

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学研究事業

効果的な介護予防型訪問・通所リハビリテーションの実態把握からみた

自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

平成 18 年度 総括研究報告書

主任研究者 高山 忠雄

平成 19 (2007) 年 3 月

## 目 次

### I. 総括研究報告書

効果的な介護予防型訪問・通所リハビリテーションの実態把握からみた 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. 通所・訪問リハビリテーションの有効性と課題 - 鹿児島地域を中心としたリハビリテーション専門職・利用者・ 訪問看護による支援の現状 - 高山忠雄	・・・・・・・・ 6
2. 介護予防型自立支援プログラム活用の追跡評価 安梅勅江	・・・・・・・・ 23
3. 豪雪地域における介護予防型自立支援プログラムのモデル開発 -維持期脳卒中後遺症者のデイケア継続の意味を通して- 佐藤秀紀	・・・・・・・・ 33
4. 業績リスト	・・・・・・・・ 69

効果的な介護予防型訪問・通所リハビリテーションの実態把握からみた  
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 鹿児島国際大学教授

本研究は、効果的な介護予防型訪問・通所リハビリテーションの実態把握からみた自立生活支援のモデルプログラムの開発を図るべく、特性の相違する全国3地点における効果的な介護予防に向けた訪問・通所リハの自立支援プログラムの開発と評価に基づき、地域特性を勘案した効果的な介護予防事業の実現を目的とした。本年度は初年度として、3地点における介護予防型訪問・通所リハビリテーションのニーズと実態、効果を把握し、モデルプログラム開発への枠組みを整理した。

分担研究者

佐藤 秀紀(青森県立保健大学)

安梅 勅江(筑波大学大学院)

A. 研究目的

実効性の高い介護予防事業に関心が高まる中、訪問・通所リハビリテーション（以下リハ）における介護予防を意図した自立支援プログラムの対象特性別の開発と評価、活用システムの構築、さらにその情報のマニュアル化は喫緊の課題である。訪問・通所リハにおける介護予防のための適切な自立支援プログラムの有効性は国際的に広く認識されつつも、日本においてはいまだ科学的根拠に基づく効果的な実施方法と評価法は開発されていない現状がある。

本研究は、特性の相違する全国3地点にお

ける効果的な介護予防に向けた訪問・通所リハの自立支援プログラムの開発と評価に基づき、地域特性を勘案した効果的な介護予防事業の実現を意図する。さらに、根拠に基づく自立支援プログラム活用マニュアル作成を通じて、実践の場での効率的な活用を図り、実効性の高い介護予防事業のさらなる展開に資すること目的とする。

B. 研究対象と方法

対象は、これまで介護予防事業に十年以上にわたり取り組んできた3つの自治体の在宅高齢者、専門職、ボランティア、地域住民等であり、当事者参加とエンパワメントを意図した介護予防型の自立支援プログラムの効果について、多角的な手法を用いて評価する。

ここでの「介護予防型自立支援プログラム」

とは、当事者が自らの意志で介護予防に向けた実践と問題解決のための力をつけることで、地域での自立生活を可能な限り長く継続することを意図したプログラムを意味する。

これらの自治体では、定期的に当事者参加による調整会議を開催し、個別ニーズに見合った自立支援プログラムを作成するとともに、介護予防と生活習慣病予防を意図した保健師による健康教育、運動療法士による対象ニーズ別体操、ボランティアによる生きがいクラブを組み合わせたプログラム等を継続的に実施している。具体的には、温水プール、アスレチック機器、ストレッチ体操などを活用した介護予防教室、高齢者健康体操教室、転倒予防教室、腰痛予防教室、肩こり予防教室、生活習慣病予防教室、糖尿病・高血圧予防教室、世代間交流リトミック教室等がある。介護予防型自立支援プログラムの有効性がさらに増大するよう訪問・通所リハビリテーションの提供において複数のサービスを組み合わせたプログラムをシステム化する。介護保険制度で重要視されている介護予防に向けた自立支援プログラムの効果指標として、医療費、介護費用、健康状態、機能低下、死亡率、社会参加状況、体力、うつ状態、ストレス、ウェルビーイング、自己効力の評価を採用し、量的及び質的な方法論を用いて多側面から解析した。

「温暖地域における介護予防型自立支援プログラム開発（高山）」では、温暖地域における自立支援プログラムのモデル開発に向け当事者と理学療法士、看護師のケアチームに対し、フォーカス・グループインタビューを実施

した。

「寒冷地域における介護予防型自立支援プログラム開発（佐藤）」では、寒冷地の特性を踏まえた介護予防が必要な高齢者の実態と自立支援ニーズを面接により把握した。

「介護予防型自立支援プログラムの追跡評価（安梅）」では、質問紙調査に基づく経年分析を行った。

なお倫理面への配慮として、本研究は厚生労働省の疫学研究における倫理指針および臨床研究における倫理指針に準拠して実施した。調査の際には、対象に対し本研究の趣旨を十分に説明し、承諾を得た者にのみ調査を実施した。また、調査員に対象者のプライバシーの保護等に関する倫理の教育を徹底して実施した。データはすべて匿名化したIDで管理し、鍵の掛かる部屋に保管し、鍵の管理を厳密に実施した。

## C. 研究結果

「温暖地域における介護予防型自立支援プログラム開発（高山）」では、温暖地域における自立支援プログラムのモデル開発を目的に、初年度として当事者と理学療法士、看護師をケアチームに取り組んだ自立支援プログラムについて、フォーカス・グループインタビューに基づき試案を作成した。特に利用に関するアクセスと啓発の必要性が示された。

「寒冷地域における介護予防型自立支援プログラム開発（佐藤）」では、寒冷地における自立支援プログラムのモデル開発に向け、初年度として寒冷地の特性を踏まえた介護予防が必要な高齢者の実態と自立支援ニーズを面

接により把握した。その結果、対象特性別の支援内容の類型化の必要性が明らかにされた。

「介護予防型自立支援プログラムの追跡評価（安梅）」では、温暖地域と寒冷地域の間の特徴を有する地域において、これまで14年間実施してきた介護予防事業を対象特性別に評価するため、初年度として自立支援プログラムを提供された介護予防事業への参加者の社会生活機能、社会参加状況、健康状態、日常生活動作を経年的な変動を加味しながら評価した。その結果、介護予防型の通所・訪問リハビリテーションの効果が明らかにされた。

#### D. 考察

訪問・通所リハビリテーションにおける介護予防に向けた自立支援の有効性については、国際老年学会、リハビリテーション医学会、保健福祉系学会等において報告されているが、日本においてはいまだ十分に対象特性別の活用方法に関する情報は科学的に整理されていない状況である。今後さらに予防効果性の高い活用への展開が強く期待されているものの、経年的な事業評価に基づく事業の体系化とモデル開発研究はまったく行われていない現状である。

効果性、効率性の高い介護予防事業のあり方が求められる中、訪問・通所リハビリテーションにおいて、個別ニーズに適合し当事者参加による意志決定に基づく自立支援プログラムの開発は、高齢者が要介護となる可能性をできるだけ小さくするために重要である。

介護予防の実施主体の視点から期待される成果としては、温暖地域・寒冷地域などの特性を踏まえ、予防効果性の高い対象群を類型化

した自立支援プログラム活用マニュアルを作成することで、各実施主体が事業をより実効性の高い形で推進するためのモデルが得られる。また、科学的な根拠に基づく予防効果性の高いプログラムを活用することで、効率的な事業の実施が可能となり、介護予防事業の費用便益効果を高めるものである。

当事者、社会資源の視点から期待される成果としては、介護予防効果の高い自立支援プログラムの普及により、介護予防を必要とする当事者の生活の質の向上、健康寿命の延長はもとより、増大する介護費用の抑制、限られた社会資源の有効活用を可能とする。

また本研究の成果は、事業の科学的な根拠として今後の高齢者保健福祉計画、介護予防事業、健康日本21などの計画策定や政策評価の指標として活用し、サービスの有効性に関する確実な意義付けにつながる。

さらに、昨今当事者主体の倫理性へのさらなる配慮が求められる状況を踏まえ、当事者の意向と参加を尊重し、当事者のセルフ・エンパワメント、ピア・エンパワメント、コミュニティ・エンパワメントを主軸とした「当事者主体チームワーク・ケア」にもとづく今後の高齢者保健福祉施策のさらなる展開に資するものである。

本研究の独創性は、経年的な評価に基づき、効果性の高い対象群の類型化とモデルプログラムを提案する点である。国際的にはアラメイダ研究など数十年にわたる研究成果が存在するものの、日本では介護予防に向けた自立支援プログラムの効果を経年的な情報蓄積により評価するものは皆無である。長期にわた

り介護予防事業の実施と評価に取り組み、特に当事者参加の意義に焦点を当てつつ効果を評価した根拠に基づくモデルプログラム開発は、日本はもとより海外にも他にほとんど存在せず、国際的な意義は大きい。

また高齢期のリハビリテーションに関する長期的な評価は、エイジングの *natural history* を加味し心身の機能変動を踏まえた緻密な分析を必要とするが、本研究は調査対象数の多さ、追跡可能回収率の高さからそれに耐える精度の高い情報解析が可能である。

また本研究は、実践活用のための具体的なモデルプログラムを提示する点を特徴とする。介護予防の効果性の高い対象群を類型化して、介護予防に向けた自立支援活用プログラムの具体的な実施方法を明示する。これは、緊急度の高い介護予防事業のより効果的な実施に向けて、地域特性を踏まえた対象特性格別モデルプログラムとして実践の場で直接利用可能なものである。

さらに限られた資源の効率的な活用が期待でき、今後増大が予測される介護費用の抑制に資するという特徴を持つ。

本研究により、予防効果性の高い対象群を類型化して具体的なモデルプログラムを明示することができ、訪問・通所リハにおける介護予防事業の費用便益効果を高めることにつながる。

また本研究の成果は、予防効果の高い自立生活プログラムのさらなる効率的な実施と普及に資することにより、高齢者の生活の質の向上、健康寿命の延長はもとより、増大する介護費用の抑制、限られた社会資源の有効活

用を可能とするものである。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- ① 高山忠雄、田原美香. 地域リハビリテーションにおける通所・訪問リハビリテーションの課題と有効性に関する研究—訪問看護からみた通所・訪問リハビリテーションの現状と課題に関する一考察—. 九州社会福祉学. 第3号、2007
- ② 安梅勅江, 篠原亮次, 杉澤悠圭, 伊藤澄雄. 高齢者の社会関連性と生命予後—社会関連性指標と7年間の死亡率の関係. 日本公衆衛生学会誌. 53(9): 681-687, 2006
- ③ 杉澤悠圭, 篠原亮次, 安梅勅江. 住民参加型の保健福祉活動の推進に向けたコミュニティ・エンパワメントのニーズに関する研究. 厚生学. 53(6). 2006
- ④ 安梅勅江, 鈴木英子. 家族の介護意識と要介護者の自己決定阻害の関係に関する研究—高齢者虐待の予防に向けて—. 厚生学. 53(8): 25-33, 2006
- ⑤ 安梅勅江、福祉用具ケアマネジメント、福祉用具活用の実務、第一法規、2007年
- ⑥ 山下弘二、盛田寛明、李相潤、佐藤秀一、佐藤秀紀. 地域の高脂血症者に対する運動指導がライフスタイル、QOL、身体特性および日常生活に及ぼす効果. 理学療法科学. 21(4): 349-355, 2005
- ⑦ 富士縄透、盛田寛明、桜木康広、佐藤秀

紀.在宅障害者の日常生活活動・ライフスタイルによる分類とケア内容の検討.日本保健福祉学会誌.11(2): 33-41,2006

- ⑧ 佐藤秀紀.標準理学療法学、社会福祉学、基礎理学療法学.210-222、医学書院、2006
- ⑨ 佐藤秀紀.標準理学療法学.理学療法学領域における社会調査の実例.理学療法研究法（改定版）.80-93.医学書院、2006
- ⑩ 佐藤秀紀.脳性麻痺児の車椅子座位保持自立を図るための福祉用具導入担当.高齢者.障害者のための福祉用具活用の実務.51-55.第一法規、2006
- ⑪ 佐藤秀紀.家庭におけるリハビリテーションの実際.介護福祉の基礎知識（改定版）310-322.中央法規出版、2006
- ⑫ 佐藤秀紀.地域リハビリテーションとボランティア.リハビリテーション辞典.中央法規、2006（予定）

## 2. 学会発表

- ① 高山忠雄、田原美香. 地域リハビリテーションにおける通所・訪問リハビリテーションの課題と有効性に関する研究—訪問看護からみた通所・訪問リハビリテーションの現状と課題に関する一考察—. 日本社会福祉学会九州部会第47回大会（鹿児島）
- ② Tokie Anme, Ryozi Shinohara, Yuka Sugisawa, Yukiko Ishii. Social affiliation and healthy longevity: evidence from eleven-year longitudinal study. 59th Annual Meeting of

Gerontological Society of America(Dallas) 2006

- ③ Tokie Anme. Community Care and Empowerment: International Perspective Swedish Japanese Research Network on Ageing Issues 7. 2006
- ④ 杉澤悠圭、篠原亮次、伊藤澄雄、安梅勅江. 高齢者の医療費に関連する要因-社会とのかかわり状況と生活習慣に焦点をあてて-. 第65回日本公衆衛生学会(富山) 2006
- ⑤ 篠原亮次、杉澤悠圭、伊藤澄雄、安梅勅江. 地域在住高齢者の3年後の機能低下の関連要因に関する研究 第65回日本公衆衛生学会(富山) 2006
- ⑥ 篠原亮次、杉澤悠圭、伊藤澄雄、安梅勅江. 地域住民の健康維持増進に向けた保健福祉支援に関する研究—3年間の追跡研究結果から— 第19回日本保健福祉学会(東京) 2006
- ⑦ 杉澤悠圭、篠原亮次、伊藤澄雄、安梅勅江. 医療費からみた包括的な保健福祉支援の意義 第19回日本保健福祉学会(東京)2006

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

通所・訪問リハビリテーションの有効性と課題

・鹿児島地域を中心としたリハビリテーション専門職・利用者・訪問看護による支援の現状・

主任研究者 高山 忠雄 鹿児島国際大学大学院教授  
田原 美香 鹿児島国際大学大学院

高齢期においても、住み慣れた地域で自立した質の高い生活を送るためには、要介護状態にならないための介護予防が重要である。たとえ、何らかの疾患による機能障害を抱えたとしても、発症直後からの急性期リハビリテーション（以下、リハビリと略す）、その後の回復期リハビリ、維持期リハビリと、その時期ごとの適切なリハビリを受けることができれば、要介護状態の回避または、最軽度の要介護状態とすることが可能であろう。特に、在宅における維持期リハビリでは、生活の視点からみた個別性のあるリハビリを提供することで、回復された機能の維持、低下防止を行なうことが肝要である。しかし、維持期リハビリを支える通所・訪問リハビリは質・量ともに不足しており、地域格差も大きい。

本研究では、地域特性格別介護予防型訪問・通所リハビリテーションシステムの開発に向け、温暖地域におけるプログラム開発を目的とした。鹿児島県における地域特性に応じた効果的な介護予防のための通所・訪問リハビリのあり方について、専門職からみた通所・訪問リハビリの現状と課題、利用者の現状とニーズ、リハビリ専門職不在の地域における他職種によるリハビリ代行の可能性の3点から質的調査による研究を行なった。

その結果、効果的な介護予防には、地域特性に応じた介護報酬への見直しや法整備も勘案した人材の確保によるサービス量・質の確保とともに、リハビリ支援に関わる専門職の質の向上、利用者・家族へのリハビリの啓発によるリハビリの継続が重要であると考えられる。また、訪問看護師によるリハビリ代行の効果が得られたが、その推進には、効果的な連携体制や他職種のリハビリ研修・教育の強化が必要であることが明らかになった。

## I. 研究目的

介護保険制度は、在宅での高齢者の自立支援と尊厳の保持を理念とし、介護予防や要介護状態の重度化の軽減を図ること、介護が必要な状態になっても可能な限り自立した在宅生活を送れることを目的としている。そのための手段のひとつとしてリハビリが重要視され、整備が図られてきているが、未だ不十分な状況である。

本研究では、鹿児島県において通所・訪

問リハビリに携わっている専門職、利用者へのインタビュー調査を実施し、鹿児島県における通所・訪問リハビリの現状と課題、利用者の現状とニーズの把握を行なう。さらに、理学療法士（以下、PTと略す）・作業療法士（以下、OTと略す）不在地域でリハビリ代行を行っている訪問看護の事例調査を実施し、他職種によるリハビリ代行の効果を考察することで、温暖地域におけるプログラム開発の一助となることを目的



とする。

## II. 鹿児島県の地域特性からみた通所・訪問リハビリテーションの現状と課題調査

### 1. 通所・訪問リハビリテーションを実践している各専門職への調査

#### 1-1. 目的

通所・訪問リハビリを実践している専門職からみた鹿児島県の地域特性による通所・訪問リハビリの現状と課題の把握を目的とした。

#### 1-2. 方法

##### 1) 対象者

鹿児島県の都市部、中間地、過疎地の各地域の7施設で、実際に通所・訪問リハビリサービスに従事している、OT、PT、看護職、介護職、計17名であった。調査参加メンバーについては、各施設のリハビリ部門責任者が選択した。

実施地域と参加メンバーは、都市部は薩摩半島の都市部、過疎地の専門職（OT、PT、看護師、介護士）計7名、中間地は、薩摩半島の中間地域の専門職（OT、PT、看護師、介護士）計5名、過疎地は、大隈半島の中間地域と過疎地域の専門職（OT、PT、介護士）計5名であった。

##### 2) 手続きと調査方法

通所・訪問リハビリサービスに従事している専門職に対し、1グループあたり5~7名とし、3グループのフォーカスグループインタビュー調査を実施した。

インタビューガイドは、鹿児島県の要介護高齢者の訪問・通所リハビリの充実化に関する多角的な質的情報把握から、鹿児島県の地域特性に応じた訪問・通所リハビリ支援プログラム作成を目的とし作成した。

静かな個室を調査場所とし、参加者の了承を得て映像記録と音声記録装置を配置した。

また、情報の抜け漏れがないよう観察記録者は、目立たない場所でグループインタビューの様子を観察、記録した。インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで、匿名性を保証し、安心して討論できるよう配慮した。所要時間は、1時間半~2時間とし、参加者の話しやすい場づくりのため、お茶や菓子を用意するなどの工夫を行った。

フォーカスグループインタビュー法は、グループダイナミクスによる相互作用による意見の引き出しが可能で、個別面接に比べ参加者のプレッシャーが少なく、自発的な発言を引き出すことが可能であること、ある事象に詳しいメンバーを選択することで、意見の積み上げが可能であること、密室性が低いことによる客観性の保持が可能であることなどの利点があるとされる。

##### 3) 調査の内容

鹿児島県の地域特性からみた通所・訪問リハビリの現状と課題、効果的な介護予防について、リハビリ専門職以外の他職種によるリハビリ代行の現状や可能性、今後より良い通所・訪問リハビリ支援を行うための方策などについてであった。

##### 4) 調査期間

平成18年8月2~4日。

## 2. 調査結果

### 2-1. 参加者の性質とデータの信頼性と妥当性

本研究では、ヒューマン・サービスの分野で有効とされるフォーカスグループインタビュー法を用いた。この手法の科学的な信頼性、妥当性を高めるためには、対象メ

ンバーの選定法、インタビュー項目の設定法、妥当性のかく乱要因の除去、インタビューアのトレーニング、記録の工夫が必要であるとされている。

そこで、以下の4点を可能な限り厳密に実施し、データの妥当性を高めるよう配慮した。

#### ①対象者の選定

特定の年齢、性別、地域などに偏りが生じないよう、鹿児島県の都市部、中間地、過疎地において、通所・訪問リハビリサービスを提供している病院・施設に依頼した。

可能な限り多様な意見を収集できるように、バランスよく通所・訪問リハビリ支援に携わっているPT、OT、看護職、介護職を抽出した。

#### ②インタビュー項目

専門職が日常の業務の中で感じている問題を表現しやすいよう具体的な内容とし、半構造的に設定することで、参加者が自由に発言し、討論しやすいように配慮した。

#### ③グループインタビューの進行

十分に経験を積んだインタビューアが実施した。インタビューは、参加者の自由な発言を促し、メンバー間の効果的なグループダイナミクスを促進することで、顕在的、潜在的な課題を把握できるよう配慮した。

#### ④分析

グループインタビューに精通した専門家のスーパーバイズを受け、逐語記録と観察記録から重要アイテム、重要カテゴリーの抽出を行なった。

### 2-2. フォーカスグループインタビュー調査の結果

各グループインタビューの逐語録の作成および重要アイテム・重要カテゴリーの抽

出を行った。各グループの重要アイテムの抽出は、インタビューガイドにそって「鹿児島県の地域特性からみた通所・訪問リハビリの現状と課題」、「効果的な介護予防について」、「リハビリ専門職以外の他職種によるリハビリ代行の可能性」、「今後への方策」に焦点をあてて分析を行った。

次に重要アイテムを抽出した後、その重要アイテムの意味、各グループでの位置づけ、つまり同意が得られているのか、繰り返し話題にされているのかを映像記録、逐語録で検討した。これを繰り返した後、重要アイテムを束ねて重要カテゴリーを決定し、具体的なメンバーの言葉、内容の要約を加え各々の重要カテゴリーに肉付けの手続きを行った。さらに、星とり表を作成し、各々の重要カテゴリーの共通点と相違点、背景要因について、3つのグループインタビューを統合して分析を行った。また、内容分析はスーパーバイザーの指導のもと行った。

3つのグループインタビューの結果より、各グループであげられた「地域特性からみた通所・訪問リハビリの現状と課題」、「効果的な介護予防」、「リハビリ専門職以外の他職種によるリハビリ代行の現状や可能性」、「より良い通所・訪問リハビリ支援への提言」などを整理すると、表1のようになる。

通所・訪問リハビリテーションの現状と課題を要約すると、「地域特性に関連する課題」、「他職種によるリハビリ代行の可能性」、「効果的な介護予防支援への課題」に関する項目に大別された。

以下、その項目をあげ、各項目の内容を概説する。

#### 1) 専門職からみた通所・訪問リハビリテーションの現状と課題

(1) 地域特性からみた現状と課題

①通所リハビリにおける長時間・長距離移動の利用者への身体的負担

過疎地域においては、市町村合併による地域面積の拡大や、一軒一軒の距離がはなれていることなどの地理的問題がある。通所リハビリの長時間送迎による、利用者の疲労や体調不良の問題から、リハビリが十分に実施できないということがあげられた。

具体的には、「車に乗っている時間は1時間になる方もいらっしゃいます。通勤で疲れる、・・車酔いされる方も出ることもあります。」、「4か町の範囲が広がっているのがあって、こちらに到着するまでに、多少の疲労感も出たりして、状態によっては思うようなリハビリが受けられない方も中には、いらっしゃったりすると思います。」であった。

②リハビリ専門職とサービス提供機関（種類）の不足

地域におけるリハビリ専門職の不足や、地域によってはリハビリ提供機関が通所リハビリのみであること、町によっては訪問看護もなく、ごく一部の利用者が他市からの訪問リハビリを利用していることがあげられた。また、PT・OTによる訪問リハビリがないため、在宅生活における転倒リスクなどへの対応が出来ていない現状が述べられた。このような、地域のサービス提供機関（種類）や人材が不足していることで、ニーズに沿った援助が困難であることが述べられた。

具体的には、「田舎になると在宅サービスの種類自体が少ないです。24時間のサービスをしている所がないため、家に帰れないとか、老老介護の世帯が多いな

表1 グループインタビューの複合分析

項目	グループ		
	1	2	3
①多職種間連携の不足	◎		
②通所リハビリにおける長距離・長時間送迎の問題	○		○
③他職種によるリハビリ代行	◎	○	
④ケアマネジャーの質		◎	◎
⑤リハビリ専門職とサービス提供機関（種類）の不足	○	◎	◎
⑥人口減による利用者数の減少			◎
⑦利用者の介護保険に関する情報不足	○		○
⑧回復期から退院後の各ステージにおける連携不足	◎		◎
⑨継続した運動の重要性	○	◎	◎
⑩通所リハビリでの個別性を踏まえたサービス提供の困難性		◎	○
⑪過剰介護の問題		◎	◎
⑫残存機能の見極め	○	◎	
⑬類似サービスの差別化の必要性	◎	◎	
⑭リハビリ専門職合同チームによる短期集中訪問リハビリ	○		
⑮過疎地域における報酬のあり方	◎		◎
⑯成功報酬導入のあり方	○		
⑰個別性のあるプログラム作り		◎	
⑱他機関との連携による統一した支援			◎

◎グループ内での強い同意

○グループ内でのまあまあの同意

かに自宅に帰さないといけない時に、地域の中に在宅サービスがもっと欲しいと思います。・・・福祉タクシーなどあれば、移動手段に合わせた踏み込んだリハビリを提供することができるんですが。」「PT は中心部に集まりがちで、・・・必要な方たちは地方にも一杯いらっしゃるので、・・・同じサービスを受けたいと思っても、中心部と地域では全く違うというのを本当に痛感しています。」「通所リハでは全然転倒とかそういう可能性とかなくても、在宅ではやっぱり危険がとて多くて、在宅での転倒とか、リスクが多い方に対してのアプローチしていくのが全然できていない状態です。デイケアも私のところ一つだけというかなり厳しい状態です。訪問リハが本当に必要な方は、他の市町村からリハの専門職の方に来ていただくという状態です。」「訪問ってすごく単価が高くて魅力ではあるんですが、それ以上に数をこなさないといけないというのがありまして、それにはセラピストの数が足りない。」

### ③人口減による経営への影響

平成 19 年以降人口減に転じる地域では、利用者数の減少による経営の悪化、それに伴うサービスの質の維持が困難であることへの懸念があげられた。需要はあっても採算に合うだけの需要ではないことから、リハビリ専門職の増員によるサービスの充実を図ることは困難な状況であることが述べられた。

具体的には、「来年からはもう人口自体が減っていくっていう、高齢者数がですね、役場の統計の方で出てまして、今、・・・通所リハビリの収入っていうのが、今運営としてぎりぎりの状態で、・・・4 か町でリハビリを提供しているのがここだけな

んですけれども、これから利用者がどんどん減っていったときに、今まで通りのサービスを維持していけるかどうかという問題がこれから出てくるんじゃないかと。」「今の問題点は利用者が去年に比べてたらずつ少なくなっている、市自体が要介護認定者が、増加傾向ではなくて、横ばい状態っていうのがありまして、なかなか新規が増えないっていうのが1つあります。その中で、どうやってうちのレベルを上げて、利用者を獲得していくか、というのが課題です。リハのスタッフを増やしたところで、そのコストがあので、見合うかどうかっていうのも1つの問題点であって。」「訪問看護とか、他の事業者の方も訪看とか、居宅とかありましたけど、やっぱり、採算がとれないということで、ほとんど閉鎖になっていますし。」

### ④地域特性に応じた介護報酬への改正

過疎地域では、訪問は長距離となるため、訪問リハビリは半日で2件が限度というような状況があり、効率が悪く採算が合わない現状が述べられた。距離と利用件数の限度を考慮した報酬制度への改正の必要性が訴えられた。また、サービス単価が低く、労力に見合わない、という意見もあった。

具体的には、「訪問リハビリについては距離的問題があります。医者の方には移動距離が報酬に入っていると思いますが、移動距離、移動時間が介護保険には全然入っていないというのも・・・。病院もボランティアではないので、遠いところより近いところ何人かの方が良いわけです。国もその辺を考えてもらわないとサービス面ではどうかと思います。」「労力の割に報酬が少ないというのもあるの

で、現場サイドから吸い上げて欲しいです。」「距離とリハの件数というのを見合った形で過疎地では汲んでいただければ。例えば、ある所1時間行って帰ってきました。また次のところ1時間、だと現実的に半日に2件というのがやっと、・・・近場であれば、3、4件可能だと思っていますので、そうなると2倍の差が、2件と4件とで、出るのかなと思います。」

## (2) 他職種によるリハビリテーション代行

### ① 他職種によるリハビリ代行の現状

離島や過疎地域では、訪問リハビリの多くは訪問看護や訪問介護によるものが多いという現状が述べられた。

具体的には、「現状として、訪問リハビリを自宅で多くしているのは訪問看護や訪問介護のヘルパーが多いです。特に島などでは多いと思います。」「リハが必要で入院中リハをうけていて、帰ってからリハを受けたいと希望してもPTなどが来れない地域であるが、リハを受けたいということで、訪問看護でリハを、ということで、担当のPTと連携してわざわざPTに自宅を見にきていただいて、自宅での状況など全部把握してもらい、その上で指導をしていただいて、私たちが継続してリハをしているという状況。」

### ② リハビリ専門職による他職種への指導実績

離島での、看護職や介護職へのリハビリ専門職によるリハビリの実地指導の経験が述べられた。

具体的には、「島への訪問リハの経験があります。そのときは看護師と一緒に訪問に行って、実際にどんなことをしているのか見てもらい、その場でどのようにしたらいいかその場でアドバイスをしました。また、ある地域の介護職にサービ

スとして同席してもらいケアの方法を伝えるということをしました。」

## (3) リハビリテーション支援に携わる専門職・機関の課題

### ① リハビリ支援に携わる専門職の質

#### a) リハビリの直接支援に関わる専門職

利用者の状態像の把握不足や業務優先などから自立につながるようなケアができていないことや、利用者の参加意欲を高めるリハビリプログラム作成、在宅で支援する家族、周囲の人々への情報提供、在宅生活状況の情報収集の必要性があげられた。

また、専門家による在宅生活の評価や利用者本人・家族への指導の不足など、リハビリの直接支援に携わるリハビリ専門職や看護・介護職の質の問題があげられた。

具体的には、「業務、仕事に追われるので、本来患者さんが持っている能力があっても時間の関係で、余計なところまで援助してしまうという困った現象がある。」「通所リハビリの中で利用者の出来ること出来ないことっていうのを、まずは全部の職員が把握できてないっていうのが1つにあって、・・・できることまでやってしまう、というのと、業務優先になってしまっていて、流れ作業的なところで、なかなかその自立支援のケアが出来ていないっていうのが。訓練するんだけど、・・・改善に繋がってはない。」「施設ではプログラム上でプランしたものの評価をしていきますが、実質的に家庭ではどうなっているのか疑問です。実際お家では、炊事、洗濯、動作行動に対してどういうふうに変化したかなという評価はされていないんじゃないかな。」「その人がお家で、元気でその人らしく生活でき

るような生きがい作りみたいなところに終始しないと、いくらリハビリをやって本人が苦痛であったら意味がないわけで、楽しく来て貰って、その最後にリハビリがあって、サービスがあって、楽しく来てくれるというシステム化というかですね。」

#### b) ケアマネージャー

ケアマネージャーの利用者の状態把握不足（理解不足）やリハビリへの知識、理解不足から不適切なケアプランの作成がされていることがある。そのため、効果的な自立支援に向けたサービスの提供ができていない。しかし、他の専門職の専門家としての立場からの助言や利用者や家族の希望がケアプランに反映されないという、ケアマネージャーの元の職種の影響や経験など、質に関連した問題が述べられた。

具体的には、「リハ＝デイケアとケアマネがすぐ結びつけてしまって、果たしてそのデイケアで自宅で生活するのに有効なリハが行われているかっていけば行われていないのが現状なんです。なかなか、プランを組むケアマネと現場で働く私たちの意見と家族、利用者の意見とがなかなか融合しなくて、ケアマネのリハ＝施設という考えが優先してしまう。」「ケアマネさんの力量というか経験とかそういうものが職種によってやっぱりちがってくるのかなあ、っていうのを強く感じています。」「どういうサービスが自分が立てたケアプランの、実際行われているか、ケアマネは実際に現場に行くことはあまりないですから、もっと入ってもいいんですけどね。」「担当者会議で自分が入れない部分の情報を得て、自分が上だという考えをなくしてみんな平等に。情報収

集をまめにしていただいて、その人にとって何が不足しているか、というのをそこから見出していただいてプランしていただきたいな、と思いますね。」

#### ②各機関・職種間連携の不足

回復期以後のリハビリ目標の不明瞭さが患者のリハビリ意欲に影響しているのではないか、ということが述べられた。リハビリに関わる専門職や家族、居宅介護支援センターや地域包括支援センターとの連携不足による支援方法のずれやニーズのずれが生じていることがあげられた。病院から在宅リハビリに関わるすべての機関においてのスムーズな連携と、関連職種による連携を可能にするための十分なプランニング期間のシステムづくりが必要であることがあげられた。

具体的には、「急性期から回復期で退院の後が定かではないというのがあって・・・その辺を明瞭にして道筋をこちらでしっかり与えて、それが目標になって患者のリハへのモチベーションにつながっていくのかなと思います。」「リハ職員、ケアマネ、介護士、医者、家族等チームとしての連携不足というか」、「自分の施設の居宅の人とはこう進めていったらいいですね、というような会話もあるんですが、そうでないところの居宅とか在宅、包括支援センターとかの場合は、全く情報交換がなくプランだけがきて、自分たちの見方とプランでの見方とずれがあったり、本人さんと家族のニーズとがずれがあるなど・・・、もう少し情報交換を出来る場がもてたら、統一的にみんな支援できたらいいんじゃないかと思います。」「病院、老健、いろいろな居宅サービス、流れがやっぱりインターフェースのところスムーズじゃないなど

感じるの。だから一貫してリハ的なサービスを提供できないところがあるのかな、そこを立て直さないといけない。」「退院時の、最初のプランニングをもう少し充実してケアマネージャー、リハビリの担当で充実した形で取り組める期間というのを、・・・病院から橋渡しのところでしたら、もんでいただける期間とか、そういうスタイルがあると介護保険への引渡しがいまいくのかな。医療から介護への橋渡しを充実して、プランニングできるような組織とか欲しいですね。」

### ③利用者のリハビリへの理解不足

通所・訪問リハビリの双方において、施設内や訪問の時だけでの受身的なリハビリになっており、在宅での継続に結びついていない現状が述べられた。在宅でのリハビリ継続には家族や周辺の人々との連携が必要であること、独居の利用者への在宅リハビリプログラムの工夫などがあげられた。

具体的には、「家族に指導するっていう部分っていうのはすごく大きいと思う。24時間の内のたった1時間、1週間にいっぺんとかの関わりだと何もできないですよ。その分いつも周りにいる家族、一緒に住んでなくても親戚、家族、周りにいる人に働きかけっていうのも重要なことなのかな。」「『何で1人で歌を歌いながら体操をしないといけないの、近所の人が見たら馬鹿がいると思われる。』・・・1人でも出来るリハビリ、体操とかそういうのをどなたかいいのがありましたら教えていただきたいです。」「通所でも訪問でも、リハビリをする時間だけを受身にリハビリをされている方が多くて、・・・リハビリっていうのはこうやってしても

らうものだ、という意識が結構強くて、例えば家で自分でトイレに行ってズボンを下ろしてとする動作はリハビリじゃない、それは別だ、というような区切った考えが結構多くて、家の生活動作に関しては妻がしてくれればそれに甘えるにこしたことはない、とか。ケアプランにも自宅で出来るリハビリをという項目がよく出てくるんですけど、自宅でこうしてくださいと指導をしてもなかなか難しい部分があるんですね。」「生活を安定させるためのリハビリではなくて、ただ機能自体を上げるリハビリっていうのが根強く、リハビリの本来の意味っていうのが広まりきってないのかな、と思います。」

### ④類似サービスの差別化

施設リハビリサービスにおける、デイサービスと通所リハビリの2つのサービスが類似している問題があげられ、今後、差別化を図る必要があることが述べられた。

具体的には、「通所リハビリに関しては、介護予防事業、デイサービス、通所リハビリの3つのサービスが今はあまりにも同じであって、今後どういう風に差別化を図っていくのが重要な課題で、そうしていく必要があると思います。」

「デイサービス、デイケア、って名前は違うんですけど内容的にはあまり差はないかな、っていうのを自分的には感じてるんですね。猫も杓子もデイケアに行ったらリハビリを受けるんじゃないかと、デイケアは単に他との交流の場とかに限定してしまって、リハビリは在宅に帰すと、いう方がいいんじゃないかな、と思います。」

### Ⅲ. 通所・訪問リハビリテーション利用者への実態調査

#### 1. 実態調査

##### 1-1. 目的

鹿児島県の通所・訪問リハビリ利用者の現状とニーズ把握を目的とした。

##### 1-2. 方法

###### 1) 対象者

鹿児島県の都市部、中間地、過疎地の各地域で、通所・訪問リハビリサービスを利用している利用者本人計 12 名であった。

インタビューの内容と目的を各施設のリハビリ担当者に説明した上で、各施設が選択した利用者にインタビューを行った。

###### 2) 手続きと調査方法

通所リハビリ利用者は各施設内にて、訪問リハビリ利用者は利用者の自宅に OT や PT と同行訪問し、リハビリ終了後に実施した。

また、質問は、意図する質問内容に対しある程度自由で幅広い発言が得られることを期待し、半構造的に設定した。

###### 3) インタビューの内容

属性、家族構成、居住環境、疾患名、障害部位・程度、介護度、入院から在宅への移行について、通所・訪問リハビリサービスについて、今後への要望などであった。

###### 4) 調査期間

平成 18 年 7 月 25 日～10 月 20 日であった。

#### 2. インタビュー結果

##### 1) 対象者の特性

利用者は、男性 3 名、女性 9 名、計 12 名であった。平均年齢 81.2 歳（範囲 71-99 歳）、利用しているリハビリサービスは通所リハビリ 6 名、訪問リハビリ 6 名であ

った。世帯構成は、夫婦二人暮らし 5 世帯、2 世代同居 6 世帯、独居 1 世帯であった。居住地域は、都市部 3 名、中間地 6 名、過疎地 3 名であった。

障害要因としては、骨・関節疾患 5 名、下肢筋力低下 3 名、脳血管障害 1 名、パーキンソン病 1 名、脊髄損傷 1 名、HTLV-1 関連脊髄症 1 名であった。介護度は、要支援 4 名、要介護 1 が 3 名、要介護 2 が 3 名、要介護 3 が 1 名、1 名のみ医療保険（介護認定なし）で、ほとんどが軽中度者であった。

##### 2) 入院から在宅への移行について

退院直後に通所・訪問リハビリを開始したケースは 3 名のみであった。9 名は、入院経験がないか、入院後数ヶ月～数年を経て通所・訪問リハビリ開始を開始していた。

###### ①在宅へスムーズに移行できたか

「在宅への移行に問題を感じた」という回答はなかった。具体的には、「まあまあ、こんなもんかな」2 名、妻の受け入れが大変良く、「安心して自宅に帰れた」1 名などの回答であった。

###### ②退院時の不安について

不安がなかったと回答したのは、1 名（男性）であった。この利用者は、要介護度 2 で松葉杖歩行は可能であるが、排泄や入浴への一部介助を必要とする状態であった。

不安があったと回答したのは 2 名（2 名とも女性）であった。1 名は介護認定なしで ADL は自立していた。もう 1 名は、要介護度 2 で杖歩行可であった。不安の内容は、身体状況や家事に対する不安であった。具体的には、「痛みもあって体調が悪かった」「娘と同居しているが、娘は昼間仕事で不在なため、家事のことが心配だった」、「足が思うように動かなくてあまり歩けないこと」、「家事を夫には頼みにくいから、台所



仕事がね」などであった。

③病院の専門職の支援で不足していると感じた点について

「特に不足している点はない」と全員が回答していた。

3) 通所・訪問リハビリテーションについて

①リハビリサービスを開始したきっかけについて（複数回答）

「自分で希望して」4名、「医師の勧め」3名、「ケアマネジャーの勧め」3名、「家族・親戚の勧め」2名、「役場の勧め」1名であった。自分から希望して開始した対象者のなかには、自分の求める内容のリハビリサービスを行っている施設の情報を得ることが難しく、新聞広告等で捜したという回答もあった。

②現在受けているリハビリサービスに対する満足度

全員が「満足している」と回答していた。

③リハビリサービスを受けて良かったこと

通所リハビリ利用者は、「会話が楽しみ」3名、「身体機能が改善された」2名、であった。具体的には、「家に独りだから会話ができて楽しい」、「会話が楽しみ」、「身体が楽になる」、「少しずつ良くなるのが楽しみ」であった。

訪問リハビリ利用者は、「通う大変さが無いこと」2名、「個別指導をしてもらえる」2名、「行動範囲が拡大されたこと」1名、「安心する」1名であった。具体的には、「通うより、来てもらう方が楽」、「浴室などもみて、妻が介助する時の方法手順のアドバイスをくれるし、一生懸命しれくれるから、こっちも頑張ろうって気持ちになる」、「通所ではみんな同じことするけど、今は自分に合ったリハビリをしてくれる」、「1人で買い物に行けるようになった」、「来てくれ

るのが心強かった」などであった。

④今後への要望

今後の改善点などを含めた要望に対しては、11名が「特にない」と回答した。しかし、「訪問リハビリの時間が15～20分で短時間だったからもう少し長時間して欲しい」1名、「現状では特に要望はないが、今後症状が進んだら出てくるかも」1名、という回答があった。

4) その他

①「入院中に地方や離島の患者が、『退院後、訪問リハビリを受けたくてもサービスがないから困る』と言っていた」という情報があった。都市部に居住する利用者のインタビューの中での情報であった。

②「看護師によるリハビリに不満はなかったが、PTによるリハビリの方が、より手ごたえを感じた。」という意見があった。

退院後、訪問看護による褥創の処置とリハビリ看護を利用していたが、本人の希望でPTによるリハビリが導入されたケースであった。入院中のリハビリ経験があった。

③「今来てくれる人はすごくいい。トイレでの移動とかいろいろ教えてくれるし。だけど、前の人は全然だめだった。」という意見があった。

現在サービスを提供している療法士の支援には満足しているが、以前の療法士の支援には不満があったという意見があった。

#### IV. 訪問看護におけるリハビリテーション看護事例調査

##### 1. 事例調査

###### 1-1. 目的

専門職の不足している地域における、OT、PTなどのリハビリ専門職以外の他職種によるリハビリ代行の可能性についての把握・分析を目的とした。

## 1-2. 方法

### 1) 対象者

リハビリ専門職による訪問リハビリがない過疎地域に居住し、訪問看護師による訪問リハビリサービスが行われている1事例。

### 2) 手続きと調査方法

同行訪問による観察、看護記録からの情報収集、看護師へのインタビュー

### 3) 調査の内容

属性、家族構成、居住環境、疾患名、障害部位・程度、介護度、リハビリ看護の内容・展開、リハビリ看護実施による変化（効果）など。

### 4) 倫理的配慮

3つの調査すべてにおいて、インタビュー実施前に対象となる施設に目的と主旨の説明を行い了承を得た。施設側にインタビュー対象者の選定、対象者への協力要請を依頼し、了承を得られた対象者に対してインタビューを実施した。

また、対象者に対しては、インタビュー前に依頼書による文書と口頭による説明を行い、インタビュー内容については厳密に保管すること、研究のためだけに使用すること、個人名が特定されないよう配慮することなどについて理解を得た。さらに、フォーカスグループインタビュー調査においては、当日のインタビュー前に、プライバシー保護を厳密に行うことを説明し、映像記録、音声記録を撮ることに対する理解と了解を参加者全員から得た後実施した。

## 2. 調査結果

事例のフェースを以下の表2に記載する。

表2 事例のフェース

障害 構造	障害分類	身体障害、言語障害
	機能障害	完全右上下肢麻痺
	障害程度	要介護2
原因と なった 傷病名	a)機能障害の直接的な原因となった傷病	a)脳出血(左)
	b)合併症/障害に影響する病態	b)高血圧、肥満
訪問 看護・ リハ の 導 入	訪問看護・リハビリの目標	1.病状悪化防止ができ、安定した生活が送れる 2.ADL拡大・維持
	現在の 利用 サービス	1.通所リハビリ:2回/週(月・木)、隣接市の老人保健施設まで通っている
		2.訪問看護(リハビリ看護):1回/週、1時間 リハビリメイン
		3.寝台のレンタル
	4.インフォーマル支援として家族(夫、息子夫婦)	
対象 背景	性別	女性
	年齢	66歳
	世帯構成	夫、息子夫婦、孫と同居
	居住環境	過疎地

## 2-1. 経過概要

利用者は、過疎地域の A 町に在住。平成 10 年、脳出血にて B 市の病院に 5 ヶ月間入院加療。その後、リハビリ目的で C 市の病院に転院し、約 1 年半入院した。平成 12 年に退院。退院後は、隣接する D 町の病院の通所リハビリを利用して。しかし、集団リハビリが多くリハビリ内容に不満があったため、隣接する E 市の老人保健施設の通所リハビリに変更した。利用者は、リハビリに意欲的であったため、老人保健施設の通所リハビリと OT による訪問リハビリを併用しながら自宅療養を続けていた。しかし、老人保健施設のリハビリ専門職が不足する状況となったことから、他の町の利用者に訪問リハビリを提供する余裕がなくなったため、OT による訪問リハビリが中止となった。

平成 17 年 10 月より、F 訪問看護ステーションの訪問看護師による現状維持を目的としたリハビリが開始された。

## 2-2. 事例の地域における通所・訪問リハビリテーションサービス提供機関の現状

A 町は、人口約 1 万 4000 人の過疎地域で、町内に通所リハビリ施設はあるが、訪問リハビリを提供している施設はない。訪問リハビリが必要な場合は、近隣の市町村の病院・施設から訪問リハビリに来てもらっている。しかし、遠距離の利用者 1 人に対して訪問リハビリサービスを提供するのは採算が合わない。また、近隣の市町村も過疎地や中間地であるため、病院や施設のリハビリ専門職の人員が十分に満たされているとは言い難い。このような状況の中、A 町の訪問リハビリを必要としている利用者に対し、他地域のリハビリ専門職が訪問リハビリサービスを提供することは困難な

状況である。

## 2-3. 訪問看護師によるリハビリテーションの展開

訪問看護師によるリハビリを開始するにあたり、訪問看護師は、利用者に訪問リハビリを提供していた E 市の老人保健施設の OT から、実際に対象者の自宅で対象者に対するリハビリ実施指導を受けた。そのうえで、OT が作成した図解入りのリハビリプログラム表を用いながら、リハビリを施行するという過程を経ている。

実際の訪問看護・リハビリは、表 3 に記載した流れで実施されている。利用者の看護問題として、①高血圧に起因する症状悪化の恐れ、②右片麻痺や左半身の筋力低下に伴い、日常生活に支障がある、③構音障害により言いたいことが伝わりにくい、の 3 点があげられた。特に、利用者は肥満体型であったことから、リハビリと並行して看護問題①に関連した体重コントロールを指導した。自宅での体重測定は困難なため、通所リハビリ施設と連携をとり、毎月 1 回施設での測定を依頼している。本人も体重の増加を気にして体重測定を拒否することがあったが、その都度必要性を説明し、体重測定を継続した。

看護問題②に関しては、リハビリプログラム表を用いて、リハビリを中心とした支援を行なった。また、看護問題③に関しては、C 市の病院を退院する際渡された、ST 作成による言語訓練用パンフレットを用いながら訓練を行なった。

利用者は、週 1 回の訪問リハビリ以外に、週 2 回の通所リハビリを利用して。また、身体状態の変化時など、必要に応じて通所リハビリの担当 OT と連携を取りながら、訪問リハビリを継続した。

## 2-4. 訪問看護・リハビリテーションの効果

利用者は、ほぼ完全な右上下肢麻痺であった。ADLに関しては、更衣、入浴は一部介助が必要であった。車椅子移乗はベッドから車椅子への移動は自立していたが、車椅子からベッドへの移動は不安定であるため一部介助が必要であった。排泄は、手すりを利用し自立していた。食事はセッティングが必要であるが自立していた。利用者本人は、リハビリに対して積極的であった。また、家族も協力的で、利用者の退院に合わせて自宅のバリアフリーを介護保険導入前から全て自費で行い、浴室、トイレの手すりや歩行訓練用のバーも室内に設置してあった。

利用者は、自宅での通所・訪問リハビリを利用した療養生活が約6年間続いた。身体機能的には安定し維持状態を保っている中で、今後もADLの低下防止・生活の安定・維持を目的とした訪問看護師によるリハビリを実施した。

訪問看護師によるリハビリ導入時、患側の拘縮はなかったが、他動運動のみで感覚も全くない状態であった。しかし、平成18年の4月頃から若干ではあるが感覚が回復傾向をみせていた。4月頃より現在（平成18年11月現在）の方がさらに感覚を強く感じるようになってきていた。また、自動運動に関しても若干ではあるが出現してきた。

構音障害に関しては、訪問看護導入前は通所・訪問リハビリのどちらにおいても支援は行なわれていなかった。利用者が1人、自宅で歌を歌うなどの自己訓練を行っていたのみであった。訪問看護導入後は、看護師によって言語訓練用パンフレットを用いた訓練が開始された。その結果、訪問看

護導入時より、現在の方が明らかに明瞭な発語となった。

肥満に関しては、食事指導を利用者本人と夫に対して行なった結果、80kg台あった体重が72kgまで一時減量できた。体重は毎月増減があり、現在76.8kg（平成18年11月4日）であった。看護師からの声かけが減少すると体重が増加する、というような体重の増減はあるものの、本人・家族への体重コントロールの必要性への意識づけができた。また、体重減少に伴う、リハビリの際の屈伸運動のスムーズ化や左膝関節の疼痛減少などの変化があった。

## V. 考察

本研究では、通所・訪問リハビリに携わっている専門職、利用者へのインタビュー調査を実施し、鹿児島県における通所・訪問リハビリの現状と課題、利用者の現状とニーズの調査を行なった。さらに、PT・OT不在地域でリハビリ代行を行っている訪問看護事例調査を実施した。その結果、明らかになったことを以下に考察する。

### ① 地域特性に応じた介護報酬への見直し

過疎地域においては、通所・訪問リハビリへの需要はあるが、人材不足によるサービス量・種類の不足がある。しかし、採算にあった需要ではないため、サービス量・種類の充足を図るのは困難な状況である。

今後、人口減少に伴う収益減から、現在のサービス量・種類の維持が困難となることが予測され、サービスの質の低下への恐れが現実にも迫ってきていることが明らかになった。

訪問リハビリにおいては、訪問の移動距離が長いこと訪問件数が制限され採算が合わない。採算の問題が訪問リハビリの開設