

**【テーマ】**

**在宅生活者の維持期リハビリテーションに関する介護支援専門員へのアンケート調査**

**【申請者・所属機関・職名・所在地】**

1. 代表研究者：岡本隆嗣  
西広島リハビリテーション病院 副理事長（リハビリテーション専門医）
2. 共同研究者：岡光孝  
同地域連携副部長（作業療法士）  
〒731-5143 広島県広島市佐伯区三宅 6-265

**【提出年月日】** 平成 23 年 2 月 25 日

**【報告書の構成】**

1. 報告書本文
2. 同図・表
3. 在宅リハビリテーションに関するアンケート

## 【はじめに】

2004 年の「高齢者リハビリテーション（以下、リハ）研究会」において、長期間に効果が明らかでないリハ医療が行われていることが指摘され、そして 2006 年の診療報酬・介護報酬の同時改定でリハの日数制限（後に形骸化）が設けられた。これにより急性期－回復期（亜急性期）－維持期（慢性期）という医療機能の分化および医療と介護・福祉との連携が推進されることとなった。それにより「主に維持期リハは介護保険で実施する」ということになり、それらを担う介護保険サービスの拡充が必要となった。その中で維持期リハとは、「急性期・回復期に引き続き実施されるリハ医療サービス」と定義され、高齢者等の体力や機能の維持向上を図るだけでなく、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、その自立生活を支援することが目的である 1)。また従来の医療保険での「外来リハ」に代わるものとして、2009 年の介護報酬改定において、リハ特化型（1～2 時間）の「短時間通所リハ」が新設され、「みなし指定」として病院で提供できるようにもなった 2)。

しかしながら、2006 年度の診療報酬・介護報酬同時改定から約 5 年が経過したにも関わらず、訪問介護や通所介護等の見守りを必要とするサービスの利用率が高まる一方で、通所リハや訪問看護・訪問リハといった医療系サービス利用率は低値に留まっている。特に個別リハが主体である訪問リハや短時間型の通所リハの利用率は極めて低い。2010 年 11 月 30 日に社会保障審議会介護保険部会から出された「介護保険制度の見直しに関する意見」 3) の中では、「高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高める」という「リハビリ前置」の考え方が強調されると同時に、訪問リハの利用率が低い地域があること、通所介護類似の通所リハが提供されている、等の問題点が指摘された。また 2011 年 2 月 7 日の同部会では、「介護支援専門員が利用者と家族の要望に抗しきれず、訪問介護中心のケアプランに傾き、自立を促すよりは、要介護者が廃用症候群に進んでいく過程を阻止できていないケアプランとなっている」可能性が指摘された 4)。

かつての老人保健法によるリハビリテーション事業は、介護保険制度の発足とともに介護保険サービスに移行し、高齢者のリハ支援は大きく様変わりした。それまで在宅ケア、リハサービス活用の経験を蓄積してきた関係者が撤退し、介護支援専門員がリハサービス活用の要否の要を握る事になった。しかし医療系リハサービスの利用が低率で、軽度介護者の重度化が指摘されている現状を見ると、その人にふさわしいリハサービスが十分提供されていないのではないかと思われる。また「脳卒中モデル、廃用症候群モデル、痴呆高齢者モデルではケアマネジメントの方法に違いがある」とされているが、介護保険専門員の

研修や教育では、そのような説明が十分なされていないのではないかと危惧される 5)。我々リハ関係者は自身が連携の必要性を再認識し、介護支援専門員に積極的に働き掛ける姿勢が求められる。

今回我々は、当地域における介護保険における在宅リハサービスの現状把握、個別リハサービス利用低迷の原因を明らかにするため、広島市佐伯区・西区の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属する介護支援専門員に対してアンケート調査を行った。その結果より、今後の個別リハサービス利用のあり方や地域における我々リハ関係者の役割等について考察したため報告する。

### 【対象】

広島市佐伯区は 2005 年現在、人口 134,022 人、人口構成は 0～14 歳が 15%、15～64 歳が 68%、65 歳以上が 17%、2010 年現在の居宅介護支援事業所 29 か所、地域包括支援センター 6 か所、広島市西区は 2005 年現在、人口 184,795 人、人口構成は 0～14 歳が 15%、15～64 歳が 69%、65 歳以上が 16%、2010 年現在の居宅介護支援事業所 44 か所、地域包括支援センターが 6 か所という地域である。

調査の対象は、アンケートを行った広島市佐伯区・西区の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター所属の介護支援専門員 183 名中、提出期限内に回答のあった 123 名（回収率：67.2%）とした。介護支援専門員としての業務経験年数は平均 4.9±3.2 年であった。

### 【方法】

アンケート用紙を、広島市佐伯区・西区の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター所属の介護支援専門員に直接配布し、回収方法は郵送による返送とした。また、個人データ流出を防ぐために無記名回答とした。アンケート用紙は回収後、当院のインターネット環境にないパソコンに保管し、アンケート用紙は調査終了後破棄した。また調査実施にあたって、当院倫理委員会の承認を得た。

### 【アンケートの内容】

アンケートの内容は計 21 項目から構成され、介護支援専門員の基本情報、どのような時に個別リハサービス利用を検討するか、どのような利用者に個別リハが必要であると考えるか、実際の個別リハサービスの利用状況、個別リハサービスの利用率はなぜ向上しないと考えるか、などを問う質問とした。また、通所リハについては、1～2、3～4 時間等の個別リハ中心の短時間型の通所リハを想定し回答するよう限定した。

## 【結果】

### (1) 介護支援専門員としての基礎資格 (図 1)

多い順に、介護福祉士 62 名 (48%)、看護師 28 名 (21%)、社会福祉士 16 名 (12%)、介護員 (ホームヘルパー) 12 名 (9%)、保健師 6 名 (5%)、相談員 2 名 (2%)、栄養士 2 名 (2%)、社会福祉主事 2 名 (2%)、歯科衛生士 1 名 (1%) であった。

### (2) 介護支援専門員としての職務形態 (図 2)

多い順に、常勤兼任 82 名 (69%)、常勤専任 21 名 (18%)、非常勤専任 15 名 (12%)、非常勤兼任 1 名 (1%) であった。

### (3) 同法人内等のリハ事業所の有無 (図 3)

訪問リハ事業所あり 13 名 (11%)、なし 105 名 (89%)、訪問看護 7 あり 31 名 (26%)、なし 90 名 (74%)、通所リハ事業所あり 26 名 (22%)、なし 91 名 (78%) であった。

### (4) どのような時に個別リハが必要であると検討するか (複数回答あり) (図 4)

訪問リハ (訪問看護 7 を含む) について多い順に、本人の機能低下してきた時 102 名 (83%)、退院退所直後 92 名 (75%)、本人・家族が希望した時 87 名 (71%)、病院から勧められた時 50 名 (41%)、家族の介護が大変になってきた時 13 名 (11%)、住宅改修を考える時 9 名 (7%)、精神的落ち込みなどがみられた時 7 名 (6%)、その他 6 名 (5%) であった。

通所リハについては多い順に、本人の機能低下してきた時 97 名 (79%)、本人・家族が希望した時 93 名 (76%)、退院退所直後 77 名 (63%)、病院から勧められた時 52 名 (42%)、家族の介護が大変になってきた時 32 名 (26%)、精神的落ち込みなどがみられた時 14 名 (11%)、住宅改修を考える時 3 名 (2%)、その他 1 名 (1%) であった。

### (5) どのような目的でリハを依頼するか (複数回答あり) (図 5)

訪問リハ (訪問看護 7 を含む) について多い順に、ADL の維持・向上 118 名 (96%)、起居動作の維持・向上 102 名 (83%)、廃用症候群の予防 99 名 (80%)、IADL の維持・向上 70 名 (57%)、家族の介護負担軽減 52 名 (42%)、家族指導 35 名 (28%)、閉じこもり予防・外出機会の確保 34 名 (28%)、家屋など環境調整 32 名 (26%)、家庭内・社会での役割の再獲得 27 名 (22%)、対人・社会交流の維持・拡大 25 名 (20%)、趣味活動の再獲得 17 名 (14%)、その他 2 名 (2%) であった。

通所リハについては多い順に、ADL の維持・向上 109 名 (89%)、閉じこもり

予防・外出機会の確保 97 名 (79%)、廃用症候群の予防 82 名 (67%)、家族の介護負担軽減 78 名 (63%)、起居動作の維持・向上 73 名 (59%)、対人・社会交流の維持・拡大 71 名 (58%)、IADL の維持・向上 55 名 (45%)、趣味活動の再獲得 34 名 (25%)、家庭内・社会での役割の再獲得 17 名 (14%)、家族指導 5 名 (4%)、家屋など環境調整 4 名 (3%)、依頼することがない 1 名 (1%) であった。

#### (6) どのような利用者に個別リハが必要であると考えるか (複数回答あり)

##### (図 6)

多い順に、「中等度の困難、ある程度の介助を必要とするが助けなしで歩くことができる」111 名 (90%)、「中等度～重度の困難、介助なしでは歩いたり身体の位置を好きなように動かすことができない」110 名 (90%)、「軽度の困難、いくつかの日常動作を行うことができない、しかし多くの介助がなくても自分で身の回りのことができる」78 名 (63%)、「重度の困難、ベッド臥床・失禁・持続的な看護と監視が必要とされる」67 名 (54%)、「明らかな障害は存在しない、通常の動作を補助なしで行うことができる」9 名 (7%)、「障害が存在しない」1 名 (1%) であった。

#### (7) 個別リハに対して何を期待するか (複数回答あり) (図 7)

多い順に、基本動作訓練 119 名 (97%)、ADL 訓練 100 名 (81%)、手足・体幹の運動 89 名 (72%)、廃用症候群予防 83 名 (67%)、補装具の適合調整 78 名 (63%)、摂食・嚥下訓練 73 名 (59%)、福祉用具の適合調整 63 名 (51%)、高次脳機能障害・認知症訓練 61 名 (50%)、家族への介護指導 61 名 (50%)、コミュニケーション訓練 55 名 (45%)、精神的サポート 50 名 (41%)、閉じこもり解消への関わり 47 名 (38%)、QOL 向上への関わり 45 名 (37%)、呼吸機能訓練 44 名 (36%)、IADL 訓練 43 名 (35%)、マッサージ 42 名 (34%)、家屋改修相談 39 名 (32%)、趣味活動への関わり 21 名 (17%)、社会活動への関わり 15 名 (12%)、社会資源の相談 6 名 (5%)、家族関係等の調整 6 名 (5%)、その他 6 名 (5%) であった。

#### (8) 実際によく利用を検討する在宅サービス (複数回答あり) (図 8)

この項目は複数回答で順位をつけてもらう質問とした。検討することが多いサービス順に 1～5 番まで番号をつけてもらい、それに 1 番=5 点、2 番=4 点、3 番=3 点、4 番=2 点、5 番=1 点と順に点数化した合計点数で算出した。

多い順に、訪問介護 743 点 (40%)、通所介護 501 点 (27%)、通所リハ 316 点 (17%)、ショートステイ 161 点 (9%)、訪問看護 155 点 (8%)、訪問リハ 112

点 (6%)、外来 (医療) リハ 17 点 (1%)、居宅療養管理指導 9 点 (0%)、訪問入浴介護 8 点 (0%) であった。

**(9) 現在担当している利用者数**

平均  $24.5 \pm 15.1$  名 であった。

**(10) 担当利用者のうち介護支援専門員として個別リハサービスが必要であると考える利用者数**

平均  $9.3 \pm 7.9$  名 (38%) であった。

**(11) そのうち実際にリハサービスを利用している利用者数**

訪問リハについて平均  $1.8 \pm 1.9$  名 (全体の 7.3%)、訪問看護 7 について平均  $1.7 \pm 2.3$  名 (全体の 6.9%)、通所リハについて平均  $1.6 \pm 2.7$  名 (全体の 6.5%) であった。

**(12) 個別リハサービスをケアプランに組み込むことを難しく感じるかどうか (図 9)**

多い順に、時々ある 38 名 (34%)、どちらともいえない 34 名 (31%)、あまりない 29 名 (26%)、ほとんどない 5 名 (4.5%)、よくある 5 名 (4.5%) であった。

また、難しく感じる理由として、事業所が少ない、要支援の介護予防通所リハは個別リハを行わない事業所が多い、訪問リハは自宅に入られることを嫌がる方も多く、単位数が高い (退院直後は特に)、軽度の利用者の必要性に困る、週 1~2 回リハを行う意義をあまり感じない、といった意見が挙げられた。

**(13) 実際にリハを利用している利用者のプログラムや目的を把握しているか (図 10)**

多い順に、まあまあ把握できている 71 名 (60%)、どちらともいえない 18 名 (15%)、あまり把握できていない 15 名 (13%)、把握できている 12 名 (10%)、把握できていない 2 名 (2%) であった。

**(14) 利用者のリハ内容に介護支援専門員として満足しているか (図 11)**

多い順に、おおよそ満足している 72 名 (61%)、どちらともいえない 30 名 (26%)、とても満足している 12 名 (10%)、あまり満足していない 4 名 (3%)、全く満足していない 0 名 (0%) であった。

**(15) 介護保険全体におけるリハサービスの利用率が上がらない理由（複数回答あり）（図 12）**

多い順に、リハ以外のサービスが優先される 66 名（54%）、利用者・家族が必要性を感じていない 51 名（41%）、利用料が高い 48 名（39%）、支給限度額が足りない 37 名（30%）、利用時間が短い 37 名（30%）、手続きが煩雑 34 名（28%）、利用者のニーズに合わない 18 名（15%）、介護支援専門員として必要性を感じない利用者が多い 11 名（9%）、リハを行える事業所が少ない 10 名（8%）、看護や介護で対応できる 10 名（8%）、リハで何をしてくれるかよくわからない 10 名（8%）、その他 5 名（4%）であった。

**(16) 仮に個別リハサービスが支給限度額外となった場合、個別リハの利用率は上がると思うか（図 13）**

多い順に、どちらともいえない 46 名（39%）、やや上がると思う 35 名（30%）、かなり上がると思う 23 名（19%）、あまり上がらないと思う 13 名（11%）、全く上がらないと思う 1 名（1%）であった。

**(17) 「リハ前置主義」の言葉・意味を知っているか（図 14）**

多い順に、言葉も意味も知らない 90 名（76%）、言葉は知っているが意味はよくわからない 25 名（21%）、言葉も意味も知っている 4 名（3%）であった。

**(18) リハに関する病院等からの情報伝達に満足しているか（図 15）**

多い順に、おおよそ満足 50 名（42%）、どちらともいえない 31 名（26%）、あまり満足していない 21 名（18%）、とても満足している 13 名（11%）、全く満足していない 3 名（3%）であった。

**(19) どのような情報が役に立つか（複数回答あり）（図 16）**

多い順に、障害の程度などに関する情報 92 名（75%）、今後の改善見込みについて 82 名（67%）、リハにおける注意事項 80 名（65%）、介助方法や動作手順に関する情報 76 名（62%）、残されている問題点 75 名（61%）、病気に関する医学的情報 70 名（57%）、自主トレーニングに関する情報 66 名（54%）、リハの目標 61 名（50%）、住宅改修等に関する情報 42 名（34%）、家族に関する情報 24 名（20%）、その他 5 名（4%）であった。

**(20) リハでよく用いられる用語を知っているか（図 17）**

多い順に、「ROM」 84 名（68%）、「HDS-R」 38 名（31%）、「MMT」: 16 名（13%）、「FIM」 12 名（10%）、「TUG (Timed up and go)」 10 名（8%）、「BRS (Brunnstrom

recovery stage) 5名 (4%)、「BI (Barthel index)」3名 (2%)、「MAS」1名 (1%)、「MMSE」0名 (0%)、「SF-36」0名 (0%)、「NIHSS」0名 (0%)、「ASIA impairment scale」0名 (0%) であった。

### 【考察】

かつての老人保健事業では、医師会の協力を得て地域の保健師が核となり、保健センターや老人保健施設、公民館にて普及事業が実施された。また理学療法士や作業療法士も活動メンバーとして位置づけられていた。しかし介護保険制度の発足によりケアサービスが充実した一方で、それらノウハウを持った関係者の撤退があり、その結果リハサービスが弱体化したと指摘されている 5)。

2003年、福屋はケアマネジャー、および介護保険以前から地域リハに関わっている理学療法士、作業療法士を対象に「介護保険サービスの連携に関する調査」を行った 6)。その中で、リハサービスや連携上の課題について、約 1/3 が介護保険設立後にリハサービスが活用しにくくなったと回答した。その理由として、「サービスが無い」、「リハニーズの把握が不十分」、「自治体職員がリハサービスを提供できない」、「病院勤務のリハ職員による直接訪問支援が困難になった」などが挙げられた。

厚生労働省の介護保険サービスの利用調査では、訪問リハの利用率が最も低く、介護保険下では、個別リハサービスの利用が困難な状況があることがうかがわれる 7) 8)。また短時間通所リハ (1~2時間) は普及すら不十分である 9)。

今回の当地域での調査でも、実際の個別リハサービス利用率について、訪問リハは担当利用者全体のうち 7.3%、訪問看護 7 は 6.9%、通所リハについては 6.5% と、極めて低い結果であった。利用率が上がらない理由として一番多かった意見が「リハ以外のサービスが優先される」ということであった。またリハ前置主義について、言葉も意味も知っている介護支援専門員はわずか 3% であった。

これは、「高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高める」という「リハ前置」の考え方が十分教育されておらず、このような場合には見守りや介助のサービスが優先して導入されている現状を意味している。この背景には、基礎資格が介護福祉士と介護員を合わせ約 60% であったことや、リハサービスが介護支援専門員にとって身近なものとなっていないことが挙げられる。これは全国的な傾向であり、特にリハ前置の考え方についても、リハ専門病院として地域に積極的に広報していく必要があると考える。

また介護支援専門員の個別リハが必要な利用者のイメージを問うため、「どのような利用者に個別リハが必要であると考えているか」との問いに対し、「中等



度の困難の方」「中～重度の困難の方」とも 90%という結果であった。また「どのような目的で個別リハビリを依頼するか」については、ADL や起居動作の維持向上に加え、廃用症候群予防に対する目的が多かった。これは、介護支援専門員が本人の機能低下時等に加え、比較的中等度～重度の方にリハが必要と考える場合が多いのではないかと推察される。重度の方にはリハとケアの両方が必要であるのは言うまでもないが、生活の維持を考えるとケアが優先されるため、十分なリハが提供できていない。その一方で、軽度～中等度の方には予防的なリハの提供が不十分であると言える。我々リハ専門病院としては、中等度～重度の方に加え、特に軽度の方にも予防的な観点から積極的な個別リハが必要と考えており、そこには認識のギャップが生じているのではないかと考えられる。リハ専門病院として、介護支援専門員はもちろん、本人・家族にも病院退院時に継続したリハの必要性をもっと伝える必要がある。

一方で、「もし個別リハサービスが支給限度額外となったら利用率は上がると思うか」との問いに対し、約 50%が「かなり上がる」又は「やや上がる」と考えている。これは、実際に個別リハサービスが支給限度額外となった場合、本当に必要な利用者に現在よりもリハを提供できる可能性がある。高齢者の費用負担と生活の維持を考えると、ケアプランとしてケアサービスを優先せざるを得ず、リハサービスの導入が不十分になってしまう介護支援専門員の苦悩がうかがえる。来年の医療報酬・介護報酬の同時改定に向け、現在社会保障審議会介護保険部会でも議論が継続中であり、リハサービスを利用しやすいシステムへの変更が望まれる。

また、リハ事業所が少ないという意見が多く、要支援の方の介護予防通所リハは個別リハを行わない事業所が多いという意見もあった。これまでも地域によって社会資源の差が大きいと言われているが、比較的都市部である広島市佐伯区・西区においても個別リハの拠点が不足していると考えられる。特に要支援の方など軽度者のリハ受け皿が少ない可能性がある。さらに、リハサービスは単位数が高いという意見も多かったが、リハ事業所として、単位数に見合う成果を出すための努力が引き続き必要である。

福屋はリハサービスと介護保険制度の課題に関わる現在の介護保険の仕組みについて次のように指摘している 10)。

- ① 高齢者の介護度を重度化し、特に軽度の要介護者（要支援～要介護 1）の重度化が顕著となった「廃用症候群を助長する制度」である
- ② 廃用症候群の予防を専門とする「リハ専門家が介入できない制度」である
- ③ 老人保健法の機能訓練事業の訪問指導としてリハの訪問があり、寝たきり高齢者が外出までに回復できる指導が、介護保険により中断され、「高齢者の生活支援の意味が理解されていない制度」である

- ④ リハ支援が介護保険サービスになり、訪問指導を行っていた保健師らが利用者に関われなくなり「育成された人的資源を活用できなかった制度」である
- ⑤ 「精神的支援やニーズへの対応が“介護の手間”で封じられた制度」である。  
手間とは身体を動かし働いている時間であり、座って対話する時間ではないとし、個別的なかかわりである「談話・傾聴」が除外された
- ⑥ 介護支援専門員が支援を行う際は、リハの視点や取り組みが必要である  
これらはかなり厳しい意見ではあるが、リハサービスの側からみると、現在の介護保険システムの問題点を的確にとらえた意見だと思われる。

以上より、個別リハサービス低迷の原因は、現在の介護保険システムの問題、介護支援専門員に対する教育・リハ知識の啓蒙の問題、医療保険から介護保険に移行する際の医療機関からの連携不足と大きく3つに分けられる。

介護保険システムの問題として、現在の介護保険は、積極的にリハを行い要介護度が軽くなった場合、本人への支給限度額が減ってしまう。また自立度を高くした時のインセンティブが事業者に無いシステムになっている。さらにリハもケアも支給限度額内で行うため、限度額外は実費になってしまう。加えて医療保険のリハを20分行った場合と介護保険のリハを20分行った場合の報酬格差が大きく、介護保険のリハ事業を積極的に行う医療機関が少ない。これでは介護保険での個別リハの普及は困難である。これらの解決のためには、自立度を高くした時のインセンティブを何だかの形で設けること、リハとケアを同じ支給限度額内で行われている現在のシステムを変えること、医療保険と介護保険におけるリハの報酬格差を是正することが望まれる。

また看護師・リハ専門職等が資格をとった初期の介護支援専門員に比べ、現在は介護福祉士や介護員が多数を占めている。医療やリハの知識が不十分であるのは当然であるが、それを補うような教育システムが欠けている。これは国の教育システムの変更を待つのではなく、リハ関係者が地域でこの教育システムを構築するしか解決法はないのではないと思われる。

2000年の介護保険制度の施行と同期して、ADLの向上、寝たきりの防止、在宅復帰の推進、を目的とした回復期リハ病棟が新設された<sup>11)</sup>。その後順調に病床が増加し、2011年2月現在、全国で病床数は6万床超となり、亜急性期のリハ医療を担う一大拠点となった<sup>12)</sup>。しかし回復期リハが入院リハに特化したシステムであるため、医療機関の外来における維持期リハが脆弱化した。ここ数年、病院のみなし指定で介護保険リハが行えるようになったり、リハの標準算定日数制限が事実上撤廃された現在も状況は大きく変わっていない。また地域連携パスの開始もこの状況を変えるには至っていない。生活が安定するまでの退院後3カ月程度の期間は、回復期リハ病棟にも責任がある。維持期の個別リハサービスの普及や質の向上のためには、リハを専門とする医療機関、特に回

復期リハ病棟が積極的にかかりつけ医や介護支援専門員と積極的な連携を図っていく必要がある。特に維持期の個別リハサービスが少ない地域では、回復期リハをもつ医療機関がこのサービスの一翼を担う必要があるのではないかと考える。

我々リハ専門家は、もっと積極的にリハ知識の啓蒙を行い、連携に積極的に関わり、もっと地域に出るシステムを構築すべきである。

#### 【謝辞】

この研究は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により行われた。最後に、今回の調査にご協力を頂いた広島市西区・佐伯区の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属する介護支援専門員の皆様に、深い感謝を捧げる。

#### 【参考文献】

- 1) 齊藤正身：維持期リハビリテーション. 日本リハビリテーション病院・施設協会（編）：高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン. 青海社, 2008, pp43-47
- 2) 外口徳秀：短時間型通所リハビリテーション導入による変化について. 地域リハ4：993-995, 2009
- 3) 厚生労働省ホームページ. Available from: URL：<http://www.mhlw.go.jp/> (2011年2月22日引用)
- 4) 全日病ニュース第749号 (2011年2月15日)
- 5) 入江多津子：リハビリテーションとケアマネジメント. 総合リハ38:519-525, 2010
- 6) 福屋靖子：介護保険制度に伴う地域ケアサービスの連携についての動向ーリハビリテーション支援の視点から. リハ連携科5:15-25, 2004
- 7) 五嶋佳子, 永富香織, 重本亨, 石井敦子, 佐藤祐佳, 鬼崎信好, 石竹達也：介護保険制度下における訪問リハビリテーションの利用状況分析. 久留米医学会誌, 68:37-44, 2005
- 8) 後藤伸介, 松村朋枝, 織田裕可里, 栗井由美, 中山さやか, 勝木準, 木下潤子, 京谷亜紀, 山下夕子, 唐津学, 宮本由香里：介護支援専門員を対象とした訪問リハビリテーションに関する調査. 石川県理学療法学雑誌, vol.5No1:30-33, 2005
- 9) 岡本隆嗣, 岡光孝, 松田秀之, 伊藤三千雄：短時間通所リハビリテーション（1～2時間）の検討. 地域リハ2011（印刷中）
- 10) 福屋靖子：地域リハビリテーションにおける連携専従職員の必要性について.

リハ連携科 9:81-90, 2008

- 11) 石川誠:回復期リハビリテーション - 病棟の意義 - . 日本臨床 2006;64 (Suppl) :S774-777
- 12) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会ホームページ. Available from: URL : <http://www.rehabili.jp> (2011年2月25日引用)

図1. 介護支援専門員としての基礎資格

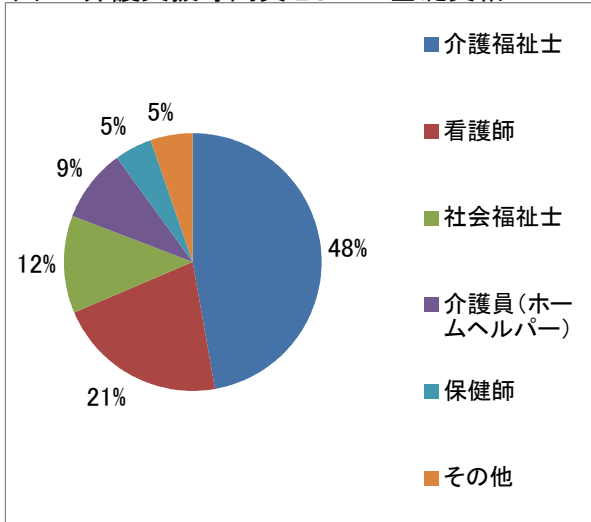


図2. 職務形態

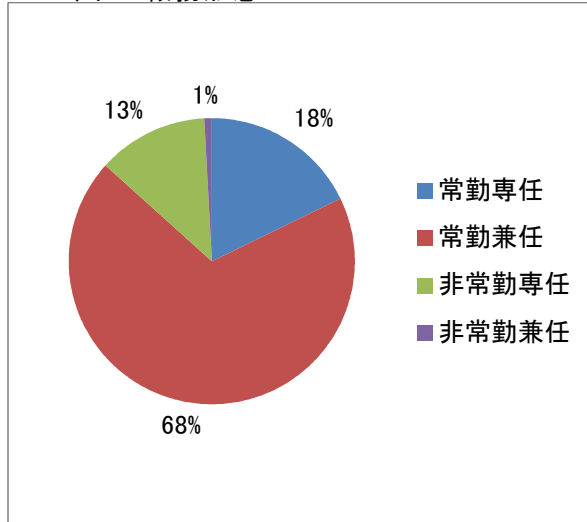


図3. 同じ会社・事業所・法人等に次の事業所があるか

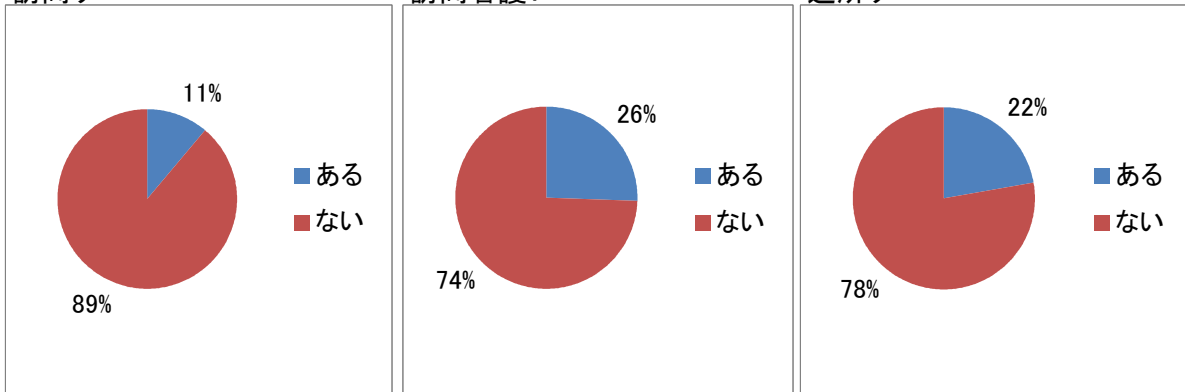


図4. どのような時に個別リハが必要であると検討するか

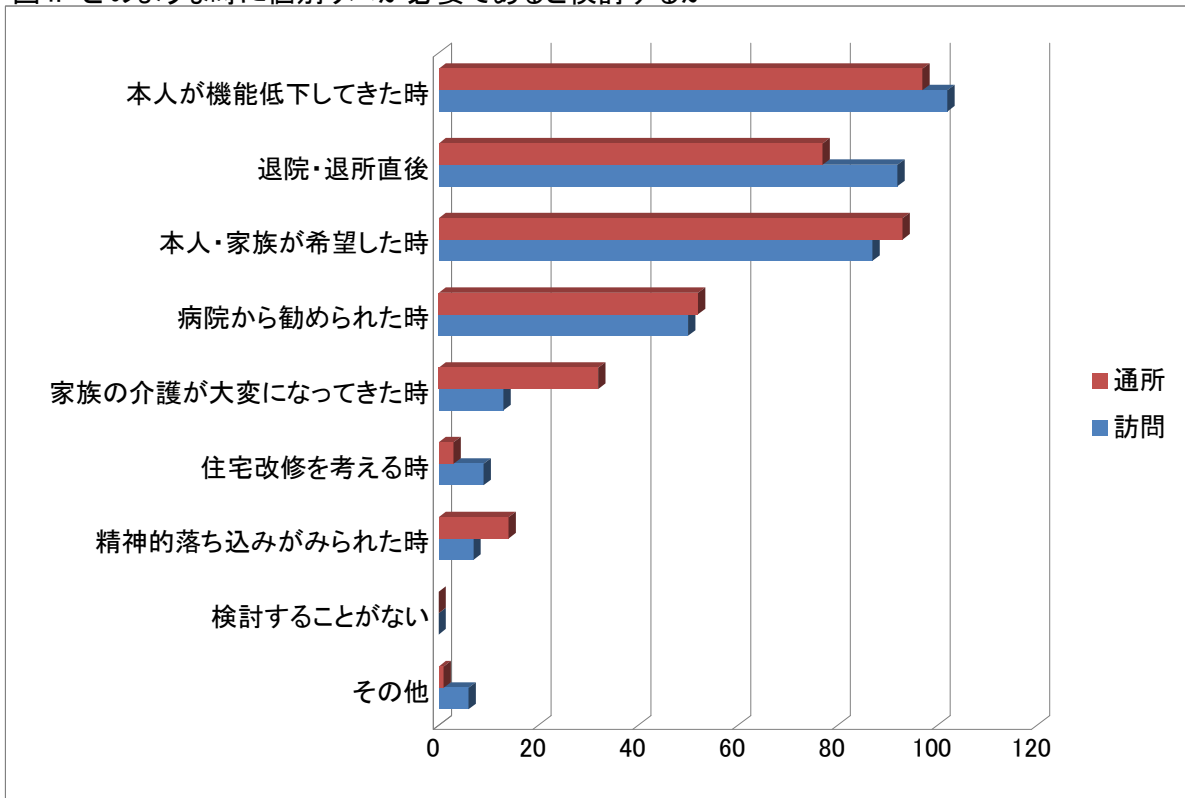


図5. どのような目的でリハを依頼するか

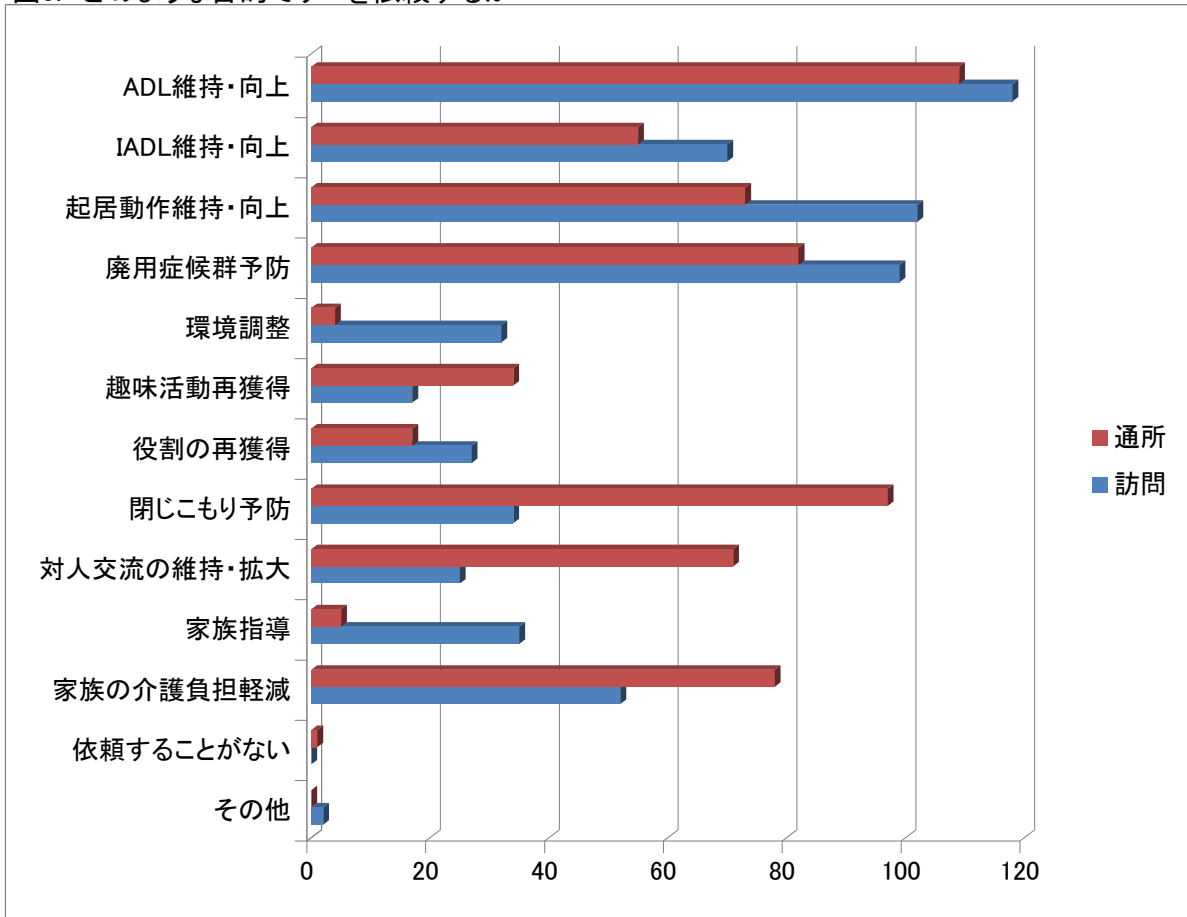


図6. どのような利用者にリハが必要であると考えるか

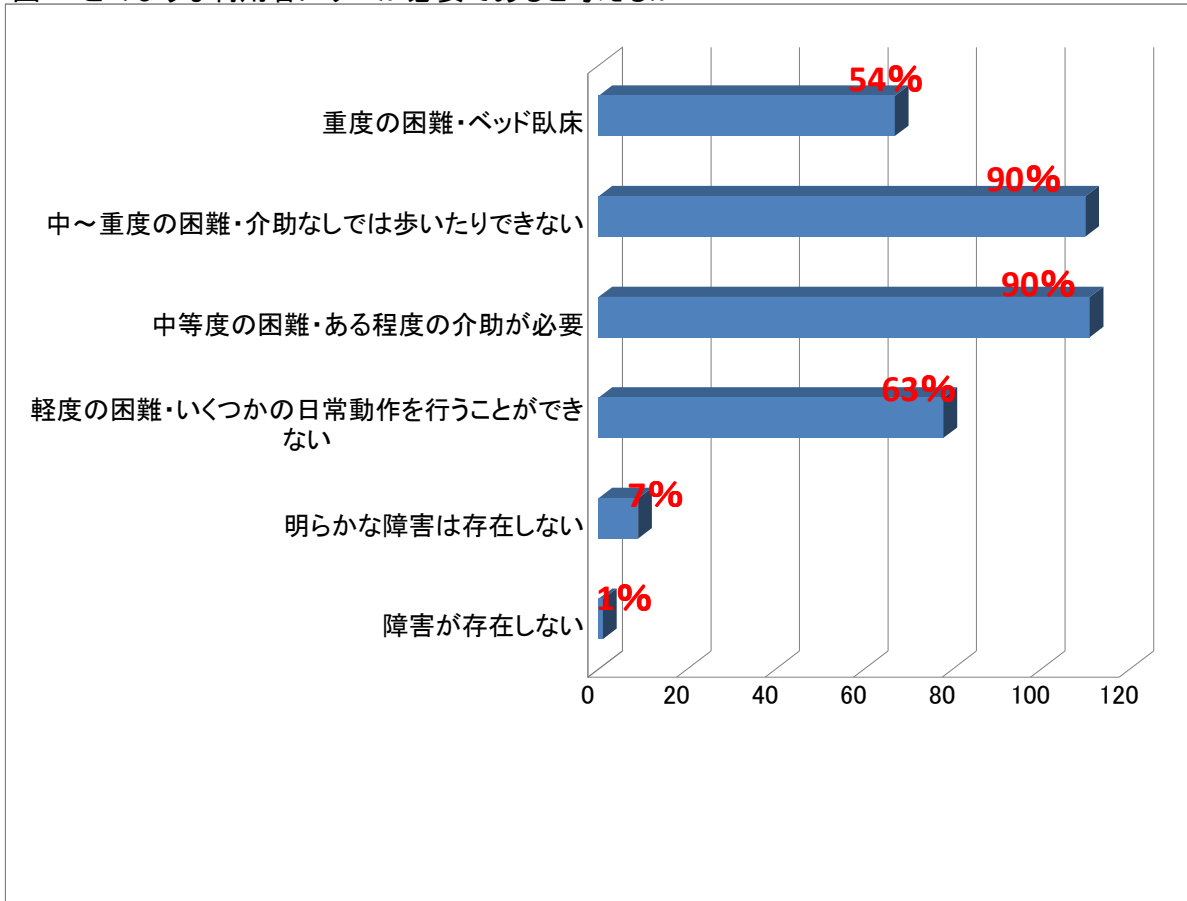


図7. 個別リハに対して何を期待するか

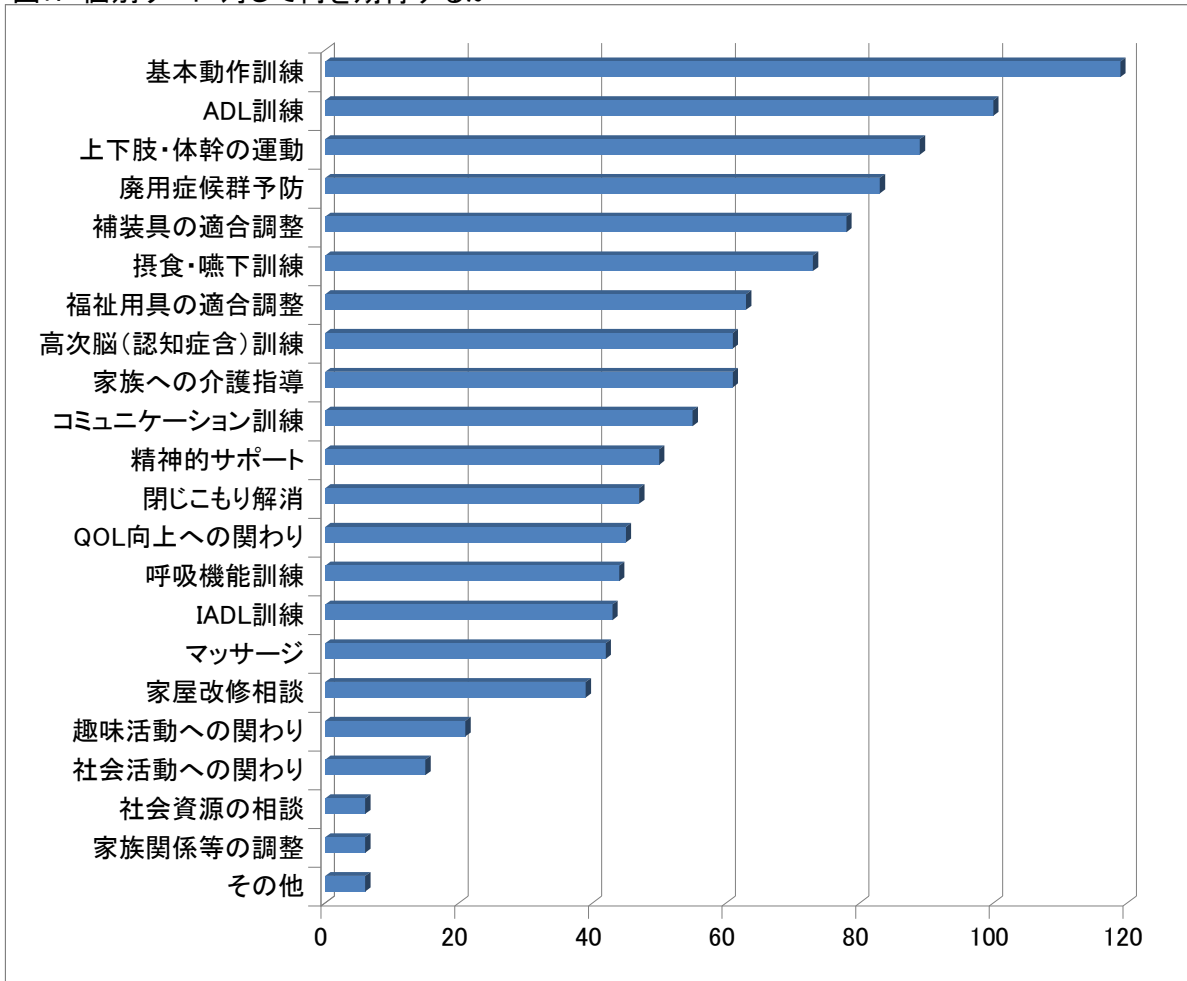


図8. 実際によく利用を検討する在宅サービス

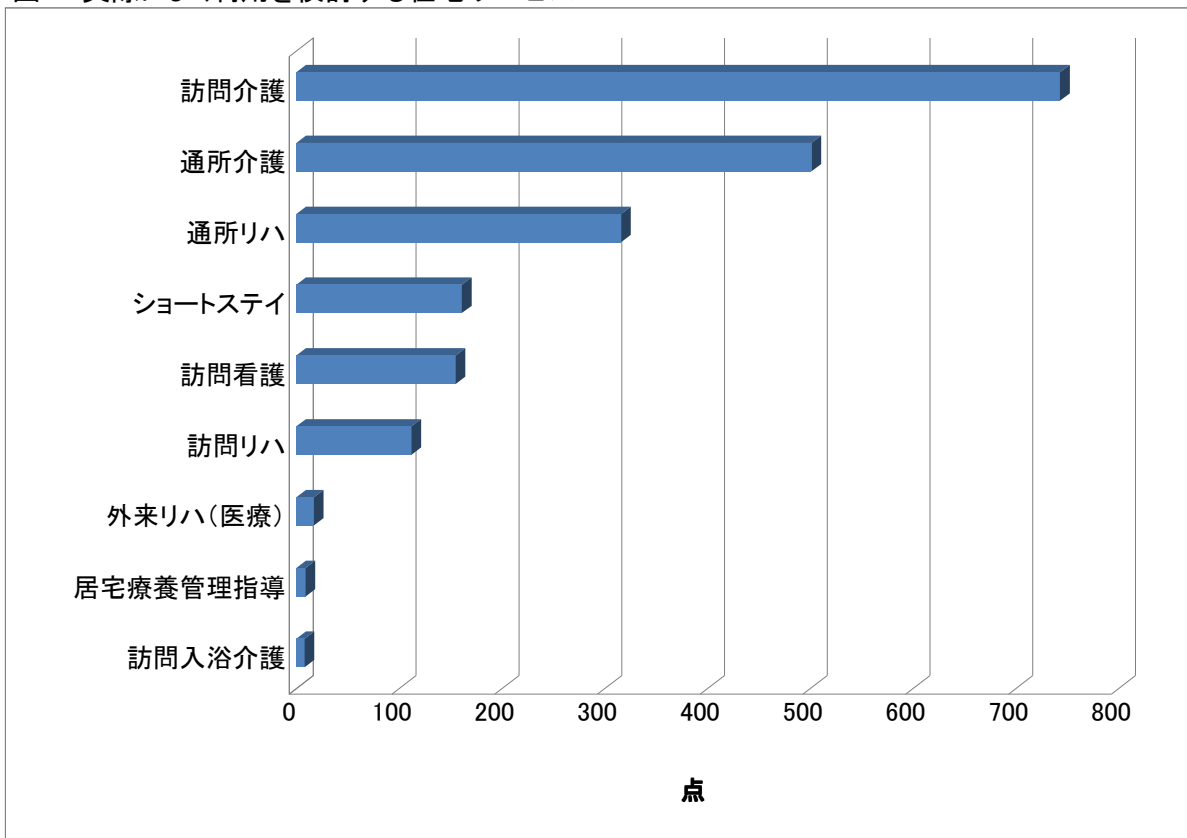


図9. 個別リハサービスをケアプランに組み込むことを難しく感じることもあるか

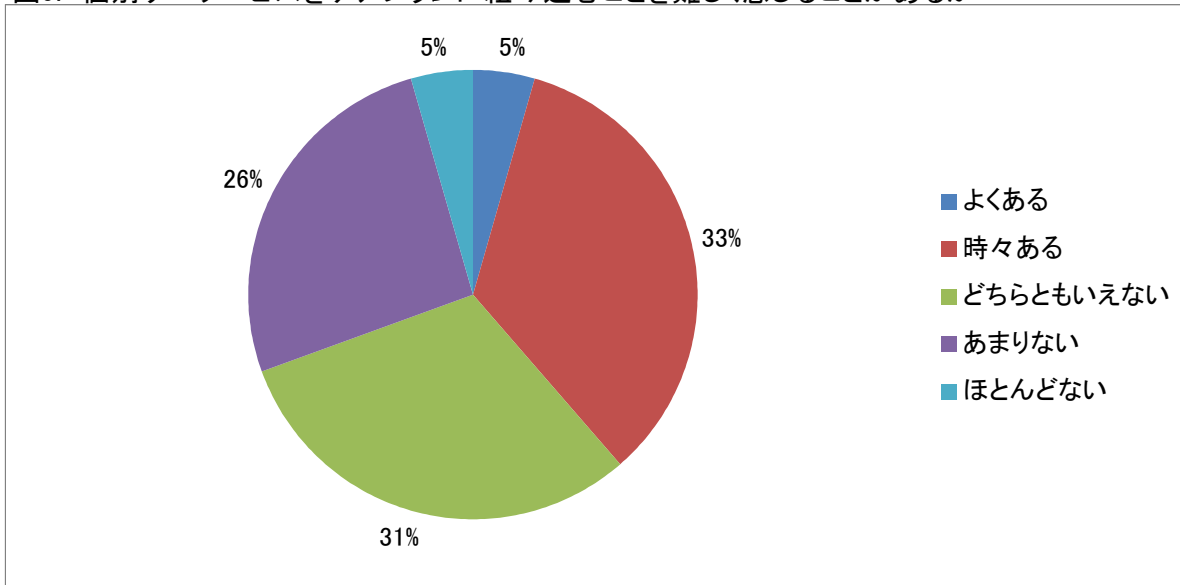


図10. 実際にリハを利用している利用者のプログラムや目的を把握しているか

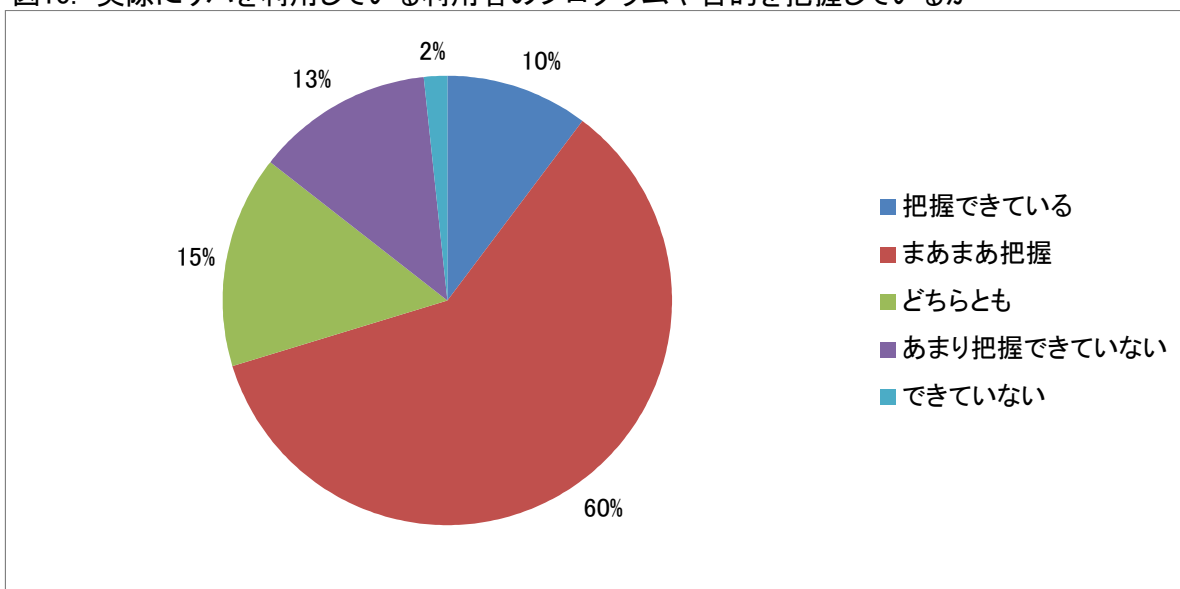


図11. 利用者のリハ内容に介護支援専門員として満足しているか

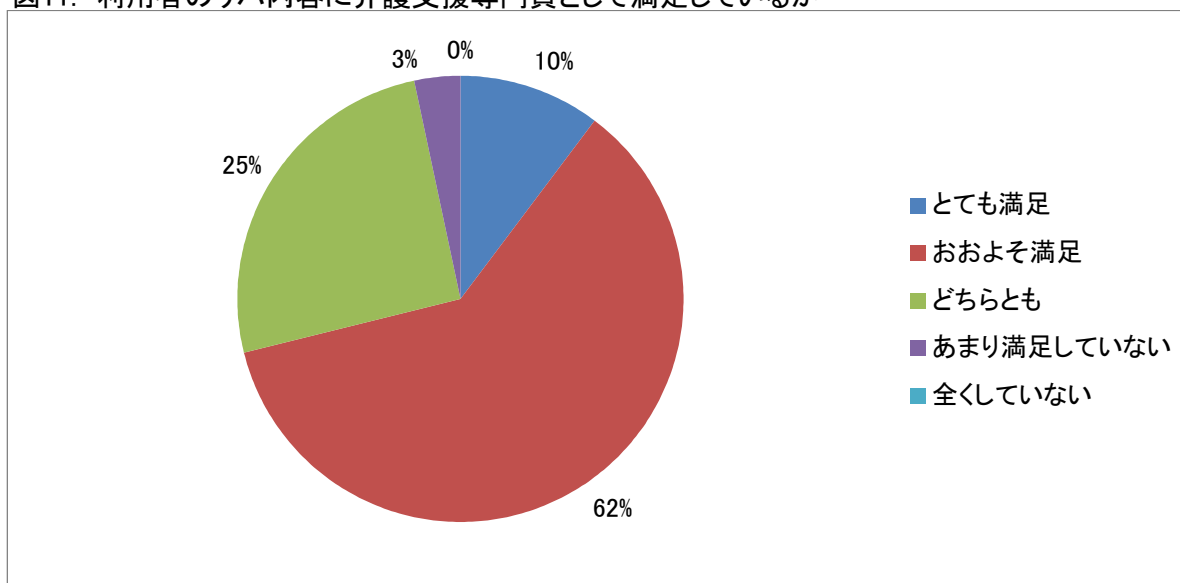




図12. 介護保険全体におけるリハサービスの利用率が上がらない理由

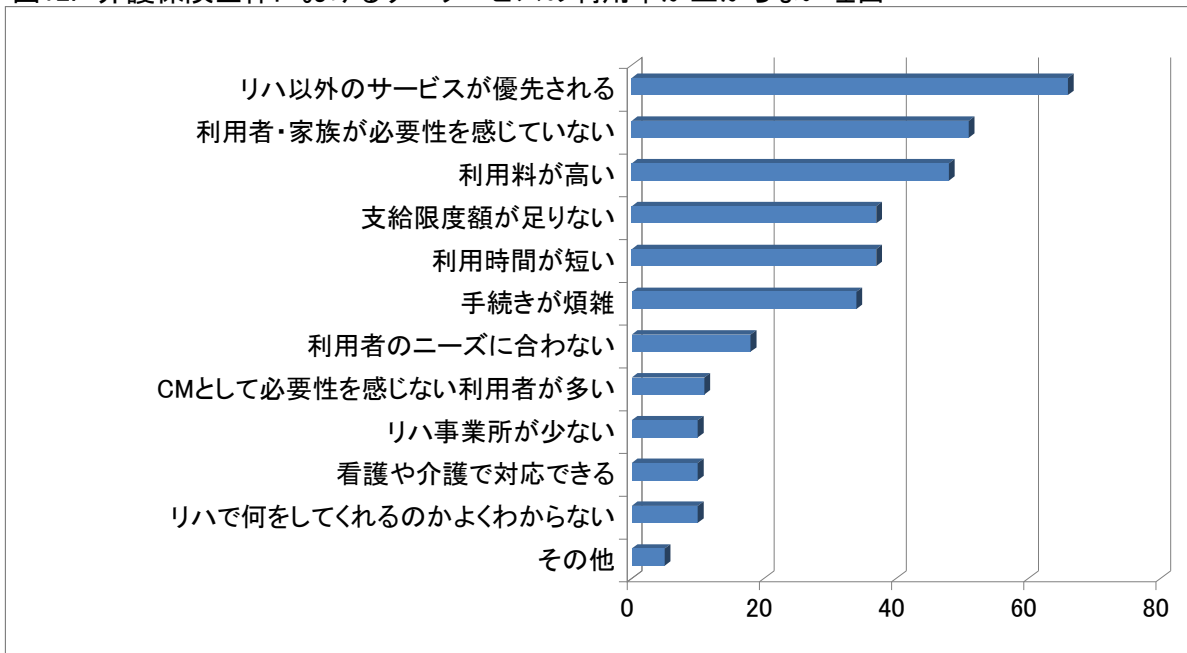


図13. 仮に個別リハサービスが支給限度額外となった場合、個別リハの利用率は上がると思うか

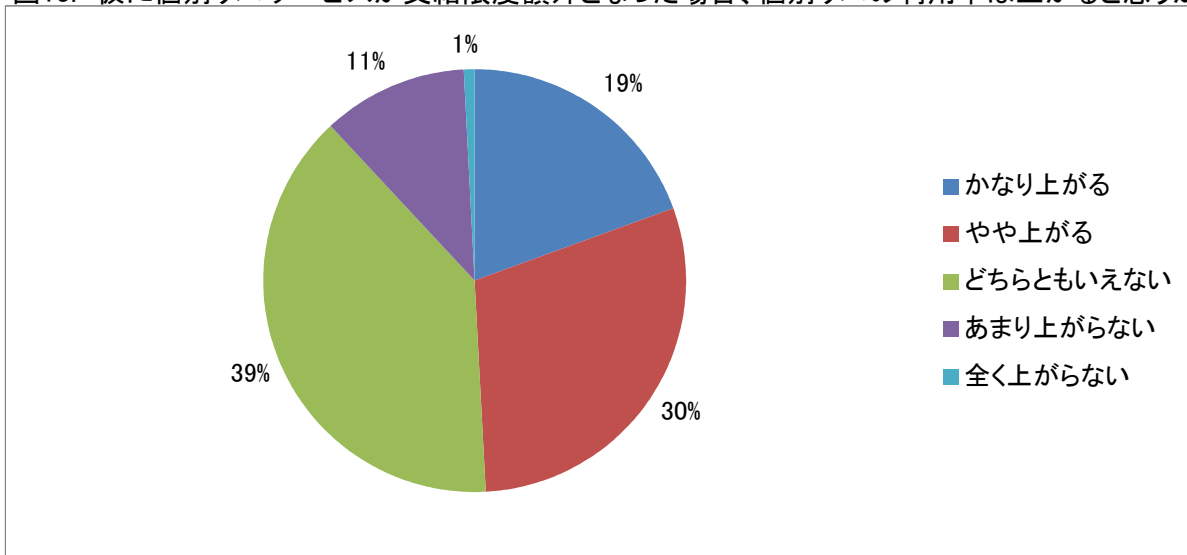


図14. リハ前置主義の言葉・意味を知っているか

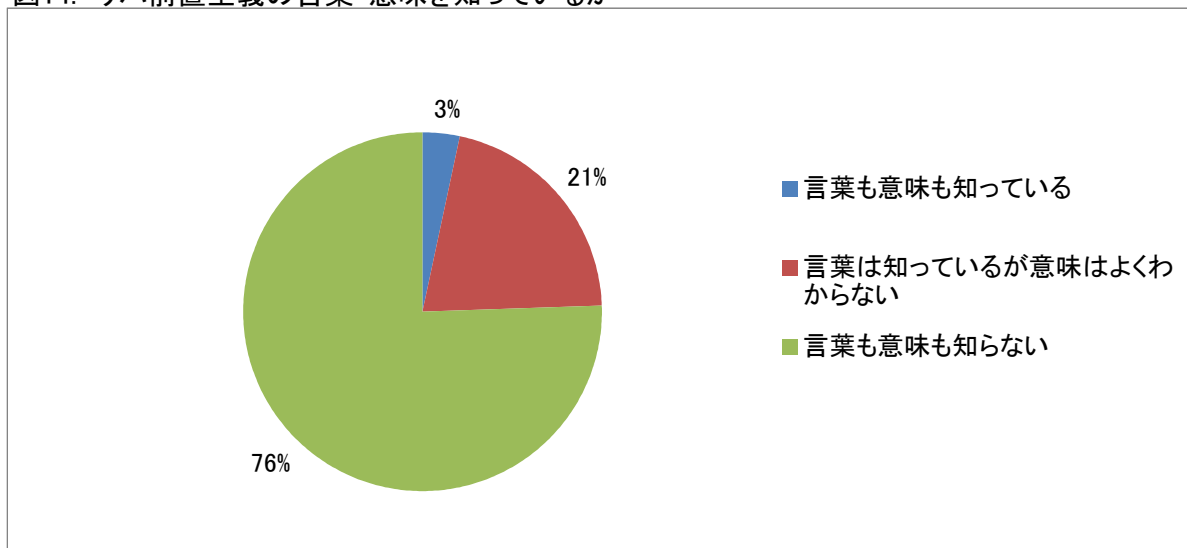


図15. リハに関する病院等からの情報伝達に満足しているか

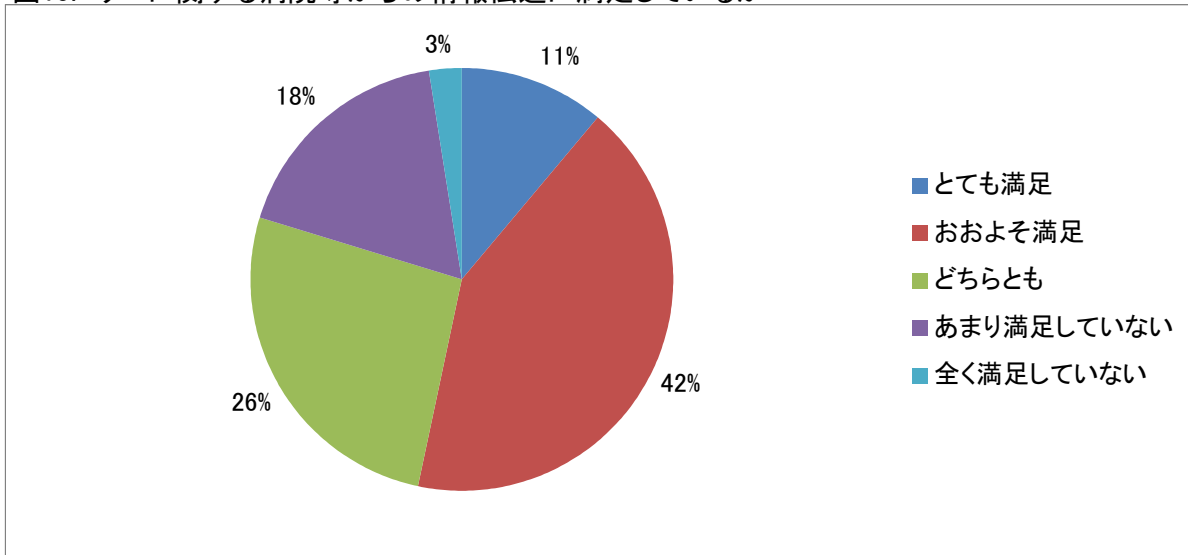


図16. どのような情報が役に立つか

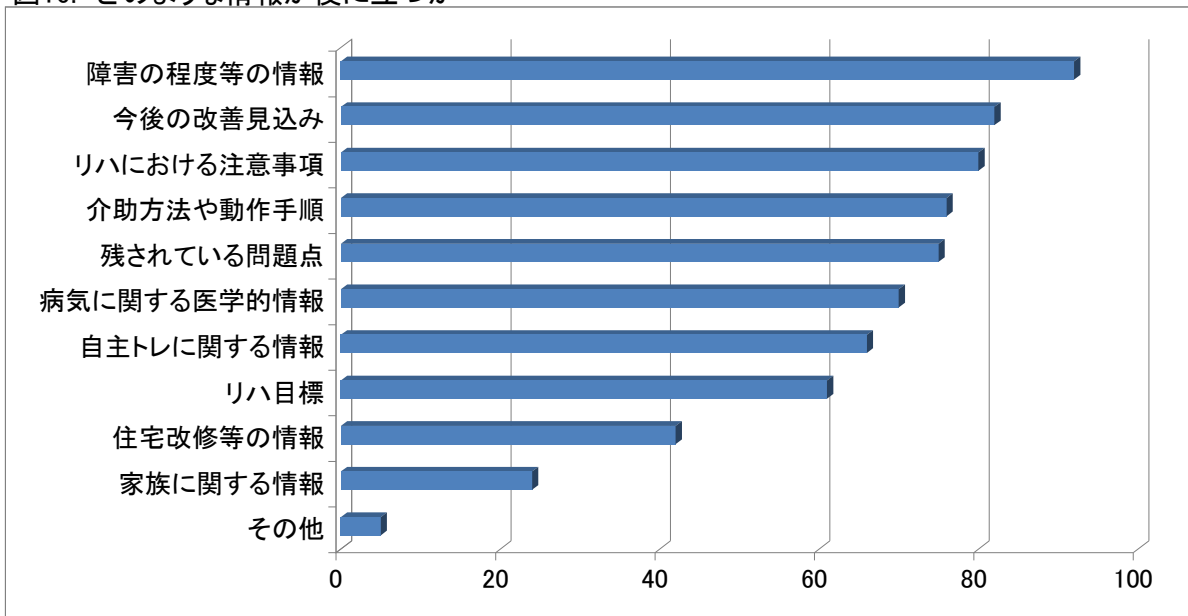
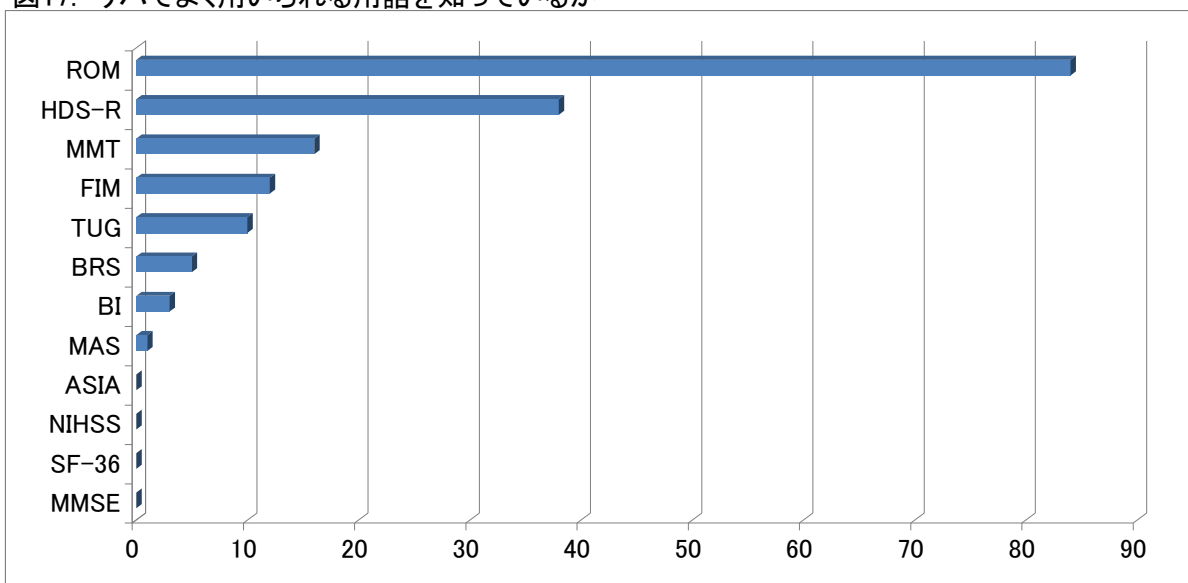


図17. リハでよく用いられる用語を知っているか



広島市 居宅介護支援事業所 様 地域包括支援センター 様

在宅リハビリテーションに関するアンケート調査へのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、西広島リハビリテーション病院 地域連携室 作業療法士の岡 光孝と申します。

H18年の診療報酬・介護報酬同時改定以降、医療保険で行われるリハビリテーション（以下、リハビリ）に一定の日数制限がなされるようになりました。そのため、介護保険でのリハビリの重要性が高まり、医療保険から介護保険へのスムーズな連携がますます重要になってきています。

この度、広島市の介護支援専門員の皆様に、介護保険での個別リハビリに関するアンケート調査を実施させていただくこととなりました。今回の調査目的は、介護支援専門員の皆様の幅広いご意見を伺うことにより、介護保険での個別リハビリのあり方や、より良い連携をさせていただくためのヒントを得ることです。率直なご意見やご感想で結構ですので、ご協力いただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

お答えいただいた内容は、全て%や平均などで統計的に示し、個人名や回答内容などの情報が公表されることはありません。調査結果につきましては、リハビリ関係の学会にて発表する予定です。結果は解析後お返しいたしますので、少しでも皆様のお役にたてれば幸いです。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

敬具

記

- 1、H22年8月31日までに御投函ください。
- 2、アンケート内容にご質問等ございましたら下記までご連絡ください。

H22年8月19日

〒731-5143

広島市佐伯区三宅 6-265

西広島リハビリテーション病院

地域連携室 作業療法士 岡 光孝

リハビリテーション診療部長 岡本 隆嗣

TEL : 082-921-3230

FAX : 082-921-9250

ご了解いただけましたら、次ページからのアンケートにお答えください。

※ここでのリハビリとは、訪問リハビリテーション（訪問看護7を含む）と、1～2、3～4 時間等の個別リハビリ中心の通所リハビリテーションを想定してお答え下さい。  
□には☑を、( )には直接数字をご記入ください。

**あなたの基本情報についてお伺いします**

- 1、介護支援専門員としての実務経験年数は何年何か月ですか？ ( ) 年 ( ) か月
  
- 2、介護支援専門員を行う前の基礎資格は次のうちどれにあてはまりますか？  
医師 薬剤師 保健師 看護師 介護福祉士 介護員（ホームヘルパー）  
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 社会福祉士 精神保健福祉士  
相談員 その他 ( )
  
- 3、所属する同じ会社・事業所・法人内等に次の事業所がありますか？  
①訪問リハビリ ある ない  
②訪問看護7 ある ない  
③通所リハビリ ある ない
  
- 4、介護支援専門員としての職務形態は次のうちどれに当てはまりますか？  
常勤専任 常勤兼任 非常勤専任 非常勤兼任

**個別リハビリに対するイメージ、ケアプラン作成時の検討項目等についてお伺いします**

- 5、どのような時に利用者に個別リハビリが必要であると検討しますか？訪問リハビリ、通所リハビリそれぞれについてお答えください。(それぞれ3つまで)  
①訪問リハビリ (訪問看護7を含む)  
退院退所直後 本人が機能低下してきた時 住宅改修を考える時  
本人・家族が希望した時 病院から勧められた時  
精神的落ち込みなどがみられた時 家族の介護が大変になってきた時  
検討することがない その他 ( )
  
- ②通所リハビリ (1～2、3～4 時間等個別リハビリ中心の短時間型)  
退院退所直後 本人が機能低下してきた時 住宅改修を考える時  
本人・家族が希望した時 病院から勧められた時  
精神的落ち込みなどがみられた時 家族の介護が大変になってきた時  
検討することがない その他 ( )

6、どのような目的で個別リハビリを依頼することが多いですか？訪問リハビリ、通所リハビリそれぞれについてお答えください。(あてはまるものいくつかでも)

①訪問リハビリ (訪問看護7を含む)

- ADL の維持・向上      IADL の維持・向上      起居動作の維持・向上  
廃用症候群の予防      家屋など環境調整      趣味活動の再獲得  
家庭内・社会での役割の再獲得      閉じこもり予防・外出機会の確保  
対人、社会交流の維持・拡大      家族指導      家族の介護負担軽減  
レスパイト機能      依頼することがない      その他 (      )

②通所リハビリ (1~2、3~4 時間等個別リハビリ中心の短時間型)

- ADL の維持・向上      IADL の維持・向上      起居動作の維持・向上  
廃用症候群の予防      家屋など環境調整      趣味活動の再獲得  
家庭内・社会での役割の再獲得      閉じこもり予防・外出機会の確保  
対人、社会交流の維持・拡大      家族指導      家族の介護負担軽減  
レスパイト機能      依頼することがない      その他 (      )

7、どのような利用者に個別リハビリが必要であると考えていますか？

(あてはまるものいくつかでも)

- 障害が存在しない  
明らかな障害は存在しない。通常の動作を補助なしで行うことができる  
軽度の困難。いくつかの日常動作を行うことができない。しかし多くの介助がなくても自分で身の回りのことができる  
中等度の困難。ある程度の介助を必要とするが、助けなしで歩くことができる  
中等度～重度の困難。介助なしでは歩いたり身体を好きなように動かすことができない  
重度の困難。ベッド臥床、失禁、持続的な看護と監視が必要とされる

8、個別リハビリに対して何を期待しますか？ (あてはまるものいくつかでも)

- 手足・体幹の運動      マッサージ      立ち上がり・歩行など基本動作訓練  
トイレなど ADL 訓練      家事など IADL 訓練      呼吸機能訓練  
杖や装具など補装具の適合調整      福祉用具の適合調整      廃用症候群予防  
コミュニケーション障害訓練      摂食・嚥下訓練  
高次脳機能障害 (認知症含め) の訓練      家屋改修の相談      趣味活動への関わり  
外出・旅行など社会活動への関わり      家族への介護指導      社会資源の相談  
家族関係等の調整      精神的サポート      QOL 向上への関わり  
閉じこもり解消への関わり      その他 (      )

9、実際によく利用を検討する在宅サービスは何ですか？(レンタル等を除き、下記の中で多い順に1～5番まで番号をつけて下さい。わかる範囲で結構です)

- ( ) 訪問介護 ( ) 訪問入浴介護 ( ) 訪問看護 ( ) 訪問リハ  
( ) 通所介護 ( ) 通所リハ ( ) ショートステイ (生活・療養とも)  
( ) 居宅療養管理指導 ( ) 外来リハ (医療保険)

**実際の担当利用者の個別リハビリについてお伺いします。(わかる範囲で結構です)**

10、現在担当している利用者は何人ですか？ ( ) 人

11、担当利用者のうち介護支援専門員として個別リハビリサービスが必要であると考える利用者は何人くらいですか？ ( ) 人

12、そのうち、実際に個別リハビリサービスを利用されているのは何人ですか？

- ①訪問リハビリ：( ) 人 ②訪問看護7：( ) 人  
③通所リハビリ (1～2、3～4時間等個別リハビリ中心の短時間型)：( ) 人

13、個別リハビリをプランに組み込むことを難しく感じることはありますか？ (一つ)

- よくある 時々ある どちらともいえない あまりない ほとんどない

補足 13-① それはなぜですか？

(  
)

14、実際に個別リハビリサービスを利用されている利用者の具体的な実施プログラムやリハ目的を把握していますか？ (一つ)

- 把握できている まあまあ把握できている どちらともいえない  
あまり把握できていない 把握できていない

15、実際に利用されている利用者のリハビリの内容に介護支援専門員として満足されていますか？ (一つ)

- とても満足している おおよそ満足している どちらともいえない  
あまり満足していない 全く満足していない

16、介護保険サービス受給者全体におけるリハビリサービスの利用率は依然低いと言われていますが(訪問リハビリ 2.1% 通所リハビリ 16.7%：2010年2月審査分)、なぜ利用率が上がらないのだと思いますか？(あてはまるものいくつかでも)

次ページへ

- 支給限度額が足りない
- リハビリ以外のサービスが優先される
- 利用者・家族が必要性を感じていない
- 利用時間が短い
- 利用料が高い
- リハを行える事業所が少ない
- (事業所があっても) ニーズに合わない
- (指示書が必要など) 手続きが煩雑
- 看護や介護で対応できる
- 介護支援専門員として必要を感じない利用者が多い
- リハビリで何をしてくれるかよくわからない
- その他 ( )

補足 16-①

- 上記で「介護支援専門員として必要を感じない利用者が多い」とお答えの方にお聞きします。そう思われる理由は何ですか？(あてはまるものいくつか)
- リハビリのことがよくわからない
  - リハビリしても利用者が改善しない
  - 元気な利用者が多い
  - 重度障害の方が多
  - その他 ( ) 具体的にお聞きします

補足 16-②

上記で「利用者・家族が必要性を感じていない」とお答えの方にお聞きします。そう思われる理由は何ですか？訪問リハビリ、通所リハビリそれぞれについてお答えください。(あてはまるものいくつか)

①訪問リハビリ (訪問看護7を含む)

- リハビリがよくわからないと言われる
- リハビリをしても改善しないと言われる
- 自分は元気なので必要ないと言われる
- 利用者の意欲が乏しい
- 利用者が内容に満足しない
- 他人が自宅に入ることに抵抗がある
- 家族が利用時間中付き添わなくてはならない
- 外に出かけるサービスを利用したい(してほしい)と言われる
- 利用料が高い
- 利用時間が短い
- 介護や看護で対応できると言われる
- 手続きが煩雑
- その他 ( ) 具体的にお聞きします

②通所リハビリ (1~2、3~4 時間等個別リハビリ中心の短時間型)

- リハビリがよくわからないと言われる
- リハビリをしても変わらないと言われる
- 自分は元気なので必要ないと言われる
- 利用者の意欲が乏しい
- 利用者が内容に満足しない
- 外に出かけるサービスを利用したくないと言われる
- 送迎がない
- 利用料が高い
- 利用時間が短い
- 介護や看護で対応できると言われる
- 手続きが煩雑
- その他 ( ) 具体的にお聞きします





( )