

「居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業」

事業報告書

平成22年 3月

滋 賀 県（滋賀県立リハビリテーションセンター）

目 次

第1章 事業概要

1. 事業の概要
 - (1) 計画概要
 - (2) 事業名称
 - (3) 実施主体
 - (4) 事業実施地域
 - (5) 事業実施期間
2. 事業の目的
3. 事業の背景
4. 事業の必要性とその効果
5. 事業の具体的内容
 - (1) 内容
 - 調査の実施
 - 居宅リハビリテーションプログラムの提供（出前リハビリ事業）
 - 居宅生活支援サービス従事者への支援
 - 在宅診療における主治医の連携
 - リハビリテーションプログラムおよび実践の評価
 - 学習会の開催
 - (2) 事業の進め方
 - 企画・評価委員会
 - 調整会議

第2章 事業結果

1. 調査事業
 - (1) 調査事業の結果概要
 - (2) 結果の考察
 - 医療から在宅移行時に求められる関わりについて
 - 訪問リハビリ・通所リハビリの利用状況
 - 再発による重症化の予防の視点について
 - 有機的な資源活用のために
 - (3) 具体的結果
 - 医療機関リハビリテーション科に向けたアンケート結果
 - 訪問リハビリ事業所に向けたアンケート結果
 - 通所リハビリ事業所に向けたアンケート結果
 - 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターに向けたアンケート結果
 - 個人職員別アンケート結果
2. 居宅リハビリテーションプログラムの提供（出前リハビリ事業）
 - (1) 実施期間
 - (2) 事業の対象者

(3) 対象者支援結果

(4) 結果の概要と考察

出前リハビリを実施した対象者における評価指標の成果について

対象者自身の主体的行動の重要性について

専門職が関わって、意義があったと思われる点について

(5) 個別支援における代表的な事例について

(6) 出前リハビリ対象者への事業実施後アンケートの具体的結果

(7) 出前リハビリ事業協力者への事業実施後アンケートの具体的結果

3 . 居宅生活支援サービス従事者への支援

4 . 在宅診療医における主治医の連携

5 . 地域の従事者に対する学習会の開催結果

6 . 事業結果のまとめ

【資料】

- ・ 東近江管内の概要
- ・ 事業実施要綱
- ・ 年間事業スケジュール
- ・ 東近江管内リハビリテーション提供体制についての実態調査用紙
 - 個人職員向けアンケート
 - 医療機関リハビリテーション科向けアンケート
 - 訪問リハビリ事業所向けアンケート
 - 通所リハビリ事業所向けアンケート
 - 居宅介護・地域包括向けアンケート
- ・ 住民向け事業実施にかかる説明文
- ・ 住民向け案内チラシ
- ・ 説明書・同意書
- ・ 訪問リハビリテーション指示書
- ・ 出前リハビリ評価指標
 - FIM（機能的自立度評価法）
 - リハビリ自律度（自己肯定感尺度）
 - VAS（主観的健康観）
- ・ 個別ケース一覧表
- ・ 個別ケース結果一覧表
- ・ 出前リハビリ事業協力者名簿
- ・ 学習会チラシ
- ・ 企画・評価委員会および調整会議 議事録
- ・ 企画・評価委員会名簿
- ・ 調整会議委員会名簿

第 1 章

事業概要

1. 事業の概要

(1) 計画概要

居宅生活におけるリハビリテーション提供体制の整備について、その現状を調査・分析し、連携システムのあり方を再考するとともに、介護保険受給者が受けている既存のサービスに加え、リハビリテーションの観点から実施するマネジメントに基づき、リハビリテーションサービス（身体・精神的機能訓練、日常生活活動訓練、生活リハビリテーション）の提供や従事者に対する技術支援、疾病の再発予防を目的とした医療機関との連携等を集中して行い、要支援・要介護者の介護度の重症化予防に向けた取り組みの効果を評価する。

(2) 事業名称

「居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業」

(3) 実施主体

滋賀県（滋賀県立リハビリテーションセンター）

(4) 事業実施地域

滋賀県東近江圏域（調査事業）

滋賀県竜王町（居宅生活リハビリテーションプログラムの提供）

(5) 事業実施期間

2009（平成21）年4月1日から2010（平成22）年3月末

2. 事業の目的

医療保険・介護保険制度に基づくリハビリテーションサービスや、介護保険における居宅生活支援サービスの生活リハビリテーション機能について、要支援・要介護度の重症化予防に向けた実践効果を明らかにし、地域のリハビリテーション資源やシステムの整備、各種制度におけるリハビリテーションサービスの拡充を推し進める。

また、要支援・要介護度の重症化予防による予防・介護給付受給者の生活の質の維持・向上や、市町の予防・介護給付費の減額の可能性を探る。

3. 事業の背景

介護保険における受給者の介護度の重症化の状態に関しては、厚生労働省年間継続受給者数の要介護(支援)状態区分の変化別割合(H19,4～H20,5)により明らかとなっている(図)。この中で、受給対象となった原因や疾患の区分は具体的には示されてはならず、全ての受給者において、リハビリテーションサービスとの関連性があるとはいえないが、要介護の原因において加齢や脳血管障害がその大半を占めており、リハビリテーションサービスの内容との関係性が大きく影響しているのではないかと推測される。

介護保険の受給者の多くは医療機関でのリハビリテーション受療を経験しているが、リハビリ

テーションにかかる個人の認識は、「リハビリテーションはリハビリ専門職からしてもらうもの」といった思考が強く、機能の回復とともに「リハビリテーションは日常生活の中で自分が行うもの」との思いまでには、至っていないのが現状である。

一方、居宅生活へと移行した後に提供される、通所リハビリテーションやデイサービス、訪問看護や訪問リハビリテーションといったサービスは、医療機関で受療していたリハビリテーションサービスと比較して、質や量において必要度の認識が低位に位置づけられてしまう。

このため、居宅生活において、十分なマネジメントに基づくリハビリテーションサービスの提供が行なわれていない中で、受給者自身が主体的に「自分でするリハビリテーション」という意識の改革が可能とならなければ、結局徐々にではあるが、様々な箇所に機能低下が生じ、状態の重症化を引き起こしてしまうという結果が導き出されているのではないかと考えられる。

4. 事業の必要性とその効果

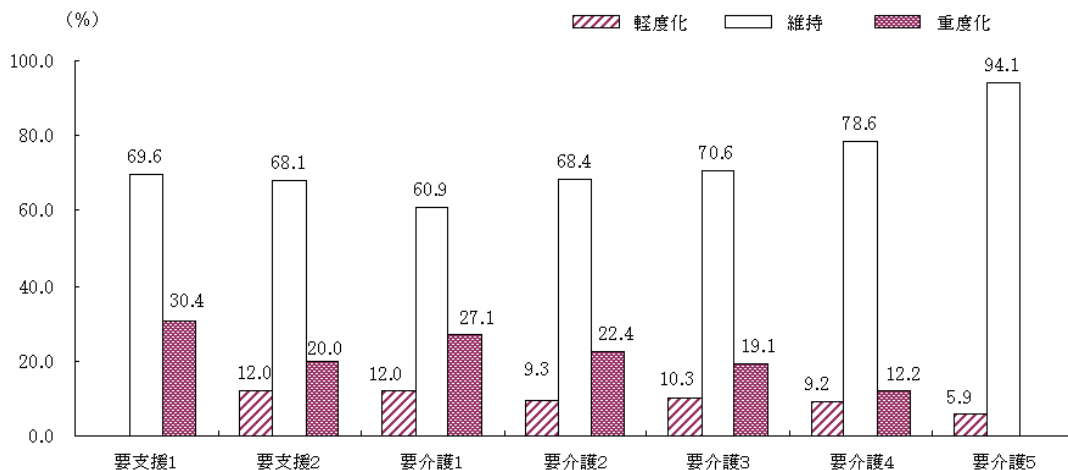
介護保険の受給者への支援は、介護認定の介護度数により予防給付および介護給付の範囲内で、地域包括支援センターや介護保険事業所などによってサービスの提供が行われている。

しかしながら、厚生労働省の資料においては、1年間の経過観察で軽症化よりも重症化の割合が上回っているという事実があり、一部の受給者にとっては、現在提供されている居宅生活支援サービスのみでは、生活機能の維持・向上という観点からは十分でないということが推測される。

また、居宅生活中の疾病の再発による重症化、受給者が主体的なリハビリテーションが行えていないことによる重症化が推察され、提供されている居宅生活支援サービスの問題のみでなく、受給者のリハビリテーションに対する意識や、居宅生活における在宅医療の取り組みについても対応が必要となっている。

こうしたことから、当該事業を実施し、介護度の重症化がおこっている現状をリハビリテーション提供体制における連携という視点で調査・分析することとあわせて、リハビリテーションから、サービスマネジメント機能を評価することや、居宅生活支援サービスの内容の分析、受給者の主体的なリハビリテーション実施に向けた意識の改革、疾病の再発防止に向けた医療機関の連携等の取組を進めることは、高齢者の居宅生活への移行を促進する上で、大変重要なことと考える。

また、当該事業により、居宅生活における受給者に対して、リハビリテーションマネジメントを含めた新たなリハビリテーションプログラムを提供すること等は、受給者はもとより介護にあたる家族の負担を軽減し、受給者の生活の質の維持・向上を実現することとあわせて、予防・介護給付金減額の可能性を精査するためにも効果的であると考えられる。



注：要介護1の軽度化には、平成18年4月の介護保険制度改正により要支援2へ移行した受給者を含む。

図 厚生労働省年間継続受給者数の要介護（支援）状態区分の変化別割合

5. 事業の具体的内容（計画）

（1）内容

当該事業は、県下の特定の市町との協働の基に実施することとし、まず、その管内における医療機関および地域包括支援センターや介護保険事業所などのリハビリテーション関連機関を対象に、地域リハビリテーション提供体制における連携についての調査を実施する。

また、リハビリテーションマネジメントの実施や、居宅生活を送っている介護保険受給者を対象に、日常生活の中で行えるリハビリテーションプログラムの提供を行い、その効果を評価する。

さらに、居宅生活支援サービス等の従事者に対するリハビリテーション技術の講習を実施するほか、疾病の再発予防を目的として、在宅診療における主治医との連携を具体的に進める。

調査の実施

地域リハビリテーション提供体制における連携に関する現状を把握し、それにより地域課題を明確にするとともに、その課題解決に向けた学習会等の開催もあわせて行う。

調査の基本的内容

- ・各関係機関におけるリハビリテーションの認知度

関係機関が居宅生活におけるリハビリテーションの必要性をどの程度理解しているかについて、具体的に明らかとなるような調査項目を設定。

- ・各関係機関における連携課題の明確化

地域リハビリテーションにおける活動課題として、関係機関の連携の重要性を理解しているか、また、連携に際してどのような課題を抱えているかなどについて、明らかとなる調査項目を設定。

- ・各機関が行える課題解決方法

地域リハビリテーションにおいて、関係機関が自ら取り組むサービスや連携の具体的な活動について、明らかとなる調査項目を設定。

評価のまとめ

- ・調査票の結果を個別に分析することにより、リハビリテーション提供体制に関する連携のあり方や地域課題を明確にするとともに、解決に向けた具体的方策を検討する。

居宅生活リハビリテーションプログラムの提供（出前リハビリ事業）

介護保険制度における既存の居宅生活支援サービスに加え、リハビリテーションマネジメントを行い、居宅生活において行うことができ、要介護度の重症化予防に向けた効果が期待できるリハビリテーションプログラムを作成する。

また、リハビリ専門職が対象者の家庭を訪問し（出前リハビリ）、日常生活の中でプログラムの具体的実践を支援するとともに、当事者自らリハビリテーションに取り組めるよう、意識の醸成を図る。

マネジメントの実施

- ・リハビリテーションプログラムの作成や実践にあたって、関係者の具体的な活動を調整するとともに、提供するプログラムの具体的内容を検討するため、関係者によるマネジメントのための調整会議を開催する。

会議メンバー

地域診療所主治医、介護支援専門員、介護保険事業所の職員、地域診療所訪問リハビリテーション事業所セラピスト、竜王町地域包括支援センター職員、出前リハビリ担当セラピスト、東近江健康福祉事務所保健師

プログラムの基本的な内容

- ・リハビリ専門職により、居宅生活におけるサービス提供者等からの情報収集を行い、あわせて受給者の能力評価（機能的自立度評価表：FIM）を実施した上で、既に提供されている居宅生活支援サービスに追加が必要なプログラムを立案する。
- ・プログラム内容に関しては、日常の生活に即した活動内容を基本とし、「自分でするリハビリテーション」の意識を持ち、取り組みができるよう計画する。
- ・プログラムの内容においては、上記を踏まえて、幾つかのリハビリテーションプログラム（パッケージ化されたもの）を事前に準備しておく。

リハビリテーションプログラムの実践

- ・居宅生活において現在受けている居宅生活支援サービスに追加して、リハビリ専門職（作

業療法士・理学療法士)が期間限定の訪問活動(出前リハビリ)を行い、日常生活の中で行えるリハビリテーションプログラムの提供やリハビリテーションマネジメントに基づいて助言・支援を行う。

主に1名のリハビリ専門職が週1回程度の訪問活動を3回実施する(評価、プログラムの提案、経過観察)。また、評価指標については、FIM(機能的自立度評価法)、リハビリ自律度(自己肯定感尺度)、VAS(主観的健康観)を用い、加えて各担当リハビリ専門職の判断により適宜必要な評価を行う。その他、必要に応じて市町地域包括支援センターおよび県立リハビリテーションセンターのスタッフも同行する。

- ・プログラム実践に向けては、対象者が主体的な取り組みができるような内容を提案し、あわせて「自分でするリハビリテーション」の意識がもてるよう支援する。
- ・プログラムの提案から2カ月～3カ月後に再訪問し、最終評価および対象者の主体的な取り組みや継続の様子を探る。

プログラム提供の対象者

- ・居宅生活を送っている介護保険サービスの受給者(要支援2,要介護度1)が100～120名程度の規模の滋賀県竜王町を対象とする。
- ・要支援2または要介護1で、通所リハビリテーションや介護保険事業所のサービスを受けながら、居宅生活をおくっている受給者
- ・要支援2または要介護1で、医療機関の訪問リハビリテーション提供期限が終了し、受給者およびご家族、もしくは介護保険事業所の了解が得られた受給者

実践の期間

- ・受給者へのリハビリテーションプログラムの提供期間は、平成21年8月～平成22年1月までの6ヶ月間とする。(約30週)
- ・平成21年4～6月については、市町、地域診療所等との事前調整を行う。

居宅生活支援サービス従事者への支援

居宅生活支援サービスの中で、できる限りリハビリテーション機能を織り込むことができるよう、対象者の家庭への訪問活動をとおして、介護支援専門員等に技術支援等を行う。

支援の方法

家庭訪問時に、介護支援専門員、介護福祉士、ホームヘルパー等を支援。
必要により、デイサービス等の施設を訪問し、支援。

在宅診療における主治医の連携

マネジメントの場である調整会議等で情報交流を促進し、地域診療所主治医との円滑な情報のやりとりを実現する。

連携における役割（例）

主治医・・・・・・・・・・ 在宅における日常の診療
診療経過の情報提供、再発の危険性の予測
危険時・再発時の対応依頼

リハビリテーションプログラムおよび実践の評価

提供したリハビリテーションプログラムの実践や居宅生活支援サービス従事者への支援、医療機関の連携などの取り組みの結果について、対象者のリハビリテーションに関する意識の変化や、居宅生活における日常生活、社会活動の獲得状況を確認し、事業評価を行う。また、要介護度の変化はもとより、家族を含めた介護者の負担軽減具合も同時に評価する。

評価の方法

- ・対象者のリハビリテーションへの意識の変化については、提供したプログラムの日々の実践結果を基に、アンケートや聞き取り等を行い評価をする。
- ・日常生活や社会活動については、リハビリテーションプログラムの実践前後においてFIM（機能的自立度評価表）、リハビリ自律度（自己肯定感尺度）、VAS（主観的健康観）を行うこととあわせて、聞き取りにて把握する。

評価のまとめ

- ・聞き取りや評価結果を基に、提供したリハビリテーションプログラムの内容や実践、および他の取り組みの有効性について、要介護度の重症化の予防の観点等から総合的に評価し、報告書として取りまとめる。

学習会の開催

本事業を通じて、地域の介護支援専門員などにリハビリテーションマネジメントに基づいて知ってもらいたいことや、リハビリ専門職の視点等を踏まえながら日常生活動作の評価方法についての学習会を企画、実施する。

（２）事業の進め方

滋賀県竜王町と管内にある介護保険事業所と滋賀県立リハビリテーションセンターが協働して実施する。各関係機関・団体が参加した会議として、「企画・評価委員会」と「調整会議」を設置し、事業を推進する。

企画・評価委員会

事業全体の進行管理や調査結果の評価、リハビリテーションプログラムや実践結果の評価、

事業報告書の作成などの業務を行う。

会議メンバー（詳細な名簿は巻末資料参照）

地域診療所主治医、介護支援専門員、介護保険事業所の職員、竜王町住民、竜王町住民税務課職員、竜王町福祉課職員、竜王町地域包括支援センター職員、出前リハビリ担当セラピスト、東近江健康福祉事務所所長

調整会議

リハビリテーションプログラムの作成や実践にあたって、関係者の具体的活動を調整するとともに、提供するプログラムの具体的内容を検討するため、関係者によるマネジメントなどを行う。

会議メンバー（詳細な名簿は巻末資料参照）

地域診療所主治医、介護支援専門員、介護保険事業所の職員、地域診療所訪問リハビリテーション事業所セラピスト、竜王町地域包括支援センター職員、出前リハビリ担当セラピスト、東近江健康福祉事務所保健師

第 2 章

事業結果

1. 調査事業

(1) 調査事業の結果概要

調査期間：平成 21 年 10 月 19 日～平成 21 年 11 月 30 日までの期間を対象とした。

調査対象：「東近江」医療・福祉圏域の医療機関リハビリテーション科（11 病院）訪問リハビリ事業所（7 カ所）通所リハビリ事業所（8 カ所）地域包括支援センター（5 カ所）居宅介護支援事業所（58 カ所）

調査内容：地域リハビリテーション提供体制について、以下の項目の調査を実施した。

- ・リハビリテーションにかかる業務に従事されている関係者個人がもつ連携に関する認識について
- ・医療機関からの患者さんの流れについて
（主に軽度者に対する継続したリハビリテーションの提供状況）
- ・地域のリハビリテーション資源の利用実態とリハビリテーション専門職の必要性の認知度について
調査事業に関するアンケート様式の詳細については巻末資料参照

回答数（回答率）：医療機関リハビリテーション科・・・ 6 カ所（54.5%）
訪問リハビリ事業所・・・ 4 カ所（57.1%）
通所リハビリ事業所・・・ 5 カ所（62.5%）
地域包括・居宅介護・・・ 36 カ所（62.1%）
総計・・・ 51 カ所（57.3%）
個人職員別アンケート・・・ 182 名分

各対象に向けた詳細な結果は以下のとおりである。

(2) 結果の考察

医療機関からの退院先については、東近江圏域においても全国的な流れと同様に、自宅への退院数が転院・施設入所を大幅に上回る結果であった。

このため、医療機関から地域生活へ患者さんの移行が進む中で、地域リハビリテーション提供体制の整備を図っていくためには、地域生活に必要な介護保険サービス等がどのようにマネジメントされているかが、大きなポイントになると考えられる。

医療から在宅移行時に求められる関わりについて

医療機関の回答のうち、リハビリ専門職の継続した関わりを必要とする理由として、「在宅の具体的な ADL の実践」、「継続した回復の見込みがあるから」、「在宅サービスが始まるまでの能力維持」等と回答しており、医療から在宅生活へ円滑にソフトランディングするためには、退院直後における継続したリハビリ専門職の関わりが重要である。

訪問リハビリ・通所リハビリの利用状況

本事業を実施する背景において、高齢者の介護度の重症化が起こっている原因として、医療機関から在宅へ移行する際に、訪問リハビリテーションサービスや通所リハビリテーションサービス等の必要性の認識が低く、サービスの利用が低調であることが一つの要素となっているのではないかと推察していた。

本調査において、リハビリテーションサービスが退院直後から関わる事例は少ない傾向であった。実際に、訪問リハビリテーションサービスや通所リハビリテーションサービスの利用開始時期の大半が、退院から6ヶ月以上経過しているか、または入院歴がなく利用されている事例が多かった。このことから、医療機関から在宅に繋がる過程の中で、一旦、リハビリテーションサービスが途切れ、在宅生活で能力低下を引き起こしてから再びリハビリテーションサービスが開始されているのではないかと考えられる。

重症化の予防の視点について

今回の調査においては、医療機関から自宅へ退院された72名のうち、43名が退院後はリハビリ専門職の関わりがないまま自宅で生活されていた。医療機関は、このうち、5名(12%)の方について、退院後もリハビリ専門職による何らかの関わりが必要であったと回答しているが、厚生労働省の年間継続受給者数の要介護状態区分の変化別割合の数値から見ると、リハビリ専門職の関わりが必要でないと判断された38名(88%)についても、重症化予防の観点から今後再考が必要ではないかと考えられる。

有機的な資源活用のために

訪問リハビリテーションサービス・通所リハビリテーションサービスが、退院後は全く利用されていない理由について、「介護保険限度額の影響」や「家族やケアマネージャーに理解してもらえなかった」という回答があった。

また、現在の訪問リハビリテーションサービスについては、要介護度3～5の方が多く、利用期間は1年以上を経過している方が半数を占めている。また、通所リハビリテーションサービスの利用状況は、要介護度1～3の方が多く、利用期間は同様に1年以上を経過している方が半数を占める状況であった。

このように、訪問リハビリテーションサービスは外出できない人たちを対象に、通所リハビリテーションサービスは外出できる人たちを対象に提供されているようである。さらに、1年以上のサービス利用者が半数以上を占めており、疾病の再発等による重症化や施設入所によってサービスを終了している場合が大半を占めていた。

こういった状況から、リハビリテーションサービスが十分な目標設定や評価がなされないままに提供されている可能性があると考えられる。介護保険サービス等の活用においては、それぞれのサービスが持つ機能や効果を明確にし、有機的な組み合わせによって効果的に提供されることが必要であり、今後、サービス提供のマネジメントの再検討が必要であると思われる。

(3) 具体的結果

医療機関リハビリテーション科に向けたアンケート結果

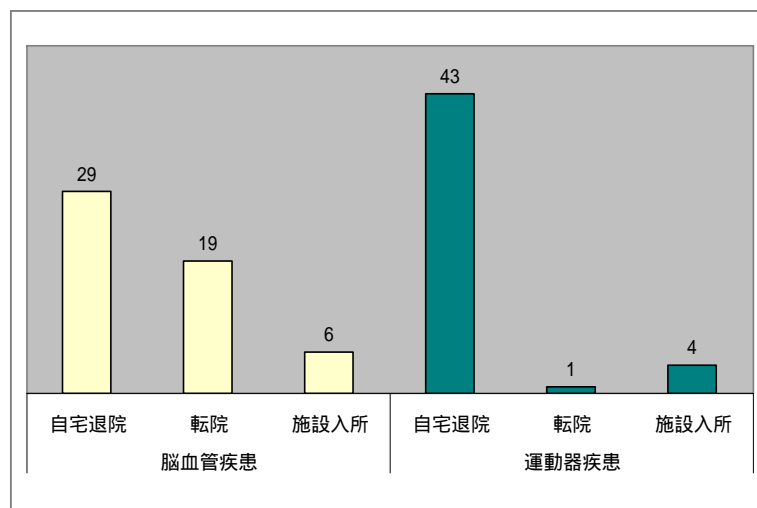
アンケート結果では、脳血管疾患リハビリテーション算定患者が、自宅退院患者数の54%にあたる29名、運動器疾患リハビリテーション算定患者が、自宅退院患者数の90%にあ

たる 43 名であった。また、自宅退院患者数は、急性期対応医療機関で運動器疾患が、回復期対応医療機関で脳血管疾患が多く、ともに転院・施設入所者数を大きく上回る結果となっている。こうしたことから、医療機関から在宅への円滑な移行のためには、医療機関での退院調整が重要となっている。

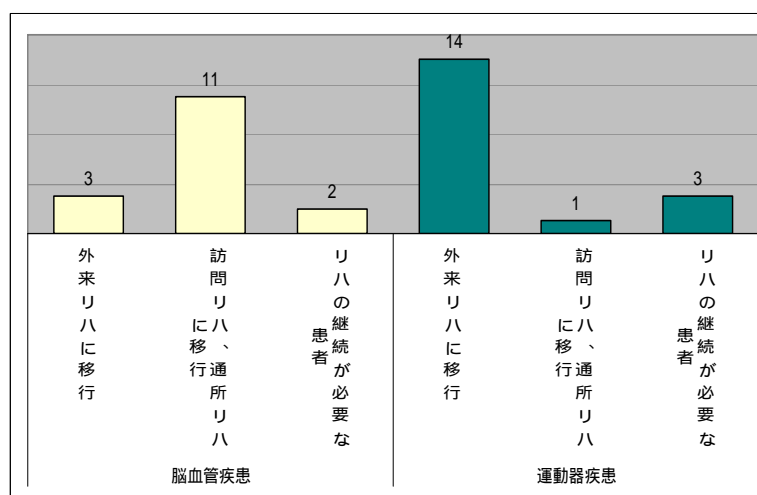
医療機関から自宅退院された患者さんのうち、17名(24%)が医療機関の外来リハビリへ、12名(17%)が訪問リハビリや通所リハビリへ移行されており、理学療法士・作業療法士等のリハビリ専門職の関わりが継続されている。しかしながら、自宅退院患者の60%にあたる43名がリハビリ専門職の関わりなく自宅に退院されており、そのうち12%にあたる5名が、何らかの形で継続したリハビリテーションサービスの必要性を感じながらも、その支援につなぐことができなかつたと回答していた。

また、リハビリテーションにつなぐことができなかつた理由としては、「介護保険限度額の影響」や、「ケアマネージャーや家人に理解してもらえなかつた」ことが挙げられており、リハビリテーションサービスの利用が、他のサービス利用に比較して、優先順位が低いという結果となった。

平成 21 年 10 月 19 日～11 月 30 日までの間に、リハビリテーション受療後に医療機関を退院した患者数



『自宅退院患者』のうち、外来や訪問・通所のリハビリへ移行した患者数、退院後も継続してリハビリ専門職の関わりが必要と感じられた患者数



『リハの継続が必要な患者』： 外来リハビリ、訪問・通所リハビリに移行した患者以外で、セラピストの主観では退院後も何らかのリハの継続が必要だと感じながらも、サービスにつなぐことができなかった患者数。

『リハの継続が必要』と答えられた方は、具体的にどのような面でリハ専門職の関わりが必要だと感じたか。

- ・ 特殊技術や特殊な介助が必要な場合。
- ・ 訪問リハビリテーションそのもの。
- ・ 在宅ADLへソフトランディングするため、在宅での具体的なADLの実践。
- ・ 継続した回復の見込みがあるため、在宅サービスが始まるまでの能力維持。
- ・ 家族への指導。

リハの継続が必要と感じながらも、サービスにつなぐことができなかった理由

- ・ 要介護度別の限度額から、家人にキャンセルされた。
- ・ 介護保険限度額でリハビリの優先順位が低く、プラン入れられなかった。
- ・ ケアマネージャーへの意見が理解されなかった。
- ・ 家族に意見が理解されなかった。

訪問リハビリ事業所に向けたアンケート結果

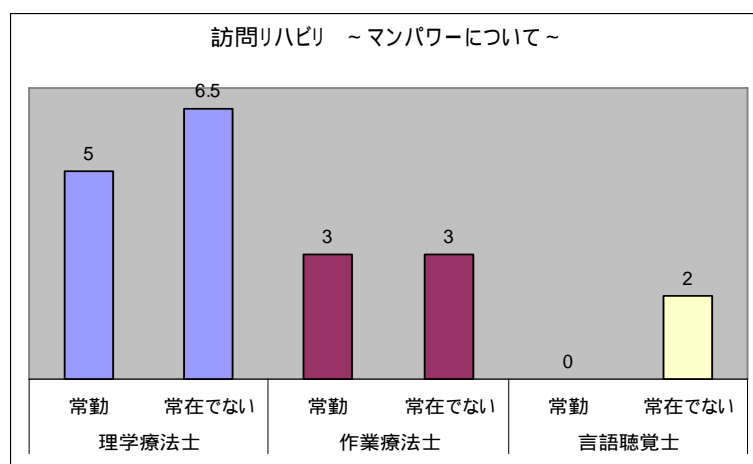
訪問リハビリテーションサービスでは、理学療法士が87%(122件)、作業療法士が84%(58件)、言語聴覚士が78%(14件)の稼働率であり、稼働の許容件数として回答している件数の80%程度となっている。

訪問リハビリテーションサービスの利用者は、要介護度3が全体の3割と最も多く、訪問開始時からの利用期間は、要介護度2～5の方で、1年以上が最も顕著となっている。

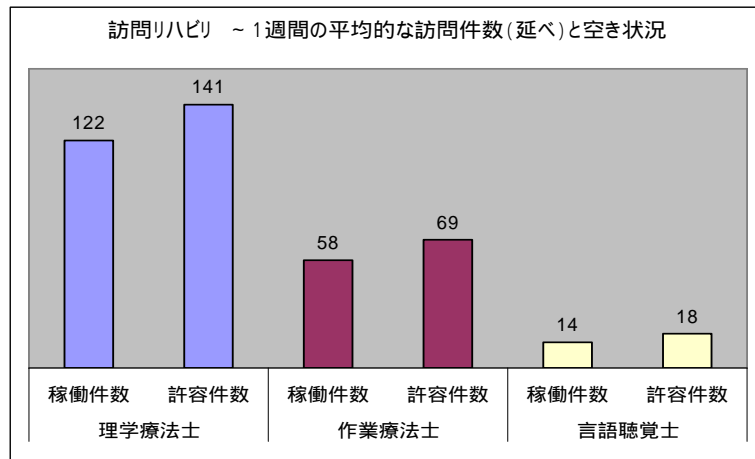
また、全ての事業所が、利用開始当初の計画から訪問期間を延長している方がいると回答している。その理由としては、他のサービスへの移行が適当としながらも、通所など他のリハビリテーションサービスに空きがないことや、訪問リハビリテーションサービスそのものの目標設定に課題があることを挙げている。

リハビリ専門職に求める専門性については、身体機能評価・機能訓練、環境評価・調整、ADL評価・訓練の項目において、それぞれ30%となっている。

訪問リハビリテーションに関わるリハビリ専門職のスタッフ数

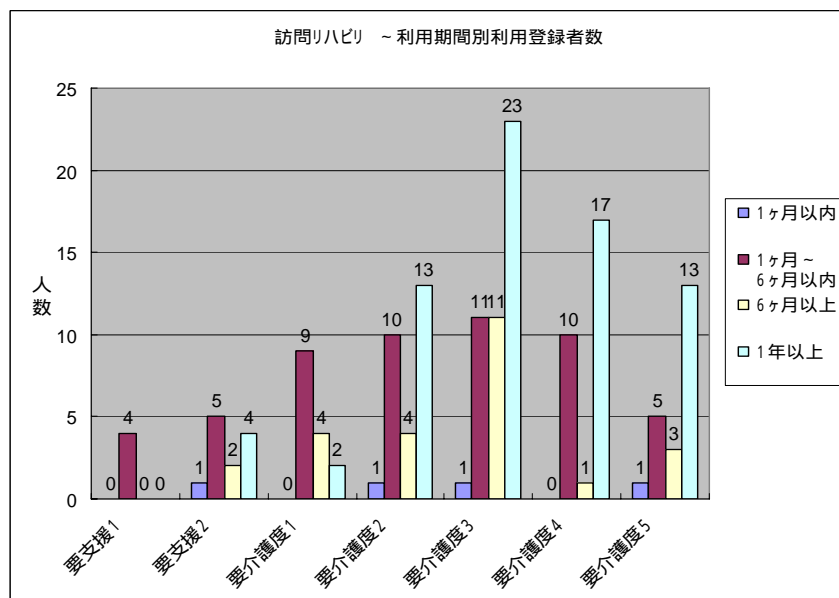
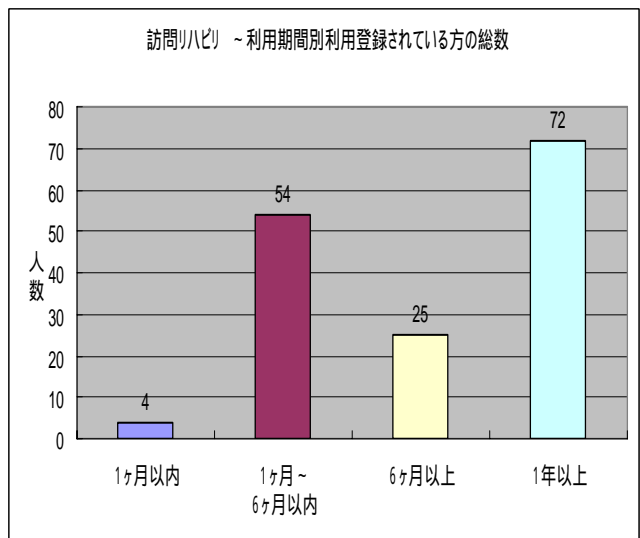
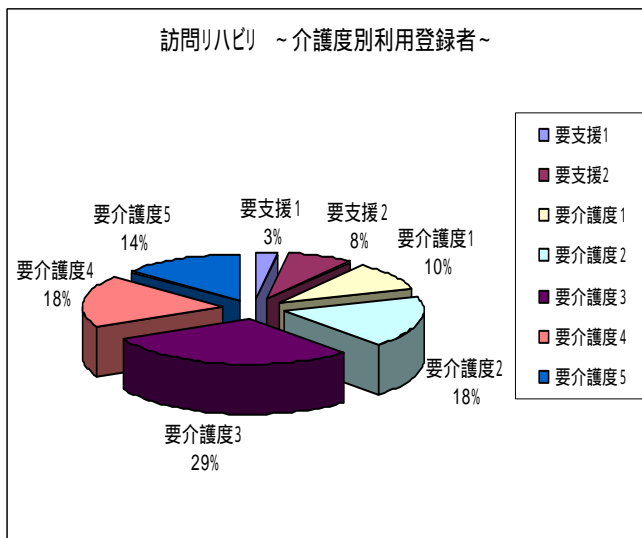


平成 21 年 11 月現在の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の 1 週間の平均的な稼働件数と稼働の許容件数

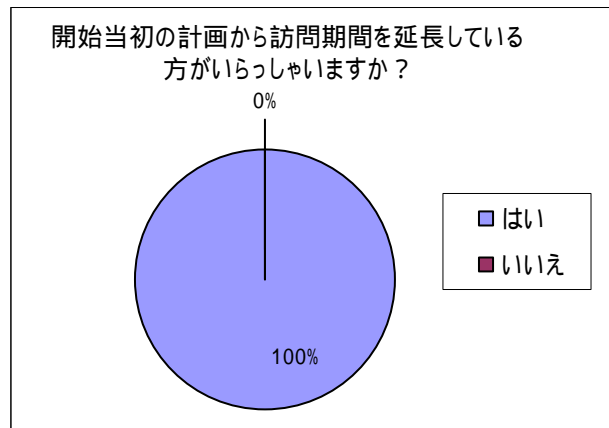


平成 21 年 11 月 30 日現在、各事業所における利用登録者数と経過日数

(6 ヶ月以上、中止になっている方は除外。6 ヶ月以内の中心期間がある場合は、中止期間を除外して記載。)



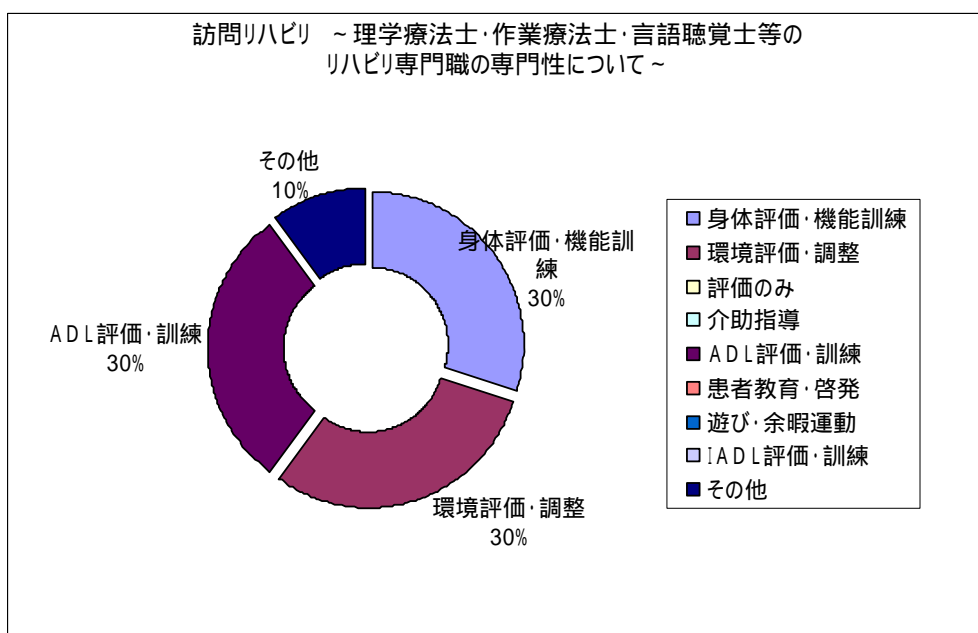
上記の利用登録者の中で、開始当初の計画から訪問期間を延長している方の有無



開始当初の計画から訪問期間を延長している理由

- ・ 目標到達が不十分。
- ・ 呼吸器を使用されている等で、通所など他のサービスへの移行が困難な方。
- ・ 訪問リハビリ終了に対するご本人、ご家族の拒否。またはご家族、ご本人の継続希望
- ・ 新たなニーズの発見
- ・ 訪問リハビリがご本人の生活スケジュール（日課）となってしまう。
- ・ 通所サービスに移行したいが空きがない。
- ・ 他のサービスへ移行したいが、その方に合ったサービスがない。
- ・ 重度化している方ほど、目標が曖昧になってしまい、終了の目処が見つからない。
（維持的関わりとなっている。）

訪問リハビリ事業所として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリ専門職に求める専門性（ 3 つまでの回答 ）



その他： 利用者それぞれに必要なことが異なるため、全てに当てはまる場合

通所リハビリ事業所に向けたアンケート結果

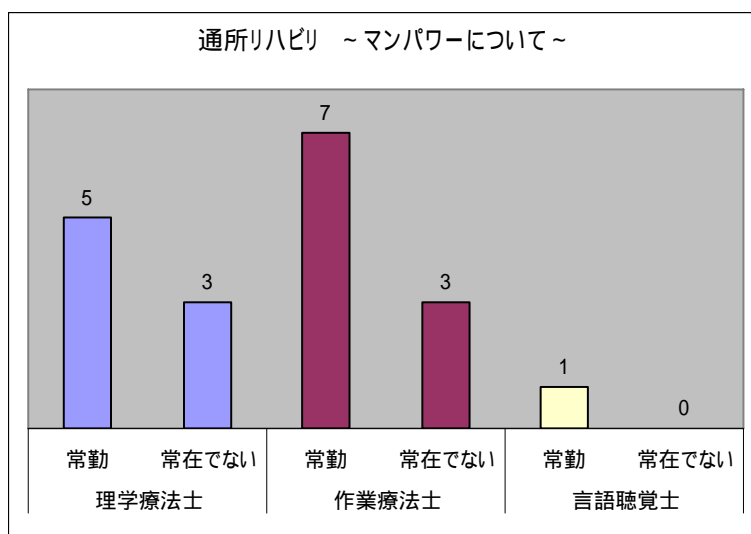
通所リハビリテーションサービスでは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士あわせて、稼働の許容件数として回答している件数の82%の稼働率である。

通所リハビリテーションサービスの対象としては、要介護度2が全体の3割と最も多く、通所リハビリ開始時からの利用期間は、要支援1を除いて、1年以上が最も顕著になっている。

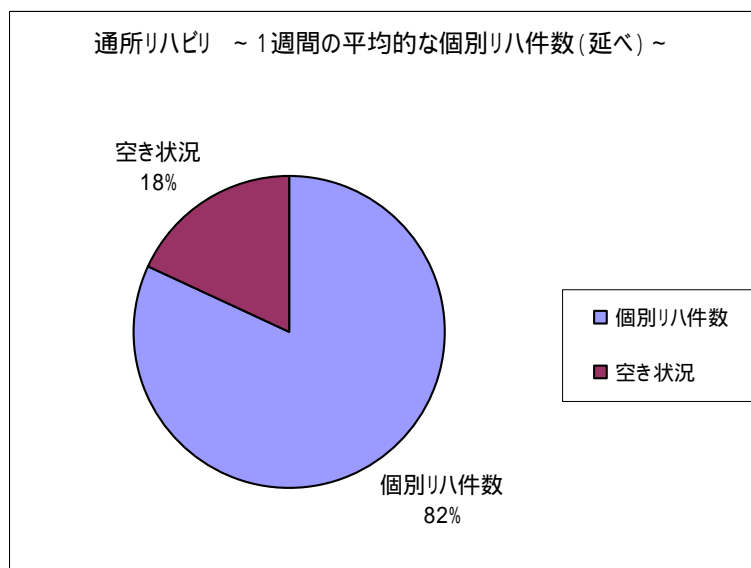
また、80%の事業所が現在の利用者のうち、他のサービスへ移行しても良いと考えている利用者があると回答しており、重度化してしまっている方や予防的な関わりが必要とされる方がそれに当たると回答している。

リハビリ専門職に求める専門性については、身体機能評価・機能訓練、介助指導が多く、続いて、環境評価・調整、ADL評価・訓練の項目となっている。

通所リハビリテーションに関わるリハビリ専門職種のスタッフ数

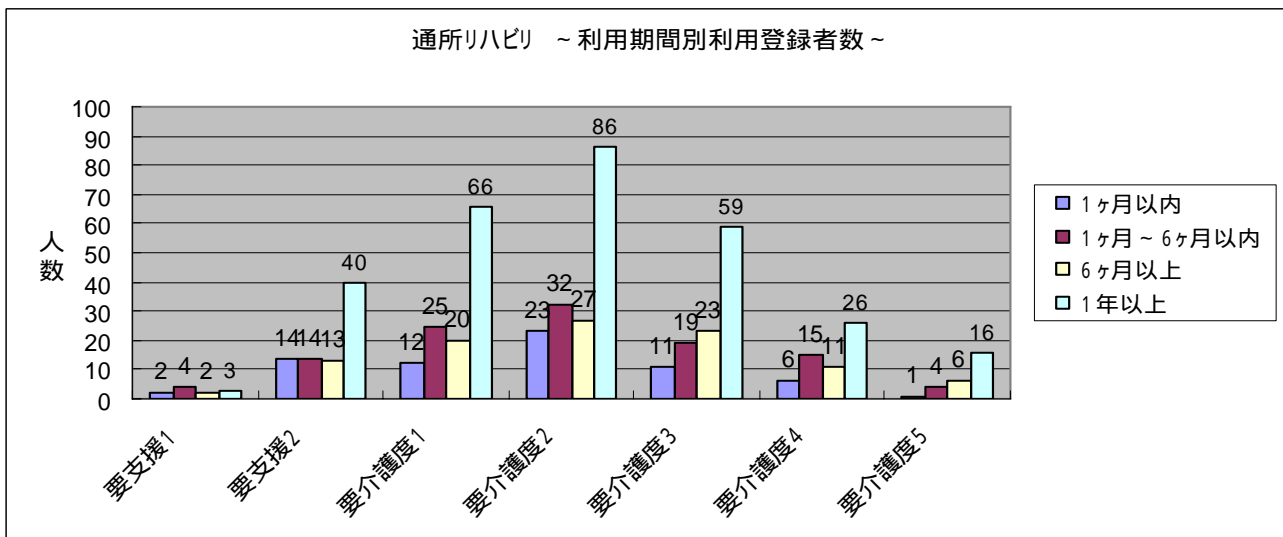
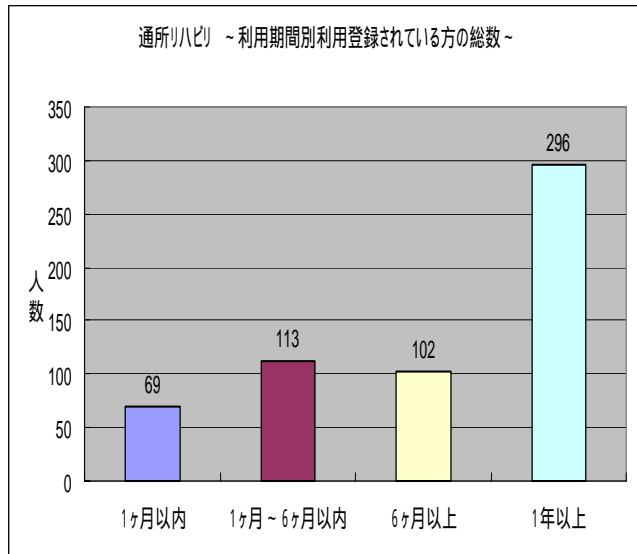
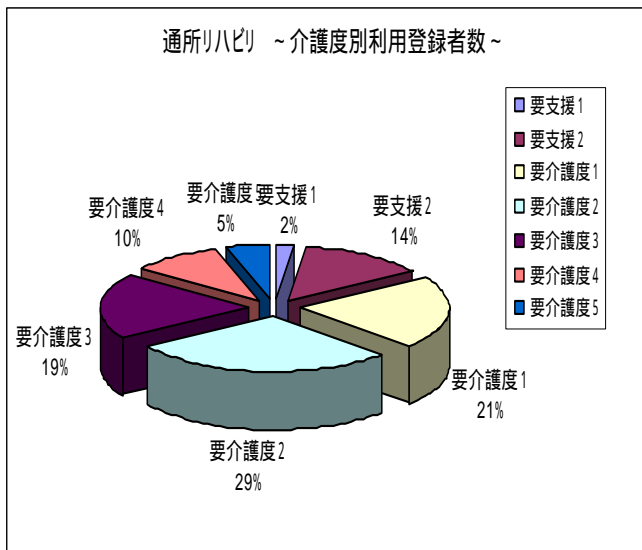


平成21年11月現在の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の1週間の平均的な個別リハ件数と稼働の許容件数に基づいた稼働状況

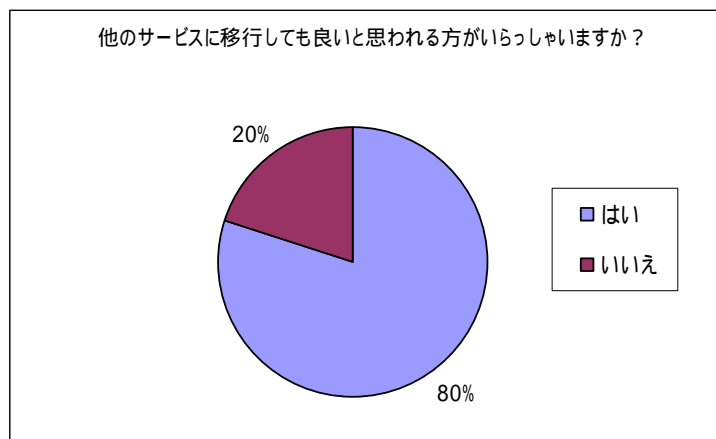


平成 21 年 11 月 30 日現在、各事業所における利用登録者数と経過日数

(6 ヶ月以上、中止になっている方は除外。6 ヶ月以内の中止期間がある場合は、中止期間を除外して記載。)



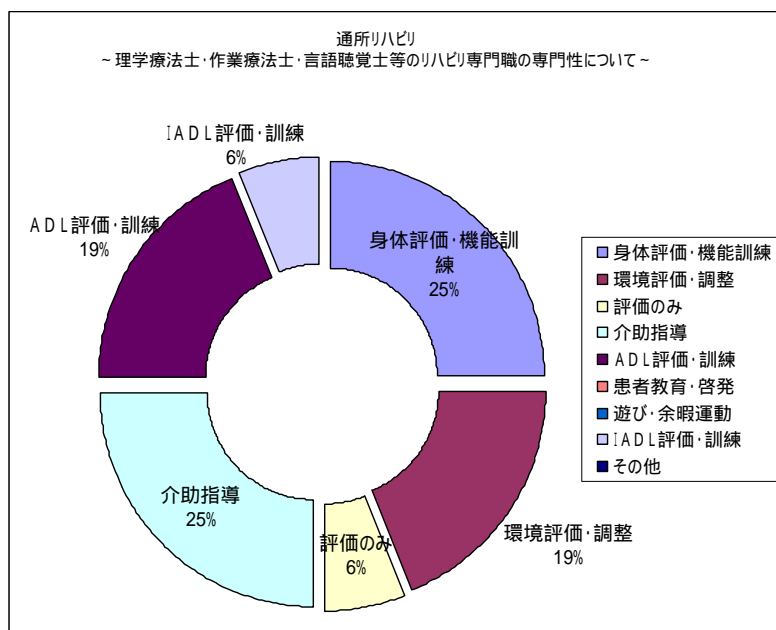
上記の利用登録者の中で、他のサービスに移行しても良いと思われる方の有無



他のサービスに移行しても良いと思われる理由

- ・ 要支援の方は、個別リハビリはない為、デイサービスや予防訪問リハビリへ移行した方がよいと思われる
- ・ 認知症の進行や機能レベルの低下にて、デイサービスや訪問リハビリに変更された方がよい利用者がいる。
- ・ 利用が長期になっており、通所リハビリで心身機能を維持せずとも通所介護等でも維持できると思われるが、なかなか終了しにくいのが現状。
- ・ 生活レベルが長期間維持できている方で、通所介護でも維持できると思われるが、通所介護で運動面まで関わってもらえる事業所が近隣に少ない。

通所リハビリ事業所として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリ専門職に求める専門性（ 3 つまでの回答 ）



居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに向けたアンケート結果

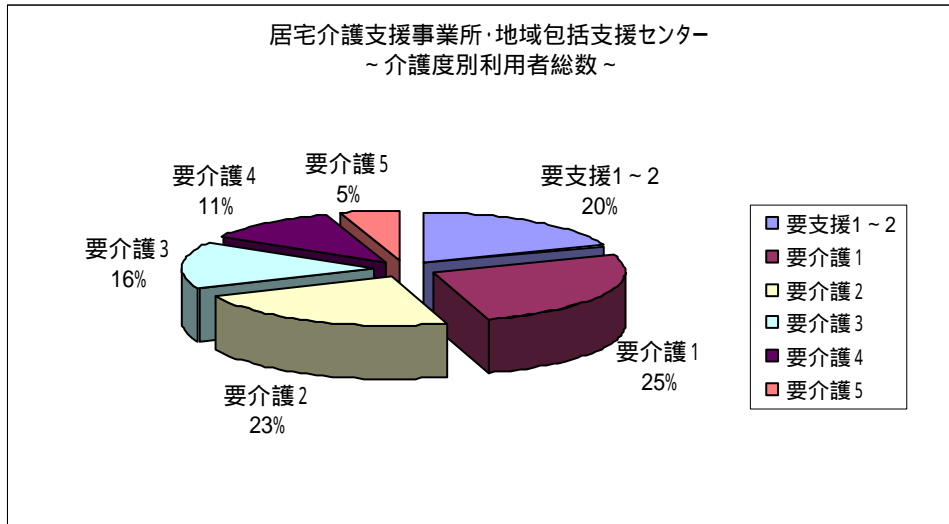
居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに向けたアンケートでは、利用者のうち要支援1～要介護度1の割合が45%となっており、また1ヶ月間の新規利用登録者層においても、要支援1～要介護度1の割合が57%と全体の半数を超える割合となっていた。

1ヶ月間に新規で利用登録した91名のうち、訪問リハビリテーションサービスの利用者は11名（12%）、通所リハビリテーションサービスの利用者は18名（20%）であった。利用開始時における退院後の経過期間については、訪問リハビリテーションサービスで、退院後1ヶ月以内が4名（36%）、入院歴がない方が5名（45%）であった。通所リハビリテーションサービスでは、入院歴がない方が7名（39%）、退院後6ヶ月以上経過している方が8名（44%）であった。

また、1ヶ月間に訪問リハビリテーションサービスまたは通所リハビリテーションサービスを終了された方は、要介護度1および要介護2が、それぞれ9名（33%）と最多であった。終了理由としては、サービス利用の拒否、身体機能や能力の低下、施設入所であった。

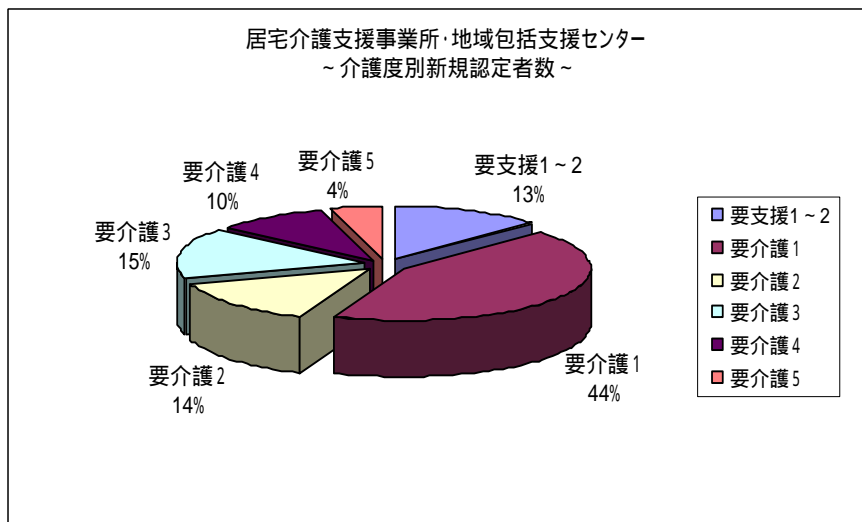
リハビリ専門職に期待する専門性については、身体機能評価・機能訓練、環境評価・調整、ADL評価・訓練に並んで、介助指導、IADL評価・訓練の項目が多数であった。

平成 21 年 11 月 30 日現在において利用されている方の介護度別分布

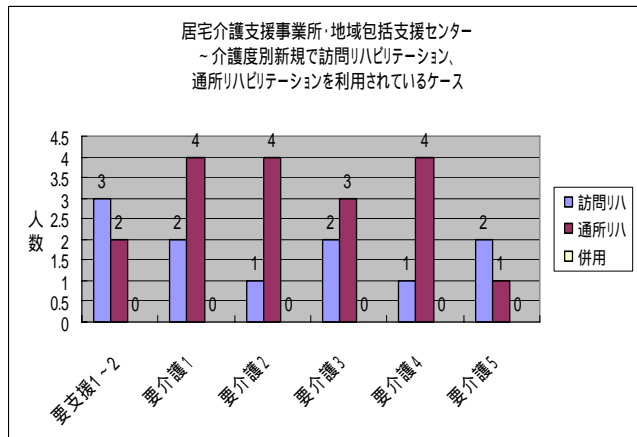
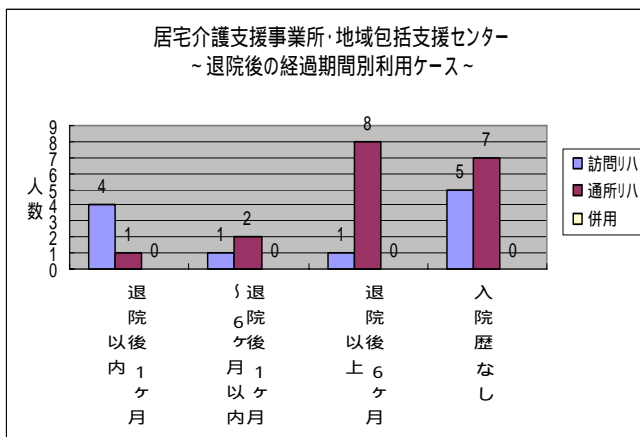


平成 21 年 11 月 1 日～30 日において、新規で利用登録された方の介護度別分布

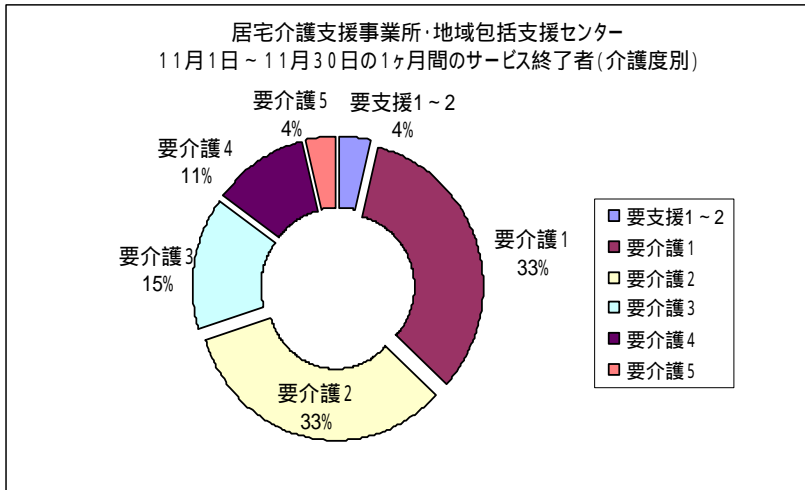
(n = 91)



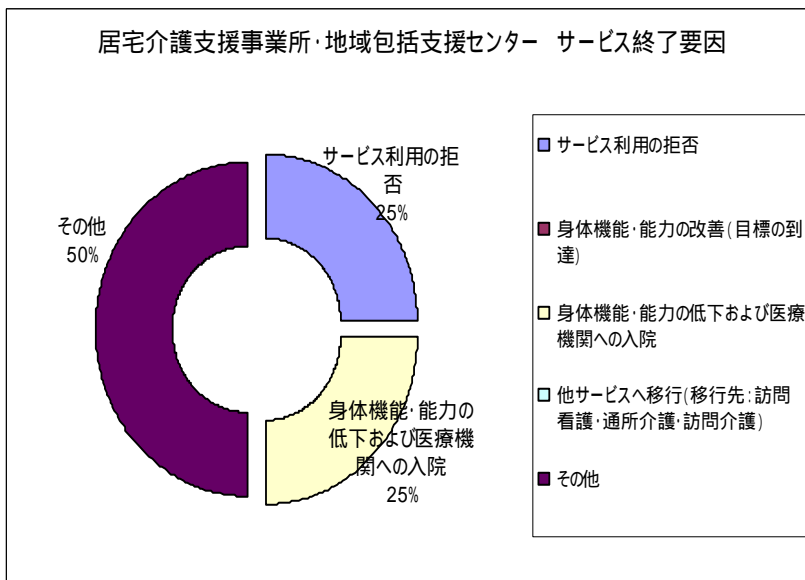
上記の新規利用登録者のうち、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを利用された方の退院後の経過期間別内訳



11月1日～11月30日の1ヶ月間で、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションを終了された方の総数

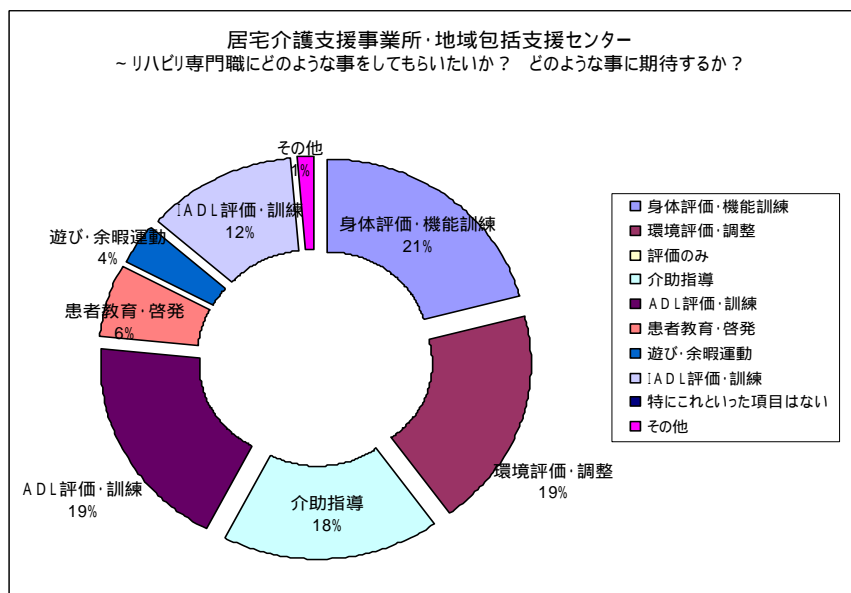


介護度	人数
要支援1～2	1
要介護1	9
要介護2	9
要介護3	4
要介護4	3
要介護5	1
総数	27



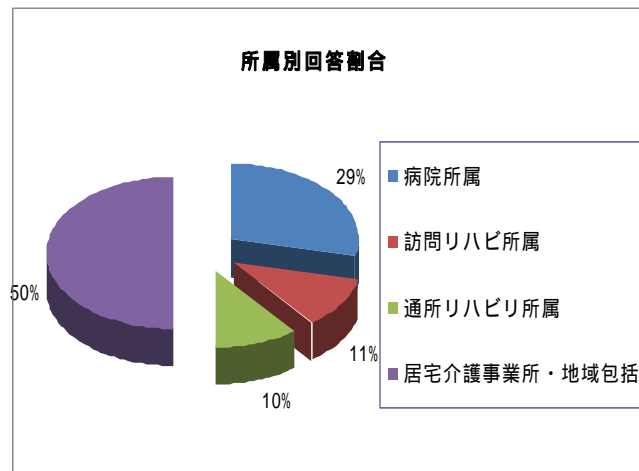
終了要因「その他」の内容の大半は、施設入所であった。

事業所として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリ専門職にどのような事をしてもらいたい、どのような事に期待するか(複数回答)



個人職員別アンケート結果

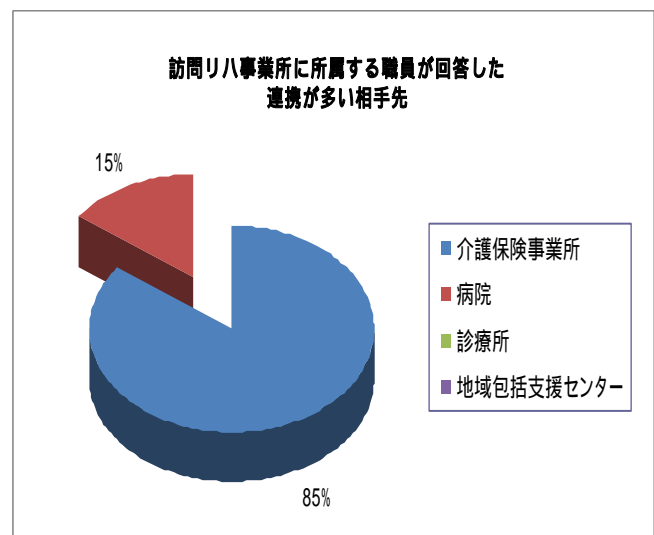
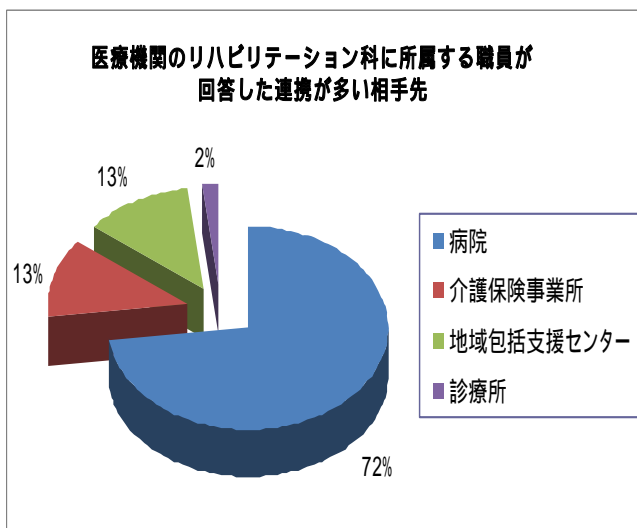
個人職員別アンケートの所属別回答者（n = 182）



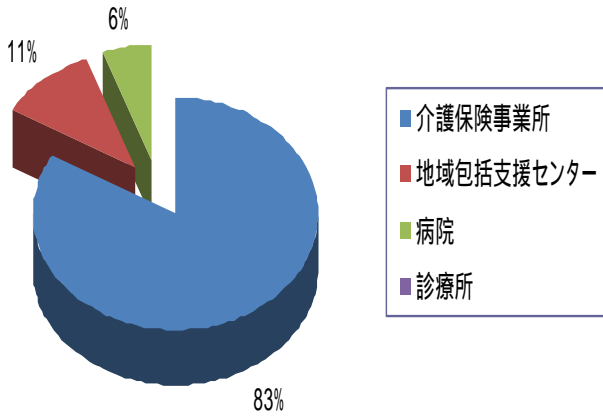
個人職員別アンケートの結果において、職員が活動上連携する相手は、医療機関は医療機関が、介護保険サービス関係者は介護保険事業所が圧倒的に多かった。また、その連携の方法としては、医療機関では連携パス等の書類での情報交換が7割近く占めていたが、それ以外の分野においては、電話等の通信手段または直接顔を合わせたカンファレンスが半数以上であった。

連携に対する評価としては、上手くいっていると回答している割合が、医療機関の職員で最も低く38%であった。また、連携にかかる具体的な問題として、現状の医療機関と介護保険サービスの情報提供内容では不十分、情報の活用例が少ない印象がある、さらに、情報連携が一方通行であり、双方向での連携が不十分だなどと回答している。

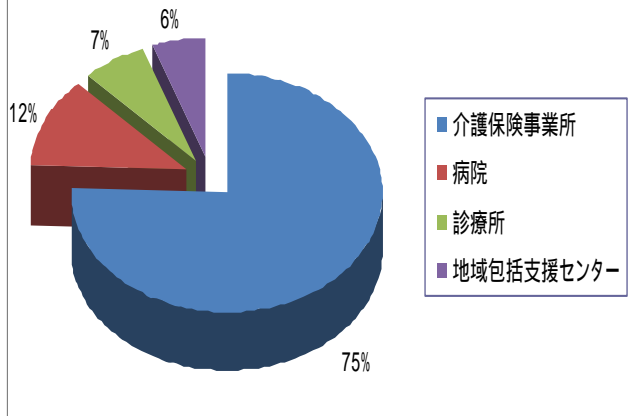
各機関との連携の現状について



通所リハ事業所に所属する職員が回答した
連携の多い相手先

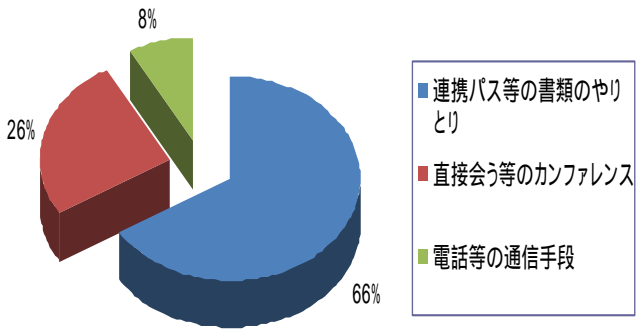


居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属する職員が
回答した連携の多い相手先

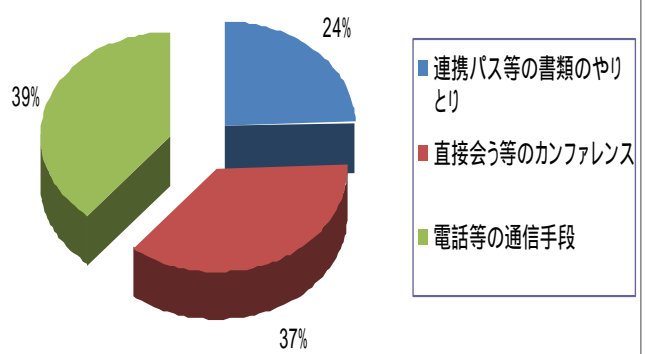


主な連携方法について

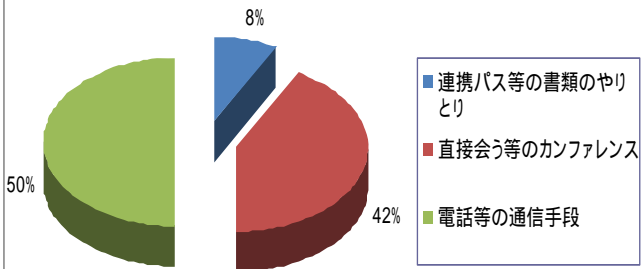
医療機関リハビリテーション科に所属する職員が回答した
主な連携方法



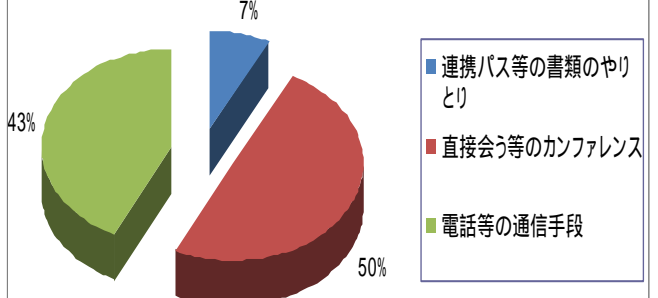
訪問リハ事業所に所属する職員が回答した主な連携方法



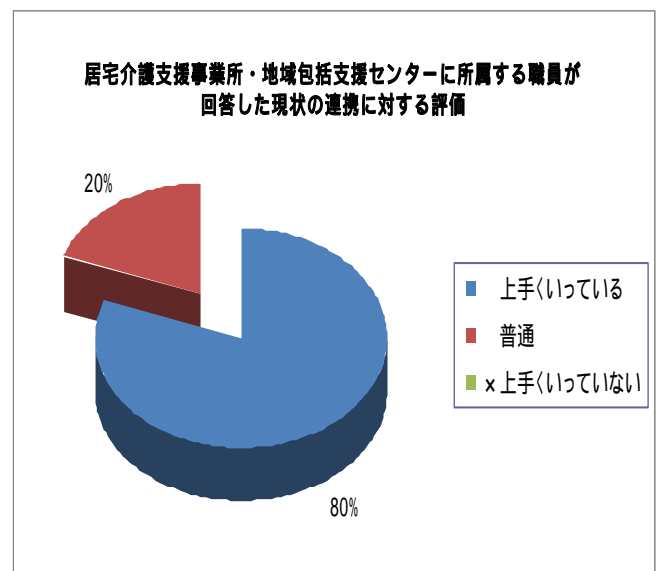
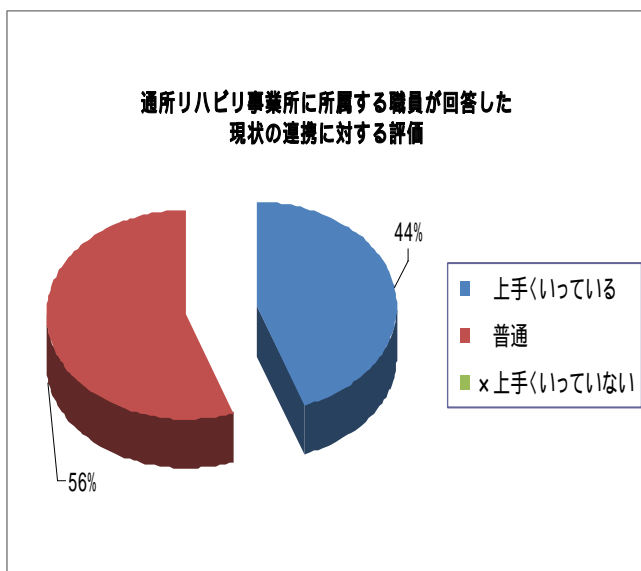
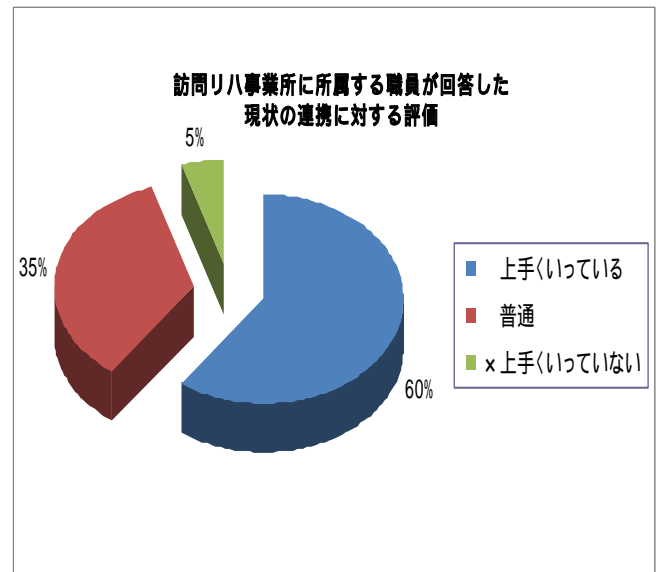
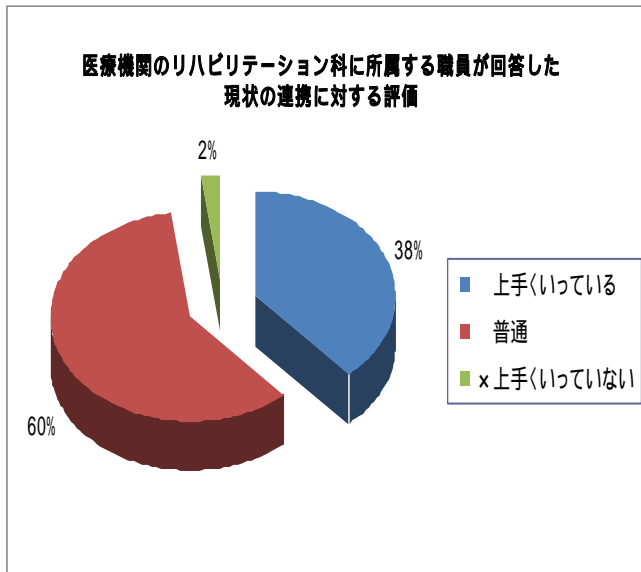
通所リハ事業所に所属する職員が回答した主な連携方法



居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属する職員が
回答した主な連携方法



連携に対する評価



連携に関する具体的状況

医療機関リハビリテーション科に所属する職員の回答

病院 _____ 病院

- ・ 連携パスやサマリーのためのやりとりだけで、その後の状況などが確認できない。
- ・ 定期的な会合がもてている。
- ・ 紙面上のやりとりだけの場合が多く、どうしてもわかりにくい内容がある。
- ・ 連携パスや転院時のサマリーなどでの連携が主であり、機会はそれ程多くなく、問題も起こっていない。
- ・ 連携パス、サマリーなどで患者の状態など十分に理解できている。
- ・ 地域で連携パスを使用している患者数が少ない。
- ・ 書類のみのつながりなので、もっと勉強会など共有できる場があるといい。
- ・ 連携パスやサマリーの情報しか伝えきれていないし、連絡頻度も少ないと思われる。

- ・ リハビリのサマリーなどの情報がある場合は、経過などがわかりやすいが、毎回ではないので、連携をとるにはもっと情報交換が必要。
- ・ 連携パスの内容だけでは、リハビリの具体的な状況がわかりにくい。
- ・ 脳血管疾患や大腿骨頸部骨折の患者については、連携パスの運用で支障はでていない。
- ・ 連携パスによる情報交換はできている。しかし、内容に不明な点が多く、十分な連携ではない。
- ・ カンファレンスのイニシアチブが不明で、方向性が定まらず、情報の共有は不十分。
- ・ 連携パスの FIM やバーサルインデックスの点数が的確ではなく、介助量の異なる事が多い。
- ・ 連携パスを記載しているが、活かされている感じがしない。
- ・ FIM などの点数が生活に沿っておらず、転院時の評価との解離があり、記載の意味をなしていない。
- ・ 連携パスでの情報交換がある病院とない病院がある。
- ・ 連携パスによりスムーズな患者の情報交換、共通言語でのやりとりができています。

病院 _____ 診療所

- ・ 小規模なので、情報が伝わりやすい。
- ・ 連携パスでの情報交換のみ。

病院 _____ 介護保険事業所

- ・ リハビリ専門職がない事業所に対しては、歩行や動作の介助方法を伝えるように心がけている。
- ・ ケアマネージャーとは、病院スタッフと家族、患者でカンファレンスが行えている。
- ・ 事業所の方が時々来られるが、連携と呼ばれるほどの具体的な情報交換には至っていない。
- ・ すぐに連絡がとれるし、比較的時間をとってもらっている。
- ・ サービス担当者会議を通して、具体的なリハビリ内容や問題点、介助方法等を伝達できている。
- ・ 書面のみのため、一方的になりやすい。

病院 _____ 地域包括支援センター

- ・ 情報交換が行いやすい。
- ・ 適切な支援が提供できるよう、話し合いの場がもてた。
- ・ カンファレンスやサマリーでの情報交換の機会はあるが、追跡的な情報のやりとりが乏しい。

訪問リハビリ事業所に所属する職員の回答

訪問リハビリ _____ 病院

- ・ 一方通行で、情報に具体性がない。
- ・ 連携パスがあるが、サマリーよりも情報が乏しい。

訪問リハビリ 介護保険事業所

- ・ 訪問リハビリに行った際の利用者の状態など、細かなところを随時連絡を取り合っているため、現状で満足している。
- ・ お互いフットワークが軽く、良く連携がとれている。事業所数も少なく、顔の見える連携がとれているように思う。
- ・ 必要に応じて、カンファレンスに出席したりできている。
- ・ 特に電話での連絡をとっており、カンファレンスにも定期的に参加できている。
- ・ お互いフットワークが軽く良く連携がとれており、良好であると感じる。事業所数も少なく、顔の見える連携がとれているように思うが、訪問入浴とのみあまり連携できていない。
- ・ 訪問リハ利用者の変化や環境設計など細かな情報のやり取りも多く、電話、FAXなどで密に話している。
- ・ 全てのケアマネージャーではないが、カンファレンスや訪問リハの時間帯に合わせて同伴してくれる。直接、顔を見ながら相談ができる。
- ・ 事業所にもよるが、カンファレンスや訪問時に同行して頂けるなど顔を合わせる機会が多いので、連携が取りやすい。小さな変化でも電話連絡など相談できる。
- ・ 利用者さんの情報は、全て、ケアマネージャーに報告している。こちらからの意見を申し上げたり、時にカンファに参加や同行依頼をしている。
- ・ 主にケアマネージャーとの連携が中心なので、少しでも気になることや、他の事業所へお願いをするような事がある時は、連絡をとるようにしている。

通所リハビリ事業所に所属する職員の回答

通所リハビリ 病院

- ・ ケアマネージャーを通じて以外の連携はない。
- ・ 退院時や退院後に新規で利用される時のみ、カンファレンスに参加。
- ・ 連携パスが届く事はないので、必要な時に電話連絡する程度。

通所リハビリ 介護保険事業所

- ・ 直接、話せる機会が少ない。
- ・ 電話やモニタリング用紙だけの関わりになる場合があり、疎通できていないことがある。
- ・ ケアマネージャー、相談員を通して情報を提供していますが、他の事業所の様子などがわからない事が多い。
- ・ カンファレンスや報告書、電話など必要な連携はとれていると思われる。
- ・ ケアマネージャーや家族からの意向に変化がなければ、連絡はそれほど行っていない。
- ・ ケアマネージャーによっても異なるが、定期的なサービス担当者会議の中で、問題となっているところやリハビリの目標の決定など話し合う機会を作れている。必要であれば、電話での連絡も出来ている。

通所リハビリ 地域包括支援センター

- ・ 担当者会議を通じて、連携している。

- ・ 利用者の状況により、うまく連絡できているところと、できていないところがある。

居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属する職員の回答

居宅介護・地域包括 病院

- ・ 退院前カンファレンスにて総合的な方針を認識し合い、サービスの調整を行っているが、病院内で担当が分かれているため、自分の持ち場だけの目標や達成があるので、調整しにくいと感じることがある。
- ・ 入院中のADLや入院の経過など各担当者（専門職）から話が聞ける。医師も出席してもらえるので質問しやすい。
- ・ 地域連携室がある病院やソーシャルワーカーがいる病院とは連絡がとりやすい。
- ・ 病院内地域連携室ができてから、情報交換がしやすくなった。
- ・ 病院内で十分に検討・調整した上で、連携されることがないため、混乱が生じる。
- ・ 病院の医師、看護師は在宅のこと介護保険のことをあまり知らないため、連携がとりにくい。病院によって、地域連携室がとても良い役割をしてくれている。

居宅介護・地域包括 診療所

- ・ カンファレンスにも出席してもらえている。
- ・ 往診の際に同席させてもらい、意見をもらっている。
- ・ 良いも悪いも判断できるほど、関わりがない。
- ・ 同施設内にクリニックが併設されているため、連携しやすい。他の診療所については、図りにくい場合がある。

居宅介護・地域包括 介護保険事業所

- ・ ケアマネージャーの担当ケースについて、状況を確認したり、相談を受けたりすることが多い。
- ・ 予防支援事業所も併設のため、各事業所とサービス利用者の状況報告やカンファレンスなどで連携を取り合うことが多い。特に独居高齢者の場合は、訪問介護のヘルパーと連絡を取り合う。状況把握する上での貴重な情報源である。
- ・ ケアマネ対事業所の連携はとれていると思うが、チームでケアしていく中で事業所どうしの連携をもっととれていくとよいのではないかと。
- ・ 頻繁に連絡を取っている。課題の発生している利用者については密接に連携が取れている。
- ・ 連絡は毎月のモニタリングや電話連絡で常に情報交換している。お互い連携は大切にしているのでスムーズにできている。
- ・ 毎月1回、各事業所に連絡票を渡し、記入頂き利用者さんの様子がわかるようにしている。各事業所も快く記入してくださっている。必要時にはその都度電話等で連絡が取れている。
- ・ 日々の様子など、適宜連絡頂ける所もあるが、なかなか連絡いただけないところもある。
- ・ 少なくとも、1ヶ月に1回は各事業所に行き、サービスをお願いしている方々の様子を自分の目で見たり話を聞かせてもらいます。又、サービス提供中に何かあれば、私

の携帯に直接連絡が来ます。

- ・ 訪問リハビリ、通所リハビリの事業所とは連携がとれています。しかし、評価は充分しきれていない可能性はあります。
- ・ 事業所のケアマネージャー、スタッフ間で差がある。
- ・ 職員の数が少ないのか、カンファレンスに忙しいのを理由に出席してもらえない事が多い。

利用の様子などは、逐一電話などで連携することができる。

- ・ 介護保険事業所の相談員さん等、窓口や担当者が明確であり、連携しやすい。

居宅介護・地域包括 地域包括

- ・ 電話で相談した際に、助言などをしてもらえる。
- ・ 退院されて、在宅医療を継続されている方へのリハビリの提案や、生活の中でのリハビリの内容を検討してもらっている。

機関ごとの連携が更に改善されるため、またはより良くなるために必要な機能や取り組みについて

医療機関リハビリテーション科に所属する職員の回答

- ・ サマリーなどの資料以外にも各機関間での研修会や、意見交換などの場があれば、他の機関のことや、他職種のことわかり、より連携が円滑になるのではないかと思います。
- ・ 連携パスを用いない方においてはどのような状態で退院されたのか知ることができない。回復期、維持期の病院からも退院時のサマリー（帰結）を急性期の病院へ送っていただくとありがたい。
- ・ 地域包括支援センター、介護保険事業所としての連携が特に少なく感じられるので、カンファレンス勉強会等で改善していく必要があると思います。
- ・ 連携病院どうしの情報交換は必要かと思われます。病院ごとの役割をしっかりと行う。
- ・ 急性期病院と詳細な内容を共用できるなにか方法があれば、回復期からの質問を急性期で答えてもらえるような手段がほしいです。
- ・ 保険者がイメージしているリハビリと、被保険者がイメージあるいは必要としているリハビリに差がある。
- ・ 退院後も問題点など共有できれば良いと思います。
- ・ 急性期 回復期 維持期と右方向の情報提供は充実してきていると感じますが、急性期 回復期 維持期の左方向の情報提供があると、治療や連携のとり方の見直しに役立つのではないのでしょうか。
- ・ 情報交換用の書類の統一。他の情報が欲しいのかのフィードバック。
- ・ 現在、担当している部署が療養病棟ということもあり、なかなか外部と密にやり取りをする機会が少ない、退院が決定しても施設に行かれることが多く、担当者会議などを事前に行うことが少ない。
- ・ 連携パスに関しては紙面に入力（記入）しやすいようにソフトを作るべき、又もっと周知をはかるべき。

- ・ 地域連携パスの活用をもっと増やしていくと良い。書面やパスの内容は充実してきているが、実際の活用例が少なく、イメージしづらい。

訪問リハビリ事業所に所属する職員の回答

- ・ 利用者さんを中心とした連携ノート（使用している人としていない人がいる）。他職種や他事業所がその利用者に行っているサービスをお互いに理解し、知りあう事につながる。
- ・ STという職種柄、診療所との連携が難しいところがあるが、今後嚙下面等についても積極的な関わりを自発的に行っていくべきと考える。
- ・ 医療保険と介護保険の間でシームレスな連携とはなっていない印象を受ける。（連携することで加算がつくのは医療保険のみという事も関係あると思われる）しかし、必要性を感じているので積極的に事業所からも連携をとって行く為、知り合い、顔見知りを多く作ることが大切だと思う。
- ・ 日常業務が忙しいが、定期的なカンファレンスだけでも全職種が（Drも）顔を出せると対象者だけでなくサービス提供者も安心できると考える。
- ・ 本人の顔を一度も見ないまま、電話連絡などで済ましていることがあるので、患者さんを取り巻く担当者が顔を合わす機会があるといい。
- ・ 他事業所との関わりとしては、お互いからの依頼があってこそその連携であるため、施設の見学等や定期的な顔合わせの場が必要と思われる。
- ・ カンファレンスなど顔が見える連携がとれるのが一番ですが、なかなか難しい現状があるため、様式（書類）などみんな情報共有できるような仕組みが出来ると良いと思います。

通所リハビリ事業所に所属する職員の回答

- ・ 家人とのみ連携を取る事が多く、他のサービス機関での様子などの情報が入ってこない事が多い為、他のサービス機関との情報が共有できる物があると良いと思う。
- ・ 書類を多くするより、会議など直接話し合える場が多くある方が、連携が強くなると思う。

居宅介護・地域包括に所属する職員の回答

- ・ 連絡＝連携 ではないので、医療機関に在宅生活に向けての対応について、このような事が前もって評価対応してもらう必要があるという事を伝える必要がある。
- ・ 病院でのカンファレンス、主治医との話が出来ないことが多いため、医師が不参加の際には、主治医の意見を前もって地域連携室の方が聞いて欲しい。
- ・ 各事業所（医院等）の評価をして、公表してみてもどうか？他事業所からどう思われているのか知ることが大切。
- ・ 退院し自宅にもどって介護保険を申請するのではなく、入院中に生活を想定して退院してほしい。一度退院すると情報収集が困難になるので、入院中からそのような関わりをしてもらう方が、医療と福祉の連携がスムーズに図れると思う。
- ・ 病院については地域連携室がどの病院にもあってほしい。

- ・ 医師会等で協議して頂き、ケアマネとの連携を取るために時間を設けて欲しい。
- ・ 病院のカンファレンス時には退院時計画書を作成して、地域の職員に説明して頂きたい。
- ・ 診療所（開業医）の先生から、リハビリに対する指示が書類等で細かくあれば助かります。（リハビリのサービス等については本人希望が中心になっている事が気になります）。
- ・ 回復期の病院で、退院に向けて退院時のカンファレンスを病院の方から積極的に行ってもらえれば有り難い。また、カンファレンスの時は、できるだけ専門用語を使わずに利用者やサービス事業所に理解できる様に説明していただきたい。
- ・ 病院におけるカンファレンスに主治医の医師が参加して下さると有り難い。
- ・ サービス担当者会議に医師が参加できる仕組みが必要。参加が出来なくても情報を提供できる仕組みがあると、医療と福祉の連携が深まると感じる。
- ・ 診療所から気になるケースがあれば、地域包括へ連絡が入るような体制となっているため、そのことを診療所に再度周知していくことが必要。
- ・ 書類の統一をはかる（連携時のサマリーなど）。
- ・ 医療機関は、退院に際して、先に十分退院についての検討をされ、在宅に戻られる方（患者さん）が生活のしづらさがあるようなら、その事に対する示唆ができる関わりをして頂きたい。
- ・ 介護保険事業所は大変協力的で、病院まで出向いたり、会議への出席をして頂いている。ただ最近「空きがない」との返答が増えてきているように思う。空きを作る努力をしていただきたい。

その他の問題、課題について

医療機関リハビリテーション科に所属する職員の回答

- ・ 療養型で勤務しているため、情報等を他院へ発信する機会は少ない。しかしながら、当院へ患者が入院される時、他院から特別、連携を感じる書類をもらった経験もない。

訪問リハビリ事業所に所属する職員の回答

- ・ 医療機関でリハビリを受けられた場合の主となる担当者を明確にしてほしい。
- ・ 一部の事業所は知っているのに、その他の事業所は知らないと言うことがある。リハビリの理解が事業所によって不十分。
- ・ 訪問リハ、通所リハのサービスで”通所出来ない人が訪問リハの適応”と解釈されている事がまだまだ多い印象を受ける。通所と訪問で役割が違う事をもっとアピールする必要性を感じた。（機能訓練なら通所、ピアサポートなら通所、しかし家族を含めた支援（直接）をするなら訪問、社会参加につなげるなら訪問、本人のニーズを具体化し、実現化していくなら訪問など、明確に役割分担しなければ本当のリハビリテーションが出来なくなったり、職域が狭まるという危機感を持っている。
- ・ 回復期以降に医師の関与がないことが現状。

通所リハビリ事業所に所属する職員の回答

- ・ 現場の意見をご家族に聞き入れてもらえず、スタッフの負担が多い。
- ・ 維持期とされている対象者に対して変化がないことが大きな意味を持つと思うがなかなか表しにくい。
- ・ 担当者会議は利用者の事をつかむ大切な場であると思い参加しているが、参加することで利用者の個別を見る時間を減らさないといけない、減算になるので難しくなっている。
- ・ 報告書を提出するも、他サービスでの利用状況など把握するのには担当者会議でしかない。

居宅介護・地域包括に所属する職員の回答

- ・ 事業所が少なく、混んでいて空きがない等で回数などに制限が出てしまうことがある。
- ・ リハビリテーションとは（地域リハビリテーションとは）・・・についての共通認識が必要だと思う。
- ・ ある医療従事者の方に医療の質問をした時、「もっと勉強してきて」と言われたことがあります。確かに勉強不足だったことは反省するが、わからないから聞いているので、教えて頂ける体制を整えていただくと有り難い。
- ・ 病院～在宅の流れは切ってしまうのではなく、継続されていくものと考えてほしい。
- ・ 以前に比べて、かなり医師やPT、OT等と連絡が取りやすくなったが、医師によってはサービス担当者会議に参加してもらえないだけでなく、アポもとれず、直接意見が聞けないことがあり、医師とはネットワークの一員として、もっと気楽に意見交換が出来るようになればいいと思う。
- ・ 単独の訪問リハの事業所が少なく、リハを受けたいが受けられない状況がある。
- ・ 使われる利用者の医療リハビリと介護リハビリの理解が出来なくて、病院でのリハビリでないと、リハビリではないと、物足りなさを訴えられる。
- ・ 通所リハビリのサービス不足。必要な時期に必要なリハビリが受けられないのが現状。
- ・ お一人の方が入院から地域に帰られて、再入院とならぬ様連携を重要と考えてもらいたい。
- ・ 特に片麻痺の方が退院され、訪問リハビリを希望するが空きがなくて、改善の時期を過ぎてしまわれた方もあります。訪問に来て頂ける療法士を増やしてもらいたい。
- ・ リハビリのサービス導入については、家族や本人の希望により導入する以外ケアマネとして必要性を感じ、提案させていただくのですが、在宅生活の家事（食事）、排泄、入浴の後回しになることも多く、金額的に必要なのに導入困難もあり（経済的な問題や限度額の関係）介護保険の中の位置づけは難しいものがあります。
- ・ 地域連携パスについては、維持期である在宅において、直接的な関わりを持つことは今のところない。
- ・ なかなか病院の医師との連携がとりにくく、正確な利用者の医療情報が伝わってこない時がある。
- ・ 病院から在宅へ戻る時のリハビリの連携について、積極的に行ってもらえる病院とそうでないケースがある。病院から在宅へ来てもらい、在宅で役立つリハビリを病院で

行ってもらえるようにして欲しい。(在宅での生活を想定したりハビリ)老人だけでなく、若年障害者のリハビリ(サービス)が在宅では少ない。訪問リハビリも制限があり、通所も高齢者が多い。在宅へ帰ってからADLが低下する人も多い。

2. 居宅リハビリテーションプログラムの提供(出前リハビリ事業)

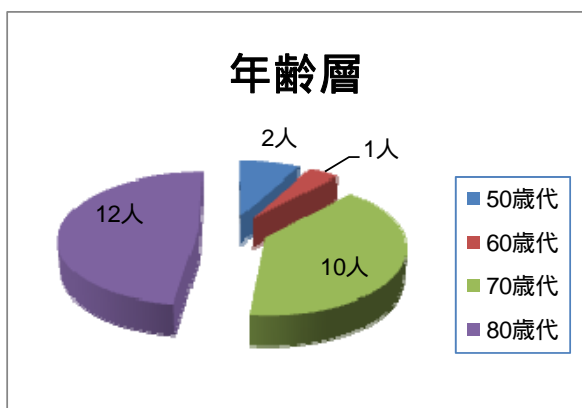
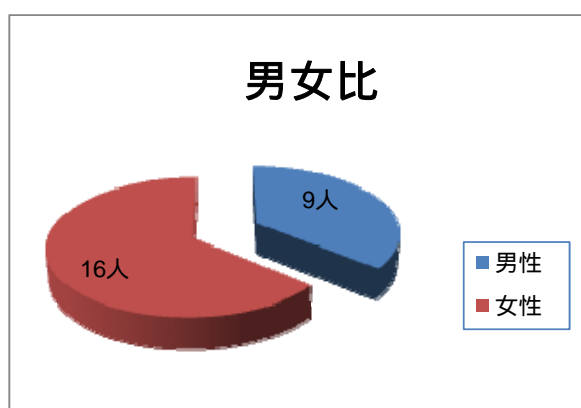
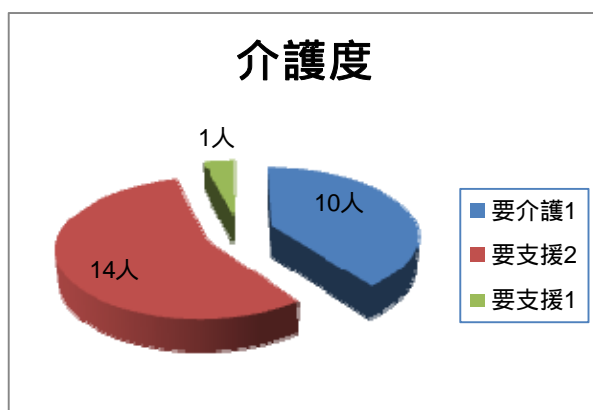
(1) 実施期間

当初の事業計画では、平成21年8月から22年1月の6ヶ月間としていたが、実際の取り組みは、平成21年8月28日(金)から平成22年2月28日(日)までの間に実施した。

(2) 事業の対象者

訪問の対象者は、総数で25名(事業対象外1名、中途終了者3名含む)であった。

対象者の概要



(3) 対象者支援の結果 (中途対象者を除く 22 名)

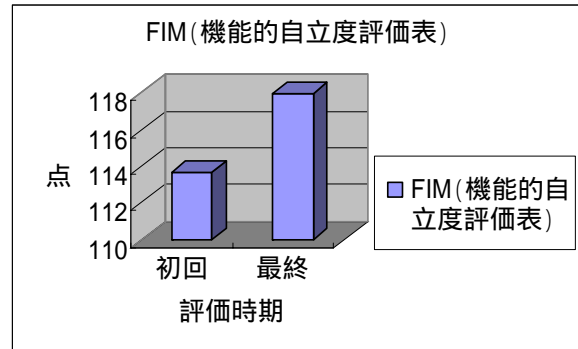
FIM (機能的自立度評価表)

初回評価平均値：113.68 点

最終評価平均値：118.00 点

維持者：15 名 (68%)

向上者：7 名 (32%)



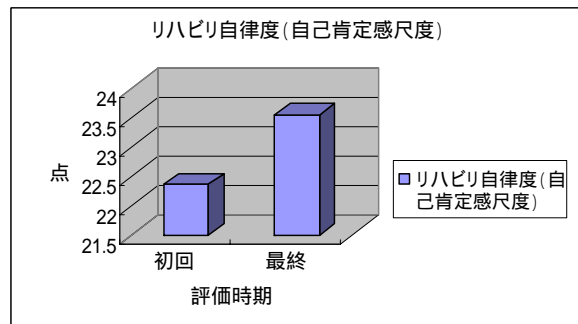
リハビリ自律度(自己肯定感尺度)

初回評価平均値：22.36 点

最終評価平均値：23.55 点

維持者：9 名 (41%)

向上者：10 名 (45%)



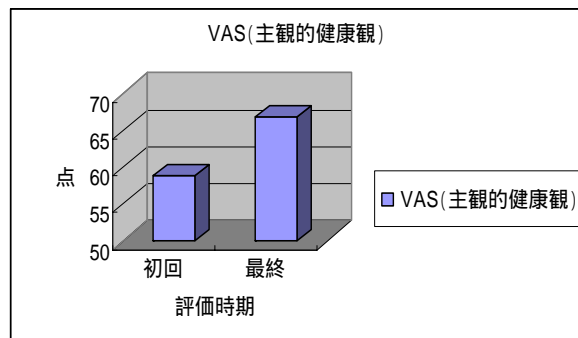
VAS (主観的健康観)

初回評価平均値：58.82 点

最終評価平均値：66.82 点

維持者：5 名 (23%)

向上者：13 名 (59%)



(4) 結果の概要と考察

本事業では、重症化予防を目的に現在使われている居宅生活支援サービスに加え、リハビリテーションマネジメントを行い、在宅で取り組むことができる簡単なリハビリテーションプログラムを個別に作成し、対象者に実践していただいた。

対象者の介護保険サービスの利用状況は、中途終了者の3名を除く22名のうち、通所介護サービスを利用されている方が9名(41%)、通所リハビリを利用されている方が2名(9%)などであった。

本事業の評価指標については、生活の実態を知るため「している活動」の客観的評価として、機能的自立度評価法(FIM)を用いた。また、対象者本人の主観的評価としては、主観的健康観(VAS: Visual Analogue Scale)と「現在の自分を自分であると認める」程度を測る尺度として、自己肯定感尺度(リハビリ自律度)の評価指標を用いた。

出前リハビリを実施した対象者における評価指標の成果について

出前リハビリを実施する前と後における評価指標の変化について、FIMは全ての対象者において、維持または向上という結果を得られることとなった。また、VASについては82%の

対象者が、リハビリ自律度については86%の対象者が、維持または向上という結果であった。

心理的健康観を示すVASとリハビリ自律度においては、正の相関が予想されるが、リハビリ自律度が向上していた10名のうち、7名にVASの向上が認められた。また、FIMが向上していた7名のうち、5名がVASの値においても向上している結果となった。

評価指標の値の変化について、対象者が現在利用している居宅生活支援サービスとの相関性（通所介護サービス等の利用の有無との関係性）は、特に見られなかった。このため、評価指標の変化は、ほとんど本事業の実施に伴うものであると考えられる。

FIMの向上に伴って、VASが向上している点については、対象者のほとんどがADL自立であっても生活の中で「しづらさ」を感じていたが、それがある程度解消されたことによると考えられる。また、リハビリ自律度が向上している点については、今回の関わりをとおして、対象者の方々が、自身の能力に対して、自信をもって肯定的に捉えることができるようになったことによると考えられる。さらに、VASとリハビリ自律度がともに向上している点については、リハビリ専門職が関わることで、対象者の方々が心理的不安を解消している面もあるのではないか、と推察できる。

対象者自身の主体的行動の重要性について

本事業の対象となった方々への事業実施後アンケートでは、ほぼ全員からおおむね良い評価を得るとともに、提供したプログラムについても、8割以上の方がおおむね実施できたとしている。このような結果を得られた理由は、提供したプログラムが、対象者にとって日常生活の中で手軽に実施できる内容であったこと、リハビリ専門職が訪問し、具体的支援を行ったことなどであったと考えられる。

また、対象者の9割近い方が今後も自分自身で行うリハビリを継続できるとしている点については、提供されたプログラムを実施したことで、身体機能や生活能力に改善があり、自身でその変化を実感することにより、今後も取り組むことができるとの意識に繋がったものと考えられる。こうした対象者の方の変化は、同居されている家族の方々の意見にも現れており、本事業が、対象者の方々が主体的な生活を送るきっかけになったものと思われる。

専門職が関わって、意義があったと思われる点について

本事業においては、8名のリハビリテーション専門職に関わっていただいたが、在宅における健康づくりやリハビリテーション活動に専門職が関わる意義は、以下の点であったと考えられる。

- ・身体機能や活動機能、社会参加などについて、それぞれの可能性をリハビリの専門的観点から個別に評価し、適切なプログラムを提供できたこと。
- ・対象者の方々へは、生活面の「しづらさ」を解決するために、日常生活の中で取り組む簡単な運動の提案や、生活動作時の姿勢のアドバイスなどを行っているが、いずれもリハビリテーションのエビデンスに裏打ちされたプログラムとして、提供できたこと。
- ・自宅や活動範囲における環境評価を行えるため、環境因子におけるリスクや動作方法の修正などを同時に提案できたこと。
- ・福祉用具の活用などについても、専門的見地から支援できたこと。

(5) 個別支援における代表的な事例について

対象者 No5

70歳代 女性 左人工股関節置換術施工(2年前)

対象者のニーズ:「老人会に出席したい」

プログラムの提供

下肢の関節可動域を拡大するため、ベッド上で出来るストレッチを指導。

初期評価

左股関節に関節可動域制限あり。

片脚立位保持:7秒。

入浴時はシャワチェア、浴槽台を使用。

階段昇降時に手摺りを使用し自立。

最終評価

関節可動域が拡大。

杖なし歩行が可能。

浴槽台、シャワーチェアを撤去。

経過

医療機関を退院されてから1年以上が経過していたが、実際の生活場面において、屋内では杖なし歩行を獲得され、入浴時も浴槽台・シャワーチェアを利用せずに入浴動作が可能となられた。また、おっくうになっておられた外出についても、これをきっかけに老人会へ参加された。

今回の関わりがなければ、この対象者の生活がこれまでに変わるきっかけは、なかったものと思われる。

対象者 No14

70歳代 女性 脳梗塞後遺症、パーキンソニズム

対象者のニーズ:「円背をなんとかしたい」

プログラムの提供

上肢・体幹・下肢の筋緊張を整えるストレッチを指導。杖の使用方法を指導。

初期評価

円背強く、立位バランス不安定

両脚立位保持:14秒

四点杖使用。「重い、使い方がわからない」

「度々、転倒する」

最終評価

30秒

杖の使い方を指導。

事業期間の転倒歴なし。

経過

屋内は伝い歩きをし、屋外ではシルバーカーを使用されていた。しかし、転倒歴が多く、四点杖を提供されていたが、利用されていなかった。そのため、転倒の改善には至っていない状況が続いていた。今回の関わりによって、屋内では、すべり止め靴下使用の提案と杖の使用方法を指導。その間の転倒歴はなく、ADL、IADLとも維持されている。

対象者 No16

80歳代 女性 アルツハイマー型認知症、右踵骨骨折、高血圧

対象者のニーズ：「杖なしで家の周囲を歩けるようになる」

プログラムの提供

テーブルを支えにして行える下肢の運動プログラムを指導。

家庭内役割活動の提案。家屋評価。

初期評価

活動性低く、閉じこもりがち。

Timedup&go テスト：25 秒

開眼片脚立位：右 5 秒 左 10 秒

ファンクショナルリーチ：23cm

最終評価

「おばあさん最近変わったなあ」

17 秒

右 9 秒 左 26 秒

26cm

経過

3つの評価指標以外にも、身体機能評価を具体的数値で表し、効果や潜在能力が高いことをご本人にフィードバックし、ご家族を巻き込んで、プログラムを促していただいた。その結果、日中の活動性が向上し自営されているお店番の役割を手伝われるようになった。

専門職の関わりにより、身体的・精神的機能の評価を行い、どこまでなら対象者の能力でできるのかを考えることができたことによって、活動へと結びつけられたものと思われる。

対象者 No17

80歳代 女性慢性関節リウマチ、右膝・左股関節人工関節置換術

対象者のニーズ：「歩ける状態を維持したい」

プログラムの提供

疼痛軽減、関節保護を目的とした体操を指導。

疲労軽減と関節保護を目的とした日常生活の工夫点をアドバイス。

初期評価

関節可動域制限と疼痛あり

(特に右足趾、右手関節、肩、左股関節)

易疲労、倦怠感あり。

「誰とも会いたくない」

Timedup&go テスト：25 秒

ファンクショナルリーチ：17cm

最終評価

右肩の関節可動域が拡大。

左足関節の疼痛軽減。

日帰り旅行へ行ってきた。

「最近、楽しくなってきた」

14 秒

19cm

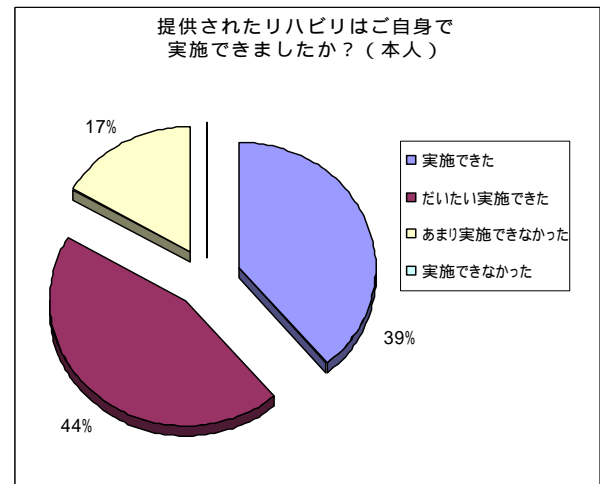
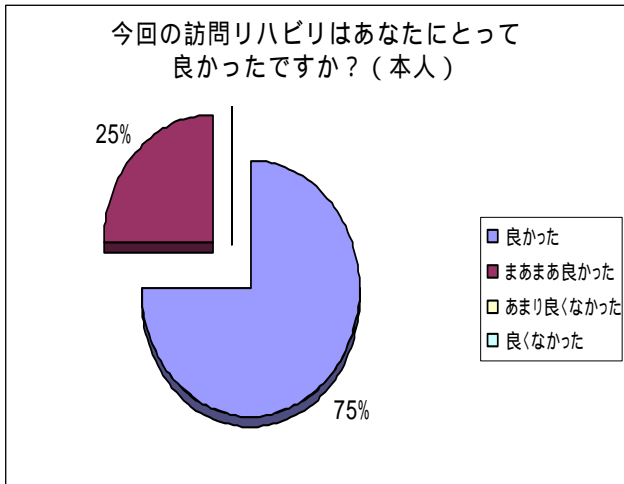
経過

ご本人が生活上、不安に思っていることについて工夫すべき点を図示し、疾患特性に合わせたプログラムの提示を行えた。その結果、歩様が改善し、その歩く姿が改善されたことによって、お孫さんから買い物に誘ってもらえるようになり、外出頻度の向上につながった。

疾患特性を知った上で、予後やその可能性を踏まえた関わりができたことによって、対象者自身が今の自分と向き合うきっかけになったと思われる。

(6) 出前リハビリ対象者への事業実施後アンケートの具体的結果

アンケートの結果では、すべての方が出前リハビリの支援を受けて良かったとしていた。また、自分で行うリハビリについては、82%の方が継続して実施できており、訪問による具体的支援を実施した効果が現れている。



提供されたりハビリの実施

『実施できた』理由
<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所リハビリでしているリハビリよりも軽い。 ・ 親切な指導だったので、実施できた。 ・ 手足が段々良く動くようになってきたので、実施できた。 ・ 毎日の日課になっていた。 ・ 1人で続けているうちに、手足が軽く動くようになったように思えた。 ・ リハビリ作法が変わっていたので。
『だいたい実施できた』理由
<ul style="list-style-type: none"> ・ 出前リハビリの先生の指導が良かったので。 ・ 言われるとおりにできました。 ・ 手軽に出来る内容だったので。 ・ 続けてやっていると、歩行が少し楽になる気がしたので、続けられた。 ・ 無理をしなくて良いという指導だったので、楽な気持ちで実施できた。 ・ 言っていたかかないと出来ない。 ・ 近くで号令をかけてもらいながらの方が、リハビリをしている気になります。 ・ 言ってもらわないとなかなか出来ない部分もある。
『あまり実施できなかった』理由
<ul style="list-style-type: none"> ・ 最初は、全くできなかったが、毎日、目につくところにリハビリ記録用紙を貼る事で後半は意識できた。 ・ やらなければと思っていても、家で1人で毎日やるのは大変でした。

提供されたりハビリテーションの今後の継続

『出来ると思う』理由

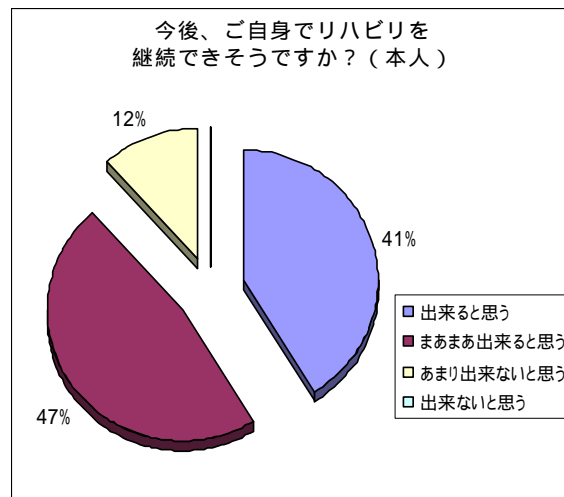
- ・ やれば出来ると思う。
- ・ 歩くことを目標にしているので、なるべく早く到達したいから。
- ・ これからも毎日続けていけると思うので。
- ・ こけたくないの、出来ると思います。
- ・ 自分の体なので、少しの時間でも大切にして続けていきたいと思います。
- ・ 一人歩きの楽しさを喜べる事がとても嬉しいので。
- ・ 1日も早く良くなりたいので。

『まあまあ出来ると思う』理由

- ・ 家族からも助言されるので、出来ると思う。
- ・ デイサービスにも行っているが、それに加えて頑張ろうと思っている。
- ・ 最終日に決めた事だけは、一部でも継続していけると思う。
- ・ 背中や足に痛みのない日は頑張って出来ると思う。
- ・ 気長にやるだけで、良くなってきたので。
- ・ 簡単だから。
- ・ 自分が頑張るので。
- ・ 言ってもらったなりに少しでも出来ると思う。

『あまり出来ないと思う』理由

- ・ 腰や下半身が痛いので。



出前リハビリによって変化があった点について（対象者本人）

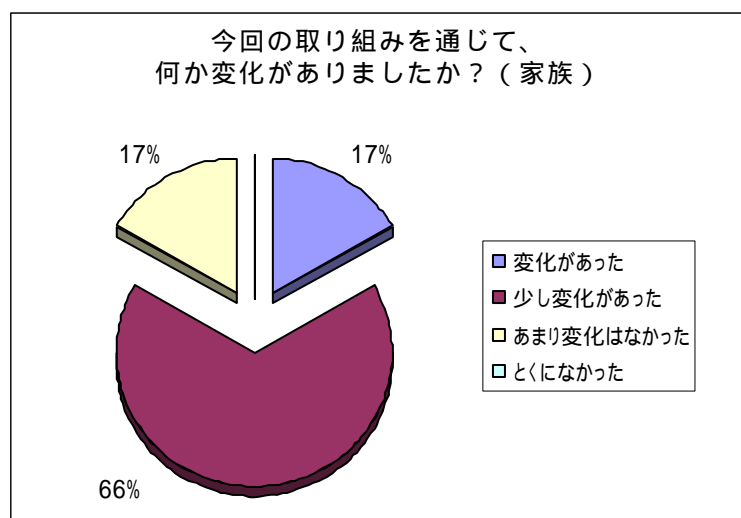
生活の面：

- ・ 自分で出来る範囲が広がった。
- ・ 生活リズムが整った。
- ・ 頑張れるようになった。
- ・ 座ることが出来なかったのに、座れるようになった。
- ・ なんとか炊事、洗濯ができています。
- ・ 生活を楽しく過ごせるようになった。
- ・ 1回でも多く実施したい気持ち。

気持ちの面：

- ・ 明るくなった。
- ・ せっかちな気持ちが少しだけ、気長になれた。
- ・ 楽しくなった。
- ・ 自分に自信が持ててきている。
- ・ 少しでもしっかりと歩けるようになりたいと思えるようになった。
- ・ やっていると、少しずつ良くなってきているので、気持ちも良くなった。
- ・ 嬉しくて頑張りたいと思っています。
- ・ 1週間が待ち遠しかった。
- ・ パワーをもらえた。
- ・ 今まで、腰痛について諦めていたが、前向きに考えるようになった。
- ・ 気持ちの上で、希望がみえてきました。
- ・ 自分の時間を楽しめるようになった。
- ・ あまり期待出来なかった。

出前リハビリの対象となった方のご家族の意見



出前リハビリによって変化があった点（ご家族の意見から）

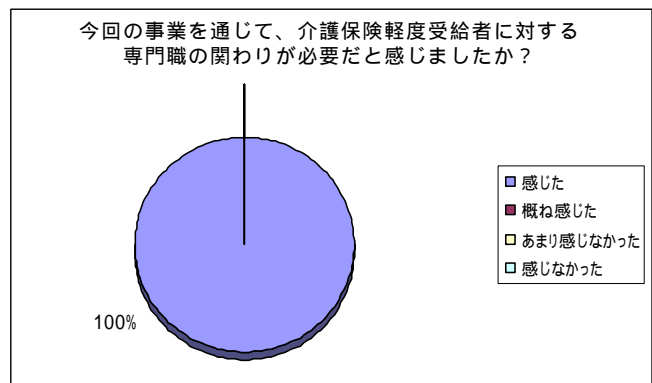
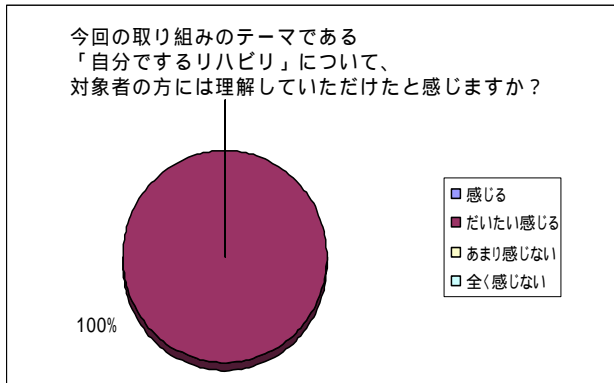
生活の面：
<ul style="list-style-type: none">・ 自分から少しずつやろうとしていた。・ 特別な変化は見られていないが、自分のできることをやっている。・ 仕事がりハビリになると思って、ゴミ出し等を頑張っている。・ 全く自分から動こうとしなかったのに、自分から戸外へ出るようになりました。大きな変化です。・ 少しずつ良くなっているようで、喜んでいる。・ 手が上に拳がるようになっている。・ 日常の事を少しずつ励んでいる。
気持ちの面：
<ul style="list-style-type: none">・ やる気もあるけど、時々いじける時もある。・ 明るく受け止めるようになっている。・ 自分でするリハビリが大事だとよくわかった。・ 少し、自分でも動けるという感覚がつかめたのか、自信を取り戻したようで、前向きになりました。・ 出前リハビリが来るのを楽しみながら待っていた。・ 目、耳、口も正常に近い日もあり喜んでいます。・ 毎日、少しずつでも続ける事を意識している。
その他、ご家族からのご意見：
<ul style="list-style-type: none">・ 1ヶ月に1度程度の訪問で何か効果が得られるのか、半信半疑でしたが、プラン作成から、本人への落とし込みに至る上手いプログラムや導きで、父がとても変わることが出来ました。・ 生活の場に直接来て下さり、本人の生活の中から、適切な運動や機能面の取り組みを具体的に指導頂けた点が良かった。・ 身近に出来ることで、自分の体になるという本人の手応えが得られた。・ デイのリハビリと違い、生活に密着してのリハビリは別の意味がある。是非、デイのリハビリと出前リハビリを両方実施していただきたい。・ 生活動作の維持・向上は、気持ちの面も高めることができ、出前リハビリは効果があると思います。

（7）出前リハビリ事業協力者への事業後アンケート

本事業では、居宅リハビリテーションプログラムの提供（出前リハビリ）のために、8名のリハビリテーション専門職（作業療法士、理学療法士）のご協力をいただいた。

事業協力者への事業後アンケートについては、6名から回答があった。

リハビリ専門職の関わりの必要性

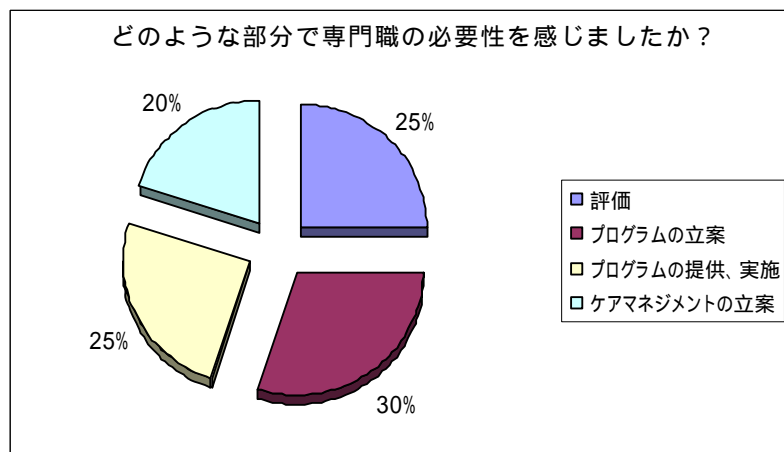


リハビリ専門職の関わりが必要な理由

介護保険軽度受給者に対する専門職の関わりが必要だと感じた理由：

- ・ 介護度が高くなればサービスは増えるが、軽度になればサービスが少なく、不安だけが aumentando という状況がわかる対象者だった。
- ・ 日常生活や身体について、どのようにしたら良いのかわからないという方が多いため、専門職の関わりが必要。
- ・ 安定した日常生活を送れるように、適切な時期、状態での介入、見守り続けることが大事だと感じた。
- ・ 専門職が関わることで、自分で運動の必要性を感じていなかった方に、必要性を実感してもらえたため。
- ・ 専門職のもつ情報を伝えることで、生活が変わる方もいると感じた。
- ・ 活動性の少ない生活様式で、廃用に気づかずに暮らしている高齢者が多いと感じた。
- ・ 対象者の生活を見るには、身体的・精神的機能を評価でき、どこまでなら対象者の能力で出来るのかを考えることができるため。
- ・ もてる能力を活かせないまま、生活範囲が限られている方が多かったので、専門職の関わる視点が必要と感じた。

リハビリ専門職の関わりが必要な事項



その他の意見

その他に専門職が関わる必要性について：

- ・ 訪問リハビリ、施設リハビリによる定期的なフォローは必要。
- ・ 家族への助言、援助。

今回の取り組みを通じて：

- ・ 訪問看護ステーションなどのフォローがもっと現実化してほしい。
- ・ 今回の事業は期限を明確に切る事で、自律心、自主性を持ち、対象者に主体的な取り組みをしてもらった。
- ・ 身体機能面の変化は比較的出しやすいが、活動・参加に対しての効果は出しにくい。
- ・ 同行してもらえたケアマネージャーの意見として、「身体機能・活動・参加それぞれに対しての予後、可能性についての評価を求めている」と言われた。
- ・ 予防の方に訪問リハビリとして関わる必要性及びニーズを感じた。
- ・ 人的環境(家族など)を含めたアプローチが、集団での予防プログラムより実践しやすい。
- ・ 利用者は自己の身体機能の変化に気づいていない場合が多い。そこから改善する方は、専門的なフィードバックをする事で、自主性・主体性・意欲のさらなる向上を図ることができる。悪化してしまうパターンでも、早期発見、周囲への報告、進行予防に有効であると思われる。
- ・ 事業終了後の利用者の様子を知りたい。生活の変化が持続しているか、また元に戻っているのかを含めて。今回の事業だけでは、継続した関わりが必要だったか、終了で良かったかなどの判断基準がないので。

3．居宅生活支援サービス従事者への支援

リハビリ専門職の在宅訪問スケジュールにあわせて、可能な限り居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの担当ケアマネージャーに対象者のご自宅まで同行していただいた。今回の事業では、当初計画していたような、直接的な技術支援までには至らなかったものの、同行していただいた事で、リハビリテーションの観点から、マネジメントを実施する視点を共有できたものと思われる。また、ケアマネージャーの立場からリハビリ専門職に求められる視点についても共通認識がもてる機会となった。

4．在宅診療医における主治医の連携

主治医との連携においては、当初、計画していた再発予防に関する取り組みは、実施できなかったが、本事業を通じて、対象者の選定や対象者の経過に関する意見交換の場に参画いただいた。主治医より対象者のこれまでの診療に関する背景などを情報提示していただく事で、短期間の訪問活動においてもより効果的な取り組みが実践できたものと思われる。

また、事例を通じてリハビリ専門職の視点やその手段を提示し、マネジメントの場を共有できた事で、リハビリテーションに関わる在宅診療医の一つの活動の在り方として位置づけられたのではないかと思われる。

5. 地域の従事者に対する学習会の開催結果

日 時：平成 22 年 3 月 11 日（木）13:30～15:30

会 場：特別養護老人ホーム万葉の里 会議室
（蒲生郡竜王町山之上 6 3 2）

内 容：講演・実技
暮らしの中にあるリハビリテーション
「事業報告と日常生活動作の評価方法」

講 師：藍野大学医療保健学部作業療法学科 七里 展子 氏（作業療法士）

学習会参加人数：管内のケアマネージャーなど 25 名

6. 事業結果のまとめ

今回の取り組みは、介護保険サービス受給者における介護度の重症化に関して、リハビリテーションサービスの活用との関係性を探った。

居宅リハビリテーションプログラムの提供（出前リハビリ）を実施した対象者の大半は、現在利用しているサービス内容に、リハビリテーション専門職の関わりは含まれていなかった。

事業の結果においては、要支援 2・要介護 1 の比較的軽度の認定者を対象に支援した結果、リハビリテーション専門職の最小限の支援で、それぞれの評価指標の向上や、在宅生活にプラスの変化が生まれるという結果を、いくつか得ることができた。

出前リハビリの対象となった 22 名の方々すべてが、今回の取り組みを良かったと回答しており、そのうち 8 割以上の方が今後も自分自身で取り組むことができると回答している。これは、支援にあたった作業療法士や理学療法士が、対象者の在宅生活に沿った形で評価を行い、自身が日常生活の流れの中で実践できる簡単なプログラムを提供し、訪問による具体的支援を実施したことによるものと思われる。

これについては、本事業の対象者において、リハビリテーション専門職の関わりが大変効果的であったということであり、このように、在宅生活における重症化予防の観点において、リハビリ専門職の関わりが有効であると考えられる。

しかしながら、一方で、東近江圏域を対象とした調査事業でも明らかになったように、医療から在宅につながる過程の中で、リハビリテーション専門職の関わりが退院後も継続されることは少ない。

また、リハビリテーションサービスを提供できる事業所等が少なく、訪問リハビリ・通所リハビリが提供できないと多くのケアマネージャーが回答するなどの状況がある。さらに、ケアマネージャーがリハビリテーションの必要性をあまり認識していなかったり、リハビリテーションサービスに関する情報を十分に得ていないなどの状況も推察できる。

さらに、現在実施されている訪問や通所のリハビリテーションサービスについては、サービス提供にあたってのマネジメントや、サービス提供後の評価等が十分に行われていないなどの実態があるものと考えられる。

このため、今回のような取り組みをさらに継続して実施し、市町行政や介護保険の包括支援

センターの関係者、ケアマネージャー、地域の医師やリハビリテーション専門職、介護保険サービス関係者などが協働して活動する中で、介護保険受給者の在宅生活にリハビリテーションの観点から関わることの重要性を共有することが、必要であると思われる。

また、取り組みを一步進めて、介護予防の取り組みに対するリハビリテーション専門職の恒常的な参画、リハビリテーションの観点から実施するサービスマネジメントやカンファレンスのシステム化、「自分でするリハ」などの予防的観点から実施するリハビリテーションの啓発・普及などを進めていく必要があると考える。

また、今回の事業においては、介護予防にかかるリハビリテーション専門職の関わりの必要性は明らかになったが、介護予防の促進による介護給付費の低減の可能性までは検証できなかった。今回、出前リハビリの対象とした要支援2および要介護1の方々については、介護予防事業の対象となっておらず、また、訪問や通所のリハビリテーションサービスが活用できるもののその利用は少なかった。しかしながら、こうした層は、比較的日常生活の自立度が高く介護度が軽度の方々であるが、厚生労働省の統計では20%以上が重症化しており、要介護度3以上の層へ重度化する可能性がある。

このため、介護負担の軽減とあわせ、介護給付費の低減も図るためには、今後、要支援2、要介護1を対象とした取り組みが重要であると考えられる。

そこで、今後、リハビリテーションサービスのマネジメントや提供等における取り組みの見直しを提起するとともに、今回の事業にご参加いただいた対象者の方々の1年後の変化を追跡し、介護給付費の低減の可能性についても検討したい。また、他市町にも今回の取り組みをモデルとして提示し、市町におけるリハビリテーションの取り組みを一層促進することとしたい。

本事業を実施して提言したいこと

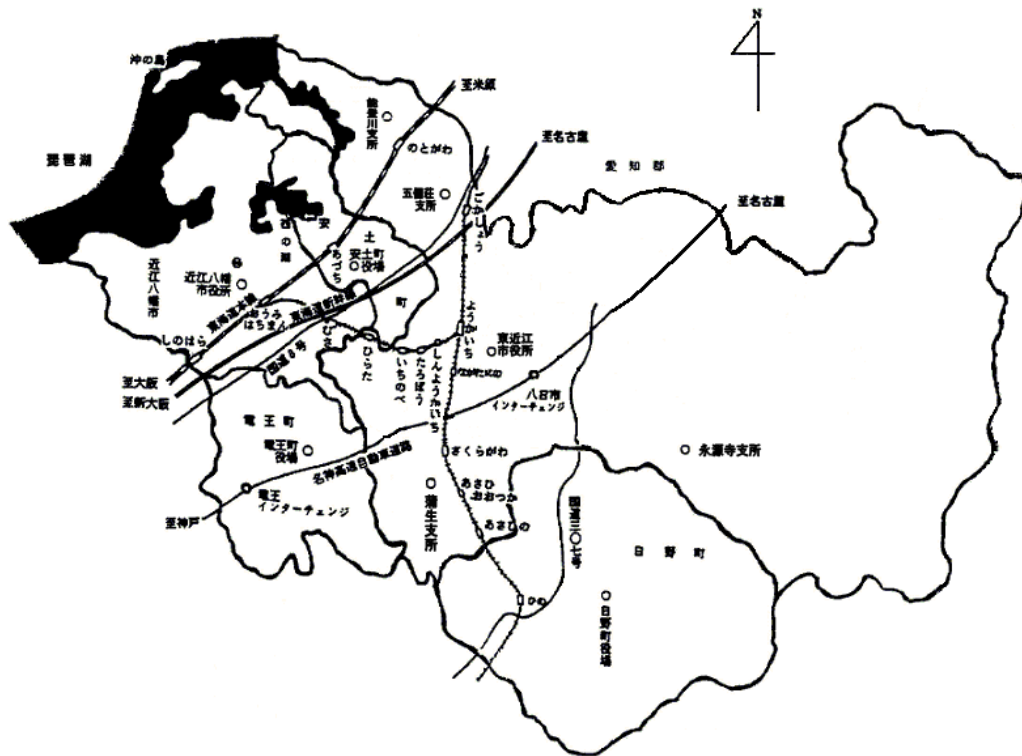
介護軽度者に対するリハビリテーション専門職の支援をシステム化すること。

高齢者等の日常生活における姿勢や活動能力をリハビリテーションの観点から専門的に評価し、居宅生活の中で支援するシステムを確立すること。

居宅生活における予防的生活支援や、リハビリテーションマネジメントのシステム化を進めるため、市町をはじめとする地域に、リハビリテーション専門職を積極的に配置すること。

資 料

東近江管内の概要



高齢者の状況

市町名	人口 (H20.1.1) 推計人口 (人)	65歳以上人口 (H20.1.1) 推計人口 (人)	高齢化率 (H20.1.1) (%)
近江八幡市	69,116	13,795	20.0
東近江市	117,387	23,342	19.9
安土町	12,157	2,673	22.0
日野町	22,818	5,410	23.7
竜王町	13,694	2,335	17.1
東近江圏域	235,172	47,555	20.2

要介護・要支援認定者数

市町名		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	認定率 (参考値) %
近江八幡市	人数	126	227	450	410	293	244	169	1919	13.4
	割合	6.6	11.8	23.4	21.4	15.3	12.7	8.8	100	
東近江市	人数	185	545	579	673	624	492	413	3511	14.7
	割合	5.3	15.5	16.5	19.2	17.8	14.0	11.8	100	
安土町	人数	32	44	84	65	52	34	40	351	12.7
	割合	9.1	12.5	23.9	18.5	14.8	9.7	11.4	100	
日野町	人数	46	74	120	139	165	128	92	764	13.9
	割合	6.0	9.7	15.7	18.2	21.6	16.8	12.0	100	
竜王町	人数	31	60	69	55	59	52	23	349	14.4
	割合	8.9	17.2	19.8	15.8	16.9	14.9	6.6	100	
東近江圏域	人数	420	950	1302	1342	1193	950	737	6894	14.1
	割合	6.1	13.8	18.9	19.5	17.3	13.8	10.7	100	

(平成20年3月)

1 目的

本事業は、医療保険・介護保険制度に基づくりハビリテーションサービスや、介護保険における居宅生活支援サービスの生活リハビリテーション機能について、要支援・要介護度の軽症化や重症化予防に向けた実践効果を明らかにし、地域のリハビリテーション資源やシステムの整備、各種制度におけるリハビリテーションサービスの拡充を推し進める。

また、要支援・要介護度の軽症化や重度化予防による予防・介護給付受給者（以下、受給者）の生活の質の維持・向上や、市町の予防・介護給付費の減額の可能性を探る。

2 実施主体

県立リハビリテーションセンター

3 協力機関

東近江圏域の関係機関および竜王町とその管内医療機関、介護保険事業所等の協力を得て実施する。

4 事業の内容

(1) 調査

- ・ 本調査は、東近江圏域における医療・福祉圏域の医療機関および地域包括支援センターや介護保険事業所などのリハビリテーション関連機関を対象に、地域リハビリテーション提供体制における連携についての調査を実施する。
- ・ 本調査は、竜王町の訪問リハビリテーション受療者に対して、リハビリテーションに関する意識の変化や、居宅生活における日常生活、社会活動の獲得状況を確認することとあわせて、要介護度の変化はもとより、家族を含めた介護者の負担軽減具合も同時に調査する。

(2) 居宅リハビリテーションプログラムの提供（出前リハビリ事業）

- ・ リハビリテーションマネジメントの実施や、居宅生活を送っている受給者を対象に、日常生活の中で行えるリハビリテーションプログラムの提供を行う。また、居宅生活支援サービス等の従事者に対するリハビリテーション技術の講習を実施するほか、疾病の再発予防を目的として、在宅診療における専門病院と主治医の連携を具体的に進める。

対象

- ・ 対象者は、竜王町内に在住し、介護保険での介護度認定が要支援 2 および要介護 1 を満たし、主治医の同意があり、本事業の目的に同意された者とする。

頻度および訪問時間

- ・ 頻度は、受給者 1 人に対して、週 1 回 3 週間とする。時間は 1 回 1 時間程度とする。

5 実施期間

平成 21 年 6 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までとする。

6 実施場所

東近江圏域（調査）および竜王町（居宅リハビリテーションプログラムの提供）で実施する。

7 その他

・ 訪問中止の要件

- (1) 再発および他疾患により主治医より訪問中止の判断がなされた場合
- (2) 本人および家族を含めた関係者より訪問中止の判断がなされた場合
- (3) その他、今後の訪問継続が困難であると事業提供者側が判断した場合

・ 費用

- (1) 提供する訪問リハにかかる費用は無料とする。
- (2) 出前リハにかかるリハビリテーション指示書（250 円）の費用は自己負担とする。

・ 個人情報の取り扱い

- (1) 本事業に関する個人情報は、本人の同意を得た上で、県立リハビリテーションセンターにて管理する。
- (2) 本事業における報告書作成や今後の地域リハビリテーション推進への啓発事業等への活用については、個人を特定できない形で行う。

・ 訪問中の事故・損害について

訪問中に生じた事故などについては、保険にて対応するが、それ以上を超えるものは自己負担とする。

- 年間事業スケジュール -

時 期	取 組 の 項 目	
	調 査	プログラム実施関連
4月 5月	関係機関との調整 企画・評価委員会の設置 事業の具体的実施計画の作成 調査票の作成および提供プログラムの作成 介護保険事業所への説明	
	調査票の送付	受給者への説明 マネジメントの実施(調整会議) 対象受給者の評価
6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	調査票の回収 調査票の整理・分析 連携課題の抽出 学習会の企画・調整	プログラムの選定 受給者へのプログラム提供、サービス従事者への支援、医療機関連携の促進(12月末まで) 受給者の評価 (プログラム終了1ヶ月後)
1月	学習会の開催	受給者の評価 (12月プログラム実施分) アンケートおよび聞き取り調査
2月 3月	事業の整理 事業報告書の取りまとめ	

リハビリテーション提供体制について 実態調査

【調査目的】

本実態調査は、平成21年度居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業の一環として、東近江圏域における医療・福祉圏域の医療機関および地域包括支援センターや介護保険事業所などのリハビリテーション関連機関を対象に、地域リハビリテーション提供体制における連携についての現状と必要な機能や体制について検討を行うことを目的に調査を実施する。

【対象】

東近江圏域における医療・福祉圏域の医療機関リハビリテーション科(11病院)、訪問リハビリ事業所(7カ所)、通所リハビリ事業所(8カ所)、地域包括支援センター(5カ所)、居宅介護支援事業所(53カ所)

【内容】

東近江圏域のリハビリテーション提供体制について、以下の項目の調査を行います。
東近江圏域内でリハビリテーションにかかる業務に従事されている関係職種個人がもつ連携に関する認識について
医療機関からの患者の流れについて(主に軽度者に対する継続したリハビリテーションの提供状況)
地域のリハビリテーション資源の利用実態とリハビリテーション専門職の必要認知度について

【回答についてのお願い】

様式1については、各施設ごとに職員数分をコピーしていただき、個人でお答え下さい。
様式2については、各施設の長が、部内で協議しご回答ください。
* 病院リハビリテーション科向けアンケートについては、退院患者数・転院患者数等については医事課、地域連携係担当の方に照会の上ご回答願います。
患者数については、実人数で記載してください。なお、同一の方が、理学療法、作業療法、言語療法を複数受療されていても『1人』としてカウントしてください。
* 回答された内容については、報告書として取りまとめますが、内容と施設または個人が特定されるような公表はいたしません。

【回答期限と返送】

平成21年12月25日までにご回答(ご記入)の上、調査用紙を返信用封筒に同封して滋賀県立リハビリテーションセンターまで返送して下さい。

【調査機関】

滋賀県立リハビリテーションセンター

【調査についてのお問い合わせ先】

回答についてのご質問がありましたら、下記にご連絡下さい。

滋賀県立リハビリテーションセンター
(県立成人病センター内)
担当: 宮本・後藤
電話: (077)582-8157(直通)
e-mail: miyamoto-masahiro@pref.shiga.lg.jp

(1) 該当する箇所に をつけて下さい。

所属： 病院(一般・療養型・回復期・その他)・訪問リハ・通所リハ・

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

職種： 医師・看護師・保健師・介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士・医療ソーシャルワーカー

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士・その他()

現職経験年数： 年 ヶ月

(2) 連携についてお聞きます

1) 各機関との連携の現状についてお答え下さい。

- ・連携が多い順に順番を付けて下さい。
- ・連携方法については、主な手法をご記入下さい。
- ・総合的にみて上手くいっている・普通・上手くいっていない×をつけて下さい
- ・記入者の主観で結構です。

順位 (1~4)	機 関	主な連携方法 (カンファレンス・電話・連携バス等)	総合評価 (・・×)
	病院		
	診療所		
	介護保険事業所		
	地域包括支援センター		

2) 上記でお答えになりました連携内容について、具体的にご記入下さい。

* 各機関との連絡頻度、情報交換内容、情報を得たことによるサービス提供への変化の有無などについてお答えいただけますでしょうか。

1. 地域包括支援センターとの連携についてお答え下さい。

上記の総合評価(・・×)を付けられた具体的な理由をご記入下さい。

()

2. 病院との連携についてお答え下さい。

上記の総合評価(・・×)を付けられた具体的な理由をご記入下さい。

()

裏面の記入もお願いいたします。

3. 診療所との連携についてお答え下さい。

上記の総合評価(・ ・ ×)を付けられた具体的な理由をご記入下さい。

[]

4. 介護保険事業所との連携についてお答え下さい。

上記の総合評価(・ ・ ×)を付けられた具体的な理由をご記入下さい。

[]

(3). (2でお答えいただきました内容を踏まえまして、各機関ごとの連携が更に改善されるため、またはより良くなるために必要な機能や取り組みがありましたら記載して下さい。

[]

(4). その他、問題・課題と思われることがありましたら記載して下さい。

[]

ご協力ありがとうございました。

(1). マンパワーについてお聞きます。常勤、常在でない職員は()内に記載して下さい。

職種	人数
医師 (リハビリテーション担当医)	()
看護師	()
理学療法士	()
作業療法士	()
言語聴覚士	()
その他	()

(2). 平成21年10月19日～11月30日までの間に、貴院でリハビリテーション受療後に退院された患者数について記載して下さい。

受けていたリハ内容 / 退院患者数	退院患者数総数	自宅退院患者数	転院患者数	施設入所者数
脳血管疾患リハビリテーション				
運動器疾患リハビリテーション				
呼吸器疾患リハビリテーション				
心大血管疾患リハビリテーション				
神経難病患者リハビリテーション				
障がい者リハビリテーション				

(3). (2)でお答え頂いた『自宅退院患者』のうち退院後も継続的してリハ専門職の関わりが必要と感じられた患者は何人おられますか。

受けていたリハ内容 / リハの継続	外来リハに移行した患者	訪問リハ、通所リハに移行した患者	リハの継続が必要な患者(注1) (a)(b)へ
脳血管疾患リハビリテーション			
運動器疾患リハビリテーション			
呼吸器疾患リハビリテーション			
心大血管疾患リハビリテーション			
神経難病患者リハビリテーション			
障がい者リハビリテーション			

注1: 外来リハ、訪問リハ、通所リハに移行した患者以外に、セラピストの主観にて退院後も何らかのリハの継続が必要だと感じたが、サービスにつなぐことができなかった患者数を記載して下さい。

(a) 『リハの継続が必要』と答えられた方は、具体的にどのような面でリハ専門職の関わりが必要と感じましたか。

{

(b) リハの継続が必要と感じながらも、サービスにつなぐことができなかった理由について記載して下さい。

{

ご協力ありがとうございました。裏面の記載者事項についてもご記入をお願いいたします。

記載施設名
記載者職種
記載者氏名

* 記入内容について、貴施設が特定されるような公表をすることはありません。

(1) . マンパワーについてお聞きます。常勤、常在でない職員は()内に記載して下さい。

職種	人数
医師 (リハビリテーション担当医)	()
理学療法士	()
作業療法士	()
言語聴覚士	()
その他	()

(2) . 1週間の開所日数と当てはまる項目にチェック印を記載して下さい。

開所日数 () 日 / 1週間)

介護予防訪問リハ 訪問リハ

(3) . 平成21年11月現在の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の1週間の平均的な訪問件数(延べ)と空き状況を記載してください。

- * 複数のセラピストが関わっている場合は、合計の訪問回数をご記入下さい。
- * 常勤、非常勤の区別は必要ありません。
- * 許容件数は、おおよその数字で結構です。

	現在の稼働件数 (訪問件数)	訪問可能な最大件数 (許容件数)
理学療法士	件	件
作業療法士	件	件
言語聴覚士	件	件

(4) . 平成21年11月30日現在、貴事業所に利用登録されている方の総数と経過日数を記載して下さい。
(6ヶ月以上、中止になっている方は除いて下さい。6ヶ月以内の中止期間がある場合は、中止期間を除いた積算をお願いいたします。)

介護度 / 経過日数	総数	1ヶ月以内	1ヶ月～6ヶ月以内	6ヶ月以上	1年以上
要支援1					
要支援2					
要介護度1					
要介護度2					
要介護度3					
要介護度4					
要介護度5					

裏面の記入もお願いいたします。

(5). (4)で答えられた患者の中で、開始当初の計画から訪問期間を延長している方がいらっしゃいますか、いらっしゃいましたらその理由を記載して下さい。
(例:他のサービスへつなげなかった、セラピストの不安、ご本人・家族の拒否、目標到達が不十分・・・)

はい ・ いいえ
理由:

[]

(6). 事業所として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリ専門職の専門性について該当箇所にチェックして下さい。(3つまで回答可)

身体評価・機能訓練 環境評価・調整(住宅改修、福祉用具の選定など) 評価のみ

介助指導 ADL評価・訓練(身辺処理の状態、FIM、バーサルインデックス) 患者教育・啓発

遊び・余暇活動 IADL評価・訓練(交通機関の利用、買い物、調理や金銭管理など)

その他()

ご協力ありがとうございました。

(1) . マンパワーについてお聞きます。常勤、常在でない職員は()内に記載して下さい。

職種	人数
医師 (リハビリテーション担当医)	()
看護師	()
理学療法士	()
作業療法士	()
言語聴覚士	()
その他	()

(2) . 1週間の開所日数と当てはまる項目にチェック印を記載して下さい。

開所日数 () 日 / 1週間)

予防給付 介護給付

(3) . 平成21年11月現在の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の1週間の平均的な個別リハ件数(延べ)を記載して下さい。

	個別リハ件数	空き状況
看護師	件	件
理学療法士	件	件
作業療法士	件	件
言語聴覚士	件	件

(4) . 平成21年11月30日現在、貴事業所に利用登録されている方の総数と個別リハ実施者の経過日数を記載して下さい。

(6ヶ月以上、中止になっている方は除いて下さい。6ヶ月以内の中止期間がある場合は、中止期間を除いた積算をお願いいたします。)

介護度 / 経過日数	総数	1ヶ月以内	1ヶ月～6ヶ月以内	6ヶ月以上	1年以上
要支援1					
要支援2					
要介護度1					
要介護度2					
要介護度3					
要介護度4					
要介護度5					

裏面の記入もお願いいたします。

(5) . (4)で答えられた患者の中で、他のサービスに移行しても良いと思われる方がいらっしゃいますか、いらっしゃいましたらその理由と具体的なサービスを記載して下さい。

はい ・ いいえ

理由:

()

(6) . 事業所として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリ専門職の専門性について該当箇所にチェックして下さい。(3つまで回答可)

身体評価・機能訓練 環境評価・調整(住宅改修、福祉用具の選定など) 評価のみ

介助指導 ADL評価・訓練(身辺処理の状態、FIM、バーサルインデックス) 患者教育・啓発

遊び・余暇活動 IADL評価・訓練(交通機関の利用、買い物、調理や金銭管理など)

その他()

ご協力ありがとうございました。

記載施設名
記載者職種
記載者氏名

* 記入内容について、貴施設が特定されるような公表をすることはありません。

(1). マンパワーについてお聞きます。常勤、常在でない職員は()内に記載して下さい。

職種	人数
	()
	()
	()
	()
	()
	()

(2). 1週間の開所日数と当てはまる項目にチェック印を記載して下さい。

開所日数 () 日 / 1週間)

介護予防マネジメントの実施

(3). 平成21年11月30日現在において貴事業所を利用されている方の総数を記載して下さい。

介護度	人数
要支援 1~2	人
要介護1	人
要介護2	人
要介護3	人
要介護4	人
要介護5	人

(4). 平成21年11月1日~30日において、新規で貴事業所に利用登録されたケースの数を記載して下さい。

新規の介護保険 認定者	要支援 1~2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人

裏面の記載もお願いいたします。

(5) . (4) で記載していただいたケースのうち、**新規で訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションサービス**を利用されているケースについて退院後の経過期間別に記載してください。

退院後経過時期/ リハビリサービス利用者	介護度	退院後1ヶ月以内	退院後1ヶ月～ 6ヶ月以内	退院後6ヶ月以上	入院歴なし
訪問リハ (訪問看護7は含みません。また、対象となる1ヶ月において、通所リハから訪問リハに移行された方は除外して下さい。)	要支援 1～2	人	人	人	人
	要介護1	人	人	人	人
	要介護2	人	人	人	人
	要介護3	人	人	人	人
	要介護4	人	人	人	人
	要介護5	人	人	人	人
通所リハ (対象となる1ヶ月において、訪問リハから通所リハに移行された方は除外して下さい。)	要支援 1～2	人	人	人	人
	要介護1	人	人	人	人
	要介護2	人	人	人	人
	要介護3	人	人	人	人
	要介護4	人	人	人	人
	要介護5	人	人	人	人
訪問リハと通所リハ を併用された方	要支援 1～2	人	人	人	人
	要介護1	人	人	人	人
	要介護2	人	人	人	人
	要介護3	人	人	人	人
	要介護4	人	人	人	人
	要介護5	人	人	人	人

(6) . 11月1日～11月30日の1ヶ月間で、訪問リハビリ・通所リハビリサービスを終了された方がいらっしゃいますか。いらっしゃいましたら、その介護度別の人数、その理由についてチェックして下さい。
理由については、終了された方に該当する項目全てにチェックして下さい。(複数回答可)

介護度	人数	理由
要支援1		サービス利用の拒否 身体機能・能力の改善(目標の到達) 身体機能・能力の低下および医療機関への入院 他サービスへ移行(移行先:訪問看護・通所介護・訪問介護) その他()
要支援2		サービス利用の拒否 身体機能・能力の改善(目標の到達) 身体機能・能力の低下および医療機関への入院 他サービスへ移行(移行先:訪問看護・通所介護・訪問介護) その他()
要介護度1		サービス利用の拒否 身体機能・能力の改善(目標の到達) 身体機能・能力の低下および医療機関への入院 他サービスへ移行(移行先:訪問看護・通所介護・訪問介護) その他()
要介護度2		サービス利用の拒否 身体機能・能力の改善(目標の到達) 身体機能・能力の低下および医療機関への入院 他サービスへ移行(移行先:訪問看護・通所介護・訪問介護) その他()
要介護度3		サービス利用の拒否 身体機能・能力の改善(目標の到達) 身体機能・能力の低下および医療機関への入院 他サービスへ移行(移行先:訪問看護・通所介護・訪問介護) その他()
要介護度4		サービス利用の拒否 身体機能・能力の改善(目標の到達) 身体機能・能力の低下および医療機関への入院 他サービスへ移行(移行先:訪問看護・通所介護・訪問介護) その他()
要介護度5		サービス利用の拒否 身体機能・能力の改善(目標の到達) 身体機能・能力の低下および医療機関への入院 他サービスへ移行(移行先:訪問看護・通所介護・訪問介護) その他()

竜 福 相 第 4 3 号
滋 里 八 第 1 0 7 号
平成 21 年(2009 年) 7 月 8 日

要支援 2 および要介護 1 認定を受けている皆様

竜王町福祉課長 吉 田 淳 子
県立リハビリテーションセンター 所長
(公 印 省 略)

出前リハビリモデル事業の実施について

初夏の候、皆様方におかれましては、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は本町保健福祉行政にご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、この度滋賀県立リハビリテーションセンターの『出前リハビリモデル事業』の実施にあたり、竜王町の皆様にも現在の暮らしを維持し、住み慣れたご自宅で暮らして頂けるよう『ご自分でできるリハビリ』を体験して頂きたく考えています。『出前リハビリ』をとおして、家の中でできる様々な活動（家事一般、歩行、入浴、トイレ動作、着替え、食事、趣味活動など）を専門家とともに一緒に考え、安全な動作をアドバイスして頂きます。

つきましては、一人でも多くの方に『ご自分でできるリハビリ』を体験して頂きたく思いますので、主旨をご理解の上、ご協力下さいますようよろしくお願いいたします。

記

1、日 時

7月から12月の期間でお一人3回程度（3週間に渡り、1週間に1回、1時間程度）

3ヶ月後に再度1回訪問実施

2、内 容

作業療法士もしくは理学療法士がご自宅に訪問し、ご本人の身体の様子を見ながら指導します。

日程はご自宅の都合と相談して決めていきます。

3、費 用

出前リハビリは無料、但し訪問リハビリ指示書（250円）は自己負担でお願いいたします。

4、申し込み

同封の青色の説明書・同意書（本人用）、出前リハビリテーション希望日時確認書に必要事項をご記入の上、7月31日までに返信用封筒にてお申し込み下さい。後日、リハビリテーションセンターよりお返事のあった方に対して、必要な書類等を送付させていただきます。

お問い合わせ・返 送 先

〒520-2592 竜王町小口4番地

竜王町福祉課 地域包括支援センター 図 司

0748-58-3704

〒524-8524 守山市守山五丁目4-30

県立リハビリテーションセンター 後藤・宮本

077-582-8157

自宅で自分に合った リハビリをしてみませんか？

「誰が受けられるの？」

要支援2もしくは要介護1と認定された方です。

「具体的にはどうするの？」

作業療法士が自宅に訪問し、その方の状態に応じた“安全”で“一人で行える”リハビリメニューを提供します。3回の訪問(1週間に一度、1時間程度)でリハビリメニューを覚えていただいて、あとは自宅で続けていただきます。3ヶ月後に再び訪問し、続けていけるか危なくないか等相談に応じます。

「どうして、自宅ですることが必要なの？」

今できていることが、ずっと続けられるためにちょっとでも動くことが必要だからです。また、歩くことが不安定な方にも、安全に移動できる方法を提案します。



居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業

説明書・同意書（本人用）

1, 目的

介護度認定が要支援2および要介護1の介護保険受給者(以下、受給者)において、現在受けておられる居宅生活支援サービスやリハビリテーション(以下、リハ)サービスについて、現状の課題をリハの観点から明らかにし、新たな追加サービスを提供することにより、要介護度の軽症化や重症化の予防を進める。

2, 内容

受給者の既存サービス(関係機関からの情報提供により)および現在の状態を評価した上で、日常生活の中で行えるその人に応じたりハプログラムの提供を行う。また、訪問リハ担当セラピストの助言指導により、プログラムを受給者および家族で継続できるよう支援する。

- (1) 在宅への訪問リハの実施(週1回、計3回とし、1回1時間程度とする)
- (2) 支援結果に関するアンケートの実施

3, 対象者

- (1) 竜王町内に在住の方
- (2) 介護保険での介護度認定が要支援2および要介護1の方
- (3) 上記(1)(2)を満たす方で、主治医の同意があり、本事業の目的に同意される方

4, 訪問中止の要件

- (1) 再発および他疾患により主治医より訪問中止の判断がなされた場合
- (2) 本人および家族を含めた関係者より訪問中止の判断がなされた場合
- (3) その他、今後の訪問継続が困難であると事業提供者側が判断した場合

5, 費用

- (1) 提供する訪問リハにかかる費用は無料
- (2) 訪問リハにかかる訪問リハビリテーション指示書(250円)の費用は自己負担

6, 個人情報の取り扱い

- (1) 本事業に関する個人情報は、県立リハセンターにて管理いたします。
- (2) 本事業における報告書作成や今後の地域リハビリテーション推進への啓発事業等への活用については、個人を特定できない形で行います。

7, 訪問中の事故・損害について

- (1) 訪問中に生じた事故などについては、保険にて対応しますが、それ以上を超えるものは各自ご負担願います。

同意書

私は、本事業の説明書を読み、訪問リハビリテーションを受けることとあわせて、本事業に協力することに同意します。

平成 年 月 日 本人 住所 _____ 氏名 _____
ご家族氏名 _____

居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業
説明書・同意書（主治医用）

1, 目的および内容

介護認定要支援2および要介護1の介護保険受給者(以下、受給者)において、現在受けておられる居宅生活支援サービスやリハビリテーション(以下、リハ)サービスでの現状の課題をリハの観点から明らかにし、新たな追加サービスを提供することにより、要支援・要介護度の軽症化や重症化の予防を進める。

訪問リハ担当セラピストにより、受給者の既存サービス(関係機関からの情報提供により)および現在の状態を評価した上で、日常生活の中で行えるリハビリテーションプログラムの提供を行い、自宅で継続できるよう訪問リハを実施する。更に、支援結果に関するアンケート調査を実施する。

また、リハビリテーションの観点から実施するマネジメントに基づき、リハビリテーションサービス(身体・精神的機能訓練、日常生活活動訓練、生活リハビリテーション)の提供や従事者に対する技術支援、疾病の再発予防を目的とした医療機関との連携等を集中して行い、地域リハビリテーション提供体制構築に向けた一助とする。

2, 実施主体

県立リハビリテーションセンター

3, その他

対象者、訪問中止の要件、費用、個人情報の取り扱い、訪問中の事故・損害等については、実施要綱を参照。

同 意 書

私は、本事業の説明書を読み、_____殿の訪問リハビリテーションの受療について、訪問リハビリテーション指示書を添付し、同意することとあわせて本事業に協力します。

平成 年 月 日 医療機関名

住 所

氏 名

滋賀県立リハビリテーションセンター 所長 藤原 誠 殿

県立リハビリテーションセンター 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名

性別 (男 女) 生年月日 大・昭 年 月 日 (歳) 職業 :

住所 〒 -

電話番号 () -

現病及び既往疾患 (重複可、OP 後、後遺症、疑いも含む : 要注意疾患には で記載してください)
 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、一過性脳虚血発作、大腿骨骨折 (左 右) 大腿骨転子部骨折 (左 右)、
 変形性 (腰椎 股 膝) 関節症 (左 右) (部) 人工関節、脊柱管狭窄症、骨粗鬆症、
 がん () 心房細動、慢性心不全、狭心症、逆流性食道炎、高血圧、糖尿病、
 その他留意疾患 :

主な服薬状況 :

要介護度 (要支援 2 要介護 1)

日常生活活動の状況 (該当するものに)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

訪問リハビリテーションおける 注 意・禁 忌 事 項

個別支援までの流れ（出前リハビリ事業セラピスト用）

要支援・介護認定者への案内

ケアマネージャーは、事前に送付されている本事業について、必要に応じて追加説明を行い、理解を促す。

説明書・同意書（本人・主治医用）の提出

認定者・ご家族は、主治医に同意書（主治医用）記載を依頼し、同意を得た上で説明書・同意書（本人用）と一緒に、県立リハビリテーションセンター担当者宛に送付する。

訪問日の日程調整

県立リハビリテーションセンター訪問担当セラピストは、認定者・ご家族からの書類提出があった時点で、認定者を含めた関係者と連絡を取り、訪問開始時期等を話し合い、決定し、認定者に通知する。

1 日目訪問

出前担当セラピストは、運動機能を含めた生活能力を調べ、認定者に適当と思われるリハビリテーションメニューを示し、助言・指導をする。併せてご家族や関係者に対しても、「自分でするリハビリ」について認定者を応援していただけるよう助言・指導する。

2 日目訪問

出前担当セラピストは、リハビリテーションメニューの進み具合を調べ、変更および修正があれば改めて助言・指導を行い、併せてご家族や関係者に対しても、引き続き「自分でするリハビリ」について助言・指導する。

3 日目訪問

出前担当セラピストは、リハビリテーションメニューの進み具合を調べ、変更および修正があれば改めて助言・指導を行い、今後も続けて行っていただくよう、ご家族や関係者も含め助言・指導する。

支援開始 3 ヶ月後の訪問（最終）

出前担当セラピストは、支援開始後 3 ヶ月の時点で認定者宅を最終訪問し、再度運動機能を含めた生活能力を調べるとともに、今回の取り組みに関するアンケートもしくは聞き取り調査を行う。

F I M

セルフケア (42)	A) 食事(箸, スプーン)	1-7
	B) 整容	1-7
	C) 清拭	1-7
	D) 更衣(上半身)	1-7
	E) 更衣(下半身)	1-7
	F) トイレ	1-7
排泄 (14)	G) 排尿コントロール	1-7
	H) 排便コントロール	1-7
移乗 (21)	I) ベッド, 椅子, 車椅子	1-7
	J) トイレ	1-7
	K) 浴槽, シャワー	1-7
移動 (14)	L) 歩行, 車椅子	1-7
	M) 階段	1-7
コミュニケーション (14)	N) 理解(聴覚, 視覚)	1-7
	O) 表出(音声, 非音声)	1-7
社会認識 (21)	P) 社会的交流	1-7
	Q) 問題解決	1-7
	R) 記憶	1-7
合計		18-126

自立	7: 完全自立 6: 修正自立
部分介助	5: 監視
介助あり	4: 最小介助 3: 中等度介助
完全介助	2: 最大介助 1: 全介助

FIM 1点 = 介護時間 18分
FIM 10点 = 介護時間 0分

運動項目 13 ~ 91点
 認知項目 5 ~ 35点
 総合項目 18 ~ 126点

リハビリ自律度評価

記載日:平成 年 月 日

氏名: _____

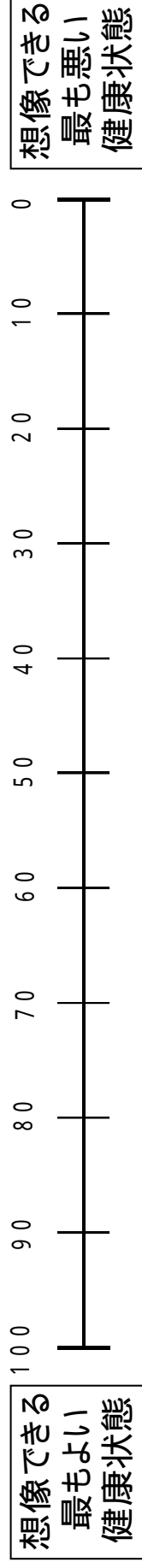
- 5: あてはまる
- 4: ややあてはまる
- 3: どちらともいえない
- 2: あまりあてはまらない
- 1: あてはまらない

- 1. 私は、一度決めた目標はなかなか変えない…………… ()
- 2. 私は、“自分にはできない”と決めつけることは嫌いだ… ()
- 3. 私は、むやみに人を頼るより、できるだけ自分で頑張る ()
- 4. 私は、自分なりの意見を持っている…………… ()
- 5. 私は、自主的に行動するほうだ…………… ()
- 6. 私は、どんな環境にあっても自分のベストを尽くす… ()

合計(_____)

主観的健康観のVAS (Visual Analogue Scale)

あなた自身の
今日の
健康状態



健康状態が、どれくらい良いか悪いかを表現してもらうために、(温度計にいくぶん似た)目盛りを書きました。あなたが想像できる最も良い状態を100、あなたが想像できる最も悪い状態を0とします。

あなた自身の今日の健康状態が、どれくらい良いか悪いか、この目盛りに示して下さい。中央の四角から、あなたが現在の健康状態を示す目盛りのままで、1本の線を引いてください。

居宅リハビリテーションプログラム提供者（出前リハビリ対象者）

年齢	性別	介護度	主な疾患名
81歳	男性	要支援2	右被殻出血後遺症、高血圧
54歳	女性	要支援2	全身性エリテマトーデス、骨粗鬆症、糖尿病
79歳	女性	要支援2	変形性腰椎症、骨粗鬆症、乳癌術後
77歳	女性	要介護1	パーキンソン病、高血圧
74歳	女性	要支援2	左人工股関節の破損
67歳	男性	要介護1	神経梅毒
86歳	男性	要介護1	慢性硬膜下血腫（術後）後遺症
84歳	女性	要支援2	脊柱管狭窄症、右変形性膝関節
78歳	女性	要介護1	脳梗塞
87歳	女性	要支援2	骨粗鬆症、高血圧、大腿ヘルニア術後
84歳	男性	要支援2	胸部大動脈破裂術後
73歳	女性	要介護1	腰部脊柱管狭窄症、高血圧、糖尿病
80歳	女性	要支援2	脳出血、子宮頸癌術後、慢性硬膜下血腫術後
75歳	女性	要支援2	脳梗塞後遺症、パーキンソンニズム
81歳	女性	要支援2	脳梗塞後遺症、狭心症、変形性膝関節症
89歳	女性	要介護1	アルツハイマー型認知症、右踵骨骨折、高血圧
80歳	女性	要介護1	慢性関節リウマチ、右膝・左股関節人工関節術後
78歳	男性	要介護1	脳梗塞後遺症、肺気腫、認知症
75歳	女性	要支援2	脳出血後遺症
85歳	女性	要支援2	変形性腰椎症、膝関節症、骨粗鬆症、心房細動、慢性心不全、老人性難聴
77歳	男性	要介護1	脳梗塞後遺症、高血圧
56歳	男性	要介護1	脳梗塞後遺症、高血圧、高脂血症
72歳	男性	要支援2	頸椎症
80歳	女性	要支援2	右大腿骨人工関節置換術、胸椎多発圧迫骨折、重症骨粗鬆症
84歳	男性	要支援1	食道癌術後

居宅生活介護要介護度重症化等予防事業出前リハビリ事例一覧表

事例	年齢	性別	独居	サービス利用の有無	主な疾患名	訪問時期	状況	FIM(前)	FIM(後)	自律度(前)	自律度(後)	VAS(前)	VAS(後)
1 T氏	81	男		通所リハ	右被殻出血後遺症 高血圧	症状・状況	麻痺側上肢にしびれ感、だるさあり。重心位置がやや後方にあり、転倒回数多い。	124	124	12	14	30	60
						プログラムの方針	下肢筋力の向上を目的とした運動と麻痺側上肢のストレッチを指導。						
2 K氏	54	女			全身性エリテマトーデス 骨粗鬆症 糖尿病	症状・状況	ADL、IADLとも自立。痛みを我慢しながら日常生活動作や体操を行っている。	123	123	30	30	80	70
						プログラムの方針	下肢・体幹の体操、適切な運動量の提示、日常生活上の動作の改善案などを指導。						
3 K氏	79	女			変形性腰椎症 骨粗鬆症 乳癌Ope後	症状・状況	ADL自立。腰椎変形からのしびれ、痛みがある状態。また、足の筋力も低下している。	124	124	20	20	80	80
						プログラムの方針	腰部の痛みの緩和、能力維持を含め、腰痛体操の提示、肩甲骨周囲の関節可動域訓練、下肢筋力向上を目的とした座位にて出来る運動を指導。						
4 K氏	77	女		通所介護	パーキンソン病 高血圧	症状・状況	一部ADLに介助を要する状態。脊柱の変形やすくみ足が著明で、歩行能力の低下がみられる。	113	113	28	30	50	80
						プログラムの方針	肩関節・胸郭可動域拡大を目的とした体操、下肢短縮筋の伸張を目的とした体操、掴まり立ちにての歩行動作を指導。						
5 O氏	74	女			左人工股関節の破損	症状・状況	ADL自立。股関節・膝関節に関節可動域の制限があり、正座ができない。 右下肢の筋肉が短縮傾向。	123	124	23	23	60	60
						プログラムの方針	下肢の関節可動域を拡大するための、ベッド上で出来るストレッチを指導。						
6 T氏	67	男		通所リハ	神経梅毒	症状・状況	ADLは何とか自立。座位は安定しているものの、下肢の支持性が弱く、立位時・歩行時は支持物を必ず要する。	85	117	24	22	20	50
						プログラムの方針	下肢の支持性向上を目的とした運動プログラムを指導。						
7 N氏	86	男			慢性硬膜下血腫 (術後)後遺症	症状・状況	ADL自立。円背姿勢。左下肢筋力低下。下にある杖を拾おうとして、転倒経験あり。	124	124	23	23	90	100
						プログラムの方針	バランス能力、下肢の筋力維持を目的とした運動を指導。家庭評価、環境調整。						
8 N氏	84	女			脊柱管狭窄症 右変形性膝関節症	症状・状況	ADL、IADLほぼ自立。両下肢全般に痛みの訴えあり。	125	125	26	26	50	70
						プログラムの方針	現状の筋力、バランス能力を維持するための体操を指導。						

9	T 氏	78	女		通所介護	脳梗塞	症状・状況 プログラムの 方針	ADL自立、IADLについても動作は可能であるが、促しなどの指示が必要。 見当識障害、発動性の低下あり。 1日の出来事や食事のメニューなど、日記を毎日つけるようアドバイス。 また、指の体操やバランス維持のための体操を指導。	122	30	30	100	50
10	F 氏	87	女			骨粗鬆症 高血圧 大腿ヘルニアOpe後	症状・状況 プログラムの 方針	ADL自立、庭仕事なども短時間なら実施されている。強度の円背肢位で、頭部・頸部の姿勢保持が困難。 肩甲骨の動きを引き出すための体操を指導。下肢筋力向上のための運動プログラムを指導。また、極力、良肢位を意識できるような姿勢についてのアドバイスを実施。	119	22	21	50	70
11	T 氏	84	男		通所介護	胸部大動脈破裂 Ope後	症状・状況 プログラムの 方針	股関節屈筋群短縮傾向。腰部前傾にて円背姿勢のため、立位バランス不安定。 腰部可動域維持のため、ベッド上にて腰部の回旋運動(ストレッチ)と下肢筋力向上のための運動を指導。	115	26	30	70	50
12	A 氏	73	女		通所介護	腰部脊柱管狭窄症 高血圧 糖尿病	症状・状況 プログラムの 方針	室内は歩行器歩行、屋外は杖歩行にて実施されているもの。外出頻度は週2回のみで、日中、無為に過ごされている事が多い。下肢の筋力低下、しびれの訴えあり。 椅子に座って行える下肢の運動プログラムを指導。日中の過ごし方に対するアドバイスを実施。 家屋評価。	106	12	中止	20	中止
13	U 氏	80	女		通所介護	脳出血 子宮頸がんOpe後 慢性硬膜下血腫 Ope後	症状・状況 プログラムの 方針	上肢・下肢ともに筋力の低下あり。円背姿勢の影響もあり、立ち上がり動作や歩行時には支持物を必要とする。 下肢を中心に運動のプログラムを提示。また、円背姿勢については、掃除機かけや台所仕事をされる際の姿勢についてアドバイス。	88	19	25	30	50
14	S 氏	75	女		通所介護	脳梗塞後遺症 パーキンソンニズム	症状・状況 プログラムの 方針	ADL、IADLほぼ自立。屋内つたい歩き、屋外シルバーカー歩行。家屋内にて転倒することが度々ある。円背で、麻痺側上肢・下肢の筋緊張が高く、歩行時にバランスを崩す事がある。 上肢・体幹・下肢の筋緊張を整えるストレッチを指導。杖の使用方法を指導。	124	19	19	50	50
15	K 氏	81	女			脳梗塞後遺症 狭心症 変形性膝関節症	症状・状況 プログラムの 方針	ADL自立されているもの。膝関節の変形や痛み、しびれ感などの影響から、歩行に対する不安の訴えあり。 下肢の運動プログラムを提示。家事動作の姿勢についてアドバイス。家屋評価の実施。	108	22	24	40	70
16	M 氏	89	女			アルツハイマー型認知症 右踵骨折 高血圧	症状・状況 プログラムの 方針	全般的に活動性が低く、閉じこもりがちな生活。下肢の筋力低下、動的バランスの低下。 テーブルを支えに行える下肢の運動プログラムを指導。 家庭内役割活動の提案。家屋評価の実施。	110	16	16	10	50

17	O 氏	80	女			慢性関節リウマチ 右膝・左股関節人工 関節置換術		症状・状況 プログラムの 方針	易疲労など体調の波が大きく、歩行・ADL・IADLに制限を受けている状態。 疼痛軽減、関節保護を目的とした体操を指導。 疲労軽減と関節保護を目的とした日常生活の工夫点をアドバイス。	121	125	21	25	100	80
18	K 氏	78	男	通所介護		脳梗塞後遺症 肺炎腫 認知症 (自立度 - b程度)		症状・状況 プログラムの 方針	独歩されているが、軽度の運動麻痺、筋力低下により歩行時のふらつきがあり、転倒リスクが高い状態。 立ち上がり時の重心移動の学習やバランス能力向上を目的に、椅子座位または、テーブルを支点にして行える下肢の運動プログラムを指導。	90	112	25	30	65	85
19	M 氏	75	女	通所介護		脳出血後遺症		症状・状況 プログラムの 方針	ADLは自立されているが、右足のしびれやふらつきから歩行に対する不安の訴えあり。下肢の筋力も(特に麻痺側)低下がみられた。 下肢の筋力が弱いため、下肢筋力向上のための運動プログラムを提案。	117	117	12	12	80	80
20	M 氏	85	女	通所介護		変形性腰椎症 膝関節症 骨粗鬆症 心房細動 慢性心不全 老人性難聴		症状・状況 プログラムの 方針	体幹、下肢の筋力低下の影響から転倒する事が多い。 全身の運動プログラムを提示、また、日記をつけることもアドバイス。	123	中止	20	中止	60	中止
21	T 氏	77	男	通所介護		脳梗塞後遺症 高血圧		症状・状況 プログラムの 方針	体幹が硬く、体をねじる動作や立ち上がり時の前方への重心移動ができず、立ち上がり動作が不安定、また、足の出が悪い事から歩行時のふらつきがみられた。 体幹運動を伴った、下肢筋力向上のための運動プログラムを指導。	102	103	19	20	50	60
22	M 氏	56	男			脳梗塞後遺症 高血圧 高脂血症		症状・状況 プログラムの 方針	著明なマヒはなく、ADLも独力で実施されている。しかし、歩行時に前かがみになりやすく、突進様の歩行をされており、不安定。また、日中の活動量が少なく、全般的に意欲も低下している状態。 姿勢の改善を目的に肩甲骨、体幹の体操を指導。	125	125	27	26	59	60
23	T 氏	72歳	男			頸椎症 (H21年7～9月入院)		症状・状況 プログラムの 方針	ADL自立されているが、全身の硬さにより、ホタンの留めにくさ、靴下の履きにくさがみられる。足の振り出しが少なく、歩行開始時に不安定な様子がみられる。 肩甲骨、体幹のストレッチや運動、座位での足踏みを指導。	126	126	22	23	50	65
24	K 氏	80	女			右大腿骨人工関節 置換術 胸腰椎多発圧迫骨折 重症骨粗鬆症		症状・状況 プログラムの 方針	疼痛、身体機能の低下に伴って、自主性の低下があり、ADL・社会交流が制限。転倒する事が多い。 ベッド上でできる下肢の運動プログラムを提示。	中止	中止	中止	中止	中止	中止
25	K 氏	84	男			食道癌Ope後 (未告知)		症状・状況 プログラムの 方針	認知機能面、身体機能面低下しており、ADL・社会交流が困難な状態。体幹筋の低下見られ円背姿勢であり移動は伝い歩きとなっている。 体幹・下肢の支持性向上を目的とした運動を指導。	93	119	26	29	80	80

居宅リハビリテーションプログラム提供（出前リハビリ）の事業協力者

所 属	職 種・職 名	氏 名
藍野大学医療保健学部作業療法学科	作業療法士	宇野 恵美子
藍野大学医療保健学部作業療法学科	作業療法士	七里 展子
大阪医療福祉専門学校作業療法士学科	作業療法士	本岡 健太郎
社会福祉法人真樹会リハビリセンターあゆみ	作業療法士	深津 良太
医療法人美杉会佐藤病院	作業療法士	藤善 将
市立奈良病院	作業療法士	雲丹亀 直希
滋賀県立リハビリテーションセンター	理学療法士	吉田 仁美
滋賀県立リハビリテーションセンター	作業療法士	宮本 昌寛

（順不同・敬称略）

暮らしの中にあるリハビリテーション

今年度、県立リハビリテーションセンターでは、要介護度の重症化予防に向けた実践効果を明らかにし、リハビリテーションサービス拡充を推し進めるための事業として、「居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業」を実施してきました。

今回は、この事業の報告とともに、事業を通じて、地域の介護支援専門員などにリハビリテーションマネジメントに基づいて知ってもらいたいことや、セラピストの視点等を踏まえながら日常生活動作の評価方法についての学習会を企画いたしました。

日 時：平成22年3月11日（木） 13：30～15：30

内 容：講演・実技

テーマ：暮らしの中にあるリハビリテーション

『事業報告と日常生活動作の評価方法』

講 師：藍野大学医療保健学部作業療法学科 作業療法士 七里 展子 氏

会 場：特別養護老人ホーム万葉の里 会議室

（蒲生郡竜王町山之上 632）

主催：滋賀県立リハビリテーションセンター

共催：竜王町 福祉課 福祉保健相談係 地域包括支援センター

参加申し込みはFAXにてお願いいたします。

氏 名	住 所・TEL	所 属・職 種

【申し込み・問い合わせ】

滋賀県立リハビリテーションセンター E-mail：ef47@pref.shiga.lg.jp

FAX：077-582-5726 TEL：077-582-8157

企画・評価委員会および調整会議の開催状況

企画・評価委員会

第1回企画・評価委員

日時：平成21年8月6日（木） 14:00～16:00

会場：竜王町役場 102 会議室

議題（1）本事業の内容説明について

議題（2）本事業の進捗状況について

第2回企画・評価委員

日時：平成22年1月21日（木） 14:00～16:00

会場：竜王町役場 102 会議室

議題（1）本事業の進捗状況について

- ・調整会議の報告

- ・出前リハビリ事業の進捗について

- ・調査事業の進捗について

議題（2）学習会の企画・調整

議題（3）次回の企画・評価委員会の持ち方について

第3回企画・評価委員、調整会議 合同会議

日時：平成22年3月16日（火） 14:00～16:00

会場：竜王町 202 会議室

議題（1）本事業の総括について

- （2）平成22年度の方向性について

- （3）その他

調整会議

第1回調整会議

日時：平成21年9月4日（金） 15:00～17:00

会場：竜王町役場 102 会議室

議題（1）本事業の内容説明について

議題（2）本事業の進捗状況について

議題（3）今後の本調整会議の持ち方について

第2回調整会議

日時：平成21年11月6日（金） 15:00～17:00

会場：竜王町役場 102 会議室

議題（1）出前リハビリ事業の進捗状況について

議題（2）調査事業の様式案について

第1回企画・評価委員会の経過

開催日時：平成21年8月6日（木） 14時～16時

- 検討内容：（1）本事業の内容説明について
（2）本事業の進捗状況について
（3）その他

記録要約：

【事業の内容説明について】

- ・ 何人ぐらいの予定か？ 40～60名くらい実施したい。
- ・ 自分でどれだけできるかという事を、前後で評価するという事で良いか？
1年後どれだけ継続されているか等を評価する予定。
- ・ いかに動機付けできるかということだが、維持できているかどうか、いつもそこが課題になる。半年以上のデータが大切。人の目があることなど見られているという意識があると続けられる。将来的には続けられる見守りみたいなシステムも考えて拡げていくことが重要ではないか。
- ・ 事業を実施することで、それぞれの機関がどんな役割があって、どうすべきかという課題が出てくるという事でよいか？
- ・ 介護予防のおたっしや教室を各集落で実施している。サポーターがいると会議所の鍵を開ける事から始まって、続けられている。誰かが支えて見守っていただく事が大事。要支援の人も来ている。来ている時はいいが、見守る体制が必要。そこまで考えてほしい。
- ・ デイサービス等でそのような考え方が理解して頂けると嬉しい。来ている人同士で「どう、やっている？」という声かけも大事。町みんなで支えていく仕組み作りが大切だと思う。

【事業の進捗状況について】

（対象者117人に対して、申込者が15人ということ）

- ・ この事業の案内が郵送された時にデイサービスに相談された方もいた。たいていの場合、見知らぬ人が家に入ることに抵抗を感じているのではないか？出来ることならデイサービスの場でしてもらおうという手も一つではないか？
生活機能を考えると、「家での」というところに意味がある。
- ・ 1回目をみんなのいる場で実施して、顔見知りになって、2回目から訪問して自宅ですという方法はかんがえられないか？
ケアマネージャーから薦めていただく事も可能か？
- ・ 認知症の独居の方は薦めにくい。
- ・ 1回誰か始めたら、「なんであの人だけ？」と思うようになるので、広報等に「あと30人」と記載するなどはどうか？対象が117名で15名の応募では寂しい。
- ・ 広報とケアマネからの両方からのアプローチが必要。

第 2 回企画・評価委員会 の経過

開催日時 : 平成 22 年 1 月 21 日 (木) 14 時 ~ 16 時

- 検討内容 : (1) 本事業の進捗状況について
- ・調整会議の報告
 - ・出前リハビリ事業の進捗について
 - ・調査事業の進捗について
- (2) 学習会の企画・調整
- (3) 次回の企画・調整会議の持ち方について
- (4) その他

記録要約 :

【出前リハビリ事業の進捗について】

- ・事例 No17 の方については、本人さんがあまり乗り気ではなかったが、クリニックから紹介させていただいた。訪問を開始されてから、次の受診日には、「先生、良かったぁ」と大変喜ばれていた。事例 No16 の方についても、少し認知症があって、典型的な閉じこもり生活だったので、どうかなぁと思いながらお願いをした。結果、少しお店番やのし書きなんかをされていると聞いたので、良かったんだなぁと感じている。
- ・No5 の方については、退院から 1 年経過している。訪問に同行もさせて頂いたが、これほど生活が拡大されるとは思っていなかった。おそらく今回の関わりがなければ、この方の生活は以前のままだったと思う。関わるタイミングや再評価するタイミングとして、どの時期がいいのか、そういった事も気になった。
- ・デイケアでも利用者さん同士が「運動してる?」「チェックつけてる?」と会話されているのを聞いた。「やってないけど、(マル)しょうか?」と話されていたり、利用者さん同士でもリハビリに来てくれた事を話題に挙げ、喜ばれていた。
- ・能力的な変化ももちろんだが、気持ちの変化が大きいように思えた。
- ・理学療法士、作業療法士だからできたこと、それからそれ以外の職種でもできることをもっと明らかにしてもらえると良いのでは。
- ・結果について、最終的には評価した指標についてもデータとして示してもらえると良い。また、今回の報告については、セラピスト視点の内容であったので、住民の方からどのような反応が得られているか、データやアンケートで示してもらえると良い。
- ・今回のような取り組みを通じて、竜王町にセラピストをおいてもらえるといいが、実際のところは無理だと思う。どこも財政的に厳しい。ですが、クリニックの方で、新たに作業療法士を 2 名常勤雇用することを決めています。

【学習会の企画・調整について】

- ・3 月のケアマネ連絡会をその場に充てようかと検討している。
- ・専門職の視点、専門職の評価の視点を学ぶとか・・・。
- ・漫然と訪問リハビリを入れるとかではなく、セラピストの視点を初回だけ入れるとか・・・。
- ・専門職が 1 度見立てて、あと具体的な内容を継続してもらおうとか・・・。
- ・姿勢の評価システムなどを組み入れるのはどうか?

- ・訪問リハとケアマネが気楽に協議できるシステムが必要では？
- ・学習会は学習会として、対象をケアマネ中心に行っていると思うが、ディスカッションをもつための場も必要ではないか。

【次回の企画・調整会議の持ち方について】

2月下旬から3月上旬の間で事業総括として開催予定。

企画・評価委員会、調整会議を合同開催し、その場に訪問リハビリ事業に関わったセラピストも同席する事で合意。

【その他】

- ・3月6日の県民参画事業についてご案内。
- ・BBC（びわこ放送）の取材・放送についても案内。

第3回企画・評価委員会、第3回調整会議 合同会議の経過

開催日時：平成22年3月16日（火）14時～16時

- 検討内容：(1) 本事業の総括について
(2) 平成22年度の方向性について
(3) その他

記録要約：

【平成22年度の方向性について】

- ・ 病院から退院されて訪問リハを卒業された事例もあるが、多くは訪問リハが長引いている状況が伺える。もう一度、再評価が必要ではないかと考えている。
- ・ 漫然と通所リハビリが計画に組み込まれているケースもたくさん抱えていて、もう一度家族や本人も含めて話しをしていかないといけないと感じている。
- ・ 実際、出前リハに取り組んで思った事は、対象者自身のご自身の変化に気づいておられないことが多い。それは、良くなっている場合でも、言われて始めて気づかれたり、実際に動作されて初めて気づかれたりすることが多いように感じた。気づけない事が悪いことではないが、変化に対して的確な評価の結果をご本人に返す事で、悪くなりそうな事に対する早期発見などにつながり、今回の取り組みもここに意味があると感じている。
- ・ 在宅診療していれば、積極的に出たい方もいれば、出たくない方もいる。出たくない人に今回のような取り組みはいいと思う。介護予防教室に行かれて喜んでおられる方と、要介護度となられてサービスを利用されている方との狭間におられる方をどうするかが今回の事業であると思う。高齢者の検診などと同じように、1年に1度、定期的に専門家にそういった目を向けてもらえるシステムがあればと思う。保険下のリハサービスが提供できるにこした事はないが、そういった関わりが少なからずあれば、それ以外の職種でもその後の関わりが検討できるかもしれないと思う。知らないうちにこんなに悪くなったという方も中にはいらっしゃるのでは。
- ・ 事業を行っていて、介護保険はどちらかというとお世話をするという視点であると思う。ケアマネージャーがどれほど頑張っても、なかなか本人の主体性というよりは、ご家族の介護負担の軽減に重きがおかれており、リハ的な視点とすれ違っていると感じている。
ご本人に可能性があるならば、労力をかけてもご本人ができる事を増やすという視点は、介護保険だけの観点からではなかなか出にくいと感じた。リハの視点と介護保険の融合がないとなかなか本質的な事への解決にならないのではと感じた。
介護保険の運用だけでなく、対象者自身がしたいことをどれくらいできているかの視点が必要ではと感じた。
- ・ 予防の事業というのは、半年くらいでは何とも言えない。
今から5年～10年のスパンで見えていく必要があると感じる。
- ・ 現状と将来の数値目標をもって、取り組む必要があると感じた。
そのためには、いろんな機関の協力も必要だし、その機関と目標を共有する必要があると感じた。

第 1 回調整会議の経過

開催日時：平成 21 年 9 月 4 日（金） 15 時～17 時

検討内容：（ 1 ）本事業の内容説明について

（ 2 ）本事業の進捗状況について

（ 3 ）今後の本調整会議の持ち方について

記録要約：

【訪問介護・通所介護の立場から】

- ・ デイサービスでやっている体操は、「物足りない」という人や「疲れた」という人など反応が様々。基本は誰もが出来る安全な事しかしないので、「物足りない」というのも当然だと思う。
- ・ 体操などについても芸能人がやっていて良いと聞けば、ホームヘルパーなりに考えて勧めたりすることもある。しかし、それが、ケアマネジャーが見ると「止めておいた方がいいのではないか」と言われる事もあり、何が良くて何が悪いのかわからない。
- ・ 訪問した際に「運動やってる？」「リハビリやってる？」と聞く事もあるが、「家ではできない」と言われる方もいる。
- ・ 椅子に座って体操をしている時は、足がしっかり上がっているのに、歩行になると足が上がらない方がいる。

【訪問リハの立場から】

- ・ 現在は、近江八幡と竜王で半分ずつもっている。介護度が軽症な人は、ある程度すれば終了となるが、介護度の高い人はそうはいかない。逆に言うと、今、訪問に行っている人は介護度の高い人がほとんど。
- ・ 東近江の訪問リハ事業所同士で、情報共有しようとして働きかけているが、リハ職が一人のところもあり、連携がとれていない。空き情報だけでも共有できるといいが。

【専門職（出前リハビリ事業協力者）の立場から】

- ・ 過去に訪問リハビリを経験していたが、今まで出会っていた人はほんの一部だということが、この事業を通じて実感した。介護度が低い人でも、私たち専門職が関わる必要性和意義はあると実感した。

第2回調整会議の経過

開催日時：平成21年11月6日（金） 15時～17時

検討内容：（1）出前リハビリ事業の進捗状況について

（2）調査事業の様式案について

記録要約：

【出前リハビリの進捗状況について】

- ・出前リハビリの個別の目標が生活に即している内容のものが多くて良いが、ケアマネージャーのケアプラン作成とのリンクはどのようになっているか。
日程調整の状況をなるべく細かく竜王町に伝えており、その日程に合わせて可能な範囲でケアマネさんには同行していただいている状況。ケアプランの目標との整合性については、訪問リハビリの場面だけで、目的共有されるに留まっている。
- ・うまくいかないケースの理由はどのようなものか。認知症の影響や短期間での関わりが影響しているのか。
短期間の関わりで、自己決定・自己実践が促しやすい反面、認知面の低下があるとその辺りが弱い印象。認知症の影響があるような方であれば、もう少しゆとりをもった関わり方ができると成果が見いだせるかもしれない。
- ・人工関節置換術をされている方に工夫点などを図で示したとあるが、実際どのような内容だったのか。環境調整なども行っているのか。
関節の保護や安静に関する内容であったり、人工関節の脱臼肢位などその方の生活場面一つ一つに応じた内容を図で示されている。病院での手術後などもある一定内容の禁忌肢位などは、伝えられていると思うが、実際の生活における細かな動作まではわからないのが実情ではないか。

【調査事業について】

出前リハビリ事業に関するアンケート

- ・出前リハを受けられた方に行うアンケートは、70～80代の方にとっては内容が少し難しいかもしれない。
- ・郵送だと提出できない人もいるので、出来れば聞き取る方が良いのでは。
- ・1人暮らしの方や1人での記入が難しい方は、家族やケアマネに介入してもらってはどうか。
- ・もう少し字は大きい方がいい。

東近江圏域を対象としたアンケート調査

- ・新規で居宅支援事業に登録された方で、1ヶ月の期間内に訪問や通所のリハに繋がるような件数があがるかどうか分からない。つながらない件数もあげた方が良いのでは。
- ・通所リハと訪問リハを重複するような関わりはほぼない状況。
- ・病院から老健や特養なりに行かれたケースは、個別のリハビリを受けられると良くなるような人でも、施設に一端入ってしまうとそこで完結してしまうパターンがある。

居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業

企画・評価委員会名簿

	代表機関等	所属等	氏名
委員長	地域診療所	弓削メディカルクリニック 院長	雨森正記 (医師)
委員	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所 万葉の里	田中 由紀子
	訪問介護・通所介護事業所	竜王町社会福祉協議会	古市 久美代
	竜王町民代表	竜王町介護予防サポーター	村田 茂子
	竜王町福祉課	竜王町福祉課長	吉田 淳子
	竜王町住民税務課	竜王町住民税務課参事	嶋林 さちこ
	竜王町地域包括支援センター		茶谷 貴子 (保健師)
	出前リハ担当セラピスト	藍野大学 医療保健学部作業療法学科	宇野 恵美子 (作業療法士)
	東近江圏域健康福祉事務所	東近江健康福祉事務所 所長	瀬戸 昌子

事務局	竜王町介護予防事業所	中原 江理 (主任ケアマネージャー)
	竜王町地域包括支援センター	関司 圭秀 (社会福祉士)
	県立リハビリテーションセンター	橋本 辰美
	県立リハビリテーションセンター	後藤 則子 (保健師)
	県立リハビリテーションセンター	宮本 昌寛 (作業療法士)

居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業

調整会議委員名簿

	所属等	氏名
委員	竜王診療所	野洑 義則 (医師)
	弓削メディカルクリニック 訪問リハビリ	岩森 由利子 (作業療法士)
	居宅介護支援事業所	田中 由紀子
	訪問介護・通所介護事業所	古市 久美代
	竜王町介護保険担当者	西村 忠晃
	竜王町地域包括支援センター	茶谷 貴子 (保健師)
	藍野大学(出前リハビリ担当)	七里 展子 (作業療法士)
	東近江圏域健康福祉事務所	中村 恭子 (保健師)

事務局	竜王町介護予防事業所	中原 江理 (主任ケアマネージャー)
	竜王町地域包括支援センター	関司 圭秀 (社会福祉士)
	県立リハビリテーションセンター	後藤 則子 (保健師)
	県立リハビリテーションセンター	宮本 昌寛 (作業療法士)

『居宅生活介護保険要介護度重症化等予防事業』

事業報告書

編集発行：滋賀県立リハビリテーションセンター

所在地：〒524-8524

滋賀県守山市守山五丁目4 - 30

T e l : 0 7 7 - 5 8 2 - 8 1 5 7

F a x : 0 7 7 - 5 8 2 - 5 7 2 6