

5 地域リハビリテーション

巻頭カラー 認知症のためのアートワーク ホットギャラリー

特集

生活を支える診療所



講座

- このときこう考えるー福祉用具マネジメントの実践ポイント
- 実践! 認知症患者さんとの豊かなコミュニケーション
- 在宅事例にみるセラピストの専門性
ー私はそこで何を果たしたか
- 高めたい知識、その技術!
がん患者さんを支えるリハビリテーション
- 老いを知る
- リハビリテーションとメンタルヘルス

連載

- Yuukiの世界
- 介護予防における
ポピュレーションアプローチの試み
- 小児から難病まで! さかいリハ訪問看護
ステーションの実践
- 茨城県からの発信
ー障害のある小児を支える地域リハビリテーション

巻頭カラー

Yuukiの世界	磯貝憂貴	365	認知症のためのアートワーク	平井美穂	368
ホットギャラリー		366	第5回 アクリル絵の具で描く「あじさい」		
			巻頭言	中村義雄	373

特集

生活を支える診療所

大都会の中での生活支援	長谷川幹	376
雪国の中での生活支援	黒岩卓夫	381
診療所と介護老人保健施設の連携による生活支援		385
—地域での実践を踏まえて	山田和彦	
健康と生活を支える診療所	青木佳之	389
訪問リハビリテーションと生活支援	荻荘則幸	395
地域リハビリテーションの拠点		400
—それは小規模多機能な有床診療所	安武眞由美, 他	

講座

実践したくなるなるプロのテクニック

このときこう考える—福祉用具マネジメントの実践ポイント	池田真紀	405
第5回 福祉用具の有効な活用を通じた支援マネジメント—実践的取り組み事例を通じて (5) 支援者に求められるコミュニケーション力		
—伝達手法の整備を徹底したうえで相互理解を図る		
実践! 認知症患者さんとの豊かなコミュニケーション	五島シズ	411
第5回 認知症の人との豊かなコミュニケーション (3)		



訪問リハビリテーションと生活支援

荻莊則幸*

はじめに

新潟県は南北に約 300 km, 日本海に面した広大な県です。新潟市より日本海を西へ渡る 40 km 先には朱鷺で有名な佐渡島があります。筆者は平成 9 年 6 月に新潟市 (旧亀田町) に整形外科とリハビリテーション科の医院を開設しました (医療法人社団らぼーる新潟「ゆきよしクリニック [以下, 当院]」)。その後, 平成 14 年 7 月に通所リハビリテーション施設「楽いち」(その後, 通所介護施設に変更) の開設, 平成 17 年に社会福祉法人「豊潤舎」を立ち上げ, 平成 18 年 4 月より「新潟県障害者リハビリテーションセンター」の経営を行っています。それまでの経歴は, 昭和 59 年, 新潟大学整形外科に入局後, いくつかの病院で外来, 手術, リハビリテーションなどの研修を行い, その後, 手の外科, マイクロサージャリーを専門に選び, 直径 1 mm 以下の血管・神経を縫合する手術や組織移植の手術, 手の外科, 実験などに朝から晩まで没頭している生活を送っていました。在宅医療, リハビリテーションとはまったく縁のない生活を送っていた筆者の転機は, 平成 3 年に新潟県の身体障害者福祉の“要”である新潟県身体障害者更生相談所 (以下, 身更相) という行政機関への出向を大学の医局から命じられたことでした。

リハビリテーション, 在宅医療との出会い

身更相に移ってからは身体障害者関係の法令, 通知集をかたわらに身体障害者の手帳や義肢, 装具, 手当の診断書, 施設入所などの判定や施設・業者の監査, 行政指導, 各種団体への講義, 県内 112 市町村 (当時, 市町村合併前の数) への出張業務など県全体を対象にしたグローバルな分野での仕事で, まったくいままでの仕事と異なる世界へ右も左もわからぬまま飛び込まざるを得ませんでした。ここが筆者が在宅医療, リハビリテーションへ向かう出発点でした。当初は, あまりにもいままでの仕事と内容が乖離しているため戸惑うことばかりでした。

しかし, 平成 4 年に日本リハビリテーション医学会の認定臨床医に合格し, 徐々にリハビリテーション医学の勉強をしていくうちに「第三の医学」とも呼ばれている「リハビリテーション医学」に興味を持ち始め傾倒していきました。それまで筆者は医学のスペシャリティはナノテクノロジーに代表される, より微細な分野を追求することにあると思っていました。また, リハビリテーションは単に機能回復, 機能訓練としか理解していませんでした。しかし, 本来は「権利の復権」「更生」「自立と参加」などに訳されるリハビリテーションという言葉が「福祉」という概念をも包括していることを知ってから筆者の医師としての生き方の方向性が大きく変わり

* おぎしょうのりゆき/医療法人社団らぼーる新潟ゆきよしクリニック・楽いちデイスサービス 理事長/社会福祉法人豊潤舎新潟県障害者リハビリテーションセンター 理事長, 医師 (☎950-0122 新潟県新潟市江南区稲葉 1-4-3)

ました。

それまで、疾患、外傷の急性期のみに着目している狭い視野でしか医療を考えていませんでした。リハビリテーション医学に触れてからは、患者さんやその患者さんを取り巻く地域や家族などの大きな環境に目を向ける大切さを勉強させられました。身更相の業務の一つである“在宅の重度障害者の訪問診療事業”で雪深い山間部や、道路も整備されていない島の集落到に住む人々を毎年毎年訪問したことが筆者に開業を決意させる大きなインセンティブになりました。人里離れた山奥でも確実に地域に根づいた人たちの生活があり、また、そういう地域での高い高齢化率いわゆる“限界集落”での高齢者に対する医療・福祉の基盤は介護保険が開始される以前はかなり脆弱なものでした。

開業してから医療の原点は在宅にあり、限られた社会資源をいかに多くの皆さんに還元できるか（more for less）をモットーに整形外科、リハビリテーション科を標榜しながらも平日のみならず日曜の午後も診療を行うかたわら、往診、訪問診療、訪問看護を積極的に行いました。開業後2年間で往診で受け持っていた患者さん4名の臨終の場に立ち会いました。在宅で死を迎えることについて考えると、筆者が開業する前に筆者の母、叔父は病院で亡くなりました。その臨終に立ち会って来て、最後を自分の家で、もしくは「住まい」で家族に見守られて迎えることがご本人も望むところであり、残された人々の心よりどころにもなると思いました。祖母は90歳で自宅で亡くなりました。それまで入院していた病院で危篤状態になった際に、急遽自宅に連れて帰り、祖父の位牌のある仏間の布団の上で家族や親戚縁者の前で最後に一つ大きな息をして大往生しました。このときに集まった皆の表情に不思議な安堵感と心底、死者を悼む悲しさ淋しさが満ち、亡くなった祖母や看取った親戚も満足してくれたのではないかと感じました。

よりよく生きていくことは、よりよく死を迎えることにつながると思います。そのためにも肉体の寿命と寝たきりにならない健康であることの期間をいかに近づけるかが筆者にとって大きな課題になってきました。そこに開業4年目で介護保険の“訪問リ

ハビリテーション”制度を知ることになりました。

訪問リハビリテーション始動

平成12年4月に介護保険の施行と同時に非常勤の理学療法士1名による週1回の訪問リハビリテーションを開始しました。筆者自身もケアマネジャーの資格を第1回の試験で取り、居宅介護支援事業所も同時に立ち上げました。開設当時は訪問リハビリテーションスタッフ（理学療法士・作業療法士）の確保も小さな診療所レベルでは困難を極めました。

その後、年々理学療法士・作業療法士の養成機関も増え、当院の訪問リハビリテーションスタッフも徐々に増加してきました。以前、新潟県内の医療・福祉関係の4年制大学の設置に関わってきた縁で、その大学で理学療法士・作業療法士学科の講義も受け持つことになりました。また10年間以上、年に4～5回は市が主催するホームヘルパー（訪問介護員）養成の講義も行っていました。そのほかに介護保険の施行後も市町村・県レベルでのケアマネジャーの講義も担当するなど各種の講義を通して訪問リハビリテーションの必要性、実施方法、ケアプランへの導入などを広めてきました。現在は言語聴覚士による訪問リハビリテーションも認められていますが、訪問リハビリテーション開始当初から在宅での言語、嚥下リハビリテーションの重要性を感じ保険行為とは別にボランティアとして訪問で言語訓練も行っていました。

次第に、おのおののスタッフが良質なサービス提供を行うことにより、ほかのケアマネジャー、病院間での評判が“口コミ”で伝わり、毎週5～6件の新規の依頼が来るようになりました。開始当初の平成12年度の件数の実績は年間延べ823件でしたが、その後3,000件、4,000件と増加し、平成20年度は14,298件の見込みです（図1）。また、現在でも毎日のように新規の利用者の依頼がケアマネジャー、医師から来ています。平成20年11月現在の当院の訪問リハビリテーション利用者（表1）では、介護保険利用者224名のうち約半数が脳血管疾患です。平成19年に施行された改正医療法により、

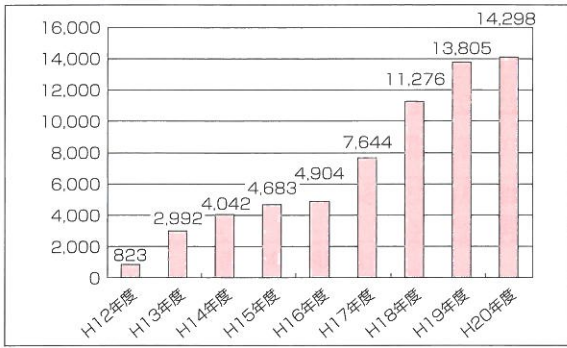


図1 訪問リハビリテーション実績

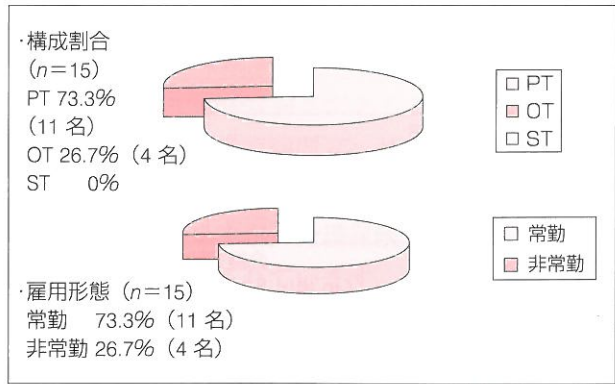


図2 ゆきよしクリニック訪問リハビリテーションスタッフ

表1 ゆきよしクリニック疾患別訪問リハビリテーション利用者

1. 脳血管疾患 (脳梗塞, 脳出血 etc.)	108名 (106名+2名)
2. 骨関節疾患 (脊柱管狭窄症, 後縦靭帯骨化症 etc.)	54名 (52名+2名)
3. 神経・筋変性疾患	38名 (28名+10名)
4. 脊髄損傷	14名 (10名+4名)
5. 脳性麻痺	3名 (0名+3名)
6. 呼吸・循環器疾患	9名 (9名+0名)
7. その他 (変形性関節症, 変形性頸椎症, 腰椎症, 大腿骨頸部骨折, 関節リウマチ etc.)	22名 (19名+3名)

n=248 (介護保険利用者 224名 + 医療保険利用者 24名) : 平成 20年 11月

医療計画制度のもとでいわゆる4疾病5事業ごとに医療連携体制を構築することになり、その一つである脳卒中は平成20年4月から「地域連携クリティカルパス」の策定が条件で医療機関は地域連携医療計画管理料、退院時指導料が算定できるようになりました。このパスの中で維持期に医療保険でできるサービスは訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの二つしかありません。また、FIMによる評価可能な体制をつくることも求められています。今後、この分野での主治医との連携がますます重要になってくると考えられます。

スタッフの連携と地域連携について

当院では、診療所内で医療保険のリハビリテーションは実施せずに同じ医療法人で経営している通所介護施設(定員45名)にて、毎日午後2時間、複数の訪問リハビリテーションスタッフが機能訓練

を実施しています。また、別に設立した社会福祉法人が運営している障害者施設(新潟県障害者リハビリテーションセンター)にもスタッフを派遣しています。そのほかに月に2回は午後7時から全体ミーティングを行い、また各自が週に最低1回は当院に来所して、筆者や訪問リハビリテーション担当の当院のケアマネジャー、事務職員と打ち合わせを行います。スタッフは自宅より直接利用者宅に出向き、帰宅後にその日の報告をメールで送ってきます。そのためパソコンソフトをソフト会社と共同開発してきました。

医療法人社団らぼーる新潟(以下、当法人)には現在、常勤、非常勤合わせて15名の理学療法士、作業療法士が在籍しています(図2)。さらに平成21年度にも新しいセラピストが7名(理学療法士4名、作業療法士3名)加わる予定です。スタッフが増加してくると、スタッフの質の向上を図るためにも訪問リハビリテーションの専門書の発刊、学問としてのアイデンティティの確立が望まれます。また、スタッフには“技術者である以上、常に自分の技術を高めるために積極的に自分に投資すること”を求めています。

訪問リハビリテーションの場合、在宅で、セラピストが利用者と一対で行うために、セラピストの技量、人間性、マナー、性格がすべて問われてきます。常に技量を高める努力を怠らないことが利用者の方々からの信頼を得る大きな要素になっています。これは、同じ病院、施設で複数のほかのセラピストの“目”が届いている環境より、漫然と独善的

表2 訪問リハビリテーションの制度

分野	介護		医療		
法律	介護保険法		医療保険法		
実施機関	病院 診療所、老健	訪問看護ステーション	病院 診療所	訪問看護ステーション	
名称	訪問リハビリテーション	訪問看護 7	在宅訪問リハビリテーション	PT・OT・STによる訪問看護 指導管理料	
対象者	介護保険対象者 (40歳以上で加齢に伴う疾患の者)		介護保険非対象者 (65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)		
訪問頻度	週6単位まで		週6単位まで (退院の日から起算して3カ月以内の場合は12単位まで)		
訪問時間	20分(1単位)	① 30分未満 ② 30分以上60分未満	20分(1単位)		
単価	305単位 ・短期集中リハ実施加算 : 340単位, 200単位 ・サービス提供体制強化加算 6単位(1回に付)	① 425単位 ② 830単位	300点 (管理料1)	255点 (管理料2)	月の初日 12,350円 2回目以降 8,200円 (訪問看護基本療養費Iと訪問看護管理療養費を合算)
利用者負担	1割負担		保険に応じ1~3割負担		

(平成21年4月以降)

特集
生活を支える診療所

なやり方を防ぐ抑止力がないぶん、セラピスト自身が常により高いものを求めそれを利用者に還元していく不断の努力を必要とされています。

その自己研修の一環として、リハビリテーション医学、一般臨床医学に関するハンズ・オン・セミナーや講習会を独自で開催しています。学会・研究会への発表は積極的に奨励しており、現在までに29件の訪問リハビリテーション関係の発表・講演を行ってきました。また、平成18年6月には当院が幹事となり、全国訪問リハビリテーション研究会、研修会を新潟市で開催しました。そのほか、厚生労働省の補助金事業としての「地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業」にも参画し、データ集積にもスタッフたちが協力してきました。また、同年12月には、河本のぞみ氏(作業療法士)による取材を受け、訪問リハビリテーションの課題、今後の展望についてスタッフと共に議論する機会がありました(河本のぞみ著『検証、訪問リハと訪問看護』三輪書店、2007)。

平成19年からは医療福祉系の大学院修士課程で訪問リハビリテーションを通じた医療保険、介護保険、障害者自立支援法のインテグレーションの講義を訪問リハビリテーションスタッフとともに受け持ち、訪問リハビリテーションの可能性につき現場か

らの声を社会人としてすでに病院・施設などで働いている理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師に伝えてきています。

種々の訪問リハビリテーション制度

地方では、まだまだいわゆる“リハビリテーション技術”は特殊技術であるとケアマネジャーやほかの職種には考えられています。ほかの“訪問”職種との違いはリハビリテーションの効果に対して常に検証、評価を行い、一時中止も含めた次のステップを考えることを常に要求されていることだと考えています。

現在、訪問リハビリテーションを行える機関は病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーションの4種類です。また制度としては、自由診療を別にする医療保険と介護保険で実施されています。ここで不思議な点は、同じサービスを提供しても単価がさまざまに異なることです(表2)。またそれに加え筆者のように地方で開業していると開業権が認められている柔道整復師、鍼灸・マッサージ師までも積極的に“訪問サービス”を実施しており、筆者の居宅介護支援事業所にも勧誘のパンフレットがよく届き、利用される方も当法人が実施している訪問

リハビリテーションと誤解することがあります。訪問リハビリテーションを実施するには訪問看護ステーションを設立し、そこから実施することが法人としては収益的に有利なこと、また指示書の有効期間が長くなることで利用者さんにとっても負担は少ないことは承知していましたが、あえて診療所としての訪問リハビリテーションを行ってきました。その理由は、第一に医療機関が実施していることでほかの医療機関や事業所からの信頼を得やすいこと。第二に訪問リハビリテーションスタッフも医師のいる医療機関に属することで臨床的な助言を受けやすいこと。また、在宅での緊急時に対応しやすいこと。第三に同じサービスを提供しても訪問看護ステーションより単価が低いため利用者の負担が少ないこと。第四に訪問リハビリテーションスタッフの教育、研修が実施しやすいことでした。

平成 21 年 4 月以降の介護保険での訪問リハビリテーションは、いままでの報酬単価をあらわす“単位”（医療保険では点数）とは別に、時間をあらわす“単位”も導入されました。これは、医療保険と介護保険でのリハビリテーションを今後同じ尺度で測ろうという試みです。しかし、現在の実情は同じ訪問リハビリテーションを実施したとしても事業所の形態、保険の形態で同じ一つのサービス（一物）に対して四つの価格が存在する“一物四価”の状態です。また、それぞれの制度で微妙に差異があります。第

一に指示書の有効期間ですが訪問看護ステーションの場合は、医師の裁量で 1~6 カ月間、診療所の場合は 1 カ月間と大きな開きがあります。第二にはほかの医療機関との連携で訪問リハビリテーションを実施する場合、医療保険では“情報提供の文書”をもらう必要がありますが、介護保険の場合は、ただ単に“情報提供”とされています。つまり文書以外の方法でも可能と解釈できます。

おわりに

まだまだ完成には至っていない訪問リハビリテーションの制度ですが、現場で感じることは着実にニーズは増大してきています。このサービスの“量と質”を両方とも充足するために、訪問リハビリテーションの制度化も望まれます。またそれとは別に、各地域医療の担い手として昔から地域に根ざしている開業医“かかりつけ医”に訪問リハビリテーションスタッフの配置を積極的に勧めることも考えられます。現にこの 4 月より導入される“短時間型通所リハビリテーション”を視野に、整形外科・リハビリテーション科以外の診療所による理学療法士・作業療法士の雇用が増加しています。大切なことは、医療の原点は在宅にあるとともに医療からと介護へのシームレスに継続する重要性をわれわれ医師がもっと理解することだと考えられます。