

参 考 資 料 3

- 島根県地域リハビリテーション指針

島根県地域リハビリテーション指針

平成12年 3 月

島根県健康福祉部

目 次

I. 指針策定の目的	1
II. リハビリテーションの概念及び流れ	3
1. リハビリテーションの概念	3
2. リハビリテーションの流れ	4
III. 地域リハビリテーションの推進	6
1. 現状と課題	6
2. 基本的考え方	8
3. 基本的推進方針	11
(1) 要介護状態になることの子防の推進	11
(2) 医療提供体制の整備（施設・設備整備）	12
(3) 介護保険サービス提供体制の整備	13
(4) 地域リハビリテーション推進体制の整備	14
(5) 人材（リハビリテーション専門職員）の確保、育成	15
(6) 地域リハビリテーションに関する普及・啓発の実施	15
(7) 圏域別地域リハビリテーション連携指針の策定	15
4. 具体的推進方策	15
(1) 要介護状態になることの子防の推進	15
①老人保健事業	
②高齢者丸ごと安心生活サポート事業	
③調査・研究事業	
④生きがい対策（社会参加活動）	
(2) 医療提供体制の整備（施設・設備整備）	17
(3) 介護保険サービス提供体制の整備	19

(4) 地域リハビリテーション推進体制の整備	19
① 支援体制の整備	
○ 島根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支援センター	
② 関係機関・団体の機能と役割分担	
○ 県	
・ 本庁	
・ 健康福祉センター	
・ 介護研修センター	
○ 市町村	
・ 保健福祉担当課	
・ 市町村保健福祉総合センター	
○ 市町村社会福祉協議会	
○ 在宅介護支援センター	
○ 医療機関	
・ 県立中央病院	
・ 地域中核病院等	
・ リハビリテーション機能を持つ医療機関	
・ かかりつけ医	
○ 老人保健施設	
○ 訪問看護ステーション	
○ 特別養護老人ホーム	
○ デイサービスセンター	
○ 身体障害者更正援護施設	
○ 住民団体等	
③ 関係機関・団体の連携方法	
○ 二次医療圏	
○ 一次医療圏（市町村）	
(5) 人材（リハビリテーション専門職員）の確保、育成	28
(6) 地域リハビリテーションに関する普及・啓発の実施	28
(7) 圏域別地域リハビリテーション連携指針の策定	29

- ①協議機関（地域保健福祉協議会）
- ②内容
- ③検討すべき具体的項目及び方向性（例示）
- ④報告
- ⑤進行管理

IV. 参考資料	33
1. リハビリテーション用語の整理	33
①リハビリテーションサービス	
②医学的リハビリテーションサービス	
③リハビリテーションプログラム	
④維持期リハビリテーション	
⑤地域リハビリテーション	
2. リハビリテーション資源の状況	34
(1) 医療機関のリハビリテーション機能の状況	35
(2) リハビリテーション資源調査（アンケート）の実施	37
3. リハビリテーション関連補助事業等一覧	42

I. 指針策定の目的

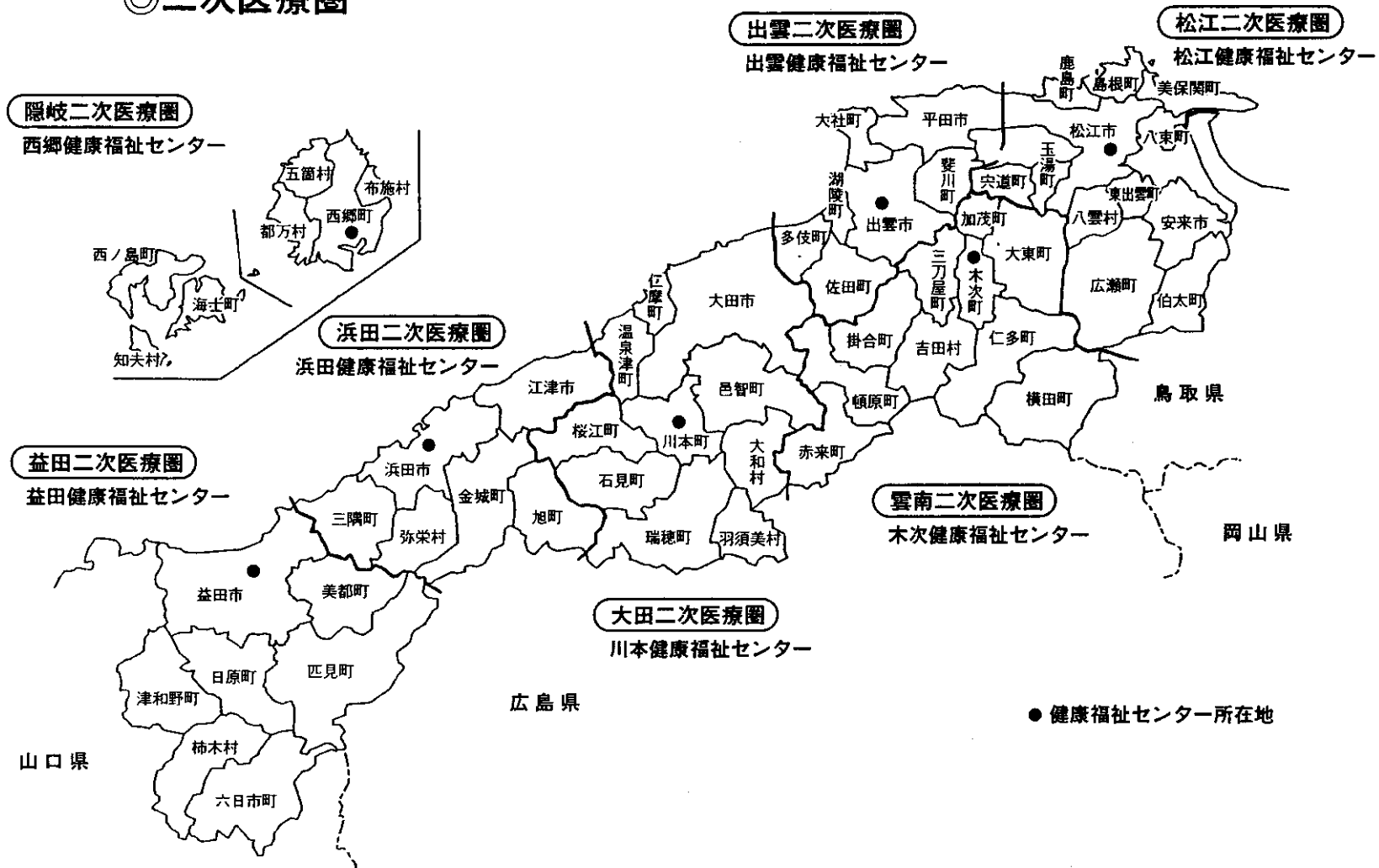
近年の急速な人口の高齢化による慢性疾患の増加等、疾病構造の変化を背景として、脳血管疾患、心疾患、筋骨格系の疾患等の機能障害を伴う患者が増加してきており、リハビリテーションに対する需要が増加してきている。

また、平成12年4月からの介護保険制度の導入を契機としてリハビリテーションの重要性が広く認識されるようになってきている。

こうした社会情勢の変化を踏まえ、平成11年8月31日に告示された「島根県保健医療計画～しまね健康プラン～」の重要な柱の一つとして、「地域リハビリテーションの推進」（第5章第1節6）を位置づけ、「体制整備の方向」を示したところである。これを受けて、島根県のリハビリテーションの円滑な推進を図るため、この指針を策定するものである。

なお、平成12年度には本指針を受け、各二次医療圏域ごとにそれぞれの地域実情を十分に踏まえ、圏域内の医療提供体制、介護保険サービス提供体制、要介護状態になることの予防対策の推進、地域リハビリテーション推進体制の整備、人材の確保・育成等について現状及び課題の把握、課題解決のための具体的方策等を検討するとともに、それぞれの関係機関等の役割・連携のあり方等を記載した「圏域地域リハビリテーション連携指針」を策定し、住民の身近な地域でのリハビリテーションの円滑な推進を図ることを目的とする。

◎二次医療圏



Ⅱ. リハビリテーションの概念及び流れ

1. リハビリテーションの概念

リハビリテーションの定義については、現在は以下のような定義が一般的に用いられており、単に運動障害の機能回復訓練の分野を言うのではなく、障害をもつために社会生活から疎外されている者が全人権的復権を目指し、住み慣れた地域でより豊かな生活が送れるよう、健常者とともに社会参加していくノーマライゼーションを実践する社会をつくりあげていくことであるということが出来る。

◎リハビリテーションの定義

- リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利を起す諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することを目指すあらゆる処置を含むものである。リハビリテーションは、障害者を訓練してその環境に適応させるだけでなく、障害者の直接的環境及び社会全体に介入して彼らの社会統合を容易にすることを目的とする。障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会はリハビリテーションに関係する諸種のサービス計画と実施に関与しなければならない。(WHO 1981)
- リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限定したプロセスである。(国際障害者世界行動計画による定義 1982)
- リハビリテーションは、障害者の身体的、精神的、社会的能力を最大限に回復させ、積極的な自立を促すことである。リハビリテーションには、①医学的リハビリテーション、②教育的リハビリテーション、③職業的リハビリテーション、④社会的リハビリテーションの四つの分野がある。医学的リハビリテーションの対象であった結核等は減少してきたが、人口の高齢化や社会環境の変化に伴い、心臓疾患、脳血管障害、交通災害等の後遺症、精神障害に対するリハビリテーションの需要が増大している。(国民衛生の動向)

◎地域リハビリテーションの定義

- 地域リハビリテーションとは、維持期リハビリテーションを包括する概念である。すなわち、医学的リハビリテーションとしての維持期リハビリテーションを含め、現行法の保健・福祉の領域及び地域住民やボランティアまで含めた生活に関わるあらゆる人々

が実践する、地域における総合的リハビリテーションサービスである。

その活動は、障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、すなわち健康で快適な生活を楽しむ、教育・社会・文化・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するものであり、社会におけるリハビリテーションの発展、障害のある全ての人々の機会均等や社会的統合を目指した戦略である。

それは、障害のある人々自身、その家族、そして地域住民、さらに保健・医療・教育・職業・社会サービスなどが一体となって努力する中で履行されていくものである。(厚生省：維持期におけるリハビリテーションの在り方に関する検討委員会 1966)

- 地域リハビリテーションとは、障害を持つ人々や老人が住み慣れたところでそこに住む人々とともに、一生安全に生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを言う。

その活動は、障害を持つ人々のニーズに対し先験的で、しかも身近で素早く、包括的、継続的そして体系的に対応するものでなければならない。また活動が実効あるものとなるためには、個々の活動母体を組織化する作業がなければならない。(澤村・大田・浜村：日本リハビリテーション病院協会 1991)

2. リハビリテーションの流れ

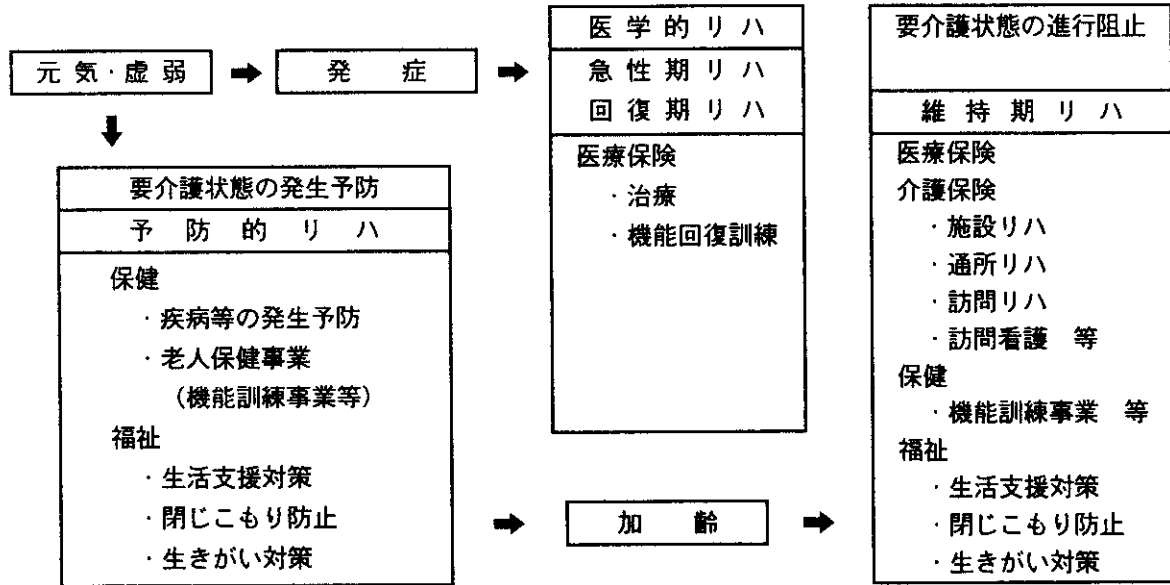
リハビリテーションに関する保健・医療・福祉制度上のサービスには、まず、要介護状態になることを可能な限り予防する予防的リハビリテーションとしての老人保健事業による機能訓練事業（B型）や高齢者丸ごと安心生活サポート事業等があり、次に、脳卒中や骨折などによる障害が発生した際に、急性期や回復期の治療の一環として行われる医療におけるリハビリテーション、さらに、機能低下を防ぐための維持期リハビリテーションとしての介護保険で対応される通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション等及び老人保健事業による機能訓練事業（B型）等が存在する。

リハビリテーションの役割としては、脳卒中や骨折などの後の急性期もしくは回復期のリハビリテーションが重要であるが、一般的な老化を予防する、あるいは運動能力を維持して転倒などを防ぐための予防的リハビリテーション、また、急性期、回復期を過ぎて退院して日常生活に戻ってからの機能低下を防ぐための維持期リハビリテーションも、長期的視野に立てば同じように重要である。これを提供するものが、従来の医療の枠を超えた地域リハビリテーションである。

このように、各段階におけるリハビリテーションは、独立して機能するものではなく、強力

な連携を持ち、対象者の状態に応じた適切なリハビリテーションが提供される体制を整備することが重要である。

◎高齢者のリハビリテーションの流れ



Ⅲ. 地域リハビリテーションの推進

1. 現状と課題

地域リハビリテーション関連項目の現状と課題について、以下のように整理した。

- 平成10年度に実施した高齢者実態調査の結果、要援護高齢者は27,982人（要支援6,085人、寝たきり等要介護21,897人）であり、高齢者全体の15.4%にあたる。この中で痴呆性高齢者は、約1,300人である。高齢者人口の増加に伴い、要援護高齢者は今後とも増加すると予想される。

患者調査（平成8年）によると、脳血管疾患患者は2,923人（脳梗塞2,027人、その他の脳血管疾患896人）であるが、前述の高齢者実態調査では寝たきり者（B、Cランク）は3,790人であり、その原因疾患は脳血管疾患が38.1%（男性49.2%、女性31.3%）と脳血管疾患が約4割を占める。骨折は13.3%（男性6.8%、女性17.2%）である。

また、脳卒中等情報システム事業で1994年からの4年間に登録のあった4,295人のうち70歳未満の発症者は1,541人であり、壮年期の発症も多い。

退院時に連絡があった2,325人の転帰が軽快であった割合は70歳未満は8割である一方、70歳以上は7割弱である。退院時現症は、麻痺71.4%、言語障害26.2%、痴呆17.2%等である。退院時ADLは全介助2割弱、部分介助約2割、自立3割強、正常3割であった。

脳卒中壮年期発症者、中途障害者も多いことから、一人一人に適したリハビリテーションが実施できるよう、体制の整備と連携の強化が必要である。

- リハビリテーション医療は、その遅れによる治療効果の減退もみられることから、障害等の発生後、可能な限り早期から開始することが望ましく、そのためには施設の整備と理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等の専門職員の配置による高度で専門的な医療サービスが提供される必要がある。しかしながら、県内のリハビリテーション医療施設の整備状況は質的、量的にも必ずしも十分ではなく、しかも、二次医療圏域間の格差、圏域内の偏在もみられる。

島根県保健医療計画では、各二次医療圏ごとに確保する医療機能（A欄機能）、可能な限りの整備を図る医療機能（B欄機能）を定めている。B欄機能とされている総合リハビリテーション施設は大田圏域、浜田圏域、益田圏域にはなく、全体的に質的・量的とも西部地域、隠岐地域における体制は不十分である。各二次医療圏域ごとに医療機能の評価をし、体制整備と連携体制の確立を図ることが必要である。

- 特別養護老人ホーム、老人保健施設等施設サービスについては、介護保険の整備目標

に対して、概ね目標量の達成が見込まれている。しかし、リハビリテーションの必要な高齢者や痴呆性高齢者の入所が増加しており、短期入所も増加が予想されることから職員の確保、専門技術の習得や環境整備によるサービスの向上が必要である。

- 病院でのリハビリテーション終了後も在宅で長期療養をしている高齢者等が多くなってきたことから、在宅での機能訓練を支えるデイ・ケア施設の整備、訪問リハビリテーションや老人保健法による機能訓練事業を早急に充実していくことが必要である。

しかしながら、医療機関等を退院後、住み慣れた地域で機能の維持回復を図る在宅リハビリテーション体制は十分でない。

市町村では、老人保健法による機能訓練事業を実施しているが、平成10年度で46市町村（A型43市町村、B型14市町村）であり、二次医療圏ごとの実施率に格差がある。今後はほとんどの市町村が実施を計画しており、早急な体制の整備が望まれる。

一方、在宅での機能訓練を支える通所リハビリテーション（デイケア）、訪問リハビリテーションの実施は少なく、これらの確保及び充実が必要である。

在宅の痴呆性高齢者を対象とする痴呆型デイサービス事業（E型）や老人デイ・ケア事業が推進されているが、痴呆型デイサービスの実施はまだ15か所（13市町）と少ないのが現状である。また、初期の痴呆は、適切な診断・治療・保健指導を行うことにより症状の改善が期待されることから、保健・医療・福祉関係機関の連携を強化しながら、対象者の状況及びニーズを的確に把握し、早期かつ適切なサービス提供が重要である。

- 個人の状態を評価し、適切なリハビリテーションが実施されるためには理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等の専門職員の充実が不可欠である。

平成11年度医療機関、老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、市町村等に行った資源調査によれば、回答の得られた範囲ではPT141名、OT87名、ST14名、視能訓練士3名等が常勤で従事している。このうち73.5%は東部地域の機関に配置されており、偏在がみられる。なお、市町村、在宅介護支援センター、健康福祉センター等、地域においては5名配置されているのみであり、市町村は医療機関等からの派遣・協力を得て機能訓練事業を実施しているのが現状である。

一方、今後リハビリテーションを充実したいと考えている機関（市町村等も含む）は37.7%であり、その半数が問題点として人材の確保をあげている。

平成12年度以降の採用予定については、PT64名、OT40名、ST12名と回答があった。県内2つの養成校卒業生の県内定着を図っていく必要がある。

- リハビリテーションに対するニーズはますます増大していくと考えられ、急性期、回

復期、維持期のリハビリテーション及び医療・保健・福祉の連携体制の強化が必要である。

しかし、各分野間の連携は必ずしも十分とは言い難い現状にある。前述の調査においても、リハビリテーションを必要とする患者等に関する連絡連携システムがあると答えた機関は5割弱であった。また、今後リハビリテーションを充実する上で問題と考えることでは、関係機関の連携不足や支援体制の未整備をあげた機関があわせて2割あった。

県内どこでも必要なリハビリテーションを受けることができるよう、急性期、回復期、維持期等の各段階に応じた体系的なリハビリテーション体制の整備、予防から入院治療、リハビリテーション、退院後のケアまでが一貫して行われるよう、地域における寝たきり予防の連携システムの確立が必要である。身近な地域で整えられる必要があることから、二次医療圏単位での検討が必要である。

- これまで本県では、「寝たきりは予防できる」を合い言葉に、寝たきりゼロ推進大会を開催し、また、関係者の研修に取り組んできた。

今後、「地域ぐるみで高齢者・障害者を支える体制づくり」を展開していくためにも、県民への普及啓発活動、関係者への研修、住宅改修、補助具等の普及、家族や介護者に対する意識の啓発、関係機関への働きかけ等幅広く取り組んでいく必要がある。

2. 基本的考え方

本県のリハビリテーション体制整備に当たっては、上記の現状と課題を踏まえ、以下の基本的考え方に基づいて進めることとする。

- 高齢化の進展により、骨折や脳卒中発症後の寝たきり老人の増加が大きな問題となっており、リハビリテーションの需要は今後ますます増大していくと考えられる。痴呆性高齢者は年々増加しており、痴呆の発症や悪化を予防するとともに、痴呆性高齢者を地域で支えていく体制を整備することが重要である。
- リハビリテーションは、要介護者になることを予防する観点から、要介護・要支援状態でない高齢者にとっても必要かつ重要な問題である。
この指針での対象者については、リハビリテーション医療対象者、中途障害者、介護保険対象者、機能訓練事業対象者、高齢者丸ごと安心生活サポート事業対象者とする。
- 本県においては、リハビリテーション医療施設等の整備状況は必ずしも十分でなく、しかもリハビリテーション資源の地域的偏在がみられる。なるべく身近なところで適切なリハビリテーションが受けられることが必要である。
- したがって、本県のリハビリテーション施策を展開するに当たっては、これら増大す