

厚生労働科学研究費補助金  
長寿科学総合研究事業

# 高齢者の地域リハビリテーション体制の 構築に関する研究

平成17年度～18年度 総合研究報告書

平成19(2007)年3月

主任研究者

山 口 明

武蔵村山病院リハビリテーションセンター長

## 目 次

### I. 総合研究報告

高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究	-----	1
主任研究者	山口 明 武蔵村山病院リハビリテーションセンター	

### II. 分担研究報告

1. 脳卒中リハビリテーション患者データベースの開発のねらいと概要		
分担研究者	近藤克則 日本福祉大学 社会福祉学部	----- 8
2. 地域リハビリテーション広域支援センター活動などの効果研究		
地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の全国状況		
分担研究者	柳原 幸治 東京都リハビリテーション病院	----13

III. 研究組織	-----	23
-----------	-------	----

## 高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究

主任研究者 山口 明 武蔵村山病院リハビリテーションセンター・センター長

### 1. 急性期リハから回復期リハへの効果研究：脳卒中リハビリテーションデータベース創設の

研究：A.脳卒中リハビリテーションデータベースの基本仕様（Version2・3.）を今年度ほぼ完成させた。昨年度は研究に参加した研究者の所属する10病院における入力作業から進め、今年度、更に協力施設を20病院程に拡大し、Version2をもとに大規模臨床研究に着手した。データベース作成の基本的コンセプトは①先行している脳卒中データバンクとの連携をはかる。②リハビリテーション医学専門分野独自の評価スケールの開発・入力と必須項目・オプション項目の2段階とし、極力入力負担を抑え、継続性を重視する。③特に、ADLの変化を捉えることを重視しリハビリテーションの効果研究に資する。⇒B.平成18年度はVersion2を用いた研究を進めた：病院および患者基本情報を把握の上、スタッフ数などのリハ環境、リハビリテーション患者の合併症、訓練量、専門医の関与、定期的カンファレンスの実施、土日・休日訓練、18年4月に行われた診療報酬改訂前後の検討などとADL改善率、在宅復帰率のアウトカムとの関連などの検証を行なった。⇒C.脳卒中急性期リハビリテーションデータベースの更なるグレードアップと、回復期リハから在宅でのリハまで見据えたリハビリテーションデータベース作成研究に向けて本研究はその基礎を築いたといえる。また、次年度以降の本研究の継続性を見据えて『認知症』と『骨折』のリハビリテーションデータバンク開発研究に着手した。

### 2. 介護保険制度下の「地域リハビリテーション広域支援センター活動」の効果の研究：

① 茨城県、広島県、熊本市、倉敷市を中心に地方諸県、諸都市の地域完結型システムの分析・検討（分担研究者の属する地域分析）を2ヵ年にわたって行なった。

②東京、大阪、京都などの大都市圏における急性期、回復期、維持期、在宅生活へのよどみないリハビリテーションシステムの分析・検討（分担研究者の属する地域分析）を行う。以上の分析からポイントを抽出し、全国の広域支援センターの活動を主に資料分析からリハビリテーション医学の視点でまとめる作業を行なった。

3. 『介護予防事業』への専門的立場からの協力の仕組みなどの検討：分担・共同研究者内でモデル事業を展開している熊本、広島、東京などでの経験を検討した。

## 分担研究者

柳原幸治:東京都リハビリテーション病院

リハビリテーション科部長

近藤克則:日本福祉大学社会福祉学部教授

鈴木恒彦:大阪府立身体障害者福祉センター  
センター長

伊勢眞樹:倉敷中央病院リハビリテーション科  
科部長

林 拓男:公立御調病院副院長

山鹿眞紀夫:熊本リハビリテーション病院  
副院長

門 祐輔:京都民医連第二中央病院院長

鴨下 博:東京都保健医療公社多摩北部医療  
センター・リハビリテーション科医長

大仲功一:茨城県立医療大学リハビリテーシ  
ョン科講師

稲川利光:NTT 関東病院リハビリテーション科  
科部長

原 寛美:相澤病院リハビリテーションセン  
ターセンター長

川手信行:昭和大学医学部リハビリテーシ  
ョン科助教授

岡島康友:杏林大学医学部リハビリテーシ  
ョン教室教授

田中尚文:独立法人国立病院機構村山医療  
センターリハ科医長

西村尚志:森山記念病院副院長

## A. 研究目的

地域リハビリテーションを考える時、わが国の状況は第二次大戦直後のベビーブームに生まれたいわゆる団塊の世代が 60 代に突入したのを機に急速な勢いで高齢化社会を迎えつつあり、それを支える社会的基盤が以前にも増して脆弱になっているという実情からスタートしなければならない。

そして、介護を要する高齢者をみると原因疾患として脳卒中の占める位置が依然として大きいこと、わが国の脳卒中の発症比率は欧米に比べ極めて高い状況にあることなどから、わが国の高齢者の地域リハビリテーションシステムのあり方を検討する場合、脳卒中の地域リハビリテーションシステムの構築は避けて通れないし、地域再生へのひとつの切り札とも考えられる。ところが、脳卒中の予防・治療、脳卒中超急性期治療の地域連携などととも、急性期、回復期、そして維持期のリハビリテーションシステムの構築とその標準化の基礎となる Evidence Based Medicine(EBM)の研究が著しく立ち遅れている現状にあることは否めない。そこで、当研究班では次の三本柱を課題として設定した。

### 1. 急性期リハから回復期リハへの効果研究:脳卒中リハビリテーションデータベース創設の研究を進めつつ、①急性期、回復期リハの「リハ環境:施設基準、病棟の性格、スタッフ数やリハビリテーション専門医の関与など」「根拠ある標準プログラムと質の検討・開始日」、「量:PT・OT・ST時間量・自主訓練量、土日訓練」「Risk:合併症の問題、再発と増悪」を検討する。また、主に ADL 重症度による『層別化』した対象例で「質」「量」「効果」を検討する。更に、本年度 4 月に行なわれた診療報酬改訂が如何なる影響をもたらしたかも分析する。

②介護保険サービス前の「リハビリテーション前置」の効果の研究、その仕組みの検討。③急性期治療と連動した脳卒中ユニットの効果、急性期リハのみで在宅復帰可能例の追跡研究とそのプログラム内容の検討。

④介護保険サービス前の「リハビリテーション前置」の効果の研究、その仕組みの検討。③急性期治療と連動した脳卒中ユニットの効果、急性期リハのみで在宅復帰可能例の追跡研究とそのプログラム内容の検討。

2. 介護保険制度下の「地域リハビリテーション広域支援センター活動」の効果の研究:日本リハビリテーション医学会に所属するリハビリテーション専門医の協力の得られる広域支援センターとの共同研究を試みる。急性期から回復期、維持期と地域の中で淀みないリハビリテーションシステムの構築、ケアマネージャーなどへのリハビリテーション研修事業、老健事業などへの協力、車椅子・装具・生活用具・住宅改修などへの専門的アドバイス（テクノエイド）など介入の仕組み、リハビリテーションの専門の立場から地域事例検討会の組織化、地域医師会や保健所、行政などとのネットワークづくり、これらはリハビリテーション専門医の関与なくしては進まない課題と考えられ、広域リハ支援センターについての検討を継続して行う。

3. 『介護予防事業』への専門的立場からの協力の仕組みなどの検討:地域リハビリテーション広域支援センター活動がいわゆる介護予防事業に対しどのような貢献が可能か、生活活性度の低下、介護度の悪化を防止するためのプログラムの開発と地域全体への普及の方法などを検討する。

## B. 研究方法

1. 急性期リハから回復期リハへの効果研究:脳卒中リハビリテーションデータベース創設の研究 大規模データバンクにおいては、記述的臨床疫学研究、分析的臨床疫学研究、臨床研究支援の基盤づくり、施設間比較などの臨床的意義がある。当研究班は2ヶ年度にわたって、分担・共同研究者の所属する20の病院が参加し、脳卒中リハビリテーション患者データベースの開発とそのデー

タベース（DB:Ver.2）を用いて平成18年度登録を行った。なお、データは個人情報自動的に消去した提出用データとして集積され分析された。

2. 介護保険制度下の「地域リハビリテーション広域支援センター活動」の効果の研究:17年度に引き続き18年度も広域支援センターの現状分析を進めた。また、先駆的な地域の活動を検討した。典型的な地方中心都市における地域完結型リハビリテーションを実践する熊本県例、新たに介護予防事業と連動する広島県例などの報告をまとめた。広域支援センターが保健所と連携をとり、急性期、回復期のネットワークづくりを進めている大阪府のような大都市型例での取り組みを引き続き検討した。

3. 『介護予防事業』への専門的立場からの協力の仕組みなどの検討:H18年度から制度上でも動き始めた「地域包括ケアセンター」のいわゆる介護予防事業などの諸活動に対して地域リハビリテーション広域支援センター活動が専門的にどのような貢献が可能か、生活活性度の低下、介護度の悪化を防止するためのプログラムの開発と地域全体への普及を促すシステムの整備状況などを検討した。

## C. 研究結果

1. 急性期リハから回復期リハへの効果研究:脳卒中リハビリテーションデータベース創設の研究 本研究では脳卒中リハビリテーション患者データベース（DB）の開発研究と平成17-18年度登録データの検討を行った。この研究による成果は臨床疫学研究上、また、臨床研究支援の基盤整備上も、更に施設間比較、地域比較などにとっても重要なものとなることが確認された。2ヶ年間

に入力された脳卒中リハビリテーション患者の分析結果を報告する。本研究班研究者の所属施設のうち、平成 18 年 1 月 1 日～2 月 28 日までに退院した脳卒中例を報告しえた 7 病院・168 名、更に平成 18 年 6 月 1 日～7 月 31 日までに退院した 506 名を加えて合計 17 病院・674 名のうちデータの完全な 667 名の検討を行った。男性 380 名、女性 294 名、平均年齢 71.12 歳で、全出血 25.1%(高血圧性脳出血 19%, その他の脳出血 5.8%)、全脳梗塞 59.5%(アテローム血栓性梗塞 22.7%、ラクナ梗塞 18.7%、心原性脳梗塞 11.1%、アテローム血栓性塞栓 2.8%)、くも膜下出血 3.7%が主な疾患であった。在院日数や ADL 改善度などでは参画した施設の医療分担機能(急性期か回復期か)による違いがみられたが、平日一日あたりリハ訓練量と ADL 改善度との関係ではリハ訓練量が多いほど ADL 改善度があがることが伺えた。また、合併症がない場合、入院時 Barthel Index が中等度の場合で ADL 改善率が高かった。自宅退院に関連する要因では、年齢が若いほど、合併症が少ないほど、訓練量が多いほど、介護力が高いほど、入院時 Barthel 指数が高いほど自宅退院率は高かった。DB 開発にあたって倫理規定作成に関する件、とりわけ個人情報保護における配慮についてはとりわけ重視して検討を重ねた。また、基本仕様や登録画面については参加施設の入力作業負担の軽減と必須入力項目(コアデータ)の絞込み、尺度の標準化の検討がなされた。本研究においてリハビリテーション効果の EBM にもとづく研究、リハビリテーションの治療手技やプログラムの効果の検証、リハビリテーション教育への応用などの可能性が展望できた。

## 2. 介護保険制度下の「地域リハビリテーション広域支援センター活動」の効果の研究:

先ず、活動の視点として、急性期リハから回復期リハ、そして維持期という淀みない地域リハのネットワークづくりが重要な活動である点が希薄であることが伺える。熊本や広島・尾道のように地方中核都市における地域完結型モデルにおいてはもちろん、大阪、京都、東京のような大都市における地域リハ広域支援センターの役割の最重点課題として指摘された。更に、保健所、市町村行政、医師会、在宅支援センターなどとの連携がまだまだ乏しい現状が伺えた。とりわけ、圏域地域リハ連絡協議会の役割は重要で保健所の事務局としての役割、医師会や障害者・高齢者住民代表の参画が期待される。更に、活動の目標や地域リハ活動の効果測定する基準が不明確であることが指摘された。

3. 『介護予防事業』への専門的立場からの協力の仕組みなどの検討: 地域リハ広域支援センターの指定が医療施設に多くなされていることもあり、障害に関する一次予防的な視点をもった活動が貧弱であることが指摘された。また、一地域リハ広域支援センターの領域が広大過ぎることから『介護予防事業』との連携について検討するには未だ十分な経験を積むに到っていない。

## D. 考察

1. 急性期リハから回復期リハへの効果研究: 脳卒中リハビリテーションデータベース創設の研究 本研究で脳卒中リハビリテーション患者データバンクの開発研究と平成 17 年度・18 年度登録データから分析対象 667 例の検討を行ったが、臨床疫学研究上、また、臨床研究支援の基盤整備上も、更に施設間

比較、地域比較などにとっても重要なものとなることが指摘された。もちろん、本研究における倫理規定作成に関する検討、とりわけ個人情報保護における配慮については重視して検討を重ねた。また、基本仕様や登録画面については参加施設の入力作業負担の軽減と必須入力項目（コアデータ）の絞込み、尺度の標準化を検討した。脳卒中リハビリテーションに関する基本情報入力を急性期病院とリハ専門病院との二画面を用意し、どちらか一方の入力としたり、今年度改訂された診療報酬制度に対応していくつかの項目を変更し検討した。リハビリテーション効果の EBM にもとづく研究、リハビリテーションの治療手技やプログラムの効果の検証、リハビリテーション教育への応用などの可能性が展望できた。本研究のようにリハビリテーション患者のデータを多施設で継続的に蓄積できるシステムは国内で全例が少ない。また、平成 17-18 年度に開発した脳卒中リハビリテーション患者 DB を中核にした多施設共同利用型の DB 開発研究は更に、急性期 DB との結合及び慢性期 DB の開発が要請されている。既に、急性期脳卒中患者 DB 開発とは連携されており、個人情報保護の観点に立って、個人情報を削除し匿名化した情報を結合するシステムの開発を検討している。また、慢性期脳卒中リハビリテーションの効果を経験的に検証した研究は皆無である。この研究班の意義は地域リハビリテーションシステムの検討を一つの柱としており、2 年間の研究でこの課題を達成するためには多施設共同利用型のリハビリテーション患者 DB の慢性期版開発が必要であるとの認識に到った。地域リハ広域支援センターを中心に

して脳卒中リハ慢性期 DB の開発を準備している。

更に、本研究班の 2 年間の研究で高齢者の地域リハ体制の確立に関する課題として浮上したのは「認知症」である。高齢者の地域リハを検討する場合、「認知症」と「一人暮らし」の問題は避けて通れないことが明白になっている。現在、取り組まれている認知症へのリハビリテーション、ケアの試みなどと連携し、本研究班の開発した DB を基礎に疾患特異性を考慮したデータ登録項目を開発し、「認知症」への取り組みの効果を検討することが望まれる。

以上の視点から、本研究班の 2 年間の成果は多施設共同利用型の脳卒中リハ DB を軌道にのせた。そして、既に集積された約 700 例の入力データからも訓練量と ADL との相関、ADL 重症度と介護力、訓練量などと自宅復帰率との相関などを示すことが可能であった。そして、急性期、回復期、慢性期と淀みない脳卒中医療連携を造り出すツールとして本研究班が開発した脳卒中リハ DB の意義は大きい。とともに、この DB を通じて地域リハ支援体制のあり方、課題を検討する手がかりを得た。

**2. 介護保険制度下の「地域リハビリテーション広域支援センター活動」の効果の研究:及び 3. 『介組護予防事業』への専門的立場からの協力の仕組みなどの検討:地域リハ広域支援センターの設置も全国二次保健医療圏 367 圏域中 278 ヶ所(76%)が指定され、多くはリハビリテーション科医が中心になって活動している。が、その取り組みには県レベルでも、同一県内でも地域間較差が大きいことが伺い知れた。急性期から回復期**

への連携にその活動の主体をおく大都市型活動、地方中核都市の地域完結型の連携が行われている地域、人材や地域資源不足で指定された広域支援センターの主体性に任されてしまっている地域など様々な状況にあることが伺えた。

介護予防事業への何らかの貢献、包括ケアセンターとの連携などの課題は重要だが、更に継続すべき実践的研究課題として残された。

## E. 結論

1. 急性期リハから回復期リハへの効果研究；脳卒中リハデータベースの基本仕様を完成、分担・共同研究者の所属する二十病院における入力作業とその結果の分析検討を行った。

2. 介護保険制度下の「地域リハビリテーション広域支援センター活動」の効果の研究；地方諸都市の地域完結システムの分析・検討、東京・大阪などの大都市圏における急性期から回復期・維持期在宅生活へのよどみないリハシステムのありかた及び介護予防との連携の検討を行った。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

近藤克則、山口明：エビデンスづくりに向けた大規模データバンクの可能性と課題。総合リハビリテーション 33：1119 - 1124, 2005.

### 2. 学会発表

1) 山口 明(主任研究者),近藤克則,柳原幸治,鈴木恒彦,伊勢眞樹,栗原正紀,山鹿眞紀夫,林拓男,門祐輔,嶋下博：平成 17 年度・厚生労働科学研究費・長寿科学

総合研究事業「高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究」2005

2) 山口 明他：脳卒中リハビリテーション患者データベース開発の試み：その 3 高齢者地域リハビリテーション体制の構築上の意義。リハビリテーション医学. 43 (Supple.) S152. 2006.

3) 山口 明他：ここまでできる在宅生活の工夫：排泄自立に向けた環境調整。臨床リハ 13 (9)：811-817,2004.

4) 山口 明編著：GBS の回復期・慢性期リハビリテーション。

MEDICAL REHABILITATION 56  
：25-32,2005

5) 近藤克則、山口 明：エビデンスづくりに向けた大規模データバンクの可能性と課題。総合リハビリテーション 33：1119 - 1124,2005.

6) 近藤克則、山口 明他：脳卒中リハビリテーション患者データベース開発の試み：その 1 開発のねらいと基本コンセプト。日本リハビリテーション医学. 43 (Supple.) S151. 2006.

7) 伊勢眞樹、山口 明他：脳卒中リハビリテーション患者データベース開発の試み：その 2 データベースの基本仕様と登録項目の紹介。リハビリテーション医学. 43 (Supple.) S151. 2006.

8) 近藤克則,他(共編著)：脳卒中リハビリテーション-早期リハからケアマネジメントまで。第 2 版。医歯薬出版, 2006

## G. 知的所有権の取得状況

その他：

本研究班で開発された『脳卒中リハビリテーションデータベース (DB)』の利用にあ



たつては広く本研究への参加を呼びかけ、多くの研究者がデータ入力できるような体制にしてある。本 DB の臨床応用、研究利用に関しては本研究班に了解を得た上で、データ入力に協力された研究者に個人を特定できるデータを抹消の上、活用できるように工夫している。

## 脳卒中リハビリテーション患者データバンクの開発のねらいと概要

近藤克則(日本福祉大学社会福祉学部)

### 要旨

多施設の患者データを共有するデータバンクは、エビデンスづくり、診療報酬改訂の影響のモニタリング、連携パスの作成と運用、効果の評価などいろいろな可能性を秘めている。すでにアメリカのUDSMR (Uniform Data System for Medical Rehabilitation) や国内の急性期脳卒中データバンク、および日本リハビリテーション医学会での活用事例がある。それらの経験を踏まえて、脳卒中リハビリテーション患者データバンクの開発に取り組み、今年度 Ver2.2 まで開発した。2006年12月までに17病院674例のデータが登録された。今後の課題として、明らかになってきた弱点の克服、分析上の課題、データバンクの機能向上、より多くの病院の参加を得る方策、関連する諸組織との連携、長期的な課題(大腿骨頸部頸部骨折や認知症への展開)などがある。

### はじめに

データバンクの構築は、リハ医学研究、(連携)パスの開発・運用・効果の評価、診療報酬改訂に向けてのエビデンスづくりなど、多くの可能性を秘めている。そのため、二年間にわたり、脳卒中リハビリテーション(以下、リハ)患者データバンクの開発に取り組んできた。

小論では、データバンク開発のねらいを述べた後、データバンクの具体例やデータバンク活用例を紹介する。現在開発中の脳卒中リハ患者データバンクの開発コンセプト、登録項目、開発経過・登録状況を示す。最後に、データバンクの開発・拡充に向けた、今後の課題について述べる。

### A. データバンク

#### 1. 開発のねらい

データバンクは、多くの可能性を秘めている<sup>1)</sup>

例えば、次のような研究=エビデンスづくりの基礎条件となる。①観察研究による記述的な臨床疫学研究。例えば、脳卒中発症後180日以降も回復する患者の割合などを明らかにすることである。②登録されている変数を用いた分析的な臨床疫学研究。例えば訓練量を増やすことでADL改善率が向上するか否かの分析である。③前方視的な多施設共同研究の事例登録をし、条件に合う者だけを対象者として無作為割り付けを行うなど、質の高い多施設参加型の臨床研究の基盤となる。④十分な症例数が蓄積されれば、施設間の比較が可能となる。例えば、重症度別に分けた上で、他施設と治療過程や治療成績を比較できる。施設間で異なるリハ・プログラム(例えば、土日訓練実施の有無)を比較することで、より効果の大きいプログラムの特徴を明らかにできる。

リハ医療では、無作為化比較対照試験の実施が困

難であるが<sup>2)</sup>、大規模データバンクができることで無作為化臨床試験 (RCT) に次ぐ質の高いエビデンスが得られる「良くデザインされた比較試験」の実施が行いやすくなる<sup>3)</sup>。また、診療報酬改訂の影響のモニタリングにも、有用である。

## 2. パスとデータベース

リハ医学医療のエビデンス以外にも、(連携)パスの作成・運用・効果の評価などにも役立つ。

第1に、パスの作成に向けた基礎資料として必要である。どの病型の人がどの程度いるのか、いつごろどんな検査や治療をするのか、どのような転帰をとるのかなどは、それらの項目を含むデータベースがあると見えてくる。それは、どの疾患に対するパスの必要性が高いのか、どの項目をどの時期に配置したパスをつくるべきかなどの判断の根拠資料となる。

第2に、パス運用開始後にも、症例の情報蓄積にデータベースは必要である。パスの通りに進行する者がどれくらいの割合いるのか、パスから外れてしまうバリエーション(パスで定められた形や時間枠で達成されなかったアウトカムのこと)<sup>4)</sup>が、どの時期のどの項目にどれくらいの割合であり、その原因は何かなどを分析するバリエーション分析は、データベースがなければ行えない。データベースにデータを蓄積することが、より現実的で質の高いパスへの改訂と、医療過程の改善に向けた基礎条件となる。

第3に、パス導入の効果の検証にも必要である。パス導入の目的は、医療過程(プロセス)の標準化によって、医療の質と効率などの向上である。果たしてそれが達成されているのか、検証が望まれる。その分析を行うには、やはりデータベースが必要である。

第4に、複数の医療機関で共有する「連携」パス

には、多施設利用型データバンクが必要である。急性期・回復期・慢性期と、病期によって病院を移っても、必要な医療行為を、もれなく無駄なく行うためのツールが連携パスである。したがって、異なる病院間でデータを共有することなしに、連携パスの作成・運用・効果の検証はできないからである。

## 3. データバンクの具体例

海外の例では、APMR誌2005年12月号で、7病院1400例の連続データを分析した14論文が、特集としてまとめて発表されている。また、アメリカでは、UDSMR (Uniform Data System for Medical Rehabilitation)<sup>5)</sup>というシステムが開発されており、すでに世界各国1400施設から1300万人を超えるリハ患者データが蓄積されている。

国内に目を向けると、急性期脳卒中患者のデータを集める脳卒中データバンクが、健康科学総合研究事業として2000年から開発に着手され、すでに3.6万人以上のデータが登録されている<sup>6)</sup>。その集計・分析結果も出版され、日本の脳卒中の患者像の把握が飛躍的に進んだ<sup>7)</sup>。その他、未破裂動脈瘤や脳外傷など、いくつものデータベースやデータバンク開発の試みが行われている<sup>8)</sup>。継続的なものではないが、日本リハ医学会が行った「診療報酬とリハビリテーション効果の実態調査」<sup>8)</sup>(2003)も、ある1時点の患者データを集めた一種のデータバンクである。

## 4. データバンクの活用例

多施設から多数の患者データを集めたデータバンクの活用例に、日本リハ医学会が行った「診療報酬とリハビリテーション効果の実態調査」<sup>8)</sup>(2003)を元にしたエビデンスづくりがある。これは2003年3月に退院した全患者の個票データを、78病

院から1446人分収集したものである。それを活用し、「一日あたりの訓練量が多い患者ほどアウトカム(治療成績)がよい」というエビデンスを引き出した<sup>8)</sup>。それを厚生労働省に提出した結果、2006年度の診療報酬改訂で、一日あたりの訓練量の上限が、6単位(2時間)から9単位(3時間)に引き上げられた実績がある<sup>3, 9)</sup>。また、日本リハ医学会が厚生労働大臣に提出した「平成18年診療報酬改訂におけるリハビリテーション料に関する要望書」<sup>10)</sup>には「カンファレンスを定期的実施している病院でアウトカムがよい」<sup>11)</sup>「リハ科専門医が関わると脳卒中患者のアウトカム(ADL改善率、自宅退院率)は改善する」<sup>12)</sup>などのエビデンスが添えられている。

データバンクが構築されデータが蓄積され活用されると、いろいろなエビデンスづくりが可能になる。

## B. 脳卒中リハ患者データバンク

上記の経験を踏まえ、恒常的・継続的なデータ蓄積が可能となるデータバンク構築の試みが行われている。日本リハ医学会の障害保健福祉委員(当時)の有志の呼びかけでできた研究組織で、平成17-18年の厚生労働科学研究費補助金(主任研究者 山口明)を受け、脳卒中リハ患者データバンクの開発に取り組んでいる<sup>13)</sup>。

### 1. 開発コンセプト

開発コンセプトは、次のようなものである<sup>13)</sup>。

①研究組織で協議して開発した脳卒中リハ患者データベースを各病院で使ってもらう。そこに蓄積されたデータから個人情報削除して、インターネット経由でデータバンクに提出する。②最低限の入力必須項目、より詳細な情報であるオプション項目の2段階に分け、入力負担の軽減を図る。③すでに

開発され運用されている急性期脳卒中データバンク<sup>9)</sup>の協力を得て開発を進める。その項目のうちリハ医学的に重要度の低い項目をオプション項目とし、足りない項目を追加することで、短期間で開発する。また、将来的には急性期脳卒中データバンクとの連携可能性を追求する。④リハ実施計画書作成機能を持たせ、それを日常的に使ってもらうことで、毎月のADL情報の蓄積をめざす。⑤診療情報提供書、退院時要約など日常業務を支援する機能を付加し、入力負担を軽減し、恒常的なデータの蓄積をめざす。

### 2. 登録項目

データバンク Ver2.2の基本構成と主な必須入力項目を表1に示す。大きくは、病院基本情報と患者情報とからなる。

患者情報には、基本情報(年齢・性別、入院日、退院日、脳卒中発症日)、機能障害(入院時と退院時の脳卒中スケール[JSSとNIHSS]、Brunnstrom stage)、ADL(寝たきり度、認知症度、Barthel index、FIM[回帰式によってBarthel indexに変換]、合併症、リハ環境(入院病棟、カンファレンスの実施回数など)、訓練数(PT・OT・STの訓練単位数)、退院時情報(退院先、介護保険申請の有無)、介護力情報などが含まれる。

これらは、日本リハ医学会の脳卒中に関する臨床研究・調査のためのガイドライン<sup>14)</sup>に準拠しており、必須入力項目約100項目、オプション入力項目約300項目の合計約400項目からなる(ただし、項目数は数え方により異なる)。

### 3. 開発経過・登録状況

平成17年度に開発した脳卒中リハ患者データバンク(Ver1.3)を平成18年度の診療報酬改訂に対応したver2へと改訂した。平成18年1月と2月(7施設・168人)と6と7月(17施設・506人)に、

参加施設を退院した全患者（計 17 施設，674 人，一病院平均 39.6 人）のデータが登録されている（2006 年 12 月現在）。その経験を踏まえて改訂を重ね現在 Ver2.2 になっている。

登録されている患者像は，平均年齢 71.1 歳，男性 56.4%，平均入院日数 62.5 日，発症後リハ初日病日 22.4 日，平日一日あたり PT・OT 訓練量 2.4 単位（1 単位 20 分），Barthel index は入院時 37.9，退院時 65.0，介護力では 1 人相当が 23%で一番多く，自宅退院率は 56.6%，転院・転科が 34.1%であった。

### C. データバンク開発に向けた課題

データバンクのもつ可能性をいっそう引き出すためには，次のような多くの課題があげられる

第 1 に，弱点を克服するための課題として，引き続き①必須入力項目の厳選の検討，②欠損値や入力ミスを減らすため，入力漏れ・異常値入力への警告機能の付加などが必要である。

第 2 に，リハ医学研究に関わる課題としては，①病像の異なる（直接入院と転入院など）患者の妥当な層別方法の研究，②交絡因子が多いため因果関係に迫るには，より多数例のデータを用いた注意深い分析が必要である。

第 3 に，データバンクの機能向上の課題として，①各病院が業務統計（平均在院日数，平均訓練単位数，平均 ADL 改善度，退院先分布など）を簡単に作れる機能の開発，②今まで蓄積されたデータを活用して，入院時データから退院時 ADL を予測する機能の開発，③他病院との治療成績の比較ができるプログラムの開発，さらには④アメリカの UDSMR の登録システムやデータの活用状況を調査し機能向上に役立てること，などが考えられる。

第 4 に，より多くの病院に参加していただくため

の課題として，①電子カルテを使用している病院のデータをデータバンクに取り込めるようなインターフェースの開発，②データ分析結果を学会などで発表し，データバンクの存在と意義を多くのリハ関係者に知っていただくこと，③データバンクのホームページを立ち上げ，より多くの人に情報提供と参加施設への便宜を図ることなど，が必要であろう。

第 5 に，関連する諸組織との連携の課題として，①日本リハ医学会への運営移管の検討，同学会診療ガイドライン委員会や社会保険等委員会などによる利用，②日本リハビリテーション病院・施設協会や関連学会との連携・共同利用の可能性の検討，③急性期脳卒中データバンク（脳卒中協会）とのデータ結合の可能性の検討，④慢性期脳卒中リハ患者のデータバンクの開発ができれば，それとの連結（図 1），⑤厚生労働省に対して，平成 20 年度の診療報酬改訂前後の状況をフィードバックすることなど，があげられる。

第 6 に，長期的な課題として，脳卒中だけでなく，大腿骨頸部骨折や認知症など，主なリハ対象疾患のデータバンク群の開発も，視野に入ってくる（図 1）。

### おわりに

データバンクの構築は，（連携）パスの開発・運用・効果の評価，リハ医学研究，診療報酬改訂に向けてのエビデンスづくりなど，多くの可能性を秘めている。その可能性を現実のものとするには，使いやすく付加価値の大きなデータバンクの開発，そこに多数例の患者データが蓄積されること，さらにそれを活用してエビデンスを生み出すことなど多くの課題がある。引き続き，データバンクの開発研究が必要である。より多くのリハ病院・専門職の協力を呼びかけ<sup>15)</sup> 研究を継続したい。

## 文献

- 1) 近藤克則, 山口明: エビデンスづくりに向けた大規模データバンクの可能性と課題. *総合リハビリテーション* 33: 1119-1124, 2005
- 2) 里宇明元: リハビリテーション医学とEBM. *医学のあゆみ* 203: 590-596, 2002
- 3) 近藤克則: 医療改革とリハビリテーション医学のエビデンス. *リハビリテーション医学* 43: 651-657, 2006
- 4) 看護業務等改善情報システム開発プロジェクト: クリニカルパス. 日本看護協会, <http://www.nurse.or.jp/tools/support/path/index.html>,
- 5) Uniform Data Set for Medical Rehabilitation: <http://www.udsmr.org/index.php>,
- 6) 日本脳卒中協会: 脳卒中データバンク. <http://cvddb.shimane-med.ac.jp/index.asp>,
- 7) 小林祥泰: 脳卒中データバンク 2005. 中山書店, 2005
- 8) 日本リハビリテーション医学会: リハビリテーション患者の治療効果と診療報酬の実態調査. 日本リハビリテーション医学会, <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jarm/iinkai/shakaihk/shakhkhd.html>, 2003
- 9) 近藤克則: 訓練量とリハビリテーションの効果. *リハ医学* 41: 849-853, 2004
- 10) 日本リハビリテーション医学会: 平成18年診療報酬改訂におけるリハビリテーション料に関する意見書. *リハビリテーション医学* 43: 787-789, 2006
- 11) 日本リハビリテーション医学会: 定期的カンファレンスの実施状況とリハビリテーション患者のアウトカム—ADL改善度およびADL改善率との関連. *リハビリテーション医学* 42: 176-179, 2005
- 12) 日本リハビリテーション医学会: リハビリテーション科専門医の関与の有無と患者のアウトカム—ADL改善度, ADL改善率および自宅退院率との関連. *リハビリテーション医学* 42: 232-236, 2005
- 13) 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 (主任研究者 山口明) 平成17年度総括研究報告書: 高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究. 2006
- 14) 診療ガイドライン委員会: 脳卒中に関する臨床研究・調査のためのガイドライン 日本リハビリテーション医学会 [http://wwwsoc.nii.ac.jp/jarm/iinkai/sinryo-guide/research\\_guidelineFm.html](http://wwwsoc.nii.ac.jp/jarm/iinkai/sinryo-guide/research_guidelineFm.html), 2006
- 15) 脳卒中リハ患者データバンク作業部会: 脳卒中リハビリテーション患者データバンク (DB) の概要とご協力をお願い. 厚生労働科学研究費補助金平成17・18年長寿科学総合研究事業 (主任研究者 山口明) <http://www.sunfusion.net/rihadb.html>, 2006

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)  
高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究(H17-長寿-011)  
分担研究報告書

地域リハビリテーション広域支援センター活動などの効果研究  
地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の全国状況

分担研究者 柳原 幸治 東京都リハビリテーション病院

研究要旨

高齢者の地域リハビリテーション体制のより有効な姿を検討するために、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業で設置された、地域リハビリテーション広域支援センターの活動内容を、他の施設で行われたアンケート結果と、各地域リハビリテーション広域支援センターの学会での活動報告や、雑誌への報告、ホームページなどを検索することで検討した。活動内容としては研修会や技術支援などが最も多いが、地域リハビリテーション活動マニュアルに規定されていない活動も多く見られ、その中にはリハ資源情報の収集と公開、共通のテキストやマニュアルの作成、患者情報の共有化、協同作業による連携作りなどが挙げられる。また、広域支援センターの活動は地域格差が大きく、その中で地域による特異性があると考えられるものを類型化した。それを大都市型、地域完結型、広域、点在型とした。最後に、報告された広域支援センターが抱える問題点の原因を考察し、活動すべき具体的内容の欠如に起因すると結論した。国の事業が終了した段階で、自治体も介護予防に、地域リハ支援事業で構築された連携システムを役立てることを期待している。むしろ多くの広域支援センターでは、介護予防事業とを通して地域リハを実践するための連携体制を構築する足がかりにするべきであると考えられる。

I 地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の目的

一つは“新ゴールドプラン(平成7年度)”など、障害者や高齢者の心身機能の低下と閉じこもりを予防し、元気高齢者作り対策を推進するため、医療・保健・福祉関係者やボランティアによる健康推進活動やまち作りなどを実践すること。二つ目は“新寝たきり老人ゼロ作戦(平成7年度)”などの、脳卒中や骨折などの高齢障害者が寝たきり状態になることを予防するために、急性期から回復期、維持期までも含めた、状態に応じた適切なリハビリテーションを淀みなく提供すること。いわば健康増進という予防的リハと、障害発生

時の急性期リハ、回復期リハ、そして機能低下を予防するための、医学的、社会的リハを含めた維持期リハを、連携のとれた形で提供する必要性があった。それには、障害者が住み慣れた地域において、生涯にわたって生き生きとした生活を送ることができるための全ての活動と定義される地域リハビリテーション(以下“地域リハ”と略す)の概念を実践化し、推進する必要があると思われる。このため、地域におけるリハビリテーションの調整、相談、指導を行う人材の養成と、利用できる保健福祉サービスを適切に提供できる情報のシステム化のために、この事業は創設された。

## II 地域リハ支援体制整備推進事業の流れ

平成10年度から地域リハのモデル事業が7県で開始され、平成11年活動マニュアル作成、平成12年度から地域リハ支援体制整備推進事業が開始された。組織体制は、各県に1つ、都道府県リハビリテーション協議会（以下“県リハ協議会”と略す）を設置し、県や地域のリハ連携指針作成と、地域リハビリテーション広域支援センター（以下“広域支援センター”と略す）の指定を行い、また県リハ協議会の下には都道府県リハビリテーション支援センター（以下“県リハ支援センター”と略す）が置かれ、地域リハの資源調査と、広域支援センターの支援を行うこととされた。広域支援センターは県リハ支援センターの下に、およそ二次医療圏に一つ、中核的なリハビリテーション医療機関などを指定することとされ、各都道府県で順次指定されていった。今回の我々の研究で、この広域支援センターの活動内容に焦点を当てるのは、地域リハ支援体制整備推進事業において、実施的に広域支援センターが末端の実行機関であるからである。

## III 調査の方法

広域支援センターの活動内容の全国アンケート調査は、平成15年に東京都リハビリテーション協議会が、平成17年度に日本リハビリテーション病院・施設協会が行っているため、これらの結果を参考にした。しかし実際の活動内容は地域によって様々であることがわかり、これをアンケート集計してしまうと特徴が隠されてしまうため、各広域支援センターの学会等での活動報告を聴講し、雑誌などへの投稿やホームページなどを出来る限り検索することで、なるべく具体的に把握することにつとめた。

その上で、活動内容の特徴的と思われる項目を報告し、あわせて地域による広域支援センターの活動の違いを類型化する試みも行っ

た。

## IV 結果

### 1. 具体的活動内容

地域リハ支援活動マニュアルに規定された広域支援センターの活動内容は、

- ① 地域のリハ実施機関の支援（地域住民の相談への対応に関わる支援、福祉用具、住宅改修の相談への対応に関わる支援）、
- ② リハ施設の共同利用、
- ③ 地域のリハ施設等における従事者への援助・研修（施設に出向いて行うリハ従事者への援助、リハ従事者に対する研修）、
- ④ 地域レベルの関係団体、脳卒中友の会、リハビリクラブなどからなる連絡協議会の設置・運営、

である。このうち、リハ施設の共同利用は、ほとんどの地域で行われていない。

行われた研修会、技術支援の内容は表のごとくである。

研修会		技術支援	
地域リハの考え方・実際	70.3	転倒予防・体力向上	50.5
維持期リハ	52.5	福祉機器・住宅改修	37.1
転倒予防・体力向上	51.5	個別事例への指導	35.1
福祉機器・住宅改修	50.5	機能訓練事業	30.2
介護予防の考え方	47.5	施設ケア	25.7
口腔ケア	43.6	ボランティア育成	19.8
栄養障害の改善	19.3	口腔ケア	13.4
認知症予防	17.8	認知症予防	9.4
閉じこもり・うつ病予防	3.5	栄養障害の改善	6.9

日本公衆衛生協会 2005

この表には現れないが、“地域作り、まち作り”がテーマの講演会もあった。また、リハ施設への援助として、一人職場のリハ施設にリハスタッフを派遣したり、現地指導の人材派遣に“建築士”が含まれているところもあった。



## 2. マニュアルにある広域支援センター本来の活動以外の活動内容

上記のマニュアル以外に実施された活動内容は以下のものがあげられる。

### ① リハ資源情報の収集と公開

これは本来県のリハ支援センターの業務であるが、県協議会や県リハ支援センターの指導の基に行われている場合や、各広域支援センターが独自に行っている場合などがある。情報の内容も、医療機関から福祉施設、患者団体などの所在地、連絡先など、様々である。中でも特徴的なのは、広域支援センターに医療機関が指定されたため、大都市周辺では病病連携、病診連携の一環として、回復期や維持期リハ施設それぞれの入院待機期間、入院条件などを公開、共有している場合があることである。又、講師バンクを作成し、広域支援センターが行う研修会に役立てる試みもある。

公開共有の方法も、パンフレットや冊子を発行する、ホームページに載せる、ネット配信を行うなど様々である。

### ② 共通テキスト、マニュアル作り

地域リハ活動マニュアルで広域支援センターの役割とされるリハ施設へ出向いて行われる指導用のマニュアルや、県支援センターの活動として行う研修会用の統一テキストなどの作成に関わっているところがある。

### ③ 患者情報の共有化

症例検討会から患者ノート、リハ手帳などの各施設に共通する患者情報源の試みや、個人情報保護の問題があるものの、ネットを通じての患者情報伝達の試み、患者評価の共通尺度の作成などがあった。

### ④ 連携づくり

多くの会議が関係団体との連携を取

るために行われた。単に各機関との横並び的連携のために懇親会や連絡会的なものを開催するところから、特定患者の症例検討会を通じた時系列的職種間連携、多くの団体にまたがる協同作業を通じての連携などがあった。ことに介護予防の体操作りなどは、広域支援センターから発信して、保健所、役所、介護保険施設、患者団体、ボランティア、地域住民までまたがる、地域リハ本来の構成要素との形成されたところもあり、連携を執る手段としても有効であると思われた。

## 3. 広域支援センター活動の類型化

### ① 大都市型

大都市周辺で、人口も多く、急性期医療機関は充実しているが、それに比してリハ施設が不足しているという特徴があり、急性期病院、あるいはリハ病院が中心となり、病病連携、病診連携をすすめた地域である。典型的には急性期病院主導で、急性期と回復期の病病連携を進めているところが多い。シームレスなリハの実施のために、受け入れる側の入院待機期間、入院不適應とされる条件等の情報をデータベース化し公開、開業医の機能情報付きマップ作りと、患者情報の共有化のために、患者情報の引き継ぎ（患者情報カードなど）、施設間の評価標準化のための研修会など、様々な形で行っている。急性期病院にとっては在院機関の短縮化が図られ、回復期リハが早期に開始されるという利点がある。また、病診連携は開業かかりつけ医の利害とも一致する。都市型のもう一つの特徴は情報のIT化であろう。病院機能の公開は比較的容易だが、患者情報は個人情報保護の問題があるが、動き始めているところもある。

患者情報の共有化は、回復期病院を超えて維持期の介護保険事業にまで及び、

維持期リハの連携に進展した所もあるが、各施設での患者像の検討をリレー形式で行う症例検討会などにとどまっているところも多く、むしろ維持期への連携は未達成の所が多い。急性期病院と異なり、維持期の施設や介護支援専門員は数が多く、退院前の合同カンファレンス開催も、患者毎にケアマネージャーが異なる場合が多く、各員の時間調整は困難である。また、急性期病院が主導であるところは、介護予防事業などへの協力も二の次とならざるを得ない。今後、行政施策と連動した地域リハのシステム化にまで至ることが期待されている。(大阪府、名古屋市、島根県出雲市、特に大阪豊能地区が代表例)

## ② 地域完結型

熊本に代表される地域で、この型の特徴は圏域内の連携の良さと、圏域間でもある程度足並みがそろっていることにある。もともとリハビリテーション活動、地域住民への啓蒙も盛んな地域で、さらに地域リハ支援事業開始前から県リハ協議会に相当するものの活動があり、構成員もほとんど全ての行政や医療保険福祉関係団体がそろい、県支援センターや広域支援センターへの指示も具体的で実行力のあるものであった。また、地域リハ協議会主導で広域支援センターの報告会を行わせるなど、広域支援センター同士が他の施設の活動を見て参考にするなど工夫がなされていた。

この地域のさらなる特徴は独自事業(多くは介護予防事業を中心とした活動(運動機能向上、口腔ケア、認知症への取り組みなど))を協同で行うことで連携がなされていったこと、さらにこの活動を地域住民に直接敷衍化することに広域支援センターが中心となって取り組んでいることである。市町村、保健所や老人クラブなどと連携を取り、住民の中に指

導者、ボランティアリーダーを養成するなど活動の敷衍化がなされている。大都市型の連携とは異なり、時系列というよりは、維持期以降、あるいは予防りはでの横のつながりが今後の地域リハを発展させる上での大きな力になると思われる。

より小さな単位として、尾道方式と呼ばれる、医療を多職種からなる地域のチームで支える形の連携も存在する。

## ③ 広域、点在型

北海道、茨城など、医療資源の偏在化が激しい地域。こうした地域では施設、人材が都市部に集中し、多くの地域でリハ医すら存在しない地域があり、少ない人材で効率的に地域リハを推進することが求められている。

独自の地域リハ推進会議や広域支援センターの連絡会議を行ったり、広域支援センターに加えて地域リハ・ステーションという機関を独自に指定したりして広域をカバーする試みがなされている。

また、研修会向けの講師バンクを作成し、派遣することや、機能訓練事業、介護予防事業も含めて医師、PT、OTを派遣するなど、あるいはテレビシステムを使用し県内数カ所で居ながらにして研修会を受けることができるようにしたり、卒後教育システムを作って、広域支援センターレベルで初任者研修、県支援センターでは中堅職員の人材育成に努め、過疎地域のスタッフが安心して働け、人材の流動性を高めて連携をはかることなどが行われている。

## 4. 広域支援センターの抱える問題点

日本リハビリテーション病院・施設協会が行ったアンケート調査の結果では、広域支援センターが抱える問題点は多い順に次の4つがあげられている。

- ① マンパワー不足(70%)
- ② 地域リハについての圏域内での理解不足(59%)
- ③ 活動予算が少ない(46%)
- ④ 地域リハ活動の経験不足(45%)

そのほか、支援対象の混乱、支援内容が場当たりのことなどあげられている。これは一部には、県リハ協議会の地域リハに対する指針がはっきりしないことや、県リハ支援センターがリーダーシップを発揮していない、広域支援センターの抱える課題を正確に把握していないことにも原因がある。明確な指示がないため、何をどう始めてよいかわからず、これが④の地域リハ活動の経験不足という項目に集約されている。市町村、保健所、基幹型在宅支援センター、医師会や開業医との連携が乏しいと訴える広域支援センターは多いが、協同作業で活動する内容が決まってくれば、自ずと連携すべき対象も方法も決定されてくる。

## V 結論

広域支援センターの活動から高齢者の地域リハビリテーション体制のよりよいあり方を検討するのが、この研究の第二の目的であった。広域支援センターの活動報告のそれぞれは、数字にしてしまうと研修会開催が何回、福祉相談が何回などという、どの地域も同じような活動をしているように見える。しかし実際に行われた広域支援センターの活動は内容的にも非常に様々で、地域による温度差も激しい。医療からリハへの連携を中心に行っているところもあれば、介護予防に関して地域活動を中心に行っているところもある。それ以前の所もある。地域リハ支援システムといっても、一つのシステムがよいとは限らない。その地域のリハ関連施設や人材、高齢化率、地域の広さなどの社会事情、医療事情を反映させたシステムでないと実効性がうすいと思われる。何を目指した地域リハ支援活動を行うのか、広域支援センターのほとんどの悩みが、その

ことが明確にされないために起こってきたと思われる。平成17年度で地域リハ支援体制整備推進事業は終了し、都道府県事業へ移行して、広域リハ支援センターは存続することとなった。行政の動きは生活習慣病（とりわけメタボリック症候群）の早期発見・早期治療から、特定高齢者の健康推進・予防へと移行し、地域リハ支援事業で構築された連携システムを今後は介護予防に役立てるべきとされている。介護予防は重要であるが、介護予防だけが地域リハとはいえない。しかし今は、介護予防を中心として各機関、団体との連携を築き上げ、本当の地域リハを実践する足場作りと考えればよいと思われる。

### <参考資料>

熊本地域リハビリテーション支援協議会：地域リハビリテーション支援センター平成13年度、平成14年度、平成15年度活動事例集

熊本地域リハビリテーション支援協議会：平成16年度熊本県地域リハビリテーション支援体制推進シンポジウムの報告②，“熊本県地域リハビリテーション支援センターから”

財団法人日本公衆衛生協会 平成17年3月地域におけるリハビリテーションの実態とリハビリテーション手技・評価方法および提供体制に関する検討 報告書（平成16年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））

財団法人日本公衆衛生協会 平成18年3月地域におけるリハビリテーションの実態とリハビリテーション手技・評価法および提供体制について（平成17年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））

### <学会等>

リハビリテーション・ケア合同研究大会 青森2006

シンポジウム1 期待される地域リハ活動  
～地域包括支援センター活動との連携

期待される地域リハ活動～地域包括支援センター活動との連携 公立みつぎ病院 林拓男

地域リハ推進事業の全国的な状況と今後の市町村「介護予防」支援への可能性 長崎大学医学部保健学科 松坂誠應

広域支援センターの地域包括医療への取り組みと介護予防の展望 富山県南砺市民病院 南眞司

地域包括支援センターの取り組み～八戸市の現状と課題～ 八戸健康福祉部高齢福祉課 栗野ヤエ子

「地域包括支援ネットワーク」の構築をめざして～地域リハ活動との連携～ 長崎市中央地域包括支援センター 陣野紀代美

シンポジウム2 サービス提供の格差～地域リハビリテーション広域支援センター活動を通して

7年間の地域リハビリテーション支援体制を構築して 熊本機能病院 米満弘之

地域リハビリテーション広域支援センターの課題 武蔵村山病院リハビリテーションセンター 山口明

岩手の地域リハビリテーション事情 いわてリハビリテーションセンター 高橋明

地域リハビリテーション広域支援センター活動を通して むつ総合病院 小川克弘

シンポジウム3 効率的な地域連携の進め方

尾道市方式による効率的な地域連携の進め方

尾道市立市民病院 山脇泰秀

地域完結型リハシステム：熊本方式について 熊本リハビリテーション病院 古閑博明

大都市圏脳卒中診療連携体制の構築に向けて 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 里宇明元

広汎な圏域での連携：北海道の場合 西円山病院 横串算敏

比較的リハ資源の乏しい地域での連携～茨城の場合～ 茨城県立医療大学付属病院 大仲功一

リハビリテーション・ケア合同研究大会 大阪2005

パネル討論(Ⅲ)：地域リハビリテーション・ケアにおける広域支援センターの挑戦

大阪府豊能圏域における地域リハビリテーション推進事業 『地域リハビリテーション推進事業はなぜ、うまくいかないのか』 箕面市立病院リハビリテーション科 逢坂悟郎

「顔なじみの関係」から、もう一歩進みたい 上川中部地域リハビリテーション広域支援センター、北海道上川保健福祉事務所保健福祉部(北海道上川保健所) 相坂智紗子

滋賀県甲賀地域における地域リハビリテーション推進事業 「広域支援センターは、いったい何ができるのか？」 公立甲賀病院 田村常久, 奥邨純也

高知市地域リハビリテーション広域支援センター活動の成果と課題 高知市健康福祉部 堀川俊一

島根県大田市圏域における地域リハビリテーシ