

論文

## リハビリテーションの終了について

杉本 久美子

〔抄録〕

診療報酬、介護報酬が改定されるなか、リハビリテーションは終了すれば加算がつくなど制度を利用しない方向へと向かっている。本稿では広くリハビリテーションの理念に立ち戻り、セラピストへのアンケート調査から終了の捉え方を再考し、現状の課題と対策を検討した。

広くリハビリテーションは「全人的復権」と示されるように、本来人間に等しくあるべき権利を回復することであることを再確認した。対象者や家族と共有された社会参加、生きがい、役割といったその人らしい生活の目標を設定、達成し、対象者自身が自分の人生を新たに進んでいくことができるようになったと判断できた時がリハビリテーションの終了と捉えられ、これが全人的復権へとつながると結論付けた。そこへ向けての課題として、急性期・回復期・生活期の連携、対象者・家族・多職種との連携の必要性を提起した。

キーワード：リハビリテーション、終了、全人的復権、目標

### はじめに

#### I. 研究目的

残念ながら現代医学では疾病や外傷によって生じた心身における障がいの治癒は難しく、病前の生活と全く同じ生活を獲得するということが困難な方もいる。そんな時に会うのが医学的リハビリテーション（以下、リハビリテーション）である。

現在、社会保障の財政確保が困難な状況において、一定の期限や加算によってリハビリテーションを終了していく方向が示されている。脳血管障がいや骨折などの身体障がい領域におけるリハビリテーションは、急性期、回復期、生活期と病期ごとに関わる場所や人、環境が変化する。急性期、回復期、生活期の一部は医療保険下で行われ、生活期は介護保険下で行われる

のが一般的になっている。

2015年度の介護報酬改定の際に通所リハビリ等の終了の方向性が示唆され、国の政策動向としては社会保障を使用しない方向の報酬改正がなされている。このような中で施設の都合や制度によって終了がなされていないだろうか。

2015年度の介護報酬改定の際にリハビリテーションの終了の方向性が示唆されたこともあり、介護保険分野における訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションに携わる専門職がリハビリテーションの終了の在り方について見解を述べている。そこでは、その人らしい生活の再建、生活の質の向上を目指すには機能レベルではなく、ADLレベルの目標を明確に示すこと、リハビリテーション会議などで多職種と情報を共有し、終了までを計画的に進めていく事が必要である<sup>1)</sup>とされている。

リハビリテーションの終了について文献で議論されているのは介護保険サービスでの内容が多いが、リハビリテーションは通所リハビリや訪問リハビリだけではない。医療機関でなされているリハビリテーションは、目標設定を含め生活期のリハビリテーションへ大きな影響を与える。対象者に関わるどの病期においても「終了」する時の対象者の姿、生活像をイメージし、関わっていくべきである。

本稿では、広くリハビリテーションの理念に立ち戻り、実際にリハビリテーションに携わるセラピストの認識を踏まえて終了の捉え方を検討することで、制度が変化していく中においても外してはならないリハビリテーションの中核を明示したい。

## 第1章 リハビリテーションの理念

### 1-1 リハビリテーションとは

本章では広くリハビリテーションの理念等を見つめなおし、その本質を確認する。

広くリハビリテーションは犯罪者の社会復帰など医学のみならず社会的な広範囲で使用されている言葉である。医学において、今日のような意味で、障がいをもった人についてリハビリテーションという言葉が使われたのは、1917年、第一次大戦中のアメリカ陸軍病院システムに、傷病兵の社会復帰のために「身体再訓練及びリハビリテーション部門」(Division of Physical Retraining and Rehabilitation)が設けられたのが最初であり、この場合も身体再訓練とリハビリテーションは区別されていて、訓練はあくまで前提であり、リハビリテーションとは一人前の人間として社会に戻ることに、主に職業復帰のことを指していた<sup>2)</sup>。

上田は、リハビリテーションの本来の理念について、「障害があることによって人間らしく生きることはあらゆる意味で極めて困難になる。その人たちが立ち直り『人間らしく生きる権利を回復する』こと、すなわち『全人間的復権』これこそがリハビリテーションである<sup>3)</sup>と述べている。

リハビリテーションに関わる領域は①医学的リハビリテーション、②教育的リハビリテーション、③職業的リハビリテーション、④社会的リハビリテーションがある<sup>4)</sup>。全人間的復権へ向けてはこれらの領域に関わる専門職全員がリハビリテーションの担い手であるという意識をもち、連携をとりながら対象者のニーズに応じていくことが必要であり、上田はそれを総合リハビリテーション、トータルリハビリテーションと呼んでいる<sup>5)</sup>。

以下にいくつかのリハビリテーションの定義や理論を述べていく。

WHO (World Health Organization) (1981) は「リハビリテーションは、能力障害や社会的不利の状態の影響を減らすことと、能力障害や社会的不利をこうむっている人達の、社会的統合を実現することを目的とするあらゆる手段を含む。リハビリテーションは、能力障がいや社会的不利を持った人達を、環境に適合するように訓練するばかりではなく、障害をもった人達の社会的統合を促すために、身近な環境や社会において間をとりもつことをも含んでいる」<sup>6)</sup>と定義している。

障害者世界行動計画 (1982) では「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人がみずからの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ、時間を限定した過程である」とし、唯一時間を限定した過程であることを指摘している<sup>7)</sup>。

鎌倉矩子は『作業療法の世界』で「障害者とは“当たり前”をうばわれた人あるいは奪われかかっている人のことである。リハビリテーションはその“当たり前”を取り戻す仕事なのだ。考えてみれば“当たり前”を取り戻すとは、人権思想に他ならない。これが大切なのだろう」<sup>8)</sup>とし、人権の思想の大切さを述べている。

また、山本和儀は『福祉領域のリハビリテーション論』で「一般にリハビリテーションというと、機能訓練を連想しがちであるが、リハビリテーションと機能訓練は同一のものではない。本来、リハビリテーションとは、その言葉の由来からも明らかなように、『全人間的復権』を目指すものであり、各人は人間らしい生活を再建 (再構築) するための総体を意味する。(中略) いずれにしても、個々人が人間として尊厳のある生活を営むことができるように支援していくことがリハビリテーションの本質的課題であり、換言すれば自律 (立) 的な生活を保障するための総合的支援にほかならない」<sup>9)</sup>とし、上田の全人間的復権に立脚しながら自律 (立) 的な生活を保障していくすべての支援であるとしている。

最後に、椿原彰夫は『リハビリテーション総論』で「リハビリテーションは、単に理学療法士、作業療法士による機能訓練をむやみに継続すればよいというものではなく、社会復帰あるいは社会参加という明確な目標を常に意識しつつ遂行する過程でなければならない」<sup>10)</sup>と述べ、リハビリテーションは漫然と遂行されるのではなく、社会参加、社会復帰という明確な目標が重要であるとしている。

## 1-2 リハビリテーションアプローチの考え方

上田が述べているリハビリテーションアプローチに関する重要な考え方について述べていく。

まず、「目標志向的アプローチ」についてである。医学的には「対症療法はだめで基本的な原因から治さなければならない」という「基底還元論」という思想があるが、これは限界を前にした場合「あきらめてしまう」ことになりやすい。しかし、そこであきらめないのがリハビリテーションなのである。リハビリテーションアプローチにおいては「この人がどのような新しい人生を設計するのか」というという目標をはっきりさせ、その実現に最も有効に働くよう総合的に進めていくという「目標志向的アプローチ」が重要になってくる。機能障がい回復をまず考え、それが行き詰って初めて活動制限に対するアプローチを考え、また能力の向上が限界に達してから参加制約に対する対策を考える、「段階論」に陥ってはならないのである<sup>11)</sup>。

根本が治らなければその人らしい生活ができないという思考（基底還元論）ではなく、こんな生活を送るためにはどうしたらいいかという目標志向的アプローチが重要であり、機能障がい、活動制限、参加制約または環境などその人を取り巻く要因それぞれに対処していく思考をもたなくてはならない。

次にリハビリテーション医学の考え方について、①プラスの医学（マイナス面だけに目を向けず、患者・障がいのある人のプラス面に注目し、それを伸ばすことに努力を傾けること）②復権の医学（「治癒をめざす医学」を越えて、「人間らしく生きる権利の回復」を目指す医学だという事）③障がいの医学（「生活上の困難・不自由・不利益」である障がいを研究・診断・治療の対象とし、疾患をもその視点から見直す）④先見性の医学（目の前の問題だけに目をうばわれず、この人がこれから送る長い人生のすべてを視野においてものを考える）という四つの特徴をあげている<sup>12)</sup>。これもリハビリテーションアプローチには重要な考え方である。

こうして四つの特徴を見てみると、リハビリテーションの位置づけは疾病や障がいを治癒させることではなく、対象者を生活者として生かせるよう、医療と生活を結びつける架け橋のような存在であることが分かる。そして、リハビリテーションはこれらの要素をふまえ、アプローチしていかなくてはならない。

## 1-3 リハビリテーション再考

広くリハビリテーションを見つめ直すと、上田や鎌倉、山本は人権の思想を重視し、さらに山本は、自律（立）的な生活を保障していくすべての支援であると述べていた。また、WHOの定義や椿原は、対象者の社会的統合を促す過程や社会参加、社会復帰を目指すことを示していた。そして、障害者世界行動計画では唯一、限定した過程であることを指摘していた。これらのことから、広くリハビリテーションは心身の障がい、能力障がいの回復というようなミク

口な視点ではなく、人権や尊厳など、対象者がその人らしく生きていくための本来人間に等しくあるべき権利を回復もしくは獲得するものである。それは、福祉、教育、職業など様々な方面から支援し、対象者が自己選択、自己決定できる能力や環境を整えていくことである。

リハビリテーションは、医学の中にありながらも、「治療」から一歩進み、対象者のこれからの生活、人生を設計していく為の支援である。その役割を果たすために、何が大切であろうか。リハビリアプローチの思考として大切なのが、目標志向的アプローチであり、生活レベルの目標を明確にすることである。まず、対象者との関係性とその関係性を築くための方法から考える。生活レベルの目標を明確にするためには対象者の生活史などの経験からくる価値観を尊重することが大切である。対象者の価値観と専門職の知識、技術を基に対象者の将来像をイメージし、生活レベルの目標を共有することがリハビリテーションの軸になってくる。

また、リハビリテーションの成果は、筋力がどれくらい向上したかや関節がどれくらい曲がるようになったかという機能レベルではないし、歩行自立、排泄自立という活動レベルでもない。そして、病院を退院した、通所リハビリを退所したということでもない。対象者が送る長い人生のすべてを視野において考えると、最も重要なのは、退院後やリハビリテーション終了後にどのような生活を送っているかではないだろうか。このようなアプローチの結果が全人的復権へとつながるのだと考える。

## 第2章 リハビリテーションの政策動向

### 2-1 医療保険における政策動向

リハビリテーションの現状、方向性を政策動向から読み解いていく。

1965年、理学療法士及び作業療法士法が成立し、1968年に労働省労働基準局長は全国の労災病院または指定施設で実施されたリハビリテーションに対し特別の診療報酬を支払う制度を発足させた。施設基準が定められ、リハビリテーション専門医、理学療法士、作業療法士、言語療法担当者が常になければならないとされた<sup>13)</sup>。1982年老人保健法が成立し、予防から治療、リハビリテーションまで総合的な保健医療サービスを提供することを目指した。機能訓練や訪問指導において、リハビリテーションが施設以外の住み慣れた地域で提供されることとなった。1992年「総合リハビリテーション承認施設基準」が導入され、リハビリテーション関係診療報酬の大幅な引き上げと早期の濃密なりハビリテーションへ誘導された。

2000年、介護保険導入と同時に、「医療の質の向上と効率化を図り、寝たきり状態の患者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図る」という目的のもと、回復期リハビリテーション病棟入院料の基準が導入された。

2006年、質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進し、長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーションが行われているという指摘もあり、療法別区分

を疾患別区分に変更し、それぞれに算定日数上限が設定された。リハビリテーションを受けられない対象者が増え、「リハビリ難民」という言葉ができるほど社会問題となった。2012年度から回復期リハビリテーション入院料においてアウトカム評価が導入された。在宅復帰率、重症患者の受け入れ割合、ADLの改善割合等さらに厳しい基準の入院料Iが新設された<sup>14)</sup>。

2015年、厚生労働省は、介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。急性期、回復期で心身機能の改善に主眼をおき、その後介護保険下で活動、参加へと焦点を当てるようなリハビリの流れを想定した(図2-1)。

2016年度の改定では、地域包括ケアシステムの推進と、病床の機能分化・連携を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること、「かかりつけ医等」のさらなる推進と患者にとって安心・安全な医療を実現すること、重点的な対応が求められる医療分野を充実すること、効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めることに重点が置かれた<sup>15)</sup>。

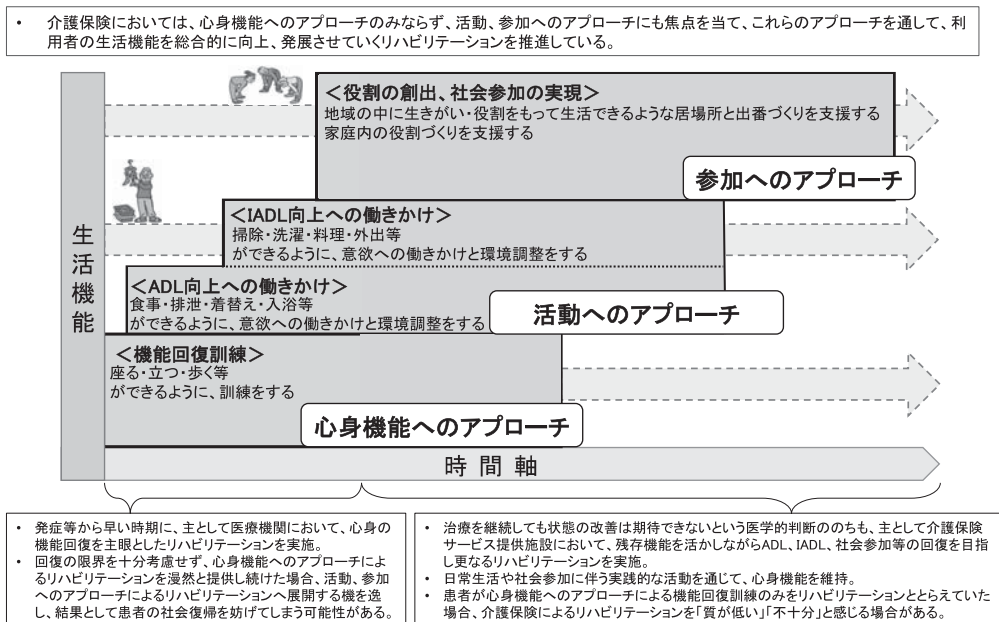


図2-1 リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第316回）資料 2015より抜粋

## 2-2 介護保険の政策動向

2006年、診療報酬、介護報酬の同時改正により医療と介護の機能分担・連携の明確化等の課題に対する制度改正が行われた。診療報酬でリハビリに上限日数が定められ、医療から介護へ連続するシステムが必要となり、介護保険において短期集中リハビリテーションが導入され

た<sup>16)</sup>。

2012年には医療ニーズが高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化するため、重度管理療養加算が導入され、通所リハビリで手厚い医療が必要な重度利用者の受け入れを評価することとなった。これにより、医学的管理が必要な方も地域で生活できるようなシステムの整備が進められた<sup>17)</sup>。

2015年には地域包括ケアシステムの構築へ向けて、活動と参加に焦点を当てたりハビリテーションを推進する為、社会参加支援加算、生活行為向上マネジメント加算が導入され、訪問リハビリや通所リハビリにおいて社会参加、生活行為向上に焦点を当てたアプローチを実施し、制度上、リハビリテーションを終了していくという流れが示された<sup>18)</sup>。

2018年の改定では、医療・介護の役割分担と連携の一層の推進という名目で、通所リハビリテーションの面積、人員、器具の要件の緩和、急性期、回復期からも「活動」、「参加」をイメージできるようにとリハビリテーション実施計画書を医療、介護共通のものに変更された。自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現という観点から、医師の関与の強化をするため、ICTを活用したりハビリテーション会議への参加が可能となった。また、介護療養医療施設等から介護医療院への転換が図られる事となった<sup>19)</sup>。

### 2-3 政策動向の特徴と矛盾点

リハビリテーションに関する政策の動向は医療費抑制という変化のなかで、2000年の介護保険導入と共に、急性期、回復期、生活期と機能分化され、2006年の疾患別リハビリテーション料の導入を皮切りに算定上限日数、加算によって早期に地域生活移行を目指す流れとなった。その中でリハビリテーションに求められていることは、発症からの早期関与と短期間での地域生活移行支援の充実である。そのポイントは、①効果を証明できないリハビリテーションを漫然と継続することへの是正、②社会参加を目標としリハビリテーションを終了する（多職種連携の強化、医療、介護の連携強化）、③入院期間を短縮させ、介護保険で対応し、できるだけ制度を使わない自立を目指していくという三点に整理できる。

確かに、効果のないリハビリを漫然と継続し続けるのは対象者にとっても意味のないことであり、対象者が機能回復に固執してしまうことにつながる。活動、参加へ焦点を当てた目標を設定、共有し進めていくことは重要であり、国が求めていることで理解できる部分もある。しかし、回復期での在宅復帰率やFIM（Functional Independence Measure：機能的自立度評価法）スコアの向上率をアウトカムにし、入院期間の短縮化を図らせるようなシステムは、FIMスコアの改善度と、いかに入院期間を短縮するかというところに焦点がずらされてしまう可能性がある。また、介護保険においても老人保健施設では在宅復帰率及びベッドの回転率を指標とした報酬体系になり、通所リハビリ、訪問リハビリでは名目上は生活行為向上マネジメント加算、社会参加支援加算とされ、「活動」や「参加」に視点を置いているように見える

ものの、結局はそのサービスを終了したことによって加算がつくかたちにもみえ、加算をとるために終了するという、政策主導の終了になるリスクがある。

### 第3章 リハビリテーションの終了に関する認識調査

#### 3-1 調査の概要

終了に関する実態と現場の認識を調査するため A 圏域の身体障害、高齢期分野の理学療法士と作業療法士（以下、セラピスト）を対象に終了理由、目標設定についての選択式質問と理想的なりハビリテーションの終了のイメージ、課題と必要なことを自由記載する形式でアンケート調査を実施した。病期で現課題の共通点や領域差異を明らかにすることで、機能分化されている現状のリハビリにおける課題をより明確するため、各病期で分析した。

A 圏域は 2 市 2 町からなる。B 市（高齢化率 27.2%）、C 市（26.4%）、D 町（29.5%）、E 町（26.7%）と、どの市町においても高齢化率は高い。住み慣れた地域で質の高い生活を送りたいというニーズに応えるための充実整備が課題となっている。本圏域では、みんなが幸せになれる地域医療」を求め、医療・福祉関係者、NPO など有志が集まって相互のコミュニケーションを深める「三方よし研究会」という取り組みを活発に行っている圏域である。

本調査を行うにあたっては『佛教大学「人を対象とする研究」倫理規定』に基づく手順に従い、調査における倫理的配慮が十分なされているということを確認した上で実施した。調査票には本研究の趣旨、調査への協力が任意であること、調査結果の公表時には匿名性を保つ事を説明する為の文書を添付し、質問の回収をもって調査への同意を得たものとみなした。

#### 3-2-1 調査結果

A 圏域の承諾を得られた 17 施設、255 名のセラピストへ郵送し、178 名の回答を得た（回収率 69.8%）。

回答表の各病期の内訳を図 3-1 に示した。介護保険系は通所リハビリ、訪問リハビリ、老人保健施設を兼務している事が多いため、それらを合計したものである。主な勤務地（急性期、回復期、生活期、老人保健施設、通所リハビリ、訪問リハビリ、その他）を複数選択された回答を複数領域とした。各領域での特徴を把握するため、複数領域の結果については記載したが分析からは除外した。

急性期は 12%、回復期は 32%、生活期は 15

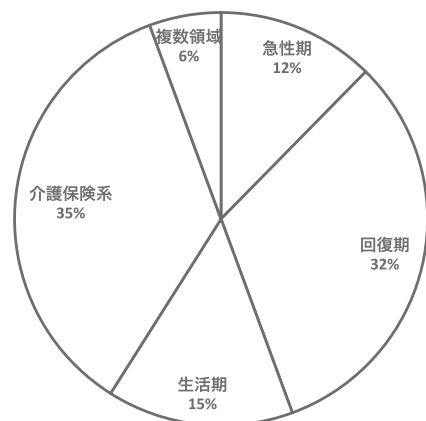


図 3-1 領域別の割合



%, 介護保険系は35%, 複数領域が6%であった。(図3-1)

### 3-2-2 終了の理由と目標設定

「終了の理由」について、急性期と回復期においては「目標の達成」が81.8%, 76.4%と最も多く、生活期、介護保険系では「体調不良や死亡」が57.7%, 68.3%と最も多かった。「医師の判断」が急性期では77.3%, 回復期では34.5%, 生活期では38.5%, 介護保険系では7.9%, 複数領域では50%であり、医療保険系の特に医学的管理、治療が優先される病期においては医師の判断が高いウエイトを占めていた。「対象者や家族の希望」は急性期では40.9%, 回復期では58.2%, 生活期では53.8%, 介護保険系では55.6%であり、どの領域においても半数程度の割合であった。「診療報酬上の理由」や「介護報酬上の理由」という制度による理由は急性期が40.9%, 回復期が32.7%, 生活期が23.1%, 介護保険系が33.3%であり、少なからず制度による理由で終了されていると認識されている(表3-1)。

表3-1 終了の理由で多いと思うもの(3つ)

	急性期		回復期		生活期		介護保険系	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
対象者や家族の希望	9	40.9	32	58.2	14	53.8	35	55.6
医師の判断	17	77.3	19	34.5	10	38.5	5	7.9
施設の都合	2	9.1	12	21.8	3	11.5	10	15.9
目標の達成	18	81.8	42	76.4	14	53.8	27	42.9
介護保険制度・報酬上の理由 (介護度変更・加算算定等)	4	18.2	9	16.4	4	15.4	21	33.3
他職種の判断	0	0	2	3.6	0	0	2	3.2
診療報酬上の理由(DPC・標準的算定日数等)	9	40.9	18	32.7	6	23.1	2	3.2
転院・転所先の都合	4	18.2	13	23.6	7	26.9	10	15.9
体調不良や死亡	2	9.1	11	20	15	57.7	43	68.3
ケアマネジャーの判断	0	0	0	0	1	3.8	15	23.8
その他	0	0	0	0	1	3.8	5	7.9

「目標設定項目」については、急性期では「基本動作能力の改善」が95.5%, 「ADLの改善」が86.4%, 「身体機能の改善」が72.7%であった。回復期では「ADLの改善」が87.7%, 「身体機能の改善」が80.7%, 「基本動作能力の改善」69.8%であった。生活期では「ADLの改善」が76.9%, 「基本動作の改善」, 「身体機能の改善」が73.1%, 「身体機能の維持」が57.7%であった。介護保険系では「ADLの改善」が74.6%, 「ADLの維持」が61.9%, 「基本動作能力の改善」が61.9%であった。全領域において、基本動作、身体機能、ADLの改善の項目が多く挙がっていた(表3-2)。

表 3-2 目標設定項目（5つ）

	急性期		回復期		生活期		介護保険系	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
社会資源の活用や各種サービスの利用(社会参加)	8	36.4	27	47.4	8	30.8	21	33.3
生活リズムの改善	1	4.5	16	28.1	5	19.2	14	22.2
余暇活動の獲得	6	27.3	15	26.3	3	11.5	13	20.6
IADL の改善	6	27.3	21	33.3	6	23.1	24	38.1
IADL の維持	3	13.6	5	7.9	3	11.5	8	12.7
基本動作能力の改善	21	95.5	44	69.8	19	73.1	39	61.9
基本動作能力の維持	10	45.5	10	15.9	13	50	32	50.8
ADL の維持	10	45.5	19	30.1	14	53.8	39	61.9
ADL の改善	19	86.4	50	87.7	20	76.9	47	74.6
精神心理機能の改善	1	4.5	4	7	3	11.5	4	6.3
精神心理機能の維持	1	4.5	5	8.8	1	3.8	6	9.5
身体機能の維持	10	45.5	14	24.6	15	57.7	28	44.4
身体機能の改善	16	72.7	45	80.7	19	73.1	29	46
その他	0	0	0	0	2	7.7	1	1.6

「目標共有が難しいと思う時があるか」では、全領域において「時々ある」が最も多く、次いで「ある」が多かった（表 3-3）。

表 3-3 目標共有が難しいと思うときがあるか

	急性期		回復期		生活期		介護保険系	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
ある	3	12.5	15	26.3	9	34.6	22	34.9
時々ある	12	54.2	25	43.9	12	46.1	28	44.4
あまりない	8	33.3	15	26.3	5	19.2	13	20.6
ない	0	0	1	1.8	1	3.8	0	0

### 3-2-3 理想的な終了のイメージ

リハビリテーションの理想的な終了のイメージと課題、必要なことに関する結果は自由回答を分析し、抽象レベルをあげ、カテゴリ化した。それを中項目、大項目と表記し結果を出した。領域ごとの大項目を表 3-4 に示す。

いずれの領域においても、「目標の達成」が多く挙げられており、「対象者・家族が納得できた時」、「対象者・家族が満足できる状態」も共通して挙がっていた。

領域別にみていくと、急性期では「物理的、人的、社会環境を調整して終了」、「対象者・家族の理想、希望がなくなったとき」が挙がった。回復期では「必要な社会資源へつなく」、「安心した生活が送れる」、「対象者・家族の理想・希望がなかった時」、「社会復帰、在宅生活が可能になった時」、「その人らしい生活」が挙がった。生活期では「安定、安心した生活が送れる」、「対象者・家族の理想・希望がなかった時」が挙がった。介護保険系では「生きがい、役割、

社会参加の獲得」, 「安定, 安心した生活が送れる」, 「必要な社会資源へつなく」等が挙げられた。

表 3-4 理想的な終了のイメージ

急性期	回復期	生活期	介護保険系
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶目標の達成</li> <li>▶対象者・家族が満足できる状態</li> <li>▶物理的, 人的, 社会環境を調整して終了</li> <li>▶対象者・家族の理想・希望がかなった時</li> <li>▶対象者・家族が納得できた時</li> <li>▶以前の生活に近づける</li> <li>▶QOL 向上</li> <li>▶必要な社会資源につなげる</li> <li>▶対象者等と共に目標設定</li> <li>▶身体機能, ADL 能力の改善</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶目標の達成</li> <li>▶安心した生活が送れる</li> <li>▶必要な社会資源へつなく</li> <li>▶対象者や家族の理想・希望がかなった時</li> <li>▶社会復帰, 在宅生活が可能</li> <li>▶その人らしい生活</li> <li>▶物理的, 人的, 社会環境の調整</li> <li>▶対象者・家族が納得できた時</li> <li>▶対象者・家族が満足できる状態</li> <li>▶対象者等が自らリハビリの終了を希望する</li> <li>▶対象者が自身の疾患や能力を理解できている</li> <li>▶身体機能, ADL 能力の改善</li> <li>▶自主トレ, 運動の習慣化</li> <li>▶精神的にも自立した状態になる</li> <li>▶期限による終了はない</li> <li>▶QOL 向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶目標の達成</li> <li>▶対象者・家族が納得できた時</li> <li>▶対象者・家族が満足できる状態</li> <li>▶安定, 安心した生活が送れる</li> <li>▶対象者や家族の理想・希望がかなった時</li> <li>▶社会復帰, 在宅生活ができる</li> <li>▶終了後の確認とアフターフォローができる環境を調整して終了</li> <li>▶対象者等と共に目標設定</li> <li>▶役割の獲得</li> <li>▶以前の生活に近づける</li> <li>▶ADL 能力等の能力の改善</li> <li>▶QOL 向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶目標の達成</li> <li>▶生きがい, 役割, 社会参加の獲得</li> <li>▶対象者・家族が納得できた時</li> <li>▶対象者・家族が満足できる状態</li> <li>▶必要な社会資源へつなく</li> <li>▶安心した生活が送れる</li> <li>▶アフターフォローができる環境, 物理的環境調整をして終了</li> <li>▶対象者, 家族, セラピスト, 多職種の相互理解 (合意)</li> <li>▶対象者自身の判断で終了</li> <li>▶イメージしにくい</li> <li>▶プラスのイメージをもって終了</li> <li>▶自己決定, 自己実現</li> <li>▶自主トレ, 運動の習慣化</li> <li>▶その人らしい生活</li> <li>▶QOL 向上</li> <li>▶以前の生活に近づける</li> </ul>

### 3-2-4 課題, 必要だと思う事

「課題, 必要だと思うこと」については, 全領域で共通していたのが, 「対象者・家族・多職種との連携」, 「リハビリの認識」, 「セラピストのスキル」, 「社会資源の不足」であった。その他, 回復期, 生活期, 介護保険系で共通していたのが, 「制度面の課題」であった。また, 回復期には「退院後に関わる期間との連携」が挙がっており, 介護保険系には「急性期・回復期・生活期の連携」, 「時間の不足」等が挙がっていた (表 3-5)。

表 3-5 課題, 必要だと思うこと

急性期	回復期	生活期	介護保険系
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶多職種との連携</li> <li>▶セラピストのスキル</li> <li>▶リハビリの認識</li> <li>▶社会資源の不足</li> <li>▶社会資源の情報不足</li> <li>▶物理的環境の調整</li> <li>▶対象者, 家族の自己理解</li> <li>▶目標の明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶制度面の課題</li> <li>▶対象者・家族・多職種との連携</li> <li>▶セラピストのスキル</li> <li>▶リハビリの認識</li> <li>▶社会資源の不足</li> <li>▶退院後に関わる期間との連携</li> <li>▶地域連携強化</li> <li>▶対象者教育的関わり</li> <li>▶目標の明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶制度面の課題</li> <li>▶対象者・家族・多職種との連携</li> <li>▶セラピストのスキル</li> <li>▶リハビリの認識</li> <li>▶社会資源の不足, 地域差</li> <li>▶生きがいの発見</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶対象者・家族・多職種との連携</li> <li>▶制度面の課題</li> <li>▶社会資源の不足</li> <li>▶社会資源の情報不足</li> <li>▶急性期・回復期・生活期の連携</li> <li>▶セラピストのスキル</li> <li>▶リハビリの認識</li> <li>▶時間の不足</li> <li>▶対象者教育的関わり</li> <li>▶多職種の役割の明確化と遂行</li> <li>▶地域連携強化</li> <li>▶適切な備品の確保</li> <li>▶目標の明確化</li> </ul>

### 3-3-1 理想的な終了についての考察

理想的なリハビリテーション終了のイメージとして「目標の達成」という認識が多かった。自由回答では「利用開始時に対象者、家族、多職種と話し合い目標設定し、そこに向けた関りを持ち、目標達成すれば終了」、「目標を共に決定し、終了も含め検討していく、その過程がある事が理想等」等があった。対象者だけでなく、対象者に関わる家族や多職種とも目標を共有し、達成するということが理想的であると認識されているものもあった。そして、目標志向的アプローチの視点から考えると、「生きがい、役割、社会参加を獲得」や「安心した生活」等、その人らしい生活が達成すべき目標になると考えられる。さらに、「対象者・家族が満足した状態」の自由回答に「本人、家人が満足した生活を送ることができる」や「対象者・家族が納得した時」の自由回答に「目標に到達し、本人や家族等納得できた状態での終了」などが挙がっており、目標設定時から、達成までの過程において対象者と家族が主体となっている回答が多かった。対象者と家族は相互関係で各々の状況が自らの生活に影響を及ぼすことが少なくない。対象者だけでなく、家族を中心に捉えることがポイントであると考ええる。

最後に、「中には自分でセルフエクササイズでは維持が難しい人もいるため、定期的なチェックなど行えるとよいと思う」、「訪問リハから終了する場合、通所系サービスに移行することで、制度上は理想的な終了にはなりますが、ただつなぐだけでなく、そのサービスとの連携やその後の様子を知ること大切だと思う」という回答もあり、終了後の確認の必要性が挙がっていた。現状、退院や退所をした後の生活状況を確認できるチャンスは少ない。つまり行ったアプローチの成果がどうだったかセラピストは振り返ることが難しく、本来の目標を達成したか否か判断がつかないことがあると思う。対象者や家族への責任を果たし、次につなげる為にもその後の生活の確認は重要だと考える。

### 3-3-2 現状と課題についての考察

以上の実態調査と、自由回答から現状の課題を考察する。

現在の終了の実態として、急性期、回復期でのリハビリの終了理由は「目標を達成」、生活期、介護保険系では「体調不良や死亡」が多かった。

急性期、回復期では終了理由として「目標の達成」が最も多く、一見、現状と理想は乖離していないように見える。しかし、ここで問題となるのが、どのような目標を立てているか、という点である。目標設定に関する設問では、全領域、身体機能、基本動作、ADLについての目標設定が多かった。回復期ではIADLや社会資源の利用（社会参加）も目標設定として一定の回答があり、役割や生きがい、社会参加という生活への見通しを立てていることがわかるが、生活期や介護保険系になると身体機能、基本動作、ADLに偏っている。

目標が偏りやすい要因として、急性期では全身状態が安定し、身体機能が改善する可能性のある重要な時期でもあり、身体機能に偏った目標設定になると考えられる。回復期では「回り

ハのアウトカム (FIM, 実績実数) による効果判定 (これだけで効果とは言えない)」という自由回答からもいえるように、診療報酬において FIM や在宅復帰率がアウトカムとなっていることで ADL に重点を置かざる負えない状況になっている可能性が考えられる。介護保険系においては「対象者・家族・ケアマネ等と目標や終了へ向けてコミュニケーションをとる機会と時間の確保が難しいこと」という自由回答が示すように、対象者の役割や生きがい、社会参加へのヒントとなるような情報が得る時間の確保が難しいことが要因の一つとして考えられる。また、介護保険領域の自由回答に「病院入院中にリハビリに対するイメージ、エンドレスのままとなりずっとリハをしないといけないという考えがあり、終了しづらい」とあるように、医療機関での身体機能に偏ったリハビリテーションが介護保険へ移行後も求められることで、生活に着目した目標設定がしにくい要因になっているのではないだろうか。その人らしい生活レベルの目標を達成する為には、医療保険から介護保険への縦の連携が必要不可欠である。

ここで、介護保険系の課題で挙がっていた「急性期・回復期・生活期の連携」に着目する。2000年に回復期リハビリテーション病棟入院料の基準導入、介護保険制度が開始され、急性期・回復期・生活期の機能分化がなされ、その病期以外の状態を把握しにくい状況が生まれた。介護保険系の自由回答で「急性期、回復期、生活期で途切れる。連携パスなどで対外的にはやろうとしているが、難しい」という回答があった。回復期には「退院後関わる期間との連携」の必要性も挙がっており、つなぐ側の施設は適切につなごうと意識しているが、つながれる側は不十分だと感じているということが分かった。

2018年度の診療報酬、介護報酬の改定により、リハビリテーション実施計画書が医療保険、介護保険共通のものとなり、その内容に社会参加の状況として、「リハビリテーション終了後に行いたい社会参加の取組」という項目が追加された。しかし、「医療、介護、地域それぞれが独立していて情報共有できていない。情報共有しにくい状態にあると思います。情報共有ツールがある事はありますが、活用されていない現状もあると思います」とあるように、充足した連携を図るための有効な手段となっていない現状がある。とりあえず計画書を埋めておこうということもありうる。まさに書面のみで表面上の連携となっている現状がうかがえる。

目標共有についてはアンケート結果にもあるように、目標の共有が難しいと思うことが「ある」、「時々ある」と回答したセラピストも多く、対象者、家族、多職種との連携の難しさが窺えた。連携には大項目で挙がった「リハビリの認識」や「時間の不足」、「セラピストのスキル」が影響していると考えられる。

リハビリの認識についてはプラスの医学、復権の医学、障がいの医学、先見性の医学という観点がセラピスト間でも統一されておらず、対象者の心身の障害を優先した関わりがなされている。プラスの面を生かした関わりや、対象者の活動、参加の側面への関わりが少なく、偏ったリハビリの認識によってリハビリテーション目標が皆の納得につながりにくいのではないだ

ろうか。

次に、課題について、「他の職種との連携や様々なサービスを知ることが必要。そのためには単位で時間を区切る以前のような訓練スケジュールではなく、セラピストが自由に動ける時間の確保が必要」、「書類が多く、その作成等に時間がかなり割かれる」、「サービスの種類や介護度などによって提供できる時間や内容が限られているが、必要に応じて必要な時間をかけて治療、評価が行えることが望ましいと思う（必要なことを提供できず、時間が足りないと思うことが多い）」等の時間の不足の課題が多く挙がっていた。診療以外の時間の作業として、書類業務や自助具の作成や日常生活の評価等がある。中には利用前の訪問を行っている事業所もある。診療報酬、介護報酬から改めて対象者に関わる時間、頻度を確認する。回復期では1日、理学療法、作業療法、言語聴覚療法で最大9単位を算定することが可能であり、算定日数内は毎日最大3時間のリハビリテーションが可能である。しかし、疾患標準算定日数、回復期標準算定日数を過ぎると生活期では13単位/1ヵ月となる<sup>20)</sup>。通所リハビリは初回から3ヵ月間は1回40分、週2回以上で短期集中リハビリが加算でき、老人保健施設は20分以上、おおむね週3日以上が短期集中リハビリを加算できるが、以降は包括となる<sup>21)</sup>。こうしてみると、長期化するに依り、対象者に関わる時間、頻度を確保することが難しくなっている。生活期はリハビリテーション最後の時期になる。納得のいく終了を向かえるためには対象者、家族、多職種とコミュニケーションをとる時間の確保は必要不可欠である。

そして、セラピストのスキルとしても、対象者のプラスの側面、つまり潜在能力を生かし、新たな生活の可能性を見出していく力や対象者や家族への説明と同意の丁寧な過程、コミュニケーション能力が必要である。

## 第4章 結論

### 4-1 リハビリテーション終了の捉え方

ここまで、広くリハビリテーションの理念を振り返り、上田の文献を参考にリハビリテーションについて必要な要素を整理した。また政策動向、セラピストへの調査による終了の実態と認識の把握を行った。

そこで、広くリハビリテーションとは、「全人間の復権」と示されるように、本来人間に等しくあるべき権利を回復することであることを再確認した。これには、必要十分な保障が必要である。しかし、わが国の医療保険、介護保険の政策動向をみても他者に依存しない自立を求められている。そして、リハビリテーションにおいても、実施可能な期限を定められ、国によって終了を迫られている状況である。つまり、本来的なりハビリテーションの終了から遠のく状態になっている。

では、リハビリテーションの終了をどのように捉えるべきか、これまでの分析を踏まえて結

論を述べる。

1-1 でみた定義や調査からも明らかであるようにリハビリテーションの主体は対象者である。決してリハビリテーションの終了は期限や加算など制度が先導し強制的な打ち止めになってはならない。また、調査からは家族もその主体と捉えられていることが分かった。

次に目標の視点である。リハビリテーションは目の前の問題にとらわれず対象者がどのような新しい人生を設計するのかというという目標を明確にしてアプローチしなければならない。調査からは生きがいや、社会参加、安心した生活ができるなどという、その人らしい生活を設定した目標を達成することが理想的な終了であると捉えられた。そして具体的な目標設定の過程を対象者や家族と共有していくことが対象者や家族が納得する終了になる。

最後に、リハビリテーションの成果はリハビリテーション終了後、対象者や家族が納得した生活（自己選択、自己決定できている）を送っているのかどうかである。セラピストの手が離れた後に対象者、家族にとって良い状態で生活されているかを確認してリハビリテーションとして問題が無ければ終了と判断できるのだろう。

つまり、対象者や家族と共有された社会参加、生きがい、役割といったその人らしい生活の目標を設定、達成し、対象者自身が自分の人生を新たに進んでいくことができるようになったと判断できた時がリハビリテーションの終了と捉えられ、これが全人間的復権へとつながると結論付ける。

## 4-2 課題と対策

目指すべき終了において、対象者と家族を主体とし、その人らしい生活レベルの目標共有し達成、終了後の確認が重要な要素であるとわかった。そして、現状の課題としては大きく急性期・回復期・生活期の連携と対象者、家族、多職種との連携の2つが考えられた。以下にその対策を含め述べていく。

まず、急性期・回復期・生活期の連携についてである。現在、リハビリテーションは急性期、回復期、生活期と機能分化されている。そのため、各領域で関わる人、環境が変化し、目標志向的アプローチがしにくくなっている。

現在、宅復帰率、FIM スコアの改善率でその施設の質が問われている。今まで検討してきた終了のポイントから考えれば、リハビリテーションの成果は終了した後、対象者が社会との関わりの中で納得のいく生活をしているかどうかということである。それにもかかわらず、回復期を終了した時点での状況で評価されることで将来的な生活を見通したものになりにくくしており、連携への課題にもなっている。医療保険を縮小しようとする動きが強まっているだけに、なおさらその点には注意しなくてはならない。

機能分化されたことでその状況に合わせた医学的に適切な関わりが可能になることを否定するものではない。しかし、それでは対象者の生活がどうなったのか、リハビリアプローチが終

了後にどのような影響を及ぼしたのかわかりにくい状況である。そのため、急性期や回復期では機能訓練が中心となる可能性がある。

対策として、3つ挙げる。一つ目は自治体にセラピストの配置を提案したい。急性期・回復期・活期（介護保険系）へと継続的なリハビリテーションが必要になりそうな対象者へ対し、病期に関わらず常に関わり、それまで実施されてきたリハビリテーションや対象者の身体的、精神心理的变化、対象者の在宅、地域のサロン、地域環境などの社会資源の把握することで、関わるセラピストや環境が変化しても情報共有し易くなり、タイムロスも軽減される。

二つ目は終了した後の対象者の状態をセラピストが確認できるシステムが必要である。終了後の生活の確認はこれから関わる対象者へのアプローチにも生かすことができる。しかし、セラピストが退院1カ月後に状況把握したら加算がつくというような単純なシステムでは仕事量が増えるのみである。人員配置やセラピスト教育、多職種との連携の工夫によって、退院後、終了後の状態把握が負担にならないような環境を整え、確認できることが理想である。終了の生活を確認しやすくするためには社会的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リハビリテーションとの連携も重要である。目指すべき生活に関わる領域と交流をもつことや施設内でのリハビリに留まらず、実際に現場、環境を見て、今後対象者が関わる人々と接する機会ができることが望ましい。

最後に、新人教育として就職した施設のみでなく、その施設と連携する施設での研修期間や、各領域が集合しケースステディを行う機会を設け、対象者の「過去・現在・未来」を把握すること、各々の現場を知ること重要である。これを通して、今後の生活がイメージしやすくなり具体的な見通しをもったアプローチができることが期待できる。さらに、今まで支援されてきた環境、又は今後支援される環境を把握しやすくなり、各施設との連携もとりやすくなるのではないだろうか。

次に対象者、家族、多職種との連携についてである。調査からリハビリの認識、時間の不足、セラピストのスキルが大きな要因であると判断した。

必要に応じて対象者や家族、他職種とのコミュニケーションに時間をさける時間を確保することが難しいなか限られた時間を有効的に使う必要がある。例えば、訓練室だけの訓練ではなく、生活空間で訓練をする、実生活場面を観る等、他職種と対象者の状況を共有しやすい場面を作ることで、言葉だけでは伝わりにくい情報を共有しやすくなるを考える。また、これはリハビリテーションの認識の変化にもつながるのではないだろうか。

そして、対象者、家族、他職種から有効な情報を得るためのコミュニケーション能力を身につけていくためにも、養成校教育から、他職種とのケーススタディーの機会や対象者、家族と関わる機会を確保していくべきである。

改めて述べるが、リハビリテーションの終了は制度によってなされるものでもなければ、身体機能の改善無くしては終了できないというものではない。しかし、そのようなイメージをも



たらしちゃまっているのはセラピスト自身でもある。機能訓練をし続け、受け身の患者役割をいつまでも引きずらせてまっている可能性がある。今一度セラピスト自身がリハビリテーションの理念を再確認し、自分の行っている支援を振り返ることが大切である。

こうすることで政策主導ではない対象者と家族を主体としたリハビリテーションの終了が可能になると考える。

## お わ り に

本稿ではリハビリテーションの終了の捉え方について、広くリハビリテーションの理念に立ち戻り、リハビリテーションの本質を再考するとともに、セラピストへのアンケート調査から、実情に沿ったリハビリテーションの終了を捉えた。また、政策動向をまとめ終了に向けての現状の課題と対策を検討した。

リハビリテーションの終了は対象者や家族と共有された社会参加、生きがい、役割といったその人らしい生活の目標を設定、達成し、対象者自身が自分の人生を新たに進んでいくことができるようになったと判断できた時と捉えられ、これが全人間的復権へとつながると結論付けた。

また、現状の制度には対象者を無視した強制的終了のリスクや急性期、回復期、生活期と病期ごとに変化するアウトカムにより目標志向的アプローチが困難であり、生活期で必要十分な関わりが持てないということが明らかになった。

本稿では身体障害分野、高齢期分野のセラピストへの調査であり、把握できたのは一部であった。全体像を把握し現状を広くとらえる必要がある。今後の課題としたい。

### 〔注〕

- 1) 川野武士 (2016) 『隔月刊訪問リハビリ』 75.
- 2) 上田 敏 (2012) 『リハビリテーションの思想 第2版』 医学書院 27-29.
- 3) 同上 34.
- 4) 山本和儀 (2006) 『福祉領域のリハビリテーション論』 医歯薬出版株式会社, 10-11
- 5) 上田 敏 編 (2006) 『改訂新・セミナー介護福祉リハビリテーションの理論と実際』 ミネルヴァ書房, 23.
- 6) WHO (World Health Organization) (1981)
- 7) 障害者世界行動計画 (1982)
- 8) 鎌倉矩子 (2010) 『作業療法の世界』 三輪書店, 203.
- 9) 山本和儀 編 (2006) 『福祉領域のリハビリテーション』 医歯薬出版株式会社, 145
- 10) 椿原彰夫 (2009) 『リハビリテーション総論』 診断と治療社, 3.
- 11) 上田 敏 (2001) 『科学としてのリハビリテーション医学』 医学書院, 83.
- 12) 上田 敏 (2014) 『目でみるリハビリテーション医学 第2版』 一般財団法人東京大学出版社, 8.
- 13) 二木淑子・能登真一 (2016) 『標準作業療法学 専門分野 作業療法学概論 第3版』 医学書院 60.

リハビリテーションの終了について (杉本久美子)

- 14) 日本作業療法士協会 (2015) 『作業療法白書 2015』 一般社団法人日本作業療法士協会 13.
- 15) 同上.
- 16) 厚生労働省 「平成 18 年度介護報酬等の改定について」  
[https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s\\_1003-11h\\_0002.pdf#search](https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s_1003-11h_0002.pdf#search) (最終閲覧 2020 年 1 月 16 日)
- 17) 社保審 介護給付費分科会 第 88 回 資料「平成 24 年度介護報酬改定の概要」
- 18) 社保審 - 介護給付費分科会 第 141 回 (H 29. 6. 21) 参考資料 4  
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000168706.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000168706.pdf)
- 19) 厚生労働省 平成 30 年度介護報酬改定について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/housyu/kaitei30.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitei30.html)
- 20) 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uytu-att/2r9852000000 uyyr.pdf>
- 21) 社会保険検収書 (2018) 『介護報酬の解釈 1 単位数表編』.

【参考文献】

- 石井京子・多尾清子 (2011) 『ナースの為の質問紙調査とデータ分析 第 2 版』 医学書院.  
一般社団法人 全国デイ・ケア協会 (2016) 『通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業 調査報告書』.  
上田 敏 編 (2005) 『リハビリテーションの理論と実際』 ミネルヴァ書房.  
厚生労働省保健局医療課 (2014) 『平成 26 年度診療報酬改定の概要』  
厚生労働省 (2015) 「高齢者の地域における 新たなリハビリテーションの在り方検討会 報告書」  
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000078416.pdf>)  
厚生労働省 (2019) 『介護保険の概要』  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html))  
『診療点数早見表 [医科] 2019 年 4 月現在の診療報酬点数表』 (2019) 医学通信社.  
土肥信之 (1991) 『リハビリテーション医学』 医歯薬出版株式会社.

(すぎもと くみこ 社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士課程／修了)  
(指導教員：横山 壽一 教授)  
2021 年 9 月 29 日受理