

京都式地域包括ケア推進事業における 地域リハ支援プロジェクト

武澤信夫¹⁾，平澤泰介²⁾

¹⁾ 京都府立医科大学大学院医学研究科神経内科学・学内講師
京都府リハビリテーション支援センター・センター長

²⁾ 京都府立医科大学・名誉教授
京都府リハビリテーション教育センター長

要旨：

京都府では2005年に、京都府健康福祉部リハビリテーション支援センターを京都府立医大付属病院内に開設し、京都府全医療圏域に地域リハ支援センターを開設した。

2010年には、「京都式地域包括ケア推進プラン」の一翼に「総合リハ推進プラン」を位置づけることにより、「人材の確保育成」、「施設の拡充」「連携体制の構築」を3本柱とした地域リハ支援センターの拡大・充実を図るとともに、2011年6月から「オール京都体制」で「京都地域包括ケア推進機構」を立ち上げ、医療・介護・福祉のそれぞれの分野の方々が力を合わせ、「京都式地域包括ケア」の推進に取り組んでいる。さらに京都府では、全国でも初めての試みである京都大学、京都府立医科大学、京都府医師会をはじめとした医療関係団体、リハビリテーション関連病院、京都府・京都市の行政関係者が一体となってリハ医療成事業を開始し、2013年7月にリハ医師等を教育・養成する「京都府リハビリテーション教育センター」を設立した。

住まいを基盤として、皆が安心して住みなれた地域で暮らせるという大きな目的を「包括システム」は担っている。それにはリハ医療の充実と前進は欠かすことができない。

I. はじめに

我が国はこれまでに経験したことのない超高齢社会を迎えている。2011年6月に、京都府では、「オール京都体制」で「京都地域包括ケア推進機構」を立ち上げ、医療・介護・福祉のそれぞれの分野の方々が力を合わせ、「京都式地域包括ケア」の推進に取り組んでいる。厚労省の地域包括ケアの理念は、医療、介護、住まい、生活支援、予防は5つの輪で表現され、これらを一体として提供することがそのねらいである。この京都地域包括ケア推進機構では、「認知症」・「リハビリテーション（以下、リハ）」・「看取り」を「地域包括3大プロジェクト」として位置づけており、その中軸を担うのがリハ医療である。

II. リハビリテーション医療の現状と今後の課題

1989年に、日本は高齢化社会を迎えて、高齢者保健福祉10カ年戦略（ゴールドプラン）が策定され、病院・施設を中心とした医療・福祉体制から、ホームヘルパー、デイケア・デイサービス、ショートステイを3本柱とした在宅介護サービスを充実・拡大する方向に大きく転換した。

2000年には、厚労省は在宅サービスの拡大の上で、公的介護保険を実施してきた。そして、介護保険の実施に当たり、厚労省はリハ前置という理念のもとに、全国で回復期リハ病棟の導入と図2のように地域リハ支援体制整備事業を開始した。この政策により、リハ医療体制は、急性期リハ、回復期リハ、維持・生活期リハに区分され、地域連携を図ることにより、適切な時期に必要な量のリハ医療を提供する体制を構築することとなった。

2000年以降、飛躍的なリハ医療の拡大が図られ、その中心に回復期リハ病棟が位置することになり、現在、全国で約8万床が創出されている。おおよそ、50床あたり、1～2名のリハ医と20～30名のセラピストが必要であり、この間約1600～3200名のリハ医と約32000～48000名のセラピストが担っているものと思われる。そして、このリハ医療の大きな構造的な転換は、同時に、医療全体の在り方も大きく転換しつつあるものと思われる。

そして、超高齢社会へと進む現在、益々、リハ医療への期待が高まっている。一方、障害者（児）医療や、難病医療を含めて、リハ医療のニーズが増加し、介護や福祉との緊密な連携が叫ばれるよ

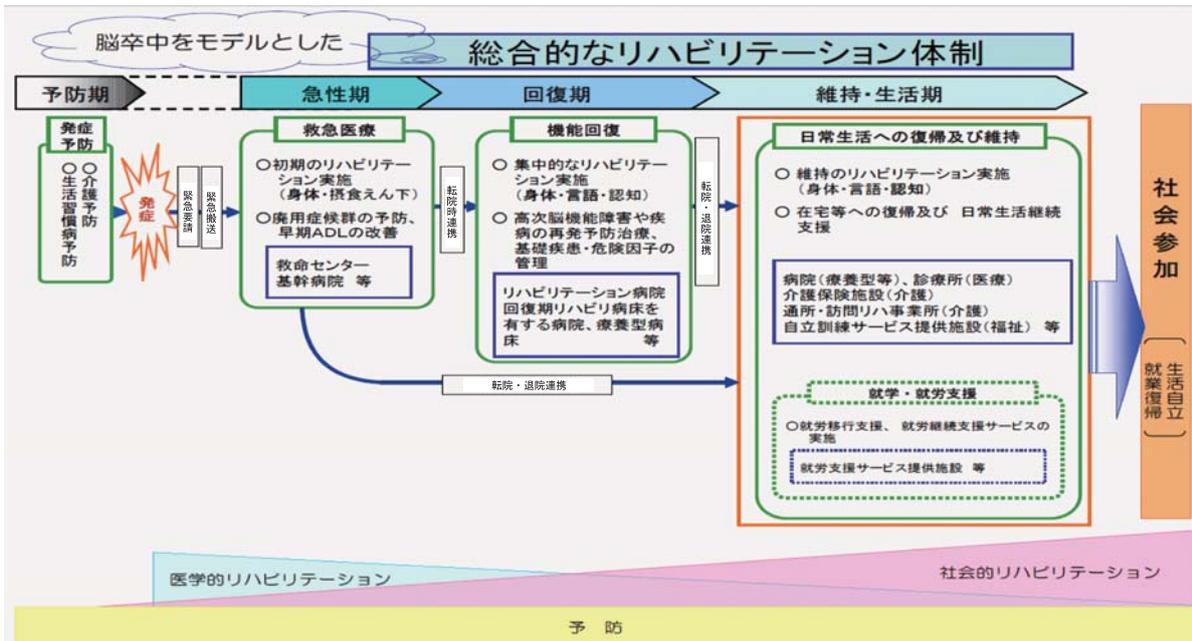


図. 1 第5次医療法改定（4疾病5事業）

うになってきた。

2007年に厚労省は、第5次医療法改定により4疾病5事業を掲げ、図1のように医療の機能分化と地域連携システムの構築を課題とした。その中で、脳卒中診療をモデルとして急性期・回復期・維持生活期の区分とリハ医療を軸にした連携をあげ、診療報酬改定時に地域連携診療管理料を導入し、政策的な誘導を図ってきた。

また、この間のリハ医療の現状をふりかえると種々の問題点がクローズアップされてくる。主な問題点とその対策をみると以下ようになる。

- 1) 「急性期リハ」では、以下のような問題点が挙げられる。(1) 急性期医療機関における急性期リハに対する関心が不足している。(2) リハ科の設置がない場合が多い。(3) 理学療法士（以下、PT）・作業療法士（以下、OT）・言語聴覚士（以下、ST）・医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）等のコメディカルスタッフの配置が充分とはいえない。同様に看護師も少なく、早期離床と早期リハ実施が不十分である。

これらの現状に対して考えられる今後の展望としては、急性期病院におけるリハサービスを普遍化し、早期離床と早期リハが行えるようにして実施し、廃用症候群の予防とともにADLの再獲得による早期自立を目指していかなければならない。しかし、京都府下

においては急性期病院におけるリハ医の関与は充分に行われておらず、検討の余地がある。

- 2) 「回復期リハ」では、主に回復期リハ病棟において自宅復帰を目指した機能回復訓練や日常生活動作訓練を行い、できる限りの日常生活動作能力の向上を図る。しかし、以下のような点において病棟間格差の拡大が見られる。(1) 患者の病態が複雑かつ多様化しているため高度な対応が必要である。(2) 病棟専従PT・OTや病棟看護職などの配置が十分にゆきとどいていない。(3) リハ科医の不足が認められる。京都府下においては回復期リハ病棟の数と質の向上を図っていくことが今後の課題である。
- 3) 「維持・生活期リハ」では、病気や障害とつきあいながらも生活の質（quality of life, QOL）が最大限に確保され維持できることが目標となる。在宅リハの適切な普及にあたって、まず、かかりつけ医がリハ医学上の対処の必要性を認識し、コメディカルとの連携に力を注ぎ、各施設と必要に応じて対応できるような態勢を作り出すことが大切と考える。かかりつけ医や地区医師会の担当医が中心となってコメディカルスタッフ、福祉・介護担当者、そして保健所や行政のスタッフなどが集まり、話し合いを行って、情報交換による連携が重要なポイントとなる。

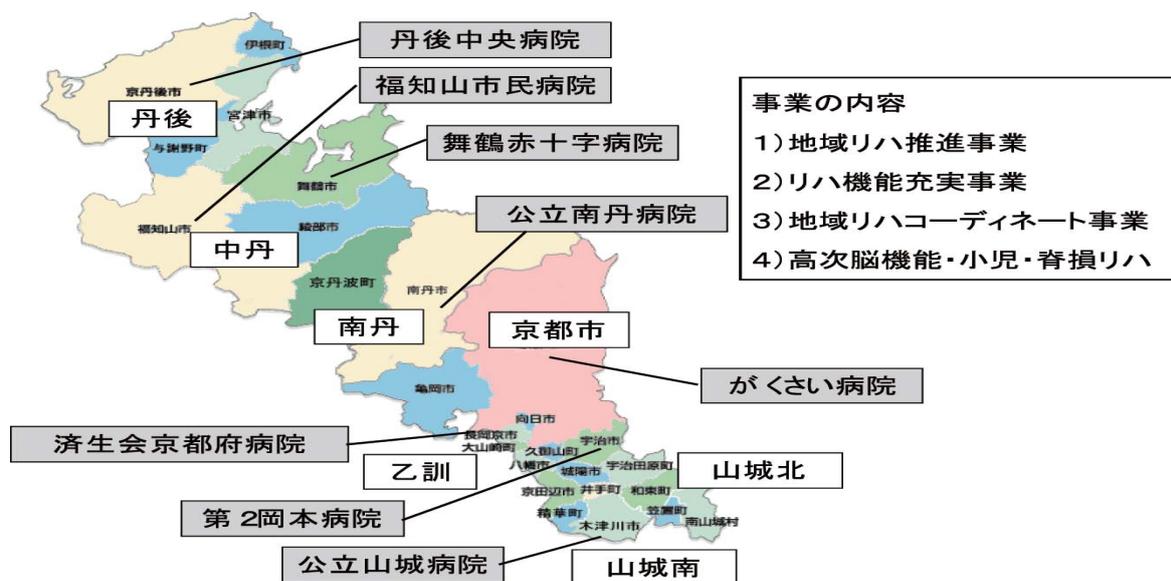


図. 2 京都府地域リハビリテーション支援センター指定医療機関

表. 1 総合リハビリテーション推進アクションプラン

<p>1) 人材の確保・育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士等修学資金事業（新規） ・リハビリ専門職就業フェア（新規） ・リハビリ人材育成事業（拡充） <p>2) 施設の拡充</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリ支援センター機能充実事業（新規） ・訪問リハビリ事業所整備事業（新規） ・回復期リハビリ病棟整備事業（新規） <p>3) 連携体制のシステム化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリ・コーディネート事業（新規） ・クリティカルパス・IT病診連携推進事業（新規）

(2011年～2013年の3年計画)

Ⅲ. 京都府総合リハビリテーションの推進について

2005年に、京都府では京都府健康福祉部リハビリテーション支援センターを京都府立医大付属病院内に開設し、全医療圏域に地域リハビリ支援センターを開設した。

京都府は南北に長く、北部の丹後半島で日本海に通じ、南部で奈良と接し、南部・北部ともに医療過疎地区を有している。地域別では、中丹圏域で32.9%、丹後圏域で39.5%と、特に府北部の高齢化率が高くなっている。独居高齢者の数も多い。

そして、2010年には、京都府地域リハビリ推進連携会議（座長：平澤泰介・京都府立医科大学名誉教授）より中間報告が出され、表1のように「京都府総合リハビリテーション推進プラン」が策定された。

京都府では、同時期に策定した「京都市域地域包括ケア推進プラン」の一翼に「総合リハビリ推進プラン」を位置づけることにより、「人材の確保育成」、「施設の拡充」「連携体制の構築」を3本柱に事業目標として、図2のように地域リハビリ支援センターの拡大・充実に図りリハビリ供給体制をはかってきた。そして、総合リハビリ推進事業の目標を、2次医療圏の地域リハビリ支援センター、回復期リハビリ棟や介護老人保健施設を地域の在宅リハビリ支援拠点として位置付け、日常生活圏域の地域包括支援センターへのリハビリ支援により、自立支援型の地域包括ケアシステムを目指すこととした。

そして、日常生活圏域における在宅リハビリが普及するためには、医療の中心となる在宅主治医すなわち"かかりつけ医"の存在がカギとなる。現状では、通所リハビリ、短期入所そして訪問リハビリなどについてそれぞれが鍵となる。とりわけ、超高齢化に伴い、病院・施設・在宅でのリハビリの需要は更に高まることが予想されており、リハビリについては、京都府でも2025年までに200名を養成する目標を掲げられている。誰もが回復期リハビリ棟や在宅などで、リハビリを受けられる環境を今後整備していくためにも、リハビリに関わる医師を教育・養成することが必要である。

そのため、京都府では、全国でも初めての試みであるが京都大学、京都府立医科大学、京都府医師会をはじめとした医療関係団体、リハビリテーション関連病院、京都府・京都市の行政関係者が一体となって、リハビリ養成事業を開始した。京都

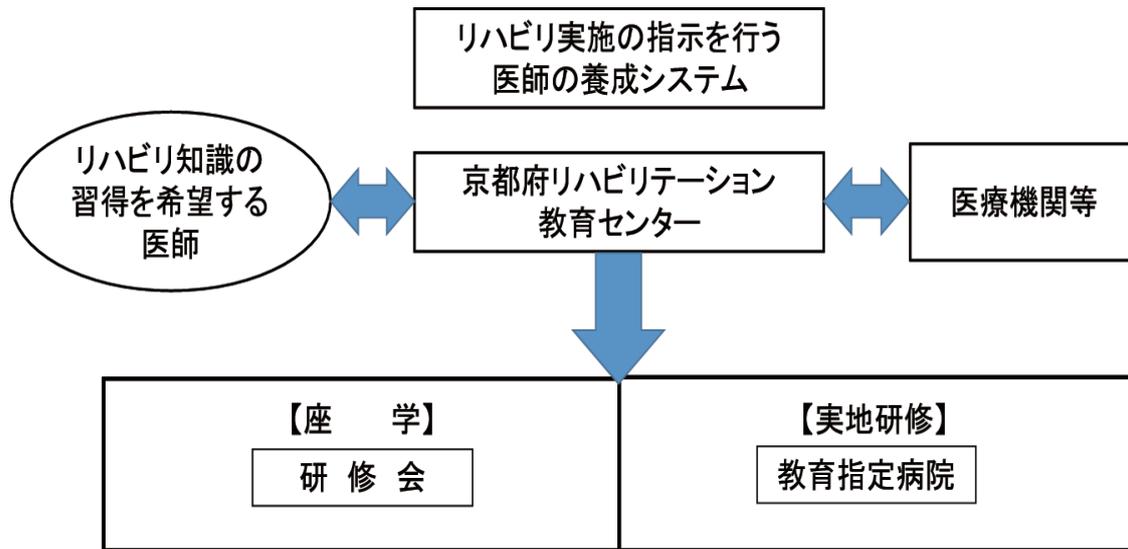


図. 3 京都府のリハビリテーション医師養成事業

式地域包括ケア推進事業の3大プロジェクトに、地域リハ支援事業を位置付け、リハ医養成を、地域リハ推進と先端的リハ治療とともにその基軸とした。

そして、2013年7月に、図3のように京都府では行政・大学・医療界が一体となって、リハ医師等を教育・養成する「京都府リハビリテーション教育センター」を設立した。

この教育センターでは、新たにリハビリテーションを学びたい医師、リハビリテーションの基本事項を学び、在宅リハを通じて将来地域包括ケアを推進しようとするかかりつけ医（開業医）等、専門的な教育を受け、先端的知識を学び臨床認定医等の取得を目指す医師などを対象とした教育プログラム（座学及び実地研修）の提供を始めている。

さらに、昨年10月に設立した京都府立医科大学リハビリテーション医学教室とも連携し、リハに関わる医師等を教育・養成することで、京都府内全域で均等の取れたリハ医療を充実させていきたい。地域リハ支援プロジェクトが推進され、在宅リハを含む地域リハが発展し、リハ医や専門職の数と質の充実がされ、さらに先端的リハ治療の研究などが大きく推進されることが期待される。

IV. おわりに

京都府においては地理的な特徴があり、過疎なところもあり、高齢化や医師不足が深刻な地域もある。特に府北部のリハ提供体制を充実させることは喫緊の課題である。

その地域によって、風土、生活環境、地域が医療に求める内容が大きく異なる。その中であって医療の面からみれば、病気や障害とつきあいながら患者の悩みを十分に聞き、心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保できる、かかりつけ医の養成が理想的である。

一方、地域医療もさらに多くの問題をかかえている。かかりつけ（開業）医も高齢となっている地区も多い。それに対しては勤務医と地域医療との緊密な連携や多職種との連携も必要である。それには多職種による地域ケア会議の企画や介護施設での情報の収集と分析、さらに地区医師会への働きかけによる在宅医療の円滑化も重要である。健康維持、疾病予防、生活支援、医療サービス、介護サービスが充実し、高齢者・障害者（児）を含めて皆が安心して住みなれた地域を暮らせることが大きな目的を「包括システム」は担っている。それにはリハ医療の充実と前進は欠かすことができない。京都式地域包括ケア推進事業における地域リハ支援プロジェクトを中心にまとめた。

【参考・引用文献】

- 1) 武澤信夫：京都府における地域包括ケアの展開。臨床リハ、23：40-47, 2014.
- 2) 武澤信夫：京都府地域包括ケアシステムにおける総合リハビリテーション推進プランの展開と課題。Jpn Rehabil Med 51：125-129, 2014.