

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

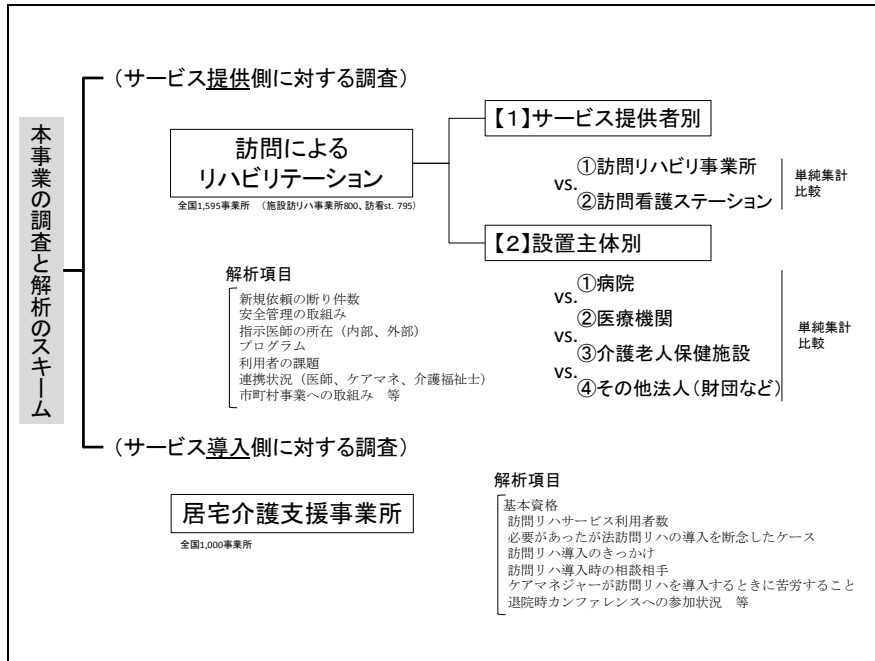
居宅介護支援事業所 事業所票

- ・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）

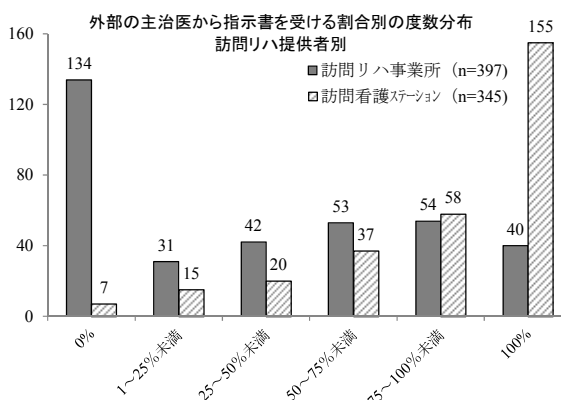


図 2 専従のリハビリ専門職の従事者割合別の度数分布（訪問リハサービス提供者別）

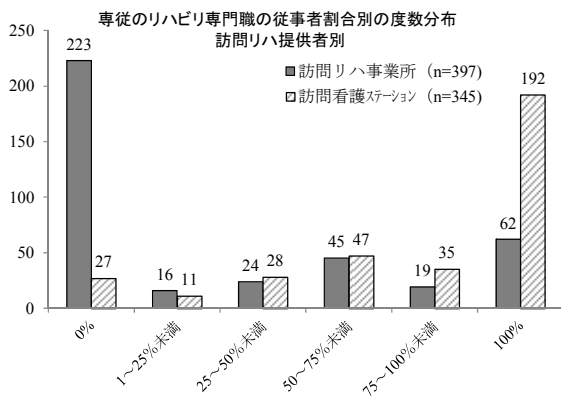


表 1 看取り期のケアが必要またはがん末期の疼痛管理を必要とする状態像と事業所での対応可能性

	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い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。）