

令和3年度 埼玉県医師会脳卒中地域連携研究会情報交換会

日時：令和4年2月9日（水）午後7時～
場所：県医師会5階大会議室 + Web

司会 埼玉県医師会脳卒中地域連携検討委員会委員長 丸木 親

開 会

挨 拶 埼玉県医師会常任理事 丸木 雄一

情報交換

脳卒中地域連携パス ver2.9について

講 演

『高齢者ケアとリハビリテーション』

医) 真正会 霞ヶ関南病院 理事長 齊藤 正身 先生

閉 会

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版]ver2.9

氏名	フリガナ ()
----	----------

診断名	脳梗塞(口ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳梗塞 □その他) 手術(口無 □有 [内容:□血栓回収 □その他])	(発症日:令和 年 月 日) (手術日:令和 年 月 日)
-----	--	----------------------------------

※ mRS : modified Rankin Scale

計画管理病院名()					
経過	入院時	リハ開始時	退院時(週)	転帰	
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS	O I II III IV V
目標と最終結果	診断の確定 治療方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復 リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能 リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要	自宅退院	
				回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟	老人保健施設
				介護施設	
				療養型病院	
治療 薬剤	常用薬の確認 点滴(□オザケレル □アルガトロン □エダラボン □t-PA) 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロビドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロビドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()	コメント		
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	入浴訓練	
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練	
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定	
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		

計画管理病院での所見等

かかりつけ医:□無 □有()		
既往		
抗血栓薬投与	□無	□有()
SSN利用	□無	□有
施設入所	□無	□有
介護保険	□無	□有 介護度:
脳卒中の危険因子	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症	
発症時所見	意識レベル JCS	※ 意識清明は0と記載する
	上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
	下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
	言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害
	その他	
	意識レベル JCS	※ 意識清明は0と記載する
	認知症(痴呆)	□無 □有 □不明
	高次脳機能障害	□無 □有 □不明
	言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害
退院時所見	視力・視野、眼球運動の問題	□無 □有()
	嚥下障害	□無 □有
	上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
	下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
	感觉障害、異常感覚等の訴え	□無 □有()
	失調、錐体外路症状、立位バランス障害	□無 □有()

性別	男・女	年齢	歳	住所	電話番号 ()
----	-----	----	---	----	----------

生年月日 M T S H	年	月	日
--------------	---	---	---

2段階目の保険医療機関等の名称()					
経過	入院・入所時	~退院・退所時()	転帰		
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS	O I II III IV V	
目標と最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了 自宅復帰の見込みがある リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要	自宅退院		
			老人保健施設	老人保健施設	
			介護施設	介護施設	
			療養型病院	療養型病院	
治療 薬剤	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロビドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロビドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロビドグレル □ワルファリン □DOAC() □他()	コメント	
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等				
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ				
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立			
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定		
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)				
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明				

3段階目の保険医療機関等の名称

()	外来診療開始 令和 年 月 日
介護サービス開始 令和 年 月 日	
自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
自宅復帰支援、再発予防・機能維持	
施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
再発予防・機能維持	

3段階目の保険医療機関等の名称					
初回受診時					
BI /100 あるいは FIM /126					
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126	退院時		
床上安静の指示	□なし	□あり	□なし	□あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	□できる	□できない	□できる	□できない	
寝返り	□できる □つかまれば可能	□できない	□できる □つかまれば可能	□できない	
起き上がり	□できる	□できない	□できる	□できない	
座位保持	□できる □支持があれば可能	□できない	□できる □支持があれば可能	□できない	
移乗	□できる □監視・一部介助	□できない	□できる □監視・一部介助	□できない	
移動	□できる	□要介助	□できる	□要介助	
口腔清潔	□できる	□できない	□できる	□できない	
食事の摂取	□自立 □一部介助 □全介助 ()		□自立 □一部介助 □全介助 ()		
衣服の着脱	□できる □一部介助	□できない	□できる □一部介助	□できない	
他者への意思の伝達	□できる □できる時とできない時がある	□できない	□できる □できる時とできない時がある	□できない	
診療・療養上の指示が通じる	□できる	□できない	□できる	□できない	
不隱・不眠・危険行為・問題行動	□無 □有()		□無 □有()		
日常生活機能評価(/19点)	点		点		
食事形態	□常食 □嚥下調整食(具体名)		□常食 □嚥下調整食(具体名)		
排泄動作	□自立 □監視 □要介助		□自立 □監視 □要介助		
排泄器具等	□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ		□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ		
入浴	□自立() □要介助 □非実施		□自立() □要介助 □非実施		
家族に対する機能予後説明 □無 □有	説明医師		説明医師		
家族、介護等の問題	説明日 年 月 日		説明日 年 月 日		
	患者/家族サイン		患者/家族サイン		
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版]ver2.9

氏名 フリガナ ()

診断名 口脳出血 □くも膜下出血
 手術(□無 □有[内容:]) (発症日:令和 年 月 日)
 (手術日:令和 年 月 日)

* mRS : modified Rankin Scale

性別 男・女 年齢 歳 住所 電話番号 ()

電話番号 ()

計画管理病院名()				
経過	入院時		リハ開始時	退院時(週)
日付	令和 年 月 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
目標 と 最終結果	診断の確定		症状の増悪がない	内科一般状態の安定
	治療方針の決定 急性増悪がない		早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復 ⇒ □ 自宅退院
				リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能 ⇒ □ 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟
				⇒ □ 老人保健施設
				リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 ⇒ □ 介護施設
				継続した医療行為が必要 ⇒ □ 療養型病院
治療 ／ 薬剤	常用薬の確認			コメント
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等	
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	入浴訓練
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明	
【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定				

計画管理病院での所見等		計画管理病院退院・転院時の機能状態		
かかりつけ医:□無 □有()		□気管切開		□吸引(頻度 /day)
既往		□褥創(部位))
抗血栓薬服用 □無 □有 ()		ADL		BI /100 あるいは FIM /126
SSN利用 □無 □有		床上安静の指示		□なし □あり
施設入所 □無 □有		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		□できる □できない
介護保険 □無 □有 介護度:		寝返り		□できる □つかまれば可能 □できない
脳卒中の危険因子 □高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症		起き上がり		□できる □できない
発症時所見	意識レベル JCS	座位保持		
	上肢麻痺	移乗		
	下肢麻痺	移動		
		口腔清潔		
	その他	食事の摂取		
退院時所見	意識レベル JCS	衣服の着脱		
	認知症(痴呆)	他者への意思の伝達		
	高次脳機能障害	診療・療養上の指示が通じる		
	言語機能障害	不隱・不眠・危険行為・問題行動		
	視力・視野、眼球運動の問題	□無 □有()		
	嚥下障害	日常生活機能評価(/19点)		
	上肢麻痺	□常食 □嚥下調整食(具体名)		
	下肢麻痺	排泄動作		
	感覚障害、異常感覚等の訴え	□自立 □監視 □要介助		
	失調・錯体外路症状、立位バランス障害	排泄器具等		
家族に対する機能予後説明 □無 □有		□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ)
家族、介護等の問題		入浴		□自立() □要介助 □非実施
説明医師		説明日		年 月 日
患者/家族サイン				

2段階目の保険医療機関等の名称()						
経過	入院・入所時	～退院・退所時()	転 帰			
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS	O I II III IV V		
目標 と 最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		日常生活能力の獲得			
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配		自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了	⇒ □ 自宅退院		
			自宅復帰の見込みがある	⇒ □ 老人保健施設		
			リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難	⇒ □ 介護施設		
			継続した医療行為が必要	⇒ □ 療養型病院		
治療 / 薬剤			コメント			
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等					
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ					
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立				
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定			
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)					
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明					

2段階目の保険医療機関での機能状態		入院時		退院時	
ADL		BI /100 あるいは FIM /126		BI /100 あるいは FIM /126	
床上安静の指示		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
寝返り		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる
起き上がり		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
座位保持		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支持があれば可能	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる
多乗		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 監視・一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる
多動		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要介助
口腔清潔		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
食事の摂取		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助()	<input type="checkbox"/> 自立
衣服の着脱		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる
他者への意思の伝達		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる
治療・療養上の指示が通じる		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
不適・不眠・問題行動等		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()
日常生活機能評価			点		点
食事形態		<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名)
排泄動作		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立
排泄器具等		<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル
		<input type="checkbox"/> 差込便器	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 洋式トイレ	<input type="checkbox"/> 差込便器
入浴		<input type="checkbox"/> 自立()	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 自立()
特記すべき事項				説明医師	
				説明日	
				年	月
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				患者/家族サイン	
認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					

B段階目の保険医療機関等の名称	
()
外来診療開始	令和 年 月 日
介護サービス開始	令和 年 月 日
自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
自宅復帰支援、再発予防・機能維持	
施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
再発予防・機能維持	
必要に応じて諸検査	
生活期リハビリ	
メント	

3段階目の保険医療機関での機能状態 初回受診時		
BI / 100 あるいは FIM / 126		
なし	<input type="checkbox"/> あり	
できる	<input type="checkbox"/> できない	
できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	
できる	<input type="checkbox"/> できない	
できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能	<input type="checkbox"/> できない	
できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
できる	<input type="checkbox"/> 要介助	
できる	<input type="checkbox"/> できない	
自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()		
できる <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	
できる	<input type="checkbox"/> できない	
無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> できない	
日常生活機能評価		点
常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名)	()	
自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助		
バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器		
差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ		
自立() <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施		
記事項	説明医師	
	説明日	
	年 月 日	
	患者/家族サイン	

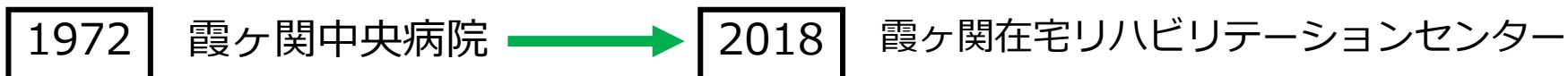
9 Feb. 2022

高齢者ケアとリハビリテーション



医療法人 真正会 霞ヶ関南病院 理事長
齊藤 正身

令和3年度埼玉県医師会脳卒中地域連携研究会情報交換会



1987 霞ヶ関南病院

→ 自宅に帰る前のステージとしてオープン

急性期と慢性期の患者様が混在！

→ 在宅復帰を目指したアプローチ

- チームアプローチ：ケアプラン、病棟チーム制
- リハビリテーション：機能の充実、マンパワーの強化
- コミュニティケア：地域住民最優先、地域連携を重視

1996 厚生省 高齢者介護サービス体制整備検討委員会 委員
(要介護認定・介護支援専門員の養成・・・)

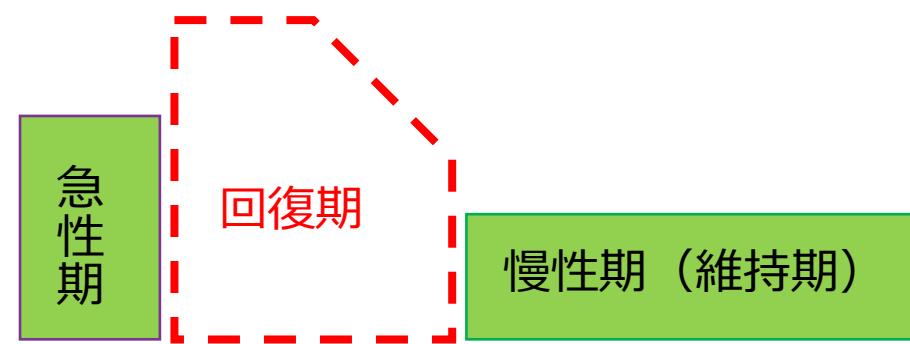
1996

厚生省 高齢者介護サービス体制整備検討委員会 委員
(要介護認定・介護支援専門員の養成・・・)

2000

- 公的介護保険制度 スタート
- 回復期リハビリテーション病棟入院管理料 導入

リハビリテーションの提供について



医療保険

介護保険

2000年 公的介護保険制度導入時・・・

ドイツ介護保険法において『予防とリハビリテーションの優先』の規定（第5条）が置かれ、さらに『自己責任』として、被保険者が予防・リハビリに努めることが義務づけられていた（第6条）ことであった。

リハビリテーション前置主義

日本では、明文化されなかった・・・

2010年10月の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直し意見」に「リハビリテーションについては（中略）リハビリ前置の考え方方に立って提供すべきである」との表現を盛り込まれた。

当初、「意見（素案）」には「リハビリテーション前置主義」は含まれていなかつたが、2011年11月25日の第37回介護保険部会でそれを盛り込むことを強く主張し、加筆された。

「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

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

1. 要介護者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、能力の維持向上を図るために、リハビリテーションは不可欠である。
2. 施設・在宅の区別なく、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。
3. 在宅での実生活の場面に直面しながら、自立した生活を目指すために、訪問によるリハビリテーションの提供は有効であり、自宅での閉じこもりを防ぎ、社会との接点を持ちながら自立した生活の幅を広げていくために、通所におけるリハビリテーションの提供は有効である。
4. 地域の特性に応じて、単独型・併設型・包括型等の多様な形態で運営されることが望ましい。

5. 訪問、通所、短期入所、入所等によ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ことによって、リハビリテーションのニーズに臨機応変に対応できる。医療面でのバックアップが可能な老人保健施設や有床診療所や病院等の医療機関がその役割を担うことが期待される。

加えて、地域ネットワーク拠点としての機能も持ち合わせるべきである。

→ **地域包括ケアシステム等の目指す方向性に適応**

6. リハビリテーションの提供は、単に能力の維持回復を達成することだけが目的ではなく、要介護者の心身両面の可能性を引き出し、明日への新たな希望をもたらすために最期まで必要なサービスと位置づけるべきである。

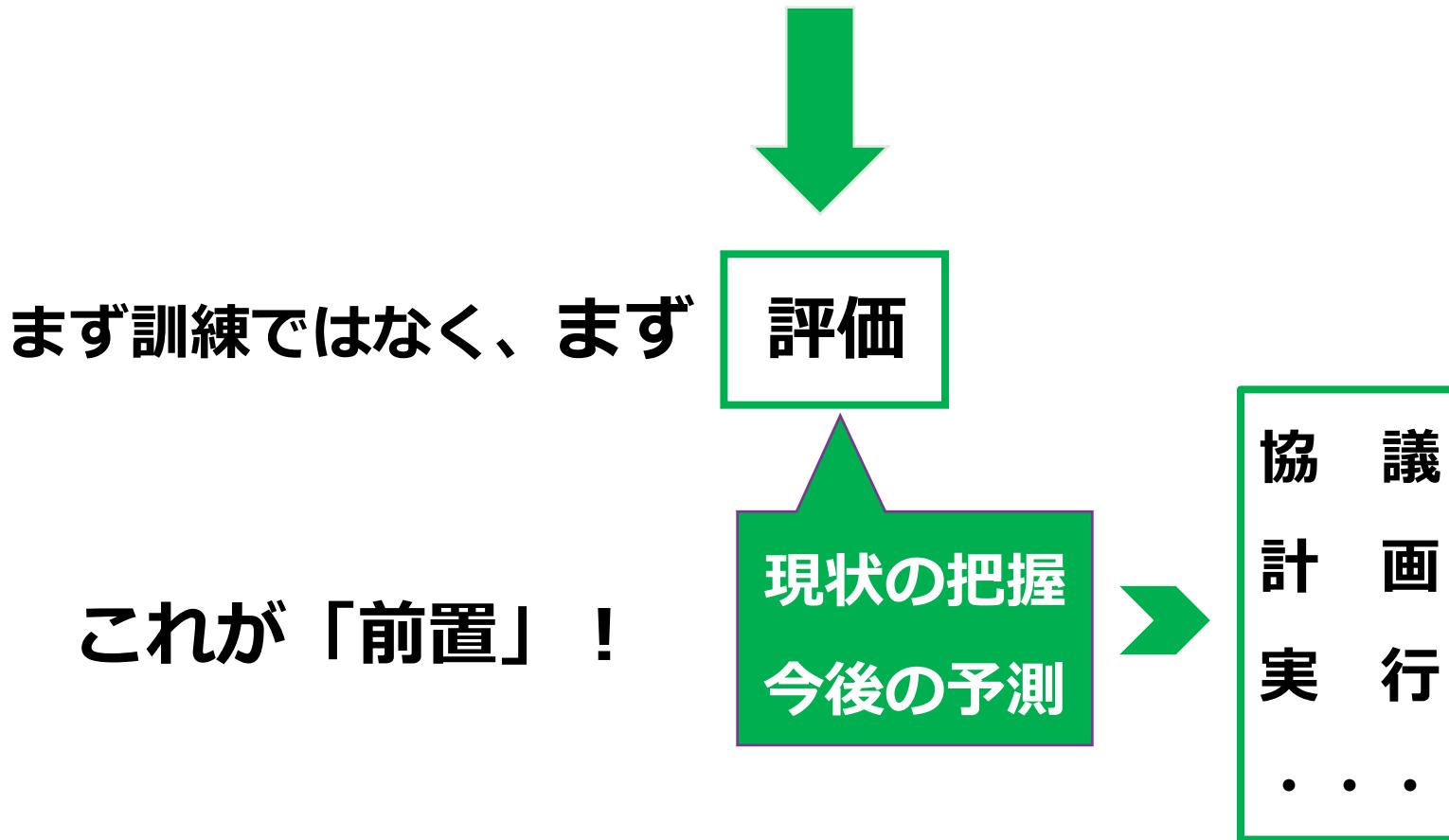
「介護」におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿

- ◆ 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。

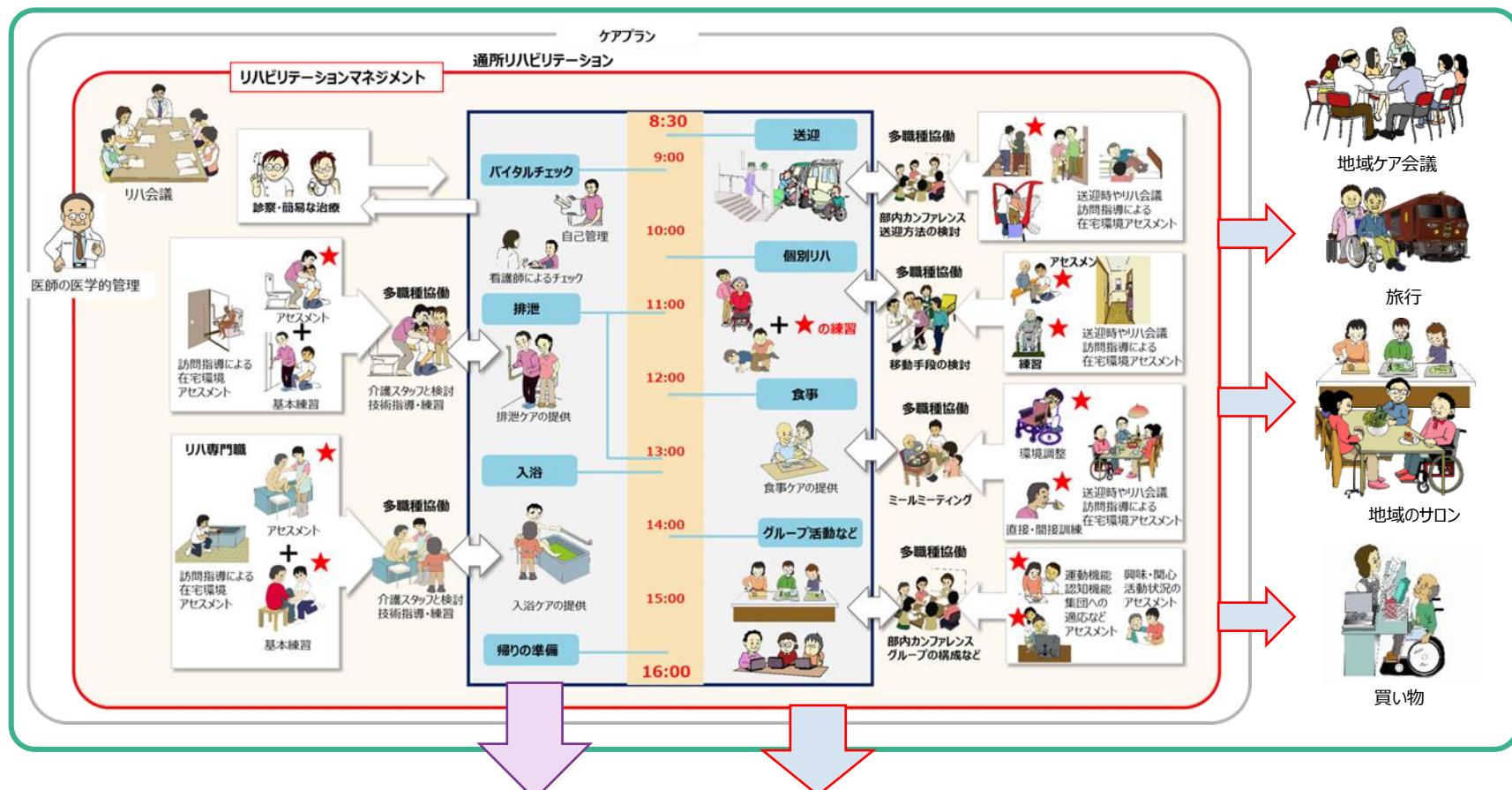
地域包括ケアシステムを実現させるためには…

リハビリテーションの推進

リハビリテーション前置の考え方を再確認する。



1人の利用者に対するプラン（通所リハビリテーション）



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

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。



急性期・回復期・慢性期・・・どの時期でも
介護者（スタッフ・家族）のケアの実際に目を向ける。



自立に向けた取り組みは、本人だけでなく家族にとっても有益！

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)				
3ヶ月後	自立	0.1%	0.6%	7.3%
	最小限 介助	0.0%	2.4%	20.7%
	部分介助	0.4%	6.8%	0.5%
	全介助	1.4%	0.3%	0.2%
		全介助	部分介助	最小限 介助

○ 移乗 (1-2時間)				
3ヶ月後	自立	0.0%	0.7%	2.7%
	最小限 介助	0.0%	2.0%	8.8%
	部分介助	0.0%	1.4%	0.7%
	全介助	0.0%	0.0%	0.0%
		全介助	部分介助	最小限 介助

○ 歩行 (6-8時間)				
3ヶ月後	自立	0.2%	0.8%	6.4%
	部分介助	0.9%	4.8%	37.2%
	車椅子 使用	1.3%	10.4%	0.6%
	全介助	5.3%	0.2%	0.1%
		全介助	車椅子 使用	部分介助

○ 歩行 (1-2時間)				
3ヶ月後	自立	0.0%	0.7%	10.9%
	部分介助	0.0%	4.1%	21.1%
	車椅子 使用	0.7%	5.4%	0.0%
	全介助	0.0%	0.0%	0.0%
		全介助	車椅子 使用	部分介助

○ 階段昇降 (6-8時間)				
3ヶ月後	自立	0.2%	5.0%	23.7%
	部分介助	3.9%	46.4%	0.3%
	全介助	19.7%	0.5%	0.2%
		全介助	部分介助	自立
		全介助	部分介助	自立

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：訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業. 2017

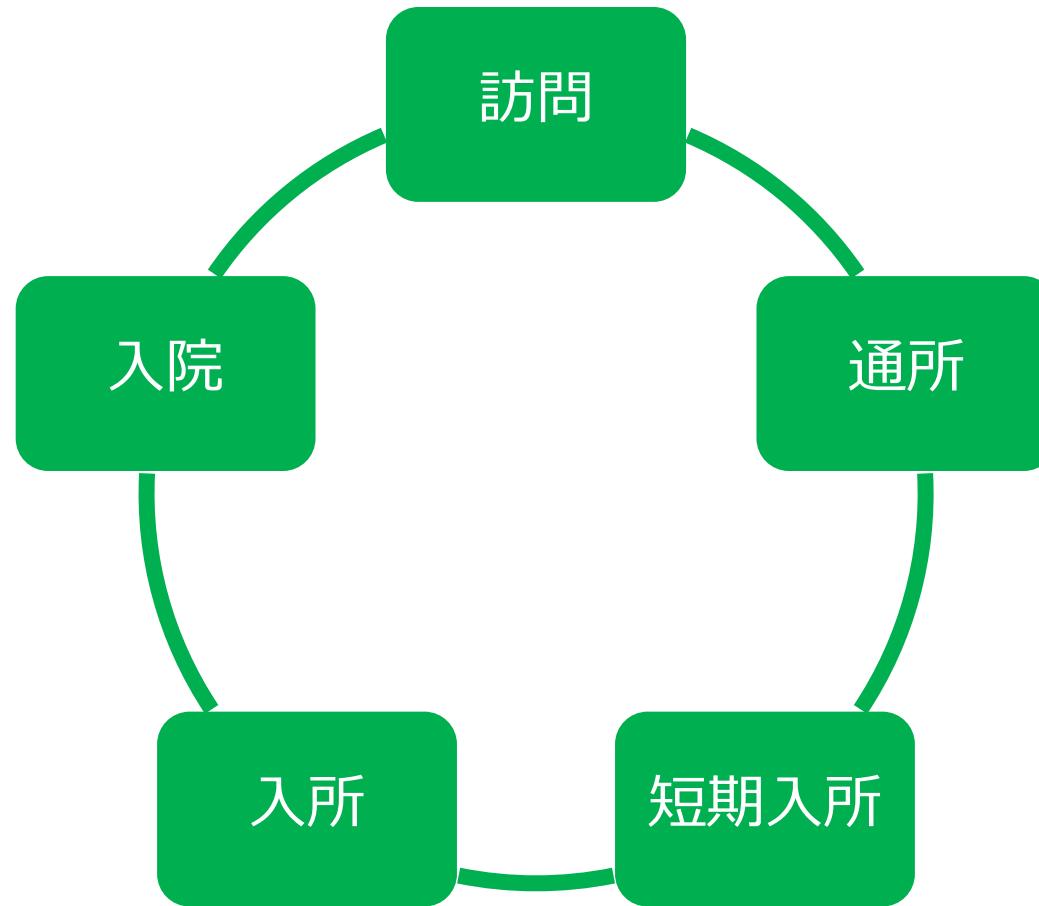
6-8時間は、「移乗」「トイレ動作」の項目において
利用開始時に自立していた割合が低く、3ヶ月後に改善した割合が高い。

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。



コロナ禍での困難な提供を経験して
改めて確信できた！

その時、最適な提供手法は・・・

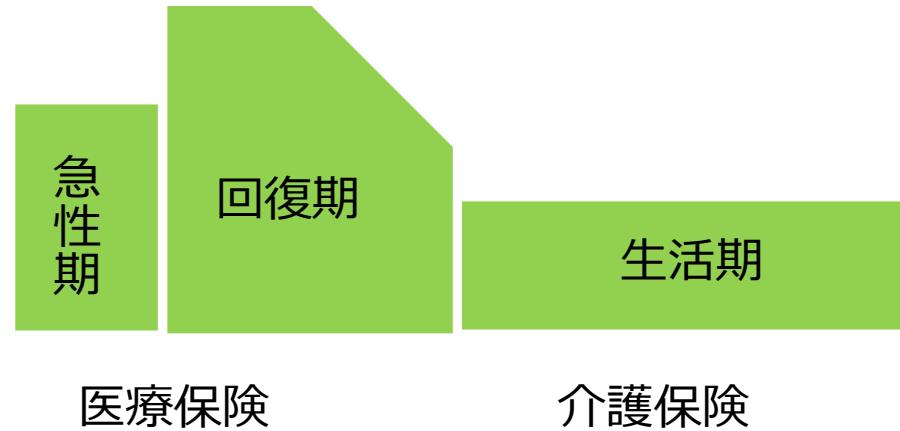


たとえ災害やパンデミックがあっても
提供しなければならない
リハビリテーションとは・・・

- ◆適切な現状把握と今後の予測
- ◆柔軟な提供手法の選択
- ◆自助・互助へのアプローチ
- ◆廃用症候群の予防と対応

全て平時から取り組むべきこと！

2012年頃から



「これまでリハビリテーションの流れを『急性期→回復期→維持期』、あるいは『川上から川下へ』という言葉で表現してきました。しかし、『維持期』は低下しないように現状をなんとか保つという意味があり、言葉から受ける印象は明るくありません。

また、社会参加を促し、生活環境を整備することなどによって身体的・精神的にも安定した自立生活を送れるよう支援し、高齢者によつては、最後のとき今までかかわってくるこの大事な時期は、『川下』というにはあまりにも広く深いと思います」

高齢者リハビリテーション研究会（2004）

「高齢者介護研究会」のとりまとめで報告された、「高齢者がたとえ介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能にする『高齢者の尊厳を支えるケア』の実現を目指すために、介護予防・リハビリテーションの充実が重要な柱であること」に応えるために設置された研究会である。

わが国の高齢者リハビリテーションの現状と課題、これからの見直しの方向性についてとりまとめている。

高齢者リハビリテーションのあるべき方向性



リハビリテーションにおける 介護保険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

痴呆（認知症）

関節疾患



軽度の要介護者が急増

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

要支援・軽度の要介護者へのサービス

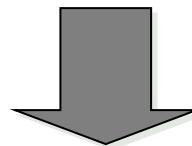


要介護状態改善につながっていない



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



<脳卒中モデル>

<廃用症候群モデル>

<認知症モデル>

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

これからの高齢者ケア

介護の必要な人に適切なケアを

介護の必要な人のレベルダウンを防止

介護が必要にならないように

介護予防

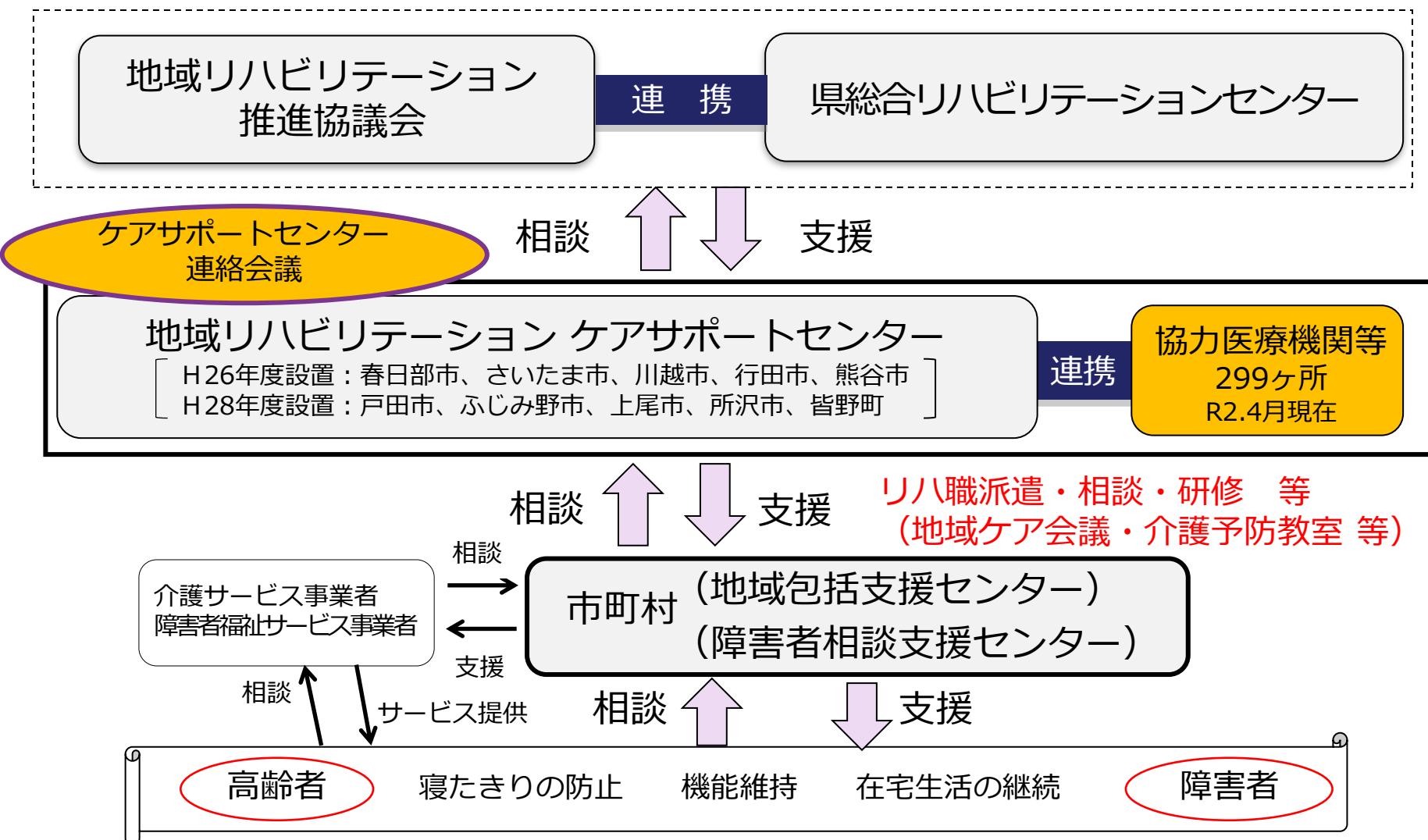
(新) 埼玉県地域リハビリテーション 支援体制整備事業 再構築のきっかけ

- ・平成23年3月11日： 東日本大震災 発災
- ・平成23年3月15日： 原発事故によりさいたまスーパーアリーナへ避難
- ・平成23年3月22日： 県医師会長の要請により、ボランティア活動開始
- ・平成23年4月15日： 震災対応廃用予防ボランティアミーティング（250名）
- ・平成23年4月20日： 埼玉県（旧騎西高校）に避難された、福島県双葉郡双葉町に対し、県の医師会、理学療法士会、作業療法士会および言語聴覚士会で、4団体合同リハビリボランティア組織「CBR-Saitama Med.」を結団し、廃用予防を目的としたボランティア活動を開始。

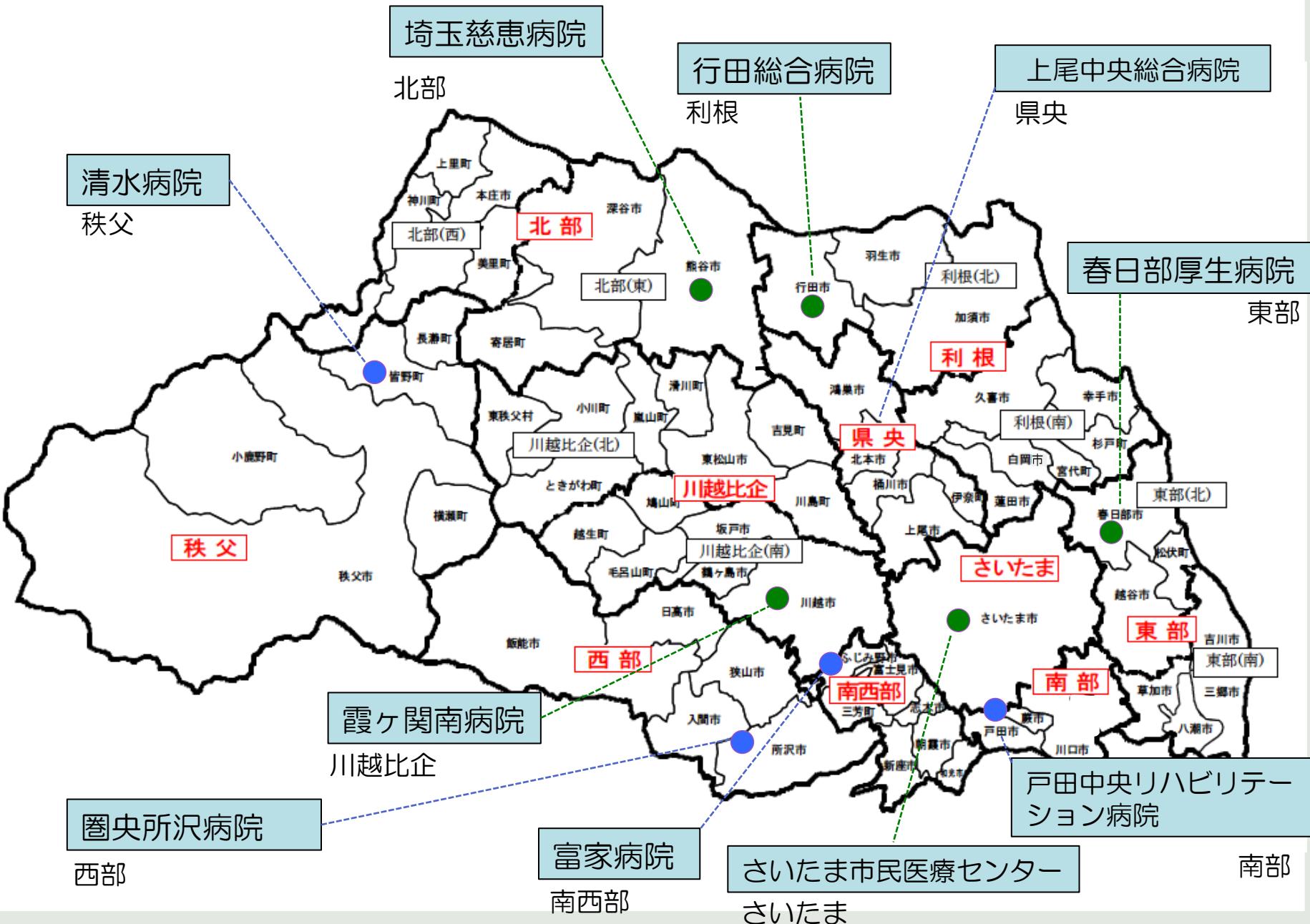
- ・平成25年2月 : 県議会で質問「埼玉県のリハビリテーション体制を問う」
↓
地域包括ケアの実現に向けた地域リハビリテーション支援体制の相談が始まる。

リハビリテーション職を派遣するスキームと多団体での協力体制が原点に

埼玉県における地域リハビリテーション支援体制



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



住民主体

市町村のヤル気

都道府県の前向きな戦略

医療機関や関係団体の協働による支援