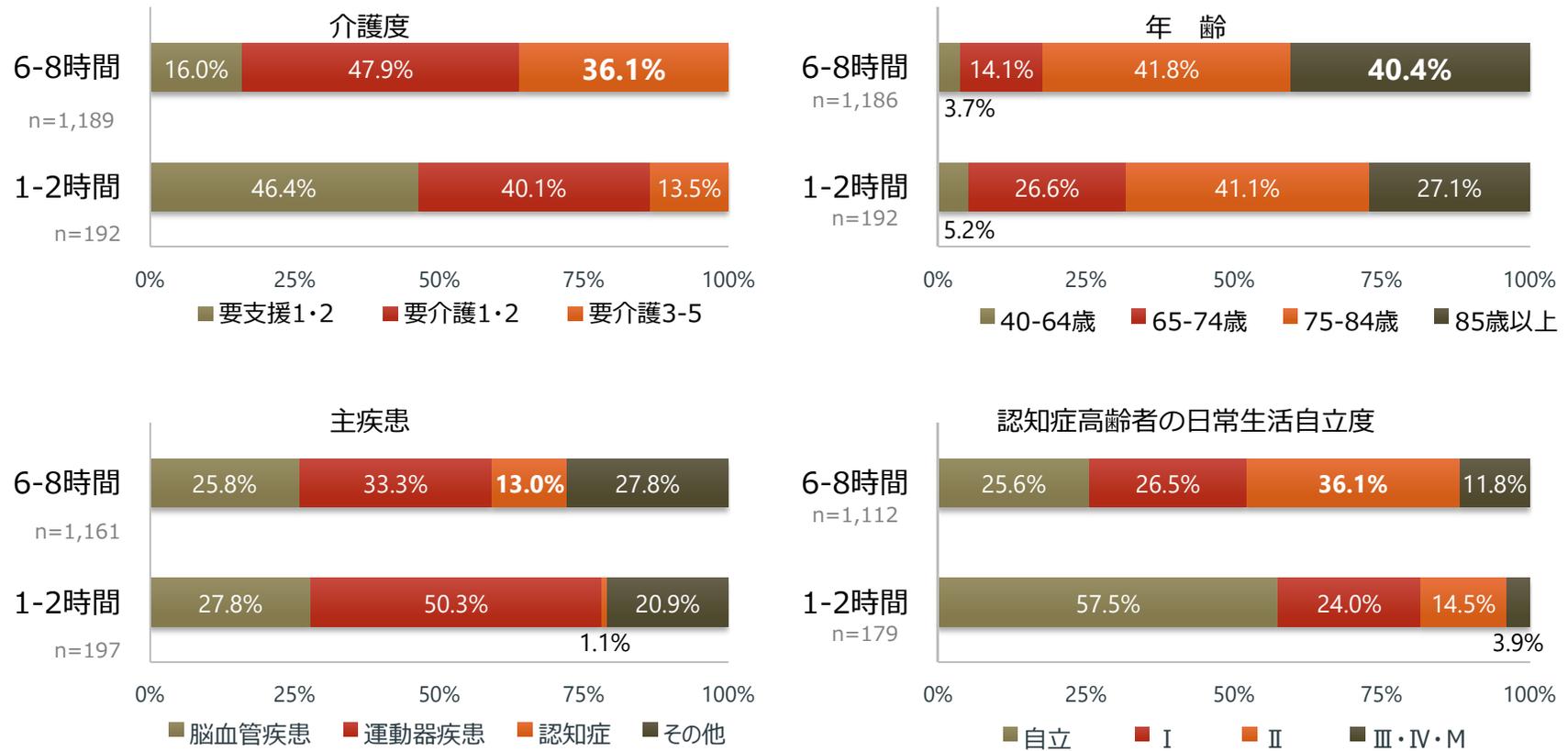
出典：通所系サービスの普遍的機能と実施内容 一般社団法人全国デイ・ケア協会（2014年）一部改変

- ▶ 医師・看護職・介護職・リハビリテーション専門職等の多職種協働によるチームアプローチ
- ▶ 医師の指示による医療対応や生活機能低下へのリハビリテーション専門職の対応、居宅訪問など多機能
- ▶ 上記専門的機能に加え、社会活動の維持・向上や介護者等の家族支援も併せて提供
- ▶ 多様なニーズに合わせて、短時間型から長時間型まで幅広い受け入れ体制で対応

日本リハビリテーション医学会，日本リハビリテーション病院・施設協会，日本訪問リハビリテーション協会，全国デイ・ケア協会

図43

利用者の特性（提供時間別）



訪問・通所リハビリテーションの実態調査。全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

6-8時間の利用者は1-2時間と比較して、
「要介護3-5」 「85歳以上」 「認知症を有する方」の割合が高い。

日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会

利用開始から3ヶ月後のADL変化（項目別）

■ 改善群 ■ 低下群

新規利用開始から3ヶ月後の変化（入院入所・状態悪化による終了者は除く）

6-8時間 n=932, 1-2時間 n=147

		○ 移乗（6-8時間）				○ 移乗（1-2時間）				
3ヶ月後	自立	0.1%	0.6%	7.3%	58.2%	自立	0.0%	0.7%	2.7%	83.0%
	最小限介助	0.0%	2.4%	20.7%	1.0%	最小限介助	0.0%	2.0%	8.8%	0.0%
	部分介助	0.4%	6.8%	0.5%	0.1%	部分介助	0.0%	1.4%	0.7%	0.0%
	全介助	1.4%	0.3%	0.2%	0.0%	全介助	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
		全介助	部分介助	最小限介助	自立		全介助	部分介助	最小限介助	自立
		利用開始時				利用開始時				

		○ トイレ動作（6-8時間）			○ トイレ動作（1-2時間）			
3ヶ月後	自立	0.1%	6.0%	63.9%	自立	0.0%	2.0%	91.8%
	部分介助	1.2%	23.4%	1.1%	部分介助	0.7%	4.1%	0.7%
	全介助	3.5%	0.5%	0.2%	全介助	0.7%	0.0%	0.0%
			全介助	部分介助	自立		全介助	部分介助
		利用開始時			利用開始時			

		○ 歩行（6-8時間）				○ 歩行（1-2時間）				
3ヶ月後	自立	0.2%	0.8%	6.4%	31.1%	自立	0.0%	0.7%	10.9%	56.5%
	部分介助	0.9%	4.8%	37.2%	0.6%	部分介助	0.0%	4.1%	21.1%	0.0%
	車椅子使用	1.3%	10.4%	0.6%	0.0%	車椅子使用	0.7%	5.4%	0.0%	0.0%
	全介助	5.3%	0.2%	0.1%	0.0%	全介助	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
		全介助	車椅子使用	部分介助	自立		全介助	車椅子使用	部分介助	自立
		利用開始時				利用開始時				

		○ 階段昇降（6-8時間）			○ 階段昇降（1-2時間）			
3ヶ月後	自立	0.2%	5.0%	23.7%	自立	0.7%	9.5%	46.3%
	部分介助	3.9%	46.4%	0.3%	部分介助	2.7%	32.7%	0.0%
	全介助	19.7%	0.5%	0.2%	全介助	7.5%	0.7%	0.0%
			全介助	部分介助	自立		全介助	部分介助
		利用開始時			利用開始時			

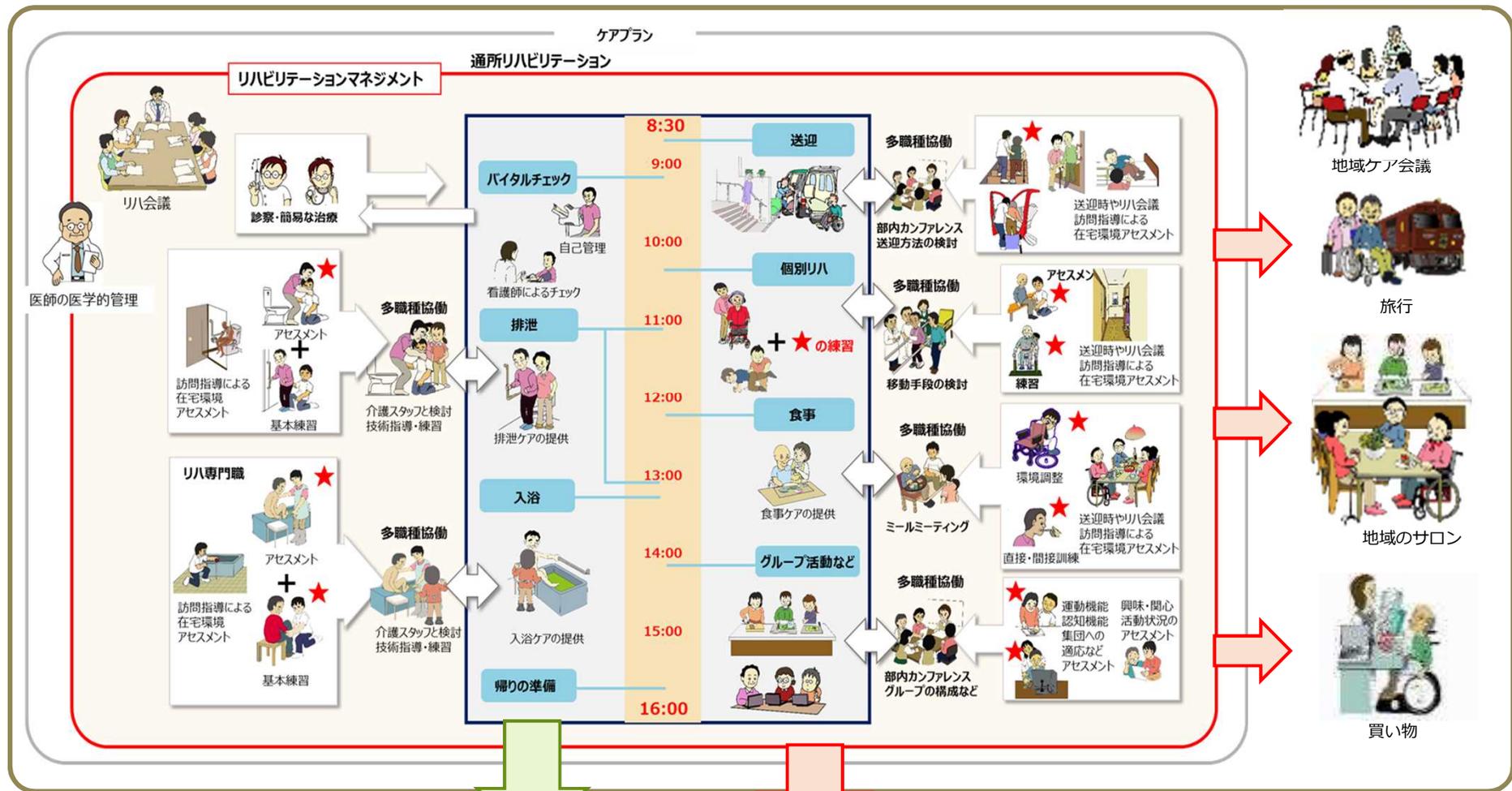
訪問・通所リハビリテーションの実態調査。全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

6-8時間は、「移乗」「トイレ動作」の項目において
利用開始時に自立していた割合が低く、3ヶ月後に改善した割合が高い。

日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会

図45

1人の利用者に対するプラン（従来型）



通所でみてくれるから、
自分の時間が作れて助かるわ



+



家でできることが増えたみたい
介護しやすくなったわ

日本リハビリテーション医学会，日本リハビリテーション病院・施設協会，日本訪問リハビリテーション協会，全国デイ・ケア協会

生活機能向上連携加算の創設（通所介護）

第158回 社会保障審議会介護給付費分科会,平成30年1月26日, 参考資料1より

概要

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、**通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価**する。

単位数

<現行>
なし



<改定後>

生活機能向上連携加算 200単位/月（新設）

※ 個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、**通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること**
- リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、**必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと**。

※ **介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型通所介護も同様**

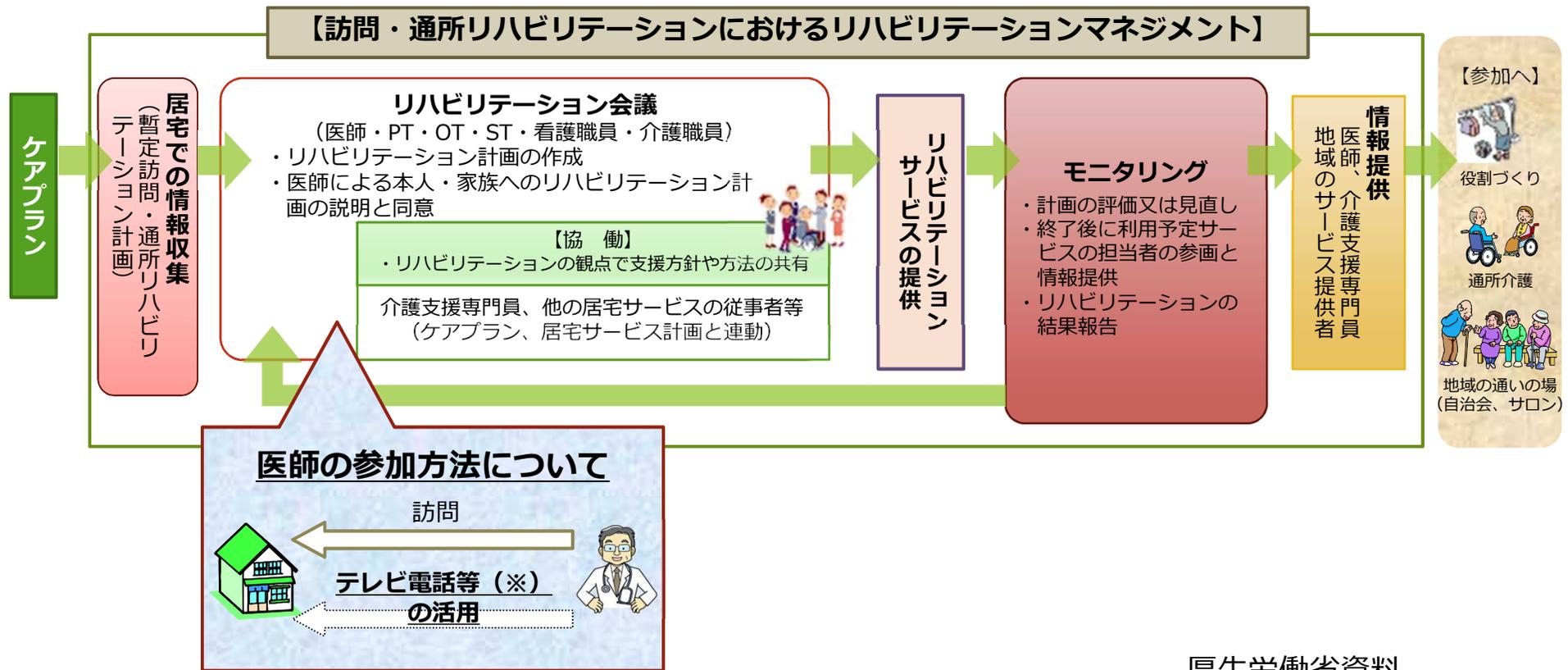
（一社）全国デイ・ケア協会

図47

ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- リハビリテーション会議（※）への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
※関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

- 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション**
- リハビリテーションマネジメントで求められているリハビリテーション会議への医師の参加が困難との声があることから、テレビ電話等を活用してもよいこととする。



※テレビ電話会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

厚生労働省資料

図48

リハビリテーション提供の目的は…

