

## 各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

### ii) 訪問リハビリテーション

宮田 昌司

#### 要旨

訪問リハビリテーションは質の高い在宅療養を支える重要なサービスの一つである。療法士が生活の場に出向いて生活機能の維持・向上などを図るもので、身体機能向上を目的とする機能訓練の提供という一義的な内容だけでない。あくまでも、リハビリテーション医学の理念に基づいており、障害が固定し重度の介護状態であっても、より安楽にまた、充実してその人らしく暮らす工夫、方法を専門的知識・技術・マインドを背景に助言、指導を行っていくものである。なお助言、指導は本人（利用者）・介護家族に対してだけでなくケアに関わる全ての職種に対して行うものであり、多職種の協働が原則となることはいうまでもない。

さて身体機能が回復基調にあるときには、一定期間を設定した頻回の集中的な訪問介入による機能向上を目的とするが、障害が固定され身体機能の維持段階の訪問介入ではより快適に、さらに介護家族の介護負担を軽減し、安定した状態で日常生活を継続していただくことが目的となる。それぞれ個人の障害の程度と生活環境を勘案し、いかに生活しやすくするかという視点での介入となり、人の生活に関わり続けることが重要である。

なお、平成27年度の介護報酬改定により、「活動と参加」が強調され主治医の関与がより強く求められるようになった。訪問リハビリテーションサービスでは、リハビリテーション計画の主治医から利用者への説明が求められている。特に「今後の生活の展望と当面の目標（ゴール）」を医学的見地から説明していただくことが大切といえる。また、現場の療法士からは、立ち上がり、歩行などの基本動作や入浴、排せつ、食事といった日常生活活動における医学的リスクの具体的な情報や、運動療法を実施する上での留意点を伝えていただきたいと願っている。

#### 内容

1. 訪問リハビリテーションの実際 ～概念・利用者の概要など～
2. 生活機能・生活障害の捉え方
3. 訪問リハビリテーションの役割と意義
4. 多職種連携・協働 ～医師との連携 介護職との連携など～
5. 訪問リハビリテーションの課題とこれから

## 1 訪問リハビリテーションの概念①

### ・医療保険制度による規定

在宅療養を行っている患者（中略）であって、かつ通院が困難なものに対して診療に基づき計画的な医学管理を行い、かつ当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士を訪問させ基本動作能力、若しくは応用動作能力又は社会適応能力の回復をかけるために訓練等を……

「訪問リハビリテーション」は、医療保険制度、介護保険制度に、それぞれ位置付けられているので、訪問リハビリテーションの概念を知るには、両制度上の規定を参考にするとよい。

医療保険制度上では、在宅療養している患者に対し医師の計画的医学管理下に療法士に指示し訪問させるというものであり、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）の3職種が明記されている。生活の場における、機能回復訓練、社会適応能力の回復訓練等により、日常生活の自立を支援することが最も重要な目的となる。しかし、仮に回復を見込めない病態であっても、その人らしい尊厳ある生活が維持できるように、専門的な知識、技術、マインドをもって、支援している。いわゆる保険医療機関として診療所や病院から訪問することとなる。

## 2 訪問リハビリテーションの概念②

### ・介護保険制度による規定

居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要性の程度につき厚生労働省の定める基準に適合していると認められた者にかぎる）について、その居宅においてその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを……

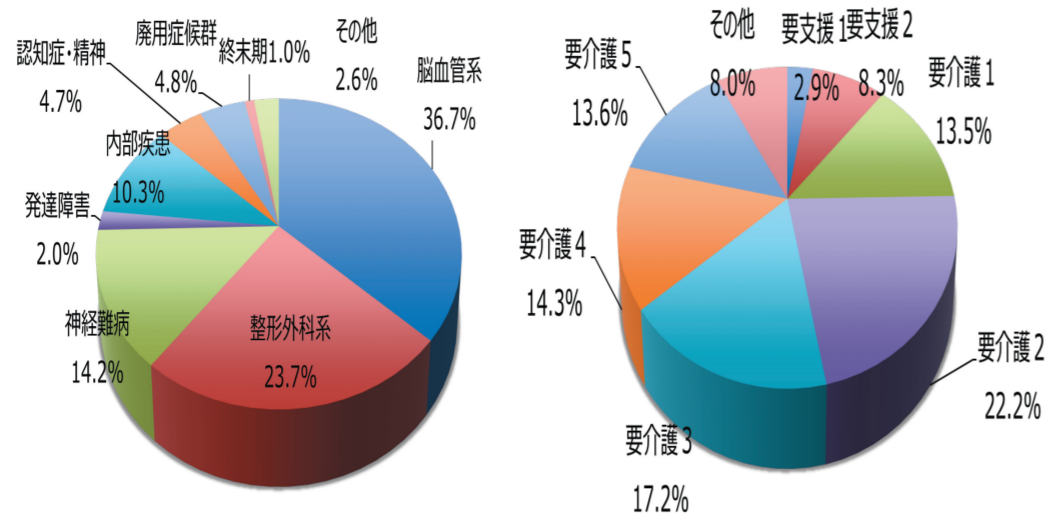
（介護保険法第8条第5項）

介護保険制度上の規定では、居宅・要介護者と明記され、介護保険認定手続きを経た者という意味において、医療保険と比較するとその対象は限定されている。「その居宅においてその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーション」（介護保険法第8条第5項）と表現されているのは、介護保険制度が施行された平成12年当時にはST（言語聴覚士）の参画がなかったからである。

平成18年の介護保険制度の改定によって、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種が揃って訪問リハビリテーションに関わることとなった。要介護認定者の居宅に訪問し、可能な限り、居宅で能力に応じ自立した生活を営むことができるように生活機能の維持、もしくは向上を図ることを目的とされ、介護保険制度の基本理念である自立支援が重要な役割といえる。

制度上は医療機関（病院・診療所・介護老人保健施設）が「訪問リハビリテーション」の提供施設である。他に療法士の居宅訪問サービスは訪問看護ステーションからの訪問看護の一環としての療法士の訪問リハや、通所リハの利用者で在宅生活に課題があるものに対する療法士の訪問などの提供が位置付けられている。

### 3 利用者の主たる原因疾患と要介護状況

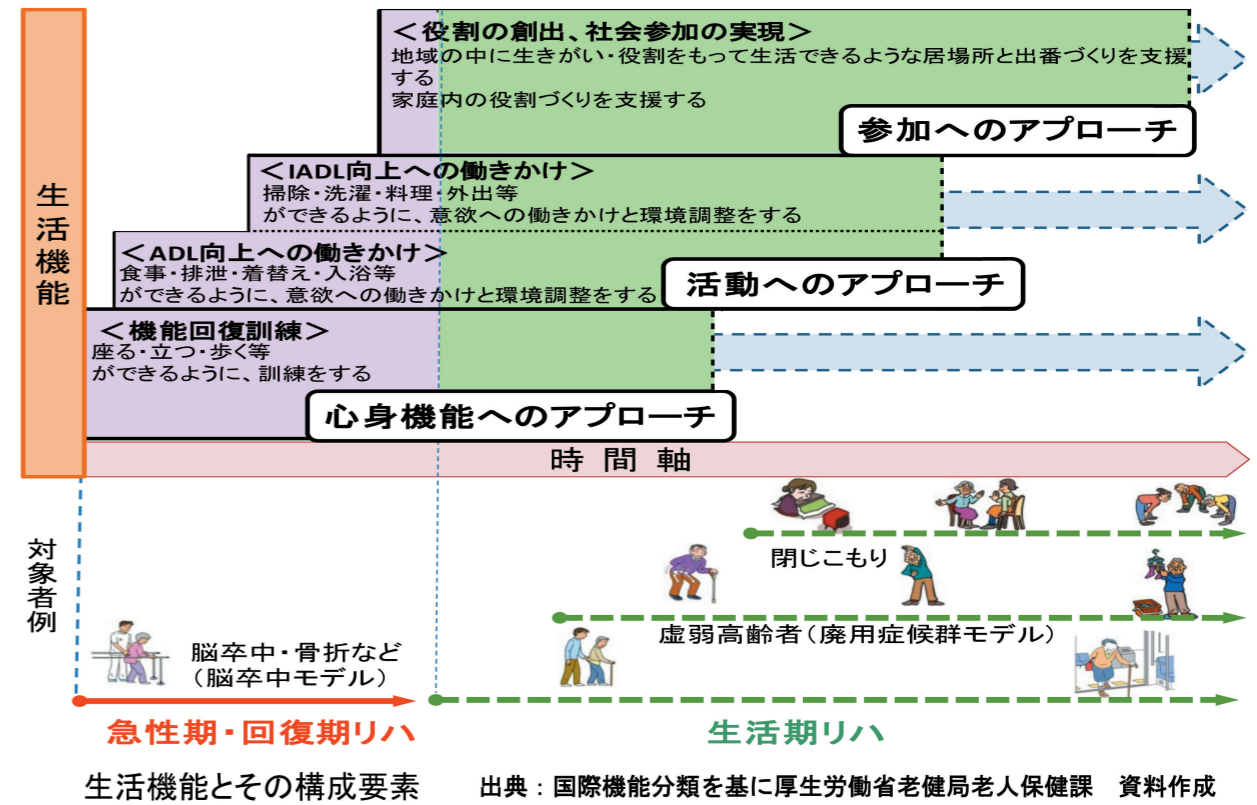


出典：平成26年度 一社)日本訪問リハビリテーション協会 会員調査

訪問リハビリテーション対象者の原因疾患は脳血管障害と整形外科疾患が6割を占める。その他、いわゆる神経難病や内部疾患の順に多い。ここに発達障害とあるのは、対象者が介護保険対象者に限られないからである。

一方 介護保険対象者に限ると、介護度別では2、3、4、で約4分の3を占め、比較的状态像が軽度なものと寝たきりなど重度なものは訪問リハビリテーションの対象となりにくい傾向がある。その背景への検討も必要と考えているが、軽度者は通所リハビリ施設の利用が多いのではないかと推測される。

### 4 生活障害の捉え方



厚生労働省が作成した国際機能分類 (ICF) に基づく生活機能とその要素の概念図を示す。

時間の経過に伴い、生活機能の構成要素へのアプローチは、心身機能主体のアプローチから活動と参加へシフトしていく。急性期・回復期リハについては主として病院などの医療機関で行われ、生活期リハが在宅や居宅施設などで実施されていると考えられる。従って、訪問リハビリテーションは、生活障害と向き合い、その解決方法を示しながら、目標を明確化して実践することとなる。

心身機能へのアプローチ手段は、機能回復訓練が主であり、活動へのアプローチは日常生活活動 (ADL) や手段的日常生活活動 (IADL) への働きかけといえる。参加へのアプローチは家庭や社会での役割の創出や社会への参加の実現を目標にこれを支援し、リハビリテーションの思想ともいえる復権の医学を具現化していく場面といえる。

## 5 訪問リハ・状態像別役割

- 脳卒中モデルの場合（脳卒中や骨折等）
  - ・急性期、回復期リハを引き継ぎ、在宅医療導入期（移行期）に生活の安定化支援を行う
  - ・心身機能向上のアプローチから活動と参加へのアプローチへ
- 廃用症候群モデル
  - ・虚弱高齢者やいわゆる閉じこもりによる生活が不活発な方々に心身機能の向上と活動量を高め、社会参加を促す支援を行う
- 神経筋疾患等の場合
  - ・徐々に身体運動機能が低下するが、可及的に廃用を予防し、常に生活に希望が持てるように支さらに、療養環境整備によって生活障害を最小限にする。  
例えば福祉用具の導入や住宅改造の助言などを行う。

訪問リハビリテーションの対象となる代表的な疾病別に概説する。

脳卒中モデルなど、急性発症し生活機能障害を生じる疾病の多くは入院中に心身機能とADL改善への働きかけを行い、退院後は心身機能から活動・参加へとアプローチを変えていくことになる。

廃用症候群モデルは、フレイルや閉じこもりなど環境因子の関与も大きく、可能な限り在宅生活を継続しながら、病態像に応じて、心身機能の向上を図り、さらに活動性を高め、社会参加を促すことが目標となる。

神経筋疾患などにおいては、徐々に身体機能が低下させる経過をたどることが多く、廃用症候群を予防し、療養環境整備によって生活障害を最小限度に保つアプローチを継続する。例えば、電動車いすの導入により外出が容易になったり、コミュニケーションツールとしてパソコンを活用したりすることで、社会との交流の場を提供することも可能となる。

## 6 訪問リハビリテーション・4つの機能

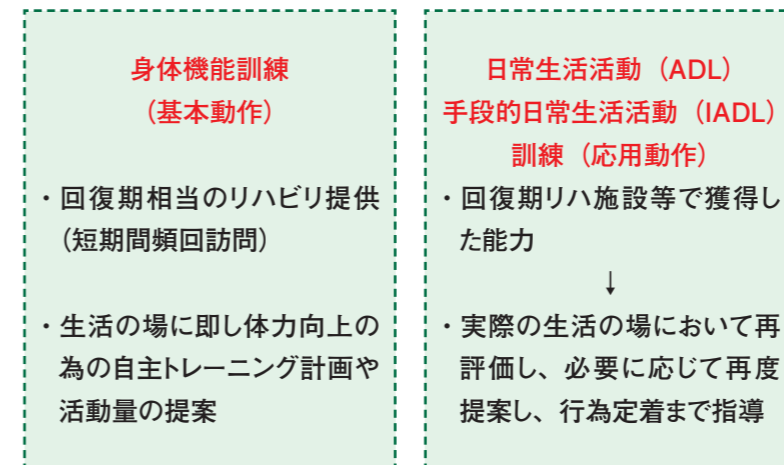
- 1) 生活場面において心身・生活機能の向上・維持を行う  
(therapy)
- 2) 生活環境との心身機能との関係調整を行う  
(coordination)
- 3) 生活活動の活性化と社会参加を促す  
(guidance)
- 4) 本人・家族や多職種へ評価・助言を伝え協働してリハビリテーションを促進する  
(management)

訪問リハビリテーションには役割について、以下の4つの機能に整理してみると、理解しやすい。

- 1) 生活場面において心身機能の向上・維持を行うために治療者として関わる。
- 2) 生活環境との心身機能との関係性の調整役として関わる。
- 3) 生活活動の活性化と社会参加を後押しする支援者の一人として関わる。
- 4) 本人・家族や多職種へ評価・助言を伝え協働してリハビリテーションを促進するリハビリテーションケアの管理者として関わる。

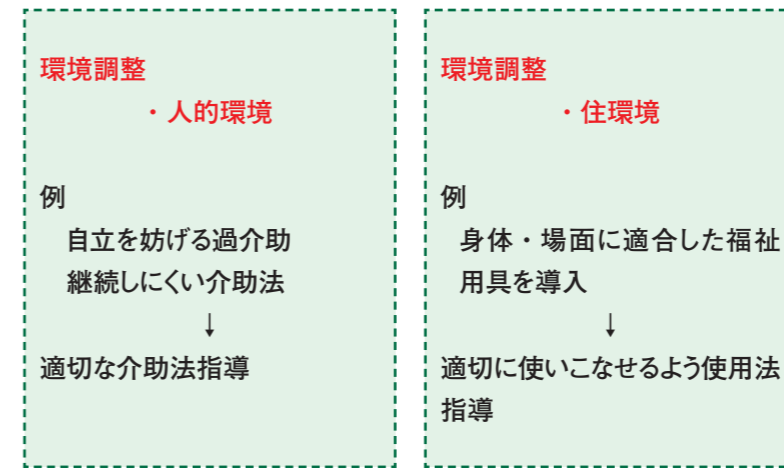
これらを以下のスライドでさらに詳しく説明する。

## 7 1) 生活場面における心身・生活機能向上維持



- 身体機能訓練：生活の場に合わせた筋力やバランス能力の向上などを目的とした訓練を療法士が直接的に提供するとともに利用者自身がセルフコントロールできるように個々の状態に合わせて自主トレーニングの指導を行う。
- 日常生活活動訓練および手段的日常生活訓練：入院中のADL訓練はあくまでシミュレーションであり、いざ退院して実生活を開始するとさまざまな困難に遭遇する。  
ここに訪問リハビリテーション本来の大きな役割があり、次に述べる療養環境整備も含め、退院時に獲得したADL (IADL) 能力を最大限発揮できるように丁寧な関わりが求められる。

## 8 2) 生活環境と心身機能の関係調整



生活環境を人的環境と住環境と整理して概観するとわかりやすい。人的環境とは本人を取り巻く人間関係で、家族、介護者（いわゆるケア提供者）、医療者などであり、住環境は住まいを含む活動範囲の物理的環境である。いずれも、個別性が高く、心身機能のレベルと環境との組み合わせで生活のパフォーマンスが大きく変わる。このため、心身機能と環境の調整は大変重要で、ICFにも環境は独立した因子として取り上げられている。

人的環境に対しては、介護者が過介助であれば本人の能力向上の機会は削がれ、自立支援は妨げられ、生活機能は向上は期待できない。これらに対して運動・生理学に基づいた適切な介助法などを助言・提案することとなるが、生活歴や、介護者との関係性、当事者のパーソナリティなどへの配慮が必要といえる。住環境に対しては、暮らしの場面において心身機能を評価し適切な住環境を提案するとともに、福祉用具など実際に本人や介護者が使えるように定着するまで指導することとなる。例えば、介助量軽減のために、リフトの導入をする場合があるが、介助量が軽減される反面手順が増え介助者にとっては時間を割かれる。また、高齢介護者によっては機器使用がなじみにくい場合もあるなど、細かい配慮・指導が必要である。

9 3) 活動の活性化と社会参加



頸髄損傷 四肢麻痺 男性 要介護5  
脳梗塞 左片麻痺・空間失認 男性 要介護5

退院後に障害の軽重にかかわらず、社会で活動することに躊躇し、閉じこもりになってしまう例も少なくない。入院中には、個人の価値観や人生観まで配慮した助言指導が難しい場合も多い。訪問することによって、信頼関係が深まると、生きがいや生き様に触れることができるので、地域資源を把握した上で、個別の興味や心身機能にあわせて、活動と参加を提案していく。

スライド左は80歳代男性、頸損による四肢麻痺（C5レベル以下）で要介護5と認定され、日常生活は全介助レベルである。認知機能の低下はないが、約2年間、外出は月1回の病院通院のみであった。訪問リハを通して、残存能力を最大限に引出し、老人会での体験談講演をきっかけに、趣味だった写真撮影に関心を示した。仲間の助けを借り、特殊スイッチを使い屋外で撮影に出かけるに至り、社会参加への意欲が高まったといえる。

スライド右は60歳代男性。脳梗塞後遺症により左片麻痺、空間失認をみとめ、要介護度5レベルである。発病後1年近く入院後自宅退院し閉じこもりの生活であったが、訪問リハにて体力の向上を図りながら、地域のイベント参加をきっかけに、活動性が徐々に高まり、老人ホームの施設長を務めた経験を生かし、自主グループを主催し、代表を行うようになった。

10 4) 評価・見立ての伝達と多職種協働



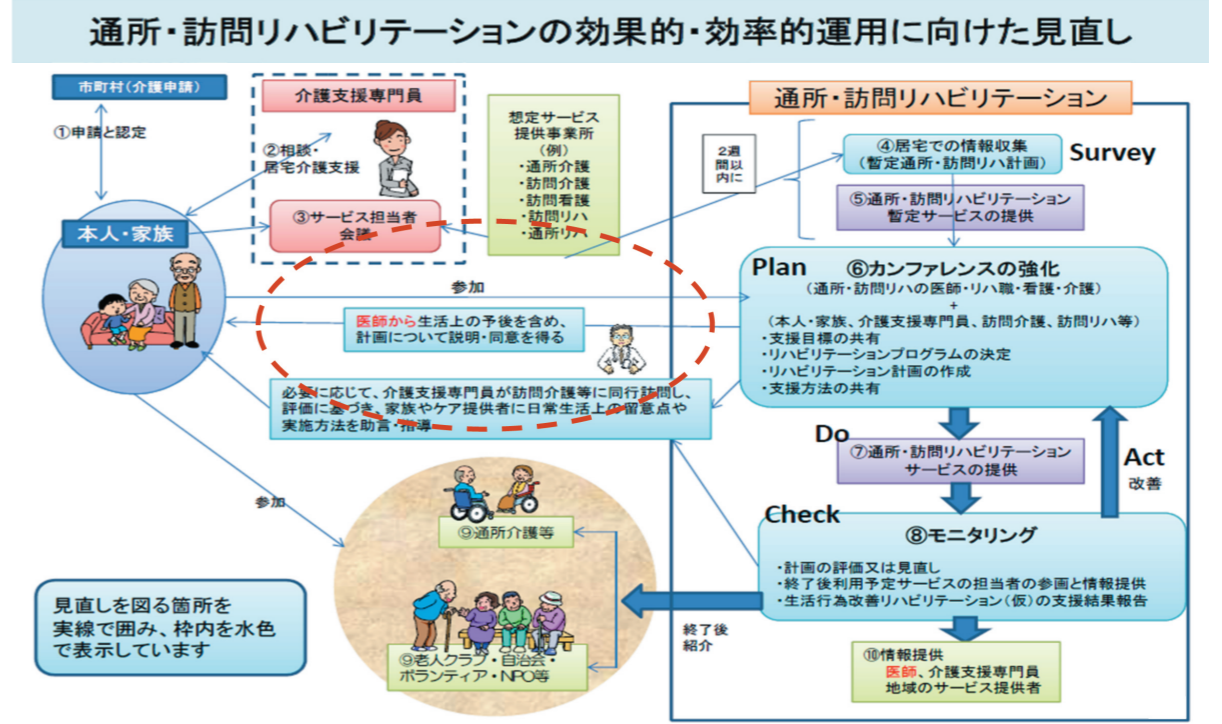
ホームヘルパーと自立を促す介助法について検討  
福祉用具業者と昇降機の設置を検討

療士自身の訪問を通して利用者や家族と十分な時間を共有することができるが、リハビリテーションの目標達成をはかるためには、在宅ケアに関わるさまざまなステークホルダーと連携・協働しなくてはならない。

スライド左はホームヘルパーとの協働例である。訪問の場面で同席し、実際のトイレ場面で下衣の上げ下げ、立ち上がりなどを確認し、利用者能力を生かす介助法について、専門的な立場から助言している。

スライド右は福祉用具業者との協働例である。利用者は車いす生活であり、玄関のバリアを改善するために、昇降機の導入を検討しているので、専門的な立場から助言を行った。

11 リハビリテーションマネジメントの運用・医師との連携

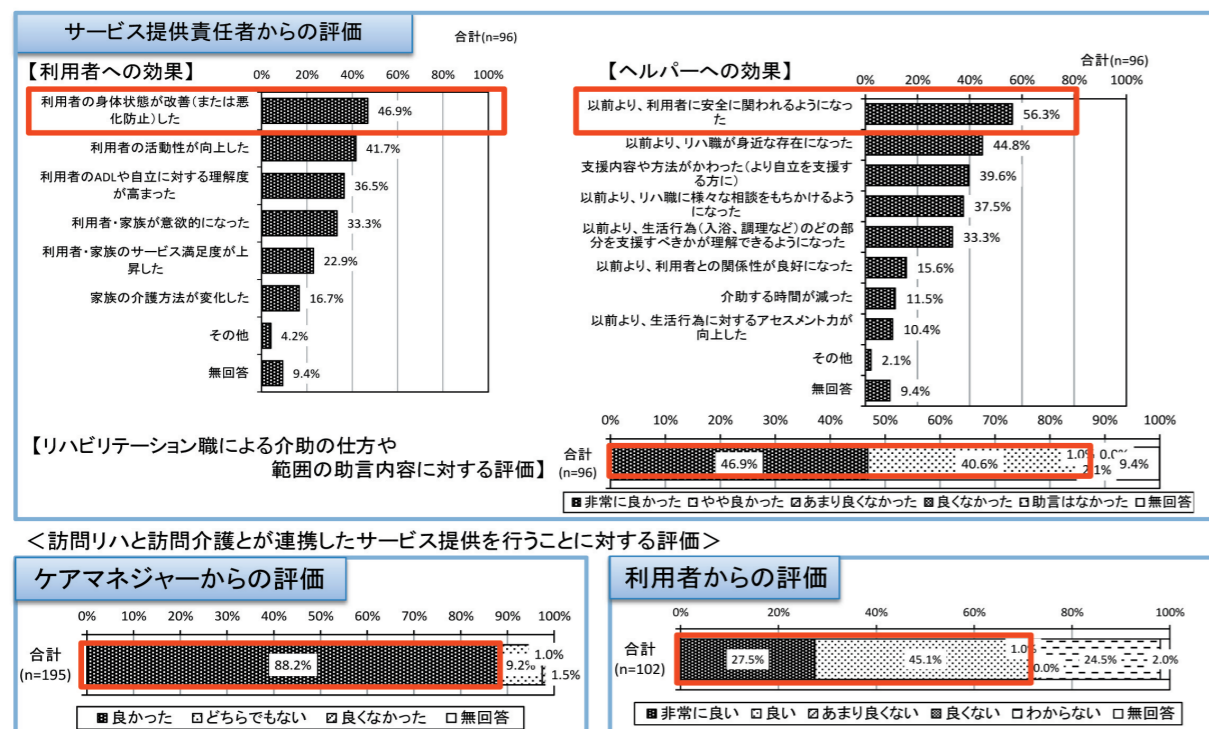


出典：平成26年度社会保障審議会 介護給付費分科会 資料

リハビリテーションマネジメントの運用と医師との連携についての概念図である。在宅医療におけるリハビリテーションは、訪問だけでなく、通所機能も重要な役割を占めるが、ここでは訪問系サービスに力点を置いて概説する。

訪問リハビリテーションの効果的・効率的運用に関してはPDCAサイクルの考え方を応用するとよい。ここでは、医師の役割が明確化されている。リハ会議などのケアカンファレンスを通じて利用者・家族に対し、医学的見地に基づき、疾病障害の予後や生活全体における展望に関して、リハビリテーション計画としての説明が求められている。

## 12 訪問介護との同席による連携効果



出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証および調査研究に係る調査報告書  
リハビリテーション専門職と介護の連携に関する調査研究事業

リハビリテーション専門職と介護の連携に関する調査報告書によると、訪問介護との訪問療法士の同席協働により質の高いサービスにつながったという評価を得ている。サービス提供責任者からは、利用者の身体機能改善に役立った、あるいは訪問介護員からは、利用者に安全に関われるようになった、などの意見が聴取され、何より利用者にも満足度の高いサービスが提供されたとの結果で、同席、同行訪問の有用性が示唆されている。

## 13 訪問リハビリテーションの課題

### ①療法士の課題

- ・目標設定とサービス提供内容について
- ・PT/OT/STそれぞれの職能の役割分担について
- ・教育体制について

### ②多職種連携と協働

- ・地域ケア会議等の参加状況はどうか
- ・多職種の理解を得られているかどうか  
(医師やケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護員など)

### ①療法士の課題

- ・厚生労働省による、リハビリテーションの目標設定やサービス提供内容についての調査報告書によると、身体機能訓練に偏る傾向があることが指摘されている。今後は、活動や参加についてもより具体的な目標を設定し、さらに広い視野でアプローチをしていくことが求められている。
- ・PT/OT/STの3職種の職能については、本来的には役割が異なり、訪問リハビリテーションの現場においては、それぞれがその職能を最大限発揮したサービスにつながっていると言い難い状況である。さらに、地域に関心をもつ療法士は少数派であるが、リハビリテーション医学としての知識と経験を生かし、各自が対象者の自立を支援し、自己実現を手伝い、尊厳ある人生を支えるといった明確な目標を掲げ、地域で何ができるか模索していきたいと思っている。
- ・訪問看護師などの職種に比べて卒後教育や訪問療養士養成システムの整備が遅れている感は否めず、職能団体をあげて訪問リハビリテーションのさらなる推進普及に努める必要があると考えている。

### ②多職種連携と協働

- ・地域ケア会議などへの参加実態が十分明らかでないが、在宅医療領域における訪問リハビリテーションの役割が正しく認識されていると言い難い状況もある。
- ・他職種やケアマネジャーに、訪問リハビリテーションへの理解が乏しい場合もあるが、質の高いリハビリテーションサービスを通して、また、多職種の相互理解を深める研修会や事例検討等に積極的に参加するなどして、現場からも理解を深めていく努力をしていきたい。

【引用情報】

●宮田昌司：求められる訪問リハビリテーション機能。MEDICAL REHABILITATION 188：19-26，2015。