

平成18年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業

地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業

報 告 書

平成19年3月

日本リハビリテーション病院・施設協会

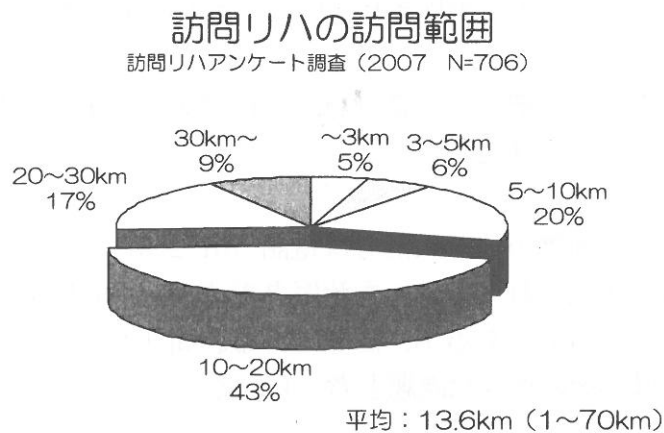
リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業
地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業

要 約

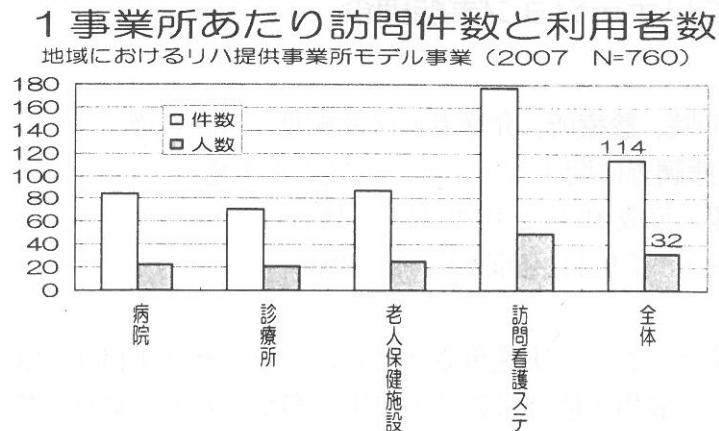
地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業（要約）

1. 訪問リハビリテーション実態調査

- 1,954 施設（病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション合計）に対して訪問リハの実態調査に関するアンケート調査を実施した。
調査実施機関：平成 19 年 2 月 22 日～3 月 26 日
有効回収施設：837 施設（回収率 42.8%）
- 訪問リハビリテーション実施事業所におけるセラピストは平均 3.2 人で理学療法士が最も多かった。雇用形態は常勤での雇用が多かったが、業務形態としては他の業務との兼務が 60%以上を占めていた。経験年数では 5 年以上の経験者が 69.3%と多数となっていた。
- 訪問活動範囲は事業所から平均 13.6km であり、半径 20km までとしている事業所が 74.2%と最も多く、比較的広域をカバーしている傾向が認められた。



- 実施事業所の月間の訪問件数は平均 114.3 件で、利用者では 80.7%が介護保険適用で、月間 3.6 件程度（約週 1 回）の訪問頻度となっていた。



- スタッフ 1 人 1 日当たり訪問件数は 2.9 件と少ないが、非常勤スタッフの影響と考えられ、最多は 12.1 回と実施内容に疑問を持たざるを得ない事業所も存在していた。
- 利用者に対する生活機能評価等のアセスメントの実施率は 74.6%と高率で、「リハビリテーション実施計画書標準様式」を評価表として使用していた。しかし、一方で 21.1%の事業所ではアセスメントが実施されていないことは質の面で問題があった。
- 主治医との連携方法の大部分は文書（44.7%）であり、主治医と「顔の見える連携」は出来ていないことを伺わせた。
- 介護支援専門員との連携方法の大部分は電話（61.2%）であるが、計画的な同行もケースバイケースに実施されており、主治医との連携とは対照的な結果となった。制度の設計上の結果という面はあるが、医療である訪問リハビリテーションと医師との連携不足については今後の大きな課題と考えられる。
- サービス担当者会議への参加は「全てに参加」が 38.6%とあまり積極的でない傾向が伺われた。
- リスク管理に関して、交通事故、災害時の対応、医療機器に関してはマニュアルや手順書などの整備は必ずしも十分とはいえない状況であった。
- 事業所内で利用者のカンファレンスを実施している事業所は 54.5%であり、頻度は月に 1 回が 46.1%と最も多かった。
- 研修体制に関しては、学会や研修会といったスタッフを外部での企画に参加させている事業所は 83.8%と比較的多かったが、新任者教育体制を業務化しているところは 34.9%と少なく、その結果マニュアル等に文書化している事業所も少ないということ

になり、教育研修体制は未整備な状況と考えられた。

- 「短期集中リハビリテーション加算」の算定実績は対象者数、実利用者数ともに1ヶ月間に1事業所当たり2～5人と極めて少なく、制度が十分に生かされていない結果となっていた。
- 「リハビリテーションマネジメント加算」に関しては70%以上の事業所で算定していた。
- 毎月1回の診療情報提供書に基づき訪問実施することについては60%～70%の事業所で問題や不便を感じており、その頻度や内容、医師からの指示の経路等に検討が必要と考えられた。

2. 訪問リハビリテーションモデル事業

- 訪問によるリハビリテーションの提供実績の高い事業所を全国から13ヵ所抽出し、以下の3区分した利用者に対してモデル的に訪問リハビリテーションを実施し、その効果を分析した。

1	病院や老人保健施設等から退院・退所直後から訪問リハが開始となった利用者
2	在宅で急激に機能低下したため訪問リハが開始となった利用者
3	週に1回の訪問リハの提供で機能が維持又は向上している利用者

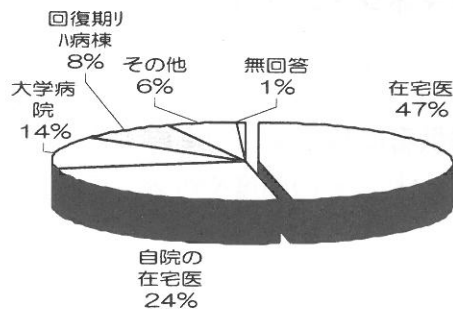
実施機関：平成18年10月1日～平成19年3月31日

- 利用者の約70%が訪問リハビリテーション開始時に何らかの廃用症候群を有していた。
- 介護者に関しては配偶者が5割弱と最も多く、子供、子供の配偶者の順となっていた。

- 診療情報提供書の発行元は在宅医（＝かかりつけ医）が5割、自院の在宅医が2割強で約7割であったが、訪問診療機能を有していない大学病院が13.6%であったことは今後の在宅医療を考える上で大きな検討材料となるだろう。

情報提供書

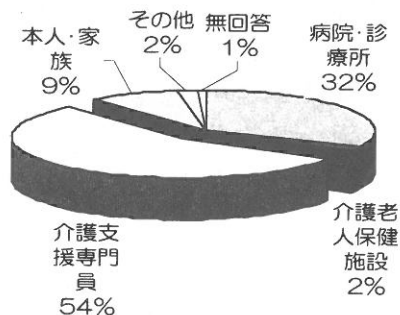
地域におけるリハ提供事業所モデル事業（2007）



- 訪問リハビリテーション開始時の契機に関しては5割以上が介護支援専門員からの依頼であり、同様に機能低下の発見者も4割が介護支援専門員であり、かかりつけ医の機能が十分に発揮されず、また連携も十分でないという結果になった。しかし、詳細な経緯については本調査では追いきれていないため医師の指示経路も含めてかかりつけ医の関与の実際に関してはより詳細な調査を実施して、そのあり方を確立していく必要がある。

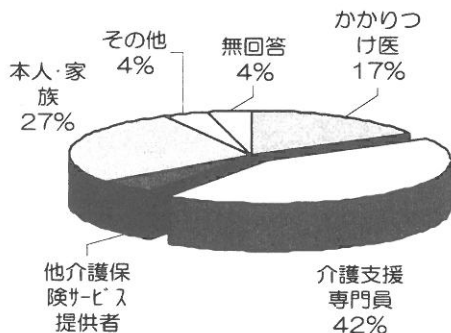
訪問リハ開始の契機

地域におけるリハ提供事業所モデル事業（2007 N=368）

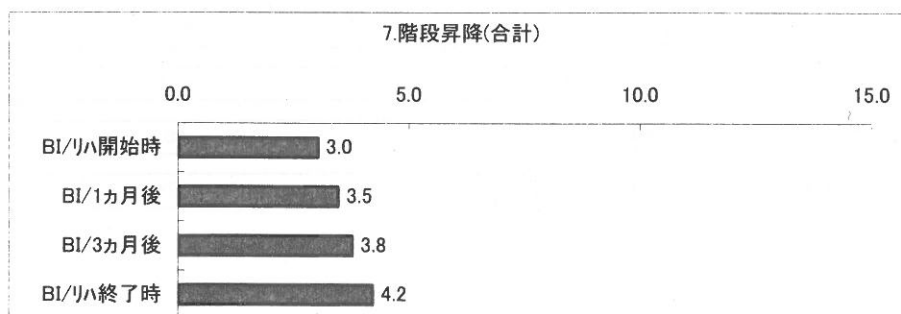
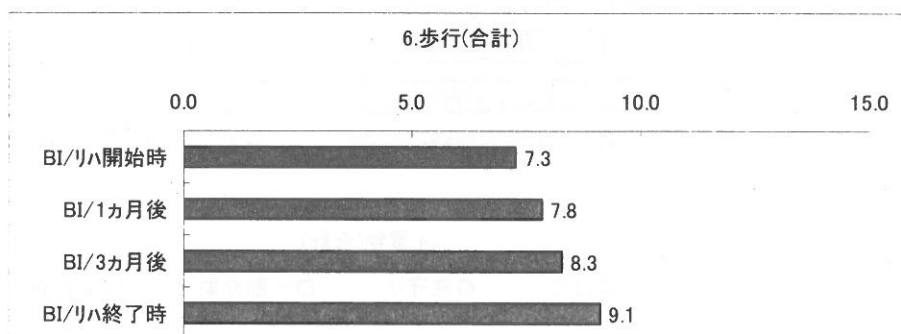
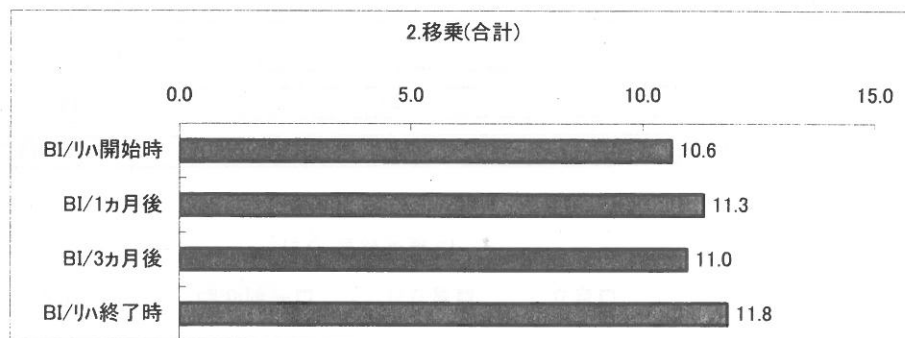


機能低下の発見者

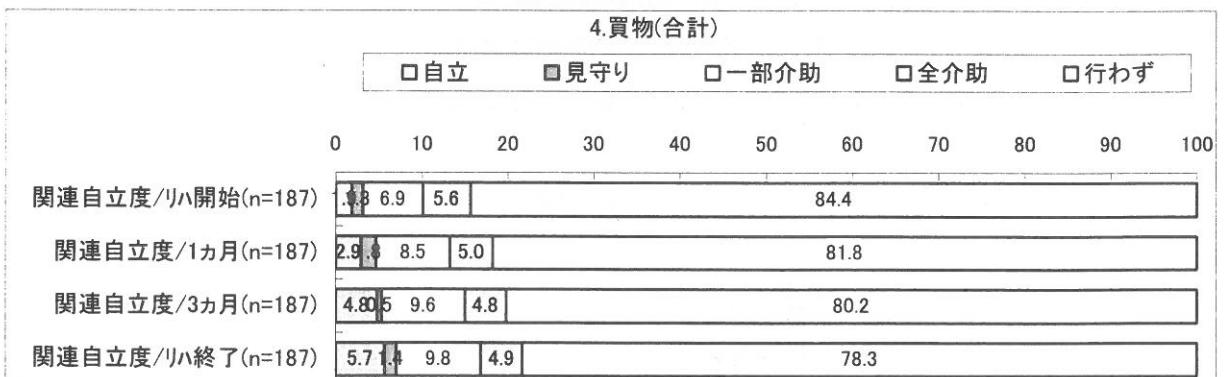
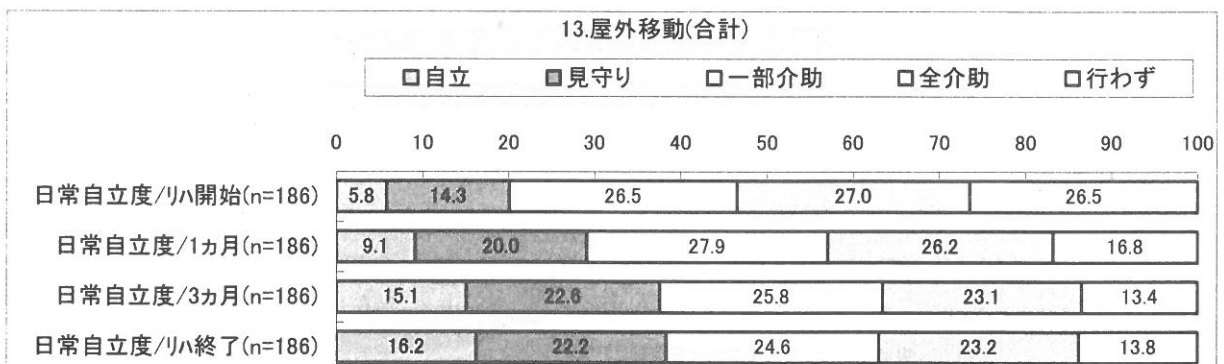
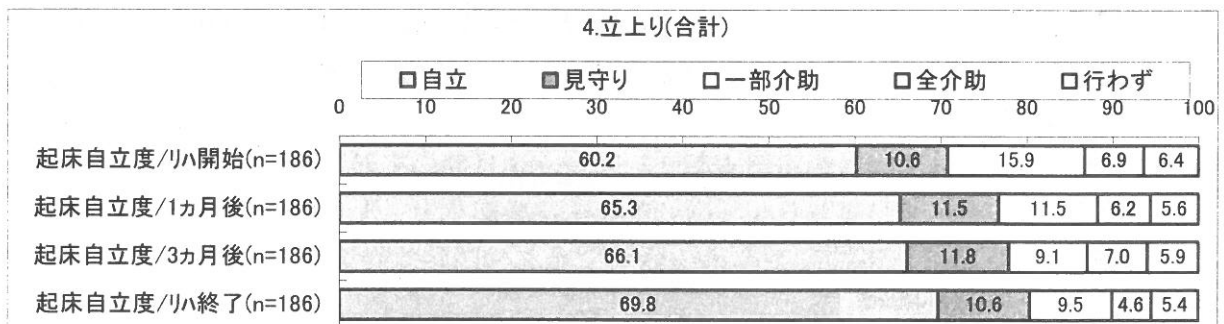
地域におけるリハ提供事業所モデル事業（2007 N=110）



- 住宅改修に関しては約2割の利用者で実施又は予定となっており、とくに退院・退所直後に訪問した利用者に関しては実施率が高かった。実施場所ではトイレ、浴室、玄関の順であった。福祉用具の利用ではベッド、手すり、車椅子、歩行補助杖などが訪問リハビリテーション開始前から導入されており、関与後では歩行能力を補助する福祉用具の導入が特徴的であった。
- 利用者のサービス担当者会議の開催は5割程度と低率であったが、退院・退所直後や急激に機能低下した利用者ほど開催頻度が高い傾向にあった。参加者では介護支援専門員がずば抜けて多く、医師の参加は2割程度と低率であったのはシステム上の問題を伺わせた。
- 利用者のバーセル指数 (BI) の経時的変化では、移乗、歩行、階段昇降の項目で改善傾向が見られた。退院・退所直後の利用者、急激に機能低下した利用者、週1回程度の訪問で機能維持・向上している利用者といった各モデル間での差異はとくに認められなかった。



- 利用者の機能的自立度（FIM）の経時的変化では、セルフケア、移乗、移動でわずかな改善が見られたが、モデル間での差異はとくに認められなかった。BI、FIMともに在宅の利用者の状況を反映する評価ツールとしては感受性が低いと感じられた。
- リハビリテーション実施計画書標準様式で採用されている利用者の日常生活活動（ADL・IADL）の経時的変化では、起き上がり、立ち上がり、立位で改善が見られていた。入浴に関して全般的に自立度は低いが見守りレベルまで含めると改善傾向であり、未実施が減少する傾向が認められた。外出、トイレ移乗、階段昇降、屋外移動に関しては自立度が向上するとともに未実施が着実に減少する傾向が見られた。日常生活関連活動（IADL）に関しては自立度の向上というよりは未実施の減少という変化が見られた。



- 要介護度、認知症高齢者の生活自立度に関してはほとんど経時的変化、モデル間の差異も認められなかった。しかし、寝たきり度に関しては改善傾向が認められた。
- 訪問リハビリテーションの実施内容に関しては、訪問初期には生活機能評価、座位、起居・移乗訓練、環境調整へのアプローチを主体としていたが、訪問経過中には減少し、代わりに屋外歩行、IADL 訓練などが増加していた。また、関節可動域訓練、筋力・持久力訓練、歩行訓練などの実施率は高く、経時的変化はほとんど認めなかった。

3. 訪問リハビリテーション提供事業所業務マニュアル作成事業

- 訪問リハビリテーション実施事業所を想定し、訪問リハの役割と運営の指針や今後の展望などについて訪問リハ実務者のみならず、利用者及び地域ケアを担う協働多職種に広く理解を求める目的で作成した。
- - 1) 在宅ケアにおける訪問リハの役割について
 - 2) 訪問リハビリテーション事業所の運営について
 - 3) リハビリテーションマネジメントについて
 - 4) 医師との連携について
 - 5) 介護支援専門員との連携について
 - 6) 安全管理について
 - 7) 職員教育について
 - 8) 業務手順書の作成について

平成18年度 地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業 委員名

	委員会種別	委員名	職種	所属
1	本委員会	◎ 石川 誠	医師	日本リハ病院・施設協会
2	本委員会	天本 宏	医師	日本医師会
3	本委員会	滝川 英一	医師	日本医師会
4	本委員会	太田 睦美	作業療法士	日本作業療法士協会
5	本委員会	日下 隆一	理学療法士	日本理学療法士協会
6	本委員会	野中 博	医師	医療法人社団博腎会
7	本委員会	水間 正澄	医師	日本リハ医学会
8	本委員会	森田 秋子	言語聴覚士	日本言語聴覚士協会
9	本委員会	宮田 昌司	理学療法士	全国訪問リハ研究会
10	本委員会	里宇 明元	医師	日本リハ医学会
11	本委員会	古橋 美智子	看護師	日本看護協会
12	本委員会	秋山 正子	看護師	有限会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション
1	リハ提供モデル事業班	○ 水間 正澄	医師	日本リハ医学会
2	リハ提供モデル事業班	石川 誠	医師	日本リハ病院・施設協会
3	リハ提供モデル事業班	鈴木 修	理学療法士	相澤病院 訪問リハビリテーションセンター
4	リハ提供モデル事業班	日高弘一朗	理学療法士	あい訪問看護ステーション
5	リハ提供モデル事業班	東 貴之	理学療法士	大原記念病院 訪問リハ事業所
6	リハ提供モデル事業班	岡野 英樹	理学療法士	霞ヶ関南病院
7	リハ提供モデル事業班	花岡 篤司	理学療法士	桜新町リハビリテーションクリニック
8	リハ提供モデル事業班	高橋 春美	作業療法士	成城リハビリテーションクリニック
9	リハ提供モデル事業班	松浦 真実	作業療法士	たいとう診療所
10	リハ提供モデル事業班	佐藤 健三	理学療法士	近森リハビリテーション病院
11	リハ提供モデル事業班	若菜 善樹	理学療法士	西那須野マロニエ訪問看護ステーション
12	リハ提供モデル事業班	田村 美穂	作業療法士	初台リハビリテーション病院
13	リハ提供モデル事業班	野尻 晋一	理学療法士	訪問看護ステーション清雅苑
14	リハ提供モデル事業班	大越 満	作業療法士	ゆきよしクリニック
15	リハ提供モデル事業班	佐藤 浩二	作業療法士	湯布院厚生金病院