

設置などの福祉用具の選定の指導を受けた。またトイレやベッドへの移乗の仕方、車椅子の操作方法など自宅での具体的な動作指導や、家族も介護方法についての指導を受けた。また、利用者と家族は、病院のリハビリテーションスタッフ、ケアマネジャーと共に介護保険のサービスの利用について話し合い、退院について準備を行なった。

退院時から約4ヶ月は在宅生活の安定を目標に、週1回訪問リハビリテーションを利用し、手すりの使い勝手や、スロープ、車椅子など福祉用具の使用方法や、具体的な移乗や移動方法の指導や介護指導を受けた。特にトイレ動作の安定は重要であったが、介助動作の練習を重ねるうちに、便器への移乗の介助量を軽減するために、廊下とトイレ内の段差を解消する必要に迫られ、2度目の家屋改修を行った。その後、生活の安定と共に介護タクシーを利用した週1回の外来リハビリテーションへと移行し、外出の機会を増やした。

現在利用している介護保険のサービスは、週1回の通所介護、訪問入浴サービス、週2回の身体介護のためのヘルパー、週1回の外来リハビリテーションの通院のための介護タクシーの利用が主である。妻の介護疲労軽減や急な用事のためにショートステイを半年に1度程度利用する

こともある。

2-2. 結果のまとめ

①生活時間表について

生活時間表の行動分類の方法は日本人の生活時間・2000NHK 国民生活時間調査に従った。(付表6) 大分類の必需行動、拘束行動、自由行動を取り上げ、具体例に従いながら小分類の項目別に時間をまとめた。1日の時間軸に沿ってまとめた利用者の生活時間の変化(表4-1)、介護者の生活時間の変化(表4-2)につけた罫線は、身の回りの用事や療養・静養、炊事・掃除・洗濯、社会参加など、小分類の項目のマーキングである。

また利用者の生活時間と、全国70代男性の平日の平均時間との比較を行い、表とグラフにした。同様に介護者の生活時間と、全国70年代女性の平日の平均時間との比較も行った。尚、グラフの項目は、利用者本人、介護者とも生活時間の変化が大きかった小分類の項目を抜粋した。(図3-1、3-2、3-3、3-4、3-5、2-6)

②利用者の生活時間の変化(表2-1~2)

1) 必需行動

病前の生活は全国平均と比較して大きな特徴は見られない。病前病後に大きな変化が見られるのは、身の

回りにかかる時間である。これは病前の生活と比較すると2倍の時間がかかっている。病後は全国平均の時間と比較すると約3倍となっている。

2) 拘束行動

病前の生活は、家庭雑事は全国平均の約半分であるが、社会参加は40倍以上と生活の多くを占めており、活動的な生活を送っていた。病後は家庭雑事と社会参加の時間は全くなくなり、大きな変化が起こっている。

3) 自由行動

病前の生活は、全国平均と比較するとテレビ、ラジオ、新聞は少なく、本の時間は多かった。また休息も少なく、会話・交際やレジャーは全く時間を取っていなかった事が特徴的である。病後はテレビ、新聞、ラジオの時間は増え、特に病前に聞いていなかったラジオを楽しんでいる。休息は病前病後で、自宅で過ごす日は約12倍、通所介護を利用する日は約7倍と大きく増えている。全国平均と比較しても病後は4～7倍である。ただし、通所介護を利用する日の休息は自宅で過ごす日の6割に減り、また自宅で過ごす日にはない、会話・交際、スポーツを楽しむ時間が全国平均よりも多くなっている。

③介護者の生活時間の変化(表2-3、2-4)

1) 必需行動

病前の生活は女性の全国平均と比較しても大きな特徴は見られない。また病前病後で大きな変化は見られない。

2) 拘束行動

病前の社会参加の時間が全国平均の約2.5倍と活動的であった点が特徴である。病前病後で変化が大きいのは、家庭雑事の中での病人の介護の時間である。病前の家庭雑事の時間は本人が自宅で過ごす日は病前の4倍、通所介護を利用する日は約2倍と大きく増えている。社会参加の時間は、病後は全く時間がとれなくなっている。通所介護を利用する日は自宅で過ごす日に比べて介護の時間が半分に減っている。

3) 自由行動

病前の生活は、全国平均と比較してテレビと新聞、休息は半分の時間と少ないが、本は9倍の時間と多く、読書を楽しんでいた。また、会話・交際、趣味・娯楽・教養について、全国平均より多く活動的な点が特徴的である。

病後は会話・交際や、趣味・娯楽・教養については、ほとんど時間を取れず、新聞の時間は増えたが、テレビや本の占める時間は減っている。休息は、病後は自宅で過ごす時間は

病前の5.5倍、通所介護利用日は6.5倍となっている。これは全国平均の2.5倍以上である。通所介護利用時には会話や交際を病前の半分の時間でわずかに楽しみ、休息を多くとる生活となっている。

2-3. 生活時間表と質問用紙についてのまとめ

①利用者の生活

1) 生活時間調査から分かる通り、病後の生活で、利用者が自宅で過ごす日の時間割合は、必需行動は885分(14時間15分)自由行動は585分(9時間45分)である。このうち病前と比較して大きな変化があった項目は、必需行動の中の、「身の回りの用事」が195分(3時間15分)、自由行動の中の「休息」時間が375分(6時間15分)、「ラジオを聞く」時間が105分(1時間45分)と大半を占め、単調な生活を送っていることがわかる。一方で病前の生活の大半を占めていた拘束行動の時間は、家庭雑事の15分も社会参加の570分(9時間30分)も0分となり、社会参加や外出の機会が大きく減って生活に大きな変化が起こっている。

2) 生活時間表や質問用紙からわかるように利用者の病前の生活は地区の仕事で忙しく、趣味やレジャーを楽しむゆ

りのないほどの忙しい生活であった。

現在の生活はゆっくりした生活で時間があり余るほどである。しかし、読書やカメラなどの趣味や、レジャーを楽しもうと考えているかといえ、利用者はまだ地区の仕事に生きがいを見つけようとしており、自分が出来ない分を妻に変わって欲しいという意向を持っている。この大きな生活の変化の中で自分が何をしたいのか、どんな役割を持てばいいのかまだ戸惑いが見られている。仕事の途中で生活を断ち切られた無念さが見え隠れする。趣味に没頭できるほどの充足感がない。退院後の生活は単調ながら安定してきたが、利用者の今後の生きがいについては模索中であることが伺える。

介護者である妻に対しては、自分の介護をさせてすまないという気持ちと我慢している面、疲れさせないように気を遣い、この生活を続けていきたいと願っている面が見られる。

3) 介護保険のサービスについては訪問リハビリやヘルパー、訪問入浴等のサービスを喜んでいる一方で、通所介護の利用に関して不満があり、集団での体操や運動等に不満があることが伺える。

②介護者の生活

1) 介護者である妻の生活は生活時間の調査から分かる通り、病後の生活で夫が自宅で過ごす時には必需行動は690分(11時間30分)拘束行動は390分(6時間30分)自由行動が360分(6時間)である。このうち病前と比較して大きな変化があった項目は、拘束行動の「家庭雑事(病人の介護)」が4倍に増え、社会参加が減ったことである。また、自由行動の中の「会話・交際」や「趣味・娯楽・教養」や「本」が減り、「休息」時間が165分(2時間45分)と増えている。介護が生活の中に大きな割合を占め、自分の自由な時間が減り、休息を多く取らざるをえないという生活に変化している。

2) 現在の生活は夫の介護が主な仕事になり、地区の仕事から解放されたという安心感があり、夫が考えているように地区の仕事を再び引き受ける気持ちは見られない。しかし、介護疲れもみられ、気が休まらない。自分の時間が持てない、まとまった時間が取れないことがストレスである。

3) 介護保険のサービスについては、夫に週2回だけの通所介護の利用だけではなく、ショートステイなどももっと利用してほしいと思っているが、一方で常に夫のことが気がかりで遠

くの旅行などには行けないと考えている。

3. 考察

1) 適応への援助

夫婦共に外出が多かった生活から介護中心の生活へと、病気の前後で生活時間は大きく変化している。退院後はこの生活の変化に対応し、不安を軽減し、安定させていくための集中的な援助が必要であり、この体制が保障されることが大切である。

退院から在宅生活が安定するまでに、訪問リハビリテーションによる住宅改修のアドバイスや、日常生活動作の介助方法指導は回数も多く利用できることが望ましい。また、ヘルパーや訪問入浴、通所介護などの他の介護保険サービスも利用する必要がある。そのことにより、介助者の介助量を出来るだけ軽減し、心理的な安定を図り、生活の中に定着させていくことが大切である。そのためにも、退院時の情報の提供など病院職員とケアマネジャー、介護保険のサービスを提供者との連携は欠かせない。

この利用者の場合、退院から約4ヵ月後に外来リハビリテーションの利用へ移行する時期が生活の安定の一区切りとなっている。

2) 社会的役割の獲得

現在は、在宅生活も1年8ヶ月を過ぎ、利用者、介護者共に生活は安定してきている。この時期は身体機能の維持と共に、利用者の役割を見出していくための仲間作りや外出の機会の提供、生きがい、社会参加について検討していく時期となる。この時期もまた、利用者にもっと必要な適切なサービスを提供するために、サービス提供者の情報交換や連携は欠かせない。

現在の利用者は、休息時間が多い単調な生活の中で、自分の楽しみの趣味には没頭できない。社会の中において人の役に立ちたい、まだ誰かのために役に立てるという自分の思いを表現する場がないことの苛立ちがあるように考えられる。病前の社会参加に変わる生きがいや役割を見つけ、自分が楽しむことだけではなく、趣味を通して社会に認められ、仲間が出来ることが大切である。また、常に介護が必要とされる家庭内でも役割を見つけていく必要がある。

3) 多様なサービスの充実

利用者の生活にとって通所介護を利用する日は休息が減り、会話・交際、スポーツを楽しむ時間が増加し、生活に変化がみられるが、利用者はこれを不満に感じている。家族の介護疲れの解消のために通所介護を利用すると考え

ている。また家族も利用者にもっと利用して欲しいと考えながらも、安心できない思いがある。現在の通所介護サービスは集団でのゲームや体操、作業活動を行なうことが多く、利用者にもっと、個人の趣味を生かした活動やサークルで仲間作りを増やす等、個人を大切に扱い、個人の要望に沿ったサービスを提供するなど質を向上させる必要がある。そのことが介護者や家族を安心させ、在宅生活を継続させる事にも繋がっていく。

4) 介護者の負担軽減

在宅生活を継続する時に、介護者は常に気ぜわしく、気がやすまらない。2人暮らしであれば、変化があった時に常に自分が判断しなければいけないというストレスにもさらされる。それは利用者や他の家族の想像以上のものであるかもしれない。介護者のリフレッシュのためにも利用者が安心して利用できるショートステイなどのサービスの充実が必要である。また介護の悩みを語り合う家族会や、常に的確なサービスを提供できるケアマネジャーの存在も重要と考える。

IV. 訪問リハビリテーションの効果的な介入と役割について(資料参照 p 45-52)

事例は、入院リハビリテーションを終了し、退院後一年半以上を経て、自宅生活を送っていた。入院時から退院時指導のための家屋調査、住宅改修を経て、さらに必要にあわせて訪問リハビリテーションの介入を行った。その流れを事例が退院から在宅に適応するまでの経過として説明資料（p 45-52）に示した。

その結果、利用者、本人から、生活に慣れ外来通院に切り替わる期間までの訪問リハビリテーションのきめの細かいサービスの重要性が指摘された。さらに技術的な援助のみならず、心理的な援助のためにもモデルの有効性が明らかにされた。さらに、利用者、介護者の病前後の生活時間からは、退院後1年半経過しても社会参加の時間や社会的な役割が獲得されない現状が明らかになった。介護者の負担軽減には、週一回の通所介護が大きな役割を果たしていた。しかし、本人は、介護者（妻）のために利用するという面も見られ、利用者本人のニーズを満足させるサービスの充実や検討が必要であることが明らかになっている。今後、本人の社会的な役割の獲得の検討、利用者のニーズに合わせた通所介護、通所リハビリの充実が必要と思われる。

訪問リハビリテーションを実践する作業療法士への実態調査では、供給する側の人的資源不足を解消するために、危険

手当や外勤手当の検討、医療機関の退院時情報の義務化の必要性、研修会や教育の機会の充実、介護報酬の統一の必要性などについて述べてきた。

介護保険利用者の生活時間調査の中では、利用者の退院直後の在宅生活の安定のために訪問リハビリテーションの役目として住宅改修のアドバイスや、日常生活動作の介助方法指導、介護保険サービスの適切な見直しが大切であること、生活が安定してからは利用者の役割を見出していくための仲間作りや外出の機会の提供、生きがい、社会参加について検討するなど時期を区切ったサービスの提供が大切であることを述べてきた。

在宅生活の継続には、必要なときに必要なサービスが十分に受けられるバックアップ体制があつて初めて実現できる。利用者が選択できる多様性のあるサービスの充実が望まれる。さらに、サービスを組み込んでいくケアマネジャーの教育研修など質の向上は重要である。現在は、入所やショートステイは数十人の待機者がでている状態で施設選択の余地は少ないのが現状である。また、施設入所にあたり家族の希望や不安に対する研究は皆無である。在宅生活を長期的に支援するため、入所やショートステイなどを家族が安心して利用でき、介護負担からはなれる機会を提供することは重要である。

したがって家族が利用者の入所にあたり、どのようなニーズがあり、どのような不安や悩みを抱えているのか調査することが必要である。それに基づいて施設のあり方や施設の充実、職員教育、職種の連携などに生かしていくことが重要である。それには、施設等の倫理教育、行政による施設評価（患者家族によるアンケート）の必要もある。以下にこれまでの研究から得た事を述べ、まとめとする。

①在宅に必要なサービス資源の必要

（訪問リハ・訪問介護、訪問看護、通所リハ、通所介護、ショートステイの有機的組み合わせのモデル作成）

訪問リハ以外の在宅に必要なサービス資源（訪問介護、訪問看護、通所リハ、通所介護、ショートステイ、グループホームなど）の有機的組み合わせが必要であり、徐々に在宅生活にソフトランディングしていく。そのための他職種との連携のプログラムのモデル開発が望まれる。

②資源の充実—高齢者向け施設の増設、介護保険費用の見直しの必要性

これから行政に望まれることは、有料老人ホーム、高齢者向け住宅など個性と生活スタイルにあわせた高齢者向け施設の増設である。さらに介護保険費用の見直しの必要性、たとえば、補助金、支援金、福祉用具導入や住宅

改修のきめ細かいサービスなど資源の充実である。

これらが、地域に基礎体力としてなければ、どのようなサービスが充実しても有機的に連携し、効果は得にくいとおもわれる。

③行政による教育指導の必要性

行政による教育指導の必要性もある。地域リハのリハ専門職（OT、PT、ST）の強化養成プログラムの作成等が重要と思われる。さらに、地域に対する教育も重要である。これは押し付けでない家族指導の意味を含み、講習会などによって介護家族に利用者の障害を理解してもらうことが必要である。

さらに他職種の教育の充実も望まれる。地域リハの啓蒙、訪問リハの役割や障害、介助法、リハビリテーションの概念などの勉強会、地元大学、専門学校等を含めた公開講座が必要であろう。一般市民（家族も含めた）介護予備群の教育、健康寿命プログラムの活用、元気高齢者の発掘なども重要な課題であると思われる。

参考文献

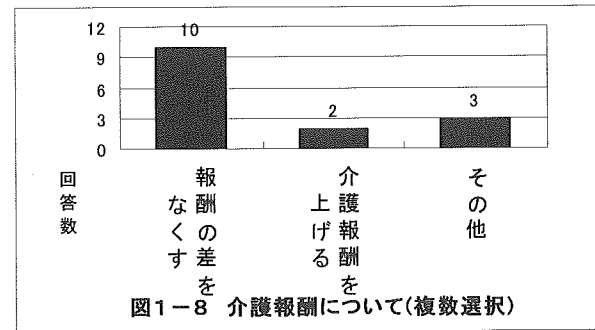
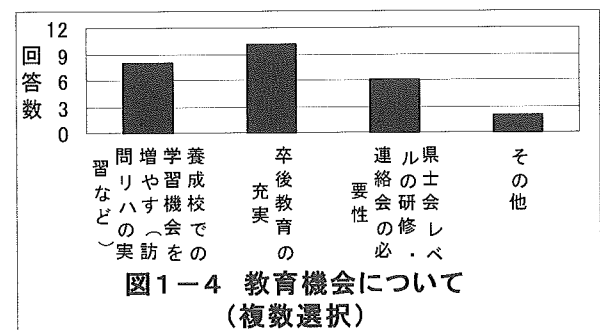
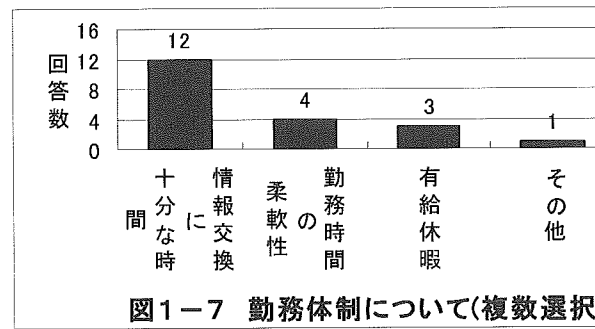
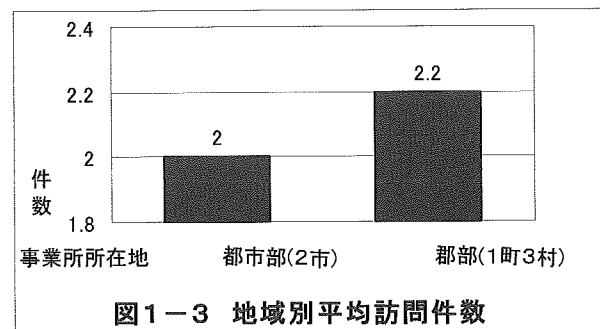
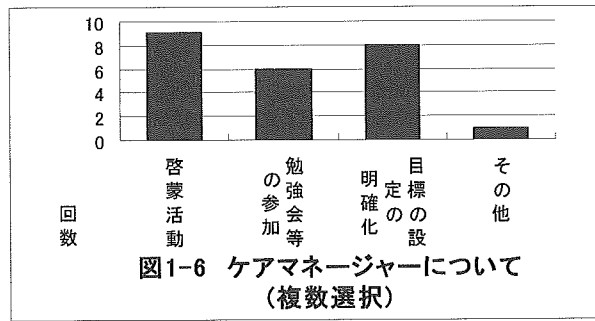
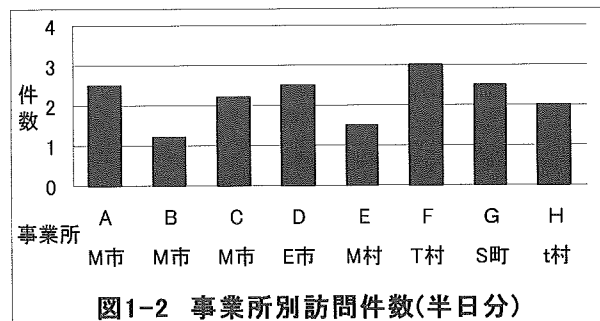
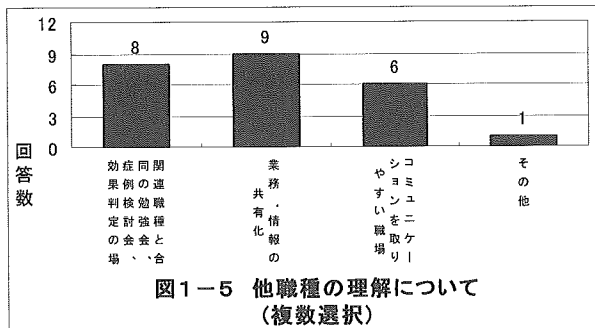
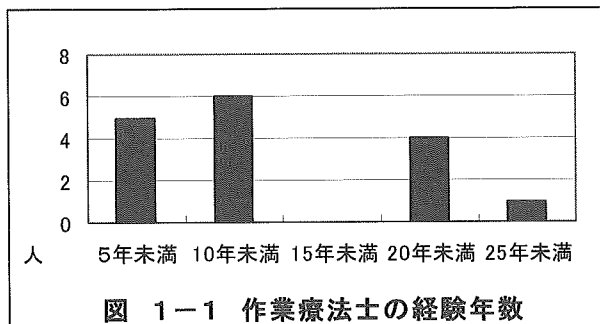
1) 社会保障審議会介護保険部会報告書「介護保険制度見直しに関する意見」

2004年7月

- 2) 高齢者リハビリテーション研究会
「高齢者リハビリテーションのあるべき生き方」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-3a.html> H16年1月
- 3) 三浦文夫編 『図説高齢者白書』
全国社会福祉協議会、2004年、p.142
- 4) 澤村誠志監修、日本リハビリテーション病院・施設協会編集『これからのリハビリテーションのあり方』
青海社 2004年
- 5) 山口昇監修、林拓男、村上重紀編集『地域リハビリテーション』
医学書院 2003年
- 6) 介護保険研究会監修『介護報酬算定Q&A 平成15年改訂版』
中央法規 2003年
- 7) 三浦文夫編 『図説高齢者白書』
全国社会福祉協議会、2004年、p.138
- 8) 厚生労働省介護制度改革本部「介護保険制度の見直しについて」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html> H17年8月
- 9) 『訪問リハビリテーションの実態』
東北文化専門学校作業療法科卒業研究論文集 第4巻 2001年、p179-188
- 10) NHK 放送文化研究所編 「日本人の生活時間・2000NHK 国民生活時間調査」
NHK 出版、2002年 p2
- 11) 山崎哲司、藤井智、清水美紀「住環境整備におけるシミュレーション設備の利用状況」
『リハビリテーション研究紀要14』、2004年、p47-49
- 12) 森実あゆみ、菅野浩二、河野哲也、横内俊弘「訪問リハビリの現状と課題」
『理学療法えひめ17』、2003年、p57-58
- 13) 松本尚子、岸宏樹、小林未佳、西村ひろみ「退院直後より訪問リハビリが関わることの有用性」
『理学療法京都33』2004年、p74-75
- 14) 矢野秀典、吉野貴子、飯島節「訪問リハビリテーションの目的に対する理解度に関する検討」
『理学療法学31』2004年、p168-174
- 15) 中野栄子、片山后代、中村くるみ、他「訪問リハビリにおけるチーム連携の検討」
『北海道勤労者医療協会看護雑誌30』2004年、p40-42
- 16) 芝崎淳、荒井豊、芝崎美和子、他「行動変容に主眼を置いた訪問リハビリテーションの効果」
『東北理学療法学16』2004年、p42-47
- 17) 九里美和子、松田明子「訪問看護ステーションにおける訪問リハビリテーション教育の必要性. 看護職による訪問リハビリテーション実施状況調査から」
『訪問看護と介護9』2004年、p210-213
- 18) 伊藤隆夫「訪問リハの今後の展望

- として量的整備の早急な展望を」
『GPnet』 2002年、p 20-25
- 19) 伊藤隆夫「ニーズは高いがアクセスが最も困難な『在宅の常識』を覆す量的な基盤整備の推進を」『GPnet』
2005年、P13-18
- 20) 古川昭人「OTがみた介護保険の問題点と改善策の提案」『OTジャーナル
37』2003年 p1158-1164
- 21) 谷隆弘「在宅サービス利用への作業療法からの提案」『OTジャーナル
37』2003年 p1165-1169
- 22) 村井千賀「訪問作業療法の役割と効果」『OTジャーナル 38』2004年
p252-257
- 23) T. M、田部好美、A. T 「利用者と家族の声」『OTジャーナル 38』2004年
p279-282
- 24) 小笠原浩一＋平野方紹「社会福祉政策研究の課題—三浦理論の検証」
中央法規 2004年
- 25) 小笠原浩一「高齢者介護分野における仕事・能力の現状と展望」『図説高齢者白書』全国社会福祉協議会、
2004年、p154 - 164
- 26) 守島基弘「知的創造と人材マネジメント」『組織科学 36』株式会社白桃書房、2002年、P41-50
- (分担協力者 外里富佐江、山田裕子)

図1-1~17



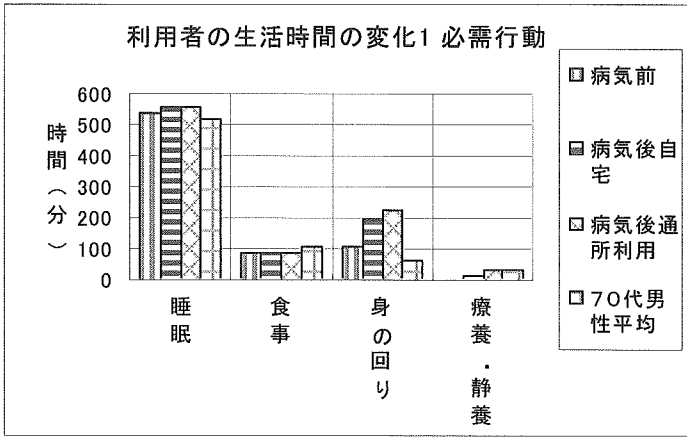


図3-1

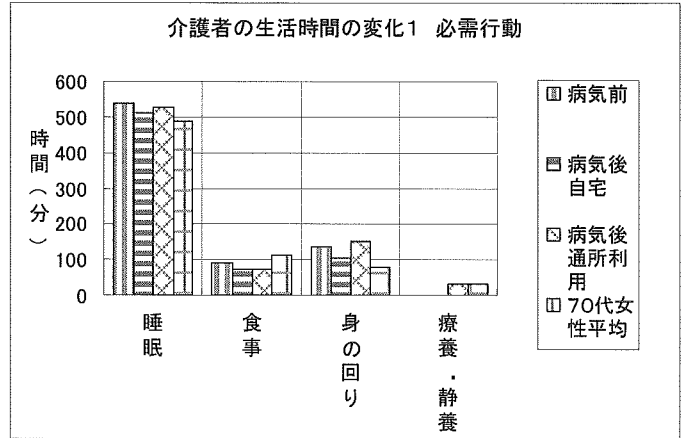


図3-4

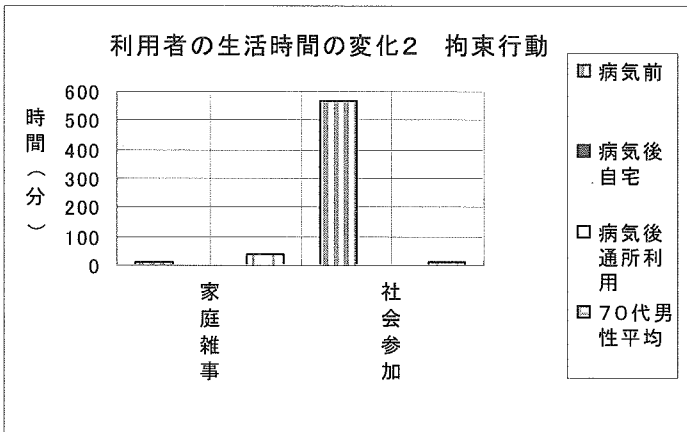


図3-2

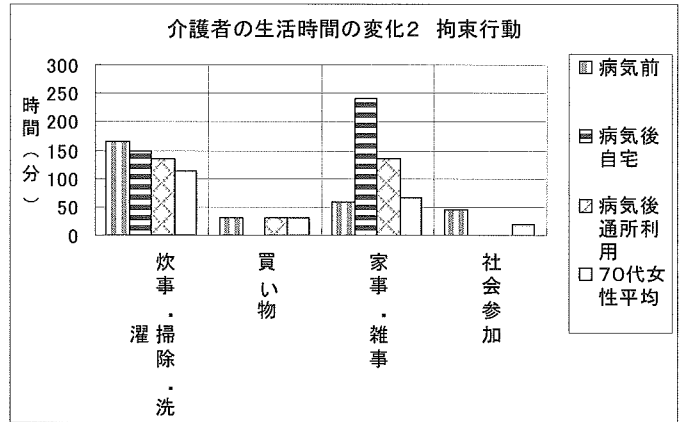


図3-5

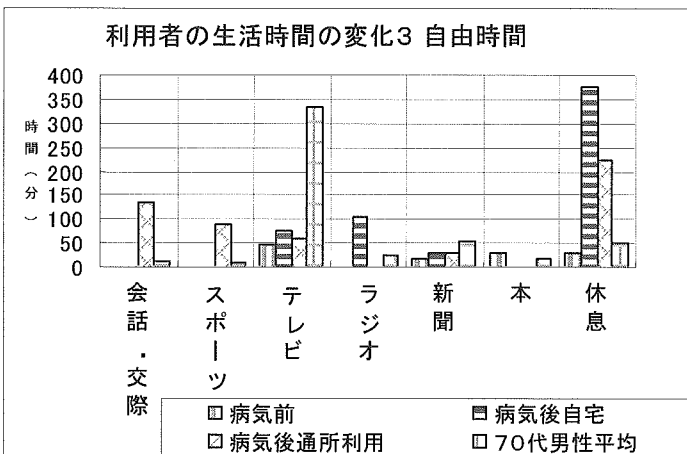


図3-3

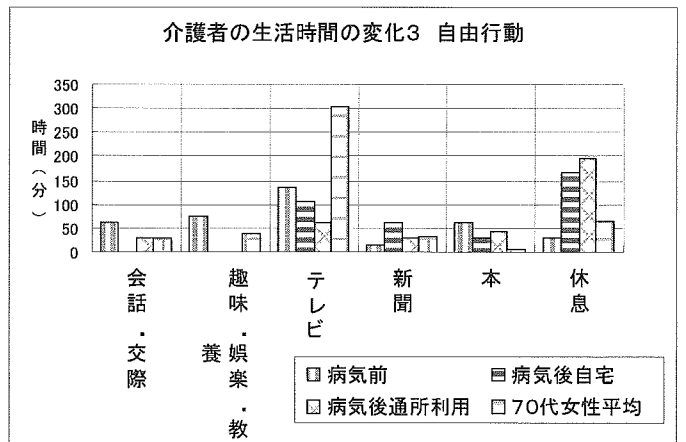


図3-6

訪問リハビリテーションの効果的な介入モデル

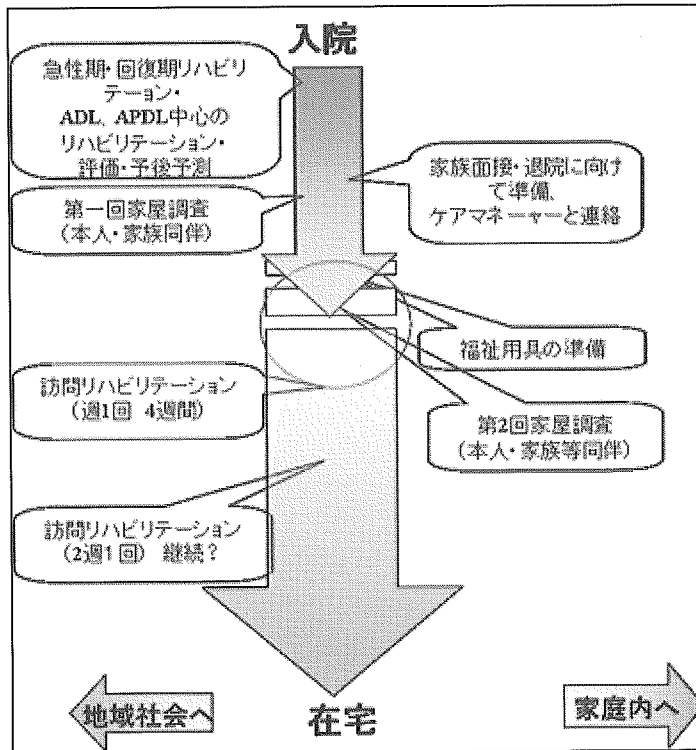
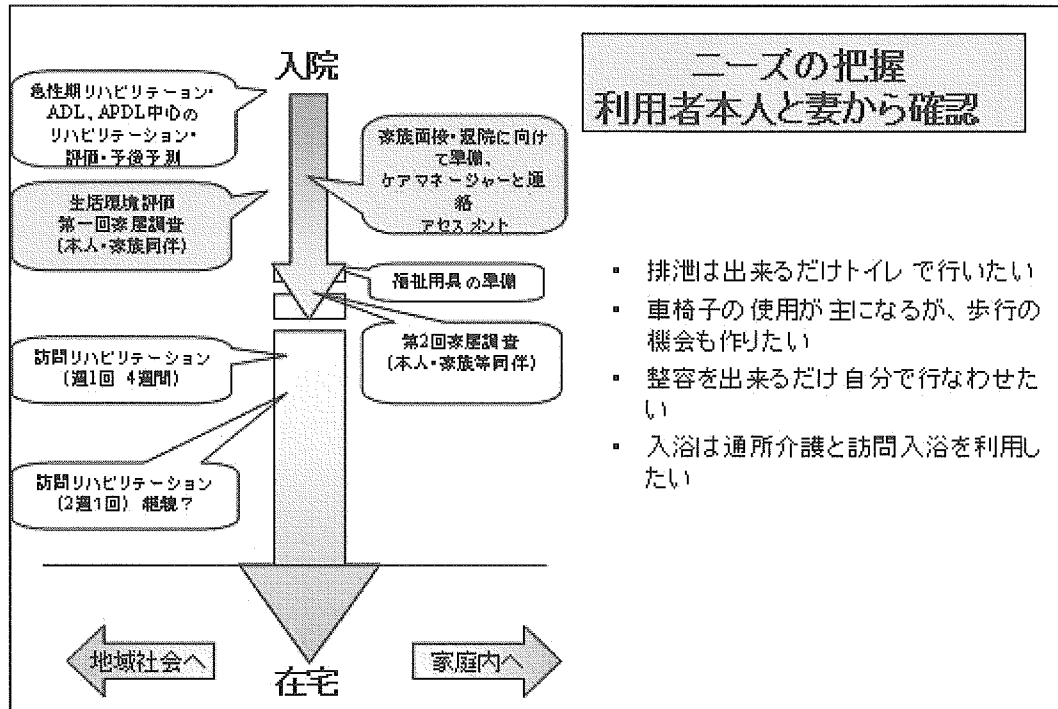


図2

事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ①

利用者本人、妻からの今後の生活に対するニーズの把握



事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ②

利用者本人の身体的、高次脳機能、自宅のアセスメントの把握

アセスメントー1 身体機能

- 身体機能＝麻痺は重度、感覚障害あり
- ADL能力
- 起居＝ベッド柵を利用し、見守りから一部介助
- 移乗＝一部介助
- 移動＝車椅子使用、訓練では装具、4点杖使用にて介助
歩行
- 食事＝車椅子座位にて自立
- 排泄＝手すりつき洋式トイレ使用、下衣の上げ下げ、あと始末に介助量多い。

アセスメントー2 高次脳機能
ー生活場面からー

- 左側無視あり、車椅子移動時左側にぶつかる。顔を右側に向けていることが多い
- 左上下肢に注意が向けにくい
- 場の状況を配慮せず自己主張してしまうため、集団になじみにくい面がある
- 知的機能は大きな問題なし

アセスメントー3

現地訪問による生活環境の評価

<目的>

車椅子で室内の移動が可能かを中心に評価する

<訪問スタッフ>

病院のリハビリ担当者2名が自宅訪問し、
妻と確認

<結果>

- トイレ- 入り口が開き戸で狭く車椅子が入らない
- 洗面所や居間の入り口が狭く、段差もある
- 玄関の上がりかまちの高さが約25センチある



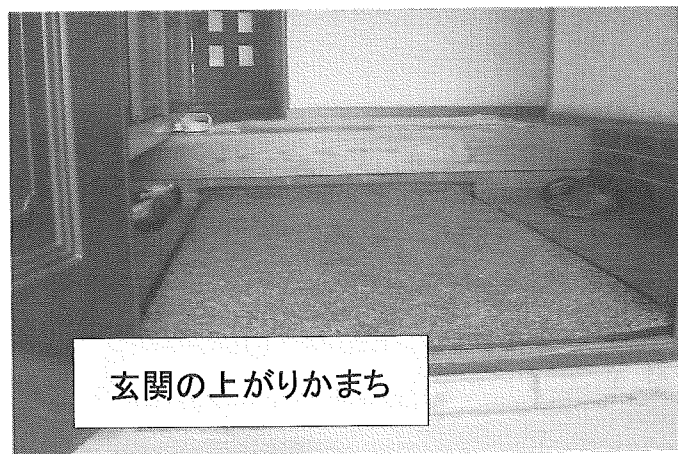
廊下の寸法は？



車椅子がなんとか
通れる



ここには、ベッドを
置きましょう
和室(畳)



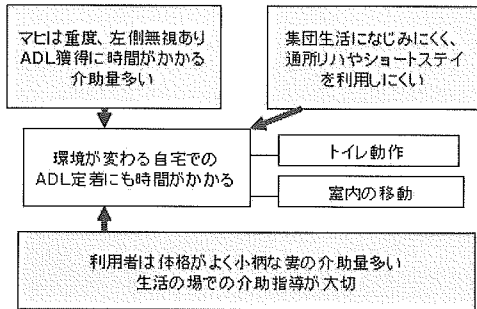
玄関の上がりかまち



狭い！

自宅のアセスメント結果から、住宅改修と福祉用具の導入

改修後に考慮する点



工事後の確認

<目的>

- トイレ動作や廊下の手すりを使用した介助歩行の確認
- 廊下や洗面所での車椅子での移動
- 福祉用具の選定—スロープ、車椅子

<訪問スタッフ>

- 利用者本人を同行しリハビリ担当者2名、ケアマネジャー、福祉用具事業者にて自宅訪問

解決方法の検討

<住宅改修>

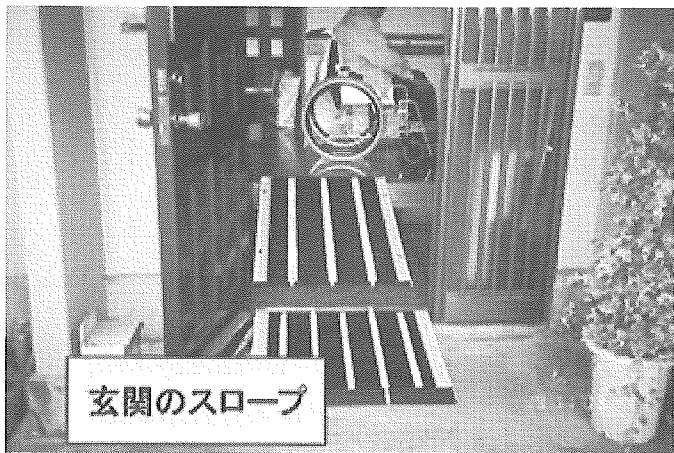
- トイレの戸を開き戸からアコーディオンカーテンに変更し手すりを設置する
(病院の使い慣れたトイレと同じ構造にし、妻の介助スペースを確保する)
- 撤去可能な敷居ははずし、他は三角板を設置

<福祉用具>

- 玄関の出入りにはスロープを設置する
- 車椅子は2台使用する(屋外用、屋内用)
- 手すりつきベッドを使用する
- 体調不良時に備えてポータブルトイレの購入



改修後のトイレ



玄関のスロープ



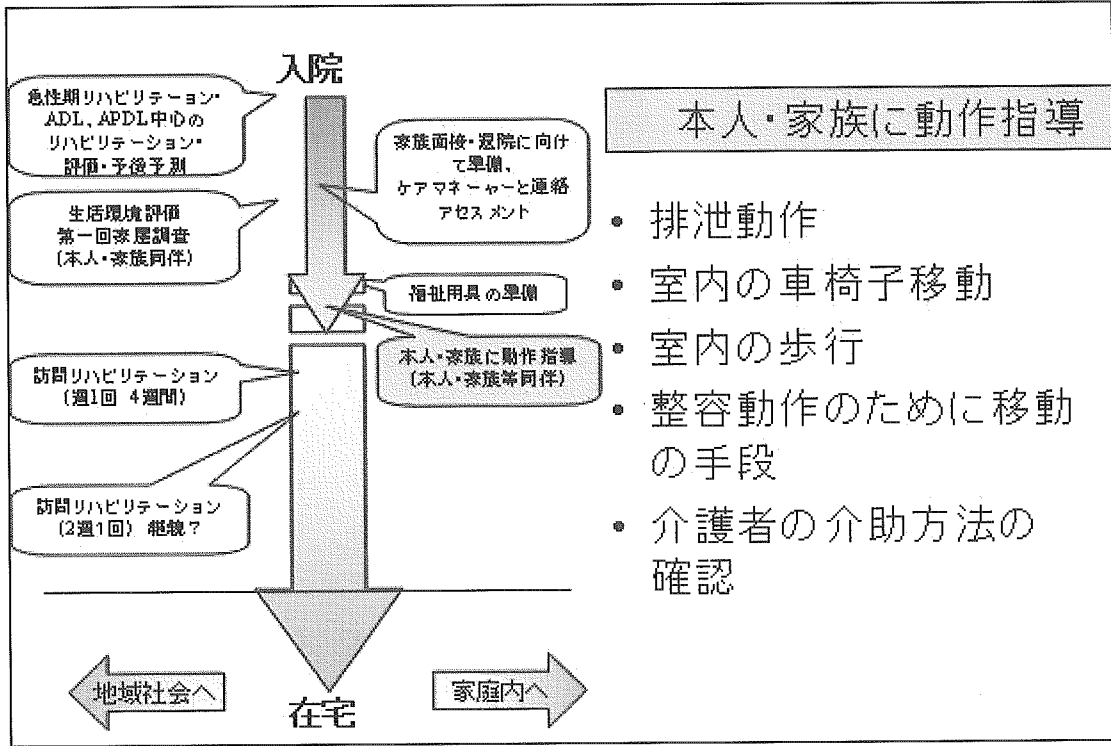
手すり。介助するスペースの確保



自動温水洗浄つきトイレ

事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ④

利用者本人と家族(妻)に動作指導

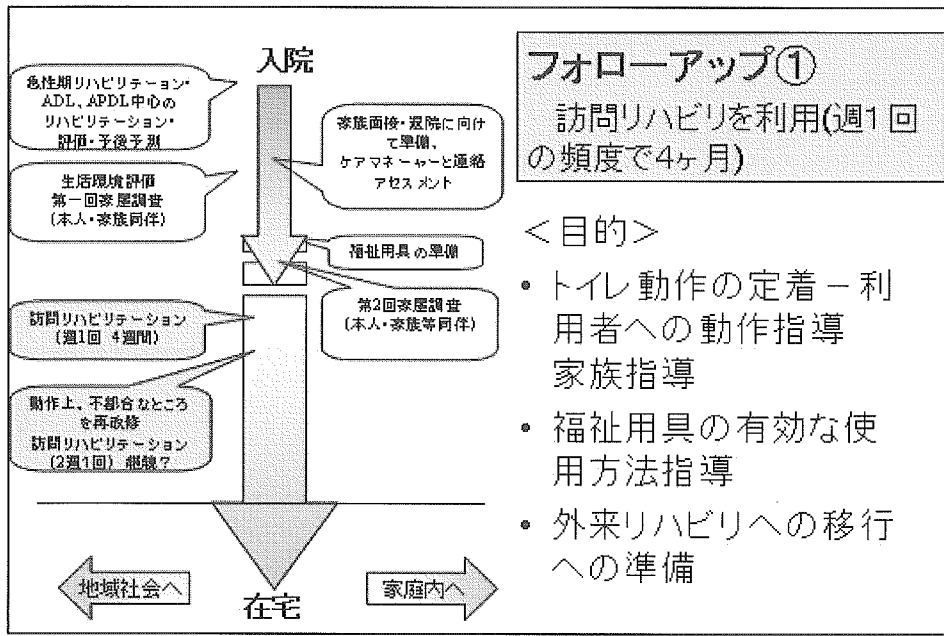




試行錯誤
知恵を絞って、
後ろ向きに入るのが、
一番いい方法！
という結論に



やっと、洗面台で
顔を洗えそうです。



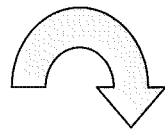
フォローアップ②
再改修 トイレ入り口の段差解消

<目的>

- トイレの入り口に段差があるため、車椅子で便器に接近しにくい

<結果>

- トイレの床を下げて段差を5cmから1.5cmに減らし、三角板を設置(工事費は自己負担)
- 便器への移乗が安定し妻の介助量が軽減した。



事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ⑤

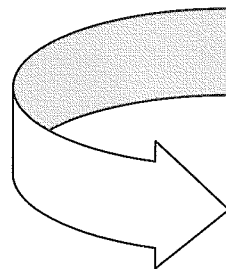
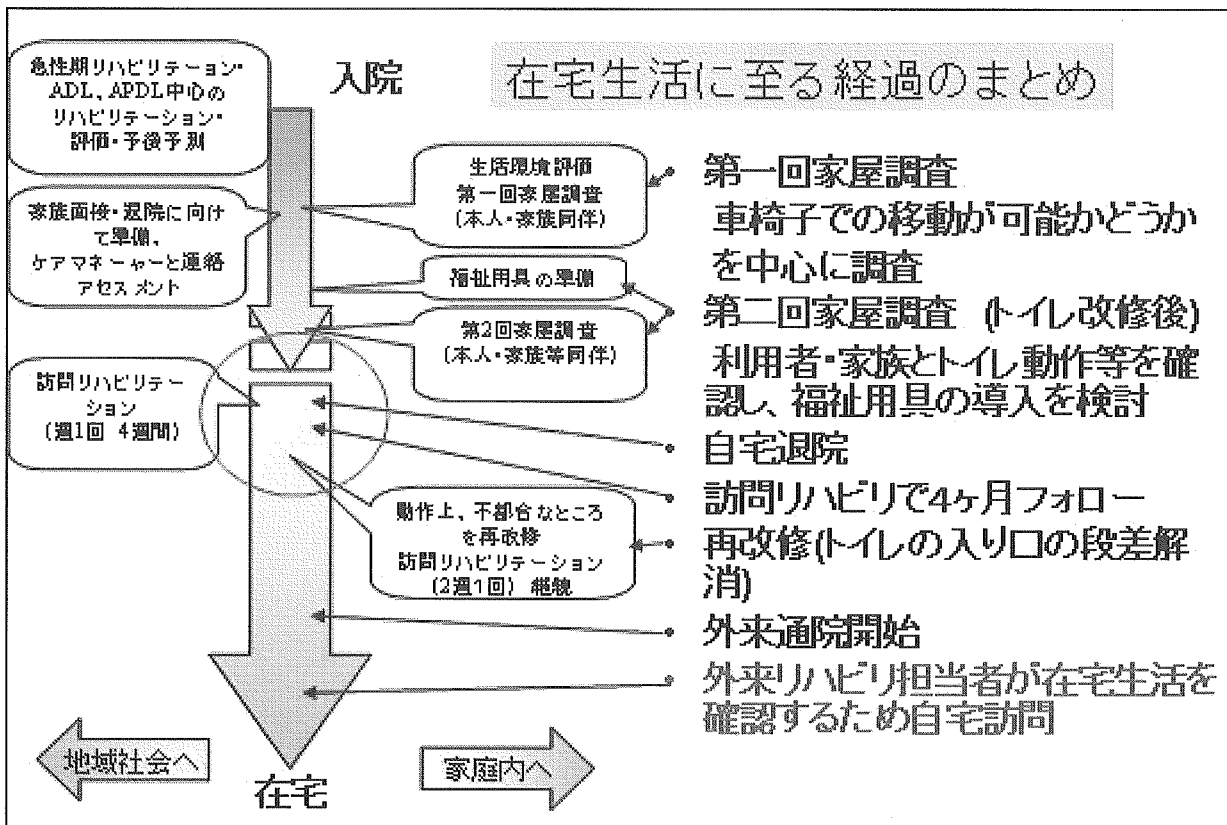
数ヵ月後の確認（外来リハ担当者と訪問リハ担当者の同行訪問）





今度は外出する動作の確認です。

05.08 12:10



現在のサービス利用状況

- 入浴-訪問入浴(週1回)
- 通所介護-入浴、交流目的(週1回)
- 身体介護-夕食後の整容、着替え等
(週2回)
- 介護タケ-月2回
- 福祉用具-車椅子2台、クッション、ベッド、介助バー、
スロープ、4点杖

表 1

質問	回答
(1) 利用者について	<ul style="list-style-type: none"> ・時々、体に触られたりすることがある。 ・利用回数や終了時期について納得してもらえないことがある。 ・訪問リハビリ時しか動こうとせず、臥床して家に閉じこもっている人が多い。 ・セラピストの指名をされることが多い。 ・信頼関係が築けないときがある。 ・訪問リハビリはマッサージや、機能訓練を自宅ですてくれる人と考えており、身体的な麻痺の回復を望んでいる場合が多い。
(2) 家族について	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者夫婦に対し、救急時の対応やサービスの変更、利用者の心身機能などが伝わりにくい。 ・本人と家族の意見の相違があること。 ・リハビリが万能薬、マッサージだと考えられおり、アピール不足を感じる。 ・リハビリ訓練以外にも、おむつ交換等も頼まれて行なうと、時間がなくなってしまう。
(3) 他職種との連携について	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ財団内では直接話がしやすいが、他事業所の担当者と直接会う機会がないため情報交換しづらい。 ・ケアマネジャーへの電話連絡が主となり、他事業所の担当者と会うことは少ない。 ・情報提供書を送っても返答がなく一方的になる。
(4) 医療情報について(リスク管理など)	<ul style="list-style-type: none"> ・医学的情報が不足している。 ・医療機関との連携が取れない。 ・主治医が他医療機関の場合、連絡が取りづらい。 ・リハビリ実施計画の作成依頼に対する主治医の理解不足がある。 ・訪問リハビリの指示書を受ける時に情報をもらうこともあるが、書面においては特になく、リスク管理の情報は乏しい。 ・急変時や、リハビリ施行時の事故などの対応に不安がある。 ・医学的情報についてはデータベース化して共有できることが望ましい。
(5) ケアマネジャーについて	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリの理解不足のため、利用目的があいまいになる。 ・利用者の生活についてよく知っていないことがある。 ・住宅改修や福祉用具選定にあたって、家族から相談を受けてもケアマネジャーと連絡を取りにくい。 ・ケアマネジャーの元の職種によってケアプランの組み立て方や訪問リハビリ利用の考え方が違う。 ・ケース会議などへの参加によって少しずつ訪問リハの理解が得られてきているが、地域が違えば施設中心のケアプランになってしまう