

地域包括ケアシステムにおける かかりつけ医の 生活期リハビリテーションへの 対応マニュアル

目次

本マニュアルで使用する略語一覧

I	はじめに	1
II	地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割	2
III	地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方	4
IV	リハビリテーションを提供するまでの流れとかかりつけ医の役割、 かかりつけ医から関係者への情報提供のあり方	6
	1. 介護保険におけるリハビリテーションの流れ	6
	2. かかりつけ医からリハビリテーション指示医等への情報提供にあたり必要な情報	8
	(1) 経過	8
	(2) アセスメント項目	9
	(3) リスクに関する情報	9
	(4) 禁忌事項・中止基準	9
	(5) 診療情報提供書の例	10
	3. かかりつけ医からケアマネジャーへ伝えるべき情報	14
V	生活期リハビリテーションにおけるリハビリテーション指示医の役割	16
VI	地域包括ケアシステムにおける生活期リハビリテーションに関わる専門職等	18
	1. ケアマネジャー	18
	(1) ケアマネジャーの役割	18
	(2) ケアマネジャーのアセスメント	18
	(3) 多職種との情報共有におけるケアマネジャーの役割	19
	2. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	20
	(1) 理学療法士 (PT)	20
	(2) 作業療法士 (OT)	22
	(3) 言語聴覚士 (ST)	25
	3. 看護職員	27
	(1) 看護師の役割	27
	(2) 連携上の留意点	28
	4. 介護職員	30
	(1) 介護職員に期待される役割	30
	(2) 連携上の留意点	31
	5. その他の関係する専門職等	32
	(1) 歯科医師、歯科衛生士	32
	(2) 管理栄養士	32
	参考：機能訓練指導員	33
VII	地域包括ケアシステムにおいてリハビリテーション等を提供するサービス	34
	1. 医療保険におけるリハビリテーション	34
	(1) 医療機能の分化・連携とリハビリテーション	34
	(2) 病期毎のリハビリ	35

2.	介護保険におけるリハビリテーション	38
(1)	通所リハビリテーション	38
(2)	訪問リハビリテーション	40
(3)	介護老人保健施設、短期入所療養介護	43
(4)	介護療養型医療施設	45
3.	その他のサービス	46
(1)	訪問看護	46
(2)	訪問介護	46
(3)	通所介護	46
(4)	福祉用具貸与・住宅改修	46
VIII	リハビリテーションの必要性に関する気づき、留意事項等	47
1.	総論	47
2.	リハビリテーションの適応となる障害像の例と留意事項	48
(1)	関節可動域の制限	48
(2)	筋力低下	48
(3)	歩行障害	49
(4)	運動麻痺	50
(5)	疼痛	50
(6)	失語症	50
(7)	構音障害	51
(8)	高次脳機能障害	51
(9)	摂食・嚥下障害	52
(10)	呼吸機能障害	53
(11)	循環機能障害	55
(12)	排泄障害	57
3.	生活期のリハビリテーションの対象となる疾患の例と留意事項	58
(1)	脳血管障害	58
(2)	がん	59
(3)	廃用症候群	60
(4)	老年症候群	60
(5)	認知症	60
IX	介護予防の取組	62
1.	介護予防の理念、かかりつけ医との関わり	62
2.	地域における介護予防の取組	62
X	地域リハビリテーションの理念と概要	64
1.	地域リハビリテーションの理念	64
(1)	地域リハビリテーションへの取組	64
(2)	地域リハビリテーションの定義	65
2.	地域リハビリテーション活動の実際	66
3.	今後の地域リハビリテーション	67

執筆者一覧

本マニュアルで使用する略語一覧

本マニュアルでは、以下の略語を使用しています。

リハビリ	リハビリテーションの略 (「リハ」と略されることもありますが、本マニュアルにおける略語は、原則として「リハビリ」を使用しています)
リハビリ専門職	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の総称
ケアマネジャー	介護支援専門員
PT	理学療法士の略称 Physical Therapist の略
OT	作業療法士の略称 Occupational Therapist の略
ST	言語聴覚士の略称 Speech-Language-Hearing Therapist の略
ADL	日常生活動作 Activities of Daily Living/Life の略
IADL	手段的日常生活動作 Instrumental Activities of Daily Living/Life の略
ICF	国際生活機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health の略
QOL	生活の質 Quality of Life の略
QOD	死の質 Quality of Death の略
ICU	集中治療室 Intensive Care Unit の略
CCU	冠疾患集中治療室 Coronary Care Unit の略
HCU	ハイケアユニット High Care Unit の略
SCU	脳卒中ケアユニット Stroke Care Unit の略
SPDCAサイクル	調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のサイクル

I

はじめに

地域包括ケアシステムの構築において、かかりつけ医は多職種連携のリーダーとして、全体をマネジメントすることが求められている。医療機関の機能分化により、急性期・回復期の入院医療を受けた人が地域に戻って来て、引き続き生活期のリハビリテーションを受ける場合が増加している。従来は維持期と呼ばれたが、ICFの考え方にに基づき、心身機能だけでなく、活動や参加の視点を重視したよりエビデンスのあるリハビリが求められており、最近では生活期という呼称が用いられる。

地域包括ケアシステムにおいては、住み慣れた地域での生活をできるだけ長く継続するために、介護保険の理念である自立支援や介護予防が重視されており、とくにリハビリと栄養の役割は重要である。かかりつけ医はいち早く地域に戻った患者のリハビリの必要性に気づき、適切な医療・介護サービスにつなげられるように、生活期リハビリの適切な実施のため、実際にリハビリの指示を出す医師が必要とする情報を提供することが求められる。

本手引きは、かかりつけ医が生活期リハビリへの理解を深め、リハビリ指示医へ適切な情報提供を行うために参考としていただくことを目的に作成した。とくに前半は、地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割に始まり、リハビリのあり方、およびリハビリを提供するまでの流れとかかりつけ医の役割と、かかりつけ医から関係者への情報提供のあり方をまとめている。その後、生活期リハビリにおけるリハビリ指示医の役割をはさんで、地域包括ケアシステムにおける生活期リハビリに関わる専門職種を紹介した。後半は、地域包括ケアシステムにおいてリハビリを提供するサービスを紹介するとともに、リハビリの必要性に対する気づき、留意事項を記載し、最後に介護予防の取り組みと地域リハビリテーションの理念の概要を述べて終わっている。

地域リハビリテーションの最新の定義は「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。」であり、地域包括ケアシステムの提唱者である広島県公立みつぎ総合病院の山口昇先生が地域リハビリテーションのパイオニアの一人であるように、地域リハビリテーションこそが今日の地域包括ケアシステムの大きな源流となっている。

本手引きが多くのかかりつけ医の実践に少しでも役立つものとなることを期待している。

II

地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割

かかりつけ医は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要などときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている。

超高齢社会では、高齢者医療と介護は一体化していくと考えられるため、これまでの二次医療圏単位の急性期の大病院を頂点とし、かかりつけ医を底辺とする垂直連携中心から、日常生活圏域毎にかかりつけ医をリーダーとして、かかりつけ医機能をもつ診療所、有床診療所、中小病院が、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護施設などと水平に連携する地域包括ケアシステムが中心となる。

なお、地域包括ケアシステムにおいて、入院医療、外来医療、在宅医療は対立するものではなく、住み慣れた地域の中で、有床診療所や中小病院の入院や在宅介護だけでなく施設介護も含めて必要に応じて利用しながら、できるだけ長く暮らせるようにすることが重要である。高齢者の軽症から中等症の急性期患者が救急車で遠方の急性期の大病院の救命救急センターに搬送されるようなことはできる限り避けなければならない。

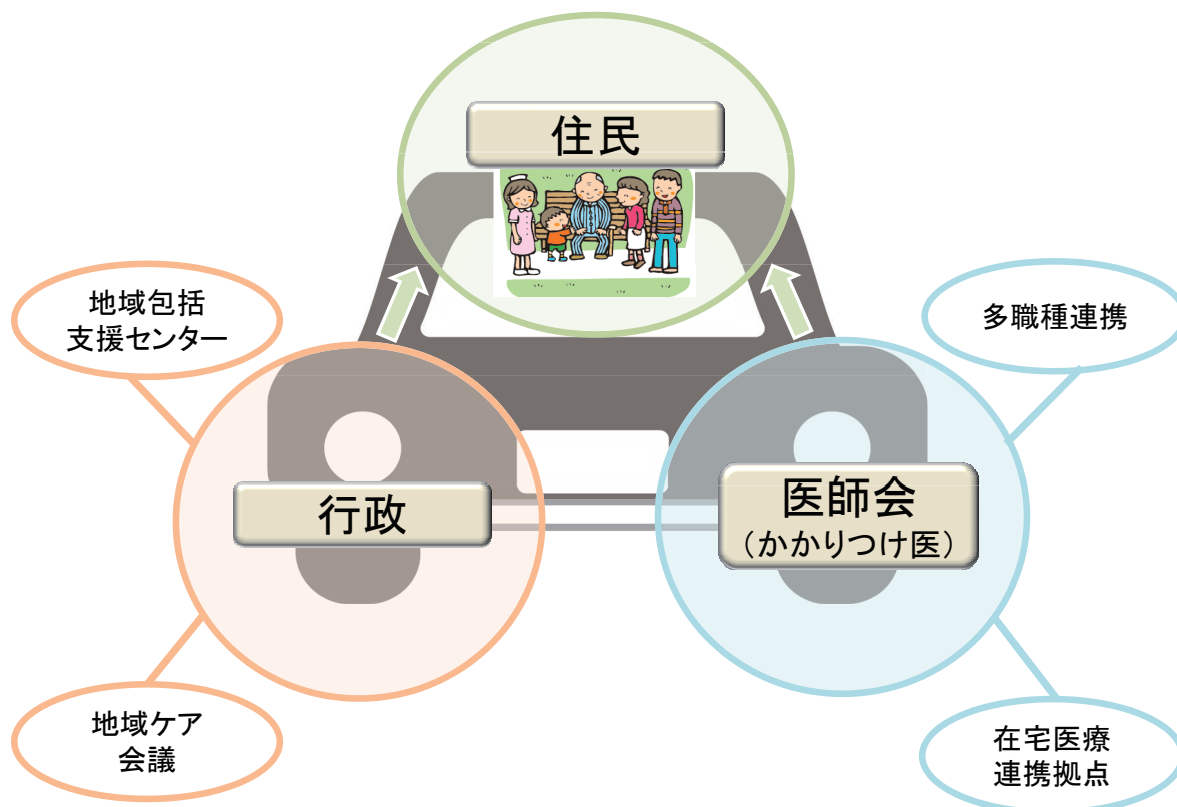
ちなみに急性期の大病院は、地域包括ケアシステムの外側で、二次医療圏の最後の砦として機能をより高めるとともに、病床数は公的病院を中心に削減する必要がある。

地域包括ケアシステムを構築するためには、市区町村行政と郡市区医師会を車の両輪とする推進体制を確立する必要がある（図表1）、小規模な医師会は複数が協力したり、近隣の大きな医師会や都道府県医師会が支援する必要がある。郡市区医師会は多職種連携の推進役になるとともに、住民と大学や研究機関などのアカデミアをつなぐ役割も果たす必要がある。

専門医がかかりつけ医になるわが国の仕組みは、高齢になっても地域に貢献する医師が多いわが国にふさわしいあり方である。新専門医制度により総合診療専門医が養成されても、それはあくまでも学問的な位置付けであり、地域で医療を実践するにはかかりつけ医となっていただく必要がある。かかりつけ医機能を充実・強化するために、日本医師会ではプロフェッショナル・オートノミーを発揮して、平成28年4月より「日医かかりつけ医機能研修制度」を開始した。同研修制度は、基本研修、応用研修、実地研修の3つの研修から成り、そのうち座学研修となる応用研修には、リハビリテーションも含まれている。3年間で所定の要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証が発行されることになっており、初年度は8,000名以上の医師が研修を開始した。

今後従来のかかりつけ医は、同研修制度を受講してよりかかりつけ医機能を発揮して行く医師と、専門分野を中心に診療を行う医師に穏やかに分かれていくと考えられるが、どちらも地域医療にとって必要な機能であり、公平な評価が必要である。

図表1 地域包括ケアシステムの推進体制



Ⅲ

地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方

WHOによれば、「リハビリテーションは、能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。リハビリテーションは障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促す全体として環境や社会に手を加えることも目的とする。そして、障害者自身・家族・そして彼らの住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関するサービスの計画と実行に関わり合わなければならない」（WHO、1981年）と定義されている。

リハビリテーションとは、単に心身機能の改善のための手段を意味するものではなく、生活全般にかかわり、各個人の目標に沿って個別性の高い支援を行うものであると言えよう。

患者の持つ障害を多角的な視点から読み解くためのツールとして、国際生活機能分類（ICF）が活用される（図表2）。ICFでは障害を個人の生活機能として見なしており、生活機能は体の働きや精神の働きである「心身機能」、ADLや外出といった「活動」、家庭内や社会生活での役割を果たすことである「参加」の3つの要素に、「個人因子」や「環境因子」といった背景因子が複合的に関係したものとして表し、障害を因果的で運命的なものとして捉えるのではなく、独立した構成要素への働きかけと相互作用で改善させるための評価法として活用されている。

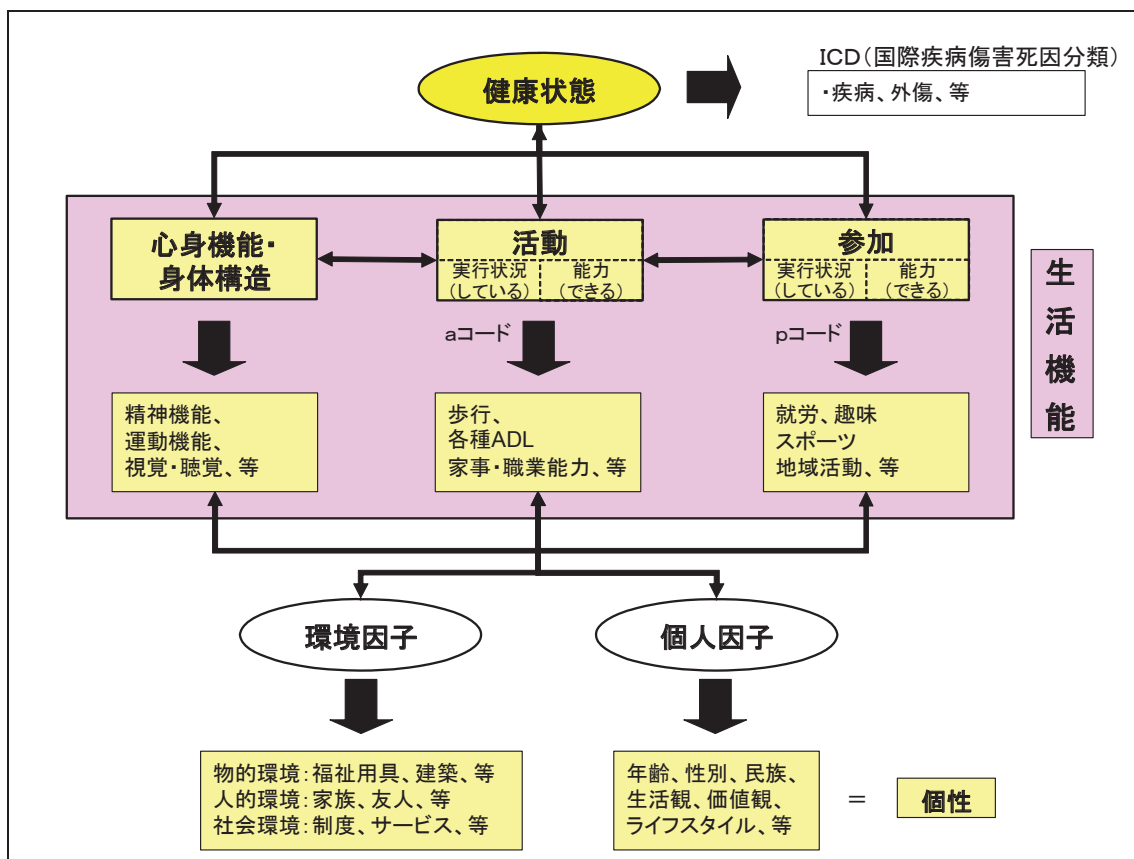
また、2000年に介護保険が導入された際、リハビリテーション前置主義という概念が提唱された（図表3）。

将来的に予測される機能・能力の低下に対して予防的な介入から開始し、仮に疾病や外傷により障害が生じた際には急性期から回復期を経て再び生活に戻るまで、絶え間なく、状況に応じて適切なリハビリテーションが提供されることで、介護保険サービスの利用を必要最低限にすることが期待できる。

医療におけるリハビリテーションでは、患者、家族を中心として医師、看護師、介護職員、リハビリ専門職、等の多職種が協働したチームによって提供されるチーム医療としての在り方が模索され、それなりの成果を得てきた¹⁾。

チーム医療の基本的な考え方は様々な医療現場で共通するものであるが、地域包括ケアシステムにおいて提供されるチーム医療には病院・施設でのリハビリテーションチームに加え、所属や立場が異なる専門職や地域住民までも巻き込んだチームの構築と、互いの特性を理解し、共通言語も用いて円滑にコミュニケーションを図りながら、質の高いチームによって効率的にリハビリテーションサービスを提供することが求められる。

図表2 国際生活機能分類



出典：厚生労働省資料 社会保障審議会第11回統計分科会（H19.3.27）資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0327-5.html>

図表3 リハビリテーション前置主義

- 1) 医療保険のリハビリサービスにより、可能な限り自立もしくは要介護状態を軽減した上で介護保険のリハビリサービスを利用する仕組みを構築すべきである。
- 2) 介護保険の利用に際し、要介護度を改善もしくは維持するために必要なリハビリサービスは、他のサービスに優先的に利用できる仕組みを構築すべきである。
- 3) 上記2点の整備により、要介護者の増加を抑制でき、介護保険財源の安定化に貢献できる。

出典：厚生労働省中央社会保険医療協議会
 第11回診療報酬改定結果検証部会（H19.3.12）資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0312-9.html>

参考文献

- 1) 浜村明德「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方」MB Medical Rehabilitation No.188: pp1-6, 2015

IV リハビリテーションを提供するまでの流れとかかりつけ医の役割、かかりつけ医から関係者への情報提供のあり方

1. 介護保険におけるリハビリテーションの流れ

介護保険において、リハビリテーションサービスには以下のものがある（図表4）。

図表4 介護保険におけるリハビリテーションサービス

サービス名	介護保険法上の定義
通所リハビリテーション	居宅要介護者について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション
訪問リハビリテーション	居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション
介護予防通所 リハビリテーション	居宅要支援者について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション
介護予防訪問 リハビリテーション	居宅要支援者について、その者の居宅において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション

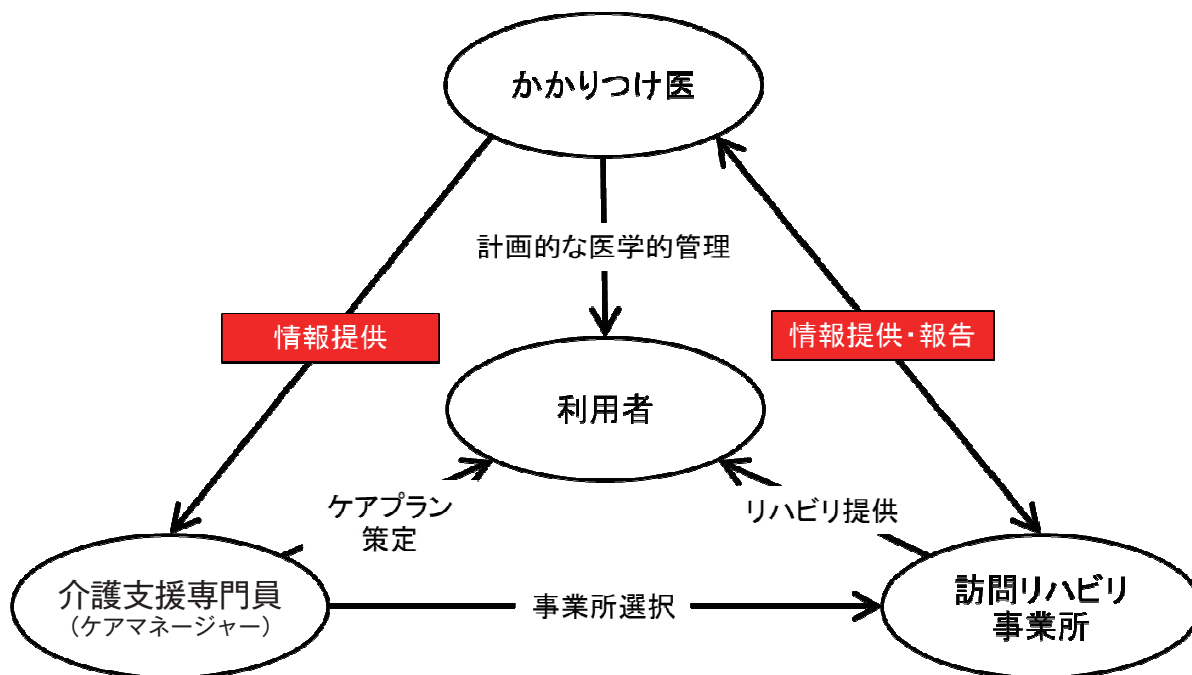
出典：厚生労働省老健局老人保健課

これらのリハビリテーションは、いずれも医師の指示の下で計画的に行われるものである。特に訪問によるリハビリテーションの場合、利用者の居宅等において、利用者とりハビリ専門職のみで実施されること等を踏まえ、かかりつけ医の医療機関と、訪問リハビリテーションを行う事業所を開設する医療機関が別の場合には、かかりつけ医から訪問リハビリテーション事業所へ利用者についての情報提供を行うこととされている（図表5）。この情報提供は、当該利用者により効果的かつより安全なりハビリテーションを提供する上で必要な情報、留意すべき情報等を備えている必要がある。

また、規定上は要件とはされていないが、かかりつけ医から介護支援専門員（ケアマネジャー）への情報提供も、よりよいケアプランの策定や事業所選択を行う上で重要となる。

この章では、かかりつけ医から、訪問リハビリテーション事業所においてリハビリテーション専門職に対する指示等を行う医師に対して情報提供を行う場合に有用となる情報について、またかかりつけ医から介護支援専門員へ情報提供を行う場合に有用となる情報について、それぞれ述べる。

図表5 介護保険における訪問リハビリテーションの流れ



出典：厚生労働省老健局老人保健課

2. かかりつけ医からリハビリテーション指示医等への情報提供にあたり必要な情報

ここでは、かかりつけ医からリハビリテーション指示医等への情報提供にあたって必要な情報を概説する。情報提供内容のポイントについては図表6を参照されたい。

図表6 かかりつけ医からリハビリ指示医等への情報提供内容のポイント

項目	記載内容、記載上の留意点等
傷病名	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能低下の原因となった診断名、発症日
その他の傷病名	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ実施に際し、リスクや制限要因となる既往症や合併症は特に重要 例:呼吸器疾患、循環器疾患、けいれん、低血糖、起立性低血圧、骨関節の状態(骨粗鬆症の程度を含む)、転倒歴、皮膚状態等
傷病の経過及び治療状況	<ul style="list-style-type: none"> 自院における経過、治療状況に限らない。 リハビリが必要になった背景や、それに係る経緯についての情報が重要 例:障害の原因、当該障害に対する治療歴・リハビリ歴
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等	<ul style="list-style-type: none"> リハビリを通じて実現を見込んでいる目標 リハビリ実施に際しての具体的なリスク(服薬情報及びそれに対応した疾患名の提示があるとわかりやすい。) 利用者にとってどの程度の運動負荷がどの程度のリスクになるかの情報は、リハビリ指示医がリハビリの中止基準等を考慮する上で有用。 急性増悪の恐れがある場合、その際の対応方法や緊急連絡先 利用者本人や家族のリハビリテーションに対する期待、利用者本人の性格や嗜好についても、リハビリを計画する上で有用と思われるれば記載する。

出典：厚生労働省老健局老人保健課

(1) 経過

かかりつけ医は自施設での治療経過や既往の記載だけではなく、他施設での治療内容もわかる範囲で記載する。単なる病気の現病歴だけではなく、リハビリテーションが必要になった背景について情報提供を行う必要がある。その前提にはリハビリテーションの必要になった理由を十分理解しなければならない。障害の原因になった傷病の治療歴やリハビリテーション歴など知りうる範囲で記されていることが求められる。次に述べるアセスメント項目についてその根拠になる経過の記載があれば、適切なリハビリテーション指示の一助となる。

また、サービス提供を目的とした情報提供にあたり、リハビリテーションが必要となった経過やどのようなリハビリテーション効果を期待しているかの記載が重要である。

(2) アセスメント項目

かかりつけ医は、診断名、既往歴、リハビリテーションを行う上でのリスク（高血圧や不整脈などの心疾患の有無、糖尿病のコントロールの状況、痙攣などの既往など）、内服薬の内容と副作用（特に低血糖を起こす糖尿病薬や傾眠をきたす向精神薬など）、悪性疾患であれば予後のことやその説明内容、今後の治療方針などの情報を提供する。また、進行性疾患やターミナルなど病状の変化がある場合や急性増悪の危険がある場合は、その情報を提供することも大切である。また、緊急の連絡先も確認しておくことが求められる。

かかりつけ医は患者の一番身近な健康管理者として、患者の生活能力の変化を見逃さないようにすることが大切である。たとえば、起居動作の能力やADL能力の定期的なチェックが必要である。そのためには、生活機能を把握するために患者・家族からの情報を常日頃から聴取し、生活機能向上の可能性を判断したい。また、認知機能に関して、介護保険主治医意見書での認知機能判定や説明に対する理解度、服薬管理能力などの記載があれば有用である。

(3) リスクに関する情報

服薬情報に関して、それに対応した疾患名の提示があるとリスクがわかりやすい。治療中の疾患について自施設だけではなく、他施設での治療についても知りうる範囲で記載する。様々な疾患や病状の変化のある利用者に安全に運動負荷をかける場合、リスク管理は極めて重要である。運動負荷に影響する呼吸器疾患や循環器疾患などのある患者では治療コントロールの状況や気をつけるべきことは情報として記載したい。また、抗血小板剤や抗凝固剤など転倒や打撲などで大出血のリスクがある情報も記載したい。痙攣発作の既往、低血糖の可能性、起立性低血圧、骨関節の状態(骨粗鬆の程度も含む)、転倒歴、皮膚状態の悪化の予防などは必要な重要な情報である。

(4) 禁忌事項・中止基準

リハビリテーション実施上の普遍的な中止基準はない。リハビリテーション科専門医がリハビリテーション指示を行う場合、一般的な中止基準を示すことが多い(図表7)。かかりつけ医は運動負荷によるリスクを医学的根拠の元で判断し、情報提供すべきである。具体的な情報提供の内容として、慢性心不全の患者や閉塞性肺疾患の患者で呼吸苦などの自覚症状が出た場合や、リスクの高い不整脈の出現の可能性などである。

(5) 診療情報提供書の例

症例1は脳梗塞による右片麻痺、失語症の症例である。短距離であれば杖を用いて歩行可能である。失語症のため、社会的交流のモチベーションが低く、低活動になり機能低下の恐れがある。運動機能の維持向上、社会的交流の機会を増やす目的での通所リハビリテーションを依頼する症例である。

症例2は脳血管性パーキンソニズムと認知症がここ数年で進行し、転倒を繰り返すようになり骨折した超高齢者の例である。判断力の低下があり、住環境にあわせた機能訓練や生活指導が必要であり、訪問リハビリテーションを依頼する症例である。

症例3は胃がんの手術の後、徐々に活動性が低下し、誤嚥性の肺炎を繰り返すようになった例である。閉塞性動脈硬化症の症状、栄養状態や摂食嚥下機能など医学的管理に注意を払いながら低活動の改善を目的にした通所リハビリテーションを依頼する例である。

情報提供で重要な項目は傷病の経過と治療内容、サービス利用における留意事項であり、その留意点を付記した。

図表7 リハビリテーションの中止基準

1 積極的なリハビリテーションを実施しない場合	①安静時脈拍40/分以下または120/分以上 ②安静時収縮期血圧70mmHg以下または200mmHg以上 ③安静時拡張期血圧120mmHg以上 ④労作性狭心症の方 ⑤心房細動のある方で著しい徐脈または頻脈がある場合 ⑥心筋梗塞発症直後で循環動態が不良な場合 ⑦著しい不整脈がある場合 ⑧安静時胸痛がある場合 ⑨リハビリテーション実施前にすでに動悸・息切れ・胸痛のある場合 ⑩座位でめまい、冷や汗、嘔気等がある場合 ⑪安静時体温が38度以上 ⑫安静時酸素飽和度 (SpO ₂) 90%以下
2 途中でリハビリテーションを中止する場合	①中等度以上の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛、頭痛、強い疲労感等が出現した場合 ②脈拍が140/分を超えた場合 ③運動時収縮期血圧が40mmHg以上、または拡張期血圧が20mmHg以上上昇した場合 ④頻呼吸 (30回/分以上)、息切れが出現した場合 ⑤運動により不整脈が増加した場合 ⑥徐脈が出現した場合 ⑦意識状態の悪化
3 いったんリハビリテーションを中止し、回復を待って再開	①脈拍数が運動前の30%を超えた場合。ただし、2分間の安静で10%以下に戻らないときは以後のリハビリテーションを中止するか、またはきわめて軽労作のものに切り替える ②脈拍が120/分を超えた場合 ③1分間10回以上の期外収縮が出現した場合 ④軽い動悸、息切れが出現した場合
4 その他の注意が必要な場合	①血尿の出現 ②喀痰量が増加している場合 ③体重が増加している場合 ④倦怠感がある場合 ⑤食欲不振時・空腹時 ⑥下肢の浮腫が増加している場合

出典：日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会（編）
 「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン」 p6 医歯薬出版株式会社 2006年を元に作成

症例1 脳梗塞の例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所 ○○病院地域リハビリテーションセンター

平成28年 9月 1日

担当 ○○ ○○ 先生 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 ○ 印

患者氏名	症例1		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
			職業	
電話番号	○○○-○○○-○○○○		生年月日	明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日生 (○○)歳
患者住所	○○市 ○○町 ○-○○-○			
情報提供の目的	通所リハビリテーションの利用			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの <u>脳梗塞</u>		発症日:昭和・平成 28年 2月 5日 発症日:昭和・平成 年 月 日	
その他の傷病名	高血圧、2型糖尿病			
傷病の経過及び治療状況				
<p>脳梗塞発症前は当院で降圧剤および血糖降下剤による医学的管理を行っていた。 平成28年2月5日脳梗塞(左中大脳動脈領域)発症し、○○総合病院で急性期治療の後、○○リハビリテーション病院転院。右片麻痺、失語症などの損害残存するが、杖歩行可能となり7月15日自宅に退院。 その後当院において高血圧、糖尿病の医学的管理を行っている。</p>				
診療形態	<input checked="" type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 訪問診療 <input type="radio"/> 入院		入院患者の場合	入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等				
<p>現在内服薬は、アムロジピン(5) 1T、バイアスピリン(100)1T、グリメピリド(1)2T分1朝食後 である。今まで低血糖発作の既往はないが活動性があがると注意を要する。また、活動的になっており、抗血小板剤による易出血性には注意を要する。 杖歩行可能であるが、転倒の既往あり、運動性失語のため喚語困難からいらいらすることも多い。 妻と一緒に買い物に行きたい、年に1回は温泉旅行に行きたいという希望あり。</p>				
障害高齢者の生活自立度				
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度				
<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

脳卒中の治療やリハビリの経過を知りうる範囲で記載する。また、現在の医学的管理の状況を伝える。

現病や合併症の状況から考えるリスク、および現在の生活の状況を知りうる情報を記載する。また、生活上の楽しみややりたいことがあれば記載する。

症例2 パーキンソン病・慢性心不全の例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所 ○○○○センター

平成28年12月15日

担当 ○○ ○○ 先生 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 ○ 印

患者氏名	症例2	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
電話番号	○○○-○○○-○○○○	職業	
患者住所	○○市 ○○町 ○○-○		
情報提供の目的	訪問リハビリテーションの利用		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの #1 右大腿骨頭部骨折術後 発症日:昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 28年 8月15日		
	発症日:昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 25年 月 日 頃		
その他の傷病名	パーキンソン症候群、慢性心不全		
傷病の経過及び治療状況			
7年前より慢性心不全の医学的管理のため、当院でフォローアップしている。5年前より、すくみ足、バランス障害のため転倒しやすくなり、○○病院神経内科で脳血管性パーキンソニズムと診断される、3年ほど前より、認知機能の低下をきたしている。本年8月15日自宅で転倒し、#1と診断され、○○病院で右人工骨頭挿入術およびリハビリテーション実施され歩行可能となり、11月5日自宅に退院となる。			
診療形態	<input checked="" type="radio"/> 外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			
慢性心不全に対しては、ラシックス(20)1T分1朝食後の処方を8年間継続。 家族の栄養管理も適切で呼吸障害、動悸などの心不全症状を認めていない。 脳血管性パーキンソニズム、および認知症に対し、抗血小板剤、バイアスピリン(100)1T分1朝食後、投与されているが、打撲による内出血を数回起こしている。ここ数年判断力の低下が進行し、骨折前と比べ、家庭内での歩行能力の低下を認めている。外出はあまり好まれない。			
障害高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

リハビリが必要になった経過と現在の医学的な管理の状況、リハビリ依頼に至るエピソードがあれば記載する。



現在の投薬内容やリスクがあれば記載する。運動負荷や動作における転倒リスクなどリハビリ実施において気になる点があればわかりやすく記載する。

症例3 誤嚥性肺炎・胃癌手術後の例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所 介護老人保健施設〇〇〇

平成29年 1月30日

担当 〇〇 〇〇 先生 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 ○ 印

患者氏名	症例3		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	職業		
患者住所	〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇-〇			
情報提供の目的	通所リハビリテーションの利用、訪問リハビリテーションの検討			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		発症日:昭和 平成 28年 11月 10日	
	誤嚥性肺炎			
	胃癌術後		発症日:昭和 平成 27年 11月 25日	
その他の傷病名	慢性閉塞性動脈硬化症			
傷病の経過及び治療状況				
一昨年11月健診で指摘された胃癌の根治術を受ける。3週間の入院で退院し、自宅療養していたが、徐々に活動性が低下。ほとんど外出しなくなった。胃癌術後、食事がすすまず、ムセこむことも多くなった。昨年7月発熱認め、X線上、肺炎所見あり。〇〇病院地域包括ケア病棟入院し、抗菌剤等で治療。3週間で退院。11月にも同様の症状で3週間入院した。				
診療形態	<input checked="" type="radio"/> 外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日	退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等				
5年前より両下肢に虚血性の症状認め、上記診断で、バイアスピリン(100)1T分1朝食後、プレタール(100)2T分2朝・夕食後 の投与を当院で行っている。両下肢末梢の色調の変化、薬の副作用としての易出血性に注意を要する。胃癌手術をきっかけに徐々に低活動になり、誤嚥性肺炎も繰り返すようになる。食事の性状、食べ方など医学的管理を行いながら、運動機能の維持向上を目指す。				
障害高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

廃用症候群のケースは廃用状態前の医学的情報と、廃用に至る原因になったエピソードを記載する。

現在の投薬内容と医学的リスク、リハビリ実施のうえで気になる点や望むべき状態について記載する。

3. かかりつけ医からケアマネジャーへ伝えるべき情報

介護保険によるリハビリテーションサービスを利用するためには、ケアプランへの位置づけが必要である。そのため、ケアマネジャーが適切な「医療ニーズ」を把握することが必要とされる。また、ケアマネジャーにとって重要なのは単に医学的な知識を持っているかどうかではなく、その病気や状態があることが利用者の生活に対してどのような影響を及ぼしているのかを捉える視点であり、かかりつけの医師等と普段から相談できるよう関係性が重要となる。

ケアマネジャーは、適切にリハビリテーションを位置づけたケアプランを策定するため、以下のような視点でアセスメントを行っている。

① 普段の動きを把握すること

「いつもと違う」を見つけることを基本とし、医療職に兆候を伝える

② 動きのニーズを発見

自立、非自立の確認後、介護の内容や量の確認 ニーズを発見できる見方により、「いつもと違う動き」「いつもできているのに今日は・・・」「動きの効率が悪い」を伝える。

③ 生活上の情報

生活に関する情報提供や診断後のケアプラン調整、治療を考慮した生活のポイントは疾患ごとに異なる。(重度か軽度、急性期か生活期などの違い) 適切なアセスメントを行うためには、「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」など焦点を当て整理することも重要となる。

特に、図表8に示した内容については、具体的な状況把握が大切である。また、日常生活の状況をふまえ、適切にかかりつけ医をはじめとする医療職にフィードバックするためにも、是非かかりつけ医から情報共有いただきたい項目である。

図表8 かかりつけ医がケアマネジャーと共有すべき情報

項目	内容
主病名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護状態の原因病名、関連する病名など ・ 接することが少ない病名の時は、大まかな病気の内容 ・ 疾病に関する留意点
主症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 片麻痺など主たる症状、機能障害名 ・ 他に付随する症状があればその内容
予後	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後の改善や悪化の可能性 ・ 疾患の安定の度合いや進行程度
特別な医療サービス等	<ul style="list-style-type: none"> ・ これからどのようにサービスを提供していくのか、介護者への指導はどの程度行われているのか
服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 使用薬剤、頻度 ・ 副作用等想定されるリスク ・ 不整脈や高血圧、顔色など、リスク把握のための留意点
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の形態や量、カロリー量等食事に関する指示の有無 ・ 食事摂取時の留意事項、食事にかかる時間等 ・ 体重の増減、水分摂取量、顔や足の浮腫みなど、関連して観察が必要な事項 (低栄養、脱水、心不全等のリスク把握のポイント)
口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入歯、義歯等の状況 (栄養状態や感染症にも関わるため。なお、入院中は入歯等を外していることもある)
移動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歩いているか、どのように歩いているのか、いつ、どれくらい歩いているのか など
緊急時の連絡体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時の連絡先等

リハビリテーション指示医とは、外来リハビリテーションや訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを行っている事業所（医院、病院、老人保健施設）に勤務し、かかりつけ医からの要請に基づき実際にリハビリテーションの指示を行う医師のことである。

リハビリテーション指示医は臨床医としての立場を堅持しながら、症例の回復過程の支援や増悪の予防に努める必要がある。その過程には本人、家族の意思決定支援の観点が必要であるし、またケアマネジャーをはじめとした介護、福祉関連のスタッフと情報共有を行いながらリハビリテーション専門職に対し適切な指示を出し、患者を中心とした、専門性の異なる多職種によって構成されるチームに最大限の機能を発揮させるためのリーダーシップをとることが重要となる。

2015年の介護報酬改定にてリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）、（Ⅱ）が新設された。リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方として、マネジメントは調査（Survey）、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（SPDCA サイクル）の構築を通じて、心身機能、活動および参加についてバランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである（図表9）。

図表9 SPDCA サイクルの概念図



リハビリテーション指示医はそれらの要素を理解し、患者および家族、ケアマネジャー等にわかりやすく伝える役割を担う。SPDCA サイクルの構築に先立ち、疾病および障害に関する予後の予測やリスクを整理し、リハビリテーションの方針がかかりつけ医の治療方針と合致するように調整する役割も必要と言えよう。

生活期のリハビリテーションを提供する医師として、

- ①常に生活を見る視点を持つこと、
- ②職種や診療科間の壁を取り除き、関係者が対当な立場としてサービスを提供できるようなマネジメント、
- ③基礎疾患や合併症等について、エビデンスに基づいた意思決定支援への取り組み、
- ④心理的な問題やQOLに配慮し社会参加を支援する視点を持つこと、
- ⑤質の高いサービスを提供できる地域の発展に寄与する志、
等を持つように心がけたい。

多くの患者にとって、障害は完全に克服できるものではなく、生涯を通じて付き合い合っていく必要がある。また特に高齢者の場合には複数の疾病を抱えている場合が多く、疾病は緩徐に、時には急速に進行、増悪し、やがて終末期の状態を迎える。終末期までを見据えた治療やケアにおいてはしばしば治療法の選択は一つではなく、その決定には患者本人、家族の価値観や尊厳の保持といった視点も欠かすことができない。それらを踏まえながら患者家族の意思決定支援を行い、チームの構成員全員に理解ができる言語を用いてリハビリテーションの方針を決定する必要がある。

リハビリテーション指示医は、単に実施するプログラムの説明をするのみではなく、患者が主体的かつ前向きに障害と向き合うための意欲を向上させ、家族や患者を支援していくという機能も併せ持つ必要がある。

かかりつけ医に対しては、リハビリテーションの実施によって得ることができることと予測される疾病管理上のメリットを伝え、生活機能の向上、参加活動機会の向上などの改善点を適切にフィードバックする必要がある。そのことがかかりつけ医にとって単に疾病管理のみではなく、生活機能障害を見る視点を持つことや、リハビリテーションの導入により達成できることへの気付きを与える機会になることが期待される。

1. ケアマネジャー

(1) ケアマネジャーの役割

介護保険制度の根幹である「尊厳を保持し、その方にあった自立」を確立していくことがケアマネジャー（介護支援専門員）の務めである。疾患や障害によって生活機能の変化や低下をきたしている利用者には、在宅や施設等で生活していくために必要な「医学的知識や技術の必要性」が、利用者の「介護が必要な生活状況全体」にも影響する。また、発熱、骨折などにより、在宅が中断してしまうケースや、認知症の行動障害が著しいケースなどに不適当なリハビリテーションを位置付けることなどが無いよう留意する必要がある。今後は医療と介護が一体化していくことになると思われる。ケアマネジャーは、多くの喪失を体験し、現実に向かい合えなくなった利用者が、もう一度向かい合うことができるよう、ともに考え、準備から環境を整えていく過程を的確に支援する大切なポジションを担っている。

(2) ケアマネジャーのアセスメント

適切なタイミングで介護保険によるリハビリテーションサービスを導入するためには、ケアマネジャーが利用者の「いつもと違う」ことに気づき、タイミングを逃さず医療連携の必要性を把握することが重要である。そのため、ケアマネジャーは、利用者の現在の状態を理解し、どのようなことを観察し、何をかかりつけ医や医療職に報告するかをあらかじめ把握したうえで、リハビリテーションアセスメントを行っている。

具体的には、病状の悪化などで治療が必要な場合と普段の健康や生活機能保持を目的とした予防的場合のそれぞれにおいて、「いつ・どんなことで・誰と連携すればよいか」を共有し、「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」に焦点をあて、利用者の自立支援を促すためのケアプラン策定を行う。また、健康上のリスクの高い利用者や高齢者に対しては、予防の考え方を持って支援を行っていく。

(3) 多職種との情報共有におけるケアマネジャーの役割

ケアマネジャーはケアプランを策定する立場であり、サービス連携においては様々な職種からの情報のハブとなる存在である。

かかりつけ医から、ケアマネジャーへ伝えるべき情報としては、「IV-3 かかりつけ医からケアマネジャーへ伝えるべき情報」図表8（P15）掲載のとおりであり、病気に関すること、合併症や廃用、心身機能・疾病に関する事など、利用者に関することの多岐にわたる。これらの情報を、リハビリ専門職や介護職員とスムーズに共有し、医療と介護のシームレスな連携につなげていくためにも、ケアマネジャーとの連携は非常に重要である。

2. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

(1) 理学療法士 (PT)

①理学療法 の定義と現状

1) 理学療法士及び作業療法士法

理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

2) 現状

法律における基本的動作とは「寝返り」「起き上がり」「座る」「立つ」「歩く」ことを意味するが(図表10)、とりわけ「歩く」ことに関しては専門職理学療法士の職業的な責任が重大である。また、疾患別にみると呼吸理学療法・心大血管理学療法・神経理学療法・運動器理学療法・糖尿病理学療法等があり、それぞれ学術集会を開催している。

図表10 基本的動作



②理学療法士の定義と役割

1) 理学療法士及び作業療法士法

理学療法士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行うことを業とする者をいう。

2) 役割

医師の指示には「具体的指示」と「包括的指示」があり、前者は理学療法士の判断が入り込む余地のない指示であり、後者はプロトコルをあらかじめ決める方法である。患者及び利用者の身体的状況によって、医師の判断によって使い分けることが重要である。

③理学療法指示について

リハビリテーション指示医から、リハビリ専門職への指示の流れは図表11のとおりであり、3療法に共通している。うち、理学療法における指示の注意事項としては以下が挙げられる。

1) リスクファクターの記載

理学療法は運動療法を中心としており、誤った運動による機能障害（誤用症候群）や過度な運動による機能障害（過用症候群）のおそれがあり、リスクファクターに関する情報記載は必須である。

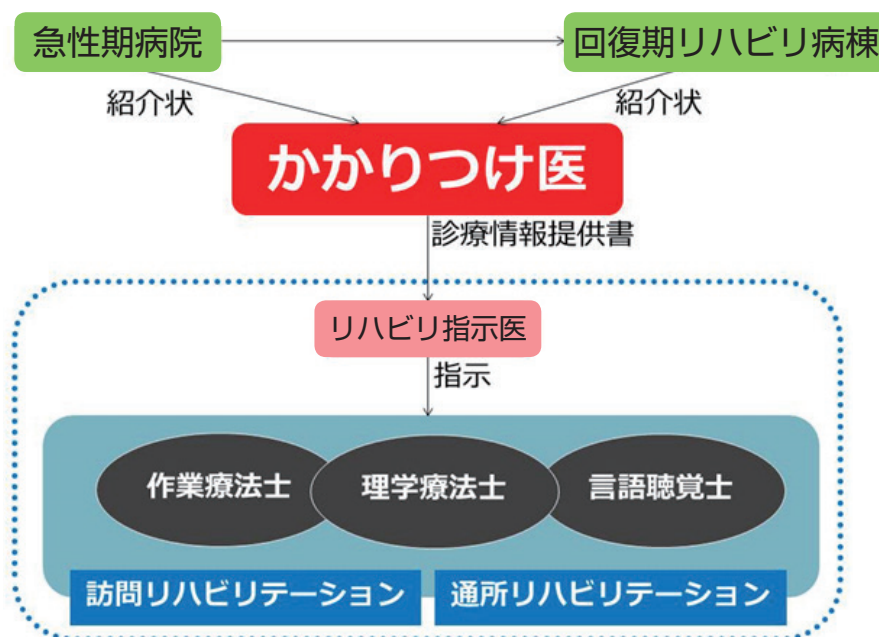
2) 目標（ゴール）の記載

ゴール設定が明確に示されるとチーム医療としての業務効率が上がる。

3) 緊急時の連絡方法や連絡先の記載

院内業務であれば医師による緊急時対応が可能であるが、院外業務の場合にはかかりつけ医への緊急報告等の体制整備が必要である。

図表11 リハビリ専門職への指示の流れ



④理学療法士による運動を用いた予防活動

地域包括ケアの推進に伴い、理学療法士による介護予防や転倒予防が盛んになってきた。この分野においては医師の指示は不要であるが、安全で効果的な予防活動を行うためには医師との連携は絶対に欠かせない。それぞれの地域でかかりつけ医と行政を中心とした多職種連携の組織化が望まれる。

(2) 作業療法士 (OT)

①作業療法とは

作業療法は、身体及び精神に障害のある方の応用的動作能力及び社会的適応能力の回復を支援するものである。平成22年4月30日には、作業療法の範囲として、下記の6項目が追加通知された。これは、病院や介護保険施設、在宅医療でも同様であり、作業療法の強みは、医学的な知識をもって利用者の「活動と参加」および「環境」に関する評価、治療、支援を行うことである。

- 1) 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL 訓練
- 2) 家事、外出等のIADL 訓練
- 3) 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- 4) 福祉用具の使用等に関する訓練
- 5) 退院後の住環境への適応訓練
- 6) 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

②生活行為向上マネジメントの特徴と在宅医療での活用

図表12は大腿骨頸部骨折を呈した方(95歳、女性)の生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance: 以下、MTDLP)のアセスメント及びプラン票である。

合意した目標を妨げている要因をICFの生活機能で分析し、それぞれの要因の予後を予測し、それに基づいて、基本訓練、応用訓練、社会適応訓練の各項目で、いつ、だれが、どのように行うのか等を含む支援計画である。このツールの特徴は、全ての工程において、利用者本人と協働で作成する点であり、結果、課題解決についての考え方と方法を利用者自らが学習する機会となり、「自らが考え工夫する対応」へと変化することが挙げられる。このような作業療法を通して、在宅医療において以下の情報を提供できると考える。

- 1) 「している活動」、「したいと考えている活動」、「していない、出来ない活動」
- 2) 「参加の現状」と「望む参加の状況」
- 3) 目標とする「活動と参加」
- 4) 目標を妨げている生活機能(心身機能・身体構造、活動と参加、環境)評価(見立て)
- 5) 目標達成するための強みと弱み
- 6) 目標達成に向けての、生活機能別の取り組みと実施期間、関与する専門職(利用者本人、家族も含む)
- 7) 必要な福祉用具(義肢・装具(副子))と住宅改修を含む環境整備
- 8) 利用できる地域の社会資源の情報

③在宅医療においてご提供お願いしたい情報

- 1) 作業療法の目的
- 2) 疾患、病態に関する診断、治療方針、投薬、経過などの情報
- 3) リスクに関する情報、作業療法実施上での考慮点
- 4) 連携に関する情報

④共に地域住民の健康に貢献するために

残念ながら作業療法士の約80%は病院、介護保険施設に勤務しており、在宅医療の場での作業療法士は未だ少ないのが現状である。しかしながら、病院、介護保険施設の作業療法を、在宅生活を前提とした、MTDLPによる作業療法に変えることにより、病院と在宅が有機的に機能するものと考えている。なお、MTDLPのツールの中に「生活行為向上申し送り表」があり、在宅医療にとっても有用な情報が提供できるものと思う。

図表12 生活行為向上マネジメント (MTDLP) シート

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
生活行為向上プログラム いつ・どこで・誰が実施	達成のためのプログラム	①離床練習：座位→立位→病棟内歩行 (BP,HR,心電図、Borg 指数でモニタリング) ②下肢筋力強化：循環動態が安定していれば自主トレに移行 ③心不全症状と対処の指導	④ADL 練習：階段昇降、床上動作、シルバーカー歩行 ⑤IADL 練習：洗濯、お盆を使った運搬、棚の整理、調理の模擬的動作 ⑥職業前訓練 (立位作業)	⑦住環境整備の検討：階段手すりとベッド導入 ⑧介護保険サービスの検討 ⑨弟への買い物や外出の付き添い依頼
	本人	①～③息切れと疲労感を確認して休憩をとる習慣をつける	④～⑥入院前の実行状況や作業環境を伝え、安全に行える手順や環境を考える	⑦⑧退院後の住環境や必要な支援を考える ⑨付き添いは弟に依頼
	家族や支援者	①②PT と OT が協働で実施。PT は離床と歩行、OT は筋力強化とつかまり歩きを行い役割分担 ③看護師がパンフレットで指導、OT・PT は活動時の息切れを確認して休憩の指標を決定	④PT 担当、歩行距離を伸ばす ⑤⑥OT 担当、Borg 指数を確認して休憩のタイミングを伝える。行為の省略化や椅子の設置などを検討する	⑦～⑨OT と弟が担当 職場環境を評価 (仕事内容や環境調整を検討) 弟は外出時の付き添い、復職時に様子を見に行くこと、緊急時連絡先を決めておく
実施・支援期間		X年 Y月 Z+13日 ～ X年 Y月 Z+29日		
達成		<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成 (理由：) <input type="checkbox"/> 中止		

生活行為の目標	本人	家業の薬局で働きたい		
	キーパーソン	弟：無理しない程度に店に出てほしい。		
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (移動能力,セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具,環境変化,支援と関係)	
生活行為を妨げている要因	b410 心臓弁機能低下、Af 左房径の拡張 b455 運動耐容能の低下 b164 自身の状態の洞察が不十分 b126 せっかちな気質 b730 廃用性の筋力低下	d430 歩行・運搬能力の低下 d510 セルフケア要介助 d570 心不全の知識と対処が未習得 d630-649 家事は過負荷による再発の要因となる可能性 d850 職場復帰も過負荷による再発の要因となる可能性	e155 和式住居で自室が2階 e310 独居 e135 職場環境は未把握 e580 サービス未利用	
現状能力 (強み)	b410 左室駆出率は弁機能の低下を代償できる程度に保たれている b130 治療意欲は高い	d175 困った時の相談可能 d720 対人関係は良好	e310 弟の支援あり e425 勤務形態に融通が利く	
予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	3週後： ・心不全の改善にともない呼吸循環動態が改善する。 ・息切れの自覚は可能となる	3週後： ・息切れに合わせた休憩によりセルフケア・屋内歩行・家事は自立 (Borg 指数 13以下) ・3～4時間の店番ができる	3週後： ・自宅退院 ・弟や業者の支援で店番ができる ・緊急時の連絡体制をとる	
合意した目標	薬局の仕事 (接客と販売) を毎日半日できるようになる			
自己評価*	初期	実行度 4/10	満足度 5/10	最終 実行度 10/10 満足度 10/10

*自己評価では、本人の実行度 (頻度などの量的評価) と満足度 (質的な評価) を 1 から 10 の数字で答えてもらう

本シートの著作権 (著作人格権, 著作財産権) は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

出典：一般社団法人日本作業療法士協会資料

(3) 言語聴覚士 (ST)

①言語聴覚士の対象

言語聴覚士の対象は、コミュニケーション障害と摂食・嚥下障害である（図表13）。このうち、高齢者でよくみられる障害は、1）加齢性難聴に伴う聴覚障害、2）脳血管障害等に伴う失語症・高次脳機能障害や構音障害、摂食・嚥下障害、3）頭頸部癌に伴う構音障害や摂食・嚥下障害などである。近年は加齢を唯一の原因としたコミュニケーション障害や摂食・嚥下障害が増えており、認知機能の低下も重なり、病態が複雑化している。

コミュニケーション障害があると他者との交流を避ける傾向が強くなり、引きこもりを生み出す。摂食・嚥下障害は脱水状態や低栄養状態を生み、肺炎のリスクを高める。両者は地域で自立した生活を送るうえで、大きな支障となる。

図表13 言語聴覚士の対象

<p>I. コミュニケーション障害</p> <ol style="list-style-type: none">1. 聴覚障害2. 音声・言語障害<ol style="list-style-type: none">a. 言語発達b. 失語症・高次脳機能障害c. 構音障害（運動障害性構音障害、器質性構音障害、機能性構音障害）d. 音声障害e. 吃音3. その他の原因（認知症、加齢他） <p>II. 摂食・嚥下障害</p>

②言語聴覚療法・摂食嚥下訓練の内容

聴覚障害に対しては、適切な補聴器の選択と調整、そして装用指導を行う。高齢者では補聴器に慣れるまでに時間がかかるので、細やかな専門的指導が必要となる。失語症や高次脳機能障害は長期にわたって回復するため、継続的な機能回復の取り組みは必要である。しかし、その間の日常生活におけるコミュニケーション活動を確保するためには、代用的コミュニケーション手段の獲得を促す必要がある。代用的コミュニケーション手段には、文字や絵によるコミュニケーションボード、ジェスチャー等の使用がある。これらの代用手段は重度の構音障害患者においても有効である。また、本人への直接的指導だけでなく、家族や介護者にコミュニケーションの取り方を指導・助言することで円滑な意思疎通を図る。

摂食・嚥下障害に対しては、医師からの情報と言語聴覚士が実施した嚥下評価に基づき、安全に食べることができる姿勢、食物形態、嚥下法（息止め嚥下、横向き嚥下、交互嚥下等）を決定し、指導する（図表14）。家族や介護者に対しては、病態の説明、適切な嚥下調整食の調理法と市販製品の活用、食事介助法等を指導する。食事は家族・介護者の見守りのもとで注意深く行ってもらおう。この時に食事量、食事時間、食後の状態変化等について記録してもらおう。

経口摂取困難な状態では、栄養を確保しつつ活動レベルの向上と摂食・嚥下器官の運動機能向上に努める。覚醒レベルの向上、座位保持時間の延長などの基本的な働きかけを行う。また、誤嚥性肺炎の予防には口腔衛生が重要である。本人、家族・介護者が日常的に口腔ケアを実施してもらえるように指導する。さらに、重度の嚥下障害のため経管栄養からの離脱が困難な場合は、嚥下機能改善手術や嚥下防止手術の適応について提案する。

図表14 摂食・嚥下訓練の内容

1. 嚥下関連器官の機能訓練
（口唇・舌・下顎の運動、軟口蓋・声門の閉鎖等）
2. 直接的嚥下訓練
（誤嚥しない食物を誤嚥しない姿勢、方法で摂取する）
3. 摂食姿勢の指導
（誤嚥しない姿勢の確認と本人・家族・介護者への指導）
4. 食物の調整と指導
（本人・家族・介護者への安全な食物の調理法等の指導）
5. 口腔ケアの指導
（本人・家族・介護者への指導）

3. 看護職員

生活期リハビリテーションは病院の外来や介護保険での訪問や通所でのリハビリテーション、また介護老人保健施設等、施設内でも実質的に行われていく。サービス利用者の現存する機能を維持しつつ、日常生活を送る上で必要な機能の習得や低下予防等の目的を果たすためリハビリテーションが行われていくが、利用者の状況によっては、日々のリハビリテーションメニューが実施可能なのか、通常のおよそ半分にとどめておくのか等の判断が必要になる。

(1) 看護師の役割

①利用者の健康状態アセスメント

看護師はあらゆる療養の場において、（通所でも健康管理等の役割がある）利用者が目指すべき姿に向かってケアプランや看護計画に沿ってケアを提供している。日々の利用者の健康状態の管理、あるいは直接のケアを通してその人の全体的な身体的機能の把握が出来る。それは原疾患、既往歴、突発的な疾病（例えば上気道炎など）、睡眠状況、栄養状態、水分バランス等々生活リズムに関する事、気温や湿度といった環境因子、そして精神的な側面からもアセスメントし、さら

図表15 看護師の主なアセスメントの視点

健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現疾患・既往歴等に関する状況 ・ 生活リズムに関する事 <ul style="list-style-type: none"> ①呼吸・循環・体温 ②認知機能に関する事 ③睡眠・移動、姿勢の保持等に関する事 ④食事に関する事（食べる事・飲む事） ⑤排泄に関する事 ⑥皮膚の状況 ⑦身体の清潔・整容・更衣等に関する事 ⑧コミュニケーションに関する事 （例：聴覚、視覚、会話能力等） ⑨生活パターン <p style="text-align: right;">他</p>
心理的側面	感情、意欲、気分、満足、依存傾向、治療やサービス等に関する本音 自己決定の力 等
服薬状況	飲み忘れ、副作用に関する事、健康食品等
環境的側面	気温、室温、湿度、採光、寝具等の療養環境 家族やキーパーソンの思いやご近所、サービス提供者等との関係性

にそのことが利用者の生活力の予測と身体的機能がどの程度の子備力があるのかを予測している（図表15）。

②ケア調整と管理

生活期のリハビリテーションは医療従事者が多数いる医療機関で行われるのではなく、介護保険事業所やご自宅等で行われていくのが通常だとおもう。看護師は日々の利用者の健康管理をするので、利用者の状況に適したケア調整と管理を行う。生活期リハビリテーションが行われるとき、絶対に気をつけたいのは、本日、メニューは実施してもいい状態なのかどうかである。療養の場にいる看護師に利用者の健康状態を必ず確認することと、状況によっては、支援量の変化が求められる。いつものとおりでよいのか、半分ぐらいのほうがいいのか、あるいは中止という判断もあるだろう。療養の場にいる看護師を活用して安全で継続できるリハビリテーション介入をしていくべきである。

（2）連携上の留意点

生活期リハビリテーションの実施はさまざまな職種がかかわっていくが看護師との連携においては以下のことを留意点として挙げる。

- ①利用者の到達目標の共有（IADLを含めて）
- ②介入の際の健康状態の確認：リハビリテーションが実施できる状態であるのか、気をつけるべき事項は何か
- ③介入後の状況共有：変化の有無や気になったことなどを共有して必ず看護師にその情報が伝わっていることが重要である。

最低限、これらのことがおこなわれれば、少なくとも安全にそして継続的に生活期のリハビリテーションが行われ、異常時の早期発見、早期対処、関係各所等への調整が可能になり、アクシデントがなくスムーズな対応が可能になる。

なお、日本看護協会では、在宅・介護施設において多職種が共有すべき情報の整理と共有のためのシートを開発している（図表16）。各職種が縦割りで把握している情報を共有するためのものであり、開発までには試行期間も設けて作成した。参考になればと願う。

図表16 多職種情報共有シート

「多職種情報共有シート」の記載方法

①フェイスシート[8項目]

氏名 性別 男・女 生年月日 年 月 日 血液型 M・T・S・H

住所

入所日(サービス科) 年 月 日

緊急連絡先(1) 氏名 電話番号

緊急連絡先(2) 氏名 電話番号

緊急連絡先(3) 氏名 電話番号

緊急連絡先(4) 氏名 電話番号

緊急連絡先(5) 氏名 電話番号

緊急連絡先(6) 氏名 電話番号

緊急連絡先(7) 氏名 電話番号

緊急連絡先(8) 氏名 電話番号

緊急連絡先(9) 氏名 電話番号

緊急連絡先(10) 氏名 電話番号

入居時に記載する

②アセスメントシート[20項目]

生年月日 年 月 日 年齢 歳 記入日 年 月 日

1. 基本情報(相談員・看護職)※【 】内は主に記入を担当する職種を示す

現在(事業) アセスメント(留意点等)

①障がい高齢者の日常生活自立度判定基準:
②認知症高齢者の日常生活自立度判定基準:
③認知症関連の評価:
改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 点
ミニメンタルステート検査(MMSE) 点

④身体障がい者障害程度等級:
⑤介護認定:
⑥介護保険負担割合:
⑦介護保険減免:(有・無)
⑧その他:

2. 既往歴【看護職】
現在(事業)

3. 疾患や治療への理解【看護職】
現在(事業)

4. 本人・家族の思いや願い【相談員】
現在(事業)

① 本人の思いや願い:
② 本人の目指すゴール:
③ 家族の思いや願い:

カンファレンスやアセスメントが必要な時等、定期的に記載内容を更新する

各職種が得られた情報から考えられるアセスメント(留意点等)を記入します。

記入担当の職種が示されていますが、それ以外の職種も持っている情報を記入し、情報共有を行うことを目的としています。

③経過記録シート

記入日:
氏名:
総合的な援助の方針:

ケアプランサービス項目	担当職	実施・未実施
1		
2		

健康 生活

時間	職種	項目	経過記録	サイン

毎日のケアプラン実施状況等を記載する

介護サービス計画書(ケアプラン)から転記します。

1日分(24時間)の経過記録として使用します。
各職種が実施したケアを経時的に記載しサインします。

出典：公益社団法人 日本看護協会「在宅・介護領域における「多職種情報共有シート」-目的と使い方-

<http://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kaigoshisetsu/pdf/operate.pdf>

※多職種情報共有シートダウンロード先

http://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kaigoshisetsu/pdf/kyou_20170227.pdf

地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル

29

4. 介護職員

介護職員は、他の専門職に比して、利用者の暮らしに近いところで活動するところに特徴がある。これは、介護職員とは、利用者の心身の状況のほか、生活歴や趣味、生活習慣、癖などを理解し、その理解の上で、利用者それぞれの生活そのものを支援する役割を担っているからである。

介護職員のなかでも、特に介護福祉士については、資格取得過程における学習において、一定の医療的な知識や利用者の生活をみる視点を修得しているため、利用者の理解度も、資格を持たない介護職よりも高いことが想定される。そして、利用者との信頼関係の構築状況についても同様の傾向があると考えられる。

そのため、特に介護福祉士にあっては、利用者とのかかわりの中で、心身の状況の変化により気づきやすく、また、利用者から相談を受けやすいと考えられる。

(1) 介護職員に期待される役割

①利用者の日常生活の変化を医療職等に繋ぐ役割

利用者が医療職等とかかわるのは、事前にその予定が組まれている場合を除いては、医療職等とかかわる必要性があると判断されたときに限られる。しかし、利用者本人が、その必要性等に気づかないことも少なくないことを考えると、利用者本人以外の他者が、その必要性に気づくことが重要である。

その際、日頃からの利用者とかかわりがある介護職員、特に介護福祉士にあっては、利用者の心身の状況の変化に、より気づきやすく、さらに、それを言語化して医療職等に繋ぐ役割を担うことが期待される。

②日々の生活の中で利用者に治療や機能訓練の効果を伝える役割

利用者の中には、治療や機能訓練について消極的な方も少なくない。介護職員、特に介護福祉士は、医療職等のサポートをいただくことができれば、日々の生活の中で、タイミングよく、あるいは継続的に、その治療や機能訓練の効果を、利用者に対し説明する役割を担うことが期待できる。

③治療や訓練を行う利用者のモチベーションを上げる役割

利用者の中には、治療や機能訓練の効果を理解していても、これらに消極的な方も少なくない。介護職員、特に介護福祉士は、医療職等のサポートをいただくことができれば、利用者の生活歴や趣味、生活習慣等を踏まえて、その治療や機能訓練に対するモチベーションを上げる役割を担うことが期待できる。

④「できるADL」と「しているADL」を近づける役割

介護職員は、リハビリテーション専門職等と連携を図ることで、利用者が「できるADL」を把握し、身体介護を行う際、利用者ができるはずのところは、多少時間がかかったとしてもできるだけ本人にさせていただくことにより、リハビリテーションの流れを日常生活の中にも組み込み、リハビリテーションの効果をより大きくする役割を担うことが期待できる。

(2) 連携上の留意点

生活期リハビリテーションの実施するにあたっては、主に、次の点に留意いただいた上で、介護職員との連携を図っていただきたい。

①利用者の身体状況の共有

利用者が日頃から実際にしている活動と、身体状況から判断できる、できるはずの活動の範囲について情報を共有いただきたい。

②利用者の観察視点の共有

利用者の心身状況を踏まえ、日頃の生活の中で、特に変化に注意を要す事項（＝留意すべき観察視点）について情報を共有いただきたい。

③利用者が日々の暮らしで実施できるリハビリ等に繋がる工夫等の共有

利用者の生活の中に取り入れることで、利用者のリハビリや機能訓練に繋がる工夫等があれば共有いただきたい。

④介護職員から提供させていただく情報の活用

利用者の日々の生活をとおして気づいた点等については、情報を提供させていただくので、是非ともご活用いただきたい。

⑤関係者間での情報共有

利用者の心身の状況変化の内容等については、介護職員を含む関係者間で、ぜひとも情報を共有いただきたい。

5. その他の関係する専門職等

(1) 歯科医師、歯科衛生士

歯科医師は、主に歯科疾患に対する歯科治療や義歯処置・調整による咀嚼・嚥下機能の回復等口腔衛生・口腔機能の改善・向上を担う。特に、高齢者は歯牙の動揺、多数歯の欠損等や脳卒中などによって、咬合不良状態になっている可能性が高いため、食塊形成や嚥下機能の改善のためには歯科医師による適切な評価や治療による口腔機能の改善・向上が重要である。

また、高齢者の摂食嚥下障害に対応する歯科医師も増えてきており、口腔衛生・口腔機能の観点から摂食・嚥下機能の評価を行い、嚥下機能の回復に必要な補綴物（舌接触補助床等）の作成等、摂食・嚥下リハビリチームまたは栄養管理チーム（NST）の一員として、かかわるようになってきている。

歯科衛生士は、歯科医師との指示・強固な連携の下で、歯科診療の補助行為や歯科保健指導を行うこととされており、主にう蝕や歯周病等の歯科疾患の重篤化及び誤嚥性肺炎の予防を目的とした口腔衛生管理（いわゆる専門的口腔ケア）を担う。その他、主に口腔機能の観点から、歯科医師と共に、歯科衛生士もまた摂食・嚥下チームの一員として従事する場合もある。

(2) 管理栄養士

高齢者は加齢とともに潜在的な低栄養状態にあることが知られている。このため、急性期から生活期（地域生活）に至るまで効率的・効果的な疾病治療や生活機能の改善・維持・向上を目指して管理栄養士がチームの一員として参画することが重要となっている。そこで管理栄養士は、栄養状態のアセスメント、栄養管理計画の立案・実施、栄養状態のモニタリング及び評価を行う。もちろん、リハビリを効果的に進めるには、栄養状態が適切に保たれていることが前提となる。このため、管理栄養士は、リハビリの進捗状況に応じて栄養管理計画を適時に見直し、一人ひとりの嗜好や摂食嚥下機能等も踏まえつつ、食べる楽しみが得られるような食事を通じて必要な栄養量を提供する。中でも、回復期においては、高齢者を中心に、低栄養が高率に認められるとの報告もあり、一人ひとりに応じたきめ細かな栄養管理が特に重要となる。

参考：機能訓練指導員

指定通所介護事業所、特別養護老人ホーム等においては、機能訓練指導員を配置することが求められている。この機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またその減退を防止するための訓練を行う能力を有すると認められるものとされ、具体的には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有するものとされている。すなわち、機能訓練指導員は職種の名称ではなく、事業所における役割の名称である。

これらの機能訓練指導員を配置し、訓練計画を立て、計画的に機能訓練を行う等の要件を満たす場合、事業所は個別機能訓練加算を算定できる。

なお、機能訓練は訪問リハビリテーションと異なり、医師の指示やリハビリテーション専門職によるサービス提供は求められない。

1. 医療保険におけるリハビリテーション

地域包括ケアシステムの構築には“医療が生活に出会い、地域生活を支えていく”ことが必要である。従来、入院医療は生活から隔絶された世界で絶対安静・絶飲食の下、臓器別専門治療を行ってきた。ところが超高齢社会になって「高齢者は入院により容易に廃用となり、合併症を併発して入院が長期化し、ついには寝たきりになってしまう」ことが浮き彫りになった。今や「医療が如何に生活に繋がっていくか」が重要な命題である。その唯一の方法は多職種協働に基づくリハビリテーション医療の展開・普遍化である。

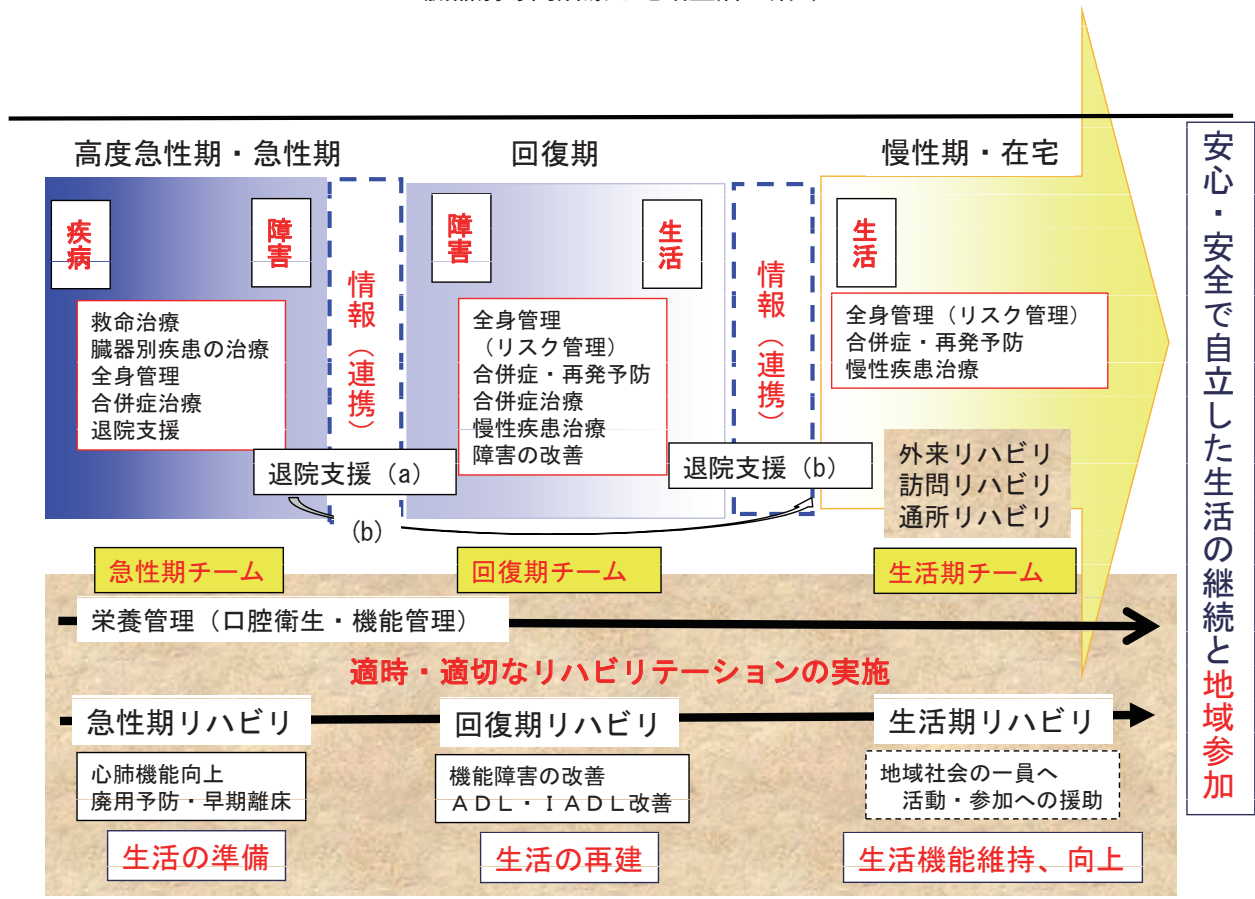
以下、医療保険におけるリハビリサービスのあり方について概説する。

(1) 医療機能の分化・連携とリハビリテーション

地域包括ケア時代、入院患者の多くが高齢者となる。このため、入院直後から臓器別専門治療と並行して栄養管理および廃用・合併症予防のためのリハビリが実施されることが望まれる（急性期リハビリ：「生活の準備」）。また全身状態が安定し、臓器別専門治療が終了したら、そのまま在宅復帰に向かうか、若しくは集中的なりハビリによって残存する障害の改善を目指す“回復期リハビリ病棟”、又は継続的な全身管理・療養が必要な場合には“地域包括ケア病棟”に転院（転棟）し、「生活の再建」を図り、在宅復帰を目指す（回復期リハビリ）。退院後は医療保険における外来リハビリ又は介護保険のリハビリである訪問や通所リハビリを利用して地域生活の安定化、獲得された「生活能力の維持・向上」を図り、活動・参加に繋げていくことが大切である（生活期リハビリ）（図表17）¹⁾。

これからの地域医療は着実な栄養管理、適時・適切なリハビリそして退院支援が実施されることで、安心・安全な地域生活に繋がっていくことが求められる。

図表17 地域包括ケアシステムにおける医療機能の分化・連携とリハビリテーション
～臓器別専門治療を地域生活に繋ぐ～



出典：栗原正紀「地域包括ケア時代を支える“救急医療とリハビリテーション”」日職災医誌、64：197-202、2016を一部改変

(2) 病期毎のリハビリ

① 高度急性期・急性期（救急）におけるリハビリ（急性期リハビリ）^{2)、3)}

全身状態が不安定で呼吸・循環動態の管理（人工呼吸器管理含め）など集中治療が必要な状態（集中治療室：ICU、CCU、HCU、SCU など）ではベッドサイドにおいてリハビリ専門職（PT・OT・ST）による排痰・呼吸訓練や廃用予防を目的とした他動的関節可動域訓練、良肢位保持そして看護師（歯科衛生士）による口腔ケア（言語聴覚士による間接的嚥下訓練も含め）或は2時間毎の体位変換等が大切である。そして全身状態が安定化し、集中治療から離脱して、尚且つ専門的治療の継続を要する状態（一般病棟）では可能な限り速やかに安静を解除して、起居・早期離床を図る。この時、リハビリ専門職は起居、移乗、座位、立位保持などの基本動作訓練を行い、早期ADL自立を目指す。

更に入院早期から担当する社会福祉士や看護師等が本人・家族の了解の下、多職種協働で退院後の安全・安心な地域生活の継続を目指した退院支援計画を実行していく。その際、かかりつけ医（かかりつけ歯科医師）やケアマネジャーをはじめ、在宅生活支援に関わる介護サービス関係スタッフとの強固な連携が鍵となる。

②回復期におけるリハビリ（回復期リハビリ）

急性期における専門的治療が終了しても、何らかの理由（残存する障害や継続的治療）で直接在宅復帰ができない場合には、集中的な障害の改善又は継続的治療・療養を行い、更なる「生活の再建」を行い、地域生活に繋ぐために回復期へ移行（転院又は転棟）することが勧められる。

○回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟は発症から2か月以内の患者で脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等そして肺炎・術後の廃用症候群など高齢者が寝たきりになりやすい疾患が適応とされ、尚且つ状態像に応じて入院期間の上限が設定されているという特徴を持つ。寝たきり予防と在宅復帰を目指すという明確な目的を持ったリハビリ専門病棟である。そして多職種協働で集中的且つ計画的にリハビリサービスを提供することで機能障害やADL、IADL 障害の改善と「生活の再建」を図るという急性期の専門的治療を地域生活に繋げていく重要な役割を担う。故に、入院中から適切な家族教育・指導を実施すると共に住宅改修や各種福祉機器の提案などを行う。そして在宅復帰後も獲得された生活能力が維持・向上され、更なる活動・参加に繋がるようにケアマネジャーや種々の介護サービスとの連携構築を担う（退院支援⁴⁾）。このため退院前の在宅訪問やカンファレンスは特に重要であり、かかりつけ医やケアマネジャー等との積極的な情報・意見交換が望まれる。

○地域包括ケア病棟

回復期リハビリ病棟適応疾患以外の患者で、急性期の専門的治療は終了したが、更なる全身管理や療養が必要で直接在宅復帰が困難な場合には地域包括ケア病棟で治療を継続すると共に、並行して適切なりハビリを実施することで生活の再建を図り、退院支援の下で在宅復帰を目指す。

③慢性期におけるリハビリ（生活期リハビリ）：外来リハビリ等

回復期退院後は活動範囲の狭小化・閉じこもりによる寝たきりを予防し、生活能力の維持・向上および地域社会の一員としての参加を目指して、外来リハビリ（医療保険）や訪問・通所リハビリ（介護保険）の利用が推奨される（生活期リハビリ）。但し、要介護被保険者に関して、外来リハビリでは可能な限り早期に医療から介護サービスへの移行が推進されていることから、かかりつけ医からの外来紹介時には、集中的なりハビリに関する評価・実施または介護保険のリハビリへのつなぎ役を担うことになるであろう。このため地域生活を支える上でリハビリの有用性などに関する事は例え要介護被保険者であったとしても外来リハビリ窓口で遠慮なく、相談されることをお勧めしたい。

参考文献

- 1) 栗原正紀；地域包括ケア時代を支える“救急医療とリハビリテーション”日職災医誌、64：197-202、2016
- 2) 栗原正紀：早期リハビリテーションの考え方と方法論、脳神経外科学体系5 脳神経外科救急（有賀徹編）、381-390、2005、中山書店
- 3) 栗原正紀、小笠原貞信、門脇亜矢他、他：急性期リハビリテーション、日本臨牀69（4）：653-657、2011
- 4) 栗原正紀、門脇亜矢：回復期リハビリテーション病棟での退院支援のあり方、リハビリナース 40: 8-12、2013

2. 介護保険におけるリハビリテーション

(1) 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは介護保険でのみ提供されるもので、要介護および要支援認定者に対し、病院、診療所および介護老人保健施設に設置される通所リハビリ事業所にて提供される。母体施設の特徴から介護保険によるリハビリとして「医療系サービス」に位置づけられている。

医師については常勤専任1名以上の配置基準が定められており、かかりつけ医からの診療情報をもとに事業所の担当医が診察し、リハビリや医療処置等を指示している。そのため日頃よりかかりつけ医と事業所との連携が大変重要である。

通所リハビリには4つの機能があり（図表18）、とりわけ「医学的管理」および「心身・生活活動の維持・向上」については医師の指示にもとづき提供される。これらの機能のどこに重点が置かれるかは、当事者の状態やサービス開始からの期間、介護者の状況等により異なることは言うまでもない。

図表18 通所系サービスの普遍的機能と実施内容

区分	通所系サービスの機能	実施内容等
通所リハ	医学的管理 <ul style="list-style-type: none"> 医師の診察等による医学的管理 看護師による処置等の医療機能 	<ul style="list-style-type: none"> 通所リハ担当医と主治医が情報交換を行い、定期的な診察等により疾患管理を行う。 通所リハ担当医の指示に基づき、看護職が処置等を実施する。
	心身・生活活動の維持・向上 <ul style="list-style-type: none"> 早期退院・退所者、在宅にて急変した方への専門的リハビリテーション医療 生活活動（ADL/IADL）の各行為を維持・向上するリハビリテーション医療 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の指示に基づき、PT・OT・STが専門的観点から評価し、チームとして目標設定を行い、その設定された期間内にて心身機能や生活活動（ADL/IADL）の各行為の維持・向上を図る。 自宅訪問等、当事者の日々の暮らしを把握する。
通所介護・共通機能リハ	社会活動の維持・向上 <ul style="list-style-type: none"> 日常の健康管理、自立した生活に資する社会的活動・参加機会の確保 地域での自立した暮らしに資する知識・技術の啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 利用時の体調管理や、関連職種による運動指導等、活動の機会の確保 他の利用者・職員との交流を通じた参加機会の確保により、社会性の向上を図る。 暮らしに必要な知識・技術について、当事者・家族に専門職の立場から啓発する。
	介護者等家族支援 <ul style="list-style-type: none"> 介護者等家族の支援 <ul style="list-style-type: none"> ①精神的介護負担軽減 ②身体的介護負担軽減（介護環境調整や介護技術向上による負担軽減） 	<ul style="list-style-type: none"> 当事者のサービス利用（外出機会の確保）による、介護者等家族の直接的負担軽減を図る。 介護者等家族の心身および介護環境の両面にわたる負担の軽減を図り、介護技術向上をはじめ、介護者等家族の社会参加を含めた介護者支援を行う。

- 4つの機能の組み合わせにより「自立した生活」と「安心かつ安定した生活」をサポート。
- ケアプランをふまえて専門的評価を実施し、個別の通所計画を作成し、複雑で多岐にわたる利用者のニーズを把握することが不可欠。
- リハの提供に関しては、基本動作・体力・ADL・IADLへの働きかけを網羅し、専門職やケアスタッフによる個別の対応、アクティビティの活用や、集団によるかかわりなど、より多くの方法を持つことが望まれる。

出典：一般社団法人全国デイ・ケア協会作成（通所サービス実践ガイドライン第3版 一部改変）

通所リハビリの目的は、退院直後の集中的かつ専門的なリハビリの提供や在宅生活をスタートさせるためのコーディネートはもちろん、医療処置を必要とする中重度者への対応や、在宅での生活機能低下への対応など多岐におよぶ。そのため、サービスの提供時間が短時間（2時間未満）から長時間（8時間以上）まで、当事者のニーズに合わせて選択することができる。特に長時間サービスでは、専門的視点からの生活上の課題解決や介護負担軽減、社会参加のための支援など、他のサービスでは十分対応できない役割を担っている。

通所リハビリで提供される内容は、関係者の協議（リハビリテーション会議）にて計画されるが、その構成員には事業所の医師をはじめとする医療介護専門職だけでなく、当事者や家族、ケアマネジャー、併用するサービス事業者も含まれ、サービス内容だけでなく暮らしに関する多くの事柄が共有されている。

これら一連のプロセスには、居宅訪問による生活や地域のアセスメント、家族および訪問介護等へのアドバイスも含まれ、「リハビリテーション・マネジメント」としてリハビリサービスの質的担保のための重要な機能と位置づけられている。また通いのサービスである特徴から、対人交流の中でピアサポートも提供され、リハビリ視点にもとづいた自助および互助に向けた対応も可能なサービスである。よって地域の拠点機能として期待されるため、さらなる機能強化や基盤整備が必要である。

最後に通所リハビリは、地域包括ケアシステムの中で、そこに暮らす一人ひとりの個別性を重視し、適時・適切に、どれほど重度になっても支え続ける機能を持ち合わせていることで、地域にとっての「居場所・行く場所・座る場所」であるため、今後は住民の自助力向上および支えあいづくりにも貢献できるものであると言える。

(2) 訪問リハビリテーション

①目的

介護保険における「訪問リハビリテーション」は、要介護者に対し医学的管理下（医師の指示下）において理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が居宅へ訪問し実施するサービスであり、その利用者が可能な限り居宅において能力に応じ自立した生活が営むことができるよう、生活機能の維持もしくは向上を図ることを目的としている¹⁾。

②目標について

訪問リハビリの目標は次の2つに集約される。生活機能が低下した者に対して、ADL・IADLの維持・向上と、社会参加への支援である。つまり、身体機能の改善だけでなく個々の生活に反映する目標の設定とプログラムの立案・施行が求められる。例えば、脳卒中を発症し右半身麻痺となった患者が杖歩行で自宅に退院した。この患者に対して歩行機能維持・改善のみを目標にするのではなく、「近所を一人で外出歩行ができる、町内の会合に一人で参加できる」などを目標にするという考え方である。

③具体的サービス内容

リハビリ専門職は、実生活場面に訪問し、対象者に対し、

- 1) 心身機能の改善
 - 2) 生活環境との関係調整
 - 3) 生活の活性化と社会参加の促進
- などの直接的働きかけを行う。また、
- 4) リハビリテーションの視点から評価および助言・指導

を家族（介護者）へ行うとともに、多職種との協働を含めた「プロセス管理」を行う（図表19）。

このように、訪問リハビリテーションはこれらすべてを含むものである。従って「機能訓練を施す」のような一義的なものではなく、医師の指示の下に生活機能向上に反映する方法を模索（評価）し、適切な方法を見出す（立案）、そして直接的（機能訓練、ADL訓練など）または間接的（住宅改修・機器導入、介助者へ助言・指導）に対応を行っていくものである²⁾。

また、訪問リハビリは、「対象者に訓練指導して終了」という自己完結型サービスではなく、当事者のケアに関わる全ての人と連絡を密にし、協働する必要がある。例えると、療法士の立場から見立てを発信し、課題共有と方法を提案する。また、自職種としてできない事、得意でない事などについては依頼し、役割分担をはかることになる。訪問リハビリにおける協働の具体的イメージとしては、訪問介護職が身体介護目的で導入されている場合に、介護職側から「介助量が重くなった

ので入浴介助の方法を合同で検討したい。」また、療法士から、「身体機能が向上してきたのでポータブルトイレから通常トイレを利用したいが、下衣の脱着について自立を目標に見守り～一部介助を段階的にお願いしたい。」等の事例が考えられる。

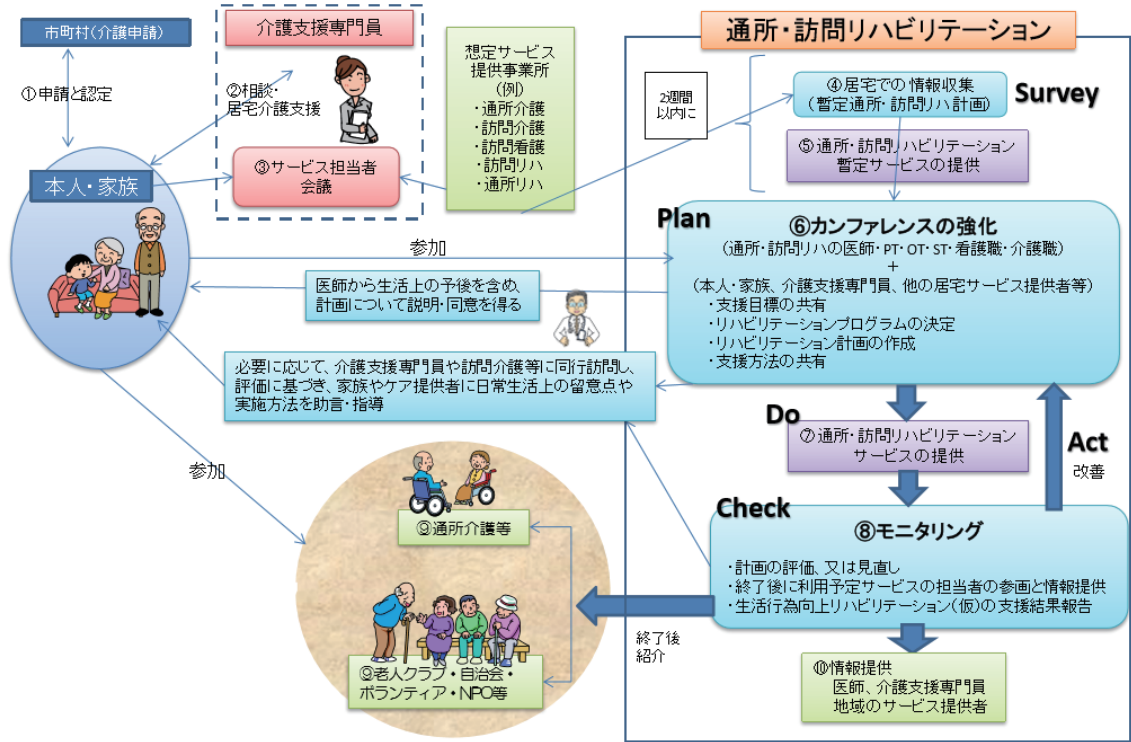
図表19 訪問リハビリテーションの具体的サービス内容



④リハビリテーションマネジメントについて

平成18年に厚生労働省老健局老人保健課からリハビリテーションマネジメントの考え方³⁾が示され、さらに平成27年介護報酬改定時に医師を中心とした関連多職種によるリハビリテーション計画の策定及び目標設定と利用者への説明、そして医学的管理(リスク管理を含む)の重要性があらためて強調された。また、冒頭で述べたように社会参加への導入や促すアプローチについては当事者の個別の障害や考え方はもちろん地域社会人々の協力も必要に応じて得ながら進めることが重要である。訪問リハビリは適切な目標と期間を設定し適宜効果判定を行い、見直しをはかるもの(SPDCAサイクル)であり、このような考えによるプロセス管理が重要であるといえよう(図表20)

図表20 通所・訪問リハビリにおけるリハビリテーションマネジメント概要



出典：厚生労働省社会保障審議会
 第114回介護給付費分科会 (H26.11.13) 資料2
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000065063.html>
 注) 平成27年度介護報酬改定検討時の資料

参考文献

- 1) 介護支援専門員テキスト編集委員会編；七訂版介護支援専門員基本テキスト第2巻, p 98, (一財)長寿社会開発センター, 2015
- 2) 伊藤隆夫, 齊藤秀之他編;図解訪問リハビリテーション技術ガイド pp2-8, 文光堂, 2014
- 3) 厚生労働省老健局老人保健課長通知；リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに 加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について (老老発0327第3号), 2006

(3) 介護老人保健施設、短期入所療養介護

①生活期リハビリテーション提供施設

介護老人保健施設（以下、老健）は、医学的管理下における介護、機能回復訓練、その他必要な医療、日常生活のケアを提供するなど、医療施設と福祉施設の中間的性格を持っている。サービス提供体制として、PT・OT又はSTの配置が唯一義務づけられた介護保険施設である。当初は病院での治療を終え、家庭復帰に向けての機能回復訓練を行なう中間（通過）施設とされていたが、医師を含めた多職種連携による通所リハビリ（デイケア）、訪問リハビリ、短期入所療養生活介護（ショートステイ）等の在宅生活支援機能を生かし、機能の維持・向上を目指す、生活期リハビリ施設として期待されている。地域包括ケアシステムの中で、在宅復帰・在宅生活継続支援が老健の担う役割である。（図表21）

②リハビリテーション提供内容の流れ

在宅復帰を目的とし、リハビリ専門職による短期集中・認知症短期集中リハビリを実施している。多職種連携の下、生活場面を想定して、ADLやIADLの向上を目指し在宅復帰につなげる。在宅復帰後は実生活への定着が必要なことから、通所リハビリや訪問リハビリにおいても、入所と同様に集中的なりハビリの提供や機能評価が可能である。この継続性を持ったリハビリサービスを活用することで、自分で出来ること、必要となる支援の見極めとなり、適切な在宅ケア環境の構築に貢献できる。（図表22）

③かかりつけ医の情報提供が必須な支援

退所時には、本人や家族に指導を行うとともに、居宅サービス計画作成等のため居宅介護支援事業者への情報提供を適切に行うが、在宅生活を定着させるために最も重要なのは、老健施設医師とかかりつけ医との情報交換である。この両者の連携に基づき、かかりつけ医が通所リハビリや訪問リハビリに指示を出すことが、在宅生活継続、自立支援型のケアプラン策定には欠かせない。

④短期入所療養介護の活用－「医療系ショートステイ機能」－

現行のショートステイの利用目的の大半は介護者のレスパイトや急用等である。医師、看護師、リハビリ専門職、薬剤師等の医療職を揃える老健のショートステイをレスパイトのみで終わらせるのは非効率である。リハビリ専門職による機能向上・維持をはじめ、例えば、ADL、摂食嚥下や認知症の評価、多剤投与の調整、低栄養状態の改善、糖尿病の食事療法等医療職を生かした「医療系ショートステイ機能」の活用が望まれる。老健のショートステイを生活福祉的な面からの活用だけでなく、健康・疾病管理の目的で活用することで在宅生活の継続に寄与するものとする。

(4) 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設は、医療の必要な要介護高齢者の長期的療養施設である。介護療養型医療施設には生活機能回復訓練室を有することが要件とされており、入院中においてリハビリテーションが提供される場合が多い。特に、療養機能強化型の介護療養型医療施設においては生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施が求められている。

介護療養型医療施設を退院した後も、必要に応じ、入院中のリハビリテーションの内容を踏まえた一貫性のあるリハビリテーションを行うことで、生活機能の維持改善を見込むことができる。

3. その他のサービス

上記の他、介護保険制度には、制度上リハビリテーションには分類されないが、機能維持等を目的とした訓練を提供するサービスや、その提供に資するサービスがある。これらを効果的に活用することによって、生活機能の維持・向上をより効果的に行える場合がある。

(1) 訪問看護

訪問看護は、自宅等で生活する要介護者に対して、看護師等が療養上の世話や診療の補助を行うものである。訪問看護が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合、看護職員の代わりに、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士を訪問させることができる。

訪問看護における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問、また通所介護や特別養護老人ホームにおける機能訓練は、医師の指示、計画に基づく実施、特定の資格者による提供等を要件とする制度上の「リハビリテーション」ではないが、これらを効果的に活用することによって、生活機能の維持・向上をより効果的に行える場合がある。

(2) 訪問介護

訪問介護は、自宅等で生活する要介護者に対して、介護福祉士等が入浴、排泄、食事等の介護やその他日常生活上の世話を行うものである。利用者の生活機能の維持・向上の観点からは、このような日常生活上の世話についても、利用者の自立を促すものになっていることが望ましい。例えば、利用者が何をできるのかを意識し、利用者ができることは時間がかかっても利用者本人にしてもらうことで、生活機能の維持をはかることができる。

(3) 通所介護

通所介護は、事業所において、自宅等で生活する要介護者に入浴、排泄、食事等の介護やその他日常生活上の世話等の他、機能訓練を行うものである。

(4) 福祉用具貸与・住宅改修

心身機能の低下を補い、活動・参加を維持していく観点からは、介護保険における福祉用具や住宅改修のサービスも重要なツールである。

1. 総論

リハビリテーションを実施、依頼するに先立ち、当然のことながらリハビリテーションを必要とする状態に対する気づきが必要となる。患者の身体機能や能力、生活機能の低下に対して、「高齢者だから仕方がない」、「重度な後遺症のために仕方がない」と思ってしまう前に、何らかの介入によって改善の余地がないのだろうか？ もしくは、何とかして改善できるように支援をしたい、という思いを持つことが介入の第一歩となる。臓器別専門医としての知識やリハビリテーション医療の経験は有用ではあるが、その前に目の前の患者を一人の生活者として、もう一度見直すことが必要である。そのためには、この患者が病前どこで、誰と、どのような生活をしてきたのか、何を生きがいにしていたのか、患者自身や家族がこの先に望むものは何だろうか、といった情報を収集することが必要となる。そのうえで、今後再び望むべき生活に戻るために何を行うべきか、想像する必要がある。入院していた患者であれば、入院中の担当看護師が困っていたことは何なのか、必要な治療が十分に行われていたのか、といった情報も、判断の一助になるだろう。

前述のとおり、障害を医学的な問題のみならず社会的な問題、心理的な問題にまで広げて考えて問題リストを列挙するためには、ICFの視点が有用である。

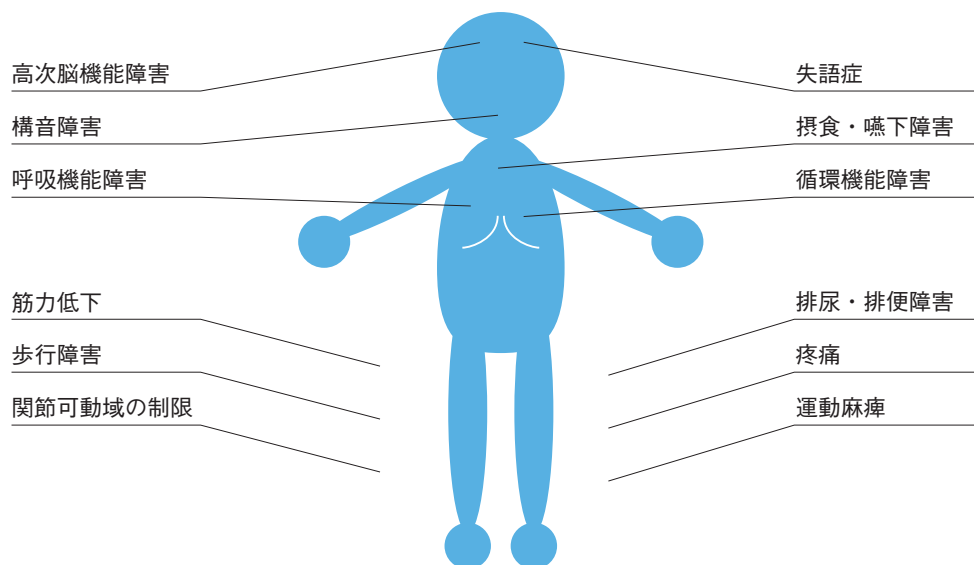
大切なことは、どのような疾病、障害を持っていても、必ず患者にとって安心して生活できる場があること、期間の長さに関わらず、今後も患者は一人の人間として社会との交流を持ちながら生活することを、常に原則と考え接することである。

次項にリハビリテーションの適応となる障害像と留意事項を列挙する。これらはあくまでも「例」であり、適応を限定して列挙したものではないことに留意されたい。また機能障害の全てにリハビリテーションが必要なわけではなく、機能障害によってどのような能力が障害されるのか、そのために制限されるものがあるのか、といった視点を持つことが必要である。

生活期では専門職が直接的に介入することができる時間、空間的な制約が大きいいため、家族やヘルパー等が施すケアの内容がリハビリテーション専門職の治療方針に沿ったものであれば、より大きな効果が期待できる。

2. リハビリテーションの適応となる障害像の例と留意事項

図表23 リハビリテーションの適応となる障害像



注) 線が接していないものは、部位を特定できないもの。

(1) 関節可動域の制限

関節運動の理解には、日本リハビリテーション医学会と日本整形外科学会の「関節可動域表示ならびに測定方法」が参考になる。しかしすべての可動域制限を治療の対象とする必要はなく、例えば、肘関節の可動域制限が改善すれば自分の手で顔を洗うことができる、とか、股関節の可動域制限が改善すれば立ち上がり動作が楽になるなど、可動域制限が能力障害や活動の制限に結びついていると考えられる場合や、可動域制限が疼痛の原因であったり、不良な姿勢の原因となる場合に、介入が検討される。

疾病や病態によっては可動域訓練によって更に関節機能を障害することがあったり、手術法によっては物理的に可動域の拡大が不可能なことがある。

また、関節の保護や可動域制限の代償を目的に補装具の使用が勧められることがある。

(2) 筋力低下

筋力の評価では、筋力を6段階で評価する徒手筋力検査法 (Manual Muscle Test; MMT) が一般的によく用いられている。

筋力の評価に関しては測定方法に習熟が必要であり、関節可動域制限と同様、単一の筋運動に対する評価よりも、筋力低下によりどのような不自由が生じるのか、といった観点からの評価が必要である。また疼痛の存在や、痙縮や固縮といった異常な筋緊張が筋力に影響を与えることも多く、筋力低下をもたらすに至った原因疾患についての考察が必要となる。

筋力増強訓練は個人の状態に合わせて収縮の種類 (等張性、等尺性など)、運動様

式（求心性、遠心性、閉鎖連鎖、開放連鎖）、運動強度、運動頻度、等を検討しながら行われるべきである。

週に1度や2度のリハビリテーションにより筋力を向上させることは困難であり、筋力増強のために必要な運動やADL動作を家族やヘルパーと共有し、生活の中で実践していけるようにコーディネートすることが必要である。

図表 24 徒手筋力検査法の表示方法と判定基準

段階を定める基準	グレード	
完全に可動域を動かし、最大抵抗に対して終点の可動域を維持できる	5	Normal
重力に抗して可動域全体にわたり運動を完全に行うことができるが、最大の抵抗に対してはテスト位置を保持することができない	4	Good
抵抗が重力だけであれば可動域を完全に終わりまで動かす	3	Fair
重力の影響を最小にした肢位でなら、可動域全体にわたり完全に動かすことができる	2	Poor
何らかの筋収縮活動を目で確認できるか、手で触知できる	1	Trace
触知によっても視診によっても全く無活動	0	0

出典：Helen J. Hislop、Dale Avers、Marybeth Brown、翻訳：津山 直一
「新・徒手筋力検査法」協同医書出版社 原著第9版2014年pp2-7を元に執筆者作成

(3) 歩行障害

歩行は筋力、関節運動、中枢神経のパターン発生器等、身体の様々な要素の協働により行われる活動である。歩行障害について考える際には、速度、連続距離、バランス（転倒リスク）、歩行の効率、歩行に伴う疼痛、等について問題が生じているか否か、という判断がわかり易い。運動器障害では障害されている関節に特有の歩行パターンを示し、中枢神経疾患や神経疾患においては疾患特有の異常な歩行パターンが観察される。歩行障害を考える際には、患者自身の機能を向上させることも必要だが、杖や歩行器、手すりの設置や段差解消など、環境面への配慮が重要なケースが多い。

(4) 運動麻痺

運動麻痺の原因は、中枢神経疾患と末梢神経疾患に大別することができる。脳血管障害や脊髄疾患、末梢神経損傷の既往が明らかであれば急性期から連続した治療として運動麻痺に対するリハビリテーションが行われるが、時に治療歴が明らかではないが運動麻痺を認めるケースがある。運動麻痺の存在が疑われる際には、リハビリテーションの実施に先行して原因疾患の検索を行うことが、予後の予測や再発予防のために重要である。

脳卒中の後遺症として起こる運動麻痺は本来進行性の疾患ではないが、麻痺した部位の不使用や、誤った使用方法が異常な筋緊張や疼痛の原因となることがある。また麻痺側の筋肉は経時的に萎縮するため、筋萎縮に伴う疼痛や関節可動域制限を予測することも必要である。

運動麻痺に対して、杖や下肢装具などの補装具を使用している場合がある。上述のような筋緊張の変化や筋萎縮などの影響で、退院後に装具の適合が不良となる場合がしばしば認められる。生活期の運動麻痺患者をみる際には、使用している装具、自助具の適合についても注意が必要である。

(5) 疼痛

疼痛は末梢の感覚受容器を介して惹起されるものと、受容器を介さないものがある。前者は機械的刺激や化学的刺激などにより、後者は痛覚伝導路の機能異常によって起こる。前者の代表は筋肉や筋膜の異常による疼痛や、関節可動域制限に伴う疼痛で、後者は特に複合性局所疼痛症候群や視床痛、幻肢痛、といった慢性疼痛としてしばしば問題となる疼痛を含む¹⁾。

リハビリテーションの実施により筋肉や関節の機能を改善し直接的に疼痛の原因を除去することや、疼痛の閾値を上げ症状を緩和することができる。疼痛はまた、不眠や食欲低下、意欲の低下、鎮痛薬の過用といった問題の直接の原因となることがあり、リハビリテーションを含めた包括的なアプローチが必要となる場合がある。

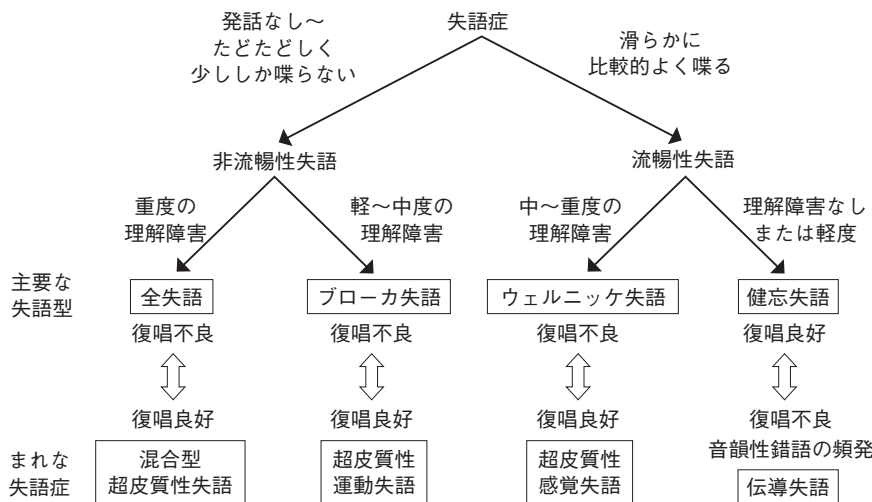
(6) 失語症

失語症は中枢神経疾患により話す、読む、書く、聞く、等の能力が障害され、コミュニケーション障害を来した状態である。言葉が全く出ないタイプから、流暢に話しているにも関わらず理解が障害されていたり、誤った語を発する場合など、様々なタイプに分類することができる。

失語症のタイプを理解することで、医療スタッフ同士での障害像の共有や、コミュニケーションをとる際のポイントに関する示唆を与えることができる。

失語症は年単位で改善が見込める障害であり、失語症によるコミュニケーション障害を有する患者は、退院した後にも継続して専門職による治療を受ける機会を継続することが重要である。

図表 25 失語型分類の流れ



出典 石合純夫「高次脳機能障害学 第2版」p30医歯薬出版株式会社2012年
 (石合純夫 失語症「言語聴覚障害学 基礎・臨床」(石合純夫編著) 新興医学出版社 2001年
 pp240-253より加筆修正)

(7) 構音障害

構音障害は言語障害の中でも主に話し言葉の障害で、声のかすれや大きな声が出ないといった「声の障害」、発音が誤ったり歪んだり、呂律がまわらないといった「発音の障害」がある。

リハビリテーションにより不明瞭な発音や不自然な音声が改善すれば、直接、話し言葉によるコミュニケーションの改善につながる。脳血管障害、腫瘍、声帯ポリープなどさまざまな原因で起こり、障害の存在から疾病の発見につながるケースも少なくないと思われる。

(8) 高次脳機能障害

高次脳機能障害とは、脳血管障害や頭部外傷などによって脳が損傷されたために、知覚、記憶、学習、思考、判断力などの認知過程と行為の感情（情動）を含めた精神（心理）機能に障害が起きた状態を言う。

高次脳機能障害は注意障害、失行、失認、半側空間無視、遂行機能障害、記憶障害、情動障害など多岐に渡る障害を含んでおり、障害像の把握と対処法の理解に関しては、より専門的な知識が必要となる。高次脳機能障害に対するリハビリテーションのエビデンスでは、推奨グレードの高い報告を多く認める（図表26）。

高次脳機能障害者は失語症患者と同様、長期間の支援や社会の受け皿の整備が必要である。また比較的軽度の高次脳機能障害の場合、入院生活中には問題が顕在化せず、退院後に家事動作や復職など社会生活の中ではじめて困難に直面することがあるため、注意が必要である。

図表 26 高次脳機能障害へのリハビリテーション

	認知訓練	推奨レベル
言語障害	失語症に対する集中的な言語聴覚療法	グレードB
注意障害	注意機能を刺激する直接訓練	グレードB
	作業や活動に対し、十分な時間をとることに配慮する（タイムプレッシャーマネジメント）	グレードA
遂行機能障害	メタ認知のための訓練（遂行機能障害を補う技術を身に付け、自己の管理能力向上を図る）	グレードA
	ゴールマネジメント訓練	グレードA
記憶障害	外的補助手段を使いこなす訓練	グレードA
	誤りをさせない学習法（エラーレスラーニング）	グレードB
社会的行動障害	認知行動療法、社会技能訓練、良好な行動を引き出すための介入	グレードB
	包括的・全人的アプローチ	グレードA
失行	障害のある行為に対し代償方法を習得する訓練（左大脳半球損傷の失行患者に対して、動作手順の言語化、記述での提示、図示を用いて障害代償方法を習得させる）	グレードB
左半側空間無視	視覚探索訓練を含む視空間認知訓練（左上肢での左側空間における探索）	グレードA

出典：原 寛美「認知リハビリのエビデンス」日本医師会雑誌145巻第6号 pp1201-1204, 2016を一部改編

(9) 摂食・嚥下障害

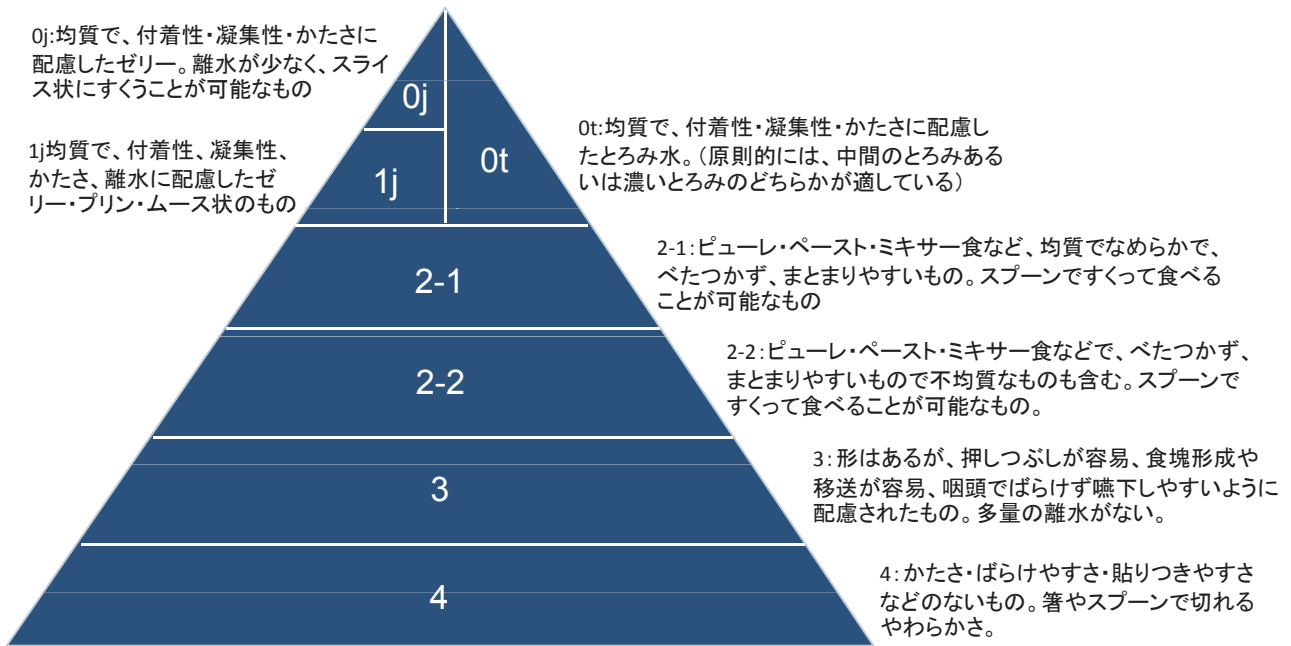
摂食機能障害では、「食べられない」問題に加え、「誤嚥する」という問題が生じる²⁾。実際に水分や食物を摂取している場面を観察することが大切ではあるが、家族などからの普段の食事状況の聴取により障害を推測することができる場合は少なくない。また、見かけ上、問題なく摂食できている場合にも、肺炎を繰り返すケースでは、誤嚥の存在を疑う必要がある。また摂食・嚥下障害は歯科的な問題や薬物の副作用によって引き起こされることも多く、多角的な評価が必要である。

日常の診察やケアの場面で比較的簡便に行うことができるスクリーニング法として、「反復唾液嚥下テスト（RSST）」や、「改訂水飲みテスト（MWST）」、フードテスト等がある。

また従来、嚥下食に関しては表現方法の違いから施設間での情報共有が困難であったが、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013が発表され、嚥下食の形態を統一基準として表すことでできるようになってきている（図表27）。

摂食・嚥下障害に関するリハビリテーションでは、単に摂食・嚥下に関する機能訓練を行うのみならず、その時点での摂食・嚥下機能において医学的に安全は確保され、機能に合わせた食事の楽しみを提供しQOL向上に寄与することが求められる³⁾。また、評価や訓練の結果（時に経過）に応じて、気管切開や胃瘻造設などの選択、提案が必要となることもある。

図表 27 嚥下調整食分類 (2013)



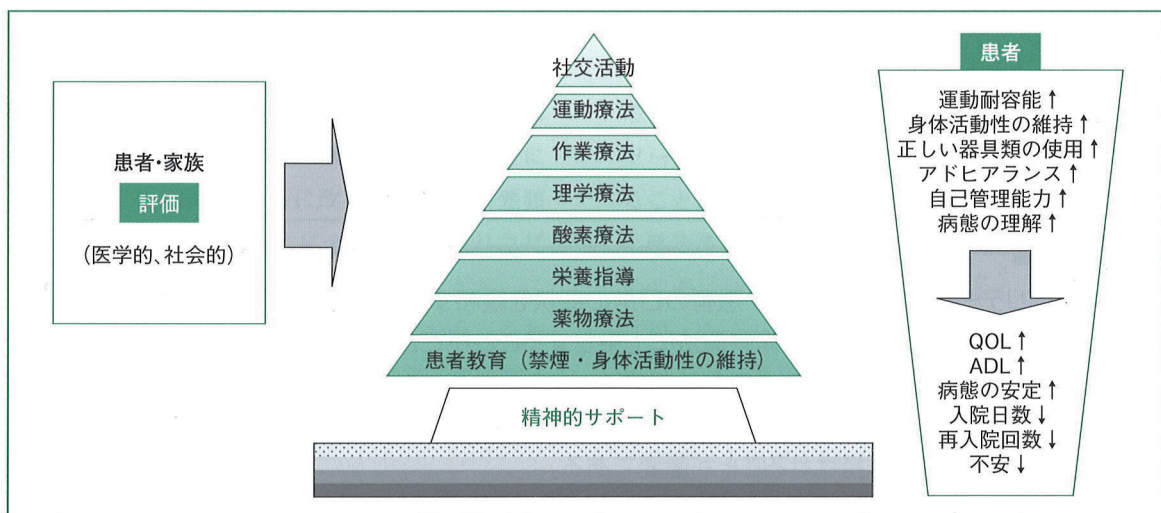
出典：日摂食嚥下リハ会誌17 (3)：255-267, 2013を元に作成
 原資料については、日本摂食嚥下リハ学会HPホームページ：
http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html『嚥下調整食学会分類2013』参照のこと

(10) 呼吸機能障害

呼吸機能障害を来す疾患は肺炎、無気肺、外科手術後などの急性疾患や、COPDや間質性肺炎、神経筋疾患といった慢性疾患がある。

リハビリテーションの介入により運動機能の向上や呼吸困難感の軽減、入院の回避、QOLの向上など、様々な効果が期待され、ガイドラインが示されている。呼吸リハビリテーションでは酸素療法や薬物療法、栄養管理、心理社会的サポートが同時に行われる必要のあるケースが多く、包括的なアプローチが推奨されている（図表28）。

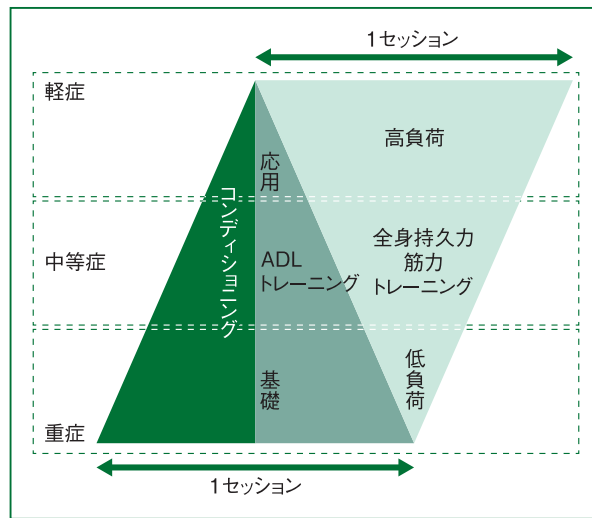
図表 28 包括的呼吸リハビリテーションの基本的構築と3つの大きな流れ



出典：日本呼吸器学会COPDガイドライン第4版作成委員会
 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第4版」
 一般社団法人日本呼吸器学会 2013年

運動療法は呼吸リハビリテーションの中核となる構成要素であるが、重症度に応じた導入プログラムが推奨されている（図表29）。

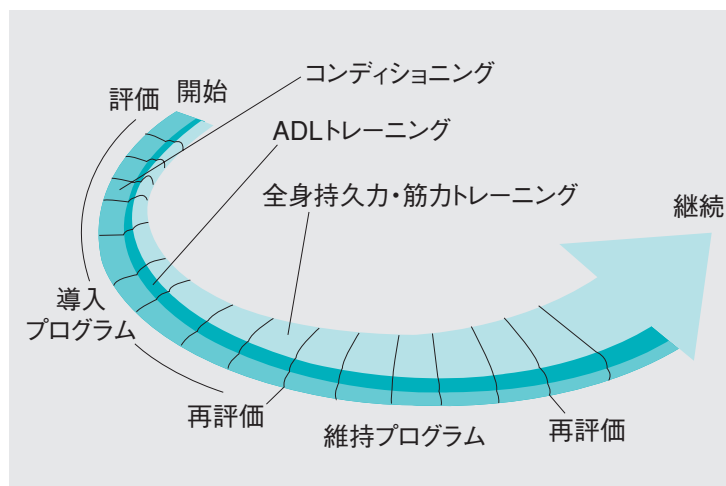
図表 29 安定期における開始時のプログラム構成



出典：日本呼吸器学会COPDガイドライン第4版作成委員会
 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第4版」
 一般社団法人日本呼吸器学会 2013年

また運動療法は継続して定期的に行われる必要があり、導入プログラム終了後には全身持久力トレーニングや筋力トレーニングへ移行し、維持プログラムとして運動の習慣がライフスタイルに組み込まれていることが望ましい（図表30）。

図表 30 運動療法の進めかた

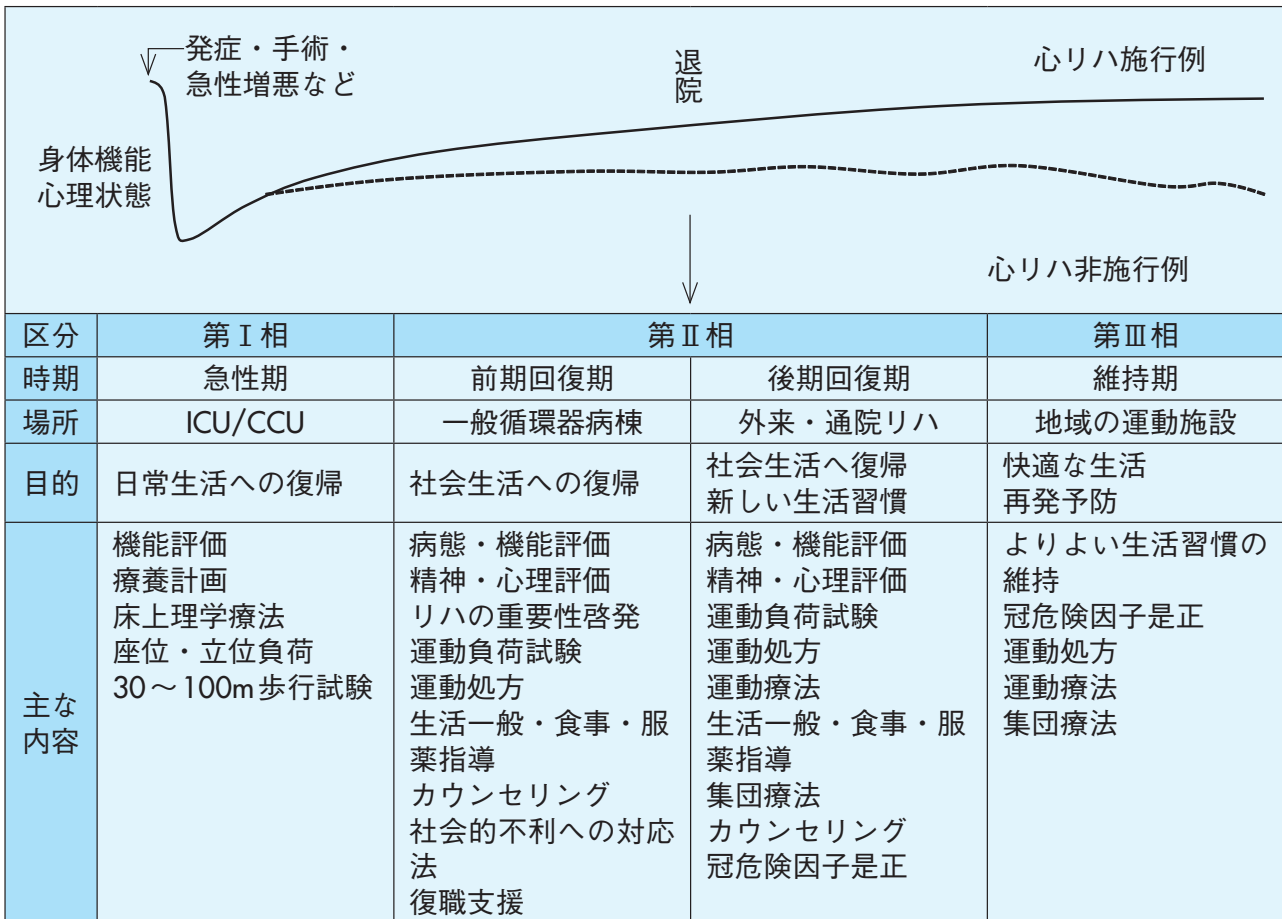


出典：日本呼吸器学会COPDガイドライン第2版作成委員会
 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第2版」社団法人日本呼吸器学会 2004年

(11) 循環機能障害

「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」によれば、慢性心不全に対する運動療法は総死亡率を減少させ、心不全入院を減少させ、健康関連QOLを改善させる。また運動耐用能の増加や収縮期血圧の低下など、高いエビデンスレベルの研究報告が、多数認められる。またガイドラインには、病期に応じた介入内容が提示されている（図表31）。

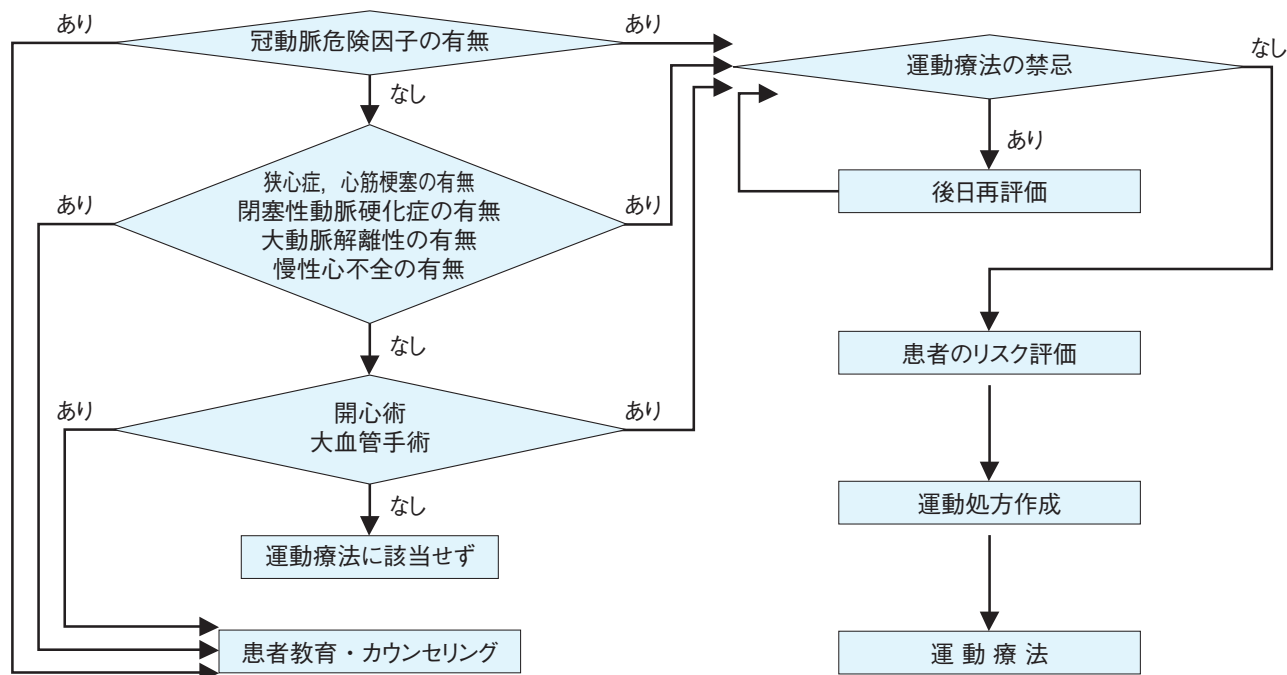
図表 31 時期区分定義



出典：「日本循環器学会 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」
http://www.jacr.jp/web/pdf/RH_JCS2012_nohara_h_2015.01.14.pdf（2017年3月閲覧）

心臓リハビリテーションを行う病院では血圧の連続測定や、心肺運動負荷試験を行いながらリハビリテーションが行われる（図表32）。近年生活期においても、自宅で使用することができる機器が増えているが、特別な機器がなくても、入院中の情報を元にリスク管理に配慮をしながら生活の場で適切な運動負荷を行なうことができる。

図表 32 運動療法へのフローチャート



出典：「日本循環器学会 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」
http://www.jacr.jp/web/pdf/RH_JCS2012_nohara_h_2015.01.14.pdf（2017年3月閲覧）

既に心疾患を持ちながら生活する患者にとって、時に生活動作そのものが心負荷になっているケースが少なくなく、活動の主体である家庭内や地域において、過活動に伴う心負荷を予防するという視点で適切な介入をする必要がある。

(12) 排泄障害

排泄はADLの一項目であり、また生命活動の維持に欠かせない生理現象で、且つ個人の尊厳やQOL、介護者の負担にも深く関連する事象である。排泄障害に係る因子は多岐に渡っており、膀胱直腸の機能障害だけではなく、排泄の関連動作、排泄環境も含まれる。

すなわち、排泄に先立ってまず尿便意を認識する、そして適切な排泄場所へ移動することにより、排泄が始まる。排泄動作としては衣類を脱ぐこと、排泄に適した姿勢をとることをして、やっと排泄に入る。排泄終了後には清潔に後始末をする必要があり、また衣類を着用し、排泄場所を離れるまでが一連の動作として行われる。

したがって排泄障害のリハビリテーションにおいては、まず個々人の状態に合った適切な排泄方法の定義が必要となり、そのどの段階の機能が失われているのか、失われた機能はトレーニングにより再獲得できるものか、もしくは代償方法を選択する必要があるのか、について考察することが重要になる。

機能障害の治療には生活習慣の是正、行動療法、薬物治療等があるが、特に骨盤底筋群トレーニングや膀胱（蓄尿）訓練は行動療法の一部として重要である。

排泄に際して適切な姿勢を保つことや衣服の脱着、移動や移乗の能力に関しては代償的手段の獲得や環境調整などを含め、適切な評価と対策が必要となる。

脊髄損傷患者に代償される直腸膀胱障害に対しては、留置カテーテルの管理や自己導尿の指導といったことも必要となる。

2016年の診療報酬改定において、排尿自立指導料が新設された。これは主に一般病棟に入院中の下部尿路機能障害を有する患者に対し、専門的なチームによる治療的介入を評価するものであるが、この算定の示す通り、排泄ケアのリハビリテーションに関しては、多職種による介入が重要となる。

3. 生活期のリハビリテーションの対象となる疾患の例と留意事項

(1) 脳血管障害

脳卒中治療ガイドラインによれば、慢性期脳卒中に対するリハビリテーションの介入が推奨されている（図表33）。脳血管障害患者にとっては自宅退院までがリハビリテーションではなく、実際の生活の中で更にADLの自立度や家事動作や外出といったIADL能力を向上させ、家庭や社会の中で役割を持ちながら生活を続けるための支援を長期にわたり受け続ける必要がある。

図表 33 脳卒中ガイドライン

推奨

1. 回復期リハビリテーション終了後の慢性期脳卒中患者に対して、筋力、体力、歩行能力などを維持・向上させ、社会参加促進、QOLの改善を図ることが強く勧められる(グレードA)。そのために、訪問リハビリテーションや外来リハビリテーション、地域リハビリテーションについての適応を考慮するよう強く勧められる(グレードA)。
2. 在宅生活を維持、支援するための間欠入院によるリハビリテーションは行うことを考慮しても良い(グレードC1)。
3. 個々の患者の障害・ニーズに対応したオーダーメイドのリハビリテーション・アプローチを行うよう勧められる(グレードB)。
4. 復職を希望する場合、就労能力を適切に評価し、その上で、職業リハビリテーションの適応を考慮しても良い(グレードC1)。

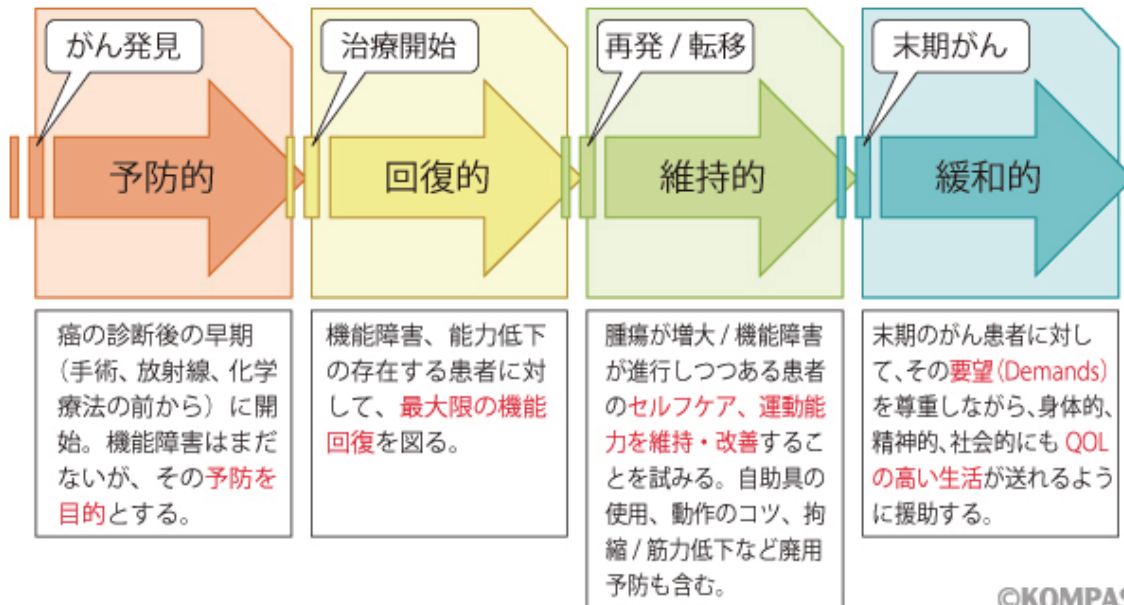
出典：日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会「脳卒中治療ガイドライン2015」株式会社協和企画 2015年

一方で比較的軽症な脳血管障害患者の場合、回復期リハビリテーションを経由せず急性期治療終了後に直接自宅へ退院する場合がある。単に歩けるから、とか、食事を摂れるから、という理由で回復期リハビリテーションが不要と判断された患者が、本来必要なりハビリテーションを十分に受ける機会のないまま地域に退院することがあるため、注意が必要である。リハビリテーションやケアの方法によっては、医療保険の範囲で提供可能な訓練量を凌駕するだけの学習機会を年単位といった長期にわたり継続することができる。また退院後に痙縮や嚥下障害が増悪したり、前述したように高次脳機能障害が顕在化し、社会生活の遂行が困難となる場合もあるため、長期的な視点を持ってリハビリテーションを継続する必要がある。また多くの脳血管障害患者において、健康を維持するための運動量を維持し続けることが困難な場合があり、活動・参加を意識したりリハビリテーションの介入により運動量が確保されることは、脳血管障害や、脳血管障害の原因となる生活習慣病の二次予防の観点からも重要と考えられる。

(2) がん

がんのリハビリテーションは病期別に予防的、回復的、維持的、緩和的なアプローチが必要であると言われている。

図表 34 がんのリハビリテーションの分類 (Dietzの分類)



©KOMPAS

出典：慶應義塾大学病院 医療・健康情報サイトKOMPAS
<http://kompas.hosp.keio.ac.jp/contents/000145.html>
 ※慶應義塾大学病院KOMPASから許可を得て転載

従来、生活期におけるがんのリハビリテーションは維持的、緩和的な介入が中心であったが、昨今、在宅で導入可能な抗がん剤が増えていることもあり、生活期においても予防的な介入、すなわち治療前から機能障害を予防する関わりでの介入が必要な時代が到来していると思われる。現在の医療保険制度ではがんのリハビリテーションは入院患者が対象とされているが、在宅生活期の患者においても、障害に対する疾患別リハビリテーション（医療保険）や、訪問リハビリテーション（介護保険/医療保険）等、利用可能な公的保険制度や治療の段階に応じて適切なリハビリテーションサービスを選択する必要がある。

在宅死を選ぶがん患者が増えているが、末期がん患者に起こる疼痛や呼吸困難、浮腫といった有害事象に対しリハビリテーションが介入することで、QOLやQODの向上が期待される。

(3) 廃用症候群

廃用症候群は2種類に大別することができる。一つは急性発症した疾病において、治療上やむを得ず安静臥床をした結果生じるもので、もう一つは変形性関節症などの慢性進行性疾患や日々の非活動的な生活により、徐々に引き起こされるものである。

いずれの原因にしても、筋力低下や歩行障害のみならず、認知機能の低下や嚥下障害、消化器機能の低下、呼吸循環機能の低下など、全身の臓器に起こり得ることが特徴である。廃用症候群は高齢者や疾病後のみならず、例えば自然災害の被災者が避難所等での不活動な生活様式によって起こることが話題となっている。すでに起こってしまった廃用症候群に対する機能訓練はもとより、廃用症候群の状態になる前段階での気づきと介入により予防をする視点が重要である。

(4) 老年症候群

老年症候群は高齢者に頻繁に見られる諸症状（認知症、せん妄、うつ、虚弱、廃用症候群、低栄養、嚥下障害、転倒、尿失禁、便秘、褥瘡、脱水など）であり、QOLや日常生活機能の低下を来す原因となる⁴⁾。これらの予防や早期発見には包括的なスクリーニングと、早期からのリハビリテーション介入が必要となる。

2014年、老年医学会からフレイルに関するステートメントが発表された。フレイルとは高齢期において生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進して、不健康を引き起こしやすい状態のことで、体重減少、筋力低下、疲労、歩行速度の低下、身体活動の低下によって定義される。またこれらの身体的フレイルに加え、意欲の低下や閉じこもりなど精神的フレイル、近親者との死別や孤独、役割の喪失といった社会的フレイルも問題となる。フレイルの発生予防や適切な介入方法の選択のために、ICFを用いた生活機能障害の理解が必要である。

廃用症候群、老年症候群、フレイルは完全に区別されるものではなく、廃用症候群のうち特に高齢者に起こり、且つ原因として身体機能面だけではなく精神的、社会的な要因を含めて定義し直したものがフレイルであり、また老年症候群はフレイルの前段階の状態、といった解釈はできるのではないか。

(5) 認知症

認知症リハビリテーションにおいて、直接認知機能の向上を示す有意性は示されていないが⁵⁾、快刺激を与えること、他者とのコミュニケーションの場を提供すること、役割と生きがいの賦与、正しい方法を繰り返しサポートすることにより、二次的に意欲や学習効果を向上させることが期待できる⁶⁾。

認知症に対して適切な介入がなされないと、種々の生活機能障害が段階的に生じる。ADLやIADLの遂行が困難になると家庭での役割が喪失し、介護者の負担が増える。地域社会への参加が困難になると閉じこもりによりフレイルの状態となったり、

住み慣れた地域での生活の継続が困難となる。その結果として人間としての尊厳を保つことが困難になったり、時には事故や事件の当事者となり、生命に関わる問題が生じる可能性がある。認知機能は運動機能と一定の相関を持つことが知られており、認知症患者に対する運動療法は効果が期待できる。認知症患者や家族、生活する地域全体を巻き込む活動を整備することで、例え認知症になっても安全に尊厳を保って暮らしていくことができる社会の創造が急務であり、生活機能障害を理解し個別性を重視した支援を行うことが、認知症リハビリテーションの役割であると言えよう。

参考文献

- 1) 岡島康友 (2012) 上田敏 監修・伊藤利之・大橋正洋・千田富義・永田雅章 編集 「標準リハビリテーション医学 (第3版)」医学書院 p.470
- 2) 藤谷順子 同 p.257
- 3) 藤谷順子 同 p.261
- 4) 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究研究班「高齢者に対する適切な医療提供の指針」、2013
- 5) Clare L, et al. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia, Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4) : CD003260
- 6) 山口晴保「認知症のリハビリテーションとケア」日本認知症学会認知症テキストブック. 中外医学社 pp181-199、2008

1. 介護予防の理念、かかりつけ医との関わり

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。

高齢者にとって、かかりつけ医は、健康状態を詳細かつ総合的に把握している存在である。そのため、高齢者が要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止のそれぞれにおいて、かかりつけ医は介護予防に大きな役割を果たしうる。その際、かかりつけ医が、地域において利用可能なりソースおよび利用者の状態についても把握していることが望まれている。

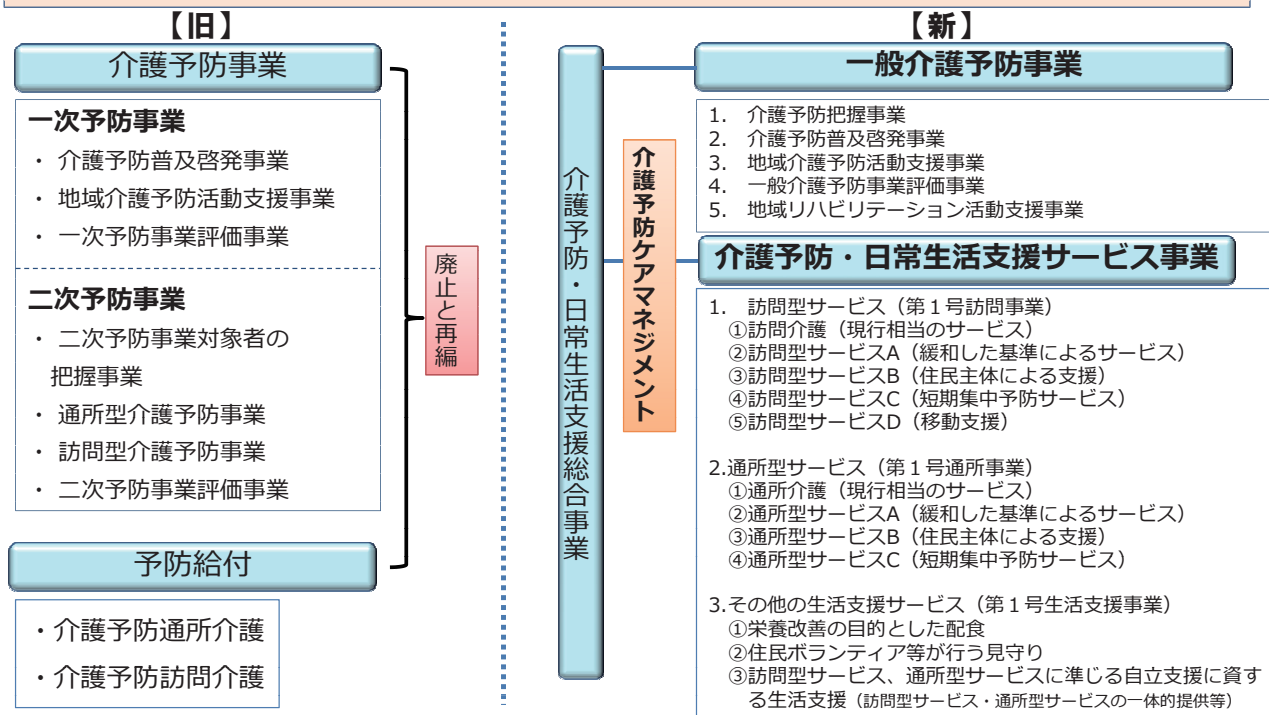
2. 地域における介護予防の取組

介護予防は、単に高齢者の心身機能の改善だけを目指すのみならず、日常生活の活動を高めることで、社会への参加を促し、高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。しかし、実際に行われる介護予防は機能回復訓練に偏りがちであり、高齢者の社会参加活動を促すための取組については意識的に行わなければ十分なものにならない。このため、平成26年の介護保険法の改正により始まった市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（図表35）においては、高齢者が地域の中で生きがい・役割をもって生活できるような地域づくりを推進するため、住民が主体となって運営する通いの場等の活動を地域に展開する取組が行われている。

図表35 平成26年介護保険法改正における介護予防事業の体系

平成26年介護保険法改正における介護予防事業の体系 (平成29年度までに順次移行)

○機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直した。
 ○年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
 ○リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



出典：厚生労働省作成資料

1. 地域リハビリテーションの理念

(1) 地域リハビリテーションへの取組

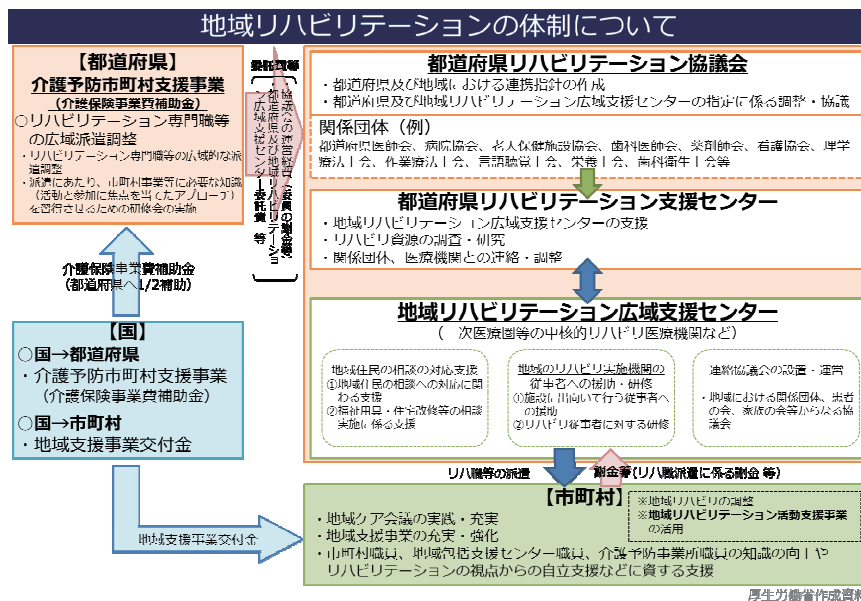
1991年、日本リハビリテーション病院協会（現、日本リハビリテーション病院・施設協会）は、地域リハビリテーション（以下、地域リハビリ）の定義と推進課題を整理し¹⁾、2001年の改定の折、活動指針を追加した。

我が国では、1999年より国の事業として、「地域リハビリ支援体制整備推進事業」²⁾が実施された。この事業では、二次医療圏ごとに設置された地域リハビリ広域支援センターを中心に、医療機関や市町村、住民への支援が行われ、取り組んだ自治体は40都道府県を越えていた。都道府県事業に移管された後、一部の自治体を除いて撤退したものの、現在でも、約20都道府県で機能しているとされる（※1）。

この度、2016年版として地域リハビリの定義等が改定されたので、今回は、その概要や今後の推進方策などについて紹介する。

(※1) 参考

地域リハビリテーションを効果的に実施していくためには、都道府県と都道府県医師会等の関係団体が協議し、地域リハビリテーション広域支援センターや二次医療圏等の中核的リハビリテーション医療機関を中心とするような体制（図）の整備が望まれる。



地域リハビリテーション広域支援センター等が都道府県リハビリテーション協議会や都道府県リハビリテーション支援センターと連携しながら市町村へ必要な専門職を派遣するような体制を構築することで、市町村に対し効率的なリハビリテーション専門職等の人的資源への支援が可能となる。(厚生労働省老健局老人保健課)

(2) 地域リハビリテーションの定義

国際的には、1994年、ILO、UNESCO、WHOの関係者が集まり、Community based rehabilitation（以下CBR、日本語訳：地域リハビリ）について、共同見解³⁾が発表されたが、この時の理念の一つが「social integration社会的統合」であった。しかし、この定義は2004年に見直され、それは「social inclusion 社会的包摂」⁴⁾に変わった。近年では、CBRからCBID（Community Based Inclusive Development）へと活動の概要が変化しつつある。

このような国際的な流れも踏まえ、地域リハビリは、「社会とつながりのある生活⁵⁾」や「共に生きる社会づくり⁶⁾」など「インクルーシブ社会の創生」（活動指針7）を目指す活動であるとされる。

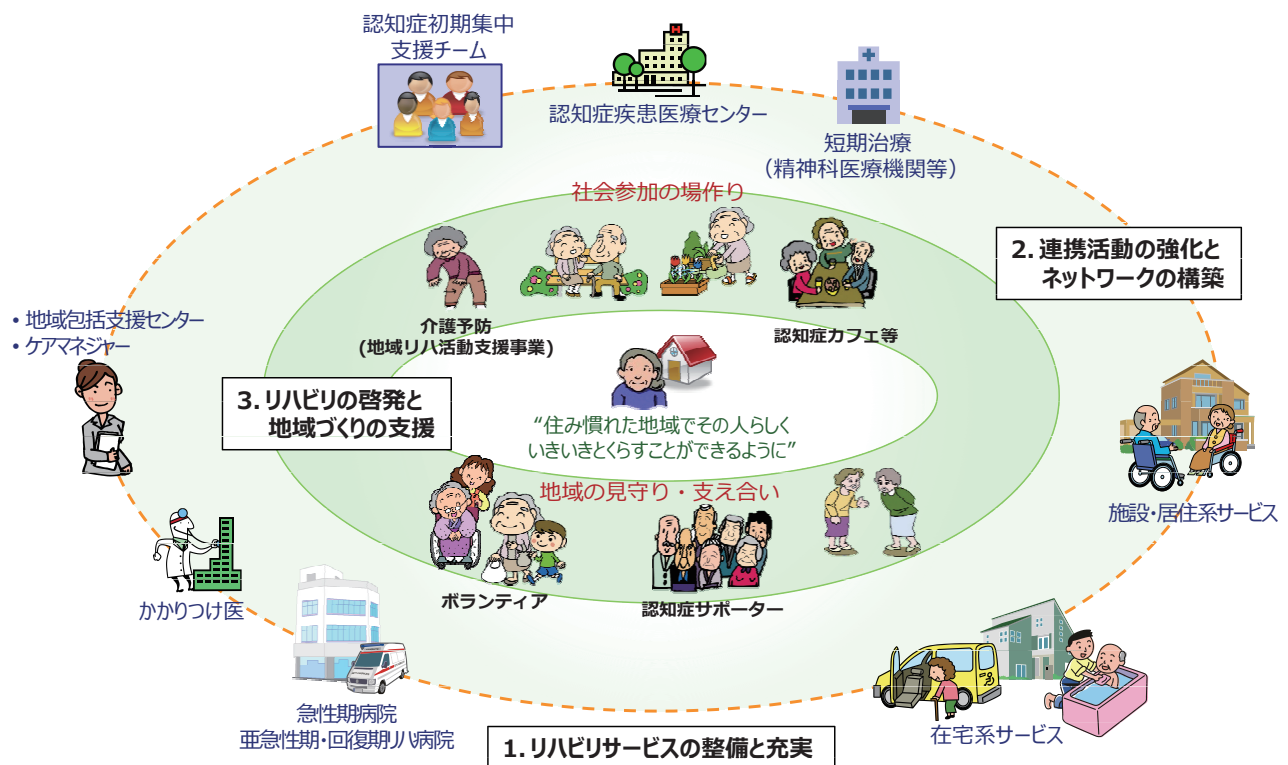
図表36に、地域リハビリの定義⁷⁾を、図表37に地域リハビリ活動のイメージ図を示した。

図表36 地域リハビリテーションの定義（2016年版）

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

出典：日本リハビリテーション病院・施設協会；「地域リハビリテーション 定義・推進課題・活動指針」、<http://www.rehakyoh.jp/teigi.html>（2017年2月閲覧）

図表37 地域リハビリテーション活動イメージ図
（認知症・障害のある人を地域のみんなで支える）



出典：「2025年の地域包括ケアシステムの姿」 「認知症ケアパス」（厚生労働省）を参考に執筆者作成

具体的には、「住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができること」を目標に、「保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織」が地域ぐるみで活動するものである。このように、地域リハビリは、機能訓練や医学的リハビリの枠組みを越え、地域での生活に焦点をあて、それを地域ぐるみで達成しようとするところに特徴がある。

また、地域包括ケアと地域リハビリとの関係が議論されることもあるが、定義で分かるように、地域ぐるみで支援するなど両者の概念は近似している。

2. 地域リハビリテーション活動の実際

図表38に、2016年版の地域リハビリの推進課題⁷⁾を示した。

図表38 地域リハビリテーションの推進課題（2016年版）

<p>1. リハビリテーションサービスの整備と充実</p> <p>① 介護予防、障害の発生・進行予防の推進</p> <p>② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備</p> <p>③ ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供</p>
<p>2. 連携活動の強化とネットワークの構築</p> <p>① 医療介護・施設間連携の強化</p> <p>② 多職種協働体制の強化</p> <p>③ 発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築</p>
<p>3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援</p> <p>① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進</p> <p>② 介護予防にかかわる諸活動を通じた支えあいづくりの強化</p> <p>③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進</p>

出典：日本リハビリテーション病院・施設協会；「地域リハビリテーション 定義・推進課題・活動指針」、<http://www.rehakyoh.jp/teigi.html>（2017年2月閲覧）

地域リハビリの推進課題と活動指針から、具体的な活動の実際を紹介する。

地域リハビリにおける第一の課題が、リハビリの提供のあり方、その質や量などの体制整備にあることは論を待たない。

しかし、リハビリサービスは予防に始まることから、「介護予防、障害の発生・進行予防」にかかわる活動も課題とした。今後、リハビリ関係機関や専門職には、障害の発生・進行予防に努めるだけでなく、介護予防にかかわる諸活動（地域リハビリテーション活動支援事業等）にも積極的にかかわっていくことが期待されよう。

発症すれば、医療においては生活機能改善のため、疾病や障害が発生した当初からリハビリサービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、生活期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。また、小児・成人のリハビリでは、ライフステージにそって、総合的リハビリが適切に提供されねばなら

ない。

次には、必要な人に求められるサービスを適確に提供できる連携やシステムづくりが課題となる。具体的な援助活動とそれを提供する関係者が、一定の地域で、サービスを適切に利用できるよう組織化されること、それを作ってゆくための活動も欠かせない。

当面、連携活動の強化とネットワークの構築が課題となり、中でも、「医療介護連携」「施設間連携」「多職種協働体制」などの強化が課題となる。

さらに、周りの人々が障害を負うことや年をとること、リハビリの意義などを理解し、人と人との支え合いが可能となるよう一般の人々へ働きかけること、つまり地域の受け皿づくりの活動も課題となる。

当面、リハビリの啓発は、市民のみならず関係者にも継続する必要がある。また、介護予防にかかわる諸活動を推進し、地域の支えあいにつなげられるリハビリの立場からの支援が期待される。今後は、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動等への支援や育成も行い、地域住民による支えあい活動も含めた生活圈域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきであろう。

3. 今後の地域リハビリテーション

医療や介護におけるリハビリサービス提供拠点として質の高いリハビリを提供することは言うまでもないが、リハビリ技術、チームとしての活動、地域連携など、これまでリハビリ領域の中で培われてきたノウハウが、時代の求めるその人らしい生活の構築と継続、地域づくりに提供されることが期待されている。これまで培われてきた地域リハ活動の実績は、これらのことを担うに相応しい活動であると考えられる。

地域リハビリの概念が関係者や市民に理解され、地域リハビリの発展と地域包括ケアの推進がともに進んでゆくことが望まれる。

参考文献

- 1) 澤村誠志他；「地域リハビリテーションシステムの構築について」、日本リハビリテーション病院協会報、10、pp7-9、1991
- 2) 澤村誠志他；「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」、地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班、1999
- 3) ILO UNESCO WHO；「Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper」、1994
- 4) ILO UNESCO WHO；「Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper2004」、2004
- 5) 厚生労働省；「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書、http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html（2017年1月閲覧）
- 6) 厚生労働省；「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針の在り方について（一人ひとりの地域住民への訴え）」、社会保障審議会福祉部会、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-3.html>（2017年1月閲覧）
- 7) 日本リハビリテーション病院・施設協会；「地域リハビリテーション 定義・推進課題・活動指針」、<http://www.rehakyoh.jp/teigi.html>（2017年2月閲覧）

執筆者一覧

執筆者	執筆箇所
◎鈴木 邦彦（公益社団法人日本医師会 常任理事）	I・II
石本 淳也（公益社団法人日本介護福祉士会 会長）	VI～4
梅津 祐一（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長）	IV～2
○栗原 正紀（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長）	VII～1
○齋藤 訓子（公益社団法人日本看護協会 常任理事）	VI～3
○斉藤 正身（一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長）	VII～2(1)
○鮫島 光博（医療法人社団輝生会在宅総合センター元浅草センター長）	V・VIII
鷺見 よしみ（一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長）	IV～3、VI～1
○中村 春基（一般社団法人日本作業療法士協会 会長）	VI～2(2)
浜村 明德（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 名誉会長）	X
○半田 一登（公益社団法人日本理学療法士協会 会長）	VI～2(1)
○平川 博之（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）	VII～2(3)
○深浦 順一（一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長）	VI～2(3)
○宮田 昌司（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 会長）	VII～2(3)
厚生労働省老健局老人保健課	IV～1、VII～2(4)・3、IX

執筆協力

水間 正澄（公益社団法人日本リハビリテーション医学会 監事）

◎：厚生労働省平成28年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

「地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」
調査研究委員会 委員長

○：同 委員

注) 所属・役職は執筆時点

