

訪問リハビリテーションについて

藤田医科大学 地域包括ケア中核センター

博士（医学）・理学療法士

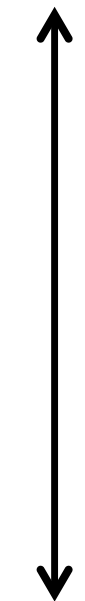
都築 晃

自己紹介

- 厚労省委託 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業 検討委員
- 厚労省委託 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究事業 検討委員
- 厚労省委託 老人保健健康増進等事業ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究事業 検討委員
- 愛知县委託 人生の最終段階における医療体制整備事業 あいちACPプロジェクト講師
- 愛知県 介護予防に関する市町村支援事業アドバイザー責任者
- 東名古屋医師会 在宅医療・介護連携支援センター連絡協議会委員
- 豊明市 地域包括ケア推進委員会委員、 市民協働参画推進委員
- 杉浦記念財団 健康寿命延伸と介護予防を考える会 検討委員、 愛知県地域再生・まちづくり研究会 検討委員
- 公益社団法人 日本理学療法士協会 代議員 、 専門理学療法士(内部障害)
- 愛知県理学療法士会 理事 ブロック局長、地域包括ケア推進委員会
- 藤田医科大学 保健衛生学部リハビリテーション学科、
- 地域包括ケア中核センター兼務、ふじたまちかど保健室・豊明団地学生居住プログラム担当、
- 地域連携教育推進センター兼務、 地域包括ケア人材教育支援センター兼務、
- 豊明東郷医療介護サポートセンター「かけはし」 兼務

地域包括ケアシステムが目指すもの

日常



非日常

自宅・地域



リハビリ



通所



病院・施設

入院



入所



訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションとはその人が自分らしく暮らすために、それぞれの地域に出向いて、リハビリテーションの立場から行われる支援である。その中で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、健康状態を把握した上で、生活機能および背景因子を評価し、リハビリテーションの概念に基づいた、本人、家族等への直接的支援と関連職種への助言等の間接的支援を提供する。



(日本訪問リハビリテーション協会)

訪問リハビリテーションの対象と内容

対麻痺



関節拘縮改善・悪化予防

脳卒中片麻痺



室内移動練習



装具歩行練習

固縮筋ストレッチ



パーキンソン病

屋外杖歩行練習



脊髄小脳変性症



住宅改修の提案



外出支援



皮膚筋炎

慢性閉塞性肺疾患



排痰援助



呼吸筋ストレッチ

歩行補助具の選定



変形性膝関節症



座位練習

18トリソミー

気管軟化症

運動発達支援



家族支援

脳性麻痺

事例紹介



90歳代 男性
心筋梗塞
腎不全

支援開始時

- ・筋力低下が進行
- ・自宅内の移動時に転倒が多発
- ・外出時はご家族が支えて歩行
- ・夜間尿瓶への排尿の失敗が多発



活動支援、環境設定を継続

約2年後

- ・筋力が向上
- ・転倒することがなくなった
- ・ご家族が付き添うのみで近くの公園へ桜を観に行けるようになった
- ・失敗なく尿瓶に排尿ができるようになった

訪問リハビリのメリット

- ・直接自宅での生活課題に対応できる

- ➡ 実際の生活場面で練習することで動作能力を獲得し課題を解決しやすい

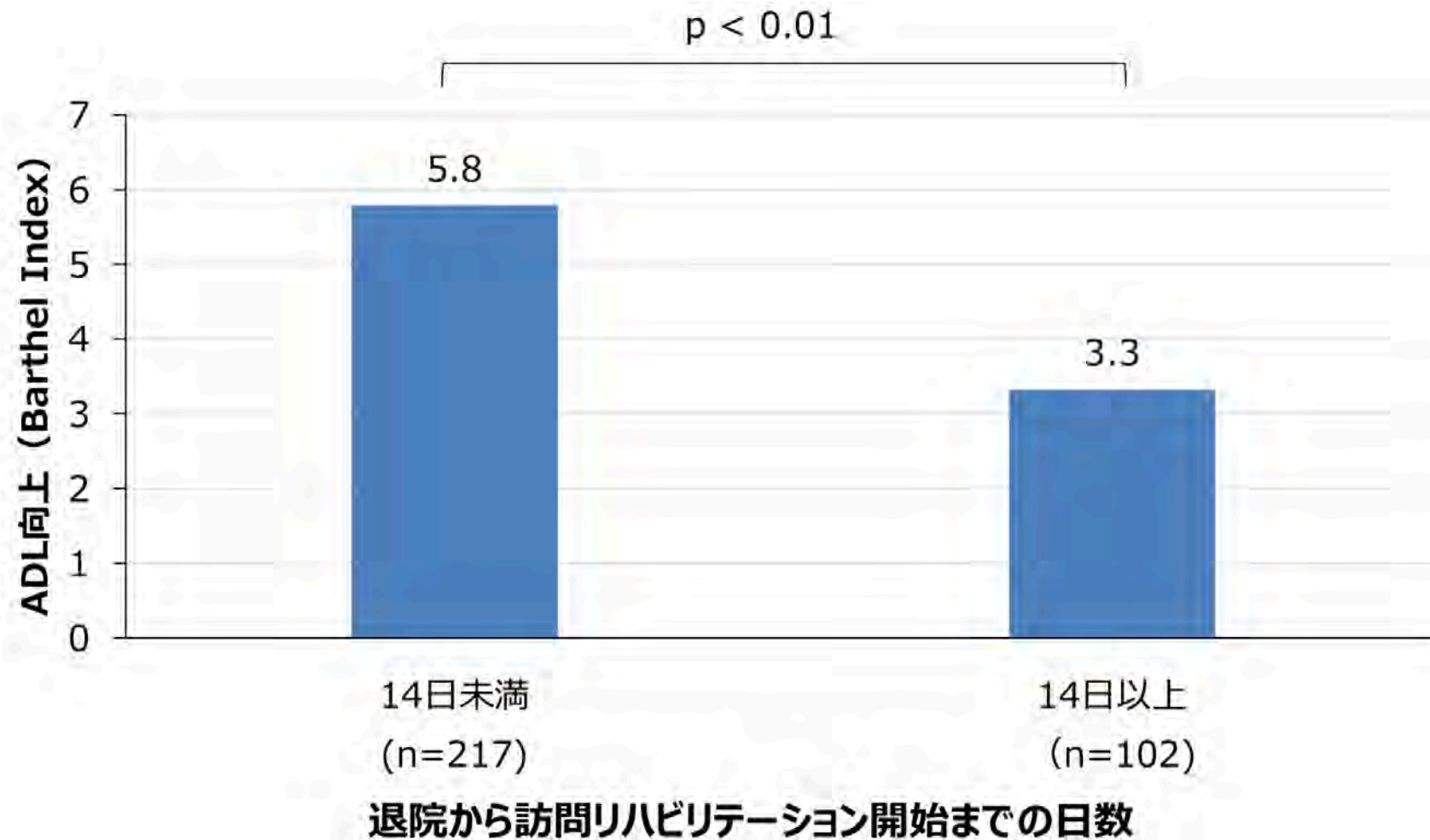
- ・より生活しやすい環境設定の提案ができる

- ➡ 適切な環境設定を行うことでより安全に、活動的に生活ができるようになる

- ・家族への支援ができる

- ➡ 介助の方法など家族の相談に対応することで在宅生活の継続につながる

より早期の訪問リハビリの開始がADL向上につながる



(出典) 厚生労働省

退院後14日以内にリハビリテーションを開始したグループでは、14日以上グループに比べ、より大きな機能回復が見られていた

介護保険制度による訪問リハビリの利用

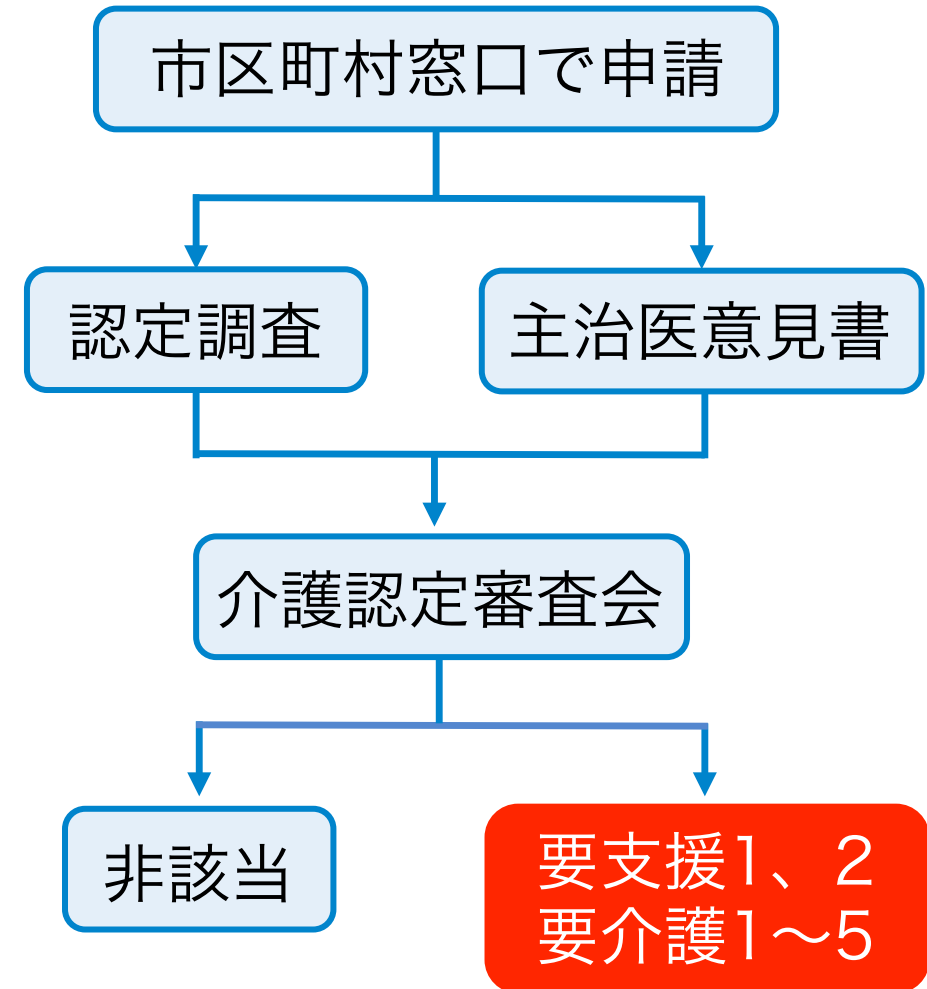
・介護保険が申請できる方

- ①65歳以上の方（介護保険第1号被保険者）
- ②40歳以上65歳未満の方（介護保険第2号被保険者）
で16特定疾病対象者

- ・がん末期
- ・関節リウマチ
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・後縦靱帯骨化症
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症
- ・進行性核上性麻痺、
大脳皮質基底核変性症
およびパーキンソン関連疾患
- ・脊髄小脳変性症
- ・脊柱管狭窄症
- ・早老症（ウェルナー症候群）
- ・多系統萎縮症（線条体黒質変性症、
シャイ・ドレーガー症候群、
オリーブ橋小脳萎縮症）
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症
および糖尿病性網膜症
- ・脳血管疾患（脳出血、脳梗塞など）
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、
慢性気管支炎、びまん性汎細気管炎）
- ・両側の膝関節または股関節に
著しい変形を伴う変形性関節症

①②の該当者で要支援・要介護認定を受けた方

・介護保険の認定



※申請から判定までは約1ヶ月

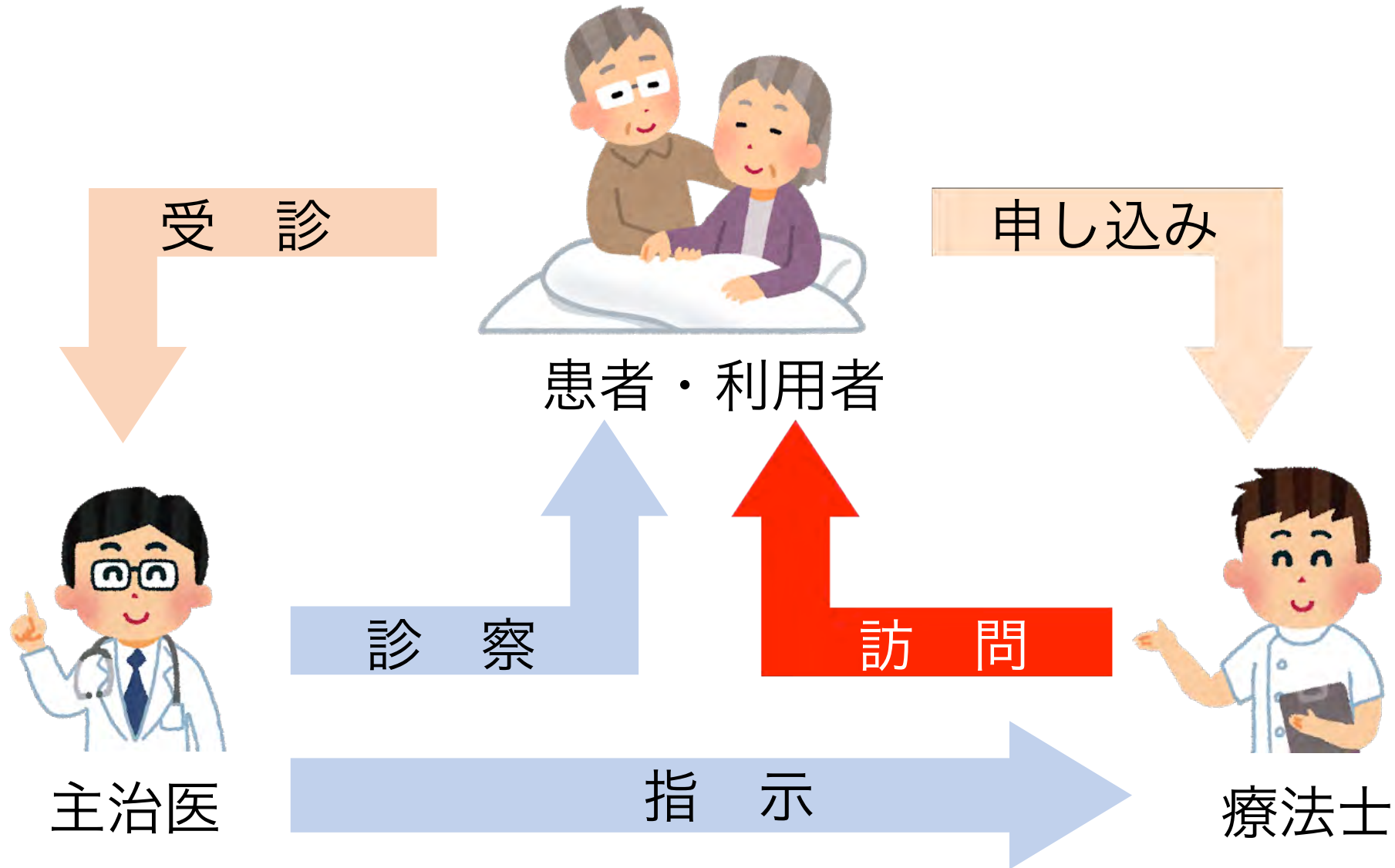
	訪問看護 Ⅰ 5 (訪問看護ステーション)	訪問リハビリテーション (訪問リハビリテーション事業所※)
介護保険	要支援・要介護認定を受けた方 ※下記を除く 1回20分以上 週6回まで	要支援・要介護認定を受けた方 ※下記を除く 1回20分以上 週6回まで
医療保険	- 要支援・要介護認定を受けていない方 1回30分から1時間30分 週3回まで（看護師による訪問も含む） - 要支援・要介護認定を受けた方 厚生労働省が定める疾病等 特別訪問看護指示期間にある方 精神科訪問看護が必要な方 30分から1時間30分 週4日以上 1日3回まで	- 要支援・要介護認定を受けていない方 1回20分以上 週6回まで - 要支援・要介護認定を受けた方 急性増悪時 1回20分以上 1日4回まで 最大14日間

※：指定を受けた病院、診療所、介護老人保健施設等

訪問リハビリテーションの利用の流れ

訪問看護
医療保険

訪問リハ
介護保険



訪問リハビリテーションの利用の流れ

訪問看護

訪問リハ

医療保険

介護保険

受診

申し込み

調整・連携

患者・利用者

ケアマネジャー

診察

訪問

指示



主治医



療法士



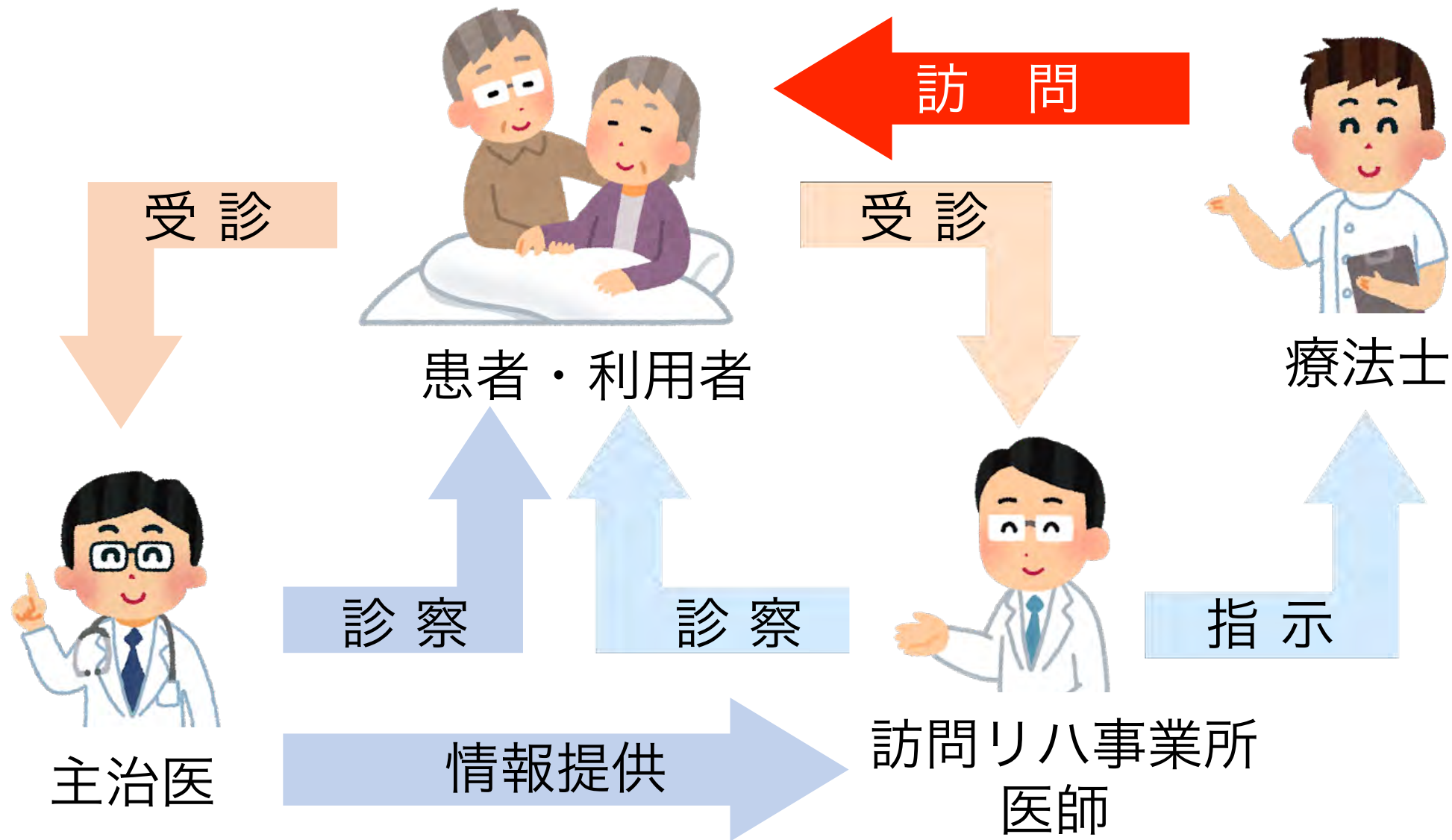
訪問リハビリテーションの利用の流れ

訪問看護

訪問リハ

医療保険

介護保険



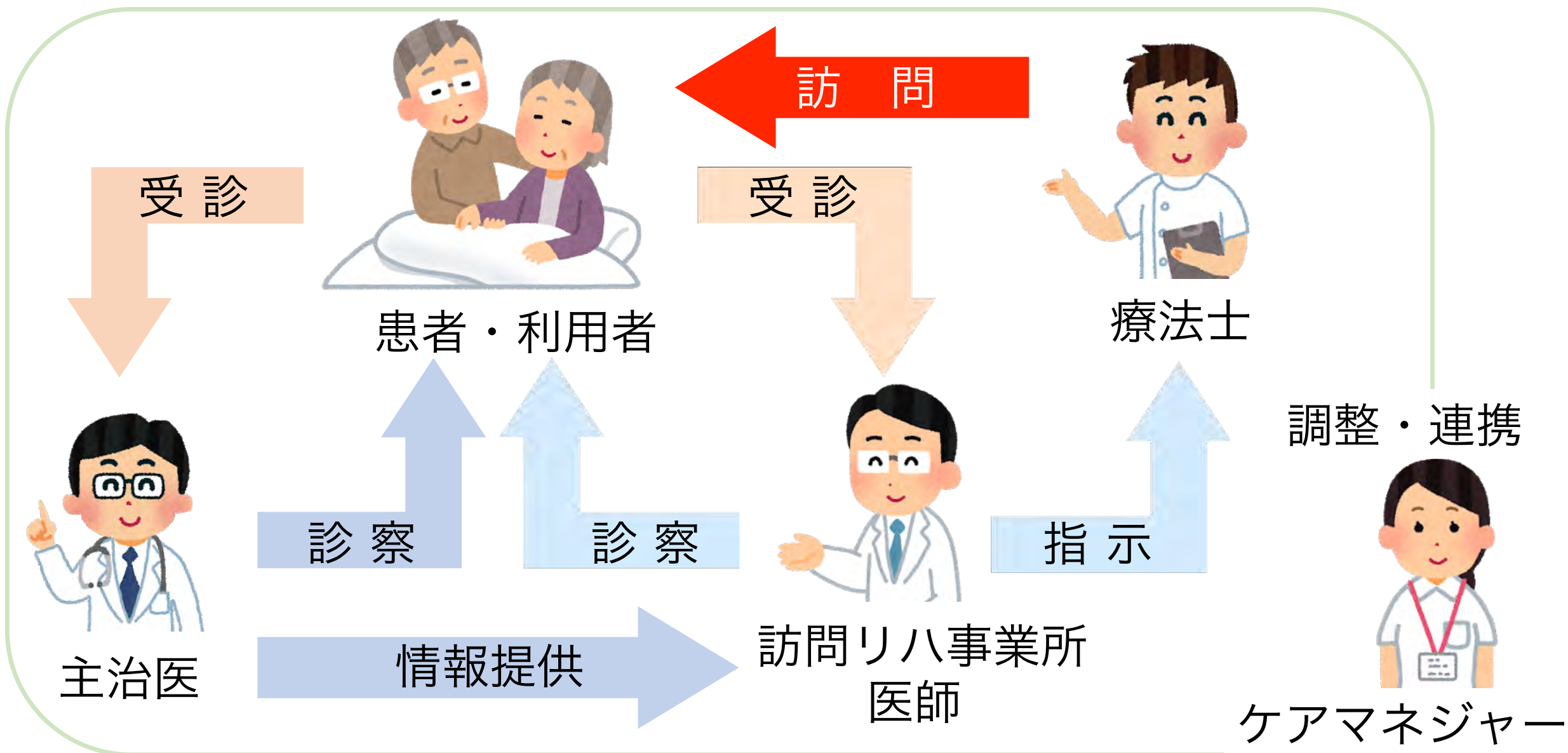
訪問リハビリテーションの利用の流れ

訪問看護

医療保険

訪問リハ

介護保険



医師と療法士の協力・連携



主治医

訪問リハビリテーション指示書

訪問リハビリテーション計画書
訪問リハビリテーション報告書

報告・連絡・相談
サービス担当者会議
地域ケア会議
ICT



療法士

訪問リハビリテーション指示書の書き方

・指示期間

訪問看護：最長6ヶ月

訪問リハ：医療保険最長1ヶ月

介護保険最長3ヶ月

・主たる傷病名

記載の傷病名により

医療保険と介護保険の判断基準となる

・留意事項及び指示事項

I：療養生活指導上の留意事項

リハビリ実施中の留意事項、中止基準等

例：脈拍100回／分以下、荷重量体重の1/2以下

II：1. リハビリテーション

具体的な内容

例：関節可動域練習、呼吸リハビリ、歩行練習等

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示欄を○で囲むこと
訪問看護指示期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名	生年月日 月・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)													
患者住所	電話													
主たる傷病名														
現在の状況 (該当項目に○等)	症状・治療 状況													
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.							
	日常生活 自立度	総たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2				
	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M						
介護認定の状況	要支援(1 2 3 4 5) 要介護(1 2 3 4 5)													
褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 Ⅲa Ⅲb Ⅳ													
装着・使用 医療機器等	1. 自衛機灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 () 1/min 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 () :チューブサイズ () 口に()回交換 8. 留置カテーテル (部位:) サイズ () 口に()回交換 9. 人工呼吸器 () :設定 () 10. 酸素カニューレ (サイズ ()) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()													
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項														
II 1. リハビリテーション														
2. 褥瘡の処置等														
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理														
4. その他														
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)														
緊急時の連絡先 不在時の対応法														
特記すべき留意事項 (注: 書き添えてある「主治医」について「医師」の署名、医師印を捺す。主治医が不在の場合は、主治医の代理人の署名捺印が必要。主治医が不在の場合は、主治医の代理人の署名捺印が必要。主治医が不在の場合は、主治医の代理人の署名捺印が必要。)														
他の訪問看護ステーションへの指示 ()														
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ()														
上記のとおり、指示いたします。 令和 年 月 日														
医療機関名 生 所 電 話 (FAX) 医師氏名														
事業所 印														

ICTの活用



近世医療・福祉ネットワーク
いきいき笑顔ネットワーク

患者

プロジェクト

その他

メッセージ

終了

患者サマリ

登録情報の変更はこちら

性別: 男 年齢:

バイタル

印刷

文書作成

特別使

同意あり

記載者: (Dr :)
登録日時: 2015年10月03日 13時53分 文書タグ:
修正 削除

患者の状況

表示

疾病の状態

主病名 慢性閉塞性肺疾患

主症状 SPO2低下

既往症

発症日 病歴 主治医

服薬状況

その他
HOT導入

感染症の有無 不明

食事

記事の抽出・絞り込みパネル

担当者/グループ

編集

文書タグ

記載日

記載月

記載者: (Pt :)
登録日時: 2015年10月02日 19時36分 文書タグ:
修正 削除

お世話さます。なかなか大変な人ですがよろしくお願い申し上げます。

返信ができておらず誠に申し訳ありませんでした。
今後は同様のことがないように随時記載をさせていただきたいと思います。
宜しくお願い致します。

リハビリ介入当初は酸素使用されておりましたが、現在はトイレまで届く位置に移動して常時使用されているようです。
安静時より口唇・手指・足趾の血色不良、冷感あり、SpO2: 90~94%です。リハビリの際に立ち上がり連続5回の実施で88~90%程度まで低下し、呼吸苦の訴えが出現します。また口すばめ呼吸の指導を介入当初から行っておりまして、最近できるようになってきたところです。
また、低負荷な自主トレーニングの提案はしていますがほぼ行っていないとの事なので、まずは日中徐々に離床時間を設けるように本人様・奥様に説明しているところです。

記載者: (Dr :)
登録日時: 2015年09月29日 11時18分 文書タグ:
修正 削除

記載者: (Dr :)
登録日時: 2015年08月12日 08時26分 文書タグ:
修正 削除

訪問リハビリ事業所の検索



地域を選択



事業形態を選択



提供事業所リストが抽出



平成30年度（平成30年10月現在）

豊明市リハビリテーション連絡協議会

登録施設案内

豊明市民に対する
在宅医療介護の
実施事業所なら
市外も入会可能。

会員総数 (市内)

PT 86 (51)
OT 28 (11)
ST 8 (2)

理学療法士
作業療法士
言語聴覚士
在籍施設

豊明市リハビリテーション連絡協議会

施設名 藤田医科大学地域包括ケア中核センター 訪問看護ステーション

所在地	豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98														
電話番号	0562-93-3707														
運営母体	学校法人 藤田学園														
開設年月日	平成24年2月														
事業内容	医療保険						介護保険								その他
	入院				外 訪 問 リ ハ	訪 問 看 護 （リハ）	老健		通所介護		通所リハ		訪 問 リ ハ	訪 問 看 護 （リハ）	
	一	回	療	精			入	短	時 間		時 間				
	般	復	養	神			来	期							
		期						入							
						所	所								
病床数・定員															
職員			理学療法士			作業療法士			言語聴覚士						
	常 勤		5			1									
	非常勤		2												
特徴	全国初の学校法人に設置された訪問看護ステーションです。 大学病院に併設しており、ガン末期や神経難病、小児疾患等も多く対応しています。脳卒中後遺症、認知症、フレイル、ロコモティブシンドロームなどの疾患・症状にも対応し、運動指導や環境設定のアドバイスも行います。 言語聴覚士はおりませんが、失語症、嚥下障害等の方も訓練内容の相談に応じます。 呼吸リハビリテーション、リンパマッサージなどについても対応します。														
	常勤スタッフ 女性2名、男性3名														

22

元気アップ集中リハ

通所リハビリ

<プログラム>

運動機能向上
栄養改善
口腔機能改善
など

1回 400円

週1～2回

訪問リハビリ

<プログラム>

住宅環境評価
自宅での活動向上
自宅周囲での活動向上
など

20分（1回）300円

初期1回・終盤1回

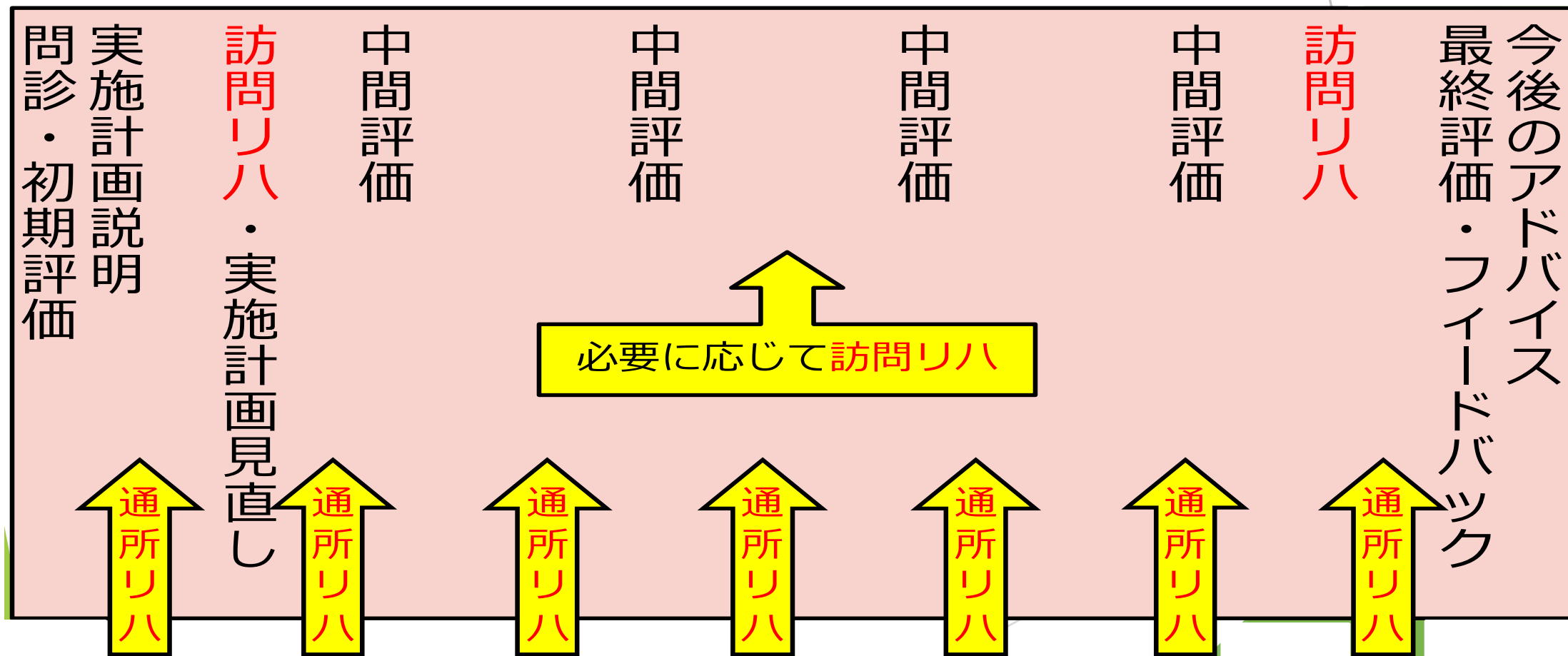
必要に応じた回数



合計30回（約3～6ヶ月）の短期集中プログラム

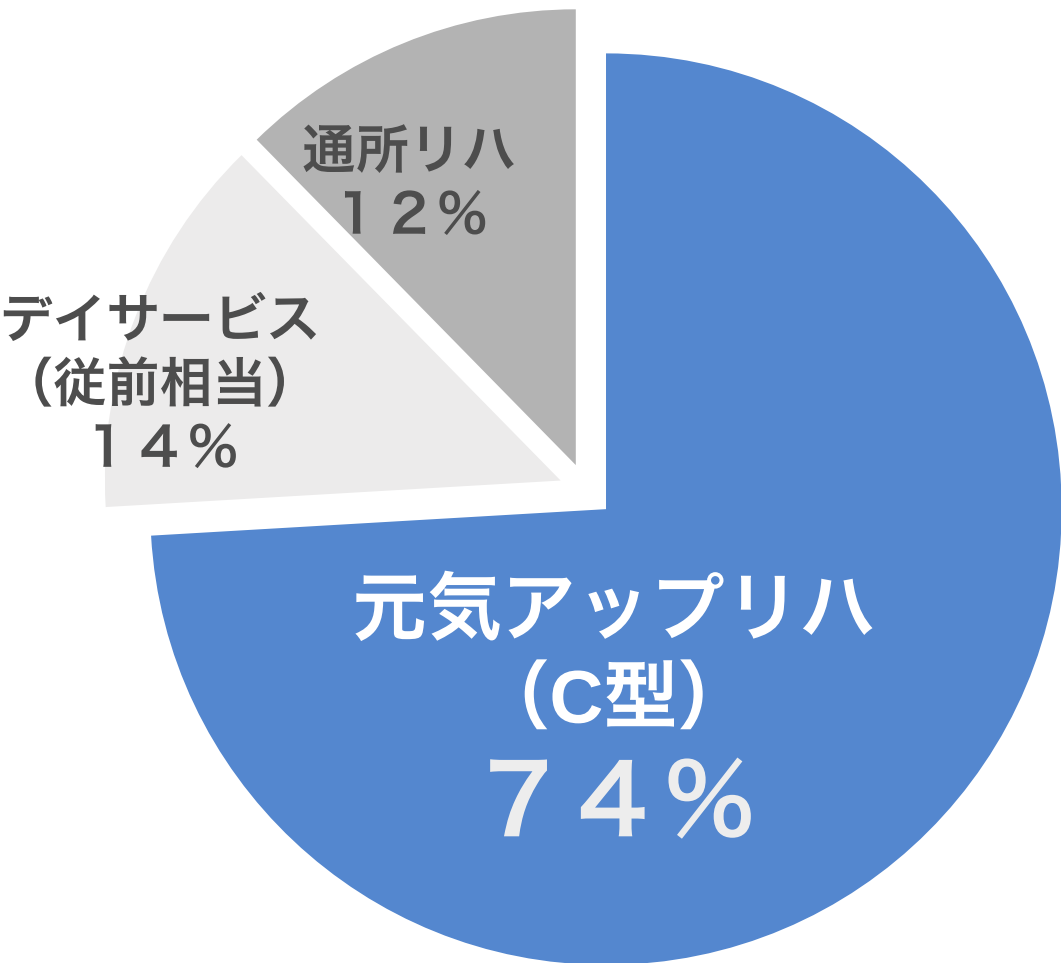
30回の時系列イメージ

3～6ヶ月



H29新規契約ケースの通所系利用割合_(n=81)

平成29年度中に包括が新規契約した利用者のうち通所系サービスを利用した者（81人）



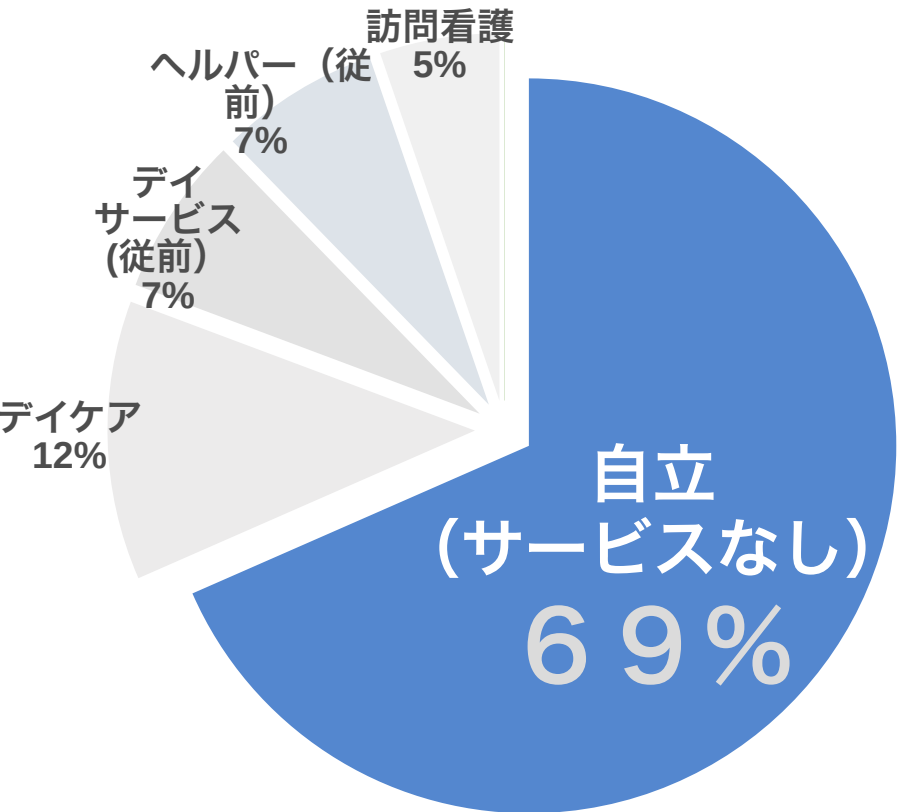
通所利用者の
74%が
C型サービスを選択

元気アップ集中リハビリ（C型）終了後の追跡

平成28・29年度利用者のうちプログラムをすべて終了した者（H30.8現在）

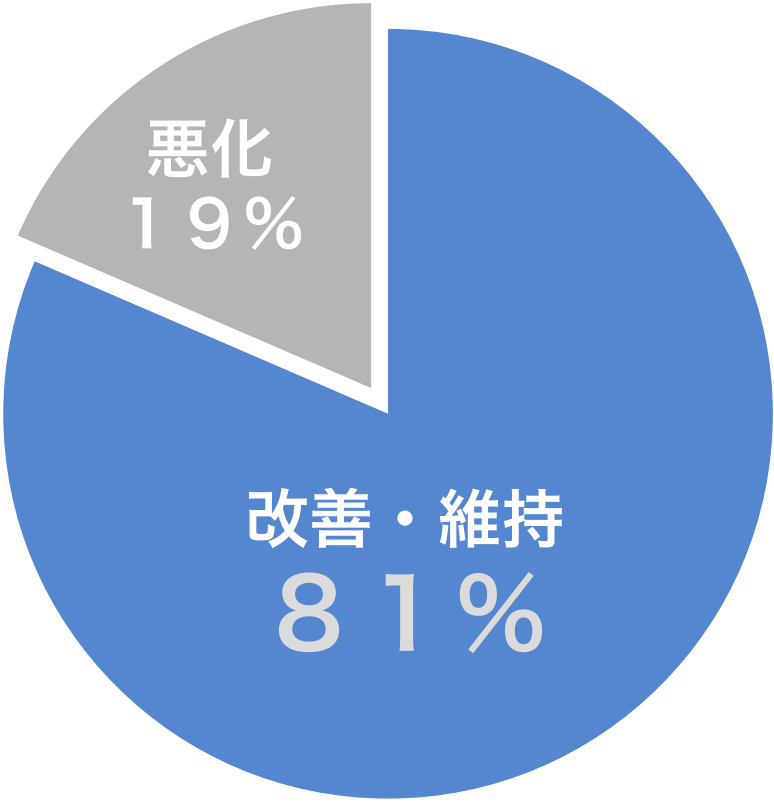
サービス帰結（直後）

n = 57



終了後6か月後の状態

n = 54



保険契約必要ない「同行訪問リハ」で目標設定支援

サービス開始前に、サービス導入により達成する生活目標の設定や、サービスのゴール設定を本人や家族と合意形成することが欠かせないが、ケアマネだけでは荷が重い。

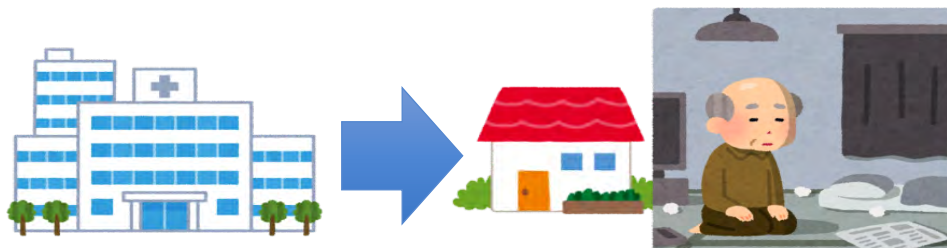
契約なし（地域リハ活動支援事業）でリハ職がケアマネに同行訪問し、側方支援する。

自立支援「マネジメント」の導入時期には プランナーにも利用者にも「アテンド」が必要

自立支援の合意形成に苦慮するケース



退院直後でリハ介入してないケース



リハ同行訪問



サービス利用にあたって適切なゴール設定と本人への動機付け

自宅・周辺環境や外出評価、目標の設定

民間サービスや福祉用具利用導入を支援

期間や終了が合意形成された保険利用となる

地域包括支援センターからの依頼内容

障害について
(特に高次脳機能障害)
どう接すればいいの？

リハビリに行けると
いいけど、説得しきれない。
専門家にあと一押しして
もらえれば行けるかも。

今の病状でリハビリ
適応？

どんなサービスを
入れるといいかしら。
通い？訪問？運動教室？

手すりをつけたいけど
どこにつけると
いいだろう。

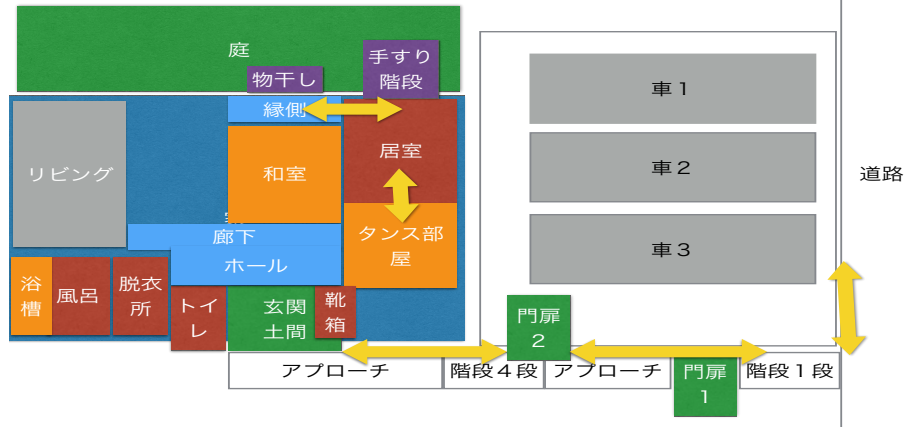
何か道具を使えば
良さそうだけど
どれが最適？

元気であるための
目標設定を具体的に
示してほしい。



評価、目標設定、自主トレ指導、 住宅改修 補助具選定 家族指導 6か月で12名訪問

佐藤さん宅間取り図



屋外歩行 外出同行



1 浴槽に入るとき



- ・ 浴槽の縁が大きく、奥の手すりまで手が届かないため、手前のスペースに膝を乗せ、上記の絵のように四つ這いで浴槽に乗る。
- ・ そのまま浴槽内に転落しそうで危険。
- ・ 3枚ある風呂蓋の1枚だけ取り外し、浴槽に浸かる。浴槽内の椅子は、使用拒否
- ・ 訪問リハで指導必要、今後もっとも危険な動作のひとつ
- ・ 嫁は、入浴前に風呂蓋をとるくらいは行うとのこと。

6 試した歩行器

左へ傾き大きく転倒危険性高い



- ・ 歩行器は本人乗り気でない
- ・ 使用している最中に左側に常に傾きあり
- ・ 体幹傾斜、肩高さも並行ではない
- ・ 本人は傾斜に自覚少ない
- ・ 左臀部の痛みの訴えは多い
- ・ 左には保護伸展反応やステップでない
- ・ 訪問中でも明らかな転倒危険性は5回ほどあった
- ・ 道具慣れと元氣アップの成果次第だが、修正自立レベルになるまでは自宅への導入は困難
- ・ 元氣アップにて、歩行器訓練、歩行転換、下肢筋トレ、立ち上がりなど必要
- ・ 訪問リハは継続して必要かと。

多職種合同ケアカンファレンス（保険者主催の地域ケア会議）

市が主催する症例検討会議（ケーススタディ）
平成28年度から実施。

- 【目的】
- 自立型ケアマネジメントの強化
 - 多職種の視点によるケアの質の向上

- 【頻度】
- 要支援・事業対象者（月1回・1.5H・4ケース）
 - 要介護（月1回・1.5H・ミニ講義+3ケース）

- 【司会】
- 要支援－健康長寿課
 - 要介護－主任ケアマネ・包括職員

- 【参加者】
- 包括職員、ケアマネジャー
 - サービス事業所
 - 医師、薬剤師、PT、OT、ST、管理栄養士
 - 保健師、看護師、歯科医、歯科衛生士、
 - 生活支援コーディネーター、司法書士、
 - 社協、民間企業 ほか
- 報酬なし、オープンで実施、平均50名ほど



本人概要	74歳女性	
世帯構成・住環境	長男家族4人、戸建（三崎町三崎） 6年前に埼玉県から名古屋→現住所へ	夫は6年前に死去
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度／A2 認知症高齢者の日常生活自立度／1	要支援2→事業対象者
医療	腰椎圧迫骨折、骨粗しょう症/みずのクリニック月1回受診、 高血圧、腎臓病/緑市民病院 歯科1回/3ヶ月	4/4第3腰椎圧迫骨折(保大)→4/25辻村 転院→みずのへ
服薬		
基本チェックリスト	運動3/5、栄養0/2、口腔0/3、閉じこもり0/2 認知症0/3、うつ0/5	
公的サービス	元気アップ集中リハ	4月までデイケア利用していた
非公的サービス		
一日の過ごし方	散歩を日課とし、近医の通院や孫の世話（小学生）をしている。家族以外の他者との交流少ない 習い事に興味がある	趣味はカラオケ・茶道・華道・琴・花の手入れ・旅行
総合的な課題	デイケア終了後の生活変化から筋力低下、社会生活の低下が心配される。	
目標とする生活	①孫とひまわりバスに乗る ②新しい人間関係ができる 1日：毎日少しずつ散歩の距離を伸ばす 1年：一人で乗り物に乗り歌舞伎座へ歌舞伎を見に行く	習い事に興味あり