

訪問リハビリテーションの活用について

リハビリ活動の目標は、心身の機能に障害を持った人々の ADL の不便・不都合を最小にし、自立を支援すると共に、障害であるゆえに阻まれがちな他人との交流や各種活動への参加に不利益を被らないようにすることである。

リハビリと言うとく利用者の手足を持って動かし、関節可動域を広げるとか、歩く>といった運動機能訓練をイメージされがちで、理学療法士が行うものと考えられる方が多いように思われる。

◆ 病院でのリハビリと在宅でのリハビリ（訪問リハビリ） ◆

- ・病院では、社会復帰を目的とした急性期・回復期リハビリテーション

廃用症候群の予防、又、一旦失われた機能に対し、筋力増強、関節可動域拡大、協調運動、巧緻性向上運動、日常生活動作訓練、高次脳機能障害訓練等が実施される。

- ・通院と訪問からなる在宅リハビリは、維持期リハビリテーション

回復期リハで向上した機能も、退院後何もしないでいると低下する一方となる。それを防ぐ為に必要なのが維持期のリハビリである。

◆ 訪問リハビリと訪問看護 ◆

地域でのリハビリを担っているのは、主として理学療法士（PT）や作業療法士（OT）言語聴覚士（ST）であり、廃用による機能低下を予防し、改善の可能性を見出して日常生活にいかしていく支援を得意とする。一方、自立の為の健康管理、療養生活支援、心身の機能回復支援は看護活動の焦点でもあり、単にOT・PT・STの代理ということではなく、利用者が主体的生き方を選択するため、ADLを向上するため、福祉用具による生活に必要な機能の補完、住宅環境の整備による生活圏の拡大支援、障害受容に関わる支援等に、リハビリテーション看護としてかかわっている。

看護活動を提供するなかで、高齢者・障害者のニーズを早期に捉え、専門職の介入の必要性を判断してOT・PT・STにつなぐ事もできるかと考える。

OT・PT・STが評価、計画、作成したプログラムを本人・家族へ指導、同時に担当看護師・ヘルパーにも指導することにより移行していく（定期的に評価に入りプログラムを見直すことができれば、尚良い）。勿論、困難ケースに関しては専門のOT・PT・STがリハビリを実施という役割分担を行えば、訪問リハビリ療法士不足も解消され、継続的なリハビリが保たれるのではないだろうか。

リハビリの必要性を見出したとしても、在宅療養者・家族、医師、看護師、療法士、ケアマネジャーがADLの自立、社会参加を共通目標にできなければ連携はスムーズにできない。それぞれの役割と限界を理解し、得意分野で補い合い、調整を行えば、相互に効果的な連携をはかることができると思う。

◆ 病院を退院し、在宅に戻られるとき ◆

リハビリテーション病院では、退院に際し家屋訪問が行われ、各々の状態に合った福祉用具（ベッド、マットレス、車いす、杖、靴 etc）の選定や環境調整（ベッドの位置、手すり設置、段差解消 etc）等が行われ、在宅での安全・安楽な生活が検討されている。

退院後3ヶ月以内、生活が落ち着くまでの時期はADLが変化しやすい。このことから退院直後は、看護・セラピスト双方が訪問し、支援していくことが理想的だと考える。