

博士学位論文

「地域包括ケア」時代の維持期リハビリテーション

－日常生活の自立と社会参加の向上支援－

2013 年度

吉 原 亀久雄

熊本学園大学大学院

社会福祉学研究科社会福祉学専攻

## はじめに

介護保険は、法律でリハビリテーション重視の考え方を示している（法第4条）。「要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービスを利用することにより、その能力の維持向上に努めるものとする。」と指導している。

そのリハビリテーションに関して厚生労働省は、2006年の診療報酬・介護報酬の同時改定を行い、リハビリテーション評価体系の刷新を実施した。同省設置の高齢者リハビリテーション研究会の提言をもとにして、従来の理学療法・作業療法・言語聴覚療法を廃止し、新たに疾患群別に4つに再編したものである。その新体制では、急性期・回復期、そして維持期の区分が行われ、新しい算定方法に見直されたのであった。そのリハビリテーション給付は発症後の急性期・回復期を医療保険が対応し、それを終了した維持期を介護保険が中心となって対応する制度にした。介護保険リハビリテーションの制度化だが、その給付担当はリハビリテーションと同じ施設基準としたので、従来のリハビリテーション医療機関が介護保険リハビリテーションを代行する形となって展開していったのである。従って、リハビリテーションの施設基準（専門職の充足と設備）を充足していない介護保険事業所は介護予防を担当する区分となり、介護保険リハビリテーションの維持期給付は、医療保険リハビリが担当して展開している。

その流れのなかで、リハビリテーション医療の組織体である日本リハビリテーション病院・施設協会は、「維持期リハビリテーションは、在宅、施設を問わず、リハビリテーション医療サービスである」と定義している。

## 序章 問題の所在

序章第2節「維持期リハビリテーションは医療サービスか」では、日本リハビリテーション病院・施設協会が同検討委員会で整理したとして「在宅、施設を問わず、最も適した生活を獲得するために行われるリハビリテーション医療サービスである」と定義していることを取り上げている。

また第4節「維持期リハビリの区分と提供（給付）」でも、担当するその位置付け、そして役割と課題を取り上げて「根幹の部分は、その区分が決まって進んでいても、未整備の提供体制などに立ち遅れが目立つ現状では、二つの保険にまたがる連携強化が困難なことも分かってくる。まずは維持期の基盤整備が急がれている」として、第5節「新たな地域づくりを目指すもの」では、両保険のリハビリサービス量の格差是正を指摘している。

## 第1章 リハビリテーションの沿革

第1節「リハビリの語句の広め過ぎ」から入って、米国において体系づけられた医学の専門分野といわれる「リハビリテーション」に考察していく。わが国では1963年創設の日本リハビリテーション医学会（1988年、社団法人）がまとめた『リハビリテーション医学白書』によって考察することが出来た。リハビリテーション医学の源流は、19世

紀末に米国やヨーロッパで盛んになった電気治療医学会 (Electrotherapeutic Society) に始まる。米国においては、リハビリテーション医学と放射線医学のルーツは一緒であったと考えられている。その後、1930年代の半ばに「物理医学会」から放射線科は分離独立しているという。

わが国へのリハビリテーション医学の導入は「1945年、第二次世界大戦の終戦を機に、わが国におけるドイツ医学の流れが米国医学にシフトし、1948年に医療法が施行されたが、その制定時には、内科・精神科・小児科・外科・整形外科など11標榜科が定められたなかに「理学診療科（または放射線科）」が定められて、リハビリテーションと同一の医療分野となり、後年は広くリハビリテーションの標榜に使われるようになったようである。

「リハビリテーション科」の診療科名（広告できる標榜名）が承認されたのは1996年で、その内容は「運動機能障害及び精神障害等の障害者を対象として医学的リハビリテーションを実施する診療科」と説明している。

第2節では、わが国におけるメディカル・リハビリテーションの先達として著名な天児民和教授（九州帝大、新潟医大）の論文『わが国におけるリハビリテーションの濫觴』（1984年）を貴重な史料とするリハ医療の時代的流れを整理した。全国の肢体不自由児療育施設の整備に取り組むが、新潟医大時代に助教授だった玉井達二教授は、1954年に熊本大学で整形外科を開講することになる。

第3節「整形外科が構築した地域展開」は、やがてリハビリテーション医療の先進県となっていく熊本県における玉井リハビリテーション医療の発展史を伝えることになる。

## 第2章 リハビリテーションの公平性と効率化

第1節「ICF活用が障害を共通理解へ」は、1996年に標榜診療科名に「リハビリテーション科」が承認されるに至り、リハビリテーション医学に拍車がかかっていくことに進んだが、リハビリテーション医療の多くは、医療保険よりも社会福祉に位置付けられて普及してきている。疾病（病理）を対象とする医学モデルに立脚する医療と、障害の社会モデルを取り込んだ国際生活機能分類（ICF = (International Classification of Functioning, Disability and Health)）における障害を対象とするリハとは、法制度の位置付けがかなり異なっており、リハ医療の多くは（費用負担からみると）医療保険よりも社会福祉や介護保険に位置付けられて普及してきている。

そうしたなかで04年8月から厚生労働省がICFの普及及び多方面で活用されることを目的として、ICFの日本語訳である「国際生活機能分類（国際障害分類改訂版）」を作成し、「厚労省ホームページ」上で04年8月から公表したのであった。

結局、「障害者」以前に「障害」を定義しようという国際的動向が生じ全国的に軌道にのっていく時代的推移は、障害者問題の飛躍につながるものとする評価とともに、リハビリテーションサービスの社会的ニーズも刷新し、提供体制の公平性と効率化

を確保していくことが期待されてきたのであった。

### 第3章 「高齢者リハビリのあるべき方向性」まとめる

ここでは、改定「リハビリテーション評価体系」の評価を中心に、その効率性を検証しながら、これからの医療保障の課題の明確化を試みた。

06年改定（リハビリテーション評価体系）は、「高齢者リハビリのあるべき方向」について国が設置した専門家たちの研究会の提案を取り上げて改定した評価（提供）体系であったため、その白紙撤回を要請する厚生労働大臣あて請願（全国43万人）となって注目を浴びた。

その撤回請願が06年12月25日付、厚生労働省（老健局・保健局）の「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」と題する通達となって全国の関係機関に発信されたのであった。

結局、わが国が推進する医療制度改革法（06年6月21日公布）が段階的に動き出し、その先発を診療報酬改定に見ることはできた。確かに給付体系に効率性を見ることができた。それにしても、専門家たちの議論をホームページで公開したのは、取り組みの所産としてその努力は評価されるべきである。

そして、リハビリテーションの現状を断面的に示したのは、「進歩を担うリハ専門医の不足」を公開するに至ったことである。

リハ専門職たちの養成だけは専門学校、短大、大学と激増していくが、専門医（日本リハビリテーション医学会認定）は、02年11月の時代で813人という状況というのは異状であることに気付かせるリハビリ医療発展史となっている。

### 第4章 地域に根付くリハビリ専門職の確保

第3節「リハ医学の卒前教育と卒後教育の課題」を考察していると、わが国におけるリハ医学の卒前教育の現状については「他の臨床領域に比して著しく遅れた」という批判がある。日本リハビリテーション医学会がまとめた「平成18年医学生セミナー（リハビリテーション）感想文」を読む限り、卒前の医学生たちはリハビリテーション現場を知らない。

16大学による文集で、ひととき印象的だったのでその1編を、医学生の一環を知るうえで収録させてもらった。

### 第5章 専門職としての社会就労

維持期リハビリテーションの利用者は増える一方で、終了して地域生活に移行していく在宅療養者は、増えるにふさわしい社会資源の構築、その基盤整備が待たれている。第5節は保健・医療・福祉の複合体の進出を視点にし、さらに第6節では「地域包括支援事業」の委託問題を取り上げた。第8節「専門職たちによる“社会就労”」の現場は、小規模事業だが新しい時代の活動展開が見える。新しい姿の福祉の芯になりたいと言っている彼らの活動に、市町村は注目して欲しい。

## 終章 自立生活支援としての地域リハビリテーション

### —「障害者権利条約」の視点から—

この章では、リハビリ専門医が増えないで、専門職だけが激増していく奇妙な情勢を洗い出しながら、どうしたら安定した地域生活につなげる人材が確保され、自立生活支援の地域リハビリにつながる展開に進展するのか整理した。

リハビリテーションの給付体系を3区分して急性期、回復期を保険医療機関が担当。それを終了した維持期は、介護保険リハビリテーションが対応する制度に改正して7年。介護リハも「医師の指示の下」（法第2条）で、専門職の独自の領域は無い。

在宅訪問で担当しても、医師の指示待ちだけでは療養者を日常生活の自立へ向ける動作を働きかけて、障害を最小限にとどめる能力をつけていく効果的な訓練には進むまい。やはり、研究して提供していく効率性は関連法改正、その後れを見極めることが先であろう。

06年改定のリハビリテーション評価体系の刷新で、その切り込みを提言した政府設置の研究会による「五つの課題」も並べてみた。以来7年を経るなかで、これをどこが検証しているのだろうか、関心を引かれたからである。障害者権利条約の締結の日も近づいている。

# 「地域包括ケア」時代の維持期リハビリテーション

—日常生活の自立と社会参加の向上支援—

吉原 亀久雄

〈目次〉

序章 問題の所在	1
第1節 「地域包括ケアシステム」の動向	6
第2節 「維持期リハビリテーション」は医療サービスか	7
第3節 地域で提供できる新サービスの整備	8
第4節 維持期リハビリの区分と提供（給付）	9
第5節 新たな地域づくりを目指すもの	14
第6節 地域で提供できる資源の確保	17
第7節 地域包括ケアシステムによる生活支援	19
第1章 リハビリテーションの沿革	25
第1節 「リハビリ」の語句の広め過ぎ	25
第2節 天児教授が伝えた使命感	26
第3節 整形外科学が構築した地域展開	27
第4節 リハ科専門医不足の課題	30
第5節 リハビリテーションの地域主義と施設主義	32
第2章 リハビリテーションの公平性と効率化	37
第1節 ICF活用が「障害」を共通理解へ	38
第2節 リハ専門医の専属配置における公平性	40
第3節 「リハビリ人生」の権利概念	43
第4節 「在療診」とリハ専門職の連携構想	46
第3章 「高齢者リハビリのあるべき方向」まとめる	49
第1節 改定された新給付体系と効率性	49
第2節 施設基準の改定が専門職の需要を拡大	51
第3節 人材教育は在宅に向けた質的な制度を	54
第4章 地域に根付くりハビリ専門職の確保	61
第1節 介護保険給付の役割分担を明確化	61
第2節 「リハビリテーション」の語源と法制	63
第3節 リハ医学の卒前教育と卒後教育の課題	65
第4節 居宅で求めるリハビリテーション提供	72

第5章 専門職としての社会就労	76
第1節 生活障害へのアプローチが重要	76
第2節 環境整備（障がい者への差別をなくす県条例）	78
第3節 福祉の混在、医療を終了して維持期リハへ	80
第4節 維持期リハビリテーションの位置付け	81
第5節 保健・医療・福祉複合体の進出	83
第6節 「地域包括支援」事業の委託問題	85
第7節 地域包括支援における権利擁護事業	90
第8節 専門職たちによる「社会就労」	95
終章 自立生活支援としての地域リハビリテーション	99
第1節 維持期リハビリテーションによる自立生活支援	99
第2節 高齢者リハビリテーションの5つの課題	101
第3節 専門職の急増と職域拡大の問題	102
第4節 06年改定における医療保険の評価体系	103

## 序章 問題の所在

### 〈目 次〉

第 1 節	「地域包括ケアシステム」の動向……………	6
第 2 節	「維持期リハビリテーション」は医療サービスか……………	7
第 3 節	地域で提供できる新サービスの整備……………	8
第 4 節	維持期リハビリの区分と提供（給付）……………	9
第 5 節	新たな地域づくりを目指すもの……………	14
第 6 節	地域で提供できる資源の確保……………	17
第 7 節	地域包括ケアシステムによる生活支援……………	19

### はじめに

医療史をたどると20世紀の後半は「入院医療」の進展で、延命を目指す治療医学の全盛期。その施設の時代は老人病院等が話題を占めた「病院の世紀」であったのに対し、21世紀の医療は「地域包括ケア」の展開が軸となっていくその視点が言われてきた。

治療のため施設で入院治療に専念しても、多くの市民たちは最終的には、住み慣れた地域で安心して暮らしたいと願っている。それを支援するのが行政の「地域包括ケアシステム」であろう。

医療制度構造改革も、医療政策に限ってみると、2006年改革は、ほぼ20年ぶりの大規模な医療制度改革であった<sup>1)</sup>と言われ、さまざまな議論を経て国民医療の給付体系を刷新し、地域包括ケア時代へ進んだ。地域療養支援診療所（在支診）も24時間対応の在宅医療を支える仕組みを充実させて、すでに全国13,000以上が開業してきたようである。施設から在宅への流れができつつあるようだ。そして、地域包括ケアシステムは介護保険リハビリテーション給付の維持期リハビリテーションに対応して新しい地域の活力となって支援していく展開が注目されていきそうである。だが、その介護保険リハビリに対しては、医療機関の組織体のなかに「維持期リハビリテーションは医療サービス」（医学的リハビリテーションサービス）という主張が根強く存在している。こうした理解の対立はどう進展していくのだろうか。

介護保険法においては、第4条で「要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」と指示し、リハビリテーション重視の考え方を示している。その制度でも医療保険と同様に、一定の基準を満たして届け出たサービス事業者において、医師その他専門職を指定して行われている。

居宅サービスにしても、通所リハ、訪問リハ、そして関連する訪問看護ステーションによるリハビリ等も実施されている。さらに要介護状態にならないようにするための予



防給付サービスも提供している。

こうして医療保険と介護保険は同一メニューではないものの同様のサービスが提供されているのである。

06年における医療と介護両保険の見直し、そして評価体系等の大改定では、リハビリテーションについて急性期から回復期までを医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応することが明示されている。そして、急性期及び回復期のリハビリテーションが終了すれば「計画的かつ速やかに維持期のリハビリテーションに移行する」ことが示され「円滑に移行」ができる配慮が求められたのであった。

そうした区分については評価体系とともに明確に設定されており、そのように実施されてきて、すでに7年を経過しようとしているが、医療保険を給付している医療機関が介護保険（維持期）を給付している兼業機関がほとんどを占めている状況では、その提供事務も理解する上で提供が大変だろうと考えられる。

### **(1) 医療と介護、共存を念頭に**

日本リハビリテーション病院・施設協会<sup>2)</sup>（維持期リハビリテーション検討委員会）は、2009年度介護報酬改定に向けて、在宅でのリハビリテーション・サービスの充実を図るためにいくつかの提案をしている。「医療保険と介護保険の共存を念頭に置いた施策を打ち出す必要があるのではないか」。(略)

その流れの中で適時に適切なサービスは提供できない状況にあるという。その理由として、特に医療保険と介護保険でリハビリテーションの提供に対する評価に大きな差異が歴然と存在することがあげられる。

維持期に充実したリハビリテーションを提供するために、その基盤となるべき人材が確保できないことは、保険制度がどちらであるかという論議をするための前提条件さえ整っていない状況と言える。

「当会では、2009年度介護報酬改定に向けて、在宅でのリハビリテーション・サービスの充実を図るためにいくつかの提案をした。(略) その結果、いくつか見直された。しかしながら、診療報酬と介護報酬の整合性は（個別リハビリテーションの正当な評価）は達成されず、維持期のリハビリテーション提供体制が整ったとは言い難い」と論じている。<sup>3)</sup>「地域リハビリテーション活動」について、日本リハビリテーション病院・施設協会は次のように定義している。「一とは、障害のある人々や高齢者およびその家族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、いきい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あって行う活動のすべてを言う。」(2001年)

「維持期に円滑につなぐための活動基準」について

日本リハビリテーション病院・施設協会は、2006年度から2年間にわたり「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業（厚生労働省老人保健健康増進等事業）」を実施した。同協会に所属する施設のすべての回復期リハビリテーション病棟(308施設)

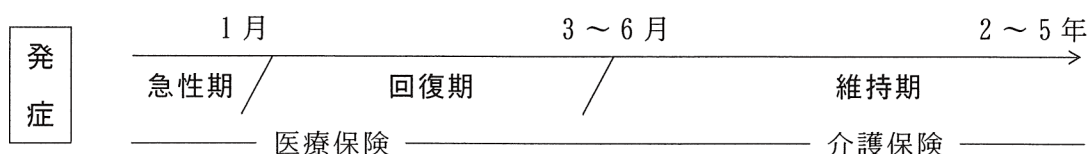
を対象として、病棟調査（152施設・231病棟・10,707病床）および患者調査（152施設・742症例）のデータが回収された。

患者調査（742症例）は全例、回復期リハビリテーション病棟から自宅退院し、退院後になんらかの在宅サービスを利用したケースであったという。

## （2）介護リハビリテーション（維持期）の意義と現況

2006年の診療報酬・介護報酬同時改定では、医療保険のリハビリテーション評価体系が改定されて、4つの疾患別リハビリテーション評価体系<sup>4)</sup>となった。したがって従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法等は廃止され、新たに疾患群別の4つに再編されたのである。

### 急性期から維持期までのリハビリテーション



### 06年改定時におけるリハビリテーションの疾患別体系

	脳血管疾患等 リハビリテーション	運動器リハビ リテーション	呼吸器リハビ リテーション	心大血管疾患 リハビリテーション
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障 害等	上・下肢の複 合損傷 上・下肢の外 傷・骨折の手 術後 四肢の切断・ 義肢 熱傷瘢痕によ る関節拘縮等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 慢性閉塞性肺 疾患であって 重症後分類II 以上の状態の 患者等	急性心筋梗塞 狭心症 開心術後 慢性心不全で 左心駆出率40 %以下冠動脈 バイパス術後 大血管術後 等
リハビリ テーション 料(I)	250点	180点	180点	250点
リハビリ テーション 料(II)	100点	80点	80点	100点
算定日数 の上限	180日	150日	90日	150日

注 点数は1単位（20分）当たりのもの

\*リハビリテーション料（II）は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。

\*リハビリテーション料（I）は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に算定できる。

この06年同時改定で開始されたのが介護保険リハビリテーションであった。つまり、急性期を担う医療機関リハビリテーション終了後、速やかに介護保険におけるリハビリテーションを受けることが重要であることから、早期の段階から、患者が要介護認定、

又は要支援認定を受けているかどうかを確認し、当該患者の意向等を踏まえ、申請手続き等について計画的な支援を行うことを定められたのであった。

こうして介護保険において提供されるリハビリテーションを維持期リハビリテーションとし、医療保険におけるリハビリテーションと同様に、医師の指示のもと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職に提供されるものであることが定められたのであった。

留意事項としては、医療保険を終了した者が当該者の心身の状態で非該当となった場合も、介護予防事業の対象者として心身の状態の維持・改善に資するサービスを受けることができること。また急性増悪等により心身の状態が悪化した場合には、医療機関を受診し急性期のリハビリテーションを受けることが定められていたのであった。

こうしたリハビリテーション医療機関では制度見直しで維持期が介護保険サービスとなったが、急性期から維持期までの一貫したリハビリテーションを従来から実施していた医療機関については、介護保険における指定訪問事業所等の指定があったものとみなされ、当該指定に係る申請は不要となったのである。

つまり、06年改定の見直しは、急性期から回復期までのリハビリテーションは医療機関で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応する住み分け制度となり、医療と介護の二つのリハビリテーションの連携強化が通達されたのが2006年12月25日付、厚生労働省が全国関係機関の「06年12月通達」であった。

このリハビリテーション給付の見直しによる大改定は、厚生労働省が02年に老健局に設置した高齢者リハビリテーション研究会（20委員）が3年間かけてまとめた『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』に示した提言をもとにして見直し、改定したものである。

### **(3) 身近にいつでも頼れる相談先を**

埼玉県知事の上田清司氏は、4－5年前に専門誌にコラムを投稿していたが、感動的な内容だったので、まだ一読した余韻が残っている。地域包括支援センターの整備論で「在宅で介護を受けている高齢者と家族にとって、身近にいつでも頼れる相談先があることが安心につながる。市町村主導で在宅の高齢者を支え、介護保険制度の円滑な運営を支える基盤をしっかりと整備しなければならない」と説きながら同センターを「理念と現実との大きなギャップを抱え機能不全の状態と言わざるをえない」と批判。「私はセンターの市町村直営化の促進を提言する」と述べてセンターの運営委託をバツサリ。見事な切り口を読ませたし、“いつでも頼れる相談先”の表現が親しめた。

身近な事例では熊本県保健医療計画『介護予防』に関して、(第4次)が、「基本計画の『介護予防』に関して県民が身近なところで効果的なリハビリや、介護予防に関するアドバイスが受けられるよう地域リハビリテーションの推進を図ります」と施策を取り上げて関心を引いたが、そして10年、目標を立てて介護予防・地域支え合いの新事業を市町村が目ざしてきた動向は、筆者が期待するようには見えてこない。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士らリハビリテーション専門職は、介護保険法（42条1項2号、74条1項2号）の規程に基づく訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの事業、設備、運営に関する三基準の資格を有しているため、医療保険給付等の施設勤務を離職した場合は、介護保険における指定部門の通所・訪問、二つのリハビリテーション事業所の認可を申請できる。たとえば通所リハビリテーションの事業者数は全国6,536、介護予防通所リハビリテーションの事業者数は全国6,411がそれぞれ記録『高齢者関係資料集』（平成25年3月、熊本県発行）されており、それぞれ地域展開している。

「英文のテキストで外人講師の学習だった」と回想する九州リハビリテーション大学校（北九州市）の第1期生（昭和42年）は、すでに70歳前後。停年制の無い国家資格の施設勤務を退いて、リハビリテーションの“地域資源”の展開を期待されているのではなかろうか。

#### **(4) 要介護・要支援となりそうな高齢者に技術的支援**

熊本県策定の「長寿・安心・くまもとプラン」の今回（24-26年度）で注目されるのは、県内のリハビリテーション科給付の保険医療機関を特定して「高齢者それぞれ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よう県地域リハビリテーション支援センターを指定し、技術的支援を行っている」と広報していることである。前述の保健医療計画（第4部）の一環であろう。

それを「要介護・要支援となるおそれが強い高齢者に対する取組」として、県が取り組んでいる技術的支援だと広報している以上、その業務内容を把握するための理解が県民には求められてくる。

つまり、熊本県は医療・保健・福祉の関係者の連携により、高齢者それぞれ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よう、県地域リハビリテーション支援センターを業務委託により開設。また県内すべての高齢者福祉圏域に地域リハビリテーション広域支援センターを指定し技術的支援を行っている。

その広域リハビリテーション広域支援センターは、市町村や介護保険施設を対象にして、平成24年度から「介護予防事業所の質の向上」を目的とした事業（①研修会の開催、②相談支援、③介護予防等関係者との連絡会の開催）を県が委託している。

指定先は県下11圏域（高齢者福祉園）の医療機関等17施設（平成25年4月1日時点）で、06年の給付体系改定前の総合リハビリテーションA（当時の病院603施設）ランクの医療法人病院が目立っている。その17施設を指定し、業務委託による開設で、高齢者それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションが提供できるよう技術的支援を行っていると広報しているが、高次のリハビリ医療施設からどのような適切なリハビリが提供されることになっていくのか関心事である。

## 第1節 「地域包括ケアシステム」の動向

「地域包括ケアシステム」の動向を取り上げたリハビリテーション専門誌や中高年の保健団体の会報の特集記事が目立ってきた。わが国の社会保障改革における制度設計の情報記事として関心を引かれている。10月には(財)健康・生きがい開発財団の会報誌「季刊いきがい」(120号)<sup>5)</sup>が、全国の支部活動における、その地域の支え合いの活動レポートを特集しており、地域包括ケアシステムの要素である生活支援・介護予防・認知症予防のそれぞれの地域活動の広がりを知ることができた。

写真を付けたその活動場面は、新しい時代の風景を印象付けられた。愛媛県では民家を改良した小規模デイサービス活動があり①笑いと食事を中心にした「場」づくり、②仲間づくり、③趣味・製作の促進、④社会参加、⑤地域交流、⑥社会貢献の6項目。これを具現化することをケアと捉えて、排泄、入浴、食事・介助の三大介護は、そのための手段と位置づけた取り組みで、内容は毎年、研究大会で職員が発表しているという。

その他、栃木、埼玉、神奈川、新潟、山形など各地区の地域交流における地域包括ケアシステム活動のかかわりをレポートしていたのは、高齢者の閉じこもりを防ぎ、地域に参加の場をつくっていく、広い意味での維持期(介護期)リハビリテーションの視点を連想させる特集でもあった。

その第1頁にカコミ記事で「地域包括ケアシステム」をその場の絵図を添えて編集してあったのは、厚生労働省(老健局)の提供広報資料としても、親しめる分かりやすい記事となっていたので、以下に取り上げた。

こうした動向を整理すると、現行の保険リハビリテーション給付体系、医療保険の急性期・回復期、介護保険の維持期のなかで、維持期リハビリテーション領域に、こうした「地域包括ケア」が反映して大きな力添えとなりそうである。

### 地域包括ケアシステム(会報記事)

○団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な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よう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。(以上、『いきがい』120号から)

地域につなぐためのリハビリテーションシステム —— 協会編集誌発表(2009)

## 第2節 「維持期リハビリ」は医療サービスか

日本リハビリテーション病院・施設協会<sup>6)</sup>は、「維持期リハビリテーションとは、障害のある高齢者等に対する医学的リハビリテーションサービス（リハビリテーション医療サービス）の一部を構成し、急性発症する傷病においては急性期・回復期（亜急性期）のリハビリテーションに引き続き実施されるリハビリテーション医療サービスであり、慢性進行性疾患においては発症当初から必要に応じて実施されるリハビリテーション医療サービスである。」

「また、維持期リハビリテーションは、在宅、施設を問わず、機能や能力の低下を防ぎ、身体的、精神的かつ社会的に最も適した生活を獲得するために行われるリハビリテーション医療サービスであり、高齢者等の体力や機能の維持向上を図るだけでなく、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、その自力生活を支援することを目的としている。」と定義している。

この定義を当会（日本リハビリテーション病院・施設協会）の維持期リハビリテーション検討委員会では、別稿のように維持期リハビリテーションの目的として整理している。  
〈国の認識の低さを痛感〉

「2006年4月の診療報酬・介護報酬同時改定の内容は、リハビリテーションに対する国の認識の低さを改めて痛感させられる結果であった。特に高齢者の維持期リハビリテーションに関しては、『維持』の重要性と取り組みの困難さが理解されず、社会的な話題にまで波及してしまったことは、提供側であるリハビリテーション関係者のさらなる活動の充実・拡大が求められたものと解釈していくべきかもしれない。

厚生労働省は、『医療保険では、急性期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリを行う。』という報酬改定におけるリハビリテーションの見直しの要点をまとめているが、シームレスなリハビリテーション・サービスの提供が望まれていることを考えれば、医療保険と介護保険の共存を念頭に置いた施策を打ち出す必要があるのではないだろうか。

高齢者リハビリテーション研究会では在宅リハビリテーションの充実、通所・通院リハビリテーション・サービスの提供が望まれていることを考えれば、医療保険の共存を念頭に置いた施策を打ち出す必要があるのではないだろうか。」

「高齢者リハビリテーション研究会では在宅リハビリテーションの充実、通所・通院リハビリテーションがその柱になり、訪問リハビリテーションは拡充すべきサービスと提言されたが、その結果が報酬改定に反映されたことは一部分に過ぎず、流れの中で適時に適切なサービスは提供できない状況にある。

その理由として、特に医療保険と介護保険でリハビリテーションの提供に対する評価に大きな差異が歴然と存在することがあげられる。維持期に充実したリハビリテーションを提供するために、その基盤となるべき人材が確保できないことは、保険制度がどちらであるかという議論をするための前提条件さえ整っていない状況と言える。

当会では、2009年度介護報酬改定に向けて、在宅でのリハビリテーション・サービスの充実を図るためにいくつかの提案をした。改定の結果、通所リハビリテーションに短時間型が導入され、ショートステイ（短期入所療養介護）、日帰りのショートステイ（特定短期入所療養介護）におけるリハビリテーションが評価され、リハビリテーションマネジメントも見直された。しかしながら、診療報酬と介護報酬の整合性（個別リハビリテーションの正当な評価）は達成されず、維持期のリハビリテーション提供体制が整ったとは言い難い。」（以上、論文から）

リハビリテーション給付の法的位置づけに関しては、法律上で明文化されているものの、事業として広く保険給付されながらも、きちんと理解されていないことを考える場合が多い。医療保険の給付機関（医療機関）が代行している介護保険リハビリテーションがそうである。2006年度の介護報酬改定で創設された内容を医療保険給付の急性期（急性期・回復期）が終了して、介護保険リハビリテーション維持期へ移行し、その医療機関による給付代行を受けているからであろう。

「介護保険におけるリハビリテーションについても、医療保険におけるリハビリテーションについても、医療保険におけるリハビリテーションと同様に、医師の指示のもと、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等の専門職が提供するものであること」が厚生労働省通達<sup>7)</sup>で明示されているものの、「計画的かつ速やかに移行する」際に利用者（患者）に対し十分説明が行われていなかったことも考えられる。長寿社会が進展するなかで自立（independency）を目指す介護保険領域の維持期リハビリテーションを終了し、居宅における地域生活に円滑に移行できるよう、個別リハビリテーションを提供する地域資源についてその対応の検討、整理を試みたのがこのレポートである。

### 第3節 地域で提供できる新サービスの整備

#### (1) 地域資源の確保

地域によっては、リハビリテーションを提供するような医療施設がなく、住み慣れた地域から遠く離れた施設などでリハビリテーションを利用せざるを得ない状況もある。また、施設でのリハビリテーションを終了し、在宅復帰する場合に、自宅に戻った際に連続してリハビリテーション提供体制が整備されていないといった状況がある。

○これからは、住み慣れた地域において一体的に予防、治療、在宅生活への復帰とその継続を支援できるようリハビリテーション提供体制を計画的に確保していく必要がある。

以上は、「高齢者リハ研」の議論の一節だが、その通りである。地域のリハビリテーション提供体制の存在は「地域資源」として確保したいもの。地域の施設が確保しているリハビリテーション提供体制は、かならずしも地域資源としての提供体制かどうか。判断できる力を持ってほしいものである。

## (2) 連携、分担

○リハビリテーションは地域連携が必須だが、特に、医療と介護の連携、入院中と外来の連携、介護保険の中でのサービス間の連携や、専門職種間の連携は不足していたと言える、と「高齢者リハ研」は指摘している。リハビリテーションが、患者・利用者を中心として、予防、医療と介護の多くの施設や事業者、職種により切れ目なく、一体的に提供されるためには、地域資源としてのリハビリテーションの取組、技術の現場を通じた共有的なアプローチが不可欠という方向が取り上げられている。

介護保険の保険者である市町村は、構造的に③（在宅サービス契約）をコントロールするための②（介護委託契約）の役割を奪われ、国の基準にしたがって第一号保険者の保険料を徴収し、介護報酬を支払うだけの金銭出納係の役割しか与えられていない状況にある。介護保険の保険者であり③の現場に最も近いところにいる市町村が、③に対する②によるコントロール機能を果たしうるように市町村に多くの権限を移譲するか、指定権限を有する都道府県を保険者とするかなど、現物給付型社会保険のコントロール機能を活かすための抜本的な改革が検討される必要がある。

## (3) 24時間在宅療養支援診と連携の動向

P T、O T、S Tたちリハビリテーション専門職が医療機関の施設勤務を退職した場合は、介護保険法（42条、74条）関連の介護保険リハビリテーション事業所を申請（都道府県）して通所部門、在宅部門の開業が見込まれている。現在は介護予防部門の要支援1、2の担当が注目されているが、地域展開としては、地域包括支援センターと連携した対応となっていくようだが、2012年度の診療報酬改定で設定された「複数の医療機関が対応する新たな届出要件」によって強化されてきた24時間対応の在宅療養支援診療所との連携が注目されてきた。

すでに2012年度1月には全国1万3012診療所に増加し、さらに増加していくことが予想されている。有床診療所（19床以下）が年々減り続けており、全国で2万施設を超えていた有床診療所は減少が進み、2000年には1万7853施設となり、2011年にはついに1万を割り、9934施設まで落ち込むに至っている。すでに「社会資源として維持していくために有床支援は支援が必要だ」と医学界の声も出ているというなかで、地域におけるリハビリテーション専門職たちとの連携対応が動き出していくことになれば、とくに高齢者医療の動向に新しい活力が導入されていくのではなかろうか。

## 第4節 維持期リハビリの区分と提供（給付）

わが国においては「介護保険サービス利用者の増加の抑制」を第1項目に据えた「健康日本（第2次）」における高齢者の健康に関する現状と目標」が新たに設定されている。第6項目に「高齢者の社会参加の促進（就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）を取り上げているのが印象深い。

だが、介護保険制度から外すこと、そして市町村事業に移すという考えには「軽度者



の切り捨て」というなり行きに目を向ける人たちもいるようだ。そして、切り離して見直す軽度の介護サービスには、親しまれている「介護予防通所リハビリテーション」もある。その事業者数も「全国6411」<sup>8)</sup>に広がっているようで、専門職の指導という交わりの馴染みも深まってきていて、分離されたくない居宅合議サービスとなっているのではなかろうか。

従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法は廃止され、新たに疾患群別の4つに再編されたリハビリテーションに係る新評価体系がスタートしたのである。

その動向は、全国の関係領域へインターネットで流されるに至っているが、短期間に43万人もの署名を集めた利用者等「リハビリ診療報酬を考える会」が厚生労働大臣に改定見直しの請願を提出して反対したのであった。

したがって厚生労働省（老人保健課長）はその後、平成18年12月25日付で関連機関等へ文書で「取扱いについて医療現場等に正確に伝わっていないとの指摘がある」として今回の見直しの趣旨などについて周知方を求めている。つまり、「急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応すること」を明確にしたのであった。

要介護認定の要支援者は2012年12月現在の厚生労働省発表によると「要支援1」：74万4000人、「要支援2」：75万4000人で合わせて約150万人。事業者数等（介護予防サービス）の合計約12万となっている。<sup>9)</sup>

主なサービス事業では、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売などがあるようだ。

こうした各種に広がる介護予防サービス事業所のなかで、特に注目されるのが熊本県の事例で「リハビリ・デイサービスセンター」である。「介護予防サービス」を明示して、「要支援1」「要支援2」を受け入れている。「介護サービス」が事業の主体で、スタッフ9名は有資格者（リハビリテーション専門職）のようである。

2006年4月の診療報酬を定める改定で、リハビリテーションに係る評価は大幅に改革されて、従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法は廃止され、新たに4つの疾患群別（評価体系）に再編された。

脳血管疾患等、運動器、呼吸器、心大血管疾患の各リハビリテーションで、それぞれに「別に厚生労働大臣が定める施設基準等」が告示されて新評価体系に再編改定されている。

そして評価は急性期、回復期、維持期の3期に再編されて疾患別に算定日数の上限が設定され急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応するとして改定されたのであった。

診療区分別に掲げる給付の施設基準では、担当する医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が数を示して適切に配置されていることや治療設備、機能訓練室、器械・

器具の備えなど細やかに指定されている。

担当する医師については、それぞれ、専任の常勤医師の適切な配置、経験を有する常勤担当する常勤医師1名以上、経験を3年以上、などの記述が施設基準にあり、他には「適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した」等があるが、専任医師の要件の研修に関する具体的な指定はまだ少ないようだ。

とにかくりハビリテーション医療において医師は多くの重要な役割を担うとされているが、幅広い領域で質の高いリハビリテーション医療を実践するためには、「急性期から地域生活期に至るまでの一連のプログラムを管理できる質の高い専門医を育てることが重要となる」と言われている。

日本リハビリテーション医学会では1980年に専門医制度を導入し、専門医の育成に務め2011年12月の時点でリハビリテーション科専門医は約1900名を数えるに至っている。しかしながらこの学会ではニーズに応えるためには4000名の専門医が必要と試算しており、現行の年間50～80人ずつの増加というペースでは、必要数を満たすまでにはあと最低30年はかかる計算になってしまう。」<sup>10)</sup> という議論がある。

また理学療法士、作業療法士は専従の常勤を指定して「併せて2名以上」としているのが注目される。

その二つの専門職は近年、急増してきた。特に「理学療法士」に関しては、社団法人日本理学療法士協会がまとめた2013年1月現在の有資格者数が10万人を突破して10万0560人に増加している。(2007年現在の養成施設218校の入学定員約11,000人)

社団法人日本作業療法士協会のまとめた同現在の作業療法士の有資格者は6万4856人。2007年現在の入学定員は169校192課程で7276人となっていた。

### (1) 3区分の1

厚生労働省は老健局に設置した高齢者リハビリテーション研究会の提言をもとに行った2006(平成18)年4月の診療報酬・介護報酬同時改定では、リハビリテーションに係る評価体系を抜本的に区分した。そして従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法を廃止し、新たに疾患群別の4つに再編したのであった。

この06年新評価体系で3区分の1つに導入したのが「維持期リハビリテーション」であった。つまり高齢者リハビリテーション研究会の提言(平成15年6月)を受けとめ、高齢者リハビリテーションの流れ(現状)を、発症から急性期(1月)、回復期(6～9月)、そして維持期(2～5年)に区分し、その中の維持期リハビリテーションは介護保険が中心となって対応することを制度化したのである。

この06年改定には、利用者、医療現場における反発が全国的に生まれ、厚生労働大臣に対する中止請願の提出などに発展したので、厚生労働省は平成18年12月25日付で全国の関係機関あてに「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」と題する通達を発信して、制度改革を正確に伝えることに力を入れたのであった。それは今回の改定における見直しの趣旨等について分かりやすく伝える

一方、一部修正にも応じて反発を静めるにいたっている。

その12月通達は、改定内容の詳細を知るうえの“憲法”的文書として関係筋に受けとめられているようだ。リハビリテーションについては「患者の日常生活の活動性を高め、もって自立を促すことを目的とするものであり、(略)計画的に実施すべきものであること」

「医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したりハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したりハビリテーションを行うものであること」を明確に示達している。

そして「急性期及び回復期のリハビリテーション終了については、個々の患者の状態に応じて医学的に判断するとともに、医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断された場合には、医療機関と居宅介護支援事業者との連携の確保、介護保険サービスの紹介等、医療保険と介護保険の連携を強化することにより、維持期のリハビリテーションに計画的かつ速やかに移行できるよう配慮すること。

併せて、患者に対し十分説明を行うとともに、家庭での実地指導等とも併せ、患者が日常生活に円滑に移行できるよう配慮すること。」(以上、5項に分けた見直しの趣旨を明確に示していた)。

## (2) 医療機関も担当するその位置付け

この制度見直しで、一般利用者等に広く注目されたのは医療機関における維持期リハの実施であった。つまり、介護保険のリハビリテーションを「当該医療機関でできる」という一貫した給付ができるという事業所指定の内容であった。通達では「介護保険が中心となって対応する」として、その位置付けの表示が印象的になったのは、その制度見直しはどうした内容であったのか、考えさせるものがあつた。

結局、「維持期リハビリテーションについては、介護保険によるサービスとなったが、従来、維持期のリハビリテーションを医療保険で行っていた医療機関等においては、急性期から維持期までの一貫したリハビリテーションを当該医療機関において実施できるよう、当該医療機関において介護保険のリハビリテーションを実施することについて検討されたいこと。がその通達で明示されたのである。

なお、保険医療機関については、さらに「介護保険における指定訪問リハビリテーションに係る申請は不要であること」を明確にしていたのであつた。つまり都道府県知事に対する指定申請は要らないことを明示したのである。

それは「通達＝4」の「介護保険におけるリハビリテーション」を把握することによって、明確に理解されてくるのである。

(ア) 介護保険において提供される維持期のリハビリテーションについては、身体的な機能の大幅な改善が見込まれない者等について、日常生活を送る上で必要となる機能の維持及び向上を主たる目的として行うものであること。

(イ) 介護保険において提供されるリハビリテーションは、①介護老人保健施設及び介護療養型医療施設において提供される施設サービスのリハビリテーションと、②通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の居宅サービスのリハビリテーションにより構成されている。

居宅サービスのリハビリテーションについては、通所によるリハビリテーションが基本であるが、

1) 通所によるリハビリテーションを受けることができない場合

2) 通所によるリハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合における家屋状況の確認を含めた介護予防訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合、については、訪問によるリハビリテーションが提供されること。

(ウ) 介護保険におけるリハビリテーションについても、医療保険におけるリハビリテーションと同様に、医師の指示のもと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士等の専門職が提供するものであること。

(エ) 介護保険におけるリハビリテーションについても、短期集中リハビリテーション等においては個別リハビリテーションが実施されるものであること。

(2) 介護保険において提供されるリハビリテーションに関する留意事項。

(ア) 医療保険における急性期及び回復期のリハビリテーションを終了した者が要介護認定等により非該当となった場合も、当該者の心身の状態によっては、介護保険における地域支援事業の介護予防事業の対象者として、運動器の機能向上プログラム等の心身の状態の維持・改善に資するサービスを受けることができること。

(イ) 介護保険において提供される維持期のリハビリテーションを受ける要介護者等が、急性増悪等により心身の状態が著しく悪化した場合には、医療機関を受診し、医療保険において提供される急性期リハビリテーションを受けることができること。以上のように示達して、介護保険リハビリテーションはスタートしていたのである。(文中の介護療養型医療施設は改革段階で2011年に廃止になっている)

### (3) 維持期リハビリテーションの役割と課題

2009年10月に刊行<sup>11)</sup>された『維持期リハビリテーション』誌で、日本リハビリテーション病院・施設協会が定義した「維持期リハビリテーションの概念」の発表を担当した浜村明德医師(病院長)は次のように記述している。

「維持期リハビリテーションとは、急性発症する傷病においては、医療機関で行われる急性期・回復期のリハビリテーションによって獲得された機能や能力が、病的過程(疾患等)の進行・廃用症候群の進展・加齢・不適切な対応等により低下することを防ぎ、より障害のある高齢者等に対する医学的リハビリテーションサービス(リハビリテーション医療サービス)の一部である。

在宅・施設を問わず、機能や能力の低下を防ぎ、身体的、精神的かつ社会的に最も適

した生活を獲得するために行われる医学的リハビリテーションサービス（リハビリテーション医療）である。

ただし、慢性進行性疾患における維持期リハビリテーションとは、発症当初から必要に応じて行われる医学的リハビリテーションサービスである。

また、維持期リハビリテーションは、高齢者本人の体力や耐久力、機能の維持向上、障害の心理受容を図るだけでなく、介護負担の軽減、生活環境の整備、社会参加の促進などに努め、その自立生活を支援することを目的としている」。

こうして制度化してきた介護保険リハビリテーションについて、その視点はさまざまだが、ある評論家は著書<sup>12)</sup>のなかで「——介護保険法には、介護サービスの定義がないだけでなく、介護という言葉の定義も示されていない。なぜなら、介護保険法は、介護費用に対する保険法であり、あらかじめ決められたルールに基づいて、定められた種類の保険医療および福祉サービスを、決められた事業者が行った介護行為に対して、その費用の一部を保険制度として補償するというところを取り決めた法律にすぎないと考えられるからである」。

この論評は分かるが、根幹の部分は、急性期・回復期を医療保険で実施し、維持期を介護保険で実施するという区分については決まって進んでいても、未整備の提供体制などに立ち遅れが目立つ現状では、二つの保険にまたがる連携強化が困難なことも分かってくる。まずは維持期の基盤整備が急がれているのが喫緊の課題となっている。

## 第5節 新たな地域づくりを目指すもの

### (1) 「訪問」リハビリテーションの位置付け

厚生労働省が2007（平成20）年4月に都道府県の担当者全国会議で「医療政策の経緯、現状及び今後の課題についての参考資料」を公表して以来、④在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進、が明示され、訪問リハビリテーションに関しても取り組みが強化されてきた。その目的として「在宅という現実の生活の場で、日常生活活動の自立と社会参加の向上を図ることにある」としている。

さらに「在宅復帰と自立支援を理念とする高齢者介護において有効なサービス」と高く評価され、「現状では最も利用が進んでいないサービス」として、社会基盤の整備の必要性が強調されてきたのであった。

介護保険リハビリテーションを担う医療機関の団体である日本リハビリテーション病院・施設協会も関係誌刊行で『維持期リハビリテーションにおける訪問リハビリテーションの役割』を取り上げて、最も重要な点は「対象者の心身の機能の適切な評価と予後予測」にあげられるとして「生活機能低下へアプローチしていく視点が重要になってくるとしている。そして、在宅においてはとりわけ具体的な生活障害の改善、自立度向上による介護負担軽減が求められ、在宅ケアに携わるさまざまな事業所や専門職とのチームアプローチを抜きにしては訪問リハビリテーションも有効に機能しないといえるとし

ていた。

今後の訪問リハビリテーションの方向性としては、厚生労働省が2008年7～11月にかけて有識者を集めて開催した「安心と希望の介護ビジョン」の報告書において示した「高齢者が住みなれた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上」の重要性を取り上げて、2012年の制度改定に向けての全国訪問リハビリテーション研究会の提示を紹介している。つまり、「訪問リハビリテーションステーション創設」の活動指針である。厚生労働省が2008年に示したとされる「介護ビジョンの重要性」は次の通り。

## (2) 《自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上》

①訪問リハビリテーションステーションの創設、既存施設における在宅生活を念頭に置いたリハビリテーションの推進など、在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備と質の向上に向けた取り組みの推進。

②「維持すれば十分」などといった関係者の意識改革を促すため、いわゆる「維持期」リハビリテーションの呼称の見直し。

## (3) 維持期における「通所」リハビリテーション

高齢者リハビリテーション研究会（02年、厚生労働省設置）は、研究報告の「——あるべき方向」で、通所リハビリテーションは利用者の年齢層や介護が必要となった原因疾患、生活機能低下の状態がさまざまであるなどの幅広いニーズに対応しているため、その機能を、1) 日常の継続した健康管理（医学的管理）、2) 心身機能の維持・改善（リハビリテーション）、3) 閉じこもりの予防（ソーシャルケア）、4) 介護負担の軽減（レスパイトケア）と整理している。

2009年の介護報酬改定において短時間通所リハビリテーションが新設され、さらに通所介護との同日算定が可能になった。利用者の立場からすると①短時間通所リハビリテーション+通所介護、②従来の通所リハビリテーション、③短時間通所リハビリテーション、④通所介護、と通所系サービス利用の選択肢が増えたこととなる。一方で、通所リハビリテーションと通所介護との機能分担は不明瞭であるとの指摘もあり、通所介護との相違を整理することが肝要であると考え、として08年などの診療報酬改定による医療保険リハビリテーション等で特化した通所リハビリテーションの展開も考えている。

こうした結果から、介護保険サービスの充実を目指すには、医療保険と介護保険のリハビリテーションサービス量の格差是正は不可欠であると考えたと述べている。以上は日本リハビリテーション病院・施設協会編の『維持期リハビリテーション』における執筆（作業療法士）から取り上げた記述だが、一方、澤村誠志氏（高齢者研究会の第5回ヒアリング実施者）は自著でこう指摘している。「——平成15年の調査では、在宅サービスの予算が45%まで伸びてきていますが、現在、居宅サービスを受けている人が163万人、施設サービスを受けている人は67万人となっていて、このことから施設サービスにお金がかかっていることがわかります。ここに施設サービスのあり方にメスを入れ、施設ケアから在宅ケアに財源を移動させる必要性の根拠があります」と指摘している。

#### (4) 日本郵便の生活支援計画

日本郵政グループの日本郵便が全国ネットワークを活かし維持する新規事業に国民の期待が向いている。今年（2013）年10月に試験的に始めるとして8月26日の新聞で報道された「高齢者世帯を訪問しての生活支援サービス事業」である。もともと郵政民営化の政策展開の発想期から全国的な期待が向けられてきた事業だが、それが具体的に新サービスとして報道されるにいたると、まず試験的な実施とはいえ、全国的な大きなうねりとして、高齢者世帯の地域展開サービスを期待したい。

今回の発表によると高齢者事業<sup>13)</sup>は全国6都道府県（北海道、宮城、山梨、石川、岡山、長崎）の一部地域にある計103郵便局で試験的に実施し、2014年4月から順次拡大して、2015年の全国展開を目指しているようである。

郵便局が郵便や貯金・保険業務以外を行うのは初めてとされているが、この地域展開を軸に置いた、そのまわりに関連する別な地域事業（運動）が生まれて日本郵便と連携してくることが期待されてくるし、そうした高齢者支援のうねりが、維持期リハビリテーションの地域基盤整備に関連してくることも期待されて注目を浴びている。

日本郵便は2015年春の株式上場を視野に収益力向上を目指していることも報道されており、まずは全国の郵便局ネットワークの維持に力を入れての事業展開が高齢者支援の安否確認、買い物代行サービスの地域づくりでどうした役割を実現していくかが視点となってきた。

#### (5) 医療法人による支援センター構想

社会的に孤立した人たちの自立を地域社会で支援するための「ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）研究センター」を発足させようとする動向も地域の関心を引かれている。

リハビリテーション医療を中核に置いた専門病院を経営する熊本市の医療法人(社団)が2013年8月に計画を発表して注目された。

将来的には行政と連携してこの研究センターを核にした全国初となるソーシャル・インクルージョン協会の成立を目指していると報道<sup>14)</sup>されている。構想は(1)経営している同病院の敷地内に高齢者と障害者の自立を一緒に促すような住まいと、働くための「場」作りを行う。(2)県内にない「車椅子のまま移動」して旅ができる専用バスの所有と運用の実現を具体的な目標に掲げて活動すると企画している。つまり同研究センターは、孤立した人たちの自立支援に必要な行政や関係団体、ボランティアグループなどの横断的なネットワークの構築、人材バンクの創設に取り組むとしている。

構想を発表した理事長は「まず、障害者と高齢者の対応に取り組み、それを受け皿にして貧困や犯罪などの問題にも広げて研究センターを立ち上げたい」と語っているようである。

## 第6節 地域で提供できる資源の確保

厚生労働省設置の「高齢者リハビリテーション研究会」は2004年1月に「これからの高齢者リハビリテーションのあり方」を報告し、今後の高齢者リハビリテーションの方向性について一定の見解を示していたが、「地域で提供できる体制の整備」もあった。

○地域によっては、リハビリテーションを提供するような医療施設がなく、住み慣れた地域から遠く離れた施設などでリハビリテーションを利用せざるを得ない状況もある。また、施設でのリハビリテーションを終了し、在宅復帰する場合に、自宅に戻った際に連続してリハビリテーションが利用できず、または利用しようとしても地域にリハビリテーション提供体制が整備されていないといった状況がある。

○今後は、住み慣れた地域において一体的に予防、治療、在宅生活への復帰とその継続を支援できるようなリハビリテーション提供体制を計画的に確保していく必要がある。

H23.4末

		直営	広域 連合等	委託	社会福 祉法人 (社協 除く)	社会福 祉協 議会	医療 法人	社団 法人	財団 法人	株式 会社	NPO 法人	その他	合計
		箇所											
熊本県	箇所	26		57	17	15	20	2	1	0	1	1	83
	割合	31.3%	0.0%	68.7%	20.5%	18.1%	24.1%	2.4%	1.2%	0.0%	1.2%	1.2%	
全国	割合	29.9%	2.8%	69.8%	37.2%	13.3%	11.9%	2.2%	1.7%	1.6%	0.6%	1.3%	

### 【県内の地域包括支援センターの設置状況】

地域包括支援センターは市町村直営若しくは、社会福祉法人などへの委託により運営されています。熊本県の特徴としては、直営と委託の割合については、全国平均とほぼ変わりませんが、医療法人や社会福祉協議会への委託割合が多い状況です。（熊本県「長寿・安心・くまもとプラン」37頁）<sup>15)</sup>

### (1) 連携と分担

○リハビリテーションは連携が必須にもかかわらず、これまでの取組は必ずしも十分とは言えなかった。特に、医療と介護の連携、入院中や外来で行われる通常の一般医療とリハビリテーションの連携、また、介護保険の中での各サービス間の連携や、専門職種間の連携が不足していたと言える。

○今後、リハビリテーションが、患者・利用者を中心として、予防、医療と介護の多くの施設や事業者、職種により切れ目なく、一体的に提供されるためには、個々の利用者の生活機能に関する情報の交換、履歴の共有化による連携、利用者のケアの現場を通じて、関係者が具体的な取組、技術を共有化するチームアプローチが不可欠である。

○高齢者のリハビリテーションに関わる多職種が利用者の生活機能を踏まえたリハビリテーション計画の作成に参画するとともに、リハビリテーション専門職が訓練を行い向上させた高齢者の活動能力を、看護職・介護職が日常でのケアを通じ、実生活で実行できるような連携が重要である。

以上が高齢者リハビリテーション研究会の研究報告で、一連の同報告が基本となって



06年のリハビリテーション評価体系が見直されたのであった。

## (2) 都市部における後期高齢者の居住施策

その発表では「4つの政策」の一体的な推進を取り上げて、その4番目の柱に「④在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進」を示して注目されている。

それは、これからは在宅、居住系施設を重視した医療が求められるとして、さらに介護との連携。在宅を重視した医療ということで住宅政策との関係が非常に重要になってくる、特に都市部における後期高齢者がどういうところで暮らしていくのかというのが問題であるとして、住宅政策との連携については、多少要介護となっても、集合住宅で引き続き暮らし続けられるよう施策を打っていくことを取り上げていた。そして平成24年度末で介護保険法が改正（介護療養型医療施設の廃止）されることに伴う転換については、地域ケア体制の整備構想のなかで位置づけをしていくことを明示していた。この施策としてどう対応したのかが関心事である。

都道府県の高齢者関係資料における熊本県版（平成25年3月）では「介護サービス給付費として1人当たり給付費の推移」で、23年度（熊本県）の施設サービス計は53億8566万円を計上していた。介護保険収入等の同年度（1号、2号、国庫負担、都道府県）は8兆2100億を発表しているから、財源のうらうちは対応できるのではなかろうか。

## (3) 長寿を全うできる地域構築プラン

報道によると、政府の社会保障制度改革国民会議が平成25年4月の論点整理で、「軽度の高齢者は介護保険給付から市町村事業に移行し、ボランティア、NPOなども活用して柔軟、効率的に実施すべきだと提案している」とあった。厚生労働省調べで2012年12月末現在の介護認定7段階のうち要支援1、要支援2の認定者数は約150万人、全体の介護費用に占める割合は5%程度と発表されているものの重度者向けサービス財源を確保するには、「要支援者のその給付内容や方法を見直す必要があると判断した」と政府発表は取り上げている。厚生労働省は平成12年4月から、要支援者などへのサービスを市町村が選択して提供できる事業を開始しており、平成12年度は27自治体が導入しているという。だから「費用抑制などのメリットが期待できる」と政府は着眼してきたのであろうと報道は伝えるにいたっている。

我が国の高齢化率が一貫して上昇を続けて平成24年10月1日現在で26.4%、高齢者数約47万7000人（総人口の4人に1人が65歳以上、その半数以上が75歳以上）という状況を伝えるなかで、熊本県では新たな高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画『長寿・安心・くまもとプラン』を策定して発表し、自立して長寿を全うすることのできる熊本の実現を目指して各種施策に取り組んでいる。

平成25年3月にまとめた同プランは平成24年～平成26年度へ「自立して長寿を全うすることのできる熊本を目指す」とした重点目標と主要施策集である。こうした自治体の目指す姿は全国的な基本理念の策定集として広がり、担い手たる地域住民の取り組みを全国的に活気付けていこう。

熊本県が今回、まとめあげた“計画の目指す姿”は、どれも関心を引いているが、それら基本理念のなかでひととき注目させたのは「地域包括ケアの実現」を目指した地域構築のプランであった。

## 第7節 地域包括ケアシステムによる生活支援

20世紀後半は医療の歴史のなかでも「入院医療」が急速に進歩し、延命を目的とした治療医学が急速に進歩した時代だったことから「病院の世紀」と言われている。<sup>16)</sup>これに対して、21世紀の医療は、「地域包括ケア」に向かうと考えられている。最終的に住み慣れた地域で、安心して暮らしていきたいと願っており、これを支援するのが、まさに「地域包括ケアシステム」である。

ところが、“平成の大改革”と言われて平成18年に成立した医療制度改革関連法の一部では、介護療養型医療施設の廃止は注目の平成24年末（2012）には実現せず、6年間の延期となった。

行き場のない「医療・介護難民」を生じるとの批判が医療現場や与野党から上がり、方針転換したものという。結局、療養病床約35万床について、2012年度末までに15万床まで6割削減する当初目標を緩和して、削減を4割にとどめ、約22万床を存続させる方針に転じたのであった。

医療費の適正化、高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合などを柱にした“平成の大改革”が動き出そうとして成立はしたものの21項目もの附帯決議がついたそうで、その内包する問題点の多さを象徴しているのではなかろうか。

医療の構造そのものを変えていこうとする取り組みとしては、その方向性として厚生労働省は「4つの政策の一体的な推進」を講演（07年4月＝大臣官房総務課企画官）で取り上げて注目されていた。そのなかで四つ目に「在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進」を示して、在宅を重視した医療ということで住宅政策との連携を取り上げていたのは関心を引かれた。つまり「在宅医療と地域ケア」の推進である。「介護が必要だからといって特養や長期入院の病院、老健施設などの施設を用意して暮らしていただくのではなく、できれば今住んでいる住宅、あるいは今後、集合住宅などもつくっていくなかで、住宅自体のバリアフリー化をし、1階にグループホームや訪問看護ステーションなどが入った公団住宅などをつくって暮らしていただく、という方向性を示した。住宅政策との連携である。

在宅療養をする際の支援の拠点が地域に必要であり、中心に在宅療養支援診療所があり、それをバックアップする病院、有床診療所、老健施設、特養施設がある。その支援診療所は地域の介護の拠点とも連携して、暮らしを支えていく。こうしたことが各地域でできるように、地域ケア体制の整備構想の策定を都道府県で進めている」ということであったが、それからやがて10年、筆者の住む界限（熊本市）では、バリアフリーを思わせるマンションふう住居施設には、その地区の包括支援センターを表示する壁看板が

掛けられてあった、当該地域の住民たちの利用には便利な存在となっているだろうと思わせるものが見えたりしてきた。

「医療の需要が圧倒的に地域にシフトしていくなかで、医療の供給も地域にシフトしていく。つまりリハビリテーションの専門職も、病院から地域へ大量に飛び出さなければならぬのは歴史的な必然とも言える」と平原佐斗司医師が論文「在宅医療における理学療法の可能性」で述べているのは味わい深い言葉であり共感できる。

### (1) 「在宅療養支援拠点イメージ」

「リハビリテーション」の施設基準届出医療機関である病院・診療所を退職して、地域で開業（個人、グループ）したい理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職が、連携活動を志望すると言われていた医療機関としては、24時間対応の在宅診療支援診療所があるようだ。

2012年度の診療報酬改定で仕組を充実されており、同年の届出医療機関数12,841が、同24年の届出数では、単独型221、連携型2,604、在宅療養支援診療所10,933となっているようだ。

施設基準の概要は、24時間連絡及び往診可能な体制、他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制等、常勤医師、緊急往診件数、看取り件数に応じて区分、等をそれぞれ届出ているようだ。

この在宅療養支援診療所の創設は、医療制度改革による介護療養型病床の廃止方針の流れにのって、いち早く施設から在宅への流れを広げていったのである。25年9月には全国13,012施設がこの在宅診療の施設基準を届出で移行するに至っているという。

介護療養型医療施設の廃止の動向については、当時の研究会における厚生労働省保険局の医療課長の講演記録があり分かりやすい。「療養病床は、慢性疾患患者が入院するが、そのなかには必ずしも病院で治療を受けるまでもない程度の患者がたくさんいる。そうした患者は在宅へ、あるいは老健施設等へ移っていただくことが重要である。また、医療の必要度が高い患者は引続き医療病床に残っていただく」（等を説明したうえで）「療養病床の再編は、医療費だけの問題ではなく、人手の面でも必要なことである」との考えを示し、「生活のなかでの医療、尊厳に配慮した医療、安心できる医療が中心となるだろう。そのなかで在宅医療が重要であることが必ず示されるだろう」と、生活のなかでの医療を柱とする「在宅療養支援拠点イメージ」を示したうえで、在宅療養支援診療所について説明している。

こうして「在宅診療」のスタートが波にのったこともあってか、厚生労働省は2012年度の介護報酬改定で、訪問介護の生活援助や訪問看護について、報酬算定の基準となる時間区分を変更する方針を明らかにした。

生活援助の時間区の変更のほかに、自立支援型サービスの質を向上させるため、リハビリテーションの専門職と協働して訪問介護計画を作成した場合、新たに報酬で評価する「処遇改善加算」を新設し、人件費にしか使えない報酬とすることの見直しを目指し

ている。自立支援型サービスの質を向上させる介護報酬改定の動向として注目させた。

## (2) 医療機関の「リハビリテーション」は増加情勢

### 施設基準の届出は増加情勢（前年比）

厚生労働省は9月4日開催の中央社会保険医療協議会総会で、主な施設基準の届出状況等（各年7月1日現在）を報告している。<sup>17)</sup>

それによると「リハビリテーション」の増加状況が注目されるが、その前年比較よりも評価体系改革前の高齢者リハビリテーション研究会の報告時（平成16年）と照合して、その増加情勢に関心を引かれるものがあった。

つまり、平成14年7月1日現在の届出状況は、総合リハビリテーション施設A＝病院603、診療所2。総合リハビリテーション施設B＝病院23、診療所0。理学療法Ⅱ＝病院3,678、診療所719。理学療法Ⅲ＝病院746、診療所568。作業療法Ⅱ＝病院1,421、診療所156。言語聴覚療法Ⅰ＝病院250、診療所20。同Ⅱ＝病院1,400、診療所131。

平成24年・届出医療機関数（病院・診療所はカッコ内）☆外来リハビリテーション診療料＝2,160（1,002）。☆心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）＝581（45）、（Ⅱ）＝64（37）。☆脳血管疾患リハビリテーション料＝（Ⅰ）2,392（62）。（Ⅱ）1,560（286）。（Ⅲ）1,570（1,313）。☆運動器リハビリテーション料＝（Ⅰ）4,055（278）。（Ⅱ）1,348（3,510）。（Ⅲ）760（684）。

☆呼吸器リハビリテーション料＝（Ⅰ）3,103（143）、（Ⅱ）727（177）。

☆難病患者リハビリテーション料＝27（44）。

☆障害児（者）リハビリテーション料＝225（113）。

☆がん患者リハビリテーション料＝446（2）。

☆集団コミュニケーション療法料＝1,067（118）。

以上、施設基準の概要（心大血管、脳血管疾患、運動器、呼吸器）専任の常勤医師の配置、常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置、リハビリテーションに設置する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能、等。配置人員数に応じて（Ⅰ）～（Ⅲ）に区分。

難病患者・障害児（者）・がん・集団療法料は、専任の常勤医師、専従の従事者、専用施設の保有、必要な器械・器具の具備、等。

介護保険3月の介護費は前年同月比、増

国保中央会がこのほど平成25年3月分の介護費等の状況を公表したところによると、介護費7,650億円（前年同月比6.0%増）、件数は1,128万件（同6.4%増）、日数は1億2,807万日（同6.5%増）となっていた。

「高齢者医療費・人口等」は、25年3月の高齢者医療費1兆4,954億円で、前年同月比で1.4%増加した。このうち後期高齢者医療費は1兆1,725億円で、1.6%増加した。

高齢者医療費と介護費の合計は2兆2,604億円であり、前年同月比で2.9%増加した。

3月の65歳以上人口は3,129万人で、前年同月比3.8%増加。このうち75歳以上は1,543

万人であり、前年同月比3.4%増加した。

### リハビリテーション〈訪問・通所〉日数は減少

件数・介護費などの動向（平成25年3月）では居宅サービスのうち「訪問リハビリテーション」=79,000件（対前年同月比2.5%）、日数432,000日（対前年同月比）▲1.4%。介護費27億円（対前年同月比2.6%）。

通所リハビリテーション=526,000件（対前年同月比日数▲0.7%）、介護費381億円（対前年同月比1.0%）。

### (3)地域包括センターの公正・中立

〈現状と課題〉では、業務内容を紹介し、「これらの業務の実施により、地域住民のニーズに応じて、医療・介護・福祉サービスを切れ目なく適切に提供する地域包括ケアシステムの構築推進の役割が期待されているが、地域課題の把握、関係機関との連携体制づくり、介護支援専門員への支援等について十分に進んでいない状況がある」と指摘して、運営協議会の活動、中立性の確保、人材確保支援など図解して解説している。

〈県内の地域包括支援センターの設置状況〉を表示して分かりやすく取り上げて「市町村直営若しくは、社会福祉法人などへの委託により運営されているが、熊本県の特徴としては、直営と委託の割合については、全国平均とほぼ変わらないが、医療法人や社会福祉協議会への委託割合が多い状況です」と指摘して表示（比較）していた。

熊本県条例「障害のある人もない人も共に生きる熊本づくり条例」を制定し、2012年4月1日に施行した熊本県の事例では、九州初の「社会モデル」を取り入れるなど全国的な注目を浴びたが、障害者への情報提供の仕組みを正常化していく動向ともなった。その一例が地域包括支援センターで、熊本市が運営委託している受託法人について中立性を確保する委託にする公募方針を明確化したことである。

それは2011年9月の熊本市地域包括支援センター運営協議会で市が発表したもので、その2か月前（7月24日の熊日「主張・提言」）で、1人のケアマネージャーの意見が新聞に投稿されていたそのテーマであった。「地域包括支援センターは熊本市の事業であり、圏域ごとに29ヵ所ある。同センターの役割は、担当圏域で独占して要支援者等のケアマネジメントを行い、圏域の高齢者の個人情報把握し、医療や介護の事業所や民生委員等の地域住民と連携して、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援を行う。

熊本市はこの公益性が高い事業を、民間法人に定額の委託費で運営委託した。もちろん、委託でも『公正・中立を確保する』ことが省令に定められている。しかし、民間法人はぎりぎりの委託費では、『事務所』と『看板』の経費を節約せざるを得ない。

そのために『事務所』は病院や施設の建物の中にあるセンターが18ヵ所（62%）と多く、『病院や介護施設の玄関を歩いて行ったら、そこに地域包括支援センターがあった』という場合が多い。また『看板』は、病院や施設の看板の一部に介護サービス事業所と並べて掲載されている場合が17ヵ所（58%）と多い。

これでは住民に分かりにくい。分かったとしても『その病院や施設の一事業所』と認識するのが普通だろう。このような状況が『公正中立を確保する』ことになるとは考えられず、違反状態にあるだろう。

6年前の地域包括支援センター創設時に、『直営』か『委託』かの検討の末、熊本市は財政の節約のため『公正中立の確保』を条件に委託することになったが、その結果がこの公正中立の破綻である。

これから2回目の公募が始まる。同じ過ちを犯さないためには、事務所と看板は熊本市が用意し、運営のみを委託するべきである」

以上の一専門職員の新聞投稿を連想させる熊本市の公募方針が2カ月後に新聞報道となり、2012年から委託する6年間の同センターの公募を公示している。同センターの中立性を確保するため、原則として受託法人の施設とは別の場所に設置し、年間運営費の額に差を付けることにしている。法人敷地外の場合、年間300万円を敷地内であれば180万円。その差を付けて公募し、2011年までの29カ所を次回からは27カ所に減らして再編して委託するにいたっている。

## むすび

介護保険サービス利用者の増加の抑制が波紋を広げつつある。厚労省は2025年の時点でその利用は25%まで上昇すると見込み、3%程度減少させる目標を掲げてきたと情報誌が伝えている。そうした抑制へ進むには、今後、後期高齢者の急増するなかにあって、要介護認定率の減少化は大変な困難となるだろう。高齢者たちの健康は疾病（生活習慣病）予防に対応するだけでなく、要介護（要支援）の減少にも目標値の課題を背負わされていくことにならないか。

そんな時代だから、「地域に住まう専門職の会」をつくり、地域に基盤構築を図ること。難題だろうという声はかかるが、それはいまだから出来るのではなからうか。いまのPT、OTたちは心底に、なぜ国家資格は自分たちだけ抑制されるのか、不満は強いようである。

だが介護保険サービスの訪問（または通所）リハビリテーションの給付サービスは、居宅・通所とも毎年度大きく伸びていることを公的資料は伝えている。26年度の見込み回数は熊本県調査で、訪問リハビリ20万回超、通所リハビリ155万回超となり、増えていく一方である。この人気は何を意味しているか。社会保障の自助論と公助論。

自立支援法では「応益負担」が導入されて、利用者の選択に委ねられてきた。負担も「応益」とするのが自然で理屈は通っているが、障害のある生活にはほとんど選択性は無いはずである。「障害とは、社会の側が作り出した『障壁』だ。障害をなくす費用は、それを作り出した社会が負担すべきだろう」<sup>18)</sup>と学界の論壇を読んだが、「地域に住まう専門職たちの会」の地域活動を市町村が指定したら、その入会費、応益負担の地域展開は期待できるはずである。

## 注

- 1) 尾形裕也「医療制度構造改革の概要と評価」総合リハ・37巻5号(2009年5月号)395頁。
- 2) 日本リハビリテーション病院・施設協会(長崎市銀屋町4-11・長崎リハビリテーション病院)。
- 3) 『維持期リハビリテーション』(日本リハビリテーション病院・施設協会編・09年10月、三輪書店)、103頁
- 4) 「06年改定のリハビリテーション疾患別体系」平成18年12月25日付、厚生労働省保険局医療課長通知、2006年4月版診療点数早見表(医科)(医学通信社発行)。
- 5) 季刊『いきがい』120号(財団法人 健康・生きがい開発財団発行)。
- 6) 上記3、8頁。
- 7) 厚生労働省老健局老人保健保険課長(平成18年12月15日、老老発第1225003号)。
- 8) 『高齢者関係資料集』(平成25年3月、熊本県健康福祉部発行)77頁。
- 9) 熊本日日新聞(以下、熊日、平成25年5月6日)朝刊、「介護保険『軽度』を分離」。
- 10) 総合リハビリテーション(第40巻第5号、2012年5月号)434頁。
- 11) 『維持期リハビリテーション』(2009年、三輪書店)8頁。
- 12) 筒井孝子著『介護サービス論』(2001年、有斐閣)18頁。
- 13) 熊日(平成25年8月26日)朝刊、「日本郵便が高齢者事業」。
- 14) 熊日(平成24年6月1日)朝刊、「障害者、高齢者の自立促す」。
- 15) 「県内の地域包括支援センターの設置状況」(『熊本県長寿・安心・くまもとプラン』)37頁。
- 16) 『PTジャーナル』(2013年9月号)768頁。
- 17) 『社会保険旬報』(2013年10月号)56頁。
- 18) 熊日(平成21年1月24日)朝刊12面、「『受益者負担』に疑問」。

# 第1章 リハビリテーションの沿革

## 〈目次〉

第1節 「リハビリ」の語句の広め過ぎ	25
第2節 天児教授が伝えた使命感	26
第3節 整形外科学が構築した地域展開	27
第4節 リハ科専門医不足の課題	30
第5節 リハビリテーションの地域主義と施設主義	32

### 第1節 「リハビリ」の語句の広め過ぎ

リハビリテーション (rehabilitation) は米国において体系づけられた医学の専門分野といわれている。わが国では、1963年創設の日本リハビリテーション医学会がまとめて刊行している『リハビリテーション医学白書<sup>1)</sup>』によって考察することができる。

それによるとその解説の中に「すっきり理解しがたい面もある」と述べて整理している部分もあり、関心を引かれたが、それは「その発祥の過程で、物理医学 (physical medicine) とリハビリテーションという一見全く異なるようにみえる2つの分野が統合されたものだ」と解説で明確化されており、わが国ではそれを導入されている経緯があるとしている。

つまり、リハビリテーション医学の源流は19世紀末に、米国やヨーロッパで盛んになった電気治療医学会 (Electrotherapeutic Society) に始まる、として、それを経緯としているようである。したがって米国においてはリハビリテーション医学と放射線医学のルーツは一緒であった、と考えられている。

その後、1930年代の半ばに「物理医学会」から放射線科は分離独立している、という。また、「第2の分野であるリハビリテーション (Rehabilitation) は、患者を身体的、心理的、社会・職業的に最大のレベルまで到達させることである」としており、ちなみに「Rehabilitation の re=again、また、habilitate=to make suitable を意味する」と解いてある。

そしてわが国へのリハビリテーション医学の導入については「1945年、第二次世界大戦の終戦を機に、わが国におけるドイツ医学の流れが米国医学にシフトした。そして、1948年に医療法が施行されたが、内科、外科、整形外科などの臨床医学はもとより、基礎医学を含めた、すべての研究・教育などが米国のシステムを踏襲することになった」ためという。そして実利主義に基づく米国の医学の進歩は、世界の最先端をいっていることを納得させていくことになる。

1948年の医療法制定時には、内科・精神科・小児科・外科・整形外科など11標榜科が定められたなかに「理学診療科 (または放射線科)」が定められて、リハビリテーシ



ョンと同一の医療分野となり、後年は広くリハビリテーションの標榜に使われることになったようである。つまり、米国の専門医制度の成立過程で、リハビリテーション医学と放射線医学が「物理医学」として同一領域を形成してきた経過があり、そのまま日本に導入されて行ったことになる。

「リハビリテーション科」の診療科名（広告できる標榜診療科名）が厚生省（当時）医道審議会より承認されたのは1996年で、その内容は「運動機能障害及び精神障害等の障害者を対象として医学的リハビリテーションを実施する診療科」と説明している。

以上は1988年に社団法人格を得た日本リハビリテーション医学会が2003年に刊行した『リハビリテーション医学白書』の記述によるが、その情報白書では「わが国におけるリハビリテーション医学分野の先達には、物理医学を主体とするリハビリテーション医学の診断・治療技術よりも、リハビリテーションという語句そのものを形而上的に広め過ぎた感があった。リハビリテーション医学は最も臨床的で、実学的な診療専門領域であることを銘記すべきであろう」と記述してある論点もあり、印象的な解説として関心を引かれる。

## 第2節 天児教授が伝えた使命感

わが国におけるメディカル・リハビリテーションの先達として著名な天児民和教授<sup>2)</sup>には、発表した論文『わが国におけるリハビリテーションの濫觴』（1984年）がある。「リハビリテーションを考えない医療は本当の医療ではない」というのが持論であったと当時の学界に伝えられている。

天児氏は九州帝国大学整形外科学講座（助教授）から戦中に新潟医科大学教授に赴任し、1950（昭和25）年には九州大学に復帰しているが、この時代の一般整形外科学はもとより、脊髄損傷や義肢などリハビリテーション医療に関する研究の進みは天児教授によって伝わっていると検証されている。つまり、そうした研究発表の中で肢体不自由児施設の当時の発展史も記述されており、そのリハビリテーション医学の濫觴をたどるうえでは貴重な史料となっている。

天児論文からそのリハ医療の時代的流れを整理していくと、「—— 戦後消滅してしまったが、厚生省は昭和17年に東京に整肢療護園を開設した。その後、戦争が激化して小児の施設は発展しなかったが、戦後少し落ち着き昭和25年頃より各地に肢体不自由児の療護施設の開設が行われた。又日本肢体不自由児協会は昭和23年に設立せられ全国の施設開設を支援した」のであった。

天児教授はこの時代に九州大学へ再任されて移っており「当時、九州には全く此方面の施設は無かった。そのため県当局を説得して昭和28年に福岡県立の肢体不自由児療育施設粕屋新光園を開設し本年30周年を迎えた。全国では昭和29年には12施設が開設せられていた。又翌年には鳥取、長崎、熊本にも開設せられた」とその動向を伝えている。

「尚、昭和29年全国の肢体不自由児施設は下記の12施設であった。国立整肢療護園は

昭和17年、東京板橋に設立せられたが他は昭和25年以後である。1、国立整肢療護園 2、多摩緑成会整育園 3、北海道整肢学院 4、宮城県立肢体不自由児施設 5、群馬県立整肢療護園 6、静岡県立療護園 7、愛知県立整肢療育園 8、東大寺整肢園（民営）9、広島県立若草園 10、愛媛県立整肢療護園 11、福岡県立粕屋新光園 12、長崎県立肢体不自由施設。他に鳥取、熊本は昭和30年4月より事業開始予定であった」と記録。

「日本にはリハビリテーション施設は既に記述した如く昭和17年に整肢療護、昭和24年には身体障害者更生指導所を開設したが、いづれもリハビリテーションとは言わなかった。それは外国語をそのまま使用する事に対し逡巡したためと思うが、いよいよ学会創立する段階となり諸外国の大半が Rehabilitation の用語を使用している事と、国連でも同様の語を使用しているため日本もリハビリテーションとすることに決定した」のであった。

前述（天児論文）に出てくる熊本県の事例（肢体不自由施設）を取り上げてその展開を史記で詳述すると、前文の通り「昭和30（1955）年の事業開始」であった。つまり、熊本県松橋療護園と称して同年7月1日に下益城郡松橋町豊福に開園している。50床の医療機関として同年12月1日には義務教育の町立分校（松橋養護学校）も併設し、児童福祉を担う療育施設として全国17番目のスタートであった。

この県立療育施設は当初から熊本大学整形外科学教室が支援している。開園時の玉井達二教授（整形外科学）<sup>3)</sup>は、新潟医大整形外科学教室（助教授）から1954（昭和29）年4月に熊本大学医学部へ赴任してきて整形外科学を開講したばかりであった。そして九州大学で天児教授が『わが国におけるリハビリテーションの濫觴』を著述して、戦後消滅してしまった整肢療護園を問題化して取り上げて福岡県当局を説得するなど全国的に開設を広げて推進していくことになる。熊本における県立療育施設の開設支援も、その流れで動いた整形外科学教室による時代的支援であった。

### 第3節 整形外科学が構築した地域展開

こうして熊本県の事例となったリハビリテーションは、整形外科学教室が推進拠点となって、地域の療育施設などが地域展開を指導して行った。こうした事例を整理すると、1954（昭和29）年の熊本大学医学部における整形外科学開講へ遡って地域展開していくことになる。

終戦後の文部省（当時）には、旧制国立医科大学（全国8校）の全校に「整形外科学講座」を開講する教育方針があり、1954年に熊大が同教室を開講したのもその一環であった。玉井達二教授は当時38歳。まず附属病院に18床を確保し、新設の医局（教室）は8名の体制であったという。

新潟医大の整形外科学は全国国立大で4番目の開講で、九州帝国大学から天児民和助教授（当時）が第二代教授に就任し、九州帝国大学から終戦直前の1945（昭和20）年

6月に赴任している。玉井達二氏はその3年前に同新潟医大を卒業し、海軍に召集されており、終戦により復員して復学し天児教授の整形外科科学教室に入局し助教授に就任したという流れがあった。

熊大医学部における玉井教授は前述した通り天児教授について「リハビリテーションを考えない医療は本当の医療ではない」と語られるのが持論であったと、考え方を回想していたが、一般整形外科はもとより、脊髄損傷や義肢など広い領域の権威であったと評していた。その天児教授からリハビリテーション医学を玉井教授は学んで赴任してきたのであった。

もともと我が国では、リハビリテーション医学の流れは戦後の導入であったという動向は先述の通りだが、専ら「後療法」と呼んでいた時代があって、即リハビリテーション導入ではなく、リハに至る「軍陣医学」「戦傷医学」との関わりが整形外科には濃厚であったという。

戦後は1946（昭和21）年1月に生活保護法、1949（昭和24）年12月に障害者福祉法が生まれて、ソーシャル・リハビリテーションのシステム構築は整備期へ向うけれども、それに対してメディカル・リハビリテーションは先進諸国と比較すると遅々としていたのである。わが国では戦後、リハビリテーションの4本柱、つまり医学的リハ・教育的リハ・職業的リハ・社会的リハの4本柱がいち早く立てられてきたものの、リハビリテーション医療は大きく立ち遅れてスタートを切っていたのであった。

前述したように、天児教授は新潟医大から九州大学に移り帰ってきた1950（昭和25）年に厚生省（当時）が開設を止めていた整肢療護園の開設支援へ初めてのり出している。そして九州には全く開設が無かったため、県行政を説得して1953（昭和28）年に初めて福岡県立療育施設「粕屋新光園」を開設し、翌29年には全国12施設の開設整備が地域に展開して行ったが、1948（昭和23）年に至ると日本肢体不自由児協会がスタートして全国の施設育成が動き出していくことになったのである。

リハビリテーション導入による地域展開は法制を構築しながら進展していつている。1947（昭和22）年には労災補償保険が新しく生まれ、1949（昭和24）年には東京と小倉に労災病院が新設された。

1963（昭和38）年9月には日本リハビリテーション医学会の創立総会が開催されて学会役員を選考へ進み第1回学会は水野祥太郎会長に決定、第3回は九州大学で天児民和会長となり医学界に於てもリハビリテーション医学会が確固たる地位を獲得していったのである。

リハビリテーションはチームワークで行われる。これには多種のパラメディカルスタッフが必要で特にPhysical Therapist（PT）＝理学療法士、Occupational Therapist（OT）＝作業療法士は不可欠となった。他に言語療法士（Speech therapist）＝ST、医療福祉士（Medical social worker）MSW、その他が必要となってきた。

差し当たり必要なOT、PTの養成所として清瀬の国立療養所リハビリテーション学

院が開設されたが法的な規定もなかった。そこで1965（昭和40）年に「理学療法士及び作業療法士法」が法律で規定され、1965（昭和40）年8月24日より施行されて、翌41年に国家試験が実施された。

そして同年4月には労働福祉事業団が九州労災病院内に「九州リハビリテーション大学校」を開設したのであった。こうして医学界に確固たる地位を占めていくが、医学教育では未だ定着したとは言えない。国立の旧帝大にはリハビリテーション講座はない。

（略）障害を持っている人達に楽しく生きるよこびを与えねばならないが、その使命の大きな部分はリハビリテーション医学が負っている。しかしこの使命の達成には各種専門技術者のTeam-approachでないと成功しない事は当然で、其方面の技術者の養成と身分の確立が望まれる」と天児論文は論じている。

### **(1) 障害機能の復帰へリハ医学の熱意**

既説のとおり1963年9月29日に日本リハビリテーション医学会は水野祥太郎（大阪大学教授／整形外科学）教授を初代会長として発足しているが、その発会式には総勢わずか64名の出席であったと記録されている。しかし、後年に社団法人格の取得（1983年）後は5,616名、そして2002年7月にいたると9,447名となり、国内有数の学術集団に拡充されていったのであった。

その学会創立における水野初代会長の言葉の中には「――疾病あるいは外傷により何らかの障害を受けた者に対し、その失われた機能の回復をはかるとともに、残された機能の最大限の機能をも促進し、それによって障害者をできる限り生産的な人間として社会に復帰させることを目的としており――」との規範的念願があった。その水野会長はその後、川崎医科大学教授に就任して、医学部におけるリハビリテーション医学を担当している。さらに同医大併設のリハビリテーション学院長も担当したのであった。

筆者は昭和54（1979）年4月のその時代、同学院長についてリハ医学会におけるその活動、中心的存在であることなど知らぬまま同学院作業療法学科に親族を入学させる機会を得て、保護者会等で同学を訪ねている。当時はリハビリテーションを“第三の医学”などと呼んだりして将来を注目されていた進学コースであった。

保護者会では事務局長が出席してきて学制、教育方針、将来性などをテーマに質疑応答を展開してくれていたが、教育内容で高卒3年制には無理があり4年を要するという話になってきたので「そうであれば4年制の短期大学に再編したらどうか」と質問したことがあった。それに対し事務局長は「教養科目の時間がどうしても不足してくる。専門科目の時間を割いて教養科に振り分けたら、障害部位の機能訓練など専門教育が不足してきて、逆に障害を悪化させてしまうことになる。それに専攻領域では人体解剖などが新学期からは解剖数を増加しており実験実習の見直しによって専門教育の時間は不足していく」と保護者の要望には同調してこなかった。その熱意が伝わってきたのは、「学歴については、短大などではなく大学院（入学資格）を検討中」という回答が出てきたことであった。

結局、その子は3年制に4年を要して昭和57（1982）年に卒業し、その年の国家試験に合格して東北の県立療育園に採用され小児療育を担当することになった。卒業式ではPT科21名、OT科24名の45名が巣立っていったが、親族が出席して、びっくりした表情で帰ってきて当日の学院長訓示を話題にしたのを記憶している。つまり「きょう卒業する君たちは（現場に入って）10年もしたころにはドクターを指導する立場に立つ。これからもしっかり勉強しなければならない」—その熱気のこもる言葉がリハビリテーションのいまの時代を構築して行ったであろうと、まだ全国のOT数が800名前後のそのころのリハ史を考察することがある。

## （2）専門職養成へ専門学校と大学の混在

リハ医療の「車の両輪」を言われて成長していく専門職の養成は、その不足から1977年以降4年にわたり厚生省（当時）主管の国立リハ学院が4校開設されるなどPT、OT共に増強されたが、同時期の1977年には文部省（当時）所管の大学教育による短期大学が開設されていった。1963—1980年には22校であったが、1981—1983年の短期間に17校の増設があり、1984—1994年の10年間には27校（OTが17校）を増加している。

そしてこの1994年には四年制の教育機関（PT、OT）が我が国で初めて開設され、さらに大学院が設けられている。以来～2000年の6年間では61校（PT、OT55校）と増加し、今世紀入りするその2年間に30校と驚異的増加を示している。しかし、その一方で厚生労働省主管のいくつかの教育機関は統廃合の施策で廃校になった数もあり、学校間の定員増など含めると、2002年だけでも総定員数の増は1,287名（OT815名）が記録されている。このようにPT、OTの教育および研究機関はようやく高度化していった。その反面、PT・OTともまだ数が少ないという点から専門学校が多数できていったのである。

## 第4節 リハ科専門医不足の課題

06年4月改定における4つの疾患別の評価体系については、それぞれ所定点数を算定することのできる「厚生労働大臣が定める施設基準」が指定されている。それに適合することにより所定の点数が給付されるわけだが、専従するPT、OTを指導監督する医師についてどのような要件があって適合とするのか、たとえば「運動器リハ科」で医師の要件とされているのは「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」を指定されている。それはどのような研修かを明示すべきではないか。

そうした国民の関心は出版社が定期的に発行している『診療点数早見表』等では知ることができない。そうした現状について、「リハビリテーション関連職種の卒前・卒後教育〈課題と要望〉」と題したリハ専門医（大学教授）のレポートを関連専門誌で読む限りでは予想以上の認識を知ることが出来た。それによると「PT、OTの養成校が乱立し、資格取得者が鰻登りに激増する現状とは対照的に、わが国の医学生に対するリハ

ハビリテーション医学教育は悲惨な現状にある。その最大の原因は、大学医学部にリハビリテーション医学講座の設置が遅れたことにある。卒前教育は言うまでもなくその大部分が大学医学部で行われるべきである。

専門医制度が発足する以前の1970年代であればやむを得ないが、現在ではリハビリテーション科専門医が大学において講義を担当するのが当然であり、そのためにはリハビリテーションが大学に存在することが最も妥当である」と論じて、1996年度のリハビリテーション医学会教育委員会の調査を取り上げていたが、それによるとリハ医学講座の存在する大学は80校中で11校（国立3校、公立0校、私立8校）のみであった。2008年1月現在でも20校（国立4校、公立2校、私立14校）にとどまっている。

「もっとも大きな課題は、本当に教育されているのか、誰が教えているのか、内容は適切であるのか、ということにある。リハビリテーション科専門医が勤務していない多くの大学では、どのような教育が行われているのかと考えたとき、実に恐怖感を覚える」と論じてあるレポートを受けとめてみると、PT、OT等、リハビリテーション専門職の養成教育が高度化して、きちんと大学設置基準に沿った単位制度が確立されてきた時代制が注目されていくなかで、それらPT、OTたちが全て「医師の指示の下に療法を行なうことを業とする者」の資格法から45年以上も脱しできないでアプローチしている現実が関心事となってくる。

1984年における天児民和論が、リハビリテーション医学の遅々とした歩みを指摘し「医学教育では未だ定着したとは言えない。国立の旧帝大にはリハビリテーション講座はない」と論じていたその視点が理解できた。

### 施設基準と「医師の指示」

高齢化社会や疾病構造の変化によるPT、OTの不足となっていく情勢が高まって、対応する養成校の増加が急激に目立つようになり、行政の需給計画より早くPT、OTの数が先に到達する勢いが関心事となってきたなかで、PT・OTの養成施設指定規則（昭和41年文部・厚生省令第3号）の改正（平成11年3月31日文部省厚生省令第2）が行われるにいたった。

主な改正は教員数で理学療法士養成である専任教員は6人以上であること（作業療法士養成も同）。専任教員は免許を受けた後5年以上理学療法（又は作業療法）に関する業務に従事した者、そして教育内容の大綱化（基礎分野、専門基礎分野、専門分野の合計93単位。実習時間の3分の2以上は病院又は診療所で行うこと。単位は大学設置基準に沿った単位制とした）

この指定規則改正及び1992年における4年制大学教育の開始、さらに大学院の設置（1996年）によってPT・OTの教育および研究機関は確かに高度化してきたが、その養成施設における大学と専門学校の混在については今後、どう理解されていくのだろうか。

また「リハビリテーション科」を評価、給付できる施設基準において、「担当する専任医師が適切に配置されていること」の要件を定めているが、「経験を有する専任の常

勤医師」の経験とはどうした経験か。理解できるのは「運動器リハ」が「3年以上を有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を終了した医師であることが望ましい」と指定しているだけで、その研修とはどんな内容で、終了とはこうすることだと定めるべきではなかろうか。

急性期給付の4疾患では運動期だけが一般に分かりやすいと評されながら、それでも分かりやすい施設基準とは言えそうにはない。

「理学療法士及び作業療法士法」が、「医師の指示の下に行なうことを業とする」資格法である限り、その現場（施設）における担当医師の資格要件は常に判然としてあることが法規制の前提要件と言えよう。

## 第5節 リハビリテーションの地域主義と施設主義

### (1) 水俣の地域エンパワーメント

昭和23（1948）年の医療法制定時に「理学診療科（または放射線科）」となってリハビリテーションの診療科名が標榜されて以来、約半世紀後の1996年に遅まきながら医道審議会が「リハビリテーション科」が厚生省（当時）に承認され、リハ医学の発展へ拍車がかかっていくことになったのは前述の通り。

その標榜科の内容は「運動機能障害及び精神障害等の障害者を対象として医学的リハビリテーションを実施する診療科」と説明されていた。そうして発祥していったその流れを整理すると、地域問題となって地域（自治体）が取り上げてリハビリテーション医療を導入していく、地域住民による住民パワーが視点となってくる。その水俣市立病院湯之児分院は昭和40（1965）年に開設されており、担当していた自治体病院長（三嶋功院長）の回想記<sup>4)</sup>がそれを語り伝えている。

「設立の動機は昭和31（1956）年から多発した水俣病の薬物療法が昭和36～37（1961～1962）年頃には一応限界に達したので、その後は温泉による有機水銀の体外排泄をはかると同時に、肢体の不自由な水俣病患者に各種の訓練を施して運動機能の回復をはかることが、最も有効適切な治療法であろうという発想からであった。

初めは50床程度のリハビリテーション病院を造る予定であったが、当時はわが国におけるリハビリテーション医学の振興という背景があって、各方面から水俣病患者ばかりでなく、一般患者のリハビリも一緒に考えるようにとの勧めがあったので、多少の困難はあったが、最終的に200床の病院を造ることになったのである。しかし昭和40（1965）年頃といえば、医師でさえリハビリ療養についての知識は極めて貧弱であり、また全国的にも自治体病院で独立したリハビリ施設を有するところは皆無であったので、新しく病院を建設し、運営を一定の軌道に乗せるまでの苦労は並大抵ではなかった。幸いにして国・県、そして熊本大学医学部のご指導、ご支援の下で多くの優れた先輩の英知と努力によってこの病院は立派に築かれてきたのであった」と、熊本県初の地域構築でリハビリテーション医療が導入されていった動向を伝えている。生活環境のエンパワーメン

ト追求となった。

熊大整形外科教室は療育の開設を支援してきた例と同様に、医師を派遣して充足させるなど、全国初で導入する独立した自治体病院のリハビリテーションを根付かせていたのであった。専門職の理学療法士、作業療法士も当初から充足させるなど「水俣病患者のリハビリテーション」の研究発表も行った。それがヨーロッパにおける第1回インターナショナル・リハビリテーション・カンファレンスにおける演題に採用されて、いちやく国際的な注目を浴びることになったりして、水俣市立リハビリテーション病院がライトを浴びると、病院の需要は一時的に高まったが、やはり都市圏から離れた立地だったため不採算病院経営に落ちていくことになって、結局、減床して親病院と複合合床することになっていく。それでも中堅の専門医たちにより法人化して熊本市圏に「リハビリテーションセンター」を開院する動向が生まれ出てきて新しいリハビリ専門医療の展開に至って進出していくことになる。

## (2) 地域特性による展開事例

リハビリテーション給付の構築事例では、この模索の時代の熊本県にいま一つ全国的な注目を浴びた地域特性の事例があった。身障者たちの要望が意外な方向へ展開していた「天草リハビリテーション」の動向である。

天草下島の西北端になる苓北町は石炭と陶石の産地で、昭和40（1965）年代には石炭も斜陽化していく炭鉱で月産8,000屯に達しないほど不振に落ちていくが、30（1955）年代までは大事故も発生していたという。したがって、この地域の住民医療は外傷や骨折が多かった。

その二つの炭鉱の産業医でもあった苓北病院は、増えていく一方のそうした症例をレポートして熊大の整形外科学教室の指導を仰ぐことが多くなっていった。そうすると「温泉の町の出湯を利用した入浴の理学療法」を教わるが多かった。つまり、手術後の神経痛併発など後遺症に対するアプローチである。

そうした後療法の勉強のなかでこの病院は、温泉を医療施設に導入した機能回復訓練の発想に意欲的になっていった。そうするには当然に医療法人のこの病院は、別に社会福祉法人を考えなければならないと、訪ねていく厚生省（当時）指導で教わるが多くなった。その発想は当時の和歌山市「琴の浦リハビリテーションセンター」があった。つまり、その2番目の社会福祉法人施設を目指し、まず国庫予算（一部は県費）で運営する方式を構想。100床規模を50床でスタートすれば、その運営費の不足は病院でカバーできることにして、無料リハビリの施設を確立する方針であった。

ところがこの構想は地元医師会の反発に遭遇することになった。結局、「リハビリテーション」なる言葉の流行に近代施設をみんなが勝手に連想して、その引き合いや議論を演じた格好で終わったのであった。要するに施設には1億8,000万円を投資していた。厚生年金還元融資、国・県の助成、そして苓北病院長の私財であった。

そうした苦勞で生まれたのは重度身体障害者厚生施設「天草整肢園」であった。予想



してきた障害者たちの入所利用はソッポを向かれた形となっていた。

こうして脚光を浴びて誕生した「天草リハビリテーション」であったが、オープンしてみると、苓北病院が「生活困窮の障害者のために福祉施設を作った」という評判につつまれて、底辺層のための厚生援護センターとなっていたのであった。したがって、リハビリテーション医療は専門職によるチーム活動であることを十分に知ったこの病院は、昭和40（1965）年に法制化した理学療法士・作業療法士の存在を認識し、その養成校を熊本に創ろうとのり出した。つまり、専門職を養成する地域づくりを決断したのであった。

昭和59（1984）年に熊本県第1号リハビリテーション学院を開校したのがこの医療法人弘仁会である。

### (3) リハビリ資源の機能的地域化

「まちづくり活動」には六つの要因があると学説に出てくるが、その中の「契機的要因」としての時代的新しい展開を考えてみたい。その視点の一つがリハビリテーションであるが、その中心的役割を担う理学療法士（PT）と作業療法士（OT）の専門教育校がいま、激増時代に入っているのである。

厚生労働省老健局が10年前（2003年6月）にとりまとめた高齢者介護研究会報告によると、その3年間を要した制度検証の結果として、2004（平成16）年を目途とした需給推計がある。それによるとPT約46,000人の需要に対して37,000人の供給。OT約33,000人の需要に対して約24,000人の供給がそれぞれ進んでいると見込まれていた。

ところが現実には2007年度で58,000人の有資格者数となり（3年後には年間10,000人のPTが誕生していく見通し）となっていた。養成施設の入学定員が11,000人を超えたわけだ。

OTは2007年度末現在で有資格者数38,097人、養成校数169校（192課程）入学定員7,276人という推移となって増加している状況。

厚生労働省がまとめた研究会報告（2003年）では「質の高いリハビリテーションが提供されるためには、それを担うリハビリ専門職の養成・確保と資質の向上が重要である」と報告してあったが、10年後の展望がこうも激増してきては、まずこの数的資源への関心が先になってきてしまう。

それでも同報告では「医療（病院・診療所）に所属する割合がおよそ70%となっているので今後は予防や介護分野への活動の参入が課題である」と提言していた。リハビリ専門職員という人材資源が施設（医療）に集中的となりその動向が批判されていたのは当然であつたらう。

リハビリテーション医学会の認定によるリハビリテーション専門医は少数で、年間に合格するのは30人～40人と非常に少ない状況であることと比較してPT・OTたち「医師の指示の下に行なうことを業とする者」の資格法の法制がその資源性を地域化できないでいるのが判然としてくる。

わが国の医療提供体制は基本的に「民間主導型」である。<sup>5)</sup> リハビリテーション病院・診療所も8割以上がそうで、つまり民間医療機関の積極的な展開によるものであり、特に身体障害者運動療法の施設基準を申請し、都道府県知事の承認医療機関を取得して格付けされた医療機関の出来高払いによる給付をしている。その健康保険上の療法基準指定に専門職のPT（またはOT）の員数が定められており、その充足が難関とされてきたのであった。

そのようにして俄然、施設基準の整備が活気づいてきたのは昭和56（1981）年の診療報酬改定で、3年4ヵ月振りの大幅点数引き上げが実施されていた。つまり従来の施設基準が廃止され、新しく厚生大臣（当時）が定める施設基準も「運動療法」「作業療法」に整理されて、専門病院の立場が専門職（PT、OT）の求人に深刻となっていたのであった。

そして、それらの療法士養成校が脚光をあびることとなり、全国的に増強されていく情勢となったのである。つまりリハビリ資源の機能的地域化時代の訪れである。

超高齢化社会をかかえこみ、介護保険対応の「維持期リハビリテーション」の利用者が増加の一途をたどっていく情勢のなか、「軽度の高齢者は介護保険から離して市町村事業に移していく」検討が厚生労働省に判然としてきたことが報道<sup>6)</sup>されてきた。したがって市町村はその対応にのり出すべきであろう。

リハビリの“車の両輪”とされている理学療法士、作業療法士たちは「予防→治療→リハビリテーション」という医療保険給付トリオの中でも「全人間的復権」の熱意と能力を一番身につけてきた専門職たちである。これからは増加情勢のなかで施設から出て地域に張り付いていく展開へ期待を寄せたいものである。

維持期リハビリについて介護保険サービス対応の留意事項を示した先述の行政通達（2006年12月）は「保険医療機関については介護保険における指定があったとみなす（当該指定に係る都道府県知事への申請不要）」と指導しているあたり、筒井説の「介護費用に対するだけの保険法である」ことが論証されてくる。つまり、医療保険による急性期・回復期のリハビリテーション医療の給付を受けてきて、終了すれば、引き続き速やかに介護保険リハビリに移行することになるが、利用者はその場合、個人の立場で適切にサービス選択できるかどうか。判断能力は十分か。

## むすび

高齢者介護研究会（座長：堀田 力、20委員）が、厚生労働省の求めで、介護保険制度の3年間の検証を踏まえて報告書を取りまとめたのは2003（平成15）年6月であった。題して「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」、翌年1月付で老健局に提出している。

20委員は、それぞれ各分野の専門家たちで、参画して7回にわたり、ヒアリングや討論を行い中間報告を取りまとめていたようで、それはインターネットで全国に広報された。そのなかで印象的な内容だったひとつに「医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの関

係」があったので、第1章のあとがきとして取り上げておきたい。

「ひとりの人間の、要介護状態となる原因疾患の発症、疾患の治療と並行したリハビリテーション、そして退院・在宅復帰するまでの過程をみると、制度上は医療保険と介護保険のリハビリテーションが提供されることになるが、これらのリハビリテーションは連続性が確保される必要がある。医療保険と介護保険の制度に分かれることによって、それぞれ提供されるリハビリテーションに制度上の差異があるかのごとく考えられやすいが、リハビリテーションの目的や目標に差異があってはならない。」

#### 注

- 1) 『リハビリテーション医学白書』（2003年4月1日第1版）社団法人日本リハビリテーション医学会監修、医学書院発行。
- 2) 天児民和教授（九州大学名誉教授）「わが国におけるリハビリテーションの濫觴」（1984年）。
- 3) 玉井達二教授、1954年4月、熊本大学医学部に「整形外科学」を開講。
- 4) 『水俣市立病院創立三十年史』病院長三嶋 功「水俣市立病院附属湯之児病院」206頁。
- 5) 尾形裕也「医療提供体制の課題と展望」（『週刊社会保障』No. 2548、2009年）61頁。
- 6) 熊日（平成25年5月6日）朝刊、「経費抑制、市町村事業に」。

## 第2章 リハビリテーションの公平性と効率化

### 〈目次〉

第1節 「ICF活用が「障害」を共通理解へ	38
第2節 リハ専門医の専属配置における公平性	40
第3節 「リハビリ人生」の権利概念	43
第4節 「在療診」とリハ専門職の連携構想	46

### はじめに

わが国の近代医療制度は、2006年6月の医療制度改革関連法の成立以来、3度目の大転換期を進んでいる。西洋医学を導入した明治の創設期、そして戦後が第2次改革期、それを経てきた3度目で、やはり政治経済と連動した転換期である。平成18年度診療報酬改定（以下、06改定と略）では、患者、国民の反発がクローズアップした改定項目も出てきた。「リハビリテーション」では国民の反発も出てきたが、それが試金石となって異例の改定へ進み、時代は「地域包括ケアシステム」の基盤整備の動向へ進化してきた。国連の障害者権利条約の締結へ向けた国内の法整備も完了している。

リハビリテーションは第2次改革期に米国から導入しているが、医療ではその診療科名が便利語に使われて拡大・多用化していった経緯があり、それが06改定で揺れ動いたことにより、きちんと整理すべき機会を得てきた。本来の定義は、基本医療六法（06年版）によると<sup>1)</sup>、「米国リハビリテーション会議では『障害を受けた者を、そのなし得る最大の身体的・精神的・社会的・職業的・経済的な能力を有するまでに回復させることである』とされている」と定義し、「通常、医学的リハビリテーション（medical rehabilitation）と、職業的リハビリテーション（vocational rehabilitation）に分けられ、それぞれ医療と福祉が一体となって障害者を支えていくシステムの構築が不可欠である」としている。

これを基本にして理解しながら、その規範的基礎付けとしては、健康保険法に基づく厚生労働省令と、老人保健法に基づく同省令による「一般的事項」があり、それを確認しなければならない。それによるとリハビリテーション医療は「基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力・社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである」と、根拠たり得る内容を選択している。<sup>2)</sup>

したがって06改定に発する医療界、患者・国民の不安、とまどいは、定義・内容を正確に把握できていない医療界と、患者・国民がそれぞれ自己的に判断して不安を惹起して反対した騒動ではなかったか。厚生労働省もそれに対応するコミュニケーションに苦慮する姿が当時のマスコミに投影していた。

このままだと、リハビリテーションは、ニーズだけがふくらむだけで、規範的基礎付けも把握されないまま、近代的医療としてのスペクトラム (spectrum) を不明確にしていくのではないか。本稿は、06改定の同項目を検証しながら、これからリハビリテーション医療の質を充実させ、それが医療情報となり患者・国民による選択を正常化していくにはどうするか、リハの効率性と公平性を検討の要としながら、いくつかの提案を試みたものである。

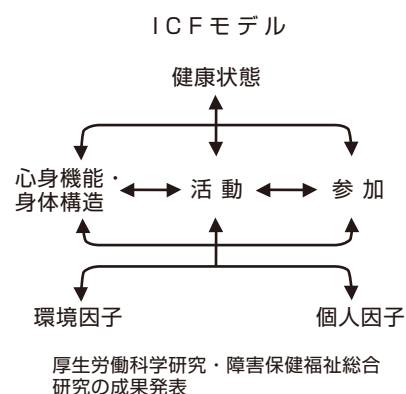
## 第1節 ICF活用が「障害」を共通理解へ

リハが医療として法制度に位置づけられたのは、1992年の医療法改正だから医療史としては日が浅い。その医療法第1条2（医療提供の理念）では、要約<sup>3)</sup>すると①生命の尊重と個人の尊厳の保持。②医療の担い手（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他）と患者の信頼関係。③医療を受ける者の心身の状況に応じ、治療のみでなく、疾病予防、リハビリテーションを含む良質かつ適切な医療の提供。として、リハを医に包含する理念を明記している。

そして1996年の医道審議会において、標榜診療科の名称として「リハビリテーション科」（医療法施行令第5条の11）が承認されるに至り、リハ医学の振興に拍車がかかっていくことになる。医療法制定時（1948年）には「理学診療科」という名称で当時の11標榜科名の中にあって、以来その名称で取り入れられてきたが、その理学診療科の廃止で初めて片仮名9文字が日の目を見た格好である。

疾病（病理）を対象とする医学モデルに立脚する医療と、障害の社会モデルを取り込んだ国際生活機能分類<sup>4)</sup>（ICF）における障害を対象とするリハとでは、法制度の位置づけがかなり異なっており、リハ医療の多くは（費用負担からみると）医療保険よりも社会福祉や介護保険に位置づけられて普及してきている。

たとえば、すでに改編を経てきたが老人保健法第12条（保健事業の種類）には、⑤医療（医療費の支給を含む。）と⑥機能訓練があった。医療等以外の保健事業である「機能訓練」は、実施基準で「40歳以上の者であって疾病、負傷等により心身の機能が低下しているもののうち、医療終了後も継続して心身の機能を維持回復するための訓練を行う必要のある者等を対象として行う」ことになっていたが医療制度改革関連法（06・6・21）にすすむ中で全国的に廃止している。介護保険法改正（06年）関連した連動も廃止した形の一環だ。そうした成り行きの中で、今回の診療報酬改定がリハ医療の迷走、混乱にさらに拍車をかけたのである。問題の所在としては、次の視点を取り上げてみたい。



(1)概念の迷走整理による効率化 リハ医学・医療のニーズが超高齢社会へ進むなかで急激に高まったリハ需要。病院・診療所など保険医療機関では「リハビリテーション科」を標榜していない施設はめずらしいと言えるほどの展開で増えてきた。そうした医療情勢に対応して、リハ医学・医療が専門領域を判然としていかないと、リハの関連領域との正確な整合性も見えなくなっていく、不備な法制度の位置づけへもさらに流動化していくのではないかと、そうした視角はリハを中心とした医療界だけではなく、一般の患者・国民サイドの関心を引き出していく状況に達していた。リハ概念の迷走、である。

たとえば、ある施設で、お年寄りたちのグループが「風船バレー」をやって賑わっている風景を、「あれでも、リハビリなんだから」と話しながら批判している人たちがあつたが、今回のリハ見直しでは「集団療法に係る評価」が廃止となったとして、「風船バレー」のお遊びもなくなり、リハビリがすっきりしてくると06改定を評価する医療現場もある。

リハ医学は、制度改革の政策のなかで新しい力を発揮してきた。「リハ医学の対象の高齢化・重症化・重度化・重複化の進行は、リハ医学にとって古くて新しい問題である廃用症候群を再び表舞台に呼び出し、避けて通ることのできない深刻な課題として再認識を迫ることになった」と上田 敏説<sup>5)</sup>は述べている。

その理念こそがリハビリの基本と理解すべきであろうか。リハ医学においては廃用症候群（disusesyndrome）の予防が当初から強調され、成果を上げてきていることを知るとき、医療提供行政が06改定にいたる直前（04年1月）に研究班の中間報告（高齢者リハビリテーションの現状と課題）を採択したことの流れが理解されてくる。つまり同報告の中から検証課題（5項）の一つ「長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合があること」を取り上げて、06改定の基本方針に生かしたことは、リハ医療の効率化を断行した方向として見落とせない。

ところが、その06改定の新評価（4つの疾患別の評価体系）は、疾患ごとに算定日数上限を設定したために「患者切り捨て」という世論の反発を被る結果となったわけである。

問題は、改定の基本方針と評価を当のリハ現場がどう理解していたか、というその対応になってくる。

4つに再編された新たな疾患群別には、それぞれ算定の上限を設定したけれども「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には設定日数（たとえば脳血管疾患等リハ科＝180日）を超えて所定点数を算定することができる」と明示している。そして「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患には、ア～キ（7項＝9種患者）」（平18保医発0306001）を指定している。

そうした新評価の06改定が、単に「患者切り捨て」の全国的な反発をどうして大きく誘発してしまったのか。結局、厚生労働省は算定日数を実施初年度で緩和する方針を固めるといふ異例の改正が伝わっているが、これはどう判断すべきであろうか。要はリハ

現場で改定の内容を理解できていなかったのではないかと考えざるを得ない。

全国保険医団体連合会（保団連）は06年10月の、実施（起算日）から算定開始して上限日数にいたる時点で、リハビリを打ち切られた実態調査にのり出し、全国20都道府県の228医療機関の脳血管疾患患者6,873人が打ち切られている状況を把握して発表している。熊本県では、調査対象となった31医療機関のうち、13施設が打ち切られた患者（計327人）を回答しているが、他の18施設（58%）は回答していない。回答しなかった施設は(1)医学的に判断して治療を継続している。(2)打ち切りという処理ではなく適正に（合意して）終療処理、または介護リハサービス等へ継続している。この両面が考えられるが、その場合、(1)と(2)では患者に対するアプローチの格差、（リハ現場の対応の）公平性に問題を生じていることが考えられる。これはそれぞれ担当するリハ医の診療能力が問われている状況である。

疾患と障害の総合的把握に基づいてリハビリの基本方針を立て、協働するチーム職員を具体的に指導するリハ医。チームリーダーとしての資質、知識や能力を要求されているリハ医。そのリハ医のアプローチが今回のリハ現場の不安、混乱を惹起していたのではなかろうか。

## 第2節 リハ専門医の専属配置における公平性

医療法は、リハを医療に包含する立場を明記（1992年改正）したが、理学療法や作業療法を含めてリハ医療の多くは疾病や負傷そのものの治療ではない。医療制度改革関連法の成立によって改正の方向へ進んでいるけれども、もともとリハ医療は費用負担からみれば、その多くは社会福祉や介護保険に位置づけられてきた。<sup>6)</sup>にもかかわらず医科診療報酬点数表におけるリハビリテーションの診療種目は多様多彩で、報酬点数の配点も比較的高額である。したがって超高齢社会の需要を背景にして保険医療機関におけるリハ診療志向は年々高まってきた。

そうすると「施設基準の通則」に基づく各要件の整備が人事・施設の両面で競争的に先決となっていく。当該診療の開始前6月間においてその要件を確保して届出、受理されないと開始できない。06改定では「療担規則及び薬担規則、並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項（平成18年、厚生労働省告示第107号）」である。

リハビリテーション料の施設基準は、専用の施設（面積等）、器具等の具備、記録保管等とともに難関と言われてきた要件が、常勤の専任医師と専従常勤セラピストであった。つまり、理学療法士（physical therapist：PT）、作業療法士（Occupational therapist：OT）、そして言語聴覚療法を行う場合は、言語聴覚士（Speech therapist：ST）の充足がそれぞれ要件である。

提供リハの高いランク（Ⅰ～Ⅱ）の要件にはPT、OTの数的充足が求められているところから、高いランクの施設基準を目指す施設が増えていく一方で、セラピストの求人が増大し、勢いPT、OT、さらにはSTの養成校が全国的に激増してきた流れとな

ってきている。そしてリハ医の充足も施設の苦勞のタネとなっているが、P T、O Tのように数的配置を要件とせず「1名以上」とし、リハ医であること（たとえば日本リハビリテーション医学会認定）の学会認定も求めている。

06改定の施設基準としても専任の常勤医師については、脳血管疾患等リハが2名以上（うち1名は経験医）としているが、4疾患系区分のうち他の3疾患区分については、共通して（Ⅰ）ランクについて「経験を有する専任の常勤医1名以上」を求めているだけで、（Ⅱ）ランクに関しては「常勤医1名以上」の勤務を要件としているだけ。「経験を有する」ことも要件としてはいない。

リハ医は少数だから、それを施設基準の充足要件とすれば、リハ医療の提供は普及していかないというのが我が国の医療制度の現状とみるべきであろうか。

社団法人日本リハビリテーション医学会認定の専門医数は06年9月現在、全国1,284名という少数である。<sup>7)</sup> 前述の厚労省研究班中間報告は「リハ専門職等の現状」で、リハ医に関して「（リハ医学会で）年間に認定合格する専門医数は30～40人と少ない状況にあり、リハ医学の進歩と施設あるいは地域でのリハ医療の発展を担う職種として、その養成を図っていくことが求められる」と提言している。

06改定前の「主なリハ関係施設の届出状況」（04年7月現在）では、総合A～理Ⅲまでの5ランクで病院・診療所合計9,717施設となっていた<sup>8)</sup> から、同一施設における複数勤務も多いし、リハ医の少数情勢は判断できる。

医大・医学部におけるリハ講座開講による卒前教育と卒後研修の課題は、06改定の波紋だけからも「現場のレベルとリハ医充足」の急務がクローズアップしてきた。現場を担当するリハ医に関しては、リハ医学の進化に伴うレベルの均質化を問う以前に、診療報酬改定の「基本方針」を、情報として行政と共有できるレベルから、まず求められているのではなかろうか。

**専門職の施設偏在も適正化** リハ医療では、車の両輪と言われる専門職のP T、O Tが近年は、驚異的な増加を示している。「理学療法士及び作業療法士法」（1965年、法律第37号）の施行前、1963年に国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院（高卒3年制）が開設されたのが我が国で初めてのP T、O T養成機関である。以来40年を経て、その免許取得者はP T41,271人、O T26,070人に増加し、04年末現在の「医療従事者職種別総数」に記録されている。<sup>9)</sup>

養成校は1975年のP T11校、O T5校が04年にいたるとP T167校（定員7,125人）、O T147校（定員5,657人）と、それぞれ着実に伸びてきている。<sup>10)</sup> P Tの場合、O Tも同じだが、1992年に4年制大学教育が開始されており、さらに大学院も作られてきた。それは少数であるため多数生まれてきた養成施設は専門学校である。

P TとO T、それぞれの勤務領域施設は、1997年における理学療法士協会、作業療法士協会の各統計によると、P Tは医療施設＝81.3%、老人保健施設＝3.4%、福祉施設＝3.3%、教育・研究施設＝3.9%、行政施設＝1.6%、その他6.5%である。



OTは病院・診療所＝70%、保健福祉施設＝20%、教育機関その他＝10%となっていた。こうしてPT、OTともに90%以上が施設勤務という状況だが、その原動力となって施設に張り付けてきたのは医療保険（特掲診療料）リハビリテーション料の施設基準で、その要件にそれぞれ充足を定めたからである。

たとえば（06改定の）「脳血管疾患等リハ料（I）に関する施設基準」では、専従の常勤PT 5名以上（回復期リハ病棟における常勤PTとの兼任はできない）。そして専従の常勤OT 3名以上（回復期リハ病棟における常勤OTとの兼任はできない）の充足が要件。

さらに言語聴覚療法を行う場合は専従のST（言語聴覚士＝法制定1997年）1名以上勤務していることが要件となっている。

研究班報告（厚労省設置、04年1月）によると、当時の医療関係審議会が04年（平成16）を目途としたPT、OTの需給推計を行っているが、同資料ではPT約46,000人の需要に対して約37,000人の供給。OTは約33,000人の需要に対して約24,000人の供給が見込まれていた。この需給推計からすると、すでに04年末統計の「医療従事者職種別総数」で、その需給に達していることが分かる。

それにしても40年間に養成されたPT、OTたちは見事に施設勤務に偏在、集中したものである。やはり、この原動力となったのはリハ医療の提供を推進した施設リハの医療保険施設基準であったと言えよう。保険医療機関は、通則で定められた所定点数を算定するためには、まず施設基準等に適合して要件をクリアしなければならないので、その人事充足を競い合うなかで施設集中、偏在に固まってきたことが言えよう。

しかし、40年間にわたる施設リハが、リハ医療の公平性と効率化を達成できたかを検証するとき、施設集中体系を整理して、リハ資源の社会化を検討すべき課題が理解されてくるはずである。その方策として第一に取り上げたいのはリハ医療専門職（セラピスト）、PT、OTたちの地域担当制である。

養成校1期卒の人材たちは、やがて60歳を超える年齢に達する時代だし、後輩には4年制大卒、大学院修了が入職してきてチーム医療を組むことになる。そうなると施設を出て独立、地域でチーム医療、連携リハを担っていく新鮮な志向も動き出していくことが考えられる。施設で培ってきた専門職の能力を社会で発揮するシステムである。

現にPT、OTたちの中では、施設を離れ地域で介護保険サービスのケア・マネージャー資格を取得して法人化（有限会社を設立）、在宅リハ支援等を模索している人たちもいる。

医療保険もすでに「在宅訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）＝300点」（退院の日から起算3日以内の患者については週12単位まで）を制度化して力を入れている以上、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して（診療に基づき）機能訓練或いは在宅支援のルートを協働すべきではなかろうか。

06改定で新設した「在宅療養支援診療所」等と連携するPT、OTの地域担当制度は

検討すべき急務にいたっていることを提言したい。

### 第3節 「リハビリ人生」の権利概念

06改定によるリハビリテーションの新評価体系告示の波紋を、07年1月のテレビ番組のリポートを手掛りに「リハビリ難民」と呼ぶ印象的な展開をまとめてみたが、そこにいたる国民の反発では、「リハビリ診療報酬を考える会」による厚生労働大臣あて反対請願もあった。

改定告示2か月後の06年6月30日付けで、いち早く全国43万1,500余人の署名を集めて提出したこの請願書は「期限（算定日数上限）を撤廃し、個々の患者の必要性に応じてリハビリ医療を提供できるように変更すること」を主題としている。改定直後の問題提起を代表する議論として検証することにした。

請願書の論点5項からは、定着しきったりリハビリテーション医療の計り知れないニーズも汲みとることができる。つまり、(1)個々の患者の病状や障害の程度を考慮せず、機械的に日数のみ（最多180日＝脳血管疾患系）でリハビリを打ち切るとするのは乱暴で唐突な改定である。

(2)障害や病状には個人差があり、リハビリを要する期間は異なる。また、リハビリ無しでは生活機能が落ち、命を落とすものもある。この制度で生命の質を守ることが出来ず、寝たきりになる人も多いし、リハビリは患者の命綱なので、必要なリハビリを打ち切るとは生存権の侵害にほかならない。

(3)厚労省は、除外規定があるから問題は無いと言うが、度重なる疑義解釈にも関わらず現場は混乱するだけである。結果として大幅な診療制限となっている。このままだとリハビリ外来や入院リハビリは崩壊し、回復するはずの患者も寝たきりになる心配がある。リハビリ医療そのものが危機に立っている。

(4)厚労省は、医療と介護の区別を明確にしたと言うけれども、医療のリハビリと介護のリハビリは異質なものである。介護リハビリでは、医師の監視のもとで厳格な機能回復、維持の訓練プログラムの実施は出来ない。

(5)リハビリは単なる機能回復ではない。社会復帰を含めた人間の尊厳の回復なのである。リハビリの打ち切り制度は、人間の尊厳を踏みにじるものであり、この制度の白紙撤回を強く要請する。

以上が、「患者切り捨て」等の批判が患者やリハ医療現場で沸騰した矢先に決行した請願活動の論点である。当時、新聞（全国紙、地方紙）の論評も、06改定の見直しを求めらるべき論調が目立った。それを背景に個々の患者の深刻な状況を克明に伝えたのがテレビ番組であった。

リハ医療提供の打ち切りを言い渡されたある現場では、一人の主婦（39歳）のリハビリ生活が中断した。介護保険のリハビリテーションサービスと結んで継続するという手続きも年齢が達しないため適用されず、結局、一人で自宅訓練を試みることになる。「血

圧降下剤の服用と同様に、それを止めることのできない生活習慣が、中止の勧告を受けて迷走、動揺している患者たちは、全国4万人を超えるのではないか」という解説をテレビ番組は伝えていた。

さらに07年3月のテレビ番組は<sup>11)</sup>は、『リハビリを続けたい』と題する25分番組を放映し、リハ医療のあり方をめぐる議論を流した。そして、いくつかの症例を取り上げたのである。(A)蜘蛛膜下出血で発症1ヵ月の寝たきりからリハ開始(54歳、男)。そして8年のリハ人生でセラピストの個別訓練を積み重ねてきて、自分で立てるまでに機能回復していたが、担当医の判断でリハを続けることはできない。退院をしたが一途のおもいは捨て切れず、介護老人保健施設のリハビリを目指すが、この施設(70人:平均76歳)のリハサービスは週1回。午前中の2時間で、健康診断や入浴サービスの合間である。マンツーマンの訓練をのぞむのは難しいとして悩みが続いている。原点に戻らぬだけでも良いと言われている感じの維持期リハである。

左脳出血から3年を経てリハ医療中の患者(25歳、男)も退院勧告を受け、専ら自宅で自己流のリハビリを続けている。40歳に満たないため介護保険の利用はできない。障害者自立支援法の医療・介護等は受けられるが「リハ医療の継続ができないのが悔しい」と訴える。自立生活に不安がつづる人生だ。こうした障害者は我が国では20万人に上ると番組は伝えた。

さらに番組は、日本リハビリテーション病院施設協会代表の談話を取り上げた。

「リハ医療を提供している側も不利益になっていかないよう、さまざまな手はうったが(こうした展開となった)、なぜ除外規定が出来てきたのか。これには、医師の回復見込みの判断が大きな理由になっている。慢性期リハつまり維持期リハはゆるやかなカーブで増えているが、その根本には高齢者の増加があり、したがってリハ医療は増えるが、財源には限りがあるから医療保険と介護保険の連係の問題となる。しかし、介護保険ではリハビリテーション医療は十分に行えない。それをどうするか、これが解決点となる」というわけである。

これからの新しい取り組みは、回復期リハを医療保険が担当し、維持期リハを介護保険が担当する連係が強化されていくとしても、どうしてリハビリテーションの効果を上げるか。その点、医療保険で日数が限られた以上は、漫然としたアプローチはできない。2時間で3時間の効率を図る、より細やかなリハの取り組みで最大限の効果を上げなければならない。協働するチーム医療の会議も回数を増やし、それを患者に伝えて患者との話し合いも増やしていく、という医療効率化。つまり、限られた日数を凝縮した効率性をリハ提供体制は目指している。

こうして06改定後の現状を概観して解明されるべき問題を抽出した番組であったと考察した。

テレビで流れた話題だから詳細は把握できていないが、内容の概略を視聴しただけでも今回の06改定ではリハビリテーションに関わる部門が大きな波紋をまいていることは

情報として伝わってきた。リハ提供の施設基準も措置が多様化し、行政の仕掛けが増えてきたなかで、障害を背負う「リハビリ人生」は続くのである。大田仁史説<sup>12)</sup>はこう述べている。

「そうした障害に対して『リハビリ人生は許されない』という言葉が横行しているようだ。専門的なチェックと指導を受け続けながら、自分の生活や人生を必死に組み立てて生きている。透析患者に『透析人生は許さない』といえるのか。(略)身体機能に影響する心理については放置していてよいのだろうか。むしろ、継続的にリハの指導や必要に応じ訓練を受け続けることこそ薦める必要があるのではないか。『目指そう！リハビリ人生』ではないのか」

だが、理学療法士でイギリス、フランス、イタリア等で研修してきたリハ学院の宮本省三講師は自著<sup>13)</sup>でこう論じている。「リハビリテーション治療は『思想』ではなく『理論』に準拠すべきである。セラピストはリハビリテーション思想から脱却しなければならない。理論に基づくリハビリテーション治療を探求しない限り、リハビリテーション治療の科学性は生まれえない。理論の存在によってのみ仮説を構築することができる。セラピストはリハビリテーション治療によってその仮説を検証し、より厳密な回復に向けての理論構築を図る必要がある。それ以外にリハビリテーション治療が科学的な方法論に至る道はない」。

### 「障害」を共通理解

国際障害分類が心身機能のマイナス面を分類するものであることに対して、世界保健機関(WHO)は生活上の環境因子、たとえばバリアフリーなどのプラス面を考慮した国際生活機能分類=ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)を2001年5月、WHO総会で採択した。この特徴は、これまでのWHO国際障害分類(ICIDH)がマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFは、生活機能というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の視点を加えたことである。

厚生労働省は、ICFの考え方の普及及び多方面で活用されることを目的として、ICFの日本語訳である「国際生活機能分類(国際障害分類改訂版)」を作成し、「厚労省ホームページ」上で04年8月から公表している。

リハビリテーションの先進県等では、「専門職必見」としてホームページに全文を取り込んで周知へ力を入れており、たとえば先進県の場合、いち早くそれを「リハビリテーション関連」11種の1番に全文掲載し「ICFの考え方が多方面で活用されることを目的として厚生労働省で作成された日本語訳です。保健・医療・福祉関係者が『障害』を共通理解し、より実地的な支援手段の提供を目指しての活用が望まれます。背景・目的・特性・範囲、個々の構成要素について具体的な解説が得られます。各専門職必見です」として、県地域リハ支援協議会等の部門がインターネットで提供している。

「障害者」以前に「障害」を定義しようという国際的動向が生じ全国的に軌道にのっ

ていく時代的推移は、障害者問題の飛躍につながるものとする評価とともに、リハビリテーションサービスの社会的ニーズも刷新し、提供体制の公平性と効率化を確保していくことが期待されてきた。

しかし、我が国においては「ICFは、福祉関連領域では利用されるかもしれないが、医学・医療面での活用は困難と思われる」と日本リハビリテーション医学会『リハビリテーション白書』（03年版、6頁）は評価している。

リハビリテーションという語句が、医学・医療のみならず、職業、教育、社会領域などでも少なからず用いられているが、リハ医学の観点からは、医学的リハとの区別を理解しておかなければならないとして、初代の津山理事長の言葉でその解釈を取り上げている。つまり「医学的リハビリテーションは一般医療のなかに、リハビリテーション医学の概念を取り入れることであるのに対して、リハビリテーション医療は運動・認知機能障害患者の診断・治療を専門とする分野である」ということになるだろう、という区分である。

#### 第4節 「在療診」とリハ専門職の連携構想

##### (1) 「リハビリステーション」創設による在宅リハ

本節においては、4疾患別リハビリテーション提供の施設基準で、その従事者配置要件で勤務しているPT及びOTたち専門職と、それらが「在宅療養支援診療所」との連携グループ等による「リハビリステーション」創設を検討した。

06改訂の疾患群別再編リハ医療を効率化していくためには、俗説の「リハビリ難民」の継続的リハ支援が必要で、それに対応するには、現行制度で施設に偏在しているセラピスト（PT、OT）の地域適正配置を確保しなければならない。つまり、リハ医療を形成するリハ資源の地域化を推進できることが前提となる。

「在宅元年」と呼ばれる今の改革期で検討しなければならないのは、PT、OT（将来はSTも）たちの自由開業制である。「理学療法士及び作業療法士法」（昭40、法律第137）は、「医師の指示の下に、理学療法（又は作業療法）を行なうことを業とする者」（第2条3-4）を規定しており、その業務は「診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる」（第15条）のである。

したがって同法を一部改正して、都道府県知事に対する「連携療法所開設届」を制度化できないか。病院・診療所・助産所の「開設許可」並みの制度化ができれば、PT、OTたちの地域的活動が生まれ、在宅リハを支えていくはずである。現法の「医師の指示の下に」の規制については、診療所と連携することによって医師による診療管理を可能にするはずである。

これについては06改定で創設された「在宅療養支援診療所」が全国的に在宅療養の担い手として期待され画期的な広がりを生んでおり、セラピストとの関係は待たれている情勢である。

もともとリハビリテーション標榜の保険医療機関におけるリハ専門医の専属配置施設は少数（06年9月現在の専門医：1284名）であるため、多くのリハ医療現場は常勤専属のPT、OTたち主導のリハ医療提供となっている。リハ医の少数は、医学部卒前教育で、リハ医学講座を開講している大学（1999年現在、国立3校、私立8校）が少数のため、近年制度化した新・卒後医師臨床研修制度にも「リハビリテーション」は必修項目に指定されていないから、リハ医学を履修する機会を得なかった医師が多い。

地域担当制（長期的、勤務年数の要件を設定）によってPT、OTたちが地域に張り付けば、その役割は強化する。現行でもOTは法人格をもつことで介護保険サービスの居宅介護支援事業を行うことができる地域リハの中核的存在である。PTも現在、訪問リハにかかわり在宅訓練を指導（廃用症候群の予防リハ等）しているし、介護老人保健施設にかかわるPTは、在宅のADL改善を支えている。さらにPT、OTは、06年度から個別にリハビリテーション計画書策定の担い手にもなっている。

施設を出て独立したPTが介護支援専門員の資格を取得して法人化し、企画事業として腰痛アプローチの運動療法講習等により出し、各地で活動している例もある。茨城県は02年から「県指定訪問リハビリテーションステーション」制度を導入し、QOLの向上を目指す市町村の活動拠点づくりに力を入れている。そうした地域リハの胎動は、セラピストの地域担当制によって、いわゆる「リハビリ人生」についても地域的に支援し、機能訓練を効率化していくことは必至の情勢である。それを具体的に検討したい。

アメリカで1980年代に導入されたクリティカルパスウェイ（Critical Pathway）は、リハの現場でも適用される疾患が多くなって「クリニカルパス」という言葉を用いている。

一定のコストの中で医療の質を保ち、できるだけ効率の良い医療を提供するための簡略化するツールとして活用し、我が国では同学会も発足している。熊本県は先進県で、とくに回復期リハビリテーションの地域的連携チームをシステム化してきた。この節では、リハ医療の効率化事例として考察した。

## **(2) 高齢社会の地域貢献は「生活自立」**

ICFの考え方の普及へ我が国がのり出した時点に前後して、リハビリテーション専門病院の地域アプローチにも新鮮な発想が大胆に動き出してきた。熊本県の事例では、病院に「健康情報センター」を併設して、地域住民向けの健康情報の提供へ力を入れている施設がある。

高齢社会の「地域貢献」の課題としては、まず第1に取り組むのは高齢者の「生活自立」であるとして、これにしぼって取り組んできたもので、元気高齢者と呼ばれる10%の人たちも、明日は要介護高齢者の仲間入りするか分からない。それを考えた場合、医療施設の地域支援とし健康情報を発信するというユニークな体制を設置した。これをリハ資源によるまちづくりの一環という視点で検討した。

06改定で「在宅療養支援療養所」という制度が創設された。「在宅元年」とも呼ばれ

た06年の画期的な改定で、全国の一般診療所では自宅療養の担い手を志望しての開始届出は多い。1年後の07年4月現在、熊本県医師会発表によると約1万施設の届出があり、熊本県内では180件（全診療所の13.8%）に増えている情勢である。

医療制度改革では、平成23年度までに介護療養型病床を廃止する方針が決定し、施設から在宅への流れが強まっていく改革期で、退院患者のスムーズな在宅医療への移行が当面の課題となってきたとき、それは「リハビリテーションの打ち切り」の問題意識で考察しても同様だ。この際はリハ専門職のPT、OTたちが大施設から地域に移動して定住し、在支診等と連携活動することによって、在宅医療の果たす役割が効率化し、地域的に公平性も確保していくという発想から「連携リハ」を考察した。

#### 注

- 1) 「基本医療六法」（平成19年版、中央法規）1817頁。
- 2) 「診療点数早見表」（06・4月版、医学通信社）314頁。
- 3) 「基本医療六法」（平成19年版、中央法規）153頁。
- 4) ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）  
＝人間の生活機能と障害の分類法として01年5月、世界保健機関（WHO）総会において採択。  
大川弥生著『介護保険サービスとリハビリテーション』（2004年、中央法規）。
- 5) 上田 敏著『リハビリテーションの世界』（1997年、三輪書店）。
- 6) 『リハビリテーション医学白書』（日本リハビリテーション医学会・第1版）15頁。
- 7) 日本リハビリテーション医学会「ホームページ」（07年2月）2/2。
- 8) 厚生労働省ホームページ（研究会等）、『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』（平成16年1月）21頁。
- 9) 「基本医療六法」（平成19年版、中央法規）1816頁。
- 10) 「医療政策六法」（平成16年版、中央法規）2629頁。
- 11) 07. 3. 9（金）NHK九州・沖縄リポート（19：30～）。
- 12) 大田仁史著『地域リハビリテーション論』（Ver. 3）「序にかえて」（06年4月、三輪書店）2頁。
- 13) 宮本省三著『リハビリテーション・ルネサンス』（06年、春秋社）21頁。

## 第3章 「高齢者リハビリのあるべき方向」まとめる

### 〈目次〉

第1節 改定された新給付体系と効率性	49
第2節 施設基準の改定が専門職の需要を拡大	51
第3節 人材教育は在宅に向けた質的な制度を	54

### はじめに

わが国の医療提供体制はその第2期で国民皆保険制度を採用し、保険証で誰もが安心して医療の提供を受けられるフリーアクセスの下で、その基盤を整備しながら国際的にも高い評価の平均寿命、保健医療レベルを実現してきたが、国民医療費は次第に経済(国民所得)を上回る伸びとなり、医療保険制度を将来にわたって安定、持続可能なものとしていくための今後の在り方が課題となってきた。そして「給付と負担の不断の見直しとともに、社会保障の需要そのものが縮小されるよう政策努力が不可欠」となってきた。これを基本方針として我が国が推進する医療制度改革関連法(06年6月21日公布)は段階的な施行へ動き出し、その先発を平成18年度診療報酬改定にみることができた。

その新医科診療報酬点数表では、目立つのが「リハビリテーション」(以下、「リハ」と略記することがある)で、改定の反響は全国的に大きく、撤回を訴える患者・国民の声は意外に高かった。

本稿は、改定「リハビリテーション」評価を中心に、転換する医療提供体制の問題関心の一つ、「効率性」を検証しながら、これからの医療保障の課題の明確化を試みたものである。

### 第1節 改定された新給付体系と効率性

#### 疾患別の評価体系

平成18年度診療報酬改定(4月1日実施)の医科診療報酬点数表では特掲診療料(第7部)リハビリテーションが新評価体系となって全面改定された。今回改定の「基本方針」によると、「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」<sup>1)</sup>に沿った改定内容である。つまり、「長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーションが行われている」との指摘を踏まえ、4つの疾患別の評価体系に改め、それぞれ疾患ごとに算定日数上限を設定したとしている。

(1)脳血管疾患等リハビリテーション(算定日数上限=180日)、(2)運動器リハ(150日)、(3)呼吸器リハ(90日)、(4)心大血管疾患リハ(150日)が、その疾患別評価体系である。

この改定評価の反響としては、患者・国民による「リハビリ診療報酬改定を考える会」が立ち上げられて、2カ月後の6月30日付けで、川崎二郎厚生労働大臣に請願項目「保



限診療下で認められるリハビリテーション医療の最大180日までという期限(算定日数上限)を撤廃し、個々の患者の必要性に応じて、リハビリテーション医療を提供できるように条件を変更すること」を請願している。

全国の署名者数43万1,525人(請願者発表)の署名録に声明文を添えたこの行政請願は、「患者らの不安を放置するな」等の新聞社説<sup>2)</sup>を提起する状況を招いて国民の問題意識を引き出す展開となった。

この請願の訴えを声明文からまとめると、

①個々の患者の病状や障害の程度を考慮せず、機械的に日数のみ(最大180日に制限)でリハビリを打ち切るという乱暴な改定が、国民にほとんど知らされることなく唐突に実施された。

②障害や病状には個人差があり、同じ病気でも病状により、リハビリを必要とする期間は異なる。また、リハビリ無しでは生活機能が落ち、命を落とすものもある。障害を負った患者は、この制度によって生命の質を守ることが出来ず、寝たきりになる人も多い。リハビリは患者の最後の命綱なので、必要なリハビリを打ち切るとは、生存権の侵害にほかならない。

③国民の不安に対して、除外規定があるから問題はないと厚労省は言うが、度重なる疑義解釈にも関わらず現場は混乱するだけで、結果として大幅な診療制限になっている。このままでは今後、リハビリ外来や、入院でのリハビリが崩壊し、回復するはずの患者も、寝たきりになる心配があり、リハ医療そのものが危機に立っている。

④厚労省は、医療と介護の区別を明確にしたと言うけれども、しかし医療のリハビリと介護のリハビリは全く異質なものである。介護リハビリでは、医師の監視のもとで厳格な機能回復、維持の訓練プログラムを実施することは出来ない。

⑤リハビリは単なる機能回復ではない。社会復帰を含めた、人間の尊厳の回復なのである。リハビリ打ち切り制度は、人間の尊厳を踏みにじるものである。リハビリ打ち切り制度の白紙撤回を強く要請する。(声明文要約＝筆者)

この行政請願には続いて、全国保険医団体連合会(保団連)も加わった形で、リハビリ打ち切りの患者の治療状況など全国規模の実数を調査して行政の判断を求めている。行政がその現状をどう取り上げるかは問題関心であった。

医療保険「リハビリテーション」(保険医療機関及び保険医療担当規則第20条6、理学療法)は、施設に入院中、または外来で実施しているが、訪問リハのように在宅で実施するリハビリもある。その一般的事項<sup>3)</sup>として厚労省は「リハ医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法などの治療法により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである」(02年3月8日、保医発0308001)としていた。

その評価体系の改定に対する患者・国民たちの反発や白紙撤回の請願行為、医療界の

一角における批判に対して、厚労省（保険局医療課）は新聞の報道取材<sup>4)</sup>等で(1)「長期にわたり、効果が明らかでないリハビリが行われている」との指摘を受けた措置である。(2)「状態の改善が期待できると医師が判断した場合」にはリハビリの継続を認める通知を出している、ことを取り上げている。そして「次回の診療報酬改定の時期になる2年後に見直しが必要なら見直す」と回答していた。

以上の厚労省の取り組みは、医療提供体制の見直しで、リハビリテーション医療の効率性を引き出した措置である。「効果が明らかでない」と治療日数に上限を設けて、効果の出てこないリハを切り捨てた新評価体系に厚労省が踏み切ったのには、同省がリハ医学会専門医らを加えて集めて設置した「高齢者リハビリテーション研究会」<sup>5)</sup>の報告書が生かされていた。

## 第2節 施設基準の改定が専門職の需要を拡大

厚生省老健局が03年7月に設置した高齢者リハビリテーション研究会は、04年1月までに7回にわたって保健（予防）、医療、介護、福祉用具、自治体などの関連分野と、リハビリテーション医学、理学療法、作業療法、言語聴覚療法などのリハビリテーション専門分野にわたるヒアリングや総合討論を行い、今後の高齢者のリハビリテーションのあるべき方向について中間報告「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」をとりまとめている。

この研究会は、わが国における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たもので、それを取り上げて見直しを行ったのが平成18年度診療報酬改定であろう。保険局（医療課）は「リハビリテーション」をかなり抜本的に見直している。同報告書がリハの新評価に反映させた内容は、「(Ⅱ) 高齢者リハビリテーションの現状」における「わが国における高齢者リハの歩み」のまとめの指摘であった。

### 改定と専門職養成の連動

わが国の近代医療制度第2期（戦後）に、米国の影響を受けて導入してきたRehabilitationは、1965（昭40）年に「理学療法士及び作業療法士法」が施行されて、まずは専門職員の理学療法士（Physical Therapist:PT）、作業療法士（Occupational Therapist:OT）養成からスタートしている。

そして健康保険法の規定による身体障害者運動療法が昭和40年代後半に開始となり、「身体障害者運動療法の施設基準に関する告示・通知」が厚生大臣（当時）から発せられて都道府県知事の承認事項となって保険医療の開始となっている。その施設基準の要件がPT、OTの常勤専従で、運動療法（PT）、作業療法（OT）がスタートしていった。つまり、承認施設（病院・診療所）とその他の施設に、保険診療点数の算定に大きな格差が設定されたのである。診療科の標榜「リハビリテーション」を医療法施行令（第5条の11）が認めたのは平成8（1996）年にいってからである。

それまでの間、運動（理学）療法も作業療法もPTまたはOTの専従者を各最低1人を必要とし、患者数はセラピストと患者が1対1で行う個別的な療法（複雑なもの）にあつては1日15人、グループを対象として行う訓練療法（簡単なもの）にあつては、1人のセラピストが助手2名まで指揮し得るとして各々15人の患者45人がそれぞれ標準となつていた。

したがつて専従PT1名の施設では、身体障害運動療法（後の理学療法）として、複雑なものはマンツーマンで1日15人の患者。簡単なもので1日45人の患者が提供限度となつていた。OTによる作業療法も患者訓練の数的限度は同じで、国家資格のセラピストをどうして増員できるかが施設の療法提供能力、保険料診療算定の増収能力となつていったのである。

保険医療機関の理学療法が俄然活気づいたのは昭和56（1981）年であつた。この年の6月1日に3年4ヵ月ぶり診療報酬の大改定が実施されて、「理学療法」の項目整理による上限枠点数で90%近い大幅引き上げが登場したからである。これによって国が定める施設基準に適合する承認施設と、その他の保険医療機関との間で、理学療法を標榜する診療提供に点数格差が一挙に大きく開いたのであつた。それが施設基準の要件を充たすためのPT、OT充足の求人難を激化させたのである。

こうして勢いづいたリハビリテーション医療は医療機関の経営を支えるようになった。そうすると、リハ医療はますます医療施設の中に入つて行き、その大きなうねりが全国的に広がつた。同時にPT・OTの養成校も爆発的に増加していったのである。

リハビリ専門職の増加情勢を養成施設等の年次推移<sup>6)</sup>でたどると、全国的なりハ医療の普及状況が見えてくる。1965（昭和40）年の法制化によって開始したその活気は次のように増大していくのであつた。（①養成施設数②入学定員の順）

**☆理学療法士** 1975（昭50）年＝11校（200人）、1980（昭55）年＝22校（435人）、1985（昭60）年＝43校（980人）、1990（平2）年＝48校（1,115人）、1995（平7）年＝80校（2,640人）、1999（平11）年＝107校（3,631人）、2000（平12）年＝118校（4,231人）、01（平13）年＝134校（4,964人）、02（平14）年＝153校（6,249人）

**☆作業療法士** 1975（昭50）年＝5校（100人）、1980（昭55）年＝13校（270人）、1985（昭60）年＝28校（585人）、1990（平2）年＝33校（700人）、1995（平7）年＝58校（1,690人）、1999（平11）年＝97校（3,113人）、2000（平12）年＝107校（3,593人）、01（平13）年＝122校（4,283人）、02（平14）年＝136校（5,096人）

**☆言語聴覚士** 1999（平11）年＝27校（920人）、2000（平12）年＝32校（1,125人）、01（平13）年＝41校（1,445人）、02（平14）年＝48校（1,765人）

医療保険におけるリハビリテーションの充実、そして介護保険導入による施設リハ、在宅リハ、さらに要介護状態になることを抑える予防活動の強化やケアのコーディネートやシステム開発にも役割が広がって行つてリハビリ専門職の需要は高まっていけばかりである。03年度以降もその養成は、専門学校、大学に導入されて加速的伸びをみせて

いる。

1975（昭50）年から02（平14）年にいたるその増加の推移は、理学療法士養成施設＝約14倍（定員31倍強）、作業療法士養成施設＝27倍強（定員約61倍）となっており、養成施設単位で比較すると1校で両学科を開設している施設が多いので施設単位の倍率ではなく学科単位ということになる。

熊本県の事例で07（平19）年度入学予定まで展望すると、1981（昭56）年に2校が開校して以来、6校（専門学校4、大学2）に増加してきて施設は3倍となる。定員は理学療法学科（2学科計80人）が3.5倍（280人）、作業療法学科が（1学科40人）が4倍（160人）に増大してきている。

平成14年12月31日現在の各名簿登録者数はPT：3万3,439人、OT：1万9,817人、ST：6,723人（厚生労働省医政局医事課調べ、STは財医療研修推進財団調べ）<sup>7)</sup>

これらリハ専門職たちの所属する分野は、各療法士協会調査によると、保健・医療・福祉等さまざまな領域で活動しているものの、三者とも医療（病院、診療所）に所属している割合が60～70%となっている。そして医療制度改革関連法の段階的施行へ進んでいるこれからは、予防や介護分野への活動参入も課題となってきた。とはいえ、医療保険リハビリテーションが主な領域であることは将来展望も動かない。それは、改定前も改定後も、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する要件として、どのランクのリハ医療にも、それぞれ疾患別リハ料に専門職（3種）の専属常勤配置が規定されており、その要件をクリアしなければ所定点数を算定できないからである。

例示すると「脳血管疾患などリハ」の施設基準は、当該保険医療機関において、専任の常勤医師が2名以上（うち1名は脳血管疾患などリハの経験医）勤務していること。

(ア) 専従の常勤理学療法士＝5名以上勤務していること（ただし、回復期リハ病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、運動器リハ料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハ料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハ料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、及び障害児（者）リハ料における常勤理学療法士との兼任は可能。

(イ) 専従の常勤作業療法士＝3名以上勤務していること（兼任の可能は理学療法士と同じ）。

(ウ) 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。

(エ) アからウまでの従事者が併せて10名以上勤務すること。（厚生労働省告示第94号＝平18・3・6から）

例示のリハ料は同施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日（例示リハの場合）以内に限って所定点数を算定する、ことになっていった。

### 第3節 人材教育は在宅に向けた質的な制度を

保険医療機関がリハビリテーション（当時は理学療法）に力を入れてきたのは1981（昭56）年6月の診療報酬改定以降である。改定前までは厚生省通知「身体障害運動療法」「同作業療法」であった二つの療法が廃止されて新しく「運動療法」「作業療法」に整理され大幅な点数引上げが実施されている。国の定める施設基準（PT、OTの専属配置）を充たした保険医療機関（承認施設）の場合は9割近い点数アップとなった。たとえば「複雑なもの」（療法士と患者が1対1で行う個別療法で1日15人まで）＝160点から300点に改定されており、承認を受けていない保険医療機関の「理学療法」（2種の機能訓練＝各1日1回）90点は140点に引き上げられたものの大変な格差が出来てきたのである。したがって、施設基準を充たす要件のPT或いはOTの求人合戦を生じ、また承認施設であっても、患者受入れを拡大する経営戦略でPT或いはOTの増員が経営戦略で最大の効率化を確保することになった。したがって専門職（療法士）養成校が脚光を浴び、その認可申請が毎年増加していくことになった。

リハ専門職充足の需要の拡大を推進してきたのは政策でその節目をたどると、1982（昭57）年の老人保健法施行（機能訓練、訪問指導）、86（昭61）年の老人保健施設の創設（医療・保健事業の実施：機能訓練）、89（平元）年の高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）スタート、98（平10）年の地域リハ支援体制整備推進事業の開始、2000（平12）年の介護保険法施行と高齢者リハビリテーションの歩みがあって、保健・福祉領域の新しい展開による需要の広がりがある。しかし、需要を拡大してきたのはやはり医療保険におけるリハビリテーションであり高齢者の1ヵ月の利用状況をまとめた資料（厚生労働省「社会医療診療行為別調査」（02年）から老健局老人保健課において老人医療について特別集計）によると次のように利用している。

理学療法（Ⅰ～Ⅳ）個別療法合計＝総数82万433件（入院：34万6,112件＋外来47万4,321件）

作業療法（Ⅰ～Ⅱ）個別療法合計＝総数7万2,816件（入院：5万7,836＋外来：14,980）

言語聴覚療法（Ⅰ～Ⅱ）個別療法合計＝28,272件（入院：23,136＋外来：5,136）※件数とは明細書（診療行為の記載）の件数である。

医療保険リハビリテーションの実施状況を主な関係施設基準（7ランク）の届出状況の平成14年7月1日現在で見ると、病院＝8,121施設、診療所＝1,596施設、合計9,717施設で各ランクのリハ医療のいずれかを提供している。（平成15年6月4日、中央社会保険医療協議診療報酬基本問題小委員会資料）

#### （1）医療保険受給の権利

医療保険におけるリハビリテーションは、「投薬、処置又は手術によって治療の効果を挙げるのが困難な場合であって、この療法がより効果があると認められるとき、又はこの療法を併用する必要があるときに行う」（保険医療機関及び保険医療療養担当規

則第20条など)という方針に従って行うこととされている。そして、一定の施設基準を満たすものとして届け出た医療機関等において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等により行われてきて今回の診療報酬点数改定で、「リハに係る評価」が疾患別(4料金制)の新評価体系に改定され、その疾患ごとに算定日数を設定したのである。これが「日数制限」として全国的に利用者(患者)、医療界の反発を生んでいる。厚生労働大臣に対する撤廃請願や、全国保険医団体連合会(保団連)による調査結果もまとまっただけでなく、制度撤廃要請が行政に向けられている。それによると20都道府県の228医療機関の脳血管疾患患者6,873人がリハビリを打ち切られたとして保団連は「日数制限は矛盾に満ちた制度で撤廃するべきだし、現在困っている患者救済のため除外規定の拡大や基準の明確化をすぐ行ってほしい」と訴えている。<sup>8)</sup>

今回の評価改定では「算定単位数、算定日数の各上限の除外対象患者」を告示<sup>9)</sup>しており、その中で「別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には(呼吸器リハ料の場合)90日を超えて所定の点数を算定することができる」と定めている。上限を9単位までできる患者は3症、算定日数上限の除外対象患者は7症である。

その対象外としている基準が不明確なため打ち切っている医療機関がある等としての問題化は、今後の行政指導によって軌道にのせていくとしても、打ち切りの制度と受けとめて、受療の権利を主張する事例の対応はどう発展していくか。権利擁護の問題に進んでいくのであろうか。

医療保険制度による医療サービス給付は、わが国の社会保障法学においても、その法体系の柱となっているが、その医療提供体制の供給自体は民間や自治体、国立行政法人等の設置する医療機関に委ねられている。そして医療法の許可制(7条)や届出制(8条)、健康保健法の規定等に基づいて様々な監督権限を行使することができる(医療法24条~30条の2)わけである。

その点、医療保障法からみると、医療法の確保という経済的な保障しか行っておらず、必ずしも、すべての国民に十分な医療サービスを受ける機会を保障してはいない。<sup>10)</sup>しかし医療法は「生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とする」基本理念(第1条の2)を明示し、医師法は「診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」(第19条)という原則を定めていた。したがって「国民の幸福追求権」(憲法第13条)に込められているとみられていた。だから国民は、予防、治療、アフターケア、リハビリテーションにいたる一連の包括的医療の提供体制(医療保障)の多面的な施策を要求する。「その要求の充足への努力義務を憲法25条2項が国に課したと主張している」。請願した「リハビリ診療報酬改定を考える会」が生存権を取り上げていることの主張は、その権利擁護を構築した展開であろう。

「これまでの長い間、措置制度の歴史の中で、行政が本人の最大の利益を考えてやってきたという面もあったのではないか。そう考えると内部アドボカシー(advocacy)の質を

高めていくことが、利用者の権利実現のうえで一定の成果につながるのではないか<sup>11)</sup>

今回の場合「一定の成果」とは、請願内容の「打ち切り制度の白紙撤回」ではなくて、権利擁護活動の主流の外部（保団連や中医協ののり出し）も加わって確保されていく「リハビリテーション」の効率化であった。

## (2) 専門家の議論をホームページで公開

国はいま、出来高方式に基づく診療報酬体系の給付管理の効率性に躍起となっている。そして今回（06年）の診療報酬点数改定における「リハビリテーション料」新評価も、着実に効率化の努力がみえている。それは関連分野と医療の学界・現場など専門分野から立ち上げた高齢者リハビリテーション研究会（20委員）が、7回にわたる研究会を開いて、ヒアリング、総合討論を行い、その中間報告をまとめた「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」を土台にして抜本的な改定に取り組んだ所産だからと言えよう。斬新な成果を評価したいのは「国民の理解を得るための一助になることを目指して」、その研究会議事録を専門技術的な用語を避けて分かりやすい記載にし、一貫して（7回分）ホームページで全国に公開してきたことである。会議における議論には、一般国民にも関心を引かれる発言があっている。たとえば、〈リハ専門医の立場から〉「私は30年前、アメリカに7年ほど留学しておったが、実際に30年前のリハビリテーションと今と比べてみて、30年前、私がやっていたものよりも、はるかにレベルが低く、長期化している。リハビリテーションは、いろいろ人間性の回復、尊厳ということも言っている。それに対する実技があって、知識があり技術があるんだから、それはやはり医療の中で確立したいものである。それに対して、短期間に仕上げていくという問題。早期から関わっていくということが、やはり尾を引っ張っていく。いろんな問題に対して、一番、根をきちんとしていないから、いつまでもふらふらしているんだろうと私は思っている。

これ以上の問題に関してもう一度整理をして次回までに資料を出したいと思っているが、結局、国際比較というものは、他の国ではどんな治療が行われているのかということ。先ほど（ある委員から）言われていた「虚弱」といった中で、今、運動機能だけを言われているけれども、基本的には、嚥下とか、呼吸器とか、泌尿器障害とか、いろんなところをしっかりと目できちんとしていかないと、「虚弱」という言葉では表せない、そんないろんな問題がある。（第7回研究会から、リハ専門医）

〈脳卒中急性期リハについて〉脳血管障害の機能回復のメカニズムについては、今さら私が述べるまでもなく、いわゆる初期の回復、その後の1年、2年、3年とわたって回復する後期の回復、脳の活性化に基づく回復というような二つのメカニズムに分かれており、急性期からリハビリを行うことは、この急性期の初期の回復を促進して、その後の望ましい後期の回復につながることになる。

現在の脳卒中リハの流れとしては、急性期から回復期リハ病棟へという形で流れている。しかしながら、もっと急性期に特化したリハビリテーション、早期リハ治療を行え

ば、かなりのケースは急性期病院から直接、在宅復帰できるのではないかと、といった仮説の下に行ってきた。そういったデータを今日、お話をしたい。

急性期リハのストラテジー (strategy) として、一つは訓練時間、訓練量をより早期にシフト (shift) して歩行を獲得する。それによって在宅復帰が促進される。その後、回復期リハビリ、とくに回復期の後期のリハビリは、歩行可能例では外来通院で6ヵ月から1年くらい行う。さらに歩行できないケースに関しては、訪問リハビリによる機能回復、機能維持を図っていくといったストラテジーをとっている。

これは退院後の在宅のケースを、訪問リハビリを活用して、地域の開業医にて Medikation (medication) を受けながら、一方、訪問看護ステーションの訪問リハのスタッフが担うといったネットワークの流れを示している。

早期リハの必要性に関しては、いまさら私が言及するまでもなく、いかに廃用性障害をつくらないで、このようなグリーンの曲線のような形で早期からの回復を目指していくかということがポイントになる。(第5回研究会から、リハ科医長)

〈PTの立場から、訪問リハの拡充〉 その重要性について、現実的にはその活動が今は非常に少ないという指摘もあった。その中にあるのは、特にPTの責任は非常に大きいと思う。現在のPTの76%が医療機関に勤めていて、訪問看護ステーションで活動しているのは僅か1%しかないという現状があって、そういう訪問リハを展開していくには、PTあるいはOTの目が、なかなかそっちの方向に向いていかないということがあろうかと思う。

73頁に人材育成について触れられているけれども、PT、OT、STの養成あるいは確保を着実にやっていくということだけではなくて、在宅の方向へ向かった質的な養成、教育というところも文言として入れて頂いて、教育の場でも、あるいはその卒後教育の一環としても積極的にかかわっていく姿勢が、そこに含まれていいのではないかと思う。(第7回研究会から、日本理学療法士協会PT)

以上は7回にわたる同高齢者リハ研究会議事録から、リハ医療の効率化推進を印象づける委員の議論中、三例を取り上げたもので、抽出・整理は筆者。

本研究会の議論からは、とくに専門分野の意見を行政主管当局(保険局医療課)が吸収する有識者会議の立ち上げを推察でき、今回(06年)の診療報酬改定でリハビリテーションの新評価を大胆に確立する原動力となっていることが分かる。「質の高い医療を効率的に提供するために医療機関の分化・連携する視点」に十分生かして、リハ医療給付管理の効率性を構築している。

「現行の療養担当規則と出来高方式の診療報酬体系の下では、診療内容の決定に必ずしも経済効率性の観点配慮されないという問題もある」とする倉田 聡説<sup>1)2)</sup>がある。厚労省告示でしかない手続きで措置されている診療報酬の改定では医療提供の経済効率性を従来はどこまで検討してきたのか、疑問に思う国民医療費の過大な伸びを生じてきたが、今回(06年)は中医協が同改定の「基本方針」(平成17年11月25日)を決定、それ



に沿った4つの視点で対応していることを発表していた。「国民の意見を募集した結果等を踏まえ、さらに議論を積み重ねて厚生労働大臣に答申した」（中医協）としていたが、「リハビリテーション」では先述の「高齢者リハビリテーション研究会」の議論を大きく採用していた。

### (3) 進歩を担うリハ専門医の不足

リハビリ治療の日数制限（脳血管疾患＝最大180日）の白紙撤回を求める患者・医療界等の請願に次いで、保団連によるリハ医療現場の治療打ち切り現状調査が実施されるなど、医療現場の波紋が広がったが、なぜ動揺しなければならないのか、その点は検討を深めたい課題である。

治療の日数制限が問題化しても、今回（06年）改定の「リハビリテーションに係る評価」は、疾患別の評価大系（4疾患別）それぞれに「算定日数上限の除外対象（厚生労働大臣が定める患者）」を「通則4」で明示している。たとえば保団連が問題化した「脳血管疾患等リハビリテーション料」にしても、「別に厚生労働大臣が定める患者（告示4、別表9の8）であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる」としている。これは疾患別で上限日数が若干異なる症例があるだけで除外対象の文言は新評価体系の4疾患別は同文である。保団連調査が問題提起した「（対象外の）基準が不明確なためほとんど打ち切っている医療機関がある」というのは、「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断できない」でいる患者の打ち切りと解さざるを得ない。

その「医学的な判断」が出来ない評価能力はタナ上げにして、「除外規定の拡大基準の明確化」を行政に要求していると伝えるメディアの報道に対しては疑問が残る。

「リハビリテーションのあるべき方向」をまとめた先述の高齢者リハ研究会報告は、リハ専門職の現状について「少ないリハビリテーション専門医」を問題に取り上げている。

「リハビリテーション医学会によれば、リハビリテーション医学会の認定による専門医数は全国813人（02年11月時点）で、年間に合格する専門医数は30～40人と少ない状況にあり、リハビリテーション医学の進歩と施設あるいは地域でのリハビリテーション医療の発展を担う職種として、その養成を図っていくことが求められている」と指摘している。

「主なリハ関係〈施設基準〉の届出状況」を調査、報告している同高齢者リハ研によると、医療保険リハビリテーションの改定前4科（各2～3ランク）の施設（病院・診療所）は9,717施設（平成14年7月1日現在）に増加している。1施設で3科を開始している医療機関も多いから、その施設数が実数ではないとしても、800人前後の専門医で支えている我が国のリハ医療が「状態の改善に医学的な判断」能力を問われているのは当然と言えよう。

リハ専門職と言われるPT・OTの養成校だけが激増してきて、1975（昭50）年と02

(平14)年を比較すると、その増加の推移はP T校14倍、O T校27倍の倍率を記録し、さらに増加し続けている現状と、リハ専門医の少数を見比べる時、我が国におけるリハ医療発展史の異常に気づくことができるのである。

理学療法士及び作業療法士は「医師の指示の下に、理学療法（作業療法）を行うことを業とする者」（第2条3-4）と定めているから、別に「厚生労働大臣が定める施設基準」に適合しているものとしてリハビリテーションを開始している届出保険医療機関は、担当する医師がリハ医学を履修することは当然だが、担当医はリハ医学をどの程度マスターしているか。施設基準はそれを要件としてはいない。たとえば「脳血管疾患等リハビリテーション料（1）」を算定する施設基準では「専任の常勤医師が2名以上勤務していること。ただし、そのうち1名は、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有するものであること」を規定しているが、リハ医学会専門医、同認定医であることを要件にはしていない。

「リハ医学」の独立講座を開講している我が国の医大、医学部は少数である。全国で国立大法人が5校、私立大合わせても10校前後を数える低調さである。「卒後医師臨床研修制度」（医師法第16条の2）にも、必修の研修プログラムに「リハビリテーション」はない。「地域医療」の研修で、リハビリ専門病院を希望して研修を受ける程度しか、研修コースは開かれていないのである。保団連など医療現場は、日数制限の撤廃を行政に要望する前に、除外規定による医学的判断に対応できる医師の養成を問題とすべきではなかろうか。

1977年に日本学術会議は政府に勧告書を出している。「——わが国のリハビリテーションは西欧諸国に比べて著しく遅れている。医療技術、福祉サービス面の未熟さが、まずある。しかし、最大の問題点は、国や医学界にリハビリテーションの理念が定着していないことだ。——『リハビリテーションの理念は、心身の障害のために人間らしく生きる権利を奪われている人々の生きる権利の回復、すなわち“全人間的復権”にある』——」ことを取り上げ、その理念を実現するための柱として(1)大学の医学教育にリハビリテーション医学を必修科目とする、(2)独立した講座を設ける、の2点を勧告していた。<sup>13)</sup>しかし国は腰を上げていない。

リハ医療の新評価体系は、資源（技術）的効率性の研究が大きな課題として残っていることを見落としてはならない。

## むすび

「医療経済学において効率性（efficiency）と公平性（equity）の測定は最も大きな課題の一つである」<sup>14)</sup>という論点が、近年の医療構造改革の潮流を背景にして段々と鮮明になっていくなかで、本稿も問題意識と狙いを構築してきたつもりであった。それは「医療提供体制の効率性と公平性」の規範的観点に立つことである。しかし、今回は「効率性」の検証だけに入りこんだ段階で、公平性の議論は次回に展開していくことにした。

政府・与党は05年2月1日に「医療制度改革大綱」を決定し、06年6月21日公布の医療制度改革関連法は段階的な施行に向って整備が進み、「医療費適正化」の方策に力を入れている。命題は、医療機能の分化・連携による効率化である。

脳卒中の場合を例示すると「急性期には地域の救急医療の機能を発揮し、その治療が終われば早期リハビリを行い、きちんと行うことによって在宅生活が可能になる。在宅は自宅だけではなく、ケアハウス、有料老人ホームなど多様な居住の場を含む考え方。

まずは病院の連携で、院内はクリティカルパス。そして急性期病院と回復期リハビリ病院の連携である『地域連携クリティカルパス』を行う。連携することにより入院期間は減り、患者の状態は良くなる」厚労省は医療費適正化推進の陣頭に立ち、都道府県に対して国の基本方針案を示して「医療費適正化計画」を策定させる。都道府県は部局横断の総合的推進本部を設置した。

そうだとすると療養担当規則の仕組みは、出来高方式に基づく診療報酬体系だから、国民負担依存の財政に組していかないためには給付管理の効率性を議論していくことの重要性を痛感している。もともと我が国は、医療提供側と一般住民の間に情報の非対称性があったが、その長いトンネルを経る中で、その情報格差の是正が国策となってきた。

提供者・消費者の双方が情報を共有する医療提供体制を確保したとき、医療資源の効率化が達成できていくことの必要を整理しておきたい。

#### 注

- 1) 「診療報酬の算定方法を定める件」等の改正について（平成18年4月1日、厚労省・平18発第0306012）。
- 2) 熊日（06年7月21日）朝刊、社説。
- 3) 診療報酬の算定方法（06年3月6日 厚生労働省告示第92号、第7部）。
- 4) 熊日（06年6月29日）朝刊。
- 5) 03年7月厚労省老健局内に設置（20委員・上田座長）、04年1月まで7回にわたってヒアリング、総合討論を行い中間報告をまとめて提出。（照会先＝老健局老人保健課）。
- 6) 厚労省ホームページ（研究会等）＝保険局医療課『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』（平成16年1月）。
- 7) 同上（厚労省ホームページ）「リハビリテーション専門職の養成所数等の年次推移」35頁。
- 8) 熊日（06年10月27日）朝刊。
- 9) 診療報酬の算定方法（前記同＝厚労省告示第92号通則4）。
- 10) 佐口 卓『医療の社会化』（1964年、勁草書房）127頁。
- 11) 河野正輝「権利擁護の構築」、熊本学園大研究会記録（04年度第二回）118頁。
- 12) 倉田 聡『医療保険法の現状と課題』、「講座社会保障法」第4巻（02年、法律文化社）57頁。
- 13) 熊日（昭和56年4月28日）朝刊、「共生の社会へ《リハビリテーション》」、国立大学に講座を作ってすそ野を広げて欲しい日本学術会議の勧告。
- 14) 河口洋行『医療提供組織の効率測定の諸手法』第3巻（講座／医療経済・政策学）、（06年、勁草書房）136頁。

## 第4章 地域に根付くリハビリ専門職の確保

### 〈目次〉

第1節	介護保険給付の役割分担を明確化	61
第2節	「リハビリテーション」の語源と法制	63
第3節	リハ医学の卒前教育と卒後教育の課題	65
第4節	居宅で求めるリハビリテーション提供	72

### はじめに

わが国の保健医療システムは、医療保障法が支える皆保険の国として公的給付を継続しているが、超高齢社会の進展で国民医療費の増加が続き、2004年度には32兆円を超えた。したがって公的保険における持続可能な制度改革が喫緊の課題となり、2006年6月には医療制度改革関連法が成立した。

前後して同年4月実施の医療保険・診療報酬改定も、原則2年に1度の今回は大幅に見直しとなり、医療政策が目標<sup>1)</sup>に掲げる(1)質 (quality)、(2)公平性 (equity)、(3)効率性 (efficiency) の質向上、効率化を強く印象づけるにいたった。なかでも「リハビリテーション」に関しては、さまざまな変化が起こった。

医療保険給付を大幅に見直し、四つの疾患群体系に改編し、それぞれ算定日数に上限を設定したため、日数制限による給付の打ち切りと受けとめた患者・家族や医療現場の不安・動揺が全国的に広がったため、厚生労働省は再度、改定内容の周知徹底を関係出先機関や都道府県に通達する一方、06年改定の留意事項の一部改正にもり出した。その結果「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直しと連携の強化」が明確になり、「介護保険リハビリテーション」の在るべき方向性 (grand design) も判然としてきた。その展開では、リハビリテーション資源の把握が地域的課題となってきたこと、そして、欠如している制度改革の構築を思いついた。

本稿では、地域の資源を引き出してエネルギーにかえ、それでみんなが活気づく「まちづくり」の発想で、介護保険リハビリテーションの一環としての「訪問リハステーション」の開設と活用、その地域的連携を試みた。

### 第1節 介護保険給付の役割分担を明確化

厚生労働省は、まず平成18(06)年12月25日付けで、全国の関係出先機関や都道府県に再度通達<sup>2)</sup>し、今回の改定内容を分かりやすく説明、周知を図る一方、翌19年3月30日付けで「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施事項」の一部改正を政令(保医発第0330001)で定めてその周知徹底に務めた。厚生労働省としては次の改定期に達しない途中で異例の見直しを断行する形となったのである。

そして改定実施1年を経た平成19(07)年5月16日には、中央社会保険医療協議会(中医協)の診療報酬改定結果検証部会が「平成18年度特別調査結果」を報告<sup>3)</sup>しているが、同報告中の「リハビリ実施保険医療機関における患者状況調査」では、(1)リハ料の算定

を終了した患者のうち、大半の患者は算定日数上限に終了していた。(2)維持期リハビリテーションについては、今後の在り方を検討する必要がある、と指摘してあった。こうして06年改定における「リハ給付の日数制限問題」は、全国的に患者・家族や給付現場に不満・不安そして混乱を生じたものの、厚生労働省による細やかな事後改善策や、改定内容を分かりやすく開示したインターネットなどの情報技術(I T)の駆使によって、現状を見据える国民や関係機関、給付現場向け内容説明が徹底し、今回は「雨降って地固まる」を印象付けたのではなかろうか。

結局、医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの連携の強化と、リハ区分が明確になったことで、中医協が研究課題に指摘した「維持期リハの今後の在り方」が、新しい視点となってきた。したがって、06年改定に基づく医療保険リハビリテーション給付の再編新評価における過渡期の混乱については、維持期を担う「介護保険リハビリテーションの在り方」を検証していく過程で取り上げていくこととして、改定実施1年を経た段階における中医協の平成18年度特別調査の結果報告に関しては、はじめにその具体的内容を整理しておきたい。

#### **中医協・診療報酬改定結果検証部会がまとめた平成18年度特別調査報告からリハビリ実施保険医療機関における患者状況調査(要約:筆者)**

**○調査概要** 今回改定では、リハビリテーションを4つの疾患別の体系に再編し、機能回復を目指すリハビリを重点的に評価する一方、介護保険との役割分担を明確化する観点から、症状が固定した後の機能の維持を目的とするリハビリを制限した。

この調査では、疾患別リハビリ料、算定日数上限の設定に伴うリハビリへの影響や実施状況等を調べている。2,822施設を対象とした施設調査(回答は855施設、回収率30.3%)、同施設に対する患者調査(2,683人)、患者調査対象者に対する調査(2,284人)を行った。

**○調査結果** リハビリテーション料の算定を終了した患者のうち、大半の患者は算定日数上限前に終了していた。

算定日数上限で終了した患者のうち、終了時点で「身体機能の改善の見込みがある」(＝医療保険によるリハビリが必要である)とされた患者は、わずかであった。

状態の維持のためにリハビリの継続が必要(＝介護保険によるリハビリが必要)であるが、年齢等により介護保険の対象外となる患者がわずかながらいた。

**○検討部会としての評価** 同調査結果の速報を踏まえ、平成19年4月から①平成18年度改定で設定した算定日数上限の適用除外対象となる患者を増やす。②維持期のリハビリを実施できるよう新たに点数を設定する等の見直しが行われている。

検証部会では「今後は、見直した内容が期待する効果を果たしているかどうかを観察することが重要である」とし、維持期のリハビリテーションについて、「今後の在り方を検討する必要がある」と指摘している。

以上の平成18年度特別調査結果の報告(リハビリ実施患者状況調査)で、「大半の患者は算定日数上限前に終了していた」ことと、「終了時点で改善の見込みがある」とされる患者が「わずかであった」ことを合わせると、「リハビリ制限」が問題化にいたった実相を検証することができる。さらに、この結果にいたる中間の下記時点の実態調査

と合わせて考察すると給付現場における担当医の見識が判然としてくるのである。

## 第2節 「リハビリテーション」の語源と法制

リハビリテーション (rehabilitation) という言葉はニーズの高まりとともに広く使われているが、その語源や法制度の位置づけがどうなっているかについては、ニーズの高いほど把握されてはいない。リハの概念は後述するとして、言葉の意味や法制の位置づけは正確に整理しないと制度としての論証ができない。

まず、この言葉は戦後の1940年代後半に米国から導入しており、便利語に使われて拡大・多用化してきた経緯があるが、言葉のreは「再び」を意味し、habileは「適する」「能力をもつ」などの意味をもっている。つまりrehabilitationとは、「再び〇〇に適すること」、または「再び〇〇にふさわしい能力を身につける」ことを意味している、という解説<sup>4)</sup>がある。

わが国が法制にきちんと位置づけたのは1992年の医療法改正で、医療提供の理念（第1条2項）に「医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」として、リハビリテーションを包含する立場を明記している。しかし、同1条の2、同4の「医療の担い手」の項では、看護師まで4職種を記述しながら、他は「その他」とし、リハの担い手とされる理学療法士、作業療法士は書き入れていない。（言語聴覚士法は平成9年、法律132号）

その担い手の養成を法制化したのは、1965年、「理学療法士及び作業療法士法」（法律137号）であったが、その養成校開設第1号の国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院（1963年）がこの言葉の公的使用の始まりであった。以来27年を経て医療法第1条に顔を出してきた形である。そして1996年の医道審議会において、標榜診療科の名称として「リハビリテーション科」（医療法施行令第5条の11）が承認されるに至っている。

医療法制定時（1948年）までは「理学診療科」という名称で当時11標榜科名の一角に存在していたが、その理学診療科の廃止で初めて片仮名9文字が登場してきたことになる。

障害者等のリハビリテーションに関わる基本法は身体障害者福祉法（昭和45年、法律84号、平成16年改正）である。障害者基本法（昭和45年、法律84号、平成16年改正）に基づく個別法として位置づけられており、同基本法の「障害者の福祉に関する基本的施策」（第2章）では、「国及び地方公共団体は、障害者が生活機能を回復し、取得し、又は維持するために必要な医療の給付及びリハビリテーションの提供を行うよう必要な施策を講じなければならない」と規定している。

健康保険法第52条（保険給付の種類）、同63条（療養の給付）、国民健康保険法第36条（療養の給付）には、記述に多少の相違はあるが、診察から入院、治療、看護等について掲げており、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年、厚生省令15、平成18年厚労令157改正）は「診療の具体的方針」（第20条6項）に「リハビリテーション」を明示し、必要があると認められる場合に行うと規定している。

老人保健法（昭和57年、法律80号、平成18年改正）は、「保健事業の種類」（第12条）

に、〈五〉医療（医療費の支給を含む。）、〈六〉機能訓練を明示し、第18条（機能訓練）では「疾病、負傷等により心身の機能が低下している者に対し、その維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる訓練とする」と規定している。

介護保険法（平成9年、法律123号、平成18年改正）は、06年改定より、軽度者の増加に対応した介護予防の重視、認知症や独居に対応するための地域密着型サービスの創設、地域生活を支援するための地域支援事業の創設などの大幅な制度の見直しを行っている。したがって第4条（国民の努力及び義務）で「国民は要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と明示した。

そして第8条1項では、「居宅サービス」の中に、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを明記し、同条5項と8項で、訪問リハと通所リハの内容を規定した。訪問リハが「その者の居宅において」、通所リハは「介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において」、それぞれ、「日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう」と明記している。

このように現行法制におけるリハビリテーションの位置づけをきちんと精査して分かってくるように、医療とリハを取り上げただけでも、その位置づけはかなり異なっている。「理学療法や作業療法を含めて、リハビリテーション医療の多くは、疾病や負傷そのものの治療ではない」ことを指摘して、リハ医療は費用負担からみれば、その多くは医療保険よりも社会福祉や介護保険に位置づけられている、ことの視座を明記しているのは日本リハビリテーション医学会（監修）の『リハビリテーション医学白書』<sup>5)</sup>である。

医療保険給付リハビリテーションの06年改定で、評価体系を見直した大改編となったのは前述の通り。厚生労働省は、改定に係る基本方針でリハビリテーションの評価体系の見直しを「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」（平18保発0306012）と発表したが、患者・家族など受療者側では「患者切り捨ての改定」と受けとめて反発し、医療保険給付の不安、迷走、混乱が全国的に展開し、それをマスコミが取り上げた。

改定の基本方針では「長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーションが行われている」との指摘<sup>6)</sup>を踏まえて見直したとする規範的その発想を表示していたが、従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法を廃止し、新たに疾患群別の四つに再編して、それぞれ算定日数に上限（最大疾患料180日）を設定したのである。受療している立場に「日数制限」という不安を助長したのは当然のなりゆきではなかったか。

リハ医療提供の打ち切りを言い渡されたある現場では、一人の主婦（39歳）のリハビリ生活が中断した。介護保険のリハビリテーションサービスと結んで継続するという手続きも年齢が達しないため適用されず、結局、一人で自宅訓練を試みることになる。「血圧降下剤の服用と同様に、それを止めることのできない生活習慣が、中止の勧告を受けて迷走、動揺している患者たちは、全国4万人を超えるのではないか」という解説をテレビ番組は伝えていた。

さらに07年3月のテレビ番組は<sup>7)</sup>、『リハビリを続けたい』と題する25分番組を放映し、リハ医療のあり方をめぐる議論を流した。そして、いくつかの症例を取り上げたのである。(A)蜘蛛膜下出血で発症1ヵ月の寝たきりからリハ開始(54歳、男)。そして8年のリハ人生でセラピストの個別訓練を積み重ねてきて、自分で立てるまでに機能回復していたが、担当医の判断でリハを続けることはできない。退院をしたが一途の思いは捨て切れず、介護老人保健施設のリハビリを目指す。この施設(70人：平均76歳)のリハサービスは週1回。午前中の2時間で、健康診断や入浴サービスの合間である。マンツーマンの訓練をのぞむのは難しいとして悩みが続いている。原点に戻らぬだけでも良いと言われている感じの維持期リハである。

左脳出血から3年を経てリハ医療中の患者(25歳、男)も退院勧告を受け、専ら自宅で自己流のリハビリを続けている。40歳に満たないため介護保険の利用はできない。障害者自立支援法の医療・介護等は受けられるが「リハ医療の継続ができないのが悔しい」と訴える。自立生活に不安がつゆる人生だ。こうした障害者は我が国では20万人に上ると番組は伝えていた。

テレビで流れた資料だから詳細は把握できていないが、内容の概略を視聴しただけでも今回の06年改定ではリハビリテーションに関わる部門が大きな波紋をまいたことは情報として伝わってきた。リハ提供の施設基準も措置が多様化し、行政の仕掛けが増えてきたなかで、障害を背負う「リハビリ人生」は続くのであろうか。茨城県立健康プラザ管理者の大田仁史氏<sup>8)</sup>はこう述べている。

「そうした障害に対して『リハビリ人生は許されない』という言葉が横行しているようだ。専門的なチェックと指導を受け続けながら、自分の生活や人生を必死に組み立てて生きている。透析患者に『透析人生は許さない』といえるのか。(略)身体機能に影響する心理については放置していてよいのだろうか。むしろ、継続的にリハの指導や必要に応じ訓練を受け続けることこそ薦める必要があるのではないか。『目指そう！リハビリ人生』ではないのか」

だが、理学療法士でイギリス、フランス、イタリア等で研修してきたリハ学院の宮本省三講師は自著<sup>9)</sup>でこう論じている。「リハビリテーション治療は『思想』ではなく『理論』に準拠すべきである。セラピストはリハビリテーション思想から脱却しなければならない。理論に基づくリハビリテーション治療を探求しない限り、リハビリテーション治療の科学性は生まれない。理論の存在によってのみ仮説を構築することができる。セラピストはリハビリテーション治療によってその仮説を検証し、より厳密な回復に向けての理論構築を図る必要がある。それ以外にリハビリテーション治療が科学的な方法論に至る道はない」。この二つの提言も問題解明の手掛りになった。

### 第3節 リハ医学の卒前教育と卒後教育の課題

医療保険の06年改定は、厚生労働省告示「診療報酬の算定方法」(医療診療報酬点数表)を中心に、保険医療機関等関係先あて詳細が通知されていた。「リハビリテーションに係る評価について」は6項に及び、①疾患別体系の見直し。②急性期リハの評価。



③リハ従事者1人・1日当たりの実施単位数の上限の緩和。④回復期リハ病棟入院料の見直し。⑤退院後早期の訪問リハの評価。⑥その他のリハに係る評価の見直し。等がある。

以上の改定項目について今回、関係する医療提供現場における改定内容の理解力を問われたのが「リハビリテーション給付の上限設定による打ち切り問題」であった。

06年12月25日通達（厚生労働省老健局老人課長、保険局医務課長＝以下06年12月通達と略記）も、「当該算定日数の適用に当たっては、厚生労働大臣が定める疾患又は症状を有し、医療保険のリハビリテーションを維持することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される者については、算定日数上限の経過後であっても、医師の判断によりリハビリテーションの継続を可能とする取扱いとしているところであるが、こうした取扱いについて医療現場等に必ずしも正確に伝わっていないとの指摘がある」と明記している。

医療現場でのリーダーは担当医であり、リハ医療では、チーム医療における高い見識を必要とし、良質なチーム形成にはリハを理解する医師の存在が不可欠とされている。したがって、06年改定における医療保険と介護保険の見直しでは、現場の担当医師の理解力と判断力が問われる内容となったことは確かである。

問題は06年12月通達で取り上げていた「リハビリテーションを終了する際の説明・指導」（通達4項ウ）である。「急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて説明を行うとともに、3項(2)（介護保険サービスの利用支援）にあたるような平素からの活動をもとに、当該患者が速やかに介護保険におけるリハビリテーションを受けられるよう、居宅介護支援事業者との調整等を行うこと」が十分に実施されていなかったのではないかと、という担当医の理解力、判断、そして指導力に対する疑問が出てきたことである。

#### (1) リハ医学の卒前教育

医療保険リハビリテーション料の施設基準は、専用の施設（面積等）、器具等の具備、記録保管等とともに難関と言われてきた要件が、常勤の専任医師と専従常勤セラピストであった。つまり、理学療法士（Physical therapist：PT）、作業療法士（Occupational therapist：OT）、そして言語聴覚療法を行う場合は、言語聴覚士（Speech therapist：ST）の充足がそれぞれ要件である。

提供リハの高いランク（Ⅰ～Ⅱ）ほど要件にはPT、OTの数的充足が増やして求められているところから、高いランクの施設基準を目指す施設が増えていく一方で、セラピストの求人が増大し、勢いPT、OT、さらにはSTの養成校が全国的に激増していく流れとなってきた。そしてリハ医の充足も施設の苦勞のタネとなっているが、PT、OTのように数的配置を要件とせず「1名以上」とし、リハ医であること（たとえば日本リハビリテーション医学会認定）の学会認定も求めている。

06年改定の施設基準としても専任の常勤医師については、脳血管疾患等リハが2名以上（うち1名は経験医）としているが、4疾患系区分のうち他の3疾患区分については、共通して（Ⅰ）ランクについて「経験を有する専任の常勤医1名以上」を求めているだ

けで、(Ⅱ) ランクに関しては「常勤医 1 名以上」の勤務を要件としている。「経験を有する」ことは要件としてはいない。

専門医は少数だから、それを施設基準の充足要件とすれば、リハ医療の提供は普及していかないというのが我が国の医療制度の現状とみるべきであろうか。

社団法人日本リハビリテーション医学会認定の専門医数は06年9月現在、全国1,284名という少数である。<sup>10)</sup> 前述の厚労省研究会中間報告は<sup>11)</sup> 「リハ専門職等の現状」で、リハ医に関して「(リハ医学会で) 年間に認定合格する専門医数は30~40人と少ない状況にあり、リハ医学の進歩と施設あるいは地域でのリハ医療の発展を担う職種として、その養成を図っていくことが求められる」と提言している。

06年改定前の「主なリハ関係施設の届出状況」(04年7月現在)では、総合A~理Ⅲまでの5ランクで病院・診療所合計9,717施設となっていた<sup>12)</sup> から、同一施設における複数勤務も多いし、リハ医の少数情勢は判断できる。

医大・医学部におけるリハ講座開講による卒前教育と卒業研修の課題は、06年改定の波紋だけからも「現場のレベルとリハ医充足」の急務がクローズアップしてきた。現場を担当するリハ医に関しては、前述の通りリハ医学の進化に伴うレベルの均質化を問う以前に、診療報酬改定の「基本方針」を、情報として行政と共有できる理解力から、まず求められているのである。

わが国におけるリハ医学の卒前教育の現状については、「他の臨床領域に比して著しく遅れた」<sup>13)</sup> 批判がある。リハ医学講座の設置は、03年の「リハビリテーション医学白書」では国立3校、私立8校となっていたが、リハ診療所を有する大学については26校に増加し、その後、講座設置も増えている。しかし日本リハビリテーション医学会がまとめた「平成18年医学生セミナー(リハビリテーション)感想文」を読む限り、卒前の医学生たちはリハ現場を知らない。16大学による文集で、ひときわ印象的だったその1編<sup>14)</sup> を、医学生の卒前教育の一環を知るうえで収録させていただく。

「——自分の大学ではリハビリテーション科の講義や実習は全くない。そのためにリハに関しては以前から興味はあったが、接することができず6年生になってしまい、最後のチャンスかと思い参加した。リハは自分にとってはPTやOTがやる整形外科的なイメージが強かったが、今回参加してイメージがかなり変わった。

神経内科の多系統萎縮症から、脳神経外科的な交通外傷後による高次脳機能障害などまで幅広く、治療方法に関しても磁気刺激やフェノールなどによるブロック療法など多種にわたっていた。また、医師だけでなくPT、OT、看護師など、たくさんの職種による密接なチーム医療を行っていく科は、今までの病院実習では経験したことがなく、非常に新鮮でした(以下、略)」(要約、筆者)

リハ医学の授業時間数に関しては、時間数の平均は私立の方が国公立の約2倍となっており、講義のみでなく実習も実施している大学が圧倒的に多いことを日本リハビリテーション医学会は同医学白書(03年/医学書院、21頁)で展望しているが、それは同医学講座及び同診療科を設置している大学に関する調査報告の結果である。設置していない医大・医学部については、収録した前述の医学生セミナー感想文に出てきた状況であ

ろう。07年4月現在、「卒後医師臨床研修制度」（医師法第16条の2、平成16年4月1日施行）の必修科目には「リハビリテーション科」を取り入れていない。2年次の「地域保健・医療研修施設」（1カ月）の中で、リハ専門病院を選択科目に希望し、それができた場合のみコースが開かれているだけである。

リハ医療現場の担当医は、卒前・卒後においてどのようにリハ医学を履修しているのか。根源的な問題意識を抑えることはできない。

厚生労働省は06年改定で、医療保険におけるリハ給付を見直して、急性期と回復期の重点評価を確立した。そして維持期に関しては介護保険におけるリハ給付を見直して、通所リハ等及び居宅介護支援・介護予防支援の提供体制を鮮明にした。そして急性期及び回復期のリハビリテーションとの継続性への配慮等、利用者が居宅における生活に円滑に移行できるよう、再度の06年12月通達でも明示している。したがって医療保険給付における担当医（病院・診療所）の役割も判然と見えてきたのである。

あらためて問題の所在を手短かに整理してみると、リハビリテーション（医療保険）終了時における担当医の役割は(1)各リハビリテーションの意義・内容の説明。(2)地域連携の退院時共同指導、退院前在宅療養指導又は退院時リハビリテーション指導の実施。以上の2項を06年12月通達は終了時に求めているから、対応する担当医の指導力が関心事になってくるのは当然である。行政は、リハビリテーション科医師の卒前・卒後教育にそれなりの力を入れてきたのであろうか。

## (2) リハビリテーション資源の把握

介護保険によってリハビリテーションは変わった。介護保険が03年4月の介護報酬改定でリハを大きく変え、さらに06年改定で、対象が量的に拡大されて判然となり、地域的に質を問われ、公平性、効率性も見える「介護保険リハビリテーション」の領域が確保されるにいたったが、その前に課題を背負ったのが地域である。それは「地域のリハビリテーション資源の把握」で、都道府県や市町村としては避けては進めない方向に立たされた。

リハ資源は、急性期・回復期・維持期の各リハビリテーションで、医療保険では急性期・回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリを行う。対象疾患は(1)脳血管疾患等リハ〔上限180日、(Ⅰ)250点(Ⅱ)100点〕、(2)運動器リハ〔上限150日、(Ⅰ)180点(Ⅱ)80点〕、(3)呼吸器リハ〔上限90日、(Ⅰ)180点(Ⅱ)80点〕、(4)心大血管疾患リハ〔上限150日、(Ⅰ)250点(Ⅱ)100点〕、〈点数：1点10円は1単位20分当たり。リハ料(Ⅱ)は、一定の施設基準を満たす場合。リハ料(Ⅰ)は、さらに医師又はリハ従事者の配置が手厚い場合〉<sup>15)</sup>

以上が医療保険による06年改定のリハ体系。発症後の早期リハを重点評価した。急性期1月、回復期3～6月。

維持期リハ（2～5年）は介護保険リハで、医療保険によるリハ終了後、引き続き速やかに介護保険によるリハに移行できる体制の整備が基本的な考え方である。

リハビリテーションマネジメント加算や、短期集中リハ実施加算の創設により、質の

高いサービスの提供を図る通所リハ等。必要が認められる場合には、個別リハが提供されるよう、利用者の状態の維持・改善に向けた最善の取組を図る、としている。

居宅介護支援・介護予防支援としては、平素から、地域の医療サービスも含めたリハの提供体制を把握しておく。そして、急性期及び回復期のリハとの継続性への配慮等、利用者が居宅における生活に円滑に移行できるようにする。

以上が、厚生労働省が06年12月通達で、再度周知徹底を図った留意事項の中核（筆者要約）であり、医療保険と介護保険それぞれのリハビリテーション対応である。したがって、病院・診療所（医療保険）は、介護保険との連携事項を常に把握して対応できる能力を確保しておくこと。それができないと急性期・回復期の担当能力を問われることになる。

介護保険（介護サービス事業所、居宅介護支援事業者等）による維持期担当能力は、まず、地域のリハビリ資源の把握である。この点、地域で急性期・回復期リハを受けている間からもケアマネジメントを開始し、ケアプランは主治の医師等の意見を求めて作成できる力を備えておくことが必要になった。

そうした地域におけるリハ能力を確保するにはどうするか。まずは、地域におけるリハ資源の把握が地域づくりに求められている。

在宅がリハ提供の場として法律的に認知され、地域リハビリテーションでは、病院・施設のリハと在宅リハが対比されるようになってきた。さらに在宅リハでは、大きな変化としてICF（WHO：国際生活機能分類）の基本概念が全面的にとり入れられてきて、新鮮で機能的な展開を印象づけていく材料がある。

こうした動向を背景にして06年報酬改定は医療保険も介護保険も「在宅元年」の胎動を鮮明にしてきた。地域のリハ資源をどう生かすかが地域づくりで地域の試練となっていることを改めて意識すべきである。

### **(3) 地域に根付くりハ資源の確保**

リハビリテーションの地域資源は、スタッフのリハ医を筆頭に専門職としてPT、OT、STたちである。厚生労働大臣が定める施設基準の通則（06年改定：厚生労働省告示107及び171）に基づく要件に従って、医療保険及び介護保険等による各施設の要件として充足され、勤務している。

それらリハ専門職等の現状は、厚労省設置研究会の04年報告によると、専門医813人、PT約3万7,000人（需要：約4万6,000人）、OT約2万4,000人（需要：3万3,000人）となっている。（STは1997年制定）。所属別割合は、PT（総数2万6,047人）が病院・診療所76%、そのほか施設（老人保健、特養、児童福祉、行政、教育等）で、訪問看護ステーションが1%となっていて、90%以上は施設勤務。OT（総数1万5,193人）も、病院・診療所58%、その他は施設（老人保健・特養等）で、訪問看護ステーションが1%。ST（総数3,030人=01年12月）は医療67%、福祉14.3%と、ほとんど施設勤務である。要するにリハ資源は施設が占めていて、施設に偏在している形が現状である。

なぜ、リハ専門職スタッフが施設に（集中的に）偏在しているかということ、自由開業

権を持つ医師（助産師も：医療法7条、8条）は別として、PT、OTたち専門職は開業権がないからである。

PT、OTは厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士（または作業療法士）の名称を用い、医師の指示の下に理学療法（または作業療法）を診療の補助として行う者（理学療法士及び作業療法士法2条、3、4及び15条）としての法制で施設勤務がほとんどである。STも若干異なる法制で開業権はない。しかし、中央では制度改革の議論の中で取り上げられている。

先述の厚労省設置研究会<sup>16)</sup>は、その中間答申の検討過程（第5回）で、このPT、OTの独立開業を検討している。

#### 澤村参考人（兵庫県総合リハビリテーションセンター）の提案

「訪問リハによる診療報酬・介護報酬の適正化をもう一度考えなくてはならない。最後には、PT、OTの開業権も視野に入れたことも考えるべきであって、かかりつけ医との連携というか、かかりつけの先生方が、うまくPT、OTの技術を上手に利用できるようなシステムを住民サイドに立って考えていただきたい。それと同時にPT、OTの現在の地域リハビリ、生活支援における教育が、まだまだ不十分であろうと私は思う」と発言。

その点、日本理学療法士会の代表委員は「現在、PTの76%が医療機関に勤めていて、訪問看護ステーションで活動しているのは、わずか1%でしかないという現状があって、訪問リハを展開していくには、PTあるいはOTの目がなかなかそっちの方向へ向いていないというところがあるかと思う（筆者、略）。PT、OT、STの養成、あるいは確保を着実にやっていくということだけではなくて、在宅の方向へ向かった質的な養成、教育というところも文言（報告書）として入れていただき、教育の場でも、あるいはその卒後教育の一環としても積極的にかかわっていく姿勢が、そこに含まれていいのではないかと思う」と提言している。

05年3月に創立10周年を迎えた社団法人熊本県理学療法士協会が編集発行した『設立十周年記念誌』<sup>17)</sup>に会員の1PTが寄せている一文にも、その熱意が満ちている。少し長くなるが、本論の解明には検討資料として実証と具体策が必要となるので、その核心部分を収録しておきたい。

☆論題「これまでの10年、これからの10年」「——1996年頃より強く生活リハビリに惹かれる様になり、手当たり次第に研修会や色々な集まりに参加し、また様々な文献に目を通し、自分なりに訪問リハビリをしたいと強く思い、病院での訪問リハビリテーションを開始する事になり、その思いが段々募る中、なお一層興味が湧き、その折りも折り、介護保険がスタートし、もっと追求出来る場所ができるという確信も得ることになった。

そのため2000年より、有限会社リハビリケアセンターという単独型事業所を設け、自分の信じる総合的なリハビリテーションの理解で開始することになった。

開設にたどり着くまでの道のりは当然ながら平坦なものではなく、取りとめのない気

持ちや空をつく感情、方向性の定まらない計画等々、多くの方々からの意見を頂き、無知が故に怖さを知らずということも手伝って、なんとか前に進むことが出来、形も出来上がっていく中で、早く自分の思う行動（リハビリテーション）を始めたいと思っており、また総合的な経営というものもあり、その双方において、それらのストレスにより毎日、苦しんだ日々を思い出します。

現在、「リハビリケアセンター」という当事業所は、指定居宅介護支援事業所、指定訪問介護事業所、指定訪問看護事業所を受けており、総合的なリハビリテーションというものを可能とすべく、日々精一杯の努力を重ねている毎日です。

これからの10年については、「人が住み慣れた所で、その人らしい生活を維持し続けるための手段として、家庭内だけのアプローチを考えるのではなく、心身機能の安定維持を考えれば、外出・宿泊といった対外的な対応、そして、自宅での行動等を上手に取り入れ、生活の質というものを考慮し、もう少し深く1人のひとに接する事で、私の思いを達成し、それらのノウハウを自分なりに考えをまとめ、社会事業も考慮した上で、そのノウハウを伝える事が出来ていけば、私の今後の10年というものは大きな意味を増すものと信じている」（要約：筆者）との小論を寄せている。

#### **(4) 現行は看護業務の一環**

このように、PTまたはOTが、自分の独立事業として地域に目を向け、施設を出て独立し、リハビリテーション活動を深く追求したいと志向していても、現法制ではその幅は大変狭くて限られている。つまり、

(1) 介護支援専門員の資格を取得（厚生労働省令第35条の2、第1項で定める要件第1条）して、指定居宅介護支援事業者（介保第81条1項）となり、法人化して指定居宅介護支援事業所の指定を受ける（介保第79条）。そして指定介護予防サービス事業者の指定（介保115条の2）も受けることができる。

介護支援専門員として活動するPT、OTは、自立に向けた支援計画を立てるのに適した職種であるし、各職種をまとめ、調整できる職種である。したがって居宅介護支援事業所の法人格をもつことで居宅介護支援事業を行うことができるが、それは介護支援専門員事務所であって、訪問リハ・通所リハ事業所ではない。

つまり、PT、OTたちが居宅サービス事業に参加して活動するためには、介保第42条第1項第2号、並びに第74条第1項及び第2項の規定に基づく「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年、令37）の第60条第2節「人員に関する基準」がある。これに定める病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所（指定訪問看護ステーション）の〈ロ〉に規定している「理学療法士又は作業療法士：指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数」があるだけである。

介護報酬の06年改定では、その領域をはっきりさせた。「理学療法士等の訪問について」：理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、「理学療法士等」という）による訪問看護は、看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置づけのものであり、したがっ

て訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定がなされることは適切でない。(以下、言語聴覚士により提供されるもの、略、筆者)」(平18老計031700、老振同、老老同)

要するに、PT、OTの訪問看護は「看護業務の一環としてのリハビリテーション」を中心としたものである場合の保健師又は看護師の代行という位置付けを明記したものである。

#### 第4節 居宅で求めるリハビリテーション提供

介護保険法は、国民の努力義務として「進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」(第4条)と規定しているが、その「居宅サービス」(第8条)として「訪問リハビリテーション」を明示しておきながら、指定訪問看護事業所が行う訪問看護で理学療法士等の訪問に対しては「進んでリハの提供」を求めることができない。

訪問した理学療法士等は看護業務としてのリハビリテーションの枠を守る保健師又は看護師の代行としての職能に縛られた形のサービスに努めなければならないからである。

そして、指定訪問看護事業所(訪問看護ステーション)は「人員に関する基準」(平11・3・31厚令37-60条)で、理学療法士等の員数について「実情に応じた適当数」と定めている。その「実情」が理学療法士等の増員を抑える、そのために利用者の需要(居宅)が縛られていることはないか。したがって訪問した理学療法士等は、リハビリテーションの理念・技術を駆使した現場の給付を行うことができないのが現状であるとすれば、法第4条の理念との接点を疑わざるを得ない。

結局、「指定訪問リハビリテーション事業所」は、病院又は診療所であって、事業の運営を行うための設備及び備品等の要件を備えているものでなければならない〔介保法に基づく基準(平11年、厚令37-77条)〕から、その縛りが解けないのであろう。

ともあれ、病院又は診療所の併設事業以外の指定訪問看護事業所(指定訪問看護ステーション)であっても、訪問先利用者の主治医による指示を文書で受けて訪問看護計画を作成し、主治医との密接な連携による訪問看護を実施していくその要件を満たすことで、理学療法士等の「指定訪問リハビリテーション」(指定居宅サービス事業者の指定)を確保できないか。その制度化を提案したい。現行では、PT又はOTが居宅サービス事業を都道府県に届出でその指定を確保するためには、指定訪問看護事業所の要件(うち1名は常勤看護職員)をクリアして届出、指定訪問看護ステーション事業所としての居宅訪問看護をする以外は、理学療法士等の自立の道は開かれていない。

介護保険サービスの地域包括支援センター窓口では「要支援」利用者等に、リハ専門職による訪問看護を求める希望が多いという。しかし、理学療法士等が「実情に応じた適当数」で常勤しても、週1回の訪問計画ではリハ専門職だけを希望に応じて訪問させることはできない。したがって月4回の訪問では、2回が看護師(または保健師)、2回がPT又はOTという訪問プログラムで運用しているのは前述の通りである。したが

って、居宅リハ訪問の運営が行き詰まり、岐路に立たされている事例もある。

茨城県は、02年から「県指定訪問リハビリテーションステーション」の名称制を設けて、指定訪問看護ステーションにおける理学療法士等の常勤を事業所に普及することに力を入れている。県厚生総務課地域保健係が主管しており、茨城県インターネットで同ステーションを全県的に紹介している。「訪問リハビリテーションを実施している介護保険の訪問看護ステーションが、主に理学療法士や作業療法士により居宅への訪問リハビリを実施します」と、インターネットで県民に広報しており、02年から05年にいたる同県指定ステーションは17に増えた。開設者は株式会社2、財団法人3、学校法人1、医療法人11と多彩だが、県からの補助金制度はない。

その17センターの運営状況について、推進してきた茨城県厚生総務課は、月間4回の訪問で、看護師等の訪問2回を超えることができない制約があつて事業展開としては、成長するよりも行き悩みの不振が全般的に見えてきているという。つまり、指定訪問看護ステーションの位置付けで名称だけリハビリテーションとしても訪問回数に限界があるので、PTやOTを同センターには配置しづらい状況だと語っていた(07、6、26談話)。

#### 自立性向上の目標に向けた課題

厚生労働省の06年12月通達は、リハビリの継続性への配慮と、居宅における生活機能の維持、向上を目指すリハビリへの移行を課題とした。また、06年改定後1年間におけるリハビリテーション調査を実施した中医協も、調査結果として「維持期リハビリの在り方の検討が必要」(前述)を指摘した。にもかかわらず、維持期リハに対する行政の取り組みは具体的には動いてこない。

居宅において療養を行っている寝たきり老人等に対し、診療に基づく計画的な医学管理を継続して行いつつ、PT又はOT等が訪問して基本的動作能力・応用的動作能力・社会適応能力の回復を図るための訓練を行うことをいうのが訪問リハビリテーションで、提供機関は、病院・診療所・介護老人保健施設による医療保険(在宅訪問リハビリテーション指導管理)、介護保険(訪問リハビリテーション)である。そして、訪問看護ステーションによる医療保険(理学療法士等による訪問看護)と、介護保険(「指定居宅サービス等の事業」60~62条)の2種だけである。

06年12月通達で行政は、介護保険で提供されるリハビリテーション4種(項)を明示したうえで、さらに介護保険リハに関する留意事項で取り上げているのが、「維持期リハを受ける要介護者等」が、急性増悪等により心身の状態が著しく悪化した場合の「医療機関を受診し、医療保険において提供される急性期のリハを受けることができること」の念押しだ。維持期リハを介護保険が担当する場合は、こうした留意事項を明記している以上、さらに理学療法士等リハ専門職による居宅訪問リハに関しても、病院等施設の併設訪問事業の他に、施設を出たりハ専門職たちにも門戸を開いて、もっと居宅訪問を充実させてよいのではなかろうか。利用者の選択を幅広くするためにもその制度化は解決すべきである。

病院等以外の居宅訪問で理学療法士たちの唯一の訪問リハコースとなっている「訪問



看護ステーションにおける」職種別調査（平成11年・厚生省統計情報部）では、常勤従事者総数は、理学療法士・総数1,380名（常勤152、非常勤1,228）、作業療法士・総数518名（常勤73、非常勤445）となっていたが、増加方向には進んでいない。

逆に、養成校は激増してきて、1975年開校のPT養成校は14倍（定員は25倍）、OT養成校は27倍（定員は51倍）をそれぞれ超えて、さらに加速して増加中の勢いである。専門学校3年制には、4年制大学や短大課程がかなり加わってきた。平成20年度には、PT及びOT合わせて全国10万人に達するという情報も伝わってくる。

法制化後の第1期卒業生（PT、OT）は60歳の年齢に達していることもあり、施設勤務20年以上のリハ専門職スタッフには、施設を出て地域に独立の流れを創る地域リハ資源構築の特典が動き出してよい。

03年4月の介護報酬改定は「介護保険リハビリテーションについて『維持のためのリハビリテーション』という誤解を正した」という見解<sup>18)</sup>がある。ケアプラン全体の考え方にICF（WHO：国際生活機能分類）が重視されるようになってきたとみる。そして、ICFの理念は本来、リハビリテーションの理念・技術・プログラムを理解するうえで不可欠と解説している。

そして「活動」向上訓練とは、生活の場において(1)PTやOT等によって諸活動の能力（「できる“活動”」）を向上させる働きかけと、それを(2)看護・介護職や家族が日常生活における実行状況（「している“活動”」）に生かせるようにする働きかけの両者を連携して行うことである、と、在宅における実生活での「活動」を重視するリハの自立性向上の目標に向いて行うことをはっきりさせてきた。

03年報酬改定と06年報酬改定と2回の改定を重ねながら、介護保険リハビリテーションが、ICFをケアやリハビリの強力なツールにしてきたことを考えると、「第3種居宅リハ」と言いたい専門職たち独立の居宅訪問リハは、もはや立ち遅れた制度化に見えてくる。

1999年に当時の厚生省が「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」の活動マニュアルを発表して力を入れてきた結果、リハ医療圏を生み、広域支援センターを指定していくなかで、総合リハビリテーション・ランクの医療法人施設等は地域完結のリハ領域を根付かせてきて、それは地域包括支援センターの併設にまで領域を広げてきている。

そうしたリハ（医療保険・介護保険）の展開する地域に、施設を出たPT、OTたちによる「第3種居宅リハ」的な居宅訪問事業が介護保険リハとして創出されていくのは、地域にとって地域起こしの新鮮な強みである。

## 注

- 1) 島崎謙治(国立社会保障・人口問題研究所)第8回日本在宅医学会発表:06.2.12。
- 2) 厚生労働省老健局老人保健課長、同保険局医療課長通知(老老発第1225003号)。
- 3) 中医協検証部会特別調査結果(07.6.4、週刊社会保障No.2434)36頁。
- 4) 『新版リハビリテーション概論』(06年3月、建帛社)第1章。
- 5) 『リハビリテーション医学白書』第1版(03年4月、医学書院)15頁。
- 6) 平成18年度「診療報酬改定の概要」(『医科・診療点数早見表』、医学通信社)13頁。
- 7) 07、3、9(金)NHK九州・沖縄レポート(19:30～)。
- 8) 『地域リハビリテーション論』巻頭言(Ver.3)、(06年、三輪書店)。
- 9) 宮本省三著『リハビリテーションルネサンス』(06年、春秋社)。
- 10) 日本リハビリテーション医学会〈ホームページ〉2/2ページ(07.2.16)。
- 11) 厚生労働省老健局内設置「高齢者リハビリテーション研究会」(座長:堀田 力/20委員)、中間報告(04年1月)。
- 12) 上記、研究会報告「リハビリテーション関連施設基準等の概要」(医療保険)21頁。
- 13) 『リハビリテーション医学白書』、「卒前教育」(03年・医学書院)7頁。
- 14) 『平成18年医学生セミナー』(日本リハビリテーション医学会インターネット)(07/02)「北海道大学病院」(春季)。
- 15) 厚生労働省、平成18・12・25通知の添付資料「リハビリテーションの疾患別体系への見直し」から、一定の施設基準を満たす場合のリハ料体系。
- 16) 高齢者リハ研究会議事録(第5回03.11.17)=厚生労働省ホームページ「制度改革の議論から」。
- 17) 「創立十周年記念誌」(平成17年3月発行)(社)熊本県理学療法士協会、「独立事業への熱意」25頁。
- 18) 大川弥生著『介護保険サービスとリハビリテーション』(04年、中央法規)序文から。

## 第5章 専門職としての社会就労

### 〈目次〉

第1節	生活障害へのアプローチが重要	76
第2節	環境整備（障害がい者への差別をなくす県条例）	78
第3節	福祉の混在、医療を終了して維持期リハへ	80
第4節	維持期リハビリテーションの位置付け	81
第5節	保健・医療・福祉複合体の進出	83
第6節	「地域包括支援」事業の委託問題	85
第7節	地域包括支援における権利擁護事業	90
第8節	専門職たちによる「社会就労」	95

### はじめに

**増大する維持期リハビリテーションの利用者** 厚生労働省は2007年4月の都道府県会議で、医療政策検討の方向性を発表し「全国で約1000万人の後期高齢者は2030年には約2200万人に倍増する」ことを発表した。そうした高齢者の増加でリハビリテーション医療団体の日本リハビリテーション病院・施設協会は、維持期リハビリテーションの利用者が増大し、年間30万人以上となった回復期リハビリテーション利用者の3倍以上（場合によっては200万人）の対象者になっていると、近年の関係誌<sup>1)</sup>で推定している。

維持期とは発症から一定の期間（通常、約6ヵ月）の急性期・回復期の医療保険給付の治療を終了した介護保険サービス期である。

行政はその対応について、医療と介護の『住み分け』を2006年の報酬改定で明確にしたが、医療機関のリハビリテーション団体は「維持期も医学的リハビリテーションサービス（リハビリテーション医療）である」ことを固持し続けている。そうした状況のなかで、維持期リハビリ利用は増える一方だ。地域生活へ移行していく在宅療養者は、それにふさわしい社会資源の構築、そのための基盤整備が待たれるだろう。喫緊の課題となってきたが、考えてみると、障害者福祉のいまは、一つの転換期を迎えてはいないか。小稿は、そうした方向性を展望しながら、維持期リハビリテーションの利用へ対応できる人材育成や制度の正常化に取り組ながら展開していく地域づくりを検討してみた。

### 第1節 生活障害へのアプローチが重要

医療と介護に分離したリハビリテーション給付の流れを、提供する専門職の視点から取り上げてみる。近年の研究レポートによると、「各時期（急性期・回復期・維持期の3区分）に応じて提供されるリハビリテーションサービスは、継続性を持ちながらも焦点（サービス）の置き方が変わっていかねばならない。現状ではこのような分野が混在して、主に病院という施設でリハサービスが提供されている。そのためリハビリテ

ーション全体の流れがスムーズに形成されず、とりわけ、病院から在宅へ移行する部分で大きな落差が生じているのではないか。

この落差によって、在宅へとソフトランディングできず、家に閉じこもり、寝たきりの生活に陥ってしまう傾向が大きいと言える。

在宅における直接的な支援サービスは、大きく4つのカテゴリーに分類できる。訪問系リハビリ、通所系リハビリ、テクニカルエイド（福祉用具、在宅改修）、ショートステイ（短期入所）があり、他に介護保険では調整役としてのケアマネジメント（介護支援）サービスが挙げられる。これらの中にリハビリ機能がしっかり組み込まれていくことが、在宅支援システムの充実にとって重要となってくる。しかし、現実には量的にも内容的にも不十分である」。以上は伊藤隆夫（2000年）<sup>2)</sup>の研究発表であるが、在宅維持期における高齢者や障害者への重要なポイントとして次の二つを取り上げて明確に提示してあることで、現状の問題点を分かり易く読み取ることができた。

「(1)ケアマネジメントの視点。在宅での生活支援においては、さまざまなケアの組み合わせの中で初めてリハサービスの有効性が発揮される。在宅での基本は対象者のみならず、その家族・介護者も含めて、生活の再建への支援であり、診療はもとより、地域の各種サービスとの有機的な連携があって、初めて本来の効果が上げられる。

(2)次に対象者を「生活者」としてとらえる視点である。とりわけ医療スタッフは対象者を治療モデルとして診ていく習性が身につけており、生活への配慮が希薄になってしまう傾向にある。なおのこと、在宅でアプローチしていく場合には、生活モデルとして基本的な視座を変えていく必要があるだろう。

対象者の心身の機能面を的確に評価する目は必要不可欠であるが、個々の要素的な機能障害にのみとらわれるのではなく、心理的要因、人的・物理的環境要因と絡み合って生じる生活障害へのアプローチが重要である。」

この論文との出会いによって、示唆を得ることが出来てリハビリテーション医療界にも規範的な視点が存在していることを知った。確かに時代は動き出しているのではなかろうか。

**障害者の権利を擁護** 生活を移動する障害当事者たちの不安はかくせないものがあるだろう。しかし、障害者福祉はいま転換期を迎えているのではないか。問題の障害者自立支援法は2013年8月までに廃止することが決まり、それまでのつなぎの新法制定の方針が決まったという報道もある。<sup>3)</sup> 障害福祉サービスの利用者負担の問題は「応益負担」から「応能負担」に変更されていく法改正の動向も見え出してきたのである。

こうして、地域型施設福祉にしても、これからは措置時代のように、施設が利用者を選択するのではなく、障害当事者がその必要としているサービスを権利に基づいて選択利用する方向へ進む展開が出てきたようである。

国民の3人に1人が高齢者という長寿社会を20年後に控えて、「高齢者に優しいまちづくり」に東京大学（高齢社会総合研究機構）がプロジェクトを開始する情報<sup>4)</sup>も流れ

てきた。その最初の舞台が千葉県柏市（人口約40万人）のまちづくり。首都圏の平均的なベッドタウンである。

その千葉県と言えば、後述するが、2007年9月に日本が署名した国際条約「障害者の権利条約」に共鳴して、いち早く同年7月に千葉県条例「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」を制定し、全国の注目を浴びた県である。

さらに北海道もそれに続いて09年3月「北海道障がい者及び障がい児の権利擁護並びに障がい者及び障がい児が暮らしやすい地域づくりに関する条例」を制定して、障がい者及び障がい児の権利擁護及び生活の支援に向けた環境の整備にのり出している。

身近な事例では、熊本県も「障害のある人もない人も共に生きる熊本づくり条例」を平成23年7月1日に公布した。その検討部会が県政の部内で意見交換等を重ねながら、すでに2011年2月の県議会に条例化を提案する予定の素案作りに達してきたのであった。<sup>5)</sup>

## 第2節 環境整備（障害者への差別をなくす県条例）

わが国における近年のこうした自治体の動向は、障がい者の差別をなくす時代の大きな潮流とみたい。地方、とくに自治体に生まれたそうした障害者をめぐる問題意識が、県条例化して県民の問題意識となり、あらためて医療・福祉・介護といった地域住民の生活基盤の確保にかかわるサービス分野について憲法第13条、第25条等を背景に保障制度の一定の水準に問題関心を強め、保障される一定の水準を構想していく力となっていくのではなかろうか。

本稿主題の「維持期リハビリテーションの基盤整備」に向いても、障害者の権利への関心が高まり、合理的な配慮が行き届く（浸透していく）地域づくりが構築されていくのではないかという関心が強まっていったようである。

たとえば熊本県の事例では「障がい者への差別をなくす条例（仮称）」の制定へ、県議会提案の域まで、検討審議が達した2010年10月、高齢者虐待に対応する現場担当者らのレベルアップを狙った県主催の研修会を開いている。ここでは同年8月に発足した「高齢者虐待対応専門職チーム」が初めて講師を担当して、その責務を負う市町村の役割など解説しているが、県（担当課）によると、高齢者の増加にもかかわらず県内の相談・通報件数は09年度295件（前年度より30件減少）であったという。

したがって、この席では「市町村と地域包括支援センターとの役割分担が適切でなく、表面化する虐待が『氷山の一角』にとどまっている現状がある」として問題化。講師（弁護士）らから「虐待防止に権限を持つ市町村が適切に対応しなければ不作為を問われるなどの指摘が出たという。<sup>6)</sup>

福祉サービスの質を保障する視点が、「利用者の権利保障」という視点から議論化していくのが「障がい者への差別をなくす」県条例化の動向の波紋としてその地域に沸き出していたのではないかが読み取れる。

## (1) 熊本県は「社会モデル」の障がい

熊本県条例は前文で、障害者権利条約の「社会モデル」の考え方を引用していた。

青木 学（2009）は「障害者権利条約と私たちの暮らし」と題して障害を論じ「障害」というと個人に属するマイナスの要素として、克服すべきのもと捉えられてきた。これがいわゆる障害の医学モデルという考え方である。これに対し、障がいの社会モデルという考え方が、1980年代から広まってきた」ことを取り上げて、障害とは個人の問題ではなく、個人とその個人を取り巻く社会環境との関係から生まれてくるという考え方であり、障害者権利条約は、後者の考え方に立ってつくられたものである、と明確に区分して論じていた。

そして自分の住む新潟市（筆者は市議会議員）でも差別禁止条例をつくっていこうという空気が広がってきており、「そう遠くない将来、条例という形で体现できるのではないかという手応えを感じている」と発表していた。<sup>7)</sup>

熊本県（健康福祉部）では常任委員会報告資料（第6回）で、「たたき台の概要」として、（参考資料）「医学モデルと社会モデル」二つの考え方を整理した。

◎「障害の『医学モデル』とは、心身の機能・構造上の『損傷』と社会生活における不利や困難としての『障害』とを同一視したり、損傷が必然的に障害をもたらすものだととらえる考え方であり、障害への対処において個人への医学的働きかけ（治療、訓練など）を常に優先する考え方である。

◎「障害の『社会モデル』とは、『損傷』と『障害』とを明確に区分し、障害を個人の外部に存在する種々の社会的障壁によって構築されたものとしてとらえる考え方である。それは、障害を損傷と同一視する『医学モデル』を転換させ、社会的な障壁の除去・改変によって障がいの解消を目指すことが可能だと認識するものであり、障壁の解消に向けての取組の責任を障害者個人にではなく社会の側に見い出す考え方である」と取り上げている。

そして熊本県は、「障がいに基づいた不利益な取り扱い」を9項に分けて同検討資料（たたき台の概要）にまとめており、その中から「福祉サービス」と「医療」の2項を取り上げてみると一。

**福祉サービス** ◎障害に基づいて、福祉サービスの利用に関する適切な相談支援が行なわれることなく、本人の意に反して、入所施設における生活を強いること。

◎本人の生命又は身体の保護のためやむを得ない必要がある場合その他の合理的な理由なく、障害に基づいて、福祉サービスの提供を拒否し、若しくは制限し、又はこれに条件を課し、その他不利益な取扱いをすること。

**医療** ◎本人の生命又は身体の保護のためやむを得ない必要がある場合その他の合理的な理由なく、障害に基づいて、医療の提供を拒否し、若しくは制限し、又はこれに条件を課し、その他不利益な取扱いをすること。

◎法令に特別の定めがある場合を除き、障害に基づいて、本人が希望しない長期間の

入院その他の医療を受けることを強制し、又は隔離すること。（以上は県の「第6回常任委報告資料」から）

## **(2)「差別」を定義、事案は話し合いが基本**

熊本県は2010年3月に「障害者差別禁止条例をつくる会」（県内の障害者23団体〔09年7月に設立〕からの同条例制定に関する請願を県議会が採択。その前年の09年1月に県健康福祉部内にプロジェクトチーム（同検討部会）を設置して検討を続けてきたが、第5回の会合で県が示した条例素案を了承した。

同素案は前文で、障害者権利条約の「障害は個人のみの問題から生じるのではなく、個人と社会との相互作用により生じる」という「社会モデル」の考え方を引用し、福祉、医療、雇用、教育など各分野で考えられる差別を定義し、差別事案の相談・指導・助言に当たる体制などを定めていたのである。

同素案に関する県民の意見を求めるパブリックコメント（2010年12月中に実施）を経て2011年2月県議会に提案することを目途にしている。差別に関する事案は凡て話し合いを基本として個別事案解決の仕組みでは地域相談員の配置、広域専門相談員の配置など規定することにして検討委の了承へ進んだようである。目指している通り県議会でも決されたら、わが国で千葉、北海道に続く第3の県条例制定となり先進県となりそうだったのである。

## **第3節 福祉の混在、医療を終了して維持期リハへ**

「維持期」制度を導入当初の行政通達（06年12月）は、「介護保険による対応となったが、従来から急性期～維持期まで一貫して行っていた医療機関等においては、当該医療機関で介護保険リハビリテーションを実施することを検討すること。指定訪問リハビリテーション事業所等の指定があったとみなす」（申請不要）と通達したため、保険医療機関による維持期リハビリが一斉に開始された。

そして同通達は「平素より地域の介護保険サービス事業者等の福祉サービス資源について把握を行い、維持期になった場合の介護保険移行について利用者への説明を徹底しておくこと」を指導していた。こうした医療・介護の連携推進によって、医療機関における保健・医療・福祉の複合体化が地域に拡大して行ったのである。

**医療保険終了後を維持期リハビリに継続** 要するにリハビリテーションの06年改定は、給付体系の展開に「医療福祉化」と「福祉の医療化」の混在を明白にしてきて、その動向は「保健・医療・福祉」の複合体をますます拡大していくヒキガネとなったのではないか。そうした地域展望は、社会保障の「構造改革」を目指して導入した介護保険の原則にどう反映しているかも問われなければならない。

06年改定によるリハビリテーションの新評価体系は、対象者や提供医療現場の全国的な白紙撤回運動に点火し全国48万人の署名を集めた厚生労働大臣あて請願書提出へ発展し、行政を揺さぶる展開となった。このため改定の再改定を実施した厚生労働省は同

年12月に出先機関や全国都道府県に対し、改定内容の細やかな周知徹底を促す通達を発信して静めるにいたっている。「医療保険及び介護保険におけるリハビリの見直し及び連携の強化について」と題するその通達文書が以来、「介護保険リハビリテーション」の基軸となる規範的要領となっていく。つまり「医療の福祉化」及び「福祉の医療化」を増強する行政指導である。

対象者は新評価体系の制度下でも医療保険と介護保険で切れ目なく必要なリハビリテーションが受けられるよう、医師はじめ関係現場の対応を求めた通達で、これで「維持期リハビリテーション」導入の基本概念も明示したのであった。つまり「発症後早期の急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応する」ことの保険給付の分担をきちんと定め、医療保険リハビリテーションについては、発症後早期のリハビリを重点評価するとともに、疾患別に算定日数の上限を設けたことに理解を求めた。

そして(1)医療保険のリハビリテーション実施に当たっての医療機関における留意事項として5項を取り上げた。その中には①「サービス開始時におけるリハビリの意義等の説明」では、3期(急性・回復・維持)の意義及び内容の違いについての十分な説明、そして、維持期になって介護保険リハビリに移行することの説明を求めている。

②「介護保険サービスの利用支援」では、医療保険リハビリ終了後、速やかに介護保険リハビリを受けることが重要、として要介護認定等の申請手続や居宅介護支援事業者への連絡等、計画的に支援を行うこと等、利用者への支援を具体的に求めている。

さらに③算定日数上限と適用除外疾患についても正確に把握しておくこと。また、適用日数上限に到達した後であっても、機械的に打ち切ること適切ではないこと、定期的、客観的な評価を行った上で、医師が適切に判断すること等、指導していたのである。

特に④「医療保険リハビリ終了時・指導」は5項に分けて細やかな指導内容を取り上げており、さらに⑤「当該医療機関における維持期リハビリテーションの実施」を指導、一貫したリハビリ提供の検討を求めている。それについて、保険医療機関については、介護保険の「指定訪問リハビリテーション事業所」の指定があったとみなされて、申請は不要であることも明示して維持期への継続の検討を求めたのである。

#### 第4節 維持期リハビリテーションの位置付け

リハビリテーション(rehabilitation)という言葉は、語源的にはre「再び」、habilis「適する、人間にふさわしい」とation(すること)から成り立っている。この言葉は戦後の1940年代後半に米国から導入しており、便利語に使われて拡大・多用化してきた経緯がある。

近年では、1942年に全米リハビリテーション協議会が「リハビリテーションとは、障害者をして身体的、精神的、社会的、職業的にできるかぎり有用性を回復させることである」と定義づけた。澤村誠志(2005年)<sup>8)</sup>は「これはリハビリテーションを医療的な



機能回復訓練だけではなく、総合的なリハビリテーションの必要性を明示した画期的な定義」と評価しているのは理解できる。

リハビリテーションの定義としては、広く運用されているのが1981年、WHO（世界保健機関）が明確にした定義がある。「リハビリテーションは、能力低下および社会的不利をもたらす状態の影響を軽減し、能力低下のある者（disabled）および社会的不利のある者（handicapped）の社会的統合を目指す、すべての手段を包含している。

リハビリテーションは、能力低下のある者および社会的不利のある者を彼らの環境に適応するように訓練するだけでなく、彼らの社会的統合を促進するために、彼らの身近な環境および社会全体に介入することを目指している。

能力低下のある者および社会的不利のある者、彼らの家族及び彼らが生活している地域社会は、リハビリテーションに係るサービスの計画と実行に関与すべきである<sup>9)</sup>とされている。

わが国が法制にきちんと位置づけたのは1949年、身体障害者福祉法（法律283号）の「更生」で1992年の医療法改正では、医療提供の理念（第1条2項）にリハビリテーションを包含する立場を明記している。その担い手の養成を法制化したのは、1965年、「理学療法士及び作業療法士法」（法律137号）であったが、その養成校開設第1号の国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院（1963年）がこの言葉を公的使用している。そして1996年の医道審議会において、標榜診療科の名称として「リハビリテーション科」（医療法施行令第5条の11）が承認されるに至っている。医療法制定時（1948年）までは「理学診療科」という名称で当時11標榜科名の一角に存在していた。

介護保険法（平成9年、法律123号、平成18年改正）は、第4条（国民の努力及び義務）で「国民は要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と明示した。

#### (1) 最大限の自立能力の達成

「リハビリテーションと基本的人権」を論じた寺島 彰<sup>10)</sup>は、「リハビリテーションは個人的な能力に注目した概念である」として、個人が自分の能力を最大限に高められることは、個人の成長や社会の発展にとって必要であり、基本的人権の一つでもある。この権利を保障するための方法の一つがリハビリテーションであると考え」と論じている。

そして2007年12月に国連総会で採択された「障害者権利条約」の第26条を取り上げている。「障害者が最大限の自立並びに十分な身体的、精神的、社会的及び職業的な能力を達成し、及び維持し、並びに生活のあらゆる側面に完全に受け入れられ、及び参加することを達成し、及び維持することを可能とするための効果的かつ適当な措置」をリハビリテーションとして捉えていることと結んでいる。

こうした論点が、これから介護保険リハビリテーションを「維持期」と称する時期別対応の呼び名を改めて、「展開期」と称していく制度化意識へ高まっていきそうである。

障害者権利条約は06年12月に国連で採択され、08年4月に批准国が20カ国に達したことで、5月3日に本条約が発効したとされている。わが国は07年9月28日に署名（115カ国目）し、締結に向けた法整備が2013年6月に完了。条約締結へ向いているが批准にはまだいたっていない。

そうした我が国（日本政府）の批准への足踏みが続くなかで、地方自治体の動きが注目されてきたのである。

## **(2) 障害者権利条約の概念の体现**

障害者権利条約は前文および本文50条から構成されており、内容を概観する限りでは第19条（自立した生活および地域社会で受入れられる権利）、第26条（ハビリテーションおよびリハビリテーション）に視点がしぼられていくのはなぜか。

第19条では、障害のある人の自立生活に必要な居住の自由と地域社会で受入れられる権利を定めた条文である。

すなわち、障害のある人は他の人と同様に、住居すなわち、どこで誰と住むかの自由があり、居住に関する特別な契約を強制されない。また、地域社会で受け入れられる際には、孤独や隔離を防止するために、障害のある人の必要に応じた個人的援助など、家庭内、住居、地域における施設やサービスの利用を他の人と平等に保障されるべきである、と規定している。

また、第26条では、障害のある人が最大限に自立し、身体的、精神的、社会的、職業的な能力を認められて完全な社会参加できるように、ピア・サポートを含む適切で効果的なあらゆる措置をとる締約国の義務を定めた規定である。

すなわち、健康・雇用・教育、社会サービスの分野において完全なハビリテーション（先天的に機能を奪われている障害のある人に対する機能の訓練などをいう）およびリハビリテーションのサービスとプログラムを実施する。

それは、できるだけ初期の段階で個人の必要性、能力、多元的・学問的アセスメントに基づいて開始する。地域でのサービスの利用を可能にし、専門家の養成をするなどの措置を挙げている。

## **第5節 保健・医療・福祉複合体の進出**

(1)1987年から都道府県の「地域医療計画」により、病院の新設が大幅に制限されたこと。1970年代～1980年代半ばまでは、民間病院の経営戦略は病院の規模拡大または病院チェーン化であったが、「地域医療計画」により新設、増床が困難になったため、保健・福祉サービス分野に積極的に進出するようになった。

(2)厚生省（当時）が1989年に老人保健施設を創設したことで老健施設の約9割が民間医療機関を母体として新設されている。（二木説）<sup>11)</sup>

(3)そして政府が1989年に「ゴールドプラン」（高齢者保健福祉推進10か年戦略）を作成し、公費で在宅福祉サービスと福祉施設の大幅拡充を計画的に進めたことで史上最大

の福祉拡充計画となったといわれている。これは結果的には2000年創設の介護保険制度の基盤整備になった。

「複合体」とは医療機関（病院・診療所）の開設者が、同一法人又は関連・系列法人とともに、老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、ホームヘルパー・ステーション、予防・健康増進施設等の保健・福祉施設のうち、いくつかを開設して、保健・医療・福祉サービスを一体的（自己完結的）に提供している医療法人等を指す。大病院を母体とした大規模な施設群が連想されるが、「複合体」の3分の2は、200床未満の中小病院や診療所が上記の保健・福祉施設のうち1～2施設を開設している比較的小規模なものである。

最近では、大都市部を中心に、診療所や中小病院が、訪問看護ステーションやデイケア施設等の在宅ケア施設のみを開設する「ミニ複合体」が急増している。

利用者にとって「複合体」の最大の効果は多様な保健・医療・福祉サービスを継続的・包括的に受けられ、それにより利便性・安心感が増すことである。

「複合体」のない多くの地域では、縦割行政や医療・福祉施設間の反目により、各種サービスが分断されているため、利用者は適切な施設・サービスを探すのが困難だからである。

しかし、「複合体」のこの利点に対しては、「複合体」以外の医療・福祉関係者から、利用者を自グループの施設に「囲い込み」、結果的に利用者の選択の自由を奪っているといった批判が根強い。

### (1) 複合体化の要因

わが国における保健・医療・福祉複合体を検証し、複合体の定義とその功罪を研究して発表した二木 立（2007年）によると、

複合体の包括的な定義は「医療機関（病院・診療所）の開設者が、同一法人または関連・系列法人とともに、各種の保健・福祉施設のうちのいくつかを開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的（自己完結的）に提供するグループである。複合体のうち、医療機関と在宅・通所ケア施設（訪問看護ステーションやホームヘルパー・ステーション、通所リハビリテーション施設等）のみを有するものを『ミニ複合体』と呼ぶ」。

その複合体の功罪については(1)「地域独占」で、患者・利用者を囲い込み、医療・福祉施設の連携を阻害すること。(2)「福祉の医療化」による、福祉本来の発展を阻害すること。(3)「クリーム・スキミング」（利益のもっとも上がる分野への集中）により利潤の極大化を図ること等を取り上げている。ただし、これらのマイナス面は、すべての複合体に見られるわけではなく、それらとは無縁の良心的な複合体も少なくない。

以上は二木立研究によるが、2006年の介護保険法改正で市町村の事業として「地域包括支援センター」（法第115条-38）が創設されたことである。この機関が地域包括ケアの中核的役割をになうことになり、それを複合体化したリハビリテーション病院等、医療法人等に委託されることになり、それが「追い風」となってその病院併設は一段と公的

機関の形を地域に呈していくことになった。

## (2) 地域リハビリテーション指定による推進

医療法人（社団・財団）等の地域展開でその公共的提供体制を啓発する事業は、市町村委託の在宅介護支援センターの併設に加えて、「地域リハビリテーション支援体制」の整備指定があった。厚生労働省老健局（老人保健課リハビリ推進係）が推進を開始したのが1998（平成10）年度で、2002年度には38都道府県にリハビリテーション協議会が設立され、その全国33都道府県に163の「地域リハビリテーション広域支援センター」を指定している。リハビリ医療の「総合リハビリテーション施設（A・B）」、そして「理学療法Ⅱ、作業療法Ⅱ」以上の施設基準を届出ている病院ランクを指定していた。

そうした支援体制の整備は「高齢者が寝たきり状態になることを予防し、高齢者それぞれの状態に応じたリハビリテーションが適切かつ円滑に提供されるためには、それを支援する体制を整備することが重要である」とした。

事業としては、老人保健福祉圏（2次医療圏）ごとにリハビリテーションを提供する体制の整備、リハビリテーション従事者に対する研修、保健・医療・福祉の関係者やボランティア等の地域における住民への普及啓発」などを目的としていた。

自治体間における取組レベルの格差は指摘されていたものの2003（平成15）年度には全国42都道府県において実施されるにいたっている。

熊本県の事例によると全県11（老人保健福祉圏の圏域）にそれぞれ医療機関1施設（熊本圏域だけ2施設）の「地域リハビリテーション支援センター」を指定して県地域リハビリテーション推進協議会が業務委託しており、事務局は熊本県健康福祉部高齢保健福祉課に置いて推進している。したがって、リハビリテーション医療（施設基準）のAクラスを指定した圏域の広域支援センターは「行政機関との連携のもとに地域リハビリテーション事業の支援活動」を担当しているリハビリテーション（基幹）病院ということになっている。

## 第6節 「地域包括支援」事業の委託問題

### (1) コーディネイト能力の未確立

2006（平成18）年の介護保険法改正により、「地域包括支援センター」（以下、地域包括）が創設されたが、全国の市町村設置の広がりには早かった。厚生労働省が平成19年9月の第3回意見交換会で発表の設置率は同19年4月末時点で98.2%の自治体に設置されている。こうして、法で市町村に設置を義務づけた地域包括は大変に滑り出し好調だったのである。

これは1990（平成2）年度に制度化した在宅介護支援センターが自治体の委託業務として行政と一体的な立場に進み、保健・医療・福祉の地域的な要の能力（地域コーディネイト能力とか調整機能）を強めてきたなかで、その機関の横滑り的な経緯を経てスタートしたために、即座に整備が進化的に加わったことが考えられる。超高齢社会に対応

する大型の新ゴールドプランが生み出した身近な相談窓口に成長していくことになったのである。

熊本県の事例を検証すると、熊本県老人福祉計画が平成11年度までに全県179カ所の設置を策定して推進しており、すでにその5年前の6年度では56カ所の開設に達し、その時点で県在宅介護支援センター協議会の結成にいたっていたのであった。その現状は6割が社会福祉法人の特別養護老人ホーム、3割が医療法人の老人保健施設のそれぞれ併設型で、一部には自治体直営でもあった。今回、熊本市の契約は正常化の方向を向いている。

運営予算は全国一律で、国・県・市町村の負担割りできちんと体制に流れていたわけで、その執行部では、「行政の委託事業」としての取り組みがあった。

ともあれ担当する職員（定員各2名）にはそれぞれ格差があり資格にもバラツキが多かったようで、当時、スタートしていたセンター協議会では「在宅介護支援センターの課題」として次の3項をまとめて発表していた。

1) 活動理念の不揃い＝その設置主体や担当スタッフの考え方、更には管轄する自治体の姿勢によっても、機能や守備範囲が異なる。

2) 担当職員の配置及び資質の向上問題＝現在は2名の職員が、24時間体制の中で、資質の高いサービスが求められており、増員、組織充実と合わせ、研修制度や整備が急務であろう。

3) 地域コーディネート能力の未確立＝現状の地域支援システムでは、各種の機関の横の連絡が不十分で、地域での混乱さえうかがえる。従って、今後の「地域コーディネート機能」を在宅センターが拠点となって発揮するためにも、その機能や資質などの充実が重要である。（以上、要約）

## (2) 市町村「丸投げ」の業務委託

06（平成18）年4月の介護保険法改正で創設された地域包括支援センター（法第115-39）は、①共通の支援基盤構築、②総合的相談支援、③権利擁護、④包括的・継続的ケアマネジメント支援、⑤介護予防ケアマネジメントなど、5本の柱で地域包括ケアの中核機関としての役割を担っている市町村事業である。

ところがその全国展望は自治体によって実態が大きく異なっているようである。その基盤整備も全国的に格差が目立っており、前述のように創設1年後で全国98.2%の設置率を発表した厚生労働省だったが、「理念と現実との大きなギャップを抱え機能不全の状態と言わざるをえない」という視点を上田清司（2010年）<sup>12)</sup>は論じていた。つまり、スタートすると人材・財源不足の中で、ケアプラン作成に追われて忙しいばかりの地域包括を見て、その全体像に失望感を向けていたようである。

在宅で介護を受けている高齢者と家族にとって身近な存在として頼れる相談先があることが安心した地域生活に求められる。その地域包括の本来の機能を果たしながら、要支援者のケアプラン作成に関しても民間の居宅介護支援事業所の業務を担当している。

その前提となる報酬引き上げなどをして業務の仕分けを実施することにより地域包括は本来の業務に専念することができるわけである。

国は設置率ばかり見ていないで、運營業務のレベルに視点を向けるべきであるという論評が出てくるのは当然である。

東京都老人総合研究所は、長期プロジェクト研究の一貫で06（平成18）年4月末現在の都内の地域包括を対象として、その実態と課題、支援の必要性を明らかにするための実態調査を12月に実施している。対象は都内設置の全数318ヵ所で、調査票を用いた郵送調査による回収数は207票（65.1%）と発表していた。

それによると、まず(1)基本属性については、自治体の「直営」は約1割（10.6%＝22）で、9割は「委託」であったという。委託先は社会福祉法人（含む社協）が約6割を占めて最多。その所在地は区部が3割以上を占めており、「無回答」が4割以上もあったという。

この実態調査を担当した菊地和則（2007年）は、「考察と提言」<sup>13)</sup>と題して調査からみえた根元的問題を解明しているが示唆を得る課題意識に立っている。

1) 都内に限っても、地域包括の実態には大きな違いがあることが分かった。その違いをもたらす要因の一つは、自治体の姿勢、取り組みであろう。

2) 地域包括の業務は、ネットワーク構築、地域の実態把握、虐待ケースへの支援など、委託の地域包括が実施する場合、自治体の支援なしには適切に行うことが困難なものがある。また、介護予防CMのように、専門職1人当たりの標準的な担当件数を国が示していないため、業務に支障が生じることもある。

3) 地域包括の業務は自治体の支援なしには適切に実施することが困難なものがあるため、自治体は「丸投げ」にすることなく、責任をもって地域包括を支援し、委託業務を適切に実施できるようにしなければならない。

### (3) 委託を受けられることができる法人

地域包括支援センター（「地域包括」と略記あり）の設置運営については、厚生労働省老健局関係課長から都道府県等主管部あて通知で周知を図っているが、「設置主体」の項では、「包括的支援事業の委託を受けられることができる者」として次のような要項が明示されている。

「一 包括的支援事業を適切、公正、中立かつ効率的に実施することができる法人であって、老人介護支援センター（在宅介護支援センター）の設置者、地方自治法に基づく一部事務組合又は広域連合を組織する市町村、医療法法人、社会福祉法人、包括的支援事業を実施することを目的として設置された公益法人又はNPO法人その他市町村が適当と認めるものとされている」（介護保険法施行規則第140条の53）

この通知で明示されている「委託を受けられることができる法人」には、「医療法人」を提示しており、現に「市町村の地域包括支援センター一覧」等には医療法人設置の事例

は全国的に多い。つまり、医療法人が市町村の設置委託を受けて開設している事例では、その医療法人が経営する保険医療機関の併設となっていて、一体的に保健医療サービスを地域に提供する「複合体」化しているのである。

「一見全く違った事業者のように見えるが、実際はケアマネージャーと在宅医療スタッフが隣の机で、リハビリテーションスタッフは隣の部屋、ということもよく見かける光景である。現在のところ、それらは効率化の面で優れている面もあるが、よりよいサービスを競争下に取捨選択していくと言うためには不十分である。

今後きちんとしたそれぞれのスタッフの独立化した上でのモジュール化が必要かどうかも含めた大きな課題となるであろう」と大和田 潔（2006年）はみている<sup>14)</sup>。こうした医療機関の併設は、包括的支援事業の委託における適切、公正、中立の視点として検証を要することを問われなければならない。

#### **(4)「適切・公正・中立」は地域資源**

医療法人（社団又は財団）が開設するリハビリテーション保険医療機関には介護サービスの「維持期リハビリテーション」を開始している事業体がほとんどで、全部が併設複合体とみられる。これは厚生労働省通達（2006年12月）に基づいて「当該医療機関における維持期リハビリテーションの実施」指導の動向である。前述したように保険医療機関については介護保険における指定訪問リハビリテーション事業所等の「指定があったとみなす」ことにして、医療と介護の一貫したリハビリテーションの提供を推進したことで、医療法人事業体の複合体化を政策的に推進する結果にいたっている。

介護保険サービス、つまり介護提供体制の組織と構造に関わる全般的な課題について増田幸弘（2002年）は三つに分けて論じている。第1は保健・医療・福祉の連携（連携の基盤確立）。第2に市町村の役割（法の補完と独自の役割を果たす）。そして第3には「サービスの質の保障に果たす法律関係者の役割について」である。

措置から契約への転換に伴い、福祉サービスの利用関係において本人の意思と選択の尊重が強調されることになった。そのため自己決定を支援するための権利擁護が整備されてきた。そして地域包括支援センターの役割の3本柱の第1に「権利擁護業務」が確保されたわけである。

そうした役割を担った地域包括支援センターを保健医療及び福祉サービスを提供する医療法人の複合体事業に併設したら、利用者の自己決定権をその地域包括はどう支援し、適切・公正・中立はどう確保できるのか。その疑問を検証するとき地域包括の「権利擁護業務」が貴重な地域資源となってくる。

埼玉県では知事上田清司が先頭に立ち、地域包括支援センターの『市町村直営化の促進』を提言している。「地域の医療、介護、福祉等の関係機関をつないで、きめ細かな支援を行うには市町村がイニシアチブをとる必要がある。そのため、市町村の設置している地域包括支援センターのうち最低一か所は市町村直営のセンターを置くことを義務づけるべきだ。（そうすれば）直営のセンターが司令塔となり、委託のセンターの支援

や関係機関との調整に当たる。市町村の責任を明確にした上で、高齢者への支援体制を整えるべきだろう」というのが埼玉県に生まれた直営促進論である。

埼玉県には2010年3月現在、226の地域包括支援センターが設置されているが、そのうち8割は社会福祉法人や民間事業者などに運営が委託されており、「委託センターでは相談の対応にばらつきがあり、家族の病気、経済困窮など複雑なケースでは、解決が困難なこともある」という。したがって市町村に最低1か所は「直営センターを義務づけるべき」という主張が生まれてくるわけだ。

現に埼玉県内のある市では、直営のセンターを市役所内に置き統括機能を持たせ、課題の共有や職員の資質向上を図るなど市が組織的な支援を行っている。「直営の地域包括支援センターという形にこだわらなくても、市町村が必ずこうした統括・支援機能を果たすよう制度化することが必要だ」と上田は述べている。

#### (5) 市町村直営化の促進提言

わが国のいくつかの地域では、自治体（市町村）が「市町村主導による在宅介護の基盤整備」を強く主張するようになってきた。「地域包括」の運営強化である。2006（平成18）年の介護保険法改正で制度化され市町村事業として創設されたものの「理念と現実との大きなギャップを抱え機能不全の状態と言わざるをえない」という問題提起である。

「地域包括」の現況を概観すると、行政の発表事例<sup>15)</sup>では、2007（平成19）年4月末時点で全国の地方自治体の設置率が98%となり、「当初の予定より早く、ほぼ全国の自治体で整備されたことになり、したがって翌年度は質を向上する1年と考えるべきではないか」と全国の市町村に厚労省は呼びかけたりしている。そうした政策に前向きに対応して、地方自治体からも行政に求める提言が大胆に明確、分かりやすくなってきた。

介護保険が創設されてから10年。もともと「走りながら考えるスタートだったが、改めるべき点もはっきり見えてきた」と前置きしての自治体からの提言は「高齢者（利用者）の視点に立って、市町村（保険者）主体でしっかりした基盤づくりを行うため大胆な見直しを行うこと」を主張して三つの柱立ての提言を行っている前述の上田清司（2010年）の提案は、解明されるべき「地域包括」の問題を理論と実務から抽出している。

整理してみると「①介護保険は高齢者や家族に安心をもたらす不可欠な制度として定着してきたが、複雑で分かりにくい。要介護度（要支援1～2、要介護1～5）の7段階区分を2段階程度に簡素化してもよい。認定制度の簡素化で多額の経費が削減できる。

②市町村主導による在宅介護の基盤整備をしなければならない。地域包括支援センターは、地域の拠点として制度化されたが、理念と現実との大きなギャップを抱え機能不全の状態と言わざるをえない。必要な人材と財源が不足する中で要支援者のケアプラン作成に追われて相談への対応や関係機関とのネットワークづくり等に手が回らない。

まずは、国において地域包括が本来の機能を果たすに足る財源を十分に手当てすること。要支援者のケアプラン作成業務も民間の居宅介護支援事業所の業務とすることで、センターは本来の業務に専念できる。



③私はセンターの市町村直営化の促進を提言する。埼玉県には現在（2010年4月）226のセンターがあるが、うち約8割は民間事業者などに運営が委託されている。委託センターでは相談の対応にばらつきがあり、家族の病気、経済困窮など複雑なケースは解決が困難なこともある。

地域の医療、介護、福祉等の関係機関をつないできめ細かな支援を行うには、市町村がイニシアチブをとる必要があるだろう。そのため、最低1か所は直営センターを置くことを義務づけるべきだ。直営のセンターが司令塔となり委託センターの支援や関係機関との調整に当たるのだ。埼玉県内のある市では、直営センターを市役所内に置き、統括機能を持たせ、課題の共有や職員の資質向上を図るなど市が組織的な支援を行っている。（以上は上田提案）<sup>16)</sup>

東京都（老人総合研究所）は2006（平成18）年4月現在で、長期プロジェクト研究として都内全数を対象に実態調査を実施し公表したのは前述のとおりだが、自治体の役割については大要三つに分けて若干の考察を行った。その中の「自治体の丸投げ論」は大変に迫力があつた。その1角を取り上げると「業務はネットワーク構築、実態調査、虐待ケースへの支援など、自治体の支援なしには適切に行うことが困難なものがある。

業務全般において積極的に地域包括を支援する自治体がある一方で、いわゆる『丸投げ』で必要な支援を十分行っていない自治体もあることが分かった。今後、地域包括がケアプランセンター化することなく、地域包括ケアの中核機関として機能できるかは、自治体の取り組みにかかっているとと言っても過言ではない。（菊地和則）

さまざまなひずみが生じて課題を抱えている地域包括支援センターを考察するうえで、現場からの発言は示唆を得るテーマでその迫力は強い。

## 第7節 地域包括支援における権利擁護事業

### (1) 市町村主体の基盤整備

地域包括支援センターの全国設置率は創設期の2007（平成19）年4月時点で98.2%を記録しているのは前述のとおりだが、その基本属性の法人種別では自治体委託の、いわゆる“丸投げ”が多くを占めて論議を呼んでいるのも当然であろう。市町村主導による運営、つまり全センターを直営化し、高齢者（利用者）の視点に立つ市町村（保険者）主体の基盤づくりは、もはや避けられない課題となってきた。

その要因の第一は、介護保険法の施行で医療機関に加速してきた保健・医療・福祉「複合体」化の情勢である。前述のとおり2006年の診療報酬改定でリハビリテーションの評価体系が発症群別に3区分され、急性期・回復期は医療保険、それを終了した維持期は介護保険で対応することに改定されたため、医療法人等の医療機関は競ったように医療給付終了後の「維持期リハビリテーション」も給付できる医療・介護の複合体化施設となり、病院（または診療所）に「維持期リハビリテーション」を併設したのである。

前述したように06（平成18）年の医療保険・介護保険の同時改定時における厚生労働

省の指導通達は、「医療保険のリハビリテーション実施に当たっての医療機関における留意事項」として、「当該医療機関における維持期リハビリテーションの実施」を求めている。

つまり、「制度見直しにより維持期リハビリテーションについては、介護保険によるサービスとなったが、従来、維持期のリハビリテーションを医療機関で行っていた医療機関等においては、急性期から維持期まで一貫したリハビリテーションを実施することについて検討されたい」と指導し、保険医療については、介護保険における指定訪問リハビリテーション事業所等の指定があったとみなされている。要するに指定に係る申請は「不要」との取り扱いを明示するにいたっていた。

これは医療機関に対し医療給付の終了後は継続して介護リハビリテーションの提供を連携することのできる事業所併設を求めたもので、医療機関の「複合体」化を行政指導した留意事項となっていた。

そうした医療機関の複合体医療法人に市町村が地域包括支援センターを委託していたことは、担当業務の3本柱の①総合相談支援・権利擁護業務（他に②介護予防マネジメント③包括的・継続的マネジメント）について公正な役割を担当できていたかどうか、その視点をつくっていることが考えられる。

## (2) 権利擁護サービスの構築

熊本学園大学における2004年度公開研究会の記録では河野正輝教授の「権利擁護の構築〈福祉サービスとしての権利擁護をつくる〉」と題する講義録を発表している。社会保障のテーマの領域は地域での実践を無視しては成り立たない、“開かれた研究”であるとする公開研究会であったが、その講演録には「権利擁護サービスの構築」で、権利擁護の仕組みに加えて「外部の権利擁護と内部の権利擁護に分けて考えることも大事」として、外部と内部をどこで区別するか。「外部と内部のシステム」を取り上げてあるのが理解しやすい。

病院の医療ソーシャルワーカーはその役割を期待されている。つまり病院に雇われているけれども、病院の利害から離れて患者さんの立場に立って、医者や看護師に対して利用者の要求を代弁することも期待されている。

ケアマネージャーも事業者には雇われている。ケアマネージャーは、自分のところのサービスを利用すれば、事業者の利益になると知りつつ、事業者のサービスよりもむしろボランティアに来ていただいたほうが高齢者にとって本当にいい生活になるならば、それを活用することを期待されている。つまり、ケアマネージャーは雇われていながら、雇い主の利害を超えて本人の立場に立って権利擁護することもあるわけである。

そこで、権利擁護をする人がサービス提供者の側の内部にいる人なのか、サービス提供者側から離れて完全に第三者として利用者本人の立場に立って代弁する人なのかを分けることができる。(略) ケアマネージャーがやっているのは内部である。このように権利擁護には、医療や福祉サービスそのものを提供する側において、同時にその利害にと

らわれずに権利擁護の役割を果たすことを考えて活動するスタッフと、サービス提供の外側にいて利用者本人の立場に立って物を言う場合とがある。このうち、権利擁護の主流は外部なのである。

(略) 我が国では、これまで長い間、措置制度の歴史の中で、行政が本人の最大の利益を考えてやってきたといういい面もあったのではないか。そう考えると、内部アドボカシーの質を高めていくことが利用者の権利実現のうえで一定の成果につながるのではないか。(以上、要約)

### (3) 内部アドボカシー重要な意義

要するに、地域包括支援センターは権利擁護の責務を担う公設機関であり、業務に含まれている内部アドボカシー(advocacy)は大変重要な意義を持っているにもかかわらず、医療法人を設置委託先法人に指定しているのは公私の役割分担のあり方で理解できない問題がある。

先述してきた通り、地域包括を併設している医療法人(社団・財団)には、開設する医療機関において「リハビリテーション科」を標榜し、回復期病棟を供えた急性期リハビリ病院が多い。そして介護サービスの「維持期リハビリテーション」を提供している指定訪問リハビリテーション事業所(知事指定)等である。

したがって厚生労働省老健局通達(06年12月)における「介護保険リハビリテーション実施に当たっての留意事項」を遵守している医療法人である。つまり「医療保険のリハビリテーション終了時の説明・指導」に関しては、

(1) 入院患者が急性期及び回復期のリハビリテーションを終了し、退院するに当たっては、入院患者の状態や意向等を踏まえ、退院後の調整に努めること。

(2) 特に維持期のリハビリテーションとの継続性に配慮し、在宅に復帰する者に対して、居宅介護支援事業者との調整等について支援を行うこと。

(3) また、改めて、急性期、回復期及び維持期のリハビリテーションの意義及び内容の違いについて十分説明を行い、介護保険における維持期のリハビリテーションは、医療保険における急性期及び回復期のリハビリテーションと同様に医師の指示の下、専門職(3職種)が提供するものであること、及び、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであることの説明を行うこと。また、地域包括支援センターへの相談も可能であることの情報提供を行うこと。

以上の行政通達の留意事項に関しては、医療保険・介護保険のそれぞれ提供現場において実施されるが、担当する職員は同じ併設医療法人(社団・財団)の職員ではないか。したがって①医療保険リハビリ終了時の説明・指導と②介護保険維持期リハビリ開始の説明・指導と介護保険維持期リハビリ開始の説明・指導は同時期に行われていくことになり、その間に③地域包括支援センターへの相談が可能であることの情報提供も行うことも義務付けられているが、担当する職員は同じ医療法人職員であるとすれば対象患者にとっては施設の窓口が異なるだけである。

そこで、権利擁護の支援に関しては、権利擁護をする人が、サービス提供者側の内部にいる人なのか、サービス提供者側から離れて完全に第三者として利用者本人の立場に立って代弁する人なのかは見分けることができる。委託できる法人は法制化しているが旧省令による設置等があり、地域包括全体像を把握することが急務として、東京都の事例（法改正時318ヵ所）のようにいち早く実態調査にのり出した自治体もある。ほとんどの市町村の設置委託先の基本属性は前述の通り「在宅介護支援センター」の仕組みを母体としており、旧令委託の延長であったという。

「権利擁護事業は、地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において、安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものである」（法第115条の38第1項第4号）とする理念が理解されているかどうかとも問われる職務となっている。

#### **(4) 生活支援員派遣の地域活動と連携**

熊本県の事例では、「介護保険制度が導入されるなか、高齢者の尊厳の尊重、自立、自己選択権の保障、社会参加の促進など8つの基本理念をもとに高齢者の健康状況に応じた施策の展開を目指す」として、2000（平成12）年4月に達すると『高齢者かがやきプラン』（熊本県高齢者保健福祉計画・同介護保険事業支援計画）がスタートしている。

その中核で「権利擁護」（現状と課題）の取り組みをまとめているが、「高齢者がいきいきと輝く社会づくり」こそが、いま求められる安心と未来への希望とし介護保険導入の入り口で「地域福祉権利擁護事業」を取り上げており、この地方自治体の理念は整理しておきたい。

こうした「地域福祉権利擁護事業」では体系図まで示していた。たとえば、介護の必要な在宅の高齢者や家族を支援するために、福祉・医療・保健のさまざまなサービス、またはその組み合わせを提供する形が徐々に具体化されていくことが予定されていくなかで、1999（平成11）年10月から（福）熊本県社会福祉協議会が担当する「地域福祉権利擁護事業」を具体化して立ち上げた行動体系を『高齢者かがやきプラン』に収載し、この事業の円滑な推進を図っていたのである。

痴呆性高齢者など判断能力が十分でないため、福祉サービスを十分に活用できないといった問題や身の回りのことや金銭管理ができないなどの問題事例が増えていく。また福祉サービスの利用にあたっては、個人の自立支援、利用者による選択の尊重などの観点から、個人が自らサービスを選択し、サービス提供者との契約により利用する制度への見直しが図られていった。

このことから、個人の立場に立って、適切な福祉サービスの利用の援助を行うことにより、できる限り自立した地域生活が送れるよう支援するため、熊本県社会福祉協議会は、福祉サービスの利用援助などの支援を行う「生活支援員」を派遣する『地域福祉権利擁護事業』に取り組んでいくことになったもので、その取り組みとしては「判断能力

が不十分な高齢者が地域で安心して生活できるためには、本事業と成年後見制度が各々機能を果たすことが重要であり、成年後見制度との連携を図りながら、この事業の円滑な推進に努める」としていた。

県社協によるこの「地域福祉権利擁護事業」（1999年10月開始）は結局、介護保険制度の介護サービスも加わり提供されていくことになるが、社会福祉協議会が実施する権利擁護活動の重要な役割がどう介護保険によって進化していったか問われなければならない。

#### **(5) 運営協議会における活動に期待**

地域包括支援センターの設置運営に関しては、市町村が事務局となり、地域の関係団体や関連サービス事業者、被保険者等の代表により構成される「地域包括支援センター運営協議会」が関与することになっている。（介保法115条の39第4項の厚生労働省令で定める基準）則第140条52。

地域住民の権利擁護を行い、又は相談に応じる団体等の代表者、地域における保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者等のうち、地域の実情を勘案して市町村が適当と認める者により構成される運営協議会の意見を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保することが地域包括支援センターには課せられている。

ところが創設された同センターの運営には規定の関連3職種（職員の定数3名）にリハビリテーションの関連職種が入っていなかったため「最適の職種リハビリテーションの理学療法士、作業療法士等は入れず、保健師・社会福祉士・主任ケアマネージャーを専門的スタッフとして配置したのは利用者の目標達成に大きな影響を与えると考える」として、考慮すべきこれからの課題<sup>17)</sup>とみるリハビリテーション医療界の批判が関係文献等に出てきた。

#### **(6) 増加する維持期リハビリテーションに対応**

「福祉の医療化」の形成を抑制する「社会的入院の是正」から「医療の福祉化へ」、介護保険が「医療福祉複合体」を増加させている情勢が目立ち、地域では、診療所が生き残りの戦略としてそうした組に並ぶ『ミニ複合体』化の展開も当然みられる時代の流れとなってきた。介護予防サービスの「居宅サービス」や要支援者の通所介護（デイサービス）事業など、都道府県知事の指定を要するが、2000年の制度開始以来、年々診療所にもそれが拡大してきた。

地域の中小病院が、介護サービス事業の施設サービスから地域包括支援センター（市町村事業）の委託併設にいたるまで複合体化して「自己完結型」的な事業展開を増大していく趨勢をみせると、患者・利用者の「困り込み」を広げていく展開に見えていくのは、「医療の福祉化」の1面である。

こうして医療サービスと福祉サービスを一体的に提供していく複合体施設が、利用者確保の面でも経営上でも有利な事業戦略となって進展していく地域情勢のなかで、利用者として個々の判断能力が十分でない高齢者等は、次々に生れてくる契約制度を活用できているか、権利を生かしているかが、地域生活の自立支援の動向で議論を呼んでいく。

熊本県の事例では、1999年から県社会福祉協議会が地域福祉サービスの利用援助など

に対応して支援を行う「生活支援員」の派遣事業を導入した「地域福祉権利擁護事業」に取り組んでいることは前述してきた通りである。

超高齢社会をかかえこみ、介護保険対応の「維持期リハビリテーション」の利用者が増加の一途をたどっている全国の市町村では、今こそ高齢者（利用者）の身になって、市町村（保険者）主体で適確な基盤づくりを目指し、大胆な見直しを行う決断が喫緊の課題となっている。その第1は、介護保険サービスは自立支援の観点から必要なサービスを必要な状態で提供することである。「維持期リハビリテーション」という療養期ではそれがどう生かされているかが試金石となっている。つまり、医療保険リハビリテーションの給付を終了して継続する「介護保険リハビリテーション」のアプローチである。

## 第8節 専門職たちによる「社会就労」

09年度の介護報酬改定では、質の高い介護サービスを安定的に提供する観点から、介護従事者の処遇改善とともに経営の安定化を図るための確かな業務評価（人材確保への処遇改善）に力を入れ出している。通所介護（デイサービス）では、常勤の理学療法士等を配置し、個別機能訓練に基づき、利用者の多様なニーズに対応する複数の機能訓練メニューを提供する場合に「個別機能訓練加算」（Ⅱ）（新規）を算定（42単位/日）することになった。

また事業所の通常規模を3段階の基本単位に設定することで、経営の効率化へ向けた努力を損なうことがないような評価に見直すことにした。

通所介護（デイサービス）は平成12年に制度化しており、「要支援」を対象者にする「介護・予防介護」も実施している。熊本県における09年3月現在の事業者数は439（介護予防435）、全国では2万3,775事業者（介護予防2万2,944）に増加してきている。

熊本市の事例<sup>18)</sup>で、市東部に開設しているリハビリ・デイサービスセンター（合同会社：代表は理学療法士）がある。介護サービス及び介護予防サービスを担う「小規模事業所」だが、新しい時代の活動展開が見える。

要介護認定者・要支援認定者が対象者で、ケアマネージャーを経る利用手続きから担当することもあり、地域の利用者は年々増えていくという。

デイサービスの頭に「リハビリテーション」を表示しているだけあって、スタッフにはリハビリ専門職が集まっている。設立者は、リハビリテーション専門病院のリハビリ回復期病棟の体験10年、施設を出て地域に移行してきた理学療法士である。

その代表中心に理学療法士3名、作業療法士1名、介護支援専門員1名、介護福祉士2名、看護師1名、准看護師、有資格者計9名が常勤している。他に福祉住環境コーディネーター（2級）3名、ヘルパー（2級）2名を配置しており、対象者の個別リハビリテーション中心の介護サービス・介護予防サービスを提供している。

対象者は専用の送迎バスを利用しているようで、「介護予防サービス」利用料金（月額）が「要支援1」1名の例で、2,499円（介護保険自己負担2,226円、他加算等）。「介

護サービス」（1回あたり）は、「要介護1」の場合、588円（他に機能訓練加算等92円）、食費（600円×利用回数）まで明示している。

### 新しい姿の福祉の芯になりたい

利用者へ最大の魅力として広報しているのは「個々1人、1人に対するリハビリテーションを、病院リハビリと同様、もしくはそれ以上の形で提供し、それを利用者の1人1人が大事にする『趣味や生き甲斐』につなげるところにあります」として、それを例示して案内しているところだという。

また、スタッフの熱い思いとしては「これまでとは違った『新しい姿』の福祉につなげるその『芯』になりたい」とサービスの質に意欲的である。

個別リハビリとしては、(1)以前のように好きな手工芸をしたい対象者には、スタッフと一緒に手工芸をして作品を展示してみませんかと勧める。(2)お孫さんと一緒に散歩したい対象者には、実際にお孫さんを連れて歩いてみましょう、と呼びかけているという。

リハビリ専門職たちの信念による個別リハビリの徹底を目指したアプローチが地域密着型の事業活動を育てているようである。

リハビリ専門病院で回復期の臨床を体験してきたという代表は「大規模施設の（複合）デイケアは5単位（1単位：20人）など多数を受け入れるので、PT、OTの配置が届かない。したがって担当のセラピストは介護度の高いほうに片寄るから受け入れたなかに“消化不良”がおきてくる。つまり、介護度の低い人たちの不満が出てきてしまう。軽視していなくとも欲求不満の状態で推移していくことがある。その点、小規模事業所のほうが定着性がある。受け入れる単位も少数である。

回復期病棟から在宅へ送ろうとしても、初期の受けザラは、維持期のデイケアしかない。回復期病棟では手厚いリハビリを提供していても介護保険リハビリに移行すると手厚さがなくなり動かなくなっていく。その点、小規模は現実的に在宅の形態を作っており、そこから（社会へ）広がっていくほうが良い。「しがらみもなく平等性で個々に対応できる」考え方のようだ。

さらに、地域における取り組みが、地元の社会福祉法人（工房）や市障害者生活支援センター等と連携して事業活動を深めているというのも特徴である。その呼びかけの広報に「社会就労」という言葉を使って地域連携の支援を構築しようとしている。

09年7月には、介護保険法・障害者自立支援法に基づくサービス利用者に呼びかけて、社会資源の活用をより身近にし、かつ実践的にするための意見交換型（連携）勉強会を開いている。

取り上げたテーマは、(1)介護保険第2号被保険者（若年者）への支援強化。(2)福祉住環境整備を必要とする方への社会資源活用幅の強化。(3)高齢者や障害者が旅行を実現できるよう支援するための段取り。

以上は、リハビリ専門職（PT・OT）たちが施設から出て地域に張り付いた場合の介護リハビリテーションサービス「展開期」活動の1例として取り上げてみた熊本の事

例である。

### むすび〈連携そして効率化〉

リハビリテーション医療の団体では、「在宅リハビリテーションセンター構想」が動き出している。情報誌発表によると、かかりつけ医（在宅主治医）が、リハビリテーション計画等に関する適切な情報を提供できるリハビリ支援機能を持つべきだが、リハビリテーション医療への関心が十分でないため、通所・訪問・短期入所等の適応の判断、リハビリテーション計画策定等に支障をきたしている。

だからといって各診療所にPT、OT、ST等の専門職を常勤配置し、リハビリテーション施設基準の整備・普及を図ることは容易ではないので、包括的な在宅リハビリテーションサービス提供体制といえる「在宅リハビリテーションセンター」が、その課題解決には必須である。中心的な役割を地域に密着したリハビリテーション機能を有する在宅療養支援診療所かリハビリ病院が担い、外来・通所・訪問等のリハビリサービスを付設する。

そうすれば地域のニーズに合った提供形態を作ることができる。そして在宅リハビリテーションに関する相談窓口として機能できるリハビリテーション機能を有する病院や診療所、特に回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関が在宅主治医との連携を重視し、センター化に取り組むことが期待される、というのが「在宅リハビリテーションセンター」案である。現状の制度の中でも実現可能というが、その地域展開はどうか。

すでに国が推進してきた都道府県地域リハビリテーション支援協議会とはどうした連携・役割分担となるのだろうか、その辺は見えてこない。見えるのは「センター」と名づけた地域発想である。



## 注

- 1) 『維持期リハビリテーション』、日本リハビリテーション病院・施設協会編（2009年10月、三輪書店）3頁。
- 2) 伊藤隆夫（理学療法士）『高齢者ケアとリハビリテーション』（2000年、厚生科学研究所）132頁。
- 3) 熊日（平成22年11月17日、水曜）朝刊、「障害者支援法改正で合意」（民主と自公）。
- 4) 上記（平成22年3月9日、火曜）夕刊、「高齢者に優しいまちづくり」（東京大がプロジェクト）。
- 5) 上記（平成22年11月19日、金曜）朝刊。
- 6) 上記（平成22年11月20日、土曜）朝刊、「高齢者虐待防止へ研修会、県庁」。
- 7) 青木 学「障害者権利条約と私たちの暮らし」（『進歩と改革』、2009年1月号）55頁。
- 8) 澤村誠志著『実践 地域リハビリテーション私論』（2005年、三輪書店）41頁。
- 9) 『総合リハ』（35巻10号・2007年10月）959頁。
- 10) 寺島 彰「リハビリテーションと基本的人権」（『総合リハ』・36巻3号、08年3月）22頁。
- 11) 二木 立著『介護保険制度の総合的研究』（2007年、勁草書房）275頁。
- 12) 上田清司「利用者の視点で介護保険制度の見直しを」（『週刊社会保障』、2010年4月）56～59頁。
- 13) 菊地和則「実態調査からみえるもの」（『月刊総合ケア』、2007年10月）85頁～89頁。
- 14) 大和田 潔「在宅医療の総合化と効率化」（厚生労働科学研究・平成17年度総括・分担研究報告書）104頁。
- 15) 設置率98%を介護予防意見交換会に報告（『週刊社会保障』、2007. 10. 8）18頁。
- 16) 上記、12、58頁。
- 17) 大田仁史編著『地域リハビリテーション論』（Ver.3）、（2006年、三輪書店）88、89頁。
- 18) リハビリ・デイサービスセンター「しん」（熊本市小山7丁目）。

# 終章 自立生活支援としての地域リハビリテーション —「障害者権利条約」の視点から—

## 〈目次〉

第1節 維持期リハビリテーションによる自立生活支援	99
第2節 高齢者リハビリテーションの5つの課題	101
第3節 専門職の急増と職域拡大の問題	102
第4節 06年改定における医療保険の評価体系	103

## はじめに

わが国では、長寿社会が一段と進行するなかで「介護保険サービス利用者の抑制」が、「健康日本21（第2次）」で新たに「高齢者の健康」の第1項に設定された。すでに介護の必要度の低い人向けのサービスを介護保険制度から切り離すことを含めた見直しの動向も年内に方向性を固めるようだと報道は伝えている。<sup>1)</sup> こうした高齢化社会の関心の高まりで注目されてきたのはリハビリテーションである。医療と介護の領域で注目を浴びながら改革論を生み出している。

本稿もまた地域展望で、リハビリテーション医学会の専門医が減少し、専門職だけが増え続けていく奇妙な情勢を取り上げながら、どうしたら安定した地域生活につながる人材が確保され、自立生活支援の地域的リハビリテーションが展開できるのか、それを課題として整理してみた。

## 第1節 維持期リハビリテーションによる自立生活支援

介護保険サービスによる利用支援では、医療保険におけるリハビリテーション終了後、速やかに介護保険におけるリハビリテーションを受けることが重要であるとし、早期の段階から、患者が要介護認定、又は要支援認定(以下、「要介護認定等」という)を受けているかどうかを確認し、当該患者の意向等を踏まえて申請手続や居宅介護支援事業者への連絡等、計画的な支援を進めることを求めている。

リハビリの維持期とは、発症から一定の期間(通常、6カ月)が過ぎて病状も比較的安定してきた第3ステージである。この時期は「回復期までのリハビリテーションが終了し、家庭生活(社会生活)を維持・継続していくためのリハビリテーションとなっている。

「健康管理や自立生活の支援、介護負担の軽減など図るため、各種の在宅および施設でのリハビリテーションサービスを総合的かつ継続的に提供し、障害のあるものや家族の安定した日常生活が維持・継続されることを目的とする」<sup>2)</sup>とされていた。つまり、(1)生活機能の維持・向上、(2)自立生活の推進、(3)介護負担の軽減、(4)QOL(生命の質)の向上などが目標となる。しかし維持期リハと地域リハは混同されやすいこともあるとして、改定前の1997年度、厚生省(当時)の「維持期におけるリハビリテーションのあり

方に関する検討委員会」によって「維持期リハビリテーションの概念」を整理、発表するにいたっていたのは前述の通り。

### 介護保険サービス利用者の増加抑制

わが国においては「介護保険サービス利用者の増加の抑制」を第1項目に据えた「健康日本（第2次）」における高齢者の健康に関する現状と目標」が新たに設定されている。第6項目に「高齢者の社会参加の促進（就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）を取り上げているのが印象深い。

2012年に策定された「健康日本21（第2次）」で、新たに「高齢者の健康」を設定したものの、取り上げた6本の柱（項）は、健康寿命のさらなる延伸に向けてそれぞれに生き生きしている。

国立長寿医療研究センター（鈴木隆雄医師）の解説は、急速に進行する超高齢社会を念頭に置いて、高齢者の健康施策は大きく変容している、との鈴木論はその通りで、単に介護保険制度から「軽度」を分離、切り離すことを含めた見直しには同じ厚生労働省は熱中しているのだろうか。

つまり、介護の必要度が低い「要支援1」「要支援2」と認定された人向けのサービスを、将来は介護保険制度から切り離すことを含めて見直ししていく方針を行政は固め、市町村によるサービス提供の動向を踏まえて年内に方向性を固める考えだと報道は伝えた。すでに政府の社会保障制度改革団民会議は4月の論点整理で、軽度の高齢者は保険給付から市町村事業に移行し、柔軟、効率的に実施すべきだと提案しているようである。

介護費用は2010年度で約7兆8000億円だが、25年度には21兆円程度になるという予測があり、12年12月末現在「1」と「2」を合わせた要支援者は約150万人。その全体に占める割合は5%程度だが、重度者向けサービスの財源を確保するには、要支援者の給付内容や方法を見直す必要があるとの判断だと報道は伝えている。

だが、介護保険制度から外すこと、そして市町村事業に移すという考えには「軽度者の切り捨て」というなり行きに目を向ける人たちもいるようだ。そして、切り離して見直す軽度の介護サービスには、親しまれている「介護予防通所リハビリテーション」もある。その事業者数も「全国6411」<sup>3)</sup>に広がっているようでは、専門職の指導という交わりの馴染みも深まってきていて、分離されたくない居宅合議サービスとなっているのではなかろうか。

評論家の中には、「介護保険法には、介護サービスの定義がないだけでなく、介護という言葉の定義も示されていない。なぜなら、介護保険法は、介護費用に対する保険法であり、あらかじめ決められたルールに基づいて、定められた種類の保健医療および福祉サービスを、決められた事業者が行った介護行為に対して、その必要の一部を保険制度として補償するというところを取り決めた法律にすぎないと考えられるからである」と述べている。

介護保険法はそうした視点があるとしても、取り上げているその「リハビリテーショ

ン」に関しては期待されている。「単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人権的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。したがって、介護を要する状態となった高齢者が、全人間的に復権し、新しい生活を支えることは、リハビリテーションの本来である」ことを冒頭に定めた高齢者介護研究会のテーマである。

## 第2節 高齢者リハビリテーション5つの課題

それまでわが国においては予防、医療、介護において一体となった高齢者リハビリテーション提供体制の整備が図られてきているが、行き詰まってきた課題を洗い出している。<sup>4)</sup>

①最も重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分に行われていないこと。

②長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合があること。

③医療から介護への連続するシステムが機能していないこと。

④リハビリテーションとケアとの境界が明確に区別されておらず、リハビリテーションとケアとが混同して提供されているものがあること。

⑤在宅におけるリハビリテーションが十分でないこと。

などの課題があり、必ずしも満足すべき状況には至っていない。として、高齢者介護の基盤となるリハビリテーションの現状についての検証と今後のあるべき姿の検討が求められている、として、その「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」をまとめたのが高齢者リハビリテーション研究会報告で、これを基本方針として2006年4月の診療報酬改定へ進んだのであった。

### リハビリテーション専門職の急増

2006年4月の診療報酬を定める改定で、リハビリテーションに係る評価は大幅に改革されて、従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法は廃止され、新たに4つの疾患群別（評価体系）に再編された。

脳血管疾患等、運動器、呼吸器、心大血管疾患の各リハビリテーションで、それぞれに「別に厚生労働大臣が定める施設基準等」が告示されて新評価体系に再編改定されている。そして評価は急性期、回復期、維持期の3期に再編されて疾患別に算定日数の上限が設定され急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応するとして改定されたのであった。

診療区分別に掲げる給付の施設基準では、担当する医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が数を示して適切に配置されていることや治療設備、機能訓練室、器械・器具の備えなど細やかに指定されている。

担当する医師については、それぞれ、専任の常勤医師の適切な配置、経験を有する常

勤、担当する常勤医師1名以上、経験を3年以上、などの記述が施設基準にあり、他には「適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した」等があるが、専任医師の要件の研修に関する具体的な指定はまだ少ないようだ。

とにかくりハビリテーション医療において医師は多くの重要な役割を担うとされているが、幅広い領域で質の高いリハビリテーション医療を実践するためには、「急性期から地域生活期に至るまでの一連のプログラムを管理できる質の高い専門医を育てることが重要となる」と言われている。

日本リハビリテーション医学会では1980年に専門医制度を導入し、専門医の育成に務め、2011年12月の時点でリハビリテーション科専門医は約1900名を数えるに至っている。しかしながらこの学会ではニーズに応えるためには4000名の専門医が必要と試算しており、現行の年間50～80人ずつの増加というペースでは、「必要数を満たすまでにはあと最低30年はかかる計画になってしまう。」という議論がある。

また理学療法士、作業療法士は専従の常勤を指定して「併せて2名以上」としているのが注目される。

その二つの専門職は近年、急増してきた。特に「理学療法士」に関しては、社団法人日本理学療法士協会がまとめた2013年1月現在の有資格者数が10万人を突破して10万0560人に増加している。(2007年現在の養成施設218校の入学定員約11,000人)

社団法人日本作業療法士協会のまとめた同現在の作業療法士の有資格者は6万4856人。2007年現在の入学定員は169校192課程で7276人となっていた。

### 第3節 専門職の急増と職域拡大の問題

2010年1月に専門誌『理学療法ジャーナル』が「これからの理学療法」と題して、医師、理学療法士たちの座談会や論文を特集しているなかに、強く関心を引かれた2編(論文)があり、本稿が目指す専門職の適正な地域配置を考えさせる情報であった。

#### (1) 専門職の供給過多

**理学療法士** (森下一幸氏) 「私が就職した当時、2万人ほどであった理学療法士数も、現在は毎年1万人を超える卒業生を迎え有資格者数はまもなく10万人に達し、2027年には30万人になるとの試算がある。仲間が増えることは心強く大いに歓迎すべきことであるが、2016年度の需要見込みは理学療法士数12万人、実際の供給量は14万人を超えると予想されており、供給過多の時代を迎える。

すでに10年以上も前から、『職域の拡大』について提案され、介護保険分野への参入、起業する理学療法士も少しずつ増えているにもかかわらず、十分な拡充は図られていない。(略)現在の、出来高払いにより時間・単位数に制限が付けられている治療体制が改変される可能性もあるが、患者、利用者、医療スタッフ、そして自分たちにどんなメリット、デメリットがあるのかを十分に吟味し、意見をもたなくてはならない。

ただ決められた制度、取り決めのなかでの確に仕事をするだけでなく、こうした医療

政策・社会情勢に一人ひとりが関心を払い、理学療法士全体の意見を集約し声を上げることが必要である。(略)

理学療法のみならず医療・介護が大きな変革の時代を迎えるなかで、個人でできること、団結して取り組むことを一人ひとりが自覚し、職能団体としての活動、専門性の向上を図り、患者・利用者のニーズに応えていくことは医療人としての責務であり、自分の生活、家族を守るためにも必要であると考えらる」。

**(2) 自律能力を備えた独立活動の場を** (葛原茂樹氏 病院長・神経内科医)「わが国では医師法の規制が大きな阻害要因となって、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理療法士などのコメディカル専門職の自律度は大きく制限され、医療行為を行う場合には医師の指示を必要とする。一方、米国、オーストラリア、ヨーロッパ諸国などの医療先進国では、医療における専門職の自律性が極めて高く、様々な分野で独立して活躍している。

わが国でも、医師不足と医療崩壊を機に、何でもかんでも医師の指示待ちという医療制度を見直す動きが出てきた。かなり高いレベルの医療行為まで実施できる看護師を養成するナースプラクティショナー大学院構想もその一環である」。

今後は看護師以外の分野でも、このような自律能力を備えた専門職の活動の場が広がっていくことが望ましい。このような状況に対応できる能力を備えた理学療法士像を期待する。

#### 第4節 06年改定における医療保険の評価体系

リハビリテーションに係る評価は、2006年4月の大幅改定で新たに4つの疾患別の評価体系となって再編されている。従来の理学療法、作業療法、言語聴覚療法は廃止されて、対象疾患別体系となり、算定日数にはそれぞれ上限が設定されて算出されている。

そしてその算定日数上限規定の対象から除外される疾患も明示されたのである。その除外疾患には、失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害、重度の頸髄損傷など40数種が示されるにいたっている。

そうした改定リハビリテーション見直しの趣旨について(当時の行政広報等は)このように伝えていた。

(1) リハビリテーションは患者の身体機能の向上のみを目的するのではなく、患者の日常生活の活動性を高め、もって自立を促すことを目的とするものであり、漫然と実施するのではなく期間及び到達目標を定め、計画的に実施すべきものであること。

(2) 脳卒中や骨折に代表される急激に生活機能が低下するものは(略)生活機能の低下の程度に大きく影響することを踏まえ、発症後早期からの重点的なリハビリテーションの実施に配慮すること。

(3) 医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方介護保険においては、維持期の状態

に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること。

(4) 急性期及び回復期のリハビリテーションの終了については、個々の患者の状態に応じて医学的に判断することとした。医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断された場合には、医療機関と居宅介護支援事業者との連携の確保、介護保険サービスの紹介等、医療保険と介護保険の連携を強化することにより、維持期のリハビリテーションに計画的、かつ速やかに移行できるよう配慮すること。併せて、患者に対し十分説明を行うとともに、家庭での実地指導等とも併せ、患者が日常生活に円滑に移行できるよう配慮すること。

(5) リハビリテーションの実施に当たっては、有意義な生活や人生の実現に向けた患者の視点からの目標を定め、訓練室中心プログラムのみではなく日常生活の活動向上訓練や福祉用具の選択・使用方法の指導等、実生活に即したプログラムの実施に当たっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が実施するリハビリテーションの目的、内容、身体機能の影響等を利用者に十分説明すること。

#### (1) 健康と生きがいは一体

回復期リハビリ病棟において集中的リハビリの結果、障害の改善がほぼプラトー(plateau)に達すると、地域生活(維持期)へ移行するかたちになる。介護保険サービスを担う専門職からなる在宅支援チームへのバトンタッチが安定した地域生活につなげていくことになるが、スムーズなバトンタッチが出来ることに進むかどうか。そして安定した地域生活が継続されることによって、訪問リハ、通所リハ、短期入所の施設リハ等の提供、つまり維持期リハサービスへ進むことになっていくが、どうつなげるか、その辺りを担う人材の確保が課題となってきた。

つまり、維持期における介護保険のサービス領域のアプローチである。ソーシャルワーカー(MSW)やケアマネージャー等によって、居宅サービス事業所等への情報提供、在宅サービスの調整、ケアプランの作成等の流れになって、医療保険から介護保険への円滑な移行へ進むことになるが、このステージでは近年、前述した神経内科医などによる観点からは「自律能力を備えた専門職の場が広がっていくことが望ましい」との議論も出ている。つまり、「わが国では医師法の規制が大きな阻害要因となって、メディカル専門職の自律性は大きく制限され、医療行為を行う場合には医師の指示を必要とする。「理学療法士及び作業療法士法」(昭和40・6・29 法律137 第2条3-4)がある。

その点、米国・オーストラリア・ヨーロッパ諸国などの医療先進国では、医療における専門職の自律性が極めて高く、様々な分野で独立して活躍している。わが国でも、医師不足と医療崩壊を機に、何でもかんでも医師の指示待ちという医療制度を見直す動きが出てきた。(略) 自律能力を備えた専門職の活動の場が広がっていくことが望ましい<sup>5)</sup>と述べている。

もともと2006年以降の診療報酬改定において、リハビリテーション維持期に関しては、

速やかに介護保険に移行して継続すべきと通達されていたものの、そうした基盤整備が遅れてのスタートであったのである。したがって維持期リハビリテーションのマンパワーとしては、少ない専門職で多くの利用者に対応していく構造となってサービス給付の提供体系が確立されていったといえよう。

厚生労働省としては2008年7～11月にかけて「安心と希望の介護ビジョン」の報告書で「高齢者が住みなれた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上」を取り上げて、良質なサービス提供の方向性だけは示していたのであった。

要するに我が国の高齢化の進みは、厚生労働省が2007年4月の都道府県会議で、医療政策検討の方向性として「全国約1000万人に倍増する」と発表して注目されたが、その推計は、すでに2013年度で、在宅介護を受ける高齢者等は「現在の1.4倍、463万人に増える」という予測を取り上げて、在宅介護・医療の拡充方向を具体化してうち上げた。

## (2) 長寿を全うできる地域構築プラン

報道によると、政府の社会保障制度改革国民会議が平成25年4月の論点整理で、「軽度の高齢者は介護保険給付から市町村事業に移行し、ボランティア、NPOなども活用して柔軟、効率的に実施すべきだと提案している」とあった。厚生労働省調べで2012年12月末現在の介護認定7段階のうち要支援1、要支援2の認定者数は約150万人、全体の介護費用に占める割合は5%程度と発表されているものの重度者向けサービス財源を確保するには、「要支援者のその給付内容や方法を見直す必要があると判断した」と政府発表は取り上げている。厚生労働省は平成12年4月から、要支援者などへのサービスを市町村が選択して提供できる事業を開始しており、平成12年度は27自治体が導入しているという。だから「費用抑制などのメリットが期待できる」と政府は着眼してきたのであろうと報道は伝えるにいたっている。

我が国の高齢化率が一貫して上昇を続けて平成24年10月1日現在で26.4%、高齢者数約47万7000人（総人口の4人に1人が65歳以上、その半数以上が75歳以上）という状況を伝えるなかで、熊本県では新たな高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画『長寿・安心・くまもとプラン』を策定して発表し、自立して長寿を全うすることのできる熊本の実現を目指して各種施策に取り組んでいる。

平成25年3月にまとめた同プランは平成24年～平成26年度へ「自立して長寿を全うすることのできる熊本を目指す」とした重点目標と主要施策集である。こうした自治体の目指す姿は全国的な基本理念の策定集として広がり、担い手たる地域住民の取り組みを全国的に活気付けていくだろう。

熊本県が今回、まとめあげた“計画の目指す姿”は、どれも関心を引いているが、それら基本理念のなかでひとときわ注目させたのは「地域包括ケアの実現」を目指した地域構築のプランであった。

こうして地域に生まれしてきた新しい動向を「障害者権利条約」の視点からみると、高齢化社会の進行における地域づくりの課題、変貌を見落としてはならないと思う。



しかも熊本市のこの事例で痛感されるのは、その問題化した時点である。

第1回の委託運営が更新される終末にきて、しかも新聞投稿が初めて自治体の腰を上げさせたのではないかと考えるとき、当のセンター運営に関しては設置機関の運営協議会の存在がある。ここでは問題化しなかったのであろうか。その疑問である。センターの公正中立は、その仕組みが法制で定められているはずである。

## むすび

在宅療養支援診療所が創設されたのは、たしか平成18年の診療報酬改定であった。いよいよ施設から在宅への流れができつつある方向性を少しばかり実感した次第であった。在宅療養患者の求めに応じて、24時間往診等に対応できる体制に係る評価を充実させるため「在宅診療支援診療所という新たな施設基準を作って、診療報酬上で高い評価をしたという厚生労働省保険局の担当官の講話などが当時、関係誌等に取り上げられていた記憶がある。

当局が目指していたのは、医療の必要性の低い患者に対しては、大幅な診療報酬点数の引き下げを断行して、“社会的入院”と言われる介護系の施設などの医療需要に対応したいという新手の発想の話題には関心を引かれた。だが、患者の求めに応じて24時間往診による在宅医療がどう展開していくか、そうした診療所の取り組みが広がるかどうか、さほど期待は持てなかった。

ところが熊本県の事例で、注目すべき話題が報道されたのである。熊本市の医師29人が「熊本在宅ドクターネット」を結成して、相互協力しながら在宅医療に取り組んでいるというニュースであった。事務局担当の開業医の話によると「平成20年3月にスタートしたが、中央から医大教授を熊本市招いて、がん患者が退院し在宅に移行する際の支援方法など学んでいる」という熱心さ。「患者さんが在宅医療を受けたくても、往診する開業医が少ない。見つからないと病院から自宅に退院できない、そんな患者さんをなくしたかった」ということでの取り組みらしい。

在宅医療に移行したい患者さん支援のこうした診療所の広がり、すでに全国13,000診療所を超えてきたという情報がある。「生活のなかでの医療を柱にしてきた開業医の広がり」である。

リハビリテーション専門職のなかにも、「生活の中でのリハビリ」を目指している専門職は多いときくが、その流れをつくるのは行政である。

## 関連法改正の今後

最後に整理しておきたいのは、この「地域包括ケアシステム」が脚光を浴びてきた時代に、介護保険におけるリハビリテーションはどう成長していくのか、という方向性の展望である。

06年の診療報酬・介護報酬、二つの保険同時見直しの大改定以来7年余を経て、その

流れはかなり見えてきた。既存の関連法改正の動向をまず考えてみながら、取り上げたい論点は3つある。(1)維持期リハビリテーションは医療サービスか。(2)その展開については二つの保険給付の連携強化は困難ではないか。(3)新たな地域づくりを目指しての両保険の格差是正はどう進むのか。

急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期は介護保険が中心となって対応するという取り決めが制度化したが、その維持期リハビリテーション実施は保険医療機関についても介護保険の指定事業所とみなされている（指定申請は不要）ため、医療リハ終了によって、その医療機関が次の介護保険リハビリを担当する仕組みとなっていることは前述した通り。したがって第3ステージの介護保険リハビリは同様に医師の指示のもと専門職（PT、OT、ST）が担当するわけである。つまり、ここまでは医療保険、このあとは介護保険となるアプローチ。したがって、「理学療法士及び作業療法士法」（昭和40.6.29 法律137号）により「医師の指示の下」（第2条）の業務である。まるごとすべて「医師の指示の下」、独立した部分はないPT、OTたちは独自の領域は持たない活動である。

したがって、介護保険リハビリテーションを担当し、在宅訪問リハビリで利用者を訪ねてどこまで活動できるのか疑問になってくる。在宅におけるリハビリテーションは、生活の再建への援助だから、診療の補助だけではすまない。これまでセラピストが在宅訪問で培ってきた技術を、その家の環境の中で、安全で現実的な日常生活の自立へ向けた本人の動作への働きかけ、障害を最小限にとどめるための環境整備や道具の選定・適合、または外出へ向けての動線の確保とか。家族に対する介助方法の指導など、これらは医師の診療補助ではない独自の能力となっている。

そして、指示する医師には、リハビリテーション医学講座を履修しているか、いないか、その関心が強いわけである。

以上はセラピストが独自の能力、勉強をどう現場で生かしているかを考えただけでも、既存の関連法改正はどう進んでいるかが関心事となってくるのである。介護保険におけるリハビリテーションが背負ってきた問題は、まず行政の対応が視点となって注目されていることを棚上げにしないでほしい。

#### 注

- 1) 『総合リハビリテーション』（第40巻第5号、2012年5月号）434頁。
- 2) 医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について（厚生労働省老健局老人保健課長（平成18年12月25日））。
- 3) 「高齢者関係資料集」（平成25年3月、熊本県健康福祉部発行）77頁。
- 4) 『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』（平成16年1月）「わが国における高齢者リハビリテーションの歩み」、6頁。
- 5) 『PTジャーナル』Vol. 44, No. 1（2010年1月号）22頁、「これからの理学療法（期待する領域と能力）」葛原茂樹（医師）。