

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会

在宅を支えるリハビリテーション

～日常診療におけるマネジメントのポイント～

兵庫県立リハビリテーション中央病院
院長 大 串 幹

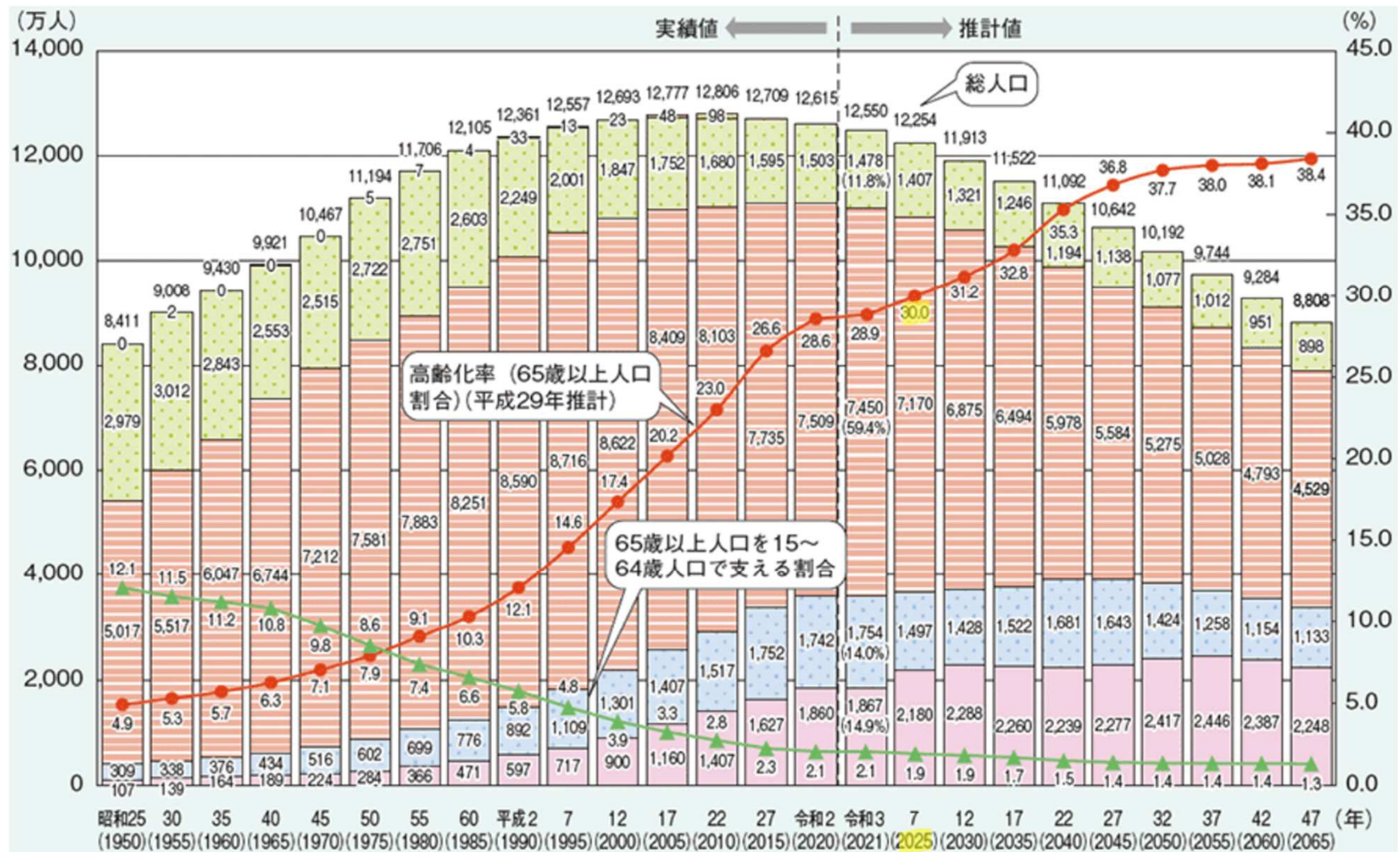
はじめに

在宅を支えるリハビリテーションと、 日常診療におけるマネジメントのポイント～

- ①高齢化と在宅リハビリテーション
- ②かかりつけ医に求められる役割-在宅でのリハビリテーションを中心に
- ③在宅リハビリテーションの基本構造(訪問リハ・通所リハ)
- ④地域のかかりつけ医との連携の視点
- ⑤リハビリテーションとリスク管理
- ⑥栄養の視点:リハビリテーションと栄養の密接な関係
- ⑦廃用症候群とフレイルは戻る:予防と早期対応・介入
- ⑧多職種連携の実際
- ⑨まとめ 脳卒中を例に

高齢化と在宅リハビリテーション

高齢化の推移と将来推計



75歳以上 65～74歳 15～64歳 0～14歳 不詳

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/html/zenbun/s1_1_1.html

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

注目される在宅リハビリテーション

- 超高齢社会に突入し、さらには85歳以上の高齢者が増加
- 「地域包括ケア」: 高齢者や障がい者を含めて、「できるだけ住み慣れた地域で長く暮らせるようにする」➡地域における支援体制の充実が重要となっている
- 支援体制の主な担い手の若者が減少(人手不足)



これから高齢期を迎える層に対して、できるだけ自立度の高い生活を続けてもらう必要がある



在宅での自立度を維持・改善するリハビリテーション

かかりつけ医に求められる役割

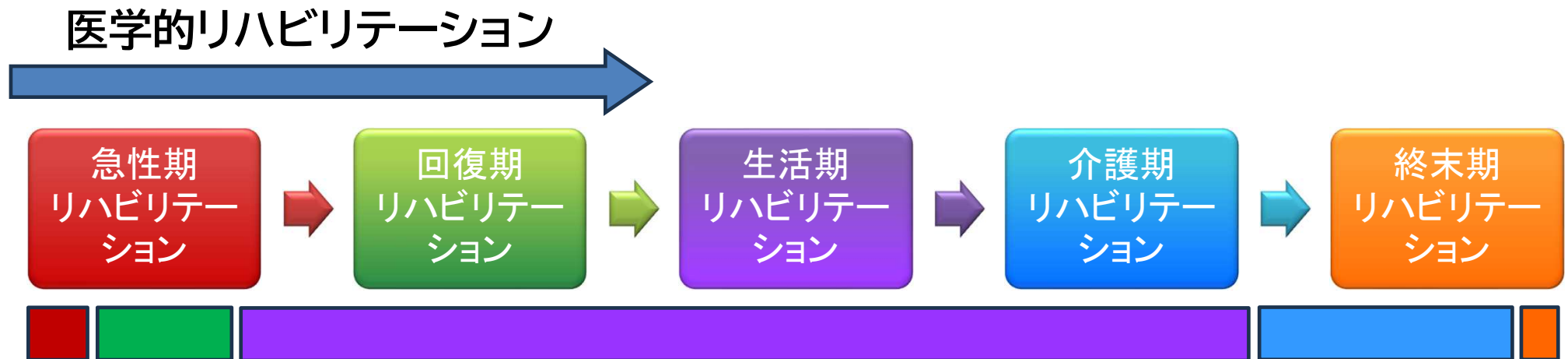
- 在宅でのリハビリテーションを中心に

リハビリテーションの基本概念

- 機能回復だけでなく、ADL（日常生活動作）、QOL（生活の質）、社会参加を支える考え方
- 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの役割の違い

医学的リハビリテーション - リハビリテーション医療

- 広義の「リハビリテーション」に対して、主に発症早期～回復期、生活期の一部において、医療として行われるもの
- 疾患別リハビリテーションと同義と扱われることもある
- 障害や生活を見るという概念と相対(対峙)する



在宅療養の現状と、かかりつけ医に求められる役割

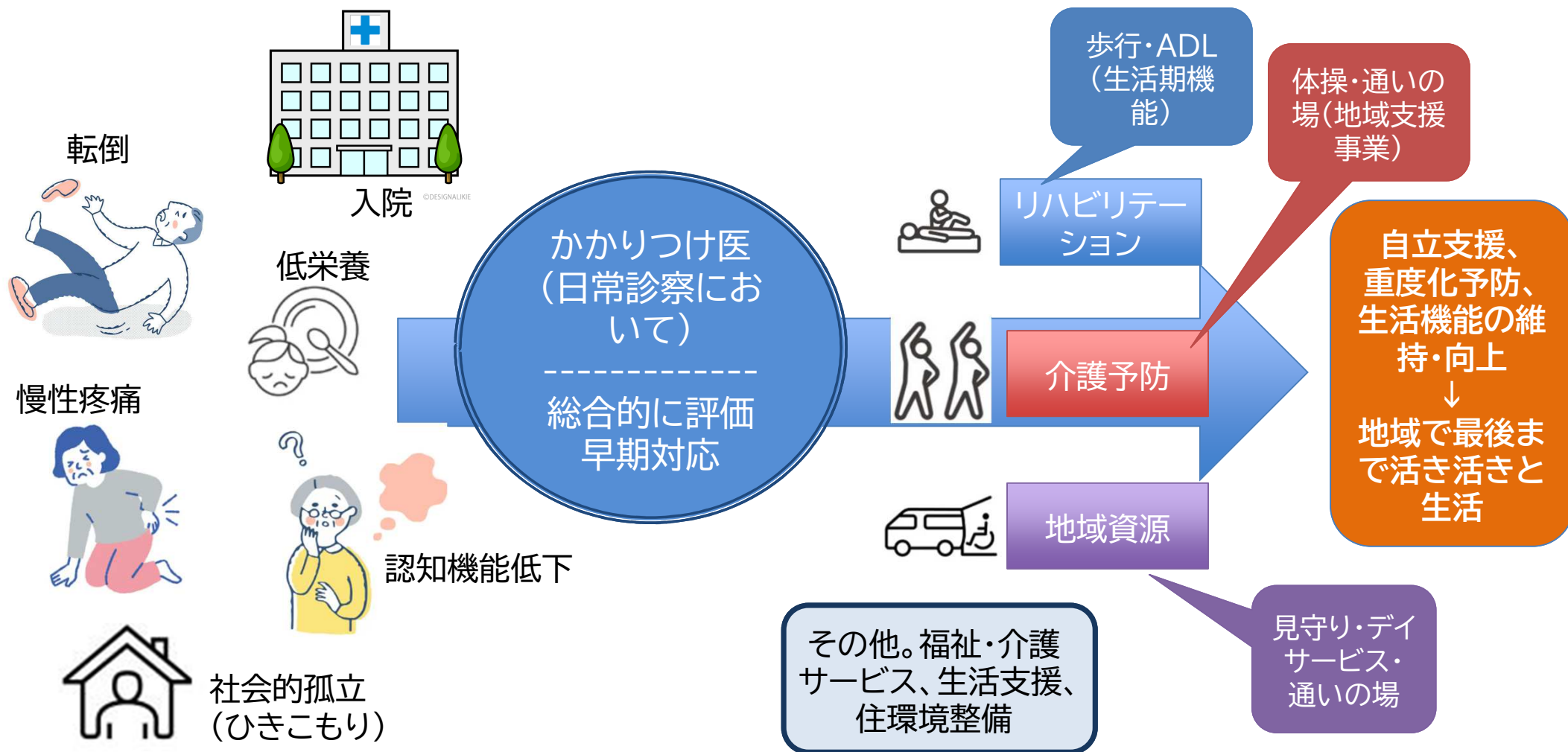
- 高齢化により、在宅療養者は増加し続けている
- かかりつけ医は「診療」だけでなく、生活機能・栄養・リハビリ・介護サービスを含めた“生活の医療”のハブ
- リハビリ専門職は在宅に深く関わるが、医師の指示・方針がないと**最大限の効果**が出ない

本講の目的：

かかりつけ医が“**専門外**でも迷わず連携できる”
視点を整理すること。



かかりつけ医の役割



在宅リハビリテーションの基本構造 (訪問リハ・通所リハ)

訪問リハビリテーションの役割

- 訪問リハ

- 医師の指示が必須
- 一般的には週1～2回;必要なリハビリテーションを組み合わせる
- 目的:
 - 生活動作の改善
 - 廃用の予防
 - 福祉用具・住宅改修の助言
 - 家族指導
 - 状態の変化を確認する

- 医師が知っておくべきポイント:「**訪問リハ**は“生活の中で
の機能改善”が主目的

訪問リハビリテーション

- 指定訪問リハビリテーション事業所(病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院)の医師又は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、通院困難な利用者の自宅を訪問し、心身の機能の維持・回復、日常生活の自立を支援するために、理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行う
- 介護する家族へのアドバイス、相談
- 通所リハビリテーションと違う点は、実際の生活環境の中で生活機能に沿った訓練ができる

訪問リハビリテーションの対象者

要支援・要介護の方で、

通院が困難で、主治医が訪問リハビリテーションの必要性を認めた場合

- 筋力が低下し、歩くことに不安
- 手の動きが悪くなり、細かい作業ができない
- 言葉がはっきりせず、会話に支障がある
- 外出が困難となった
- 飲み込みにくくなり咽る
- 麻痺や拘縮がある
- 自分でリハビリテーションができない
- 趣味などの好きなことができなくなった
- 福祉用具の使い方がわからない

訪問リハビリテーションの仕組み

- 訪問リハビリテーションは、介護保険のほか、医療保険でも利用できる。
 - 原則として要介護認定を受けている場合は介護保険が優先。65歳未満や65歳以上でまだ要介護認定を受けていない方は医療保険で利用する。
- 介護保険では、かかりつけ医が訪問リハビリテーション事業所に依頼し、訪問リハビリテーション事業所の医師が3カ月に1回診察する。
- 訪問リハビリテーション事業所の医師の指示に基づき、理学療法士等がリハビリテーション実施計画書を作成し、この計画書に沿ってリハ専門職等がリハビリテーションを行う。
- リハビリテーション実施計画書は、実施した訪問リハビリテーションの効果や実施方法等についての評価を踏まえ、医師の医学的判断に基づき、定期的に見直される。

訪問リハビリテーションの加算

- リハビリテーションマネジメント加算
– 180～270単位
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算
- 短期集中リハビリテーション実施加算
- 移行支援加算
- 退院時共同指導加算
- 口腔連携強化加算

2024年度改定の訪問リハ(新設分)

- 介・予 退院時共同指導加算 600単位／回
- 介 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位／日
- 介・予 口腔連携強化加算 50単位／回

訪問リハビリテーションでの実施内容

- 歩行、寝返り、起き上がり、立ち上がり、座るなどの能力訓練(ADL)
- 麻痺や褥瘡解消のためのマッサージ
- 食事、排泄、着替えなどの生活動作(行為)訓練
- 福祉用具の活用方法・住宅改修の助言(リハ専門職・福祉機器専門相談員等)
- 言語機能、嚥下機能訓練や嚥下調整食の指導
- 家族へ介助方法の指導
- 必要に応じて多職種連携が図られる

通所リハビリテーション(デイケア)

通所リハビリテーション(デイケア)とは、要介護者が介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所に併設された事業所において、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門スタッフによる「機能の維持回復訓練」や「日常生活動作訓練」等のリハビリテーションを提供するサービス。

デイケアの目的

- 自宅に暮らす要支援・要介護者が事業所に通いながら、持っている能力に応じ自立した日常生活を営むために、生活機能の維持や向上を目指し、入浴や排泄、食事などの生活上の世話や、生活相談、機能訓練などを行うことで、利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持、ならびに介護者の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- 通所リハビリテーション(デイケア)は医療系の介護サービスに位置づけられ、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院において、医師の指示による疾患管理や処置、生活機能の向上のため理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なりハビリテーションや口腔・栄養など専門的ケアを行うことにより、自立支援・重度化防止を図ることを目的としている。

一般社団法人全国デイ・ケア協会HP(<https://day-care.jp/about-2/about01-2>)より改変

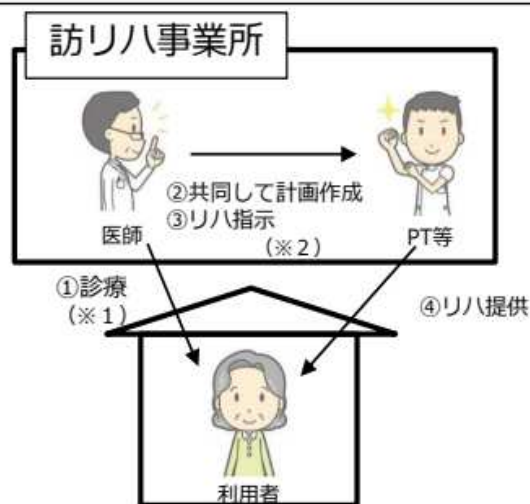
地域のかかりつけ医との連携の視点

訪問リハビリテーション事業所医師とかかりつけ医との連携

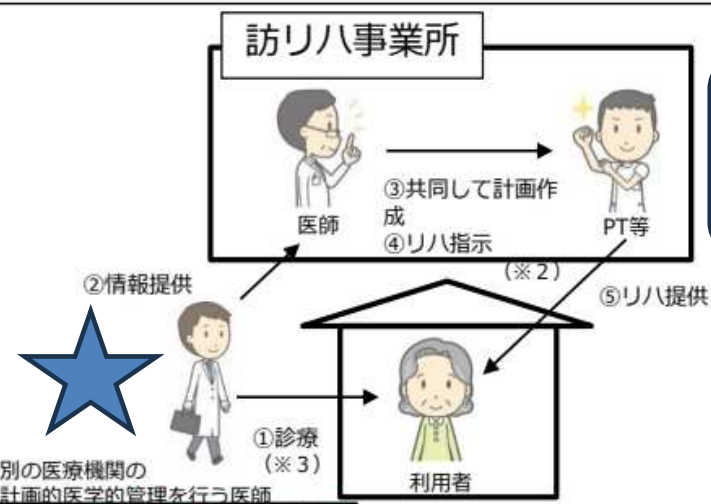
リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



通常の場合
308単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
258単位/回 (50単位減算)

訪問
リハビリ
テーション
計画書

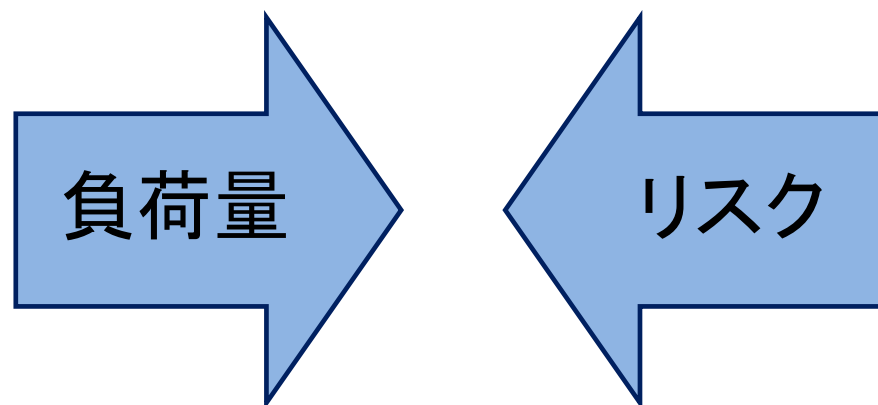
- ※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
- ※4 「適切な研修の修了等」については、令和9年3月31日まで適用猶予
- ※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修

リハビリテーションとリスク管理

リハビリテーションとリスク管理

- 効果のあるリハビリテーションであるか、リスクは何か
- かかりつけ医としてリハビリテーションをどう活用するか
- 専門的な訓練技術そのものよりも、

「適切に評価し、早期に気づき、必要な職種へつなぎ、地域で継続支援する力」が重要



高齢者で注意すべき全身疾患の例

- 高血圧
- 虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞など)
- 心臓弁膜症
- うっ血性心不全
- 不整脈
- 喘息
- てんかん
- 糖尿病
- アレルギー疾患
- 腎機能低下
- 肝機能低下
- 脳血管障害
- 神経筋疾患:Perkinson病、ALS(筋萎縮性側索硬化症)、PSP(進行性核上性麻痺)、MSA(多系統萎縮症)、SCD(脊髄小脳変性症)
- 認知症
- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
- 廃用症候群
- 骨粗鬆症
- 免疫力低下(感染症)

栄養の視点： リハビリテーションと栄養の密接な関係

在宅リハビリテーションにおける栄養管理

- リハビリテーション(以下、リハ)と栄養の両面からアプローチすることは、患者の機能・活動・参加といった生活機能やQOLを最大限高めること。2024年度の診療報酬・介護報酬同時改定では、リハ・栄養管理・口腔管理の一体的取り組みが医療保険および介護保険でも評価されたが、その背景にあるのはリハ栄養と医科歯科連携の推進がある。
- 在宅医療における低栄養や過栄養・肥満といった栄養問題による生活機能やQOLの低下に対し、状態を改善することは重要である。

栄養管理に関する評価の充実（診療報酬）

- 入院・外来・在宅と多岐にわたって、栄養管理に関する評価の充実➡成果を出す
- 重要なポイント
 - 多職種連携における管理栄養士の専門性の発揮
 - 食事（特に口からおいしく食べること）を重視した低栄養対策

退院後訪問栄養食事指導料[新設]

退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設

- 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院後訪問栄養食事指導料 (1回につき) 530点

[対象患者]

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者

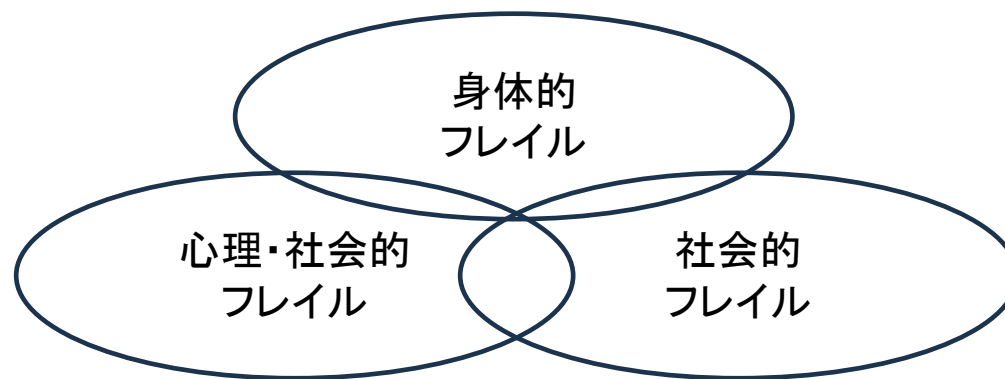
[算定要件]

- 保険医療機関を退院した対象患者に対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。
- この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。



フレイルの概念

- ・高齢期に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、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような**身体的問題**のみならず、認知機能障害やうつなどの**精神・心理的問題**、独居や経済的困窮などの**社会的問題**を含む。
- ・健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間。
- ・適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能(**可逆性**)。



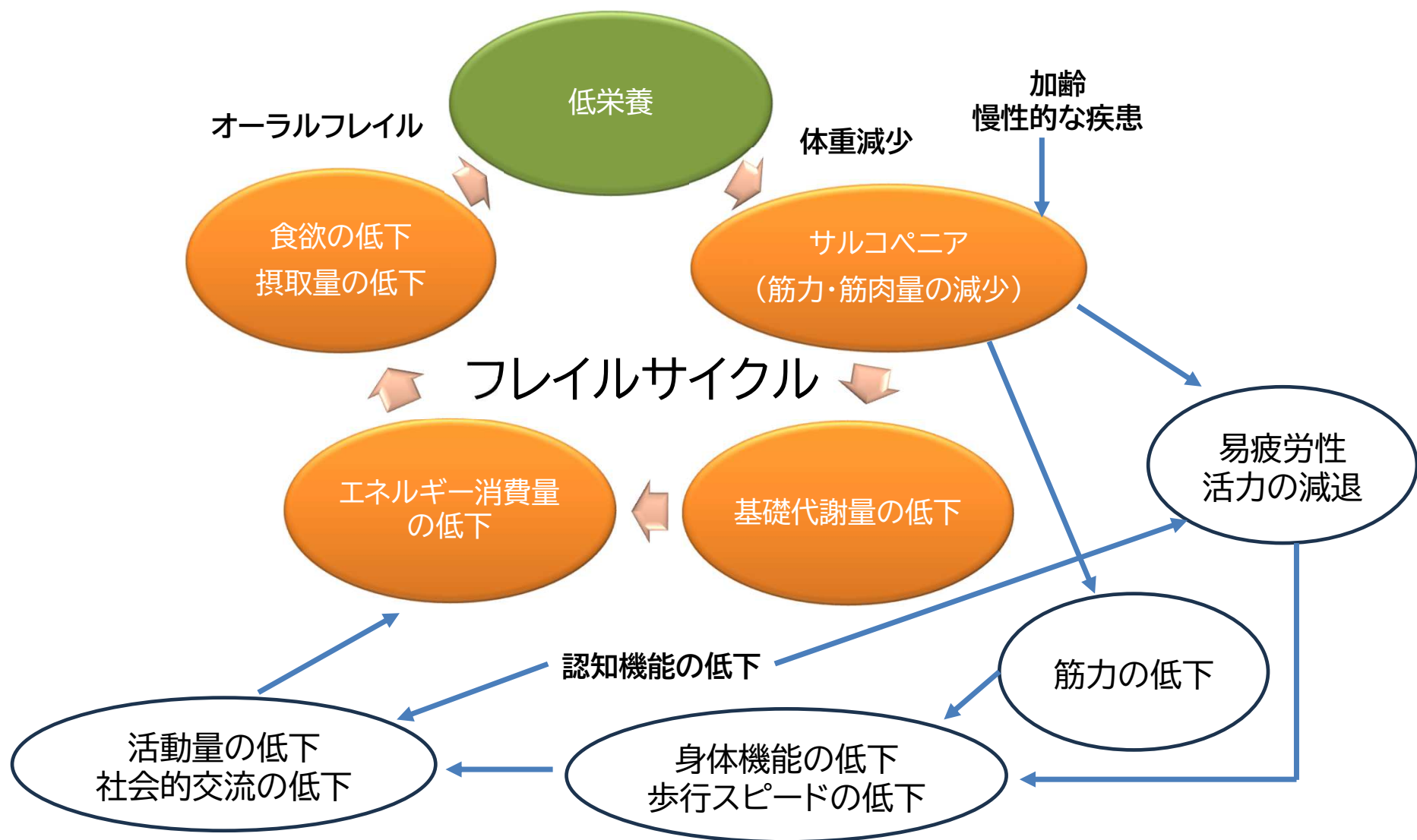
日本版フレイル(CHS)基準

- | | |
|---------|---|
| 1. 体重減少 | 6か月で、意図しない2kg以上の体重減少
(基本チェックリスト#11) |
| 2. 筋力低下 | 握力: 男性 <28kg、女性 <18kg |
| 3. 疲労感 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする
(基本チェックリスト#25) |
| 4. 歩行速度 | 通常歩行速度 <1.0m/秒 |
| 5. 身体活動 | ①軽い運動・体操をしていますか？
②定期的な運動・スポーツをしていますか？
上記2ついずれも「週に1回もしていない」と回答 |

5つの評価基準のうち、3項目以上に該当するものをフレイル(Frail)、1項目または2項目に該当するものをプレフレイル(Prefrail)、いずれも該当しないものを健常(Robust)とする。

改訂日本版フレイル基準(J-CHS基準)¹⁾(Satake S and Arai H. Geriatr Gerontol Int. 2020; 20(10): 992-993)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

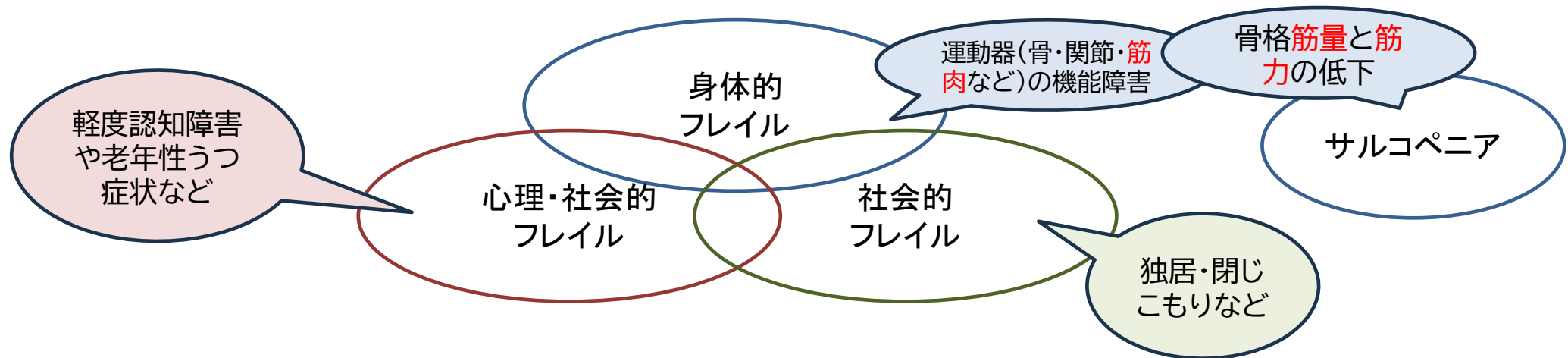


公益財団法人長寿科学振興財団HP (<https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/frailty/genin.html>) より改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

フレイルの概念

高齢期に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、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような**身体的問題**のみならず、認知機能障害やうつなどの**精神・心理的問題**、独居や経済的困窮などの**社会的問題**を含む概念
健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間
適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能(**可逆性**)



身体的フレイル(サルコペニア)に対する筋負荷運動と必須アミノ酸の併用

- フレイルとは「**可逆性**」という重要な特徴を持つ
- サルコペニアは加齢に伴い骨格筋量の減少および筋力低下を示すもので運動器機能低下である「身体的フレイル」の一部を構成する
- サルコペニアでは、骨格筋(タンパク)の合成<分解
- ➡筋タンパクの合成を促進し、分解量を抑制する介入が必要
- 「**筋肉負荷運動**」と「**必須アミノ酸摂取**」の**二者同時介入**が肝要

運動(レジスタンストレーニング)

合成↑

・インスリン様成長因子(IGF-1)

・DHEA

崩壊↓

・抗酸化作用

・抗炎症作用



・タンパク同化抵抗性→
若年者より多くのタンパク
(アミノ酸)摂取が必要
・必須アミノ酸(ロイシン・
イソロイシン・バリン) =
BCAA摂取

・運動直後～30分程度は、筋
肉の修復・合成が高まる
・食事のタイミングとしては朝
食での摂取を増やす
・レジスタンストレーニング: 低
負荷でも高頻度であれば効
果あり

Phillops SM Nutritional supplements in support of resistance exercise to counter age-related sarcopenia. Adv Nutr.2015 p452-460

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

廃用症候群とフレイルは戻る： 予防と早期対応・介入

廃用症候群・フレイル・サルコペニア

- 高齢者で起こりやすい筋力低下、活動量低下、転倒リスク
- 早期離床、運動習慣、栄養管理の重要性

フレイル

身体的・認知機能・精神心理・口腔機能・社会的つながりの低下

サルコペニア

筋肉量と筋力の低下
→歩行速度の低下、転倒、骨折、入院、死亡リスク増

廃用症候群

傷病、入院、活動量低下などを契機として筋力・持久力・関節可動域・心肺機能・咀嚼嚥下機能・認知機能低下

廃用症候群

- 廃用症候群は、「身体の不活動状態により生ずる二次的障害」として体系化された概念で、不動(immobilization)や低運動(inactivity)、臥床(bedrest)に起因する全身の諸症状を総称する」。
- 廃用症候群は、身体のみならず心理・社会活動を不活動状態にするような何らかの要因やイベントがあれば、誰にでも起こり得る。
- 病院での入院生活や長期臥床によって生じる印象が強いが、高齢者や慢性疾患を患っている場合には、在宅生活の中で緩徐に活動性低下が持続し廃用症候群の悪循環に陥るケースがあることに留意する。

廃用症候群(急性期)

筋力低下、筋萎縮

関節拘縮

骨粗鬆症

認知機能低下

尿路結石

沈下性肺炎

心臓機能低下

深部静脈血栓症

便秘

褥瘡

胆管炎



十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが推奨される。

脳卒中急性期リハビリテーションは、血圧、脈拍、呼吸、経皮的動脈血酸素飽和度、意識、体温などのバイタル徴候に配慮して行うように勧められる。

(日本脳卒中学会:脳卒中治療ガイドライン2021)



関節可動域訓練



早期座位

装具を用いた早期歩行訓練



摂食・嚥下訓練

廃用症候群への対応

早期発見

- ① 医療(かかりつけ医等)との連携：
廃用の原因となり得る原疾患や併存疾患に対する治療
リハビリテーションの必要性等の確認
- ② 介護保険における訓練等の対応：
具体的な運動療法等、負荷量や回数の調整(少量頻回の訓練等)
筋収縮を伴う自動運動が重要(臥位での他動運動のみではダメ)
どこでも実施可能で、廃用予防として効果的な立ち上がり訓練
- ③ 生活背景における廃用症候群を生じる因子の有無を確認
- ④ 廃用症候群の悪循環への対策を練る

廃用症候群の(要介護化・重度化の)予防

- 総合的な対策: 要因の分析
- 生活リハビリテーションの導入
- 家族、介助者等の関わり方に対する指導・助言
- 誤用症候群に注意(廃用症候群の原因となる)。特に不適切な福祉用具、補装具の使用

「フレイル」という概念は可逆性を前提としているが、「廃用症候群」は放置すれば不可逆性になる場合もある。廃用症候群からの回復には身体的な例を挙げると不活動期間のおおよそ3倍と言われている。廃用症候群に陥らないための関わりや早期発見による適切な対応が重要である。長期間でも可逆性の例もあり、あきらめないことが大切。

「新概念フレイル」の3つの要素とオーラルフレイル

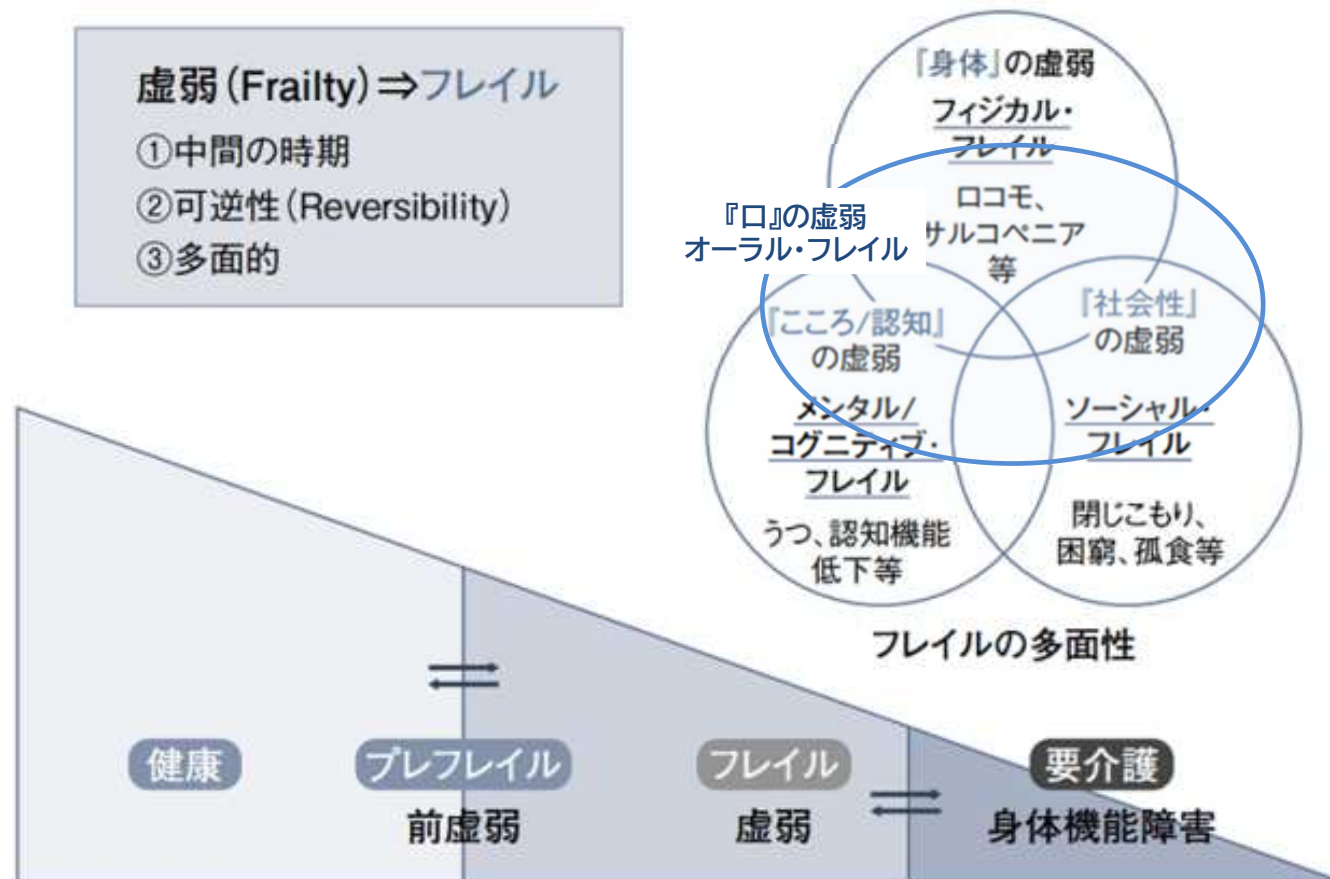
・フレイル⇒「加齢により心身が
老い衰えた状態」

- ① 健康な状態と要介護状態の中間地点
- ② しかるべき適切な介入により機能(予備能力・残存機能)を戻すことができる、いわゆる可逆性(reversibility)がある時期

③ 骨格筋を中心とした『**身体**』の虚弱(フィジカル・フレイル)だけではなく、**『こころ／認知』の虚弱**(メンタル／コグニティブ・フレイル)、および**『社会性』の虚弱**(ソーシャル・フレイル)に加え、滑舌低下、食べこぼし、わずかな咽せ、噛めない食品が増える、口腔乾燥などのほんのささいな**『口』の虚弱**(オーラルフレイル)がフレイル全体の悪化に関わっている。

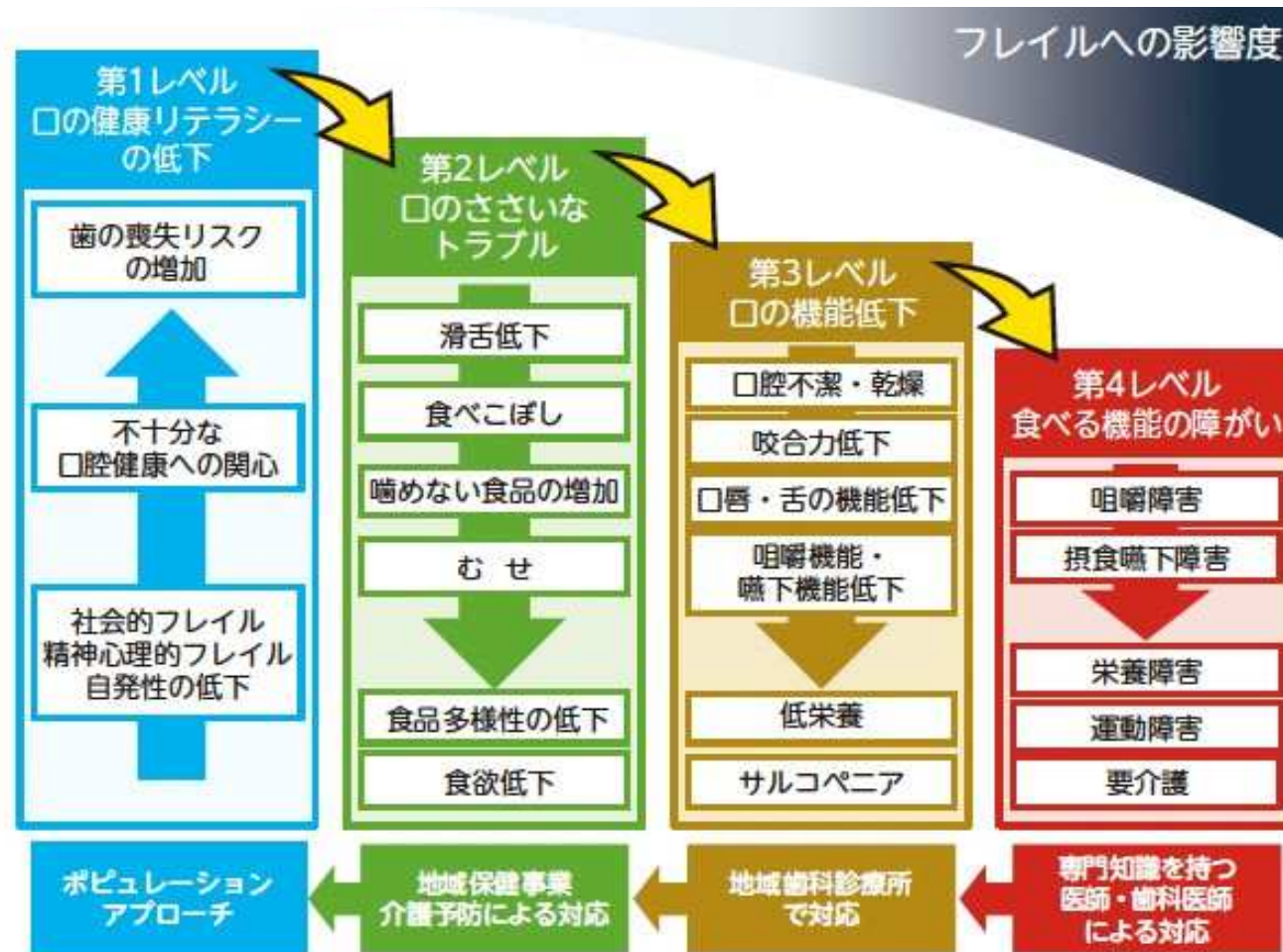
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/orarufureiruyobo-taberuchikara-ikiruchikara/orarufureirugainen-fureirukankei.html>

より早期からの包括的フレイル予防



オーラルフレイル概念図

<https://kayoinoba.mhlw.go.jp/article/027/>

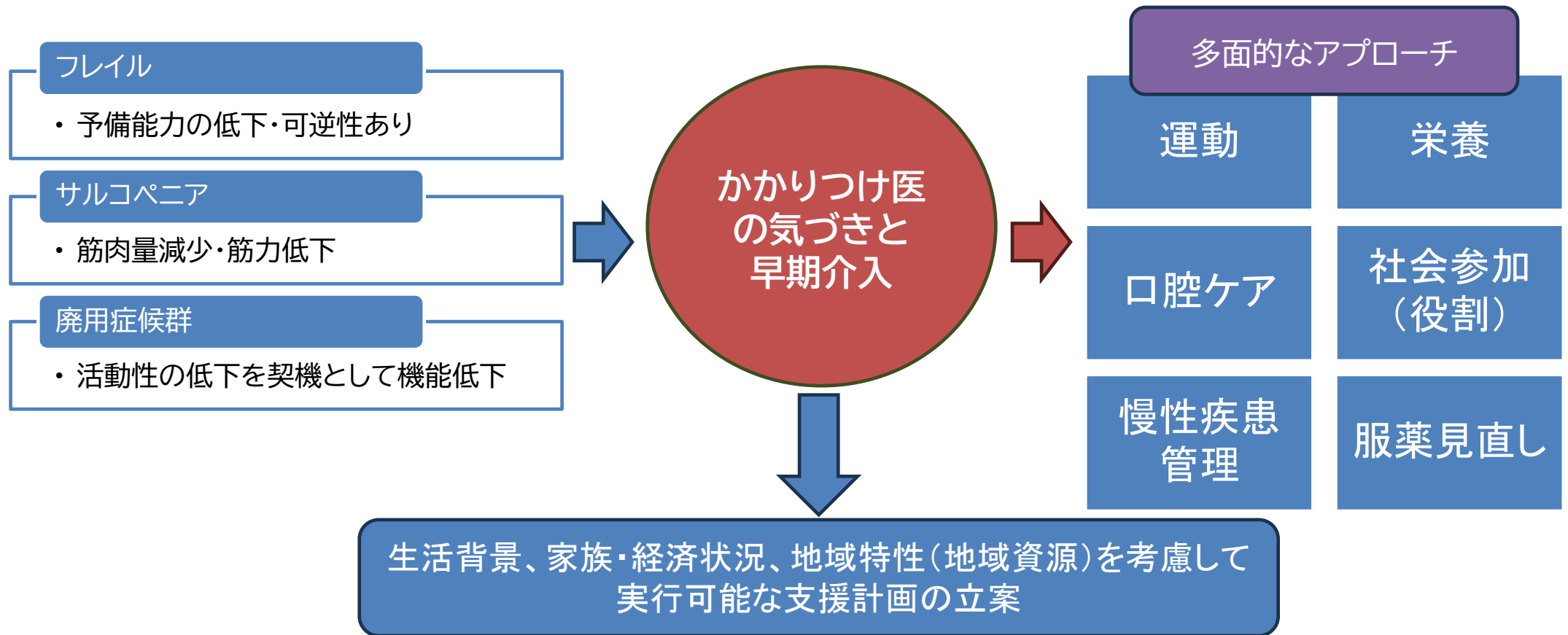


図●オーラルフレイル概念図 2019年版

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

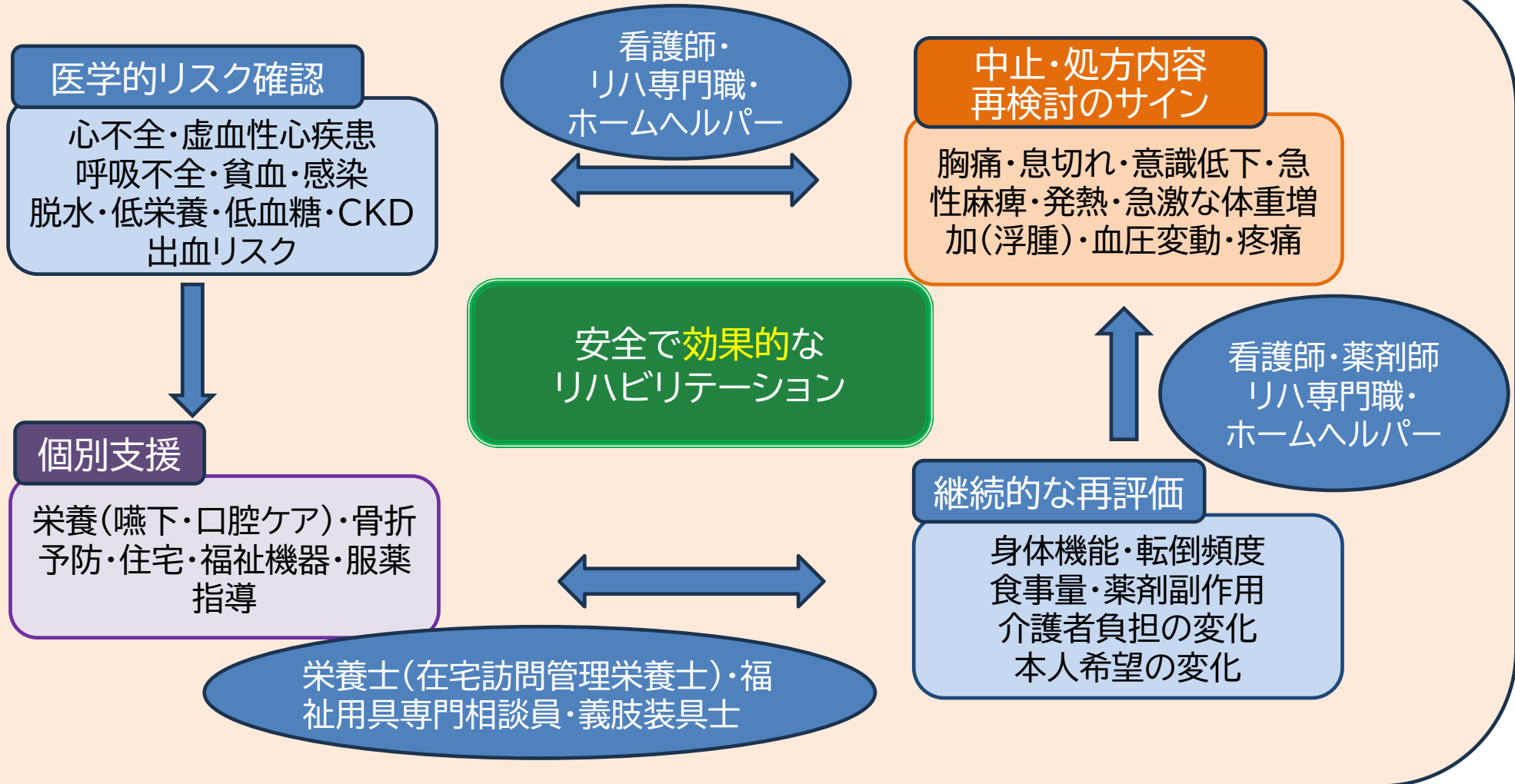
かかりつけ医による早期介入

体重減少 食欲低下 歩行速度低下 筋力低下 易転倒性 外出減少 易疲労性 口腔機能低下 認知機能低下 意欲減退



多職種連携の実際

生活期リハビリテーションのマネジメント: かかりつけ医



訪問リハビリテーション



調理訓練



福祉機器(リフター)操作の指導

訪問リハビリテーション



インスリン自己注射(上肢動作) 薬剤師・看護師との連携

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」 大串幹

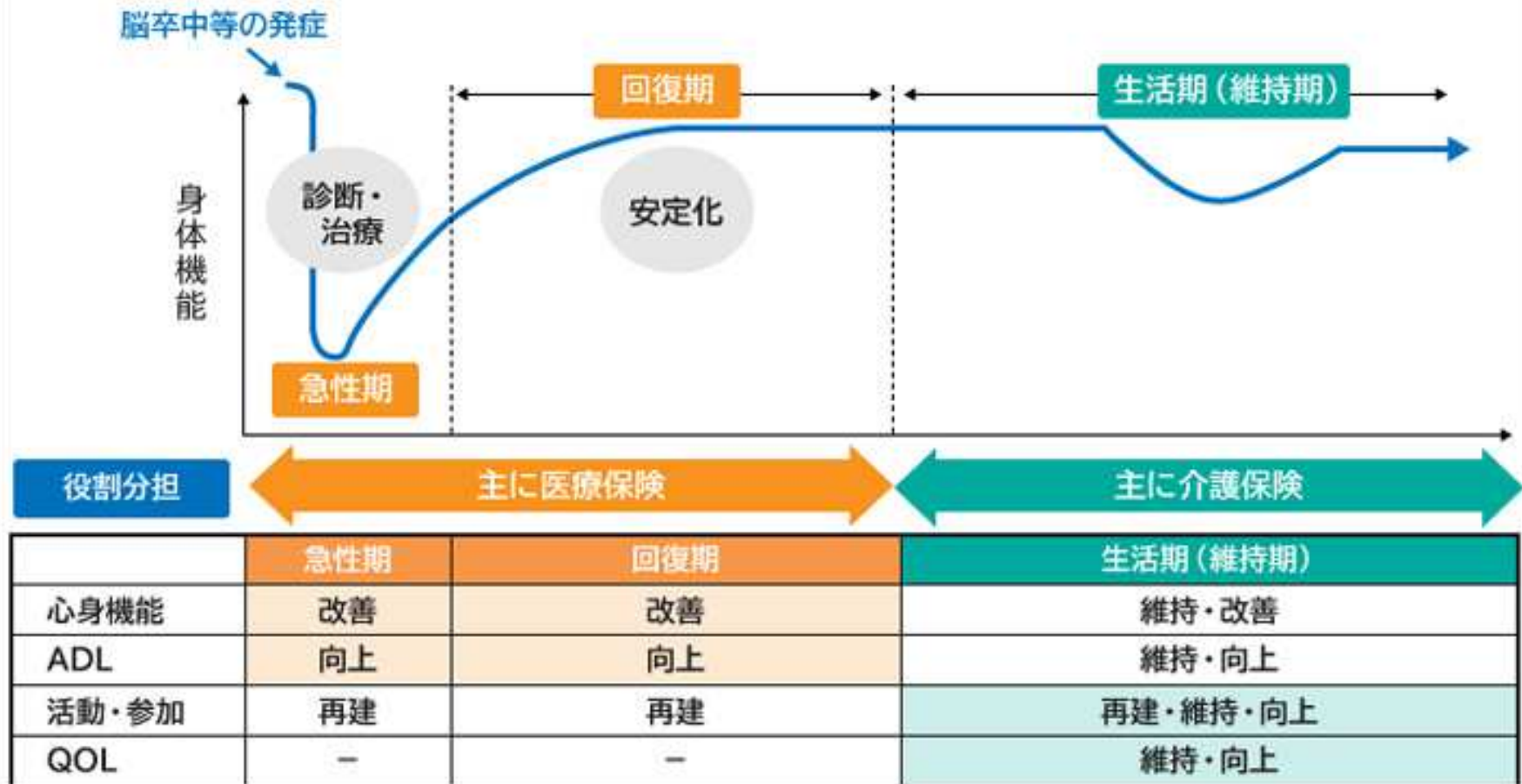
まとめ 脳卒中を例に

疾患別リハビリテーションの基礎

- 脳卒中後の麻痺・嚥下障害・高次脳機能障害
- 高齢者に多い骨折、運動器不安定症
- 早期離床、運動習慣、栄養管理の重要性
- 心不全・COPDなど内部障害に対する運動療法の考え方
- 認知症患者への生活支援と環境調整

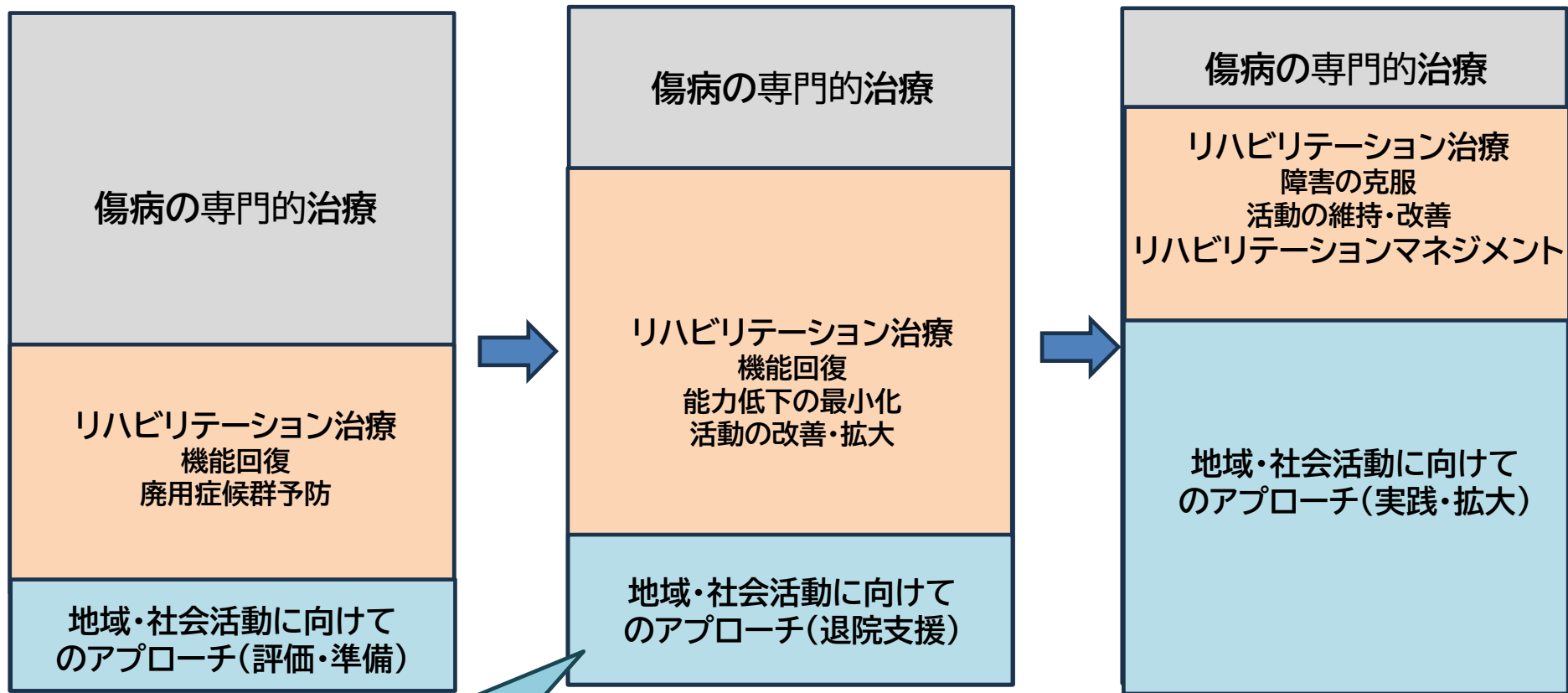
脳卒中

脳卒中リハビリの流れと役割分担



（厚生労働省「中央社会保険医療協議会総会（第316回）議事次第」を基にQLife編集部で作成）

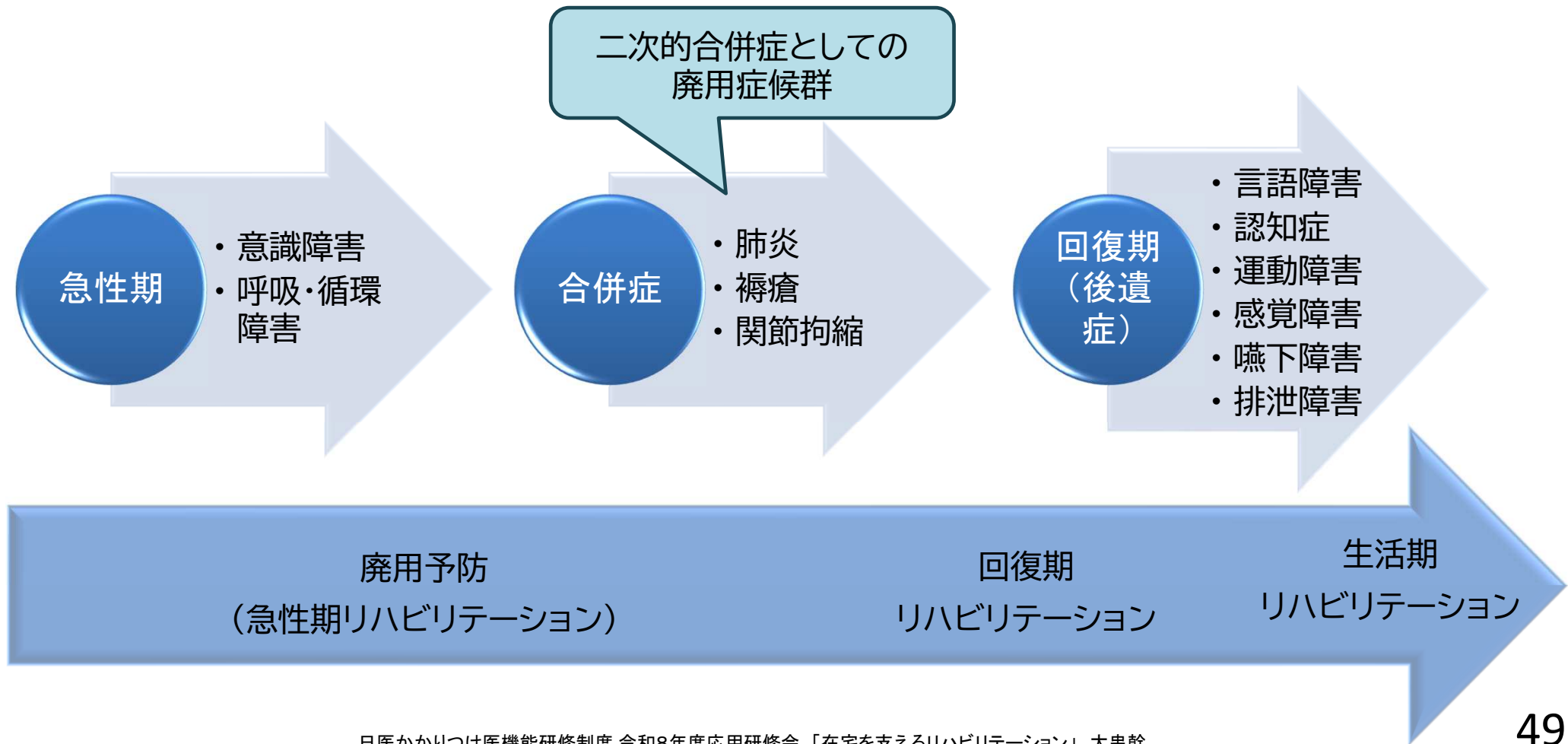
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹



廃用症候群がない状態で回復期へ

リハビリテーション医学・医療・コアテキストより改変

脳血管障害・頭部外傷

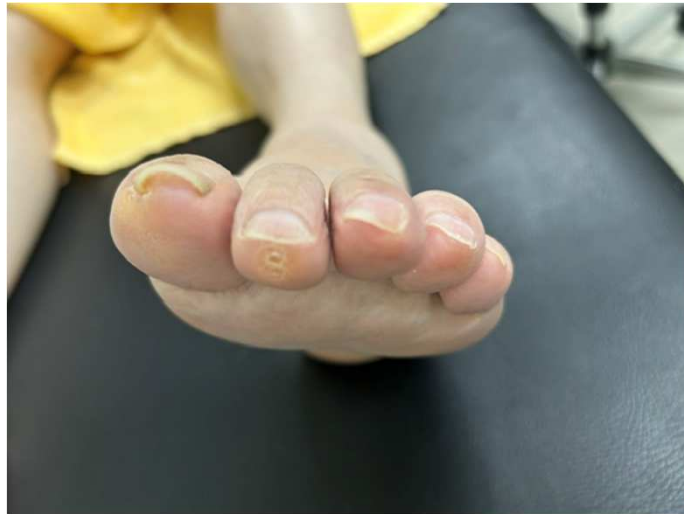


リハビリテーション外来



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」 大串幹

対応のタイミング(外来診療)



対応のタイミング(外来診療)



おわりに かかりつけ医の役割について

- リハビリテーションを自ら詳細に実施する(処方)力よりも、患者の生活機能低下を早期発見し、適切なリハビリテーションへつなげ、地域生活を継続的に支える知識をもつ。
- リハビリテーションは、急性期から回復期(包括期)、生活期そして終末期まで続く、すべてのフェーズにおいて、多職種連携、多施設連携が効果的かつ円滑に進むハブとなる。
- 身の回りのリハビリテーション資源へのアクセスや、さまざまな支援体制について相談できる窓口や連携を持つ。
- 患者が利用している福祉機器や先端機器の活用も視野に置く。