

介護保険制度における訪問リハビリテーションの現状と課題

和田 光一

Current Situations and Future Agenda of the Home
Rehabilitation in the National System of Care Insurance

WADA Koichi

はじめに

介護保険制度が成立してから4回の改定期を迎え、地域包括システムの導入などにより医療と介護の連携の重要性が提示された。介護保険制度は、基本的に介護を必要とする者が在宅において少しでも自立の方向に向かうための支援システムである。その支援システムの一翼を担うのが地域リハビリテーション（Rehabilitation）である。地域リハビリテーションとは、「障害のある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う行動のすべてをいう」（2001年 リハビリテーション病院協会）と定義されている¹⁾。介護保険制度では、地域リハビリテーションは在宅生活を担う大きな柱といえる。その中でも通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションは、在宅での自立支援に向けての心身の機能改善にとどまらず生活の質（QOL）の向上を積極的に目指すためのリハビリテーションが重要となってくる。その重要性を確認し、介護保険サービスにかかわる訪問リハビリテーションの現状を分析し方向性について考察する。

1. 訪問リハビリテーションの現状

リハビリテーションとは、一般的に「全人間的復権」と言われている。ここでの「全人間」とは、障害がある人の一面的な着目のみではなく、人間としての生活を多面的にとらえることを意味している。そのために、リハビリテーションは機能訓練のような医学技術だけを指すのではなく、「技術及び社会的・政策的対応の総合体系」としている。

そのリハビリテーションは、世界保健機構（WHO）の定義によれば、医学的・職業・教育・社会リハビリテーションの4分野に区分できる。

介護保険法で言われている訪問リハビリテーションとは、「指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない」（介護保険法第8条の5）となっている。また、介護予防では、上述のほかに、「利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す者でなければならない」。いわゆる訪問リハビリテーションは、利用者の心身の機能の維持を中心として、生活機能の維持・向上を図ることを目的としている。

訪問リハビリテーションは、医学的リハビリテーションを主とし、①機能障害の回復 ②日常生活に必要な動作・行為（ADL）の回復を中心に、③利用者本人の家庭及び社会生活に必要な役割に関する基本能力の回復まで行うことである。

また、医学的リハビリテーションは、主に機能障害の回復と日常生活動作（ADL）の回復を目的として、急性期から回復期・維持期に至る各段階で、疾患や年齢、生活様式による相違を踏まえつつ、利用者との共同の意思決定のもとに行われる医療実践行為である。訪問リハビリテーションは、それまでの急性期と回復期に再獲得した機能を維持し、悪化防止のために、それ以

降の生涯にわたって行われるべきリハビリテーションで、寝たきりを予防し、できる限りの自立した在宅生活を継続維持していくためのリハビリテーションでもある。したがって維持期リハビリテーションの主体は訪問（在宅）リハビリテーションとなる。

介護保険制度による訪問リハビリテーションは、介護支援専門員のケアプランの計画にしたがい実施されている。実施される内容については、定期的に行われるサービス提供者会議などで目指す目標、方法などの話し合いを行い実施している。この会議は、多様な専門職や所属（事業所）の異なるチームが利用者・家族の生活の質（QOL）の向上のための協議を行い、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）は医学的な視点からのアプローチを中心として協議に参加し、訪問リハビリテーションの位置づけの確認と多職種間との意見交換・連携が行われている。

（表－1）東京都における訪問リハビリテーションの利用状況

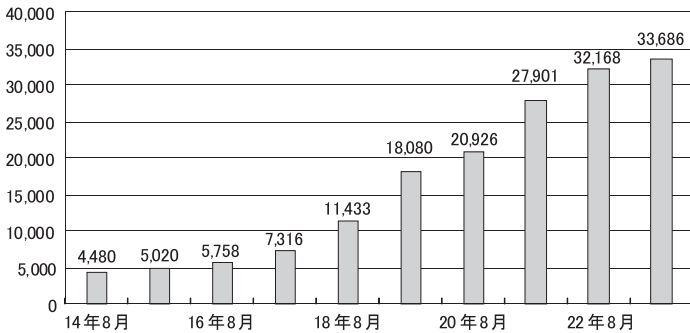
	件数（件）	日数（日）	比率（％）	1日あたりの回数
14年 8月	1,332	4,480	100	3.4
15年 8月	1,465	5,020	110	3.4
16年 8月	1,555	5,758	117	3.7
17年 8月	1,739	7,316	131	4.2
18年 8月	2,558	11,433	192	4.5
19年 8月	3,912	18,080	294	4.6
20年 8月	4,679	20,926	351	4.5
21年 8月	5,231	27,901	393	5.3
22年 8月	5,766	32,168	433	5.6
23年 8月	6,398	33,686	480	5.3

※比率は平成14年8月を基準にした数

(表-2)

東京都

□ 日数(日)



資料 東京都介護保険給付年報

介護保険における訪問リハビリテーションの利用状況は、2008（平成20）年以降の介護予防などを含めると、日数及び件数も毎年5%程度順調に伸びている。また、訪問介護などの訪問サービスにおいての訪問リハビリテーションの保険給付額は、2010（平成22）年度において、対象者は要介護2、要介護4が多く、全体の合計は約20億円程度である。

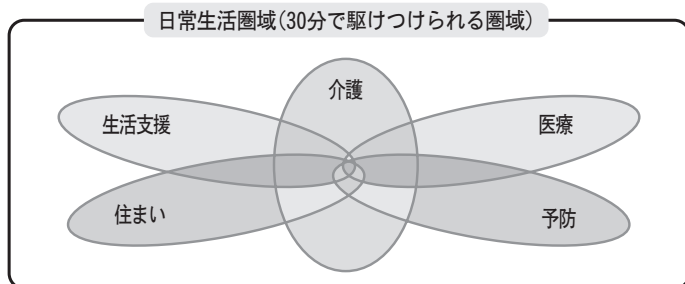
2. 介護保険制度の改正の背景（2012年改定）

2012（平成24）年の介護保険法改定については、「地域包括ケア」を推進することを狙いとしている。地域包括の目的は、高齢者ができる限り、長く地域社会で生活が続けられることであり、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中心に医療サービスをはじめとする住宅、見守りや食事と言った生活支援サービスが継続的かつ包括的に、日常生活圏で介護、医療、予防、住まい、生活支援が有効かつ適切に提供できるような地域サービスシステムである。

地域で多様な組み合わせが出来る複合型（介護、医療、予防、住まい、生活支援）サービスを充実させる方向と、要支援者や介護予防事業対象者向けのサービスを総合的に実施する「介護予防・日常生活支援総合事業」が地域支援事業として位置づけられた。これは、市区町村や地域包括支援センター

が利用者の生活状態などの意向に対して、予防給付か総合サービスのどちらかを状況に合わせて選択できる幅広い生活支援サービスの提供ができるように示されている。

図-1 地域包括ケアシステムのイメージ



また、介護療養型医療施設においては、2012年4月意向は新たな指定は認めないが、廃止期限については、2017年3月までとする。

2011年の介護保険法改定（2012年4月実施）については、大きく分けて以下の5つの視点で改正があった。

- ①地域包括ケアシステムの基盤強化
- ②医療と介護の役割分担・連携強化
- ③認知症にふさわしいサービスの提供
- ④質の高い介護サービスの確保
- ⑤介護保険料の急激な上昇の緩和

介護保険の目的に沿って、「地域包括ケア」を推進することを狙いとしている。地域包括の目的は、高齢者ができる限り、長く地域社会で生活が続けられることであり、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中心に医療サービスをはじめとする住宅、見守りや食事と言った生活支援サービスが継続的かつ包括的に、日常生活圏域（30分で駆けつけられる圏域）で適切に提供できるような地域サービス体制である。（図-1）

この具体的な方法として

- ① 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたは密着に連携しながら定期巡回訪問と随時対応を行う24時間対応の「定期巡回・随時対

応訪問介護・看護」を地域密着型サービスとして行う。

- ② 小規模多機能居宅介護と訪問看護の機能を有した複合型サービスについては、利用者の状態に応じた通い・泊まり・訪問（介護・看護）サービスを柔軟に対応する。
- ③ 医療と介護の役割分担・連携強化については、在宅生活時の医療機能の強化にむけた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実。
「訪問リハビリテーションの提供状況の地域格差を是正する観点から、本体事業と一体となったサテライト型の訪問リハビリテーション事業所の設置を可能とする」
- ④ 居住系サービスでは特定施設の空床を活用してショートステイを利用できるようにするほか、小規模多機能居宅介護ではサテライト事業所の開設を認める。また、施設、居住系の看取りについても強化。
- ⑤ 医師の指示のもとで介護福祉士による喀痰吸引を医療行為として認めるが、その他の介護職員は都道府県が指定した研修機関で研修を受け「選定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けることが必要。
- ⑥ 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくために、小規模多機能居宅介護、認知症対応型共同生活介護などの充実。
- ⑦ 利用者の権利擁護についても公表制度・第三者評価の充実。
- ⑧ 高齢者世帯・単独世帯の増加に対して、高齢者の住まいの確保についても、サービス付き高齢者住宅の整備状況など、高齢者の住まいに関する施策との連携。

また、訪問リハビリテーションにおける改正では、利用者の状態に応じたサービスの柔軟な提供という観点から、リハビリテーションの指示を出す医師の頻度を緩和するとともに、介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションについては、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様の要件に緩和する。

リハビリテーション専門職が訪問リハビリテーション実施時に、訪問介護サービス提供責任者と同時に利用者宅を訪問し、サービス提供責任者に指導及び助言を行うことについて評価を行う。となった。医師の指示の頻度の緩

和やサービス提供責任者に指導・助言が出来るようになった。

いずれにせよ、今後問題となる都市部の超高齢社会の進展に対して、都市における高齢者の住まいの確保、高齢化の進展に伴う介護サービスニーズの増加、介護従事者の確保、認知症ケアなどの問題に対して、セルフケア、インフォーマルケア、フォーマルケアが地域包括支援センターを中心としたケアシステムの構築と充実を図らなくてはならない。

3. 医療と介護の連携

日本におけるリハビリテーションは、医学的リハビリテーション＝機能回復訓練の量的・質的充足という構図で見ている。これは、機能障害が改善の傾向を示さないと、能力障害の改善・社会参加の促進は望めないとして、機能回復訓練一辺倒になる傾向が少なからず見られることである。利用者に対して、リハビリテーションの提供は、利用者一人ひとりに、解決すべき課題の把握（アセスメント）を適切に行い、改善にかかわる目標を設定し、計画を作成した上で必要な時期に必要な期間を決めて提供を行うことが重要である。介護の場面においても食事、入浴、排泄などのADLについても生活と密着した機能訓練が大切であり、介護職との連携が必要である。

また、訪問リハビリテーションにおいては、社会資源や福祉サービスの活用の支援、利用者と家族との関係調整といった支援も欠かせない利用者と環境の調整医療と介護の連携については、「指定居宅サービス及び指定介護予防サービスなどに関する基準について」（老企第25号）などを確認することが必要である。

リハビリテーションは、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）の専門職だけが提供するものではなく、医師、看護師、介護職員、生活相談員などさまざまな専門職が役割分担し、協働して提供されるものである。その共通視点は、利用者のニーズを踏まえ、利用者本人による選択を基本とし、日常生活上の生活行為への働きかけを基本として、その人の生活をどのようにしたいのか、その人らしい生活の構築をどのようにしていくのかを支援する視点での連携を図ることが重要である。

そこで大切なのは、利用者は、多くの人とのふれあいや情報交換の機会が少ないなどと言ったことも念頭に置き、住宅改修や福祉用具の活用など環境の整備や社会資源を効果的に使用していくことが大切である。

また、それらを実施していくには関連職種との連携が重要である。高齢障害者が在宅の場で少しでも長く自立した生活を送るためには訪問リハビリテーションの充実強化が欠かせないものである。

4. 三職種及び多職種とのチームケア

一般的に医学的リハビリテーションは、急性期・回復期、維持期に分類され、急性期、回復期においては、病院等で集中的に行われることが多い。

維持期においては、病院や施設でのリハビリテーションが終了し、二次障害の予防と機能維持を目的にして行われる。本人の障害受容のあり方、生活様式によって異なるが回復期リハビリテーションで行った以上に、ADLを中心とした日常生活自立度向上に重点を置いた介入や助言が必要となる。維持期においては訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションが中心となる。

訪問リハビリテーションは、社会への働きかけの再スタート、また人生設計あるいは第2の人生の再構築の一步でもある。したがってその第一歩がスムーズに踏み出せるかどうかによって、それ以降の生活が安心して自立した生活を営めるのかにかかっているとんでも過言ではない。それらを提供する訪問リハビリテーションでは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の専門的手法によって行っており、職種間の連携は行われていないのが現状である。そのため、結果的に有効的にリハビリテーションの提供になっていないのである。

訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、専門的特徴をばらばらに提供するのではなく、「違い」を認め合うことで、心身の機能や活動面での能力を客観的に評価でき、心身機能の基本動作、ADL訓練を中心とした機能訓練、コミュニケーション環境への評価、アプローチなどの情報を交換し共有化することが必要である。リハビリテーショ

ンマネジメント体制についても、三職種の共通認識を基本に、生活機能の維持、改善の観点から評価し、継続的なサービスの質の向上へと繋げることが重要である。このことはADL（日常生活動作）能力の低下やQOL（生活の質）そのものの低下を防ぐことにつながる。

訪問リハビリテーションは、その利点でもある利用者の実生活を見ることができ点である。生活リズムの改善や社会からの孤立を防ぎ、そのことによって生きていくための希望や生活の張りを改めて取り戻すことができと思われる。

介護保険制度は、ケアマネジャーを中心とし、訪問リハビリテーション計画の作成・実施といった一連の流れの中で、三職種に共通するケアマネジメントの目標の設定とともに共有化がチームケアの課題となる。

5. 訪問リハビリテーション：システムの方向性

高齢障害者を在宅の場で少しでも長く自立した生活を送ってもらうためには訪問リハビリテーションの充実・強化が欠かせないものである。障害のある人が、社会の中で活用できる諸サービスを自ら活用して社会参加をし、自らの人生を主体的に生きていくための「社会生活力」を高めることを技術と方法によって実施していくことである。

訪問リハビリテーションにおいては、機能訓練・治療を通して利用者の人生に大きく関わることであり、利用者の望む暮らしが左右される場合もある。その人の自立した生活を支援するためには、障害のある人の社会生活力が高まるための機能訓練（治療技術）を主としたプログラムを実施するほか、社会資源や福祉サービスの活用の支援、利用者と家族との関係調整、利用者と環境の調整、各サービスの利用可能性なども訪問リハビリテーションの役割である。これらの個別支援や調整活動をしながら、少しでも長く自立した生活を送ってもらうための社会生活力が高まるよう支援していくことがますます重要となってきている。

このことは、介護支援専門員を中心とした、チームアプローチの展開が必要であり、定期的なカンファレンスを行い情報の共有化も大切な課題である。

また、多くの事業所が訪問リハビリテーションを行えるようになってきた割には実際の参入事業所は多くはなく、関わっている理学療法士や作業療法士及び言語聴覚士の数も少ない。さらに訪問リハビリテーションの内容も事業所によってまちまちで、リハビリテーションの質・量に差が生じているのが現状である。

訪問リハビリテーションは一人で行うことがほとんどであり、効果のあるリハビリテーションを標準化する作業があまり行われておらず、どのようなリハビリテーションが必要なのか、どのようなリハビリテーションを行わなければならないのかなどの情報交換ができていく環境にある。そのためには、研修も含めた情報交換システムが重要な課題である。

また、今回の改正で、医師の指示の頻度の緩和やサービス提供責任者に指導・助言が出来るようになり、益々、リハビリテーション担当者の資質の向上が問われることになる。

今後はこうした問題点を克服して、多数の優れた機能訓練・治療技術を持った理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問リハビリテーションに関与し、利用者の尊厳の保持と生活の質の向上を目指すシステム作りが重要になってきている。

〈引用文献〉

- (1) 石川 誠 日本リハビリテーション病院・施設協会編「介護保険とリハビリテーション」, 三輪書店 1999 p14

〈参考文献〉

- 大田仁志編「地域リハビリテーション論」三輪書店 2012年
厚生労働省「介護保険制度改定の概要（2012年度～）」2012年
澤村誠志「これからのリハビリテーションのあり方」青海社 2004
馬場茂樹・和田光一編「現代社会福祉のすすめ」ミネルヴァ書房 2012年
山本和義「訪問リハビリテーションの実際」医歯薬出版 2000年