

平成24年度 厚生労働省 老人保健健康増進等国庫補助金事業

**長期的な医療介入が必要なリハビリテーション患者・利用者に
対するリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業
調査報告書**

平成25年3月

公益社団法人日本理学療法士協会

はじめに

医療保険に加えて、介護保険が導入されて久しい。この間、医療・介護の連携の重要性は声高に言われ続けてきた。もともと、リハビリテーション医療が第3の医療として誕生して以来、一つの施設、一人の医師、一人の理学療法士、一人の作業療法士が一人の障害を持つ患者をサポートしてきた。しかし、診療報酬の大きな動きの中で、リハビリテーション医療も従来の医療と同様に急性期・亜急性期・回復期・生活期に分断される形となった。そこでリハビリテーション医療としては、「連携」が絶対的な必要条件となった。

理学療法を目的別に区分すると、生活習慣病や介護状態を防止するための予防理学療法、疾病やけがによる症状を改善する治療理学療法、そして生活を改善・サポートするリハビリテーション理学療法になる。理学療法を用いた予防・治療・リハビリテーションという考え方は世界標準となっている。

2025年を目途とする地域包括ケアシステム及び医療・介護連携の姿を見ると、「施設から地域へ」「医療から介護へ」が大きなフレームワークとなっている。このような社会環境の変化の中で、地域や介護で利用者の満足度の高いサービス提供体制を作り上げることが強く求められている。また、医療から介護への移行スピードは速まっている。現実には在宅者には亜急性期や回復期の症状を呈している方も少なくない。今後は治療理学療法及びリハビリテーション理学療法の併用が、より必要となる。

今回の調査事業では、長期的にリハビリテーション介入が必要な方々へのサービス提供体制のあり方を検討した。この結果が地域包括ケアシステムをはじめとする医療・介護連携発展の一助となることを期待する。

公益社団法人日本理学療法士協会
会長 半田 一登

序

地域包括ケアシステムは、2025年をターゲットイヤーにおいて提唱されたコンセプトです。自助・互助・共助・公助の順番に4つの考え方と相互の協働を哲学とし「尊厳ある自立を社会が重層的に支援する」姿を理念としています。この姿は、医療や介護が必要となったとしても、日常生活圏内において、安心して在宅生活を選択できるシステムといえます。そのためには、在宅限界を高める視点が大切となり、医療との連携の仕組みづくりが重要です。リハビリテーションの分野では、医療・介護の円滑な連携の方針が具体的になりつつあります。維持期のリハビリテーションは、原則として主に介護保険の役割という方向性を踏まえ、医療保険による要介護等認定者に対するこれらのリハビリテーションは2014年までを目途にしています。介護側には、介護サービスにおけるリハビリテーションを充実させる方向性が求められます。リハビリテーションにおけるこの医療と介護の課題は、地域包括ケアシステムが目指す一体的・連続的かつ継ぎ目のない提供体制の仕組みを具体的に好事例と考えます。

今回の事業は、こうした方向に役立つ基礎資料の作成を目的としています。本報告が地域包括ケアシステムの中における医療と介護の円滑な連携の一助となるように期待しています。

調査検討委員会
委員長 田中 滋

調査結果の要約

エグゼクティブサマリ

■事業背景と目的

維持期のリハビリテーションは介護保険で支えるという基本的な考え方を踏まえ、標準的算定日数を超える長期的なリハビリテーション介入（以下、長期リハ介入）は段階的に見直されている。平成 24 年度診療報酬改定では医学的な判断に応じた評価見直しとなり、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは平成 26 年 3 月末までと明記された。また、医療・介護の円滑な連携という方向性に照らすと、受け入れ側となる介護保険のリハビリテーションの充実が欠かせない。そのため、長期リハ介入が有効な患者の疾患や状態像を把握し、介護側で整えるべき条件を把握する必要がある。

本調査では、運動器疾患および脳血管疾患について、医療機関を対象に長期リハ介入が効果を認める状態像を調査した。また、結果を踏まえた状態像を介護保険事業所・施設に提示し、受け入れの現状と受け入れに必要な条件を明らかにした。

■長期リハ介入に関する主な調査結果

1. 医療側が効果を認める状態像

運動器疾患および脳血管疾患に関わらず、「合併症により標準的なリハが遂行できなかった例」、「障害の受容に期間を要した例」、そして「就労・復職を目的とする例」で有効と考えられた。また、脳血管疾患の場合、「機能再建療法等の実施後の例」で長期リハ介入の効果を認めた。一方、長期リハ介入が必要な状態像であっても、運動器疾患リハで 37%、脳血管疾患で 28% がその後リハを終了していた。介入終了割合をその必要理由別にみると、「機能再建療法等の実施後」や「合併症による運動中止基準に該当し介護保険の適用となりにくい」で、30% を下回った。これらから、長期リハ介入が有効な状態像は、①医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある群、②高度な医療管理が必要で、介護側での設備・治療方法等が十分でないために医療保険に留まる群、③回復そのものが遷延し、さらに医学的なリハが必要な群が考えられた。

2. 介護側の受入れ実績

運動器疾患も脳血管疾患も、「障害の受容に期間を要した例」（運；56.6%、脳；39.4%）や「合併症により標準的なリハを実施できなかった例」（運；42.9%、脳；38.7%）で介護保険事業所・施設において受入れ実績が多かった。一方、「脳血管疾患で機能再建療法後の例」（17.8%）「就労・復職を目標とした例」（運；8.8%、脳；18.5%）で少なかった。

3. 介護側の受入れ可能性（表）

受け入れの可能性は、状態像で差が無く、いずれも「条件を整えれば」という回答が多かった。期待値を基準に考えると、介護側で受入れが難しいと考えられたのは「脳血管疾患で機能再建療法実施後の例」（39.5%）、「就労・復職を目的とする例」（運；25.9%、脳；33.5%）であった。「合併症により標準的なリハが遂行できなかった例」は、条件を整えれば出来るとしたものが多かった（運；55.2%、脳；46.0%）。

4. 介護側が受入れるために必要な条件

「合併症などにより標準的なリハが遂行できなかった例」では、「病状の安定」「医学的管理」「リスク管理」「急変時の対応」の条件が多かった。「運動器疾患で就労・復職などを目標とした例」や「脳血管疾患で機能再建後の例」では「スタッフの知識・技術の向上」が多かった。実施単位数は、合併症などによりリハ開始が遅れた例を除き、医療側はすべて 13 単位/月（中央値）であったのに対し、介護側では 8 単位/月（中央値）が最も多く、介護側の実施単位数が少ないことが分かった。

■まとめ

1. 医療側調査により、長期リハ介入が有効な状態像が明らかになった（表参照）。
2. 標準的算定日数を超えた者の、約 3 割が医療保険によるリハを終了していた。
3. 医療側において合併症などによりリハが遅延した状態像に対し、介護側は、病状の不安定を理由に受け入れが難しいとしている。一方、急変時の対応や医学的管理を整えれば受け入れが可能とするものが、約 4 割であった。
4. 就労・復職を目指すものは 15% 程度見込まれるが、医療機関でのリハ継続が適切と考えられた。
5. これらの状態像を地域ケア会議の検討例とすることや、今後、タイムスタディなどの更なる研究が必要である。

表 状態像と受入れ可能性のクロス表

分類	状態像	受け入れ可能性の回答(%)		
		できる	できない	条件を整えればできる
運動器疾患	合併症などにより標準的なリハが実施できなかった	23.9	19.8	55.2
	障害の受容に期間を要した	38.6	19.4	40.3
	就労・復職などを目標	31.8	25.9	41.2
脳血管疾患	合併症などにより標準的なリハが遂行できなかった	20.6	32.0	46.0
	就労・復職などを目標	26.5	33.5	37.9
	機能再建療法実施後の例	20.4	39.5	38.8
	障害の受容に期間を要した	32.3	24.9	41.5
	期待値	27.7	27.9	43.0

サマリ

1. 事業の背景

平成 24 年度診療報酬の改定において、医学的に標準的算定日数を超え状態の改善が期待しにくい運動器疾患および脳血管疾患等リハの評価が見直され、要介護被保険者等に対するこれらのリハは平成 26 年 3 月末までと明記された。維持期のリハは介護保険で支えるという基本的な考え方を踏まえると、受け入れ側となる介護保険におけるリハの充実が欠かせない。そこで本事業では、医療と介護の円滑な連携方策に資する資料を作成することを目的として、長期医療リハが有効な患者の状態像と、介護側における受け入れの実現可能性について明らかにする必要がある。

2. 調査概要

1) 目的

本調査の目的は、標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーション（以下、長期リハ介入）が有効な患者の状態像を明らかにすることとした。また、この結果を踏まえた状態像を介護保険事業所・施設に提示し、実際の受け入れ状況と円滑な受け入れに必要な条件を明らかにすることとした。

2) 対象と方法

長期リハ介入を必要とする患者の状態像について、医療保険下の患者に接するリハ専門職に対するアンケート調査（以下、医療側調査とする）を実施した。また、医療側調査の結果を踏まえ、独自に想定した複数の状態像に対して介護保険下のリハ専門職にアンケート調査した（以下、介護側調査とする）。

医療側調査では、医療機関 4,787 施設（回復期リハ病院、療養型病床および診療所）を対象とし、回答者はリハ部門の責任者とした。介護側調査では、介護施設・事業所 9,439 施設（介護老人保健施設（以下、老健）、通所リハビリテーション事業所（以下、通所リハ）および訪問看護ステーション（以下、訪問看護））を対象とした。ただし、訪問看護の場合、訪問看護 I 5 サービスを提供する事業所のみとした。回答者は、医療側調査と同様、リハ部門の責任者とした。調査方法は、自記式調査による郵送調査とし、回答は無記名とした。医療側調査は平成 24 年 10 月 1 日～10 月 22 日、介護側調査は平成 24 年 12 月 20 日～平成 25 年 1 月 21 日に実施した。尚、調査対象者には、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面により説明し、本調査に対する回答をもって同意とみなした。

3) 調査項目

主な調査項目は、次の通り。

<医療側調査>

施設の基本属性、標準的算定日数超え患者数および使用している評価指標、標準的算定日数超え患者の有無、算定日数を超えた理由、主たる疾患、手術の有無、当該症例の年齢、客観的な改善効果の有無、リハビリテーション開始までに要した期間等

<介護側調査>

施設の基本属性、使用している評価指標、受入れ実績、提供単位数、受入れの可能性および、受け入れに必要な条件等

4) 結果

(1) 回収率

医療側調査 40.4%（1,936 票／4,787 票）、介護側調査 43.3%（4,086 票／9,439 票）

(2) 長期リハ介入により効果を認める状態像の分析（医療側調査）

・標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの算定実績

長期リハ介入の算定実績があるとしたものは、運動器疾患リハで 75.3%、脳血管疾患等リハで 52.7%

であった。

・長期リハ介入により効果を認めた疾患

長期リハ介入が有効な疾患は、運動器疾患リハの場合、「股関節症、膝関節症などの関節症」が 20.8%と最も多く、「挫傷、骨折、切断など股関節および大腿の損傷」(11.8%)、「椎間板障害などその他の脊柱障害」(6.8%)の順であった。脳血管疾患リハの場合、「脳梗塞」が 32.9%と最も多く、「脳内出血」(22.7%)、「パーキンソン病など錐体外路障害および異常運動」(7.1%)の順であった。

・長期リハ介入を必要とした理由

運動器疾患では、「疼痛の治癒に時間を要した」理由が、63.5%と最も多く、「骨・関節を含む創傷治癒が遷延したため」(36.8%)、「重複障害のため」(27.1%)の順となった。脳血管疾患では、「高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため」が、41.3%と最も多く、「重複障害のため」(24.8%)、「介護保険等による地域のリハサービス不足」(23.3%)、「合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため」(23.1%)の順となった。

・長期リハ介入が有効な状態像を探索する試み(表1、2)

長期リハ介入を必要とした理由について、患者属性別に最頻度をみた場合、「合併症などにより標準的なリハが実施できなかった」事例では、運動器疾患と脳血管疾患に共通した属性は、「75歳以上」(運; 47.7%、脳; 40.7%)「合併症数1-3個」(運; 60.2%、脳; 47.9%)となった。両疾患で異なる属性は「リハサービス形態」「専門職の関与数」「手術の有無」となり、運動器疾患リハでは「外来リハ」(46.0%)、「関与専門職 4-6名」(36.7%)、「手術あり」(58.3%)となった。脳血管疾患は、「入院リハ」(62.3%)、「関与専門職 7-9名」(41.9%)「手術なし」(66.1%)となった。

表1 運動器疾患における主成分分析の結果

長期リハ介入を必要とした理由	1	2	3	4
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	0.722	-0.121	0.097	0.039
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	0.679	0.015	0.005	0.184
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	0.58	0.172	-0.086	-0.216
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	0.049	0.626	-0.05	-0.061
骨・関節を含む創傷治癒が遷延したため	0.171	-0.574	-0.003	-0.151
重複障害のため	0.111	0.541	0.023	0.085
就労・復職・復学などのため	-0.059	-0.268	0.725	0.167
障害の受容に期間を要したため	0.107	0.304	0.677	-0.23
成長に伴う障害が予想されたため	-0.082	0.146	0.1	0.781
疼痛の治癒に時間を要したため	-0.335	-0.04	0.252	-0.512

表2 脳血管疾患における主成分分析の結果

長期リハ介入を必要とした理由	1	2	3	4	5
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	0.73	0.074	-0.022	-0.005	0.013
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	0.699	0.174	-0.105	0.221	-0.036
合併症により、医療処置が必要であったため	0.626	-0.031	0.123	-0.231	0.204
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	-0.085	-0.723	-0.168	-0.061	0.009
高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため	0.073	0.715	-0.142	-0.108	0.032
機能再建治療に伴い、リハが必要となったため	-0.098	0.055	0.784	0.087	-0.058
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	0.408	-0.102	0.519	-0.236	0.022
障害の受容に期間を要したため	0.125	-0.177	-0.161	0.74	-0.109
就労・復職・復学などのため	-0.213	0.168	0.335	0.628	0.16
重複障害のため	0.188	-0.172	0.138	-0.013	0.726
成長に伴う障害が予想されたため	-0.052	0.195	-0.183	0.001	0.71

「障害の受容に期間を要した」事例では、「年齢区分」で異なり、運動器疾患で「75歳以上」(44.7%)であったのに対し、脳血管疾患は「40-65歳未満」(35.3%)と若い傾向があった。

「就労・復職」事例では、「関与した専門職数」で異なり、運動器疾患で「1-3名」(50.7%)であったのに対し、脳血管疾患で「4-6名」(42.2%)が多かった。

長期リハ介入の終了割合を理由別にみると、両疾患とも「リハの開始の遅れ」で高かった(運; 45.3%、脳; 38.9%)。開始から終了までの日数をみると、概ね2か月程度で終了していた。特に期間を要した要因は、中央値でみると、脳血管疾患の「就労・復職」「障害受容に期間を要す」「介護保険等のリハサービス不足」が300日以上期間を要していた。症例数が少ないが、「機能再建後にリハが必要」(801日)が最長であった。

これらを類型化するために、長期リハ介入を必要とした理由を主成分分析したところ、運動器疾患リハは4グループ、脳血管疾患は5グループが抽出された。このうち介護資源の不足を理由としたものは除外し、運動器疾患で3つ、脳血管疾患で4つの状態像を以降の介護側調査の対象とした。

(3) 介護保険事業所・施設における、受入れ状況の分析（介護側調査）

・受け入れ実績

「運動器疾患で障害の受容に期間を要した例」（56.6%）で有意に受け入れが多かった（ $p<.05$ ）。運動器疾患や脳血管疾患に関わらず、「障害の受容に期間を要した例」（運；上記、脳；39.4%）や「合併症による標準的なりハを実施できなかった例」（運；42.9%、脳；38.7%）で受け入れ実績が多かった。

・状態像に対する介護側の受け入れ可能性

受け入れ実績について、老健、通所リハ及び訪問看護で比較すると、施設間で差がなかった。しかし、受け入れ可能性は、訪問看護で可能性が高かった。

・整えば可能とした条件（表3）

受入れを可能とする条件について、「病状の安定」「医学的管理」「リスク管理」および「急変時の対応」が有意に多かった（ $p<.05$ ）。「合併症などにより標準的なりハが遂行できなかった例」では、条件が整えば受け入れ可能とした頻度が高かった。

施設間の比較において状態像に関わらず、老健と通所リハで「施設で個別リハを受ける理解・了解」を条件としたものが多かった。また、老健では「経営・運営的な方針の問題の解決」を条件としたものが多かった。施設区分に関わらず「マンパワーの問題の解決」は選択頻度が高かった。

・医療と介護のリハビリテーション実施単位数の分析

医療側において、運動器疾患での理由別リハ実施単位数をみると、合併症などにより開始が遅れた状態像を除いて、すべて月13単位（中央値）であった。脳血管疾患リハの場合、理由によってばらつきがあった。障害受容を理由としている状態像では月13単位、就労・復職では月23単位、機能再建治療では月18単位であった。一方、高次機能障害や合併症などによる開始の遅れや標準的なりハの遂行できなかったことを理由としている状態像では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が関わっており、月30～36単位と他の理由に比べて多かった。

介護側では、すべての状態像で1ヶ月8単位が最も多く、次に12単位が多かった。介護側におけるリハの実施状況は、運動器疾患リハと脳血管疾患リハでの違いはほとんど見られなかった。しかし、合併症を理由とした状態像については、他の状態像と比べて実施単位数が多い傾向があった。施設別にみると、通所リハは月16単位以下が70%以上を占め、訪問看護では、老健や通所リハと比較して実施単位数が多い傾向にあり、月21-24単位を実施している事業所が30%以上あった。老健では層別化されて、月8単位、月12単位を提供する疾患のほか、「脳血管疾患で合併症を有し標準的なりハを遂行できない例」では、月20単位を提供していた。

・医療側と介護側で用いられている評価指標の分析

評価指標について、ROM、MMT、ADL指標および基本動作は、医療側と介護側で共通して80%以上

表3 受入れ条件と7類型のクロス表

条件	運動器疾患			脳血管疾患				期待値	P
	合併症などにより標準的なりハが実施できなかった	障害の受容に期間を要した	就労・復職などを目標	合併症などにより標準的なりハが遂行できなかった	就労・復職などを目標	機能再建療法実施後の例	障害の受容に期間を要した		
病状の安定	71.2	42.2	46.7	71.8	45.9	52.0	39.2	52.7	0.002
施設で個別リハを受ける理解	46.0	58.8	46.1	42.2	49.6	44.9	66.5	50.6	0.163
利用者の意欲	40.4	42.9	54.9	37.7	54.5	36.0	45.6	44.6	0.254
家族の協力	33.8	36.1	50.5	35.3	51.6	30.9	45.6	40.5	0.099
経済的な問題の解決	15.8	11.9	17.5	14.9	20.0	12.0	13.5	15.1	0.745
マンパワー	48.2	43.5	43.2	41.5	43.7	31.5	42.3	42.0	0.716
医療機器の配備	23.0	16.8	21.1	23.4	17.0	27.0	12.5	20.1	0.297
送迎	26.8	15.7	13.4	21.2	12.8	9.7	16.9	16.6	0.064
スペース	7.2	7.1	9.4	7.0	9.9	6.3	7.2	7.7	0.964
医学的管理	49.0	21.0	28.2	52.4	25.2	45.1	23.3	34.9	0.000
スタッフの知識・技術の向上	26.6	17.4	40.0	28.4	35.8	58.1	21.4	32.5	0.000
施設の経営・運営	17.0	17.8	21.1	19.9	22.1	19.4	19.7	19.6	0.987
リスク管理	43.1	22.6	28.6	43.8	28.3	43.6	23.4	33.3	0.002
サポートしてくれる医療機関	41.0	31.3	40.9	42.4	36.6	50.5	30.5	39.0	0.286
地域連携バス	8.2	7.1	19.6	9.8	19.1	10.4	11.7	12.3	0.051
急変時の対応	42.7	17.5	22.0	44.5	22.1	35.5	20.1	29.2	0.000
医療情報の提供	43.3	31.3	30.7	41.4	31.3	46.2	32.2	36.6	0.287
ケアマネとの連携	28.0	32.9	41.8	28.6	40.6	25.0	39.1	33.7	0.222
その他医療機関などとの連携	12.6	10.0	16.2	14.7	14.7	16.4	14.1	14.1	0.911
上記以外	1.5	3.3	7.8	2.4	8.2	1.6	3.8	4.1	0.073

※ 下線部数値は、回答数の有意に多いところ

で用いられていた。医療側と介護側を比較して、医療側に 10%以上多く用いられた指標は、画像（X 線・CT・MRI）や生化学検査、心エコー、呼吸機能検査、活動量および負荷心電図であった。長期リハ介入を必要とする状態像を受け入れるためには、これらの情報共有の仕組みが必要であると考えられた。

3. 本解析のまとめ

本事業では、医療側調査によって長期リハ介入が有効な症例について、期間を超えて必要とする要因を探索した。その結果を踏まえ、介護側調査を行い、現在の受け入れ状況と受け入れるための条件を明らかにした。

・長期リハ介入を必要とする患者の特徴について

長期リハ介入を必要とする患者について、一つは、医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある類型が考えられた。長期リハ介入を必要とした理由のうち「リハ開始の遅れ」や「標準的なリハが遂行できなかった」回答をみると、最終的に終了に繋がる割合も比較的高い。つまり、長期リハ介入患者には、医療リハ開始の遅れや標準的な治療計画の適用困難により標準的算定日数を超え、医療リハによる改善が期待できる患者像が含まれると考えられる。

次に、介護保険に馴染みにくく、高度な医療管理が必要で、介護側での設備・治療方法等が十分でないために医療保険に留まる類型が考えられた。これらには機能再建治療の後、継続的な医療的フォローが必要である場合や、呼吸不全、心不全などの合併症により一般的な運動中止要件に該当するなど、不測の事態に対応できる医療機関でなければ、リハを提供できない状態像が一定数ある事が分かった。こういったケースは、医療的な設備や知識が必要となるため、介護保険サービスのみでの対応は困難と考えられた。また、65 歳を超える高齢者であっても、就労・復職支援を理由に長期リハ介入を必要とする例もあり、就労支援専門機関との連携や、受け入れ先の職場等との調整のためのアウトリーチ機能が介護側サービス提供事業所に必要ではないかと考えられた。現状では、介護保険が住まいにおける生活機能の支援を目的としていることから、利用者の復職といった社会的な広がりや直接支援することを想定されていない。そこで、単純に介護保険に移行すると社会的な自立を促すリハが手薄となると考えられ、引き続き医療保険に留まることが妥当ではないかと考えられる。

最後に、回復そのものが遷延し、さらに医学的なリハが必要な群が考えられた。運動器疾患、脳血管疾患に関わらず、合併症や重複障害、高次脳機能障害などにより、長期のリハ介入を必要とする例があり、一方、介護側では、病状の安定がなされなければ受け入れが難しいとしている。こうした標準的なリハサービスに乗りにくい症例では、引き続き医療保険でのリハサービスの提供が必要ではないかと考えられる。とはいえ、本調査の結果、こうした例でも約 30%は 2 ヶ月程度で終了に至っており、無期限の有効性の確認できないリハサービスを提供し続けているわけではないことが明らかになった。

これらから、長期リハ介入が有効である状態像は、①医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある群、②高度な医療管理が必要で、介護側での設備・治療方法等が十分でないために医療保険に留まる群、③回復そのものが遷延し、さらに医学的なリハが必要な群であると考えられた。

・介護側における長期リハ介入を必要とする患者の受け入れ可能性

介護側で長期にリハを必要とする患者の受け入れについて、現状の受け入れ状況と受け入れに必要な条件を検討した。

1) 継続的な医学的管理とスタッフ教育

現状では、運動器疾患や脳血管疾患にかかわらず、受け入れ実績は 40%以下であった。その理由は、合併症によっておこる病状の不安定による継続的な医学的管理の必要性が指摘された。また、就労・復職目的例や機能再建後の例では、知識の不足を挙げるものが多く、長期リハ介入が有効な患者を受け入れる

には、新たなスタッフ教育が必要だと考えられた。

2) ニーズ対応の実施単位数の設定

実施単位数からみると、従来の生活機能向上という目的に加え、治療や身体機能の回復等を目的とした場合、双方のニーズを満たす提供量を考慮する必要がある、少なくとも医療側と同等もしくはそれ以上の提供単位数が必要と考える。今回の結果では、医療側では1カ月13単位であったのに対し、介護側では月8単位から13単位と介護側でサービスの提供量がやや少ない傾向にあった。ただし、医療側と介護側の提供量の調整について、とくに介護側は慎重に検討する必要がある。本調査の結果、介護側の提供単位数が少ないことが分かったが、提供単位数は目的に鑑みて決定されるべきであり、医療側と介護側の提供するリハの目的を同じにすべきであるという誤解につながってはいけない。今回の障害像を手がかりに、これらの患者が地域で自分らしく暮らしていくために必要なリハの目的と、それを実現するサービス提供量が決められなくてはならない。

3) 在宅医療との連携

評価指標の観点から、介護側での受け入れ条件を検討すると、CTや生化学検査など医学的情報を得にくいことがわかり、これが医療側に管理を求める背景のひとつになっているのではないかと考えられた。このように介護側の実態を踏まえると、1) 医療管理を可能とする地域連携パス、2) 緊急時の対応ができる医療機関の存在、3) 最新の医療リハに関する継続的な知識の提供が整備される必要があるのではないかと考えられた。また、65歳以上であっても復職・就労を希望するものもおり、アウトリーチ機能も必要と考えられ、これらの新たな職責に対応するための、タイムスタディを行い、マンパワーの充実を図ることも共通した条件であると考えられた。

4) 長期リハ介入患者をケーススタディとした地域ケア会議の活用

維持期のリハを介護保険側に円滑に移行させるには、介護側が不安要因とする病状の安定と医学的管理に対する支援を段階的に担保する必要がある。つまり、医療側といかに情報共有するかが重要となる。解決策の一つとして、地域ケア会議の活用が考えられる。例えば、標準的算定日数を超えて医療リハ介入が必要な患者を、地域ケア会議の対象と位置づけケーススタディを重ねることは有効と考えられる。そのことにより、介護側は医療情報を入手し多職種間で共有しやすくなり、効果的な自立支援型のプラン作成に繋げることが期待できる。また、こういった症例は入退院を繰り返すことも多い。医療側にとっても地域ケア会議の検討を踏まえた在宅生活時の情報を入手することによって、これまでの経緯を踏まえた加療計画や退院計画の作成に有益と思われる。

5) 障害受容に対する医療リハのあり方

今回の調査の結果、長期リハ介入例であっても、30%程度は2か月程度で終了に至っている。その意味では、適用が厳格に検討されている。従って、医療機関での必要なリハに幅を持たせ、地域で障害を持ちながら暮らす障害の理解を促す算定日数の設定が望ましい。単に標準的算定日数を理由に前述の必要な支援がなされないまま介護サービスに移行することは望ましくない。患者は医療機関で必要なリハをしっかり行い、障害を持ちながら地域で暮らしていく心づもりをもって、介護側に移行してることが望まれる。障害の見極めを先送りし必要な支援を完結させず、標準的算定日数を理由に介護側でのリハサービス継続を勧めることは、リハ依存の対象者を増加させるのではないかと考えられる。

6) 本調査の限界

医療側調査の結果から長期リハ介入が必要な状態像を作成するにあたり、主成分分析を行った後、介護資源の不足を理由としたものは除外した。この際、脳血管疾患の「高次脳機能障害（失語、失行、失認、記憶障害）のため」の項目は介護資源の不足を理由としたものと同じグループとなったため除外し、介護側調査においては言及しなかった。

報告書 目次

・はじめに	
・序	
・調査結果の要約	
・エグゼクティブサマリ	
・サマリ	
・目次	
・調査結果報告	
・第1章 本事業の概要	1
・第一節 背景と目的	1
<1>背景	1
<2>目的	1
<3>事業内容	1
・第二節 実施体制	2
<1>調査検討委員会	2
<2>作業部会	2
<3>調査検討委員会および作業部会のスケジュール	3
・第三節 調査の方向性と方法	3
<1>調査の方向性	3
<2>対象	4
<3>調査票の配布および回収方法	4
<4>調査期間	4
<5>データの分析	4
<6>倫理的配慮	5
・第2章 調査結果	6
・第一節 表記について	6
・第二節 医療側調査結果	7
<1>基本情報	7
<2>実態調査	8

・ 第三節	介護側調査結果	17
<1>	基本情報	17
<2>	各疾患の受け入れについて	17
<3>	運動器疾患・脳血管疾患における受け入れ実績と 受け入れの可能性・条件を整えばできる、とした 回答に関するクロス表による分析	21
<4>	受け入れるために必要な条件についての自由記載	25
<5>	類型別・施設別の受け入れのための条件について	27
・ 第四節	医療側調査結果、介護側調査結果比較	34
<1>	医療側と介護側のリハの実施状況について	34
<2>	医療側と介護側の評価指標	39
・ 第3章	考察	42
<1>	長期リハが有効であった患者の特徴について	42
<2>	疾患類型別の介護保険側での受け入れのための条件について	43
<3>	施設間（老健・通所リハ・訪問看護）での 受け入れのための条件の違いについて	44
<4>	医療側と介護側のリハの実施状況について	44
<5>	医療側と介護側の評価指標	45
・ 第4章	資料	46
・	主な調査結果	46
・	医療側調査票	51
・	介護側調査票	58

調查結果報告

第1章 本事業の概要

第一節 背景と目的

<1>背景

現在、標準的算定日数を超えてもなお、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハを算定することが可能である。しかし、平成24年度診療報酬の改定において、要介護被保険者等に対する運動器疾患リハ、脳血管疾患等リハについては、これらを平成26年3月末までとすると明記され、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続することが不可能となる。

しかし、医学的なリハの有効性の判断から離れて、日数だけで制限する事は、障害を持つ患者のQOLを損なう危険がある。すなわち、継続した疾患別リハによって改善が見込まれる患者を見捨ててしまうことにもなりかねない。現在、どのような患者が標準的算定日数を超えてリハが提供されているのかを明らかにし、それが介護保険でのリハサービスで置き換えることができるのか、できるとしたらどのような条件が必要であるのかを明らかにし、一方、医療保険でのリハが不可欠なものについては、適用から除外することを検討する必要がある。

<2>目的

そこで、本調査では、医療側、介護側のリハサービス提供事業所を対象に調査を行い、標準的算定日数を超えてリハサービスを必要とする患者像を明らかにし、それを介護保険のリハサービスで受け入れが可能であるかどうかを検討することを目的とした。これにより、患者の利益を最大限に尊重し、医療から介護へ円滑に移行できる環境が構築できると考えられる。

<3>事業内容

本調査は2つの独立した調査で構成した。始めに、回復期リハ病床、療養病床、または在宅等において、長期に医療保険のリハビリテーションが必要な症例について、医療機関を対象に郵送質問紙調査(医療側調査)を行い、この結果に基づき通所リハ事業所、介護老人保険施設、ならびに訪問リハ事業所等の介護保険によるリハサービス提供機関を対象に郵送質問紙調査(介護側調査)を行った。また、合わせて介護保険リハ専門職のあり方や必要な機器、サービス提供場所や提供形態の実態を調査した。

第二節 実施体制

<1> 調査検討委員会

委員	石川 隆志	秋田大学大学院 医学系研究科保健学専攻 教授
委員	居村 茂幸	茨城県立医療大学大学院 教授
委員	内山 靖	名古屋大学 医学部保健学科 教授
委員	大淵 修一	東京都健康長寿医療センター 高齢者健康増進事業支援室 研究副部長
委員	菟部 明美	鶴巻温泉病院 リハビリテーション部 係長
委員長	田中 滋	慶応義塾大学大学院 教授
委員長	野本 彰	東京医科歯科大学 医学部附属病院 リハビリテーション部
委員長	浜村 明德	小倉リハビリテーション病院 院長

* 敬称略、五十音順

<2> 作業部会

部員	大塚 功	相澤病院 院長補佐
部会長	大淵 修一	東京都健康長寿医療センター 高齢者健康増進事業支援室 研究副部長
部員	小泉 幸毅	小倉リハビリテーション病院 臨床サービス部 副部長
部員	高倉 保幸	埼玉医科大学 保健医療学部理学療法学科 教授
部員	對馬 栄輝	弘前大学大学院 保健学研究科 准教授
部員	林下 智恵	コールメディカルクリニック広島
部員	本橋 隆子	京都大学大学院 医療経済学

* 敬称略、五十音順

<3> 調査検討委員会および作業部会のスケジュール

〈開催日時〉	〈作業内容〉
平成 24 年 7 月 26 日	第 1 回調査検討委員会：医療側調査の方向性の確認
8 月 14 日	第 1 回作業部会：医療側調査票の作成
10 月 31 日	第 2 回作業部会：医療側調査集計結果の検討
11 月 6 日	第 2 回調査検討委員会：医療側調査の報告・確認および 介護側調査の方向性の確認
11 月 13 日	第 3 回作業部会：介護側調査票の作成
平成 25 年 1 月 16 日	第 4 回作業部会：介護側調査の結果説明および報告書作成 方針の検討
1 月 28 日	第 3 回調査検討委員会：介護側調査の報告・確認および 報告書作成方針の検討
2 月 8 日	第 5 回作業部会：介護側調査の分析方法の検討および報告書 作成方針の検討
2 月 28 日	第 6 回作業部会：医療側・介護側調査の報告書の作成
3 月 18 日	第 4 回調査検討委員会：最終報告書の確認

第三節 調査の方向性と方法

<1> 調査の方向性

本事業は大きく 2 つの調査で構成されている。1 つは、医療保険下の患者に接するリハビリテーション専門職に対する調査（以下、医療側調査とする）であり、1 つは介護保険下のリハビリテーション利用者に接するリハビリテーション専門職に対する調査（以下、介護側調査とする）である。

1. 医療側調査

医療保険下のリハビリテーション専門職が考える、医療保険で疾患別リハビリテーションの継続によって効果のある病態像と、必要なリハビリテーションサービスを明らかにする。また、算定期間が過ぎてから客観指標に変化を認めたか、障害受容が促されたかなどの、医療保険下での継続の効果について明らかにする。

2. 介護側調査

医療側調査の結果を踏まえ、医療保険でリハビリテーションの継続が必要と判断された患者を、介護保険下において受け入れることができるかどうかを明らかにし、受け入れるための条件についても明らかにする。

<2>対象

1. 医療側調査

対象は、医療機関 4,787 施設（回復期リハビリテーション病院、療養型病床および診療所）とし、回答者はリハビリテーション部門の責任者とした。

2. 介護側調査

対象は、介護施設・事業所 9,439 施設（入所リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所および訪問看護ステーション）とし、回答者は、医療側調査と同様とした。訪問看護ステーションの場合、訪問看護 I 5 サービスを提供する事業所にのみ回答を求めた。

<3>調査票の配布および回収方法

調査方法は、郵送配布・郵送回収法とした。

<4>調査期間

1. 医療側調査：平成 24 年 10 月 1 日～10 月 22 日

（最終的には 11 月 15 日到着分まで含めた。）

2. 介護側調査：平成 24 年 12 月 20 日～平成 25 年 1 月 21 日

（最終的には 2 月 4 日到着分まで含めた。）

<5>データの分析

1. 調査項目

1) 医療側調査

全ての対象者に対して、施設の基本属性、標準的算定日数超え患者数および使用している評価指標を尋ねた。そのうち、運動器疾患リハビリテーションあるいは脳血管疾患等リハビリテーションの施設基準を取得している場合、それぞれ標準的算定日数超え患者の有無と算定日数を超えた理由を尋ねた。また、算定日数を超えた患者のうち、最も効果のあった症例について、主たる疾患、手術の有無、当該症例の年齢、客観的な改善効果の有無、リハビリテーション開始までに要した期間、終了日数、合併症や併存症数、提供場所、提供単位数、使用したあるいはリスク管理に意義があった機械・器具および、関与した専門職を尋ねた。

2) 介護側調査

全ての対象者に対して、施設の基本属性および使用している評価指標および、医学的な理由により対応が困難であった利用者について尋ねた。また、医療側調査に

において、算定日数を超えてリハビリテーションを提供し最も効果のあった症例から得られた結果を基にモデルを7類型提示し、それぞれのモデルについて、受入れ実績、提供単位数、受入れの可能性、および受け入れに必要な条件を尋ねた。

2. 解析方法

得られたデータは必要に応じて単純集計およびクロス集計を行った。介護側調査における7類型の抽出法としては、医療側調査において、算定日数を超えてリハビリテーションを必要とした理由の結果から主成分分析を行い、抽出された因子のうち、「介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため」の項目を含む因子を除外した。これにより抽出された7類型に対して、疾患分類、年齢、入院か外来か、などの単純集計結果をもとに、独自に症例像を設定した。

<6>倫理的配慮

すべての調査対象者に対し、本調査の研究の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面により説明した。また、回答は無記名とし、調査への拒否、一部の質問項目への回答拒否があっても何ら不利益が生じないことを書面により説明した。本調査に対する同意は調査の回答をもってみなすこととした。

第2章 調査結果

第一節 表記について

表記を以下の通り統一した。

「リハビリテーション」は、高齢者リハビリテーション研究会（2003-2004）の、「単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。」との定義に従った。なお、「リハビリテーション」を「リハ」と略記することがあるが、この場合はサービスとしてのリハビリテーションを意味することとした。

「長期リハ介入」は、運動器疾患および脳血管疾患等について、標準的算定日数を超えて疾患別リハを提供することとした。

介護側調査において、4つの長期リハ介入を必要とした理由に基づいたモデルを7類型提示した。

4つの障害類型については、それぞれ「合併症などにより、医療機関において標準的なリハが遂行できなかった類型」を「合併症」型、「障害の受容に期間を要している類型」を「障害受容」型、「就労・復職・復学などを必要としている類型」を「就労・復職」型、「機能再建治療（ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法（TMS）など）実施後の類型」を「機能再建」型と表記することもある。

7つの類型モデルについては、それぞれ「運動器疾患の患者で、合併症などにより、医療機関において標準的なリハが遂行できなかった例」を「運動器（合併症）」、「運動器疾患の患者で、障害の受容に期間を要している例」を「運動器（障害受容）」、「運動器疾患の患者で、就労・復職・復学などを必要としている例」を「運動器（就労・復職）」、「脳血管疾患の患者で、合併症などにより、医療機関において標準的なリハが遂行できなかった例」を「脳血管（合併症）」、「脳血管疾患の患者で、就労・復職・復学などを必要としている例」を「脳血管（就労・復職）」、「脳血管疾患の患者で、機能再建治療（ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法（TMS）など）実施後の例」を「脳血管（機能再建）」、「脳血管疾患の患者で、障害の受容に期間を要している例」を「脳血管（障害受容）」と表記することもある。

介護側調査の対象施設である、入所リハ施設を「老健」、通所リハ事業所を「通所リハ」、訪問看護Ⅰ5のサービスを提供している訪問看護ステーションを「訪問看護」とした。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を総称して、「リハ専門職」とした。

第二節 医療側調査結果

<1> 基本情報

医療側調査においては、医療保険下のリハ専門職が所属する（回復期リハ病院、療養型病床、診療所）4,787施設を対象とし、1,936施設（40.4%）から回答を得た。

これらの施設において、疾患別リハを取得している割合は、脳血管疾患等リハ料（Ⅰ）が28.9%、運動器疾患リハ料（Ⅰ）が43.1%、運動器疾患リハ料（Ⅱ）が47.3%、心大血管疾患リハ料（Ⅰ）が3.5%、呼吸器リハ料（Ⅰ）が26.1%、などであった。

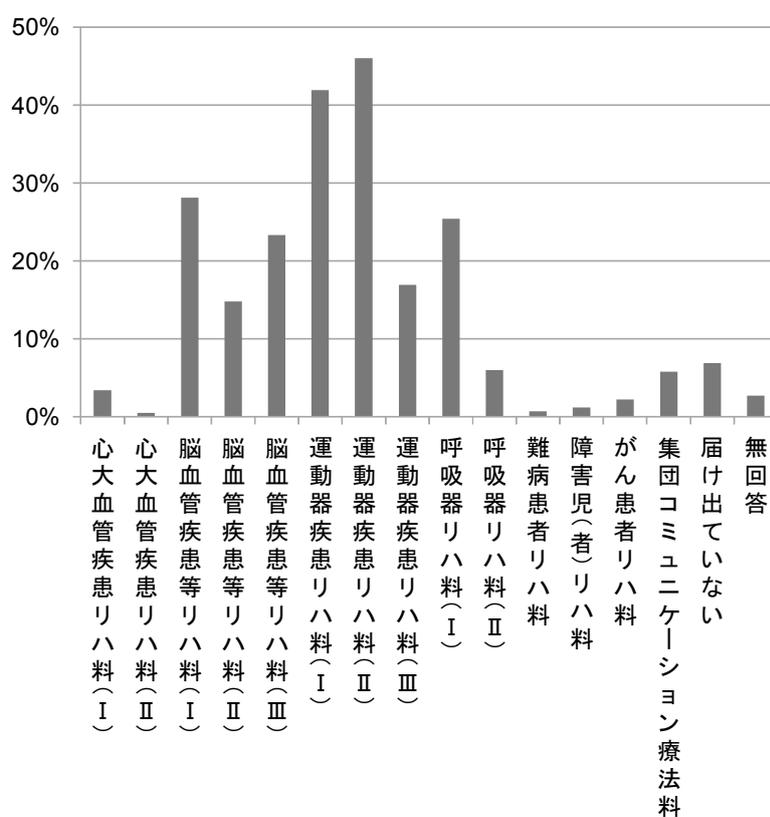


図1. リハビリテーション料を取得している割合

<2>実態調査

1. 運動器疾患リハ料について

150 日を超えて運動器疾患リハ料を算定したことがある施設は、1,457 施設 (75.3%) であった。

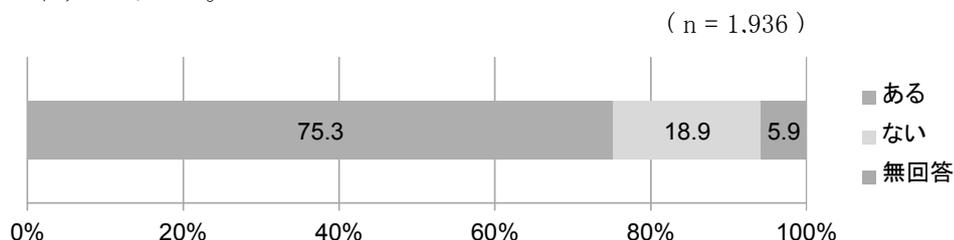


図 2. 運動器疾患において、長期リハ介入を行ったことがある施設の割合

1) 長期リハ介入が有効であった疾患

長期リハ介入を行い、最も有効であった患者の主たる疾患は、「股関節症、膝関節症などの関節症」が 20.8%と最も多く、次いで「挫傷、骨折、切断など股関節および大腿の損傷」が 11.8%、「椎間板障害などその他の脊柱障害」が 6.8%であった。

表 1. 運動器疾患の長期リハ介入を行った患者のうち、最も有効であった患者の主たる疾患とその割合 (n = 1,457)

疾病分類	%
化膿性関節炎など感染性関節障害	1.0
関節リウマチなど炎症性多発性関節障害	5.2
股関節症、膝関節症など関節症	20.8
膝内症などその他の関節障害	2.2
側弯症、脊椎すべり症など変形性脊柱障害	4.5
強直性脊椎炎など脊椎障害	1.2
椎間板障害などその他の脊柱障害	6.8
筋炎など筋障害	0.3
滑膜炎、腱鞘炎など滑膜および腱の障害	1.0
筋腱炎などその他の軟部組織障害	2.2
骨折の遷延治癒など骨の密度および構造の障害	4.9
骨髄炎などその他の骨障害	0.2
若年性骨軟骨症など軟骨障害	0.2
筋骨格系および結合組織のその他の障害	5.1
挫傷、骨折、切断など頸部、胸部、腹部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷	5.4
挫傷、骨折、切断など肩および上腕の損傷	5.8
挫傷、骨折、切断など肘および前腕の損傷	1.5
挫傷、骨折、切断など手首および手の損傷	1.9
挫傷、骨折、切断など股関節および大腿の損傷	11.8
挫傷、骨折、切断など膝および下腿の損傷	6.4
挫傷、骨折、切断など足首および足の損傷	1.8
挫傷、骨折、切断など多部位の損傷	2.0
部位不明の体幹もしくは四肢の損傷または部位不明の損傷	0.1
熱傷および腐食	0.2
外傷の早期合併症	0.2
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの	0.8
運動器不安定症	3.8
その他	1.6
無回答	1.0

2) 長期リハ介入が最も有効であった患者がリハを必要とした理由

長期リハ介入を行い最も有効であった患者がリハを必要とした理由は、「疼痛の治癒に時間を要したため」が 63.5%で最も多く、次いで「骨・関節を含む創傷治癒が遷延したため」が 36.8%、「重複障害」が 27.1%であった。

3) リハ終了者に提供された単位数

「合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため」、「合併症などにより、リハの開始が遅れたため」など合併症を理由にした症例では、一カ月に提供した単位数が 20 単位と、他の理由に比べて多い傾向を示した。合併症を有する症例は、状態の改善が期待できる、もしくは治療上有効であると医学的に判断されたために、月 13 単位の上限を超えてリハが実施されることが多いと考えられた。

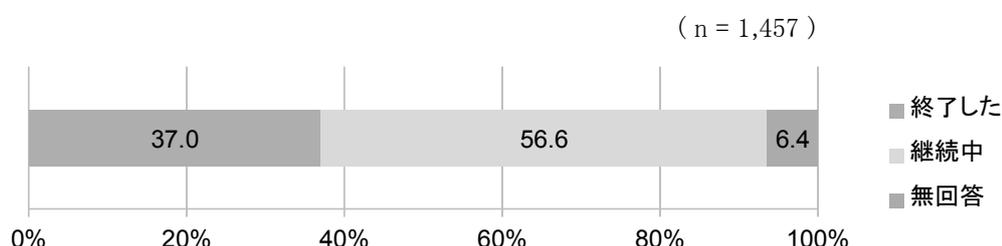


図 3. 運動器疾患において、長期リハ介入を行った患者の終了割合

表 2. 運動器疾患の長期リハ介入を行った患者のうち、最も有効であった患者が

長期リハ介入を必要とした理由と、リハ終了者数、リハ終了者の開始から終了までの日数と一カ月に提供した単位数

(n = 1,457)

理由	n	全回答に対する割合	終了者数	終了者の割合	開始から終了までの日数	一カ月に提供した単位数
					(中央値)	(中央値)
骨・関節を含む創傷治癒が遷延したため	536	36.8%	203	37.9%	240	14
疼痛の治癒に時間を要したため	925	63.5%	326	35.2%	240	13
就労・復職・復学などのため	284	19.5%	125	44.0%	250	13
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	170	11.7%	77	45.3%	214	20
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	264	18.1%	114	43.2%	227	20
成長に伴う障害が予想されたため	18	1.2%	6	33.3%	248	12.5
重複障害のため	395	27.1%	117	29.6%	240	13
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	162	11.1%	42	25.9%	239	13
障害の受容に期間を要したため	132	9.1%	49	37.1%	299	13
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくい	66	4.5%	19	28.8%	238	13
その他	235	16.1%	76	32.3%	245	13
無回答	25	1.7%	8	32.0%	237	18.5

4) 長期リハ介入が有効であった症例に影響を与えている要因

介護側への移行の可能性を検討するために、長期リハ介入が有効であった症例がリハを必要とした理由を主成分分析でまとめたところ、「介護保険等による地域のリハサービス資源が不足」を理由にしたものを除くと、「合併症などにより標準的リハが実施できなかった例」「障害の受容に期間を要した例」「就労・復職・復学などを目標にした例」という3つの典型例が抽出された。「合併症などにより標準的リハが実施できなかった例」は75歳以上の後期高齢者の割合が多く、41.1%が入院で、一方、「障害の受容に期間を要した例」と「就労・復職・復学などを目標にした例」では、それぞれ70.2%、82.1%が外来で対応していた。

表 3. 運動器疾患における主成分分析の結果

	回転後の成分行列(a)			
	成分			
	1	2	3	4
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	0.722	-0.121	0.097	0.039
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	0.679	0.015	0.005	0.184
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	0.58	0.172	-0.086	-0.216
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	0.049	0.626	-0.05	-0.061
骨・関節を含む創傷治癒が遅延したため	0.171	-0.574	-0.003	-0.151
重複障害のため	0.111	0.541	0.023	0.085
就労・復職・復学などのため	-0.059	-0.268	0.725	0.167
障害の受容に期間を要したため	0.107	0.304	0.677	-0.23
成長に伴う障害が予想されたため	-0.082	0.146	0.1	0.781
疼痛の治癒に時間を要したため	-0.335	-0.04	0.252	-0.512

因子抽出法: 主成分分析

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

a. 6 回の反復で回転が収束しました。

表 4. 運動器疾患の長期リハ介入を行った患者のうち、最も有効であった患者の属性

		就労・復職・復学 などのため		合併症などに より、標準的な リハが遂行でき なかったため		障害の受容に 期間を要したため	
		N = 284		N = 264		N = 132	
		度数	列の N %	度数	列の N %	度数	列の N %
障 害	関節リウマチなど炎症性多発性関節障害	6	2.1%	17	6.4%	5	3.8%
	股関節症、膝関節症など関節症	36	12.7%	26	9.8%	39	29.5%
	椎間板障害などその他の脊柱障害	16	5.6%	17	6.4%	9	6.8%
	骨折の遷延治癒など骨の密度および構造の障害	16	5.6%	18	6.8%	7	5.3%
	挫傷、骨折、切断など頸部、胸部、腹部、下背部、腰椎 および骨盤部の損傷	12	4.2%	21	8.0%	9	6.8%
	挫傷、骨折、切断など股関節および大腿の損傷	23	8.1%	68	25.8%	11	8.3%
	挫傷、骨折、切断など膝および下腿の損傷	36	12.7%	26	9.8%	7	5.3%
	運動器不安定症	1	0.4%	14	5.3%	9	6.8%
	その他	138	48.8%	57	21.7%	36	27.5%
れ 手 あ た 術 が か と 行 が わ	ある	189	66.8%	154	58.3%	69	52.3%
	ない	88	31.1%	106	40.2%	63	47.7%
	わからない	6	2.1%	4	1.5%	0	0.0%
年 齢	40才未満	82	28.9%	20	7.6%	6	4.5%
	40歳から65歳未満	157	55.3%	59	22.3%	35	26.5%
	65歳から75歳未満	24	8.5%	59	22.3%	32	24.2%
	75歳以上	21	7.4%	126	47.7%	59	44.7%
発 症 日 か ら の 日 数	0日目	0	0.0%	2	0.8%	0	0.0%
	1-9日目	146	51.4%	126	47.7%	58	43.9%
	10-29日目	51	18.0%	38	14.4%	21	15.9%
	30-39日目	13	4.6%	22	8.3%	10	7.6%
	40-49日目	14	4.9%	20	7.6%	5	3.8%
	50日以上	60	21.1%	56	21.2%	38	28.8%
合 併 症 の 数	0個	94	33.1%	7	2.7%	16	12.1%
	1-3個	137	48.2%	159	60.2%	65	49.2%
	4-6個	25	8.8%	58	22.0%	27	20.5%
	7個以上	28	9.9%	40	15.2%	24	18.2%
入 院 か 外 来 か	入院	8	2.9%	108	41.1%	27	20.6%
	外来	230	82.1%	121	46.0%	92	70.2%
	入院・外来の両方	42	15.0%	34	12.9%	12	9.2%
専 門 職 の 数	1-3名	142	50.7%	59	22.3%	47	35.9%
	4-6名	107	38.2%	97	36.7%	61	46.6%
	7-9名	29	10.4%	91	34.5%	19	14.5%
	10名以上	2	0.7%	17	6.4%	4	3.1%

2. 脳血管疾患等リハ料について

標準的算定日数を超えて脳血管疾患等リハ料を算定したことがある施設は、1,936施設中 1,020 施設（52.7%）であった。

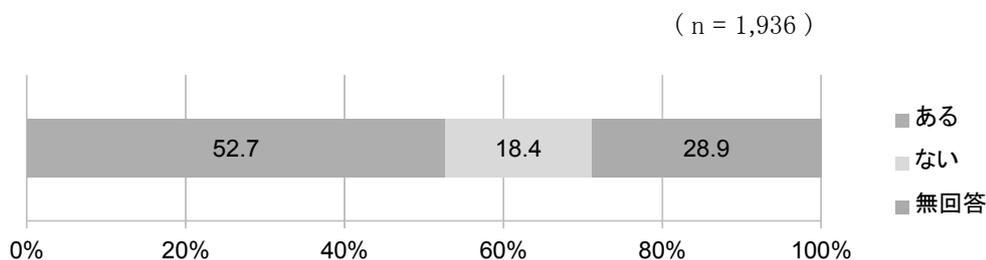


図 4. 脳血管疾患において、長期リハ介入を行ったことがある施設の割合

1) 長期リハ介入が有効であった疾患

長期リハ介入を行い、最も有効であった患者の主たる疾患は、「脳梗塞」が 32.9%と最も多く、次いで「脳内出血」が 22.7%、「パーキンソン病など錐体外路障害および異常運動」が 7.1%であった。

表 5. 脳血管疾患の長期リハ介入を行った患者のうち、最も有効であった患者の主たる疾患とその割合

(n=1,020)

疾病分類	%
くも膜下出血	5.5
脳内出血	22.7
その他の非外傷性頭蓋内出血	0.7
脳梗塞	32.9
脳卒中	5.0
その他の脳血管疾患	3.6
脳血管疾患の続発・後遺症	4.0
ハンチントン病など主に中枢神経を傷害する系統萎縮症	1.0
パーキンソン病など錐体外路障害および異常運動	7.1
多発性硬化症など中枢神経系の脱髄疾患	1.1
てんかんなど挿間性および発作性障害	0.2
三叉神経障害など神経、神経根および神経叢の障害	0.3
多発性ニューロパチーおよびその他の末梢神経系の障害	1.2
神経筋接合部および筋の疾患	0.5
脳性麻痺および脊髄麻痺などその他の麻痺性症候群	5.5
水頭症など神経系のその他の障害	0.3
中枢神経系のウイルス感染症	0.3
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒	0.2
窒息など外因のその他および詳細不明の作用	0.1
その他	6.5
無回答	1.4

2) 長期リハ介入が最も有効であった患者がリハを必要とした理由

長期リハ介入を行い最も有効であった患者がリハを必要とした理由は、「高次脳機能障害（失語、失行、失認、記憶障害）のため」が 41.3%で最も多く、次いで「重複障害のため」が 24.8%、「介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため」が 23.3%であった。

3) リハ終了者に提供された単位数

「合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため」、「合併症などにより、リハの開始が遅れたため」など合併症を理由にした症例も多く、一カ月に提供した単位数がそれぞれ 70 単位、77 単位と、共に平均で一週間に約 18 単位となり、他の理由に比べて多い傾向を示した。合併症を有する症例は、状態の改善が期待できる、もしくは治療上有効であると医学的に判断されたために、月 13 単位の上限を超えてリハが実施されることが多い症例であることが示された。



図 5. 脳血管疾患において、長期リハ介入を行った患者の終了割合

表 6. 脳血管疾患の長期リハ介入を行った患者のうち、最も有効であった患者が長期リハ介入を必要とした理由と、リハ終了者数、リハ終了者の開始から終了までの日数と一カ月に提供した単位数

理由	n	全回答に対する割合	終了者数	終了者の割合	開始から終了までの日数	一カ月に提供した単位数
					(中央値)	(中央値)
就労・復職・復学などのため	192	18.8%	50	26.0%	329	34
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	167	16.4%	65	38.9%	250	70
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	236	23.1%	75	31.8%	268	77
高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため	421	41.3%	149	35.4%	250	72
合併症により、医療処置が必要であったため	158	15.5%	53	33.5%	244	28
機能再建治療に伴い、リハが必要となったため	45	4.4%	7	15.6%	801	18
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	60	5.9%	15	25.0%	226	20
重複障害のため	253	24.8%	58	22.9%	255.5	39.5
障害の受容に期間を要したため	201	19.7%	53	26.4%	305	13
成長に伴う障害が予想されたため	34	3.3%	4	11.8%	292.5	11.5
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	238	23.3%	60	25.2%	307	27
その他	246	24.1%	70	28.5%	246	80
無回答	33	3.2%	4	12.1%	208	27

4) 長期リハ介入を必要とした症例に影響を与えている要因

介護側への移行の可能性を検討するために、65歳以上で長期リハ介入が有効であった症例がリハを必要とした理由を主成分分析でまとめたところ、「介護保険等による地域のリハサービス資源が不足」を理由にしたものを除くと、「合併症などにより標準的リハが実施できなかった例」「就労・復職・復学などを目標にした例」「機能再建療法実施後の例」「障害の受容に期間を要した例」という4つの典型例が抽出された。「合併症などにより標準的リハが実施できなかった例」は入院で、「就労・復職・復学などを目標にした例」「機能再建療法実施後の例」では外来で対応している例が多かった。合併症などにより標準的リハが実施できなかったものは、後期高齢例の割合が40.7%と多かったが、それ以外では就労・復職で4.2%、機能再建療法実施後で8.9%、障害の受容で19.9%といった結果であった。

表 7. 脳血管疾患における主成分分析の結果

	回転後の成分行列(a)				
	成分				
	1	2	3	4	5
合併症などにより、標準的リハが遂行できなかったため	0.73	0.074	-0.022	-0.005	0.013
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	0.699	0.174	-0.105	0.221	-0.036
合併症により、医療処置が必要であったため	0.626	-0.031	0.123	-0.231	0.204
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	-0.085	-0.723	-0.168	-0.061	0.009
高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため	0.073	0.715	-0.142	-0.108	0.032
機能再建治療に伴い、リハが必要となったため	-0.098	0.055	0.784	0.087	-0.058
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	0.408	-0.102	0.519	-0.236	0.022
障害の受容に期間を要したため	0.125	-0.177	-0.161	0.74	-0.109
就労・復職・復学などのため	-0.213	0.168	0.335	0.628	0.16
重複障害のため	0.188	-0.172	0.138	-0.013	0.726
成長に伴う障害が予想されたため	-0.052	0.195	-0.183	0.001	0.71

因子抽出法: 主成分分析

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

a. 8 回の反復で回転が収束しました。

3. 長期リハ介入を必要とした理由の、運動器疾患と脳血管疾患との比較

長期リハ介入を必要とした理由について、患者属性別に最頻度をみた場合、「合併症などにより標準的リハが実施できなかった」事例では、運動器疾患と脳血管疾患に共通した属性は、「75歳以上(運; 47.7%、脳; 40.7%)」「合併症数1-3個(運; 60.2%、脳; 47.9%)」となった。両疾患で異なる属性は「リハサービス形態」「専門職の関与数」「手術の有無」となり、運動器疾患では外来リハ(46.0%)、関与専門職4-6名(36.7%)、手術あり(58.3%)となったが、脳血管疾患は、入院リハ(62.3%)、関与専門職7-9名(41.9%)「手術なし(66.1%)」となった。

「障害の受容に期間を要した」事例では、「年齢区分」で異なり、運動器疾患で「75歳以上(44.7%)」であったのに対し、脳血管疾患は「40-65歳未満(35.3%)」と若い傾向があった。

「就労・復職」事例では、「関与した専門職数」で異なり、運動器疾患で「1-3名

(50.7%)」であったのに対し、脳血管疾患で「4-6名(42.2%)」が多かった。

長期リハ介入の終了割合を、理由別でみると、両疾患とも「リハの開始の遅れ」で高かった(運; 45.3%、脳; 38.9%)。開始から終了までの日数をみると、概ね2か月程度で終了していた。特に期間を要した要因は、中央値で脳血管疾患の「就労・復職」「障害受容に期間を要す」「介護保険等のリハサービス不足」が300日以上期間を要していた。症例数は少ないが、「機能再建後にリハが必要(801日)」が最長であった。

表 8. 脳血管疾患の長期リハ介入を行った患者のうち、最も有効であった患者の属性

		合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため		障害の受容に期間を要したため		就労・復職・復学などのため		機能再建治療に伴い、リハが必要となったため	
		N = 236		N = 201		N = 192		N = 45	
		度数	列の N %	度数	列の N %	度数	列の N %	度数	列の N %
障 害	脳内出血	53	22.5%	50	24.9%	65	33.9%	17	37.8%
	脳梗塞	78	33.1%	71	35.3%	42	21.9%	5	11.1%
	脳血管疾患の続発・後遺症	13	5.5%	4	2.0%	2	1.0%	2	4.4%
	パーキンソン病など錐体外路障害および異常運動	13	5.5%	11	5.5%	2	1.0%	1	2.2%
	その他	79	33.5%	65	32.3%	81	42.2%	20	44.4%
れ手 あた るこ が行 がわ	ある	68	28.8%	60	29.9%	63	32.8%	18	40.0%
	ない	156	66.1%	125	62.2%	116	60.4%	25	55.6%
	わからない	12	5.1%	17	8.5%	13	6.8%	2	4.4%
年 齢	40才未満	15	6.4%	26	12.9%	70	36.5%	15	33.3%
	40歳から65歳未満	59	25.0%	71	35.3%	97	50.5%	21	46.7%
	65歳から75歳未満	66	28.0%	64	31.8%	17	8.9%	5	11.1%
	75歳以上	96	40.7%	40	19.9%	8	4.2%	4	8.9%
発 症 日 か ら の 日 数	0日目	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%
	1-9日目	96	40.7%	83	41.3%	88	45.8%	13	28.9%
	10-19日目	34	14.4%	15	7.5%	11	5.7%	6	13.3%
	20-29日目	16	6.8%	9	4.5%	10	5.2%	0	0.0%
	30-39日目	15	6.4%	9	4.5%	6	3.1%	1	2.2%
	40-49日目	8	3.4%	10	5.0%	6	3.1%	5	11.1%
	50日以上	67	28.4%	74	36.8%	71	37.0%	20	44.4%
合 併 症 の 数	0個	7	3.0%	22	10.9%	50	26.0%	7	15.6%
	1-3個	113	47.9%	107	53.2%	94	49.0%	22	48.9%
	4-6個	77	32.6%	47	23.4%	25	13.0%	10	22.2%
	7個以上	39	16.5%	25	12.4%	23	12.0%	6	13.3%
入 院 か 外 来 か	入院	147	62.3%	61	30.3%	20	10.4%	9	20.0%
	外来	58	24.6%	111	55.2%	136	70.8%	28	62.2%
	入院・外来の両方	31	13.1%	28	13.9%	35	18.2%	7	15.6%
専 門 職 の 数	1-3名	16	6.8%	40	19.9%	28	14.6%	9	20.0%
	4-6名	68	28.8%	69	34.3%	81	42.2%	19	42.2%
	7-9名	99	41.9%	64	31.8%	60	31.3%	11	24.4%
	10名以上	53	22.5%	28	13.9%	23	12.0%	6	13.3%

4. 長期リハ介入が有効な類型

上記の分析により、長期のリハ介入が有効であった障害像は7類型であった。

1) 運動器疾患

- 合併症などにより、医療機関において標準的なリハが遂行できなかった例。
典型例：後期高齢者で、挫傷、骨折、切断など股関節および大腿の損傷により入院治療を受けている。合併症などにより、リハの開始が遅れたり、標準的なリハが遂行できなかつたりしている。7名から9名の多職種の間わりを必要としている。
- 障害の受容に期間を要している例。
典型例：後期高齢者で、関節症（膝または股関節）に対して、リハの終了には同意できず、非侵襲的な治療を継続して行っている。
- 就労・復職などを目標としている例。
典型例：前期高齢者で、下腿骨折や切断、頸髄損傷などで手術を施行し、復職を望んでいる。

2) 脳血管疾患

- 合併症などにより医療機関において標準的なリハが遂行できなかった例。
典型例：前期、もしくは後期高齢者で脳梗塞を発症したが、医療的な処置を必要とする合併症を有しており、標準的なリハの遂行が困難で、現在も入院にてリハを継続している。7名から9名の多職種の間わりを必要としている。
- 就労・復職・復学などを必要としている例。
典型例：中年期から前期高齢者で脳内出血、脳梗塞を発症し、就労・復職を目的に外来リハを継続している。
- 機能再建治療（ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法（TMS）など）実施後の例。
- 障害の受容に期間を要している例。
典型例：前期高齢者で脳梗塞、脳内出血を発症し、リハの開始が遅れ、現在も外来でのリハを継続している。リハの終了には同意できず、外来治療中にも7名から9名の多職種の間わりを必要としている。

第三節 介護側調査結果

<1> 基本情報

介護側調査においては、介護保険下のリハ専門職が所属する 9,439 施設（通所リハ 6,509 施設、老健 2,402 施設、訪問看護 528 施設）を対象とし、4,086 施設（43.3%）
{通所リハ 1,094 施設（42.2%）、老健 2,402 施設（45.5%）、訪問看護 243 施設（46.0%）}
から回答を得た。

<2> 各疾患の受け入れについて

運動器疾患で、合併症などにより、医療機関において標準的なりハが実施できなかった例を受け入れた実績がある施設は 42.9%であった。

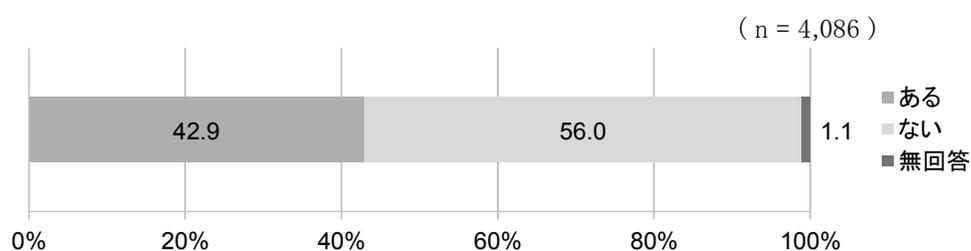


図 6-1. 運動器（合併症）を受け入れたことのある施設の割合

また、受け入れた実績のない施設のうち、受け入れることができる施設は、「条件が整えばできる」を含めて 79.1%であった。

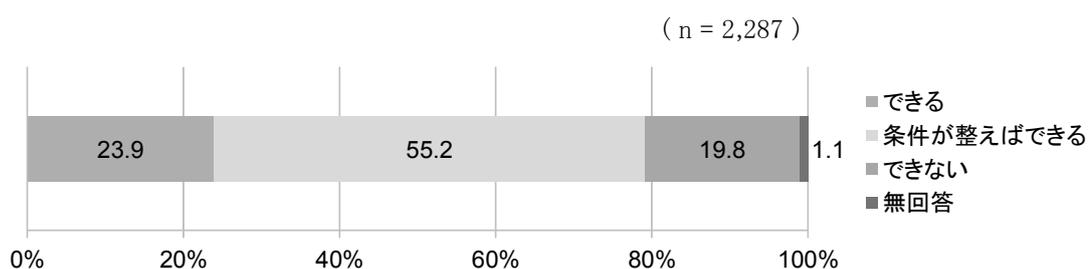


図 6-2. 運動器（合併症）を受け入れたことのない施設のうち、受け入れることができる施設の割合

運動器疾患で、障害の受容に期間を要している例を受け入れた実績がある施設は56.6%であった。

(n = 4,086)

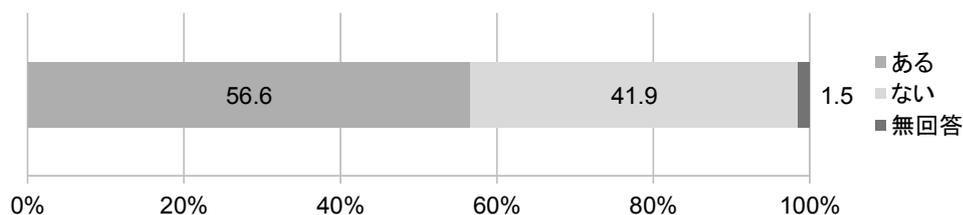


図 7-1. 運動器（障害受容）を受け入れたことのある施設の割合

また、受け入れた実績のない施設のうち、受け入れることができる施設は、「条件を整えばできる」を含めて78.9%であった。

(n = 1,714)

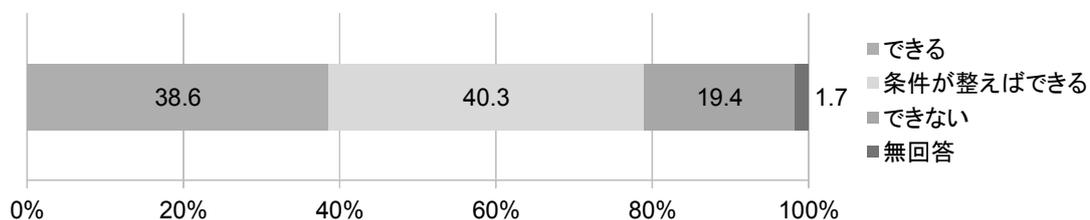


図 7-2. 運動器（障害受容）を受け入れたことのない施設のうち、受け入れることができる施設の割合

運動器疾患で、就労・復職などを目標としている例を受け入れた実績がある施設は8.8%であった。

(n = 4,086)

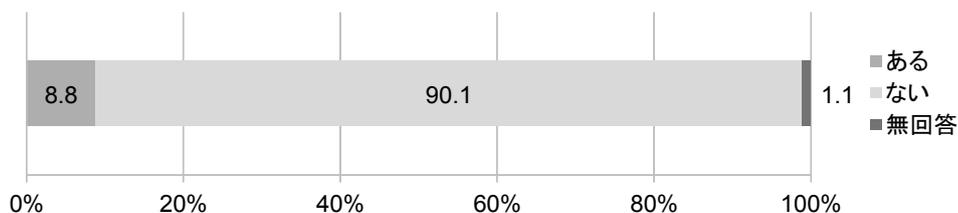


図 8-1. 運動器（就労・復職）を受け入れたことのある施設の割合

また、受け入れた実績のない施設のうち、受け入れることができる施設は、「条件を整えばできる」を含めて73.0%であった。

(n = 3,681)

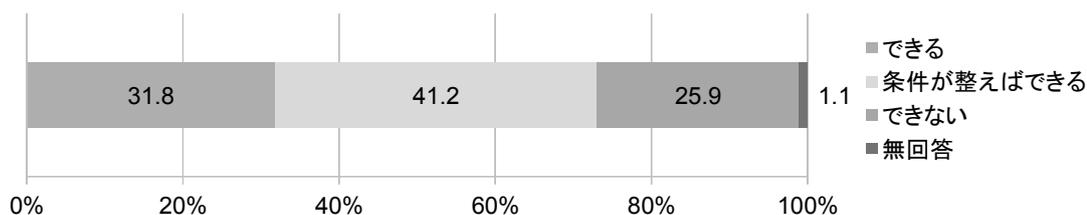


図 8-2. 運動器（就労・復職）を受け入れたことのない施設のうち、受け入れることができる施設の割合

脳血管疾患で、合併症などにより、医療機関において標準的なりしが遂行できなかった例を受け入れた実績がある施設は38.7%であった。

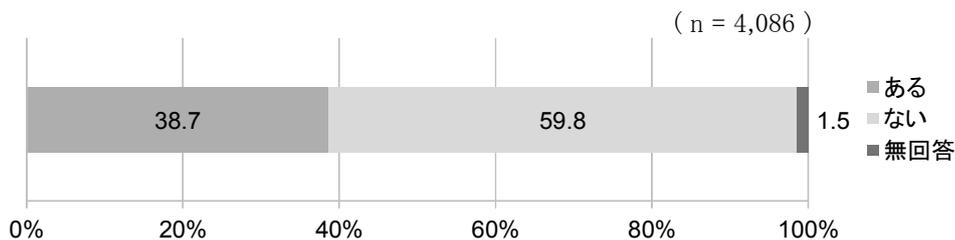


図 9-1. 脳血管（合併症）を受け入れたことのある施設の割合

また、受け入れた実績のない施設のうち、受け入れることができる施設は、「条件が整えばできる」を含めて66.6%であった。

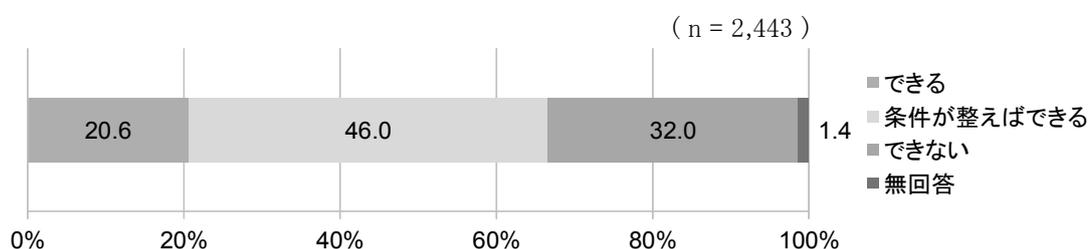


図 9-2. 脳血管（合併症）を受け入れたことのない施設のうち、受け入れることができる施設の割合

脳血管疾患で、就労・復職・復学などを必要としている例を受け入れた実績がある施設は18.5%であった。

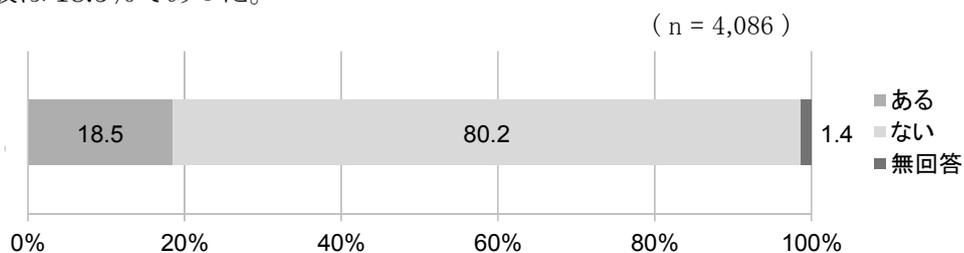


図 10-1. 脳血管（就労・復職）を受け入れたことのある施設の割合

また、受け入れた実績のない施設のうち、受け入れることができる施設は、「条件が整えばできる」を含めて64.4%であった。

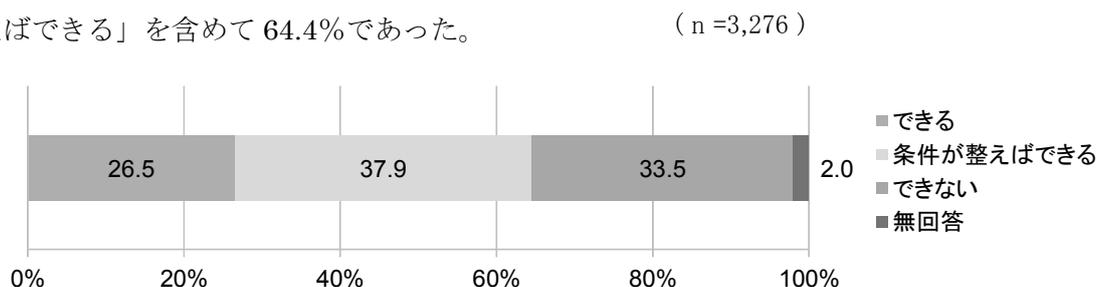


図 10-2. 脳血管（就労・復職）を受け入れたことのない施設のうち、受け入れることができる施設の割合

脳血管疾患で、機能再建治療（ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法（TMS）など）実施後の例を受け入れた実績がある施設は 17.8%であった。

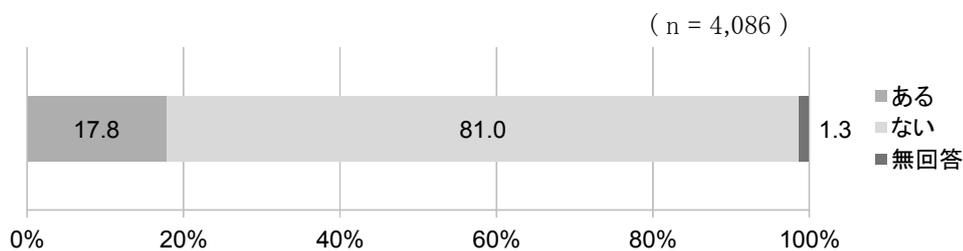


図 11-1. 脳血管（機能再建）を受け入れたことのある施設の割合

また、受け入れた実績のない施設のうち、受け入れることができる施設は、「条件を整えばできる」を含めて 59.2%であった。

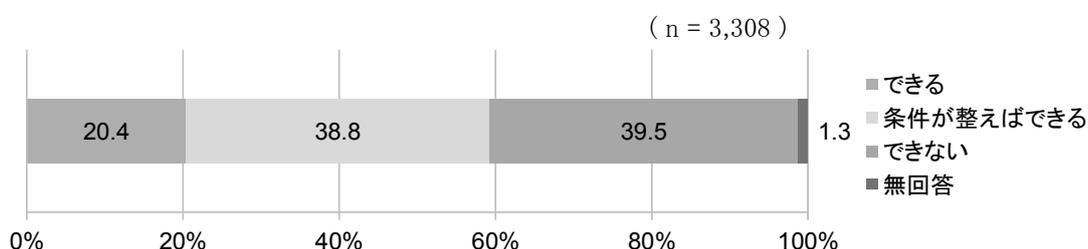


図 11-2. 脳血管（機能再建）を受け入れたことのない施設のうち、受け入れることができる施設の割合

脳血管疾患で、障害の受容に期間を要している例を受け入れた実績がある施設は 39.4%であった。

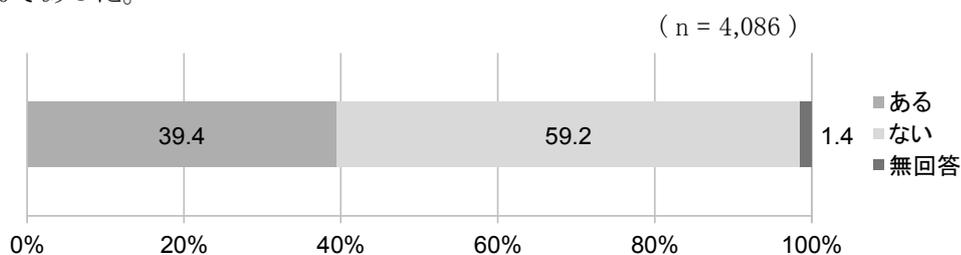


図 12-1. 脳血管（障害受容）を受け入れたことのある施設の割合

また、受け入れた実績のない施設のうち、受け入れることができる施設は、「条件を整えばできる」を含めて 73.8%であった。

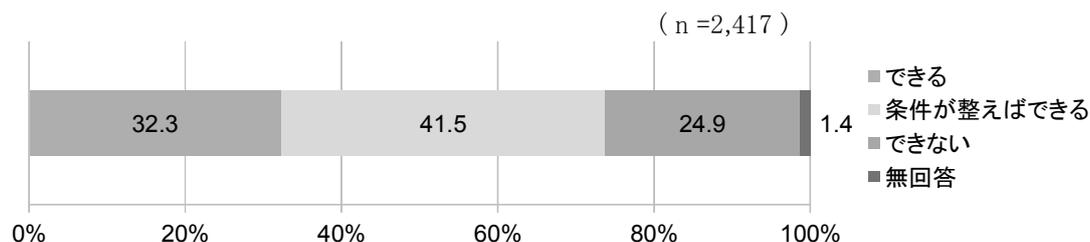


図 12-2. 脳血管（障害受容）を受け入れたことのない施設のうち、受け入れることができる施設の割合

<3>運動器疾患・脳血管疾患における受け入れ実績と受け入れの可能性・条件が整えばできる、とした回答に関するクロス表による分析

医療側調査結果によって得られた結果から、標準的算定日数超えのモデルとして、運動器疾患患者では、

- ・合併症などにより、医療機関において標準的なりハが遂行できなかった例。
- ・障害の受容に期間を要している例
- ・就労・復職・復学などを必要としている例

脳血管疾患患者では、

- ・合併症などにより、医療機関において標準的なりハが遂行できなかった例。
- ・就労・復職・復学などを必要としている例
- ・機能再建治療（ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法（TMS）など）実施後の例
- ・障害の受容に期間を要している例

の7類型が観察された。これらの区分と、受け入れ実績、受け入れの可能性、受け入れに必要な条件についてクロス表による分析を行った。

1. 運動器疾患・脳血管疾患における受け入れ実績の状況

受け入れ実績ありと回答した割合に対して χ^2 適合度検定を行ったところ、有意な偏り（ $p < 0.01$ ）が見られた。運動器疾患、脳血管疾患のいずれも受け入れ実績が多かったのは「障害受容の類型」であった。一方、両疾患とも「就労・復職の類型」では、受け入れ実績が少なかった。期待値を基準に見ると、「合併症の類型」、「障害受容の類型」では、受け入れ実績が多いが、「就労・復職の類型」では、受け入れ実績が少ないと言える。

表 9. 各疾患において、受け入れ実績がある割合

分類	状態像	受け入れ実績ありの回答 (%)
運動器疾患	合併症などにより標準的なりハが実施できなかった	42.9
	障害の受容に期間を要した	56.6
	就労・復職などを目標	8.8
脳血管疾患	合併症などにより標準的なりハが遂行できなかった	38.7
	就労・復職などを目標	18.5
	機能再建療法実施後の例	17.8
	障害の受容に期間を要した	39.4
	χ^2 値	54.87
	期待値	31.8
	p	0.000

2. 運動器疾患・脳血管疾患における受け入れ可能性について

受け入れの可能性については「できる」「できない」「条件を整えばできる」の区分で、有意な偏りは見られなかった。数値を見ると、いずれの類型においても「条件を整えばできる」の回答が多く、こうした類型を受け入れるに当たっては、現状のままの受け入れは難しく、条件の整備が必要であることを示している。条件について、期待値を基準に考えると、運動器疾患、脳血管疾患共に「合併症の類型」の場合には、条件の整備を強く望んでおり、運動器の場合では「障害受容の類型」、脳血管疾患の場合では、「機能再建の類型」、「就労・復職の類型」で条件の整備の要望がやや低かった。しかし、期待値との大きな隔たりはなく、いずれの類型においても条件の整備が必要であると考えられた。

表 10. 各疾患において、受け入れ実績がない施設のうち、受け入れることができる可能性

分類	状態像	受け入れ可能性の回答(%)		
		できる	できない	条件を整えばできる
運動器疾患	合併症などにより標準的なリハが実施できなかった	23.9	19.8	55.2
	障害の受容に期間を要した	38.6	19.4	40.3
	就労・復職などを目標	31.8	25.9	41.2
脳血管疾患	合併症などにより標準的なリハが遂行できなかった	20.6	32.0	46.0
	就労・復職などを目標	26.5	33.5	37.9
	機能再建療法実施後の例	20.4	39.5	38.8
	障害の受容に期間を要した	32.3	24.9	41.5
	χ^2 値	9.97	11.97	4.98
	期待値	27.7	27.9	43.0
	p	0.126	0.063	0.546

3. 運動器疾患・脳血管疾患における受け入れるために必要な条件について

受け入れるための条件では、「病状の安定」「医学的管理」「スタッフの知識・技術の向上」「リスク管理」「急変時の対応」の項目で有意に偏りが見られた(全て $p < 0.01$)。

それぞれの頻度が高いところでは、運動器疾患・脳血管疾患共に「合併症の類型」で「病状の安定」を条件としている頻度が高く、合併症を有する者に対して受け入れ実績はあるが、医学的な管理に対する不安が大きいことが明らかとなった。

ただし、「スタッフの知識・技術の向上」をはじめとして「リスク管理」「急変時の対応」「病状の安定」といった医学的管理に関与する項目に対しては、脳血管疾患の「機能再建の類型」も回答数が多い傾向を示した。この結果から、機能再建療法は医学的にも特殊な治療法であるため、標準的算定日数を厳格に適用する場合には、新たな治療法に対する教育プログラムが必要であると考えられる。

「マンパワーの問題」については、いずれの類型でも条件としてあげた頻度が高かった。

表 11. 各疾患において、受け入れるために必要な条件について

条件	運動器疾患			脳血管疾患				期待値	P
	合併症などにより標準的なリハが実施できなかった	障害の受容に期間を要した	就労・復職などを目標	合併症などにより標準的なリハが遂行できなかった	就労・復職などを目標	機能再建療法実施後の例	障害の受容に期間を要した		
病状の安定	<u>71.2</u>	42.2	46.7	<u>71.8</u>	45.9	<u>52.0</u>	39.2	52.7	0.002
施設で個別リハを受け理解	46.0	58.8	46.1	42.2	49.6	44.9	66.5	50.6	0.163
利用者の意欲	40.4	42.9	54.9	37.7	54.5	36.0	45.6	44.6	0.254
家族の協力	33.8	36.1	50.5	35.3	51.6	30.9	45.6	40.5	0.099
経済的な問題の解決	15.8	11.9	17.5	14.9	20.0	12.0	13.5	15.1	0.745
マンパワー	48.2	43.5	43.2	41.5	43.7	31.5	42.3	42.0	0.716
医療機器の配備	23.0	16.8	21.1	23.4	17.0	27.0	12.5	20.1	0.297
送迎	26.8	15.7	13.4	21.2	12.8	9.7	16.9	16.6	0.064
スペース	7.2	7.1	9.4	7.0	9.9	6.3	7.2	7.7	0.964
医学的管理	<u>49.0</u>	21.0	28.2	<u>52.4</u>	25.2	<u>45.1</u>	23.3	34.9	0.000
スタッフの知識・技術の向上	26.6	17.4	40.0	28.4	35.8	58.1	21.4	32.5	0.000
施設の経営・運営	17.0	17.8	21.1	19.9	22.1	19.4	19.7	19.6	0.987
リスク管理	<u>43.1</u>	22.6	28.6	<u>43.8</u>	28.3	<u>43.6</u>	23.4	33.3	0.009
サポートしてくれる医療機関	41.0	31.3	40.9	42.4	36.6	50.5	30.5	39.0	0.286
地域連携バス	8.2	7.1	19.6	9.8	19.1	10.4	11.7	12.3	0.051
急変時の対応	<u>42.7</u>	17.5	22.0	<u>44.5</u>	22.1	<u>35.5</u>	20.1	29.2	0.000
医療情報の提供	43.3	31.3	30.7	41.4	31.3	46.2	32.2	36.6	0.287
ケアマネとの連携	28.0	32.9	41.8	28.6	40.6	25.0	39.1	33.7	0.222
その他医療機関などの連携	12.6	10.0	16.2	14.7	14.7	16.4	14.1	14.1	0.911
上記以外	1.5	3.3	7.8	2.4	8.2	1.6	3.8	4.1	0.073

※ 下線部数値は、回答数の有意に多いところ

4. まとめ

これらの解析によって、医療機関で標準的算定日数を超えて有効性を確認した7種類のいずれでも、受け入れ実績があることが明らかとなった。「合併症の種類」が最も受け入れ実績が高く、逆に「就労・復職の種類」、「機能再建の種類」では受け入れ実績が少なかった。こうしたものでも、条件を整えば受け入れ可能であるとする回答が多く、疾患に伴う合併症によって起こる病状の不安定や医学的管理の必要性が受け入れを左右する、もしくは受け入れたとしても不安要素の強い部分であることが明らかとなった。それに対して、スタッフの知識・技術の向上が望まれている。

また、いずれかに限定して最も必要性のあるもののうち、患者・家族の、「施設でリハを受ける理解」に関しても、受け入れ困難の条件となっている可能性が示された。

さらに、「マンパワーの問題」については、いずれの種類でも多く、これまで対象となつてこなかった種類を受け入れるためには、人員配置の充実が課題であると考えられた。今後は、種類毎に、どのような人員が、どれくらいの時間を必要とするのか、タイムスタディが必要ではないかと考えられた。

＜4＞受け入れるために必要な条件についての自由記載

受け入れるために必要な条件として、運動器疾患・脳血管疾患ともに、「就労・復職の種類」では、受け入れのために必要な条件として、「上記以外」とした度数が多い傾向を示した（表 11）。そこで、これらの条件について自由回答の分析を行った。

1. 運動器（就労・復職）を受け入れるために必要な条件についての自由記載

運動器（就労・復職）のリハ対象者を受け入れるための条件として、自由記載で回答した 119 施設のうち、27 施設（22.7%）が就労支援専門機関との連携をあげていた。また受け入れ先である職場や学校側の受け入れ態勢の整備および担当者との連携をあげたのは 41 施設（34.5%）であり、合わせて 68 施設（57.2%）と半数以上の施設が社会資源との連携を条件にあげていた。介護保険制度上、リハ単位数の制限から、1 日あたり 20 分（かつ週 1 回程度の低頻度）のリハでは、復職・復学移行支援は困難であるとする施設は 26 施設（21.8%）あり、介護保険制度による介入の制限も課題である。

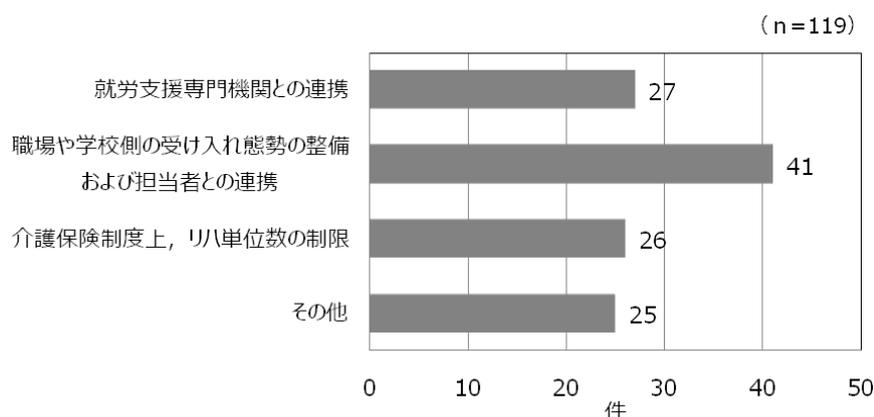


図 13. 運動器（就労・復職）を受け入れるために必要な条件についての自由記載の分類別回答数

2. 脳血管（就労・復職）を受け入れるために必要な条件についての自由記載

脳血管（就労・復職）を受け入れるための条件として、自由記載で回答した 102 施設のうち、16 施設（15.7%）が就労支援専門機関との連携をあげていた。また受け入れ先である職場や学校側の受け入れ態勢の整備や担当者との連携をあげたのは 34 施設（33.3%）であり、合わせて 50 施設（49.0%）と約半数の施設が社会資源との連携構築を条件にあげていた。介護保険制度上、リハ単位数の制限から、1 日あた

り 20 分（かつ週 1 回程度の低頻度）のリハでは、復職・復学移行支援のリハは困難であるとする施設は 25 施設（24.5%）であった。

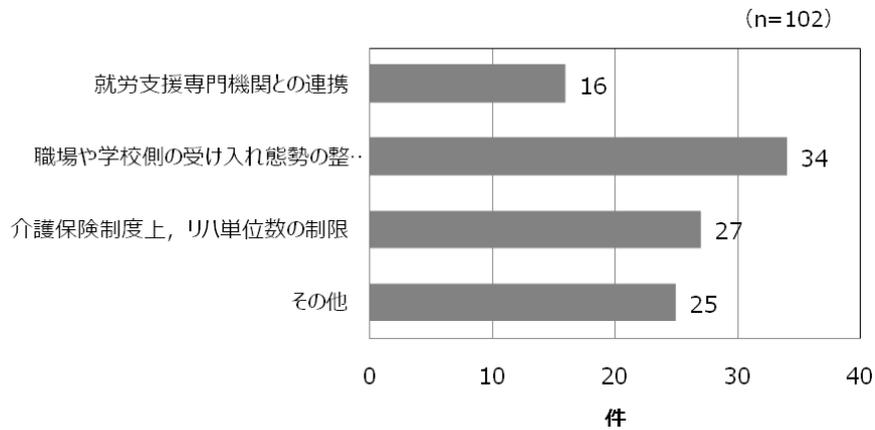


図 14. 脳血管（就労・復職）を受け入れるために必要な条件についての自由記載の分類別回答数

3. まとめ

自由回答の分析の結果、就労・復職の類型では、就労支援専門機関や職場との連携を必要と考えており、施設完結型ではなく、アウトリーチ型のサポートが行える環境にあれば、受け入れ可能と考えていることが明らかとなった。

<5> 類型別・施設別の受け入れのための条件について

医療機関において、長期リハ介入が必要となっている7類型（運動器疾患3類型・脳血管疾患4類型）について、介護側で受け入れる場合に必要となる条件について、疾患類型別、施設別（老健・通所リハ・訪問看護）に比較検討を行った。

1. 運動器疾患の患者で、合併症などにより、医療機関において標準的なリハが実施できなかった例

運動器（合併症）を介護側で受け入れる場合に必要となる条件は、患者の「病状の安定」が71.2%と最も多く、続いて、サービス提供側の「医学的な管理の問題の解決」49.0%、「マンパワーの問題の解決」48.2%であった（表12）。

老健と通所リハでは、上記と同じ3つを条件としている施設が多かったが、訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」や「リスク管理の補助」、「急変時の対応」などの条件が上位を占め、施設間で差を認めた。また、老健と通所リハは、「施設で個別リハを受ける理解・了解」、通所リハと訪問看護は、「家族の協力」を条件としている施設が有意に多かった。

施設に固有の条件として、老健では、「施設の経営・運営的な方針の問題の解決」、通所リハでは「送迎問題の解決」、訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」や「ケアマネとの連携の問題の解決」が有意に多かった。

表12. 運動器（合併症）の施設別、受け入れのための条件

条件	総数	老健	通所リハ	訪問看護	P値(施設間)
病状の安定	71.2	75.8	69.9	68.1	0.135
施設で個別リハを受ける理解・了解	46.0	47.3	47.0	19.1	0.001
利用者の意欲	40.4	35.0	42.0	40.4	0.118
家族の協力	33.8	27.4	35.2	42.6	0.026
経済的な問題の解決	15.8	14.4	15.8	25.5	0.159
マンパワーの問題の解決	48.2	49.5	47.7	51.1	0.798
医療的な機械・器具の配備	23.0	22.7	23.3	17.0	0.597
送迎の問題の解決	26.8	10.1	33.0	0.0	<0.001
個別リハを実施できるスペースの問題の解決	7.2	3.2	8.4	6.4	0.014
医学的な管理の問題の解決	49.0	53.1	48.1	44.7	0.274
スタッフの知識・技術の向上	26.6	27.4	26.9	17.0	0.306
施設の経営・運営的な方針の問題の解決	17.0	23.1	15.9	4.3	0.001
リスク管理の補助	43.1	40.4	43.4	53.2	0.258
サポートしてくれる医療機関の存在	41.0	43.0	39.1	66.0	0.001
地域連携/パス	8.2	6.5	8.7	6.4	0.443
急変時の対応	42.7	46.6	41.0	53.2	0.087
医療情報の提供	43.3	44.4	43.3	36.2	0.563
ケアマネとの連携の問題の解決	28.0	19.1	29.7	44.7	<0.001
その他医療機関等との連携の問題の解決	12.6	9.4	13.4	14.9	0.185
上記以外	1.5	2.9	1.2	0.0	0.082

2. 運動器疾患の患者で、障害の受容に期間を要している例

運動器（障害受容）を介護側で受け入れる場合に必要となる条件は、「施設で個別リハを受ける理解・了解」が58.8%と最も多かった。次に多かった条件は、サービス提供側の「マンパワーの問題の解決」43.5%と患者側の「利用者の意欲」42.9%であった（表13）。

老健と通所リハでは、上記の条件に加えて「病状の安定」、「施設で個別リハを受ける理解・了解」、通所リハと訪問看護では、「個別リハを実施できるスペースの問題の解決」、訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」、通所リハでは「送迎の問題の解決」を条件としている施設が多かった。

表 13. 運動器（障害受容）の施設別、受け入れのための条件

条件	総数	老健	通所リハ	訪問看護	P値(施設間)
病状の安定	42.2	41.6	42.9	31.8	0.664
施設で個別リハを受ける理解・了解	58.8	64.2	59.0	9.1	<0.001
利用者の意欲	42.9	39.5	44.4	40.9	0.505
家族の協力	36.1	38.4	35.8	22.7	0.402
経済的な問題の解決	11.9	8.9	13.0	13.6	0.327
マンパワーの問題の解決	43.5	45.8	42.5	45.5	0.699
医療的な機械・器具の配備	16.8	15.3	18.0	4.5	0.223
送迎の問題の解決	15.7	7.4	19.5	4.5	<0.001
個別リハを実施できるスペースの問題の解決	7.1	2.1	9.0	9.1	0.007
医学的な管理の問題の解決	21.0	24.2	20.1	13.6	0.376
スタッフの知識・技術の向上	17.4	17.4	17.8	9.1	0.619
施設の経営・運営的な方針の問題の解決	17.8	20.5	17.4	4.5	0.179
リスク管理の補助	22.6	22.1	22.8	22.7	0.971
サポートしてくれる医療機関の存在	31.3	31.6	31.0	36.4	0.791
地域連携バス	7.1	6.3	7.3	9.1	0.818
急変時の対応	17.5	20.0	16.7	13.6	0.567
医療情報の提供	31.3	32.1	31.4	22.7	0.739
ケアマネとの連携の問題の解決	32.9	28.4	35.4	18.2	0.085
その他医療機関等との連携の問題の解決	10.0	8.4	10.7	9.1	0.677
上記以外	3.3	3.7	2.7	13.6	0.015

3. 運動器疾患の患者で、就労・復職などを目標としている例

運動器（就労・復職）を介護側で受け入れる場合に必要となる条件は、「利用者の意欲」が54.9%と最も多かった。続いて、「家族の協力」50.5%と「病状の安定」46.7%であった（表14）。

老健と通所リハでは、上記と同じ3つを条件としている施設が多かったが、訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」も条件として上位を占めていた。

老健と通所リハでは、「施設で個別リハを受ける理解・了解」、「医療的な器械・器具の配備」、「スタッフの知識・技術の向上」、「施設の経営・運営的な方針の問題の解決」、老健と訪問看護では、「家族の協力」を条件としている施設が有意に多かった。また、通所リハでは「送迎の問題の解決」と「個別リハを実施できるスペースの問題の解決」、訪問看護では「経済的な問題の解決」、「サポートしてくれる医療機関の存在」を条件としている施設が有意に多かった。

表 14. 運動器（就労・復職）の施設別、受け入れのための条件

条件	総数	老健	通所リハ	訪問看護	P値(施設間)
病状の安定	46.7	49.9	45.2	48.0	0.251
施設で個別リハを受ける理解・了解	46.1	52.6	45.5	16.0	<0.001
利用者の意欲	54.9	55.1	54.5	60.0	0.702
家族の協力	50.5	55.5	47.8	56.0	0.016
経済的な問題の解決	17.5	17.2	16.8	29.3	0.025
マンパワーの問題の解決	43.2	43.8	43.4	37.3	0.53
医療的な器械・器具の配備	21.1	22.1	21.6	8.0	0.015
送迎の問題の解決	13.4	6.5	17.2	2.7	<0.001
個別リハを実施できるスペースの問題の解決	9.4	5.2	11.3	8.0	0.001
医学的な管理の問題の解決	28.2	30.5	27.7	21.3	0.207
スタッフの知識・技術の向上	40.0	41.1	40.6	26.7	0.045
施設の経営・運営的な方針の問題の解決	21.1	24.4	20.4	10.7	0.017
リスク管理の補助	28.6	29.6	27.9	32.0	0.659
サポートしてくれる医療機関の存在	40.9	41.5	39.3	58.7	0.005
地域連携パス	19.6	21.7	18.6	20.0	0.407
急変時の対応	22.0	21.4	21.8	26.7	0.619
医療情報の提供	30.7	32.5	30.1	29.3	0.617
ケアマネとの連携の問題の解決	41.8	41.1	42.4	38.7	0.736
その他医療機関等との連携の問題の解決	16.2	16.3	15.5	25.3	0.093
上記以外	7.8	7.9	7.8	8.0	0.998

4. 脳血管疾患の患者で、合併症などにより、医療機関において標準的なリハが遂行できなかった例

脳血管（合併症）を介護側で受け入れる場合に必要となる条件は、患者の「病状の安定」が71.8%と最も多かった。次に多かった条件は、サービス提供側の「医学的な管理の問題の解決」52.4%と「急変時の対応」44.5%であった（表15）。

通所リハでは、上記と同じ3つを条件としている施設が多かったが、老健と訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」、訪問看護では「家族の協力」が条件として上位を占めていた。

老健と通所リハでは、「施設で個別リハを受ける理解・了解」と「医学的な管理の問題の解決」を条件としている施設が有意に多かった。

また、老健では「施設の経営・運営的な方針の問題の解決」、通所リハでは「送迎の問題の解決」と「個別リハを実施できるスペースの問題の解決」、訪問看護では「家族の協力」、「サポートしてくれる医療機関の存在」や「ケアマネとの連携の問題の解決」を条件としている施設が有意に多かった。

表 15. 脳血管（合併症）の施設別、受け入れのための条件

条件	総数	老健	通所リハ	訪問看護	P値(施設間)
病状の安定	71.8	73.6	72.1	56.5	0.052
施設で個別リハを受ける理解・了解	42.2	43.3	43.4	15.2	0.001
利用者の意欲	37.7	35.6	38.4	37.0	0.735
家族の協力	35.3	29.9	35.8	56.5	0.002
経済的な問題の解決	14.9	13.8	14.7	23.9	0.203
マンパワーの問題の解決	41.5	38.3	42.0	50.0	0.289
医療的な機械・器具の配備	23.4	24.1	23.4	19.6	0.789
送迎の問題の解決	21.2	7.7	26.5	4.3	<0.001
個別リハを実施できるスペースの問題の解決	7.0	3.4	8.2	6.5	0.032
医学的な管理の問題の解決	52.4	57.9	51.6	37.0	0.019
スタッフの知識・技術の向上	28.4	29.9	28.4	19.6	0.352
施設の経営・運営的な方針の問題の解決	19.9	26.8	18.3	8.7	0.002
リスク管理の補助	43.8	39.8	44.6	52.2	0.212
サポートしてくれる医療機関の存在	42.4	44.4	40.7	60.9	0.02
地域連携/パス	9.8	8.4	10.0	13.0	0.566
急変時の対応	44.5	42.1	45.0	50.0	0.557
医療情報の提供	41.4	41.4	41.8	34.8	0.636
ケアマネとの連携の問題の解決	28.6	21.8	29.9	43.5	0.003
その他医療機関等との連携の問題の解決	14.7	13.8	14.7	19.6	0.602
上記以外	2.4	3.1	1.8	8.7	0.009

5. 脳血管疾患の患者で、就労・復職・復学などを必要としている例

脳血管（就労・復職）を介護側で受け入れる場合に必要となる条件は、「利用者の意欲」が54.5%と最も多かった。続いて、「家族の協力」51.6%と「施設で個別リハを受ける理解・了解」49.6%であった（表16）。

老健と通所リハでは、上記と同じ3つを条件としている施設が多かったが、訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」も条件として上位を占めていた。

老健と通所リハでは、「施設で個別リハを受ける理解・了解」、「医療的な器械・器具の配備」、老健と訪問看護では、「家族の協力」を条件としている施設が有意に多かった。

また、老健では「施設の経営・運営的な方針の問題の解決」、通所リハでは「送迎の問題の解決」と「個別リハを実施できるスペースの問題の解決」、訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」と「その他医療機関等との連携の問題の解決」を条件としている施設が有意に多かった。

表 16. 脳血管（就労・復職）の施設別、受け入れのための条件

条件	総数	老健	通所リハ	訪問看護	P値(施設間)
病状の安定	45.9	47.6	45.1	45.5	0.756
施設で個別リハを受ける理解・了解	49.6	54.8	50.0	9.1	<0.001
利用者の意欲	54.5	56.2	53.1	63.6	0.274
家族の協力	51.6	57.8	48.7	54.5	0.015
経済的な問題の解決	20.0	21.2	19.1	25.5	0.443
マンパワーの問題の解決	43.7	45.7	43.0	40.0	0.591
医療的な器械・器具の配備	17.0	16.7	17.9	5.5	0.054
送迎の問題の解決	12.8	8.1	15.6	3.6	<0.001
個別リハを実施できるスペースの問題の解決	9.9	5.9	12.0	5.5	0.002
医学的な管理の問題の解決	25.2	27.4	24.1	25.5	0.506
スタッフの知識・技術の向上	35.8	36.6	36.4	21.8	0.077
施設の経営・運営的な方針の問題の解決	22.1	27.2	20.6	10.9	0.005
リスク管理の補助	28.3	29.3	27.7	30.9	0.808
サポートしてくれる医療機関の存在	36.6	39.5	34.2	52.7	0.011
地域連携/バス	19.1	21.2	18.0	20.0	0.438
急変時の対応	22.1	23.7	21.3	23.6	0.671
医療情報の提供	31.3	32.8	30.8	29.1	0.74
ケアマネとの連携の問題の解決	40.6	40.9	40.4	41.8	0.99
その他医療機関等との連携の問題の解決	14.7	14.2	14.1	27.3	0.03
上記以外	8.2	8.1	7.8	14.5	0.227

6. 脳血管疾患の患者で、機能再建治療（ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法（TMS）など）実施後の例

脳血管（機能再建）を介護側で受け入れる場合に必要となる条件は、「スタッフの知識・技術の向上」が 58.1%と最も多かった。次に多かった条件は、「病状の安定」52.0%と「サポートしてくれる医療機関の存在」50.5%であった（表 17）。

老健と通所リハでは、上記と同じ3つを条件としている施設が多かったが、訪問看護では「医療情報の提供」も条件として上位を占めていた。

老健と通所リハは、「施設で個別リハを受ける理解・了解」を条件としている施設が有意に多かった。

また、老健では「施設の経営・運営的な方針の問題の解決」、通所リハでは「送迎の問題の解決」、訪問看護では「サポートしてくれる医療機関の存在」を条件としている施設が有意に多かった。

表 17. 脳血管（機能再建）の施設別、受け入れのための条件

条件	総数	老健	通所リハ	訪問看護	P値(施設間)
病状の安定	52.0	54.9	50.9	49.2	0.344
施設で個別リハを受ける理解・了解	44.9	49.2	45.3	11.5	<0.001
利用者の意欲	36.0	38.3	35.0	34.4	0.504
家族の協力	30.9	33.9	29.6	31.1	0.304
経済的な問題の解決	12.0	14.1	11.0	13.1	0.284
マンパワーの問題の解決	31.5	32.8	30.9	32.8	0.763
医療的な機械・器具の配備	27.0	27.1	27.9	14.8	0.08
送迎の問題の解決	9.7	3.6	13.1	1.6	<0.001
個別リハを実施できるスペースの問題の解決	6.3	4.9	7.0	4.9	0.347
医学的な管理の問題の解決	45.1	48.7	44.0	37.7	0.133
スタッフの知識・技術の向上	58.1	61.2	56.9	55.7	0.298
施設の経営・運営的な方針の問題の解決	19.4	25.5	17.6	4.9	<0.001
リスク管理の補助	43.6	43.5	42.9	54.1	0.249
サポートしてくれる医療機関の存在	50.5	54.7	47.0	73.8	<0.001
地域連携/バス	10.4	10.2	10.0	16.4	0.292
急変時の対応	35.5	36.2	34.4	45.9	0.193
医療情報の提供	46.2	45.8	45.6	55.7	0.327
ケアマネとの連携の問題の解決	25.0	21.1	26.3	31.1	0.082
その他医療機関等との連携の問題の解決	16.4	18.8	14.9	23.0	0.089
上記以外	1.6	1.6	1.4	3.3	0.536

7. 脳血管疾患の患者で、障害の受容に期間を要している例

脳血管（障害受容）を介護側で受け入れる場合に必要となる条件は、「施設で個別リハを受ける理解・了解」が66.5%と最も多かった。次に多かった条件は、患者側の「利用者の意欲」45.6%や「家族の協力」45.6%を条件としている施設が多かった（表18）。

通所リハでは、上記と同じ3つを条件としている施設が多かったが、老健と訪問看護では「マンパワーの問題の解決」も条件として上位を占めていた。

老健と通所リハでは、「施設で個別リハを受ける理解・了解」を条件としている施設が有意に多かった。

また、老健では「施設の経営・運営的な方針の問題の解決」、通所リハでは「送迎の問題の解決」、訪問看護では「個別リハを実施できるスペースの問題の解決」と「地域連携バス」、「ケアマネとの連携の問題の解決」、「その他医療機関等との連携の問題の解決」を条件としている施設が有意に多かった。

表 18. 脳血管（障害受容）の施設別、受け入れのための条件

条件	総数	老健	通所リハ	訪問看護	P値(施設間)
病状の安定	39.2	39.9	39.1	36.7	0.916
施設で個別リハを受ける理解・了解	66.5	70.1	66.6	30.0	<0.001
利用者の意欲	45.6	41.7	46.6	56.7	0.199
家族の協力	45.6	46.5	44.8	56.7	0.427
経済的な問題の解決	13.5	13.7	13.0	23.3	0.274
マンパワーの問題の解決	42.3	43.2	41.4	56.7	0.248
医療的な機械・器具の配備	12.5	11.1	12.8	16.7	0.607
送迎の問題の解決	16.9	8.9	20.4	6.7	<0.001
個別リハを実施できるスペースの問題の解決	7.2	4.1	8.1	13.3	0.038
医学的な管理の問題の解決	23.3	23.2	23.3	23.3	0.999
スタッフの知識・技術の向上	21.4	24.7	20.3	16.7	0.241
施設の経営・運営的な方針の問題の解決	19.7	27.7	17.1	6.7	<0.001
リスク管理の補助	23.4	22.5	23.5	26.7	0.877
サポートしてくれる医療機関の存在	30.5	32.5	29.2	43.3	0.19
地域連携バス	11.7	11.4	11.1	26.7	0.036
急変時の対応	20.1	22.1	19.1	23.3	0.506
医療情報の提供	32.2	31.7	32.7	26.7	0.765
ケアマネとの連携の問題の解決	39.1	32.5	41.2	50.0	0.023
その他医療機関等との連携の問題の解決	14.1	14.4	13.1	33.3	0.008
上記以外	3.8	5.5	3.0	6.7	0.124

第四節 医療側調査結果、介護側調査結果比較

<1> 医療側と介護側のリハの実施状況について

1. 医療側リハ実施状況

1) 運動器疾患の理由別リハ実施単位数

運動器疾患で医療機関において長期リハ介入が必要となった理由別に、1ヶ月のリハ実施単位数と日数について検討した（表19）。1ヶ月のリハ実施単位数については、理学療法、作業療法、言語療法を合わせた総単位数とした。

その結果、理由別の1ヶ月の実施単位の中央値は、合併症などにより開始が遅れた症例を除いて、すべて13単位であった。また、1ヶ月の実施日数の中央値は、9～13日であった。合併症などを理由としている症例は、他の理由と比較して、実施日数と単位数が多くなっている傾向があった。

運動器疾患で長期的なリハ介入が必要となった症例に対して医療機関では、1ヶ月週3回1日1単位のリハが実施されていた。

表 19. 運動器疾患の理由別 1ヶ月のリハの実施単位数と日数

理由(運動器疾患)		1か月の単位数 (PT・OT・ST)	1か月の 提供日数
骨・関節を含む創傷治癒が遅延したため	平均値	27.5	13.1
	中央値	13	12
疼痛の治癒に時間を要したため	平均値	19.4	11.2
	中央値	13	10
就労・復職・復学などのため	平均値	22.6	11.5
	中央値	13	10
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	平均値	38.5	14.8
	中央値	14	13
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	平均値	38.4	14.7
	中央値	13	13
成長に伴う障害が予想されたため	平均値	16.1	10.4
	中央値	12.5	9
重複障害のため	平均値	25.7	12.5
	中央値	13	12
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	平均値	22.0	12.2
	中央値	13	12
障害の受容に期間を要したため	平均値	25.3	12.3
	中央値	13	11
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	平均値	20.8	13.2
	中央値	13	13
その他	平均値	27.0	11.4
	中央値	12	10

2) 脳血管疾患の理由別リハ実施単位数

脳血管疾患で医療機関において長期リハ介入が必要となった理由別に、1ヶ月のリハ実施単位数と日数について検討した(表20)。1ヶ月のリハ実施単位数については、理学療法、作業療法、言語療法を合わせた総単位数とした。

その結果、1ヶ月の実施単位数の中央値は、理由によって大きなばらつきがあった。障害受容を理由としている症例では1ヶ月13単位、就労・復職では1ヶ月23単位、機能再建治療に伴うリハでは1ヶ月18単位であった。一方、高次機能障害や合併症などによる開始の遅れや標準的なリハの遂行できなかったことを理由としている症例では、リハ専門職が介入している症例が多く、1ヶ月30~36単位と他の理由に比べて実施単位数が多かった。また、1ヶ月の実施日数の中央値は、11~17日であった。

脳血管疾患で長期的なリハ介入が必要となった症例に対して医療機関では、1ヶ月週3~4回で、1日1~2単位のリハが実施されていた。

表20. 脳血管疾患の理由別 1ヶ月のリハの実施単位数と日数

理由(脳血管疾患)		1か月の単位数 (PT・OT・ST)	1か月の 提供日数
就労・復職・復学などのため	平均値	48.1	13.7
	中央値	23	12
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	平均値	65.3	16.9
	中央値	36	17.5
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	平均値	60.9	16.7
	中央値	31	16
高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため	平均値	63.6	15.1
	中央値	30	13
合併症により、医療処置が必要であったため	平均値	58.0	16.7
	中央値	26	15
機能再建治療に伴い、リハが必要となったため	平均値	51.8	13.8
	中央値	18	11
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	平均値	46.8	15.8
	中央値	24	13
重複障害のため	平均値	46.3	14.9
	中央値	20	13
障害の受容に期間を要したため	平均値	46.6	14.0
	中央値	13	13
成長に伴う障害が予想されたため	平均値	49.9	13.5
	中央値	15	11
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	平均値	37.0	13.6
	中央値	13	12
その他	平均値	53.9	14.0
	中央値	19	12

2. 介護側リハ実施状況

医療機関において長期的なりハ介入が必要としている運動器疾患 3 類型と脳血管疾患 4 類型の、介護側で提供した 1 ヶ月のリハ実施単位数について、類型別、施設別に検討した。

1) 類型別リハの実施状況

介護側で提供されているリハの実施単位数を類型別に、多い順に表示した(表 21)。

その結果、すべての類型で 1 ヶ月 8 単位が最も多く、次に 12 単位が多かった。介護側におけるリハの実施状況は、運動器疾患と脳血管疾患の疾患間での違いはほとんど見られなかった。しかし、合併症の類型については、他の類型と比べて実施単位数が多い傾向があった。

表 21. 類型別リハの実施状況

頻度	運動器 (合併症)	運動器 (障害受容)	運動器 (就労・復職)	脳血管 (合併症)	脳血管 (就労・復職)	脳血管 (機能再建)	脳血管 (障害受容)
	単位	単位	単位	単位	単位	単位	単位
1位	8	8	8	8	8	8	8
2位	12	12	12	12	12	12	12
3位	20	13	13	20	13	13	13
4位	16	4	24	24	24	4	24
5位	24	10	16	13	4	16	16

2) 施設別リハの実施状況

通所リハでのリハ実施単位数は、すべての類型で 16 単位以下が全体の 70%以上を占めており、老健や訪問看護と比較して少ない。

老健でのリハの実施単位数は、すべての類型に対して 8 単位、12 単位、20 単位、13 単位と層別化されていた。合併症の類型に対して、脳血管では 17-20 単位提供している施設が最も多かった。

訪問看護でのリハの実施単位数は、通所リハや老健と比べて多い。特に、合併症の類型や就労・復職の類型に対しては、21-24 単位実施している施設が 30% 以上もあった。

表 22. 施設別、類型別リハの実施状況

	1-8単位	9-12単位	13-16単位	17-20単位	21-24単位	25-28単位	29-32単位	33単位以上	合計
運動器(合併症)									
老健	102 17.1%	143 24.0%	83 13.9%	119 20.0%	59 9.9%	36 6.1%	21 3.5%	32 5.4%	595 100.0%
通所リハ	311 31.2%	205 20.6%	225 22.6%	62 6.2%	73 7.3%	21 2.1%	21 2.1%	78 7.8%	996 100.0%
訪問看護	10 8.4%	39 32.8%	18 15.1%	4 3.4%	33 27.7%	1 0.8%	1 0.8%	13 10.9%	119 100.0%
運動器(障害受容)									
老健	261 43.2%	142 23.5%	59 9.8%	65 10.8%	25 4.1%	21 3.5%	11 1.8%	20 3.3%	604 100.0%
通所リハ	771 51.5%	294 19.6%	265 17.7%	23 1.5%	32 2.1%	13 0.9%	7 0.5%	92 6.1%	1497 100.0%
訪問看護	46 27.7%	68 41.0%	14 8.4%	4 2.4%	23 13.9%	0 0.0%	0 0.0%	11 6.6%	166 100.0%
運動器(就労・復職)									
老健	16 28.6%	8 14.3%	10 17.9%	7 12.5%	5 8.9%	5 8.9%	2 3.6%	3 5.4%	56 100.0%
通所リハ	95 37.8%	40 15.9%	58 23.1%	13 5.2%	11 4.4%	7 2.8%	0 0.0%	27 10.8%	251 100.0%
訪問看護	5 11.4%	9 20.5%	5 11.4%	0 0.0%	20 45.5%	0 0.0%	0 0.0%	5 11.4%	44 100.0%
脳血管(合併症)									
老健	78 14.8%	117 22.2%	75 14.2%	121 23.0%	50 9.5%	30 5.7%	18 3.4%	38 7.2%	527 100.0%
通所リハ	258 28.3%	184 20.2%	215 23.6%	65 7.1%	79 8.7%	19 2.1%	11 1.2%	81 8.9%	912 100.0%
訪問看護	9 8.2%	38 34.5%	14 12.7%	2 1.8%	38 34.5%	0 0.0%	1 0.9%	8 7.3%	110 100.0%
脳血管(障害受容)									
老健	134 31.1%	102 23.7%	58 13.5%	61 14.2%	27 6.3%	18 4.2%	7 1.6%	24 5.6%	431 100.0%
通所リハ	453 44.4%	235 23.0%	197 19.3%	21 2.1%	38 3.7%	11 1.1%	9 0.9%	57 5.6%	1021 100.0%
訪問看護	16 12.5%	52 40.6%	10 7.8%	2 1.6%	36 28.1%	1 0.8%	3 2.3%	8 6.3%	128 100.0%
脳血管(就労・復職)									
老健	37 33.9%	17 15.6%	21 19.3%	16 14.7%	8 7.3%	3 2.8%	2 1.8%	5 4.6%	109 100.0%
通所リハ	249 45.9%	111 20.5%	105 19.4%	8 1.5%	24 4.4%	8 1.5%	4 0.7%	33 6.1%	542 100.0%
訪問看護	14 14.6%	27 28.1%	8 8.3%	1 1.0%	33 34.4%	2 2.1%	3 3.1%	8 8.3%	96 100.0%
脳血管(機能再建)									
老健	48 43.6%	22 20.0%	12 10.9%	17 15.5%	2 1.8%	3 2.7%	3 2.7%	3 2.7%	110 100.0%
通所リハ	236 46.9%	115 22.9%	98 19.5%	12 2.4%	11 2.2%	1 0.2%	5 1.0%	25 5.0%	503 100.0%
訪問看護	12 12.1%	36 36.4%	7 7.1%	4 4.0%	24 24.2%	1 1.0%	2 2.0%	13 13.1%	99 100.0%

表 23. (参考資料) 老健における類型別リハ提供単位数

頻度	老健						
	運動器 (合併症)	運動器 (障害受容)	運動器 (就労・復職)	脳血管 (合併症)	脳血管 (就労・復職)	脳血管 (機能再建)	脳血管 (障害受容)
	単位						
1位	12	8	8	20	8	8	8
2位	20	12	13	12	12	12	12
3位	8	20	12	8	20	20	20
4位	24	10	20	24	13	13	13
5位	16	13	24	16	16	4	16

表 24. (参考資料) 通所リハにおける類型別リハ提供単位数

頻度	通所リハ						
	運動器 (合併症)	運動器 (障害受容)	運動器 (就労・復職)	脳血管 (合併症)	脳血管 (就労・復職)	脳血管 (機能再建)	脳血管 (障害受容)
	単位						
1位	8	8	8	8	8	8	8
2位	12	13	13	12	12	12	12
3位	16	12	12	13	13	13	13
4位	13	4	16	16	4	4	4
5位	24	10	4	24	16	16	10

表 25. (参考資料) 訪問看護における類型別リハ提供単位数

頻度	訪問看護						
	運動器 (合併症)	運動器 (障害受容)	運動器 (就労・復職)	脳血管 (合併症)	脳血管 (就労・復職)	脳血管 (機能再建)	脳血管 (障害受容)
	単位						
1位	12	12	24	12	24	12	12
2位	24	8	12	24	12	24	24
3位	16	24	8	16	8	8	8
4位	8	16	16	8	16	16	16
5位	4	10	36	21	30	20	30

3. 医療側と介護側のリハ実施状況の比較

1) 運動器疾患における医療側と介護側のリハ実施状況の比較

運動器疾患で長期リハ介入が必要となった例に対し、医療機関で提供されているリハ実施単位数は、1ヶ月13単位（中央値）であった。それに対して、介護側で提供されているリハ実施単位数は1ヶ月8～12単位が最も多く、医療側で提供されているリハ実施単位数より減少していた。

施設別で比較すると、通所リハでは医療側で提供されているリハ実施単位数より減少している。しかし、合併症の種類では、医療側で提供されているリハ実施単位数と同等、もしくは2倍近く提供している施設が多く、老健では43.8%、訪問看護では46.1%あった。また、訪問看護では、就労・復職の種類に対しても、医療の2倍近い単位数が提供されていた。

2) 脳血管疾患における医療側と介護側のリハ実施状況の比較

脳血管疾患で長期リハ介入が必要となった例に対し、医療機関で提供されているリハ実施単位数（中央値）は、合併症の種類で1ヶ月31単位と最も多く、障害受容の種類で13単位、就労・復職の種類で23単位、機能再建の種類で18単位であった。それに対して、介護側で提供されているリハ実施単位数は1ヶ月8～13単位が最も多く、障害受容の種類以外は医療側で提供されているリハ実施単位数より大幅に減少していた。

施設別で比較すると、通所リハでは医療側で提供されているリハ実施単位数よりすべての種類で減少していた。しかし、老健では、障害受容の種類や機能再建の種類に対して、医療側で提供されているリハの実施単位数と同等もしくはそれ以上を提供している施設がある。また、訪問看護では、合併症の種類以外は、医療側で提供されているリハの実施単位数と同等もしくはそれ以上を提供している施設があった。

<2>医療側と介護側の評価指標

1. 医療側で用いられている評価指標について

医療側で用いられている評価指標を、利用率の高い順に表示した（表26）。その結果、ROM、MMT、ADL指標、基本動作、形態測定など、リハ専門職が臨床現場で自ら行える評価が上位を占めていた。また、医療側の特徴として、画像（X線・CT・MRI）や意識障害（JCS・GCSなど）、酸素飽和度なども評価に多く用いられていた。

表 26. 医療側で用いられている評価指標の使用率

本調査の対象となった医療機関で 50%以上用いられていた評価指標を表示

	医療側の評価指標	%
1	ROM	95.5
2	MMT	95.0
3	ADL指標 (BarthelIndex、FIMなど)	89.9
4	基本動作	80.5
5	形態測定 (BMI、四肢周径など)	75.9
6	ブルンストローム・ステージ	73.7
7	神経内科的検査 (腱反射、病的反射を含む)	68.1
8	知的機能 (MMSE、HDS-Rなど)	62.1
9	胸部X線	60.7
10	CT・MRI	57.4
11	意識障害 (JCS、GCSなど)	56.6
12	半側空間無視 (線分抹消テスト、線分二等分線テストなど)	54.9
13	酸素飽和度	54.2
14	家屋評価	54.1

2. 介護側で用いられている評価指標について

介護側で用いられている評価指標を多い順に表示した (表 27)。その結果、医療と同様に ROM、MMT、ブルンストローム・ステージ、ADL 指標、基本動作など、リハ専門職が臨床現場で自ら行える評価が上位を占めていた。また、介護側の特徴として、医療側と比べて家屋評価が多く用いられていた。

表 27. 介護側で用いられている評価指標の使用率

本調査の対象となった介護施設で 50%以上用いられていた評価指標を表示

	介護側の評価指標	%
1	ROM	92.9
2	MMT	89.8
3	ブルンストローム・ステージ	85.6
4	ADL指標 (BarthelIndex、FIMなど)	83.0
5	基本動作	82.4
6	知的機能 (MMSE、HDS-Rなど)	81.0
7	家屋評価	76.5
8	半側空間無視 (線分抹消テスト、線分二等分線テストなど)	61.6
9	形態測定 (BMI、四肢周径など)	58.2
10	神経内科的検査 (腱反射、病的反射を含む)	56.5

3. 医療側と介護側で用いられている評価指標の違いについて

医療側と介護側で用いられている評価指標の違いを検討した(表 28)。医療側との比較で、使用率に 10%以上の差があった介護側の評価指標は、家屋評価、知的機能、ブルンストローム・ステージであった。一方、介護側に比べ、医療側で多く用いられていた評価指標は、画像(X線・CT・MRI)や生化学検査、心エコー、呼吸機能検査、活動量、負荷心電図などであった。

表 28. 医療側と介護側で用いられている評価指標の使用率の差

* 差が+ : 介護側より医療側で多く使用されている評価

差が- : 医療側より介護側で多く使用されている評価

評価指標	医療側	介護側	差
CT・MRI	57.4	14.2	43.2
胸部X線	60.7	20.8	39.9
生化学検査	47.2	19.8	27.4
心エコー	30.2	5.4	24.8
呼吸機能テスト(スパイロメータなど)	27.6	4.1	23.5
活動量	39.0	18.3	20.7
形態測定(BMI、四肢周径など)	75.9	58.2	17.7
記憶障害(リバーミード行動記憶検査、三宅式記名検査など)	29.3	13.6	15.7
負荷心電図	21.4	7.0	14.4
遂行機能障害(Frontalassessmentbatteryなど)	22.2	8.9	13.3
神経内科的検査(腱反射、病的反射を含む)	68.1	56.5	11.6
失行症(標準高次動作性検査など)	37.4	26.4	11.0
その他	13.0	2.2	10.8
意識障害(JCS、GCSなど)	56.6	46.6	10.0
生活空間の広がり(LSAなど)	13.3	4.7	8.6
酸素飽和度	54.2	45.9	8.3
IADL	38.5	30.6	7.9
失語症(標準失語症検査など)	38.4	30.5	7.9
ADL指標(BarthelIndex、FIMなど)	89.9	83.0	6.9
うつ(GDSなど)	14.3	8.4	5.9
注意障害(Trailmakingtest、星印抹消など)	41.1	35.7	5.4
MMT	95.0	89.8	5.2
介護負担尺度	13.8	9.3	4.5
健康関連QOL	19.6	16.0	3.6
ROM	95.5	92.9	2.6
嚥下障害(水飲みテストなど)	43.1	42.7	0.4
基本動作	80.5	82.4	-1.9
半側空間無視(線分抹消テスト、線分二等分線テストなど)	54.9	61.6	-6.7
ブルンストローム・ステージ	73.7	85.6	-11.9
知的機能(MMSE、HDS-Rなど)	62.1	81.0	-18.9
家屋評価	54.1	76.5	-22.4

第3章 考察

<1>長期リハ介入が有効であった患者の特徴について

長期リハ介入が有効であった患者について、一つは、医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある類型が考えられた。長期リハ介入を必要とした理由のうち「リハ開始の遅れ」や「標準的なリハが遂行できなかった」回答をみると、最終的に終了に繋がる割合も比較的高い。つまり、長期リハ介入患者には、医療リハ開始の遅れや標準的な治療計画の適用困難により標準的算定日数を超え、医療リハによる改善が期待できる患者像が含まれると考えられる。

次に、介護保険に馴染みにくく、高度な医療管理が必要で介護側に設備や治療方法等が十分でないために医療保険に留まる類型が考えられた。これらには機能再建治療の後、継続的な医療的フォローが必要である場合や、呼吸不全、心不全などの合併症により一般的な運動中止要件に該当するなど、不測の事態に対応できる医療機関でなければ、リハを提供できない状態像が一定数ある事が分かった。こういったケースは、医療的な設備や知識が必要となるため、介護保険サービスのみでの対応は困難と考えられた。また、65歳を超える高齢者であっても、就労・復職支援を理由に長期リハ介入を必要とする例もあり、就労支援専門機関との連携や、受け入れ先の職場等との調整のためのアウトリーチ機能が、介護側サービス提供事業所に必要ではないかと考えられた。現状では、介護保険が住まいにおける生活機能の支援を目的としており、利用者の復職といった社会的な広がりや直接支援することを想定されていないので、単純に介護保険に移行すると社会的な自立を促すリハが手薄となると考えられ、引き続き医療保険に留まることが妥当では無いかと考えられる。

最後に、回復そのものが遷延し、さらに医学的なリハが必要な群が考えられた。運動器疾患、脳血管疾患に関わらず、合併症や重複障害、高次脳機能障害などにより、長期のリハ介入を必要とする例があり、一方、介護側では、病状の安定がなされなければ受け入れが難しいとしている。こうした標準的なリハサービスに載りにくい症例では、引き続き医療保険でのリハサービスの提供が必要ではないかと考えられる。とはいえ、本調査の結果、こうした例でも約30%は終了に至っており、無期限の有効性の確認できないリハサービスを提供し続けているわけではないことが明らかになった。

これらから、長期リハ介入が有効である状態像は、①医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある群、②高度な医療管理が必要で、介護側での設備・治療方法等が十分に対応できず医療保険に留まる群、③回復そのものが遷延し、さらに医学的なリハが必要な群であると考えられた。

<2>疾患類型別の介護保険側での受け入れのための条件について

医療機関において長期的なリハ介入が必要となっている 7 類型を運動器疾患と脳血管疾患に分けて、介護側で受け入れる場合に必要となる条件について検討した。その結果、運動器疾患と脳血管疾患による条件の違いより、むしろ合併症、障害受容、就労・復職、機能再建などの類型による違いを認めた。よって、以降はこの 4 つの障害類型ごとの考察を行う。

合併症などにより、医療機関において標準的なリハが遂行できなかった類型を介護側で受け入れる場合、患者の病状の安定、医学的な管理（リスク管理の補助や急変時の対応など）が条件として挙げられている。運動器疾患、脳血管疾患問わず、医学的な処置が必要な利用者の受け入れは困難である事を示している。このような類型が介護側でリハを継続していくためには、医療機関との密接な連携が必要であると思われる。また、こうした例では、医療機関においても多職種の関わりを必要としていることから、作業療法士や言語聴覚士、管理栄養士など多職種の配置や職員の増員といったマンパワーの整備が必要になると考えられる。今回の調査では明らかにすることができなかったが、どのような合併症（胃瘻有無、呼吸器系、循環器系など）が長期リハ介入を必要とするのか、またその頻度を明らかにすべく、タイムスタディなどのさらなる調査研究を行い、介護側で受け入れる場合の条件整備を行っていくことが必要と考えられる。

障害の受容に期間を要している類型を介護側で受け入れる場合の問題として、患者自身が医療機関でのリハの継続を強く望むことが多く、介護でのリハの継続に理解や了解を得ることが難しいことが挙げられている。この原因として、医療施設と介護施設で提供されているリハの実施単位数や内容の違いが考えられる。今後は、介護側に移行していく患者の医療側でのリハ提供の在り方（提供時間や内容）を検討していかなければならないと思われる。また、本調査の主目的からはそれるが、運動器の疾患で介護保険が利用できない 40~64 歳の患者や介護保険の適用とならない（通院可能な生活レベル）高齢者がリハを継続していく施設がないことも課題であると思われる。

就労・復職・復学などを必要としている類型は、中年期や前期高齢者に多く見られる。よって、運動器疾患では介護保険の適用とならない患者が多く、医療施設で就労・復職を目指してリハを継続せざるを得ない。一方、脳血管疾患では介護保険の対象となるため、介護側での受け入れの可能性は高いと考えられる。しかし、就労・復職の類型を介護側で受け入れる場合、就労へ向けた支援を行うのは通常の業務の範囲を超えることから、新たな職種の配置、スペースの確保も課題となると思われる。また、こうした多職種の配置や就労先や諸機関との連携には、施設の経営・運営的な方針が大きく影響すると考えられ、受け入れのための報酬の裏付けが必要と考えられる。

機能再建治療（ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法（TMS）など）実施後の類型を介護側で受け入れる場合、介護側のリハ専門職の教育や医療機器の配備など環境整備を行うとともに、サポートしてくれる医療機関や医師と

の連携が必須となる。これらの環境整備を介護側に求めることは現状では難しく、機能再建の類型については、医療機関においてリハを継続していくことが望ましいと考えられる。

＜3＞施設間（老健・通所リハ・訪問看護）での受け入れのための条件の違いについて

本調査の 7 類型を介護側で受け入れる場合、すべての類型に共通していた条件は、老健と通所リハは施設で個別リハを受ける理解・了解、老健では施設の経営・運営的な方針の問題の解決、通所リハでは送迎問題の解決、訪問看護ではサポートしてくれる医療機関の存在、ケアマネとの連携の問題の解決であり、施設ごとの解決すべき問題点や受け入れに必要な条件が異なることが明らかとなった。

＜4＞医療側と介護側のリハの実施状況について

類型別に医療側で提供されているリハの実施単位数と介護側で提供されているリハの実施単位数を比較した。その結果、介護側で提供されているリハの実施単位数は、医療側で提供されている実施単位数より少なかった。しかし、これが妥当であるのかどうかについては、介護で行われているリハの目的によって判断しなければならない。なぜなら、リハの目的が維持やリハ終了に向けた調整であるならば、徐々に提供単位数を減らしていくことも必要な手法と考えられるからである。一方、治療や機能向上が目的であるならば、医療と同等もしくはそれ以上の提供単位数が必要になると考えられ、必要にもかかわらず制限されていると判断すべきである。介護側の調査結果は、報酬が支払われる単位数内で実施する傾向が示されており、必要なのに行っていないのか、これで十分なのかについてさらなる調査が必要であると考えられた。

施設間でもリハの実施状況に違いがあった。通所リハでは、すべての類型において医療で提供されているリハ実施単位数より減少していた。今回の調査で示した 7 つの類型に対して、通所リハでリハを継続していくことは、現状では難しいことが示唆された。

一方で、老健や訪問看護における障害受容に対するリハや、訪問看護における就労や復職を目的としたリハの実施単位数は、医療と同等もしくはそれ以上が提供されていた。今後は、これらの類型について、老健や訪問看護でリハを継続していくことを検討する必要があると思われる。また、合併症の類型に対する介護側でのリハ実施単位数は、医療より減少しているが、本調査の 7 類型の中では提供単位数が多かった。今後は、このような類型に対しても、介護側でリハを継続していくことを模索する必要がある。

<5>医療側と介護側の評価指標

医療側と介護側で用いられている評価には、リハの初期評価や経過、治療効果の評価するうえで重要となる ROM、MMT、ADL 指標、基本動作、形態測定、ブルンストローム・ステージ、神経内科的検査、知的機能が共通して多く用いられていた。これらの評価は、リハ専門職が自ら行える評価でもあるため、医療と介護を問わず多く用いられていると思われる。

一方、医療側では、画像（X 線・CT・MRI）や生化学検査、心エコー、呼吸機能検査、負荷心電図などの評価も多く用いられていたが、介護ではほとんど用いられていなかった。その原因のひとつに、介護側でこれらの検査を行うことや検査結果を入手することは難しいため、評価に用いられにくくなっていると思われる。しかし、これらの評価はリスク管理という点からも重要であり、これらの情報が介護側でも共有されることが望ましいと思われる。

次に、介護側と医療側で多く用いられている上位 10 の評価指標は、ほぼ同じであった。唯一、医療側との使用率に大きな差があった評価指標は、家屋評価であった。介護におけるリハの評価が、医療と同じ身体機能評価（ROM、MMT、形態測定、神経内科的検査）に集中していることが示唆された。介護側では、日常生活動作や生活活動、社会活動、精神状態、介護負担度といった生活全般を広く評価する必要がある。今回の調査結果では、IADL や健康関連 QOL、生活空間の広がり、介護負担尺度が介護側よりも医療側で多く用いられていた。今後は、介護におけるリハの効果をどのように評価していくかを考え、医療側との差別化を図っていく必要があると思われる。

第4章 資料

主な調査結果

表 29. 医療機関において、運動器疾患で長期リハ介入を必要とした理由 (n = 1,457)

理由	骨・関節を含む創傷が遷延したため	疼痛の治療に時間を要したため	就労・復職・復学などのため	合併症などにより、リハの開始が遅れたため	合併症などにより標準的なリハが遂行できなかったため	成長に伴う障害が予想されたため	重複障害のため	介護保険等による地域のリハサービスマス資源が不足しているため	障害の受容に期間を要したため	一般的な運動中止基準に該当し介護保険サービスの適用となりにくい	その他	無回答
該当数	898	1180	521	436	561	88	753	442	364	200	346	0
割合	61.6%	81.0%	35.8%	29.9%	38.5%	6.0%	51.7%	30.3%	25.0%	13.7%	23.7%	0.0%

表 30. 運動器疾患患者で、長期リハ介入が最も有効であった患者の年齢分布 (n = 1,457)

年齢	20歳未満	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	無回答
該当数	44	36	72	119	171	239	755	21
割合	3.0%	2.5%	4.9%	8.2%	11.7%	16.4%	51.8%	1.4%

表 31. 運動器疾患患者で、長期リハ介入を行ったことによる客観的な改善効果を認めた割合 (n = 1,457)

	認めた	認めなかった	無回答
該当数	1326	110	21
割合	91.0%	7.5%	1.4%

表 32. 運動器疾患患者で、長期リハ介入が最も有効であった患者に対し、実際に使用した、もしくはリスク管理のために配備しており意義があった機械・器具

(n = 1,457)

	酸素供給装置	血圧計	平行棒	除細動器	傾斜台	心電図モニター装置	姿勢矯正用鏡	トレッドミル	エルゴメータ	車椅子	各種器具(長・短下肢器具等)
該当数	31	539	600	7	91	19	317	73	285	359	179
割合	2.1%	37.0%	41.2%	0.5%	6.2%	1.3%	21.8%	5.0%	19.6%	24.6%	12.3%

	救急カート	家事用設備	各種歩行補助具	各種日常生活動作用設備	呼吸機能検査機器	血ガス検査機器	砂嚢などの重錘	各種杖	各種物理療法機器	その他	無回答
該当数	9	39	435	131	19	24	338	479	616	119	193
割合	0.6%	2.7%	29.9%	9.0%	1.3%	1.6%	23.2%	32.9%	42.3%	8.2%	13.2%

表 33. 運動器疾患患者で、長期リハ介入が最も有効であった患者に関与した専門職 (n = 1,457)

	医師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医療ソーシャルワーカー	臨床心理士	歯科医
該当数	1423	1238	1397	375	28	317	9	30
割合	97.7%	85.0%	95.9%	25.7%	1.9%	21.8%	0.6%	2.1%

	歯科衛生士	管理栄養士	薬剤師	義肢装具士	介護支援専門員	介護職	その他	無回答
該当数	33	277	457	205	218	370	64	16
割合	2.3%	19.0%	31.4%	14.1%	15.0%	25.4%	4.4%	1.1%

表 34. 医療機関において、脳血管疾患で長期リハ介入を必要とした理由 (n = 1,020)

理由	就労・復職などのため	合併症などにより、リハの開始が遅れたため	合併症などにより標準的なリハが遂行できなかったため	高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため	合併症により、医療処置が必要であったため	機能再建治療に伴い、リハが必要となったため	一般的な運動中止基準に該当し介護保険サービスの適用とにくい	重複障害のため	障害の受容に期間を要したため	成長に伴う障害が予想されたため	介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	その他	無回答
該当数	336	351	437	670	334	122	216	482	345	80	429	319	6
割合	32.9%	34.4%	42.8%	65.7%	32.7%	12.0%	21.2%	47.3%	33.8%	7.8%	42.1%	31.3%	0.6%

表 35. 脳血管疾患患者で、長期リハ介入が最も有効であった患者の年齢分布 (n = 1,020)

年齢	20歳未満	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	無回答
該当数	35	35	44	84	124	250	430	18
割合	3.4%	3.4%	4.3%	8.2%	12.2%	24.5%	42.2%	1.8%

表 36. 脳血管疾患患者で、長期リハ介入を行ったことによる客観的な改善効果を認めた割合 (n = 1,020)

	認めた	認めなかった	無回答
該当数	884	115	21
割合	86.7%	11.3%	2.1%

表 37. 脳血管疾患患者で、長期リハ介入が最も有効であった患者に対し、実際に使用した、もしくはリスク管理のために配備しており意義があった機械・器具 (n = 1,020)

	酸素供給装置	血圧計	平行棒	除細動器	傾斜台	心電図モニター装置	姿勢矯正用鏡	トレッドミル	エルゴメータ	車椅子	各種装具(長・短下肢装具等)
該当数	68	685	556	9	131	30	312	53	153	507	335
割合	6.7%	67.2%	54.5%	0.9%	12.8%	2.9%	30.6%	5.2%	15.0%	49.7%	32.8%

	救急カート	家事用設備	各種歩行補助具	各種日常生活動作用設備	呼吸機能検査機器	血ガス検査機器	砂囊などの重錘	各種杖	各種物理療法機器	その他	無回答
該当数	16	66	414	214	37	38	174	430	231	71	60
割合	1.6%	6.5%	40.6%	21.0%	3.6%	3.7%	17.1%	42.2%	22.6%	7.0%	5.9%

表 38. 脳血管疾患患者で、長期リハ介入が最も有効であった患者に関与した専門職 (n = 1020)

	医師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医療ソーシャルワーカー	臨床心理士	歯科医
該当数	995	891	963	614	402	489	27	44
割合	97.5%	87.4%	94.4%	60.2%	39.4%	47.9%	2.6%	4.3%

	歯科衛生士	管理栄養士	薬剤師	義肢装具士	介護支援専門員	介護職	その他	無回答
該当数	52	388	474	242	320	442	38	15
割合	5.1%	38.0%	46.5%	23.7%	31.4%	43.3%	3.7%	1.5%

表 39. 医療機関で、一年間にリハを提供した入院患者の実人数 (n = 1,936)

	0人	1～49人	50～99人	100～199人	200～299人	300～399人	400～499人	500～599人
該当数	489	73	91	130	104	82	78	57
割合	25.3%	3.8%	4.7%	6.7%	5.4%	4.2%	4.0%	2.9%

	600～699人	700～799人	800～899人	900～999人	1000～1999人	2000～2999人	3000人以上	無回答
該当数	48	42	27	17	109	44	104	441
割合	2.5%	2.2%	1.4%	0.9%	5.6%	2.3%	5.4%	22.8%

表 40. 医療機関で、一年間にリハを提供した外来患者の実人数 (n = 1,936)

	0人	1～49人	50～99人	100～199人	200～299人	300～399人	400～499人	500～599人
該当数	47	276	170	200	119	84	39	65
割合	2.4%	14.3%	8.8%	10.3%	6.1%	4.3%	2.0%	3.4%

	600～699人	700～799人	800～899人	900～999人	1000～1999人	2000～2999人	3000人以上	外来なし	無回答
該当数	36	28	33	17	122	53	195	167	285
割合	1.9%	1.4%	1.7%	0.9%	6.3%	2.7%	10.1%	8.6%	14.7%

表 41. 医療機関で、一年間に標準的算定日数を超えてリハを提供した入院患者の実人数 (n = 1,936)

	0人	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50人以上	無回答
該当数	684	168	112	86	51	42	272	521
割合	35.3%	8.7%	5.8%	4.4%	2.6%	2.2%	14.0%	26.9%

表 42. 医療機関で、一年間に標準的算定日数を超えてリハを提供した外来患者の実人数 (n = 1,936)

	0人	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50人以上	外来なし	無回答
該当数	224	234	150	102	75	66	573	167	345
割合	11.6%	12.1%	7.7%	5.3%	3.9%	3.4%	29.6%	8.6%	17.8%

表 43. 医療機関で、一年間に標準的算定日数を超えてリハを提供した入院患者の割合 (n = 1,936)

	0%	1～9%	10～19%	20～29%	30～39%	40～49%	50～59%	60～69%	70～79%	80～89%	90～99%	100%	無回答
該当数	715	318	112	71	47	27	16	20	10	16	15	11	558
割合	36.9%	16.4%	5.8%	3.7%	2.4%	1.4%	0.8%	1.0%	0.5%	0.8%	0.8%	0.6%	28.8%

表 44. 医療機関で、一年間に標準的算定日数を超えてリハを提供した外来患者の割合 (n = 1,936)

	0%	1～9%	10～19%	20～29%	30～39%	40～49%	50～59%	60～69%	70～79%	80～89%	90～99%	100%	外来なし	無回答
該当数	254	282	186	134	113	83	74	75	68	47	28	42	167	383
割合	13.1%	14.6%	9.6%	6.9%	5.8%	4.3%	3.8%	3.9%	3.5%	2.4%	1.4%	2.2%	8.6%	19.8%

表 45. 医療側施設で使用している評価指標

(n = 1,936)

	ADL指標 (BarthelIn dex、FIMな ど)	IADL	ROM	MMT	ブルンスト ローム・ス テージ	神経内科的 検査(腱反 射、病的反 射を含む)	意識障害 (JCS、GCS など)	知的機能 (MMSE、 HDS-Rなど)	半側空間無 視(線分抹 消テスト、 線分二等分 線テストな ど)	失行症(標 準高次動作 性検査な ど)	注意障害 (Trailmaki ngtest、星 印抹消な ど)
該当数	1741	746	1848	1840	1426	1319	1096	1203	1062	724	795
割合	89.9%	38.5%	95.5%	95.0%	73.7%	68.1%	56.6%	62.1%	54.9%	37.4%	41.1%
	記憶障害 (リバー ミード行動 記憶検査、 三宅式記名 検査など)	遂行機能障 害 (Frontalass essmentbatt eryなど)	失語症(標 準失語症検 査など)	嚥下障害 (水飲みテ ストなど)	生化学検査	負荷心電図	心エコー	酸素飽和度	胸部X線	CT・MRI	呼吸機能テ スト(スバ イロメータ など)
該当数	567	429	743	834	913	415	585	1050	1175	1112	534
割合	29.3%	22.2%	38.4%	43.1%	47.2%	21.4%	30.2%	54.2%	60.7%	57.4%	27.6%
	基本動作	健康関連QOL	うつ(GDSな ど)	形態測定 (BMI、四肢 周径など)	家屋評価	介護負担尺 度	生活空間の 広がり(LSA など)	活動量	その他	評価を行っ ていない	無回答
該当数	1559	379	276	1469	1047	267	257	755	251	13	24
割合	80.5%	19.6%	14.3%	75.9%	54.1%	13.8%	13.3%	39.0%	13.0%	0.7%	1.2%

表 46. 医療側施設に勤務する専門理学療法士数

(n = 1,936)

	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答
該当数	1537	120	46	13	8	14	198
割合	79.4%	6.2%	2.4%	0.7%	0.4%	0.7%	10.2%

表 47. 医療側施設に勤務する認定理学療法士数

(n = 1,936)

	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答
該当数	1556	106	26	15	8	7	218
割合	80.4%	5.5%	1.3%	0.8%	0.4%	0.4%	11.3%

表 48. 介護側施設の設備として配備している機械・器具 (n = 4,086)

	酸素供給装置	血圧計	平行棒	除細動器	傾斜台	心電図モニター装置	姿勢矯正用鏡	トレッドミル	エルゴメータ	車椅子
該当数	1992	4028	3675	1888	1335	1137	2680	519	2863	3877
割合	48.8%	98.6%	89.9%	46.2%	32.7%	27.8%	65.6%	12.7%	70.1%	94.9%

	各種器具(長・短下肢器具等)	救急カート	家事用設備	各種歩行補助具	各種日常生活動作用設備	呼吸機能検査機器	血ガス検査機器	砂嚢などの重錘	各種杖	各種物理療法機器	無回答
該当数	1803	2015	939	3627	1292	329	376	3475	3744	3114	26
割合	44.1%	49.3%	23.0%	88.8%	31.6%	8.1%	9.2%	85.0%	91.6%	76.2%	0.6%

表 49. 介護側施設で使用している評価指標 (n = 4,086)

	ADL指標(BarthelIndex、FIMなど)	IADL	ROM	MMT	ブルンストローム・ステージ	神経内科的検査(腱反射、病的反射を含む)	意識障害(JCS、GCSなど)	知的機能(MMSE、HDS-Rなど)	半側空間無視(線分抹消テスト、線分二等分線テストなど)	失行症(標準高次動作性検査など)	注意障害(Trailmakingtest、星印抹消など)
該当数	3392	1250	3797	3670	3496	2307	1905	3308	2515	1080	1459
割合	83.0%	30.6%	92.9%	89.8%	85.6%	56.5%	46.6%	81.0%	61.6%	26.4%	35.7%

	記憶障害(リバーミード行動記憶検査、三宅式記名検査など)	遂行機能障害(Frontalassessmentbatteryなど)	失語症(標準失語症検査など)	嚥下障害(水飲みテストなど)	構音障害(標準ディクスリア検査など)	生化学検査	負荷心電図	心エコー	酸素飽和度	胸部X線	CT・MRI
該当数	557	364	1248	1743	864	808	285	219	1877	848	582
割合	13.6%	8.9%	30.5%	42.7%	21.1%	19.8%	7.0%	5.4%	45.9%	20.8%	14.2%

	呼吸機能テスト(スパイロメータなど)	基本動作	健康関連QOL	うつ(GDSなど)	形態測定(BMI、四肢周径など)	家屋評価	介護負担尺度	生活空間の広がり(LSAなど)	活動量	その他	無回答
該当数	169	3365	652	342	2380	3124	379	191	748	88	47
割合	4.1%	82.4%	16.0%	8.4%	58.2%	76.5%	9.3%	4.7%	18.3%	2.2%	1.2%

表 50. 介護側施設に勤務する専門理学療法士数 (n = 4,086)

	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答
該当数	3203	200	99	58	24	39	463
割合	78.4%	4.9%	2.4%	1.4%	0.6%	1.0%	11.3%

表 51. 介護側施設に勤務する認定理学療法士数 (n = 4,086)

	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答
該当数	3266	131	40	13	5	10	621
割合	79.9%	3.2%	1.0%	0.3%	0.1%	0.2%	15.2%

◆ リハビリテーションのあり方に関する調査 ◆

● 調査へのご協力をお願い

この調査は、リハビリテーション提供体制における医療から介護への円滑な移行を実現し、患者の状態に応じて適切にリハビリテーションを提供する環境を構築するための基礎資料を作成するために実施します。特に、標準的算定日数を超えて医学的リハビリテーションの提供が必要な疾患、病態像を明らかにすることを目的としています。

皆さんにお使いいただく基礎資料の作成のためには、高い回収率が必要です。お手数ですが、ご覧いただいたときに記入し、投函いただきたくお願い申し上げます。

ご回答はすべて数字として統計的に処理いたしますので、個々の方の回答が外部にもれることは、決してございません。

ご多忙中、誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。なお、回答をもって、調査にご同意いただいただけではありません。

ご記入がお済みになりましたら、返送用封筒に入れて、**平成 24 年 10 月 22 日（月）までに**、ご投函くださいますようお願い申し上げます。

● ご回答いただくにあたっては、リハビリテーション部門の責任者の方がご回答くださいますようお願いいたします。

※ 調査の実施は世論調査や市場調査を専門とする一般社団法人 中央調査社に委託しております。回答方法等に関するお問い合わせにつきましては、下記までご連絡ください。

〒104-0061 東京都中央区銀座 6-16-12

一般社団法人 中央調査社 管理部

<http://www.crs.or.jp>

電話番号 03-3549-3125

フリーダイヤル 0120-48-5351（平日 9 時～17 時）

調査の企画・分析：公益社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

電話番号 03-6804-1422 担当：吉田、森

* 本質問紙においては、難病などの除外規定に関わらず、運動器疾患リハビリテーション料ではリハビリテーション起算日から 150 日、脳血管疾患等リハビリテーション料ではリハビリテーション起算日から 180 日を標準的算定日数とします。以下、それに基づいてお答えください。

ここからは、運動器疾患リハビリテーション料を取得されている施設の方にお聞きます。取得されていない施設の方は、5 ページへお進みください。

1. 運動器疾患リハビリテーションについて

この問は、150 日を超えて医学的リハビリテーションが必要な患者の疾患、病態像を明らかにするとともに、この患者に必要な評価、治療量を明らかにすることを目的としています。

問 1. 平成 23 年 9 月 1 日から平成 24 年 8 月 31 日までの間に、150 日を超えて運動器疾患リハビリテーション料を算定したこと(入院・外来を問わない)はありませんか。

1. ある 2. ない → 5 ページへお進みください

問 2. 「1. ある」と答えた方にお聞きます。150 日を超えてリハビリテーションを必要とした理由は何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 骨・関節を含む創傷治癒が遅延したため
2. 疼痛の治癒に時間を要したため
3. 就労・復職・復学などのため
4. 合併症などにより、リハビリテーションの開始が遅れたため
5. 合併症などにより、標準的なリハビリテーションが遂行できなかつたため
6. 成長に伴う障害が予想されたため
7. 重複障害のため
8. 介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため
9. 障害の受容に期間を要したため
10. 呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため
介護保険サービスの適用となりにくいため
11. その他 ()

● ここからは、前記の患者のうち150日を超えてリハビリテーションを提供することが最も有効であったお一人についてお答えください。

問3. この患者の主たる疾患に、ICD-10に基づく疾患分類(12ページ表1)で該当するものを1つ選び、その番号を下記にご記入ください。

--

問4. この患者が、150日を超えてリハビリテーションを必要とした理由は何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 骨・関節を含む創傷治癒が遅延したため
2. 疼痛の治癒に時間を要したため
3. 就労・復職・復学などのため
4. 合併症などにより、リハビリテーションの開始が遅れたため
5. 合併症などにより、標準的なリハビリテーションが遂行できなかったため
6. 成長に伴う障害が予想されたため
7. 重複障害のため
8. 介護保険等による地域のリハサービスマネジメントが不足しているため
9. 障害の受容に時間を要したため
10. 呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため
11. その他 ()

問5. この患者の原疾患名をお答えください。

()

問6. この患者の原疾患に対して、過去に手術が行われたことがありますか。(○はいとつ)

1. ある
2. ない
3. わからない

問7. この患者の年齢をお答えください。

	歳
--	---

問8. この患者に150日を超えてリハビリテーションを提供することによって、客観的な改善効果を認めましたか。

1. はい
2. いいえ

問9. 「1. はい」と答えた方におたずねします。その効果はどのような指標で測定しましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. ADL 指標 (Barthel Index, FIM など)
2. IADL
3. ROM
4. MMT
5. プルンストローム・ステージ
6. 神経内科的検査 (腱反射、病的反射を含む)
7. 意識障害 (JCS, GCS など)
8. 知的機能 (MMSE, HDS-R など)
9. 半側空間無視
10. 失行症 (標準高次動作性検査など)
11. 注意障害 (Trail making test, 星印抹消など)
12. 記憶障害 (リハミード行動記憶検査、三式記名検査など)
13. 遂行機能障害 (Frontal assessment battery など)
14. 失語症 (標準失語症検査など)
15. 嚥下障害 (水飲みテストなど)
16. 生化学検査
17. 負荷心電図
18. 心エコー
19. 酸素飽和度
20. 胸部X線
21. CT・MRI
22. 呼吸機能テスト (スパイロメータなど)
23. 基本動作
24. 健康関連 QOL
25. うつ (GDS など)
26. 形態測定 (BMI, 四肢周径など)
27. 家屋評価
28. 介護負担尺度
29. 生活空間の広がり (LSA など)
30. 活動量
31. その他 ()

問10. この患者は手術日(または発症日)から何日目にリハビリを開始しましたか。

	日目
--	----

問11. この患者は手術日(または発症日)から何日目にリハビリを終了しましたか。なお、まだ継続中の場合は現在の日数をお答えください。

1. 終了した →

	日目
--	----
2. 継続中 →

	日目
--	----

問12. この患者の合併症や併存症の数をお答えください。

	個
--	---

問13. この患者が150日を超えてリハビリテーションを行っていたのは入院・外来のどちらですか。あてはまるものを選び、○をつけてください。(○はいとつ)

1. 入院
2. 外来
3. 入院・外来の両方

問 14. この患者に対し、150 日を超えてリハビリテーションを提供した期間のうち、最も多く単位数を算定した月に関してお伺いします。この月は何単位リハビリテーションを提供しましたか。
PT、OT、ST の別にご記入ください。ただし、疾患別リハビリテーション料についてのみご記入ください。

a. P T	→		単位
b. O T	→		単位
c. S T	→		単位

問 15. この患者には、問 14 と同じ月に何日リハビリテーションを提供しましたか。

日

問 16. この患者にリハビリテーションを提供するにあたり、実際に使用した、もしくはリスク管理のために配備しており意義があった機械・器具はありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 酸素供給装置	11. 各種器具 (長・短下肢器具等)
2. 血圧計	12. 救急カート
3. 平行棒	13. 家事用設備
4. 除細動器	14. 各種歩行補助具
5. 傾斜台	15. 各種日常生活動作作用設備
6. 心電図モニター装置	16. 呼吸機能検査機器
7. 姿勢矯正用鏡	17. 血圧ガス検査機器
8. トレッドミル	18. 砂囊などの重錘
9. エルゴメータ	19. 各種杖
10. 車椅子	20. 各種物理療法機器
	21. その他 ()

問 17. この患者に関与した専門職をすべて選び、○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 医師	11. 薬剤師
2. 看護師	12. 義肢装具士
3. 理学療法士	13. 介護支援専門員
4. 作業療法士	14. 介護職
5. 言語聴覚士	15. その他 ()
6. 医療ソーシャルワーカー	
7. 臨床心理士	
8. 歯科医	
9. 歯科衛生士	
10. 管理栄養士	

ここからは、脳血管疾患等リハビリテーション料を取得されている施設の方にお聞きします。取得されていない施設の方は、9 ページへお進みください。

2. 脳血管疾患等リハビリテーションについて

この問は、180 日を超えて医学的リハビリテーションが必要な患者の疾患、病態像を明らかにするとともに、この患者に必要な評価、治療量を明らかにすることを目的としています。

問 18. 平成 23 年 9 月 1 日から平成 24 年 8 月 31 日までの間に、180 日を超えて脳血管疾患等リハビリテーション料を算定したこと(入院・外来・外来を問わない)はありますか。

1. あ る 2. な い → 9 ページへお進みください

問 19. 「1. ある」と答えた方にお聞きします。180 日を超えてリハビリテーションを必要とした理由は何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 就労・復職・復学などのため
2. 合併症などにより、リハビリテーションの開始が遅れたため
3. 合併症などにより、標準的なリハビリテーションが遂行できなかったため
4. 高次脳機能障害 (失語、失行、失認、記憶障害) のため
5. 合併症により、医療処置が必要であったため
6. 機能再建治療 (ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激法 (TMS) など) に伴い、リハビリテーションが必要となったため
7. 呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため 介護保険サービスの適用となりにくいいため
8. 重複障害のため
9. 障害の受容に期間を要したため
10. 成長に伴う障害が予想されたため
11. 介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため
12. その他 ()

● ここからは、前述の患者のうち180日を超えてリハビリテーションを提供することが最も有効であったお一人についてお答えください。

問20. この患者の主たる疾患に、ICD-10に基づく疾患分類(12ページ表2)で該当するものを1つ選び、その番号を下記にご記入ください。

問21. この患者が、180日を超えてリハビリテーションを必要とした理由は何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 就労・復職・復学などのため
2. 合併症などにより、リハビリテーションの開始が遅れたため
3. 合併症などにより、標準的なリハビリテーションが遂行できなかつたため
4. 高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため
5. 合併症により、医療処置が必要であったため
6. 機能再建治療(ボトックス治療、Constraint Induced 療法、経頭蓋磁気刺激療法(TMS)など)に伴い、リハビリテーションが必要となったため
7. 呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため
介護保険サービスの適用となりにくい
8. 重複障害のため
9. 障害の受容に期間を要したため
10. 成長に伴う障害が予想されたため
11. 介護保険等による地域のリハサービスマズ資源が不足しているため
12. その他 ()

問22. この患者の原疾患をお答えください。

()

問23. この患者の原疾患に対して、過去に手術が行われたことがありますか。(○はひとつ)

1. ある
2. ない
3. わからない

問24. この患者の年齢をお答えください。

 歳

問25. この患者に180日を超えてリハビリテーションを提供することによって、客観的な改善効果を認めましたか。

1. はい
2. いいえ

問26. 「1. はい」と答えた方に、おたずねします。その効果はどのような指標で測定しましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ADL指標 (Barthel Index, FIM など) 2. IADL 3. ROM 4. MMT 5. ブルンストローム・ステージ 6. 神経内科的検査 (腱反射、病的反射を含む) 7. 意識障害 (JCS, GCS など) 8. 知的機能 (MMSE, HDS-R など) 9. 半側空間無視 10. 失行症 (標準高次動作性検査など) 11. 注意障害 (Trail making test, 星印抹消など) 12. 記憶障害
(リバミモード行動記憶検査、三式記名検査など) 13. 遂行機能障害 (Frontal assessment battery など) 14. 失語症 (標準失語症検査など) 15. 嚥下障害 (水飲みテストなど) | <ol style="list-style-type: none"> 16. 生化学検査 17. 負荷心電図 18. 心エコー 19. 酸素飽和度 20. 胸部X線 21. CT・MRI 22. 呼吸機能テスト(スパイロメータなど) 23. 基本動作 24. 健康関連QOL 25. うつ (GDSなど) 26. 形態測定 (BMI、四肢周径など) 27. 家屋評価 28. 介護負担尺度 29. 生活空間の広がり (LSA など) 30. 活動量 31. その他 () |
|--|--|

問27. この患者は手術日(または発症日)から何日目にリハビリを開始しましたか。

 日目

問28. この患者は手術日(または発症日)から何日目にリハビリを終りましたか。なお、未だ継続中の場合は現在の日数をお答えください。

1. 終了した → 日目
2. 継続中 → 日目

問29. この患者の合併症や併存症の数をお答えください。

 個

問30. この患者が180日を超えてリハビリテーションを行っていたのは入院・外来のどちらですか。あてはまるものを選び、○をつけてください。(○はひとつ)

1. 入院
2. 外来
3. 入院・外来の両方

問 31. この患者に対し、180日を超えてリハビリテーションを提供した期間のうち、最も多く単位数を算定した月
 に関してお伺いします。この月は何単位数リハビリテーションを提供しましたか。
 PT、OT、STの別にご記入ください。ただし、疾患別リハビリテーション料についてのみご記入ください。

a. P T	→	単位
b. O T	→	単位
c. S T	→	単位

問 32. この患者には、問 31と同じ月に何日リハビリテーションを提供しましたか。

□ □ □ □ 日

問 33. この患者にリハビリテーションを提供するにあたり、実際に使用した、もしくはリスク管理のために配備
 しており意義があった機械・器具はありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
 (○はいくつでも)

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1. 酸素供給装置 | 11. 各種装具 (長・短下肢装具等) |
| 2. 血圧計 | 12. 救急カート |
| 3. 平行棒 | 13. 家事用設備 |
| 4. 除細動器 | 14. 各種歩行補助具 |
| 5. 傾斜台 | 15. 各種日常生活動作用設備 |
| 6. 心電図モニター装置 | 16. 呼吸機能検査機器 |
| 7. 姿勢矯正用鏡 | 17. 血圧ガス検査機器 |
| 8. トレッドミル | 18. 砂囊などの重錘 |
| 9. エルゴメータ | 19. 各種杖 |
| 10. 車椅子 | 20. 各種物理療法機器 |
| | 21. その他 () |

問 34. この患者に関与した専門職をすべて選び、○をつけてください。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. 医師 | 11. 薬剤師 |
| 2. 看護師 | 12. 義肢装具士 |
| 3. 理学療法士 | 13. 介護支援専門員 |
| 4. 作業療法士 | 14. 介護職 |
| 5. 言語聴覚士 | 15. その他 () |
| 6. 医療ソーシャルワーカー | |
| 7. 臨床心理士 | |
| 8. 歯科医 | |
| 9. 歯科衛生士 | |
| 10. 管理栄養士 | |

3. 貴施設について

この問は、前述の回答が施設の設置状況によって異なると考えられることから、環境・規模・地域特性を
 明らかにすることを目的としています。

問 35. 貴施設についてお伺いします。貴施設の所在地の都道府県名と市区町村名をお書きください。

() 都・道・府・県
 () 市・区・町・村

問 36. 貴施設の設置主体を以下から選び、あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 国 (厚生労働省) | 16. 船員保険会 |
| 2. 国 (独立行政法人国立病院機構) | 17. 健康保険組合およびその連合会 |
| 3. 国 (国立大学法人) | 18. 共済組合およびその連合会 |
| 4. 国 (独立行政法人労働者健康福祉機構) | 19. 国民健康保険組合 |
| 5. 国 (その他) | 20. 公益法人 |
| 6. 都道府県 | 21. 医療法人 |
| 7. 市町村 | 22. 私立学校法人 |
| 8. 地方独立行政法人 | 23. 社会福祉法人 |
| 9. 日赤 | 24. 医療生協 |
| 10. 済生会 | 25. 会社 |
| 11. 北海道社会事業協会 | 26. その他の法人 |
| 12. 厚生連 | 27. 個人 |
| 13. 国民健康保険団体連合会 | |
| 14. 全国社会保険協会連合会 | |
| 15. 厚生年金事業振興団 | |

問 37. 貴施設の以下のスタッフの人数を常勤・非常勤別に常勤換算でご記入ください。

	常 勤		非 常 勤	
	→	人	→	人
a. PT数	→	□.□□人	→	□.□□人
b. OT数	→	□.□□人	→	□.□□人
c. ST数	→	□.□□人	→	□.□□人
d. 医療ソーシャルワーカー数	→	□.□□人	→	□.□□人

※ 非常勤職員の常勤換算の計算方法
 (すべての非常勤職員の1カ月間の稼働時間の合計) ÷ (160時間)

例) 非常勤PTの労働時間 Aさん:160時間/月、Bさん:140時間/月、Cさん:100時間/月
 (160時間+140時間+100時間) ÷ (160時間) = 2.5人

問 38. 貴施設に勤務する、専門理学療法士、認定理学療法士の延べ数をご記入ください。

a. 専門理学療法士	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人
b. 認定理学療法士	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人

※ お一人で専門理学療法士を2つ、認定理学療法士を1つ取得している方がいる場合

専門理学療法士 → 2人

認定理学療法士 → 1人

問 39. ご回答いただいた方のリハビリテーション専門職としての経験年数をご記入ください。

平成 24 年 9 月時点で 年目

問 40. 貴施設が取得されているリハビリテーション料について、あてはまるものすべてに○をつけてください。
(○はいくつでも)

1. 心大血管疾患患リハビリテーション料 (I)	2. 心大血管疾患患リハビリテーション料 (II)	3. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	4. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	5. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)	6. 運動器疾患患リハビリテーション料 (I)	7. 運動器疾患患リハビリテーション料 (II)	8. 運動器疾患患リハビリテーション料 (III)	9. 呼吸器リハビリテーション料 (I)	10. 呼吸器リハビリテーション料 (II)	11. 難病患者リハビリテーション料	12. 障害児 (者) リハビリテーション料	13. がん患者リハビリテーション料	14. 集団コミュニケーション療法料	15. 届け出がない
--------------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------	------------------------	--------------------	------------------------	--------------------	--------------------	------------

問 41. 貴施設の法人全体で以下の施設を併設していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
(○はいくつでも)

1. 介護療養病床	6. 居宅介護支援事業所
2. 在宅療養支援診療所	7. 介護老人保健施設
3. 訪問看護ステーション	8. 介護老人福祉施設
4. 訪問リハ事業所	9. 自立支援施設
5. 通所リハ事業所	10. その他 ()

問 42. 貴施設全体で平成 23 年 9 月 1 日から平成 24 年 8 月 31 日までの一年間に、リハビリテーションを提供した患者の実人数を、入院・外来の別でお答えください。
外来については、取っていない場合は「0 外来なし」に○をつけてください。

a. 入院	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人
b. 外来	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人

0. 外来なし

問 43. このうち、貴施設全体で平成 23 年 9 月 1 日から平成 24 年 8 月 31 日までの一年間に、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを提供した患者の実人数を、入院・外来の別でお答えください。
外来については、取っていない場合は「0 外来なし」に○をつけてください。

a. 入院	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人
b. 外来	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人

0. 外来なし

問 44. 貴施設で使用している、評価指標であてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. ADL 指標 (Barthel Index, FIM など)	16. 生化学検査
2. IADL	17. 負荷心電図
3. ROM	18. 心エコー
4. MMT	19. 酸素飽和度
5. プルンストローム・ステージ	20. 胸部 X 線
6. 神経内科的検査 (腱反射, 病的反射を含む)	21. CT・MRI
7. 意識障害 (JCS, GCS など)	22. 呼吸機能テスト (スパイロメータなど)
8. 知的機能 (MMSE, HDS-R など)	23. 基本動作
9. 半側空間無視 (線分抹消テスト, 線分二等分線テストなど)	24. 健康関連 QOL
10. 失行症 (標準高次動作性検査など)	25. うつ (GDS など)
11. 注意障害 (Trail making test, 星印抹消など)	26. 形態測定 (BMI, 四肢周径など)
12. 記憶障害 (リバーミード行動記憶検査, 星印抹消など)	27. 家庭評価
13. 遂行機能障害 (Frontal assessment battery など)	28. 介護負担尺度
14. 失語症 (標準失語症検査など)	29. 生活空間の広がり (LSA など)
15. 嚥下障害 (水飲みテストなど)	30. 活動量
	31. その他 ()
	32. 評価を行っていない

* たくさんの質問にご回答いただき、誠にありがとうございました。

<表 1> 問 3. 運動器疾患

1. 化膿性関節炎など感染性関節障害	17. 挫傷、骨折、切断など肩および上腕の損傷
2. 関節リウマチなど炎症性多発性関節障害	18. 挫傷、骨折、切断など肘および前腕の損傷
3. 股関節症、膝関節症など関節症	19. 挫傷、骨折、切断など手首および手の損傷
4. 膝内障などその他の関節障害	20. 挫傷、骨折、切断など股関節および大腿の損傷
5. 皮膚筋炎など全身性結合組織障害	21. 挫傷、骨折、切断など膝および下腿の損傷
6. 側弯症、脊椎すべり症など変形性脊柱障害	22. 挫傷、骨折、切断など足首および足の損傷
7. 強直性脊椎炎など脊椎障害	23. 挫傷、骨折、切断など多部位の損傷
8. 椎間板障害などその他の脊柱障害	24. 部位不明の体幹もしくは四肢の損傷 または部位不明の損傷
9. 筋炎など筋障害	25. 熱傷および腐食
10. 滑膜炎、腱鞘炎など滑膜および腱の障害	26. 凍傷
11. 筋腱炎などその他の軟部組織障害	27. 外傷の早期合併症
12. 骨折の遷延治癒など骨の密度および構造の障害	28. 外科的および内科的ケアの合併症、 他に分類されないもの
13. 骨髄炎などその他の骨障害	29. 運動器不安定症
14. 若年性骨軟骨症など軟骨障害	30. その他
15. 筋骨格系および結合組織のその他の障害	
16. 挫傷、骨折、切断など頸部、胸部、腹部、 下背部、腰椎および骨盤部の損傷	

<表 2> 問 20. 脳血管疾患等

1. くも膜下出血	
2. 脳内出血	
3. その他の非外傷性頭蓋内出血	
4. 脳梗塞	
5. 脳卒中	
6. その他の脳血管疾患	
7. 脳血管疾患の続発・後遺症	
8. ハンチントン病など主に中枢神経を傷害する系統萎縮症	
9. パーキンソン病など脳体外路障害および異常運動	
10. 多発性硬化症など中枢神経系の脱髄疾患	
11. てんかんなど挿間性および発作性障害	
12. 三叉神経障害など神経、神経根および神経叢の障害	
13. 多発性ニューロパチーおよびその他の末梢神経系の障害	
14. 神経筋接合部および筋の疾患	
15. 脳性麻痺および脊髄麻痺などその他の麻痺性症候群	
16. 水頭症など神経系のその他の障害	
17. 中枢神経系のウイルス感染症	
18. 薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒	
19. 窒息など外因のその他および詳細不明の作用	
20. その他	

◆ リハビリテーションのあり方に関する調査 ◆

● 調査へのご協力をお願い

この調査は、リハビリテーション提供体制における医療から介護への円滑な移行を実現し、患者の状態に応じて適切にリハビリテーションを提供する環境を構築するための基礎資料を作成するために実施します。

皆さんにお使いいただく基礎資料の作成のためには、高い回収率が必要です。お手数ですが、ご覧いただいたときに記入し、投函いただきたくお願い申し上げます。

ご回答はすべて数字として統計的に処理いたしますので、個々の方の回答が外部にもれることは、決してございません。

ご多忙中、誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。なお、回答をもって、調査にご同意いただいたものとなります。

ご記入がお済みになりましたら、返送用封筒に入れて、**平成25年1月21日（月）までに**、ご投函くださいますようお願い申し上げます。

● **ご回答いただくにあたっては、リハビリテーション部門の責任者の方がご回答くださいますようお願いいたします。**

● **この調査票は、老健・デイケア・訪問看護I5のサービスを提供している施設にお送りしています。ご回答いただくにあたっては、これらの施設に限定してお答えいただけますようお願いいたします。**

※ 調査の実施は世論調査や市場調査を専門とする一般社団法人 中央調査社に委託しております。ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

◆ 調査票の発送・回収、締め切りなど実査について

〒104-0061 東京都中央区銀座6-16-12
一般社団法人 中央調査社 管理部 <http://www.crs.or.jp>
電話番号 03-3549-3125
フリーダイヤル 0120-48-5351 (平日 9時～17時)

◆ 調査の趣旨・内容などについて

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-8-5
公益社団法人 日本理学療法士協会 担当：吉田、森
電話番号 03-6804-1422

1. 運動器疾患の症例の受け入れについて

医療機関での標準的算定日数(150日間)が厳格に適応された場合を想定してお答えください。

問1、問2においては、以下の症例について、お聞きします。
運動器疾患の患者で、合併症などにより、医療機関において標準的なリハビリテーションが実施できなかった例。

例：後期高齢者で、挫傷、骨折、切断など股関節及び大腿の損傷により入院治療を受けている。合併症などにより、リハビリテーションの開始が遅れたり、標準的なリハビリテーションが遂行できなかったりした例。7名から9名の多職種の間わりを必要としている。

<受け入れの実績>

問1-1. 貴施設において、このような症例に対して、今までに個別リハ(訪問看護I5を含む)を行ったことはありますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. あ る _____ 2. な い → 問2-1へお進みください

問1-2. 「1. ある」と答えた方にお聞きします。上記該当利用者が複数の場合は、貴施設において最も典型的であった一例についてお答えください。この方に対し、概ね一カ月に何単位リハビリテーションを提供されたかをご記入ください。

概ね一カ月に

単位のリハビリテーションを提供した

→ 2ページ 問3へお進みください

<受け入れの可能性>

問2-1. 問1-1において、「2. ない」と答えた方にお聞きします。このような症例を受け入れることができますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. できる } 2ページ 問3へお進みください
2. できない }
3. 条件が整えばできる → 2ページ 問2-2へお進みください

問 2-2. 「3. 条件が整えばできる」と答えられた方にお聞きします。どのような条件が整えば、受け入れることができますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)
また、そのうち最もあてはまるものをひとつ選び、□に記入してください。

<p><患者・家族の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病状の安定 2. 施設で個別リハを受けられる理解・了解 3. 利用者の意欲 4. 家族の協力 5. 経済的な問題の解決 <p><ユーザー提供側の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. マンパワーの問題の解決 7. 医療的な機械・器具の配備 8. 送迎の問題の解決 9. 個別リハを実施できるスペースの問題の解決 10. 医学的な管理の問題の解決 11. スタッフの知識・技術の向上 12. 施設の経営・運営的な方針の問題の解決 	<p><医療機関等との連携の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. リスク管理の補助 14. サポートしてくれる医療機関の存在 15. 地域連携パス 16. 急変時の対応 17. 医療情報の提供 18. ケアマネとの連携の問題の解決 19. その他医療機関等との連携の問題の解決 20. 上記以外
---	---

[]

最もあてはまるもの 番

問 3、問 4 においては、以下の症例について、お聞きします。運動器疾患の患者で、障害の受容に期間を要している例。

例：後期高齢者で、関節症（膝又は股関節）に対して、リハビリテーションの終了には同意できず、非侵襲的な治療を継続して行っている例。

<受け入れの実績>

問 3-1. 貴施設において、このような症例に対して、今までに個別リハ(訪問看護 I 5 を含む)を行ったことはありますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. ある 2. ない → 3 ページ 問 4-1 へお進みください

問 3-2. 「1. ある」と答えられた方にお聞きします。上記該当利用者が複数いる場合は、貴施設において最も典型的であった一例についてお答えください。この方に対し、概ね一カ月に何単位リハビリテーションを提供されたかをご記入ください。

概ね一カ月に 単位のリハビリテーションを提供した

→ 4 ページ 問 5 へお進みください

<受け入れの可能性>

問 4-1. 問 3-1 において、「2. ない」と答えられた方にお聞きします。このような症例を受け入れることができますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. できる 2. できない → 4 ページ 問 5 へお進みください

3. 条件が整えばできる → 問 4-2 へお進みください

問 4-2. 「3. 条件が整えばできる」と答えられた方にお聞きします。どのような条件が整えば、受け入れることができますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)
また、そのうち最もあてはまるものをひとつ選び、□に記入してください。

<p><患者・家族の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病状の安定 2. 施設で個別リハを受けられる理解・了解 3. 利用者の意欲 4. 家族の協力 5. 経済的な問題の解決 <p><ユーザー提供側の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. マンパワーの問題の解決 7. 医療的な機械・器具の配備 8. 送迎の問題の解決 9. 個別リハを実施できるスペースの問題の解決 10. 医学的な管理の問題の解決 11. スタッフの知識・技術の向上 12. 施設の経営・運営的な方針の問題の解決 	<p><医療機関等との連携の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. リスク管理の補助 14. サポートしてくれる医療機関の存在 15. 地域連携パス 16. 急変時の対応 17. 医療情報の提供 18. ケアマネとの連携の問題の解決 19. その他医療機関等との連携の問題の解決 20. 上記以外
---	---

[]

最もあてはまるもの 番

**問 5、問 6 においては、以下の症例について、お聞きします。
運動器疾患の患者で、就労・復職などを目標としている例。**

例：前期高齢者で、下腿骨折や切断、頸損などで手術を施行し、復職を望んでいる例。

<受け入れの実績>

問 5-1. 貴施設において、このような症例に対して、今までに個別リハ(訪問看護 I 5 を含む)を行ったことはありますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. ある	2. ない
→	問 6-1 へお進みください

問 5-2. 「1. ある」と答えた方にお聞きします。上記該当利用者が複数いる場合は、貴施設において最も典型的であった一例についてお答えください。この方に対し、概ね一カ月に何単位リハビリテーションを提供されたかをご記入ください。

概ね一カ月に 単位のリハビリテーションを提供した
→ 5 ページ 問 7 へお進みください

<受け入れの可能性>

問 6-1. 問 5-1 において、「2. ない」と答えた方にお聞きします。このような症例を受け入れることができますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. できる	2. できない	3. 条件が整えばできる
} 5 ページ 問 7 へお進みください		
→ 問 6-2 へお進みください		

問 6-2. 「3. 条件が整えばできる」と答えた方にお聞きします。どのような条件が整えば、受け入れることができますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)
また、そのうち最もあてはまるものをひとつ選び、 に記入してください。

<p><患者・家族の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病状の安定 2. 施設で個別リハを受ける理解・了解 3. 利用者の意欲 4. 家族の協力 5. 経済的な問題の解決 <p><サービス提供側の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. マンパワーの問題の解決 7. 医療的な機械・器具の配備 8. 送迎の問題の解決 9. 個別リハを実施できるスペースの問題の解決 10. 医学的な管理の問題の解決 11. スタッフの知識・技術の向上 12. 施設の経営・運営的な方針の問題の解決 	<p><医療機関等との連携の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. リスク管理の補助 14. サポートしてくれる医療機関の存在 15. 地域連携パス 16. 急変時の対応 17. 医療情報の提供 18. ケアマネとの連携の問題の解決 19. その他医療機関等との連携の問題の解決 20. 上記以外 <p>[<input type="checkbox"/>]</p>	<p>最もあてはまるもの <input type="text"/> 番</p>
---	---	--

2. 脳血管疾患等の症例の受け入れについて

医療機関での標準的算定日数(180 日間)が厳格に適切に適合された場合を想定してお答えください。

**問 7、問 8 においては、以下の症例について、お聞きします。
脳血管疾患等の患者で、合併症などにより、医療機関において標準的なリハビリテーションが遂行できなかった例。**

例：前期、もしくは後期高齢者で脳梗塞を発症したが、医療的な処置を必要とする合併症を有しており、標準的なリハビリテーションの遂行が困難で、現在も入院にてリハビリテーションを継続している例。7 名から 9 名の多職種の間わりを必要としている。

<受け入れの実績>

問 7-1. 貴施設において、このような症例に対して、今までに個別リハ(訪問看護 I 5 を含む)を行ったことはありますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. ある	2. ない
→	問 8-1 へお進みください

問 7-2. 「1. ある」と答えた方にお聞きします。上記該当利用者が複数いる場合は、貴施設において最も典型的であった一例についてお答えください。この方に対し、概ね一カ月に何単位リハビリテーションを提供されたかをご記入ください。

概ね一カ月に 単位のリハビリテーションを提供した
→ 6 ページ 問 9 へお進みください

<受け入れの可能性>

問 8-1. 問 7-1 において、「2. ない」と答えた方にお聞きします。このような症例を受け入れることができますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. できる	2. できない	3. 条件が整えばできる
} 6 ページ 問 9 へお進みください		
→ 6 ページ 問 8-2 へお進みください		

問 8-2. 「3. 条件が整えばできる」と答えた方にお聞きします。どのような条件が整えば、受け入れることができますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)
また、そのうち最もあてはまるものをひとつ選び、□に記入してください。

<p><患者・家族の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病状の安定 2. 施設で個別リハを受けられる理解・了解 3. 利用者の意欲 4. 家族の協力 5. 経済的な問題の解決 <p><サービスピッチ提供側の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. マンパワーの問題の解決 7. 医療的な機械・器具の配備 8. 送迎の問題の解決 9. 個別リハを実施できるスペースの問題の解決 10. 医学的な管理の問題の解決 11. スタッフの知識・技術の向上 12. 施設の経営・運営的な方針の問題の解決 	<p><医療機関等との連携の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. リスク管理の補助 14. サポートしてくれる医療機関の存在 15. 地域連携パス 16. 急変時の対応 17. 医療情報の提供 18. ケアマネとの連携の問題の解決 19. その他医療機関等との連携の問題の解決 20. 上記以外
--	---

[]

最もあてはまるもの 番

問 9、問 10 においては、以下の症例について、お聞きします。
脳血管疾患等の患者で、就労・復職・復学などを必要としている例。

例：中年期から前期高齢者で脳内出血（脳梗塞）を発症し、就労・復職を目的に、外来リハビリテーションを継続している例。

<受け入れの実績>

問 9-1. 貴施設において、このような症例に対して、今までに個別リハ(訪問看護 I 5 を含む)を行ったことはありますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. ある 2. ない → 7 ページ 問 10-1 へお進みください

問 9-2. 「1. ある」と答えた方にお聞きします。上記該当利用者が複数の場合は、貴施設において最も典型的であった一例についてお答えください。この方に対し、概ね一カ月に何単位リハビリテーションを提供されたかをご記入ください。

概ね一カ月に 単位のリハビリテーションを提供した
→ 8 ページ 問 11 へお進みください

<受け入れの可能性>

問 10-1. 問 9-1 において、「2. ない」と答えた方にお聞きします。このような症例を受け入れることができますか。あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. できる 8 ページ 問 11 へお進みください
2. できない
3. 条件が整えばできる → 問 10-2 へお進みください

問 10-2. 「3. 条件が整えばできる」と答えた方にお聞きします。どのような条件が整えば、受け入れることができますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)
また、そのうち最もあてはまるものをひとつ選び、□に記入してください。

<p><患者・家族の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病状の安定 2. 施設で個別リハを受けられる理解・了解 3. 利用者の意欲 4. 家族の協力 5. 経済的な問題の解決 <p><サービスピッチ提供側の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. マンパワーの問題の解決 7. 医療的な機械・器具の配備 8. 送迎の問題の解決 9. 個別リハを実施できるスペースの問題の解決 10. 医学的な管理の問題の解決 11. スタッフの知識・技術の向上 12. 施設の経営・運営的な方針の問題の解決 	<p><医療機関等との連携の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. リスク管理の補助 14. サポートしてくれる医療機関の存在 15. 地域連携パス 16. 急変時の対応 17. 医療情報の提供 18. ケアマネとの連携の問題の解決 19. その他医療機関等との連携の問題の解決 20. 上記以外
--	---

[]

最もあてはまるもの 番

問 14-2. 「3. 条件が整えばできる」と答えた方にお聞きします。どのような条件が整えば、受け入れることができますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも) また、そのうち最もあてはまるものをひとつ選び、□に記入してください。

<p><患者・家族の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病状の安定 2. 施設で個別リハを受けられる理解・了解 3. 利用者の意欲 4. 家族の協力 5. 経済的な問題の解決 	<p><医療機関等との連携の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. リスク管理の補助 14. サポートしてくれる医療機関の存在 15. 地域連携パス 16. 急変時の対応 17. 医療情報の提供 18. ケアマネ等との連携の問題の解決 19. その他医療機関等との連携の問題の解決 20. 上記以外
<p><サービスマン提供側の問題></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. マンパワーの問題の解決 7. 医療的な機械・器具の配備 8. 送迎の問題の解決 9. 個別リハを実施できるスペースの問題の解決 10. 医学的な管理の問題の解決 11. スタッフの知識・技術の向上 12. 施設の経営・運営的な方針の問題の解決 	<p>最もあてはまるものは <input type="text"/> 番</p>

3. 対応が困難であった利用者について

問 15. 貴施設において、過去に医学的な理由により、対応が困難であった利用者について、疾患名と主たる理由をご記入ください。

疾患名： ()

主たる理由：

4. 貴施設について

この問いは、前の設問の回答が施設の設置状況によって異なると考えられることから、環境、規模、地域特性を明らかにすることを目的としています。

問 16. 貴施設(老健またはデイケアまたは訪問看護 15)において、通常用いられている評価指標に○をつけてください。(○はいくつでも)

<ol style="list-style-type: none"> 1. ADL 指標 (Barthel Index, FIM など) 2. IADL 3. ROM 4. MMT 5. ブルンストローム・ステージ 6. 神経内科的検査 (腱反射、病的反射を含む) 7. 意識障害 (JCS, GCS など) 8. 知的機能 (MMSE, HDS-R など) 9. 半側空間無視 10. 失行症 (標準高次動作性検査など) 11. 注意障害 (Trail making test、星印抹消など) 12. 記憶障害 13. 遂行機能障害 (Frontal assessment battery など) 14. 失語症 (標準失語症検査など) 15. 嚥下障害 (水飲みテストなど) 16. 構音障害 (標準ディサイアリス検査など) 	<ol style="list-style-type: none"> 17. 生化学検査 18. 負荷心電図 19. 心エコー 20. 酸素飽和度 21. 胸部 X 線 22. CT・MRI 23. 呼吸機能テスト (スパイロメータなど) 24. 基本動作 25. 健康関連 QOL 26. うつ (GDS など) 27. 形態測定 (BMI、四肢周径など) 28. 家屋評価 29. 介護負担尺度 30. 生活空間の広がり (LSA など) 31. 活動量 32. その他 ()
--	---

問 17. 貴施設(老健またはデイケアまたは訪問看護 15)の設備として、配備している機械・器具はありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 酸素供給装置 2. 血圧計 3. 平行棒 4. 除細動器 5. 傾斜台 6. 心電図モニター装置 7. 姿勢矯正用鏡 8. トレットミル 9. エルゴメータ 10. 車椅子 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 各種器具 (長・短下肢装具等) 12. 救急カート 13. 家事用設備 14. 各種歩行補助具 15. 各種日常生活動作用設備 16. 呼吸機能検査機器 17. 血圧ガス検査機器 18. 砂囊などの重錘 19. 各種杖 20. 各種物理療法機器
--	---

問 18. 真施設の所在地の都道府県名と市区町村名をお書きください。

- () 都・道・府・県
 () 市・区・町・村

問 19. 真施設の設置主体を以下から選び、あてはまるものに○をつけてください。(○はひとつ)

1. 都道府県
2. 市区町村
3. 広域連合・一部事務連合
4. 日本赤十字社・社会保険関係団体
5. 医療法人
6. 社会福祉協議会
7. 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)
8. 社団・財団法人 (公益・一般)
9. その他の法人
10. 個人
11. その他 ()

問 20. 真施設(老健またはデイケアまたは訪問看護 15)に勤務する、専門理学療法士、認定理学療法士の延べ数をご記入ください。

a. 専門理学療法士	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人
b. 認定理学療法士	→	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人

※ お一人で専門理学療法士を 2 つ、認定理学療法士を 1 つ取得している方がいる場合

- 専門理学療法士 → 2 人
 認定理学療法士 → 1 人

問 21. ご回答いただいた方のリハビリテーション専門職としての経験年数をご記入ください。

平成 24 年 12 月時点で 年目

問 22. 真施設の介護サービス形態について、あてはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 老健 → 13 ページ 問 23 をお答えください
2. デイケア → 13 ページ 問 24 をお答えください
3. 訪問看護 → 14 ページ 問 25 をお答えください

問 23. 老健に従事するスタッフの人数を専任・兼任に分け、常勤・非常勤別にご記入ください。
 なお、非常勤スタッフは常勤換算し、小数第 1 位でご記入ください。
 【兼任】欄には他のサービスを兼務しているスタッフを常勤・非常勤別に同様に記入ください。
 また、該当するスタッフがいない場合は、「0」とご記入ください。

※ 非常勤スタッフは以下のように常勤換算してください
 (すべての非常勤職員の 1 か月間の稼働時間の合計) ÷ (160 時間)

例) 非常勤 PT の労働時間 A さん: 160 時間/月、B さん: 140 時間/月、C さん: 100 時間/月
 (160 時間 + 140 時間 + 100 時間) ÷ (160 時間) = 2.5 人

	【専任】		【兼任】	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
a. PT 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
b. OT 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
c. ST 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
d. Dr 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
e. Ns 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
f. その他介護職数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

問 24. デイケアに従事するスタッフの人数を専任・兼任に分け、常勤・非常勤別にご記入ください。

なお、非常勤スタッフは常勤換算し、小数第 1 位でご記入ください。

【兼任】欄には他のサービスを兼務しているスタッフを常勤・非常勤別に同様に記入ください。
 また、該当するスタッフがいない場合は、「0」とご記入ください。

※ 非常勤スタッフは以下のように常勤換算してください
 (すべての非常勤職員の 1 か月間の稼働時間の合計) ÷ (160 時間)

例) 非常勤 PT の労働時間 A さん: 160 時間/月、B さん: 140 時間/月、C さん: 100 時間/月
 (160 時間 + 140 時間 + 100 時間) ÷ (160 時間) = 2.5 人

	【専任】		【兼任】	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
a. PT 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
b. OT 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
c. ST 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
d. Dr 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
e. Ns 数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
f. その他介護職数	→ <input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

問 25. 訪問看護ステーションに従事するスタッフの人数を専任・兼任に分け、常勤・非常勤別にご記入ください。
 なお、非常勤スタッフは常勤換算し、小数第1位でご記入ください。
 【兼任】欄には他のサービスを兼務しているスタッフを常勤・非常勤別と同様にご記入ください。
 また、該当するスタッフがいない場合は、「0」とご記入ください。

※ 非常勤スタッフは以下のように常勤換算してください
 (すべての非常勤職員の1カ月間の稼働時間の合計) ÷ (160時間)

例) 非常勤PTの労働時間 Aさん:160時間/月、Bさん:140時間/月、Cさん:100時間/月
 (160時間+140時間+100時間) ÷ (160時間) = 2.5人

	【専任】		【兼任】	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
a. PT数 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. OT数 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. ST数 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Dr数 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Ns数 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. その他介護職数 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* たくさんの質問にご回答いただき、誠にありがとうございました。

平成24年度 厚生労働省 老人保健健康増進等国庫補助金事業
長期的な医療介入が必要なリハビリテーション患者・利用者に対する
リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業
調査報告書

発行 公益社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

電話番号:03-5414-7911 ファクシミリ番号:03-5414-7913

URL:<http://www.japanpt.or.jp/>

平成 25(2013)年 3 月発行