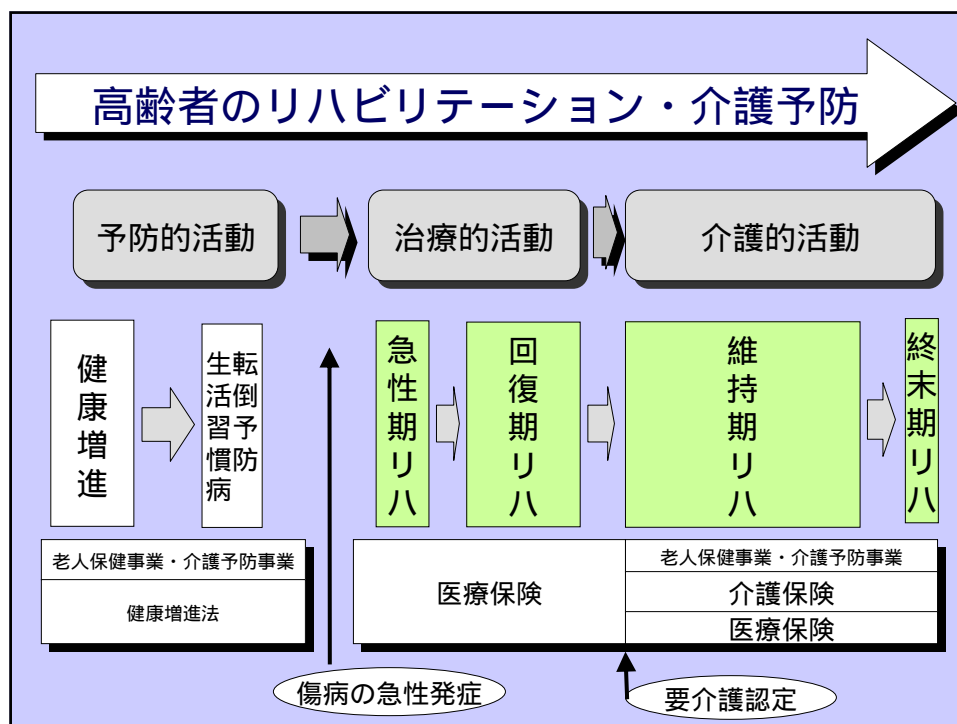


老人病院にリハビリテーションの風を 在宅を支えるリハビリテーション

初台リハビリテーション病院
理学療法士 伊藤隆夫



高齢者リハビリの3モデル

- ・ 脳卒中モデル
（急性発症する傷病）
- ・ 廃用症候群モデル^(*)
（徐々に生活機能低下）
- ・ 痴呆（認知症）モデル

（*）急性期のベッド臥床によるものではなく
主に骨粗鬆症・変形性関節症による廃用症候群

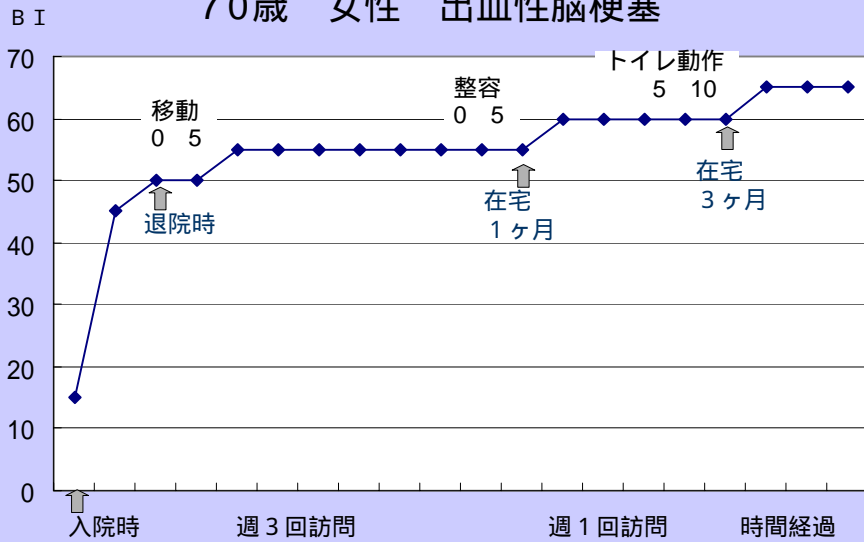
訪問リハビリテーションの サービス提供に関する調査研究

2005年3月

厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業
UFJ総合研究所

退院直後の訪問にて生活機能が向上

70歳 女性 出血性脳梗塞



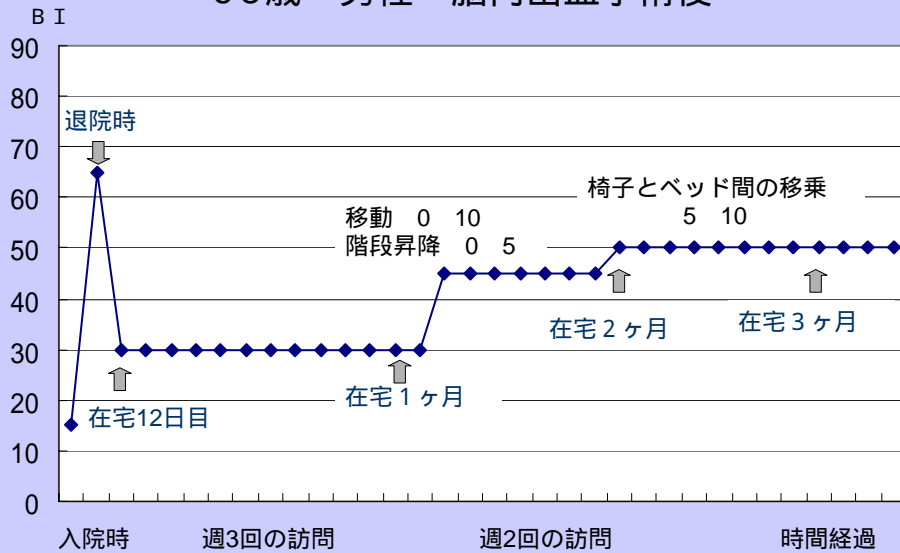
退院後の機能低下時に訪問し向上

64歳 男性 脳梗塞

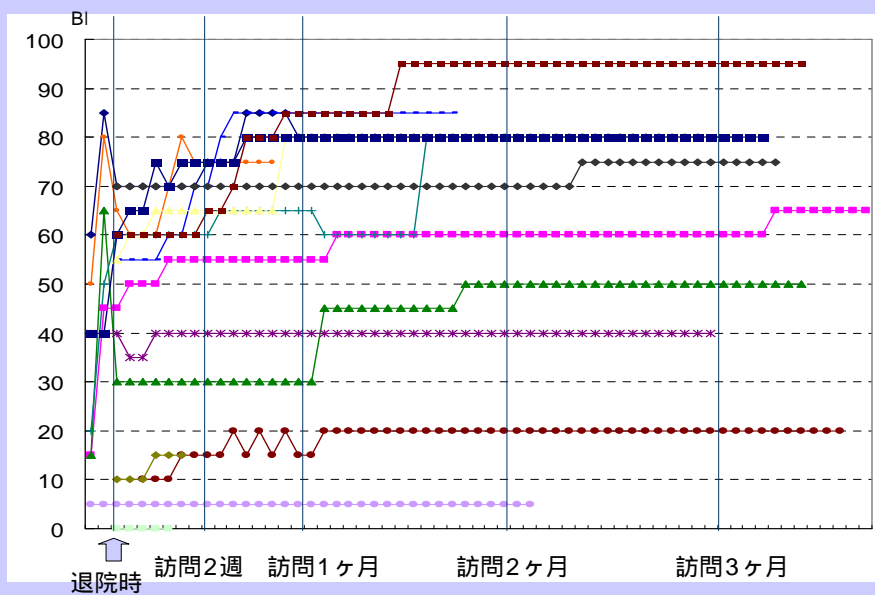


退院後の機能低下時に訪問し向上

68歳 男性 脳内出血手術後



退院直後の訪問とBIの経時的変化 N = 15

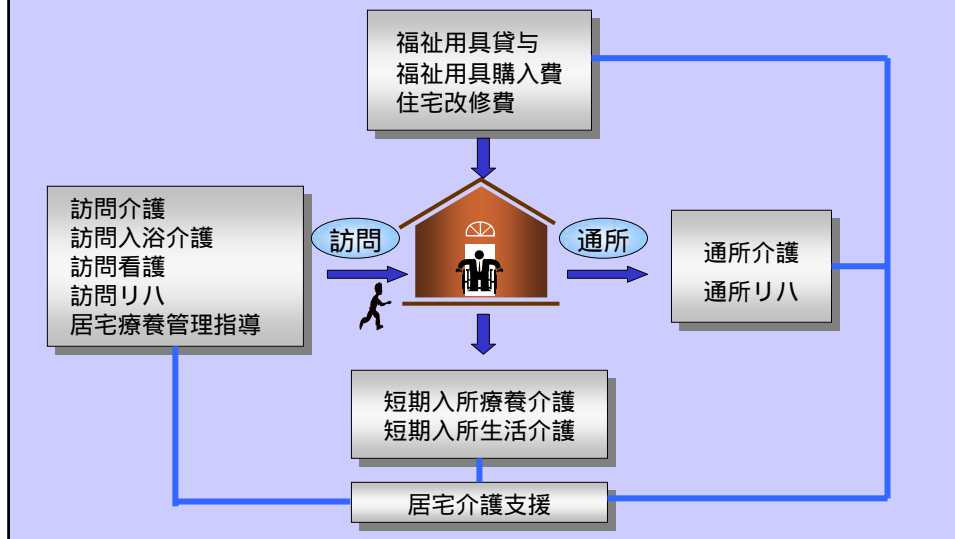


訪問リハ実態調査のまとめ

- ・ 従事するスタッフは平均2.8人で7割がP Tであった。
- ・ 常勤は約7割、専従は3割でキャリア5年以上のスタッフが6割以上を占めていた。
- ・ 1事業所当たりの実施件数は月間約88件で、利用者は22人であった。
- ・ 利用者の主疾患は脳血管疾患が約5割で、難病、筋骨格系疾患の順であった。
- ・ 発症から3年以上が5割で、訪問リハ利用期間も1年以上が5割を越えていた。
- ・ 退院・退所後、1～3ヶ月の訪問リハによって生活機能低下防止、向上に効果的な事が示唆された。

訪問リハビリテーション

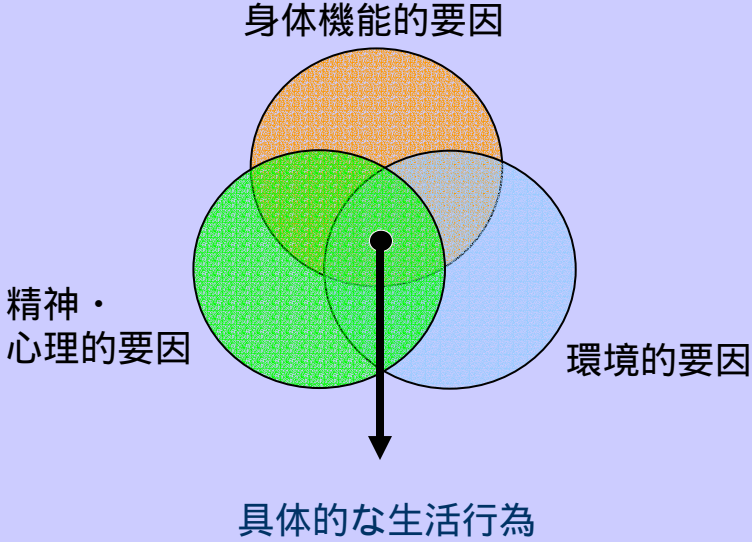
介護保険における居宅介護サービス



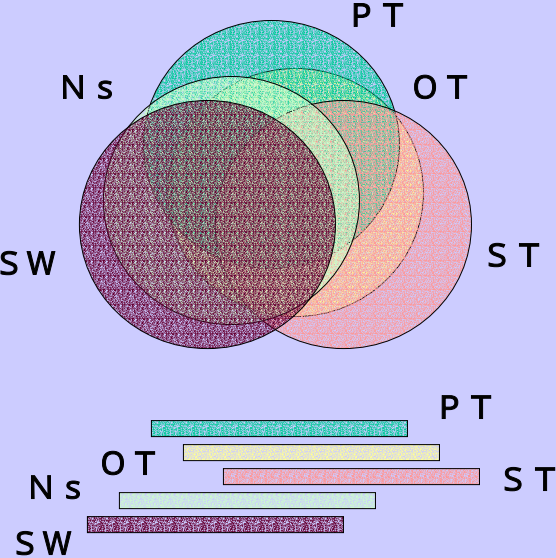
訪問リハビリテーションの種類と報酬単価

	病院・診療所・老健	訪問看護ステーション
医療保険	在宅訪問リハビリテーション 指導管理 単価：1単位につき300点 週6単位まで算定可能 退院(所)後3月まで週12単位可	PT・OTの訪問看護 単価：8,600円 ～8,700円
介護保険	訪問リハビリテーション 単価：500単位 リハマネジメント加算 20単位 短期集中リハ実施加算 退院(所)から1月 330単位 退院(所)から3月 200単位	訪問看護71(30分未満) 単価：425単位 訪問看護72(30分～1時間) 単価：830単位 夜朝加算25% 深夜加算50%

生活行為を規定する要因



チームアプローチの考え方



訪問リハビリテーションの目的

廃用性の機能低下の防止
身体面・精神面の活動性の向上



生活の活性化と社会性の獲得
||
活動と社会参加

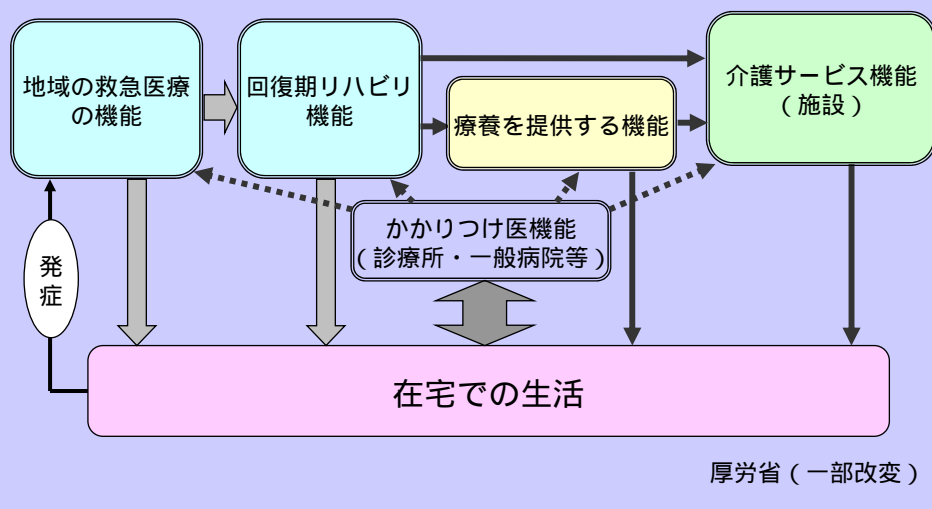
訪問リハビリテーションの業務

- 1．心身機能の評価と機能訓練
- 2．日常生活活動への助言・指導・支援
- 3．家族・介護者への介助方法の指導
- 4．家屋改造の助言
- 5．補助器具等の利用の助言
- 6．通所サービス等の利用への助言
- 7．利用者・家族介護者への精神的支援
- 8．在宅支援スタッフとの協業と連携

これからの在宅ケアサービス拠点

- ・リーダーシップ
- ・リハ機能の充実
- ・マンパワーと協調性
- ・医療系と福祉系サービスの併設と連携
- ・訪問系と通所系サービスの併設と連携
- ・小規模・多機能・地域密着・365日サービス
(コンビニエンス化)

例) 脳卒中の医療連携体制のイメージ



訪問リハの10項目 (全国訪問リハ研 2003)

具体的目標を個別に設定し、計画的な訪問を実践しよう。
退院(退所)直後の集中的訪問を実施しよう。
外来リハ・通所リハへ繋げる努力をしよう。
軽度の要介護者が重度化しないよう努力しよう。
重度の要介護者の場合、介護負担の軽減に努力しよう。
福祉用具・住宅改修に積極的に関与しよう。
地域の回復期リハ・外来リハ・通所リハ・訪問リハのサービスの実態を把握しよう。
回復期リハ病棟、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護との連携を強化し、お互いの顔が見えるケアチームを作ろう。
データを蓄積・分析し、効果的・効率的に実践しよう。
人材育成に努力しよう。