

リハビリテーション推進体制にかかる状況調査

滋賀県健康しが推進課

滋賀県立リハビリテーションセンター

令和8年3月

目次

1. はじめに	2
(1) 目的	2
(2) 対象	2
(3) 内容	2
(4) 方法	2
(5) 期間	2
2. 結果	
(1) 急性期	3
(2) 回復期	8
(3) 精神科	12
(4) 外来リハビリテーション	16
(5) 訪問リハビリテーション	20
(6) 就学就労に向けたリハビリテーションの実施状況	25
(7) 地域包括支援センター	27
(8) リハビリテーション専門職の雇用・現任教育状況	30
3. 参考資料	38

1. はじめに

滋賀県保健医療計画（令和6年度から令和11年度）では、リハビリテーションにおける医療福祉体制について目指す姿を「すべてのライフステージにおいて、持ちうる能力を活かし、自立して活動・社会参加しながら地域で暮らすことができている」としております。

医学的リハビリテーションの推進、地域リハビリテーションの推進、リハビリテーション支援体制の推進を取組の方向性とし、様々な機関、多職種と連携し活動しております。

また、リハビリテーションを推進するうえで、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーション専門職の確保、育成も必要です。

本調査は、子どもから高齢者まで将来を見据えたリハビリテーション支援体制の充実を図り、リハビリテーション専門職の確保・現任教育の推進等、今後の体制整備事業の取組に活かすことを目的に実施しました。

(1) 目的

令和5年度の滋賀県保健医療計画の改訂を踏まえ、今後さらに子どもから高齢者まで将来を見据えたリハビリテーション支援体制の充実を図り、リハビリテーション専門職の確保・現任教育の推進等、今後の体制整備事業の取組に活かすことを目的に県内の状況調査を実施。

(2) 対象

県内の医療機関、介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーションⅠ⑤含む）、通所介護事業所、地域包括支援センター

(3) 内容

- i) 患者調査（退院患者、外来患者、サービス利用者）
- ii) 就学就労に向けたリハビリテーション実施状況調査
- iii) リハビリテーション専門職の雇用・現任教育状況調査

(4) 方法

- i) 県健康しが推進課および県立リハビリテーションセンターで分担し、調査対象機関に向けて郵送およびメールにて調査依頼。
- ii) 調査対象機関において、しがネット受付サービスを利用して回答。

(5) 期間

令和6年8月1日（木） ～ 令和6年9月13日（金）

2. 結果

(1) 急性期

調査対象機関

県内の医療機関 27 病院

調査対象期間

令和 6 年(2024 年) 4 月 1 日 (月) ～令和 6 年(2024 年) 4 月 30 日 (火) の 1 か月間

調査内容

リハビリテーションを提供した患者の内、対象期間内に退院された 0 ～64 歳の転帰先、主疾患、高次脳機能障害の有無、年代、退院時重症度 (日常生活自立度)、居住地を調査。

調査結果

(i) アンケート回収率

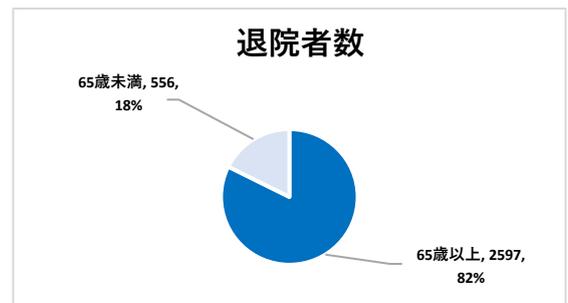
送付先 : 27 病院

回答数 : 16 病院

回収率 : 59.3% (16/27 病院)

(ii) 退院した数

年齢	人数
65 歳以上	2,597 名
65 歳未満	556 名
合計	3,153 名



65 歳以上の人が 2,597 名で 82.4%、65 歳未満の人が 556 名で 17.6%となっている。

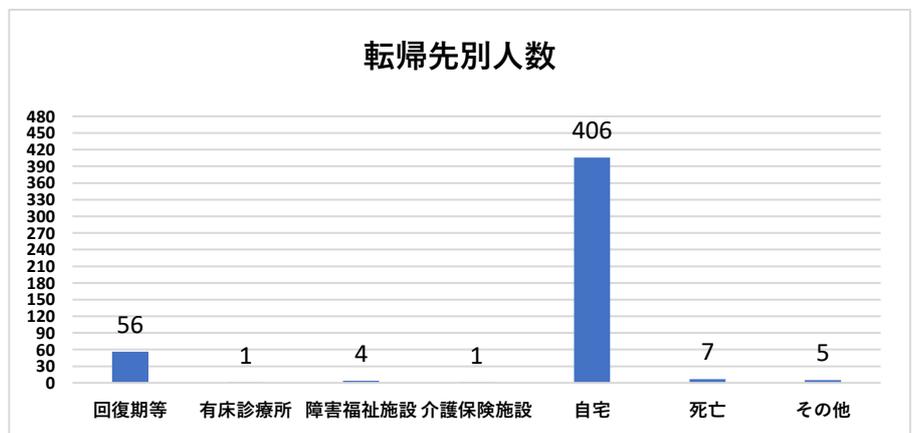
有効回答数

65 歳未満	詳細情報あり	未記入
556	480	76

以下有効回答数 480 について結果を示す。

(iii) 0 ～64 歳の転帰先

回復期病床等	56 名
有床診療所	1 名
障害福祉施設	4 名
介護保険施設	1 名
自宅	406 名
死亡	7 名
その他	5 名
合計	480 名



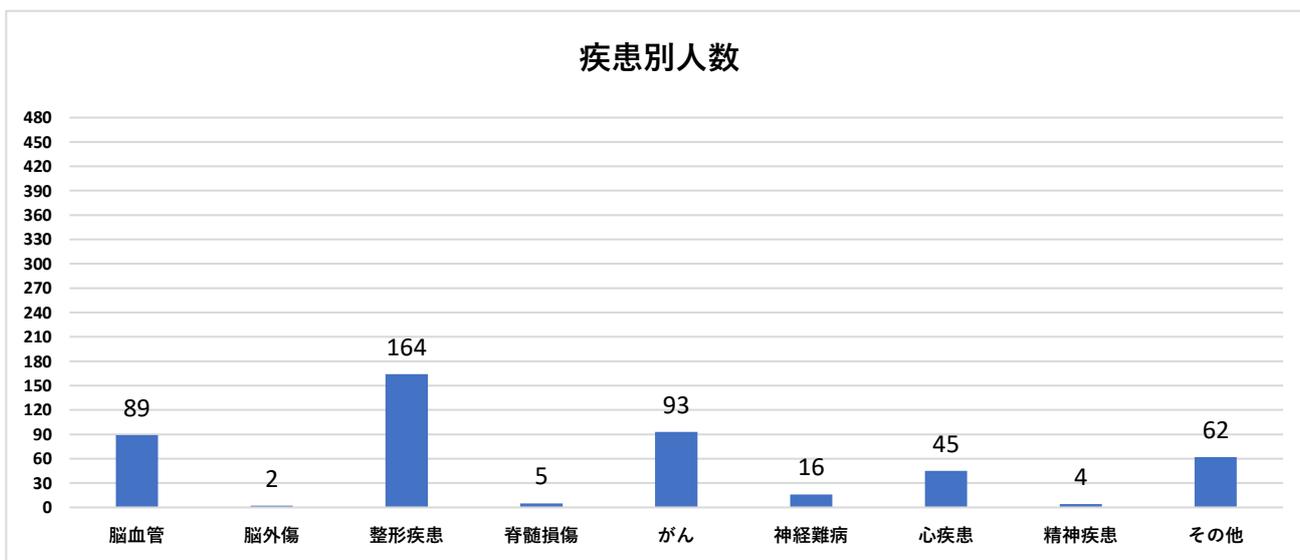
転帰先では、回復期病床等が 56 名で 11.7%、有床診療所が 1 名で 0.2%、障害福祉施設が 4 名で 0.8%、介護保険施設が 1 名で 0.2%、自宅が 406 名で 84.6%、死亡が 7 名で 1.5%、その他が 5 名で 1.0%となっている。

(iv) 0～64 歳の主疾患

主疾患	脳血管	脳外傷	整形疾患	脊髄損傷	がん	神経難病	心疾患	精神疾患	その他	合計
総数	89	2	164	5	93	16	45	4	62	480

※その他疾患の内訳

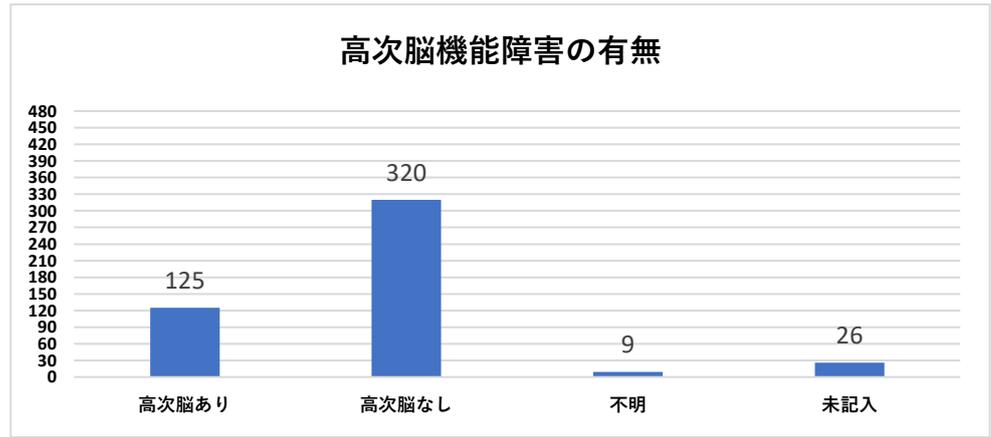
呼吸器疾患・感染症	廃用症候群	脳腫瘍	尿路感染症	内科疾患	急性腎盂炎	甲状腺機能低下症	消化器系疾患	代謝疾患	血液疾患	大動脈炎症	肺動脈血栓症	不明
11	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35



主疾患別では、脳血管疾患が 89 名で 18.5%、脳外傷が 2 名で 0.4%、整形疾患が 164 名で 34.2%、脊髄損傷が 5 名で 1.0%、がんが 93 名で 19.4%、神経難病が 16 名で 3.3%、心疾患が 45 名で 9.4%、精神疾患が 4 名で 0.8%、その他が 62 名で 12.9%となっており、多い順では整形疾患、脳血管疾患、がんの順になっている。

(v) 0～64歳の高次脳機能障害の有無

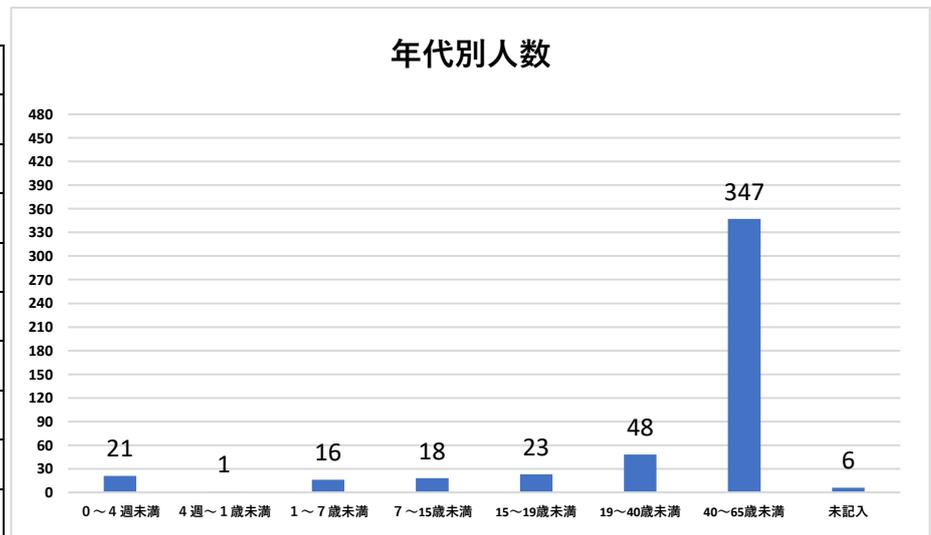
あり	125名
なし	320名
不明	9名
未記入	26名
合計	480名



高次脳機能障害がある人は125名で26.0%、ない人は320名で66.7%、不明の人は9名で1.9%、未記入の人は26名で5.4%だった。

(vi) 0～64歳の年代

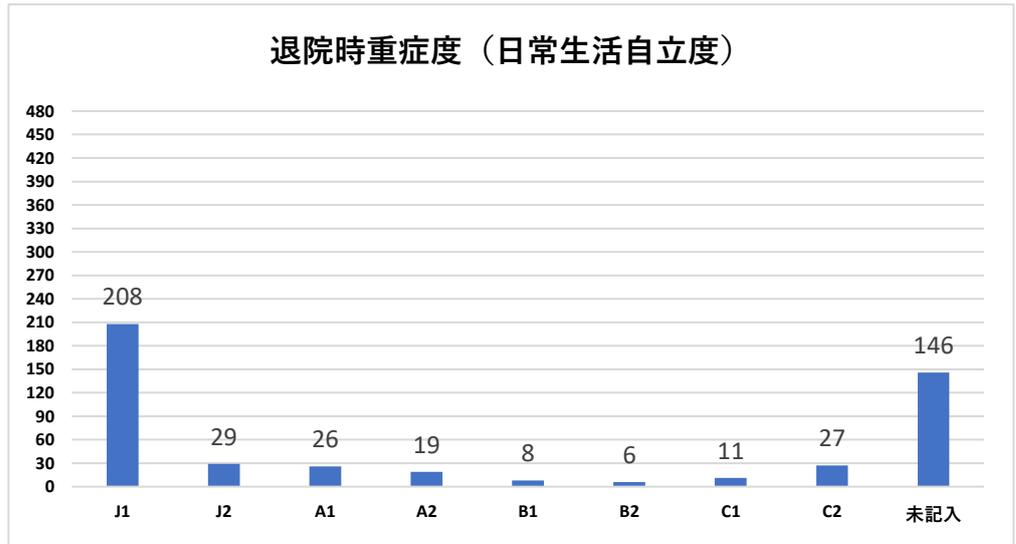
年代	人数
0～4週未満	21名
4週～1歳未満	1名
1～7歳未満	16名
7～15歳未満	18名
15～19歳未満	23名
19～40歳未満	48名
40～65歳未満	347名
未記入	6名
合計	480名



年代別では0～4週未満は21名で4.4%、4週～1歳未満は1名で0.2%、1～7歳未満は16名で3.3%、7～15歳未満は18名で3.8%、15～19歳未満は23名で4.8%、19～40歳未満は48名で10.0%、40～65歳未満は347名で72.3%、未記入は6名で1.3%となっている。多い順では40～65歳未満、19～40歳未満、15～19歳未満の順となっている。

(vii) 0～64歳の退院時重症度

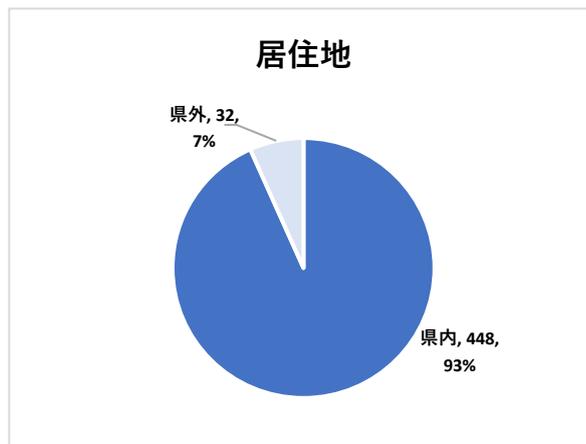
重症度	人数
J1	208名
J2	29名
A1	26名
A2	19名
B1	8名
B2	6名
C1	11名
C2	27名
未記入	146名
合計	480名



退院時重症度では、J1が208名で43.3%、J2が29名で6.0%、A1が26名で5.4%、A2が19名で4.0%、B1が8名で1.7%、B2が6名で1.3%、C1が11名で2.3%、C2が27名で5.6%、未記入が146名で30.4%となっている。

(viii) 0～64歳の居住地

県内	448名
県外	32名
合計	480名



県内にお住まいの人が448名で93%、県外にお住まいの人が32名で7%となっている。

(ix) リハビリテーションを提供する上での良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
困った点	意欲の問題	意欲がなくほとんどりハビリテーションを提供できない方がおられました。

(x) 転帰先との調整での良い点困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
困った点	受け入れ状況	相手病院の空き状況もありスムーズに移行できない。 自宅での生活継続が難しいが入所できる施設も少ない。
	人間関係の問題	本人、家族の人間関係のもつれで在宅が困難になる。
	経済的な問題	経済的問題で転院、入所が困難なケースがある。
	医療処置	投薬、経腸栄養、導尿等のために転院が困難なケースがある。
	リハ職の介入がない	リハビリテーションスタッフが転帰先とやりとりすることはない。

(xi) まとめ

- ・ 1月間におけるリハビリテーションを提供した退院者数は3,153名で、そのうち65歳未満の人は556名（17.6%）だった。
- ・ 556名のうち、76名の未記入を除いた480名のうち、8割の人が自宅に帰っていた。
- ・ 疾患別では、整形疾患、がん、脳血管疾患が多かった。
- ・ 高次脳機能障害の有無では、ない人のほうが6割と多いが、ある人も2割いることがわかった。
- ・ 年代別では、40～65歳未満の人が7割だが、18歳以下も79名（16.4%）で2割弱いることがわかった。
- ・ 退院時重症度では、J1の軽度が多かったが、未記入が3割ほどあったため評価が難しい。
- ・ 居住地では、滋賀県内の人が9割と滋賀県内で医療を受けていることがわかった。

(2) 回復期

調査対象機関

県内の医療機関 31 病院

調査対象期間

令和 6 年(2024 年) 4 月 1 日 (月) ～令和 6 年(2024 年) 4 月 30 日 (火) の 1 か月間

調査内容

リハビリテーションを提供した患者の内対象期間内に退院された 0～64 歳の転帰先、主疾患、高次脳機能障害の有無、年代、退院時重症度（日常生活自立度）、居住地を調査。

調査結果

(i) アンケート回収率

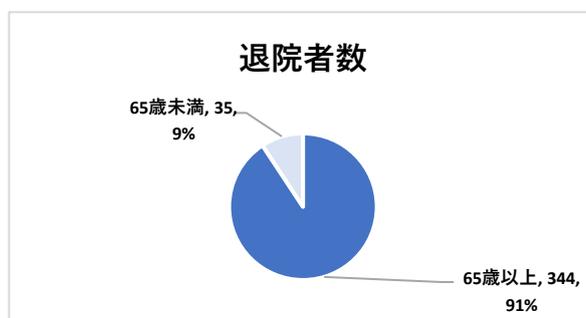
送付先：31 病院

回答数：12 病院

回収率：38.7% (12/31 病院)

(ii) 退院した数

年齢	人数
65 歳以上	344 名
65 歳未満	35 名
合計	379 名



65 歳以上の方が 344 名で 91%、65 歳未満の方が 35 名で 9%となっている。

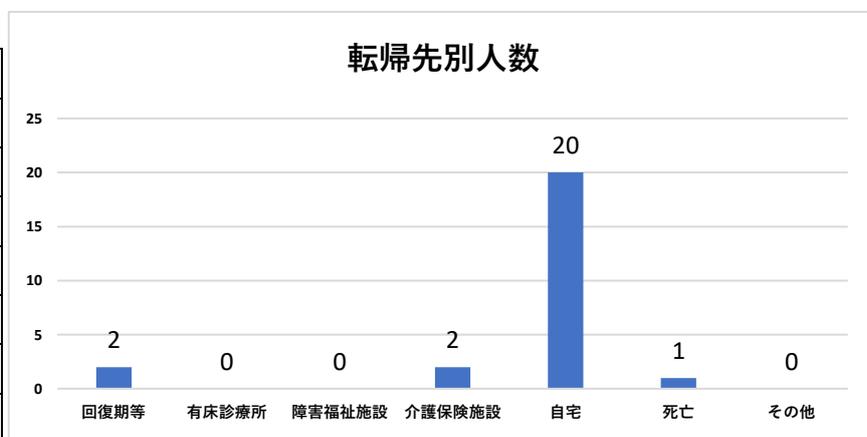
有効回答数

65 歳未満	詳細情報あり	未記入
35	25	10

以下有効回答数 25 について結果を示す。

(iii) 0～64 歳の転帰先

回復期病床等	2 名
有床診療所	0 名
障害福祉施設	0 名
介護保険施設	2 名
自宅	20 名
死亡	1 名
その他	0 名
合計	25 名



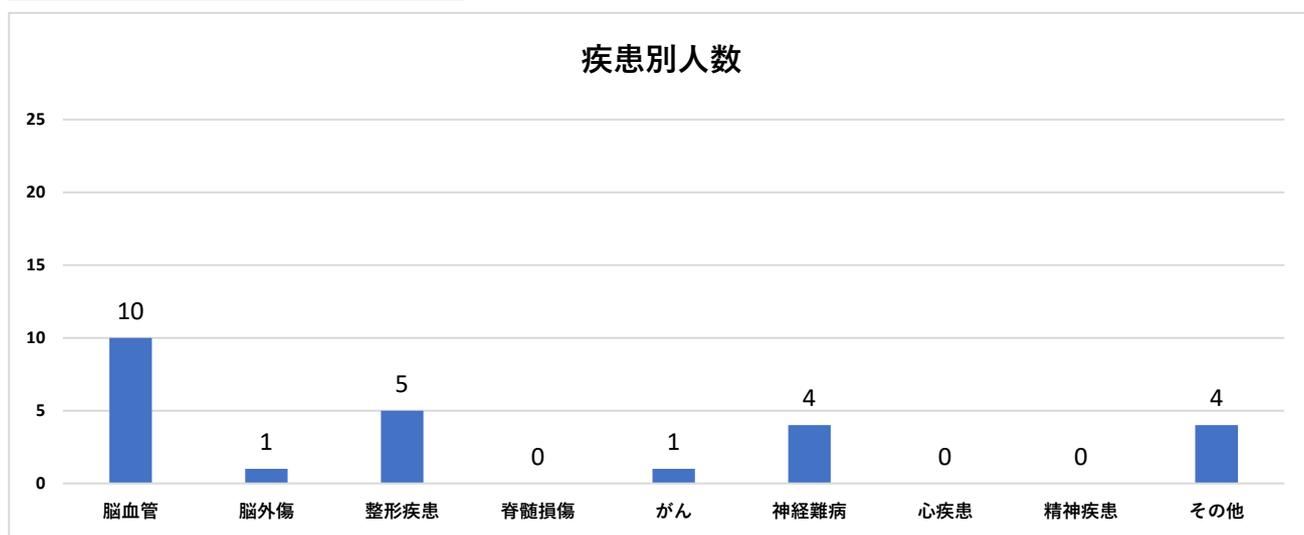
転帰先では回復期病床等が2名で8%、有床診療所が0名で0%、障害福祉施設が0名で0%、介護保険施設が2名で8%、自宅が20名で80%、死亡が1名で4%、その他が0名で0%となっている。

(iv) 0～64歳の主疾患

主疾患	脳血管	脳外傷	整形疾患	脊髄損傷	がん	神経難病	心疾患	精神疾患	その他	合計
総数	10	1	5	0	1	4	0	0	4	25

※その他疾患の内訳

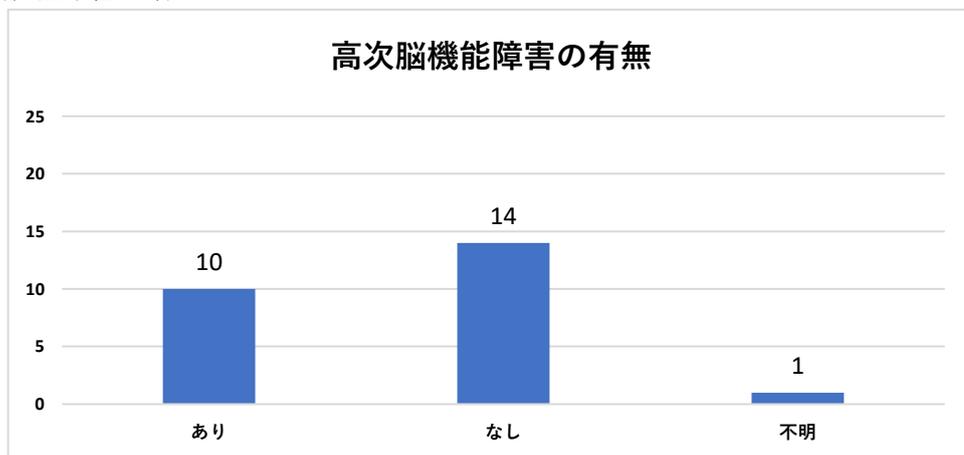
腎不全	急性呼吸不全
3	1



主疾患別では、脳血管疾患が10名で40%、脳外傷が1名で4%、整形疾患が5名で20%、脊髄損傷が0名で0%、がんが1名で4%、神経難病が4名で16%、心疾患が0名で0%、精神疾患が0名で0%、その他が4名で16%となっており、多い順では脳血管疾患、整形疾患、神経難病、その他の順になっている。

(v) 0～64歳の高次脳機能障害の有無

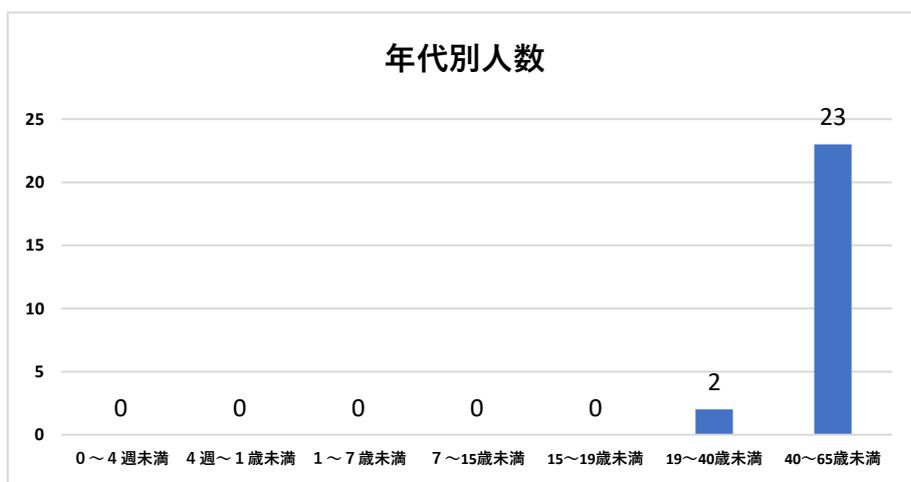
あり	10名
なし	14名
不明	1名
合計	25名



高次脳機能障害がある人は10名で40%、ない人は14名で56%、不明の人は1名で4%だった。

(vi) 0～64歳の年代

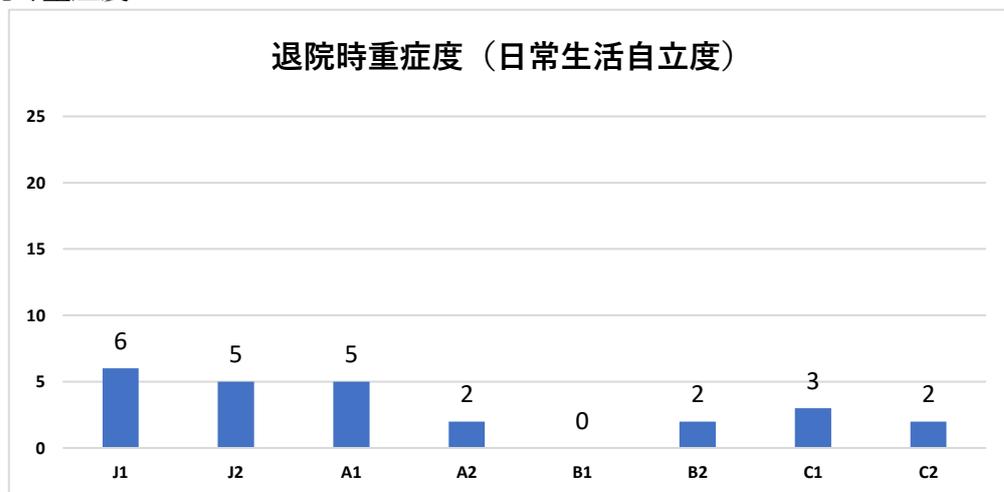
年代	人数
0～4週未満	0名
4週～1歳未満	0名
1～7歳未満	0名
7～15歳未満	0名
15～19歳未満	0名
19～40歳未満	2名
40～65歳未満	23名
合計	25名



年代別では0～4週未満は0名で0%、4週～1歳未満は0名で0%、1～7歳未満は0名で0%、7～15歳未満は0名で0%、15～19歳未満は0名で0%、19～40歳未満は2名で8%、40～65歳未満は23名で92%となっている。多い順では40～65歳未満、19～40歳未満となっている。

(vii) 0～64歳の退院時重症度

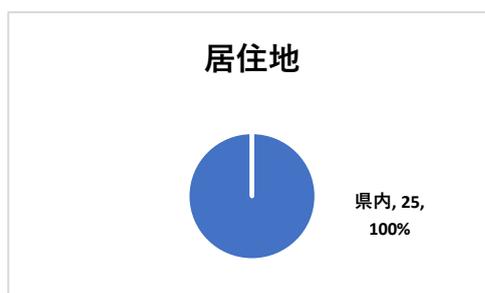
重症度	人数
J1	6名
J2	5名
A1	5名
A2	2名
B1	0名
B2	2名
C1	3名
C2	2名
合計	25名



退院時重症度ではJ1が6名で24%、J2が5名で20%、A1が5名で20%、A2が2名で8%、B1が0名で0%、B2が2名で8%、C1が3名で12%、C2が2名で8%となっている。多い順では、J1、J2、A1の順となっている。

(viii) 0～64歳の居住地

県内	25名
県外	0名
合計	25名



県内にお住まいの人が 25 名であり 100%であった。

(ix) 転帰先との調整での良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	引き継ぎ	小規模多機能への紹介は本人の安心が得やすかった。
困った点	在宅生活の困難	介護サービスを利用しても在宅生活が難しい方が増えている一方入所できる施設が少なく調整が滞るケースがある。
	調整時間	急性期病院からの転院に、種々の要因にて時間を要することがある。 職場の理解や本人、家族の意向のすれ違いもあり入院期間のみで介入を行うことが難しい。
	予後予測	急性期病院で歩けると思うよと声かけされており、回復期に来ると歩けるようなレベルでない症例で家族から歩けるようになると聞いたと訴えがありコミュニケーションやその後の退院に向けてスムーズにいかないケースが時折ある。
	本人の意向の問題	患者自身が希望しないことがある。
	受け入れ体制	紹介元の外来リハの受け入れ体制がわからない。 紹介元への患者の引き継ぎがうまくいかないことがある。
	若年者への支援	身体的、家庭的、経済的、制度の制限により若くても在宅を断念したケースがあった。

(x) まとめ

- ・ 1 月間におけるリハビリテーションを提供した退院者数は 379 名で、そのうち 65 歳未満の人は 35 名（9%）だった。
- ・ 35 名のうち、10 名の未記入を除いた 25 名のうち、8 割の人が自宅に帰っていた。
- ・ 疾患別では、脳血管疾患、整形疾患、神経難病、その他疾患が多かった。
- ・ 高次脳機能障害の有無では、4 割の人に高次脳機能障害があった。
- ・ 年代別では、40～65 歳未満の人が 9 割で小児はいなかった。
- ・ 退院時重症度では、比較的軽度の方が多いが、軽度から重度までばらつきがみられた。
- ・ 居住地は全員が県内で医療を受けていることがわかった。
- ・ 回復期における転帰先との連携では、在宅復帰に向けた課題解決や調整時間、リハビリテーションの予後予測、外来リハビリテーションの連携にも課題があることがわかった。

(3) 精神科

調査対象機関

県内の医療機関 10 病院

調査対象期間

令和 6 年(2024 年) 4 月 1 日 (月) ～令和 6 年(2024 年) 4 月 30 日 (火) の 1 か月間

調査内容

リハビリテーションを提供した患者の内対象期間内に退院された 0～64 歳の転帰先、主疾患、高次脳機能障害の有無、年代、退院時重症度（日常生活自立度）、居住地を調査。

調査結果

(i) アンケート回収率

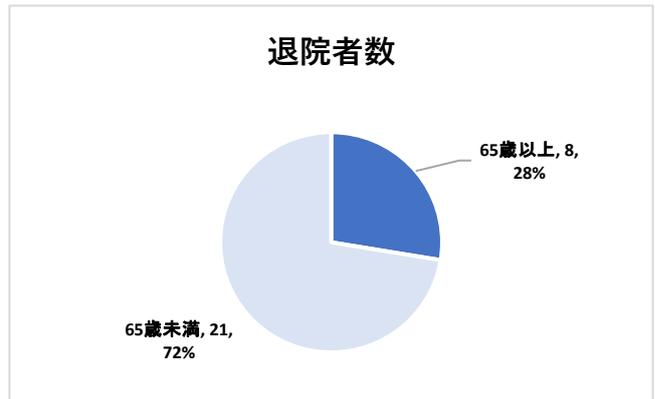
送付先：10 病院

回答数：4 病院

回収率：40.0%（4/10 病院）

(ii) 退院した数

65 歳以上	8 名
65 歳未満	21 名
合計	29 名



65 歳以上の人 が 8 名 で 27.6%、65 歳未満の人 が 21 名 で 72.4% となっている。

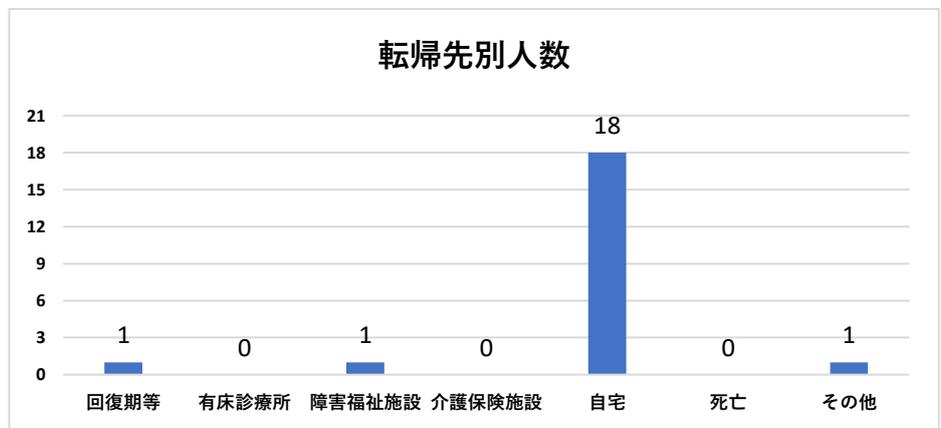
有効回答数

65 歳未満	詳細情報あり	未記入
21	21	0

以下有効回答数 21 について結果を示す。

(iii) 0～64 歳の転帰先

回復期病床等	1 名
有床診療所	0 名
障害福祉施設	1 名
介護保険施設	0 名
自宅	18 名
死亡	0 名
その他	1 名
合計	21 名



転帰先では回復期病床等が1名で4.8%、有床診療所が0名で0%、障害福祉施設が1名で4.8%、介護保険施設が0名で0%、自宅が18名で85.7%、死亡が0名で0%、その他が1名で4.8%となっている。

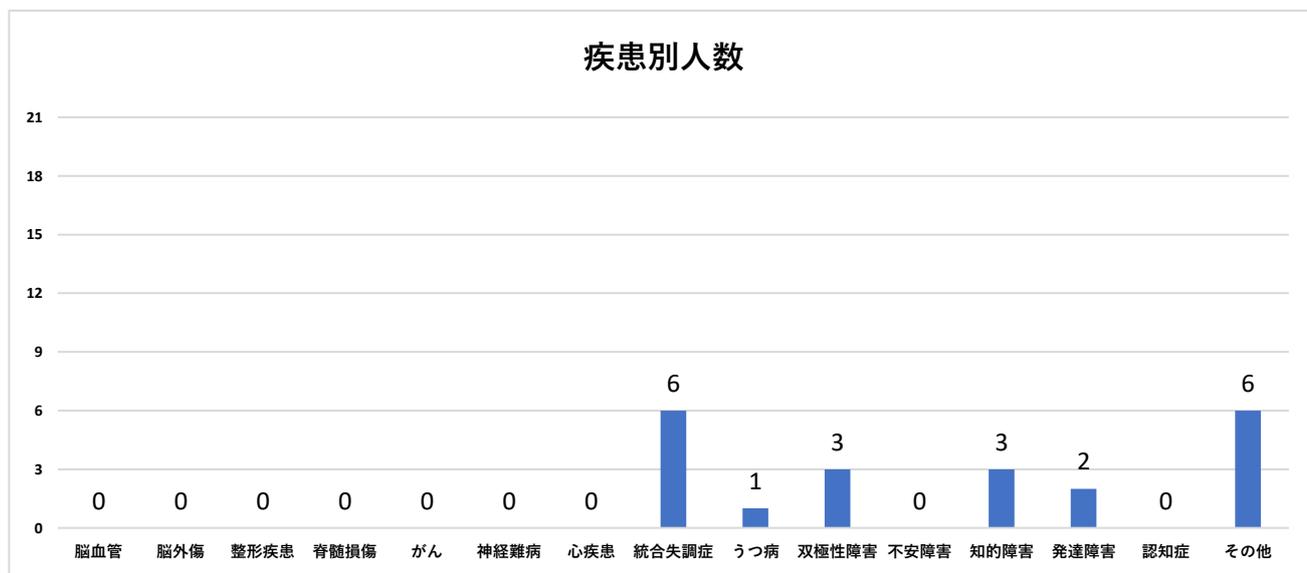
(iv) 0～64歳の主疾患

主疾患	脳血管	脳外傷	整形疾患	脊髄損傷	がん	神経難病	心疾患	統合失調症	うつ病
合計	0	0	0	0	0	0	0	6	1

主疾患	双極性障害	不安障害	知的障害	発達障害	認知症	その他	合計
合計	3	0	3	2	0	6	21

※その他疾患の内訳

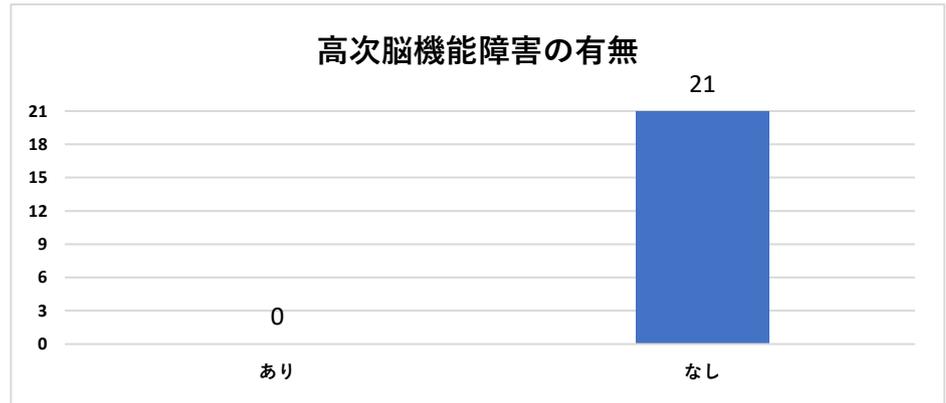
複雑性 PTSD	アルコール依存症
1	5



主疾患別では、統合失調症が6名で29%、うつ病が1名で5%、双極性障害が3名で14%、不安障害が0名で0%、知的障害が3名で14%、発達障害が2名で9%、認知症が0名で0%、その他が6名で29%となっており、多い順では統合失調症、その他、双極性障害、知的障害となっている。

(v) 0～64歳の高次脳機能障害の有無

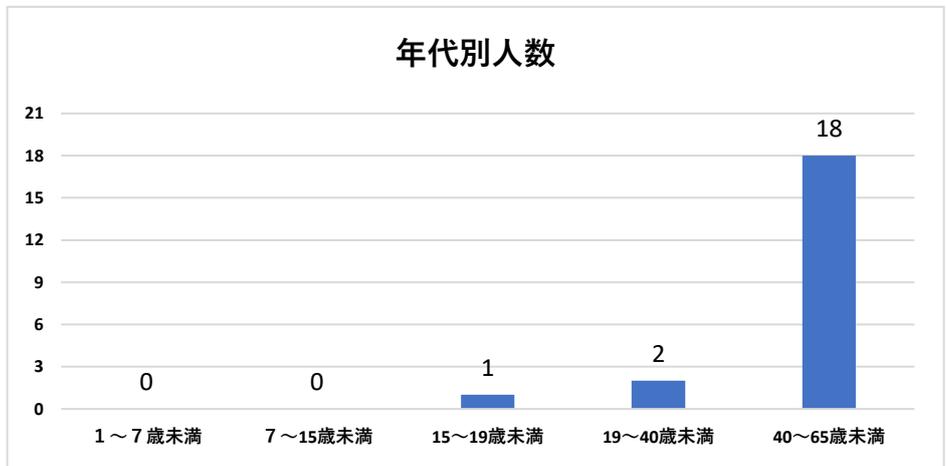
あり	0名
なし	21名
不明	0名
合計	21名



高次脳機能障害がある人は0名で0%、ない人は21名で100%だった。

(vi) 0～64歳の年代

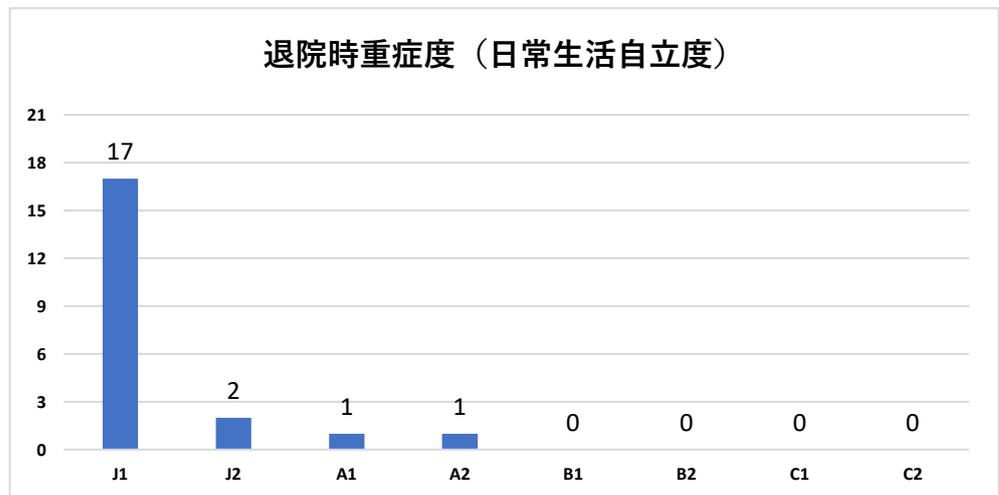
年代	人数
1～7歳未満	0名
7～15歳未満	0名
15～19歳未満	1名
19～40歳未満	2名
40～65歳未満	18名
合計	21名



年代別では1～7歳未満は0名で0%、7～15歳未満は0名で0%、15～19歳未満は1名で5%、19～40歳未満は2名で9%、40～65歳未満は18名で86%だった。

(vii) 0～64歳の退院時重症度

重症度	人数
J1	17名
J2	2名
A1	1名
A2	1名
B1	0名
B2	0名
C1	0名
C2	0名
合計	21名

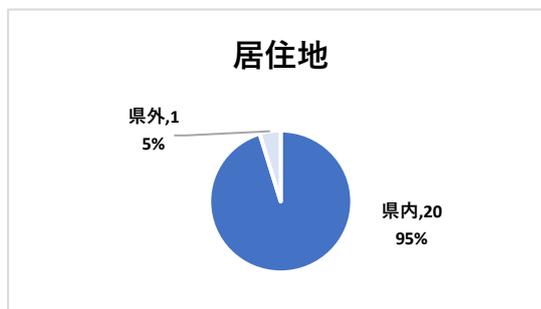


退院時重症度では J1 が 17 名で 81%、J2 が 2 名で 9%、A1 が 1 名で 5%、A2 が 1 名で 5%、B1 が 0 名で 0%、B2 が 0 名で 0%、C1 が 0 名で 0%、C2 が 0 名で 0% となっている。

多い順では、J1、J2、A1、A2 の順となっている。

(viii) 0～64 歳の居住地

県内	20 名
県外	1 名
合計	21 名



県内の人が 20 名で 95%、県外の人 が 1 名で 5% となっている。

(ix) 転帰先との調整での良い点、困った点 (一部抜粋)

	カテゴリー	内容
良い点	連絡方法	施設間連絡票を用い情報提供を行っています。
困った点	本人の意向	本人が特に調整を希望されないことも多く調整を要するかどうかの評価、判断が難しい。
	研修	環境設定や関わり方の問題だということはわかるが、すでに施設職員の陰性感情が強いため難航する。育成研修の検討が必要。

(x) まとめ

- ・ 1 月間におけるリハビリテーションを提供した退院者数は 29 名で、そのうち 65 歳未満の人は 21 名 (72.4%) だった。
- ・ 21 名のうち、8 割の人が自宅に帰っていた。
- ・ 疾患別では、統合失調症、その他疾患 (アルコール依存症他) が多く、双極性障害、知的障害と続く。
- ・ 高次脳機能障害の有無では、今回の調査では高次脳機能障害のある人はいなかった。
- ・ 年代別では、40～65 歳未満の人が 8 割だった。
- ・ 退院時重症度では、J1 が 8 割で、それ以外でも A2 までであり、軽度であることがわかった。
- ・ 居住地では、9 割の人が県内で医療を受けていることがわかった。
- ・ 精神科における転帰先との連携では、疾患に対応した関わり方の継続に課題があることがわかった。

(4) 外来リハビリテーション

調査対象機関

県内の医療機関（病院・診療所）116 か所

調査対象期間

令和6年(2024年)4月23日、24日、26日の3日間のうちいずれか1日

調査内容

対象期間内に外来リハビリテーションを実施した数、主疾患、高次脳機能障害の有無、年代、重症度（日常生活自立度）を調査。

調査結果

(i) アンケート回収率

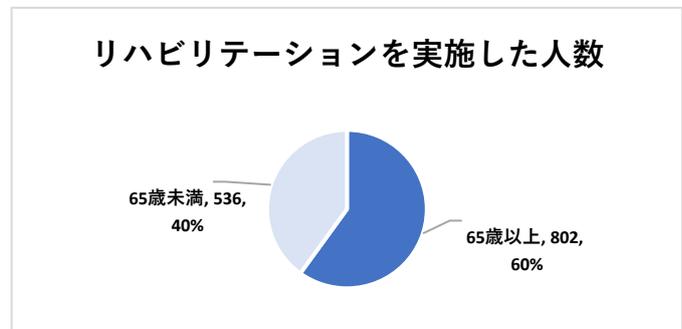
送付先：116 か所

回答数：50 か所

回収率：43.1% (50/116 か所)

(ii) リハビリテーションを実施した数

年齢	人数
65歳以上	802名
65歳未満	536名
合計	1,338名



65歳以上の方が802名で60%、65歳未満の方が536名で40%だった。

有効回答数

65歳未満	詳細情報あり	未記入
536	536	0

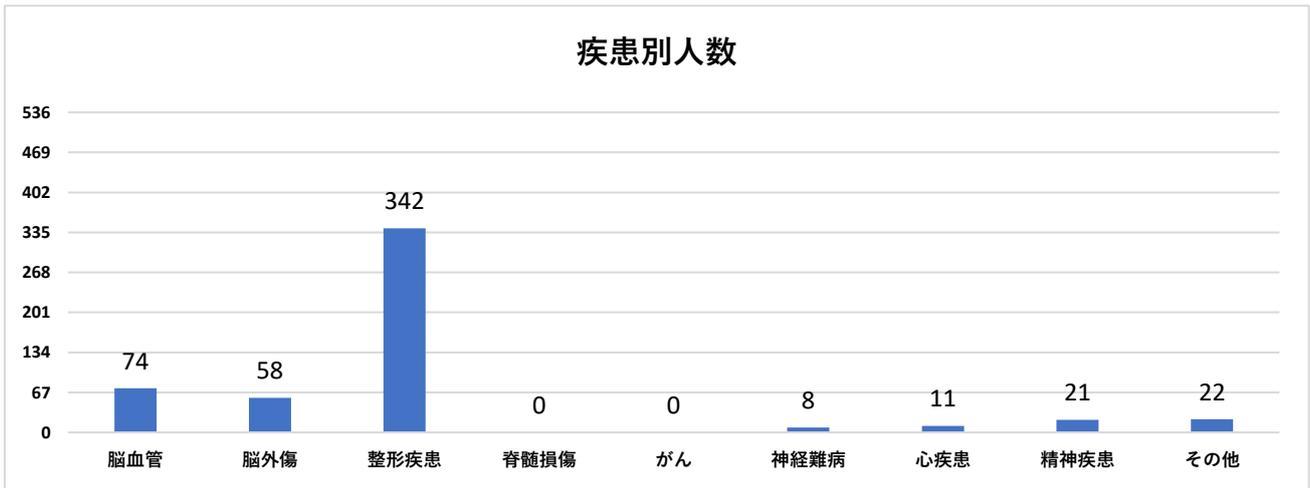
以下有効回答数536について結果を示す。

(iii) 0～64歳の主疾患

脳血管	脳外傷	整形疾患	脊髄損傷	がん	神経難病	心疾患	精神疾患	その他	合計
74	58	342	0	0	8	11	21	22	536

※その他疾患の内訳

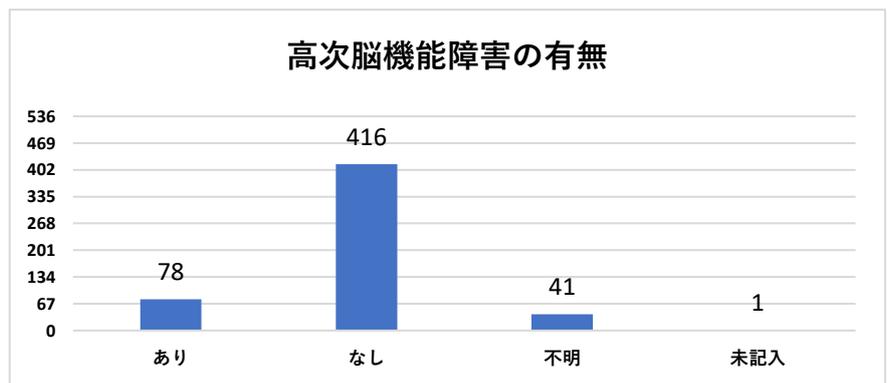
脳性麻痺	運動器系疾患	筋ジストロフィー	第5足趾 中足骨 MRSA 骨髄炎	皮膚癌術後	嘔吐症	染色体異常	不明
5	2	2	1	1	1	1	9



主疾患別では脳血管疾患が74名で14%、脳外傷が58名で11%、整形疾患が342名で64%、脊髄損傷が0名で0%、がんが0名で0%、神経難病が8名で1%、心疾患が11名で2%、精神疾患が21名で4%、その他が22名で4%だった。

(iv) 高次脳機能障害の有無

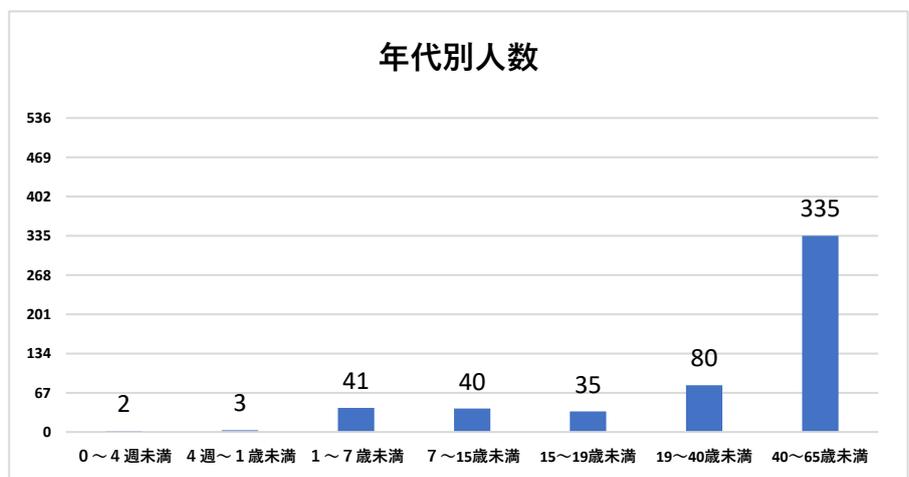
あり	78名
なし	416名
不明	41名
未記入	1名
合計	536名



高次脳機能障害がある人が78名で14.6%、ない人が416名で77.6%、不明の人が41名で7.6%、未記入の人が1名で0.2%だった。

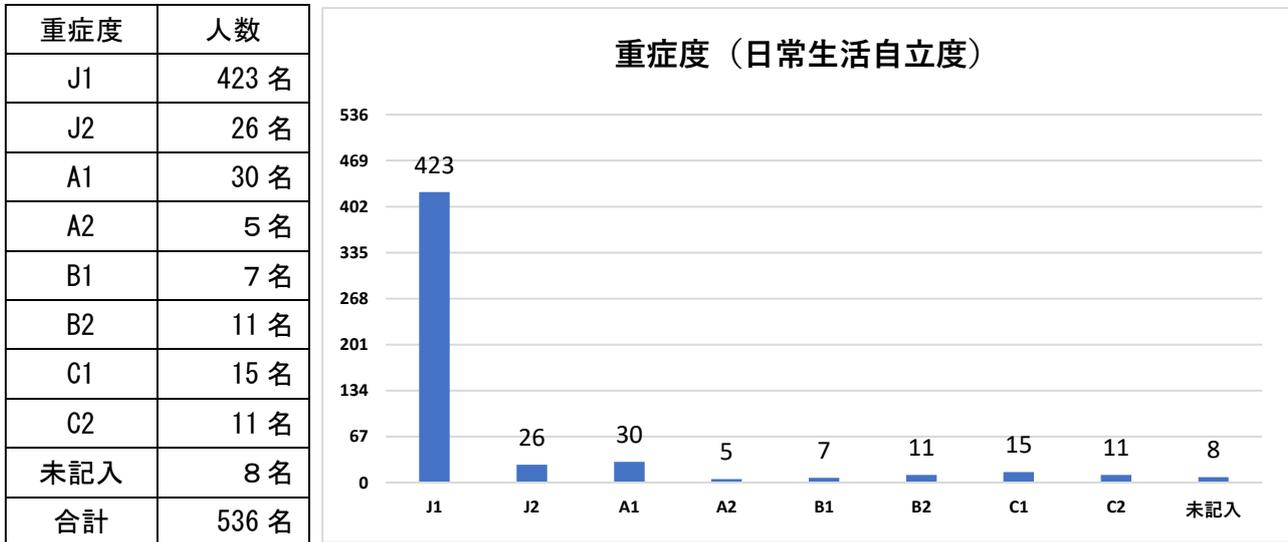
(v) 0～64歳の年代

年代	人数
0～4週未満	2名
4週～1歳未満	3名
1～7歳未満	41名
7～15歳未満	40名
15～19歳未満	35名
19～40歳未満	80名
40～65歳未満	335名
合計	536名



0～4週未満は2名で0.4%、4週～1歳未満は3名で0.6%、1～7歳未満は41名で7.6%、7～15歳未満は40名で7.5%、15～19歳未満は35名で6.5%、19～40歳未満は80名で14.9%、40～65歳未満は335名で62.5%だった。

(vi) 0～64歳の重症度（日常生活自立度）



重症度ではJ1が423名で78.9%、J2が26名で4.9%、A1が30名で5.6%、A2が5名で0.9%、B1が7名で1.3%、B2が11名で2.1%、C1が15名で2.8%、C2が11名で2.1%、未記入が8名で1.5%となっている。多い順では、J1、A1、J2の順となっている。

(vii) リハビリテーションを提供する上での良かった点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	かかりつけ病院	自院の患者が外来になるので問題なし。
困った点	疾患の理解	精神科の症状、障害について理解を得にくい。特に発達障害に関しては障害特性の部分を脳機能の問題ではなく本人の能力や人間性で評価される。

(viii) 他機関との連携における良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	制度	介護保険は連携しやすい。
	医師の理解	医師の理解があれば間口が広くスムーズにアクセスできる。術後の方は紹介状があることが多いので状況を理解しやすい。
	コミュニケーション	園、学校、放デイのスタッフと話をする中で通われているところでの様子や困りごと、そのことへの対応を確認でき、具体的な対策もその場で共有することができる。
困った点	会議への参加	担当者会議に呼ばれるというわけでもなく連携がとりにくい。
	情報の共有	共有ノートがあると情報提供しやすいがタイムラグが生じる。介護保険、通所リハビリテーションサービスとの併用の状況把握が困難。 主治医が他院の場合診療情報提供が患者伝えになりやすく日々の情報や連携が十分に得られない。
	制度	介護保険適応外の患者の継続リハが困難。
	若年者への支援	成人の脳性麻痺患者のリハビリの受け入れ先が少ない。若年層の脳卒中後のリハビリの受け入れ先が少ない。

(ix) まとめ

- ・指定された3日間のうちいずれか1日におけるリハビリテーションを提供した人は1,338名で、そのうち65歳未満の人は536名（40%）だった。
- ・主疾患では、整形疾患、脳血管疾患、脳外傷が多かった。
- ・高次脳機能障害の有無では、1割の人に高次脳機能障害があることがわかった。
- ・年代別では、40～65歳未満の人が6割だが、18歳以下の人も2割いることがわかった。
- ・重症度では、A2までの軽度で9割と外来では軽度者が多いことがわかった。
- ・外来リハビリテーションにおける連携では、介護保険制度対象ではない場合、情報の共有、若年者支援、理解促進などの課題がわかった。

(5) 訪問リハビリテーション

調査対象機関

県内の病院、診療所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設 360 か所

調査対象期間

令和6年(2024年)4月23日、24日、26日の3日間のうちいずれか1日

調査内容

対象期間内に訪問リハビリテーションを実施した数、主疾患、高次脳機能障害の有無、年代、重症度（日常生活自立度）を調査。

調査結果

(i) アンケート回収率

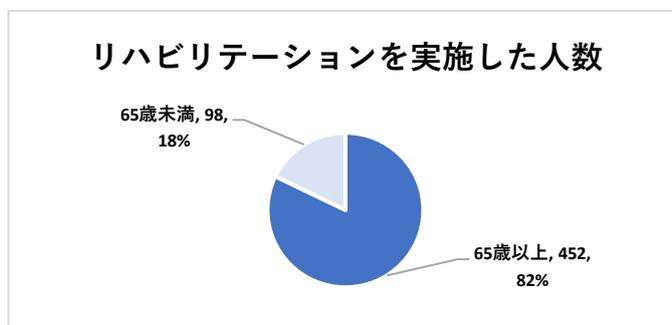
送付先：360 か所

回答数：88 か所

回収率：24.4% (88/360 病院)

(ii) リハビリテーションを実施した数

年齢	人数
65歳以上	452名
65歳未満	98名
合計	550名



65歳以上の方が452名で82.2%、65歳未満の方が98名で17.8%だった。

有効回答数

65歳未満	詳細情報あり	未記入
98	98	0

以下有効回答数98について結果を示す。

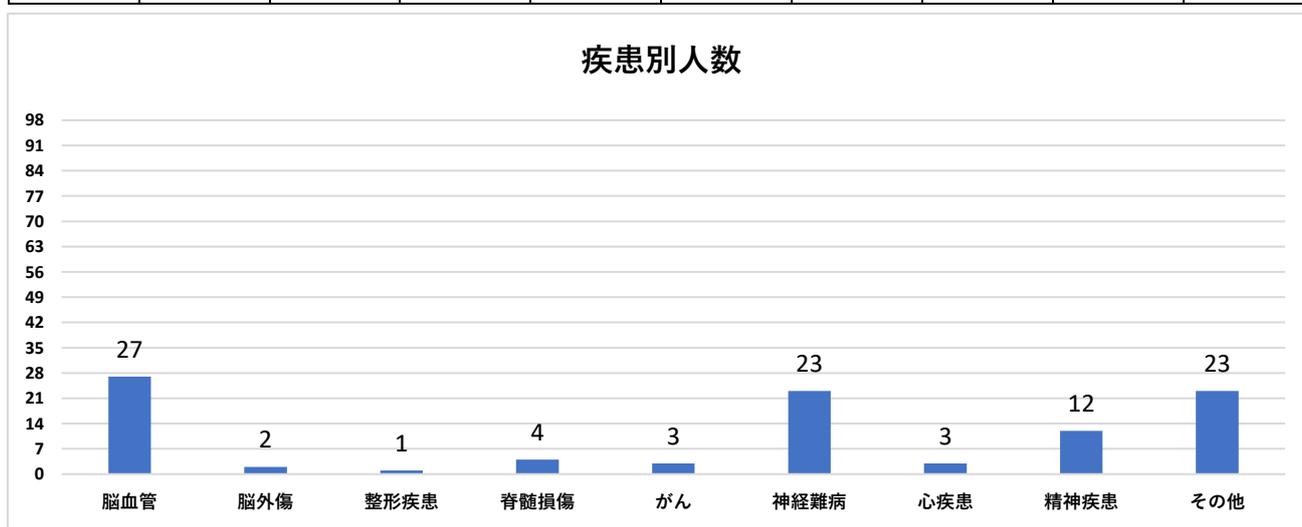
(iii) 0～64歳の主疾患

脳血管	脳外傷	整形疾患	脊髄損傷	がん	神経難病	心疾患	精神疾患	その他	合計
27	2	1	4	3	23	3	12	23	98

※その他疾患の内訳

筋ジストロフィー	脳性麻痺	IP36.3欠失症候群	小児交互性片麻痺	難治性てんかん	ウィルソンミキティ症候群	染色体異常	ウィルソン病	シャルコーマリーツース	弯曲肢異形成症
3	2	1	1	1	1	1	1	1	1

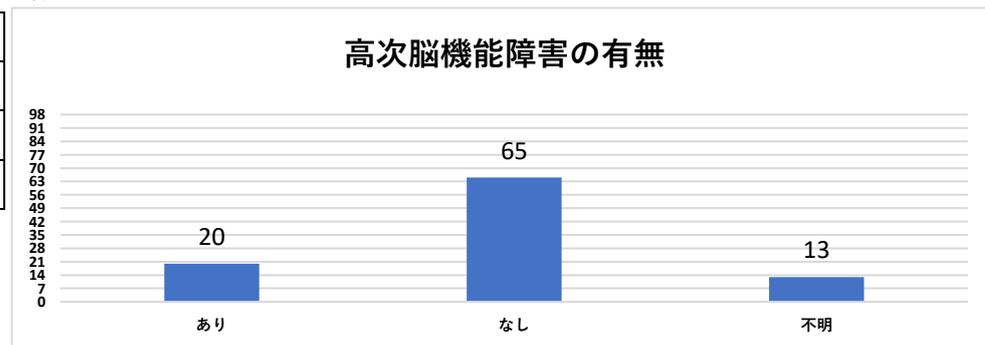
フォンヒッペルリンドウ病	てんかん	ダウン症	早産極低出生体重児・発育発達遅延症	腎疾患	SENDA	ループス腸炎	脊髄小脳変性症	アメイバー肉腫性脳炎	慢性腎不全
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



主疾患では脳血管疾患が27名で28%、脳外傷が2名で2%、整形疾患が1名で1%、脊髄損傷が4名で4%、がんが3名で3%、神経難病が23名で24%、心疾患が3名で3%、精神疾患が12名で12%、その他が23名で23%だった。

(iv) 高次脳機能障害の有無

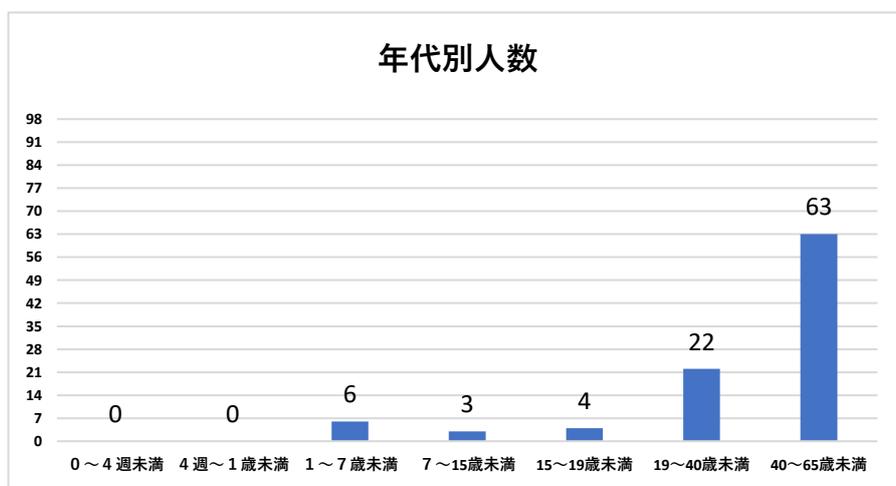
あり	20名
なし	65名
不明	13名
合計	98名



高次脳機能障害がある人が 20 名で 21%、ない人が 65 名で 66%、不明の人が 13 名で 13% だった。

(v) 0～64 歳の年代

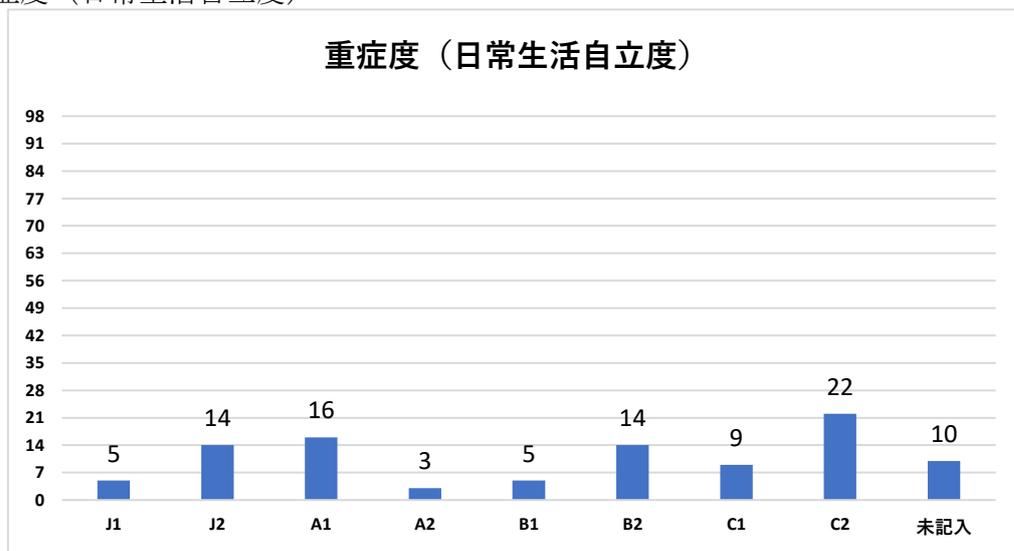
年代	人数
0～4 週未満	0 名
4 週～1 歳未満	0 名
1～7 歳未満	6 名
7～15 歳未満	3 名
15～19 歳未満	4 名
19～40 歳未満	22 名
40～65 歳未満	63 名
合計	98 名



年代別では 0～4 週未満は 0 名で 0%、4 週～1 歳未満は 0 名で 0%、1～7 歳未満は 6 名で 6%、7～15 歳未満は 3 名で 3%、15～19 歳未満は 4 名で 4%、19～40 歳未満は 22 名で 23%、40～65 歳未満は 63 名で 64% だった。

(vi) 0～64 歳の重症度（日常生活自立度）

重症度	人数
J1	5 名
J2	14 名
A1	16 名
A2	3 名
B1	5 名
B2	14 名
C1	9 名
C2	22 名
未記入	10 名
合計	98 名



重症度別では J1 が 5 名で 5.1%、J2 が 14 名で 14.3%、A1 が 16 名で 16.3%、A2 が 3 名で 3.1%、B1 が 5 名で 5.1%、B2 が 14 名で 14.3%、C1 が 9 名で 9.2%、C2 が 22 名で 25.5%、未記入は 10 名で 10.2% となっている。

(vii) リハビリテーションを提供する上での良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	若年者への支援	<p>復職に向けた取り組みを訪問リハで介入できた。</p> <p>64歳までの人は家族の協力が得やすいため自主トレなど指導しやすい。</p>
	自宅支援	<p>訪問することで在宅での様子が見えやすく環境整備や家族の困りごとが理解しやすい。</p> <p>利用者の生活に直面しながら介入できるため問題点を抽出しやすい。</p> <p>グループホームに入所中の方であるため日常生活の様子を日中、夜間帯含め情報を得られやすい点はよい。</p> <p>機能訓練に集中しすぎることなく生活場面での発見やコミュニティが充実している。</p> <p>入院期間等の縛りによる難度高い目標設定することなく本人のペースで介入できるケースが多い。</p> <p>慣れた環境で実際に日常生活動作の評価ができる。</p>
困った点	支援者の中のキーパーソン	介護保険以外での利用者についてはまとめ役が誰になるのかわかりにくい。
	若年者への支援	<p>リハ職も看護職も小児経験のあるスタッフが地域に少なく同一施設での利用が難しい。</p> <p>若い世代の方の介護保険サービスは少なく訪問系のサービスになりがち。</p>
	自宅支援	<p>自宅でのリハビリはリハビリする環境としては厳しい。</p> <p>指導したケア方法やポジショニング方法の統一が難しい。</p> <p>定年後の生活の延長・性差による家庭内役割分担など多岐にわたり変容している状況でリハビリの目標設定は変化（対応）できていない。</p> <p>人生の目標設定を老若男女関係なく考える機会が必要。</p> <p>病棟リハよりも観察項目が多くなりリハビリ時間が減る。</p> <p>リハビリの継続を見直すことを伝えると継続希望が強く終了しにくくなる。</p> <p>リハビリ内容が限定される。</p>
	金銭的な問題	家族関係や金銭状況から福祉用具やサービスの導入が困難。
	制度	<p>業務時間の制約あり。</p> <p>介護保険の事業なので最初の契約に時間がかかる。</p> <p>医療での訪問リハは往診がないと算定できない。</p>

(viii) 他機関との連携において良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	支援者	住宅改修や環境整備、福祉用具の導入などでケアマネジャーが迅速に動いていただき、早期に解決していることが多かった。 家族との連携、情報共有しやすい。
	ツールの活用	あさがおネットの利用で他機関との連携がとりやすく画像などの共有ができる点がよかった。
	組織間連携	訪問看護ステーションのため看護師との連携は行いやすい。 病院と併設しており院内退院者から訪問リハビリを利用する場合情報を得やすく連携がとりやすい。
	会議の参加	退院前カンファレンスに参加させていただくと情報共有がしやすい。 サービス担当者会議において利用者にも同席していただき機能訓練、介助方法、福祉用具の使用を試行し、家族、ケアマネ、看護師、福祉用具業者、福祉施設職員で意見を交換する方法は実践的で有効だった。
困った点	情報収集	一旦退院してからであると入院時の様子等の把握が難しくサマリーの依頼もしにくい。 かかりつけ医に診療情報提供書を依頼したものの返事がなく利用が大幅に遅れた。 指示書、サマリー、診療情報提供書がタイムリーに届かない。 医学的な情報が少ない。
	日程調整	サービス担当者会議などの日程が合わせづらく参加しにくい。 指示医への受診が必要も家人の付き添い調整が難航する。

(ix) まとめ

- ・指定された3日間のうちいずれか1日におけるリハビリテーションを提供した人は550名で、そのうち65歳未満の人は98名（17.8%）だった。
- ・主疾患では、脳血管疾患、神経難病、その他疾患が多かった。
- ・高次脳機能障害の有無では、2割の人に高次脳機能障害があることがわかった。
- ・年代別では、40～65歳未満の人が6割で、18歳以下の人は1割だった。
- ・重症度では、B1以降の重度の人が5割いることがわかった。
- ・訪問リハビリテーションにおける連携の課題では、情報収集に時間がかかることや多職種協働における日程調整の困難さがわかった。

(6) 就学就労に向けたリハビリテーション実施状況

調査対象者

県内の病院 57 カ所

調査対象期間

昨年度（令和5年4月1日～令和6年3月31日）、入院および外来のリハビリテーションを実施した患者において、就学先（復学含む）や就労先（復職含む）等を交えたカンファレンスを実施した患者

調査結果

(i) アンケート回収率

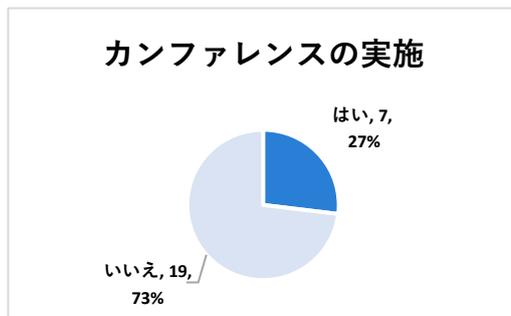
送付先：57 カ所

回答数：25 施設

回収率：43.9%（25/57 病院）

(ii) 就学先（復学含む）や就労先（復職を含む）等を交えたカンファレンスを実施した施設数

回答	施設数
はい	7 施設
いいえ	19 施設
合計	26 施設



カンファレンスを実施した施設は7施設で27%、実施していない施設は19施設で73%だった。

(iii) 就学就労に向けたリハビリテーションを実施する上での良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	相談支援	勤務、就労時間の調整、時差出勤、通勤など幅広く相談できる。 職場復帰に前向きな話になれば通勤方法に関する質問をされることが多く家人も同席していると送迎が可能かなど話がスムーズに進んでいく。
	制度	2024年診療報酬改定にて自立訓練サービスが開始。
困った点	本人の意向	就労の具体的な内容を本人から聞き出せない場合業務内容に合わせた訓練の実行ができず困る。 障害受容の難しさもある。本人たちの葛藤に寄り添う優しさと現実的なことに向き合う厳しさを求められる。
	支援のタイミング	障害分類の中で精神領域は比較的就労等までつながりやすいが、身体は障害者手帳申請交付後のサービス扱いとなることが多く実際に医療機関でのリハビリテーションと就労のタイミングがうまくいかない。 就労就学先に訪問する時間の確保が困難。

(iv) 関係機関との連携における良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	引き継ぎ	学校から複数名来られたりカンファレンスを複数回開催されたり受け入れに配慮する姿勢が見られた。 職場側の理解が得られ職場復帰の保証をされた上で退院後すぐに復帰でなく自宅療養後に段階的な仕事復帰につながった。 復帰後の出勤時間や仕事内容を提示してもらい、状態に応じてできる内容を検討するといった確約をしてもらえた。
困った点	キーパーソン	誰を窓口にしたらよいのか迷う。 医師、医療ソーシャルワーカー、看護師が窓口対応を担っていることが多く作業療法士にまで話がこない。 就労支援機関の支援が想定よりも短期間でフォローがない。復職時に十分な準備が行われぬ。就労後のフォローがあまりされていない。
	会議の参加	診療しながらカンファレンスの時間調整が難しい。
	本人の能力の見極め	情報を職場側に伝えるが、今後の可能性の話しかできない。 職場側から質問されるのは入院前にできていた仕事内容が可能なのか困難なのかといった内容が多く部署の配置転換など本人の身体的な状態に合わせて段階的に仕事内容を検討するような話し合いにつながらなかった。 従業員が少ないため求められる動作が時間経過とともに上がっていくことがあり、いかに本人の能力を説明し理解してもらえかが困った。
	診療報酬	医療機関外でのリハビリ実施に関する診療報酬上の制限。 情報提供やカンファレンス参加に対する報酬上の評価がない。

(v) まとめ

- ・ 1年間で就学就労に向けたカンファレンスを 26 施設中 7 施設と、2 割程度であることがわかった。
- ・ 就学就労支援を実施するにあたり、キーパーソンの存在や本人の能力の見極めが必要なことがわかった。また、時間を確保することの困難さもわかった。

(7) 地域包括支援センター

調査対象機関

県内の地域包括支援センター69 か所

調査対象期間

令和6年(2024年)4月1日(月)～令和6年(2024年)4月30日(火)の1か月間

調査内容

調査期間内においてケアプランを立てた2号被保険者の数、主疾患、高次脳機能障害の有無、重症度、利用したサービスについて調査。

調査結果

(i) アンケート回収率

送付先：69 か所

回答数：16 か所

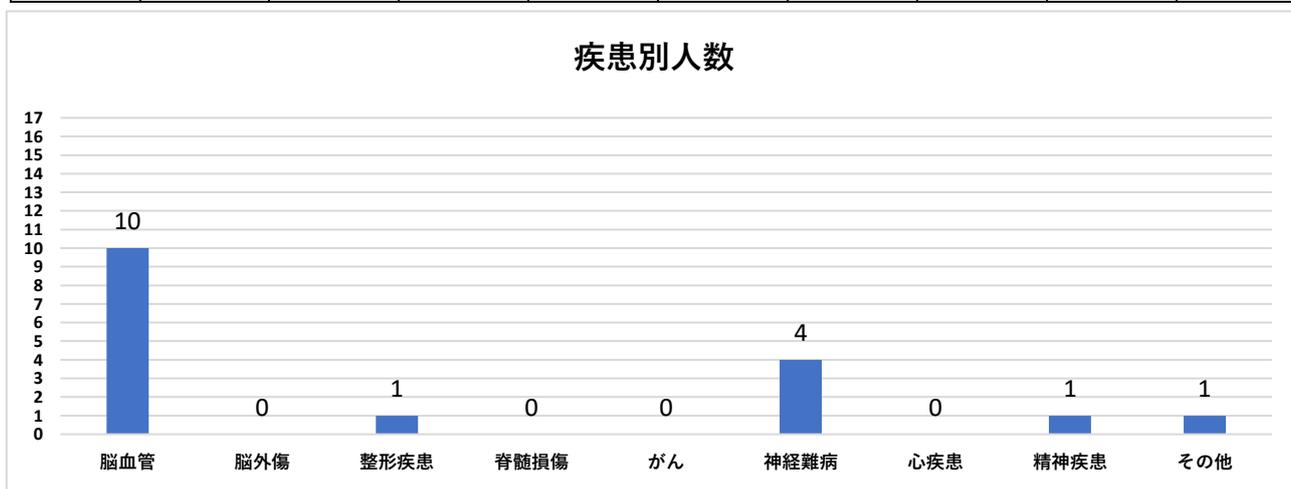
回収率：23.2% (16/69 か所)

(ii) 対象期間に作成したケアプラン数

ケアプラン数	17名
--------	-----

(iii) 0～64歳の主疾患

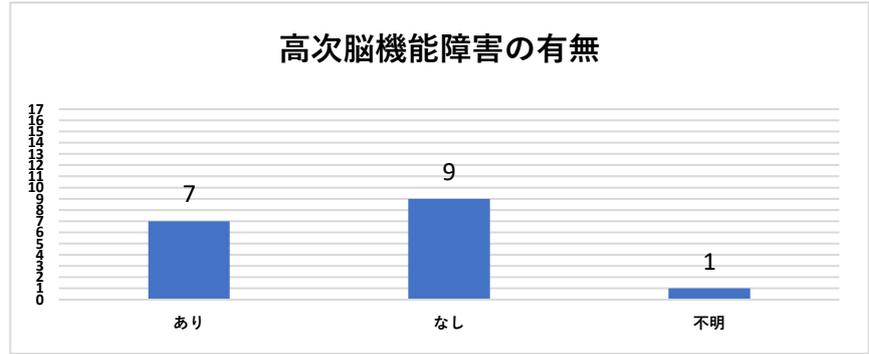
脳血管	脳外傷	整形疾患	脊髄損傷	がん	神経難病	心疾患	精神疾患	その他	合計
10	0	1	0	0	4	0	1	1	17



主疾患では脳血管疾患が10名で59%、脳外傷が0名で0%、整形疾患が1名で6%、脊髄損傷が0名で0%、がんが0名で0%、神経難病が4名で23%、心疾患が0名で0%、精神疾患が1名で6%、その他が1名で6%だった。その他は慢性腎不全だった。

(iv) 高次脳機能障害の有無

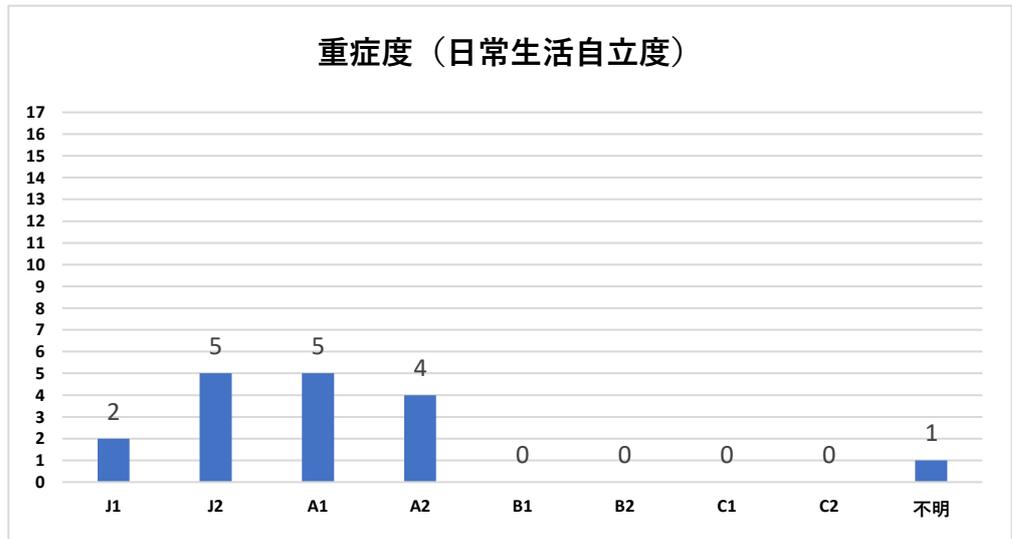
あり	7名
なし	9名
不明	1名
合計	17名



高次脳機能障害がある人が7名で41%、ない人が9名で53%、不明の人が1名で6%だった。

(v) 0～64歳の重症度（日常生活自立度）

総数	人数
J1	2名
J2	5名
A1	5名
A2	4名
B1	0名
B2	0名
C1	0名
C2	0名
不明	1名
合計	17名



重症度ではJ1が2名で11.8%、J2が5名で29.4%、A1が5名で29.4%、A2が4名で23.5%、B1が0名で0%、B2が0名で0%、C1が0名で0%、C2が0名で0%、不明が1名で5.9%となっている。多い順では、J2、A1、A2の順となっている。

(vi) 0～64歳の利用サービス

通所リハ	訪問リハ	C型通所	C型訪問	その他
1	5	0	0	11



通所リハが1名で5.9%、訪問リハが5名で29.4%、C型通所が0名で0%、C型訪問が0名で0%、その他は11名で64.7%だった。その他は訪問介護、訪問看護、通所デイ、福祉用具（床ずれ防止マットレス・手すりロフトランド杖・歩行器）、A型通所、A型訪問となっている。

(vii) 関係機関との連携における良い点、困った点（一部抜粋）

	カテゴリー	内容
良い点	本人の意向	ご自身でハローワークに行って相談する力があり就労につながったので特に介入はなかった。
	支援体制	医療介護連携が進んでいるので協力できる体制が昔より作りやすい。 対象者が大柄な方であったためサービス提供事業所に男性での対応が可能か尋ね調整を行った。 サービス担当者会議には必ず障害分野の計画相談員やサービス提供事業者も出席し共有できている。 個別的な関わり重視になる。
困った点	サービス利用	介護保険を利用すると就労支援に結び付きにくい。 介護保険を利用することになるため2号被保険者は同世代が少ないため利用に対して消極的になる。 障害サービスと介護保険サービスの調整の難しさ。 医療制度との難しさ。
	社会参加	自立度は高いが、手足の感覚障害や失語障害、空間無視があり車の運転ができなくなり社会参加できなくなった。
	金銭的な問題	金銭面の不安でサービスを控えている。

(viii) まとめ

- ・16 地域包括支援センターのうち、プラン件数としては17名分だった。
- ・主疾患では、脳血管疾患、神経難病が多かった。
- ・高次脳機能障害の有無では、4割の人に高次脳機能障害があることがわかった。
- ・重症度では、A2までで9割と軽度の人が多いことがわかった。
- ・利用サービスでは、その他が多く、通所リハや訪問リハの利用は3割だった。
- ・連携の課題では、就労支援、医療・障害・介護サービスの併用、居場所や交通手段などの外出支援に難しさがあることがわかった。

(8) リハビリテーション専門職の雇用・現任教育状況

調査対象機関

県内の医療機関、介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所（訪問看護リハビリテーション I ⑤含む）、通所介護事業所、地域包括支援センター

調査対象期間

令和6年4月1日時点

調査内容

リハビリテーション専門職の労働者数、現任教育の担当者、人材育成指針、仕組み、年間計画、課題について調査。

調査結果

(i) アンケート回収率

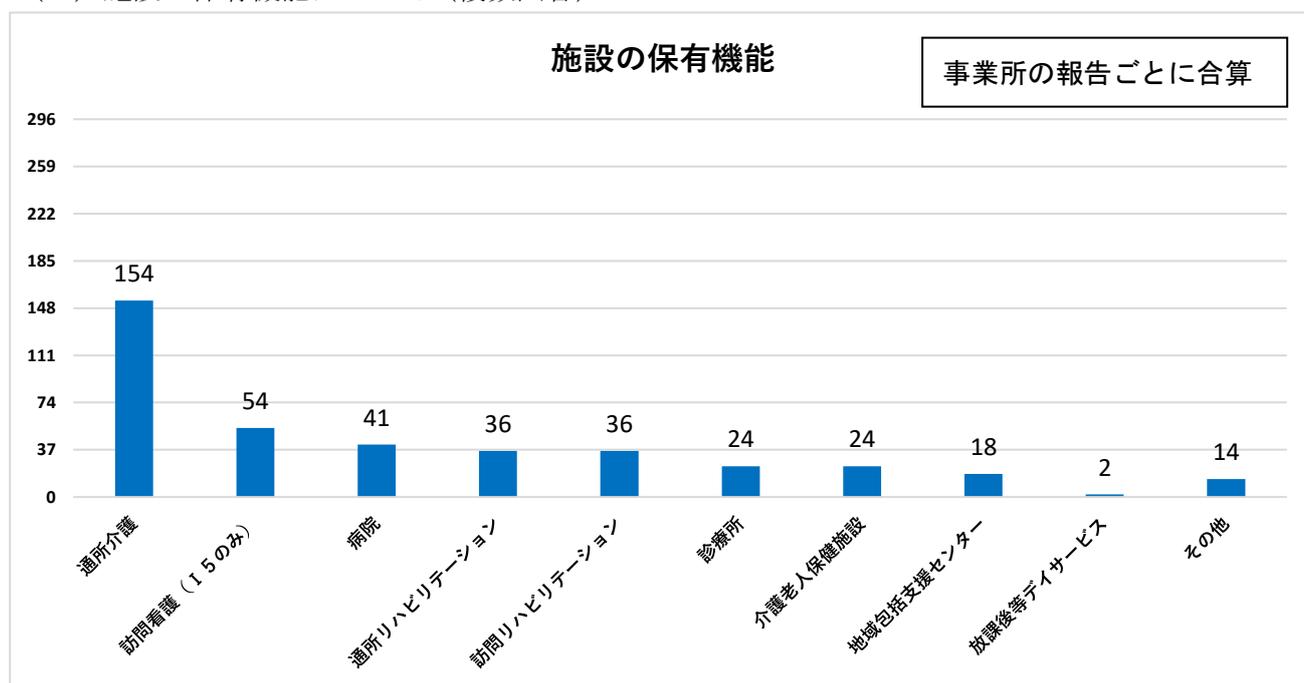
送付先：1,128 箇所（※事業所数ごとに計算）

回答数：296 箇所

回答率：26.2%（296/1,128 箇所）

※複数機能を備えている施設があるため、施設によっては1枚のみの返信や事業所ごとに返信している場合もあり、回答率が低くなる傾向にある。

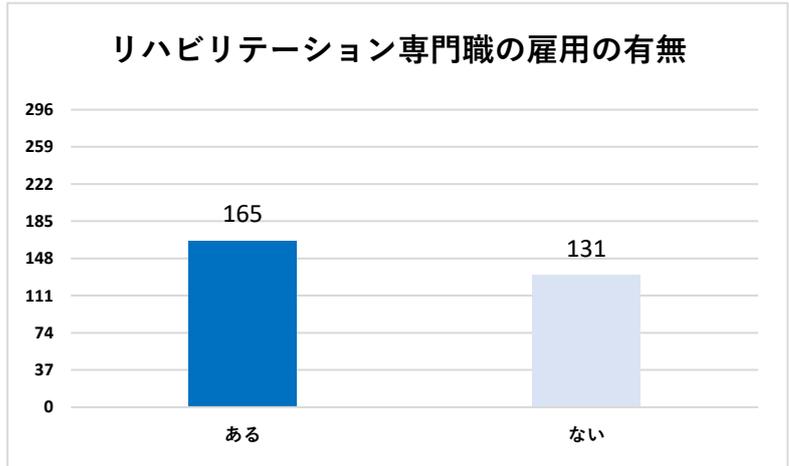
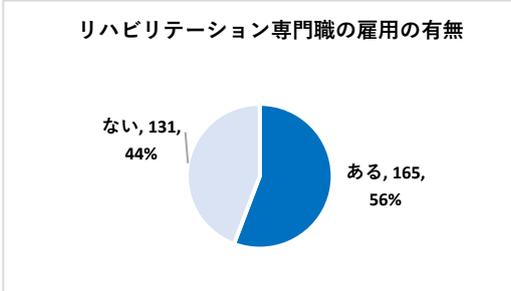
(ii) 施設の保有機能について（複数回答）



通所介護が154事業所、訪問看護（I 5のみ）が54事業所、病院が41事業所、通所リハビリテーションが36事業所、訪問リハビリテーションが36事業所、診療所が24事業所、介護老人保健施設が24事業所、地域包括支援センターが18事業所、放課後等デイサービスが2事業所、その他が14事業所だった。

(iii) リハビリテーション専門職の雇用

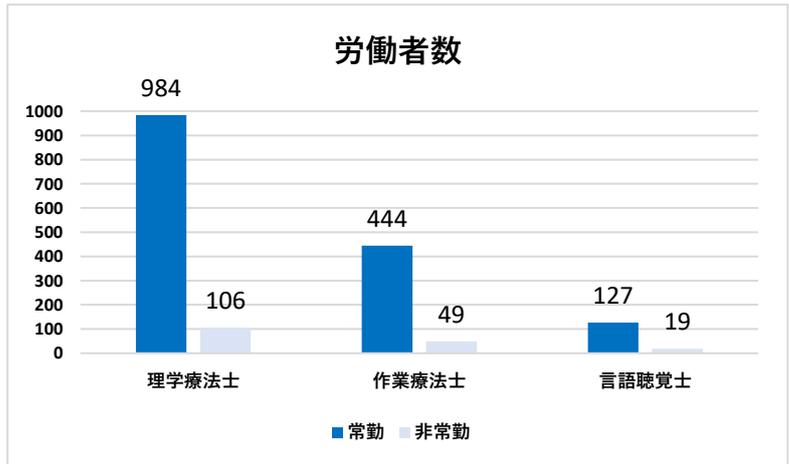
あり	165 事業所
なし	131 事業所
合計	296 事業所



リハビリテーション専門職の雇用が「ある」と答えた事業所が 165 事業所で 55.7%、「ない」と答えた事業所が 131 事業所で 44.3%だった。

(iv) リハビリテーション専門職の労働者数（産休、育休、病休含む）

R6.4.1 現在		
	常勤	非常勤
理学療法士	984	106
作業療法士	444	49
言語聴覚士	127	19

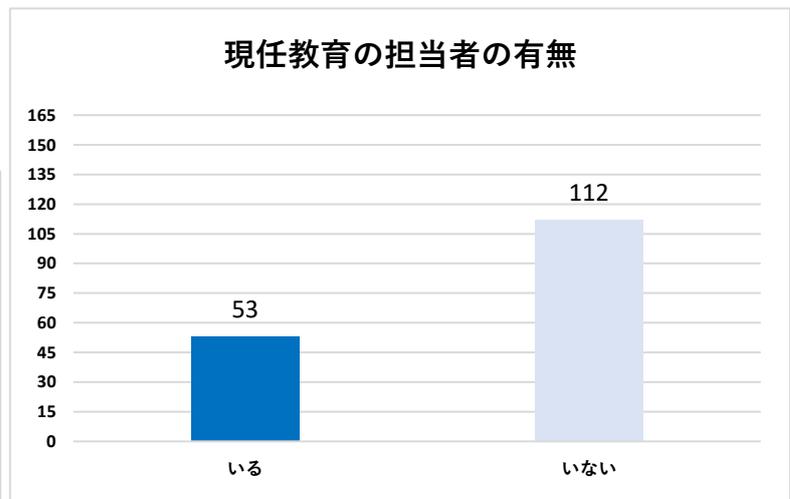
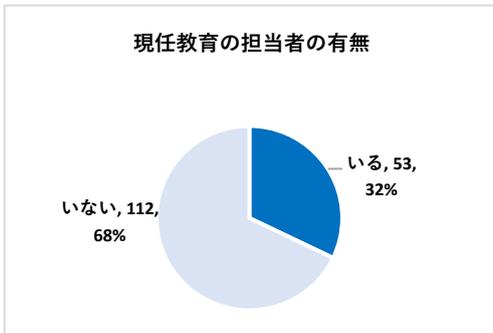


リハビリテーション専門職の労働者の数は理学療法士で常勤が 984 人、非常勤が 106 人、作業療法士で常勤が 444 人、非常勤が 49 人、言語聴覚士で常勤が 127 人、非常勤が 19 人だった。

(v) リハビリテーション専門職の現任教育の担当者（人材育成を統括する方）

※リハビリテーション専門職の雇用がある 165 事業所における回答

いる	53 事業所
いない	112 事業所
合計	165 事業所

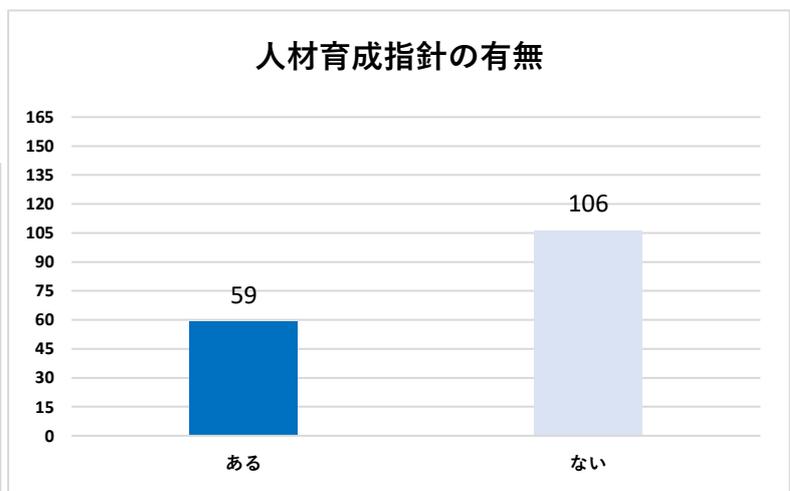
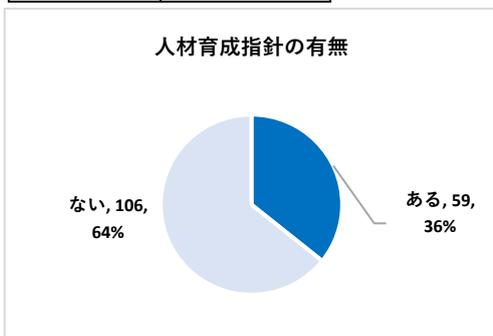


現任教育の担当者は、「いる」と答えた事業所が 53 事業所で 32.1%、「いない」と答えた事業所が 112 事業所で 67.9%だった。

(vi) リハビリテーション専門職の人材育成指針

※リハビリテーション専門職の雇用がある 165 事業所における回答

ある	59 事業所
ない	106 事業所
合計	165 事業所

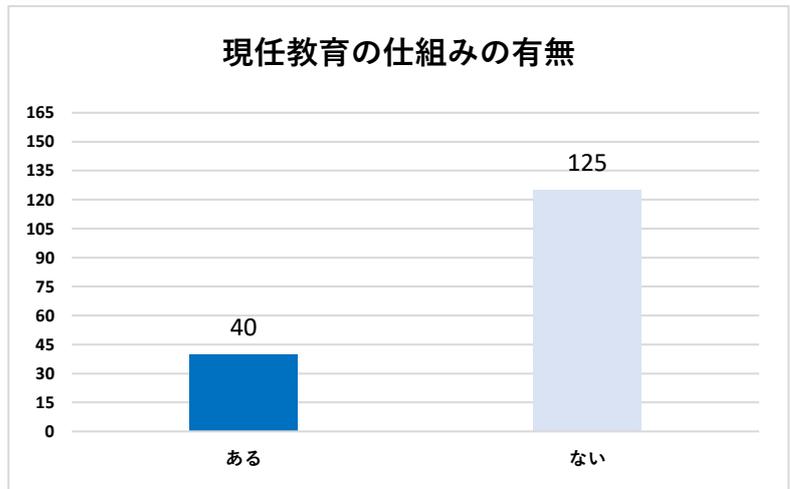
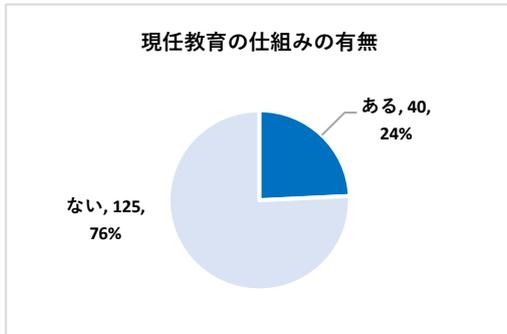


人材育成指針は、「ある」と答えた事業所が 59 事業所で 35.8%、「ない」と答えた事業所が 106 事業所で 64.2%だった。

(vii) 将来を見据えた自施設の現任教育の仕組み

※リハビリテーション専門職の雇用がある 165 事業所における回答

ある	40 事業所
ない	125 事業所
合計	165 事業所

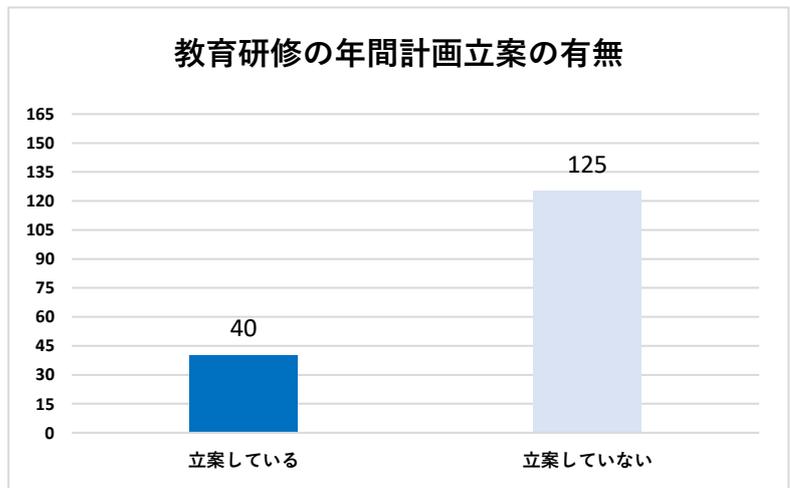
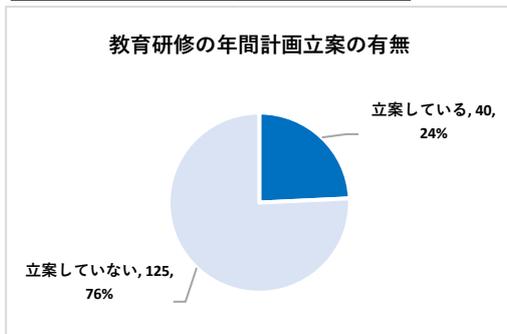


現任教育の仕組みは、「ある」と答えた事業所が 40 事業所で 24.2%、「ない」と答えた事業所が 125 事業所で 75.8%だった。

(viii) リハビリテーション専門職に対する教育研修の年間計画

※リハビリテーション専門職の雇用がある 165 事業所における回答

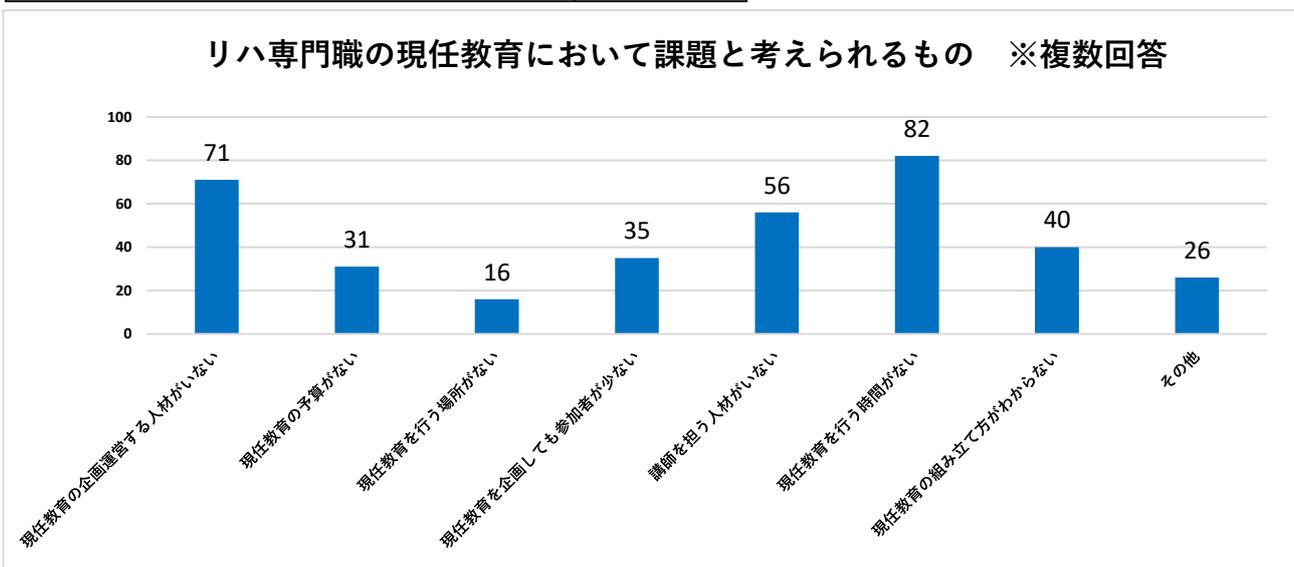
立案している	40 事業所
立案していない	125 事業所
合計	165 事業所



教育研修の年間計画は、「立案している」と答えた事業所が 40 事業所で 24.2%、「立案していない」と答えた事業所が 125 事業所で 75.8%だった。

(ix) リハビリテーション専門職の現任教育において課題であると考えられるもの。(複数回答)

現任教育の企画運営する人材がない	71
現任教育の予算がない	31
現任教育を行う場所がない	16
現任教育を企画しても参加者が少ない	35
講師を担う人材がない	56
現任教育を行う時間がない	82
現任教育の組み立て方がわからない	40
その他	26



※その他の詳細な意見

経費	<ul style="list-style-type: none"> ・ お金がない。 ・ 行政のリハビリテーション専門職の必要性の位置づけや公的支援（雇用に関する交付金等）が必要。 ・ 診療の稼働を求められており、教育に時間を割くことにためらいがある。また、経営からも稼働を優先させることが求められる。
人材	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一人職場 ・ 一人職場の為、参加者がいない。 ・ 後継者育成に関しては事業所自体の規模が小さいために実践にいたるには様々な課題がある。 ・ 一部の職員に負担がかかる。 ・ 非常勤の理学療法士は月に1度程度の出勤であり、おおむねリハ職は一人職場であるため、現状、現任教育の機会がない。 ・ 人手不足により教育機会を十分に確保することが困難。 ・ リハビリテーション専門職の後任の募集が難しい状況。よって教育しようと考えていても人がいないためできない。

	<ul style="list-style-type: none"> ・業務時間は、すべて患者の予約で埋まっており患者の治療時間になっている。現在は、経験のある既卒者ばかりを雇用しているため教育の必要性が少ない。今後は、状況に応じて検討予定。 ・現状、人数が少なく、通常業務をこなすことに時間が使われてしまっている。
連携	<ul style="list-style-type: none"> ・他部署との教育に対する熱量の差 ・母体である病院や別の介護事業部との連携が不十分
教育	<ul style="list-style-type: none"> ・中堅・ベテランの職員への教育 ・現任教育の仕組みを現在運営するために作成している。 ・教育ラダーを作成中 ・管理側に専門的知識がない為、必要な研修等の判断が出来ていない。現状は職員任せであり、外部研修を利用してもらっている。 ・当ステーションは病院の中に併設しているが、組織としては独立している。リハビリに関しては院内スタッフが応援という形で出ている。新人教育に関しては院内で行われており、5年程度院内で経験した者が訪問に出ている。そのためステーション内での新人教育というのは行われていない状態。新しく応援に追加されたスタッフについては、既存の応援スタッフから適宜指導や相談を受ける状態となっている。 ・急性期で3年以上の臨床経験を有するスタッフが訪問部門に配属されている。訪問業務に必要な制度等に関する知識は勉強会を開催している。利用者に対する介入については全体の申し送りでスタッフ全員が把握しているが、細かな部分は個人に任せている。 ・人材育成のために定期的な会議の場や情報共有の場はあるがクリニカルラダーのような教育体制が整っていない。 ・教育を行った結果の成長に対して、法人の評価が反映されない為、モチベーションアップにつながらない。 ・今回のアンケートを経てステーションでの教育の仕組みというものを考えても良いのではないかと思った。 ・監理側に専門性がないため、必要な研修等の判断が難しい。 ・職員任せで外部研修を利用しているのが現状。 ・専門職研修は外部でまかなう。 ・病院勤務からデイサービス勤務に変わった方は、業務内容がかなり変わる為、それらを含めてリハビリ業務を行っていただく必要がある。これらを含めた教育は重要になる。 ・必要性を感じていない。 ・人材育成指針・教育の仕組み、研修計画など作成できていない。事業所に合う形のものを作って行きたい。モデルになる資料がほしい。

(x) 現任教育についての良い点、困った点 (一部抜粋)

	カテゴリー	内容
良い点	小人数	少人数なのでリハ専門職種で共通認識がもちやすい。 難渋事例について共に考え学びを深めやすい。

	研修方法	独自の新人教育プログラムに沿って指導している。 外部の研修に参加し、自己研鑽、情報交換に努めている。 WEBでの研修に参加できるようになりハードルが下がった。 同一法人内で他施設・事業所と共同で研修等を実施している。
	多職種連携	様々な職種が勤務しているため多職種連携を意識し利用者様により良いリハビリテーション計画を立案、実践することができている。
困った点	小人数	少人数で小さい世界での話になりよりレベルアップをしてゆくことに個人差でバラツキがみられてしまう。 少人数のため患者の治療時間がすべて業務時間。 訪問でのリハビリ専門職の人数が少なく事業所内での職種間の学びの共有が難しい。 リハビリテーション専門職の人数が少なく現任教育システムが構築されていないため、リハビリテーション職種の意見交換などが難しい状況。 訪問によるリハビリテーションの提供は基本的に一人。 単独で訪問することがほとんどであり細かな指導が難しい。
	個人の力量	個人の力量、努力にばらつきが出る。 スタッフ間で意識の差がある。 教育に対する意欲に差がある。
	時間の確保	準備する時間の確保が困難。 スケジュールがいっぱいでOJTを行う時間的余裕がない。 日々の業務に忙殺されシステムを構築する余裕がない。 業務時間外の研修参加が難しい。
	到達目標	リハ職の専門分野ごとのラダーがないことでこれを一から作成するのに苦労している。 クリニカルラダーは中長期的に構築していく予定。 ある程度学校で学んでほしい。
	報酬改定	法改正による減算で訪問看護でのリハ職の立場がどんどん悪くなっている。 常勤職員を複数かかえて介護報酬改定で算定低下している状況になり教育に人員をまわす事は困難。 診療報酬における配慮があればいい。
	人材確保	人材不足が主にあり、募集しても希望者がいない。 経験者採用をしており即戦力として業務をしてもらっているため教育時間を長くもつ体制ではない。 もう一名増員して指導の時間を作れるほどの経済的余裕もない。 リハビリテーション専門職が1名であり、今後も当分の現状が維持することが考えられるため人材が乏しく困難。

(xi) まとめ

- 296 事業所のうち、リハビリ職を雇用している事業所は 165 事業所で 5 割だった。
- 165 事業所のうち、現任担当者がいる事業所は 3 割、人材育成指針がある事業所は 3 割、現任教育の仕組みがある事業所は 2 割、年間計画立案がある事業所は 2 割といずれも低い傾向だった。
- 現任教育を実施するうえでの課題は「現任教育を行う時間がない」が一番多く、「現任教育の企画運営する人材がない」「講師を行う人材がない」と続き、時間と人材確保が難しいことがわかった。

3. 参考資料

調査票ごとの自由記載の全て

(1) 調査票 1 退院時の転帰先での調整で良い点、困った点

回復期病院希望されるも相手病院の空き状況もあり、スムーズに移行できない。
リハビリテーションスタッフが転機先とやり取りすることはなく、退院調整の職員がほとんど。
今回の調査は、普段収集していないデータを取り扱う必要があり大変時間がかかりました。是非これらのデータを活かして、協力いただいた機関へフィードバックをおこなっていただきますよう、宜しくお願いします。
家族と患者の人間関係のもつれで在宅が困難になるケースがしばしばある 患者の経済的問題で転院、入所等が困難なケースがしばしばある 投薬、経腸栄養、導尿などのために転院が困難なケースがある
期間中に該当の年齢の患者さんはいませんでした
若年者の重度障害者で社会的背景に問題がある患者は退院する場所がない 本質問と関係ないですが、本調査は後方視的な調査であり回答において、かなりのマンパワーが必要となり業務に多大な支障が生じています 今後はご配慮いただけると幸いです
介護保険サービスを利用して自宅での生活継続が難しい方が増えている一方で、そのような方が入所できる施設が少なく長期入院に繋がることが多い。
意欲がなく、ほとんどリハビリテーションを提供できない方がおられました。
他院に転院の場合は必ず情報提供をしているので特に困ってはいない。

(2) 調査票 2 退院時の転帰先での調整で良い点、困った点

急性期病院で「歩けると思うよ」といった声掛けをされており、回復期に来てみると歩けるようなレベルでない症例で、家族から「歩けるようになると聞いた」と訴えがあり、此方でのコミュニケーションやその後の退院に向けての動きがスムーズにいかないケースが時折あり困る。
職業復帰について、職場の理解や、本人とご家族の意向のずれ違いもあり、入院中の期間のみで介入を行うことがなかなか難しい現状がある。
良かった点 ・小規模多機能への紹介は、ディサービスのスタッフがいるため本人の安心が得やすかった
困った点 ・回復期リハ病棟への転入前の病院（紹介元）への患者の引継が上手くいかないことがある 紹介元の外来リハの受け入れ体制がわからない 患者自身が紹介元での受診や外来リハを希望しないことがある ・身体的、家庭的、経済的なこと、また制度の制限で若くても在宅を断念したケースがあった ・全身状態の悪化に伴い急性期病棟への転院を余儀なくされたが、紹介元の病院が遠方のため当院での受け入れとなった （リハビリの継続はスムーズに行えた）

介護サービスを利用して自宅での生活が難しい方が多くなっている一方、入所できるような施設が少ないため退院調整が滞るケースが多い。

急性期病院からの転院に、種々の要因にて、時間を要する場合がある。

(3) 調査票3 退院時の転帰先での調整で良い点、困った点

- ・精神科 OT は患者さんの早期在宅復帰や症状の軽減、回復に寄与していると思います。
- ・場合によっては、施設間連絡票を用い、情報提供を行っています。特に目立って困った点はありません。

入所施設（特に介護と児童）との間で調整が困難になることが多い。施設で問題行動が多発するが、病院では問題行動を起こさないで双方が押し付け合うことになる。環境設定や関わり方の問題だという理解は共有できるが、OT も関わり方を具体的に説明するがすでに施設の現場職員の陰性感情が強いいため難航する。施設職員に対する育成研修は施設よりかなり格差、温度差があり育成研修について検討が必要と思う。

- ・本人が調整を特に希望されないことが多く、調整を要するかどうかの評価、判断が難しい。
- ・退院後に外来 OT を利用希望されても継続が難しい。（自宅からの距離が遠い、本人のモチベーション低下）

(4) 調査票4 外来リハビリテーションを提供する上であるいは他機関との連携において良い点、困った点

外来精神科作業療法はデイケアよりも時間が短いため、より参加しやすいものになっているのは良いと考えます。

主治医が他院で外来リハを当院でフォローアップするようなケースが増えているが、診療情報の提供が患者伝えになりやすく、日々の情報や連携（病一病間や Dr 間）が十分に得られないという事があった。

介護保険、通所リハサービスとの併用の状況把握が困難。
また被保険者の制度理解が不十分。

特になし

介護保険を利用していない利用者が、福祉用具の選定などでどのように動いたらいいのか、どこに相談したらいいのかわからないことがありました。

ケアマネがついている場合でも、医療機関でのサービスのため担当者会議に呼ばれるというわけでもなく連携がとりにくいと感じたことがある。

外来は自院の患者が外来になるので問題なし。他院からの受け入れはない

病診連携はスムーズ行えていると思われます。理学療法士が退職で人数が少なくなった場合は予約が取りづらくなることがあるため、リハの頻度が少なくなることがあります。

- ・ 情報提供後の返信が得られにくい。情報が活用できているか不明。
- ・ 相互レスポンスをしながら反応がしにくい点。（以前より電話連絡や共有ノートの記載などが減っている印象がある。）
- ・ 共有ノートなどがあると情報提供し易いが、タイムラグが生じる。
- ・ 接骨院などと併用されているケースは内容の聞き取りがご本人のみからとなり、正しく伝達されて

<p>いるか戸惑う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険は連携しやすい。進行状況の確認をこまめにする必要がある。 ・ 100歳体操など上手く参加されないケースは、どこか行政に本人の状況を確認してほしい。(地域包括など)
<p>成人の脳性麻痺患者のリハビリの受け入れ先が少ない 若年層の脳卒中後のリハビリの受け入れ先が少ない</p>
<p>医療機関の機能分担の点から当院では極力外来は控えています。 当院での受診を希望された時の対応に困ることがあります。 心臓リハビリテーションなど他の医療機関で実施できないものについては実施しています。</p>
<p>特にありません。</p>
<p>感染対策にて実施する為、制約を伴う。</p>
<p>特になし</p>
<p>介護保険適応外の患者さんの継続リハが困ります。</p>
<p>良い点：患者にとって、Dr の理解があれば、間口が広くスムーズにアクセスできる。手術後の方などはDr、Pt からの紹介状があることが多いので状況を理解しやすい。 困った点：コストが安い。患者数の波が多い。介護保険の認定を持っておられる方の対応に苦慮することがある。</p>
<p>リハの取り組みを園や学校、放デイなどでも実施してもらうことができる。実施が難しくても、子どもの特徴を知ってもらったり、日常の関わり方などに活かしてもらうことができる。 園・学校・放デイのスタッフと話をする中で、通われているところでの様子や困り事、そのことへの対応を確認でき、具体的な対策もその場で共有することができる。</p>
<p>精神科の症状・障害について理解を得にくい。特に発達障害にかんしては、障害特性の部分を脳機能の問題ではなく、本人の能力や人間性で評価されてしまうことがまだ多い。</p>

(5) 調査票5 訪問リハビリテーションを提供する上であるいは他機関との連携において良い点、困った点

<p>事前に必要性から退院前カンファに参加させていただくと情報共有がしやすいです。 一旦退院してからであると、収集や入院時の様子等の把握が難しく、サマリーの依頼もしがたいです。</p>
<p>良かった点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネや福祉用具専門員と連携し自宅での動線確保や環境設定等行い、トイレ動作獲得や安全な外出へつながった事例があった。 ・ 復職に向けた取り組みを訪問リハで介入できた。
<p>困った点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用開始時かかりつけ医に診療情報提供書を依頼したものの、先方から返事がなく利用が大幅に遅れた事例があった。 ・ 当院指示医への受診が必要も、家人の付き添い調整が難航することがある。(かかりつけ医にも・訪問リハ指示医にも受診というのは訪問リハビリを利用されるような方にとっては難しく、その上ご家族都合や指示医の外来診察日などの関係もあり難航することがある)

指示書・サマリー・診療情報提供書がタイムリーに届かない。
<p>(困った点)</p> <p>急性期・回復期病棟退院後ですが、在宅医が決まっていない状態でフォロー終了とされているケースがたまにあります。</p> <p>また、主が脳血管疾患であるが、内科医師が在宅医である等、リハビリテーションを提供するうえでのリスク管理・相談といった事項が難しい場合があります。</p>
<p>病院と併設しており院内退院者から訪問リハビリを利用する場合、情報を得やすく、連携が取りやすい。</p> <p>他機関との連携はサービス担当者会議などの日程が合わせづらく、参加しにくいところが難点。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションのため看護師との連携は行いやすい ・他機関との連携はTEL・FAXでのやりとりが多い。情報の食い違いや情報が錯そうすることがあった。 ・介護保険分野以外の利用者についてはまとめ役が誰になるかわかりにくいことが時々あった。
<p>介護保険では連携に困ったことはあまりないが、比較的若い世代の方の介護保険サービスは少なく、訪問系のサービスになりがち。</p>
<p>訪問リハビリテーションは実施していません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児に対する訪問を行ううえで、リハ職も看護職も小児経験のあるスタッフが地域に少なく、同一施設での利用が難しい。即時に情報交換が行いにくいところが難点。 ・関係者全員が本人や家族の状況をよく理解したうえで話をするが多いため、スムーズに話が伝わりやすい。
<p>他機関との連携など事業者単位での困り事は少なくなりました。リハビリへの理解が深まったと思います。しかし、老後の生きがいや障害と共に生きることへのイメージに変化はありません。定年後の生活の延長・性差による家庭内役割分担など多岐にわたり変容している状況で、リハビリの目標設定は変化（対応）出来ていないと感じます。</p> <p>人生の目標設定を老若男女関係なく考える機会が必要ではないか、と思います。</p>
<p>64歳までの方は家族の協力が得られやすいため、自主トレなど指導しやすい</p> <p>訪問することで在宅での様子が見えやすく、環境整備や家族の困りごとが理解しやすい</p> <p>自宅でのリハビリはリハビリする環境としては厳しい</p>
<p>滋賀県独自のあさがおネットの利用で、他機関との連携がとりやすく、画像などの共有ができる点良かった</p> <p>様々な生活課題を解決し、その方らしく生活を送るための工夫や介入にやりがいを感じています</p>
<p>利用者情報、訓練時の注意事項等の情報共有に困難を感じた</p>
<p>該当年齢の患者さんはいませんでした</p>
<p>グループホームに入所中の方であるため、日常生活の様子を日中、夜間帯含め情報を得られやすい点は良い。しかし指導したケア方法やポジショニング方法の統一が、難しい。</p>
<p>病院の回復期リハビリテーション病棟から退院された利用者で、入院の経緯や入院中の経過、医療情報（手術方法や禁忌指示等、急性期での情報）が十分に提供されず介入に困った。</p>
<p>迅速な情報伝達がなかった。</p>
<p>住宅改修や環境整備、福祉用具の導入などで、ケアマネジャーが迅速に動いていただき、早期に解決し</p>

ている事が多かった。
リハビリの重要性の理解が乏しい利用者にサービスを提供する時 金銭的な問題
当訪問リハビリは4月末をもちまして閉鎖しました。
当院、訪問リハビリテーション未実施施設
サービス担当者会議において、利用者にも同席して頂き、機能訓練、介助方法、福祉用具の使用を試行し、家族、ケアマネ、看護師、福祉用具業者、福祉施設職員で意見を交換する方法は実践的で有効であった。
実人数が0名の場合は、問2のエクセルデータを添付なしでも可能にしてください。
独居の方で排泄の失敗場面に遭遇した時の対応でケアマネに連絡するも即座に来られない時困った リハビリの継続を見直すことを伝えると継続希望が強く終了しにくくなること
訪問看護ステーションの中で訪問リハビリなので、看護師との連携や他機関との連携は、担当者会議を通して比較的行いやすい状況にあると思います。 医療の場合、病院や療育との連携では情報共有のツールを活用等の検討が必要と感じています。
訪問リハビリを実施しておりません
訪問リハビリテーションは行っておりません
当院では訪問リハは実施しておりません。 ファイル添付しないと進まなかったため、空白で添付してます。
訪問リハステーションの増加でリハビリ目的の案件は少なくなってきており、5年、10年前とは依頼内容に変化があります。 医療目的での依頼の中でリハビリを行う事は限られた時間では優先順位が低く、余った時間で数分行っている状況です。 回答者として相応しくない事をお詫びいたします。
○良い点 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活に直面しながら介入できるため問題点を抽出しやすい。 ・家族との連携、情報共有しやすい。 ・本人や家族の強い希望や意志のもと介入できるケースが多いため、介入しやすい。 ・機能訓練に集中しすぎることなく、生活場面での発見やコミュニティが充実している。 ・入院期間等の縛りによる難度高い目標設定することなく、本人のペースで介入できるケースが多い。
○困った点 <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ環境に制限がある。 ・利用者の医学的な情報が少ない。 ・リハビリ開始に至るまで時間を要する。 ・十分な介入ができないことがある。(サービス提供時間の縛りや入院時よりも介入数は減るため) ・病棟リハよりも観察項目が多く(バイタル測定や前回から状態の確認等)なり、リハビリ時間が減る。 ・生活環境の評価や調整の難易度が高い。
利用者さまが CVA で急性期病院に入院されたが認知症があったため早期の退院を勧められ、回復期リハ病棟のある病院への転院が在宅へ帰られるかの方針決定のカンファレンスに呼んでいただいた。 実際にリハビリ場面を見せていただき、在宅での困りごとを担当セラピストと共有でき、大変有意義

<p>であったが待ち時間も含めかなり時間がかかった。</p>
<p>困った点として、在宅では安心安全に過ごしていただけるよう、環境調整を提案する場面が多くあります。ご利用者様に必要と思われる提案でも、経済的問題、家族様との関係性、本人様の意向、介護保険度、他利用サービスとの兼ね合い等の課題があり、導入に至るまでのプロセスが困難な場合も多々あります。</p>
<p>訪問看護ステーションではリハビリは補助的な役割で、調整などは看護師が主に入ってくれるので、リハビリ職は助かっていると実感します。</p>
<p>困った点…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職場環境や仕事内容が本人からの聞き取りだけでは不十分であるが、職場での転倒もあり環境調整などアドバイスするも本人から職場へ伝えにくい様で対策には至らず。本人や家族もまだそこまで望んでおられず、CMからも職場へのコンタクトが困難。 ・家族関係や金銭状況などから、福祉用具やサービスの導入が困難 ・(ST)職場での会話面でどの程度コミュニケーションが取れているのか、状況把握が困難。 ・ST訪問に限られており(機能訓練希望あり、また金銭状況などからサービス増やせず OT 訪問の代行として月1回 ST 訪問)食事面について、ムセの状況把握がしにくい <p>良い点…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内科的な訴えも多かったため、時間はかかったが現在は本人の同意を得られ、訪看の回数を増やせたことで主治医とも連携が取りやすくなった
<p>特になし</p>
<p>良い点：特になし</p> <p>悪い点：業務時間の制約あり。外来業務の合間に出来辛い。今年度からそのためほとんど実施できなくなった。</p> <p>二重の診察が大変である。</p> <p>介護保険の事業なので最初の契約等に時間がかかる。</p> <p>医療での訪問リハは往診がないと算定できないと聞いている。</p>
<p>退院時サマリーにて入院時の状況が把握できる。</p> <p>退院前訪問にて住宅環境をみて対応あるが、実際に生活に戻る際のギャップが見られることがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で利用者様・患者様の慣れた環境で実際に日常生活動作の評価ができる。 ・リハビリ内容が限定される（お部屋のスペースの問題、屋外歩行ができないなど）

(6) 調査票6 貴院で就学・就労等に向けたリハビリテーションを実施する上で、あるいは就学・就労にかかる関係機関との連携において良い点、困った点

Dr.、PSW、Ns. がその窓口、対応を担っていることが多く、OTにまで話が来ず、連携をとる機会が少ないです。

- ・ 誰を窓口にしたら良いのか迷う。
- ・ 就労支援機関の支援が想定よりも短期間で、フォローがない点。(企業との連携回数が少ない。復職時に十分な準備が行われない。就労後のフォローがあまりされていない点。)
- ・ 復学の際、学校から複数名来られたり、カンファレンスを複数回開催されたり、受け入れに配慮する姿勢が見られた。
- ・ 診療しながらカンファレンスの時間調整が難しい。(他の患者の予約が入っていると急な対応が難しい。)
- ・ 就労の具体的な内容をご本人から聞き出せない場合、業務内容に合わせた訓練の実行ができず困る。
- ・ 勤務、就労時間の調整、時差出勤、通勤など幅広く相談できる。

良い点)

- ・ 職場側の理解が得られ、職場復帰の保証をされた上で、退院後すぐに復帰でなく自宅療養後に段階的な仕事復帰につながった。
- ・ 復帰後の出勤時間や仕事内容を提示してもらい、状態に応じてできる内容を検討するといった確約をしてもらえた。
- ・ 職場復帰に前向きな話になれば、通勤方法に関しての質問をされる事が多く、家人も同席していると、送迎が可能かなど話がスムーズに進んでいく。

困った点)

- ・ 情報を職場側に伝えるが今後の可能性の話しかできない。
- ・ 職場側から質問されるのは入院前にできていた仕事内容が可能なのか困難なのか?といった内容が多く、部署の配置転換など本人の身体的な状態に合わせて段階的に仕事内容を検討するような話し合いにつながらなかった。

身内が経営する店舗での就労復帰を目指したケースであり、カンファレンスに何度も参加してもらえたり、実際に店舗に患者とともに出向き、動作を行ってもらえるなどの経験が出来たことは良かった。いっぽうで、従業員が少ないため、求められる動作が時間経過とともに上がっていくことがあり、いかに本人の能力を説明し、理解してもらえかが困った。

(良い点)

- ・ 2024年診療報酬改定にて自立訓練サービスが開始

(悪い点)

- ・ 障害分類のなかで「精神」領域は比較的就労等までつながりやすいが、「身体」は障がい者手帳申請・交付後のサービス扱いとなることが多く、実際に医療機関でのリハビリテーションと就労のタイミングが上手くいかない。

困った点

- ・ 就労就学先に訪問する時間の確保が困難
- ・ 医療機関外でのリハビリ実施に関する診療報酬上の制限
- ・ 就労支援機関との連携体制不足
- ・ 情報提供やカンファレンス参加に対する報酬上の評価がない。

デイケアで通信の高校生が利用しているが、利用が安定しない。学生という立場とリハビリと結びつける難しさがある。
 障害受容の難しさもある。本人たちの葛藤によりそう優しさと、現実的なことに向き合う厳しさを求められる。

(7) 調査票7 関係機関との連携において良い点、困った点

特になし
当センターは委託包括であり、かつ、プラン作成は行っていないため実績なし。
自立度が高いが、手足の感覚障害や、失語障害、空間無視があり車の運転ができなくなり、社会参加できなくなった。家族関係も悪くなり、孤独な利用者への対応方法。社会参加の場所がないこと。金銭面の不安でサービスを控えている。
対象者なし。
介護保険を利用されると、就労支援に結び付きにくい。 連携という点ではないが、移動（支援）に課題が生じてしまい、社会参加の拡大が図りづらい。
対象者が大柄な方であったため、本人家族が小さな女性ではふらつきの際など危険ではないかと心配され、サービス提供事業所に男性での対応が可能かを尋ね調整を行った。
介護保険のサービス担当者会議には必ず、障がい分野の計画相談員や障がいのサービス提供事業者も出席し、共有できている。 当町では、介護保険分野、障がい分野の連携が取れている。
介護保険を利用することになる為、通所のサービスになると第1号保険者の方が多くなり、第2号保険者は同世代が少ない為、利用に対して消極的になる。 個別的な関り重視になる。
訪問看護 ST から PT 訪問を受けている。 介護支援専門員としてリハビリの必要性を認識していても、本人の意向や経済的事情等、被害妄想等あり、一時的にリハビリを中止せざるを得なかった。 そのことについて訪問看護にきちんと説明し、再開に向けての支援について相談もしていたが、再開までかなりの時間を要した。その要因として、訪問看護から「ケアマネジャーとしてリハビリの必要性を認識していないのではないか」と言われたことがある。
障害サービスと介護保険サービスの調整の難しさ 医療制度との難しさ 医療介護連携が進んできているので、協力できる体制が昔より作りやすい 失語症や高次機能障害のある方への支援、家族支援
ご自身でハローワークに行って相談する力があり、就労につながったので、特に介入はなかった。

(8) 調査票8 その他、リハビリテーション専門職種の現任教育について、良い点、困った点

通常の業務で手いっぱい、現任教育を準備する時間が取れません。相当の負担となることが予想されます。

<p>顧客からのリハのニーズは高いものの、法改正による減算で訪問看護でのリハ職の立場がどんどん悪くなっている。</p>
<p>良い点は、少人数でリハ専門職種で共通認識が持ち易く、教育の大切さは知っていること。 困った点としては、少人数で小さい世界での話となり、よりレベルUPをしてゆくこと（段階的に）が、個人差でバラツキがみられてしまうこと。</p>
<p>職種としての教育体制も必要だが、多職種チームの中でのクリアすべき課題もあり、その共同の形が難しいと感じています。</p>
<p>経験者採用をしており、即戦力として業務をしてもらっているため、教育時間を長く持つ体制ではない。</p>
<p>多様化する中で教育研修の内容も変更が必要となるが、その準備をする時間の確保が困難であり、診療報酬における配慮があればいいと思う。 多様化するがゆえに全員に必須の内容の精査が困難となる印象。各職能団体との連携も必要となるが、まだまだ曖昧な部分が多いように感じる。</p>
<p>リハビリスタッフが3名のため、難渋事例について、共に考え学びを深めやすい。また、外部の研修等の情報がシェアしやすい。 母体病院での研修に参加することも可能。</p>
<p>現任教育についてはありませんが、病院等勤務のリハ職のようにデイサービスは急性期リハではなく生活に即したリハビリの進め方を学んでいただけるといいと思います。 加算のかかったリハビリは書類も多くリハ職にとっては本来の力が出し切れていない様にも感じます。</p>
<p>訪問は個人で行っていることが多く、現状を把握しにくいところが難点と考えています。</p>
<p>県内で統一された物があるならば教えていただきたい。参考にしたい。在宅部門専用の物があると尚ありがたい。</p>
<p>訪問というご利用者と1対1の環境での現場教育において、時間の捻出が難しいこと、それぞれの現場課題に則した研修内容の立案に難渋することが多いと感じています。</p>
<p>単独で訪問することがほとんどであり、細かな指導が難しい。スタッフはスケジュールがいっぱいでOJTを行う時間的余裕がない。もう一名増員して、指導の時間を作れるほどの経済的余裕もない。</p>
<p>訪問件数（利益優先）のため、人材育成も含めた事業所そのものの方向性が定まっていないため、教育に意識が向いていない状況。 訪問で介入する病状が多岐に渡り、専門性を高める機会が乏しい。 I5のみで介入している利用者は少なく、I5・2超の利用者が多いです。</p>
<p>規模が小さいが、複数のリハビリテーションの施設を持っているため会議などで情報共有はできるが、リハ職専門の教育研修を行う事が出来ない状況にある。しかしながら様々な職種が勤務しているために他職種連携を意識し利用者様により良いリハビリテーション計画を立案 実践することが出来ていると思っています。 皆があらゆるライフステージにおいてそれぞれの能力を活かし自立した社会生活を送り住み慣れた地域で暮らすことができるようリハビリテーション体制を構築できるように取り組んでいきたいとおもいます。</p>
<p>一人ではあるが、本人のキャリアプランの実現に向けた研修が行えていない。</p>

<p>卒後5年くらいは充実した教育ができるが、それ以降は個人の力量、努力にばらつきが出る。給与や昇格に結びつかないとモチベーションを維持するのがむづかしい。</p>
<p>カバーしなければならない領域が広いので現任教育は必須だが、少数の職場であるため、外部での研修に頼らざるを得ない。</p> <p>日々の業務に忙殺され、システムを構築する余裕がない。</p>
<p>日々の忙しい業務の中で十分な教育時間が確保できていない</p>
<p>スタッフが少人数のため、患者の治療時間がすべて業務時間です。業務中に現任教育を行う時間は非常に少ないのが現状です。それゆえに、既卒者を雇用する流れになっています。</p>
<p>看護師を含めた職場全体としての教育制度があり、リハ職もそれにのっとっている。リハ職は現在一人であり、外部の研修に参加し自己研鑽、情報交換に努めている。</p>
<p>非常勤であるため、教育に充てる時間が取りにくい</p>
<p>新入職への教育と比較し中堅以上の職員に対しては十分な教育体制をとれていないです。1日の取得単位数を確保すると教育に十分な時間をとれていないのが実態です。</p>
<p>備考：同法人のリハビリテーション部と共同の現任教育体制となっております。</p>
<p>リハ職の専門分野ごとのラダーがないことで、これを一から作成するのに苦労している。</p> <p>新卒新人の育成に予定以上に時間が必要となっている。</p>
<p>問2の保有機能ごとの労働者数ですが、基本兼務体制であり、重複しております。</p> <p>介護老人保健施設で業務している人数が全体の人数と見てください。</p> <p>訪問のみ登録している職員が2名のため人数が違います。</p>
<p>スタッフ間にて、意識の差がある事。</p>
<p>現任教育を係長と卒後6年目のPT・OTが担当。卒後3年までの当科独自の新人教育プログラムに沿って指導している。</p> <p>月毎の患者数と単位の数値目標を設定しているが、年間計画までは確立していない。クリニカルラダーは、中長期的に構築していく予定。</p> <p>人材育成指針は、技師長の独自の指針はあるが、科として定義できていない状況。</p>
<p>Webでの研修に参加出来るようになり、ハードルが下がった事は、良い点と考える。</p>
<p>リハ職のスタッフが1名しかおらず、教育計画など仕組み作りが出来ていない現状です。看護師と相談しても話が進まず、平行線であり、どのように教育体制を整えていくべきなのか日々試案しているところです。</p>
<p>業務時間外の研修参加が難しい。</p>
<p>業務時間内での時間調整や業務過多に対して調整が難しい。組織として教育体制は部内での整理はあるも病院・法人単位での組織構築は不十分。キャリアプランとしても人事考課制度に現時点直結はしておらず修正していく点は多い。</p>
<p>職員が子育て世代や介護を担う世代等、様々な理由があり、個別でまた小グループで勤務時間内に教育の時間を持つことが難しい。</p>
<p>ある程度、学校で学んできて欲しい</p>
<p>リハビリテーション専門職種が1名であり、今後も当分の現状が維持することが考えられる為、人材が乏しく困難である。</p>

<p>現任教育を行ったことがないため不明。</p>
<p>言語聴覚療法の院内スタッフが訪問リハビリを兼務しています。</p>
<p>外来リハビリテーションの回答ファイルのデータの場所が見つからないので回答できません。</p>
<p>当院では、転勤が多く、継続しての臨床教育や研究活動が困難なことがある。</p>
<p>職員間にて、教育に対する意欲に差がある。</p>
<p>訪問でのリハビリ専門職の人数が少なく、事業所内での職種間の学びの共有が難しい。看護師は支援センター等からの情報発信や研修があるように、リハビリ職にも同様の発信があれば助かります。少人数の事業所では特に同職種との交流が少なく、顔の見える関係づくりができる場が必要と感じています。</p> <p>リハビリ同行しての教育が多い。専門職の同行研修は可能であるが、訪問看護制度と一緒に学ぶには、研修先が無い状況。看護協会主催のものに参加してもらっているのですが、他で学べる場所や情報があれば有難く、現任教育においても学びに行く場所が分かる方が助かります。</p>
<p>日々の業務が忙しく教育に割く時間が取れない。</p>
<p>人材育成は必要であると考えますが、業務時間を割く事もまた避けられません。その兼ね合いがどうしていくか悩ましい所です。</p>
<p>県リハの人材育成研修や行政リハ職の情報交換会等を現任教育の代わりとして活用させていただいています。</p> <p>ありがとうございます。</p>
<p>パート鍼灸師が勤務中です</p>
<p>なし</p>
<p>当事業所の訪問看護からのリハビリ介入は、法人のリハビリ科に協力をもらい実施している。なので、研修・教育は、法人のリハビリ部で実施しており、教育計画もすべてを法人リハビリ部に委託している。そのため、私達、看護師も一緒に研修を受ける機会もあり、協働する場面で有意義なことも多い。今後、多職種連携が今以上に求められることが予測されるので、この体制を維持していければと思っている。</p>
<p>その時々で必要と考える研修に参加するようにしています。昨今オンライン参加が増えたのは助かっています。限られた時間では、オンライン参加や、後日の動画視聴は有用です。</p>
<p>リハビリテーション専門職種の人数が少なく、現任教育システムが構築されていないため、リハビリテーション職種の意見交換などが難しい状態です。</p>
<p>訪問によるリハビリテーションの提供は基本的には一人で行います。他のセラピストがどういったリハビリを提供しているか、調べないとわかりません。また、どういった症状の方を対応しているかも、看護師の管理者が管理している状態です。</p> <p>スタッフも中途採用のため、良い所はある程度自分で業務をこなせますが、悪い所は他のセラピストの話をお聞きしません。</p> <p>等の理由から教育を実施しようとする上、多量な労力がかかる上、そこまで向上がみられないため、当事業所は教育を行う事を考えていません。</p>
<p>法人内に4人のセラピストが常勤で所属している。</p> <p>リハビリテーションカンファレンスを月1回行い情報共有はできているが、計画的に教育ができていない現状はない。</p>

今後改善していきたい。
同一法人内で他施設・事業所と共同で研修等を実施しています。
現状、新人の職員がおらず、各個人が自己研鑽を通じて職場に貢献する形となっている。
デイサービス運営において、常勤職員を複数かかえて、介護報酬改定で算定低下している状況になり、教育に人員をまわす事は困難になっている。
人材不足が主にあり、募集しても希望者がいない
定時で業務終了することを何より優先している職員ばかりで、教育は無駄な残業と考えているようです。個人優先の考え方が定着し、組織や職能としての自覚が乏しいので、個人のモチベーション向上や何らかの形で教育を強制するシステムがないと、継続した現任教育の達成は困難と思われる状況です。また、残業費用の確保、ゆとりある人員体制を構築できる報酬構造でないと、現任教育の底上げは難しいと考えています。
経営状、リハの現任教育指導の予算もなく、新たに雇用するのは難しいです。
組織が大きければ教育体制がしっかりしなければ業務が成立しないが、少人数の組織になると、そこまで手がまわらず、OJT が中心になってしまう。
教育時間の確保、その準備についやす人材の確保が難しい。

滋 健 し が 第 6 2 6 号
滋 リ ハ 第 5 6 号
令和6年(2024年)8月1日

リハビリテーション部門の代表者 様

滋賀県健康医療福祉部健康しが推進課長
滋賀県立リハビリテーションセンター所長
(公 印 省 略)

滋賀県リハビリテーション推進体制にかかる状況調査ご協力をお願い

平素は本県の健康医療福祉行政、ならびに県立リハビリテーションセンターの活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。県立リハビリテーションセンターでは、地域共生社会実現の一翼を担うリハビリテーションの取組を推進しているところです。

そのため、県内のリハビリテーション推進体制の現況を把握し、リハビリテーション施策の充実や、リハビリテーションを推進するための専門職の確保や質の向上を図ることなど、今後の取組に活かしていきたいと考えております。

つきましては、ご多用のところ大変恐れ入りますが、別紙調査項目の回答対象に○がついている調査票について、ご回答賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【問合せ先】

滋賀県立リハビリテーションセンター事業推進係
〒524-8524 守山市守山五丁目4-30
TEL:077-582-8157
E-mail eg3001@pref.shiga.lg.jp

(別紙 調査項目)

回答対象項目	票番号	調査内容	回答想定時間
	調査票1	リハビリテーションを提供した患者(0歳～64歳)の退院状況について(急性期)	10分～30分
	調査票2	リハビリテーションを提供した患者(0歳～64歳)の退院状況について(回復期等)	10分～30分
	調査票3	リハビリテーションを提供した患者(1歳～64歳)の退院状況について(精神科)	10分～30分
	調査票4	外来リハビリテーションを提供した患者(0歳～64歳)の状況について	10分～30分
	調査票5	訪問リハビリテーションを提供した患者(0歳～64歳)の状況について	10分～30分
	調査票6	就学・就労等に向けたリハビリテーションの実施状況について	5分～10分
	調査票7	介護保険サービスにおける2号被保険者のサービス利用状況について	10分～30分
○	調査票8	リハビリテーション専門職の雇用状況および現任教育状況について	10分～20分

※回答対象項目に○のついている調査票を同封しておりますので、各調査票に記載されているQRコードまたはURLから、しがネット受付サービスにお進みいただき、回答いただきますようお願いいたします。

回答〆切:令和6年9月13日(金)

滋 健 し が 第 6 2 6 号
滋 リ ハ 第 5 6 号
令和6年(2024年)8月1日

地域包括支援センターの長 様

滋賀県健康医療福祉部健康しが推進課長
滋賀県立リハビリテーションセンター所長
(公 印 省 略)

滋賀県リハビリテーション推進体制にかかる状況調査ご協力をお願い

平素は本県の健康医療福祉行政、ならびに県立リハビリテーションセンターの活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。県立リハビリテーションセンターでは、地域共生社会実現の一翼を担うリハビリテーションの取組を推進しているところです。

そのため、県内のリハビリテーション推進体制の現況を把握し、リハビリテーション施策の充実や、リハビリテーションを推進するための専門職の確保や質の向上を図ることなど、今後の取組に活かしていきたいと考えております。

つきましては、ご多用のところ大変恐れ入りますが、別紙調査項目の回答対象に○がついている調査票について、ご回答賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【問合せ先】

滋賀県立リハビリテーションセンター事業推進係
〒524-8524 守山市守山五丁目4-30
TEL:077-582-8157
E-mail eg3001@pref.shiga.lg.jp

(別紙 調査項目)

回答対象項目	票番号	調査内容	回答想定時間
	調査票1	リハビリテーションを提供した患者(0歳~64歳)の退院状況について(急性期)	10分~30分
	調査票2	リハビリテーションを提供した患者(0歳~64歳)の退院状況について(回復期等)	10分~30分
	調査票3	リハビリテーションを提供した患者(1歳~64歳)の退院状況について(精神科)	10分~30分
	調査票4	外来リハビリテーションを提供した患者(0歳~64歳)の状況について	10分~30分
	調査票5	訪問リハビリテーションを提供した患者(0歳~64歳)の状況について	10分~30分
	調査票6	就学・就労等に向けたリハビリテーションの実施状況について	5分~10分
○	調査票7	介護保険サービスにおける2号被保険者のサービス利用状況について	10分~30分
○	調査票8	リハビリテーション専門職の雇用状況および現任教育状況について	10分~20分

※回答対象項目に○のついている調査票を同封しておりますので、各調査票に記載されているQRコードまたはURLから、しがネット受付サービスにお進みいただき、回答いただきますようお願いいたします。

回答〆切:令和6年9月13日(金)

滋賀県リハビリテーション推進体制にかかる状況調査（医療・介護） 実施要領

1 目的

滋賀県では、県民誰もがあらゆるライフステージにおいて、持ちうる能力を活かし、自立して活動、社会参加しながら地域で暮らす姿を目指して、リハビリテーション提供体制の整備に取り組んでまいりました。

昨年度の滋賀県保健医療計画の改訂を踏まえ、今後さらに子どもから高齢者まで将来を見据えたリハビリテーション支援体制の充実を図り、リハビリテーション専門職の確保・現任教育の推進等、今後の体制整備事業の取組に活かすことを目的に県内の状況調査を行います。

2 実施主体

滋賀県健康医療福祉部健康しが推進課、滋賀県立リハビリテーションセンター

3 調査対象

県内の医療機関、介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーションⅠ⑤含む）、通所介護事業所、地域包括支援センター

4 調査内容

調査票	調査内容	対象（送付先）
調査票1	退院患者調査（急性期）	急性期病床をもつ病院
調査票2	退院患者調査（回復期等）	回復期病床等をもつ病院
調査票3	退院患者調査（精神科）	精神科病床をもつ病院
調査票4	外来リハビリテーション患者調査	外来リハビリテーションを実施している医療機関
調査票5	訪問リハビリテーション患者調査	訪問リハビリテーションを実施している医療機関、訪問看護ステーション、介護老人保健施設
調査票6	就学・就労等に向けたリハビリテーション実施状況調査	全ての病院
調査票7	介護保険2号被保険者サービス利用状況調査	地域包括支援センター
調査票8	リハビリテーション専門職雇用状況および現任教育状況調査	全調査対象

5 調査期間

令和6年8月1日（木） ～ 令和6年9月13日（金）まで

6 調査方法

- (1) 県健康しが推進課および県立リハビリテーションセンターで分担し、調査対象機関に向けて郵送およびメールにて調査依頼。
- (2) 調査対象機関において、しがネット受付サービスを利用して回答。

7 調査のとりまとめと報告等

県健康しが推進課および県立リハビリテーションセンターで分担し、調査結果の集計・整理・分析を行い、県立リハビリテーションセンターのホームページにて令和6年度末までに結果を公開します。また、今後の滋賀県におけるリハビリテーション施策の充実を図るため、県（県庁、リハビリテーションセンター、保健所）が主催および出席する会議等の資料に活用させていただくこととします。

調査票 1

リハビリテーションを提供した患者(0歳～64歳)の退院状況調査
回答〆切:令和6年9月13日(金)

県内の急性期病床から退院されている患者において、年齢割合や患者状態等の現状を把握し、関係団体等にもご意見をいただきながら身近な地域の体制づくりを進めたいと考えておりますので、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

※ご回答の内容を踏まえて、具体的な事例の詳細について、聞き取りにお伺いをさせていただく場合があります。ご多忙のところ恐れ入りますが、予めご了承いただきますようお願いいたします。

想定回答者 : 入退院調整を行う職員の方(地域連携室、リハ部門代表者など)

※必要に応じて、他部署と連携してご回答ください。

調査対象期間: 令和6年(2024年)4月1日～令和6年(2024年)4月30日の1か月

調査設問数 : 3問

回答先 : しがネット受付サービス

URL: <https://ttzk.graffer.jp/pref-shiga/smart-apply/apply-procedure-alias/24eg300401tyousa1>



基本情報

病院名			
回答担当者	(部署名)		
	(氏名)		
	(連絡先)TEL:	E-Mail:	

問1. 貴院(急性期病床)でリハビリテーション(各療法)を提供した患者のうち、調査対象期間に退院された患者の転帰先ごとの総数と0歳～64歳の人数をご記入ください。(※0歳～64歳については、問2において詳細について回答いただきますようお願いいたします。)

転帰先	総数	左記総数のうち0歳～64歳の人数
病院(回復期病床等)	名	名
有床診療所	名	名
入所施設(障害福祉)	名	名
入所施設(介護保険)	名	名
自宅	名	名
死亡	名	名
その他	名	名

問2. 問1で回答いただいた退院患者(0歳～64歳)について、詳細を選択肢より番号でご回答ください。

(* 回答用のファイルデータは県立リハビリテーションセンターホームページよりダウンロードください。)

URL:<http://www.pref.shiga.lg.jp/rehabili/jyouthou/tyousa/309170.html>)

番号	①主疾患	②高次脳機能障害の有無	③年代	④退院時重症度 (日常生活自立度)	⑤転帰先 (問1と一致)	⑥居住地
	1_脳血管疾患 2_脳外傷 3_整形疾患 4_脊髄損傷 5_がん 6_神経難病 7_心疾患 8_精神疾患 9_その他(具体的に)	1_あり 2_なし 3_不明	1_0～4 週未満 2_4 週～1 歳未満 3_1 歳～7 歳未満 4_7 歳～15 歳未満 5_15 歳～19 歳未満 6_19 歳～40 歳未満 7_40 歳～65 歳未満	1_ランク J1 2_ランク J2 3_ランク A1 4_ランク A2 5_ランク B1 6_ランク B2 7_ランク C1 8_ランク C2	1_病院(回復期病床等) 2_有床診療所 3_入所施設(障害福祉) 4_入所施設(介護保険) 5_自宅 6_死亡 7_その他	1_県内 2_県外
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

問3.リハビリテーションを提供する上で、あるいは退院時の転帰先との調整で良い点、困った点をご記入ください。

リハビリテーションに関する貴重なご意見ありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

リハビリテーションを提供した患者(0歳～64歳)の退院状況調査
回答〆切:令和6年9月13日(金)

県内の回復期病床等から退院されている患者において、年齢割合や患者状態等の現状を把握し、その年代や疾患特有の事情に応じて必要な支援を明らかにし、関係団体等にもご意見をいただきながら身近な地域の体制づくりを進めたいと考えておりますので、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

※ご回答の内容を踏まえて、具体的な事例の詳細について、聞き取りにお伺いをさせていただく場合があります。ご多忙のところ恐れ入りますが、予めご了承いただきますようお願いいたします。

想定回答者 : 入退院調整を行う職員の方(地域連携室、リハ部門代表者など)

※必要に応じて、他部署と連携してご回答ください。

調査対象期間: 令和6年(2024年)4月1日～令和6年(2024年)4月30日の1か月

調査設問数 : 3問

回答先 : しがネット受付サービス

URL: <https://ttzk.graffer.jp/pref-shiga/smart-apply/apply-procedure-alias/24eg300401tyousa2>



基本情報

病院名			
回答担当者	(部署名)		
	(氏名)		
	(連絡先)TEL:		E-Mail:

問1. 貴院(急性期以外の病床等)でリハビリテーション(各療法)を提供した患者のうち、調査対象期間に退院された患者の転帰先ごとの総数と0歳～64歳の人数をご記入ください。(※0歳～64歳については、問2において詳細について回答いただきますようお願いいたします。)

転帰先	総数	左記総数のうち0歳～64歳の人数
病院(回復期病床等)	名	名
有床診療所	名	名
入所施設(障害福祉)	名	名
入所施設(介護保険)	名	名
自宅	名	名
死亡	名	名
その他	名	名

問2. 問1で回答いただいた退院患者(0歳～64歳)について、詳細を選択肢より番号でご回答ください。

(* 回答用のファイルデータは県立リハビリテーションセンターホームページよりダウンロードください。

URL:<http://www.pref.shiga.lg.jp/rehabili/jyouthou/tyousa/309170.html>)

番号	①主疾患	②高次脳機能障害の有無	③年代	④退院時重症度 (日常生活自立度)	⑤転帰先 (問1と一致)	⑥居住地
	1_脳血管疾患 2_脳外傷 3_整形疾患 4_脊髄損傷 5_がん 6_神経難病 7_心疾患 8_精神疾患 9_その他(具体的に)	1_あり 2_なし 3_不明	1_0～4週未満 2_4週～1歳未満 3_1歳～7歳未満 4_7歳～15歳未満 5_15歳～19歳未満 6_19歳～40歳未満 7_40歳～65歳未満	1_ランクJ1 2_ランクJ2 3_ランクA1 4_ランクA2 5_ランクB1 6_ランクB2 7_ランクC1 8_ランクC2	1_病院(回復期病床等) 2_有床診療所 3_入所施設(障害福祉) 4_入所施設(介護保険) 5_自宅 6_死亡 7_その他	1_県内 2_県外
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

問3.リハビリテーションを提供する上で、あるいは退院時の転帰先との調整で良い点、困った点をご記入ください。

リハビリテーションに関する貴重なご意見ありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

リハビリテーションを提供した患者(1歳～64 歳)の退院状況調査
回答〆切:令和6年9月13日(金)

県内の精神科病床から退院されている患者において、年齢割合や患者状態等の現状を把握し、その年代や疾患特有の事情に応じて必要な支援を明らかにし、関係団体等にもご意見をいただきながら身近な地域の体制づくりを進めたいと考えておりますので、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

※ご回答の内容を踏まえて、具体的な事例の詳細について、聞き取りにお伺いをさせていただく場合があります。ご多忙のところ恐れ入りますが、予めご了承いただきますようお願いいたします。

想定回答者 : 入退院調整を行う職員の方(地域連携室、リハ部門代表者など)

※必要に応じて、他部署と連携してご回答ください。

調査対象期間: 令和6年(2024年)4月1日～令和6年(2024年)4月30日の1か月

調査設問数 : 3問

回答先 : しがネット受付サービス

URL : <https://ttzk.graffer.jp/pref-shiga/smart-apply/apply-procedure-alias/24eg300401tyousa3>



基本情報

病院名			
回答担当者	(部署名)		
	(氏名)		
	(連絡先)TEL:	E-Mail:	

問1. 貴院でリハビリテーション専門職が行う精神科リハビリテーションを提供した患者のうち、調査対象期間に退院された患者の転帰先ごとの総数と1歳～64歳の人数をご記入ください。(※1歳～64歳については、問2において詳細について回答いただきますようお願いいたします。)

転帰先	総数	左記総数のうち1歳～64歳の人数
病院(回復期病床等)	名	名
有床診療所	名	名
入所施設(障害福祉)	名	名
入所施設(介護保険)	名	名
自宅	名	名
死亡	名	名
その他	名	名

問2. 問1で回答いただいた退院患者(1歳～64歳)について、詳細を選択肢より番号でご回答ください。

(* 回答用のファイルデータは県立リハビリテーションセンターホームページよりダウンロードください。

URL:<http://www.pref.shiga.lg.jp/rehabili/jyouhou/tyousa/309170.html>)

番号	①主疾患	②高次脳機能障害の有無	③年代	④退院時重症度 (日常生活自立度)	⑤転帰先 (問1と一致)	⑥居住地
	1_脳血管疾患 2_脳外傷 3_整形疾患 4_脊髄損傷 5_がん 6_神経難病 7_心疾患 8_統合失調症 9_うつ病 10_双極性障害 11_不安障害 12_知的障害 13_発達障害 14_認知症 15_その他(具体的に)	1_あり 2_なし 3_不明	1_1歳～7歳未満 2_7歳～15歳未満 3_15歳～19歳未満 4_19歳～40歳未満 5_40歳～65歳未満	1_ランク J1 2_ランク J2 3_ランク A1 4_ランク A2 5_ランク B1 6_ランク B2 7_ランク C1 8_ランク C2	1_病院(回復期病床等) 2_有床診療所 3_入所施設(障害福祉) 4_入所施設(介護保険) 5_自宅 6_死亡 7_その他	1_県内 2_県外
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

問3.リハビリテーションを提供する上で、あるいは退院時の転帰先との調整で良い点、困った点をご記入ください。

リハビリテーションに関する貴重なご意見ありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

外来リハビリテーションを提供した患者状況調査
回答〆切:令和6年9月13日(金)

外来リハビリテーションを提供されている患者において、年齢割合や患者状態等の現状を把握し、その年代や疾患特有の事情に応じて必要な支援を明らかにし、関係団体等にもご意見をいただきながら身近な地域の体制づくりを進めたいと考えておりますので、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

※ご回答の内容を踏まえて、具体的な事例の詳細について、聞き取りにお伺いをさせていただく場合があります。ご多忙のところ恐れ入りますが、予めご了承いただきますようお願いいたします。

想定回答者 :リハビリテーション部門の代表者

※必要に応じて、他部署と連携してご回答ください。

調査対象期間:令和6年(2024年)4月23日、24日、26日の3日間のうちいずれか1日

調査設問数 :3問

回答先 :しがネット受付サービス

URL: <https://ttzk.graffer.jp/pref-shiga/smart-apply/apply-procedure-alias/24eg300401tyousa4>



基本情報

医療機関名			
回答担当者	(部署名)		
	(氏名)		
	(連絡先)TEL:		E-Mail:

問1. 貴院で調査対象期間のうち1日において、外来リハビリテーションを実施した患者数をご記入ください。

実人数	名

裏へ続く

問2. 問1で回答いただいた患者のうち、0 歳～64歳の患者について、詳細を選択肢より番号でご回答ください。

(* 回答用のファイルデータは県立リハビリテーションセンターホームページよりダウンロードください。

URL:<http://www.pref.shiga.lg.jp/rehabili/jyuhou/tyousa/309170.html>)

番号	①主疾患	②高次脳機能障害の有無	③年代	④重症度 (日常生活自立度)
	1_脳血管疾患 2_脳外傷 3_整形疾患 4_脊髄損傷 5_がん 6_神経難病 7_心疾患 8_精神疾患 9_その他(具体的に)	1_あり 2_なし 3_不明	1_0～4 週未満 2_4 週～1 歳未満 3_1 歳～7 歳未満 4_7 歳～15 歳未満 5_15 歳～19 歳未満 6_19 歳～40 歳未満 7_40 歳～65 歳未満	1_ランク J1 2_ランク J2 3_ランク A1 4_ランク A2 5_ランク B1 6_ランク B2 7_ランク C1 8_ランク C2
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

問3. 外来リハビリテーションを提供する上で、あるいは他機関との連携において良い点、困った点をご記入ください。

自由記載

リハビリテーションに関する貴重なご意見ありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

訪問リハビリテーションを提供した患者状況調査

回答〆切:令和6年9月13日(金)

訪問リハビリテーションを提供されている患者に置いて、年齢割合や患者状態等の現状を把握し、その年代や疾患特有の事情に応じて必要な支援を明らかにし、関係団体等にもご意見をいただきながら身近な地域の体制づくりを進めたいと考えておりますので、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

※ご回答の内容を踏まえて、具体的な事例の詳細について、聞き取りにお伺いをさせていただく場合があります。ご多忙のところ恐れ入りますが、予めご了承いただきますようお願いいたします。

想定回答者 :リハビリテーション部門の代表者

※必要に応じて、他部署と連携してご回答ください。

調査対象期間:令和6年(2024年)4月23日、24日、26日の3日間のうちいずれか1日

調査設問数 :3問

回答先 :しがネット受付サービス

URL:<https://ttzk.graffer.jp/pref-shiga/smart-apply/apply-procedure-alias/24eg300401tyousa5>



基本情報

訪問リハ 実施機関名			
回答担当者	(部署名)		
	(氏名)		
	(連絡先)TEL:		E-Mail:

問1. 貴所属で調査対象期間のうちの1日において、訪問リハビリテーションを実施した患者数をご記入ください。

※訪問看護ステーション I 5の場合は看護師が訪問した場合も含む。

実人数	名

裏へ続く

問2. 問1で回答いただいた患者のうち、0 歳～64歳の患者について、詳細を選択肢より番号でご回答ください。（* 回答用のファイルデータは県立リハビリテーションセンターホームページよりダウンロードください。

URL: <http://www.pref.shiga.lg.jp/rehabili/jyouhou/tyousa/309170.html>)

番号	①主疾患	②高次脳機能障害の有無	③年代	④重症度 (日常生活自立度)
	1_脳血管疾患 2_脳外傷 3_整形疾患 4_脊髄損傷 5_がん 6_神経難病 7_心疾患 8_精神疾患 9_その他(具体的に)	1_あり 2_なし 3_不明	1_0～4 週未満 2_4 週～1 歳未満 3_1 歳～7 歳未満 4_7 歳～15 歳未満 5_15 歳～19 歳未満 6_19 歳～40 歳未満 7_40 歳～65 歳未満	1_ランク J1 2_ランク J2 3_ランク A1 4_ランク A2 5_ランク B1 6_ランク B2 7_ランク C1 8_ランク C2
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

問3. 訪問リハビリテーションを提供する上で、あるいは他機関との連携において良い点、困った点をご記入ください。

自由記載

リハビリテーションに関する貴重なご意見ありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

就学・就労に向けたリハビリテーションの実施状況調査

回答〆切:令和6年9月13日(金)

県内の病院において、就学や就労等に向けたリハビリテーションの実施状況を把握し、今後の取り組みを検討してまいりますので、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

※ご回答の内容を踏まえて、具体的な事例の詳細について、聞き取りにお伺いをさせていただく場合があります。ご多忙のところ恐れ入りますが、予めご了承いただきますようお願いいたします。

想定回答者:リハビリテーション部門の代表者

※必要に応じて、他部署と連携してご回答ください。

調査設問数:2問

回答先 :しがネット受付サービス

URL:<https://ttzk.graffer.jp/pref-shiga/smart-apply/apply-procedure-alias/24eg300401tyousa6>



基本情報

病院名			
回答担当者	(部署名)		
	(氏名)		
	(連絡先)TEL:	E-Mail:	

問1. 貴院において、昨年度(令和5年4月1日～令和6年3月31日)、入院および外来のリハビリテーションを実施した患者において、就学先(復学含む)や就労先(復職含む)等を交えたカンファレンスを実施した患者はいましたか。

(該当する番号に〇をつけてください)

1、はい 2、いいえ ⇒調査は終了となります。

問2. (問1で [1、はい]と答えた方にお聞きします。)

貴院で就学・就労等に向けたリハビリテーションを実施する上で、あるいは就学・就労にかかる関係機関との連携において、良い点、困った点をご記入ください。

自由記載

リハビリテーションに関する貴重なご意見ありがとうございました。

今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

2号被保険者(40歳～64歳)のリハビリテーションサービス利用状況調査
回答〆切:令和6年9月13日(金)

退院後、介護保険サービスにおける2号被保険者のリハビリテーションサービス利用状況を把握し、その年代や疾患特有の事情に応じて必要な支援を明らかにし、関係団体等にもご意見をいただきながら身近な地域の体制づくりを進めたいと考えておりますので、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

※ご回答の内容を踏まえて、具体的な事例の詳細について、聞き取りにお伺いをさせていただく場合があります。ご多忙のところ恐れ入りますが、予めご了承いただきますようお願いいたします。

想定回答者 : 管理者(センター長等)

調査対象期間: 令和6年(2024年)4月1日～令和6年(2024年)4月30日の1か月

調査設問数 : 2問

回答先 : しがネット受付サービス

URL: <https://ttzk.graffer.jp/pref-shiga/smart-apply/apply-procedure-alias/24eg300401tyousa7>



基本情報

名称		
回答担当者	(部署名)	
	(氏名)	
	(連絡先)TEL:	E-Mail:

裏へ続く

問1. 調査対象期間に貴センターがケアプランを立てた2号被保険者について、ご記入ください。

(* 回答用のファイルデータは県立リハビリテーションセンターホームページよりダウンロードください。

URL: <http://www.pref.shiga.lg.jp/rehabili/jyohou/tyousa/309170.html>)

番号	①主疾患	②高次脳機能障害の有無	③重症度 (日常生活自立度)	④利用したサービス
	1_脳血管疾患 2_脳外傷 3_整形疾患 4_脊髄損傷 5_がん 6_神経難病 7_心疾患 8_精神疾患 9_その他(具体的に)	1_あり 2_なし 3_不明	1_ランク J1 2_ランク J2 3_ランク A1 4_ランク A2 5_ランク B1 6_ランク B2 7_ランク C1 8_ランク C2	1.通所リハ 2.訪問リハ(訪看 I 5含む) 3.C型通所 4.C型訪問 5.その他(具体的に)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

問2. 2号被保険者のケアプランを立てる際に、関係機関との連携等において良い点、困った点をご記入ください。(例:就労支援や社会参加支援、嚥下障害がある若年者への支援、失語症のある方 など)

リハビリテーションに関する貴重なご意見をありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

問1. 貴院・貴施設でリハビリテーション専門職の雇用はありますか。

1、ある(問2へ)

2、ない→終了になります。ありがとうございました。

問2. リハビリテーション専門職の労働者数（産休・育休中・病休数のスタッフも含む）を保有機能ごとにお答えください。

	令和6年4月1日時点（実人数）	
	常勤	非常勤
理学療法士	名	名
作業療法士	名	名
言語聴覚士	名	名

※しがネット受付サービスでは保有機能ごとに回答できるよう枠を設けてあります。

問3. 貴院・貴施設では、リハビリテーション専門職の現任教育の担当者(人材育成を統括する方)がいますか。該当する数字に○を付けてください。

1、いる

2、いない

問4. 貴院・貴施設では、リハビリテーション専門職の人材育成指針がありますか。該当する数字に○を付けてください。(※人材育成指針とはどのようなスタッフになってほしいか定義しているもの)

1、ある

2、ない

問5. 将来を見据えた自施設の現任教育の仕組み(クリニカルラダー・キャリアラダー)がありますか。該当する数字に○を付けてください。(※ラダーとは下位職から上位職へはしごを昇るように成長する過程を示したもの)

1、ある

2、ない

問6. 貴院・貴施設ではリハビリテーション専門職に対する教育研修の年間計画は立案されていますか。該当する数字に○を付けてください。

1、立案している

2、立案していない

裏へ続く

問7. 貴施設でのリハビリテーション専門職の現任教育において課題であると考えるものを選択してください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 1. 現任教育の企画運営する人材がない	<input type="checkbox"/> 5. 講師を担う人材がない
<input type="checkbox"/> 2. 現任教育の予算がない	<input type="checkbox"/> 6. 現任教育を行う時間がない
<input type="checkbox"/> 3. 現任教育を行う場所がない	<input type="checkbox"/> 7. 現任教育の組立て方がわからない
<input type="checkbox"/> 4. 現任教育を企画しても参加者が少ない	<input type="checkbox"/> 8. その他
(自由記載)	

問8. その他、リハビリテーション専門職種の現任教育について、良い点・困った点をご記入ください。

--

リハビリテーションに関する貴重なご意見ありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

リハビリテーション推進体制にかかる状況調査

発行：滋賀県立リハビリテーションセンター

住所：〒524-8524

滋賀県守山市守山5丁目4-30

電話：077-582-8157

FAX：077-582-5726

発行：令和8年3月