日本地域包括ケア学会第７回大会

21 Dec. 2025

地域包括ケアシステムを支える在宅療養の担い手

リハビリテーションの立場から

日本リハビリテーション病院・施設協会　会長

川越市医師会長

全国デイ・ケア協会　名誉会長

（医）真正会　霞ケ関南病院　理事長

齊藤　正身

日本地域包括ケア学会　第７回大会

利益相反状態の開示

斉藤　正身

（一社）日本リハビリテーション病院・施設協会　会長

（医）真正会　霞ケ関南病院　理事長

私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。

デイケアの歴史（外国）

1942年

◇　成人対象のデイケアは精神科の領域から始まった。

◇　第一号は、ソ連で始められ、イギリス、カナダ、アメリカへ拡大。

1958年

◇　**老人医療の領域で最初に行われたデイケアは、ロンドンのユナイテッド・オックスフォード病院。**

◇　退院患者の家庭復帰をスムーズに行わせるために、医師による診断・治療に加え、家事サービス、　ＰＴ、ＯＴ、ＳＴによる機能回復訓練などのサービスが提供された。

イギリスのデイケア　（Nobuo Aoki）

◇ **デイホスピタル**

・病院外来の延長として治療・処置とリハビリテーションを積極的・集中的に行う。医師、看護師、ＰＴ、ＯＴ、ＳＴ、SW等のスタッフ配置と設備も整っている。

◇ **デイセンター**

・機能維持や人との交流を主眼として、いろいろなサークル活動や会食をする。自治体や民間のボランティア団体が運営にあたり、看護婦、SW、家事サービスなどのスタッフを配置

・医師、ＰＴ、ＯＴ、ＳＴなどの専門職スタッフは配置されていない。

◇ **デイクラブ**

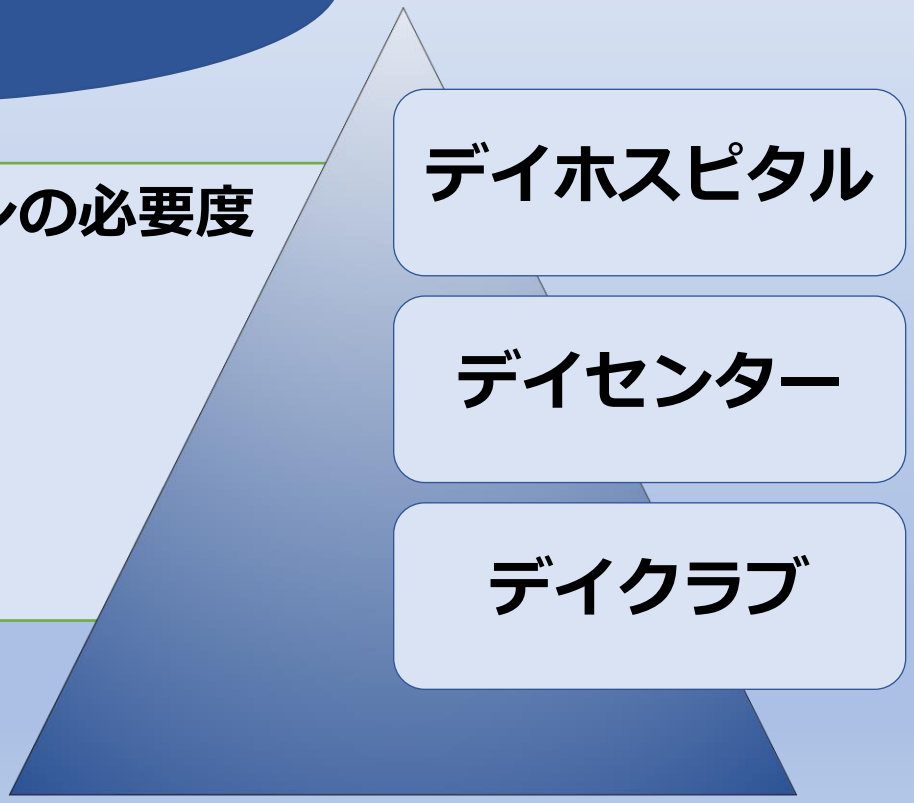
・地域社会からの孤立を防ぎ、自立意識の強化をねらいとし、自主的な活動や相互援助的な活動、会食および交際に力点を置いている。

・専門的なスタッフは配置されず、もっぱらボランティアがその運営に

イギリスのデイケア

高齢者デイケアの原点

- リハビリテーションの必要度
- 医療の必要度
- 地域性
- アクセス（利便性）



デイホスピタルの目標（イギリス）

吉田寿三郎著　ベッドのない第三の住まい「デイ・ケアのすすめ」ミネルヴァ書房　より

1. リハビリテーション

2. 家族の苦労の軽減

3. 医学的管理

4. 社会的な接触の機会をつくること

＊そのいずれの目標で最大の成果を収めるべきかは、
デイホスピタルの存在する地域の条件次第である。

日本の老人デイ・ケアの歴史　（精神科デイケアは1953年から、制度化は1974年）

1965
- 吉田寿三郎医師を中心に、大阪市立弘済病院において実験的に行ったデイホスピタルがその第一号とされる。

1972
- 東京都老人医療センターでデイホスピタルを開設。

1975
- 特養「緑寿園」がショートステイや入浴サービスとともに、デイ・ホームサービスを開始した。

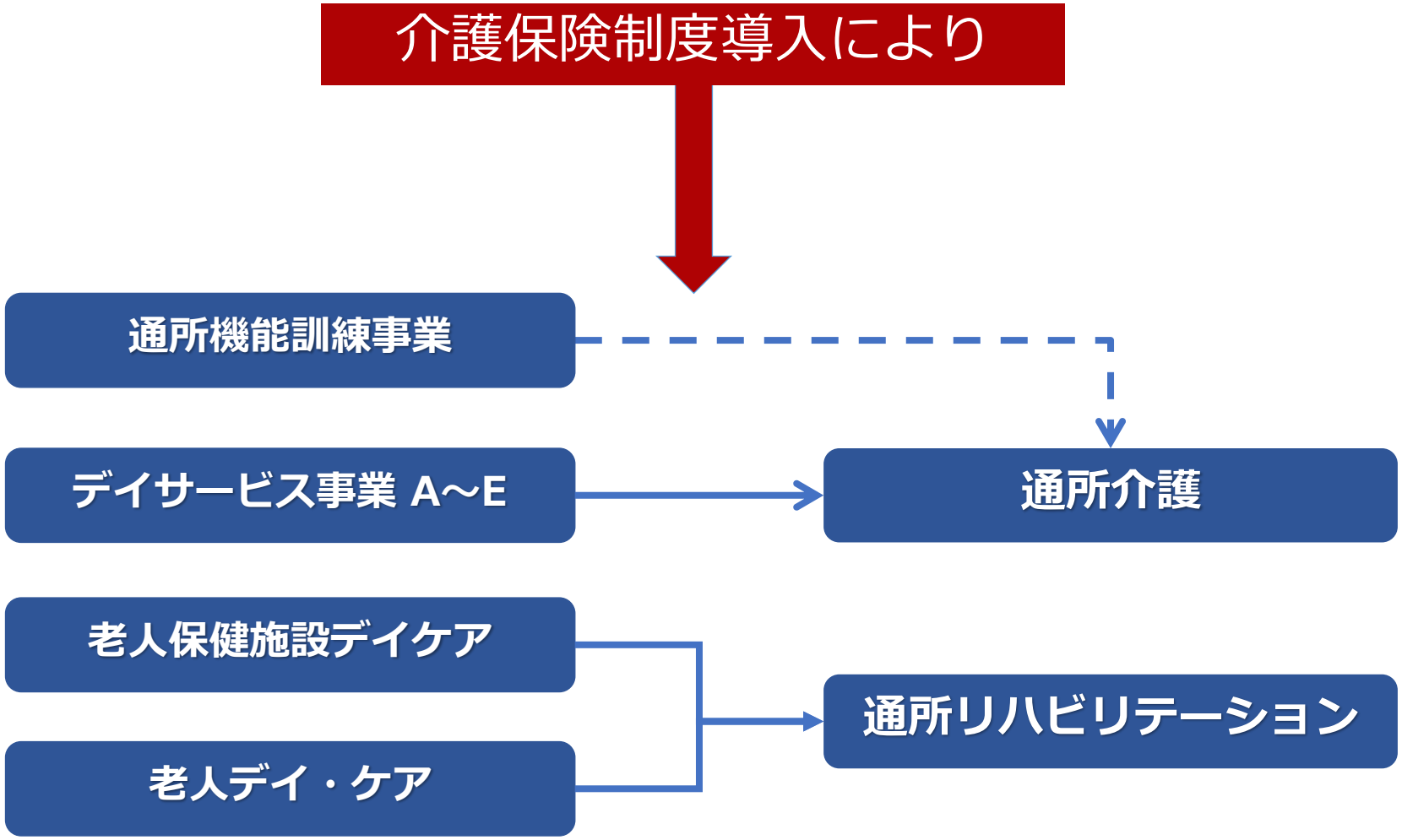
1979
- 国庫補助事業として，特別養護老人ホーム等に併設でデイ・サービス事業が始められた。

1980
- 民間として初めて霞ヶ関中央病院にデイホスピタルを開設。　（制度化されていない）

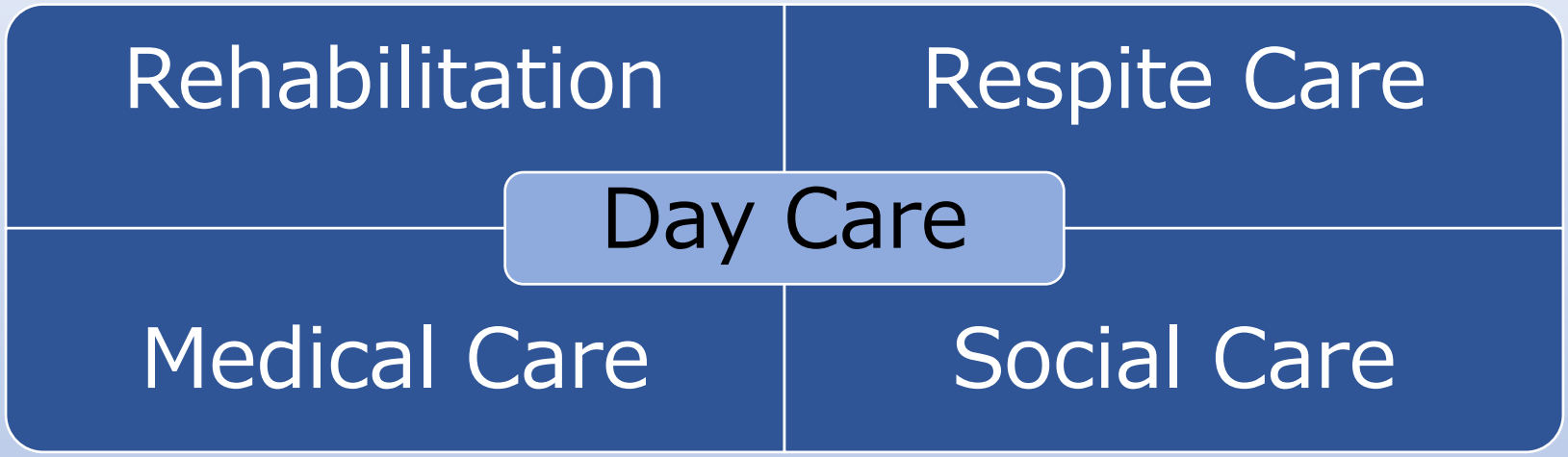
1981
- デイ・サービスは、基本事業（生活指導、日常動作訓練、養護、家族介護者　教室、健康チェック、送迎）を必須事業として行う。

1983
- 老人保健法に基づく「老人デイ・ケア」が制度化されたが、当初は痴呆等精神障害の老人に限定されていた。

1986
- 基準が緩和され，脳卒中後遺症などの身体障害者が対象に加えられるようになった。


介護保険制度導入により
通所機能訓練事業
デイサービス事業 A～E
通所介護
老人保健施設デイケア
老人デイ・ケア
通所リハビリテーション

老人デイ・ケアの目的



利用中の時期によって、重視する利用目的が変化することを十分理解しておかなければならない。

1999年　斉藤正男

高齢者リハビリテーションのあるべき方向

2004年　高齢者リハビリテーション研究会

提言の三本柱

1. 介護予防
2. 医療・介護におけるリハビリテーション
3. 地域リハビリテーション体制

- ドイツ介護保険法において『予防とリハビリテーションの優先』の規定（第5条）が置かれ、さらに『自己責任』として、被保険者が予防・リハビリに努めることが義務づけられていた（第6条）ことであった。

リハビリテーション前置主義

2000年　公的介護保険制度導入時・・・

日本では、明文化されなかった・・・

介護保険部会における論点整理について（リハビリテーション関連）

２０１０年　１０月２８日　社会保障審議会介護保険部会　委員　齊藤正身

部会で提示した論点	関連する意見／提言	今回の意見
訪問リハビリテーションは十分に提供されているか。	訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制の整備が必要。	本会では「不足」「不十分」は十分認識されたと思うので、さらなる拡充が必要であり、具体的な対策が求められる。
適切に通所リハビリテーションを提供するためには、通所介護と通所リハビリテーションの再編を図る必要があるのではないか。		ソーシャル及びレスパイトケアを共通評価にした場合、専門的なリハビリテーションの提供や医学的管理を適正に評価するべきではないか。
現行制度では、介護保険施設類型によって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入居者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供 できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。	どの施設にいても入居者の個々の状態に着目して訪問看護などの医療系サービスが提供できる仕組みや薬剤管理の仕組みを検討すべきではないか。	第３０回介護保険部会で、特養や通所介護等に訪問や通所のリハビリテーションサービスを提供する既存サービスの有効活用を提案したが、左記意見は、これも包含していると判断したい。
訪問看護やリハビリテーションについて上限の算定から外すべきではないかとの指摘や、医療保険と介護保険の給付対象の整理を見直すべきとの指摘があるが、これについてどう考えるのか	介護保険は区分支給限度基準額があるため、介護とリハビリとの選択にケアマネが悩んでいる。 リハビリは区分支給限度基準額から外すか、医療保険から提供できるようにすべき。	リハビリテーションには、評価・指導が中心の継続提供と、レベル低下時に対応する短期集中提供がある。 短期集中提供の場合は、通所・訪問・短期入所ともに「支給限度額外」あるいは医療保険の「特別指示書」ではどうか。
ケアマネジャーの在り方	自立支援に向けた目標指向型であるとともに、リハビリの重要性を理解し、医療と介護との適切 なマッチングを行うことのできるケアマネジャーが必要。	認知症やリハビリテーション、そして医療的なニーズに応えられるケアマネジャーの育成が求められているため、研修においても必須の分野と位置づけるべき。

2010年**11**月の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直し意見」に「リハビリテーションについては（中略）リハビリ前置の考え方に立って提供すべきである」との表現が盛り込まれた。

当初、「意見（素案）」には「リハビリテーション前置主義」は含まれていなかったが、**2010**年11月25日の第37回介護保険部会でそれを盛り込むことを強く主張し、加筆された。

介護保険制度の見直しに関する意見

（リハビリテーションの推進）　社会保障審議会介護保険部会　2010年11月30日

○　リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

○　しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。
　そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

○　さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるという リハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

2012年　社会保障審議会：介護保険部会にてプレゼンテーション

「介護」における
リハビリテーションの必要性と将来あるべき姿

- **リハビリテーション前置の考え方を再確認する。**
- **介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。**
- **リハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備する。**

これは、在宅におけるリハビリテーションの目指す姿！

リハビリテーション前置の考え方を再確認する

まず訓練ではなく、まず **評価**

これが「前置」！

現状の把握
今後の予測

協　議
計　画
実　行
・・・

介護の**負担を軽減**するために、
リハビリテーションは不可欠である。

急性期・回復期・慢性期・・・どの時期でも
介護者（スタッフ・家族）のケアの実際に目を向ける。

自立に向けた取り組みは、本人だけでなく家族にとっても有益！

利用開始から3ケ月後のADL変化（項目別）

第146回
介護給付費分科会
資料

改善群 , 低下群

新規利用開始から3ケ月後の変化（入院入所・状態悪化による終了者は除く）
6-8時間 n=932，1-2時間 n=147

○ 移乗（6-8時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	部分介助	最小限介助	自立
自立	**0.1%**	**0.6%**	**7.3%**	58.2%
最小限介助	**0.0%**	**2.4%**	20.7%	1.0%
部分介助	**0.4%**	6.8%	0.5%	0.1%
全介助	1.4%	0.3%	0.2%	0.0%

○ 移乗（1-2時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	部分介助	最小限介助	自立
自立	**0.0%**	**0.7%**	**2.7%**	83.0%
最小限介助	**0.0%**	**2.0%**	8.8%	0.0%
部分介助	**0.0%**	1.4%	0.7%	0.0%
全介助	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%

○ トイレ動作（6-8時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	部分介助	自立
自立	**0.1%**	**6.0%**	63.9%
部分介助	**1.2%**	23.4%	1.1%
全介助	3.5%	0.5%	0.2%

○ トイレ動作（1-2時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	部分介助	自立
自立	**0.0%**	**2.0%**	91.8%
部分介助	**0.7%**	4.1%	0.7%
全介助	0.7%	0.0%	0.0%

○ 歩行（6-8時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	車椅子使用	部分介助	自立
自立	**0.2%**	**0.8%**	**6.4%**	31.1%
部分介助	**0.9%**	**4.8%**	37.2%	0.6%
車椅子使用	**1.3%**	10.4%	0.6%	0.0%
全介助	5.3%	0.2%	0.1%	0.0%

○ 歩行（1-2時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	車椅子使用	部分介助	自立
自立	**0.0%**	**0.7%**	**10.9%**	56.5%
部分介助	**0.0%**	**4.1%**	21.1%	0.0%
車椅子使用	**0.7%**	5.4%	0.0%	0.0%
全介助	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%

○ 階段昇降（6-8時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	部分介助	自立
自立	**0.2%**	**5.0%**	23.7%
部分介助	**3.9%**	46.4%	0.3%
全介助	19.7%	0.5%	0.2%

○ 階段昇降（1-2時間）

3ケ月後 ＼ 利用開始時	全介助	部分介助	自立
自立	**0.7%**	**9.5%**	46.3%
部分介助	**2.7%**	32.7%	0.0%
全介助	7.5%	0.7%	0.0%

全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業：訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業．2017

6-8時間は、「移乗」「トイレ動作」の項目において
利用開始時に自立していた割合が低く、3ケ月後に改善した割合が高い。

リハビリテーションを

包括的に提供できる体制を整備するべき

コロナ禍での困難な提供を経験して

改めて確信できた！

その時、最適な提供手法は・・・

地域包括ケアを支えるリハビリテーション

自助

自助力の向上・維持

リハ※の成果は「自助力」の
向上・維持につながる

互助

インフォーマルサービスの育成とサポート

住民の支えあい活動を
リハ※の立場から促す

リハビリテーション

地域包括ケアを支えるリハ※提供

急性期・回復期・生活期リハ※により
自立生活を獲得・維持する

共助

公の機関と積極的に協働

公共的なリハ※施策が自立を
促すものとなるように関わる

公助

※ リハ ： リハビリテーションの略

通所・訪問リハビリテーションの活用方法

通常利用

- レベル低下への対応
- 毎週？定期的な提供

評価目的

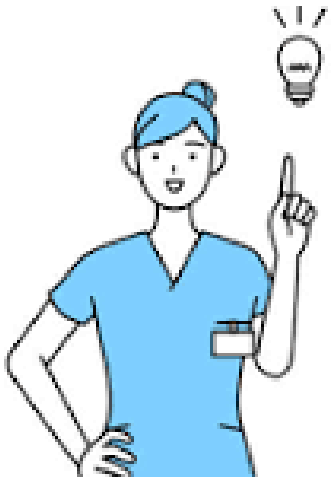
- サービス開始時
- 間隔を置いて提供

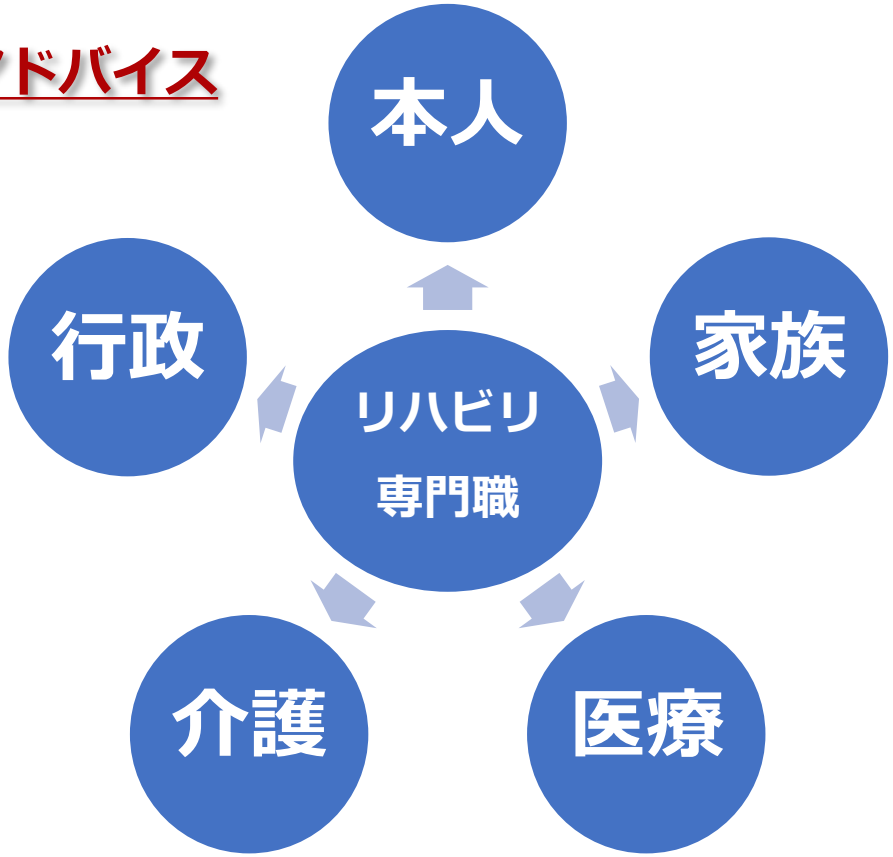
これからの在宅でのリハビリテーションは・・・

① 退院退所直後のリハビリテーション

② 中重度者へのリハビリテーション及びケアの提供

③ **定期的な生活機能の評価とアドバイス**





たとえ災害やパンデミックがあっても
提供しなければならない
リハビリテーションとは・・・

◆適切な現状把握と今後の予測
◆柔軟な提供手法の選択
◆自助・互助へのアプローチ
◆廃用症候群の予防と対応

全て平時から取り組むべきこと！

因みに・・・　　埼玉県川越市　人口 352,474人（2025年3月1日現在）

高齢化率 27.1%（2024年1月1日現在）

川越市の地域包括ケアを支える取り組みとして・・・

地域包括支援センター９ヶ所

⇨リハビリテーション専門職を配置（2025年４月から）

医療介護等の２７団体で組織

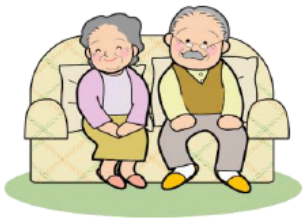
「コミュニティケアネットワークかわごえ」（CCNかわごえ）

コミュニティケアネットワークかわごえ

医　療　系

- 川越市医師会
- 川越市歯科医師会
- 川越市薬剤師会
- 理学療法士会
- 作業療法士会
- 言語聴覚士会
- 柔道整復師会
- 看護協会
- 歯科衛生士会
- 栄養士会
- 埼玉医科大学総合医療センター
- 鍼灸師会

計27団体



介護予防　在宅療養

目　的

ネットワークの構築
同職種間・多（他）職種間の資質向上
地域ケア会議の推進

介　護　系

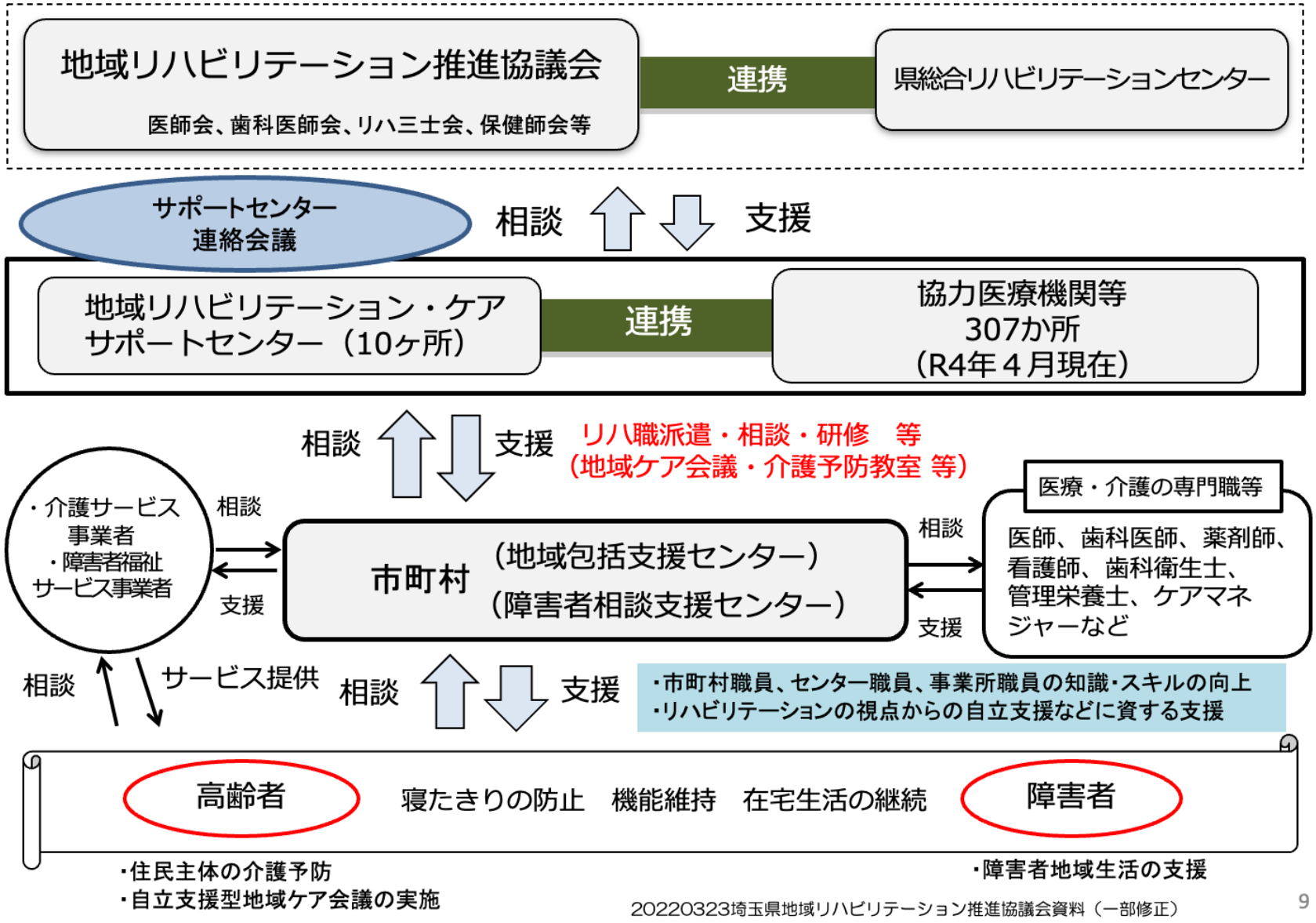
- 居宅介護支援
- 訪問看護
- 訪問入浴・訪問介護
- 通所リハビリ
- 通所介護
  認知症対応型通所介護
- 訪問リハビリ
- 短期入所療養介護
  短期入所生活介護
- 福祉用具貸与
  福祉用具販売
- 介護老人福祉施設
  地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 介護老人保健施設
  介護療養型医療施設
- 認知症対応型共同生活介護
  小規模多機能型居宅介護
  看護小規模多機能型居宅介護
- 特定施設入居者生活介護
  地域密着型特定施設入居者生活介護

- 川越市社会福祉協議会
- 地域包括支援センター
- 川越商工会議所

- 川越市
- 川越市在宅医療拠点センター

順不同
令和5年4月現在

埼玉県における地域リハビリテーション支援体制



20220323埼玉県地域リハビリテーション推進協議会資料（一部修正）

たとえ障害があっても、
再びその人らしく生き生きとした
生活ができるように!!

私たちは…