

14. 国際的なリハビリテーションの動向と我が国の課題

ポシブル医科学株式会社代表取締役社長 塩中雅博氏

国際的なリハビリテーションの動向と我が国の課題

一般社団法人日本経済調査協議会

- ポシブル医科学株式会社 代表取締役 社長
- 畿央大学健康科学部理学療法学科 特任教授
- 京都大学大学院医学研究科 客員講師
- 星城大学大学院健康支援学研究科 客員講師
- 特定非営利法人全国在宅リハビリテーションを考える会 理事長
- 一般社団法人訪問リハビリテーション振興財団 理事



塩中 雅博

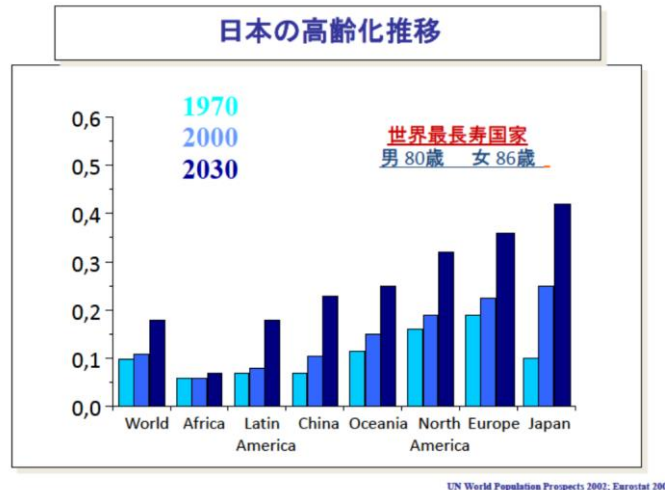
私は、大学で理学療法を学んでおり、大学院と合わせて10年近く理学療法を勉強してきた者である。理学療法士になってちょうど31年。その前半部分は、殆ど教える側に回っていたような状況で、大阪、名古屋、京都等の大学で教鞭を執っていた。

大学で専門にしていたのは、“高齢者の加齢に伴ってどう弱っていくか”という部分、“どういう介入で元気を取り戻していくか”という部分と同時にドイツやデンマークの介護保険の制度も勉強した。

介護保険の先輩諸国の真ん中に存在するのは、所謂リハビリテーションという考え方で、もう一度取り戻してもらおうというコンセプトがある。

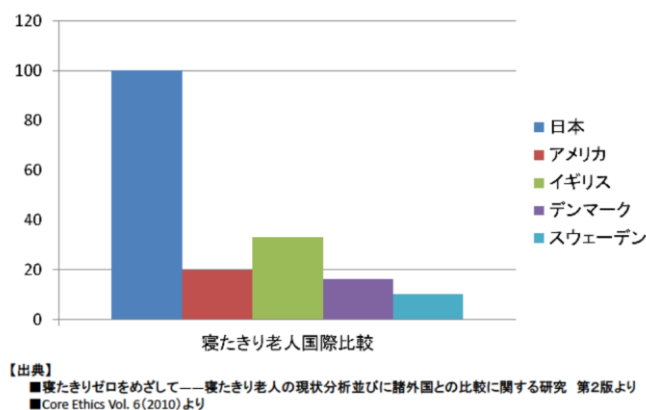
非常に恥ずかしい話であるが75歳時や85歳時における高齢者の寝たきり率を国際比較すると、先進国の中で日本が飛び抜けて悪い。例えばスウェーデンと比べたら、日本はちょうど10倍で、アメリカと比べてもちょうど5倍というような現状であり、“日本のリハビリテーションはどうなっているのだ”ということである。

リハビリテーションを専門にやっていた私は、これはもう医療保険だけで頑張れる領域ではなく、“介護保険が如何に医療の後を引き継いでシームレスにリハビリテーションを提供していくか”、また、“その体制をどう作れるか”が一つ自分のチャレンジかと思ひ、西暦2000年の介護保険が上陸するこのタイミングで、医療にきっちり繋がっていける信頼の高いリハビリテーションを提供していくような事業を日本に広げたいと介護保険をベースに起業したということである。これまで地域で医療から引き継がれたリハビリテーションを介護保険がどう支えてきたかを皆さんに紹介し何かヒントになればと思う。



これは 1979 年の日本の高齢化率を表している。1970 年代、世界各地に比べても日本の高齢化率はまだ突出した状況ではなかったが、介護保険がちょうど導入された 2000 年には、世界ナンバーワンの高齢化率に突出してくる。更に、2030 年には、2 人に 1 人が高齢者という日本の非常に厳しい状況の中で、これからリハビリテーションという領域が本当に頑張らなければならない時代がやはりやってきているという状況である。

高齢者寝たきり率国際比較



次が、アメリカ、イギリス、デンマーク、スウェーデンの高齢者の寝たきり率の国際比較である。この寝たきり図は、各国の厚生労働省から出ている寝たきり率を比較しており、病院、在宅、それから老人ホーム、全部これに含まれている。調査のベースが各国によって多少異なっている部分はあるが、かなり重なった基準で読み取られている。

国際比較する上で“なぜこの国々を挙げたか”という、本当に福祉の行き届いていない自己責任の国“アメリカ”と、福祉の非常に行き届いた“スウェーデン”というこのばらつきをこのグラフの中に共存させたかったからである。

日本の寝たきり率を 100 としているが、世界と比較して見ても日本の寝たきり率は、非常に突出している。

なぜなのだという部分は、いろいろある。

75歳時と85歳時で比較しているが、その要因としては、例えば、胃ろうとか気管切開というような最終の医療対応という部分も一つ、その寝たきりになってからの生存期間に強く影響を及ぼすということで、日本の寝たきりの期間を延長していると読み取れるが、私達の間から見て圧倒的に強い影響を及ぼしているであろうことは、“医療のリハビリテーション”というのは、日本は相当頑張れていると思う。

回復期のリハビリテーション病床の存在も今は10万ベッドを超えた。比較的早い段階で在宅復帰を成し遂げているという状況から見ても、これほど入院でリハビリテーションを提供するという実態において頑張れている国はないと思うぐらい、今は行き届いた状況にある。ただ、それ以降の状況を見ると、シームレスにそれを提供できる体制がこれほどない国はないという状況であるというのが、今の私自身の理解である。

年間継続サービス受給者の要介護状態区分の1年後の変化

	軽度化	維持	重度化
要支援1 (25.5万人)	—	67.8%	32.2%
要支援2 (32.8万人)	10.8%	67.6%	21.6%
要介護1 (47.8万人)	5.0%	66.9%	28.1%
要介護2 (54.6万人)	9.4%	69.2%	21.4%
要介護3 (48.6万人)	10.9%	68.8%	20.3%
要介護4 (37.9万人)	11.0%	74.0%	15.0%
要介護5 (27.3万人)	8.1%	91.9%	—

(出所)厚生労働省「平成23年度介護給付費実態調査報告(平成23年5月審査分～平成24年4月審査分)」
注:対象は、平成23年4月サービス受給者のうち、同年4月から平成24年3月の各サービス提供月について
1年間継続して介護予防サービスまたは介護サービスを受給した312万人データ。

これは“要支援1”から“要介護5”までの、1年間でどの程度増悪されるかを表した表である。“要支援1”から“要介護5”まで1年間で、どの程度沈んでいかれるかという割合を赤い数字で示している。“要支援1”の方という、杖をつかずに歩いている、そして車を運転されている方もおられる。仕事はまだまだ現役という方も、この“要支援1”にはたくさんおられる。そういう意味で、非常にまだまだ元気だという方々が、1年間で3人に1人沈んでいかれるという状況に日本はある。

これは一体なぜなのか。

今から以降、私が話す中心軸は、こういった方々を弱らせてしまっている日本社会の構造であったりとか、制度であったりとか、こういうところにもう一度メスを入れていく必要があるという話である。

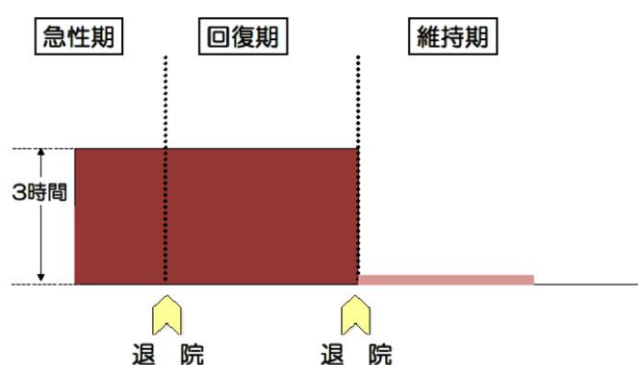
結論を少し申しあげておくと、この“要支援1”の方々に突出している状況というのは、実は“フィジカル”の問題はそれ相応にあるが、役割喪失感であったりとか、例えば抑鬱傾向であったりとかというのが、ほかの“要介護2・3”の方々に比べて突出している状況である。

直前まで多分社会的に頑張っておられたとか、直前まで“まだまだ自分は大丈夫だ”と思われていたような方々が、あなたは“要支援1”であるということで一つの枠にはめられて、調査の結果によると、“もう自分は何も期待されることがない”、“何の役割も果たせない”、

“自分は生きていても仕方がない”というところに全部丸を打たれているような状況のどちらかというところと“メンタル”が先行して、そして“フィジカル”が更に二次的に落ち込んでいるという傾向が、この“要支援1・2”の方々に、特に突出して強い状況が認められる。

そういう意味で、日本のリハビリテーションというのは、どちらかというと機能訓練、フィジカルトレーニングという部分から派生しているが、リハビリテーションの大きな部分として、やはり心の部分、特にこの心の部分でも、自己効力感と言って、自分は何々をすることができるという自信の部分加速的に弱らせていくというのが、日本の高齢者の世界的に見た特徴であると言える。そういう意味で、どちらかというと軽度障害の方々に対するリハビリテーションというのは、“フィジカル”と“メンタル”のうちの“メンタル”を先行してサポートしていくことがリハビリテーションの一つの神髄であると言えることができる。

リハビリサービスの提供状況



日本のリハビリテーションサービスの提供実態であるが、急性期、回復期という入院してリハビリテーションを提供できる体制というのは、一日一人3時間提供できる体制にある。ここだけ見るとこれほど恵まれた国はない。

脳卒中という視点でこのスライドをとらえると、脳卒中の方が急性期や回復期を退院される段階でどの程度の方が歩いて退院されるかという状況が毎年データとして出ており、それは82%の方が歩いて帰られるとなっている。日本の脳卒中の方が歩いて退院される率というのは、世界的に見ても、断トツナンバーワンである。

ただ、今日本の寝たきりの方の3人に1人が実は、脳卒中である。ということは、退院されるときにそれほどまでに歩行可能な状態で退院できているのが、一方を見ると、世界断トツナンバーワンの脳卒中を寝たきりにしている国でもあるということになる。

医療でやっているリハビリテーションというのは、費用対効果から見て果たしてどうなのだという。

そこで押し上げて、あと手を離してしまっただごとく寝たきりになっているという状況をどうとらえていけばよいかというところが、常々わたしの中では強い疑問だった。

従って、今、回復期以降、殆ど提供体制がしっかりしていない、所謂在宅生活を始められた方々が必要とするリハビリテーションをこれから社会でどう提供していくかが介護保険の勝負であるということで、この10年、私財を投げ打ってやっているような状況である。

リハビリ難民の存在

- ◆医療保険でのリハビリ危機
- ◆介護保険でのリハビリ受け皿の不足



今ようやく平成18年ぐらいから「リハビリ難民」という言葉が出てきて、退院してからリハビリテーションを続ける選択肢がないということが、朝日新聞や日経新聞の中でうたわれるようになってきた。平成18年以降こういう波が起こってきて、ここには、それこそ長嶋茂雄氏の脳卒中、オシム氏の脳卒中、こういったところが社会的な影響を及ぼして、医療機関を退院してからの継続的なリハビリテーションをどう提供するのかということで、NHKでも「闘うリハビリ」というテーマで、「NHK特集」で2回か3回ほど特集されたが、こういった状況から見ても、医療機関入院型のリハビリテーションというのは充実しているのだが、そこから以降の要するに継続的なリハビリテーションを日本は提供できない状況にあるということが浮き彫りになり始めたのが、この平成18年頃からということになる。

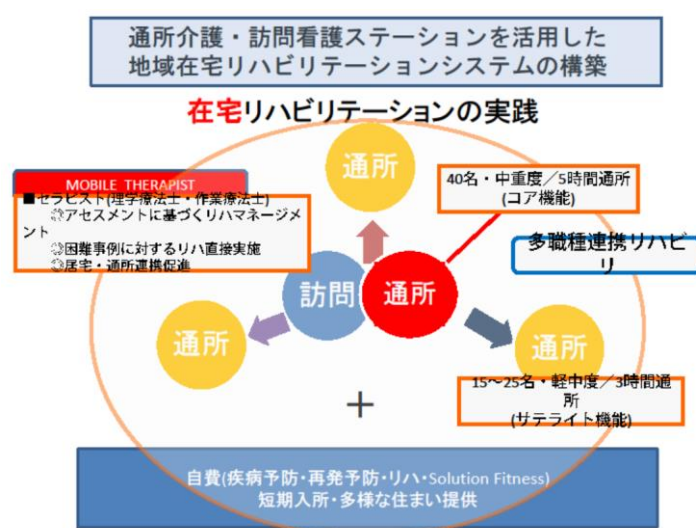
自立支援に望まれる リハビリテーション・介護予防サービス

必要な時に・・・
できるだけ早期に／リハビリテーション前置
必要なサービスを・・・
根拠に裏付けられた効果的なサービスを
必要なだけ・・・
適正期間・適正頻度で

私の起業するときの思いというのは、必要なときに、必要なリハビリテーションサービスを、必要なだけ提供できるという、この状況をどう実現できるかということで、ビジネスモデルとしてたたいてきたという状況である。

今私が提供している、所謂地域のリハビリセンターというのは、一つは介護保険でサービスが提供されている。もう一つは、障害者支援費というので提供されている。実はこの介護保険というのは株式会社で設立ができるし、障害者支援費も株式会社でサービス提供ができるという状況。更に、この介護保険と障害者支援費だけでは抜け落ちる部分がやはりあるということで、私どもの事業所は、介護保険、障害者支援費、そして自費、この3つの支払いの裏付けを用意して、その方々の状況、状況に応じて、保険を使う

場合、若しくは既に保険と自費とを混合できるので、混合してサービス提供する場合、若しくは自費だけで提供する場合ということで、その提供に幅を持たせて多様なリハビリテーションを提供できるような体制を取っているという状況である。



地域展開としては、こういう地域展開を進めている。一つは、通所介護、所謂デイサービス。デイサービスというと、皆様方、例えばカラオケをやろうとか、風呂に入ろうとか、別にそれが良いとか悪いとかいう話ではなしに、どちらかというレスパイト、預かりや生活支援が中心のサービス提供なわけであるが、私達はここに徹底的に復活して頂くと取り戻せる可能性は、徹底的に取り戻して頂くということを医療機関からきちんとバトンタッチして受けられる体制作りで、事業化していこうとこれまでやってきた。

この中で活用しているのは、一つはデイサービスである。デイサービスというのは非常に使い勝手の良い制度であり、どういうことかという、この通所介護と、もう一方、通所リハビリというのが介護保険の中に存在するわけであるが、通所リハビリというのは介護保険のサービスの中でも医療系サービスという整理が付けられており、なかなか、例えば障害者支援費を使わせてほしいとか、自費でサービスを提供することを進めさせてもらいたいと行政にアプローチすると、“ノー”という回答が非常に高い。その一方で、デイサービスを、そういう結構フレキシブルな運用をしていくことに対しては殆どの行政がOKということで、通所介護で徹底的に自由度の高いサービス提供、しかも、軸はリハビリテーションということで多様性を持たすことに対しては、このデイサービスが非常に都合が良かったという状況にある。

この通所介護、デイサービスで、要支援のもう一つ手前に、“二次予防対象者”、“特高齢者”と呼ばれるこのままいくと“要支援1”になるという少し弱りかけているような高齢者の方々の群があるが、そういう方々に対する予防から“要介護5”の重度な方の介入まで360度リハビリテーションを求めてこられる方々に対しては、全面的にサービス提供するというのでやっていく中で、通所の限界というのがある。要するに通えないという状況が、いつかどこかでやってくる。それに対して、どうしても必要なのは、やはりリハビリテーションを中心とした訪問供給体制である。その訪問供給体制を、もう一步、訪問看護ステーション、これも実は株式会社で経営ができる。

そうすると、訪問看護ステーションと通所介護所謂デイサービスをドッキングした合衆体を作れば、通えるときには頑張って通おう、通えなくなったときには訪問で徹底的にリハビリテーションとして提供するというので、その時その時の状態像に合わせてリハビリテーションを提供していける体制が構築できる。

地域展開としては、中心に通所と訪問。この中心にある通所というのは、比較的中重度障害の方々に向けて提供している。一方、周辺にある通所というのは、先ほど申し上げた極めて軽度な方々の予防も含めた軽度障害の方々に対して提供するものが、この黄色い通所という部分であり、こういうものが一束になりながら地域展開しているというのが、私どもが手がけているポシブルという業態である。

少し余談であるが、ポシブルというのは、可能性という意味であり、私達の思いとしては、まだまだ十分にその可能性を秘めておられるような障害者、高齢者の方々の元々の潜在的な力がやはり引き出し切れていないという日本のリハビリテーションの現状にアピールする意味でポシブルという名前を活用し、こういう地域展開をやっている状況である。

サービス提供の実際



これまでのサービスを取り纏めたのがこのスライドであり、一つは、右端からいくと自費ですべてを提供するタイプ。もう一つは、介護保険だけで提供するタイプ、障害者支援費だけで提供するタイプ。その上に混合サービスとして自費がのっかってくる場合である。介護保険プラス自費、障害者支援費プラス自費というタイプ。介護保険と支援費はもちろん共存できないので、この支援費に2階建てで自費をのせる、介護保険に2階建てで自費をのせるというタイプ。これは非常に異例中の異例であるが、私達株式会社で医療保険を扱っている部分もある。それはどういうことかということ、先程の訪問看護ステーションから提供する訪問に関しては、私達株式会社が例外的に医療保険を取り扱えるという状況であり、今保険医療機関以外でこの医療保険を取り扱える場所というのは、訪問看護ステーションと接骨院、要するに柔道整復師、こういった方々が医療保険を取り扱うことができているということで、賛否いろいろあるが、これが現状で、私達も訪問に関してのみは医療保険を使える。

少しややこしい話であるが、“医療保険と介護保険が共存する人は、どちらを優先すべきか”というのは、介護保険を優先することが決まっている。障害者支援費と医療保険は、共存することが認められている。その時々を使いやすいほうを使うということである。従って私達は今、訪問で医療保険でサービスを提供している先様は、子供の施設であるとか、子供が障害を持たれて、障害者支援費で暮らされていると、そこに対し医療保険で、訪問で理学療法士や、作業療法士という人材が行っているということも多々ある。こういう構造でサービス提供させて頂いている状況である。

創業からのあゆみ（2000年4月開設）



これは、私がこれまでやってきた事業所である。最初は本当にこのような民家でスタートし、住宅金融公庫で金を36年で借りて、2階が訪問看護ステーション、1階が先程のデイサービスということでここからスタートした。

地域ニーズがすごく、埋まるのに1年以上掛かっているようなデイサービスも結構あるが、ここなどは1カ月で満員となった。そういう地域ニーズに支えられ、例えば、田畑を造成したり、廃業したレストランを活用したりということでやっていながらドミナント的に奈良県でスタートしていった。

ポシブル医科学株式会社 事業事例



そうこうしているうちに、介護保険を使って面白いことをやっているということでイオンから声掛けを頂き、イオンのガラス張りの前面をリハビリテーションに活用させてもらっている。

リハビリテーションをこのイオンでやらせてもらう機会が出始めてから、私どもの取り組みに各地で注目頂く方が少しずつ出てきて、年間270組ぐらいの見学を受け入れているという状況にある。

ポシブル医科学株式会社 事業事例 (全国のウエルシアとの共同事業モデルとして):3時間×2



「イオン・ウエルシア・ストアーズ」は、国内最大級のドラッグストア・調剤薬局連合です。全国の有力ドラッグストア／調剤薬局9社によって結成。総店舗数2000店舗以上、売上高の合計で約7000億円にも及ぶドラッグストア・調剤薬局グループが連携してサービスの向上に取り組むネットワーク。今後はより一層の地域密着支援が可能となるよう、「健康創出」「リハビリテーション」など地域貢献度の高い事業と連携し、サービス提供を推進する。

ポシブルとの連携開始
2008年5月奈良大和郡山市のウエルシア大和郡山店に「町の健康・リハビリケアステーションポシブル」を併設し、パイロットケースとしてチャレンジする。イオンウエルシア全国社長会議でも2007年12月に発表。2008年関西を中心として10店舗程度展開。

それから以降では、“ドラッグストアとリンクしてリハビリテーションが存在するというのは、どうなのだ”ということで、非常にうまくいっている。今既に私どもとしては、直営、フランチャイズを含めて7カ所ぐらいドラッグストアとの併設店がある。

ポシブル医科学株式会社事業事例 (超過疎地事業モデルとして)6時間



もう一つ、私の中でできていなかったのが超過疎地の高齢者をどう支えられるのかということで、奈良県に室生村という村があるが、この村の山の山頂に大反対されながら造ったが、今は満員である。

比較的若い方々は都市部へ移り住まわれるが、高齢者の方々はやはり長年住まわれたその場所で最後まで過ごしたいという思いが圧倒的に強い。

厚労省が、今早めの住み替えとよく言われるが、やはり住み替えたくないような方々もたくさんおられる中で、最後まで自宅で過ごすことを応援できるということを自分達のコンセプトにやっている状況である。

離島 種子島における展開



これはもう一つ、離島でどうなのだというので、ひとつ社会的にいろんなタイプにチャレンジしたいということで、種子島で実行した。この島の中で唯一、病院を退院してからリハビリテーションを受けるところということで活用して頂いている状況である。

フランス型グループクリニックとしての
(ポシブルしも鴨店) 15名定員



これは、フランスで“グループクリニック”というのが非常にはやっている。一つの敷地の中に、例えば、医者が開業している、看護師が開業している、リハビリのスタッフが開業している、歯科衛生士が開業しているということで、日本には医療モールのような、整形外科や、内科や、眼科や、歯科、そういういろんな診療科目を一つのフロアや土地に集めるということはあったとしても、多機能なユニットというのは意外とない。

そういう状況の中で、フランスで非常にうまくいっているモデルを幾つか見せて頂いた。厚労省の方々や、厚労省に情報提供をされている大学の先生方ともお話しをする機会があり、“これからは、日本でもこういうタイプが伸びる一つのモデルであろう”ということで、この真横に25年ほど兄弟で内科と整形外科をやられている無床診療所があり、その横で私がリハビリ屋としてこれに取り組みさせてもらっていて、この前に訪問看護ステーションを看護師が経営している状況で、所謂グループクリニックというものをやって、過去最高の立ち上がり方をしたという状況である。

医療機関門前型事業所(東大阪)



これは医療機関門前型事業所ということで、病院などを中心に“退院されたらもう外来でリハビリテーションに通うことは断る”、という所がどんどん増えていっている。何故かというと外来でリハビリテーションを請け負っても赤字を垂れ流すという状況の中で、入院型のリハビリテーションは提供するが、外来に移行した瞬間にもう断るというところが相当増えている。

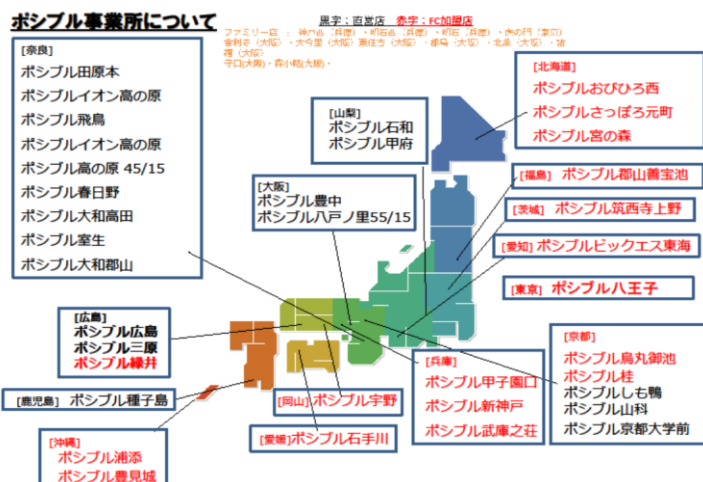
退院された後、調剤薬局と同じように、医療機関の門前で私達が継続的にリハビリテーションを責任持って提供する。病院側の地域連携室とともに協力しながら、入院中の患者さんにインフォメーションして頂いて、外来移行した瞬間からリハビリテーションを提供したいということで連携させて頂いているものである。

23坪のテナントで開設した 超小型リハ提供事業所 (介護保険通所3時間×2・自費外来サービス)

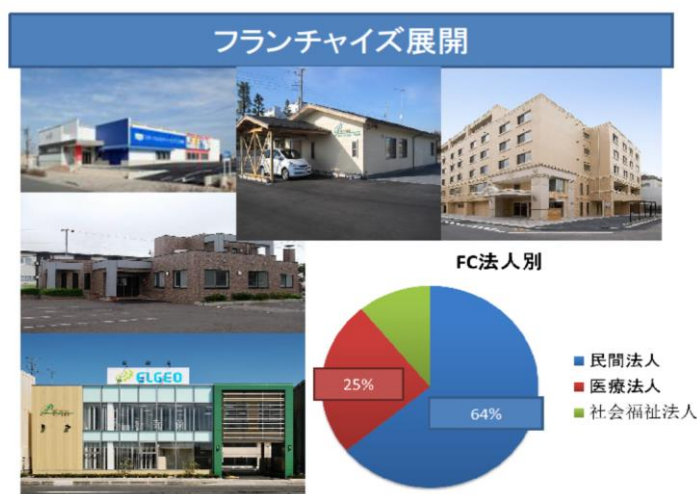


これは東京の23区や大阪市内のど真ん中、地価の高いところでリハビリテーションの提供をどうしていったらよいかということで、1坪本当に＝1万円＝以上するような部分で、果たして私達のモデルが通用するのかどうかということで、元々弁当屋の跡地23坪を活用して、午前・午後の2回転、定員10名で2回転であるので一日20名、しかも、自費でのリハビリテーションもきちんと提供するという事でやらせてもらった。単月で黒字に展開する地域ニーズを請け負うまでにおおむね5カ月に到達したということ

で、私達がやってきたリハビリ屋としての、最もミニマムなスタイルである。このような感じで地域展開をしている。



直営でリハビリテーションを手掛けることは絶対無理、自分達の方だけでは絶対無理ということで、自分達が培ってきたいろんなノウハウを共有しながら、品質を担保しながらやることに対して共鳴して頂いた皆様方とこういう協力をしながら展開している。



加盟頂いているのは、民間が64%医療法人が25%で、残りが社会福祉法人という状況である。民間法人で最も多く私どものポシブルをやって頂いている企業は、これまでエネルギーで地域貢献されてこられたような会社様に加盟頂くことが多い。

急性期在院日数の国際主要国比較

国名	診療医師総数/病床総数	急性期病床平均在院日数
日本	0.15	19.2
イギリス	0.98	8.7
イタリア	0.92	6.7
アメリカ	0.76	5.6
オーストラリア	0.72	5.9
カナダ	0.63	7.3
フランス	0.47	5.4
ドイツ	0.42	7.9
JCI認証病院中央値	0.53	5.3

※ フランス大腿骨頸部骨折後 内固定患者/6.7人口骨頭/4.0

医師数は診療を行う医師総数であり、入院診療を行う医師に限定していない。
(OECD: OECD Health Data 2009より作成)

これは、日本の在院日数と世界の在院日数を比較した状況の表である。日本が19.2日。

今、世界で最も在院日数の短いのがアメリカを抜いてフランスになっている。このフランスの医療機関における在院日数は5.4日であるというその部分、“どうしてこういう短い入院期間を確保できているのか”ということで、2年前にPT・OT・STの職能団体と厚労省の方々と視察に行き、今年も改めて2回目の視察団が出向いたが、その時に最も驚かされたのは、病院の努力もあるが、その5.4日で退院する人達を各地で受けて立つデイサービスの存在である。

日本のデイサービスと根本的に違うのは、医療依存度の高い方々も受けて立てるというデイサービスである。

今2025年の社会保障の改革シナリオ、2025年に急性期9日という目標が上がっているが、この9日を達成していくときに、病院だけの努力ではなかなかうまくいかない。

そういう意味で、看護師や理学療法士、こういった医療というところに一歩足を突っ込んでいるような職種が、早い時期の退院を地域で待ち受けて支えていくような体制ができていかないことには、達成できないのではないかと。

その世界の成功事例をフランスで確認できたかと思っている。

そういう意味で、これまでの何となく“漫然とカラオケ”、“漫然と風船バレーボール”、“漫然とヒノキの風呂”ということだけで集客をしているデイサービスと事分けてやっていかなければ、日本の寝たきりの方々を減らすことは多分できないだろうなと思っている。

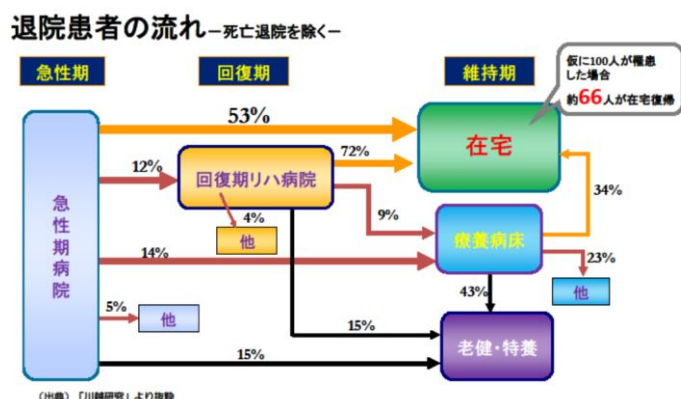
ここに来て通所介護を徹底的にやるということが漏れ聞こえてくる状況の中で、介護保険の次の改定が1年半後に迫ってきた。

自立支援という介護保険の根本的な目的に一番効果的なスタイルは何なのか、これは残すが娯楽偏重型のデイサービスのあり方に対しては疑問を投げかけるということは明快にメッセージとして発信されている中で、やはりこれからデイサービスの中で求められるのは、リハビリテーションであろう。

もう一度元気になって頂ける方に関しては元気になって頂くということで、できるだけぎりぎりまで“ぴんぴん”で、最期短い期間で“ころり”ということを実現していくためには、関心を持たれた方々を押し上げていくという部分が非常に必要だと思う。

もう一つ、私自身は、介護保険でサービスを提供し始めると、いつまでも漫然とずっとサービスを提供し続けているという状況があるわけであるが、サービスを提供する頻度というのは、例えば時間の経過とともに少なくしていったりとか、もう少し自立的に自分のリハビリテーションに取り組んで頂いたりとか

ということも交えながら、介護保険をいつまでも漫然と使わないで、効果的に財源にも貢献できるような体制で元気を支えることも考えていかなければならないと思っている。



これは国立社会保障人口問題研究所の川越研究官の資料を使わせてもらっている。少し変わっているが概ね変わっていない。急性期病院から在宅へ直接帰っておられる方が53%、回復期へ回っておられる方が12%、これからこの53%が増えてくるという状況である。

回復期に関しては、フランスは既に在宅回復期というのを実現している。回復期を在宅で実現しようということで、フランスは殆ど急性期の病院だけで具体的には動いており、在宅回復期入院というのがある。その状況の中で、急性期からの直接的な在宅への退院というのが極端に増えているという状況にある。そこへ、イコールではないが、日本もいったん10万ベッドまで回復期が広がったが、回復期というのはクオリティーに応じて3段階に分かれており、最下段階などは、いつかはどこかで振り落とされていく時代がまたまた来るかと思っている。

2025年社会保障改革シナリオ

- 急性期病床 9日
- 回復期病床 60日

13年後に向けた在院日数到達目標

- ◎高回転 少数精鋭病院
- ◎在宅回復期への展開
- ◎在宅療養支援診療所の全国展開
- ◎在宅入院型早期自立支援サービス

2025年の社会保障改革シナリオ、急性期9日、回復期60日ということで、13年後に向かって動き始めているわけであるが、極めて高回転になると、病院そのものは少数精鋭病院が残っていく。今非常に多機能な病院が存在する中で、医療の果たす役割という部分が結構包括されてくるだろう。

一方、フランス同様の在宅回復期への展開という部分が加速度的に動くだろうということ、そこにおいて、開業されている診療所が、この在宅に対応できる体制を組めなければ在宅で医療依存度の高い方々を受けて立つというのは難しい。

その状況の中で、医師会に登録されている先生方の診療所の約13%が在宅療養支援診療所として登録されているが、実際に本当に在宅支援診療所として機能している診療所は極めて少ないと読み取ることができる。

そういう意味で、実態として在宅に力を及ぼして頂けるような在宅療養支援診療所が誕生してくることが、これからの在院日数短縮を実現していく上でも非常に大きい。そして、最後に、私どもがやっているような在宅入院型の早期自立支援のサービス、デイサービスや訪問看護ステーションを活用しながら早期に自立した生活を支援する在宅ケアそのものの事業所が、日本全国各地にそういう心強い事業所が展開しているという状況を早く作っていかねばならないと思っている。

日本医師会の直近の情報をホームページで確認すると、日本医師会に16万人の開業医の先生方が加盟されており、86%が診療所を運営されている。この先生方が本当に在宅療養という部分で力を注がれるかどうかというその部分の決意も、何らかのメリットも含めて制度の中にうまく盛り込んでいかないとなかなか増えてこないだろうと思った。

フランスのリハビリデイサービス



これはフランスのデイサービスである。上は所謂サージュ、高齢者の住宅で、日本と同じように送迎車があり、1階部分でデイサービス。その中身はもうすべて100%リハビリテーションというのが、デイサービスが果たす役割である。



中を見ると、このような日本とよく似た感じであるが、フロアがあり、テーブルがある。

日本と圧倒的に違うと思ったのは、リハビリテーションというフィジカルの部分と、もう一つ、先ほど冒頭で申し上げた、やはりメンタル、そして目標が非常に鮮やかであるということである。

“自分はもう一遍会社へ帰れば、紙をめくったり、キーボードをたたいたりする仕事に復帰するのだ”ということであれば、もう圧倒的にそれを目標に徹底的なフィジカルトレーニングをしているし、“家族とともに最後に旅行へ行きたいのだ”ということであれば、旅行へ行くための具体的な課題を明快に出して、その課題に対してリハビリテーションをやっておられる。

そういう目標の鮮やかさが違うことともう一つ驚いたのは、栄養である。

特にリハビリテーションと栄養という部分が非常に強く、表裏一体として、弱っておられる方々、フィジカルに問題を持たれている方々に栄養とともにリハビリテーションをしていることが当たり前だろうというような答え方をするぐらい、常識だというような感じであった。

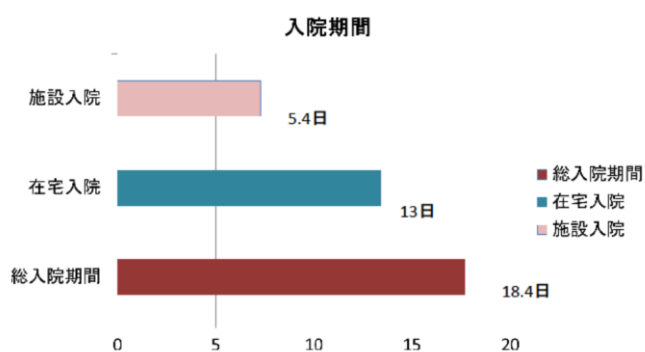


これがリハビリテーションの現場である。

ものすごく具体的で、例えば、“雨が降った日に傘を差して歩けるかどうか”、こういうことを課題としている人達だけを集めて、傘を差して下にいろんな不安定材料を敷きながら、そこを何回も反復して歩く。

日本はどちらかというと例えば、筋肉トレーニングとか、バランス訓練とか、比較的無機的なトレーニングが多いが、向こうへ行くとすぐ生活に直結していくようなトレーニング、例えば、盆に水の入ったコップを載せて、そのコップから水がこぼれないように配膳するということを何回も主婦の方々に反復的にトレーニングしたりということで、本当に即生活に直結する課題を抽出して繰り返し繰り返しやっていることに感動した。

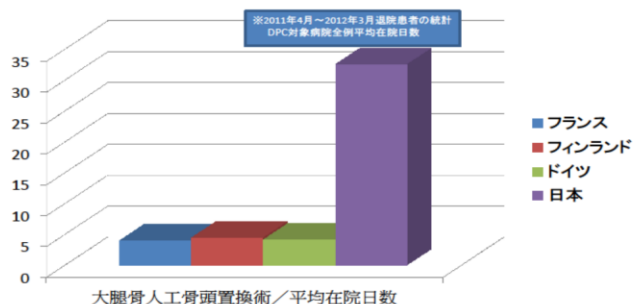
フランス在宅入院の現状



フランスはこういう状況である。病院に入院するのは5.4日、在宅入院と言って、先ほど在宅回復期と申し上げたその部分が大体13日、そして、その2つを合わせて総入院期間なわけである。今の日本の急性期の入院期間とほぼイコールである。それを施設入院と在宅入院に分けただけである。

フランスの厚労省の説明では、これで財政として随分医療に掛ける財源が助かっており、何よりも在宅ケアの拠点が充実することで病院に入院する期間が短くなったと言う。アメリカを抜いて世界で一番短くなったということがやはり即財源的に改善された。

大腿骨人工骨頭置換術 —平均在院日数—



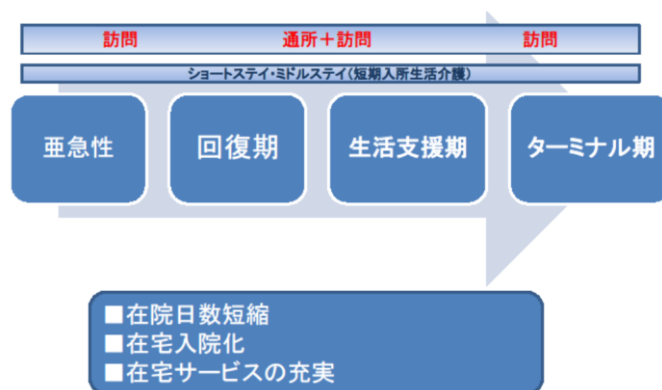
一つ、今日本の高齢者に多発している大腿（だいたい）骨頭部（けいぶ）骨折、大腿（だいたい）骨の根元の骨折の患者に人工骨頭を入れた人の在院日数ということで2011～2012年の間の1年間でデータを取ると、フランスは全く同じ手術であるが、病院を4日で退院している。人工骨頭の人、平均4日を出ている。

ところが、日本は、同じ手術であるが31日も掛かっているという状況の中で、私がこの数字を見て一番感動するのは、人工骨頭の人が4日で家に帰ってきて、サポートする訪問と通所の要するにサービス提供

拠点があるということに一番感激するわけである。

人工骨頭といったら、大体皆さん 20cm ぐらい切るのであるが、4日目というと動かすとまだ出血するような段階で家に居るという状況をサポートしているスタッフのレベルがある。結局は、やはりこの人材のレベルというところに日本の地域ケアがこれから展開できるかという、今、人材育成の存在しない日本で、この地域ケアを広げることはやはりできないなと感じている。

サービスの在宅化



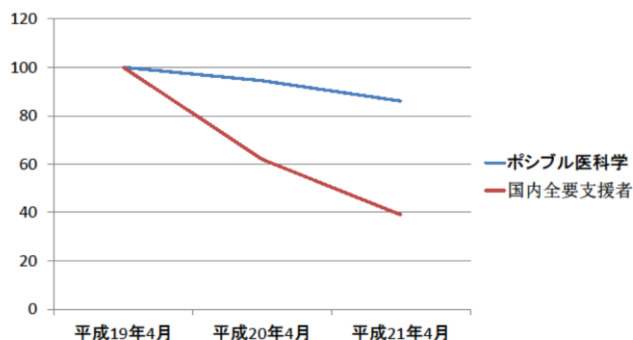
これからの在宅というのは、そういう意味で、亜急性からターミナル期まで在宅という、どうしても生活支援期からターミナル期というイメージであるが、回復期も亜急性も含めて在宅で一元的に見るといふ時代が多分来るのではないかということフランスの事例から学ばせてもらった。

在宅限界域の拡大

- 知識・技術向上
- 病態に関する管理能力向上
- 疾病再発増悪予防に向けた実践
- 医療側との連携
- 多職種連携の在宅リハケア

私達の今の在宅というイメージの限界域を拡大していくためには、やはり“知識や技術を向上させなければいけない”、“病気に対する管理能力を上げていかなければいけない”、こういう医師以外のコメディカルスタッフ、医者から権限移譲を受けて、ある程度の自分たちの裁量で判断して動いていけるぐらいの実力を付けないと、この在宅というところの広がりにはなかなか難しい。それを少しでも、1ミリでも動かしていくために私達も頑張っていかなければいけないと思っている。

要支援者の2年後の変化 (要支援Ⅰ・Ⅱ)



これは、ポシブルの2年間の成績、所謂通信簿を作ってみた。

平成19年4月から平成21年4月までの間に国全体の“要支援1・2”の方々が、“サービスをこの2年間継続的に受けながらもどれぐらい平均的に沈んでおられるのか”を表したものである。

この平成19年の4月の段階で“要支援1・2”だった方が、この2年後には62%の方が“要支援1・2”に留まっていることができていない。要するに要介護へ突入されているという状況である。

一方、ポシブルに通われている方々というのは、同じこの時点でポシブルの平成19年4月の段階は全国で直営店7店舗、フランチャイズが5店舗という状態での“要支援1・2”の方々である。N数としては142ケースの“要支援1・2”という方々の沈み込み方をこの2年間、厚労省と同じような計算式で扱っている。

そうすると、こちらは62%沈んでいるが、ポシブルに通っている方々は13.95%沈んでおられる。これはあくまで皆さん要介護のレベルで見ている。従って、数尺的なもので見ているのではなく、“要支援1・2”の方が、何割要介護に突入されているか”というその割合だけを見ている。

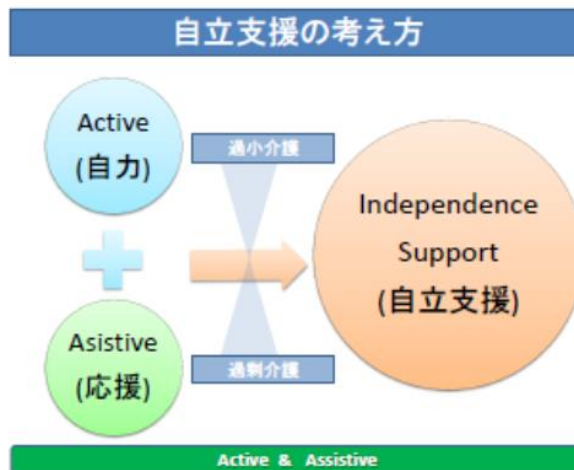
それにしても格差が出過ぎであると思う。

これは私達が自慢する話ではなく、実は、“全国の通所介護がやることをやっていない”ということを目指しているのだろうと思う。

介護保険がど真ん中でやるべきことというのは、自立支援という言葉がど真ん中にある。

(介護保険法の第1条に書いてある。)この自立支援というのは、イコールリハビリテーションというご理解を頂いてよいと思う。そういう意味で日本の介護保険の事業者が、これまでの13年間、介護保険が導入されて13年間は、参入障壁が非常に低かった、非常に参入しやすかったという状況の中で、これまでは何でもありの時代だったと思う。

しかし、これから先の介護保険というのは、ある程度その品質、そして効果というものにやはりしっかりこだわりながら展開する事業者が増えていくことが、我々が一つ頑張っていかなければいけないところかと思っている。



今、日本の所謂自立支援という部分で最も頑張っていないのは、日本の介護保険事業所というのは、過剰介護が多過ぎる。

例えば、アルゼンチンの国際オリンピック委員会総会で彼女（滝川クリステル）が言った言葉 “お・も・て・な・し”。“おもてなし”し過ぎている。

日本の通所というのは至れり尽せりである。もうそこへ座っておればすべてが成り立つという状況である。私達の通所は、のどが渴いたと言われたら、では、一緒に冷蔵庫まで歩いて行こうと、冷蔵庫へ行けば、ご自分で当然開けて頂いて、中からペットボトルを引き出して頂いて、自分で、できない固まりの人であればわきに挟んで、ペットボトルの口を開けて、自分で注いで飲む。徹底的に手伝わぬことが、私達の重要なコンセプトになっている。

実は私、ちょうど1999年にフィンランドのリハビリセンターへ行って、そのときに驚いたことがある。それは、リハビリの部屋で患者が、自身で所謂機能訓練をやっている。担当の理学療法士は居る。その担当の理学療法士は、訓練室の周りにある自分の部屋からガラス越しにその患者を見ている。しかも、その1999年の段階で、PTがインカムを着け、理学療法士同士が話をしているのだろうと最初思ったが、実はこれで患者と話をしている。なぜなのだと思うと、徹底的に自分でやらせようということである。生活を一人で過ごせるようになるために、徹底的に手を出さない。ぎりぎりまで手を出さない、自分でやらせようことがリハビリテーションの哲学だと言われた。そう考えると、本当に申し訳ないが、日本の今の介護保険のあり方が、やはり一人一人、まずはベッドに寝てほしいから始まって、なかなか自ら動くことを促し切れていないところで、元気になるはずの人でもなかなか元気がならない。いろんな大学の学者の皆さんが書かれている中で、日本の高齢者が弱りやすいことに一番影響を及ぼしている要因として、過剰介護が虚弱化することの先行要因であると取りまとめている学者もたくさんおられる。私達は徹底的に過剰介護を排除してやっている。

地域貢献・持続成長可能な
在宅リハビリセンターの近未来モデル

1.医療から介護の中継点

2.介護保険の自立支援推進拠点

3.障害者福祉の自立支援推進拠点

4.疾病予防・介護予防推進拠点

(5.認知症の問題解決拠点)

医療保険(訪問)・介護保険(訪問・通所)・障害者支援費(通所)・自費(通所・訪問)

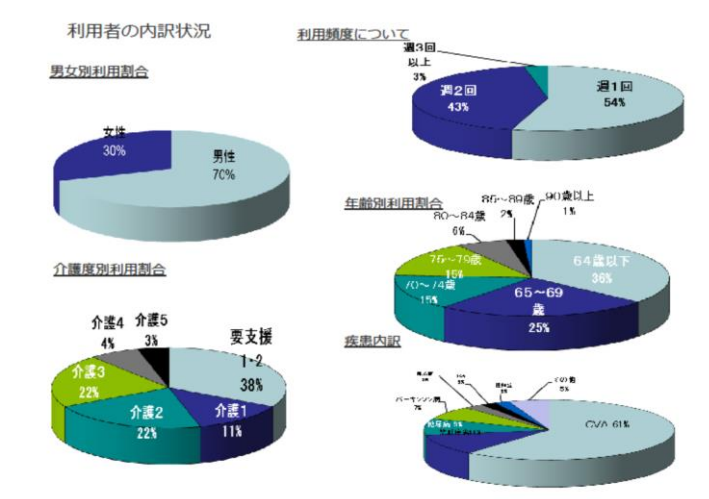
これから在宅リハビリセンターとして私達がやっていくべきことというのは、この5つを想定している。

1つは、短くなっていく在院日数の医療機関とその介護をきちんと繋ぐ、医療と介護の中継点になり得る立ち位置で頑張らなければならない。所謂病院に勤められている勤務医の先生方から見ても、“え？デイサービス”という視点ではなく、デイサービスでもしっかりやられているところがあると理解してもらえようような頑張り方をしなければならないと思っている。

先日、東京医科大学に急性期の勤務医ばかりが集まられて、私が講演させて頂くという会があった。そこで一番強くディスカッションさせてもらったのは、急性期からいきなり在宅へ帰せる可能性、そういう高度医療機関からいきなり在宅へ帰すことのできる可能性はどうかということ。もう一つは、デイサービスが全国に3万4,500カ所ある。3万4,500カ所というのはすごい数であるが、東京では、この3万4,500カ所からとてつもなく救急車が来る。デイサービスから来る救急車の数がこれだけあるというデータを示されて、君達のところの医学的な管理はどうなっているのかと発言された。そういう意味で、在宅サービスを提供する側の医療レベルと、医療機関の医療レベルとがもう少し繋がっていく、高低差はあったとしても、ギャップが大き過ぎる状況の中で、その部分も頑張っていかなければいけないと思っている。

更に、介護保険の自立支援推進拠点としての役割、もう一つは、デイサービスに許されている障害者支援費。0歳から39歳。今介護保険でリハビリを提供できる年齢の下限は40歳である。では、0歳から39歳の方々は使えないと言われている方が多いが、私どもはデイサービスで0歳の赤ちゃんもリハビリとして見せてもらっているという状況の中で、こういう障害者福祉の自立支援。介護保険と全く見劣りのしない報酬も付いている。

更には、疾病予防・介護予防推進拠点。もう一つ最後に、まだ私達十分に取り組めていない、まだ入れない状況なので括弧に入れてあるが、認知症の問題解決の拠点というようなことを、これから私どもは、在宅のリハビリセンターの役割として担っていく必要があるかと思っている。



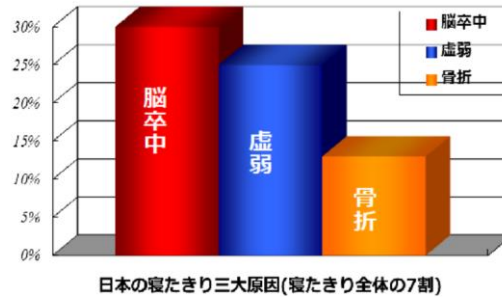
私どもの、これまで見せて頂いた方々の累計が 17 万人。17 万人の方々にポシブルでサービス提供してきているわけであるが、その中で非常に特徴的なのは、日本のデイサービスの利用者の約 8 割は女性であるのに対して、私どものポシブルは男性が 7 割という状況である。ということは、これまでは男性が行けるようなデイサービスではなかったと理解したほうがよいと思う。

もう一つは、要介護がどのような状態であっても、リハビリニーズはあるということである。“要支援 1”であろうが、“要介護 3”であろうが、あらゆる介護度に応じたリハビリニーズがあるということ。

それともう一つは、64 歳以下のリハビリニーズが極めて高いということである。実は高齢者以外の方々のリハニーズを極めて受け取っているというのが、リハビリデイサービスの非常に大きな特徴であるということである。

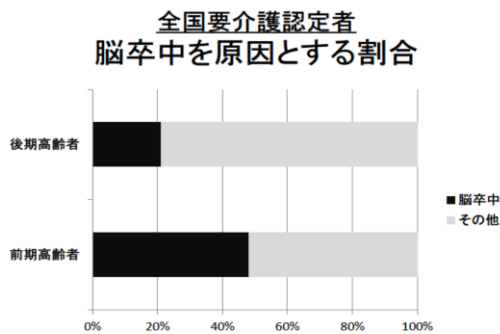
更にもう一つは、最近ますます特徴的なことは、脳卒中の方々の利用率が上がってきているということである。脳卒中の方々の年間の発症数というのは 32 万件あるわけであるが、この 32 万人のうちの 18 万人が生き残る。その殆どの方がリハビリテーションを必要とするという状況の中で、脳卒中の方々が非常に増えている。しかも、日本の介護保険で認定されている前期高齢者全員の 46% は脳卒中の方である。そういうことになってくると、この介護保険の一つのテーマは、脳卒中の方々をどのように支えていくのかということになる。脳卒中の方々は手を抜いた瞬間に寝たきりに落ち込んでいかれるという状況の中で、日本の寝たきりの 3 人に 1 人が脳卒中の方。ここをどうにかしていくことが、私達の一つの課題なのかと思っている。

わが国の寝たきりの原因



ということで、日本の寝たきり実態を表したのが、このグラフである。脳卒中が今 30%を超えている。虚弱、骨折で7割ほどの日本の寝たきりの原因を表している。

地域における役割



初発脳卒中後の再発率

(単位: %)	1年以内	3年以内	5年以内
脳卒中全体	13	35	51
①脳梗塞	10	34	50
-ラクナ梗塞	7	30	47
-アテローム血栓性脳梗塞	15	42	47
-心原性脳塞栓症	20	42	75
②脳出血	26	35	56
③くも膜下出血	33	55	70

(出所) 中山博文:「脳卒中になったその日から開く本」、保健康人社、p.87を一部改変

先ほど話した前期高齢者、後期高齢者で脳卒中を挙げると、現在の日本の550万人の認定者をこのグラフ1枚で表すと、前期高齢者における脳卒中の割合というのは極めて上がってきているという状況にある。

もう一つ、非常に大変なのが、脳卒中の人達の再発率である。脳卒中の方々は、5年以内に51%も再発している。今年の2月に名古屋大学からこういう発表があった。「脳卒中のリハビリテーションは徒労と化す」というテーマの現役の教授のデータに裏付けられた発表だった。これはどういうことかということ、リハビリ、リハビリと言ってたくさん金を使ってはいるが、要するに半分は滑り落ちていくので、リハビリの成果は役立たないことをあえて発表されていた。私達は、そういう意味であって、これからのリハビリと脳卒中の再発予防とを抱き合わせでやっていかないと、脳卒中のリハビリテーションは、社会全体にとっては負担になる一方だという状況が考えられ、今私達は、それをやり始めている。その状況の中で、既に先行している名古屋大学から先日出てきたデータは、この51%の再発率の中で、名古屋大学の介入では11%ぐらい落ちているという状況である。それはどういう介入かということ、有酸素運動である。有酸素運動的な介入が脳卒中の再発を最も有効に抑えるということ、幾つかの群を用いて調査されているが、そういうことを見て、リハビリテーションと疾病予防、特に再発予防である。

再発予防で一番成功しているのは、ドイツの心筋梗塞。ドイツは2人に1人が心筋梗塞でなくなっている。その状況の中で、生き残られた方々の再発予防というところに非常にうまく介入ができていて、私もそこに半月同行させてもらったことがあるが、初発者を集めて、地域コミュニティの中で徹底的に再発

予防をやっておられる。そういう取り組みが併せて必要になってきていると思う。

理学療法士(MOBILE THERAPIST)によ



私達が提供している現場の標準的な風景である。ここに理学療法士が居る。私どものリハビリテーション型のデイサービスというのは、0歳～100歳ごろまで来られているが、その要になっているのが理学療法士の存在である。理学療法士は何をやっているかという、徹底的な評価である。要するにリハビリテーション的な評価をやって、何がこの人の課題で、何が問題で、どういうプログラムに取り組む必要があるのかを徹底的に評価している。実はトレーニングをやっている人達は、皆さん介護職である。早く言えば全員理学療法士を雇用したら済む話であるが、それではもう全く経営的に成り立たない。そういう意味で、理学療法士にリハビリテーション的なマネジメントを徹底的にやってもらって、リハビリテーションに関する旗振りをしてもらう。実際にリハビリテーションの提供実態、リハビリテーションそのものを提供している実行主体は介護職である。この人達をリハビリ屋に基本的に化けてもらうために、ある程度任せることができるのに、やはり最低レベルでも2カ月は掛かる。安心してというところまで行こうと思うとやはり2年ぐらい掛かる。基本的なことでまず動いてもらうまでに成長してもらうのに2カ月という状況で、所謂理学療法士からオーダーが行くと、彼ら・彼女らがやってくれる。

今ここに看護師が映っているが、看護師は一体何をやっているかという、先ほどの疾病再発予防。リハビリテーションをしに来られる方々に漏れなく存在するのは、疾病ないし外傷である。その疾病ないし外傷を再発しない、もしくは増悪させないということで、かかりつけ医の先生方、主治医の先生方と連携しながら、看護師は徹底的な疾病のマネジメントをやっていくということが、私達の取り組みである。



中の様子は、このような感じである。先ほどから赤い紐が奥のほうに見えると思うが、この赤い紐というのはノルウェーのリハビリテーション施設でごく当たり前に存在する物であり、東京のノルウェー大使館に行っても、大使館に入ってすぐのところに自慢気に置いている。これを使って何をするかというと、失った生活機能を50回、100回繰り返すということをこの紐を使って提供する。日本のリハビリテーションの現場から最も姿を消しているのは、実は反復という作業である。急性期、回復期でのリハビリテーションのあり方というのは、徹底的に手技、自分の手から伝えていく手技に依存した理学療法や作業療法で、患者さん自身に、徹底的に反復することによって生活機能にもう一度自信を取り戻してもらおうとか、自分ができるのだという気持ちを取り戻してもらって、実際にできるようになっていくことを促すこの反復ということが、この日本のリハビリテーションの現場から最も姿を消していると言えると思う。このような感じでやっているところである。

これは、一歩踏み出したところに不安定な地面があって滑りそうになったときに自分の体をどう立て直すかということをして50回やっているところである。



これは例えば一番右斜め下の高齢者の方々が取り組んでいるのは、斜めに立ち上がっていくということである。斜めに立ち上がっていくことを、実は立ち上がる時、真つすぐ立ち上がる人はいない。目標物が決まっていたら、必ずその方向に向かって体をねじりながら立ち上がり、斜めへ一歩を踏み出していく。実はこういうときに本当にこけている。そういうことを実際に練習しないで退院させてしまうことで実際に生活場面に行くことができなくなることだらけということがたくさんあることを徹底的につぶしていくという

ころが、こういう現場である。

各種自費サービス開発

- 通所介護サービス全般の自費利用
- 各種横出しサービス・自費単独サービス
(産学共同調査研究・学会発表・国際論文レビュー)
 - ◎失禁改善プログラム
 - ◎脳卒中片麻痺上肢麻痺改善プログラム
 - ◎呼吸機能改善プログラム
- 営業時間外自費サービス
 - ◎理学療法士
 - ◎健康運動指導士
 - ◎看護師

基準該当施設として

- 制度:障害者支援費制度■
 - 自立訓練 778単位 7997円(ある市町村の事例)
 - ※自己負担については利用者によって異なる
- 利用可能頻度 23日/月
- 利用可能期間
 - 自立訓練 6ヶ月
 - 生活介護 ……
- 利用条件
 - 利用者本人が障がい者認定
 - 利用者本人の住居市町村に基準該当施設として申請・認可

一方、私達は、こういう自費のプログラムを提供している。その提供実態としては、尿漏れ、失禁の改善プログラム。これは明らかに基礎調査をして、論文にもして、いろんな批判を仰いだ結果として提供するようなプロセスを取っている。更に、脳卒中の上肢の、腕の麻痺に対する改善プログラムである。そしてもう一つ、リハビリの現場をやっている一番増えているのが、呼吸の病気の方々である。もう加速的に増えている。吸えないのではなく吐けないという方々が本当にたくさん増えている。私がこのリハビリ屋を始めたときには1人もおられなかった方々は、酸素を引っ張ってくる方である。こういった方々が非常に増えているということで、呼吸のリハビリテーションを自費で提供している。

横出しサービス



- 尿失禁改善プログラム(京都大学・星城大学)
- 脳卒中上肢麻痺改善プログラム(星城大学・畿央大学)
- 呼吸機能改善プログラム(畿央大学・星城大学)

これは今自費で提供している現場である。これは女性の尿漏れのプログラムを自費で提供している。右に居るのが理学療法士、左に居るのが健康運動指導士である。

保険外サービス2

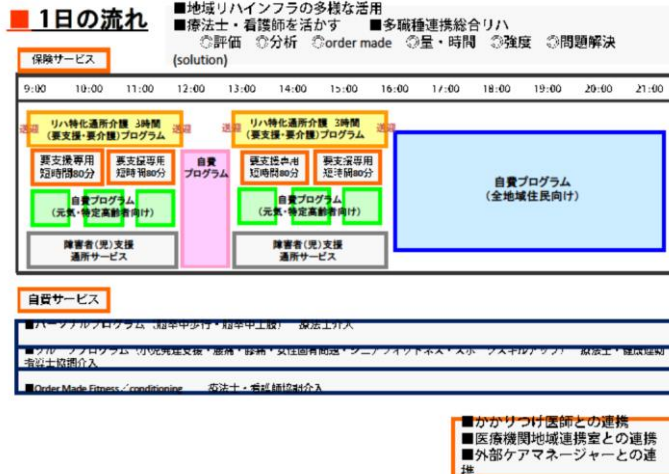
あさか元気クラブ

- 健康増進事業
 - 健康増進普及啓発事業
 - 地域健康チェック事業
- 3ヶ月のモニター期間を設け、希望者に関しては有料化で継続。
※モニタリング、運動習慣、仲間作り



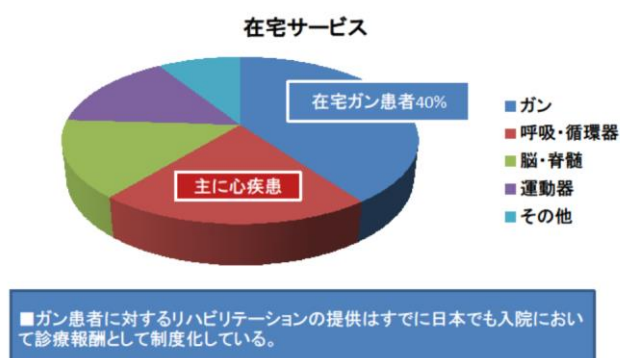
一方、まだまだ要支援ではないが、だいが弱ってきているという、自信を失ってこられている高齢者ばかりを集めて、こういう予防的な対応をやっている。これは1コイン、500円でやっている。一事業所大体220名ぐらいの登録者を作って組織してやっている。

リハ機能特化型デイサービス



一日のデイサービスがどのような感じで動いているのかというのが、このスケジュールである。一番上を見ると、要介護の方々が半日で2回転している。黄色いところである。その下に要支援者の短時間、自分で来られて自分で帰れるという要支援者がたくさんおられる。車を運転される方もおられる。そういう方々に80分で、どうぞ好きなときに来て、好きなときにお帰り願うというプログラムを提供している。もう一方は自費。こういうことは、通所リハビリテーションでは絶対許してもらえない。通所介護でのみ許してもらえるという状況である。最後に、障害者、0歳から39歳の方々のリハビリテーションも提供している。昼休みと夕方からは自費。単独で地域住民の方々に提供する。こういうことを通じて、今デイサービスを活用させてもらってリハビリテーションを提供している。

在宅リハが提供される対象疾患

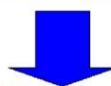


これは、フランスの通所が支えている情報である。フランスの訪問や通所が担当している患者さんで最も多くの方々はどのような病気の方々かということ、実は癌患者である。病院で、診療報酬に癌のリハビリテーションというのが始まったが、これ、在院日数が短くなってくると、癌リハビリテーションがどうしても在宅へはみ出してくるのは仕方ないところで、もう既にフランスは在院日数5.4日であるので、その状況の中で、癌患者を通所や訪問でどう支えるのかということが具体的に動いている。

理学療法士、作業療法士が在宅リハビリテーションを行うということで提供している患者の約4割が癌患者、次は心疾患、そして脳卒中という状況である。こういう状況が日本にもやってくる可能性はあるということである。

高齢者生活自立特性

「できる」→ 格差 ← 「している」

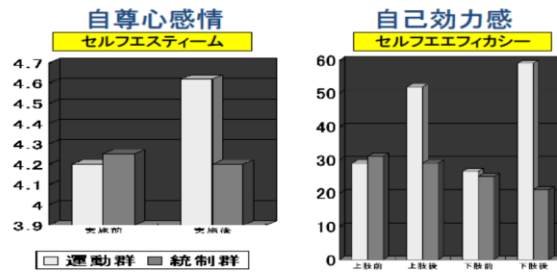


自己効力感(セルフエフィカシー)低下
自尊心感情(セルフエスティーム)低下
(生活障害先行要因)

それでは、最後の部分、私達が冒頭で申し上げた“要支援1”、“要支援2”の方がフィジカルではなく、フィジカルだけではなくメンタルの問題が相当大きいということで活用しているのが、行動科学療法というものである。平たく言うと、所謂スポーツ選手のコーチング理論である。コーチング理論をそのまま高齢者に当てはめてサービス提供している。その最も私達のリハビリテーションのターゲットになっている部分は、この2つである。自己効力感、世界共通でセルフエフィカシーと呼んでいる。自尊心感情、これはセルフエスティーム。この2つの感情は、必ず同期して変化する。私達が直接介入しているのは、このセルフエフィカシーの方である。一番理解しやすい言葉で言うと、所謂“自信”というのを数値化したものである。

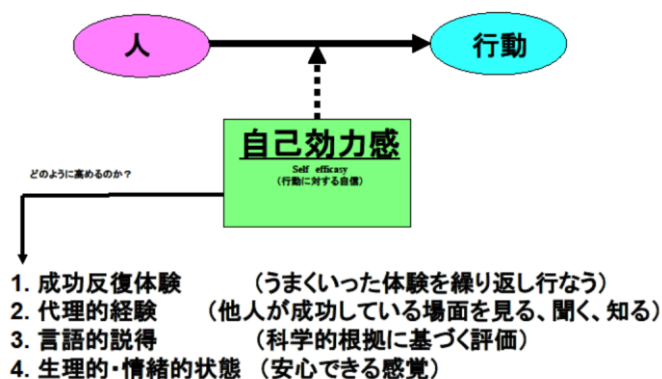
SF36の結果

- ①ADL機能で運動群は統制群に比して向上 (p=0.08)
- ②健康感で運動群は統制群に比して向上 (p=0.004)
- ③社会生活機能で運動群は統制群に比して向上した (p=0.05)



この自信をどう上げていくかということで、私どもが8年前に実施したデータである。これは、私どものデイサービスでセルフエフィカシーを押し上げるような取り組みをしたものが、この白い棒グラフである。グレーの棒グラフは、行動科学的な介入、所謂自己効力感に対する介入を全くしていない従来のデイサービスの自己効力感テストの数値である。これ、半年間介入をしている。半年間介入すると、私どもの利用者の自己効力感が有意に上がっている。下半身に対する自己効力の調査、これは世界標準で存在するセルフエフィカシーテストというものであるが、この下半身に対する介入も、同じくやはり私どもの通所を利用されている方々に対して有意に上がっていくわけである。その方々、この自己効力感が上がって、要するに自信が上がってきた方々に特徴的なこととして、自尊心感情が上がると書かれていたので、それを私達で測定すると、やはり上がっている。自尊心感情というのは、自分が過去よりも非常に良い状況であるとか、すてきな状況に変化しているとか、そういう感じであるが、非常に私が感激したのは、自己効力感とか自尊心感情を上げてきた人達が、これ、世界共通のQOLテストでSF36というのは、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、いろんな職種、約30職種ぐらいの皆さんで世界的に、国際的に開発されたQOLの検査であるが、このSF36で見ると、この自己効力感、自尊心感情を上げてきたケースというのは、殆ど漏れなく日常生活の機能が上がっていると意識している。もう一つは、自分は過去より健康になっていると意識している。もう一つは、過去よりも家族や地域に自分は関わられるようになってきていると意識している。

【自立メカニズム】



このように、やはり気持ちの部分のいい連鎖が起こっていることも、この自己効力感を上げるだけで、ここが連鎖していくということが分かってきて、私達は、こういうことを現場で徹底的にやっている。

一つは、成功反復体験。要するにうまくいったということ、その高齢者が達成可能な水準、失敗させてはいかんということである。徹底的に成功することを反復してもらうということを徹底的に供給する。概ね30回から50回ぐらいの回数を、一つの課題に対して成功反復的に供給するという原則をしている。

もう一つは、代理的経験ということで、過去脳卒中になられた方が、6カ月前にポシブルの利用を開始されて、現在すごくうまく歩いている。そういう方のデータや映像を今から使い始める方々に見て頂いて、半年後に皆さんこうなっている可能性があるということで自己効力感を上げて頂く。

もう一つは、言語的説得を行っている。この言語的説得というのは、褒めるということである。この褒め方も、実は私達スタッフの朝礼のときに、今日利用の方々の、この方、この方、この方の、こういうところに注目してほしいということ、事業所の管理者からスタッフ全員に通達があり、その日、その提示された大体四、五名の方々に、その職種、それぞれの立場で褒めることを課題にするわけである。理学療法士は、“最近何々さん、横揺れ全然しなくなったよね、すごいよね”という褒め方、介護の皆さんは、例えば“見ていても最近安心して見ていられる”というような褒め方、それぞれの職種によってさまざま多様な褒め方が存在することで、やはり顔色が変わってくる。褒められたことを、家へ帰って家族に伝えるわけである。そういう状況の中で、やはり自己効力感が上がってくるということである。

最後に、生理的・情緒的状态というのがあるが、これは例えば、こけても大丈夫のように私がいつでも付いているからという言葉の一つ発信するとか、例えばあなたが倒れたときにはきちんとつかんであげられるように、こういうベルトを巻いているという事実を伝えるというような、要するにそういうセーフティネットを張っていることを発言してあげたり、見せてあげたりすることが、生理的・情緒的状态に対する介入である。

こういうことを社員に徹底して、踏み込むようにすることによって、私達の事業所の利用者は、自己効力感をすさまじく上げてくれているという状況である。

よく起こることは、私達理学療法士の前ではできる。ところが、家へ帰ったら全くしない。なぜそのようなことが起こるかという、本人はできないと思っている。私達の前で立ち上がって10m往復を一人でできる人が、“できるよね”と私達がいくら言っても、家で絶対しない。リハビリテーションは、そこからのスタートである。要するに私達の前で階段一往復できる人が、家族に聞いたら、家で階段を上がっているところを見たことがないと言う。それはなぜかという、本人が階段を上がれると思っていないからしていない。それをできると思えるところまで持っていくのが、リハビリテーションの非常に重要な点である。退院以降、生活の現場に帰った方々に対するリハビリテーションで一番大事なものは、できるという確信である。その確信レベルまで持ち上げるのに、セラピストや介護職が頑張らなければならない部分というのが非常にたくさんあるということで、今日、私がやってきたリハビリテーションの大筋を聞いて頂いた。ご清聴どうもありがとうございました。

(丁)

(文責：日本経済調査協議会医療産業モデル研究委員会事務局)