

平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

**訪問リハビリテーションと、訪問看護ステーションからの
理学療法士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業
調査報告書**

平成26年3月

公益社団法人日本理学療法士協会

はじめに

社会保障改革国民会議の報告書では、入院医療から在宅医療への転換を強く薦めています。そのうえで、報告書の中で訪問リハビリテーションの名称も記載され、その必要性も強調されています。できるだけ、自立性のある在宅生活を支え、少しでも医療保険や介護保険への依存度を抑えることが我々の大切な職務となってきました。

しかし、訪問リハビリテーションは介護保険領域の中で、訪問看護や介護に大きく後れを取っている現状です。これまでの本会の調査によると、訪問リハビリテーションが使われない要因として、事業所が少ないことが最たる要因となっています。

そこで今回、病院等による訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションでのリハビリテーション専門職の実態調査を行い、今後の効率性と効果のある訪問リハビリテーションのあり方を検証いたしました。

これらの結果が、今後の地域包括ケアシステム構築にあたって、有意義な結果となることを期待しております。

公益社団法人日本理学療法士協会
会長 半田 一登

序

医療の在り方の基本を定めた医療法には、「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」（第1条の2、平13年改正）と書かれており、受ける側の状況に応じた内容が求められ、単なる治療だけではなく、適切なリハビリテーションが重要であることを規定しています。

一方、日本は1990年から2000年の10年間で世界に類を見ない急速な高齢化が進み、先進諸国の中でも高齢化率は25%となり、世界一となりました。急速な高齢化により、費用や制度面での国の試行錯誤が続き、国民も高齢者への心身両面での対応に戸惑っているのが実情でもあります。

昨年8月には、社会保障制度改革国民会議から～確かな社会保障を将来に伝えるための道筋～という報告書が出されました。その中で、医療・介護サービスの提供体制改革については、「医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築」と題して、①「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」の観点から、医療の見直しと介護の見直しは一体となって行う必要があること、②地域包括ケアシステム作りを推進していく必要があり、平成27年度からの介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置付け、③地域支援事業について、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実等を行いつつ、新たな効率的な事業として再構築することが提案されています。④財政面でも、診療報酬・介護報酬の活用については、「地域完結型」の医療・介護サービスに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進める必要があると述べています。

このように在宅重視が進む中、地域での訪問リハビリテーション提供体制の実情を調査し、その問題点を知ることは重要かつ時を得た事項であることはいまでもありません。特に地域包括ケアでは、専門職の連携は極めて重要です。また、医療法にも出てくるリハビリテーションでは、訪問リハを担う理学・作業療法士、言語聴覚士などのリハ専門職の活用とあり方が問われています。今回の調査が、地域包括ケアシステムが目指す医療と介護の連携と継ぎ目のないサービス提供体制の実現に役立つものと期待しています。

最後になりましたが、面倒な質問にも関わらず多くの施設から回答をいただき、感謝いたします。また、多くの方々に利用していただくことが、膨大なデータの処理をして頂いた専門部会の先生方のご苦勞にも報いることになると考えています。

調査検討委員会

委員長 猪田 邦雄

調査結果の要約

訪問リハビリテーションと、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業 エグゼクティブサマリー

■事業背景

表記：訪問リハビリテーション事業所・訪問リハ事業所、訪問看護ステーション・訪看 st.

訪問によるリハビリテーション(以下、訪問リハ)を提供する基盤整備は必ずしも十分ではなく、地域包括ケアを推進する上で、訪問リハサービスのさらなる充実と連携強化は欠かせない。そこで本事業では、全国の訪問リハ事業所と訪看 st.(以下、訪問リハ提供者)のサービス提供実態や利用者実態を把握することで、訪問リハサービス普及に必要な課題を明らかにすることを目的とした。

■主な結果

全国の訪問リハ提供者1,605件、居宅介護支援事業所1,000件を対象とした。回収率は、訪問リハ事業所49.6%、訪看 st.43.4%、居宅42.5%であった。

1.提供体制 地域の医師による訪リハ資源の利用は広がっている。

訪問リハサービスの新規依頼を断った訪問リハ提供者は3割を超え、その平均件数は14.1件/6カ月であった。主な理由は、「マンパワー不足」や「遠方による受け入れ困難」であった。指示書を書く**自法人の医師数**は、訪問リハ事業所で5.0人と訪看 st.の5.5人より少なかった。**自法人以外の医師数**は、訪問リハ事業所で自法人の医師数の3.4倍であったが、訪看 st.では8倍であった。患者1人1ヶ月当たりの**訪問回数**は、訪問リハ事業所で9.7回と訪看 st.の7.9回より約2回多く訪問していた。**最大移動範囲**は訪看 st.が平均34.8分と、訪問リハ事業所の27.4分より7.4分遠方へ訪問していた。**従事形態**では専従者が訪看 st.で76.2%と高く、1事業所1日あたりの延べ労働時間比も訪問リハ事業所の23.2時間に対して訪看 st.で40.0時間と1.72倍に及んだ。

一方、訪問リハ提供者の**自法人医師以外の指示割合**を設置主体別で比較すると、訪看 st.の主な設置者である「その他法人」で90.8%と高かったが、訪問リハ事業所の主な設置者である「医療機関等」であっても、61.4%と半数を超えた。

これらのことより、訪問リハ事業所は集中的なリハサービスを行いながらも、地域の医師による依頼を多く受けていることが明らかとなった。

2.訪問リハ提供者におけるリスク管理体制 安全なサービス提供に対する取り組みは、訪問リハ提供者や設置主体に関わらず行っている。

緊急時の連絡方法や緊急時の対応マニュアルは、共に、訪問リハ提供者別、設置主体別にかかわらず80%程度で取り決めや運用がされていた。

3.市町村との連携 介護予防事業への参加割合や、地域ケア会議への依頼回数に対する参加割合は、共に訪問リハ事業所で高い。

市町村事業に参加している訪問リハ提供者は全体で32.5%あり、その内、**介護予防事業への参加割合**は、訪問リハ事業所が71.6%と訪看 st.の46.6%より有意に高かった(P=0.018)。一方、**地域ケア会議**への呼びかけは訪看 st.で36.8%と、訪問リハ事業所の28.0%よりも有意に高く(P=0.012)、呼びかけに対する施設の参加率も、訪看 st.(75.2%)は訪問リハ事業所(65.4%)に比べ高い傾向を示した。しかし、呼びかけに対する参加率は、訪問リハ事業所が56.0%、訪看 st.が47.6%と、訪問リハ事業所で有意に高かった(P=0.018)。

4.他職種等との連携 医師や介護支援専門員との連携は、訪問リハ事業所・訪看 st.共に90%以上で実施

入院・入所施設からの**情報提供**については、訪問リハ事業所が82.1%と、訪看 st.の69.1%より高かった。医師に**計画書と報告書**を提出している割合は、訪問リハ提供者で80%以上だった。設置主体別の「その他法人」でも90%以上であった。介護支援専門員とは、全体の90%以上でケアプランへの助言等を行い連携していた。介護福祉士へ助言をしている割合は、訪問リハ提供者で34.8%、加算が認められていない訪看 st.であっても、30%以上行っていた。介護支援専門員が在宅のリハビリ専門職に対し、退院前ケアカンファレンスへの参加を要請した割合は60%弱であった。

5.利用者特性およびサービス提供内容 利用者の要介護度や提供プログラムは、訪問リハ事業所と訪看 st.間で大きな差はない。

対応できない利用者の状態像が「ある」施設は、全体の35.0%であり、主な状態像は「人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態」や「がん末期の疼痛管理が必要な状態」、「看取り期のケアが必要な状態」であった。しかし、訪問看護 st.や設置主体別の「その他法人」は、多様な状態像に高い割合で対応していた。**利用者の要介護度や年齢、性別、課題およびリハプログラム**は、訪問リハ提供者間で差がなかった。介護負担の軽減を目的に移乗動作訓練を行うなど、プログラム内容は短期目標によって適切に選択されていた。

■まとめ

- ・訪看 st.は訪問リハ事業所に比べ、指示書を出す自法人以外の医師数が多かった。ただし、訪問リハ事業所であっても、指示書を自法人以外の医師から積極的に受けており、地域の医師と連携して訪問リハサービスを提供していた。
- ・訪問リハ事業所は、入院・入所施設から情報提供を受ける割合が高く、市町村事業への参加割合(71.6%)や、地域ケア会議への1回の呼びかけに対する参加率が訪看 st.より高かった。
- ・訪看 st.は、リハビリ専門職の専従割合が高く、サービス提供範囲が広範であった。また、地域ケア会議への参加依頼が多く、対応できない利用者の状態像が少なかった。
- ・リスク管理や他の職種との連携は、設置主体等にかかわらず高かった。要介護度等の利用者特性は、訪リハ事業所と訪看 st.に差が無く、医療機関を設置主体とする訪問リハ提供者とその他法人を設置主体とする訪問リハ提供者の間でも、差がなかった。
- ・介護支援専門員が在宅のリハビリ専門職に対し、退院前ケアカンファレンスへの参加を要請した割合は60%弱であった。

これらのことから、訪問リハの課題は、サービス拠点の拡大であり、方策として、地域の医師の訪問リハ事業所の活用を推進し、一方で、多様な主体が訪問リハを提供できる体制づくりが効果的である。また、在宅のリハビリ専門職が退院前ケアカンファレンス等に積極的に関与し、在宅でのリハビリテーションの必要性を指摘できる体制が必要である。方策として、リハビリ専門職を管理職に配置し、リハビリテーションに関する窓口を明確にすべきである。

表 主な結果

		訪問リハ事業所 (n=397)	訪看 st. (n=345)
指示書を出す医師数(人)	自法人	5.0	5.5
	自法人以外	16.9	43.9
	対法人内処方比	3.4	8.0
1事業所当たりのリハビリ専門職の労働時間(時間)		23.2	40.0
リハビリ専門職の労働時間比		1	1.7
利用者1人当たりの訪問回数(回/月)		9.7	7.9
利用者宅まで移動時間(最大)(単位:分)		27.4	34.8
介護予防事業参加率(%)		71.6	46.6
地域ケア会議の依頼回数に対する参加率(%)		56.0	47.6

訪問リハビリテーションと、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業 サマリ

表記：訪問リハビリテーション事業所=訪問リハ事業所， 訪問看護ステーション=訪看 st.

■事業背景

自宅での理学療法士等のサービスには、医療機関等に併設した「訪問リハビリテーション」と訪看 st. からの「訪問看護による理学療法士等の訪問」がある。両者は開設者や人員配置といった施設基準が異なるが、それぞれの役割は明確ではない。また訪問によるリハビリテーション(以下、訪問リハ)を提供する基盤整備は必ずしも十分ではなく、地域包括ケアを推進する上で、訪問リハサービスのさらなる充実と連携強化は欠かせない。

■目的

全国の訪問リハ事業所と訪看 st. (以下、訪問リハ提供者)の訪問リハサービスの提供実態や利用者実態を把握することを通して、訪問リハサービスを普及するために必要な課題を明らかにすることとした。

■対象・方法

全国の訪問リハサービス提供事業所および居宅介護支援事業所を対象にアンケート調査を実施した。対象施設は、訪問リハ事業所 800 施設、訪看 st. 795 施設、居宅介護支援事業所 1000 施設、訪問リハステーション 10 施設とした。調査票は施設票および利用者個票から構成され、施設票の回答者は各事業所の管理者とし、利用者個票の回答者は訪問リハサービス提供事業所に所属している理学療法士、作業療法士および言語聴覚士、居宅介護支援事業所に所属している介護支援専門員とした。調査方法は郵送調査とし、回答は無記名とした。調査期間は平成 25 年 11 月 8 日から 12 月 10 日とした。尚、調査対象者には、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面により説明し、本調査に対する回答を以って同意があったとみなした。

■調査項目

主な調査項目は、以下の通りである。

訪問リハサービス提供事業所 事業所票

- ・リハ依頼の状況、訪問リハサービスの提供方法、安全管理、市町村事業への参加状況 等

訪問リハサービス提供事業所 利用者個票

- ・状態像、訪問リハの課題、プログラム内容 等

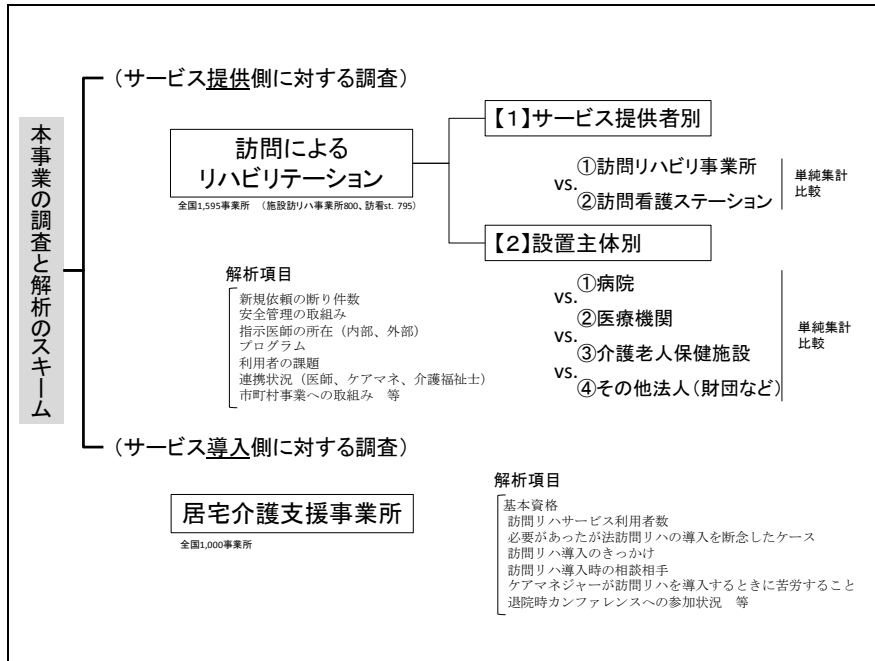
居宅介護支援事業所 事業所票

- ・配置人数 等

居宅介護支援事業所 利用者個票

- ・訪問リハサービス提供事業者との連携状況 等

■調査と解析のスキーム



■結果

1) 回収率

訪問リハ事業所	49.6% (397 施設/800 施設)
訪看 st.	43.4% (345 施設/795 施設)
居宅介護支援事業所	42.5% (425 施設/1000 施設)
訪問リハステーション	70.0% (7 施設/10 施設)

2) 基本情報

- ・回答は全国から得られた。
(北海道・東北 14.4%, 関東・甲信越 26.9%, 東海・北陸 14.9%, 近畿 16.8%, 中国・四国・九州 25.9%)
- ・得られた個票データについて、要介護度は、介護給付費実態調査(2013年11月 月報)による全国値と比較した。その結果、訪問リハ事業所の個票データおよび訪看 st. の個票データそれぞれ全国値と関連を認めなかった。

3) 提供体制

平成 25 年 4 月から 9 月までの実績で、訪問リハサービスの新規依頼を断ったことがある訪問リハサービス事業者は 3 割以上で、1 施設当たり平均 14.1 件/6 か月を断っていた。

断る理由は訪問リハ事業所と訪看 st. 共に、「マンパワー不足」や「遠方による受け入れ困難」であり、訪問リハサービスの資源が地域で不足している実態が再確認された。

訪問リハサービスの指示書を出す医師数は、訪看 st. が1事業所当たり50.7件と訪問リハ事業所の21.9人より多かった。自法人以外の医師から指示書を受ける割合も訪看 st. が84.6%と訪問リハ事業所の63.4%より高かった。指示書を書く法人内の医師数は訪問リハ事業所が1事業所当たり5.0人で訪看 st. が5.5人であった。

一方、医療機関等の設置主体別にみると、指示する医師が自法人以外の割合は、訪看 st. の主な設置者である「その他法人」で90.8%と最も高かったが、訪問リハ事業所の主な設置者である医療機関等であっても、61.4%と半数を超えた。

利用者宅までの最大移動時間について、訪問リハ事業所は27.4分、訪看 st. は34.8分であった。また、事業所が所在する市区町村の規模別に比較したが、大きな差はなかった。リハビリ専門職の専従者の割合は訪問リハ事業所で28.9%、訪看 st. で76.2%と訪看 st. で高かった。リハビリ専門職の1施設当たりの労働時間比は、訪問リハ事業所：訪看 st. =1：1.72であった。

対応ができないとした疾患について、訪問リハ提供者の35.9%で対応できない疾患があるとした。主な疾患は、訪問リハ事業所と訪看 st. 別に関わらず、「心大血管疾患（重度）」、「その他」や「呼吸器疾患（重度）」であった。

医療的処置が必要で対応ができないとした状態像について、訪問リハ提供者の35.0%で対応できない疾患があるとした。主な状態像は、訪問リハ事業所と訪看 st. 別に関わらず、「人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態」、「がん末期の疼痛管理が必要な状態」や「看取り期のケアが必要な状態」であった。この3つの状態像の受け入れ状況について、

図1 外部の主治医から指示書を受ける割合別の度数分布（訪問リハ提供者別）

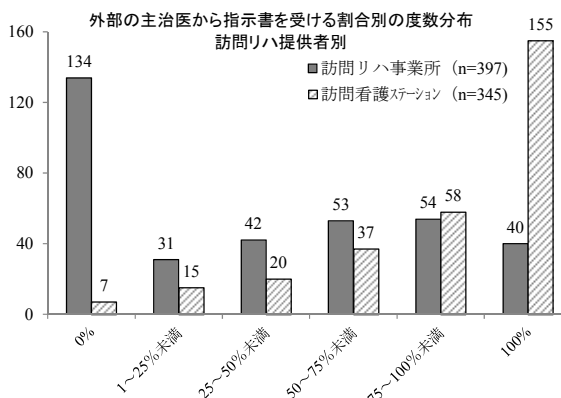


図2 専従のリハビリ専門職の従事者割合別の度数分布（訪問リハサービス提供者別）

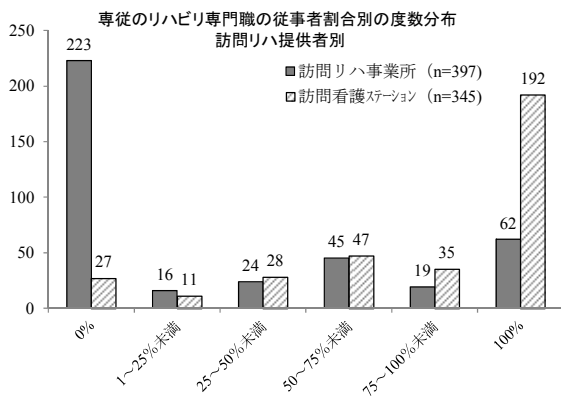


表1 看取り期のケアが必要またはがん末期の疼痛管理を必要とする状態像と事業所での対応可能性

	看取り期のケアが必要またはがん末期の疼痛管理を必要とする状態像			
	対応できる		対応できない	
病院(n=313)	269	85.9%	44	14.1%
介護老人保健施設(n=89)	73	82.0%	16	18.0%
診療所(n=76)	64	84.2%	12	15.8%
その他法人(n=203)	181	89.2%	22	10.8%

訪問看護 st. や、設置主体のうち「その他法人」は、これらの状態像に対応できないと答えた割合が低い傾向を示した（表 1）。

その他、訪問リハ提供者（訪問リハ事業所と訪看 st.）全体から「全利用者のうち、脳血管疾患の利用者が 50%を超える事業所」と「運動器疾患の利用者が 50%を超える事業所」を抽出し比較したところ、脳血管疾患が 50%超え事業所と、運動器疾患が 50%超え事業所では、対応できない利用者の状態像が「ある」と回答した割合は共に 29.1%と全体として低かった。

4) 訪問リハ事業者におけるリスク管理

緊急時の連絡方法を取り決めるなどの安全管理への取り組みは、訪問リハ提供者やその設置主体にかかわらず 80%以上で実施されていた。また、緊急時の対応マニュアルの取り決めも同様であり、80%程度で実施されていた。なお、指示書への安全上管理上の注意事項の記載は、主治医が地域のかかりつけ医か法人内の医師か等にかかわらず、70%以上で行われていた。

5) 市町村との連携

市町村事業に参画している訪問リハ提供者は全体で 32.5%であり、そのうち、介護予防事業に参加している割合は、訪問リハ事業所で 71.6%、訪看 st. で 46.6%であった。

一方、地域ケア会議への呼びかけがあった回数は訪看 st. で平均 1.42 回/6 か月、訪問リハ事業

所で平均 0.87 回/6 か月であった。また、呼びかけがあったうち実際に参加できた回数は訪看 st. で平均 0.82 回/6 か月、訪問リハ事業所で平均 0.52 回/6 か月であり、呼びかけに対する参加率は、訪問リハ事業所で 56.0%と、訪看 st. の 47.6%であった。地域ケア会議の呼びかけがあった中で実際に参加した訪看 st. は 75.2%、訪問リハ事業所は 65.4%であった。

表 2 介護予防事業への参加状況

	介護予防事業への参加状況			
	参加した		参加しなかった	
訪問リハ事業所(n=116)	83	71.6%	33	28.4%
訪看st(n=103)	48	46.6%	55	53.4%

6) 他の職種との連携

入院・入所施設からのリハビリテーション実施記録等の情報提供については、訪問リハ事業所の方が訪看 st. より高い割合で実施されていた（訪問リハ事業所 82.1%、訪看 st. 69.1%）。医師との連携について、訪

問リハ提供者は、医師に対して計画書と報告書を提出している割合が 80%以上と高く、設置主体が「その他法人」の事業者においても、90%以上と積極的に連携していた。介護支援専門員との連携について、ケアプランへの助言経験があった訪問リハ事業所は 89.3%で、訪看 st. は 96.5%であり、どちらも介護支援専門員と連携しながら訪問リハサービスを提供して

表 3 医師への訪問リハ実施計画の伝達状況

	医師への訪問リハサービスの実施計画の伝達状況			
	伝えている		伝えていない	
訪問リハ事業所(n=397)	329	82.9%	68	27.1%
訪看st(n=343)	337	98.3%	6	1.7%

いる実態が明らかになった。介護福祉士との連携については、介護福祉士に対する実地で助言を行っている訪問リハ事業所は35.8%であり、介護報酬上で評価のない訪看st.も同様に33.5%が連携していた。また、連携実績は、設置主体による差も認めなかった。

7) 利用者特性およびサービス提供内容

利用者の要介護度、年齢および性別は、訪問リハ事業所と訪看st.の間に差はなかった。

疾患割合をみると、運動器疾患および脳血管疾患が占める割合は、訪問リハ事業所が、33.8%と訪看st.(22.2%)より高かった。むしろ、訪看st.では、特定疾患の割合が19.5%と高かった(訪リハ事業所10.1%)。また、「脳血管疾患が50%超え事業所」は「運動器疾患が50%超え事業所」に比べて、要介護度4および5という重度の割合が高かった。

医療的な処置の必要とする利用者の状態像をみると、全体として「服薬援助・管理が必要な状態(27.7%)」「慢性疼痛の管理(がん末期以外)が必要な状態(14.1%)」「摂食・嚥下障害がある状態(14.1%)」が多かった(複数回答)。訪リハ提供者別にみた場合、「服薬援助・管理が必要な状態」が、訪問リハ事業所(30.0%)で、訪看st.(25.2%)より有意に高かった。設置主体別にみた場合、同様に「服薬援助・管理が必要な状態」が、医療機関等(29.2%)で、その他法人(25.1%)より有意に高かった。

利用者の課題をみると、「身体機能面」が最も多かった。訪問リハ提供者別で差はなかった。提供プログラムは、訪問リハ提供者別や設置主体別も同様の傾向であった。一方、リハの目標によって異なっていた。例えば、家族の介護負担の軽減を目標とする場合、移乗動作訓練が採用されるケースが多かった。社会参加の向上・獲得が短期目標である場合、目標を達成した群は、目標達成できなかった群に比べて、マッサージを実施している割合が低かった。また、家族の介護負担・介助量の軽減が短期目標である場合、目標を達成した群は、歩行訓練を実施していた割合が高かった。

8) 訪問リハビリ導入時の実態(ケアマネジャー対象の調査)

訪問によるリハサービスの導入について、導入のきっかけで最も多かった回答は、「家族からの要望」が53.2%であり、次いでケアマネジャーの提案が続いた。主治医・かかりつけ医からの提案は、19.3%と低かった。また、導入時の相談相手は、「病院所属のリハビリ専門職」が51.7%と最も多かった。訪問リハの指示を出した医師とサービスを提供するリハビリ専門職との関係性からみると、「リハビリ専門職と医師が同一法人ではない」割合は、48.3%と半数近くあった。

訪問リハサービスを導入できなかったケースについて、必要と感じた断念したことのあつる事業所は、全体の24.0%だった。また、導入できなかった主な理由(複数回答)は、「医師は必要だと判断したが、本人及び家族が断ったから」が42.4%と最も多く、「地域の訪問リハサービスが少ないため」が続いた。退院前ケアカンファレンスについて、参加した割

合は65.5%と多かった。また、リハビリ専門職の参加状況では、病院のリハ職は85.4%であったが、受け手側である在宅のリハビリ専門職の参加は47.4%にとどまっていた。

■まとめ

- ・訪看 st. は訪問リハ事業所に比べ、指示書を出す自法人以外の医師数が多かった。ただし、訪問リハ事業所であっても、指示書を自法人以外の医師から積極的に受けており、地域の医師と連携して訪問リハサービスを提供していた。
- ・訪問リハ提供者間のリハビリ専門職の1施設1日当たりの平均労働時間は、訪問リハ事業所で理学療法士 15.5 時間、作業療法士 6.2 時間、言語聴覚士 1.4 時間、計 23.1 時間、訪看 st. では理学療法士 24.4 時間、作業療法士 13.6 時間、言語聴覚士 2.0 時間、計 40.0 時間であり、訪問リハ事業所を1とした場合のおおのの比は、1.57、2.19、1.43、1.72 倍と作業療法士で最も差が大きかったことが明らかとなった。
- ・訪問リハ事業所は、マンパワー的には劣っているが、利用者1ヶ月1人当たりの訪問回数は9.7回と集中的なりハを実践しており、入院・入所施設から情報提供を受ける割合も高く、市町村事業への参加割合（71.6%）や、地域ケア会議への1回の呼びかけに対する参加率が訪看 st. より高かった。
- ・訪看 st. は、リハビリ専門職の専従割合が高く、平均最大移動時間が34.8分とサービス提供範囲が広範囲に及んでいた。また、地域ケア会議への参加依頼が多く、対応できない利用者の状態像が少なかった。
- ・リスク管理や他の職種との連携は、設置主体等にかかわらず高かった。要介護度等の利用者特性は、訪問リハ事業所と訪看 st. に差が無く、医療機関を設置主体とする訪問リハ提供者とその他法人を設置主体とする訪問リハ提供者の間でも、差がなかった。
- ・介護支援専門員が在宅のリハビリ専門職に対し、退院前ケアカンファレンスへの参加を要請した割合は60%弱であった。
- ・これらのことから、訪問リハビリテーションの課題は、入院期間中から訪問リハの必要性を検討し患者家族へ説明する機会を積極的に持ち、次に、在宅のリハビリ専門職が退院前ケアカンファレンス等に積極的に関与し、そして、双方の立場から在宅でのリハビリテーションの必要性を説明し他職種と協同して退院後の患者の生活をサポートする体制作りが構築されていないことである。同時に、訪問リハ事業所の十分なサービス提供体制の確立や、地域の医師による訪問リハ事業所の活用の推進についても十分に確立されていない。一方で、医療機関が得意な分野とその他法人が得意な分野では設置主体別にその違いが浮き彫りになったことから、多様な主体が訪問リハビリを提供できる体制を作ることも十分に考慮する必要がある。これらの課題に訪問リハ提供者が対応するためには、リハ職種による管理職を配置し多方面に渡る積極的な啓発活動の推進や調整作業が必須であり、リハビリテーションに関する窓口を明確に設定すべきである。（とりわけ訪リハ事業所の専従割合の低さは上記課題を解決する上で大きな障壁である。）

報告書 目次

はじめに

序

調査結果の要約

エグゼクティブサマリ

サマリ

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	1
3. 事業内容	1
第二節 実施体制	2
1. 調査検討委員会	2
2. 作業部会	2
3. 調査検討委員会および作業部会のスケジュール	2
第三節 調査の方向性と方法	3
1. 調査の方向性	3
2. 対象	3
3. 調査票の配布および回収方法	3
4. 調査期間	3
5. データの分析	4
6. 倫理的配慮	4
第2章 調査結果	5
第一節 表記について	5
第二節 結果	6
1. 基本情報について	6
2. 提供体制について	10
3. 利用者特性とサービス内容について	40
4. 連携について	47
5. ケアマネジャーからみた、訪問リハ導入時の実態	59
第3章 考察	70

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

自宅での理学療法士等のサービスには、医療機関等に併設した「訪問リハビリテーション」と訪問看護ステーションからの「訪問看護による理学療法士等の訪問」がある。両者は開設者や人員配置といった施設基準が異なるが、それぞれの役割は明確ではない。また訪問によるリハビリテーション(以下、訪問リハ)を提供する基盤整備は必ずしも十分ではなく、地域包括ケアを推進する上で、訪問リハサービスのさらなる充実と連携強化は欠かせない。

2. 目的

全国の訪問リハ事業所と訪問看護ステーション(以下、訪問リハサービス提供事業者)の訪問リハサービスの提供実態や利用者実態を把握することを通して、訪問リハサービスを普及するために必要な課題を明らかにすることとした。

3. 事業内容

医療機関や介護老人保健施設に併設する訪問リハビリテーション事業所と理学療法士等が在籍する訪問看護ステーションに所属するリハビリテーション専門職を対象とし、人員配置、提供サービス、医療的リスクに対する取り組み、指示する医師の所属先、サービス提供までに要する期間等に関するアンケート調査を実施した。また、介護支援専門員を対象として、訪問によるリハビリテーションが適用と考えられる利用者状況や訪問によるリハビリテーションの利用状況に関するアンケート調査を実施した。

第二節 実施体制

1. 調査検討委員会

委員	青山 誠	手稲溪仁会病院 リハビリテーション部 部長
委員長	猪田 邦雄	中部大学生命健康科学部 特任教授
委員	宇田 薫	おもと会 クリニック安里 訪問リハビリテーションセンター
委員	内山 靖	名古屋大学大学院医学系研究科 教授
委員	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 企画部第一室長
委員	塩中 雅博	ポシブル医科学株式会社 代表取締役社長
委員	中林 弘明	日本介護支援専門員協会 常任理事
委員	山口 勝也	梶原診療所

* 敬称略, 五十音順

2. 作業部会

部会長	青山 誠	手稲溪仁会病院 リハビリテーション部 部長
部員	赤羽根 誠	秀友会 在宅リハビリテーション部
部員	大塚 功	相澤病院 院長補佐
部員	岡持 利亘	埼玉県理学療法士会 副会長・職能局長
アドバイザー	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 企画部第一室長

* 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

〈開催日時〉	〈作業内容〉
平成 25 年 7 月 30 日	第 1 回調査検討委員会：調査の進め方の承認 作業部会の設置の承認
8 月 15 日	第 1 回作業部会：調査計画の決定, 調査票の作成
9 月 9 日	第 2 回作業部会：調査票の決定
平成 26 年 1 月 19 日	第 3 回作業部会：解析方針の決定
1 月 28 日	第 2 回調査検討委員会：報告書作成方針の検討
2 月 28 日	第 4 回作業部会：報告書の作業部会案の作成
3 月 4 日	第 3 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

本調査は、地域包括ケアシステムを推進するために必要な訪問リハの課題を洗い出すことを目的としている。

地域包括ケアシステムでは、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することが出来るような支援・サービス提供体制の構築が必要で、今後の方向性として、在宅系サービスの着実な普及と拡大、専門職サービス、市町村と法人間の有機的な連携、在宅限界を引き上げる医療と在宅サービスの連携、自立支援型のプランニング(ケアマネジメント)の定着が求められている。

訪問リハにおいても、上記の地域包括ケアシステムを推進する一助となるために、必要な訪問リハビリテーションの課題を明らかにすることを目的として、地域の医師のリハ依頼に対応できるリハ拠点の普及、保険の枠を超えた理学療法士等の活用、医療と連携した安全なサービス提供のしくみ、自立支援を目的とした他職種との連携の広まり、などといった、居宅におけるリハビリテーションの課題について、明らかにする。

2. 対象

全国の訪問リハサービス提供事業所および居宅介護支援事業所を対象にアンケート調査を実施した。

対象施設は、訪問リハ事業所 800 施設、訪問看護ステーション 795 施設、居宅介護支援事業所 1000 施設、訪問リハステーション 10 施設とした。

調査票は施設票および利用者個票から構成され、施設票の回答者は各事業所の管理者とし、利用者個票の回答者は訪問リハサービス提供事業所に所属されている理学療法士、作業療法士および言語聴覚士、居宅介護支援事業所に所属されているケアマネジャーとした。

3. 調査票の配布および回収方法

調査方法は、郵送配布・郵送回収法とした。

4. 調査期間

平成 25 年 11 月 8 日から 12 月 10 日とした。

5. データの分析

1) 調査項目

主な調査項目は、以下の通りである。

訪問リハサービス提供事業所 事業所票

- ・リハ依頼の状況
- ・訪問リハサービスの提供方法
- ・安全管理
- ・市町村事業への参加状況 等

訪問リハサービス提供事業所 利用者個票

- ・状態像
- ・訪問リハの課題
- ・プログラム内容 等

居宅介護支援事業所 事業所票

- ・配置人数 等

居宅介護支援事業所 利用者個票

- ・訪問リハサービス提供事業者との連携状況 等

2) 解析方法

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。

また、必要に応じ、有意水準を5%とし、 χ^2 二乗検定、t 検定を行った。

6. 倫理的配慮

すべ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方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、一部の質問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。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

表記を以下の通り統一した。

「訪問リハ」は、訪問によるリハビリテーションを意味することとした。

「訪問リハ事業所」は、訪問リハビリテーション事業所を意味することとした。

「訪看 st.」は、訪問看護ステーションを意味することとした。

「訪問リハ提供者」は、訪問リハ事業所と訪看 st. の両方を意味することとした。

第二節 結果

1. 基本情報について

(1) 回答者の属性

訪問リハ事業所からは49.6% (397施設/800施設), 訪看st.からは43.4% (345施設/795施設), 居宅介護支援事業所からは42.5% (425施設/1000施設), 訪リハステーションからは70.0% (7施設/10施設)の回答を得た。

回答は北海道・東北から九州まで, 全国から得られた。回答で得られた利用者の要介護度においては, 介護給付費実態調査(2013年11月月報)を参考値とし, 訪問リハ事業所の利用者と比較したが, 有意な差はみられなかった。また, 参考値と訪看st.の利用者においても有意な差はみられなかった。

表1 回収率

	送付数	回収数	回収率
総計	2605	1174	45.1%
訪問リハ事業所	800	397	49.6%
訪問看護ステーション	795	345	43.4%
居宅介護支援事業所	1000	425	42.5%
訪問リハステーション	10	7	70.0%

表2 訪問リハ提供者別にみた回答者の職種

	合計	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
総計	3338	2243 67.2%	920 27.6%	175 5.2%
訪問リハ事業所	1687	1188 70.4%	397 23.5%	102 6.0%
訪問看護ステーション	1615	1031 63.8%	513 31.8%	71 4.4%
訪問リハステーション	36	24 66.7%	10 27.8%	2 5.6%

表 3 訪問リハ提供者別にみた回答者の地域

		総数	北海道 東北	関東 甲信越	東海 北陸	近畿	中国 四国 九州	無回答
総 計	度数	1174	169	316	175	197	304	13
	割合	100.0%	14.4%	26.9%	14.9%	16.8%	25.9%	1.1%
訪問リハ事業所	度数	397	46	116	48	71	112	4
	割合	100.0%	11.6%	29.2%	12.1%	17.9%	28.2%	1.0%
訪問看護 ステーション	度数	345	49	93	61	70	65	7
	割合	100.0%	14.2%	27.0%	17.7%	20.3%	18.8%	2.0%
居宅介護支援 事業所	度数	425	68	106	66	56	127	2
	割合	100.0%	16.0%	24.9%	15.5%	13.2%	29.9%	0.5%
訪問リハ ステーション	度数	7	6	1	0	0	0	0
	割合	100.0%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

○訪問リハ提供者別

訪問リハ提供者は、訪問リハ事業所が 53.5%，訪問看護ステーションが 46.5%だった。

表 4 訪問リハ提供者の内訳

		合 計	訪問リハ 事業所	訪問看護 ステーション
訪問リハ提供者	施設数	742	397	345
	割 合		53.5%	46.5%

○設置主体別

訪問リハサービス提供者全体でみると、「病院」が48.5%と最も多く、ついで「その他法人」が28.6%であった。訪問リハ事業所では、「病院」が65.5%と最も多く、ついで「介護老人保健施設」が23.4%であった。訪問看護ステーションでは、「その他法人」が60.0%と最も多く、ついで「病院」が29.0%であった。

表5 設置主体の内訳

設置主体		総数	病院	介護老人 保健施設	有床 診療所	無床 診療所	その他 法人	無回答
総計	度数	742	360	114	26	67	212	5
	割合	100.0%	48.5%	15.4%	3.5%	9.0%	28.6%	0.7%
訪リハ事業所	度数	397	260	93	16	45	5	1
	割合	100.0%	65.5%	23.4%	4.0%	11.3%	1.3%	0.3%
訪問看護 ステーション	度数	345	100	21	10	22	207	4
	割合	100.0%	29.0%	6.1%	2.9%	6.4%	60.0%	1.2%

○ 1 事業所あたりの要介護度別にみた平均利用者数

要介護度別にみた 1 事業所あたり平均利用者数は、「要介護 2」が最も多く 10.9 人であり、ついで「要介護 3」が 8.6 人であった。

表 6 1 事業所あたりの要介護度別人数

	合計	自立 非該当 未申請	新規 申請中	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
総 計	51.7	2.8	0.1	1.8	4.5	7.4	10.9	8.6	7.8	7.8
訪問リハ事業所	36.7	1.1	0.1	1.2	3.3	5.4	7.9	6.5	5.8	5.5
訪問看護ステーション	69.9	4.9	0.1	2.5	5.9	9.9	14.6	11.2	10.2	10.6
参考値										
訪問リハサービス 受給者数 (単位：千人)	84.5	0.0	0.0	2.9	8.0	12.1	19.3	14.9	14.0	13.3
訪問リハステーション	43.6	0.0	1.4	2.9	5.7	5.3	8.6	7.9	6.3	5.6

訪問リハサービス受給者数：介護給付費実態調査（2013 年 11 月月報）より

- ・ 訪問リハ事業所の要介護度別の利用者数と介護給付費実態調査（2013 年 11 月月報）の訪問リハサービス受給者と間には、有意な差を認めなかった（自由度 6，カイ 2 乗値 0.04， $p=0.99$ ）。
- ・ 訪問看護ステーションの要介護度別の利用者数と介護給付費実態調査（2013 年 11 月月報）の訪問リハサービス受給者と間には、有意な差を認めなかった（自由度 6，カイ 2 乗値 0.14， $p=0.99$ ）。

2. 提供体制について

(1) 利用者数等

○ 1事業所あたりの疾患別にみた平均利用者数

疾患別にみた1事業所あたり平均利用者数は、「脳血管疾患」が18.6人、「運動器疾患」が13.4人であった。訪問リハ事業所では、「脳血管疾患」が14.8人、「運動器疾患」が11.8人であった。訪問看護ステーションでは、「脳血管疾患」が23.3人、「運動器疾患」が15.4人であった。

表7 1事業所あたりの疾患別人数

	総数	脳血管疾患	運動器疾患	呼吸器疾患	心大血管疾患	がん	特定疾患	その他
総計	51.5	18.6	13.4	1.9	2.1	1.5	7.5	6.5
訪問リハ事業所	36.5	14.8	11.8	1.0	1.0	0.7	3.8	3.4
訪問看護ステーション	70.0	23.3	15.4	2.9	3.5	2.4	11.9	10.5
参考値								
訪問リハステーション	42.9	21.0	10.9	1.0	1.4	1.4	2.4	4.7

図1 疾患別割合（利用者票）

	総数	脳血管疾患	運動器疾患	呼吸器疾患	心大血管疾患	がん	その他
総計	3167	1520	985	97	80	50	435
		48.0%	31.1%	3.1%	2.5%	1.6%	13.7%
訪問リハ事業所	1622	753	543	48	27	22	229
		46.4%	33.5%	3.0%	1.7%	1.4%	14.1%
訪問看護ステーション	1545	767	442	49	53	28	206
		49.6%	28.6%	3.2%	3.4%	1.8%	13.3%

○利用者のサービス利用数

利用している介護保険サービス数は、平均 2.95 サービスであった。指示医の属性ごとで比較してもサービス数に差はなかった。

表 8 主治医の法人内外別 利用者が利用している介護保険サービスの数

	度数	平均値	標準偏差	最大値	中央値	最小値
総 数	3332	2.95	1.35	9	3	0
自法人の医師	912	2.94	1.37	7	3	0
自法人以外の医師	2207	2.95	1.35	9	3	0

表 9 主治医の所在別 利用者が利用している介護保険サービスの数

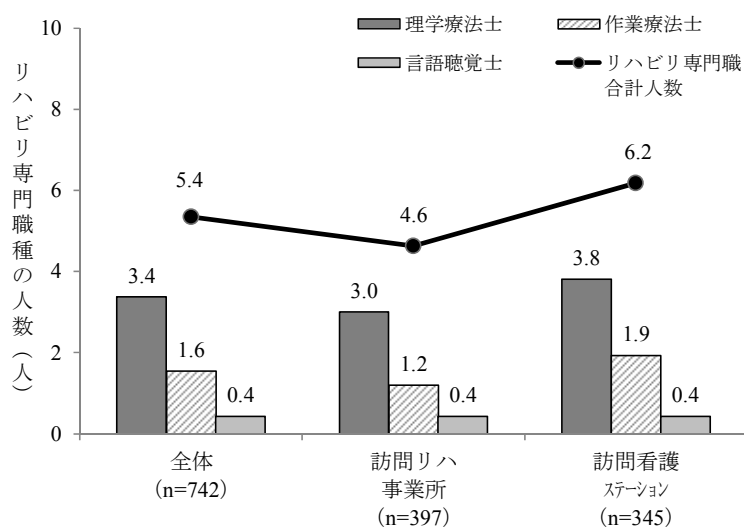
	度数	平均値	標準偏差	最大値	中央値	最小値
総 数	3332	2.95	1.35	9	3	0
病院の医師	1317	2.92	1.33	8	3	0
地域のかかりつけ医	1033	2.97	1.37	9	3	0
そ の 他	43	3.07	1.45	8	3	1

(2) 人員体制

○訪問リハ提供者別のリハビリ専門職の平均人数

訪問リハ提供者全体では、1事業所あたり平均リハビリ専門職は5.4人で、職種別の内訳は、理学療法士3.4人、作業療法士1.6人、言語聴覚士0.4人であった。訪リハ提供者別では、訪問リハ事業所では、4.6人、訪問看護ステーションでは、6.2人だった。

図2 訪問リハ提供者別 リハビリ専門職の人数



○訪問リハ提供者別 専従者の割合

訪問リハ提供者全体では、専従者割合は、50.9%であった。訪問リハ事業所では、28.9%であり、訪問看護ステーションでは、76.2%であった。また、訪問リハ提供者別で専従者割合に有意差を認めた。

表 10 訪問リハ提供者別 専従者の割合

訪問リハ提供者	N	割合	標準偏差	平均値の標準誤差
全体	731	50.9%	.43376	
訪問リハ事業所	391	28.9%	.38930	.01969
訪看護ステーション	340	76.2%	.33314	.01807

独立サンプルの検定							
	等分散性のための Levene の検定		2 つの母平均の差の検定				
	F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差	差の標準誤差
等分散を仮定する。	23.042	.000	-17.496	729	.000	-.47260	.02701
等分散を仮定しない。			-17.686	728.819	.000	-.47260	.02672

○訪問リハ提供者別 専従者の割合分布

訪問リハ提供者全体では、「100%」が最も多く、34.7%であった。ついで、「0%」が34.2%であった。訪問リハ提供者は専従者の割合分布と関連しており、訪問看護ステーションは訪問リハ事業所より、専従のリハビリ専門職がいる割合が高かった。

表 11 訪問リハ提供者別 専従者の割合分布

訪問リハ提供者	訪問リハ事業所	度数	リハビリ専門職 専従割合					合計
			0%	1~25%未満	25~50%未満	50~75%未満	75~100%未満	
訪問リハ提供者	訪問リハ事業所	223	18	24	45	19	62	391
	訪問リハ提供者の%	57.0%	4.6%	6.1%	11.5%	4.9%	15.9%	100.0%
訪看護ステーション	訪看護ステーション	27	11	28	47	35	192	340
	訪問リハ提供者の%	7.9%	3.2%	8.2%	13.8%	10.3%	56.5%	100.0%
合計	合計	250	29	52	92	54	254	731
	訪問リハ提供者の%	34.2%	4.0%	7.1%	12.6%	7.4%	34.7%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	224.516	5	.000
尤度比	248.522	5	.000
線型と線型による連関	216.998	1	.000
有効なケースの数	731		

対称性による類似度

	値	漸近有意確率
名義と名義	ファイ	.554
	Cramer の V	.554
有効なケースの数	731	

○リハビリ専門職の延べ労働時間

訪問リハ提供者全体では、リハビリ専門職の延べ労働時間は、1事業所あたり30.9時間であった。およそ3.9人（常勤換算）に相当する。訪問リハ事業所では、23.2時間であり、およそ2.9人（常勤換算）に相当する。訪問看護ステーションでは、40.0時間であり、およそ5.0人（常勤換算）に相当する。

表 12 訪問リハ提供者別 リハビリ専門職の延べ労働時間（時間）

	合 計	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
全 体	30.9	19.6	9.7	1.7
訪問リハ事業所	23.2	15.5	6.2	1.4
訪問看護ステーション	40.0	24.4	13.6	2.0

(3) 訪問リハ実施状況

○訪問リハ提供者別 訪問回数

1事業所・1利用者あたりの訪問回数は、8.5回/月であった。訪問リハ事業所では、9.7回/月であり、訪問看護ステーションでは、7.9回/月であった。また、設置主体別にみると、「介護老人保健施設」が最も多く10.4回/月、次いで「病院」が9.0回/月であった。

図3 訪問リハ提供者別 訪問回数

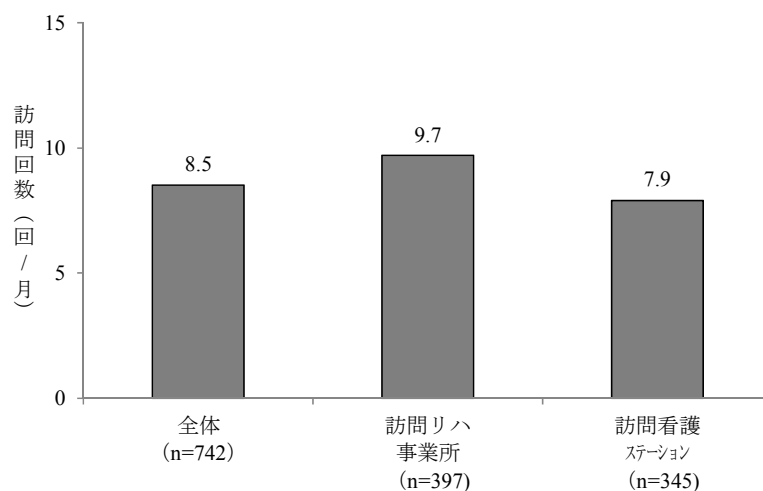
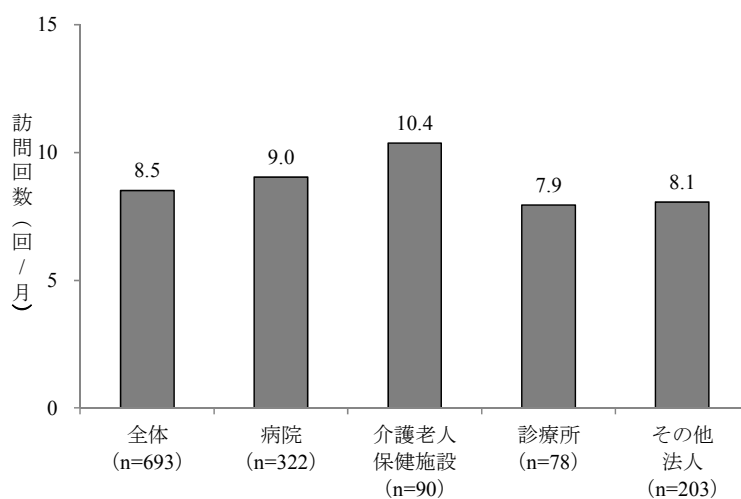


図4 設置主体別 訪問回数



○新規依頼を断ったことのある事業所割合とその件数

新規利用者の依頼を断ったことが「ある」とした回答は、全体で 34.8%であった。訪問リハ事業所では、35.4%であり、訪問看護ステーションでは、34.0%であった。

断った件数の平均は、全体で 14.1 件/6 カ月、訪問リハ事業所では 10.6 件/6 カ月、訪問看護ステーションでは、18.1 件/6 カ月であった。

図 5 6 カ月間に新規依頼を断ったことのある事業所割合

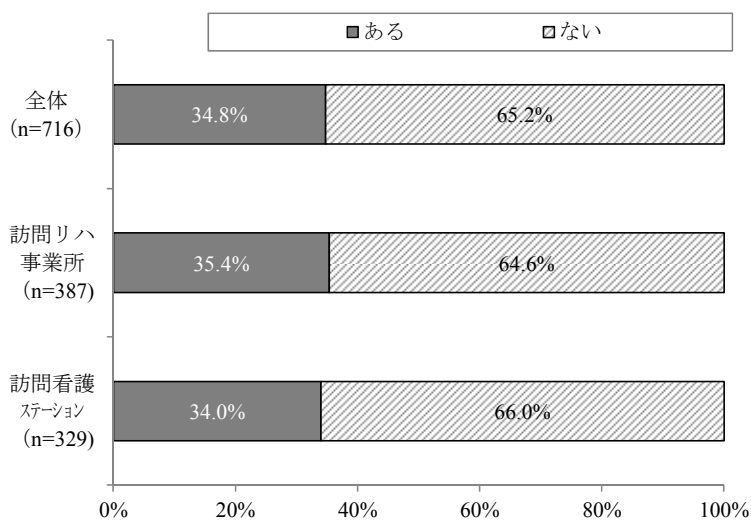
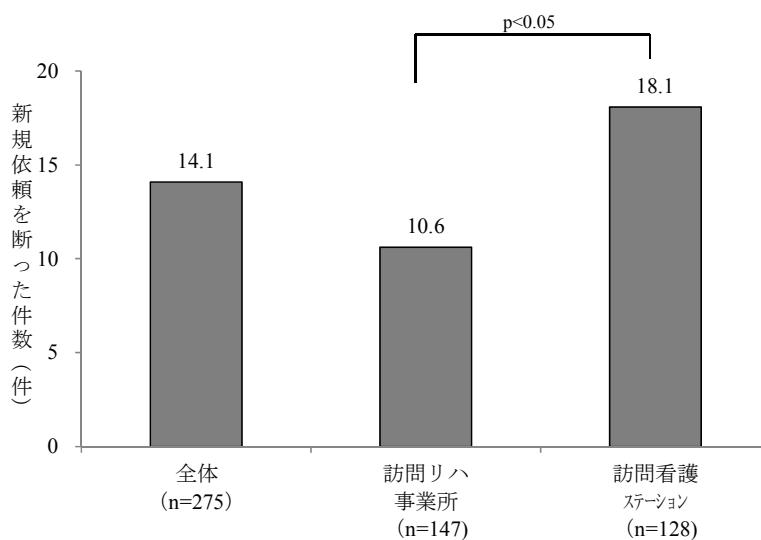


図 6 6 カ月間に新規依頼を断った件数



○新規依頼を断った理由

新規依頼を断った理由では、「マンパワーの不足」に相当する回答が 37.2%と最も多かった。ついで、「遠方のため (29.1%)」、「スケジュール調整が困難 (14.0%)」が続いた。訪問リハ提供者の別による違いはなかった。

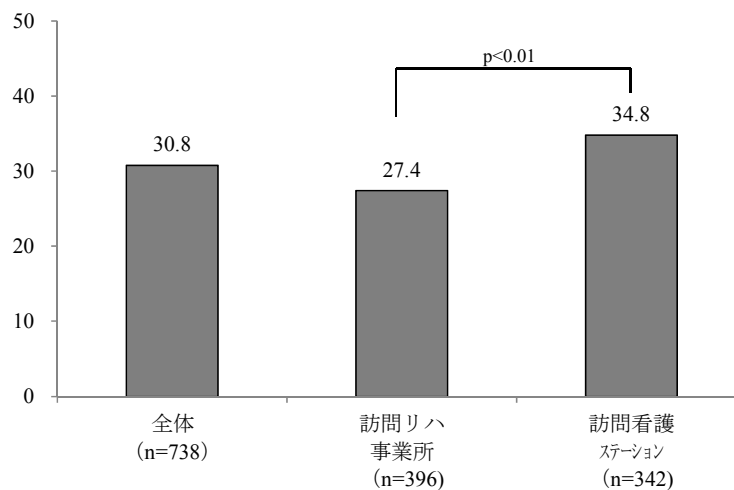
表 13 新規依頼を断った理由 (自由記載)

	全体 (n=86)		訪問リハ事業所 (n=49)		訪問看護ステーション (n=37)	
	項目名	(%)	項目名	(%)	項目名	(%)
1位	マンパワー不足	37.2	マンパワー不足	36.7	マンパワー不足	37.8
2位	遠方のため	29.1	遠方のため	34.7	遠方のため	21.6
3位	スケジュール調整が困難	14.0	スケジュール調整が困難	12.2	スケジュール調整が困難	16.2
4位	小児	5.8	精神疾患	6.1	小児	13.5
5位	精神疾患	4.7	小児・精神疾患以外の疾患	6.1	精神疾患	2.7

○事業所から最も遠い利用者宅までの所要時間

事業所から最も遠い利用者宅までの所要時間 (片道) は、全体では 30.8 分であった。訪問リハ事業所では、27.4 分であり、訪問看護ステーションでは、34.8 分であった。

図 7 訪問リハ提供者別 事業所から最も遠い利用者宅までの所要時間



○事業所から最も遠い利用者宅までの所要時間

最も遠い利用者宅までの所要時間を市区町村別に比較したところ、有意な差は認めなかった。

表 14 市区町村の規模別 事業所から最も遠い利用者宅までの所要時間

市町村の規模	平均値 (分)	度数	標準偏差
合 計	30.9	698	14.2
政令都市	29.5	178	14.1
中核市	32.5	105	15.4
特例市	30.2	183	14.3
その他の市	33.4	174	14.1
町 村	27.6	58	10.5

市町村の規模	平均値の差	標準誤差	有意確率	95% 信頼区間		
				下限	上限	
政令都市	中核市	-3.06	1.73	0.40	-7.80	1.68
	特例市	-0.71	1.48	0.99	-4.77	3.34
	その他の市	-3.96	1.50	0.07	-8.07	0.15
	町村	1.88	2.13	0.90	-3.94	7.70
中核市	政令都市	3.06	1.73	0.40	-1.68	7.80
	特例市	2.34	1.72	0.66	-2.38	7.06
	その他の市	-0.90	1.74	0.99	-5.66	3.86
	町村	4.94	2.30	0.20	-1.37	11.24
特例市	政令都市	0.71	1.48	0.99	-3.34	4.77
	中核市	-2.34	1.72	0.66	-7.06	2.38
	その他の市	-3.24	1.49	0.19	-7.32	0.83
	町村	2.59	2.12	0.74	-3.21	8.40
その他の市	政令都市	3.96	1.50	0.07	-0.15	8.07
	中核市	0.90	1.74	0.99	-3.86	5.66
	特例市	3.24	1.49	0.19	-0.83	7.32
	町村	5.84	2.14	0.05	0.00	11.68
町村	政令都市	-1.88	2.13	0.90	-7.70	3.94
	中核市	-4.94	2.30	0.20	-11.24	1.37
	特例市	-2.59	2.12	0.74	-8.40	3.21
	その他の市	-5.84	2.14	0.05	-11.68	0.00

※市町村規模 5 区分は、総務省の分類にしたがった。

(4) 医師の指示書

○指示書を出す医師の人数と、指示を出した事業所先と指示医師の所在の関係

訪問リハビリを指示した医師数は、訪問リハ提供者全体で、平均 34.8 人であった。提供者別では、訪問リハ事業所が 21.9 人、訪問看護ステーションでは 50.7 人であった。設置主体別にみると、「病院」では、26.4 人、「その他法人」では 60.0 人であった。

また、指示を出した医師と訪問リハビリの指示を受けた事業所の関係について、同一法人である割合は 26.9% であった。提供者別では、訪問リハビリ事業所が同 36.6%、訪問看護ステーションでは同 15.4% であった。設置主体別でみると、病院は 38.7%、その他法人では 9.2% であった。

図 8 訪問リハ提供者別 指示書を出す医師の人数

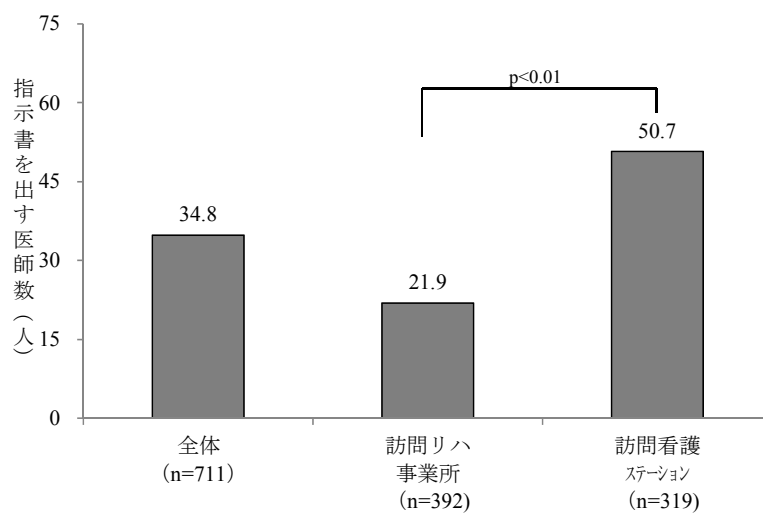


図9 訪問リハ提供者別 指示書を出す医師の割合

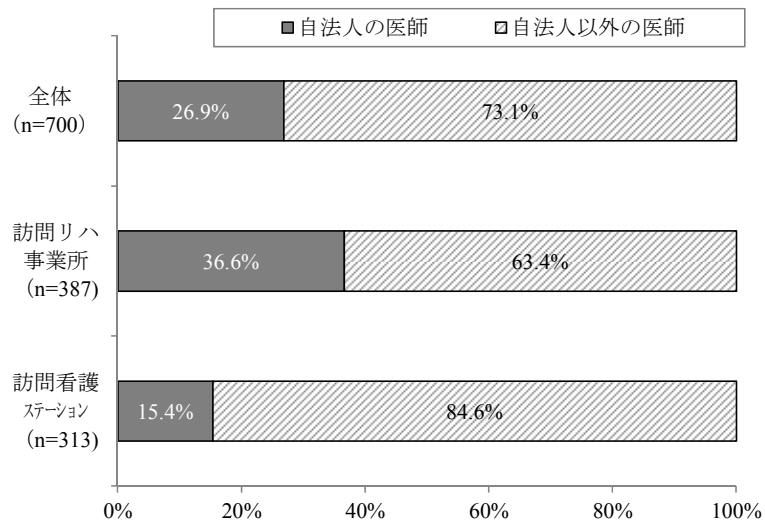


図10 設置主体別 指示書を出す医師の人数

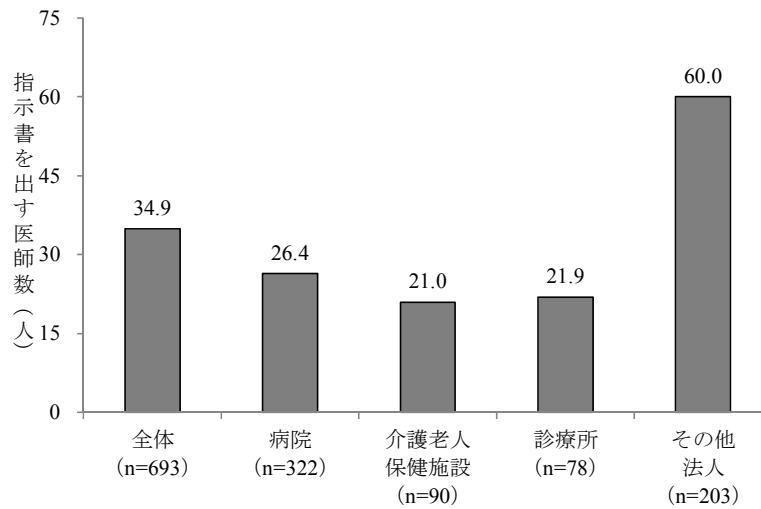
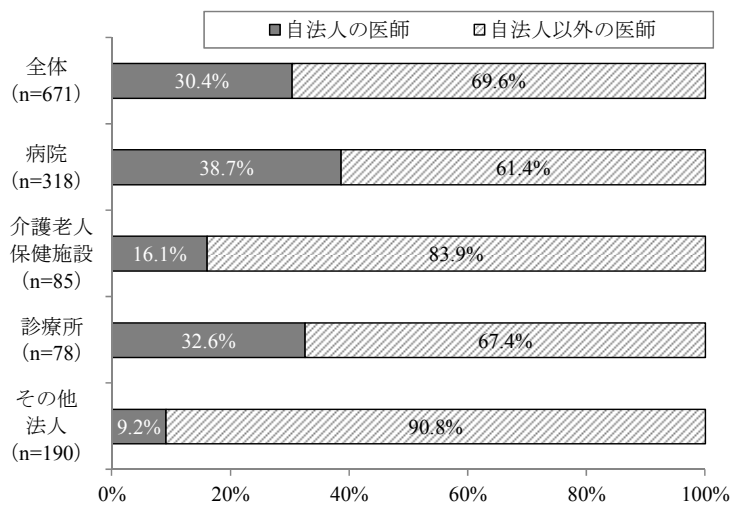


図 11 設置主体別 指示書を出す医師の割合



○医師からの指示書件数

指示書件数は、訪問リハ提供者全体でみると、32.2件であった。提供者別では、訪問リハビリ事業所が20.6件、訪問看護ステーションは46.5件であった。記載した医師と指示を出した事業所が同一法人である割合は、全体の42.2%を占めていた。提供者別における同一法人の割合は、訪問リハビリ事業所が61.4%、訪問看護ステーションでは18.8%であった。

図12 訪問リハ提供者別 医師からの指示書の件数

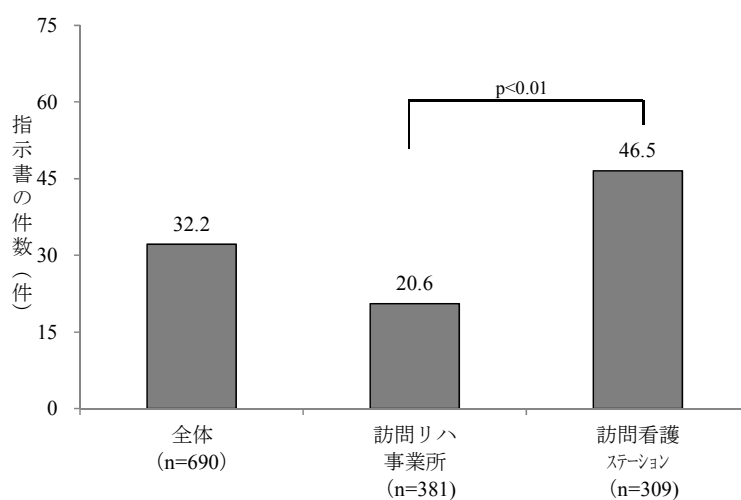


図13 訪問リハ提供者別 医師からの指示書の件数の割合

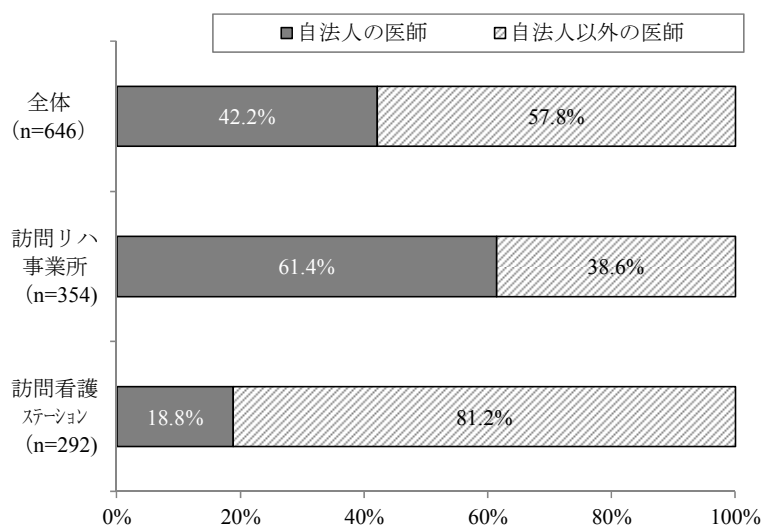


図 14 設置主体別 医師からの指示書の件数

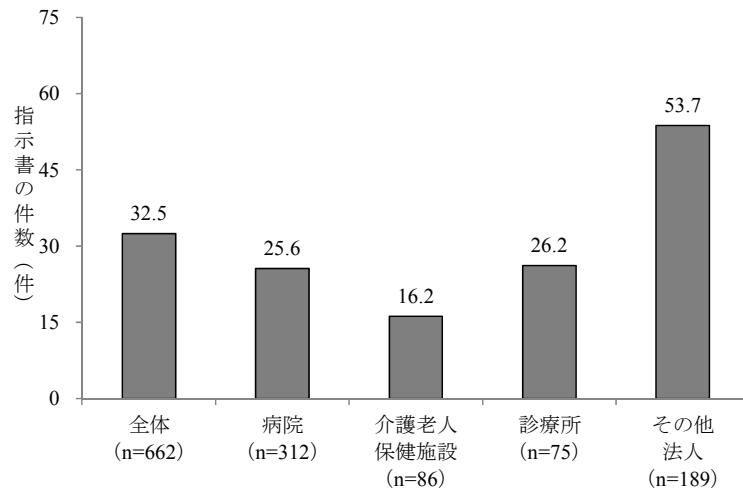
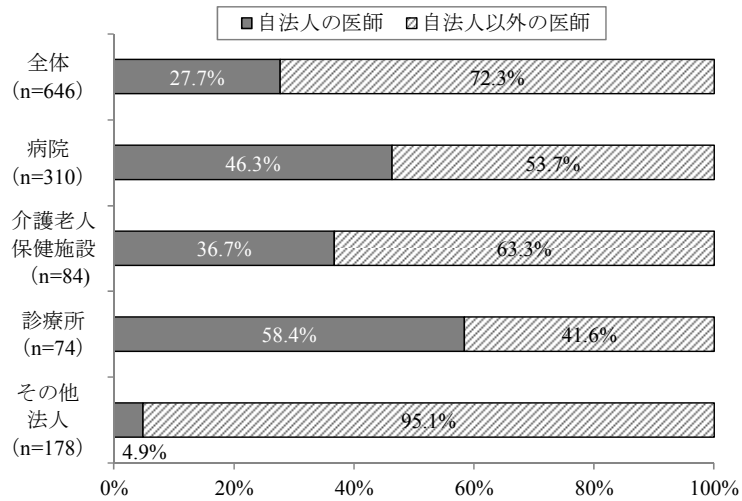


図 15 設置主体別 医師からの指示書の件数の割合



○訪問リハビリ指示書の記載内容

安全管理上の注意事項が「記載されていた」とした割合は、訪問リハ提供者全体では、72.4%であった。一方で、リハビリテーションの頻度が「記載されていた」とした割合は、11.5%と低かった。

図 16 訪問リハ提供者（全体）：医師からの指示書の記載内容（n=3332）

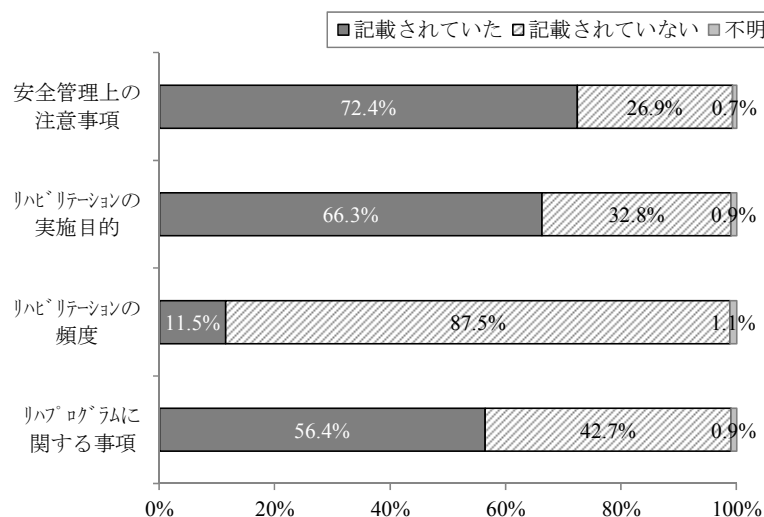


図 17 訪問リハ事業所における医師の指示書に記載されていた内容（n=1705）

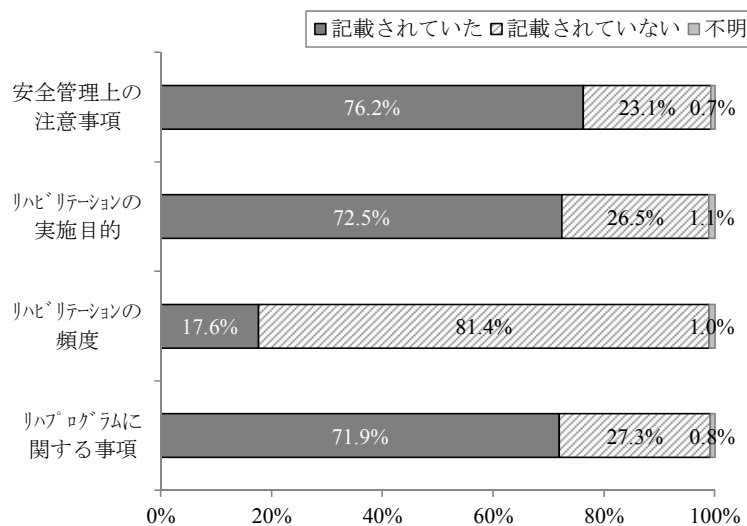
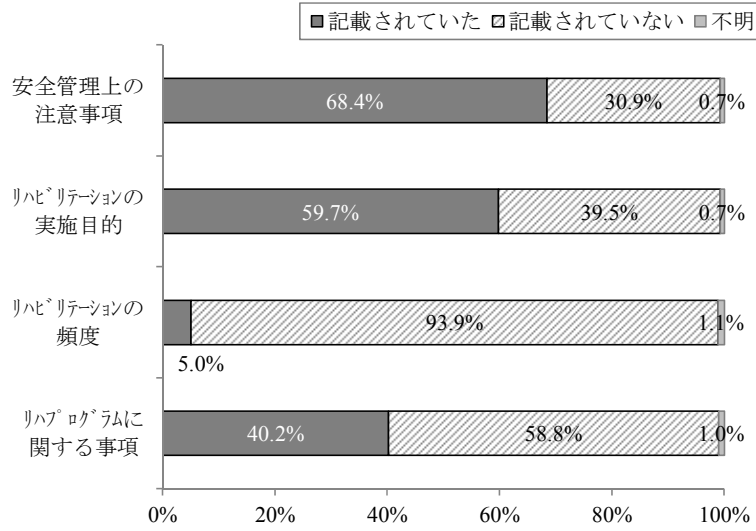


図 18 訪問看護ステーションにおける医師の指示書の記載内容 (n=1627)



(5) 対応できない状態像と疾患・状態

○対応できない状態像の有無

対応できない利用者の状態像は「ない」と回答した事業所は、全体で 65.0%であった。訪問リハ提供者別では、訪問リハ事業所 57.3%、訪問看護ステーションでは 74.5%であった。設置主体別にみると、「ない」と回答した割合が最も多かった設置主体は、「その他法人」であり 75.4%であった。

図 19 訪問リハ提供者別 対応できない状態像の有無

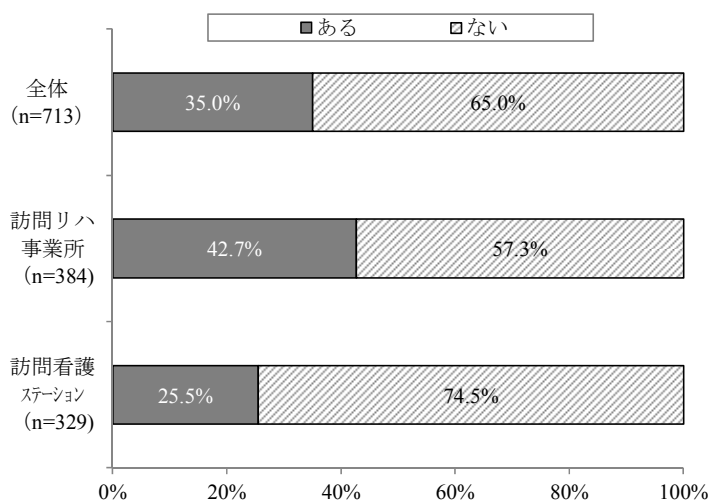
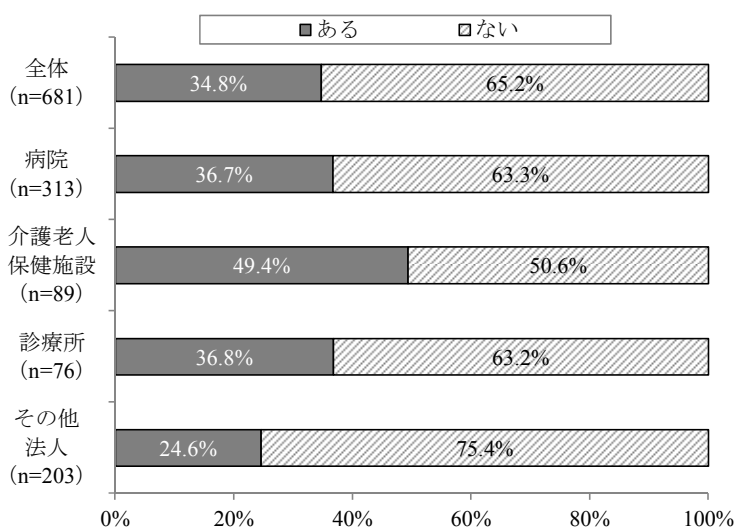


図 20 設置主体別 対応できない状態像の有無



○対応できない状態像（上位 10 項目）

事前に提示した 19 の状態像（その他含む）について、対応できない状態像は、訪問リハ提供者全体でみると、「人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態」が最も多く 37.9%であった。ついで、「その他（30.6%）」、「がん末期の疼痛管理（29.8%）」が続いた。「その他」を除いた場合、この 3 状態は、訪問リハ事業所と訪問看護ステーションの別に関わらず、上位 3 状態に該当した。

表 15 対応できない状態像（複数回答）

	全体 (n=248)		訪問リハ事業所 (n=164)		訪問看護ステーション (n=84)	
	項目名	(%)	項目名	(%)	項目名	(%)
1位	人工呼吸器管理 気管切開の処置	37.9	人工呼吸器管理 気管切開の処置	46.3	その他	54.8
2位	その他	30.6	がん末期の疼痛管理	33.5	看取り期のケア	27.4
3位	がん末期の疼痛管理	29.8	看取り期のケア	28.0	がん末期の疼痛管理	22.6
4位	看取り期のケア	27.8	吸入・吸引の管理	25.6	人工呼吸器管理 気管切開の処置	21.4
5位	インスリン注射以外の 注射、点滴、中心静脈栄養	17.3	洗腸・排便	22.6	インスリン注射以外の 注射、点滴、中心静脈栄養	9.5
6位	吸入・吸引の管理	17.3	インスリン注射以外の 注射、点滴、中心静脈栄養	21.3	認知症が重度	9.5
7位	認知症が重度	16.1	認知症が重度	19.5	慢性疼痛の管理	6.0
8位	洗腸・排便	15.3	人工肛門・人工膀胱の管理	19.5	経鼻経管栄養が必要	3.6
9位	人工肛門・人工膀胱の管理	14.1	創傷処置	18.9	人工肛門・人工膀胱の管理	3.6
10位	創傷処置	12.9	その他	18.3	摂食・嚥下障害がある状態	2.4

○その他の内訳（自由記載）

その他の内訳は、訪問リハ提供者全体でみると、「精神疾患」に相当する回答が最も多く9.3%であった。ついで、「小児（7.1%）」、「24時間対応が必要な状態（4.4%）」が続いた。この3状態は、訪問リハ事業所と訪問看護ステーションの別に関わらず、上位3状態に該当した。

表 16 対応できない状態像 その他の内訳（自由記載）

	全体 (n=248)		訪問リハ事業所 (n=164)		訪問看護ステーション (n=84)	
	項目名	(%)	項目名	(%)	項目名	(%)
1位	精神疾患	9.3	小児	2.7	精神疾患	24.9
2位	小児	7.1	精神疾患	1.3	小児	15.7
3位	24時間対応	4.4	24時間対応	0.7	24時間対応	11.8
4位	在宅透析	2.7	在宅透析	0.7	在宅透析	6.5
5位	感染性疾患	1.3	感染性疾患	0.7	感染性疾患	2.6

○「人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態」の受入れと設置主体別の関連

対応できない状態像として、「人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態」を選択した回答は、全体で13.1%であった。設置主体間における対応困難の判断には、有意差があり、その他法人は対応できないと回答する割合が低かった。

表 17 設置主体別 対応できない状態像
人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態

			対応できない状態像－人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態		合計
			該当しない	該当する	
設置主体	病院	度数	270	43	313
		設置主体の%	86.3%	13.7%	100.0%
	介護老人保健施設	度数	70	19	89
		設置主体の%	78.7%	21.3%	100.0%
	診療所	度数	63	13	76
		設置主体の%	82.9%	17.1%	100.0%
	その他法人	度数	189	14	203
		設置主体の%	93.1%	6.9%	100.0%
合計		度数	592	89	681
		設置主体の%	86.9%	13.1%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	13.391	3	.004
尤度比	13.796	3	.003
線型と線型による連関	4.399	1	.036
有効なケースの数	681		

対称性による類似度

	値	近似有意確率
名義と名義 ファイ	.140	.004
Cramer の V	.140	.004
有効なケースの数	681	

○「がん末期の疼痛管理が必要な状態」の受入れと設置主体別の関連

対応できない状態像として、「がん末期の疼痛管理が必要な状態」を選択した回答は、全体で 10.7%であった。設置主体間における対応困難の判断には、有意差が認められなかったが、その他法人は対応できないと回答する割合が低い傾向にあった。

表 18 設置主体別 対応できない状態像
がん末期の疼痛管理が必要な状態

			対応できない状態像—がん末期の疼痛管理が必要な状態		合計
			該当しない	該当する	
設置主体	病院	度数	278	35	313
		設置主体の%	88.8%	11.2%	100.0%
	介護老人保健施設	度数	75	14	89
		設置主体の%	84.3%	15.7%	100.0%
	診療所	度数	66	10	76
		設置主体の%	86.8%	13.2%	100.0%
	その他法人	度数	189	14	203
		設置主体の%	93.1%	6.9%	100.0%
合計		度数	608	73	681
		設置主体の%	89.3%	10.7%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	5.977	3	.113
尤度比	6.087	3	.107
線型と線型による連関	2.057	1	.152
有効なケースの数	681		

対称性による類似度

	値	近似有意確率
名義と名義 ファイ	.094	.113
Cramer の V	.094	.113
有効なケースの数	681	

○「看取り期のケアが必要な状態」の受入れと設置主体別の関連

対応できない状態像として、「看取り期のケアが必要な状態」を選択した回答は、全体で10.3%であった。設置主体間における対応困難の判断には、有意差が認められなかった。

表 19 設置主体別 対応できない状態像
看取り期のケアが必要な状態

			対応できない状態像－看取り期のケアが必要な状態		合計
			該当しない	該当する	
設置主体	病院	度数	276	37	313
		設置主体の%	88.2%	11.8%	100.0%
	介護老人保健施設	度数	81	8	89
		設置主体の%	91.0%	9.0%	100.0%
	診療所	度数	69	7	76
		設置主体の%	90.8%	9.2%	100.0%
	その他法人	度数	185	18	203
		設置主体の%	91.1%	8.9%	100.0%
合計		度数	611	70	681
		設置主体の%	89.7%	10.3%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	1.501	3	.682
尤度比	1.496	3	.683
線型と線型による連関	1.208	1	.272
有効なケースの数	681		

対称性による類似度

	値	近似有意確率
名義と名義 ファイ	.047	.682
Cramer の V	.047	.682
有効なケースの数	681	

○対応できない疾患・状態の有無

対応できない利用者の疾患・状態は「ない」と回答した事業所は、全体で 61.8%であった。訪問リハ提供者間では、訪問リハ事業所が 52.3%、訪問看護ステーションでは 73.0%であった。設置主体別で、「ない」と回答した割合が最も多かったのは、「その他法人」であり 74.4%であった。

図 21 訪問リハ提供者別 対応できない疾患・状態の有無

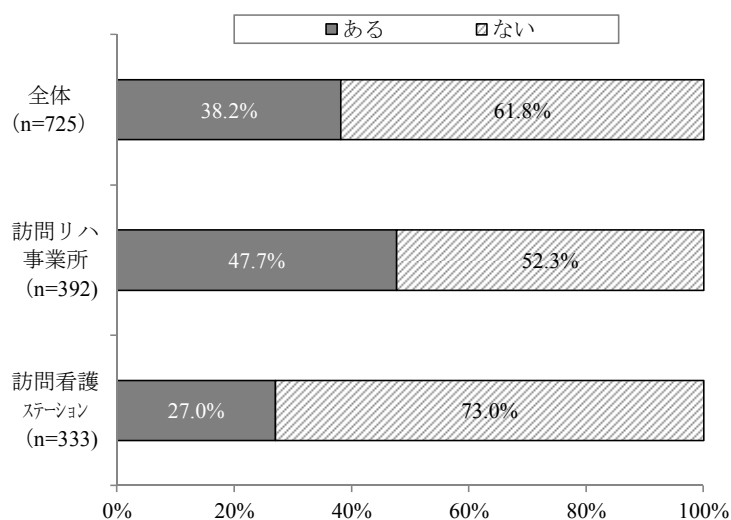
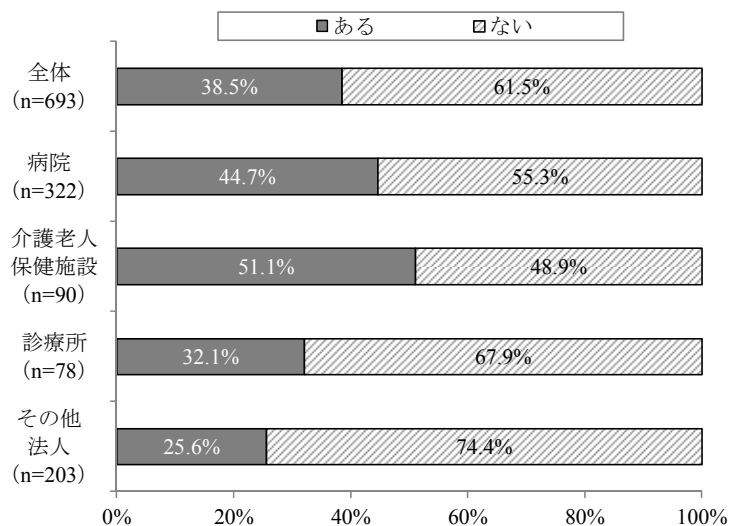


図 22 設置主体別 対応できない疾患・状態の有無



○対応できない疾患・状態（上位10項目）

事前に提示した13の疾患・状態（その他含む）について、対応できない疾患等は、訪問リハ提供者全体でみると、「心大血管疾患（重度）」が最も多く52.7%であった。ついで、「その他（41.2%）」、「呼吸器疾患（重度）（35.0%）」、「がん（末期）22.7%」の順であった。「その他」を除いた場合、この3疾患等は、訪問リハ提供者の別に関わらず、上位3状態に該当した。

表20 対応できない疾患（上位10項目）

	全体(n=277)		訪問リハ事業所(n=187)		訪問看護ステーション(n=90)	
	項目名	(%)	項目名	(%)	項目名	(%)
1位	心大血管疾患（重度）	52.7	心大血管疾患（重度）	64.2	その他	66.7
2位	その他	41.2	呼吸器疾患（重度）	40.6	心大血管疾患（重度）	28.9
3位	呼吸器疾患（重度）	35.0	その他	28.9	呼吸器疾患（重度）	23.3
4位	がん（末期）	22.7	がん（末期）	25.1	がん（末期）	17.8
5位	特定疾患（重度）	17.3	特定疾患（重度）	19.8	特定疾患（重度）	12.2
6位	心大血管疾患（軽中度）	12.6	心大血管疾患（軽中度）	15.0	脳血管疾患（重度）	7.8
7位	がん（初期中期）	5.8	がん（初期中期）	7.0	心大血管疾患（軽中度）	7.8
8位	脳血管疾患（重度）	5.4	脳血管疾患（重度）	4.8	運動器疾患（重度）	6.7
9位	運動器疾患（重度）	5.4	運動器疾患（重度）	4.3	呼吸器疾患（軽中度）	4.4
10位	呼吸器疾患（軽中度）	2.9	特定疾患（軽中度）	3.2	がん（初期中期）	3.3

○その他の内訳（自由記載）

その他の内訳は、訪問リハ提供者全体で見ると、「小児」に相当する回答が最も多く 17.0%であった。ついで、「精神疾患（10.8%）」、「全身状態が不安定（2.5%）」の順であった。この3疾患等は、訪問リハ提供者の別に関わらず、上位3状態に該当した。

表 21 対応できない疾患 その他の内訳（自由記載）

	全体 (n=277)		訪問リハ事業所 (n=187)		訪問看護ステーション (n=90)	
	項目名	(%)	項目名	(%)	項目名	(%)
1位	小児	17.0	小児	11.2	小児	28.9
2位	精神疾患	10.8	精神疾患	2.7	精神疾患	27.8
3位	全身状態不安定	2.5	全身状態不安定	2.7	侵襲的呼吸器使用	4.4
4位	24時間緊急対応	1.4	STが必要な状態	1.6	24時間緊急対応	3.3
5位	侵襲的呼吸器使用	1.4	24時間緊急対応	0.5	全身状態不安定	2.2

(6) 事業所の安全管理

○主治医との緊急連絡方法の取り決め

事業所のサービス提供に伴う安全管理について、主治医と緊急連絡方法を取り決めている事業所は、訪問リハ提供者全体で 87.9%であった。訪問リハ提供者別では、訪問リハ事業所 83.2%、訪問看護ステーション 93.3%であった。

設置主体別にみると、「その他法人」が最も多く 93.8%、ついで、「診療所」88.6%であった。

図 23 訪問リハ提供者別 主治医との緊急連絡方法の取り決めの有無

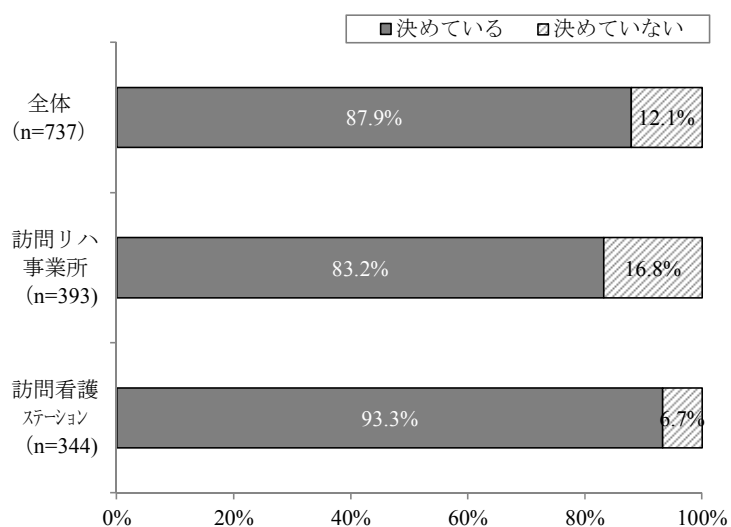
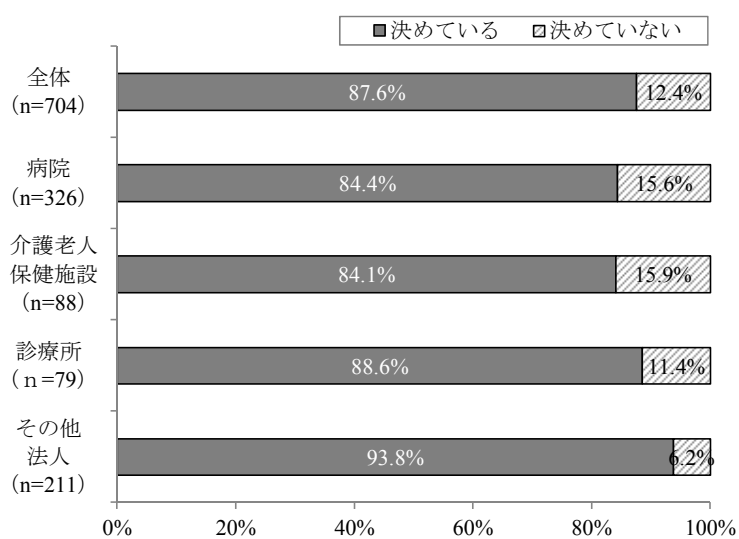


図 24 設置主体別 主治医との緊急連絡方法の取り決めの有無



○緊急時の対応を記載したマニュアル

事業所のサービス提供に伴う安全管理について、緊急時の対応を記載したマニュアルを備えている事業所は、訪問リハ提供者全体で 88.1%であった。訪問リハ提供者別では、訪問リハ事業所 87.0%、訪問看護ステーション 89.3%であった。

設置主体別にみると、「病院」が最も多く 92.0%、ついで、「その他法人」が 86.5%であった。

図 25 訪問リハ提供者別 緊急時の対応について記載されたマニュアルの有無

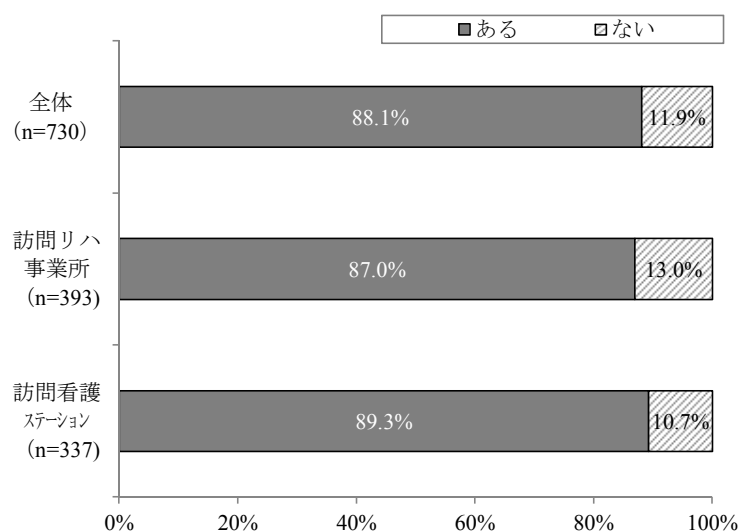
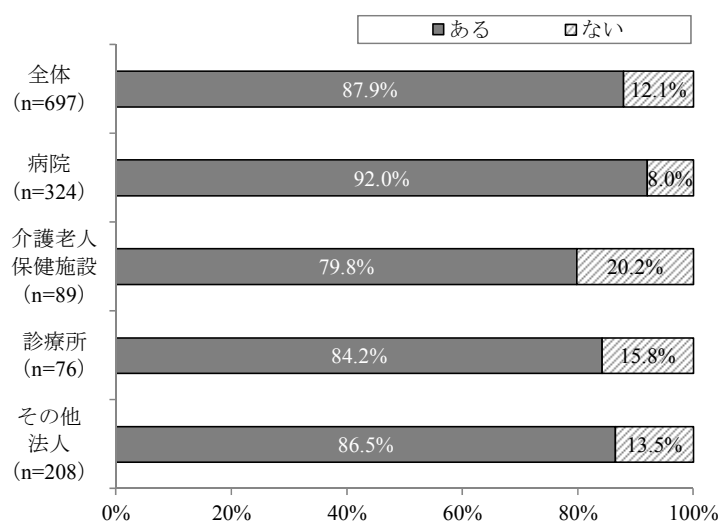


図 26 設置主体別 緊急時の対応について記載されたマニュアルの有無



○訪問リハビリ指示書における安全管理上の注意事項の記載

訪問リハビリの指示書の内容について、安全管理上の注意事項の記載があった割合は、全体で73.2%であった。指示した医師を自法人の内・外でわけた場合や、「病院の医師」「地域のかかりつけ医」「その他」にわけた場合でも、いずれも70%程度であった。

図 27 主治医の法人内外別
医師の指示書に安全管理上の注意事項が記載されていたか

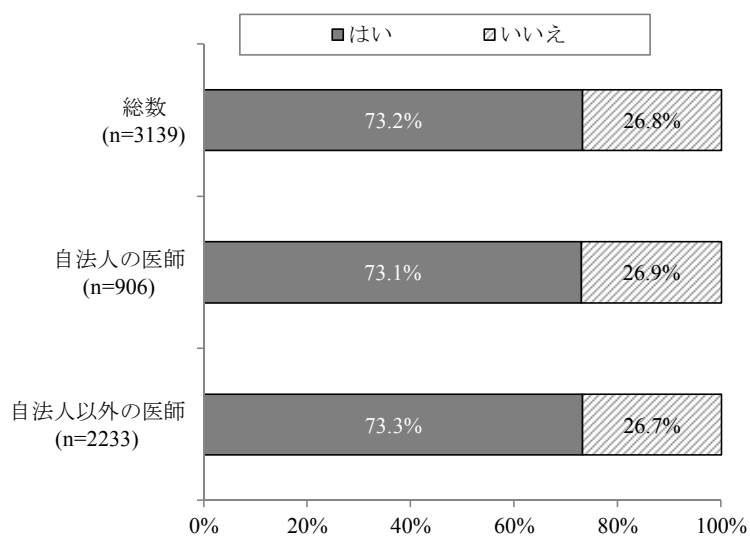
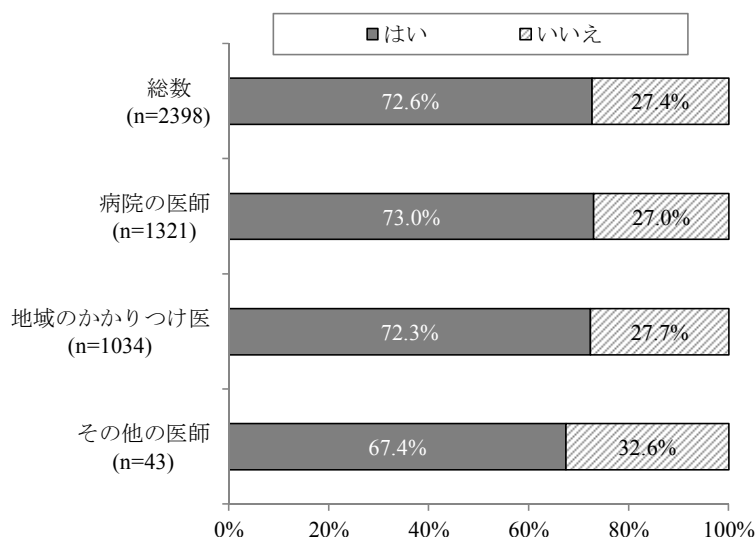


図 28 主治医の所在別
医師の指示書に安全管理上の注意事項が記載されていたか



○指示書に安全管理に関わる記載がない場合、医師への確認の有無

指示書に安全管理に関わる記載がない場合、医師に「確認している」と回答した割合は、訪問リハ提供者全体で、55.6%と半数程度であった。訪問リハ提供者別では、訪問リハ事業所 57.1%、訪問看護ステーション 53.9%であった。

設置主体別にみると、「その他法人」が最も多く 57.0%、ついで、「介護老人保健施設」が 55.7%であった。

図 29 訪問リハ提供者別
指示書に安全管理に関わる記載がない場合、医師への確認の有無

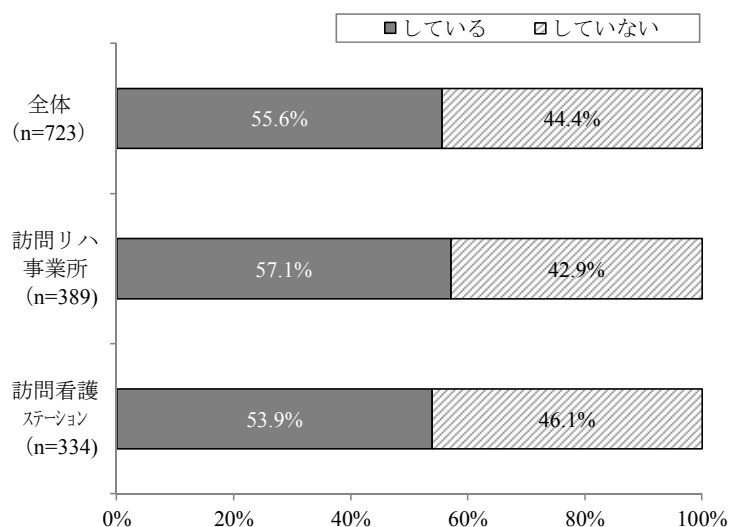
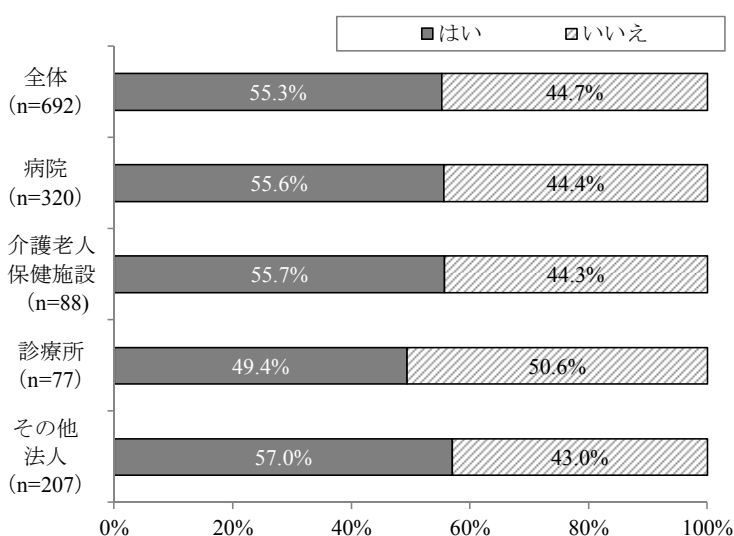


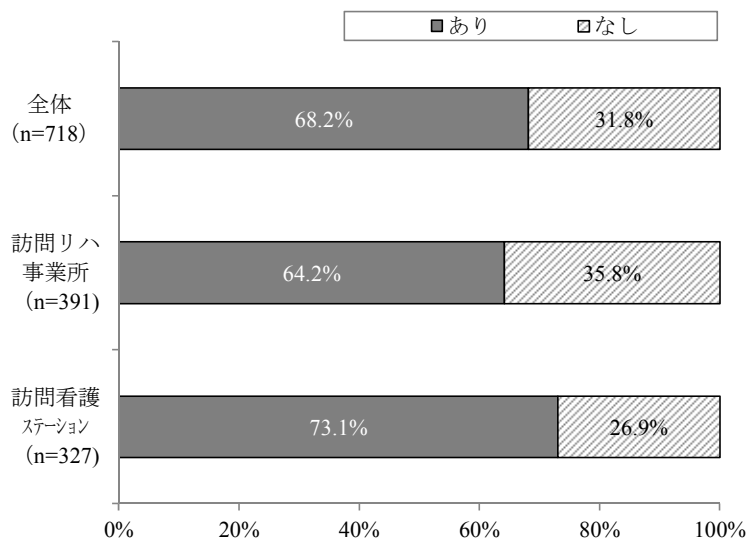
図 30 設置主体別
指示書に安全管理に関わる記載がない場合、医師への確認の有無



○在宅での急変時に関する教育

在宅での急変時に備えた教育について、「ある」と回答した事業所は全体で68.2%であった。訪問リハ提供者別では、訪問リハ事業所64.2%、訪問看護ステーション73.1%であった。

図 31 訪問リハ提供者別 在宅での急変時に関する教育の有無



3. 利用者特性とサービス内容について

(1) 利用者の基本情報

○利用者の年齢と性別

利用者の平均年齢は，訪問リハ提供者全体で 76.9 歳であった．訪問リハ提供者別では，訪問リハ事業所 77.4 歳，訪問看護ステーション 76.5 歳であった．

性別は，全体で男性が 45.7%，女性が 54.3%であった．訪問リハ事業所では，男性が 45.6%，女性が 54.4%，訪問看護ステーションでは，男性が 45.8%，女性が 54.2%であった．

○利用者の疾患（利用者個票ベース）

利用者の疾患は，訪問リハ提供者全体で「脳血管疾患」が 48.0%と最も多かった．ついで，「運動器疾患」は 31.1%だった．訪問リハ事業所では，「脳血管疾患」が 46.4%と最も多かった．ついで，「運動器疾患」は 33.5%だった．訪問看護ステーションでは，「脳血管疾患」が 49.6%と最も多かった．ついで，「運動器疾患」は 28.6%だった．

(2) 課題，目的，プログラム

○訪問リハ提供者別 最も重要と考えた課題

リハビリ専門職からみて最も重要と考えた課題は，全体では「身体機能面からみた課題」が最も多く 44.1%であり，ついで，「活動面からみた課題（40.3%）」となった．

表 22 訪問リハ提供者別 最も重要と考えた課題

訪問リハ提供者別	事業所種別	度数 (人)	最も重要と考えた課題					合計
			健康面からみた課題	活動面からみた課題	身体機能面からみた課題	社会参加からみた課題	その他の課題	
訪問リハ事業所	度数 (人)	97	650	780	131	34	1692	
	事業所種別の %	5.7%	38.4%	46.1%	7.7%	2.0%	100.0%	
訪問看護ステーション	度数 (人)	103	683	678	115	35	1614	
	事業所種別の %	6.4%	42.3%	42.0%	7.1%	2.2%	100.0%	
合計	度数 (人)	200	1333	1458	246	69	3306	
	事業所種別の %	6.0%	40.3%	44.1%	7.4%	2.1%	100.0%	

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	7.352	4	.118
尤度比	7.354	4	.118
線型と線型による連関	3.921	1	.048
有効なケースの数	3306		

対称性による類似度

	値	漸近有意確率
名義と名義 分割係数	.047	.118
有効なケースの数	3306	

○短期目標について（自由回答）

「最も重要と考えた課題」に対する短期目標（n=3,297）について、その内容に応じ 29 項目に分類した。その結果、「起居動作・座位・離床時間・耐久性の向上・獲得」に相当する回答が最も多く、18.8%であった。ついで、「(屋内) 歩行能力・安定性の向上・獲得 (13.8%)」、「身体機能 (筋力・体力・持久力) の向上・獲得 (6.9%)」の順であった。訪問リハ提供者別でも同様の結果であった。

表 23 訪問リハ提供者別 短期目標

			短期目標							
			拘縮予防・関節可動域	疼痛緩和・管理	家族の介護負担・介助量の軽減	転倒予防・防止・回避	コミュニケーション・発話	嚥下	起居動作・座位・離床時間・耐久性の向上・獲得	起居動作・座位・離床時間・耐久性の維持
訪問リハ提供者別	訪問リハ事業所	度数 (人)	66	46	92	87	50	40	328	1
		事業所種別の %	3.9%	2.7%	5.4%	5.1%	3.0%	2.4%	19.4%	0.1%
訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	度数	53	60	89	91	52	20	291	8
		事業所種別の %	3.3%	3.7%	5.5%	5.7%	3.2%	1.2%	18.1%	0.5%
合計		度数	119	106	181	178	102	60	619	9
		事業所種別の %	3.6%	3.2%	5.5%	5.4%	3.1%	1.8%	18.8%	0.3%

			身体機能 (筋力・体力・持久力) の向上・獲得	身体機能 (筋力・体力・持久力) の維持	(屋内) 歩行能力・安定性の向上・獲得	(屋内) 歩行能力・安定性の維持	屋外歩行能力・安定性の向上・獲得	屋外歩行能力・安定性の維持	階段昇降など応用歩行能力の向上・獲得
訪問リハ提供者別	訪問リハ事業所	度数 (人)	110	26	224	16	87	1	14
		事業所種別の %	6.5%	1.5%	13.2%	0.9%	5.1%	0.1%	0.8%
訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	度数	117	22	232	9	61	1	19
		事業所種別の %	7.3%	1.4%	14.4%	0.6%	3.8%	0.1%	1.2%
合計		度数	227	48	456	25	148	2	33
		事業所種別の %	6.9%	1.5%	13.8%	0.8%	4.5%	0.1%	1.0%

			階段昇降など応用歩行能力の維持	排泄・トイレ動作能力の向上・獲得	排泄・トイレ動作能力の維持	入浴動作能力の向上・獲得	(単に) ADL の向上・獲得	(現状の、もしくは単に) ADL・在宅生活の維持	家事動作の向上・獲得
訪問リハ提供者別	訪問リハ事業所	度数 (人)	0	85	1	26	49	42	28
		事業所種別の %	0.0%	5.0%	0.1%	1.5%	2.9%	2.5%	1.7%
訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	度数	1	58	0	15	51	44	33
		事業所種別の %	0.1%	3.6%	0.0%	0.9%	3.2%	2.7%	2.1%
合計		度数	1	143	1	41	100	86	61
		事業所種別の %	0.0%	4.3%	0.0%	1.2%	3.0%	2.6%	1.9%

			家事動作の維持	活動性・運動習慣の向上・獲得	活動性・運動習慣の維持	社会参加の向上・獲得	社会参加の維持	その他	合計
訪問リハ提供者別	訪問リハ事業所	度数 (人)	2	90	20	94	0	66	1691
		事業所種別の %	0.1%	5.3%	1.2%	5.6%	0.0%	3.9%	100.0%
訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	度数	3	76	17	94	1	88	1606
		事業所種別の %	0.2%	4.7%	1.1%	5.9%	0.1%	5.5%	100.0%
合計		度数	5	166	37	188	1	154	3297
		事業所種別の %	0.2%	5.0%	1.1%	5.7%	0.0%	4.7%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	39.893	27	.052
尤度比	42.052	27	.033
線型と線型による連関	.425	1	.514
有効なケースの数	3297		

対称性による類似度

	値	漸近有意確率
名義と名義	分割係数	.109
有効なケースの数		3297

○サービス提供時のリハプログラム（サービス提供者別；複数回答）

利用者に提供されていたプログラムについて、「関節可動域訓練」が最も多く 80.1%であり、ついで「筋力増強訓練（77.6%）」、「歩行訓練（68.3%）」であった。訪問リハ提供者別でも同様の結果であった。

図 32 訪問リハ提供者別 リハプログラム

上段：度数（人） 下段：パーセンテージ	総数	関節可動域訓練	筋力増強訓練	筋緊張緩和（ストレッチ）	バランス練習	マッサージ	起居/立位動作練習	摂食・嚥下訓練	言語訓練	歩行訓練	トイレ動作訓練
総計	3326	2665 80.1%	2580 77.6%	2106 63.3%	1664 50.0%	1032 31.0%	1950 58.6%	211 6.3%	280 8.4%	2272 68.3%	443 13.3%
訪問リハ事業所	1700	1346 79.2%	1302 76.6%	1023 60.2%	781 45.9%	443 26.1%	986 58.0%	103 6.1%	140 8.2%	1152 67.8%	238 14.0%
訪問看護ステーション	1626	1319 81.1%	1278 78.6%	1083 66.6%	883 54.3%	589 36.2%	964 59.3%	108 6.6%	140 8.6%	1120 68.9%	205 12.6%

上段：度数（人） 下段：パーセンテージ	総数	入浴動作訓練	移乗動作訓練	その他ADL訓練	IADL練習（家事・調理等）	体操	計算ドリル	回想法	趣味活動（手工芸、園芸等）	その他
総計	3326	196 5.9%	683 20.5%	577 17.3%	200 6.0%	435 13.1%	62 1.9%	93 2.8%	150 4.5%	433 13.0%
訪問リハ事業所	1700	105 6.2%	358 21.1%	283 16.6%	93 5.5%	202 11.9%	29 1.7%	34 2.0%	73 4.3%	210 12.4%
訪問看護ステーション	1626	91 5.6%	325 20.0%	294 18.1%	107 6.6%	233 14.3%	33 2.0%	59 3.6%	77 4.7%	223 13.7%

○サービス提供時のリハビリプログラム（短期目標別；複数回答）

短期目標別にリハビリプログラムをみると、「健康面からみた課題」と「身体機能面」では、主なプログラムは、多い順から「関節可動域訓練」、「筋力増強訓練」、「筋緊張緩和（ストレッチ）」であった。「活動面」では、「筋力増強訓練（83.2%）」が導入されている割合が最も多く、「歩行訓練」が77.4%と比較的高かった。「社会参加」が課題である場合、「歩行訓練」が69.0%と最も高く、「関節可動域」「筋力増強訓練」「筋緊張緩和」といったプログラムは、50%から60%程度に留まった。また、「その他ADL訓練（22.2%）」「言語訓練（18.1%）」が他の短期目標と比較して高頻度を選択されていた。

図 33 短期目標別 リハビリプログラム

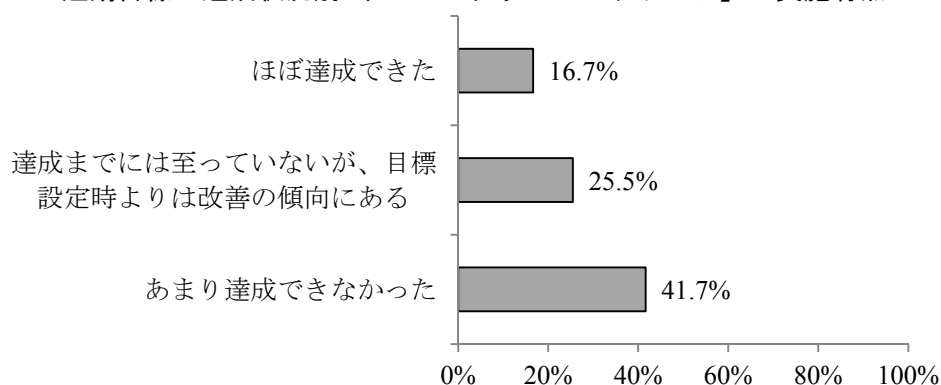
上段：度数（人） 下段：パーセンテージ	関節可動域訓練	筋力増強訓練	筋緊張緩和（ストレッチ）	バランス練習	マッサージ	起居/立位動作練習	摂食・嚥下訓練	言語訓練	歩行訓練	トイレ動作訓練
合計（n=3343）	2682 80.2%	2588 77.4%	2122 63.5%	1678 50.2%	1034 30.9%	1962 58.7%	213 6.4%	280 8.4%	2283 68.3%	447 13.4%
健康面（n=203）	154 75.9%	125 61.6%	123 60.6%	62 30.5%	77 37.9%	93 45.8%	35 17.2%	25 12.3%	105 51.7%	22 10.8%
活動面（n=1352）	1070 79.1%	1125 83.2%	827 61.2%	733 54.2%	352 26.0%	844 62.4%	45 3.3%	69 5.1%	1047 77.4%	248 18.3%
身体機能面（n=1470）	1266 86.1%	1148 78.1%	1012 68.8%	744 50.6%	528 35.9%	901 61.3%	115 7.8%	125 8.5%	930 63.3%	151 10.3%
社会参加（n=248）	148 59.7%	152 61.3%	127 51.2%	112 45.2%	62 25.0%	93 37.5%	15 6.0%	45 18.1%	171 69.0%	18 7.3%
その他（n=70）	44 62.9%	38 54.3%	33 47.1%	27 38.6%	15 21.4%	31 44.3%	3 4.3%	16 22.9%	30 42.9%	8 11.4%
p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
φ	0.185	0.184	0.118	0.118	0.115	0.152	0.142	0.148	0.186	0.123

上段：度数（人） 下段：パーセンテージ	入浴動作訓練	移乗動作訓練	その他ADL訓練	IADL練習（家事・調理等）	体操	計算ドリル	回想法	趣味活動（手工芸、園芸等）	その他
合計（n=3343）	200 6.0%	690 20.6%	579 17.3%	202 6.0%	434 13.0%	63 1.9%	92 2.8%	151 4.5%	432 12.9%
健康面（n=203）	10 4.9%	35 17.2%	26 12.8%	6 3.0%	34 16.7%	1 0.5%	9 4.4%	9 4.4%	40 19.7%
活動面（n=1352）	102 7.5%	317 23.4%	271 20.0%	113 8.4%	211 15.6%	29 2.1%	41 3.0%	75 5.5%	180 13.3%
身体機能面（n=1470）	66 4.5%	304 20.7%	216 14.7%	43 2.9%	144 9.8%	16 1.1%	26 1.8%	37 2.5%	156 10.6%
社会参加（n=248）	20 8.1%	21 8.5%	55 22.2%	37 14.9%	36 14.5%	10 4.0%	8 3.2%	28 11.3%	34 13.7%
その他（n=70）	2 2.9%	13 18.6%	11 15.7%	3 4.3%	9 12.9%	7 10.0%	8 11.4%	2 2.9%	22 31.4%
p	0.004	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
φ	0.067	0.096	0.080	0.151	0.086	0.108	0.091	0.114	0.105

○「社会参加の向上・獲得」が短期目標の利用者（独自に再分類した 29 項目より）

「社会参加の向上・獲得」を目標とした利用者について、リハビリプログラム「マッサージ」ありの利用者分布を目標の達成状況からみると、「ほぼ達成できた」とした回答では、マッサージの提供は 16.7%であり、一方、「あまり達成できなかった」場合、マッサージの提供は 41.7%と半数に近かった。

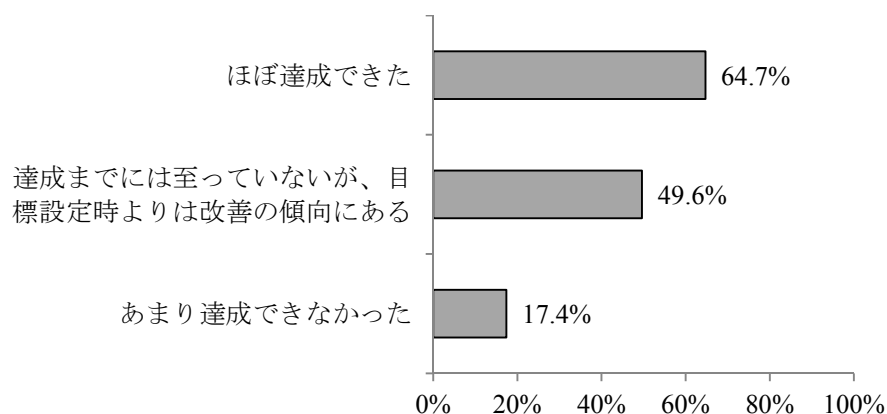
図 34 社会参加の向上・獲得を短期目標に挙げた利用者における短期目標の達成状況別 リハビリプログラム「マッサージ」の実施有無



○「家族の介護負担・介助量の軽減」が短期目標の利用者（独自に再分類した 29 項目より）

「家族の介護負担・介助量の軽減」を目標とした利用者について、リハビリプログラム「歩行訓練」ありの利用者分布を目標の達成状況からみると、「ほぼ達成できた」とした回答では、歩行訓練の提供は 64.7%と半数を超え、一方、「あまり達成できなかった」場合、歩行訓練の提供は 17.4%であった。

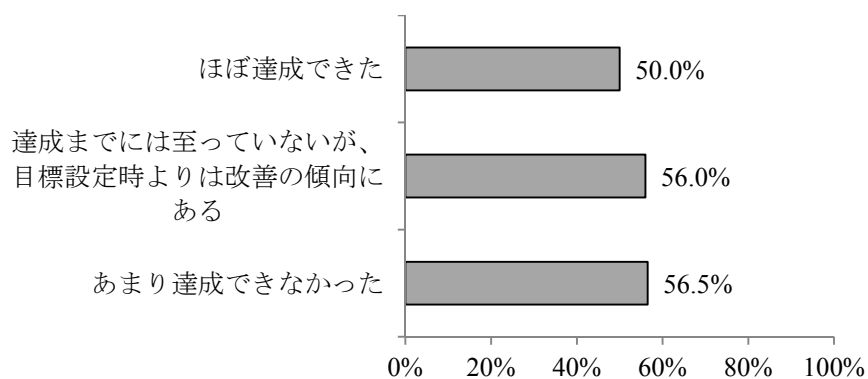
図 35 家族の介護負担・介助量の軽減を短期目標に挙げた利用者における短期目標の達成状況別 リハビリプログラム「歩行練習」の実施有無



○「家族の介護負担・介助量の軽減」が短期目標の利用者（独自に再分類した 29 項目より）

「家族の介護負担・介助量の軽減」を目標とした利用者について、リハビリプログラム「移乗動作訓練」ありの利用者分布を目標の達成状況からみると、「ほぼ達成できた」とした回答では、移乗動作訓練の提供は 50.0%であり、一方、「あまり達成できなかった」場合も、移乗動作訓練の提供は 56.5%であった。

図 36 家族の介護負担・介助量の軽減を短期目標に挙げた利用者における短期目標の達成状況別 リハビリプログラム「移乗動作訓練」の実施有無



(3) 脳血管疾患（運動器疾患）利率の高い事業所と要介護度4および5の割合

○要介護度4・5の利用者割合

要介護4と5の利用者割合について、運動器の利用者が50%を超える事業所と、脳血管疾患の利用者が50%を超える事業所を比較したところ、脳血管疾患50%超え事業所の方が、要介護4と5の割合が高かった。

図 37 運動器疾患の利用者が50%を超える事業所および
脳血管疾患の利用者が50%を超える事業所別 要介護度4・5の利用者割合

上段：度数（事業所数） 下段：パーセンテージ	運動器疾患の利用者が50%を超える事業所別 要介護度4・5の利用者割合							
	総計	0%	20%	40%	60%	80%	100%	平均
総計	59	1	13	43	2	0	0	25.0%
		1.7%	22.0%	72.9%	3.4%	0.0%	0.0%	
訪問リハ事業所	47	1	11	33	2	0	0	25.7%
		2.1%	23.4%	70.2%	4.3%	0.0%	0.0%	
訪問看護ステーション	12	0	2	10	0	0	0	22.3%
		0.0%	16.7%	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%	

上段：度数（事業所数） 下段：パーセンテージ	脳血管疾患の利用者が50%を超える事業所別 要介護度4・5の利用者割合							
	総計	0%	20%	40%	60%	80%	100%	平均
総計	116	0	21	56	32	5	2	35.4%
		0.0%	18.1%	48.3%	27.6%	4.3%	1.7%	
訪問リハ事業所	78	0	15	38	19	4	2	35.6%
		0.0%	19.2%	48.7%	24.4%	5.1%	2.6%	
訪問看護ステーション	38	0	6	18	13	1	0	35.1%
		0.0%	15.8%	47.4%	34.2%	2.6%	0.0%	

Mann-Whitney 検定（運動器50%超と脳血管50%超）

順位			
脳血管0, 運動器1	N	平均ランク	順位和
要介護45の割合	0		
1	116	100.09	11610.50
合計	59	64.23	3789.50
合計	175		

検定統計量 ^a	
	要介護4・5の割合
Mann-Whitney の U	2019.500
Wilcoxon の W	3789.500
Z	-4.429
漸近有意確率 (両側)	.000

a. グループ化変数: 脳血管0, 運動器1

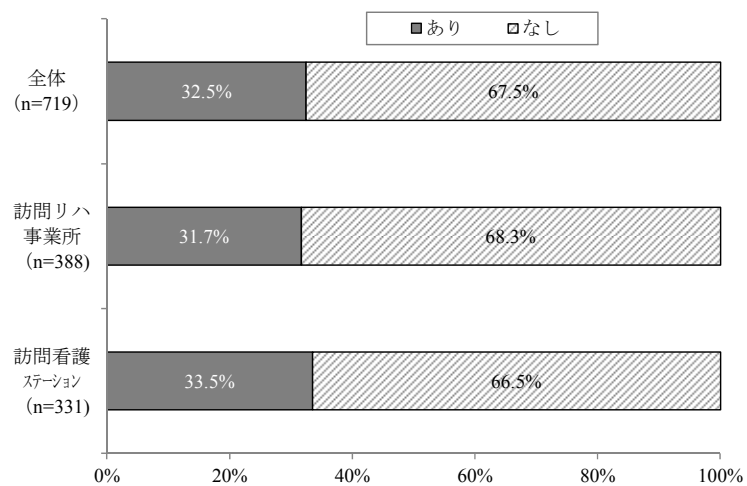
4. 連携について

(1) 市町村との連携について

○市町村事業への参加

市町村事業に参加している訪問リハ提供者は全体で 32.5%だった。訪問リハ提供者別では、訪問リハ事業所 31.7%、訪問看護ステーション 33.5%だった。

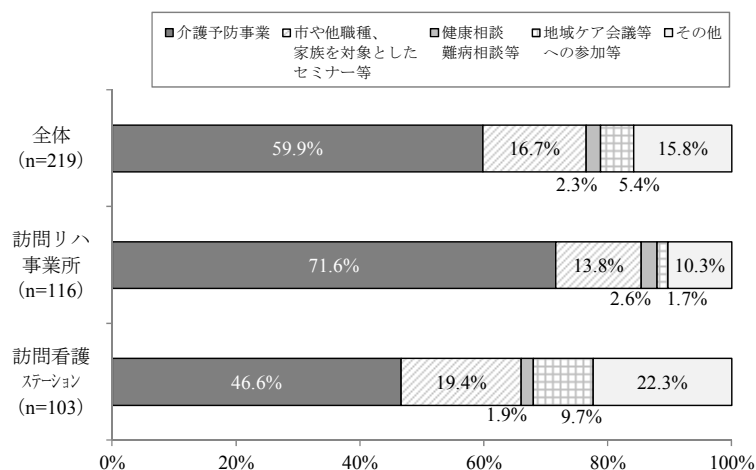
図 38 市町村事業への参加の有無



○参加した事業内容

全体では、介護予防事業が59.9%と最も多かった。特に、訪問リハ事業所は、71.6%と介護予防に参加している割合が高かった。

図 39 参加した市町村事業の内容



○参加できない（していない）理由

市町村事業に参加していない理由では、「打診がない」が85.2%と最も高く、ついで「マンパワー不足」が続いた。

表 24 市町村事業へ参加できない理由

	全体 (n=412)		訪問リハ事業所 (n=233)		訪問看護ステーション (n=179)	
	項目名	(%)	項目名	(%)	項目名	(%)
1位	打診がない	85.2	打診がない	85.0	打診がない	85.5
2位	マンパワー不足	10.2	マンパワー不足	11.2	マンパワー不足	8.9
3位	他の部署が担当	4.4	他の部署が担当	7.3	スケジュール調整が困難	2.8
4位	スケジュール調整が困難	1.2	スケジュール調整が困難	0.0	他の部署が担当	0.6

○介護予防事業への参加割合と訪問リハ提供者の関連

介護予防事業への参加割合は、訪問リハ提供者間で有意な差を認め、訪問リハ事業所で71.6%と、訪問看護ステーションの46.6%であった。

表 25 介護予防事業へ参加した訪問リハ提供者の割合

			介護予防事業への参加状況		合計
			参加	不参加	
訪問リハ提供者別	訪問リハ事業所	度数	83	33	116
		事業所種別の %	71.6%	28.4%	100.0%
	訪問看護ステーション	度数	48	55	103
		事業所種別の %	46.6%	53.4%	100.0%
合計		度数	131	88	219
		事業所種別の %	59.8%	40.2%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗 有効なケースの数	14.129	1	.000		

対称性による類似度

		値	近似有意確率
名義と名義	Cramer の V	.254	.000
有効なケースの数		219	

○事例検討会（地域ケア会議）への参加呼びかけの状況と訪問リハ提供者との関連

市町村から呼びかけがあった回数は、訪問リハ提供者間で有意な差を認め、訪問看護ステーションが 1.42 回/6 か月と、訪問リハ事業所の 0.87 回/6 か月より多かった。

表 26 事例検討会（地域ケア会議）へ呼びかけがあった回数

訪問リハ提供者	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
訪問リハ事業所	377	0.87	2.502	.129
訪問看護ステーション	310	1.42	3.379	.192

独立サンプルの検定							
	等分散性のための Levene の検定		2 つの母平均の差の検定				
	F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率（両側）	平均値の差	差の標準誤差
等分散を仮定する。	8.121	.005	-2.433	685	.015	-.547	.225
等分散を仮定しない。			-2.365	557.369	.018	-.547	.231

○参加呼びかけを受けて参加した割合と訪問リハ提供者の関連

市町村から呼びかけを受けて参加した割合は、訪問リハ提供者間に有意な差を認めず、その参加割合は、全体で 70.7%にのぼった。

表 27 事例検討会（地域ケア会議）への呼びかけがあった事業所の内、実際に参加した事業所割合

			事例検討会（地域ケア会議）への参加の有無		合計
			ない	ある	
訪問リハ提供者	訪問リハ事業所	度数	37	70	107
		訪問リハ提供事業所 %	34.6%	65.4%	100.0%
	訪看ステーション	度数	31	94	125
		訪問リハ提供事業所 %	24.8%	75.2%	100.0%
合計		度数	68	164	232
		訪問リハ提供事業所 %	29.3%	70.7%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率（両側）	正確有意確率（両側）	正確有意確率（片側）
Pearson のカイ 2 乗	2.661	1	.103		
連続修正b	2.210	1	.137		
尤度比	2.657	1	.103		
Fisher の直接法				.113	.069
線型と線型による連関	2.650	1	.104		
有効なケースの数	232				

対称性による類似度

		値	近似有意確率
名義と名義	ファイ	.107	.103
	Cramer の V	.107	.103
有効なケースの数		232	

(2) 多職種との連携について

○入院・入所施設からの情報提供と訪問リハ提供者との関連

入院・入所施設からの情報提供の有無は、訪問リハ提供者間で有意な差があり、訪問リハ事業所が 82.1%と訪問看護ステーションの 69.1%より高かった。

表 28 入院・入所施設からの情報提供の有無

			入院・入所施設からのリハビリテーション実施記録等の情報提供		合計
			いいえ	はい	
訪問リハ提供者別	訪問リハ事業所	度数	171	784	955
		事業所種別の %	17.9%	82.1%	100.0%
	訪問看護ステーション	度数	269	601	870
		事業所種別の %	30.9%	69.1%	100.0%
合計		度数	440	1385	1825
		事業所種別の %	24.1%	75.9%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	42.140	1	.000		
有効なケースの数	1831				

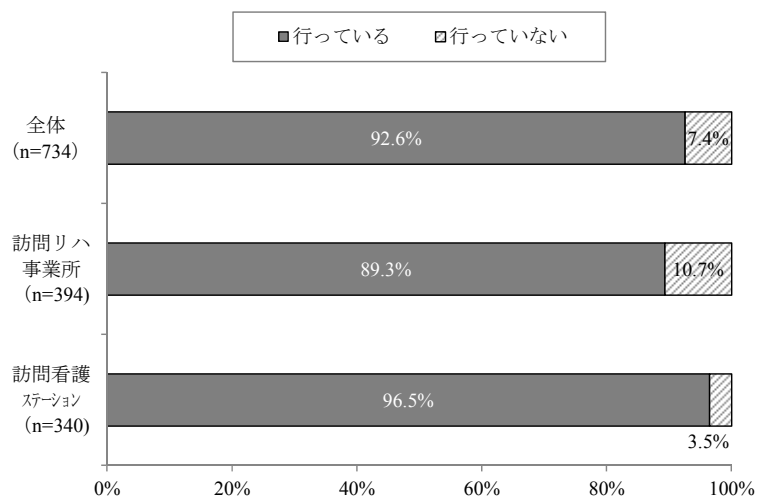
対称性による類似度

		値	近似有意確率
名義と名義	ファイ		
	Cramer の V	.152	.000
有効なケースの数		1825	

○ケアマネジャーへの助言の実施状況

介護支援専門員との連携について、全体の90%以上はケアプランへの助言等で連携していた。

図40 ケアマネジャーへの助言の実施状況



○介護福祉士への実地助言の実施状況

介護福祉士との連携について、実地助言している割合は全体で34.8%であり、訪問リハ提供者間の差はなく、介護連携加算の対象ではない訪問看護ステーションにおいても実地助言のある割合は、33.5%だった。また、助言の有無は、設置主体間でも有意な差は認めなかった。

図41 訪問リハ提供者別 介護福祉士への実地助言の実施状況

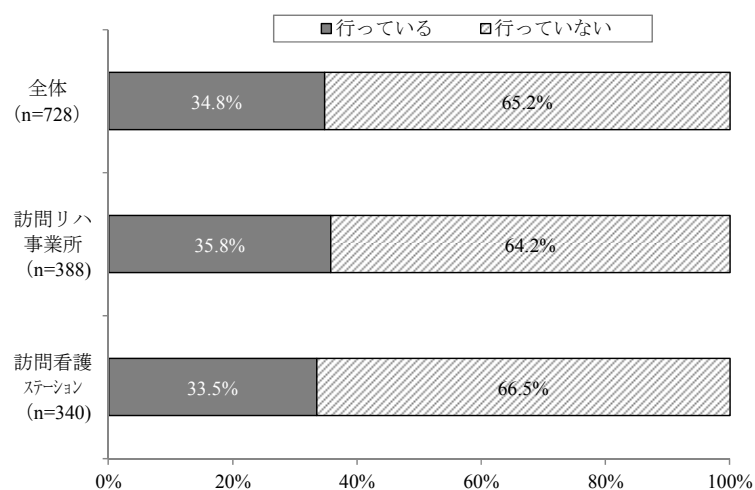


表 29 設置主体別 介護福祉士への実地助言の実施状況

			介護福祉士に対する実地助言を行っているか		合計
			いいえ	はい	
設置主体	病院	度数	219	105	324
		設置主体の%	67.6%	32.4%	100.0%
	介護老人保健施設	度数	46	41	87
		設置主体の%	52.9%	47.1%	100.0%
	診療所	度数	51	25	76
		設置主体の%	67.1%	32.9%	100.0%
	その他法人	度数	143	65	208
		設置主体の%	68.8%	31.3%	100.0%
合計		度数	459	236	695
		設置主体の%	66.0%	34.0%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	7.793	3	.050
尤度比	7.491	3	.058
線型と線型による連関	.186	1	.667
有効なケースの数	695		

対称性による類似度

		値	近似有意確率
名義と名義	ファイ	.106	.050
	Cramer の V	.106	.050
有効なケースの数		695	

(3) 医療連携について（医師との連携）

○計画書の提出状況

医師との連携について、医師に計画書を提出している割合は、訪問リハ提供者全体で80%以上だった。また、設置主体別にみると、医療機関等ではない「その他法人」であっても、90%以上と高かった。

図 42 訪問リハサービス提供事業者別 医師への実施計画の伝達状況

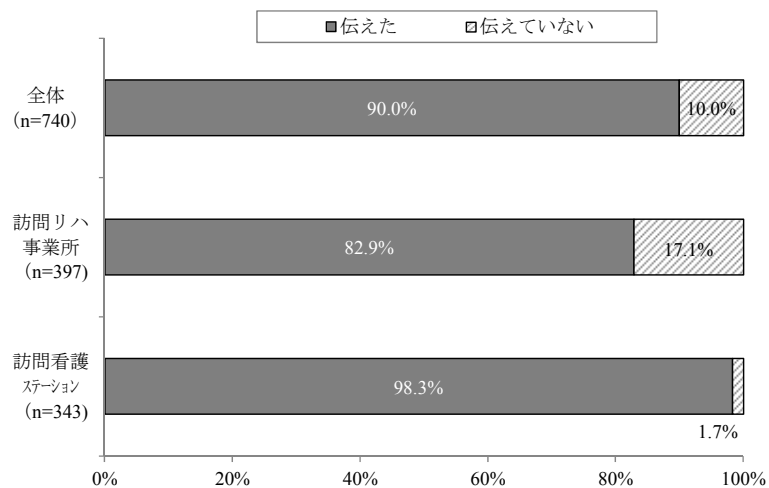


表 30 設置主体別 医師への実施計画の伝達状況

			主治医に訪問リハビリサービスの実施計画を伝えているか		合計
			いいえ	はい	
設置主体	病院	度数	35	294	329
		設置主体の%	10.6%	89.4%	100.0%
	介護老人保健施設	度数	18	72	90
		設置主体の%	20.0%	80.0%	100.0%
	診療所	度数	13	66	79
		設置主体の%	16.5%	83.5%	100.0%
	その他法人	度数	6	203	209
		設置主体の%	2.9%	97.1%	100.0%
合計		度数	72	635	707
		設置主体の%	10.2%	89.8%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	25.173	3	.000
尤度比	27.212	3	.000
線型と線型による連関	6.663	1	.010
有効なケースの数	707		

対称性による類似度

	値	近似有意確率
名義と名義	.189	.000
ファイ	.189	.000
Cramer の V	.189	.000
有効なケースの数	707	

○報告書の提出状況

医師に報告書を提出している割合は、訪問リハ提供者全体で95%以上だった。また、設置主体別にみると、医療機関等ではない「その他法人」であっても、90%以上と高かった。

図 43 訪問リハサービス提供事業者別 医師への実施報告の伝達状況

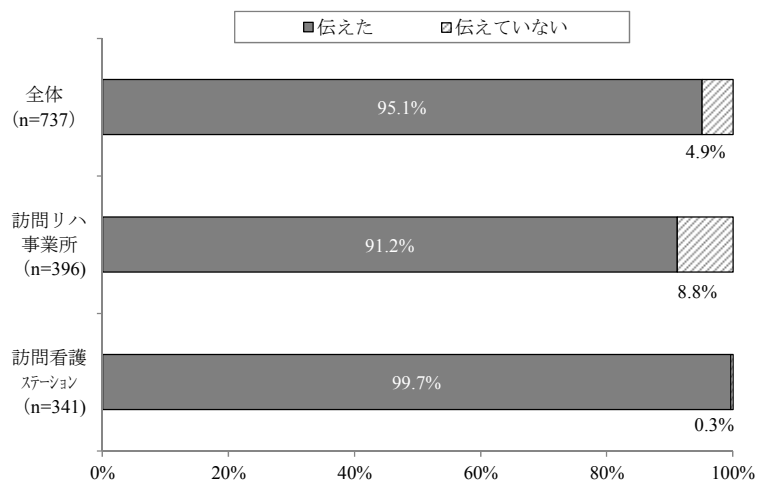


表 31 設置主体別 医師への実施報告の伝達状況 クロス表

			主治医に訪問リハサービ スの実施報告を行っているか		合計
			いいえ	はい	
設置主体	病院	度数	25	302	327
		設置主体の%	7.6%	92.4%	100.0%
	介護老人保健施設	度数	1	89	90
		設置主体の%	1.1%	98.9%	100.0%
	診療所	度数	5	74	79
		設置主体の%	6.3%	93.7%	100.0%
	その他法人	度数	1	207	208
		設置主体の%	0.5%	99.5%	100.0%
合計		度数	32	672	704
		設置主体の%	4.5%	95.5%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	18.188	3	.000
尤度比	22.822	3	.000
線型と線型による連関	12.627	1	.000
有効なケースの数	704		

対称性による類似度

	値	漸近有意確率
名義と名義	.161	.000
ファイ	.161	.000
Cramer の V	.161	.000
有効なケースの数	704	

○訪問リハビリ指示書の記載内容

リハビリテーションの実施目的の記載がある割合は、全体で 66.4%であった。医師の所属先によって記載の有無は関連していなかった。

図 44 主治医の法人内外別
医師の指示書にリハビリテーションの実施目的が記載されていたか

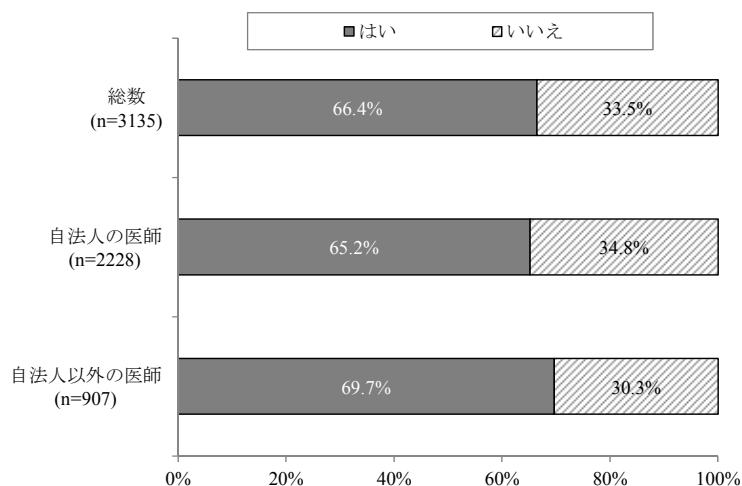
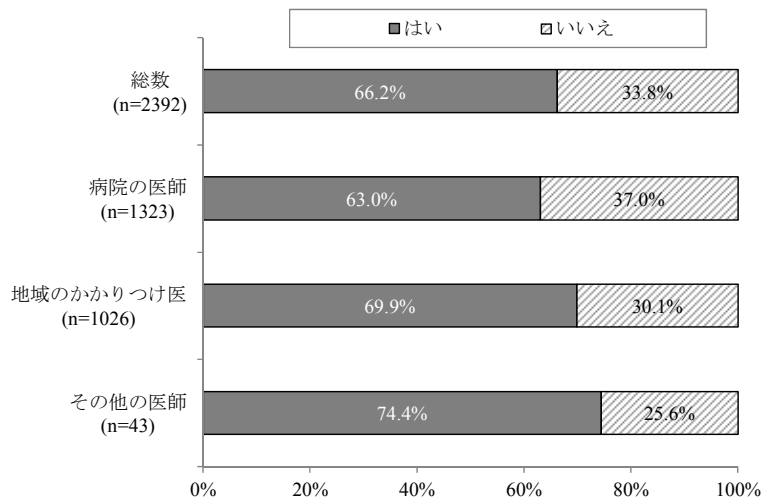


図 45 主治医の所在別
医師の指示書にリハビリテーションの実施目的が記載されていたか



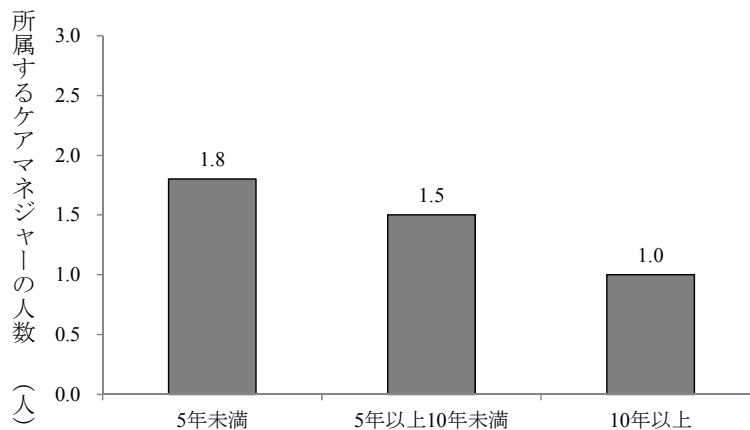
5. ケアマネジャーからみた、訪問リハ導入時の実態

(1) 提供体制

○所属するケアマネジャーの人数

居宅介護支援事業所1事業所あたりのケアマネジャーの人数を経験年数別にみると、「5年未満」が1.8人、「5年以上10年未満」が1.5人、「10年以上」が1.0人であった。

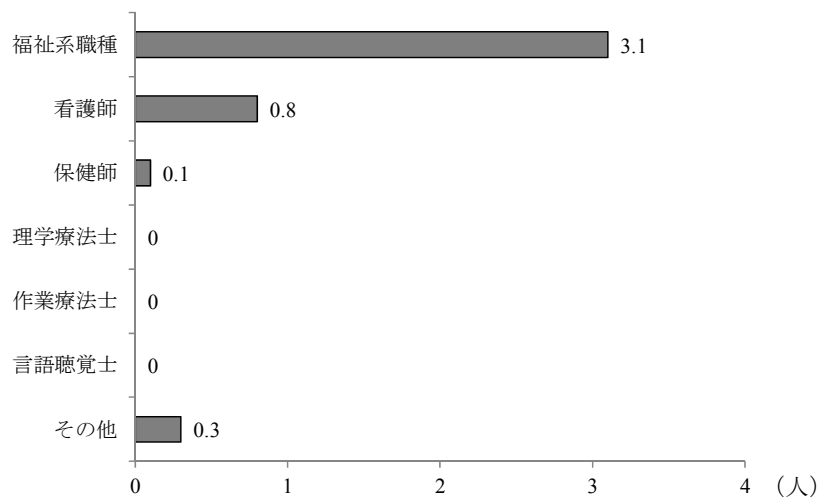
図46 所属するケアマネジャーの人数 (n=425)



○基礎資格別 所属するケアマネジャーの人数

ケアマネジャーの基礎資格でみると、1施設あたり福祉系職種が3.1人、看護師が0.8人であった。理学療法士や作業療法士を基礎資格とするケアマネジャーがいる施設はそれぞれ、3施設、10施設であった。

図47 基礎資格別 所属するケアマネジャーの人数 (n=425)

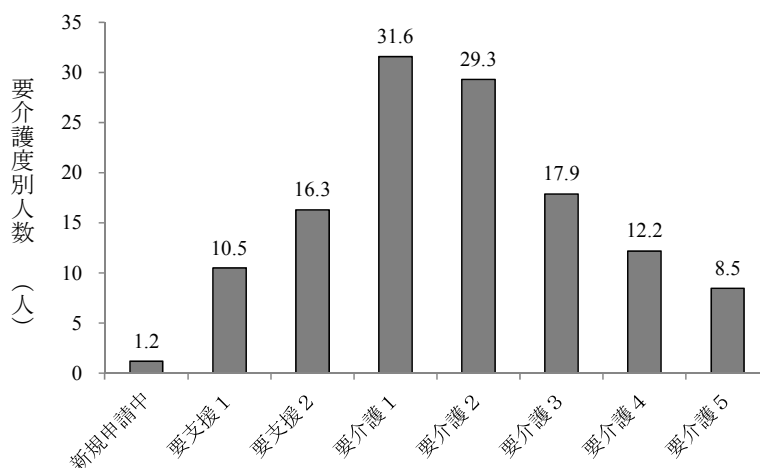


(2) サービス利用状況

○登録利用者の要介護度別人数

登録利用者数を要介護度別にみると、要介護1が最も多く31.6人、ついで要介護2が29.3人であった。

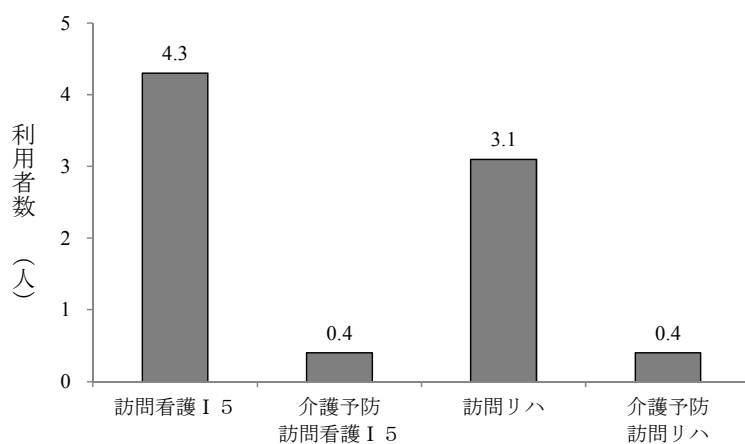
図48 登録利用者の要介護度別人数 (n=425)



○訪問リハサービスの利用者数

訪問看護ステーションの利用者（訪問看護I5）は4.3人、訪問リハ事業者（訪問リハビリ費）は3.1人であった。

図49 訪問リハサービス別利用者数 (n=425)

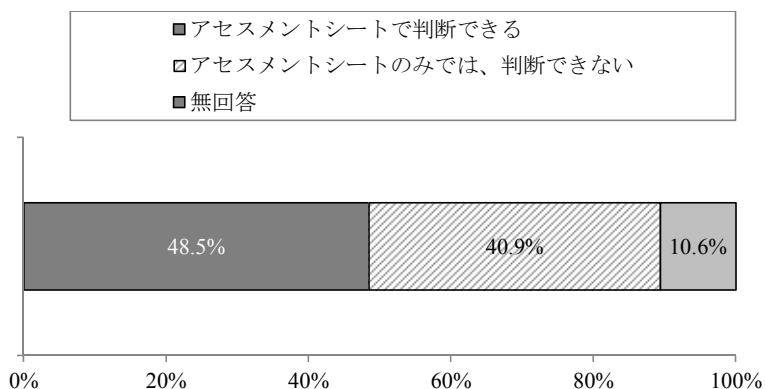


(3) 訪問によるリハサービス導入のプロセス

○アセスメントシートでの訪問リハサービスの必要性の判断

ケアマネジャーが使用するアセスメントシートについて、訪問によるリハサービスの導入を「判断できる」とした割合は、48.5%であった。一方、アセスメントシートのみでは「判断できない」とした割合は、40.9%であった。

図 50 アセスメントシートでの訪問リハサービスの必要性の判断 (n=425)



○アセスメントシートのみでは訪問リハ導入を判断できない理由 (自由回答)

「医師の意見が必要」とした回答が最も多く、37.6%であった。ついで「リハビリ専門職の意見が必要」とした回答が20.3%であった。

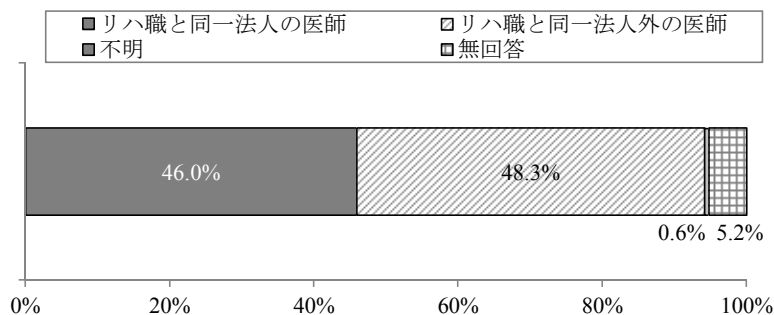
表 32 アセスメントシートのみでは判断できない理由 (n=174)

	項目名	(%)
1位	医師の意見が必要	37.6
2位	リハビリ専門職の意見が必要	20.3
3位	本人・家族の意見の確認	18.0
4位	経済事情の確認	16.5
5位	ケアマネ自身による調査	16.5

○訪問リハの指示を出した医師とリハビリ専門職の関係

リハビリ専門職と医師が同一法人所属ではない割合は、48.3%であり、一方、同一の法人であった割合は、46.0%であった。

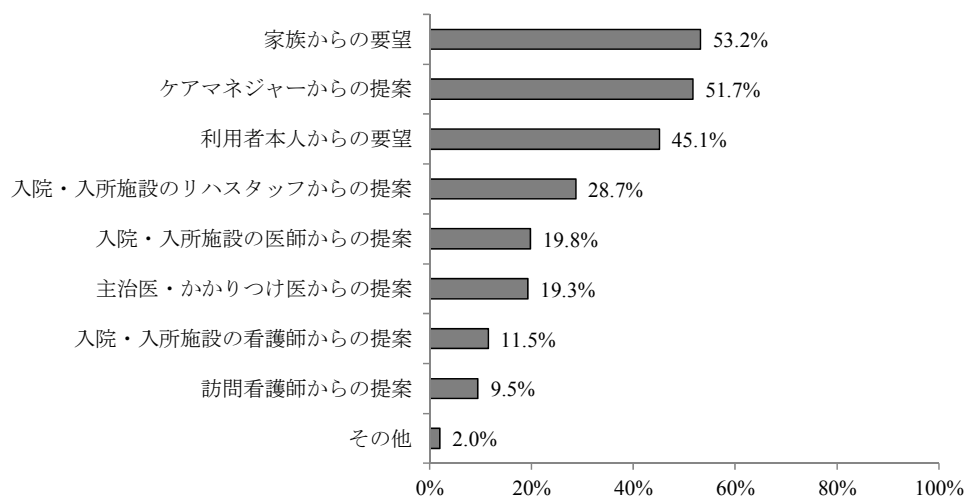
図 51 訪問リハの指示を出した医師 (n=348)



○訪問リハサービス導入のきっかけ

「家族からの要望」が最も多く「ケアマネジャーからの提案」とともに 50%を超えた。「主治医・かかりつけ医からの提案」は、19.3%であった。

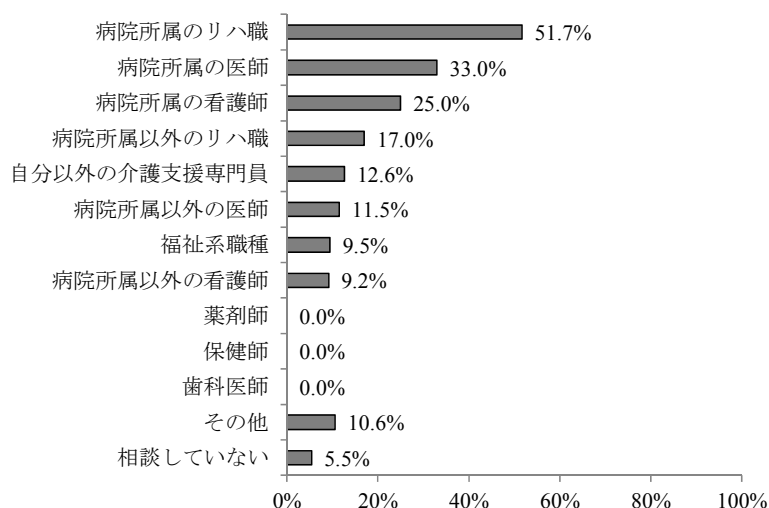
図 52 訪問リハ導入時のきっかけ (n=348)



○訪問リハサービス導入時の相談相手

「病院所属のリハ職」が最も多く 50%を超えた。ついで「病院所属の医師」は、33.0%であった。「病院所属以外のリハ職」は、17.0%であった。

図 53 訪問リハ導入時の相談相手 (n=348)



○訪問リハサービスを導入してよかった点 (自由回答)

「動作・身体機能維持及び向上」に相当する回答が最も多く 38.2%であった。ついで「意欲向上・活動性向上」「在宅状況に合わせた評価・介入が可能となる」が続いた。

表 33 訪問リハサービスを導入してよかった点 (n=301)

	項目名	(%)
1位	利用者の動作・身体機能維持および向上	38.2
2位	利用者の意欲向上・活動性向上	30.6
3位	在宅の状況にあわせた評価・介入が可能となる	28.2
4位	リハビリ専門職による評価・介入が可能となる	13.3
5位	患者・家族（介助者）の満足度向上	12.3
6位	介護者の意欲・スキル向上	5.3
7位	通所リハ困難な患者に対応できる	3.3
8位	全身状態の継続的な観察が可能となる	3.3

○訪問リハサービスを導入しても不十分だった点（自由回答）

「訪問リハ提供事業所のマンパワー不足」に相当する回答が最も多く 25%を超えた。ついで「制度上の問題で提供量が不十分」が続いた。

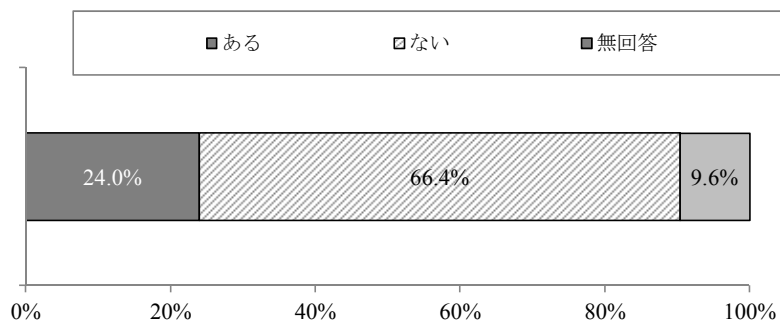
表 34 訪問リハサービスを導入しても不十分だった点 (n=119)

	項目名	(%)
1位	訪問リハ提供事業所のマンパワー不足	25.2
2位	制度上の問題で提供量が不十分	21.8
3位	効果がみられない	8.4
4位	担当したりハビリ専門職の問題（プログラム、待遇など）	7.6
5位	利用者の意欲が向上しない	5.0
6位	利用者の体調の変動により十分な介入ができなかった	5.0
7位	開始時期の遅延	4.2
8位	利用料金が低い	3.4
9位	ゴール設定が不明確	3.4

○訪問リハサービスが必要と感じたが導入を断念した事業所割合

訪問リハサービスの導入を断念したことが「ある」と回答した事業所は 24.0%であった。

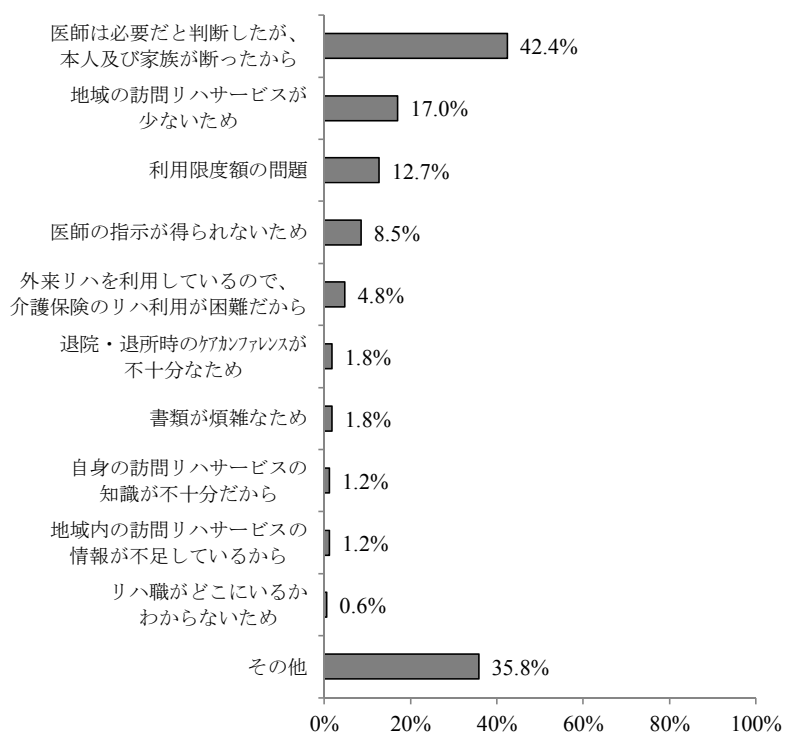
図 54 訪問リハサービスを必要と感じたが断念した事業所割合 (n=425)



○導入できなかった理由（複数回答）

訪問リハサービスの導入を断念した理由のうち最も多かった回答は、「医師は必要だと判断したが、本人及び家族が断ったから」であり、42.4%であった。ついで、「地域の訪問リハサービスが少ないため」が17.0%であった。

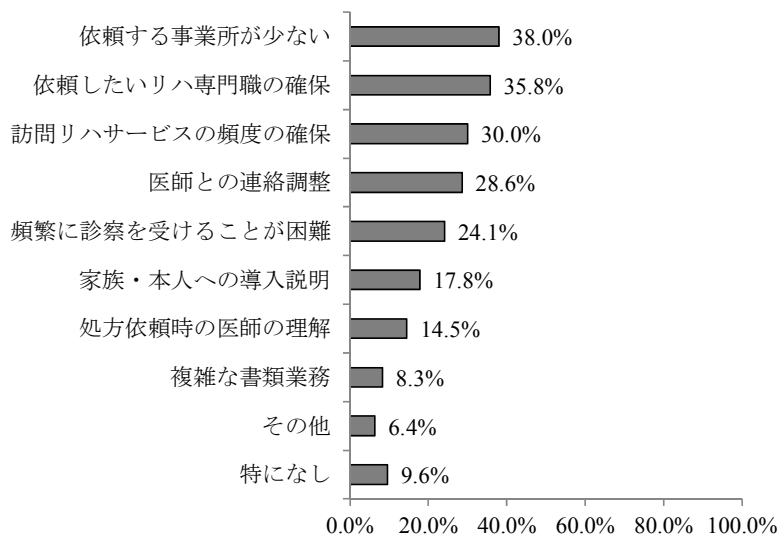
図 55 訪問リハサービスを導入できなかった利用者における導入できなかった理由 (n=165)



○訪問リハサービス導入時に苦勞すること（複数回答）

「依頼する事業所が少ない」が最も多く、38.0%であった。ついで、「依頼したいリハビリ専門職の確保」が続いた。

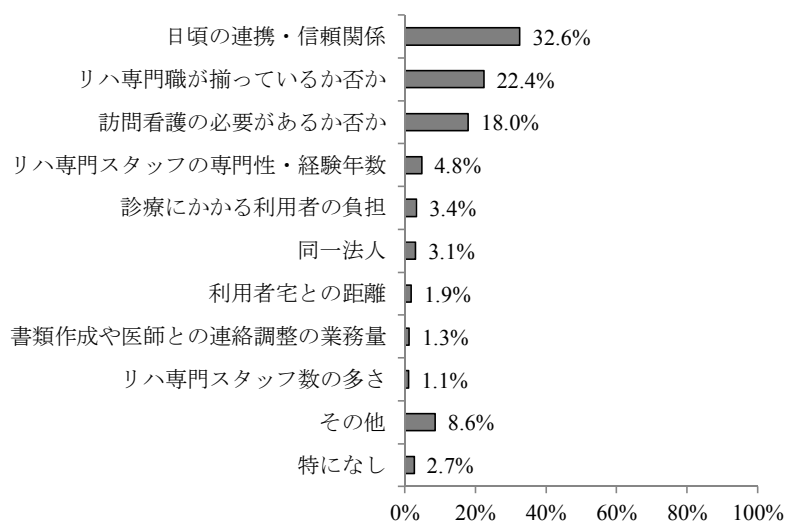
図 56 ケアマネジャーが訪問リハサービス導入時に苦勞すること（n=690）



○訪問リハ事業所か、訪看 st. からの理学療法士等による訪問かを選ぶ要因（複数回答）

「日頃の連携・信頼関係」が最も多く、32.6%であった。ついで、「リハ専門職が揃っているか否か」、「訪問看護の必要があるか否か」が続いた。

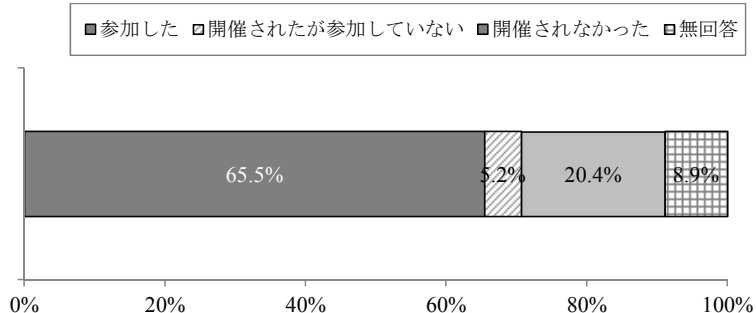
図 57 ケアマネジャーが訪問リハ提供者を選択する要因（n=522）



○ケアマネジャーの退院前ケアカンファレンスへの参加状況

ケアマネジャーが退院前ケアカンファレンスに参加した割合が 65.5%と最も多く、ついで「開催されなかった」が多く 20.4%であった。「開催されたが参加していない」割合は 5.2%と少なかった。

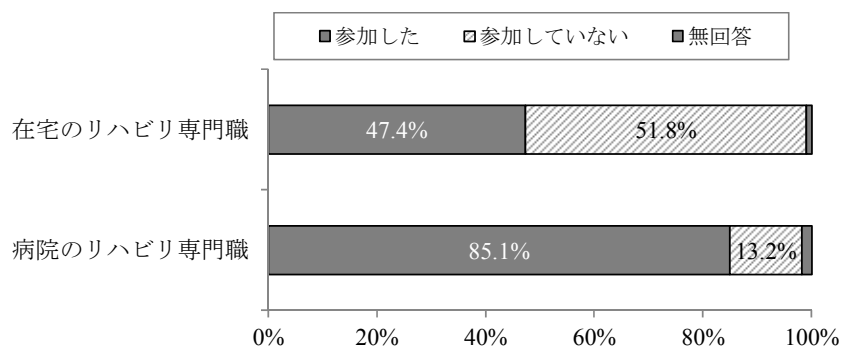
図 58 退院前ケアカンファレンスへの参加状況 (n=348)



○リハビリ専門職の退院前ケアカンファレンスへの参加状況

退院前ケアカンファレンスに在宅のリハビリ専門職が参加していた割合は 47.4%と半数以下であった。一方、病院のリハビリ専門職が参加していた割合は 85.1%だった。

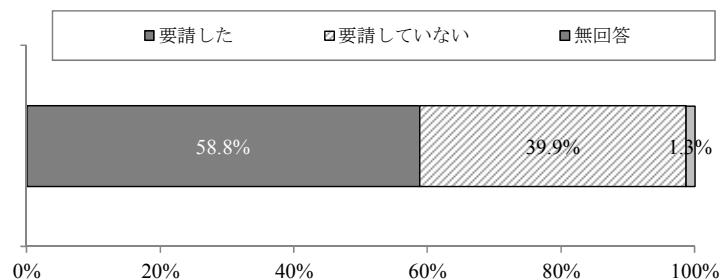
図 59 リハビリ職の退院前ケアカンファレンスへの参加状況 (n=228)



○在宅のリハビリ専門職に対する退院前ケアカンファレンスへの参加要請

退院前ケアカンファレンスに在宅のリハビリ専門職に参加を要請した割合は 58.8%であり、要請していない割合は 39.9%であった。

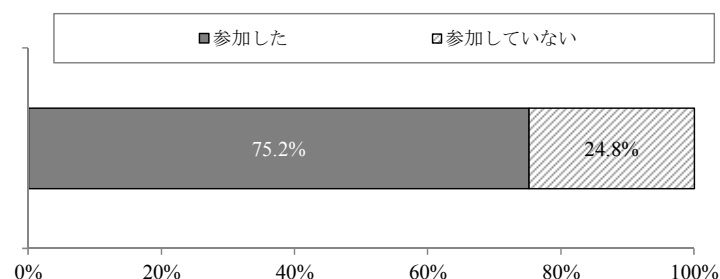
図 60 在宅のリハビリ専門職に対する退院前ケアカンファレンスへの参加要請 (n=228)



○「要請した」ケースについて、在宅のリハビリ専門職が参加した割合

ケアマネジャーが在宅のリハビリ専門職に対し、退院前のケアカンファレンスへ参加するよう要請した場合、在宅のリハビリ専門職は「参加した」と回答した割合は 75.2%と高かった。

図 61 在宅のリハビリ専門職が参加した割合 (n=133)



○参加を要請しなかった理由（自由回答）

退院前のケアカンファレンスについて、在宅のリハビリ専門職に参加を要請しなかった理由は、「訪問リハ導入あるいは事業者が未定だったため」に相当する回答が最も多く58.9%にのぼった。

表 35 要請しなかった理由（n=90）

	項 目 名	(%)
1位	訪問リハ導入あるいは事業者が未定だったため	58.9
2位	カンファ以外で地域のリハビリ専門職の連携がとられていた	13.3
3位	書類による情報共有、看護師・ケアマネの会議参加で十分だと考えた	12.2
4位	時間的・地理的・システムの理由で調整できなかった	7.8
5位	病院（MSW）・家族からの要請がなかった	3.3

第3章 考察

本調査は、全国の訪問リハサービス提供事業者の提供実態や利用者実態を把握することで、訪問リハサービスの普及に必要な課題を明らかにすることを目的に実施した。本事業の目的達成のため、得られたアンケート結果を、1. 提供体制 2. 訪問リハ提供者におけるリスク管理体制 3. 市町村との連携 4. 他職種等との連携 5. 利用者特性およびサービス提供内容に分けてまとめたので、項目毎の結果に考察を加え、最後に総括をする。

1. 提供体制

「マンパワー不足」や「遠方による受け入れ困難」などの理由から、新規依頼を断った訪問リハ提供者が3割以上にも達している現状の中で、訪問リハ提供者の1ヶ月当たりの総訪問件数は、389施設ある訪問リハ事業所で200.5件、315施設ある訪看st.では365.8件であった。アンケート返却率を加味して1ヶ月当たりの訪問件数を類推すれば、訪問リハ事業所が15万7247件、訪看st.が26万5500件となり、合計42万2747件を訪問リハ提供者1605施設でカバーしていることになる。しかし、それでもまだサービスは不足し、6ヶ月間でおよそ6800人以上が訪問リハサービスを断られていたことも判明した。

訪問している件数について訪問リハ提供者間で大きな差がある理由としては、リハビリ専門職の専従者の人数や労働時間の違いが考えられる。専従者の割合は、訪問リハ事業所で28.9%しかいないのに対して、訪看st.で76.2%と、明らかに訪看st.で高いこと、また、リハビリ専門職の1施設当たりの労働時間比が、訪問リハ事業所：訪看st. = 1 : 1.72と大きな差があることがその根拠として考えられた。

今回の調査では、自法人以外の医師数と自法人の医師数、更には、自法人以外の指示書数と自法人の指示書数の割合を比較することで、地域の医師（＝自法人以外の医師）による訪リハ資源の利用が、どの程度まで進んでいるか調査検討した。その結果、自法人以外の医師数は、訪問リハ事業所で自法人の医師数の3.4倍、同じく訪看st.では8倍であった。設置主体の60%を「その他法人」が占める訪看st.で8倍というのは、その性質上予想通りの結果であるが、69.5%を「病院・有床診療所」で占める訪問リハ事業所でも3.4倍というのは、地域の医師による訪問リハ資源の利用が予想以上に進んでいることを示している結果と考えられる。また、設置主体別で指示書数を比較しても、「その他法人」が設置者である訪看st.では自法人以外の医師の指示割合が9.9倍、「医療機関等」が設置者である訪問リハ事業所でも1.6倍あった。

これらのことより、訪問リハ事業所は、訪看st.との労働時間比が1 : 1.72の体制であっても、地域の医師による依頼を積極的に受け入れていることが明らかになった。

2. 訪問リハ提供者のリスク管理体制

医師との緊急時連絡方法は、訪看st. 93.3%、訪リハ事業所 83.2%、緊急時対応マニュアルの整備は訪看st. 89.3%、訪リハ事業所 87.0%と、共に両施設の大部分で整備してい

た。緊急時連絡方法の施設間差については、同一施設内に指示医が勤務している割合が高い訪問リハ事業所で、その必要性を感じる機会が少ないことが結果に反映されていると考えられた。

指示書内における安全管理上の注意事項の記載は、訪看 st. 68.4%、訪問リハ事業所 76.2%であり、訪問リハ提供者全体でも 70%以上で行われていた。しかし、この 7.8%の施設間差は、法人内外の医師、あるいは主治医とかかりつけ医という関係の中で生じている意識の違いと捕らえることができる。今後、この差を埋める取り組みの必要性が改めて再確認された。

3. 市町村との連携

市町村事業に参加している訪問リハ提供者の割合は全体の 32.5%であり、その内、介護予防事業への参加割合は、訪問リハ事業所が 71.6%と訪看 st. の 46.6%よりも高く、地域ケア会議への呼びかけは、訪看 st. で 36.8%であり、訪問リハ事業所の 28.0%よりも高い結果が得られた。これは、介護予防事業は「病院」へ、地域ケア会議は「その他の法人」あるいは「訪看 st.」へという暗黙の了解が、未だに強く影響している結果と考えられた。

呼びかけに対する施設の参加率は、訪看 st. (75.2%) は訪問リハ事業所 (65.4%) に比べ高いが、呼びかけに対する実際の参加率は、訪問リハ事業所が 56.0%、訪看 st. が 47.6%と、訪問リハ事業所で高かった。これは、訪問リハ事業に関わっている職員数は訪問リハ事業所内ではかなり少ないが、設置主体の多くは「病院」が占めていることから、訪看 st. よりも地域ケア会議に人員を派遣することが容易な環境にあると考えられた。

4. 他職種等との連携

医師から訪問リハ提供者への連携手段として、入院・入所施設からの情報提供がある。この実施率は、訪問リハ事業所が 82.1%、訪看 st. 69.1%であった。逆に、訪問リハ提供者から医師への連携手段として、計画書と報告書があり、この実施率は、訪問リハ提供者全体で 80%以上、設置主体別の「その他法人」でも 90%以上であった。

これらの結果は、医師から訪看 st. への情報提供割合が相対的に低いことを示している。

介護支援専門員から訪問リハ提供者への連携手段として、サービス担当者会議や退院前ケアカンファレンスへの参加要請があり、サービス担当者会議の実施率は、訪問リハ事業所が 88.8%、訪看 st. 88.1%、退院前ケアカンファレンスへの参加要請は、訪問リハ提供者全体で 60%弱であった。訪問リハ提供者から介護支援専門員への連携手段として、ケアプランへの助言等があり、この実施率は、訪問リハ事業所が 70.3%、訪看 st. 65.6%であった。サービス担当者会議への参加依頼があった施設に絞った場合は、全体の 90%以上でケアプランへの助言等を行っていた。

これより、介護支援専門員と訪問リハ提供者の良好な関係を示す一つの指標として、サービス担当者会議への参加依頼ができる関係が構築できているか否かが示唆された。また、在宅のリハビリ専門職が退院前ケアカンファレンス等に積極的に参加し、在宅でのリハビ

リハビリテーションの必要性を指摘できる体制作りも必要である。

介護福祉士へ助言をしている割合は、訪問リハ事業所で 35.8%、加算が認められていない訪看 st. であっても、30%以上行っていた。これは、訪看 st. と介護福祉士との業務上の接点や共通点が多いことに起因した結果と考えられるが、訪問リハ事業所からの助言を増やすための取り組みが必要であることが改めて示された。

5. 利用者特性およびサービス提供内容

「対応できない利用者」の状態像は、訪問リハ提供者間で共通しており、全体の 35.0% で「人工呼吸器管理・気管切開の処置が必要な状態」や「がん末期の疼痛管理が必要な状態」、「看取り期のケアが必要な状態」であった。しかし、その中でも訪看 st. や設置主体が「その他法人」である施設は、多様な状態像に対応していた。

利用者の要介護度や年齢、性別など、利用者特性による差は見られなかった。

課題およびリハプログラムについても訪問リハ提供者間で差はなく、介護負担の軽減を目的に移乗動作訓練を行うなど、短期目標に合わせた適切なプログラム選択がなされていた。

訪看 st. や、設置主体が「その他法人」である施設が、多様な状態像に対応できていた理由は、リハビリ専門職の専従割合の高さが関係していると考えられた。

6. 総括

訪問リハビリテーションの課題は、入院期間中から訪問リハの必要性を検討し、患者家族へ説明する機会を積極的に持ち、次に、在宅のリハビリ専門職が退院前ケアカンファレンス等に積極的に参加し、そして、双方の立場から在宅でのリハビリテーションの必要性を説明し、他職種と協同して退院後の患者の生活をサポートする体制作りが構築されていないことである。同時に、訪問リハ事業所の十分なサービス提供体制の確立や地域の医師による訪問リハ事業所の活用の推進についても十分に確立されていないことである。一方で、医療機関が得意な分野とその他法人が得意な分野では、設置主体別にその違いが浮き彫りになったことから、多様な主体が訪問リハビリを提供できる体制を作ることも十分に考慮する必要がある。これらの課題に訪問リハ事業者が対応するためには、リハ専門職種による管理職を配置し、多方面に渡る積極的な啓蒙活動の推進や調整作業が必須であり、リハビリテーションに関する窓口を明確に設定すべきであり、とりわけ訪リハ事業所の専従割合の低さは上記課題を解決する上で大きな障壁である。

平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからの
理学療法士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業
調査報告書

発行 公益社団法人 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 26(2014)年 3 月発行

