



東京都リハビリテーション協議会報告書

平成13年11月

東京都リハビリテーション協議会

はじめに

都においては、リハビリテーション医療を、これまで、実施内容、実施場所、実施時期により、早期（急性期）・専門（回復期）・地域（維持期）の三相に区分し、都立専門病院の設置を始め、リハビリテーション専門病床の整備、従事者の育成など、積極的にリハビリテーション医療体制の充実に努めてきた。

急速な高齢化の進行や医学・医療技術の進歩に伴い、疾病や障害の多様化が進む一方、平成12(2000)年4月には、介護や支援を必要とする高齢者の自立を社会全体で支えることを目的とする介護保険制度が実施されるなど、現在、リハビリテーションをめぐる環境は、大きく変化しようとしている。

高齢者や障害者等が、適切な早期・専門のリハビリテーションを受け、寝たきり状態になることを予防し、生涯にわたって住み慣れた地域でいきいきとした生活を送り続けることができるようにするためには、地域において保健・医療・福祉の連携が図られた体系的なリハビリテーションサービス提供体制の構築が求められている。

このため、都は平成12(2000)年7月に本協議会を設置し、リハビリテーションサービスの提供の在り方等について検討を行った。

また、リハビリテーション資源に関する実態を把握するため、「東京都リハビリテーション実態調査」を実施し、本協議会の検討に資することとした。

本協議会は、これまで4回、さらに部会7回を開催し、鋭意検討を重ねた結果、ここに結論を得たので報告する。

本報告が、リハビリテーションサービス提供体制の充実を図る上で活用され、都民の自立した生活の確保に寄与することを望む。

平成13年11月

東京都リハビリテーション協議会
会長 米本恭三

目 次

はじめに

第1	検討の視点（リハビリテーションの概念とリハビリテーション医療）	1
第2	都におけるリハビリテーション医療提供体制整備の経緯.....	2
1	リハビリテーション医療提供体制の整備.....	2
2	理学療法士及び作業療法士等の養成と資質の向上.....	3
第3	リハビリテーションサービス提供体制の現状と課題.....	5
1	リハビリテーションをめぐる環境の変化.....	5
2	都におけるリハビリテーションサービス提供体制の現状と課題.....	5
3	急性期から回復期、維持期へのリハビリテーションの円滑な移行と 各相における連携.....	8
第4	リハビリテーションの充実に向けた具体的方策.....	12
1	基本的考え方.....	12
2	リハビリテーションサービスの充実.....	12
3	連携システムの構築 (地域におけるリハビリテーション支援体制の充実).....	15
おわりに	18
資 料	19
参 考	37

第1 検討の視点（リハビリテーションの概念とリハビリテーション医療）

リハビリテーションは、疾病、外傷等により生じた心身の様々な「障害」を対象としている。

障害は、機能障害、能力障害及びこれに起因する社会的不利と主観的な体験としての障害といった様々な位相においてとらえることができる。こうした様々な位相の障害によって失われている「各個人の尊厳」、「本来のあるべき可能性」を回復させるのがリハビリテーション（以下「リハビリ」という。）である。このため、リハビリは、医学、教育、職業、社会環境等、多方面からのアプローチを必要としている。

リハビリ医療は、そうしたリハビリの中で医学的アプローチを中心としたものであり、都においては、これまで、実施内容、実施場所、実施時期により、早期（急性期）・専門（回復期）・地域（維持期）の三相に区分しその充実に努めてきたところである。

急速な高齢化の進行や医学・医療技術の進歩を背景に、リハビリに対する需要が高まる中、平成12(2000)年4月には、介護や支援を必要とする人々が、その人が持つ心身の能力を活かし、自立した日常生活を営めるようにするため、社会全体で介護を支える「介護保険制度」が実施された。高齢者や障害者等が、住み慣れた地域でいきいきとした生活が続けられる、つまりノーマライゼーションの実現に向けて、医療だけでなく保健、福祉等多くの分野が関与することの必要性が高まっている。このような視点から国においては、「地域リハビリテーション推進事業」が開始された。

本協議会においては、こうした状況の変化を踏まえ、保健・医療・福祉の連携のとれたリハビリ提供体制構築の第一歩として、保健・福祉分野も視野に入れ、リハビリ医療からのアプローチを中心に取組の検討を行った。

第2 都におけるリハビリテーション医療提供体制整備の経緯

1 リハビリテーション医療提供体制の整備

(1) リハビリテーション医療の体系と専門病床の整備

昭和 50(1975)年代を迎えるころ、都においては、脳血管疾患等の機能障害を伴う疾病の増加や急速なモータリゼーションの進行による交通事故の増加を背景に、リハビリ医療への需要が増大したが、都内のリハビリ医療の供給は全般的に不足していた。このため、都は、昭和 49(1974)年から2年間、「リハビリテーション医療基礎調査」を実施し、昭和 53(1978)年には、「リハビリテーション医療調査委員会」を設け、リハビリ医療の充実に向けた取組を検討し、昭和 55(1980)年 10 月には、「東京都におけるリハビリテーション医療体制のあり方に関する報告書」(以下「55 年報告」という。)をまとめた。

55 年報告では、リハビリ医療を「初期・専門・地域の三層体系」として整備すること、発症後早期からの一貫性を持ったリハビリ医療供給体制の確立、地域性を重視したサービスの提供、リハビリ専門病床の整備目標数(1,700 床)の設定及びその整備の在り方等が提言された。

この報告に基づき、都は、昭和 56(1981)年度から、リハビリ医療の普及を図るため、医師研修会を実施するとともに、リハビリ専門病床の整備促進を図るため、都立病院での整備のほか、民間病院が実施する専門病床の整備に対する補助を開始した。

なお、リハビリ専門病床の整備目標数については、その後、高齢人口の増加に伴い、昭和 61(1986)年の「第二次東京都長期計画」策定に際して見直しを行い、2,100 床に変更した。

さらに、平成 2(1990)年 5 月には、都内のリハビリ医療の中核となる専門病院としての役割と災害時には拠点病院の役割を担う「東京都リハビリテーション病院」を墨田区に開設した。なお、設置主体は東京都であるが、管理運営は社団法人東京都医師会に委託している。

(2) 体系の見直しと医療連携の推進

高齢化の一層の進行などリハビリ医療を取り巻く状況も変化していることから、平成 2(1990)年 4 月に「リハビリテーション医療専門調査委員会」を設置し、平成 3(1991)年 3 月には、同委員会の検討結果として、今後のリハビリ医療体制のあり方に関する提言(以下「3 年報告」という。)が出された。3 年報告では、リハビリ医療体制を、初期・専門・地域の三層体系から「早期・専

門・地域の三相体系」に再構築すること、各相におけるリハビリ医療の充実と一貫性のある供給体制の整備を進めるための施策の具体的方向性、リハビリ医療需給実態の把握の必要性等が提言された。

平成3(1991)年度には、「リハビリテーション医療需給調査」(以下「3年調査」という。)を実施した。この調査結果の問題点等を踏まえ、改めてリハビリ医療の在り方を検討するため、平成4(1992)年8月には、「リハビリテーション医療推進委員会」を設置した。同委員会は、平成5(1993)年12月に、リハビリ医療の急性期、回復期、維持期のそれぞれの段階に対応した、早期・専門・地域のリハビリを実施する施設間の連携と保健・医療・福祉の連携システムの構築などを内容とする提言(以下、「5年報告」という。)を取りまとめた。

都は、5年報告を踏まえ、リハビリ専門病床の整備目標数を2,100床から3,000床に変更するとともに、平成7(1995)年度には、東京都リハビリテーション病院に「在宅リハビリ科」を設置し、区市町村等が行う地域のリハビリ医療を支援するモデル事業に着手した。また、「かかりつけ医機能推進事業」や「医療機能連携推進事業」の実施など、地域医療のシステム化を図る中で、リハビリ医療にかかわる施設間の連携や保健・医療・福祉の各分野の連携促進に努めてきた。さらに、「リハビリテーション医療実施医療機関名簿」の作成・配布など、リハビリ医療実施施設に関する情報提供を行ってきた。

なお、3年報告で、リハビリテーション科が医療法の標榜科目となるよう、国への働きかけを提言していたが、平成8(1996)年9月に医療法上の標榜科目となった。

2 理学療法士及び作業療法士等の養成と資質の向上

厚生白書に、医学的リハビリが予防及び治療と並ぶ医療の重要部門であるとする認識が示されたのは昭和35(1960)年であった。さらに、翌36(1961)年の白書には、リハビリ技術者の養成の必要性が記述され、その後、昭和38(1963)年の医療制度調査会の提言等を経て、昭和40(1965)年6月に「理学療法士及び作業療法士法」が制定された。

こうした資格制度の確立に先駆けて、昭和38(1963)年、我が国で初めての理学療法士・作業療法士の養成施設として「国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院」が開設された。都においては、昭和44(1969)年、都立府中病院に隣接して、「府中リハビリテーション学院」(後に「府中リハビリテーション専門学校」に改称)を開設し、理学療法士・作業療法士の養成を開始した。

その後、府中リハビリテーション専門学校は、昭和 46(1971)年の「東京都理学療法士・作業療法士対策協議会」からの提言を踏まえ、昭和 61(1986)年 4月に荒川区内に開校した「都立医療技術短期大学」にその機能を引き継ぎ廃止された。「都立医療技術短期大学」は、平成 10(1998)年には、より質の高い人材の育成を図るため、4年制の「都立保健科学大学」として充実が図られている。

また、5年報告を踏まえ、平成 7(1995)年度から、民間の理学療法士・作業療法士の養成所整備に対する施設整備費補助を実施している。このような取組の結果、平成 13(2001)年度における都内養成施設の入学定員規模は、理学療法士 510 人、作業療法士 495 人となっている。

言語療法士については、資格の法制化について国に働きかけを行ってきたが、平成 10(1998)年 9月には、音声機能、言語機能又は聴覚における障害のある者に対する訓練及び援助を行う「言語聴覚士」として法制化された。

第3 リハビリテーションサービス提供体制の現状と課題

1 リハビリテーションをめぐる環境の変化

現在は16.1%と全国値を下回っている都の高齢化率も、平成27(2015)年には全国値に追いつき、都民の4人に1人が高齢者になると予測されている。

こうした高齢化の急速な進行や生活習慣病の増加等により、治癒することの困難な退行性疾患や慢性疾患を持つ患者が増加している。また、医学や医療技術の進歩により、重篤な疾病や外傷の患者の救命率が向上する一方で、障害を残した状態で長期療養や介護サービスを必要とする事例も増加している。リハビリ医療の需要は、今後、ますます増大、多様化していくものと考えられる。

また、本格的な高齢社会に対応するため、高齢者保健福祉の分野では、老後の最大の不安である介護を国民全体で支え合い、高齢者の自立を支援するという介護保険制度が平成12(2000)年4月から開始された。あわせて、老人保健法に基づく保健事業の第4次計画が策定され、この中では、要介護状態となることを予防する、いわゆる「介護予防対策」の推進が重点事項として掲げられ、介護保険制度の諸施策と連携を取りながら、高齢者の健康の一層の保持増進に努めていくことが求められている。

医療の分野においては、医療の質の向上と一層の効率化を図るため、平成12(2000)年4月の診療報酬改定における回復期リハビリテーション病棟の創設など特定入院料の体系整備や、平成13(2001)年3月施行の医療法の第四次改正(以下「改正医療法」という。)等により、病床の機能分化が一層促進されている。

障害者福祉の分野においても、社会福祉基礎構造改革の一環として、平成15(2003)年度から、在宅サービスと施設サービスの支援費制度(*)が施行されることになり、利用者の自己選択・自己決定を基本としたサービス提供システムが動き始める。

* 支援費制度……これまでの行政がサービスの受け手を特定しサービス内容を決定する「措置制度」から、障害者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービスの提供を基本として、事業者との対等な関係に基づき、障害者自らがサービスを選択し、契約によりサービスを利用できるよう支援費を支給する仕組み

2 都におけるリハビリテーションサービス提供体制の現状と課題

脳卒中や脊髄損傷等の傷病による障害を例に、リハビリサービスの時間的経過を見ると、一般的には、まず急性期においては、早期離床や拘縮、筋力低下

などの二次的障害予防を目的としたベッドサイドからのリハビリが開始され、次に回復期においては、リハビリ専門病院やリハビリ専門病床等を持つ病院において専門的、集中的な機能回復訓練が行われる。その後、維持期においては、自立生活を支援する目的で、在宅で生活しながらの通院リハビリやデイサービス、あるいは、介護老人保健施設等の入所施設におけるリハビリなどにより、体力や機能の維持・改善、生活環境の整備、社会参加の促進等が図られる。

(1) 急性期・回復期におけるリハビリテーション医療

ア 急性期におけるリハビリ医療

リハビリは、特定の疾患による後遺症を軽減するだけでなく、不必要な安静による筋肉の萎縮や関節の拘縮等の二次的障害を予防することにも意義がある。今後の高齢者の増加を考慮すると、こうした目的で様々な傷病による入院患者に対して、可能な限り早い時期から、傷病のリスク管理と並行して行われるリハビリ医療の必要性は大きい。急性期のリハビリ医療を適時、適切に行うことにより、在宅復帰率の向上、日常生活動作（ADL）の改善、生活の質（QOL）の向上、社会復帰の促進等が達成される。急性期のリハビリ医療の充実のためには、総合リハビリ施設、理学療法（ ）（ ） 作業療法（ ）等の診療報酬上の施設基準を満たしている医療機関の増加に加え、それ以外の医療機関でも標準的なリハビリ医療が受療できる機会が確保される必要がある。また、早期から患者及び家族への指導を行い障害に対する理解を深めることが必要である。

平成 13(2001)年に実施した「東京都リハビリテーション実態調査」(以下「13年調査」という。)によると、一般病院及び有床診療所の 71.7%、無床診療所の 59.3%がリハビリ医療を実施していると回答している。3年調査では、一般病院及び有床診療所が 58.0%、無床診療所が 13.3%だったことと比べると、リハビリを実施している医療機関は大幅に増加している。

さらに、診療報酬面から見ても、平成 13(2001)年 4 月 1 日現在、総合リハビリ施設が 36 施設、理学療法（ ）が 203 施設（うち診療所 22 施設）、理学療法（ ）が 80 施設（うち診療所 18 施設）、作業療法（ ）が 76 施設（うち診療所 6 施設）となっており、現行の施設基準の体系が整備された平成 4 (1992)年当時と比べ増加しているなど、リハビリ実施医療機関は着実に増えている。

リハビリを実施している医療機関における退院患者の状況をみると、入院から 1 か月以内に退院した患者は、3年調査では 3 割だったのに対し 13 年調査では 4 割となっており、在院期間の短縮化が進んでいる。厚生省の「患者調

査」でも、推計患者全体とともに、脳血管疾患の患者についても平均在院日数の短縮化が進んでいることから裏付けされる。今後、病床の機能分化がより一層促進される中、急性期の医療を担う病院では、原疾患の治療を行う診療科との連携のもと、より効率的、効果的な急性期のリハビリ医療を実施することが課題となっている。

イ 回復期におけるリハビリ医療

回復期のリハビリ医療の充実策としては、昭和 56(1981)年からリハビリ専門病床の整備を進めてきた経緯もあり、13 年調査によると、病院のリハビリ専門病床は 2,334 床と増加している。今後数年の整備予定を考慮すると現行の整備目標数 3,000 床は、9 割方達成される見込みである。

また、これまで、地域的な偏在があったことが課題とされていたが、専門病床の整備状況を人口 10 万対でみると、区部 16 床、多摩地域 26 床となっており、3 年調査時の区部 12 床、多摩地域 25 床に比べると区部の整備が進み地域差は縮小している。

一方、リハビリ専門病床のうち、病棟として確保されているものの割合は、43.8%であった。このうち、診療報酬上の回復期リハビリテーション病棟を有する病院は、4 病院であった。回復期リハビリテーション病棟の整備については、理学療法等の施設基準を満たしている医療機関の 12.0% (32 施設) が整備の意向を示している。また、専門病床を有する病院 74 施設のうち、リハビリ専門医又は認定医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がそれぞれ 1 名以上配置され、総合的なリハビリ医療を実施していると考えられる施設は 28 施設であった。今後、専門病床についても病院病床の機能分化等の動向を見極めながら、機能にあった質的充実を図っていくことが課題である。

(2) 維持期におけるリハビリテーションサービス

維持期におけるリハビリは、医療施設に限らず、保健・福祉等の施設においても、その目的に応じた多様な形態でサービスが提供されている。在宅では、体力や身体機能の維持・改善、生活環境整備、社会参加の促進と自立を支援するために通院、通所又は訪問によって実施される保健・医療・福祉の諸サービスがあり、施設サービスとしては、介護療養型医療施設、老人保健施設等において入院、入所のなかで実施されるリハビリサービスがある。

都の施策から見ると、保健医療施策としては、これまで、高齢者の寝たきりや閉じこもりを予防するため老人保健法に基づき区市町村が実施する機能訓練事業の支援、高齢者・障害者等の口腔機能の保持増進のための歯科医療連携

推進事業、在宅医療を担う「かかりつけ医」の機能強化等に努めてきた。また、平成 13(2001)年 10 月に「東京都健康推進プラン 21」を策定し、「寝たきりの予防」を重点的に取り組むべき分野とし、「社会参加の促進等」を目標に掲げ、指標を設定するとともに、その推進方策等を提示することによって、区市町村等の計画策定や健康にかかわる関係者等の取組を支援することとしている。

高齢者福祉施策としては、平成 12(2000)年 3 月に「東京都高齢者保健福祉計画」及び「東京都介護保険事業支援計画」を策定し、介護保険制度の円滑な実施と安定的な運営、地域における自立生活の支援、活動的な社会生活の支援を方針として施策の充実を図っている。

さらに、障害者福祉施策としては、「ノーマライゼーション推進東京プラン」(平成 9(1997)年度改定)において、自立生活への支援、地域福祉の推進、サービスの総合化の推進を視点に施策の充実を図っているところであり、今後、平成 15(2003)年の社会福祉基礎構造改革を念頭に置いたさらなる展開が期待される。(参照：表 1)

13 年調査で把握された課題としては、住民から直接相談を受け、各種サービスの調整を行っている相談機関を対象とした項目で、「通所リハビリ、訪問リハビリ等の在宅サービスの不足が問題」とする回答が多数であったこと等が挙げられる。介護保険の通所リハビリは、介護老人保健施設 102 施設のほか、病院・有床診療所の 5.3%、無床診療所の 6.3%が実施している。また、訪問リハビリは、病院・有床診療所の 8.6%、無床診療所の 5.6%が実施しているに過ぎず、量的に不足しているように見えるが、一方で、訪問看護ステーションから、理学療法士等が在宅に訪問することもあり、利用されているサービス量の総体がとらえにくい状況にある。介護保険制度実施後、間もないこともあり、各実施機関それぞれが担う役割が確立しておらず、模索している段階であるとも言える。適切なケアマネジメントに基づいてサービスが提供されるよう、かかりつけ医、ケアマネジャーなど関係者が参加して事例を検討するなどの取組が必要である。

3 急性期から回復期、維持期へのリハビリテーションの円滑な移行と各相における連携

ニーズの増加、多様化に対応して、より効率的なサービス提供と資源の有効活用が求められている。障害を持った人の自立を支援するために、リハビリにおいては、急性期から、回復期、維持期への円滑な移行と、職種間のチーム

各種計画等のリハビリに関連する記述(抜粋)

(表1)

東京都健康推進プラン21 (平成13年)の寝たきりの予防分野に関連する目標等	
寝たきりの予防 / 骨折・転倒	
骨折・転倒の減少	高齢者の骨折の受療率 / 高齢者の転倒による搬送人数
骨粗しょう症予防対策の充実	骨粗しょう症予防対策事業実施区市町村数
寝たきりの予防 / 高齢者の閉じこもり	
高齢者の閉じこもりの減少	外出頻度が週1回程度以下の高齢者の割合 / 近所づきあいのない高齢者の割合
自立支援の促進	機能訓練事業実施区市町村数(B型)、自主グループ・家族会活動のある機能訓練実施施設(自主グループ/家族会)「生きがい活動支援通所事業」実施区市町村数
社会参加の促進	就業している高齢者、学習活動への参加、ボランティア等への参加

東京都高齢者保健福祉計画(平成12年)のリハビリに関連する取組例	
介護保険サービス	
施設サービスの整備	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の整備
在宅サービスの整備	ホームヘルプサービス、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護の充実等
地域における自立生活の支援	
日常生活の支援	介護予防・生活支援事業、在宅介護支援センターの整備・運営等
活動的な社会生活の支援	
社会参加の促進	社会参加、ボランティア活動の促進等

ノーマライゼーション推進東京プラン(平成9年度)のリハビリに関連する取組例	
地域における自立生活を支援するしくみづくり	
相談・サービス提供体制の整備	身近な地域における相談・サービス提供体制の整備(障害者地域自立生活支援センターの設置・運営等)専門的相談、広域的支援体制の整備(都立心身障害者福祉センターの機能の充実)等
保健・医療サービスの充実	重症心身障害児(者)の療育体制の整備 リハビリ専門病床の整備等
地域生活支援サービスの充実	ホームヘルプサービス事業の充実、ショートステイ事業の充実、デイサービス事業の充実、福祉機器サービスの充実等

(備考) バリアフリーに関する施策等関連施策は多いが、自立生活支援のための保健・医療・福祉の直接サービスに関する事項を中心に抜粋

ワークや関係機関との連携など、いわゆる横の連携が重要であり、医療機関と地域福祉活動、障害者福祉分野等との連携の必要性が高まっている。特に、個人のニーズに応じたリハビリを効果的に提供していくためには、地域ごとのリハビリ対策を検討する必要がある。

また、リハビリ医療に関しても、急性期、回復期では、医師、看護婦（士）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等多くの職種がかかわっており、維持期リハビリは、さらに保健、福祉の従事者がかかわることになる。

13年調査によると医療機関においては、理学療法士、作業療法士が不足しているという回答も多く、地域のリハビリ実施機関においては、人材の確保が困難という意見が多い。しかし、国の需給見通しでは、平成16(2004)年時点では需要が供給を上回るが、それ以降2年から3年以内に均衡に達し、以降、需給関係は逆転するとしている。都においては、養成施設の入学定員数の増加が著しいことから、両職種の人材確保は一定程度見込めるものの、新規の卒業生が多いという状況がしばらく続くということに加え、地域においてリハビリをリードする人材の育成が必要となることなどが課題といえよう。

(1) 急性期から回復期、維持期へのリハビリテーションの円滑な移行

急性期から在宅、社会復帰までの全期間にわたり連続したリハビリが求められており、急性期のリハビリ終了後の回復期リハビリ医療機関への転院や、医療機関でのリハビリを終了した後、維持期における保健、医療、福祉等のサービスを受ける場合に、適切な引継時期にリハビリの情報が引き継がれ、適切な対応がなされることが重要である。このため、メディカルソーシャルワーカー（以下「MSW」という。）を始めとした、コーディネート機能を担う人材の育成と地域におけるリハビリ関係機関の連携が必要である。

そのためには、一定の地域ごとにリハビリの関係施設の中かから拠点づくりを進めること、つまり、地域におけるリハビリ活動の中核となる施設を確保し、当該施設が地域のリハビリ活動の支援を行っていくことが課題とされる。

13年調査によれば、総合リハビリ実施施設など、地域の中核的な医療機関では、事例検討会や自主グループへの支援など、地域のリハビリ活動への支援を行っている施設もある。一方、地域のリハビリ関係機関からは身近な地域で実施される研修やリハビリ専門職の支援などに対するニーズがあることが伺える。

(2) 各相における連携

急性期、回復期、維持期のいずれの段階においても、医療機関においては、

医師、看護婦（士）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、さらには、患者、家族のサポートも考慮してMSW等を含めた総合的なチーム医療が重要である。特に、急性期においては、診療科間の連携を含めたチーム医療の提供が求められる。13年調査によると、退院の際の問題として「家族との調整に手間がかかる」とする回答が多いが、各医療スタッフが連携をし、社会復帰に向けて患者とその家族に対するサポートを行うことは重要な課題である。診療報酬改定で新設された「回復期リハビリテーション病棟」では、「リハビリテーション総合実施計画書」でのリハビリテーションプログラムの定期的評価が義務づけられている。これは、専門家チームのみならず、本人・家族が十分な説明を受けた上で、主体的にリハビリに参加することによって、評価と目標設定を統一し明確化していく、いわゆるインフォームド・コオペレーションに基づいたアプローチを行うために効果的なものであり、チーム医療の体制を目指すに当たり一つの参考となろう。

在宅における維持期リハビリでは、高齢者、障害者等の自立支援のために、介護保険制度における給付対象サービスの充実だけでなく、他の保健・医療・福祉の諸サービス、当事者・住民の活動等を含めて、サービスを必要とする人に適切なサービスを総合的かつ継続的に提供できるチームづくりや体制づくりが課題となる。

区市町村の福祉事務所、保健所、保健センター等で行っている高齢者、障害者等の相談は、維持期リハビリの導入時やコーディネートなどを進めるに当たって重要な役割を果たしている。さらに、高齢者については、在宅介護支援センター（平成13(2001)年4月現在400か所、うち基幹型56か所）が身近な地域において総合的な相談と調整を行い、障害者については、障害者地域自立生活支援センター（平成13(2001)年4月現在15か所）が在宅福祉サービスの利用援助、介護相談、情報の提供等の総合調整を行っている。

また、介護保険制度においては、サービス提供事業者と利用者との調整役を担うケアマネジャーの役割が大きい。このため、ケアマネジャーの業務を総合的に支援し、ケアマネジメントの仕組みの充実を図るケアサポート体制の構築のための取組も始まったところである。

地域のリハビリは、保健、医療、福祉等の多くの職種の従事者や住民が一体となって取り組む中で実現する地域社会のシステムそのものでもあり、サービス提供に当たり、それらの異なる職種間で共通認識を形成していくことが重要な課題である。

第4 リハビリテーションの充実に向けた具体的方策

1 基本的考え方

(1) 三相の移行と連携を考慮した施策展開

これまで、リハビリ医療体制を整備するにあたって用いてきた三相体系における早期リハビリ、専門リハビリ、地域リハビリという用語は、急性期、回復期、維持期の各段階において提供されるリハビリの特徴を、その実施内容、実施場所、実施時期により表現したものである。しかし、この中で、「地域リハビリ」という用語については、「地域」という語も「リハビリ」という語も、ともに広い意味を持つため、各方面で様々な意味で使用され混乱をもたらすことがあった。そこで、今後、「地域リハビリ」という用語は、施設サービス、在宅サービス双方を含むリハビリをある一定の地域的単位で区分したとき、すなわち、「地域におけるリハビリ」という広義の意味に用いることとする。

その上で、今後とも、適切な時期に適切なりハビリが継続して提供されるよう、「急性期」、「回復期」、「維持期」リハビリの三相体系を基本とした施策展開を図っていくべきである。(参照：表2)

(2) 施策展開を図る上での視点

三相の移行と連携を考慮した施策展開を図る上で、以下の視点が重要である。

ア サービス提供に当たって総合的アプローチを重視すること。

イ リハビリの移行の過程で一貫性、継続性のあるものとする。

ウ 地域性を配慮した体制整備を行うこと。

2 リハビリテーションサービスの充実

(1) 急性期、回復期リハビリテーション医療

13年調査によると人口の高齢化等を背景に医療施設におけるリハビリ医療需要は、3年調査に比べ約2割増加している。

リハビリを実施している医療機関は増加しているもの、リハビリ医療は、傷病の発生後できるだけ早い時期から開始するほど効果が著しいことから、原疾患の治療と並行して行なわれる急性期リハビリ医療への適切かつ効果的な手法について、引き続き、各医療機関における普及が必要である。

リハビリテーションにおける三相の流れ

(表 2)

	急性期リハビリテーション	回復期リハビリテーション	維持期リハビリテーション
対象と内容	後遺症の軽減、合併症、廃用症候群の予防を目的として急性期から内科的・外科的治療と並行して実施する早期リハビリテーション医療	原疾患が安定期に入った状態にあり、かつリハビリテーション医療を集中的に行って効果が期待できる人に対して、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等を集中的に行うリハビリテーション医療	<ol style="list-style-type: none"> 主として機能改善の期待できる人に対して実施する通院リハビリテーション医療 主として、急性期、回復期リハビリテーション医療を終了後、機能維持を目的としたリハビリテーション <ol style="list-style-type: none"> 施設に入院（所）した人へのリハビリテーション 在宅復帰した人を対象に実施する通所及び訪問リハビリテーション並びに生活障害の改善を目的として行われる保健・福祉の諸活動 身体的、社会的、心理的に閉じこもりがちな虚弱高齢者等に対して、寝たきりを予防する観点から行われる保健・福祉の諸活動
目標	障害の予防と軽減 日常生活動作（ADL）の自立	ADLの自立 家庭・職業復帰 職業訓練への以降	ADLの自立・維持 寝たきり予防 ノーマライゼーション
主な提供形態	急性期一般病院でのリハビリテーション医療	専門リハビリテーション医療施設（リハビリテーション専門病院、回復期リハビリテーション病棟、専門リハビリテーション医療機能とを有する医療施設）でのリハビリテーション医療	<ol style="list-style-type: none"> 医療機関での外来リハビリテーション医療（医療保険） 療養病床を有する医療機関、介護老人保健施設、介護老人福祉施設等での入院、入所でのリハビリテーション（医療保険・介護保険等） 介護老人保健施設、医療施設での通所リハビリテーション、短期入所療養介護（介護保険） 医療施設、訪問看護ステーション等による訪問看護、訪問リハビリテーション（医療保険・介護保険） 在宅介護サービス提供事業者による通所介護、訪問介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与等（介護保険） 機能訓練（A型、B型）、訪問指導等の保健サービス ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイなどの福祉サービス 家族会、自主グループ、ボランティアなどの地域活動

(備考) この表は主に脳卒中、脊髄損傷、切断等の傷病を中心としたものであり、必ずしも表の流れにあてはまらない傷病（例えば脳性麻痺、進行性筋ジストロフィー、リウマチ等）もある

リハビリ専門病床については、3,000床の整備目標達成に向けて、引き続き整備が必要であるが、今後は、量的整備から質的充実への転換が重要となってくる。診療報酬改定や改正医療法等によりリハビリ専門病床は、回復期リハビリを担う病床と介護療養型医療施設等の維持期リハビリを担う病床とに分化することが見込まれることから、その役割を実態とニーズに合わせて整理していく必要がある。リハビリ医療を実施する医療機関も、現在、急性期、回復期、維持期それぞれに特化するケースや、急性期から回復期までの一貫したリハビリ医療を行う場合、あるいは、回復期から維持期までのリハビリ医療を行う場合と、種々のタイプが混在しており、今後の動向を把握する必要がある。

リハビリ医療においては、本人や家族への適切な情報提供・指導も含めて、チームアプローチによる総合的な医療の提供が適切になされるよう専門職種の資質向上が図られるべきである。

(2) 維持期リハビリテーションサービス

維持期リハビリは、医療施設への通院や老人デイサービスセンター、身体障害者福祉センターへの通所、訪問看護ステーション等による訪問サービス、介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の入所施設におけるリハビリなど、保健、医療、福祉分野の多様な施設で実施されている。こうした維持期リハビリサービスは、基本的には、地域事情や利用者のニーズをきめ細かく把握できる住民に身近な区市町村の主体的な取組を重視した上で、都は、必要な支援を行うべきである。

訪問リハビリ、通所リハビリを含む各種在宅サービスや介護老人保健施設等施設サービスなどの介護保険サービスについては、介護保険事業計画の目標が達成できるサービス量を確保するため、都は、区市町村を支援していくべきである。また、介護保険の円滑な運営のため、ケアマネジメントの仕組みの充実が重要なことから、介護支援専門員(ケアマネジャー)の業務に対する支援を行う。厚生労働省の「ケアマネジメントの業務に従事する者に対する現任研修等のあり方研究委員会」においても、不得意分野として「医療機関との連携の仕方」や「リハビリ」等が挙げられており、引き続き資質の向上を図るべきである。

さらに、高齢者施策として、在宅介護支援センター等において、介護サービスや介護予防を中心とした事業の利用調整が行われており身近な地域において必要な保健医療福祉サービスを総合的に受けられるよう質量ともに充実が図られるべきである。

障害者福祉においては、通所授産・通所更生施設、小規模通所授産施設等通所施設を緊急に整備するとともに、地域における自立生活を支援するために必

要な福祉・保健・医療・教育・就労などのサービスについて、総合的な相談に応じ、求めと必要に応じて、ケアマネジメントを実施する障害者地域自立生活支援センターの拡充が図られるべきである。

3 連携システムの構築（地域におけるリハビリテーション支援体制の充実）

急性期から回復期、維持期へのリハビリのスムーズな移行と各相での連携を図るためには、重層的な連携システムを構築する必要がある。

（１）区市町村を単位とした地域ケアシステムの構築

まず、住民に身近な地域において、個別、具体的なサービスが利用者の自己決定・選択に基づいて総合的に提供されるための調整機能の強化を図るため、区市町村の区域における地域ケアシステムの構築が必要である。

住民に身近な医療の提供にあたっては、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の役割の強化が今後とも重要である。

高齢者への各種サービスの提供にあたっては、必要な保健・医療・福祉サービスが総合的に受けられるよう在宅介護支援センターの整備が進められている。特に基幹型を中心とし、地域型支援センターとのネットワーク化を図り、地域ケア会議等の実施により地域ケアの総合調整を図るべきである。

障害者への各種サービスの提供にあたっては、今後の支援費制度の施行に向けて、障害者地域自立生活支援センターの一層の整備が進められるべきである。

（２）地域リハビリテーション支援センター

複数の区市町村を単位とした二次保健医療圏においては、急性期から回復期、維持期に至る一貫したリハビリサービスの提供が可能となるよう体制を整備する必要がある。中でも、今後の高齢化の一層の進行を考えると、退院後、地域の中で社会参加を促進し、自立生活を支援する目的で行われるリハビリへの移行に重点を置いたシステムづくりが望まれる。このため、リハビリに関する中核的な役割を果たす病院等に地域リハビリの支援活動を広域的に行う地域リハビリテーション支援センターの設置を順次進めるべきである。

地域リハビリテーション支援センターには、医療機関等の施設から在宅への移行を円滑にする役割や専門的立場からリハビリ目標の設定や改善度評価にかかるアドバイスを行う役割等が期待される。また、地域の保健、医療、福祉の関

係機関や身近な地域での保健・福祉活動等を支援するとともに、リハビリ従事者を育成する機能を持つことが望まれる。具体的な地域リハビリテーション支援センターの活動としては以下のものが考えられる。

- ア 地域のリハビリ従事者の研修、援助
- イ 直接地域住民と接する各種相談機関の支援
- ウ 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援
- エ 地域の関係団体の支援
- オ 連絡会、事例検討会の実施 等

地域リハビリテーション支援センターは、自らの機能だけではカバーできない分野については、他の施設との機能分担と連携により対応すべきである。また、地域のリハビリ資源の状況等に応じて、他の医療機関との連携を進めるなど、地域の実情を踏まえた活動をしていく必要がある。地域リハビリテーション支援センターの具体的な活動については、診療報酬の対象ではないこと、区市町村を超えた業務の広がりがあることから都の支援が必要である。

(3) 東京都リハビリテーション協議会

全都的な取組としては、本協議会の役割も重要である。都には、急性期の高度、専門医療を担う病院が全国的に見ても充実しているという特徴があり、これらの病院は、専門リハビリ医療の中核的施設に位置付けている東京都リハビリテーション病院とともに、全都的な対応が必要な医療を提供する機能を有している。都におけるリハビリ医療の質の向上のためには、こうした医療機関や地域リハビリテーション支援センター間の連携が重要となってくる。また、福祉分野では東京都心身障害者福祉センター等が研修等を行っており、区市町村の相談・支援機関として充実が図られるべきである。リハビリサービスの円滑な提供のため、各団体・施設等の努力を促すとともに、都としても協議会等を媒体として、より連携を強化するための支援が必要である。本協議会の具体的な役割として、以下のようなことが考えられる。

- ア 全都的な支援が期待される医療機関や福祉施設等との連絡調整
- イ 地域リハビリテーション支援センターの指定に係る協議、活動の評価、センター相互の連絡調整
- ウ リハビリ資源の定期的な情報収集、名簿作成等による適切な情報提供
- エ 関係団体との連絡調整
- オ 急性期リハビリや先駆的分野のリハビリの普及・啓発

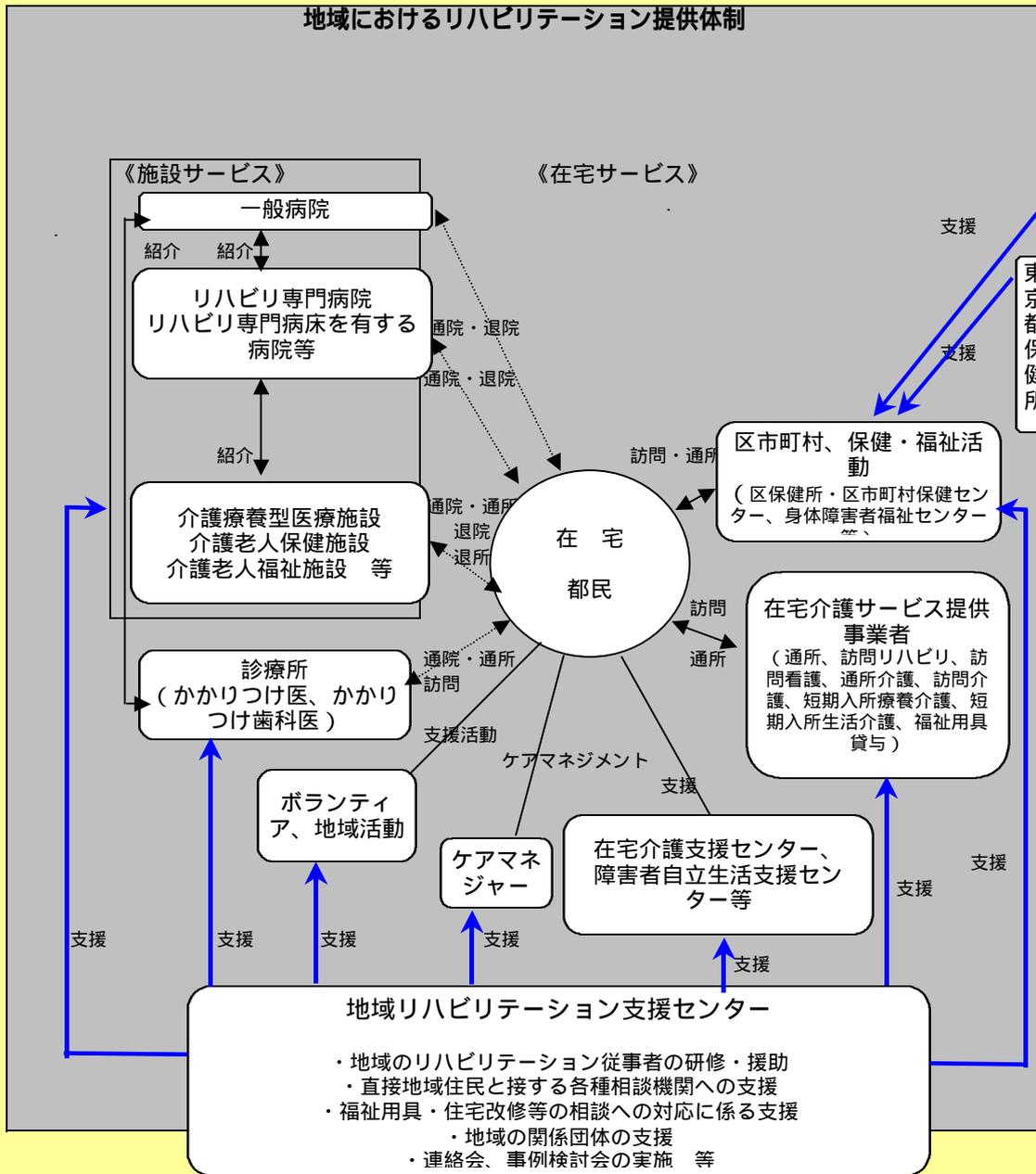
上記の取組などにより、連携体制を強化し、今後の社会状況の変化にも適切に対応して、リハビリテーション提供体制を全都的に充実していく。

東京都におけるリハビリテーション体制
 (地域におけるリハビリテーション支援体制)

東京都リハビリテーション協議

- ・東京都及び地域におけるリハビリサービス提供の在り方の検討
- ・全都的な支援が期待される医療機関や福祉施設等との連絡調整
- ・地域のリハビリテーション支援センター指定に係る協議、支援活動の評価、センター相互の連絡調整
- ・リハビリテーション資源の情報収集・提供
- ・関係団体の連絡調整
- ・急性期リハビリや先駆的分野での普及啓発 等

地域におけるリハビリテーション提供体制



(備考) 広域支援を中心とし、提供体制を示した図である。

おわりに

少子高齢化の急速な進行や経済の低迷といった社会経済状況の変化を踏まえ、医療の分野では、限られた医療資源の効率的な利用と言う視点から、医療機能の分担と連携を基本とした医療提供体制の整備が進められている。

こうした考え方にに基づき、改正医療法では、病床区分の見直しが行なわれ、従来、「その他の病床」(精神病床、感染症病床、結核病床以外)として一括表示されていた病床が、新たに「療養病床」及び「一般病床」に区分されることになった。病床区分の適用は、医療機関の選択に基づく届出により、平成 15 年 8 月 31 日までになされることとなっている。平成 13 年 9 月の厚生労働省の医療制度改革試案の「21 世紀の医療提供の姿」では、「医療の質の向上と効率化」等が当面進めるべき施策とされており、病院病床の機能の明確化・重点化では、急性期病床以外の病床が担うべき機能・役割として「回復期リハビリテーション病床」、「専門病床」、「療養病床」が例示されるなど、今後とも医療機能の分化が一層進むものと考えられる。

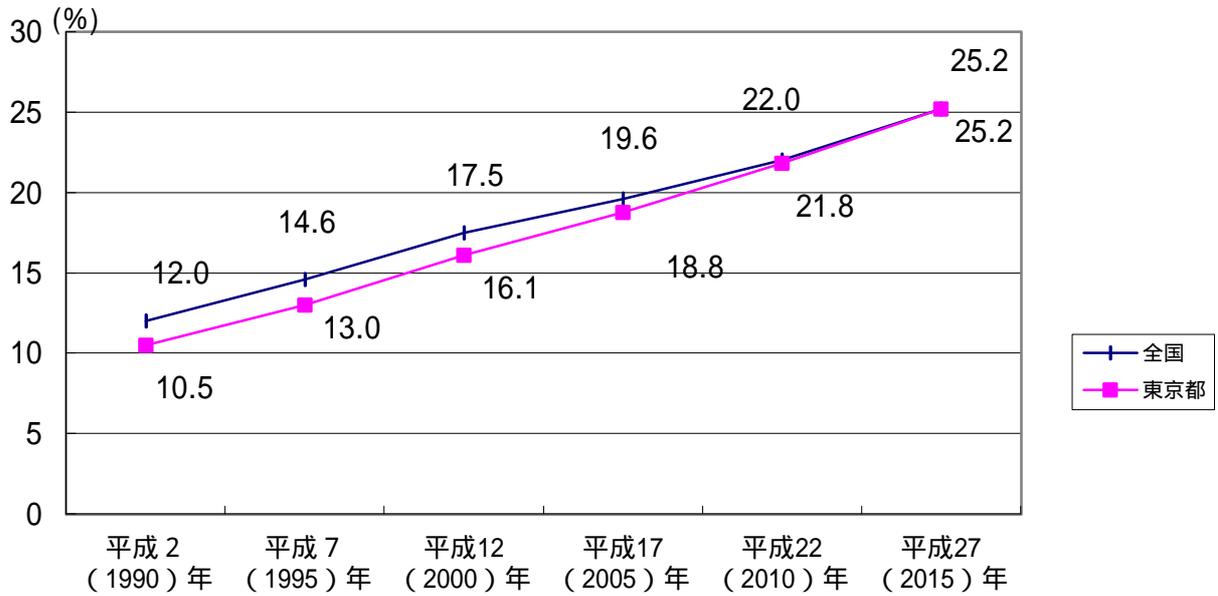
障害者福祉施策の分野でも、平成 15 年度から、利用者の自己選択・自己決定を基本としたサービスの支援費制度が施行されるなど、障害者の地域自立生活支援システムの構築に向けた取組が進められている。

平成 12 年 4 月の介護保険制度の実施のみならず、従来の社会システムが大幅に見直される時期であることに留意しつつ、今後とも都民のリハビリテーションニーズに即した体制整備を着実に推進していくことが必要である。

資 料

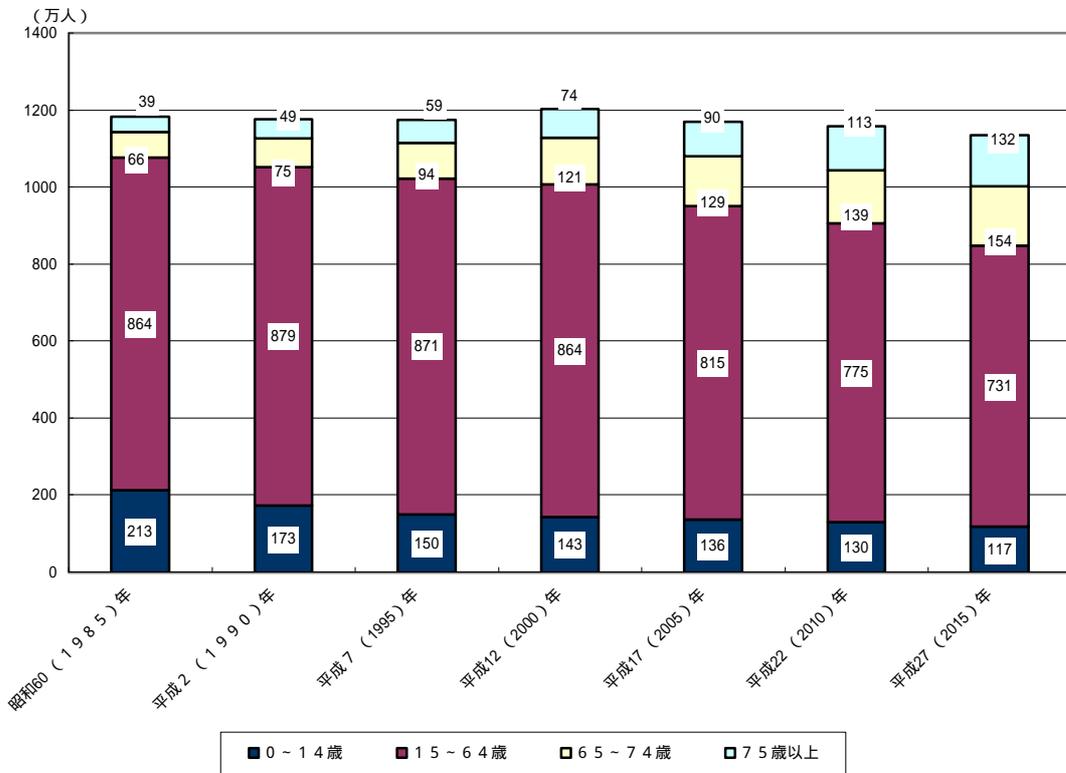
1 - (1)	高齢化率の推移（全国・東京都）	21
1 - (2)	年齢区分別人口の推移（東京都）	21
2 - (1)	身体障害者手帳交付数	22
2 - (2)	年齢区分別身体障害者の状況	22
3	リハビリテーションに関する基準実施施設の推移（東京都）	23
4	二次保健医療圏別リハビリテーション資源の状況	24
5 - (1)	都民の推計入院患者数・構成割合	26
5 - (2)	都民の退院患者平均在院日数	26
5 - (3)	都民の推計退院患者数 退院後の行き先	26
6 - (1)	平成 12 年度老人保健法に基づく機能訓練の実施状況	26
6 - (2)	平成 12 年度老人保健法に基づく訪問指導の実施状況	26
7 - (1)	平成 12 年度介護予防・生活支援事業実施状況	27
7 - (2)	平成 12 年度高齢者いきいき事業の実施状況（事業メニュー別）	27
8 - (1)	理学療法士・作業療法士に係る都内の養成施設の状況	28
8 - (2)	理学療法士作業療法士養成施設数と入学定員推移	28
9	国の理学療法士及び作業療法士の需給推計	28
10	世界保健機構（WHO）の国際障害分類の改訂	29
11	東京都リハビリテーション実態調査報告概要	30

1 - (1) 高齢化率の推移 (全国・東京都)



(資料 平成7年以前は、総務庁「国勢調査」、平成12年は、総務庁「国勢調査」速報
平成17年以降は、都総務局「東京都男女別年齢別人口予測」及び国立社会保障・人口問題
研究所「日本の将来推計人口」

1 - (2) 年齢区分別人口の推移 (東京都)



(資料 平成7年以前は総務庁「国勢調査」、平成12年以降は都総務局「東京都男女年齢別人口の予想

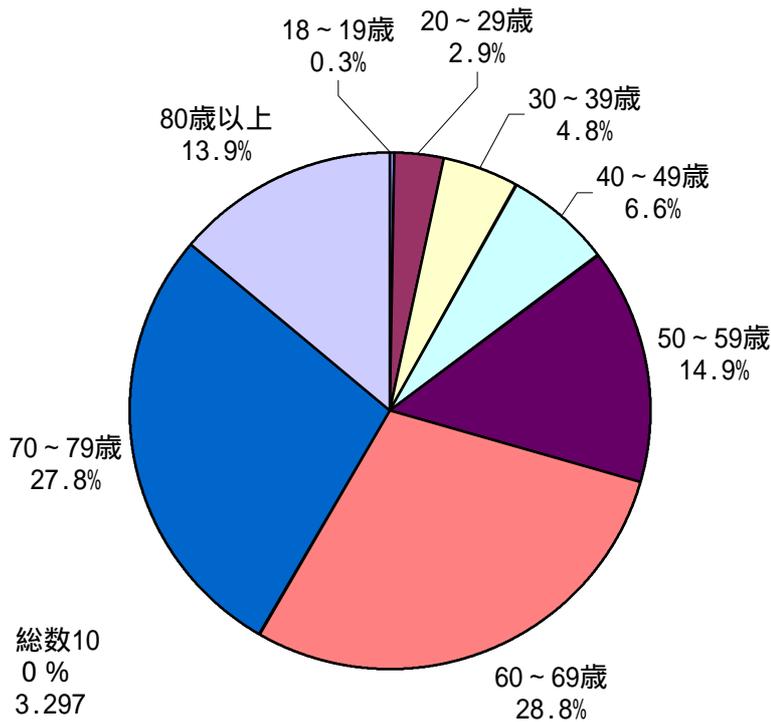
2 - (1) 身体障害者手帳交付数 (東京都)

平成13年3月末現在

区 分	障害別登録数 (人)					総数
	視覚	聴覚・平 衡機能	音声・言 語・そ しゃく機 能	肢体不自 由	内部障害	
18歳未満	1,991	4,709	390	14,585	1,733	23,408
18歳以上	33,023	31,431	4,992	193,642	76,169	339,257
計	35,014	36,140	5,382	208,227	77,902	362,665
構成比	9.7	10.0	1.5	57.4	21.5	100

(資料) 福祉局業務統計月報

2 - (2) 年齢区分別身体障害者の状況 (東京都)



(資料) 障害者の生活実態 平成10年度 東京都社会福祉基礎調査報告

3 リハビリテーションに関する基準実施施設の推移(東京都)

区分		年次	平成2	5	8	9	10	11	
		(1990)	(1993)	(1996)	(1997)	(1998)	(1999)		
一般病院数		A	696 (100.0%)	688 (100.0%)	648 (100.0%)	641 (100.0%)	631 (100.0%)	628 (100.0%)	
リハビリテーション科を標榜する一般病院数 ^{ほう}		B	240 (34.5%)	256 (37.2%)	269 (41.5%)	268 (41.8%)	270 (42.8%)	267 (42.5%)	
理学療法室を有する一般病院数		C	362 (52.0%)	319 (46.4%)	327 (50.5%)	—	—	329 (52.4%)	
作業療法室を有する一般病院数		D	89 (12.8%)	83 (12.1%)	85 (13.1%)	—	—	213 (33.9%)	
基準 実施 施設	総合リハビリテーション		E	—	12 (1.7%)	25 (3.9%)	27 (4.2%)	30 (4.8%)	32 (5.1%)
	理学療法()	病院数	167 (24.0%)	141 (20.5%)	171 (26.4%)	183 (28.5%)	165 (26.1%)	173 (27.5%)	
		診療所数	7	5	11	15	14	16	
		計	F	174	146	182	198	179	189
	理学療法()	病院数	—	9 (1.3%)	27 (4.2%)	31 (4.8%)	31 (4.9%)	48 (7.6%)	
		診療所数	—	0	0	0	6	13	
		計	G	—	9	27	31	37	61
	作業療法()	病院数	75 (10.8%)	44 (6.4%)	57 (8.8%)	57 (8.9%)	59 (9.4%)	64 (10.2%)	
		診療所数	3	5	4	7	5	6	
		計	H	78	49	61	64	64	70

- (備考) 1 AからDまで：「東京都の医療施設(衛生局)」による。(C及びD：平成9、10年度は調査)
- 2 EからHまで：東京社会保険事務局調べによる。(各年度1月1日現在。平成2年度は2月1日現在)
- 3 理学療法等施設基準は、平成4年4月1日から施設体系が一部改正されており、平成2年の理学療法()の欄は運動療法の承認施設数、作業療法()の欄は作業療法の承認施設数である。また、平成6年4月1日から承認制が届出制となっている。
- 4 Bの標榜科^{ほう}について、平成8年以降はリハビリテーション科、平成5年までは理学診療科

4 二次保健医療圏別リハビリテーション資源の状況

NO.1

区分	人口 (人)	一般 病院数 (所)	一般病床数 (床)		リハビリ実施 一般病院数		リハビリ専門 病院病床数 (床)		基準実施施設の状況														
			病床数	人口10 万対	病院数 (所)	施設当た りの人口 (人)	病床数	人口10 万対	総合 リハビリ 施設数 (所)	理学療法 施設数		理学療法 施設数		作業療法 施設数		心疾 患リ ハビリ 施設数 (所)	常勤 専門 医数 (人)	常勤 認定 医数 (数)		専門医又 は認定 医・PT・O T・STの いる施設 数(所)	うち 診療 所	専門医又は 認定医・PT・ OT・STのい る専門病床 保有施設数 (所)	
										うち 診療 所	うち 診療 所	うち 診療 所	うち 診療 所	うち 診療 所	うち 診療 所								
区中央部	605,137	66	15,306	2,529	54	11,206	40	7	1	21	1	2	0	8	1	5	48	0	11	0	3	0	1
区南部	975,338	52	8,290	850	41	23,789	212	22	3	15	4	10	0	3	1	1	18	1	11	0	4	0	3
区西南部	1,261,916	57	10,391	823	42	30,046	142	11	1	21	0	4	3	4	0	3	11	0	8	0	4	0	2
区西部	1,117,349	46	10,379	929	36	31,037	193	17	4	19	2	1	0	6	0	0	23	0	15	0	9	0	6
区西北部	1,746,680	99	14,603	836	78	22,393	323	18	7	26	2	11	1	9	0	0	28	0	10	1	6	0	4
区東北部	1,220,676	73	7,690	630	53	23,032	162	13	0	17	3	10	3	3	1	0	9	0	7	2	3	2	1
区東部	1,217,441	49	5,926	487	38	32,038	262	22	3	11	0	8	2	5	0	0	16	0	11	0	4	0	4
区部計	8,144,537	442	72,585	891	342	23,814	1,334	16	19	130	12	46	9	38	3	9	153	1	73	3	33	2	21
西多摩	397,187	22	4,086	1,029	24	16,549	150	38	0	7	0	6	1	4	0	0	7	0	2	0	1	0	0
南多摩	1,297,875	58	8,393	647	45	28,842	354	27	3	14	1	6	1	10	0	1	13	0	8	1	3	0	2
北多摩西部	597,636	25	3,944	660	20	29,882	132	22	3	8	1	0	0	4	0	0	11	1	11	0	3	0	1
北多摩南部	926,816	40	7,170	774	36	25,745	85	9	5	8	2	4	0	2	1	3	14	1	13	1	7	1	2
北多摩北部	682,560	40	7,187	1,053	30	22,752	279	41	4	18	0	2	0	10	0	0	6	0	5	0	5	0	2
多摩地区計	3,902,074	185	30,780	789	155	25,175	1,000	26	15	55	4	18	2	30	1	4	51	2	39	2	19	1	7
島しょ	27,089	1	52	192	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総計	12,073,604	628	103,417	857	497	24,293	2,334	19	34	185	16	64	11	68	4	13	204	3	112	5	52	3	28

(資料)人口：都総務局「東京都の人口(推計)」(13.4.1)、一般病院数・一般病床数：都衛生局「東京都の医療施設」(11.10.1)

リハビリ実施一般病院数、リハビリ専門病床数、基準実施施設：「東京都リハビリテーション実態調査」(13.1-2)

(備考)三宅村について、平成12年国勢調査による人口がゼロとなっており、住民基本台帳等による増減を都総数のみ行ったので、都総数と区市町村の合計とは一致しない。

区分	特別養護老人ホーム (12.10.1)		老人保健施設 (13.7.1)			訪問看護ステーション (13.4.1)	老人デイサービスセンター (12.10.1)	在宅介護支援センター (13.4.1)		老人福祉センター A型 (12.10.1)	老人福祉センター B型 (12.10.1)	身体障害者福祉センター B型 (12.10.1)	在宅障害者デイサービス施設 (12.10.1)	障害者地域自立生活支援センター (13.3.31)
	施設数(所)	定員(人)	施設数(所)	入所定員(人)	通所定員(人)	施設数(所)	施設数(所)	施設数(所)	(うち基幹型)	施設数(所)	施設数(所)	施設数(所)	施設数(所)	施設数(所)
区中央部	14	1,031	4	350	140	36	21	24	3	7	3	5	0	1
区南部	15	1,412	2	150	60	34	29	37	5	1	11	2	1	0
区西南部	20	1,541	5	390	111	45	37	46	3	5	0	1	1	1
区西部	15	1,302	3	296	99	50	42	27	7	5	17	3	4	2
区西北部	31	2,790	11	1,168	380	70	54	62	10	10	18	4	2	1
区東北部	20	1,756	13	1,292	481	59	38	33	3	3	14	4	2	1
区東部	22	1,718	11	953	355	38	30	28	3	4	2	2	0	0
区部計	137	11,550	49	4,599	1,626	332	251	257	34	35	65	21	10	6
西多摩	56	6,113	6	550	201	15	21	15	5	9	1	2	0	1
南多摩	42	4,070	17	1,730	441	37	48	46	5	8	4	6	1	3
北多摩西部	17	1,576	7	737	276	18	21	19	2	8	10	3	0	2
北多摩南部	18	1,230	12	1,070	343	36	29	35	5	5	2	7	1	3
北多摩北部	27	2,448	11	969	326	22	30	23	2	10	7	5	0	0
多摩地区計	160	15,437	53	5,056	1,587	128	149	138	19	40	24	23	2	9
島しょ	5	260	0	0	0	0	5	5	3	2	0	0	0	0
総計	302	27,247	102	9,655	3,213	460	405	400	56	77	89	44	12	15

(資料) 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、老人福祉センター A型、老人福祉センター B型、身体障害者福祉センター B型、在宅障害者デイサービス施設：社会福祉施設調査報告(平成12年度)

老人保健施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、障害者地域自立生活支援センター：都福祉局資料に基づき施設所在地により分類

5 - (1) 都民の推計入院患者数・構成割合

各年10月 (単位:千人(%))

区 分	患者数(構成割合)					
	平成5 (1993)		平成8 (1996)		平成11 (1999)	
	都内施設	都外施設	都内施設	都外施設	都内施設	都外施設
総数	89.3 (100.0)	18.8 (100.0)	97.7 (100.0)	17.4 (100.0)	95.6 (100.0)	18.5 (100.0)
脳血管疾患(再掲)	15.2 (17.0)	5.2 (27.5)	14.4 (15.3)	5.0 (28.9)	14.8 (15.9)	4.6 (25.7)

(資料)厚生省「患者調査」

5 - (2) 都民の退院患者平均在院日数

区 分	平成5 (1993)		平成8 (1996)		平成11 (1999)	
	総数		総数		総数	
		65歳以上		65歳以上		65歳以上
総数	39.2	67.6	38.9	60.9	36.9	55.6
脳血管疾患(再掲)	133.2	159.4	127.2	147.5	119.9	136.2

(資料)厚生省「患者調査」

5 - (3) 都民の推計退院患者数 - 退院後の行き先

平成11年9月 (単位:千人)

区 分	総 数	退院後の行き先				
		家庭	他の病院・診療所 に入院	老人保健施設 に入所	社会福祉施設 に入所	その他
総数	99.4	84.7	4.0	0.9	1.6	8.1
脳血管疾患(再掲)	5.2	3.0	1.0	0.2	0.2	0.9

(資料)厚生省「患者調査」

6 - (1) 平成12年度老人保健法に基づく機能訓練の実施状況

区 分	機能訓練A型(基本型)						機能訓練B型(地域参加型)			
	訓練実施施設数		訓練実施回数		訓練人員		訓練実施 施設数	訓練実施 延べ回数	訓練人員	
	うち介護 老人福祉 施設・介 護老人保 健施設	1週当 たり	延べ回 数	実人員	延べ人員	実人員			延べ人員	
区	90	22	286	14,863	3,814	151,169	151	3,345	4,410	40,855
市	54	20	102	5,309	1,191	35,220	60	2,180	879	14,222
町村	9	5	14	714	312	2,278	10	202	149	1,695
合計	153	47	402	20,886	5,317	188,667	221	56,772	5,438	56,772

(資料)東京都衛生局「平成12年度老人保健事業実績集計表」

6 - (2) 平成12年度老人保健法に基づく訪問指導の実施状況

区 分	被指導人員	訪問延べ回数	1人平均回数
区	23,024	75,268	3
市	7,463	21,131	3
町村	1,689	5,030	3
合計	32,176	101,429	3

(資料)東京都衛生局「平成12年度老人保健事業実績集計表」

7 - (1) 平成12年度介護予防・生活支援事業実施状況

事業名	区市町村数		
	区	市町村	合計
1 高齢者等の生活支援サービス			
(1) 配食サービス事業	19	29	48
(2) 外出支援サービス事業	11	14	25
(3) 寝具等洗濯乾燥消毒サービス事業	20	24	44
(4) 軽度生活援助事業	20	35	55
(5) 住宅改修支援事業			
住宅改修支援事業（理由書作成を除く。）	9	9	18
住宅改修支援事業（理由書作成助成）	23	31	54
(6) 訪問理美容サービス事業	17	15	32
(7) 高齢者共同生活支援事業	0	2	2
(8) 短期入所振替援助事業	22	32	54
2 介護予防・生きがい活動支援事業			
(1) 介護予防事業			
転倒骨折予防教室	3	5	8
痴呆予防・介護事業	6	3	9
IADL訓練事業（日常生活関連動作）	1	2	3
地域住民グループ支援事業	2	0	2
グループホーム初度設備	0	1	1
(2) 高齢者食生活改善事業	0	2	2
(3) 運動指導事業	4	3	7
(4) 生きがい活動支援通所事業	18	34	52
(5) 生活管理指導事業			
生活管理指導員派遣事業	1	3	4
生活管理指導短期宿泊事業	4	16	20
3 高齢者等の生きがいと健康づくり推進事業	6	4	10

(資料) 都福祉局調べ

7 - (2) 平成12年度高齢者いきいき事業の実施状況（事業メニュー別）

事業名	区市町村数、()内は事業数		
	区	市町村	合計
1 共通事業			
(1) 社会参加のしくみづくり	14 (15)	8 (9)	22 (24)
(2) かかりつけ医・歯科医の定着促進	6 (7)	3 (3)	9 (10)
(3) 特別養護老人ホーム退所者への対応	16 (16)	9 (9)	25 (25)
2 選択事業			
(1) コミュニティバスの導入	4 (4)	10 (11)	14 (15)
(2) 移送サービスの実施	2 (2)	15 (19)	17 (21)
(3) 老人医療費貸付制度の創設	2 (2)	1 (1)	3 (3)
(4) 日常生活用具の給付	15 (16)	30 (32)	45 (48)
(5) 訪問や相談による安心の確保	23 (67)	32 (91)	55 (158)
(6) 住宅のバリアフリー化	23 (26)	28 (31)	51 (57)
(7) 苦情解決専門員制度の設置	2 (2)	2 (2)	4 (4)
(8) NPOや地域団体等の活動の支援	9 (11)	13 (18)	22 (29)
3 独自事業	21 (94)	38 (160)	59 (254)
4 先駆的事业			
(1) 痴呆性高齢者グループホームの質の向上	3 (3)	3 (3)	6 (6)
(2) 成年後見制度の条件整備	3 (3)	3 (3)	6 (6)
(3) 施設入所要件・需要の把握調査	3 (3)	0 (0)	3 (3)
(4) その他区市町村が実施する先駆的事业	4 (6)	11 (19)	15 (25)

(資料) 都福祉局調べ

8 - (1) 理学療法士・作業療法士に係る都内の養成施設の状況

(平成13年4月1日現在)

区分	国立	都立	その他	合計
理学療法士 入学定員	2校 30人	1校 40人	9校 440人	12校 510人
作業療法士 入学定員	1校 20人	1校 40人	1校 435人	11校 495人

(資料)都衛生局調べ

8 - (2) 理学療法士作業療法士養成施設数と入学定員推移

年度	7	8	9	10	11	12	13
理学療法士	5校 205人	6校 245人	9校 355人	9校 355人	9校 355人	10校 430人	12校 510人
作業療法士	3校 90人	4校 130人	6校 200人	7校 240人	7校 240人	9校 345人	11校 495人

(資料)都衛生局調べ

9 国の理学療法士及び作業療法士の需給推計

(平成12年11月の医療関係者審議会理学療法士・作業療法士部会の意見書による)

ゴールドプラン 21、障害者プランの実施を中心に現在把握し得る諸要因を盛り込んで平成16年を目途に推計したものである。

理学療法士、作業療法士の需要と供給は、概ね以下のような数で推移するものと見込まれる。

(1) 理学療法士の需要については、別表に示すとおり、平成16年には約46,000人となるものと推計される。

一方、養成施設及び学校が現状の平均的増加を続けた場合、平成16年には約5,500人程度となり、供給については同年には約37,200人となる見込みである。

(2) 作業療法士の需要については、別表に示すとおり、平成16年には約33,000人となるものと推計される。

一方、養成施設及び学校が現状の平均的増加を続けた場合、平成16年には約5,200人程度となり、供給については同年には約24,200人となる見込みである。

この結果、理学療法士及び作業療法士については、平成16年時点では、需要が供給を上回っていることになる。しかしながら、仮に平成16年以降、養成施設・学校の定員が増加しないとしても、毎年の免許取得者はそれぞれ4,000人前後に及ぶことから、**需要と供給は平成16年以降2から3年以内に均衡に達し、以後逆転すると推測される。**

	平成11年		平成16年推計	
	理学療法士	作業療法士	理学療法士	作業療法士
需 要	23,800人 (平成3年時の推計)	15,800人 (平成3年時の推計)	46,000人	33,000人
供 給	23,896人 (平成11年12月末現在)	12,627人 (平成11年12月末現在)	37,200人	24,200人
入学定員数	3,631人 (平成11年4月現在)	3,113人 (平成11年4月現在)	5,500人	5,200人

10 世界保健機構（WHO）の国際障害分類の改訂

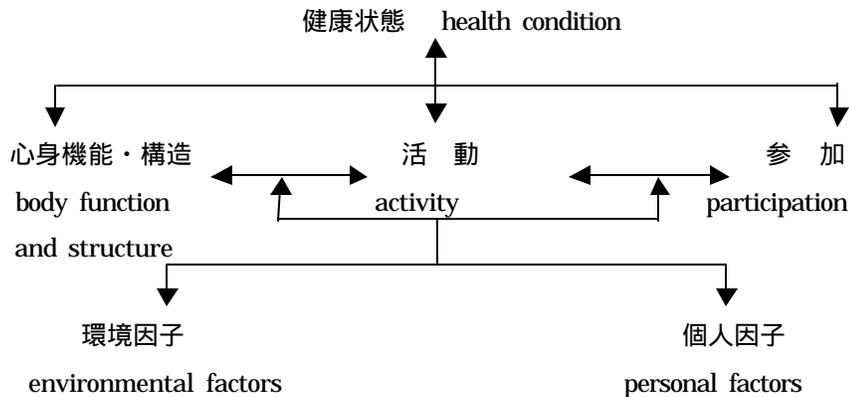
1 世界保健機構（WHO）は、1980（昭和 55）年「国際障害分類」（ICIDH）初版を発表し、障害を機能・形態障害（impairment）能力障害（disability）社会的不利（handicap）の三つの階層（レベル）に分類した。

〔国際障害分類初版 ICIDH〕



2 1990（平成 2）年から、WHOは改訂の検討を行っており、2001（平成 13）年 5 月に WHO で正式決定され、「国際生活機能分類（障害分類）」（ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health）がまとめられた。これによると、障害を 3つの階層（レベル）においてとらえるという基本的な考え方は変わらないが、否定的な名称・概念から中立的・肯定的な名称・概念へと変化した。すなわち、機能・形態障害は、心身機能・構造（body functions and structure）に、能力障害は活動（activity）に、社会的不利は参加（participation）へと変わった。これらが障害された状態は、心身機能構造では、機能・構造障害（impairment）、活動では活動制限（activity limitation）、参加では参加制約（participation restriction）である。これにともなって、従来の疾患（disease）も健康状態（health condition）という中立的な用語に変わった。また、モデルの矢印を一方向から両方向に変え、相互作用を描き、さらに、環境因子及び個人因子の背景因子を導入した点等が変化している。

〔国際生活機能分類（障害分類）ICF〕



(参考) 「リハビリテーションの思想 - 人間復権の医療を求めて - 」第 2 版 上田敏著

1 1 東京都リハビリテーション実態調査報告の概要

1 調査目的

「東京都リハビリテーション協議会」において、リハビリテーション（以下「リハビリ」という。）の在り方等を検討するための基礎資料とするとともに、リハビリ実施医療機関名簿の更新等を行い、リハビリ実施機関相互の連携に資することを目的に、本調査を実施した。

なお、本調査で把握する事項は、以下のとおりである。

- (1) リハビリ資源及び実施状況の把握、今後の整備の意向の把握
- (2) リハビリサービス提供における保健・医療・福祉の連携状況の把握

2 調査対象及び回収率等

調査対象		送付数	回収数	回収率	
医療機関	病院	精神病床のみの病院を除く全病院	844	604	71.6%
	有床診療所	・リハビリテーション科標榜 ^{ぼう} の診療所 ・リハビリテーション科標榜 ^{ぼう} 以外の診療所20%抽出（ただし、精神科、産婦人科、耳鼻いんこう科等のみ標榜 ^{ぼう} している施設を除く。）			
	無床診療所	・リハビリテーション科標榜 ^{ぼう} の診療所 ・リハビリテーション科標榜 ^{ぼう} 以外の診療所5%抽出（ただし、精神科、産婦人科、耳鼻いんこう科等のみ標榜 ^{ぼう} している施設を除く。）	1,191	646	54.2%
区市町村	衛生主管部、福祉主管部	78	59	75.6%	
地域リハビリテーション実施施設	通所又は訪問による身体機能の維持改善を目的とするリハビリを実施していると思われる施設 （区保健所・保健相談所・区市町村保健センター、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、高齢者在宅サービスセンター、特別養護老人ホーム、老人福祉センター特A型、A型、肢体不自由者更生施設、身体障害者福祉センターB型、身体障害者デイサービスセンター、肢体不自由児通園施設等）	1,534	913	59.5%	
相談窓口関連機関	居宅介護支援事業者・在宅介護支援センター15%抽出、障害者地域自立生活支援センター、福祉事務所	342	227	66.4%	

3 調査対象期間

平成13年1月から同年2月まで

4 医療機関におけるリハビリの状況

(1) 施設の状況

ア リハビリ関係の施設基準の実施状況

区 分	総合リハビリテーション	理学療法	理学療法	作業療法	心疾患リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟
病院・有床診療所(604施設)	5.6%	28.6%	9.3%	10.8%	2.2%	0.7%
無床診療所(646施設)		1.9%	1.1%	0.6%		

注 総合リハビリテーション・理学療法・作業療法・心疾患リハビリテーションの施設基準を実施している施設を、以下「基準実施施設」という。

イ リハビリを実施している施設の状況

区 分	実 施 施 設	実施施設の施設・設備の保有状況	入院患者への主な実施内容	実施施設の従事者(常勤)				
				専門医	理学療法士	作業療法士	言語療法士	医療リハビリカー
基準実施施設(266施設)	100.0% (266施設)	運動療法室 95.5% 作業療法室 38.3% 水治療室 50.0% 物理治療室 36.8% 言語療法室 36.1%	関節可動域運動 筋力増強訓練 歩行訓練	44.4%	88.0%	39.8%	33.5%	66.5%
その他病院(238施設)	51.7% (123施設)	運動療法室 56.1% 物理治療室 39.0% 水治療室 13.0%		5.7%	13.0%	4.9%	5.7%	36.6%
その他有床診療所(100施設)	44.0% (44施設)	運動療法室 29.5% 水治療室 6.8% 物理治療室 77.3%	マッサージ 温熱療法 牽引療法	2.3%	2.3%	2.3%	0.0%	2.3%
無床診療所(基準実施施設含む)(646施設)	59.3% (383施設)	運動療法室 26.6% 作業療法室 2.6% 物理治療室 74.4%		5.2%	9.7%	3.4%	1.8%	4.4%

ウ 専門病床

区 分	専門病床	
	保有施設	専門病床数
病 院	74施設	2,334床
有床診療所	1施設	6床

(2) リハビリ実施患者の状況

区 分	入 院	
	実施している患者	主 な 疾 患
基準実施施設 (266施設)	入院患者の 27.0%	脳血管障害、その他の脳外傷・脳疾患 43.2% 骨関節疾患 29.4%
その他病院 (123施設)	入院患者の 32.2%	脳血管障害、その他の脳外傷・脳疾患 52.7% 骨関節疾患 28.6%
その他有床診療所(44施設)	入院患者の 48.3%	脳血管障害、その他の脳外傷・脳疾患 29.8% 骨関節疾患 64.3%

区 分	外 来	
	実施している患者	主 な 疾 患
基準実施施設 (266施設)	外来患者の 4.8%	脳血管障害、その他の脳外傷・脳疾患 25.6% 骨関節疾患 57.4%
その他病院 (123施設)	外来患者の 11.1%	脳血管障害、その他の脳外傷・脳疾患 11.0% 骨関節疾患 72.1%
その他有床診療所(44施設)	外来患者の 32.7%	脳血管障害、その他の脳外傷・脳疾患 4.9% 骨関節疾患 72.4%
無床診療所 (646施設)	外来患者の 47.0%	脳血管障害、その他の脳外傷・脳疾患 4.6% 骨関節疾患 71.4%

注 リハビリ実施の入院患者及び外来患者の状況は、調査機関中の1日を選択して回答したものの。

(3) 地域リハビリへの取組

単位：所

区 分	直接援助				間接援助							
	訪問リハビリ実施	通所リハビリ実施 (施設独自)	通所リハビリ実施 (受託)	マネジャー勤務 実務についているケア	生活相談応需	地域リハビリへの 協力	自主グループ等への 支援	施設の開放	ネットワークへの取組 (事例検討)	ネットワークへの取組 (業務連絡会)	ネットワークへの取組 (研究会)	
基準実施施設 266施設 (100.0)	53 (19.9)	21 (7.9)	4 (1.5)	91 (34.2)	107 (40.2)	54 (20.3)	46 (17.3)	15 (5.6)	47 (17.7)	48 (18.0)	62 (23.3)	
総合リハビリ施設 34施設 (100.0)	6 (17.6)	3 (8.8)	1 (2.9)	8 (23.5)	17 (50.0)	14 (41.2)	13 (38.2)	3 (8.8)	7 (20.6)	10 (29.4)	12 (35.3)	
理学療法施設 173施設 (100.0)	43 (24.9)	13 (7.5)	3 (1.7)	60 (34.7)	69 (39.9)	41 (23.7)	33 (19.1)	10 (5.8)	42 (24.3)	34 (19.7)	42 (24.3)	

注 ()内は、割合(%)を示す。

(4) リハビリ医療の充実の意向

ア リハビリ医療充実の意向

区 分	充実の意向	主 な 内 容
基準実施施設 (266 施設)	59.4%	訓練室等の施設改善 医療機器の整備・更新
その他病院 (238 施設)	31.9%	理学療法等の施設基準等実施医療施設となる 訓練室等の施設改善
その他有床診 療所(100 施設)	23.0%	医療機器の整備・更新 訓練室等の施設改善
無床診療所 (646 施設)	23.4%	医療機器の設備・更新 訓練室等の施設改善

イ リハビリ医療を充実する上での問題点

「人員の確保困難」「施設拡充のためのスペース不足」が上位

(5) 人材の不足感等

区 分	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	不足数	採用予定数	不足数	採用予定数	不足数	採用予定数
基準実施施設 (266 施設)	116 施設 1.9人/1施設	96 施設 2.1人/1施設	56 施設 1.9人/1施設	51 施設 1.9人/1施設	35 施設 1.2人/1施設	18 施設 1.2人/1施設
その他病院 (238 施設)	73 施設 1.5人/1施設	58 施設 1.8人/1施設	25 施設 1.2人/1施設	19 施設 1.5人/1施設	7 施設 1.4人/1施設	1 施設 1.0人/1施設
その他有床診 療所 (100 施設)	19 施設 1.1人/1施設	7 施設 1.1人/1施設	2 施設 1.0人/1施設	2 施設 1.0人/1施設	0 施設 0.0人/1施設	0 施設 0.0人/1施設
無床診療所 (646 施設)	97 施設 1.3人/1施設	43 施設 2.0人/1施設	20 施設 1.2人/1施設	1 施設 2.0人/1施設	13 施設 1.2人/1施設	5 施設 1.2人/1施設

注 1 施設当たりの人数は不足数及び平成13年から17年までの採用予定数を、それぞれ不足数又は採用予定数があると回答した施設数で割った人数である。

5 区市町村・地域リハビリテーション実施施設の状況

(1) 区市町村の実施状況

区 分	訪問・通所リ ハビリとも に実施	通所リハビリ 実施	訪問リハビリ 実施	福祉機器等の 展示の実施	訪問による福 祉機器の使用 方法や住まい 方の指導等環 境調整を実施	自主グルー プ等への支援
区市町村	28.8%	25.4%	16.9%	47.5%	37.3%	44.1%

注 訪問、通所リハビリの実施状況は、直轄事業及び医療機関への委託事業(区市町村立施設及び医療機関以外の委託事業は除く。)の回答状況

(2) 地域リハビリテーション実施施設の実施状況

区 分	実施施設の施設・設備の保有状況	通所・訪問の実施状況	福祉機器、住宅改修の相談・自主グループ等支援	従事者(上段:常勤/下段:非常勤)			
				理 学療法士	作 業療法士	言 語療法士	
保健所 (25施設)	機能訓練室 37.3% 作業療法室 13.7%	通所リハビリ訪問リハビリとも実施 5.9% 通所リハビリを実施 48.8% 訪問リハビリを実施 18.9% *主な実施内容 通所リハビリ:日常生活訓練、心身機能回復(維持)訓練、社会適応訓練 訪問リハビリ:日常生活訓練、歩行訓練、車椅子の移動訓練 (n=913施設)	福祉機器等の展示の実施 22.3% 福祉機器等について必要時に情報提供、相談等実施 25.1% 訪問による福祉機器や住まい方の指導等環境調整の実施 24.2% 自主グループや家族会等への支援 37.3%	16.0%	12.0%	0.0%	
保健センター (49施設)	自立生活訓練室 6.0%			16.0%	12.0%	0.0%	
保健相談所 (22施設)	多目的ホール39.6% (n=91施設)			22.3%	2.0%	2.0%	0.0%
高齢者在宅サービスセンター (283施設)	機能訓練室 83.5% 作業療法室 26.8% 自立生活訓練室 9.5%			36.7%	36.7%	22.4%	0.0%
介護老人福祉施設 (209施設)	多目的ホール51.8% (n=478施設)			22.7%	22.7%	9.1%	0.0%
老人福祉センター (60施設)				36.4%	36.4%	18.2%	9.1%
訪問看護ステーション (199施設)				13.4%	13.4%	8.5%	0.4%
介護老人保健施設 (66施設)	機能訓練室 96.8% 作業療法室 34.1% 自立生活訓練室 35.6% 多目的ホール71.4% (n=66施設)			12.9%	12.9%	9.1%	1.9%
身体障害者福祉センター (37施設)	機能訓練室 79.3% 作業療法室 44.7% 自立生活訓練室 33.8%			58.4%	58.4%	28.7%	7.2%
身体障害者デイサービスセンター (19施設)	多目的ホール53.1% (n=114施設)			10.0%	10.0%	10.0%	0.0%
重症心身障害児(者)通所施設 (8施設)				9.5%	9.5%	5.0%	0.5%
その他 (66施設)				26.1%	26.1%	16.1%	0.5%
				59.1%	59.1%	40.9%	9.1%
		63.6%	63.6%	30.3%	7.6%		
		37.8%	37.8%	37.8%	2.7%		
		81.1%	81.1%	64.9%	70.3%		
		31.6%	31.6%	57.9%	5.3%		
		68.4%	68.4%	26.3%	36.8%		
		37.5%	37.5%	25.0%	12.5%		
		62.5%	62.5%	0.0%	50.0%		
		21.2%	21.2%	16.7%	0.0%		
		42.4%	42.4%	22.7%	15.2%		

(3) 介護老人保健施設の入所者の状況

介護老人保健施設 66 施設の入所定員 (5,832 人) のうちリハビリを実施している入所者の割合
65.4%

(リハビリを実施している入所者の疾患別内訳)

脳血管障害、その他の脳障害・脳疾患 44.0%
骨・関節疾患 21.2%

(4) 医療機関との連携

区分	医療機関との連携の現状	連携の現状について日頃感じていること	医療機関、保健・福祉の連携状況
区市町村 (59 区市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練に関する病状の照会で連絡を取っている。 44.1% 退院患者の紹介を受けることがある。 27.1% 	<ul style="list-style-type: none"> 機能低下を生じたとき、短期間入院させて入院させてリハビリを受けさせてくれる病院がほしい。 40.7% 退院患者の紹介の際、申し送り等をきちんとしてほしい。 23.7% 疾患の入院治療が必要なとき、受け入れてくれる病院がほしい。 15.3% 	<ul style="list-style-type: none"> 連絡調整は必ずしも十分とはいえない。 27.1% 連絡調整組織は設置していないが、個々の事例に応じた連絡調整は十分できている。 20.3%
地域リハビリ テーション実 施施設 (913 施設)	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練に関する病状の紹介で連絡をとっている。 43.9% 退院患者の紹介を受けることがある。 38.2% 	<ul style="list-style-type: none"> 機能低下を生じたとき、短期間入院させて入院させてリハビリを受けさせてくれる病院がほしい。 36.8% 疾患の入院治療が必要なとき、受け入れてくれる病院がほしい。 24.9% 退院患者の照会の際、申し送り等をきちんとしてほしい。 23.5% 理学療法士、作業療法士などの職員を派遣してほしい。 24.0% 	<p>_____</p>

(5) 今後の意向

ア 人員の増員予定

区分	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
地域リハビリ テーション実 施施設	18施設 2.1人/1施設	14施設 1.8人/1施設	5施設 1.2人/1施設

注 1 施設当たりの人数は、増員予定数について予定があると回答した施設数で割った人数である。

イ 充実する上での問題点

「人員の確保困難」(53.6%)が最も多い。

6 相談窓口機関

相談窓口 機関 227 施設	相談内容 (2週間(注)の相談件 数 29,871 件)	在宅サービスの情報提供・紹介 ケアマネジメント リハビリテーションに関すること	30.5% 24.3% 4.0%
	地域の機関との連携体制	福祉用具、住宅改修等の相談実施において支援体制が整っている。 地域の機関で実施する研修に参加している。 医療に関する助言や病状の照会のために連絡を取れる医療機関がある。	50.2% 43.6% 43.2%
	相談を受ける上での問題	地域に訪問リハビリ、通所リハビリ等在宅サービスの資源が少なく紹介先に困る。 情報ネットワークが整備されていない。	72.7% 36.6%
	地域リハビリの充実を図る上で重要なこと	リハビリ施設の充実 在宅サービスの充実 リハビリ従事者の確保	57.7% 47.1% 37.9%

注 調査対象機関が調査期間中の1日を基準日に設定し、基準日直前2週間の相談内容を調査

参 考

1	東京都リハビリテーション協議会設置要綱	39
2	東京都リハビリテーション協議会委員名簿	41
3	検討経過	42

1 東京都リハビリテーション協議会設置要綱

平成12年7月14日 12衛医計第495号
改正 平成13年4月10日 13衛医計第1号

(設置)

第1 都におけるリハビリテーションの在り方及び体制整備のための具体的方策を検討するために、東京都リハビリテーション協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(検討事項)

第2 協議会は、次に掲げる事項について協議し、その結果を衛生局長に報告する。

- (1) リハビリテーション医療体制整備の在り方について
- (2) 都及び地域におけるリハビリテーションサービス提供体制について
- (3) その他リハビリテーション医療に関し衛生局長が必要と認める事項

(構成)

第3 協議会は、次に掲げる委員21名以内をもって構成し、衛生局長が委嘱又は任命する。

- (1) 学識経験を有する者、関係団体の代表及び関係行政機関の職員
- (2) 東京都職員

(委員の任期)

第4 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。
なお、当該委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(座長及び副座長)

- 第5 協議会に座長及び副座長を置く。
- 2 座長は委員の互選により、副座長は座長の指名により選任する。
 - 3 座長は、協議会を代表し、会務を総理する。
 - 4 副座長は、座長を補佐し、座長に事故があるときは、その職務を代理する。

(部会)

- 第6 協議会には、専門的な事項を検討するための部会を設置することができる。
- 2 部会は、協議会の委員のうちから座長が指名する委員又は座長が指名する委員のうちから衛生局長が別に委嘱又は任命する部会のみにも属する専門委員をもって構成する。
 - 3 前項の部会にのみ属する専門委員の任期は、第4(委員の任期)に準ずるものとする。

(部会長)

- 第7 部会には、部会長を置く。
- 2 部会長は、委員の互選により定める。
 - 3 部会長は、部会を総括する。

(召集等)

第 8 協議会及び部会は、座長が召集する。

2 座長は、必要に応じて協議会及び部会に委員以外のものの出席を求め、又は他の方法で意見を聞くことができる。

(幹事会)

第 9 協議会に幹事会を置く。

2 幹事会は、別表に掲げる職にある者をもって構成する。

3 幹事会は、協議会が検討する事項に関し、必要な事項の連絡調整を行う。

4 幹事会は、衛生局医療計画部長が召集し、主宰する。

5 衛生局医療計画部長は、必要があると認めるときは、別表に掲げる職にある者以外の職員に幹事会への出席を求めることができる。

(会議の公開)

第10 会議並びに会議録及び会議に係る資料(以下「会議録等」という。)は、個人情報保護等特に非公開とする必要がある場合を除き、すべて公開する。

(庶 務)

第11 協議会及び部会等の庶務は、東京都衛生局医療計画部医療計画課において処理する。

(補 則)

第12 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に必要な事項は、座長が別に定める。

附 則

第1 この要綱は、平成12年7月14日から施行する。

第2 この要綱の施行後、初めて委嘱又は任命する委員の任期については、第4の規定にかかわらず平成14年7月31日までとする。

附 則

この要綱は、平成13年4月10日から施行し、平成13年4月1日から適用する。

別 表

福 祉 局	総務部計画調整課長 高齢者部計画課長 障害福祉部計画課長 保険部介護保険課長
衛 生 局	総務部企画課長 健康推進部成人保健課長 医療計画部医療計画課長 病院事業部経営企画課長

2 東京都リハビリテーション協議会委員名簿

	氏 名	役 職
学識経験者	安藤 高朗	医療法人社団永生会理事長、永生病院院長
	高崎 絹子	東京医科歯科大学医学部保健衛生学科教授
	鷹野 昭士	東京都リハビリテーション病院院長
	竹内 孝仁	日本医科大学リハビリテーション科教授
	早川 宏子	東京Y M C A 医療福祉専門学校作業療法科学科長
	山口 明	国立精神・神経センター武蔵病院リハビリテーション科医長
	米本 恭三	保健科学大学学長
関係団体の代表	青井 禮子	東京都医師会理事
	深谷 浩一	東京都医師会理事（平成13年4月25日まで）
	鳥羽 洋	東京都医師会理事（平成13年4月26日から）
	芳賀 定	東京都立心身障害者口腔保健センター診療部長(東京都歯科医師会) （平成13年3月31日まで）
	中澤 清	東京都立心身障害者口腔保健センター診療部長(東京都歯科医師会) （平成13年4月1日から）
	志賀 利江	東京都看護協会専務理事
	岩瀬 光雄	東京都老人クラブ連合会副会長
関係行政機関の職員	大黒 寛	墨田区福祉保健部保健衛生担当部長（特別区保健衛生主管部長会）
	秋元 政三	三鷹市健康福祉部長（東京都市保健衛生協議会）(平成13年4月22日まで)
	坂和 公明	青梅市福祉部長（東京都市保健衛生協議会）（平成13年4月23日から）
	宮田 石根	日の出町福祉健康課保健衛生担当主幹（西多摩町村保健衛生課長会） （平成13年3月31日まで）
	江川 益弘	日の出町福祉健康課保健衛生担当主幹（西多摩町村保健衛生課長会） （平成13年4月1日から）
	栗津原 昇	板橋区立障害者福祉センター
	佐々木 昭子	東京都三鷹武蔵野保健所長
東京都職員	村山 寛司	福祉局企画担当部長
	金内 善健	高齢者施策推進室高齢政策部長（平成13年3月31日まで）
	齋藤 進	衛生局企画担当部長
	友松 栄二	衛生局医療計画部長（平成13年3月31日まで）
	奥田 匠	衛生局医療計画部長（平成13年4月1日から）
専門委員	安保 雅博	東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座講師
	大塚 友吉	東京都リハビリテーション病院地域リハビリテーション科医長
	大江 尚樹	東京都社会福祉協議会事務局長（平成13年3月31日まで）
	中島 滋夫	東京都社会福祉協議会事務局長（平成13年4月1日から）
	飯島 毅	東京都心身障害者福祉センター地域支援課長
	秋田 慎子	都立府中病院医事課課長補佐（医療相談係長）

（敬称略）

：座長、 ：副座長、 ：部会長、 ：部会委員

3 検 討 経 過

区 分	開催年月日	検 討 事 項 等
第 1 回協議会	平成 12 年 9 月 11 日	(1)座長選出・副座長指名 (2)リハビリテーション対策について (3)リハビリテーション実態調査について
第 1 回作業部会	平成 12 年 10 月 11 日	リハビリテーション実態調査の手法・内容について
第 2 回作業部会	平成 12 年 11 月 1 日	リハビリテーション実態調査手法・内容について
第 2 回協議会	平成 12 年 11 月 15 日	(1)リハビリテーション実態調査方法の決定について (2)急性期から回復期、維持期のリハビリテーションの過程を考慮した保健・医療・福祉の連携について
(調査の実施)	(平成 13 年 1 月～2 月)	
第 3 回作業部会	平成 13 年 4 月 5 日	リハビリテーション実態調査結果の集計について
第 4 回作業部会	平成 13 年 5 月 24 日	リハビリテーション実態調査結果に基づく報告(案)について
第 3 回協議会	平成 13 年 6 月 22 日	(1)リハビリテーション実態調査結果に基づく報告について (2)リハビリテーション提供体制の在り方について
第 5 回作業部会	平成 13 年 8 月 1 日	地域リハビリテーション支援について
第 6 回作業部会	平成 13 年 9 月 5 日	リハビリテーション協議会報告(案)の骨子について
第 7 回作業部会	平成 13 年 10 月 19 日	リハビリテーション協議会報告(案)について
第 4 回協議会	平成 13 年 11 月 1 日	リハビリテーション協議会報告について

この報告書について御意見・お問い合わせ等ありましたら、下記までお寄せください。

東京都リハビリテーション協議会報告書

平成 13 年度
印刷物番号(13)217

平成 13(2001)年 11 月発行

編集・発行 東京都衛生局医療計画部医療計画課
新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話番号 03(5320)4425 (ダイヤルイン)
03(5321)1111 内線 34-732

印刷 株式会社 ワイエム・プランニング
新宿区四谷 4-3-15 市川ビル 4 階
電話番号 03(3350)1711 (代)