

健康文化

訪問リハビリテーションをめぐる現状と問題点

杉村 公也

I. はじめに

筆者は昨年本誌で痴呆疾患などの高齢障害者の今後のケアとリハビリテーションは通院・通所や訪問事業施設を利用しつつ、地域住民相互の支え合いの中で、在宅生活、在宅療養を中心に進められなければならないと述べてきた。こうした流れは最近さらに一層明確になってリハビリテーションの世界でも訪問リハビリテーションの重要性が認識され多くの施設が訪問リハビリテーション事業に参入してきた。ここではこうした最近の訪問リハビリテーションの現状と問題点を解説する。

II. 区分化されてきたリハビリテーション医療

高齢社会の日本では医療保険財政の緊迫化が深刻となり、新たな医療供給体制の改変が求められてきた。そうした中で病院病床の機能分化が進められている。主として急性期の疾患を扱う一般病床と急性期後の患者さんを扱う療養病床に分けられるようになってきた。この結果に加えてリハビリテーションの診療報酬加算による経済誘導の結果から、今後のリハビリテーション医療は発症後最長3カ月までの急性期病院（一般病床群）での急性期リハビリテーションと急性期後の最長発症9カ月までの回復期リハビリテーション治療病棟でのリハビリテーションまたは発症後9カ月までの療養型病床群でのリハビリテーションとなることは明らかである。それ以降は維持期のリハビリテーションを介護保険の療養型病床か介護老人保健施設（老健）で行い、さらにその後は介護老人福祉施設（特養）か、そうでなければ在宅に戻らなければならない。これも現実的には一般病床群での急性期の治療およびリハビリテーションはともに初期加算に誘導され2週間以内になることは間違いなく、回復期のリハビリテーションも急性期リハビリテーションに続く6カ月が限度となるであろう。この後の高齢障害者は否応なしに在宅での維持期リハビリテーションを受けることにならざるを得ないであろう。

Ⅲ. 維持期リハビリテーションと在宅リハビリテーション

急性期のリハビリテーションとは一般病床群における初期加算と早期リハビリテーション加算のいずれにもカバーされたりハビリテーションとして発症後最長3カ月（加算遡減率からは2週間から1カ月が採算の限度と考えられている）までのリハビリテーション医療を示す。また回復期リハビリテーションは厳しい施設認可基準をクリアした回復期リハビリテーション病棟での発症後最長3カ月後からの180日間を限度とした高い診療報酬に支えられたリハビリテーション医療を指す。しかし維持期リハビリテーションはこうした医療報酬の優遇措置に裏付けられたものではない。回復期リハビリテーション以降の機能維持のためのリハビリテーションの全てを概念的に示す言葉である。あえて特徴づけるなら、回復期以降の療養型病床群での入院リハビリテーション医療か、病院・診療所などの医療保険対応施設の外来リハビリテーションか、さらに介護保険によるリハビリテーションを示す言葉である。むしろこの介護保険でのリハビリテーションに特徴があるとも言えよう。医学的には殆ど機能回復が停止してからのリハビリテーションであり、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リハビリテーションである。したがって維持期リハビリテーションの主体は在宅リハビリテーションとなろう。そこで次に在宅リハビリテーションの現状を見てみよう。

Ⅳ. 在宅医療を支える訪問リハビリテーション

現在の在宅リハビリテーションサービスは医療保険によるものと介護保険によるものが複雑に混在している。

訪問リハビリテーションは従来までは病院・診療所の往診医療として行われていた。また介護保険では訪問看護師に理学療法士・作業療法士が同行してサービスを行っていたが、本年からさらに介護老人保健施設も訪問リハビリテーションを行うことができるようになった。

通院・通所リハビリテーションは医療保険対応の診療所や病院の外来リハビリテーションがあるが、介護保険でも介護老人保健施設が送迎付きのリハビリテーションデイケアサービスを行っている。

その他、介護老人保健施設や介護老人福祉施設（特養）が在宅障害者を対象にしたショートステイ（短期入所サービス）の中でリハビリテーションサービ

スを行っている。

このように後で述べるごとく実態や効果はともかく在宅障害者のためのリハビリテーションサービスは各種存在し、今後ますます、参入施設数も増加するであろう。但し今のところ同一本人が同じ訪問リハビリテーションサービスを医療保険でも介護保険でも利用することはできず、どちらかの保険を選択しなければならないし、介護保険では要介護度に応じておのずと利用限度額があり、希望すればいくらでも利用できるわけではない。

在宅障害者への重要なサービスは第1に往診ないし通院医療、第2に訪問介護、第3に訪問リハビリテーションであることは間違いない。

V. 訪問リハビリテーションの現状と問題点

それでは訪問リハビリテーションの現状を需要と供給の問題から見てみよう。

厚生省資料によると平成12年10月の要介護認定者329万人のうち居宅サービス受給者は56%、施設サービス受給者は21%、サービス非受給者は23%であり、この居宅サービス受給者のかなりの部分は訪問リハビリテーションの対象者の可能性がある。

さらに施設入所者においても介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特養）、介護療養型病床群の入所者のいずれも約半数は要介護3以下であり、リハビリテーションを有効に行えばかなりの自立が可能となる人達である。

しかし現実には介護施設に入ると家庭復帰は困難である。石川氏らの平成12年度総計5213名についての調査によると、平成12年介護老人福祉施設（特養）に入所していた人で13年に自宅に戻れた人は0.2%で、96.5%は相変わらず介護老人福祉施設（特養）に留まっていた。介護老人保健施設でも自宅に戻れた人は7.5%で、介護老人福祉施設（特養）に移った人も15.0%おり、70.8%は介護老人保健施設に留まっていた。介護療養型病床群でも自宅に戻れたのは3.3%で、やはり大多数の77.2%が介護療養型病床群に留まっていた。

家庭復帰困難の理由は介護保険施設でのリハビリテーションの内容に問題があるのではないか。このことは介護保険の施設の中でもリハビリテーション前置主義を掲げ、最もリハビリテーションに重点を置いている介護老人保健施設のリハビリテーションの実態の調査によっても明らかである。それによればリハビリテーションを受けた人の85%はレクリエーション療法であり、ADL自立訓練は35%の人だけであった。自立を促すための作業療法や理学療法は20%前後であった。

また在宅障害者も訪問リハビリテーションを行っているのはわずか1%にすぎず、要介護度別に見ても要介護度1から4までの障害者は1%程度しか訪問リハビリテーションを行っていない。ほぼ寝たきり状態の要介護度5の障害者も2%程度利用しているに過ぎない。リハビリテーションの重要性が叫ばれている割に在宅障害者で訪問リハビリテーションを受けている人があまりにも少ない事に衝撃を受ける。

訪問リハビリテーションを受けている人が少ないのはサービスを供給する側にも問題があると思われる。日本リハビリテーション病院・施設協会に加盟しているリハビリテーション病院や介護老人保健施設など全647施設において、訪問リハビリテーションを行っているのは約68%にすぎず、その大部分で訪問に関わっている理学療法士・作業療法士はたった1名にすぎない。そして彼らは1日平均4.8人を訪問し、1件当たり1時間前後のリハビリテーション訓練を行っているにすぎない。

さらに訪問リハビリテーションの内容も施設によってまちまちで、効果のあるリハビリテーションを標準化する作業がほとんど行われておらず、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、情報交換も進んでいない。

こうしたことが現在の訪問リハビリテーションに期待するほどの効果がなく実施施設も少ない事から、これを受けている人数が少ない原因になっているものと思われる。

VI. 訪問リハビリテーションの今後の課題

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。多くの施設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施設は多くはなく、関わっている理学療法士や作業療法士の数も少ない。さらに訪問リハビリテーションのための治療技術も十分ではない。

今後はこうした問題点を克服して、多数の優れた治療技術を持った理学療法士・作業療法士が訪問リハビリテーションに関与していく事が重要である。

(名古屋大学医学部保健学科教授・作業療法学専攻)