

訪問リハビリテーションを再考する

真鍋 阿沙子

医療法人永広会 八尾はあとふる病院 リハビリテーション部

キーワード： 訪問リハビリテーションの役割 ・ 生活機能の改善 ・ 修了と継続の考え方

はじめに

今後の医療・介護施策の大きな節目となる平成30年の診療報酬及び介護報酬の同時改定まで約1年となり、訪問・通所リハビリテーションにおいては、まさに平成27年に行われた介護報酬改定後の効果検証が多方面からなされているところである。前回の介護報酬改定では、従来のPDCAサイクルにSurvey（調査）が加わったSPDCAサイクルの構築により、サービスの質を管理し、質の高いリハビリテーションを提供するといったリハビリテーションマネジメントの手法が見直された。つまり、利用者のニーズを引き出し、多職種からの情報収集と理学療法評価により、総合的に判断した上で根拠ある個別支援計画を立て、リハビリテーション会議（図1）等を通して再評価し、実行する仕組みである。

本講演では、訪問リハビリテーションを取り巻く現状を踏まえ、3事例の報告を通して訪問リハビリテーションが果たすべき役割について提案する。尚、本稿では事例の詳細は割愛し、概要のみ述べる。

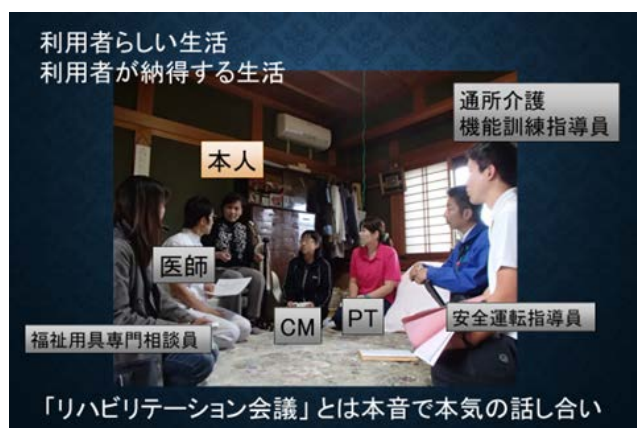


図1) リハビリテーション会議場面

事例を通して関わり方を見直す

事例1は転倒をきっかけに自宅退院後約1ヵ月で臥床状態となり、退院時に行っていた外出が再びできることを目的に依頼があった。本事例が臥床状態に至った要因を評価・考察し、合併症の悪化を予測

したため主治医への相談と診察の結果、入院となった。本事例では、目的とする活動が行える状態であるかどうかをフィジカルアセスメントにより見極め、必要な職種につなぐことが重要であり、活動・参加を目指す上で訪問リハビリテーションの対象になり得ないケースも存在することを述べた。

事例2は通所リハビリテーションにつなぎ、長期目標（買い物獲得）の達成に至ったケースである。本事例は買い物に向かう道中での転倒がきっかけで骨折した経緯があり、自宅での日常生活動作が自立獲得した後も一人で外出することへの不安が拭えず、すぐに買い物獲得を目指す意向が確認できなかったため、利用していた通所リハビリテーションの理学療法士に相談し、時間をかけて目標達成を目指す方針に変更した。具体的には通所リハビリテーションでの関わりを通して本事例が前向きになり、買い物を目指す意向が確認できれば、訪問指導にて近隣環境ならびに買い物動作についての評価を行う計画を立て、本事例及び多職種に同意を得た上で訪問リハビリテーションは修了した。修了から約6ヵ月後に目標達成に至った本事例の経過を踏まえ、同内容の支援が他サービスでも補償できる場合は、利用資源を見直す視点を持ち、つなぐことの大切さを述べた。

事例3は心臓・肺など多くの合併症を抱える中で状態や目標達成度に応じて訪問リハビリテーションの頻度を調整しながら本事例と家族の希望を叶え続けるために、長期的に介入しているケースである。入退院を繰り返しながら、徐々に身体機能が低下している本事例への支援に際し、医師と看護師との定期的な情報交換により安静度を判断し、急性増悪時は頻回な訪問にて状態の改善を図り、状態が比較的安定している時は頻度を減らすなど訪問リハビリテーションでの多様な関わり方について述べた。

訪問リハビリテーションの役割とは

介護保険の基本方針の中で訪問リハビリテーションとは、

「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自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、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」と示されている。すなわち、訪問リハビリテーションという手段を用いて利用者の生活機能の維持・改善に寄与しなければならない。訪問リハビリテーションではまず、利用者の生活が成り立っているかどうかの視点で生活機能を評価し、ケアプランに適切な資源が位置づけられているかどうかを確認した上で不足があればケアマネジャーに提案するなど利用者の生活をコーディネートする役割がある。その際、訪問リハビリテーションにて解決を図るのか、他の方法で解決を図る方が利用者の自立支援につながるのかを見極め、判断することも大切である。訪問リハビリテーションを実施する際は、短期・長期目標を設定し、その達成に要する期間の見通しを立て、利用者の個別性を考慮し、柔軟に対応する。その際、修了・継続の意義(図2)を明確にしておくことが重要であり、いずれの場合においても利用者・家族の同意と多職種への理解を得ることが大切である。そうすることで目的が明確でない長期的な利用あるいは一方的な支援の押し付けになることを防ぐことができる。

おわりに

生活期の理学療法士の関わりは、利用者の精神的な自立、主体的な活動を促すものでなければならない。そのためには理学療法士が直接介入するだけでなく、多職種の役割や他サ

ービスの特性を理解した上で利用者にとって何を優先すべきかを判断し、必要時にフォーマル・インフォーマルサービスの利用を提案する視点と能力を身につけることが大切である。そして訪問リハビリテーションは利用者の状態や目標達成状況に応じて頻度の調整や修了、再開をすることで利用者の生活を永続的に支えつつ、介護保険本来の自立支援を促す役割を担っている。

近年介護事故の報告件数が増えている。理学療法士が多職種と連携することで得られる効果は大きい(図3)。訪問介護や通所介護の現場に出向くなど空き枠等の使い方を見直し、介護職員に負担がかかる介助方法となっていないか、現場での困りごとはないかなど日頃から顔が見え、相談しやすい関係性を築くことで介護事故の減少に貢献できると考える。

修了	継続
目標達成(生活への定着を確認) 他サービスの優先度が高い 利用者・家族の希望 入院、入所、死亡	目標達成後新たな目標が見つかったとき 解決すべき生活課題がある 生活機能の改善が図れる 生活機能の低下が予測される つなぐ先がない
永続的に支える視点を持つ	
修了・継続共に理由が必要である 修了後も必要に応じて再開が可能である 利用者にとって何を優先させるべきかを判断する 状態や目的に応じて介入頻度の調整を行う (急性増悪時は頻回な対応、目標達成後は徐々に頻度を減らすなど) 介護保険は自立支援である	

利用者・
家族の希望

図2) 訪問リハビリテーションにおける修了と継続の考え方 (私見)

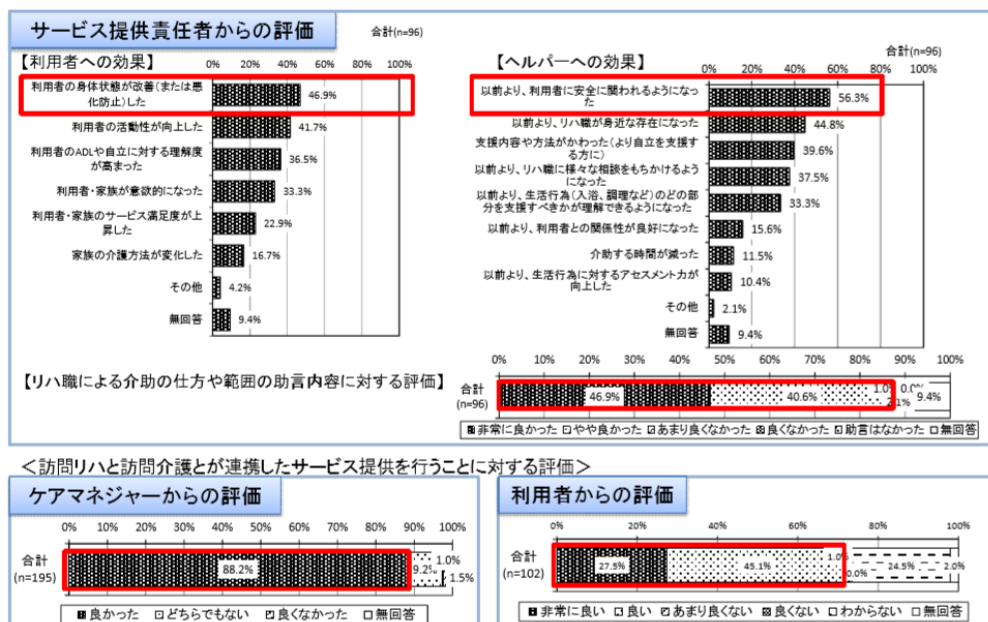


図3) リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業報告書(平成25年度調査)より引用