

訪問リハビリテーションの課題 —介護保険と医療保険の連携のあり方—

富田 健一¹⁾, 松本 和久^{1) 2)}

¹⁾ 明治鍼灸大学付属病院 リハビリテーションセンター

²⁾ 京都府地域リハビリテーション南丹地域支援センター

要旨：

【はじめに】

近年、在宅リハビリテーションの重要性が認識され種々の試みがなされているが、介護保険 管轄と医療保険を基盤とする訪問リハビリテーションが混在し、それぞれの役割が確立しているとは言いがたい。

今回転倒による入院から在宅復帰までの一連の流れの中で、在宅環境でのリスク軽減を目的とした在宅リハビリテーションを行う症例を経験し、医療保険としての訪問リハビリテーションのあり方を検討したので報告する。

【症例紹介】

82歳女性。既往歴に脳梗塞、変形性頸椎症があり、保存療法にて経過観察中。数ヶ月前より転倒が増えた為、介護保険認定を受け、家屋改造計画中に屋内で転倒。骨折は認めなかったが機能訓練と生活環境改善目的に入院となった。

【経過】

四肢の痙性の為立位バランス、歩容が不良であり、現身体能力で生活するには過酷な家屋環境であった為、入院後すぐ家屋評価を行い、寝室からトイレまでの往復及び入浴時の介助量が減少する事を優先課題として家屋改造案を提示すると共に、改造後の環境を想定しADL訓練を進めた。

【改造後訪問指導時の問題点とその対策】

床に歩行の障害となるものが散在し、不安定なものを手すりとして利用し、転倒の危険があった為、障害物を取り除き、適正な手すりを使用する動作訓練にて転倒を防止した。また、トイレまでの往復時間が実用的ではなく、導線上の段差付近に手すりの追加が必要であった為、手すりとして利用可能な家具を新たに設置した。改造後も入浴介助量が減少せず、入浴が行えていなかった為、浴槽を追加改造し、ケアマネ、ヘルパーによる入浴動作の練習により、一連の入浴動作が円滑に可能となった。

【考察】

医療保険での訪問リハビリの役割は、退院後、家屋改造後の環境での効率的かつ安全な生活様式を家族、ケアマネ、担当ヘルパーと共に統一見解を作り、生活の中で実践してもらい、必要であれば修正を加える事であり、その安全性、実用性の確立を確認した後、介護保険でのサービスに委譲すべきである。

【はじめに】

平成12年（2000年）に介護保険制度が施行され7年が経過した。施行されてわずか7年ではあるが給付金の増大、在宅復帰率の低下、要介護者の増加等多数の問題を抱えており、特に居宅サービス受給者が制度開始時から約2倍に膨れあがる中で、現場で働く様々な職種の人々は日々在宅ケアのよりよいあり方について試行錯誤していると思われる。今回は介護保険と医療保険の二つの制度が混在する制度であり、在宅生活を支援する上で重要な居宅サービスである訪問リハビリテーションを題材に在宅リハビリテーションのあり方を考えてみたい。

【訪問リハビリテーションの種類】

現在リハビリテーション専門職（PT、OT、ST）が利用者（患者）本人の生活の場に訪問する制度

として、医療保険では病院からの「退院前訪問指導」「在宅訪問リハビリテーション指導管理」、介護保険では病院・診療所・老人保健施設からの「訪問リハビリテーション」、訪問看護ステーションからの「訪問看護7」と多種類存在している（表1）。

《医療保険から提供される訪問リハビリテーション》

退院前訪問リハビリテーション指導は入院期間が1ヶ月以上見込まれる患者に対し入院後2週間以内に1回そして退院までに1回と最大2回認められており、患者が退院後生活する環境を訓練に活かし、また必要であれば家屋改修を提案するために、そして改修後の環境で患者が安全に生活できるかを確認するための試験外出時に利用される（表2）。

在宅訪問リハビリテーション管理はリハビリテーション専門職（PT、OT、ST）が単位制（1単位20分）にて患者1人につき週6単位まで算定可能である。また入院先の保険医療機関の医師の指示により退院して3ヶ月以内の患者に対しては、継続してリハビリテーションを行う場合に限り、週12単位まで算定可能である（表3）。昨年度までは要介護認定を受けている患者に対しては介護保険が優先されるため医療保険での在宅訪問リハビリテーション管理との併用は認められていなかった。そのため退院直後から介護保険サービスを利用する症例においては、傷病の発生による入院時から、厳しい訓練や家屋改造を行い、患者と共に在宅復帰を目指してきた医療従事者は法律上、

退院後の在宅生活の確立過程に携わることが出来ない状態であった。しかし平成19年4月20日の厚生労働省保険局医療課事務連絡、疑義解釈資料において「医療保険による疾患別リハビリテーション終了日前の1ヶ月間は、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日には医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である」との答申が出され、退院後の要介護認定患者に対する医療保険からの訪問サービスが条件付ながら可能となっている。

《介護保険から提供される訪問リハビリテーション》
介護保険を利用し提供される訪問リハビリテ

表1 訪問リハビリテーションの種類

分野	医療		介護	
法律	医療保険法		介護保険法	
名称	退院前訪問指導	在宅訪問リハビリテーション指導管理	訪問リハビリテーション	訪問看護7
実施機関	病院・診療所		病院・診療所・老人保健施設	訪問看護ステーション
対象者	継続して1ヶ月を超えて入院すると見込まれる入院患者	介護保険非対象者	介護保険対象者	
訪問頻度 訪問時間 単価	退院までに2回まで 1回410点	週6単位まで（退院後3ヶ月以内は12単位まで可） 1単位20分 1単位300点	訪問頻度は上限なし 退院、退所後1ヶ月以内850単位/日。 3ヶ月まで720単位/日。 3ヵ月後520単位/日（短期集中加算及びリハマネージメント加算込み）	訪問頻度は上限なし 30分未満 425単位 30分以上 50分未満 830単位
利用者負担	保険に応じ1～3割負担		1割負担	

表2 退院前訪問指導料の定義

- (1) 退院前訪問指導料は、継続して1ヶ月を超えて入院すると見込まれる入院患者の退院に先立って患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。
- (2) 退院前指導料は指導の対象が患者又はその家族等であるか如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅医療に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、実施日にかかわらず退院日に2回分算定する。
- (3) 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定者は算定の対象としない。
- (4) 退院前訪問指導料は、診療所老人医療管理料のみを算定後に家庭に復帰した患者については、算定できない。
- (5) 指導又は指示の内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務に支障をきたすことのないよう留意する。
- (7) 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

ションは、①通所によるリハビリテーションを受けることが出来ない場合、②通所によるリハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合における家屋状況の確認を含めた介護予防訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合について、訪問リハビリテーションの提供が認められている（老老発第1225003号、保医発第1225001号、平成18年12月25日）。前述した通り、介護保険サービスでは病院・診療所からの「訪問リハビリテーション」、訪問看護ステーションからの「訪問看護7」があるが、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料

（平成18年3月13日開催）に「訪問看護ステーションから提供される訪問看護7はPT、OT、STによる訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてリハを中心としたものである場合に、保健師または看護師の代わりに訪問させるという位置づけの物であり、訪問看護計画においてPT等の訪問が保健師または看護師による訪問回数を上回るような設定がなされることは適切ではない」とあり、今後は医療機関、診療所、老人保健施設からの訪問リハビリテーションの割合を増やす方針であることが明確となっている。現在の介護保険制度での医療機関、診療所、老人保健施設からの訪問リハビリテーションでは基本費用を500単位

表3 在宅訪問リハビリテーション管理の定義

<p>(1) 在宅訪問リハビリテーション指導管理料は、居家で療養を行なっており、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な患者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を20分以上行なった場合（以下、本区分において「1単位」という。）に算定する。（1単位300点）</p> <p>(2) 在宅訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週6単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して3ヶ月以内の患者に対し、入院先の医療機関の意思の指示に基づき継続してリハビリテーションを行なう場合は、週12単位まで算定できる。</p> <p>(3) 在宅訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅患者訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1ヶ月以内に行なわれた場合に算定する。ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して診療状況を示す文章を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分「B009」診療情報提供料(I)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1ヶ月以内に行われた場合に算定する。</p> <p>(4) 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。</p> <p>(5) 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療記録に記載する。</p> <p>(6) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。</p> <p>(7) 他の保険医療機関において在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。</p> <p>(8) 介護老人保健施設において、通所リハビリテーションを受けている月については、在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。</p> <p>(9) 「注2」に規定する交通費は実費とする。</p>
--

表4 要介護状態区分・サービス種類別 介護サービス受給者数

	総数	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
訪問通所	1873.9	85.9	640.8	477.7	324.7	205.3	139.5
訪問介護	872.9	45.3	324.6	205.3	132.8	92.2	72.6
訪問入浴介助	79.6	0.0	1.4	4.8	10.8	20.5	42.0
訪問看護	231.6	1.8	38.3	44.0	43.5	44.8	59.02
訪問リハビリテーション	35.0	0.3	5.3	7.9	8.0	7.0	6.6
通所介護	834.5	33.9	296.4	219.9	152.0	89.2	43.0
通所リハビリテーション	369.2	12.8	119.5	103.6	72.5	42.7	18.2
福祉用具貸与	790.7	5.9	91.0	225.8	195.4	153.9	118.8

平成19年2月審査分（単位：千人）

表5 病院におけるリハビリテーション施設基準

疾患別施設 リハビリ料（Ⅰ）	脳血管疾患等 リハビリテーション	160 m ² 以上 (STは個別療法室8 m ² 以上)	経験のある専任医1名+専任医1名 ① PT5名 ② OT3名 ③ (ST1名) ④ ①～③の合計で10名以上
		言語療法のみ行う場合 専用個別療法室8 m ² 以上	専任医1名 ①ST3名
	運動器 リハビリテーション	病院：100 m ² 以上 診療所：45 m ² 以上	経験のある専任医1名 ⑤ PT2名 ⑥ OT2名 ⑦ PT・OT各1名 ⑤⑥⑦のいずれかを満たすこと
	呼吸器 リハビリテーション	病院：100 m ² 以上 診療所：45 m ² 以上	経験のある専任医1名 ①経験のあるPT1名を含みPT2名
	心大血管疾患 リハビリテーション	病院：45 m ² 以上 診療所：30 m ² 以上	経験のある専任医1名 ① 経験のあるPT1名 ② 経験のあるNs1名
基本施設 リハビリ料（Ⅱ）		脳血管：病院：100 m ² 以上・ 診療所：45 m ² 以上 運動器・呼吸器：病院：45 m ² 以上・診療所：45 m ² 以上 心大血管：病院：45 m ² 以上・ 診療所：30 m ² 以上	専任医1名 脳血管：PT・OT・STのいずれか1 名 運動器：PT・OTのいずれか1名 呼吸器：PT1名 心大血管：PT1名・Ns1名

／日としているが、在宅復帰及び在宅生活の安定の観点からリハマネジメント加算（20単位／日）算定を条件に、短期集中リハ実施加算を設定し（退院、退所、初回要介護認定後一ヶ月以内：330単位／日、一ヶ月超3月以内：200単位／日）週2回以上の訪問リハビリテーション施行にて、維持期初期における、より早期の在宅生活の安定化を目指している。

【訪問リハビリテーションの利用率】

医療保険サービスを利用した訪問リハビリテーションの利用率は厚生労働省から公表されていないため把握不可能であるが、介護保険サービス（居宅サービス）の中での訪問リハビリテーションの利用率は公表（表4）されており、その利用率は他の居宅サービスと比較し常に低いものとなっている。その原因として、①訪問リハビリテーションを取り扱う事業所数が少ない、②訪問を専門に従事するリハビリテーション専門職者が少ない、③病院内で勤務するリハビリテーション専門職が訪問を行いにくい制度となっている（表5）、④訪問看護ステーションからの訪問看護7（訪問リ

ハビリテーション）は保健婦、看護婦の訪問回数を上回るべきではないという訪問リハビリテーション数の制限、⑤家にあまり他人を入れたくない、通所サービスでなければ家族が休めない、リハビリテーションは訓練室で行うものという先入観などの利用者側の価値観、などが影響しているのではないかと考える。

疾患別に専従専門職の配置を義務づけており、専従職員はたとえ担当患者であっても退院前後に訪問してADLを確認する事は出来ない（訪問に出ると病院専従として認められない為）。したがって十分にリハビリテーション専門職者を確保している大規模な組織でなければ、病院からの訪問事業は困難である。

【現行制度による

訪問リハビリテーション施行の問題点】

《医療保険と介護保険の役割分担が明確でない》本来医療保険から提供されるサービスは疾病に対する治療を主とし、介護保険から提供されるサービスは介護度に対する支援である。よって医療から提供されるものと介護から提供されるサービス

では目的は異なるはずである。しかし現行の訪問リハビリテーション制度では、介護、医療それぞれの利用基準は示されているが、医療からの提供も介護からの提供も差はないとされ、それぞれの明確な役割分担は示されておらず、一方的に介護保険による訪問サービスを優先するのであれば、単なる医療費削減策と言われても反論できない状況である。

《回復期病棟の不足》

図1は医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携について厚生労働省から出された参考資料である。傷病を急性発症した入院患者の在宅復帰までの流れを、大きく急性期→回復期→維持期という形で示したものである。

しかし全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会による参考資料 (<http://www.rehabili.jp/data/data.html>) では平成19年4月現在で人口10万人に対する回復期病床数は全国平均で31床である(協議会目標値50床)。また、地域別では最大格差が3倍であり、また都市部に集中している現状を考えると、急性期病棟→回復期病棟→自宅といった流れできれいに在宅復帰できる地域はまだ少ないのではないだろうか。

国の施策が回復期病棟の利用を前提とする中で、回復期病棟が確保されていない地域では現在ある資源でのやりくりが求められるが、そこで問題に

なってくるのが介護保険の認定までの期間や介護保険を利用した家屋改修が認められるまでの期間がかかりすぎる事である。

地域により多少の差はあると考えられるが、急性に傷病を発症して入院した患者が介護保険未認定の場合、新たに申請して介護保険認定を受けるには約1ヶ月必要である。介護保険認定後すぐに家屋評価及び改修見積書を作成したとしても、事前承認申請が必要なため、事前承認通知書受理までさらに10日は必要である。よって退院後に(介護保険を利用して)家屋改修した自宅に帰るためには、予定退院日の最低でも40日+工期日数より前に介護保険の申請を行わなければならない、地域の急性期(亜急性期)を担う病院にとって平均在院日数や退院までのスケジュールを組み立てる際に多大な影響を与える。

そこで本来であれば医療福祉中間施設である老人保健施設などで、家屋改修完成までの間、在宅復帰までのリハビリテーションの仕上げを行い、家屋改修終了後、晴れて在宅に復帰することが最も望ましい流れであると思われるが、本来の中間的役割を果たそうにも、入所には何ヶ月も待たなければ不可能な状況である施設が大多数ではないだろうか。また入所出来たとしても、入所中の身体状況の変化や、家族が要介護者のいない生活に慣れてしまい、入所中に在宅復帰を家族が拒否してしまうケースも多く、退院時予定していた方向性とは異なる転帰をたどる症例も多いと考える。

そうならないためにも「病院からまず家に帰る事」が先決であり在宅生活に戻ってから介護保険サービスを利用して在宅生活をやりくりしていく方針でなければ、在宅復帰率の低下は止めることができないと考える。

「病院からまず家に帰る事」を達成させるためには、病院でのリハビリテーションの仕上げを居宅で行う体制の整備が必要であり、回復期病棟、亜急性期病棟患者の退院前後の訪問リハビリテーションの推奨を含め、医療保険と介護保険の居宅サービスの連携、併用に寛大な施策が必要である。

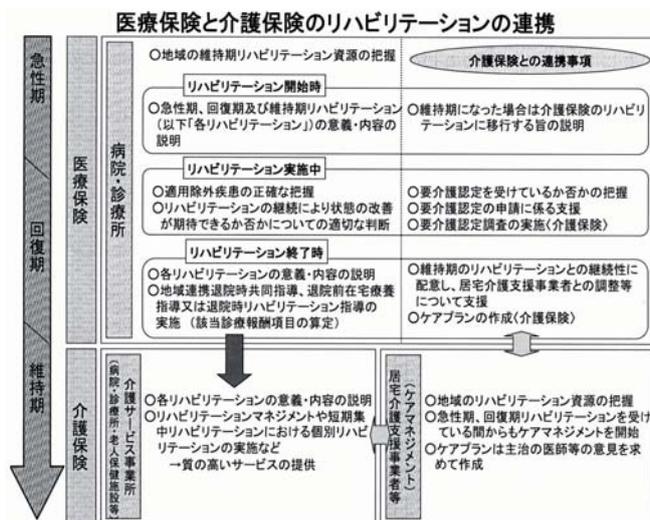


図1 老老発第1225003号、保医発第1225001号「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及びその連携の強化について」より抜粋

《医療から介護への移行体制が不十分》

傷病を発症して医療機関に入院した患者は、医療保険を利用したリハビリテーションが行われ、身体機能改善訓練だけでなく、退院後の生活環境

に合わせたADL訓練が行われる。個々の患者の残存機能や家庭環境によりオーダーメイドの訓練が行われるため、在宅復帰の際には家屋状況や運動様式そして生活様式は個々の症例で異なる方法となる。

退院直後や在宅復帰後1ヶ月後のFIMが退院時と比較し著明に低下するとの報告¹⁾からも患者及びその家族は退院後、病院生活との差に苦しむ事は容易に想像できる。その差を埋めるには、退院までにディスカッションを重ね、入院中の身体状況に合わせた家屋改修を行い、その環境でのADL訓練を行ってきた当事者が直接訪問リハビリテーションを行うべきではないだろうか。

しかし平成19年3月30日保医発第03300001号の実施により平成19年4月以降は介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされた。よって要介護認定を受けている患者は、在宅生活を始め居宅サービスを利用した時点で介護保険優先となり、医療保険からの訪問が不可能となった。退院後に強制的に介護保険利用に移行するために見ず知らずのセラピストが利用者の最も生活の変化に苦しむ時期にやってきて、家屋改修の目的や入院中に個々の身体機能に合わせて指導した動作様式などの認識が不十分な中でリハビリテーションが行われる。そのため訓練や動作の誘導、指導方法の違いのために利用者は混乱し、家屋改修は無駄になり、挙句の果てには身体機能低下、介護量増加や転倒、疼痛などを引き起こす可能性がある。

それに対し『それは緊密な連携が取れてないからだ』『申し送りが不十分だ』という意見もある。しかし書面で利用者の情報を伝達するには限界がある。特に麻痺やバランス能力低下をきたした利用者は、立ち上がり動作の重心位置や、上肢の使用法のわずかな相違で、転倒や身体機能低下に直結する。このわずかな相違は書面では伝えることは難しい。

医療と介護の円滑な移行に逆行してしまった法制に対して現場からの反対の声があまりにも多かったのか、平成19年4月20日の厚生労働省保険局医療課事務連絡、疑義解釈資料において、「診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾

患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日以前の1ヶ月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。」との答申が出された。

形の上では一歩前進したように思われるが、この答申においても連携といいながら同一日に介護保険と医療保険のサービスを利用する事を否定している為、介護保険と医療保険の訪問リハスタッフ、ケアマネージャーが担当利用者宅で利用者とその家族と共に介護保険移行後の生活についてディスカッションできず、Face to Faceでの申し送りが出来ないものとなっている（医療保険と介護保険のサービスを網羅した病院の入院患者が退院するに当たって、そのスタッフ（入院担当と訪問担当）間での申し送りなら円滑にいくかもしれないが、現行の法律ではそのような恵まれた環境は一部の大規模な病院でなければ実質不可能なものであると考える）。

【訪問リハビリテーションのあり方（提案）】

《医療から介護への移行

（退院後の生活が安定すれば介護へ）

リハビリテーションとは失われた身体機能の回復ではなく、疾患による身体の変化（新しい身体）に対して新たな価値観を構築することで、活動及び参加の範囲を広げていくことである。

医療の役割は新たな身体機能で新たな環境の下、安全な日常生活活動及び社会参加が可能となるまで携わる必要があるのではないかと考える。

最も効率のよい申し送り方法は、利用者の生活環境で利用者本人及び家族を交え、申し送る医療スタッフと申し送られる介護スタッフが一同に会し、専門職同士で実際のADL動作の最良な方法をディスカッションし統一見解とする事である。しかし法律上現在では医療と介護の同日利用は認められておらず、医療、介護どちらかが無償で動かなければ実現は不可能である。

図2は回復期から維持期に移行する時期を4つのphaseにわけたものであるが、医療と介護の役割は明確にされていない。Set up phaseとAdjust phaseにおいて、入院中の訓練や家屋改修が実生活で機能するかを評価し、問題が発生すれば

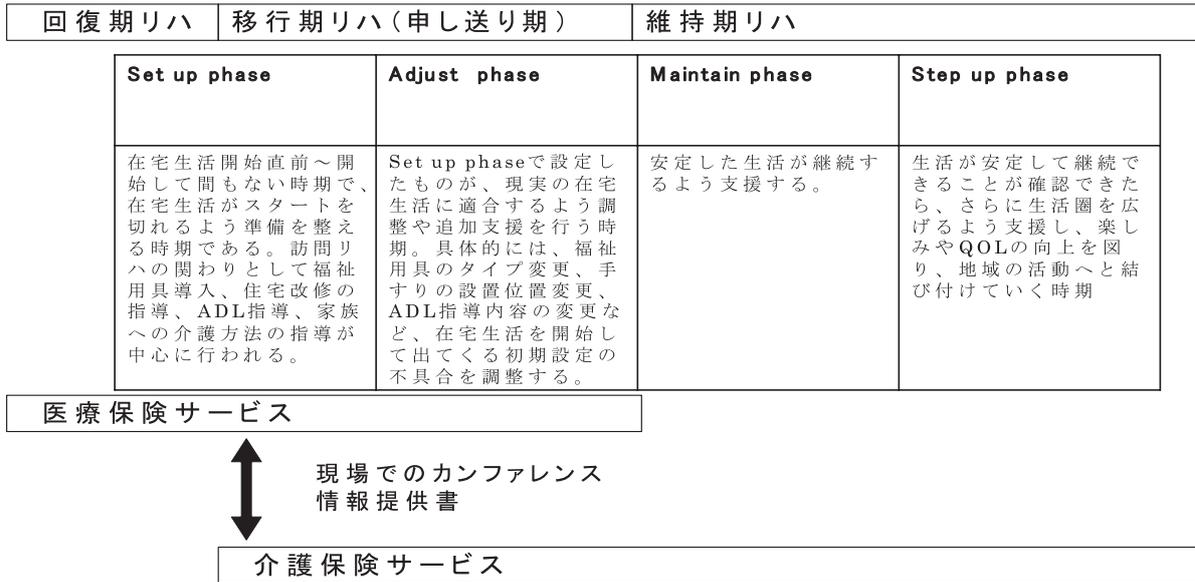


図2 伊藤隆夫著「高齢者リハビリテーションの新時代」、厚生科学研究所、p 178引用、改変

これまでの厚生労働省の発表では、医療から介護の円滑な移行に関する具体案は出ていない。これまで発表された定義には「移行期(申し送り期)」は無く、医療から介護、または介護から医療への円滑な移行において絶対必要なこの時期を今後どう築き上げるかが重要である。

随時対処して、入院から在宅生活への移行を円滑に行えるようサポートする事は、在宅復帰に向けて機能訓練や家屋改修案の提示を行った医療側の責任ではないだろうか。そうでなければ平均在院日数を理由に、在宅復帰に関する事は全て介護側に丸投げし、患者にとって理不尽な退院を迫る病院が出現することが懸念される。

またこの時期から介護保険サービススタッフと医療保険サービススタッフが情報を共有し、双方が利用者のよりよい在宅生活を目指して意見交換できる関係を構築することが、利用者が維持期において末永く在宅生活を送る上で重要となる。

《在宅生活が困難になった場合

(介護保険サービスを利用した対処)》

在宅生活を送る中で、脳卒中や骨折など、大きな疾患を呈さなくても、疼痛の増悪、風邪や精神的な落ち込みなど、一時的な心身機能の低下がきっかけとなり急激に在宅生活機能が低下する症例は数多く存在し、そういう状況に直面した際、経過観察によって一気に介護度が上がり在宅生活の継続が困難になる場合も多い²⁾。そのような利用者に対する介護保険サービスによる解決方法の選択肢としては、老人保健施設への入所、通所リハビ

リテーションの利用及び訪問リハビリテーションがある。

老人保健施設入所者に対するリハビリテーション専門職の人数は入所者100に対し1人であり、他の介護スタッフの多忙さから考えても、とても個々の利用者に対し十分なオーダーメイドの訓練を施行できる環境にはない。最近になってその人員配置の設定の不十分さを補うために、老人保健施設入所者に対する個別訓練を推奨しているが、新卒者のほとんどが医療機関を就職先として希望していることから、十分な個別訓練できる専門職の人員を確保している施設はまだ希少であると考えられる(表6)。

また通所リハビリテーションに関しては、利用

表6 日本理学療法士協会発表(2007年3月現在)及び日本作業療法士協会発表(2006年3月現在)の会員分布

	理学療法士	作業療法士
病院	28088	15282
診療所	3017	699
介護老人保健施設	2970	3160
訪問看護ステーション	705	387
在宅デイケアサービス	134	204

者の中でも運動器及び中枢神経疾患による影響の少ない生活不活発病や精神疾患（老人性うつ等）による生活機能低下（廃用症候群等）においては、同世代や同じ境遇の人々とふれあう時間を増やし、生活を活性化させる意味で効果があると考えられる。しかし運動器及び中枢神経疾患を有している利用者に対しては、これまでの不十分な専門職の人員配置や、十分な評価も行われず、明確な個々の利用者の目的を見出せないまま行われていた集団訓練からの脱却を図るため、最近になって老人保健施設の入所者同様に個別訓練による加算を前面にだしている。しかし専門職の人員不足のなか、週に2、3回の利用頻度そして限られた施設滞在時間の中で、入浴、排泄、食事介助そしてレクリエー

ションの合間に個別訓練を施行しなければならない現実がある。通所リハビリテーションでは、利用者の身体能力が維持出来ているか、短期間に著明な介助量増加が認められないか、現状の生活様式で継続可能か等を一人一人に対して日々調査、把握し、介助量や転倒が増加傾向にある利用者に対して、手遅れにならないようにケアプランや生活様式の変更、もしくは医療に送る判断を家族やケアマネージャーに依頼するだけで、手一杯ではないかと考える。また、通所サービスや入所サービスの現状を考えると、その役割としては、利用者の家族に対する支援の意味合いが大きい（在宅生活を続けていく上では大変大きな役割である）と考える。

表7 訪問リハビリテーションの定義
(出典：訪問リハビリテーション研究会 2000)

訪問リハビリテーションとは、病気や怪我や老化などにより、心身に何らかの障害を持った人のうち、外出が困難な者や居宅生活上何らかの問題がある者に対して、作業療法士や理学療法士や言語療法士などが居宅に訪問し障害の評価・機能訓練・ADL訓練・住環境整備・専門的助言指導・精神的サポート等を実施することで、日常生活の自立や主体性のあるその人らしい生活の再建及び質の向上をうながす活動の総称のことである。

その活動は地域におけるリハビリテーションの一翼を担うもので、常にその対象者の生活支援に関わる家族や専門スタッフ(医療・保健・福祉)と積極的に連携をとりつつ行われるべきものである。

現行の介護保険制度内でリハビリテーション専門職の立場から、最も効率よく在宅生活機能が低下した際に支援を行えるのは訪問リハビリテーションである。

訪問と聞くと医者や往診のイメージや訪問リハビリテーションの適応者の基準として『通院が困難な患者』と明記されていることも一因し、通院・通所不可能な重症者でなければ利用不可能と考える方も多いのではないと思われる。しかしそれは地域リハビリテーションの可能性を著しく制限する。

いくら施設で立ち上がりが行いにくく、トイレ

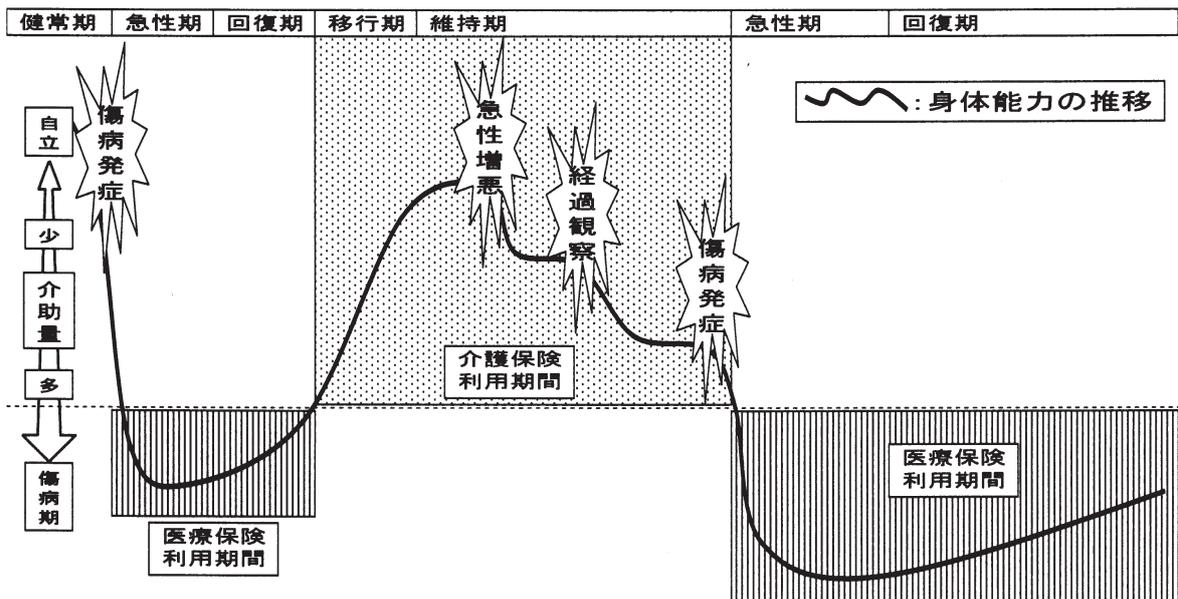


図3 維持期の利用者の変化を見逃すと、新たな傷病を引き起こし、身体能力は著明に減少して在宅生活が継続困難になると共に、結果的に医療保険利用期間は増加する。

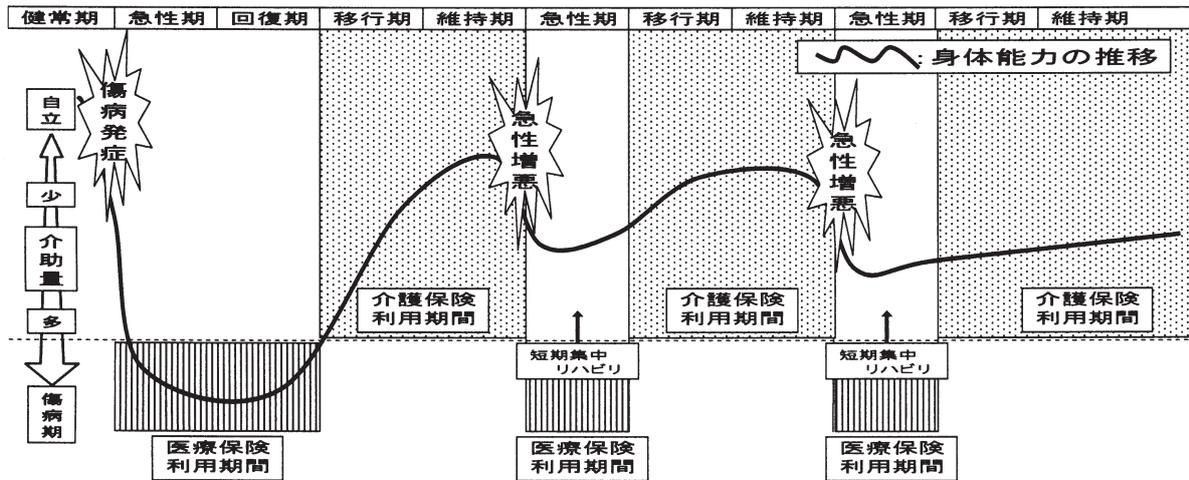


図4 維持期の利用者の変化に即座に対応し、医療での短期集中リハビリテーションを行わせることで、身体能力の著大な減少や新たな傷病の発症を防ぎ、結果的に医療保険の利用を抑え、在宅生活を継続させることが可能である。そのためには、利用者の在宅生活能力の著大な低下を未然に防ぐ意識を持ち、利用者の変化に即座に対応して、しかるべきプランを決断する、かかりつけ医やケアマネージャーの役割が重要である。

動作に時間がかかると訴えられても、利用者の生活環境（自室からトイレまでの経路上のバリア、就寝形態や便座の高さ等）がイメージできなければ、施設内で行う機能訓練やADL訓練は在宅生活機能に効率よく作用しない。また見取り図や写真があればまだその利用者の生活環境を想定した訓練は可能であるが、特に高齢者では実際の環境と異なる場所での訓練では成果が得られ難く、利用者の動作様式が専門職の想定していたものと相違することも多く、効率的な効果が得られないことも多い。

その点、訪問リハビリテーションでは、在宅生活機能が低下した利用者本人によって実際に困っている動作を実際の環境で行ってもらう事が可能な為、利用者や家族の訴えに対してスタッフの想像や先入観が先行することなく、効率よく問題点を抽出することが出来る。そして問題点が身体的因子であれば通所や入所よりはるかに時間をかけ動作訓練や必要な筋力訓練を個々の利用者のペースで行うことができる。また、利用者本人や家族が気づいていない環境因子が原因なのであれば、それを指摘し、ケアマネージャーと共に家具の配置変更や改造を提案することで在宅生活機能の回復が期待できるのである。

在宅生活を選択し日々頑張っておられる利用者が、通所や通院が可能であっても（むしろ可能な身体能力が残存しているうちに）、居宅生活上の

問題が発生した際には、その対策として訪問リハビリテーションが第一の選択肢として挙げられることが、今後必要とされる訪問リハビリテーションのあり方であり、最も効率の良い在宅支援につながるものとする（表7）。

訪問リハビリテーションは、通院・通所の可、不可に関わらず、居宅生活機能が低下した際には率先して選択すべきサービスである

《介護から医療への移行》

現行制度にて退院、退所後3ヶ月以内に早期に在宅でのADL確立を推奨する為に創設された短期集中リハビリテーション実施加算であるが、短期集中リハビリテーションは退院、退所後のみ必要なのでしょうか。近藤³⁾は介護保険を受ける前にリハビリテーション医療（リハビリテーション前置）を受けていた者はわずか36%であることを指摘し、潜在的な回復可能性を引き出す試みもなく、介護サービスを利用している方が多いと報告している。

これまでの考え方では外傷や疾患の急性発症がない限り、医療サービスは利用できず、状態に変化があっても軽症であれば見逃されるか、経過観察されることが多く、そのうち機能が低下し新たな傷病を発症してしまうことがある。これまで維持期において在宅生活を末永く過ごしていただく支援策として、介護から医療へ戻し短期集中リハ

表 8

リハビリテーション情報提供書	
施設名: _____ 様 平成 ____年 ____月 ____日 所在地および名称 電話番号 記入者名・職	
<small>下記の患者様をご紹介申し上げます。よろしくご配慮の程お願いいたします。</small>	
氏名	生年月日 年 月 日(歳)
主訴、又は病名	
発症日 年 月 日	
担当職種・氏名	主治医: _____ リハ担当者 _____
病状経過 検査結果 治療経過 等	
目標	
リハビリテーションプログラム (具体的内容・注意事項等)	
食事栄養情報	
医学的情報	

リハビリテーション情報提供返信書	
施設名: _____ 様 平成 ____年 ____月 ____日 所在地および名称 電話番号 記入者名・職	
<small>ご紹介いただいた下記の患者様の状況についてご報告申し上げます。よろしくご配慮の程お願いいたします。</small>	
氏名	生年月日 年 月 日(歳)
主訴、又は病名	
発症日 年 月 日	
担当職種・氏名	主治医: _____ リハ担当者 _____
病状経過等	
目標の達成状況	
現在の実施内容 (保っている点等も)	
備考	

リハビリテーションを行わせる選択肢を選ばれる頻度は少なかった(図3)。もともと要介護者の介護度が悪化した場合の対応について明確に示されていないからである²⁾。しかし厚生労働省も「介護保険において提供される維持期のリハビリテーションを受ける要介護者等が急性増悪等により心身の状態が著しく悪化した場合には、医療機関を受診し、医療保険において提供される急性期リハビリテーションを受けることが出来る」(老老発第1225003保医発第1225001平成18年12月25日)としており、急激な利用者の介護度上昇を防ぎ、在宅生活を維持させる為にも、家族やケアマネージャーそしてかかりつけ医が、維持期における在宅生活支援策の選択肢として、介護から医療に戻し短期集中リハビリテーションを早期的に行わせる事が重要である(診断名は原疾患の急性増悪もしくは運動器不安定症や廃用症候群にて可能)(図4)。

医療機関であれば、これまでに在宅生活を行ってきた様子を遂行できる身体能力を再構築する為に目的を持って毎日最大2時間はリハビリテーションを行うことが出来る。またこれまでの在宅生活が困難と判断されれば、退院前訪問リハビリテーション指導及び在宅訪問リハビリテーション管理などを利用して現身体能力で在宅生活を行うため

には、どうすればよいのか、何が足りないかを評価し、新たな改修や新たな自助具のレンタルなど準備する事ができるからである。

この提案を遂行するには、介護保険を使用し維持期リハを受けて在宅生活を送っている利用者に対して、それぞれの機関にて窓口を作る必要がある。その為には医療から介護の移行期において、医療スタッフと介護スタッフ、ケアマネージャーそして家族が担当利用者(患者)についてしっかり話し合える関係を作り、維持期において何か問題があった際には、家族及びケアマネージャーにとってそれぞれ(医療スタッフ、介護スタッフ)の担当者が相談窓口となり、支援を行う事が必要ではないかと考える。その試みの一環として、京都府地域リハビリテーション南丹地域支援センターでは、南丹圏域地域リハビリテーション連携推進ガイド⁴⁾を基盤として、より緊密な連携をとるために、利用者(患者)の情報を各機関が円滑に伝え、また問題が起きた際に発信できるように双方向性の情報提供書を提唱している(表8)。前述した通り現状の介護保険でのリハビリテーション事業体制が不十分である以上、安心して在宅生活を送る上でも、利用者やその家族が介護、医療双方に気軽に相談でき、それぞれの役割を明確にした上で、しかるべき選択を家族及びケアマネー

ジャーが行い、介護と医療がその役割を果たして利用者の在宅生活を支援できる体制を整えることが急務である。

【おわりに】

ここ数年の大幅な介護及び医療保険法の改正の度に、現場で働く人間は衝撃を受け振り回され続けている。しかし被保険者にとって不利益な物に関しては、現場からの一致団結した声で国を動かすことが出来ることが、この数年で証明されていることも事実である。

医療・介護消費者という立場には、医療・介護を提供する側と受ける側の垣根はない。今後の政策は、いつかは自分も医療・介護を受ける立場であることを前提に、医療消費者の立場で作られることを望みたい。

- 1) 前田洋和ら 自宅退院直後の訪問リハビリテーションの関わりについて；理学療法学 33巻 Supp 1.2, 536 (2006.04)
- 2) 大塚友吉 地域リハビリテーションの課題：総合リハ 33巻1号25～29 (2005.01)
- 3) 近藤克則 リハビリテーション医療の課題：総合リハ 33巻1号17～23 (2005.01)
- 4) 京都府地域リハビリテーション南丹圏域連絡会：南丹圏域地域リハビリテーション連携推進ガイド：P1, (2006.12)