令和元年度　かかりつけ医向け地域リハビリテーション基礎研修

日時：令和元年10月19日（土）15:00～17:30
場所：ホテルセンチュリー静岡　４Ｆ　ｸﾘｽﾀﾙﾙｰﾑ

司　会：静岡県医師会　福地 康紀 理事

1　開会挨拶　　静岡県医師会　徳永 宏司 副会長

2　はじめに（20分）
「静岡県における地域リハビリテーション推進の取組とかかりつけ医の役割」
講 師：静岡県健康福祉部長寿政策課　藤野 勇人 課長
静岡県医師会　岡　慎一郎 理事

3　講義①（40分）
「リハビリテーションにおける基本的な視点と脳卒中患者への対応」
講 師：浜松医科大学医学部付属病院 リハビリテーション科長 山内 克哉 氏

4　講義②（25分）
「訪問リハビリテーションにおける効果的な診療情報について
～サービス提供者の立場から～」
講 師：ケアル訪問看護リハビリステーション 作業療法士 ピリ睦 氏

5　演習（60分）
「脳卒中患者に関する診療情報提供書の書き方」
進 行：静岡県医師会　岡　慎一郎 理事

【日本医師会生涯教育】　２．５単位（ＣＣ：11，13，19）　※ CC11のみ0.5単位

資料１

令和元年10月19日

富国有徳の理想郷－しずおか

ふじのくに

令和元年度 かかりつけ医向け地域リハビリテーション基礎研修
行政説明

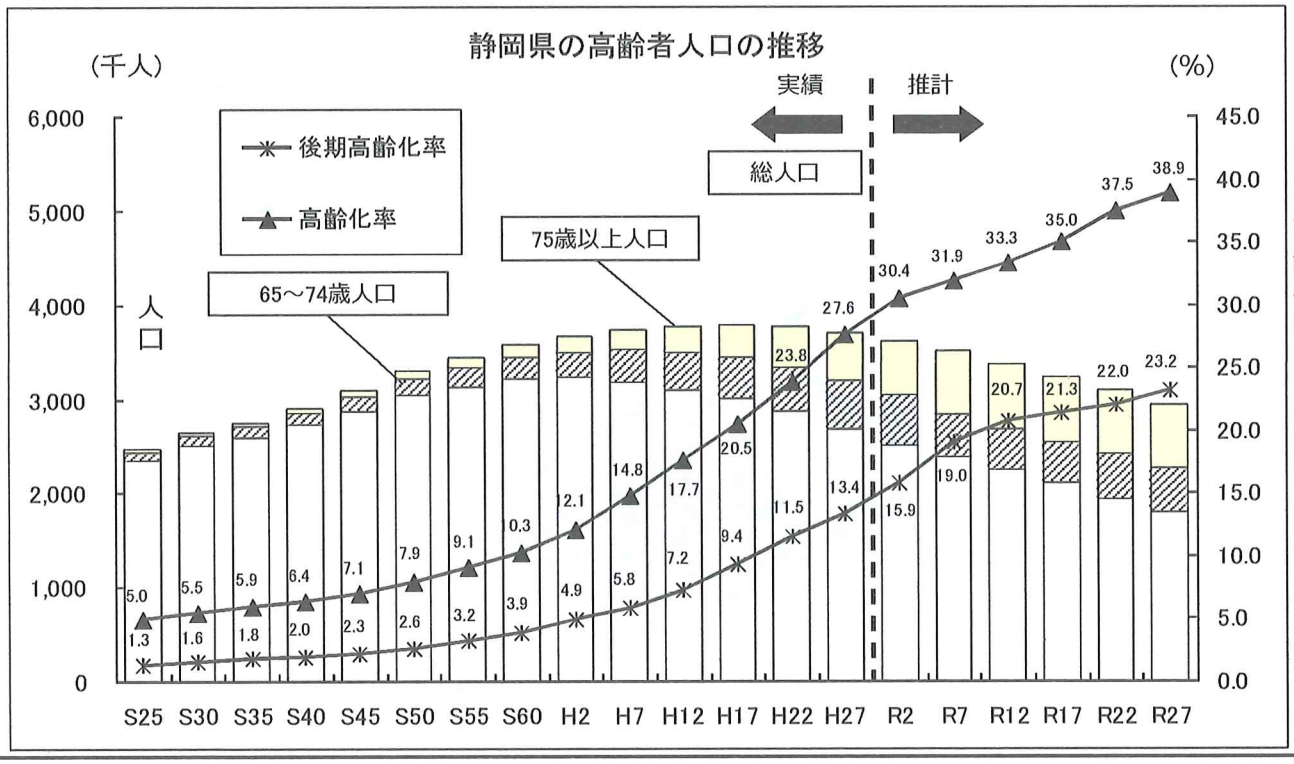
県における地域リハビリテーション推進の取組

静岡県 健康福祉部 長寿政策課

Ⅰ リハビリテーションの需要の増大

静岡県における人口減少・少子高齢化

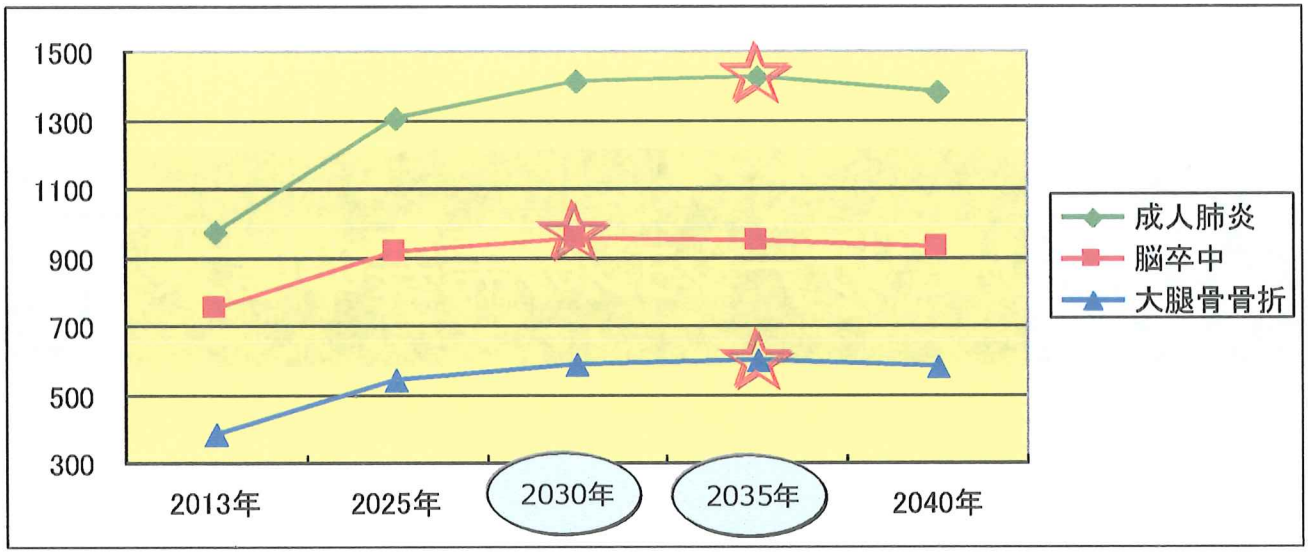
◆高齢化率は年々上昇し、平成31年は過去最高の**29.1%**
　→平成21年からの10年間で6.7ポイントの増加
◆75歳以上の高齢者人口は10年間で1.3倍→高齢者の中の高齢化



医療の状況（主要疾患別の医療需要（入院患者数）の将来推計）

【主要疾患別の医療需要（入院患者数）の将来推計】

単位：人/日



（単位：人/日）

	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
成人肺炎	973.8	1300.7	1413.3	1424.7	1376.6
脳卒中	751.7	914.6	951.4	949.7	930.6
大腿骨骨折	385.7	540.2	588.5	595.5	581.0

高齢者の多くが誤嚥性肺炎

資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より作成

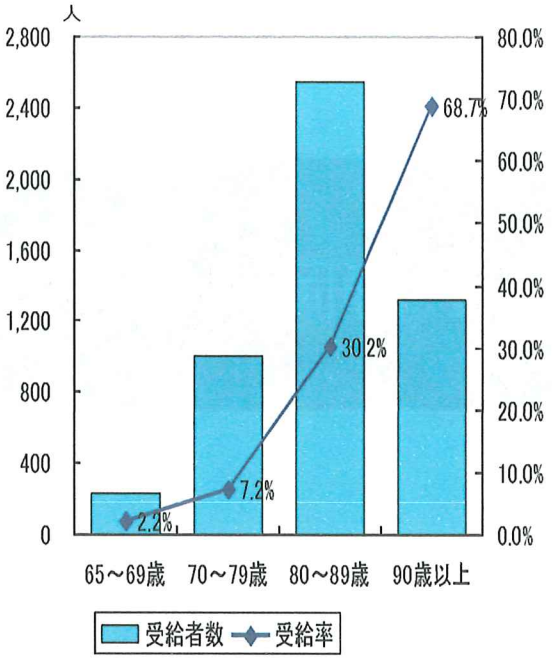
介護の状況（介護の原因、年齢別認定率）

○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位３位）

平成28年

要介護度	第１位	第２位	第３位
総　数	認知症	脳血管疾患（脳卒中）	高齢による衰弱
要 支 援	関節疾患	高齢による衰弱	骨折・転倒
要支援１	関節疾患	高齢による衰弱	脳血管疾患（脳卒中）
要支援２	骨折・転倒	関節疾患	脳血管疾患（脳卒中）
要介護	認知症	脳血管疾患（脳卒中）	高齢による衰弱
要介護１	認知症	高齢による衰弱	脳血管疾患（脳卒中）
要介護２	認知症	脳血管疾患（脳卒中）	高齢による衰弱
要介護３	認知症	脳血管疾患（脳卒中）	高齢による衰弱
要介護４	認知症	脳血管疾患（脳卒中）	骨折・転倒
要介護５	脳血管疾患（脳卒中）	認知症	骨折・転倒

○年齢階級別要介護(支援)認定率



出典：厚生労働省　平成28年 国民生活基礎調査

地域医療構想における取組の方向性

○在宅医療等の必要量（県全体）

	必要量（2025）	在宅医療供給量（2013）
在宅医療等	40,093人/日	27,368人／日
うち訪問診療	17,305人/日	12,565人／日

課題	**在宅医療に関わる医療従事者・実施機関の拡大**
	慢性期からの受け皿（介護施設等）確保　等

取組の方向性

多職種の連携	在宅医療を支える関係機関（病院・診療所・訪問看護ステーション・介護サービス事業者・行政等）の連携体制の構築
県民の理解促進	県民の在宅医療に関する理解を深め不安解消を図るなど、在宅医療についての情報提供を推進　ほか

Ⅱ 静岡県の目指す地域リハビリテーションの姿

地域リハビリテーション推進に向けた見直し

（平成27年度）

介護保険法の地域支援事業に「地域リハビリテーション活動支援事業」新設
・市町の介護予防事業にリハビリ専門職の活用が制度化

⇒ これを機に、これまでの地域リハビリテーション推進体制を見直し

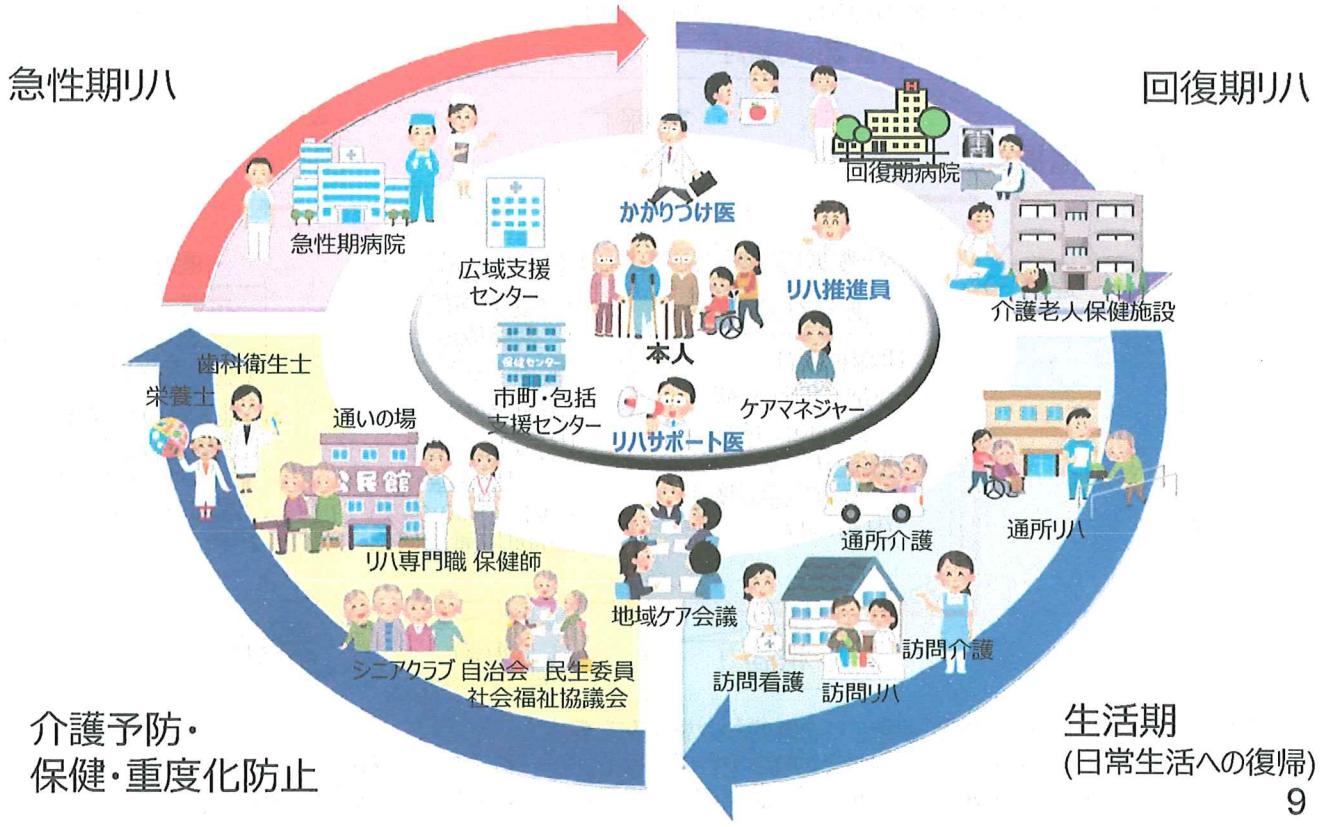
＜見直しの方向性＞

○ 事業実施の中心的機関の移行（広域支援センター等⇒市町行政）
○ 切れ目のない提供体制の構築(予防～医療リハビリ～介護(在宅)リハビリ)
○ 専門職の積極的な活用（かかりつけ医、リハ職、ケアマネジャー等）
○ 地域リーダーの養成（地域リハビリテーションのサポート医・推進員）

市町行政を中心に、地域資源の多寡に関わらず
少ないところは少ないなりに対応を工夫していく

・予防重視　・資源の効率的活用

静岡県の目指す地域リハビリテーションの姿（案）



地域におけるキーマンの養成（平成30年度～）

適切な介護予防・フレイル予防や切れ目のないリハビリ提供を行う仕組みづくりに向け、かかりつけ医のボトムアップや医師・リハ職の地域リーダーの養成を実施

○ かかりつけ医のリハビリテーションへの関与

患者の望む生活の実現に向けた良き支援者

- 介護予防・フレイル予防に関する助言・指導
- リハビリテーションの必要性に気付き、医療・介護サービスへのつなぎ役となる

○ 地域リハビリテーションサポート医を養成

地域支援に高い意欲を持つかかりつけ医は、『サポート医』として活動

- 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携づくり
- リハビリテーションに関する行政の取組への協力
- かかりつけ医や介護専門職に対するサポート

○ 地域リハビリテーション推進員を養成

リハビリテーション専門職の活躍の場を広げるリハ職のリーダー

- 他のリハ職のモデルとして、自ら地域ケア会議や住民の通いの場等に参加
- リハ職が地域に関与しやすい仕組みを構築

地域リハビリテーションの推進体制

地域リハビリテーション推進部会

（構成）学識経験者、医療関係者、介護保険事業者、リハビリテーション団体、地域支援者、市町行政
（取組内容）○切れ目のないリハビリテーション提供体制の検討
○効果的な市町支援策の検討

（事業化提案）

報告

助言

静岡県

連携

支援

連携

＜かかりつけ医連携＞

県医師会

（取組内容）
○かかりつけ医基礎研修(H30:104人)
○地域リハサポート医の養成研修【全国初】(H30:54人)

＜人材育成・派遣調整＞

県リハ専門職団体協議会

（取組内容）
○市町等の求めに応じリハ職派遣調整
○地域リハ推進員の養成研修(H30:94人)
○訪問リハ養成研修

＜圏域内連携＞

広域支援センター（支援センター）

（取組内容）
○地域のリハ関係機関との多職種連携の推進
○ケアマネとの連携推進
○圏域の連絡協議会の開催

相談

連携

支援

市町行政
（取組内容）○リハビリ専門職と連携して効果的な介護予防を実施
○リハビリ専門職が参加する地域ケア会議を活用しケアマネジメントを支援
○地域リハサポート医や地域リハ推進員、地域包括支援センターと連携した地域リハの体制づくり

（参考）地域リハビリテーション 広域支援センター

圏域名	＜広域支援センター＞８か所 圏域の中核機関として ﾘﾊﾋﾞﾘ従事者研修、連携事業等を実施	＜支援センター＞31か所 広域支援センターの協力機関
賀茂	熱川温泉病院	伊豆東部総合病院、伊豆今井浜病院 下田メディカルセンター
熱海伊東	国際医療福祉大学熱海病院	熱海所記念病院、伊東市民病院
駿東田方	中伊豆リハビリテーションセンター	ＮＴＴ東日本伊豆病院、中伊豆温泉病院 フジ虎ノ門整形外科病院、沼津市立病院
富士	富士いきいき病院	フジヤマ病院、湖山リハビリテーション病院 富士整形外科病院、新富士病院
静岡	静岡リハビリテーション病院	静岡市立清水病院、静岡済生会病院、白萩病院
志太榛原	コミュニティホスピタル甲賀病院	島田市民病院、焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院 榛原総合病院、岡本石井病院、聖稜ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
中東遠	磐田市立総合病院	中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院 公立森町病院、市立御前崎総合病院
西部	浜松市リハビリテーション病院	天竜すずかけ病院、天竜厚生会診療所、佐久間病院 引佐赤十字病院、市立湖西病院

地域リハビリテーションサポート医及び推進員の役割

	地域リハビリテーションサポート医	地域リハビリテーション推進員
対象	医師 （診療科目は問わない）	リハビリテーション専門職 （理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）
役割	リハビリテーションに関するかかりつけ医や介護専門職への支援、多職種の連携づくりの推進役	市町等が実施する介護予防事業に対するリハビリテーションの視点から助言
活動内容例	○地域住民が集まる場(居場所等)で介護予防の重要性を啓発 ○かかりつけ医、ケアマネジャーに対する研修会の講師 ○地域ケア推進会議で、医療的立場から助言 ○必要なリハビリが提供されていない高齢者への対応を支援	○介護予防教室で運動機能・ADL評価 ○地域ケア個別会議で自立支援の視点から助言 ○訪問、通所事業所の職員等へ自立支援の視点から助言 ○退院時にケアマネジャーの訪問に同行し、生活環境を調整 ○広域支援センターとの意見交換会を実施

令和元年度 地域リハビリテーション強化推進事業

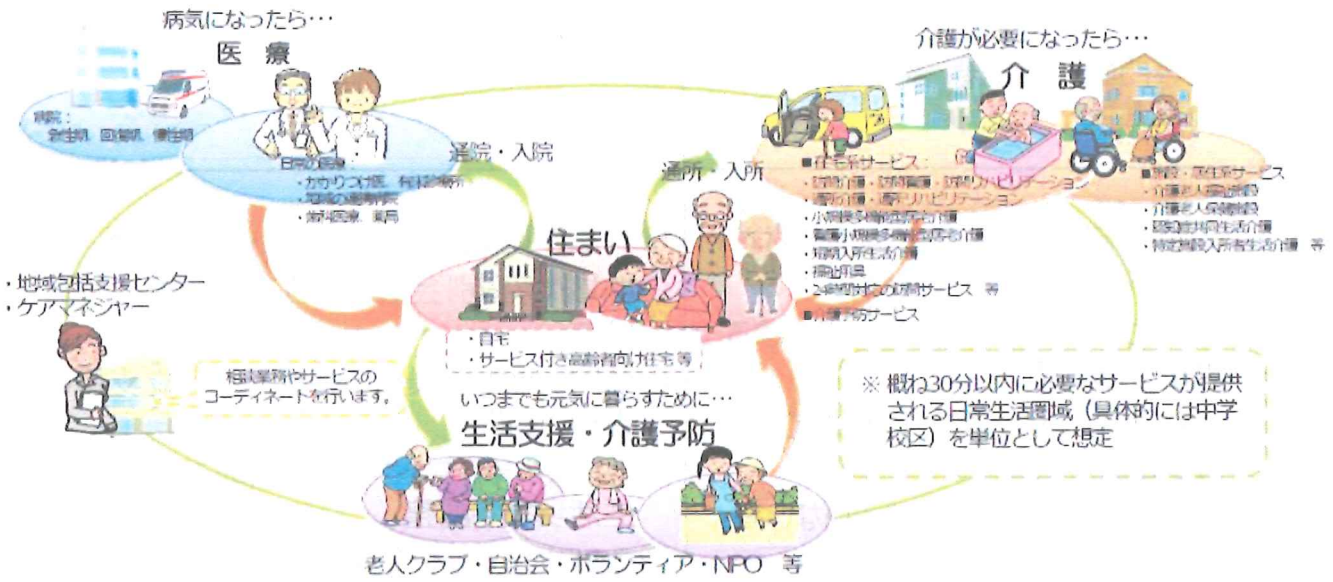
R1予算額：15,850千円

実施主体	項目	内容
県医師会	かかりつけ医向け地域リハ研修 地域リハビリテーションサポート医の養成	・かかりつけ医基礎研修（東・中西部） ・サポート医養成研修（1回）
県リハビリテーション専門職団体協議会	訪問リハビリテーション専門職人材育成	・訪問リハ人材育成研修（東・中・西部）
	地域リハビリテーション推進員の養成	・推進員養成研修（東・中・西部）
広域支援センター(8圏域)	リハの活用に係る多職種連携促進	・多職種合同勉強会、連携会議 等 （郡市医師会や地域リハ推進員と連携）
	介護サービスにリハの視点導入促進	・ケマネとの事例検討会、事業所向け研修会
	リハの視点を導入したケアプラン作成支援	・医師、リハ職、包括等チームによるケアマネ支援
県直営	地域リハビリテーション連絡会議	・地域リハビリテーション推進部会(2回) ・地域リハビリテーション実務者連絡会議(1回)

地域包括ケアシステムの構築が"最終"目標

◎病院完結型から地域完結型へ　～ときどき入院、ほぼ在宅～

◎試されるのは"まちづくり"、"地域"づくり



令和元年度
かかりつけ医向け
地域リハビリテーション基礎研修

「地域リハビリテーションにおける かかりつけ医の役割」

静岡県医師会
理事　岡　慎一郎

かかりつけ医の機能

かかりつけ医は、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」及び「社会的機能」の両方を有する。

医療的機能

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

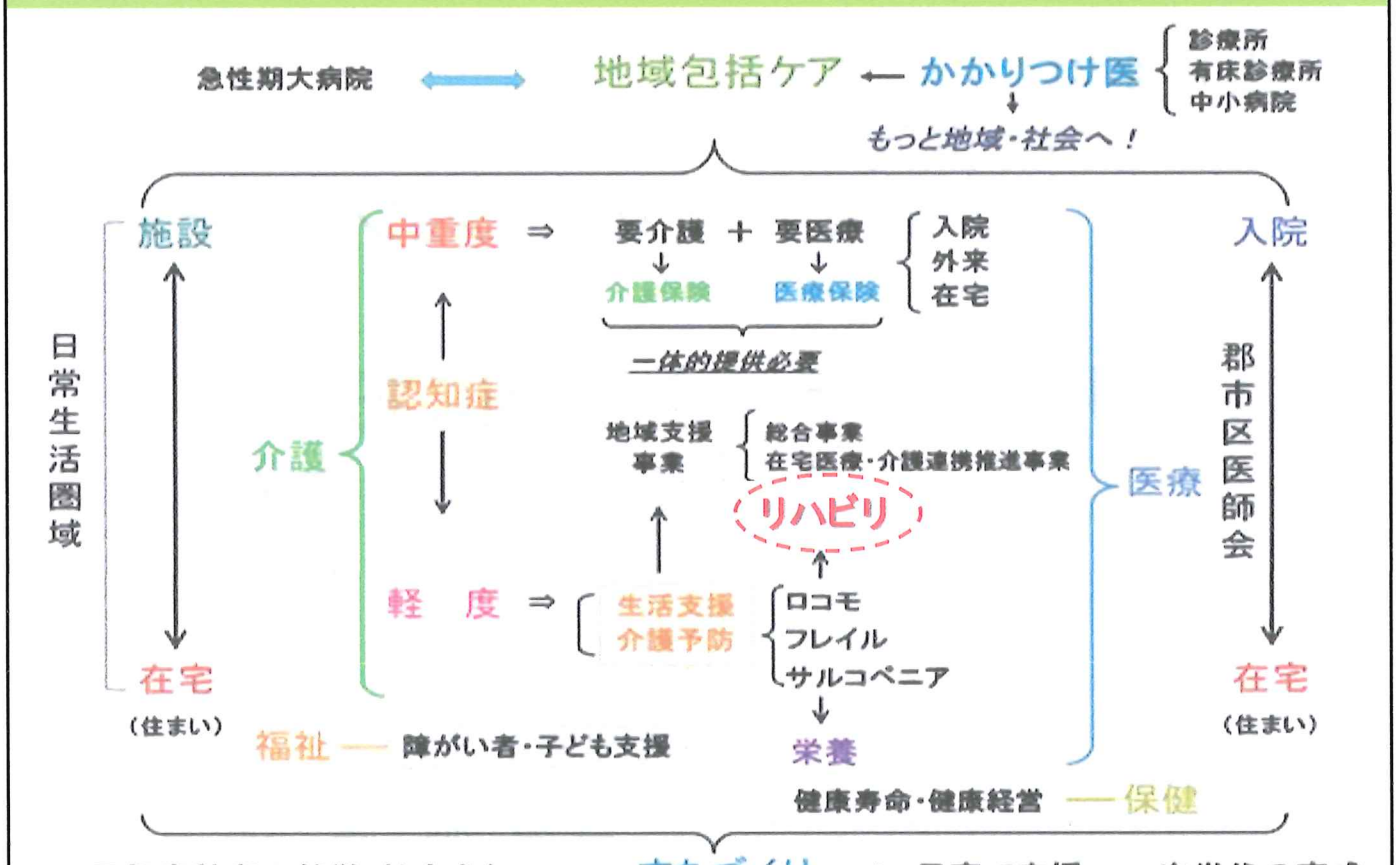
自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応する。

社会的機能

日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く 社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。

また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療に理解を示す。

高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大



日本医師会提供資料

3

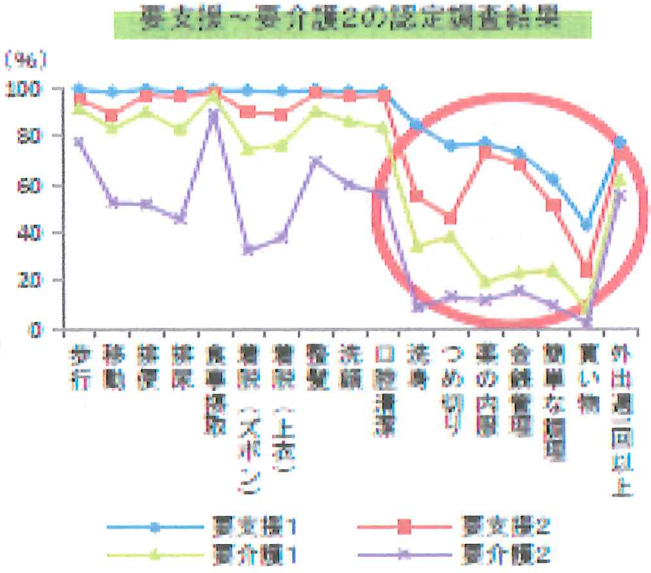
高齢者の生活機能低下への対応

～H30.4.16 社会保障審議会医療保険部会資料より抜粋～

▸高齢者の生活機能は75歳で急速に低下

	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
日常生活に制限	15%	19%	26%	35%	46%
要介護認定率	3%	6%	14%	29%	59%

（出典）上欄：国民生活基礎調査(平成28年)
下欄：人口推計及び介護保険事業状況報告月報(平成27年11月分)



▸身の回りの動作等は維持されていても、買い物、外出等の生活行為ができなくなる傾向。

▸高齢者が気軽に立ち寄る通いの場（＝介護予防の場）を整備しているが、参加率は低迷。

フレイル対策（運動、口腔、栄養等）を含めたプログラムの改善が求められている。

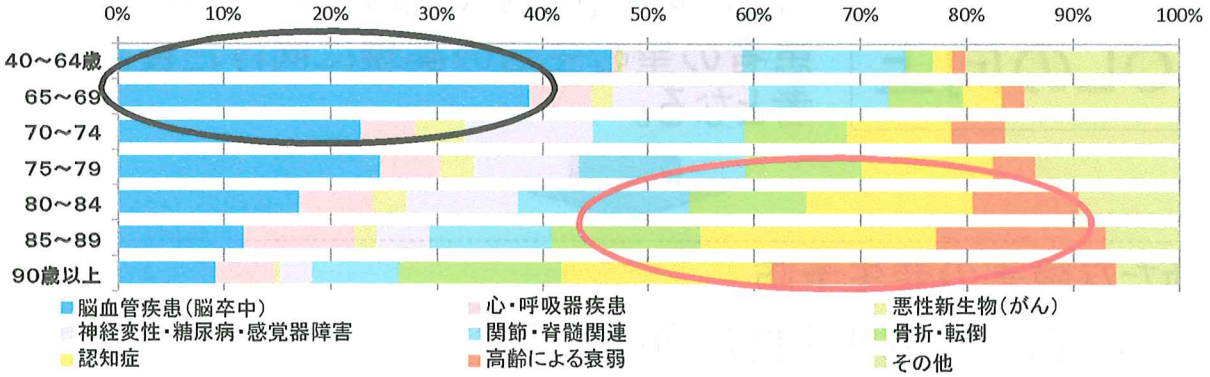
※平成28年度の参加率：高齢者人口の4.18%

⇒ 高齢者が参加しやすい活動の場の拡大、プログラムの充実

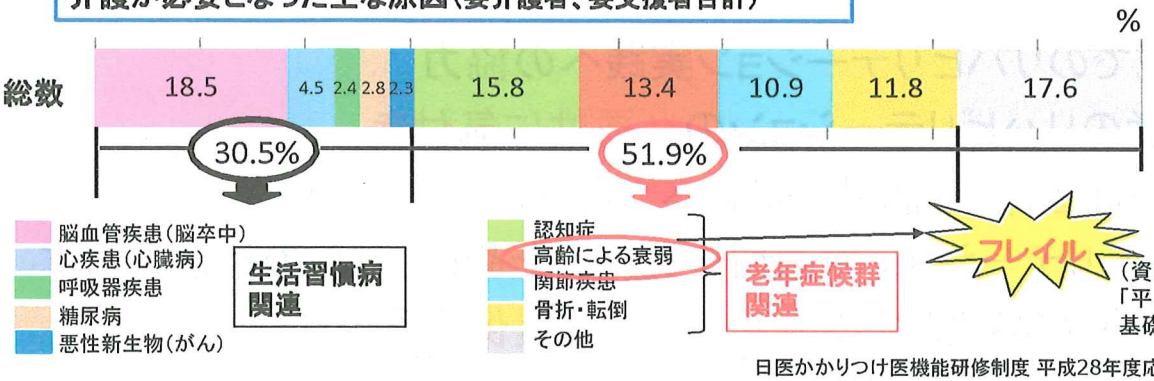
4

要介護状態に至る要因

平成25年度年齢階級別要介護に至った要因（%）



介護が必要となった主な原因（要介護者、要支援者合計）

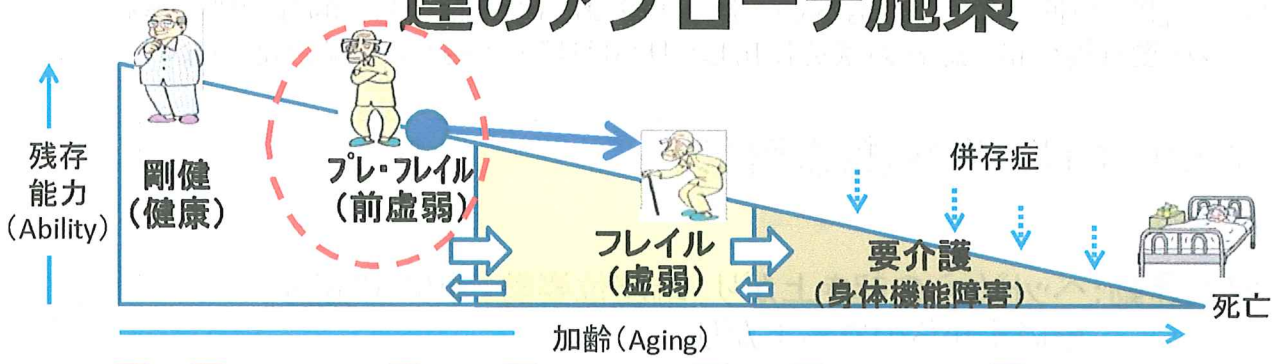


（資料：厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査の概況」）

日医かかりつけ医機能研修制度 平成28年度応用研修会
「フレイル予防、高齢者総合的 機能評価（CGA）・老年症候群」
講義資料より

5

フレイル概念における4つのフェーズからみた一連のアプローチ施策



【剛健～健常】
生活習慣病予防
- ◆個々の厳格な管理
- ◆健康リテラシー向上

メタボ予防
- ◆たっぷり運動
- ◆適正なダイエット（＝食事制限）

☞高齢期における減量に潜むリスク

【前虚弱（プレ・フレイル）～軽度フレイル】
フレイル予防（介護予防）：早期予防重視型

【三位一体】
- ◆しっかり歩く・動く
- ◆しっかり噛んで しっかり食べる
- ◆社会性を高く保つ（就労なども含む社会貢献や社会参加）

☞三位一体（社会参加・栄養・運動）の重要性を気づき、そして自分事化する

【要支援1/2～要介護1/2（＝軽度者）】
自 立支援ケア型
- ◆しっかりリハビリ
- ◆しっかり口腔ケア
- ◆しっかり栄養管理
- ◆少しでも外へ出る（閉じこもらない）

☞IADL改善を通して、自立機能を回復し、要介護から少しでも遠のく

【要介護3～5（＝重度者）】
医療・介護や住まいも含めたトータル・ケアシステム
- ◆地域包括ケア・在宅療養の推進
- ◆医療介護連携の総合的な提供
- ◆生活の質（QOL）を重視

☞多職種連携で「食べる」ことにどこまでもこだわる

（東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図）

日医かかりつけ医機能研修制度 平成28年度応用研修会
「フレイル予防、高齢者総合的 機能評価（CGA）・老年症候群」
講義資料より

6

かかりつけ医のリハビリテーションの目標

目指すのは・・・

QOLの向上

「自立支援」「尊厳の保持」の原則のもと、患者の望む生活の実現に向けた良き支援者となる。

◆ 新たな障害の発生予防
- 介護予防、フレイル予防に向けた助言、指導
- 生活機能低下への気付きと対応

◆地域でのリハビリテーション実践への協力
- 患者のリハビリテーションの必要性に気付き、
- 適切な医療・介護サービスへつなげ、
- リハビリテーションの適切な実施のために、リハの指示を出す医師等が必要とする情報を十分に提供する

7

外来患者（自立高齢者）に対するかかりつけ医のアプローチ
～生活機能低下（リハビリテーションの必要性）への気付きと速やかな対応～

心身機能等の低下により生活への支障が疑われる場合は、医学的な評価を実施
⇒必要な場合は、患者の状態に応じたリハビリテーションの実践へとつなぐ

＜診察における生活機能評価＞

○握力

○粗大運動：ベッドからの起き上がり、端座位姿勢、車いす駆動、車いすからの立ち上がり

○歩行：歩容、スピード

○問診：
日常生活動作（FIM、BIなど）転倒歴、併存疾患、与薬確認、
認知面（MMSEなど）、　栄養（MNAなど）、
社会資源（介護保険利用状況、身体障害者手帳の有無など）、
QOL(SF8など),介護負担（BIC11など）、
個人・環境因子（家族、家屋、経済的問題など）

日医かかりつけ医機能研修制度 平成29年度応用研修会
「かかりつけ医のリハビリテーション」講義資料より

8

ステージ別：リハビリテーションに関するかかりつけ医の役割

予防（外来通院時）

・一般診療（重症化予防）
・健康相談
・生活機能の評価（リハビリの必要性の判断）
・介護予防に関する意識付け
・社会参加への働き掛け

急性期・回復期（入院中）

＜入院時＞
診療情報の提供
（在宅復帰を前提としたアプローチ）

＜退院時＞
入院中の治療経過の把握
（在宅復帰によるADL低下を未然防止）

維持期・生活期（退院後）

医療保険	通院（病院・診療所）
	訪問看護
介護保険（要支援1・2・要支援・要介護になる可能性の高い方）	訪問リハビリ・通所リハビリ
	訪問看護
	訪問介護・通所介護
	住民主体、短期集中予防

・リハビリ提供施設等への傷病の経過等に関する情報提供
・サービス提供時のリスク管理に関する助言
・サービス担当者会議への参加

9

リハビリテーション提供の流れ（入院～在宅）

＜リハビリテーションの展開と3つのアプローチ：厚生労働省作成資料より＞

生活機能

＜役割の創出、社会参加の実現＞
地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくりを支援する
家庭内の役割づくりを支援する

参加へのアプローチ

＜IADL向上への働きかけ＞
掃除・洗濯・料理・外出等
ができるように、意欲への働きかけと環境調整をする

＜ADL向上への働きかけ＞
食事・排泄・着替え・入浴等
ができるように、意欲への働きかけと環境調整をする

活動へのアプローチ

＜機能回復訓練＞
座る・立つ・歩く等
ができるように、訓練をする

心身機能へのアプローチ

時間軸

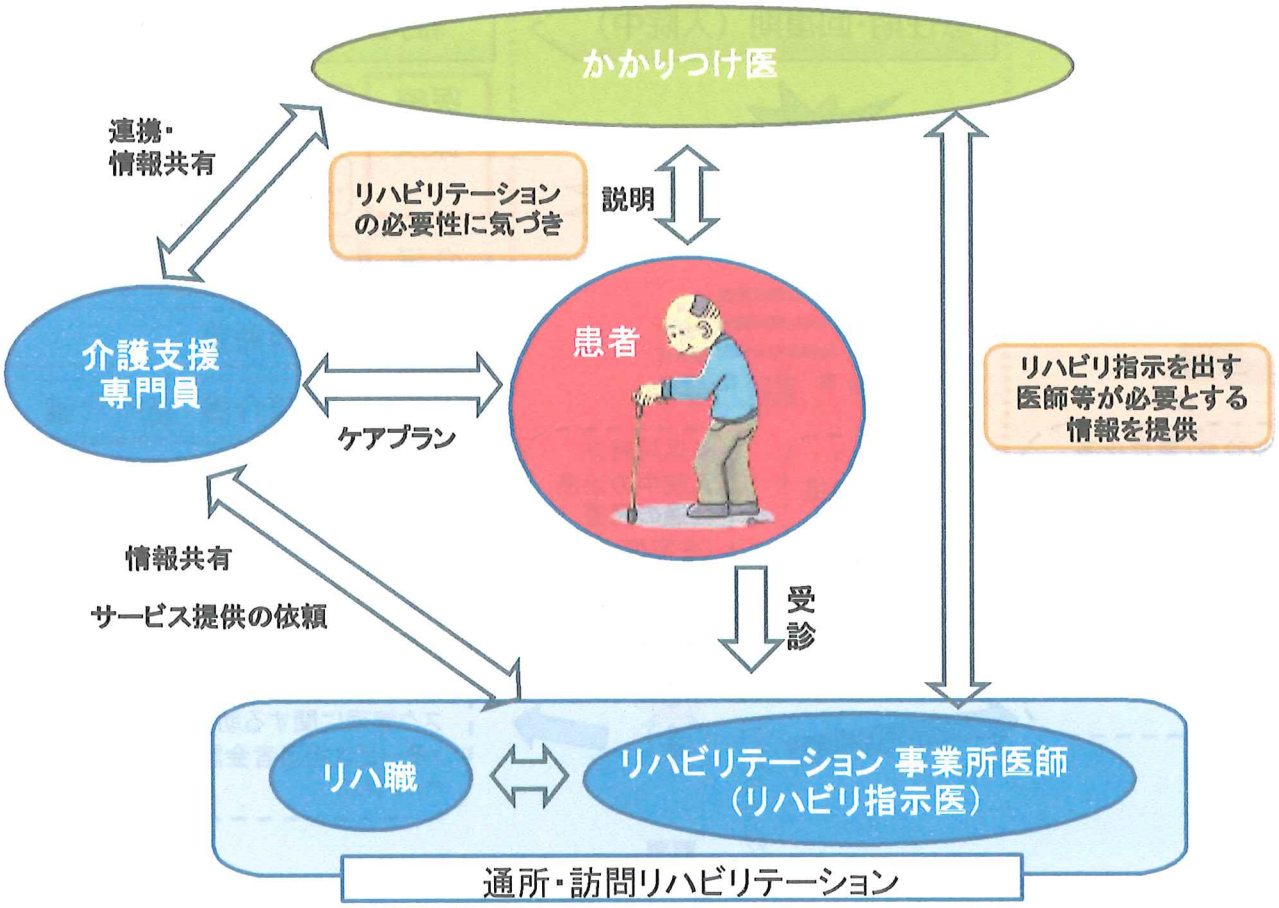
急性期・回復期リハ（主には医療保険）

分断を防ぐため、かかりつけ医にできることは？

維持期・生活期リハ（主には介護保険）

10

かかりつけ医からの情報提供の流れ（イメージ）



リハビリテーション提供時におけるかかりつけ医としての留意点

○関係者へのタイムリーな情報提供

※　病院からの退院患者の場合は、入院中の治療経過について事前の情報入手が望ましい

（対 ケアマネジャー）

患者の疾患や症状が生活上に与える影響について伝達

◇指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（厚生省令第３８号）から抜粋
　介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

ケアプランに位置付けられなければ、リハビリは始まらない

（対 リハビリテーション指示医）

効果的かつ安全なリハビリの提供を行う上で必要な情報を提供
特に患者の抱えるリハビリへのリスク要因は重要

- 疾患の治療コントロール状況・・・運動負荷等による影響の可能性
- 認知機能障害・・・指示が伝わらない、痛みなどの訴えが困難
- 拘縮や変形・・・運動による組織変形、疼痛発生の危険性
- 骨粗鬆症・・・骨折の危険性

目指せ！地域への
再デビュー

○患者のモチベーションの維持

継続性が求められるリハビリテーションの特性
⇒患者・家族の意欲の持続を支援（リハビリにより期待される効果等の説明）

かかりつけ医からリハビリ指示医等への情報提供内容のポイント

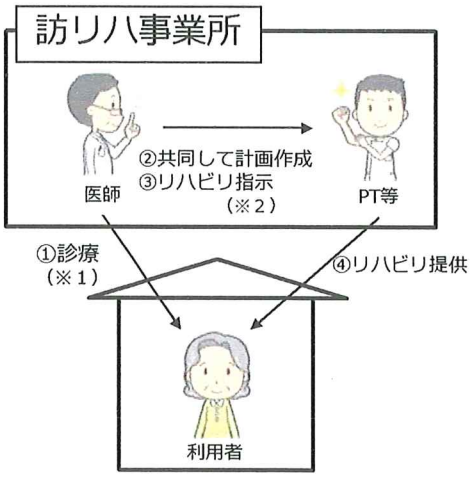
項　目	記載内容、記載上の留意点等
傷病名	・生活機能低下の原因となった診断名、発症日
その他の傷病名	・リハビリ実施に際し、リスクや制限要因となる既往症や合併症は特に重要 例：呼吸器疾患、循環器疾患、けいれん、低血糖、起立性低血圧、骨関節の状態（骨粗鬆症の程度を含む）、転倒歴、皮膚状態等
傷病の経過及び治療状況	・自院における経過、治療状況に限らない。 ・リハビリが必要になった背景や、それに係る経緯についての情報が重要 例：障害の原因、当該障害に対する治療歴・リハビリ歴
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等	・リハビリを通じて実現を見込んでいる目標 ・リハビリ実施に際しての具体的なリスク（服薬情報及びそれに対応した疾患名の提示があるとわかりやすい。） ・利用者にとってどの程度の運動負荷がどの程度のリスクになるかの情報は、リハビリ指示医がリハビリの中止基準等を考慮する上で有用。 ・急性増悪の恐れがある場合、その際の対応方法や緊急連絡先 ・利用者本人や家族のリハビリテーションに対する期待、利用者本人の性格や嗜好についても、リハビリを計画する上で有用と思われれば記載する。

（出典：厚生労働省老健局老人保健課）

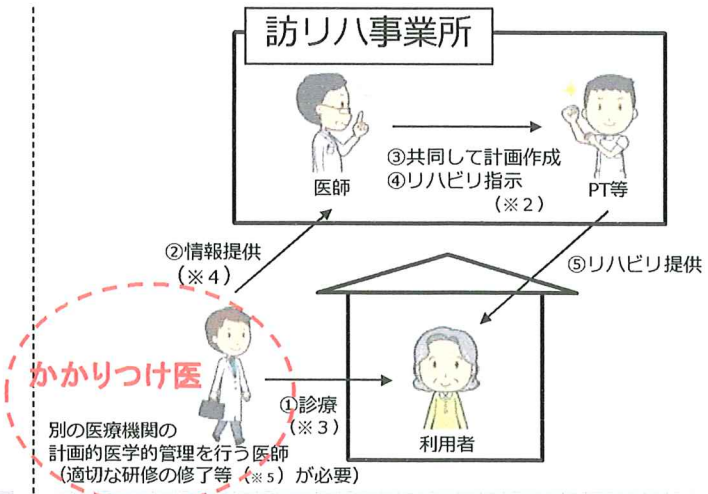
リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



通常の場合
２９０単位／回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
２７０単位／回（20単位減算）

※１　利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
※２　詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
※３　利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
※４　提供すべき内容は追って示す。
※５　「適切な研修の修了等」については追って示す。

「日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会」おいて指定の項目を含む6単位を取得

「地域リハビリテーション」とかかりつけ医

＜地域リハビリテーションの定義＞
障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきと生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

言い換えると・・・

在宅という「生活の場」で行われるリハビリテーション

○社会参加の機会が増える
⇒ QOLが向上

○多くの人が関わる
家族、友人、近所の人、ボランティア、かかりつけ医、ケアマネ、リハ職、訪問看護師、ヘルパー、行政職員、地域包括支援センター・・・

（家族）×（住民）×（専門職）
相乗効果が生まれる！

15

資料3

かかりつけ医地域リハビリテーション基礎研修

リハビリテーションにおける基本的な視点と脳卒中患者への対応

浜松医大 リハビリテーション科

山内　克哉

令和元年10月19日

医療の本質は何か？

患者さんの意見の最大公約数

- 人様の世話になるくらいなら死んだ方がまし。
- オムツをつけるくらいならあの世に行きたい。
- 動けるうちは一人で生活したい。
- 元気に長生きしたい。
- 何とか動けるようになりたい。

このように、「活動性」治療の要望が患者と医療者から出ている。

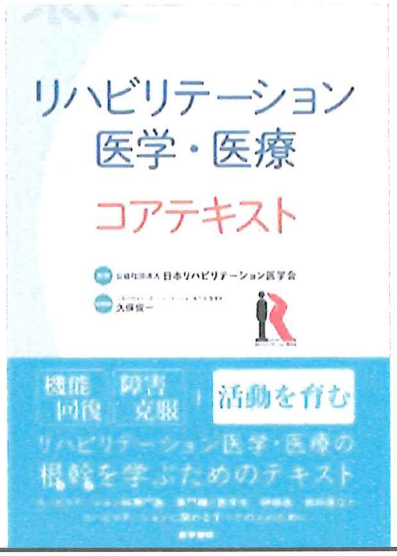
障害とは

簡単に言うと・・・

- 生命維持・生活上の困難、不自由、不利益

これを治すのがリハビリテーション医療

障害克服
機能回復
活動改善



「活動」を育む医学

障害を克服し、機能を回復する

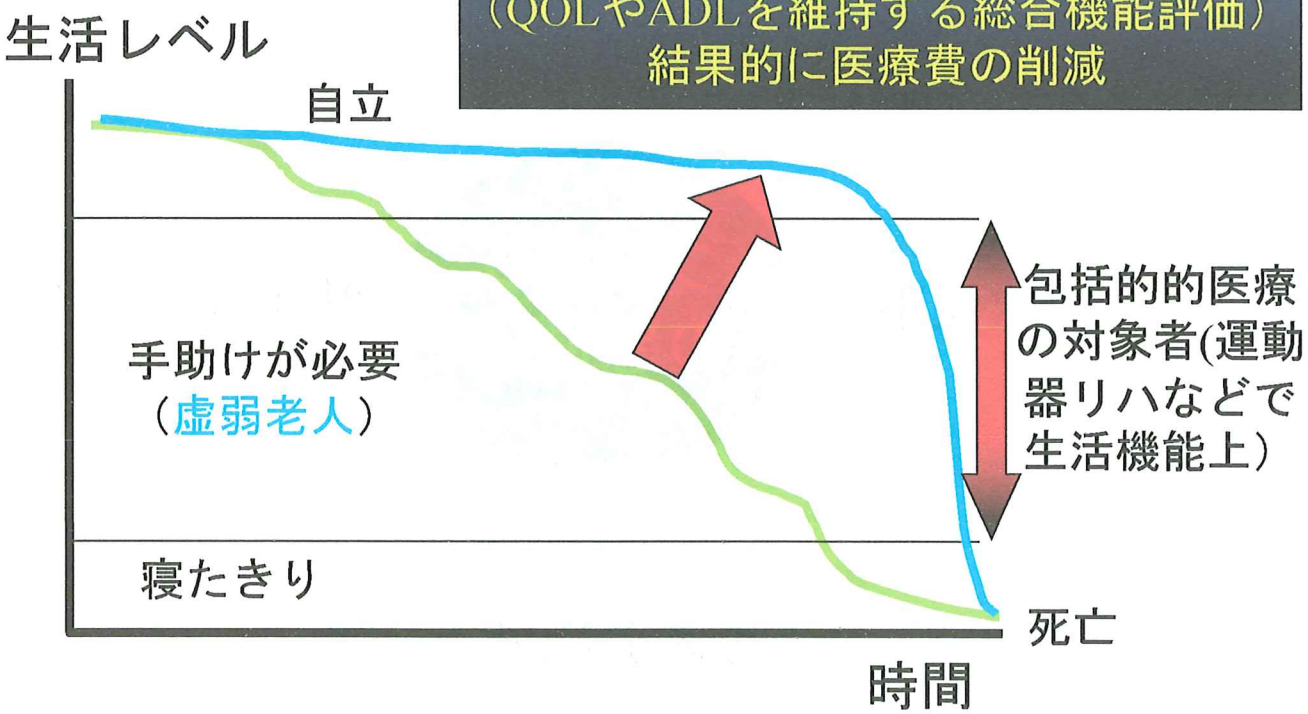
公益社団法人
日本リハビリテーション医学会

2017

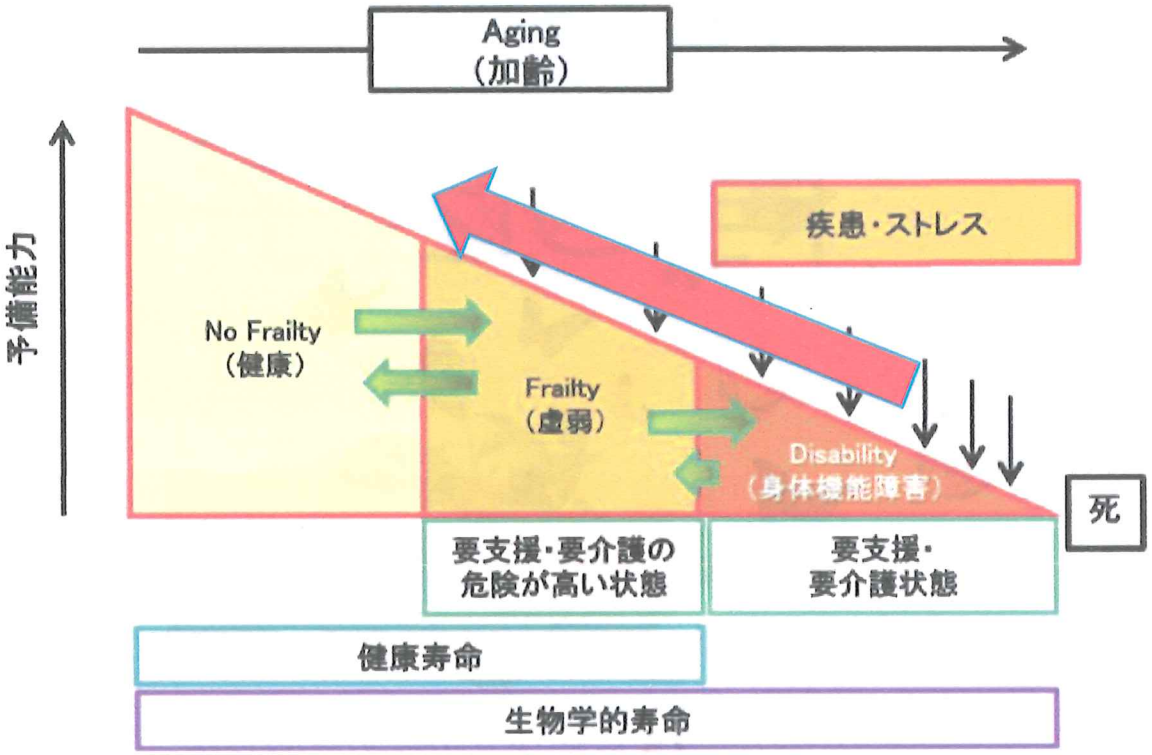
1724 20,000

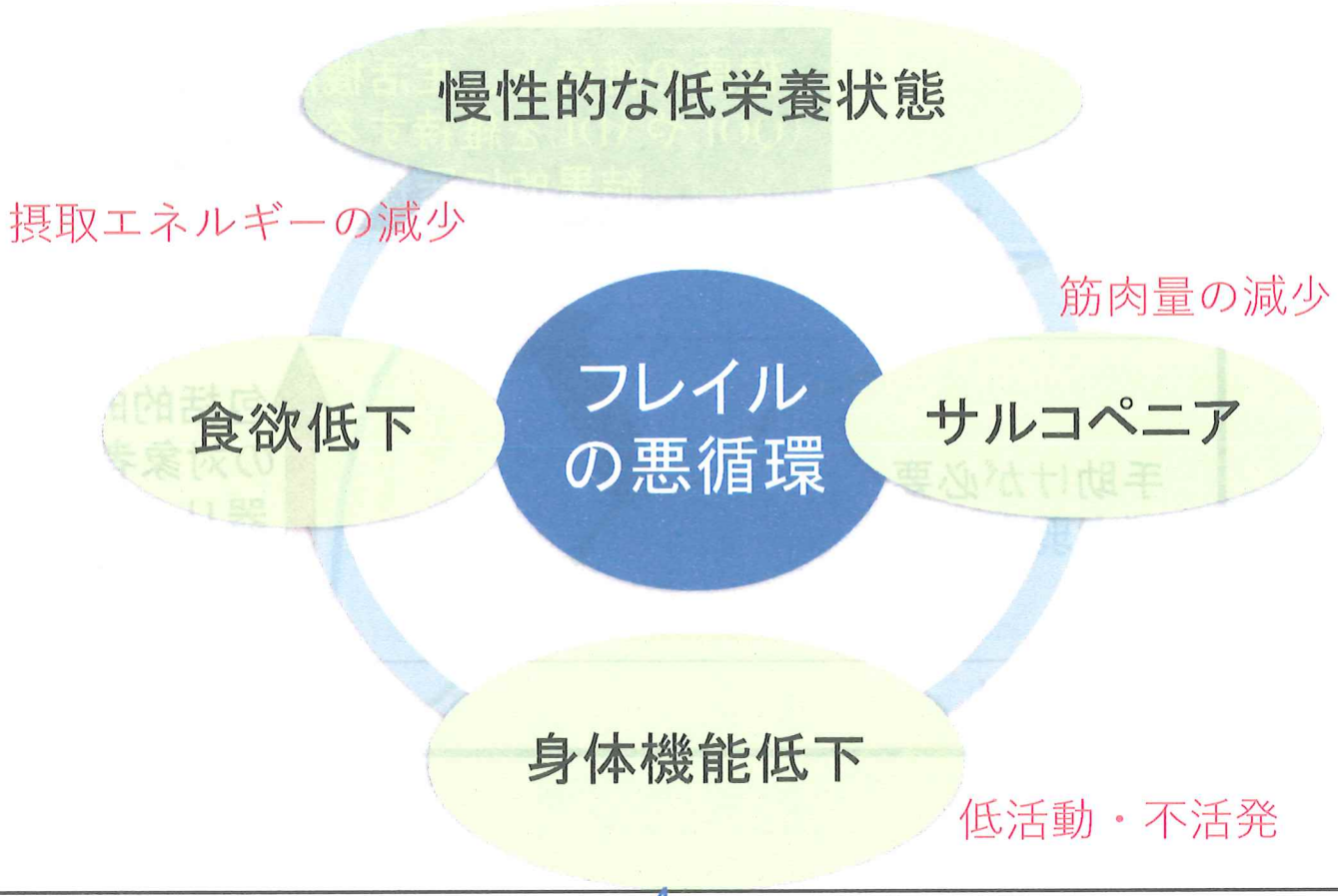
健康年齢の長期に

健康の維持と、生活機能向上を支援
（QOLやADLを維持する総合機能評価）
結果的に医療費の削減



フレイルの位置づけ


Aging
（加齢）
予備能力
No Frailty
（健康）
Frailty
（虚弱）
Disability
（身体機能障害）
疾患・ストレス
死
要支援・要介護の
危険が高い状態
要支援・
要介護状態
健康寿命
生物学的寿命


慢性的な低栄養状態
摂取エネルギーの減少
筋肉量の減少
食欲低下
フレイル
の悪循環
サルコペニア
身体機能低下
低活動・不活発

救命

鎮痛・鎮静

刺激

離床

座位・立位

運動

安静による弊害

- リハビリテーションの分野では大きな問題
- 安静寝たきりによって、運動機能・精神機能の退行性変化

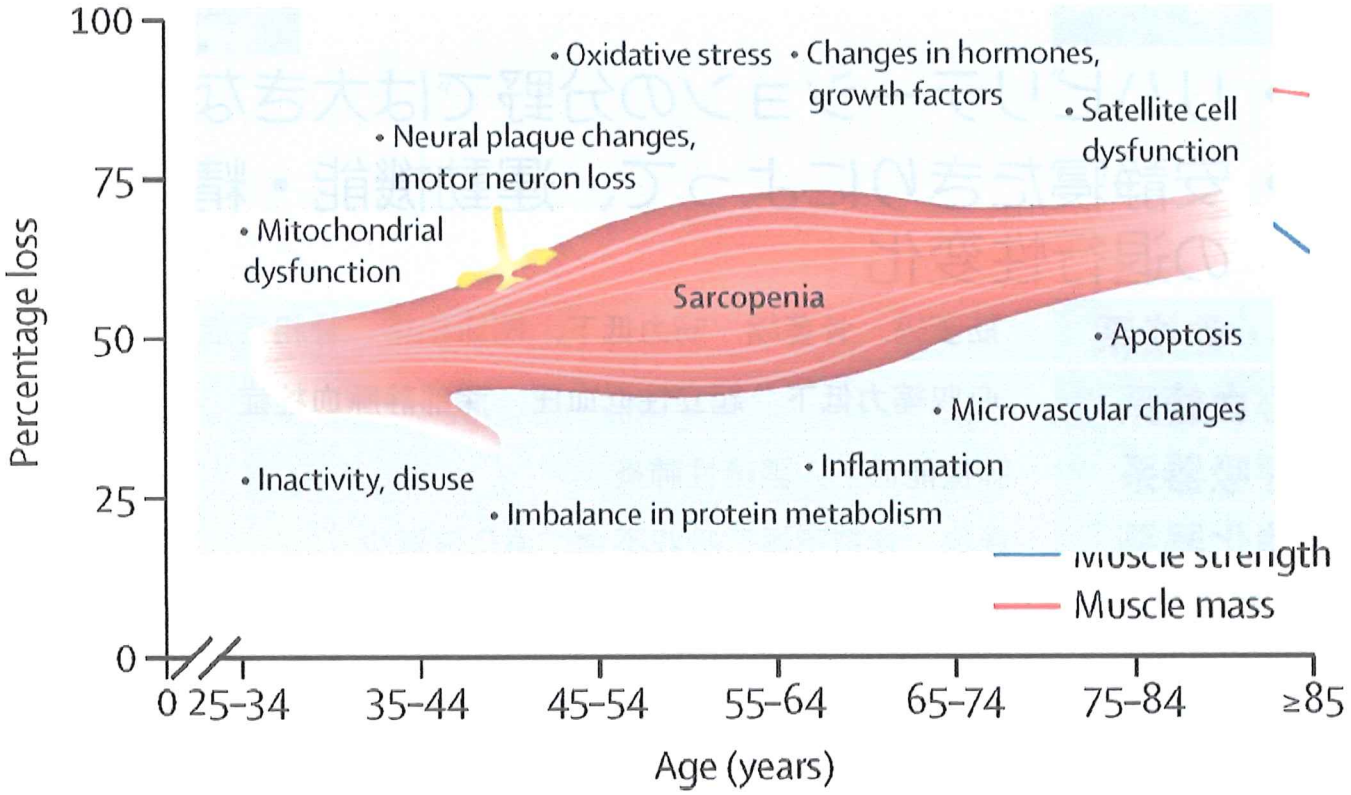
筋・骨格系	筋萎縮，骨萎縮，筋力低下，関節拘縮，骨粗鬆症
心血管系	心収縮力低下，起立性低血圧，深部静脈血栓症
呼吸器系	肺機能低下，誤嚥性肺炎
消化器系	便秘，食欲不振，吸収不全，消化液減少
皮膚系	褥瘡
泌尿器系	尿路感染，尿路結石
神経系	うつ，見当識障害，記憶力低下，せん妄，認知症

筋力低下

筋力の低下はなぜ起こるか？

生体が安静臥床状態に適応してしまった。
筋力を発揮する必要がなくなったから
筋肉が萎縮し筋力が低下した。

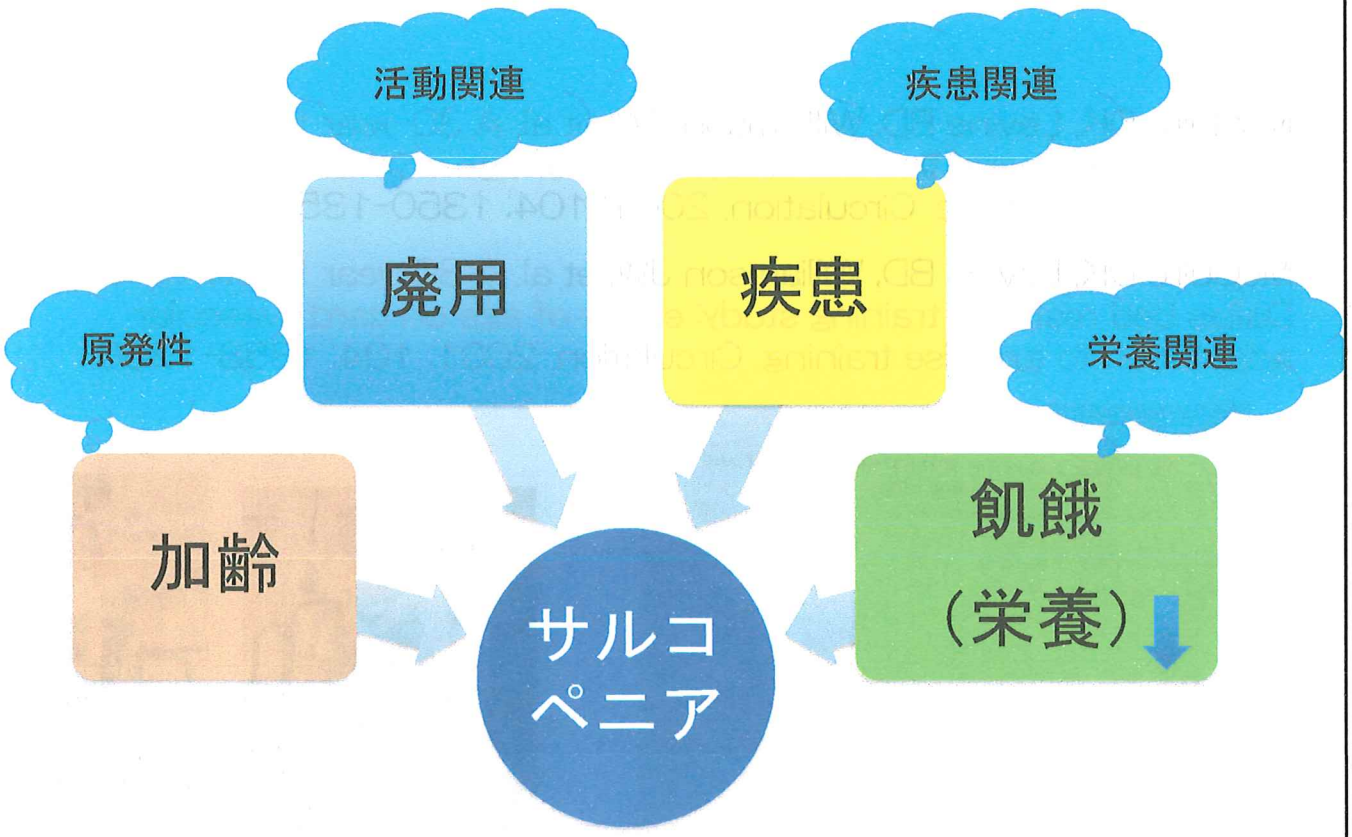
筋力低下



The Lancet 2019 393, 2636-2646

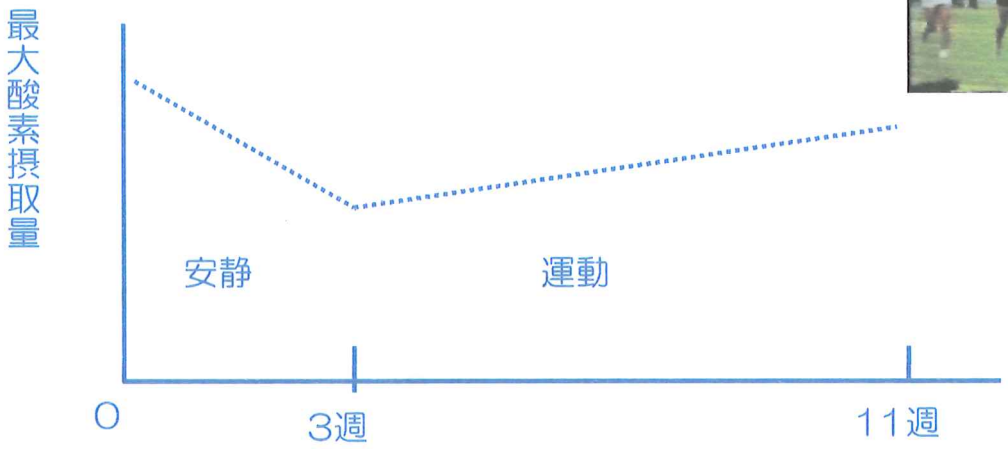
ベッド上安静臥床期間とそれに伴う筋力低下

報告者	期間	減少率
Muller(1970) （上腕二頭筋）	2週間	約20～25%
Bamman(1998)	2週間	約20%
Dudley(1989) （膝伸展筋）	3～5週間	約20%
Gogia （足底屈筋）	5週間	約25%



サルコ（筋肉）＋ペニア（減少）

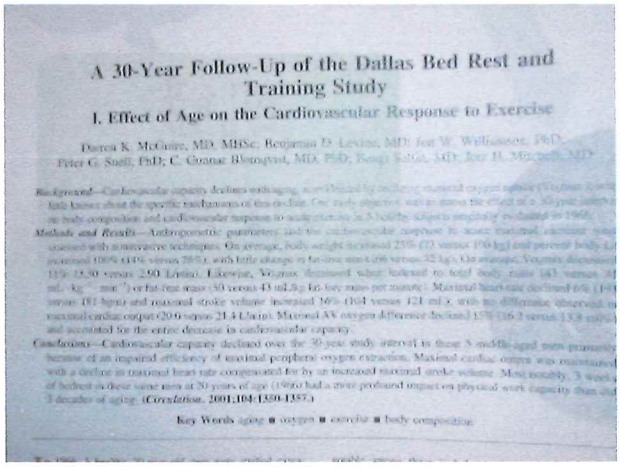
対象：1966年アメリカ空軍は5名の屈強な若者
方法：3週間安静



- 最大酸素摂取量は約３０％低下し、安静後８週間の過酷な運動でも回復しなかった。（Saltin et. al.）

McGuire DK, Levine BD, Williamson JW, et al. A 30-year follow-up of the Dallas bed rest and training study: effect of age on the cardiovascular response to exercise. Circulation. 2001; 104; 1350-1357.

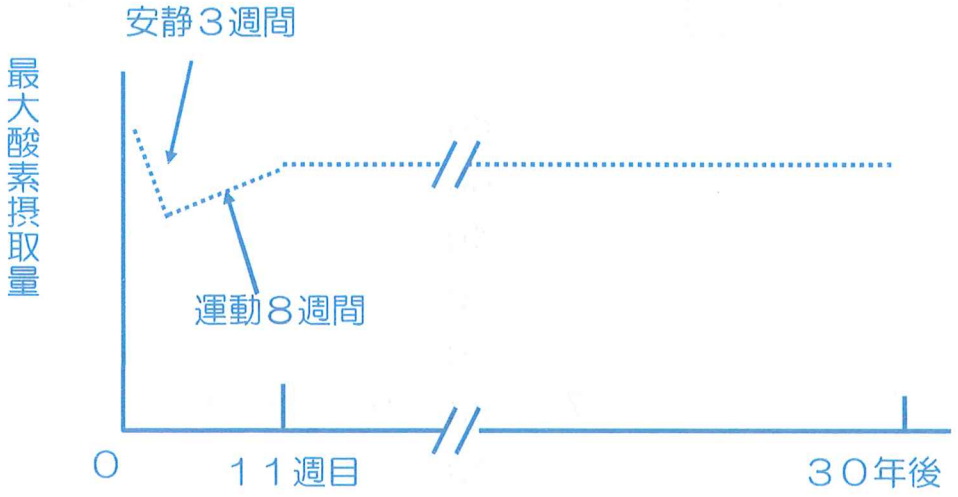
McGuire DK, Levine BD, Williamson JW, et al. A 30-year follow-up of the Dallas bed rest and training study: effect of age on cardiovascular adaptation to exercise training. Circulation. 2001; 104; 1358-1366.



A 30-Year Follow-Up of the Dallas Bed Rest and Training Study

I. Effect of Age on the Cardiovascular Response to Exercise

その30年後、同じ者を探し出し、加齢による変化を調査



- 運動の重要性を認識していた彼らは週３日４０分間運動を続けた。（Levine et al.）

３週間ベッドレスト　VS　３０年間の加齢変化

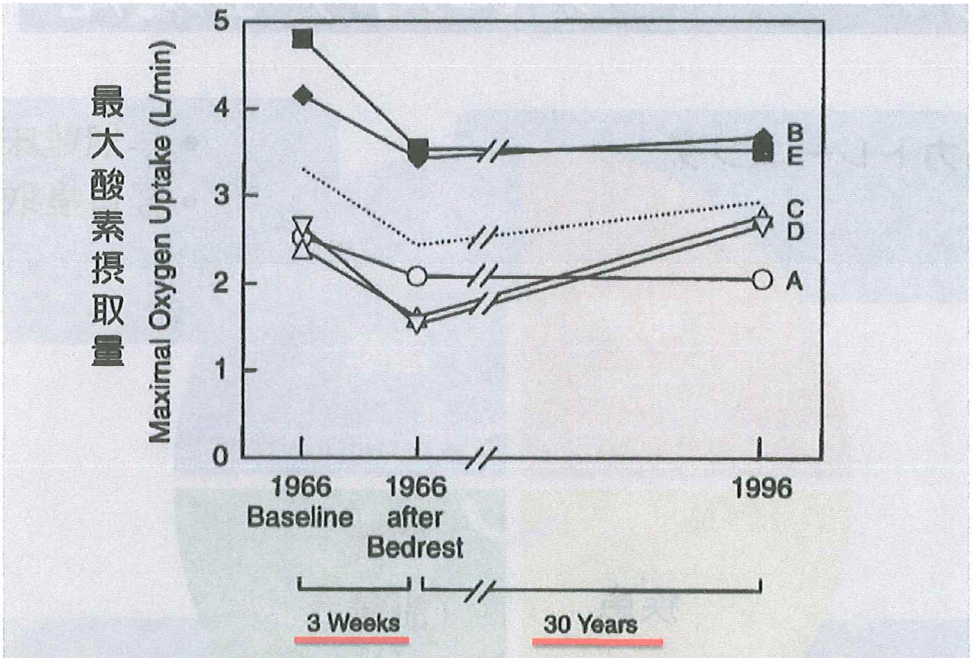
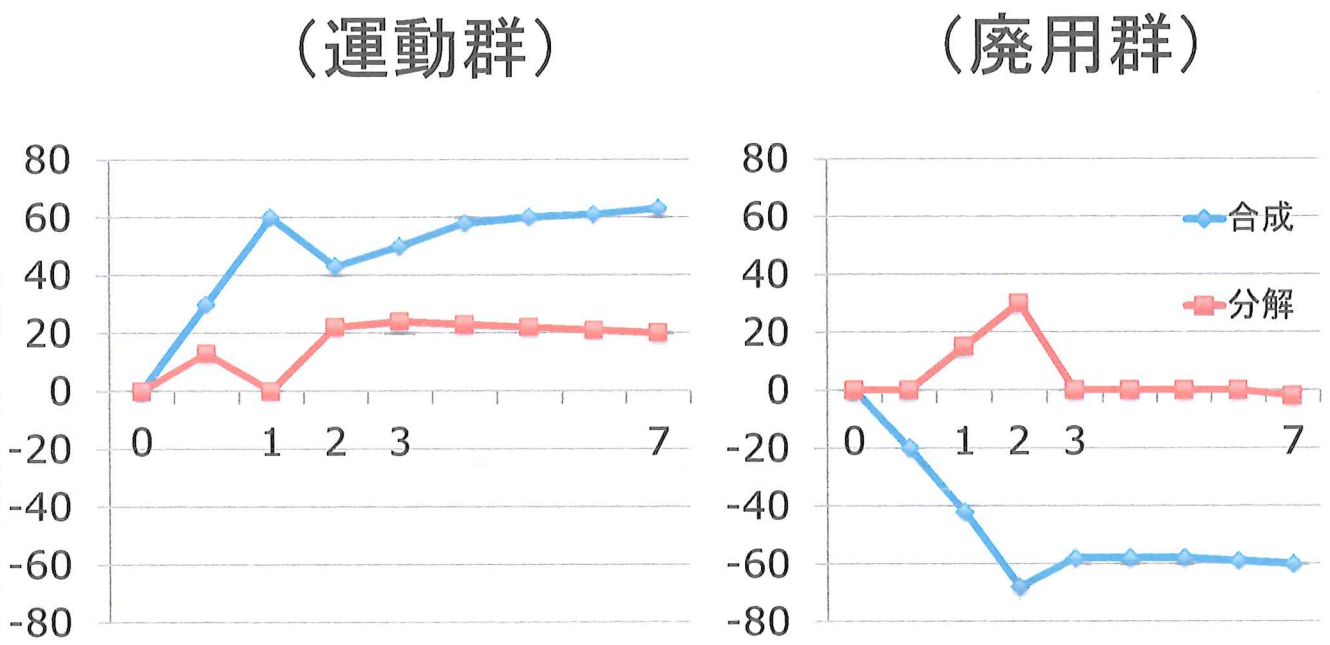


Figure 2. Absolute $\dot{V}o_2max$ before and after bedrest in 1966 and current values.

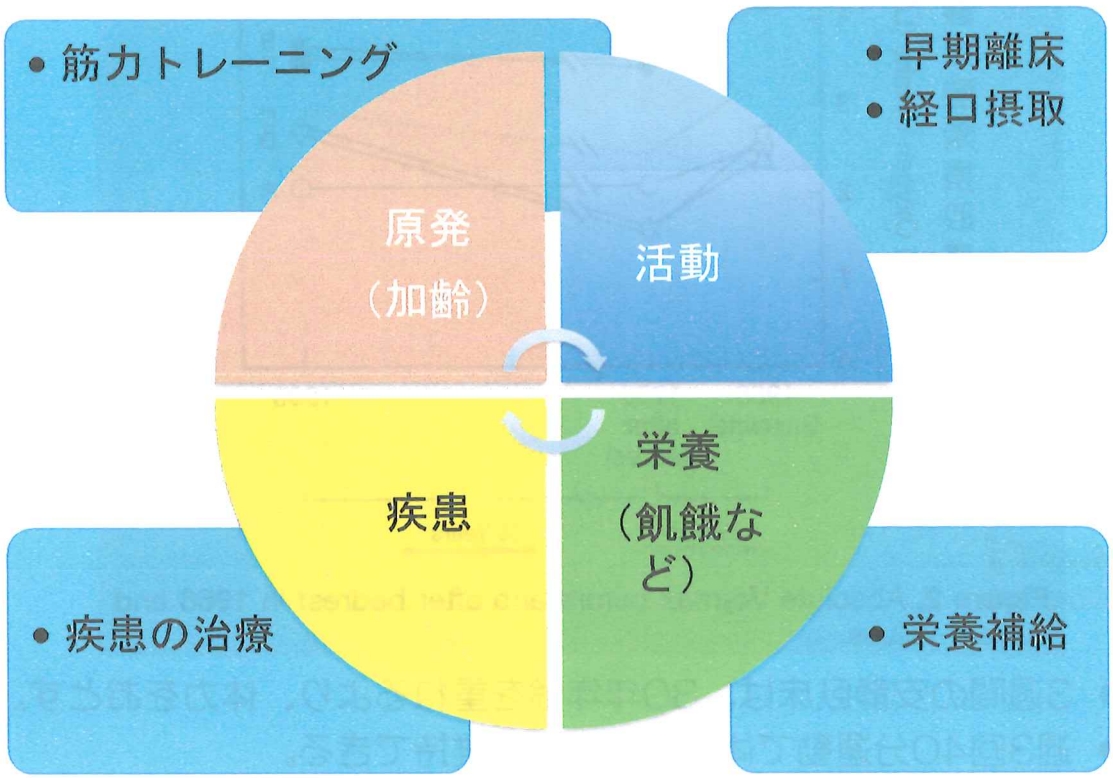
- 3週間の安静臥床は、30年年齢を重ねるより、体力をおとす。
- 週3回40分運動で体力はある程度維持できる。

タンパク質の合成と分解の経時的変化



灰田　信英ら．理学療法学：1996.

サルコペニアに対する対応



Physical Inactivity

↓

Abdominal Adiposity

↓

Macrophage infiltration of visceral fat

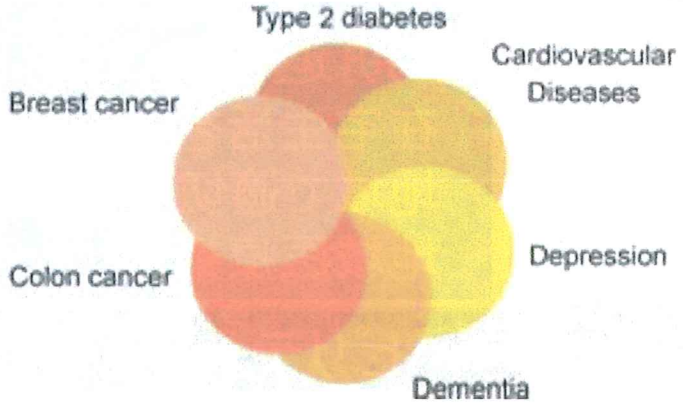
↓

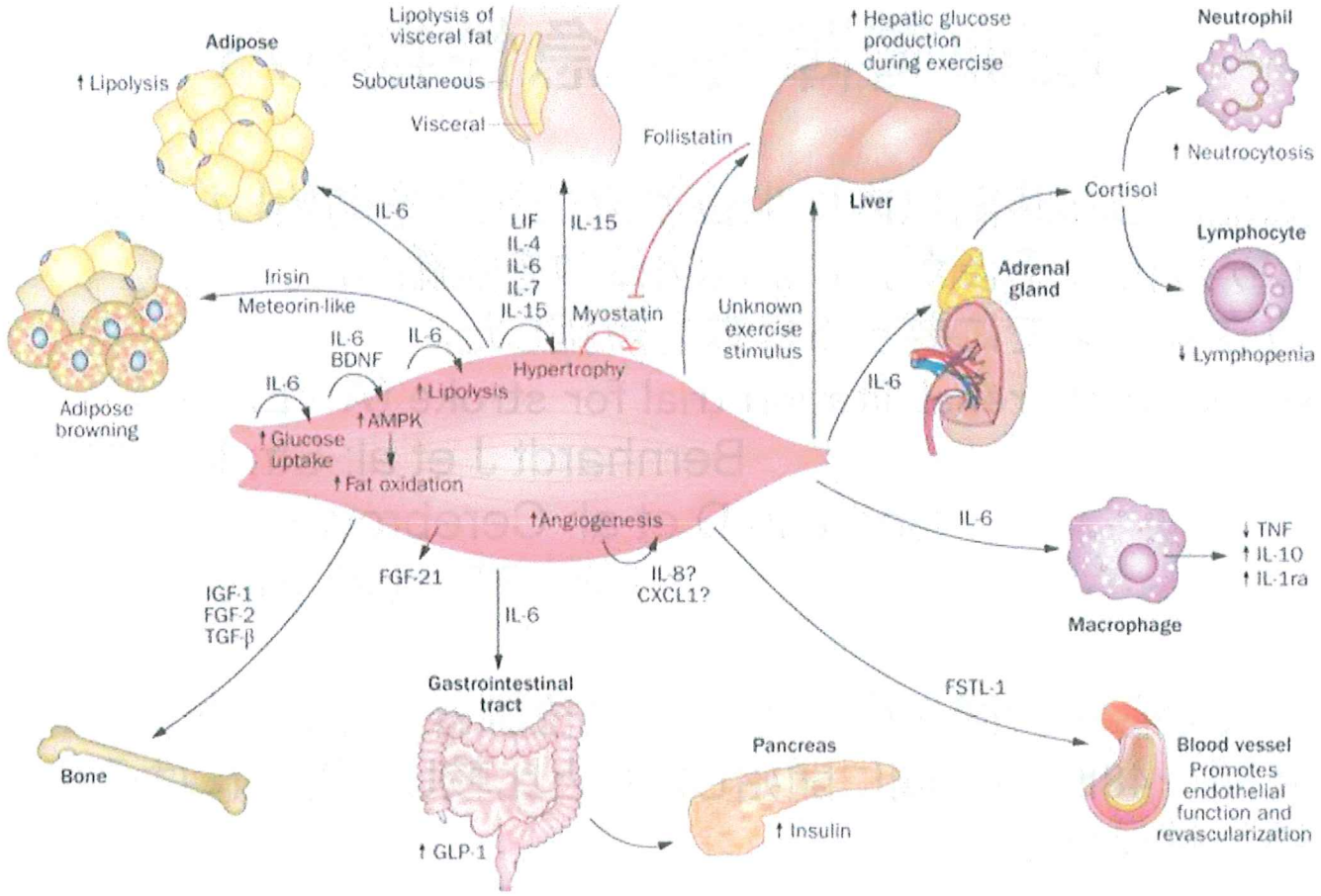
Chronic Systemic Inflammation

↓

Insulin Resistance, Atherosclerosis, Neurodegeneration, Tumour growth

↓





急性期医療

早期に回復期へ以降

↓

回復期医療

質の高い回復期へ
成果主義：在宅復帰率
365日リハ
複数の専従医

↓

生活期医療

早期退院
在宅生活を中心とした医療
地域で適切な支援
地域医療構想

↓

終末期医療

リハビリテーションの関わり

脳血管障害の急性期リハ

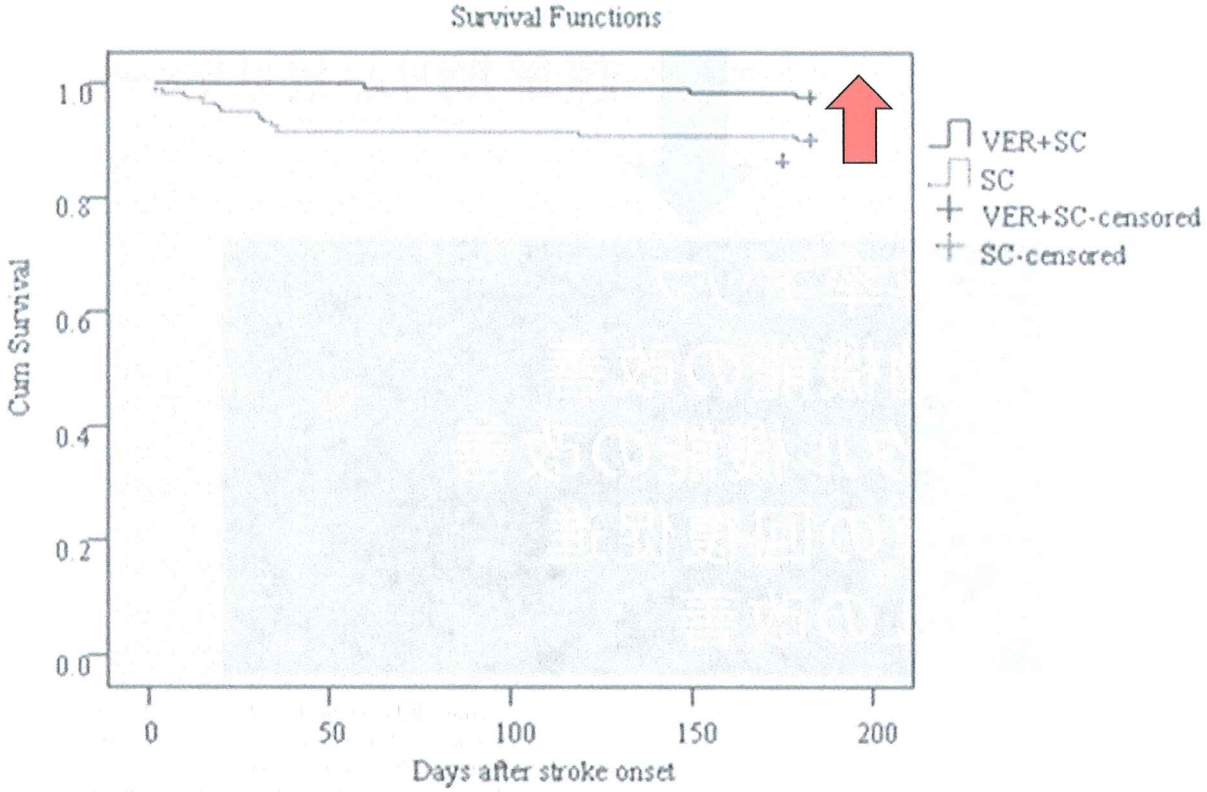
発症から24時間以内に坐位や立位訓練を開始した群が12ヶ月後の予後が良い。入院日数を短縮した。
自立歩行までに要する日数を短縮した。
A very early rehabilitation trial for stroke (A VERT)

Bernhardt J et al: Stroke, 2008
Sorbello D et al: Cerebrovasc Dis, 2009
Toby BC et al: Stroke, 2011

発症から24時間以内に坐位や立位訓練を開始した群と24時間～48時間の間に開始した群と比較した場合にはその優位性はなかった。

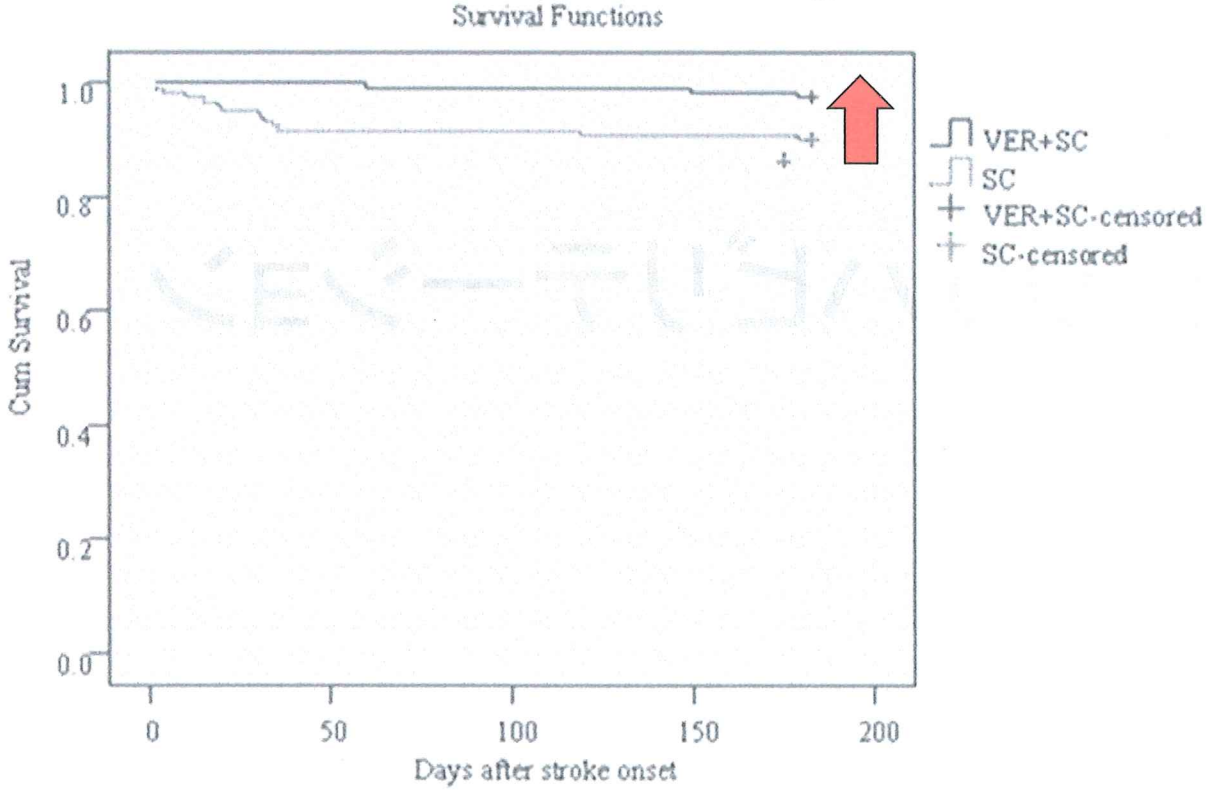
Antjie Sundseth et sl 2012

Randomized Controlled Trial of Early Rehabilitation After Intracerebral Hemorrhage Stroke



American Heart Association

Randomized Controlled Trial of Early Rehabilitation After Intracerebral Hemorrhage Stroke



American Heart Association

脳卒中

超早期リハビリテーション

生存率アップ
運動機能の改善
メンタル機能の改善
麻痺の回復促進
QOLの改善

Bernhardt J et al. Int J Stroke. 2006;1:169–171.
Bernhardt J et al. Stroke. 2008;39:390–396.
Cumming TB. Stroke. 2011;42:153–158.
Langhorne P, et al. Cerebrovasc Dis. 2010;29:352–360.
Rønning OM, et al Stroke. 1998;29:779–784

ICUリハビリテーション

2002年　米国集中治療医学会の成人重症患者に対する鎮痛・鎮静薬の使用に関する臨床ガイドライン（薬剤の使用に関する記述が中心）

↓

2013年　PAD(Pain, Agitation, Delirium)ガイドライン
痛み・不穏・せん妄の管理
人工呼吸器管理中の患者の痛みや鎮静深度を評価が可能となる。

「重症患者をいかにうまく眠らせるか」

↓

「重症患者の痛み・不穏・せん妄をいかに　うまく管理するか」

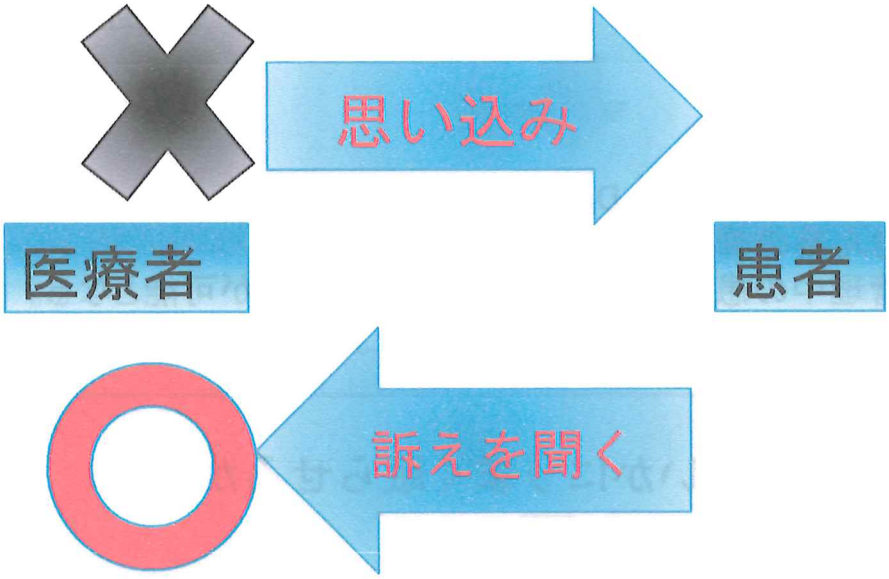
Function and muscle strength outcomes according to study group

	Intervention (n=49)	Control (n=55)	p value
Time from intubation to first PT/OT session (days)	1·5 (1·0–2·1)	7·4(6·0–10·9)	<0·0001
Independent ADLs total at ICU discharge	3 (0–5)	0 (0–5)	0·15
Independent ADLs total at hospital discharge	6 (0–6)	4 (0–6)	0·06
MRC examination score at hospital discharge	52 (25–58)	48 (0–58)	0·38
Hand-grip strength at hospital discharge (kg-force)	39 (10–58)	35 (0–57)	0·67
Greatest walking distance at hospital discharge (m)	33·4 (0–91·4)	0 (0–30·4)	0·004
Time from intubation to milestones achieved (days)			
Out of bed	1·7 (1·1–3·0)	6·6 (4·2–8·3)	<0·0001
Standing	3·2 (1·5–5·6)	6·0 (4·5–8·9)	<0·0001
Marching in place	3·3 (1·6–5·8)	6·2 (4·6–9·6)	<0·0001
Transferring to a chair	3·1 (1·8–4·5	6·2 (4·5–8·4)	<0·0001
Walking	3·8 (1·9–5·8)	7·3 (4·9–9·6)	<0·0001

Data are median (IQR). ADLs=activities of daily living. ICU=intensive care unit. MRC=Medical Research Council. PT/OT=physical therapy and occupational therapy. MRC examination scale 0–60.

Schweickert WD, Lancet 2009, 1874-82

患者中心

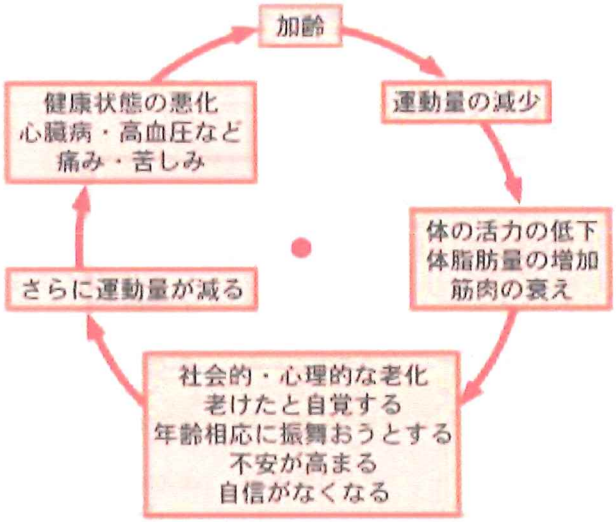


患者と密にコミニュケーションをとり、
痛みや不安を評価することが必要

老化と運動

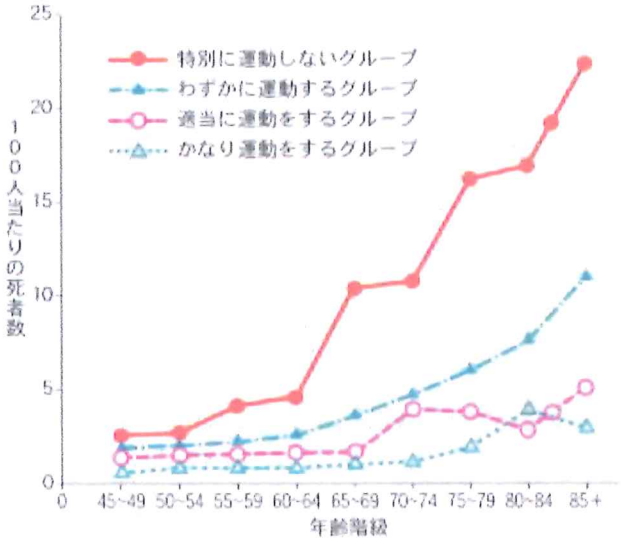
健康寿命延長に不可欠？
過ぎたるはおよばざるが如し？

加齢と運動量の減少という悪循環



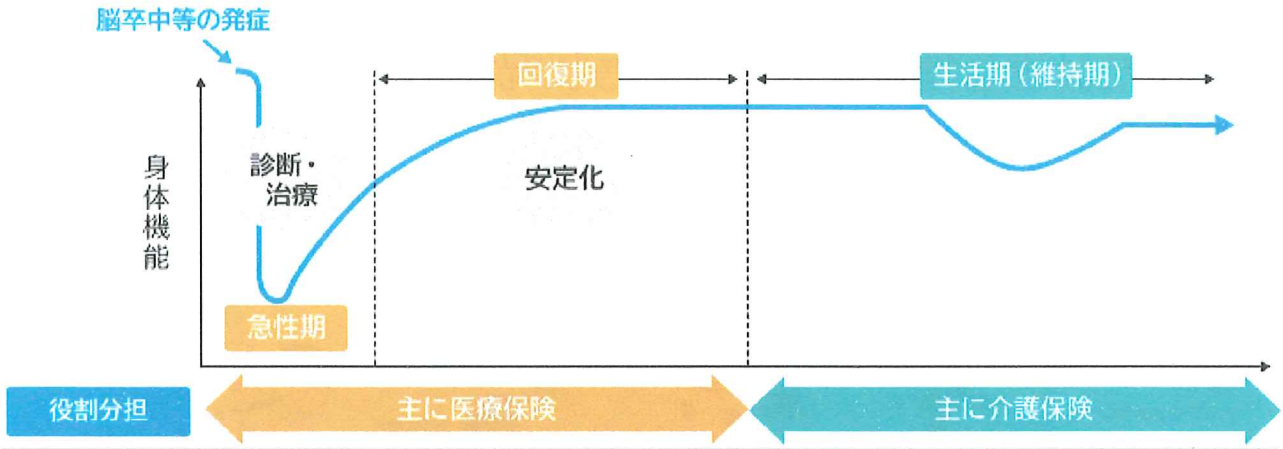
（Berger BG et al：1989.をもとにした
健康・体力づくり事業財団：2001.による）

運動の習慣と死亡率の変化



（Hammond EC：1964.より）

脳卒中リハビリの流れと役割分担



	急性期	回復期	生活期（維持期）
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	－	－	維持・向上

（厚生労働省「中央社会保険医療協議会総会（第316回）議事次第」を基にQLife編集部で作成）

健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法

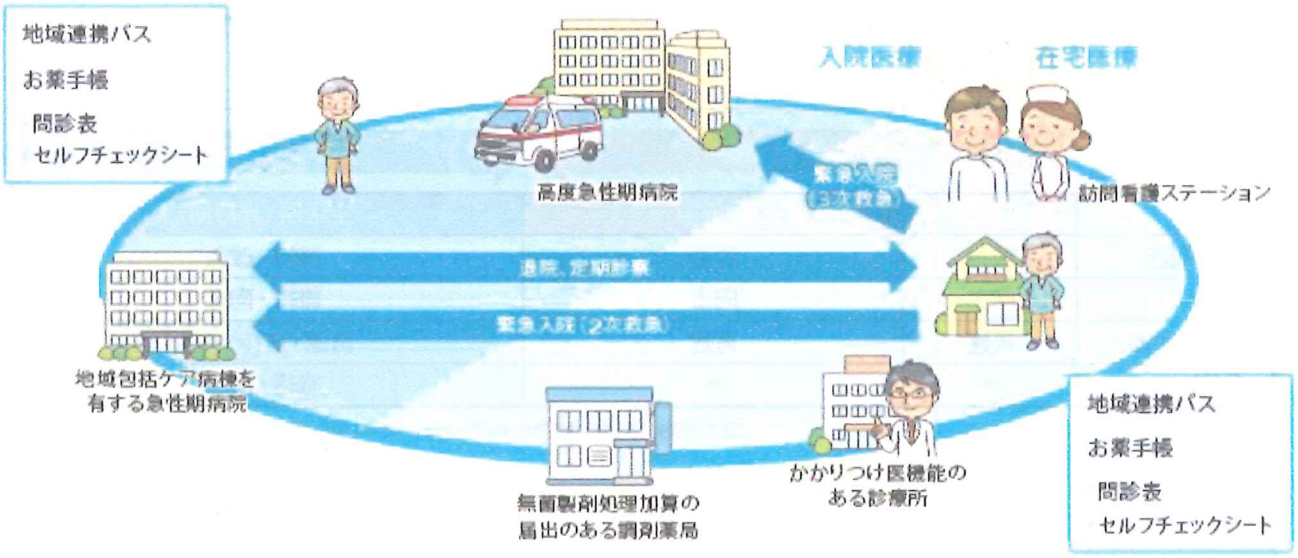
（2018年12月14日に公布）

日本人の死因として上位を占め、国民が介護を要する状態となる主要な原因にもなっている脳卒中や心筋梗塞などの循環器病の予防や、迅速かつ適切な医療提供体制の整備に取り組むことにより、健康寿命の延伸と医療介護の負担軽減を実現することを目的としています。

基本理念

1.生活習慣の改善による予防等に関する国民の理解と関心を深める
2.適切な医療や福祉サービスを、居住地域にかかわらず等しく受けられる体制を構築。
3.循環器病に関する企業および研究機関等との連携と研究の推進

「循環型」とは、急性期と慢性期や外来とで定期的に情報共有するために往来するものです。地域連携では、様々な職種、施設をまたぐことから、地域内での情報共有はもとより、治療を行なった計画管理病院においても状況を把握できるようなものが求められます。



脳血管患者の合併症

脳の損傷による障害

意識障害　　運動麻痺　筋力・持久力低下
関節可動域制限　運動失調　筋緊張異常（痙縮）
感覚障害　　摂食・嚥下障害　排泄障害
言語障害　　高次脳機能障害　メンタル疾患
遅発性痙攣発作　（瘢痕グリア細胞からの刺激）
肩手症候群　（重度麻痺に多い）

活動制限

基本動作
寝返り、起き上がり、座位、
立ち上がり、立位、歩行

基本的日常生活動作
食事、更衣、整容、トイレ、入浴

脳卒中患者の約3割はうつ。

Poststroke Depression A Long-Term Problem for Stroke Survivors
Henk J. Arwert, MD, (Am J Phys Med Rehabil 2018;97:565–571)

脳卒中患者の健康関連QOLは低い。
女性は男性よりもよりもQOLは低い。

Sex Differences in Long-Term Quality of Life Among Survivors After Stroke in the INSTRUCT(Hoang T. Phan Stroke. 2019;50:2299-2306.)

脳卒中に伴う認知症

脳梗塞後は認知症のリスクが2倍
脳梗塞が再発すれば30%が血管性認知症

(Desmond:Neurology;2000, Ivan:Stroke;2004)

脳卒中後の誤嚥性肺炎

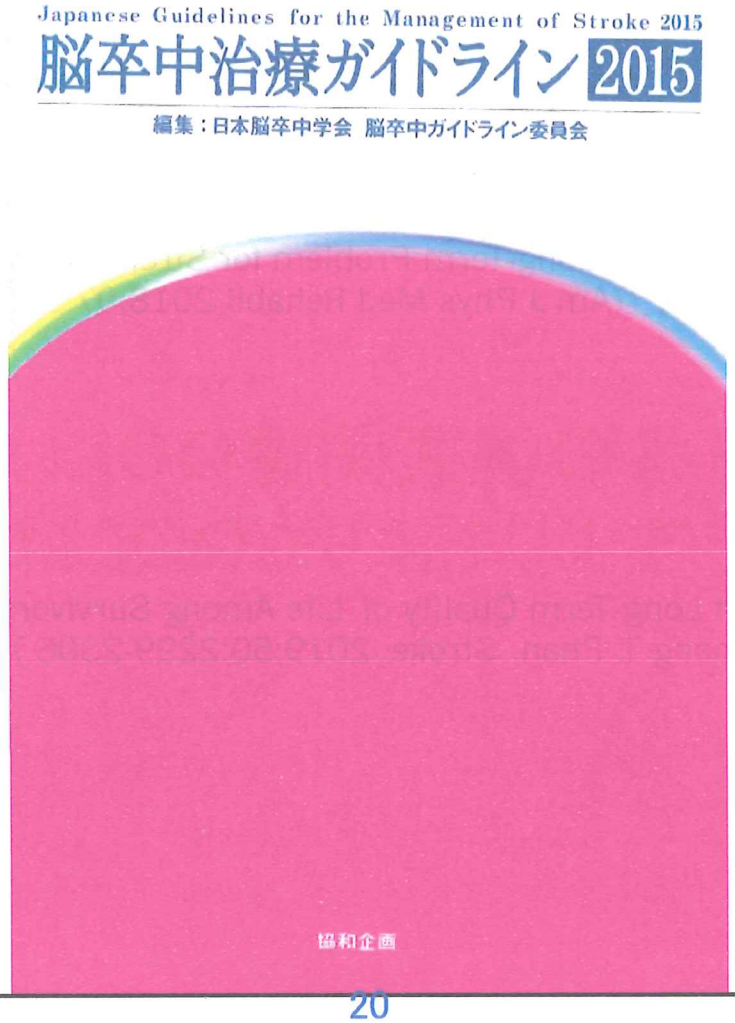
内視鏡や透視検査で7割が嚥下障害
脳卒中後に肺炎合併で死亡リスクは6倍

(Martino:Stroke;2005, Katzan:Neurology;2003)

脳卒中後のフレイル・サルコペニア

3kg以上の体重低下は死亡率増加
健側にもサルコペニアが起こる
炎症性サイトカイン、インシュリン抵抗性も関与
交感神経活動亢進

(Paddon:J Clin Endo;2004, Jonsson:Arch Neuro;2003,
Jorgensen: Bone,2001, Hafer J Rehabil Res, 2008)



1-7 維持期リハビリテーション

推奨

1. 回復期リハビリテーション終了後の慢性期脳卒中患者に対して、筋力、体力、歩行能力などを維持・向上させ、社会参加促進、QOLの改善を図ることが強く勧められる(グレードA)。そのために、訪問リハビリテーションや外来リハビリテーション、地域リハビリテーションについての適応を考慮するよう強く勧められる(グレードA)。
2. 在宅生活を維持、支援するための間欠入院によるリハビリテーションは行うことを考慮しても良い(グレードC1)。
3. 個々の患者の障害・ニードに対応したオーダーメイドのリハビリテーション・アプローチを行うよう勧められる(グレードB)。
4. 復職を希望する場合、就労能力を適切に評価し、その上で、職業リハビリテーションの適応を考慮しても良い(グレードC1)。

2-1 運動障害・ADLに対するリハビリテーション

推奨

1. 脳卒中後遺症に対しては、機能障害および能力低下の回復を促進するために早期から、積極的にリハビリテーションを行うことが強く勧められる(グレードA)。
2. 発症後早期の患者では、より効果的な能力低下の回復を促すために、訓練量や頻度を増やすことが強く勧められる(グレードA)。
3. 下肢機能や日常生活動作(ADL)に関しては、課題を繰り返す課題反復訓練が勧められる(グレードB)。

2-2 歩行障害に対するリハビリテーション

推奨

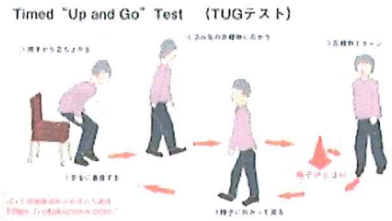
1. 歩行や歩行に関連する下肢訓練の量を多くすることは、歩行能力の改善のために強く勧められる(グレードA)。
2. 脳卒中片麻痺で内反尖足がある患者に、歩行の改善のために短下肢装具を用いることが勧められる(グレードB)。
3. 痙縮による内反尖足が歩行や日常生活の妨げとなっている時に、ボツリヌス療法、5%フェノールでの脛骨神経または下腿筋への筋内神経ブロックを行うことが勧められる(グレードB)。
4. 痙縮により尖足があり、異常歩行を呈しているときに腱移行術を考慮しても良い(グレードC1)。
5. 筋電や関節角度を用いたバイオフィードバックは、歩行の改善のために勧められる(グレードB)。
6. 慢性期の脳卒中で下垂足がある患者には機能的電気刺激(functional electrical stimulation：FES)が勧められるが、治療効果の持続は短い(グレードB)。
7. トレッドミル訓練は脳卒中患者の歩行を改善するので勧められる(グレードB)。
8. 歩行補助ロボットを用いた歩行訓練は発症3か月以内の歩行不能例に勧められる(グレードB)。

脳卒中後のリハビリテーション

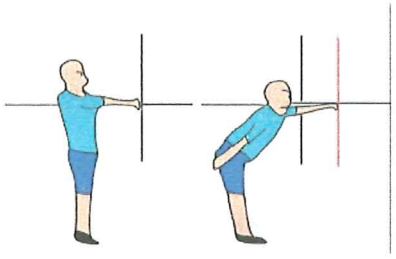
片麻痺側の肩に対するリハビリテーション
中枢性疼痛に対する対応
嚥下障害に対するリハビリテーション
排尿障害に対するリハビリテーション
言語障害に対するリハビリテーション
認知障害に対するリハビリテーション
骨粗鬆に対するリハビリテーション
うつ状態に対する対応

バランス能力の測定

- Timed Up and Go Test（TUG）
  - 動的バランス能力の評価
  - 椅子から3m先まで歩行、方向転換し元の椅子に座るまでの時間を測定



- Functional reach test（FRT）
  - 静的バランス能力の評価
  - 立位で上肢を前方に最大限伸ばした距離



- 開眼片脚起立時間
  - 静的バランス能力の評価

日常生活動作（ADL）の評価

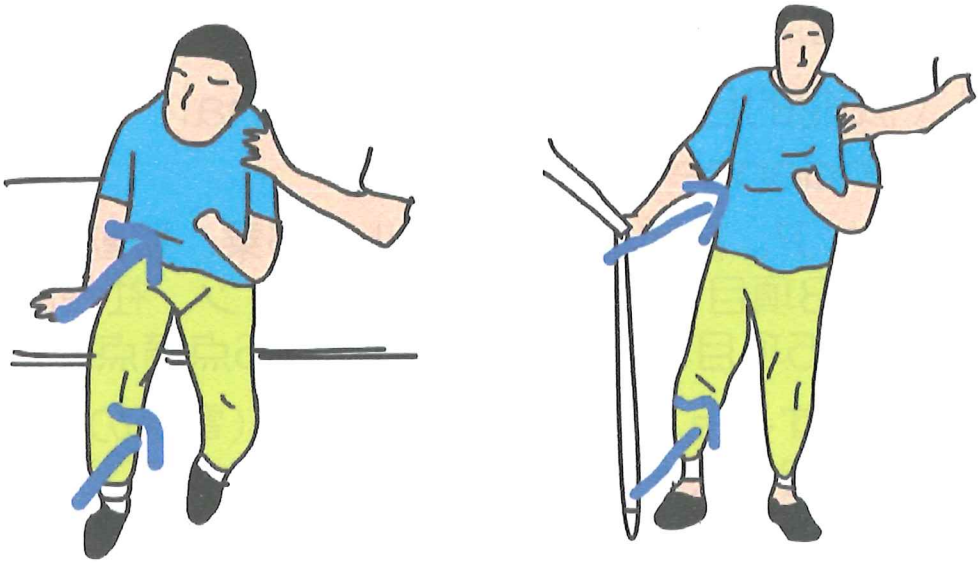
- Barthel Index（BI）
  - 食事、移乗、整容、トイレ、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、排便･排尿コントロールを2～4段階で評価、100点満点で採点
- FIM（機能的自立度評価 functional independence measure）
  - セルフケア、排泄コントロール、移乗、移動に関連した運動13項目と、コミュニケーション、社会的認知に関連した5項目を7段階で評価、126点満点で採点

❖ 社会生活をする上での応用的な動作群（電話の使用、買い物、洗濯、服薬管理、財産管理など）である、IADL（手段的日常生活動作Instrumental ADL）の評価も重要

ブルンストロームステージ
(Brunnstrom stage)

stage	運動レベル	運動パターン
Ⅰ	弛緩性麻痺(完全麻痺)	筋肉がダラッと緩んでしまっている状態で、自分ではまったく動かせず(随意的に動かすことはできない)、脳卒中発症早期に見られる。
Ⅱ	連合反応の出現	連合反応が誘発され、体の一部を強く働かせると、他の麻痺した部位まで筋収縮や運動が起こる。例として、「あくび」や「くしゃみ」をしたとたん、上肢では腕や指が曲がり、下肢では足がピンとまっすぐに伸びる。
Ⅲ	共同運動パターンの出現	共同運動では、個々の筋肉だけを動かそうとしても、付随するほかの筋肉までいっしょになって動いてしまう(一定の運動パターン以外の運動ができない)。共同運動には、屈筋共同運動(足や手が全体的に屈曲方向に曲がってしまう)と伸筋共同運動(足や手が全体的に伸びてしまう)2 種類の運動パターンがある。
Ⅳ	分離運動の出現	共同運動のように全体的に動いてしまうのに対して、それぞれの関節が少し分離して動くようになる。
Ⅴ	分離運動の進行	共同運動・痙性の出現が弱くなり、より多くの運動(分離運動)が可能になる。
Ⅵ	さらに分離運動の進行	共同運動・痙性の影響がほとんどなくなり、運動の協調性や速度も正常化し、個々の関節が自由となる。しかし、その動きは少しぎこちない。

プッシャー現象



2-4 痙縮に対するリハビリテーション

推奨

1. 片麻痺の痙縮に対して、チザニジン、バクロフェン、ジアゼパム、ダントロレンナトリウム、トルペリゾンの処方を考慮することが強く勧められる(グレードA)。顕著な痙縮に対しては、バクロフェンの髄注が勧められる(グレードB)。
2. 上下肢の痙縮に対し、ボツリヌス療法が強く勧められ(グレードA)、フェノール、エチルアルコールによる運動点あるいは神経ブロックが勧められる(グレードB)。
3. 痙縮に対し、高頻度の経皮的電気刺激(transcutaneous electrical nerve stimulation：TENS)を施行することが勧められる(グレードB)。
4. 慢性期片麻痺患者の痙縮に対するストレッチ、関節可動域訓練が勧められる(グレードB)。
5. 麻痺側上肢の痙縮に対し、痙縮筋を伸長位に保持する装具の装着または機能的電気刺激(functional electrical stimulation：FES)付装具を考慮しても良い(グレードC1)。
6. 痙縮筋に対する冷却または温熱の使用を考慮しても良い(グレードC1)。

痙縮について

- 痙縮(spasticity)は、脳卒中、頭部外傷、脊髄損傷、脳性麻痺、無酸素脳症、多発性硬化症、神経変性疾患などを原因として生じる上位運動ニューロン症候群による症候の一つである。
- 筋肉が緊張しすぎて、手足が動かしにくい。
- 勝手に動いてしまう。
- 手指が握ったままとなり開こうとしても開きにくい。
- 肘が曲がる
- 足先が足の裏側のほうに曲がってしまうなどの症状

痙縮の頻度

- 脳卒中

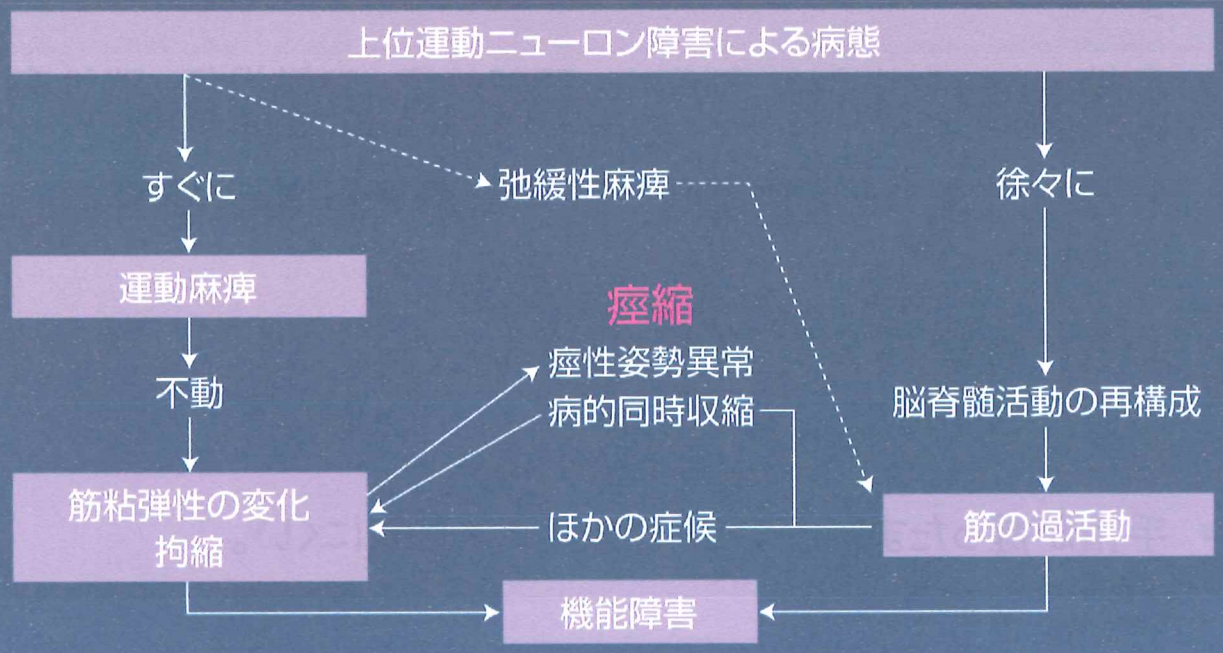
初発の発症1年後　17%（Lundstrom ）

発症3ヶ月後　19%（Sommerfeld）

発症12ヶ月後　38%（Watkins）

Lundstrom, E, et al : Eur J Neurol 008 ; 15 : 533-539
Sommerfeld DK, et al : Stroke 2004 ; 35 :134-139
Watkins CL, et al: Clin Rehab 2002 ; 16 :515-522

上位運動ニューロン症候群によるさまざまな病態



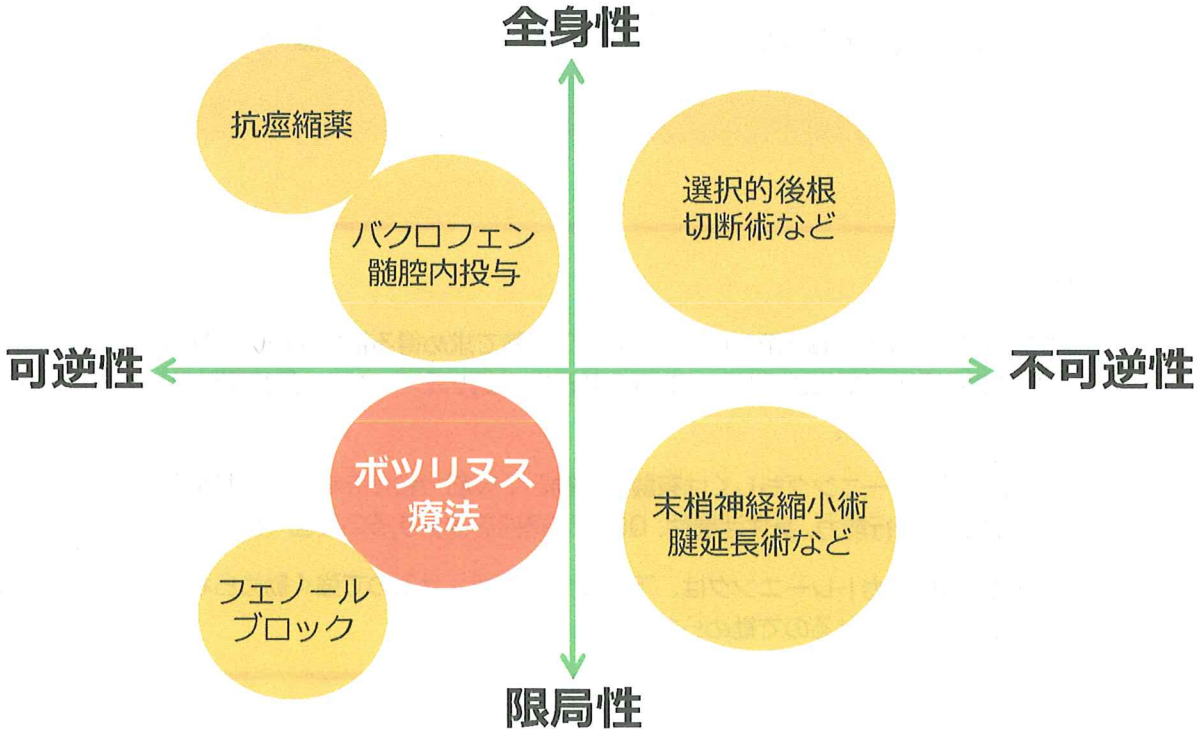
正門由久. 臨床脳波 2006;48:241-247
Gracies JM. Phys Med Rehabil Clin N Am 2001;12:747-768

痙縮によって生じる問題

- 症候
  - スパズム
  - クローヌス
  - 疼痛
  - 容姿の変化(disfigurement)
- 介護時の問題(Passive Function)
  - 身の回りのケア/衛生/着衣の妨げ
  - 食事/座位/睡眠時のポジショニング(姿勢保持)の困難
  - 移乗動作(transfer)の妨げ
- 動作時の問題(Active Function)
  - ものを握る/到達する(リーチ)/放す/移動させる際の困難
  - 移動性(mobility)/歩行/体重支持の制限

http://www.neurotoxininstitute.com/

痙縮治療における位置づけ



Ward AB. Eur J Neurol. 2002;9(Suppl 1):48-52
正門由久. 臨床脳波. 2006;48:241-247

痙縮の評価
Modified Ashworth Scale(MAS)

0:筋緊張の亢進はない。

1:軽度の筋緊張亢進がある。引っ掛かりとその消失、または屈曲・伸展の最終域でわずかな抵抗がある。

1+:軽度の筋緊張亢進がある。明らかな引っ掛かりがあり、それに続くわずかな抵抗を可動域の1/2以下で認める。

2:よりはっきりとした筋緊張亢進を全可動域で認める。しかし、運動は容易に可能。

3:かなりの筋緊張亢進がある。他動運動は困難。

4:患部は硬直し、屈曲・伸展は困難。

Bohannon,R.W.,Smith,M.B.: Phys.Ther.,67:206-207,1985

2-11 体力低下に対するリハビリテーション

推奨

1. 脳卒中片麻痺の体力の評価としては、最大下負荷で求め得る指標が用いられる。一方、負荷としては運動障害の重症度に応じて、トレッドミル、エルゴメーター、反復運動を用いることが勧められる(グレードB)。
2. 有酸素運動トレーニングもしくは有酸素運動と下肢筋力強化を組み合わせたトレーニングは、有酸素性能力、歩行能力、身体活動性、QOL、耐糖能を改善するので強く勧められる(グレードA)。
3. 麻痺側下肢の筋力トレーニングは、下肢筋力を増加させるので強く勧められ(グレードA)、また身体機能を改善させるので勧められる(グレードB)。

ブロック治療とリハビリテーションの効果

脳出血発症後1年経過　60歳　男性

もう少し早く歩きたい。右手を使いたい。

右上肢ボトックス治療

右下肢フェノールブロック：MAS：2+

ブロック後　徹底的なリハビリテーション施行

リハビリテーション医学とは

- 障害を克服し
- 機能を回復し
- 活動性を改善する

患者の救命に活動性の賦活化を加える

まとめ

安静は麻薬です。
すぐに悪影響はありませんが、確実に体力を低下させます。

障害を克服し、機能を回復させ、活動性を改善するリハビリテーション治療を行えば、万能薬となります。

資料４

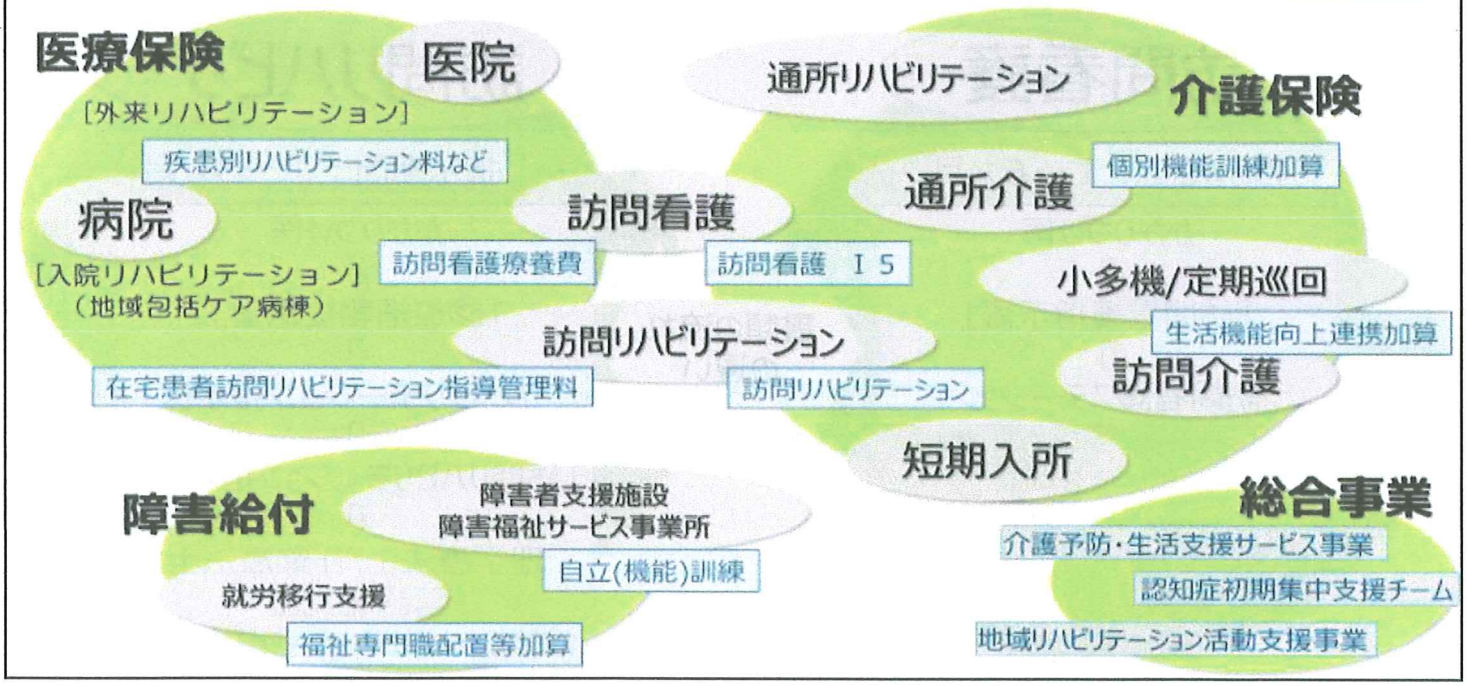
静岡県医師会「かかりつけ医向け地域リハビリテーション基礎研修」　令和元年10月19日

訪問リハビリテーションにおける効果的な診療情報について

～サービス提供者としての立場から

静岡県リハビリテーション専門職団体協議会
訪問リハビリテーション委員会　ピリ　睦

在宅でリハビリテーション専門職によるリハビリを受けるには…



訪問によるリハビリテーション とは…

医療保険

訪問看護

対象・介護保険の対象外の方
（0～64歳/介護保険2号被保険者）
・厚生労働大臣が定める疾病等に該当する方
・医師からの特別訪問看護指示書がある場合

介護保険との違い

訪問リハビリ

対象：医師から訪問によるリハビリテーションが必要と認められたもの
介護保険の対象外の方
（0～64歳/介護保険2号被保険者）

介護保険

対象：介護保険対象者
・筋力が低下して歩くことに不安がある
・手の動きが悪くなってきた
・言葉がはっきり出せずに会話に支障がある
・日常生活に対して不安な部分がある
・食べ物にむせるようになった
・麻痺や拘縮*がある
・どんなリハビリを行えばよいかわからない
・体の動きが悪く好きなことが行えない
・福祉用具の使い方がわからない
・抑うつ傾向があり集団に対応できない
・通所が困難
・日常生活に困難がある
家族や介護者の介護に不安がある

通所リハビリとの違い

訪問によるリハビリテーション とは…

訪問看護

指示期間：１～６か月

かかりつけ医
⇩
「訪問看護指示書」
⇩
訪問看護ステーション

書類の流れの違い

訪問リハビリ

指示期間：１～３か月

かかりつけ医
⇩
「診療情報提供書」
⇩
リハビリテーション指示医
⇩
「訪問リハビリテーション指示書」
⇩
理学療法士/作業療法士
言語聴覚士
（訪問リハビリテーション事業所）

訪問リハビリテーションの現状

「骨折してから依頼が来る…」 ➡ 転ぶ前に手立てがあったのでは…？

「既往歴や現病歴についての詳細な情報がない」 ➡ リスクを把握できない

「経過がわからない」 ➡ 予後予測をしにくい　生活目標を立てにくい

「治療内容がわからない」 ➡ 負荷を設定できない　指導が曖昧になる

「急変時の連絡先がわからない」 ➡ 急変時にどこに相談したらよいか？

「指示内容が変わらない」 ➡ 報告内容に対する医師の意見が欲しい

「継続のための書類がなかなか来ない」 ➡ サービスが中断してしまう

「訪問リハビリテーション指示書」とは…

記載が求められる内容

①、リハビリテーションの目的（必須）

②、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項

③、中止基準

④、利用者に対する負荷

②～④のうち1つ以上の記載

＊３ヶ月以上の継続利用が必要な場合…「リハビリテーション計画書」に継続利用が必要な必要な理由、その他の居宅サービスへの移行の見通しの記載

効果的なリハビリテーションに導く情報①

【傷病名】
・生活機能低下の原因となった診断名、発症日

【症状の経過】
・リハビリテーションが必要となった経緯
・現状と生活上の課題
・予後予測
・リハビリテーション実施における留意事項/禁忌/中止基準

【目標の設定】
・かかりつけ医の立場としてリハビリテーションに求める目標など

効果的なリハビリテーションに導く情報②

【既往歴】
・リハビリテーション実施に際し、リスクや制限要因となる既往歴
・骨折、転倒等の既往歴

【家族の状況】
・主介護者の状況（健康状態、介護への関わり等）
・その他の家族の状況

【検査結果】
・リハビリテーション実施に際し参考となる検査結果
（必要な場合は画像診断のフィルムや検査データを添付）

効果的なリハビリテーションに導く情報③

【現在の処方】
・処方の内容
・リハビリテーション実施に際しての具体的なリスク

【備考】
・急性増悪の恐れがある場合は、その対応方法及び緊急連絡先
・その他の留意事項

成功事例

脳梗塞（60代女性）中等度の麻痺　高次脳機能障害　夫と二人暮らし
回復期病院からの退院時　ADL軽～中等度介助　通所介護サービス(３/週)

➡退院直後のかかりつけ医による外来診療時、生活環境に問題があることやリハビリテーションによる機能回復の見込みがあると判断し、ケアマネへ訪問リハビリテーションの打診を行う。「診療情報提供書」や電話連絡等による情報提供により、適切なサービス提供(リハビリテーション)が行われた。

結果…ADL/IADLを獲得しつつ家族/関係者との良好な関係を保ち、自立へ向けお元気に生活している。

成功の秘訣は…医師と事業所の日常的なコミュニケーション!!

適切なリハビリテーションのための効果的な診療情報があれば・・・

- 「ときどき入院　ほぼ在宅」 の実現
- ご自宅での様子を把握しやすくなる
- 在宅チームの一員として医師としての役割を果たせる
- 指示医との連携

演習の流れ

＜患者の状況の把握＞　時間：10 分程度

① 別紙「患者の概要」をお読みください。
② 患者の自宅での様子を撮影した動画をご覧ください

＜診療情報提供書への記載＞　時間：10 分程度

当該患者に医療機関の提供する訪問リハビリテーションを受けてもらうため、訪問リハ事業所の医師に対して提供する診療情報提供書を作成します。

※ 時間の関係から「傷病名」「症状の経過」「目標の設定」の欄を優先してご記載ください。

＜グループ内での意見交換＞　時間：25 分程度

① 机と椅子を適宜移動させ、４～５人のグループを作ります。
② 作成した診療情報提供書をグループ内で順番に回し、内容を確認します。
③ グループ内で、以下のような点について意見交換を行います。
- 他の人が作成した診療情報提供書の良い点
- 自らが診療情報提供書を記載する際、困ったところ
- 診療情報提供書を記載するに特に重要と思われるポイント

※ グループには、リハビリ専門職の方が助言者として同席します。

＜全体での意見交換・まとめ＞　時間：15 分程度

① 各グループでどのような意見が出たかを発表します。
　⇒ 記載内容の素晴らしい診療情報提供書がありましたら、是非この場でご紹介ください。
② 進行役（県医師会 岡理事）を中心に全体のまとめを行います。

※ 助言者

静岡リハビリテーション病院（理学療法士）　石野 泰央 様
静岡医療科学専門大学校（理学療法士）　町田 雄介 様
有限会社 ウエルライフ（作業療法士）　山田 京子 様
有限会社 ウエルライフ（作業療法士）　鈴木 朱美 様
北斗わかば病院（作業療法士）　小出 弘寿 様
ケアル訪問看護リハビリステーション（作業療法士）　ピリ 睦 様
ハートピアの森 リハビリ訪問看護ステーション（理学療法士）近藤 亮 様
有限会社　田中屋産業（理学療法士）　菊池 和幸 様

患者の状況

＜概 要＞

基本情報	80 歳　男性　　要介護 2　　身長 165 ㎝、体重 63kg
診断名	脳梗塞後（左片麻痺）、高血圧、心房細動、慢性心不全
処　方	バルサルタン(80)　　エリキュース(2.5)　2T ダイアート(30)　　ファモチジン OD(10)

＜経 過＞

2014 年 9 月	脳梗塞にて A 病院入院、心房細動、心不全と診断
10 月	A 病院の回復期病棟に転棟
12 月	自宅に退院。A 病院の通所リハビリ施設で介護リハビリ開始 高血圧、心不全のコントロールは良好な状態であった
2015 年 9 月 ～ 2017 年 10 月	自宅近くでかかりつけ医であった B 診療所への通院を希望し、以後受診を継続（はじめは妻の介助で通院していたが、やがて一人で受診可能となった） 片麻痺による不自由さはあるが、自宅での生活は可能 A 病院の通所リハビリテーションも継続
2017 年 11 月	妻の体調が悪化して買い物や調理などができなくなった。 長女が週 1 回スーパーで買い物。出来合いの総菜やレトルト食品、魚の干物、漬物、缶詰等が多くなった。 「あまり自宅を空けたくない」として通所リハは中断
2018 年 1 月	歩行時や動作時の息切れ、下肢の浮腫が出現した。 B 診療所受診し、心不全悪化と診断。利尿剤処方と減塩の指導
2018 年 1 月 ～ 2019 年 8 月	日中は座って過ごすことが多く、外出は受診の時のみ。 次第に体の動きが悪くなり、歩行や日常生活が悪化傾向。 更衣、入浴の際は妻の手助けが必要となる。 B 診療所受診は継続した。内服と減塩を続けたところ次第に心不全は改善した。 受診時にはたびたび通所リハビリの再開を勧められたが、 「妻のことが気がかり」「気が進まない」などの理由で拒否
2019 年 9 月	B 診療所受診。日常動作での息切れや浮腫はなく病状は安定するも、筋力低下、歩行状態の悪化指摘。リハビリの再開を勧められる。 本人も日常生活動作の悪化を自覚。短時間通所リハ施設を見学したが「マシントレーニングは希望しない」「自宅を空けたくない」などで希望せず。 B 医師、リハ職、本人、妻と面談して本人の希望を確かめたところ、「家の中の片付けくらいは自分でできるようになりたい」として日常生活動作の改善を希望した。訪問リハについて説明したところ、本人も了承した

資料５－③

演習用シート

診療情報提供書（訪問リハビリテーション提供依頼書）

紹介先医療機関等名
担当医　　科　　殿

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名　　印

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）　職業	性別　男　・　女

傷病名（生活機能低下の原因となった診断名、発症日）
症状の経過（リハビリテーションが必要となった経緯、現状と生活上の課題、予後予測、リハビリテーション実施における留意事項/禁忌/中止基準）
目標の設定（リハビリテーションに求める目標）
既往歴（リハビリテーション実施に際しリスクや制限要因となる既往歴、骨折歴、転倒歴等）
家族の状況（主介護者の健康状態や介護への関わり、その他の家族の状況）
検査結果（リハビリテーション実施に際し参考となるデータ、画像を含む）
現在の処方（リハビリテーション実施に際しての具体的なリスク）
備考（急性増悪の恐れがある場合はその対応方法、緊急連絡先）