

# 在宅医療における理学療法士，作業療法士，言語療法士の役割

## 東京都医師会会員調査結果をもとに

中村 好一\* 柳川 洋\* 西 三郎<sup>2\*</sup>

**目的** 在宅医療における理学療法士，作業療法士，言語療法士の活動を医師サイドから評価し，今後の在宅医療推進の一助とする。

**方法** 東京都医師会員で寝たきり老人在宅総合診療料の承認を受けている1,292人を対象に，郵送法により調査を行った。調査項目は過去1年間の訪問診療対象者への理学療法士，作業療法士，言語療法士の関与の有無，関与があった場合の医師と療法士との関係，療法士の所属，療法士の関与の利点と問題点，関与がない場合にはその理由である。

**成績** 回答の得られた656人を解析対象とした。243人（37.0%）が自分の患者への療法士の関与ありと回答していた。関与があったのが理学療法士である者223人（関与ありのうちの91.8%），作業療法士である者42人（同17.3%），言語療法士である者25人（同10.3%）であった。療法士への指示，連絡関係は，回答者の指示によるものが75人（30.9%），他の指示によるが連絡があるものが58人（23.9%），療法士から連絡がないものが115人（47.3%）であった。在宅医療の対象者に療法士の関与がない，または関与の有無不明と回答した400人の関与がなかった背景を尋ねた結果，療法士を必要とする患者がいない191人（47.8%），頼みたいが連絡先不明77人（19.3%），自分で指導するので療法士を必要としない68人（17.0%），地域内に療法士がいるかどうか不明54人（13.5%）などが多かった。在宅患者への療法士の関与で良かった点，困った点を，関与があったと回答した243人について集計した。209人（86.0%）が一つでも良かった点があったと回答していた。良かった点は，家族が訓練の方法が分かって喜んだ（134人，55.1%），機能や状態の改善（120人，49.4%），家族自身の身体状況の改善（55人，22.6%），療法士の業務や訓練の方法が分かった（26人，10.7%）などが多かった。療法士の関与により困った点の一つでもあったと回答した者は118人（48.6%）であり，その詳細は，指示者が不明（64人，26.3%），療法士の専門不明（57人，23.5%）が圧倒的に多かった。

**結論** 在宅医療において理学療法士，作業療法士，言語療法士の関与しているケースが相当数にのぼっており，多くの利点があるものの，改善すべき点も指摘された。

**Key words** : 理学療法士，作業療法士，言語療法士，在宅医療，リハビリテーション，連携

## I はじめに

近年の医療，特にリハビリテーションの現場では，「施設から在宅へ」，「チーム医療」ということがキーワードとなっている<sup>1,2)</sup>。また，福祉の世界においても「ノーマライゼーション」が叫ばれており<sup>3)</sup>，疾病や障害を抱えた者が一般社会の中で生活していくことが今後ますます重要視される<sup>4-6)</sup>。在宅者のリハビリテーションが，在宅医療とともに，このような状況を今後とも支えてい

くことは疑いのないことである<sup>7)</sup>。

在宅者のリハビリテーションについては，1981年に制定された老人保健法においても保健事業の一つとして取り上げられているように，今後の高齢化社会を支援する一つの鍵であるが，その具体的な実施状況やその評価についてはほとんど検討されていないのが現状である。今回われわれは，東京都医師会が1996年に会員を対象に実施した理学療法士，作業療法士，言語療法士に関する調査結果を利用できる機会を得たので，その結果を紹介しつつ，今後の在宅リハビリテーション，在宅医療のあり方を検討した。

## II 方法と対象

1996年6月に東京都医師会が実施した調査をも

\* 自治医科大学公衆衛生学教室

<sup>2\*</sup> 愛知みずほ大学人間科学部

連絡先：〒329-0498 栃本県河内郡南河内町  
薬師寺3311-1

自治医科大学公衆衛生学教室 中村好一

とに解析を行った。調査は、最も訪問診療が多いと考えられる「寝たきり老人在宅総合診療科」の承認を受けている東京都医師会会員（医師）1,292人を対象に郵送法で行われ、656人(50.8%)から回答があった。調査項目は回答者の背景、過去1年間の訪問診療対象者への理学療法士、作業療法士、言語療法士（以下、本稿ではこれら3職種を総称して「療法士」という）の関与の有無である。さらに、関与がある場合には医師と療法士との関係、療法士の所属、療法士の関与による利点と問題点を尋ね、関与がない場合にはその理由を尋ねた。

### Ⅲ 結 果

#### 1. 回答者の背景

回答者の標榜科目でもっとも多かったのは内科(90.1%)で、以下、小児科(52.7%)、消化器科(30.0%)、外科(23.5%)、循環器科(18.0%)、皮膚科(16.9%)となっていた。また主たる診療科目は内科(44.5%)、外科(6.1%)、消化器科(5.9%)、小児科(4.7%)、整形外科(4.6%)となっていた。内科を主たる診療科目とする回答者が最も多く、これに内科系診療科目である消化器科、循環器科、呼吸器科、神経内科を加えると過半数となる。

回答者の年齢は60歳代が最も多く(30.3%)、70歳以上を加えると過半数を占めていた。

回答者の業務の種別は571人(87.0%)が開設者であった。

回答者の在宅診療の状況は次の通りであった。回答者のうち560人(85.4%)が在宅診療を行っていた。1カ月の在宅患者数では1~5人がもっとも多く328人(50.0%)であったが、21人以上の患者を抱える者も55人(8.4%)いた。1カ月の訪問回数も1~10回がもっとも多く292人(44.5%)であったが、41回以上も60人(9.1%)存在した。

#### 2. 療法士の訪問診療患者への関与状況

回答者の担当する患者への療法士の関与状況は表1に示すとおりである。243人(37.0%)が関与ありと回答していた。関与ありと回答した243人のうち、関与があったのが理学療法士である者223人(関与ありのうちの91.8%)、作業療法士である者42人(同17.3%)、言語療法士である者25人(同10.3%)であった。

表1 回答医師の患者への理学療法士、作業療法士、言語療法士の関与の有無

関与があった	243(37.0)	理学療法士 (再掲)	223(91.8)*
		作業療法士 (再掲)	42(17.3)
		言語療法士 (再掲)	25(10.3)
関与はなかった	386(58.8)		
わからない	14(2.1)		
回答なし	13(2.0)		
合 計	656(100.0)		

( )内はパーセント。

再掲部分のパーセント(\*)は関与があったと回答した243人を100%としている。

複数回答があるので合計は100%とはならない。

回答者の背景別に観察した療法士の関与状況は表2に示すとおりである。年齢別にみると若年の医師ほど関与ありの割合が高い傾向がみられ、これは3種類の療法士に共通した傾向であった。業種別では勤務者の方が関与した医師の割合が高い傾向がみられた。担当する在宅患者数が多いほど、また在宅診療の回数が多いほど関与する者の割合が高かった。

#### 3. 療法士との関与がある医師の状況

療法士と関与があったと回答した243人について、療法士の関係、および療法士の所属を尋ねた結果は、表3、表4に示すとおりである。療法士への指示、連絡関係は表3に示すとおり、回答者(主治医)の指示によるものが75人(30.9%)、他の指示によるが連絡があるものが58人(23.9%)、療法士から連絡がないものが115人(47.3%)であった。関与のあった療法士別にみると、作業療法士では回答者(主治医)の指示で患者に関与している場合の割合がもっとも高く、連絡がないものがもっとも少なかった。

関与のあった療法士の所属は表4に示すとおりで、保健所、他の医療機関、区市町村、医師会立以外の訪問看護ステーションなどが多かった。理学療法士の所属は全体とほぼ同様であったが、これは関与のあった療法士の中で理学療法士の占める割合が高いことから当然のことである。作業療法士の所属は他の医療機関、医師会立以外の訪問看護ステーション、回答者の医療機関、保健所、区市町村が多く、言語療法士は他の医療機関、保

表2 回答医師の背景と療法士との関係

回答医師の背景	合 計	関与あり	関与のあった療法士（再掲）		
			理学療法士	作業療法士	言語療法士
年 齢					
～39歳	38(100.0)	20(52.6)	18(47.4)	7(18.4)	2( 5.3)
40～49	134(100.0)	69(51.5)	67(50.0)	9( 6.7)	6( 4.5)
50～59	110(100.0)	46(41.8)	45(40.9)	4( 3.6)	5( 4.5)
60～69	199(100.0)	62(31.2)	55(27.6)	11( 5.5)	6( 3.0)
70～	172(100.0)	46(26.7)	38(22.1)	11( 6.4)	6( 3.5)
業務の種別					
開設者	571(100.0)	213(37.3)	196(34.3)	36( 6.3)	18( 3.2)
勤務者	47(100.0)	21(44.7)	19(40.4)	4( 8.5)	5(10.6)
1カ月の在宅診療患者数					
現在なし	93(100.0)	8( 8.6)	6( 6.5)	2( 2.2)	0( 0.0)
1～5人	328(100.0)	98(29.9)	88(26.8)	14( 4.3)	11( 3.4)
6～10	119(100.0)	61(51.3)	59(49.6)	6( 5.0)	2( 1.7)
11～20	58(100.0)	38(65.5)	35(60.3)	7(12.1)	7(12.1)
21人以上	55(100.0)	37(67.3)	34(61.8)	12(21.8)	5( 9.1)
1カ月の訪問回数					
現在なし	91(100.0)	9( 9.9)	6( 6.6)	3( 3.3)	1(1.1)
1～10回	292(100.0)	90(30.8)	83(28.4)	15( 5.1)	7( 2.4)
11～20	125(100.0)	59(47.2)	53(42.4)	5( 4.0)	5( 4.0)
21～40	81(100.0)	49(60.5)	49(60.5)	9(11.1)	7( 8.6)
41回以上	60(100.0)	36(60.0)	32(53.3)	10(16.7)	5( 8.3)
合 計	656(100.0)	243(37.0)	223(34.0)	42( 6.4)	25( 3.8)

( ) 内はパーセント。複数回答、不明があるので合計は100%とはならない。

表3 回答医師と療法士との関係（関与があった者のみ）

	関与あり	関与のあった療法士（再掲）		
		理学療法士	作業療法士	言語療法士
回答医師の指示	75( 30.9)	69( 30.9)	22( 52.4)	8( 32.0)
他の指示だが連絡あり	58( 23.9)	50( 22.4)	14( 33.3)	8( 32.0)
連絡なし	115( 47.3)	107( 48.0)	10( 23.8)	13( 52.0)
その他	8( 3.3)	6( 2.7)	3( 7.1)	0( 0.0)
合 計	243(100.0)	223(100.0)	42(100.0)	25(100.0)

( ) 内はパーセント。複数回答があるので合計は100%とはならない。

健所、区市町村の所属が多かった。回答者（主治医）が療法士の所属を知らない場合も約1割あった。

療法士の所属別にみた医師との関係は表5に示すとおりである。療法士から連絡のないものは所属不明、その他の社会福祉施設、区市町村、保健所、区市町村立保健福祉センター、医師会立訪問

看護ステーションなどを挙げた場合が多かった。調査票では、複数の療法士が異なる機関から関与している場合も想定して、療法士の所属機関を複数選択できるようになっている。そのために、上記の所属機関を回答した医師がどこの所属の療法士の行動について現況を答えているのかは、複数回答の場合にはわからない。そこで、関与する療

表4 関与のあった療法士の所属（関与があった者のみ）

	関与あり	関与のあった療法士（再掲）		
		理学療法士	作業療法士	言語療法士
当院	13( 5.3)	11( 4.9)	7( 16.7)	2( 8.0)
他の医療機関	47( 19.3)	42( 18.8)	11( 26.2)	9( 36.0)
医師会所属	7( 2.9)	6( 2.7)	3( 7.1)	1( 4.0)
医師会立訪問看護ステーション	28( 11.5)	26( 11.7)	3( 7.1)	3( 12.0)
その他の訪問看護ステーション	36( 14.8)	29( 13.0)	11( 26.2)	3( 12.0)
老人保健施設	16( 6.6)	15( 6.7)	6( 14.3)	2( 8.0)
保健所	56( 23.0)	52( 23.3)	7( 16.7)	5( 20.0)
区市町村所属	47( 19.3)	42( 18.8)	7( 16.7)	5( 20.0)
福祉保健センターなど	19( 7.8)	19( 8.5)	4( 9.5)	3( 12.0)
その他の社会福祉施設	8( 3.3)	7( 3.1)	2( 4.8)	2( 8.0)
わからない	25( 10.3)	24( 10.8)	6( 14.3)	2( 8.0)
合計	243(100.0)	223(100.0)	42(100.0)	25(100.0)

( ) 内はパーセント。複数回答があるので合計は100%とはならない。

表5 関与のあった療法士の所属別回答医師と療法士との関係（関与があった者のみ）

	合計	回答医師の指示	他の指示だが連絡あり	連絡なし	その他
当院	13(100.0)	12(92.3)	2(15.4)	0( 0.0)	0(0.0)
他の医療機関	47(100.0)	15(31.9)	21(44.7)	18(38.3)	2(4.3)
医師会所属	7(100.0)	2(28.6)	3(42.9)	3(42.9)	0(0.0)
医師会立訪問看護ステーション	28(100.0)	11(39.3)	7(25.0)	13(46.4)	0(0.0)
その他の訪問看護ステーション	36(100.0)	19(52.8)	12(33.3)	11(30.6)	0(0.0)
老人保健施設	16(100.0)	8(50.0)	4(25.0)	5(31.3)	0(0.0)
保健所	56(100.0)	10(17.9)	22(39.3)	27(48.2)	1(1.8)
区市町村所属	47(100.0)	14(29.8)	9(19.1)	24(51.1)	3(6.4)
福祉保健センターなど	19(100.0)	6(31.6)	5(26.3)	9(47.4)	0(0.0)
その他の社会福祉施設	8(100.0)	3(37.5)	1(12.5)	5(62.5)	0(0.0)
わからない	25(100.0)	4(16.0)	0( 0.0)	20(80.0)	2(8.0)
合計	243(100.0)	75(30.9)	58(23.9)	115(47.3)	8(3.3)

( ) 内はパーセント。複数回答があるので合計は100%とはならない。

法士の所属機関を1か所だけ回答した196人のみについて再集計した。療法士からの連絡がないものは所属不明(86.4%)、その他の社会福祉施設(75.0%)、区市町村立保健福祉センター(61.5%)、区市町村(56.1%)、医師会立訪問看護ステーション(52.6%)、保健所(50.0%)、医師会(50.0%、ただし2人中1人であることに注意)などで高く、前述の結果とほぼ同様の傾向であった。

4. 療法士との関与で良かった点、困った点  
在宅患者への療法士の関与で良かった点、困

った点を、関与があったと回答した243人について集計した。209人(86.0%)が一つでも良かった点があったと回答していた。良かった点の詳細は表6に示すように、家族が訓練の方法が分かって喜んだ134人(55.1%)、機能や状態の改善120人(49.4%)、家族自身の身体状況の改善55人(22.6%)、療法士の業務や訓練の方法が分かった26人(10.7%)などが多かった。また、その他として患者自身が明るくなった、患者が満足した、患者の意欲が改善した、機能低下が起こった際に療法士が所属する医療機関に入院させてもらえ

表6 療法士が関与して良かった点

良かった点がひとつでもあり	209(86.0)
家族が訓練の方法がわかって喜ぶことが多かった	134(55.1)
患者の機能や状態が良くなった	120(49.4)
家族自身の身体状況の改善に役立った	55(22.6)
療法士の業務や訓練の方法が良く分かった	26(10.7)
患者の家の改築計画に役立った	24( 9.9)
介護用品、福祉機器の必要性が分かった	18( 7.4)
外来診療に役立った	11( 4.5)
療法士の所属が分かり連絡しやすくなった	6( 2.5)
療法士に対する指示の出し方が良く分かった	4( 1.7)
その他	7( 2.9)

過去1年以内に受持ち患者への療法士の関与が「あった」と回答した243人を集計した。  
( )内は解析対象者数243に対するパーセント。

表7 療法士が関与して困った点

困った点がひとつでもあり	118(48.6)
訓練に関する指示を誰が出しているのか分からなかった	64(26.3)
その療法士がどのような内容の訓練を専門にしているのか分からなかった	57(23.5)
療法士に対してどのような指示を出して良いか分からなかった	18( 7.4)
療法士がよけいなことを言いすぎる	14( 5.8)
療法士特有の言葉や定義が分からなかった	9( 3.7)
症状が増悪することが心配だ	7( 2.9)
事故が起こることが心配だ	5( 2.1)
療法士が指示どおりにしなくて困った	1( 0.4)
その他	13( 5.3)

過去1年以内に受持ち患者への療法士の関与が「あった」と回答した243人を集計した。  
( )内は解析対象者数243に対するパーセント。

た、などが挙げられていた。

療法士の関与により困った点が一つでもあったと回答した者は118人(48.6%)であり、その詳細は表7に示すように、指示者が不明、療法士の専門不明が圧倒的に多かった。その他としては、1カ月に一度訪問するだけでその内容に誠意が感じられない、病状が悪化しているにもかかわらず訓練を強行した、訪問頻度が少ない、患者に威張る、などが挙げられていた。

表8 療法士に関与がない場合の理由

これまで、訪問診療の際、療法士を必要とする患者がなかった	191(47.8)
療法士を頼みたいと思ったが、何処へ連絡すればよいか、わからなかった	77(19.3)
自分がいろいろ指導するので、特に療法士を必要としなかった	68(17.0)
地域内に療法士がいるか、いないかわからない	54(13.5)
療法士の治療内容が、よくわからなかった	26( 6.5)
療法士を頼みたいと思ったが、療法士に対する指示の仕方が不安だったので、ためらった	12( 3.0)
忙しいので、指示書を書いたりするのが煩わしい	11( 2.8)
地域内に療法士がいない	9( 2.3)
療法士が患者に余計なことを言うのではないか、と思った	4( 1.0)
療法士との接触が煩わしい	4( 1.0)
その他	31( 7.8)

過去1年以内に受持ち患者への療法士の関与が「なかった」、「わからない」と回答した400人を集計した。  
( )内は解析対象者数400に対するパーセント。

## 5. 療法士との関与がない場合の理由

在宅医療の対象者に療法士の関与がない、または関与の有無不明と回答した400人の関与がなかった背景を尋ねた結果が表8である。療法士を必要とする患者がいない、頼みたいが連絡先不明、自分で指導するので療法士を必要としない、地域内に療法士がいるかどうか不明などが多かった。また、その他として患者の経済的負担、患者や家族の拒否、療法士のみならず保健婦や訪問看護ステーション、ボランティア、医師を含めて横の統一がない、療法士の技術に対する不安、などが挙げられていた。

## 6. リハビリ関連職種に関するその他の意見

自由記載欄を用いたりハビリ関連職種に関する意見の中で、目だったものは次のとおりである。

- 療法士不足
- 連携不足
- 療法士に関する情報不足
- 患者を取り巻くさまざまな職種のシステム化や窓口一本化の必要性
- 事故発生への不安
- 人件費と保険点数のアンバランス
- 環境整備(養成、斡旋、給与体系、保険点数な

ど)の必要性

#### Ⅳ 考 察

今回の調査結果より、在宅医療の普及とこれに伴う療法士への在宅医療への関与の重要性がうかがえた。在宅医療に関与する医師のうち、受持患者に療法士が関与している者が約4割いることなどは、このことを物語っている。そして表2に示すように、担当する在宅患者数が多いほど、あるいは在宅診療の回数が多いほど療法士が関与する割合が高かったのも、当然の結果といえることができる。また、多数の在宅患者を抱え、在宅診療を積極的に推進している医師ほど療法士との関わりが多いということは、より質の高い在宅医療の提供ができてきていることの一端かも知れないし、逆に積極的に在宅医療を担うためには療法士の関与が不可欠であることを示している可能性もある。しかし、表3、表4に示すように、主治医の指示による関与が約3割しかなく、約半数のケースで主治医への連絡すらない状態で療法士による在宅ケアが行われていることは、きわめて重要視しなければならない。また、療法士の所属が不明の場合が相当数あることも、療法士からの連絡がないケースが多いことも、併せて重大な問題であろう。

表6に示すように、療法士の関与について利点をあげている回答者が9割近くおり、その内容も訓練方法の指導や患者の機能・状態の改善など療法士の業務に直接関連する項目が多く挙げられており、療法士の関与が在宅医療推進に不可欠なことを示している<sup>8,9)</sup>。その一方で表7に示すような問題点も指摘されている。特に訪問頻度については、月1度の訪問指導による効果を疑問視する回答者が数人おり、継続的な在宅リハビリテーションを推進して行く上で問題であろう。また、誰の指示で訓練を実施しているのかが分からない場合には、主治医としては不安・疑問を感じるのは当然であり、前述の連絡がないこととあいまって、重大な問題である。療法士の関与があった場合に、大多数の主治医は利点を評価しながらも、一方で約半数が問題点も感じており、今後の療法士の関与形式について示唆に富む結果であった。

以上のように今回の調査結果から、療法士の関与が在宅医療・リハビリテーションの推進に不可欠であることと同時に、種々の解決すべき問題点

が存在することも明らかとなった。特に主治医との連絡すらない療法士の訓練と、これに起因する問題点については、大きな問題点である。理学療法士および作業療法士法(昭40・6・29法137)2条では、第3項で『この法律で「理学療法士」とは、厚生大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行うことを業とする者をいう』、第4項で『この法律で「作業療法士」とは、厚生大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行うことを業とする者をいう』となっており、主治医の指示を受けない療法士の患者への関与は法律違反ですらある。また、主治医の指示なしに行った訓練の評価も低くなりがちであり、療法士自身の医療の世界における地位向上の妨げにもなるであろう。医師、療法士双方から改善が望まれるところである。

今後の医療供給体制において、在宅医療がますます重要な地位を占めて行くことは論を待たない。このような状況の中で一人の在宅患者を中心とした専門職集団が形成され、これらの職種の連携の基にケアが行われていくことになるが、このような状況においても医師の立場の重要性は不変のものである。したがって在宅ケアが推進される状況においても医師が指導的立場を発揮しなければならないが、この場合に「療法士に対する指示の仕方が不安」、「療法士の治療内容が、よくわからない」、「地域内に療法士がいるか、いないかわからない」、「療法士に対してどのような指示を出して良いかわからない」、「療法士特有の言葉や定義がわからない」といった医師側の状況は問題がある。また、自由記載欄では理学療法士とマッサージ師の混乱も見られた。これらの普及啓発活動や情報提供も重要と考える。

また、療法士を含めた在宅医療に係る医療従事者のシステム化、連携の強化も課題である<sup>3,4,10~13)</sup>。現状ではさまざまな職種がさまざまな機関から一人の患者へ派遣され、悪くいえばそれぞれの職種が一人よがりの医療の供給・サービスを行っているということもできる。このことの一つの現れとして、主治医への連絡すらない療法士の訓練が行われている。この問題を自由記載欄で指摘する回答者(医師)は相当数に上り、今後のシステム化が強く望まれるところである。

また、療法士の絶対数の不足の指摘もあり<sup>14-17)</sup>、適性数の検討も必要であろう。

以上の点を背景として、今後の検討課題として次の3点を指摘したい。まず第1は地域における療法士による訓練の適切なあり方についての検討である。すなわち、医師会と療法士関係団体、所属機関などの間で、適切な医療のあり方について十分検討する必要がある。特に、「訓練は主治医の指示に従って実施する」ことを再確認することは、適切な医療の提供のみならず、法律の適正な運用にも関わることである。

次に医師を対象とした普及啓発、情報提供である。医師が療法士への適切な指示が出せるような啓発活動を行うことが必要と考える。具体的には研修会や啓発書の発行などが考えられる。関係団体(区市町村、保健所など)においては、地域において療法士への連絡先や所属などの情報を適切に供給するように努めることも検討に値する。

最後は、在宅医療推進のためのシステムづくりの検討である。そのためには、関係諸団体との連携がまず第一となる。さしあたってはさまざまな医療を含めたサービス提供の窓口一本化から始めると、比較的容易であろう。

本研究は社団法人東京都医師会が設置した医療関係職種対策委員会(委員長:長澤仁一先生)が1996年6月に実施した「医療関連職種に関するアンケート調査」が基礎となっている。調査結果の利用をお認めいただいた同委員会、ならびに調査にご協力いただいた東京都医師会会員に謝意を表します。本研究の一部は第56回日本公衆衛生学会総会(1997年10月)で報告した。

(受付 '97.11.18)  
(採用 '98.2.23)

## 文 献

- 1) 松本茂男, 斎藤康弘, 山田 伸. 退院後在宅脳卒中患者の外来リハビリテーション継続と理学療法. PTジャーナル 1994; 28: 95-99.
- 2) 花籠良一. 高齢・障害者の在宅リハビリテーション. 総合臨牀 1993; 42: 2312-2324.
- 3) 日下隆一. 地域・在宅における理学療法士の役割: 兵庫県地域リハビリテーションシステムと理学療法士. 理学療法学 1989; 16: 439-442.
- 4) 石川 誠, 伊藤隆夫. 在宅脳卒中患者への訪問リハビリテーションと理学療法. PTジャーナル 1994; 28: 100-105.
- 5) 石川 誠. 在宅医療における訪問リハビリテーション. 老化と疾患 1995; 8: 893-899.
- 6) 石川 誠. 在宅リハをめぐる社会的背景. Journal of Clinical Rehabilitation 1996; 5: 1093-1099.
- 7) 永田雅章, 千野直一. 在宅脳卒中患者のリハビリテーション. 医学のあゆみ 1986; 139: 685-689.
- 8) 田中勇次郎, 他. 神経・筋疾患患者の在宅リハビリテーションにおける作業療法士の役割. OTジャーナル 1990; 24: 654-659.
- 9) 鴻真一郎, 渡辺慎一. 福祉機器導入における作業療法士の関わり: 在宅重度障害者用自立支援機器交付事業の紹介を通して. 作業療法 1996; 15: 135-140.
- 10) 武澤信夫, 秦 敬和, 川合一良. 大都市における地域リハビリテーション. 総合リハビリテーション 1992; 20: 1067-1072.
- 11) 住田幹男. 在宅リハビリテーション—在宅医療・リハシステムの展開—: 関西労災病院在宅医療サービス推進委員会のあゆみ. 日本災害医学会会誌 1994; 42: 587-593.
- 12) 玉沢佳明, 柏尾郁代, 及川裕之. 江刺市における在宅リハビリテーション活動の試み. 岩手県立病院医学会雑誌 1994; 34(2): 1-6.
- 13) 三宅 諒, 設楽美紀, 高橋育子. 在宅リハ部門の活動展開と今後の課題. Journal of Clinical Rehabilitation 1996; 5: 503-507.
- 14) 中島昭夫. 在宅医療の諸問題. 日本災害医学会会誌 1994; 42: 582-586.
- 15) 河本玲子. 在宅医療におけるリハビリテーションの位置づけ. 山口県医学会誌 1993; 27: 61-65.
- 16) 島田広子. 在宅障害者(リウマチ)の立場から: 在宅における問題点と理学療法士に期待するもの. 理学療法学 1994; 21: 156-159.
- 17) 今村安秀, 他. リハビリテーションからみた問題点. 日大医学雑誌 1995; 54: 365-366.

## ROLES OF PHYSICAL, OCCUPATIONAL AND SPEECH THERAPISTS IN IN-HOME MEDICAL CARE

Yosikazu NAKAMURA\*, Hiroshi YANAGAWA\*, Saburo NISHI<sup>2\*</sup>

**Key words:** Physical therapists, Occupational therapists, Speech therapists, In-home medical care, Rehabilitation, Cooperation

To clarify the current status and issues encountered by physical, occupational, and speech therapists in in-home medical care, a mail survey was conducted in 1996 of 1,292 physicians in the Tokyo metropolitan area who were presumed to have in-home patients. Of the 656 respondents, 243 physicians (37.0%) stated that therapists were involved in treatment of their patients, with 223 of the therapists being physical therapists, 42 being occupational therapists, and 25 being speech therapists. Of the 243 responses, 75 answered that they themselves provided instructions to the therapists, 58 stated that while other physicians were involved in instructing the therapists but the therapists reported to them, and 115 answered that there was no relationship between physicians and therapists. For reasons why the physicians did not request services of therapists for their patients, responses were that the patients had no need for the therapists, that they did not know where to ask for therapist services, and that they did not need the therapists because their own instruction was adequate. Of the 243 physicians, 209 (86.0%) pointed out the advantages of therapists visits, such as patients and families welcomed these services, they resulted in improvement of functions and status of patients, and family members also experienced improvement of health. On the other hand, 118 (48.6%) pointed out disadvantages, such as unfamiliar instructors, and unclear specialities of the therapists.

---

\* Department of Public Health, Jichi Medical School

<sup>2\*</sup> Aichi Mizuho College