

# シンポジウムⅢ

地域を支え抜くための  
新たな地域リハビリテーション  
支援体制を考える

2024年7月28日

全国地域リハ合同研修大会

全国地域リハビリテーション研究会長（兵庫県豊岡保健所長）  
柳 尚夫

# 自己紹介

1957年 大阪生まれ（介護保険1号被保険者）

1981年 愛媛大学医学部卒業後、大阪府就職

1981年 大阪府立病院臨床研修、大阪府中宮病院勤務（精神科）

1985年 大阪府大東保健所勤務（地域リハとの出会い・全国地域リハ研究会入会）

1991年 高齢者ケアテーマに欧州、豪州海外派遣研修（日本中が北欧に視察に）

2001年 大阪府池田、茨木、四條畷保健所長として働く

2004年 全国調査で、高知市のいきいき百歳体操に出会う

2009年 兵庫県洲本保健所長

淡路島内3市で「いきいき百歳体操」実施、ピアサポーターによる精神科退院支援

2014年 兵庫県豊岡保健所長 現在に至る。

～2016年 地域づくりによる介護予防推進支援事業委員長

（いきいき百歳体操を全国に国として広める事業）

2023年 （厚労省）介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会委員

# コロナ感染症（対策）から、 我々は何を知ったのか

1. 日本政府のコロナ感染対策が犯したいくつもの**失敗**

1) 感染対策と人間同士の関係性についての理解

×**Social distance** → ○**Physical distance** **WHO**の**指摘**でも変えなかった

2) 人の出合いを制限することでの**影響**

10代20代の若い女性の**自殺率の上昇**、**不登校の増加**

**出生率の減少**が10年前倒しに（出生数が80万人を割ったまま改善しない）

3) 高齢者の身体機能や社会参加を抑制して、**要介護度を上昇**させた

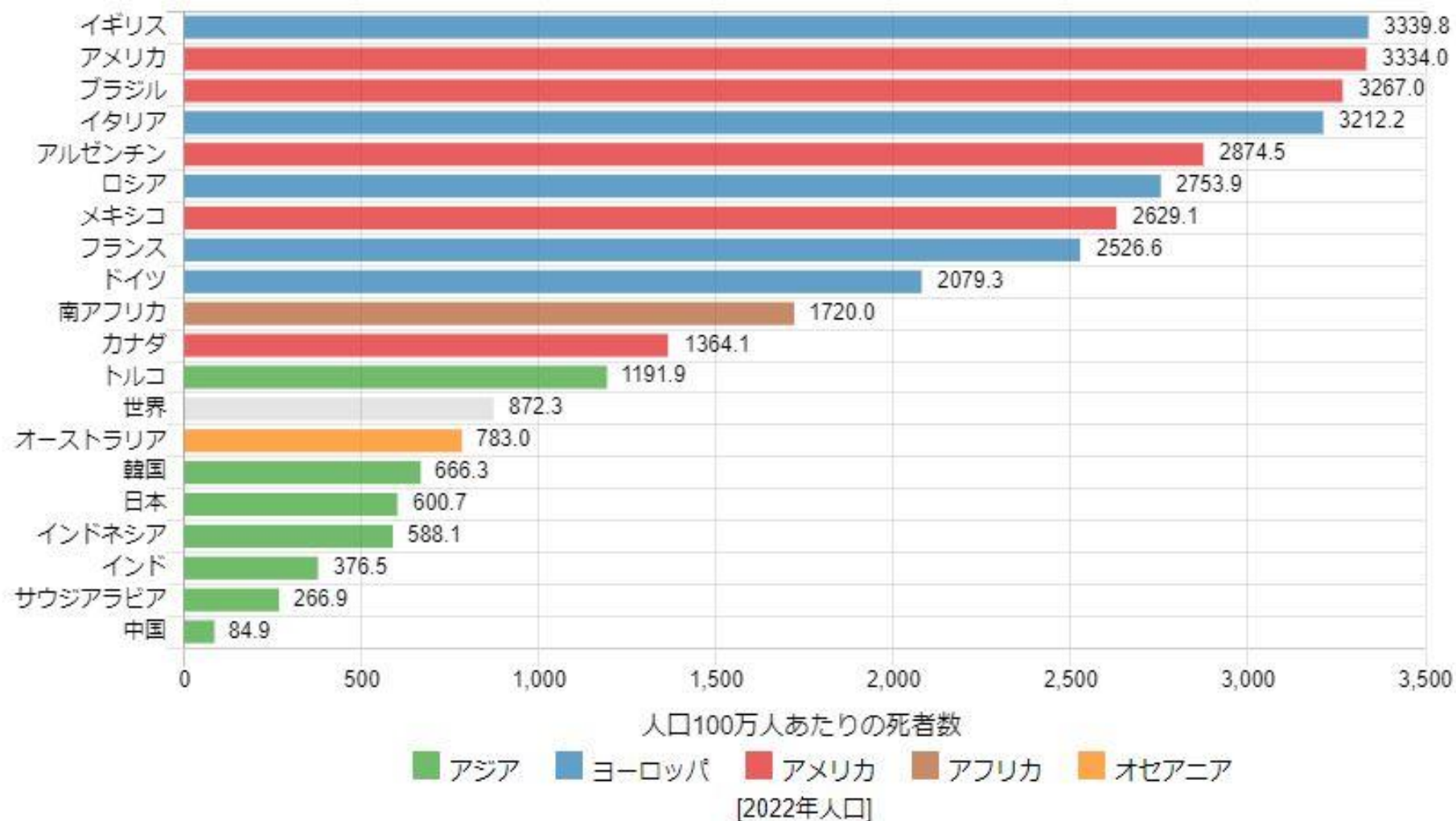
住民主体の通いの場の中止後、再開**支援したか**しなかったかの自治体差

4) リスクコミュニケーションの**失敗**

**脅すだけで、安全に関しての情報を出さない**（致死率は低下の情報）

# 日本のコロナ死亡率は低く、米英の1/5

2023/05/10



# 死亡率は対策の差でなく国がどの**エリア**かが決定要因（コロナの基礎免疫？）

2023/05/10



人口100万人あたりの死者数 [2022年人口]

# 日本は、コロナではなく、コロナ対策による超過死亡が多い

表2 欧米諸国とアジア諸国の累計超過死亡者数(10万人当たり)

	フランス	英国	米国	オランダ	スイス	韓国	日本	台湾	中国	シンガポール	インド	フィリピン	タイ
2020年 <sup>a</sup>	83.6	126.8	145.1	93.8	111.9	-0.3	-12.4	-25.3	-8.1	-6.1	76.8	-6.7	0.9
2021年 <sup>b</sup>	143.9	220.3	299.8	189.5	160.2	14.6	12.6	-17.6	18.9	22.1	341.5	205.0	84.3
2022年 <sup>c</sup>	223.3	306.3	392.1	277.8	248.1	126.4	128.4	77.9	106.5	87.1	459.2	237.6	203.4
2023年 <sup>d</sup>	237.7	390.5	406.1	351.0	289.5	165.3	215.8	144.3 <sup>*</sup>	149.1	148.5	506.5	274.9	269.5

※：台湾の数値は2023年10月時点

a: 2020年12月30日, b: 2021年12月30日, c: 2022年12月30日, d: 2023年12月30日

Estimated cumulative excess deaths per 100,000 people during COVID-19, Our World in Data



# アフターコロナにおける通いの場の展開ハンドブック

【日本能率協会  
総合研究所】

[HTTPS://WWW.JMAR.CO.JP/2024/05/22/LLGR5\\_60\\_HANDBOOK.PDF](https://www.jmar.co.jp/2024/05/22/LLGR5_60_HANDBOOK.PDF)

令和5年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）  
新型コロナウイルス感染症影響下における通いの場をはじめとする  
介護予防の取組に関する調査研究事業

## アフターコロナにおける 通いの場の展開ハンドブック

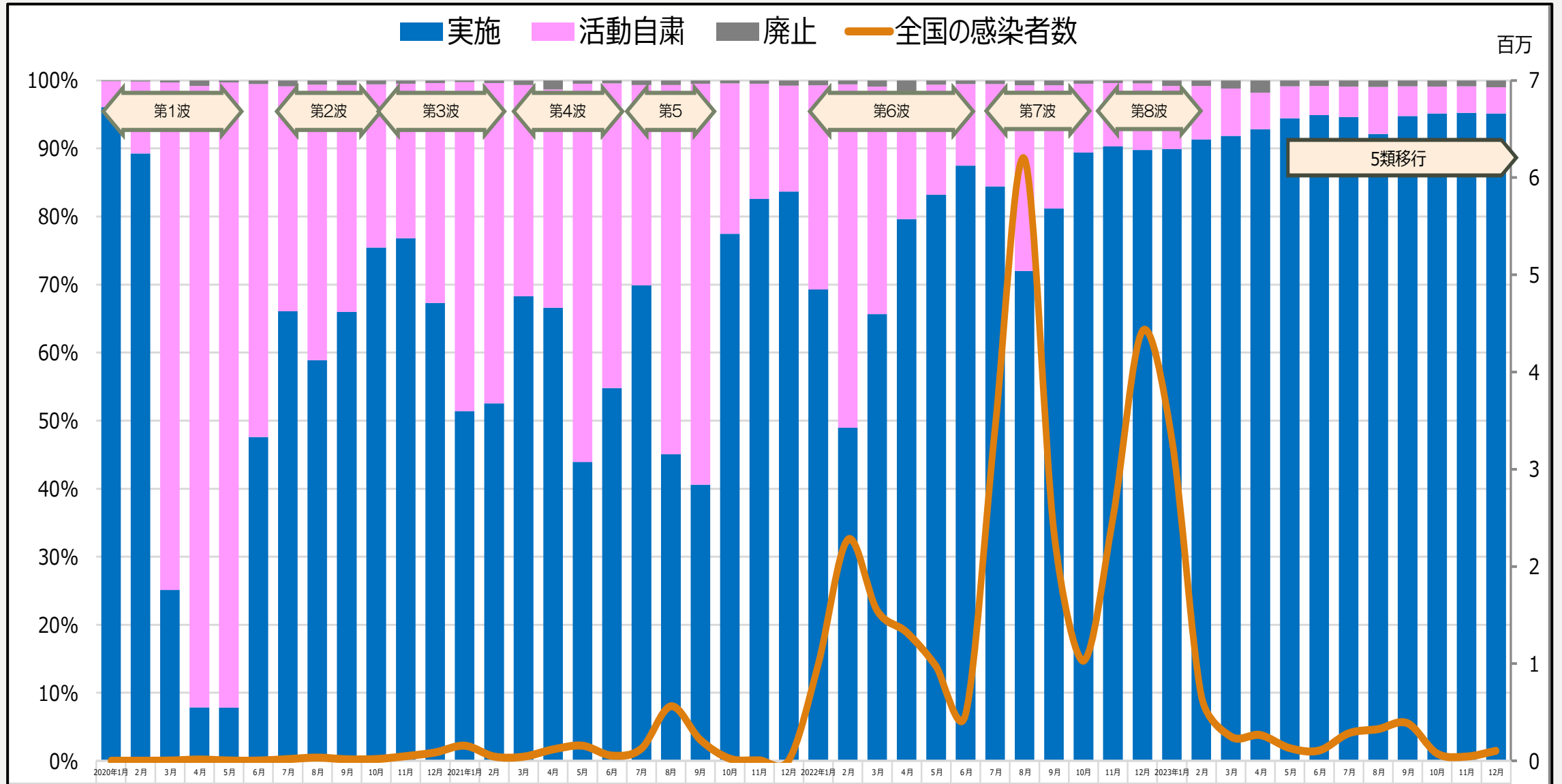


2024(令和6)年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所

# 通いの場の実施状況

(2020年1月～2023年12月)





# 全国の市町村調査でわかったこと

住民主体の通いの場で、クラスターは全国で**1例のみ**報告

図表6：令和2～4年度における通いの場でのクラスター発生件数（n=1,066自治体）

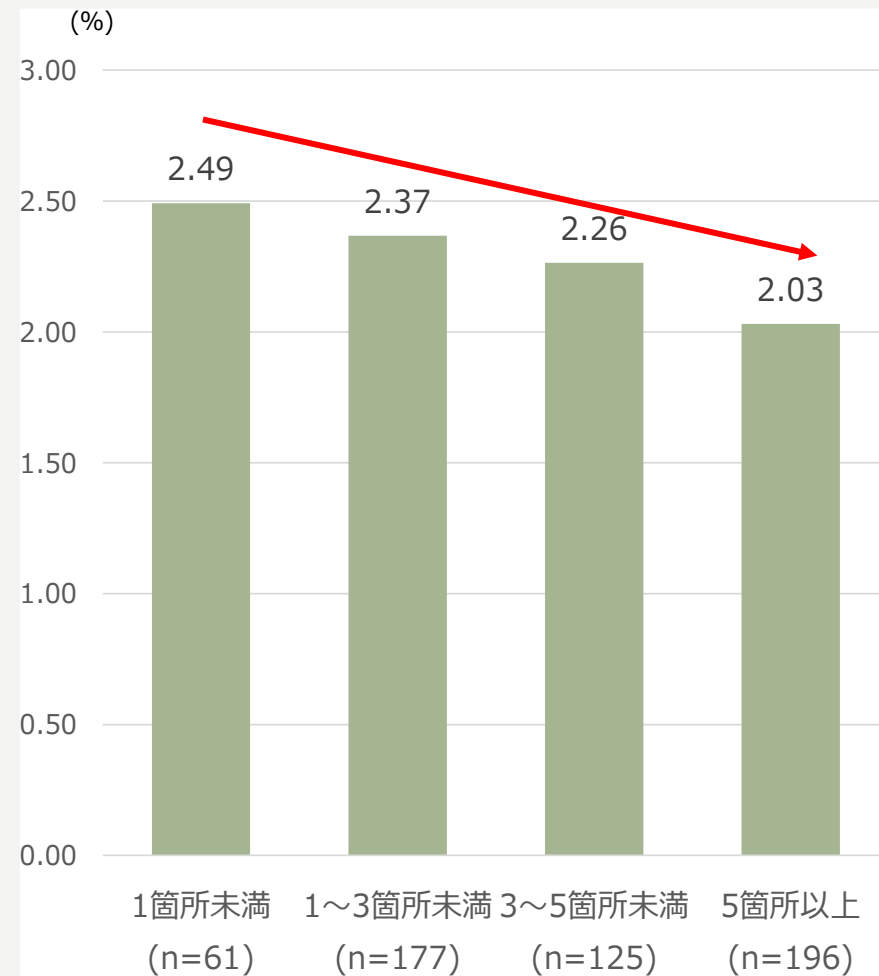
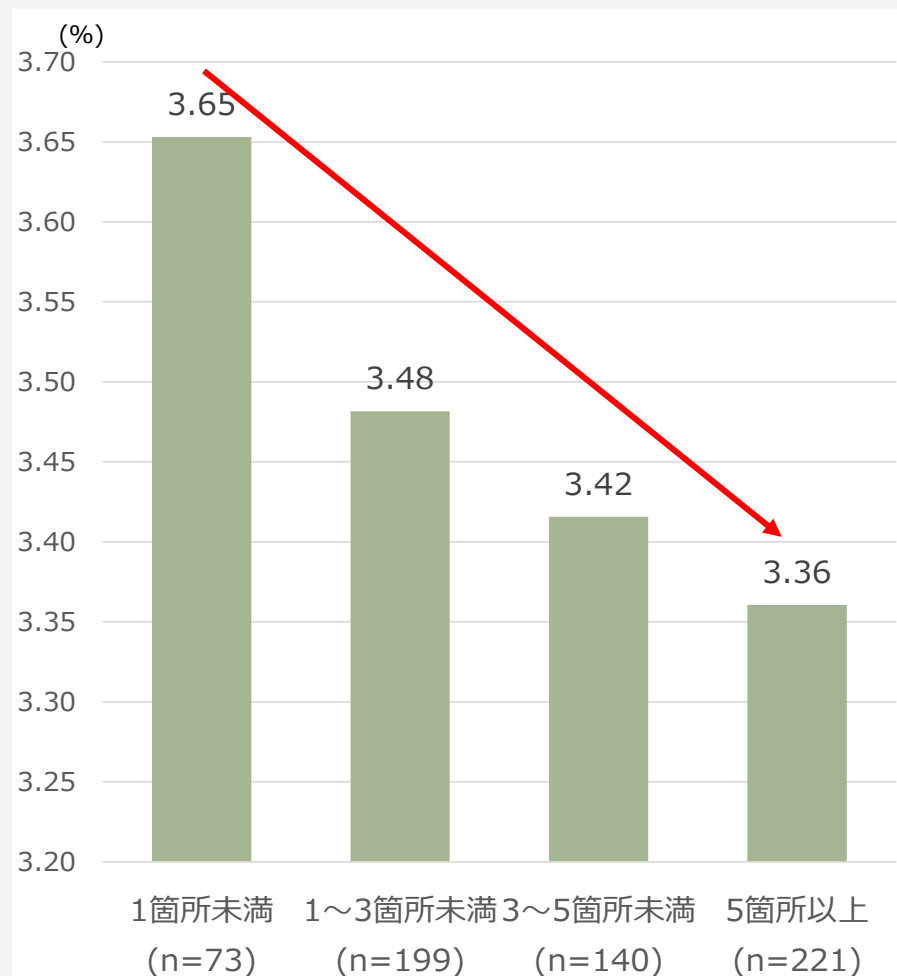
年度	クラスター発生	クラスター未発生
令和2年度 (4月～翌3月)	0自治体 (0.00%)	1,066自治体 (100.00%)
令和3年度 (4月～翌3月)	0自治体 (0.00%)	1,066自治体 (100.00%)
令和4年度 (4月～9月)	1自治体 (0.01%)	1,065自治体 (99.99%)

# 高齢者1000人あたりの通いの場の箇所数

(2023年12月時点) 別にみた

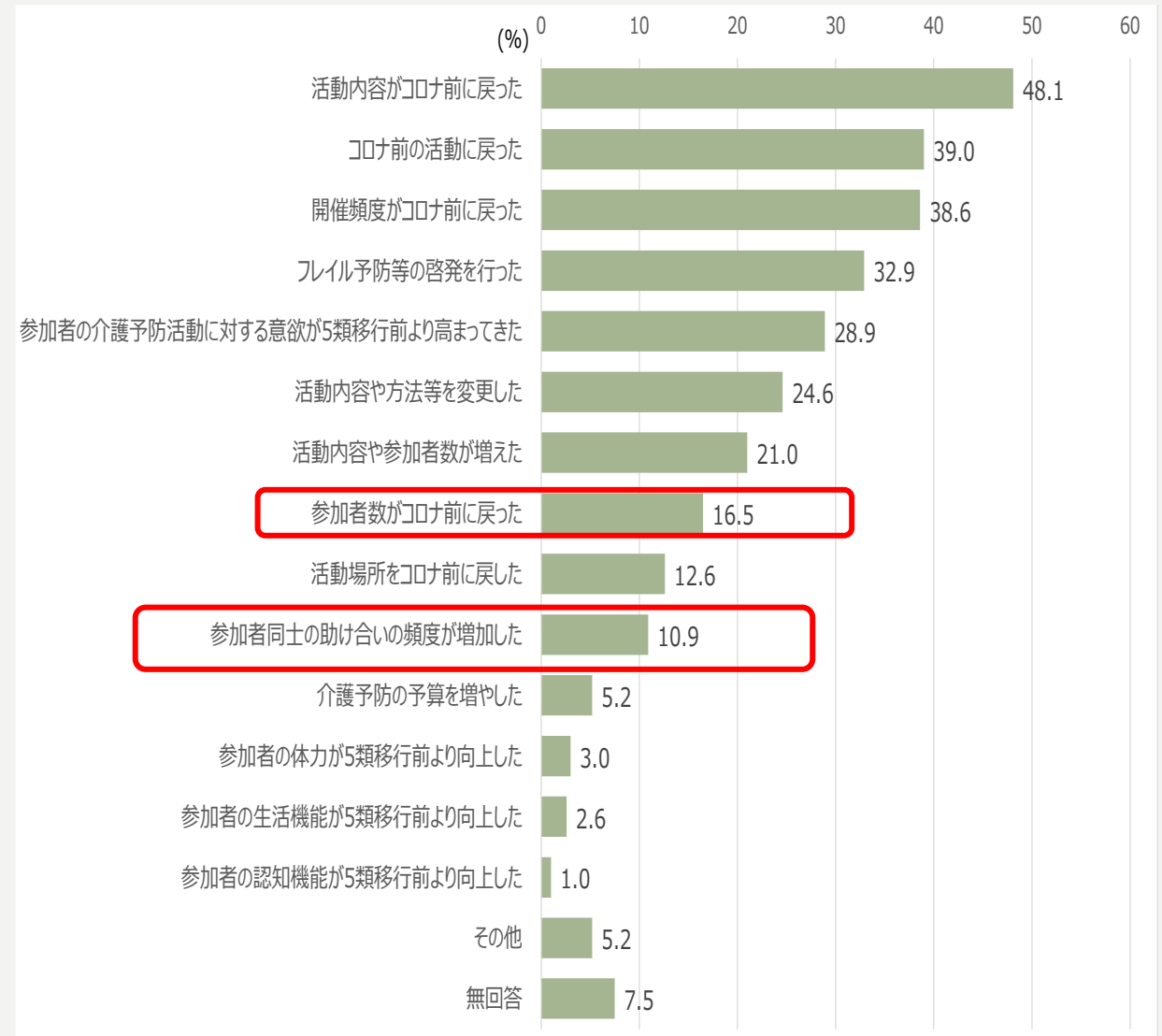
R4新規認定者率

H30~R4の新規認定者増加率

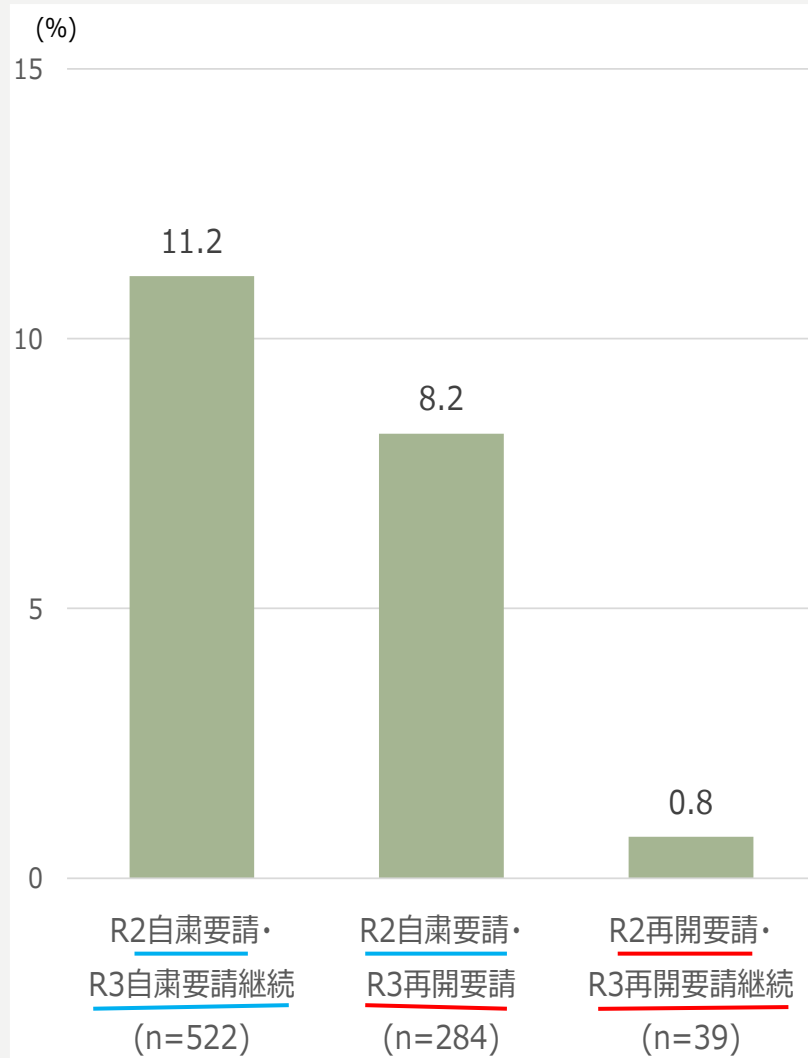


# 5 類移行後の通いの場の活動の変化

- 5 類移行後の通いの場の活動の変化に対する所感として、「参加者数がコロナ前に戻った」という回答は16.5%にとどまっている。多くの市町村では通いの場の再開率や活動内容・頻度などはやや回復したものの、**参加者数が戻り切っていない**状況にあることから、通いの場はコロナ禍以前の状況に戻ったとは言い難い状況にあります。
- 逆に、**参加者同士の助け合いの頻度が増加した（10.9%）**という回答もあった。



# 市町村が通いの場の自粛を促すと新規認定率が高くなる？



- 令和元年度は、緊急事態宣言なども発令されたことから、全国の通いの場の活動は1割にも満たない実施率に落ち込み全国的に自粛が強い傾向になりました
- 令和2～3年度において、市町村が通いの場に自粛を促したか、再開を要請したかをパターンを分けて、平成30年度～令和4年度にかけての新規認定者の増減率の違いをみたものが左図です。
- 母数が少ないため参考値にはなりますが、**早期から再開を呼びかけ続けた市町村（R2再開要請・R3再開要請）**の自治体は新規認定率の伸びが少なく、自粛要請を続けた市町村ほど新規認定率の伸びが大きい結果が表れています

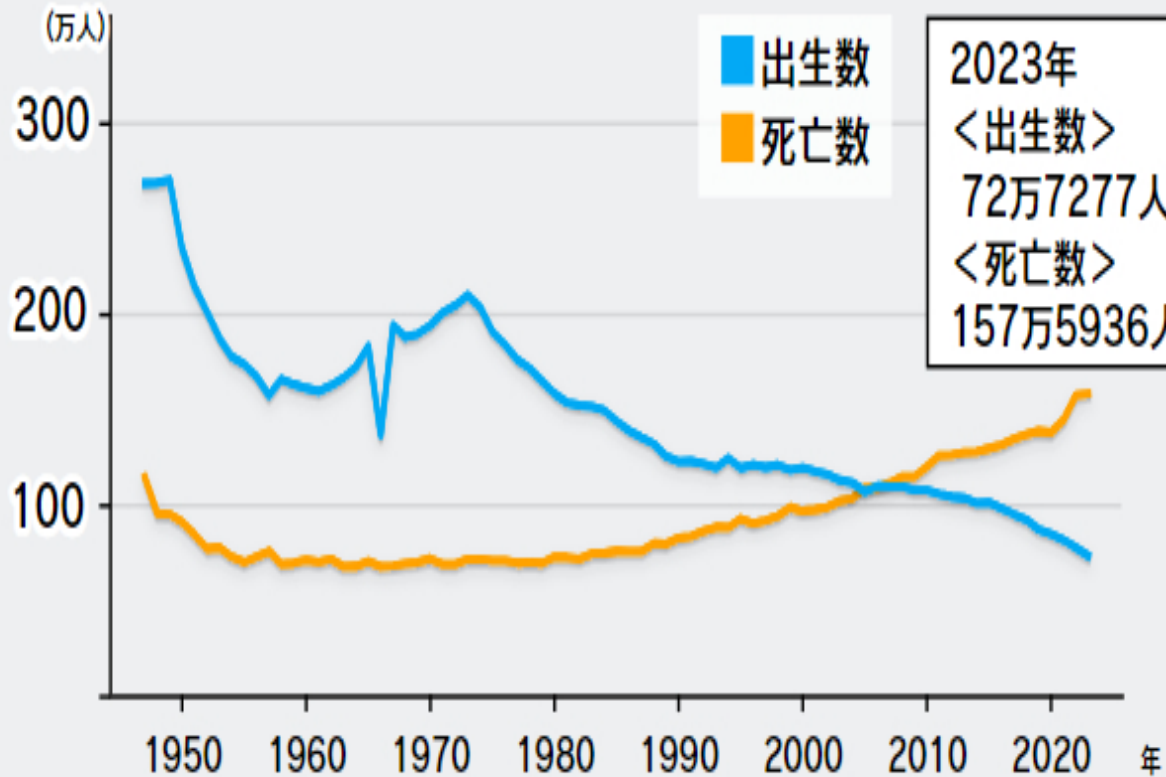
# コロナ対策の教訓（私見）

- 前提**：日本では、2023年5月までのコロナによる死亡は約**75000人**で、平均寿命にほとんど影響がなかったにもかかわらず
2. コロナ以外の原因での死亡による**超過死亡**がその何倍も起こっている
  3. 婚姻率と出生率のさらなる低下、若年女性の**自殺増加**で、少子高齢化を**10年以上早めた**（出生数は2023年**72.7万人**）
  4. 高齢者の介護予防活動等の自粛を不必要に長期化させたことで、高齢者の体力の低下と社会的孤立を引き起こしたために、**介護認定率を押し上げる結果をもたらした。**
  5. 一方、**住民主体の体操の場等の重要性が再認識**された

# 日本の死亡者数と出生数と婚姻件数の推移

## 出生数と死亡数の推移

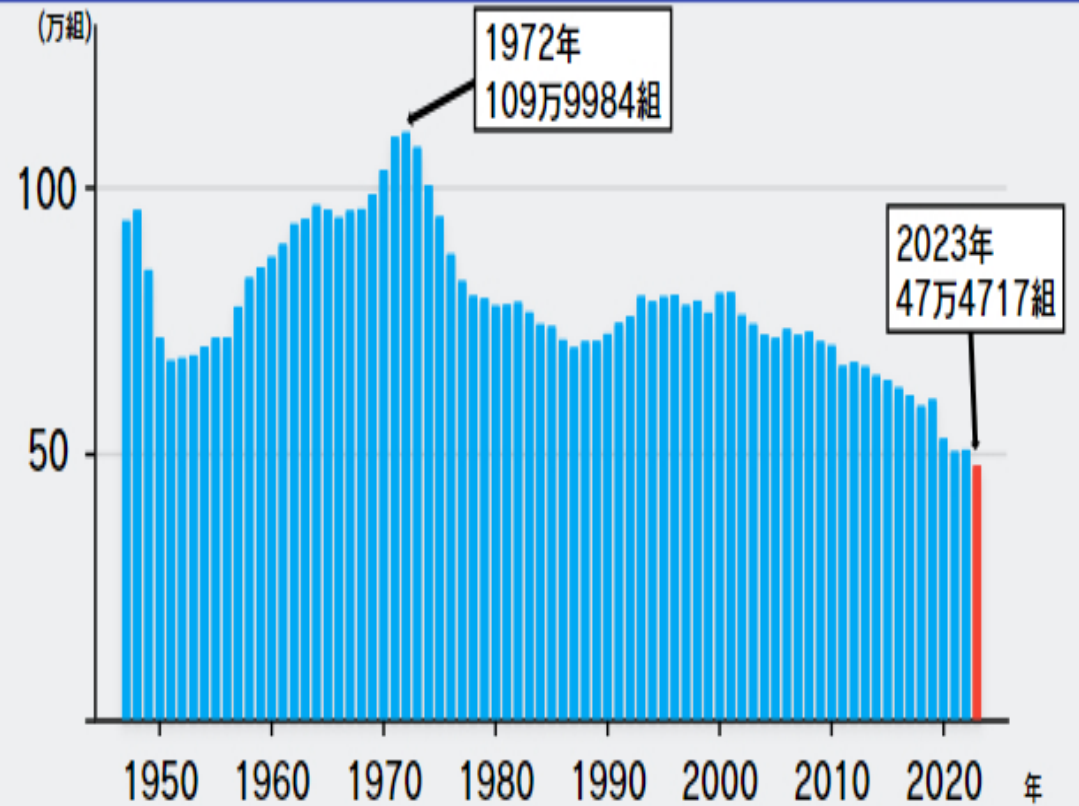
NHK



厚生労働省資料より作成

## 結婚件数の推移

NHK



厚生労働省の資料より作成

# リハビリテーション専門職が、 今後の活動を考える視点

1. **リハ医療ニーズ**は、これからどうかわる？
2. 介護保険はどう変わっていくべきで、リハ職はどんな役割が期待されているのか
3. 高齢者・障害当事者との関係性をどう捉えるのか
4. テクノロジーの進歩に、リハ職の力量は追いついているか
5. **日本の地域リハビリテーション**は、**どう変化**していくのか
6. リハの視点を失わないために何が必要なのか

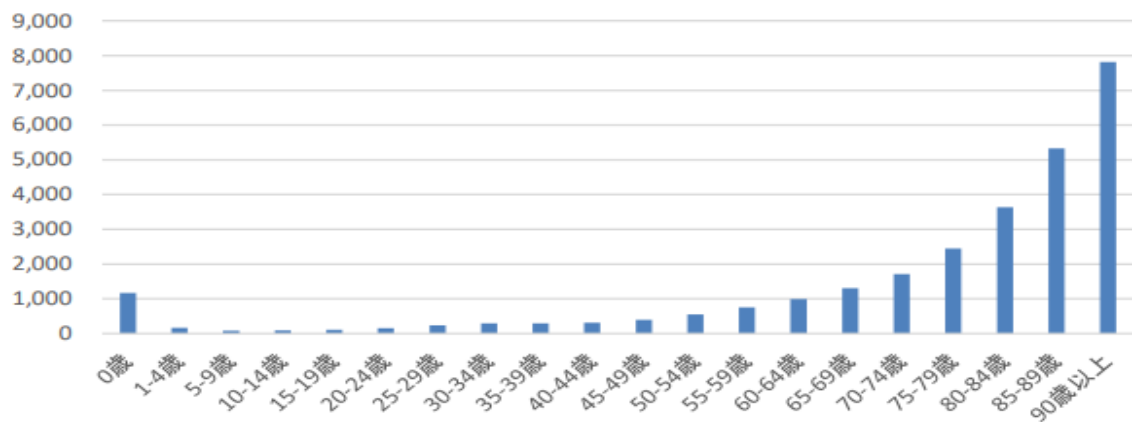


# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

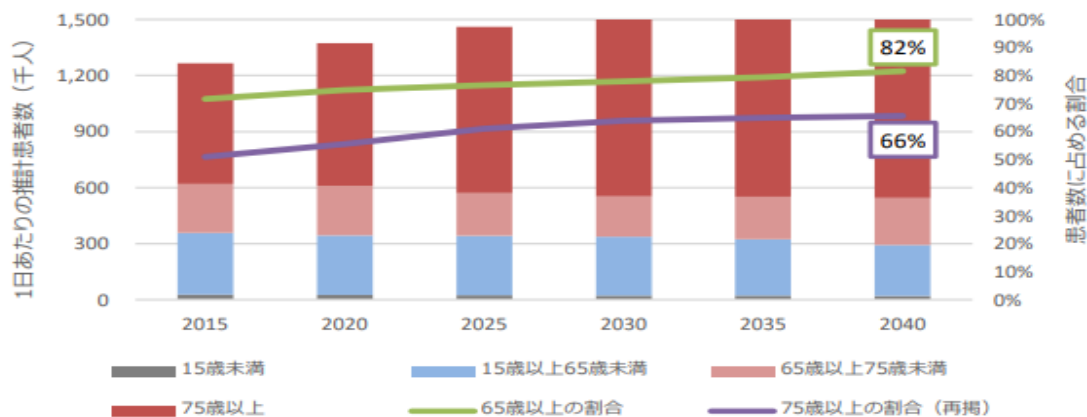
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

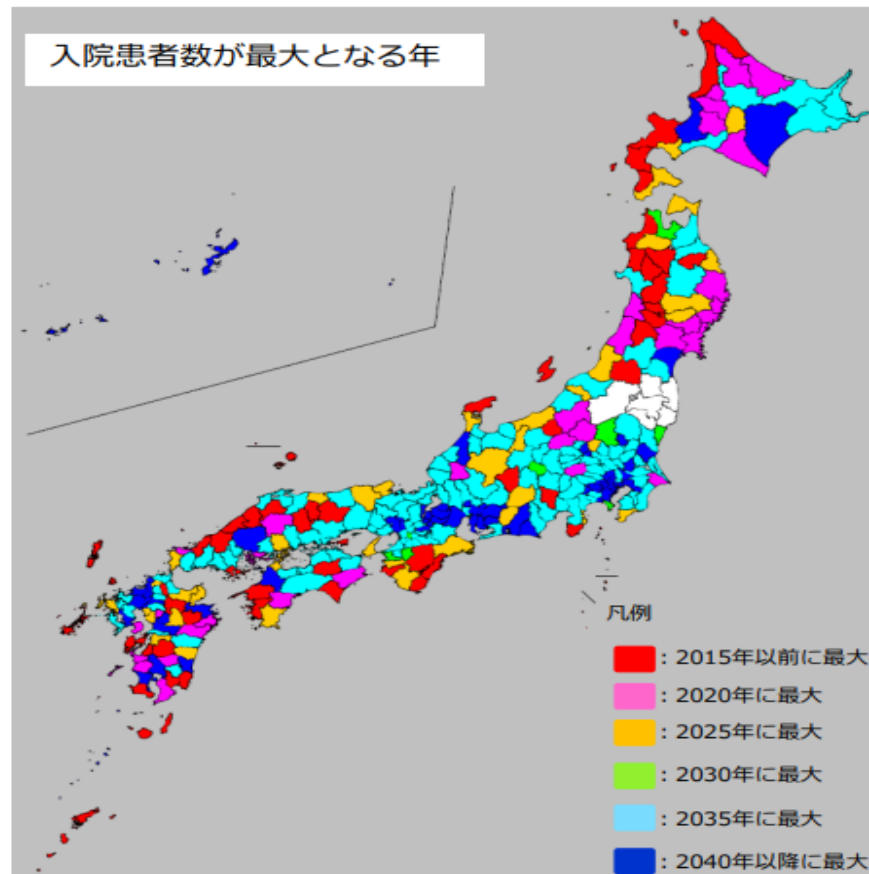
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

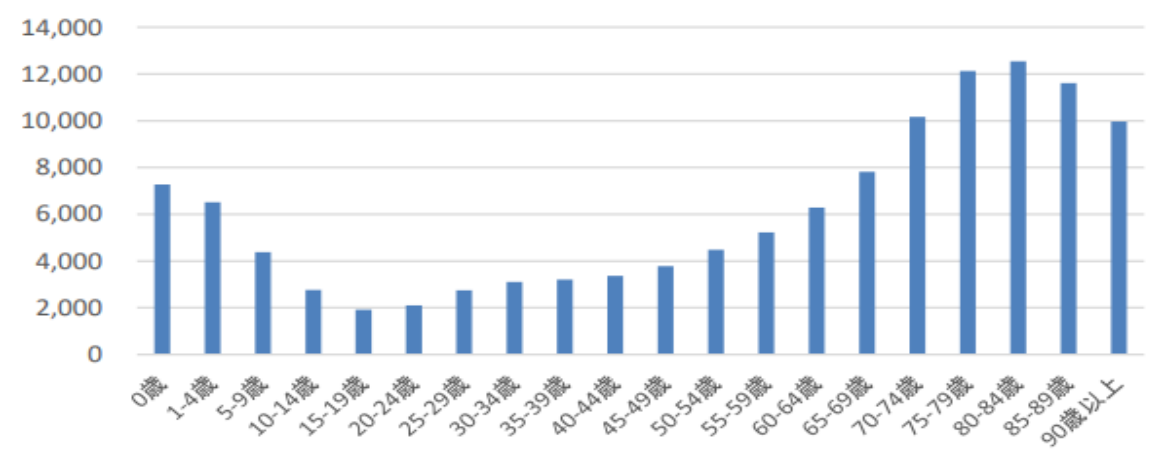
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。 12

# 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

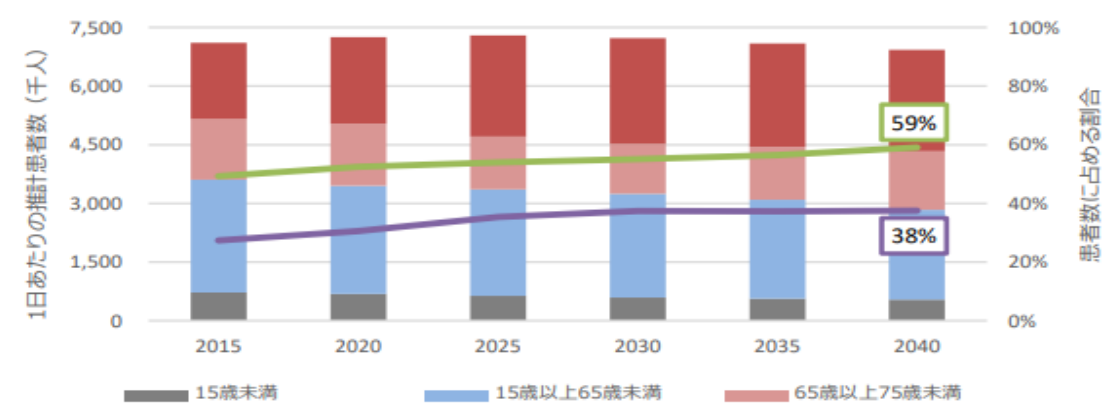
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

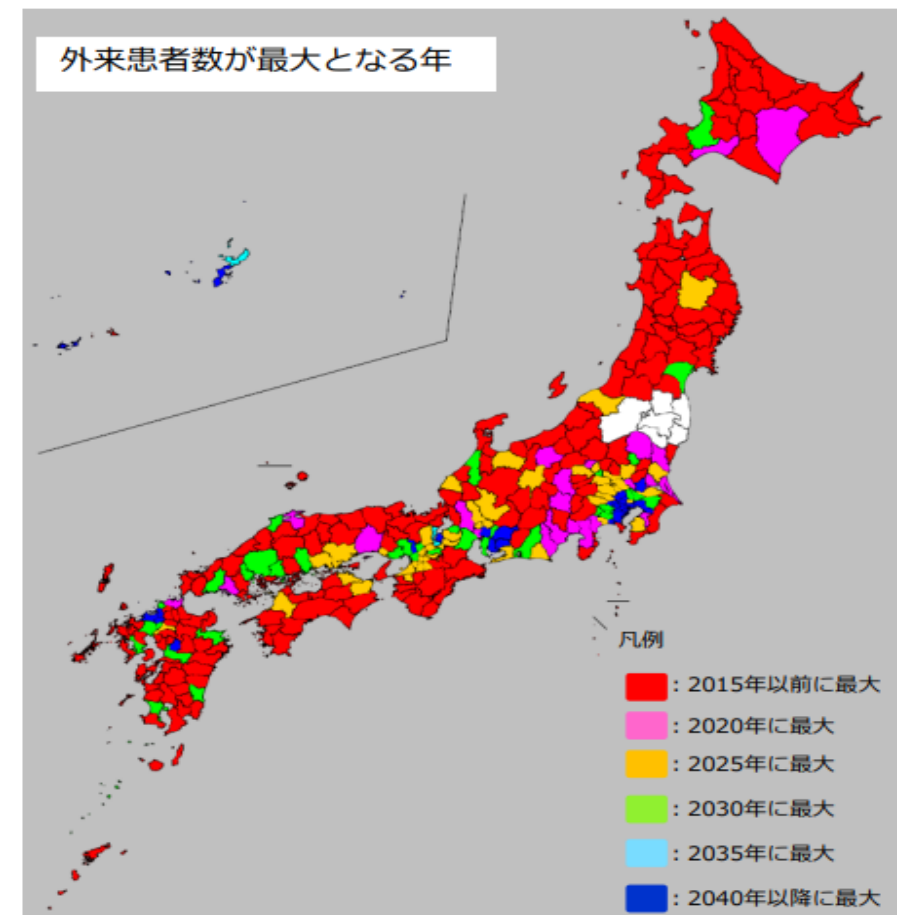
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年

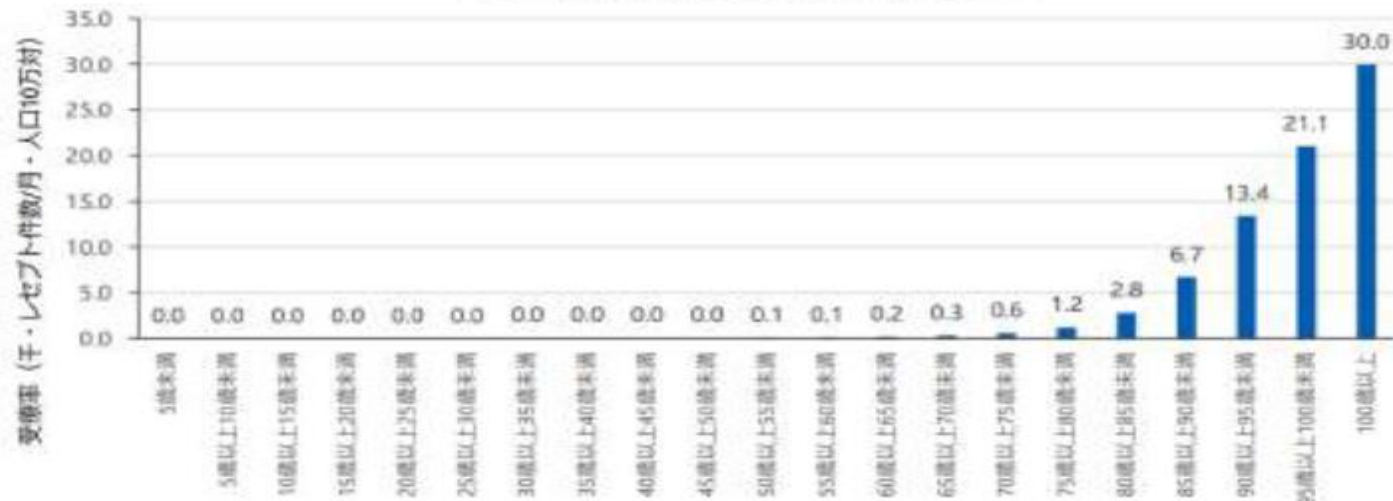


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」  
 ※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。  
 ※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計

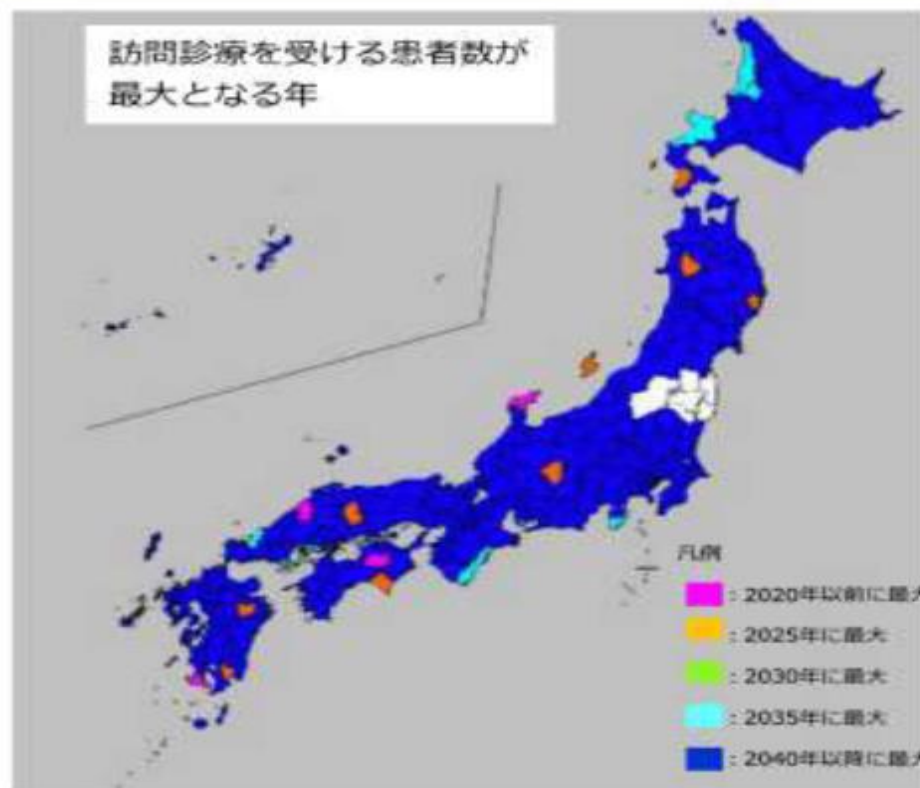
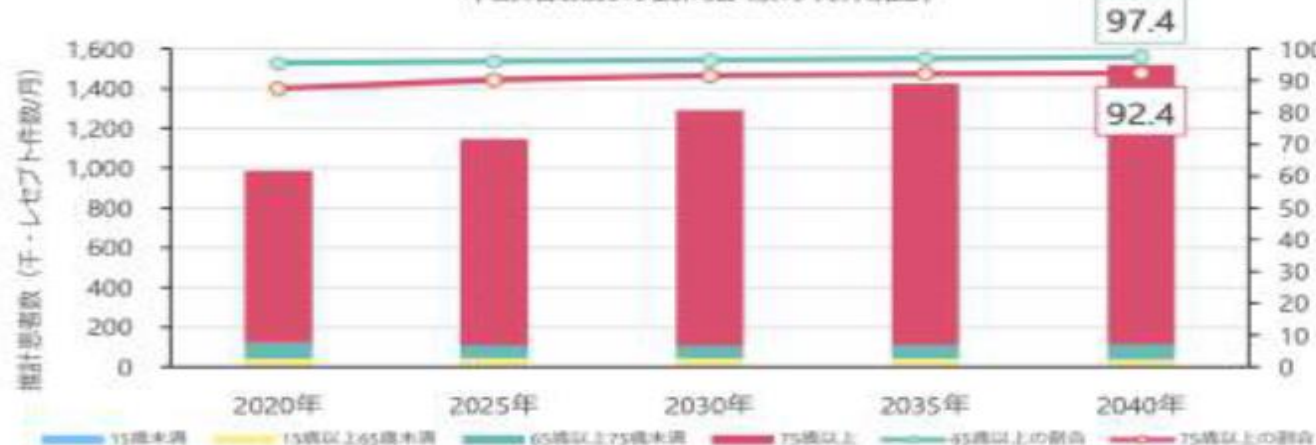
# 訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】  
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。  
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。  
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。  
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。  
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。



# 医療従事者の需給に関する検討会 第3回理学療法士・作業療法士需給分科会（2019.4.5）

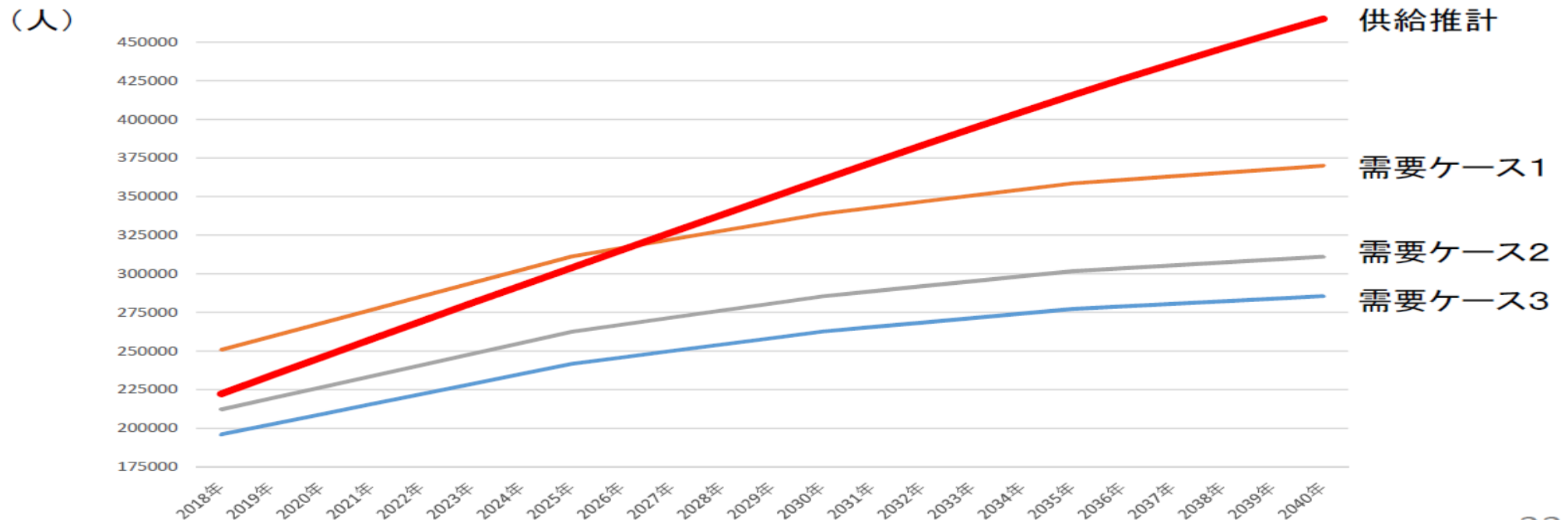
## 理学療法士・作業療法士の需給推計について(案)

PT・OTの供給数は、現時点においては、需要数を上回っており、2040年頃には供給数が需要数の約1.5倍となる結果となった。

供給推計 全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比(仕事率)を考慮して推計。

需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※

※ 精神科入院受療率、外来リハビリ実施率、時間外労働時間について幅を持って推計



## 将来の人口と理学療法士・作業療法士養成数の推移について

- 2040年には人口10万人に対する療法士数は約3倍に増加。
- 現在の養成定員数が将来も維持された場合、2040年時点の18歳人口に占めるPT・OT学校養成施設入学者数の割合は約1.35倍に増加。

2018	理学療法士数	人口10万対 理学療法士数
日本	127000	50-100
アメリカ	209670	50-100
ドイツ	136000	150-200
イギリス	53301	50-100
フランス	86459	100-150

出典：WCPT「a profile of the profession」Reference year: 2018

※理学療法士数は2018年の就業者数  
※人口10万対理学療法士数は2018年現在

2017	作業療法士数	人口10万対 作業療法士数
日本	74615	60
アメリカ	141971	40
ドイツ	59000	70
イギリス	38919	20
フランス	12406	20

出典：WFOT「Human Resources Project 2018

理学療法士	2025	2030	2035	2040
人口10万対就業者数	163	199	238	278
18歳人口（1万）対養成定員数	126	133	139	155

作業療法士	2025	2030	2035	2040
人口10万対就業者数	86	103	122	141
18歳人口（1万）対養成定員数	67	71	74	83

# 医療分野のリハの課題

1. 脳梗塞等での前期高齢者の血栓溶解療法等で、軽度麻痺が減少し、リハによるADLの**著明な改善事例**が**減少**した一方、認知症等も伴うリハ効果の得にくい後期高齢者で脳血管疾患事例が増加し、多数のリハ職をかかえる**回復期リハ病棟での短期での成果が出にくく**なった。
2. 在宅復帰を目指し、リハ職を増員した**地域包括ケア病棟**や**機能強化型老健**の出現は、回復期リハ病棟と機能が一部重複していることから、機能分化が課題である
3. 外来でのリハの効果が、短期では発揮できない中で、期間制限が診療報酬上設定され、**終了後の介護等との連携**が課題である
4. 超高齢社会では、入院医療より地域での在宅医療のニーズが増える

# 介護保険の課題（リハマインドとのおりあい）

1. 介護に必要な**全ての人の支援制度ではなく**、障害者と高齢者の分断（65歳問題）
2. 家族の介護負担軽減から始まった制度 **自立支援の理念は後付け**
3. 介護認定でサービス利用限度額が決まる  
介護度が重いほどサービスを多く受けられるから、介護度を**改善したくない**
4. 事業者は、介護度の重い人の支援が高収入で、支払いサービス項目と時間で決まる  
介護業務量と収入は相関せず、**質は問われず、改善するインセンティブはない**
5. ケアマネの独立性は担保されていない  
雇用さ**事業者のサービスに誘導し**、顧客確保のために**利用者の要求に応える傾向**  
介護保険外サービスを視野に入れない
6. 介護認定者が右肩上がりに増加する  
**介護保険料の高騰** → 年金で払えなくなる 税負担の限界  
ケアマネや**介護人材の不足** → サービス提供ができなくなる（特に軽度者）



# 障害者福祉における新たな視点

## 1. 障害当事者の視点の重視

当事者抜きで、施策を決めるな → 当事者こそがその障害のプロ

## 2. 障害を多様性と捉える

障害者のダンサー、両脚切断で身長を変えられるモデル、スプリング義足で世界記録

## 3. 共生社会

障害者は、支援を受けるだけでなく支援者になれる ピアサポート国研修

## 4. テクノロジーの進歩

重度障害があっても、自立的生活が可能（環境調整やロボット）

視線入力でコンピューター言語を駆使してコミュニケーション可能、高機能車椅子

ALSの国会議員になったり、全国や世界を飛び回る研究者もいる

## 5. 当事者の意思決定の尊重（知的障害者にも勿論意思決定の権利はある）

障害者国際人権条約 日本に国連から勧告が出されている

# 本来の**CBR**の**原点**に戻るチャンス

1. CBRとは、単に在宅への訪問支援を指しているのではなく、**地域生活全体を支援する仕組み**や役割
2. 医療・福祉分野で、リハ職の**質**が問われている
3. 高齢者・障害者が主役で、彼らを単に支援を受ける対象としてではなく、支援者として（時には**障害のプロ**として）協同できるか
4. 限られた人員と予算の中で、より効率的でかつ質の高い支援を当事者の本当のニーズに沿ってできるかが問われている
5. ポストコロナ：片手間ではなく**腰を落ち着けて地域に出よう**