

（いつまで自宅で生活を続けていくのか、そのためには何が必要かを考え、準備を行い、困難になった場合の対処について検討を行っていくこと）につきとも考えていくこと

- ⑤利用者・家族が自らサービスの利用を決定できるよう、必要な情報を提供していくこと
 - ⑥利用者・家族が利用するサービスによる効果、有効性を具体的にとらえることができるよう支援していくこと（サービスの種別、利用頻度、利用目的、その効果、提供元等を認識して利用していること等）
4. ケアプラン実施に向けてのアセスメント～ケアプランの作成
- ①問題のアセスメント
 - ・どのような状況にあり、どのような問題を抱えているのかを把握すること
 - ・問題の発生要因と問題自体につき把握すること
 - ・中長期的な展望に基づいたアセスメントの実施（先を見越したアセスメントの実施）
 - ②潜在的なニーズの把握
 - ・利用者・家族が訴える顕在的なニーズのみならず、問題の本質をとらえ、潜在的なニーズ把握に努めること
 - ・利用者・家族が認識していない潜在的ニーズを明らかにしていくこと
 - ・ニーズの明確化（利用者・家族が何をどうしたいかを明確にしていくこと）
 - ③課題抽出
 - ・情報収集を必要とする要点を整理し、利用者の生活実態に基づいた具体的な課題を抽出すること
 - ・十分な情報収集を実施し、問題の顕在化に努めること（利用者・家族の訴えと現状との差異を確認していく）
 - ④目標設定
 - ・必要性の判断（なぜサービスを導入する必要があるか、その必要性と導入により、予測される効果は何であるかを検討すること）
 - ・介入必要性の優先順位を設定し、課題解決に向け、利用者の生活に基づいた具体的な目標を設定していくこと
 - ・主体的な生活の実現（利用者・家族が日常的な生活場面におけるニーズを満たし、自己実現を目指し支援すること、利用者・家族が主体的に生活できるよう計画が立てられていること）
 - ・問題解決の可能性の検討（介入による効果を検討し、どのように問題の改善が

図られるかを検討すること)

- ・見直し時期を設定すること（どの程度の状況において、ケアプランの見直しを必要とするか、見直しを行う時期を検討すること）
- ・具体的な目標を設定し、その到達に向けたサービス導入を行うこと

⑤予測

- ・将来想定される危険性を予測し、対応策・回避策を検討すること
- ・緊急時の対応に関して、利用者・家族と検討を行い、具体的な対応策等を確認しておくこと

5. 連携・調整・ネットワーク

①関連職種との連携（個人レベルでの連携）

- ・必要に応じて、関連職種と連携していく、また関連職種が有する知識・技術を活用し、よりよいサービスの提供を目指すこと
- ・必要に応じて、専門的な知識を有している関連職種と協力・連携・助言を得ることができること

②統合化（組織レベルでの連携）

- ・職種による視点・意見の相違を調整し、チームメンバー間での合意を得られるよう調整し、統合化を図ること

③ネットワーク化（地域レベルでの連携）

- ・地域との横のつながりを持ち、地域支援システムとして機能させていく

④情報の共有化

- ・チームメンバー間での情報の共有化、スムーズな連絡調整がなされるよう検討されている

6. モニタリング・評価

①モニタリング

- ・必要に応じて、方向性・目標の修正を行い、ケアプランの見直しを行うこと
- ・見直しを行った結果を再検討し、ケアプランに活かしていくこと

②目標達成

- ・設定された目標への到達度、および方向性につき見当を行うこと
- ・介入の有効性（環境整備による使い勝手、有効性等を評価すること、また計画どおりに実施されているか評価すること）

③利用者・家族のニーズの達成

- ・ニーズが具体的にケアプランに盛り込まれ、その実現に向けて対応がなされて

いるか、またケアプランにおける目標の到達度につき、評価すること

④再アセスメントの必要性の検討

・介入により実際にどの程度問題解決が図られたか、根本的な解決が図られたか、新たな問題発生はみられないかを評価すること

⑤フィードバック

・サービス利用開始後、利用者・家族への継続的な状況確認を行い、変化を見逃すことなく、利用者・家族の状況を取り込み、ケアプランに反映させていくこと
・サービス提供機関等、関係機関と連携をとり、情報収集・情報の共有化に努め、変化に応じた柔軟な対応をすること

7. 専門職としての技術向上

①介入技術の向上（個人レベルでの向上）

経験を積み重ねていくことにとどまらず、共有化できる知識・技術としてフィードバックを図っていること

②現場教育の場としてのあり方（組織レベルでの向上）

教育・訓練の場として、ノウハウを蓄積し、技術向上への検討がなされていること

③ネットワーク化（地域レベルでの向上）

地域におけるネットワーク作り、利用者・家族にとどまらず、地域を巻き込んだ支援システムの構築を目指した活動が展開されていること

2. ◆マトリックスを活用した事例編の読み方，検索の仕方

本事例編の最大の特徴は，全ての事例の冒頭に統一した事例フェースを掲載していることであり，福祉用具の最新の情報についても解説を加えている点である。

事例フェースの内容は表-1に示すとおりであり，事例の概要を把握することが可能である。＜障害構造＞として「障害分類」は福祉法に対応した，1. 身体障害，2. 知的障害，3. 精神障害の3障害とし，重複した場合は，4. 複合障害とした。

「機能障害」（障害部位・症候）は身体機能障害，知的機能／精神機能障害に分けた。身体機能障害は身体障害者手帳の区分に準じて，①視覚障害，②聴覚障害，③音声・言語またはそしゃく機能の障害，④肢体不自由（上肢，下肢，体幹），⑤内臓の機能障害（心臓，呼吸器，じん臓，小腸，膀胱・直腸，免疫）の5群とした。知的機能／精神機能障害は知的遅滞，記憶障害，失語，失行，失認，感情障害，行動異常，幻覚，妄想，痴呆などの症候や病態を記すこととした。

「障害程度」は障害手帳を有する者は等級を，介護保険の該当者は要介護度を，非該当・不明の場合は福祉用具の導入に至った障害の程度について簡単に記した。＜原因となった傷病名＞にはa) 障害の直接的な原因となった傷病，b) 合併症／障害に影響する病態が記載されている。

＜福祉用具の導入＞として「使用目的」「福祉用具分類」「機種／環境調整」「結果（支援実施状況）」，＜住宅改修のポイント＞として「改修目的」「設計内容／改修場所」「福祉用具／建築的配慮」「結果（支援実施状況）」について簡略に記述し，＜対象背景＞として「性別」「年齢階層」「世帯構成」を記載した。

本編に収録された事例については，＜障害構造＞＜福祉用具＞＜住宅改修＞のインデックスを組み合わせたマトリックスを活用し，どの領域からでも検索できる点が画期的である。障害の特性はもとより，福祉用具の使用目的及び機種，住宅改修の目的，住宅改修の設計内容では改修場所など，さまざまな条件のもとでの福祉用具や住宅改修の事例について，効率よく探し出すことができる。なお，一つの事例に複数のカテゴリーが含まれている場合でも，それぞれのカテゴリーから検索できるように配慮している。以下に基本的なマトリックスの例（表-2）を解説する。

表-1 事例のフェース

障害構造	障害分類（福祉法）	1. 身体障害 2. 知的障害 3. 精神障害 4. 複合障害
	機能障害 （障害部位・症候）	<p>身体機能障害</p> <p>①視覚障害, ②聴覚障害, ③音声・言語またはそしゃく機能の障害, ④肢体不自由（上肢, 下肢, 体幹）, ⑤内臓の機能障害（心臓, 呼吸器, じん臓, 小腸, 膀胱, 直腸, 免疫）</p> <p>知的機能／精神機能障害</p> <p>知的遅滞, 記憶障害, 失語, 失行, 失認, 感情障害, 行動異常, 幻覚, 妄想などの症候, 痴呆, その他（ ）</p>
原因となった傷病名	障害程度	<p>1. 障害手帳の等級</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳 級 ・知的障害児（者）養育手帳 重度「A」, その他「B」 ・精神障害者保健福祉手帳 級 <p>2. 介護保険の要介護度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援 1 2 3 4 5 <p>3. 手帳／介護保険非該当の場合：福祉用具の導入に至った障害の程度について簡単に記入する。</p>
	a) 機能障害の直接的な原因となった傷病	例) 脳梗塞による右片麻痺, 脊髄損傷による対麻痺／四肢麻痺, 廃用症候群, 変形性膝関節症, 脳性麻痺, 脳損傷, 痴呆, 統合失調症など
b) 合併症／障害に影響する病態	例) 高血圧症, 虚血性心疾患, 肥満, 大腿骨頸部骨折, 骨粗鬆症, 慢性気管支炎, 腎不全（人工透析中）など	
福祉用具の導入 住宅改修のポイント	使用目的	
	福祉用具分類	
	機種／環境調整	
	結果（支援実施状況）	
	改修目的	
	設計内容／改修場所	
	福祉用具／建築的配慮	
対象背景	結果（支援実施状況）	
	性別	
	年齢階層	
	世帯構成	

表-2 参照可能なマトリックスの種類

1. 障害構造別に福祉用具の使用目的および機種に着目したマトリックス 「障害構造」 × 「福祉用具使用目的・機種」
2. 住宅改修場所別に福祉用具の使用目的に着目したマトリックス 「住宅改修場所」 × 「福祉用具使用目的」
3. 障害構造別に住宅改修目的に着目したマトリックス 「障害構造」 × 「住宅改修目的」

「障害構造別に福祉用具の使用目的および機種に着目したマトリックス」(表-3)では、縦軸の<障害構造>は、Ⅰ身体障害、Ⅱ知的障害、Ⅲ精神障害、Ⅳ複合障害の4つの柱とし、Ⅰ身体障害であれば、①視覚障害、②聴覚障害、③音声・言語障害、④肢体不自由、⑤内臓の機能障害にカテゴリー分類している。また、発達、加齢の特性からも再掲した。横軸の<福祉用具の使用目的>は、移動(起居、移乗/歩行)、セルフケア(食事、排泄、入浴、整容、更衣、安全、健康管理)、コミュニケーション(話す、読む、書く、聞く)、IADL(手段的日常生活活動;家事、買物、外出など)、余暇活動、仕事の6つのカテゴリーに分類し、事例で使用されている機種についても掲載した。各事例がこのなかのどのマトリックスに位置するかを頁数で示した。複数の福祉用具を使用している事例では複数箇所に載せてある。

「住宅改修場所別に福祉用具使用目的に着目したマトリックス」(表-4)では、縦軸の<住宅改修場所>は敷地及び住宅内の改修場所をカテゴリー分類し、各住宅改修事例が<福祉用具使用目的>と組み合わせたマトリックスのどこに位置するかを頁数で示した。複数の住宅改修場所がある事例では複数箇所に載せてある。

また、縦軸を<障害構造>とし、横軸に<住宅改修目的>とした「障害構造別に住宅改修目的に着目したマトリックス」を作成することも可能である。今回収録した住宅改修事例は肢体不自由事例だけなので、表示しなかった。将来、複数の障害構造事例が集まった段階でこのマトリックスも表示し、検索しやすいように配慮したい。

このように、さまざまなマトリックスの切り口を活用することで、実用性の高い事例理解が可能になることを期待するものである。

表-3 マトリックス1：障害構造別に福祉用具の使用目的および機種に着目したマトリックス

福祉用具 使用目的 障害構造 機種(例)	福祉用具の使用目的																
	移動			セルフレア				健康管理				コミュニケーション				IADL 家事	余暇活動 仕事
	起居	移乗/歩行		食事	排泄	入浴	整容	更衣	安全	健康管理	話す	読む			書く		
		屋内	屋外									拡大読書器、 画面拡大ソ フト、点字 器、点字タ イプラライ ター、画面 読み上げソ フト、点字 ディスプレイ 、点字ブ リンター等	聴覚障害者 用通話装置 (ファックス)、 雑音者用電 話機等	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁		201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁
アイホン ・ロー ラー(座 位保持) ンチェア (座位保 持いす)、 ベッド 等	移乗用バー、 電動式据置 型リアター、 自立補助手 すり、手す り、移乗台、 浴槽リフト、 双方向エレ ベーター、 天井走行リ フト等	歩行補助 車、シル バーカー、 テイルト 式折りた たみ、段 キ、段 差解消リ フト等	すくい やすい 皿	ポータ ブル イレ、 便器配 置等	イレクター型 すのこ、浴槽 用手すり、人 浴台、浴槽内 ポンプ、ミス トサウナ、エ ア注入式防水 枠等			視覚障 害者用 屋内信 号装置、 火災警 報器	盲人体温度 計、 音声体温 計等	聴覚障害者 用通話装置 (ファックス)、 雑音者用電 話機等	拡大読書器、 画面拡大ソ フト、点字 器、点字タ イプラライ ター、画面 読み上げソ フト、点字 ディスプレイ 、点字ブ リンター等	視覚障害者 用ハン コンソ ール、視覚 障害者用 ハンコン 周辺機器、 視覚障害 者用可搬 型情報機 器等	聴覚障害 者用屋内 信号装置、 火災警報 機、耳蝸 型補聴器 等				
I 身体障害																	
① 視覚障害	861頁、865 頁、869頁	1001頁、1031頁	1091頁、1301 頁、1307頁、 1331頁	865頁	1301頁、1601頁、 1607頁、1611頁			201頁	303頁	314頁、351頁、 371頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	303頁		
② 聴覚障害								201頁		314頁、351頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁			
③ 音声・言語または そしゃく機能の障害										831頁、865頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁			
④ 肢体不自由(上肢 ・下肢・体幹)										831頁、865頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁			
⑤ 内部(内臓の機 能)障害										831頁、865頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁			
A 発達																	
B 加齢	865頁	1031頁	1331頁	865頁	1301頁、1601頁、 1607頁、1611頁												
II 知的障害			1331頁	1501頁													
III 精神障害(高次脳 機能障害・痴呆含む)																	
IV 複合障害	865頁		1331頁	1501頁				201頁		314頁、351頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁	201頁、314頁、 351頁、371頁、 401頁			

表-4 マトリックス2：住宅改修場所別に福祉用具使用目的に着目したマトリックス

福祉用具 使用目的	使用目的															
	移動		セルフケア				コミュニケーション				IADL		仕事			
	起居	移乗/歩行 屋内 屋外	食事	排泄	入浴	整容	更衣	安全	健康管理	話す	読む	書く	聞く	家事	余暇活動	仕事
住宅改修場所																
道路から玄関までの アプローチ		3001頁, 3021頁, 3051頁														
避難スロープ		3051頁														
庭		3021頁														
車庫		3001頁, 3051頁														
玄関ホール		3001頁														
廊下		3001頁, 3051頁														
エレベーター		3001頁														
トイレ		3001頁, 3021頁		3001頁, 3021頁										3001頁		
浴室		3001頁, 3021頁, 3051頁												3001頁, 3021頁		
洗面所														3001頁		
キッチン																
居間																
寝室		3051頁														
バルコニー		3051頁														3051頁

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握から
みた在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 高山 忠雄

平成17(2005)年3月

目 次

I. 総括研究報告

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた

在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

高山忠雄 1

II. 分担研究報告

1. 在宅支援のモデルプログラムの開発評価

—政令指定都市における訪問・通所リハビリテーション
利用実態と課題—

福田恵美子 5

2. 宮城県I町における介護保険サービスとリハビリテーションニーズ

佐直信彦 34

3. 在宅介護サービス利用者の分類とケア内容の検討

佐藤秀紀 45

4. 在宅支援プログラムの自治体における実用化システムの開発

—訪問・通所リハビリテーションの地域特性別支援に関する
実用化試案の開発—

安梅勅江 50

厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

総括研究報告書

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた

在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

主任研究者 高山忠雄 東北文化学園大学教授

本研究は地域特性別実態把握に基づいた在宅自立支援のモデルプログラムの開発を図るため、在宅サービス、医療保健福祉施設、自治体という3側面から実用化システムを開発することを目的としている。

本年は2年目として、訪問・通所リハビリテーションの実用化について、1) サービス利用者、2) サービス提供側、3) 計画・評価を推進する自治体側、からみた実態を把握し、来年度の支援プログラムへの要件を整理した。介護予防の充実と、それによりもたらされるサービスの効率・効果性の向上に向け、多角的な視点からの分析を統合することにより妥当性を検証し、また実践からの意向を反映した実用性の高い成果への示唆を得た。

分担研究者

佐直信彦 東北文化学園大学教授

佐藤秀紀 青森県立保健大学教授

福田恵美子 山形県立保健医療大学教授

安梅勅江 浜松医科大学教授

リハビリテーション支援プログラムを具体的に提言することにある。これを可能とする観点から、地域特性に合致した訪問・通所リハビリテーションの有効なプログラムの開発と、福祉用具・住宅改修の一元的有効性とを一体的に運用することにより、高齢障害者等の自立支援モデルプログラムを開発し、実践活用および評価を実施する過程を経て、真に役立つ在宅自立生活支援プログラムの開発を目的とする。

初年度は主に東北地域に数地点を特定

A. 研究目的

本研究の目的は、誰もが望む、住み馴れた地域での自立生活を可能にする支援の方法、手段に関する地域特性別訪問・通所

し、訪問・通所リハビリテーションの実態を訪問調査、行政調査、グループインタビュー調査等により把握し、評価試案を作成した。2年目である本年度は、訪問・通所リハビリテーションの実用化について、1)サービス利用者、2)サービス提供側、3)計画・評価を推進する自治体側、からみた実態を把握し、来年度の支援プログラムへの要件を整理した。

B. 研究対象と方法

本研究の特徴は訪問・通所リハビリテーションの実用化について、1)サービス利用者からみた評価、2)サービス提供側からみた評価、3)計画・評価を推進する自治体側、からみた介入評価を実施する点にある。

「研究総括・在宅支援のモデルプログラムの開発評価（高山・福田）」では、研究総括および実態把握として2年度は地域特性別の施設機関、利用者、専門学生の実態と課題を把握した。

「医療保健福祉施設における実用化システムの開発（佐直）」では、サービス提供者の視点から実用化の方策を明らかにするため、2年度は降雪寒冷地域としての宮城県における介護保険サービスとリハビリテーションニーズの実態を把握した。

「在宅サービスにおける実用化システムの開発（佐藤）」では、サービス利用者

の視点で豪雪地域における実用化を具体的に検討し、2年度はサービス利用者の調査による分類とケア内容の検討を行った。

「自治体における実用化システムの開発（安梅）」では、自治体の現状把握から実用化のための体系化を図る。2年度は利用者・専門職26名に対するフォーカスグループインタビューを実施し、訪問・通所リハビリテーションにおける他職種連携のための実用化試案を作成した。

C. 研究結果

「研究総括・在宅支援のモデルプログラムの開発評価（高山）」では、地域特性別のニーズの比較検討を行い、訪問・通所リハビリテーションの利用が、都市部と郡部、気候や環境状況に依存しない可能性を示した。

「医療保健福祉施設における実用化システムの開発（佐直）」では、豪雪地域における介護保険サービスとリハビリテーションニーズを明らかにした。リハ専門職によるリハの有効性と啓発活動と実践が必要であることを明らかにした。

「在宅サービスにおける実用化システムの開発（佐藤）」では、豪雪地域におけるサービス利用者の事例検討を行い、訪問・通所リハビリテーション、福祉用具、住宅改修の複合的な活用の可能性につき、地域特性を踏まえて類型化し、ケア内容を

検討した。

「自治体における実用化システムの開発(安梅)」では、在宅支援モデルプログラムの自治体における実用化システムの開発を目的に、訪問・通所リハビリテーション関連職種及びサービス利用者に対するフォーカスグループインタビュー調査を実施した。その結果、実際の支援場面における1)個別支援、2)グループ支援、3)コミュニティ支援、に沿った項目を抽出し、実用化試案を作成した。

D. 考察

高齢者の住み馴れた地域での自立生活を望む声は、関連諸調査の結果からも一段とその強さを増している。誰もが望む在宅自立生活をより可能とする手段として介護予防をも勘案した訪問通所リハビリテーションの有効性を明確にしつつ、居住する地域特性に合致した自立生活支援プログラムを開発・評価することは緊急度の高い課題と考える。

本研究は地域特性別実態把握に基づいた在宅自立支援のモデルプログラムの開発を図るべく、在宅サービス、医療保健福祉施設、自治体という3側面からの実用化システムを開発することを目的としている。

特に、降雪寒冷地域の訪問・通所リハビリテーションの実態把握に力点を置き、現

在問題視されている状況をより客観的な立場から分析し、課題の解決を見出すこと、さらに訪問・通所リハビリテーション支援において福祉用具・住宅改修を一元化して行うことにより、導入する自立支援のシステム化を確立することを目指している。従来から、訪問通所リハビリテーションの必要性は論じられてはいたが、実践する側からは難を感じつつ有効な解決方法は見出せずにいたのが現状であった。本研究において、地域特性を十分勘案した訪問・通所リハビリテーションに機器・住宅改修支援の一元化を図ることの意味は大きいと考える。

介護保険制度の質的な充実と、それによってもたらされるサービスの効率・効果性の向上に向け、多角的な視点からなされる分析を統合することにより妥当性を検証し、且つ実践からの意向を反映した実用性の高い成果を得ることが可能となる。

本研究から期待される効果としては、訪問・通所リハビリテーションサービスの評価に基づくサービスの提供が可能となり、対象者のクオリティ・オブ・ライフの向上が図られる点、対象者への適切な情報提供により個々人の選択と自己決定が尊重される点、ケアマネジャーのケアプラン作成、サービス評価に資する点、さらには限りある社会資源の有効活用を図る点があげられる。

一方、利用者と社会資源のインターフェースとしての役割を果たす専門職の機能を最大限に高めるために、専門職にとって、地域特性を踏まえた支援評価に関する情報の把握は、極めて有効である。専門職が、地域資源に関する知識と技術を獲得し、より有効性かつ効率性の高いケアマネジメントの実現が期待される。

さらに、本研究により開発された評価法は、1) ケアマネジメントに関わる専門職の実践過程における評価指標、2) スーパーバイザーによる専門職の資質向上のための実務教育指標、3) 養成課程の教育プ

ログラムの一法、として活用が可能である。

その延長として、各種専門職の訪問・通所リハビリテーション支援に関する資質の向上はもとより、訪問・通所リハビリテーション支援システムの今後の基盤整備への一助となると考えられる。

在宅支援のモデルプログラムの開発評価
—政令指定都市における訪問・通所リハビリテーション利用実態と課題—

分担研究者 福田恵美子 山形県立保健医療大学教授

在宅支援のモデルプログラムの開発評価を図るため、2年度は訪問リハビリテーションの支援機関の実態、利用者の満足度、専門学生の意向から課題を明らかにした。その結果、1) 訪問・通所リハビリテーションの利用が、都市部と郡部、気候や環境状況に依存しない可能性、2) 訪問リハビリテーションの人材不足に起因する利用者の不満、3) 専門学生の訪問リハビリテーションへの意欲の高さ、が明らかとなった。訪問・通所リハビリテーションの活用が、情報、人的資源、具体的なプログラムの未整備により阻害されている可能性が示唆された。

A. 研究目的

本年度は、地域特性に応じたリハビリテーションサービスのあり方を検討することを念頭に置きつつ、東北の都市部における訪問・通所リハビリテーションの支援実態を明らかにすることを目的とした。介護保険制度は5年目をむかえ、高齢者の増加や介護度の重度化・介護保険サービス給付の増大など多くの課題を抱えている。介護保険の理念に「介護予防とリハビリテーションの重視」がうたわれており、これは、介護を要する状態になっても早期から適切なリハビリテーションを受けて自立した生活を維持し、地域生活に再定住していこうというものである。その理念の一翼を担い、実践する訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）の利用状況は0.9%程度であると言われる¹⁾。訪問介護44.7%、通所介護36.2%、福祉用具33.0%の利用状況に比較して、訪問リハ利用率の低さにはリハビリテーション専門職（以下リハ専門職）の供給不足が一因と考えられている¹⁾。

今後、介護予防、医療・介護におけるリハビリテーション、地域リハビリテーションの3つの視点が有機的に結びつき、適切で効果のあるサービスの提供のために訪問リハの普及促進は重要な課題である。

そこで本研究は、訪問リハの現状と課題について、訪問リハの実践現場、専門職、専門学生の視点から調査し分析することを目的とした。

B. 研究対象と方法

本年度は、降雪寒冷地域におけるリハビリテーションサービスの実態把握をすることに力点を置くこととした。

I. 訪問リハ実践現場の地域調査

1. 訪問リハの各業務工程時間と、訪問距離、時間の実態調査
2. 訪問リハ利用者である家族の立場からみた訪問リハの満足度調査

II. 訪問リハを実践する専門職に対する調査(面接、郵送アンケート調査)

1. 訪問リハを実践する立場からみた問

題点に関する調査

2. 訪問リハを実践する立場からみた現状と地域特性に関する調査

Ⅲ. 大学でリハ専門教育を受けている学生に対する訪問リハの興味と関心

対象と方法については、別紙1～3に詳述した。

C. 研究結果

調査Ⅰ～Ⅲの具体的な成果については、別紙1～3に詳述した。

D. 考察

本年度は、地域特性に応じたリハビリテーションサービスのあり方を検討することを念頭に置きつつ、訪問・通所リハビリテーションの現状と課題を多側面から明らかにすることを目的とした。Ⅰ. 訪問リハの実践内容の分析、Ⅱ. 訪問リハを実践する専門職に対するアンケートの分析、Ⅲ. 将来専門職を目指す学生のアンケートの分析の3つの視点から訪問リハの実態と課題を検討した。

調査Ⅰでは、訪問リハにおける一連の工程、距離、時間の配分が明らかとなり、直接業務以外の移動時間、管理、記録が大きな割合を占めていた。また、郡部と市部では一件あたりの移動時間、移動距離は大きな差が見られなかったが、調査期間が4月～5月の時期であり積雪や凍結などの道路事情の影響はなかったと考えられる。

調査Ⅱのリハ専門職のアンケートによると、明らかに冬季は積雪、凍結の事情により片道平均7.7分程度の変動がある

ことがわかり、これが直接業務に大きく影響することは予想される。また、積雪、凍結道路を運転する危険業務であることも十分考慮しなければならない。さらに、「外勤手当」を望む声が多く、「へき地手当」「危険手当」「外勤手当」等の何らかの金銭的な援助は必要であると考えられる。調査Ⅰの介護者の満足度アンケートからは、訪問時間に対して柔軟な対応を望む声が多く、その希望に十分対応できない人的な資源不足の影響が示唆された。

一方、調査Ⅲの結果からわかるように、リハ専門職養成校で学ぶ学生の訪問リハに対する興味・関心は大きかった。しかしその興味・関心が直接就労意欲に結びついていない現実が明らかになった。訪問リハは、病院で行われるリハとは異なり、個人の家庭でリハが行なわれるため、挨拶、会話などの交流や事前の情報収集が必要となる。その内容は、多岐にわたり、利用者家族、利用者の状態などにより専門職側の適切な対応が求められ、専門職の能力に依存することが大きい。利用者・家族の信頼関係を築く真摯な態度が求められるため、経験の少ない専門職では対応が難しいと判断され、新人には敬遠される原因となったと考えられる。専門学生の興味・関心を、地域リハビリテーションで働く専門職の就職に直接結びつけるためには、魅力のある職場作りが重要課題である。どのようにすれば、魅力ある職場となるのであろうか。調査Ⅱの専門職への面接調査とアンケート調査から考察を加えてみる。魅力ある職場として考えた場合の訪問リハの問題点は、

①知識・経験を積む教育機会が少ないこと、②関連職種との連携・情報交換が困難であること、③利用者、ケアマネジャーなどが訪問リハに対して理解が不足していること、④少数人数の職場による不安などが挙げられた。さらに訪問リハだけの特徴ではないが、外勤であるため、道路事情や天候状況に左右されるなどの問題点が明らかになった。

しかし一方では、人的資源不足は量的には時間を追って解決していかなければならない問題ではあるが、質的には他部門との連携を行えるシステムを構築することで改善できることがわかった。ケアマネジャーや看護師、保健師、介護士の連携が不十分であるとリハ専門職の孤立感が強まり仕事現場が辛いものとなる。医師からの医療情報の不足、他部署との情報交換が不足し、ケアプランの内容や利用者のニーズをよく把握していないという連携上の問題点は、今後の地域リハビリテーションを充実させるためにも早急に改善していかなければならない。さらに症例検討、情報交換、研修機会があったとしても、平日であれば、利用者の日程が設定されているため、交代要員がいない職場では参加は難しいという実態も明らかになった。人的資源不足、連携・情報不足の悪循環であるとも言える。この悪循環は、図1のようになる。これらの問題点に対する改善策として、第一に養成校や就職後の訪問リハに対する教育機会の充実が必要である。それにより、訪問リハに対する認識も高まり、知識・経験を積むことで徐々に学生や新人の不安が軽減されていく。第二に、関連職種

全体で業務・情報を共有し、互いに支えあうような支援体制が必要である。そのためには、情報交換に十分な時間が取れるような勤務体制や、コミュニケーションを取りやすい職場環境作りが重要であろう。それによって職種間の相互理解が深まり、連携不足から生じる不安感や孤独感が軽減されていくと考える(図2)。

引用文献

- 1) 山永裕明 米満弘之：介護保険の現状と見直しの動き JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 11 巻 11号：990-994、2002

本年度研究協力者

外里富佐江（東北文化学園大学）
王治文（東北文化学園大学）
山田裕子（荻野病院）

図1 問題点の関連性

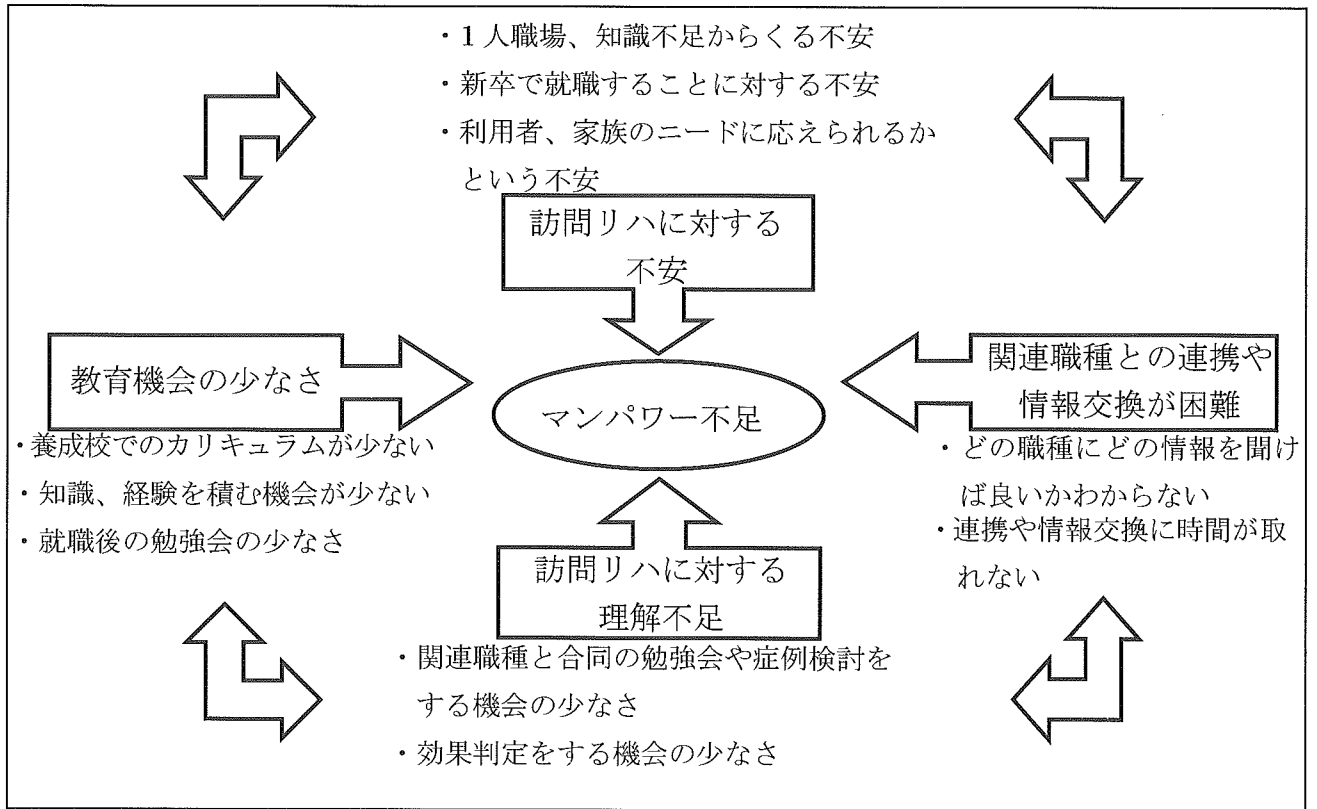
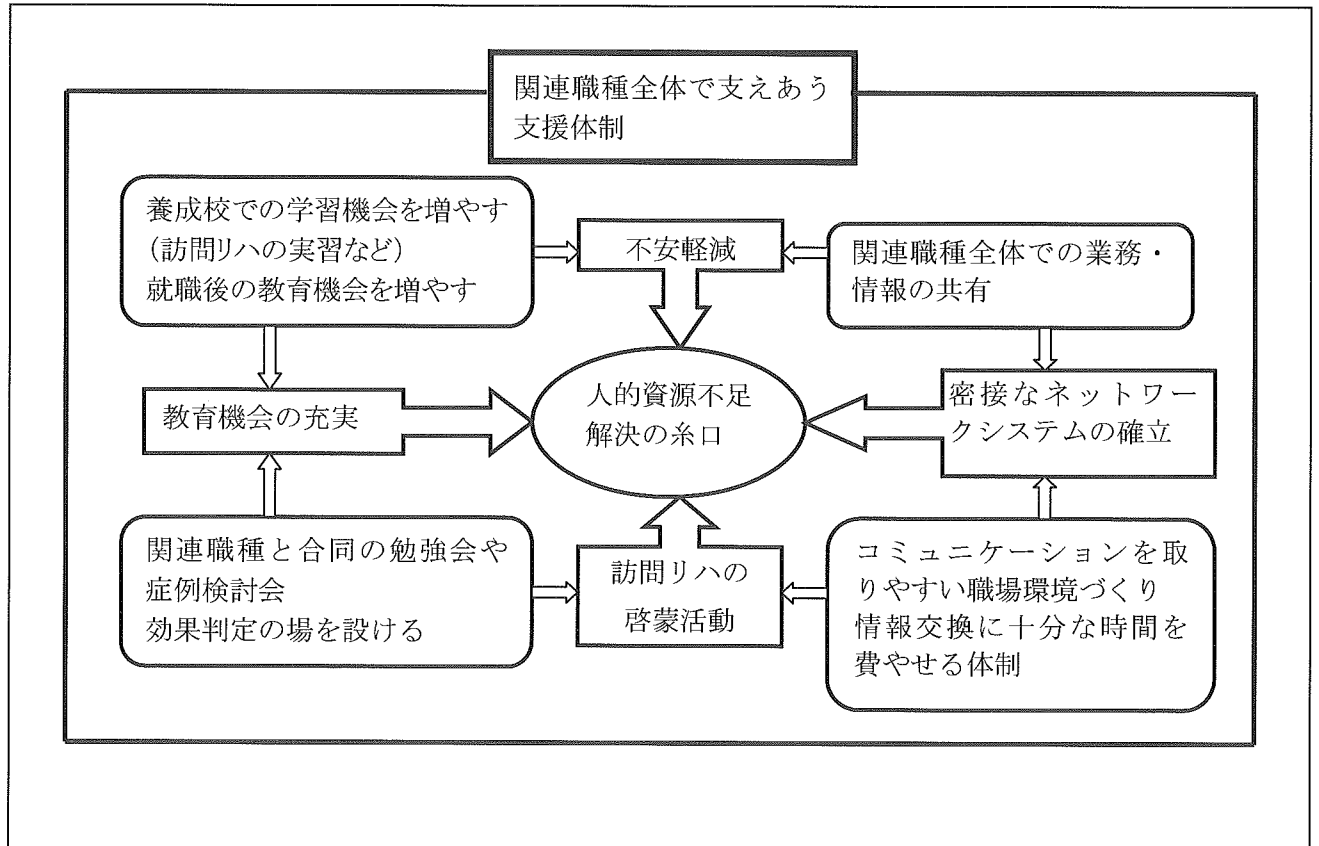


図2 問題点の改善策と関連性



別紙 1

調査 I 訪問リハビリテーションの実態調査：リハ専門職の面接調査から

本研究は、訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）に従事するリハビリテーション専門職（以下リハ専門職）の面接調査を通して、訪問リハの問題点と人材不足の原因を調査し、人材不足を解消するための効果的なシステムのあり方を検討することを目的とした。方法は、11施設28名のリハ専門職を対象とし、業務内容・訪問リハに対する従事前後のイメージ・訪問リハの魅力・考えなどの質問項目について面接調査をした。結果として、61%のリハ専門職が人材不足を感じると回答し、その原因として、医学・福祉の知識が要求され責任が重い、養成校で十分な教育を受けていない、少人数職場であるため敬遠されやすいなどの回答が多かった。今後訪問リハを進めていく上で問題とされる点は、他職種との連携や情報交換が困難、経験・知識・技術が問われる、ケアマネジャー・利用者側のリハビリに対する理解不足などがあげられた。これらが相互に作用し悪循環を起こしている構図が推察された。一方では、他職種の連携が十分取れていることが、訪問リハの業務を円滑していることが明らかになった。養成校・就職後の教育体制の充実、関連職種が密接な関わりを持つネットワークの確立、訪問リハの啓発活動が人材不足解消の糸口になることがわかった。

A. 研究目的

2000年に介護保険制度が施行され、サービスを提供する体制は年々充実してきている。訪問リハビリテーションサービスの利用率は低いのが現状である。利用率が低い原因のひとつとして在宅訪問する理学療法士、作業療法士、リハビリテーション専門職（以下リハ専門職）などのリハビリテーションスタッフの人材不足があげられている。本研究では訪問リハに従事するリハ専門職に面接を実施し、リハ専門職が考えるマンパワー不足の原因や現在行なわれている業務内容、従事前後のイメージなどについて調査し、訪問リハの実態を明らかにし、よりよいサービス提供のあり方を検討することとした。

B. 研究対象と方法

1. 対象

訪問リハを行なっている宮城県、福島県、岩手県の施設のうち11施設で勤務するリハ専門職28名を対象とした。

2. 調査の流れ

東北地方で訪問リハに従事するリハ専門職を無作為に抽出し、電話で調査を依頼し、了承をえた。

3. 調査方法

郵送による留め置き法によった。岩手県の施設は郵送法にて調査を実施した。

4. 調査期間

平成16年9月15日から10月15日

5. 質問紙の内容と回答法（付表1）

面接シートは資料をもとに独自に作成した。選択方式は多項目選択式・自由回答からなる。内容は、基本情報として施設名・氏名・性別・年齢・作業療法経験年数、訪問リハに至った経緯3項目、業務内容として7項目、訪問リハ従事前後のイメージ・訪

問リハの魅力5項目、訪問リハに対する考えについて7項目、全27項目とした。

C. 研究結果

1. 対象の特性

訪問リハを行なっている介護老人保健施設（以下老健）、訪問看護ステーション11施設のリハ専門職26名（男性7名・女性19名）、リハ専門職歴は平均6.9年、訪問リハ歴は平均3.7年であった。なお、リハ専門職の年齢は平均28.9歳であった。従事形態は専任19名、兼任6名、非常勤1名であった（表1）。

表1：対象の特性 回収率 92.8%

男女比	男性：7名（27%） 女性：19名（73%）
年齢	28.9歳（21-42歳）
リハ専門職歴	6.9年（1-20年）
訪問リハ歴	3.7年（1-11年）
従事形態	専任：19名（73%） 兼任：6名（23%） 非常勤：1名（4%）

2. 業務内容

一件あたりの移動時間の平均は片道18.1分、治療時間は平均49.6分、一日の担当利用者数は平均3.9名であった（表2）。

表2：業務内容（図1、2）

一件あたりの平均移動時間	18.1分（10-30分）
一件あたりの平均治療時間	49.6分（20-60分）
一日の平均担当利用者数	3.9人（2-5人）

主な対象疾患は脳血管障害・パーキンソン病・廃用症候群をあげているリハ専門職が多かった。設定する目標として多いものは身体機能の維持・改善、身体的・精神的な活動の向上、ADLの向上をあげたりハ専門職が多かった。実際に実施しているリハの内容は評価、家族指導、機能訓練、ADL・APDL訓練、心理的支援、環境調整・住宅改修指

導が多くあげられた。

3. 訪問リハ従事前後のイメージ

（1）業務について（図3-5）

「機能訓練やADL訓練のみに時間を費やしている」という質問に対し、従事前はやや当てあまるという回答が多いが、従事後はあまり当てはまらないとの回答が増加した。このことから多くのリハ専門職が、従事後の訓練に加え、家屋環境の調整や家族への指導・情報提供など、求められる役割が多岐にわたると感じたことが考えられる。「より地域性・個別性が問われる」という質問に対して、従事前後ともに非常に当てはまるという回答が多かった。実際に利用者の住み慣れた環境で治療を行なうため、従事後にその認識が深まったと考えられる。一方で、全く当てはまらないと回答したりハ専門職も存在し、理由として「病院・老健でも利用者を取り巻く環境に目を向けているため、地域性・個別性が問われるのは訪問リハのみではない」との回答が得られた。「仕事量が多く、重労働である」という質問に対して、従事前後ともどちらともいえないという回答が多かったが、従事後に非常に当てはまるという回答したりハ専門職も存在した。理由として、介護保険の中で訪問リハを行なう際、連絡調整・提出書類の作成・サービス提供に関する確認などの事務仕事の多さがあげられた。

（2）知識について（図6-8）

「より幅広い知識が必要である」「新卒で訪問リハに就職することは困難である」という質問に対して、従事前は非常に当てはまるという回答が多いが、従事後は減少した。このことから、実際に従事したことで訪問リハの魅力が分かり、経験を積むことで不安が軽減されたものと考えられる。また、『先輩リハ専門職や看護師・介護士との同行訪問など、知識・経験を積む機会があるため、新卒でも訪問リハに就職すること