

群馬県  
訪問系リハビリテーション資源調査  
報告書

平成 19 年 12 月

群馬リハビリテーションネットワーク  
群馬県地域リハビリテーション支援センター

# はじめに

平成 18 年 4 月に行われた診療報酬及び介護保険の改正や社会のニーズの変化に伴い、リハビリテーションサービスの分野に影響が出ていることが考えられます。リハビリテーションサービスを必要とする者は多いわけですが、リハビリを受けたくても受けられない、いわゆる「リハ難民」が多い現状で、リハビリテーションサービス利用者も提供者も十分な体制・環境で生活・仕事できていない可能性があります。そこで、訪問系リハビリテーションに関する現状を調査研究するため、群馬県内の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の介護支援専門員、老人保健施設、みなし事業所、市町村を対象として、アンケート調査を行いました。本調査は、今後高齢者や障害者が安心して暮らせる地域作りの一助になると信じております。

最後に、本報告書を作成するに当たり、アンケート調査にご協力をいただいた関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

2007 年 12 月

群馬県地域リハビリテーション支援センター調査研究部

部会長 田中 聡一

## 《もくじ》

### 訪問系リハビリテーション資源調査

要旨	3 頁
第 章 調査概要	4 頁
1 調査目的	4 頁
2 調査設計	4 頁
3 抽出数・回収数・回収率	5 頁
4 調査内容	5 頁
第 章 調査結果	6 頁
1 訪問看護ステーション	7 頁
2 居宅介護支援専門員	15 頁
3 老人保健施設	48 頁
4 みなし事業所	53 頁
5 市町村	57 頁
第 章 質問用紙	62 頁
1 訪問看護ステーション	64 頁
2 居宅介護支援専門員	67 頁
3 老人保健施設	70 頁
4 みなし事業所	73 頁
5 市町村	75 頁
第 章 参考資料	77 頁
訪問系リハビリテーションの月別実績	78 頁
群馬県地域リハビリテーション支援センター拡大調査部会員名簿	79 頁

## 要旨

本調査では、訪問系リハビリテーションサービスの現状を把握し、地域で暮らす高齢者や障害者に対して、今後どのように対応したらよいかの基礎資料を得ることを目的とした。群馬県内の訪問看護ステーション、居宅介護支援専門員（居宅介護支援事業所の介護支援専門員）、老人保健施設、みなし事業所、市町村を対象にアンケートを実施し、以下の点が明らかになった。

リハビリを受けたくても受けられない、いわゆる「リハ難民」は、居宅介護支援専門員を除く訪問看護ステーション事業所、老人保健施設、みなし事業所、市町村で増えていると答えている。半数以上の訪問看護ステーション事業所でリハビリ専門職による訪問看護（訪問リハビリ）の新規受け入れが可能であったが、その受け入れ可能件数は1事業所あたり数件程度であった。リハビリニーズの高い利用者にはリハビリ専門職だけで対応できている事業所は30%である。一方、看護師とリハ専門職の交互訪問リハビリ、あるいは看護師だけの訪問リハビリの事業所は61%であり、十分なりハビリサービスの提供ができていない可能性がある。居宅介護支援専門員の調査でも、訪問リハビリプランを一人も組まない居宅介護支援専門員が半数近くいた。依頼できるリハビリ専門職による訪問看護（訪問リハビリ）事業所数は十分あると考えている居宅介護支援専門員は約1割にとどまっており、やはり十分なりハビリサービスが提供できていない可能性がある。しかしながら、居宅介護支援専門員では、リハビリ専門職による訪問看護（訪問リハビリ）は必要ないとの意見も目立った。老人保健施設では3件（5件中）が、みなし事業所では12件（14件中）がリハビリ専門職による訪問リハビリの新規受け入れが可能であった。市町村の調査では、リハビリ専門職による訪問リハビリが十分できていると考える市町村は0であった。現在群馬県では、リハ専門職の訪問リハが訪問看護の回数を上回ってはならないという介護報酬改正の影響もあってか、訪問看護ステーションから提供されるリハ専門職の訪問リハ件数は減少傾向にあり、利用者のリハビリニーズに対応できていない可能性がある。

# 第 章 調査概要

## 1. 調査目的

平成 18 年 4 月には診療報酬及び介護保険の改正があり、その内容は、リハビリテーションサービスを必要としている利用者にとって、医療保険分野ではリハビリ施行上限日数の設定、医療型療養病床における減額、介護保険分野では介護予防給付創設による事実上のサービス制限など、大変厳しいものであった。通所系リハビリテーションサービスや訪問系のリハビリテーションサービスへの枠組み変換の意図が見られる改正であったが、そのサービス提供部門も十分な体制が整わずにスタートされたため、サービス利用者も提供者も種々の問題を抱え、困惑していることが推測された。そこで本調査では、訪問系リハビリテーションサービスの現状を把握し、地域で暮らす高齢者や障害者に対して、今後どのように対応したらよいかの基礎資料を得ることを目的に、アンケートを実施した。

## 2. 調査設計

《調査主体》	群馬リハネット
《集計分析》	群馬県地域リハビリテーション支援センター；拡大調査研究部会（76 頁）
《対象》	群馬県内の 訪問看護ステーション 居宅介護支援専門員（居宅介護支援事業所の介護支援専門員） 老人保健施設 みなし事業所 市町村

《調査期間》 平成 19 年 2 月～3 月

《調査方法》 郵送配布 郵送回収による横断的調査

### 3. 抽出数・回収数・回収率

	抽出数（依頼件数）	回収数（件）	回収率（％）
訪問看護ステーション	89（89）	53	59.6
居宅介護支援専門員 *	*（下記参照）	430	*（下記参照）
老人保健施設	73（73）	31	42.3
みなし事業所	29（29）	14	48.3
市町村	38（38）	19	50.0

#### \* 居宅介護支援専門員について

居宅介護支援専門員の項目は居宅介護支援事業所でなく、所属の介護支援専門員（複数）を対象とした。

まず、居宅介護支援事業所に依頼し、所属の介護支援専門員全員にアンケート用紙を配布していただき、回答を得られた介護支援専門員分を返信していただいた。

- ・依頼事業所数は 6 0 4 事業所
- ・回答のあった事業所数は 2 0 1 事業所  
(上記とは別に、回答不可能との返事があった事業所数が 8 事業所)
- ・居宅介護支援専門員の総数 4 3 0 人（2 0 1 事業所中）の回答を得た

### 4. 調査内容

第 章に調査で用いたアンケート用紙を記す。

# 第 章 調査結果

1	訪問看護ステーション	7頁
2	居宅介護支援専門員	15頁
3	老人保健施設	48頁
4	みなし事業所	53頁
5	市町村	57頁

# 1 訪問看護ステーション

## 【総括】

- ・ 53 施設より回答を得た。
- ・ 理学療法士などのリハビリ専門職による訪問看護(訪問リハビリ)を行っている事業所は 40%であった。
- ・ 62%の事業所で、リハビリ専門職による新規訪問看護(訪問リハビリ)受け入れが可能であった。しかしながら、可能な受け入れ件数は数件程度がほとんどである。
- ・ リハビリニーズの高い利用者にはリハビリ専門職の訪問だけで対応できている事業所は 30%であった。一方、看護師と交互のリハビリ実施や、リハビリ専門職のプランに応じて看護師がすべてリハビリ実施する事業所は 61%である。
- ・ 訪問看護 71、72 (予防訪問看護も含む) について事業拡大を考えている事業所は 31%であるのに対し、現状維持・縮小を考えている事業所は 65%であった。
- ・ リハビリ専門職との協働(同じ利用者には個々のサービスを提供すること)を必要と考える事業所は 92%であった。
- ・ 訪問リハビリステーション(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所)の設置の必要性を感じている事業所は 84%であった。
- ・ 平成 18 年 4 月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができ、1 年前と比較し、在宅でリハビリ(訪問に限らない)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が増えていると感じている事業所は 63%であった。



## 訪問看護ステーション

1. 事業所の所在地（合併で市町村名が変わった場合は旧市町村名）:

安中市	1	太田市	3	北橋村	1	佐波郡東村	1	館林市	3	沼田市	4	富士見村	2
伊勢崎市	5	笠懸町	1	桐生市	3	渋川市	2	嬭恋村	1	榛名町	1	前橋市	12
邑楽町	2	粕川村	1	群馬町	1	高崎市	6	中之条町	1	藤岡市	1	吉井町	1

2. 事業所が附属する医療機関等の関連施設（母体などで、離れている施設を含む）の有無  
（関連するものすべてについて選択）

- 1 病院; (32)    2 診療所、クリニック; (19)    3 老人保健施設; (17)    4 なし; (12)  
5 その他; (3) (成人病検診センター、グループホーム・小規模多機能施設、単独型通所施設)

3. 訪問サービスの提供地域（合併した市町村は旧市町村名）(すべてを記入)

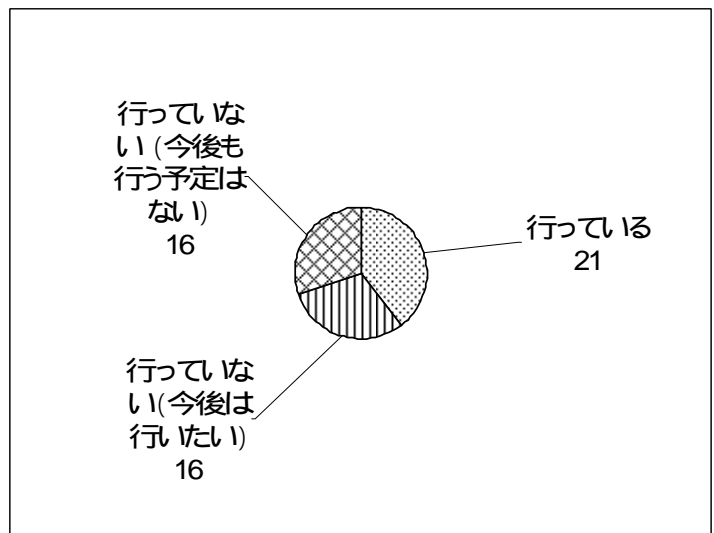
前橋市	24	邑楽町	5	明和町	4	昭和村	2	吾妻町	1	利根郡全域	1
高崎市	14	大間々町	5	伊香保町	3	白沢村	2	板倉町	1	中之条町	1
伊勢崎市	10	桐生市	5	子持村	3	勢多郡東村	2	大胡町	1	長野原町	1
渋川市	10	赤堀町	4	境町	3	月夜野町	2	尾島町	1	板倉町	1
吉岡町	9	大泉町	4	高山村	3	利根村	2	片品村	1	松井田町	1
玉村町	8	笠懸町	4	藤岡市	3	富岡市	2	神流町	1	箕郷町	1
富士見村	8	北橋村	4	吉井町	3	新治村	2	甘楽町	1	みなかみ町	1
太田市	7	群馬町	4	安中市	2	新田町	2	草津町	1	妙義町	1
館林市	7	佐波郡東村	4	小野上村	2	榛名町	2	熊谷市	1	藪塚本町	1
榛東村	6	千代田町	4	粕川村	2	みどり市	2	倉淵村	1		
赤城村	5	新里村	4	川場村	2	宮城村	2	埼玉県北部	1		
足利市	5	沼田市	4	黒保根村	2	吾妻郡東村	1	嬭恋村	1		

4. 訪問対象地域の範囲（半径）

- 1 10km 未満; (8)    2 20km 未満; (28)    3 30km 未満; (9)    4 30km 以上; (7)

5. リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）による訪問看護（介護保険の訪問看護 71・72 と予防訪問看護、医療保険も含む）施行の有無

- 1 行っている (21)  
2 行っていない(今後は行いたい) (16)  
3 行っていない (今後行う予定はない) (16)



6. リハビリ専門職の人数

(非常勤の換算：週1日を0.2人とする。(例)週1日と週半日の非常勤が、各1の場合は、0.2+0.1=0.3人)

常勤PT; 0人(8)	1人(3)	2人(2)	3人(1)	
常勤OT; 0人(9)	1人(1)	2人(1)	3人(2)	4人(1)
常勤ST; 0人(11)				
非常勤PT; 0人(5)	0.1~0.5人(6)	0.6~0.9人(4)	1人(1)	2.5人(1)
非常勤OT; 0人(9)	0.1~0.5人(5)	0.6~0.9人(1)		
非常勤ST; 0人(11)	0.1~0.5人(1)			

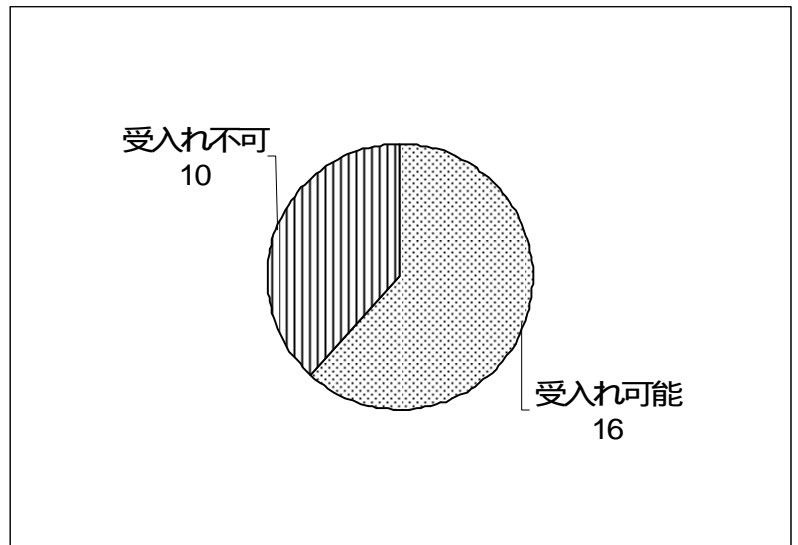
7. リハビリ専門職が担当するリハビリ目的の新規利用者の受け入れ状況

- 1 受け入れ可能(16)
- 2 受け入れ不可(10)

新規に受け入れ可能な1週間あたりの延べ件数

約(1)件/週 (2)	約(2)件/週 (1)
約(2~3)件/週 (1)	約(3)件/週 (3)
約(3~4)件/週 (1)	約(4)件/週 (1)
約(5)件/週 (1)	約(6~7)件/週 (1)
約(8)件/週 (1)	約(5~10)件/週 (1)
約(15)件/週 (1)	

その他 (調整必要)(若干)

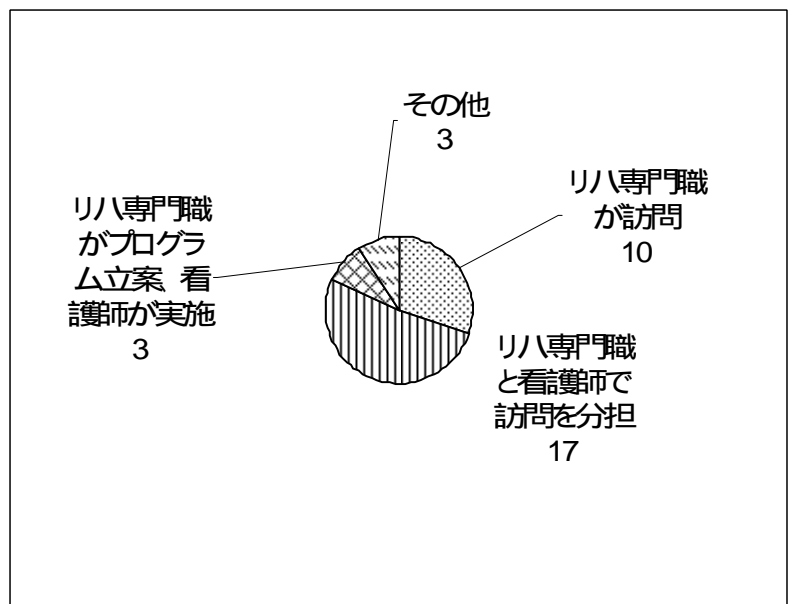


8. リハビリニーズの高い利用者への対応

- 1 リハビリ専門職が訪問している。(10)
- 2 リハビリ専門職と看護師で訪問を分担している。(17)
- 3 リハビリ専門職が評価、プログラム立案を行い、看護師が主に訪問でプログラムを実施している。(3)
- 4 その他 (3)

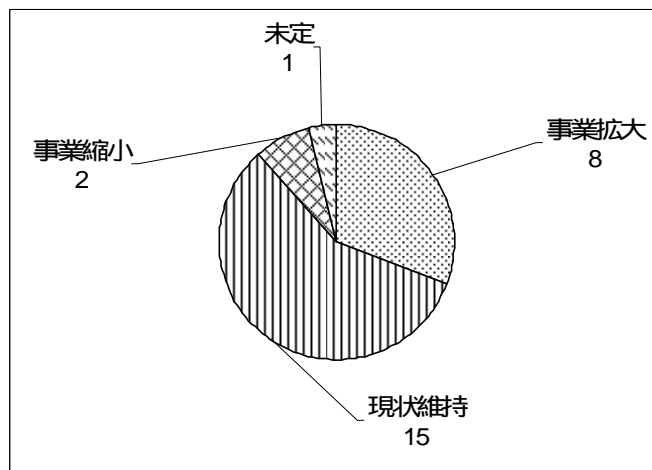
その他の内容；

- ・リハビリの内容についてPTと相談はするもののプログラムや評価はNsが行う。
- ・リハはリハ専門でお願いしている。
- ・リハビリ専門職の相談、指導受け、Nsが立案している。



9. 訪問看護 7 1、7 2 ( 予防訪問看護も含む ) について、今後の予定

- 1 事業拡大を考えている ( 8 )
- 2 現状維持を考えている ( 15 )
- 3 事業縮小を考えている ( 2 )
- 4 未定 ( 1 )



10. 「事業拡大を考えている」方の取り組む手段・方法

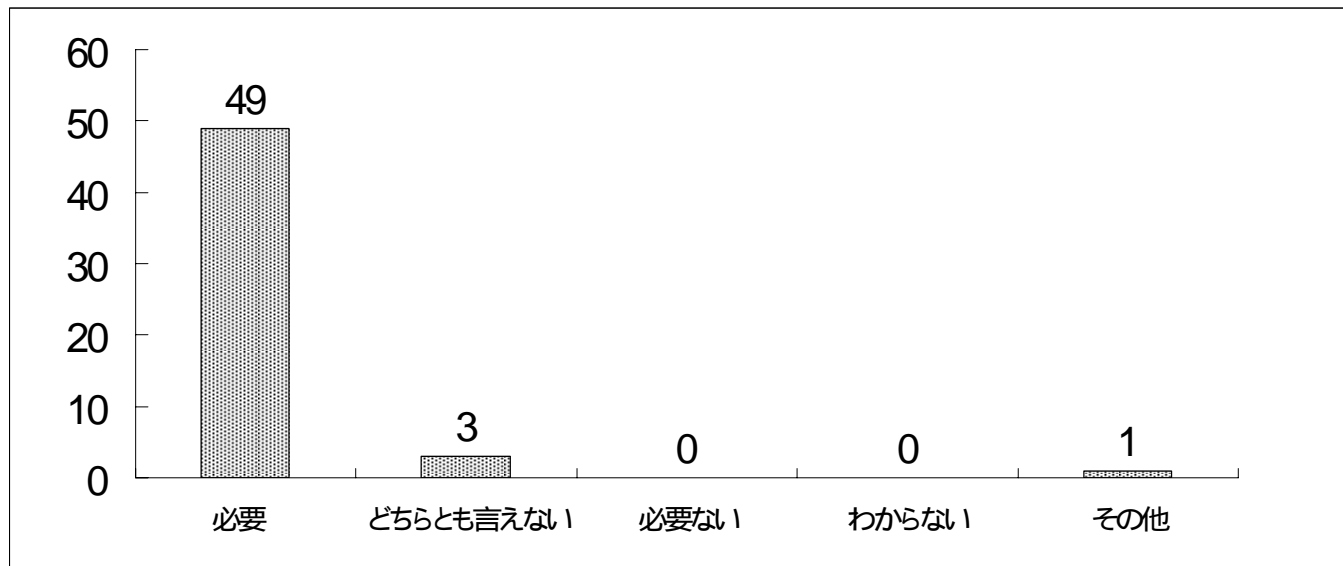
- 1 リハビリ専門職の人数を増員する。 ( 8 )
- 2 サービス提供エリアを拡大する。 ( 2 )
- 3 サービス提供時間を延長(変更)する。 ( 2 )
- 4 その他(回答欄に内容をご記入下さい) ( 0 )

11. 「事業縮小」を考えている方のその理由

- 1 リハビリ専門職の人数が確保できない。 ( 1 )
- 2 サービス需要が伸びない。 ( 0 )
- 3 看護師の回数をリハビリ専門職の訪問回数が上回ってしまう。 ( 1 )
- 4 関連病院などからの訪問に切りかえる。 ( 0 )
- 5 その他(回答欄に内容をご記入下さい) ( 0 )

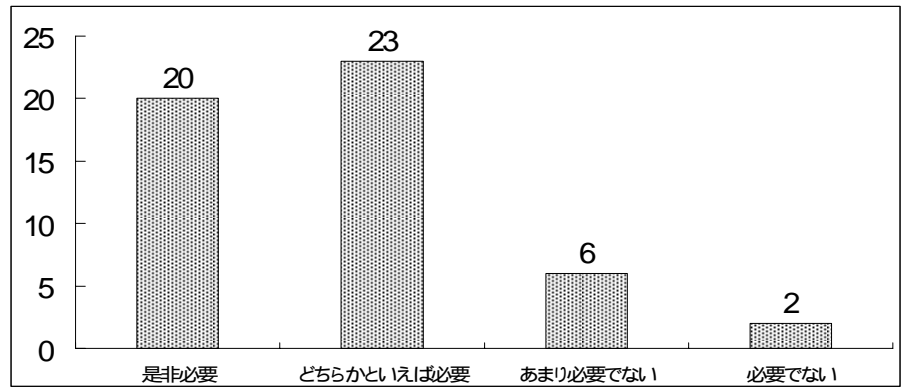
12. リハビリ専門職との協働 ( 同じ利用者 に 個々の サービス を 提供 すること ) の 必要性 について

- 1 協働は必要; ( 49 )
- 2 必要かどうか、どちらとも言えない; ( 3 )
- 3 必要ない; ( 0 )
- 4 よくわからない; ( 0 )
- 5 その他; ( 1 ) ( 精神、癌ターミナル、高齢末期の在宅医療を中心に考えているのでリハはリハへ )



13. 現在の介護保険には制度がない「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所；いわば訪問看護ステーションのリハビリ版)を、将来は設置できるよう制度化することについての意見・考え

- 1 是非必要である (20)
- 2 どちらかといえば必要である (23)
- 3 あまり必要ではない (6)
- 4 必要ではない (2)



〔自由文掲載〕

「訪問看護7」の回数制限の問題、医療での訪問に対する様々な制約など、在宅でのリハビリの提供の必要性が今後ますます増えると思われる中、“しばり”が十分なサービスの提供がさまたげつつあるようで、リハビリステーションが今後制度化されていくことが、時代のニーズにこたえていくことだと強く思います。

同じサービスを提供しているにもかかわらず、サービス単価が異なることは問題がある。病院から派遣または、訪問看護ステーションから派遣では利用者にとってどのようなサービスなのか見えにくくなり、訪問リハの特殊性をアピールすることができない。

群馬県内で 訪問看護ステーションをPTの方がオーナーとして設立した時に私の印象として、こんな狡い方法をつかわずに、きちんとPT、OTが在宅に出かけるように、管理者がPT、OTで現場へ出ていってリハビリメニューを個々に作っていて(訪問看護計画書のかわりのもの)指導ができるような体制にすれば良いと考えていた。のPT・OTは、訪問をしていてもナースでないから訪問計画書も報告書もかけない。けれども主はリハビリ看護婦の立場はまるでおまけのよう。PT・OTの雑用係のよう。管理者のナースは名ばかり。

現在は訪問看護ステーションにふくまれて、回数も訪問看護をこえてはいけない・・・というしばりがあり、リハビリを中心にしたい・・・という利用者の要望に対して答えにくい状況である。

現在併設しているリハビリ専門職と連携を取り行っていますが、専門職の人数の不足もあり在宅でのケアが十分とはいえません。制度化することにより御利用者の希望通りのリハビリを提供可能と考えます。

現在訪問でリハビリを必要とする利用者に関してはやはり基礎疾患や合併症があり看護としての視点も重要な方が全員です。“訪問リハビリテーション”の必要性だけということでは病状の観察や生活に関する部分のアセスメントが不十分と考えます。訪問リハビリについては必要性、需要は高いと考えますが、やはりその部分だけではなく協働して看護の視点も併用するのが好ましいのではないのでしょうか。

現在訪問リハビリステーション事業として、病院等医療機関からの訪問リハがあまり充実していない様に思われます。訪問看護も医療機関からの訪問看護の充実でステーションへの移行(拡大)になったと思われます。訪問リハビリステーションを制度化する為には医師との連携との確立と現在の医療機関からの訪問リハビリを充実するステップ式の方が、確実になると思います。

現時点で病院・診療所からの訪問リハビリであればリハビリ専門職による訪問は可能であり、どうしても制度化しなければ需要に対応できない訳ではない。病院・診療所からの訪問リハビリは報酬単位が低いので、ステーションと同じ位でリハビリ専門職員が確保できるのであれば設置できた方が良いと思う。

在院日数の短縮化の中集中的なりハビリによってADL拡大在宅生活へシフト化するという役割を老健施設が担っているはず。しかし、現状は・・・。当ステーションにおいても訪問看護でリハビリ目的の利用者依頼があります。リハビリ専門職が訪問するメリットがあると考えます。

在宅リハビリは生活にあったりハビリができるので必要であるが、ステーションとして独立して需要がどのくらいあるか問題となる。

在宅療養者でリハビリが必要な方を見る場合、身体や上下肢の動きだけでなく、色々な部分に影響(排泄、精神面 etc)がみられるので、リハビリステーション単独というよりこれまで同様訪看の中からのリハビリを考えています。

生活を重視した在宅では専門職からの支援がとても必要だと思われま。

専門的なりハビリを行う為には訪問リハと訪問看護の連携が必要だと思います。その為にも訪問リハビリステーションの設置が必要だと思います。

たまにPTの指導を受ければ看護師のリハビリでも問題はない様子です。

病院、施設でリハビリを行い、出来るようになったとしても必ずしも自宅でできるとは限らない。(例えば段差訓練で10cmの高さを訓練してクリアできたが自宅の段差は15cmだった。とか、手すりの位置がちがう、有無など) 自宅の状況や何が一番こまっているかが把握でき、生活に近づいた訓練が出来るから在宅でのリハビリは必要と考えます。

病院を退院し積極的にリハビリを続けたほうがいい人は確かに必要かと思えます。

訪問看護ステーションから出る72で問題がなければ現状でも・・・地域に訪問セラピストが増える事を考えれば必要性はあると思えます。

訪問看護ステーションと協働が良いと思われそうですが一緒の方が意見交換や情報交換を行いやすいのでメリットは(一緒の方が)良いと思えます。

訪問看護ステーションとしてどんな依頼がくるかといえばほとんどがPT、OTへの依頼であり、訪問看護ダイレクトの依頼は少ないです。他職種と協働すべき対象者には協働でき、ニーズがリハのみ看護のみという状態の時は、その特化した専門職が対応できるその中で気軽に即座に動けるリハ・ステーションは必要であると日々感じています。

訪問看護ステーションの中に訪問リハビリが入り、協働する事により、全身状態の管理を含めより効果的で利用者にとっても、安心、安全なリハビリメニューが検討できると思う。(一緒の方が情報交換しやすい)

訪問看護の中で必要があり、リハビリを行うと考えています。別の事業所となってしまうと、総合的な援助に対し不足部分も出てくるのではないかと思います。

訪問看護(=訪問リハビリの書き間違い?(編集者より))のみを希望される方が多くなっており、必ずしも看護師の訪問が必要ではない現状です。役割分担ということでのリハビリ専門の事業所が制度化されても良いのではないかと思います。

訪問リハビリステーションの設置を認可してもらえよう強く働きかけることが大切。

訪問リハビリは定期的に行われた方が効果あり、専門職の方が行えばさらに機能が改善されると思えます。

理学療法士等のみの訪問であれば、訪問リハビリステーション事業所の活用ができるので必要はない。

リハビリ職員のみステーションは、医療面でのフォローが不十分となったり、利用者に不安を与えることもあると思う。リハビリ単独のステーションではなく、訪問ステーションとしてPT・OTやSTともにナースやヘルパーなど訪問系が一体となったステーションができると良いのではないか。

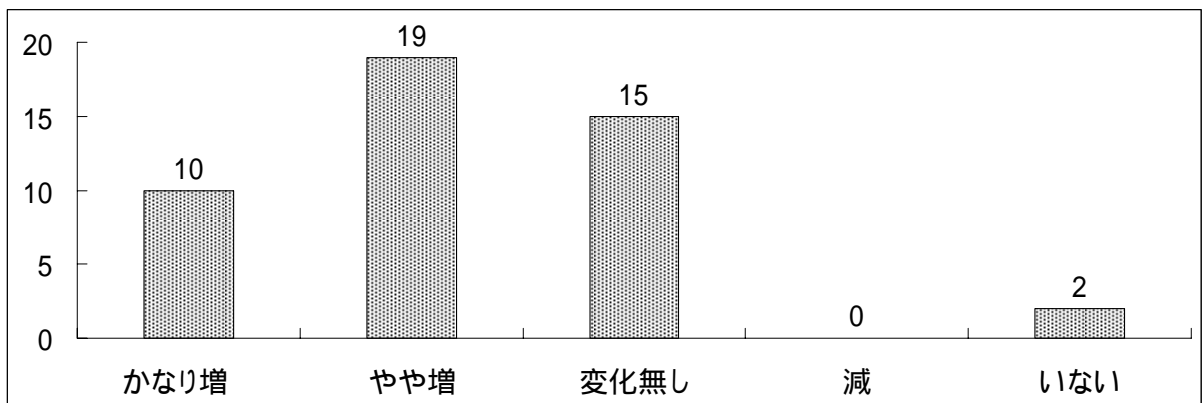
リハビリ単独のステーションが必ずしも必要とは考えない。今のような訪問看護ステーションの中にPT、ST、OTが入るという形でもよいと思うが様々なしほりや報酬等の見直しが必要。加えて在宅でやってもらえるPT、ST、OTの人材確保も課題であると思う。

リハビリニーズが高く看護師が対応困難なケースも多い。看護師のみの会議の中でも、リハビリ専門職のいる訪問看護ステーションは、風当たりが強く、現状の制度では上手くいかないと思えます。訪問看護ステーションも訪問リハビリステーションも両方同じ位必要な制度と思えます。

利用者がいるのでちょっとしたポイント等が知りたい。

14.平成18年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができ、1年前と比較し、在宅でリハビリ(訪問に限らない)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民の状況

1 かなり増えた(10) 2 やや増えた(19) 3 変化無し(15) 4 減った(0) 5 いない(2)



## 15. 訪問リハビリに対してのご意見、ご要望

### (自由文掲載)

自立支援を強化する在宅療養においてリハビリの必要性を考えると現在は十分にリハビリを受けられる体制とは思えない。個別性のリハビリが今後十分に受けられるような制度であることが自立支援の大きな課題と考えます。

非常にニーズが高く、要望が多いです。訪問リハビリステーションの制度化を切に望みます。

Nsによる訪問が必要な人でも、PTにちょっとみてもらい、リハビリメニューを作成してもらい次からはNsがそのメニューにそったリハを施行することも度々あります。PTの存在は訪問看護の幅を広くします。必要なことだと痛感しています。ただ、リハだけを必要としている人は、まだ、少ないかなと思われまますのでやはり訪看Nsとの協働も大切な所と思っています。1件のお宅では(あくまで必要に応じて悪いと思うのですがお願いしています・・・)PTにオムツ交換もお願いしています。PTもリハだけを行っていては使い道がせばまってしまうような気がします。

通所系のサービスを利用できずに在宅療養をしている人はたくさんいます。ぜひ在宅へ訪問して、リハビリをしていただきたいと思います。私たちNsへも助言や技術の指導なども行ってほしいです。

通所系サービスでリハビリに力を入れている所はありますがどこも満員です。御家族はきちんとリハビリをしてくれる施設、専門職を求めています。在宅系サービスがきちんと連携をとり、一人一人に対して必要なサービスが届けられるようになってほしいものです。

リハの専門職がもっと地域に出てほしい。施設内のリハ専門職が訪問リハビリについて研修し、在宅での生活リハビリと施設内リハビリの連動交流の必要性を感じてほしい。

訪問系のリハビリができれば良いと思うケースもあるがPT・OTの不足でできない。また訪問リハビリができるようになるとNsだけが行くこと、できることを明確に打ち出していく必要が強くなるので、不安もある。

PTによる訪問を開始してから2つの利点が生まれています。1つは利用者に専門的なリハビリテーションを行うことで運動機能の明らかな向上がみられていること。もう一つはNs達がリハビリテーションに対する関心が高くなり積極的にリハビリテーションに関する学習をし、自分達のリハビリテーション技術の向上に努めるようになったことです。ただ職種が異なることで意識的に“看護師の管理者”の下で働くことに抵抗を感じるのではないかということを感じてしまいます。

訪問リハビリをうりにしているステーションから医学的管理が難しくなったからとステーションの変更の依頼が数件ありました。専門をわけるのはよいと思うが訪問看護として活動するのならきちんと責任感をもってやってほしいです。

訪問看護婦たちは、平成4年に訪問看護ステーションの制度が創設されるまでに病院から退院した利用者たちの自宅をたずねてひそかにフォローなどをしていて長い間の下積みボランティアの時期を経て厚労省がみとめてくれたもの。PT・OTの方々は先生とよばれているだけあってその下積みをしなくてもじょうずに訪看ステーションの制度を利用して他人のふんどしですもうをとっている印象。こんなことはやめてもらいたい。正々堂々と訪問リハビリステーションを創設して、協働できたらすごくすっきりして、私もうれしい。

ICFの基本は地域での生活です。生きていくのに、何が必要か大切なことです。人が人らしく生きる。

高齢の在宅療養の方がますます増え、生活リハビリテーションの援助、また呼吸器疾患の方も多く呼吸リハビリテーションの必要性も多くなっています。PT等連携を取り、助言指導を頂き訪問看護を行っていきたいと思います。

標準化のため、効果判定のためのデータサービスなどを全体ですすめることが必要と思います。

リハビリステーションができるように祈っています。経営は苦しいと思いますが。

地域によっては訪問看護ステーションから出るリハや医療機関等から出るリハの受け入れ体制が整っていないのが現状だと思います。その為訪問範囲は広く、効率性が悪い、週に2~3回等、短期に集中して在宅リハが提供出来ない等の問題があります。ケアマネジャーさんの認知度が低い。(選択肢の中に訪問リハが無い人もいます。)また訪リハで何か提供出来るのか明確で無いと思います。(ケアマネ、リハスタッフとともに)リハスタッフ自身の教育システムが不十分で自分達が行っている事の指導が受けにくい環境ではあります。

訪問系のリハビリ事業所が少ないため今後増やして欲しいと思います。

リハビリが継続してできるよう施設と在宅での連携がもっとスムーズにいくようになるといいなと考えています。

定期的に訪問看護ステーションにリハ職が入り専門的なアドバイスをして頂けると良いと思います。利用者と家族を支える為に全ての専門職が関わっていく必要があると常々実感しております。

自分で意欲的に行っているが他人が（見守る人）と一緒にないとどうしてもリハビリが行えない様子あり。

やはり他職種からも求められ必要とされ信頼されるリハ専門職の育成、身近な存在としてまだまだ同業者からも一歩ひかれる存在であり、マンパワーがないということもあります。訪問職種としての倫理概念など少しずつ努力を全体でしていくべきと思います。維持期のリハが認められていないことが非常に残念です。ヘルパーさんや他の職種にはできないリハ専門職としての効果や技術はもっと知られるべきと思います。

在宅の利用者は何らかの疾患がベースにある人がほとんどです。それぞれの専門職のかかわりが必要と思います。Q13が制度化されたとき利用者の一般状態等はやはり看護師の目が必要と思います。専門職同士での情報交換が出来ると利用者の在宅療養も継続できると思います。

今日の介護保険の改正により、看護師とPTが訪問することを義務づけられましたが維持期であっても専門のリハビリを受けた方は良くなっています。看護の面とリハビリの面と専門職としての利点を介護保険においても反映して欲しいと思います。

## 2 居宅介護支援専門員

### 【総括】

- ・ 201 事業所の 430 名より回答を得た。
- ・ 居宅介護一人あたりの給付実績数の分布では、21 人～30 人レベル、31 人～40 人レベルが多い。
- ・ 理学療法士などのリハビリ専門職による訪問リハビリプランを一人も組まない介護支援専門員は 45%であった。介護予防訪問リハビリについてもその必要が少ないと感じている介護支援専門員が多く、訪問リハビリプランを組み込む件数が少ない。
- ・ リハビリニーズの高い利用者に対して、リハビリ専門職による訪問リハビリの提供ができていない人は一人もいないと答えた居宅介護支援専門員は 49%であった。リハビリ専門職による訪問リハビリの提供ができていない人は5人以下と答えた居宅介護支援専門員は 96%になる。
- ・ 依頼できるリハビリ専門職による訪問看護の数が十分と考える介護支援専門員は 12%であり、十分とは考えていないようである。しかしその一方で、利用者側の都合やリハビリの必要性などの問題で、リハビリ専門職による訪問リハビリの必要性を考えないとの意見も見られた。
- ・ 訪問リハビリステーション(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所)の設置の必要性を感じている居宅介護支援専門員は 92%であった。
- ・ 平成 18 年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができ、1年前と比較し、在宅でリハビリ(訪問に限らない)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民がいないと答える居宅介護支援専門員は 60%であった。



**居宅介護支援専門員** 回答は1事業所につき1枚ではなく、全居宅介護支援専門員が、各自1枚の回答

1. 事業所の所在地（市町村合併で町村名が変わった場合は旧市町村名）

吾妻町	6	尾島町	2	群馬町	10	高山村	3	新治村	4	みなかみ町	2
安中市	15	鬼石町	2	境町	2	館林市	7	新田町	1	宮城村	5
伊香保町	1	笠懸町	10	佐波郡東村	4	玉村町	5	沼田市	20	藪塚本町	5
伊勢崎市	19	粕川村	3	渋川市	6	千代田町	1	榛名町	3	吉井町	9
板倉町	3	川場村	2	下仁田町	4	月夜野町	1	東吾妻町	1	吉岡町	4
上野村	3	桐生市	39	昭和村	3	嬬恋村	2	藤岡市	15	回答なし	2
邑楽町	10	草津町	5	新田町	1	利根村	4	富士見村	6		
大泉町	8	六合村	1	榛東村	5	富岡市	8	前橋市	71		
太田市	14	倉淵村	3	新町	6	中之条町	3	松井田町	6		
大間々町	7	黒保根村	3	高崎市	36	長野原町	4	箕郷町	2		

2. アンケート記入者の基礎職種

医師・歯科医師	0	精神保健福祉士	4	按摩マッサージ指圧師	3	栄養士	10
薬剤師	6	社会福祉士	33	柔道整復師	16	その他	41
看護職	143	介護福祉士	159	施設援助業務	3		
保健師	3	PT/OT/ST	5	ホームヘルパー	17		

その他の内訳：社会福祉主事（20）、歯科衛生士（11）、介護支援専門員（2）、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、児童指導員、心理判定員、相談援助、相談教務、鍼灸師

3. 事業所の事業提供地域（合併した市町村は旧市町村名）（すべて）

前橋市	97	大泉町	22	黒保根村	11	宮城村	8	利根村	5	木崎	1
高崎市	83	吉井町	22	板倉町	10	大胡町	7	利根郡	4	北川辺町	1
桐生市	65	榛名町	21	尾島町	10	鬼石町	7	みなかみ町	4	北群馬郡	1
太田市	60	吉岡町	21	勢多郡東村	10	川場村	7	群馬郡	3	六合村	1
伊勢崎市	49	みどり市	20	吾妻町	9	倉淵村	7	埼玉県上里町	3	児玉郡神川町	1
渋川市	36	甘楽町	18	伊香保町	9	赤城村	6	南牧村	3	さいたま市	1
藤岡市	35	群馬町	17	粕川村	9	吾妻郡	6	北橋村	3	新田町	1
安中市	34	藪塚本町	17	昭和村	9	小野上村	6	上野村	2	妻沼町	1
大間々町	29	足利市	15	明和町	9	草津町	6	神流町	2	長野原町	1
榛東村	27	館林市	15	境町	8	子持村	6	埼玉県妻沼町	2	東吾妻郡	1
沼田市	27	箕郷町	15	新町	8	白沢町	6	佐波	2	東吾妻町	1
富士見村	27	赤堀町	14	高山村	8	月夜野町	6	嬬恋村	2	深谷市	1
邑楽郡	25	佐波郡東村	14	中之条町	8	新治村	6	本庄市	2		
笠懸町	24	下仁田町	13	新田町	8	妙義町	6	東村	1		
玉村町	23	千代田町	13	松井田町	8	吾妻郡東村	5	上里町	1		
富岡市	23	新里町	12	水上町	8	群馬県全地域	5	片品村	1		

4. 担当した平成 18 年 12 月の給付実績数と、そのうちの予防給付対象者数

給付実績；

0 名 (7)、1～10 名 (60)、11～20 名 (55)、21～30 名 (111)、31～40 名 (151)、41～50 名 (20)、82 名 (1)

予防給付数；

0 名 (23)、1 名 (30)、2 名 (31)、3 名 (42)、4 名 (47)、5 名 (41)、6 名 (55)、7 名 (34)、8 名 (39)、9 名 (13)、10 名 (9)、11 名 (6)、12 名 (5)、13 名 (1)、14 名 (2)、15 名 (2)

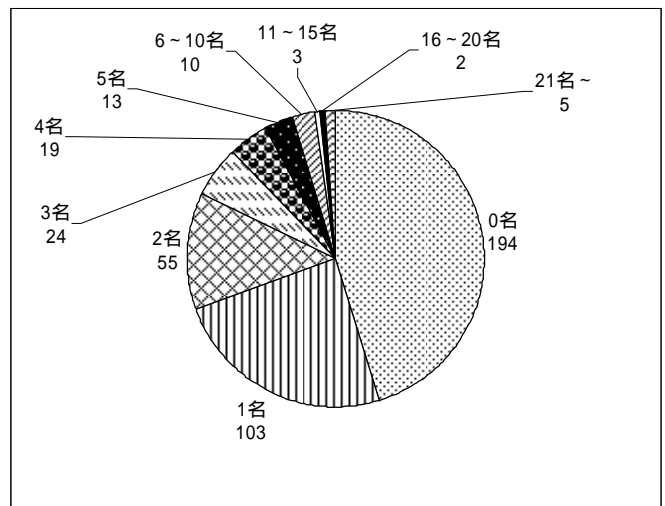
予防給付の割合 ( 予防給付数 / 給付実績 ) % の数

0% (63)、1～10% (58)、11～20% (140)、21～30% (101)、31～40% (27)、41～50% (13)、51～60% (8)、61～70% (2)、71～80% (4)、100% (3)

5. 担当した平成 18 年 12 月の給付実績中で、リハビリ専門職 ( 理学療法士 : P T、作業療法士 : O T、言語聴覚士 : S T ) の訪問サービス ( 以後、診療所や老健施設からの訪問リハビリと訪問看護ステーションからの訪問看護 7 1、7 2 を含むリハビリ専門職による訪問系のサービス全体を指す ) を組み込んでいる利用者数、および、そのうちの予防給付対象者数

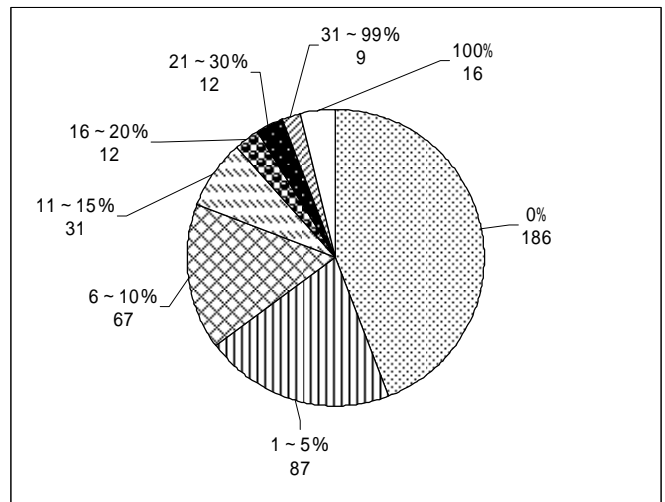
組み込んだ利用者数

0 名	(194)
1 名	(103)
2 名	(55)
3 名	(24)
4 名	(19)
5 名	(13)
6～10 名	(10)
11～15 名	(3)
16～20 名	(2)
21 名～	(5)



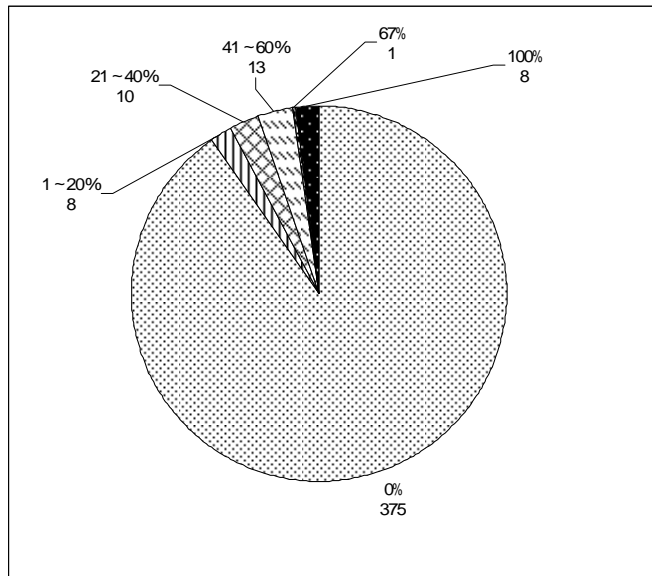
組み込んだ利用者割合 ( 組み込んだ利用者数 / 給付実績 ) の数

0%	(186)
1～5%	(87)
6～10%	(67)
11～15%	(31)
16～20%	(12)
21～30%	(12)
31～99%	(9)
100%	(16)



予防給付の割合（予防給付数/組み込んだ利用者数）%の人数

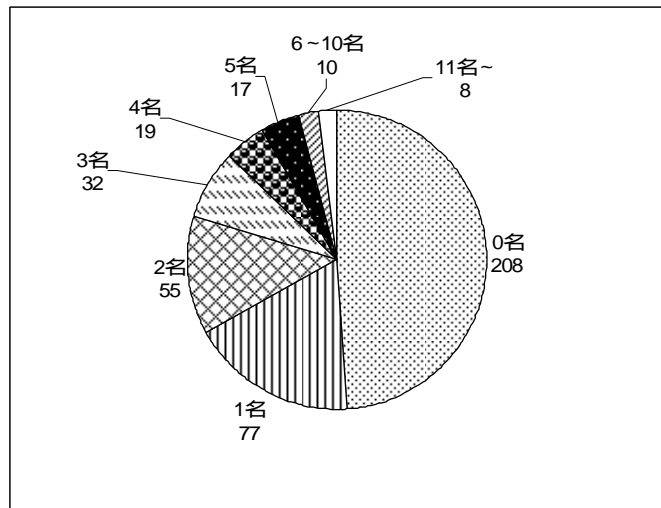
- 0% (375)
- 1~20% (8)
- 21~40% (10)
- 41~60% (13)
- 67% (1)
- 100% (8)



6. 担当した平成 18 年 12 月の給付実績中で、リハビリ専門職の訪問サービスが必要と思われるが利用していない方の数、およびそのうちの予防給付対象者数

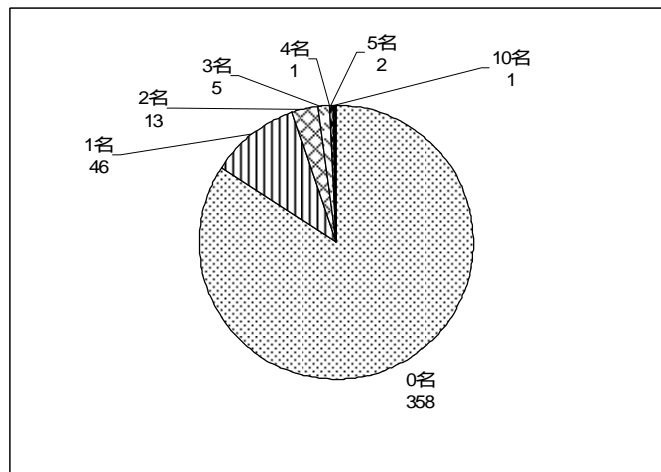
利用出来ていない人数

- 0名 (208)
- 1名 (77)
- 2名 (55)
- 3名 (32)
- 4名 (19)
- 5名 (17)
- 6~10名 (10)
- 11名~ (8)



うち予防給付対象者

- 0名 (358)
- 1名 (46)
- 2名 (13)
- 3名 (5)
- 4名 (1)
- 5名 (2)
- 10名 (1)



利用していない方の理由

〔自由文掲載〕（一部 同様文は他 名としてまとめた）

- 本人が希望しない (他 75 件)
- 適切な訪問リハがない、少ない (他 47 件)
- 家族が希望しない (他 38 件)
- 経済的理由 (他 28 件)
- 限度額の都合により (他 18 件)
- 通所リハビリ利用 (他 15 件)
- 他人が家に入ることに抵抗がある (他 12 件)
- 訪問リハの必要がない (他 9 件)
- 引きこもり (他 6 件)
- 医療保険で受けている (他 5 件)
- リハビリに対する理解不足 (他 4 件)
- 訪問日程調整困難 (他 4 件)
- 体調等の問題でリハ自体提供困難 (他 3 件)
- 71、72 訪問看護リハビリのため制限 (他 2 件)
- ショート利用中 (他 2 名)
- 本人の無気力・意欲低下 (他 2 件)
- 主治医の賛成が得られない (他 2 件)
- 訪問リハの回数確保困難 (他 1 件)
- 介護予防リハの許可がえられなかった (他 1 件)

訪問リハの効果がない

理学療法士の情報が少ない。

以前利用した事があるが訪問してくれた PT と本人との関係がうまくいかず現在は利用していない。

訪問看護ではなく PT 評価やプランしてほしい。維持できるようなプランがたてられない。

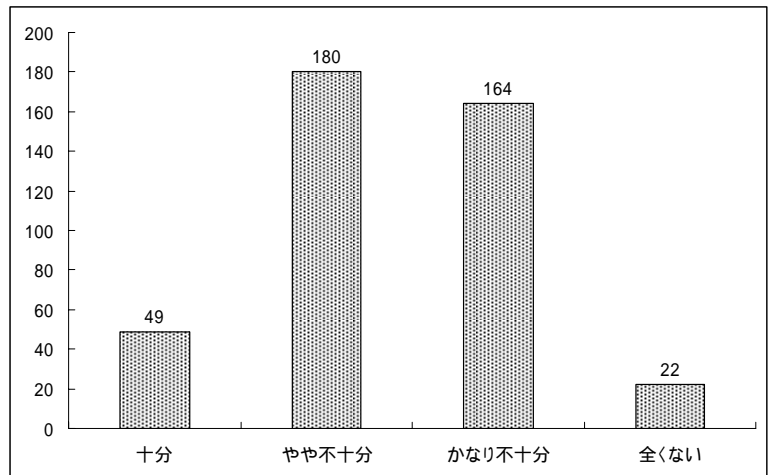
経過が長いが、状態が改善している利用者が居て麻痺の状況がよくつかめない方がいるので専門職に見て欲しい。

現在、マッサージを受けているがその他 PT も必要と思う。

住宅環境に不備がある。

7. 事業提供地域内の、依頼できるリハビリ専門職訪問サービスを依頼できる事業所数について

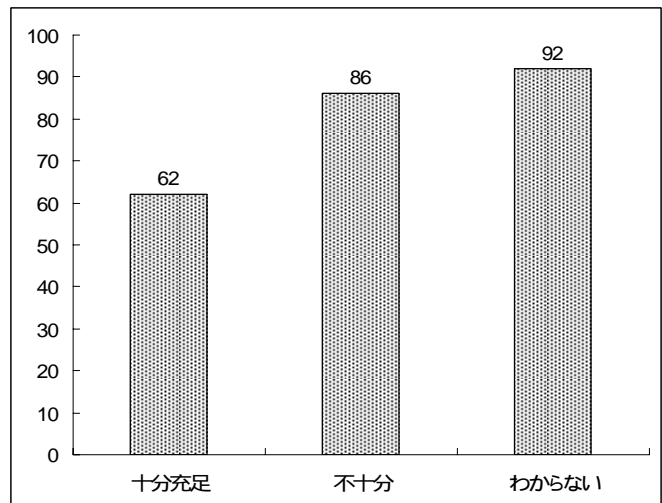
- 1 十分ある (49)
- 2 やや不十分 (180)
- 3 かなり不十分 (164)
- 4 まったくない (22)



8.〔上記7で「1 十分ある」「2 やや不十分」と回答した方〕;

事業提供地域にある訪問リハビリ事業所のリハビリニーズ充足度について

- |            |      |
|------------|------|
| 1 十分充足している | (62) |
| 2 不十分である   | (86) |
| 3 わからない    | (92) |



9.〔上記7で「3 かなり不十分である」と回答した方〕; その理由について

〔自由文掲載〕 (一部、同様文は他 名としてまとめた)

- |                       |          |
|-----------------------|----------|
| 適切な訪問リハがない、少ない        | (他 98 件) |
| 回数の確保が難しい             | (他 15 件) |
| サービス提供までに時間がかかりすぎ     | (他 9 件)  |
| リハ専門職がない、少ない          | (他 8 件)  |
| 71、72 訪問看護リハビリのため制限   | (他 5 件)  |
| 地域内の訪問リハ情報がわからず利用できない | (他 3 件)  |
| 訪問日程調整困難              | (他 2 件)  |
| 主治医の賛成が得られない          | (他 1 件)  |
| 通所リハビリ利用              | (他 1 件)  |

ケアマネの依頼通りのリハがしてもらえない

その人を理解してリハビリする事により、どんな生活ができるか目標に向かって一緒に取り組めるように支援できるだけの力のある従事者が不足している。

訪問してもらっても、時間数も少なく評価内容も満足いくものでない。在宅でリハをしてもらうケアマネの意図が理解されているのか不明。在宅生活の中で、本人や家族が納得できる効果(単に動けるようになった・・・というレベルではなくて)を期待できる、もしくは目標を各事業書と共有・指導できる事業所がない。

計画通りにサービスが行われず、時間変更を勝手に行う、決められた提供時間を守らない、リハ記録がない、ということがあった。テクニシャンも資源であることも認識されたい。

サービス提供者側の都合で時間変更があったり、遅刻してくることがある。

サービス内容(日時、治療内容)に不満の為断った(19:30の訪問だった)

リハビリに関わる専門職が細分化していて、必要なリハサービスの特定が難しい。さらに、リハ専門職間のセクト主義が見られ、無意味な主権争いに終始している感があり、空しさを覚える。

改善の見込みのない寝たきりで関節拘縮予防の利用者様のサービス等断られる。

柔道整復師、按摩マッサージ指圧師の訪問は骨折や脳梗塞の後遺症など限られる。

訪看ステーションでPT等からの評価、指導の下、実際にはNsがサービス提供することで代用されてしまう。

訪問リハビリと言っても月1回のPT訪看で評価、プランニング他3回は指導を受けたナースの訪問だった。

専門的アセスメントでの効果と終着点がリハビリの入口で説明明確でないため、導入されにくい。

地域におけるニーズが少なく(あくまで表面上は)訪問リハビリが事業として成立しにくい印象がある。利用者、ケアマネともに利用した実績が無いので事業の状況もよく把握できていない気がする。

ニーズがあっても利用に結びつかない。

利用者に効果が上がることが理解されない実態がある。

自分の勤務している訪看STにリハスタッフが居るが、この地域に他に訪問リハする事業所がないので、依頼が集中してしまう。一人のリハスタッフに負担がかかってしまうのではと思う。そうなる訪問したいが、訪問でき

ない状況になってしまう。

訪問看護ステーションからのリハビリ専門職の訪問サービスしかないため、リハビリの訪問が充分でない。

訪問看護ステーションの訪問リハビリしかない。

訪問看護でのリハビリのサービスしかなく、リハビリだけのサービスは法律上不可な為家族・本人の希望回数が確保されない。

維持期のリハビリの検討及び指導方法の検討

提供時間に制限がある。

医療保険対応では時間が短い。PT・OT かマッサージ師がよくわからない。

計画を断念することがあった。

10. [上記7で「3 かなり不十分」「4 まったくない」と回答した方];

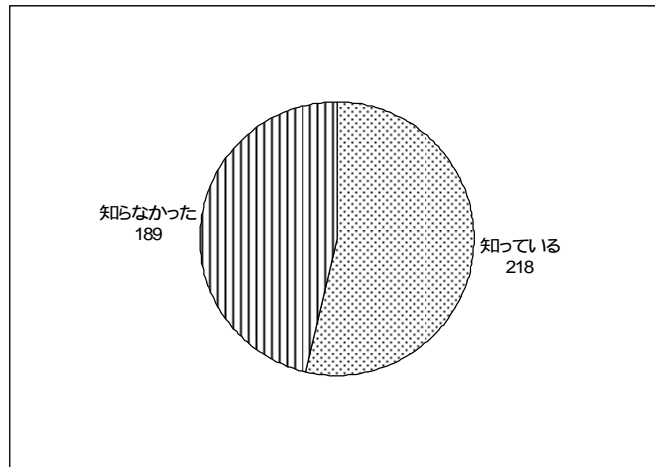
リハビリ専門職の訪問サービス提供の振替手段 (すべてを、頻度の多い順に回答)

病院の外来リハビリ 柔道整復師の訪問 地域の介護予防事業	通所リハビリ(デイケア) マッサージ師の訪問 その他	通所介護(デイサービス) 訪問介護(ヘルパー)による運動(散歩、体操など)	訪問看護
------------------------------------	----------------------------------	--	------

1位	-104	-29	-21	-19	-4	-3	-2	-1	-0
2位	-44	-43	-35	-24	-14	-10	-4	-3	-0
3位	-46	-27	-22	-21	-17	-10	-4	-3	-1
4位	-34	-18		-15	-8	-7	-5	-4	-0
5位	-14	-8	-7	-6	-5	-3	-2	-1	-0
6位	-10	-7	-5	-3		-1		-0	
7位	-9	-6	-4	-2			-1		-0
8位	-6	-5	-4	-2		-1		-0	

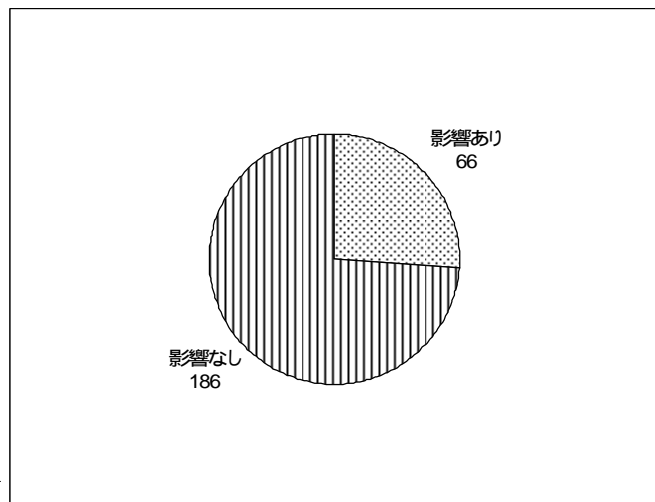
11. H18年4月から訪問看護ステーションからのリハビリ専門職のサービス提供(訪問看護7)は、看護師の訪問回数を越えないようにとの制限が始まってきているが、このことを知っていたか否か。

- 1 知っている(218)
- 2 知らなかった(189)



12. 上記11のリハビリ専門職のサービス提供制限により平成18年10月以降担当している利用者に影響はでているか。

- 1 影響がでている(66)
- 2 影響はない(186)



影響がでている場合、その内容  
〔自由文掲載〕

#### サービス提供中止

専門職の訪問が減少（他 30 件）

訪問看護師の訪問不要の申し出（他 1 件）

他職種、手段へ変更（訪問看護師、通所系、柔道整復師）以下、具体意見参照

- ・訪問リハに加え訪問看護の導入を図ることになった。
- ・パーキンソン病は看護ニーズより、リハニーズの方が高い為、現行の訪問リハ回数を維持しようとする、看護を増やさないといけないという矛盾が出てきている。
- ・OT、PT の訪問でなく看護師の訪問でリハをしているがやはり専門職とは違う。
- ・訪問看護によるサービス提供になるので看護師の訪問になる。
- ・看護師がリハビリを担当しなければならない。
- ・この制限が始まった時、市に確認したところ、市内に訪問リハを行う事業所が少ないため、リハ専門職の回数が看護師の訪問回数を上回ることも仕方がないとの返答だった。
- ・利用者がリハビリを希望しているのにもかかわらず、リハビリの知識が十分でない看護師がかわりにリハビリ（といっても ROM やマッサージ）をせざるを得ない。利用者のニーズや必要性に応えられない事になっている。
- ・本人の体力的なこと又は精神的なものとかあり、通所に行けないため、訪問リハを計画に入れている。制度が変わり困っている。医療は家族やサービスの通院支援 Dr による往診で満足している。PT によるリハを希望しているのにナースには PT のような可動域の運動などできないため困っている。
- ・訪問マッサージを増やしたが、PT との考え方に異なりがあるようだ。調整が大変。
- ・ケアマネとしての意見より訪問リハの OT としての意見かもしれないが、「リハビリが希望なのに看護師が来て何してくれるの？」と利用者・御家族またケアマネから言われます。説明し、納得してもらい利用にこぎつける場合と、断られる場合があります。昨年 4 月に制度開始し、各利用者、ケアマネに情報提供し、検討してもらいました。制度を撤在させる 10 月には利用件数が減ってしまいました。（現在は、初回から「リハと看護師」セットで対応していますので件数は改善しています。
- ・通所リハへサービスの変更を行う必要が出た。
- ・通所サービスへの変更を検討しているが本人の拒否が強く移行に苦慮している。
- ・通所系サービスに変更を余儀なくされた。実際リハビリ量が減った。リハビリを目的としていた「やる気」がうばわれた。
- ・柔道整復師の訪問に変更した。

機能が低下してしまった（他 1 件）

その後ニーズ無し（他 3 件）

週 2 回でも不足していたリハが週 1 回となりリハに PT が来てくれているという本人の満足感だけの様になっている。

機能の向上維持の為にはなっていない。

説明し利用してもらっているが専門サイドから考えるといかがなものか

月初めに予定を確認し、回数を調整している。

説明し、利用してもらっているから影響なし。

利用者へ影響のない様に、市役所へ理由書の提出や訪問看護ステーションとの相談で看護師と PT 等の訪問回数を調整したりしている。

利用できる地域に訪問リハビリがない。訪問看護の中のリハビリが代替として認められたが利用開始までに時間がかかる。

今後出てくる事が予想される。

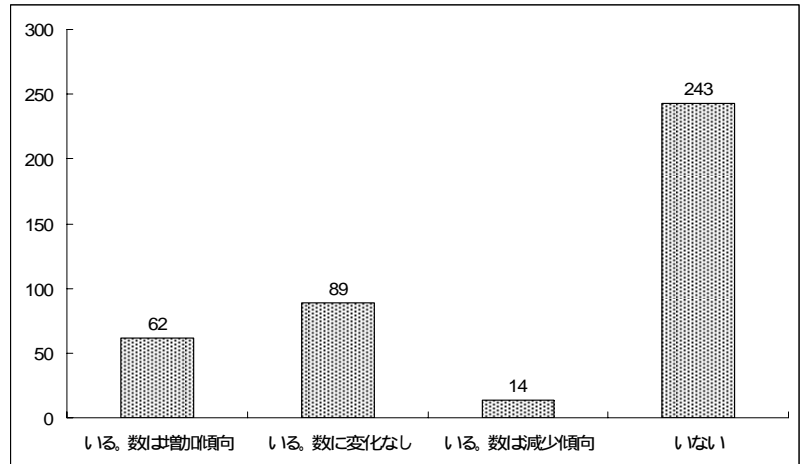
訪看からのサービスで入ってもらっている場合には時間がしっかりと取れるが、リハ専門職だと時間が短くて本人にとってあまり意味がなくなってしまう。お金も違うので。

本来ならば看護師による訪問の必要性は低いのだが、利用者の訪問リハの希望が強い（吉井町には訪問リハを実施する事業所は訪問看護ステーションしかない）看護師による訪問を計画に組み入れている。

利用者がいないのでわからない（他 1 件）

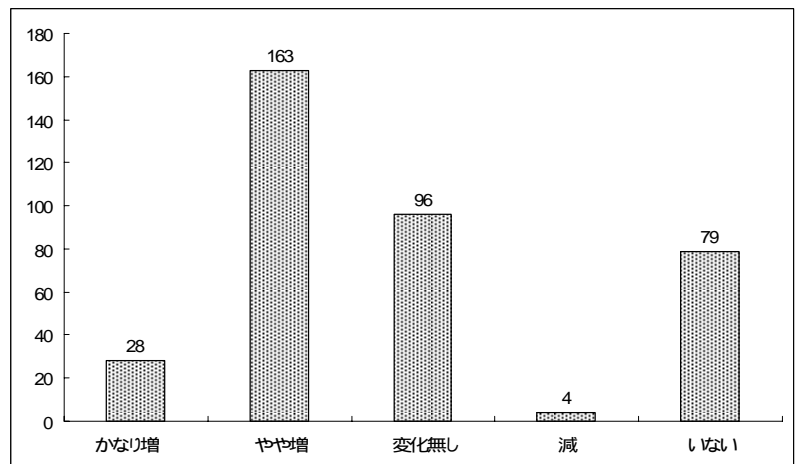
13. 担当する利用者中、平成18年4月の介護報酬、診療報酬改正の影響によりリハビリサービス量が減少した、あるいはリハビリを受けられなくなった方（いわゆるリハビリ難民）の状況

- 1 いる。その数は増加傾向にある。(62)
- 2 いる。数に変化はない。(89)
- 3 いる。その数は減少傾向にある。(14)
- 4 いない (243)



14. 地域内でのリハ難民の数の変動

- 1 かなり増えた(28)
- 2 やや増えた(163)
- 3 変化無し(96)
- 4 減った(4)
- 5 居ない(79)



15. 「介護予防訪問リハビリテーション」についての意見

〔自由文掲載〕

(一人で交通手段等を利用して外出できない方) 介護給付から予防給付に移行した方には有効であると思うが独力で外出できる方であれば地域支援事業等を充実させる方が有効であると思う。

「維持期のリハに面白さを感じない。」この風潮、意識を感じてしまうテクニシャンが少なからずいる。一方で「とてもいい先生」と公表される方もいる。まず、医学モデルのみの考え方でやっている方に後者はいない。

「介護予防」のレベルの方であればリハビリが外出の機会になるのでは。「あそこに行けばリハビリが受けられる」という動機づけになるよう、十分なスタッフの配置が必要だと思いますが。

3月より介護予防リハの人、1人始まりますが本人はデイには行きたくない。閉じこもりぎみの人なのでその点助かります。話し相手にもなっていただきたいので。

ADL低下予防の為に、日常的にリハビリは必要であるが介護予防で訪問サービスの中に位置づけなくても良いのでは

ADL面ではそんなに問題のない方が予防給付の対象になっているので、自分が担当している方については少なくとも訪問リハは必要ではありません。

秋でしたら介護認定を受ける前に介護予防施策を検討してから、認定をすすめたいので、あるいは介護予防のリハビリテーションは「教室」で行う方が効果的と考えているので、あまりプランには浮上してこない。

あくまでも予防とのことでヘルパーによる体操程度で済まされてしまっている。地域での高齢者のための健康維持のための教室開催を希望します。

余り必要はないと感じる。

以前何人かの方が利用(訪問リハ)していたが時間が短く、回数も確保できなかった。又、専門職でないためか、機



能訓練としては物足りなさや、利用者や家族に対する指導不足を感じた。その後、利用者の希望によりデイケアに変更した例が多かった。結果、変化はあまりないが。

今のところ利用者がいない。

医療系の訪問リハ（柔整師、マッサージ師をもっと積極的に推進してほしい。）

受けてくれる事業所が増えれば利用したい。

動ける人が多いので必要としていない。

運動不足の改善が必要な利用者が多いため訪問リハと他の通所サービスを上手に組み合わせると良いと思う。

各々の機関で類似した予防教室や体操教室を開催しているがそこへ参加している人はそれ程心配ではないと思うが、そこにさえ参加出来ない虚弱～自立の人の予防リハビリは必要なのではないかと思います。

介護給付、介護予防サービス計画より移行した、サービス提供（訪問によるリハビリ）できない。

介護給付のうちから訪問リハビリを受けていたので予防になっても同じサービスが受けられるのは、利用者にとってはありがたい事である。

介護保険サービスの一つである訪問リハビリテーション事業所がない！訪問看護ステーションにも専門セラピストがいない。予防サービスに訪問リハビリテーションは不要と考える。なぜならば要支援者は、そのサービスを使う余裕がないし、日常生活で不十分なサービス以外、自ら動いている。

介護保険制度の改正により予防給付対象となった方々は病気を乗り越え痛みを耐えながらリハビリをしてがんばってきたのに現実的には利用回数（通所リハ・通所介ゴ）が減少し、“閉じこもり防止”などと言われながら閉じこもり、運動量が激減しているため、予防訪問リハでそれを補うのは良い。

介護予防・介護との区別は無い。

介護予防給付を受ける方は基本的に歩行が可能な方なので気分転換やリハ目的にて通所リハを希望される方が殆どです。通うことは気分転換に繋がり日々のメリハリにもなります。又、通所リハ内での友人関係を形成する意味でも重要かと思われれます。

介護予防事業全般の事ですが結局介護保険支出の緊縮のための事業であるのであまり大上段に構えず、将来、お金がかからないように予防しましょうと説明してくれた方がすっきりする。取ってつけたような理屈はいらない。介護予防で訪問リハビリを取り入れたケースはまだない。身体機能を悪化させないために必要だと思うが・・・自宅での自分でリハビリをするにあたって指導する目的で導入してみたい。

介護予防としては実際には必要はないと思います。デイケア等に参加し入浴等も兼ねて利用できる方が良いと思います。

介護予防に当てはまる人に訪問してのリハビリが必要なのでしょうか？

介護予防に関しては地域の施設を利用するか地域のマッサージや柔道整復師を利用して、リハビリすべきである。

介護予防に有意義

介護予防の方であれば、できれば通所系のサービスを利用して外出する機会をもち、そこでリハビリを受けられると良いと思う。

介護予防の方もリハビリ希望者は沢山いるので利用できるとよいと思う。

介護予防の限度額をすぐ超えてしまうのでリハビリをすすめづらい。（他のサービスを併用している方へ）

介護予防の対象者は日常生活が自立できる人たちが多いためデイケア等の時間の拘束時間を好まない人もいます。なので身近に利用できる体制があるといい。

介護予防の段階では訪問リハビリは必要ないのではないかと思います。デイサービス等を利用することでリハビリもかねると思う。

介護予防の場合は特にリハビリが重要と考えられるが、通所サービスが優先し、適切なリハビリが受けられない状況である。依頼できる事業所も少ない。

介護予防訪問看護でナースが代替できるからいいと思う。

介護予防訪問リハは自宅で行うより小グループで行う方が効果が上がるように感じる（意欲の向上がみられる）

介護予防訪問リハビリテーションについて疑問を感じる。個別にリハビリ訪問でなく会話（昔を語ったり）したい。

出掛けるだけでリハビリ効果はかなりあると考える。色々との係わりの中で、様々な機能のリハビリを発展していくと良いと思う。介護度が高ければ個別も必要かもしれませんがそれでも人と人との係わりの中で機能回復を目指したいと思います。

介護予防訪問リハよりもリハビリの充実した通所リハができるとよいと思う。

介護予防をするためのリハビリは改善がみられなくても維持ができるだけでも必要と考える。

介護予防を取り扱っていない為、具体的に思い付きませんが、予防の方なら通所の対象になるかと思いますが、外に出るのを嫌う方の廃用症候群（生活不活発病）予防のために、一部利用しなければならない方も居るのではと思います。

該当される利用者が居ないので解りません。

該当者がいないのでよくわかりません。

外来リハは利用制限があり、デイケアでは集団プログラムが多いため、個別でみてもらえる、訪問リハがもっと充足してほしいと思う。

活動できる事業所が増えて欲しい。

家庭（自分が予防の認定を受けているが、親の介護や孫の面倒をみなくてはならず、家を長時間あけられないなど）環境でリハビリに出たくても家を半日あけることができない状態の利用者が、病院でのリハビリを利用出来ず、困っているという相談を何件も受けています。予防訪問リハがあればと必要性を感じています。

加齢による筋力低下では実際、病院でのリハビリが受けにくい現状にあります。介護予防の観点からも必要だと思えます。

看護、介護知識では不十分である事が多く、現在の状態を続けていただくためにも、訪問リハの必要性を感じます。頑張ってもリハビリをしても年数がきたら終わりではその後リハビリを自宅でする人もいればしない人もいるから現状を維持する為のリハビリをしてほしい。

機能が低下しないうちにリハビリに親しむことはとても重要で、また生活意欲をひき出すことにつながると思います。

機能低下を防ぐためにも取り入れていきたいが、利用者の方自身が身近に必要と感じていないように思われる。

筋力低下防止のために、きちんとしたリハビリが行われれば改善が望めると思う。定期的に行い、本人の意欲も引き出せば良い。

具体的なイメージができない。

具体的なイメージがわかりません。

ケアマネになり、まだ日が浅く「介護予防訪問リハビリテーション」のサービスをまだ使った事がなく、よくわかりません。すみません。

現在、介護予防の方を受託していませんが介護給付の方でもリハビリの効果は顕著であり、ましてや予防レベルの方が、日常的反復リハビリを行う習慣ができていくと、かなり様子は変化していくと思います。

現在、介護予防の人は通所系サービスを利用している人がほとんどですが、通所をきらう人もいると思うので、介護予防訪問リハビリは必要だと思えます。

現在、担当利用者については、通所リハビリでも充分対応可である。

現在、訪問リハビリの利用に該当する利用者はいないが、支給限度額の関係も含め、利用は難しいと思う。

現在、予防で利用されている人はいないが、自立を目的として必要となってくる方は増えてくると思う。

現在担当している中で利用している人はいないが、潜在的なニーズはあると思われる。本筋から外れるかもしれないが、特定高齢者に向けた運動器の機能向上事業等もリンクできれば良いのではないかと（制度的に現実的でないことは承知しているが・・・）

現在では対象者が少ないが中には必ず必要な人がいらっしゃると思う。

現在は「介護予防訪問リハ」を予防給付で1名位置付けています。本人、主治医とも話すのですが脳梗塞を患いかなり回復されていますが、日々リハビリという本人への警鐘の意味で月二回利用しています。これぞ予防リハビリと先生も言っています。

現在まで利用者はありませんが必要はあると思うので制度は続けてもらいたい。

現在利用している人が居ない為、よく分からない。

現在利用者の希望にて介護サービスから予防サービス移行後も継続して訪問看護ステーションよりPTによる訪問リハビリを受けている方がいますが、脳梗塞の片麻痺でADLはほとんど固定されています。現在は同時利用していたデイケアへすべて移行する希望です。予防サービスにおいては訪問リハで個別で行うニーズは少ないと思います。

限度額の関係で難しい。

効果は期待できると思うが費用が他のサービスと比べてどうなのかという点が気になります。また回数の設定も現実的な回数で来るのか知りたいところです。

公民館もしくは小学校地区単位で集団にて予防リハが開催できればと思う。

高齢者の中にはうつ病や性格的なもの視力障害様々な理由などで通所系に行けない人が多くいます。ADLがほぼ自立に近い方ほど、リハを受けてほしいと思う。又、点数が低く（限度枠）を超えるため、自己負担がでるため、

経済的なことも理由になって困っている人が多くいます。

高齢の透析を受けている方で、身体状況が安定し、介護予防となったが身心の負担を考えると通院通所でのリハビリに踏み切れず訪問ステーションの利用を続けています。ケースにより必要性は高いと考えます。

個人により外に出る事が嫌いな人もいると思うが、社会性や自立支援目的を考えたりすると家の外へ出て他者との交流もし、身体だけでないリハビリもできると良いと思います。

この事業について賛成です。

個別訪問でなく区の公民館、老人会の集まり等に行きながらできるプログラム等を教えて行く事で効果が出ると思う。

今後リハビリ（予防）は必要となってくると思うが退院後の対応が今現在では不十分であると思われる。

今年度から、特定高齢者の運動事業がはじまりました。私共のところは、市から委託を受け、行っています。特定高齢者といわれる方は65歳以上で介護認定を受けていない人で転倒にリスクがある方という訳ですが、実際は私たちからみると、介護保険を受ければ要支援1 or 2かな？と思われるような方でした。その方たちはとても前向きで、在宅でできるその方にあったメニューを作成すると、必ず行っています。（行ったメニューをこまかに用紙にかいてくれるのでよくわかります）膝が痛い、腰痛である、軽いマヒがあるなど様々な理由ですが、なんとか良くなろうと必死なのだと思いました。介護予防訪問リハビリがあればすごくよいと思います。また関係ないかもしれませんが特定高齢者のわくを要支援1・2の方もひろげたいのになぁと感じています。

サービス計画の中に入れたいと思っても足りなくて入れられないのが現状です。

在宅でリハビリを受けることはすぐに結果を期待する傾向がある。結果に結びつかないと不満になり、中止してしまう傾向がある。訪問看護と結びつけた訪問リハビリが好まれるように思う。

事業所の数が増えると良い。

事業所の考え方でサービスに（量的に）大きな差が出る。予防の為に必要な単位がこの単位が個別の計画を立てづら

い。

自宅近くで受けられるように設定すべき

自宅で自分に合わせたペースでリハビリが受けられる為、ニーズは高いと思われます。

自宅で専門職のリハビリが受けられることはお年寄りにとって大変ニーズの高いものであると思います。手軽に負担が少なく取り組むことができます。

自宅に訪問してもらってリハビリテーションをしたいと考える介護予防の利用者はあまりいないのではないかと思います。

実際には外出を目的とするところが多いため機会は減らない。

してないので不明

自分個人の意見だが、介護予防全般について今の状況では、訪問リハビリテーションの利用は全国的に見ても増えないのではないかと考えている。

充実できたら良いと思う。

重症化を防止するために予防給付の利用者に定期的なリハビリは必要だと思う。本人は勿論、御家族も望んでいるが、訪問リハビリではなくデイケア、デイサービスのニーズが高い。

集団リハビリを嫌な方や、閉じこもりの方等必要と思います。

症状状態が変わってくると思いますし、QOLの向上、などにつながりながら、行うことなのですが利用者もしりごみしてしまうケースも考えられますので（痛みによって）

状態が軽いので、通所が可能であり、自宅では自立に近い状態である。

情報が足りなくてサービスにくみ込めない事もあるので事業所ごとにどんなサービスを利用できるか聞いてみたい。

自立に向けてのリハビリは大事だと思います。

自立をめざそうとしている人はリハビリは重要と思うが訪問しなくても通所で十分だと思う。

身体機能がある程度の所まで低下してからでは改善に向かうまで時間も労力も多く必要となってしまうのでそれ以前の状態からでも積極的に取り入れることは大きな意味があると思う。

すべての病院でリハビリができるわけではないので退院後の在宅生活において、リハビリが必要でもその方法すら解らないと思われる。在宅でのリハビリの方法だけでも指導してもらえればと考える。

全体的な支援を考えたときに訪問よりも外に出る通所リハビリの利用をすすめたいと思います。（個々に応じて）（単位数を考えて）

外に出る事もリハビリなので出られる方は通所系のサービスを使ったほうが良いと思います。

退院直後でPTによる訪問リハが必要な状況にもかかわらず、限度額が低いと、十分な回数を利用できず、困っている。維持期であれば良いのかもしれませんが回復期にある程度、集中してリハビリできるシステムがあれば・・・と思います。

体力的に不安と突然の外出の不安を抱えている人もいますので、自宅でまずリハをと思うのですが回数的（限度額少ない）な事もあり、短期間での自立が難しい。

多様なニーズに対応する為に必要

地域の運動教室には行けない、病院のリハも終了してしまった方には、絶対必要だと思います。また自宅内でのその人らしさの動きなど助言していただければいいと思います。（ADL・IADLの向上）

通院が困難な利用者に対して日常生活の維持もしくは改善を中心とした維持期リハビリテーションは要介護状態になることをできる限り防ぐ為に重要である。利用者が可能な限り居宅において能力に応じた自立した生活が営むことができるよう支援する為に必要。

通院リハビリを希望しても回数が制限されたり受けられなくなり在宅で何も受けられず廃用に移行している人がふえている。予防訪問リハビリも必要と思う。

通所サービスがなじまない利用者は筋力低下がすすみ易く、又退院時の回復も悪いので訪問リハビリは必要だと思う。通所で予防リハビリを受けたくても制限があり、利用者の希望通りとはいかない現状があるため、予防訪問リハビリを対応していただければ有効であると思う。

通所リハでのリハビリを計画している。

通所リハに通う事も出来ないが、自宅が山間部にあり、足を運んでもらえる事業所がないため、どこの事業所が利用できるか知りたい。

使ったことがない。

使っている利用者がいないため今は特に意見はない。

デイサービスで個別リハ加算でリハビリを行っているので利用者はやや満足している。

デイサービス等の利用を希望しないで自宅ですごされ、下肢の筋力低下がみられる方や嚥下力が低下している方のためには必要かと思われます。

どうしても本人の希望で、自宅でリハビリをしたいという希望があると、デイサービス、デイケアでは対応できない面があります。

閉じこもりがちの方や運動不足の方がかなり多いように思いますので廃用性の身体機能の低下を防ぐためにも、介護予防の訪問リハビリテーションは必要

どちらかというと、デイケアを利用する方が多いので今のところ必要のある方、および希望する方は居ません。

どんどんプランの中に取り入れたいが現実難しい。

内容と効果の実態を解るように周知してください。例えば週1～2回のどんな内容のリハビリでこのような効果があると言うような。そして単価は 円と付加して。そんな資料を気軽に利用者へ説明周知し、リハビリを推進することは必要と思う。

ニーズを充足させるため幅広い人々の連携で行っていくことが望ましいと考えています。

認定審査会においても、要介護者・要支援者の判定が一律でない。予防と介護に分けたのも問題がある。一人一人が違い症状もそれぞれだから、対応も予防だから介護だからと分けられないと思う。

早く自立させ介護サービス利用しなくてすむ様にするには必要

必要性が少ない。希望しない。専門家によるリハビリも必要と思われるがそれ以上に日常生活の中で動くことに重点を置き、又デイサービス等を利用することで自然にリハビリが行われている。

必要性はある。

必要性はあると思います。リハビリを受けたくても受けられない方が多い。継続してリハビリが受けられるよう検討して頂きたいと思っています。

必要性は十分にあると思うがその事業所が見つからないので利用していない。

必要性を認める医師の見解によって大きな差があるように思います。「どうしてもリハビリしてみたいのに・・・」と主治医の同意を得られないケースがありました。

必要だと思うが多くが整形外科通院で治療を受けている。

必要と思っても資源が少ないので困る。介護予防のプログラムなど専門職に作成してもらいたい。

必要ないと思う。

包括支援センターにおいては、介護予防の方に訪問リハビリの提供は考えておらず、ケアマネジャーがプランに入れても却下されたため、あきらめている。介護度とは無関係に閉じこもり傾向のある人などは必要なサービス

と考えられるが・・・

訪問介護員の散歩や自主トレにつきあうなどのプランでも対応できる状況にある身体レベルの利用者が多い。骨折（軽傷な）などの後は専門職が良いか考える。

訪問回数の制限をなくしてほしい。

訪問してもらうことに抵抗を感じている方が多い。他人が来ることにストレスを感じるなど。

訪問してもらうと集中的にリハビリが受けられるが、社会との交流を持つためにも出かけていってのリハビリ（通所など）が、良いように思われる。リハビリを受ける時間のみとなってしまう、なかなか活動できないで坐っている人が多いように思う。軽度の人にこそリハビリ日常生活の改善が必要。

訪問担当しているOTとしては今までのところ「介護予防訪問リハ」の依頼はありません。予防の方はデイ等通所が中心になっているように感じます。

訪問でのリハビリ需要は多くない。通所系のリハビリがもっと充実したものになると良い。（介護保険外の）

訪問ではなく通所ができるのであれば、通所のほうが良いのではないかと思う。

訪問リハ、通所リハが両方使えると良い。

訪問リハ実施していただければ通所との連携が取りやすい。本人の意欲も増す。ニーズは多いと把握している。

訪問リハステーションがどこでしているか情報不足であり、山間部でも足を運んでくれる事業所があるかどうか知りたいです。

訪問リハの事業所がないので回答もできない。

訪問リハは必要と思われるがリハを担当する専門家が訪看ステーションを退職して訪問リハをやっているところがない時に低い報酬の予防リハを受けるとは思われない。

訪問リハビリテーションを提供できる事業所、スタッフが足りないと思う。介護予防でこのサービスを組み入れるのは難しいと思います。

訪問リハビリのサービスは、軽度者にとってどれくらい有用なのか分からない。（寝たきりの方でさえ、断られてしまう現状があるので）

訪問リハを含むリハは、軽度のうちに行ってこそ、効果がでるものと考えます。予防の段階でリハが積極的に行えることを望みます。

訪問利用者がいなかったため何とも言えないが制限がある場合、予防のために（介護度がつかないため）行うのであり、矛盾しているように思える。

歩行訓練とリハビリとの差がわかりにくい。（高齢者）終着点を示し、リハ実施するべき。

本人が意欲を持って、実践できるのであれば、訪問・通所であり、自立支援には重要な部分だと思う。

本人の意識づけをしていかないと継続できない。

本来在宅で長く生活したい方がほとんどだと思うので在宅生活を続けていくために通リハか訪問リハどちらかを活用していけたら良いと思いますが必ずしも外に出ることが好きな人ばかりとは限らないですし外に出られない状況の中では訪問リハが有効だと思います。

まだ実用できる段階にはなっていないと認識している。

要介護 要支援になられた方でデイサービスの利用回数が減り、家に閉じこもる人が増えています。訪問や通所での機能訓練をしたいという意向もありますが、ご家族・本人と現状のサービスが結びつかないのが現状。

要支援1、2の方はできるだけ外へ出てリハビリを受けられるといいと思います。外出することで身だしなみや曜日の認識などにもつながると思う。予防訪問リハは必要ないような気がします。

要支援者に対して訪問し個別にリハビリをするのは、日常リハビリの継続ということから有効だと思います。また、やる気を引き出したり、生活習慣の改善などにも専門職の働きかけは必要。

要支援ということで外出に困難をきたすようなADLの支障はないと考えられ閉じこもり予防という観点から通所サービスが望ましいと思われる。

要支援の利用者に訪問リハは不要。

予防（要支援）の段階でのリハビリが充足すれば、介護度が上がる効果のある方が増えていくのではないかと思う。

ただ必要な人ほど感心がなかったり、拒否的だったりするので該当者に対して身近なスーパーマーケットで定期的なリハビリ教室を行ったり、民生委員に知識を広めたりして啓蒙していくのはどうか。

予防介護給付を行う方は、外に出たいと思う方が多いので、今のところ在宅でのリハビリよりむしろ通所を希望されている方が多いと思います。

予防介護の場合訪問より通所系のリハをつかう事が多い。出かける事もリハビリと思っています。

予防給付でのデイケアでは個別的なリハビリができないため必要と思われる。

予防給付の方で現在、通所にてリハビリをやっていた方はいましたが、状態急変にて介護2になりました。現在おりませんが、予防の方でもリハビリが必要な方はたくさんいらっしゃると思います。

予防給付の方の中には、廃用から来る拘縮で動けなくなっている方もいらして、訪問リハビリの必要性を感じています。

予防給付の対象者は意識がしっかりしており、リハビリ又は運動を勧めるにあたり困難な部分がある。

予防給付の利用者が個人の事情で訪問リハビリを希望していても、安中市の事業所から予防給付の利用者へのサービス提供が困難である。

予防事業は大半が通所、ヘルパー利用となっている。訪問リハまで余裕がないように思われる。

予防だとどういうことをしてくれるのか？

予防で現在訪問リハ対象の方はいらっしゃると思いますが、介護給付対象者でどんどんADLが低下し、主治医からは特に病名もなく助言ももらえず不安な気持ちで生活されている方が大勢います。

予防でもあり本当は在宅で継続出来る（在宅で一人でも出来るリハビリ）の指導をしてもらえるといい。外来リハの通りのものや機具などが無いと出来ない専門職（してくれる人がいないと出来ないのではなく毎日少しずつでも出来るリハの指導を。

予防なので訪問するまでもないと思う。リハビリが必要であれば、通所リハ等になるべくでかけた方が、色々な意味で良いと思う。大勢の中は苦手というのであれば、ムリとは言わないが・・・

予防にはもっと力をいれるべきである。要介護状態になった後とその前では全く効果が違うし、又、費用も全く安くあがると思われる。

予防に訪問リハは必要ではないのでは・・・。予防になる方は通所リハへ行ける方では・・・。

予防の方こそ「このままではいけない・・・」という事を考えており、意欲はあるもののなかなかきっかけがなくリハビリを受けられないということもあるので訪問リハの充実により、1対1の手厚いリハが受けられれば要介護状態にならずにすむ方も多くいるのではないのでしょうか。

予防の段階でのリハこそ効果がある。（生活を変えられる）と感じるが問題意識を持つ運動、リハの必要性がわかる必要と思って継続する意欲、気力がある、という対象でないとニーズは拡がらない だんだん落ちていくのを見ているような状況です。

予防の人は市で行っている筋力トレーニングでも可能と思われる。

予防の人は比較的に元気な方が多く、通所リハビリの利用でリハビリを行っている。外に出るのが好きでない人や交流が好きでない人は予防の訪問リハという選択肢があると良い。

予防は受けていない。

予防プランの方が訪問リハビリを受ける場合、リハビリのみで限度額が上限に達してしまい、希望回数を組むことが難しい。

予防訪問リハのプログラム等があまり知らない為何をどう行うかを知りたい。

予防訪問リハビリテーションは要支援者の身体の状況や意欲等を維持し、援助の仕方では今以上に向上していけるサービスと感じています。

予防リハビリの方は自宅での訪問リハビリより、通所リハビリや介護予防事業を勧めている。

リハビリが受けられなくなりADLが低下してしまった。

リハビリ効果があった。ADLの向上あり。

リハビリテーションというより、機能維持低下防止の専門性のあるプログラム（その人に合ったものを）立てる事は必要と思う。

リハビリテーションについて提供できる知識を持ち合わせていないので、利用者に対して情報を提供できない。

リハビリとマッサージをかんちがいしている利用者がある。

リハビリは実施してもらった時だけではなく継続してゆくことが大切で、リハに行って来て寝たきりでいる事は意味がない。そういった人にリハを続けるのは？意欲的にリハして筋力維持が出来るように頑張っている人のリハを切るのはいかなるものでしょう。

リハビリはどんな状態の方でも必要であり、生活しやすいスタイルを身に付ける期間だけでも訪問リハビリがあれば良いと思う。

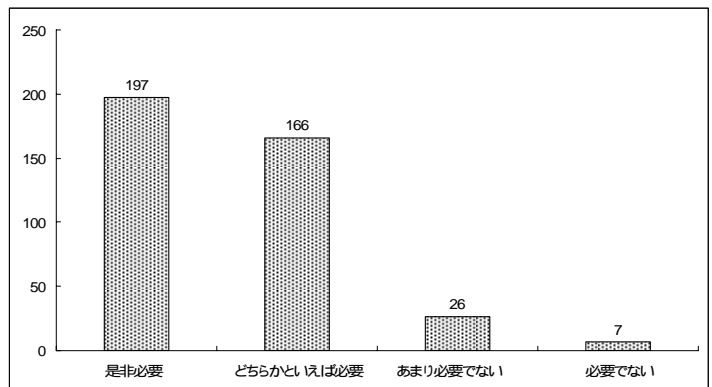
リハビリは必要です。外出できなければ訪問してでも行うべきです。（家族にはムリでしょう）外出できる方ならば何人かで一緒に行くほうが、効果があると思います。

リハビリを受けてこそ機能維持が図れる利用者もいるので予防給付であっても訪問リハビリが受けられるのはよいと思う。

利用されている人がいない。出かけられるのであればなるべく、出かけて体を動かした方が楽しいと思います。  
 利用したことがないのでわかりません。  
 利用したことなく、勉強不足でわかりません。  
 利用してみたいものです。  
 利用者があまりやりたがらない。  
 利用者様が家で自分でも継続できるリハビリを提供できるので施設のリハビリよりも活用されると思う。  
 利用者によっては他の人と接するのがにがてで、家で自分にあたりリハビリができれば良いと考えている人がいると  
 思うし、必要だと思う。  
 利用者の考えているリハと実際の内容にギャップがあるようだ。  
 利用者の状況としては通所に行きたくない人が利用することが想定される位なのは  
 利用者の状態が介護予防のレベルで有れば一般的には通所系のサービスをご利用いただいた方が、社会交流、認知面  
 で適切かと思われます。  
 利用する方がいないのでよくわからない。  
 連携をしていきたいと思います。

16. 「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職  
 による訪問リハビリテーション提供事業所；いわ  
 ば訪問看護ステーションのリハビリ版)の将来の  
 設置について

- 1 是非必要 (197)
- 2 どちらかといえば必要 (166)
- 3 あまり必要ではない (26)
- 4 必要ではない (7)



〔自由文掲載〕

ADL、介護状況、住環境を考慮した個別のリハビリも必要と思われる。  
 NaとPTやOTは違う。Drより指示書をいただいてサービスを開始するため医療面の問題は無いと思います。きち  
 と職種を分けてほしい。事業所も分けて、利用する目的が違うため、前のようにナースはナース、PTはPTで  
 その人に応じて訪問できることが一番望ましいと考えています。  
 PT、OTを適切に派遣してくれるのか？金額的にどの程度か。(訪問看護と同じになれば利用回数は減る)  
 PTが訪問してくれる事業所が少ない。  
 PTによる専門的リハビリはとても大事だと思う。しかし、それに集中しすぎて全人的視点やナースのもつ医療面の配  
 慮が必要！  
 PTばかりでなく他の職種も活用すべき  
 別々になった方が良いと思う。  
 ケアマネジャー以外にも、利用者の機能そのものをよく把握して下さるリハビリ担当の人が居てくださると、もっ  
 ともっと良くなると思います。  
 リハビリが身近で行える。訪問により受けられることで、個々の生活に即した内容のリハビリが受けられることはそ  
 の他の部分に良い影響が見られるのではないかと期待できるのではとされます。  
 相性もあるので担当を固定してもらえると利用者からの不満も解消されると思います。毎日決まった人だと安心でき  
 るのでは。そういう点でリハスタッフを病院兼務とかではなく置いてもらえると良いのかもと思います。  
 あるにこしたことはないが、訪問看護なみの報酬(単位)となると利用者の自己負担額が大きくなり、利用控えがあ  
 るのではないかと？  
 今の様な訪問リハではなく機能訓練、機能回復を目的とした訪問リハビリが必要だと思います。医師の指示を受けな  
 がら在宅でのリハビリが受けられればと思います。  
 今までたよっていたリハビリが中止になればどうしたらいいのかと言う相談も多いので是非何かサービスを利用でき  
 る環境を作ってほしい。

医療系を必要とする人と必要としない人がいる。

医療施設でのリハビリが制限されるのであれば在宅生活の中で行うしかないでしょう。そうすれば必然的に訪問リハビリは増やさざるを得ないと思う。

医療におけるリハビリが短期になり在宅で継続してリハビリを続ける為には個別対応で集中してできる訪問リハビリは必要であると思います。通所系サービス（デイケア）では不十分であると思います。その為訪問リハビリステーションが設置されるのであればとても期待します。

医療分野での入院日数制限が厳しい。通所・通院によるリハビリが不可能又は不適切な方のリハビリの為に必要。

医療法の改正によりリハビリ制限があり、どうしても通わない何らかの理由等あれば訪問リハビリにより必要時リハビリが受けられればありがたい。通所リハも若い人やある程度回復すれば利用を検討する人もいる。希望される時間や回数に対応できれば良いと思います。

医療保険でのリハビリが終了した後は介護保険で対応と言われるが比較的年齢の低い人の中にはデイケア・デイサービスの雰囲気敬遠してしまう人もいます。短時間でリハビリのみを希望する利用者さんの要望に応えるには訪問リハビリがふさわしいと思います。

いろいろあったほうがクライアントのニーズの選択肢が広がってよいのでは。

うちには通所利用したくないが、リハビリしたいという人もいますから。

多くの方がリハビリを希望されています。また、デイケアやデイを利用するのはちょっと抵抗がある方は、家の中で生活をしている姿をみていただき、環境や介護者の状況を考慮し、リハビリをしていただいたり、メニューを作成して下されば、サービスを利用したいと思うのではないのでしょうか？ニーズは多いと思います。

多くの方がリハビリを希望していますが、事業所専門職が圧倒的に少ないと思います。通所リハビリも少なく順番待ちの為やむなくデイサービスを利用されている方もいます。また通所リハに通いながらも、自宅で、生活に即したリハビリを希望されている方もいます。病院でのリハビリを断られ、家族送迎でマッサージへ通い出した方もいましたが、家族の都合で休むことの多いのが現状です。

多くの利用者はその場限りでPT・OTなど訪問時はRHしてもそれ以外は自発的に家庭で行う人は少ないと思われる。同じ内容のリハビリにしても場所と自宅と施設では違ってくると思う。例えば月2回程度の訪リハでも、自宅の環境に合わせたプログラムで意欲のある方は毎日とり組むと思う。

開業医との連携に不可欠、病院一極集中を回避する意味で必要だと思う。

介護給付対象で、どんどんADLが低下し、主治医からは病名も助言もなく、不安な気持ちで生活されている方が何人かいらっしやいます。リハビリは皆さんの生きる希望です。プロの方に話を聞いてもらえるだけでも変わります。必要な時に相談できるところが各市町村に必要です。

介護者および本人が生活しやすいくふうを考えたいので専門職にたよるのではなく本人の日常生活の中からできる事を見だしていきたいので

介護状態になくても、退院後のケアが必要な人がどんどん出て来ると思う。

介護状態になる理由として身体機能低下が多い為。

介護度が高かったり、難病をかかえている人など通所リハに通えない人たちは訪問リハが必要と思う。それにより介護する側も負担が軽減できると思う。

介護度の重い寝たきりの方にも拘縮予防のリハビリは必要で、しかし通院、通所は人出や本人の疲労を考えると困難なケースがあり、通院通所によるリハビリの対象にならない人達の為の訪問リハビリテーションがもっと利用できたらと考える。

介護保険が在宅の生活を守るための保険なので訪問系のサービスは必要と思われる。只在宅でリハビリが必要な人の多くは、病院からの退院者であるが、うまくバトンタッチされていない場合があるのではないかと思う。

介護保険制度の向かう方向が在宅生活の充実にあるのであれば、やはり必要だと思います。出かけてリハビリを受けるとしても良い点もありますが、自宅で生活を実際にしていくという視点に立ってその場で自立することを考えたリハビリが必要だと思います。

介護保険利用により通所リハに切り替えを試みる際、通所の施設利用を好まない方もいるため必要かと思われます。

介護予防、機能の向上、QOLの向上の為に専門的なリハビリを受けたり、家族指導や他の事業所（訪看・ヘルパー）への指導が必要だと思います。

介護予防、重度化予防の為に、リハビリの役割は大きいと思うが、家族などは家に来られるのを嫌がる人もいるので成り立つかは不明。

介護予防について考えているがリハビリは介護予防の面から考えても有効で必要であるから。

介護予防の観点から、個々のニーズに適したリハビリが必要であると思う。また利用者の住環境も考慮したプログラ



ムを立てることも重要であるとする。

外出ができない人や人との交流を望まない人には必要と思われる。

外出可能な人は外の空気を吸いながら通所リハも良いが、決まった時間、その場にいることができない人もいる。そのような人のために訪問リハの量も増えて欲しい。

外出困難な利用者には自宅で受けられるし自宅での生活状況にそったリハビリが提供できると思います。

外出するのが困難だが、家にリハビリをして下さる人が来てくれたら、レベルが落ちないような人が多くなると思うので

外出の苦手な方には利用しやすくなると思う。

外来リハに制限ができ、デイケアの利用をすすめるがデイで1日拘束されるのは嫌という利用者が数多くいた。リハだけを十分にしてもらえるサービスは必要だと思う。

下肢筋力の低下による歩行困難で介護保険を利用する人が増えている。計画的なリハビリでそれが解消されるならぜひたくさん設置してもらいたい。ただ訪問看護と同じ算定では高くして利用しにくいと考えられます。

家族としては、リハビリをして良くなってもらいたいという気持ちはあるが、在宅で行うより外へ出て行ってもらう事を希望している。家族の負担軽減と気分転換もかねて。

家族としてはデイケアを望む方が多いかもしれませんが高齢者の方や男性の方は家から離れることに強い抵抗があるようです。自宅に来てもらえるというのは導入しやすいと思います。

家族の受け入れがないことが多い。(家に他人にはいってほしくない為)外へ出る方向で考えることが多い。

通いが困難な利用者も在宅や慣れた環境でリハビリが継続できるのであれば受容はあると考えます。

看護師さんは確かに全身状態の確認、褥瘡処置がある人のリハビリにはとてもいいと思いますが、純粋にリハビリのみを希望している人はやはりPT、OT、STさんが絶対いいと思います。だから訪問リハビリテーションは必要だと思います。

看護とリハビリを結びつけた内容が良いように思う。

気軽に相談対応してくれる所は是非あって欲しい。

既存の「訪問リハビリ事業所(者)」との違いが不明で的を得ない回答かもしれませんが十分なサービス資源のない地域において中核的な役割を担うステーションとして位置付けるならばたいへん有用だと思われる。現状では事業所の都合により利用日、時間を設定せざるを得ない状況も漏れ聞くこともあるので・・・(地域性や人員配置の関係で)

希望者が多い。

急性期のリハビリは専門家(医者等)による手当は必要と思うが安定期や予防リハビリについては生活の中で楽しみながら行うことで(専門家が出なくても)地域等(近隣)「ささえあい」の方法がとれないでしょうか。先輩達の知恵や昔の(隣近所)えんがわ(おしゃべりの場)の復活を願うのは夢の又夢でしょうか。

急性期や重度の方が十分に利用できると良いと思う。

居宅支援計画 在宅での生活を可能にする為には利用者の日常生活上の活動へのリハビリ計画であったり精神的支援も担っていただける専門職であるとする。

経済的な問題もあるがリハビリを継続した方がADL、QOLの向上につながるため。

現在、訪問リハは混んでいて利用者におすすめでもいつサービス提供されるかわからないので通所を利用されている。リハビリ専門の窓口があれば良いと思う。

現在ある事業所だけでは不足していると思われる為。以前担当のご利用者様に訪問リハビリの必要性を感じ、訪問してくれる事業所を探したが、エリア的に市の外れだった為か、「今受け持っている利用者の予定に(遠方の方)組み込めない」といわれた。ことごとく断られた為。

現在桐生市は経過措置で訪看を今まで通りリハ中心で利用できているが今後必要になってくると思う。

現在専門職による対応がほとんどなされていない。

現在のサービスを充実させることにより、訪問リハ設置をせずに、ニーズを充足できると思う。

現在の訪問看護ステーションからのリハビリでは看護師の訪問を必要としない利用者の方は有効に利用できない。単位数も多いため、限度額内におさまらずあきらめるケースも。現在担当している地域ではリハビリの専門職の人数が少なく、利用者の方が希望されている回数より少なくなってしまうことが多いから。

現在の訪問看護は利用者の主治医からの指示により退院時自動的に付いて来ているものでありアセスメントの結果で選択されてはならず主に病状の管理でありリハが積極的に行われていません。

現在の訪問リハビリサービスの事業所では対応できる人数が少ないため

現在は利用していないが事業所がふえれば利用する機会もふえると思われる。

現実、リハビリが必要と思われる利用者さんが、外出する事への抵抗感から自宅でもってしまいう事がある。実際に生活をしている場所での生活リハは本人にとってもやる気が出るのでは？

現状診療所からの訪問リハで充足しているため  
現状では介護保険で受けられるリハビリは週に1回しかできないので個々の状況によっては通所リハ2回/週以上必要な人もいると思われるため。

現状では問題がないため  
現状では利用を検討しても満足な提供事業所が無い。また利用できる回数、時間帯に条件が多いのでサービス計画に組み込みにくい。

交通手段に恵まれておらず、リハビリを受けさせてもらいたくないが、  
高齢者が身体機能を回復し自立した生活を送る事は精神的にも大きく影響する。リハビリをきちんとした専門職に行ってもらうことも大切。中途半端なリハビリは悪化の危険もある。

高齢者だけでなく、中年世代の方々も、最近は脳血管疾患などでリハビリが必要になっているが、デイに行くには抵抗がある場合が多い。今後もそういう方が増えてくると思われるので、ステーションの設置で幅広く対応してもらえれば良いと思う。

高齢者の場合と目に見えるような回復が見込める障害者とではだいぶ状況が違うと思う。介護保険では高齢者が多いのでその時間だけリハビリというより1日楽しみながらリハビリをと希望者が多い。ですが、どうしても必要という方には確実にいると思います。

高齢者は大半が下肢機能低下による転倒予防を図る必要があるが、通所・入所等で対応が充分されていない。  
個々のリハビリメニューにより自宅でのリハビリが必要な人も居る。機具等を使用する人は施設でのリハビリがよいと思われる。

このままではリハビリを生きがいに頑張っている維持期リハの人の意欲低下につながってしまう。  
個別性を考えれば必ずしも人の中に連れ出すことばかりが有効ではないと思われその点で訪問リハのマンツーマンの指導や訓練は有効だと思います。

今後、高齢化がさらに進み、利用者の増加がみこまれます。  
今後訪問リハビリのニーズは増えてくると思うので、ステーションが増えてくる事は好ましいと思います。  
サービス提供時間が少ない。通所リハビリと比べるとメリットが少ない。必要な方はできる限り、理想的に利用できるサービスであって欲しい。

サービス提供事業所を明確にし、使用しやすくするため  
在宅介護に移行し通所利用出来なくなった時、訪問リハ、訪看利用は必要。  
在宅介護において、今後、介護度の重い方の割合が高くなってくると思う為。  
在宅生活を継続するうえで、実際の生活動作の仕方などの訓練ができるのならば非常に将来性はあると思う。  
在宅生活を継続するためには不可欠のサービスでありより質の高いリハビリが受けやすくできるから  
在宅生活を続けたいという希望をもっている人はたくさんいる。在宅で生活していく為、今のままいられる為にもリハビリが必要だと思う人はいるが、外出困難や外にできること集団の中にいることに抵抗がある人が多い。集団リハも大切だが、個別で利用者にも向きあってリハビリをしていくことは必要になってくると思う。

在宅で環境等の配慮があり、利用者の生活を通してのリハビリ指導をして頂いています。  
在宅で住環境に合ったリハビリをすることで、在宅生活の維持につながると思う。  
在宅で生活されて、寝たきりの方はリハして現状維持して介護しやすい介護が保てるようにしてゆくため  
在宅で生活する方が増えていく中、訪問してもらえて、専門知識のある方からのリハビリを受けられることは、在宅生活を希望される方にとって、とても画期的なことだと思う。

在宅で手軽にリハビリを受けたいと思っている方は多いと思うので！  
在宅での運動機能の向上と実際に家の中での生活訓練等が必要なケースもあり必要であると感じている。  
在宅での生活を維持する為には、リハ室内のリハビリより居宅内での動作の確保のために必要  
在宅での生活を希望される方が増えてきたと思うので  
在宅でのリハビリの機会が多く提供されると良くなると思う。

在宅でも訪問リハビリの必要はあると思うが、施設も利用してリハビリを希望する人が多いと思うのであまり必要はないのではないかと。自分としてはもっと訪問リハビリを利用してもらいたい。

在宅でリハビリをと希望される利用者には必要と思われます。他者との社会交流を望まれる利用者や御家族が多く、通所リハビリ利用の方が多いです。寝たきりの方など介護が重度な利用者には訪問看護の重要性の高い方が多く、訪看と訪リハが別々になったとすると、2事業所をお願いする事になり、回数ひん度も、訪看の方が多く

なると思うので必要性のいちづけはむずかしい。  
在宅における介護が多くなっていくので将来的には必要と思う。  
在宅に向けて必要だと思います。  
在宅の方向が強まるとすれば今後、ニーズも増えてくると思います。  
在宅へという国の方針ならば自然と必要になる。  
山村にある為、設置をしても採算をとるのは難しいと思われる。専門職によるリハビリを希望する方もいるが、受け入れについても難しい。  
事業者が少ないため、利用者の希望通りに訪問してもらえない事が多く、通所リハビリを利用して自宅のトイレや入浴等の生活にそったリハビリがなかなかできない状態であるため。  
事業所がいたずらに細分化されるだけで一般の認知度は逆に下がるだろう。専門職の側だけがいきり立っているだけで、問題の解決には程遠い。  
事業所増に繋がると思う。  
事情があって通所を利用出来ないが、リハビリが必要と思われる利用者がいる。  
施設でのリハビリも必要と思いますが在宅で生活している場でのリハビリの必要・重要度をもっと理解していただきたいとします。  
施設の入所料金が高くても入所したくても入所できない方もだいぶ増えてきています。そう言う方の中でもリハビリを希望されている方もいらっしゃいますので、必要であると思います。予防給付の方の対象者は現在おりませんが要支援1・2の方でもリハビリは必要であると思います。  
自宅環境に合わせた訓練ができる。  
自宅にいても個別リハビリが受けられるのは出かけられない利用者他者との交流が苦手な利用者にとっては有難いサービスである。しかし成果が得られるかは利用者次第であり財源がムダになる場合も考えられる。  
シッカリした施術をしてほしい。(競争原理)  
しっかりとしたりハビリ評価と訓練を行うことでより利用者の能力の可能性を高めることが出来ると思う。健康に寝たきりを防ぐという意味では看護よりリハビリが良いと思う。又、訪問看護師のリハビリへの知識、認識も不足している人がいる。  
じっくり1対1で、自宅でリハビリを受けたい人がいる。  
実際の所、御家族の都合により通所リハビリテーションを希望される方のほうが圧倒的に多いため  
若年高齢者への必要性も高くなると思われる。地区毎に集団で行う。例えば、公民館、集会所などで5～6名集団リハビリを専門職に指導体制で定例時にやることはけっこう効果あるのでは。地域包括支援センターが主体となった事業としても内容をもっと解りやすく、効果が上がることを周知し、方法としてもっと気軽にとり組めば、機能向上加算がついているデイサービスでの集団散歩やカラオケなど、効果を疑問視される加算内容の改善も行われるのでは。具体的、どんなリハビリがこの人には必要か集団相談会を行うシステムなど、そして気軽に参加しようと思う方法はあるのでは。すべて介護訪問報酬としてとらえるのではなく、地域包括支援センターの事業としてもっと取り組んでほしい。  
住宅改修の際に中心的に関わってもらえたり、寝たきりの方の離床援助など専門職の方のサービスがあるといいと感じる場面があるため  
集団生活になじめない人や何らかの理由で家を空けられない人もいる。その中で、在宅での生活の活動範囲を広げる視点で、訪問リハビリは大変重要と考える。わざわざ、訪問看護の看板の中に入るのではなく、訪問リハビリステーションという形で開設できるような制度を変えるべきだと思う。  
集中的に専門職が関わる必要性の高い時期や通所リハビリの利用の突破口として充分な関わりができると思う。  
重度者で通所することができず、訪問看護によるリハビリのサービスも十分でないケースがある。  
主治医の先生の意向を気にしないで利用できるから賛成です。(デイケアで良いと言われると利用できない。)  
需要が増々多くなるのに対し供給できる環境が整っていない。  
需要は少ないが必要性のある方はいる。  
将来を考えると必要と思う。  
身体状況にあわせ在宅での生活環境をふまえて、その人にあつたりリハビリを行うためには必要積極的に外出する、したいタイプの間人もいればその逆もいます。総ての人がチャンスを平等に得られるべきです。  
全体的設置数が少ないのでは。又、ある程度動ける高齢者はリハビリ目的の人が多いため。  
選択肢が増える。  
専門家に直接アドバイスを受けることで本人が前向きに運動に取り組むことができる。

専門職からの提供を利用者様が強く望んでいる。

専門職としての知識をしっかりと身につけ、利用者の自立支援に向けて取り組める人ならば必要

専門職によりリハビリを行う事で利用者の筋力低下や拘縮防止に役立つ。

専門職による安定したサービスが受けられるようになれば良いと思いますが実際はデイ等での対応を望む方も多いようです。

専門職によるリハビリステーション事業所が増える事で専門的な目で利用者さんがリハビリをできれば今よりADL、

IADLが拡大すると思う。現状ではデイサービスでの職員による個別リハにとどまっているため。

専門職によるリハビリにより状態の維持向上の可能性のある利用者も多いと思われる。

専門職の技術は必要（重要）に思う。

専門職の知識で在宅の方の筋力低下予防や現状維持には必要であると思います。

専門職の定期的なリハビリにより身体や生活機能が改善し向上される。

専門的な知識でのリハビリプログラムの中でリハビリが必要だと思う。

専門的に期間を示し、効果を見てみたらやらせてはいけない。

専門による質の高いリハビリが受けやすくなる。

そのようなステーションが設置されて在宅生活に沿ったより身近な存在になればいいかと思います。

退院、退所後はもとより、在宅での動作を見て頂き、日常生活に密着できるリハビリを受けることができ、家での様子も定期的に見てもらえる。専門的な指導が得られる。

退院後、自宅での生活におけるリハビリを希望される方がいる為

退院後による、身体状況が低下している方等、通所サービスの利用が困難な場合等は訪問が必要だと思います。

他の居宅介護サービスと比較して極端に少ない。ニーズがないということではなく、訪問リハビリステーションを担う、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数が少なく資源自体の供給が乏しいことによりニーズが対応できない。ADLの維持・回復、社会交流の維持、拡大、介護負担の軽減、福祉用具利用、住宅改修の助言など自立支援の重要な役割を担っていると思われる。

多様なニーズに対応していくためにはPT、OT、STがそろった訪問リハビリステーションがあるとよい。リハビリ専門職間での連携もより強まるのでは。

担当する利用者からみると訪問系より通所介護のリハビリを希望されている方が多い為。

地域において事業所のないところは必要かと思われる。ただ、需要と経営を考えた時に成り立っていくのが心配。小さい村なので利用する方は少なく近隣の市から事業所で今は対応しています。地域に設置して頂けたらよりきめ細かいサービスの提供につながれると思います。

通院できない利用者には訪問リハは大変大切な分野と思う。

通院の手段のない高齢者にとって訪問でのリハビリは必要と思われます。現実に料金のかからない福祉の方のみ現在は利用しています。

通所介護、集団参加を嫌う方もあり、また通所系では疲労が大きい方もあるので、訪問系は必要である。

通所型のリハビリ専門施設が必要と思われる。

通所系が嫌いで外に出たがらなかったり体力的に通所は無理な人で、どんどん筋力が低下したりする人がいる。

通所系サービスが利用しにくい方や介護度の高い方がリハビリを受ける機会を確保してもらいたい。

通所系サービスのような集団が苦手な方や1日そこで過ごさなければならないというストレスを抱える方もいる為。

通所系のリハを利用できない方には必須だと思います。

通所施設でのリハビリ、地域支援事業等での介護予防の充実が必要だと思うが（出来る限り外出できる環境）ニーズによっては訪問サービスが適当な方もいるから。

通院できない方がいた場合は必要であるので。

通院できない方もいるため。

通所でのリハビリに強い拒否があるが自宅でならリハビリを受けたい（専門的な）方の受け皿が現在の状況ではほとんど確保できないため

通所では応じきれない場合が多いと思われ、個々のニーズに対応する時、ケアマネに相談させて頂きたいことが出てくると思いますので。

通所リハが遠く、体力的に難しい方に在宅でリハビリが行えるといいと思います。

通所リハなどは今後も利用が多いと思われるが在宅は時間も短く（利用時間）患者さんにとりどうなのかわかりません。

通所リハに行けない人や、介護度を上げない様に、介護者の負担が少しでも減るようになってほしいと思います。

通所リハにおける個別訓練に限界を感じています。時間的な制限で5～10分やっただけで個別リハとは言えない。利用者合ったプログラムで1時間なりその方の為にあてる時間をもうけることは必須です。家族と本人の目標がより具体的になり、リハビリ専門職の方もより深くより添えるのではないかと感じています。

通所リハの空きがないため希望しているにもかかわらず利用できない利用者がある。それを補うために必要と思う。通所リハの方が効率がいいし、介護者の負担の軽減になるから。

通所リハのような多数の人の中に入ると疲れるとか嫌がるが自分の家ならばという。

通所リハビリ全員が通えれば何の問題もないが、どうしても通所には適応できず、かといってリハビリの必要性のある方は存在する限り訪問リハビリは必要不可欠の事業であると思う。

通所リハビリでは個別対応が十分でない為

通所リハビリでは対応しきれないより質の高いリハビリがより身近に受けやすくなるから。

通所リハビリも限界があり、自宅のできるリハビリの必要性も高くなっていると思う。

通所リハビリを希望されずに自宅で短時間の集中的なりハビリを受けたいと希望されている利用者に対して、訪問リハビリの事業所の設置は必要であると思う。

通所リハビリを拒否される方で病院リハビリを受けられなくなった方が多い。通所介護と訪問リハビリ(短時間集中)を計画に組み合わせたい。

提供事業所が増え、選べると良い。

デイケア等に適応できない方や個別にリハを希望する方にとって訪問リハは必要と思いますし、現在事業所数は少ないですが、体制を整えば需要は大きいと感じます。

デイケア等の通所系のリハビリを好まないため、個別に訪問して欲しい人もいます。

デイケア等の利用ができない方には必要だと思います。

デイケアなどの方が家族としてはニーズが高い様ですが本人の希望により訪問系のサービスを希望する方も多いと思います。長時間すごせない方など、適応かと思えます。

デイケアやデイサービスなどの通所サービスの利用に抵抗を感じられる。50・60代の脳血管障害の方々や、リハビリだけ短時間ですたいと思っている方の話をお聞きするので。

デイサービスの利用と併用していく。

できるだけ在宅で過ごしたいという利用者・家族にとって自宅ベースでのRHは非常に役割が大きいと思います。自宅での生活が安全・快適に過ごせるようにぜひ設置をしてほしいと思います。

できればPT、OTなどの専門職による訪問リハビリがより信頼度があるが、絶対数の不足があるのではと考えるので、どちらかといえば必要であると思う。

できれば利用者のニーズから考えて訪問より通所でリハビリ交流を目的にサービス利用の方が効果的だと考える。特に我々の地区では交通の便がわるく、利用者が独自に移動する手段がなく、閉じこもり傾向にあると思われる。

当該事業所内の利用者様で何名か昨年の医療法改正に伴い、病院でのリハビリが受けられなくなり介護サービスの利用に変更し、通所リハビリにてリハビリを受けるようになったが中には通所系のサービスを好まない方(通所=老人のイメージが強い為?)が多くリハビリを受けない方もいらっしゃる。介護度の軽い方は医療のリハビリを強く希望しており現状ではリハビリを受けずにADLが低下している方もいらっしゃる。訪問リハビリが設置されることによりリハビリ担当者も家庭環境を把握しリハビリを行うことができました、利用者様自身が機材を使ったりリハビリではなく自宅でのリハビリを行うことが可能となる。家庭でのリハビリの継続することによりADL維持向上につながると考えます。

どうしても自宅から出掛けたくない方。家族もリハビリをよく知りたい方。等のニーズは有る。

ニーズがあるのに不足しているため

ニーズが多い。

ニーズはあるであろうから

入院・日数の制限があり、十分リハビリのないまま退院する方が多いので在宅でその方にあった生活リハビリを兼ねて専門的に指導してくれる方がいたらよいと思います。

人数が増えれば利用しやすくなる。

寝たきり高齢者の拘縮防止のために必要とは思いますが、そのケースの利用者は少ないので縮小していくと思う。

寝たきり等で通所リハビリ等のサービスを受けられない人も多く、そういう人達は拘縮も進み、ますます機能低下を起し、介護者の負担も増大していくので介護者の負担軽減の為に必要と思われる。

寝たきりの人でも専門職のリハスタッフがリハビリテーションを継続して行うことで、筋力低下、関節の拘縮を予防

することが可能であると考え、訪問看護サービス内でリハビリテーションを提供する上で、専門職に相談したりリハビリ方法を聞くことができるから。

脳梗塞の後遺症等でリハビリの継続の必要性のある方々は人前に出ることを嫌う為、初回プラン等の作成が困難、在宅でのリハビリで少し慣れてから（人やリハの内容）通所系をつなげることが作成上無理がない。本人の負担が少なくすむので必要性があると思う。

廃用性の筋力低下・肺疾患によるマヒのためのリハビリを1対1で希望される方は多いため。

必要性を感じるが、その前に事業に必要な専門職（PT・OT・ST）の確保ができるのかが問題。現状は病院・リハビリ施設でも適正人員の配置に苦慮しているのではないだろうか。

必要だと思いますが急性期病院 自宅で少し良くなってから行うRHをどの程度利用者が理解しながら、必要性を感じながら行っていけるかがむずかしい所ではRHは楽しく長く続けていけるものでしっかりと運動できるようにすることが必要になると思うのでその辺りが説明理解し、実行していく事でよくなっていくればとは思いますが。

必要であると思うが、もう少し単価が安くなると回数を多くできる方は少ないと思う。（訪問看護ステーションからのリハビリサービス提供より）

必要と思われるが、報酬が高くてはあまり利用できない。

必要と思われる方は多いです。（通いは嫌という方もいるので）ぜひお願いします。

必要な利用者（高齢者）が増えると思われるから

一人ではリハビリできない人や人に会うのが嫌だという人もいますので、重度にならないようにするためにリハビリは必要である。

1人1人に合ったプログラムを消化するにあたり、専門職の訪問によりきめ細かいケアが可能になると思われる。

病院退院時に充分なリハビリが受けられない上、退院後その方の生活スタイルに合わせたリハビリメニューを立て、定期評価を依頼できる所がない。その方の生活を総合的に評価し、その目標に向かって、どうプランを立て、各事業所といかに連携を図るかをケアマネが相談できる機関としても今後の展開を期待したい。

病院での急性期、回復期のリハビリが終了して在宅に戻られた方でも在宅の生活（介護者への指導も含め）についてのリハビリも必要かと思われます。

病院での在院日数短縮やリハビリ点数改正により、早期に在宅へ戻されてしまっています。訪看を行っていますがリハビリの必要性を強く感じます。

病院でのリハが短期間で終了して介助に結びついている方が多くなって来ている。

病院でのリハビリ制限があることに対応する意味では必要だと思いますができれば、病院で今までのようにリハビリできるのが一番良いと思われるのであまり積極的な必要性ではない。

病院でのリハビリに制限があるため、リハビリをしたくてもできない人が増える可能性がある。

病院でのリハビリの期間が短く、また通所に通う体力のない方には必要。

病院でのリハビリを受ける事が出来なくなってしまった人には専門職によるリハビリを受ける場所は必要である。

病院でリハビリをうちきられた人はどちらかと言えば（在宅で）というより外に出かけたがる方が多いので、地域や通リハのパワーリハビリをふやしてもらいたいので2とした。しかし、寝たきりの方や外に行けない精神状態の方も多い。看護ステーションでナースと一緒にOT、PTの施設もふえれば依頼もしやすいと思います。

病院におけるリハビリが制限されるようになり、在宅におけるリハビリは必要。デイサービスに通えなくなり、休むとたちまち拘縮がすすむ。利用者は多い。

病院への入院日数も制限が出てきて、以前より早く退院している方は多いが、高齢のため通院でのリハビリも不可能な場合も多い。自分から外へ出ていけない方のためにも訪問によるサービスの需要は増加すると思われるため。普段の生活の中に、自分の健康を維持すること身体機能を維持することの大切さを感じております。知識に裏付けされた運動が必要かと思えます。

法改正により日数制限があるので必要かと思う。今後、利用者も拡大していくので不足すれば余計に財政負担が多くなることは目に見えている。

訪問看護2と71、72を組み合わせなければならないので専門職による訪問リハがあればそれは一番良いと思う。

訪問看護ステーションの位置づけでなく、単独で動いてもらった方がニーズに細かく対応できると思う。

訪問看護ステーションのリハビリを利用したところ、来てくれる方が（2ヶ所）若く、理論的な事は言うが、本人、家族、満足得られなく中止となってしまった。

訪問看護での提供はストレッチやマッサージに時間がかかっていて、生活リハを目標に上げることが現実むずかしい。またPTなど専門職の回数は確保しにくい。

訪問看護でも代用できる範囲であることが多い。

訪問看護と訪問リハはしっかり区別し事業所を別にすべきです。現在、訪問リハの単位より訪看の単位が高いので「訪問リハビリ」専門でも「訪看」としての設定となっている。きちんと区別をし内容の濃いものとしていただきたい。

訪問看護とリハビリを分けた方がサービスを勧めやすい。又は聞きやすい。

訪問看護の様にリハビリテーションも必要だと思う。

訪問看護は利用料が高い。訪問リハの単位が適切であるか否かはわからないが、リハをしたいという要望は高い。限度額の関係で、訪看でリハビリをお願いするより、専門職としてのPT、OT、STに依頼したい。STへの要望もあるが、どこで対応してくれるのかわからない。訪問リハは在宅で、家族と相談して必要な所を集中的にリハビリしてもらえ。施設でのリハは在宅の様子がよく伝わらず、例えばフロアの歩行とたたみやカーペット上の歩行状態が違うところが在宅でのリハビリに結びつきにくいと思っています。

訪問してもらえば交流ももて、拘縮予防、筋力アップで社会に出ていこうという気持ちにつながると思う。

訪問に限らず、通院・通所等で対応ができたり（送迎完備）希望があれば訪問対応ができるようなリハビリ施設があれば良いと思う。訪問のみでは需要があたりなかったりと不安定になる。

訪問のリハビリの方が通所系より個別で行ってもらえ、利用者もリハビリを行った気持ちになれる。

訪問リハ事業所が充足しても必ず指示書の件でつまずいて実際の提供に結びつくには限界があるかと……。広域にわたってフォローしてもらうには必要。

訪問リハにより筋力アップや交流もできて良いと思う。

訪問リハの代替として通所リハビリを検討することがあるが、朝から夕方までの利用は苦痛だと感じている人も多い。訪リハステーションなら利用したいと考える人は多いと思われる。

訪問リハのニーズは非常に高いです。「訪問リハステーション」は必要とは思いますが、その対象は必ず「全身状態が安定している」ことが条件かもしれません。介護度では要介護1・2位が中心かもしれません。現状としては要介護3～5寝たきりでも、医学的管理が必要な状態でも依頼があります。その場合は、訪問看護師や主治医等と密に連絡がとれ、共通に対応できる「訪問看護ステーション」からのリハが良いかもしれません。訪問OTとして感じることはどのステーションから訪問に出る場合でもその訪問日時にはそのスタッフしかいないため、緊急時に備えておく必要を感じます。

訪問リハはありがたく利用者への身体的負担が少なくて良いのだが経済的負担を考慮した上で通所リハが希望である。

訪問リハビリが主として必要であり、かつ頻回に利用という方が多ければ必要と思う。訪問看護ステーションにリハビリスタッフがそろい、連携しながら対応出来るのであればそれでも良いと思います。

訪問リハビリ事業所が少ないので必要だと思う。

訪問リハビリステーションの開設により、より利用者のニーズに沿ったサービスが提供できるので良いと思う。ただし、医師や他サービスの連携を充分にとって頂きたいと思います。

訪問リハビリに対するニーズがあまりなく、現在行われている通所リハや訪問看護での訪問リハビリで間に合っている状態のため。

訪問リハビリの事業者が少ないから

訪問リハビリの提供が増えることで運動機能が向上する方も増えると思う。

訪問リハビリを希望される利用者は専門職が毎回訪問することを望んでいるため。

訪問リハビリを希望する方が受けられるように

訪問リハビリをケアプランに組む際に訪問リハビリステーションがあれば、問い合わせしやすいですし、ケアプランに組みこみやすいと考えます。特に介護予防の場合は有効かと思えます。

訪問リハを必要とする利用者があるため（訪問看護ステーションからや通所リハはあまり希望していない。）

訪問リハを利用される方は医療依存度が高く、介護度が重い方が利用されています。身体の拘縮を防ぐ目的もありますが、家庭によっては精神的な支えを担っているように感じられます。訪問看護もそうですが、処置中の介護者との会話が介護する方の精神的負軽減に繋がっているケースもたくさんありました。そういった意味で担当する方の人間性も問われてくると思います。

本人の生活スタイルに合ったプランの提供を考える上で、選択肢は多い方が好ましいので。

本来出掛けていきたいが足がない人（交通手段）や出掛けるレベルまで行かない人にとっては必要であると思う。

まだまだリハビリが必要と思われる人でも、早々に病院から退院をせまられる。本人が希望するリハビリが受けられない。（内容や回数、時間等）

身近な地域にあり、利用者や家族の理解が得られれば、リハビリの実施につながると思う。必要性のある利用者はた

くさんいる。

もっと訪問系リハビリの事業所及び専門職の数の確保行ってもらいたい。

元々、訪問看護枠で差分を得ようとしてきたのが痛い結果に。訪問リハの立ち上げの為に単位獲得も必要かと考えられるが、上記、それ以前の問題があるのは事実。需要と供給の不均衡でなければ相当由々しき事態。

安い料金で同じサービスをうけられるから。

要介護度の高い方が在宅で受けられる家族に対するリハビリ方法が伝えられる。(介助方法も含めて)

リハスタッフがNsに指導し、月1回程度のリハスタッフ訪問にて今後のリハ計画をたてるというのを、以前利用しましたが予防や介護の軽い人は、向上もはやく、リハスタッフにより訪問であればより向上を期待できる。

リハと看護は全く別のものです。

リハビリ行う専門職が少ないためリハビリが必要な利用者が思うように利用できない。

リハビリができればADLの低下が予防できるので設置して貰い援助できれば助かる。

リハビリ希望の方は多く、在宅での生活に密着したリハビリを行っていった方がよい方もおり、訪問リハビリを受ける機会を多くして欲しいので設置希望。

リハビリ系のサービスを希望される利用者について個人差はあるものの、ある程度若年層に限られる様に思われます。高齢になるほど、意識面(意欲面)での低下がうかがえる傾向にある為、自ら改善や自立に向けての意識が薄く、どちらかと言うと、通所系サービスなどを利用しながら、日常生活を通して自然なかたちでの生活リハビリと言ったケースが妥当の様に感じます。反面意欲や、向上心の強い若年層に対する訪問リハビリ事業の充実化は今後益々期待される分野ではないかと思われます。

リハビリしたのとならないのでは、随分ひらきが出て来ると思う。身体機能の低下を防止し、意欲的に生活出来るように、是非リハビリは必要です。

リハビリスタッフによるサービスのみを希望されている方が多く、又頭痛等の理由で通所系サービスの利用が難しい人も多い為是非必要である。

リハビリ専門職が管理者となり、リハビリに関する事には何でも対応できるサービス事業所があると良い。

リハビリ専門職と医療職の共同で利用者にとって一番良い方法を教えてもらい、身体機能の維持向上ができれば良いと思う。

リハビリ専門職の専門性が生かされていない。

リハビリ専門職は確かにもっと必要と思うがリハビリ専門職だけでは動けないのでリハビリに関して十分に理解していただけるDrも必要と感じます。

リハビリだけ必要な利用者もいるので、必要と思う。

リハビリテーションの必要性は感じていますが、1人1人のニーズにあわせて取りくんでいただける事業所は特に必要です。

リハビリ難民が増えている事を考えれば、今後ますます必要になるのではないかとされる。

リハビリに通いたくても地域や家族の協力性などから通えない。訪問してくれれば自宅でリハビリが出来又日常生活で困っていることへの生活動作のリハビリが出来る。

リハビリによる改善が期待できる場合、通所系のサービスを希望しない人の場合、必要と思われる。

リハビリの絶対数が足りなすぎる。

リハビリのみを希望している人も多く必要ではあると思う。

リハビリは必要だと思われるが、在宅で行うということについて家族の理解ができていないと思われる。

リハビリはほとんどの方に必要と思いますが、通所が不可の方の為に訪問リハビリが必要だと思います。

リハビリは毎日必要で2週に1回とか週1回とかでは意味がないと思われる。

リハビリはもちろん必要なことです。廃用性の萎縮や拘縮などで動けなくなる方が多いので早めに行った方が良いでしょう。気力や意欲もなくなってしまうので。

リハビリはもっと身近になってよいことだと思います。

リハビリは利用者の意欲に関わってくるので利用者の希望に沿えるようなサービスが受けられるよう(回数、質等)期待したいと思います。

リハビリを受けたいが通所はいやだという方の選択肢として需要は拡がると思われる。

リハビリを受けている事で現状維持、また精神的安定を得られている方々の不安の声が大きい。実際、リハビリの必要性について問われると、その方自身にならなければ分からない事も大いにあるが、不安な要素があるという事は、本人自身の意欲、家族に与える影響も大きい。

リハビリを受ける事で少なくとも現状の維持出来るため希望者は多い。人員の関係と断られる事が多いが必要性は強



く感じる。

リハビリを行う事により下肢筋力低下予防と身体機能の維持ができる。転倒予防にもなる。定期的に専門職の方に評価してもらう事で本人の意欲向上にもなり、在宅で長く生活できるようになると思います。

リハビリを在宅ですするという考え方は、いまだ在宅ではあまり知られていないと思われる。ただし、国が在宅を進めるには、訪問リハステーションと何か組み合わせるものが必要と思われる。そちらも整備すればより良い制度になるのではないかと思います。

リハビリをしたくても通所リハビリに行けない人にとっては、訪問リハビリは必要である。

リハビリをしたくてもデイケアに通うことは好まず、自宅でのリハビリを行う事業所が少ない。なかなか希望にそえない状況。

リハビリを必要とする利用者様は訪問看護のケアを必要としている人も多いので訪問看護ステーションからナース、OTあるいはPTの訪問でも十分と思われる。しかし、訪問看護ステーションでOT、PTの確保できてないところも多いので訪問リハビリステーションも必要と思われる。

リハをしたい受けたい人はたくさんいると思うが事業としてやっていけるか参入しても保険上の規制がきつくなり手を引くPT、OT等事業所も出て来るような気がします。

利用者、家族の方は「リハビリ専門の先生」ということですごく安心されます。

利用者様からの要望は比較的多い(退院後のリハビリの継続)ため。

利用者さんの生活環境(住環境)を把握し、生活に添ったリハビリの提供が期待できるので必要と思いました。

利用者さんはリハビリよりしてもらうことが好き。こり、はり、痛み、しびれ、つりに対するマッサージや対症療法を望んでおられる人が多い。45分位で3000円~5000円の施術料を払って訪問のマッサージを依頼しているかたも複数おられる。

利用しやすい。

利用者の声が必ずしも高くない。“評価”に重きをおきすぎ機能訓練が少ない。

利用者の事を考えている介護とは全く違った方向づけであるから

利用者の性格や環境的な面などを考えると通所系のサービスが合わない方がいます。訪問してリハビリを受ける事が出来ると個々のニーズに合ったサービスが提供できるのではないかと思います。

利用できる訪問リハビリ事業所があれば、「訪問リハビリステーション」という形態にこだわらなくても良いかと思えます。

利用による改善がきちんと評価できるシステムをもって、利用するのは大賛成。訪問するためのチームや、利用者の意識をしっかり持たせることが必要と思う。必要時にすぐに計画できる資源としては必要性を感じています。

連携しやすく、地域と密着したサービスが展開できると思う。

割合としては少ないと思うがその方の性格や考え方、身体状況等で通所リハビリが利用出来ない人もいるので必要と思います。

## 17. 訪問リハビリに対しての意見、要望

(自由文掲載)

予防給付の利用者に対しても、受け入れ可能な体制作りを行ってほしいと思います。

若年高齢者への必要性も高くなると思われる。地区毎に集団で行う。例えば、公民館、集会所などで5~6名集団リハビリを専門職に指導体制で定例時にやることはけっこう効果あるのでは。地域包括支援センターが主体となった事業としてでも内容をもっと解りやすく、効果が上がることを周知し、方法としてもっと気軽にとり組めば、機能向上加算がついているデイサービスでの集団散歩やカラオケなど、効果を疑問視される加算内容の改善も行われるのでは。具体的、どんなリハビリがこの人には必要か集団相談会を行うシステムなど、そして気軽に参加しようと思う方法はあるのでは。すべて介護訪問報酬としてとらえるのではなく、地域包括支援センターの事業としてもっと取り組んでほしい。

訪問看護ステーションでのリハビリ提供ではリハビリが主体で、看護を希望する例が少ない為、改正後リハビリをやめたケースが2例あった。

基本的に全ての利用者に対し、リハビリの評価が必要と考えるが、現状はその方の生活や家族の想いを広い視点から評価している事業所はほとんど出合った事がなく、今後多くのケアマネが相談できる場を期待していると思う。病院のリハビリではなく在宅のリハビリの視点を持った療士士の活躍を希望します。

訪問リハビリの必要性の判断に迷うことがあり、その見極めの段階で関わってくださるOT・PTがいたらとても助か

る。実際の生活の場でのリハビリ指導は是非必要と思われ、大いに期待しています。

住宅改修などのために、訪問リハビリの指導を受ける場合、外来受診（リハビリ外来）をする必要が発生し、不便に感じています。もう少し、簡単に依頼できないのでしょうか？

訪問リハが入ったとしても、本人、家族があまり意味が無いととらえる方がいた。利用者から見た“リハビリ”というのは機械や道具を用いたものにとらえている方が多いように思える。その為、通所リハビリに比べるとなかなか利用したがる方が少ないのだと考えている。

今後、リハビリ専門職による、訪問リハビリを必要とする人々は増加すると思う。

疾患によっては家族がこれ以上の回復を望まずリハを中止されるケースがありました。下肢の筋力の低下があり、立ち上がり動作面でのリハを訪問で週1回利用されていたのですが認知症がありリハによって行動範囲が広がり目が離せなくなったとの理由でした。麻痺がある方等で自身で出来る事が多くなるリハと違い認知症がある方は家族との関わりも重要なことと感じました。訪問リハは自宅で行うリハビリとして大きな役割を果たしている反面、家族の協力が大切と感じました。

ステーション及びスタッフの人数を確保していただき、利用者が希望するだけ利用できたら良いと思う。

施設でリハビリを希望されている方が多いです。料金がなくて入所できない方達にとっては訪問系のリハビリは必要と思います。

近隣のある病院で訪問リハに同行させて頂いた話を聞きました。とても熱心な理学療法士の方で本人の目標や意志を尊重している姿がこれこそほんとうの地域にねざしたリハビリだと感じたとのことです。その方に訪リハを頼みたいと思いましたが、患者さんの方でその病院に受診に行けない状態だったので、実現できないことがありました。訪リハもDrの指示が必要なのは理解できますが主体的な活動がもっとできるようになれば良いと思います。

情報やアピールが少ないので、ケアマネに事業所の特色などを教えてほしい。

地域で埋もれた人々に光を！！ICFの基本にのっとり生活を基本とするリハビリを。その人はその人らしく！！

現在、リハビリテーションが必要に感じ通所系サービスを利用していたもののハードであり、集団でのリハビリは不満もあり、徐々に行かなくなってしまった方や日常生活に必要な筋力をたもつために、リハビリが必要な方はデイサービスをお願いするなど対応しています。できたら、総合的にその人に合ったリハビリができるようなシステムが必要と考えます。

今まで経験した訪問リハは利用者の評判がよくなく、すぐに中止になった。今後も訪問系のリハを広めるのは難しいと思われる。

充分なサービスの提供があることは利用者にとって幸せなことなので、事業所を選択できるくらいに事業所数が増えたら良いと思います。

リハビリの個別計画により単独で（訪問リハ）選択できることを望まれます。特にリハ病院からの退院後、本人の安定期までを訪問リハビリを行っていただける仕組みがあると非常に助かると考えています。利用者本位である以上、退院 デイケアは無理なことが多く困っています。

個々に合った必要なリハビリを行ってもらいたい。リハビリの計画内容とメニューを通所介護、訪問介護利用時にも行えるようにパンフレット等を作って頂きたい。

利用の単価が高い分、充実したサービス提供をしていただきたい。

訪問系のリハビリを痛切に望んでいる利用者・家族は多くはないが、存在します。そのニーズに応えられる事業所を探しています。

専門職の人員確保されていないため要望はあってもサービスに結びつかない事が多い。利用料に見合った内容になる事を希望します。

転倒予防の体操等があるが、ケアマネジャーの立場では本人に合った回数や方法等の適切なアドバイスがしづらい。（過度の運動等により故障や状態の悪化が心配）そのために本人の自宅へ専門職が出向いてその人や家の条件に合わせてアドバイスをいただける体制が出来れば大変ありがたい。

訪問して1対1の対応で具体的な生活場面での充実したリハビリができると考えます。

訪問リハビリについての知識が不足していて要望が考えられません。

家庭での生活が維持、向上できるような細かい指導助言を期待しています。

状況を把握できていません。予防の都合からOT・PTが関われることは理想かもしれないが、人件費や報酬の関係で少なくとも、個人がそのレベルから利用することは、かなり難しいのではないかと。行政などが関わり、ある程度集団性を持たせないと無理と思われる。

地域にはCP、若い障害者等、ニーズがうもれています。ニーズの掘り起こしも積極的に実施していく必要があると思

います。

通所系と訪問系が互いに補い合いリハビリの内容や訪問中の様子など時々報告をいただけるとありがたいです。(モニタリングの内容など)

サービスが必要な方に待つ事なく、スムーズにリハビリが受けられるように事業所の数が増えてくれたらいつも思っています。リハビリを受けようとする時、かなり待たされていてやっと週1回くらいしか利用できないでいるのが現状です。

通所サービスが苦手な人は、さらに機能がすすむので、訪問リハビリは是非必要である。

訪問リハビリは時間が短い。実時間20分のうち関節のマッサージをすると10分程で利用者はものたりなさを感じる。外出してリハを受けることで外へ出ることの刺激もまずのではないか。

訪問は30分程度なので関節部をあたためたり、血圧測定をすると本当にリハビリをする時間は10~15分くらいになる。もっと十分に時間をかけて欲しい。

週1~2回のリハビリでは何の効果も上がらない。家族に指導して、家族の力を借りるくらいにしないとダメだと思う。

まず、訪問するリハビリスタッフが少ない。また、リハスタッフ(訪問の)をおいている事業所も少ない。また地域リハビリテーションがいつの間にか閉鎖となってしまったのが残念です。訪看ステーションでのリハビリも認知されないケアマネジャーも多いと思う。(訪問看護・・・なので)また訪看STにリハスタッフが居ると、一般の人たちにも認知されにくい。そうであれば「地域リハ」とか「リハビリステーション」などの名前からしてリハビリの提供をうけられるという事業所が出ればイメージしやすく、利用者もふえるのではないのでしょうか。

「体力」「本人の意欲」どちらが欠けても通所系のサービスは利用困難。どちらか欠けている人や介護軽減を家族に求められている人に訪問リハは必要と思います。しかし、まだまだスタッフ不足の状態。提供できる事業所もまだまだ少ないと感じます。

訪問看護師が代行するのは結局まねごとにはすぎません。実際の生活の場で専門職が行うことでリハビリの効果が上がり、意義のあるものとなると思います。

訪問によるリハビリよりも設備機能を備えたデイケアを利用した短時間、集中型のリハビリの活用、特に2号被保険者で医療を受けられなくなった人のために。

今後必要性は高まると思う。地域で活躍してほしい。

自宅でのリハビリは生活に密着し、ADL、IADLを広げていくと考えられます。より本人の実状にあったリハビリが提供できると思う。

今後ますます必要性が高まりより地域に浸透して行ってほしい。

訪問リハビリを受けたいという方もいるが、地域にはまだまだ根付いていない状態です。リハビリを受けたい方には通所リハビリを提案させて頂く事が多いので、訪問リハのメリットをもっとアピールしたらよいかと思います。

要介護状態にならぬように、また少しでも食い止めるように日本国家、本人の両者のためにもっともっと訪問リハの宣伝をしていただき、(知らない人も多くいる)お互いに幸福になるようにしたいものである。これから団塊の世代も大量に定年を迎え、まず一番重要なことは予防することである。介護保険・医療保険を使わないようにするためには何が必要かを考えて実行するより方法はないと思う。そのための予算ならば安くあがる。真剣に国民全体で考えないと大変なことになる。

利用できるようになるといういろいろな意味で改善されることが多いと思います。(家族の介護負担、本人の意欲、Drとの距離等)

地域広域リハビリネットへの相談等、必要に応じて活用させて頂きたいと思います。

リハビリではないが訪問看護の中でのリハについては単位数も訪問リハより高いので、利用する人にとってその使いわけや連鎖もしていければ良いと思う。最近、マッサージ等の訪問もあり、訪問リハとまちがえやすいし、そういった業者の存在はどうか、お医者様からはあまりよい意見をいただいていない。専門的にナースも勉強し在宅でのリハビリをもっと普及しても良いと思います。

訪問リハビリは寝たきりの人にとって「痛い」と何人かに言われてしまい、ほとんどの人が往診で鍼灸マッサージさんが医療で入っています。どちらが拘縮予防等に効果があるのか私はよくわかりませんが、やはり利用者さんが気持ち良いと思ってもらえることも必要かと思います・・・(すみません、厳しい意見を書いてしまつて)

期待しています。

全体に不足していると思う。対応策として医療対応の柔道整復師やマッサージ師を依頼している。

OTの訪問リハを積極的に希望しています。

当院においては新規利用者の受け入れは十分可能です。よろしく願い致します。

やわらかい態度で説明しながらいねいに行っていきたい。

小さな変化でもケアマネにおしえていただくと助かります。活発な情報交換ができるように、自分の方からも働きかけていこうと思います。

訪問リハビリの事業所が増えてきたので選択ができるようになってきましたが料金が高く医師からの指示書を毎月利用者が頂いてくるなど利用につながらないことも多いです。その為低料金の鍼灸師の在宅リハビリを利用する方もいらっしゃいます。

現在の介護保険制度ではQ16のような事業所の設置は不可能と思われる。なぜならば病院や施設勤務の方が好待遇である。現状は訪問看護のNsで代用しているのが現実だと思う。訪問リハを考えるのも良いが、病院や施設での送迎体制を整える方が先だと思う。病院に行きたくても行けない患者が多い。

退院時に主治医より強くすすめられたなら、家族、担当ケアマネとしても導入しやすいです。そのあたりのシステムができればいいのではないのでしょうか。

以前重度の方の訪問リハビリを依頼したが断られたことがあった。拘縮予防を目的に依頼したが、ステーション側の理由は「向上が望めないため」とのことだった。拘縮予防も在宅で生活をするには重要なリハビリだと思うのだが。

通所サービスを嫌う利用者さんに訪問系のリハを入れたが、状態も維持できているし、認知面も低下せずにいられる。リハビリ＝通所とは限らないので訪問系でもきちんとしたリハビリを受けられることは今後も必要になってくると思う。

必要であるがPT、OT、STの専門職の方々は主に病院や医院・施設等の常勤になられておられるので、人数的に訪看S等での雇用がむずかしいのではないかと思います。

現在“介護サービス情報公表”の中で、各サービス事業所の個別サービス計画があるという項目があるが、こちらも働きかけなかったのが悪いと思うがケアマネジャーがケアプランを送った後、個別サービス計画をすぐ送ってもらえるようなやりとりができるとうれしい。

ADL、QOLに生かせるリハビリを実践し、又、家族や訪看、ヘルパーなどに指導し、連携をはかりチームで取り組むことの中心的役割をして頂きたい。

訪問リハビリの効果、必要性は理解しているので今後取り入れていきたいと思う。どのような人が対象になるかがよくわからないので利用しにくいところはある。

どのレベルの段階でリハビリを頼めるのかわからない。

利用者が満足できるリハビリが受けられるよう単位のことも含めて提供できる状況になってもらいたい。

約30分間の短時間で満足させる事はむずかしいと思うが、又リハビリをしてもらいたい、気持ち、意欲を引き出してもらいたい。その方が、もうこれ以上進歩がないとわかっていても、他の部分の向上、精神的な援助もしていただけるリハビリであってほしいです。

通所リハビリの担当医は、理学療法を重視しますが高齢者は生活全体のリハビリを考える必要があると思われます。

ADL・IADLの考えを持った訪問リハビリが出来ればと思います。(個人のニーズに合ったリハビリ)

時間制約あり、短い時間に行えるリハビリに限りがあるかもしれませんが、これからは訪問系サービスは継続していただければ、更に充実して欲しい。

単価が高い。訪問時間はきっちり1時間いて欲しい。(プラン通りに)

サービスの提供時間

在宅での日常生活動作(この場所ではこういう動きをした方が移動が楽にできる等の指導をしていただければありがたい。)

予防(要支援)の段階でのリハビリが充足すれば、介護度が上がる効果のある方が増えていくのではないと思う。ただ必要な人ほど感心がなかったり、拒否的だったりするので該当者に対して身近なスーパーマーケットで定期的リハビリ教室を行ったり、民生委員に知識を広めたりして啓蒙していくのはどうか。現在ある事業所だけでは不足していると思われる為。以前担当のご利用者様に訪問リハビリの必要性を感じ、訪問してくれる事業所を探したが、エリア的に市の外れだった為か、「今受け持っている利用者の予定に(遠方の方)組み込めない」といわれた。ことごとく断られた為。

在宅での訪問でなく、通所利用時におけるリハビリサービスが受けられるなどサービスを利用しやすくすることも必要と感じる。

長い目で見てゆく事が必要で疾患別リハビリとデイケア等のリハビリで少しちがうと思いますし、日本も長命だからいろいろ脳梗塞や片麻痺だけの病名の人も多いですし、運動の方もいますね。1人1人のためのリハビリをすすめてゆくわけですがリハビリにとれる時間も人数によっては大変だと思います。

具体的な利用法がわからないので利用しにくい。個々で違いがあるがどういつにどういったリハをするのかわからずあまり相談できる機関もないのでほとんど利用することはないですね。

介護保険内の利用者は回復・改善の可能性が低いのでどうしたものか悩む

訪問看護に関しては通所看護等を含め、必要不可欠であると思われませんが、訪問リハに関しては、通所リハで充分できておりますので、現状としては必要性が低いのが現状です。又必要以上に通所リハへ引き抜いている事業所も見受けられていますので特定事業所集中減算の対象にして欲しいです。

情報（P・R）に努力してほしい。

今まで自宅で専門職のリハビリを受け、機能が改善されてきた方が、法律による回数制限で受けられなくなる事に対し、その理由というのに納得できず他のサービスへの移行に苦労している。自立支援を目指し、今まで通り専門職によるリハビリが自宅で受けられる事を望む。

出来るリハビリが限られてしまう。

PTの訪問はとても効果があります。寝たきりの人がポータブルトイレへの移乗、座位の時間が長くとれるようになったり、たくさん例があります。訪問の場合、目標設定が明確化していて、その人の生活の中でリハができるため効果があります。何とか独立してPTが訪問できるようになることを望んでいます。

専門職による適切なリハビリが必要な場合、どのような状態においても訪問サービス系が柔軟に計画に組み込めると思うので拡大を希望します。

訪問してもらうことも必要だが、やはり外に出る、社会に出ることのメリットが多いと思える。しかし、どうしても外出を嫌う人も多くいることが現状なので、訪問リハビリを広めていく必要があると思う。

施設内のリハビリだけでなく訪問系にも人員を増やしてほしい。

利用されている利用者の中には、個人的にしっかりリハビリがうけられると満足している人もいる。

改善の見込みがある場合のリハは必要（保険適用が可能）維持のためのリハは自費にて行われないとムダが出るのではと思う。自費となると利用者は真剣に向き合うのではないのでしょうか。

今までその人が歩んできた人生ができるだけ継続していける様にするには何が必要か一緒に考え一緒に頑張れる様にしてくる事がとても大切だと思います。

利用者からはとても良くやってくれるとの評価をよくききます。

訪問看護のリハビリであっても利用者からは良い評価をききます。

事業所が少なく、ケアマネとしても利用しづらいサービスです。紹介してもなかなか本人の希望通り利用できないのが現状です。介護保険も5年経過し、他のサービス事業者はどんどん増加しているが訪問リハ事業所は私の市でも増えているように思えません。国でも「寝たきりをつくらない」などと言っているが準寝たきりの方のリハビリも重度化を防ぐ大切な役割だと思います。

通所系リハビリサービス不足です。ご検討ください。

これからは地域リハ、地域療養が手厚くされると思います。専門性とは他領域を理解しようとする視点から始まります。是非、専門的に訪問リハ、地域リハを社会資源として有効利用できるようになりたいと考えます。

QOLの向上をめざして本人が希望するのであればあまりつべこべ言わず手を差し延べてやったらどうでしょうか。

なんでもそろっている施設内とは違い、自宅でどのようなリハビリを行っていけば、暮らしに生かせるのかが分かるので、訪問リハビリは必要である。

リハビリは従来の方式で良いのではないのでしょうか。医療保険分野では介護保険分野ではと細分化されない方が受ける利用者は受けやすいと思います。

以前利用した訪問リハビリの事業所では提供時間は少なかった。効果があまりなかった。

訪問リハは通所不能の重度の方のものではないと思います。軽度の方もまた発病初期の方でも自宅での移動の方法や安全性を指導していただきたいと常々考えています。

介護保険利用している人の中には通所が嫌で（理由は様々ですが）訪問系のサービスを利用する人がいます。訪問看護の中ではなく自立して充実したサービスを提供していただけるリハビリステーションの設置が望ましいです。

訪問看護ステーションから訪問する場合と比べ報酬が低いのではないかと。

事業所を増やしてほしいのと訪問看護ステーションのリハビリ版の設置を希望する。

中学校区に少なくとも一ヶ所設置してほしい。過疎地域は一ヶ所もない状況の改善

PT・OT が在籍している訪問看護ステーションを多く開設してほしい。リハビリが気軽にできるとよい。必要に応じて看護とリハビリ（PT 等）が利用できるようになるとういと思う。

1対1でのリハビリを希望している方が多くなっていますが訪問リハが少ないので利用出来ない方が多い。リハビリ目的のために通所リハに行っている方が多く、施設で他の要介護者の方と同じ時間を過ごすことが苦痛の方が多くいます。

どこで行っているのか情報が少ないように思います。

リハビリに関する情報収集が自分では少ないので、情報発信をお願いします。（情報収集方法が自分自身欠けていると思います。）

継続したリハビリが必要な方が今後も増えると考えられる為訪問リハを増やして欲しい。

病院に通院してリハビリしている人が受けられなくなった。現状が維持できるよう訪問リハを増やしてほしい。

脳梗塞などで後遺症があった時など、退院時引き続きリハビリが必要な方は訪問系のリハビリを組みこむことが必要ですが介護予防の方などは本人の意欲も低下しておりすすめていく。このような方こそリハビリは必要と思うが、なかなか組み入れづらい。

専門的にリハビリをすることの効果は今までもよくみてきた。なかなかプランに組みこめず、残念な場合が多い。もっと身近で認知度を上げれば、介護予防にかなりなると思う。田舎で“訪問”に抵抗がある人が多いが、重要性を今後もっと広めてほしい。

訪問リハビリそのものが社会に浸透していないと思われます。又自宅内でのリハビリは環境の整備の問題点等、実際のリハ内容にも限度が有ると思われます。

訪問リハビリはとても重要であるが利用者を屋外に連れ出して行くような社会交流的なリハビリには時間が限られており難しい。利用者の活動性を上げるには人と人との交流が大切に思う。通所には行きたくない人も多く、市町村において、リハビリ教室など病院外来リハビリ的な事をまめに行った方が良いのではと考える。スポーツ的なリハビリのパターンがあっても良いのでは？市町村から訪問リハビリ等に出張リハビリ教室など依頼しても良いと思う。外出の機会を増やした方が良い。他にリハとしては機能低下などする前に早期に関わりたいたです。

在宅サービスの充実をめざしている現状なのにニーズを十分満たさない。だから、訪問リハ、訪看からのリハサービスはぜったい必要。

自分の担当した利用者の方で訪問リハビリを検討したのは、本人が通所、入所系サービスが嫌な方で、介護を担う家族の意見としては家にいるよりできれば外部でリハビリを行ってもらいたい様子である。単価も高く、サービス提供時間も少ない訪問リハを自分としては積極的に勧める考えはあまり無い。

訪問リハビリの必要性を知ってもらい、自分としてはもっと利用してもらいたい。

事業所が少なすぎる。

素人ですみませんが、訪問看護の中のリハビリと訪問リハビリの区別がわかりません。

病院に入院中リハビリを行っていた患者さんが退院後、村で在宅サービスを利用して、リハビリを継続して利用したい人が多い。へき地なので、他町、市からの訪問リハビリの依頼が無理な現状かと思えます。医療面は入院施設のない診療所があるだけなので、将来的にリハビリのできるサービス提供事業所ができれば良いかと思えます。

どんな小さな市町村にて、自分の村や自分の町に訪問リハビリのステーションを設け、地元の人に、いつでも訪問リハビリが向けられるようにしてほしい。

施設に必ず専門職がいて、定期的なリハビリメニューの評価を受けられ、援助されれば、ADL 低下の予防につながると思います。

何から何まで「ケアマネジャーが全部把握しているべき」という風潮があるようですが、非常に重圧がかかっています。自宅での注意点や主治医には理解してもらえない本人の状況等をプロの視点から支援、助言していただけると本当に助かります。

なかなか一人で在宅でリハビリとは出来にくいものだと思います。一緒にできる日内で頻回な訪問をしていただけたらうれしいです。

一部の OT、PT について妥当と言えない判断を強制し、住宅改修や在宅での生活について家族の混乱をまねき、苦慮した事がある。利用者本位での助言が得られない場合、他のサービスへの移行を考える。通所で妥当でないリハビリ加算施設が多い。訪問リハビリを希望する人とのマッチングのためにも、通所のリハビリ加算見直しを検討する必要あり。

現在は諸事情で利用者少ないですが、以前は訪問リハビリが必要と思われる方が何人かいました。ドクターの指示書

etc 必要だったり少々大変な様な気もします。キノウ低下防止のためのリハビリは重要と思われるのもっと利用出来たらと思います。

リハビリに出かけるのが嫌だという方もいるので訪問リハビリが身近に活用できるようになればよいと思います。今後訪問リハビリを必要とする方は増えてくると思う。リハビリをし、在宅生活が続けられるということは、利用者自身、自信につながり、ハリのある生活が送れると思う。これからも利用者と一緒にリハビリについてや、専門職としての目線、考え方を知っていきたい。高齢の方のリハビリの受け入れは難しい。

訪問リハのメリットとして「自宅に居ながらにできる」こともさることながら、その方の住宅環境に対する評価も受けることが可能で、より実現性の高いリハビリが期待されるが、急性期回復期にある対象者と維持期にある対象者のリハビリに対する意欲(認識)の持ち方にはズレも相当あると思われる。(年齢によっても同様と思われる)ため、リハビリについての啓蒙も必要ではないか。

単価が高いという理由で利用にならないケースや金額に対し、ものたりないといった意見が多く出ている。

やはり本人のやる気次第ではないでしょうか。訪問した時だけリハビリしても大きな効果が得られないと思います。それは通所リハについても同様ですが・・・。

看護師が訪問リハを行う上での“専門性”が問われる。利用者(患者)も高齢であり、マッサージ的な事がリハビリと思っている方が多く、本来のリハビリテーションの意味合いが違っている。利用者(患者)や家族自身が自覚を持てるようにならなければリハビリの成果は期待できないと思う。(どのようなリハビリを行ったとしても)

訪問系サービスの場合、サービス提供が1対1となる為提供者の技量が問われる事になると思います。利用者のニーズに合った的確なサービスが提供されるのであれば訪問系のリハビリニーズはとても大きいと思います。

通所リハビリでは、多人数の相手のため、集中してみてもらえず、不満を訴える人もいる。個人に合ったメニューをしっかりとやってもらうためには訪問リハビリは良いと思う。

要介護者(要支援者は除く)でどうしても通所系がこのまじく利用者に限定するサービスととらえているので一時的には導入してもなるべく、外に出るきかいを提供してあげた方が精神面での活性化につながると考えるので、あくまで一部を除いては経過的サービスのイメージがあります。

デイケアやデイサービスなどで行うリハビリに比べて、訪問系のリハビリは直接生活に影響してくるのでとても成果をあげられている方も多し。病院での外来リハが制限され、困っている方も多しなので訪問リハをもう少し充実させて頂きたい。

自事業所優先で他院利用者との差を作らないで欲しい。そのような傾向に感じます。そうだとしたら是正して欲しい。PTやOTの人員も少なく訪問リハ分野まで充実していくのは大変だと思う。在宅の場合は訪問看護の人が兼ねてやるのが現状である。訪問リハのPT、OTの人員確保が必要だと思う。

リハビリ、予防運動などがもっと積極的に取り入れられ、普及して行ってほしいと思います。

病気に合わせた専門的なリハビリを受けることで家の中でできなくなった事ができるようになることは、生活意欲の向上にもつながり心身の健康維持につながると思う。

訪問リハビリは利用者が限られてくる。(介護5・・・)利用料も高いし、訪問看護は家族が必要性を認めているが、訪問リハビリはなかなか二の次になってしまう。訪問リハビリよりも、地域に不足しているのは、通所リハビリである。(個別機能訓練がうけられるところ)

訪問系のリハビリは事業所があっても、地域の制限があったり利用できない。状況を早く脱却してほしいです。

理学療法と言語療法を組み合わせで訪問リハビリが提供できれば右麻痺の後遺症の方には有効ではないでしょうか。自宅で専門職の人が本人の生活パターンなどみながら生かせる機能。在宅で生活していく上での日常生活リハビリを増やせるといいと考えます。

病院での平地でのリハビリや1~2回家へ訪問して在宅へ帰されていますが、家で生活するためには生活に必要なリハビリが個々に違います。個別性を含めたケアと、専門用語や専門知識がなくてもヘルパーでもできるリハビリのアドバイスなどPT等が行った時のみのリハビリでは不十分です。もっと在宅の現場へ出てヘルパー、デイサービス、ケアマネ、家族をまき込んだ支援を考えて行って欲しいです。

リハビリ施行上限日数の設定、療養型医療施設の見直し等に伴い、今後在宅でのリハビリのニーズが増々高まってくるとわれそれに対応できる施設人員システムの整備が課題となるのではと思います。

PT、OTだけに任せず、柔整師やマッサージ師を活用して地域に広く拠点を設ける方が住民にとっては便利でしかも安くリハビリができると思います。

訪問リハもステーションの様にふえれば良いと思う。

上記に記したように目的をきちんと持ち、機能訓練等が在宅で出来るのが好ましいと思いますが、地域的には利用

者側として他者を家に入れるということを嫌がる場所もあり、デイケアとは別に機能訓練、回数を目的とした通所施設が（短期間利用）あればと思います。特に介護予防では必要かと思われます。

訪問リハビリの指定を受けていても実際にできる所を WAMNET 等でわかる様にしてほしい。電話をしても断られるケースも多く無駄な労力を使いたくない。

サービスそのものが少ない。

ほとんど利用されていないのが実状ではないでしょうか。

現在訪問系リハビリの供給体制について不足していると思われます。専門職確保がなかなか出来ないような状況であれば他の職域のスタッフとの連携を通じて地域で展開してもらいたいと思います。



### 3 老人保健施設

#### 【総括】

- ・ 31 事業所から回答を得た。
- ・ 理学療法士などのリハビリ専門職による訪問リハビリを行っている事業所は 5 件、17%であった。
- ・ この 5 件中 3 件の事業所で、リハビリ専門職による新規訪問リハビリ受け入れが可能であった。
- ・ 事業拡大を考えている事業所は 5 件中 4 件であった。
- ・ 訪問リハビリステーション(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所)の設置の必要性を感じている事業所は 83%であった。
- ・ 平成 18 年 4 月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができ、1 年前と比較し、在宅でリハビリ(訪問に限らない)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が増えていると感じる事業所は 65%であった。

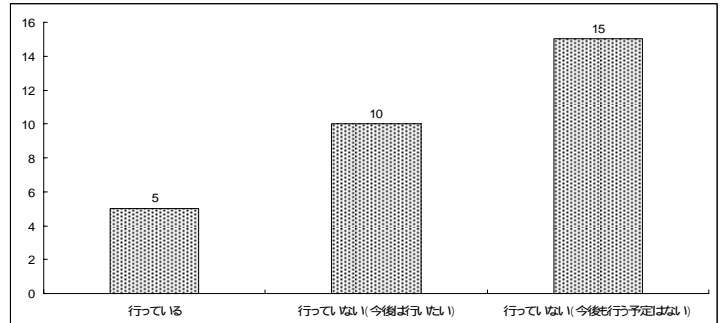
## 老人保健施設

### 1. 事業所の所在地（合併で市町村名が変わった場合は旧市町村名）

赤堀町	1	邑楽郡	2	鬼石町	1	桐生市	3	群馬町	2	富岡市	1	沼田市	2	水上町	1
伊勢崎市	1	太田市	5	川場村	1	六合村	1	高崎市	3	中之条町	1	前橋市	5	回答なし	1

### 2. リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）による訪問リハビリ施行の有無。

- 1 行っている（5）
- 2 行っていない(今後は行いたい)（10）
- 3 行っていない(今後も行おう予定はない)（15）



### 3. 訪問リハビリの提供地域（合併した市町村は旧市町村名）(すべて)

提供地域: 箕郷町（1）、沼田市（1）、高崎市（1）、榛東村（1）、群馬町（2）、桐生市（1）、鬼石町（1）

### 4. 訪問対象地域の範囲（半径）

- 1 10km 未満（4）
- 2 20km 未満（0）
- 3 30km 未満（0）
- 4 30km 以上（1）

### 5. 貴事業所のリハビリ専門職の人数をご記入ください（訪問リハビリ部門ではなく貴施設全体での人数）

非常勤の換算方法：週1日を0.2人。例えば、週1日と週半日の非常勤が、各1の場合は、0.2+0.1=0.3人。

常勤PT; 0人(27)	1人(3)	2人(0)	3人(1)
常勤OT; 0人(26)	1人(2)	1.8人(1)	2人(1)
常勤ST; 0人(30)	1人(1)		3人(1)
非常勤PT; 0人(29)	0.2人(1)	1人(1)	
非常勤OT; 0人(29)	0.7人(1)		2人(1)
非常勤ST; 0人(31)			

### 6. 訪問リハビリの提供にあたっての制約について

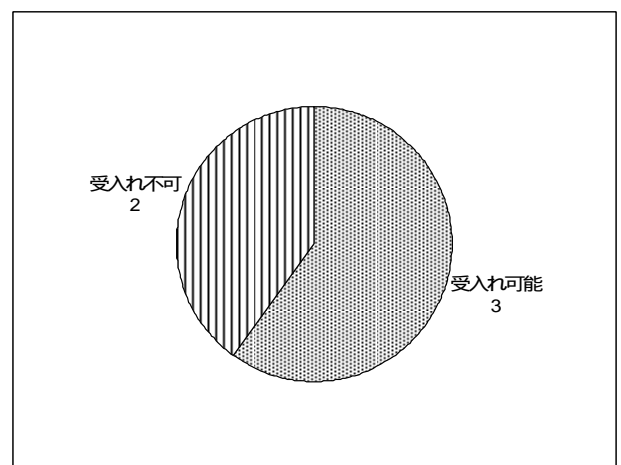
- 1 貴事業所の退所ケースに限り、行っている。 (0)
- 2 制約は無いが、退所ケースを中心に行っている。 (1)
- 3 制約は無く、いろいろなどころの紹介によって、行っている。 (3)
- 4 その他 (1) 通所リハビリのスタッフが兼任のため1日1件しかも近距離の制限

### 7. 訪問リハビリの新規利用者の受け入れ状況

- 1 受け入れ可能（3）
- 2 受け入れ不可（2）

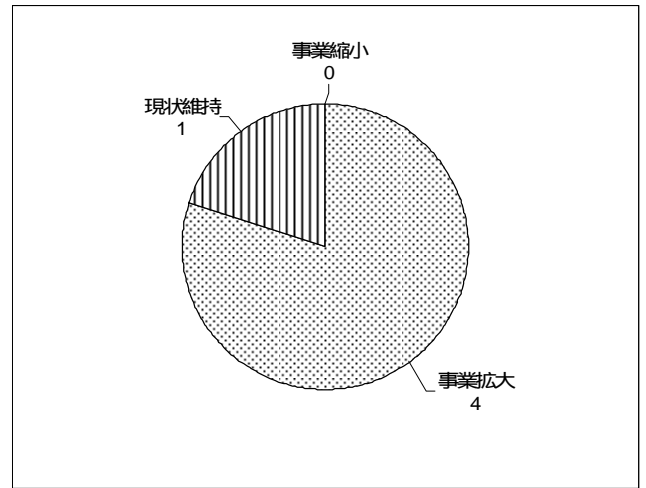
新規に受け入れ可能な1週間あたりの延べ件数;

約(2)件/週 約(2)件/週 約(7)件/週



8. 訪問リハビリ事業の規模を、今後どのようにしたいとお考えでしょうか。該当する項目を選択して下さい。

- 1 事業拡大 (4)
- 2 現状維持 (1)
- 3 事業縮小 (0)



9. 「事業拡大を考えている」方の取り組みの方法

- 1 リハビリ専門職の人数を増員する(採用する) (4)
- 2 サービス提供エリアを拡大する (1)
- 3 サービス提供時間を延長(変更)する (1)
- 4 その他 (0)

10. 「事業拡大を考えている」方の、拡大予定件数

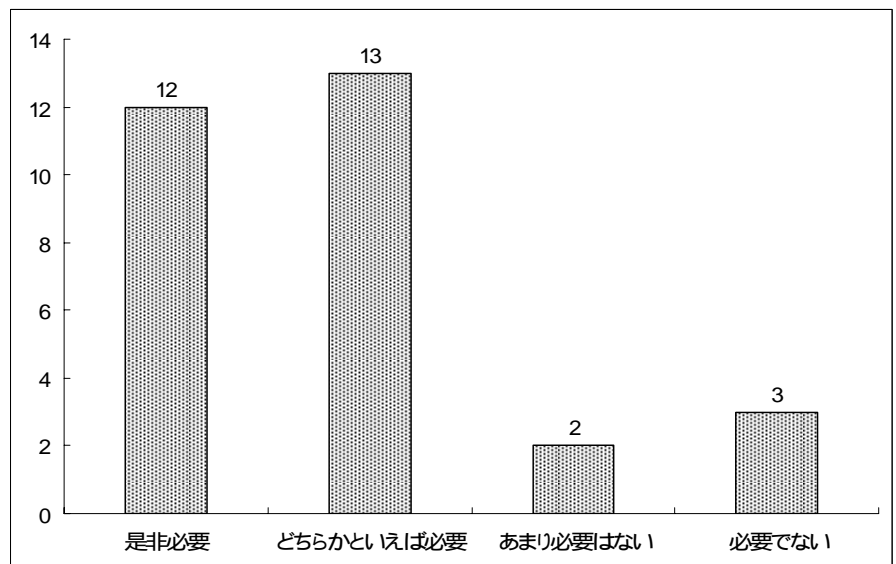
約(1)件/週 約(5)件/週 約(10)件/週 約(20)件/週

11. 前問2.で「3 行っていない(今後も行う予定はない)」前問8.で「事業縮小」と回答した方の理由

- 1 サービス提供に必要な人員が確保できない。 (11)
- 2 利用者からのニーズがない、または少ない。 (1)
- 3 必要に応じ他のサービス提供機関へ紹介している(できる)。 (6)
- 4 事業収支が見合わない。 (5)
- 5 事業に関する事務処理が煩雑。 (2)
- 6 その他 (回答欄にご意見をご記入下さい)。 (1) 介護支援事業所を設置していない。リハスタッフ、ケアマネの人員を確保できない。

12. 「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所; いわば訪問看護ステーションのリハビリ版)の将来の設置について

- 1 是非必要; (12)
- 2 どちらかといえば必要; (13)
- 3 あまり必要ではない; (2)
- 4 必要ではない; (3)



〔自由文掲載〕

医療的な治療の必要性がなくても、継続的なリハビリを必要とされている方が多く、諸事情により通所等の利用が困難である方もいらっしゃるの、専門の訪問リハビリは必要と思われる。

現行の訪問看護ステーションの制度改悪(2005年法改正)を改善させていくことが適切。分業分立よりも協働を制度の面からアプローチ。

現在、PT、OT、ST（リハスタッフ）は養成校の増大に伴い人数は増大しているが、訪問リハを提供できる地域に県内でも格差が生じていると考えられる。訪問リハは今後リハビリにおける柱の一つと考えられまた資格者の受け入れ先としても訪問リハビリテーションは必要と考えられる。

現在の訪問看護ステーションからの訪問リハビリでは、回数制限がある為（訪問看護の回数を上回ってはいけない）それらに縛られない単独の事業所が必要

現状では介護保険下において訪問リハビリは訪問看護の回数を超えてはならないということになっている。本当にリハビリを希望する人たちへ十分なサービスが提供できないから。

現状の訪問看護ステーションにおける訪問リハ（リハ専門職種による）でも良いとは思いますが、一般的な認知度において訪問リハステーションという名称の方が宣伝効果にもなり利用者数が増えるのでは？（在宅でリハビリを受けたいと思う人が増えるのではないのでしょうか。）

現方では訪問看護のナースにもリハビリテーションと同様の練習（歩行や立ち上がり等）を行っているが、訪問リハが充実していれば機能分担も可能となり専門職が関われるのでは？

施設内の環境と家庭環境がちがうため実際の中で評価訓練が行えると、施設内での訓練が検討できると思う。また家人への指導等も行える。

人員不足、コストを考えると事業として成り立たないのではないか？

都市部から離れた場所に暮らす人たちがなかなかリハビリを行えない様子の為。

病院や看護に属したリハビリではなく独立したリハビリ事業所があっても良いと思うがリハビリだけやりたい人に対して短時間でリハビリを受けられる（入浴も食事も）デイのような施設があっても良いのではないかと思う。

訪問看護ステーションの動向にもよるが、現行では問題となっていない。

訪問系のサービスに対しての報酬があまりにも低すぎる。訪問リハビリも大半が訪問看護としての扱いで請求しているのでは？ニーズは多いと思うので報酬によるのでは？

訪問リハビリのみ（訪問看護等の介入なし）でも訪問業務が行えるようになると良いですね。

要介護者の独居生活が増えてきているので、在宅生活を支援していく為にも必要と思われる。

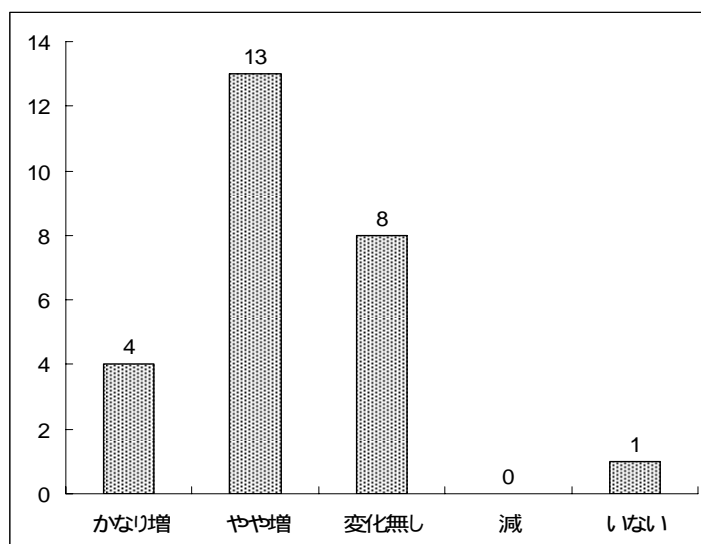
リハビリ専門職のマンパワー不足により設置ができない状態

利用者の状況により通所が困難な場合や移動ができないなどがあるので、自宅でのリハビリは必要だと思われる。

老健を退所し自宅復帰した方の自宅にあったADL訓練等の必要性はあると思う。

13 平成18年4月の医療法改正により病院でのリハビリに回数制限ができ、1年前と比較し、在宅でリハビリ（訪問に限らない）を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民の増減について

- 1 かなり増えた；(4)
- 2 やや増えた；(13)
- 3 変化無し；(8)
- 4 減った；(0)
- 5 居ない；(1)



#### 14. 訪問リハビリに対しての意見、要望

〔自由文掲載〕

在院日数の減少をフォローできる程維持期リハは充実していない。(人員、制度、報酬を含めて)また地域リハの拡充が訪問系に偏ってしまうのも利用者ニーズに答えられるものなのかは疑問。訪問看護から逸脱した訪問リハや訪問リハ自体の拡大、充実は早急に整備される場所と考えるが、維持期全体(通所系サービスや老健を含め)のリハの人員制度等の整備が必要と思います。

訪問リハビリを、マッサージをしてもらうこととされている利用者も多く目的の明確化が必要と思われる。また、個々に動くことが多いのでチームとしてどの様に連携をとっていくのか等(施設側と訪問側のアプローチが違うことがあり、混乱が見られたことがある。)訪問内スタッフだけでなく、チームアプローチを考えて行かなければならないと思われる。

今度訪問系業務拡大の為訪問リハビリの未経験者等に対して講習会や勉強会が開催されると良いと思う。

当施設としてはデイケアを利用して訪問リハビリを行っている利用者のPT 同士の意見交換がもっと積極的に行われると利用者のQOL 向上につながるのではと思う。

現状ではリハ難民が増えていると思う。受け入れの対応をしないとどうなってしまうのか?

現在老健に勤めているが、昨年4月からの介護保険法の改正により訪問リハに自由に出られるようになった。しかし、リハ専門職種人数の不足により、なかなか訪問リハまで手が回らないのが現状だ。訪問リハの必要性や、ぜひやりたい気持ちがあるが、現実問題に直面するとなかなか踏み出せない。もっと福祉の分野に専門職の人達が入ってくるといいのにと、毎日思いながら、忙しく働いている。ぜひよろしく願います。

書き切れません

## 4 みなし事業所

### 【総括】

- ・ 14 件のみなし事業所から回答があった。
- ・ 86%の事業所で、リハビリ専門職による新規訪問リハビリ受け入れが可能であった。
- ・ 訪問看護リハビリ業拡大を考えている事業所は 54%であった。
- ・ 平成 18 年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができ、1年前と比較し、在宅でリハビリ(訪問に限らない)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が増えていると感じる事業所は 86%であった。

みなし

1. 訪問リハビリの提供地域（合併した市町村は旧市町村名）(すべて)

赤城村	2	大胡町	1	六合村	2	白沢	1	利根	1	水上	1
吾妻町	1	太田市	1	群馬町	1	榛東村	1	長野原町	1	宮城村	1
伊香保町	1	大間々町	1	子持村	1	高崎市	1	沼田	1	明和町	1
伊勢崎市	2	片品	1	境	1	館林市	1	藤岡市	1	吉岡町	2
板倉町	1	桐生市	2	渋川市	1	玉村町	2	富士見村	2		
邑楽町	1	草津町	1	昭和	1	嬭恋村	1	前橋市	4		

2. 訪問対象地域の範囲（半径）

- 1 10km 未満; (3)    2 20km 未満; (7)    3 30km 未満; (2)    4 30km 以上; (2)

3. 貴事業所のリハビリ専門職の人数をご記入ください（訪問リハビリ部門ではなく貴施設全体での人数）

非常勤の換算方法：週1日を0.2人とする。（例）週1日と週半日の非常勤が、各1の場合は、0.2+0.1=0.3人。

常勤PT; 0人(1) 1人(2) 12人(1) 2人(4) 3人(1) 4人(1) 5人(1) 6人(2) 12人(1)

常勤OT; 0人(7) 0.6人(1) 1人(1) 2人(2) 5人(2) 6人(1)

常勤ST; 0人(8) 1人(4) 2人(2)

非常勤PT; 0人(11) 0.1人(2) 0.4人(1)

非常勤OT; 0人(13) 0.2人(1)

非常勤ST; 0人(11) 0.05人(1) 0.1人(1) 0.2人(1)

4. 訪問リハビリの提供にあたっての制約の有無

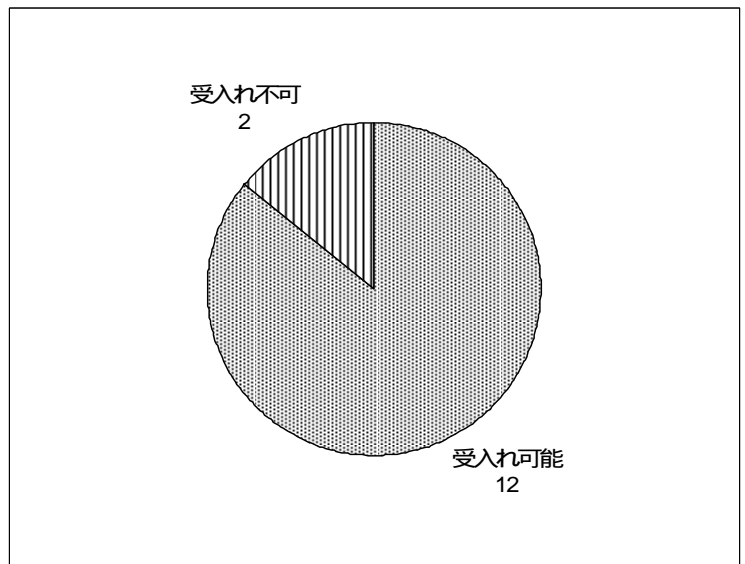
- 1 貴院の退所ケースに限り、行っている (0)
- 2 制約は無いが、退所ケースを中心に行っている (0)
- 3 制約は無く、いろいろなところの紹介によって、行っている (14)
- 4 その他 (1) 当事業所を訪問リハ希望等で受診された方（医師が必要と判断した方）

5. 訪問リハビリの新規利用者の受け入れ状況

- 1 受け入れ可能(12)
- 2 受け入れ不可(2)

新規に受け入れ可能な1週間あたりの延べ件数

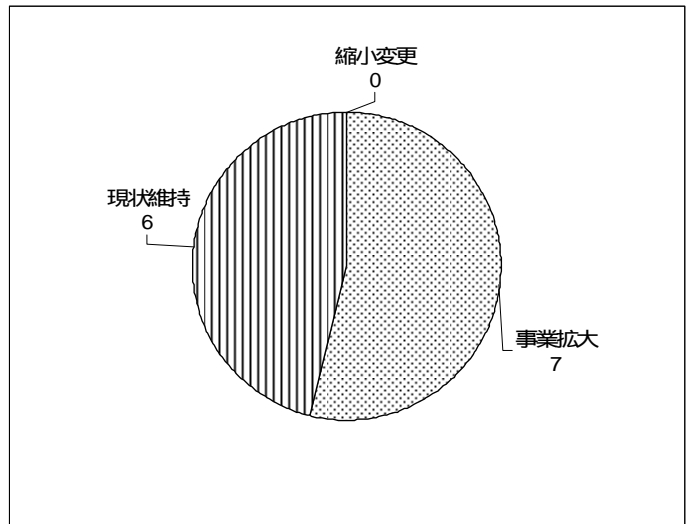
- 約(1)件/週(1)
- 約(2)件/週(3)
- 約(5)件/週(3)
- 約(6)件/週(1)
- 約(8)件/週(1)
- 約(10)件/週(1)
- 約(4~8)件/週(1)



6. 今後の訪問リハビリ事業について該当する項目を選択して下さい。

- 1 事業拡大(または事業開始) (7)
- 2 現状維持 (6)
- 3 縮小変更 (0)

(\* 回答なし (1))



7. 「事業拡大を考えている」方の取り組みの方法 (すべて)

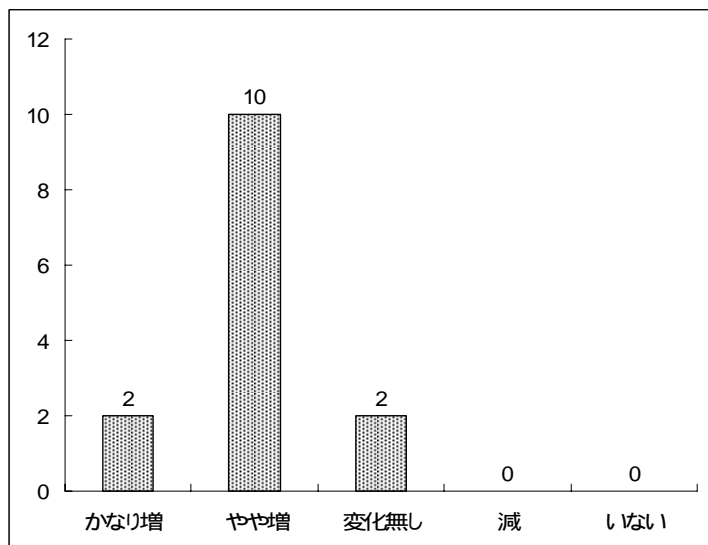
- 1 リハビリ専門職の人数を増員する(採用する)。 (4)
- 2 サービス提供エリアを拡大する。 (1)
- 3 サービス提供時間を延長(変更)する。 (1)
- 4 その他 (回答欄にご記入下さい)。 (1)

8. 「事業拡大を考えている」方の、拡大予定件数

約(5)件/週 (1)、約(10)件/週 (1)、約(12)件/週 (1)、約(15)件/週 (1)、約(30)件/週 (2)、約(70)件/週 (1)

9. 平成 18 年 4 月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができ、その影響で、1 年前と比較すると、在宅でリハビリ (訪問に限りません) を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民の地域内状況

- 1 かなり増えた (2)
- 2 やや増えた (10)
- 3 変化無し (2)
- 4 減った (0)
- 5 居ない (0)



10. 訪問リハビリ事業に関する意見

(自由文掲載)

新規利用者の受け入れは十分可能です。よろしくお願ひします。

訪問リハの有効性は事業展開している中で手応えとして感じられるが、学術的統計的にも効果を示していかなければ発展はないと考えている。いわゆるエビデンスの構築が求められているのではないのでしょうか？ またケアマネジャーの知識不足、認識不足のため適切なプランがくまれない現状を思う。ケアマネジャーに対し「訪問リハビリ」の正しい理解と積極的な利用を働きかけていく必要があると考える。



当地域では訪問リハを行っている事業所が非常に少ないのが現状。受け入れも制限されてしまい、リハが必要な方が多数存在するにもかかわらず、ほとんど提供できておりません。在宅で活動量の制限された高齢者を傍観することしかできないことに憤りを感じている。

訪問リハに対する需要が拡大しているが、事業所不足により利用できない人が多く存在している。訪問リハ事業所に対する法規制の再検討リハビリ専門職の開業権の獲得等が必要になると思う。

訪問看護ステーションからの訪問リハ及び事業所からの訪問リハのガイドラインが欲しいと思う。・昨年4月の改正により脳工の基準がとれない病院は採算的に、訪問リハへの移行を検討、または実施されている病院も多くなっており訪問リハの資源は増えてきているかと思うが、経営的な背景では、脳工を取得した院所は、未だ未だ院内での業務の方が効率が良く、訪問リハへの足止めになっていることも考えられる。更に経営的背景が確立できるような改正を望む(訪問リハ事業所として)。・訪問リハが必要な方は多くいるが、本来的な導入にならないことも多く、質の高いマネジメントが必要を感じる。

ケアマネジャーの訪問リハサービスの選択理由にばらつきがある。「通所でも訪問でもどちらかに迷ったけど、出かけるのが大変だから・・・」などという理由のことがある。限られた事業所数ですから必要な人が必要な回数を利用できるようにしたい。・短期集中リハ加算がとれない。病院から紹介されるケースがほとんどない。短期集中は「退院から1ヶ月と考えるより退院直後から関わる必要があると考えている。病院からの訪問リハは月1回の主治医の診療情報提供者が必要であることにより、当事業所以外が主治医の場合、なかなか利用しにくいことが問題だ。

厚労省が大枠を決めて後は市町村毎の解釈で訪問リハの提供体系ときめていくというのは納得できない。

マンパワー不足：基本的に1人で訪問し、いかなる状況においても1人で判断して行動せねばならず、臨床経験が3年くらいは必要と思われる。また他の関連機関との連携や書類のやりとりも必要となり、コミュニケーション能力や実務能力も高く求められる。(入院中担当していた場合の退院後フォローならば2年目くらいでも可能)また、出向中や指導中の事故やトラブルのリスクも高く、冷静に対応できる能力を持つと思われるスタッフでないと任せられない。・採算が合わない：通院、通所の難しい場合に依頼される為、遠方地区からの要望が高く1回の指導に60～120分の移動時間を費やしている。頻度を月1～2回に落とさざるをえず、結果的に1回の指導に要する時間が長くなっている。(平均60分位)。・相談窓口が欲しい：制度が繁雑で地域によっても状況の違いがあり、情報交換会に参加しても、自分の業務に結びつきにくい面がある。各セラピストが、疑問を抱えながら試行錯誤しながら実施していると思うので、相談に乗ったり、アドバイス、指導してくれる所があると有り難い。

訪問リハビリを行っている事業所が少ない為広範囲にわたり実施している。依頼があると受け入れの努力をしているが、遠方だったり、件数が多いと、外来リハ枠を削らざるを得ないこともある。もっと事業所が増えて欲しい。・長期にわたり訪問しているケースが増えている。なかなか終了できずに(本人、家族側)困る場合もある。・訪問リハを通し、ADLが改善されてきても、家族の見守りが無い、家族がすぐに手伝ってしまうなど、実生活に生かされないことも多い。

## 5 市町村

### 【総括】

- ・ 19 市町村より回答を得た。
- ・ リハビリ専門職によるリハビリが十分提供できていると考える市町村は0%であった。不足と考える理由は、事業所不足によるものと答えた市町村が最多である。
- ・ 訪問看護71.72によるリハビリ提供制限が妥当と考える市町村と、妥当でないと考える市町村はそれぞれ50%であった。
- ・ 訪問リハビリステーション(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所)の設置の必要性を感じている市町村は94%であった。
- ・ 平成18年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができ、1年前と比較し、在宅でリハビリ(訪問に限らない)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が増えていると感じる市町村は71%であった。

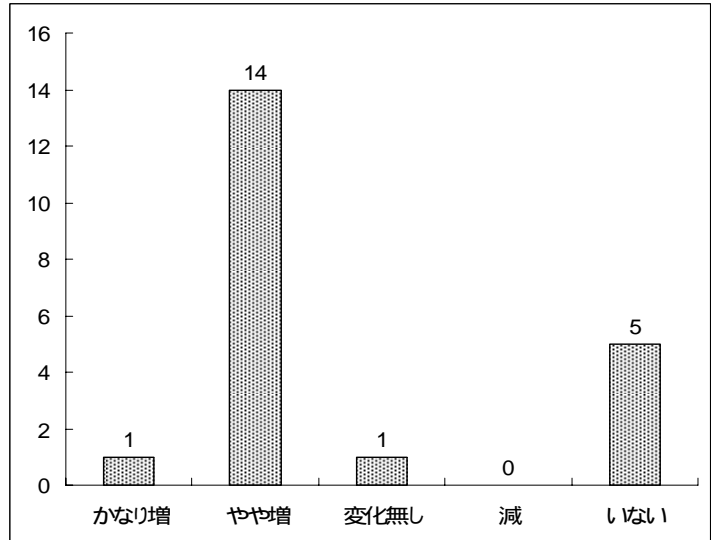
市町村

1. 自治体名

安中市	大泉町	甘楽町	昭和村	玉村町	みどり市	吉岡町
伊勢崎市	太田市	渋川市	榛東村	匿名	みなかみ町	
邑楽町	川場村	下仁田町	高崎市	沼田市	吉井町	

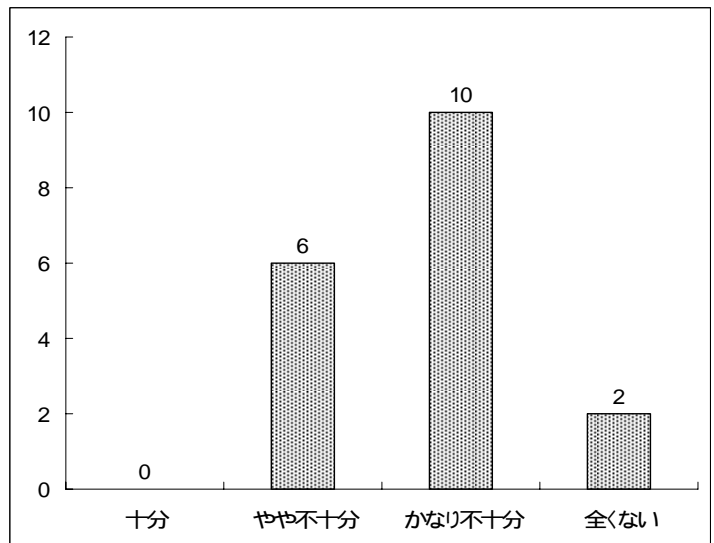
2. 平成 18 年 4 月の医療法改定により病院でのリハビリに日数制限ができ、1 年前と比較して、在宅でリハビリ（訪問に限らない）を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民の地域内状況

- 1 相当増えた; (1)
- 2 やや増えた; (14)
- 3 変化無し; (1)
- 4 減った; (0)
- 5 居ない; (5)



3. 介護保険でのリハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の訪問によるリハビリテーション（予防給付も含む）の、被保険者への提供の程度

- 1 十分; (0)
- 2 やや不十分; (6)
- 3 かなり不十分; (10)
- 4 全くない; (2)



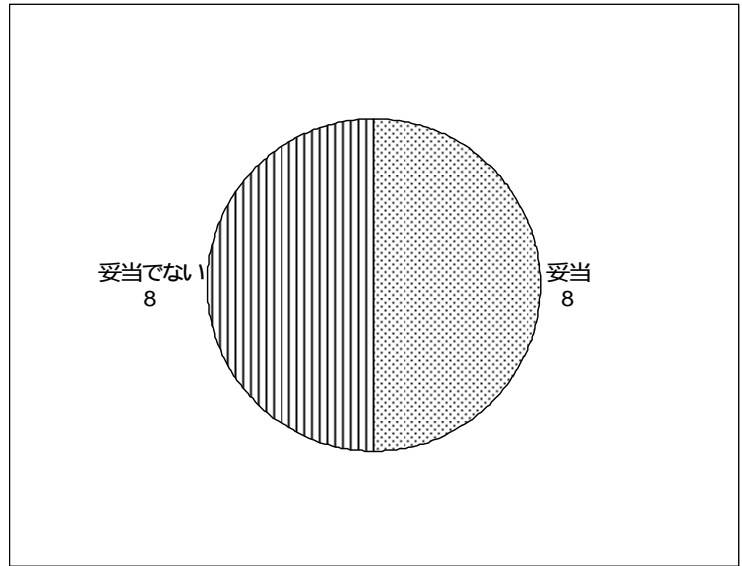
4. 上記 3. で「3 かなり不十分」と回答した方の理由（すべて）

- 1 サービス提供事業所自体の不足 (10)
- 2 ケアプランにリハビリ専門職による訪問サービスがあまり計画されない (3)
- 3 被保険者の認識不足 (2)
- 4 訪問サービスへの介護支援専門員の理解不足 (2)
- 5 その他 (1)

介護保険での訪問リハビリテーションのサービス提供基盤とすると、みどり市・桐生市合わせて十数事業者あるものの、実際にサービス提供しているのは1事業所のみとなっており、ケアプランに組込める状況にない。厚生労働省の通達により、利用希望があるもののやむを得ず、リハビ

リ専門職による訪問看護の回数を減らすような現状もある。

5. H18年4月から訪問看護ステーションからのリハビリ専門職のサービス提供は、看護師の訪問回数を越えないように（訪問看護71.72）との制限が始まってきているが、そのことに対する考え
- 1 妥当である（8）
  - 2 妥当とは思わない（8）



#### 【妥当である理由】

現在、当市のリハビリ専門職中心の訪問看護利用者は、市内にある訪問リハビリサービス事業所で受け入れ可能な人数であり、サービス種類の住み分けという点で見れば妥当であると考えられる。しかし、今後需要が増し既存のリハビリステーションではサービス供給が不足する場合、訪問リハビリサービス事業所の指定基準を緩和する等、サービス供給を充実させるような施策が望まれる。

訪問看護は看護師または保健師によって提供されるべきものである。

考え方として訪問看護と訪問リハビリは、本来切り分けられるべき内容だと思う。しかし、現実的に訪問リハビリへの事業所参入が見込めないため、リハビリが必要な在宅者へのサービス利用に、支障をきたす状況がある。

訪問看護事業所からのサービス提供はあくまでも看護業務が主でありリハビリは、その一環であると考えから。

訪問看護も訪問リハビリも主治医の指示により提供されるものであり、訪問リハビリが多く必要とされるのであれば、訪問看護についても多く提供される必要があると思われる。

改正の主旨の観点から見れば制限があるのはやむを得ない。

当町には訪問リハビリを提供する事業者が無く、訪問看護ステーションからのリハビリ専門職が唯一のサービス提供元である。利用者の状況によっては、訪問リハビリの必要はあっても、看護師によるサービス提供が必須であるとは限らない。看護師の訪問回数を超えないとの制限は当町にとって妥当である。

#### 【妥当とは思わない理由】

改正は制度の主旨を考えればもっともなことだと思いますが、訪問リハビリを実施している事業所がないため、代替えとして利用しているケースは困惑していると思います。訪問リハの充実を図ってから検討して欲しかった。

最近まで当町及び近隣市町村においても訪問リハビリ実施事業所がなく、サービス提供も行われていませんでした。よって回答に困る面もありますが、サービス内容も異なるものであること等により、どちらかと言えば妥当とは思わない。

利用がないため検討していない。

適切なケアプラン作成により、本人、医師、が必要と認めれば訪問看護の回数の兼ね合いは必要ないと思われる。

利用者のニーズに答えきれない。

本人の実情により判断すべき

個々の事例ごとに必要性が違うと思われるので、

6. 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職のサービス提供回数は、看護師の訪問回数を越えないようにとの通達について貴自治体ではどのような対応をとっておられますか。あてはまるものの番号をご記入下さい。

- 1 回数制限を緩和している (1)
- 2 期限付きで回数制限を緩和している (1)
- 3 回数制限を遵守させている (4)
- 4 個々の事例ごとに判断している (2)
- 5 その他 (9)

事例がない。今後は他市町村の事例を参考に利用者の立場に立った考えで実施したい。

ケースがないため、今後検討していることになると思う。

利用なし。

サービス内容まで把握していない。

訪問リハビリの利用回数が無いので問題になってないが、個々の事例毎に必要があり場判断することで良いと考えています。

訪問リハを提供している事業所の不足により、全ての利用者の要望に応えることが困難な場合もある。そのため地域の社会資源を模索しても応じることができないのであれば、看護師の訪問回数を超えることはやむをえないのでは・・・。

過去に訪問看護(71.72)の請求実績がある事業所に対し、保健師、看護師の訪問回数を確保できるよう人員を確保するなどサービス提供体制の見直し等、事業所として対応策を講じるよう促し、通達の内容に添うよう努力しいただくことを前提に、なお必要があるような場合には地域のサービス提供基盤の確保の状況や利用者個々の状況により対応している。

該当無し

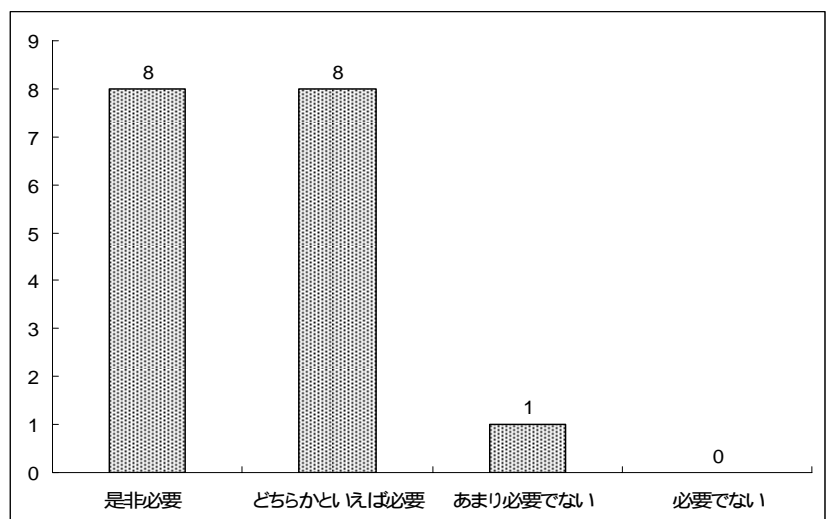
7. 上記6.で「期限付きで回数制限を緩和している」と回答した方；

具体的な期限；(19)年(3)月まで

コメント；リハビリ中心の訪問看護によるサービス提供について、本市としての方針を事業所向けに通知したのが平成18年9月になってしまったため、回数制限緩和期限を平成19年3月まで延ばし、リハビリ専門職による訪問が看護師の訪問回数を越えないようにするが、訪問リハビリサービス事業所を利用してもらうよう依頼した。但し。こうした方法でも対応できない困難ケースについては個別に対応する方針である。

8. 「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所；いわば訪問看護ステーションのリハビリ版)の将来の設置について

- 1 是非必要である(8)
- 2 どちらかといえば必要である(8)
- 3 あまり必要ではない(1)
- 4 必要ではない(0)



**【是非必要である、の考え】**

提供事業の充実を望む。

リハビリについては、現状、まず入院者、そして通院者に対し優先して実施されており、在宅者への対応まで手が回っていないように感じる。また、訪問系サービスは通院が困難な者に対し実施されているものであり、重度

者の要介護認定者に占める割合はそれほど多くないが、今後、医療制度改革の影響などで、機器をつけたまま退院されるケースが増し、通院困難者が増えることも考えられる。以上のことから、在宅者へ対するサービス基盤の確立（確保）は必須であり、医療機関の取り組みに期待したい。

要介護認定者が増えているのに伴い、自宅から動けない人も増え、訪問リハビリのニーズも高まっているため。

介護保険は医学的見地よりも「家庭の介護を助く」という側面が大きく期待される居宅サービスであるが、リハビリに関してはまだまだ未成熟なのが実情で医療リハビリとの格差は大きい。予防や発症後のリハビリが重要だが、多くの人々が希望するようリハビリを受けることができず徐々に運動機能を奪われていく状態にあるので、OT、PT等専門職による訪問リハ提供事業所の必要性は高いと考えられる。

#### 【どちらかといえば必要である、の考え】

集中的にリハビリを受けることができ、回復が望め必要である。しかし、実態は、利用者の自己負担を考えると利用者は少ないと思われる。また、通所できる方は、一日でかける方が利用者の気分転換や、介護者が介護から開放される時間も長くなるので、通所を選択する方が多くなる。

専門職が家庭の中に入り、生活環境を認知した上で、サービス提供するのは良いことだと考えます。四肢のマッサージをする人と考えている利用者やケアマネジャーもいるので、自立支援を目指したサービスを今後提供してもらえよう希望します。

本市としては継続的なリハビリテーションが有効な患者がいることを認知している。訪問リハビリサービス事業所は、医療法人でないで設立されないこともあり、サービス提供が不足している現状がある。現行の指定基準のまま、サービスの供給が不足していくようであれば、将来的には訪問看護ステーションによるリハビリサービスの提供も必要になるのではと考える。

広域な面積を有している状況があり、またリハビリ専門職については限度があると思われるので、1カ所に集めることにより、対応できる専門職が増え、1人1人の能力の向上にも役立つと思われる。

通所と比べどれくらい需要があるか分からないので

#### 【回答なし、の考え】

当町には訪問看護ステーションもないため、今の段階での回答は難しい。

### 9. 訪問リハビリに対する意見、要望

ケアマネジャーのリハビリに対する考え方によって、福祉用具の乱用が防げると思う。用具を補助的に使い、自立を目指すにはリハビリの専門家の目が必要であると思う。リハビリテーションの考え方の普及活動を期待します。

国の示している在宅生活・在宅介護の推進という計画を実現させていくためには、特に在宅医療、夜間ケアといった分野の資源を今後重点的に整備していく必要があると考える。訪問リハビリテーション事業所は、他の在宅介護サービスと異なり、医療法人でないで認可されていないこともあり、整備が進まないのが現状である。少子高齢化により、介護者も減少していることから、高齢者が在宅での生活を継続するには在宅医療系サービスの供給体制を充実させることが必須になると考える。

リハビリについては、現状、まず入院者、そして通院者に対し優先して実施されており、在宅者への対応まで手が回っていないように感じる。また、訪問系サービスは通院が困難な者に対し実施されているものであり、重度者の要介護認定者に占める割合はそれほど多くないが、今後、医療制度改革の影響などで、機器をつけたまま退院されるケースが増し、通院困難者が増えることも考えられる。以上のことから、在宅者へ対するサービス基盤の確立（確保）は必須であり、医療機関の取り組みに期待したい。

## 第 章 質問用紙

平成19年2月吉日

各位

群馬リハビリテーションネットワーク  
理事長 矢野 亨

「訪問リハビリ資源調査に関するアンケート」のお願い

謹啓 新春の候、皆様にはますますご健勝のことと拝察申し上げます。

さて、昨年4月の診療報酬及び介護保険改正につきましては、皆様ご周知のとおり、リハビリテーションサービスを必要としている利用者にとって、医療保険分野ではリハビリ施行上限日数の設定、医療型療養病床における減額、介護保険分野では介護予防給付創設による事実上のサービス制限、など大変厳しい内容でありました。

今回のこれらの改正の主旨としては、高齢者、要介護者に対しての在宅生活、在宅介護の推進という観点からリハビリテーションサービスについても長期の入院、惰性的な外来リハビリ診療を見直し、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションへサービスの枠組みを変換していこうという意図がみえます。一方、地域の介護保険サービス提供事業所の整備状況としては、特に訪問リハビリテーションサービスの提供体制が不足している現状があります。

そこで、今回、地域で暮らす高齢者や障害者に対して、訪問系のリハビリテーションサービスが十分に提供されているのかどうか、今後どのように対応したらよいかを検討する資料とするため、アンケート調査を実施させていただきます。群馬県地域リハビリテーション支援センター調査研究部を中心にアンケートを作成しました。アンケートの送付先は、群馬県内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員、老人保健施設、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションのみなし事業所、市町村です。この調査結果は、今後、群馬県の地域リハビリテーションの検討資料とさせて頂き、訪問系のリハビリテーションサービスを充実するために活用したいと存じます。何卒、ご協力を宜しくお願い致します。

なお、本アンケートの結果につきましては上記目的以外に使用することは一切ございません。また返信に際し事業所名の明記は不要に存じ上げますので何卒ご協力の程お願い申し上げます。

皆様には年始のご多忙のなか大変恐縮と存じますが本アンケートの趣旨をご理解の上、同封の返信用封筒にて2月28日(水)までにご返信いただきますよう重ね重ねお願い申し上げます。

謹白

アンケート返信先&問い合わせ先

群馬リハネット事務局(角田)

住所: 371-8514 前橋市昭和町3-39-15

群馬大学医学部保健学科内(KA6-29)

Tel & Fax: 027-220-8966

メール: tsunoday@health.gunma-u.ac.jp



# 1 訪問看護ステーション

## 訪問リハビリテーション資源調査アンケート

\* 回答については同封の回答用紙(別紙)をお願い致します。各設問の該当番号を回答用紙にご記入下さい。  
 なお回答用紙のみ返信下さいます様お願い致します。

Q1. 貴事業所の所在地をご記入下さい。

所在地(合併で市町村名が変わった場合は旧市町村名): \_\_\_\_\_【別紙回答欄に記入】

Q2. 貴事業所には医療機関等の関連施設(母体などで、離れている施設を含む)はありますか。

関連するものすべてについて該当する項目を選択して下さい。

- 1 病院    2 診療所、クリニック    3 老人保健施設    4 なし  
 5 その他(施設形態を回答欄にご記入下さい)

Q3. 貴事業所が行っている訪問サービスの提供地域(合併した市町村は旧市町村名)をすべてご記入下さい。

提供地域: \_\_\_\_\_

Q4. 訪問対象地域の範囲(半径)について該当する項目を選択して下さい。

- 1 10km 未満    2 20km 未満    3 30km 未満    4 30km 以上

Q5. 現在、貴事業所ではリハビリ専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)による訪問看護(介護保険の訪問看護71・72と予防訪問看護、医療保険も含む)を行っていますか。該当する項目を選択して下さい。

- 1 行っている    2 行っていない(今後は行いたい)    3 行っていない(今後も行う予定はない)  
 [2,3のお答えの方は Q12以降へ進んで下さい。]

Q6. 貴事業所のリハビリ専門職の人数をご記入ください。

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
常勤	人	人	人
非常勤(常勤換算)	人	人	人

非常勤の換算方法:週1日を0.2人とします。例えば、週1日と週半日の非常勤が、各1の場合は、0.2+0.1=0.3人。

Q7. (リハビリ専門職が担当する)リハビリ目的の新規利用者の受け入れについてお聞きます。現在の状況に該当する項目を選択して下さい。

- 1 受け入れ可能    2 受け入れ不可

また「受け入れ可能」とお答え頂いた事業所にお聞きます。現在、新規に受け入れ可能な1週間あたりの延べ件数は何件程度ですか。

約(       )件/週

Q8. リハビリニーズの高い利用者への対応についてお聞きます。該当する項目を選択して下さい。

- 1 リハビリ専門職が訪問している。  
 2 リハビリ専門職と看護師で訪問を分担している。  
 3 リハビリ専門職が評価、プログラム立案を行い、看護師が主に訪問でプログラムを実施している。  
 4 その他(回答欄に内容をご記入下さい)。

Q9. 訪問看護71、72(予防訪問看護も含む)について、今後はどのようにお考えでしょうか? 項目を選択して下さい。

- 1 事業拡大を考えている    次はQ10へ  
 2 現状維持を考えている    次はQ12へ  
 3 事業縮小を考えている    次はQ11へ  
 4 未定    次はQ12へ

Q10. Q9の回答で、「事業拡大を考えている」とお答え頂いた事業所にお聞きます。取り組む手段・方法を、以下の項目の中で該当する項目をすべて選択して下さい。

- 1 リハビリ専門職の人数を増員する。
- 2 サービス提供エリアを拡大する。
- 3 サービス提供時間を延長(変更)する。
- 4 その他(回答欄に内容をご記入下さい)

【次はQ12へ】

Q11. Q9の回答で、「事業縮小」とお答え頂いた事業所にお聞きます。その理由について以下の項目の中で該当する項目をすべて選択して下さい。

- 1 リハビリ専門職の人数が確保できない。
- 2 サービス需要が伸びない。
- 3 看護師の回数をリハビリ専門職の訪問回数が上回ってしまう。
- 4 関連病院などからの訪問に切りかえる。
- 5 その他(回答欄に内容をご記入下さい)

Q12. リハビリ専門職との協働(同じ利用者に個々のサービスを提供すること)の必要性について、貴事業所の看護師の方のご意見をお聞かせ下さい。該当する項目を選択して下さい。

- 1 協働は必要
- 2 必要かどうか、どちらとも言えない
- 3 必要ない
- 4 よくわからない
- 5 その他(回答欄にご意見をご記入ください)

Q13. 現在の介護保険には制度がない「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所;いわば訪問看護ステーションのリハビリ版)を、将来は設置できるよう制度化することについてどのようにお考えですか。あてはまるものの番号をご記入の上、お考えを回答欄にご記入下さい。

- 1 是非必要である
- 2 どちらかといえば必要である
- 3 あまり必要ではない
- 4 必要ではない

【お考えの詳細は回答欄へ】

Q14. 昨年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができました。これらの影響で、1年前と比較すると、在宅でリハビリ(訪問に限りません)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が貴地域ではどんな状況ですか？

- 1 かなり増えた
- 2 やや増えた
- 3 変化無し
- 4 減った
- 5 居ない

Q15. 訪問リハビリに対してのご意見、ご要望等がございましたら忌憚のないご意見を回答欄にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

## 2 居宅介護支援専門員

## 訪問リハビリテーション資源調査アンケート

- \* 回答については同封の回答用紙(別紙)をお願い致します。各設問の該当番号を回答用紙にご記入下さい。なお回答用紙のみをまとめて返信下さいます様お願い致します。
- \* 回答は、1事業所につき1枚ではなく、全員の介護支援専門員が、各自1枚の回答を記入の上、全員分を一括して返送願います。回答用紙が不足する場合は、恐れ入りますがコピーをお願いします。

Q1. 貴事業所の所在地をご記入下さい。

所在地(市町村合併で町村名が変わった場合は旧市町村名を記入下さい): \_\_\_\_\_【別紙回答欄に記入】

Q2. アンケート記入者の基礎職種について該当する項目を選択して下さい。

- 1 医師・歯科医師    2 薬剤師    3 看護職    4 保健師    5 精神保健福祉士    6 社会福祉士  
7 介護福祉士    8 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士    9 按摩マッサージ指圧師    10 柔道整復師  
11 施設援助業務    12 ホームヘルパー    13 栄養士    14 その他(ご記入下さい。)

Q3. 貴事業所の事業提供地域(合併した市町村は旧市町村名)をすべてご記入下さい。

提供地域: \_\_\_\_\_

Q4. あなた自身が担当した平成18年12月の給付実績は何名ですか。うち予防給付は何名ですか。お答え下さい。

(            )名    うち予防給付(            )名

Q5. あなた自身が担当した平成18年12月の給付実績のなかで、リハビリ専門職(理学療法士:PT、作業療法士:OT、言語聴覚士:ST)の訪問サービス(以後、診療所や老健施設からの訪問リハビリと訪問看護ステーションからの訪問看護71,72を含むリハビリ専門職による訪問系のサービス全体を意味します。)を組み込んでいる利用者は何名ですか。うち予防給付は何名ですか。お答え下さい。

(            )名    うち予防給付(            )名

Q6. あなた自身が担当した平成18年12月の給付実績のなかで、リハビリ専門職の訪問サービスが必要と思われるが利用していない方は何名ですか。うち予防給付対象者は何名ですかお答え下さい。

(            )名    うち予防給付(            )名

利用していない方が居られる場合、その主な理由は何ですか? 回答欄に記述をお願いします。

Q7. 貴事業所の事業提供地域にリハビリ専門職の訪問サービスを依頼できる事業所はどの程度ありますか。該当する番号を選択して下さい。

1 十分ある    Q8へ    2 やや不十分    Q8へ    3 かなり不十分    Q9へ    4 まったくない    Q10へ

Q8. Q7で「1 十分ある」「2 やや不十分」とお答え頂いた方にお聞きます。

貴事業所の事業提供地域にある訪問リハビリ事業所はあなたの地域の利用者のリハビリニーズを充足していますか。(リハビリニーズに対し十分こたえていますか。)

1 十分充足している    2 不十分である    3 わからない

Q9. Q7で「3 かなり不十分である」とお答え頂いた方はその理由について回答欄に具体的内容をお書き下さい。

(例...計画通りのサービス回数が確保されない。...サービス提供までに時間がかかりすぎる。)

Q10. Q7で「3 かなり不十分」「4 まったくない」とお答え頂いた方にお聞きます。リハビリ専門職の訪問サービス提供の振替として下記のどれを利用検討しますか、またはしていますか。該当する番号すべてを選択して、頻度の多い順に回答欄に記入して下さい。

- 1 病院の外来リハビリ    2 通所リハビリ(デイケア)    3 通所介護(デイサービス)    4 訪問看護    5 柔道整復師の訪問  
6 マッサージ師の訪問    7 訪問介護(ヘルパー)による運動(散歩、体操など)    8 地域の介護  
予防事業    9 その他(内容を回答欄にお書き下さい)

Q11. H18年4月から訪問看護ステーションからのリハビリ専門職のサービス提供(訪問看護7)は、看護師の訪問回数を越えないようにとの制限が始まってきていますが、このことをご存知ですか。

- 1 知っている                      2 知らなかった      Q13へ

Q12. H18年4月から訪問看護ステーションからのリハビリ専門職のサービス提供(訪問看護7)は、看護師の訪問回数を越えないようにとの制限が始まってきていますが、このことで昨年10月以降、担当している利用者に影響はありますか。

- 1 影響がでている                      2 影響はない

「1 影響がでている」とお答え頂いた方はその内容について回答欄にお書き下さい。

(例...リハビリ専門職の訪問回数が減った。...訪問の際の実施時間が短縮された。...通所系サービスへの変更を余儀なくされた。)

Q13. 現在、**あなたの担当する利用者**の中に、昨年4月の介護報酬、診療報酬改正の影響によりリハビリサービス量が減少した、あるいはリハビリを受けられなくなった方(いわゆるリハビリ難民)はいますか。該当する番号を選択して下さい。

- 1 いる。その数は増加傾向にある。  
2 いる。数に変化はない。  
3 いる。その数は減少傾向にある。  
4 いない

Q14. 昨年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができました。これらの影響で、1年前と比較すると、在宅でリハビリ(訪問に限りません)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が**貴地域**ではどんな状況ですか？

- 1 かなり増えた    2 やや増えた    3 変化無し    4 減った    5 居ない

Q15. 「介護予防訪問リハビリテーション」についてのご意見を回答欄にお書き下さい。

Q16. 「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所;いわば訪問看護ステーションのリハビリ版)の将来の設置についてどのようにお考えですか。あてはまるものの番号をご記入の上、お考えを回答欄にご記入下さい。

- 1 是非必要である    2 どちらかといえば必要である    3 あまり必要ではない    4 必要ではない  
【その理由を回答欄へ】

Q17. 訪問リハビリに対してのご意見、ご要望等がございましたら忌憚のないご意見を回答欄にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

### 3 老人保健施設

## 訪問リハビリテーション資源調査アンケート

**\* 回答については同封の回答用紙(別紙)にお願い致します。各設問の該当番号を回答用紙にご記入下さい。なお回答用紙のみを返信下さいます様、宜しくお願い致します。**

Q1. 貴事業所の所在地をご記入下さい。

所在地(合併で市町村名が変わった場合は旧市町村名を記入下さい): \_\_\_\_\_【別紙回答欄に記入】

Q2. 現在、貴事業所ではリハビリ専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)による訪問リハビリを行っていますか。

- 1 行っている
- 2 行っていない(今後は行いたい) 【次はQ12以降へ進んで下さい。】
- 3 行っていない(今後も行う予定はない)【次はQ11以降へ進んで下さい。】

Q3. 貴事業所が行っている訪問リハビリの提供地域(合併した市町村は旧市町村名)を全てご記入ください。  
提供地域: \_\_\_\_\_

Q4. 訪問対象地域の範囲(半径)について該当する項目を選択して下さい。

- 1 10km 未満    2 20km 未満    3 30km 未満    4 30km 以上

Q5. 貴事業所のリハビリ専門職の人数をご記入ください(訪問リハビリ部門ではなく貴施設全体での人数)。

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
常 勤	人	人	人
非常勤(常勤換算)	人	人	人

非常勤の換算方法: 週1日を0.2人とします。例えば、週1日と週半日の非常勤が、各1の場合は、 $0.2 + 0.1 = 0.3$ 人。

Q6. 訪問リハビリの提供にあたって何か制約がありますか。該当する項目を選択して下さい。

- 1 貴事業所の退所ケースに限り、行っている。
- 2 制約は無いが、退所ケースを中心に行っている。
- 3 制約は無く、いろいろなどころの紹介によって、行っている。
- 4 その他 (回答欄に内容をご記入下さい)。

Q7. 訪問リハビリの**新規**利用者の受け入れについてお聞きます。現在の状況に該当する項目を選択して下さい。

- 1 受け入れ可能                      2 受け入れ不可

また「受け入れ可能」とお答え頂いた事業所にお聞きます。現在、新規に受け入れ可能な1週間あたりの延べ件数は何件程度ですか。

約(        )件/週

Q8. 訪問リハビリ事業の規模を、今後どのようにしたいとお考えでしょうか。該当する項目を選択して下さい。

- 1 事業拡大    Q9とQ10へ
- 2 現状維持    Q12へ
- 3 事業縮小    Q11へ

Q9. Q8の回答で「事業拡大を考えている」とお答え頂いた事業所にお聞きます。取り組みの方法として該当するもののすべてを選択して下さい。

- 1 リハビリ専門職の人数を増員する(採用する)。
- 2 サービス提供エリアを拡大する。
- 3 サービス提供時間を延長(変更)する。
- 4 その他 (回答欄にご意見をご記入下さい)。



Q10. Q8の回答で「事業拡大を考えている」とお答え頂いた事業所にお聞きます。拡大(または開始)にあたり、1週間あたりの件数としてどの程度なのかおおまかな予定(予想)で結構ですでお答え下さい。

約( )件/週 【次はQ12へ】

Q11. Q2で「3 行っていない(今後も行う予定はない)」およびQ8で「事業縮小」とお答え頂いた事業所にお聞きます。その理由について該当するものものすべてを選択して下さい。

- 1 サービス提供に必要な人員が確保できない。
- 2 利用者からのニーズがない、または少ない。
- 3 必要に応じ他のサービス提供機関へ紹介している(できる)。
- 4 事業収支が見合わない。
- 5 事業に関する事務処理が煩雑。
- 6 その他(回答欄にご意見をご記入下さい)。

Q12. 「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所;いわば訪問看護ステーションのリハビリ版)の将来の設置についてどのようにお考えですか。あてはまるものの番号をご記入の上、お考えを回答欄にご記入下さい。

- 1 是非必要である
  - 2 どちらかといえば必要である
  - 3 あまり必要ではない
  - 4 必要ではない
- 【お考えの詳細は回答欄へ】

Q13. 昨年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができました。これらの影響で、1年前と比較すると、在宅でリハビリ(訪問に限りません)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が貴地域ではどんな状況ですか？

- 1 かなり増えた
- 2 やや増えた
- 3 変化無し
- 4 減った
- 5 居ない

Q14. 訪問リハビリに対してのご意見、ご要望等がございましたら忌憚のないご意見を回答欄にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

## 4 みなし事業所

## 訪問リハビリテーション資源調査アンケート

\* 回答については同封の回答用紙(別紙)にお願い致します。各設問の該当番号を回答用紙にご記入下さい。  
なお回答用紙のみを返信下さいます様、宜しくお願い致します。

Q1. 貴事業所が行っている訪問リハビリの提供地域(合併した市町村は旧市町村名)を全てご記入ください。  
提供地域: \_\_\_\_\_ 【別紙回答欄に記入】

Q2. 訪問対象地域の範囲(半径)について該当する項目を選択して下さい。

- 1 10km 未満    2 20km 未満    3 30km 未満    4 30km 以上

Q3. 貴事業所のリハビリ専門職の人数をご記入ください(訪問リハビリ部門ではなく貴施設全体での人数)。

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
常 勤	人	人	人
非常勤(常勤換算)	人	人	人

非常勤の換算方法: 週1日を0.2人とします。例えば、週1日と週半日の非常勤が、各1の場合は、 $0.2 + 0.1 = 0.3$ 人。

Q4. 訪問リハビリの提供にあたって何か制約がありますか。該当する項目を選択して下さい。

- 1 貴院の退所ケースに限り、行っている。
- 2 制約は無いが、退所ケースを中心に行っている。
- 3 制約は無く、いろいろなところの紹介によって、行っている。
- 4 その他 (回答欄に内容をご記入下さい)。

Q5. 訪問リハビリの**新規**利用者の受け入れについてお聞きます。現在の状況に該当する項目を選択して下さい。

- 1 受入れ可能
- 2 受入れ不可

また「1 受入れ可能」とお答え頂いた方にお聞きます。新規に受入れ可能な1週間あたりの延べ件数は何件程度ですか。ご記入下さい。

約( )件/週

Q6. 今後の訪問リハビリ事業について該当する項目を選択して下さい。

- 1 事業拡大(または事業開始)を考えている    Q7, 8へ
- 2 現状維持    Q9へ
- 3 縮小変更    Q9へ

Q7. Q6で「事業拡大を考えている」とお答え頂いた事業所にお聞きます。その方法として該当するものすべてを選択して下さい。

- 1 リハビリ専門職の人数を増員する(採用する)。
- 2 サービス提供エリアを拡大する。
- 3 サービス提供時間を延長(変更)する。
- 4 その他 (回答欄にご記入下さい)。

Q8. Q6の回答で「事業拡大を考えている」とお答え頂いた事業所にお聞きます。拡大にあたり、1週間あたりの件数としてどの程度なのかおおまかな予定(予想)で結構ですのでお答え下さい。

約( )件/週

Q9. 昨年4月の医療法改正により病院でのリハビリに日数制限ができました。これらの影響で、1年前と比較すると、在宅でリハビリ(訪問に限りません)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が貴地域ではどんな状況ですか？

- 1 かなり増えた
- 2 やや増えた
- 3 変化無し
- 4 減った
- 5 居ない

Q10. 訪問リハビリ事業を展開している中で制度上なにか問題点がございましたら忌憚のない意見を回答欄にご記入下さい。  
ご協力ありがとうございました。

## 5 市町村

## 訪問リハビリテーション資源調査アンケート

\* 回答については同封の回答用紙(別紙)にお願い致します。各設問の該当番号を回答用紙にご記入下さい。  
なお回答用紙のみを返信下さいます様、宜しくお願い致します。

Q1. 自治体名をご記入下さい。

自治体名: \_\_\_\_\_ 【別紙回答欄に記入】

Q2. 昨年4月の医療法改定により病院でのリハビリに日数制限ができました。これらの影響で、1年前と比較すると、在宅でリハビリ(訪問に限りません)を受けたくても受けられない、いわゆるリハ難民が貴地域ではどんな状況ですか？

- 1 相当増えた 2 やや増えた 3 変化無し 4 減った 5 居ない

Q3. 貴自治体では介護保険でのリハビリ専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)の訪問によるリハビリテーション(予防給付も含む)が被保険者にどの程度提供されているとお考えですか。番号をご記入下さい。

- 1 十分 2 やや不十分 3 かなり不十分 4 全くない

【3以外はQ5へ進む】

Q4. Q3で「3 かなり不十分」とお答え頂いた理由について該当するものすべての番号をご記入下さい。

- 1 サービス提供事業所自体の不足  
2 ケアプランにリハビリ専門職による訪問サービスがあまり計画されない  
3 被保険者の認識不足  
4 訪問サービスへの介護支援専門員の理解不足  
5 その他(宜しければ回答欄にご意見をご記入下さい)

Q5. H18年4月から訪問看護ステーションからのリハビリ専門職のサービス提供は、看護師の訪問回数を越えないように(訪問看護71.72)との制限が始まってきていますが、このことについてどのようにお考えですか。あてはまる番号をご記入の上、それぞれの回答の理由について回答欄にご記入下さい。

- 1 妥当である 2 妥当とは思わない

【その理由を回答欄にご記入下さい】

Q6. 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職のサービス提供回数は、看護師の訪問回数を越えないようにとの通達について貴自治体ではどのような対応をとっておられますか。あてはまるものの番号をご記入下さい。

- 1 回数制限を緩和している。 Q8へ  
2 期限付きで回数制限を緩和している。 Q7へ  
3 回数制限を遵守させている。 Q8へ  
4 個々の事例ごとに判断している。 Q8へ  
5 その他(回答欄に具体的対応をご記入下さい)。 Q8へ

Q7. Q6で「期限付きで回数制限を緩和している」とお答え頂いた自治体にお聞きします。具体的な期限をお答え下さい。またこの事に関しまして何かコメントがございましたら、回答欄にご記入下さい。

( )年( )月まで コメントをお聞かせ下さい。

Q8. 「訪問リハビリステーション」(リハビリ専門職による訪問リハビリテーション提供事業所;いわば訪問看護ステーションのリハビリ版)の将来の設置についてどのようにお考えですか。あてはまるものの番号をご記入の上、お考えを回答欄にご記入下さい。

- 1 是非必要である 2 どちらかといえば必要である 3 あまり必要ではない 4 必要ではない

【お考えの詳細は回答欄へ】

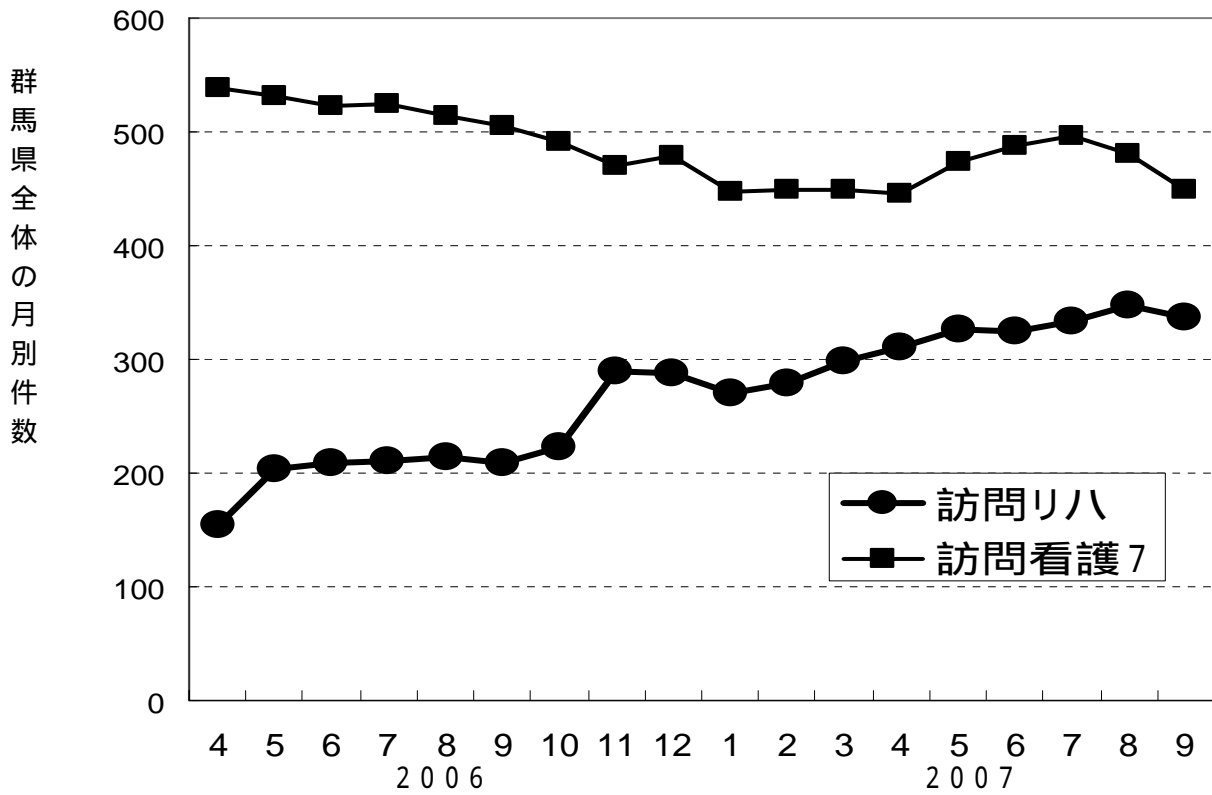
Q9. 訪問リハビリに対するご意見、ご要望がございましたら回答欄に忌憚のないご意見をお聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました。

## 第 章 参考資料

訪問系リハビリテーションの月別実績

### 訪問系リハの月別実績数の変化



訪問看護ステーションから提供されるリハ専門職の訪問リハ件数は減少傾向にあり、医療機関からの訪問リハが徐々に増加している。リハ専門職の訪問リハが訪問看護の回数を上回ってはならないという介護報酬改正の影響が出ている可能性がある。

群馬県地域リハビリテーション支援センター 拡大調査研究部会 名簿

氏名	所属
田中聡一	群馬県地域リハ支援センター（調査研究部会長） 東京福祉大学・大学院（社会福祉学部教授）
山口晴保	群馬県地域リハ支援センター 群馬大学（医学部保健学科理学療法学教授）
川名高夫	（社）群馬県鍼灸師会 川名治療院（院長）
小池昭雅	群馬県介護福祉士会（理事） 医療法人中沢会介護老人保健施設けやき苑
田所弥亜子	群馬県作業療法士会 訪問看護ステーションふれあい
中里貴江	群馬県訪問看護ステーション連絡協議会（副会長） 訪問看護ステーションきらくな家
下谷守	群馬県理学療法士会（理事） 西吾妻福祉病院（リハビリ室長）
宮田伸太郎	群馬県理学療法士会 訪問看護ステーションふれあい
新井健五	群馬県作業療法士会（会長） 老人保健施設ミドルホーム富岡
山崎暁	言語聴覚士会 新潟リハビリテーション専門学校（言語聴覚学科）
山田圭子	群馬県介護支援専門員連絡協議会（理事） 前橋市地域包括支援センター（主任介護支援専門員）
酒井保治郎	群馬県地域リハ支援センター（センター長） 群馬大学（医学部保健学科作業療法学教授）

（謝辞）

本報告書作成に当たり助言いただきました、群馬県地域リハビリテーション支援センター事務局長（医学部保健学科理学療法学准教授）浅川康吉様、群馬県理学療法士会理事（榛名荘病院）新谷和文様、そしてデータ解析に御尽力いただきました群馬大学大学院深澤昌子様に深謝いたします。



群馬県  
訪問系リハビリテーション資源調査  
報告書

平成19年12月

群馬リハビリテーションネットワーク  
事務局

371-8514 前橋市昭和町 3-39-15  
群馬大学医学部保健学科 地域リハPJ内  
Tel & Fax: 027-220-8966