

別紙3

事業概略書

効率的・効果的リハビリテーションサービス提供のための調査研究事業

社団法人日本理学療法士協会 (報告書A4版 3頁)

<p>事業目的</p>	<p>昨年度にリハビリテーション3団体共同で実施したケアマネジャーを対象とする調査結果からケアプラン策定の際のリハビリテーションに対する需要が高いにもかかわらず十分に供給できていないことがわかった。理由としてはリハビリテーションの供給体制が不十分であること、ケアマネジャーに対してリハビリテーションに関する情報が十分に伝わっていないこと等があげられる。そこで本調査は、一般社団法人日本介護支援専門員協会と共同で、今後のリハビリテーション供給環境整備および情報環境整備に向けて、供給側であるリハビリテーション職の側からリハビリテーションの供給状況、医療職およびケアマネジャーとの連携状況、情報環境等について調査し、対応策の方向性を検討するための基礎資料を得ることを目的とする。</p>
<p>事業概要</p>	<p>【調査研究の内容】リハビリテーションサービス提供において、医療職およびケアマネジャーとの連携状況の把握、効果的・効率的にリハビリテーションサービスを提供するための問題点・課題、医療職およびケアマネジャーへの情報提供を行う際の問題点・課題を抽出し、リハビリテーションサービスを効率的・効果的に提供していく上での問題解決のための基礎資料とする。</p> <p>【方法】リハビリテーション提供側には、理学療法士、作業療法士ならびに言語聴覚士を対象とした。ケアマネジメントの立場からは、ケアマネジャーを対象とした。それぞれ対象者の抽出には、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会ならびに日本介護支援専門員協会のそれぞれの会員全体を母集団とし、無作為抽出法を採用した。調査票について、リハビリテーション供給側には、4区分のリハビリテーション提供体制別に調査票を作成した。ケアマネジメント側には、介護支援専門員へ1種の調査票を作成した。それぞれの質問票は3分類に分けることができ、病院施設に関する項目、対象者自身(セラピストや介護支援専門員)に関する項目ならびに患者に関する項目によって構成した。病院施設に関する項目では、対象者が所属する法人の概要、事業所の概要、事業所に対する加算状況について回答を求めた。対象者自身の項目では、対象者の基本情報、対象者1人につきリハビリテーション提供の状況等に</p>

	<p>関する回答を求めた。個票では、対象者が標準的な一日の業務を想定した際に担当した患者もしくは利用者に関する回答を求めた。</p> <p>【調査客体数】リハビリテーションを提供するセラピスト(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)15,000件を対象とし、回収数は3,019 件であった。ケアマネジメントを対象とした調査では、地域包括支援センター所属を除くケアマネジャー5,000件を対象とした。回収数は730 件であった。</p> <p>【委員会】本事業では、調査検討委員会を設置し、委員長は開原成允氏(国際医療福祉大学)とした。委員会は必要に応じ3回開催した。また、調査票の作成を効率的に実施するため、作業部会を設けた。部会長は川越雅弘氏(国立社会保障・人口問題研究所)とした。</p> <p>作業部会は2回開催した。</p> <p>【業務の委託先】本事業では、業務の一部を(社)社会保険研究所に委託した。委託した業務の一部は、アンケート調査等、入力・集計・分析実施委託費等であった。</p>
<p>調査研究の過程</p>	<p>本調査では、調査を実施するに際し調査検討委員会を設置し、その委員長には開原成允氏が就いた。平成 22 年 8 月下旬に調査内容の検討を行うため、第1回調査検討委員会を開催した。平成 22 年 9 月上旬、調査票の検討を行うため作業部会を設置することとした。作業部会の部会長には川越雅弘氏が就いた。第1回作業部会では調査票の検討をおこなった。平成 22 年 9 月下旬、第二回作業部会を開催し、調査票案を決定するため論議した。平成 22 年 10 月中旬、第 2 回作業部会開催し調査票の詳細確認を行った。最終調査票案が確定した後、調査検討委員会の委員の意見等を集約し、開原委員長一任のもと調査票を最終的に作成した。平成 22 年 11 月下旬、アンケート調査票等印刷、封入し、調査を開始した。平成 22 年 12 月中旬、アンケート回収を終え、回収結果入力・一次集計にとりかかった。平成 23 年 1 月下旬、第 2 回調査検討委員会を開催し、集計した一次集計を基に分析の方向性を検討した。調査結果を踏まえ、事業目的と照らし合わせ、とくに、医療分野から介護分野にかけリハビリ提供量や、リハビリテーション導入の阻害要因、医療から介護に移行する際の情報連携整備に関する結果など、効率的効果的なりハビリテーション提供体制に資する基礎資料となるように取り組んだ。尚、開原成允氏が急逝されたため、急きょ委員長代理は内山靖氏となった。平成 23 年 3 月上旬、第 3 回調査検討委員会の開催し報告書の作成を行った。平成 23 年 3 月中旬、内山委員長代理のもと、最終報告書を作成した。</p>

事業結果	<p>本事業では調査検討委員会を立ち上げ、効率的・効果的リハビリテーションサービス提供のための基礎資料を作成することとした。また、調査については別に作業部会を設け、調査の設計および調査票の作成を行った。その結果、リハビリテーション提供量や情報連携について若干の知見を得ることができた。具体的には、①場所を選ぶことなく、誰もが安心してリハビリテーションを享受できる環境を作るためには、医療分野と介護分野での量的リハビリテーションの格差を是正する努力が必要であり、そのためにはリハビリテーション基盤を地域で拡大することを念頭に、セラピスト数増加に資する方策が必要であること、②リハビリテーションを適切に導入するためには、量的拡大だけでは不十分であり、医療分野ならびに介護分野において、患者や利用者がリハビリテーションの必要性が適切に理解できる方策を検討する必要があること、③安心してリハビリテーションをケアプランに反映できる環境にするためには、いわゆるリハビリテーションに不可欠な設備を、必要に応じて在宅でも導入できる方策が必要であることであった。</p> <p>その他、退院元によって退院後のリハビリテーション導入に差が認められたが、とくに退院元において患者への退院にむけたリハビリ指導が高い場合、退院後も必要なリハビリテーションが提供されることが示唆された。患者が急性期病院から在宅に退院する際には、介護分野に対して情報提供・共有が不十分なことも多いため、今後、急性期病院から在宅に戻る際に有効な情報連携の整備が課題であることがわかった。</p>
------	---

## 事業結果の概要（別添）

本事業では調査検討委員会を立ち上げ、効率的・効果的リハビリテーションサービス提供のための基礎資料を作成することとした。また、調査については別に作業部会を設け、調査の設計および調査票の作成を行った。その結果、リハビリテーション提供量や情報連携について若干の知見を得た（詳細は以下を参照）。新たに得られた知見を幅広く広く共有するため、これらの結果に考察を踏まえた報告書を作成し、リハビリテーション関連団体や日本介護支援専門員協会など各関係機関や団体に配布し啓発を図ることとする。同時にインターネット上でも報告書内容を公開し、閲覧やダウンロードを誰でも自由に行えるようにする。今後更なる調査研究活動を社団法人日本理学療法士協会でも継続していく予定である。

### （1）調査結果に基づいた提言と課題

1. 場所を選ぶことなく、誰もが安心してリハビリテーションを享受できる環境を作るためには、医療分野と介護分野での量的リハビリテーションの格差を是正する努力が必要であり、そのためにはリハビリテーション基盤を地域で拡大することを念頭に、セラピスト数増加に資する方策が必要である。
2. リハビリテーションを適切に導入するためには、量的拡大だけでは不十分であり、医療分野ならびに介護分野において、患者や利用者がリハビリテーションの必要性が適切に理解できる方策を検討する必要がある。
3. 安心してリハビリテーションをケアプランに反映できる環境にするためには、いわゆるリハビリテーションに不可欠な設備を、必要に応じて在宅でも導入できる方策が必要である。

### （2）調査の方向性

本事業では、リハビリテーション3団体共同で実施したケアマネジャーを対象とする調査結果から、ケアプラン策定の際のリハビリテーションに対する需要が高いにもかかわらず十分な供給ができていないという結果を受け、現在のリハビリテーションの供給状況ならびに連携状況を調査し、今後の効率的・効果的リハビリテーション供給環境整備および情報環境整備に向けた基礎資料を作成することを目的とした。まずは、「効率性」を、資源の配分について無駄がないことと解釈し、効率的にリハビリテーションが提供されている状態とは、限られたリハビリテーション資源が無駄なく配分されていること、とした。また、「効果性」は特定の行為によって望ましい結果が生じることと解釈し、効果的にリハビリテーションが提供されている状態とは、提供されたリハビリテーションによって最終受益者である患者や利用者（以下、患者等とする）が望ましい結果を享受していることとした。そこで「効率性と効果性」を具体化するため、リハビリテーションを量的および

質的側面から定量化した。

情報連携整備について、医療と介護の移行期においては、医療機関で開催される「退院時カンファレンス」に着目し、医療機関のセラピストと受け皿となる介護分野のセラピストの参加状況を把握することとした。また、情報環境整備においては、ケアマネジメントの中核であるケアマネジャーからリハビリテーション提供に関する連携状況について実態を把握し、リハビリテーションが充足していない場合は、阻害要因を把握することとした。また、阻害要因と連携状況についても調査することとした。

### (3) 事業の展開

本事業について、調査検討委員会を設置した。さらに、調査開始の前段において、作業部会を設置し、調査票等を具体的に検討した。

### (4) 調査の方法

#### (抽出の方法)

対象者の抽出には、会員全体を母集団とし、無作為抽出法を採用した。

#### (調査票)

調査票について、リハビリテーション供給側には、4 区分のリハビリテーション提供体制別に調査票を作成した。ケアマネジメント側には、介護支援専門員へ1 種の調査票を作成した。それぞれの質問票は3 分類に分けることができ、病院施設に関する項目、対象者自身（セラピストや介護支援専門員）に関する項目ならびに患者に関する項目によって構成した。病院施設に関する項目では、対象者が所属する法人の概要、事業所の概要、事業所に対する加算状況について回答を求めた。対象者自身の項目では、対象者の基本情報、対象者1 人につきリハビリテーション提供の状況等に関する回答を求めた。個票では、対象者が標準的な一日の業務を想定した際に担当した患者もしくは利用者に関する回答を求めた。

#### ●病院施設に関する項目

- ・医療機関

医療機関におけるリハビリテーション提供体制

- ・療養病床

勤務する法人について

- ・介護保険施設

施設の概要

- ・事業所

## 所属する法人の概要

- ・介護支援専門員

## 施設の概要

### ●対象者自身（セラピストや介護支援専門員）に関する項目

- ・医療機関

あなた自身について、入院時・入院中の状況、退院時における状況、あなたのリハビリテーション提供に関する状況

- ・療養病床

あなた自身について、入院・入所の状況、退院時における状況、あなたのリハビリテーション提供に関する状況

- ・介護保険施設

あなた自身について、あなたのリハビリテーション提供に関する情報、あなたのリハビリテーション利用者との関わりについて

- ・事業所

あなた自身について、あなたのリハビリテーション提供に関する状況、あなたのリハビリテーション利用者との関わりについて

- ・介護支援専門員

あなた自身について、リハビリテーション提供機関の充足状況について、訪問リハビリテーションサービスを位置付けているケアプランについて

### ●個票

- ・セラピスト供給側（提供体制）

患者・利用者の属性・状態、現状のリハビリテーション実施状況、リハビリテーション充足度と阻害要因、連携状況

- ・介護支援専門員

利用者の属性・状態、退院前合同カンファレンス、リハビリテーション導入状況、連携の状況、リハビリテーション充足度

## （5）調査の結果

### 1）回収結果

#### ■リハビリテーション供給側に対する調査

リハビリテーションを提供するセラピスト（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）15,000件を対象とした。

回収数：3,019件

#### ■ケアマネジメント側に対する調査

地域包括支援センター所属を除くケアマネジャー5,000件を対象とした。

回収総数 : 730 件

#### (6) 調査結果のまとめ

##### ■【提供量】医療分野と介護分野にみるリハ提供量の格差

医療分野から介護分野にかけ、リハビリテーションがどの程度提供されているのか実態を把握するため、患者等1人あたりリハ提供量に着目し、1ヵ月あたりのリハ提供回数と1日あたりのリハ提供単位数に分けて考えた。急性期から生活支援期に移行する一連の流れをリハビリテーション提供体制別に置き換えてみると、1ヵ月のリハ提供回数は、回復期病床で最も多く、訪問リハでは最も少なかった。訪問リハにおける提供回数は、回復期病床で受けた提供回数に比べおよそ1/3倍に減少している。両分野で比較すると、急性期や回復期といった医療分野に比べて、生活支援期で少なくなり、特に在宅では、提供回数が大きく下回ることがわかった。介護老人保健施設や通所リハビリテーションでの提供回数も同様に減少していることから、総じて介護保険分野での提供回数が少ないと示された。

このように、在宅に復帰し自宅でリハビリテーションを受ける段階になると、提供回数が急激に減少することが明らかになった。

一方で、1日あたりのリハ提供単位数について、回復期病床は最も多くおよそ2.58単位(約52分)であり、次いで訪問リハが続いた。最も少なかった区分は、通所リハであり、およそ1.01単位(約20分)であった。これは、回復期病床で受けたリハ提供単位数に比べ、およそ2/5倍に相当する。

このように、リハ提供量に着目した場合、医療分野から介護分野への移行はなめらかとは言えず、患者等の立場に立てば、医療分野と介護分野の間に「落差」を感じるようになっていく。

##### ■【充足度】医療－介護分野の各期にみた「充足していない」患者の割合

セラピストが担当する患者等について、現在提供しているリハ提供量がどの程度充足しているのか回答を得た。その結果、セラピストが個別に「充足していない」と判断した患者等は、急性期から生活支援期の各期でおよそ40%を占めた。このように、現在のリハ提供量が個々に見込む必要量に十分達していない患者等は多く、とくに、介護保険施設および通所リハビリテーションにおいては、それぞれ充足していない患者等の割合が50%と目立って高く、2人に1人はリハ提供量が充足していない結果となった。

現在のリハ提供量が患者等別に見込む必要量に到達するために、現状に追加して提供されるべきリハ提供量の割合を調べた。その結果、リハビリテーション追加提供割合をリハビリテーション提供体制別にみると、医療機関では、現状のおよそ26%増が要求されていた。この割合は介護分野に移行するに従って高くなり、通所リハビリや訪問リハといった事業所では、現状に加え、およそ44%のリハ提供量の追加を必要としていることがわかった。

現在担当している患者等を、リハ提供回数別に分けてみた場合、提供体制にかかわらず、追加すべきリハ提供回数は、それぞれ1 ヶ月あたり概ね5 回から10 回程度を必要としていた。

#### ■【阻害要因】リハビリテーション導入の阻害要因

阻害要因とは、セラピストが担当する患者等について必要なリハ提供量の導入を阻害する因子のことを指す。

急性期における阻害要因では、患者の疾患を問わず「セラピスト数の不足」が上位を占め、次いで「算定上限」と「利用者のリハビリテーションの理解不足」が続いている。作業療法士では疾患を問わず「リハビリテーション設備の不足」が上位であった。疾患別にみると、理学療法士の回答においては、心疾患患者に対する「リハビリテーション設備の不足」があがった。

一方、提供体制別にみると、通所リハや訪問リハでは、急性期と同様の阻害要因が上位に並ぶが、「利用者のリハビリテーションの理解不足」や「利用者家族のリハビリテーションへの理解不足」といった、リハビリテーションに対する認識に関する項目が、上位にあがっている。これは、リハビリテーションを導入したい、もしくは増やしたいとセラピストが判断した場合であっても、リハビリテーションへの理解が不十分なため、患者等に必要なリハビリテーションが提供できない場合が考えられた。制度や提供基盤の整備に加え、患者等がリハビリテーションを正しく理解し、学習できる教育的側面にも課題があることがわかった。尚、この患者等の「理解不足」は、介護分野に特有の阻害要因ではなく、リハ提供量が最も多かった回復期病床でも、上位に位置した。

ところで、リハビリテーションの認識について、介入する状況で分けた場合、新規にリハビリテーションを導入する場合と、導入後においてリハ提供量を変更する場合とでは、その状況は大きく異なる。特に介護分野に顕著であり、新規にリハビリテーションを導入する場合には、セラピストよりもむしろケアマネジャーの関わり方が強い要因として働く。そのため、利用者が必要なリハビリテーションを自ら選択し、適切に導入できるかどうかは、ケアマネジャーのリハビリテーションへの理解と、適切なコミュニケーション能力に左右される。

#### ■【提供内容1】リハビリテーション提供体制別にみたリハビリテーションのプログラムについて

一般病床および回復期病床は、リハビリテーション提供体制の区分においては同じ医療機関に分類される。しかし、両者は現状の提供内容について、異なる結果となった。一般病床においては、現状で十分でなく制約がなければ提供したいプログラムが複数あるが、それらの項目は回復期病床において目立たない。回復期病床の特徴はリハ提供量の充実であることから、総合的に一般病床に比べ時間的および量的な余裕がある。そのため、幅広くプログラムが提供できているといえる。さらに「歩行練習」および「バランス練習」に限れば、一般病床より重点的に取り組んでいることがわかる。また両者における大きな特

徴の一つに疾患による提供内容の違いがある。回復期病床では疾患別によって、それぞれ提供内容に多少のばらつきを認めるが、一般病床では疾患にかかわらず提供内容に大きな違いは認めない。これは病状が安定した後のリハビリテーションは多彩で個別的であるともいえるが、むしろ疾患にかかわらず発症初期の段階では、基本的に提供されるリハビリテーション提供内容に一定の傾向があることを示唆しているといえる。介護老人保健施設は「在宅生活への復帰」を前提としているため「IADL 練習」を現状で提供しているが、まだ不十分であることがわかった。「IADL 練習」は、訪問リハや通所系サービスといった在宅領域においても、現状で手薄く追加したい提供内容である。在宅生活者は具体的でかつ個別的なIADL 能力が要求され、その結果について、その都度、成功動作が求められる。したがって、在宅領域におけるリハビリテーションでは目的達成が優先されるため実践的アプローチと支援的側面に重点が置かれやすい。そのため、「在宅復帰を前提とした」介護老人保健施設においてこそ、基本的な「IADL 練習」に取り組める環境が必要と思われる。また、医療分野と介護分野の視点に立ち、回復期病床と比較した場合、「コミュニケーション練習」や「その他」において若干の特徴を認めるが、総じて回復期病床と同様の提供内容が確保されている。リハ提供量においては両者に格差を認めるが、「回復期を引き継ぐ」という機能的視点に立てば、基本的な提供内容について、両者は上手く繋がっているといえる。

療養病床については、医療療養病床と介護療養病床を比較した場合、両者とも、現在の提供内容および制約がなければ提供したい内容で「その他」と「ADL 練習」が特徴的である。「ADL 練習」は医療分野から介護分野にかけて慢性的に不足しており、療養病床も例外ではなかった。また「その他」について介護療養病床でとくに高値を示す。今後「介護療養」における「その他」を具体的に把握し、その機能および役割を明確にする必要がある。そして介護療養病床にのみ特徴的な提供内容やリハビリテーション機能があった場合は、療養病床再編の際にその機能が失われないよう対策を講じる必要がある。

通所リハサービスについて、事業所通所リハでは「IADL 練習」と「アクティビティ」について更なる提供が望まれており、とりわけ「IADL 練習」は、現状で提供しにくい半面、専門的な視点から見ると関心の高い提供内容であることがわかった。介護老人保健施設の通所リハにおいては、「摂食・嚥下練習」および「高次脳機能に対するアプローチ」が特徴的であった。このように通所リハサービスにおいて、提供体制の違いによって望む提供内容が異なっており、大変興味深い。訪問リハサービスについて、訪問リハ（介護老人保健施設系と事業所）および訪問看護ステーションは共に「ADL 練習」や「バランス練習」を強く重要視している傾向にあった。また「その他」項目について、現状の提供内容では共通して共に高い値を示すが、望ましい提供内容においては、訪問看護ステーションにおいてのみ高値を示し示唆的である。同じ訪問リハサービスではあるが、提供体制の違いによって提供内容に違いがあり、大変興味深い。

## ■【提供内容2】医療と介護における提供内容にみる特徴

医療と介護における相違について、その大きな特徴がリハビリテーションプログラムにも認められた。セラピストには、各職種に特徴的な提供内容も含め典型的なリハビリテーションプログラム17種と「その他」枠を提示し、重複回答のもとで回答を得た。その結果、医療分野と介護分野で大きく異なった項目は、「その他」であった。一般病床や回復期病床といった医療機関では、「その他」は10%以下である一方で、介護療養病床や老人保健施設（施設サービス）など施設系サービスでは10%から26%を占めた。そして、訪問リハビリサービスに至っては、25~30%弱のセラピストが「その他」を選択するという結果であった。セラピストに提示した提供内容については、医療機関所属セラピストによる「その他」選択率が低いため、医療リハビリテーションに対しては、十分合致している。しかし、介護分野での提供内容を網羅的に把握するには適していないことがわかる。このことから、介護分野で実際に提供するリハビリテーションプログラムは医療リハビリテーションの提供内容に照らして計れない要素があり、既存の枠組みでは分類できない提供内容を含んでいることが示唆された。医療分野と介護分野では要求されるニーズが本質的に異なり、介護分野ではとりわけ指導や助言といった教育・支援的側面と、利用者を取り巻く包括的なリハビリテーションマネジメントを要求されると指摘される。今後は、介護分野における詳細な提供内容を把握し、医療分野と本質的に異なる要素を早急に把握しなくてはならない。同時に医療リハビリテーションとは異なる在り方について、更なる研究が重要と思われる。

### ■【提供内容3】職種別にみたリハビリテーションのプログラムについて

現在提供しているリハビリテーションのプログラムについて、理学療法士は関節可動域運動、筋力増強運動ならびに歩行練習が高い値となった。次いでADL練習が続く。これは急性期から生活支援期の各期において、概ね同様の傾向である。一方で、担当する患者等について「制約がなければ提供したい」と考えるリハビリテーションプログラムでは、医療および介護分野を通し「ADL練習」を重視する回答が目立った。「IADL練習」については介護分野において非常に特徴的であり、現在の提供量は低いながらも制約がなければ提供したいプログラムとして突出している。作業療法士の場合、基本的な提供内容については理学療法士と同様の傾向があった。一方で理学療法士と異なる特徴も示した。一般病床と比較すると療養病床、介護保険施設は同じ傾向にある。しかし、制約がなければ提供したいプログラムについての集計では、一般病床に比して介護療養病床では「ADL練習」の割合が増え、更に地域での提供内容では「ADL練習」や「IADL練習」が多くなっている。このことは、療養病床に配置される理学療法士が少ないため、類似した教育内容を履修している作業療法士がその業務にかり出されていると考えられる。そのため、必要に応じて適正に理学療法士を配置し、本来作業療法が提供すべきサービスであるADL・IADL援助等に作業療法士が従事できるようにすべきである。言語聴覚士においては、嚥下摂食機能練習や発声練習が特徴である。その上で、一般病床および回復期病床においては「高次脳機能に対するアプローチ」に重点が置かれており、制約がなければ提供したい提供内容についても

同様に高値を示した。

■回復期病床の特徴（多いリハ提供量とカンファレンスへの参加割合）

回復期病床は、1ヵ月あたりのリハ提供回数も、1回あたりのリハ提供単位数も共に最も高い数値を示した。これは、発症入院から在宅に復帰する過程において、特定の時期にリハビリテーションが集中して提供される制度が確立しているといえる。また、退院前カンファレンスにセラピストが参加する割合が高かった。

■【阻害要因】ケアマネジャーからみたリハビリ導入の阻害要因

昨年度に実施されたケアマネジャーの調査では、現場にはリハビリテーションへの需要が強くありながら、リハビリテーション基盤が不十分であるため、必要なサービスとしてケアプランに反映できないことが明らかとなった。今回の調査でもリハビリテーションの不足が改めて示された。特にその阻害要因では「セラピスト数の不足」、「利用者のリハビリテーションの理解不足」および「リハビリテーション設備の不足」があがった。特に「セラピスト数の不足」は、要介護度や、介護サービス開始前の所在（急性期病院に入院していた、回復期リハに入院していた等）にかかわらず高い値を示し、ケアマネジャーがリハビリテーションをケアプランに反映したくても、地域で事業者やセラピストが不足している、ということが裏付けられた。合わせて、リハビリテーションの認識に関する項目が阻害要因にあがっており、ケアマネジャーにおいては、「新規にリハビリテーションを導入する」場合に強く関与するため、その役割は大変大きい。自己選択を前提としリハビリテーション前置主義を理念とする介護保険法においては、リハビリテーションを優先したケアマネジメントが重要である。そのため、リハビリテーションを具体的にケアプランへ反映させる方策について、そのあり方や導入のプロセス、評価など含め、今後多角的な研究と実践的施策が必要となる。

■【ケアプランへのリハビリテーション反映】回復期から在宅へ移行する場合は、反映良好

在宅でサービスを受ける利用者について、サービス開始前の所在を考慮した場合、回復期病床から退院した利用者は、ケアプランにリハビリテーションが導入される割合が高いことがわかった。その理由として、回復期病床では、退院前カンファレンスにセラピストが高い割合で参加することが影響しているためと、考えられる。とくに、回復期病床では、リハビリテーションの必要性について、病院から患者に対する指導や助言があった。