

はじめに

第3の医療として、スタートしたリハビリテーション医療は日本の高齢社会の到来で大きく飛躍しました。しかし、リハビリテーション医療の宿命ともいえる治療の長期化が今日の医療提供体制と大きな齟齬を来しています。また、それぞれの疾患によるリハビリテーション提供体制の在り方、そして病期と病期をつなぐ連携が課題とされつつも未だ十分とは言えません。そこには疾患別リハビリテーションによる疾患別専門化、病期の峻別による役割の専門化が連携等の阻害因子となっており、専門職自らが率先して解決しなければなりません。

今後、理学療法士が地域包括ケアシステムで果たすべき役割は多大です。そのキーワードは運動・生活能力・自立とします。自助・互助段階での個人的運動指導や集団に対する広報、共助段階での診療報酬及び介護報酬の適切な運用がその中核を構成しますが、公助にあっても理学療法士としての専門的知識を生かした公的な相談・指導も有効と考えています。自助・互助・共助・公助の連続性の中で、効果的で効率的なリハビリテーションと理学療法を達成することが、平成24年度から公益社団法人となる日本理学療法士協会の社会的役割です。

今回の調査等で明らかになったいくつかの事実を地域包括ケアシステムという大局的な立場から検証し提言を行いました。これらの提言が生かされ、活力のある高齢社会にリハビリテーション医療が確たる貢献ができることを願っています。

社団法人日本理学療法士協会
会 長 半田 一登

序

地域包括ケアシステムとは、何らかのサポートが必要な方々が、住み慣れた圏域における生活を継続できるような地域社会の基本設計概念です。介護、医療、保健、生活支援の4種類のサービスが切れ目なく組み合わせられた姿が、地域包括ケアシステムの中核と言えるでしょう。なお、この概念の背景にある哲学は、自助・互助・共助・公助の順番に4つのヘルプを活用する考え方です。リハビリテーションについて言えば、日常生活にかかわる自己能力を高め（自助）、可能な限りの自立を促す専門職によるリハビリテーション・サービスを早い段階で活用できる仕組み作り（共助）の2つのヘルプが主に関係します。今後は、要介護・要支援高齢者に対する多様なサービスを組み合わせる際に、「リハビリテーション前置主義」を改めて各地のシステム設計の中で具体化していく必要があります。そのための前提条件は、地域におけるリハビリテーションの機能と役割の明確化に他なりません。当然ながらリハビリテーション専門職は、他の職種と共に地域の仕組みづくりに参加していく姿勢が望まれます。

今回の事業は、こうした方向に役立つ基礎資料の作成を目的としています。本報告が、リハビリテーションを地域包括ケアシステムの中に効果的に位置づける一助となるよう期待しています。

調査検討委員会
座長 田中 滋

調査結果の要約

事業背景

これからの高齢社会においても、安心して質の高い医療・介護サービスを安定的に提供するため、急性期医療の重点化や地域包括ケアシステムの基盤強化、そして医療と介護の役割分担・連携強化が施策に反映され、在宅医療・介護や地域包括ケアシステム構築が推進されている。そのため、こうした上位の方向性に応じた地域におけるリハビリテーション提供のあり方を検討することが喫緊の課題である。

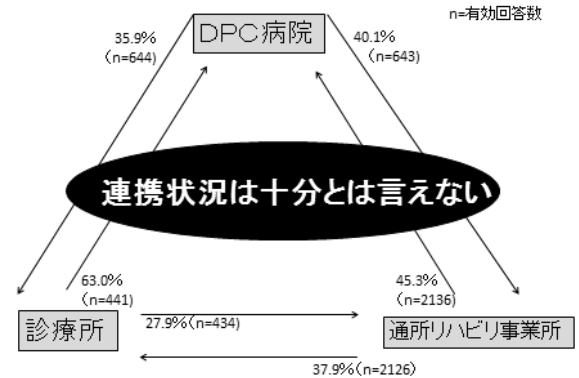
事業概要（目的）

本事業は、急性期医療におけるリハビリテーション、在宅医療および介護保険の在宅のリハビリテーションに関する基礎資料作成を目的とし、地域におけるリハビリテーションを充足するために解決すべき課題や阻害因子等を抽出し、その解決策について有識者の意見を踏まえ、提言をまとめた。

主な調査結果

急性期病院退院後に継続したリハビリテーションを必要とする患者の約25%は、退院後のリハビリテーションを継続できていない。また、急性期病院と在宅のリハビリテーション提供機関の連携状況は必ずしも十分でなかった。

リハビリテーション提供機関同士の連携状況 (リハビリテーション提供機関と連携が取れている割合)



提言

【全国レベル】

- 地域で包括的な基盤を整備するため、地域包括ケアシステムの中に、リハビリテーションを担うセンター機能（在宅リハビリテーションセンター（仮称））を位置づける事を、思慮すべきである。
- 在宅リハビリテーションセンター（仮称）では、リハビリテーションを必要とする退院患者・在宅患者・利用者情報が一元的に集約される仕組みを作るべきである。
- 患者状態に応じた在宅リハビリテーション機能の分化を図るため、診療所や通所リハビリテーション事業所の役割を見直し、急性期病院から在宅へ退院した患者に対応できる、急性期対応の機能を強化すべきである。

【都道府県レベル】

- 地域医療計画や地域ケア体制整備構想を策定する場合、リハビリテーション機能をもつ医療機関・施設・事業所の所在、および果たす機能を把握し、リハビリテーション提供体制を思慮すべきである。
- リハビリテーションを必要とする患者を、適切かつ円滑にリハビリテーション提供機関に繋げるため、地域ケア会議において、地域におけるリハビリテーション提供機関の分布およびリハビリテーション提供内容を提示すべきである。

【リハビリテーション専門職・職能団体レベル】

- リハビリテーション専門職は、リハビリテーション患者の機能的なトリアージや再発予防に対し、専門的な視点から取り組むなど、退院後のリハビリテーションについて、高い意識をもって取り組むべきである。
- 理学療法士等を志す者への教育では、教育課程の中で、幅広い知識を得られるように、制度や病期に偏りのない、網羅的な教育を推進していくべきである。
- また、臨床実習教育から得られる臨床体験の重要性を再認識し、在宅を含む多彩な臨床の場を経験できるように取り組むべきである。
- 卒後研修においては、理学療法士等が、制度間、病期間、多職種間の連携の重要性を一層理解でき、実践に移せるように、取り組むべきである。

事業背景

急速に進む高齢化に対応しながら、安心で質の高い医療・介護サービスを安定的に提供するため、急性期医療の重点化や地域包括ケアシステムの基盤強化、そして医療と介護の役割分担・連携強化が平成24年度診療報酬改定および介護報酬改定に反映され、在宅医療・介護や地域包括ケアシステム構築が推進されている。今後は更に、在宅で医療や介護を受ける患者・利用者が増えると想定され、医療機関や介護事業所等の連携体制を充実させる仕組みが必要となる。そのため、地域におけるリハビリテーションは、多様なニーズに対応できる提供体制を構築し、多職種と協働して在宅医療・介護を担える人材が求められる。

事業概要

本事業は、地域におけるリハビリテーション充足のため必要な方策策定の方向性を探る基礎資料を作成することを目的としている。具体的には、急性期医療のリハビリテーションと在宅医療および介護保険による在宅のリハビリテーションに焦点を当てた全国アンケート調査を実施し、リハビリテーション提供体制の機能分担、提供機関における連携状況、さらにサービス提供者や受益者ニーズの意識・認識の視点から、急性期病院退院後の在宅におけるリハビリテーションの課題や阻害因子等を抽出した。そして、その解決策について有識者の意見を踏まえ、提言をまとめた。

調査の目的

患者や利用者が、住み慣れた地域で安心してリハビリテーションを提供される基盤が十分でないという指摘がある。とりわけ、急性期病院退院後において、在宅のリハビリテーションは提供量が不足していると問題提起されている。そこで、本調査では、「急性期医療」はDPC病院を対象にし、「在宅医療」については診療所、

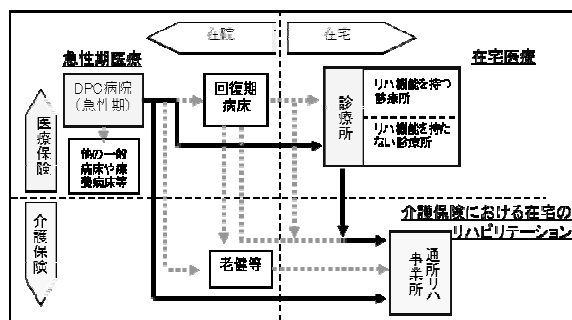


図 退院後、在宅に移行する経路（イメージ）

「介護保険における在宅のリハビリテーション」には、通所リハビリテーション事業所を調査対象とし、機能、連携および意識・認識の視点に従って、急性期医療、在宅医療そして介護保険における在宅のリハビリテーションの実態を把握することを目的とした。

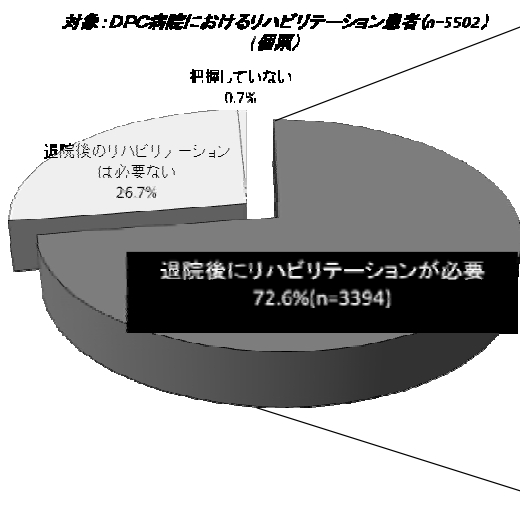
主な調査結果

1) 回収結果

- (1) 急性期医療のリハビリテーション (DPC 病院 n=1,333)
 - ・管理者票 (回収件数 684 件) 回収率⇒51.3%
 - ・セラピスト票 (回収件数 1,898 件)
 - ・患者個票 (回収件数 5,604 件)
- (2) 在宅医療のリハビリテーション (診療所 n=10,000)
 - ・管理者 (医師) 票 (回収件数 1,216 件; リハ有診療所 473、リハ無診療所 743) 回収率⇒12.2%
 - ・セラピスト票 (回収件数 473 件)
 - ・患者個票 (回収件数 1,342 件)
- (3) 介護保険の在宅のリハビリテーション (通所リハビリテーション事業所 n=6,524)
 - ・管理者票 (回収件数 2,266 件) 回収率⇒34.7%
 - ・セラピスト票 (回収件数 2,266 件)
 - ・利用者個票 (回収件数 5,561 件)

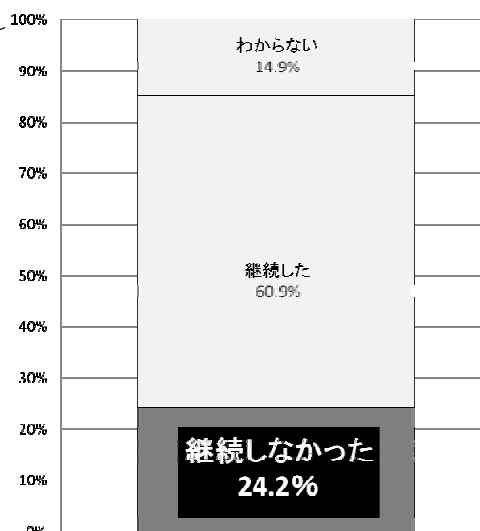
2) 主な回答結果

DPC病院退院後も継続して リハビリテーションを必要とする 患者の割合



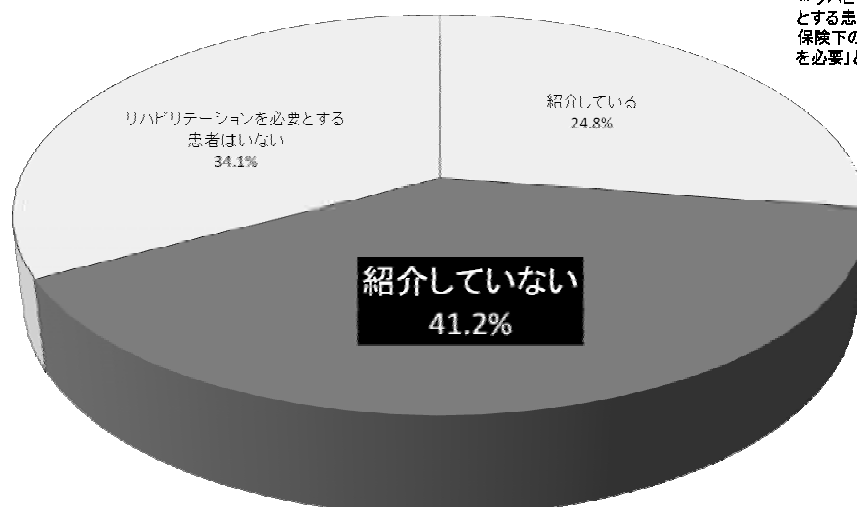
DPC病院退院後のリハビリテーション継続率

対象：DPC病院退院後もリハビリテーションが必要な患者(n=3394)
(総票)



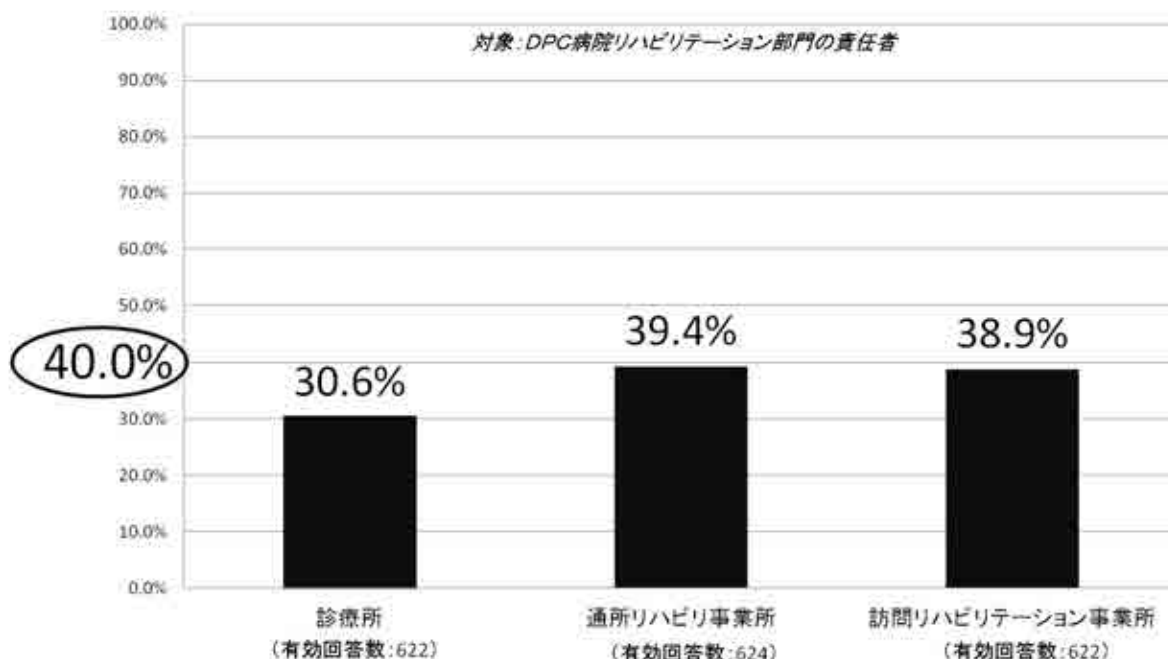
DPC病院退院後もリハビリテーションを必要とする患者のうち、退院後のリハビリテーションを継続できていない患者が24.2%存在する。

リハビリテーション機能がない診療所におけるリハビリテーションを必要とする患者について (リハビリテーションサービスを紹介している割合)



リハビリテーション機能がない診療所に、リハビリテーションを必要とする患者が来院した際、必ずしもリハビリテーションサービスを紹介できていない。

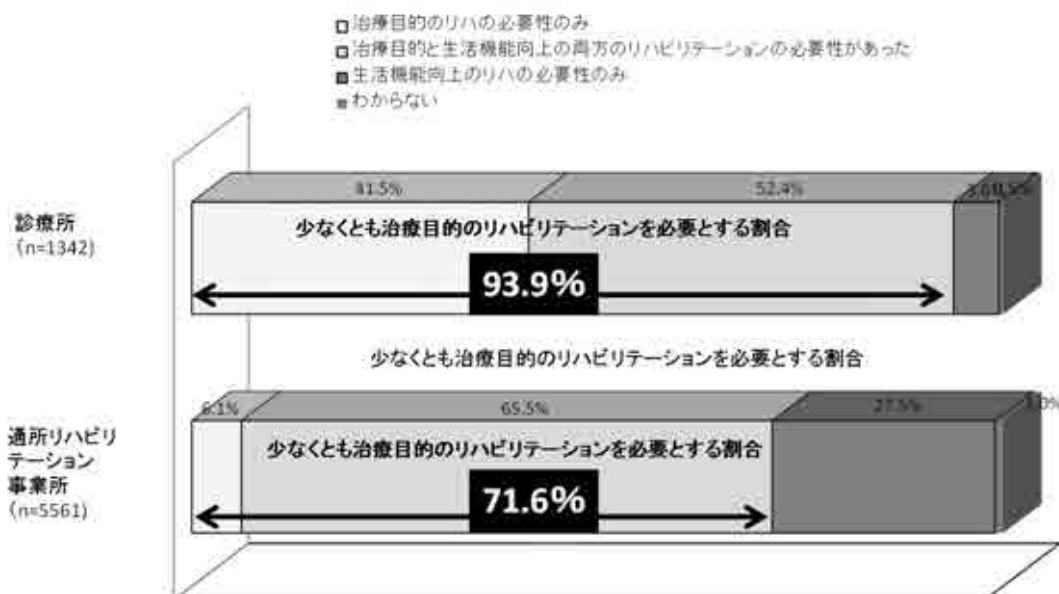
DPC病院における在宅のリハビリテーション提供機関との連携状況 (リハビリテーション提供内容の把握)



在宅のリハビリテーション提供機関で、どのようなリハビリテーションが実施されているのか、把握できているDPC病院は4割に満たない。

在宅のリハビリテーション提供機関における、患者・利用者のリハビリテーションニーズ

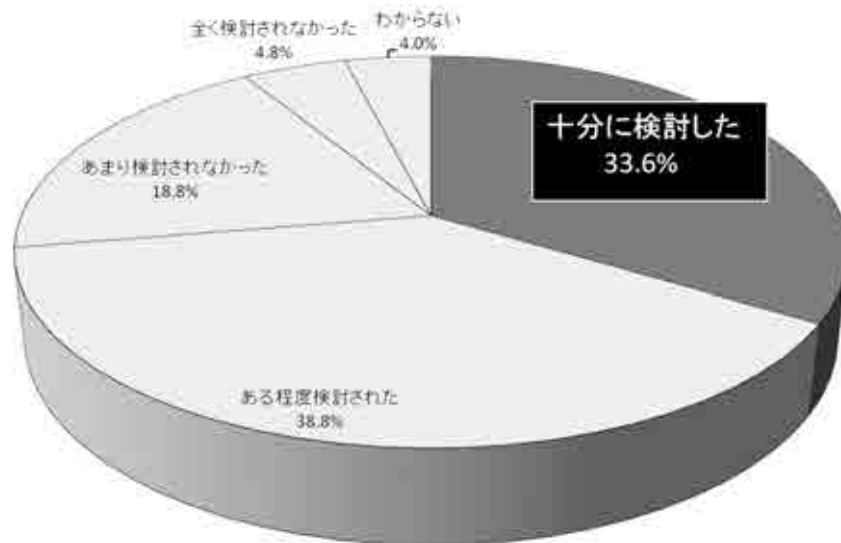
対象者: 診療所・通所リハビリテーション事業所に通うリハビリテーション患者・利用者(個票)



在宅のリハビリテーション提供機関においては、治療目的のリハビリテーションニーズがある患者・利用者の割合は高い。

退院計画作成時に退院後のリハビリテーションについて検討された患者割合

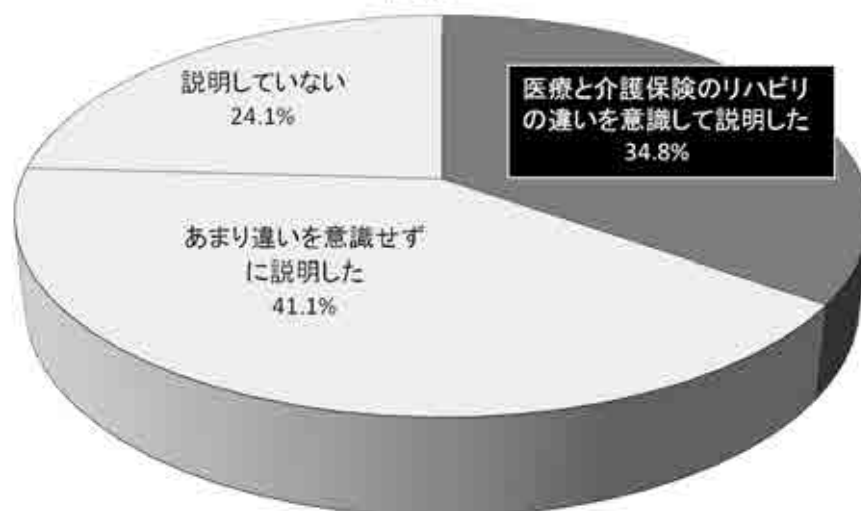
対象：DPC病院退院後もリハビリテーションを必要とする患者(n=3920)
(図表)



DPC病院退院後もリハビリテーションが必要な患者のうち、退院後のリハビリテーションについて、十分に検討された患者は30%程度である。

退院後のリハビリテーションの必要性の説明状況 (医療と介護保険のリハビリテーションの違いを区別した説明を受けた割合)

対象：DPC病院退院後もリハビリテーションを必要とする患者(n=3748)
(図表)



担当セラピストから、医療保険と介護保険の違いを区別して説明を受けた患者の割合は35%程度である。

目次

はじめに
序

調査結果の要約

調査結果報告

第1章 本事業の概要	1
第一節 背景と目的	1
1. 背景	1
2. 目的	3
3. 事業内容	3
第二節 実施体制	3
1. 調査検討委員会	3
2. 作業部会	3
3. 調査検討委員会および作業部会のスケジュール	4
第三節 調査の方向性と方法	4
1. 調査の方向性	4
2. 対象者	5
3. 調査票の配布及び回収方法	7
4. 調査期間	7
5. データの分析	7
6. 倫理的配慮	8
第2章 調査結果	9
第一節 表記について	9
第二節 アンケート調査の回収結果	10
1. 調査対象別回収状況	10
2. 個票回答患者・利用者の年齢構成	10

第三節 急性期病院および急性期病院退院後におけるリハビリテーション …… 11

1. DPC 病院におけるリハビリテーション提供状況 …… 11

(1) リハビリテーション患者の特徴について ……	11
1) リハビリテーションニーズ ……	11
2) 患者の疾患別・リハビリテーションニーズ ……	13
3) 患者の年齢別・リハビリテーションニーズ ……	14
4) リハビリテーションニーズ別・重症度<最終評価時 BI> ……	15
5) リハビリテーションニーズ別・退院後のリハビリテーション継続状況 ……	16
6) リハビリテーションニーズ別・患者の退院先 ……	18
7) リハビリテーションニーズ別・退院後に利用するリハビリテーションサービス ……	19
8) 急性期病院退院後に外来リハビリテーションまたは通所リハビリテーションを利用する患者の利用割合 ……	20
(2) 提供したリハビリテーションプログラム（原因疾患別・リハビリテーションニーズ別） ……	21
(3) リハビリテーション提供単位数（1回あたりのリハビリテーション単位数） ……	24
1) リハビリテーションニーズ別・リハビリテーション算定単位数 ……	24
2) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーション算定単位数との比較 ……	25
(4) 退院後のリハビリテーション提供量に対する不安について ……	26
(5) 退院時のリハビリテーション目標の達成状況について ……	27
1) 退院時のリハビリテーション目標の達成状況 ……	27
2) 疾患別の目標達成状況 ……	28
3) 退院時にリハビリテーション目標が未達成だった患者のリハビリテーションニーズ・疾患別内訳 ……	29
4) 退院時にリハビリテーション目標が未達成だった患者の退院後に利用するリハビリテーションサービス内訳 ……	30
5) リハビリテーションニーズ別・目標達成度 ……	31
6) 原因疾患別・目標達成度 ……	32
7) 退院後に利用するリハビリテーションサービス別・目標達成度 ……	33
(6) リハビリテーションの目標達成を阻害する要因について ……	34
1) リハビリテーションニーズ別・目標達成阻害要因 ……	34
2) リハビリテーションニーズ・疾患別・目標達成阻害要因 ……	35

(7) DPC 病院における今後のリハビリテーション強化の意向	37
(8) リハビリテーションを強化するにあたっての課題点	38

2. 診療所・通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション提供状況

(1) リハビリテーション患者・利用者の特徴について	39
1) 患者・利用者のリハビリテーションニーズ	39
2) 急性期病院退院後の患者・利用者のリハビリテーションニーズ	40
3) 患者・利用者の疾患	41
4) 急性期病院退院後の患者・利用者の疾患	42
5) 診療所患者の疾患別・リハビリテーションニーズ	43
6) 急性期病院退院後の診療所患者の疾患別・リハビリテーションニーズ	44
7) 通所リハビリテーション事業所利用者の疾患別・リハビリテーションニーズ	45
8) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の疾患別・リハビリテーションニーズ	46
9) 診療所患者の年齢別・リハビリテーションニーズ	47
10) 急性期病院退院後の診療所患者の年齢別・リハビリテーションニーズ	48
11) 通所リハビリテーション事業所利用者の年齢別・リハビリテーションニーズ	49
12) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の年齢別・リハビリテーションニーズ	50
13) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・重症度<初期評価時 BI>	51
14) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・重症度<初期評価時 BI>	52
15) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・重症度<初期評価時 BI>	53
16) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・重症度<初期評価時 BI>	54
17) 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ	55
18) 急性期病院退院後の診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ	56
19) 通所リハビリテーション事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ	57
20) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ	58
21) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・来院前にリハビリテーション算定を受けていた場所	59

22) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・来所前にリハビリテーション算定を受けていた場所	60
23) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・来院前の所在	61
24) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・来所前の所在	62
(2) どのようなリハビリテーション目標を設定したか	63
1) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・設定目標	63
2) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・設定目標	64
3) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・設定目標	65
4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・設定目標	66
(3) 診療所・通所リハビリテーション事業所で提供したリハビリテーションプログラム	67
1) 診療所患者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム	67
2) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム	70
3) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム	73
4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム	76
(4) 患者・利用者に対してどのようなリハビリテーションを計画したか	79
1) 患者・利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画	79
2) 急性期病院退院後の患者・利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画	80
(5) 計画したリハビリテーションとリハビリテーションの充足度について	81
1) 診療所患者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度	81
2) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度	83
3) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度	85
4) 急性期病院退院後のリハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度	87

(6) リハビリテーションの充足度について	89
1) 診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足度	89
2) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足度	90
3) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足度	91
4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足度	92
5) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・リハビリテーション充足度	93
6) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・リハビリテーション充足度	95
7) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・リハビリテーション充足度	97
8) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・リハビリテーション充足度	99
9) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度	101
10) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度	103
11) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度	105
12) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度	107
(7) リハビリテーションの充足を阻害する要因について	109
1) 診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因	109
2) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因	110
3) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因	111
4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因	112
(8) リハビリテーションの引き継ぎに要する日数について	113
1) 診療所患者の受け入れ元別・来院前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数	113
2) 通所リハビリテーション事業所利用者の受け入れ元別・来所前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数	114

3) 診療所患者の原因疾患別・来院前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数	115
4) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・来院前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数	116
5) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・来所前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数	117
6) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・来所前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数	118
(9) 来院・来所前にリハビリテーションの算定がなかった患者・利用者がリハビリテーションを再開するまでの日数について	119
1) 来院前にリハビリテーション算定がなかった診療所患者の受け入れ元別・退院・退所した日から新たにリハビリテーションを開始するまでの日数	119
2) 来所前にリハビリテーション算定がなかった通所リハビリテーション事業所利用者の受け入れ元別・退院・退所した日から新たにリハビリテーションを開始するまでの日数	120
(10) 診療所・通所リハビリテーション事業所における今後のリハビリテーション強化の意向	121
(11) リハビリテーションを強化するにあたっての課題点	122
1) リハビリテーション機能のある診療所におけるリハビリテーションを強化するにあたっての課題点	122
2) 通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーションを強化するにあたっての課題点	123
3) リハビリテーション機能のない診療所において訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由	124

第四節 DPC 病院、診療所および通所リハビリテーション事業者間の連携について

(1) 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握と連携について	125
1) 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携の状況	125
2) 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況	127
3) 連携状況別・周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況	128
4) 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携強化意向	129
(2) 周辺地域のリハビリテーション機関に対する情報収集・広報・紹介について	130
1) DPC 病院におけるリハビリテーション情報の必要性と収集状況	130
2) 診療所・通所リハビリテーション事業所における急性期病院からの患者の紹介状況	132

3) 診療所・通所リハビリテーション事業所における広報の状況・広報内容	133
4) 診療所・通所リハビリテーション事業所で広報を行わない理由	136
(3) リハビリテーション機能を持たない診療所からの患者の紹介状況	137
(4) DPC 病院退院時にリハビリテーション紹介先が決まらないケースについて	138
1) リハビリテーションニーズ別・退院後のリハビリテーション継続の状況	138
2) 年齢別・疾患別・退院時にリハビリテーションの紹介先が決まらない割合	139
3) 年齢別・失語症の有無別・ADL 別・退院時にリハビリテーションの紹介先が決ま らない割合	140
4) リハビリテーション紹介先が決まらない理由	141
5) リハビリテーション算定があった患者の退院調整への MSW の関わり	142
6) リハビリテーション算定があった患者の退院調整に MSW が関わる際のニーズ	143

第五節 リハビリテーション提供側の意識と利用者の積極性について

1. リハビリテーションプログラムに対するリハビリテーション提供側の認識に ついて	144
(1) 医療保険におけるリハビリテーションプログラムに対する認識	144
(2) 介護保険におけるリハビリテーションプログラムに対する認識	145
(3) 医療保険に求めるリハビリテーションプログラムに対する認識	146
(4) 介護保険に求めるリハビリテーションプログラムに対する認識	147
2. 退院後にリハビリテーションが必要な患者・利用者に対する検討と説明	148
(1) 退院時計画作成時における退院後のリハビリテーションの検討	148
(2) 退院後のリハビリテーションの必要性の説明	149
3. 患者・利用者のリハビリテーションに対する積極性について	151
(1) 患者・利用者のリハビリテーションに対する積極性	151
(2) DPC 病院患者の患者の退院時の属性とリハビリテーションに対する積極性との関 係について	152
1) 患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションに対する積極性	152
2) 患者の原因疾患別・リハビリテーションに対する積極性	153
3) 患者の年齢別・リハビリテーションに対する積極性	154
4) 患者の退院時のリハビリテーションに対する積極性別・最終評価時 BI	155

(3) 退院時の患者の積極性と退院後のリハビリテーションの検討・説明との関係について	156
(4) 退院時の患者の積極性と退院後のリハビリテーションの継続との関係について	157
(5) 退院時の患者の積極性と退院後にリハビリテーションが必要であることの説明との関係について	158
(6) 退院時の患者の積極性と退院時カンファレンスの開催との関係について	161
(7) 患者・利用者のリハビリテーションの積極性とリハビリテーションの達成度・充足度について	162
1) DPC 病院患者のリハビリテーションに対する積極性と退院時目標の達成度	162
2) 診療所患者のリハビリテーションに対する積極性とリハビリテーションの充足度	163
3) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションに対する積極性とリハビリテーションの充足度	164
第六節 結果まとめ	165
第3章 考察	167
第4章 文献調査結果	171
フランスにおける在宅入院システム Hospitalisation à Domicile (HAD) について	171
第5章 資料	242
参考文献一覧	242
図表目次	243
調査票	257

調查結果報告

第1章 本事業の概要

第一節 背景と目的

1. 背景

■医療と介護を取り巻く現状とリハビリテーション

本邦における高齢化率は2010年10月1日現在、23.1%である¹⁾。この割合は世界の中でも特に高い割合であるが²⁾、今後さらに増加するといわれている。このような高齢社会においても誰もが安心して暮らせるように、医療・介護関連の社会保障の充実が欠かせない。そのためには、税と保険料を主とする社会保障の財源安定が伴わなければならないが、日本の財政は深刻な低迷状態から抜け出せないでいる。税収が国債を上回る厳しい状況の中で³⁾、いかに医療や介護をはじめとする社会保障関連費を安定的に確保するか、同時に効率的・効果的なサービス提供がなされるため、提供体制と機能を充実させる対応が急がれている。これらの問題に対応すべく、社会保障体制の方向性が議論されてきた。平成24年2月、2025年に向けた社会保障の方向性が「社会保障と税の一体改革 大綱」として閣議決定され、医療・介護に関しては、①「どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護を受けられる社会」、②「『治す医療』と『支える医療・介護』を明確にし、双方を実現できる社会」といった方向性が示された。これらの方向性を具体的な施策に反映させようと、平成24年度の診療報酬改定では、「急性期医療の適切な提供にむけた医療従事者等の負担軽減」や「医療と介護の役割分担の明確化と地域の連携体制の強化」などが重点課題と位置づけられた。介護報酬改定では、「地域包括ケアシステムの基盤強化」そして診療報酬改定と同様「医療と介護の役割分担・連携強化」を基本的な視点とした。このように医療保険の提供体制は更に急性期医療の重点化が見え、介護保険は、在宅において多様なニーズに応じるサービス提供体制の基盤強化、そして両保険制度を効率的に繋げるため、機能分化と役割分担・連携の促進に舵が切られることになる。

こういった医療と介護の施策は、医療や介護の現場を、病院・施設に限らず在宅に移していく高位の戦略の一環であるので、在宅におけるリハビリテーション機能も上位の方向性や戦略に応じた変革が求められる。急性期医療の重点化によって入院在院日数が更に短縮するならば、患者が従来よりも多様なニーズを抱えて退院することを想定しなくてはならない。地域包括ケアシステムは、様々なサービスが連携しながら実現していく複合的な概念であるので、基盤が強化されることで、在宅のリハビリテーションニーズも更に多様化し個別的となる。そのため、在宅のリハビリテーション提供体制は、地域包括ケアシステムという上位の概念の中において、多様なニーズに応える体制を構築していく必要がある。同時に、リハビリテーションニーズを構成する要素の濃淡にバランスよく対応できる機能が求められる。その

ため、まずは在宅のリハビリテーションに関する現状把握が肝要となる。サービス提供実態、提供機関の連携の実態、サービス提供者や受益者の認識など広範に把握することから始めなくてはならない。その上で、中長期的な将来像に照らし合わせ、在宅のリハビリテーションサービスの目的、方法そして内容を明確化・区別化する工程が求められている。

■急性期病院退院後のリハビリテーション提供体制の現状と課題

急性期病院を退院した後、在宅では十分にリハビリテーションを受けることができない、という指摘がしばしばある⁴⁵⁾。退院後、回復期リハビリテーション病棟や他の一般病床あるいは介護老人保健施設といった入院・入所機能を持つ「病院・施設」に移った場合、継続して集中的にリハビリテーションを受けることができる。特に回復期リハビリテーション病棟では、手厚いリハビリテーションを受けることになり、在宅復帰後は円滑に介護保険に移行する⁴⁾という調査報告も散見する。一方で、急性期病院から在宅に移る場合は、「病院・施設」に移った場合と比較すると、リハビリテーション量は低下すると報告される。つまり、急性期医療におけるリハビリテーションを受けた後、継続してリハビリテーションが必要な患者に対して、住み慣れた地域の在宅医療や介護保険における在宅のリハビリテーションについて、提供量が不足している、という問題提起である。これは、介護支援専門員を対象とした先行調査⁶⁾等によって、在宅側のリハビリテーション供給量が不足している実態は明らかとなっており、また、地域間で量的に格差が生じていることも指摘されている⁷⁾。在宅におけるリハビリテーション資源の不足は、今や共有された課題の一つとなっている。

しかしながら、現在の課題や今後の医療・介護の上位施策の方向性を十分に考慮するならば、単純に量的な視点だけで解決するだろうか。むしろ、現状のリハビリテーション提供体制と機能を据え置いた状態で、在宅側のリハビリテーション資源を相似的に拡大する方策が、本質的な課題を解決し、さらには、将来にむけた効率的で効果的なリハビリテーション提供体制を保証し、かつ実現できるか疑問が残る。つまり、急性期退院後において、在宅のリハビリテーションは提供量が不足しているという問題提起には、単に量的な不足だけではなく、リハビリテーション提供体制や機能、提供機関に求められる役割や能力等、その他、受益者の疾患の時期（疾患が急性期なのか慢性期なのか）、経済的理由やリハビリテーションサービスの優先性など様々な要因が関連すると解釈すべきだろう。

そこで本調査では、急性期病院を退院した後、在宅のリハビリテーション提供量が不足するという問題提起に対し、量的な視点以外から要因を分析することとした。更に、地域のリハビリテーションの実態を把握することを目的として、急性期医療、在宅医療、ならびに介護保険の在宅リハビリテーションサービスに焦点を当てた。

2. 目的

本事業は、地域におけるリハビリテーションの充足のため必要な方策策定の方向性を探る基礎資料を作成することを目的としている。具体的には、急性期医療のリハビリテーションと在宅医療および介護保険による在宅のリハビリテーションに焦点を当てた全国アンケート調査を実施し、リハビリテーション提供体制の機能分担、提供機関における連携状況、さらにサービス提供者や受益者ニーズの意識・認識の視点から、急性期病院退院後の在宅におけるリハビリテーションの課題や阻害因子等を有識者の意見を踏まえながら分析することである。

3. 事業内容

本調査は上記の目的を達成するため、有識者をメンバーとする調査検討委員会を開催する。また調査検討委員会のもとに、作業部会を設置し具体的な調査表の作成および解析を行う。

また、フランスのリハビリテーション提供体制における「デイホスピタル（外来型回復期リハビリテーション提供機関）」の文献調査を別に行い、急性期病院退院後のリハビリテーション供給体制の参考とする。

第二節 実施体制

1. 調査検討委員会

委員	内山 靖	名古屋大学医学部保健学科 教授
委員	黒羽 真美	マロニエ苑 リハビリ室 主任
委員	小泉 幸毅	小倉リハビリテーション病院 リハビリテーション部 副部長
委員長	田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授
委員	取出 涼子	初台リハビリテーション病院 ソーシャルワーカー部門チーフ
委員	中村 春基	兵庫県立リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部 部長
委員	松村 朋枝	芦城クリニック リハビリテーション技師部 課長

*敬称略、五十音順

2. 作業部会

部員	岡野 英樹	霞ヶ関南病院 コミュニティケア部 副部長
部会長	取出 涼子	初台リハビリテーション病院 ソーシャルワーカー部門チーフ
部員	本橋 隆子	京都大学大学院医学研究科

*敬称略、五十音順

3. 調査検討委員会および作業部会のスケジュール

時期	作業内容
平成 23 年 7 月 25 日	第 1 回調査検討委員会：調査の前提および内容の検討
9 月 1 日	第 1 回作業部会：調査票の作成
9 月 28 日	第 2 回調査検討委員会：調査票の決定
11 月 2 日	調査票の発送
11 月 25 日	調査票回収期限
12 月 14 日	第 2 回作業部会：集計結果の検討
平成 24 年 1 月 6 日	第 3 回調査検討委員会：調査結果および報告書取りまとめの方向性の検討
3 月 12 日	第 4 回調査検討委員会：最終報告書の確認

第三節 調査の方向性と方法

1. 調査の方向性

急性期病院を退院した後、在宅では十分にリハビリテーションを受けることができないという問題提起から、本調査では、まず急性期病院を退院した後、リハビリテーションが必要な患者に対して、住み慣れた地域における医療機関または通所リハビリテーション事業所において、リハビリテーション提供量が不十分である実態を把握した。そして、急性期病院を退院した後も継続してリハビリテーションが必要な患者について、在宅におけるリハビリテーションの継続・非継続の割合を把握した。また引き続き、事前に設定した原因について、機能、連携および意識・認識の視点に従って分析することとした。

①機能の視点とは、急性期病院退院患者が退院時にニーズに応じた事業所に繋がっているか、また在宅ではニーズに応じて適切なサービスが計画されているか、そして医療保険と介護保険の区別に応じたリハビリテーションが計画・実施されているかを分析する視点である。

②連携の視点とは、患者が急性期病院を退院して在宅に移行した際、適切なサービス提供機関に繋がらない場合を設定し、提供体制における急性期を担う医療機関、在宅医療を担う診療所とそして介護保険の在宅のリハビリテーション機関の連携状況を分析する視点である。

③意識・認識の視点とは、サービス提供者が必要なリハビリテーションについて制度の違いを意識して患者・利用者に説明しているか、また、患者・利用者本人は自らリハビリテーションの必要性を十分理解してサービスを積極的に受けているかを分析する視点である。

2. 対象者

地域のリハビリテーション機能や機関が果たす役割を明確にする基礎資料とすることを目的に、急性期医療、在宅医療そして介護保険における在宅のリハビリテーションを調査対象とした。

急性期医療におけるリハビリテーションを把握するため、本調査では全国の DPC 対象病院を調査対象とした（平成 23 年 9 月時点）。またその調査範囲は悉皆とした。回答者はリハビリテーション部門の責任者 1 名と理学療法士、作業療法士または言語聴覚士（以下、セラピスト）3 名とし、リハビリテーション部門の責任者に対しては病院におけるリハビリテーション提供体制や今後のリハビリテーションに関する意向を求め、所有資格に関わらず管理者の立場から回答を求めた。ここでいうリハビリテーション部門の責任者とはその病院でリハビリテーションを管理する者またはそれに相当する者を指す。3 名のセラピストに対しては、リハビリテーション専門職としての回答と自身が担当する患者情報を求めた。なお、回答者の範囲をできる限り統一するため、回答するセラピストは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士であることとし、その機関において経験年数が最も長い者から 3 名とした。

選出する患者については、2011 年 9 月末日に退院した担当患者もしくは、直近 1 か月間に退院した担当患者とした。またその際、可能な限り 40 歳未満の担当患者、40 歳以上 65 歳未満の担当患者、65 歳以上の担当患者から 1 名ずつ選出するよう依頼し、その他の選出条件は規定せず回答者の任意とした。なお、各年齢区分に該当する患者が不在だった場合は、同年 9 月 1 日まで遡ってもよいこととした。そのうえで、該当患者の選出が困難な場合は、年齢区分に関わらず担当患者を 3 名選出することとした。

在宅医療におけるリハビリテーションを把握するため、本調査では日本理学療法士協会・日本作業療法士協会・日本言語聴覚士協会の会員が従事する全国の診療所および、全国の診療所から 10,000 サンプルを抽出し、調査対象とした（平成 23 年 9 月時点）。抽出方法としては、上述の 3 団体の会員の勤務先に加えて、日本国内全診療所データから眼科、放射線科、美容外科のみを標榜している診療所を除外し、更に下記の診療科目をひとつ以上標榜する診療所を全国比例配分にて 10,000 件を抽出した。対象とした診療科目は、

1. 内科、2. 精神科、3. 神経科、4. 神経内科、5. 呼吸器科、6. 消化器科、7. 胃腸科、
8. 循環器科、9. 小児科、10. 外科、11. 整形外科、12. 形成外科、13. 脳神経外科、14. 呼吸器外科、15. 心臓血管外科、16. 小児外科、17. 皮膚泌尿器科、18. 皮膚科、19. 泌尿器科、20. 性病科、21. 肛門科、22. 産婦人科、23. 産科、24. 婦人科、25. 耳鼻咽喉科、26. 気管食道科、27. アレルギー科、28. 心療内科、29. リウマチ科、30. リハビリテーション科、31. 麻酔科とした。

なお在宅医療におけるリハビリテーションには、診療所における外来リハビリテーションのほかに訪問リハビリテーションがあるが、訪問リハビリテーションは機関数が少ないこと、そして訪問リハビリテーションを併設している医療機関を選定することが一般的に困難なことから、本調査の対象から除外した。回答者は診療所にリハビリテーション機能を持つ場合と持たない場合とで区別した。リハビリテーション機能を持つ診療所の回答者は医師とセラピストそれぞれ 1 名とした。医師に対しては診療所におけるリハビリテーション提供体制や今後のリハビリテーションに関する意向を、診療所の管理者の立場から求めた。セラピストに対しては専門職としての回答と、自身が担当する患者情報を 3 名分求めた。なお、回答者の範囲をできる限り統一するため、回答するセラピストは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士であることとし、その診療所において経験年数が最も長い者とした。

選出する患者については、急性期病院を退院し 2011 年 9 月末日に新規にリハビリテーションを開始した担当患者 3 名とした。またその際、可能な限り 40 歳未満の担当患者、40 歳以上 65 歳未満の担当患者、65 歳以上の担当患者から 1 名ずつ選出するよう依頼し、その他の選出条件は規定せず回答者の任意とした。なお、各年齢区分に該当する患者が不在だった場合は、同年 9 月 1 日まで遡ってもよいこととした。そのうえで、該当患者の選出が困難な場合は、年齢区分に関わらず担当患者を 3 名選出することとした。

介護保険における在宅サービスのリハビリテーションを把握するため、本調査では全国の通所リハビリテーション事業所を調査対象とした（平成 23 年 9 月時点）。またその調査範囲は悉皆とした。回答者は通所リハビリテーション事業所の管理者 1 名とセラピスト 1 名とし、通所リハビリテーション事業所の管理者に対しては事業所におけるリハビリテーション提供体制や今後のリハビリテーションに関する意向を求め、所有資格に関わらず管理者の立場から回答を求めた。ここでいう通所リハビリテーション事業所の管理者とはその事業所でリハビリテーションを管理する者またはそれに相当する者を指す。セラピストに対しては、リハビリテーション専門職としての回答と自身が担当する利用者情報を求めた。なお、回答者の範囲をできる限り統一するため、回答するセラピストは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士であることとし、その事業所において経験年数が最も長い者とした。

選出する利用者については、急性期病院を退院し 2011 年 9 月末日に新規にリハビリテーションを開始した担当利用者 3 名とした。またその際、可能な限り 40 歳以上 65 歳未満の担当利用者と 65 歳以上の担当利用者からそれぞれ 1 名ずつを含む 3 名を選出するよう依頼し、その他の選出条件は規定せず回答者の任意とした。なお、各年齢区分に該当する利用者が不在だった場合は、同年 9 月 1 日まで遡ってもよいこととした。そのうえで、該当利用者の選出が困難な場合は、年齢区分に関わらず担当利用者を 3 名選出することとした。

3. 調査票の配布および回収方法

DPC 病院の回答者であるリハビリテーション部門の責任者には「DPC 病院リハビリテーション責任者対象調査票」を 1 票、セラピスト 3 名に対してはそれぞれに「DPC 病院セラピスト対象調査票」と「DPC 病院セラピスト対象個票」をそれぞれ 1 票ずつ用意し、返信用封筒と一緒に一括して DPC 病院リハビリテーション部門責任者あてに送付し、回答を依頼した。

診療所においてはリハビリテーション機能を持つ診療所と持たない診療所を事前に把握することが困難なため、対象となるすべての診療所に対し「リハビリテーション機能を持つ診療所医師対象調査票」、「リハビリテーション機能を持つ診療所に勤務するセラピスト対象調査票」、「診療所セラピスト対象個票」、「リハビリテーション機能を持たない診療所医師対象調査票」をそれぞれ 1 票ずつ用意し、返信用封筒と一緒に一括して診療所の医師あてに送付した。また「リハビリテーション機能を持つ診療所医師対象調査票」はリハビリテーション機能を持つ診療所の医師に、「リハビリテーション機能を持つ診療所に勤務するセラピスト対象調査票」と「診療所セラピスト対象個票」はリハビリテーション機能を持つ診療所に従事するセラピストに、「リハビリテーション機能を持たない診療所医師対象調査票」はリハビリテーション機能を持たない診療所の医師に回答を依頼した。

通所リハビリテーション事業所の回答者である通所リハビリテーション事業所管理者には「通所リハビリテーション事業所管理者対象調査票」を 1 票、セラピスト 1 名に対しては「通所リハビリテーション事業所に従事するセラピスト対象調査票」と「通所リハビリテーション事業所セラピスト対象個票」をそれぞれ 1 票ずつ用意し、返信用封筒と一緒に一括して通所リハビリテーション事業所の管理者あてに送付し、回答を依頼した。

また調査対象である DPC 病院、診療所、通所リハビリテーション事業所ともに、調査票の回収は郵送回収とした。

4. 調査期間

調査期間は 2011 年 11 月 2 日から同年 11 月 25 日とし、消印有効とした。

5. データの分析

介護保険の在宅におけるリハビリテーションである「通所リハビリテーション」と医療保険の在宅におけるリハビリテーションである「外来リハビリテーション」を比較する場合、外来機能を持たない診療所は分析から除外した。

また DPC 病院の患者個票情報は主に、個票全体を対象とした分析、退院後もリ

ハビリテーションを必要とする患者を対象とする分析、脳血管疾患と運動器疾患を対象とした分析等を行い、できる限り患者個人の特性に配慮した。診療所の患者個票情報と通所リハビリテーション事業所の利用者個票情報も同様に、主に個票全体を対象とした分析、急性期病院退院患者・利用者を対象とした分析、脳血管疾患と運動器疾患を対象とした分析等を行い、できる限り患者・利用者個人の特性に配慮した。

得られたデータは必要に応じて単純集計およびクロス集計を行った。一部の結果については統計処理を行い、その際は SPSS ver.19 for Windows を使用し有意水準を 5%未満とした。名義変数に関する検定は χ^2 検定を行い、群間のいずれかに差異があるか多重比較する場合はハバーマンの残差分析を行った。

6. 倫理的配慮

全ての調査対象者に対し、本調査の研究の趣旨・目的および、データの活用法を書面により説明した。また回答は無記名とし、調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があっても何ら不利益が生じないことを書面により説明した。また患者情報を記載する「DPC 病院セラピスト対象個票」「診療所セラピスト対象個票」「通所リハビリテーション事業所セラピスト対象個票」に関しては、患者・利用者個人が特定されないように質問に十分な配慮をした。本調査に対する同意は調査の回答をもってみなすこととした。

第2章 調査結果

第一節 表記について

第2章において、表記を以下のとおり統一した。

- ・グラフや表においては、図表の見やすさを考慮して、「リハビリテーション」を「リハ」と略記。尚、本文においては、原則的に「リハビリテーション」と表記し、略記を使用しない。
- ・DPC 病院リハビリテーション責任者対象調査票：DPC 病院責任者票と略記
- ・DPC 病院セラピスト対象調査票：DPC 病院セラピスト票と略記
- ・DPC 病院セラピスト対象個票：DPC 病院個票と略記
- ・リハビリテーション機能を持つ診療所医師対象調査票：リハ有診療所医師票と略記
- ・リハビリテーション機能を待つ診療所に勤務するセラピスト対象調査票：
リハ有診療所セラピスト票と略記
- ・リハビリテーション機能を待つ診療所に勤務するセラピスト対象個票：
リハ有診療所個票と略記
- ・リハビリテーション機能を持たない診療所医師対象調査票：リハ無診療所医師票と略記
- ・通所リハビリテーション事業所管理者対象調査票：通所リハ事業所管理者票と略記
- ・通所リハビリテーション事業所に従事するセラピスト対象調査票：
通所リハ事業所セラピスト票と略記
- ・通所リハビリテーション事業所セラピスト対象個票：通所リハ事業所個票と略記
- ・DPC 病院個票に回答のあった患者：DPC 病院患者と略記
- ・リハ機能を持つ診療所個票に回答のあった患者：診療所患者と略記
- ・通所リハ事業所個票に回答のあった利用者：通所リハ事業所利用者と略記
- ・診療所については、但し書きがある場合を除いてリハビリテーション機能がある診療所を「診療所」と表記
- ・バーセル指数 (Barthel Index) : BI と表記
(BI とは日常生活動作における障害者や高齢者の機能的評価を数値化したもの。食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、更衣、排便、排尿の 10 項について自立度に応じて点数を設定しており、全項目で自立している場合は 100 点になる。)
- ・医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker) : MSW と表記

第二節 アンケート調査の回収結果

1. 調査対象別回収状況

上述の調査方法により調査票を配布し、回収結果は以下のとおりとなった。

(1) DPC 病院対象調査

全国の DPC 病院 1,333 箇所に調査票を送付し、684 件より回答を得た。回答の内訳としては、DPC 病院責任者票が 684 件、DPC 病院セラピスト票は 1,898 件、DPC 病院個票は 5,604 件であった。なお、配布に対する回収率は 51.3%であった。

(2) 診療所対象調査

全国の診療所 10,000 箇所に調査票を送付し、1,216 件より回答を得た。回答の内訳としては、リハ有診療所医師票およびリハ有診療所セラピスト票が 473 件、リハ有診療所個票は 1,342 件、リハ無診療所医師票は 743 件であった。なお、配布に対する回収率は 12.2%であった。

(3) 通所リハビリテーション事業所対象調査

全国の通所リハビリテーション事業所 6,524 箇所に調査票を送付し 2,266 件より回答を得た。

回答の内訳としては、通所リハ事業所管理者票および通所リハ事業所セラピスト票が 2,266 件、通所リハ事業所個票は 5,561 件であった。なお、配布に対する回収率は 34.7%であった。

2. 個票回答患者・利用者の年齢構成

回収した個票の回答者の年齢構成は以下のようになった。

上段:実数 下段:%	40歳未満	40~65歳 未満	65歳以上	
DPC病院	5566	837	1721	3008
	100	15.0	30.9	54.0
診療所	1326	288	406	632
	100	21.7	30.6	47.7
通所リハ事業所	5530	-	665	4865
	100	-	12.0	88.0

第三節 急性期病院および急性期病院退院後におけるリハビリテーション

1. DPC 病院におけるリハビリテーション提供状況

(1) リハビリテーション患者の特徴について

1) リハビリテーションニーズ

DPC 病院退院患者（個票回答患者）全体について、リハビリテーション専門職から見て DPC 病院の患者が退院後、どのようなリハビリテーションが必要だと感じたかについてみると、「医療保険によるリハが必要」と感じた患者が 36.3%と全体の 3 分の 1 以上を占め、「介護保険によるリハが必要」は約 4 分の 1（25.3%）、「両方必要」が約 1 割（10.9%）であった。これらを合わせると 72.5%となり、退院後もリハビリテーションが必要な患者は 7 割以上となっている。なお、「退院後にリハは必要ない」と感じた患者も全体の 4 分の 1 以上（26.7%）を占める。

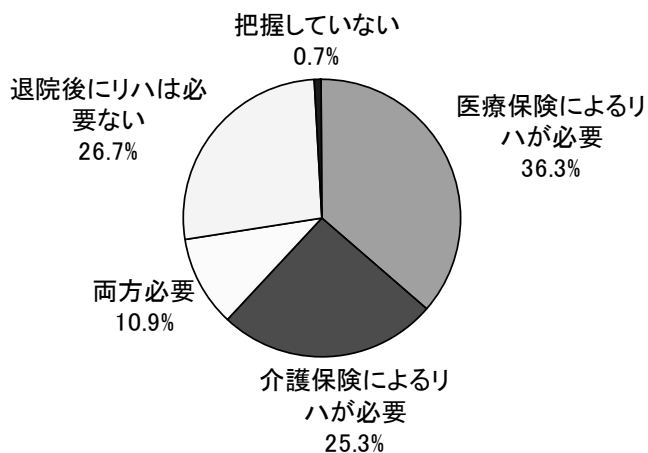
表 1 退院後のリハニーズ(どのようなリハが必要だと感じたか)

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ <単数回答>

上段:度数 下段:%	医療保険 によるリ ハが必要	介護保険 によるリ ハが必要	両方必要	退院後に リハは必 要ない	把握して いない
全体	1999	1394	601	1468	40
5502 100.0	36.3	25.3	10.9	26.7	0.7

※集計対象：DPC 病院退院患者(個票回答患者)(無回答除く)

図 1 退院後のリハニーズ(どのようなリハが必要だと感じたか) n=5502



DPC 病院退院患者全体について、原因疾患をみると、「脳血管疾患等」が 48.0% とほぼ半数を占め、次いで「運動器疾患」が 36.3%となっており、「脳血管疾患等」と「運動器疾患」で 84.3%を占める。

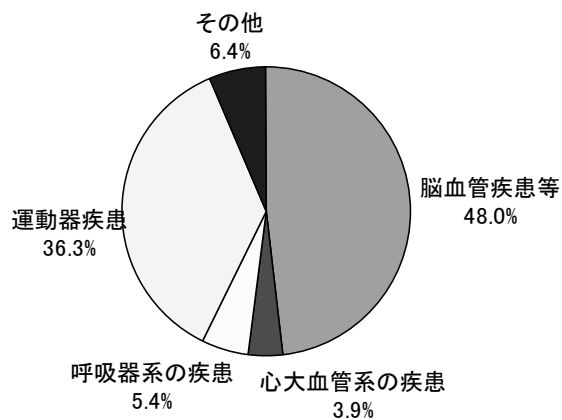
表 2 原因疾患

DPC 病院個票 F3 原因疾患 <単数回答>

上段:度数 下段:%	脳血管疾患等	心大血管系の疾患	呼吸器系の疾患	運動器疾患	その他
全体	2679	217	304	2028	358
	48.0	3.9	5.4	36.3	6.4
	5586				
	100.0				

※集計対象:DPC 病院退院患者(個票回答者)(無回答除く)

図 2 原因疾患 n=5586



2) 患者の疾患別・リハビリテーションニーズ

DPC 病院退院患者の原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者の疾患別に退院後に必要なリハビリテーションニーズをみると、『運動器疾患』の患者は「医療保険によるリハが必要」な割合が 46.8%と半数近くを占める。

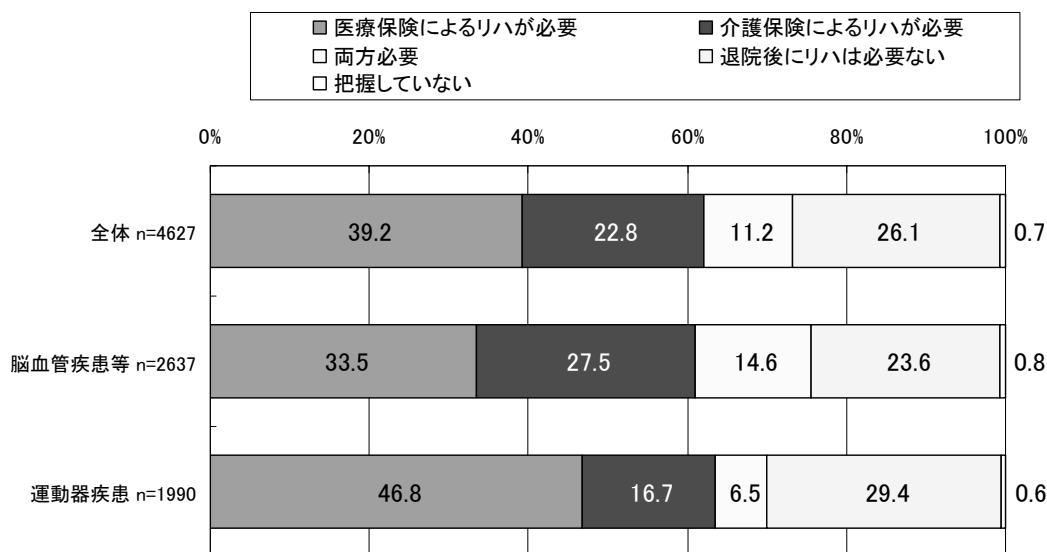
表 3 原因疾患別 退院後のリハニーズ

DPC 病院個票 F3 原因疾患 × Q6 退院後のリハニーズ <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q6 退院後、どのようなリハが必要と感じたか					
		全体	医療保険によるリハが必要	介護保険によるリハが必要	両方必要	退院後にリハは必要ない	把握していない
F3 原因疾患	合計	4627 100.0	1814 39.2	1057 22.8	516 11.2	1208 26.1	32 0.7
	脳血管疾患等	2637 100.0	883 33.5	724 27.5	386 14.6	623 23.6	21 0.8
	運動器疾患	1990 100.0	931 46.8	333 16.7	130 6.5	585 29.4	11 0.6

※集計対象：DPC 病院退院患者で、原因疾患等が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者（無回答除く）

図 3 原因疾患別 退院後のリハニーズ



3) 患者の年齢別・リハビリテーションニーズ

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズが把握できている患者について、患者の年齢別に退院後のリハビリテーションニーズをみると、『40歳未満』の患者は、「医療保険によるリハが必要」と答えた割合が63.4%と6割以上となっているが、年齢が上がるにつれ「医療保険によるリハが必要」な患者の割合が低くなり、「介護保険によるリハが必要」な患者の割合が多くなる。

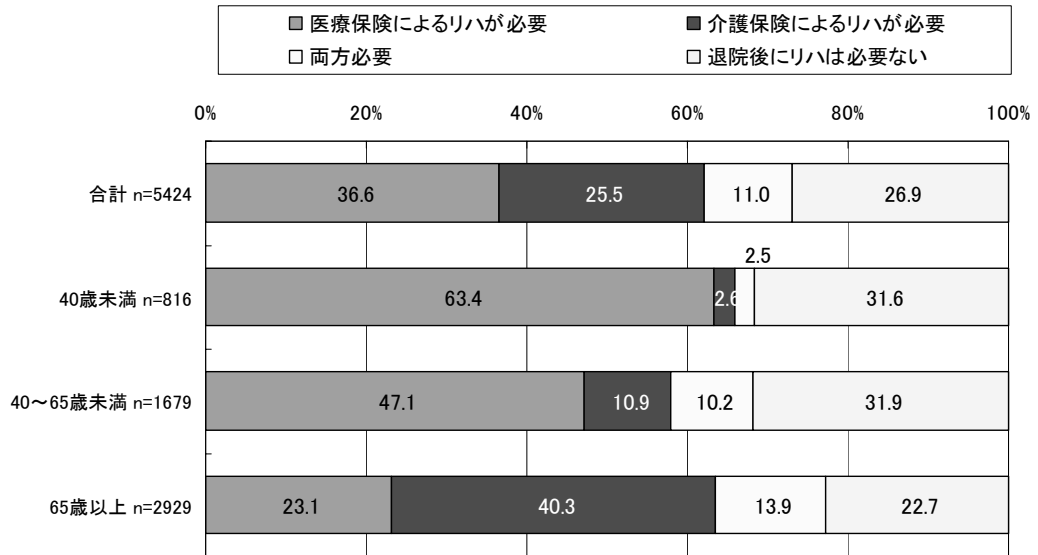
表4 患者の年齢別 退院後のリハニーズ

DPC 病院個票 F1 患者の年齢×Q6 退院後のリハニーズ <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q6 退院後、どのようなリハが必要と感じたか				
		全体	医療保険によるリハが必要	介護保険によるリハが必要	両方必要	退院後にリハは必要ない
F1 年齢	合計	5424 100.0	1984 36.6	1383 25.5	598 11.0	1459 26.9
	40歳未満	816 100.0	517 63.4	21 2.6	20 2.5	258 31.6
	40～65歳未満	1679 100.0	790 47.1	183 10.9	171 10.2	535 31.9
	65歳以上	2929 100.0	677 23.1	1179 40.3	407 13.9	666 22.7

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズが把握できている患者(DPC 病院個票 Q6 で退院後のリハニーズを「把握していない」と回答した患者以外)(無回答を除く)

図4 患者の年齢別 退院後のリハニーズ



4) リハビリテーションニーズ別・重症度<最終評価時 BI>

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズが把握できている患者について、退院後のリハビリテーションニーズ別に最終評価時の BI について平均値で見ると、退院後に「医療保険によるリハが必要」な患者の平均が 79.0 点であるのに対して、「介護保険によるリハが必要」な患者は 57.5 点、「両方必要」な患者は 52.2 点となっている。

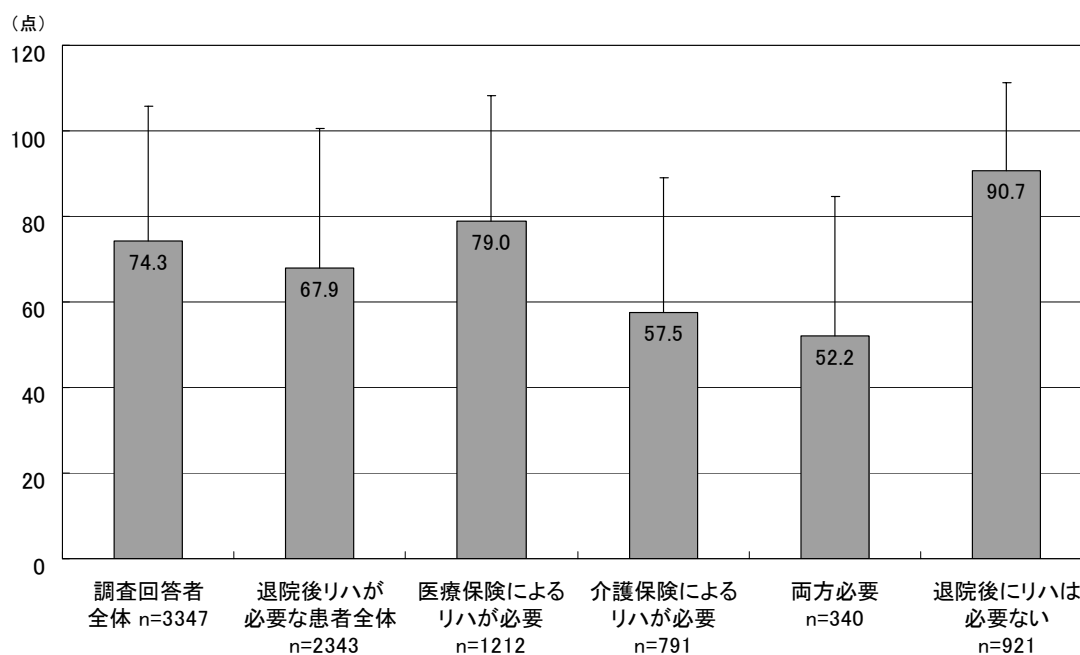
表 5 退院後のリハニーズ別 BI 最終評価(平均値)

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q2-3 BI 最終評価(平均値) <数値>

	全体	退院後リハが必要な患者全体	医療保険によるリハが必要	介護保険によるリハが必要	両方必要	退院後にリハは必要ない
件数	3347	2343	1212	791	340	921
BI 最終評価(平均値)	74.3	67.9	79.0	57.5	52.2	90.7
標準偏差	31.5	32.6	29.3	31.4	32.3	20.4

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズが把握できている患者(DPC 病院個票 Q6 で退院後のリハニーズを「把握していない」と回答した患者以外)(無回答を除く)

図 5 退院後のリハニーズ別 BI 最終評価(平均値)



5) リハビリテーションニーズ別・退院後のリハビリテーション継続状況

DPC 病院退院患者で退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、退院後のリハビリテーションニーズ別にその継続状況をみると、退院後に『医療保険によるリハが必要』な患者は 74.9%と 7 割以上がリハビリテーションを継続しているが、『介護保険によるリハが必要』な患者が「継続した」割合は 40.8%となっている。

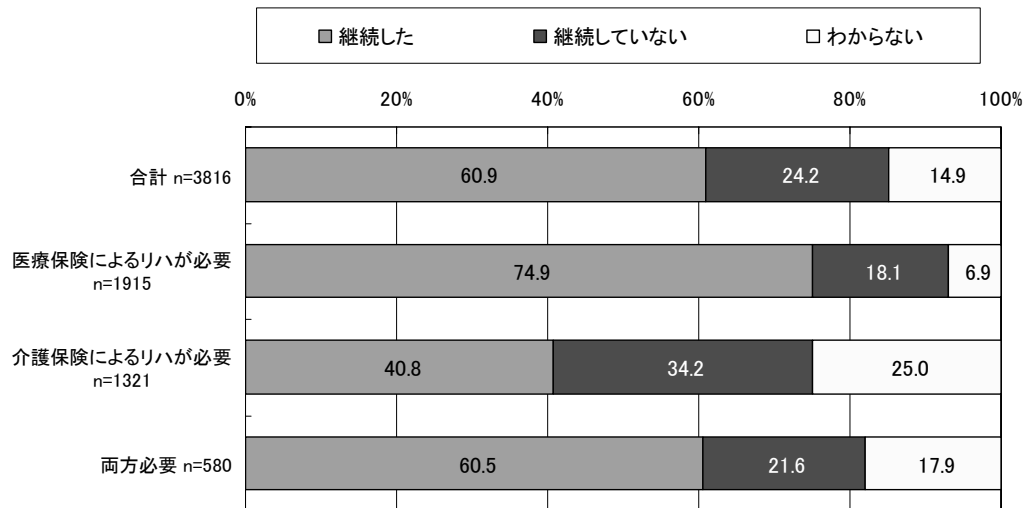
表 6 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q10 退院後もリハを継続したか <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10 退院後もリハを継続したか			
		全体	継続した	継続していない	わからない
Q6 退院後、どのようなリハが必要だと感じたか	合計	3816 100.0	2325 60.9	924 24.2	567 14.9
	医療保険によるリハが必要	1915 100.0	1435 74.9	347 18.1	133 6.9
	介護保険によるリハが必要	1321 100.0	539 40.8	452 34.2	330 25.0
	両方必要	580 100.0	351 60.5	125 21.6	104 17.9

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 6 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか



DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがある患者で、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別、患者の退院後に必要なリハビリテーションニーズ別に退院後のリハビリテーションの継続状況を見ると、原因疾患が『脳血管疾患等』で『医療保険によるリハが必要』な患者が退院後にリハビリテーションを継続した割合は 77.8%。『運動器疾患』で『医療保険によるリハが必要』な患者が退院後にリハビリテーションを「継続した」割合は 79.0%となっている。『介護保険によるリハが必要』な患者が「継続した」割合は、『脳血管疾患等』の患者で 42.5%、『運動器疾患』では 40.7%となっている。

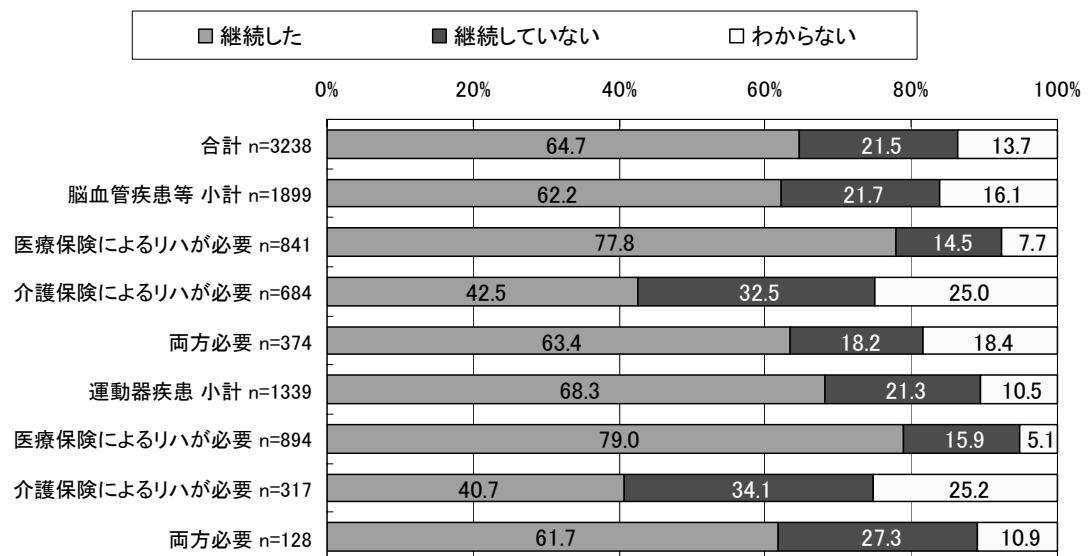
表 7 原因疾患 × 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか

DPC 病院個票 F3 原因疾患 × Q6 退院後のリハニーズ × Q10 退院後もリハを継続したか <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10 退院後もリハを継続したか			
		全体	継続した	継続していない	わからない
合計		3238 100.0	2096 64.7	697 21.5	445 13.7
脳血管疾患等	小計	1899 100.0	1182 62.2	412 21.7	305 16.1
	医療保険によるリハが必要	841 100.0	654 77.8	122 14.5	65 7.7
	介護保険によるリハが必要	684 100.0	291 42.5	222 32.5	171 25.0
	両方必要	374 100.0	237 63.4	68 18.2	69 18.4
運動器疾患	小計	1339 100.0	914 68.3	285 21.3	140 10.5
	医療保険によるリハが必要	894 100.0	706 79.0	142 15.9	46 5.1
	介護保険によるリハが必要	317 100.0	129 40.7	108 34.1	80 25.2
	両方必要	128 100.0	79 61.7	35 27.3	14 10.9

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)で、原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者(無回答を除く)

図 7 原因疾患 × 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか



6) リハビリテーションニーズ別・患者の退院先

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがあり、退院後リハビリテーションを継続した患者について、退院後のリハビリテーションニーズ別に患者の退院先をみると、『医療保険によるリハが必要』な患者と『介護保険によるリハが必要』な患者は半数以上が自宅に退院している。一方『両方必要』な患者は「回復期病床」に転院する割合が 51.0%と半数以上を占める。

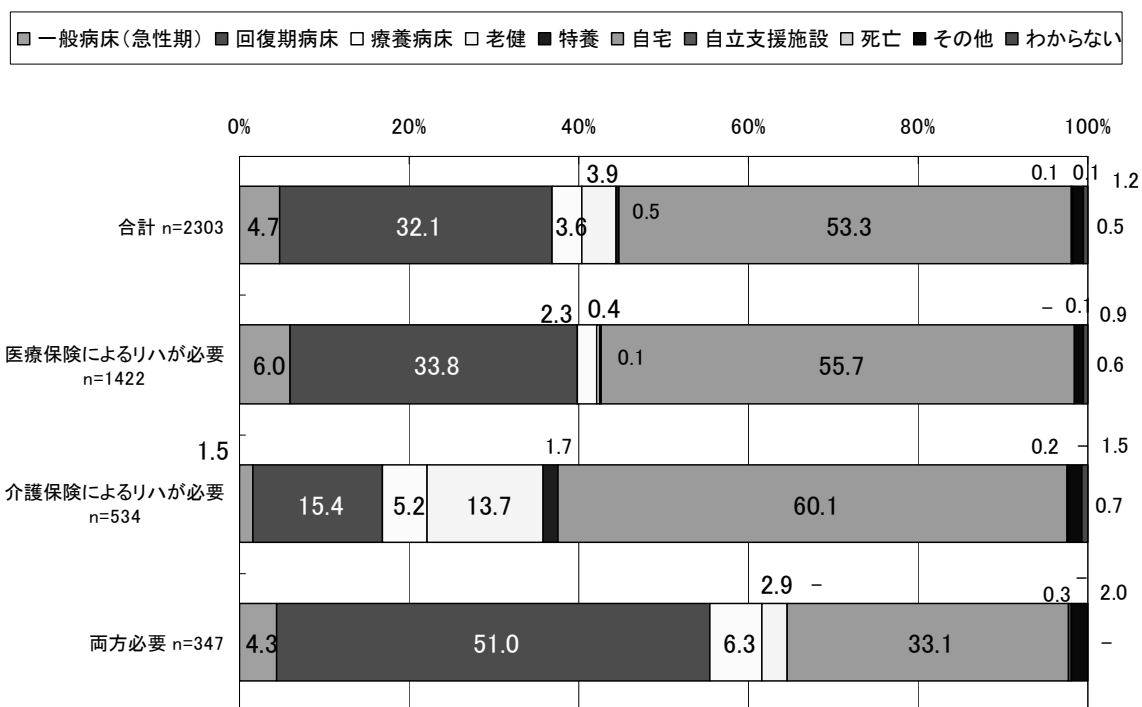
表 8 退院後のリハニーズ別 退院先(生活の場)

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q10-SQ2 退院先(生活の場) <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10-SQ2 退院先(生活の場)										
		全体	一般病床 (急性期)	回復期病 床	療養病床	老健	特養	自宅	自立支援 施設	死亡	その他	わから ない
Q6 退院 後、どのよ うなリハが 必要だと感 じたか	合計	2303 100.0	108 4.7	740 32.1	83 3.6	89 3.9	11 0.5	1228 53.3	2 0.1	2 0.1	28 1.2	12 0.5
	医療保険によるリハが必要	1422 100.0	85 6.0	481 33.8	33 2.3	6 0.4	2 0.1	792 55.7	-	2 0.1	13 0.9	8 0.6
	介護保険によるリハが必要	534 100.0	8 1.5	82 15.4	28 5.2	73 13.7	9 1.7	321 60.1	1 0.2	-	8 1.5	4 0.7
	両方必要	347 100.0	15 4.3	177 51.0	22 6.3	10 2.9	-	115 33.1	1 0.3	-	7 2.0	-

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)で、退院後リハを継続した患者(無回答を除く)

図 8 退院後のリハニーズ別 退院先(生活の場)



7) リハビリテーションニーズ別・退院後に利用するリハビリテーションサービス

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがあり、退院後リハビリテーションを継続した患者が、退院後に利用するリハビリテーションサービスをみると、退院後に『医療保険によるリハが必要』な患者は「外来リハ」、『両方必要』な患者は「回復期病床リハ」、『介護保険によるリハが必要』な患者は「通所リハ」と「訪問リハ」を利用する割合が高い。

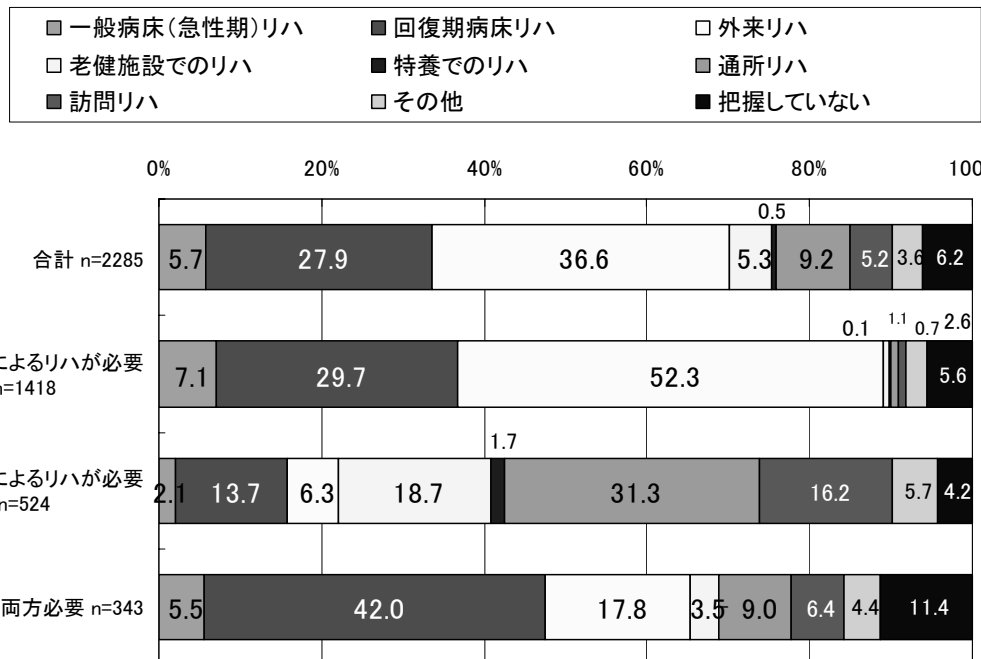
表 9 退院後のリハニーズ別 退院後利用するリハサービス

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q10-SQ2 退院先(生活の場) <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10-SQ3 退院後利用するリハサービス									
		全体	一般病床 (急性期)リハ	回復期病 床リハ	外来リハ	老健施設 でのリハ	特養での リハ	通所リハ	訪問リハ	その他	把握して いない
Q6 退院 後、どのよ うなリハが 必要だと感 じたか	合計	2285 100.0	130 5.7	637 27.9	836 36.6	120 5.3	11 0.5	210 9.2	118 5.2	82 3.6	141 6.2
	医療保険によるリハが必要	1418 100.0	100 7.1	421 29.7	742 52.3	10 0.7	2 0.1	15 1.1	11 0.8	37 2.6	80 5.6
	介護保険によるリハが必要	524 100.0	11 2.1	72 13.7	33 6.3	98 18.7	9 1.7	164 31.3	85 16.2	30 5.7	22 4.2
	両方必要	343 100.0	19 5.5	144 42.0	61 17.8	12 3.5	-	31 9.0	22 6.4	15 4.4	39 11.4

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)で、退院後リハを継続した患者(無回答を除く)

図 9 退院後のリハニーズ別 退院後利用するリハサービス



8) 急性期病院退院後に外来リハビリテーションまたは通所リハビリテーションを利用する患者の利用割合

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがあり、退院後リハビリテーションを継続した患者で、かつ退院後利用するサービスが「外来リハ」か「通所リハ」のいずれかの患者について、患者のリハビリテーションニーズ別、年代別に退院後の外来リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用割合をみると、『介護保険によるリハが必要』な患者は、65歳以上で85.0%が「通所リハ」を利用しており、また、40～65歳の患者では、「通所リハ」を利用する割合は約7割となっている。なお、『医療保険によるリハが必要』な患者は年齢にかかわらず95%以上が「外来リハ」を利用している。

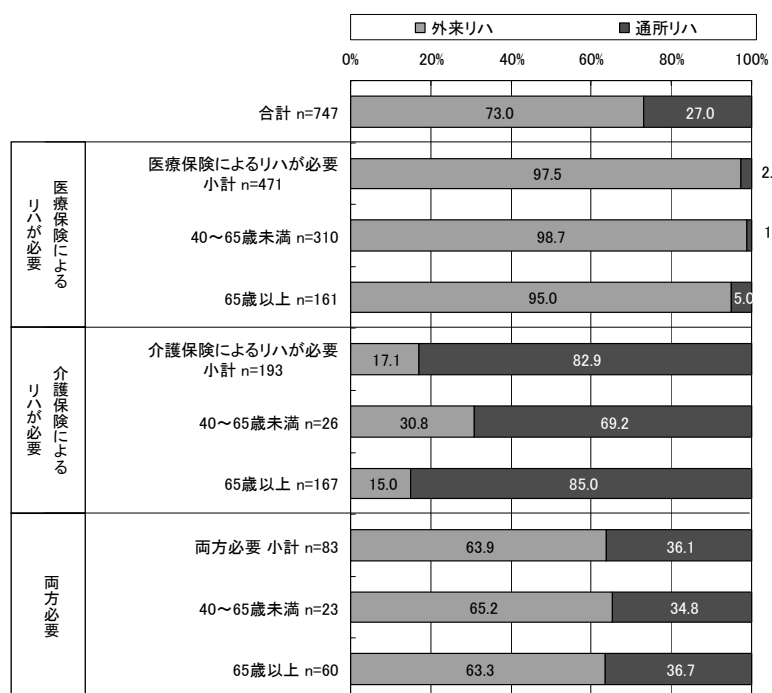
表 10 退院後のリハニーズ×年齢別 退院後外来リハ・通所リハを利用する割合

DPC 病院個票 Q10 退院後のリハニーズ×F21 年齢×退院後外来リハ・通所リハを利用する割合<単数回答>

上段度数 下段:%	Q10-SQ3退院後利用するリハサービス			
	全体	外来リハ	通所リハ	
合計	747 100.0	545 73.0	202 27.0	
医療保険によるリハが必要	医療保険によるリハが必要 小計	471 100.0	459 97.5	12 2.5
	40～65歳未満	310 100.0	306 98.7	4 1.3
	65歳以上	161 100.0	153 95.0	8 5.0
介護保険によるリハが必要	介護保険によるリハが必要 小計	193 100.0	33 17.1	160 82.9
	40～65歳未満	26 100.0	8 30.8	18 69.2
	65歳以上	167 100.0	25 15.0	142 85.0
両方必要	両方必要 小計	83 100.0	53 63.9	30 36.1
	40～65歳未満	23 100.0	15 65.2	8 34.8
	65歳以上	60 100.0	38 63.3	22 36.7

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)で、退院後リハを継続し、Q10-SQ3 で退院後利用するサービスが外来リハか通所リハのいずれかで、かつ年齢が40歳以上の患者(無回答を除く)

図 10 退院後のリハニーズ×年齢別 退院後外来リハ・通所リハを利用する割合



(2) 提供したリハビリテーションプログラム（原因疾患別・リハビリテーションニーズ別）

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがあり、退院後リハビリテーションを継続した患者で、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別、退院後のリハビリテーションニーズ別に提供プログラムをみた。

表 11 原因疾患×退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム アセスメント/介入)

DPC 病院個票 F3 原因疾患×Q6 退院後のリハニーズ×Q5-SQ3 退院時目標に向けたリハ提供内容 (プログラム アセスメント/介入) <複数回答>

上段:度数 下段:%		Q5-SQ3 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム)									
		アセスメント				介入					
		全体	バイタル チェック	身体機能の リハ評価	ADL機能の リハ評価	治療・身体 機能向上の 要素が強い 運動機能ト レーニング	生活機能向 上・維持の 要素が強い 運動機能ト レーニング	口腔機能 (口腔ケア・ 嚥下)	物理療法	趣味活動	
合計		2951	1549	2354	2071	2201	1629	510	225	177	
		100.0	52.5	79.8	70.2	74.6	55.2	17.3	7.6	6.0	
F3 原因疾患× Q6 退院後、どの ようなりハが必要 と感じたか	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	1728	1096	1332	1221	1155	980	485	55	126
			100.0	63.4	77.1	70.7	66.8	56.7	28.1	3.2	7.3
		医療保険によるリハが必要	753	469	583	507	532	387	196	22	50
			100.0	62.3	77.4	67.3	70.7	51.4	26.0	2.9	6.6
		介護保険によるリハが必要	639	388	486	483	391	409	171	21	56
		100.0	60.7	76.1	75.6	61.2	64.0	26.8	3.3	8.8	
		両方必要	336	239	263	231	232	184	118	12	20
		100.0	71.1	78.3	68.8	69.0	54.8	35.1	3.6	6.0	
	運動器疾患	運動器疾患 小計	1223	453	1022	850	1046	649	25	170	51
			100.0	37.0	83.6	69.5	85.5	53.1	2.0	13.9	4.2
医療保険によるリハが必要		815	255	688	529	732	350	16	131	24	
		100.0	31.3	84.4	64.9	89.8	42.9	2.0	16.1	2.9	
介護保険によるリハが必要		293	139	241	233	221	215	5	26	18	
	100.0	47.4	82.3	79.5	75.4	73.4	1.7	8.9	6.1		
	両方必要	115	59	93	88	93	84	4	13	9	
	100.0	51.3	80.9	76.5	80.9	73.0	3.5	11.3	7.8		

表 12 原因疾患×退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム ADL 介入/指導・助言)

DPC 病院個票 F3 原因疾患×Q6 退院後のリハニーズ×Q5-SQ3 退院時目標に向けたリハ提供内容 (プログラム ADL 介入/指導・助言) <複数回答>

上段:度数 下段:%		ADL 介入										指導・助言			
		全体	起居動作練 習	歩行練習	更衣・整容 動作練習	食事動作練 習	トイレ動作 練習	移乗動作練 習	入浴動作練 習	アドバイス (運動・生 活)	アドバイス (住環境)	患者・利用 者が自主的 にリハビリを 行えるため の指導	家族への適 切な介助方 法の指導	家族への障 害に対する 説明	
合計		2951	1341	1636	684	544	802	976	472	1498	692	1189	632	631	
		100.0	45.4	55.4	23.2	18.4	27.2	33.1	16.0	50.8	23.4	40.3	21.4	21.4	
F3 原因疾患×Q6 退院後、どのよ うなりハが必要 と感じたか	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	1728	802	822	431	438	502	587	253	744	365	593	497	511
			100.0	46.4	47.6	24.9	25.3	29.1	34.0	14.6	43.1	21.1	34.3	28.8	29.6
		医療保険によるリハが必要	753	296	342	179	176	178	202	97	338	111	321	175	210
			100.0	39.3	45.4	23.8	23.4	23.6	26.8	12.9	44.9	14.7	42.6	23.2	27.9
		介護保険によるリハが必要	639	335	340	170	167	227	257	115	279	193	165	216	185
		100.0	52.4	53.2	26.6	26.1	35.5	40.2	18.0	43.7	30.2	25.8	33.8	29.0	
		両方必要	336	171	140	82	95	97	128	41	127	61	107	106	116
		100.0	50.9	41.7	24.4	28.3	28.9	38.1	12.2	37.8	18.2	31.8	31.5	34.5	
	運動器疾患	運動器疾患 小計	1223	539	814	253	106	300	389	219	754	327	596	135	120
			100.0	44.1	66.6	20.7	8.7	24.5	31.8	17.9	61.7	26.7	48.7	11.0	9.8
医療保険によるリハが必要		815	284	483	144	66	119	178	118	530	176	451	44	48	
		100.0	34.8	59.3	17.7	8.1	14.6	21.8	14.5	65.0	21.6	55.3	5.4	5.9	
介護保険によるリハが必要		293	182	239	83	33	141	153	74	162	110	100	68	55	
	100.0	62.1	81.6	28.3	11.3	48.1	52.2	25.3	55.3	37.5	34.1	23.2	18.8		
	両方必要	115	73	92	26	7	40	58	27	62	41	45	23	17	
	100.0	63.5	80.0	22.6	6.1	34.8	50.4	23.5	53.9	35.7	39.1	20.0	14.8		

※集計対象：DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者（DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者）で、退院後リハを継続し、原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者（無回答を除く）

図 11 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム アセスメント/介入)
【脳血管疾患等】

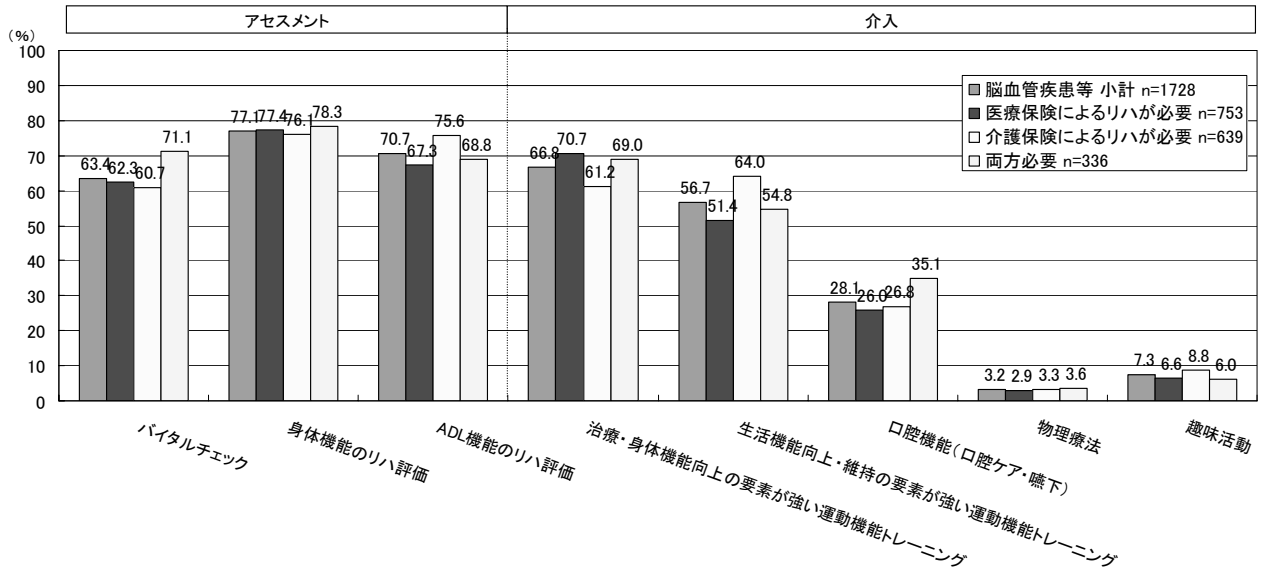


図 12 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム アセスメント/介入)
【運動器疾患】

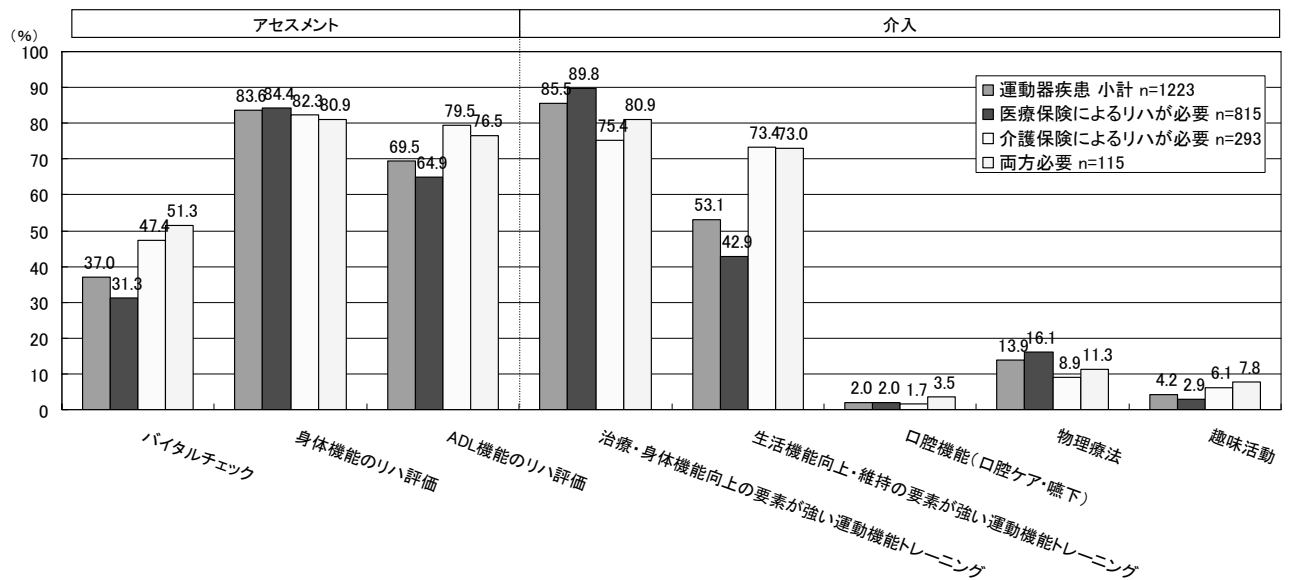


図 13 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム ADL 介入/指導・助言)
【脳血管疾患等】

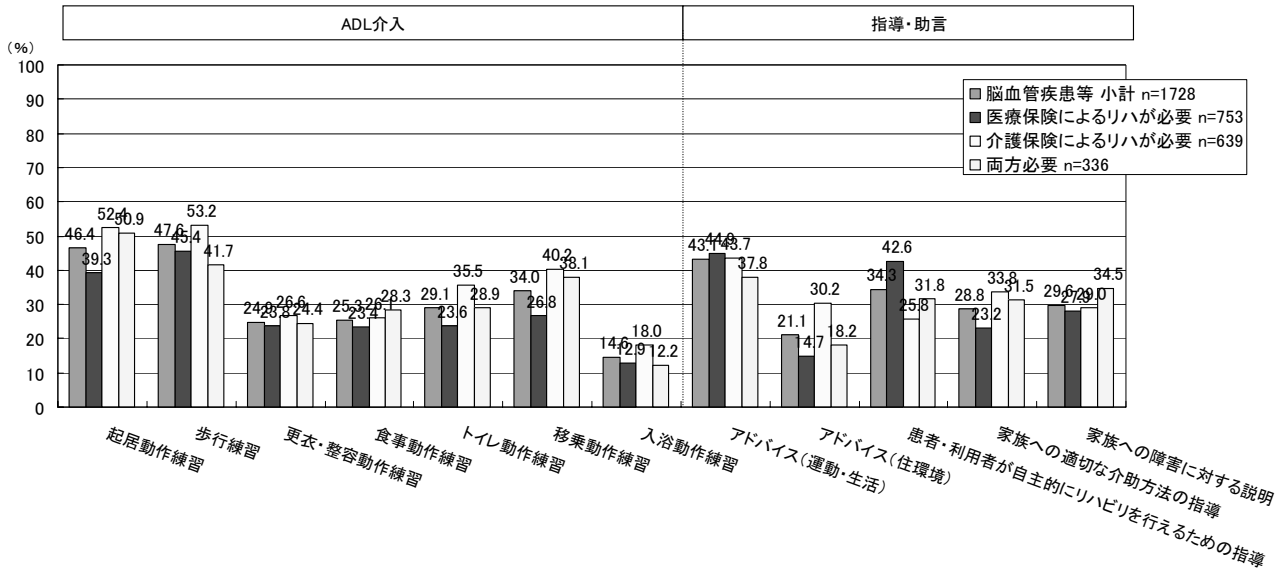
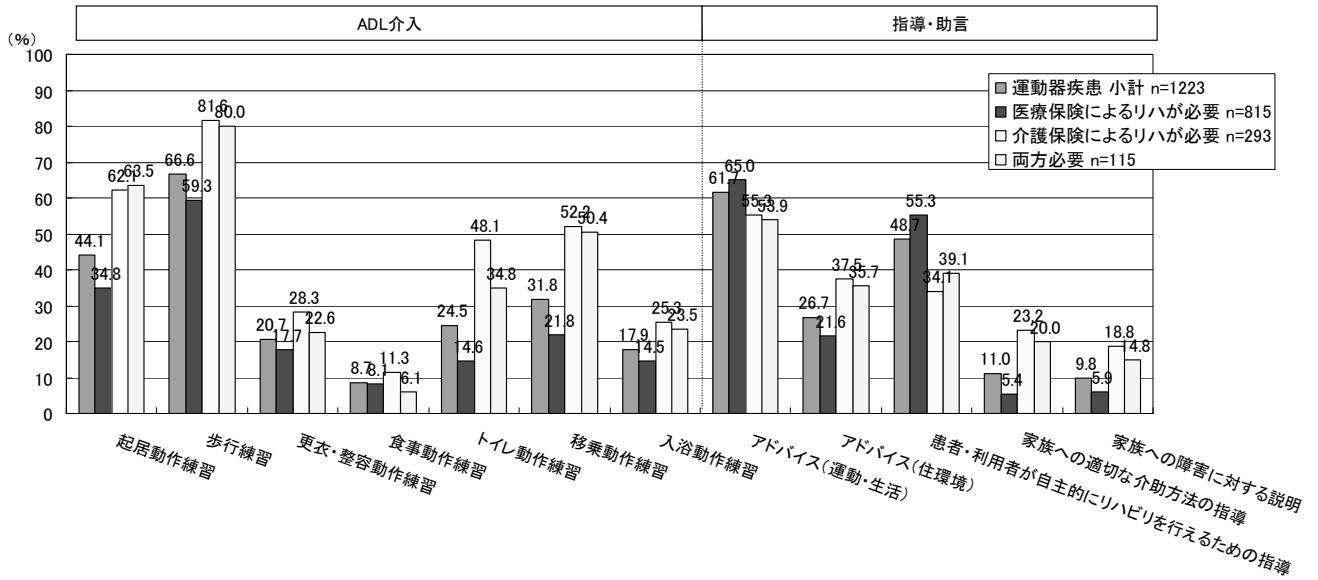


図 14 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム ADL 介入/指導・助言)
【運動器疾患】



(3) リハビリテーション提供単位数(1回あたりのリハビリテーション単位数)

1) リハビリテーションニーズ別・リハビリテーション算定単位数

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズが把握できている患者について、DPC 病院患者 1 回あたりのリハビリテーション算定単位数(平均値)をみると、『退院後にリハが必要な患者全体』で 2.3 単位となっている。患者の退院後に必要なリハビリテーションニーズ別にみると、医療保険によるリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションの『両方必要』な患者が 2.5 単位と最も高く、『介護保険によるリハが必要』と医療保険によるリハが必要』な患者は 2.3 単位となっている。

表 13 退院後のリハニーズ別 1回あたりのリハ算定単位数(平均)【DPC 病院】

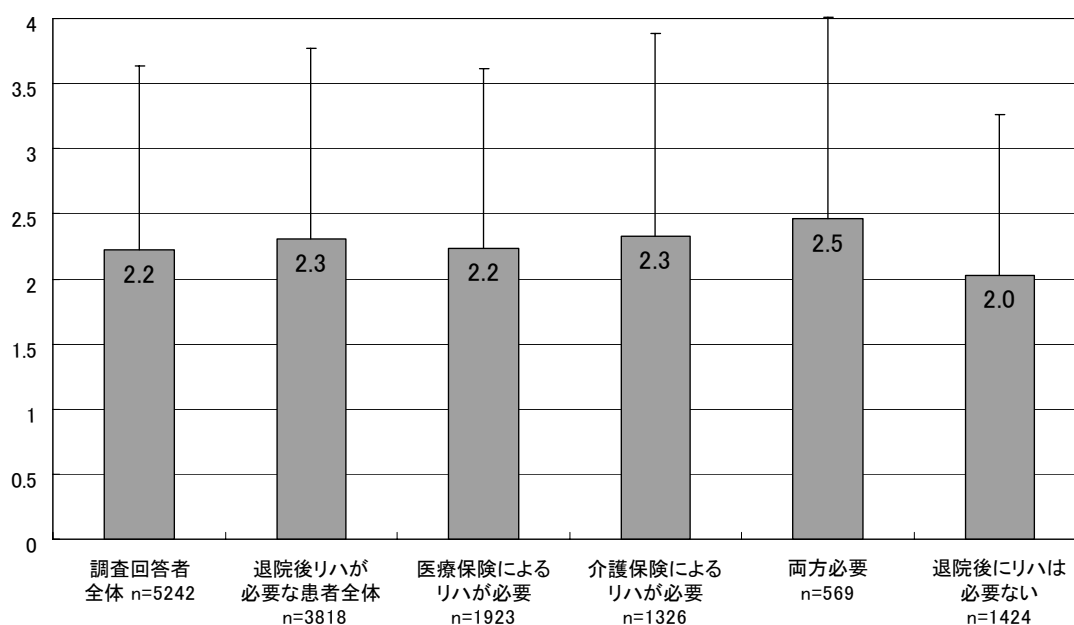
DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×1回あたりのリハ算定単位数(平均) <数値>

	調査回答者全体	退院後リハが必要な患者全体	医療保険によるリハが必要	介護保険によるリハが必要	両方必要	退院後にリハは必要ない
件数	5242	3818	1923	1326	569	1424
1回あたりのリハ算定単位数	2.2	2.3	2.2	2.3	2.5	2.0
標準偏差	1.4	1.5	1.4	1.6	1.5	1.2

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズが把握できている患者(DPC 病院個票 Q6 で退院後のリハニーズを「把握していない」と回答した患者以外)(無回答を除く)

図 15 退院後のリハニーズ別 1回あたりのリハ算定単位数(平均)【DPC 病院】

(単位)



2) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーション算定単位数との比較

診療所における患者の利用開始時のリハビリテーションニーズ（治療目的、生活機能向上、両方、いずれのリハビリテーションの必要性があるか）別に 1 回あたりのリハビリテーション算定単位数をみると、DPC 病院患者よりも約 1 単位程度少なくなっている。

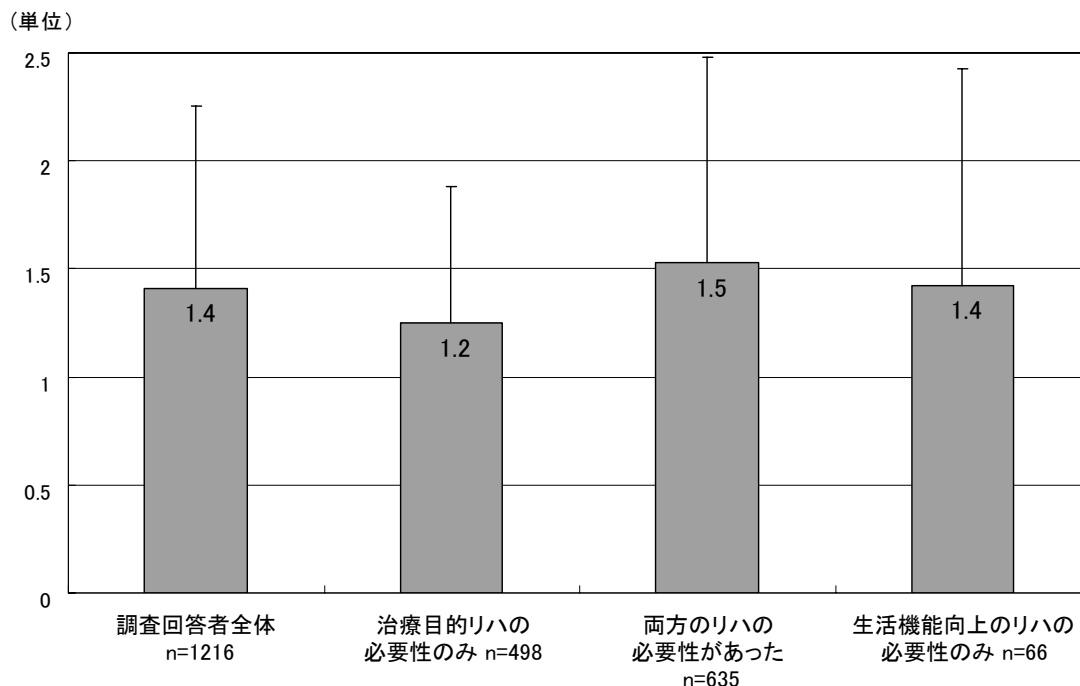
表 14 リハ利用開始時の患者のリハニーズ別 1 回あたりのリハ算定単位数(平均)【診療所】

リハ有診療所個票 Q10 リハ利用開始時の患者のリハニーズ別 1 回あたりのリハ算定単位数(平均) <数値>

	調査回答者全体	治療目的のリハの必要性のみ	両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
件数	1216	498	635	66
1 回あたりのリハ算定単位数	1.4	1.2	1.5	1.4
標準偏差	0.8	0.6	1.0	1.0

※集計対象：診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者（リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者）（無回答を除く）

図 16 リハ利用開始時の患者のリハニーズ別 1 回あたりのリハ算定単位数(平均)【診療所】



(4) 退院後のリハビリテーション提供量に対する不安について

DPC 病院セラピストに対して、担当患者で退院後に受けるリハビリテーションについて量的な不安を持ったまま送り出した患者についてきいたところ、約 90%は、退院後に受けるリハビリテーションについて、なにかしらの量的な不安を持ったまま送り出している。

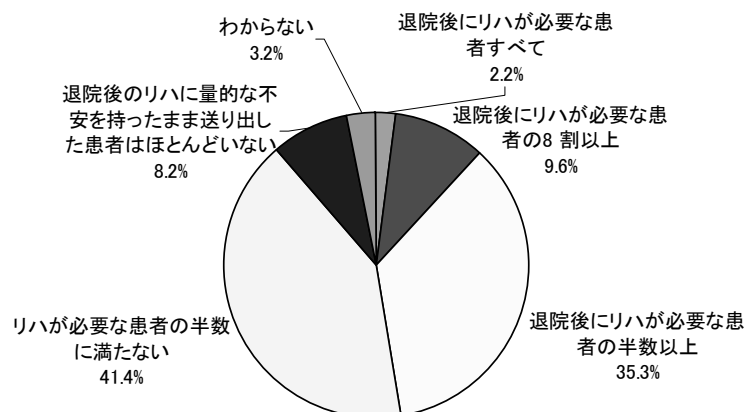
表 15 退院後に受けるリハビリテーションについて量的な不安を持ったまま送り出した患者の割合

DPC 病院セラピスト票 Q7 退院後に受けるリハビリテーションについて量的な不安を持ったまま送り出した患者の割合
<単数回答>

上段:度数 下段:%	退院後にリハビリが必要な患者すべて	退院後にリハビリが必要な患者の8割以上	退院後にリハビリが必要な患者の半数以上	リハビリが必要な患者の半数に満たない	退院後のリハビリに量的な不安を持ち、そのまま送り出した患者はほとんどいない	わからない
1869 100.0	42 2.2	180 9.6	660 35.3	774 41.4	154 8.2	59 3.2

※集計対象:DPC 病院セラピスト(無回答を除く)

図 17 退院後に受けるリハビリテーションについて量的な不安を持ったまま送り出した患者の割合



(5) 退院時のリハビリテーション目標の達成状況について

1) 退院時のリハビリテーション目標の達成状況

DPC 病院退院患者で、リハビリテーションの改善目標を設定した患者について、退院時のリハビリテーションの目標達成割合をみると、目標が未達成だった患者の割合は 63.9%であった。

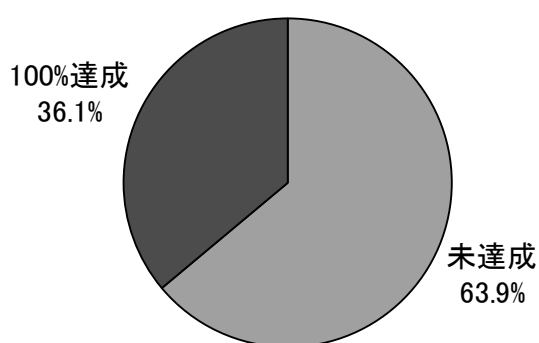
表 16 退院時目標 100%達成者と未達成群の割合

DPC 病院個票 Q5-SQ4 退院時目標の達成度<数値>

上段:度数 下段:%	未達成	100%達成
4838	3093	1745
100.0	63.9	36.1

※集計対象:DPC病院退院患者でリハの改善目標設定をした患者(DPC病院個票Q5で「ICFを参考に目標設定した」、「設定したがICFは参考にしていない」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 18 退院時目標 100%達成者と未達成群の割合 n=4838



2) 疾患別の目標達成状況

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがあり、リハビリテーションの改善目標を設定した患者で、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別に退院時目標の達成度をみると、退院時目標が「未達成」の割合は、原因疾患が『脳血管疾患等』の患者で約 8 割、『運動器疾患』の患者で約 7 割となっている。

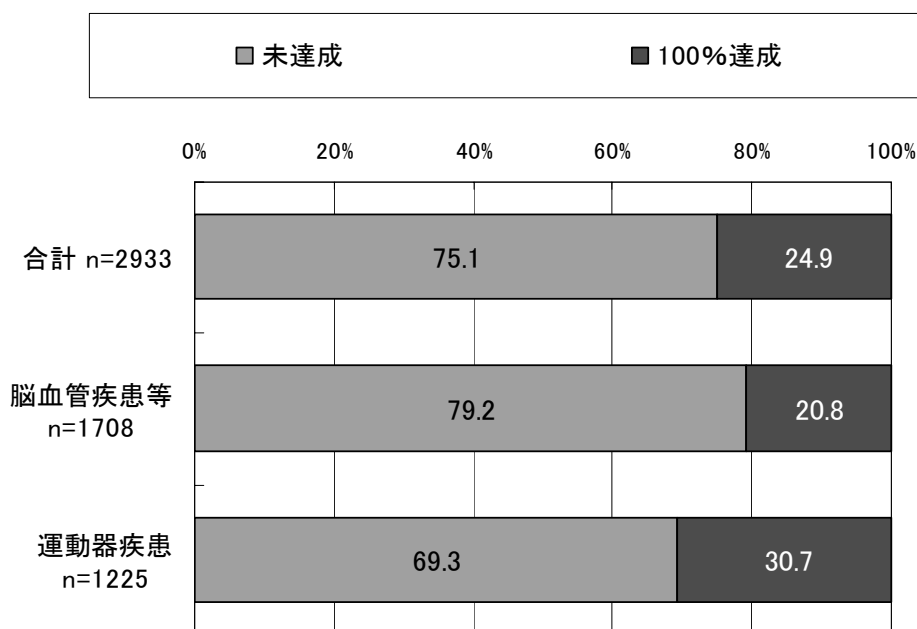
表 17 原因疾患別 退院時目標達成度 100%達成者と未達成群の割合

DPC 病院個票 F3.原因疾患別 × Q5-SQ4.退院時目標達成度 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	目標達成度100%と未達成群の項目		
		全体	未達成	100%達成
F3原因疾患	合計	2933 100.0	2202 75.1	731 24.9
	脳血管疾患等	1708 100.0	1353 79.2	355 20.8
	運動器疾患	1225 100.0	849 69.3	376 30.7

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)で、原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者であり、さらにリハの改善目標設定をした患者(DPC 病院個票 Q5 で「ICF を参考に目標設定した」、「設定したが ICF は参考にしていない」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 19 原因疾患別 退院時目標達成度 100%達成者と未達成群の割合



3) 退院時にリハビリテーション目標が未達成だった患者のリハビリテーションニーズ・疾患別内訳

DPC 病院退院患者で、退院時のリハビリテーション目標未達成の患者について、原因疾患別に退院後のリハビリテーションニーズをみると、『運動器疾患』で退院時目標未達成の患者は、退院後に「医療保険によるリハが必要」な割合が 64.5%、同様に『脳血管疾患等』の患者では 45.4%となっている。

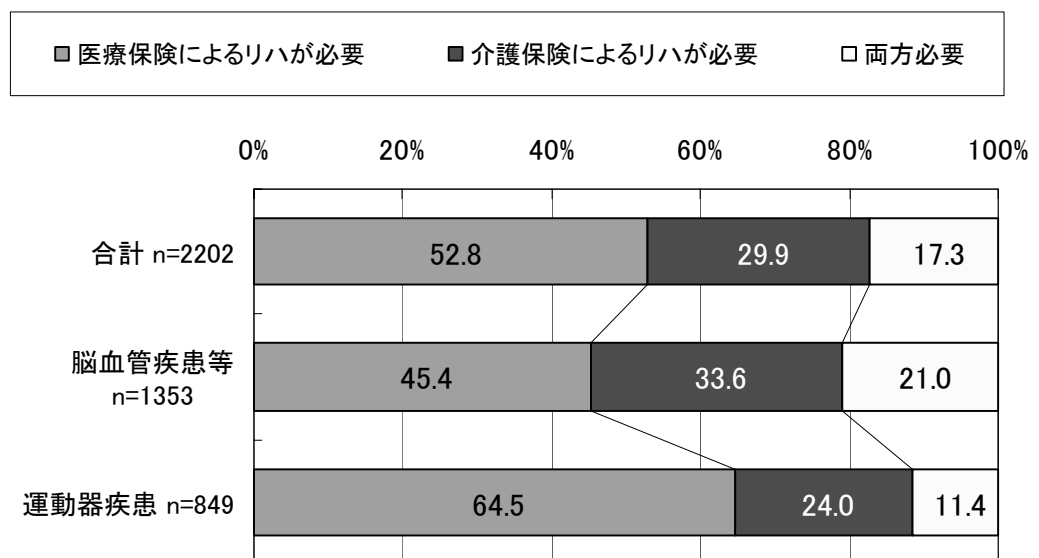
表 18 退院時リハ目標未達成患者の原因疾患別 退院後のリハニーズ

DPC 病院個票 F3 原因疾患×Q6 退院後のリハニーズ <単数回答> 【退院時リハ目標未達成】

上段:度数 下段:%		Q6退院後、どのようなリハが必要と感じたか			
		全体	医療保険によるリハが必要	介護保険によるリハが必要	両方必要
F3原因疾患	合計	2202 100.0	1162 52.8	659 29.9	381 17.3
	脳血管疾患等	1353 100.0	614 45.4	455 33.6	284 21.0
	運動器疾患	849 100.0	548 64.5	204 24.0	97 11.4

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院時のリハの改善目標を 100%達成していない患者(DPC 病院個票 Q5-SQ4 で退院時目標達成度が 100%に満たない患者)(無回答を除く)

図 20 退院時リハ目標未達成患者の原因疾患別 退院後のリハニーズ



4) 退院時にリハビリテーション目標が未達成だった患者の退院後に利用するリハビリテーションサービス内訳

DPC 病院退院患者で、退院時のリハビリテーション目標未達成の患者の退院後に利用するリハビリテーションサービスをみると、「外来リハ」を利用する割合が 33.2% と最も多く、「回復期病床リハ」(31.7%) とともにそれぞれ 3 割以上を占めている。

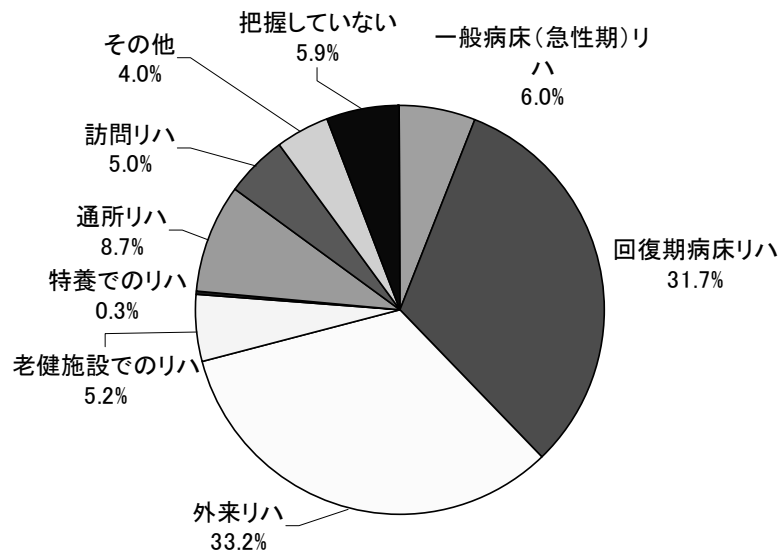
表 19 退院時リハ目標未達成患者の退院後利用するリハサービス

DPC 病院個票 Q10-SQ3 退院後利用するリハサービス【退院時リハ目標未達成】<単数回答>

上段:度数 下段:%	全体	Q10-SQ3退院後利用するリハサービス								
		一般病床 (急性期)リ ハ	回復期病 床リハ	外来リハ	老健施設で のリハ	特養でのリ ハ	通所リハ	訪問リハ	その他	把握して いない
有効回答数 全体	1532	92	485	508	79	5	133	77	62	91
	100.0	6.0	31.7	33.2	5.2	0.3	8.7	5.0	4.0	5.9

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院時のリハの改善目標を 100%達成していない患者(DPC 病院個票 Q5-SQ4 で退院時目標達成度が 100%に満たない患者)(無回答を除く)

図 21 退院時リハ目標未達成患者の退院後利用するリハサービス n=1532



5) リハビリテーションニーズ別・目標達成度

DPC 病院退院患者で、リハビリテーションの改善目標を設定した患者について、退院後に必要なリハビリテーションニーズ別に退院時のリハビリテーション目標達成度(平均値)をみると、退院後に『両方必要』な患者は、目標達成度の平均が 93.6%と最も高くなっている。

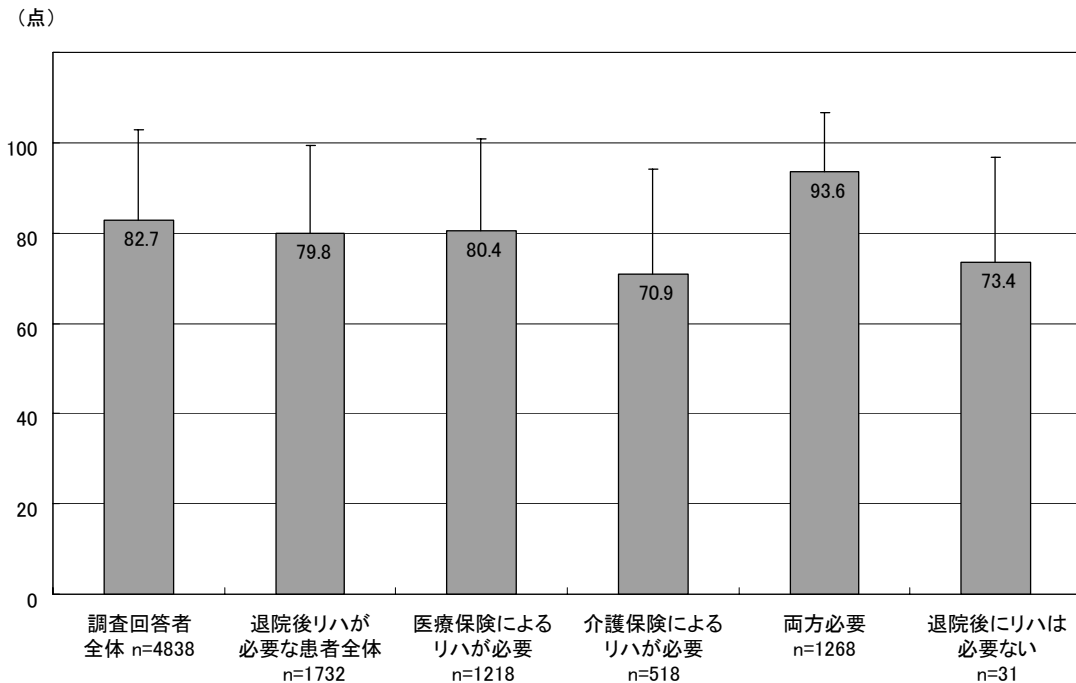
表 20 退院後のリハニーズ別 退院時目標の達成度(平均値)

DPC 病院個票 Q5-SQ4 退院時目標の達成度(平均値)×Q6 退院後、どのようなリハが必要だと感じたか <数値>

	全体	退院後リハが必要な患者全体	医療保険によるリハが必要	介護保険によるリハが必要	両方必要	退院後にリハは必要ない
件数	4838	1732	1218	518	1268	31
退院時目標達成度(平均値 単位: %)	82.7	79.8	80.4	70.9	93.6	73.4
標準偏差	20.1	19.6	20.4	23.1	13.1	23.4

※集計対象: DPC 病院退院患者でリハの改善目標設定をした患者(DPC 病院個票 Q5 で「ICF を参考に目標設定した」、「設定したが ICF は参考にしていない」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 22 退院後のリハニーズ別 退院時目標の達成度(平均値)



6) 原因疾患別・目標達成度

原因疾患別では、『運動器疾患』の患者の退院時目標達成度が85.8%と最も高い。

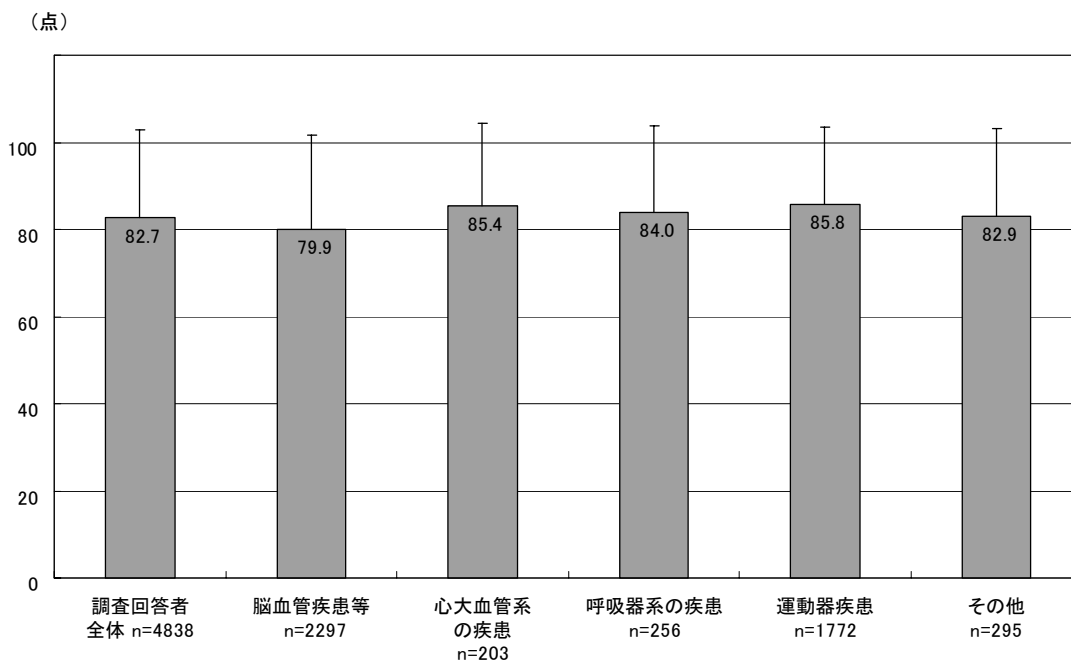
表 21 原因疾患別 退院時目標の達成度(平均値)

DPC 病院個票 Q5-SQ4 退院時目標の達成度(平均値)×F3 原因疾患

	全体	脳血管疾患等	心大血管系の疾患	呼吸器系の疾患	運動器疾患	その他
件数	4838	2297	203	256	1772	295
退院時目標達成度(平均値 単位: %)	82.7	79.9	85.4	84.0	85.8	82.9
標準偏差	20.1	21.7	19.0	19.8	17.6	20.1

※集計対象: DPC 病院退院患者でリハの改善目標設定をした患者(DPC 病院個票 Q5 で「ICF を参考に目標設定した」、「設定したが ICF は参考にしていない」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 23 原因疾患別 退院時目標の達成度(平均値)



7) 退院後に利用するリハビリテーションサービス別・目標達成度

DPC 病院退院患者で、リハビリテーションの改善目標を設定した患者について、退院後に利用するリハビリテーションサービス別に退院時のリハビリテーション目標達成度(平均値)をみると、退院後に『外来リハ』、『通所リハ』を利用する患者がともにリハ目標達成度の平均はほぼ 85%となっているのに対して、『回復期病床リハ』を利用する患者は約 73%と、退院時のリハビリテーション目標達成度が低くなっている。

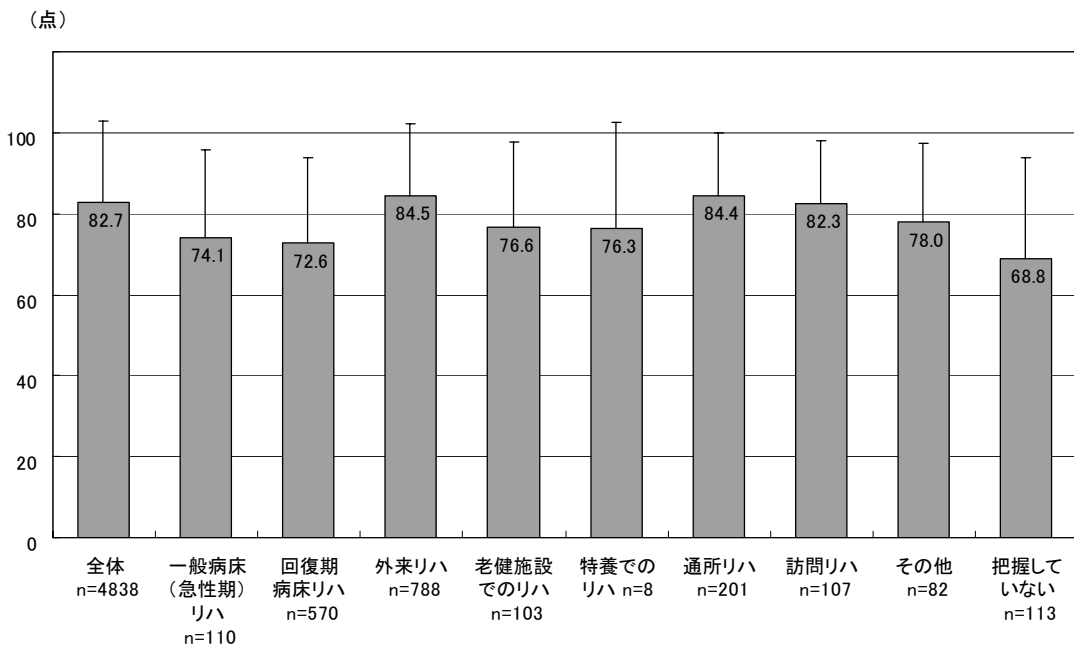
表 22 退院後利用するリハサービス別 退院時目標の達成度(平均値)

DPC 病院個票 Q5-SQ4 退院時目標の達成度(平均値)×Q10-SQ3 退院後利用するリハサービス <数値>

	全体	一般病床 (急性期) リハ	回復期病床 リハ	外来リハ	老健施設で のリハ	特養でのリ ハ	通所リハ	訪問リハ	その他	把握して いない
件数	4838	110	570	788	103	8	201	107	82	113
退院時目標達成度(平均値 単位: %)	82.7	74.1	72.6	84.5	76.6	76.3	84.4	82.3	78.0	68.8
標準偏差	20.1	21.7	21.3	17.7	21.1	26.4	15.6	15.7	19.5	25.0

※集計対象: DPC 病院退院患者でリハの改善目標設定をした患者(DPC 病院個票 Q5 で「ICF を参考に目標設定した」、「設定したが ICF は参考にしていない」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 24 退院後利用するリハサービス別 退院時目標の達成度(平均値)



(6) リハビリテーションの目標達成を阻害する要因について

1) リハビリテーションニーズ別・目標達成阻害要因

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがある患者について、リハビリテーションニーズ別にリハビリテーションの目標達成ができなかった原因（阻害要因）をみると、全体としては「入院期間が短く、十分な量のリハを行えなかった」が最も多く、以下、「患者の病態が悪く、思うようにリハが進まなかった」、「当初の退院予定日より早く退院したため」の順となっている。

リハビリテーションニーズ別にみると、『医療保険によるリハが必要』な患者が「入院期間が短く、十分な量のリハを行えなかった」をあげる割合が高く、『介護保険によるリハが必要』、『両方必要』な患者は「患者の病態が悪く、思うようにリハが進まなかった」割合が高くなっている。

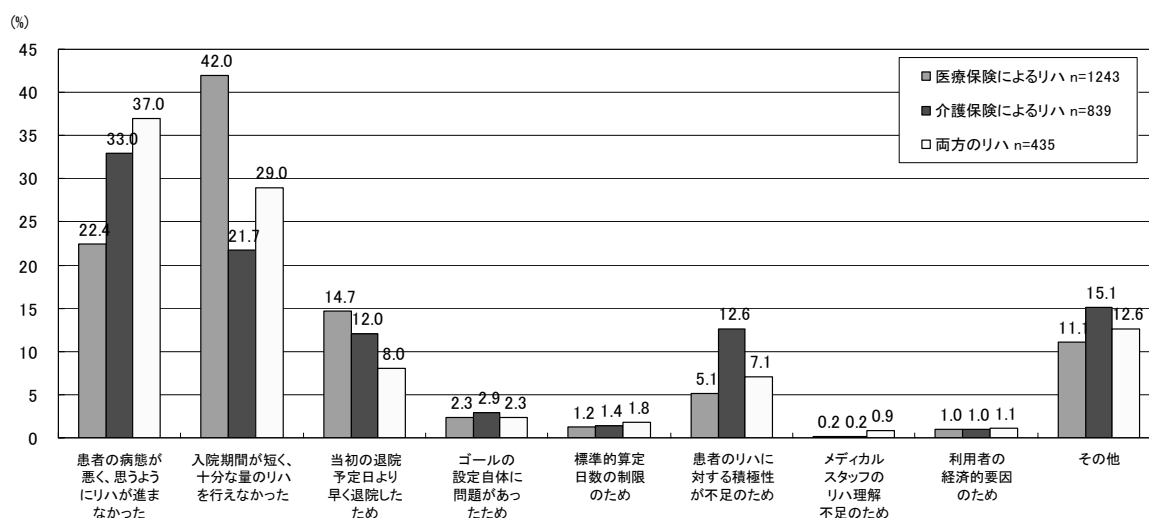
表 23 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)

DPC 病院個票 Q5-SQ5-1 目標達成できなかった原因(最も近い原因) × Q6 退院後のリハニーズ <単数回答>

	全体	患者の病態が悪く、思うようにリハが進まなかった	入院期間が短く、十分な量のリハを行えなかった	当初の退院予定日より早く退院したため	ゴールの設定自体に問題があったため	標準的算定日数の制限のため	患者のリハに対する積極性が不足のため	メディカルスタッフのリハ理解不足のため	利用者の経済的要因のため	その他
合計	2517 100.0	716 28.4	830 33.0	319 12.7	62 2.5	35 1.4	201 8.0	9 0.4	25 1.0	320 12.7
医療保険によるリハが必要	1243 100.0	278 22.4	522 42.0	183 14.7	28 2.3	15 1.2	64 5.1	3 0.2	12 1.0	138 11.1
介護保険によるリハが必要	839 100.0	277 33.0	182 21.7	101 12.0	24 2.9	12 1.4	106 12.6	2 0.2	8 1.0	127 15.1
両方必要	435 100.0	161 37.0	126 29.0	35 8.0	10 2.3	8 1.8	31 7.1	4 0.9	5 1.1	55 12.6

※集計対象：DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者（DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者）（無回答を除く）

図 25 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)



2) リハビリテーションニーズ・疾患別・目標達成阻害要因

DPC 病院退院患者で退院後のリハビリテーションニーズがある患者で、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、リハビリテーションニーズ・疾患別にみると、脳血管疾患等患者、運動器疾患患者とも『医療保険によるリハが必要』な患者が「入院期間が短く、十分な量のリハを行えなかった」をあげる割合が最も高くなっている。

表 24 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)<脳血管疾患等>

DPC 病院個票 F3 原因疾患×Q6 退院後のリハニーズ×Q5-SQ5 目標達成できなかった原因(最も近い原因)
【脳血管疾患等】<単数回答>

脳血管疾患等	全体	患者の病態が悪く、思うようにリハが進まなかった	入院期間が短く、十分な量のリハを行えなかった	当初の退院予定日より早く退院したため	ゴールの設定自体に問題があったため	標準的算定日数の制限のため	患者のリハに対する積極性が不足のため	メディカルスタッフのリハ理解不足のため	利用者の経済的要因のため	その他
脳血管疾患等 小計	1372 100.0	395 28.8	436 31.8	150 10.9	33 2.4	19 1.4	128 9.3	7 0.5	12 0.9	192 14.0
医療保険によるリハが必要	612 100.0	136 22.2	249 40.7	82 13.4	11 1.8	8 1.3	39 6.4	1 0.2	3 0.5	83 13.6
介護保険によるリハが必要	469 100.0	152 32.4	101 21.5	46 9.8	16 3.4	6 1.3	65 13.9	3 0.6	5 1.1	75 16.0
両方必要	291 100.0	107 36.8	86 29.6	22 7.6	6 2.1	5 1.7	24 8.2	3 1.0	4 1.4	34 11.7

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)で、原因疾患が「脳血管疾患等」、「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 26 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)<脳血管疾患等>

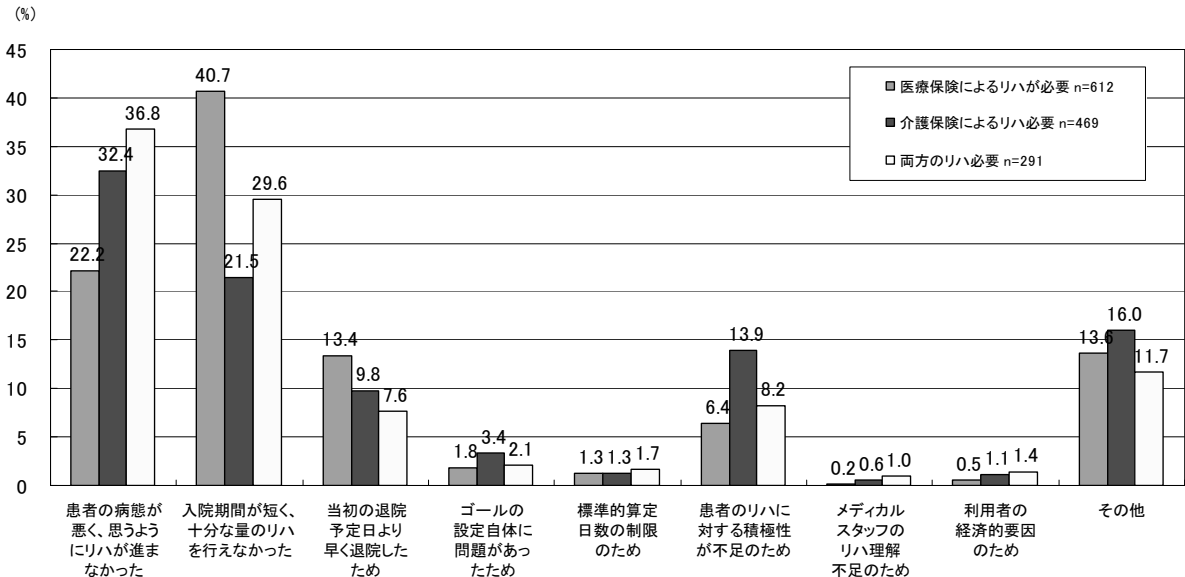


表 25 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)<運動器疾患>

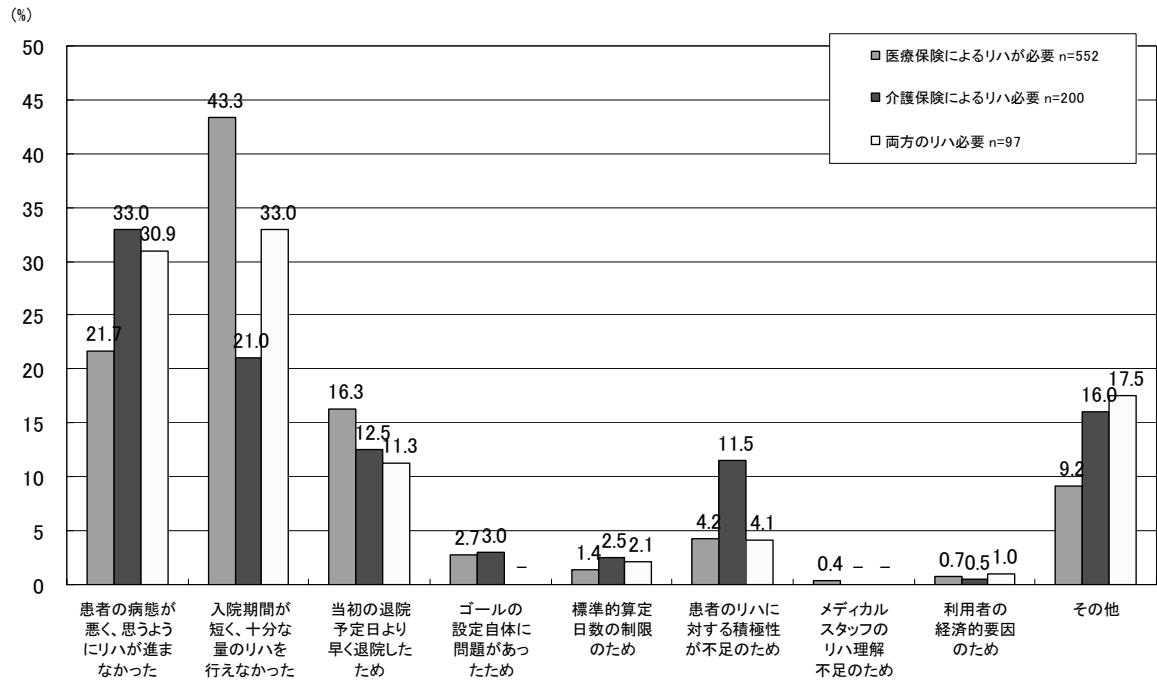
DPC 病院個票 F3 原因疾患×Q6 退院後リハニーズ×Q5-SQ5 目標達成できなかった原因(最も近い原因)

【運動器疾患】<複数回答>

運動器疾患	全体	患者の病態が悪く、思うようにリハが進まなかった	入院期間が短く、十分な量のリハを行えなかった	当初の退院予定日より早く退院したため	ゴールの設定自体に問題があったため	標準的算定日数の制限のため	患者のリハに対する積極性が不足のため	メディカルスタッフのリハ理解不足のため	利用者の経済的要因のため	その他
運動器疾患 小計	849 100.0	216 25.4	313 36.9	126 14.8	21 2.5	15 1.8	50 5.9	2 0.2	6 0.7	100 11.8
医療保険によるリハが必要	552 100.0	120 21.7	239 43.3	90 16.3	15 2.7	8 1.4	23 4.2	2 0.4	4 0.7	51 9.2
介護保険によるリハが必要	200 100.0	66 33.0	42 21.0	25 12.5	6 3.0	5 2.5	23 11.5	-	1 0.5	32 16.0
両方必要	97 100.0	30 30.9	32 33.0	11 11.3	-	2 2.1	4 4.1	-	1 1.0	17 17.5

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)で、原因疾患が「脳血管疾患等」、「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 27 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)<運動器疾患>



(7) DPC 病院における今後のリハビリテーション強化の意向

DPC 病院リハビリテーション部門責任者に対して DPC 病院における今後のリハビリテーションの強化意向に関して回答を求めたところ、「リハを強化する意向がある」と答えた割合が全体の 7 割以上を占める。

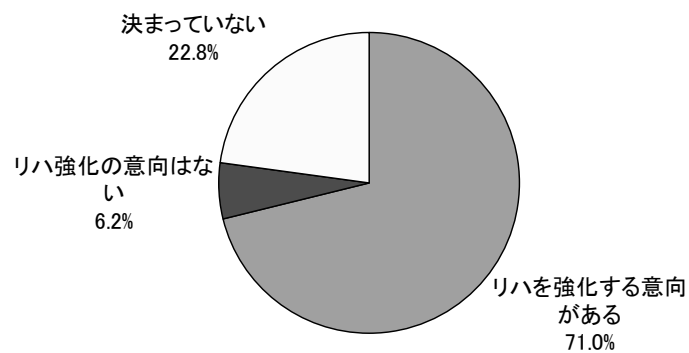
表 26 DPC 病院における今後のリハビリテーション強化の意向

DPC 病院責任者票 Q25 今後のリハビリテーション強化の意向 <単数回答>

上段:度数 下段:%	全体	リハを強化する意向がある	リハ強化の意向はない	決まっていない
全体	666 100.0	473 71.0	41 6.2	152 22.8

※集計対象:DPC 病院リハビリテーション部門責任者(無回答を除く)

図 28 DPC 病院における今後のリハビリテーション強化の意向 n=666



(8) リハビリテーションを強化するにあたっての課題点

DPC 病院リハビリテーション部門責任者の DPC 病院において、リハビリテーションを強化しようと考えた場合の課題をみると、「セラピスト雇用等の費用」(64.0%)と「セラピスト確保の困難さ」(35.7%)があげられる割合が高い。

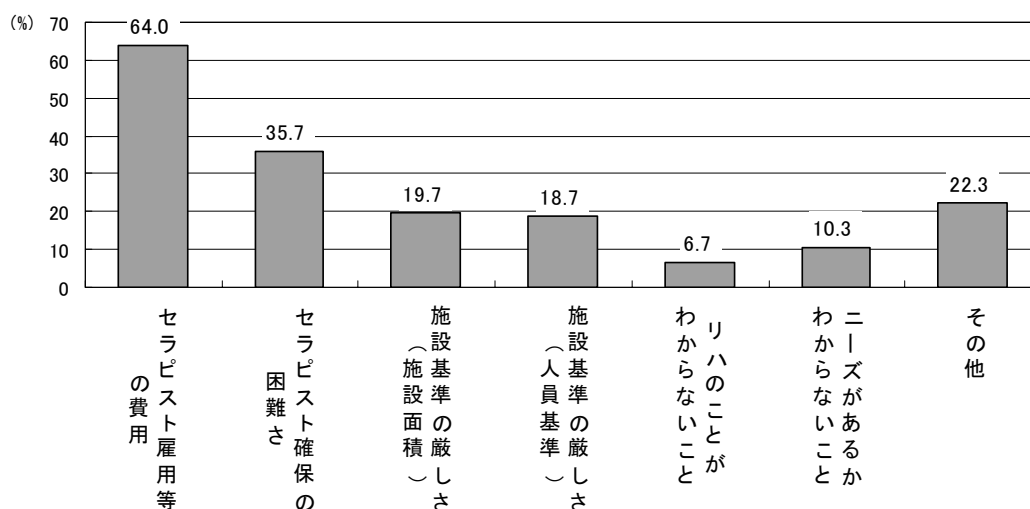
表 27 DPC 病院におけるリハを強化しようと考えた場合の課題

DPC 病院責任者票 Q26 リハ強化しようと考えた場合の課題 <複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	セラピスト雇用等の費用	セラピスト確保の困難さ	施設基準の厳しさ(施設面積)	施設基準の厳しさ(人員基準)	リハのことがわからないこと	ニーズがあるかわからないこと	その他
全体	659 100.0	422 64.0	235 35.7	130 19.7	123 18.7	44 6.7	68 10.3	147 22.3

※集計対象:DPC 病院リハビリテーション部門責任者(無回答を除く)

図 29 DPC 病院におけるリハを強化しようと考えた場合の課題 n=659



2. 診療所・通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション提供状況

(1) リハビリテーション患者・利用者の特徴について

1) 患者・利用者のリハビリテーションニーズ

診療所および通所リハビリテーション事業所の患者・利用者のリハビリテーション利用開始時におけるリハビリテーションの必要性（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）をみると、『診療所』では「両方の必要性があった」が約半数、「治療目的リハの必要性のみ」が約4割を占めているのに対して、『通所リハ事業所』では、「両方の必要性があった」が約3分の2、「生活機能向上のリハの必要性のみ」が約3割を占めている。

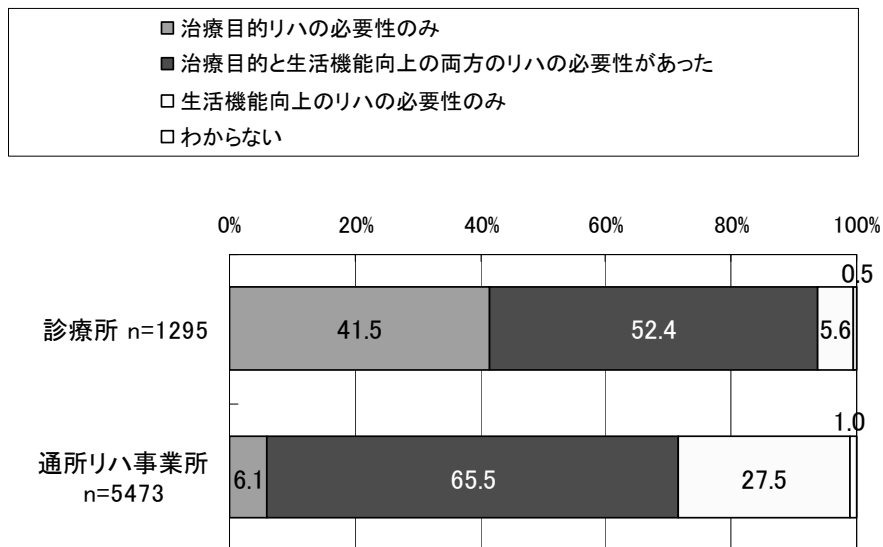
表 28 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ

リハ有診療所個票・通所リハ事業所個票 Q10 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者のリハニーズ<単数回答>

上段:度数 下段:%	Q10 利用開始時に患者・利用者は治療目的と生活機能向上のどちらのリハの必要性があったか				
	全体	治療目的 リハの必 要性のみ	治療目的 と生活機 能向上の 両方のリ ハの必要 性があっ た	生活機能 向上のリ ハの必要 性のみ	わからな い
診療所	1295 100.0	537 41.5	679 52.4	72 5.6	7 0.5
通所リハ事業所	5473 100.0	333 6.1	3583 65.5	1505 27.5	52 1.0

※集計対象:診療所患者・通所リハ事業所利用者(個票回答患者・利用者)(無回答を除く)

図 30 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ



2) 急性期病院退院後の患者・利用者のリハビリテーションニーズ

急性期病院退院後の診療所および通所リハビリテーション事業所の患者・利用者について、リハビリテーション利用開始時におけるリハビリテーションの必要性（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）についてみると、「両方の必要性があった」割合は『診療所』で6割以上、『通所リハ事業所』では、7割以上を占めている。

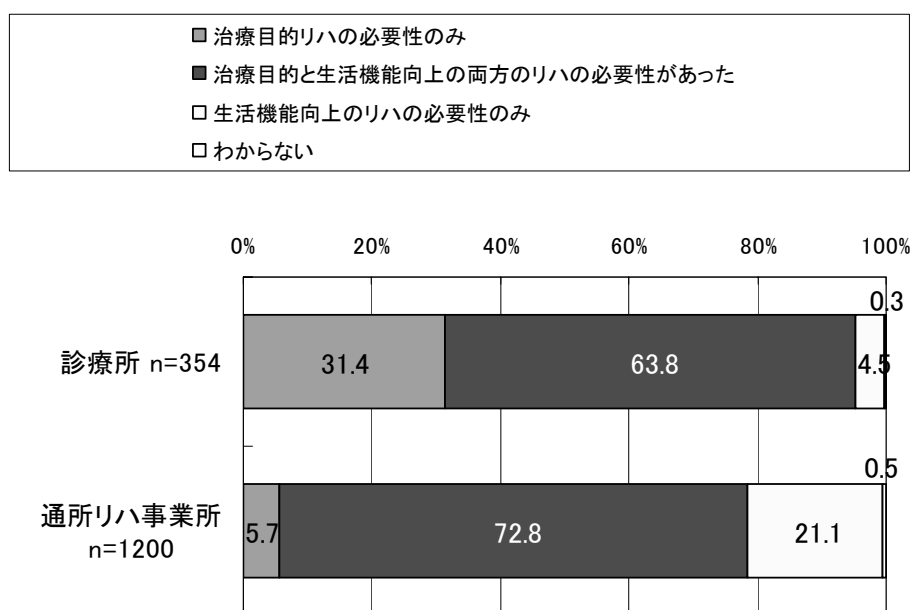
表 29 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者・利用者】

リハ有診療所個票・通所リハ事業所個票 Q10 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ<単数回答>【急性期病院退院後の患者・利用者】

上段:度数 下段:%	全体	治療目的 リハの必要 性のみ	治療目的 と生活機能 向上の 両方のリ ハの必要 性があっ た	生活機能 向上のリ ハの必要 性のみ	わからな い
診療所	354 100.0	111 31.4	226 63.8	16 4.5	1 0.3
通所リハ事業所	1200 100.0	68 5.7	873 72.8	253 21.1	6 0.5

※集計対象:診療所患者・通所リハ事業所利用者(個票回答患者・利用者)のうち、急性期病院退院後の患者・利用者(リハ有診療所個票および通所リハ事業所個票 Q3 で来院・来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者・利用者)(無回答を除く)

図 31 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者・利用者】



3) 患者・利用者の疾患

診療所および通所リハビリテーション事業所の患者・利用者の原因疾患をみると、『診療所』では「運動器疾患」が81.2%、「脳血管疾患等」が14.1%となっているのに対して、『通所リハ事業所』では、「脳血管疾患等」が46.0%、「運動器疾患」が34.3%と、脳血管疾患等の占める割合のほうが多くなっている。

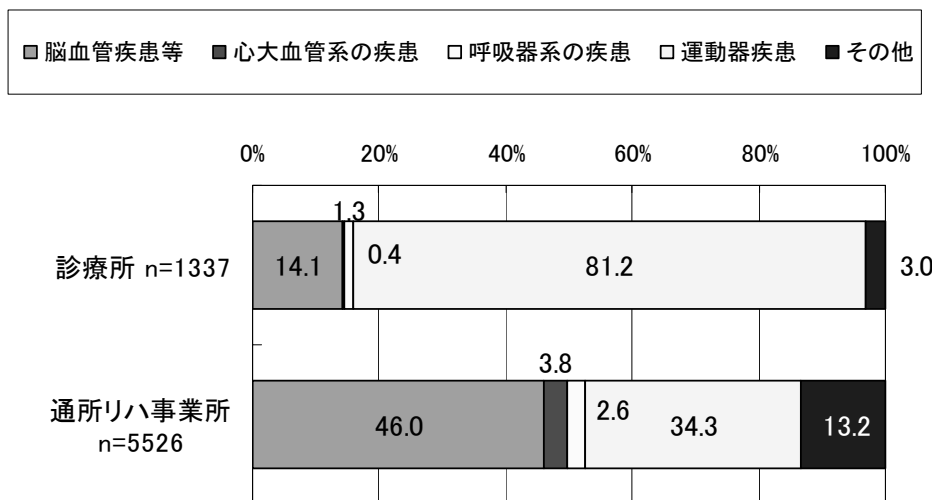
表 30 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患

リハ有診療所個票・通所リハ事業所個票 Q10 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患<単数回答>

上段:度数 下段:%	F4 原因疾患					
	全体	脳血管疾患等	心大血管系の疾患	呼吸器系の疾患	運動器疾患	その他
診療所	1337 100.0	189 14.1	6 0.4	17 1.3	1085 81.2	40 3.0
通所リハ事業所	5526 100.0	2542 46.0	208 3.8	146 2.6	1898 34.3	732 13.2

※集計対象:診療所患者・通所リハ事業所利用者(個票回答患者)(無回答を除く)

図 32 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患



4) 急性期病院退院後の患者・利用者の疾患

診療所および通所リハビリテーション事業所の患者・利用者と、急性期病院退院後の患者・利用者の原因疾患をみると、『診療所』では「運動器疾患」が83.1%、「脳血管疾患等」が11.7%となっている。『通所リハ事業所』では、「脳血管疾患等」が42.2%、「運動器疾患」が42.0%となっている。

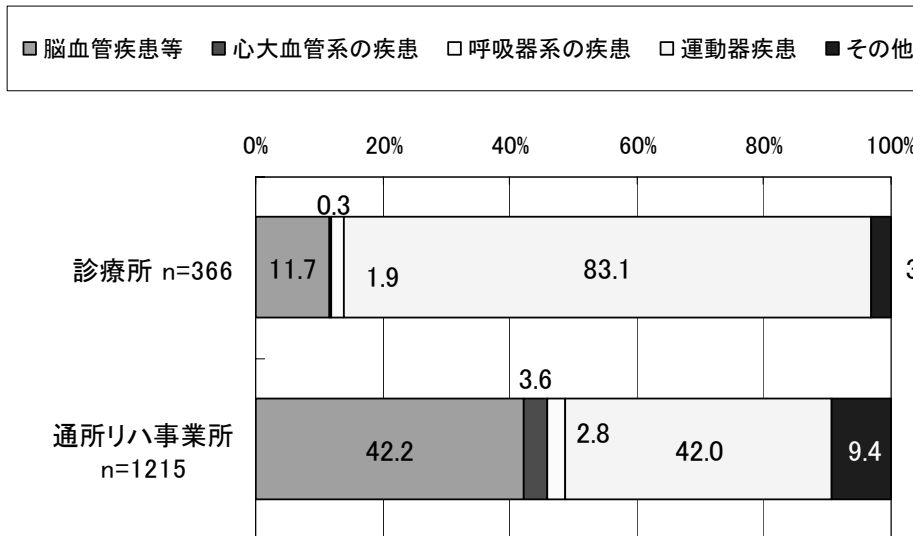
表 31 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患【急性期病院退院後の患者・利用者】

リハ有診療所個票・通所リハ事業所個票 Q10 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患<単数回答>
【急性期病院退院後の患者・利用者】

上段:度数 下段:%	全体	脳血管疾患等	心大血管系の疾患	呼吸器系の疾患	運動器疾患	その他
診療所	366 100.0	43 11.7	1 0.3	7 1.9	304 83.1	11 3.0
通所リハ事業所	1215 100.0	513 42.2	44 3.6	34 2.8	510 42.0	114 9.4

※集計対象:診療所患者・通所リハ事業所利用者(個票回答患者)のうち、急性期病院退院後の患者・利用者(リハ有診療所個票および通所リハ事業所個票 Q3 で来院・来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者・利用者)(無回答を除く)

図 33 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患【急性期病院退院後の患者・利用者】



5) 診療所患者の疾患別・リハビリテーションニーズ

診療所患者で、利用開始時の患者のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別にリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）の構成をみると、原因疾患が『脳血管疾患等』の患者は、「両方の必要性があった」が67.6%と約3分の2を占める。一方で、『運動器疾患』の患者は、「両方の必要性があった」が49.2%「治療目的リハの必要性のみ」が47.1%と、それぞれ約半数ずつを占める。

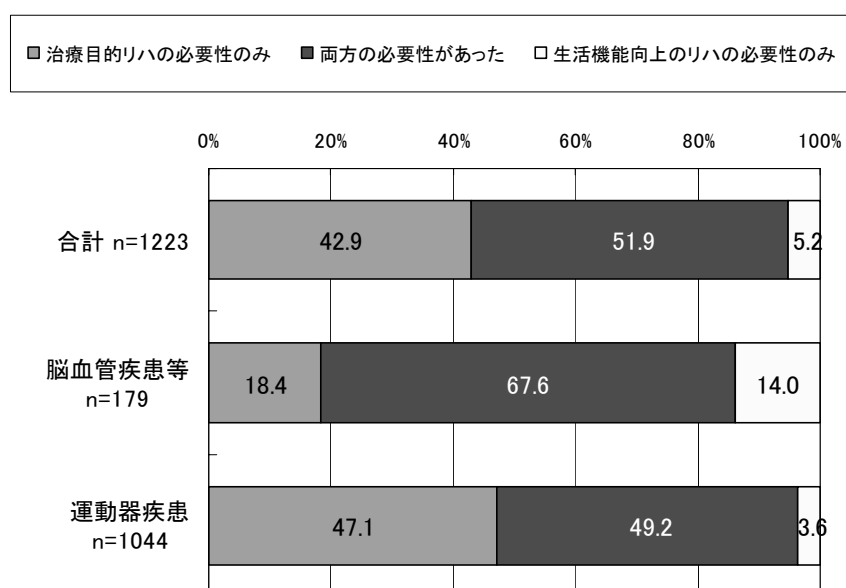
表 32 診療所患者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的リハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
F3 原因疾患	合計	1223 100.0	525 42.9	635 51.9	63 5.2
	脳血管疾患等	179 100.0	33 18.4	121 67.6	25 14.0
	運動器疾患	1044 100.0	492 47.1	514 49.2	38 3.6

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 34 診療所患者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ



6) 急性期病院退院後の診療所患者の疾患別・リハビリテーションニーズ

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時の患者のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別にリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）の構成をみると、原因疾患が『脳血管疾患等』の患者は、「両方の必要性があった」が84.2%と8割以上を占める。一方、『運動器疾患』の患者は、「両方の必要性があった」割合は60.8%となっている。

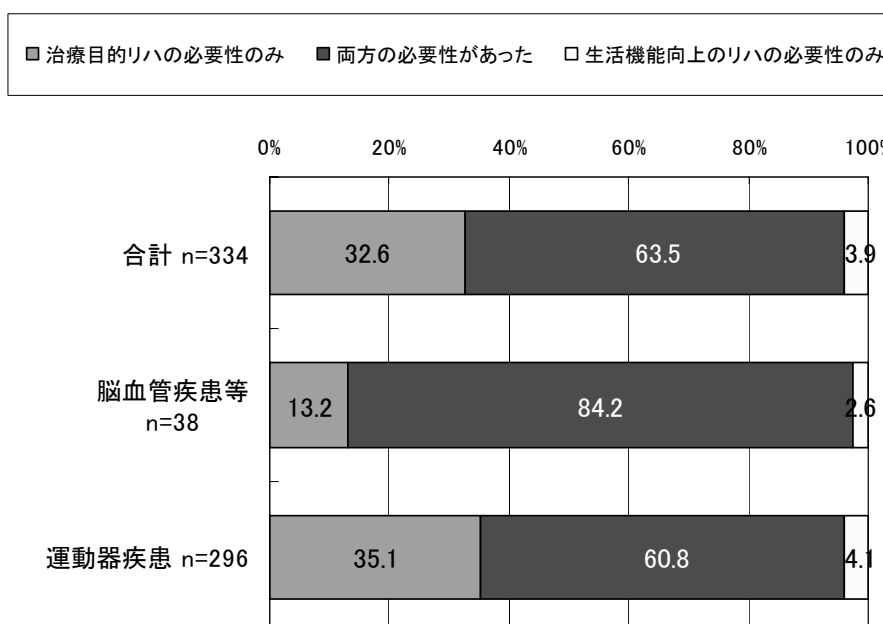
表 33 診療所患者の原因疾患別 利用開始時の患者のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 F3 原因疾患 × Q10 利用開始時のリハニーズ<単数回答>
【急性期病院退院後の患者】

上段:度数 下段:%		Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
F3原因疾患	合計	334 100.0	109 32.6	212 63.5	13 3.9
	脳血管疾患等	38 100.0	5 13.2	32 84.2	1 2.6
	運動器疾患	296 100.0	104 35.1	180 60.8	12 4.1

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 35 診療所患者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】



7) 通所リハビリテーション事業所利用者の疾患別・リハビリテーションニーズ

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの通所リハビリテーション事業所利用者について、原因疾患別にリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）の構成をみると、原因疾患が『脳血管疾患等』の利用者、『運動器疾患』の利用者とも、「両方の必要性があった」が約 7 割を占める。

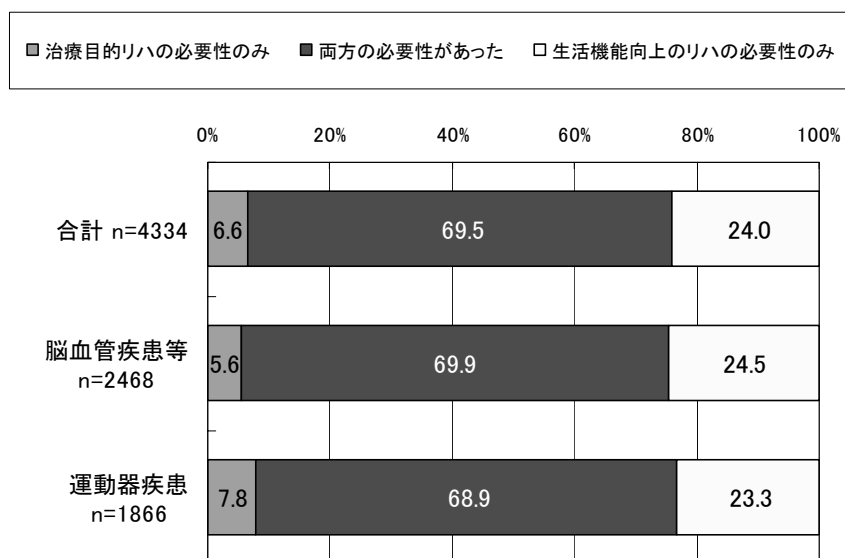
表 34 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10 利用開始時に利用者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
F4 原因疾患	合計	4334 100.0	284 6.6	3011 69.5	1039 24.0
	脳血管疾患等	2468 100.0	138 5.6	1726 69.9	604 24.5
	運動器疾患	1866 100.0	146 7.8	1285 68.9	435 23.3

※集計対象:通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 36 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ



8) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の疾患別・リハビリテーションニーズ

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの利用者について、原因疾患別にリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）の構成をみると、原因疾患が『脳血管疾患等』の利用者、『運動器疾患』の利用者とも、「両方の必要性があった」がいずれも7割以上を占めている。

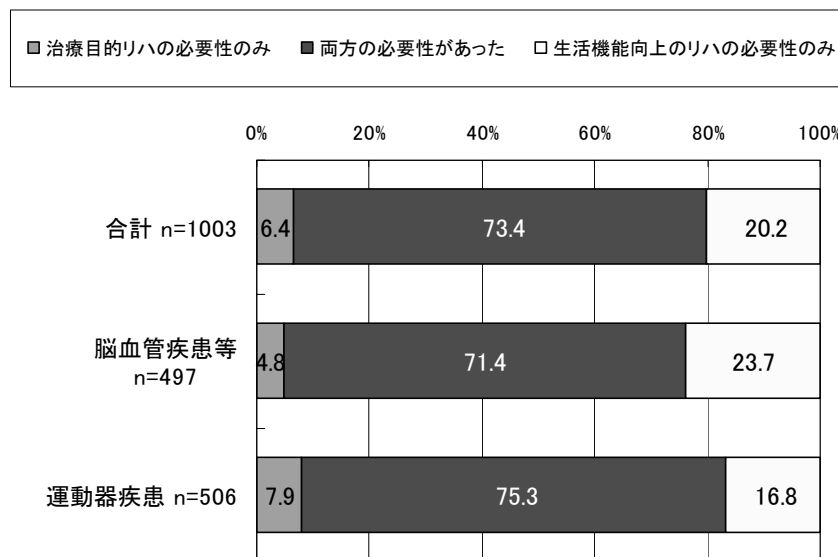
表 35 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患 × Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ <単数回答> 【急性期病院退院後の利用者】

上段:度数 下段:%		Q10 利用開始時に利用者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
F4 原因疾患	合計	1003 100.0	64 6.4	736 73.4	203 20.2
	脳血管疾患等	497 100.0	24 4.8	355 71.4	118 23.7
	運動器疾患	506 100.0	40 7.9	381 75.3	85 16.8

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票の Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 37 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】



9) 診療所患者の年齢別・リハビリテーションニーズ

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者について、年齢別にリハビリテーションニーズをみると、『40歳未満』の患者は「治療目的リハの必要性のみ」が60.9%と6割以上を占めているが、年代が上がるにつれ「両方の必要性があった」割合が高くなり、『65歳以上』の患者では「両方の必要性があった」患者が62.3%と6割以上を占めている。

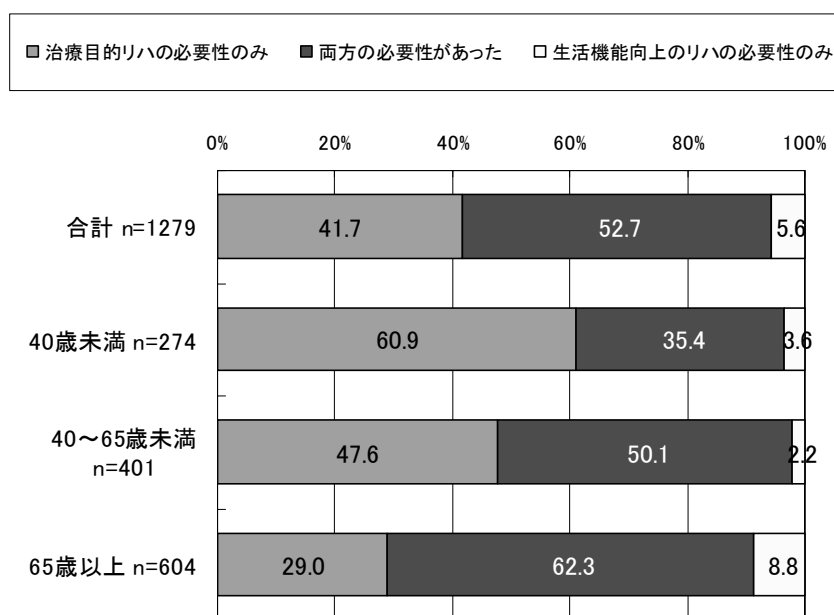
表 36 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ

リハ有診療所個票 F1 年齢×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ <単数回答>

		Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
	上段:度数 下段:%	全体	治療目的リハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
	F1 年齢				
	合計	1279 100.0	533 41.7	674 52.7	72 5.6
	40歳未満	274 100.0	167 60.9	97 35.4	10 3.6
	40～65歳未満	401 100.0	191 47.6	201 50.1	9 2.2
	65歳以上	604 100.0	175 29.0	376 62.3	53 8.8

※集計対象：診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者（リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者）（無回答を除く）

図 38 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ



10) 急性期病院退院後の診療所患者の年齢別・リハビリテーションニーズ

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている患者について、年齢別にリハビリテーションニーズをみると、『40歳未満』の患者は「治療目的リハの必要性のみ」が49.3%とほぼ半数を占めているが、年代が上がるにつれ「両方の必要性があった」割合が高くなり、『65歳以上』の患者では「両方の必要性があった」患者が71.0%と7割以上を占めている。

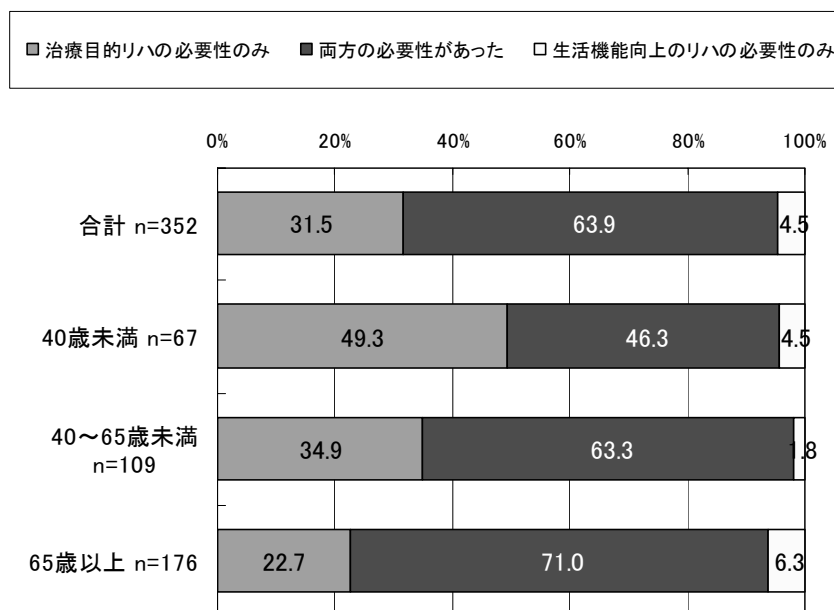
表 37 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 F1 年齢×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ <単数回答>【急性期病院退院後の患者】

		Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
上段:度数 下段:%		全体	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった		生活機能向上のリハの必要性のみ
			治療目的リハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	
F1 年齢	合計	352 100.0	111 31.5	225 63.9	16 4.5
	40歳未満	67 100.0	33 49.3	31 46.3	3 4.5
	40～65歳未満	109 100.0	38 34.9	69 63.3	2 1.8
	65歳以上	176 100.0	40 22.7	125 71.0	11 6.3

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 39 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】



11) 通所リハビリテーション事業所利用者の年齢別・リハビリテーションニーズ

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者について、年齢別にリハビリテーションニーズをみると、『40歳～65歳未満』の利用者は「両方の必要性があった」割合が76.4%と4分の3以上を占め、『65歳以上』の患者では68.4%となっている。

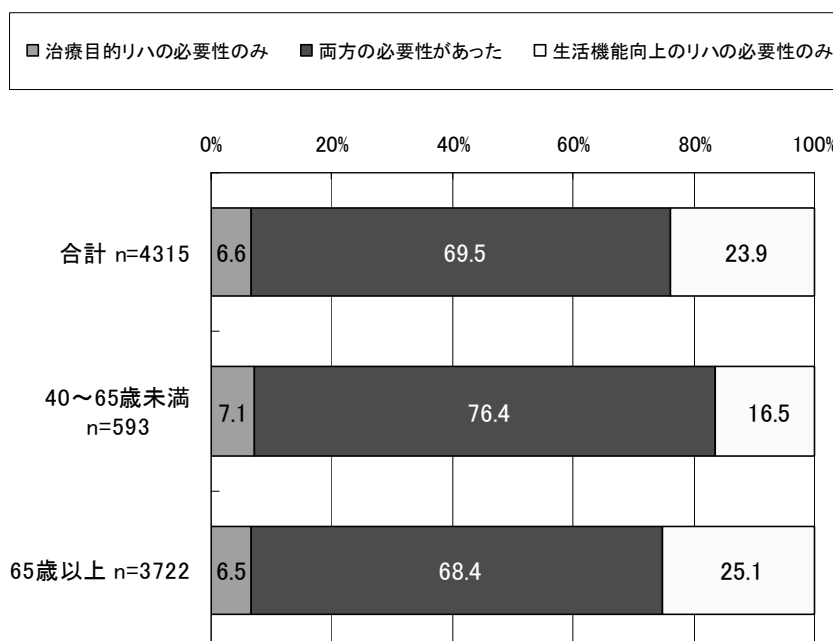
表 38 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ

通所リハ事業所個票 F2 年齢×Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q10 利用開始時に利用者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
F2 年齢	合計	4315 100.0	284 6.6	2999 69.5	1032 23.9
	40～65歳未満	593 100.0	42 7.1	453 76.4	98 16.5
	65歳以上	3722 100.0	242 6.5	2546 68.4	934 25.1

※集計対象: 通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 40 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ



12) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の年齢別・リハビリテーションニーズ

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている利用者について、年齢別にリハビリテーションニーズをみると、『40歳～65歳未満』の利用者は「両方の必要性があった」割合が78.9%と8割近くを占め、『65歳以上』の患者では72.5%となっている。

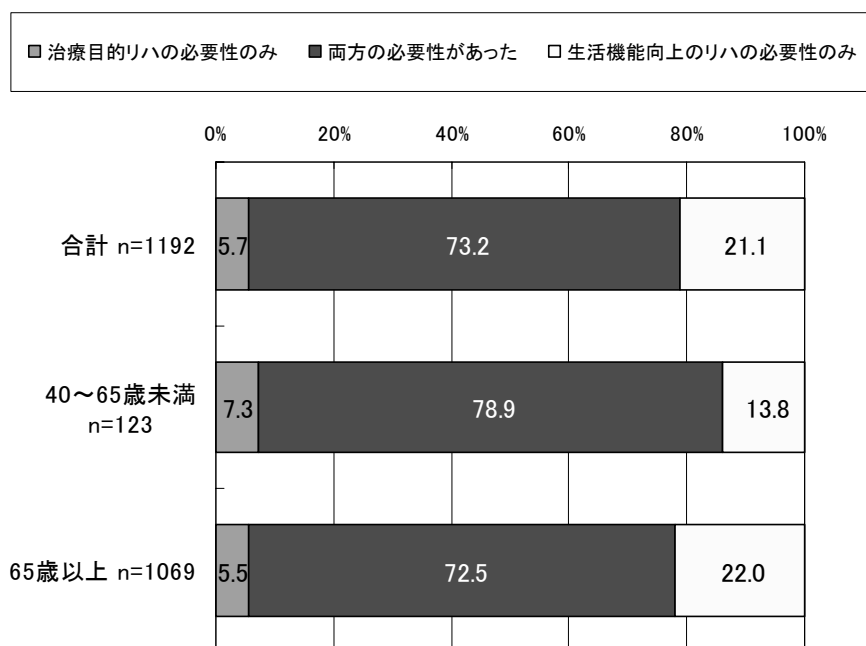
表 39 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 F2 年齢×Q10 利用開始時のリハニーズ <単数回答>【急性期病院退院後の利用者】

	上段:度数 下段:%	Q10 利用開始時に利用者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
F2 年齢	合計	1192 100.0	68 5.7	872 73.2	252 21.1
	40～65歳未満	123 100.0	9 7.3	97 78.9	17 13.8
	65歳以上	1069 100.0	59 5.5	775 72.5	235 22.0

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 41 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】



13) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・重症度<初期評価時 BI>

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）別に、患者の初期評価時の BI について平均値で見ると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者の平均が 94.3 点であるのに対して、『両方のリハの必要性があった』患者は 86.0 点、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者は 67.5 点と低くなっている。

表 40 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値)

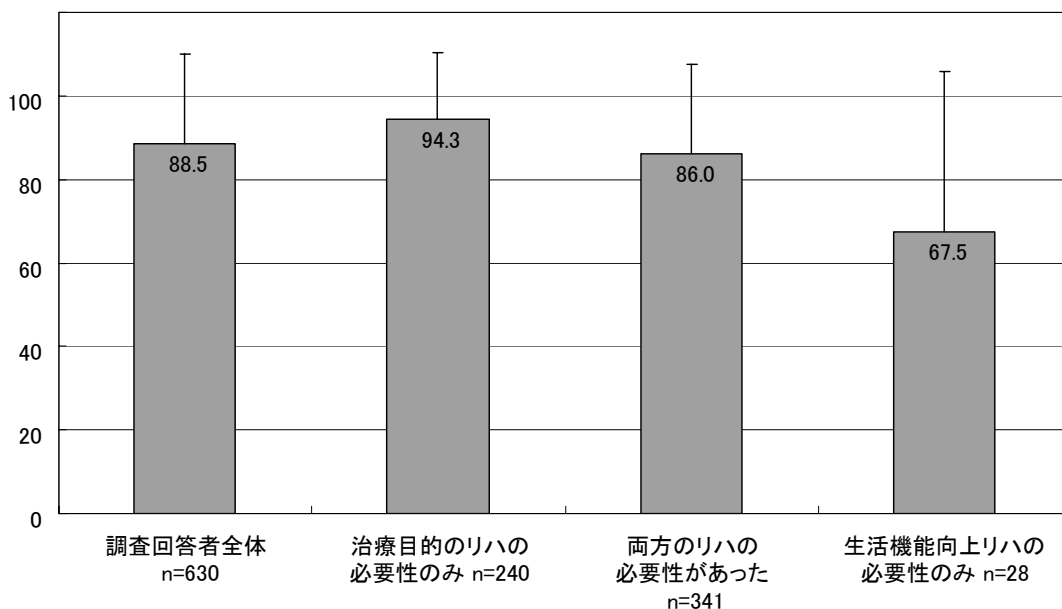
リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q1-2 BI 初期評価 (平均値) <数値>

	調査回答者全体	治療目的リハの必要性のみ	両方のリハの必要性があった	生活機能向上リハの必要性のみ
件数	630	240	341	28
BI 初期評価(平均値)	88.5	94.3	86.0	67.5
標準偏差	21.4	15.8	21.5	38.4

※集計対象: 診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 42 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値)

(点)



14) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・重症度

〈初期評価時 BI〉

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）別に、患者の初期評価時のBIについて平均値でみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者の平均が94.8点であるのに対して、『両方のリハの必要性があった』な患者は88.4点、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者は70.0点となっている。

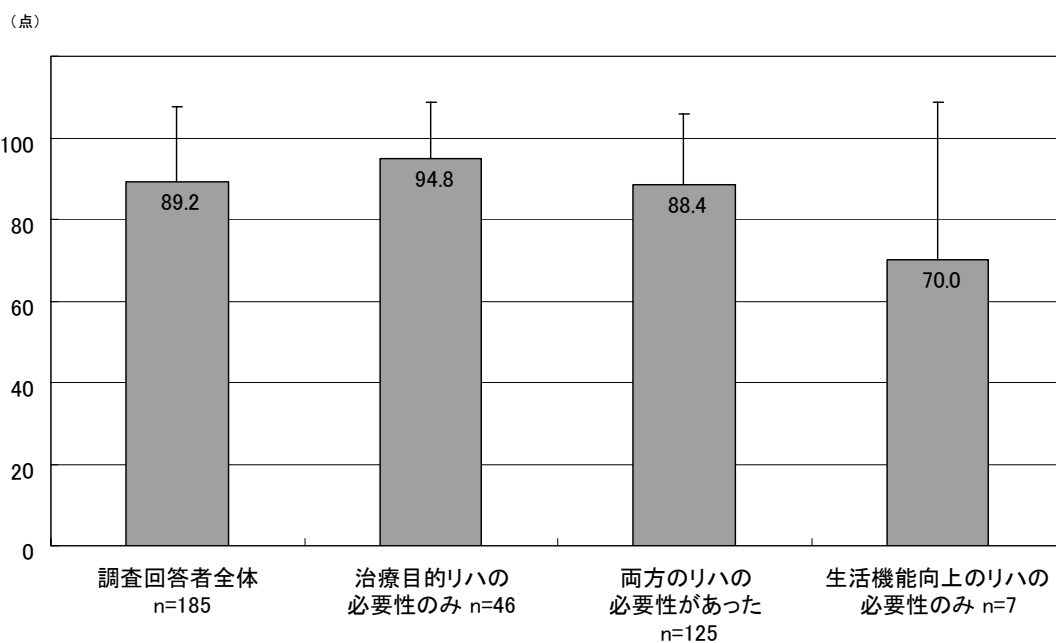
表 41 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値) 【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q1-2 BI 初期評価(平均値) <数値>
【急性期病院退院後の患者】

	調査回答者全体	治療目的リハの必要性のみ	両方のリハの必要性があった	生活機能向上リハの必要性のみ
件数	185	46	125	7
BI 初期評価(平均値)	89.2	94.8	88.4	70.0
標準偏差	18.4	13.9	17.6	38.6

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 43 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値) 【急性期病院退院後の患者】



15) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・重症度

〈初期評価時 BI〉

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）別に、患者の初期評価時の BI について平均値でみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者が 74.9 点と最も高く、『両方の必要性があった』利用者は 65.8 点、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の利用者は 67.5 点となっている。

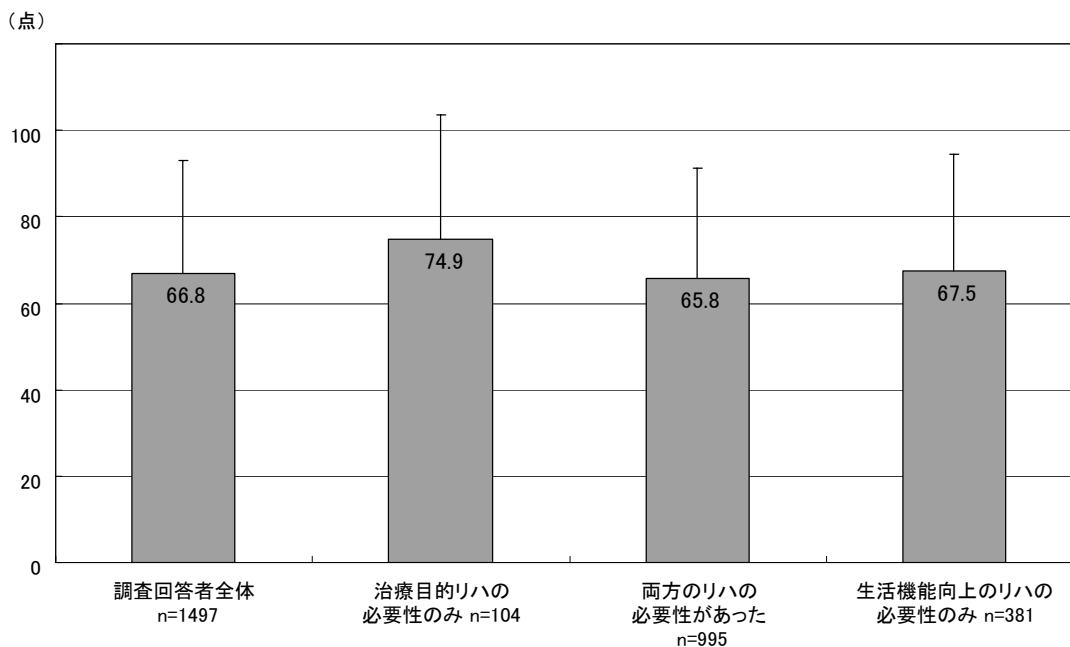
表 42 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価

通所リハ事業所個票 Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ×Q1-2 BI 初期評価 <数値>

	調査回答者全体	治療目的リハの必要性のみ	両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
件数	1497	104	995	381
BI 初期評価	66.8	74.9	65.8	67.5
標準偏差	26.3	28.8	25.5	26.9

※集計対象：通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者（通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者）（無回答を除く）

図 44 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価



16) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・重症度<初期評価時 BI>

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズ（治療目的と生活機能向上のどちらのリハビリテーションの必要性があったか）別に、患者の初期評価時の BI について平均値でみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者が 67.3 点、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の利用者が 62.5 点、『両方の必要性があった』利用者が 61.7 点と、いずれも 6 割台となっている。

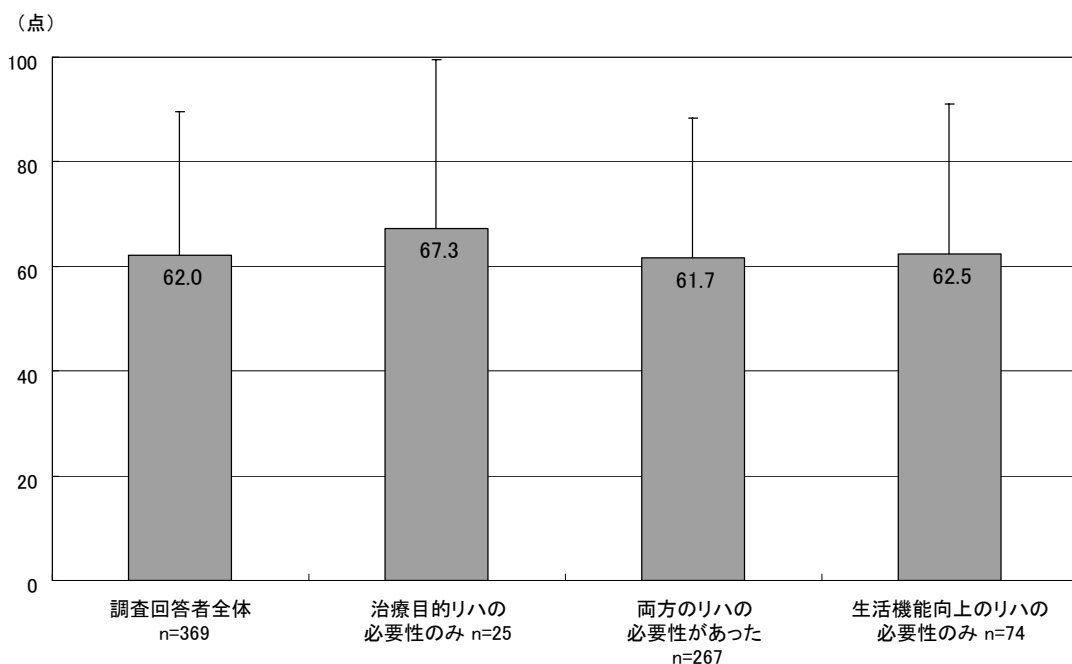
表 43 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値)【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ×Q1-2 BI 初期評価(平均値) <数値>
【急性期病院退院後の利用者】

	調査回答者全体	治療目的リハの必要性のみ	両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
件数	369	25	267	74
BI 初期評価 (平均値)	62.0	67.3	61.7	62.5
標準偏差	27.5	32.2	26.7	28.4

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票の Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 45 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価【急性期病院退院後の利用者】



17) 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者について、初期評価時における障害高齢者の日常生活自立度別にリハビリテーションニーズをみると、日常生活自立度が『J』の患者は「治療目的リハの必要性のみ」の割合が45.0%と4割を超えている。一方、『A』～『C』の患者はいずれも「両方の必要性があった」割合が概ね7割を占めている。

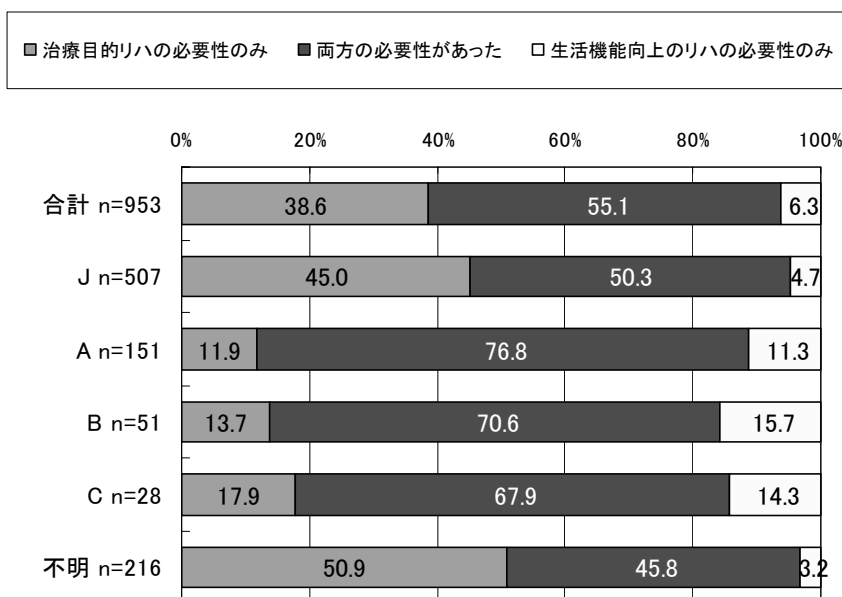
表 44 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ

リハ有診療所個票 Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ
 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的リハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度	合計	953 100.0	368 38.6	525 55.1	60 6.3
	J	507 100.0	228 45.0	255 50.3	24 4.7
	A	151 100.0	18 11.9	116 76.8	17 11.3
	B	51 100.0	7 13.7	36 70.6	8 15.7
	C	28 100.0	5 17.9	19 67.9	4 14.3
	不明	216 100.0	110 50.9	99 45.8	7 3.2

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 46 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ



18) 急性期病院退院後の診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ

急性期病院退院後で利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者について、初期評価時における障害高齢者の日常生活自立度別にリハビリテーションニーズをみると、日常生活自立度が『J』の患者は「治療目的リハの必要性のみ」の割合が33.8%と約3割を占める。一方『A』～『C』の患者はいずれも「両方の必要性があった」割合が8割近くを占めている。

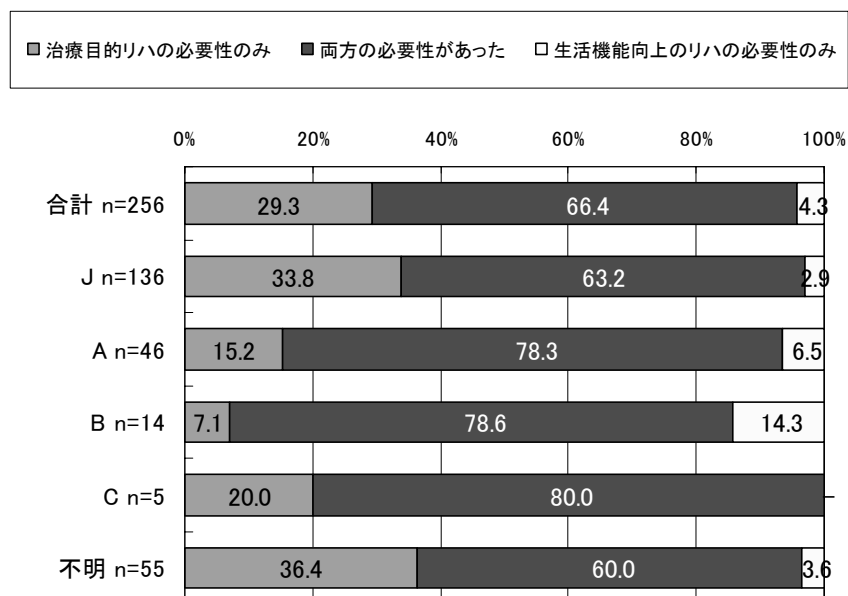
表 45 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時の患者のリハニーズ
【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ
【急性期病院退院後の患者】 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度	合計	256 100.0	75 29.3	170 66.4	11 4.3
	J	136 100.0	46 33.8	86 63.2	4 2.9
	A	46 100.0	7 15.2	36 78.3	3 6.5
	B	14 100.0	1 7.1	11 78.6	2 14.3
	C	5 100.0	1 20.0	4 80.0	- -
	不明	55 100.0	20 36.4	33 60.0	2 3.6

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 47 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時の患者のリハニーズ
【急性期病院退院後の患者】



19) 通所リハビリテーション事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者について、初期評価時における障害高齢者の日常生活自立度別に利用開始時のリハビリテーションニーズをみると、障害高齢者の日常生活自立度『J』の利用者以外は「両方の必要性があった」割合が、概ね6割を超えている。

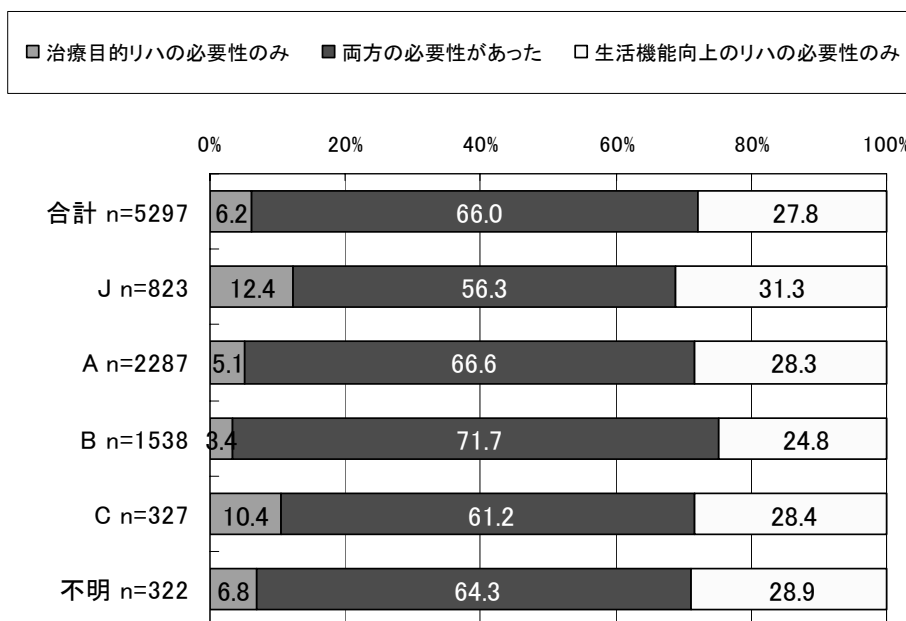
表 46 通所リハ事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ

通所リハ事業所個票 Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度×Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ
<単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q10 利用開始時に利用者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度	合計	5297 100.0	328 6.2	3495 66.0	1474 27.8
	J	823 100.0	102 12.4	463 56.3	258 31.3
	A	2287 100.0	117 5.1	1522 66.6	648 28.3
	B	1538 100.0	53 3.4	1103 71.7	382 24.8
	C	327 100.0	34 10.4	200 61.2	93 28.4
	不明	322 100.0	22 6.8	207 64.3	93 28.9

※集計対象: 通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 48 通所リハ事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ



20) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別・リハビリテーションニーズ

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている利用者について、初期評価時における障害高齢者の日常生活自立度別に利用開始時のリハビリテーションニーズをみると、障害高齢者の日常生活自立度が『A』と『B』の利用者が「両方の必要性があった」割合が、それぞれ73.0%、77.8%と7割を超えている。

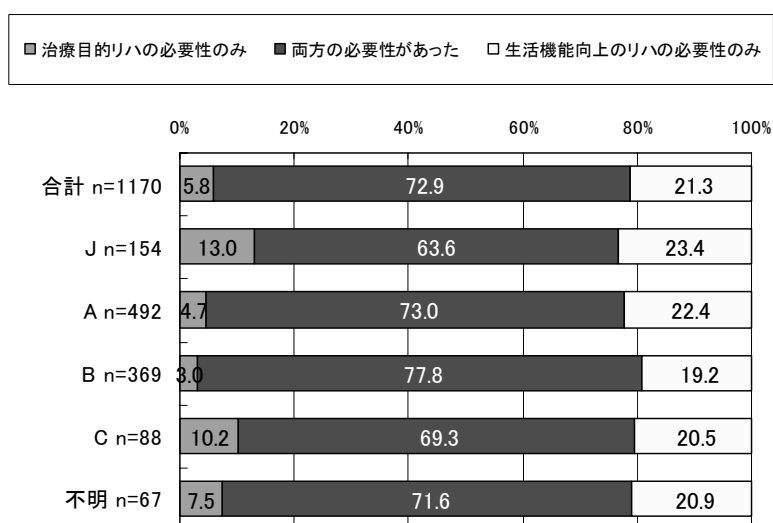
表 47 通所リハ事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ
【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度×Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ
【急性期病院退院後の利用者】 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q10 利用開始時に利用者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか			
		全体	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	生活機能向上のリハの必要性のみ
Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度	合計	1170 100.0	68 5.8	853 72.9	249 21.3
	J	154 100.0	20 13.0	98 63.6	36 23.4
	A	492 100.0	23 4.7	359 73.0	110 22.4
	B	369 100.0	11 3.0	287 77.8	71 19.2
	C	88 100.0	9 10.2	61 69.3	18 20.5
	不明	67 100.0	5 7.5	48 71.6	14 20.9

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 49 通所リハ事業所利用者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ
【急性期病院退院後の利用者】



21) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・来院前にリハビリテーション算定を受けていた場所

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者で、来院前にリハビリテーション算定を受けていた患者が来院する直前に算定を受けていた場所について、利用開始時のリハビリテーションニーズ別にみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者は「急性期病床でのリハ」が74.0%、「回復期病床でのリハ」が13.3%となっている。一方、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者が算定を受けていた場所は、「急性期病床でのリハ」が45.7%、「回復期病床でのリハ」が40.0%となっている。

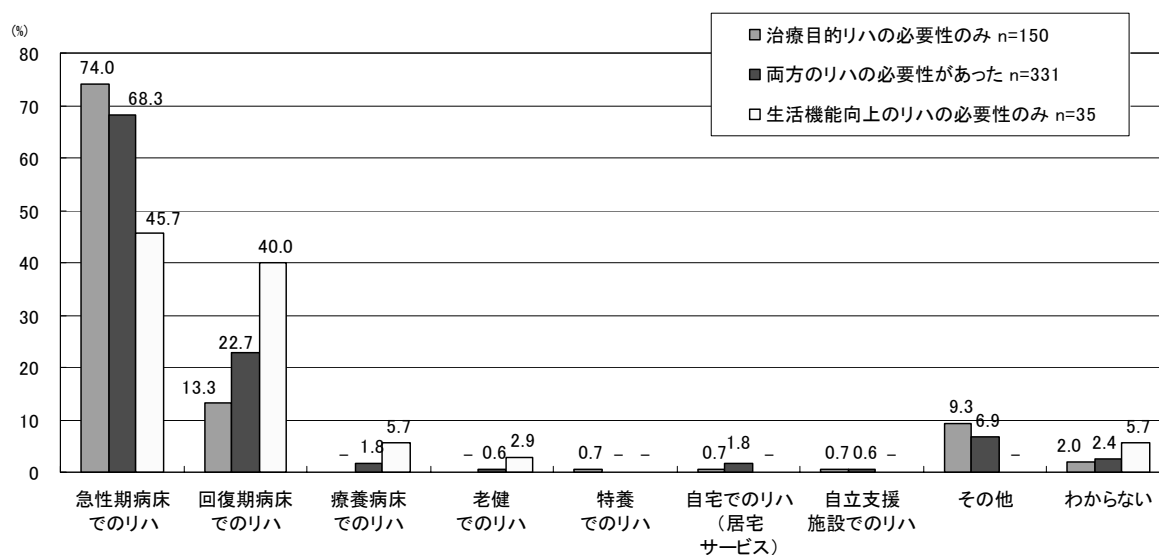
表 48 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 来院する直前にリハ算定を受けていた場所

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時のリハニーズ×Q3 来院する直前にリハ算定を受けていた場所 <複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	急性期病 床でのリハ	回復期病 床でのリハ	療養病床 でのリハ	老健での リハ	特養での リハ	自宅での リハ(居 宅サービ ス)	自立支援 施設での リハ	その他	わから ない
合計	516 100.0	353 68.4	109 21.1	8 1.6	3 0.6	1 0.2	7 1.4	3 0.6	37 7.2	13 2.5
治療目的リハの必要性のみ	150 100.0	111 74.0	20 13.3	-	-	1 0.7	1 0.7	1 0.7	14 9.3	3 2.0
治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	331 100.0	226 68.3	75 22.7	6 1.8	2 0.6	-	6 1.8	2 0.6	23 6.9	8 2.4
生活機能向上のリハの必要性のみ	35 100.0	16 45.7	14 40.0	2 5.7	1 2.9	-	-	-	-	2 5.7

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)で、来院前にリハビリテーションの算定を受けていた患者(無回答を除く)

図 50 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 来院する直前にリハ算定を受けていた場所



22) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・来所前にリハビリテーション算定を受けていた場所

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者と、来所前にリハビリテーション算定を受けていた利用者が、来所する直前に算定を受けていた場所について利用開始時のリハビリテーションニーズ別にみると、『治療目的リハの必要性のみ』および『両方のリハの必要性があった』利用者は、「回復期病床でのリハ」が4割強、「急性期病床でのリハ」が3分の1強を占めている。一方、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者が算定を受けていた場所は、「急性期病床でのリハ」が3割、「回復期病床でのリハ」が3分の1強となっている。

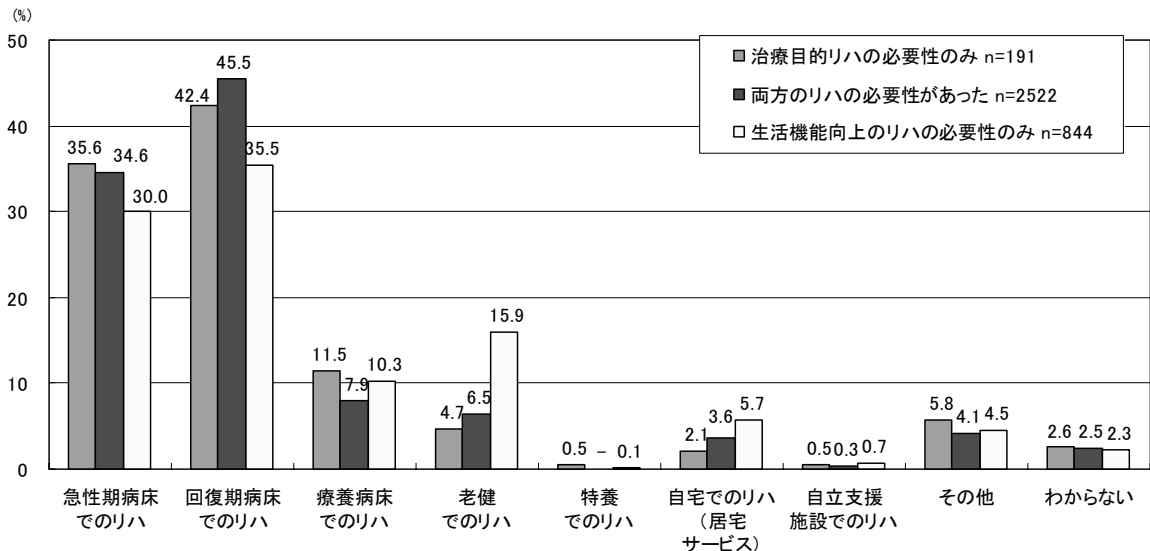
表 49 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 来所する直前にリハ算定を受けていた場所

通所リハ事業所個票 Q10 利用開始時リハニーズ×Q3 来所する直前にリハ算定を受けていた場所<複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	急性期病床 でのリハ	回復期病床 でのリハ	療養病床で のリハ	老健でのリ ハ	特養でのリ ハ	自宅でのリ ハ(居宅 サービス)	自立支援施 設でのリハ	その他	わからない
合計	3557 100.0	1194 33.6	1529 43.0	308 8.7	308 8.7	2 0.1	143 4.0	14 0.4	153 4.3	88 2.5
治療目的リハの必要性のみ	191 100.0	68 35.6	81 42.4	22 11.5	9 4.7	1 0.5	4 2.1	1 0.5	11 5.8	5 2.6
治療目的と生活機能向上の両方のリハ の必要性があった	2522 100.0	873 34.6	1148 45.5	199 7.9	165 6.5	-	91 3.6	7 0.3	104 4.1	64 2.5
生活機能向上のリハの必要性のみ	844 100.0	253 30.0	300 35.5	87 10.3	134 15.9	1 0.1	48 5.7	6 0.7	38 4.5	19 2.3

※集計対象:通所リハ事業所利用者と利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)で、来所前にリハビリテーションの算定を受けていた利用者(無回答を除く)

図 51 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 来所する直前にリハ算定を受けていた場所



23) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・来院前の所在

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者で、来院前にリハビリテーション算定を受けていなかった患者が来院する直前に入院・入所していた場所について、利用開始時のリハビリテーションニーズ別にみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者は「自宅で生活していた」が87.3%とほぼ9割近くを占めている。一方、『生活機能向上のリハの必要性のみ』および『両方のリハの必要性があった』患者は、「自宅で生活していた」割合が約4分の3で、「急性期病床」がそれぞれ15%程度となっている。

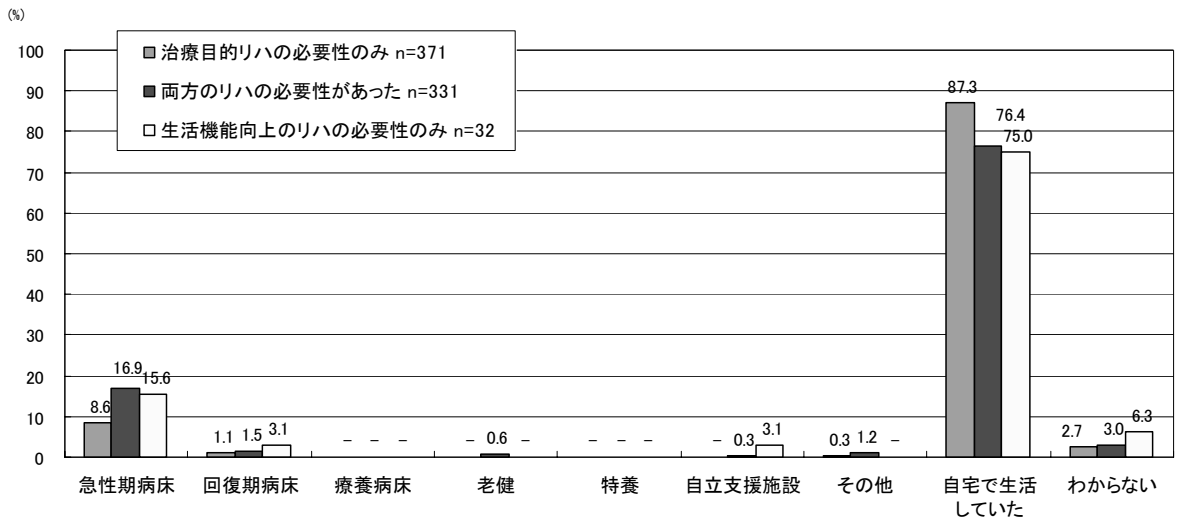
表 50 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない患者の来院前の所在

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時のリハニーズ×Q5 直近にリハ算定を受けていない患者の来院前の所在 (自宅、入所・入院先) <複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	急性期病 床	回復期病 床	療養病床	老健	特養	自立支援 施設	その他	自宅で生 活してい た	わからな い
合計	734 100.0	93 12.7	10 1.4	-	2 0.3	-	2 0.3	5 0.7	601 81.9	22 3.0
治療目的リハの必要性のみ	371 100.0	32 8.6	4 1.1	-	-	-	-	1 0.3	324 87.3	10 2.7
治療目的のリハと生活機能向上のリハの両方の必要性があった	331 100.0	56 16.9	5 1.5	-	2 0.6	-	1 0.3	4 1.2	253 76.4	10 3.0
生活機能向上のリハの必要性のみ	32 100.0	5 15.6	1 3.1	-	-	-	1 3.1	-	24 75.0	2 6.3

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)で、来院前にリハビリテーションの算定を受けていなかった患者(無回答を除く)

図 52 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない患者の来院前の所在



24) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・来所前 所在

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者と、来所前にリハビリテーション算定を受けていなかった利用者が来所する直前に入院・入所していた場所について、利用開始時のリハビリテーションニーズ別にみると、リハビリテーションニーズに関わりなく、「自宅で生活していた」割合はそれぞれ6割強、「急性期病床」がそれぞれ15%程度を占めている。

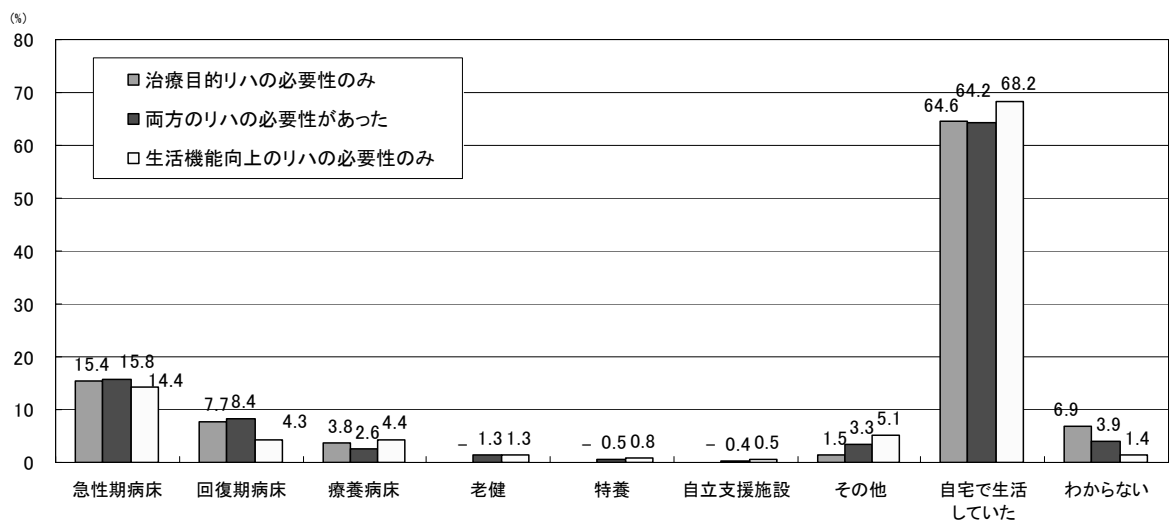
表 51 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない利用者の来所前の所在

通所リハ事業所個票 Q10 利用開始時のリハニーズ×Q5 直近にリハ算定を受けていない利用者の来所前の所在 <複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	急性期病床	回復期病床	療養病床	老健	特養	自立支援施設	その他	自宅で生活 していた	わからない
合計	1751 100.0	267 15.2	120 6.9	59 3.4	21 1.2	10 0.6	7 0.4	67 3.8	1150 65.7	57 3.3
治療目的のリハの必要性のみ	130 100.0	20 15.4	10 7.7	5 3.8	-	-	-	2 1.5	84 64.6	9 6.9
治療目的と生活機能向上の両方のリハ の必要性があった	988 100.0	156 15.8	83 8.4	26 2.6	13 1.3	5 0.5	4 0.4	33 3.3	634 64.2	39 3.9
生活機能向上のリハの必要性のみ	633 100.0	91 14.4	27 4.3	28 4.4	8 1.3	5 0.8	3 0.5	32 5.1	432 68.2	9 1.4

※集計対象:通所リハ事業所利用者と利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)で、来所前にリハビリテーションの算定を受けていなかった利用者(無回答を除く)

図 53 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない利用者の来所前の所在



(2) どのようなリハビリテーション目標を設定したか

1) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・設定目標

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者の利用開始時のリハビリテーションニーズ別にどのような目標を立てたかについてみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者に対しては「主に機能障害の改善（治癒）まで」の目標設定が64.5%と6割以上となっている。『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者は55.8%、『両方のリハの必要性があった』患者は45.2%が「主に生活動作（Disable）改善まで」の目標が設定されていた。

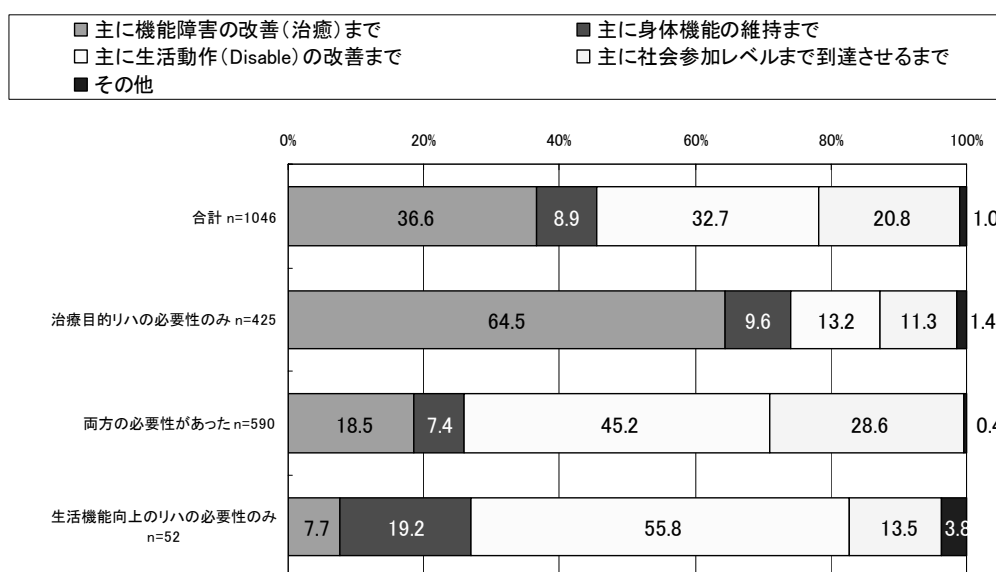
表 52 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q13-SQ2 どのような目標を立てたか <単数回答>

上段:度数 下段:%	Q13-SQ2 どのような目標を立てたか						
	全体	主に機能障害の改善(治癒)まで	主に身体機能の維持まで	主に生活動作(Disable)の改善まで	主に社会参加レベルまで到達させるまで	その他	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか	合計	1046 100.0	383 36.6	93 8.9	342 32.7	218 20.8	10 1.0
	治療目的リハの必要性のみ	425 100.0	274 64.5	41 9.6	56 13.2	48 11.3	6 1.4
	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	569 100.0	105 18.5	42 7.4	257 45.2	163 28.6	2 0.4
	生活機能向上のリハの必要性のみ	52 100.0	4 7.7	10 19.2	29 55.8	7 13.5	2 3.8

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 54 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか



2) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・設定目標

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている患者の利用開始時のリハビリテーションニーズ別にどのような目標を立てたかについてみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者に対しては「主に機能障害の改善（治癒）まで」の目標設定が56.0%と半数以上となるが、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の利用者と『両方のリハの必要性があった』患者に対してはいずれも4割以上が「主に生活動作（Disable）改善まで」の目標が設定されていた。

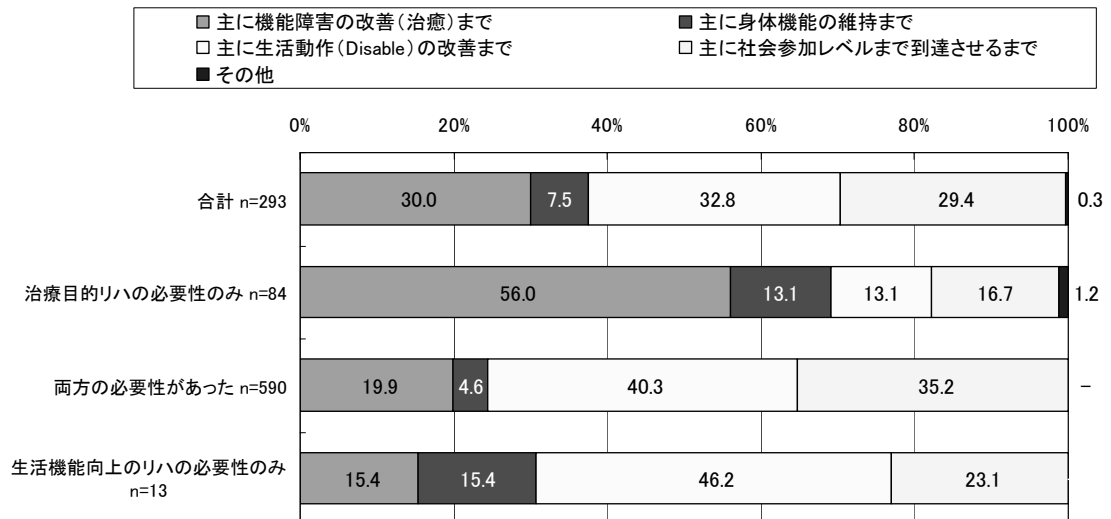
表 53 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q13-SQ2 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の患者】 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q13-SQ2どのような目標を立てたか					
		全体	主に機能障害の改善(治癒)まで	主に身体機能の維持まで	主に生活動作(Disable)の改善まで	主に社会参加レベルまで到達させるまで	その他
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか	合計	293 100.0	88 30.0	22 7.5	96 32.8	86 29.4	1 0.3
	治療目的リハの必要性のみ	84 100.0	47 56.0	11 13.1	11 13.1	14 16.7	1 1.2
	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	196 100.0	39 19.9	9 4.6	79 40.3	69 35.2	-
	生活機能向上のリハの必要性のみ	13 100.0	2 15.4	2 15.4	6 46.2	3 23.1	-

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 55 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の患者】



3) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・設定目標

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者の利用開始時のリハビリテーションニーズ別にどのような目標を立てたかについてみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者に対しては「主に機能障害の改善(治癒)まで」、「主に身体機能の維持まで」の目標設定がそれぞれ35.3%となっているが、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の利用者と『両方のリハの必要性があった』利用者に対してはいずれも6割以上が「主に生活動作(Disable)の改善まで」の目標が設定されていた。

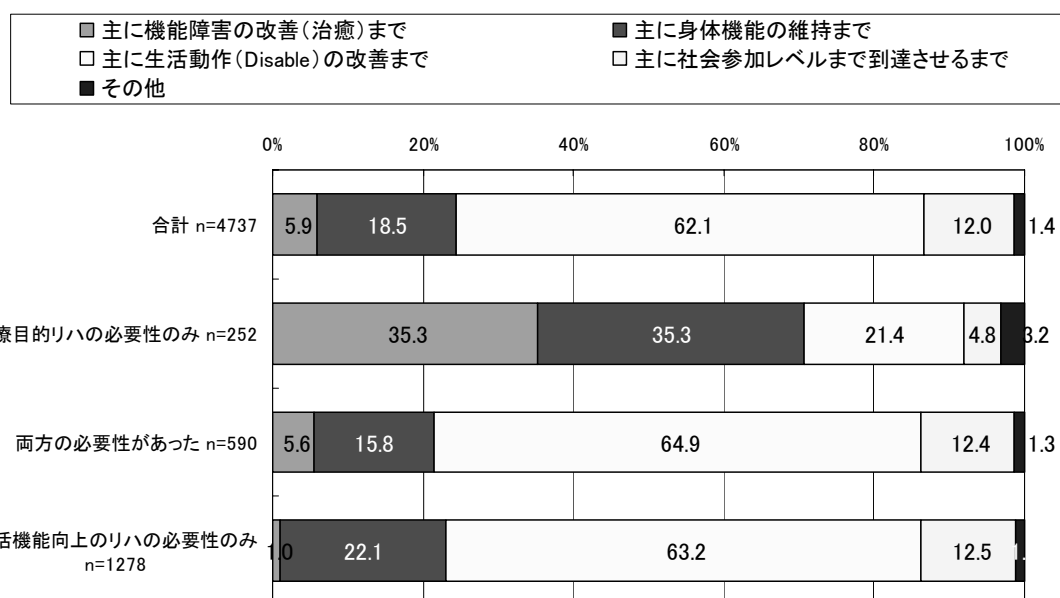
表 54 通所リハ事業所利用者の利用開始時リハニーズ別 どのような目標を立てたか

通所リハ事業所個票 Q10 利用開始時リハニーズ×Q13-SQ2 どのような目標を立てたか<単数回答>

上段:度数 下段:%		Q13-SQ2どのような目標を立てたか					
		全体	主に機能障害の改善(治癒)まで	主に身体機能の維持まで	主に生活動作(Disable)の改善まで	主に社会参加レベルまで到達させるまで	その他
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか	合計	4737	280	878	2943	570	66
		100.0	5.9	18.5	62.1	12.0	1.4
	治療目的リハの必要性のみ	252	89	89	54	12	8
		100.0	35.3	35.3	21.4	4.8	3.2
	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	3207	178	507	2081	398	43
	100.0	5.6	15.8	64.9	12.4	1.3	
生活機能向上のリハの必要性のみ	1278	13	282	808	160	15	
	100.0	1.0	22.1	63.2	12.5	1.2	

※集計対象:通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハビリテーションニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した)(無回答を除く)

図 56 通所リハ事業所利用者の利用開始時リハニーズ別 どのような目標を立てたか



4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・設定目標

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている利用者のリハビリテーションニーズ別にどのような目標を立てたかについてみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者に対しては「主に身体機能の維持まで」が34.6%、次いで「主に機能障害の改善（治療）まで」が32.7%となっている。『生活機能向上のリハの必要性のみ』の利用者と『両方のリハの必要性があった』利用者に対してはいずれも「主に生活動作（Disable）改善まで」が7割弱となっている。

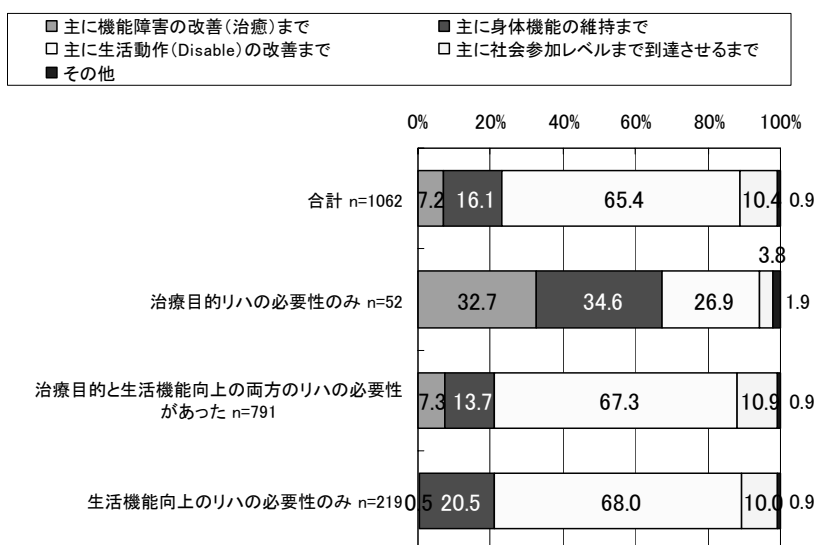
表 55 通所リハ事業所利用者のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q13-SQ2 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の利用者】 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか					
		全体	主に機能障害の改善(治療)まで	主に身体機能の維持まで	主に生活動作(Disable)の改善まで	主に社会参加レベルまで到達させるまで	その他
Q1-3 初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度	合計	1062 100.0	76 7.2	171 16.1	695 65.4	110 10.4	10 0.9
	治療目的リハの必要性のみ	52 100.0	17 32.7	18 34.6	14 26.9	2 3.8	1 1.9
	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	791 100.0	58 7.3	108 13.7	532 67.3	86 10.9	7 0.9
	生活機能向上のリハの必要性のみ	219 100.0	1 0.5	45 20.5	149 68.0	22 10.0	2 0.9

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 57 通所リハ事業所利用者のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の利用者】



(3) 診療所・通所リハビリテーション事業所で提供したリハビリテーションプログラム

1) 診療所患者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの診療所患者について、原因疾患別、利用開始時のリハビリテーションニーズ別に目標達成に向けたプログラムをみた。

表 56 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入)

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム (アセスメント/介入) <複数回答>

	上段:度数 下段:%	Q14 目標達成に向けたリハプログラム									
		アセスメント				介入					
		全体	バイタル チェック	身体機能の リハ評価	ADL機能の リハ評価	治療・身体 機能向上の 要素が強い 運動機能ト レーニング	生活機能向 上・維持の 要素が強い 運動機能ト レーニング	口腔機能 (口腔ケア・ 嚥下)	物理療法	趣味活動	
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	1182	334	959	623	950	392	22	520	75	
		100.0	28.3	81.1	52.7	80.4	33.2	1.9	44.0	6.3	
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	173	104	144	135	114	105	20	46	21
			100.0	60.1	83.2	78.0	65.9	60.7	11.6	26.6	12.1
		治療目的のリハの必要性のみ	30	18	24	15	27	11	10	10	5
			100.0	60.0	80.0	50.0	90.0	36.7	33.3	33.3	16.7
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	119	71	102	98	82	76	6	30	10
		100.0	59.7	85.7	82.4	68.9	63.9	5.0	25.2	8.4	
	生活機能向上のリハの必要性のみ	24	15	18	22	5	18	4	6	6	
		100.0	62.5	75.0	91.7	20.8	75.0	16.7	25.0	25.0	
	運動器疾患	運動器疾患 小計	1009	230	815	488	836	287	2	474	54
			100.0	22.8	80.8	48.4	82.9	28.4	0.2	47.0	5.4
		治療目的のリハの必要性のみ	476	74	379	168	425	40	1	231	22
			100.0	15.5	79.6	35.3	89.3	8.4	0.2	48.5	4.6
治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった		495	142	410	302	400	222	1	229	28	
	100.0	28.7	82.8	61.0	80.8	44.8	0.2	46.3	5.7		
生活機能向上のリハの必要性のみ	38	14	26	18	11	25	-	14	4		
	100.0	36.8	68.4	47.4	28.9	65.8	-	36.8	10.5		

表 57 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入/指導・助言)

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入/指導・助言) <複数回答>

	上段:度数 下段:%	ADL介入										指導・助言															
		全体	起居動作練習			歩行練習		更衣・整容動作練習		食事動作練習		トイレ動作練習		移乗動作練習		入浴動作練習		アドバイス(運動・生活)		アドバイス(住環境)		患者・利用者が自主的にリハビリを行えるための指導		家族への適切な介助方法の指導		家族への障害に対する説明	
			起居動作練習	歩行練習	更衣・整容動作練習	食事動作練習	トイレ動作練習	移乗動作練習	入浴動作練習	アドバイス(運動・生活)	アドバイス(住環境)	患者・利用者が自主的にリハビリを行えるための指導	家族への適切な介助方法の指導	家族への障害に対する説明													
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	1182	219	502	75	33	48	73	34	717	152	585	69	69													
		100.0	18.5	42.5	6.3	2.8	4.1	6.2	2.9	60.7	12.9	49.5	5.8	5.8													
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	173	75	122	19	17	23	33	11	97	44	79	32	25												
			100.0	43.4	70.5	11.0	9.8	13.3	19.1	6.4	56.1	25.4	45.7	18.5	14.5												
		治療目的のリハの必要性のみ	30	11	20	6	6	5	8	5	14	8	9	6	9												
			100.0	36.7	66.7	20.0	20.0	16.7	26.7	16.7	46.7	26.7	30.0	20.0	30.0												
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	119	52	89	9	10	16	18	6	71	28	59	20	11												
		100.0	43.7	74.8	7.6	8.4	13.4	15.1	5.0	59.7	23.5	49.6	16.8	9.2													
	生活機能向上のリハの必要性のみ	24	12	13	4	1	2	7	-	12	8	11	6	5													
		100.0	50.0	54.2	16.7	4.2	8.3	29.2	-	50.0	33.3	45.8	25.0	20.8													
	運動器疾患	運動器疾患 小計	1009	144	380	56	16	25	40	23	620	108	506	37	44												
			100.0	14.3	37.7	5.6	1.6	2.5	4.0	2.3	61.4	10.7	50.1	3.7	4.4												
		治療目的のリハの必要性のみ	476	19	103	13	4	1	2	2	283	16	224	4	15												
			100.0	4.0	21.6	2.7	0.8	0.2	0.4	0.4	59.5	3.4	47.1	0.8	3.2												
治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった		495	115	257	43	12	23	35	20	319	87	272	27	28													
	100.0	23.2	51.9	8.7	2.4	4.6	7.1	4.0	64.4	17.6	54.9	5.5	5.7														
生活機能向上のリハの必要性のみ	38	10	20	-	-	1	3	-	18	5	10	6	1														
	100.0	26.3	52.6	-	-	2.6	7.9	2.6	47.4	13.2	26.3	15.8	2.6														

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 58 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入)【脳血管疾患等】

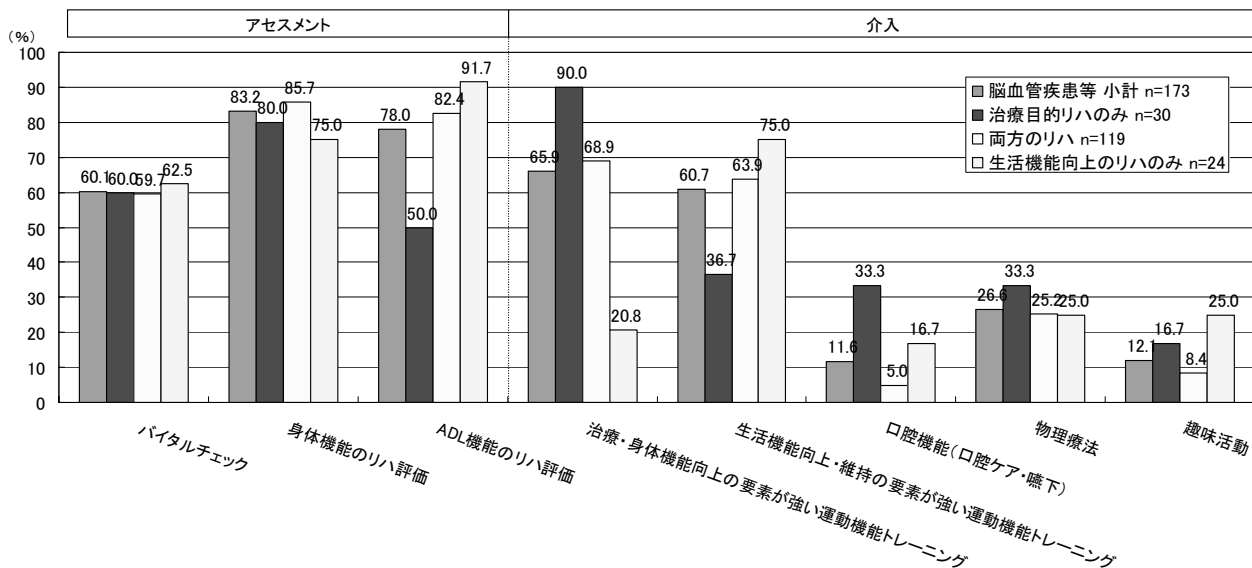


図 59 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入)【運動器疾患】

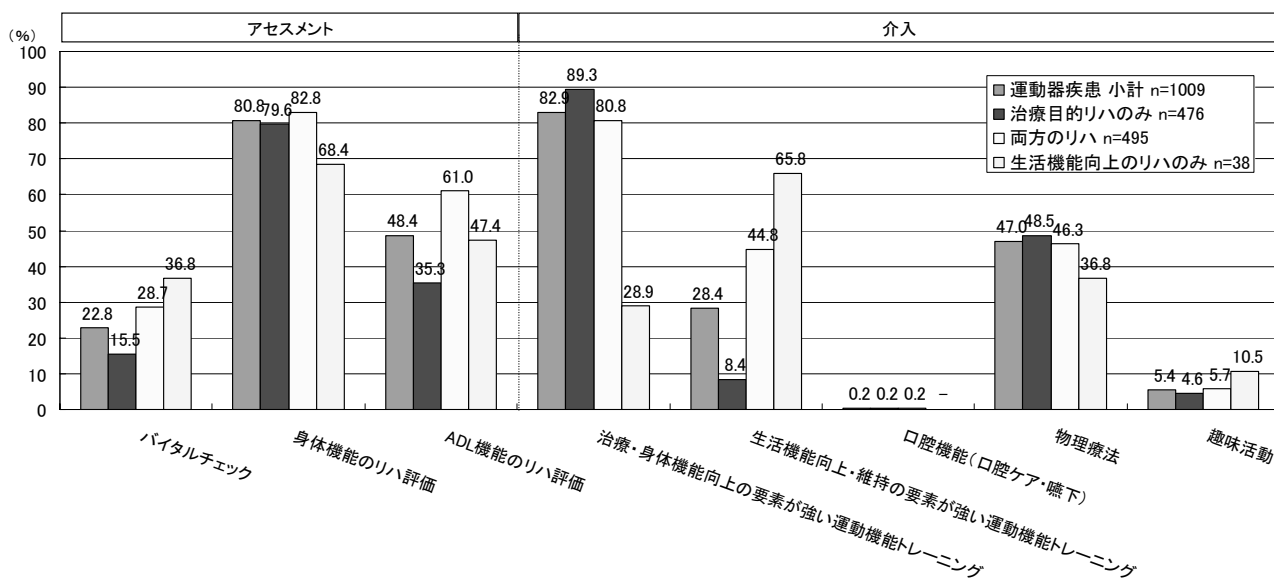


図 60 診療所患者の原因疾患 × 利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入／指導・助言)【脳血管疾患等】

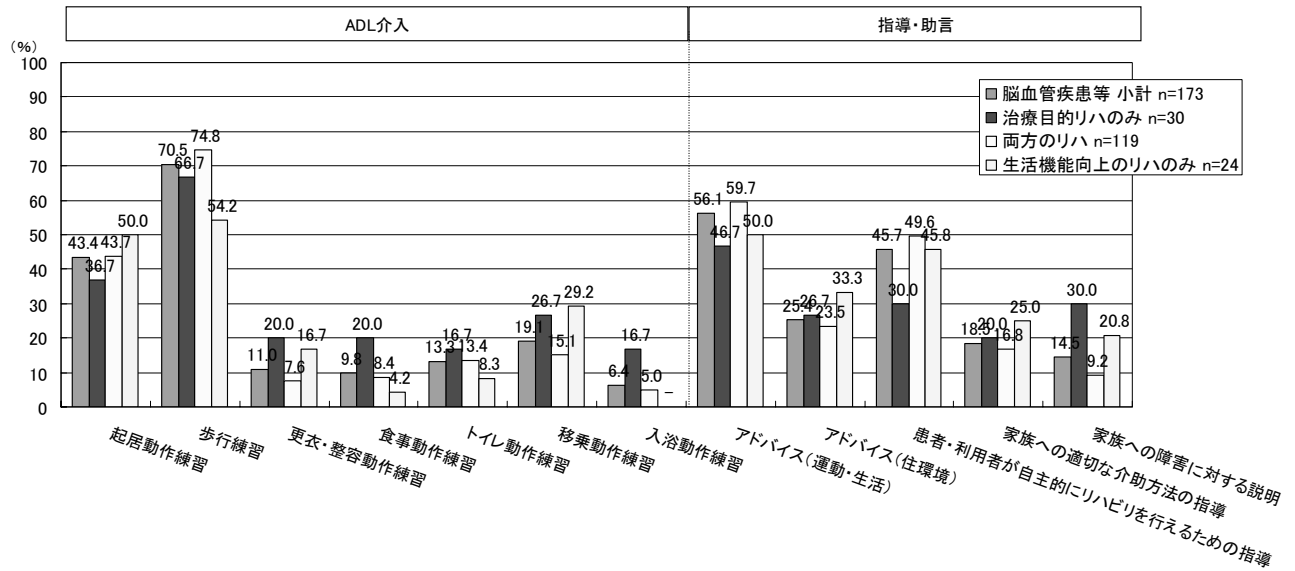
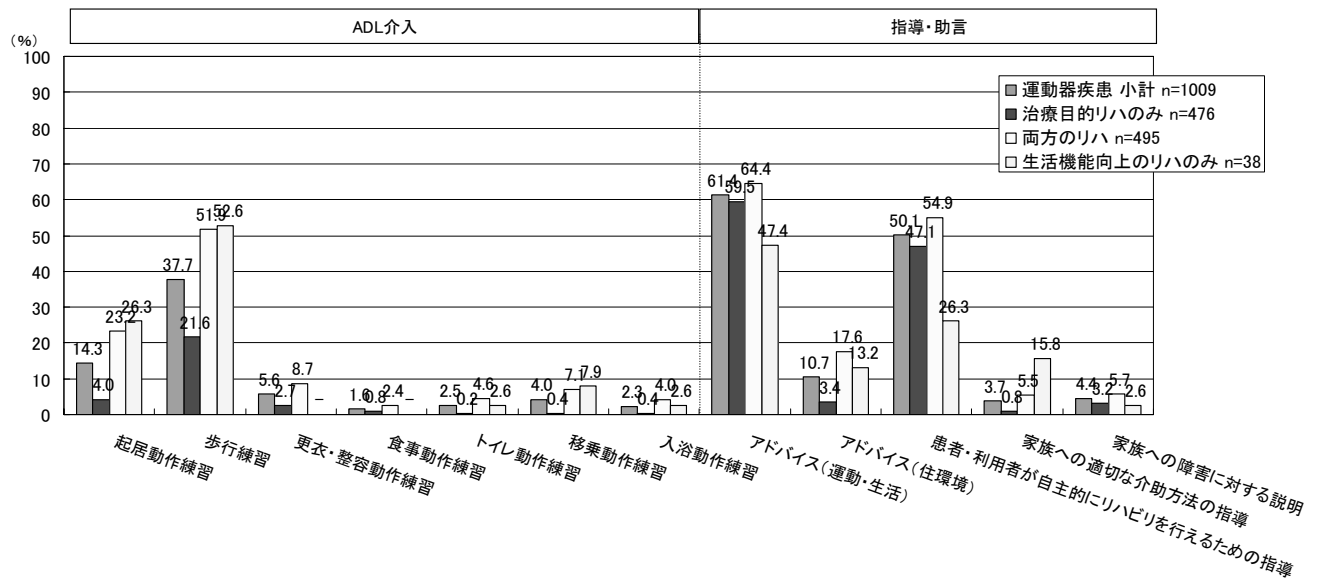


図 61 診療所患者の原因疾患 × 利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入／指導・助言)【運動器疾患】



2) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの診療所患者について、原因疾患別、利用開始時のリハビリテーションニーズ別に目標達成に向けたプログラムをみた。

表 58 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入)
【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム
(アセスメント/介入) <複数回答> 【急性期病院退院後の患者】

	上段:度数 下段:%	Q14 目標達成に向けたリハプログラム									
		アセスメント				介入					
		全体	バイタル チェック	身体機能の リハ評価	ADL機能の リハ評価	治療・身体 機能向上の 要素が強い 運動機能ト レーニング	生活機能向 上・維持の 要素が強い 運動機能ト レーニング	口腔機能 (口腔ケア・ 嚥下)	物理療法	趣味活動	
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	328 100.0	98 29.9	283 86.3	186 56.7	276 84.1	127 38.7	2 0.6	141 43.0	22 6.7	
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	38 100.0	20 52.6	32 84.2	29 76.3	27 71.1	24 63.2	2 5.3	10 26.3	2 5.3
		治療目的のリハの必要性のみ	5 100.0	3 60.0	5 100.0	3 60.0	5 100.0	2 40.0	-	2 40.0	-
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	32 100.0	16 50.0	26 81.3	25 78.1	22 68.8	21 65.6	2 6.3	7 21.9	1 3.1
		生活機能向上のリハの必要性のみ	1 100.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0	-	1 100.0	-	1 100.0	1 100.0
		運動器疾患 小計	290 100.0	78 26.9	251 86.6	157 54.1	249 85.9	103 35.5	-	131 45.2	20 6.9
	運動器疾患	治療目的のリハの必要性のみ	103 100.0	20 19.4	82 79.6	40 38.8	93 90.3	10 9.7	-	47 45.6	7 6.8
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	175 100.0	54 30.9	161 92.0	112 64.0	150 85.7	85 48.6	-	79 45.1	12 6.9
		生活機能向上のリハの必要性のみ	12 100.0	4 33.3	8 66.7	5 41.7	6 50.0	8 66.7	-	5 41.7	1 8.3

表 59 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入/指導・助言)
【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 F3.原因疾患×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム
(ADL 介入/指導・助言) <複数回答> 【急性期病院退院後の患者】

	上段:度数 下段:%	ADL介入										指導・助言			
		全体	起居動作練習	歩行練習	更衣・整容動作練習	食事動作練習	トイレ動作練習	移乗動作練習	入浴動作練習	アドバイス(運動・生活)	アドバイス(住環境)	患者・利用者が自主的にリハビリを行えるための指導	家族への適切な介入方法の指導	家族への障害に対する説明	
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	328 100.0	69 21.0	181 55.2	20 6.1	12 3.7	10 3.0	19 5.8	8 2.4	200 61.0	54 16.5	184 56.1	19 5.8	12 3.7	
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	38 100.0	14 36.8	29 76.3	5 13.2	3 7.9	5 13.2	7 18.4	2 5.3	25 65.8	11 28.9	20 52.6	6 15.8	4 10.5
		治療目的のリハの必要性のみ	5 100.0	1 20.0	4 80.0	-	-	-	1 20.0	-	4 80.0	1 20.0	2 40.0	1 20.0	1 20.0
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	32 100.0	13 40.6	24 75.0	4 12.5	3 9.4	5 15.6	5 15.6	2 6.3	20 62.5	10 31.3	18 56.3	5 15.6	3 9.4
		生活機能向上のリハの必要性のみ	1 100.0	-	1 100.0	1 100.0	-	-	1 100.0	-	1 100.0	-	-	-	-
		運動器疾患 小計	290 100.0	55 19.0	152 52.4	15 5.2	9 3.1	5 1.7	12 4.1	6 2.1	175 60.3	43 14.8	164 56.6	13 4.5	8 2.8
	運動器疾患	治療目的のリハの必要性のみ	103 100.0	4 3.9	38 36.9	4 3.9	3 2.9	-	-	-	52 50.5	1 1.0	47 45.6	1 1.0	-
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	175 100.0	49 28.0	110 62.9	11 6.3	6 3.4	5 2.9	11 6.3	6 3.4	118 67.4	39 22.3	113 64.6	10 5.7	8 4.6
		生活機能向上のリハの必要性のみ	12 100.0	2 16.7	4 33.3	-	-	-	1 8.3	-	5 41.7	3 25.0	4 33.3	2 16.7	-

※集計対象:急性期病院退院後の患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 62 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
(アセスメント/介入)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の患者】

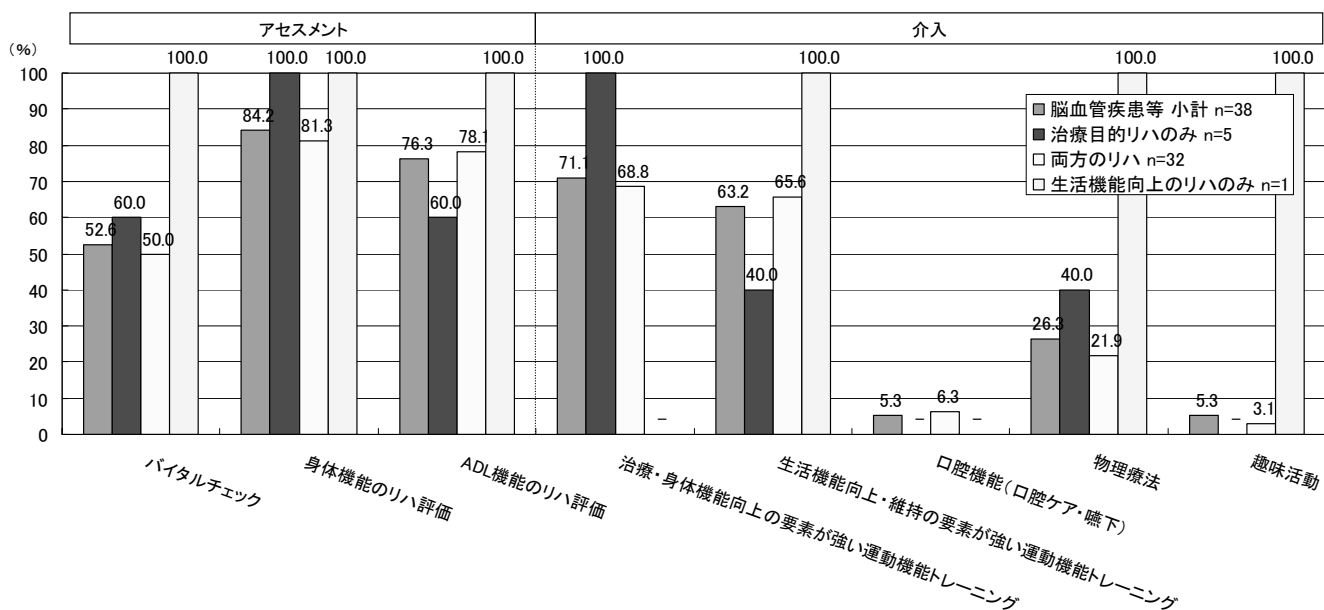


図 63 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
(アセスメント/介入)【運動器疾患 急性期病院退院後の患者】

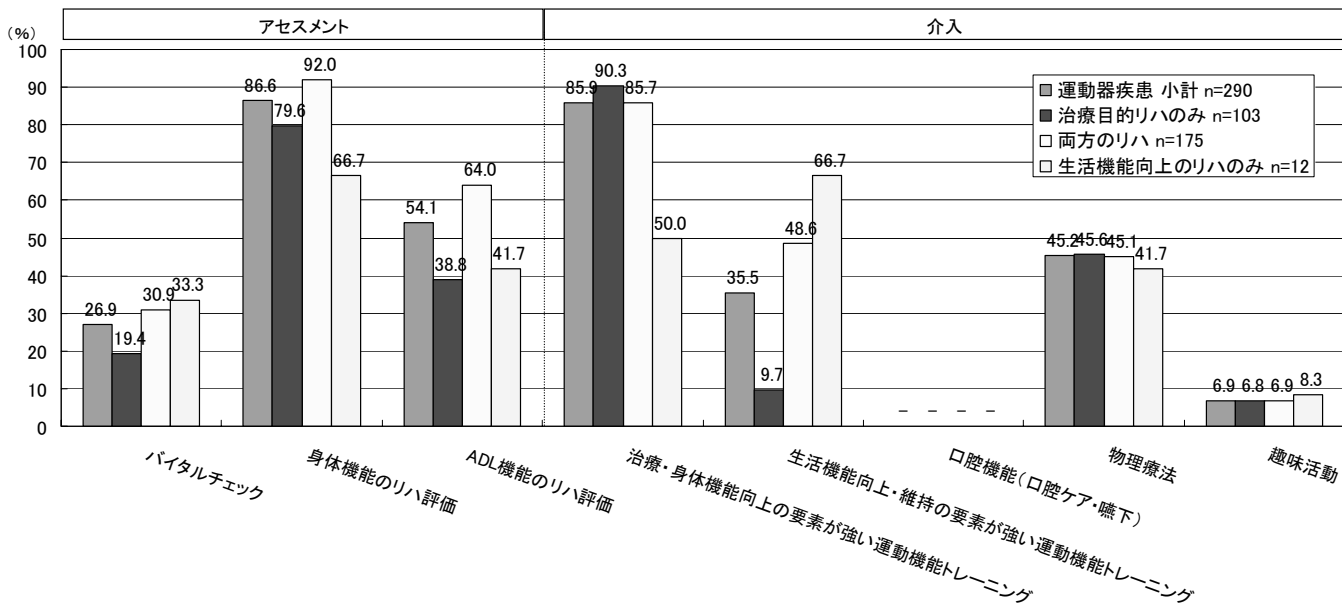


図 64 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
 (ADL 介入／指導・助言)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の患者】

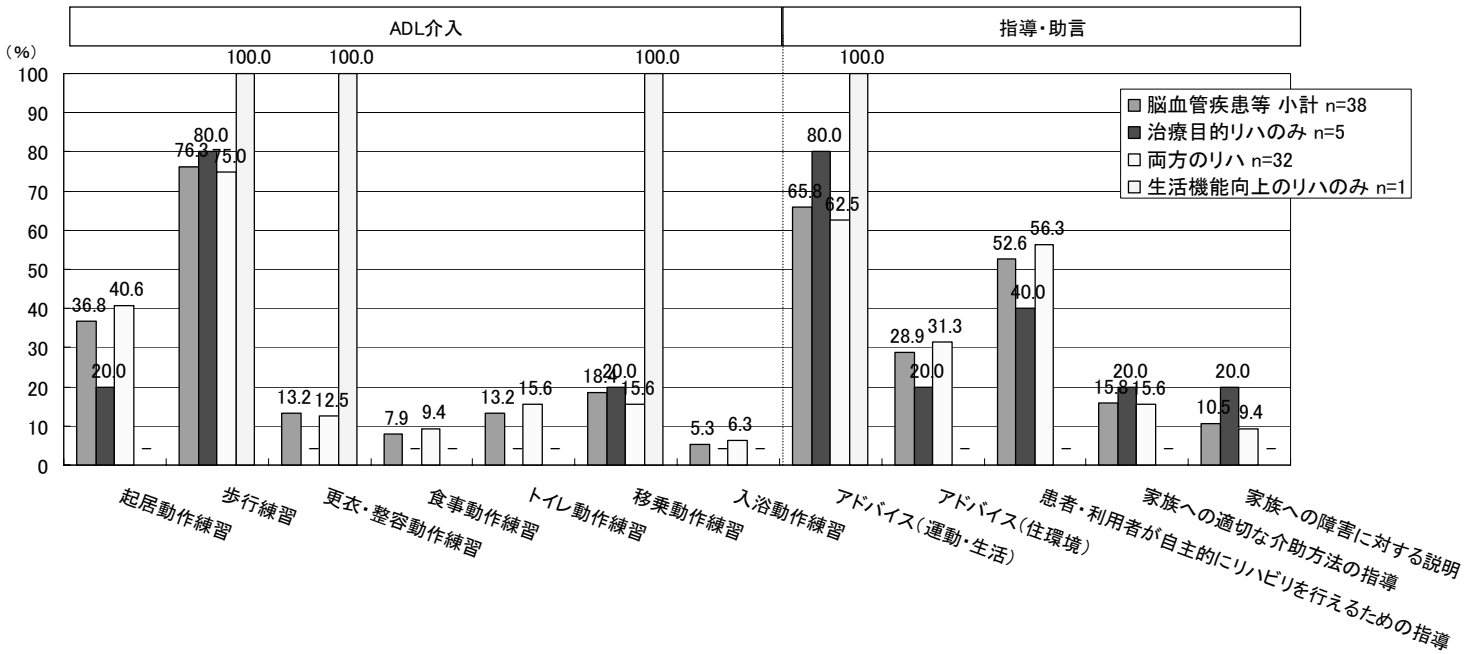
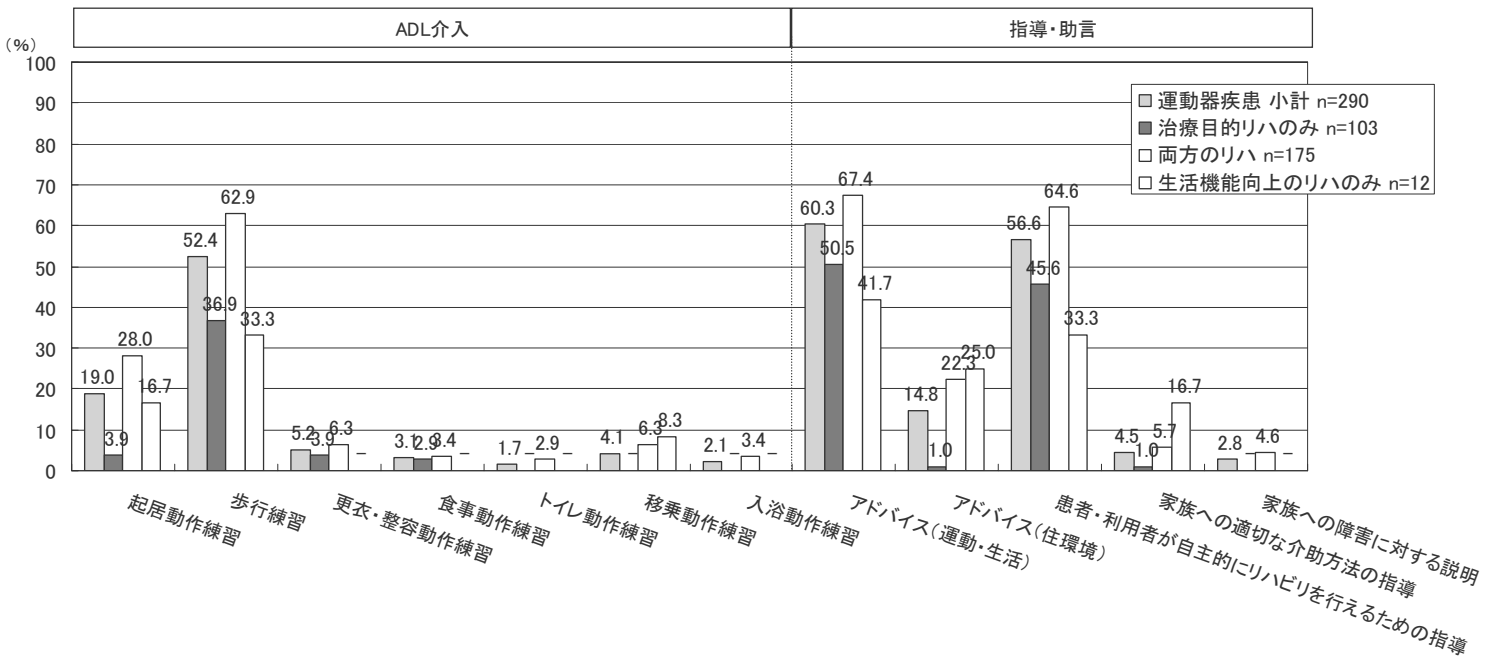


図 65 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
 (ADL 介入／指導・助言)【運動器疾患 急性期病院退院後の患者】



3) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの通所リハビリテーション事業所利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズ別に目標達成に向けたプログラムをみた。

表 60 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント/介入)

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム (アセスメント/介入) <複数回答>

	上段:度数 下段:%	Q14 目標達成に向けたリハプログラム									
		アセスメント				介入					
		全体	バイタル チェック	身体機能の リハ評価	ADL機能の リハ評価	治療・身体 機能向上の 要素が強い 運動機能ト レーニング	生活機能向 上・維持の 要素が強い 運動機能ト レーニング	口腔機能 (口腔ケア・ 嚥下)	物理療法	趣味活動	
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	4236 100.0	2680 63.3	3702 87.4	3444 81.3	2556 60.3	2499 59.0	281 6.6	857 20.2	483 11.4	
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	2413 100.0	1539 63.8	2101 87.1	1973 81.8	1436 59.5	1428 59.2	207 8.6	372 15.4	286 11.9
		治療目的のリハの必要性のみ	136 100.0	85 62.5	118 86.8	96 70.6	109 80.1	20 14.7	9 6.6	16 11.8	15 11.0
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	1685 100.0	1109 65.8	1508 89.5	1416 84.0	1164 69.1	994 59.0	151 9.0	272 16.1	196 11.6
		生活機能向上のリハの必要性のみ	592 100.0	345 58.3	475 80.2	461 77.9	163 27.5	414 69.9	47 7.9	84 14.2	75 12.7
		運動器疾患 小計	1823 100.0	1141 62.6	1601 87.8	1471 80.7	1120 61.4	1071 58.7	74 4.1	485 26.6	197 10.8
	運動器疾患	治療目的のリハの必要性のみ	142 100.0	82 57.7	117 82.4	88 62.0	116 81.7	28 19.7	3 2.1	52 36.6	6 4.2
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	1258 100.0	815 64.8	1135 90.2	1057 84.0	892 70.9	731 58.1	51 4.1	342 27.2	148 11.8
		生活機能向上のリハの必要性のみ	423 100.0	244 57.7	349 82.5	326 77.1	112 26.5	312 73.8	20 4.7	91 21.5	43 10.2

表 61 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入/指導・助言)

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q10 利用開始時の利用者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入/指導・助言) <複数回答>

	上段:度数 下段:%	ADL介入									指導・助言				
		全体	起居動作練習	歩行練習	更衣・整容動作練習	食事動作練習	トイレ動作練習	移乗動作練習	入浴動作練習	アドバイス(運動・生活)	アドバイス(住環境)	患者・利用者が自主的にリハビリを行えるための指導	家族への適切な介助方法の説明	家族への障害に対する説明	
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	4236 100.0	1915 45.2	3293 77.7	357 8.4	229 5.4	578 13.6	1049 24.8	296 7.0	1998 47.2	845 19.9	1441 34.0	515 12.2	322 7.6	
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	2413 100.0	1142 47.3	1828 75.8	241 10.0	154 6.4	355 14.7	657 27.2	167 6.9	1082 44.8	471 19.5	777 32.2	346 14.3	212 8.8
		治療目的のリハの必要性のみ	136 100.0	39 28.7	79 58.1	3 2.2	3 2.2	4 2.9	23 16.9	6 4.4	52 38.2	13 9.6	50 36.8	9 6.6	6 4.4
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	1685 100.0	862 51.2	1329 78.9	194 11.5	126 7.5	275 16.3	498 29.6	129 7.7	801 47.5	365 21.7	570 33.8	267 15.8	162 9.6
		生活機能向上のリハの必要性のみ	592 100.0	241 40.7	420 70.9	44 7.4	25 4.2	76 12.8	136 23.0	32 5.4	229 38.7	93 15.7	157 26.5	70 11.8	44 7.4
		運動器疾患 小計	1823 100.0	773 42.4	1465 80.4	116 6.4	75 4.1	223 12.2	392 21.5	129 7.1	916 50.2	374 20.5	664 36.4	169 9.3	110 6.0
	運動器疾患	治療目的のリハの必要性のみ	142 100.0	27 19.0	97 68.3	7 4.9	7 2.8	13 3.5	5 9.2	2 1.4	65 45.8	15 10.6	49 34.5	3 2.1	5 3.5
		治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	1258 100.0	594 47.2	1049 83.4	85 6.8	58 4.6	174 13.8	304 24.2	101 8.0	673 53.5	276 21.9	475 37.8	129 10.3	76 6.2
		生活機能向上のリハの必要性のみ	423 100.0	152 35.9	319 75.4	24 5.7	13 3.1	44 10.4	75 17.7	26 6.1	178 42.1	83 19.6	140 33.1	37 8.7	27 6.4

*集計対象: 通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 66 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント/介入) 【脳血管疾患等】

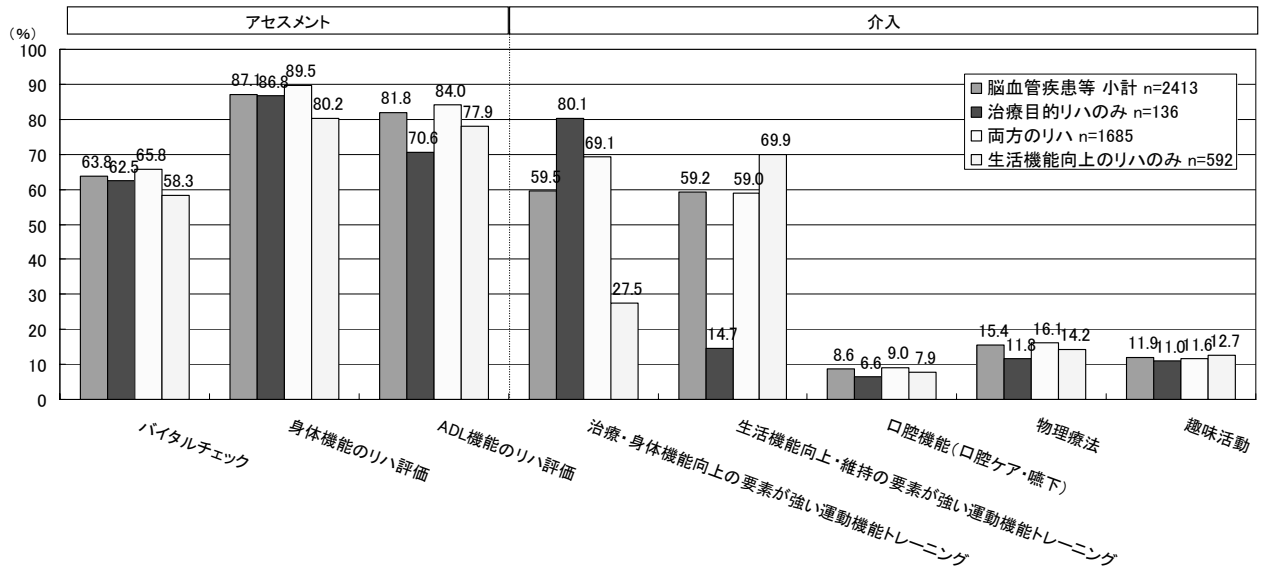


図 67 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント/介入) 【運動器疾患】

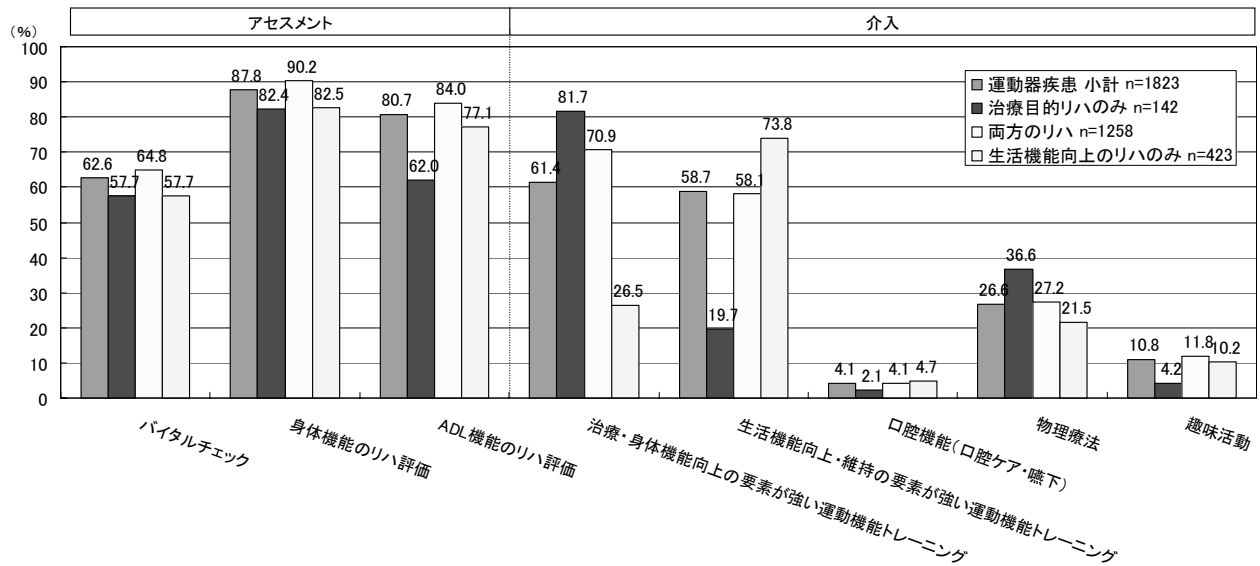


図 68 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
(ADL 介入／指導・助言)【脳血管疾患等】

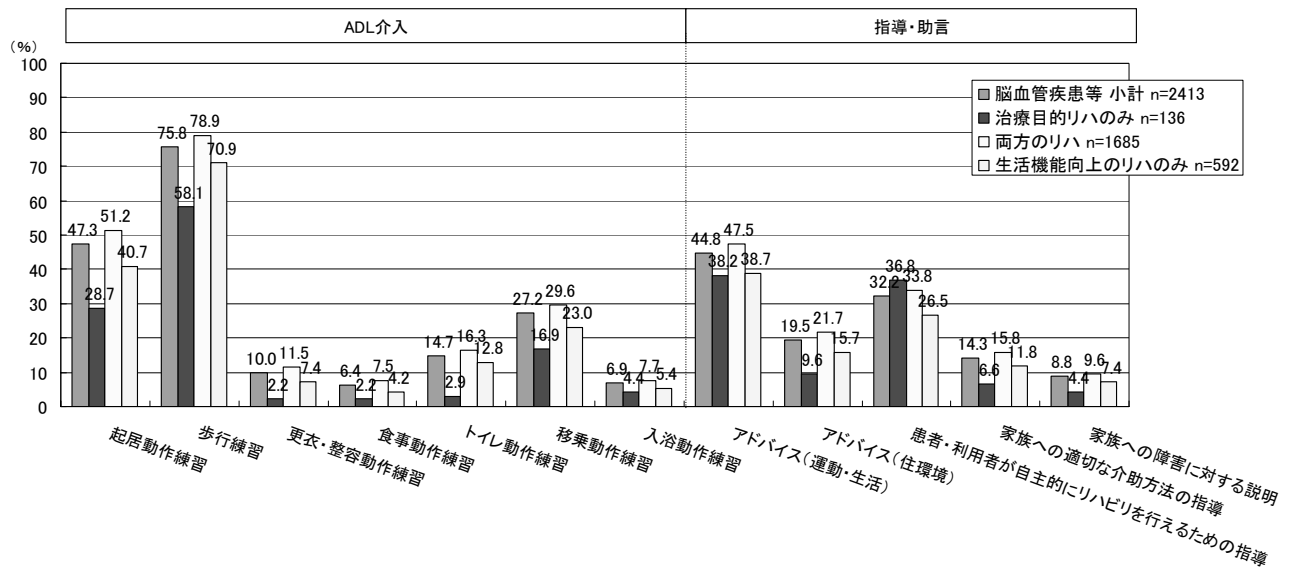
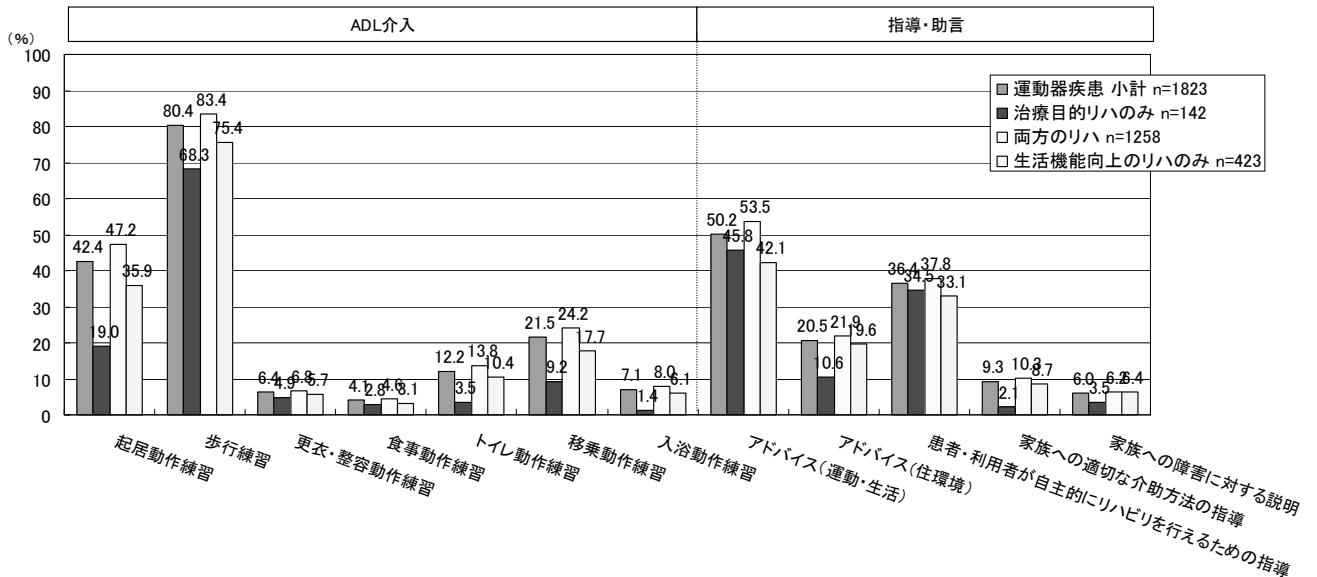


図 69 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
(ADL 介入／指導・助言)【運動器疾患】



4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーションニーズ別・提供プログラム

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの通所リハビリテーション事業所利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズ別に目標達成に向けたプログラムをみた。

表 62 通所リハビリ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入)
【急性期病院退院後の利用者】

通所リハビリ事業所個票 F4 原因疾患×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム
(アセスメント/介入) <複数回答> 【急性期病院退院後の利用者】

	上段:度数 下段:%	Q14 目標達成に向けたリハプログラム									
		アセスメント				介入					
		全体	バイタル チェック	身体機能の リハ評価	ADL機能の リハ評価	治療・身体 機能向上の 要素が強い 運動機能ト レーニング	生活機能向 上・維持の 要素が強い 運動機能ト レーニング	口腔機能 (口腔ケア・ 嚥下)	物理療法	趣味活動	
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	990	639	890	828	628	598	70	196	105	
		100.0	64.5	89.9	83.6	63.4	60.4	7.1	19.8	10.6	
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	490	319	436	411	303	304	54	83	56
			100.0	65.1	89.0	83.9	61.8	62.0	11.0	16.9	11.4
		治療目的のリハの必要性のみ	23	17	23	20	18	2	1	3	1
		100.0	73.9	100.0	87.0	78.3	8.7	4.3	13.0	4.3	
	運動器疾患	治療目的と生活機能向上の両方 のリハの必要性があった	352	232	320	298	249	212	38	54	42
		100.0	65.9	90.9	84.7	70.7	60.2	10.8	15.3	11.9	
		生活機能向上のリハの必要性 のみ	115	70	93	93	36	90	15	26	13
		100.0	60.9	80.9	80.9	31.3	78.3	13.0	22.6	11.3	
		運動器疾患 小計	500	320	454	417	325	294	16	113	49
		100.0	64.0	90.8	83.4	65.0	58.8	3.2	22.6	9.8	
治療目的のリハの必要性のみ		40	20	31	24	26	10	1	14	3	
100.0		50.0	77.5	60.0	65.0	25.0	2.5	35.0	7.5		
治療目的と生活機能向上の両方 のリハの必要性があった	378	250	353	324	274	225	11	88	41		
100.0	66.1	93.4	85.7	72.5	59.5	2.9	23.3	10.8			
生活機能向上のリハの必要性 のみ	82	50	70	69	25	59	4	11	5		
100.0	61.0	85.4	84.1	30.5	72.0	4.9	13.4	6.1			

表 63 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入/指導・助言)
【急性期病院退院後の利用者】

通所リハビリ事業所個票 F4 原因疾患×Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q14 目標達成に向けたプログラム
(ADL 介入/指導・助言) <複数回答> 【急性期病院退院後の利用者】

	上段:度数 下段:%	ADL介入										指導・助言			
		全体	起居動作練 習	歩行練習	更衣・整容 動作練習	食事動作練 習	トイレ動作 練習	移乗動作練 習	入浴動作練 習	アドバイス (運動・生 活)	アドバイス (住環境)	患者・利用 者が自立的 にリハビリを 行えるため の指導	家族への適 切な介助方 法の指導	家族への障 害に対する 説明	
F4 原因疾患× Q10 利用開始時 に患者は治療目 的のリハと生活 機能向上のリハ のどちらの必要 性があったか	合計	990	493	769	81	53	152	294	84	465	211	332	135	81	
		100.0	49.8	77.7	8.2	5.4	15.4	29.7	8.5	47.0	21.3	33.5	13.6	8.2	
	脳血管疾患等	脳血管疾患等 小計	490	247	359	50	35	77	151	41	211	98	165	73	45
			100.0	50.4	73.3	10.2	7.1	15.7	30.8	8.4	43.1	20.0	33.7	14.9	9.2
		治療目的のリハの必要性のみ	23	8	13	-	-	-	6	2	7	1	9	3	1
		100.0	34.8	56.5	-	-	-	26.1	8.7	30.4	4.3	39.1	13.0	4.3	
	運動器疾患	治療目的と生活機能向上の両方 のリハの必要性があった	352	194	267	37	29	59	120	30	162	76	125	56	33
		100.0	55.1	75.9	10.5	8.2	16.8	34.1	8.5	46.0	21.6	35.5	15.9	9.4	
		生活機能向上のリハの必要性 のみ	115	45	79	13	6	18	25	9	42	21	31	14	11
		100.0	39.1	68.7	11.3	5.2	15.7	21.7	7.8	38.5	18.3	27.0	12.2	9.6	
		運動器疾患 小計	500	246	410	31	18	75	143	43	254	113	167	62	36
		100.0	49.2	82.0	6.2	3.6	15.0	28.6	8.6	50.8	22.6	33.4	12.4	7.2	
治療目的のリハの必要性のみ		40	11	30	2	1	1	4	1	15	3	11	1	2	
100.0		27.5	75.0	5.0	2.5	2.5	10.0	2.5	37.5	7.5	27.5	2.5	5.0		
治療目的と生活機能向上の両方 のリハの必要性があった	378	205	323	24	13	61	114	34	208	89	137	46	29		
100.0	54.2	85.4	6.3	3.4	16.1	30.2	9.0	55.0	23.5	36.2	12.7	7.7			
生活機能向上のリハの必要性 のみ	82	30	57	5	4	13	25	8	31	21	19	13	5		
100.0	36.6	69.5	6.1	4.9	15.9	30.5	9.8	37.8	25.6	23.2	15.9	6.1			

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハビリ事業所利用者(通所リハビリ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハビリ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 70 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
 (アセスメント/介入)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の利用者】

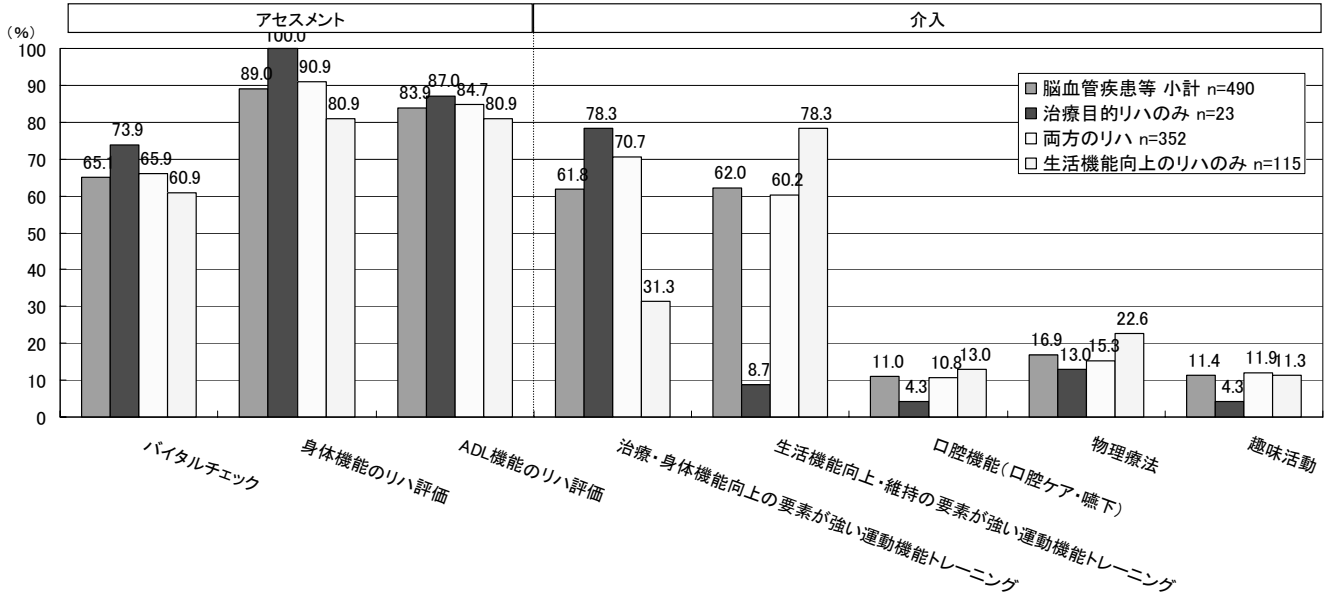


図 71 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
 (アセスメント/介入)【運動器疾患 急性期病院退院後の利用者】

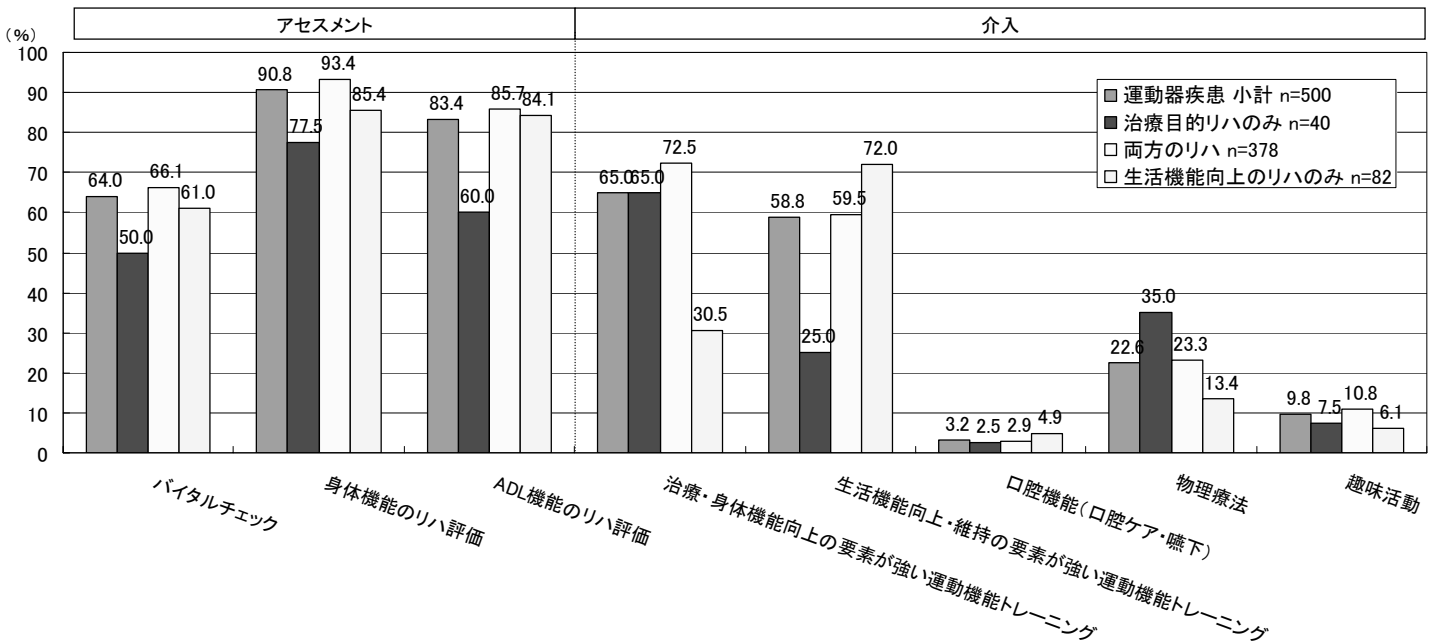


図 72 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
 (ADL 介入／指導・助言)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の利用者】

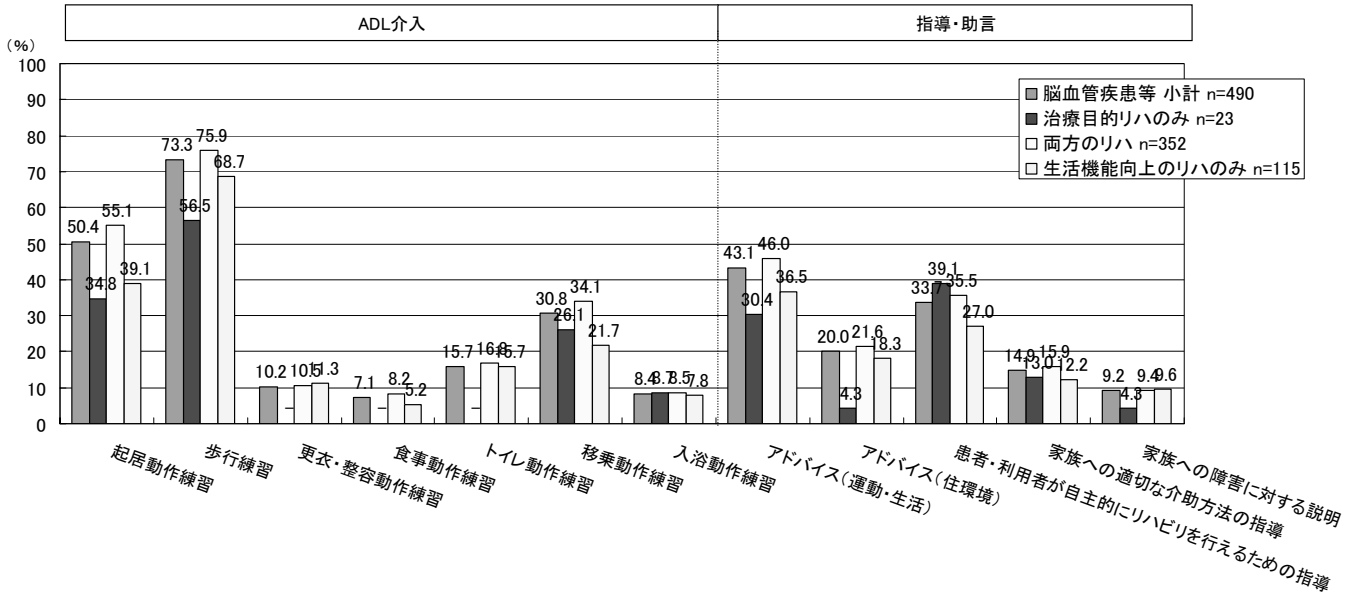
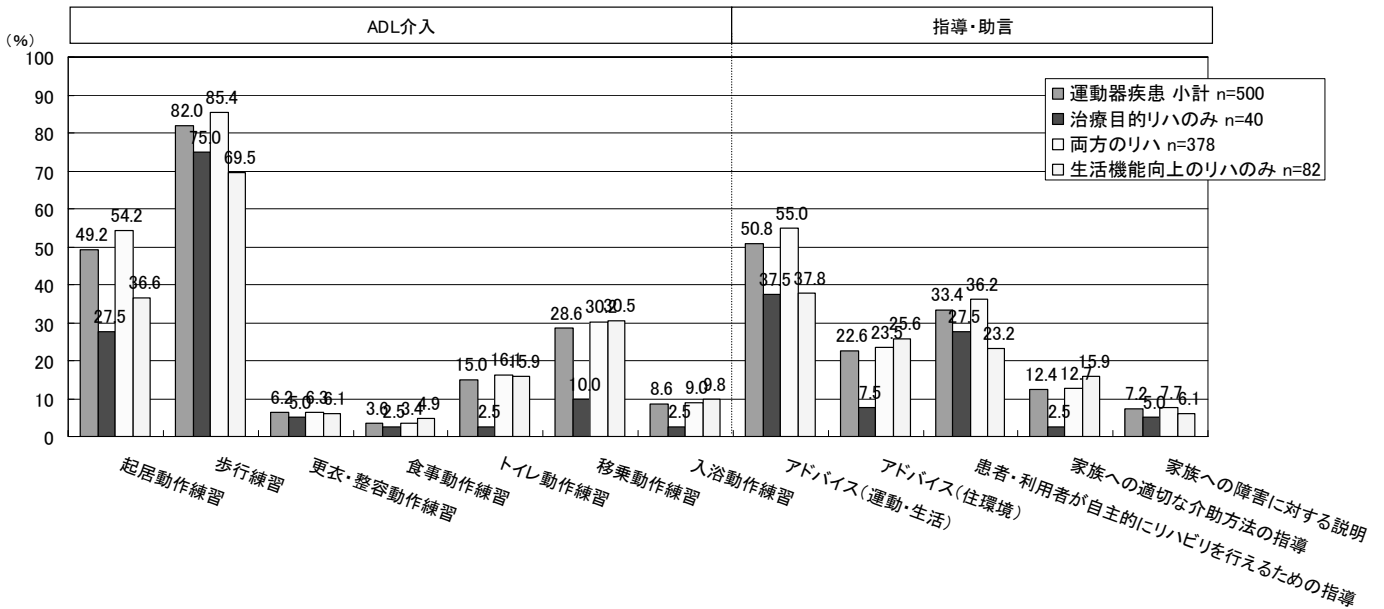


図 73 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム
 (ADL 介入／指導・助言)【運動器疾患 急性期病院退院後の利用者】



(4) 患者・利用者に対してどのようなリハビリテーションを計画したか

1) 患者・利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画

診療所および通所リハビリテーション事業所において、利用開始時にリハビリテーションニーズが把握できている患者・利用者について、ニーズに対して、どのようなリハビリテーションを計画したかをみると、診療所においても、通所リハビリテーション事業所においても、8割以上がニーズに応じたリハビリテーションが提供されていることがわかる。

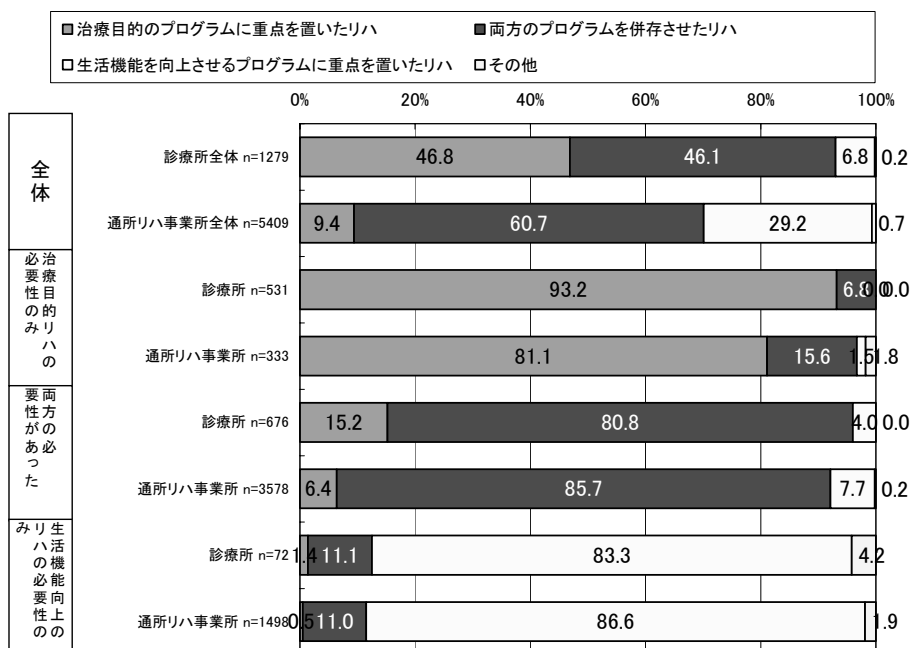
表 64 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか

診療所・通所リハ事業所個票 Q10 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者のリハニーズ×Q11 どのようなリハを計画したか
 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q11 どのようなリハを計画したか				
		全体	治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	治療目的のプログラムと、生活機能を向上させるプログラムを併存させたリハ	生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	その他
全体	診療所全体	1279	599	590	87	3
	通所リハ事業所全体	5409	507	3285	1577	40
		100.0	46.8	46.1	6.8	0.2
治療目的のリハの必要性のみ	診療所	531	495	36	-	-
	通所リハ事業所	333	270	52	5	6
		100.0	93.2	6.8	1.5	1.8
治療目的のリハと生活機能向上のリハの両方の必要性があった	診療所	676	103	546	27	-
	通所リハ事業所	3578	229	3068	275	6
		100.0	15.2	80.8	4.0	0.0
生活機能向上のリハの必要性のみ	診療所	72	1	8	60	3
	通所リハ事業所	1498	8	165	1297	28
		100.0	1.4	11.1	83.3	4.2
		100.0	0.5	11.0	86.6	1.9

※集計対象: 診療所患者および通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハビリテーションニーズが把握できている患者・利用者(リハ有診療所個票・通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者・利用者)(無回答を除く)

図 74 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか



2) 急性期病院退院後の患者・利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画

急性期病院退院後の患者・利用者で、利用開始時にリハビリテーションニーズが把握できている患者・利用者について、ニーズに対して、どのようなリハビリテーションを計画したかをみると、診療所においても、通所リハビリテーション事業所においても、8割以上がニーズに応じたリハビリテーションが提供されていることがわかる。

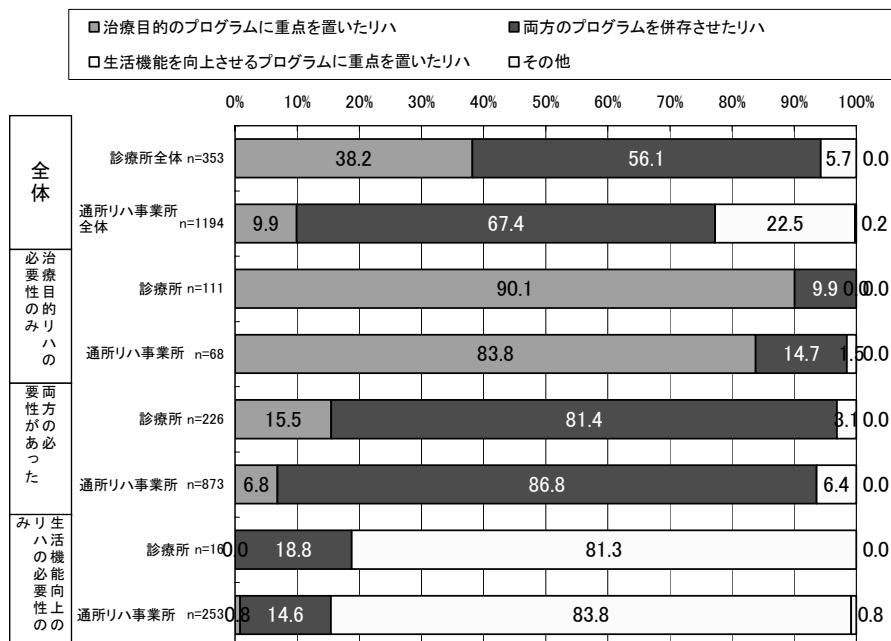
表 65 診療所・通所リハビリ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか
【急性期病院退院後の患者・利用者】

診療所・通所リハビリ事業所個票 Q10 診療所・通所リハビリ事業所の患者・利用者のリハニーズ×Q11 どのようなリハを計画したか
<単数回答> 【急性期病院退院後の患者・利用者】

上段:度数		Q11 どのようなリハを計画したか				
下段:%		全体	治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	治療目的のプログラムと、生活機能を向上させるプログラムを併存させたリハ	生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	その他
全体	診療所全体	353	135	198	20	-
		100.0	38.2	56.1	5.7	-
全体	通所リハビリ事業所全体	1194	118	805	269	2
		100.0	9.9	67.4	22.5	0.2
治療目的のリハの必要性のみ	診療所	111	100	11	-	-
		100.0	90.1	9.9	-	-
治療目的のリハと生活機能向上の両方の必要性があった	診療所	68	57	10	1	-
		100.0	83.8	14.7	1.5	-
生活機能向上のリハの必要性のみ	診療所	226	35	184	7	-
		100.0	15.5	81.4	3.1	-
生活機能向上のみの必要性	診療所	873	59	758	56	-
		100.0	6.8	86.8	6.4	-
生活機能向上のみの必要性	診療所	16	-	3	13	-
		100.0	-	18.8	81.3	-
生活機能向上のみの必要性	通所リハビリ事業所	253	2	37	212	2
		100.0	0.8	14.6	83.8	0.8

※集計対象:診療所患者・通所リハビリ事業所利用者(個票回答患者・利用者)のうち、急性期病院退院後の患者・利用者(診療所個票および通所リハビリ事業所のQ3で来院・来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者・利用者)で、利用開始時にリハビリテーションニーズが把握できている患者・利用者(Q10でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者・利用者)(無回答を除く)<単数回答>

図 75 診療所・通所リハビリ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか
【急性期病院退院後の患者・利用者】



(5) 計画したリハビリテーションとリハビリテーションの充足度について

1) 診療所患者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所の患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと計画したリハビリテーション別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者は、「治療目的のプログラムに重点を置いたリハ」、「治療目的と生活機能向上を並存させたリハ」いずれのリハビリテーションを計画した利用者も5割以上が「十分なリハが提供できている」と答えている。

一方で、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者は、「生活機能向上のプログラムに重点を置いたリハ」、「治療目的と生活機能向上を並存させたリハ」いずれのリハビリテーションを計画した患者も「十分なリハが提供できている」割合は3割程度となっている。なお、『両方のリハの必要性があった』患者の「生活機能向上のプログラムに重点を置いたリハ」の「十分なリハが提供できている」割合は22.2%となっている。

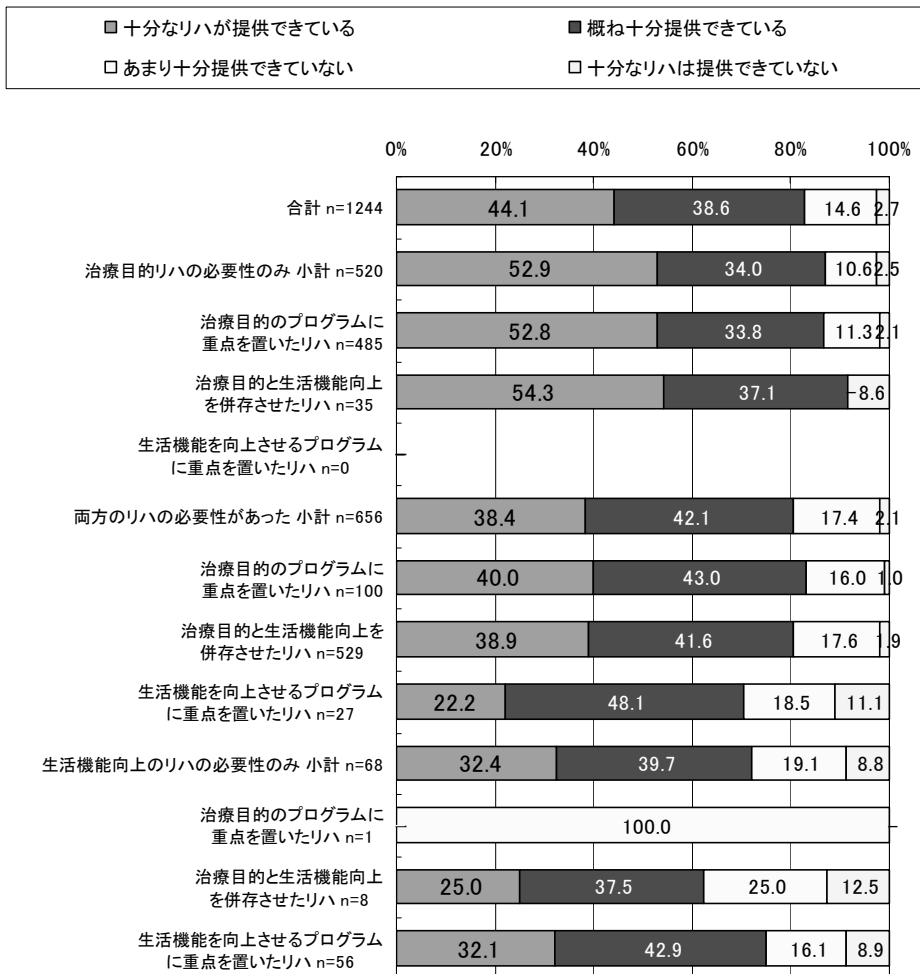
表 66 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q11 計画したリハ×Q17 現状のリハの充足度 <単数回答>

	上段:度数		Q17 現状のリハの充足度					
	下段:%		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×Q11 どのようなリハを計画したか	合計		1244	549	480	182	33	
			100.0	44.1	38.6	14.6	2.7	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的のリハの必要性のみ 小計		520	275	177	55	13
				100.0	52.9	34.0	10.6	2.5
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ		485	256	164	55	10
				100.0	52.8	33.8	11.3	2.1
	治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ		35	19	13	-	3	
			100.0	54.3	37.1	-	8.6	
	生活機能向上を向上させるプログラムに重点を置いたリハ		-	-	-	-	-	
			-	-	-	-	-	
	治療目的と生活機能向上の両方の必要性があったか×Q11 どのようなリハを計画したか	両方のリハの必要性があった 小計		656	252	276	114	14
				100.0	38.4	42.1	17.4	2.1
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ		100	40	43	16	1
				100.0	40.0	43.0	16.0	1.0
	治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ		529	206	220	93	10	
		100.0	38.9	41.6	17.6	1.9		
生活機能向上を向上させるプログラムに重点を置いたリハ		27	6	13	5	3		
		100.0	22.2	48.1	18.5	11.1		
生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハの必要性のみ 小計		68	22	27	13	6	
			100.0	32.4	39.7	19.1	8.8	
	治療目的のプログラムに重点を置いたリハ		1	-	-	1	-	
			100.0	-	-	100.0	-	
治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ		8	2	3	2	1		
		100.0	25.0	37.5	25.0	12.5		
生活機能向上を向上させるプログラムに重点を置いたリハ		56	18	24	9	5		
		100.0	32.1	42.9	16.1	8.9		

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 76 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度



2) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度

急性期病院退院後の患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと計画したリハビリテーション別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者は、「十分なリハが提供できている」割合がいずれも5割以上となっている。

『両方のリハの必要性があった』患者の「治療目的のプログラムに重点を置いたリハ」の「十分なリハが提供できている」割合は60.0%。

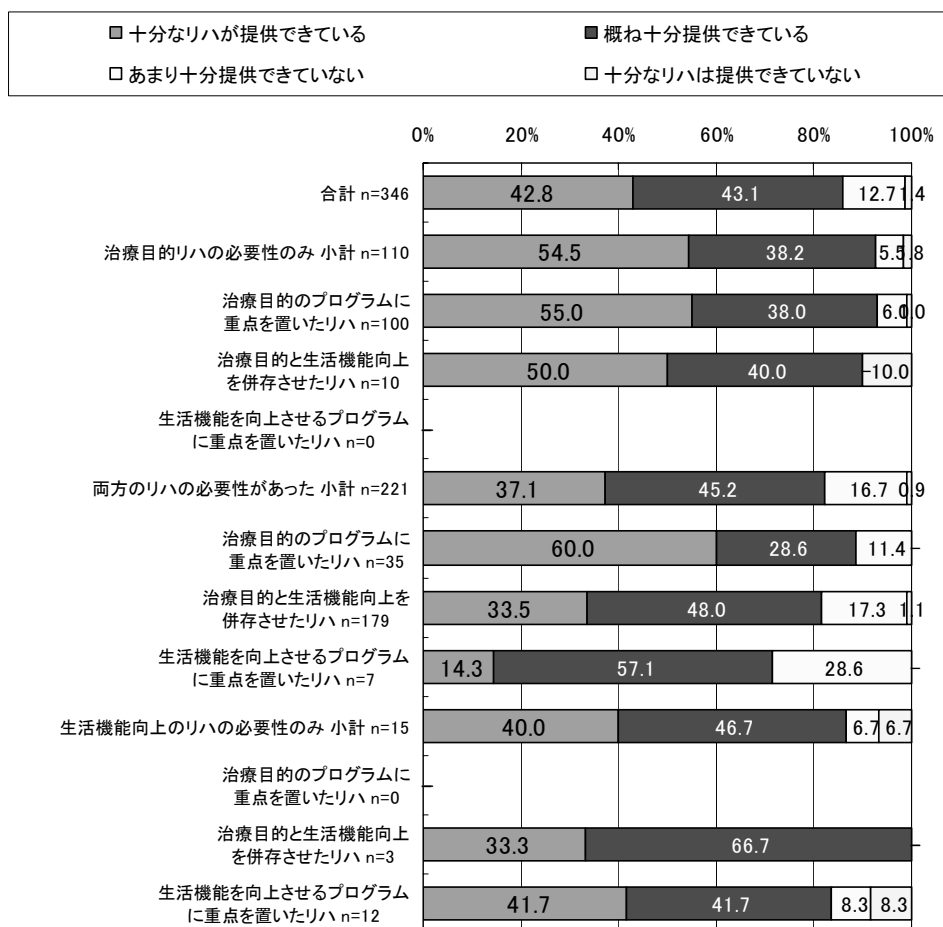
表 67 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×Q11 計画したリハ×Q17 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の患者】 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×Q11 どのようなリハを計画したか	合計	346 100.0	148 42.8	149 43.1	44 12.7	5 1.4	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的のリハの必要性のみ 小計	110 100.0	60 54.5	42 38.2	6 5.5	2 1.8
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	100 100.0	55 55.0	38 38.0	6 6.0	1 1.0
		治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ	10 100.0	5 50.0	4 40.0	-	- 10.0
		生活機能向上をさせるプログラムに重点を置いたリハ	-	-	-	-	-
	治療目的と生活機能向上の両方の必要性があった	両方のリハの必要性があった 小計	221 100.0	82 37.1	100 45.2	37 16.7	2 0.9
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	35 100.0	21 60.0	10 28.6	4 11.4	-
		治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ	179 100.0	60 33.5	86 48.0	31 17.3	2 1.1
		生活機能向上をさせるプログラムに重点を置いたリハ	7 100.0	1 14.3	4 57.1	2 28.6	-
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハの必要性のみ 小計	15 100.0	6 40.0	7 46.7	1 6.7	1 6.7
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	-	-	-	-	-
		治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ	3 100.0	1 33.3	2 66.7	-	-
		生活機能向上をさせるプログラムに重点を置いたリハ	12 100.0	5 41.7	5 41.7	1 8.3	1 8.3

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 77 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の患者】



3) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと計画したリハビリテーション別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者は、「十分なリハが提供できている」割合がいずれも4割前後となっている。

一方で、『両方のリハの必要性があった』利用者では「十分なリハが提供できている」割合がいずれも3割前後となっている。『生活機能向上のリハの必要性のみ』の利用者の「治療目的のプログラムに重点を置いたリハ」の「十分なリハが提供できている」割合は12.5%と低くなっている。

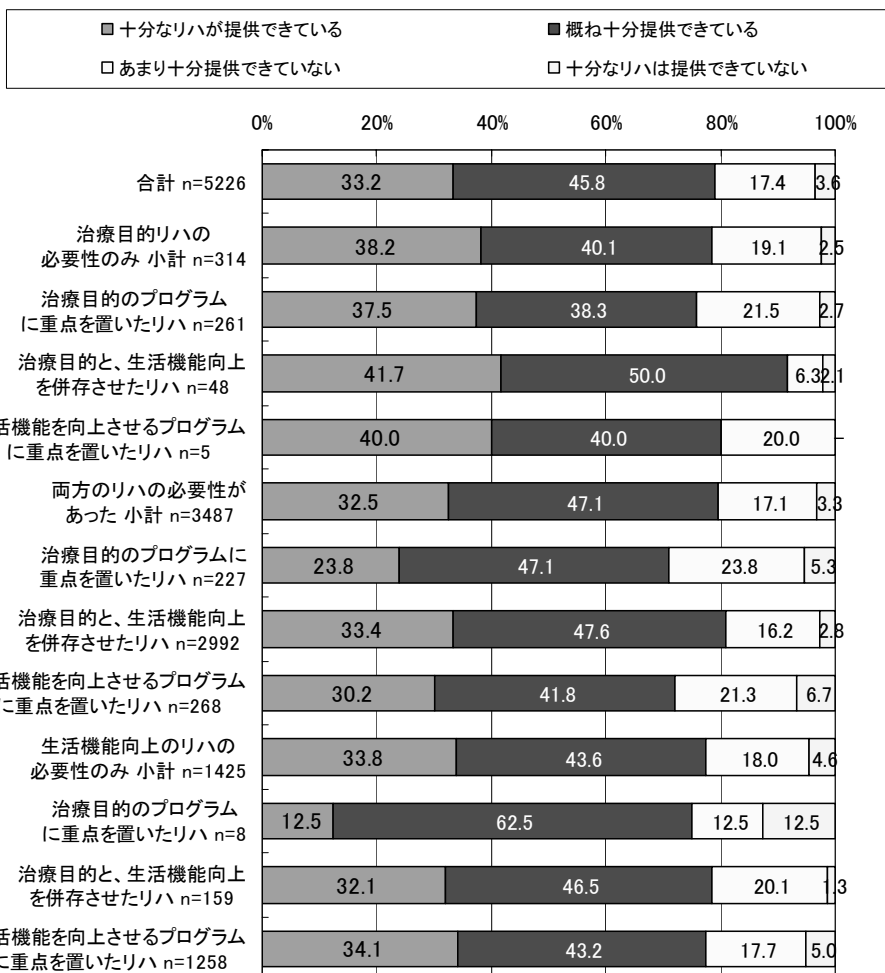
表 68 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度

通所リハ事業所個票 Q10 通所リハ事業所利用者のリハニーズ×Q11 計画したリハ×Q17 現状のリハの充足度
 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハ が提供でき ている	概ね十分提 供できてい る	あまり十分 提供できて いない	十分なリハ は提供でき ていない	
Q10 利用 開始時に患 者は治療 目的のリハ と生活機能 向上のリハ のどちらの 必要性があ ったか×Q11 どのような リハを計画 したか	合計	5226 100.0	1735 33.2	2391 45.8	911 17.4	189 3.6	
	治療目的 のリハの必 要性のみ	治療目的のリハの必要性のみ 小計	314 100.0	120 38.2	126 40.1	60 19.1	8 2.5
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	261 100.0	98 37.5	100 38.3	56 21.5	7 2.7
		治療目的と、生活機能向上を併存させたりハ	48 100.0	20 41.7	24 50.0	3 6.3	1 2.1
		生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	5 100.0	2 40.0	2 40.0	1 20.0	- -
		両方のリハの必要性があった 小計	3487 100.0	1134 32.5	1643 47.1	595 17.1	115 3.3
	治療目的 と生活機能 向上の両方 の必要性が あった	治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	227 100.0	54 23.8	107 47.1	54 23.8	12 5.3
		治療目的と、生活機能向上を併存させたりハ	2992 100.0	999 33.4	1424 47.6	484 16.2	85 2.8
		生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	268 100.0	81 30.2	112 41.8	57 21.3	18 6.7
		生活機能向上のリハの必要性のみ 小計	1425 100.0	481 33.8	622 43.6	256 18.0	66 4.6
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	8 100.0	1 12.5	5 62.5	1 12.5	1 12.5
	生活機能 向上のリハ の必要性の み	治療目的と、生活機能向上を併存させたりハ	159 100.0	51 32.1	74 46.5	32 20.1	2 1.3
		生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	1258 100.0	429 34.1	543 43.2	223 17.7	63 5.0

※集計対象: 通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 78 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度



4) 急性期病院退院後のリハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズに応じたリハビリテーション計画と充足度

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと計画したリハビリテーション別に現状のリハの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者は、「十分なリハが提供できている」割合が46.3%となっている。

一方で、『両方のリハの必要性があった』利用者の「治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ」、「生活機能向上のプログラムに重点を置いたリハ」の「十分なリハが提供できている」割合はいずれも3割強となっている。『生活機能向上のリハの必要性のみ』の利用者の「治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ」、「生活機能向上を向上させるプログラムに重点を置いたリハ」の「十分なリハが提供できている」割合は3割前後となっている。

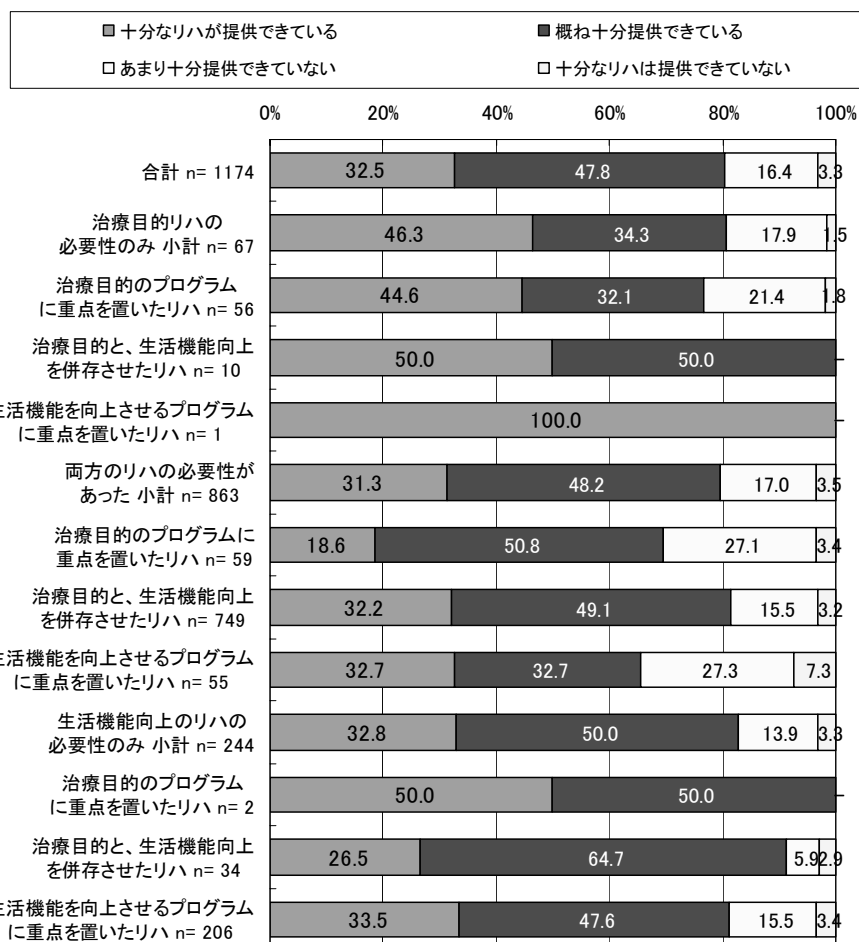
表 69 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 Q10 通所リハ事業所利用者のリハニーズ×Q11 計画したリハ×Q17 現状のリハの充足度
 <単数回答>【急性期病院退院後の利用者】

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×Q11 どのようなリハを計画したか	合計	1174 100.0	381 32.5	561 47.8	193 16.4	39 3.3	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的のリハの必要性のみ 小計	67 100.0	31 46.3	23 34.3	12 17.9	1 1.5
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	56 100.0	25 44.6	18 32.1	12 21.4	1 1.8
		治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ	10 100.0	5 50.0	5 50.0	-	-
		生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	1 100.0	1 100.0	-	-	-
	治療目的と生活機能向上の両方の必要性があったか×Q11 どのようなリハを計画したか	両方のリハの必要性があった 小計	863 100.0	270 31.3	416 48.2	147 17.0	30 3.5
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	59 100.0	11 18.6	30 50.8	16 27.1	2 3.4
		治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ	749 100.0	241 32.2	368 49.1	116 15.5	24 3.2
		生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	55 100.0	18 32.7	18 32.7	15 27.3	4 7.3
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハの必要性のみ 小計	244 100.0	80 32.8	122 50.0	34 13.9	8 3.3
		治療目的のプログラムに重点を置いたリハ	2 100.0	1 50.0	1 50.0	-	-
		治療目的と、生活機能向上を併存させたリハ	34 100.0	9 26.5	22 64.7	2 5.9	1 2.9
		生活機能を向上させるプログラムに重点を置いたリハ	206 100.0	69 33.5	98 47.6	32 15.5	7 3.4

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 79 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ × 計画したリハ別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】



(6) リハビリテーションの充足度について

1) 診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの診療所の患者について、原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『運動器疾患』の患者は「十分なリハが提供できている」が 46.7%、「概ね十分提供できている」(38.1%) とあわせると 8 割以上を占める。一方、『脳血管疾患等』の患者は「十分なリハが提供できている」(35.1%)、「概ね十分提供できている」(40.2%) とあわせて約 75%となっている。

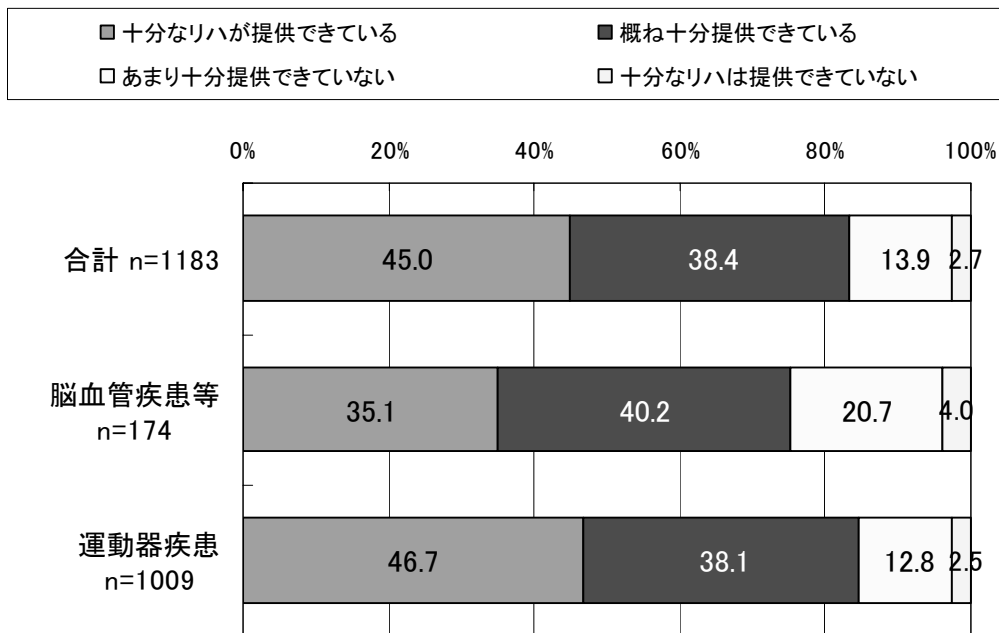
表 70 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q17 現状のリハの充足度 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q17 現状のリハの充足度				
		全体	十分なリハ が提供でき ている	概ね十分提 供できてい る	あまり十分 提供できて いない	十分なリハ は提供でき ていない
F3原因疾患	合計	1183 100.0	532 45.0	454 38.4	165 13.9	32 2.7
	脳血管疾患等	174 100.0	61 35.1	70 40.2	36 20.7	7 4.0
	運動器疾患	1009 100.0	471 46.7	384 38.1	129 12.8	25 2.5

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 80 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度



2) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足度

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『脳血管疾患等』の患者は「十分なリハが提供できている」が31.6%、「概ね十分提供できている」が50.0%であり、あわせると約82%となっている。一方、『運動器疾患』の患者は「十分なリハが提供できている」(45.7%)、「概ね十分提供できている」(42.2%)とあわせて約88%となっている。

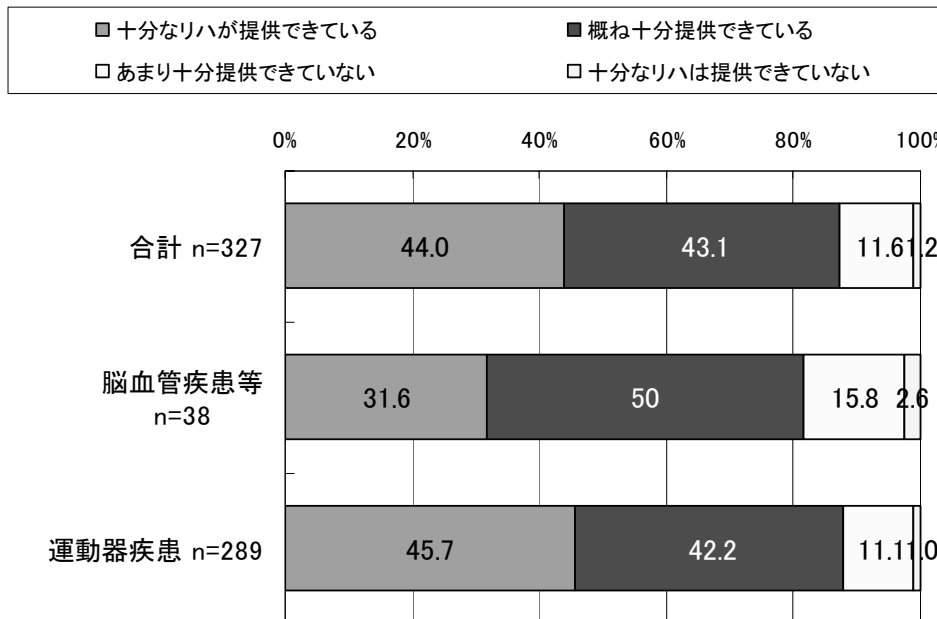
表 71 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q17 現状のリハの充足度 <単数回答>【急性期病院退院後の患者】

	上段:度数 下段:%	Q17 現状のリハの充足度				
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない
F3原因疾患	合計	327 100.0	144 44.0	141 43.1	38 11.6	4 1.2
	脳血管疾患等	38 100.0	12 31.6	19 50.0	6 15.8	1 2.6
	運動器疾患	289 100.0	132 45.7	122 42.2	32 11.1	3 1.0

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 81 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の患者】



3) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの通所リハビリテーション事業所利用者について、原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『脳血管疾患等』の利用者は「十分なリハが提供できている」が 31.7%、「概ね十分提供できている」が 46.1%であり、あわせると約 78%となっている。また、『運動器疾患』の利用者は「十分なリハが提供できている」(35.5%)、「概ね十分提供できている」(45.9%) とあわせて約 81%となっている。

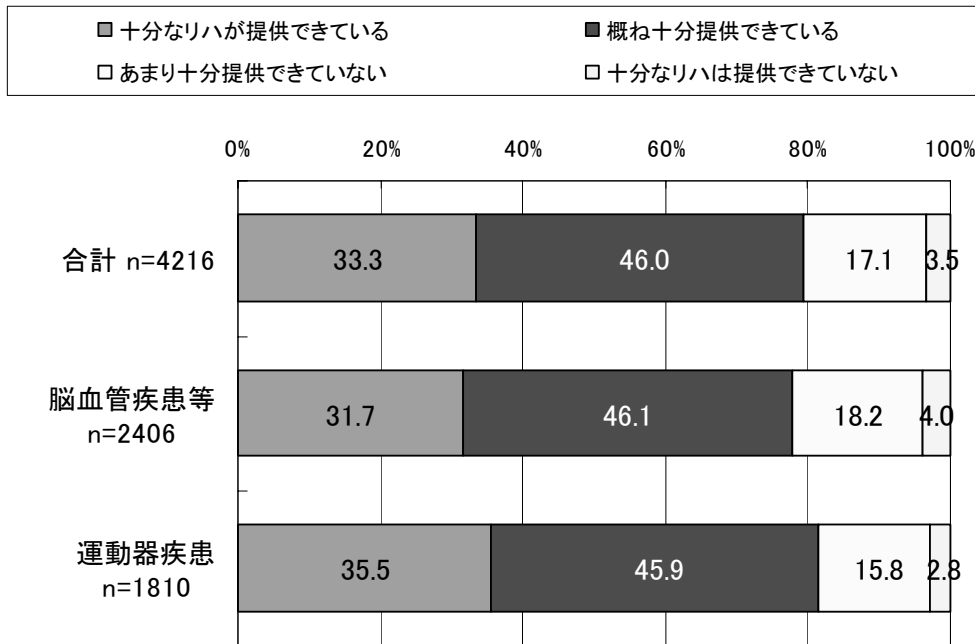
表 72 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q17 現状のリハの充足度 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q17 現状のリハの充足度				
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない
F4 原因疾患	合計	4216 100.0	1405 33.3	1940 46.0	723 17.1	148 3.5
	脳血管疾患等	2406 100.0	762 31.7	1110 46.1	437 18.2	97 4.0
	運動器疾患	1810 100.0	643 35.5	830 45.9	286 15.8	51 2.8

※集計対象:通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 82 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度



4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足度

急性期病院退院後のリハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの利用者について、原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『脳血管疾患等』の利用者は「十分なリハが提供できている」が29.7%、「概ね十分提供できている」が50.0%であり、あわせると約80%となっている。また、『運動器疾患』の利用者は「十分なリハが提供できている」(35.9%)、「概ね十分提供できている」(46.4%)とあわせて約82%となっている。

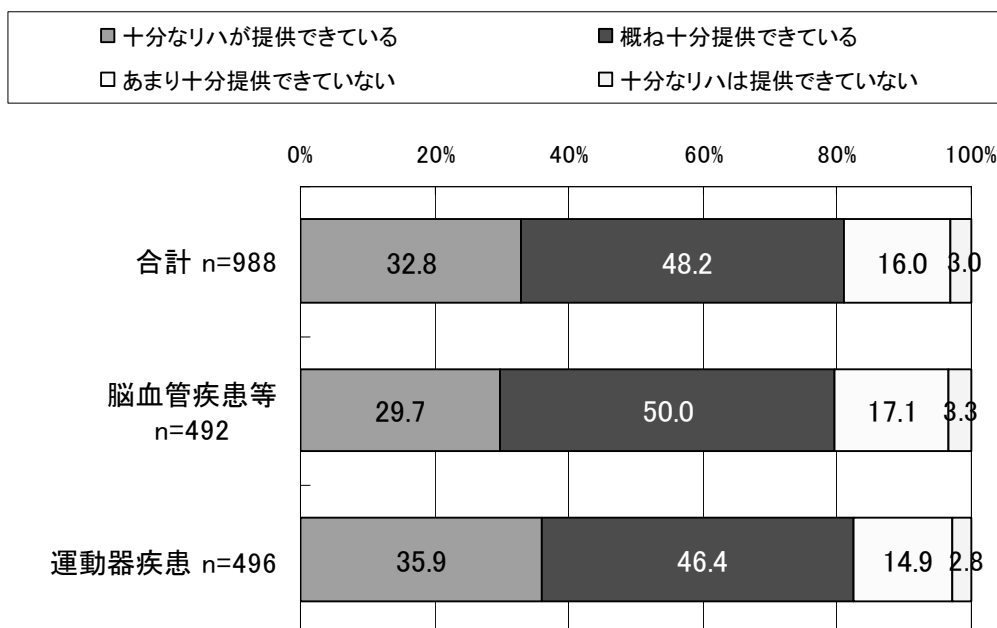
表 73 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q17 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】<単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q17 現状のリハの充足度				
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない
F4 原因疾患	合計	988 100.0	324 32.8	476 48.2	158 16.0	30 3.0
	脳血管疾患等	492 100.0	146 29.7	246 50.0	84 17.1	16 3.3
	運動器疾患	496 100.0	178 35.9	230 46.4	74 14.9	14 2.8

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 83 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】



5) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・リハビリテーション充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの診療所の患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者は、「運動器疾患」、「脳血管疾患等」いずれの患者も半数近くが「十分なリハが提供できている」と答えている。

一方で、『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者においては、「運動器疾患」の患者の「十分なリハが提供できている」割合は29.7%、『両方のリハの必要性があった』患者では「脳血管疾患等」の患者の「十分なリハが提供できている」割合は30.3%となっている。

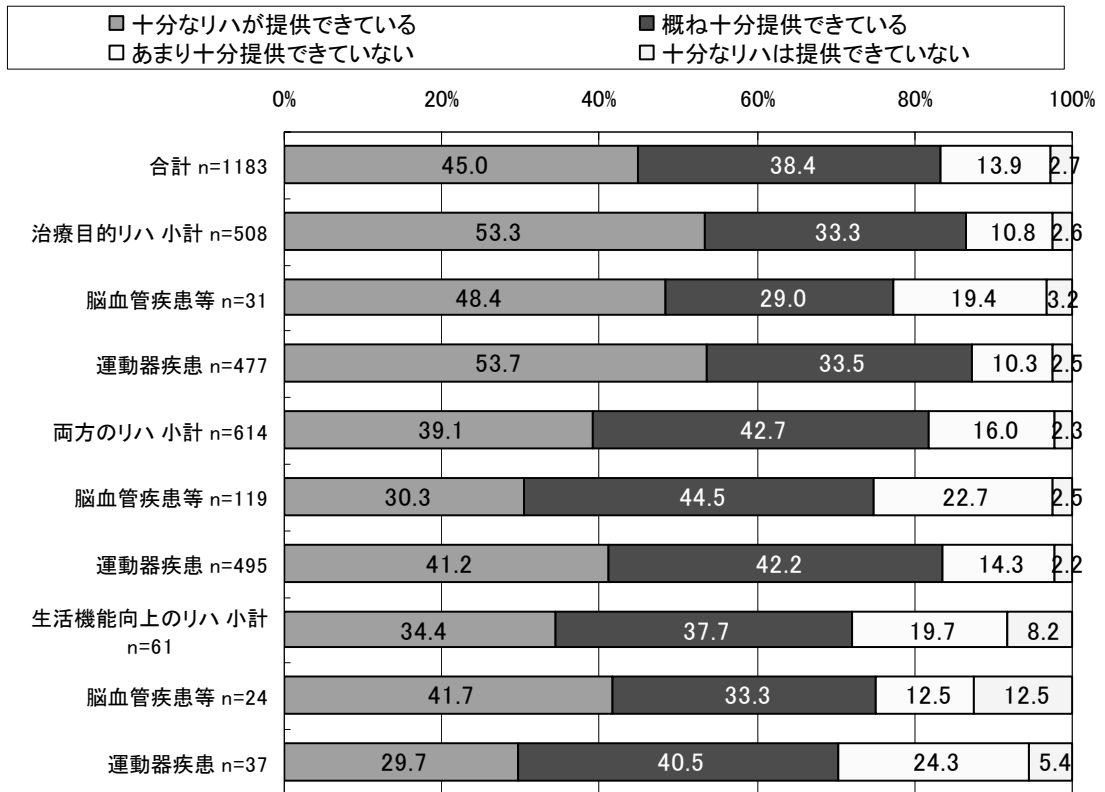
表 74 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×F3 原因疾患×Q17 現状のリハの充足度 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×F3原因疾患	合計	1183 100.0	532 45.0	454 38.4	165 13.9	32 2.7	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的のリハ 小計	508 100.0	271 53.3	169 33.3	55 10.8	13 2.6
		脳血管疾患等	31 100.0	15 48.4	9 29.0	6 19.4	1 3.2
		運動器疾患	477 100.0	256 53.7	160 33.5	49 10.3	12 2.5
	治療目的と生活機能向上のリハの両方の必要性があった	両方のリハ 小計	614 100.0	240 39.1	262 42.7	98 16.0	14 2.3
		脳血管疾患等	119 100.0	36 30.3	53 44.5	27 22.7	3 2.5
		運動器疾患	495 100.0	204 41.2	209 42.2	71 14.3	11 2.2
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハ 小計	61 100.0	21 34.4	23 37.7	12 19.7	5 8.2
		脳血管疾患等	24 100.0	10 41.7	8 33.3	3 12.5	3 12.5
		運動器疾患	37 100.0	11 29.7	15 40.5	9 24.3	2 5.4

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハビリテーションニーズが把握できている患者(Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 84 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度



6) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・
リハビリテーション充足度

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの診療所の患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者は、「運動器疾患」の患者の「十分なリハが提供できている」割合が55.3%となっている。

一方で、『両方のリハの必要性があった』患者の「脳血管疾患等」の患者の「十分なリハが提供できている」割合は28.1%となっている。

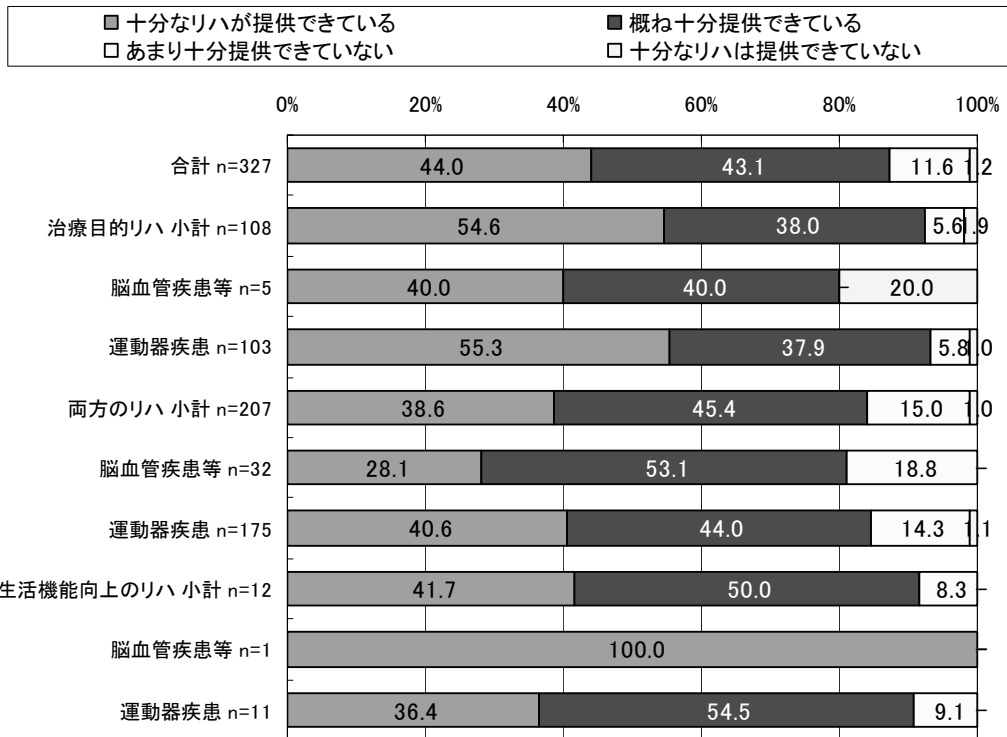
表 75 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 Q10 利用開始時の患者のリハニーズ×F3 原因疾患×Q17 現状のリハの充足度
 【急性期病院退院後の患者】 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×F3原因疾患	合計	327 100.0	144 44.0	141 43.1	38 11.6	4 1.2	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的のリハ 小計	108 100.0	59 54.6	41 38.0	6 5.6	2 1.9
		脳血管疾患等	5 100.0	2 40.0	2 40.0	- -	1 20.0
		運動器疾患	103 100.0	57 55.3	39 37.9	6 5.8	1 1.0
	治療目的と生活機能向上の両方のリハのどちらの必要性があったか×F3原因疾患	両方のリハ 小計	207 100.0	80 38.6	94 45.4	31 15.0	2 1.0
		脳血管疾患等	32 100.0	9 28.1	17 53.1	6 18.8	- -
		運動器疾患	175 100.0	71 40.6	77 44.0	25 14.3	2 1.1
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハ 小計	12 100.0	5 41.7	6 50.0	1 8.3	- -
		脳血管疾患等	1 100.0	1 100.0	- -	- -	- -
		運動器疾患	11 100.0	4 36.4	6 54.5	1 9.1	- -

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 85 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の患者】



7) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・リハビリテーション充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの通所リハビリテーション事業所利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者では、「運動器疾患」の利用者の「十分なリハが提供できている」割合は44.5%となっている。

一方で、『治療目的のリハ必要性のみ』の利用者では、「脳血管疾患等」の利用者の「十分なリハが提供できている」割合が28.7%、『両方のリハの必要性があった』利用者で「脳血管疾患等」の利用者の「十分なリハが提供できている」割合は30.1%となっている。

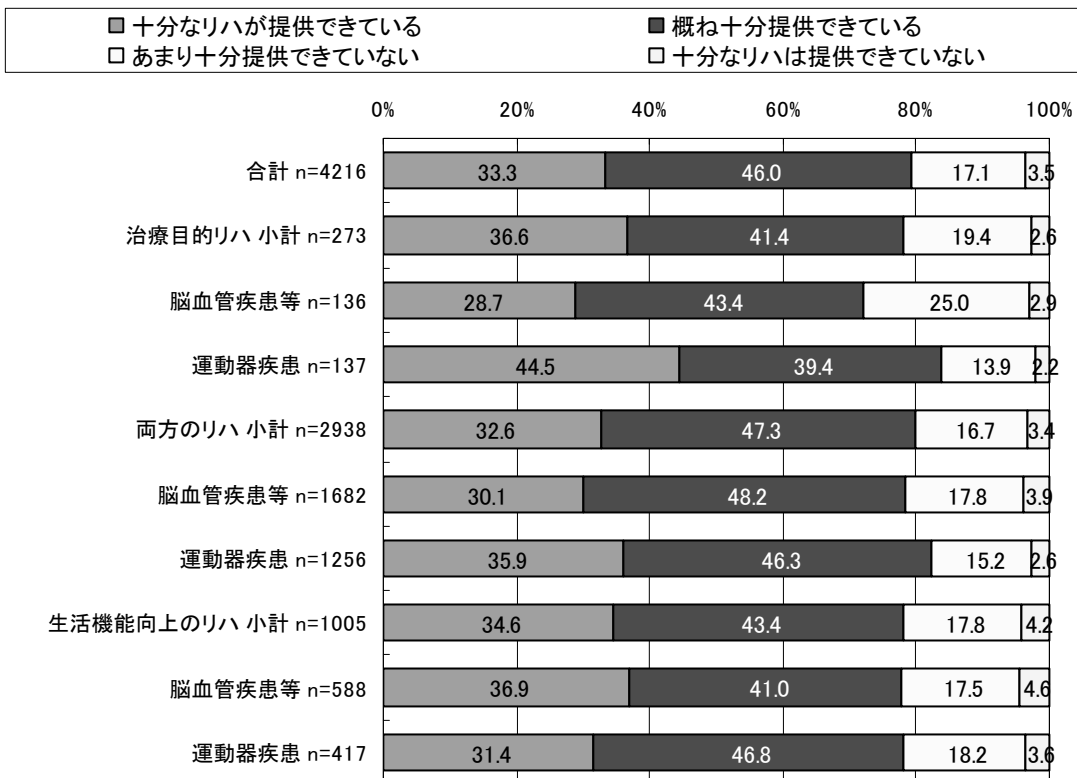
表 76 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度

通所リハ事業所個票 Q10 通所リハ事業所の利用者のリハニーズ×F4 原因疾患別×Q17 現状のリハの充足度 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×F3原因疾患	合計	4216 100.0	1405 33.3	1940 46.0	723 17.1	148 3.5	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的リハ 小計	273 100.0	100 36.6	113 41.4	53 19.4	7 2.6
		脳血管疾患等	136 100.0	39 28.7	59 43.4	34 25.0	4 2.9
		運動器疾患	137 100.0	61 44.5	54 39.4	19 13.9	3 2.2
	治療目的と生活機能向上のリハの両方の必要性があった	両方のリハ 小計	2938 100.0	957 32.6	1391 47.3	491 16.7	99 3.4
		脳血管疾患等	1682 100.0	506 30.1	810 48.2	300 17.8	66 3.9
		運動器疾患	1256 100.0	451 35.9	581 46.3	191 15.2	33 2.6
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハ 小計	1005 100.0	348 34.6	436 43.4	179 17.8	42 4.2
		脳血管疾患等	588 100.0	217 36.9	241 41.0	103 17.5	27 4.6
		運動器疾患	417 100.0	131 31.4	195 46.8	76 18.2	15 3.6

※集計対象:通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 86 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度



8) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・原因疾患別・リハビリテーション充足度

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズと原因疾患別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』では、「運動器疾患」の利用者の「十分なリハが提供できている」割合が53.8%となっている。

一方で、『両方のリハの必要性があった』利用者で「脳血管疾患等」の利用者の「十分なリハが提供できている」割合は27.3%となっている。

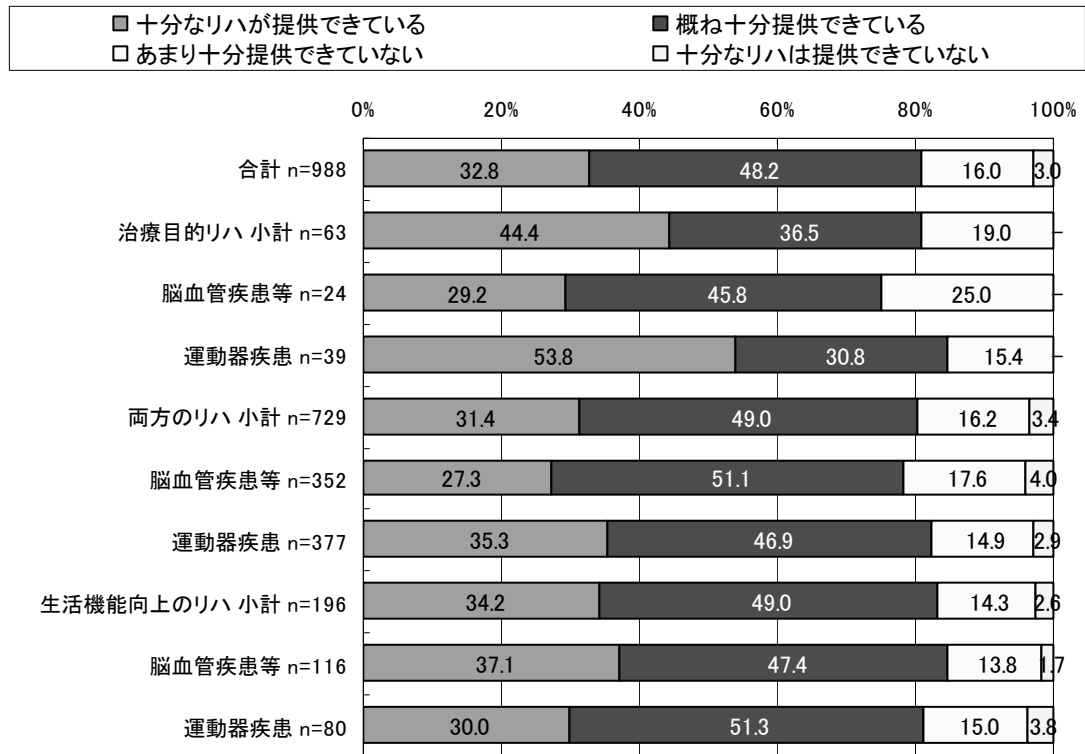
表 77 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 Q10 通所リハ事業所の利用者の利用開始時のリハニーズ×F4 原因疾患別×Q17 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度				
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×F3原因疾患	合計	988	32.8	47.6	15.8	3.0
	治療目的のリハの必要性のみ	63	44.4	36.5	12.0	-
	治療目的のリハの必要性のみ	24	29.2	45.8	25.0	-
	脳血管疾患等	24	29.2	45.8	25.0	-
	運動器疾患	39	53.8	30.8	15.4	-
	運動器疾患	39	53.8	30.8	15.4	-
	両方のリハ小計	729	31.4	49.0	16.2	3.4
	両方のリハ小計	729	31.4	49.0	16.2	3.4
	脳血管疾患等	352	27.3	51.1	17.6	4.0
	脳血管疾患等	352	27.3	51.1	17.6	4.0
	運動器疾患	377	35.3	46.9	14.9	2.9
	運動器疾患	377	35.3	46.9	14.9	2.9
	生活機能向上のリハの必要性のみ	196	34.2	49.0	14.3	2.6
生活機能向上のリハの必要性のみ	196	34.2	49.0	14.3	2.6	
生活機能向上のリハの必要性のみ	116	37.1	47.4	13.8	1.7	
生活機能向上のリハの必要性のみ	116	37.1	47.4	13.8	1.7	
運動器疾患	80	30.0	51.3	15.0	3.8	
運動器疾患	80	30.0	51.3	15.0	3.8	

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 87 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】



9) 診療所患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている診療所の患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズとリハビリテーション引き継ぎ日数別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者で引き継ぎ日数が「14日以内」の患者の58.0%が「十分なリハが提供できている」と答えているが、それ以外の患者は概ね「十分なリハが提供できている」割合は3割～4割程度となっている。

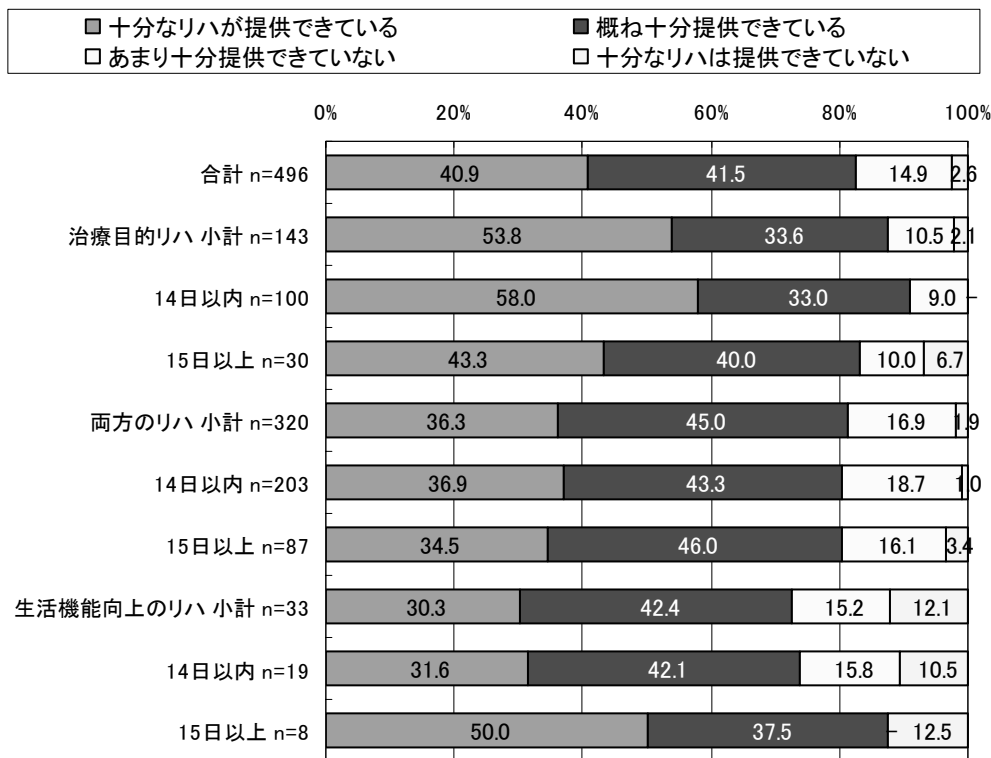
表 78 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度

リハ有診療所個票 Q10 診療所の患者のリハニーズ×Q4 リハサービス開始までの期間×Q17 現状のリハの充足度
 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×Q4. 以前のリハサービスの終了からリハ算定開始までの期間(14日以内か)	合計	496 100.0	203 40.9	206 41.5	74 14.9	13 2.6	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的リハ 小計	143 100.0	77 53.8	48 33.6	15 10.5	3 2.1
		14日以内	100 100.0	58 58.0	33 33.0	9 9.0	- -
		15日以上	30 100.0	13 43.3	12 40.0	3 10.0	2 6.7
	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	両方のリハ 小計	320 100.0	116 36.3	144 45.0	54 16.9	6 1.9
		14日以内	203 100.0	75 36.9	88 43.3	38 18.7	2 1.0
		15日以上	87 100.0	30 34.5	40 46.0	14 16.1	3 3.4
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハ 小計	33 100.0	10 30.3	14 42.4	5 15.2	4 12.1
		14日以内	19 100.0	6 31.6	8 42.1	3 15.8	2 10.5
		15日以上	8 100.0	4 50.0	3 37.5	- -	1 12.5

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 88 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度



10) 急性期病院退院後の診療所患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている患者について、利用開始時のリハビリテーションニーズとリハビリテーション引き継ぎ日数別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の患者で引き継ぎ日数が「14 日以内」の患者では「十分なリハが提供できている」の割合が 58.0%となっている。『治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった』患者で引き継ぎ日数が「14 日以内」の患者では、「十分なリハが提供できている」割合が 39.7%となっている。『生活機能向上のリハの必要性のみ』の患者で引き継ぎ日数が「14 日以内」の患者では、「十分なリハが提供できている」割合が 45.5%となっている。

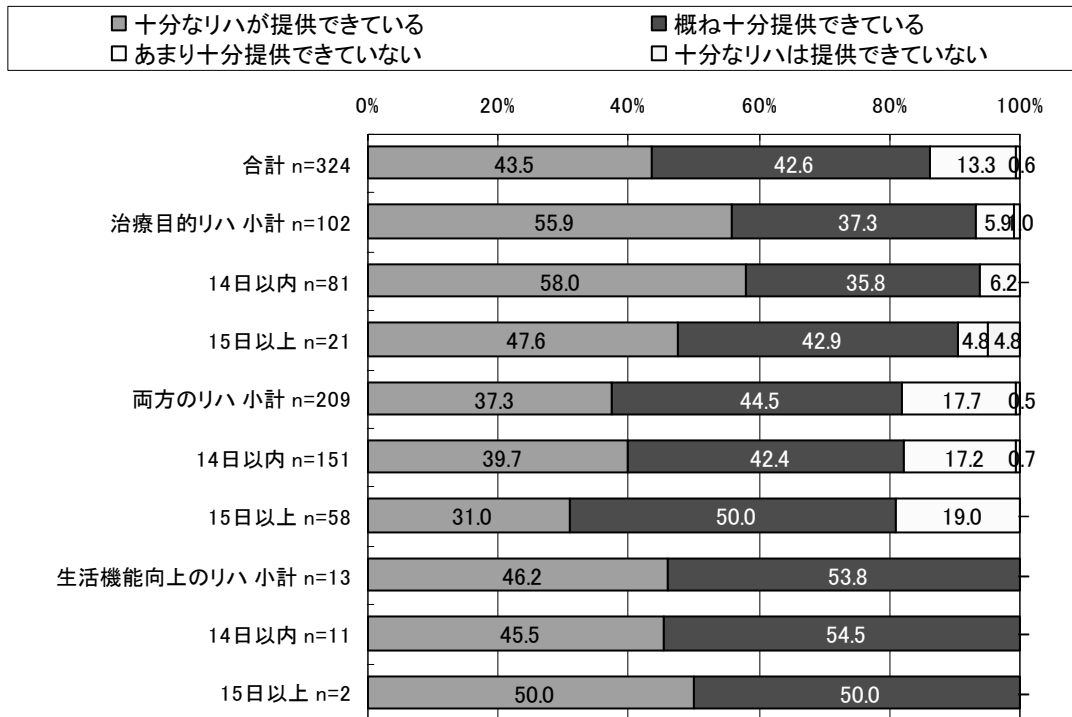
表 79 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度
【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 Q10 診療所の患者のリハニーズ×Q4 リハサービス開始までの期間×Q17 現状のリハの充足度 <単数回答>
【急性期病院退院後の患者】

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度				
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×Q4. 以前のリハサービスの終了からリハ算定開始までの期間(14日以内か)	合計	324	141	138	43	2
		100.0	43.5	42.6	13.3	0.6
	治療目的のリハの必要性のみ	102	57	38	6	1
		100.0	55.9	37.3	5.9	1.0
	14日以内	81	47	29	5	-
		100.0	58.0	35.8	6.2	-
	15日以上	21	10	9	1	1
		100.0	47.6	42.9	4.8	4.8
	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	209	78	93	37	1
		100.0	37.3	44.5	17.7	0.5
	14日以内	151	60	64	26	1
		100.0	39.7	42.4	17.2	0.7
15日以上	58	18	29	11	-	
	100.0	31.0	50.0	19.0	-	
生活機能向上のリハの必要性のみ	13	6	7	-	-	
	100.0	46.2	53.8	-	-	
14日以内	11	5	6	-	-	
	100.0	45.5	54.5	-	-	
15日以上	2	1	1	-	-	
	100.0	50.0	50.0	-	-	

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)

図 89 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度
【急性期病院退院後の患者】



11) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている通所リハビリテーション事業所利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズとリハビリテーション引き継ぎ日数別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者で引き継ぎ日数が「15日以上」の利用者の46.3%が「十分なリハが提供できている」と答えている。それ以外の利用者については、いずれも「十分なリハが提供できている」割合は35%程度となっている。

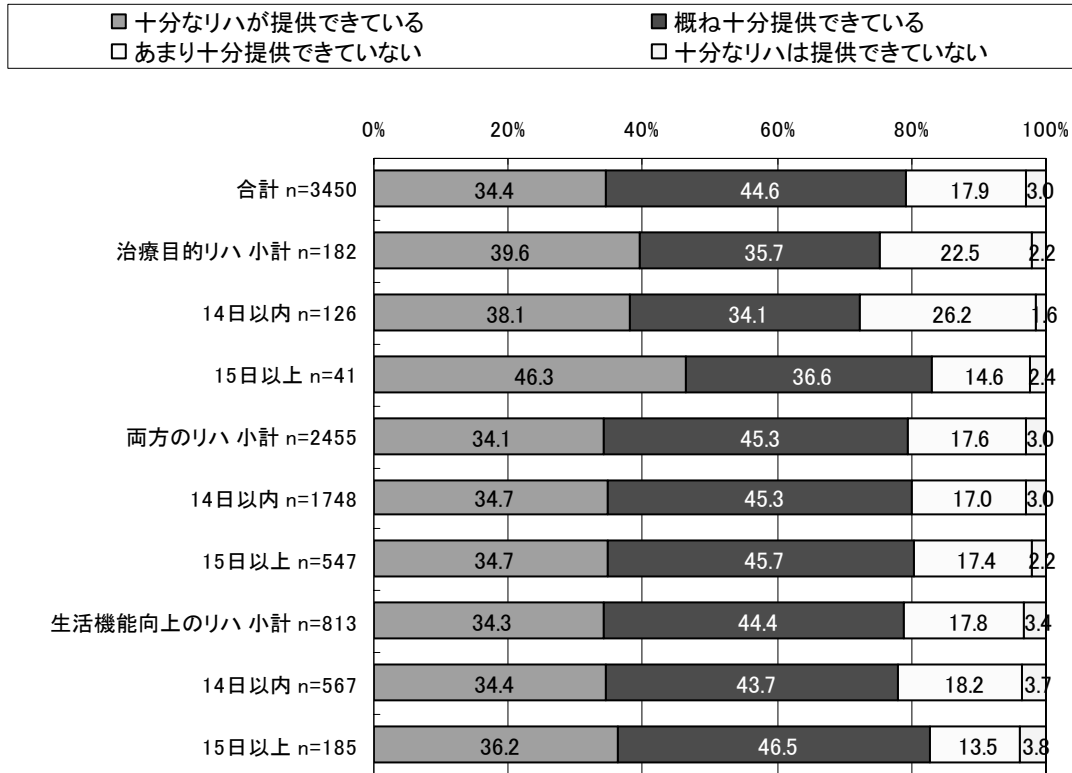
表 80 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度

通所リハ事業所個票 Q10 通所リハ事業所利用者のリハニーズ×Q4 リハサービス開始までの期間×Q17 現状のリハの充足度
 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×Q4. 以前のリハサービスの終了からリハ算定開始までの期間(14日以内か)	合計	3450 100.0	1188 34.4	1538 44.6	619 17.9	105 3.0	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的リハ 小計	182 100.0	72 39.6	65 35.7	41 22.5	4 2.2
		14日以内	126 100.0	48 38.1	43 34.1	33 26.2	2 1.6
		15日以上	41 100.0	19 46.3	15 36.6	6 14.6	1 2.4
	治療目的と生活機能向上の両方のリハの必要性があった	両方のリハ 小計	2455 100.0	837 34.1	1112 45.3	433 17.6	73 3.0
		14日以内	1748 100.0	606 34.7	792 45.3	297 17.0	53 3.0
		15日以上	547 100.0	190 34.7	250 45.7	95 17.4	12 2.2
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハ 小計	813 100.0	279 34.3	361 44.4	145 17.8	28 3.4
		14日以内	567 100.0	195 34.4	248 43.7	103 18.2	21 3.7
		15日以上	185 100.0	67 36.2	86 46.5	25 13.5	7 3.8

※集計対象:通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)

図 90 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度



12) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーション
ニーズ別・リハビリテーションの引き継ぎ日数別・リハビリテーション充足度

急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できている利用者について、利用開始時のリハビリテーションニーズとリハビリテーション引き継ぎ日数別に現状のリハビリテーションの充足度をみると、『治療目的リハの必要性のみ』の利用者で引き継ぎ日数が「14日以内」の利用者の50.0%が「十分なリハが提供できている」と答えている。それ以外の利用者については、いずれも「十分なリハが提供できている」割合は3割～4割となっている。

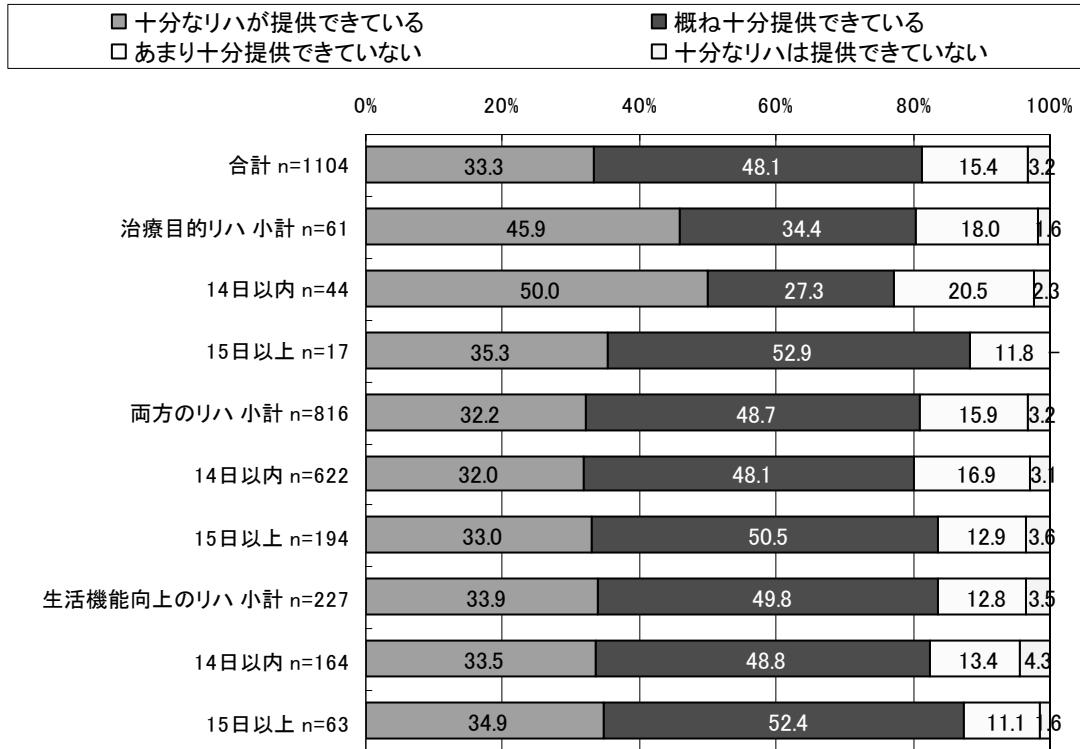
表 81 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度
【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 Q10 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間現
×現状のリハの充足度【急性期病院退院後の利用者】＜単数回答＞

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度					
		全体	十分なリハが提供できている	概ね十分提供できている	あまり十分提供できていない	十分なリハは提供できていない	
Q10 利用開始時に患者は治療目的のリハと生活機能向上のリハのどちらの必要性があったか×Q4. 以前のリハサービスの終了からリハ算定開始までの期間(14日以内か)	合計	1104 100.0	368 33.3	531 48.1	170 15.4	35 3.2	
	治療目的のリハの必要性のみ	治療目的のリハ 小計	61 100.0	28 45.9	21 34.4	11 18.0	1 1.6
		14日以内	44 100.0	22 50.0	12 27.3	9 20.5	1 2.3
		15日以上	17 100.0	6 35.3	9 52.9	2 11.8	-
	治療目的と生活機能向上の両方の必要性があった	両方のリハ 小計	816 100.0	263 32.2	397 48.7	130 15.9	26 3.2
		14日以内	622 100.0	199 32.0	299 48.1	105 16.9	19 3.1
		15日以上	194 100.0	64 33.0	98 50.5	25 12.9	7 3.6
	生活機能向上のリハの必要性のみ	生活機能向上のリハ 小計	227 100.0	77 33.9	113 49.8	29 12.8	8 3.5
		14日以内	164 100.0	55 33.5	80 48.8	22 13.4	7 4.3
		15日以上	63 100.0	22 34.9	33 52.4	7 11.1	1 1.6

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 91 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別 現状のリハの充足度
【急性期病院退院後の利用者】



(7) リハビリテーションの充足を阻害する要因について

1) 診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの診療所の患者について、原因疾患別にリハビリテーションが不十分な理由をみると、『脳血管疾患等』の患者では「算定上限」(41.3%)、「利用者本人のリハの理解不足」(22.0%)等があげられる割合が運動器疾患の患者と比較して高くなっている。

一方『運動器疾患』の患者では、患者のリハビリテーションが不十分な理由として「リハ設備の不足」(29.2%)等をあげる割合が、脳血管疾患等の患者と比較して高くなっている。

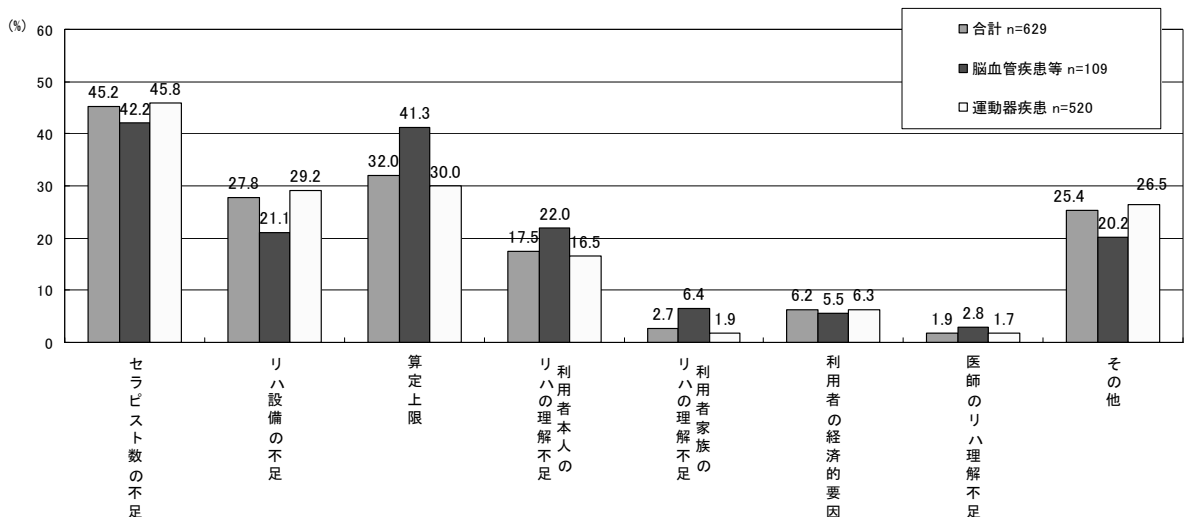
表 82 診療所患者の原因疾患別 リハが不十分な理由

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q17SQ リハが不十分な理由 <複数回答>

上段:度数 下段:%	Q17SQ リハが不十分な理由								
	全体	セラピスト数の不足	リハ設備の不足	算定上限	利用者本人のリハの理解不足	利用者家族のリハの理解不足	利用者の経済的要因	医師のリハ理解不足	その他
合計	629 100.0	284 45.2	175 27.8	201 32.0	110 17.5	17 2.7	39 6.2	12 1.9	160 25.4
脳血管疾患等	109 100.0	46 42.2	23 21.1	45 41.3	24 22.0	7 6.4	6 5.5	3 2.8	22 20.2
運動器疾患	520 100.0	238 45.8	152 29.2	156 30.0	86 16.5	10 1.9	33 6.3	9 1.7	138 26.5

※集計対象：診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者（リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者）で、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者（無回答を除く）

図 92 診療所患者の原因疾患別 リハが不十分な理由



2) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別にリハビリテーションが不十分な理由をみると、『脳血管疾患等』の患者では「算定上限」が46.2%、「利用者本人のリハの理解不足」が19.2%となっている。一方『運動器疾患』の患者は「セラピスト数の不足」が45.6%、「リハ設備の不足」が29.5%となっている。

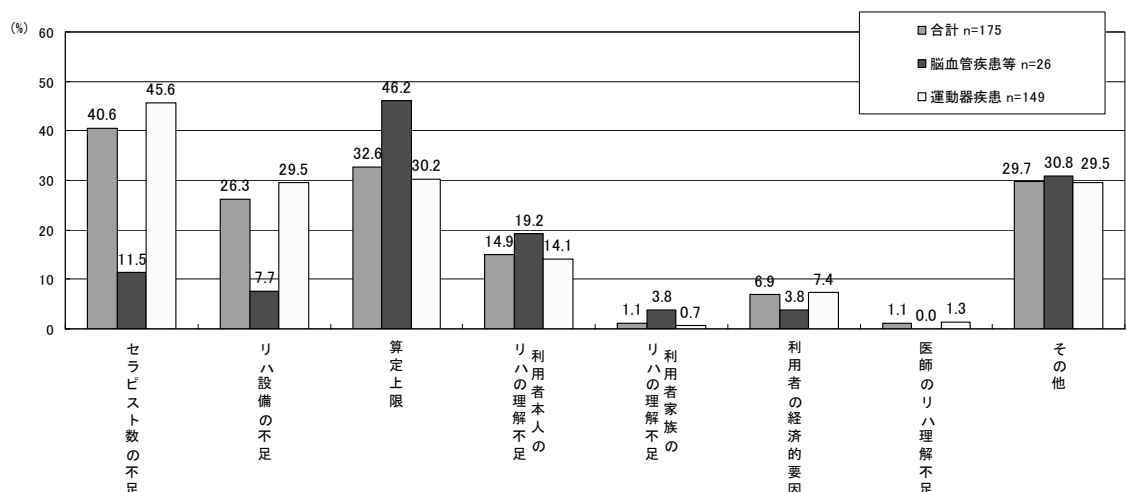
表 83 診療所患者の原因疾患別 リハが不十分な理由【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 F3 原因疾患×Q17SQ リハが不十分な理由【急性期病院退院後の患者】＜複数回答＞

上段:度数 下段:%	Q17SQ リハが不十分な理由								
	全体	セラピスト数の不足	リハ設備の不足	算定上限	利用者本人のリハの理解不足	利用者家族のリハの理解不足	利用者の経済的要因	医師のリハ理解不足	その他
合計	175 100.0	71 40.6	46 26.3	57 32.6	26 14.9	2 1.1	12 6.9	2 1.1	52 29.7
脳血管疾患等	26 100.0	3 11.5	2 7.7	12 46.2	5 19.2	1 3.8	1 3.8	-	8 30.8
運動器疾患	149 100.0	68 45.6	44 29.5	45 30.2	21 14.1	1 0.7	11 7.4	2 1.3	44 29.5

※集計対象：急性期病院退院後の患者（リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者）で利用開始時にリハニーズが把握できていてる患者（リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者）（無回答を除く）

図 93 診療所患者の原因疾患別 リハが不十分な理由【急性期病院退院後の患者】



3) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの通所リハビリテーション事業所利用者について、原因疾患別にリハビリテーションが不十分な理由をみると、『脳血管疾患等』の利用者のリハビリテーションが不十分な理由として、「算定上限」をあげる割合が他と比較してやや高くなっているが、概ね大きな差異はみられなかった。

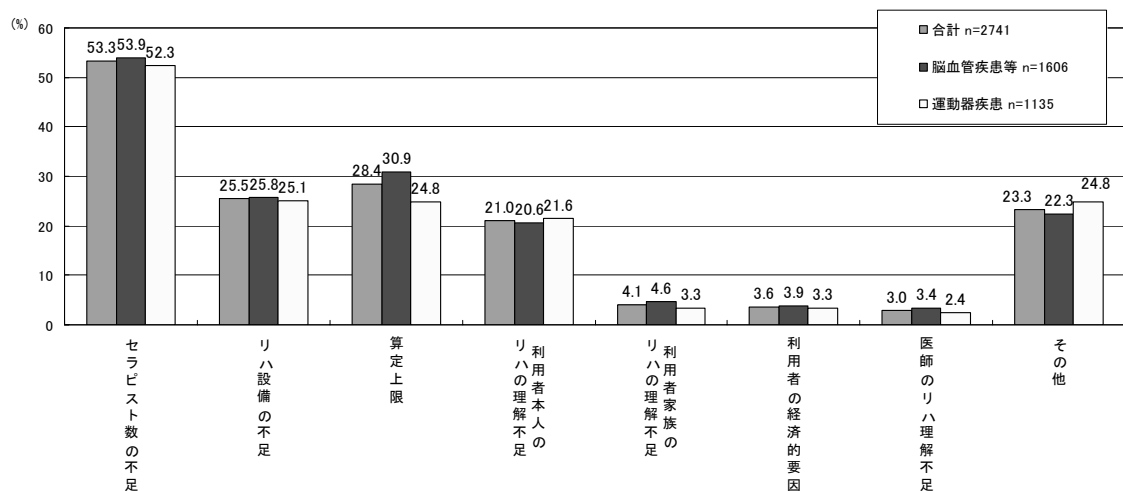
表 84 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 リハが不十分な理由

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q17SQ リハが不十分な理由 <複数回答>

上段:度数 下段:%	Q17SQ リハが不十分な理由								
	全体	セラピスト数の不足	リハ設備の不足	算定上限	利用者本人のリハの理解不足	利用者家族のリハの理解不足	利用者の経済的要因	医師のリハ理解不足	その他
合計	2741 100.0	1460 53.3	700 25.5	779 28.4	576 21.0	112 4.1	99 3.6	82 3.0	639 23.3
脳血管疾患等	1606 100.0	866 53.9	415 25.8	497 30.9	331 20.6	74 4.6	62 3.9	55 3.4	358 22.3
運動器疾患	1135 100.0	594 52.3	285 25.1	282 24.8	245 21.6	38 3.3	37 3.3	27 2.4	281 24.8

※集計対象：通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者（通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者）で、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの利用者（無回答を除く）

図 94 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 リハが不十分な理由



4) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・リハビリテーション充足を阻害する要因

急性期病院後の通所リハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの利用者について、原因疾患別にリハビリテーションが不十分な理由をみると、『脳血管疾患等』の利用者のリハビリテーションが不十分な理由として、「算定上限」や「セラピスト数の不足」をあげる割合が、『運動器疾患』の利用者と比較してやや高くなっているが、概ね大きな差異はみられなかった。

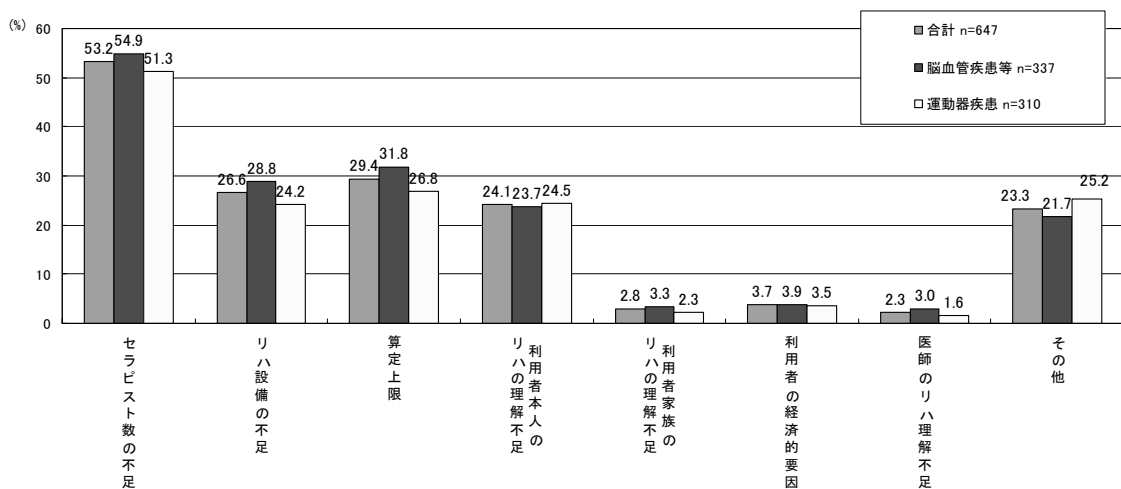
表 85 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 リハが不十分な理由【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q17SQ リハが不十分な理由【急性期病院退院後の利用者】＜複数回答＞

上段:度数 下段:%	Q17SQ リハが不十分な理由								
	全体	セラピスト数の不足	リハ設備の不足	算定上限	利用者本人のリハの理解不足	利用者家族のリハの理解不足	利用者の経済的要因	医師のリハ理解不足	その他
合計	647 100.0	344 53.2	172 26.6	190 29.4	156 24.1	18 2.8	24 3.7	15 2.3	151 23.3
脳血管疾患等	337 100.0	185 54.9	97 28.8	107 31.8	80 23.7	11 3.3	13 3.9	10 3.0	73 21.7
運動器疾患	310 100.0	159 51.3	75 24.2	83 26.8	76 24.5	7 2.3	11 3.5	5 1.6	78 25.2

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 95 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 リハが不十分な理由【急性期病院退院後の利用者】



(8) リハビリテーションの引き継ぎに要する日数について

1) 診療所患者の受け入れ元別・来院前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数

来院する直前に受けていたリハビリテーションが急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養、自宅（居宅サービス）のいずれかの患者について、算定を受けていた場所別に退院・退所した日から診療所でのリハビリテーション算定開始までの期間をみると、直前にリハビリテーション算定を『急性期病床』で受けていた患者は7割以上（71.4%）が14日以内にリハビリテーション算定を開始している。それに対して、『回復期病床』の患者は、14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合が56.4%とやや低くなっている。

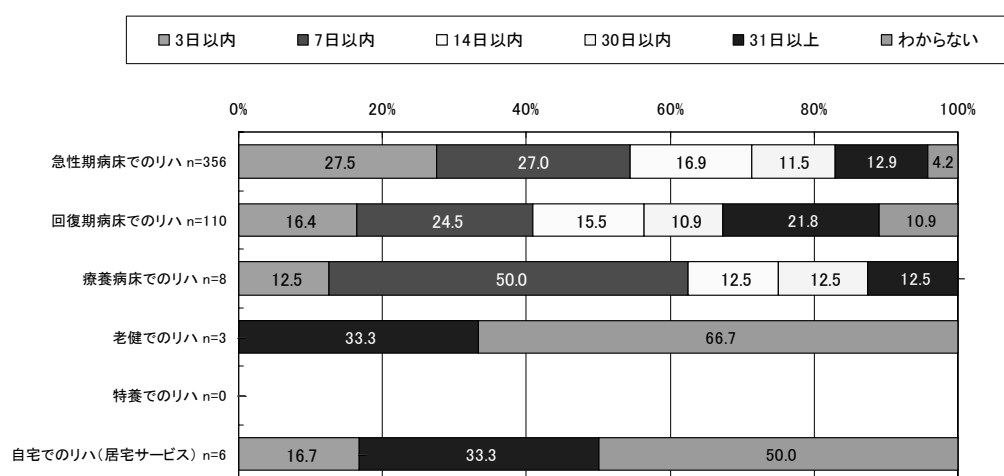
表 86 診療所患者の来院する直前にリハ算定を受けていた場所別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間

リハ有診療所個票 Q3 来院する直前にリハ算定を受けていた場所 × Q4 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間
 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q4 以前に算定を受けていたリハサービスの終了から診療所でのリハ算定開始までの期間						
		全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
Q3 来院する直前に算定を受けていた場所	合計	468 100.0	117 25.0	122 26.1	76 16.2	51 10.9	70 15.0	32 6.8
	急性期病床でのリハ	356 100.0	98 27.5	96 27.0	60 16.9	41 11.5	46 12.9	15 4.2
	回復期病床でのリハ	110 100.0	18 16.4	27 24.5	17 15.5	12 10.9	24 21.8	12 10.9
	療養病床でのリハ	8 100.0	1 12.5	4 50.0	1 12.5	1 12.5	1 12.5	-
	老健でのリハ	3 100.0	-	-	-	-	1 33.3	2 66.7
	特養でのリハ	-	-	-	-	-	-	-
	自宅でのリハ(居宅サービス)	6 100.0	1 16.7	-	-	-	2 33.3	3 50.0

※集計対象：診療所患者で、リハ有診療所個票 Q3 の回答で来院する直前に受けていたリハが急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養自宅（居宅サービス）のいずれかの患者（無回答を除く）

図 96 診療所患者の来院する直前にリハ算定を受けていた場所別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間



2) 通所リハビリテーション事業所利用者の受け入れ元別・来所前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数

来所する直前に受けていたリハビリテーションが急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養自宅（居宅サービス）のいずれかの利用者について、算定を受けていた場所別に退院・退所した日から事業所でのリハビリテーション算定開始までの期間をみると、直前にリハビリテーション算定を『老健』で受けていた利用者は8割以上（81.7%）が14日以内にリハビリテーション算定を開始している。同様に『療養病床』（76.3%）、『急性期病床』（71.3%）、『回復期病床』（70.9%）の利用者も、14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合が7割以上となっている。

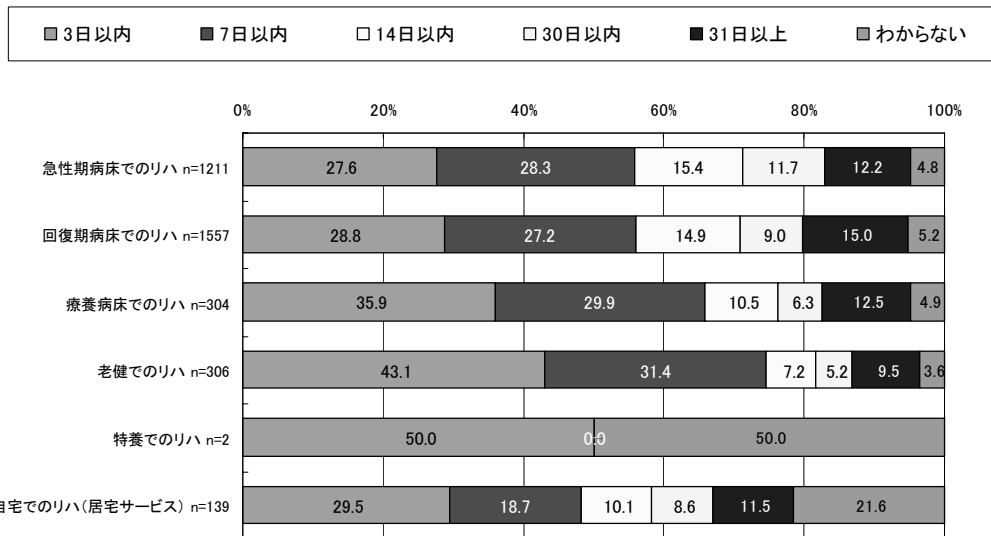
表 87 通所リハ事業所利用者が来所する直前にリハ算定を受けていた場所別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間

通所リハ事業所個票 Q3 来所する直前にリハ算定を受けていた場所×Q4 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間
 <単数回答>

上段:度数 下段:%	Q4 以前に算定を受けていたリハサービスの終了から事業所でのリハ算定開始までの期間						
	全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
合計	3338	1015	918	465	312	442	186
	100.0	30.4	27.5	13.9	9.3	13.2	5.6
急性期病床でのリハ	1211	334	343	186	142	148	58
	100.0	27.6	28.3	15.4	11.7	12.2	4.8
回復期病床でのリハ	1557	448	423	232	140	233	81
	100.0	28.8	27.2	14.9	9.0	15.0	5.2
療養病床でのリハ	304	109	91	32	19	38	15
	100.0	35.9	29.9	10.5	6.3	12.5	4.9
老健でのリハ	306	132	96	22	16	29	11
	100.0	43.1	31.4	7.2	5.2	9.5	3.6
特養でのリハ	2	1	-	-	-	-	1
	100.0	50.0	-	-	-	-	50.0
自宅でのリハ(居宅サービス)	139	41	26	14	12	16	30
	100.0	29.5	18.7	10.1	8.6	11.5	21.6

※集計対象:通所リハ事業所利用者で、通所リハ事業所個票 Q3 の回答で来所する直前に受けていたリハが急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養自宅(居宅サービス)のいずれかの利用者(無回答を除く)<単数回答>

図 97 通所リハ事業所利用者が来所する直前にリハ算定を受けていた場所別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間



3) 診療所患者の原因疾患別・来院前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの診療所の患者について、原因疾患別に退院・退所した日から診療所でのリハビリテーション算定開始までの期間をみると、退院・退所した日から14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合は『脳血管疾患等』の患者で46.2%、『運動器疾患』の患者では69.3%となっている。

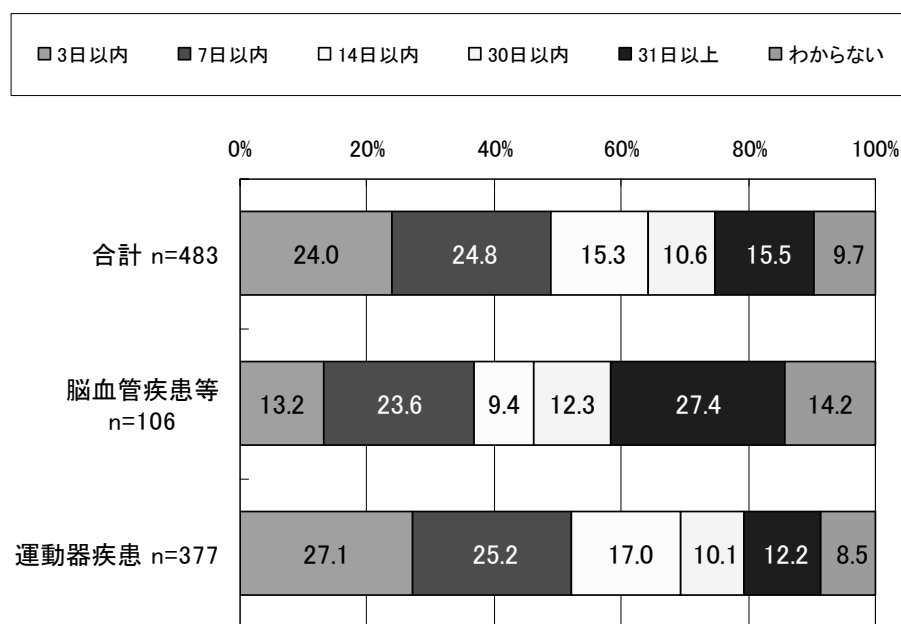
表 88 診療所患者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間

リハ有診療所個票 F3 原因疾患 × Q4 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q4 以前に算定を受けていたリハサービスの終了から診療所でのリハ算定開始までの期間						
		全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
F3原因疾患	合計	483 100.0	116 24.0	120 24.8	74 15.3	51 10.6	75 15.5	47 9.7
	脳血管疾患等	106 100.0	14 13.2	25 23.6	10 9.4	13 12.3	29 27.4	15 14.2
	運動器疾患	377 100.0	102 27.1	95 25.2	64 17.0	38 10.1	46 12.2	32 8.5

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)で、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 98 診療所患者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間



4) 急性期病院退院後の診療所患者の原因疾患別・来院前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数

急性期病院退院後の診療所患者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの患者について、原因疾患別に退院・退所した日から診療所でのリハビリテーション算定開始までの期間をみると、退院・退所した日から14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合は『脳血管疾患等』の患者で44.5%、『運動器疾患』の患者では73.8%となっている。

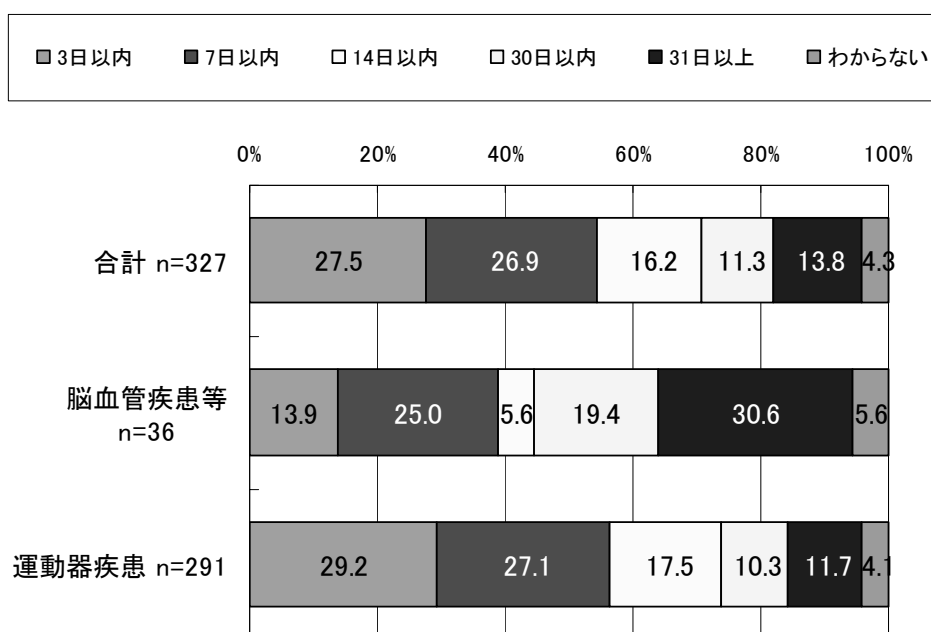
表 89 診療所患者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間【急性期病院退院後の患者】

リハ有診療所個票 F3 原因疾患 × Q4 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間【急性期病院退院後の患者】
 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q4 以前に算定を受けていたリハサービスの終了から診療所でのリハ算定開始までの期間						
		全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
F3原因疾患	合計	327 100.0	90 27.5	88 26.9	53 16.2	37 11.3	45 13.8	14 4.3
	脳血管疾患等	36 100.0	5 13.9	9 25.0	2 5.6	7 19.4	11 30.6	2 5.6
	運動器疾患	291 100.0	85 29.2	79 27.1	51 17.5	30 10.3	34 11.7	12 4.1

※集計対象:急性期病院退院後の診療所患者(リハ有診療所個票 Q3 で来院前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した患者)で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの患者(無回答を除く)

図 99 診療所患者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間【急性期病院退院後の患者】



5) 通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・来所前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数

利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの通所リハビリテーション事業所利用者について、来所する直前に算定を受けていた場所別に退院・退所した日から事業所でのリハビリテーション算定開始までの期間をみると、退院・退所した日から14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合は『脳血管疾患等』の利用者で70.2%、『運動器疾患』の利用者では71.3%となっている。

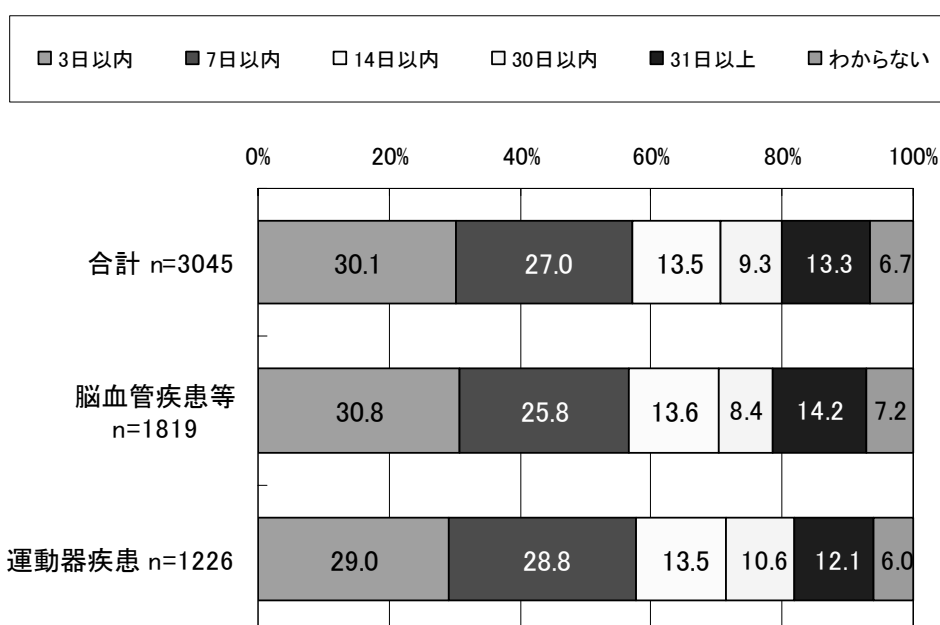
表 90 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間

通所リハ事業所個票 F4 原因疾患×Q4 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q4 以前に算定を受けていたリハサービスの終了から事業所でのリハ算定開始までの期間						
		全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
F4 原因疾患	合計	3045 100.0	916 30.1	823 27.0	412 13.5	283 9.3	406 13.3	205 6.7
	脳血管疾患等	1819 100.0	560 30.8	470 25.8	247 13.6	153 8.4	258 14.2	131 7.2
	運動器疾患	1226 100.0	356 29.0	353 28.8	165 13.5	130 10.6	148 12.1	74 6.0

※集計対象：通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者（通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者）で、かつ原因疾患が「脳血管疾患」か「運動器疾患」のいずれかの利用者（無回答を除く）

図 100 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間



6) 急性期病院退院後の通所リハビリテーション事業所利用者の原因疾患別・来所前のリハビリテーションの算定終了から新たに開始するまでの日数

急性期病院退院後のリハビリテーション事業所利用者で、利用開始時のリハビリテーションニーズが把握できていて、かつ原因疾患が脳血管疾患等か運動器疾患のいずれかの利用者について、原因疾患別に退院・退所した日から事業所でのリハ算定開始までの期間をみると、退院・退所した日から14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合は『脳血管疾患等』の利用者で70.6%、『運動器疾患』の利用者では72.0%となっている。

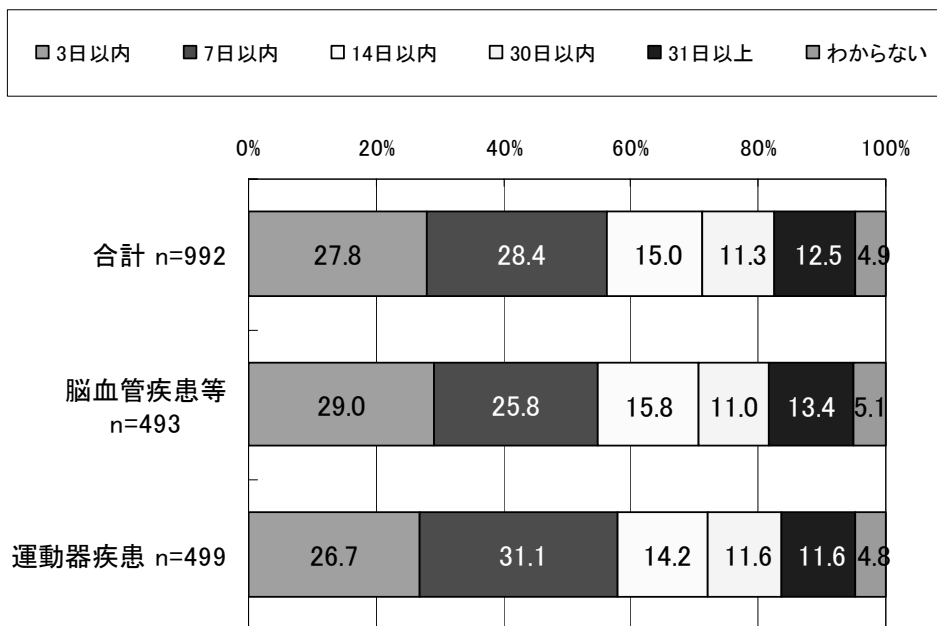
表 91 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間【急性期病院退院後の利用者】

通所リハ事業所個票 F3 原因疾患×Q4 退院・退所した日から事業所でのリハ算定開始までの期間
【急性期病院退院後の利用者】 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q4 以前に算定を受けていたリハサービスの終了から事業所でのリハ算定開始までの期間						
		全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
F4 原因疾患	合計	992 100.0	276 27.8	282 28.4	149 15.0	112 11.3	124 12.5	49 4.9
	脳血管疾患等	493 100.0	143 29.0	127 25.8	78 15.8	54 11.0	66 13.4	25 5.1
	運動器疾患	499 100.0	133 26.7	155 31.1	71 14.2	58 11.6	58 11.6	24 4.8

※集計対象:急性期病院退院後の通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票 Q3 で来所前に「急性期病床でのリハ」を受けていたと回答した利用者)で、利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)、かつ原因疾患が「脳血管疾患等」か「運動器疾患」のいずれかの利用者(無回答を除く)

図 101 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間【急性期病院退院後の利用者】



(9) 来院・来所前にリハビリテーションの算定がなかった患者・利用者がリハビリテーションを再開するまでの日数について

1) 来院前にリハビリテーション算定がなかった診療所患者の受け入れ元別・退院・退所した日から新たにリハビリテーションを開始するまでの日数

来院する前にリハビリテーション算定を受けていない患者がいた場所として、急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養のいずれかと回答した患者について、以前にいた場所別に診療所でのリハビリテーション算定開始までの期間をみると、『急性期病床』から来た患者が14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合は62.7%と6割程度となっている。

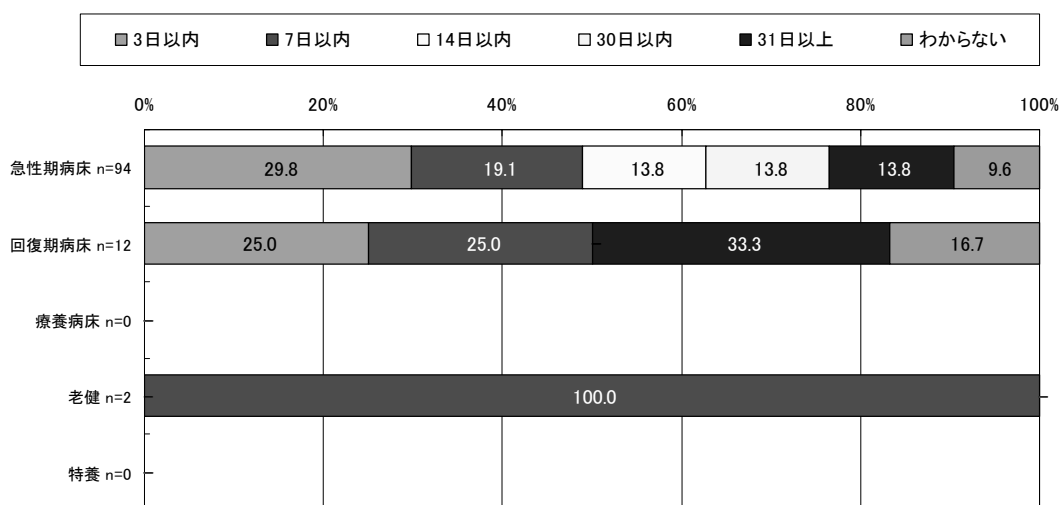
表 92 直近にリハ算定を受けていない患者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別
退院・退所した日から診療所でのリハ算定開始までの期間

リハ有診療所個票 Q5 直近にリハ算定を受けていない患者がどこから来たか(自宅、入所・入院先) × Q6 退院・退所した日から貴診療所でのリハ算定開始までの期間 <単数回答>

上段:度数 下段:%	Q6 退院・退所した日から貴診療所でのリハ算定開始までの期間						
	全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
合計	106 100.0	31 29.2	23 21.7	13 12.3	13 12.3	16 15.1	10 9.4
急性期病床	94 100.0	28 29.8	18 19.1	13 13.8	13 13.8	13 13.8	9 9.6
回復期病床	12 100.0	3 25.0	3 25.0	-	-	4 33.3	2 16.7
療養病床	-	-	-	-	-	-	-
老健	2 100.0	-	2 100.0	-	-	-	-
特養	-	-	-	-	-	-	-

※集計対象:診療所患者で、リハ有診療所個票 Q5 の回答で来院する直近にリハを受けていない患者がいた場所として、急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養のいずれかと回答した患者)(無回答を除く)

図 102 直近にリハ算定を受けていない患者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別
退院・退所した日から診療所でのリハ算定開始までの期間



2) 来所前にリハビリテーション算定がなかった通所リハビリテーション事業所利用者の受け入れ元別・退院・退所した日から新たにリハビリテーションを開始するまでの日数

来所する前にリハビリテーション算定を受けていない利用者がいた場所として、急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養のいずれかと回答した利用者について、利用者がいた場所別に事業所でのリハビリテーション算定開始までの期間をみると、14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合は、『特養』から来た利用者が81.8%、『療養病床』で76.5%となっている。同様に『急性期病床』(71.9%)、『回復期病床』(70.7%)の利用者も、14日以内にリハビリテーション算定を開始している割合がいずれも7割以上となっている。

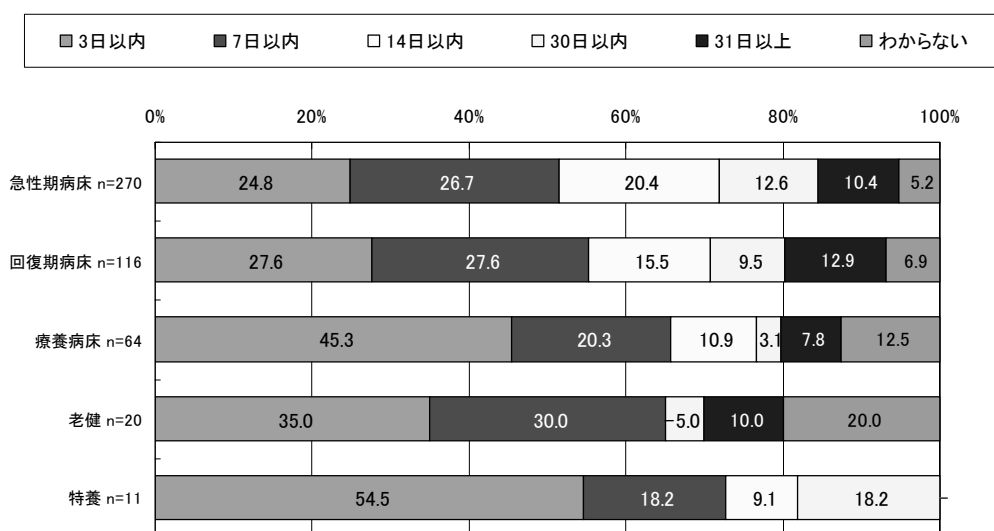
表 93 直近にリハ算定を受けていない利用者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別退院・退所した日から通所リハ事業所でのリハ算定開始までの期間

通所リハ事業所個票 Q5 直近にリハ算定を受けていない利用者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)×Q6 退院・退所した日から通所リハ事業所でのリハ算定開始までの期間 <単数回答>

上段:度数 下段:%	Q6 退院・退所した日から貴事業所でのリハ算定開始までの期間						
	全体	3日以内	7日以内	14日以内	30日以内	31日以上	わからない
合計	477	139	125	80	50	49	34
	100.0	29.1	26.2	16.8	10.5	10.3	7.1
急性期病床	270	67	72	55	34	28	14
	100.0	24.8	26.7	20.4	12.6	10.4	5.2
回復期病床	116	32	32	18	11	15	8
	100.0	27.6	27.6	15.5	9.5	12.9	6.9
療養病床	64	29	13	7	2	5	8
	100.0	45.3	20.3	10.9	3.1	7.8	12.5
老健	20	7	6	-	1	2	4
	100.0	35.0	30.0	-	5.0	10.0	20.0
特養	11	6	2	1	2	-	-
	100.0	54.5	18.2	9.1	18.2	-	-

※集計対象: 通所リハ事業所利用者で、通所リハ事業所利用者個票 Q5 の回答で来所する直近にリハを受けていない利用者がいた場所として、急性期病床、回復期病床、療養病床、老健、特養のいずれかと回答した利用者(無回答を除く)

図 103 直近にリハ算定を受けていない利用者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別退院・退所した日から通所リハ事業所でのリハ算定開始までの期間



(10) 診療所・通所リハビリテーション事業所における今後のリハビリテーション強化の意向

診療所の医師および通所リハビリテーション事業所の管理者に対して、今後のリハビリテーションの強化意向をみた。リハビリテーション機能のある診療所は全体の7割以上、通所リハビリテーション事業所はほぼ3分の2がリハビリテーションを強化する意向を持っている。

また、リハビリテーションのない診療所の医師のリハビリテーション機能を持つ意向は8.4%となっている。

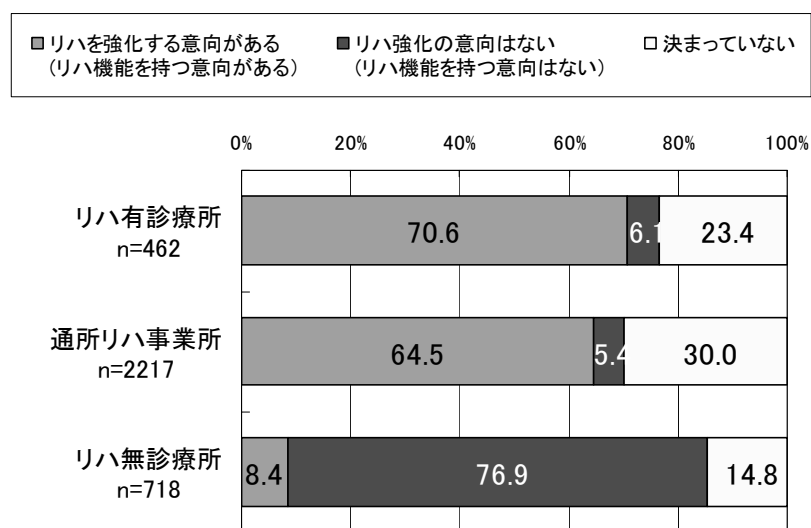
表 94 リハ有診療所・リハ無診療所・通所リハ事業所 のリハ強化(リハ機能を持つ)意向

リハ有診療所医師票 Q22 リハ無診療所医師票 Q21 通所リハ事業所管理者票 Q18 今後のリハ強化(リハ機能を持つ)意向 <単数回答>

上段:度数 下段:%	全体	リハを強化する意向がある (リハ機能を持つ意向がある)	リハ強化の意向はない (リハ機能を持つ意向はない)	決まっていない
リハ有診療所	462 100.0	326 70.6	28 6.1	108 23.4
通所リハ事業所	2217 100.0	1431 64.5	120 5.4	666 30.0
リハ無診療所	718 100.0	60 8.4	552 76.9	106 14.8

※集計対象:リハ有診療所医師、リハ無診療所医師および通所リハ事業所管理者(無回答を除く)

図 104 リハ有診療所・リハ無診療所・通所リハ事業所 のリハ強化(リハ機能を持つ)意向



(1 1) リハビリテーションを強化するにあたっての課題点

1) リハビリテーション機能のある診療所におけるリハビリテーションを強化するにあたっての課題点

リハビリテーション機能のある診療所において、リハビリテーションを強化しようとした場合の課題についてみると、「セラピスト雇用等の費用」が62.8%と最も多く、次いで「セラピスト確保の困難さ」(52.1%)が続いている。

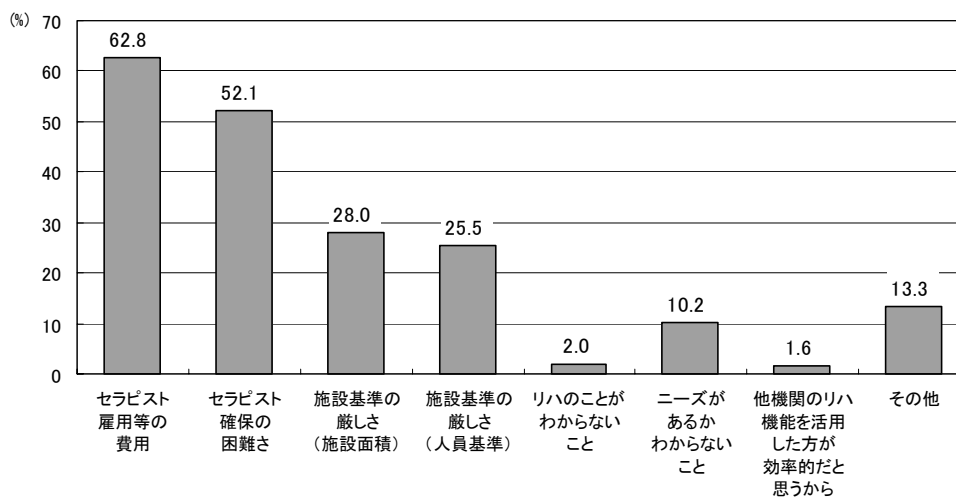
表 95 リハ有診療所におけるリハ強化の際の課題

リハ有診療所医師票 Q23 リハ強化の際の課題 <複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	セラピスト 雇用等の 費用	セラピスト 確保の困 難さ	施設基準 の厳しさ (施設面 積)	施設基準 の厳しさ (人員基 準)	リハのこ とがわか らないこ と	ニーズが あるかわ からない こと	他機関の リハ機能 を活用し た方が効 率的だ と思うから	その他
全体	443 100.0	278 62.8	231 52.1	124 28.0	113 25.5	9 2.0	45 10.2	7 1.6	59 13.3

※集計対象:リハ有診療所医師(無回答を除く)

図 105 リハ有診療所におけるリハ強化の際の課題



2) 通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーションを強化するにあたっての課題点

通所リハビリテーション事業所において、リハビリテーションを強化しようとした場合の課題についてみると、診療所と同様、あげられる割合が最も高いのは「セラピスト雇用等の費用」の67.4%、次いで「セラピスト確保の困難さ」(52.3%)となっている。

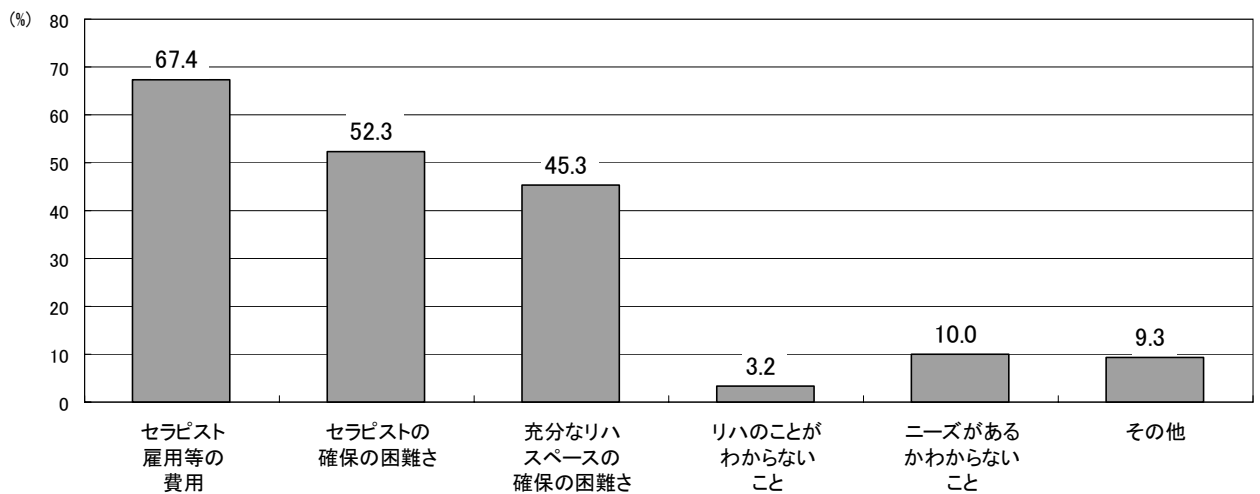
表 96 通所リハ事業所におけるリハ強化の際の課題

通所リハ事業所管理者票 Q19 リハ強化の際の課題 <複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	セラピスト雇用等の費用	セラピストの確保の困難さ	充分なりハスペースの確保の困難さ	リハのことがわからないこと	ニーズがあるかわからないこと	その他
全体	2183 100.0	1471 67.4	1142 52.3	989 45.3	70 3.2	219 10.0	204 9.3

※集計対象:通所リハ事業所管理者(無回答を除く)

図 106 通所リハ事業所におけるリハ強化の際の課題



3) リハビリテーション機能のない診療所において訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由

リハビリテーション機能のない診療所において、訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由についてみると、「他機関のリハ機能を活用した方が効率的だと思うから」が46.6%と最も多く、次いで「施設基準の厳しさ(施設面積)」(30.7%)、「セラピスト雇用等の費用」(28.4%)が続いている。

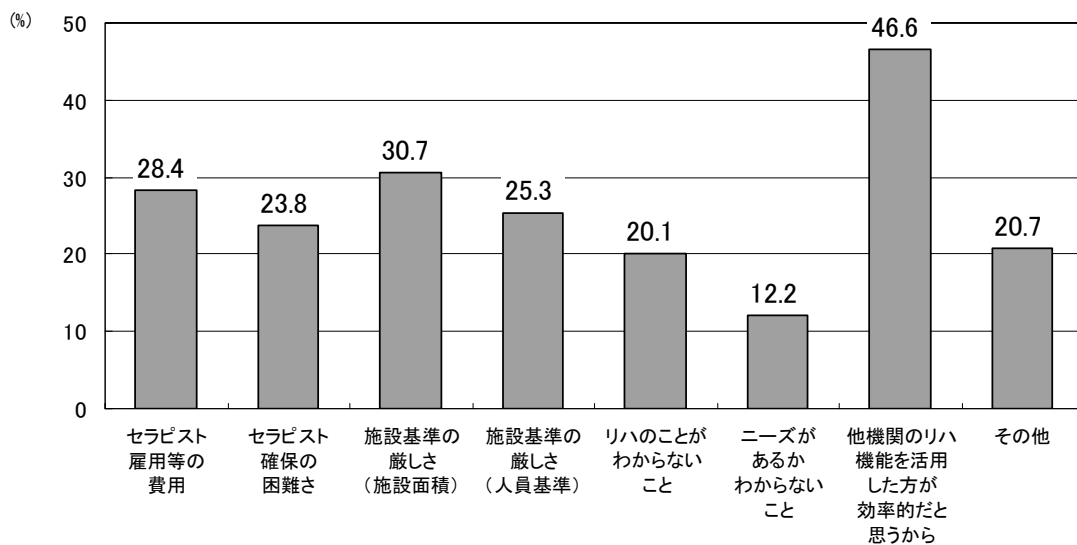
表 97 リハ無診療所において、訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由

リハ無診療所医師票 Q20SQ リハ強化の際の課題 <複数回答>

上段:度数 下段:%	全体	セラピスト 雇用等の 費用	セラピスト 確保の困 難さ	施設基準 の厳しさ (施設面 積)	施設基準 の厳しさ (人員基 準)	リハのこ とがわか らないこ と	ニーズが あるかわ からない こと	他機関の リハ機能 を活用し た方が効 率的だと 思うから	その他
全体	672 100.0	191 28.4	160 23.8	206 30.7	170 25.3	135 20.1	82 12.2	313 46.6	139 20.7

※集計対象:リハ無診療所医師(無回答を除く)

図 107 リハ無診療所において、訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由



第四節 DPC 病院、診療所および通所リハビリテーション事業者間の連携について

(1) 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握と連携について

1) 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携の状況

DPC 病院リハビリテーション部門責任者、リハビリテーション機能を持つ診療所医師、リハビリテーション機能を持たない診療所医師、通所リハビリテーション事業所管理者に対して、周辺地域にあるリハビリテーション提供機関との連携状況（連携ができている割合）についてきいた結果が以下である。DPC 病院は、「回復期病床」と連携が取れている割合は高いが、診療所および通所リハ事業所との連携が十分でない。DPC 病院、診療所、通所リハビリテーション事業所とも、訪問リハビリテーション事業所と連携が取れている割合が低く、とくにリハ無診療所は、2 割程度と低かった。

図 108 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <DPC 病院>

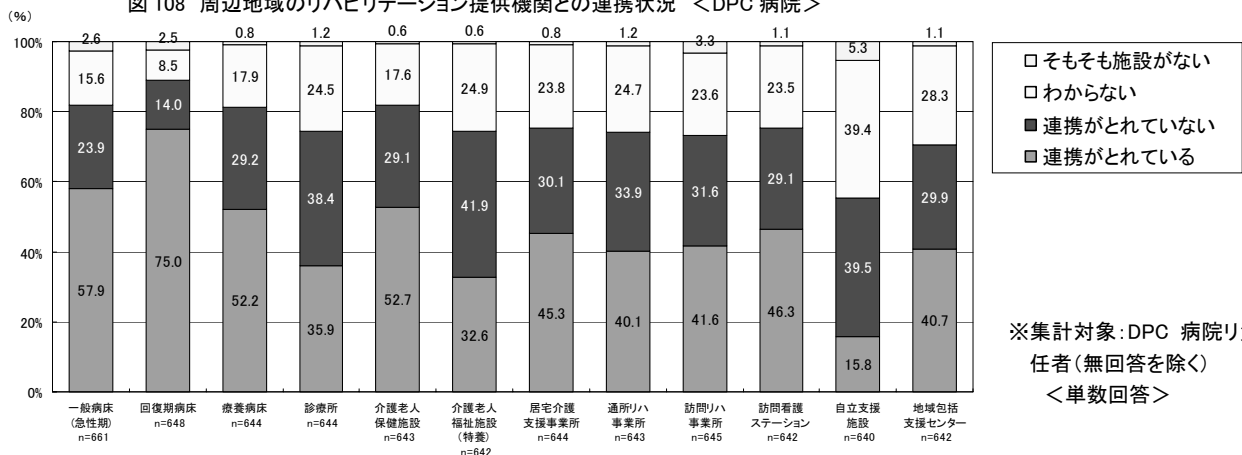


図 109 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <リハ有診療所>

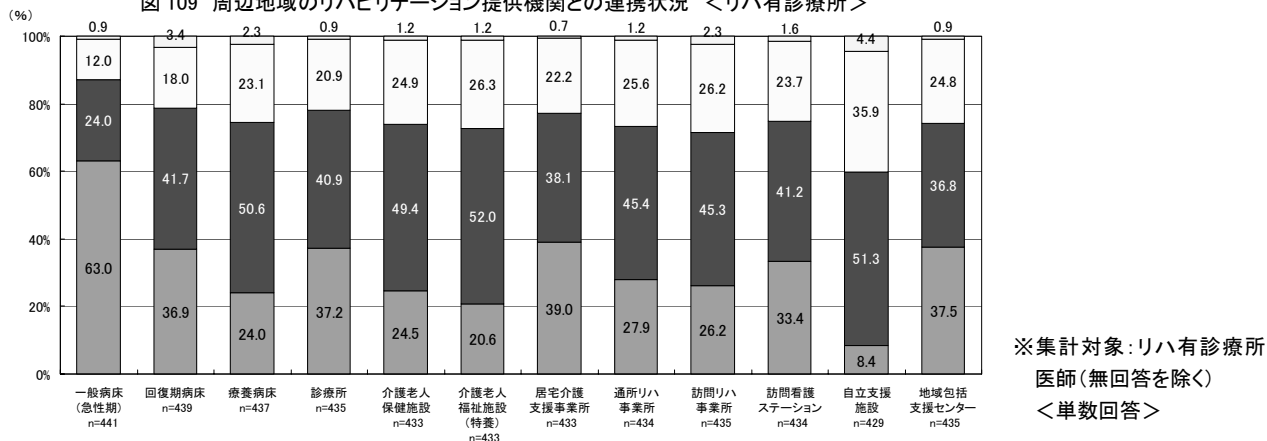


図 110 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <リハ無診療所>

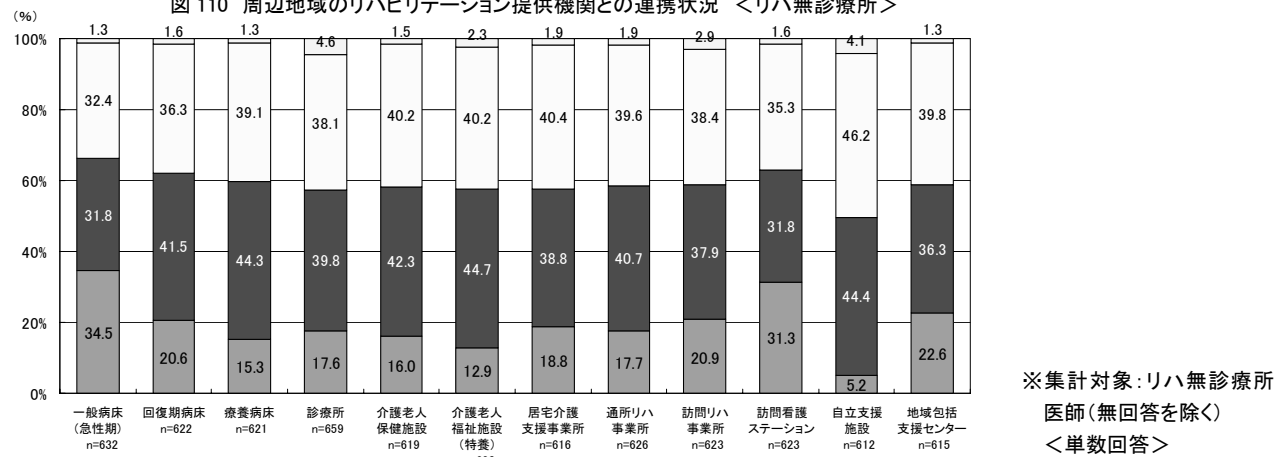
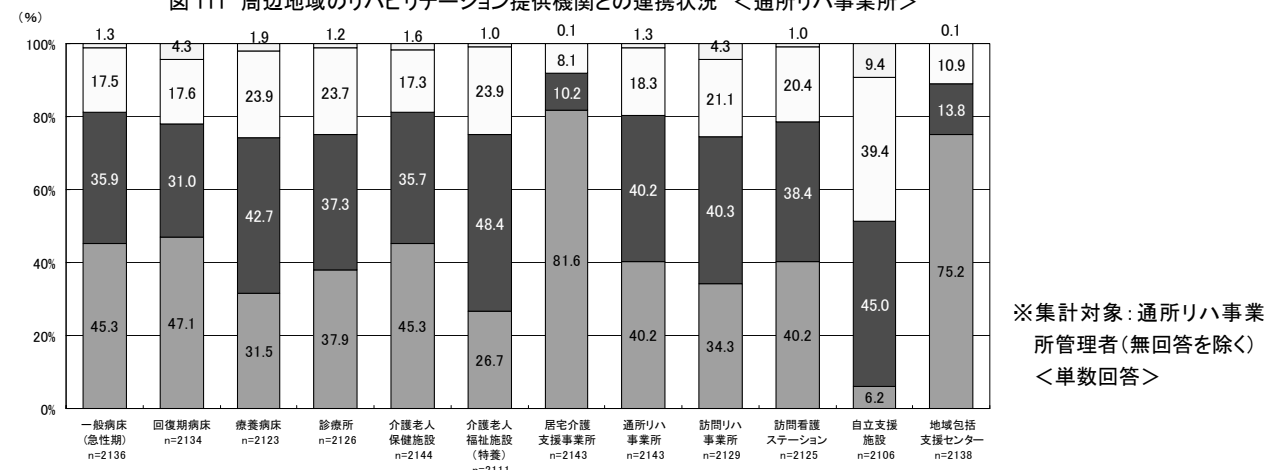


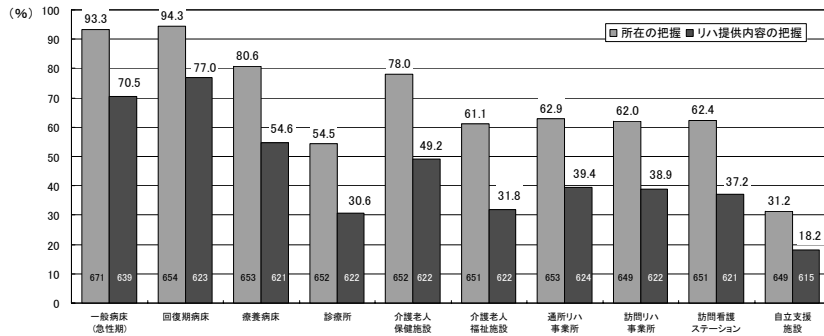
図 111 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <通所リハ事業所>



2) 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況

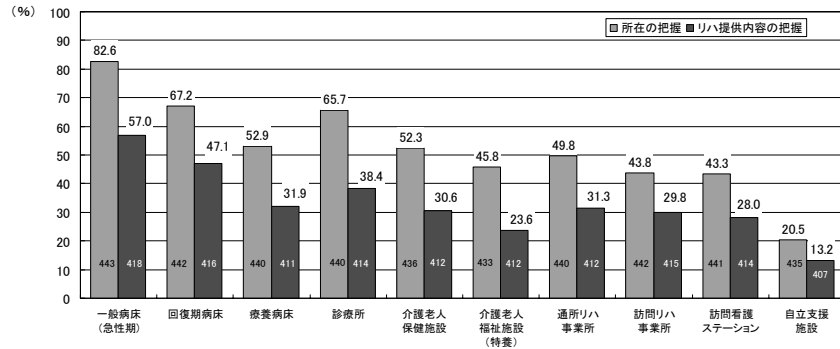
「DPC 病院責任者」、「リハ有診療所医師」、「リハ無診療所医師」、「通所リハ事業所管理者」に対して、周辺地域にあるリハビリテーション提供機関の所在およびリハビリテーション提供内容の把握状況についてきいた結果が以下である。DPC 病院と通所リハビリテーション事業所は、一般的に地域のリハビリテーション提供施設の所在の把握割合が高い。DPC 病院は、一般病床と回復期病床で提供するリハビリテーションの内容を最も高く把握している。

図 112 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <DPC 病院>



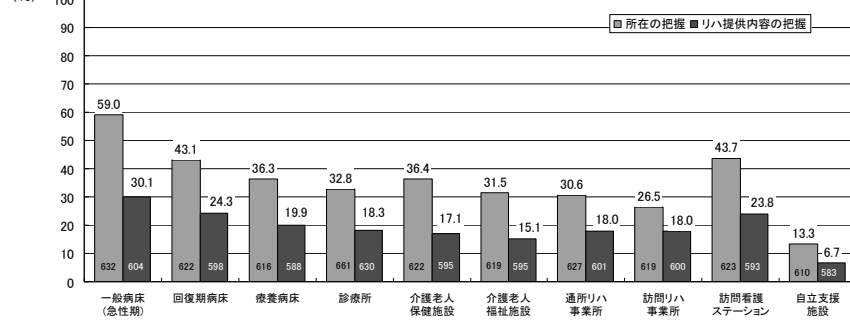
※集計対象: DPC 病院責任者 (無回答を除く)
 <単数回答>
 グラフ棒内の数字は回答数

図 113 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <リハ有診療所>



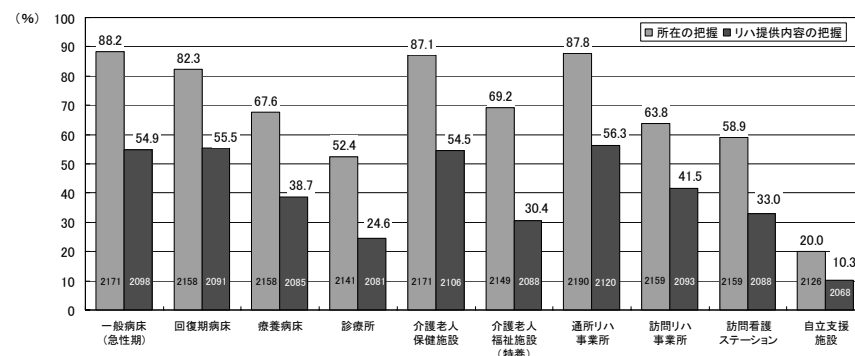
※集計対象: リハ有診療所医師 (無回答を除く)
 <単数回答>
 グラフ棒内の数字は回答数

図 114 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <リハ無診療所>



※集計対象: リハ無診療所医師 (無回答を除く)
 <単数回答>
 グラフ棒内の数字は回答数

図 115 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <通所リハ事業所>



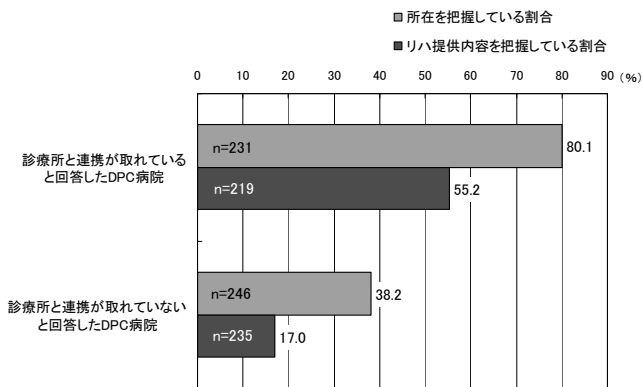
※集計対象: 通所リハ事業所管理者 (無回答を除く)
 <単数回答>
 グラフ棒内の数字は回答数

3) 連携状況別・周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況

「DPC 病院責任者」、「リハ有診療所医師」、「通所リハ事業所管理者」に対して、連携状況別に所在を把握している割合とリハビリテーション提供内容を把握している割合をみた。一般病床（急性期）に対して、「連携がとれている」と回答した割合は、DPC 病院が診療所および通所リハビリテーション事業所に対して「連携が取れている」とした割合よりも高い。

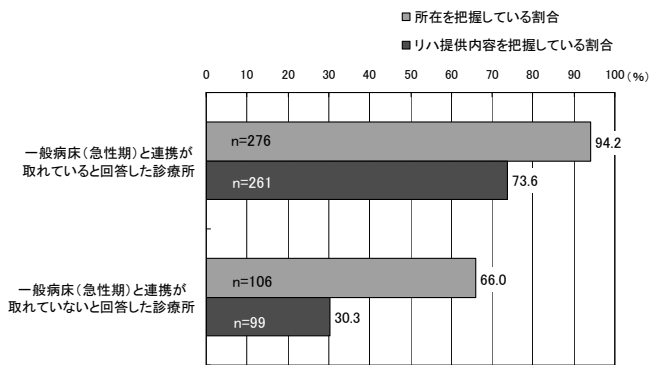
それぞれ「連携がとれている群」の中で、更に「所在の把握」と「リハビリテーションの内容の把握」をみると、DPC 病院が診療所や通所リハビリテーション事業所の所在やリハビリテーションの提供内容を「把握している」割合が、診療所やリハビリテーション事業所が「一般病床（急性期）」を「把握している」割合と比較して低かった。

図 116 DPC 病院が診療所の所在やリハ提供内容を把握している割合



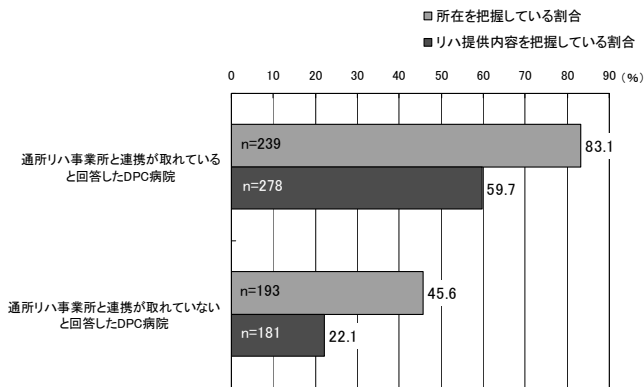
※集計対象：DPC 病院責任者（無回答を除く）＜単数回答＞

図 117 診療所が DPC 病院の所在やリハ提供内容を把握している割合



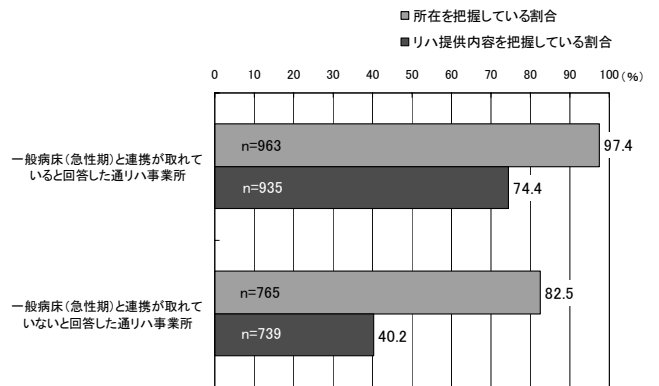
※集計対象：リハ有診療所医師（無回答を除く）＜単数回答＞

図 118 DPC 病院が通所リハ事業所の所在やリハ提供内容を把握している割合



※集計対象：DPC 病院責任者（無回答を除く）＜単数回答＞

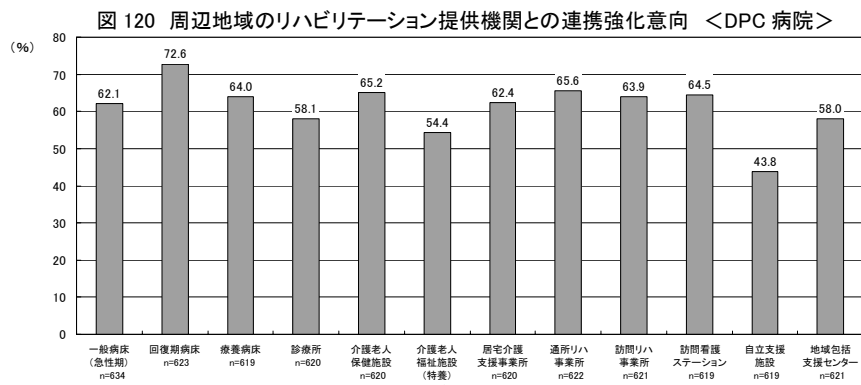
図 119 通所リハ事業所が DPC 病院の所在やリハ提供内容を把握している割合



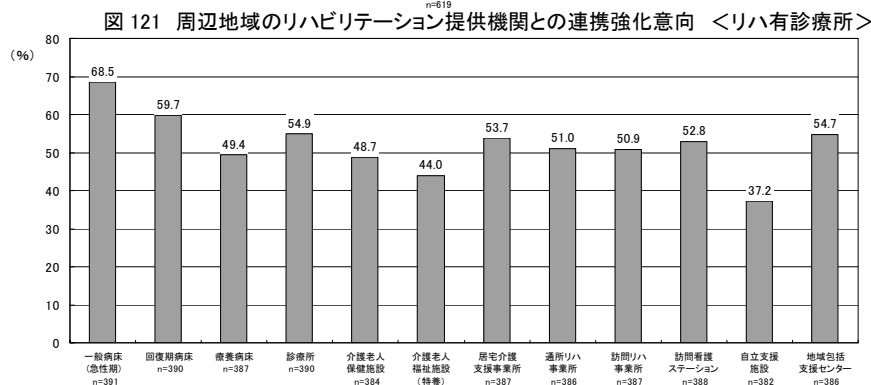
※集計対象：通所リハ事業所管理者（無回答を除く）＜単数回答＞

4) 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携強化意向

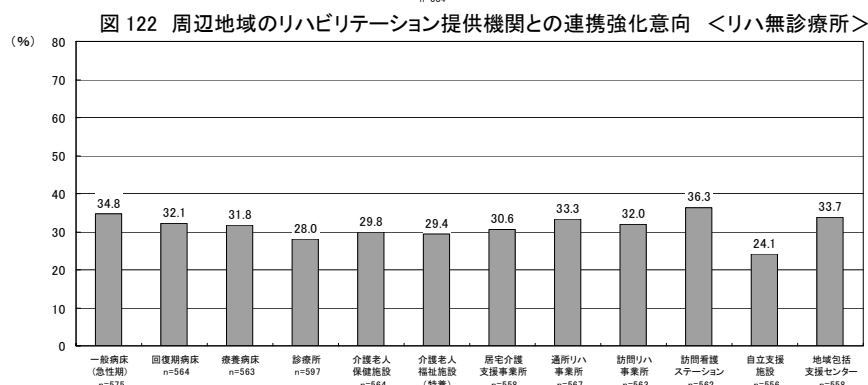
「DPC 病院責任者」、「リハ有診療所医師」、「リハ無診療所医師」、「通所リハ事業所管理者」に対して、周辺地域にあるリハビリテーション提供機関との連携強化意向についてきた結果が以下である。DPC 病院と通所リハビリテーション事業所は、全般的に地域のリハビリテーション提供施設との連携意向が高い。診療所では、連携強化意向割合が最も高かったのは一般病床（急性期）であった。



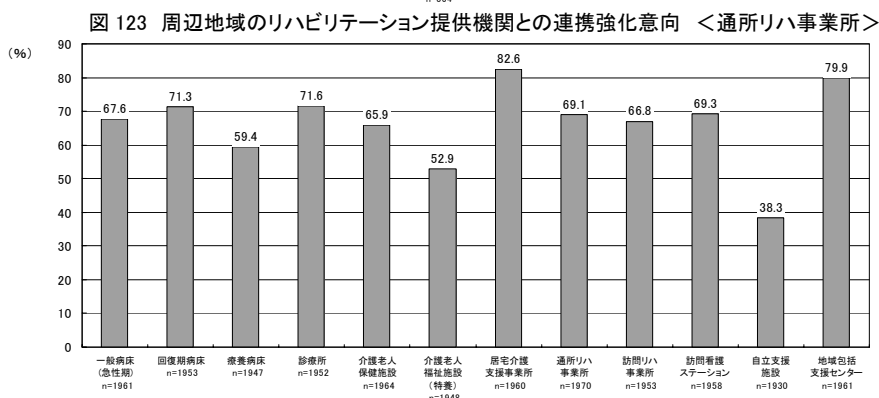
※集計対象: DPC 病院責任者 (無回答を除く)
<単数回答>



※集計対象: リハ有診療所医師 (無回答を除く)
<単数回答>



※集計対象: リハ無診療所医師 (無回答を除く)
<単数回答>



※集計対象: 通所リハ事業所管理者 (無回答を除く)
<単数回答>

(2) 周辺地域のリハビリテーション機関に対する情報収集・広報・紹介について

1) DPC 病院におけるリハビリテーション情報の必要性と収集状況

DPC 病院リハビリテーション部門責任者に対して、DPC 病院の地域連携室で患者の退院先となる地域のリハビリテーション資源についての情報を必要としているかについてみると、「必要としている」割合が 85.9%とほぼ 9 割近くを占める。

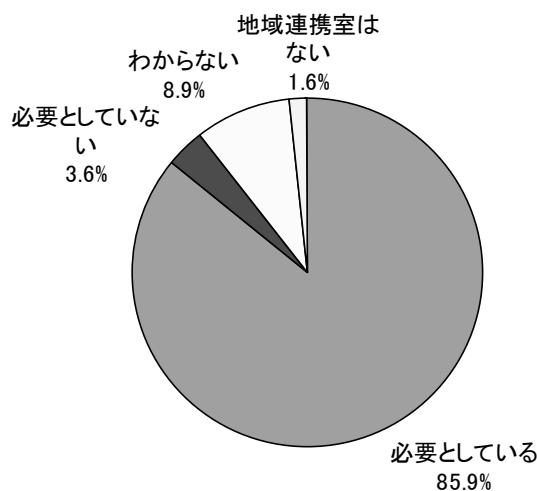
表 98 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の必要性

DPC 病院責任者票 Q12 患者の退院先のリハ提供情報の必要性 <単数回答>

	件数	(全体)%
必要としている	580	85.9
必要としていない	24	3.6
わからない	60	8.9
地域連携室はない	11	1.6
合計	675	100

※集計対象：DPC 病院責任者(無回答を除く)

図 124 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の必要性



また、情報を必要としている DPC 病院において、地域連携室で患者の退院先となる地域のリハビリテーション提供機関の情報を収集しているかをみると、80.9%の病院で情報収集を行っている。

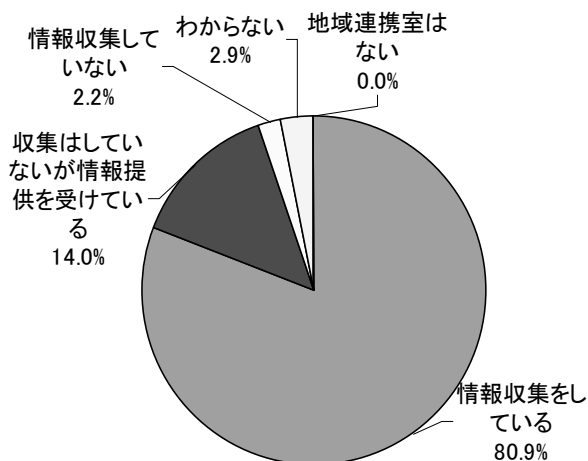
表 99 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の収集状況

DPC 病院責任者票 Q12SQ 患者の退院先のリハ提供情報の収集状況 <単数回答>

	件数	(全体)%
情報収集をしている	469	80.9
収集はしていないが情報提供を受けている	81	14.0
情報収集していない	13	2.2
わからない	17	2.9
地域連携室はない	0	0.0
合計	580	100

※集計対象：DPC 病院責任者で、Q12 で情報を「必要としている」と回答した責任者（無回答を除く）

図 125 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の収集状況



2) 診療所・通所リハビリテーション事業所における急性期病院からの患者の紹介状況

リハビリテーション機能がある診療所医師および通所リハビリテーション事業所管理者に対して、周辺地域にある急性期病院と普段から連絡を取り、患者の紹介を受けているかについてみると、診療所は全体の7割以上、通所リハビリテーション事業所でも45%以上が急性期病院からリハビリテーション患者の紹介を受けていることがわかる。

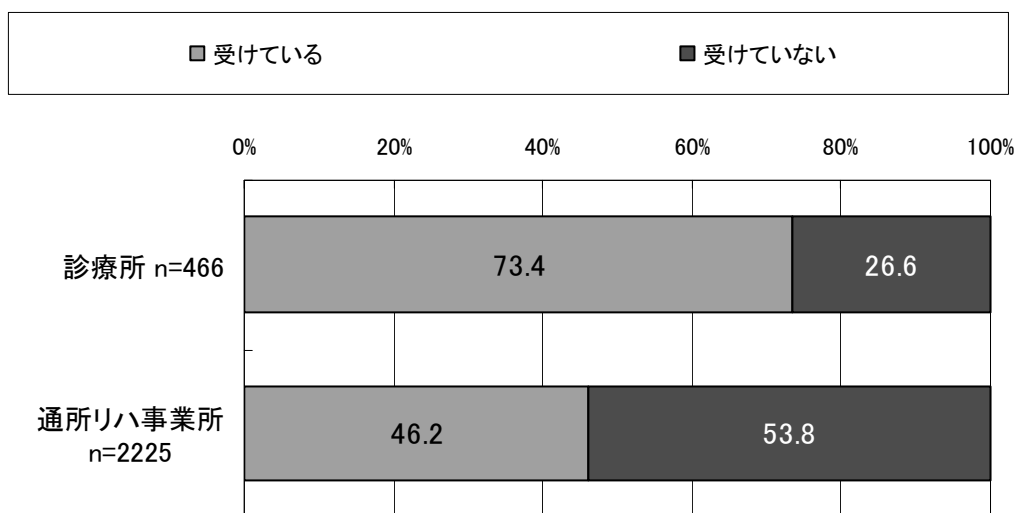
表 100 診療所・通所リハ事業所とDPC病院との連携および患者の紹介状況

リハ有診療所医師票 Q12、通所リハ事業所管理者票 Q9 急性期病院との連携・患者の紹介状況 <単数回答>

上段:度数 下段:%	周辺地域にある急性期病院と普段から連絡を取り、患者の紹介を受けているか		
	全体	受けている	受けていない
診療所	473 100.0	342 73.4	124 26.6
通所リハ事業所	2266 100.0	1028 46.2	1197 53.8

※集計対象:リハ有診療所医師および通所リハ事業所管理者(無回答を除く)

図 126 診療所・通所リハ事業所とDPC病院との連携および患者の紹介状況



3) 診療所・通所リハビリテーション事業所における広報の状況・広報内容

リハビリテーション機能がある診療所医師および通所リハビリテーション事業所管理者に対して、周辺地域にある急性期病院に対して、急性期病院退院後にリハビリテーションが必要な退院患者の受け入れ先として、自らが提供するリハビリテーションの内容や特徴等について広報を行っているかについてみると、診療所は「行っている」割合が 32.5%、通所リハビリテーション事業所でも「行っている」割合が 36.7%と、急性期病院に対して広報を行っているのは診療所、通所リハビリテーション事業所とも全体の 3 分の 1 程度となっている。

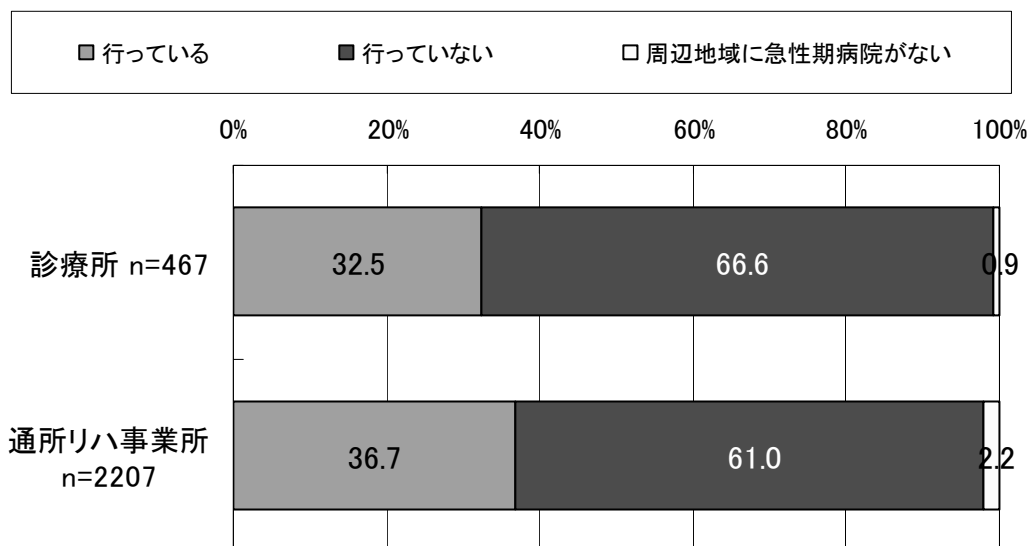
表 101 リハ有診療所・通所リハ事業所の急性期病院に対する情報提供・広報の状況

リハ有診療所医師票 Q13、通所リハ事業所管理者票 Q10 急性期病院に対する情報提供・広報の状況 <単数回答>

上段:度数 下段:%	急性期病院に対して情報を提供もしくは広報しているか			
	全体	行っている	行っていない	周辺地域に急性期病院がない
診療所	467 100.0	152 32.5	311 66.6	4 0.9
通所リハ事業所	2207 100.0	811 36.7	1347 61.0	49 2.2

※集計対象：リハ有診療所医師および通所リハ事業所管理者（無回答を除く）

図 127 リハ有診療所・通所リハ事業所の急性期病院に対する情報提供・広報の状況



急性期病院に対して広報を行っているリハビリテーション有診療所の医師に対して、行っている広報の内容をみると、「施設基準」が62.3%と最も多く、以下、「勤務するセラピストの種類」(57.6%)、「勤務するセラピスト数」(51.0%)の順となっている。

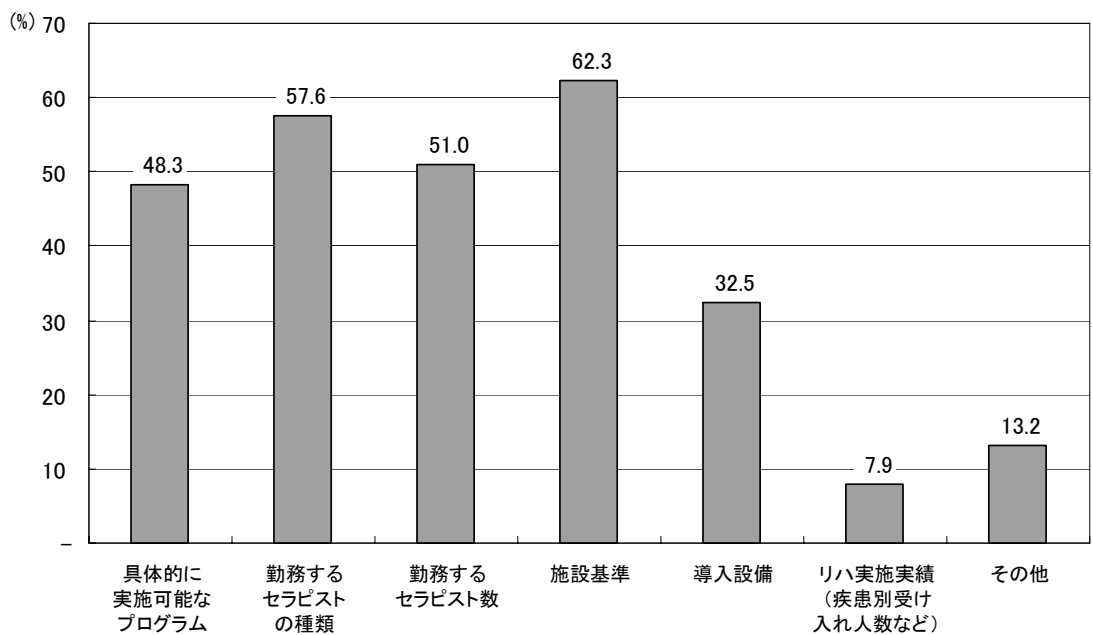
表 102 診療所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容

リハ有診療所医師票 Q13SQ1 診療所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容 <複数回答>

上段:度数 下段:%	Q13SQ1どのような内容を広報しているか							
	全体	具体的に実施可能なプログラム	勤務するセラピストの種類	勤務するセラピスト数	施設基準	導入設備	リハ実施実績(疾患別受け入れ人数など)	その他
診療所	151 100.0	73 48.3	87 57.6	77 51.0	94 62.3	49 32.5	12 7.9	20 13.2

※集計対象:リハ有診療所医師票 Q13 で広報を「行っている」と回答した医師(無回答を除く)

図 128 診療所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容



急性期病院に対して広報を行っている通所リハビリテーション事業所の管理者に対して、行っている広報の内容をみると、「事業所の定員・規模」が76.6%と最も多く、以下、「勤務するセラピストの種類」(63.8%)、「具体的に実施可能なプログラム」(54.5%)の順となっている。

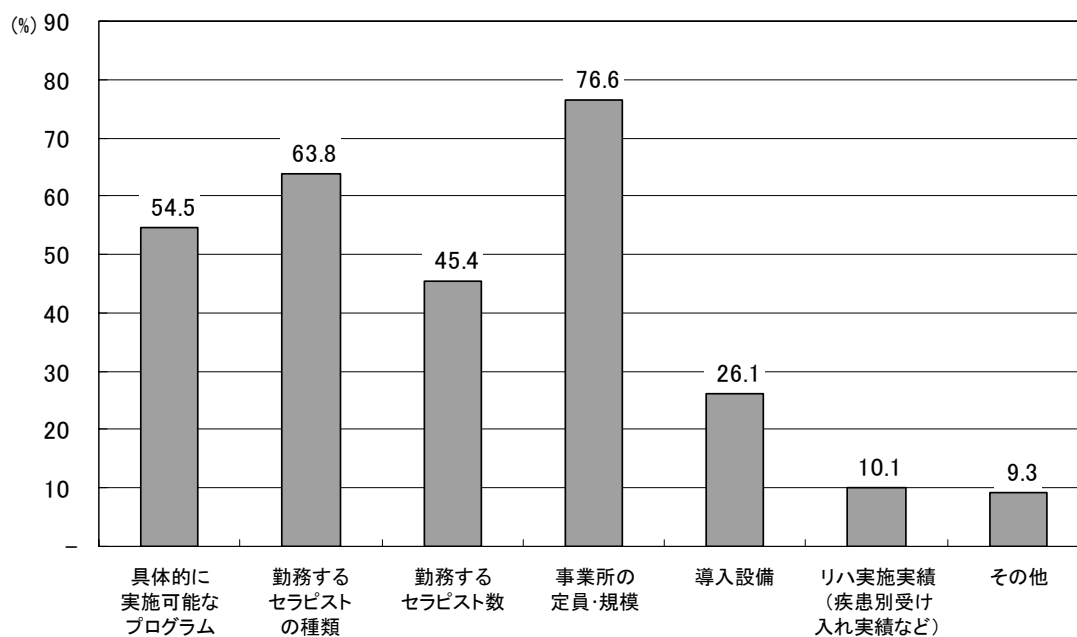
表 103 通所リハ事業所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容

通所リハ事業所管理者票 Q10SQ1 通所リハ事業所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容 <複数回答>

上段:度数 下段:%	Q10SQ1どのような内容を広報しているか							
	全体	具体的に実施可能なプログラム	勤務するセラピストの種類	勤務するセラピスト数	事業所の定員・規模	導入設備	リハ実施実績(疾患別受け入れ実績など)	その他
通所リハ事業所	800 100.0	436 54.5	510 63.8	363 45.4	613 76.6	209 26.1	81 10.1	74 9.3

※集計対象:通所リハ事業所管理者票 Q10 で広報を「行っている」と回答した管理者(無回答を除く)

図 129 通所リハ事業所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容



4) 診療所・通所リハビリテーション事業所で広報を行わない理由

急性期病院に対して広報を行っていないリハビリテーション機能がある診療所の医師および通所リハビリテーション事業所管理者に対して、広報をしない理由をみると、診療所は「すでに十分な連携がとれているから」が45.5%と最も多くなっている。

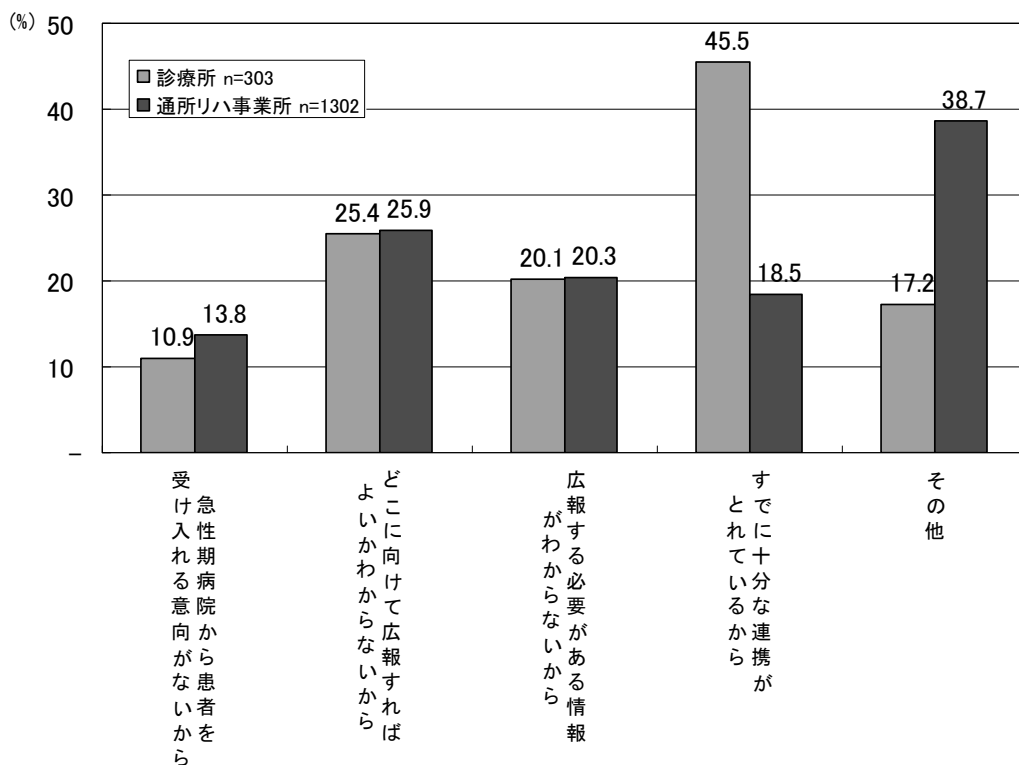
表 104 診療所・通所リハ事業所で広報を行わない理由

リハ有診療所医師票 Q13SQ2、通所リハ事業所管理者票 Q10SQ2 診療所・通所リハ事業所で広報を行わない理由
<複数回答>

上段:度数 下段:%	リハの内容や特徴を広報していない理由					
	全体	急性期病院から患者を受け入れる意向がないから	どこに向けて広報すればよいかわからないから	広報する必要がある情報がわからないから	すでに十分な連携がとれているから	その他
診療所	303 100.0	33 10.9	77 25.4	61 20.1	138 45.5	52 17.2
通所リハ事業所	1302 100.0	180 13.8	337 25.9	264 20.3	241 18.5	504 38.7

※集計対象：リハ有診療所医師および通所リハ事業所管理者で、急性期病院急性期広報を「行っていない」と回答した医師・管理者（無回答を除く）

図 130 診療所・通所リハ事業所で広報を行わない理由

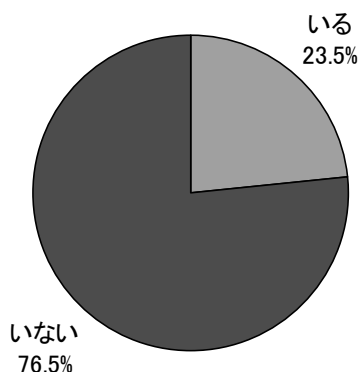


(3) リハビリテーション機能を持たない診療所からの患者の紹介状況

本来であれば、専門職によるリハビリテーションの提供が望ましい患者の有無

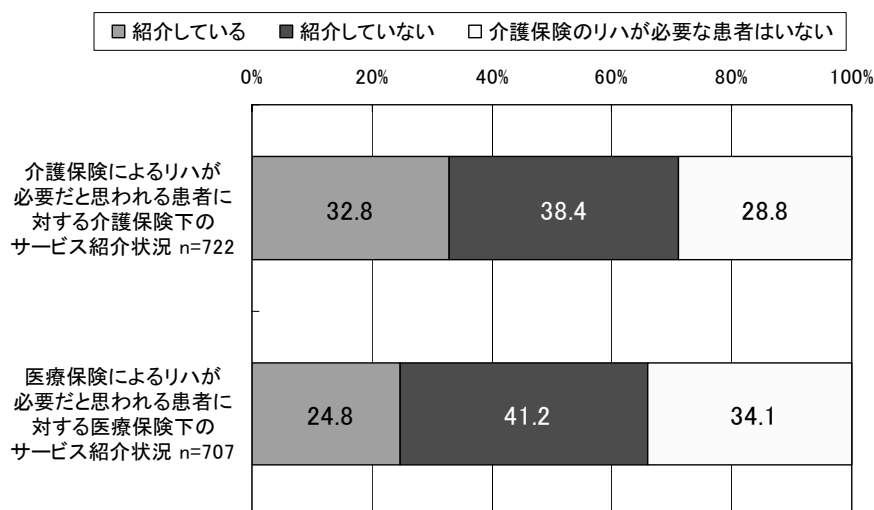
リハビリテーション機能を持たない診療所の医師に対して、本来であれば、専門職によるリハビリテーションの提供が望ましい患者の有無をきいたところ、リハビリテーション機能を持たない診療所の2割以上で専門職によるリハビリテーションの提供が望ましい患者が「いる」と答えている。介護保険もしくは医療保険によるリハビリテーションが必要な患者に対して、医療保険下ないし介護保険下のリハビリテーションサービスを紹介しているかについてみると、リハビリテーション機能を持たない診療所の4割程度において、紹介されていない。

図 131 本来であれば、専門職によるリハの提供が望ましい患者の有無 <単数回答> n=695



※集計対象：リハ無診療所医師（無回答を除く）

図 132 介護保険によるリハ・医療保険によるリハが必要だと思われる患者に対して、介護保険下・医療保険下のリハサービスを紹介しているか <単数回答>



※集計対象：リハ無診療所医師（無回答を除く）

(4) DPC 病院退院時にリハビリテーション紹介先が決まらないケースについて

1) リハビリテーションニーズ別・退院後のリハビリテーション継続の状況

DPC 病院退院患者（個票回答患者）に対して、退院後に必要なリハビリテーションニーズ別に退院後リハビリテーションを継続したかについてみると、退院後に『医療保険によるリハが必要』な患者は「継続した」割合が 74.9%であった。一方『介護保険によるリハが必要』な患者が「継続した」割合は 40.8%と、『医療保険によるリハが必要』な患者と比較して、リハビリテーションを継続した割合が低くなっている。

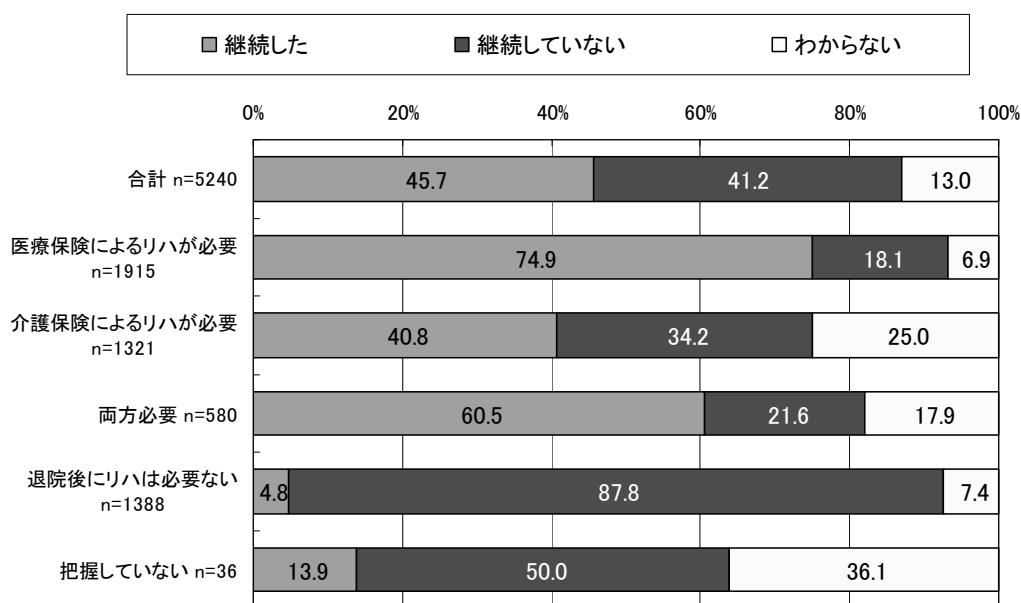
表 105 DPC 病院退院患者の退院後のリハニーズ別 退院後のリハの継続状況

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q10 退院後のリハの継続状況 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10退院後もリハを継続しましたか			
		全体	継続した	継続していない	わからない
Q6退院後、 どのような リハが必要 と感じたか	合計	5240 100.0	2396 45.7	2161 41.2	683 13.0
	医療保険によるリハが必要	1915 100.0	1435 74.9	347 18.1	133 6.9
	介護保険によるリハが必要	1321 100.0	539 40.8	452 34.2	330 25.0
	両方必要	580 100.0	351 60.5	125 21.6	104 17.9
	退院後にリハは必要ない	1388 100.0	66 4.8	1219 87.8	103 7.4
	把握していない	36 100.0	5 13.9	18 50.0	13 36.1

※集計対象:DPC 病院退院患者(個票回答患者)(無回答を除く)

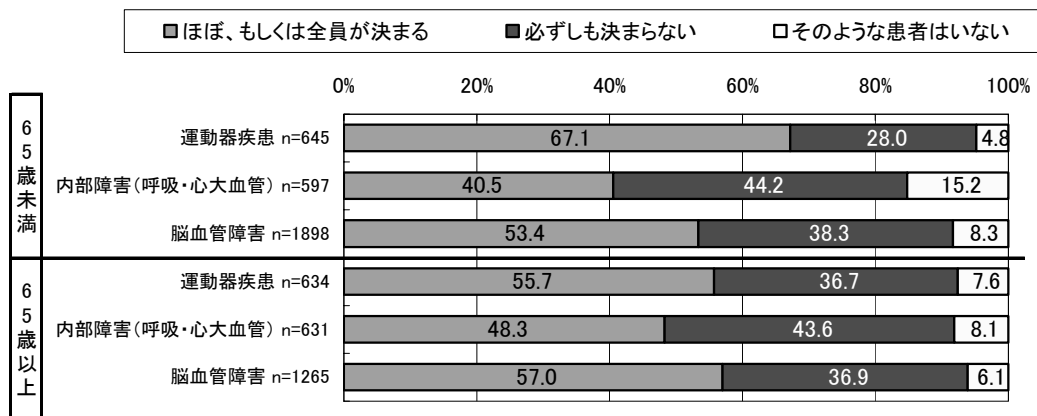
図 133 DPC 病院退院患者の退院後のリハニーズ別 退院後のリハの継続状況



2) 年齢別・疾患別・退院時にリハビリテーションの紹介先が決まらない割合

DPC 病院責任者に対して、患者の年齢別、疾患別に紹介先が決まらない割合をきいたところ、DPC 病院から退院した後でリハビリテーションが必要な患者のうち、3 割から 4 割がリハビリテーションの紹介先が決まっておらず、「急性期後のリハビリテーションが十分に提供されていない」という現状認識を裏付ける結果となった。

図 134 年齢別・疾患別 DPC 病院退院時にリハ紹介先が決まらない割合

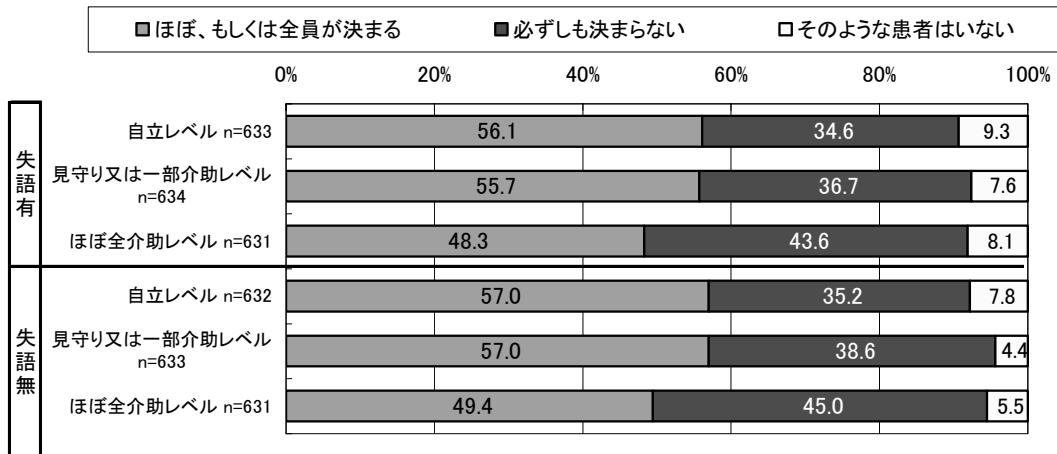


※集計対象:DPC 病院責任者(無回答除く) <単数回答>

3) 年齢別・失語症の有無別・ADL 別・退院時にリハビリテーションの紹介先が決まらない割合

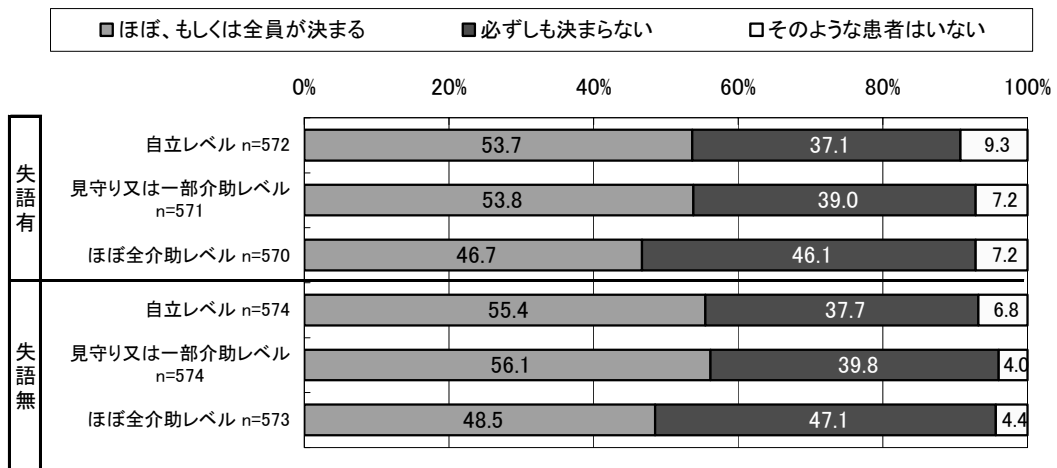
DPC 病院責任者に対して、患者の年齢別、失語症の有無別、ADL 別に紹介先が決まらない割合をきいたところ、患者の年齢別、失語症の有無別では、特に際立った差異はみられないが、ADL 別では、『ほぼ全介助レベル』の患者が「ほぼ、もしくは全員が決まる」割合が半数に満たない。

図 135 脳血管障害の失語症有無・ADL 別(65 歳未満) 退院時にリハ紹介先が決まらない割合 <単数回答>



※集計対象:DPC 病院責任者(無回答除く)

図 136 脳血管障害の失語症有無・ADL 別(65 歳以上) 退院時にリハ紹介先が決まらない割合 <単数回答>

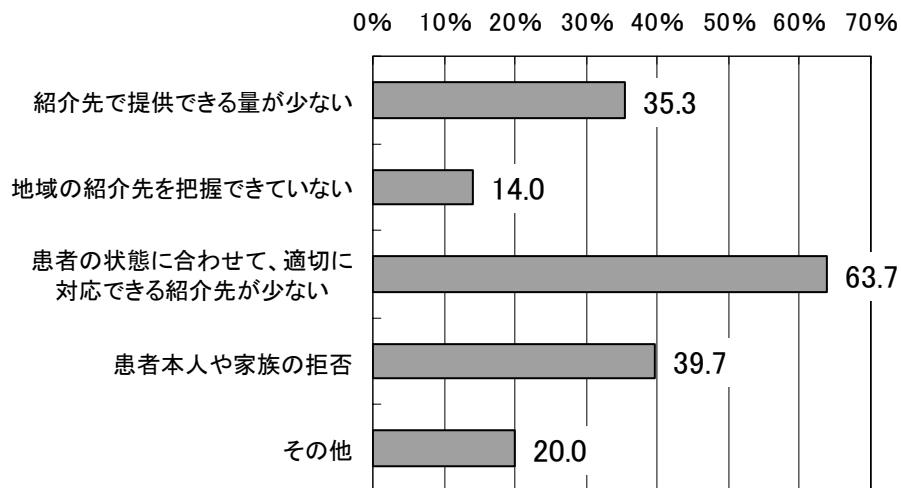


※集計対象:DPC 病院責任者(無回答除く)

4) リハビリテーション紹介先が決まらない理由

DPC 病院責任者に対して、リハビリテーション紹介先が決まらない理由をみると、「患者の状態に合わせて、退院時のリハビリテーションニーズに適切に対応できる紹介先が少ない」が63.7%と最も多く、次いで「患者本人や家族の拒否」(39.7%)、「紹介先で提供できる量が少ない」(35.3%)と続いている。

図 137 リハ紹介先が決まらない理由 n=479 <複数回答>



※集計対象：DPC 病院責任者(無回答除く)

5) リハビリテーション算定があった患者の退院調整へのMSWの関わり

DPC 病院責任者に対して、DPC 病院でリハビリテーション算定があった患者の退院調整についてMSWがどの程度かかわっているかをみると、MSWが「リハ算定した患者について、半数以上の退院に関わっている」ところが、51.1%と半数以上を占めている。なお、「リハ算定した患者について、全員の退院に関わっている」のは全体の8.1%であった。

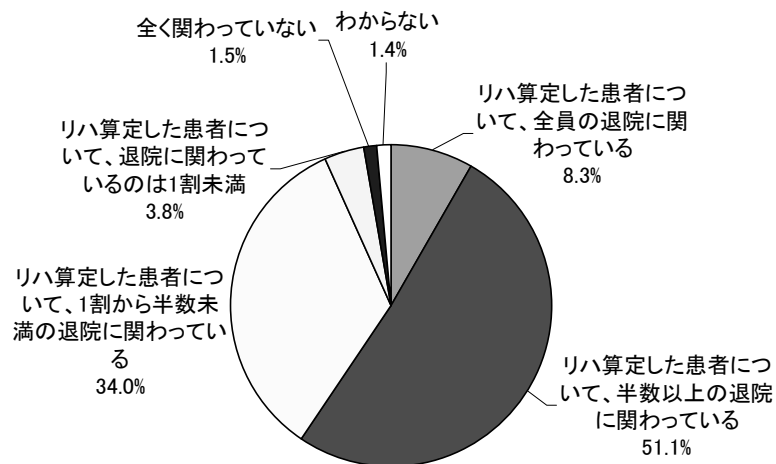
表 106 DPC 病院でリハ算定があった患者の退院調整にMSWがどの程度関わっているか

DPC 病院責任者票 Q17 リハの算定があった患者の退院調整にMSWがどの程度関わっているか <単数回答>

上段:度数 下段:%	リハ算定した患者について、全員の退院に関わっている	リハ算定した患者について、半数以上の退院に関わっている	リハ算定した患者について、1割から半数未満の退院に関わっている	リハ算定した患者について、退院に関わっているのは1割未満	全く関わっていない	わからない
全体	684	339	226	25	10	9
	100.0	51.1	34.0	3.8	1.5	1.4

※集計対象：DPC 病院責任者（無回答除く）

図 138 DPC 病院でリハ算定があった患者の退院調整にMSWがどの程度関わっているか n=664



6) リハビリテーション算定があった患者の退院調整に MSW が関わる際のニーズ

前問で、DPC 病院でリハビリテーション算定があった患者の退院調整について MSW が「リハ算定した患者について、半数以上の退院に関わっている」、「リハ算定した患者について、1 割から半数未満の退院に関わっている」、「リハ算定した患者について、退院に関わっているのは 1 割未満」のいずれかに回答した病院において、MSW が患者の退院調整に関わるのはどのようなニーズがある時かについてきいたところ、「退院先が転院の場合」が 62.8%と最も多く、次いで「MSW に対して、依頼があった場合」が 52.1%と続いている。

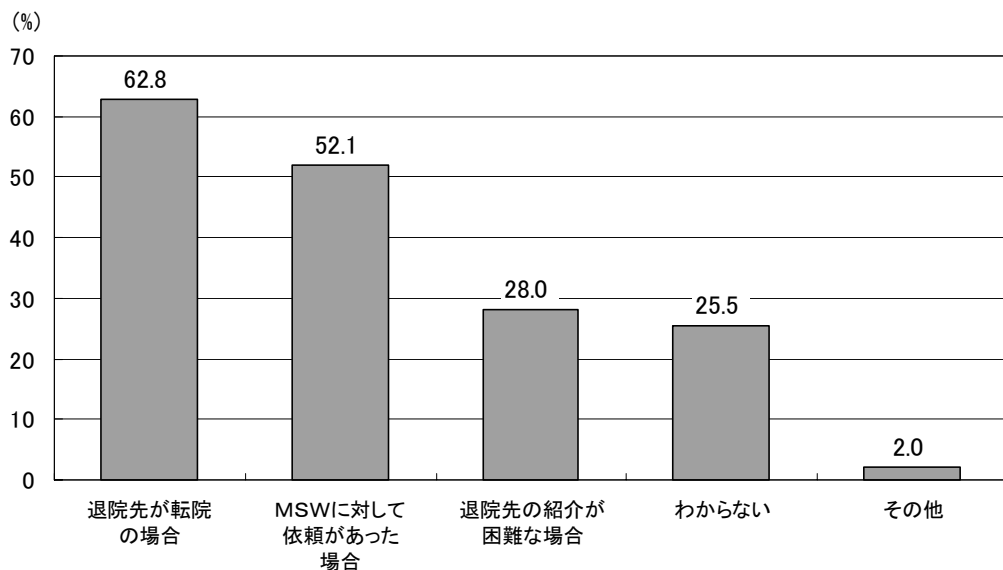
表 107 DPC 病院で MSW が患者の退院調整に関わるのはどのようなニーズがある時か

DPC 病院責任者票 Q17SQ MSW が患者の退院調整に関わるのはどのようなニーズがある時か <複数回答>

上段:度数 下段:%	退院先が 転院の場 合	MSWに對 して、依頼 があった場 合	退院先の 紹介が困 難な場合 (例えば、 希望受け 入れ先の 空きがない 場合)	わからない	その他
全体					
590	486	530	448	8	75
100.0	62.8	52.1	28.0	25.5	2.0

※集計対象:DPC 病院責任者票 Q17 の回答で退院調整に MSW が「リハ算定した患者について、半数以上の退院に関わっている」、「リハ算定した患者について、1 割から半数未満の退院に関わっている」、「リハ算定した患者について、退院に関わっているのは 1 割未満」のいずれかに回答した人(無回答除く)

図 139 DPC 病院で MSW が患者の退院調整に関わるのはどのようなニーズがある時か n=590



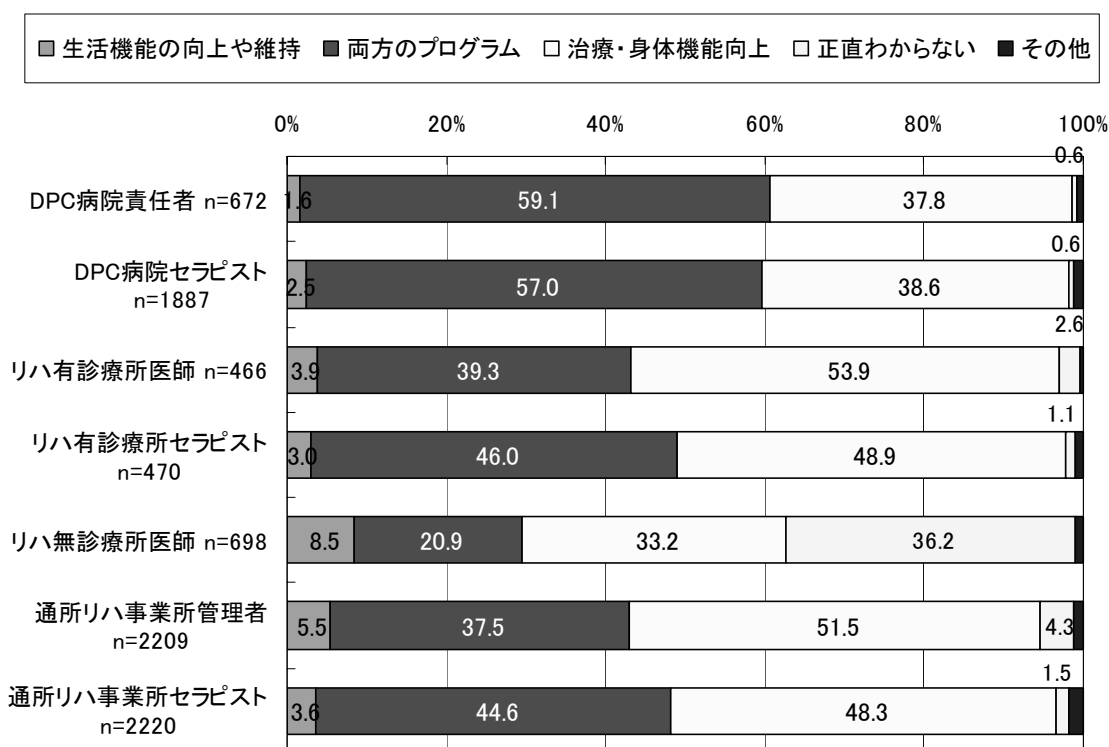
第五節 リハビリテーション提供側の意識と利用者の積極性について

1. リハビリテーションプログラムに対するリハビリテーション提供側の認識について

(1) 医療保険におけるリハビリテーションプログラムに対する認識

現状において医療保険におけるリハビリテーションがどのようなプログラムを提供していると思うかについて、DPC 病院リハビリテーション部門責任者、DPC 病院セラピスト、リハビリテーション機能のある診療所医師、診療所セラピスト、リハビリテーション機能がない診療所医師、通所リハビリテーション事業所管理者、通所リハビリテーション事業所セラピストに対してきいたところ、『DPC 病院責任者』と、『DPC 病院セラピスト』は、「両方のプログラム」をあげる割合が 6 割近くを占めている。

図 140 医療保険におけるリハビリテーションはどのようなプログラムを提供していると思うか <単数回答>

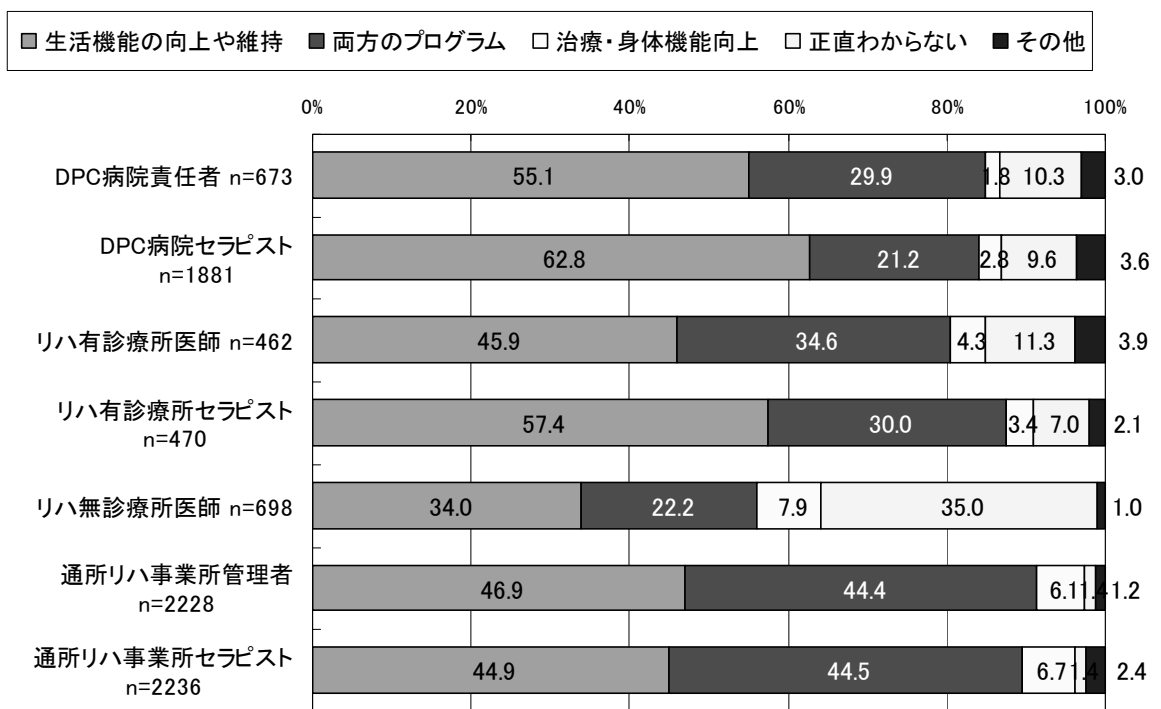


※集計対象：DPC 病院責任者、DPC 病院セラピスト、リハ有診療所医師、リハ有診療所セラピスト、リハ無診療所医師、通所リハ事業所管理者、通所リハ事業所セラピスト各々に対して同様の質問を行った(無回答を除く)

(2) 介護保険におけるリハビリテーションプログラムに対する認識

同様に、現状において介護保険におけるリハビリテーションがどのようなプログラムを提供していると思うかについて、DPC 病院リハビリテーション部門責任者、DPC 病院セラピスト、リハビリテーション機能のある診療所医師、診療所セラピスト、リハビリテーション機能がない診療所医師、通所リハビリテーション事業所管理者、通所リハビリテーション事業所セラピストに対してきいたところ、『DPC 病院セラピスト』、『診療所セラピスト』、『DPC 病院責任者』が「生活機能の向上や維持」をあげる割合が5割以上となっている。

図 141 介護保険におけるリハビリテーションはどのようなプログラムを提供していると思うか <単数回答>

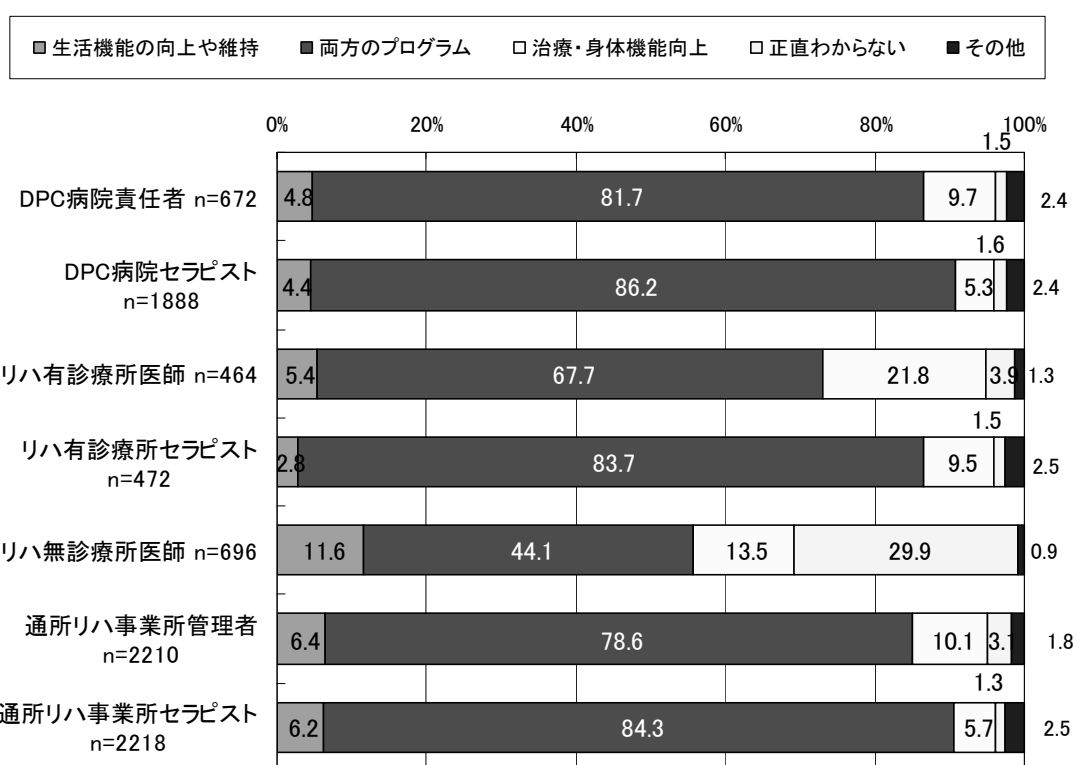


※集計対象：DPC 病院責任者、DPC 病院セラピスト、リハ有診療所医師、リハ有診療所セラピスト、リハ無診療所医師、通所リハ事業所管理者、通所リハ事業所セラピスト各々に対して同様の質問を行った（無回答を除く）

(3) 医療保険に求めるリハビリテーションプログラムに対する認識

次に、医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきと思うかについて、DPC 病院リハビリテーション部門責任者、DPC 病院セラピスト、リハビリテーション機能のある診療所医師、診療所セラピスト、リハビリテーション機能がない診療所医師、通所リハビリテーション事業所管理者、通所リハビリテーション事業所セラピストに対してきいたところ、『DPC 病院セラピスト』、『通所リハ事業所セラピスト』、『リハ有診療所セラピスト』、『DPC 病院医師』が「両方のプログラム」をあげる割合がいずれも 8 割以上となっている。

図 142 医療保険下のリハビリテーションではどのようなプログラムが提供されるべきと思うか <単数回答>

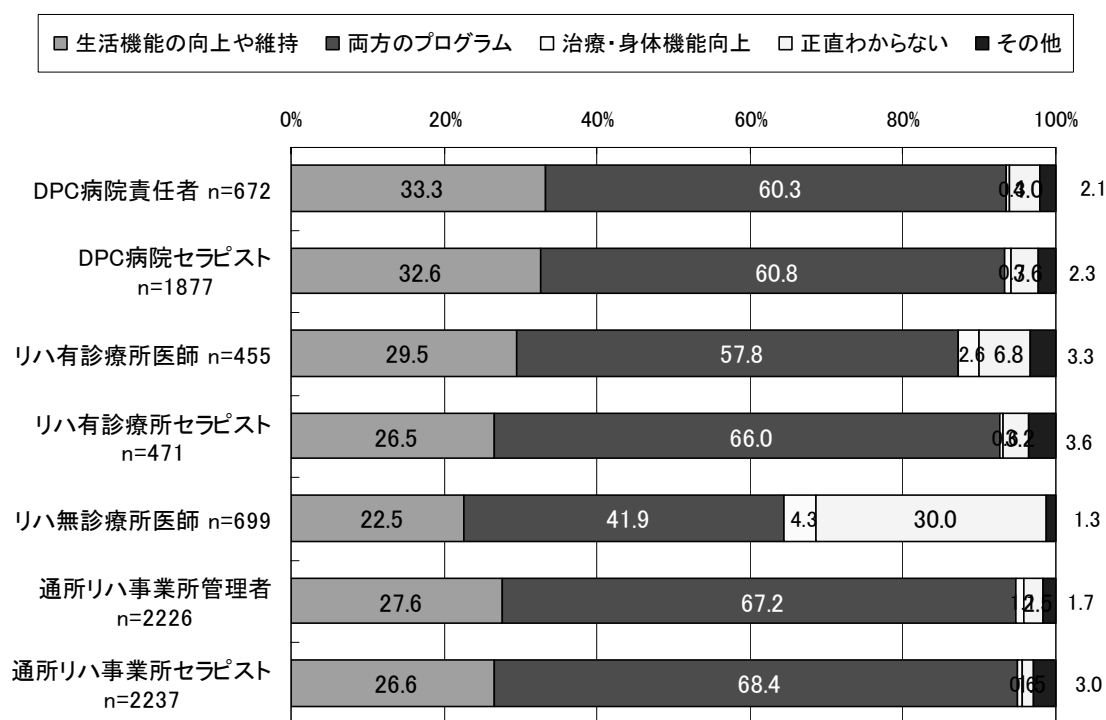


※集計対象：DPC 病院責任者、DPC 病院セラピスト、リハ有診療所医師、リハ有診療所セラピスト、リハ無診療所医師、通所リハ事業所管理者、通所リハ事業所セラピスト各々に対して同様の質問を行った(無回答を除く)

(4) 介護保険に求めるリハビリテーションプログラムに対する認識

医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきと思うかについて、DPC 病院リハビリテーション部門責任者、DPC 病院セラピスト、リハビリテーション機能のある診療所医師、診療所セラピスト、リハビリテーション機能がない診療所医師、通所リハビリテーション事業所管理者、通所リハビリテーション事業所セラピストに対してきいたところ、『通所リハ事業所セラピスト』、『通所リハ事業所セラピスト』が「両方のプログラム」をあげる割合が 7 割近くとなっている。

図 143 介護保険下のリハビリテーションではどのようなプログラムが提供されるべきと思うか <単数回答>



※集計対象：DPC 病院責任者、DPC 病院セラピスト、リハ有診療所医師、リハ有診療所セラピスト、リハ無診療所医師、通所リハ事業所管理者、通所リハ事業所セラピスト各々に対して同様の質問を行った(無回答を除く)

2. 退院後にリハビリテーションが必要な患者・利用者に対する検討と説明

(1) 退院時計画作成時における退院後のリハビリテーションの検討

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、退院後に必要なリハビリテーションニーズ別に退院時計画作成時における退院後のリハビリテーションの検討状況をみると、退院後に『医療保険によるリハが必要』な患者は「十分検討された」が41.4%、「ある程度検討された」(35.9%)と合わせると77.3%と4分の3以上を占める。『介護保険によるリハが必要』な患者は「十分検討された」が22.0%、「ある程度検討された」は42.4%と検討された割合が低い。

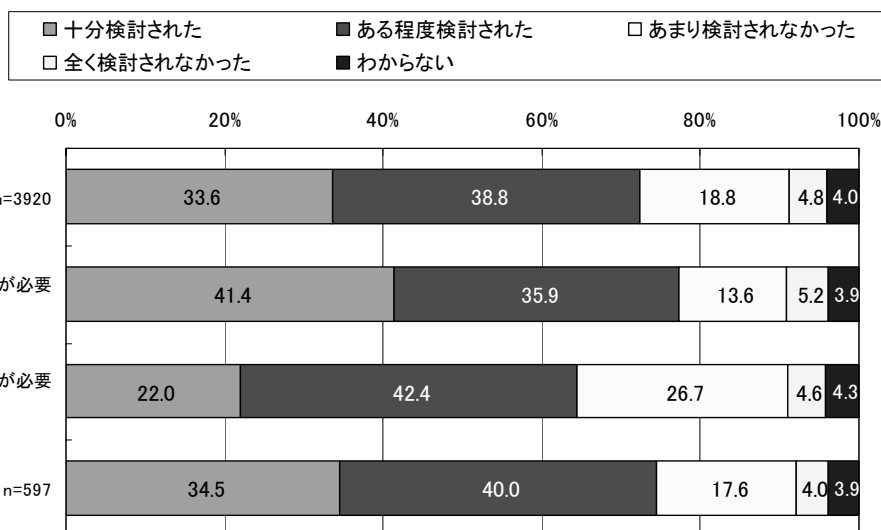
表 108 DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハについて十分検討されたか

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q9 退院後のリハについて十分検討されたか <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q9退院計画では退院後のリハについて、十分な検討をされたか					
		全体	十分検討された	ある程度検討された	あまり検討されなかった	全く検討されなかった	わからない
Q6退院後、 どのような リハが必要 と感じたか	合計	3920 100.0	1318 33.6	1521 38.8	735 18.8	188 4.8	158 4.0
	医療保険によるリハが必要	1959 100.0	812 41.4	704 35.9	266 13.6	101 5.2	76 3.9
	介護保険によるリハが必要	1364 100.0	300 22.0	578 42.4	364 26.7	63 4.6	59 4.3
	両方必要	597 100.0	206 34.5	239 40.0	105 17.6	24 4.0	23 3.9

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で医療保険によるリハ、介護保険によるリハ、両方必要のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 144 DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハについて十分検討されたか



(2) 退院後のリハビリテーションの必要性の説明

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、退院後のリハビリテーションニーズ別に退院後にリハビリテーションが必要であることについて説明したかについてみると、『医療保険によるリハが必要』な患者は「医療保険と介護保険によるリハビリの違いを意識して説明した」割合が 27.6%、『介護保険によるリハが必要』な患者は 43.9%、『両方必要』な患者は 37.9%となっている。

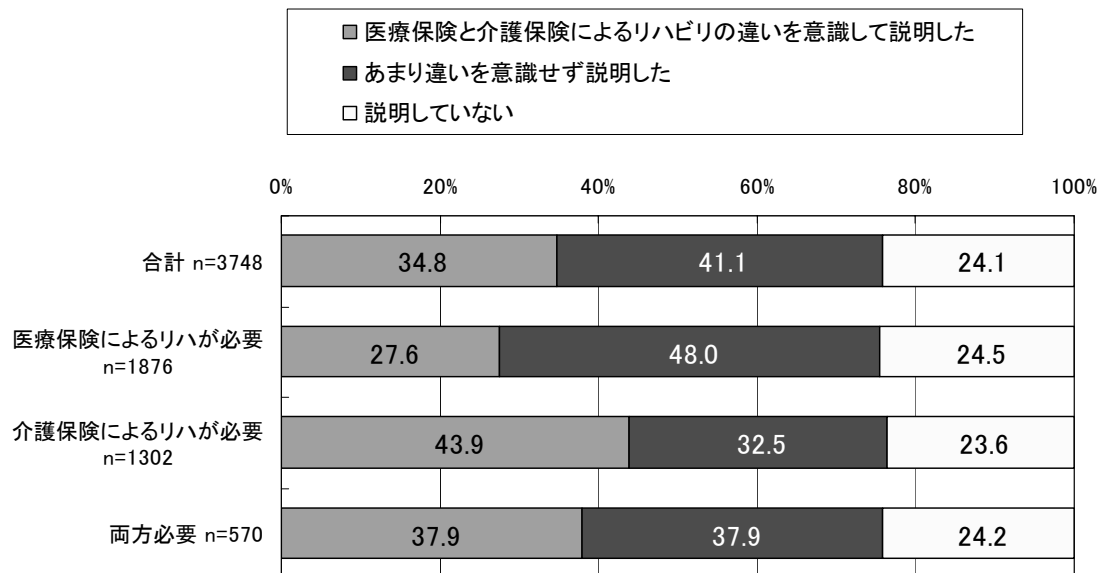
表 109 DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハの必要性についての説明の有無

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q6SQ1 退院後のリハの必要性についての説明の有無 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q6-SQ1 退院後にリハが必要であることについて説明したか			
		全体	医療保険と介護保険によるリハビリの違いを意識して	あまり違いを意識せず説明した	説明していない
Q6 退院後、どのようなりハが必要と感じたか	合計	3748 100.0	1305 34.8	1539 41.1	904 24.1
	医療保険によるリハが必要	1876 100.0	517 27.6	900 48.0	459 24.5
	介護保険によるリハが必要	1302 100.0	572 43.9	423 32.5	307 23.6
	両方必要	570 100.0	216 37.9	216 37.9	138 24.2

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で医療保険によるリハ、介護保険によるリハ、両方必要のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 145 DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハの必要性についての説明の有無



DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、退院後のリハビリテーションニーズ別にリハビリテーションの継続が必要な患者への対応をみると、退院後に『医療保険によるリハが必要』な患者へは「治療が継続できるように、外来リハや転院など、医療保険におけるリハビリテーションを勧めた」割合が89.1%とほぼ9割を占める。『介護保険によるリハが必要』な患者へは「生活機能の向上に繋げるため、デイケアや訪問リハビリ（看護）など、介護保険におけるリハビリテーションを勧めた」割合が73.0%と高くなっている。

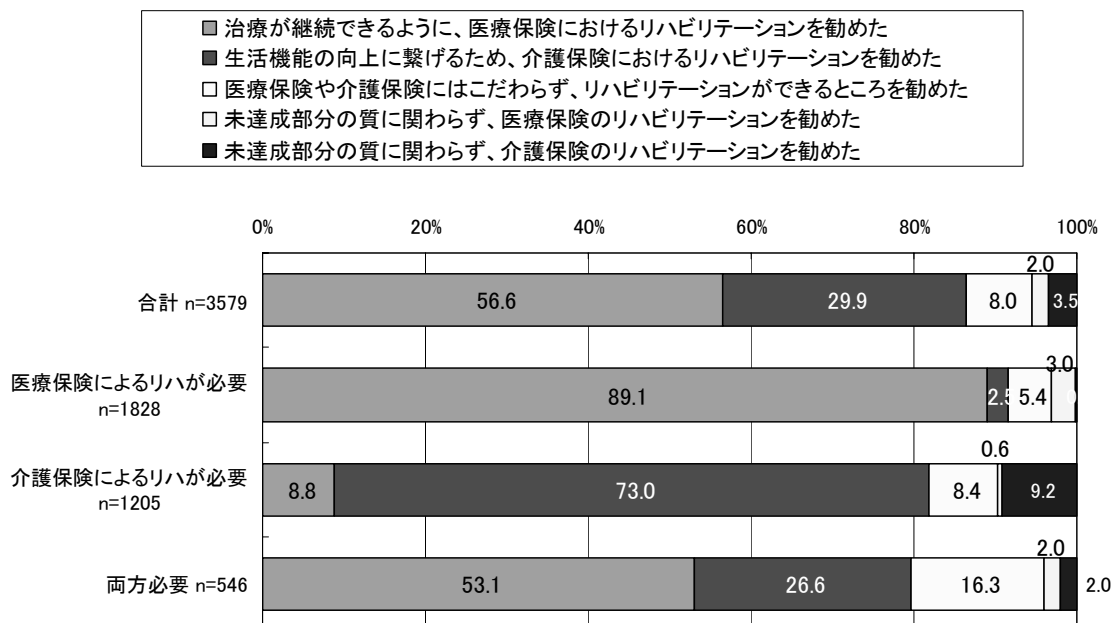
表 110 DPC 病院退院後のリハニーズ別 リハの継続が必要な患者への対応

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q6SQ2 リハの継続が必要な患者への対応 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q6-SQ2 リハビリテーションの継続が必要な患者への対応					
		全体	治療が継続できるように、外来リハや転院など、医療保険におけるリハビリテーションを勧めた	生活機能の向上に繋げるため、デイケアや訪問リハビリ（看護）など、介護保険におけるリハビリテーションを勧めた	医療保険の機関や介護保険の機関には全くこだわらず、リハビリテーションができるところを勧めた	未達成部分の質に関わらず、医療保険のリハビリテーションを勧めた	未達成部分の質に関わらず、介護保険のリハビリテーションを勧めた
Q6 退院後、どのようなリハが必要と感じたか	合計	3579 100.0	2025 56.6	1070 29.9	288 8.0	72 2.0	124 3.5
	医療保険によるリハが必要	1828 100.0	1629 89.1	45 2.5	98 5.4	54 3.0	2 0.1
	介護保険によるリハが必要	1205 100.0	106 8.8	880 73.0	101 8.4	7 0.6	111 9.2
	両方必要	546 100.0	290 53.1	145 26.6	89 16.3	11 2.0	11 2.0

※集計対象:DPC 病院退院患者で、退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 146 DPC 病院退院後のリハニーズ別 リハの継続が必要な患者への対応



3. 患者・利用者のリハビリテーションに対する積極性について

(1) 患者・利用者のリハビリテーションに対する積極性

DPC 病院患者、診療所患者、通所リハビリテーション事業所利用者全体のリハビリテーション開始時のリハビリテーションに対する積極度をみると、『診療所』の患者が「とても積極的だった」割合が 48.0%、「積極的だった」(38.0%) と合わせると 86.0% と 8 割以上を占め、DPC 病院の患者、通所リハビリテーション事業所の利用者と比較してリハビリテーション開始時のリハビリテーションに対する積極度が高くなっている。

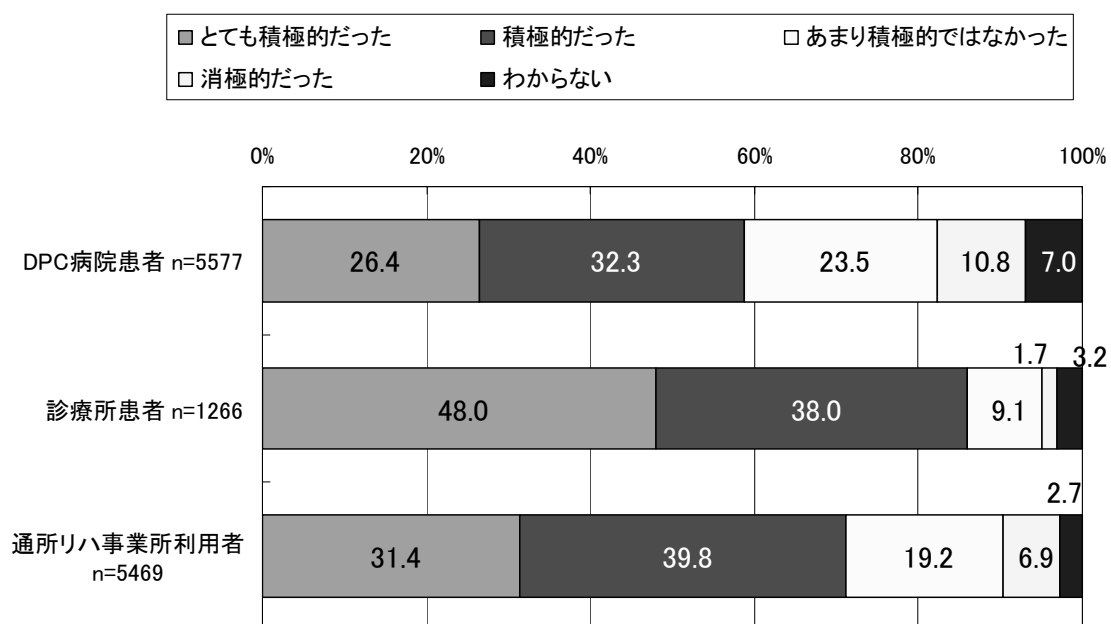
表 111 患者・利用者のリハ開始時におけるリハに対する積極性

リハ開始時における患者・利用者のリハに対する積極性 <単数回答>

	全体	とても積極的だった	積極的だった	あまり積極的ではなかった	消極的だった	わからない
DPC病院患者	5577 100.0	1474 26.4	1802 32.3	1312 23.5	601 10.8	388 7.0
診療所患者	1266 100.0	608 48.0	481 38.0	115 9.1	22 1.7	40 3.2
通所リハ事業所利用者	5469 100.0	1716 31.4	2179 39.8	1049 19.2	378 6.9	147 2.7

※集計対象：DPC 病院退院患者、診療所患者、通所リハ事業所利用者(個票回答患者・利用者)(無回答を除く)

図 147 患者・利用者のリハ開始時におけるリハに対する積極性



(2) DPC 病院患者の退院時の属性とリハビリテーションに対する積極性との関係について

1) 患者のリハビリテーションニーズ別・リハビリテーションに対する積極性

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、退院時のリハビリテーションニーズ別に退院時のリハビリテーションに対する積極度をみると、リハビリテーションニーズでは『医療保険によるリハが必要』な患者が、退院時のリハビリテーションに対して「積極的」な割合が 86.7%と、『介護保険によるリハが必要』な患者（65.4%）、『両方必要』な患者（70.7%）と比較して、退院時のリハビリテーションに対して積極的な割合が高くなっている。

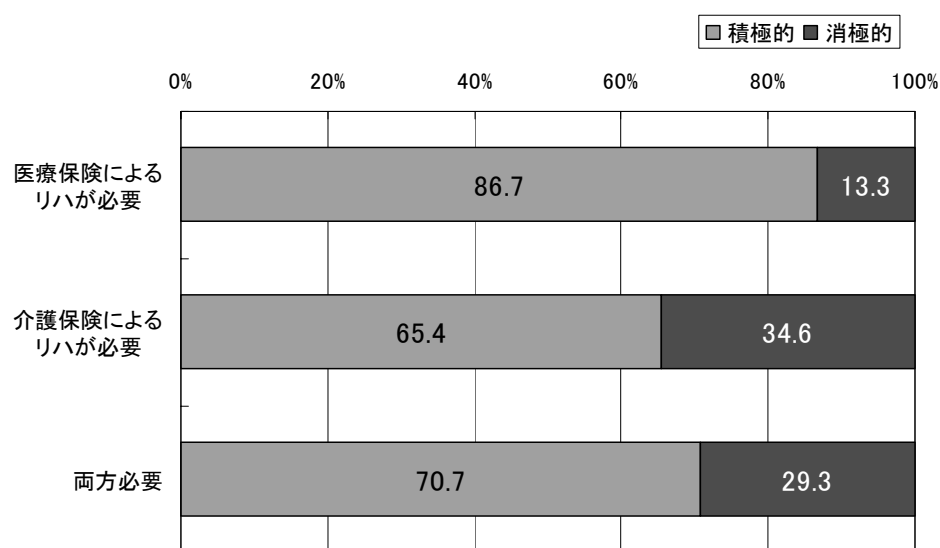
表 112 DPC 病院患者の退院後のリハニーズ別 退院時のリハに対する積極性

DPC 病院個票 Q6 退院後のリハニーズ×Q4 退院時のリハに対する積極性 <単数回答>

上段:度数 下段:%	全体	積極的	消極的
合計	3826 100.0	2948 77.1	878 22.9
医療保険によるリハが必要	1954 100.0	1694 86.7	260 13.3
介護保険によるリハが必要	1313 100.0	859 65.4	454 34.6
両方必要	559 100.0	395 70.7	164 29.3

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 148 DPC 病院患者の退院後のリハニーズ別 退院時のリハに対する積極性



2) 患者の原因疾患別・リハビリテーションに対する積極性

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、原因疾患別に退院時のリハビリテーションに対する積極性をみると、『運動器疾患』の患者が、退院時のリハビリテーションに対して「積極的」な割合が 87.7%と、『脳血管疾患』の患者（71.0%）と比較して退院時のリハビリテーションに対する積極性が高くなっている。

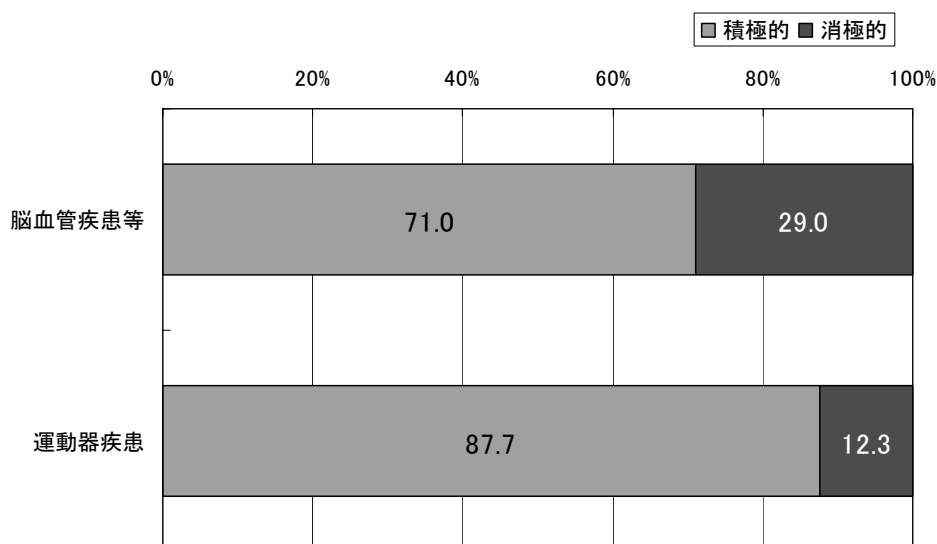
表 113 DPC 病院患者の原因疾患別 退院時のリハに対する積極性

DPC 病院個票 F3 原因疾患 × Q4 退院時のリハに対する積極性 <単数回答>

上段:度数 下段:%	全体	積極的	消極的
合計	3257 100.0	2542 78.0	715 22.0
脳血管疾患等	1885 100.0	1339 71.0	546 29.0
運動器疾患	1372 100.0	1203 87.7	169 12.3

※集計対象：DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者（DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者）（無回答を除く）

図 149 DPC 病院患者の原因疾患別 退院時のリハに対する積極性



3) 患者の年齢別・リハビリテーションに対する積極性

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、患者の年齢別に退院時のリハビリテーションに対する積極性をみると『65歳以上』の患者が、退院時のリハビリテーションに対して「積極的」な割合が 70.9%、『40～65歳未満』で 84.4%、『40歳未満』では 86.6%と、年齢が低い患者のほうが、退院時のリハビリテーションに対して積極的な割合が高くなっている。

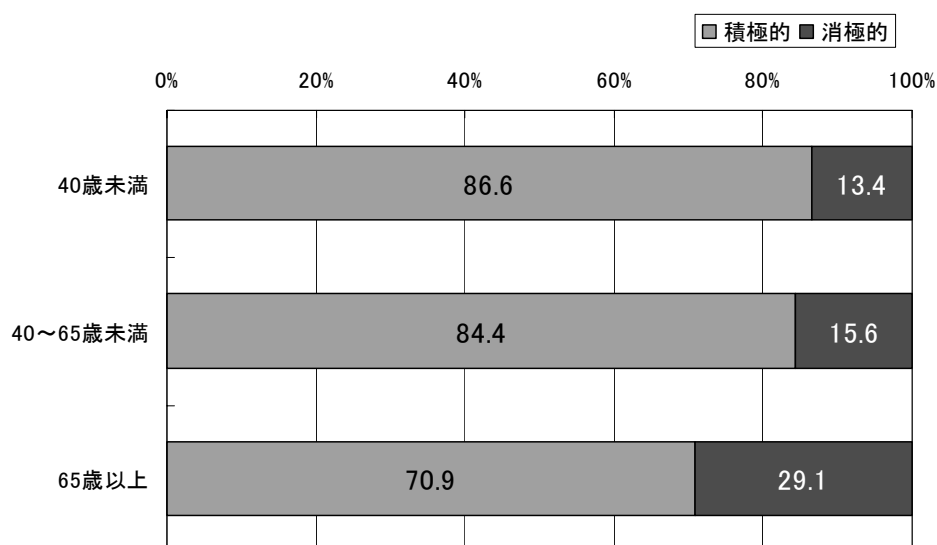
表 114 DPC 病院患者の年齢別 退院時のリハに対する積極性

DPC 病院個票 F1 年齢×Q4 退院時のリハに対する積極性 <単数回答>

上段:度数 下段:%	全体	積極的	消極的
合計	3799 100.0	2928 77.1	871 22.9
40歳未満	537 100.0	465 86.6	72 13.4
40～65歳未満	1120 100.0	945 84.4	175 15.6
65歳以上	2142 100.0	1518 70.9	624 29.1

※集計対象：DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者（DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、
「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者）（無回答を除く）

図 150 DPC 病院患者の年齢別 退院時のリハに対する積極性



4) 患者の退院時のリハビリテーションに対する積極性別・最終評価時 BI

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、退院時のリハビリテーションに対する積極性別に患者の BI 最終評価（平均値）をみると、退院時のリハビリテーションに対する積極性が高い患者のほうが、点数が高くなっている。

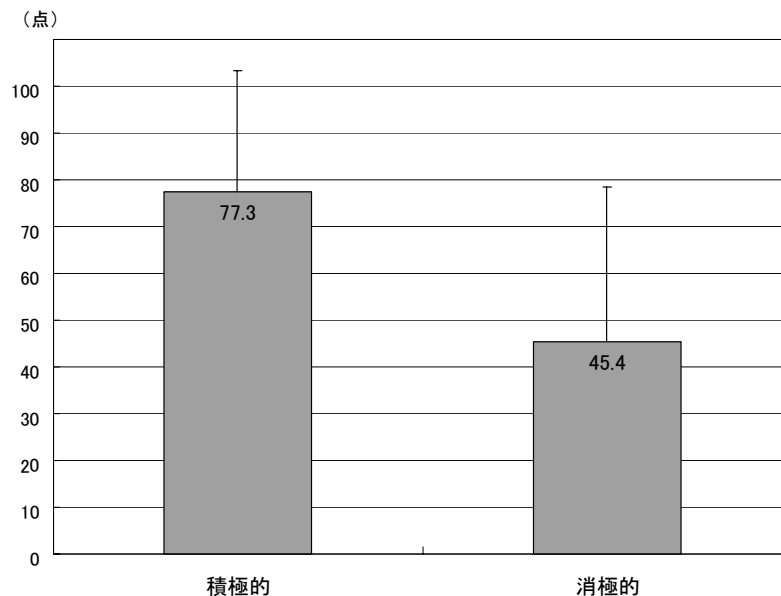
表 115 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 BI 最終評価(平均点)

DPC 病院個票 Q4 退院時のリハに対する積極性×Q2-3 BI 最終評価 <数値>

	全体	積極的	消極的
件数	2236	1740	496
BI 最終評価（平均値）	70.2	77.3	45.4
標準偏差	30.8	26.1	33.2

※集計対象：DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者（DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者）（無回答を除く）

図 151 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 BI 最終評価(平均点)



(3) 退院時の患者の積極性と退院後のリハビリテーションの検討・説明との関係について

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者について、退院時のリハビリテーションに対する積極性別に退院時計画作成時における退院後のリハビリテーションの検討状況をみると、退院時のリハビリテーションに対して積極的な患者のほうが退院後のリハビリテーションについて「十分に検討された」割合が高くなっている。

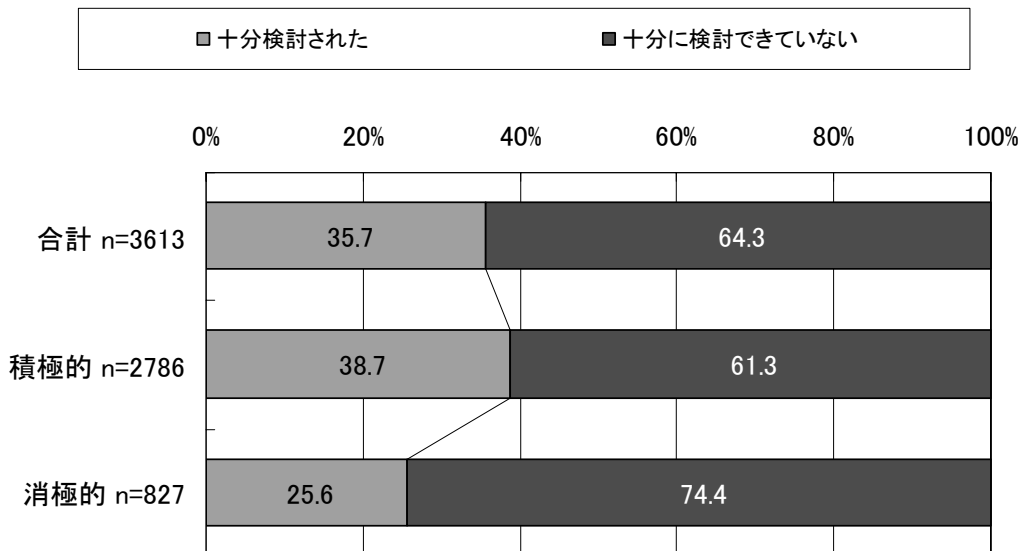
表 116 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハについての検討度

DPC 病院個票 Q4 患者の退院時のリハに対する積極性×Q9 DPC 病院患者の退院後のリハについての検討度 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q9 退院後のリハの検討		
		全体	十分に検討された	十分に検討できていない
Q4 患者の退院時のリハに対する積極性	合計	3613 100.0	1291 35.7	2322 64.3
	積極的	2786 100.0	1079 38.7	1707 61.3
	消極的	827 100.0	212 25.6	615 74.4

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)そのうち、積極度、検討度にたいして「わからない」と回答した患者を除く。

図 152 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハについての検討度



※ Q9 退院後のリハの検討が『十分に検討できていない』:「ある程度検討された」+「あまり検討されなかった」+「全く検討されなかった」の合計

※ Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:
『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計
『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

(4) 退院時の患者の積極性と退院後のリハビリテーションの継続との関係について

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者の退院時のリハビリテーションに対する積極性と退院後のリハビリテーションの継続状況の関係を見た。 χ^2 検定の結果、有意差があり ($p < .05$)、残差分析の結果、リハビリテーションに消極的な患者では退院後のリハビリテーション継続率が有意に低かった ($p < .05$)。

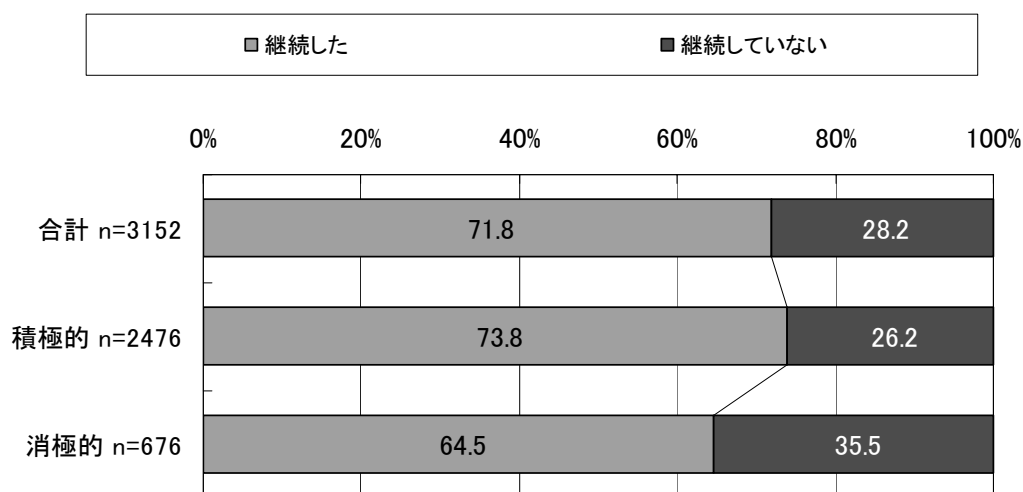
表 117 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの継続状況

DPC 病院個票 Q4 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性 × Q10 退院後のリハの継続状況 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q10 リハ継続の有無		
		全体	継続した	継続していない
Q4 患者の退院時のリハに対する積極性	合計	3152 100.0	2264 71.8	888 28.2
	積極的	2476 100.0	1828 73.8	648 26.2
	消極的	676 100.0	436 64.5	240 35.5

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)そのうち、積極度、継続度にたいして「わからない」と回答した患者を除く(無回答を除く)

図 153 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの継続状況



※ Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:
 『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計
 『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

(5) 退院時の患者の積極性と退院後にリハビリテーションが必要であることの説明との関係について

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者の退院時のリハビリテーションに対する積極性と退院後のリハビリテーションの説明の関係を見た。 χ^2 検定の結果、有意差があり ($p < .05$)、残差分析の結果、リハビリテーションに消極的な患者は、退院後のリハビリテーションの必要性の説明を有意に受けられていなかった ($p < .05$)。

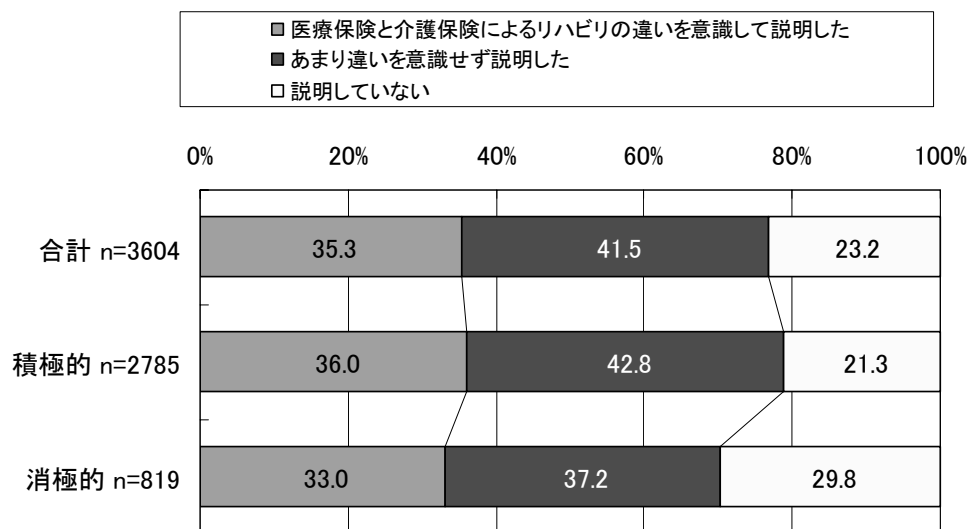
表 118 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの必要性についての説明の有無

DPC 病院個票 Q4 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性 × Q6SQ1 退院後のリハの必要性についての説明の有無 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q6SQ1退院後におけるリハの必要性についての説明			
		全体	医療保険と介護保険によるリハビリの違いを意識して説明した	あまり違いを意識せず説明した	説明していない
Q4 患者の退院時のリハに対する積極性	合計	3604 100.0	1272 35.3	1496 41.5	836 23.2
	積極的	2785 100.0	1002 36.0	1191 42.8	592 21.3
	消極的	819 100.0	270 33.0	305 37.2	244 29.8

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)そのうち、積極度にたいして「わからない」と回答した患者を除く

図 154 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの必要性についての説明の有無



※ Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:
 『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計
 『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

診療所でリハビリテーションニーズがある患者のリハビリテーション開始時のリハビリテーションに対する積極性別にリハビリテーションの必要性についての説明状況をみると、リハビリテーションに対して消極的な患者のほうが「医療保険と介護保険によるリハビリの違いを意識して説明した」割合が高くなっている。

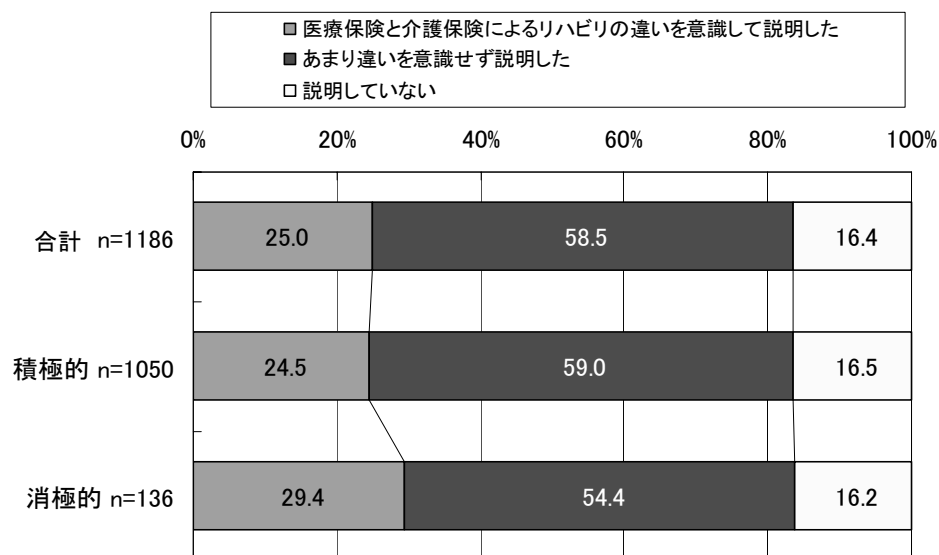
表 119 診療所患者の外来リハ開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無

リハ有診療所個票 Q12 患者の利用開始時のリハに対する積極性×Q16 リハの必要性についての説明の有無
 <単数回答>

	上段:度数 下段:%	Q16 リハの必要性について説明したか			
		全体	医療保険と介護保険によるリハビリの違いを意識して説明した	あまり違いを意識せず説明した	説明していない
利用開始時にリハに対して積極的だったか	合計	1186 100.0	297 25.0	694 58.5	195 16.4
	積極的	1050 100.0	257 24.5	620 59.0	173 16.5
	消極的	136 100.0	40 29.4	74 54.4	22 16.2

※集計対象:診療所患者で利用開始時にリハニーズが把握できている患者(リハ有診療所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した患者)(無回答を除く)そのうち、積極度にたいして「わからない」と回答した患者を除く

図 155 診療所患者の外来リハ開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無



※ Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:
 『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計
 『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

通所リハビリテーション事業所でリハビリテーションニーズがある利用者の利用開始時のリハビリテーションに対する積極性別にリハビリテーションが必要であることの説明状況をみると、リハビリテーションに対して積極的な患者のほうが「医療保険と介護保険によるリハビリの違いを意識して説明した」割合が高くなっている。

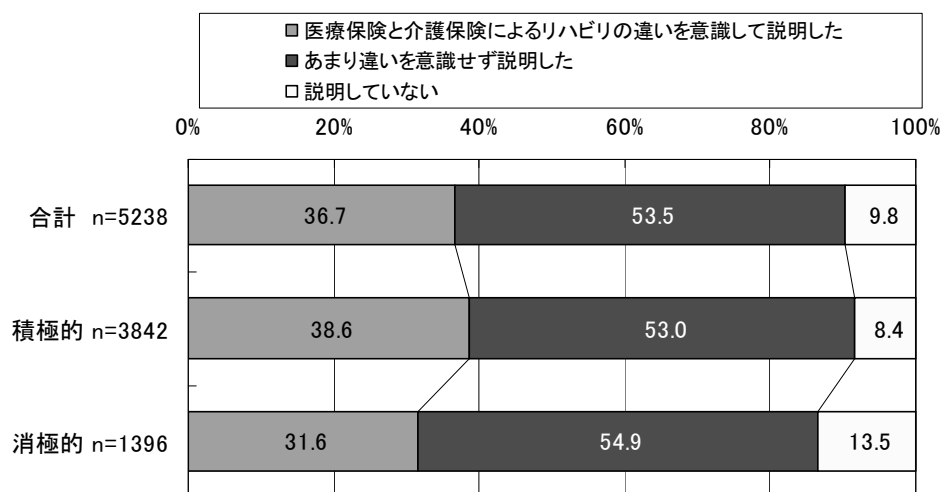
表 120 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無

通所リハ事業所個票 Q12 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハに対する積極性×Q15 リハの必要性についての説明の有無 <単数回答>

上段:度数 下段:%		Q15 リハの必要性について説明したか			
		全体	医療保険と介護保険によるリハビリの違いを意識して説明した	あまり違いを意識せず説明した	説明していない
利用開始時にリハに対して積極的だったか	合計	5238 100.0	1924 36.7	2803 53.5	511 9.8
	積極的	3842 100.0	1483 38.6	2037 53.0	322 8.4
	消極的	1396 100.0	441 31.6	766 54.9	189 13.5

※集計対象:通所リハ事業所利用者で利用開始時にリハニーズが把握できている利用者(通所リハ事業所個票 Q10 でリハの必要性について「わからない」以外に回答した利用者)(無回答を除く)そのうち、積極度に対して「わからない」と回答した患者を除く

図 156 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無



※ Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:
『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計
『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

(6) 退院時の患者の積極性と退院時カンファレンスの開催との関係について

DPC 病院退院後にリハビリテーションニーズがある患者の退院時のリハビリテーションに対する積極性と、退院時カンファレンスの開催状況との関係を見ると、退院後のリハビリテーションに対して『消極的』な患者のほうが、退院時カンファレンスが開催されている割合がやや高くなっている。

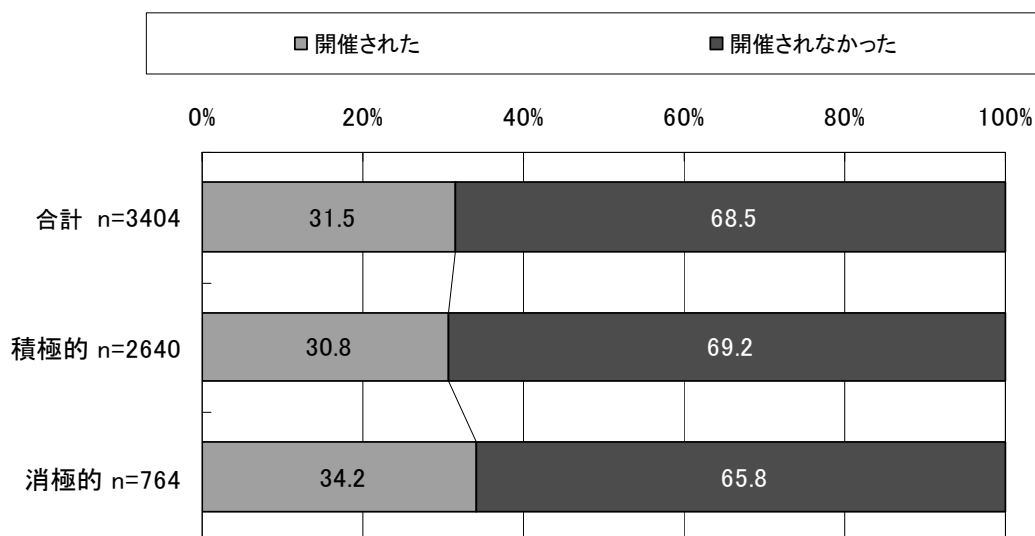
表 121 DPC 病院退院時の患者のリハに対する積極性別 退院時カンファレンス開催状況

DPC 病院個票 Q4 退院時の患者のリハに対する積極性×Q3 DPC 病院の退院時カンファレンス開催状況

上段:度数 下段:%		退院時カンファレンス開催の有無		
		全体	開催された	開催されなかった
Q4 退院時のリハに対する積極性	合計	3404 100.0	1073 31.5	2331 68.5
	積極的	2640 100.0	812 30.8	1828 69.2
	消極的	764 100.0	261 34.2	503 65.8

※集計対象:DPC 病院退院患者で退院後のリハニーズがある患者(DPC 病院個票 Q6 で「医療保険によるリハが必要」、「介護保険によるリハが必要」、「両方必要」のいずれかに回答した患者)(無回答を除く)

図 157 DPC 病院退院時の患者のリハに対する積極性別 退院時カンファレンス開催状況



※ Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:
『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計
『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

(7) 患者・利用者のリハビリテーションの積極性とリハビリテーションの達成度・充足度について

1) DPC 病院患者のリハビリテーションに対する積極性と退院時目標の達成度

DPC 病院退院患者の退院時のリハビリテーションに対する積極性別に退院時のリハビリテーション目標達成度をみると、退院時のリハビリテーションに対して「積極的」だった患者の退院時目標達成度の平均は 85.8% だったのに対して、「消極的」だった患者は 72.7% となっている。

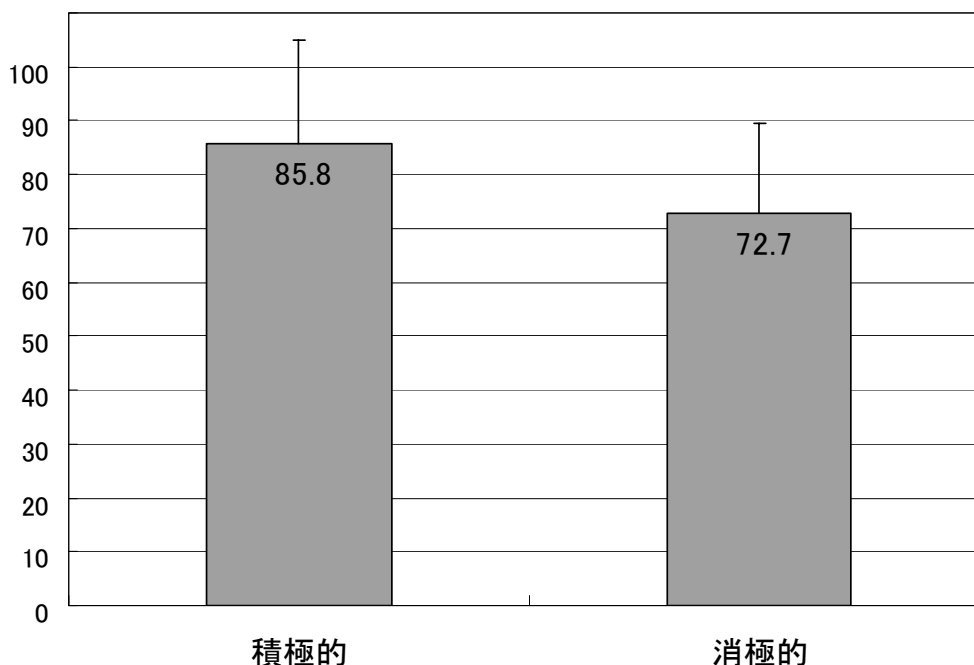
表 122 DPC 病院退院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院時目標の達成度(平均値)

DPC 個票 Q4 退院時のリハに対する積極性 × Q5 退院時目標の達成度

	全体	積極的	消極的
件数	4678	3770	908
退院時目標の達成度(平均値)	83.3	85.8	72.7
標準偏差	19.2	17.0	23.8

※集計対象：DPC 病院退院患者(DPC 病院個票回答患者)(無回答除く)

図 158 DPC 病院退院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院時目標の達成度(平均値) (%)



※Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:

『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計

『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

2) 診療所患者のリハビリテーションに対する積極性とリハビリテーションの充足度

診療所患者の利用開始時のリハビリテーションに対する積極性別に現状のリハビリテーション充足度をみると、サービス利用開始時のリハビリテーションに対して『積極的』だった患者の「十分なリハが提供できている」割合は85.6%、『積極的』だった患者は63.0%となっている。

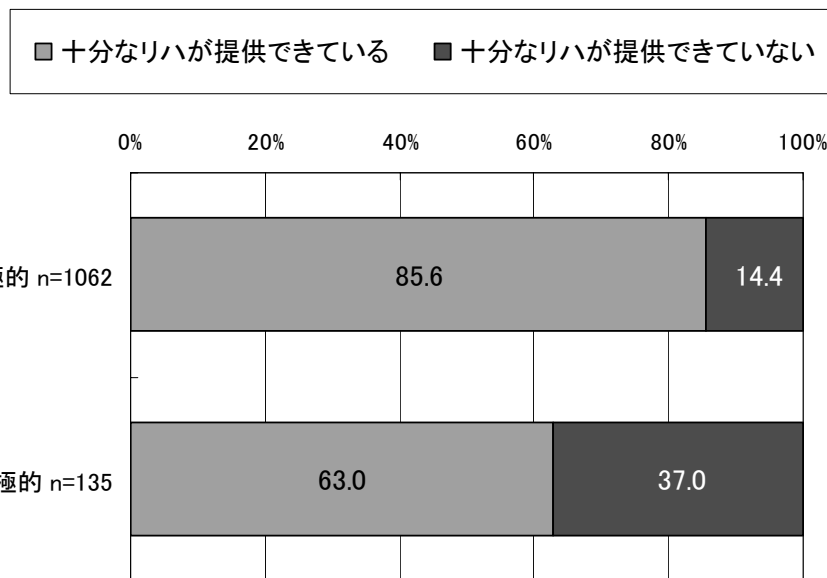
表 123 診療所患者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度

リハ有診療所個票 Q12 利用開始時のリハに対する積極性×Q17 現状のリハの充足度

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度		
		全体	十分なリハが提供できている	十分なリハが提供できていない
Q12 利用開始時のリハに対する積極性	合計	1234 100.0	1020 82.7	214 17.3
	積極的	1062 100.0	909 85.6	153 14.4
	消極的	135 100.0	85 63.0	50 37.0

※集計対象:診療所患者(リハ有診療所個票回答患者)(無回答除く)

図 159 診療所患者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度



※Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:

『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計

『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

※Q17.現状のリハの充足度

十分なリハが提供できている:「十分なリハが提供できている」+「概ね十分提供できている」

十分なリハが提供できていない:「あまり十分提供できていない」+「十分なリハは提供できていない」

3) 通所リハビリテーション事業所利用者のリハビリテーションに対する積極性とリハビリテーションの充足度

通所リハビリテーション事業所利用者のサービス利用開始時のリハビリテーションに対する積極性別に現状のリハビリテーション充足度をみると、利用開始時のリハビリテーションに対して『積極的』だった利用者の「十分なリハが提供できている」割合は83.2%、『積極的』だった患者は67.4%となっている。

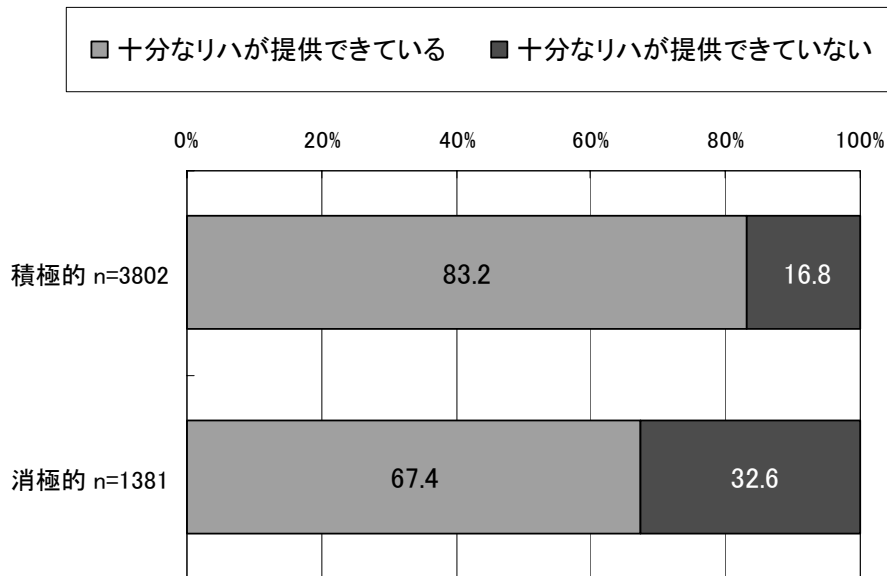
表 124 通所リハ事業所利用者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度

通所リハ事業所個票 Q12 利用開始時のリハに対する積極性×Q17 現状のリハの充足度

上段:度数 下段:%		Q17 現状のリハの充足度		
		全体	十分なリハが提供できている	十分なリハが提供できていない
Q12 利用開始時のリハに対する積極性	合計	5325 100.0	4190 78.7	1135 21.3
	積極的	3802 100.0	3162 83.2	640 16.8
	消極的	1381 100.0	931 67.4	450 32.6

※集計対象：通所リハ事業所利用者(通所リハ事業所個票回答患者)（無回答除く）

図 160 通所リハ事業所利用者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度



※Q4 退院時の患者のリハに対する積極性:

『積極的』:「とても積極的だった」+「積極的だった」の合計

『消極的』:「あまり積極的ではなかった」+「消極的だった」の合計

※Q17.現状のリハの充足度

十分なリハが提供できている:「十分なリハが提供できている」+「概ね十分提供できている」

十分なリハが提供できていない:「あまり十分提供できていない」+「十分なリハは提供できていない」

第六節 結果まとめ

1. 急性期病院を退院した後、在宅では必ずしも十分にリハビリテーションを受けることができない

- ◆退院後も継続して、リハビリテーションが必要な患者の割合は、70%を超える(図 1)。
- ◆DPC 病院を退院するリハビリテーション患者は、自宅に戻る割合が高く、50%を超える(図 8)。
- ◆ DPC 病院退院後もリハビリテーションを必要とする患者のうち、退院後にリハビリテーションを継続できていない患者の割合は、25%程度である(図 6)。
- ◆退院後にリハビリテーションを継続できていない患者は、「退院後は介護保険のリハビリが必要」な患者が多く、「医療保険のリハビリが必要」な患者に比べると、15 ポイント程度高い(図 6)。
- ◆リハビリテーション機能を持たない診療所において、専門的なリハビリテーションが必要な患者が、25%程度確認できる(図 131)。
- ◆そういった患者を抱える診療所の 40%程度は、リハビリテーション機関に紹介していないと答えている(図 132)。
- ◆急性期病床におけるリハビリテーション算定を終了した後、診療所もしくは通所リハビリテーション事業所にて、リハビリテーションを再開するまでに、15 日以上要す割合は、25%程度である(図 96-97)。
- ◆退院後に受けるリハビリテーションについて、量的な不安をもったまま送り出した患者の割合は、90%を超える(図 17)。
- ◆継続して在宅のリハビリテーションを受ける患者・利用者のうち、十分なリハビリテーションが提供されている割合は、45%程度である(図 81, 83)。
- ◆診療所および通所リハビリテーション事業所において、充足を阻害する要因は、セラピスト数の不足が最も多い(図 92, 94)。
- ◆DPC 病院、診療所そして通所リハビリテーション事業所において、リハビリテーション強化の課題は共通しており、「セラピストの雇用等の費用」である(図 29, 105-106)。

2. 患者・利用者の状態とリハビリテーション計画の適合性や、制度目的とサービス提供の整合性は極めて高い

- ◆サービス提供機関に関わらず、在宅のリハビリテーションでは、患者・利用者のニーズに応じた、リハビリテーション計画が策定される割合は、80%程度である(図 74)。
- ◆診療所では、少なくとも治療目的のプログラムを含むリハビリテーション計画を策定する割合は、90%を超える(図 74)。
- ◆通所リハビリテーション事業所では、少なくとも生活機能向上のプログラムを含

むりハビリテーション計画を策定する割合は、90%を超える(図 74)。

- ◆サービス提供機関に関わらず、在宅のリハビリテーションでは、急性期病院退院患者に対し、治療目的のプログラムと生活機能を向上させるプログラムを併存させたリハビリテーション計画を、立てる割合が最も多い(図 75)。

3. 急性期医療を担う医療機関と在宅側の機関の連携状況が十分でない

- ◆ DPC 病院が、在宅医療側と介護保険の在宅サービス機関と連携ができている割合は、それぞれ、35%、40%程度である(図 108)。
- ◆DPC 病院退院時に、退院後のリハビリテーションの紹介先が決まらない理由は、「患者状態に合わせ適切に対応できる紹介先が少ない」が最も多く、65%程度である(図 137)。
- ◆また「紹介先で提供できる量が少ない」理由から退院時にリハビリテーションの紹介先が決まらない割合は 35%程度である(図 137)。
- ◆DPC 病院において、リハビリテーション担当患者の退院後のリハビリテーション量について、不安がほとんどない割合は、10%以下である(図 17)。
- ◆DPC 病院が、地域の診療所や介護保険の在宅サービス機関におけるサービス内容を把握している割合は、連携がとれているところでも 60%程度、そうでないところでは 20%程度である(図 116, 118)。
- ◆今後連携を強化したいとする DPC 病院、診療所、通所リハビリテーション事業所の割合は半数程度である(図 120-123)。

4. 患者のリハビリテーションに対する積極性が退院後のリハビリテーションの継続の有無に影響する

- ◆ DPC 病院退院後のリハビリテーション継続率を、リハビリテーションに対する積極性別にみると、積極的な患者の方が消極的な患者よりも、リハビリテーション継続率が有意に高い(図 153)。
- ◆DPC 病院における BI 最終評価をリハビリテーションに対する積極性別にみると、積極的な患者の平均は、消極的な患者の平均に比べ、30 ポイント程度高い(図 151)。
- ◆DPC 病院におけるリハビリテーション患者の、リハビリテーションに対する積極性を、年齢別にみると、65 歳以上では、40 歳未満および 40 歳～65 歳未満に比べ、20 ポイント程度、消極的な患者の割合が高い(図 150)。
- ◆DPC 病院における脳血管疾患等患者は、運動器疾患患者に比べ、20 ポイント程度、リハビリテーションに対する消極的な患者の割合が高い(図 149)。

第3章 考察

本調査では、「急性期病院を退院した後、在宅では十分にリハビリテーションを受けることができない」という問題提起を受け、その問題を分析する事を目的とした。その結果、「急性期病院を退院した後、リハビリテーションが必要な患者に対して、住み慣れた地域における医療機関または通所リハビリテーション事業所において、リハビリテーション提供量が不十分である」という実態を把握した。つまり、リハビリテーションが必要にもかかわらず、急性期病院退院後に在宅でリハビリテーションを継続できない患者が存在することが明らかになった。また、継続できた場合でも、急性期病院退院後、在宅でリハビリテーションを開始するまでに15日以上要する割合が診療所で24.4%、通所リハビリテーション事業所で23.9%存在しており、必ずしも円滑な移行がなされていないことがわかった。この2つの結果は、在宅のリハビリテーションが十分に提供されていないという認識を強めることとなった。本調査ではさらに、急性期病院退院後の在宅におけるリハビリテーション量が不足する要因を、機能、連携、意識の視点から考察する。

機能の視点については、在宅で提供されるリハビリテーションと患者ニーズとの適合性や医療・介護保険制度との整合性について着目した。なぜなら、患者・利用者の状態に応じたリハビリテーション計画が策定され実施されなければ、提供されるリハビリテーション量にかかわらず在宅でのリハビリテーションは十分とはいえないからである。また、制度に応じたリハビリテーションが実施されなければ、施策が期待するところの成果と不整合が生じるからである。つまり、急性期病院退院後、在宅でリハビリテーションが実施されたとしても、患者のニーズや機関としての役割が果たせていないのであれば、在宅のリハビリテーション提供体制が十分とはいえないからである。

このように適合性と整合性の視点から分析を行った結果、診療所および通所リハビリテーション事業所に従事するセラピストが策定するプログラムや実施するリハビリテーションは、高い割合で患者・利用者のリハビリテーションニーズに一致していた。またその傾向は、急性期病院退院後の患者・利用者に対しても同様であった。つまり、在宅のリハビリテーション提供体制において、提供されるリハビリテーションと患者のニーズに高い適合性が認められた。また、診療所では治療目的のプログラムを含むリハビリテーションが高い割合で計画されていること、通所リハビリテーション事業所では生活機能向上のプログラムを含むリハビリテーションが高い割合で計画されていることが分かった。つまり、治療を目的とする医療保険や生活機能向上を目的とする介護保険の制度目的と整合性がとれたリハビリテーションが、在宅で提供されていることが示された。以上より、在宅で提供されるリハビリテーション提供内容と患者のリハビリテーションニーズの不適合や制度との不整合が原因で「急性期病院を退院した後、在宅では十分にリハビリテーションを受けることができない」とは言えない。

本調査で考える連携とは、リハビリテーションを必要とする患者に対し、ニーズに合ったリハビリテーション提供機関を紹介できることであり、そのための急性期病院や地域のリハビリテーション提供機関の相互のつながりである。このような連携を行っていくには、急性期病院や地域のリハビリテーション提供機関は、各々がどのようなリハビリテーションを実施でき、どのような患者のニーズに対応できるのか、情報を発信していかなければならない。そのうえで、急性期病院においては、地域のリハビリテーション提供機関で、どのようなリハビリテーションが実施でき、どのような患者のニーズに対応できるのかを把握しなければならない。退院後もリハビリテーションを必要とする患者に対し、ニーズに合ったリハビリテーション提供機関を紹介する必要があるからである。同様に地域のリハビリテーション提供機関も、急性期病院や地域のリハビリテーション提供機関で、どのようなリハビリテーションが実施され、どのような患者のニーズに対応できるのかを把握しなければならない。患者・利用者のニーズが変化した時に、適したリハビリテーション提供機関を紹介しなければならないからである。そこで、急性期病院や地域のリハビリテーション提供機関から、十分な情報の発信および把握が行われなかった場合、急性期病院退院患者が、在宅で、必要なリハビリテーションを受けられないことを想定し、分析を行った。

その結果、急性期病退院後、リハビリテーション機能を持たない診療所に、リハビリテーションを必要とする急性期病院退院患者が来院していることが報告された。そしてそのリハビリテーション機能を持たない診療所は、リハビリテーションを必要とする患者に対し、地域のリハビリテーション提供機関を紹介していなかった。つまり現状において、リハビリテーションを必要とする患者に対し、ニーズに合ったリハビリテーション提供機関が紹介されていないことが明らかになった。また、自身が提供できるリハビリテーションの内容や勤務するセラピストの数等の情報を、広報している診療所や通所リハビリテーション事業所が少なく、情報の発信が不十分な実態が確認された。そしてDPC病院、診療所、通所リハビリテーション事業所ともに共通して、互いがどのようなリハビリテーションを提供できるのか把握できていないことが明らかになった。つまり、現状においては情報の発信と把握の両方が十分になされていないため、リハビリテーションを必要な患者に対し、適切なリハビリテーションを紹介できないことが示唆された。そしてそのことが急性期病院退院後の在宅での十分なリハビリテーションを阻害していることが示唆された。今後、リハビリテーションを必要とする患者に対し、ニーズに合ったリハビリテーション提供機関を紹介していけるよう、情報の発信と把握の強化を進めていかなければならない。

次に、「急性期病院を退院した後、在宅では十分にリハビリテーションを受けることができない」原因の1つに、患者の意識的な要因があると想定した。なぜならたとえ在宅におけるリハビリテーション提供量が充足していても、患者本人が、リハビリテーションに取り組もうとしなければ、必要なリハビリテーションサービスが、提供されることにならないからである。そこで本調査では、患者のリハビリテーションに対する積極性が、急性期病院退院後のリハビリテーションの継続に影響していることを想定し、分析を行った。

その結果、患者のリハビリテーションに対する積極性と退院後のリハビリテーション継続との間に関連があり、急性期病院退院時に、リハビリテーションに対して積極的だった患者は、消極的だった患者に比べ、退院後もリハビリテーションを継続する割合が高いことが明らかになった ($p<.05$)。また消極的な患者には、重症度や年齢が高い脳血管疾患患者や介護保険によるリハビリテーションを必要とする患者が多く、在宅に移った後もリハビリテーションの充足度が低いことがわかった。

リハビリテーションに対する積極性を向上させるには、リハビリテーションに精通した専門職から、退院後のリハビリテーションの必要性を説明することが重要である。患者が、リハビリテーションに対し積極的に取り組んでいくには、自身がリハビリテーションを必要とする理由を理解し、自らの意思でリハビリテーションに取り組んでいく姿勢が必要であるからだ。そこで、患者のリハビリテーションに対する積極性と担当セラピストからの退院後のリハビリテーションの必要性に対する説明に着目して分析を行った。

その結果、退院後のリハビリテーションの必要性を担当セラピストから受けている患者ほど、リハビリテーションに対する積極性が高かった ($p<.05$)。つまり、急性期病院退院後のリハビリテーションの継続に関しては、リハビリテーションに対する患者の積極性が関係し、その積極性は患者要因によって影響を受ける。そして、向上させるためにはセラピストからのリハビリテーションの必要性に対する説明が、効果的だという関係性が成り立った。

以上より、「急性期病院を退院した後、在宅では十分にリハビリテーションを受けることができない」原因には、リハビリテーション提供側の問題だけでなく、患者のリハビリテーションに対する積極性も関与していることが分かった。なお、セラピストにおいては、リハビリテーションを必要とする患者が、自身のリハビリテーションの必要性を自覚し、急性期病院退院後も継続して行っていくように、退院後のリハビリテーションの必要性を説明していかなければならないことがわかった。特に、リハビリテーションに対して消極的な患者においては、確実にセラピストから退院後のリハビリテーションの必要性に対する説明がされなければならない。患者がリハビリテーションに対して積極的になるためには、セラピストからの説明が効果的だからである。

ただ、必要なリハビリテーションが継続されるかは、患者の積極性のみで決まることではなく、地域のリハビリテーション資源の充足状況や患者自身の経済的要因等も関係する。そのためリハビリテーションの必要性を十分に理解しているが、積極的にリハビリテーションに取り組めない患者が存在しうることを、考慮しなくてはならない。

最後に本調査の限界について触れる。

本調査は、急性期病院の実態を把握する目的で全国の DPC 病院を悉皆で調査した。しかし、DPC 病院以外の急性期病院に対しては把握を行っておらず、本調査で得られた急性期病院の実態が必ずしも DPC 病院以外の急性期病院に当てはまるかは定かではない。

在宅リハビリテーションの実態を把握する目的で診療所の外来リハビリテーションと通所リハビリテーション事業所の通所リハビリテーションの実態を把握した。しかし、在宅

リハビリテーションの1つである訪問リハビリテーションは対象としていない。そのため、本調査における在宅のリハビリテーションの実態は、「通う」形態のリハビリテーションのみを扱っており、「訪問する」形態の実態は含まれていない。

DPC 病院、診療所ならびに通所リハビリテーション事業所のリハビリテーション専門職を対象とした調査は、回答者の範囲をできる限り統一するため、回答者を経験年数の長いセラピストに限定した。また、各個票は、患者・利用者の年齢区分を指定した。そのため、完全な無作為抽出法ではない。

心大血管患者や呼吸器疾患患者の有効回答は少なく、これらの疾患に関しては、疾患別の解析を行えなかった。そのため、主に脳血管疾患と運動器疾患の2疾患に絞り、疾患別と称する場合は心大血管患者と呼吸器疾患患者を除外している。

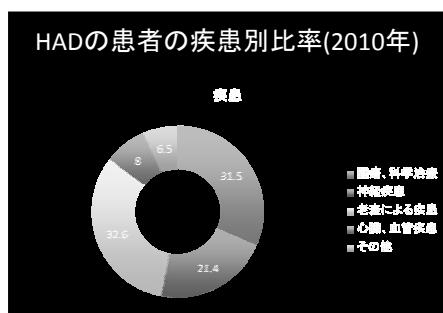
第4章 文献調査結果

フランスにおける在宅入院システム Hospitalisation à Domicile (HAD)について

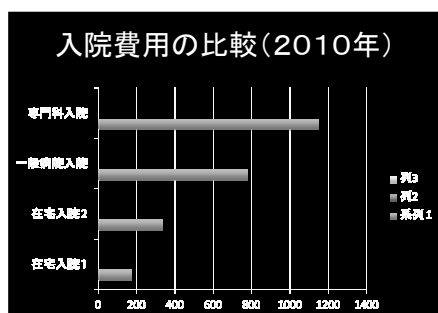
1. 在宅入院 “HAD” とは？

在宅入院システムは、フランスで1957年に患者に対し通常の入院と同じ環境と治療が行える事を目的として国立病院連盟から誕生した。

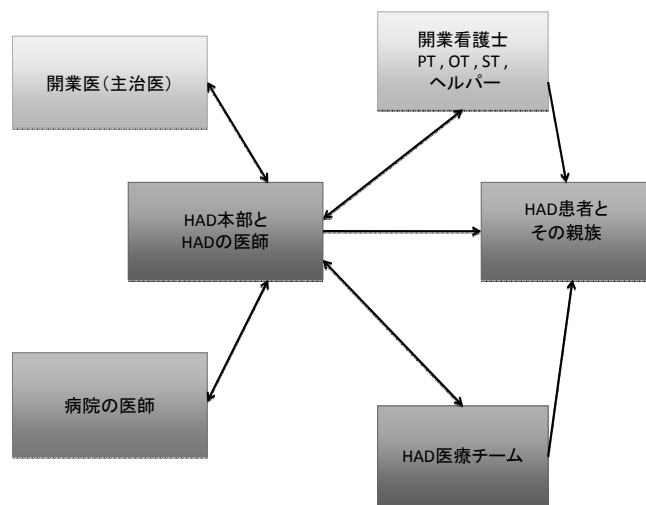
患者の年齢や疾患は様々であり、必要とみなせば在宅入院対象者とする。在宅入院に対し期間の制限は無く数日から数年の入院も可能。



HADのメリットとしては、「病院での入院期間の短縮」「より良い治療環境の提供」「入院費用の節約」があげられる。



開業職と他の病院や施設との広いネットワークを組んで展開している。



2. 実際のリハビリテーション

患者の症状により、一回のリハビリテーションは 20 分から 1 時間かかる事もある。実際は回復を目的としたリハビリより現状維持とターミナルケアが多い。医療的に必要な物は揃っているが、リハビリに使われる道具は非常に少ない。回復の傾向にある患者は他の施設に預けられる事も可能。

3. まとめ

(1) 利点

入院期間の短縮と費用の軽減を考慮すれば経済的な役目が非常に大きい。高齢化社会の中でニーズは高まる傾向である。より患者の希望に叶う治療環境の提供。広いネットワークを駆使する事により更に多くの患者に在宅での入院を可能とする。病室内とほぼ変わらない医療機材の装備とメディカルケアの提供が行われる。

(2) 欠点

長期の在宅入院患者が多く、ローテーションがスムーズに進まない可能性がある。特殊な環境であらゆる疾患を扱うので HAD スタッフには、ある程度の経験が必要。開業職が無ければ、非常に狭い範囲での活動となる可能性もある。また、開業職側からの情報が乏しい。

※以下、HAD に関連する論文等の資料について掲載する。

<掲載論文一覧>

タイトル	著者	掲載時期	掲載誌	掲載号
フランスの地方保健医療計画--市場主義によらない医療制度改革の試み	松田 晋哉	1999.09.11	社会保険旬報	通号 2033
フランスの医療制度とその改革	松田 晋哉 本橋 豊	1998.1	日本衛生学雑誌	53(3)
論評 フランスの要介護高齢者対策(上)	松田 晋哉	2000.11.11	社会保険旬報	通号 2079
論評 フランスの要介護高齢者対策(下)	松田 晋哉	2000.11.21	社会保険旬報	通号 2080
フランスにおける地域医療計画の動向--責任化原則と契約主義による機能分化の推進	松田 晋哉	2004.2.1	社会保険旬報	通号 2197
英仏の在宅入院制度と日本への導入可能性	松田 晋哉	2009.3.1	社会保険旬報	通号 2380
フランスにおける亜急性期入院医療を対象とした診断群分類の開発	松田 晋哉. 伏見 清秀	2011.7.21	社会保険旬報	通号 2466
今日のフランスにおけるデイホスピタル その理想と現実	将田 真弓	1994 年 7 月	臨床精神医学	巻:23 号:8
フランスにおける医療と介護の機能分担と連携	松田 晋哉	2006.Aut	海外社会保障研究 / 国立社会保障・人口問題研究所 編.	156

フランスの地方保健医療計画

——市場主義によらない医療制度改革の試み——

産業医科大学医学部公衆衛生学教室

松田晋哉

1. はじめに

現在、わが国を含めて大多数の先進諸国においては増大する医療費をいかに制御するかということが喫緊の政策課題となっている。特に入院医療費の制御は大きな課題であり、例えばアメリカやオランダなどではこの問題を解決するために保険者および医療施設間の競争原理を導入するといった、市場主義的なアプローチを取り入れてきた。このような方式は国民保健制度をとるイギリスにおいても病院サービスと供給に内部市場を形成することで応用されている。一方で、フランスやベルギーにおいてはそのような市場主義原理に基づく医療サービスの効率化とシステム化を図るのではなく、保険者と国民そして医療サービス提供者間における各アクターの責任の明確化とそれを基盤にする契約に基づいて

行つていこうというアプローチが取られている。そして、例えばフランスにおいては病院医療サービス提供体制の効率化と質の向上を実現するために地方保健医療計画(わが国の地域医療計画に相当)の枠組みの中でこの責任者原則と契約主義を強化することが試みられている。本論文ではフランスにおけるこのような取り組みについて分析することで、同様の保健医療制度と施策を有するわが国における今後の医療行政の方向性について論述する。

2. フランスにおける

地方医療計画の歴史

(1) 一九七〇年病院改革法における

医療地図の導入

第二次世界大戦後、一九六〇年代末ではフランス経済の順調な発展を背景として、病院医療サービス提供体制は量的に急速に整備されていった。公的病院に関しては大学病院が医学教育と

医学研究、そして高度先進医療の中核として位置づけられることで現在の公的病院サービス体制の基盤が整備され、私的病院に関しては多くの外科医や産科医が個人の高い技術力を売り物に個人病院を開業していった。しかしながら、このような医療施設は、特に私的セクターにおいて富裕層の多く居住する地域に集中し、医療提供体制の地域差拡大の問題を顕在化させた。また、他の先進諸国の経済成長や旧宗主国の独立とそれ起因する政治的紛争などのためにフランス経済も徐々にその優位性を失っていくことになる。このような過程で病院医療サービスの適正配分が政策課題となり、これが一九七〇年の病院改革法における医療地図の導入につながる。

この医療地図においては国立統計経済研究所 INSEE から国勢調査の結果の一部として公表されている住民の通勤圏や既存の地方自治体の圏域など

をもとに病院医療サービスを提供するための医療区(セクター)が定義され、そこに人口あたりの必要病床数が適用されることで部門ごとの病床数が規定される仕組みとなっている。また、フランスの場合は当初よりいわゆる高額医療機器についても必要数に関する規定が設けられた(現行の規定によると、内科系病床数と外科系病床数については人口千対〇・二・一〇・五、CTスキャナーについては人口一・一万対一、MRIについては人口五〇万対一などとなっている)。管内の医療施設はこの規定を遵守することが求められ、病床の新設や増床あるいは高額医療機器の購入はすべて国(一般には県における国の出先機関である県社会保健衛生局・DDASS)に提出される施設計画に記載され、担当機関における審査の後、許可が行われる体制となっていた(一九九七年以降、この許

認可業務は地方病院¹⁰⁾の管轄となっている。すでに病床や高筒医療機器の数が必要数に達している地域においては、そのような申請は原則として却下され、それに従わない医療機関に対しては疾病保険金庫による支払いの停止などの法的措置が取られることになった。

(2) 全国周産期保健医療計画

一九六〇年代における保健医療体制の順調な整備によりフランス国民の全般的な健康状態は急速に向上したが、一方で周産期における母子の健康状態は他のヨーロッパ先進諸国に比較して劣っており、これを向上させることがフランスにおける公衆衛生政策において重要な課題となった(当時、年間約二万二千の周産期死亡と四万の障害児の発生が生じていた)。そして、具体的にはフランスの母子保健の水準をオランダ並みにすることを目標に、関連職種(産科、小児科)の養成、統計指標および研究体制の整備、麻酔に対する予防接種の実施、妊婦健診の充実、分娩環境の改善、分娩施設における新生児救急医療の実施、NICUの整備の七つを軸として全国周産期保健医療計画が策定され、それに基づいて具体的施策が展開された。その結果、フランスにおける周産期の健康指標はヨーロッパで最も

優れたものとなり、この成功が以後の保健医療計画立案・推進の根拠となった。

(3) 県老人保健計画

一九七〇年代後半よりフランスにおいては出生率の低下と平均寿命の延長により、将来の高齢社会に関連する問題への関心が急速に高まっていく。従来から高齢者の福祉サービスは県の管轄であったが、地方分権化の流れの中で県単位で高齢者対策の計画化を行うことの必要性が高まってきた。折しも一九八三年の地方分権化に関する法律の制定により、福祉に関連する財政面での責任が大幅に県に委譲されたことと県が高齢者対策の計画策定の主体となった。計画化の過程では国立統計経済研究所から公表される現在の人口構成に関するデータとその将来予測を基に高齢化の社会に及ぼす影響が推定され、また種々の要介護度の調査票により要介護高齢者の状況とそれに対するサービス提供体制が各県において計画化された。しかしながら、医療は疾病金庫及び国、福祉は県の管轄であるという監督責任及び財政における縦割り構造のために、多くの場合有効性の面で問題が残った。

(4) ノルマンディー地方における地方保健医療計画策定の試み

一九八〇年代初頭においてすでに医療地図の持ついくつかの問題点が顕在化していた。特に、医療地図の定める圏域が必ずしも実際の患者の受療圏と一致していないこと、複数の医療機関における機能の分化を必ずしも促進するものでないことなどを理由として、医療地図は住民の良質な医療サービスへの平等なアクセスを阻害するものになっているという批判が一部の地域、特に医療過疎地域で強くなっていた。このような問題に対処するために、フランスにおける代表的医療過疎地域の一つであるノルマンディー地方において二人の公衆衛生監督医のイニシアティブにより、産科施設の配置に関する最初の地方医療計画策定の試みが行なわれた。この過程では国立統計経済研究所の資料に基づく通勤圏の分析や出生個票の分析による受療圏分析に加え、専門家と関係者による今後の当該地域における出生とそれに対応する医療技術の動向等に関する分析と将来予測が行われ、地方全体及び各産科施設にとつての具体的な行動目標を提示するものとなった。ノルマンディー地方におけるこの社会実験は国による管理を強化する方向性に働くのではないかと批判はあったものの、概ね関係者には好意的に受け入れられ、これがその後の地方保健医療計画の雛型とな

っていく。

(5) 県精神保健計画

フランスの精神医療はいわゆるセクター方式というものであり、セクター中央病院を中心として社会医療チームによる継続的な医療管理が行なわれることが特徴である¹¹⁾。すなわち、精神疾患患者は入院施設で治療を受けた後、在宅での生活が可能であると判断された場合には通院治療に移るが、開業精神科医の診察を受ける一方で、臨床心理士等から構成される医療社会チームによって継続的な管理が行なわれるシステムとなっている。

また、精神障害者の社会復帰に関しては県に二箇所ある県職業幹旋評価委員会(CO-TORRE)にすべての書類が提出され、そこで職業適性などが評価され、しかるべき社会復帰施設が紹介される。

戦後、フランスの地域精神医療は先進的な医師達と患者家族会の強力なイニシアティブにより大きく発展し、他の先進諸国に先んじて開放病棟や地域リハビリテーション等が実践されてきた。しかしながら、一方で常に過剰な精神病床数が問題となっており、また、地域で生活している障害者についても地域社会に復帰してはいるものの

福祉ホームや保護工場等の社会の周辺に押しやられ、結局地域社会にはインテグレートされていないという批判もあった。このような状況を改善するために国は一九八七年に県単位で精神保健計画を策定することを義務づけ、同年精神保健計画策定指針を公表した。この指針は地域精神保健を担当するすべての組織と施設をその機能とともに定義し、特に地域において入院に代替するサービスを整備することを求めている。この県精神保健計画によって国が大筋の指針を定め、各地方自治体がそれぞれの特性に応じて保健医療に関する計画を自主的に策定していくというスタイルが確立された。

3、一九九一年の病院改革法による地方保健医療計画

一九九一年の新しい病院改革法の制定により各地方は管内の各医療区における医療地図を策定すると同時に、地方保健医療計画を策定することが義務づけられた(当初は地方保健医療計画 *Schema Regionale de l'Organisation Sanitaire S.R.O.S*であったが、高齢者や薬物依存など社会政策に関わる事項も計画の対象にされたため、多くの地方では地方社会保健医療計画 *Schema Regionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale: S.R.O.S.S.A*

なっている。本論文では混乱を避けるため地方保健医療計画 *S.R.O.S* で用語を統一する)。

すでに指摘したように従来の医療地図は単にセクター単位での病床数や高額医療機器の数を制限するものであり、必ずしも医療技術の進歩に対応したもものになっておらず、したがって医療の質の向上に資するものでもなかった。さらに重要なこととして医療地図による規制は新規事業者にとつては参入障壁に、そして既存の施設にとつてはその提供するサービスの質の如何を問わず既得権を擁護するものになっていた。また、医療地図策定の基盤となっていたセクターは交通手段の発達により、患者の受療圏と必ずしも一致するものではなくなっており、より広域の地域を基盤として計画を策定することが求められるようになってきていた。

また、失業率の増加により通勤圏そのものの意義も疑問視されるようになってきた。さらに、医療サービスの効果的な提供を行うためには、住民のニーズと地域における保健医療上の問題点を把握した上で、各医療機関がそれぞれの問題に対して互いの協力の下で対応する連携システムの構築が不可欠であり、それを地域の保健医療計画の中に明確に記述する必要性が認識され

るようになってきた。

このような考え方のもとノルマンディーにおいて最初の地方保健医療計画の策定に関する社会実験が行われた後、まず五つの地方において地方保健医療計画の策定が試みられた。ここで重要な点は保健医療計画の策定方法に関して国から基本的な方向性についての指針は提示されたものの、その策定方法や内容については地方の自主性が大幅に尊重されたことである。したがって、その策定方法や内容は地域によって大きく異なっている。

例えば、ベイ・ド・ラ・ロワール (*Bays de la Loire*) 地方では地方医療計画を管内の医療施設の参加を求め、各施設の施設計画を積み上げることで策定を行なっているのに対し、ロレーヌ (*Lorraine*) 地方では脳卒中、高齢者における心筋梗塞など八つの疾患をメルクマールとして、それらの疾患や事故に対して適切な医療を提供するための医療施設の配置と必要な医療機器・医療職及び施設間の協力関係のあり方などが各施設の受療圏調査や関係者の議論をもとに記載され、計画の策定が行われている。このような異なる手法に基づいて策定された地方医療計画の内容を比較検討することにより、他の地方はそれぞれのおかれた環

境に応じた計画を策定することが可能になった。

ところで、新しい地方保健医療計画策定に際しては上記のような質的な内容について明確な目標設定を行うことを目的として、各地方ごとに地方医療社会組織委員会 *C.R.O.S.S* が組織されている。この委員会の構成メンバーは国会議員、国代表者(地方社会保健衛生局・県社会保健衛生局の代表者)、医療施設代表者、疾病金庫代表者、利用者代表者、有識者などで、当該地方における保健医療対策上の目標とその優先順位の設定、医療資源の配分のあり方に対する意見などを、計画策定の実務担当組織である地方社会保健衛生局に答申することとなっている。

また、計画策定のためには各種の人口動態統計や保健医療情報が必要であるが、これらについては国立統計経済研究所 (*INSEE*)、わが国の総務庁統計局に相当)、国立医学保健研究所 (*INSERM*)、統計部門はわが国の厚生省統計情報部に相当)、や地方保健観察機構 (*O.R.S.*)、わが国の県レベルでの保健医療情報担当部に相当。ただし、独立法人で各種疫学調査も受託で行っている) が担当している。なお、図1はベイ・ド・ラ・ロワール地方を例として地方保健医療計画の策定過程を模式化したものである。

図1 フランスにおける地方保健医療計画策定過程例の模式図

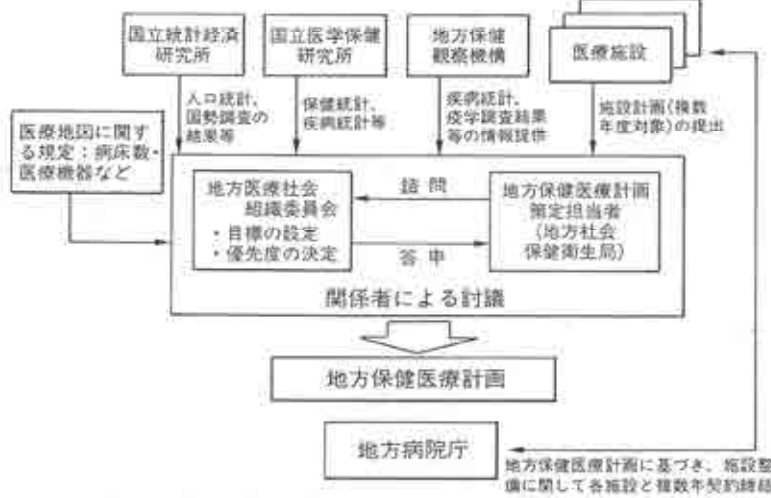
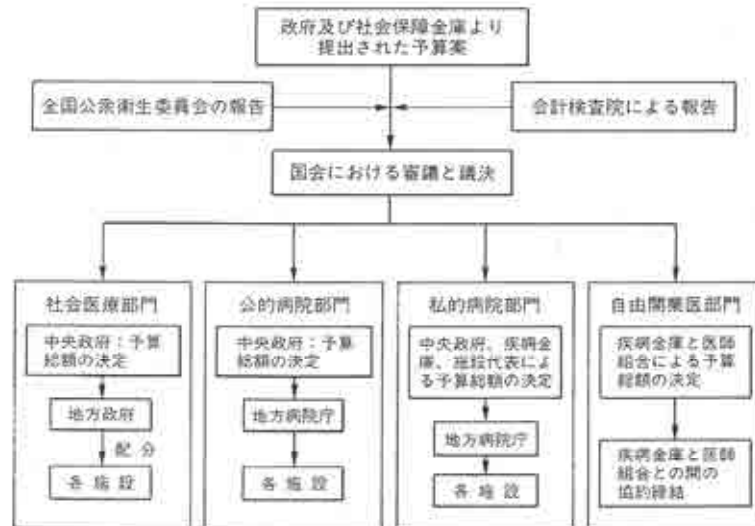


図2 フランスにおける医療費予算額の決定方法



容について具体的に説明する。

一九九五年の大統領選挙における争点の一つになったこともあり、現在の厳しい財政状況において何等かの形で医療費の制限が必要なものに関して、医療提供者側も国民も十分理解している。しかし、国民と医療供給者側の理解を得ながら制度改革を行なうには、まず医療行為に関する情報を透明化し、現行制度における非効率と不平等を明らかにする必要がある。

このような問題認識に基づいて、現在フランスでは病院医療におけるDRG方式による医療情報の提供、そして開業医療における病理診断コードC、PDと健康手帳あるいは医療カードの導入などが積極的に展開されている。一九九六年の憲法及び社会保障法の改定以降、フランスにおいては透明化された情報を基に国レベルで医療費の総額が決定されているが、この過程では国民の代表である国会議員による投票が行われ、医療費総額の決定に国民の合意が求められている(図2)。

また、他の各アクターの責任も以下のように明確にされている。まず、保険者は透明化された医療情報を基に各医療機関と契約を行い適正な医療費をそれに支払う、また地方病院庁における各施設への配分額の決定に関わることで質の管理と地方医療計画を通じた

4、フランスにおける近年の医療改革の基本理念

医療における各アクターの責任の明確化と契約主義の強化

現在、フランスの病院医療については地方保健医療計画S.R.O.S.が重要な役割を果たすシステムとなっているが、従来は量的規制の手段でしかなか

った同計画の性格を実質的に大きく変えたのが一九九五年のジュベ・ブラン「Type Plan」とそれに続く種々の関連法規である⁽⁴⁾。以下、近年のフランスにおける医療制度改革の基本理念について述べた後、新しい地方保健医療計画と病院医療の具体的関係について説明する。

(1)各アクターの責任の明確化

フランスにおける近年の医療改革の基本的理念として医療における各アクターの責任の明確化と契約主義の強化がある。これは医療における効率性とサービスの質の向上を実現するためにジュベ・ブランにおいても特に強調されている考え方である。以下、その内

量の規制に關与するといふように保険者機能を強化している。また、国も完全性と平等性の確保および疾病金庫における財政運営の監督という管理機能に特化する方向にある。

一方、医療提供者側は医療情報の開示を義務づけられると同時に、自主的に医療サービスの効率化を推進することを要求される。すなわち、それは拘束力のある医療指標RMOの制定とその遵守であり、医療費総額の遵守とそれが達成されなかった場合の罰則、そして二〇〇〇年までに行うことが義務づけられた病院における機能評価の提出である。また、国民に関しては保険財源における租税部門の拡大（一般福祉税CSGの拡大と社会保障赤字償却税RDSの導入）および年金生活者における保険料率の値上げによる負担面における公平性の確保と受診時の健康手帳（医療カード）の提示による情報の透明化への貢献が求められている。このような各アクターの責任の明確化は医療制度改革を国民合意の上で行うために重要な過程であり、国民の当該問題への関心を高めるために役立つ。

(2) 契約主義の強化

上記のような各アクターにおける責任明確化の原則を徹底するために、特

表1 1970年以降のフランス政府による主な医療費抑制策
(保険料率の変更については表2を参照)

1970	病院改革法：医療地図の導入 福祉連帯税の導入
1972	医学部学生の制限制度の導入
1975	医療社会施設設立に関する法律：中間施設の設立を促進
1977	一般的な薬剤に関する償還率を70%から40%に引き下げ
1982	基金財政安定化のために売上税(1%)を導入 基金財政安定化のためにたばこ税を導入 基金財政安定化のためにアルコール税を導入 基金財政安定化のために医薬品広告税を導入 入院費用に関する患者一部負担を導入 1258の保険薬について償還率を70%から40%に引き下げ
1984	公的病院における総括予算制の導入
1985	379の保険薬について償還率を70%から40%に引き下げ
1987	1006の保険薬について償還率を70%から40%に引き下げ
1989	臨床検査報酬を35%削減 ビタミン剤を償還対象薬から除外
1990	基金財政安定化のために一般化社会拠出金を導入
1991	病院改革法改正：地方医療計画と病院活動情報化計画の導入
1993	Veil Plan と医療協約の締結 薬剤および医師診療費の償還率の引き下げ(5%) 入院医療費の自己負担額の引き上げ(1日当たり5F) 開業医医療費に関する上限額の設定 拘束力のある医療指標の策定(1994年より) 医療手帳の導入(1996年より)
1994	政府とフランス製薬工業会との協定：薬剤費の目標額の設定
1995	Juppé Plan

資料：Viossat L-C(1997)

表2 フランスにおける保険料率の経時的変化
(ただし被用者を対象とした一般制度)

	被保険者	雇用者	合計
1984.1.1	5.5	12.5	18.0
1984.7.1		12.6	18.1
1985.1.1		12.5	18.0
1985.7.1		12.6	18.1
1986.8.1		12.5	18.0
1987.7.1	5.9		18.4
1988.1.1	5.5		18.0
1988.7.1	5.9		18.4
1989.1.1		12.6	18.5
1991.1.1	6.8		19.4
1992.7.1		12.8	19.6
1996.1.1	6.8	12.8	19.6

に保険者と医療サービス提供者との間においては、サービスの効率化と質の向上を目標とした契約主義の強化が行われている。ここではまずフランス政府が医療費対策についてこのような契約主義を重視するにいたった歴史的経緯について説明する。

一九七〇年代以降の急速な医療費の高騰に対処するためにフランス政府は種々の医療費抑制対策を講じてきた。表1はその主なもの、表2は保険料率の経時的推移を示したものであるが、初期の対策の多くは需要の抑制に主眼をおいたもので、償還率の低減や保険

料率の値上げが断続的に行われてきた。しかしながら償還率の低減は自己負担分をカバーする補足制度の発達を促進し、補足制度に加入できる中流以上の階層とそれに加えてできない下層階級の間で深刻なアクセスの不等を生じさせることになった。また、相次ぐ保険料率の値上げは、保険料の事業者負担割合の高いフランスにおいては人件費を高める結果となり、結果としてフランス製品の製造コストを高めることとでの国際競争力を阻害し、さらに外国企業にとってフランスに資本投資することを躊躇させる結果となった。

このような政策的失敗の反省からフランス政府は一九八〇年代より徐々に供給側を対象とした医療費抑制政策を打ち出すことになった。そして、一九八〇年代後半からは国立公衆衛生学院などを中心として諸外国における医療制度改革の動向について精力的な比較研究を行い、改革のための糸口を見いだす努力を行ってきた。特にアメリカ、ドイツ、オランダ、イギリス、ケベックの制度については詳細な分析が行われ、医療供給体制への市場原理の導入が検討された。中でもフランスと同様の社会保険制度の基盤の上に市場

原理に基づく管理競争の導入を試みたオランダのデッカー改革については詳細な検討が行われている。

その結果、非営利の公的病院を基盤とするフランスの医療供給体制においては市場原理は機能しにくいこと、保険者による被保険者の管理に関する費用が膨大な額になること、フランスの伝統的な医師患者関係が市場原理にはなじみにくいこと(あるいはそのような市場原理に基づく医療サービス提供体制をフランス国民は望んでいないこと)、そして医療行為の内容について十分な情報を得られにくい状況にあるフランスの現在の医療システムにおいては市場主義的なアプローチの導入は相診・相療につながりかねないことなど、理由からフランスにおいては市場原理に基づくシステムの導入は否定されることとなった。

そして、そのような市場主義的なアプローチが変わってフランスの医療制度改革の基本理念となったのが契約主義の強化である。すなわち、これまでフランスの医療システムにおいてはどのような診断に基づいてどのような医療が行われているのかについては保険者・被保険者とも部分的にしか知ることができなかった。例えば、医師が診療の際に患者に発行し、患者がそれを金庫に送ることで償還を受ける領収証

が、疾病金庫にとつては医師の医療行為の内容について知ることができるとの手段であった。しかし、この領収証には行った医療行為の種類を示す記号とその相対的な価格を示す数字が示されているのみで、行われた医療行為の具体的内容を示すものにはなっていない。例えば、領収証にはK50といった記号が書かれるが、これは外科的治療の五〇点を示しており、ヘルニアの手術や虫垂炎の手術といった複数の医療行為が対応している。したがって、この領収証からは医師が行っている医療行為の詳細について知ることは不可能であり、また結果の評価を行うことも不可能である。

厳しい経済環境の中で社会保障財政が危機的な状況にあり、その改革が必要となることはすでに国民的な合意となっている。しかも、社会の成熟化により国民のより良い医療への要望は次第に強くなってきている。このような状況下において医療提供側も行っている医療の内容を明確にした上で診療報酬について議論することの必要性を認識するに至った。また、Evidence based medicineあるいはGood practiceの理念の下で質の保障された医療を提供することが望まれるようになっていく。

開業医療に關していえば、合意された医療費とは国レベルで前年度の医

療行為の活動実績と国の経済成長および物価指数の変化などをもとに、保険金庫と医師組合との間で協約が結ばれる目標額(総額規制)であり、質の保障された医療に対応するものは全ての自由セクターの医師がその遵守を求められる「拘束力のある医療指標RMO」である。すなわち、医師は保険者と医療費の上限額を守り、また標準的な良い医療を行うことを契約するのである。ここで、このような取り組みがいわゆる制限診療とは異なる点に注意する必要がある。「拘束力のある医療指標」の策定は自由開業医の代表者を選んだコンセンサスカンファレンスによって策定されるものであり、しかも内容的には「・・・に対して・・・を行うことは適当でない」というネガティブ・ステートメントの形態をとること

のために「拘束力のある医療指標」を遵守することを金庫と契約するという責任原則と契約主義に基づくシステムが構築されつつあるといえる。

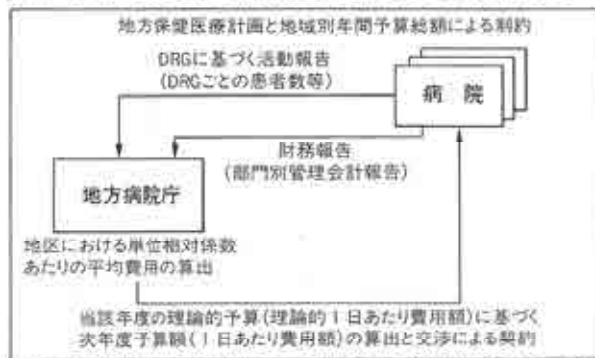
(3) 地方保健医療計画と責任原則及び契約主義

これまで述べてきた契約主義の徹底は病院医療の場合においても同様である。すなわち、一九九七年から公的・私的を問わず全ての病院に導入が義務づけられているDRGに基づく病院活動報告によって地方病院庁は公的医療機関については総枠予算額、私的医療機関については一日あたり費用額の決定を行っている。地方レベルでDRGが各施設を対象とした医療費の支払いにどのように用いられているかについては既に本誌でも紹介しているが¹⁰⁾、その内容を簡単に示すと図3のようになる。まず、地方病院庁へは管轄地域内のすべての病院からDRGに基づく活動報告が提出される。また、財務報告も同時に提出される。各DRGにはサンプル施設のデータに基づいて国レベルで定められた相対係数が割り当てられており、地方病院庁は当該年度における担当地域における相対係数の合計値と医療費総額を算出する。

以上要約すると、現在、フランスにおいては、透明化された情報に基づいて国民の代表である国民議会議員によって医療費総額が議決されることにより、医療費がそれを遵守する責任が明確となり、そしてそれを守ることを疾病金庫と契約する。さらに、国民に質の保障された医療サービスを提供する

ここで医療費総額を相対係数合計値で割ることにより、当該地方における

図3 フランスの地方医療計画におけるDRGの利用方式



効率性及び質に問題のある施設は予算配分によって経済的に統廃合が誘導される。

表3 フランスにおけるDRG分類を用いた
総括予算策定のための分析モデル例

	相対係数 合計(1)	DRG対象病院 医療費合計	当該年度理論的 予算=(1)×20F	差
A 病院	10,000	300,000	200,000	100,000
B 病院	20,000	350,000	400,000	-50,000
地方合計	2,000,000	40,000,000		

① この地方における1相対係数あたりの
病院医療費を算出する。

$$\frac{40,000,000}{2,000,000} = 20F$$

② 実際の各施設の相対係数
合計にこの値をかけることで
当該年度の理論的予算を算出

③ 差の検討：A施設については多い理由、B施設については
少ない理由を問ひ、その妥当性を検討し、その結果を踏まえて
施設の統廃合を地方保健医療計画の枠組み内で検討。

産科の廃止あるいは
他施設との統合を命
ずることができる。ここで、地方病院
庁がこのような施設の統廃合を命ずる
基本原則がサービスの質の確保と近接
性原則および補完性原則である。

医療サービスの質に関しては二〇〇
〇年までに全ての医療機関が国の示す
質の評価に関するマニュアルをもとに
自主的に取り組み、そのシステムにつ
いて全国医療評価認証機構ANAES
による認証を受けることが義務づけら
れている。この結果は地方病院庁に
も報告されて、各医療機関の評価にお
ける参考指標の一つとして用いられる
ことになる。現在までのところ、この
認証制度は十分に機能しておらず、提
供された医療サービスの量を中心にサ
ービスの質の評価が部分的に行われて
いる。

報告と施設計画をも
とに、必要ならば管
内の各施設に対して
診療科の統合や他
の施設との共同診療
などの実現を命ずる
ことができる。

ちなみに現在の評価における基本理
念は良いサービスは多く使用される
し、また多く使用されているサービス
は質の維持も行われているというもの
である。このような考え方は特に産科
における分娩と外科手術に適用されて
おり、たとえば前者については年間五
〇〇未満の分娩しかない施設について
は、地方病院庁理事長が質の面で問題
があるとして閉鎖を命ずることができ
る。

そして、この際単に閉鎖を命ずるだ
けでなく近接性原則と補完性原則に基

一相対係数あたりの費用が算出され
る。そして、この一相対係数あたりの
費用額を、各施設における相対係数合
計にかけ戻すことにより、各施設の理
論的な支出額が算出される。表3はそ
の概要を示したものであるが、この場
合の一相対係数あたりの費用額は二〇
フランであり、それを各施設の相対係
数合計にかけ戻すとA病院では十万フ
ランの過剰支出、B病院では五万フ
ランの過少支出となる。この結果が来年
度の総括予算額(公的病院)あるいは一
日あたり費用額(私的病院)を決め

る交渉の基礎となる。例えば、DRG
単位での詳細な分析の結果、A病院に
おける過剰支出が同病院に医療資源を
多く消費するような重複例・複雑例が
集まっているためであれば、この過剰
支出は正当化され、来年度の総括予算
は増額される。一方、それが不効率的
な経営のためであることが判明すれ
ば、予算額は削られることになる。

さらに、ここで重要な点は地方病院
庁における管内の病院活動のコントロ
ールは単に財政的なものに限られてい
ないという点である。各地方保健医療
計画の付録部分には当該地域における
保健医療システムの再編成(例えば高
額医療機器の共同利用や診療施設・診
療科の統合による配置の適正化など)
について記載されているが、従来
の計画ではこれらは単なる努力目標に
過ぎなかった。しかしながら、ジュネ
プランに関連する法律である一九九六
年四月二六日付オールドナンスにより、
付録部分に記載されている医療システ
ムの再編成に関する事項は、その実現
が義務化されることとなった。すなわ
ち、地方病院庁の理事長は、各施設に
おける前年度の活動

報告と施設計画をも
とに、必要ならば管
内の各施設に対して
診療科の統合や他
の施設との共同診療
などの実現を命ずる
ことができる。

【参考文献等】

- (1)ENSP・MIRE(1995): Les transformations des systèmes de santé en Europe: Ver de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics (ヨーロッパにおける医療制度の変革: サービス提供者、支払者、そして公権力間の新しい契約に向けて)。Rennes: ENSP.
- (2)地方病院庁: 1995年のJuppé Planに基づいて、各地方に創設された独立の公益法人で、政府及び疾病金庫からの出向者と保健大臣によって指名される理事長から構成されている。地方内のすべての病院は公的・私的をとわず、全て地方病院庁の監督下に置かれる。各施設は地方病院庁に財務報告、施設計画、病院機能に関する認証結果及びDRGに基づく活動報告を提出することが義務づけられている。これらの資料をもとに地方病院庁は各施設と交渉を行い、公的病院については総額予算、私的病院については1日あたり費用額の決定を行う。
- (3)松田晋哉 (1995) : フランスの地域精神保健システム, 病院管理, Vol. 32(4): 343 - 352.
- (4)Juppé planについては以下の文献で詳しく説明した。松田晋哉・本橋豊 (1998) : フランスの医療制度とその改革, 日本衛生学雑誌, Vol. 53(3): 511-520. 医療経済研究機構 (1998) : フランス医療関連データ集【1997年版】.
- (5)松田晋哉 (1997) : フランスの医療情報に関する改革, 社会保険旬報, No. 1965: 6 - 9. 及びNo.1966: 22 - 25.
- (6)全国医療評価認証機構ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en Santé) : 独立の公益法人で病院サービスの質の向上を目的として、質の評価マニュアルの作成、認証のための調査、認証及び各種の医療標準の策定などを行っている。詳細に付いては4)に示した文献を参照されたい。

文的記載がなされているだけで、目標を達成するための具体的方法論が記載されたものとはなっていない。そのために計画の進捗状況について定量的に評価することが困難となっている。本論文で紹介したベイ・ド・ラ・ロワールの保健医療計画のように、地域内の各施設の施設計画と整合性を持たせた地域医療計画は、実現性という点でより望ましいものであろう。

したがって、明確な行動目標が示された地方医療計画の策定のためには、地域内の各医療施設において単に財政的な視点からのみではなく、各施設の医療提供における理念と技術力を基礎に置いた戦略的な施設計画が立案されていることが必要であり、また、個々の施設が地域内で体系化され、かつ協力関係が構築されるために、各施設の施設計画を基盤とした上で、関係者が地域におけるシステムの方向性について議論する場が整備されている必要がある。

(3) 地域における医療システムの評価体制の整備

より良いシステムを構築するために、は不断の評価が行なわれることが必要であるが、そのためには評価の対象となる指標が明確でなければならぬ。現在、わが国の地域医療計画において課題となっている施設間の協力について評価するためには、フランスのように協力の実際について具体的な記述を行ない、その内容と実績を評価する体制を整備する必要があると考えられる。

以上、主に現地調査の結果に基づいてフランスにおける地方保健医療計画の内容について記述した。関係者の利害が複雑に絡み合う社会保険制度に基盤を持ち、また伝統的に個人主義的な傾向の強いフランスでは、ドラスティックな改革が非常にに行いにくい政治的風土がある。その結果、フランスの医療政策においては、その実行が法律によって定められたプログラムがごく短期間のうちに廃棄されてしまうということが頻繁に生じている。したがって、実際に行われているプログラムの有効性に関する評価は非常に困難である。

り、他国の医療制度研究者にとつてわかりにくいものとなっている。しかしながら新しいプログラムの提案に際しては、国際比較研究を含めて常に詳細な調査・分析と討論がなされており、その過程を分析することは、類似の医療保障制度を有するわが国の制度を検討する上で参考になるものと考えられる。

なお、本論文の作成に際して、Responsabilisation、Contractualisationといった用語については、現地でインタビューを行った研究者との議論の結果を踏まえて責任原則、契約原則などの訳をあて、また市場主義原則と対峙させる形で議論をすすめているが、筆者自身必ずしもこれらの用語の概念整理はできていない。読者の方々のご助言やご批判をいただければ幸いです。



フランスの医療制度とその改革

松田 晋哉^{*1}, 本橋 豊^{*2}

^{*1}産業医科大学・医学部・公衆衛生学教室 ^{*2}秋田大学・医学部・公衆衛生学教室

The French Health Care System and its Reform

Shinya MATSUDA^{*1}, Yutaka MOTOHASHI^{*2}

^{*1}*Department of Preventive Medicine and Community Health, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu*

^{*2}*Department of Public Health, School of Medicine, Akita University, Akita*

Abstract The French health care system is characterized by its social insurance scheme with universal coverage, freedom of prescription and of location by the doctor, fee-for-service payment by patients, and free choice of doctor by patients, which essentially tends to inflate its health expenditures. Thus, the health expenditures of France has been increasing over the average expenditures of other European countries. Under the principle of autonomy of the social insurance fund, the increase in medical expenditures has been absorbed by a decrease in the reimbursement rate and an increase in the contribution rate of the insured. However, it is no longer possible to cope with this financial crisis by these traditional measures because of the worsening of the unemployment problem. Nowadays, the increase in the contribution rate is regarded as one of the important reasons for the economic stagnation of the French society. In order to cope with this difficult situation, the French government has changed its health policy from the demand side strategy to the supply side strategy. The concrete plan of this policy was presented by Prime Minister Alain Juppé (the Juppé plan). The plan consists of; 1) unification of the medical insurance scheme, 2) establishment of a ceiling on medical expenditures, 3) regionalization of health policy, 4) disclosure of medical information, 5) introduction of medical references, 6) creation of a social protection scheme for the dependent elderly, 7) introduction of an object tax for the social security fund, etc.. These subjects have been materializing step by step after many twists and turn. The most important principles of the plan are the transparency of the medical information and the responsibility of each actor within the health system. The French government has conducted a lot of international comparable studies of health systems. According to the results of a series of active and profound discussions, the French government has conducted various social experiments. It is very meaningful for the Japanese government to analyze this process of health reform occurring in France in order to discuss the health system reforms in Japan.

Key words: France, health care system, medical expenditures, medical information, managed care, regionalization

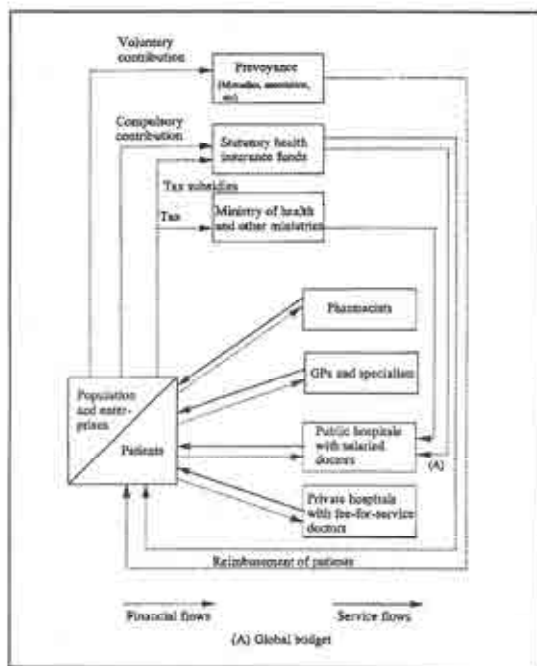


Fig.1 French health care system

基盤としたさまざまな制度から構成されているが、それを4つに大別すると国民の80%がカバーされる被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度となる。Table 1はそれぞれのカバーするリスクの種類をまとめたものである（特別制度は被用者保険制度と同じ）³⁾。Fig.2は代表的な制度である被用者保険制度についてその組織を示したものである⁴⁾。被保険者からの保険料は徴収機関（ACOSS）を通じて集められる。徴収した提出金の運営は国レベルでは全国被用者医療疾病金庫（CNAMTS）、地方レベルでは地方疾病金庫（CRAM）、県レベルでは初級疾病金庫（CPAM）が担当する。CNAMTSは中央政府とは独立の理事会を持つ公的法人で医師組合との診療報酬に関する協約を結ぶ他、CRAMとCPAMの運営状況の監督を行う。CRAMは地方レベルにおいて①社会保障金庫に財源を得ている施設の運営の監督、②労働災害・職業病に対する給付、③地方医療計画の策定、④私的（営利）病院の入院医療費に関する契約業務等を行う。CPAMは県レベルの組織で、被保険者に対する医療費の償還と総枠予算制による公的病院

に対する資金の給付を行なっている。

2) 被保険者：国民皆保険制度の原則の下、フランス国民は上記4つの制度のいずれかに所属し、それぞれの制度における規定に基づき保険料を支払う。例えば、国民の80%が加入する一般制度では、1996年1月時点での医療保険の保険料率は19.60%で、これを被保険者が6.80%、雇用主が12.80%で負担している。フランスにおいてはこのように雇用主の負担が重いことが特徴である。また、退職者については従来基礎年金の1.4%を保険料として提出することになっていたが、年金生活者の家計の状況が現役世代と比較して決して見劣りするものではないことから、1996年に1.2%、1997年にさらに1.2%保険料率が上げられ、最終的には3.8%にすることが計画されている。被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の完全な自由が認められている。被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証（薬の場合は薬局での領収証）を所属する疾病金庫に送ることで償還を受ける。償還率は疾病、薬剤の種類により異なっており、例えば開業医の一般的医療行為は70%、一般の薬剤は65%、ビタミン剤や胃薬などの「気休めの薬」は35%となっている。ところで、このような自己負担分をカバーするためにフランスでは非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の80%は何らかの相互扶助組合（Mutuelle）等に加盟している。

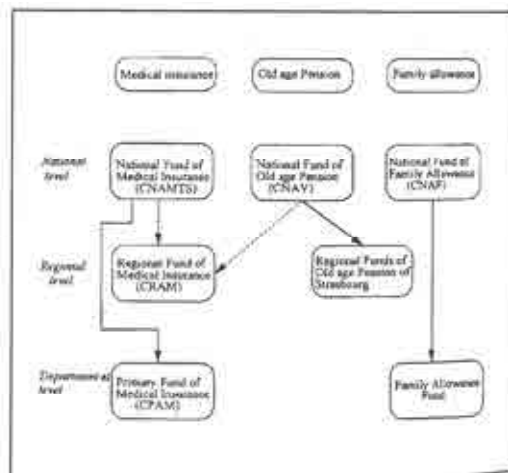


Fig.2 French System of Social Insurance

Table 1 The Scope of the coverage by different types of social insurance schemes in France

	Diseases in kind	Diseases in cash	Delivery in kind	Delivery in cash	Disability	Pension	Occupational accident	Unemployment	Family allowance
Scheme for salaried workers	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Scheme for non-salaried, non-agricultural workers	○		○				○		○
Scheme for agricultural workers	○		○		○	○	○		○

Source: Dupeyroux J-J (1995)

3) 医療サービス提供主体：医療サービス提供主体としては、公的病院サービスに参加している病院、私的病院、開業医の3つに大きく分けることができる。以下、その各々について概略を説明する。なお、詳細については別報を参照されたい。

① 公的病院サービスに参加している病院：フランスの公的病院は、その診療能力と規模により地方病院センター（大学病院センター）、一般病院センター、セクター病院センター、地区病院、特殊病院センター（癌、精神疾患等）、中期療養施設、長期療養施設に区分される。そして、これらの病院は24時間すべての患者を受け入れることを条件に公的病院サービス参加病院（PSHP）として認可され、総括給付により運営される。公的病院サービスに参加している病院は各年度毎に前年度の活動実績を基に施設計画と予算計画を国（ただし、1997年以降は後述の地方病院庁に順次移行）に提出し、その内容の妥当性の審査を受けた後、次年度の予算を月単位で総括給付で支給される。現在、総括給付による収入は病院収入の約80%を占めているが、月単位で平均的に給付が行われるために経営が安定化するという評価がある一方で、経営が硬直化し効率性を阻害しているという批判もある⁹。また、従来、予算策定に用いられる病院活動指標が平均在院日数や病床占有率、患者数などが主体で実際に行なわれた医療行為を必ずしも反映していないという批判があったことから、現在ではフランス版DRGであるGHMが導入されている（1991年の病院改革法によって全PSHPに導入が義務づけられたこのシステムをPMSIという）。入院医療費は政府が定める医師の診療行為に関する費用とそれ以外の費用（Hospital fee）とから構成される。後者については各病院における原価計算に基づいて算出されるため、各病院・各診療科によって異なっている。

② 私的病院：フランスにはCliniqueあるいはPolycliniqueと総称される私的病院があり、主に急性期医療において重要な役割を果たしている。これらの病院は平均80床ほどの施設であり、その設置主体は個人、私法人、企業等種々である。患者がこれらの施設に入院した場合の医療費の支払いは公的病院の場合と同様、Doctor's feeとHospital feeとに区分されるが、後者については各医療施設とCRAM（1997年以降は後述の地方病院庁に順次移行）との契約により、そして前者については金庫と自由開業医師との間で締結される協約料金による（後述）。また、このような私的病院で勤務する医師は一般的には俸給制によって収入を得ているのではなく、各人の行った診療に応じて患者から料金を取り、そこから収入を得ている。

③ 開業医：フランスの医師は大きく専門医と一般医とに区分される。専門医になるためには医学部卒

業後アンテルヌ試験と呼ばれる競争試験に合格した後、4年から5年の専門教育を受けなければならない。一方、アンテルヌ試験に合格しなかった者および一般医になることを希望した者は2年間の一般医となるための研修を受けた後、多くは自由開業医師として活動することになる。一般医と専門医の診療科目については医療行為規定（Code Déontologie）によって厳密に規定され、その規定に反する医療行為を行うことはできない。また、専門医と一般医とでは同じ医療行為を行っても報酬が異なっている。開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病金庫とCSMF等の医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金による。ところで、フランスの開業医にはSector 1医師とSector 2医師の区分がある。前者は患者に対する診療費の請求に関して協約料金を遵守することを強制される医師で、後者は協約料金以上の診療費を要求できる医師である。前者については社会保険料などの面で優遇措置があるが、専門医や都市部の医師はSector 2を選択する者が多く、そのためにパリやマルセイユなどではSector 1医師を受診することが非常に困難になるという事態が生じた。このような状況を改善するために1990年の医療協約以降Sector 2医師の選択が制限されている。

フランスにおける過去20年間の医療費抑制策

Table 2は1970年以降の国民医療費の経時的変化を示したものである¹⁰。1970年代以降のフランス経済の低迷のために保険料収入は伸び悩み、自主運営の原則下に社会保険料に基づく財政運営を行ってきた社会保障金庫は慢性的な赤字体質に陥ることになる。例えば、1993年から1996年の一般制度の赤字額は、各年度でそれぞれ564億F、559億F、619億F、632億Fで、そのうち疾病金庫の赤字額はそれぞれ276億F、316億F、364億F、341億Fとなっている¹¹。このような状況下において、フランス政府は1970年代以降、その赤字を削減するために多くの改革を行ってきた。Table 3はその主なものをまとめたものであるが（Table 4は保険料率の経時的変化）¹²、その多くは被保険者の保険料率の増額と償還率の削減という需要側の抑制を主体としたものであった。しかし、高い保険料率は被保険者の実質収入を下げることで購買力を下げ、また経営者側にとってはその製造コストを高めることで国際競争力を失わせる結果になり、フランス経済にとってマイナスの要因となった。そして、経済の停滞と失業者の増加が常態化する中で、保険料率の増額は社会保障財政にとって、むしろそれを悪化させる悪性サイクルの原因の一つとして認識されるようになった。さらに、償還率の引き下げによる自己負担の増額は、自己負担分を保障する補足制度の発達を促し、補足制度に加入できる社会階

Table 2 Chronological changes in Total Health Expenditures in France (1970 - 1995 : million franc)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Total Health Expenditures	42,646	94,842	198,168	374,132	537,278	696,988
In-patient services	17,492	43,678	101,966	186,189	248,419	328,509
Public	12,690	32,437	79,536	143,763	189,034	251,938
Private	4,802	11,241	22,430	42,426	59,385	76,571
Out-patient services	12,019	25,395	50,605	99,611	155,280	189,662
Doctor	6,228	12,510	23,753	47,039	73,158	92,045
Co-medicals	1,233	5,030	5,920	13,530	23,248	29,769
Dentists	3,039	6,267	13,804	24,261	35,760	42,775
Laboratory exam.	1,042	2,570	5,161	10,936	17,542	18,851
Medication	10,730	20,256	33,687	64,200	96,125	126,325
GDP (milliard franc)	793.5	1467.9	2808.3	4700.1	6509.5	7674.8
THE* as a percent of GDP	5.4	6.5	7.1	8.0	8.3	9.1

Source: SESI(1996), OECD(1993) * Total Health Expenditures

Table 3 Control programs of health expenditures of the French government since 1970 (Except for the amendment of the contribution rate of social insurance: see Table 4)

1970	Hospital reform law: Introduction of Medical map Introduction of Contribution for General Solidarity: Tax subsidy for the fund
1972	Introduction of 'Numerus Clauses': see text
1975	Law on the creation of Socio-medical facilities: Development of intermediate facilities
1977	Reduction of reimbursement rate of 'popular drug': 70% to 40%
1982	Introduction of sales tax (1%): Tax subsidy for the fund Introduction of cigarette tax: Tax subsidy for the fund Introduction of tax on alcoholic beverages: Tax subsidy for the fund Introduction of tax on advertisement of drugs: Tax subsidy for the fund Introduction of co-payment of hospital fee by patient Reduction of reimbursement rate of 1258 drugs: 70% to 40%
1984	Introduction of Global budgeting in public hospitals
1985	Reduction of reimbursement rate of 379 drugs: 70% to 40%
1987	Reduction of reimbursement rate of 1006 drugs: 70% to 40%
1989	Reduction of tariff of laboratory examination: -35% Exclusion of the vitamin compounds from reimbursable drugs
1990	Introduction of Contribution for general welfare (CSG): Tax subsidy for the fund
1991	Amendment of Hospital reform law: Introduction of Regional Health Organization Plan Introduction of Medical Information System Program in public hospitals
1993	Veil plan and National agreement between fund and unions of doctors: Reduction in reimbursement rate of drugs, medical consultation and treatment Increase of co-payment for hospital fee by patients Establishment of a ceiling for expenditures in liberal sector Introduction of Opposable Medical Reference (from 1994) Introduction of Medical Notebook of the patient (from 1996)
1994	Agreement between the government and the pharmaceutical industry: Establishment of objectives in medication expenses
1995	Juppé plan: see text

Source: Vossat L.-C. (1997)

層とそれ以外の社会階層間における医療サービスへのアクセスに大きな差をもたらすことになった。このような経緯から政府はそれまでの需要側に重点を置いた医療費抑制政策から供給側を主体とした医療費抑制政策へとその方向性を転換することになる。この供給側からの抑制に関してはTable 3にもあるように一部は従来からも行われてきている。例えば、

医療地図と地方医療計画による病床数と高額医療機器数の制限やNumerus Claususとよばれる医学部学生数の規制(1972年より導入された制度で、医学部入学後第2学年に進学できる学生数を制限している。1996年在で3576人)、あるいは公的病院サービス参加施設における総括給付制などが導入され一定の効果をあげてきた。しかしながら、これらの施策も現在

Table 4 Chronological changes in the contribution rate of medical insurance (The general scheme: %)

	Insured	Employer	Total
1984.1.1	5.5	12.5	18.0
1984.7.1		12.6	18.1
1985.1.1		12.5	18.0
1985.7.1		12.6	18.1
1986.8.1		12.5	18.0
1987.7.1	5.9		18.4
1988.1.1	5.5		18.0
1988.7.1	5.9		18.4
1989.1.1		12.6	18.5
1991.1.1	6.8		19.4
1992.7.1		12.8	19.6
1996.1.1	6.8	12.8	19.6

ではその効果と妥当性が疑問視されており、また増大一方の医療支出にこれらの施策で歯止めをかけることは難しいと認識されるに至り、それが現在進行中の改革へとつながることになる。なお、1995年以前の対策の動向については、松田¹⁰⁾、加藤¹¹⁾、伊奈川¹²⁾を参照されたい。

フランスにおける現在の医療費抑制政策

フランスにおける今後の医療費抑制政策の方向性を明確に示したものとして、1995年11月15日に示されたJuppé Planがある¹³⁾。この計画では①医療保険制度の一本化と医療費の抑制、②医療提供体制の改革（総額規制、地域化、情報化、医療指標の導入と質の管理）、③特別制度における老齢年金財政の均衡化と自立保障制度（介護保障制度）の創設、④家族手当制度の改革、⑤社会保障制度における各関連組織の責任の明確化、⑥社会保障財政均衡化のための

財政改革（一般化社会拠出金CSGの一般制度への拡大と社会保障赤字償却税RDSの導入、退職者の保険料率の見直し）などが提言されている。以下、医療費対策に関連する部分について説明する。

1) 医療保険制度の一本化と医療費の抑制

従来、ある疾病金庫における赤字はその制度における他の金庫（老齢年金）および他の制度における社会保障金庫による財源調整によって埋め合わされてきた。これは主として家族手当金庫から他部門への補填、あるいは一般制度から他部門（特に農業部門）への補填という形で、社会的連帯という名の下に行われてきた。しかしながら、各部門における収入の捕捉率に差があり、特に自営業者における所得の捕捉と保険料率の設定に関して、それが低すぎるという認識があり、より公平な制度の構築の必要性が高まってきている。また、この議論の過程では制度間の財源調整そのものが問題視され、国民をカバーする単一の制度構築が検討されている。具体的には、現在の職域をベースとした保険方式ではなく、地域を基盤とした保険者を組織し、その財源を1991年の予算法により家族手当金庫を対象（1993年より老齢年金金庫も対象）に導入された一般化社会拠出金（CSG：給与収入、資産収入など全収入に一定の料率で賦課される：1996年1月1日現在で2.40%）を疾病保険に拡大することで徐々に租税に近い性格のものに変えていくことが検討されている。また、社会保障における赤字を償却する目的で社会保障赤字償却税（RDS：収入の0.5%相当額が目的税として徴収される）が1996年1月より導入されている。

2) 医療費の総額規制と地域化

医療費の総額規制の導入は近年のフランスにおけ

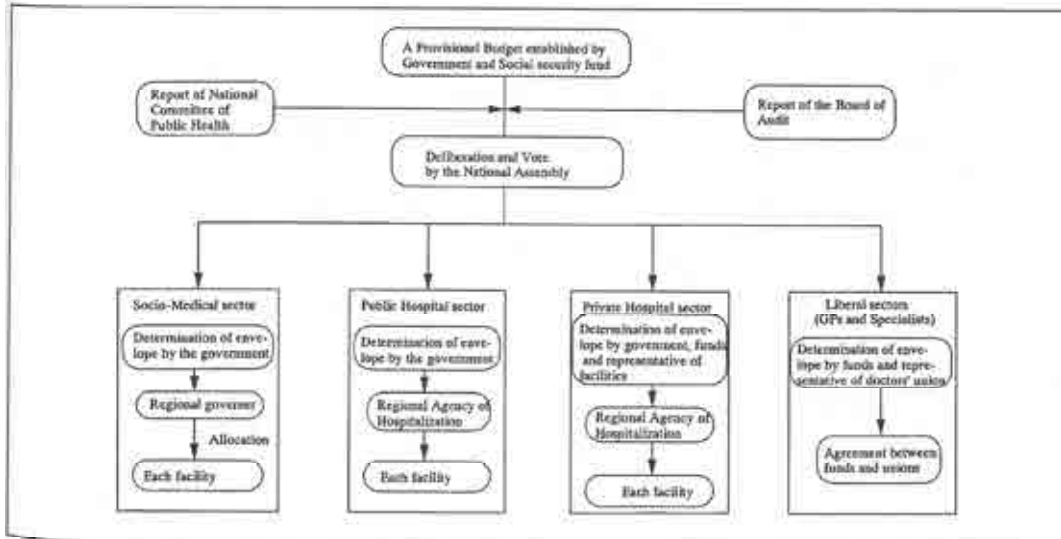


Fig.3 New French system of distributing the health budget to four main sectors

る医療費対策において最もドラスティックな改革の一つである。近年の医療保険における赤字体質とそれに対する国家予算の導入は、必然的に社会保障制度の運営に対する国の発言力を強め、またその介入を容認する結果となった。しかしながら、その介入をより民主的な手続きによって行うために、1996年憲法の規定が一部改正され、社会保障法案が可決された。この法律は議会に各年度における医療費の総額を議決する権限を与えたもので、現在では医療費の総額と、社会医療費、公的病院医療費、私的病院医療費、自由開業医療費の4つの部門別医療費の総額が議会によって議決される制度となっている。Fig.3はその過程を模式的に示したものである¹⁰⁾。以下、それぞれについて説明する。

i) 公的病院サービス部門：公的病院サービス参加病院は当該年度の施設計画と前年度の医療活動実績から、当該年度の活動に関する予算を決定されるという総括給付方式により運営されている。そして、この決算に関しては地方会計検査院と後述の地方病院庁による監査が行われる。さらに、この結果は中央レベルでまとめられ会計検査院により検討され、それが議会に報告される。議会においてはこの報告書と全国公衆衛生会議の医療サービスにおける優先度等に関する意見書をもとに国と疾病金庫とが共同で作成した予算案を審議し、それを議決する。議決された国レベルでの予算額は、22の地方に、各地方の医療サービス提供能力の実態と医療ニーズの状況に応じて配分され、さらに各地方に配分された予算額は地方病院庁（後述）により地域内の各施設に配分される。

ii) 私的病院部門：私的病院部門における入院医療費については従来より金庫と医療施設の契約料金によって料金が決定されているが、国レベルでの総額の決定にあたっては、まず国、金庫、施設代表者による話し合いがおこなわれ、そこで全国目標数値額（OQN）が決定される。決定された国レベルでの総額は、公的病院部門と同様に22の地方に、各地方の医療サービス提供能力の実態と医療ニーズの状況に応じて配分され、さらに各地方に配分された予算額は後述の地方病院庁により地域内の各施設に配分される。

iii) 開業医部門：開業医部門の総額決定についてはまず国と金庫が前年度の医療費の分析結果をもとに総額を決定し、それをもとに金庫が医師組合と協約を締結し、それにより目標額と診療報酬を決定するという手続きをとる。そして、正当な理由なくこの医療費の目標額を超過して医療行為が提供された場合には、医師全体としてその責任を持ち、医療費の超過分を金庫に還元することが義務づけられる。また、質を確保した上で、医師が自主的に医療費の抑制に貢献することを可能にするために、1994年以降拘束力のある医療指標（RMO）が導入されている。

この医療指標は全国医療評価開発機構（ANDEM；現在は全国医療評価認証機構ANAESに改組）によって組織される国内外の専門家によるConsensus conferenceにより決定される。そして、医師がこの医療指標に該当する患者を診療した場合は、医師はその旨を患者に渡す領収証に記載しなければならない。またその医療指標を遵守しなかった場合は、その違反の重篤性により、疾病金庫から支払いの停止や協約医としての資格の剥奪等のペナルティを受けることになる。

iv) 社会医療部門：障害者や麻薬中毒患者の医療は社会医療部門と総称される制度によって運営されているが、これについては公的病院医療部門と同様の手続きで国全体の総額と各地方への配分額が決定された後、地方知事によって各施設への配分額が決定される。

3) 地方病院庁（ARH）

従来、フランスの病院医療に関しては地方社会衛生局（DRASS）と地方疾病金庫（CRAM）とが関与してきた。まず、病院医療は地方医療計画（SROS）によって内科、外科、産婦人科別に病床数が規定され、さらに高額医療機器の設置数についても規制を受ける。各医療機関が病床および診療科の統廃合、あるいは高額医療機器の新設を求める場合には、毎年DRASSに提出される施設計画にその妥当性と理由を添えて審査を受けていた。DRASSでは公衆衛生監督医官が医療内容の妥当性を、そして社会問題監査官が財務面・法律面での妥当性の監査を行っていた。そして、それが妥当であると判断された場合は、公的病院サービスに参加している施設についてはその計画に基づく総括予算の給付を初級疾病金庫（CPAM）から受け、私的病院についてはCRAMとの契約により認可されたサービスに対する保険による支払いを受けることになっていた。このシステムでは、公的病院サービスに参加している施設と私的病院とを同様に地方医療計画で規制する一方で、支払方式に関しては総括給付と契約方式という別の体系で対処しているという問題点があった。しかも、フランスの病院医療に関しては、毎年医療費の増加率目標値が国によって提示されているが、常に公的病院は私的病院に比較して、大きくその目標値を超過しており、その経営効率性が問題視されてきた¹¹⁾。また、一方で私的病院は主として中流階級以上の富裕層に対して外来手術や透析、分娩等の比較的成本パフォーマンスの良い医療を提供しているのに対し、公的病院には生活保護を受けている患者や複雑な症例が集中しているという批判もあり¹²⁾、その医療費や医療資源の公正な配分のために共通のシステムで評価される必要性が生じてきた。このような要望に応えるためにフランス政府は24の地方毎に地方病院庁（ARH）を創設している。ARHには保健担当大臣から任命さ

れる事務局長のもと、標準的には2人の副事務局長(1名はDRASS局長、他の1名はCRAMの理事長)とDRASS等の代表者6名、CRAMの代表6名から構成される実行委員会があり、先に説明した方式で地方に配分された病院医療費(公的・私的)の各施設への配分額の決定、域内の施設の病床・診療科・高額医療機器に関する許認可業務、そして地方医療計画の策定を行う。ここで病院医療費の配分に関して重要な点は1997年より公的、私的を問わずすべての病院はDRGに基づく病院活動報告をARHに提出することが義務づけられ、ARHでは実際に行われた医療行為を踏まえた上での各医療機関の決算と予算を評価することが可能になった点である。さらに病院医療の質の向上を図るために、すべての病院は質の評価に関する報告書を今後5年の間にARHに提出しなければならず、ARHでは各DRG単位の経費の分析および病院全体のサービスの質の評価を検討した上で、予算の配分や地方医療計画における施設の統廃合などを行うこととなる。現時点では、質の評価に関する全国で統一された評価表は定められておらず、各医療機関が自主的に行っているが、全国医療評価認証機構(ANAES:後述)により全国的な質評価の手法が1998年中に示されることになっている。

4) 情報化の促進

従来、フランスにおいては医師の診療行為の自由の原則の下、医師の行った医療行為の内容が疾病金庫には知らされていなかった。すなわち、患者から償還のために金庫に送られてくる書類には、医師が行

った医療行為の記号と点数が記載されているのみで、それからは具体的な診療内容を金庫側が知ることは不可能であった。例えば、KC-50といった記号は50点の外科的処置が行われたことを示しているが、該当するものとしては虫垂炎の手術、ヘルニアの手術など複数が対応している。公的病院サービスに参加している医療機関については1991年の病院改革法により病院情報化計画が義務化され、ICD9を基礎とするDRG分類による報告が義務化され(1996年よりICD10に漸次移行)、医療行為の内容とそれに対応する経費が管理会計に基づいて金庫および国に報告されることとなった。さらに、1994年のLanguedoc-Roussillon地区におけるDRG方式の私的病院への拡大実験の結果を踏まえて、1997年からは公私を問わず全国のすべての病院がDRG方式で医療行為の内容とそれに対応する経費をARHに報告することになった。これにより病院医療の内容が透明になり、その結果を踏まえて国レベルでの病院医療予算の策定が合理的に行われるようになり、また、従来より問題視されていた疫学的要因によらない医療費の地域差を解消するための具体的な対策が可能となった。すなわち、地域の医療の必要度からみて不当に医療費の高い地域から医療費の低い地域に医療費の配分が傾斜されることとなった。

例えば、1997年度における公的病院部門の医療費の地方別配分額はFig. 4のようになっている¹⁴⁾。さらに開業医療についても医療行為の透明化のための重要な試みが行われている。従来、開業医療につ

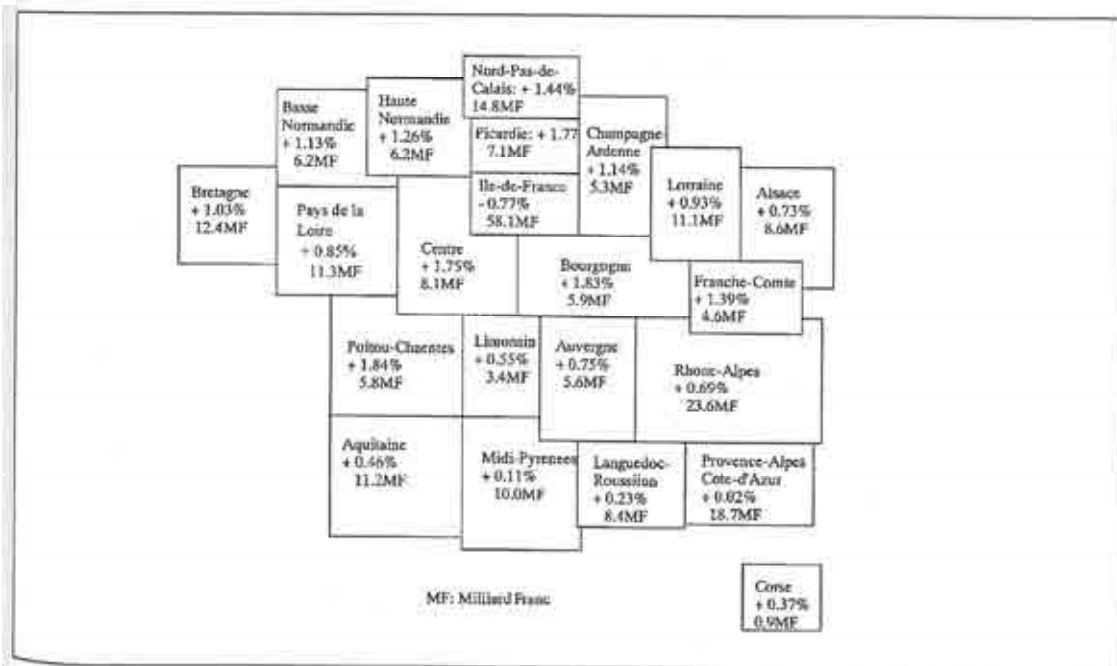


Fig.4 Budget of Public Hospital Sector in 1997 by Regions

いては金庫側は各医師単位で医療費の支払額に関する表（RIAP、これを集計・要約したものがTSAP）を作成しており、地域の同一の診療科の医師の平均より極端に高い支払いを得ている医師に対して、金庫の審査医が監査を行うというシステムをとっていた。しかし、診療行為の具体的内容が金庫では不明のために、こうした監査は殆ど効果の無いものとなっていた。そこでフランス政府は1993年、開業医に対して診断名と診療行為のコード名を領収証に記載することを法により義務づけようと試みた（病理診断コード: CPD）。しかしながら、この試みは患者の個人情報情報が十分に保護されないという理由で医師等の強い反対にあい、まだ実行には移されていない。一方、1994年以降医療指標（RMO）が導入されており、この規定に対応する診療を行った場合には、その旨を領収証に示すことが義務化された。このRMO導入の経済的効果については1994年度には3億3千7百万フランの医療費削減効果があったと推定されているが、それ以後は抑制効果は観察されていない¹⁰。このようにフランスにおいては現在、開業医医療に関してもその診療内容が透明化されることで、医療協約の制定に関する医師組合と疾病金庫との討議の合理化が目指されているが、CPD導入の失敗からも明らかのように開業医医療の情報化の実現のための道程は平坦ではない。しかしながら、次に述べる医療カードの導入の試みなど、実現のための着実な努力もまた精力的に行われている。1994年にフランス政府はFig.5に示すような医療管理記録制度および健康手帳制度を導入した。この制度の目的は提供された検査、

投薬などの医療サービスを医療管理記録および医療手帳に記録し、これを患者が地域的一般医の中から選択したかかりつけ医が管理することで不必要な医療サービスの利用（特に重複受診と不適切な入院）を抑制するとともに、緊急時の医療情報を提供することである。患者から選ばれたかかりつけ医は年に一回医療管理記録を総括して初級疾病金庫に送ることで、当該活動に関する診療報酬を得ることができる。さらに将来的にはかかりつけ医を中心としたICカードによる医療情報システムの構築が目指されている。このシステムでは各開業医の診察室にコンピューター端末が配置され、ここに医師のICカードと患者のICカードを挿入することで、患者情報が画面に提示される。

医師は当該患者の診療記録（他の医師による記録も含まれる）を参照しながら、診療を行い、その内容を電子カルテに記入する。ここには診断名、診療行為など、これまで金庫側には報告されていなかった情報も記載されるが、これらの情報はオンラインで疾病金庫に転送される。疾病金庫側では審査医のみがこの元の情報にアクセスが可能で、それ以降の医療費の分析等を目的とした情報の利用に関しては患者名が匿名化され、現在の健康手帳制度で問題となっている患者のプライバシー保護の問題の解決が図られている。現在、このシステム導入のための医師向けの教育用ビデオやマニュアルが作成されており、また、コンピューター導入の費用の一部が金庫から援助されるというように、基盤の整備が着実に進んでいる。そして、この制度がフランス全土で稼

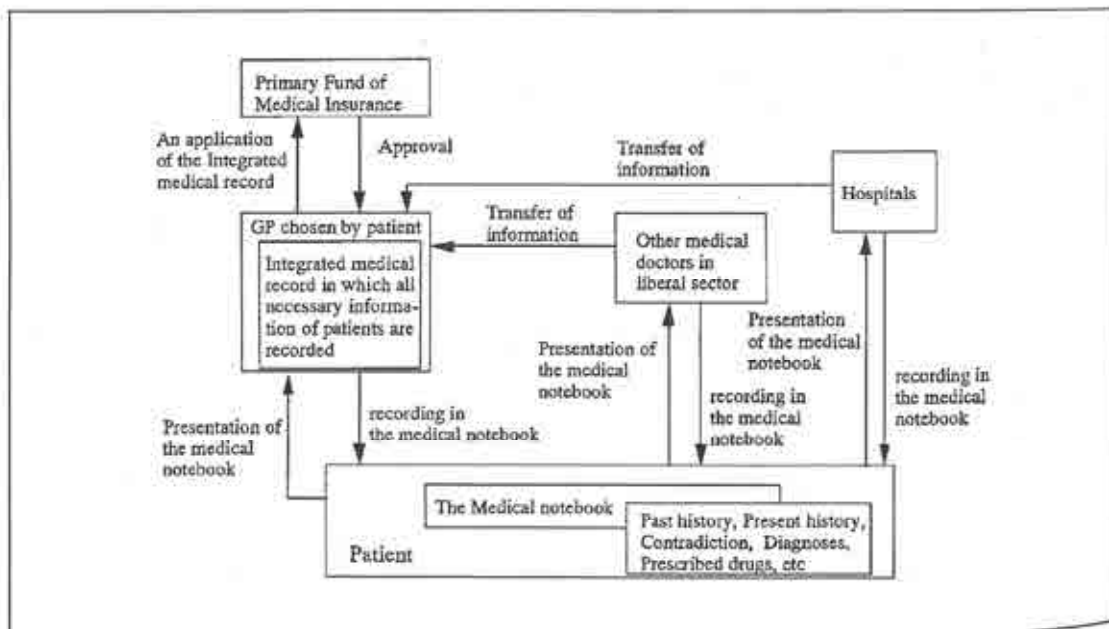


Fig.5 The Medical Notebook System in France

動した際には、金庫側は事務費削減と、医療行為の質の管理および医療費抑制のための大きな手段を持つことになる。

まとめ

ヨーロッパ統合の推進者であるフランスは、その第一の課題である通貨統合の条件（対GDP比3%以内の財政赤字）をクリアするために、まず自らがその巨額の財政赤字、特に社会保障部門の赤字を削減しなければならない。そして、シラク大統領の選挙時の演説で強調されているように、社会保障部門のスリム化は、同時にフランス経済の活性化の処方箋であり、それゆえに経済界からも大きな支持を得ている。しかしながら、それは一方で医師や患者の自由を制限するものであり、また経済的にもさらなる負担を求めるものがあることから、必ずしも一般国民から支持されてはいない。そして、1997年6月の国民議会選挙で左派勢力が多数派となり、社会党党首であるJospin氏が首相となったことで、Juppéプランに示された社会保障制度改革案は今後ある程度の見直しが必要になるであろう。しかしながら、Juppéプランに示された医療サービス提供における各アクターの責任の明確化、医療の情報化とその透明化、地域の権限の強化といった医療提供体制の改革の方向性に関する原則には変更はないと思われる。オランダにおけるDekker改革の失敗およびClintonの保健医療改革プランの失敗からも理解されるように、医療保険制度はその国の歴史・文化・国民性と密接に関連しており、経済学的妥当性が必ずしも国民の支持を得るものにはならない。国民皆保険制度と医療機関への自由なアクセスの保証はフランス人が非常に重視しているものであり、これが後退するような改革は国民からは受け入れられない。また、伝統的にフランス人の医師に認められてきた4つの自由（医師選択の自由、医師の診断・治療手段選択の自由、開業の自由、患者との話し合いによって報酬を決めることの自由）が可能な限り保証されることも、医師組合が非常に強い力を持つフランスにおいては医療制度改革を進める上で重要な点である。現在の財政状況において何等かの形での医療費の制限が必要なことに関しては、医療提供者側も国民も十分理解している。そして、国民皆保険と自由開業制の原則を守りながら、かつ国民と医療供給者側の理解を得ながら制度改革の方向性を模索するために、まず現行制度における非効率と不平等を明らかにし、それを解消する方向で制度改革を考えて行こうとしているのが現在の段階である。そして、効率性と公平性を確保するためには行われている医療行為の内容が明らかにされることが必要であり、そのために病院医療においてはDRG方式による医療情報の提供が、

そして開業医医療に関してはCPDと健康手帳あるいは医療カードの導入が図られている。このようにて明らかにされた情報を基に国レベルで医療費の額が決定されるが、この過程では国民の代表である国会議員による投票が行われる。また、ここで重要な点は一連の制度改革の中で、各アクターの責任明確にされたことである。すなわち、保険者は透明化された医療情報を基に各医療機関と契約を行い、正な医療費をそれに支払う、また地方病院庁における決定に関わることで質の管理と地方医療計画をじた量の規制に関与するというように保険者機能強化している。また、国も安全性と平等性の確保および疾病金庫の財政運営の監督という管理機能に化する方向にある。一方、医療提供者側は医療情報の開示を義務づけられると同時に、自主的に医療サービスの効率化を推進することを要求される。すなわち、それはRMOの制定とその遵守であり、医療総額の遵守とそれが達成されなかった場合の罰則、そして今後5年以内に行うことが義務づけられた医療機関における機能評価の提出である。また、国民に関しては保険財源における租税部門の拡大（CSの拡大とRDSの導入）および年金生活者における保険料率の値上げによる負担面における公平性の確保、受診時の健康手帳（医療カード）の提示による情報の透明化への貢献が求められている。このようなアクターの責任の明確化は医療制度改革を国民合の上で行うために重要な過程であり、国民の当該問題への関心を高めるためにも役立っている。さらに制度改革の推進にあたって政府はフランスにおける社会保障の理念、すなわち社会的連帯の原則についての再確認を種々のメディアを通じて国民に求めている。医療制度改革はとすれば経済的側面のみ強調されがちであるが、基本的理念についての関係者の合意がなければその実現は難しい。その意味でフランス政府のこの対応は、同じく医療制度改革を目指しているわが国においても見習われるべきであろう。種々の政治的駆け引きにより制度がめまぐるしく動くフランスにおいて、Juppéプランに示された改革が今後どのような運命をたどるのかは現時点では不明である。しかしながら、国民皆保険と自由開業制度、出来高払いの診療報酬制度というフランスと同様の医療保障制度を有するわが国にとって、フランスの医療制度改革における研究の動向、及びその実現に向けての政治過程を分析することは、日本の将来の医療保障制度の方向性を考える上で参考になる点が多いと考えられる。

フランスの 要介護高齢者対策 [上]

産業医科大学医学部
公衆衛生学教室教授

松田 晋哉

I. はじめに

現在多くの先進国が低経済成長と少子高齢化の進行により、社会保障制度の再検討を迫られている。特に日本やフランスあるいはドイツのように戦域を基盤とした社会保障制度を有する国においては、以下のような問題点が顕在化してきており、それが近年におけ

る改革の大きな要因となっている。

①失業率の増大や賃金低迷による保険財政の収支悪化

②国民間における負担と受益の不等

(例えば被用者と自営業者間、あるいは資産を持つ者・持たない者の間における収入の捕捉)

③高齢化による医療と福祉の連続化・ポータビリティ化とそれによる総合的な高齢者対策の必要性の高まり(類似サ

ービスに関して租税を財源とする福祉制度で受けている者と保険料を財源とする医療制度で受けている者との並存及びそれによってもたらされている負担と受益の不等)

表1に示したようにフランスでは、福祉サービスは租税を財源として地方自治体の責任によって、そして医療サービスは保険料を財源として疾病金庫(国が監督者)によって提供されるという、わが国に類似の制度が構築されている(1)。

しかしながら上記の問題に対処するために、フランス政府は近年、高齢者対策の改革を積極的に行ってきた。フランスの高齢者対策の課題の多くはわが国に共通するものであり、その意味でフランスの高齢者制度を検討することは、わが国における今後の高齢者対策を考へる上で参考になると思われる。本論文では筆者がこれまで行ってきた現地調査の結果に基づいて、フランスの要介護高齢者対策の概要を紹介する。

II. 高齢化の現状

表2はフランスにおける高齢化の現状を示したものである(2)。

一九九七年における六五歳以上人口比率は約一五・七%となっている。居

住場所別に見ると、六五歳以上人口の九四%が在宅居住者で、施設居住者の七〇%は八〇歳以上の高齢者となっている(3)。

III. 高齢者対策の歴史

外国の制度研究に際しては、その歴史的背景を知ることが有用である。そこで本節では第二次世界大戦後のフランスにおける高齢者対策を概観する。

A. ラロック委員会報告

フランスにおいては伝統的に、介護を必要とする高齢者のケアは家庭内で行われるか、あるいは身寄りの無い者についてはホスピスという収容施設において行われてきた。しかしながら、精神病者や浮浪者あるいは売春婦などの収容施設として歴史的に発達したホスピスにおける高齢者ケアの状況は、ケアの質の面でも、また高齢者の人権への配慮という点でも多くの問題があった。

フランスにおける高齢者対策の端緒となったのは、一九六二年一月のラロック委員会(高齢者問題研究委員会)報告である。同報告は、施設収容を中心とした施策により高齢者が社会の周辺に押しやられ社会的に疎外されている状況を厳しく批判し、社会に積極的に

参加する高齢者という新しい概念を提示した(いわゆる「活動する高齢者」(Positive ageing))。また、高齢者ができるだけ在宅で暮らせるようにするために、ホームヘルプサービス利用の一般化を提言するとともに、財源論としては行政の直接サービス(社会扶助)と社会保険方式の二本立て体制の確立を求めた。

B. 一九六〇～七〇年代Ⅱラロック報告に基づく理念の具体化と対策の転換⁽⁴⁾

一九七〇年代前半まではフランス経済の順調な発展を背景に、ラロック報告に示された理念に基づいた高齢者対策が国の経済社会発展計画の中に明確に位置づけられ、また具体的にも展開された。

例えば、第六次経済社会発展計画(七二～七五年)では「高齢者の在宅維持目標達成プログラム」が取り上げられ、国・地方自治体・社会保障金庫が共同出資で在宅サービスのモデル事業を実施したり、あるいは高齢者の在宅生活を促進するための住宅手当が創設された。また、第七次経済社会発展計画(七六～八〇年)においても「高齢者の在宅維持を促進する優先活動プログラム」が取り上げられ、ホームヘルプサービス・高齢者レストラン・高齢者クラブ

・配食サービスなどの在宅サービスが整備される一方で、高齢者集合住宅、老人ホーム、長期療養施設などの施設サービスも発展した。

C. 八〇年代以降Ⅱ福祉国家の行き詰まりと高齢者政策の総ひ

一九七〇年代の二度にわたるオイルショックによる経済危機を契機として、若年者の雇用をいかに確保するかが政策課題となり、早期退職制度などが導入された。このような政策は「活動する高齢者」という理念に終止符を打つものであると同時に、受益者と負担者との不均衡を構造的にもたらすことになり、結果として社会保障財政を悪化させる要因となった。

また、一九八三年には地方分権化法により医療は疾病金庫(国)、福祉は県という責任の分担が導入され、高齢者の身近な自治体によるサービス提供体制の確立が図られたが、他方で後期高齢者の増加によって顕在化してきた「医療の福祉化と福祉の医療化」に対応する総合的政策推進を困難にする結果となった。特に、フランスの場合、後述するように類似のサービスの疾病保険、高齢年金保険、高齢者福祉制度、障害者制度など種々の制度の枠組みで、ばらばらに提供するシステムが歴史的に構成されてしまったために、総合的

なサービス提供体制を再編することが困難となっている。

さらに一九八〇年代を通して経済状況が悪化したこと、及びその後の経済の好転時においてもいわゆる「雇用の創出無き経済成長」という現象が生じたために、フランスにおける失業率の

増加には歯止めがかからず、結果として社会保障における職域連帯の限界が認識されることとなった。

そして、この問題に対処するために全国民を対象として、職業収入、退職手当、失業手当、不動産収入、資産収入、及び投資運用収入などすべての収入を

表1 フランスの社会保護制度の概要

		種 類	関係組織
社会保護制度	社会保障制度	疾病・労災保険	疾病保険金庫
		家族手当	家族手当金庫
		老齢年金	老齢年金金庫
	社会扶助制度	医療扶助	国・県の保健福祉担当部門
		高齢者扶助	市町村社会活動センター
		障害者扶助	
	社会連帯制度	児童・家族扶助	国・県の保健福祉担当部門
		高齢者最低生活保障	老齢年金金庫・家族手当金庫等
		最低所得保障	
	社会福祉活動	法定社会福祉活動	国・県の保健福祉担当部門
任意社会福祉活動		市町村社会活動センター 社会保障金庫、共済組織等	
雇用保障	失業手当	地方疾病金庫等	
	雇用促進		

出典：松村(1999)

表2 フランスにおける人口構造の経時的推移(千人)

	1960	65	70	75	80	85	90	95	97
全人口	45684	48758	50775	52698	53882	55167	56718	58104	58542
0～14歳	12047	12485	12605	12594	12006	11698	11483	11280	11130
	26.4	25.6	24.8	23.9	22.3	21.2	20.2	19.4	19.0
15～64歳	28320	30369	31635	33003	34351	36325	37302	37969	38247
	62.0	62.3	62.3	62.6	63.8	65.8	65.8	65.4	65.3
65歳以上	5317	5904	6535	7101	7525	7144	7933	8825	9165
	11.6	12.1	12.9	13.5	14.0	12.9	14.0	15.2	15.7
75歳以上(再掲)	1982.0	2184.0	2390.0	2694.0	3329.0	3500.0	3778.0	3770.0	3960.0
	4.3	4.5	4.7	5.1	6.2	6.4	6.7	6.5	6.8

(注) 下段は割合(%)。出典：OECD(1999)

課税対象とする一般社会税 (Contribution Sociale Generalisée: CSG) が導入され、伝統的な職域連帯から地域連帯へと、社会連帯における基本理念の転換の方向性が打ち出された。具体的には、一九九五年のジュベプランにおいて一般社会税の役割が拡大され、従来の家族手当、高齢手当に加えて医療保障にもその財源として用いられるようになっていく。

D. 一九九〇年代以降Ⅱ高齢者サービス

一九九〇年代になり、社会の高齢化の進行に伴い「第四の世代」(quatrième génération) という概念が提示されるようになった。しかしながら、その概念は「後期高齢者に相当するこの世代は不治の病に侵されており、また精神・身体的に依存の状態にある」というもので、社会の高齢者観を著しくゆがめるものであった。そして結果的には以下のようなステレオタイプな考え方につながるものでもあり、高齢化に対する社会不安をいたずらに高めることになった。

- ①この集団は後期高齢者の大部分を構成している
- ②後期高齢者の状態は加齢とともに悪化していく
- ③したがって、後期高齢者は日常生活

や社会復帰に関して徐々に専門職による支援が必要となり、ある一定の限界を超えるともはや在宅での生活は不可能となる

④今後一〇年間で八五歳以上の高齢者の数は五〇%以上増加することが予想され、それが地域社会に与える影響は大きい

⑤この世代に属する者のうち何らかの活動制限がある者は、独居や低収入という条件があると施設入所にいたる可能性が非常に高い

しかしながら、このような高齢者観は各年代における要介護度・健康度の個人差を無視するものであり、したがって誤ったとらえ方であることが種々の調査結果により次第に明らかになってきた。

例えば、Gauthier と Colmez の分析結果によると、確かに要介護高齢者の割合は年齢とともに増加していくが、いずれの年齢階級においても七〇%以上の高齢者は自立していることが明らかになった。なお、一九九〇年のフランスに居住する六五歳以上高齢者七九〇万人のうち、約一九九万人(二四%)が寝たきり、約二四・四万人(三・一%)が車椅子での生活、そして九七・七万人(一二・四%)が外出に際して第三者の援助が必要な状態であると推計されている(3)。

また、要介護高齢者の大部分が在宅で生活することを望んでいること、要介護高齢者の三分の一は子供家族と暮らしていること、在宅寝たきり高齢者及び在宅で車椅子で生活している高齢者の大部分は家族によって世話をされており、その三分の一は家族のみが介護資源となっていること、したがって介護者への支援が必要なことなども明らかにされた。

さらに、高齢化の進展に伴い、要介護状態になる年齢の上昇が観察されており、適切な在宅サービス提供体制が構築されれば、高齢化が施設ケアの必要性に与える影響は抑制できると考えられるようになってきた。そして、このような社会経済環境や高齢者対策に関する考え方の変化に伴い、フランスにおける高齢者対策は一方で社会的疎外と要介護状態の予防、他方で要介護高齢者とその家族への支援を推進する方向へと動くことになった。

しかしながら一九九〇年代当初の状況として、要介護状態にある高齢者のニーズを正しく評価するための手法が無く、そのために多くの高齢者が身体的な障害の状況のみで医療施設に入所していたり、あるいは必要がないにもかかわらず権利があるという理由のみでホームヘルプサービスが利用されている状況が一般化していた。また、共

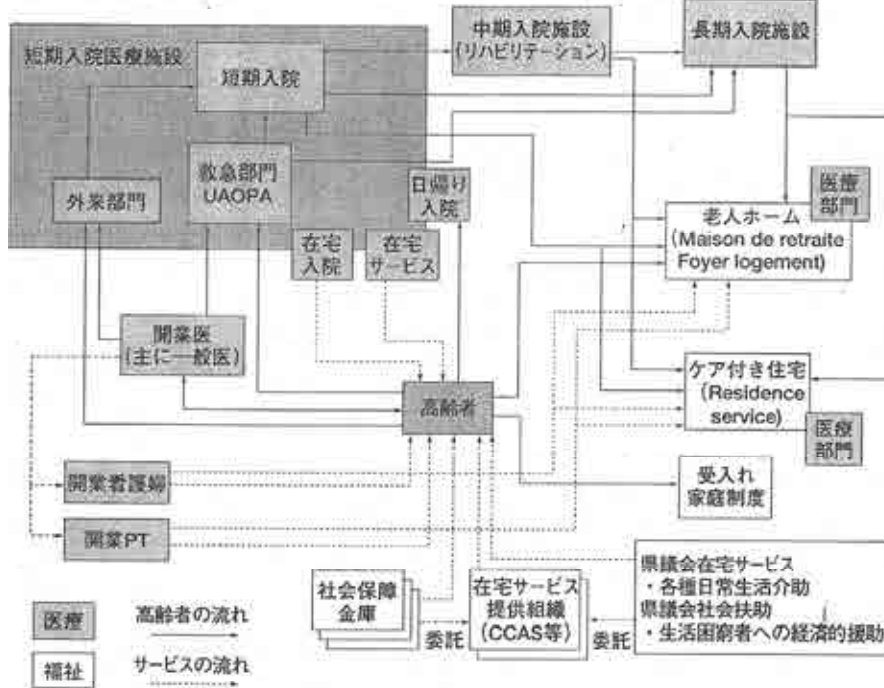
通の指標が無いために、同じようなニーズがある高齢者にまったく異なるサービスが提供されるということが常態化していた。

このような状況に対処するために高齢者の生活上のニーズを総合的に評価する指標の開発が行われ、種々の検討の後、AGGIR 評価表(後述)が一九九三年以降正式に用いられるようになった。また、要介護高齢者に対して必要なサービスを総合的に提供するための基本的な枠組みとしての依存特別給付制度(後述)が創設され、フランスの高齢者対策は大きな転換点を迎えることになった。

Ⅳ. 高齢者医療福祉制度の概要と近年の動向

図1はフランスにおける高齢者医療福祉の概要について高齢者を中心に示したものである。この図からは医療と福祉とが体系的に提供されている印象を受けるが、実際には両者の間にサービスの調整はなく、類似のサービスが異なる財源でばらばらに提供されている。この制度及びサービス提供者の多様性と調整の欠落がフランスにおける高齢者医療福祉制度改革の最大の課題となっている。

図1 フランスにおける高齢者医療福祉の概要



A. 高齢者医療福祉サービスに関連する主な公的組織
 高齢者医療福祉サービスに関連する公的組織としては、保健担当省、地方自治体、社会保障金庫がある。

1. 保健担当省
 保健省は高齢者対策の基本的な枠組みを制定する役割を担っているが、特に保健担当省の福祉局 (Direction de l'action sociale) が重要である。しかし

ながら、サービス提供主体と制度の多様性を反映して、その他にも多くの部局が関与しているために省内・省庁間での調整は十分ではない。

2. 地方自治体

一九八三年の地方分権化法に基づく国から県への権限委譲によって、高齢者に対する医療扶助、社会扶助の提供は県の責任となっている。各県は県高齢者計画の策定が義務付けられており、また各県に組織されている県退職者・高齢者委員会 (CODERPA) は高齢者施策を制定する上で重要な役割を果たしている。また、市町村レベルでは市町村からの補助金や一般からの寄付を財源とする独立法人である市町村福祉センター (Centre Communal des Actions Sociales: CCAS) が設立されており、老人ホームなどの施設経営やホームヘルプサービスの提供といった直接サービスの主体となっている。

3. 社会保障金庫

高齢者に対する福祉サービスは措置制度の形態で提供されているため、一般高齢者に対する医療福祉サービスの保証は社会保障金庫の役割となっている。

まず、疾病金庫は大きく分けて以下の三つのサービスをカバーしている。

及び薬剤費用など

② 老人ホームにおける医療部門の経費 (医療職・看護職の報酬、必要な医療材料費など)

③ 在宅における看護・リハビリテーションサービス

また、全国老齢年金金庫は保険料の〇・九%を用いて、加入者に対するホームヘルプサービスの提供あるいはその利用料の補助、および老人ホームの建設を行っている。

さらに、家族手当金庫は住居手当を高齢者に対しても支給している。わが国と異なりフランスでは住居が社会保障の一環になっており、歴史的にもHLM (低家賃公共集合住宅) 建設の過程で、高齢者向けの住宅が多く作られてきている。

B. 高齢者医療・福祉の主な関連法規

高齢者医療福祉に関連する主な法規としては病院改革法、社会福祉事業法、障害者基本法、地方分権化法、特別依存給付法などがある。

1. 病院改革法

一九七〇年に制定された病院改革法 (九一年改定) において、長期療養施設と中期療養施設が定義されている (詳

一九七五年に制定された社会福祉事業法は、いわゆる社会福祉施設の基準を規定すると同時に、県に地域福祉計画の策定を義務付けている。

3. 障害者基本法

一九八五年に既存の関連法律を統合する形で策定された障害者基本法は、身体、精神を問わずすべての障害者に総合的な対策を提供することを目的としている。後述のように、費用負担面での有利性などの為にかかなりの数の高齢者が、この障害者基本法の対象となつてサービスを受けている。

4. 地方分権化法

一九八三年の地方分権化法により、従来国の責任で行われてきた高齢者福祉サービス（医療扶助と社会扶助）が県の責任で行われることとなった。

5. 依存特別給付法（後述）

以上のように種々のサービス提供主体が異なる法体系でコントロールされているため、フランスの高齢者対策は複雑で非効率なものになっている。特に一九八三年の地方分権化によってサービス提供体制の分断化が生じ、種々のニーズを持つ高齢者に対するサービスの調整が困難なものになってしまった。また、このようなサービスの分断化は全体として要介護高齢者対策に割り当てられる予算の不足につながり、サービスが量・質ともに不十分な

状況をもたらした。このような現状の解決策を探るために策定されたのが後述の依存特別給付制度である。

【参考文献】

- (1) 松村祥子、フランスの社会福祉の特色、世界の社会福祉 フランス イタリア（仲村優一、一番ヶ瀬康子編）、旬報社（東京）、25-27、1999。
- (2) OECD Health Data (CD-ROM), OECD (Paris), 1999.
- (3) Henriette Marie, Les personnes âgées et la dépendance, La protection sociale en France (Crucifix I, ed), La documentation française (Paris), 25-30, 1997.
- (4) 藤森宮子、社会福祉の現状 高齢者福祉、世界の社会福祉 フランスイタリア（仲村優一、一番ヶ瀬康子編）、旬報社（東京）、29-63、1999。

フランスの 要介護高齢者対策〔下〕

産業医科大学医学部
公衆衛生学教室教授

松田 晋哉

Ⅳ. 高齢者医療福祉制度の 概要と近年の動向

C. サービス提供体制

ここではフランスにおける主要な高齢者医療福祉サービスを施設・在宅及び医療・福祉に区分して説明する（前号図1参照）。表3は関連組織とその役

割について整理したものであるが、類似サービスが異なる組織によって提供される複雑なシステムとなっていることがわかる。

1. 施設サービス

a. 医療施設

①長期療養型施設
自立を失った高齢者のための医療施設（生活施設ではない）で、わが国の療

養型病床群に相当する。医療に関する費用は公的病院の場合は総括予算、民間病院の場合は一日当たり定額で疾病金庫より支払われるが、滞在費用は利用者及びその家族の負担である。滞在費用が支払えない低所得者については、県の社会扶助により支払われる。

②中期療養施設

急性期の医療を終えた患者が在宅復帰のためにリハビリテーション目的で入院する施設で、わが国の療養型病床群あるいは老人保健施設に相当するが、わが国に比較してよりリハビリテーション施設として特化している。医療費と滞在費の区分はなされておらず、両者を含めた費用が公的病院の場合は総括予算、民間病院の場合は一日当たり定額払いで疾病金庫から施設に支払われる（ただし患者の自己負担は別）。

③老人科病棟

いくつかの一般病院では老人科病棟を設置しているが、常に満床状態も多くは老人性痴呆の患者である。費用の支払いは公的病院の場合は総括予算、民間病院の場合は一日当たり定額で疾病金庫から施設に支払われる（ただし患者の自己負担は別）。

④精神病院

老年精神科によるサービスは高齢者医療の中で最も現状に適合しているも

のであり、医療から福祉までの総合的なサービスが行われている。精神科医療における高齢者処遇の成功の要因としては、もともと精神患者をセクターという地域的枠組みの中で在宅・施設の有機的連携のもと、医師のみならず看護職・福祉職などが総合的にかかわってきたという歴史的条件がある。費用の支払いは老人科病棟と同様である。

以上が高齢者に対する施設医療サービスであるが、施設に対する疾病金庫からの支払方法に関しては、現在急性期病床のみならず、中期療養施設、長期療養施設及び精神科病床についてもDRG方式による評価が検討されている。

b. 福祉施設

①老人ホーム

わが国の特別養護老人ホームと同様、日常生活において何らかの支援を要する高齢者のための生活施設である。慢性期の安定した傷病（精神疾患を含む）を有する高齢者の医学的管理（一般的診療と看護サービス）を提供する医学部門を持つ施設もある。費用に関しては、利用料の上限額が県議会長（わが国の都道府県知事に相当）によって決定され、各施設はその上限額を超えない範囲で自由に料金設定を行うことができる。一般的には各利用者

表3 フランスの高齢者サービスの概要

国	県	市町村	老齢年金全庫	疾病保険全庫	家族手当全庫
単純手当	社会扶助	配食	ホームヘルプサービス	在宅看護サービス	住宅手当
障害者生活補助員	ホームヘルプサービス	緊急警報装置	利用料補助	中期療養施設	
小規模共同住宅	施設利用料補助	高齢者レストラン	在宅付添人	長期療養施設	
建設補助	食事サービス		利用料補助	日帰り入院	
	家庭委託	住宅改善	住宅改善助成	在宅入院	
	補償手当	高齢者集合住宅	障害者第三者加算		
	介護特別給付	小規模ホーム	手当		
	無料交通バス		高齢者受入施設		
	緊急警報装置		建設融資		
	配食				

出典：藤森(1999)を改変

はそれぞれの要介護度に応じて費用を負担する。後述の依存特別給付対象者の場合は、その給付決定額が自己負担額となる。低所得者は県の社会扶助により費用が負担される。併設された医療部門については、疾病金庫から定額払いで対象者数に応じた支払いが行われる。フランスにおける老人ホームの問題点としては、施設入所者の高齢化に伴い医療ニーズが上昇しているにも

かわらず医療部門が不足しているために、老人ホームから医療施設に入院せざるを得ない高齢者が増えていることが指摘されている。

② 要介護高齢者受け入れホーム (MAPAD: Maison d'Accueil pour Personnes Agees Dependentes)

依存状態にある高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は八〇以下とされている。費用支払いは老人ホームに準拠する。

② 農村部高齢者受け入れホーム (MAPPAD: Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agees)

農村部に居住する要介護高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は一〇―一五に制限されている。費用支払いは老人ホームに準拠する。

③ 痴呆老人グループホーム (カントウ・CANTOU)

重度の痴呆老人を受け入れる小規模なグループホームで、監督役の寮母と数人の痴呆老人が共同生活をする施設である。費用支払いは老人ホームに準拠する。

④ 集合アパート (Logement/oyer)

原則として個室で自立した高齢者のための集合住宅で、わが国の軽費老人ホームあるいは有料老人ホームに類似した施設である。必要に応じて家事援助や食事などのサービスが提供される

こともある。しかしながら、入居者の高齢化に伴い医療・看護ニーズの高い高齢者も増加しており、医療部門を併設する施設も増加している。費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。主なサービス提供主体は市町村である。

⑤ 一時滞在施設 (Les Residences d'Hebergement temporaire)

病院からの退院直後や介護家族あるいは本人の状況などにより、一時的に在宅での生活が困難になった高齢者(必ずしも要介護高齢者に限らない)を収容する施設である。わが国のショートステイサービスに相当する。ベッド数は一五―二五に制限されている。費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。

以上のような医療福祉施設に加え、フランスにおいては歴史的に精神障害者や浮浪者あるいは身寄りの無い高齢者の収容施設として発展したホスピスがある。しかし、その多くは、第二次世界大戦後、長期療養型施設の保健部門あるいは医療部門付き老人ホームに転換されている。

2. 在宅サービス

入院・入所に代わるサービスとして

その発展が政策的に促進されてきた。フランスにおける在宅サービスの特徴としては、サービスが必要に応じて対象者の居室のみならず高齢者集合住宅や老人ホームにおいても提供されることとがあげられる。

a. 在宅医療サービス

① 開業看護婦による訪問看護 (Soins a domicile par les infirmiers libéraux)

フランスにおいては看護婦が自宅で開業し、医師の処方箋に基づいて訪問看護サービスを行う制度が確立している。費用の支払いは疾病金庫から一件当たり定額で行われる。

② 在宅看護サービス (Services de Soins Infirmiers a Domicile:SID)

上記の開業看護婦による訪問看護とは別に、医師の処方箋に基づいて調整役の看護婦を中心として准看護婦・看護婦がチームで要介護高齢者の看護にあたる制度である。費用は定額制で疾病金庫から支払われるが、年間予算枠が地方単位で決められている。上述の開業看護婦によるサービスとの競合が問題となっている。

③ 在宅入院 (Hospitalisation a domicile:HAD)

継続的医療サービスが必要な対象者に対して、患者の居宅で病院スタッフによって入院時と同様の医療サービスを行うものである。費用は公的病院の

場合は経括予算、私的病院の場合は一
日当たり定額費用によって疾病金庫よ
り支払われる。

④デイケア (Accueil de jour)

身体的・精神的障害の有る慢性期の
要介護高齢者に対してリハビリテーシ
ョンサービスを提供するもので、わが
国のデイケアサービスと同様である。
費用は一日当たり定額で疾病金庫から
支払われる。

⑤日帰り入院 (Hospitalisation de jour)

身体的・精神的障害の有る慢性期の
患者に対して日帰りで病院サービスを
提供するもので、放射線治療や化学療
法、人工透析などがこの範疇に含まれ
る。費用は公的病院の場合は経括予算、
私的病院の場合は一日当たり定額費用
によって疾病金庫より支払われる。

b. 在宅福祉サービス

①ホームヘルプサービス (aide
ménagère)

フランスのホームヘルプサービスは
掃除、買物、食事の準備といったいわ
ゆる家事援助サービスである。

低所得者(高齢ミニマムといわれる
最低所得保障受給者など)の場合には、
社会扶助としてこのサービスを受ける
ことができる。扶養者義務は問われな
いが、当該高齢者が三〇万フラン(注
1)以上の遺産を残した場合は、そこか
らかかった費用が回収される。また、県

議会議長が定める低額の自己負担も導
入されている(おおむね一時間二フラ
ン程度)。使用時間には上限があり、国
は月三〇時間までとしているが、県議
会議長の権限でこの上限をあげること
が可能である。

一般高齢者の場合は、高齢年金庫
から利用料が補助される。補助額は選
減制で所得が多いものは少なくくな
る。使用時間は被用者一般制度の場合
月六〇時間(特別な場合は九〇時間)
となっている。主なサービス提供主体
は市町村福祉センターやアソシアショ
ン(注2)などの公益団体である。ホ
ームヘルパーになるには特別の資格は
いらぬが、一九八八年一月三〇日
条例により在宅援助資格証明書
(Certificat d'aptitude aux fonctions
d'Aide à Domicile: CAFAD)が導入さ
れ、二五〇時間の研修と二二〇時間の
実習が義務づけられている。

②在宅付き添いサービス (Services de
Garde à domicile)

在宅付き添いサービスは本来、ホー
ムヘルプサービスの補足として休日や
夜間あるいは限度時間を超える場合に
利用するために創設されたものである。
しかしながら、料金が安いこと、障
害者制度における第三者保障手当(注
3)を使えば配偶者以外の家族員を被
用者として契約ができ税制上も優遇さ

れること、及び遺産からの費用の回収
が行われないことなどから、近年ホー
ムヘルプサービスよりも好んで選択さ
れるようになっていく。在宅付き添い
人になるには特別な資格は必要とせ
ず、失業労働者に雇用機会を提供す
るという労働政策にも活用されている。

③受け入れ家庭制度 (Le Placement
familial)

フランスには講習などを受け一定の
管理能力があると認定された家庭が、
県との契約のもと血縁関係にない高
齢者を受け入れて生活援助サービスを提
供する制度がある。

④その他

各市町村では市町村福祉センターな
どが主体となって、高齢者レストラン
及び配食サービスの提供、テレアラ
ム設備の貸与、老人大学・老人クラブ
の育成などを行っている。

D. 依存特別給付制度

フランスにおける高齢者医療福祉制
度の問題の多くは、供給組織及び制度
の多様性に由来する。例えば、調整シ
テムの欠落による包括性の欠如、負担
と受益における利用者間の不平等(例
えば、障害者制度の対象となる高齢者
と対象外の高齢者)、要介護高齢者のニ
ーズ評価の欠落とその結果としてのサ
ービス提供の非効率性や地域格差など

が問題点として取り上げられてきた。

一九九一年に出たBoulard 報告書
(国民議会委員会報告書)とSchoppin
報告書(計画委員会報告書)は、要介護
高齢者に関するこれらの問題を正面か
ら取り上げ、既存の給付や手当を統廃
合した新しい社会保障制度を作ること
を提言した。そして、この提言を受けて
要介護高齢者に医療福祉の総合的サ
ービスを提供する新しい枠組み作りに関
する社会実験がMeur-et-Vilaine県など
の一五の地域で行われ、その検討結果
を踏まえて九七年一月二四日「依存特
別給付制度」法案が成立した。

しかしながら、「要介護高齢者のため
の自立給付を定める法律の可決を前提
として介護特別給付によって高齢者の
ニーズへの対応を目指す一九九七年一
月二四日法」という正式名称が示して
いるように、この法律は過渡的なもの
にすぎない(2)。

すなわち、この依存特別給付は、あ
くまで低所得高齢者(六〇歳以上)を
対象とした社会扶助で、日本やドイツ
のようなすべての要介護高齢者を対象
とした一般的な制度ではない。制度利
用には所得制限があり、単身者は月収
入が六千フラン、夫婦は一万フラン以
上の場合、使うことはできない。従って、
制度対象外の要介護高齢者について
は、従来の制度でカバーされる仕組み

図2 依存特別給付制度の概要



(注) 給付には所得制限があり、単身者で6000F、夫婦で10000F。給付上限額は5595F。

表4 フランスにおける要介護認定基準 La grill AGGIR

GIR 1 (最高度の要介護者)	身体的・精神的にすべての自立を失い、他者による永続的な介入を必要とする者
GIR 2 (高度の要介護者)	身体を動かすことはできないが精神的機能は完全には失われていない者、あるいは精神的自立は失われているが身体活動は維持されている者
GIR 3 (中等度の要介護者)	身体的自立の面で相当程度の日常的援助を必要とする者
GIR 4 (身体活動に問題のない者)	起居、衣服の着脱、食事に援助を必要とする者
GIR 5 (軽度の要介護者)	限られた援助を必要とする者
GIR 6 (自立した者)	自立している者

この場合、ホームヘルプサービスについては提供組織と契約を結んで利用料を払い、在宅付き添いサービスについては、雇用者として付き添い人と契約をして利用料

一方、一般高齢者は依存特別給付制度を使えないため、従来通り自己負担以外に高齢年金庫からの補助と障害者基本法に定められた第三者補償手当、及び第三者保障手当増額を受けてサービスを受けることになる(図も)。

フランスにおける福祉サービスの提供主体は伝統的にアソシエーションや市町村福祉センターなどの非営利部門であり、営利民間組織が活動する場は少なかった。しかしながら、個人による

E. サービス提供体制における民間活力の導入

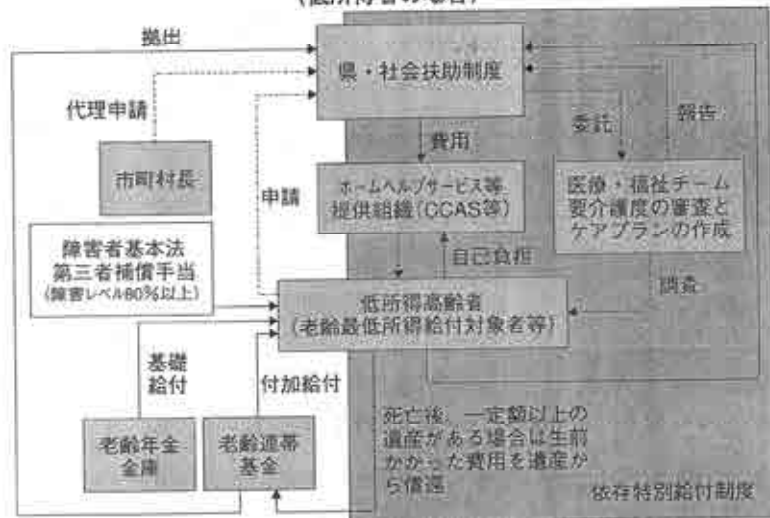
図2は依存特別給付制度の手続きについて示したものである。低所得高齢者(例えば月に五千フラン程度の老齢最低所得給付対象者など)が要介護状態になった場合、本人及びその家族あるいは後見人(多くの場合市町村長)が依存特別給付の申請を市町村の窓口に行う。

次に市町村の委託を受けた医療福祉チーム(一般医、看護婦、ソーシャルワーカーなどで構成)が利用者宅を訪問して、AGGIR (Autonomie, Gerontologie, groupes iso-resources) 評価表(表4)によって要介護度の評価を行う。

この結果が市町村を通して県議会長に行き、AGGIR評価で1度から3度までの者が給付の対象となる。給付は原則として現物給付であり、利用者の収入と依存度に応じた利用料が直接サービス提供者に県の社会扶助を財源として支払われる。また、あらかじめ定められたサービス提供者に利用者が

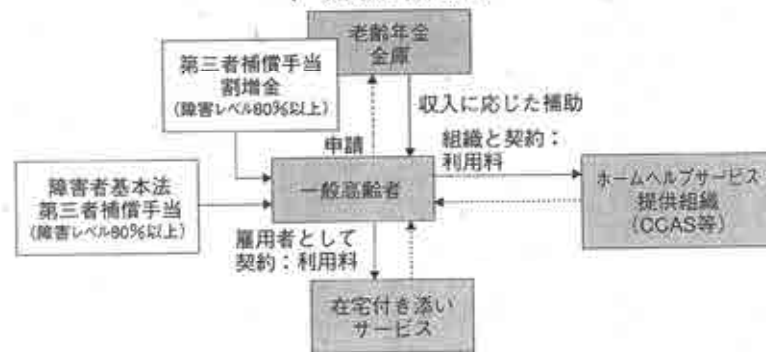
利用料を直接払う場合に限ってバウチャークーポンが当該高齢者に支給される場合もある。ところで、この依存特別給付制度は社会扶助であるため、当該高齢者が三〇万フラン以上の遺産を残した場合、かかった費用はその遺産から回収される。また、同制度創設以前は、低所得者が老齢年金庫からの基礎給付と老齢連帯基金からの附加給付に加えて障害者制度における第三者保障手当を利用して在宅サービスをうけることが一般化していた。このため、一九九七年以前に在宅サービスを利用して来たもの限り、従来の制度と依存特別給付制度のいずれかを選択することができると示したものである。

図3 フランスの在宅サービスの概要 (低所得者の場合)



(注) 第三者補償手当と依存特別給付制度の併用はできない。依存特別給付制度は現物給付(あるいはバウチャー)

図4 フランスの在宅サービスの概要 (一般高齢者の場合)



(注) 在宅付き添いサービスの場合、当該高齢者がサービス提供者の雇用主となる。この場合、被用者は配偶者以外の家族であっても良い。また、雇用主としての保険料支払は免除されている(雇用政策の一環)。

在宅サービス雇用促進を目的とした一九九六年一月二十九日法により、国家当局の認可を受けた県レベルにおける企業が在宅サービスを行うことが認められたこと、及び「公的及び私的病院の改革に関する一九九六年四月二十六日付条例」により公的・私的病院が「社会事業法」及び「障害者基本法」に定める福

祉サービス及び社会医療サービスを提
供することが認められたことにより、
今後民間セクターによる福祉サービス
提供がフランスにおいても発展すると
予想される。
特に、後者の条例により、現在深刻な
経営危機にある小規模民間病院が福祉
部門に進出していくと考えられてい

る。これらの小規模病院は、一方で病院
組織のチェーン化の洗礼も受けてお
り、フランスにおいても二木の指摘す
る医療福祉複合体(5)の形成が今後生ず
る可能性がある。

V. X X X
まとめ

本論文では、わが国と類似の社会保
障制度を有するフランスにおける要介
護高齢者対策の歴史的展開過程と現状
及び将来の課題について検討した。高
齢者対策における医療と福祉の連続化
は後期高齢者の増加する先進諸国に共
通する現象であり、それを福祉と医療
という別々の枠組みではなく総合的に
対処していくシステムが各国で模索さ
れている。社会保険制度に基礎をおく
フランスにおいて、ドイツやわが国と
同様、要介護度の評価とそれに続くケ
アマネジメントのシステムが導入され
ている点は興味深い。
しかしながら、種々の政治的対立と
妥協の結果、対象者を低所得者に限定
した社会扶助の一環として依存特別給
付制度を導入したことは、将来的にそ
の一般化に際して大きな障害になるで
あろう。なぜならば、現行の依存特別給
付制度の普遍化は、一般高齢者にとっ
てはサービス水準の低下や負担額の増
加など既得権の後退につながりうるか
らである。しかしながら、一九六二年の
ラロック委員会報告にもあるように、
複合的なニーズを持つ高齢者対策を医
療については社会保険制度、そして介
護については租税制度というように区
分して行うことには限界があり、その
意味で両者の折衷的な制度が、社会保
障制度を社会保障の基本としている国

においては、社会的、文化的そして財政的にも受け入れられやすいのかもしれない。したがって、同様の制度を有するわが国が当初から税金と保険料を半分以上ずつ財源として投入し、しかも所得に關係無くすべての高齢者を対象として介護保障制度を現物給付で一般化したことは国際的に見ても画期的であるといえるのかもしれない。

しかしながら、フランス及びドイツとの比較で考えると、現行の認定調査表のような詳細な評価表を用いることの必要性や認定審査会のような大掛かりな評価制度を今後も維持することの必要性については再検討を要すると考えられる。筆者がフランスに留学していた一九九〇年代初頭、フランスにおいてどのような評価手法が用いられるべきかについて活発な研究と議論が行われていた。そして、RUGGやMDS

などの既存のアセスメント表についても検討された後、結果的にAGGIRという単純な評価表が採用された。当時の議論として、要介護度を細かく評価しても大づかみに評価しても結果には大きな相違がなく、むしろその後のケアマネジメントが重要であるとの認識から、事務的により単純でかつ利用者に対する説明も簡単なAGGIRが選択されることになったと筆者は記憶している。この点はわが国における今後の調査表の修正作業においても参考になるのではないかと思われる。

また、フランスにおける今後の要介護高齢者対策を考える上で大きな検討課題になるのが障害者施策と高齢者対策との整合性である。要介護高齢者対策を再編していく上で、普遍化がより進んでいる障害者施策の存在が、ある意味において介護保障制度の一本化の

障害となつていゝフランスの現状は、わが国の今後の施策を考える上でも示唆に富むものである。すなわち、高齢者に対する保健医療福祉施策を総合的に考えていくためには、当初から障害者施策をも含めて総合的に考えていくことの重要性をフランスにおける現在の行き詰まりは示唆している。わが国が同じ失敗の轍を踏まないためには、この問題について現時点からしっかりと議論を積み上げていく必要があると考える。

【参考文献】

(5) 二木 立、保健・医療・福祉複合体全国調査と将来予測、医学書院（東京）、1996

【注】

(1) フランシ約二〇円

(2) アソシエーション 複数の者が利益を

分配すること以外の目的で、知識及び活動をともにするという団体契約によって成立している非営利社団法人。

(3) 第三者補償手当 障害率が八〇%以上で、日常基本行為に対して第三者による援助が必要な二〇歳以上の障害者に、その援助費用を補償する手当として支払われる。この第三者補償手当に關しては、利用者の死後における遺産からの回収制度がないために、要介護状態となった高齢者がこの手当を受給するということが一般化した。

フランスにおける地域医療計画の動向

責任化原則と契約主義による機能分化の推進

●産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授 松田 晋哉

はじめに

わが国の医療計画は、地域の体系的な医療提供体制の整備を促進することを目的に、昭和六〇年医療法改正で創設されたものである。この医療計画では計画の単位となる区域として医療圏が設定され、一般病床については二次医療圏を区域として基準病床数が設定されている。また、その後の改正により圏域内における施設機能の分化を目的として地域医療支援病院の整備目標や、設備、機械・器具の共同利用等の連携に関する事項も追加されてきた。

この医療計画の評価については、過剰な病床の建設を防ぐことで、医療費のコントロールに一定の効果があつたとするものがある。一方で、総合規制改革会議などからは「医療計画の病床規制の結果、(中略)既存の病床が既得権益化され、当該地域に質の高い医療機関が参入することを妨げている」といった批判も出されている。また、連携の推進等に関する記載にはその実行に法的強制力はなく、従つてその効果についても疑問がある。

厚生労働省はこのような批判を受けて平成十五年八月、「医療計画の見直し等に関する検討会」を設け、今後の同計画のあり方について検討を開始した。入院医療費と病床数に有意の正の相関があることは、すでに多くの研究者によって報告されており、供給が需要を誘発するという supply side induced demand 仮説が成り立っていることに異論を唱える者は少ないと思われる。事実、病院医療費の増大が問題となつた一九八〇年代、フランスやオランダなどの先進諸国では、医療計画に基づいて病床数や高額医療機器の数を制限する施策を開始し、その効果についても一定の評価がなされている(注1)。

しかしながら、医療政策の中心的課題が単なる医療費のコントロールから質の保証に移つた今日の状況において、従来の規制的な医療計画の妥当性について、多くの国で再検討されているのも事実である。このうちヨーロッパ、中でもフランスとオランダの政策の方向性は、わが国の今後の医療計画のあり方を考える上で非常に興味深い。というのは、ともに社会保険を基盤とする医療制度を持ちながら、医療の質の向上と効率的なサービス提供体制確立のために、フランスは地域医療計画を強化する方向に、一方でオランダは市場経済主義的改革のより一層の推進を目指してそれを廃止する方向に進もうとしているからである。本論文では、このうちフランスにおける最近の状況を紹介し、それがわが国の制度改革に示唆するところを論述してみたい。

フランスの医療計画の一般的事項

(1) 策定過程

すでに別報(文獻1)で論述したように、フランスにおいては一九七〇年の病院改革法において医

療地図が導入され、病床および高額医療機器については医療提供のための地域（医療区）ごとに国の定める指標に従って整備されるシステムとなっている。

例えば、内科系および外科系病床数は人口一千対一・二、産科系病床数は人口一千対〇・二、〇・五、ＣＴスキャナーは人口一万対一、ＭＲＩは人口五〇万対一等となっている。

しかしながら、医療地図については新規の病床や高額医療機器の導入は制限するが、既存のものには何ら規制が及ばず、公平の観点あるいは質の面からも問題が生じており、そしてより重要な点として、時代とともに変化する地域の医療ニーズに的確に 대응するための手段となっていないという批判が強くなった。

そこで、一九九二年の病院改革法では、各地方に、地域内の医療サービス体系化と質の保証を目的とした地域医療計画（Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire: SROS）の制定が義務づけられた。具体的には、これまでの医療地図に基づく規制に加え、地方医療社会組織化委員会

（CROSS: Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale 地方における医療・公衆衛生の問題について審議する委員会）、国会議員、国代表者、医療施設代表者、疾病金庫代表者、利用者代表者、有識者などで構成）の意見を参考に、地方内の医療資源の配分について記載されることとなった。例えば、施設間の近接性、補充性などを基準として診療科の統廃合や医療施設間の協力関係の構築あるいは統廃合等が記載されている。

そして一九九六年のJuppe Planとその関連法令により、付録に記載された事項の実行が義務化され、地方医療計画は地域内の医療施設の機能分化を図るための設計図としての性格を強めていった。

フランスの地域医療計画は五年単位の計画であり、例えば本論文で紹介するブルターニュ地方の計画は第一次が一九九四年から一九九五年、第二次が一九九九年から二〇〇四年の計画となっている。地方医療計画の作成は、Juppe Planに従って、地方レベルで病院医療を監督する目的で設立された地方病院庁（Agence Régionale d'Hospital-

isation: ARH）の任務となっている。そして、各医療施設は地方医療計画に沿って三年から五年の中期計画の策定とその実行をARHと契約することとなる。

(2) 地方医療計画の一般的な内容

わが国の地域医療計画の検討においては病床数に関する議論が中心だが、フランスの医療計画（以下、SROSと略）ではそのような医療地図的な部分ではなく、地域内における機能分化と各施設における質保証の具体的方策の記述が中心となっている。

■第一の原則Ⅱ質の保証

SROSでは医療における質の保証が第一の原則として強調されており、まず、その具体的方法が説明されている。例えば、以下のような評価項目及び取り組みべき課題が示されている。

①院内感染の予防 院内感染の予防は患者の安全を保証するための第一の課題であり、この目的のために各施設では院内感染防止委員会（CNIL）の設置が公衆衛生法典により求められている。CNILは院内感染の状況についてのデータの収集・分析と、必要に

じて適切な対策を取ることがその任務である。院内感染対策の状況は質評価指標の一つとしてARHにも報告される。

②患者の疼痛対策 疼痛は患者の療養生活の質を左右する重要な項目であり、各施設には積極的な対策が求められている。具体的には、疼痛の標準的な評価指標を導入し対策を生かす、患者に対して疼痛対策を行っていることを示し、その相談窓口を設ける、疼痛対策のための多職種から構成されるチームを設立する、患者の満足度調査を行う——などが示されている。

③自己評価 一九九一年七月三十一日法（病院改革法）では、病院医療の質を向上するために各病院が自己評価を行うことを規定している。自己評価の項目として保健省病院局は、(i)適切な診療録の記載、(ii)輸血の安全性、(iii)麻酔の安全性、(iv)医薬品使用の安全性、(v)病原性リスクのコントロール、(vi)院内感染対策、(vii)患者満足度、(viii)疼痛対策、(ix)評価体制などを規定している。そして、この自己評価の結果は地方病院庁に報告され、各施設と地方病院庁の契約の際の

参考資料となる。

④認証 一九九六年四月二四日付オルドナンス(勅令)により、すべての病院はその医療機能についての認証を受けることが義務付けられた。認証は全国医療認証評価機構 ANAES によって行われ、その結果は施設側の改善計画とともに公表されている。

■第二の原則Ⅱ連携の強化

SROS に記載される第二の原則は連携の強化である。医療におけるフリーアクセスを原則としているフランスでは、わが国と同様、検査の重複など無駄が生じやすい構造となっている。そこで SROS では、効率的な医療サービスを提供するためには連携の推進が必要と述べ、その具体的方法を説明している。フランスにおいては施設間の連携は、単にその推進を求めるだけでなく、その具体的な形態が法律で定義されている。以下にその主なものを示す。

①病院間組合 (Syndicat interhospitalier) 公的病院間の協力形態として、その設立と協力内容が個別事例ごとに法令で定められる。病院間組合に所属する組織は管理部門と財務管理の共同化、及び医

療サービスの共有が可能になる。病院間組合には理事会が設置される。

②病院共同体 (Commune d'établissement) SROS に定める施設間の連携を実現するために、医療区内及び医療区を越えて、公的病院及び公的病院サービスに参加している施設によって形成される。共同体に所属する施設間では手術室、医療機器、スタッフの共同利用が可能となっている。

③ネットワーク (Réseau de Soins) エイズや高齢者医療のように、病院、診療所及び社会福祉施設の連携が必要な分野について実験的に導入されている。この仕組みでは、対象患者が開業している一般医からかかりつけ医を選択し、そのかかりつけ医が当該患者の医療についてゲートキーパーとして機能する形態となっている。そして、異なる医療福祉関係者間の情報交換を促進するために、情報フォーマットの共通化が行われている。現在、この情報共有は紙ベースだが、将来的には電子媒体によって行われる予定となっている。

④オーブンホスピタル (Hôpital ouvert) 本来は、地方

の公的病院 (Hôpital local) のように医師の確保が難しい施設において医師を確保するために導入された制度であるが、現在は病診連携を促進する制度として積極的に展開されている。

地方病院等の当該病院におけるオーブン病床は全病床数の三分の一以下と規定されている。その地域で開業している医師が自らの患者をオーブン病床で継続的に診療すること、医療の質が向上し、在宅入院 (注2) や日帰り入院といった代替入院を促進する要因となっている。また、地区の開業医と病院医師の情報交換も促進されている。

このような連携促進の理念的原則となっているのが「競争ではなく補充原則に基づくパートナーシップ」である。そして、そうした連携体制が確立することで、患者が最も適切な施設でサービスを受けることが可能になるとされている。例えば、現状では医療と福祉との連携が十分でないために、本来福祉的な施設でサービスを受けべき高齢者や精神障害者が、高コストの医療施設でサービスを受けているという社会的入院の問題

が発生している。「ネットワーク」などの推進によりこのような問題が徐々に解消されていくことが期待されている。

なお、上記の連携形態のいずれも ANAES による認証の対象であり、またその実行に関する行程表が ARH と契約される。疾病金庫等からはその契約に基づいて補助や追加の支払いが行われており、それが達成されない場合、正当な理由がない限り財政的なペナルティの対象となることもある。

以上が、SROS に記載される一般的事項の説明であるが、前報 (文獻1) でも述べたように、SROS 策定に際して保健省は、上述のような一般的事項についての法的整理と説明を行うのみで、基本的には各地方がそれぞれの地域の実情に合わせて地方医療計画の策定を行うことになる。

ブルターニュ地方の 地方医療計画

SROS の具体的なイメージをつかむために、ここではブルターニュ地方の計画 (文獻2) の内容を説明する。同地方の SROS は二つの部と付録で構成されている。

表1 フランス公衆衛生賢人会議による
周産期医療の目標・優先課題・対策

<p>【4つの目標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 妊産婦死亡率を30%減少させる 2. 周産期死亡率を20%減少させる 3. 低出生体重児を25%減少させる 4. 妊婦健診を完全に受けない妊婦の数を半減する <p>【5つの優先課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 出産の安全性を高めること 2. 妊娠の経過観察体制を改善すること 3. 新生児のケアの質を改善すること 4. 出産を人間的なものにすること 5. フォローアップ政策の評価 <p>【16の周産期における課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 安全性確保のための最低基準の確立 2. 関係者間のネットワーク形成のための地域政策の促進 3. 当該女性における情報提供の責任強化 4. 妊娠中に（法定の）3回の健診を受けない女性の減少 5. 妊娠の経過観察の質の向上 6. 妊娠中の産科的超音波検査の質の向上 7. 出産時の蘇生術の有効性の向上 8. 出産施設における産婦人科医、麻酔科医、及び必要な場合は小児科医の存在の義務化 9. 小児科医への不必要な移送の回避 10. 産科施設における小児科医の存在の評価 11. 出産時の疼痛管理 12. 母子分離の制限 13. 出産技術諮問委員会の役割の強化 14. 妊産婦死亡の専門評価委員会の設置 15. 新生児死亡の原因に関する疫学的知識の改善 16. 周産期における信頼性・実現性の高い健康指標の定期的提示
--

まず第一部では、S R O S の目的が記載されている。すなわち、同計画は利用者たる患者を中心に置き、質の高い医療サービスが提供されるために、どのような条件が必要かを説明している。

具体的には地域住民のニーズに対応したサービスが適切に提供されるために、地域内の医療機関は補完性原則のもとに、各施設の機能分化と連携体制を確立することが求められ、それに対して責任を持たなければならないとされる

（責任原則）。機能分化に基づく施設機能の再配置に関しては、近接性原則も考慮され、二次救急を含む基本的な入院医療がすべての住民にとって三〇分以内にアクセス可能であることとされている。そして、住民のニーズに対応した医療サービス提供体制が構築されるためには、それを計画するあるいは評価するための情報の存在が前提であり、従ってその整備が必要であることが強調されている。

さらに、一、二 フランスの医療

計画の一般的事項」で説明した医療の質や連携のための具体的事項について説明されている。

次に第一部では、ブルターニュ地方における医療政策上の課題分析の結果が示される。その過程は以下の通りである。

同地方では、国レベルの公衆衛生賢人会議 (Haute Comité de la Santé Publique : HCSP) の提言と、ブルターニュ地方保健観察機構 (Observatoire Régional de la Santé en Bretagne : ORSB) 及び各病院から DRG ベースで地方病院庁に提出される活動状況などのデータをもとに、C R O S S において優先課題の設定が行われる。

一九九九年から二〇〇四年のブルターニュ地方の S R O S においては、(i) 救急医療、(ii) 回復期のリハビリテーション及びフォローアップ体制の確立、(iii) 自殺対策、(iv) 悪性新生物対策、(v) 周産期医療、(vi) 循環器疾患対策、(vii) 慢性腎不全対策の七つの領域が優先課題として設定されている。

ここでは、その具体的内容について周産期医療を例に説明する。まず、フランスにおいては、国レ

ベルで公衆衛生賢人会議の提言に基づき、周産期に関して表1に示したように四つの目標、五つの優先課題、一六の周産期における対策が策定されている。

このような目的を達成するためには、ブルターニュ地方の S R O S では以下のような記述が行われている。

① 一般医の役割の強化 正常な妊娠については近接性原則に基づき七ヶ月までのフォローアップを一般医が行う。ただし、一般医による適切な管理を保証するためにモニタリングのためのガイドラインを配布し、異常発見時の適切な連携も確保する。

② 連携強化のための環境整備 母子健康手帳の内容を見直し、共通フォーマットの診療録を導入する。これにより情報の共有と相互評価体制を確立する。

③ 妊婦とその家族及び一般市民の教育 質の高い医療サービスを提供するためには利用者の積極的な関与が必要である。そこで、妊婦及びその配偶者の教育、学校保健における若者の教育、若年妊娠例への関与の強化を図る。

④ 未熟児出産予防対策 未熟児は

多くの医療資源を消費するのみならず、その後の児及び家族のQOLに大きな影響を及ぼす。そこで、県議会厚生部の母子保健部門（PMI）及び開業医によるハイリスク妊娠の早期発見と介入を強化する。

⑤ 予防体制及び福祉サービスを含めた総合的ケア体制の確立 県議会母子保健部門（PMI）の活動の強化および同部門と医療施設の連携を推進する。

⑥ 連携の強化 病院、産科施設、開業医（一般医・専門医）、県議会厚生部の母子保健部門とのネットワークの形成を行う。また、一般医等の活動を支援するためにテレメディシンを活用する。

⑦ 産科施設の機能分化 利用者が病態にあったサービスを適切に受けることができるように、施設ごとに施設基準と人員基準を定め、サービスごとに表2のようなレベル別の施設整備計画を行っている。

⑧ 日帰り入院や在宅入院といった周産期における入院の代替医療を推進し、周産

表2 産科施設のレベル別の施設整備計画

<p>【産科施設】</p> <p>(i) 周産期の管理のみを行う施設（出産は不可）：いわゆる診療所のレベル。妊婦が身近な医療施設で医学的管理を受けられる体制の基礎となる。</p> <p>(ii) 年間300から1,500の分娩がある施設：主に正常分娩を扱う施設。産婦人科専門医、小児科医、助産婦が24時間体制で勤務していること、手術室があること、麻酔管理ができることなどが求められる。</p> <p>なお、年間出産数300は産科施設の最低基準であり、それを満たさない施設は統廃合の対象となる。ただし個別の施設で基準が満たされない場合、病院共同体や病院間組合の枠組みの中で、その基準を満たすことも認められている（このような基準は外科手術についても設定されている）。</p> <p>(iii) 年間1,500から2000の分娩がある施設：異常分娩にも対応できる施設。(ii)の基準に加えて、麻酔・蘇生医が同じ施設内に24時間体制で勤務していることが求められる。</p> <p>(iv) 年間2000以上の分娩がある施設：(iii)の基準において麻酔・蘇生医が産科部門に24時間体制で勤務していることが求められる。</p> <p>【新生児医療施設】</p> <p>(i) 重篤な病状でない新生児については一般病床で診療することが可能。</p> <p>(ii) 新生児科のみを持つ施設：近接性基準（すべての住民が30分以内にアクセス可能であること）をもとに地理的配置がSROSの中で記載される。新生児用ベッドが最低6床あり（ICUがある場合は12床）、新生児医療の経験がある小児科医が勤務する。また、小児科専門看護師又は新生児室での勤務経験のある看護師が6人の新生児に対して1人以上勤務していなければならない。</p> <p>(iii) 新生児科に加えてNICUを持つ施設：二次救急に対応可能な施設で複数の医療区にまたがる圏域に設置される。新生児医療の経験がある小児科医が24時間体制で勤務する。また、小児科専門看護師又は新生児室での勤務経験のある看護師が3人の新生児に対して1人以上勤務していなければならない。</p> <p>(iv) 上記2診療科に加えて新生児の麻酔・蘇生科を持つ施設：三次救急及び新生児を対象とした心臓外科手術など高度な外科手術が可能で、地方レベルで設置される。蘇生用の新生児用ベッドが最低6床、また新生児用ベッドが9床（内6床はNICU）なければならない。最低限1人の新生児蘇生科医が24時間体制で勤務している。また、小児科専門看護師又は新生児室での勤務経験のある看護師が蘇生麻酔科の新生児室に入院した新生児2人に対して1人以上、あるいはNICUに入院した新生児3人に対して1人以上勤務していなければならない。</p>	<p>期医療の「人間化」を図る（いずれの形態も、ハイリスクの妊産婦をできるだけ住み慣れた家でケアすることで心理的負担を軽減することを第一の目的としている）</p> <p>⑨ 妊産婦及び新生児の移送体制の整備</p> <p>⑩ 周産期医療に必要な高額医療機器の適正配置</p> <p>以上のような目的を実現するための行動計画が、プルトーニユ地方医療計画では施設レベル、医療区レベル（プルトーニユ地方では八医療区）、地方レベルのそれぞれ</p>
---	--

れで記述されている。また、行動計画にはプロセス及びアウトカム評価のための指標が設定される。そうした作業は地方出産委員会（Commission Regionale de la Naisance）によって行われる。同委員会は計画の進捗状況を評価し、その結果を地方医療計画フォーアアップ委員会（Comité Regionale de Suivi de SROS）（注3）に報告する。具体的には疫学的指標として周産期死亡率や乳幼児死亡率あるいは妊産婦死亡率等、医療サービス提供体制に関する指標として医師の地理的配分状況、医療サービス提供量（DRGベースでの統計等）、ネットワーク稼働状況（紹介率、逆紹介率など）、予防対策の実施状況に関する指標として妊産婦健診・乳幼児健診の受診率などが設定されている。

最後に付録部分では、今後五年間に行われるべき追加的事項も記載されている。例えば、最低分娩数や最低手術数を満たさない産科や外科などの統廃合、あるいは施設間の連携体制の確立などについて

て、対象となる施設の具体的名前とともに記載されている。

まとめ

以上説明したように、フランスにおいては、医療サービスの質の向上と効率化を市場経済的手法によって実現するのではなく、あくまで計画的に行っていくことが目指されている。そして、それを具

体化するものが地方医療計画である。すなわち、SROSを当該地方における医療サービス提供体制のシステム化の方向性を定めるものと定義した上で、各医療施設が

補完性原則と近接性原則に基づいて連携体制を構築し、それぞれの役割と責任を明確にした上で、その実行をARHと契約する仕組みとなっている。各契約内容は、それぞれの領域における評価指標に基づいてモニタリングされ、その実行が担保される。

また、前報(文献1)でも述べたように、フランスのSROSは財政計画的な性格もあわせ持つており、それがSROSに記載された事項の実行を担保している。すなわち、DRGに基づく医療サー

ビス提供実績をARHに報告することが公私に関わらずすべての病院に義務付けられており、ARHはその結果と質に関する評価指標をあわせて検討し、SROSの目的に沿った形で地域内の医療資源配分の体系化を図っていく。

実際には、必ずしもSROSに描いたモデルの通りには計画が進んでいないが、DRGをはじめとした標準的な情報が整備され、そしてそれが透明化されたことで、データに基づいて医療資源の適正配分を議論することが可能になったことは、今後の医療政策の展開を考える上で重要である。

医療計画の目的が、住民をその中心において質の高い医療を効率的に提供することにあることは日本もフランスも変わらない。経済的制約が避けられない現実である以上、それを受け止めた上で医療資源の配分の適正化を図る必要がある。そのためには医療情報の標準化と透明化が必要であり、そしてそのような情報に基づいて議論を行うっていく体制作りが必要であることをフランスの例は示している。わが国がフランスのような計画化の一層の推進を目指すのか、

あるいはオランダのような市場経済主義的改革を目指すのか、それは最終的には国民の判断による。しかし、いずれの方向に進むとしても、それを計画し評価するため情報が必要となる。わが国にはレセプトという諸外国と比較して非常に情報量に富む資源がある。それを有効活用する仕組みを構築することが喫緊の課題であると筆者は考えている。

【注】

- (1) ただし、医療計画の目的は最初から病床数や高額医療機器の制限にあつたわけではない。例えば、フランスの場合は、その基準を示すことで特に医療過疎地域での医療資源と医療サービスを充実させることが当初の目的であつた。
- (2) 在宅入院とは、患者宅のベッドを病院の一部と見なして病院の医療チームが訪問で診療を行う仕組みをいう。ガンの化学療法や術後のケアあるいは神経難病などが対象となつている。
- (3) 地方医療計画フォローアップ委員会では、優先課題ごとの評価指標に加えて、共通のものとして以下の指標を設定している。

①質の評価

- (i) 院内感染の発生数
 - (ii) 痛みのコントロールに関する活動状況に関する指標
 - (iii) 救急部門の活動状況
 - (iv) DRG単位でのサービス提供量及びアウトカム指標
 - (v) 高額医療機器の稼動状況
- ## ②連携の評価
- (i) 病院共同体、ネットワークなどの設立状況及びその活動状況

③関係者の責任の明確化に関する指標

- (i) 苦情の件数など
- ## ④情報化の評価

【引用文献】

- (1) 松田晋哉(一九九九)「フランスの地方医療計画—市場主義によらない医療制度改革の試み」社会保険旬報No.二〇三三、六一—四頁
- (2) ARH Bretagne (1999): Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire en Bretagne.

英仏の在宅入院制度と日本への導入可能性

●産業医科大学 公衆衛生学教室教授

松田晋哉

1 はじめに

社会の高齢化に伴って疾病構造は慢性疾患主体のものとなった。医療技術の進歩により脳血管障害や心筋梗塞、慢性腎不全さらには悪性腫瘍の治癒・軽快が可能となり、その病期期間が延長している。医療技術の進歩による延命は、一方で患者の生活の質（QOL）の問題を、そして他方で医療費の問題を大きなものにしていく。

多くの先進国は、医療の質向上と医療費のバランスをいかに図るかという問題に直面し、これまで多くの対策が講じられてきた。表1は1970年以降のヨーロッパにおける医療制度改革の流れを示したものである⁽¹⁾。ヨーロッパに

おける医療費適正化対策の中心は病院医療費の適正化であり、70年代には医療計画や総括予算制の導入、80年代には市場原理主義的な管理競争の手法が取り入れられた。特に市場原理に基づく改革はサッチャー改革の中心をなすものであったが、予想していたような競争は起こらず、むしろ過少ファイナンス下での無理な改革のために、イギリス医療の質は大きく後退してしまつたという見解が今日では主流である⁽²⁾。

高齢者には医療だけでなく、介護やその他の社会経済的支援もしばしば必要となる。このようなサービスを総合的に提供する枠組みとして例えばイギリスNHSのCase Mixのようなプライマリケアを中心とした総合的サービス提

供体制の構築が行われている。そして、このような流れの中で³ substitution（代替）による医療提供体制の再構築が多くの国で試みられている。すなわち、これまで病院で行っていた医療を診療所や在宅で、医師が行っていたサービスを看護師が、医療で行っていたサービスを福祉の枠組みで、というような代替が多くの国で行われるようになってきたのである。

このような代替政策を可能にしている要因としては、医療及びその周辺技術の発展、コメディカルの教育・研修体制の充実による専門性の進展、IT技術をはじめとする社会環境の発展などがあげられる。

本稿では、代替政策の一つとして近年多くの国で採用されている

在宅入院制度について紹介し、その日本への導入可能性を検討してみたい。

2 フランスの在宅入院制度⁽³⁾

世界で最初に在宅入院制度を導入した国はフランスで、HAD（Hospitalisation a domicile）と呼ばれる。

1970年12月31日病院法により導入されたHADの当初の目的は、がん患者のpost-acute医療を在宅で行うことで入院期間を短縮し、がん治療の入院待ち患者数の減少と医療費の適正化を図ることであった。その後、1986年5月12日保健省通達により精神患者を除くすべてのpost-acute患者が対象となり、2000年5月30日

表1 近年の欧州における医療制度改革の経時的変化

第一期 目標 政策	1970年代後半から1980年代 マクロレベルでの医療費抑制 病院の総枠予算制 医療計画に病院建設及び高額医療機器の制限 医師収入の抑制 医師教育体制の再構築 医学部定員の削減 一般医の養成
第二期 目標 政策	1980年代後半から1990年代前半 ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任 市場主義的手法の導入 マネジメント改革 予算管理
第三期 目標 政策	1990年代以降 医療サービスの合理化と優先度設定 一般的公衆衛生活動・健康増進 プライマリケアの重視 マネージドケア 医療技術評価 EBM

出典：Ham C. (1997)

図1 フランスにおける在宅入院制度
(Hospitalisation à Domicile: HAD)

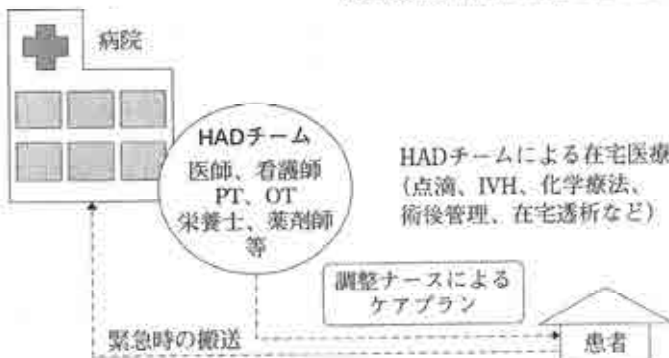


表2 HADで提供される主なサービス

<ul style="list-style-type: none"> 化学療法 抗生物質投与 疼痛緩和ケア 人工栄養 ガーゼ交換など 治療経過モニタリング 輸血 人工呼吸の管理 	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク妊婦のモニタリング 産後のモニタリング 患者教育 家族教育 作業療法 理学療法 ターミナルケア
--	--

HADの支払いは1日あたりの定額払いで、推進のために比較的有利な点数設定がされている。しかしながら、患者の病態によって必要なサービスは異なることから、現在、主傷病、副傷病及びAD

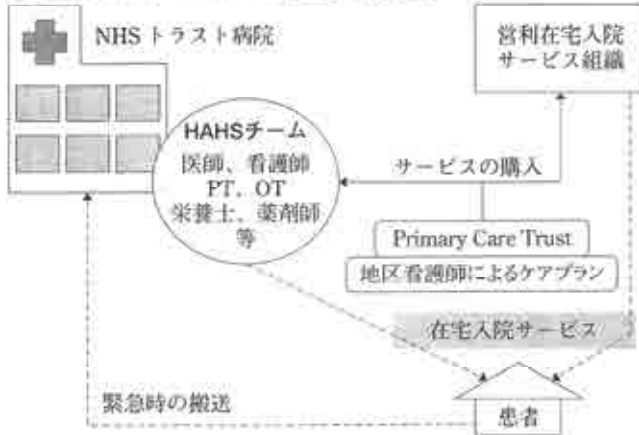
雇用連帯省通達でリハビリテーション・医療も含むこととなった。現在のHADの基本的枠組みを定めているのは、この2000年5月30日雇用連帯省通達である。それによるとHADは「病院勤務医及び開業医によって処方される患者の居室における入院である。あらかじめ決められた期間に（患者の状態により更新可能）、医師及びコメディカル職によるコーデ

ィネットされた継続性のある治療を居室で行うサービス」と定義されている。図1はその概要を示したものである。在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、それは病院組織の一部であり、コメディネット担当医師と看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどの職種から構成

されている。提供される主なサービスを表2に示した。HADにおいて中心的な役割を担っているのは調整看護師（Infirmière coordonnatrice）であり、医師の指示箋を受けてHADが必要な患者に対して総合的な窓口（guichet unique）として機能する。すなわち、在宅入院のケアプラン作成、入院時からの退院調整、他の在宅サービスの調整、患者や患

者家族の相談など、調整看護師がポータルサイトとなることで総合的なサービス提供を安定的に行う仕組みとなっている。HADは入院医療の一環であり、その病床数は地方医療計画（SROS）によって規定されている。病状が回復して「入院医療」が必要ないレベルになると「退院」し、その後は必要に応じて開業医や開業看護師の往診や自立給付制度（APA…日本の公的介護保険制度に相当）による在宅介護サービスを受ける。フランス政府はHADの推進に積極的で、2000年の4000床を8000床まで増やすことを計画している。そのため、かつては1床のHADの創設は2床の一般病床閉鎖を必要とされていたが、その規定は現在では廃止されている。

図2 イギリスにおける在宅入院制度



緊急時の搬送

患者

し、依存度の組み合わせによる診断群分類 (Groupes homogènes de prise en charge: G H P C) の開発が行われており、将来的にはこれを用いた1日あたり定額払い方式への移行が予定されている。

なお、パリ大学病院グループによるHADサービスの実際について、篠田の報告が参考になる(4)。

3 イギリスの在宅入院制度

フランスの動向を受けて、イギリスにおいても1970年代から在宅入院 (Hospital at Home) の事業が開始されている。最初の在宅入院のプログラムは、ピーターバラ地区で1978年に導入された(5)。

イギリスにおける在宅入院制度導入の第一の理由は、NHSの予算制約下における入院医療サービスの不足であった。当時、すでに膨大な入院待ちリストがあり、特に年度末の冬期には財政不足から高齢者を中心に入院できない患者が増え社会問題化していた。しかしながら、入院待ちをしている高齢患者の多くは在宅で適切な医療を受けることができれば入院を回避でき、また入院した高齢患者については適切な Post-acute の医療サービスを在宅で提供

できれば入院期間の短縮が可能であるのが実情であった。

このような問題への対策として、代替政策として看護師が責任を持つ病棟 (nurse-led unit)、患者ホテル (Patient hotel)、長期療養施設、中間施設、Assisted living などとともに在宅入院制度が導入された。このようにイギリスの在宅入院は、急性期医療は不要だが、看護ケアやリハビリテーションケアが必要な患者に対するサービスとして導入されたため、病院医療と在宅ケアの中間に位置するという意味で中間医療 (Intermediate care) と呼ばれる。その後、フランス的な Post-acute 医療や在宅化治療法なども行われるようになり、現在はそれらも含めて在宅入院と定義されている(6)。

典型的な在宅入院組織は病院が組織するもので、看護師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーなどから構成されている(図2)。NHS改革以降、病院サービスは家庭医が患者の代理人となつて購入する仕組みとなつており、在宅入院サービスもこの仕組みに沿って行われる。なお近年、在宅入院を専門とする営利民間組織が発達し(例えば Primicare (7)、病院や Primary care trust あるいは Care trust の家庭医からの委託を受け全国的なサービス展開を行っている)。

その発展形態からも明らかのように、対象となる患者及び病態は幅広く、在宅化学療法や在宅透析、脳血管障害・急性心筋梗塞・大腿骨頭置換術後などの急性期リハビリテーションなどの急性期入院及び Post-acute ケアの代替サービスから慢性期及びターミナル期の在宅医療 (Hospice at Home) まで、広範囲にわたるサービスが24時間体制で提供されている。

在宅入院はあくまで入院医療の一環であり、支払いも入院医療の枠組みの中で行われる。すなわち現在の NHS トラスト病院へのファイナンスは、診断群分類 (HRG: Health Resource Group) による参照価格をもとに、Primary Care Trust あるいは Care Trust が個々のトラスト病院と価格交渉を行い、1入院あたりの支払額を決定し、それを Primary Care Trust あるいは Care Trust が支払う形になっているが、在宅入院サービスも同様の枠組みで行われる。現在、イギリス

ス政府は在宅入院の更なる進展を
目指しており、そのための予算が
別枠で組まれている。

ところで、通常の入院で医学的
必要性が乏しいにもかかわらず地
域の受け皿がないために入院を繼
続していると判定された場合、そ
の費用はNHSではなく地方自治
体の福祉サービスから支払う制度
が導入されている（スウェーデン
のエーデル改革と同じスキーム）。
このことも在宅入院発展の促進要
因となっている。

イギリスの在宅入院は主に虚弱
な高齢者を対象としたサービスと
して発展してきた経緯から、医療
のみならず福祉サービスも統合さ
れたシステムとなっている。その
ため、役割分担や費用分担で様々
な形態がある。

例えばトラスト内に福祉サービ
スを包含していないPrimary Care
Trustの場合、必要な福祉サービス
については自治体の主管する福祉
サービスを依頼し、自治体の予算
で行われる。他方、Care Trustの
ように医療と福祉が総合的に提供
できるトラストの場合は、共通の
ファンドを用いて総合的なサービ
スが提供できる。前者の場合、医

療サービスと福祉サービスの調整
がしばしば問題となるが、後者の
場合、そのような問題が少ない。
このため、Primary Care Trustを
徐々にCare Trustに変えていく作
業が進んでいる。

イギリスの在宅入院制度のキー
パーソンは、フランスと同様看護
師である。特にPrimary Care
TrustやCare Trustに所属する地区
看護師がコーディネーターとして
重要な役割を果たしている。

しかしながら、acute及びambu
latoryの在宅入院は、入院に引き続
いてサービスが提供されることか
ら、その指示箋は病院の医師から
出される。この場合、地区看護師
が患者の一般入院中から在宅入院
にかかわることになるが、その費
用はPrimary Care Trust、Care
Trustなどの地域トラストの負担と
なるために、時に不公平感や相互
不信が問題となる。この問題の解
決と在宅入院の更なる発展のため
に、その費用負担のあり方につい
て検討がされている。

4 在宅入院の効果

在宅入院制度の効果に関して

は、①臨床的效果及び②医療費適
正化効果、また③できる限り住み
慣れた自宅で生活したいという患
者のQOL向上に効果があるのか
の3つについて、これまで多くの
研究が行われている。

まず、臨床医学的效果であるが、
ShepherdとHilleの22の無作為化研
究のレビュー結果によると、通常
入院とほぼ同様の効果が得られて
いる¹⁰⁾。また、Larsenらは在宅入院高
齢患者が通常の入院高齢患者に比
較してせん妄が生じにくいことを
報告している¹¹⁾。在宅入院患者は
住み慣れた自宅での治療であるた
め、安定剤などの処方量が少なく、
それが副作用としてのせん妄が生
じにくい理由ではないかと考えら
れている。

医療費に対する効果について
は、慢性閉塞性肺疾患（COP
D）、がん、脳梗塞後のリハビリ
テーションで、通常の入院より投
入コストが少ないと報告されてい
る¹²⁾¹³⁾。他方、Knowltonらは在
宅入院の方が治療期間は短い
が、医療費は高くなるという研究結果
を報告している¹⁴⁾。またShepherd
とHilleによる22の無作為化研究の
レビュー結果は、その経済的有効

性に一貫した傾向がないことを示
しており¹⁰⁾、在宅入院の経済効果
については一定の結論は得られて
いない。

患者のQOL向上に対する効果
については、Huskerらの研究成果
がある。ターミナルケアについて
在宅入院で受けた患者と通常入院
で受けた患者を比較した結果、前
者で患者満足度が有意に高かった
ことが報告されている¹⁵⁾。しかし
ながら、他方で30日以上生存した
患者の場合、患者家族の精神的健
康度が有意に低下することも報告
されている。

5 まとめ 日本の医療制度に おける在宅入院導入の可能性

在宅入院制度の目的は、①急性
期入院期間の短縮と、②継続的医
療が必要な慢性期の在宅患者の支
援（入院の回避と患者の療養生活
におけるQOLの向上）にある。
こうした目的はわが国の今後の医
療提供体制を考える上でも当ては
まるものなのである¹⁶⁾。以下、
この2つの視点からわが国での在
宅入院制度導入の可能性について
考えてみたい。

まず、「継続的医療が必要な慢性期の在宅患者の支援」から考えてみたい。

慢性期の在宅患者の支援については、わが国においてもすでにその基盤はある。具体的には在宅医療支援診療所の制度及び介護保険制度がそれにあたる。しかしながら、イギリスのような在宅入院制度として運用していくためには、介護と医療を総合的に提供する仕組みをどのように構築するかが課題であろう。

筆者らの福岡県の調査結果によると、介護保険制度の成熟化に伴い、利用者の持つ傷病の種類が多様化していた。すなわち、制度導入直後は、脳血管障害、認知症、骨折を含む筋骨格系疾患が主要なものであったが、最近ではこれらの疾患に加えて慢性心不全、慢性腎不全、慢性肝不全、慢性呼吸不全などの臓器不全、がんのターミナルステージ、合併症を伴う糖尿病、リウマチやその他の難病など、継続的な医療を必要とする利用者が増えているのである。特に、男性後期高齢者の介護保険サービス利用者で疾病の多様化傾向が顕著である。

こうした状況は必然的に医療と介護を総合的に提供するシステムを必要とする。現在、わが国の制度は介護保険と医療保険とに分かれているが、この2つのサービスを一体的に提供するための仕組みをどのように作っていくかが課題である。イギリスの場合、医師・看護師・理学療法士などのコメディカルなどが総合的にプライマリケアサービスを提供する枠組みとして創設された Primary Care Trust が、福祉サービスを含めた総合的なサービス提供主体となるために Care Trust に転換されつつある。このイギリスの動向は、わが国の今後の制度のあり方を検討する上で参考になるであろう。

わが国においては先進事例として長崎在宅 Dr ネットや尾道市医師会における取り組みがあり、これらの事例を研究することで日本版 Care Trust の仕組みを作ることとも可能ではないかと考える。この際、誰がコーディネイト機能を果たすかが重要となる。この役割を果たすためには医療・介護・その他の福祉サービスなどに関する広い知識に加えて、プラットフォームの軽さという機動性が求められる。例えば

ばケアマネジャーの資格を持つ看護職が適任かもしれない。

また、施設としては全日病が提案している地域一般病院が慢性期の在宅患者を支援する仕組みも現実的な解決策であろう。この場合、地域一般病院の中に在宅入院部門が設置され、そこに所属する医師・看護師、その他の医療スタッフがよって在宅患者の支援が行われる。病院での入院治療が必要な場合には、通常の入院が可能になることで利用者及びその家族の安心度も高くなり、安定的に在宅医療を展開することが可能であると予想される。特に、人工呼吸器や経管栄養などの一定以上のレベルの医療を必要とする在宅患者の場合、緊急時に通常入院ができる病院が運営する在宅入院制度の方が安心感が高いであろう。

次に、急性期入院期間の短縮を目的とした在宅入院制度の必要性はどうであろうか。

諸外国と比較してわが国の平均在院日数が長いことが医療費の無駄遣いの例としてしばしば引用されるが、在院日数計算の対象となっている病床の定義が国によって異なることも一因である。例えば、

より急性期に特化していると考えられる DPC 対象病院の場合、平均在院日数は2週間程度で、欧米諸国と比較して極端に長い状況にはない。また、医療に対する国民の考え方の違いにも留意する必要がある。一部の先進国では外科手術後の患者がドレーンをつけた状態で退院することが普通に行われているが、このような状態での退院を多くの日本人患者は望まないであろう。在院日数の問題は、諸外国との比較というような単純なロジックではなく、状態から考えて適切な退院時期という観点から議論すべき問題であろう。

その上で、かなり急性期に近い Dementia ケアも在宅で行うべきであるというコンセンサスが得られるのであれば、フランスなど諸外国で行われている在宅入院制度を参考に、急性期病院に在宅入院部門を創設すればよいであろう。筆者の個人的見解としては、このような在宅入院制度はわが国の場合はまだ必要性は少ないように思われる。

なお、Chevreuilらはフランス及びイギリス、オーストラリア、カナダの在宅入院制度を比較検討し

フランスにおける亜急性期入院医療を対象とした診断群分類の開発

●産業医科大学医学部公衆衛生学教室

松田 晋哉

●東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科 医療情報システム学

伏見 清秀

1 はじめに

フランスにおける入院医療提供体制に関する重要な政策課題の一つとして、医療資源の地域間・施設間格差の解消がある。1990年代前半まで、フランスの急性期病院は総額予算制で運営されていたが、当初は前々年度の活動実績に基づいて決定され、医療内容を反映するものではなかった。そのため歴史的に多くの予算を得ているパリやリヨン、ニースといった大都市部の病院が財政的に優遇され、北部や西部の人口の少ない地域の病院が不利な扱いを受けているという批判があった。また、こ

のような財政方式が医療資源の配分の地域差固定化の原因になっているという批判もあった。

こうした状況を改善するには各病院の行った医療内容を標準のフォーマットで情報化することが必要であるという認識に基づいて1987年に導入されたのが病院情報化計画「P M S I (Projet Medicalisation du Systeme Informatique)」である。

そして、1991年の病院改革法により、すべての急性期病院は病院情報部門「D I M (Division d'Information Medicale)」を持つことが義務づけられ、退院時要約票「R H S (Resume Hospitalisation de Sejour: 我が国のD P C制

とが可能になった¹⁾。

急性期入院における診断群分類の一般化と入院あたり包括支払い方式への適用拡大の成功を受けて、フランス政府はその適用範囲を亜急性期、在宅入院、そして精神科医療へと拡大しつつある。

フランスと日本の医療制度には共通点が多い。具体的には、複数の主体による社会保険制度、自由開業制と出来高払いを原則とした開業医の診療体制、そして医療計画による病院医療のコントロールである。また、経済成長の鈍化と高齢化の進展という背景も多くの共通点がある。その意味で、フランスにおける近年の医療制度改革の動向は我が国にとっても参考になる点が多いと考えられる。

そこで本稿では、今後我が国においてもその整備が重要になってくると考えられる亜急性期医療について、その情報化を中心に説明してみたい。

2 亜急性期入院施設

1991年の病院改革法により、フランスの公的病院は、その診療能力と規模により病院センタ

1、地方病院(以上2つが急性期入院施設)、療養・回復・機能再適応施設、長期療養施設に区分された。

このうち療養・回復・機能再適応施設がいわゆる亜急性期入院施設に相当する。その主な対象患者は脳卒中の回復期、維持期の患者、骨折などの整形外科における急性期の治療を終えた患者、あるいは虚血性心疾患の急性期治療を終え、リハビリテーションを必要とする患者、継続的ケアを必要とする神経難病患者や重度心身障害児・者などである。

亜急性期入院施設の医療費は病院費用、医師費用ともに医療保険の給付対象である。ただし、我が国の入院基本料に相当する *Forfait journalier* (1日当たり費用額) は、地方保険庁(あるいは地方病院庁) までの承認を得て各施設が決めることができる。なお、我が国の療養病床に相当する長期医療施設の場合、医療行為については保険給付の対象であるが、ホテルコストは原則患者の自己負担となっている。

フランスの亜急性期入院医療施設が患者の在宅復帰や慢性疾患患

者に対する継続的医療に果たしている役割は非常に大きいが、いくつかの問題点も指摘されている。

まず第一点は、その定義の不明確性である。施設体系を定義している1991年12月31日法(病院改革法)では、急性期入院施設と長期入院施設は定義があるが、亜急性期入院医療施設は、その間に存在するという解釈のみで明確な定義はない。そのため長期入院医療施設に入院した場合のホテルコストを避けるための社会的入院の場所になっている実態がある。

第二点として急性期病院からの転換型施設が近年増加し、医療サービスの実質が疑問視されている。これは1990年代に経営が悪化した民間営利の急性期病院が政府の急性期病床削減計画に便乗する形で亜急性期入院医療施設に転換したことによる。

フランス政府の現在の医療政策の中心的課題は、医療の質を保証しながらいかに提供体制の効率化を図っていくかにある。具体的には各施設の機能を明確にしながら(機能分化)、地域内連携体制を確立していくことである。慢性疾患が中心となった今日、特にリハビ

リテーション医療の中核となっている亜急性期入院医療施設の整備と質の向上が、地域における連携をスムーズに行うために重要な課題となっている。この目的を達成するために亜急性期入院を対象とした診断群分類の開発が開始されたのである。

3 亜急性期入院を対象とした診断群分類開発の歴史

(1) G H J (Groupes Homogènes de Journées) の開発と試行

前節で説明したように、医療提供体制における地域間・施設間格差の問題は急性期入院に加え亜急性期入院医療においても大きな問題であったことから、フランス保健省は1997年、PMSIプロジェクトの亜急性期入院医療への拡大を決定し、翌年の第二四半期から情報収集を開始した(これをPMSISRという。なおSSRは *Soins de suite et de réadaptation-rééducation* フォローアップ及び再教育・リハビリテーションケアの略)。

急性期入院医療の診断群分類(GHM)が1入院当たりの要約

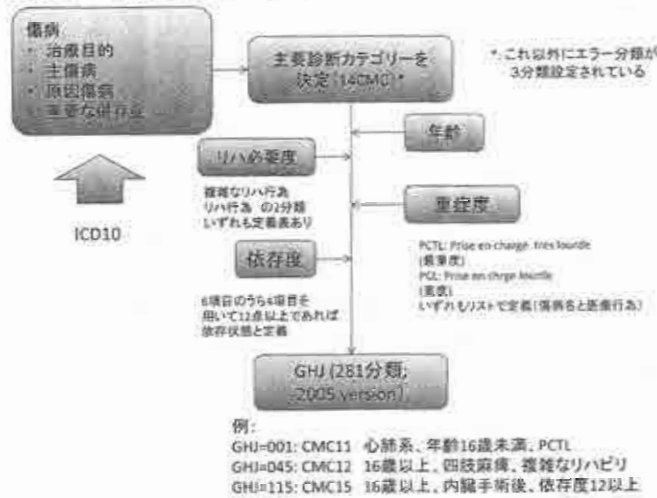
データに基づいて決定されるのに対し、亜急性期入院においては1週間単位で入院要約RHS (*Résumés Hebdomadaires Standardisés*) を作成し、それをもとに1日当たりの平均医療資源投入量を参照値とする診断群分類であるG H J (Groupes Homogènes de Journées) を各患者に割り付ける仕組みが採用された。

図表1をもとに分類の考え方を説明すると以下になる。

分類作成に使用される基本情報は年齢、傷病、身体的依存度、医療行為、リハビリテーション行為の5つである。

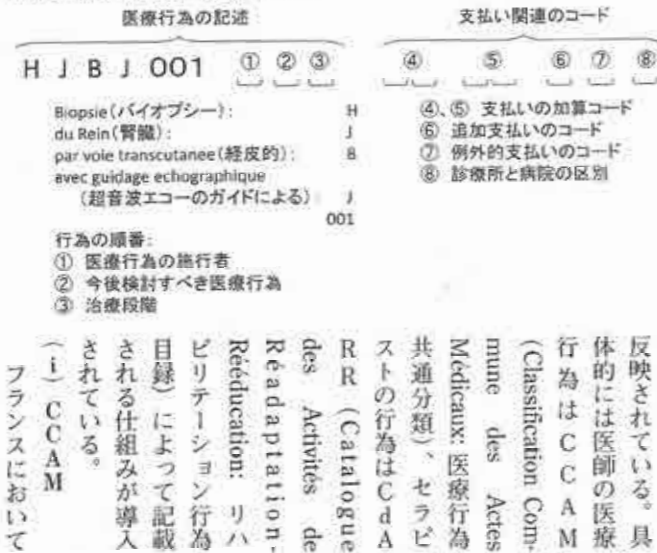
傷病については①治療目的(F P P C (Finalité principale de prise en charge))、②主傷病(M M P (Manifestation morbide principale))、③原因傷病(A E (Affection étiologique))、④重要な合併症(D A S (Diagnostic Associés significatifs))の各情報がRHSにICD10で記載されている。具体的には「F P P C 機能訓練、M M P 股関節置換術後、A E 大腿骨頭骨折、D A S 高血圧」のように記載される。臨床的重症度は行われた医療行

図表1 GHJのコーディングロジック



図表2 CCAMの構造

例: Biopsie (バイオプシー) / du Rein (腎臓) / par voie transcutanée (経皮的) / avec guidage échographique (超音波エコーのガイドによる) という医療行為のCCAM



に異なっており、例えばターミナルケアではリハビリ分類を利用しない、神経・筋ではまず傷病で分類した後リハビリテーションで分類、その他ではリハビリテーションで分類した後傷病で分類するといったルールになっている。図表1の下にGHJの例を示した。

なお、分類の精緻化過程において、医療行為とリハビリテーション行為の分類が精緻化され、それが分類ロジックにも反映されている。具体的には医師の医療行為はCCAM (Classification Commune des Actes Médicaux: 医療行為共通分類)、セラピストの行為はCdAR R (Catalogue des Activités de Réadaptation - Rééducation: リハビリテーション行為目録) によって記載される仕組みが導入されている。

(i) CCAM フランスにおいて

は、営利民間病院で用いられるN GAPと公的病院医療で用いられるCdAMという2つの診療行為体系があり、両者を公平に評価する点に問題があった。そこで民間病院と公的病院を共通の物差しで評価することを目的に開発されたのがCCAMである⁵⁾。

図表2はCCAMの構造を示したものである。

まず、最初の7桁が各医療行為を表している。その構造は行為・臓器・経路(手段)・追加行為・番号となっている。例えば、Biopsie (バイオプシー) / du Rein (腎臓) / par voie transcutanée (経皮的) / avec guidage échographique (超音波エコーのガイドによる) という医療行為はバイオプシーのコードであるH、腎臓のコードJ、経皮的を示すB、超音波エコーの使用を表すJの組み合わせである。最後の001は同一の医療行為の中で複数のものがある場合に区別するための連番である。行為・臓器・経路(手段)・追加行為については、標準的な表現と分類が決められている。

次いで3桁の記述欄があるが、

為コード及び傷病名によって最重度ケア・重度ケア例、そしてリハビリテーションはリハビリ行為の種類と組み合わせ及び時間的な介入頻度等によって複雑なリハビリ治療・リハビリ治療に分類される。

ADLについては着衣、移動、食事、排泄、行動、コミュニケーションの6項目が、自立、見守り、部分介助、全介助の4段階で評価される。そして、このうちの4項

目を選んで合計スコアが12以上であれば「依存」と判定される。具体的な分類方法は以下の通りである。

まず患者は傷病情報を基に14の主要臨床群(CMC) (Categorie Majeur Clinique) の一つに割り付けられる(例えば、急性期の老年科疾患、ターミナルケア、神経・筋疾患など)。

そのあとの樹形図はCMCごと

が分類ロジックにも反映されている。具体的には医師の医療行為はCCAM (Classification Commune des Actes Médicaux: 医療行為共通分類)、セラピストの行為はCdAR R (Catalogue des Activités de Réadaptation - Rééducation: リハビリテーション行為目録) によって記載される仕組みが導入されている。

図表3 CdARRに定義されたリハビリテーション行為

① 力学的リハビリテーション(Rééducation mécanique: ME) 例: RL18 受動的関節可動域訓練, RL26 歩行訓練
② 感覚運動リハビリテーション(Rééducation sensorimotrice: SM) 例: RL31 手の感覚機能訓練, RS06 視覚機能訓練
③ 神経性神学的リハビリテーション(Rééducation neuropsychologique: NP) 例: RF13 言語訓練, DT03 個別理学療法
④ 呼吸器および心臓リハビリテーション(Rééducation respiratoire et cardiovasculaire: RC) 例: RC04 負荷心臓リハビリテーション, RR05 呼吸訓練
⑤ 栄養学的リハビリテーション(Rééducation nutritionnelle: NU) 例: NU02 栄養学的技能の学習, NU03 栄養学的フォローアップ
⑥ 排泄リハビリテーション(Rééducation sphinctérienne et urologique: SU) 例: RV03 会陰部の感覚訓練, RV05 肛門括約筋の電気刺激によるリハビリテーション
⑦ 社会復帰支援(Réadaptation-Reinsertion: RI) 例: RL28 日常生活への適応訓練, SP01 運動競技のための個別適応訓練
⑧ 造肢器具への適応訓練(Adaptation d'appareillage: AP) 例: AA07 義肢器具の装着及び適応訓練, PV14 電動車いす利用の技術訓練
⑨ 集団リハビリテーション(Rééducation collective: RC) 例: RF12 集団での言語療法, DL12 集団での歩行訓練
⑩ リハビリテーション診断(Bilans: BI) 例: RL05 整形外科的診断表作成, RL07 足治療学的診断表作成
⑪ 理学療法(Physiothérapie: PH) 例: RF34 超音波治療, RL39 パラフィン浴
⑫ 水浴・プール療法(Hydrobalnéothérapie: BA) 例: RL50 プールでの歩行訓練, RL55 ジェットバスによるマッサージ

第1(①)は行為の記述欄である。具体的には上7桁で定義された医療行為を誰が行ったかを示すコードである。外科的な医療行為の場合、手術をした医師は1、麻酔を担当した医師は4、補助循環装置を担当した医師は5が記載される。

第2(②)は、現在は分類に考慮されていないが今後検討する必要がある情報の番号を記載する部分である。第3(③)は治療の段

階を示すコードである。一つの医療行為が段階的に行われる場合(例えば骨折のボルト固定と抜梯など)、1、2……と記載する。

次に④、⑤で示される記載欄が4つあるが、これは支払いに関する修飾要素を記載する欄である。小児(E)、救急(U)、休日診療(F)などが記入され、支払いの加算に使用される。

⑥の記載欄は、その医療行為が主たる医療行為と

は独立に行われ、しかも通常はその医療行為と一緒に行われるものではない場合に1が記載され、追加の支払いの対象となることを示す欄である。ただし、すべての医療行為についてこのような追加の支払いが認められるわけではなく、その一覧が定められている。

⑦の記載欄は例外的な支払いを示すコードに対応し

ている。すべての医療行為は償還対象と非償還対象に区分され、例えば通常審美的な美容整形として行われる鼻骨形成は非償還対象である。しかし交通事故等に伴う顔面外傷への処置の場合は償還対象となり、この欄に償還対象であることがチェックされる。最後の記述欄⑧は診療所と病院とを区別するもので、当該医療行為が診療所の外来で行われた場合Cが記載される。

(ii) CdARR

セラピストの行う行為のリストであり、力学的リハ(ME)や感覚運動リハ(SM)など12領域で構成されている。我が国のリハビリテーションの診療報酬上の行為分類よりも細かく分類が定義されているのが特徴である。図表3に12領域の代表的なものを示した(6)。

(2) 活動評価指標 Indicateur de valorisation de l'activité (I-V A) について

2001年から翌年にかけて行われたG H Jを基にしたコスト調査の結果によると、G H Jは全体のコストのばらつきの30%しか説明しておらず施設間のばらつきが

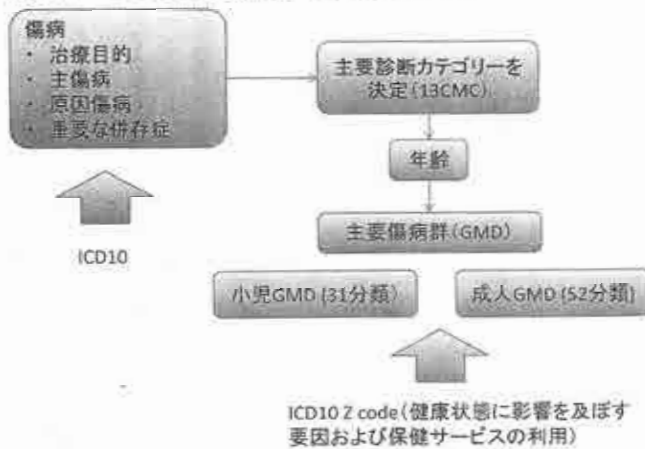
大きいことも明らかとなった。その要因として、行われたリハビリテーション行為の種類及び量に大きなばらつきがあることが指摘され、G H Jを重急性期病院における支払いに使うことは困難であると結論された。

これを受けてフランス政府は新しい分類G M D (Groupe de Maladies Dominantes: 主要傷病グループ)の開発に着手することになる。

図表4を基にG M Dの考え方を説明する(7)。

各患者について1週間ごとに作成されるRHSに記載されている治療目的、主傷病、原因傷病、重要な併存症の4つの情報から各患者は13の主要傷病カテゴリー(CMC)の一つに割り付けられる(図表5)。次いで、小児(18歳未満)と成人(18歳以上)の分離が行われ、83の主要傷病グループ(GMD)に割り付けが行われる(2010年版では小児31分類、成人52分類)。ここで注意すべき点はGMDの定義はICD10のZコード(健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用)で行われることである。

図表4 フランスの新しいリハ診断群分類GMD



図表5 13の主要診断カテゴリー (CMC)

- CMC01: 呼吸器疾患
- CMC02: 循環器疾患
- CMC12: 神経系疾患
- CMC13: 精神疾患及び行動障害
- CMC14: 皮膚疾患及び感覚器疾患
- CMC15: 血液腫瘍及び消化管疾患、尿路性器疾患
- CMC16: 運動器の非外傷性疾患
- CMC17: 運動器の外傷性疾患
- CMC18: 四肢切断
- CMC20: ターミナルケア
- CMC40: 社会復帰支援
- CMC50: 栄養障害
- CMC60: その他の疾患

図表6 診断群別の診療報酬上の評価 (現在は試行段階)
以下の8つの変数をもとにウェイトを計算する

GMD	リハビリ行為のスコア
年齢	併存症および重要医療行為
身体的依存度	入院目的
認知症の依存度	入院形態

以上の8つの変数にそれぞれスコアが割り付けられる。
変数相互間の関連を調整したのち、スコアのマトリックスを作成

次にGMDに基づく診療報酬上の評価方法を説明する。GHJのみで医療資源投入量を予測することは難しいという認識のもと、GMDに基づく診療報酬上の評価においては図表6のようにGMDを含む8つの因子(GMD、年齢、身体的依存度、認知症の依存度、リハビリテーション行為のスコア、併存症および重要医療行為、入院目的、入院形態)に基づいて評価

が行われる仕組みとなった。まず、年齢は小児(18歳未満)と成人(18歳以上)がGMDで区分されているが、加えて前者は0〜5歳、6〜12歳、13〜17歳の区分、後者は18〜29歳、30〜59歳、60〜64歳、65〜74歳、75歳以上の区分が設定された。身体的依存度は整容、移乗、食事、排泄の4項目について本人ができていないレベルを4段階(1=

自立、2=見守り、3=部分介助、4=全介助)で評価し、認知症依存度は行動とコミュニケーションの2項目について上記4段階で評価する仕組みとなっている。リハビリテーション行為のスコアは、CdARRRの12領域のそれぞれの行為についてポイントが設定され、その合計で評価する仕組みとなっている。ただし、これは単純にスコアを加算するのではな

く、図表7に示した計算方法によってMEは6以上であれば得点が1、BIは2以上であれば得点が0・5と評価する。併存症および重要医療行為については評価すべきものが定義されており、それがあつた場合のみポイントが付く。なお、併存症および重要医療行為の内容は全GMDで共通となっている。入院目的はZ50・1(その他の

図表7 リハビリテーション行為のスコア計算例

計算例
ある患者が5日間に有種の種別訓練(CdARRでRL56, 以下同様)を受け、
中枢神経系のリハビリ評価表を作成し(RF10)、手の感覚検査(RF04)を受けた場合、
RL56はMEの30ポイント、RF10はBIの20ポイント、RF04はBIの5ポイントに相当する
したがって1日当たりのポイントは
ME=30/5=6ポイント、RF=(20+5)/5=5ポイントとなる。
MEIについては5以上が1スコア、BIについては2以上が0.5スコアであるので、この患者
のリハビリ行為のスコアは1+0.5=1.5スコアとなる。
この合計スコアに状態ごとにマトリックスで定義されている係数がかかり、点数となる。

理学療法)、Z50・8(そ
他のリハビリテーション
処置に関連するケア)、Z
50・0(心臓リハビリテ
ーション)、その他が定義さ
れ、GMDごとに各点数が
設定される。最後に入院形
態は、完全入院と部分入院
(日中や夜間のみ入院)
とが区分されており、完全
入院であった場合の点数が
GMDごとに設定されてい

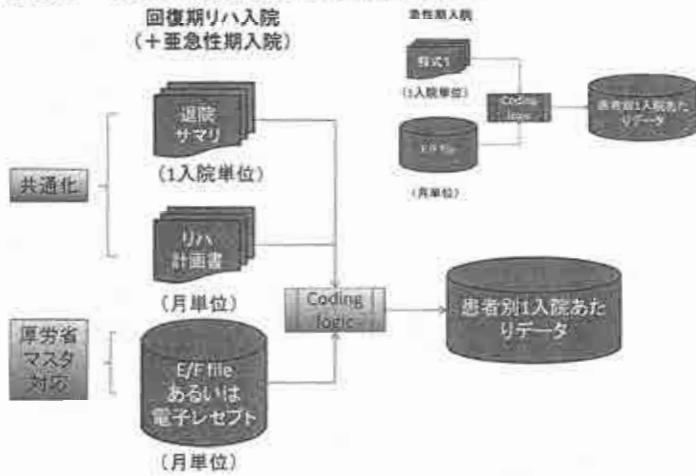
図表8 IVAを計算するための点数マトリックス

CMC GMD	GMD名称	GMD 得点	身体 依存 係数	認知 依存 係数	年齢階 級 0-5歳	年齢階 級 6-12歳	年齢階 級 13-17 歳	年齢階 級 19-29 歳	年齢階 級 30-59 歳	年齢階 級 60-74 歳	年齢階 級 75歳以 上	リハビ リ行為 係数	併存症 および 重篤な 療行 得点	Z501得 点	Z508得 点	Z500得 点	完全入 院得点
01	01A03 慢性呼吸不全、18歳以上	849.1	60.0	47.5				0.0	0.0	88.0	121.1	81.8	194.2	0.0	152.5		40.0
02	02A04 慢性心不全、18歳以上	920.5	61.8	69.1				0.0	0.0	0.0	0.0	95.1	21.3	16.4	0.0	199.2	40.0
12	12A01 四肢麻痺、18歳以上	618.5	71.2	32.2				81.9	0.0	0.0	12.0	181.2	71.0	189.3	190.7		40.0
12	12A02 非外傷性脳疾患、18歳以上	589.2	63.6	32.7				81.9	0.0	0.0	12.0	181.2	71.0	189.3	190.2		40.0
12	12A03 外傷性脳疾患、18歳以上	745.6	37.4	32.2				81.9	0.0	0.0	12.0	181.2	71.0	189.3	190.2		40.0
12	12E01 四肢麻痺、18歳未満	893.6	42.5	0.0	44.8	0.0	0.0					154.6	227.3	0.0	0.0		358.1
12	12E02 非外傷性脳疾患、18歳未満	785.0	21.9	0.0	44.8	0.0	0.0					154.6	227.3	0.0	0.0		358.1
12	12E03 外傷性脳疾患、18歳未満	949.7	26.0	0.0	44.8	0.0	0.0					154.6	227.3	0.0	0.0		358.1
13	13A01 認知症、統合失調症、精神発達遅滞、18歳以上	1055.2	37.5	17.8				130.4	32.1	0.0	0.0	91.4	58.8	320.6	66.8		40.0
13	13E04 精神発達遅滞、その他の発達障害、18歳未満	1154.5	50.0	0.0	277.4	0.0	0.0					48.5	249.5	0.0	0.0		358.1
14	14A03 結核、腫瘍、皮膚移植、18歳以上	1019.7	83.9	11.6				355.0	235.3	150.4	0.0	139.1	167.1	70.2	0.0		40.0
15	15A02 血液疾患、悪性腫瘍、18歳以上	673.1	54.9	33.1				0.0	88.1	88.1	20.3	133.4	78.7	135.4	0.0		40.0
16	16A01 関節障害、非感染症、18歳以上	771.8	49.8	89.6				219.6	104.0	47.7	0.0	141.0	54.8	0.0	0.0		40.0
17	17A05 骨粗しょう症を伴う大腸骨骨折、18歳以上	522.0	93.8	62.4				182.7	94.7	94.7	0.0	143.6	83.3	114.5	89.1		40.0
18	18A05 四肢切断、義肢への適応、18歳以上	984.8	65.4	84.3				165.0	15.4	15.4	0.0	107.3	119.2	92.6	0.0		40.0
20	20A22 デーミナルケア、18歳以上	795.1	56.7	12.9				0.0	0.0	340.6	755.1	158.9	55.2	0.0	0.0		40.0

る。
なお、実際の点数設定に際しては変数間の交互作用を考慮して、図表8に示したようなマトリックス方式での評価となっている。たとえば、GMD01A03(慢性呼吸不全、18歳以上)と区分された患者が「身体依存係数114、認知症依存係数11、年齢階級160-74歳、リハビリ行為係数11.5、併存症および重要医療行為得点11、Z501相当、完全入院」であった場合、その合計得点は「849.1(GMD)+4×60.0(身体依存係数)+1×47.5(認知症依存係数)+1×11.1(年齢階級)+1×194.2(併存症および重要医療行為得点)+0(Z501)+40(完全入院)」=1149.1・9点となる。
仮に診療報酬にこれを適用するのであれば、この点数に単価をかけることで1日当たりの報酬が決定され

る。現在、2012年の本格導入を目指して、このIVAによるコスト評価の試行実験が行われている。
4まとめ—日本への示唆
以上、フランスの亜急性期入院における情報化と診断群分類の開発、そしてその支払いへの適用に関する現状を説明した。2012年に支払いへの適用が予定されているが、開発の第一の目的はあくまで亜急性期医療に関する医療情報標準化と透明化にある。透明化された情報に基づき、施設間比較・地域間比較を行い、医療資源の適正配分を行うというのがPMSSSRの主たる目標なのである。
すでに説明したように、この背景には1990年代に急性期病床の削減に伴い民間営利病院による亜急性期入院部門への参入が相次ぎ、それがサービス内容の質に大きなばらつきをもたらしたこと、あるいは社会的入院の温床となってしまうことがある。前報で紹介したようにこのような施設機能の透明化をもとに急性期と亜急性

図表9 Rehabilitation DPC開発の考え方



共通化
厚労省
マスタ
対応

急性期入院
形式1
(1入院単位)
E/F file
(月単位)
Coding logic
急性期1入院あたりデータ

回復期リハ入院
(十至急性期入院)

退院サマリ
(1入院単位)

リハ計画書
(月単位)

E/F file
あるいは
電子レセプト
(月単位)

Coding logic
患者別1入院あたりデータ

図表9は現行のDPCの運用体制との比較でリハビリテーションを対象としたDPC開発の考え方を示したものである。記録の標準化とレセ電算システムの標準化をどのように実現するかが課題である。また、対象者の身体的依存度や認知症に関連した依存度、リハビリテーション行為の評価についても標準的な手法を決める必要がある。収集する情報を詳細にしすぎると、入力作業の負荷が大きくなり、運用が難しくなる。フランスの亜急性期入院施設の担当者へのヒアリング結果では、CDARRRの入力ではすでにそのような問題が生じていることが指摘されていた。日常業務で収集しているデータのフォーマットを標準化し、それを活用するという方法が我が国の場合も実際的であろう。

1982年にエール大学のG. G. 教授らが開発した最初の診断群分類であるDRG (Diagnosis Related Groups) がメデイクエアに採用されたことを契機に、世界の多くの国で診断群分類の導入とその適用範囲の拡大が進んだ。フランスは診断群分類導入にむけての取組開始は1983年と非常に早かったものの、1980年代は大きな発展を見ることがなかった。その主たる要因は病院の情報システムの遅れにあった。しかし、1991年の病院改革法によってすべての病院に医療情報部門DIMの設置が義務づけられ、診断群分類に基づく情報が地方医療計画に連結されたことで、1990年代に入り大きな進歩を遂げ、急性期入院における一入院あたり包括支払い方式の導入、亜急性期、在宅入院、そして精神科医療領域での診断群分類の開発とその適用範囲を拡大しつつある。このように事業が大きく進んだ要因としては診断群分類を担当する組織の整備がある。

期の円滑な連携を図るための「core」という仕組みも試行的に運用されている¹⁰⁾。
わが国においてもDPC導入後急性期入院医療に関する情報の透明化が進み、施設間や地域間の比較が可能となった。今後、DPC関連情報が地域医療計画に活用されることで、地域における必要病床数や機能分化および連携のあり

方が具体的に議論されるようになるであろう¹⁰⁾。この過程で、現在の一般病床のうち相当数が実質的に亜急性期医療を担う病床になっていくと予想される注2)。そしてこうした施設の機能の明確化と適切な評価、適切な配置のためにも診断群分類の開発が必要になってくると考えられる。

当初は保健省内に設置されたMission PMSIと協力大学(パリ大学、リヨン大学、国立公衆衛生大学、国立鉱山大学など)で始められた診断群分類の開発事業は、その後それを専門的にかつ一体的に行う病院情報技術機構ATIHT (Agence Technique de l'Information sur Hospitalisation) が総合的に行う体制となつていく。ATIHTが診断群分類の実務に必要な各種マニュアルとグループソフトを提供し、ユーザからの種々の質問に答えることで、フランスにおける診断群分類の開発とその応用が進んでいるのである。

ドイツも診断群分類を総合的に扱う医療経済研究所InEKができたことで診断群分類の導入が大きく進展している¹²⁾。
今後、我が国においてDPCの継続的な精緻化と適用拡大、そしてDPC関連情報の公衆衛生行政への適切な反映を目指すのであれば、DPC開発の技術面を総合的

【注】

- 1 ただし、これは回復期リハビリテーション病棟や亜急性期病床という現行の枠組みに限定されたものではない。全日病が提唱している地域一般病床が筆者のイメージする亜急性期入院施設である。
- 2 地方病院庁 (Agence Regionale de l'hospitalisation: ARH) は1996年のJuppe planにより22の地方に1か所ずつ創設された独立行政法人で、地方医療計画の立案と実行、各施設への医療予算の配分を担っている。現在は病院医療のみならず開業医医療や障害者などを対象とした社会医療の体制整備の役割も担うようになっており、このため名称が地方保険庁 (Agence Regionale de la Sante: ARS) に順次変更されている。

【引用文献】

- (1) 松田晋哉：欧州におけるDRGの展開過程—フランスを中心に—, 医療経済研究, Vol.10(1): 21-51, 2001.
- (2) 松田晋哉：フランスにおける地域医療計画の動向—責任化原則と契約主義による機能分化の推進—, 社会保険旬報 No. 2197: 22-27, 2004.
- (3) 松田晋哉：フランスの医師養成システムと偏在問題社会保険旬報 No. 2386: 10-16, 2009.
- (4) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité: Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, PMSI soins de suite ou de réadaptation, Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 97-5 bis, 1997.
- (5) 松田晋哉：諸外国における外科の技術料評価—フランスにおける医療行為共通分類 (CCAM) —, 日本外科学会雑誌 Vol.106(3), 263-268, 2005.
- (6) Ministère de la Santé et des Sports: Catalogues des activités de rééducation-réadaptation, Bulletin officiel, No 2010/3 bis, Fascicule spécial, 2010.
- (7) Ministère de la Santé et des Sports: Manuel de groupage PMSI Soins de suite et réadaptation Version 7 de la classification, Version 5.7 de la fonction groupage, Bulletin officiel, No 2010/1 bis, Fascicule spécial, 2010.
- (8) 松田晋哉、伏見清秀：フランスにおけるITを用いた急性期病院と亜急性期病院の診療連携システムについて、社会保険旬報 No. 2443, 2010.
- (9) 松田晋哉：医療施設の機能分化をどう進めるのか、社会保険旬報, No. 2429: 12-19, 2010.
- (10) 松田晋哉：基礎から読み解くDPC 第3版, 東京：医学書院、2010.
- (11) ATIH: <http://internet.atih.sante.fr> (平成22年10月1日アクセス)
- (12) InEK: <http://www.g-drg.de/cms/> (平成22年10月1日アクセス)

に担当する公的な情報機構の創設が必要であろう。医療の情報化については、個人情報保護や国家管理の強化などに関する懸念から、それを否定的にとらえる意見も少なくない。し

かしながら、少子高齢化と厳しい経済状況という現状を考えたとき、医療情報の標準化と透明化は医療に対して適切なファイナンスを実現するための必須条件である。情報の透明化は医療者にとって心

地よくない面もあるが、これを避けて通ることはできない現実を直視する必要がある。医療情報の適切な取り扱いについては、すでに諸外国でその仕組みが整備されている。おそらく世界で最も個人情報

報保護に関心の高い国の一つであるフランスで、個人情報の保護規定に関する枠組みを作りながら、このような情報の標準化と透明化が進んできたことは評価されてよいだろう。この過程から我が国の関係者が学ぶべき点は多いように思う。DPCにより急性期医療の情報化は進んだが、それだけでは医療全体の在り方を議論することはできない。医療全体の情報化をいかに進めていくかという視点が必要である。

謝辞

本研究は、平成22年度厚生労働科学研究「診断群分類の精緻化とそれを用いた医療評価の方法論開発に関する研究（研究代表者：伏見清秀）」によって行われたものである。

今日のフランスにおけるデイホスピタル

—その理想と現実—

将 田 真 弓*

はじめに

デイホスピタルは、1920年、フランクフルトに誕生した¹⁾。次いで、1930年代にモスクワ、ボストンに設立され、早くから精神障害者の自立を促す機能に注目されていた。本格的に医療体系に取り込まれたのは、第二次世界大戦後で、ロンドンで Bierer J. によって創設されたデイホスピタルがその原形だった。

フランスでは、1960年から提唱されたセクター政策により、デイホスピタルを含む院外施設 institutions extra-hospitalières の整備に力が注がれてきた。セクター政策とは、地理的条件に従って県を幾つかのセクター secteurs に分け、セクター内の患者に対し、入院治療、および予防、アフターケアを担う院外施設での治療を一貫して同じ1つの医療社会福祉チームが行う²⁾という、フランス独自のコミュニティ医療を指す。この中で住民6万7千人に対し約34床(1,000人に0.5床)の終日入院施設をもつことが定められたと同時に、院外における“新しい診療所、リハビリテーション施設およびデイホスピタルの必要”が認められた。これらの施設の充実によって、精神障害者の速やかな社会復帰を促すという治療的側面だけでなく、入院期間を短縮し、ひいては、ベッド数減少、医療スタッフの省力化により医療費節減を計るのもその大きな目的だった。この政策では、院外施設の不足があっても、入院治療も不完全であることが明文化され、院外施設が整って初めてベッド数を減少させることができるとし、医療費節減を

優先させるあまり、いたずらに精神障害者の退院を促すことをしないように言外に述べている。

筆者は1989年から約1年、パリ第5大学の Pelicier Y. 教授のもと、その付属病院である Necker 病院内の精神科の成人のデイホスピタルにおいて研修し、その間、小児のデイホスピタルやパリで最も古いデイホスピタルを見学する機会を得た。そこで経験をもとに各施設の紹介の後、欧米における院外施設としてのデイホスピタルの歴史の変遷と、現在の問題点について述べてみたい。

I. 公立の総合病院における デイホスピタル

大学関連のデイホスピタル—Necker 病院と Corentin-Celton 病院—

Necker 病院はモンパルナス通りに面した高級住宅街に位置し、パリ屈指の小児の総合病院として有名である。門を入ると、建物の壁面いっばいに明るい色調のキース・ヘーリングの描いた子供の絵が目に入る。いかにも、小児の病院らしい雰囲気とする建物の中に、Pelicier 教授の成人のデイホスピタルが存在する。Corentin-Celton 病院(以下、C-C 病院と略称)はパリ郊外だが地下鉄の便がよく、通いやすい、落ち着いた好環境にある総合病院で、その一角に精神科の病棟が存在する(1階はデイホスピタル、2階は終日入院病棟である)。C-C 病院のデイホスピタルの若き副病棟医長、Martine Pelicier 医師は Pelicier 教授の娘で、教授の紹介でこちらも見学する機会を得た。

ともに大学と関係が深く、特に Necker 病院はパリ第5大学の BST の場にもなっており、アトリエでの作業療法では開放的な雰囲気の中、患者やスタッフに混じって学生や研修生と一緒に工藝を楽しむ姿がみられる（余談だが、パリ第5大学では3年間で BST にあてられ、午前中は学生は病棟で過ごしていた。敷地内に大学の講堂があり、午後は講義が行われていた。1科につき4カ月、3年間で9科を回り、必修科と選択科に分けられるが、精神科は選択科の中で常に人気が高いということだった）。患者は主に、慢性期の分裂病、社会的適応のよくない神経症で占められている。

1985年、公立総合病院に、終日入院の精神科病棟と、社会復帰訓練アトリエ atelier de réadaptation 付きのデイホスピタルの併設を容認する県令が出された⁹⁾。規模は、入院総数30人前後、常時十数名の患者が来院でき、常勤の病棟医長1人、非常勤医2人、心理、精神運動療法士、運動療法士、ケースワーカーが各々1人ずつ、看護士か看護婦2、3名からのスタッフで構成され⁹⁾、よりきめ細やかな医療 traitement plus souple を謳っている⁷⁾。Necker 病院、C-C 病院のデイホスピタルとも最近のフランスのデイホスピタルとしては標準的である。そして、両者とも患者が急性増悪した際、直ちに終日入院施設に治療の場を移せるように Necker 病院では数百メートル離れた Laennec 病院の Charcot 病棟に、C-C 病院ではその2階に自動的に転院できるシステムになっている。以下、症例を示しながら、具体的な運営等を説明してみたい。

II. 症例

【症例】 A 女性 35歳 診断：妄想型分裂病

イラン人の父とフランス人の母、エンジニアの弟の4人家族。イランで出生。出産は正常。幼少時、特に問題なし。教育はバイリンガルで行われ、成績は良好。夏のパカンスはパリで過ごした。アラブ世界で西洋風の生活を送るこの家族の、毎年のこの旅行が“彼女を混乱させたかもしれない”と母は話した。

12歳頃、孤独の傾向が現れ始めた。14歳、異常はないのに膝の激痛を訴え、同時に、睡眠障害、被害関係妄想、幻聴が出現し、急性幻覚妄想状態



図 Necker 病院

に陥った。両親は彼女をパリのX教授のもとに連れ入院させた。3～4カ月後、薬物・電気ショック療法等で軽快し、帰郷したが、間もなく再発、スイスの小児の特殊施設に2年ほど滞在。その後も再発の度、次々と高名な精神科医を訪ね、フランス中を転々とした。学業は高校3年で中断した。

28歳、彼女の治療を兼ねパリに移住。再び増悪したため、両親は彼女の治療をサンタヌス病院の有名な病棟医長に依頼した。そこはパリ全域の緊急入院を受ける病院として定評があった。約8カ月の入院で軽快したにもかかわらず、特権意識の強い両親は、一般の激しい患者と同様に自分の娘が扱われていたことに不満だった。また、患者は院内の治療クラブで作業療法に参加していたが、それも父親は“ふしだらな集まり”とし参加を禁じた。そこで、退院後の外来治療は、名の通った大学関連のデイホスピタルに任された。

入院後の経過：当初、決められた週3日は来院していたものの、ただ座ってスタッフや患者の雑談に耳を傾けているのみだった。やがて、促されて簡単な布の染色や粘土細工の作業を始め、さらに、15分程度の自由連想の後、絵を描かせるという手法のリラクゼーションにも参加し始めた。描

く題材は決まって郷里の自分の家か家族で、ステレオタイプな内容の極端に簡素化された家や人だった。描画後、各自が自分の絵画のコメントをするが、そこで患者は初めて口を開くようになった。“Aは…を描きました”という、自分を三人称で呼ぶ子供っぽい話し方の決まり文句で始まり、内容は貧困だが、その場に合った話をした。

6カ月経ち、すっかり慣れ、サイコドラマや遠足などの病棟行事にも参加し、笑顔も観察されるに至った。また、現実検討能力は不十分ながらも、調理のアルバイトに意欲をみせるようになった。

患者は、診察場面では幻聴や妄想を語り、話の内容はまとまりを欠き、思考途絶などがみられた。“病棟に来るのは疲れる。面白みがわからない。友だちもいない”と訴え、無為、自閉、感情鈍麻など人格の崩れは明らかだった。彼女に限らず、一般にデイホスピタルの慢性の分裂病患者はミーティングの場ではそれ相応の発表をし、日本の患者と比べるとお国柄もあるだろうが、よく喋る人が多いという印象をもつ。集団の中で定期的に話すことが訓練になっているのであろうか。作業療法を始め、自分の考えや感情を語り、描画等で表現させることを総称して社会療法と呼ぶ。このように、定期的な来院や社会療法によって、慢性分裂病患者の社会性を保持し、無為、自閉の進行を防ぎ、しかも、人道的にも患者を過度に束縛せず、家族との絆を断たずに安定した状態を保つのに、デイホスピタルがどれだけ貢献してきたかを Pelicier 教授は自信をもって強調する。

一方、患者が施設に順応し安定すれば、慢性の患者の多くは、自立した日常生活は送れるが、就業するなどの完全な社会復帰を果たすことはできないまま、施設内に長期滞在するという現象が生じてくる。これは病気の性質を考えれば、ある程度は止むを得ぬものとも思われるが、このデイホスピタルを含む院外施設での長期滞在化、新たな沈殿が、最近しばしば取り上げられ論議されている。これを避けるため、開棟して3年足らずのC-C病院では、入院に際し年齢制限を設け、比較的若い、発症してからあまり年月のたっていない思

者を選び、入院目的を明確にする等の対策を検討していた。

筆者が見学に行った折には、19歳のボーダーラインの少女がスタッフ会議で議論されていた。患者は薬物乱用、アルコール嗜癖、窃盗など、反社会行動でたびたび警察に保護された後、自殺未遂で警察から保健所を介して入院に至った。両親が幼少時、離婚し、スペインで祖父に育てられ、学童期からフランスにいる母親に引き取られたが、家族と折角が悪く、家庭外では問題行動を起こし、それまでも小児のデイホスピタルや著名な小児精神分析医の治療を受けていたが、攻撃的な性格のため安定した対人関係は得られなかった。入院後は、Martineを慕い尊敬し、順調に適應したかにもえたが、院外で飲酒、薬物乱用で再び警察に捕縛されるなどのアクティングアウトが絶えなかった。“デイホスピタルは警察ではない”と他の医師が匙を投げる中、Martineは“患者に残された治療の可能性はここにしかない”との姿勢を崩さなかった。明確な治療方針をもってしても、新たに困難が生じ、問題は尽きない。最後は医療者の熱意が、患者を救う唯一の手段となるのはどこも同じであることを思った。

精神障害児のためのデイホスピタル

—Gonesse 病院—

次に小児専門のデイホスピタルを紹介したい。欧米では小児精神医学は成人と完全に区別して扱う。ここのデイホスピタルでは、通院によって学業の遅れがないように、スタッフに文部省 Éducation Nationale から教員が配属され、また、通院は学校の出席扱いにするなど、成人のそれとは違った配慮がなされていた。Gonesse 病院から約1 km 離れた場所に、同地区の保健所があるが、ここの心理士によると、小児の精神科医療は教育と密接に関わるため、フランス全体でも各学校には学校心理士 psychologue scolaire が配され、問題のある児童は、学校心理士から保健所を介し自動的にデイホスピタルに紹介されるシステムがとられ、早期発見に努めているということだった。Gonesse 病院は小児精神科の外來、終日入院施設

を含む総合病院で、デイホスピタルは1987年に開棟した。

この病院に勤務する Guettier Bl. 医師と筆者は、dîner débat (会食しながら講演を聴く会)で偶然、隣り合わせ、“成人のデイホスピタルを見たならぜひ、小児のデイホスピタルも”と言われ、案内されることになった。彼女は Gonesse 病院で外来を担当している他、自宅に cabinet (クリニック) をもつ精神分析医でもあり、また、小児精神科医として「国境なき医師団」にも加わっているという、大変、エネルギー的な人であることが後でわかった。

病院はパリの市街地から約 20 km のシャルルド・ゴール空港よりもさらに北の再開発地区にあり、彼女の運転でたっぷり 1 時間はかかるところだった。電車の便も十分でない上、治安もよくないそうで、子供の通院は、タクシーが利用され、その費用は保険でまかなわれるという優遇措置がとられているということだった。フランスの学校に合わせ、週 4 日制(月～金曜日、水曜日は休み)で、病院から 25 km 以内に住む学童期の精神障害児、1 日 30 人弱が 9 時には来院する。

小児の自閉症も含めた精神病と神経症の小児が半々で、精神病の小児のほとんどは十分に話せない。午前中はグループ療法に当てられ、話せる、話せないを基準に 3、4 人のグループに分け、音楽や玩具を使った遊びが行われる。午後はレクリエーションにあてられ、比較的、軽症の子供たちは、院外に出て、陶芸、小馬の乗馬などを楽しむこともできる。

広い敷地に十分なスペースをとったこの病棟は、1 階は水遊び場 (中には、親の目が行き届かず不潔な子供もいるため、水遊びは入浴替りに衛生管理上必要である)、2 階に遊戯室が 4 部屋、音楽療法室、教室、キッチンがある。筆者が見学したのは、重症の小児のグループだった。遊びの中で、言葉を教え、儀を施すようすは、幼児に対する保育のようだった。昼食は専任の調理人の手作りの食事が用意される。数人は手づかみだったが、家庭的な雰囲気の中で食事ができるようにスタッ

フは努力していた。ここでは、子供たちが休みの水曜日には、スタッフミーティングが行われる。また土曜日には、親が子供を施設に任せきりにならないように児童の親と医師との家族面接が定期的に行われる。以下、症例を提示するが、彼女はこの施設でも、最も重症な患者の 1 人である。

【症例】 B 女性 8 歳 診断：自閉症、兔唇および口蓋裂、難聴

両親はアルジェリア人 (ともに 30 歳)、いとこ婚。同胞は 11 歳、10 歳、6 歳、1 歳の 4 人で、いずれも男児。他の学童期の 4 人は普通に小学校に通っている。父親は工員だが、家で酒を飲んでばかりいる。母親は、十分愛情深いのだが、情緒不安定。

妊娠 33 週、1,900 g で出生。一卵性双生児の姉がいたが、24 時間後、死亡。そのショックで母はうつ状態になった。2 カ月後、退院した患者は乳児院に預けられた。その後、口蓋裂の手術が 6 歳までに 4 回にわたって行われた。身体的、精神的発達の遅れは明らかで、歩きだしたのは 2 歳半、6 歳になっても言葉は獲得できず。4 歳、聴力障害が気づかれた。母は患者を乳児院に預けたことで十分に愛情を注げなかったという罪責感から、患者が学齢期を迎えても家庭に置き 1 人で抱えこんでいた。経済状態や環境は劣悪で、地区の民生員が乗り出し患者を里親に託すことを勧めたが、イスラム教徒である両親は、宗教上の理由から頑として聞き入れないため、保健所を介しデイホスピタルが紹介された。

入院当初は、奇声を発し手あたりしだいにはたきながら、常同的にぐるぐる回り続ける行為が頻繁にみられ、易刺激性、易怒的だった。食事、排泄などの介護に対しても拒絶的で、社会性はまったく発達していない状態だったが、しばらくすると、グループ療法の中で少しだが音楽に興味を示すことに気づかれた。全体のリズムからはずれながらも、曲が鳴ると楽しそうにタンバリンをたたいたり、体を揺する姿が観察された。受容的に接し、熱心に介護するスタッフに患者は警戒を解き、時には甘えスキンシップを求めるようになった。

2年過ぎた現在、奇声は減じ、快、不快の意思表示をし、情緒的に安定してきた。

小児のデイホスピタルの場合、その目的は症状そのものに対する治療より、むしろ本来、家庭で行われる日常の生活を、再教育 *rééducation* することにあると Guettier 医師はいう。彼女はさらに“子供は大人と違って可塑性があるから、再教育によって大きく変わり得る”と続け、早期発見 *precocité* の必要性を熱心に説く。とはいえ、仮に効果的に治療がされても、多くの障害児の通常の社会復帰は極めて困難であるという現実を否定しえない。しかし、彼らが身の回りのことを自立するだけで家族にどれだけ希望を与えるかは測り知れない。意外なようだが、精神病的疾患の子供のほうが、神経症的な子供より、改善が著しいとスタッフのほとんどが口を揃えている。この点は興味深い。

ところで、フランスのように手厚い福祉行政をもってしても、身体面と精神面の重複障害者 *double handicapé* の進路は見つけにくい。上記症例は例外的に在院期間を延長し、次の施設を探しているが、現場ではなお一層の施設の充実の必要性を声を大にして訴えている。

III. フランスにおけるデイホスピタルの発展とその功績

ここで、パリ市内に早期に設立され、現在のデイホスピタルの基盤ともなり、また中心的な役割を果たしているデイホスピタル、13区のデイホスピタルと9区の *Élan Retrouvé* (以下 *Élan* と省略) を、*Élan* を見学する機会には残念ながら恵まれなかったが、13区のデイホスピタルはかつてそこで働いていたことのある日本人医師、高尾一行先生のつてを頼って見学することができたので、そちらを中心に紹介したい。

まず、これらデイホスピタルそのものがフランスに誕生する前、セクター政策に先駆け、1951年、デイホスピタルを推奨する通達が出された。それによると、デイホスピタルは、①よりよい治療的施設であり、②終日入院なしでより早期に治療を開始するのを可能にし、③患者と家族あるいはその近親者との接触を保ち、④医療費とベッド数の節減を可能にする、と書かれてある⁷⁾。これを受け

1956年、フランスで初めてのデイホスピタルが民間の数人の有志の手によって開設された。セーズ川に沿った *Bellevue* の駅にほど近い三ツ星ホテルを改造して建てられた *Les Mains Ouvertes* (“差し伸べられた手”の意) がそれであるが、厚生省とのトラブルから経済的に破綻し、開院後、わずか3年で閉院した⁸⁾。デイホスピタルへの社会的要請は高まっていたが、1969年以前は精神科は神経内科の一部として教育されていたため、セクター政策施行当時、精神科医の数は極端に少なかった(約750のセクターに対して精神科医は1,000人にも満たなかった)⁹⁾など、それを普及させるための基盤は十分ではなかった。

こういった状況で、本格的にセクター政策の一環として登場したのが、*Élan Retrouvé* (“再び見出された活力”の意)である⁷⁾。1945年、*Bierer* に啓発を受けた *Sivadon P.* が設置した *Ville-Evrard* 病棟内の治療クラブがその前身で、現在はフランスで初めての精神衛生協会 *l'Association de Santé Mentale* として組織され(1950)、*La Roche foucauld* 研究所(主に職業精神病理に取り組む)、*foyer de post-cure* (退院後の宿泊施設)を統合している(なお、この研究所は、1992年に創設者である *Paul Sivadon* の功績を讃え、*Paul Sivadon* 研究所と名称変更されたそうである)。デイホスピタルは、1962年、同研究所内に併設された。デイホスピタルだけで常時120~130人(在院総数300人弱)、研究所全体では在院患者総数は約2,000人という多くの収容人数と多彩でユニークな療法に特徴がある。約7割が慢性の分裂病患者で、開設当初から、あらゆる患者の職業復帰、社会復帰を助けることを信条としている⁹⁾。

13区デイホスピタル(現在のデイケアセンター)は、*Élan* と時を同じく1962年、*Lebovici S.*、*Paumelle Ph.* らによって創設された。当時、パリではラカン派など精神分析が隆盛期にあり、その中から従来の精神病院とは違うデイホスピタルに、新しい治療の場を求める動きが生じてきた。正統派フロイディアンである *Lebovici* は、社会精神医学に志向のあった13区保健所の *Paumelle* の協力を得て、従来から精神科の外来治療、グループ療法、在宅看護に取り組んでいたこの保健所を、デイホスピタルとして発展させた⁹⁾。彼らはデイホスピタルを精神分析療法の新

しい治療形態の1つとして捉え“寝椅子のない精神分析”を標榜した。患者は分析を何らかの事情で中断した人が多かった⁷⁾。

現在、患者総数は60人前後、常時30~40人が来院し、そのうち6割以上が慢性の分裂病患者である。週1回、外部の分析家十数名を集め、主治医、患者の面接場面を録画したビデオを用いた症例検討会が行われている他は、際立った活動は見当たらず、作業療法室、調理実習室、サイコドラマなどのため舞台などが整っているが、普段は患者がホールでスタッフらと寛ぐ姿がみられ、社会復帰を促す病棟というより精神障害者の昼間の長期滞在施設といった感がある。2階は救急病棟で、患者は増悪した時はここが利用される。スタッフによれば、1~2泊すれば良くなるそうで、この方法で、開棟当初から在院する数名を含め、長年安定している患者が多いという。開設当初の意気込みは薄れた印象は否めないが、長期間、開放的な環境で多くの患者を安定させている功績は大きい。

Élanや13区のデイホスピタルの設立以降の1960年代は、結核患者が激減したため不要となった療養施設を転用するなどし、その数を増やし、こうした院外施設の整備の結果、フランスでは1960年後半から、WHOが掲げる1,000人の住人に対してベッド数3床以下とする基準を下回り(1.5~2人)、大幅な入院者ベッド数の削減を成功させるに至った⁸⁾。このように、セクター政策は一応の成功をおさめたが、最近、これら施設での患者の長期滞在化、慢性化が目立ってきた。社会復帰を全面に打ち出しているÉlanでさえ、在院期間5年以上の患者は全体の6割弱、80歳以上の患者数名を含む60歳以上は約1割を占め(1989)、数字的にもこの傾向は明らかである⁹⁾。

ところで、これらのデイホスピタルの原形は、ÉlanはBiererの総合精神療法センターに、最近の主流になっている総合病院内に設置されたデイホスピタルはモンリオールに戦直後誕生したCameron D. E.によるそれに求めることができる。最後に欧米におけるデイホスピタルの歴史について簡単に触れてみたい。

IV. デイホスピタルの歴史

デイホスピタルは、フランクフルトで誕生した

後、1930年、モスクワで、入院が“半永久的な”精神分裂病患者を対象に、ベッド数の削減を目的とし、“病院より緩やかな形式で、わずかの費用でも設立できる”という理由で創設された。内容は治療アトリエで患者個別のプログラムに従い作業療法を施すという簡素なものだったが、結果は医療費削減という経済面での成功のみならず、速やかな患者の再社会化 resocialisation を果たし、治療的にも優れていることが実証された⁷⁾。

その後、再びデイホスピタルが注目されるのは、第二次世界大戦終了後であった。戦争によって生じた外傷神経症患者、社会復帰訓練の必要な多数の帰還兵のため、また女性の社会進出で核家族化が進み、家庭で患者を介護しきれなくなった等の理由で精神科の患者が著しく増加した一方、看護者等労働力は極度に不足し病院は荒廃した。医療体制は大きな変革を迫られ、イギリスを先頭に始まった福祉国家づくりの一環で、精神障害者のリハビリテーション施設であるデイホスピタルが真っ先に着手されたのである。1946年、ロンドンでBiererが、モンリオールではBiererに啓発を受けたCameronが、性格の異なるデイホスピタルを開設した⁷⁾。

Cameronは、総合病院であるAllan記念病院の一角に精神科デイホスピタルを開設した。社会との絆を保つことを重視し、治療スタッフにケースワーカーを加え、特に職業復帰の指導や家族調整に力を入れ、社会劇、映画上映、患者会等を行い、再適応 readaptation のための病棟として活動し始めた。

一方のBiererは対照的に、ロンドン北部の居住区の伝統的な大きな屋敷を利用した、予防から入院そしてアフターケアまで、あらゆる精神科医療サービスを行う(当時まだ公共施設としては辺縁であった)総合精神療法センター Marlborough Day Centerの一部としてデイホスピタルを設立した(1948)。その目的は“患者が独特な集合の雰囲気の中で、治療的生活共同体の一員として生活を続けられること”にあった。1938年、Runwell精神病院長だったBiererは院内の雰囲気を変えるため、治療的ソーシャルクラブ therapeutic social clubを創ったが、デイホスピタルは、これを患者の自主管理を含む治療的生活共同体の概念をもとに、院外の患者も利用できるようにしたも

のだった。

ここでは Adler 派の分析理論を基盤に、患者一治療者、患者一施設間の力動に着目し、多面的でデリケートな精神療法がモットーとされた。ことに“患者が許容されていると感じ、自由に表現でき、話を聞いてもらえる雰囲気作り”が尊重された。この雰囲気作りの精神がデイホスピタルの基本のように思う。彼は他に、患者家族を支援する支持療法など創始し多様多彩な医療サービスを実践してみせた。このヒューマニズムに溢れるデイホスピタルが、1952年の chlorpromazine の開発による薬物療法導入の追い風を受け、現在あるデイホスピタルのモデルとして世界中に広まったのだった。

便宜上、Bierer のデイホスピタルのように精神衛生センターの一部として存在し、長期にその中で生活する目的の施設を長期滞在型、Cameron のそのように総合病院の一角に位置し 30 人前後の患者数の、社会復帰を全面に掲げている施設を短期滞在型と分けると、Élan や 13 区のデイホスピタルは（結果的には）長期滞在型に属すると思われる。それに対して、最近では総合病院の短期滞在型のデイホスピタルが主流になってきており、この傾向が総じてフランスのデイホスピタルの現状といえそうである。

おわりに

一医療機関を取り巻く社会的・経済的状況一

デイホスピタルを始めとする中間施設は、政治的、経済的に安定していたミッテラン政権下のここ 6～7 年の間に急速に整備され充実してきたという。デイホスピタルの設立は、その性質上、常に精神障害者の人権尊重と医療費削減という社会的要請と深く関わる宿命を負っている。見方を変えれば、デイホスピタルは時代を映す鏡であり、その社会の成熟度を示す物差しでもある。

さらに、デイホスピタルは、その地の地域性をも反映する。ここで、紹介した症例がフランス人ではない外国人だったのは偶然ではない。フランスには、ラテン、アラブ諸国の移民が多いことは周知のごとくであるが、いずれのデイホスピタルでも外国人が多い。そして、国際結婚や（国際結婚に限らずだが）離婚は日常茶飯である結果、デイホスピタルの外国人患者の中で、彼らの両親が

離婚の経験があり、あちこちの国を歩き来するなどし、大変複雑な生活史をもつ例が少なくない。こういった患者は、家庭が不安定な上、親類、縁者も少ないため、デイホスピタルのような社会的庇護が必要である。このように、日本人にとっては想像しづらいが、フランスでは移民の問題が医療現場で切実である。たとえ、国籍や民族は違っても、等しく医療サービスを施しているフランスの福祉の姿勢は、より社会が成熟していることの証明でもある。

現在のデイホスピタルの問題点と今後の課題

フランスでデイホスピタルが稼働してから 30 年余り経った今、デイホスピタルの長期滞在患者の増加が盛んに取り沙汰されている。また、デイホスピタルを退院した患者でも、大半が終日入院の病院や他のデイホスピタルなどの医療機関に再入院するなど、（終日の）精神病院にこそ沈殿はしていないが、各種の医療機関を転々としたり、他の中間施設に沈殿するという、別の形の慢性化が生じていることが統計上明らかになった。

この新たに生じた慢性化 *chronicisation* を施設的な時間の問題として捉える向きもある。デイホスピタルに限らず、精神科病棟では“時間はゆっくりと流れる”（*Le temps s'écoule lentement*）。そして、“それは、日課のテンポやリズムの問題なのである”（*Le temps n'est pas lent, mais le tempo ou le rythme*）¹⁾。デイホスピタルでは、時間割は外界と同じように区切り、日課をこなしているが、その内容は外界の生活に較べると、積極性、熱心さに乏しく、密度は薄い。自然、変化が少なく同じことを繰り返し、十年一日のごとく過ぎ時間が停滞してしまう。そして、いったんこの院内の緩徐さ *lenteur* を受け入れてしまうと、外界の生活に耐えられなくなり、これが慢性化の原因になるというものだ。このため、デイホスピタルに社会復帰や家庭内適応が困難な慢性の分裂病患者、重症な神経症患者が沈殿してしまったという反省があるが、仮にデイホスピタルが実社会と同じテンポ、強度をもったなら、彼らは適応不能になり、沈殿することもないが、そこはもはや何らリハビリテーション施設の意味ももたなくなる。そこで、この緩徐さをいかに外界のそれに近づけるかが治療目的となってくるが、先ほどの著者は“現状は

フランスにおける医療と介護の機能分担と連携

松田 晋哉

■ 要約

フランスにおける高齢者ケアは歴史的に医療と福祉のそれぞれ別の枠組みで発展してきたために供給組織および制度が多様であり、そのために調整システムの欠落による包括性の欠如、負担と受益における利用者間の不平等、サービス提供の非効率性や地域格差などが問題となってきた。

1997年に導入された依存特別給付およびそれを見直した2002年の個人自立給付はそのような多様性を排除し、整合性のある介護サービスを提供しようとするものであった。しかしながら、医療との連携が不十分であるために、依然医療保険と社会福祉（介護）のそれぞれの制度で類似したサービスが提供されるという状況が続いている。

この問題を解決するためにフランス政府は医療と介護のネットワーク化を地方保健医療計画によって実現しようとしている。

また、地域の開業看護師が調整役として機能することで高齢者に対する総合的なサービス提供を行っていることもフランスの特徴である。

■ キーワード

フランス、高齢者ケア、個人自立給付、開業看護師

I はじめに

現在多くの先進国が少子高齢化の進行に伴い高齢者に対するサービスのあり方について検討を迫られている。具体的には、高齢化による医療と福祉の連続化・ボーダーレス化とそれに伴う総合的な高齢者対策の必要性の高まりにより、サービス提供体制とその財源のあり方の見直しが求められている。

フランスでは、福祉サービス（介護を含む）は租税を財源として地方自治体の責任によって、そして医療サービスは保険料を財源として疾病金庫（国が監督者）によって提供されるというわが国に類似の制度が構築されている。そして、わが国と同様、類似するサービスが医療と福祉（介護）の両方から

提供される仕組みとなっており、しばしばその整合性が問題となってきた。本論文で筆者に与えられた課題は「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」であるが、同国は必ずしもこのテーマについて先進的な事例とは言いがたい。しかしながら、サービスの種類と量は豊富であり、整合性には欠けるが総合的なサービスが提供されているという極めてラテン的な特徴を持っている。

他方、「議論の国」であるフランスでは、サービスの整合性と効率性を高めるための種々の試みも行われている。フランスの高齢者対策の課題の多くはわが国に共通するものであり、その意味でフランスの高齢者制度を検討することはわが国における今後の高齢者対策を考える上で参考になると思われる。本論文では著者がこれ

まで行ってきた現地調査の結果に基づいて、フランスにおける医療と介護について、特に高齢者対策についてその概要を紹介する。

II フランスにおける高齢化の現状

2004年における65歳以上人口比率は約16.4%となっている。居住場所別に見ると、65歳以上人口の94%が在宅居住者である。施設居住者の70%は80歳以上の高齢者となっている。要介護度の状況については、少し古い資料であるが、97年の調査結果によると75歳以上の在宅高齢者の5%が寝たきりで、7%が介助なしでは外出不可能という状態になっている(Marie, H., 1997)。

III フランスにおける高齢者対策の歴史

フランスにおける高齢者対策は、それぞれの時代の政治的枠組みの中で個別に整備されてきたものが多く、それが現在のサービスの多様性・非整合性の原因となっている。この節ではその発展過程を歴史的に説明する。

1. ラロック委員会報告

フランスにおいては伝統的に介護を必要とする高齢者のケアは家庭内で行われるか、あるいは身寄りの無い者についてはホスピスという収容施設において行われてきた。しかしながら、精神病患者や浮浪者あるいは売春婦などの収容施設として歴史的に発達したホスピスにおける高齢者ケアの状況はケアの質の面でも、また高齢者の人権への配慮の面でも多くの問題があった。フランスにおける高齢者対策の端緒となったのは1962年1月のラロック委員会(高齢者問題研究委員会)報告である。同委員会報告は施設収容を中心とした施策により高齢者が社会の周辺に押しやられ、社会的に疎外されている状況を厳しく批判し、社会に積極

的に参加する高齢者という新しい概念を提示した。また、高齢者ができるだけ、在宅で暮らせるようにするためにホームヘルプサービス利用の一般化を提言するとともに、財源論としては行政の直接サービス(社会扶助)と社会保険方式の二本立て体制を確立することを求めた。

2. 1960～70年代:ラロック報告に基づく理念の具体化と対策の転換(藤森, 1999)

1970年代前半まではフランス経済の順調な発展を背景として、ラロック報告に示された理念に基づいた高齢者対策が国の経済社会発展計画の中に明確に位置づけられ、また具体的に展開された。例えば、第6次経済社会発展計画(71-75年)では「高齢者の在宅維持目標達成プログラム」が取り上げられ、国・地方自治体・社会保障金庫が共同出資で在宅サービスのモラル事業を実施したり、あるいは高齢者の在宅生活を促進するための住宅手当が創設された。また、第7次経済社会発展計画(76-80年)においても「高齢者の在宅維持を促進する優先活動プログラム」が取り上げられ、ホームヘルプサービス、高齢者レストラン、高齢者クラブ、配食サービスなどの在宅サービスが整備される一方で高齢者集合住宅、老人ホーム、長期療養施設などの施設サービスも発展した。

3. 80年代以降:福祉国家の行き詰まりと高齢者政策の綻び

1970年代の2度にわたるオイルショックによる経済危機を契機として、若年者の雇用をいかに確保するかが政策課題となり、早期退職制度などが導入された。このような政策は受益者と負担者との不均衡を構造的にもたらすことになり、結果として社会保障財政を悪化させる要因となった。また、1983年には地方分権化法により医療は疾病金庫(国)、福祉は県という責任の分担が導入され、高齢者の身近な自治体によるサービス提供体制の確

立が図られたが、他方で後期高齢者の増加によって顕在化してきた「医療の福祉化と福祉の医療化」に対応する総合的政策推進を困難にする結果となった。特に、フランスの場合、類似のサービスを疾病保険、老齢年金保険、高齢者福祉制度、障害者制度など種々の制度の枠組みで、ばらばらに提供するシステムが歴史的に構成されてしまったために、総合的なサービス提供体制を再編することが困難となっている。

さらに1980年代をとおした経済状況の悪化によってフランスにおける失業率が増加し、これが職域連帯を基盤とした社会保障を維持することを徐々に困難にしていった。そして、この問題に対処するために全国民を対象として、職業収入、退職手当、失業手当、不動産収入、資産収入、および投資運用収入などすべての収入を課税対象とする一般福祉税(Contribution Sociale Généralisée: CSG)が導入されることとなった。現在、この一般福祉税は家族手当、老齢手当に加えて医療保障にもその財源として用いられるようになっていく。

4. 1990年代以降：高齢者サービスの総合化の模索

1990年代になり、社会の高齢化はさらに進行し、後期高齢者の増加にどのように対応すべきかが重要な政策課題となった。そして、新しい時代における高齢者対策を模索する目的で高齢者を対象とした種々の社会調査が行われた。

例えば、GauthierとColvezの調査報告は、1990年フランスに居住する790万人の65歳以上高齢者のうち約19万人(2.4%)が寝たきり、約24.4万人(3.1%)が車椅子での生活、そして97.7万人(12.4%)が外出に際して第三者の援助が必要な状態にあると推計している(Marie, H., 1997)。そして、同報告では確かに要介護高齢者の割合は年齢とともに増加していくが、いずれの年齢階級においても70%以上の高齢者は自立していることを明ら

かにした。また、これらの報告は要支援高齢者の大部分が在宅で生活することを望んでいること、要支援高齢者の3分の1は子供家族と暮らしていること、在宅寝たきり高齢者および在宅で車椅子で生活している高齢者の大部分は家族によって世話されており、その3分の2は家族のみが介護資源となっていること、したがって介護者への支援が必要なことなどを明らかにした。

さらに、高齢化の進展に伴い、要介護状態になる年齢の上昇が観察されており、適切な在宅サービス提供体制が構築されれば、高齢化が施設ケアの必要性に与える影響は抑制できると考えられるようになってきた。そして、このような社会経済環境や高齢者対策に関する考え方の変化に伴い、フランスにおける高齢者対策は一方で社会的疎外と要介護状態の予防、他方で要介護状態にある高齢者とその家族への支援を推進する方向へと動くことになった。

IV 高齢者医療福祉制度の概要と近年の動向

図1はフランスにおける高齢者医療福祉の概要について高齢者を中心に示したものである。この図からは医療と福祉とが体系的に提供されている印象を受けるが、実際には両者の間にサービスの調整はなく、類似のサービスが異なる財源でばらばらに提供されている。この制度およびサービス提供者の多様性と調整の欠落がフランスにおける高齢者医療福祉制度改革の最大の課題となっている。

1. 高齢者医療福祉サービスに関連する主な公的組織

高齢者に対する医療福祉サービスに関連する公的組織としては、保健担当省、地方自治体、社会保障金庫がある。

(1) 保健担当省：保健担当省は高齢者対策の基本的な枠組みを制定する役割を担っているが、

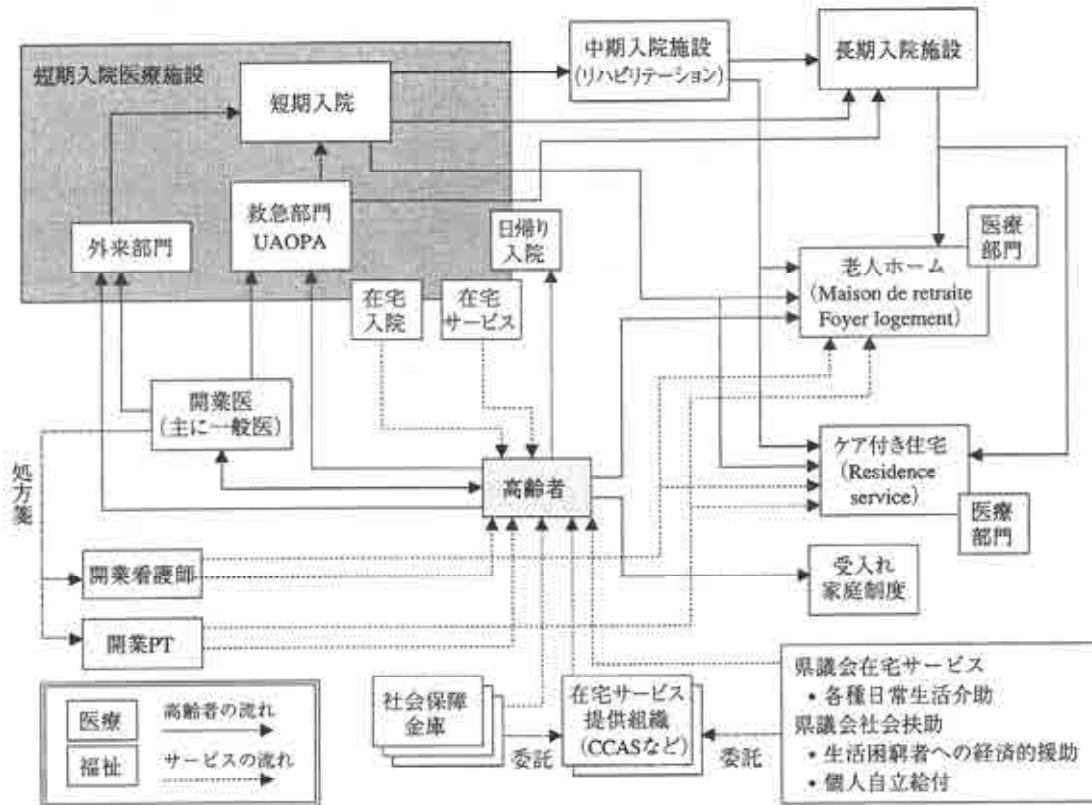


図1 フランスにおける高齢者医療介護の概要

特に保健担当省の福祉局 Direction de l'action sociale が重要である。しかしながら、サービス提供主体と制度の多様性を反映して、その他にも多くの部局が関与しているために省内・省庁間での調整は十分ではない。

- (2) 地方自治体：1983年の地方分権化法に基づく国から県への権限委譲によって、高齢者に対する医療扶助、社会扶助の提供は県の責任となっている。各県は県高齢者計画の策定が義務づけられており、また各県に組織されている県退職者・高齢者委員会(CODERPA)は高齢者施策を制定する上で重要な役割を果たしている。さらに、市町村レベルでは市町村からの補助金や一般からの寄付を財源とする独立法人である市町村福祉センター(Centre Communal des Actions Sociales: CCAS)が設立

されており、老人ホームなどの施設経営やホームヘルプサービスの提供といった直接サービスの主体となっている。

- (3) 社会保障金庫：高齢者に対する福祉サービスは措置制度の形態で提供されているため、一般高齢者に対する医療福祉サービスの保障は社会保障金庫の役割となっている。まず、疾病金庫は大きく分けて以下の3つのサービスをカバーしている：

- ① 医療施設における医療サービス費用、外来における医療・看護サービスおよび薬剤費用など
- ② 老人ホームにおける医療部門の経費(医療職・看護職の報酬、必要な医療材料費など)
- ③ 在宅における看護・リハビリテーションサービス

また、全国老齢年金金庫は保険料の0.9%を用いて加入者に対するホームヘルプサービスの提供あるいはその利用料の補助や老人ホームの建設を行っている。さらに、家族手当金庫は住居手当を高齢者に対しても支給している。わが国と異なり、フランスでは住居が社会保障の一環になっており、歴史的にもHLM(低家賃公共集合住宅)建設の過程で、高齢者向けの住宅が多く作られてきている。

2. 高齢者医療・福祉の主な関連法規

高齢者医療福祉に関連する主な法規としては病院改革法、社会福祉事業法、障害者基本法、地方分権化法、個人自立給付法などがある。

- (1) 病院改革法：1970年に制定された病院改革法(1991年改定)の中において長期療養施設と中期療養施設(＝リハビリテーション施設)が定義されている。
- (2) 社会福祉事業法：1975年に制定された社会福祉事業法はいわゆる社会福祉施設の基準を規定すると同時に、県に地域福祉計画の策定を義務づけている。
- (3) 障害者基本法：1985年に既存の関連法律を統合する形で策定された障害者基本法では、身体、精神を問わずすべての障害者に総合的な対策を提供することを目的としている。後述のように、費用負担面での有利性などのためにかかなりの数の高齢者が、この障害者基本法の対象となってサービスを受けている。
- (4) 地方分権化法：1983年の地方分権化法により従来国の責任で行われてきた高齢者への福祉サービス(医療扶助と社会扶助)が県の責任で行われることとなった。
- (5) 個人自立給付法：(後述)

以上のように種々のサービス提供主体が異なる法体系でコントロールされているためにフランスの高齢者対策は複雑で非効率的なものになっている。特に1983年の地方分権化法によってサービス

提供体制の分断化が生じ、種々のニーズを持つ高齢者に対するサービスの調整が困難なものになってしまった。また、このようなサービスの分断化は全体として要介護高齢者対策に割り当てられる予算の不足につながり、サービスが量・質ともに不十分な状況をもたらした。このような現状の解決策を探るために策定されたのが後述の依存特別給付制度とそれに続く個人自立給付制度である。

3. サービス提供体制

ここではフランスにおける主要な高齢者医療福祉サービスを施設・在宅および医療・福祉に区分して説明する。表1は関連組織とその役割について整理したものであるが、類似サービスが異なる組織によって提供される複雑なシステムとなっていることがわかる。

(1) 施設サービス

① 医療施設

- (i) 長期療養施設：自立を失った高齢者のための医療施設(生活施設ではない)で、わが国の療養病床に相当する。医療に関する費用は公的病院の場合は総括予算、民間病院の場合は1日当たり定額で疾病金庫より支払われるが、居住に関する滞在費用は患者およびその家族の負担である。滞在費用が支払えない低所得者については、県の社会扶助により当該費用の支払いが行われる。
- (ii) 中期療養施設：急性期の医療を終了した患者が在宅復帰のためにリハビリテーション目的で入院する施設で、わが国の療養病床あるいは老人保健施設に相当するが、わが国に比較してよりリハビリテーション施設として特化している。医療費と滞在費の区分はなされておらず、両者を含めた費用が公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(た

表1 フランスの高齢者サービスの概要

国	県	市町村	老齢年金金庫	疾病保険金庫	家族手当金庫
単純手当 障害者生活補助員 小規模共同住宅 建設補助 個人自立給付基金	社会扶助 ホームヘルプサービス 施設利用料補助 食事サービス 家庭委託 補償手当 介護特別給付 個人自立給付 無料交通バス 緊急警報装置 配食	配食 緊急警報装置 高齢者レストラン 住宅改善 高齢者集合住宅 小規模ホーム	ホームヘルプサービス 利用料補助 在宅付添人 利用料補助 住宅改善助成 障害者第三者加算 手当 高齢者受入施設 建設融資	在宅看護サービス 中期療養施設 長期療養施設 日帰り入院 在宅入院	住宅手当

出典：藤森（1999）を改編

だし、患者の自己負担は別)。

- (iii) 老人科病棟：いくつかの一般病院では老人科病棟を設置しているが、常に満床状態で多くは老人性認知症の患者である。費用の支払いは公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(ただし、患者の自己負担は別)。
- (iv) 精神病院：老年精神科によるサービスは高齢者医療の中で最も現状に適合しているものであり、医療から福祉までの総合的なサービスが行われている。精神科医療における高齢者処遇の成功の要因としては、もともと精神疾患の患者をセクターという地域的枠組みにおける在宅・施設の有機的連携の中で、かつ医師のみならず看護職・福祉職などが総合的にかかわってきたという歴史的条件がある。費用の支払いは公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(ただし、患者の自己負担は別)。

② 福祉施設

- (i) 老人ホーム(Maison de retraite)：わが国の特別養護老人ホームと同様、日常生活において何らかの支援を要する高齢者のための生活施設である。慢性期の安定した傷病(精神疾患を含む)を有する高齢者の医学的管理(一般的診療と看護サービス)を提供する医学部門を持つ施設もある。費用に関しては、利用料の上限額が県議会議長(わが国の都道府県知事に相当)によって決定され、各施設はその上限額を超えない範囲で自由に料金設定を行うことができる。一般的には各利用者はそれぞれの要介護度に応じて費用を負担する。後述の個人自立給付対象者の場合は、その給付決定額が自己負担額となる。低所得者は県の社会扶助により費用が負担される。併設された医療部門については、疾病金庫から定額払いで対象者数に応じた支払いが行われる。
フランスにおける老人ホームの問題点としては、施設入所者の高齢化に伴い医療ニーズが上昇しているにもかかわらず医療部門が不足しているために、老人ホームから医療施設に入院せざるを得ない高齢者が増えていることが

指摘されている。

- (ii) 要介護高齢者受け入れホーム (MAPAD: Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendentes): 依存状態にある高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は80以下とされている。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (iii) 農村部高齢者受け入れホーム (MARPAD: Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées): 農村部に居住する要介護高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は10~15に制限されている。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (iv) 認知症老人グループホーム (カントウ: CANTOU): 重度の認知症老人を受け入れる小規模なグループホームで、監督役の寮母と数人の認知症老人が共同生活をする施設である。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (v) 集合アパート (Logement-foyer): 原則として個室で自立した高齢者のための集合住宅で、わが国の軽費老人ホームあるいは有料老人ホームに類似した施設である。必要に応じて家事援助や食事などのサービスが提供されることもある。しかしながら入居者の高齢化に伴い医療ニーズ・看護ニーズの高い高齢者も増加しており、医療部門を併設する施設も増加している。費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。主なサービス提供主体は市町村である。
- (vi) 一時滞在施設 (les Résidences d'hébergement temporaire): 病院からの退院直後や介護家族あるいは本人の状況などにより、一時的に在宅での生活が困難になった高齢者 (必ずしも要介護高齢者に限らない) を収容する施設である。わが国のショートステイサービスに相当する。ベッド数は15から25に制限されている。

費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。

(2) 在宅サービス:

入院・入所に代わるサービスとしてその発展が政策的に促進されてきた。フランスにおける在宅サービスの特徴としては、サービスが必要に応じて対象者の居宅のみならず高齢者集合住宅や老人ホームにおいても提供されることがあげられる。

① 在宅医療サービス:

- (i) 開業看護師による訪問看護 (Soins à domicile par les infirmiers libéraux): フランスにおいては看護師が自宅で開業し、医師の処方箋に基づいて訪問看護サービスを行う制度が確立している。費用の支払いは疾病金庫から1件当たり定額で行われる。
- (ii) 在宅看護サービス (Services de Soins Infirmiers à Domicile: SSID): 上記の開業看護師による訪問看護とは別に、医師の処方箋に基づいて調整役の看護師を中心として准看護師・看護師がチームで要介護高齢者の看護にあたる制度である。費用は定額制で疾病金庫から支払われるが、年間予算枠が地方単位で決められている。
- (iii) 在宅入院 (Hospitalisation à domicile: HAD): 継続的医療サービスが必要な対象者に対して病院ではなく、患者の居宅で病院スタッフによって入院時と同様の医療サービスを行うというものである。費用は公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。
- (iv) デイケア (Accueil de jour): 身体的・精神的障害のある慢性期の要介護高齢者に対してリハビリテーションサービスを提供するもので、わが国のデイケアサービスと同様である。費用

は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。

日帰り入院(Hospitalisation de jour)：身体的・精神的障害のある慢性期の患者に対して日帰りで病院サービスを提供するもので、例えば放射線治療や化学療法、人工透析などがこの範疇に含まれる。費用は公的病院の場合は総括給付、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。

在宅福祉サービス

ホームヘルプサービス(aide ménagère)：フランスのホームヘルプサービスは掃除、買物、食事の準備といったいわゆる家事援助サービスである。低所得者の場合は、社会扶助としてこのサービスを受けることができる。扶養者義務は問われない。また、県議会議長が定める定額の自己負担も導入されている。使用時間には上限があり、国は月30時間までとしているが、県議会議長の権限でこの上限をあげることが可能である。

一般高齢者の場合は、老齢年金金庫が利用料の補助を対象者に行う。補助額は通減制で所得が多いものは少なくなる。後述の個人自立給付対象者はその給付額の範囲内でサービスを現物給付として受けることができる。使用時間に関しては被用者一般制度の場合月60時間(特別な場合は90時間)となっている。主なサービス提供主体は市町村福祉センターやアソシーション¹⁾などの公益団体である。

ホームヘルパーになるためには特別な資格はいらないが、1988年11月30日条例により在宅援助資格証明書(Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile: CAFAD)が導入されている。この資格を取得するためには250時間の研修と120時間の実習が義務づけられている。

(ii) 在宅付き添いサービス(Services de Garde à domicile)：在宅付き添いサービスは本来、ホームヘルプサービスの補足として休日や夜間あるいはホームヘルプサービスの限度時間を超える場合に利用される目的で創設されたものである。しかしながら、料金が安いこと、障害者制度における第三者保障手当²⁾を使えば配偶者以外の家族員を被用者として契約ができ、税制上も優遇されることから近年在宅付き添いサービスがホームヘルプサービスよりも好んで選択されるようになってきている。在宅付き添い人になるためには特別な資格は必要とせず、失業労働者に雇用機会を提供するという労働政策にも活用されている。

(iii) 受け入れ家庭制度(le placement familial)：フランスでは講習などを受け一定の管理能力があると認定された家庭が、県との契約のもと血縁関係にない高齢者を受け入れて生活援助サービスを提供する制度がある。

(iv) その他：各市町村では市町村福祉センターなどが主体となって、高齢者レストランおよび配食サービスの提供、緊急警報装置の貸与、老人大学・老人クラブの育成などを行っている。

4. 依存特別給付制度 Allocation Spécific Dépendence と個人自立給付制度 Allocation Personnalisée d'Autonome

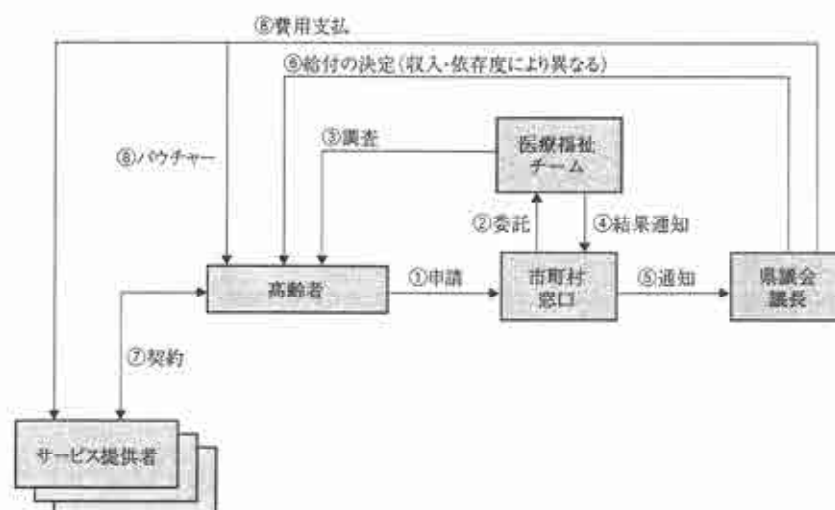
フランスにおける高齢者医療福祉制度の問題の多くは供給組織および制度の多様性に由来する。例えば、調整システムの欠落による包括性の欠如、負担と受益における利用者間の不平等(例えば、障害者制度の対象となる高齢者と対象外の高齢者)、要介護高齢者のニーズ評価の欠落とその結果としてのサービス提供の非効率性や地域格差などが問題点として取り上げられてきた。1991年に出された Boulard 報告書(国民議会委員会報告書)と Schopflin 報告書(計画委員会報告書)は要介護

高齢者に関するこれらの問題を正面から取り上げ、既存の給付や手当を統合した新しい社会保障制度を作ることを提言した。そして、この提言を受けて要介護高齢者に対して医療福祉の総合的サービスを提供するための新しい枠組み作りに関する社会実験がIlle-et-Villane県などの15の地域で行われ、その検討結果を踏まえて1997年1月24日「依存特別給付制度 Allocation Spécifique Dépendence」法案が成立した。

この依存特別給付はあくまで低所得高齢者(60歳以上)を対象とした社会扶助で、日本やドイツのようなすべての要介護高齢者を対象とした一般的な制度ではなかった。制度利用には所得制限があり、単身者の場合には月の収入が6000フラン(当時)³¹、夫婦者の場合は1万フラン(当時)以上の場合、介護給付制度を使うことはできなかった。したがって、制度対象外の要介護高齢者については、従来の制度でカバーされる仕組みとなっていた。

表2 フランスにおける要介護認定基準 La grille AGGIR

GIR 1	(最高度の要介護者)	身体的・精神的にすべての自立を失い、他者による永続的な介入を必要とする者
GIR 2	(高度の要介護者)	身体を動かすことはできないが精神的機能は完全には失われていない者、あるいは精神的自立は失われているが身体活動は維持されているもの
GIR 3	(中等度の要介護者)	身体的自立の面で相当程度の日常的援助を必要とする者
GIR 4	(身体活動に問題のない者)	起居、衣服の着脱、食事に援助を必要とする者
GIR 5	(軽度の要介護者)	限られた援助を必要とする者
GIR 6	(自立した者)	自立している者



注: 給付には所得制限がある。単身者で6000F(当時)、夫婦者で10000F(当時)、給付上限額は5595F(当時)。個人自立給付では枠組みは同じでこのような制限がなくなった。

図2 依存特別給付制度の概要

図2は依存特別給付制度の手続きについて示したものである。低所得高齢者(例えば月に5千フラン程度の老齢最低所得給付対象者など)が要介護状態になった場合、本人およびその家族あるいは後見人(多くの場合市町村長)が依存特別給付の申請を市町村の窓口に行う。次に市町村の委託を受けた医療福祉チーム(一般医、看護師、ソーシャルワーカーなどから構成される)が利用者宅を訪問しAGGIR評価表(表2)によって要介護度の評価を行う。この結果が市町村を通して県議会議長に行き、AGGIR評価で1度から3度までの者が給付の対象となる。

給付は原則として現物給付であり、利用者の収入と依存度に応じた利用料が直接サービス提供者に県の社会扶助を財源として支払われる。また、この依存特別給付制度は社会扶助であるため、もし当該高齢者が30万フラン(当時)以上の遺産を残した場合、かかった費用はその遺産から回収されるシステムとなっていた。

このように、フランスにおける依存特別給付制度は対象者を低所得者に限定した部分的な要介護高齢者対策であり、わが国やドイツのような普遍的な制度とはなっていなかった。

その後、この依存特別給付に関してはいくつかの問題点が明らかとなり、その改革が課題となってきた。特に、対象収入が高すぎるために一般の高齢者に使いにくい制度になっていること、死後の費用返還の仕組みがあることなどのために重度の要介護高齢者に利用者が偏りすぎ、結果として利用者が少ないことが問題となった(2001年1月時点で135,000人、ちなみにサービスが必要な高齢者は約800,000人と推定されている)。さらに給付水準に県による大きな差があることが問題となった。

このため保健担当省の依頼を受けたGuinchard-Kunstler女史の委員会での検討を踏まえて、全国共通の給付制度である個人自立給付(Allocation Personnalisée d'Autonomie :APA)が依存特別給付に

代わって2002年1月に導入された。その主な内容は以下のとおりである。

- (a) 普遍的で客観的な給付：AGGIR評価表に基づく要介護度および所得水準に応じて全国統一の基準により給付を行うこととし、県による格差を解消。これにより対象者の範囲も所得に関係なく一般化された。なお、死後の遺産からの費用の回収も廃止されている。
- (b) 社会連帯原則に基づく財源の見直し：従来どおり社会福祉制度の一環として行われるため、主たる財源は県の公費であるが、それを補完するために国レベルで個人自立給付基金が創設された。この基金の財源は一般社会拠出金の一部と老齢保険制度からの補助金である。
- (c) 給付の申請手続きは依存特別給付制度と同様で、対象者およびその家族が県議会議長に申請した後、医師およびソーシャルワーカーの訪問調査を受け、その結果に基づいてサービスの提供が開始される。

個人自立給付については依存特別給付に比較して認定および給付における県ごとの差が少ないこと、および給付条件が良いことから、その利用者が急速に増大し、一部ではその財政問題が議論の対象となっていた。しかしながら、2003年夏の猛暑で老人ホームや在宅の虚弱高齢者が多く死亡したことで、政府はその対策のまずさについて批判をあげるようになった。以前から老人ホーム入所者の医療ニーズの増大が課題となっており、個人自立給付利用者についても、ホームヘルプサービスなどの介護サービスは提供されるものの、医療サービスとの連携が不十分であるとの批判があった。このような批判にこたえるためにフランス政府はドイツやわが国と同様の介護保険制度を創設することの検討を開始している。その財源としては、ドイツと同様、国民の祝日を1日返上することによって保険料収入を確保する方針が検討されているようである。

5. 医療と介護との連携

以上説明したようにフランスの医療と介護(福祉)はそれぞれ別の枠組みで発展してきたために、それぞれのサービスが整合性のある形で提供される体制にはなっていない。例えば、医療および介護面でのニーズが類似した高齢者が、ある者は老人

ホームでケアを受け、またある者は長期療養病院でケアを受けるということが普通に生じており、両者の間で自己負担の面で大きな差が生じている。

しかしながら、いくつかの地方ではこのような問題を解消するために地域保健医療計画の枠組みの中で両者の連携を図る試みも行われている。例え

表3 フランスブルターニュ地方保健医療計画におけるリハビリテーションケアの記載

<p>急性期医療との継続性を考慮して、リハビリテーションケアは地方医療計画の中で組織される。リハビリテーションケアの計画は近接性、対応の適切性と質の目的に応えるものでなければならず、領域ごとに組織化の共通の原則を定めるものである。</p> <p>1) 組織化の原則</p> <p>① 目的</p> <p>ブルターニュ地方全体ではSSR領域に関して600床の過剰病床があり、また地域的な不均衡がある。特殊なリハビリテーションサービスと近接性のある一般的なサービスを区別した上で、地理的に最適な分布を保障する。</p> <p>対象者の病状や病気に応じて最適のリハビリテーションケアが受けられよう補完性を発展させる。ネットワーク化(リハビリテーションセンターを中心、病診連携、医療と社会医療部門)の推進を図る。</p> <p>ニーズにあった質の高いサービスを提供する。そのためにネットワークの中でサービスを受けている患者のフォローアップを行い評価を行う。入院医療に代わるサービス(週単位入院、日帰り入院など)を発展させる。地域のニーズに応える形で施設の転換(リハビリテーション病院から高齢者向け福祉施設、高齢者のリハビリテーションにあった施設などへの転換)を行う。また、このような体系化においてはサービスの継続性に留意する。</p> <p>② ケア部門における原則</p> <p>リハビリテーション部門の使命は対象者が通常の生活に戻ることに、障害者となる前の状態にできるだけ近いレベルまで能力を回復すること、最大限の心身的、職業的、社会的自立を享受することを可能にすることである。</p> <p>対象となる患者は自立性を失う可能性がある、あるいは医療的ケアの期間が伸びる可能性のある者である。対象者の受け入れにおいては以下の手続きが必要となる。</p> <p>i. 入院(入所)要求時: 主要医学的所見に関する診断書を作成し、リハ部門に提出</p> <p>ii. 入院(入所)時診察: リハ医の診察により状態の把握を行い、治療の目的を設定</p> <p>iii. 入院時: 系統的医学的診断の上、個々の患者と個別の目的を策定し、それを治療計画書にまとめ上げる。</p> <p>iv. 入院中: 定期的評価</p> <p>v. 退院計画の策定</p> <p>vi. 退院時: 退院時サマリーを作成し、退院後の継続診療を行う医療職に送付</p> <p>【ネットワーク】: すべてのリハビリテーション施設はネットワークを形成しなければならない。このネットワークは急性期病院(リハビリテーション医療への入り口)から在宅介護組織までを含むものである。このようなネットワーク形成により、各患者に対して、その居住地において継続的かつ質の高いリハビリテーションサービスの提供が可能になる。</p> <p>【評価】: すべての医療施設は公衆衛生法典の規定に従い、そのサービス体系の質について自己評価を行うことおよび第三者評価を受けることが義務づけられている。</p> <p>2) 行動計画</p> <p>行動計画においては、地方内の各セクター(わが国の二次医療圏に相当)ごとに施設機能の再配分、ネットワーク形成などが、施設の実名および実施期限とともに記載されている。</p>

ば、フランス北西部のブルターニュ地方の保健医療計画では、リハビリテーションを連携のための中核として表3のような取り組みが行われている。

ここで重要な点は脳血管障害や骨折といった要介護状態の原因となる傷病を持った高齢者の多くがリハビリテーション施設を経由することを活用して、これらの施設に医療と介護との連携機能を持たせようとしていることである。すなわち、リハビリテーション施設にケアマネジメント機能を持たせ、そしてそのための情報の標準化とその人材（ソーシャルワーカー、OT・PTや看護師など）の配置が行われている。

また急性期病院における高齢患者の適切な診療と早期退院を促進する目的でレンス大学病院などでは老年科医師が院内コンサルト的に働いて、他科の医師の診療を補助する試みも行われており、その効果が関心を集めている。この試みは専門分化した医療の中で、当該診療科の医師がその専門領域のみに関心を集め、高齢患者の持つ複合的な健康問題を総合的に見ることが出来ない、そして結果として療養の質の低下と入院の長期化をもたらしているという反省のもとに行われているものである。

さらに、地域保健医療計画を行動計画化し、記載されたネットワーク作りのための具体的な工程とその実施期限が記載されている点も重要である。

ところでフランスにおける医療と介護との連携を考える上で非常に重要な役割を果たしているのが開業看護師である。医師の包括的処方を受けて、開業看護師は高齢者の自宅や老人ホーム、その他の居宅系の施設に赴き褥そうのケアや入浴介助などの看護サービスを提供する。しかしながら、開業看護師の仕事はそれにとどまらない。経済面などの社会的援助が必要であると考えられるケースの場合は自治体のソーシャルワーカーに情報を伝達し、より専門的な医療が必要な場合はその橋渡しも行っている。整合性のない制度の中でフットワー

クの軽い開業看護師が存在することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供できている点がまさにフランス的な特徴であるといえるだろう。

わが国においてもこのような役割を看護師が担うことが望ましいのではないかと筆者は考えている。これまでのところ訪問看護ステーションなどの在宅サービスの担い手がこのような機能を十分には果たされていないのが現状であるが、今後、わが国の医療提供体制が在宅ケア重視にシフトしていくことを考えると、例えば、フランスの開業看護師のようなよりフットワークの軽いサービス提供体制の導入可能性について検討することが必要であると考ええる。

ところで老人ホームなどの福祉施設においては、入所者の高齢化と障害の重度化に呼応して医療ニーズが高まっており、それにどのように対応するかが課題となっている。これまでは老人ホームなどの一部定数を「医療化」することで、予算制のもとで医療保険と契約している開業医（多くは一般医）によって提供される仕組みが取られてきたが、医療を必要とする施設居住高齢者の増加により、新しい仕組みが必要となっている。具体的には、老人ホームやその他の福祉施設を在宅と位置づけた上で、重度要介護高齢者に対する医療を介護やその他の福祉サービスとともにチームによって提供する仕組み（ネットワーク）が「社会医療」という別の枠組みで提供する試みが行われている。これはイギリスの Social Care Trust に近い考え方であり、今後の展開が注目される。

V まとめ

本論文ではわが国と類似の社会保障制度を有するフランスにおける医療と介護の連携について、その制度を中心に説明した。高齢者対策における医療と福祉の連続化は後期高齢者の増加する先進諸国に共通する現象であり、それを福祉と医療

という別々の枠組みではなく総合的に対処していくシステムが各国で模索されている。社会保険制度に基礎をおくフランスにおいて、ドイツやわが国と同様、要介護度の評価とそれに続くケアマネジメントのシステムが導入されている点は興味深い。

しかしながら、複合的なニーズを持つ高齢者対策を医療については社会保険制度、そして介護については租税制度というように区分して行うことには限界があり、その意味で両者の折衷的な仕組みが、社会保険制度を社会保障の基本としている国においては、社会的、文化的そして財政的にも受け入れられやすいのかもしれない。したがって、同様の制度を有するわが国が当初から税金と保険料を半分ずつ財源として投入し、しかも所得に関係なくすべての高齢者を対象として介護保障制度を現物給付で一般化したことは国際的に見ても画期的であるといえるのかもしれない。

他方、サービス提供体制は依然医療と介護とに分断されており、その整合性がフランス・日本両国の課題であり続けている。この点、医療・介護保障を短期ケアと長期ケアとに分けて、長期ケアについて介護・医療を一本化して提供する体制となっているオランダはわが国やフランスにとって参考となる国であろう。ここではその詳細については説明しないが、興味のある方は医療経済研究機構から出されている報告書を参照していただければと思う(医療経済研究機構、2006)。

現在、フランスはその整合性の確保を地域保健医療計画の中で達成して行こうと考えている。この際、その中心的役割を担うことが期待されているのがリハビリテーション施設とそこで働く医療職・福祉職である。わが国の医療・介護制度においてはリハビリテーションの位置づけがいまひとつ明確ではないが、今後医療計画の中でそのあり方を改めて考える必要がある。例えば、現在、わが国でその導入が試みられている地域連携パスの策定に際しては、急性期医療とリハビリテーション医

療そして慢性期のケア(施設および在宅における医療と介護の両方を含む)を総合的に考える必要があるが、これは医療計画の中に介護サービスも含めた記載を行うことを要求する。

また、フランスの場合、整合性のない制度の中でネットワークの軽い開業看護師が調整役として機能することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供できている点も参考になるであろう。サービスを受ける側の視点から考えると、医療と介護が明確に区分されてしまうより、ある程度の重なりがある方が安全である。その意味で開業看護師制度はフランスの複雑な制度の安全弁として機能していると考えられることもできる。

最後に、フランスにおける今後の要介護高齢者対策を考える上で大きな検討課題になるのが障害者施策と高齢者対策との整合性である。要介護高齢者対策を再編していく上で、普遍化がより進んでいる障害者施策の存在が、ある意味において介護保障制度の一本化の障害となっているフランスの現状はわが国の今後の施策を考える上でも示唆に富むものである。現在、わが国においても障害者自立支援法により、そのサービス体系の見直しが行われ、提供体制としては介護保険制度に近いものとなっている。しかしながら、その財源のあり方や医療と福祉サービスとの整合性については検討すべき課題が多い。その意味でも、フランスにおける制度の概要を検証することは参考になるであろう。言語の壁があるために日本にはなじみの少ないフランスの制度であるが、この小論を読まれた方が少しでも同国の制度に関心を持っていただければ幸いである。

注

- 1) アソシアション: 複数の者が利益を分配すること以外の目的において知識および活動をともにするという団体契約によって成立している非常利社団法人。
- 2) 第三者補償手当: 障害率が80%以上で、日常基本行為に対して第三者による援助が必要な20歳以上の障

害者に、その援助費用を補償する手当として支払われる。この第三者補償手当に関しては、利用者の死後における遺産からの回収制度がないために、要介護状態となった高齢者がこの手当を受給するということが一般化した。

3) 1フラン=約20円（当時）

参考文献

医療経済研究機構 2005「オランダ医療関連データ集【2004年版】」

藤森宮子 1999「社会福祉の現状 I 高齢者福祉」『世界の社会福祉 フランス イタリア』（仲村優一、一番ヶ瀬康子編）旬報社、pp.29-63

Henriette Marie, 1997. Les personnes âgées et la dépendance, La protection sociale en France (Crucifix I, ed), La

documentation française (Paris), pp.25-30.

松田晋哉 1993「フランスの公衆衛生行政」『日本公衆衛生学雑誌』第40巻、第5号、pp.398-412

松田晋哉 2000「フランスの要介護高齢者対策（上）」『社会保険旬報』No.2079、pp.6-10

松田晋哉 2000「フランスの要介護高齢者対策（下）」『社会保険旬報』No.2080、pp.10-15

松田晋哉 1995「フランスの地域精神保健システム」『病院管理』第32巻、第4号、pp.39-48

松田晋哉 2003「フランスの中期入院医療施設について」『病院』第62巻、第12号、pp.1000-1003

松田晋哉 2004「フランスにおける地域医療計画の動向」『社会保険旬報』No.2197、pp.22-27

（まつだ・しんや 産業医科大学教授）

第5章 資料

参考文献一覧

- 1) 平成23年版高齢社会白書
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html
- 2) UK World Population Prospects, the 2010 Revision
<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
- 3) 財務省ホームページ 日本の財政関係資料
<http://www.mof.go.jp/gallery/20110306.htm>
- 4) 平成23年 平成22年度厚生労働省老人保健健康推進等国庫補助金事業「効率的・効果的リハビリテーションサービス提供のための調査研究事業」
- 5) 平成23年 平成22年度厚生労働省老人保健健康推進等国庫補助金事業「医療保険と介護保険における効率的・効果的リハビリテーション連携のための調査研究事業」
- 6) 平成22年 社会保険研究所「訪問リハステーションの設置」および「医療・介護保険制度の連携」に関する制度改正への提言に向けた調査
- 7) 平成22年 第29回社会保障審議会介護保険部会 資料

図表目次

第2章 調査結果で表記した図表の一覧を以下に示す。

第2章 第三節 急性期病院および急性期病院退院後におけるリハビリテーション

1. DPC 病院におけるリハビリテーション提供状況

(1) リハビリテーション患者の特徴について

表 1 退院後のリハニーズ(どのようなリハが必要だと感じたか).....	11
図 1 退院後のリハニーズ(どのようなリハが必要だと感じたか).....	11
表 2 原因疾患.....	12
図 2 原因疾患.....	12
表 3 原因疾患別 退院後のリハニーズ.....	13
図 3 原因疾患別 退院後のリハニーズ.....	13
表 4 患者の年齢別 退院後のリハニーズ.....	14
図 4 患者の年齢別 退院後のリハニーズ.....	14
表 5 退院後のリハニーズ別 BI 最終評価(平均値).....	15
図 5 退院後のリハニーズ別 BI 最終評価(平均値).....	15
表 6 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか.....	16
図 6 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか.....	16
表 7 原因疾患 × 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか.....	17
図 7 原因疾患 × 退院後のリハニーズ別 退院後もリハを継続したか.....	17
表 8 退院後のリハニーズ別 退院先(生活の場).....	18
図 8 退院後のリハニーズ別 退院先(生活の場).....	18
表 9 退院後のリハニーズ別 退院後利用するリハサービス.....	19
図 9 退院後のリハニーズ別 退院後利用するリハサービス.....	19
表 10 退院後のリハニーズ×年齢別 退院後外来リハ・通所リハを利用する割合.....	20
図 10 退院後のリハニーズ×年齢別 退院後外来リハ・通所リハを利用する割合.....	20

(2) 提供したリハビリテーションプログラム(原因疾患別・リハビリテーションニーズ別)

表 11 原因疾患×退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム アセスメント/介入).....	21
表 12 原因疾患×退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム ADL 介入/指導・助言).....	21
図 11 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム アセスメント/介入)【脳血管疾患等】.....	22
図 12 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム アセスメント/介入)【運動器疾患】.....	22
図 13 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム ADL 介入/指導・助言)【脳血管疾患等】.....	23
図 14 退院後のリハニーズ別 退院時目標に向けたリハ提供内容(プログラム ADL 介入/指導・助言)【運動器疾患】.....	23

(3) リハビリテーション提供単位数 (1回あたりのリハビリテーション単位数)	
表 13 退院後のリハニーズ別 1回あたりのリハ算定単位数(平均)【DPC 病院】	24
図 15 退院後のリハニーズ別 1回あたりのリハ算定単位数(平均)【DPC 病院】	24
表 14 リハ利用開始時の患者のリハニーズ別 1回あたりのリハ算定単位数(平均)【診療所】	25
図 16 リハ利用開始時の患者のリハニーズ別 1回あたりのリハ算定単位数(平均)【診療所】	25
(4) 退院後のリハビリテーション提供量に対する不安について	
表 15 退院後に受けるリハビリテーションについて量的な不安を持ったまま送り出した患者の割合	26
図 17 退院後に受けるリハビリテーションについて量的な不安を持ったまま送り出した患者の割合	26
(5) 退院時のリハビリテーション目標の達成状況について	
表 16 退院時目標 100%達成者と未達成群の割合	27
図 18 退院時目標 100%達成者と未達成群の割合	27
表 17 原因疾患別 退院時目標達成度 100%達成者と未達成群の割合	28
図 19 原因疾患別 退院時目標達成度 100%達成者と未達成群の割合	28
表 18 退院時リハ目標未達成患者の原因疾患別 退院後のリハニーズ	29
図 20 退院時リハ目標未達成患者の原因疾患別 退院後のリハニーズ	29
表 19 退院時リハ目標未達成患者の退院後利用するリハサービス	30
図 21 退院時リハ目標未達成患者の退院後利用するリハサービス	30
表 20 退院後のリハニーズ別 退院時目標の達成度(平均値)	31
図 22 退院後のリハニーズ別 退院時目標の達成度(平均値)	31
表 21 原因疾患別 退院時目標の達成度(平均値)	32
図 23 原因疾患別 退院時目標の達成度(平均値)	32
表 22 退院後利用するリハサービス別 退院時目標の達成度(平均値)	33
図 24 退院後利用するリハサービス別 退院時目標の達成度(平均値)	33
(6) リハビリテーションの目標達成を阻害する要因について	
表 23 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)	34
図 25 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)	34
表 24 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)〈脳血管疾患等〉	35
図 26 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)〈脳血管疾患等〉	35
表 25 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)〈運動器疾患〉	36
図 27 退院後のリハニーズ別 目標達成できなかった原因(最も近い原因)〈運動器疾患〉	36
(7) DPC 病院における今後のリハビリテーション強化の意向	
表 26 DPC 病院における今後のリハビリテーション強化の意向	37
図 28 DPC 病院における今後のリハビリテーション強化の意向	37

(8) リハビリテーションを強化するにあたっての課題点

表 27 DPC 病院におけるリハを強化しようと考えた場合の課題	38
図 29 DPC 病院におけるリハを強化しようと考えた場合の課題	38

2. 診療所・通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション提供状況

(1) リハビリテーション患者・利用者の特徴について

表 28 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ	39
図 30 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ	39
表 29 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者・利用者】	40
図 31 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者・利用者】	40
表 30 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患	41
図 32 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患	41
表 31 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患【急性期病院退院後の患者・利用者】	42
図 33 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の原因疾患【急性期病院退院後の患者・利用者】	42
表 32 診療所患者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ	43
図 34 診療所患者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ	43
表 33 診療所患者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】	44
図 35 診療所患者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】	44
表 34 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ	45
図 36 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ	45
表 35 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】	46
図 37 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】	46
表 36 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ	47
図 38 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ	47
表 37 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】	48
図 39 診療所患者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の患者】	48
表 38 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ	49
図 40 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ	49
表 39 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】	50
図 41 通所リハ事業所利用者の年齢別 利用開始時のリハニーズ【急性期病院退院後の利用者】	50
表 40 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値)	51
図 42 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値)	51
表 41 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値)【急性期病院退院後の患者】	52
図 43 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価(平均値)【急性期病院退院後の患者】	52
表 42 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価	53
図 44 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価	53
表 43 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価【急性期病院退院後の利用者】	54

図 45 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 BI 初期評価【急性期病院退院後の利用者】	54
表 44 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ	55
図 46 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ	55
表 45 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ 【急性期病院退院後の患者】	56
図 47 診療所患者の初期評価時 障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ 【急性期病院退院後の患者】	56
表 46 通所リハ事業所利用者の初期評価時障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ	57
図 48 通所リハ事業所利用者の初期評価時障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ	57
表 47 通所リハ事業所利用者の初期評価時障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ 【急性期病院退院後の利用者】	58
図 49 通所リハ事業所利用者の初期評価時障害高齢者の日常生活自立度別 利用開始時のリハニーズ 【急性期病院退院後の利用者】	58
表 48 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 来院する直近にリハ算定を受けていた場所	59
図 50 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 来院する直近にリハ算定を受けていた場所	59
表 49 通所リハ事業所利用者の利用開始時リハニーズ別 来所する直近にリハ算定を受けていた場所	60
図 51 通所リハ事業所利用者の利用開始時リハニーズ別 来所する直近にリハ算定を受けていた場所	60
表 50 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない患者の来院前の所在	61
図 52 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない患者の来院前の所在	61
表 51 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない利用者の来所前の所在	62
図 53 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ別 直近にリハ算定を受けていない利用者の来所前の所在	62

(2) どのようなリハビリテーション目標を設定したか

表 52 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか	63
図 54 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか	63
表 53 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の患者】	64
図 55 診療所患者の利用開始時のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の患者】	64
表 54 通所リハ事業所利用者の利用開始時リハニーズ別 どのような目標を立てたか	65
図 56 通所リハ事業所利用者の利用開始時リハニーズ別 どのような目標を立てたか	65
表 55 通所リハ事業所利用者のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の利用者】	66
図 57 通所リハ事業所利用者のリハニーズ別 どのような目標を立てたか【急性期病院退院後の利用者】	66

(3) 診療所・通所リハビリテーション事業所で提供したリハビリテーションプログラム

表 56 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入)	67
表 57 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入/指導・助言)	67
図 58 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入) 【脳血管疾患等】	68
図 59 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント/介入) 【運動器疾患】	68

図 60 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入／指導・助言) 【脳血管疾患等】	69
図 61 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入／指導・助言) 【運動器疾患】	69
表 58 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント／介入) 【急性期病院退院後の患者】	70
表 59 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入／指導・助言) 【急性期病院退院後の患者】	70
図 62 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント／介入)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の患者】	71
図 63 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント／介入)【運動器疾患 急性期病院退院後の患者】	71
図 64 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入／指導・助言)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の患者】	72
図 65 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入／指導・助言)【運動器疾患 急性期病院退院後の患者】	72
表 60 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント／介入)	73
表 61 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入／指導・助言)	73
図 66 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント／介入)【脳血管疾患等】	74
図 67 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント／介入)【運動器疾患】	74
図 68 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入／指導・助言)【脳血管疾患等】	75
図 69 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入／指導・助言)【運動器疾患】	75
表 62 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(アセスメント／ 介入) 【急性期病院退院後の利用者】	76
表 63 診療所患者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム(ADL 介入／指導・助言) 【急性期病院退院後の利用者】	76
図 70 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント／介入)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の利用者】	77
図 71 通所リハ事業所利用者の原因疾患× 利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (アセスメント／介入)【運動器疾患 急性期病院退院後の利用者】	77
図 72 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入／指導・助言)【脳血管疾患等 急性期病院退院後の利用者】	78
図 73 通所リハ事業所利用者の原因疾患×利用開始時のリハニーズ別 目標達成に向けたプログラム (ADL 介入／指導・助言)【運動器疾患 急性期病院退院後の利用者】	78

(4) 患者・利用者に対してどのようなリハビリテーションを計画したか

表 64 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか	79
図 74 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか	79
表 65 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか 【急性期病院退院後の患者・利用者】	80
図 75 診療所・通所リハ事業所の患者・利用者の利用開始時のリハニーズ別 どのようなリハを計画したか 【急性期病院退院後の患者・利用者】	80

(5) 計画したリハビリテーションに対するリハビリテーションの充足度について

表 66 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度	82
図 76 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度	82
表 67 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の患者】	84
図 77 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の患者】	84
表 68 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度	86
図 78 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度	86
表 69 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の利用者】	88
図 79 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×計画したリハ別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の利用者】	88

(6) リハビリテーションの充足度について

表 70 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度	89
図 80 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度	89
表 71 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の患者】	90
図 81 診療所患者の原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の患者】	90
表 72 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度	91
図 82 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度	91
表 73 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の利用者】	92
図 83 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の利用者】	92
表 74 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度	94
図 84 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度	94
表 75 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の患者】	96
図 85 診療所患者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の患者】	96
表 76 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度	98
図 86 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度	98
表 77 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の利用者】	100
図 87 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×原因疾患別 現状のリハの充足度 【急性期病院退院後の利用者】	100

表 78	診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	102
図 88	診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	102
表 79	診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	
	【急性期病院退院後の患者】		104
図 89	診療所患者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	
	【急性期病院退院後の患者】		104
表 80	通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	106
図 90	通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	106
表 81	通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	
	【急性期病院退院後の利用者】		108
図 91	通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハニーズ×リハサービス開始までの期間別	現状のリハの充足度	
	【急性期病院退院後の利用者】		108

(7) リハビリテーションの充足を阻害する要因について

表 82	診療所患者の原因疾患別	リハが不十分な理由	109
図 92	診療所患者の原因疾患別	リハが不十分な理由	109
表 83	診療所患者の原因疾患別	リハが不十分な理由	【急性期病院退院後の患者】
			110
図 93	診療所患者の原因疾患別	リハが不十分な理由	【急性期病院退院後の患者】
			110
表 84	通所リハ事業所利用者の原因疾患別	リハが不十分な理由	111
図 94	通所リハ事業所利用者の原因疾患別	リハが不十分な理由	111
表 85	通所リハ事業所利用者の原因疾患別	リハが不十分な理由	【急性期病院退院後の利用者】
			112
図 95	通所リハ事業所利用者の原因疾患別	リハが不十分な理由	【急性期病院退院後の利用者】
			112

(8) リハビリテーションの引き継ぎに要する日数について

表 86	診療所患者の来院する直前にリハ算定を受けていた場所別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	113
図 96	診療所患者の来院する直前にリハ算定を受けていた場所別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	113
表 87	通所リハ事業所利用者が来所する直前にリハ算定を受けていた場所別	退院・退所した日からリハ算定開始 までの期間	114
図 97	通所リハ事業所利用者が来所する直前にリハ算定を受けていた場所別	退院・退所した日からリハ算定開始 までの期間	114
表 88	診療所患者の原因疾患別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	115
図 98	診療所患者の原因疾患別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	115
表 89	診療所患者の原因疾患別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	【急性期病院退院後の患者】
			116
図 99	診療所患者の原因疾患別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	【急性期病院退院後の患者】
			116
表 90	通所リハ事業所利用者の原因疾患別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	117
図 100	通所リハ事業所利用者の原因疾患別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	117
表 91	通所リハ事業所利用者の原因疾患別	退院・退所した日からリハ算定開始までの期間	
	【急性期病院退院後の利用者】		118

図 101 通所リハ事業所利用者の原因疾患別 退院・退所した日からリハ算定開始までの期間 【急性期病院退院後の利用者】	118
--	-----

(9) 来院・来所前にリハビリテーションの算定がなかった患者・利用者がリハビリテーションを再開するまでの日数について

表 92 直近にリハ算定を受けていない患者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別 退院・退所した日から診療所でのリハ算定開始までの期間	119
図 102 直近にリハ算定を受けていない患者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別 退院・退所した日から診療所でのリハ算定開始までの期間	119
表 93 直近にリハ算定を受けていない利用者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別 退院・退所した日から通所リハ事業所でのリハ算定開始までの期間	120
図 103 直近にリハ算定を受けていない利用者がどこから来たか(自宅、入所・入院先)別 退院・退所した日から通所リハ事業所でのリハ算定開始までの期間	120

(10) 診療所・通所リハビリテーション事業所における今後のリハビリテーション強化の意向

表 94 リハ有診療所・リハ無診療所・通所リハ事業所 のリハ強化(リハ機能を持つ)意向	121
図 104 リハ有診療所・リハ無診療所・通所リハ事業所 のリハ強化(リハ機能を持つ)意向	121

(11) リハビリテーションを強化するにあたっての課題点

表 95 リハ有診療所におけるリハ強化の際の課題	122
図 105 リハ有診療所におけるリハ強化の際の課題	122
表 96 通所リハ事業所におけるリハ強化の際の課題	123
図 106 通所リハ事業所におけるリハ強化の際の課題	123
表 97 リハ無診療所において、訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由	124
図 107 リハ無診療所において、訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由	124

第2章 第四節 DPC 病院、診療所および通所リハビリテーション事業者間の連携について

(1) 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握と連携について

図 108 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <DPC 病院>	126
図 109 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <リハ有診療所>	126
図 110 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <リハ無診療所>	126
図 111 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携状況 <通所リハ事業所>	126
図 112 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <DPC 病院>	127
図 113 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <リハ有診療所>	127
図 114 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <リハ無診療所>	127
図 115 周辺地域のリハビリテーション提供機関の把握の状況 <通所リハ事業所>	127

図 116 DPC 病院が診療所の所在やリハ提供内容を把握している割合	128
図 117 診療所が DPC 病院の所在やリハ提供内容を把握している割合	128
図 118 DPC 病院が通所リハ事業所の所在やリハ提供内容を把握している割合	128
図 119 通所リハ事業所が DPC 病院の所在やリハ提供内容を把握している割合	128
図 120 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携強化意向 <DPC 病院>	129
図 121 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携強化意向 <リハ有診療所>	129
図 122 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携強化意向 <リハ無診療所>	129
図 123 周辺地域のリハビリテーション提供機関との連携強化意向 <通所リハ事業所>	129

(2) 周辺地域のリハビリテーション機関に対する情報収集・広報・紹介について

表 98 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の必要性	130
図 124 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の必要性	130
表 99 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の収集状況	131
図 125 DPC 病院における患者の退院先のリハ提供情報の収集状況	131
表 100 診療所・通所リハ事業所と DPC 病院との連携および患者の紹介状況	132
図 126 診療所・通所リハ事業所と DPC 病院との連携および患者の紹介状況	132
表 101 リハ有診療所・通所リハ事業所の急性期病院に対する情報提供・広報の状況	133
図 127 リハ有診療所・通所リハ事業所の急性期病院に対する情報提供・広報の状況	133
表 102 診療所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容	134
図 128 診療所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容	134
表 103 通所リハ事業所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容	135
図 129 通所リハ事業所から急性期病院に対する情報提供・広報の内容	135
表 104 診療所・通所リハ事業所で広報を行わない理由	136
図 130 診療所・通所リハ事業所で広報を行わない理由	136

(3) リハビリテーション機能を持たない診療所からの患者の紹介状況

図 131 本来であれば、専門職によるリハの提供が望ましい患者の有無	137
図 132 介護保険によるリハ・医療保険によるリハが必要だと思われる患者に対して、介護療養下・医療保険下の リハサービスを紹介しているか	137

(4) DPC 病院退院時にリハビリテーション紹介先が決まらないケースについて

表 105 DPC 病院退院患者の退院後のリハニーズ別 退院後のリハの継続状況	138
図 133 DPC 病院退院患者の退院後のリハニーズ別 退院後のリハの継続状況	138
図 134 年齢別・疾患別 DPC 病院退院時にリハ紹介先が決まらない割合	139
図 135 脳血管障害の失語症有無・ADL 別(65 歳未満) 退院時にリハ紹介先が決まらない割合	140
図 136 脳血管障害の失語症有無・ADL 別(65 歳以上) 退院時にリハ紹介先が決まらない割合	140
図 137 リハ紹介先が決まらない理由	141

表 106	DPC 病院でリハ算定があった患者の退院調整に MSW がどの程度関わっているか	142
図 138	DPC 病院でリハ算定があった患者の退院調整に MSW がどの程度関わっているか	142
表 107	DPC 病院で MSW が患者の退院調整に関わるのはどのようなニーズがある時か	143
図 139	DPC 病院で MSW が患者の退院調整に関わるのはどのようなニーズがある時か	143

第 2 章 第五節 リハビリテーション提供側の意識と利用者の積極性について

1. リハビリテーションプログラムに対するリハビリテーション提供側の認識について

(1) 医療保険におけるリハビリテーションプログラムに対する認識

図 140	医療保険におけるリハビリテーションはどのようなプログラムを提供していると思うか	144
-------	---	-----

(2) 介護保険におけるリハビリテーションプログラムに対する認識

図 141	介護保険におけるリハビリテーションはどのようなプログラムを提供していると思うか	145
-------	---	-----

(3) 医療保険に求めるリハビリテーションプログラムに対する認識

図 142	医療保険下のリハビリテーションではどのようなプログラムが提供されるべきと思うか	146
-------	---	-----

(4) 介護保険に求めるリハビリテーションプログラムに対する認識

図 143	介護保険下のリハビリテーションではどのようなプログラムが提供されるべきと思うか	147
-------	---	-----

2. 退院後にリハビリテーションが必要な患者・利用者に対する検討と説明

(1) 退院時計画作成時における退院後のリハビリテーションの検討

表 108	DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハについて十分検討されたか	148
図 144	DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハについて十分検討されたか	148

(2) 退院後のリハビリテーションの必要性の説明

表 109	DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハの必要性についての説明の有無	149
図 145	DPC 病院退院後のリハニーズ別 退院後のリハの必要性についての説明の有無	149
表 110	DPC 病院退院後のリハニーズ別 リハの継続が必要な患者への対応	150
図 146	DPC 病院退院後のリハニーズ別 リハの継続が必要な患者への対応	150

3. 患者・利用者のリハビリテーションに対する積極性について

(1) 患者・利用者のリハビリテーションに対する積極性

表 111	患者・利用者のリハ開始時におけるリハに対する積極性	151
図 147	患者・利用者のリハ開始時におけるリハに対する積極性	151

(2) DPC 病院患者の退院時の属性とリハビリテーションに対する積極性との関係について

表 112 DPC 病院患者の退院後のリハニーズ別 退院時のリハに対する積極性	152
図 148 DPC 病院患者の退院後のリハニーズ別 退院時のリハに対する積極性	152
表 113 DPC 病院患者の原因疾患別 退院時のリハに対する積極性	153
図 149 DPC 病院患者の原因疾患別 退院時のリハに対する積極性	153
表 114 DPC 病院患者の年齢別 退院時のリハに対する積極性	154
図 150 DPC 病院患者の年齢別 退院時のリハに対する積極性	154
表 115 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 BI 最終評価(平均点)	155
図 151 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 BI 最終評価(平均点)	155

(3) 退院時の患者の積極性と退院後のリハビリテーションの検討・説明との関係について

表 116 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハについての検討度	156
図 152 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハについての検討度	156

(4) 退院時の患者の積極性と退院後のリハビリテーションの継続との関係について

表 117 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの継続状況	157
図 153 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの継続状況	157

(5) 退院時の患者の積極性と退院後にリハビリテーションが必要であることの説明との関係について

表 118 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの必要性についての説明の有無	158
図 154 DPC 病院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院後のリハの必要性についての説明の有無	158
表 119 診療所患者の外来リハ開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無	159
図 155 診療所患者の外来リハ開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無	159
表 120 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無	160
図 156 通所リハ事業所利用者の利用開始時のリハに対する積極性別 リハの必要性についての説明の有無	160

(6) 退院時の患者の積極性と退院時カンファレンスの開催との関係について

表 121 DPC 病院退院時の患者のリハに対する積極性別 退院時カンファレンス開催状況	161
図 157 DPC 病院退院時の患者のリハに対する積極性別 退院時カンファレンス開催状況	161

(7) 患者・利用者のリハビリテーションの積極性とリハビリテーションの達成度・充足度について

表 122 DPC 病院退院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院時目標の達成度(平均値)	162
図 158 DPC 病院退院患者の退院時のリハに対する積極性別 退院時目標の達成度(平均値)	162
表 123 診療所患者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度	163

図 159	診療所患者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度	163
表 124	通所リハ事業所利用者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度	164
図 160	通所リハ事業所利用者のサービス利用開始時のリハに対する積極性別 現状のリハ充足度	164

調查票

「地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する調査」へのご回答にご協力をお願いいたします

あなたが勤務している病院でリハビリテーションを提供(リハ算定)していない場合は、無記入のまま、必ずこの調査票を同封の返信用封筒にてご返送下さい。

本調査は、急性期病院退院後における、リハビリ提供の現状を明らかにし、地域におけるリハビリテーション充足のための方策策定の方針方向性を探ることを目的として実施するものです。この結果をもとに、今後の地域におけるリハビリテーションの充足に向けて、関係各所に提言していく所存であります。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、よろしく願いいたします。なお、本調査研究は、社団法人日本理学療法士協会が厚生労働省より平成 23 年度老人保健健康増進等事業として受託したものです。

ご記入上のお願

- この調査票は、**DPC 病院のリハビリテーション部門の責任者の方**にお答えいただくことを想定していますが、全体の数字がおわかりの方にお答えいただければと思います。
病院全体の入院患者数や退院患者数等、お答えがわからない場合は、お手数ですが、**事務部門等にお尋ねいただき、ご記入下さい**ようお願いいたします。また、DPC 病院のセラピスト (PT・OT・ST) を対象とする調査票も同封させていただいておりますが、そちらの調査票については、貴院のセラピストの方にお答えいただけますようお願いいたします。
- ご記入いただいた調査票は、セラピストの方にお答えいただいた調査票 (3 票) といっしょに、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、**平成 23 年 11 月 25 日 (金)**までにご投函下さい。
- ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うこととお約束いたします。
 - ①調査研究目的以外には使用いたしません。
 - ②ご回答は無記名です。
 - ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
 - ④自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
 - ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
- 調査内容にご不明な点がございましたら、以下に記載している問い合わせ先までお問い合わせ下さい。

調査票に関するお問い合わせ先

株式会社社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル

TEL.03-3256-8934 FAX 03-3252-7971 担当：飯岡 (いいおか)、片桐 (かたぎり)

本件事業に関するお問い合わせ先

社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

TEL.03-6804-1422 FAX 03-6804-1405 担当：吉田 (よしだ)

■基本属性(立地 病院規模 施設基準 周辺施設等)

Q1. あなたが勤務している病院の所在する都道府県名と市区町村名をお書き下さい。

都・道・府・県	市・区・町・村
---------	---------

Q2. あなたが勤務している病院の許可病床数をご記入下さい。

病院の許可病床数(総数)	床
--------------	---

Q3. あなたが勤務している病院の法人全体で以下の施設を併設していますか。(複数回答)

1. 一般病床(回復期リハ除く)	2. 医療療養病床(回復期リハ除く)	
3. 回復期リハ病床	4. 介護療養病床	
5. 精神病床	6. 診療所(有床)	
7. 診療所(無床)	8. 訪問リハ事業所	9. 通所リハ事業所
10. 居宅介護支援事業所	11. 介護老人保健施設	12. 介護老人福祉施設
13. 自立支援施設	14. その他()	

Q4. あなたが勤務している病院にリハ専従医師が配置されていますか。配置されている場合は配置数を常勤換算でご記入下さい。

1. 配置されている⇒(常勤 人 / 非常勤 人)	2. 配置されていない
---------------------------	-------------

*ここでいう専従とは、リハビリテーションだけに従事し、原則として兼任していないことを指す。

Q5. あなたが勤務している病院ではリハ科の標榜がありますか。(〇はひとつだけ)

1. リハ科を標榜している	2. リハ科を標榜していない
---------------	----------------

Q6. あなたが勤務している病院のリハビリテーションスタッフの人数を常勤・非常勤別に常勤換算でご記入下さい。

	常 勤	非常勤
PT 数	人	人
OT 数	人	人
ST 数	人	人
柔道整復師	人	人
鍼・あん摩師	人	人
その他	人	人

※常勤換算の計算方法

(すべての職員の1ヵ月間の稼働時間の合計)÷(常勤職員1人あたりの1ヵ月間の稼働時間)

例) 常勤職員1日8時間、週5日、勤務体制の事業所の場合

・常勤職員1人あたりの1ヵ月間の稼働時間:8時間×5日×4週=160時間

・PTの労働時間 Aさん:160時間/月、Bさん:140時間/月、Cさん:100時間/月

(160時間+140時間+100時間)÷(160時間)=2.5人

Q7. リハビリ状況(入院患者への算定だけ(外来含まない)の届出)であてはまる番号に○をつけて下さい。
(複数回答)

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) | 2. 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) |
| 3. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) | 4. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) |
| 5. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) | 7. 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) |
| 6. 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) | |
| 8. 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) | |
| 9. 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) | 10. 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) |
| 11. 難病患者リハビリテーション料 | 12. 障害児(者)リハビリテーション料 |
| 13. がん患者リハビリテーション料 | 14. 集団コミュニケーション療法料 |
| 15. 届け出ていない | |

■リハビリテーションの運用実態について

<入院について>

Q8. 平成23年9月30日1日間について、一般病床における主な疾患領域別にみた、リハの算定をした入院患者の人数をお答え下さい。

疾患領域	人数
1.脳血管疾患等	人
廃用症候群	人
2.心大血管系疾患	人
3.呼吸器系疾患	人
4.運動器疾患	人
5.その他	人

<退院について>

Q9. 平成23年9月の1ヵ月間で退院した患者のうち、リハを算定した患者の退院先別の人数についてお答え下さい。

1.一般病床(急性期)	人
2.回復期病床	人
3.療養病床	人
4.介護老人保健施設	人
5.介護老人福祉施設(特養)	人
6.診療所	人
7.自立支援施設	人
8.自宅(自宅とは、居宅サービスを利用している人を含む)	人
9.死亡	人
10.その他	人
11.不明	人

<病院全体の入退院について>

わからない場合は、お手数ですが、事務部門等にお尋ねいただき、ご記入下さいますようお願いいたします。

Q10. H23 年 9 月 30 日に新規入院した患者について伺います。

そのうちリハ患者は何人でしたか	人
そのうち初日（9月30日）からリハを開始（算定）できた患者は何人ですか	人

Q11. リハ患者（入院中にリハの算定があった患者）についてお答え下さい。

9月に新規入院してきたリハ患者数	人
9月に退院したリハ患者数	人
9月中に在院していた、リハ患者延べ数	人

■患者退院後の連携について

Q12. 貴院の地域連携室では、患者の転帰先となる病院・診療所・施設・事業所等でリハが提供されているかどうか、という情報を必要としていますか。

1. 必要としている→SQへ 2. 必要としていない 3. わからない
4. 地域連携室はない

SQ. 貴院の地域連携室では、患者の転帰先となる地域で、リハを提供する機関の情報(所在地や提供するリハの内容など)を収集していますか。(○はひとつだけ)

1. 情報収集をしている 2. 収集はしていないが情報提供を受けている
3. 情報収集していない 4. わからない 5. 地域連携室はない

Q13. 地域のリハビリ資源の把握状況

貴院の周辺地域(患者の転帰先となる地域)において、リハを提供できる施設・事業所等を把握していますか。各機関別にそれぞれあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

	リハを提供できる施設・事業所がどこにあるかについて					施設・事業所ごとに、どのようなリハが提供されているかについて				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	十分把握している	ある程度把握している	あまり把握できていない	把握できていない	施設・事業所がない	十分把握している	ある程度把握している	あまり把握できていない	把握できていない	施設・事業所がない
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.回復期病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.療養病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.診療所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.通所リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.訪問リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.訪問看護ステーション	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.自立支援施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Q14. リハ連携について伺います。

貴院の周辺地域(患者の転帰先となる地域)にあるリハ提供機関とのリハ連携について、それぞれあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

	連携状況				連携強化の意向			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	連携がとれている	連携がとれていない	わからない	そもそも連携がない	現状より連携も強化したい	連携強化の意向はない	わからない	そもそも連携がない
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	1	2	3	4
2.回復期病床	1	2	3	4	1	2	3	4
3.療養病床	1	2	3	4	1	2	3	4
4.診療所(かかりつけ医)	1	2	3	4	1	2	3	4
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	1	2	3	4
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	1	2	3	4
7.居宅介護支援事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
8.通所リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
9.訪問リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
10.訪問看護ステーション	1	2	3	4	1	2	3	4
11.自立支援施設	1	2	3	4	1	2	3	4
12.地域包括支援センター	1	2	3	4	1	2	3	4

■急性期からみたリハ連携の阻害要因

Q15. リハ専門職からみて、退院後もリハが必要だと思う患者について伺います。

退院時にリハ紹介先が決まらないことがどれくらいありますか。(該当箇所を○をつけて下さい)

		65歳未満					65歳以上						
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
		ほぼ、もしくは全員が決まる	半数以上で決まる	半数以上が決まらない	全く決まらない	ほぼ、もしくは決まらない	そのような患者はいない	ほぼ、もしくは全員が決まる	半数以上で決まる	半数以上が決まらない	全く決まらない	ほぼ、もしくは決まらない	そのような患者はいない
運動器疾患		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5	
内部障害(呼吸・心血管)		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5	
失語有	脳血管障害	退院時病棟内ADL自立レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5
		退院時病棟内ADL見守り又は一部介助レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5
		退院時病棟内ADLほぼ全介助レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5
失語無	脳血管障害	退院時病棟内ADL自立レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5
		退院時病棟内ADL見守り又は一部介助レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5
		退院時病棟内ADLほぼ全介助レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5

Q16. リハ紹介先が決まらない理由は何ですか。(複数回答)

1. 紹介先で提供できる量が少ない
2. 地域の紹介先を把握できていない
3. 患者の状態に合わせて、退院時のリハビリニーズに適切に対応できる紹介先が少ない
4. 患者本人や家族の拒否
5. その他 ()

■貴院でリハビリテーション料の算定があった患者の退院調整について

Q17. 退院時のMSW(メディカルソーシャルワーカー)の関わりについて伺います。

貴院でリハの算定があった患者の退院調整について、MSW がどの程度関わっていますか。あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. リハ算定した患者について、全員の退院に関わっている
2. リハ算定した患者について、半数以上の退院に関わっている→SQへ
3. リハ算定した患者について、1割から半数未満の退院に関わっている→SQへ
4. リハ算定した患者について、退院に関わっているのは1割未満→SQへ
5. 全く関わっていない
6. わからない

SQ. MSW が関わるのは具体的にどのようなニーズがある時ですか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 退院先が転院の場合
2. MSW に対して、依頼があった場合
3. 退院先の紹介が困難な場合 (例えば、希望受け入れ先の空きがない場合)
4. わからない
5. その他 ()

Q18. 貴院でリハ算定があった退院患者のMSWの関わりについて障害・年齢別に伺います。

(該当箇所○をつけて下さい)

		65歳未満					65歳以上									
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
		全員にMSWが関わる	ほぼ、もしくは全員にMSWが関わる	半数以上にMSWが関わる	半数以上にはMSWが関わらない	ほぼ、もしくは全くMSWが関わらない	ほぼ、もしくははいない	そのような患者はいる	ほぼ、もしくは全くMSWが関わらない	半数以上にはMSWが関わる	半数以上にはMSWが関わらない	ほぼ、もしくは全くMSWが関わらない	ほぼ、もしくははいない	そのような患者はいる		
運動器疾患		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
内部障害(呼吸・心臓血管)		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失語有	脳血管障害	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	退院時病棟内ADL自立レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	退院時病棟内ADL見守り又は一部介助レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失語無	脳血管障害	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	退院時病棟内ADL自立レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	退院時病棟内ADL見守り又は一部介助レベル	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

■地域連携バスについて

Q19. 地域連携バスを運用していますか。(○はそれぞれひとつだけ)

脳卒中	1. 現在使用している	2. 作成予定 (検討中)
	3. 現時点で作成予定なし	4. わからない 5. それに代わるネットワークが存在する
大脳部頸部骨折	1. 現在使用している	2. 作成予定 (検討中)
	3. 現時点で作成予定なし	4. わからない 5. それに代わるネットワークが存在する
その他のバス	1. 現在使用している	2. 作成予定 (検討中)
	3. 現時点で作成予定なし	4. わからない 5. それに代わるネットワークが存在する

■貴院でリハビリテーション料の算定がなかった患者について

Q20. リハビリテーション料を算定していない患者について、リハ担当科に対して退院時カンファレンスへのセラピストの参加依頼や個別相談はありますか。(○はひとつだけ)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. おおいにある→SQへ | 2. ときどきある→SQへ |
| 3. あまりない→SQへ | 4. 全くない |

SQ.Q20 で 1～3 を選択した人に伺います。参加依頼があった患者の疾患で、特に多いものは何ですか。
(ご自由にお書き下さい)

--

■医療保険におけるリハ、介護保険におけるリハに対する意識について

Q21. 医療保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、医療保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q22. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

Q23. 介護保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、介護保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q24. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

■今後のリハビリテーションについて

Q25. 今後貴院でリハを強化する意向はありますか。(〇はひとつだけ)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. リハを強化する意向がある | 2. リハ強化の意向はない |
| 3. 決まっていない | |

Q26. 貴院でリハ機能を強化しようと考えた場合、どのような点が課題にあがりますか。(複数回答)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. セラピスト雇用等の費用 | 2. セラピスト確保の困難さ |
| 3. 施設基準の厳しさ(施設面積) | 4. 施設基準の厳しさ(人員基準) |
| 5. リハのことがわからないこと | 6. ニーズがあるかわからないこと |
| 6. その他() | |

お忙しいところご協力いただき、どうもありがとうございました。

この調査票とは別に、セラピストの方(PT・OT・ST)にお答えいただく調査票がございます。

そちらにつきましては、3名のセラピストの方にご回答いただければと存じます。

お忙しいところ恐れ入りますが、よろしく願いいたします。

**「地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する調査」への
ご回答にご協力をお願いいたします**

本調査は、急性期病院退院後における、リハビリ提供の現状を明らかにし、地域におけるリハビリテーション充足のための方策策定の方向性を探ることを目的として実施するものです。この結果をもとに、今後の地域におけるリハビリテーションの充足に向けて、関係各所に提言していく所存であります。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。なお、本調査研究は、社団法人日本理学療法士協会が厚生労働省より平成 23 年度老人保健健康増進等事業として受託したものです。

ご記入上のお願い

1. この調査票は、**リハ患者を受け持っている DPC 病院のセラピスト(PT・OT・ST)の方で、なるべく経験年数の長い方3名の方**がお答え下さいますようお願いいたします。(同じ調査票が 3 票ございます)
2. ご記入いただいた調査票は、他のセラピストの方にお答えいただいた調査票とリハビリテーション部門の責任者の方にお答えいただいた調査票と一っしょに、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、**平成 23 年 11 月 25 日(金)**までにご投函下さい。
3. ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うこととお約束いたします。
 - ①調査研究目的以外には使用いたしません。
 - ②ご回答は無記名です。
 - ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
 - ④自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
 - ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
4. 調査内容にご不明な点がございましたら、以下に記載している問い合わせ先までお問い合わせ下さい。

調査票に関するお問い合わせ先

株式会社社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル

TEL 03-3256-8934 FAX 03-3252-7971 担当：飯岡(いいおか)、片桐(かたぎり)

本件事業に関するお問い合わせ先

社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

TEL 03-6804-1422 FAX 03-6804-1405 担当：吉田(よしだ)

**セラピストの方が個々に取り組まれているリハビリテーションおよび
患者の引継ぎ等についての質問**

■ご自身について

Q1. あなたご自身の取得資格であてはまる番号に○をつけて下さい。(複数回答)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 理学療法士(PT) | 2. 作業療法士(OT) |
| 3. 言語聴覚士(ST) | |

Q2. あなたがセラピスト(リハの専門職)として勤務された年数は何年ですか。現在の職場と他に勤務されたことのある職場の勤務年数を合わせてお答え下さい。

_____年

Q3. あなたの役職をお答え下さい。

--

Q4. あなたは介護保険領域で働いた経験がありますか。(○はひとつだけ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

Q5. あなたはケアプラン(介護保険給付の対象となる介護サービス計画)作成の実務経験がありますか。(○はひとつだけ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

Q6. あなたは、患者が受けるリハビリテーションが医療保険と介護保険で違いがあることをご存知ですか？(○はひとつだけ)

- | | | |
|----------|---------|-------------|
| 1. 知っている | 2. 知らない | 3. 違いがわからない |
|----------|---------|-------------|

Q7. あなたが担当したリハ患者について伺います。退院後に受けるリハビリテーションについて量的な不安を持ったまま送り出した患者は、退院後リハが必要な患者のうち、どのくらいの割合を占めますか？(○はひとつだけ)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 退院後にリハが必要な患者すべて |
| 2. 退院後にリハが必要な患者の8割以上 |
| 3. 退院後にリハが必要な患者の半数以上 |
| 4. リハが必要な患者の半数に満たない |
| 5. 退院後のリハに量的な不安を持ったまま送り出した患者はほとんどいない |
| 6. わからない |

■医療保険におけるリハ、介護保険におけるリハに対する意識について

Q8. 医療保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、医療保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q9. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

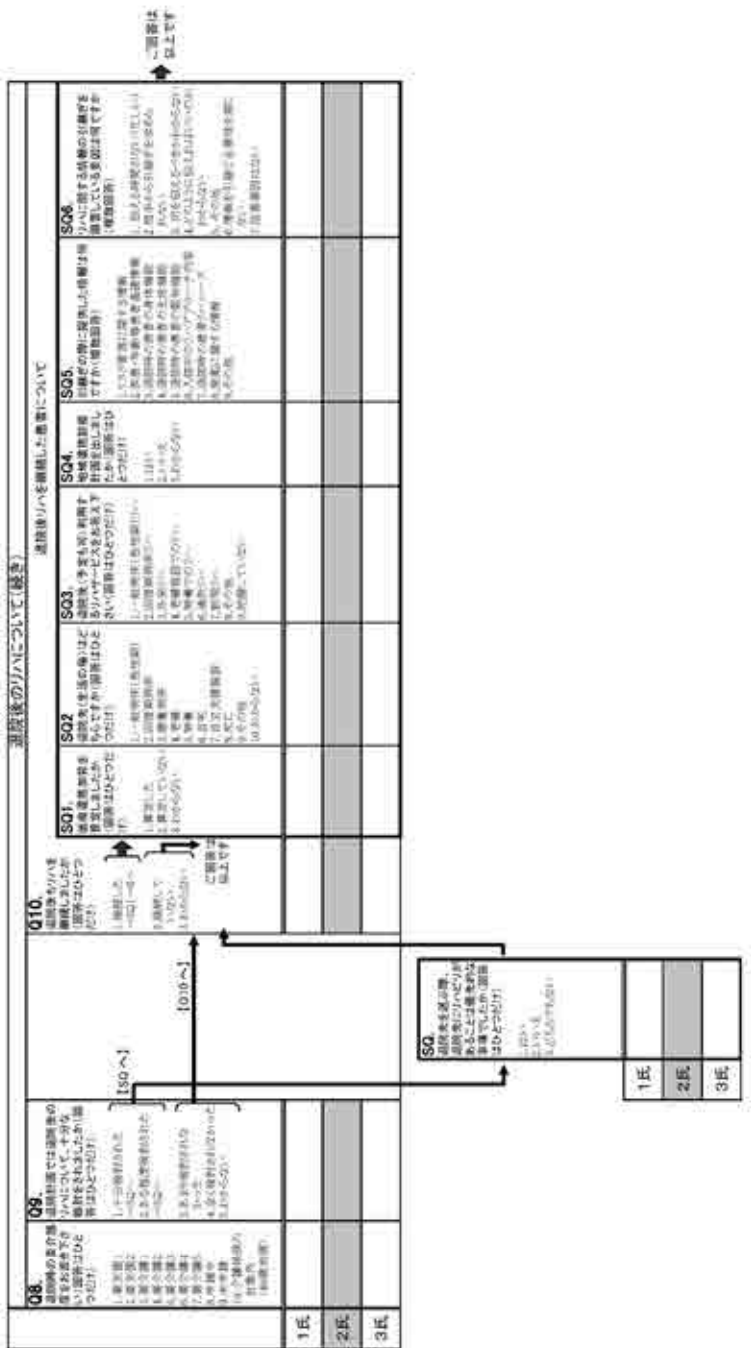
Q10. 介護保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、介護保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q11. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

引き続き「個票」にもお答え下さいますようお願いいたします。



地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する調査へのご回答にご協力をお願いいたします

本調査は、急性期病院退院後における、リハビリ提供の現状を明らかにし、地域におけるリハビリテーション充足のための方策策定の方向性を探ることを目的として実施するものです。この結果をもとに、今後の地域におけるリハビリテーションの充足に向けて、関係各所に提言していく所存でおります。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、よろしくお願ひいたします。なお、本調査研究は、社団法人日本理学療法士協会が厚生労働省より平成 23 年度老人保健健康増進等事業として受託したものです。

ご記入上のお願ひ

1. この調査票は、**リハビリテーションを提供(リハ算定)している診療所の医師の方**がご回答くださいますようお願いいたします。

もしも貴診療所でリハビリテーションを提供(リハ算定)していない場合は、「リハビリテーションを算定していない診療所対象調査票」にのみご記入の上、その調査票を同封の返信用封筒にてご返送ください。

2. ご記入いただいた調査票は、セラピストの方にお答えいただいた調査票といっしょに、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、**平成 23 年 11 月 25 日(金)**までにご投函下さい。

3. ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うこととお約束いたします。

- ①調査研究目的以外には使用いたしません。
- ②ご回答は無記名です。
- ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
- ④自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
- ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。

4. 調査内容にご不明な点がございましたら、以下に記載している問い合わせ先までお問い合わせ下さい。

調査票に関するお問い合わせ先

株式会社社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル

TEL 03-3256-8934 FAX 03-3252-7971 担当：飯岡(いいおか)、片桐(かたぎり)

本件事業に関するお問い合わせ先

社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

TEL 03-6804-1422 FAX 03-6804-1405 担当：吉田(よしだ)

■貴診療所について

Q1. 貴診療所の所在する都道府県名と市区町村名をお書きください。

都・道・府・県	市・区・町・村
---------	---------

Q2. 貴診療所の診療科目をお書きください。

--

Q3. 貴診療所ではリハ科の標榜がありますか。(〇はひとつだけ)

1. リハ科を標榜している	2. リハ科を標榜していない
---------------	----------------

Q4. 貴診療所のリハ届出状況で、あてはまるものすべてに〇をつけてください。(複数回答)

1. 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	2. 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
3. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	4. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
5. 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	
6. 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	7. 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)
8. 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	
9. 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	10. 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)
11. 難病患者リハビリテーション料	12. 障害児(者)リハビリテーション料
13. がん患者リハビリテーション料	14. 集団コミュニケーション療法料
15. 届けていない	

Q5. 貴診療所で算定しているリハをお答えください。(複数回答)

1. 外来リハ	2. 訪問リハ
3. 入院リハ	4. 通所リハ(短時間型)
5. 実施していない	6. その他()

Q6. 貴診療所の法人が併設している施設をお答えください。あてはまるものすべてに〇をつけてください。(複数回答)

1. 一般病床(回復期リハ除く)	2. 医療療養病床(回復期リハ除く)
3. 回復期リハ病床	4. 介護療養病床
5. 精神病床	6. 訪問リハ事業所
7. 通所リハ事業所	8. 訪問看護ステーション
9. 居宅介護支援事業所	10. 介護老人保健施設
11. その他()	

Q7. 貴診療所のリハビリテーションスタッフの人数を常勤・非常勤別に常勤換算でご記入ください。該当するスタッフがいない場合は「0人」とご記入ください。

	常 勤	非常勤
PT 数	人	人
OT 数	人	人
ST 数	人	人
柔道整復師	人	人
鍼・あん摩師	人	人
その他	人	人

※常勤換算の計算方法

(すべての職員の1ヵ月間の稼働時間の合計)÷(常勤職員1人あたりの1ヵ月の稼働時間)

(例)常勤職員1日8時間、週5日、勤務体制の事業所の場合

・常勤職員1人あたりの1ヵ月間の稼働時間:8時間×5日×4週=160時間

・PTの労働時間 Aさん:160時間/月、Bさん:140時間/月、Cさん:100時間/月

(160時間+140時間+100時間)÷(160時間)=2.5人

■リハ提供の状況について

Q8. 貴診療所の病床の状況(病床の有無、許可病床数)について、あてはまるものひとつに○をつけてください。また、有床の場合は病床数をご記入ください。

1. 有床→ () 床 →Q9へ 2. 無床→Q10へ

Q9. Q8で有床とお答えの方に伺います。貴診療所の平成23年9月末時点の入院患者数と、そのうち、リハの算定があった患者についてお答えください。該当する患者がいない場合は「0人」とご記入ください。

平成23年9月30日時点の入院患者数	人
うち、リハの算定があった患者	1.あり→()人 2.なし

Q10. 平成23年9月、1ヵ月間の貴診療所の外来患者数(実患者数)と、そのうち、リハの算定があった患者数についてお答えください。

平成23年9月、1ヵ月間の外来患者数(実患者数)	人
うち、リハの算定があった患者	1.あり→()人(実患者数) 2.なし

■リハ提供している利用者の受入れ状況

Q11. 貴診療所で、平成23年9月の1ヵ月間にリハを実施した患者について、受け入れ元(どこから来た患者か)別に患者数を教えて下さい。

	受け入れ元別患者数	
		うち、紹介状を持ってきた患者数
1.一般病棟(急性期)	人	人
2.回復期病棟	人	人
3.療養病棟	人	人
4.介護老人保健施設	人	人
5.介護老人福祉施設(特養)	人	人
6.自宅(受けているサービスは問いません)	人	人
7.自立支援施設	人	人
8.その他	人	人
9.不明	人	人

■リハビリテーションの連携について

Q12. 急性期病院との連携について伺います。貴診療所は、周辺地域にある急性期病院と普段から連絡を取り、患者の紹介を受けていますか。(〇はひとつだけ)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

<診療所から急性期病院への情報提供・広報について>

Q13. 貴診療所では、周辺地域にある急性期病院に対して、以下のような情報を提供もしくは広報していますか。

○提供する情報

急性期病院退院後にリハが必要な退院患者の受け入れ先として、貴診療所が提供するリハの内容や特徴等について

例:急性期病院の地域連携室に対して貴事業所のパンフレットを送る、地域連携室を訪問してリハが必要な患者の状況や貴事業所で提供できるリハ等について情報交換を行う等)

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1. 行っている→SQ1へ | 2. 行っていない→SQ2へ |
| 3. 周辺地域に急性期病院がない→Q14へ | |

SQ1. どのような内容を広報していますか。あてはまるものすべてに〇をつけてください。(複数回答)

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 具体的実施可能なプログラム | 2. 勤務するセラピストの種類 |
| 3. 勤務するセラピスト数 | 4. 施設基準 |
| 5. 導入設備 | 6. リハ実施実績(疾患別受け入れ人数など) |
| 7. その他() | |

SQ2. 貴院で実施する具体的なリハの内容や特徴を広報していない理由について、あてはまるものすべてに〇をつけてください。(複数回答)

- | |
|---------------------------|
| 1. 急性期病院から患者を受け入れる意向がないから |
| 2. どこに向けて広報すればよいかわからないから |
| 3. 広報する必要がある情報がわからないから |
| 4. すでに十分な連携がとれているから |
| 5. その他() |

Q14. 急性期病院以外の病院や事業所に対して、あなたの診療所のリハの特徴を広報していますか。

広報している病院・事業所等をすべてお選びください。(複数回答)

- | | |
|---------------------|--------------|
| 1. 回復期病床を持つ病院 | 2. 診療所 |
| 3. 訪問リハ事業所を持つ病院・診療所 | 4. 介護居宅事業所 |
| 5. 地域包括支援センター | 6. 老人保健施設 |
| 7. 訪問看護ステーション | 8. 特別養護老人ホーム |
| 9. その他() | |

Q15. 貴診療所の周辺地域にある、リハを提供できる施設・事業所等を把握していますか。
各機関別に、それぞれあてはまるものひとつに○をつけてください。

	リハを提供できる施設・事業所がどこにあるかについて					施設・事業所ごとに、どのようなリハが提供されているかについて				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	十分把握している	ある程度把握している	あまり把握できていない	把握できていない	施設・事業所がない	十分把握している	ある程度把握している	あまり把握できていない	把握できていない	施設・事業所がない
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.回復期病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.療養病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.診療所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.通所リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.訪問リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.訪問看護ステーション	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.自立支援施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Q16. 貴診療所の周辺地域にある医療機関、介護保険施設・事業所等とリハビリについて、連携していますか。各機関別に、それぞれあてはまるものひとつに○をつけてください。

	連携状況				連携強化の意向			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	連携がとれている	連携がとれていない	いわからぬ	施設がな	現状より連携も強化したい	連携強化の意向はない	いわからぬ	い施設がな
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	1	2	3	4
2.回復期病床	1	2	3	4	1	2	3	4
3.療養病床	1	2	3	4	1	2	3	4
4.診療所	1	2	3	4	1	2	3	4
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	1	2	3	4
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	1	2	3	4
7.居宅介護支援事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
8.通所リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
9.訪問リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
10.訪問看護ステーション	1	2	3	4	1	2	3	4
11.自立支援施設	1	2	3	4	1	2	3	4
12.地域包括支援センター	1	2	3	4	1	2	3	4

Q17. 貴診療所の患者で介護保険によるリハが必要だと思われる患者について伺います。その患者に対しては、介護保険下のリハビリサービスを紹介していますか。(〇はひとつだけ)

- | | |
|----------------------|------------|
| 1. 紹介している→SQへ | 2. 紹介していない |
| 3. 介護保険のリハが必要な患者はいない | |

SQ.平成 23 年 9 月の 1 ヶ月間に紹介した患者は何人ですか。

	人
--	---

■医療保険におけるリハ、介護保険におけるリハに対する意識について

Q18. 医療保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、医療保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

- | |
|--|
| 1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している |
| 2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している |
| 3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している |
| 4. 正直わからない |
| 5. その他 () |

Q19. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

- | |
|---|
| 1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき |
| 2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき |
| 3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき |
| 4. 正直わからない |
| 5. その他 () |

Q20. 介護保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、介護保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

- | |
|--|
| 1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している |
| 2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している |
| 3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している |
| 4. 正直わからない |
| 5. その他 () |

Q21. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

- | |
|---|
| 1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき |
| 2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき |
| 3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき |
| 4. 正直わからない |
| 5. その他 () |

■今後のリハビリテーションについて

Q22. 今後貴診療所でリハを強化する意向はありますか。(〇はひとつだけ)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. リハを強化する意向である | 2. リハ強化の意向はない |
| 3. 決まっていない | |

Q23. 診療所のリハ機能を強化しようと考えた場合、どのような点が課題にあがりますか。(複数回答)

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. セラピスト雇用等の費用 | 2. セラピスト確保の困難さ |
| 3. 施設基準の厳しさ(施設面積) | 4. 施設基準の厳しさ(人員基準) |
| 5. リハのことがわからないこと | 6. ニーズがあるかわからないこと |
| 7. 他機関のリハ機能を活用した方が効率的だと思うから | |
| 8. その他 () | |

リハビリテーションを提供している診療所の医師の方への質問は以上です。

この調査票とは別にセラピストの方(PT・OT・ST)にお答えいただきたい調査票がございます。

**地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する調査への
ご回答にご協力をお願いいたします**

本調査は、急性期病院退院後における、リハビリ提供の現状を明らかにし、地域におけるリハビリテーション充足のための方策策定の方針方向性を探ることを目的として実施するものです。この結果をもとに、今後の地域におけるリハビリテーションの充足に向けて、関係各所に提言していく所存であります。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。なお、本調査研究は、社団法人日本理学療法士協会が厚生労働省より平成 23 年度老人保健健康増進等事業として受託したものです。

ご記入上のお願い

1. この調査票は、**診療所のセラピスト(PT・OT・ST)の方で、なるべく経験年数の長い方**がお答えくださいますようお願いいたします。
2. ご記入いただいた調査票は、診療所の医師の方にお答えいただいた調査票と併し、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、**平成 23 年 11 月 25 日(金)**までにご投函下さい。
3. ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うことをお約束いたします。
 - ①調査研究目的以外には使用いたしません。
 - ②ご回答は無記名です。
 - ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
 - ④自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
 - ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
4. 調査内容にご不明な点がございましたら、以下に記載している問い合わせ先までお問い合わせ下さい。

調査票に関するお問い合わせ先

株式会社社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル

TEL 03-3256-8934 FAX 03-3252-7971 担当：飯岡(いいおか)、片桐(かたぎり)

本件事業に関するお問い合わせ先

社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

TEL 03-6804-1422 FAX 03-6804-1405 担当：吉田(よしだ)

■あなたご自身について

Q1. あなたご自身の取得資格であてはまる番号に○をつけてください。(複数回答)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 理学療法士(PT) | 2. 作業療法士(OT) |
| 3. 言語聴覚士(ST) | |

Q2. あなたがセラピスト(リハの専門職)として勤務された年数は何年ですか。現在の職場と他に勤務されたことのある職場の勤務年数と合わせてお答えください。

_____年

Q3. あなたの役職をお答えください。

Q4. あなたは介護保険領域で働いた経験がありますか。(○はひとつだけ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

Q5. あなたはケアプラン(介護保険給付の対象となる介護サービス計画)作成の実務経験がありますか。(○はひとつだけ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

■医療保険におけるリハ、介護保険におけるリハに対する意識について

Q6. 医療保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、医療保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(○はひとつだけ)

- | |
|--|
| 1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している |
| 2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している |
| 3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している |
| 4. 正直わからない |
| 5. その他(_____) |

Q7. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(Oはひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

Q8. 介護保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、介護保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(Oはひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q9. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(Oはひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

■カンファレンスへの参加について

Q10. 急性期病院の退院時カンファレンスに参加することがありますか。(Oはひとつだけ)

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 参加したことがない | 2. 年に一回程度参加 |
| 3. 半年に一回程度参加 | 4. 月一回程度で参加 |
| 5. 週一回程度で参加 | 6. それ以上の頻度で参加 |

引き続き「個票」にもお答えくださいますようお願いいたします。

..... 貴診療所で9月末日にリハを開始された方(もしくは直近1ヵ月間にリハを開始された方)
 について、3名お書きください。

急性期病棟を退院し、貴診療所を利用しはじめた方

- ・またできる限り、以下の①～③の条件に合致する方をお選び、ご記入ください。
- ①年齢40歳未満のリハ患者の方1名、②年齢40歳～65歳未満のリハ患者の方1名、③年齢65歳以上のリハ患者の方1名
- ・なお直近1ヵ月の経例において、急性期病棟を退院し貴診療所を利用しはじめた患者が、いच्छゃらならない場合は、転院先は関係なく、3名分ご記入ください。
- ・同様に①～③の年齢条件の方が揃わない場合は、年齢に限らず3名分ご記入ください。(直近1ヵ月にリハを開始した患者が3例未満の場合は、直近1ヵ月のすべての患者についてご記入ください。)

患者の属性		01. 退院の患者情報(別紙回答)							リハ開始後の経過	
F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
年齢	性別	退院理由	退院後生活状況	退院後生活状況	退院後生活状況	退院後生活状況	退院後生活状況	退院後生活状況	退院後生活状況	退院後生活状況
1氏	男・交									
2氏	男・交									
3氏	男・交									

03	04	05	06	07	08	09
リハの進捗はどの程度か。以前に退院を繰り返していたり、リハ開始から経過が良好な患者の割合はどの程度か。退院後の経過が良好な患者の割合はどの程度か。	1ヵ月以内に退院を繰り返していたり、リハ開始から経過が良好な患者の割合はどの程度か。	1ヵ月以内に退院を繰り返していたり、リハ開始から経過が良好な患者の割合はどの程度か。	1ヵ月以内に退院を繰り返していたり、リハ開始から経過が良好な患者の割合はどの程度か。	1ヵ月以内に退院を繰り返していたり、リハ開始から経過が良好な患者の割合はどの程度か。	1ヵ月以内に退院を繰り返していたり、リハ開始から経過が良好な患者の割合はどの程度か。	1ヵ月以内に退院を繰り返していたり、リハ開始から経過が良好な患者の割合はどの程度か。

1氏	2氏	3氏

**地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する調査への
ご回答にご協力をお願いいたします**

本調査は、急性期病院退院後における、リハビリ提供の現状を明らかにし、地域におけるリハビリテーション充足のための方策策定の方向性を探ることを目的として実施するものです。この結果をもとに、今後の地域におけるリハビリテーションの充足に向けて、関係各所に提言していく所存であります。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。なお、本調査研究は、社団法人日本理学療法士協会が厚生労働省より平成 23 年度老人保健健康増進等事業として受託したものです。

ご記入上のお願い

- この調査票は、**リハビリテーションを提供(リハ算定)していない診療所の医師の方**がご答え下さいますようお願いいたします。
もしも貴診療所でリハビリテーションを提供(リハ算定)している場合は、「リハビリテーションを算定している診療所対象調査票」と「セラピスト対象調査票にご記入いただき、その2つの調査票をいっしょに同封の返信用封筒にてご返送下さい。
- ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、**平成 23 年 11 月 25 日(金)**までにご投函下さい。
- ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うことをお約束いたします。
 - ①調査研究目的以外には使用いたしません。
 - ②ご回答は無記名です。
 - ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
 - ④自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
 - ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
- 調査内容にご不明な点がございましたら、以下に記載している問い合わせ先までお問い合わせ下さい。

調査票に関するお問い合わせ先

株式会社社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル

TEL 03-3256-8934 FAX 03-3252-7971 担当：飯岡(いいおか)、片桐(かたぎり)

本件事業に関するお問い合わせ先

社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

TEL 03-6804-1422 FAX 03-6804-1405 担当：吉田(よしだ)

■貴診療所について

Q1. 貴診療所の所在する都道府県名と市区町村名をお書き下さい。

都・道・府・県	市・区・町・村
---------	---------

Q2. 貴診療所の診療科目をお書き下さい。

--

Q3. 貴診療所の法人が併設している施設をお答え下さい。該当するものすべてに○をつけて下さい。
(複数回答)

1. 一般病床(回復期リハ除く)	2. 医療療養病床(回復期リハ除く)
3. 回復期リハ病床	4. 介護療養病床
5. 精神病床	6. 訪問リハ事業所
7. 通所リハ事業所	8. 訪問看護ステーション
9. 居宅介護支援事業所	10. 介護老人保健施設
11. その他 ()	

■患者の状況

Q4. 貴診療所の病床の状況(病床の有無、許可病床数)について、あてはまる番号ひとつに○をつけて下さい。また、有床の場合は病床数をご記入下さい。

1. 有床⇒ () 床 →Q5へ	2. 無床→Q6へ
-------------------	-----------

Q5. Q4で有床とお答えの方に伺います。貴診療所の平成23年9月末時点の入院患者数についてお答え下さい。該当する患者がない場合は「0人」とご記入下さい。

平成23年9月30日時点の入院患者数	人
--------------------	---

Q6. 貴診療所の外来患者数(実患者数)についてお答え下さい。

平成23年9月、1ヵ月間の外来患者数(実患者数)	人
--------------------------	---

■リハビリテーションの連携について

Q7. 貴診療所の周辺地域にあるリハを提供できる施設・事業所等について伺います。

リハを提供できる施設・事業所等がどこにあるか、また、どのようなリハビリテーションが提供されているか把握していますか。各機関別にそれぞれあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

	リハを提供できる施設・事業所がどこにあるかについて					施設・事業所ごとに、どのようなリハが提供されているかについて				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	十分把握している	強まっている	ある程度把握できている	あまり把握できていない	把握できていない	十分把握している	強まっている	ある程度把握できている	あまり把握できていない	把握できていない
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.回復期病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.療養病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.診療所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.通所リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.訪問リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.訪問看護ステーション	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.自立支援施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Q8. 貴診療所の周辺地域にある医療機関、介護保険施設・事業所等とのリハ連携について伺います。各機関別にそれぞれあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

	連携状況				連携強化の意向			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	連携がとれている	連携がとれている	いわからぬ	いざなう	現状より強化したい	現状より強化したい	いわからぬ	いざなう
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	1	2	3	4
2.回復期病床	1	2	3	4	1	2	3	4
3.療養病床	1	2	3	4	1	2	3	4
4.診療所	1	2	3	4	1	2	3	4
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	1	2	3	4
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	1	2	3	4
7.居宅介護支援事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
8.通所リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
9.訪問リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
10.訪問看護ステーション	1	2	3	4	1	2	3	4
11.自立支援施設	1	2	3	4	1	2	3	4
12.地域包括支援センター	1	2	3	4	1	2	3	4

Q9. あなたの診療所で、介護保険によるリハが必要だと思われる患者について伺います。そのような患者に対しては、介護保険下のリハビリサービスを紹介していますが、あてはまるものに○をつけて下さい。(○はひとつだけ)

1. 紹介している→SQへ	2. 紹介していない
3. 介護保険のリハが必要な患者はいない	

SQ. 平成 23 年 9 月、1 ヶ月間に紹介できた患者は何人ですか。

_____人

Q10. あなたの診療所で、医療保険によるリハが必要だと思われる患者について伺います。そのような患者に対しては、医療保険下のリハビリサービスを紹介していますが、あてはまるものに○をつけて下さい。(○はひとつだけ)

1. 紹介している→SQへ	2. 紹介していない
3. 医療保険のリハが必要な患者はいない	

SQ. 平成 23 年 9 月、1 ヶ月間に紹介できた患者は何人ですか。

_____人

【リハビリが必要な患者への対応状況】

Q11. 平成 23 年 9 月の 1 ヶ月間で、新規外来患者のうち、「本来であれば、専門職によるリハビリの提供が望ましい患者(リハ必要患者)」は、どの程度いますか。

1. 9 月の新規外来患者数の _____%程度	2. いない
--------------------------	--------

Q12. そのうち急性期病院から退院(退院後概ね 1 ヶ月以内に来院)した患者の割合はどれほどですか。

1. リハ必要患者の _____%程度	2. いない
---------------------	--------

Q13. 平成 23 年 9 月の 1 ヶ月間に、貴診療所で診療情報提供書あるいは指示書を何枚書きましたか。紹介先別に数を教えて下さい。

紹介先	書いた枚数
①外来リハのある医療機関	枚
②通所リハのある事業所(医療機関含む)	枚
③訪問リハのある事業所(医療機関含む)	枚
④入所リハ(老健・特養・ショートステイ等)	枚
⑤その他	枚

Q14. リハ必要患者(Q13の選択肢①～④)のうち、診療情報提供書の中で、リハに関わる指示を具体的に書いた患者はどの程度いますか。

1. リハ必要患者の _____ %程度 2. いない

Q15. リハ必要患者にもかかわらず、リハに係る診療情報提供書を書いていない(紹介できていない)患者について、その理由を教えてください。(複数回答)

1. 紹介先そのものが無い(量の問題)
2. リハを提供できる医療機関はあるが、患者の状況に対応できないから(質の問題)
3. リハを提供できる介護保険施設事業所・サービスはあるが、患者の状況に対応できないから(質の問題)
4. 周辺地域で、医療保険によるリハを提供している医療機関が、どこにあるのかわからないから(情報の問題)
5. 周辺地域で、介護保険によるリハを提供している介護保険施設事業所・サービス等がどこにあるのかわからないから(情報の問題)
6. その他()

■医療保険におけるリハ、介護保険におけるリハに対する意識について

Q16. 医療保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、医療保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q17. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

Q18. 介護保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、介護保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他 ()

Q19. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他 ()

■今後のリハビリテーションについて

Q20. 貴診療所の周辺地域において、診療所からリハビリを提供する必要があると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. とても必要だと思う
2. 必要だと思う
3. あまり必要だとは思わない
4. 必要だとは思わない
5. その他 (自由記載:)

Q21. 今後貴診療所では、リハ機能を持つ意向はありますか。(〇はひとつだけ)

1. リハ機能を持つ意向がある
2. リハ機能を持つ意向はない→SQへ
3. 決まっていない

SQ. 貴診療所で訪問リハ、通所リハ、外来リハを提供していない理由は何ですか。あてはまるものすべてに〇をつけて下さい。(複数回答)

1. セラピスト雇用等の費用
2. セラピスト確保の困難さ
3. 施設基準の厳しさ(施設面積)
4. 施設基準の厳しさ(人員基準)
5. リハのことがわからないこと
6. リハビリニーズがあるか、わからないこと
7. 他機関のリハ機能を活用した方が効率的だと思うから
8. その他 ()

質問は以上です。ご協力いただき、どうもありがとうございました。

地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する調査へのご回答にご協力をお願いいたします

本調査は、急性期病院退院後における、リハビリ提供の現状を明らかにし、地域におけるリハビリテーション充足のための方策策定の方針を探ることを目的として実施するものです。この結果をもとに、今後の地域におけるリハビリテーションの充足に向けて、関係各所に提言していく所存であります。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。なお、本調査研究は、社団法人日本理学療法士協会が厚生労働省より平成 23 年度老人保健健康増進等事業として受託したものです。

ご記入上のお願い

1. この調査票は、**事業所のリハビリテーション管理者の方**がお答えくださいますようお願いいたします。
2. ご記入いただいた調査票は、セラピストの方にお答えいただいた調査票と一っしょに、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、平成 23 年 11 月 25 日(金)までにご返信下さい。
3. ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うこととお約束いたします。
 - ①調査研究目的以外には使用いたしません。
 - ②ご回答は無記名です。
 - ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
 - ④自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
 - ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
4. 調査内容にご不明な点がございましたら、以下に記載している問い合わせ先までお問い合わせ下さい。

調査票に関する問い合わせ先

株式会社社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル

TEL 03-3256-8934 FAX 03-3252-7971 担当：飯岡(いいおか)、片桐(かたぎり)

本件事業に関する問い合わせ先

社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

TEL 03-6804-1422 FAX 03-6804-1405 担当：吉田(よしだ)

■貴事業所について

Q1. 貴事業所の所在する都道府県名と市区町村名をお書きください。

都・道・府・県	市・区・町・村
---------	---------

Q2. 貴事業所の法人種別について、あてはまるものひとつに○をつけてください。(○はひとつだけ)

1. 株式会社（民間法人）	2. 有限会社・個人経営等の民間企業
3. 社会福祉法協議会（社協）	4. 社協以外の社会福祉法人
5. 医療法人	6. NPO 法人（特定非営利活動法人）
7. 社団法人・財団法人	8. 協同組合（農協・生協）
9. 地方自治体（市区町村、広域連合含む）	
10. その他（	）

Q3. 貴事業所で実施する介護保険の指定介護サービス事業について、あてはまるものすべてに○をつけてください。(複数回答)

1. 訪問介護	2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護	4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導	6. 通所介護
7. 通所リハビリテーション	8. 短期入所生活介護
9. 短期入所療養介護	10. 特定施設入居者生活介護
11. 福祉用具貸与、特定福祉用具の販売	12. 夜間対応型訪問介護
13. 認知症対応型通所介護	14. 小規模多機能型居宅介護
15. 認知症対応型共同生活介護	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護
17. 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	18. 居宅介護支援

Q4. 貴事業所を含む法人は、以下の施設を併設していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(複数回答)

1. 無床診療所	2. 有床診療所
3. 病院	4. 介護老人保健施設
5. 介護老人福祉施設（特養）	6. 訪問リハビリテーション事業所
7. 併設なし	8. その他（
	）

Q5. 貴事業所のリハビリテーションスタッフの人数を常勤・非常勤別に常勤換算でご記入ください。該当するスタッフがいない場合は「0人」とご記入ください。

	常 勤	非常勤
PT	人	人
OT	人	人
ST	人	人
柔道整復師	人	人
鍼・あん摩師	人	人
その他	人	人

※常勤換算の計算方法

(すべての職員の1ヵ月間の稼働時間の合計)÷(常勤職員1人あたりの1ヵ月の稼働時間)

例)常勤職員1日8時間、週5日勤務体制の事業所の場合

・常勤職員1人あたりの1ヵ月間の稼働時間:8時間×5日×4週=160時間

・PTの労働時間 Aさん:160時間/月、Bさん:140時間/月、Cさん:100時間/月

(160時間+140時間+100時間)÷(160時間)=2.5人

■リハ提供の状況

Q6. 貴事業所の定員数と実利用者数についてご記入ください。

貴事業所の定員数	人
平成23年9月の1ヵ月における実利用者数	人
うち、個別のリハビリテーションの算定があった実利用者数	人

Q7. 貴事業所の加算算定の有無について、あてはまる番号に○をつけてください。(○はそれぞれひとつだけ)

1. リハビリテーションマネジメント加算	1. あり	2. なし
2. 短期集中リハビリテーション実施加算	1. あり	2. なし
3. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1. あり	2. なし

■リハ提供している利用者の受入れ状況

Q8. 貴事業所で、平成 23 年 9 月の 1 ヶ月間に個別のリハを実施した利用者について、受け入れ元別(どこから来た利用者かごと)に利用者の人数を教えてください。

	受け入れ元別利用者数	
		うち、紹介状があった利用者数
1.一般病棟(急性期)	人	人
2.回復期病棟	人	人
3.療養病棟	人	人
4.介護老人保健施設	人	人
5.介護老人福祉施設(特養)	人	人
6.自宅 (受けているサービスは問いません)	人	人
7.自立支援施設	人	人
8.その他	人	人
9.不明	人	人

■リハビリテーション連携について

Q9. 急性期病院との連携について伺います。貴事業所は、周辺地域にある急性期病院と普段から連絡を取り患者の紹介を受けていますか。(〇はひとつだけ)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

<事業所から急性期病院への情報提供・広報について>

Q10. 貴事業所では、周辺地域にある急性期病院に対して、以下の情報を提供もしくは広報していますか。

○提供する情報

急性期病院退院後にリハが必要な退院患者の受け入れ先として、貴事業所が提供するリハの内容や特徴等について

例：急性期病院の地域連携室に対して貴事業所のパンフレットを送る、地域連携室を訪問してリハが必要な患者の状況や貴事業所で提供できるリハ等について情報交換を行う等

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1. 行っている→SQ1へ | 2. 行っていない→SQ2へ |
| 3. 周辺地域に急性期病院がない→Q11へ | |

SQ1.どのような内容を広報していますか。あてはまるものすべてに〇をつけてください。(複数回答)

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 具体的実施可能なプログラム | 2. 勤務するセラピストの種類 |
| 3. 勤務するセラピスト数 | 4. 事業所の定員・規模 |
| 5. 導入設備 | 6. リハ実施実績(疾患別受け入れ実績など) |
| 7. その他() | |

SQ2. 事業所で実施する具体的なリハの内容や特徴を広報していない理由について、あてはまるものすべてに〇をつけてください。(複数回答)

- | |
|---------------------------|
| 1. 急性期病院から患者を受け入れる意向がないから |
| 2. どこに向けて広報すればよいかわからないから |
| 3. 広報する必要がある情報がわからないから |
| 4. すでに十分な連携がとれているから |
| 5. その他() |

Q11.急性期病院以外の病院や事業所に対して、あなたの事業所のリハの特徴を広報していますか。広報している病院・事業所等をすべてお選びください。(複数回答)

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. 回復期病床を持つ病院 | 2. 診療所(かかりつけ医) |
| 3. 訪問リハ事業所を持つ病院・診療所・老健 | 4. 介護居宅事業所 |
| 5. 地域包括支援センター | 6. 老人保健施設 |
| 7. 訪問看護ステーション | 8. 特別養護老人ホーム |
| 9. その他() | |

Q12. 貴事業所の周辺地域にある、リハを提供できる施設・事業所等を把握していますか。
各機関別に、それぞれあてはまるものひとつに○をつけてください。

	リハを提供できる施設・事業所がどこにあるかについて					施設・事業所ごとに、どのようなリハが提供されているかについて				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	十分把握している	強まっている	ある程度把握できている	あまり把握できていない	把握できていない	十分把握している	強まっている	ある程度把握できている	あまり把握できていない	把握できていない
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.回復期病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.療養病床	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.診療所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.通所リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.訪問リハ事業所	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.訪問看護ステーション	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.自立支援施設	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Q13. 貴事業所は周辺地域にある医療機関、介護保険施設・事業所等とリハビリについて、連携していますか。各機関別に、それぞれあてはまるものひとつに○をつけてください。

	連携状況				連携強化の意向			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	連携がとれている	連携がとれていない	わからない	そもそも施設がない	現状より強化したい	現状より強化の意向はない	わからない	そもそも施設がない
1.一般病床(急性期)	1	2	3	4	1	2	3	4
2.回復期病床	1	2	3	4	1	2	3	4
3.療養病床	1	2	3	4	1	2	3	4
4.診療所(かかりつけ医)	1	2	3	4	1	2	3	4
5.介護老人保健施設	1	2	3	4	1	2	3	4
6.介護老人福祉施設(特養)	1	2	3	4	1	2	3	4
7.居宅介護支援事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
8.通所リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
9.訪問リハ事業所	1	2	3	4	1	2	3	4
10.訪問看護ステーション	1	2	3	4	1	2	3	4
11.自立支援施設	1	2	3	4	1	2	3	4
12.地域包括支援センター	1	2	3	4	1	2	3	4

■医療保険におけるリハ、介護保険におけるリハに対する意識について

Q14. 医療保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、医療保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他 ()

Q15. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他 ()

Q16. 介護保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、介護保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他 ()

Q17. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他 ()

■今後のリハビリテーションについて

Q18. 今後、貴事業所でリハを強化する意向はありますか。(〇はひとつだけ)

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. リハを強化する意向がある | 2. リハを強化する意向はない |
| 3. 決まっていない | |

Q19. 事業所のリハ機能を強化しようと考えた場合、どのような点が課題にあがりますか。(複数回答)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. セラピスト雇用等の費用 | 2. セラピストの確保の困難さ |
| 3. 十分なリハスペースの確保の困難さ | 4. リハのことがわからないこと |
| 5. ニーズがあるかわからないこと | 6. その他() |

お忙しいところご協力いただき、どうもありがとうございました。

この調査票と別に、セラピストの方(PT・OT・ST)にお答えいただきたい調査票がございます。

**地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する調査への
ご回答にご協力をお願いいたします**

本調査は、急性期病院退院後における、リハビリ提供の現状を明らかにし、地域におけるリハビリテーション充足のための方策策定の方向性を探ることを目的として実施するものです。この結果をもとに、今後の地域におけるリハビリテーションの充足に向けて、関係各所に提言していく所存であります。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。なお、本調査研究は、社団法人日本理学療法士協会が厚生労働省より平成 23 年度老人保健健康増進等事業として受託したものです。

ご記入上のお願い

1. この調査票は、**通所リハビリテーション事業所のセラピスト(PT・OT・ST)の方で、なるべく経験年数の長い方**がご回答くださいますようお願いいたします。
2. ご記入いただいた調査票は、事業所のリハビリテーション管理者の方にお答えいただいた調査票といっしょに、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、**平成 23 年 11 月 25 日(金)**までにご投函下さい。
3. ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うこととお約束いたします。
 - ①調査研究目的以外には使用いたしません。
 - ②ご回答は無記名です。
 - ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
 - ④自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
 - ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
4. 調査内容にご不明な点がございましたら、以下に記載している問い合わせ先までお問い合わせ下さい。

調査票に関するお問い合わせ先

株式会社社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル

TEL 03-3256-8934 FAX 03-3252-7971 担当：飯岡(いいおか)、片桐(かたぎり)

本件事業に関するお問い合わせ先

社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

TEL 03-6804-1422 FAX 03-6804-1405 担当：吉田(よしだ)

■あなたご自身について

Q1. あなたご自身の取得資格であてはまる番号に○をつけてください。(複数回答)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 理学療法士(PT) | 2. 作業療法士(OT) |
| 3. 言語聴覚士(ST) | |

Q2. あなたがセラピスト(リハの専門職)として勤務された年数は何年ですか。現在の職場と他に勤務されたことのある職場の勤務年数を合わせてお答えください。

_____年

Q3. あなたの役職をお答えください。

Q4. あなたは医療保険領域で働いた経験がありますか。(○はひとつだけ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

Q5. あなたはケアプラン(介護保険給付の対象となる介護サービス計画)作成の実務経験がありますか。(○はひとつだけ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

■利用者によるリハの拒否状況について

Q6. あなたが勤務している事業所の利用者について(平成 23 年 9 月 30 日時点)。

①個別リハを算定した方が望ましいにも関わらず、リハ算定していない利用者の人数	人
②うち、利用者本人又は家族の拒否により十分なリハが提供できない利用者の人数	人

※①および②が1人以上の場合は以下のSQ1 およびSQ2 にもお答えください。

【Q6 の①が1人以上の場合、お答えください】

SQ1.個別リハの算定をした方が望ましいにも関わらず、リハの算定ができない利用者がある場合、主な理由を教えてください。(ご自由にお書きください)

【Q6 の②が1人以上の場合、お答えください】

SQ2.利用者本人又は家族から個別リハの拒否がある場合、特にどのような理由ですか。(ご自由にお書きください)

■医療保険におけるリハ、介護保険におけるリハに対する意識について

Q7. 医療保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、医療保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q8. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、医療保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

Q9. 介護保険におけるリハビリテーションに対するお考えを伺います。現状として、介護保険におけるリハビリテーションは、どのようなプログラムを提供していると思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスを提供している
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方を提供している
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムを提供している
4. 正直わからない
5. その他()

Q10. 医療と介護の切れ目がない効果的なリハビリテーションを提供するためには、介護保険下のリハビリテーションでは、どのようなプログラムが提供されるべきだと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 主に生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスが提供されるべき
2. 生活機能の向上や維持を目的としたプログラムや住宅改修等の生活環境整備のアドバイスと、治療・身体機能向上要素の強いプログラムの両方が提供されるべき
3. 主に治療・身体機能向上要素の強いプログラムが提供されるべき
4. 正直わからない
5. その他()

■カンファレンスへの参加について

Q11. 急性期病院の退院時カンファレンスに参加することがありますか。(〇はひとつだけ)

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 参加したことがない | 2. 年に一回程度参加 |
| 3. 半年に一回程度参加 | 4. 月一回程度で参加 |
| 5. 週一回程度で参加 | 6. それ以上の頻度で参加 |

引き続き「個票」にもお答えくださいますようお願いいたします。

募集

 P2
 貴事業所で9月末日にリハを開始された方(もしくは直近1ヵ月間にリハを開始された方)

 について、3名お書きください。

急性期病状を遠脱し、貴事業所でリハを開始した方
 ・またである限り、介護保険の1号と2号被保険者の方が含まれるようにご記入ください。
 ・なお、直近1ヵ月の利用者において、急性期病状を遠脱し、貴事業所でリハを開始した利用者がいっしょにやらない場合は、転居先に関係なく、3名分ご記入ください。
 ・同時に、2号被保険者の方がいっしょにやらない場合は、1号被保険者の方を3名選んで、ご記入ください。
 (直近1ヵ月に開始した利用者が3名未満の場合は、直近1ヵ月のすべての利用者をご記入ください)

利用者の属性		01 利用開始時期(期間)										02			03			04			05			06			07			08			09								
		1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	1-7	1-8	1-9	1-10	1-11	1-12	1-13	1-14	1-15	1-16	1-17	1-18	1-19	1-20	1-21	1-22	1-23	1-24	1-25	1-26	1-27	1-28	1-29	1-30	1-31	1-32	1-33	1-34	1-35	1-36	1-37	1-38	1-39	1-40
F1	介護保険の種別																																								
F2	介護保険の種別																																								
F3	性別																																								
F4	居住形態																																								
F5	介護職員 の付帯																																								
1氏																																									
2氏																																									
3氏																																									

【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】		【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】		【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】	
05	【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】	06	【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】	07	【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】
08	【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】	09	【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】	10	【貴事業所にリハを開始していただく利用者の属性について】
1氏		1氏		1氏	
2氏		2氏		2氏	
3氏		3氏		3氏	

平成23年度 厚生労働省 老人保健健康増進等国庫補助金事業
地域におけるリハビリテーション提供のあり方に関する
調査研究事業
調査報告書

発行 社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

電話番号:03-5414-7911 ファクシミリ番号:03-5414-7913

URL:<http://www.japanpt.or.jp/>

平成 24(2012)年3月発行

