

群馬県

地域リハビリテーション資源調査
報告書

平成15年3月

群馬県保健福祉部

群馬リハビリテーションネットワーク

目 次

- ．調査の要旨 (P1)
- ．調査の目的と方法 (P5)
 - A．調査目的
 - B．調査対象
 - C．調査方法
 - 1．調査票作成
 - 2．発送と回収
 - 3．回収率
 - 4．回収率の考察
 - 5．二次保健医療圏ごとの回収率
- ．施設等分類ごとの調査結果と解析・考察 (P11)
 - A．医療系 (P11)
 - ・病院
 - ・診療所
 - B．入所系 (P19)
 - ・介護老人保健施設(老健)
 - ・介護老人福祉施設(特養)
 - ・介護療養型医療施設(介護療養)
 - C．訪問系 (P26)
 - ・訪問リハビリテーション事業者(訪問リハ)
 - ・訪問看護事業者(訪問看護)
 - D．通所系 (P30)
 - ・通所リハビリテーション事業者(通所リハ)
 - ・通所介護事業者(通所介護)
 - E．グループホーム (P36)
 - ・痴呆対応型講堂生活介護事業者(Gホーム)
 - F．身障系 (P40)
 - ・身体障害者福祉施設(身障施設)
 - ・身体障害者デイサービス(身障デイ)
 - G．市町村 (P43)
- ．人的資源 (P55)
 - A．リハビリテーションに関わる常勤職の人数
 - B．ブロック別のリハ関連施設数とリハ施設基準取得状況
 - C．リハビリテーション専門職の充足率
- ．その他 (P59)
 - A．患者会および家族会
 - B．自由記述とその考察
- ．補足資料 (P65)
 - A．群馬県における小児リハビリテーションの現状と今後の展望
 - B．群馬県における聴覚障害リハビリテーションの現状と課題
 - C．群馬県における精神科リハビリテーションの現状
 - D．開業接骨師・鍼灸師・あん摩マッサージ指圧師の訪問治療活動

調査票見本：地域リハビリテーション資源調査票（医療機関用）（P69）

調査担当者一覧（調査委員会名簿、作業部会名簿、協力者一覧）（P73）

調査の要旨

【目的】本資源調査は、県内リハビリテーション実施機関の状況及び提供されているサービスの状況を把握し、収集した情報を実施機関相互の連携を推進するために共有して活用するとともに、今後の地域リハビリテーション支援体制を整備推進するための基礎資料とすることを目的とした。

【調査対象】本県における急性期、回復期及び維持期リハビリテーションに関わる全てのリハビリテーション実施機関とした。病院144か所、診療所277か所、介護老人保健施設(老健)64か所、介護老人福祉施設(特養)92か所、介護療養型病床群(介護療養)43か所、通所リハビリテーション事業所(通所リハ)103か所、通所介護事業所(通所介護)207か所、訪問看護事業所(訪問看護)409か所、訪問リハビリテーション事業所(訪問リハ)156か所、グループホーム(Gホーム)95か所、身体障害者施設等16か所、及び県内70市町村である。

【方法】地域リハ資源調査を群馬リハネットが群馬県から委託された。そこで、資源調査委員会を設置し、調査票作りを作業部会で進め、平成14年11~12月に調査を行った。回収率の向上に努めたため、回収を1月末まで延長した。調査票は施設等の種類ごとに市町村用を含めて7種類作成した(群馬リハネット事務局のホームページに掲載 <http://www.orahoo.com/grn/> 「リハ資源調査」の項参照)。巻末に見本として医療系用を示す。

【回収率】全1,675通(70市町村を含む)を発送し、621通の回答を得た。全体の回収率が37%と低いのは、訪問看護409事業所など、実際には一部の事業所でしかリハを実施していないことが予想されても全事業所に調査票を配布したため、病院、特に理学療法士(P T)や作業療法士(O T)、言語聴覚士(S T)が勤務している施設では約80%の回答を得た。市町村は100%の回収率だった。

分析は、医療系(病院、診療所)、入所系(老健、特養、介護療養)、訪問系(訪問看護、訪問リハ)、通所系(通所リハ、通所介護)、グループホーム(Gホーム)、身障系(身障施設・身障デイ)、市町村に分けて行った。

【リハ内容】医療系：県内10二次保健医療圏ごとの施設基準別施設数を群馬社会保険事務局で調べると、総合リハ承認施設は県下に10施設ある。理学療法、作業療法に比べ言語聴覚療法の承認施設が少ない。また、難病患者リハは1つもなく、心疾患リハは1施設のみである。全体的に、伊勢崎・沼田・渋川・吾妻・富岡・藤岡地域はリハ施設が少ない。回復期リハ病棟を有する病院は県内で8施設のみで、前橋・沼田・渋川地域には1施設もない。回復期リハ病棟病床数は県内で425床であり、人口10万対病床数では21床とまだ不足している状態である。

本調査結果から、病院でのリハ実施率は理学療法が84%と高く、作業療法は54%、言語聴覚療法は41%であった。訪問指導・住宅改善指導・福祉用具の相談・家族への指導は6~8割の実施率であったが、職業復帰支援を実施している施設は少ない。その他、自動車運転訓練が5施設、高次脳機能障害のリハが17施設、摂食・嚥下訓練が36施設で行われていた。回答が寄せられた33診療所のうちでは、理学療法(II)6施設、作業療法(II)1施設、言語聴覚療法(II)2施設であった。

入所系：専門職によるリハは、介護療養で理学療法79%、作業療法57%、言語聴覚療法50%、老健で理学療法80%、作業療法73%、言語聴覚療法37%の施設で行われていた。介護療養では個別訓練が多く行われている。これら二つの施設では訪問指導、家族への指導、福祉用具の相談、住宅改善指導など在宅に関わる事も実施されている。一方、特養では理学療法士(P T)、作業療法士(O T)、言語聴覚士はほとんど勤務していないため、専門職によるリハは少ない。しかし、住宅改善指導や訪問指導など在宅に関わるリハが行われていることは、特筆すべきであろう。

訪問系：専門職によるリハは、訪問リハでは理学療法が83%、作業療法が67%、言語聴覚療法が8%の事業所で行われていたのに対し、訪問看護では、それぞれ30%、22%、5%であった。ニーズが非常に高いが、サービスの提供が少ない領域である。

通所系：専門職が関わるリハは、通所リハでは理学療法が81%、作業療法が67%、言語聴覚療法が33%で行われていたのに対し、通所介護では、それぞれ10%、8%、2%であった。

Gホーム：Gホームにはリハ専門職が勤務していない。

身障系：身障施設では専門職による理学療法は91%で実施されている反面、作業療法は18%、言語聴覚療法は9%と少なかった。

市町村：機能訓練事業のうち、日常生活訓練を中心とする「機能訓練A型(基本型)」は、41市町村

(59%)で実施され、いずれかのリハ専門職が「毎回従事」しているのが6市町村、「一部従事」しているのが32市町村であり、「従事なし」が2市町村であった。職種をみると、PTが30市町村(実施41市町村中73%)、OTが20市町村(同49%)、医師が11市町村(同27%)、STが6市町村(同15%)であった。社会参加を中心とする「機能訓練B型(地域参加型)」は、29市町村(41%)で実施され、うちリハ専門職の「従事なし」が13市町村となっている。職種は、PTが11市町村(実施29市町村中38%)、OTが6市町村(同21%)、医師は1町で、STはなかった。訪問指導事業のうち、家庭での機能訓練、住宅改造、福祉用具の利用方法などを行うものを「訪問リハ指導」とすると、18市町村(27%)で実施していた。指導に従事するのは、保健師が13市町村(実施18市町村中72%)で最も多く、PTは11市町村(同65%)、OTは6市町村(同33%)、STは1市であった。

【その他】原因疾患：どの施設等でも脳血管疾患が1位で、次いで、骨・関節疾患や神経・筋疾患(パーキンソン病など)、痴呆などが多かった。

受け入れ条件：入所・通所系で調査すると、施設間のばらつきが大きく、人工呼吸器装着でも受け入れられる施設から、経管栄養も受け入れない施設まで多様であった。また、陳旧性結核を相談無しで受け入れる施設は3~4割程度と少なく、「陳旧性結核」(過去に感染し治癒状態)が正しく認知されていないことを窺わせた。

転帰(退院・退所者の行き先)：在宅に戻った割合が、病院では64%、老健では52%と高いが、介護療養では14%と低い。特養は、退所者がほとんどいなかった。

人的資源：リハに関わる常勤職は、県全体で医師280名、看護師等1,464名、保健師259名(大部分は市町村勤務)、PT326名、OT189名、ST87名、ソーシャルワーカー(SW)179名、心理職7名、鍼灸マッサージ師等58名、柔道整復師23名などであった。回答から、PT・OTとも総数の76%が医療機関に集中していた。医療機関の承認基準をもとにリハ専門職の分布を見ると、総合リハ承認9施設に多数の療法士が集中しており、例えばPTは1施設あたり5~18名(平均9.4名)で、総勢85名と県内PTの約1/4が属している。STは医療機関勤務者の1/2、県内全体の約1/3が総合リハ承認施設に属しており、人的資源に大きな偏りを生じている。総合リハ承認施設では、このように多数のリハ専門職が働いているが、充足率は60%台とまだ各専門職の人的資源を必要としている。理学療法などの承認施設55か所では、各施設平均2.7名のPT、1名のOT、0.6名のSTが勤務しており、充足率は5割前後である。医療機関以外で行われているリハへのリハ専門職の関与はまだ十分でない。例えば老健には県全体のPTの7%が勤務しているのみで、特養などにはほとんど勤務していないのが現状である。県下70市町村では、常勤PTは4市に各1名のみ、OTとSTは0名だった。

患者会や家族会：全体(訪問系など一部を除く)で20施設等が家族会を有していた。活動内容は旅行や交流などで、親睦を深めたり、学習会や意見交換会で情報を集めたりするものが多かった。

【結語】医療では地域完結型のリハシステムの構築のため、二次医療圏を考慮して急性期から回復期のリハが円滑に行えるようリハ資源の配置が必要であろう。入所系では老健にリハ専門職を十分配置し家庭復帰に向けたリハが必要であろう。また、特養からもリハ専門職の配備を望む声が多かった。通所系では、今後通所リハで個別訓練に対し加算ができるようになりリハの充実が見込まれる。通所介護ではリハを必要とされる方のごく一部にしかリハサービスが提供されていない。今後の課題であろう。訪問系はリハのニーズが非常に高いが、それに関わるリハ専門職が少なく、今後の早急な充実が望まれる分野である。

群馬県では、PTなどリハ専門職の人的資源は医療機関、特に総合リハ承認施設(病院)に集中している。一方、リハ専門職へのニーズは特養、Gホーム、通所介護などこれまで各専門職がほとんど就職していない施設からも多数寄せられ、今後はマンパワーの再配置が重要な課題となる。

リハ病院に偏っている人的資源を生かし、リハ病院から訪問系や通所系など在宅者に対するリハサービスに、経験を積んだ療法士が流れることが望まれる。PT・OT数は現在全国で約5万人であるが、年間1万人の新人が加わっており5年後には約10万人に倍増する。否が応でもリハ専門職が在宅系や福祉施設に流れていくようになる。しかし、新卒者がこのような一人職場と予想される所に流れるのではなく、経験を積んだ専門職が流れることを促進する施策が望まれる。地域リハの現場を魅力的なものとし、地域で暮らす障害者・高齢者が必要なリハサービスを自宅で暮らしながら受けられるシステム作りが急がれている。

．調査の目的と方法

A．調査目的

総人口が200万人を超えた群馬県では、65歳以上人口が年平均2.3%ずつ増加すると予想され、2000年に19%であった高齢化率（65歳以上の割合）が2025年には30%に至ると予測されている。このように高齢化が急速に進むなかで、少子化も同時に進行し、高齢者や障害者が一日でも長く自立した生活を営むことを支えるシステムの構築が急がれている。

地域リハとは、「障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う。」と定義されている（日本リハ病院・施設協会）。そして活動指針として、

障害の発生予防、
あらゆるライフステージに対応して継続的に提供できる地域支援システム作り、
急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続されるリハ、
機能や活動能力の改善が困難な人々の社会参加、
生あるかぎり人間らしく過ごせるような専門的サービス、
地域住民も含めた総合的な支援、
一般の人々が障害を負うことや年をとることを自分自身の問題としてとらえるような啓発があげられている。

地域リハシステムの構築こそ、超高齢化社会を迎える時代に必須の課題であるといえよう。厚生労働省は各都道府県にリハビリテーション協議会を設置し、地域リハ支援体制を整備するための事業を進めている。しかし、群馬県にはリハビリテーション協議会が未だ設置されていない。

このような背景のもと、県内の地域リハ資源調査を実施し、県内リハ実施機関の状況及び提供されているサービス内容を把握して、収集した情報を実施機関相互の連携を推進するために共有して活用するとともに、今後の地域リハ支援体制を整備推進するための基礎資料とすることを目的に、群馬県におけるリハ資源調査が行われた。

B．調査対象

調査対象は、原則として本県における急性期、回復期及び維持期リハに関わる全てのリハ実施機関とした。診療所はリハ科、整形外科、脳神経外科、神経内科のいずれかを標榜している施設としたが他の施設等では県内全てを対象とした。以降、本文では各施設等の略称を用いる。対象は次の7系に分類した。

- 1) 医療系：病院144施設と診療所277施設
- 2) 入所系：介護老人保健施設（老健）64施設と介護老人福祉施設（特養）92施設、
介護療養型医療施設（介護療養）43施設
- 3) 訪問系：訪問リハビリテーション（訪問リハ）156事業所と訪問看護409事業所
- 4) 通所系：通所リハビリテーション（通所リハ）103事業所と通所介護（通所介護）
207事業所、
- 5) 痴呆対応型共同生活介護事業所（グループホーム；Gホーム）：95事業所
- 6) 身障系：身体障害者療護施設9施設と身体障害者更生施設2施設、
身体障害者デイサービス（身障デイ）4事業所
- 7) 市町村：70市町村

今回の調査では、医療系以外の精神・小児分野、および職業リハ（授産施設等）については調査対象に含めなかった。

C．調査方法

1．調査票作成

施設等分類ごとに7種類の調査票を作成した。調査票は3部分から構成されており、はじめの1ページは基本情報、2ページ目はリハ内容や受け入れ医療ケアなどに関する情報、3ページ目以降は人的

資源や採用希望、転帰、家族会、自由意見などの情報とした。1ページ目と2ページ目の記載事項に関しては、印刷物やインターネットで公開して良いかどうかを訪ね、ページごとに担当者から承諾のサインを記入してもらった。今後、これらの情報をまとめ、本報告書以外に群馬リハネットのホームページ (<http://grn.health.gunma-u.ac.jp>) 等で公開し、今後の診療や支援活動に役立ててもらおう予定である。調査票の見本として医療系の調査用紙を巻末に付ける。全ての調査票が群馬リハネット事務局のホームページ (<http://www.orahoo.com/grn/>) に掲載されているので、「リハ資源調査」の項より閲覧や印刷が可能となっている。

2. 発送と回収

各施設・事業所・市町村あてに、平成14年11月中旬に1,675通を郵送した。回答は返信用封筒で返送してもらったが、一部はfaxで返送された。発送先である県内医療機関・介護保険事業所・身体障害者施設等の宛先は、平成14年4月現在の県内登録事業所によった。設問項目の回答基準日は平成14年9月30日を基本とした。平成15年1月30日までの回答をもって最終集計とした。

3. 回収率

送付数、有効回答数、リハ無回答数（リハサービスを提供していないとの返答）、回答数（有効回答とリハ無回答の合計）、回収率（回答数の送付数に対する割合）を表 C-1 と図 C-1 に示す。

4. 回収率の考察

1) 医療施設の実質回収率

表 C-2 に示すように、総合リハ承認施設の9割、理学療法 や作業療法 の施設では約8割と、リハ資源の豊富な施設の回収率は良好であった。また表 C-3 に示すように、県士会名簿を元に各療法士が勤務する病院・施設数と回答施設数を検証すると、これら療法士が勤務する施設からは約8割の回収率であったと推測される。県士会名簿のPT・OT数と調査結果のPT・OT数で検討しても、病院では同様に8割程度の回収率だった。このようにリハ施設基準を満たし、常勤の療法士が在籍する施設からは、8割の回答が得られた。

2) 回収率の低かった対象事業

回収率が15.5%の診療所では、「リハは実施していない」旨の回答が11施設（回答数の26%）からあった。調査票を回収できなかった診療所の多くも、同様の実態と推察される。

訪問看護事業所409か所のうち、86か所が訪問看護ステーションである。有効回答60事業所のうち訪問看護ステーションは46か所であり、訪問看護ステーションからは53.4%の回答率だった。また、リハ無回答17事業所では、「事業実施していない」「併設の訪問看護ステーションで対応」という内容であった。実績のない多数の事業所が存在すると思われる（表 C-4）。

訪問リハ登録事業所は156か所と多いが、介護保険の請求実績（国民健康保険団体連合会；平成14年5月～11月）で実働実績があるのは県内23事業所のみである。元々全登録事業所のうち15%程度の事業所しかリハサービスを実施していないのである。この23事業所からの回収率は43.5%であった。85%を占める「実績のない事業所」が回答を寄せなかったと考えられる（表 C-4）。

以上のことから、全般的に実際にリハ実績のある調査対象事業で概ね50%の回収率が確保できたといえる。他県の調査を見ても、県が直接施行したものでは高い数字が出ているが、今回のように委託事業では、同様な数字が出ている。

5. 二次保健医療圏（高齢者保健福祉圏と同じエリア）ごとの回収率

群馬県は10の二次保健医療圏に分けられている。これは高齢者保健福祉圏とも同じエリアである。この圏域ごとの回収率詳細を表 C-5 に示す。10の圏域に分けると、圏域により回収率のばらつきがあった。

A．医療系：病院、診療所

1．回収率

病院は144か所に送付し、85か所(59.0%)から回答を得た。診療所はリハビリテーション(リハ)科・整形外科・脳神経外科・神経内科を標榜する277か所に送付し、43か所(15.5%)から回答を得たが、そのうちリハを行っていないという回答が1/4(11か所)あった。

2．標榜科と施設基準

1) 二次医療圏ごとのリハ科標榜施設数

10の二次医療圏でみると、リハ科を標榜している病院は81あり、前橋・桐生・太田館林・高崎安中地域に集中している(表 A-1、図 A-1)。しかし、人口10万人あたりの数を見ると、比較的均等化されている(図 A-1)。また、一般病院の一部や小児・精神病院では、リハ専門職が在籍していてもリハ施設基準を取得していてもリハ科を標榜していない施設も多くあるため、標榜施設数がそのままリハ実施施設数とはいえない。

リハ科を標榜している診療所は、県内の1,443施設中127施設(8.8%)と少ない(表 A-1)。

2) リハビリテーション施設基準

総合リハ施設は県下に全10施設あるが、桐生・沼田・渋川・富岡地域には1施設もない(表 A-2、図 A-2)。理学療法、作業療法に比べ言語聴覚療法の施設が少ない。また、難病患者リハは1施設もなく、心疾患リハは1施設のみである(表 A-2)。全体的に、伊勢崎・沼田・渋川・吾妻・富岡・藤岡地域は、リハ施設が少ない。

診療所は全体的にリハ施設基準を取得している施設が少なく、回答のあった33診療所のうちでは、理学療法()6施設、作業療法()1施設、言語聴覚療法()2施設があった(表 A-2)。

3) 回復期リハ病棟

回復期リハ病棟を有する病院は県内で8施設のみで、前橋・沼田・渋川地域には1施設もない(図 A-2、表 A-3)。回復期リハ病棟病床数は県内で425床であり、人口10万人あたりの病床数では21床と全国平均を上回っているがまだ不足している状態である(表 A-3)。

3．リハを受ける原因となった疾患

病院では、脳血管疾患、骨・関節疾患、神経・筋疾患の順に多かった(図 A-3a)。診療所では、骨・関節疾患、神経・筋疾患、脳血管疾患の順に多かった。また、無回答も多く全体の半数を占める(図 A-3b)。

4．リハ内容

リハの内容ごとに、実施施設数を回答施設数(82)で割って実施率を算出した。図の個別実施は、個別実施の施設だけでなく、個別と集団を両方実施している施設も含んでいる。病院では、理学療法の実施率が83%と高く、作業療法は54%、言語聴覚療法は41%の実施率であった(図 A-4a)。訪問指導・住宅改善指導・福祉用具の相談・家族への指導は6~8割の実施率であったが、職業復帰支援を実施している施設は少ない。病院の圏域ごとの比較を表 A-4に示す。

診療所では、理学療法・物理療法は6割程度の施設が実施しているが、それ以外のリハについては実施率が低い(図 A-4b)。

その他のリハの内容としては、病院では、摂食・嚥下訓練が36施設(44%)で行われている。脳血管疾患では症状に現れない誤嚥まで含めると、嚥下機能障害が高率に発生しており、高齢者のリハでは今後大切な領域となろう。自動車運転訓練(5施設)も特筆に値する。最近社会から注目されている高次脳機能障害に対する訓練は、17施設(21%)で行われていた(図 A-5)。診療所でこれらの訓練が行われている施設数は、自動車訓練0、社会適応訓練1、高次脳機能障害2、摂食・嚥下訓練2、その他2であり、ほとんど行われていなかった。

5. 転帰とリハ利用状況

1) 転帰

平成14年9月の1か月間に病院から退院した1,334名の転帰は、在宅が64%、続いて転院、他施設、その他、不明の順であった(図 A-6)。圏域ごとの比較では、在宅の割合が富岡圏の47%～藤岡圏の90%とばらついてきた(図 A-7)。圏域ごとの在宅復帰率とリハの実施率との関係を見ても比例しなかった(表 A-4と図 A-7)。

診療所の退院者50名では、在宅が58%、以下、転院24%、その他12%、不明4%、他施設2%の順であった。

2) リハ利用状況

病院では、在宅退院者851名中で継続してリハを必要とするものは399名(47%)で、このリハ必要者のうちリハ継続者は247名(62%)であった。診療所では、在宅退院者29名中リハを必要とするものは22名(76%)、このうちリハ継続者は17名(77%)であった(図 A-8)。

6. 医療系のまとめ

医療系では患者に対する治療的リハ(急性期、回復期)が中心になるが、高齢者等病氣予備軍に対する予防的リハや障害者に対する維持的リハも含めて、リハ資源が偏ることなくすべての段階で充実していることが望ましい。また、病院内完結型医療から地域完結型医療へ移行していくなか、群馬県が策定した「群馬県保健医療計画」においても「二次保健医療圏の圏域内で、保健医療資源の適正配置と保健医療提供体制の体系化を図る」としており、リハ資源も二次保健医療圏ごとに充実させる必要がある。医療系におけるリハ資源には、急性期病棟、回復期リハ病棟、(リハを行う)療養病棟などリハ施設基準等の設備面、リハに関わる専門職数等の人員面、実施しているリハの内容(入院、外来や各種のリハ、その施設の特色あるリハ)がある。これらのリハ資源について、病期(医療系では急性期、回復期、維持期)や、圏域ごとに実態を把握することで、医療系リハ資源の過不足が明確化される。今回の調査結果では、回復期リハ病棟取得病院が少ないこと、言語聴覚士や難病患者リハの施設が少ないこと、診療所でリハ機能を持つ施設が少ないこと、リハの内容で職業復帰支援や自動車運転訓練、社会適応訓練を実施している施設が少ないことから、リハ資源が急性期から回復期に集中していることが伺える。また、二次保健医療圏からみると、医療系のリハ資源については、前橋・高崎安中・太田館林・桐生・伊勢崎の県の中央部に集中し、沼田・渋川・吾妻の北部や、藤岡・富岡の南西部には少ないという偏りがあり、地域完結型医療とはなっていない。この調査結果を基に、今後地域リハ推進事業を進めるにあたり、圏域による偏りをなくすことと、各圏域における急性期から維持期までの偏りのないリハ実施医療機関の整備が重要であろう。また、今回の調査結果には表れていないが、小児や精神等の対象の種別も考慮して整備する必要がある。

7. 医療系に関する自由記述

医療機関の充実、連携の強化

- ・リハ対象者も急速な高齢化が進んでいるが、病院リハ、訪問看護ステーションでのリハサービス、介護保険でのリハサービス等が、特に老人リハに関して有機的に機能していない。
- ・他県のように県立リハセンターの機能を充足させ、地域格差をなくし、質の高いリハサービスが提供されるよう情報の発信元になってほしい。
- ・他施設や他職種の方と意見交換できる場を作ってほしい。医師、PT、OT等のプロフィール、得意分野等の情報もほしい。
- ・特養等、生活施設の待機が長すぎる。そのため療養病棟、老健も本来の目的に沿った利用がなされない。
- ・難聴乳幼児のリハ施設がない。
- ・コミュニケーションエイドについて機器の展示会等で情報がほしい。海外の小児のリハについて情報がほしい。
- ・有職者や若年者の社会復帰(含む職業復帰)を支援するシステムがほしい。
- ・初めてリハにふれる方や家族に対する説明、情報提供が少ない。心理的なケアが不十分。利用でき

- るリハ施設数も少ないので、セカンドオピニオンを得たいと思っても、その場がない。
- ・リハ対象者に関する訓練効果は、急性期～回復期のいわゆる機能回復という考え方のほか、機能維持および機能減退防止も訓練効果とする考え方を導入する必要がある。また、これらの対象群も関わり方により、機能回復の可能性があることも確かである。

人材の不足

- ・リハスタッフが少ない。PT、OTの求人を出してもなかなか集まらない。
- ・PT等の有資格者がまだまだ不足しているという印象がある。
- ・個人診療所には就職する人がいない。

経営的側面

- ・回復期病棟の使命は在宅生活が送れるように援助することと考えている。そのための退院前訪問指導についてはぜひ入院料に含まず、個別に算定できるようにしてほしい。また屋外訓練等についても訓練時間によって点数加算ができればよい。さらに在宅後、介護保険でのリハで、機能改善が難しい患者については、医療保険での訪問リハ、通院リハをもっと行えるよう、保険点数を考慮してほしい。これが可能になれば、もっと多くの方が早期に自宅に戻れ、また医療費の削減にもつながると思われる。
- ・精神科作業療法において、対象者75人対1人、と対象人数が多すぎる。個別・小集団の治療を重視する診療報酬内容への変革を望む。
- ・スケールメリットがないため、なかなかリハに資本投下できない。
- ・リハに関する点数が下げられて非常に困っている。
- ・平成14年4月の法改正でリハ部門の採算性が悪化しており各医院がリハ部門の縮小を考え出している。
- ・群馬県はリハ過疎地帯である。地域のリハ認識を高める必要あり。保険点数の再改定を望む。

B．入所系：老健、特養、介護療養

1．回収率

介護老人保健施設（老健）は、64か所に送付し、41か所（64.1%）からの回答を得た。介護老人福祉施設（特養）は、92か所に送付し、49か所（53.3%）から回答を得た。介護療養型医療施設（介護療養）は、43か所に送付し、14か所（32.6%）から回答を得た。

2．利用者の年齢

65歳以上の利用者が老健では98%、特養では99%と、全利用者のほとんどを占めている。介護療養で65歳未満の利用者が6.4%みられた（図 B-1）。

3．原因疾患

利用者の原因疾患は、いずれの施設でも脳血管疾患が一番多い。二番目に多い疾患は介護療養では骨・関節疾患、次いで痴呆である。老健では二番目に痴呆が多く、次いで骨・関節疾患である。老健や特養では五番目まで見ると脳血管疾患以外にも種々の疾患が多数含まれている（図 B-2）。

4．医療ケアと受け入れ

利用者の受け入れ状況は、どの施設もバルーンカテーテル（85%以上）、胃ろう（70%以上）、経管栄養（70%以上）の受け入れは良好である（図 B-3）。その反面、人工呼吸器装着者の受け入れが全体的に低いが、介護療養では21%と老健2%、特養2%に比べて良好である。人工呼吸器装着者、陳旧性結核者の受け入れで施設の種類による差があるのは医療行為の可否、緊急時の対応（医師、看護師の数）が係わっていると考えられる。気管切開、IVHに関しても介護療養と老健、特養で受け入れ

状態の差が見られ、介護療養の方が高い。介護療養では気管切開 64%、IVH 50%である。徘徊・暴力行為のある方に関しては、老健 41%、特養 41%に対して介護療養 7%と受け入れが著しく低率だった。老健、特養では、受け入れ準備・設備が整っている、あるいは専門的に受け入れる病床があるためと推測される。

また、施設間には受け入れ条件に大きな格差があった。老健でも制限が非常に厳しい施設がある一方、特養でありながら広く受け入れる施設もあった（表 B-1）。また、いずれの施設でも、過去の感染で治癒状態にある陳旧性結核を受け入れない割合が予想を上回った。

5. リハ内容と人的資源

リハの内容ごとに、実施施設数を全施設数で割って実施率を算出した。図の個別実施は、個別実施の施設だけでなく、個別と集団を両方実施している施設も含んでいる（図 B-4）。介護療養、老健で専門職によるリハ（介護療養で理学療法 79%、作業療法 57%、言語聴覚療法 50%、老健で理学療法 80%、作業療法 73%、言語聴覚療法 37%）が多く行われている。専門職のリハでは理学療法が作業療法、言語聴覚療法に比べ多い。介護療養と老健のリハ内容を比較すると、老健では介護療養に比べ、言語聴覚療法がやや少なく、言語聴覚士の数も少ないようである。またこれら 2 つの施設では訪問指導、家族への指導、福祉用具の相談、住宅改善指導など在宅に関わる事も実施されている。特に老健の方が活発に行われている。介護療養では、退所に向けて住宅改善指導も 64%で行われていたが、転帰を見ると在宅復帰率は 14.4%と少なく、リハ内容が結果にあまり生かされていない。

特養では理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士はほとんど勤務していないため、専門職によるリハは少ない。しかし、住宅改善指導や訪問指導など在宅に関わるリハが行われていることは、特筆すべきであろう。

QOL 向上のための活動については、特養 84%、老健 90%で実施されており、介護療養 50%に比べて多い。

このようなリハ内容を支える専門職数（回答のあった一施設あたり）を図 B-5 に示す。また、圏域ごとのリハ専門職数と求人数を表 B-2 に示す。

6. 転帰

平成 14 年 8 ~ 10 月の 3 か月間の介護療養退所者 118 名では、転帰は他施設が約半数の 60 名と多く、次に転院 25 名（21.2%）で、在宅は 17 名（14.4%）と少なかった（図 B-6）。他施設が多い理由として、老健への移動が多く含まれていることが考えられる。

老健の退所者 1201 名では在宅が 52.4%と多く、次に転院の 28.2%である。在宅が多いが、一時在宅し、再入所が多いためと推測される。入所前の状態を調査すると利用者の流れが判るかもしれない。

特養の退所者は回答のあった 25 施設で 3 か月間に 20 名と少ないので（0.27 人/月）、目安の数値ではあるが、20 名の転帰は、その他（死亡退所を含む）14 名が最も多く、在宅は 2 名（10%）、転院 4 名（20%）だった。

退所後もリハが必要だった方のうち、リハを継続できなかった利用者は、介護療養、老健ともに 2 割程度であった（図 B-7）。

7. 通所系に関する自由記述

介護療養で PT・OT を募集しても、現在の採用条件では集まらないため、診療報酬を上げてほしいとの意見もあった。

8. まとめ

介護療養・老健と特養でのリハ内容の差は、その施設の性格の差を反映している。特養入所者の中で専門職によるリハが必要な方のニーズにどう答えるかが今後の課題であろう。利用者が最後まで人間らしい生活を送ることを重視してリハを充実させるのであれば、特養に関する制度の改正、それに見合うリハ報酬の改善なども検討する必要がある。また、いろいろな医療ケアが必要な方を受け入れる特養がある一方、受け入れ条件の非常に厳しい老健もあり、このような個々の施設の受け入れ条件

の情報をケアマネジャーなどに公開することや、この格差を狭める施策が必要であろう。

C. 訪問系：訪問リハ、訪問看護

1. 回収率

訪問リハビリテーション事業所（訪問リハ）は156か所に送付し、21か所（13.5%）から回答を得た。訪問看護事業所（訪問看護）は、409か所に送付し、76か所（18.6%）から回答を得た。

2. 原因疾患

利用者の原因疾患を図 C-1 に示す。訪問リハでは、1位が脳血管疾患、2位が骨・関節疾患で、大きな割合を占めている。以下、3位は神経・筋疾患、4位は痴呆、5位は脊髄損傷であった。訪問看護では、1位は脳血管疾患、2位は骨・関節疾患と同様であり、神経・筋疾患、呼吸器疾患、痴呆も多く、特に呼吸器疾患の利用者が訪問リハに比べて多くなっている。脳血管疾患は訪問リハ、訪問看護ともに一番多い疾患の約80%を占めた。訪問におけるリハの対象者は脳血管疾患を原因に持つ方がかなりの数を占めているといえよう。

3. リハ内容と人的資源

リハの内容ごとに、実施事業所数を回答のあった全事業所数で割って実施率を算出した(図 C-2)。訪問リハ事業所は施設基準で理学療法士(P T)及び作業療法士(O T)を置かなければならないため、理学療法、作業療法の実施率が理学療法 83.3%、作業療法 66.7%と高い結果となった。訪問看護事業所においては理学療法 30.0%、作業療法 21.7%と実施率が低く、専門的なりハを提供できる事業所が少ないことがうかがわれる。

訪問系事業所の人的資源を図 C-3 に示す。

4. 訪問リハ・訪問看護の利用状況

1)平成14年9月の一か月間の延べ利用者数は、訪問リハでは9事業所(有効回答12事業所中2事業所は0人、1事業所が無回答)で238人と26.4人/事業所・月、訪問看護では52事業所(有効回答60事業所中2事業所は0人、6事業所が無回答)で延べ9,234人と177.6人/事業所・月であった。

2)平成14年9月30日現在の訪問対象者の登録者数は、訪問リハでは9事業所(12事業所中2事業所は0人、1事業所が無回答)で149人と16.6人/事業所、訪問看護では53事業所(60事業所中2事業所は0人、5事業所が無回答)で2,291人と43.2人/事業所であった。この結果から訪問リハでは、登録利用者1人につき1.6回/月、訪問看護では4.0回/月、利用しているといえる。

3)訪問看護の登録者数は2,291人で、リハを必要とされる方は1,361人(59.4%)であった。リハは訪問看護においても主要な業務の一つと位置づけられていることがわかる。訪問看護においてP T、O Tなどリハ専門職が間接的にでも係わっている事業所は71.4%で、直接実施できているのは、38.8%であった(表 C-1)。実際はP T・O Tなどの専門職がいないため、看護師が自ら講習会等で学んでリハを実施しており、P T・O Tと連携をとりたくてもなかなかとれないのが現状である。

4)リハを必要とされる方のうち、訪問リハの利用者の12.8%、訪問看護の利用者の17.4%が他施設・事業所に通所・通院してリハを受けていた。

5. まとめ

訪問リハより訪問看護(訪問看護ステーション)でのリハ実施件数が多い理由は介護報酬の差にあるといえよう。訪問リハは550単位/日であるのに対し、訪問看護ステーションの理学療法、作業療法の加算は830単位/回である。この大きな格差があるため、訪問リハ事業は伸び悩んでいると考えられる。実際、本調査で回答のあった実働している訪問リハ事業所は9か所しかなく、群馬県内の国民健康保険団体連合会への訪問リハ申請件数を見ても23事業所しかない。在宅でのリハを実質的に支

えているのは訪問看護ステーションであることがわかる。しかし、リハに力を入れている訪問看護ステーションがあっても、利用者やケアマネジャーにその内容がわかりづらいというのが現状である。また、PT、OT が訪問リハに係りたいと思ってもどこの事業所がリハに力を入れているのかということが現状ではわかりづらく、なかなか踏み込めないというのも実情であろう。

今後の展開としては、茨城県が平成14年9月から行っている「県指定訪問リハ・ステーション」のように、対外的にわかりやすい、利用しやすい名称を使用できるような取り組みも考慮する必要がある。

6. 訪問系に関する自由記述

- ・PT・OT・STの絶対数の不足
- ・各看護師が、種々の研修等で学んだ方法を実施しています。関節可動域、歩行練習等はなんとか実施していますが、ストレッチ、呼吸リハ等、実践的研修を指導していただける場があると助かります。
- ・訪問看護ステーションとして看護師が少なからず必要にせまられ“リハ”にかかわっておりますが、専門職としてのPT・OT・STの方々の眼をもって細やかな、個々の個別性を踏まえたリハメニューが作成され、目標に向かって医療・介護職、御本人、御家族など、チームを組んで取り組むことができたらずばらしいと思います。
- ・通所リハを利用されている方もいらっしゃいますが、施設のPTと、私達看護師の連携が図れていないのが現状です。身近に各療法士の方々がいらしてリハ計画や定期的な評価、相談などが出来、御指導いただけるとよいと思います。
- ・病院リハ 在宅リハ。入院中にリハを受けていたケースの場合、病院リハスタッフとケアマネジャーの間でケース情報の提供を多く行って欲しい。在宅に戻り引き続きリハサービスを必要とし、住宅環境整備も必要とするケースについては、訪問リハスタッフとケアマネジャーとで本人・家族に対応したほうが実用的な整備が可能になると強く感じています。
- ・在宅での他のサービス利用との調整が難しい。他院紹介の利用者に関し、他部門との連絡、連携が不十分になりやすい。
- ・骨折、術後などの情報が急性期病院から近医に移行したときにうすい。心疾患他、訓練中に万が一の救急の対処時、主治医に連絡となっているが、なかなか難しい。特に微妙な症状の時。
- ・利用者や家族のリハに対する考えが狭義であるため、QOL向上に目を向けた幅広い訓練を短い時間で行うことは難しい。時間も必要とする。
- ・訪問では、家庭内のADL訓練に限界がある。
- ・リハ(PT・OT)だけで訪問看護料金をいただくわけには行かないと思います。医学的、看護学的な立場からサービスをトータルに考えていますので、PT・OTによるサービスはその中の一部分と考えています。そうしないと患者さんが納得しません。高齢者のリハは現状を維持するのが精一杯です。

D. 通所系：通所リハ、通所介護

1. 回収率

通所リハビリテーション事業所(通所リハ)は103か所に送付し、63か所(61.2%)からの回答を得た。通所介護事業所(通所介護)は、207か所に送付し、103か所(49.8%)から回答を得た。

2. 利用者

通所リハにおける65歳未満(介護保険第2号被保険者)の利用者数は、回答のあった62施設の利用者数4,011人中202人(5.0%)であった(図 D-1)。通所介護における65歳未満の利用者数は回答のあった101施設の利用者数6,693人中147人(2.2%)であった。65歳未満の利用者が占める割合は、通所リハが通所介護の約2倍であった。

3．原因疾患

通所リハ、通所介護ともに1番多い疾患は脳血管疾患で、2番目に多いのは骨・関節疾患、3番目は痴呆である(図 D-2)。

4．医療ケアの受け入れについて

通所リハ、通所介護とも、バルーンカテーテル、在宅酸素に関しては多くの事業所が受け入れ可能であるが、より多くの医療処置が求められる気管切開やIVH、人工呼吸器の受け入れが可能な事業所は2割に達しない(図 D-3)。両者の間で大きく異なるのはMRSAで、通所リハの4割弱の事業所が受け入れ可能なのに対し、通所介護では受け入れは2割弱、受け入れないとする事業所が3割を超えている。

しかし、これら受け入れの状況は、事業所間で大きな開きがみられる。通所リハでも経管栄養や気管切開を受け入れない事業所もあれば、通所介護でも人工呼吸器と徘徊・暴力行為以外の受け入れが可能な所もある(表 D-1)。

5．リハの内容

リハの内容ごとに、実施事業所数を全事業所数で割って実施率を算出した。図の個別実施は、個別実施の施設だけでなく個別と集団を両方実施している施設も含んでいる(図 D-4)。

通所リハでは、理学療法・作業療法・言語聴覚療法等、より専門性を持って対応している事業所が多い。通所介護では、これら専門職による係わりは少ないものの、家族への指導・住宅改善・福祉用具の相談・訪問指導に対応している事業所もある。

6．リハ利用状況

通所介護では、リハを必要とする方の人数は2,320人で、リハ専門職が直接関わっている利用者の人数は270人と全体の11.6%だった(表 D-2, 図 D-5)。介護保険以前の流れで通所介護は入浴中心という考え方があるが、ニーズの1割程度しか満たしていない現状は改善する必要があるだろう。

通所リハでは、リハを必要とする方の人数は3,017人で、リハ専門職が直接関わっている利用者の人数は2,467人と利用者の81.8%であり、ニーズに答えていた。

7．通所系リハの人的資源

常勤のリハ専門職勤務状況をみると、通所リハでは理学療法士(PT)の勤務している事業所が75%、作業療法士(OT)の勤務している事業所が55%、言語聴覚士(ST)の勤務している事業所が20%だった(表 D-2)。このほか表には示さないが、通所リハでリハ専門職が全くいない事業所が1か所(1.7%)あった(人的資源無回答の3施設を除く)。一方、通所介護でいずれかのリハ専門職がいる事業所は、人的資源の回答のあった79事業所中の5か所(6.3%)のみであった。回答のあった通所系一事業所あたりの人的資源を図 D-6に示す。

8．まとめ

通所リハ・通所介護を通じて介護保険における人員基準を考えると、通所介護では機能訓練指導員の資格として2時間以上PT・OT・ST・看護師等が関与すればリハの位置付けがなされるが、通所リハではPT・OTが関与しなければ機能訓練として位置付けることができない。このような観点からも、それぞれのサービスの有効性を理解することが必要である。そうすることで、利用する側から見ても機能訓練的な捉え方をしたほうがよいのか、日常生活リハ的な捉え方をしたほうがよいのか、サービス内容を充分理解できるだろう。また、事業者の立場からも、機能訓練か日常生活訓練か、どちらに重点をおいて利用者の方々の自立支援を行っていくかが今後の課題になるだろう。

平成15年4月からは、通所リハでリハ専門職が個別リハ行くと加算できるようになり(逆に個別リハを行わないと報酬低下)個別の対応が充実していくことが見込まれる。

9．通所系に関する自由記述

通所リハ

- ・ P T ・ O T ・ S T体制の充実。(各療法士交代でも良いから 1.0 名/日体制になって欲しい。)リハ希望者が多いので、100 人に 1 名の基準ではなく、強化してもらいたい。
- ・ 常勤 P T 1 名のため、作業的活動にどうしても手が回らず、痴呆リハが十分にできていない。日々の業務が忙しすぎ、各個人に対する密接したリハ(家庭内での問題点に対応した)が行えない。(handicap レベルでの対応不足)
- ・ リハスタッフの数の絶対的不足を感じます。病院・施設間のリハスタッフのコミュニケーションが不十分かと思われます。

このようにリハスタッフの絶対数が不足している現状では、介護保険の主旨でもある「自立支援」を達成するための、個別の関わり方はほとんどなされておらず、事業所側においても利用者の情報共有が困難な状態にある。

通所介護

- ・ 機能障害 + 痴呆または意欲低下の利用者に対する対応は、困難な状態である。
 - ・ 痴呆がある方に対しての方法論。
 - ・ 通所リハはリハ中心。通所介護は入浴中心。の考え方は、寂しい気がする。
- 今後、通所介護において P T ・ O T 等のリハスタッフがノンライセンスのスタッフとどのように関与していくかが鍵になるのではないか。

E. グループホーム

1. 回収率

痴呆対応型共同生活介護(=痴呆性老人グループホーム、以下 G ホーム)は比較的安定した状態の痴呆の要介護者が利用し、その家庭的な雰囲気の中で、日常生活上の世話及び機能訓練を受けることにより、痴呆症状の進行の緩和をめざすものである。群馬県には、平成 15 年 2 月 1 日現在、G ホームの事業所数は 108 あり、対 65 歳以上人口に占める整備率は全国一である。しかし、そのケアの質を問われる事業所もあり、向上が求められている。

G ホームは 95 事業所に送付し、45 事業所(47.4%)からの回答を得た。

2. 設立母体及び利用人数

事業主体に関しては、平成 15 年 2 月 1 日現在、営利法人、医療法人、NPO、社会福祉法人の順となっている(県の資料より、図 E-1)。回答の得られた類型(設立母体)でも営利法人 16 事業所(36%)、病院 9 事業所・診療所 4 事業所を合わせた医療機関(29%)、NPO 7 事業所(16%)の順となっており、ほぼ等しいといえる。また利用人数においても、共同生活住居数では、圧倒的に 1 ユニットの小規模事業所が多く、回答の得られた事業所の実態(9 人以下が 71%)とほぼ一致する(図 E-2)。

3. 夜間の勤務体制

宿直 52%、当直 44%、不明 4%という結果であった。やや宿直の方が多いが、宿直、当直ほぼ半々となっている。平成 15 年度の介護報酬改定で新たに夜勤加算が創設されるので、今後この割合も変わる可能性が高い。既に検討中の事業所が出ている。

4. 65 歳未満の入居者数

65 歳以上を入居条件としているところもあり、36 事業所で 65 歳以上のみの入居となっている。65 歳未満とそれ以上の入居者が混在しているところが 6 か所。2~3 ユニット全てが 65 歳以上の入居者で占められている事業所が 9 か所もある反面、入居者全員が 65 歳未満という事業所は皆無であった(図 E-3)。

5 . 入居及び退居条件

25事業所に入居条件があり、共同生活が可能なこと、問題行動が顕著でないことなどが条件として多いが、先に述べたように65歳以上であることや、喫煙しないことを挙げた事業所もあった(表 E-1)。12事業所は入居条件がなく、8事業所が無回答だった。この調査から精神症状・問題行動の少ない、共同生活可能で歩行可能な利用者像が浮かび上がってくる。

退去の条件は、6施設が無回答で、残りの39施設中35施設で決められており、入院の長期化(1か月の事業所あり)及び料金滞納(3か月の事業所あり)により退居が求められる(表 E-2)。Gホームは規模が小さいため、1人分の介護報酬が1か月でも入ってこなければ、その経営が圧迫されることを反映している(表 E-1,2)。

6 . リハ内容

専門職の行う理学療法・作業療法・言語聴覚療は、Gホームにはこれらの職種が勤務していないため、行われていない。実施しているという回答もあったが、母体の医療機関の外来で行っているものをカウントしたのであろうか。福祉用具の相談・家族への指導行為を除けば、QOL向上のための活動が主なものである(図 E-4)。

各事業所の自由意見のなかには、Gホームにおける訪問リハの利用の制度化を求める声や、リハ専門職による個別指導や講習会を望む声も散見された。しかし、逆にGホームにおいては、そこでの生活そのものがリハ(いわゆる「生活リハ」)であるという意見もみられた。利用者の平均的なADLの違いが反映されているのかも知れないが、その調査を同時にやっているわけではないので、想像の域を出ない。

その他のリハ内容としては、回想法、リアリティ・オリエンテーション(RO)法、園芸療法の順に多かった(図 E-5)。専門職がない中で、各事業所が工夫しながら取り組んでいるものと思われる。

7 . 研修の機会

研修の機会は、回答のあった全38事業所とももっていた。群馬県痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会が数多くの研修を行っているという努力の現われでもあろう。

8 . 職員数と求人

ホームヘルパー、介護福祉士がGホームの主たる担い手である。既に述べたが、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は全く従事していない(図 E-6)。したがって、現在の充足率は0%であるが、NPOと営利法人を中心とした22事業所で、心理職を含めたりハ専門職を採用したいという希望がみられる。先に紹介した自由意見の反映と思われる(図 E-7)。

9 . 患者会および家族会

回答のあったGホーム5事業所で会をもっている。その活動はまだ事業所主導の行事的なものであって、継続的かつ、家族の自主的なものとはなっていない様子がうかがえる。しかし家族会は、利用者と家族との関係が疎遠になることを避けるためにも、また家族が介護という体験を通して成長していくことを支援する意味でも必要である。

10 . まとめ

冒頭で述べたように、Gホームは、家庭的な環境でのケアを目的とした、内部完結型の小規模な施設のサービスということが出来る。そしてわが国では、日本的「託老所」的なものと、北欧の「小規模痴呆ケア施設」の二つの潮流を、Gホームのなかに見ることができる。しかし現状はどっちつかずの、ただ規模が小さいだけの集団処遇に、堕しかねない危うさももっている。また、介護保険制度における施設シフトの影響もあって、Gホーム入居者の多くは特養入所待機者であって、ADLの低下が著しいケースが多いとも聞く。これらの意味でリハ職の役割、リハ的視点は大きな意味をもつ。家庭的な生活のなかで、個別の評価とプログラムに従って、利用者の機能・能力を高めようとするあり方が求められて、現実にはリハ専門職の配置はゼロにも関わらず、予想外にその採用希望の施設が多くなっているものと考えられる。

また、入居者が65歳未満に特化されたGホームの存在は皆無であったが、初老期痴呆のケアの困難性を考えたとき、県内に一つでもそうしたGホームがあれば願うのは、初老期痴呆の患者を抱えた家族のみではあるまい。

F．身障系：身障施設・身障デイ

1．回収率

本調査では、身体障害者療護施設（療護施設）9か所、身体障害者更生施設2か所（更生施設；重度身体障害者更生援護施設1か所と内部障害者更生施設1か所）の計11か所の入所施設（身障施設）および身体障害者デイサービスセンター（身障デイ）4か所を調査対象とした。このうち、療護施設6（66.7%）、更生施設2（100%）、身障デイ3（75%）から回答を得た。

2．身障デイ3事業所の利用者の状況

身障デイでは65歳未満が多数を占める。定員に対する登録人数も多く、身障デイの需要は高い（表F-1）。デイサービスという利用形態から考えると、本来各地域に必要なサービスであり、県内に4か所しかないという実態は不十分といえる。このうち、1事業所においては、65歳以上の介護保険第1号被保険者が登録人数の24%を占めており、介護保険を利用できない若年層の利用の機会を狭めていると考えられる。

表 F-1 身障デイ3事業所の定員と登録者状況

定員（受入人数）	登録人数	65歳未満人数
8	13	12
15	27	27
30	96	73

3．原因疾患

施設及びデイサービスでは脳血管障害、脳性マヒ、脊髄損傷が共通して多かった。特徴的な傾向として上位5番内に頭部外傷をあげた施設が11のうち6施設あった（図F-1）。

4．医療ケアの受け入れ状況

受け入れない、と応談を併せて5割を超えていたのが、徘徊・暴力行為、人工呼吸器、IVH、気管切開、MRSA、陣旧性結核、B・C型肝炎であった。特に、徘徊・暴力行為は受け入れる施設が0（応談4施設）であった（図F-2）。

5．リハビリテーションの内容

専門職での理学療法は実施されている施設が多い反面、作業療法、言語聴覚療法の実施が少ない。家族への指導、福祉用具の相談、住宅改善指導、QOL向上活動に対しては対応している施設が多い。療護施設、更生施設は、いわゆる医療リハよりも、生活に視点をいたリハが重要であり、作業療法士（OT）・言語聴覚士（ST）の関与も求められる（図F-3）。

その他、入所施設（8施設）で実施している訓練内容を表F-2に示す。社会適応訓練の実施施設は多く、入所施設であっても社会参加活動の支援は積極的に行われている。自動車運転、高次脳機能障害への取り組みは、重度身体障害者更生援護施設のみで行われている。利用者の障害原因疾患の上位に頭部外傷があげられていたが、そのリハとして重要な高次脳機能障害に対する取り組みは十分とはいえない。

表 F-2 入所8施設のその他の訓練内容

訓練内容	実施施設数

社会適応訓練（銀行の利用、公共交通機関の利用、買物など社会生活に必要な活動）	6
摂食・嚥下訓練	2
高次脳機能障害者に対する積極的な取り組み	1
自動車運転訓練（教習所の利用も含む）	1

6. 人的資源

11施設での各職種配置状況を表 F-3 に示す。理学療法士（PT）は常勤、非常勤あわせて関わりのある施設が9施設あり、高い関与率を示したが、非常勤の割合が高く、関わる時間も限られている。OT及びSTの配置は極端に少ない。現行の職員配置基準では、OTは療護施設、STは療護・更生施設に置かなければならない職員から外れているからであろう。

しかし、専門職の増員希望は表 F-4 に示すように、各施設でのニーズは高くなっている。平成15年4月の支援費制度移行後も配置基準については、療護施設において「PT又はOT」に変更になった以外は変わらないが、配置基準にない職種も求められており、施設での裁量にかかっている。

表 F-3 各職種配置状況

職種	PT		OT		ST		あん摩マッサージ師		心理	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数	4	7	3	0	0	1	2	0	1	0
施設数	2	7	2	0	0	1	2	0	1	0

PT非常勤の実態：週1～2時間 3名 週4～8時間 3名 不明 1名

表 F-4 各専門職の希望増員数

職種	希望増員数	施設内訳
PT	8	5施設、2デイサービス
OT	6	5施設、1デイサービス
ST	4	3施設、1デイサービス
心理	2	1施設

7. まとめ

これまで述べてきたように、身障施設においてもリハのニーズは高い。リハ専門職としてPTはかろうじて配置されているものの（それでも非常勤が多い）、OT・STはほんのわずかである。しかし、専門職の増員希望は多い。入所施設で生活している利用者も現状からさらに向上し、自立した生活を送りたいという希望を持っており、現在の職員体制では実現困難であることを示唆している。問題点として意見のあがった中で、入所施設では精神的なケアが必要な利用者も多く、心理職による専門的な対応の必要性が指摘された。福祉用具の相談やQOL向上活動など、現場の職員による社会支援の努力が見受けられるが、リハ専門職を含む多職種によるスタッフの整備が望まれている。

また、在宅障害者の福祉サービスとして、介護保険制度が利用できない年齢層にとっては、リハを含む独自のプログラムで実施される身障デイは、数少ない資源の一つであり、身近な地域でサービスを受けられるよう、今後の一層の充実が求められる。

G. 市町村

1. 概要と回収率

市町村の実施するリハには、主に高齢者を対象とする老人保健事業や介護予防・生活支援事業、障害者を対象とする事業がある。本調査では、主に老人保健事業として実施されている機能訓練と訪問指導を中心に調査し、参考資料として介護予防事業や障害者向けの事業について市町村の実施状況をまとめることとした。

調査票は70市町村に配布し、全市町村より回答を得た。

2. 職種別リハ従事者数

市町村におけるリハ専門職（理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等）の配置状況（表 G-1）をみると、常勤のPTが4市に各1名ずつ配置されているだけであり、多くの市町村で保健師等の看護職を中心に事業が展開されている（表 G-1, 2）。

3. 総合相談窓口の設置状況

高齢者の保健・福祉及び障害者の「総合相談窓口」があるのは17市町村（24.2%）で、「保健が別」となっているのが11市町村（15.7%）、「障害者が別」が3市町村（4.3%）であり、「それぞれ対応」しているのが39市町村（55.7%）と過半を占めている（表 G-2、図 G-1）。

総合相談窓口のある部署は、保健・福祉担当が14市町村、在宅介護支援センターが2市町村、介護保険担当が1市町村であった。

4. 老人保健事業の実施状況（表 G-3）

1) 概要

老人保健事業におけるリハには、機能訓練事業と訪問指導事業とがある。機能訓練事業には、日常生活訓練を中心とする「機能訓練A型（基本型）」と、社会参加を中心とする「機能訓練B型（地域参加型）」とがある。また、訪問指導事業のうち、家庭での機能訓練、住宅改造、福祉用具の利用方法などを行うものを「訪問リハ指導」として調査を行った。

2) 機能訓練A型（基本型）

ア. 実施状況

機能訓練A型は、41市町村（58.6%）で実施されている（図 G-2）。

なお、リハ専門職の従事状況をみると、いずれかの専門職が「毎回従事」しているのが6市町村、「一部従事」しているのが32市町村であり、「従事なし」が2市町村であった（図 G-2）。

また、2市町村が、事業を他の施設（病院・老健施設）へ委託している。

イ. 従事者の状況

従事する職種をみると、PTが30市町村（73.2%）、OTが20市町村（48.7%）、医師が11市町村（26.8%）、STが6市町村（14.6%）であった。

事業に毎回従事している職種は、保健師や看護師が中心であり、PTは5町村、OTと医師が1町であった。常勤のPTのいる4市でも「毎回従事」はしていない（図 G-2）。

ウ. 利用者の状況

平成14年度上半期の利用者数（実人員）を年齢別にみたのが図 G-3で、64歳以下は248人で14.2%を占めている。

エ. 事業内容

図 G-4のとおり、症状・障害に合わせた「個別プログラム」を実施しているのが27市町村であり、PTがいても個別プログラムを実施していないところが6町村あった。

オ. 実施上の課題

事業を実施していく上での課題をみたのが図 G-5である。「利用者が固定」が25市町村（61.0%）で最も多く、次いで「リハ専門職不足」が16市町村（39.0%）、「利用者が少ない」が12市町村（29.3%）であった。

カ. 不実施の理由

事業を実施していない理由を聞いたのが図 G-6である。マンパワーの不足を理由とする

ところが多く、「保健師不足」が10市町村(34.4%)、「リハ専門職不足」が9市町村(31.0%)であった。

キ．まとめ

機能訓練 A 型は、介護保険導入後、原則として要介護者及び要支援者を対象としないこととされており、従来と比較してその役割に変化が生じている。

しかし、例えば、介護保険受給対象者のなかでも比較的若い年齢層では、高齢者の通所介護や通所リハに馴染めずに A 型を希望する場合もみられるなど、制度とニーズの不整合もある。

事業実施にあたっての課題としては、マンパワー不足とともに、介護保険サービスとの整合性を図りながら介護予防として行う機能訓練事業の在り方について関係機関と役割を整理する必要があると考えられる。

3) 機能訓練 B 型 (社会参加型)

ア．実施状況

機能訓練 B 型は、29 市町村 (41.2%) で実施されている (図 G-2)。

そのうち、リハ専門職の「従事なし」が13市町村となっている (図 G-2)。

イ．従事者の状況

従事する職種は、PT が11市町村(37.9%)、OT が6市町村(20.7%)、医師は1町で、ST はなかった。

事業に毎回従事している職種は保健師や看護師が中心で、PT は4町村、OT が1町であった。なお、常勤のPT がいる4市のうち、2市で毎回従事している。

また、24 市町村 (実施市町村の 82.8%) で、地域ボランティアなどの地区組織を活用している。

ウ．利用者の状況

平成 14 年度上半期の利用者実人員を年齢別にみたのが図 G-3 で、70 歳以上が 77.5% を占めている。

エ．事業内容

個別プログラムが無いこと以外は、機能訓練 A 型と似た事業内容となっている (図 G-4)。

オ．実施上の課題

「利用者が固定」が11市町村(37.9%)で最も多く、次いで「保健師不足」が10市町村(34.5%)、「リハ専門職の不足」が7市町村(24.1%)である (図 G-5)。

カ．不実施の理由

マンパワーの不足を理由とするところが多く、「保健師不足」が16市町村(39.0%)、「リハ専門職不足」が12市町村(29.3%)であった。なお、「他の事業で十分」とするものも10市町村(24.4%)あった (図 G-6)。

キ．まとめ

機能訓練 B 型は、平成 8 年度から老人保健事業に導入されたが、平成 13 年度からは介護予防・生活支援事業として補助金が支給されることになるなど、保健と福祉の中間に位置づけられる事業であり、連携による事業実施が求められている。

また、生きがいづくりや介護予防を目標に事業を推進するためには、虚弱高齢者が参加しやすいように、地域の会場での週 1 回程度の開催が必要であり、多くのマンパワーを必要とする。そのため、専門職と地域ボランティア等が一体となって事業を実施することが望まれる。

4) 訪問リハ指導

ア．実施状況

訪問リハ指導は、18 市町村 (27.2%) で実施していた。

イ．従事者の状況

指導に従事する職種は、保健師が13市町村(72.2%)で最も多く、PT は11市町村(64.7%)

OTは6市町村(33.3%)、STは1市であった。

ウ．対象者の状況

平成14年度上半期の実対象者数を年齢別にみたのが図 G-3で、70歳以上が84.7%を占めている。

エ．実施上の課題

「リハ専門職の不足」が7市町村(38.9%)で最も多かった(図 G-5)。

オ．不実施の理由

マンパワーの不足を理由とするところが多く、「リハ専門職の不足」が28市町村(53.8%)、「保健師不足」が17市町村(32.7%)であった。なお、「他の事業で十分」とするものも16市町村(30.8%)あった(図 G-6)。

カ．まとめ

訪問リハ指導については、原則として訪問看護や訪問リハと内容的に重複するサービスは行わないこととされているため、調和のとれた取り組みが重要である。

5．その他

1) 障害者(児)自立支援事業及び要介護重度心身障害児(者)対策事業の実施状況

表 G-4のとおり、各種の事業が実施されている。

このうち、「身体障害者デイサービス事業」、「在宅知的障害者デイサービス事業」、「市町村障害者社会参加促進事業」、「在宅重度心身障害者等デイサービス事業」及び「障害児親子健やか教室」のなかで、機能訓練等のリハを行っている場合がある。

2) リハビリテーション教室

障害者(児)に対する生活訓練等のリハ教室を実施しているとするのは、表 G-4の最右欄の10市町村であった。

3) 介護予防・生活支援事業及び在宅要介護者総合支援事業の実施状況

表 G-5のとおり、各種事業が実施されている。

機能訓練B型については、平成13年度から「介護予防事業」や「生きがい活動支援通所事業」として実施されている。

．人的資源

A．リハに関わる常勤職の人数

表 A-1 に施設種ごとの常勤職の人数をまとめた。非常勤職は常勤換算にすると数%程度なので除いてある。リハに関わる医師は、280 人であった。現在、群馬県で日本リハ医学会に属している医師は 139 人おり、そのうちの 76 人が学会の認定臨床医の資格を有し、さらにそのうちの 10 人が専門医と認定されている。埼玉県との対比を表 A-2 に示す。群馬大学医学部に、平成 14 年度からリハ部が設置され、県内でリハ専門医の育成が本格的に始まろうとしている。今後は県内でも認定臨床医や専門医の増加が望まれる。

県内で勤務する理学療法士（PT）は表 A-3 に示したように県士会名調べでは 360 人強で、本調査の 322 人は回収率を考慮すると概ね妥当な数といえる。作業療法士（OT）でも回収率に見合う県士会名簿の 84% の数が表 A-1 に現れた。県内を中毛（前橋、伊勢崎圏）東毛（桐生、太田館林圏）北毛（沼田、渋川、吾妻圏）西毛（高崎安中、富岡、藤岡圏）の 4 ブロックに分けてみると専門職は北毛ブロックで他ブロックの半数強と少ないのが特徴であった。

回答から PT の 73%、OT の 77% が病院に勤務していた。県 OT 士会名簿を元にした分析でも、病院に作業療法士の 8 割が勤務している（表 A-4）。次いで、老人保健施設には約 1 割と少なく、他施設にはほとんど勤務していないのが現状である。

B．ブロック別のリハ関連施設数とリハ施設基準取得状況

二次保健医療圏ごとの回収率にばらつきが見られたので、中毛、東毛、北毛、西毛の 4 ブロックに分けて解析した結果を表 B-1 に示す。この表は回答のあった施設数で、リハを行っていないと回答した施設は除いている。下欄に各ブロックの人口や高齢化率などを示す。

全体に入院・入所施設は中毛と西毛に多く、人口の少ない北毛は施設数も少ない傾向にあった。医療機関で、総合リハや施設基準の取得して専門的なりハを行っている施設も、中毛と西毛に多く、北毛に少なかった。リハ専門職の人的資源も中毛と西毛に偏る傾向にあった。

回答のあった病院の施設基準とリハ専門職数と求人数を圏域ごとに示すと表 B-2 となる。

C．リハ専門職の充足率

寄せられた求人数と現職数からリハ専門職の充足率（現職数 / 現職数 + 求人数）を施設種ごとに分析すると表 C-1 のようになる。PT・OT・言語聴覚士（ST）の病院で充足率は 50% 前後で、まだ需要が多い状況が続いている。それと比べて入所系では老健と療養型が 30～40% 程度と 1/3 のニーズを満たしているのに対し、特養では多数のニーズがあるにもかかわらず、充足率が数%と著しく低いのが現状である。訪問系では、訪問看護ステーションから大きなニーズが寄せられた（表では訪問看護ステーションは訪問看護で一括されている）。通所系では、通所介護施設で多くのニーズがあるが充足率は 0～1% と低く、これからの充足が望まれる。G ホームからもリハ専門職を求める声が強かった。

表 C-2 にはリハ施設基準ごとにみた専門職の人数と充足率を示す。総合リハ施設では、多数の療法士が勤務しており、例えば PT は 1 施設あたり 5～18 名（平均 9.4 名）で、総勢 85 名と県内 PT の約 1/4 が属している。ST は医療機関勤務者の約 1/2、県内全体の約 1/3 が属しており、人的資源に大きな偏りを生じている。総合リハ施設では、このように多数の療法士が働いているが、充足率は 60% 台とまだ各専門職を必要としている。

理学療法・作業療法・言語聴覚療法 および の承認施設 55 か所では、各施設平均 2.7 名の PT、1 名の OT、0.6 名の ST が勤務しており、充足率は 5 割前後である。理学療法 やその他の医療機関では、これから専門職を採用して承認施設をねらう需要がまだあり、充足率が低い。

圏域ごとのリハ専門職求人数は表 B-2 に示した。

D．まとめ

群馬県のリハ施設で、PT など専門職のマンパワーは医療機関、特に総合リハ施設（病院）に集中する傾向がある。一方、リハ専門職へのニーズは特養、G ホーム、通所介護などこれまで各専門職が

ほとんど就職していない施設等からも多数寄せられ、今後はマンパワーの再配置が重要な課題となろう。

とは言っても、養成校の新卒者がいきなり特養などの一人職場に就職しても実践力としてあまり役立たないばかりか、本人の研鑽にも効果的でない。リハ承認施設等で十分な研鑽を積んだエキスパートを地域の通所系・訪問系に差し向けて、在宅者のリハを充実させるような施策が今後望まれる。限られたリソースを地域に向けるには、地域で活躍することが魅力的になるような施策を積極的に打ち出す必要がある。

．その他

A．患者会及び家族会

訪問看護、訪問リハ、身障施設、市町村を除いた施設等を対象に、リハに関連した患者会及び家族会の有無について調査した。全体で 20 施設等から「有」の回答が得られた（図 A-1）。施設・事業所の利用者または家族を対象とする会がほとんどだが、一般に開かれている会もあった。また、施設・事業所を超えた会に関わったり、その連絡先になったりしている施設・事業所もあった。

活動内容は、旅行や交流会などで親睦を深めたり、学習会や意見交換会で情報を集めたりするものが多かった。また、「無」と回答したうちの 1 施設（Gホーム）は、会としての組織はないものの、活動内容としては家族会と同様の活動をしていた（表 A-1）。

施設・事業所の枠を超えた会については、今回の調査では非公開の調査項目だったため、この調査結果をホームページ等で公開する場合には了解を得て、広く情報を提供できるように整えたい。今後、こうした家族会などの組織の情報をリハスタッフが共有することは、在宅者へのサービスの充実に役立つだろう。

B．自由記述（リハビリテーションにおける問題点・要望・意見等）とその考察

全施設のうち 124 施設から回答があった。

医療系からもリハ専門職が不足しているという意見があるが、医療系を離れるほど、人件費等の経営面からの困難さに加え、維持期という特徴から地域に興味・理解のあるリハ専門職が少なく、状況は厳しい。しかし、医療系を離れてもリハニーズは続いており、看護職や介護職がそれぞれの施設なりに取り組んでいるが、専門職不在による限界を述べるところが多く、定期的なリハ専門職による内容の確認・助言や実技指導講習（講習会だけでなく出張講座も）を求める声は多い。県が以前実施した特養へのPTやOTの派遣事業を再度検討して欲しいという意見も寄せられた。

これらは、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」の地域リハビリテーション広域支援センターの事業である「リハビリテーション施設の共同利用」、「地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者に対する援助（実地の技術援助）・研修」により、解決の方向に向かうものと考えられ、早急な整備が望まれる。病院から離れて長い利用者が、装具が必要になった場合、近医ではわからず困るという意見も寄せられたが、これも同事業の「福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）」の整備により対処できるであろう。

問題点としては、急性期・回復期・維持期の施設等での情報の流れ（縦の連携）の不足と利用者が併用しているサービス間や係わる職種間での情報の流れ（横の連携）の不足に関する意見が多かった。リハ経過報告書等の連絡システムの整備が望まれている。他施設のリハ状況が知りたい、医療系から離れるとリハ専門職は一人職場が多いという意見から、同種施設間・同職種間相互の情報交換の必要性が示された。

今回のリハ資源調査で集められた情報は、サービスを提供する側にも受ける側にも有用な情報で、最新情報を調べられるような変更しやすいものを希望する意見や今回非公開である部分の情報も調べられるホームページを作成してほしいという意見もあり、今後の課題である。

また、他県のように県リハセンターの機能を充足させ、地域格差をなくし、質の高いリハサービスが提供されるよう情報の発信元になって欲しいという意見も寄せられた。地域リハシステムの構築の中核を担う県立のセンターが望まれている。

身近で安心して利用できる外出場所・施設の整備や外出したいとき気軽に使える負担の少ないサービスの充実を望む意見、さらには若・中年層に魅力のある通所施設を求める声も寄せられた。通所施設については介護保険による通所系サービスの利用者の多くが高齢であり、身体障害者福祉法によるデイサービスの少なさに起因しているものと思われる。

「障害を持つ者や高齢者が、閉じこもり状態となり、老化に伴う心身機能の低下とあわせて寝たきり状態となることを予防し、住み慣れた地域において、生涯にわたって生き生きとした生活を送るこ

とができる」ことを目的としている「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」が、医療・保健・福祉分野の行政機関、施設、関連職種の連携の基に早急に具体化されることが望まれる。

表 B-1に「リハビリテーションにおける問題点・要望・意見等」の具体例を示す。

()内は、同種意見の施設と数を示す。

・補足資料

A．群馬県における小児リハビリテーションの現状と今後の展望

はじめに：小児分野のリハビリテーション（リハ）は、医療のみでなく、保健・福祉・教育など各事業との連携のなかでダイナミックに実施されている。身体障害児への関わりはもちろんのこと、自閉症児や精神発達遅滞児へのリハも定着してきており、また、最近では ADHD 児（注意欠陥多動性症候群）のリハへの関心も高くなっている。さらに、車椅子や座位保持椅子などのリハ機器やパソコンを含む AAC（拡大・代替コミュニケーション）などのコミュニケーション機器の普及も目覚しく、小児リハの幅広い展開が各分野から望まれている。

現状：現在、県内小児リハ関連職種（PT・OT・STなど）は、大きく小児科のある病院と小児専門療育関連施設に所属している（表 A-1, 2）。外来リハでは、ひとりの対象児に対して、1ないし2職種で通常週1回、1回40分程度のリハが実施されているが、それ以外にも療育相談・リハ機器の相談・情報提供などの実績も多くなっている。入院関係のリハは、療養病棟への移行に伴い、スタッフの確保が今後問題となってくると思われる。県内全体の状況を正確に把握することは困難で、今後とも小児関連のリハ資源について調査する必要がある。

そのほか、STに関しては、前橋保健福祉事務所児童相談部でも対応している。

表 A-1 県内小児リハ・療育施設とスタッフ数（各県士会所属スタッフ数から）

主な施設	職種別人数（スタッフ数合計 59 人）
群馬整肢療護園	理学療法士：24 人 作業療法士：22 人 言語聴覚士：11 人 臨床心理士：2 人（ の施設）
両毛整肢療護園	
希望の家療育病院	
はんなさわらび療育園	

表 A-2 小児科のある病院のリハスタッフ数

小児リハの受け入れが可能な施設 10 施設（スタッフ合計 54 人）	理学療法士：41 人 作業療法士：13 人
小児リハの受け入れが若干名可能な施設 2 施設（スタッフ合計 13 人）	理学療法士：13 人 作業療法士：0 人
小児リハの受け入れが不可能な施設 8 施設	
療育に関する特殊外来を実施している施設	神経外来を開設：7 施設 発達外来を開設：5 施設

今後の展望：時代の変化に伴い、障害児やその家族のリハに関するニーズも変化してきている。リハ関係スタッフはそのニーズを的確に捉え、従来からの方法の良い面を生かし、各職種の専門性を高めつつ、創造的な介入方法を模索していかねばならない時期にきているように思われる。小児関係の職種としては、今後、知的障害児や ADHD 児を含めたコミュニケーション障害への支援が拡大していくことが予想されるので、ST・OTのマンパワーの充実が必要である。また、子供や家族への心のケアの問題への対応も今後ますます重要になると考えられ、県内臨床心理士の活躍が期待される。リハスタッフは、障害児に関与するだけでなく、その家族に対して、リハ機器やコミュニケーション機器などに関する情報収集を含めて、より多くの充実した情報提供が出来るように努めなくてはならない。

B．群馬県における聴覚障害リハビリテーションの現状と課題

現状：聴覚障害のリハについての現状を、小児と成人に分けて述べる。小児の領域では、早期発見、早期療育が基盤となり、聴覚検査の充実が認められ、スクリーニング機能の展開がめざましい。1999年から厚生労働省が試行している新生児聴覚スクリーニングも県内の産婦人科を中心に展開され始めている。医療機関による聴覚障害の発見システムは構築されつつあると言っていいと思われる。

しかし、その後の療育（リハビリテーション、ハビリテーション）に関しては、医療、福祉、教育、保育の場面で展開しつつあるものの、言語聴覚士（ST）及び設備面での絶対的な資源不足が認められる。小児を主体とした訓練機関が少なく、特に就学前の聴覚障害児に対する訓練環境が不足している。

成人の領域では、補聴段階での関わりはあるが、生活支援等までのトータルなりハシステムは構築されていない。特に中途失聴者に対するリハシステムは未確立な状況である。これは福祉の領域の対象者が小児に限られていて成人に対応できないためである。また県内の医療機関においても、成人の聴覚障害を対象にした耳鼻咽喉科領域へのSTの配置はみられない。

現在、聴覚障害のリハで、急速に展開しているのが人工内耳である。当県においてはこれまで、他県での手術後県内でリハという流れだったが、2年前から当県でも人工内耳の手術が開始され、一貫したリハシステムを構築しようという動きが始まっている。

問題点・課題：聴覚障害に関するリハの流れとしては、保健（健診）・医療 - 福祉・教育・保育 - 生活支援（社会自立）が考えられる。その中で、STの役割は大きい。しかし各ステージのSTの数は絶対的に不足しているのが現状である。保護者や家族がニーズとして持っていても、対応できるリハ資源が不足している。

聴覚障害の早期発見システムが充実していく傾向は明らかだが、その後のリハシステム、ネットワークが未確立であることは否めない。

今後、人的資源の養成確保はもちろんのこと、リハ環境の整備とネットワーク構築が急務と思われる。

C．群馬県における精神科リハビリテーションの現状

はじめに：昨年12月24日、政府より精神障害者に関する新障害者基本計画が公表され、そのなかで、いわゆる「社会的入院者」について、平成15年度から24年度にかけての10年間で7万2千人の退院・社会復帰を目指すと明記された。欧米に比べ、極端に遅れている精神障害者の脱施設化を推進するためには、精神科救急医療システムの充実等の保健・医療面の対応とともに、在宅サービスを中心とした福祉サービスの整備が急務である。その骨格は、精神障害者地域生活支援センターの整備（約470か所）、精神障害者ホームヘルパーの確保（約3,300人）、精神障害者グループホームの整備（約12,000人分）、精神障害者福祉ホームの整備（約4,000人分）、精神障害者生活訓練施設（援護寮）の整備（約67,000人分）、精神障害者通所授産施設の整備（約7,200人分）等となっている。しかし、その在宅サービスを支える施設資源及び人的資源は、決して充分とはいえない。

現状：精神科リハを提供する施設は、大きく医療系と福祉系に分けられる（表 C-1, 2）。そして、精神科リハの場合、それにかかわる作業療法士（OT）の配置は医療系施設に限られていると思われる。平成14年8月1日現在のOT士会の名簿からは表 C-1 に数えられた施設のみに28名のOTが勤務している。また、県内に約60名の精神科ソーシャルワーカーがいるといわれているが、そのうち精神保健福祉士（PSW）の資格を有する者で、日本精神保健福祉士協会入会者は平成14年度の時点で20名を数え、主に精神病院に所属しているが、病院所属が付帯する援護寮等に所属しているのか定かでない。精神科リハに携わる職種としては、以上の他に精神病院勤務の経験のある看護師もいて、精神科デイケアの施設基準を満たす存在となっている。また、いわゆる保健所デイケアもあり、11の保健福祉事務所と、高崎保健福祉事務所安中支所で、保健師を中心にデイケアを行っている。そして、そして県内のメンタルヘルスに関する情報センターとして、群馬県こころの健康センターがある。

表 C-1 県内の医療系精神科リハ施設

	施設数
精神科作業療法	10
精神科デイケア（大規模）	7
精神科デイケア（小規模）	9
精神科ナイトケア	4
精神科デイケア・ナイトケア	4

平成15年2月14日現在 県資料より
（重複有）

表 C-2 県内の福祉系精神科リハ施設
（精神障害者社会復帰施設）

	施設数
精神障害者援護寮	6
精神障害者通所授産施設	2
精神障害者福祉ホーム	2
精神障害者ショートステイ施設	5
精神障害者グループホーム	28
地域生活支援センター	5
精神障害者共同作業所	21

平成14年4月1日現在 県資料より
（重複有）

まとめ：冒頭にも書いたように、平成15年度は、新たな精神障害者に関する新障害者基本計画のスタートの年となる。県内においても精神障害者対策は他の障害者対策に比べ決して充分とはいえず、社会復帰に向けての社会資源と、精神科リハビリに係わるマンパワーのさらなる充実が求められている。

D．開業接骨師・鍼灸師・あん摩マッサージ指圧師の訪問治療活動

接骨師（柔道整復師）：県内の接骨師数は約600名（内開業者数約500名）で、骨折・脱臼・打撲・捻挫等の後療法として必要と認められる場合に、訪問治療（往療）も行っている。この往療は医療保険に準じた自己負担額（往療料も含む）で、訪問治療サービスを受けることができる。

鍼灸師・あん摩マッサージ指圧師：県内の鍼灸師は約700名、あん摩マッサージ指圧師は約1200名である（有資格者の重複あり）。そのうち何名の鍼灸師・あん摩マッサージ指圧師が訪問治療に関与しているかは不明だが、県鍼灸師会（会員80名）に所属する会員では約30名が往療を実施しており、件数は月300件程度にのぼる。また、県鍼灸あん摩マッサージ指圧師会（会員320名）所属会員の約70名が保険取扱い会員である。医師の同意を原則としているが、保険（療養費）での訪問治療（往療）が、寝たきりの方や介護が必要な方を対象として認められている。自己負担額は医療保険に準じた額である。訪問マッサージ治療では、一部位240円に部位数（最高5部位まで）を掛けた金額と往療料1875円（半径2km以内。以後2km毎に800円加算）を合わせた金額の各保険の種類による自己負担額となっている。訪問鍼灸治療では、1回最高1520円の治療費に往療料（マッサージに準ずる）を合わせた金額の各保険の種類による自己負担額となっている。

調査票見本：地域リハビリテーション資源調査票（医療機関用）

医療機関名			
住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
E-MAIL アドレス	@		
ホームページアドレス	http://		
交通案内			
休診日			
診療時間			
リハスタッフと連絡が 取りやすい時間帯	(大まかで結構です)		
入院 (リハビリテーションを目的とするもの)	有 ・ 無 (印を付けて下さい)		
外来 (リハビリテーションを目的とするもの)	有 ・ 無 (印を付けて下さい)		
総病床数	床		
回復期リハ病棟	有 ・ 無 (印を付けて下さい)	有の場合	床
医療保険適用療養(型)病床 (群)	有 ・ 無 (印を付けて下さい)	有の場合	床
リハビリテーションの内容	1. 理学療法	実施・未実施 (印を付けて下さい)	
	2. 作業療法	実施・未実施 (印を付けて下さい)	
	3. 言語聴覚療法	実施・未実施 (印を付けて下さい)	
	4 .	そ の 他 ()	
貴院におけるリハビリテーションの特色 (200字以内でご記入ください)			

1. 貴院で標榜している診療科目について、該当する番号全てに 印をつけてください。

- | | | | |
|-----------|-------------|----------------|-----------|
| 1. 内科 | 2. 心療内科 | 3. 精神科 | 4. 神経科 |
| 5. 神経内科 | 6. 呼吸器科 | 7. 消化器科 | 8. 胃腸科 |
| 9. 気管食道科 | 10. 循環器科 | 11. アレルギー科 | 12. リウマチ科 |
| 13. 外科 | 14. 整形外科 | 15. 形成外科 | 16. 脳神経外科 |
| 17. 呼吸器外科 | 18. 心臓血管外科 | 19. 放射線科 | 20. 歯科 |
| 21. 耳鼻咽喉科 | 22. 眼科 | 23. リハビリテーション科 | |
| 24. 小児科 | 25. 皮膚科 | 26. 泌尿器科 | 27. 産婦人科 |
| 28. 麻酔科 | 29. その他 () | | |

2. 貴院でリハビリテーションを受けている利用者(入院・外来を含む)が、リハビリテーションを受ける主たる原因となった疾患について多い順に5つ、選択肢1～12の番号から選び番号をご記入下さい。

- | | | | | | |
|---------------|------------|----------|--------|----------|--|
| 1 番多い疾患 () | 選択肢 | | | | |
| 2 番目に多い疾患 () | 1.脳血管疾患 | 2.心疾患 | 3.脊髄損傷 | 4.骨・関節疾患 | |
| 3 番目に多い疾患 () | 5.呼吸器疾患 | 6.神経・筋疾患 | 7.痴呆 | 8.脳性マヒ | |
| 4 番目に多い疾患 () | 9.糖尿病 | 10.頭部外傷 | 11.切断 | | |
| 5 番目に多い疾患 () | 12.その他 () | | | | |

3-1 貴院で実施しているリハビリテーションの内容(対応可能なもの)について、該当するもの全てに 印をつけてください。その他に実施している場合は3-2でお答え下さい。

項目	個別	集団	未実施	項目	実施	未実施
1 理学療法				5 訪問指導 (退院前訪問指導含む)		
2 作業療法				6 住宅改善指導		
3 物理療法				7 福祉用具の相談		
4 言語聴覚療法				8 家族への指導		
1,2,4 は専門職による実施				9 職業復帰支援		

3-2 その他として行なっているものがありましたら、該当する番号に 印を付けて下さい。またはカッコ内にご記入下さい。

- 1.自動車運転訓練(自動車教習所の利用も含む)
- 2.社会適応訓練(銀行の利用、公共交通機関の利用、買い物など社会生活に必要な活動)
- 3.高次脳機能障害者(記憶障害、注意障害、遂行機能障害、情動障害)に対する積極的な取り組み
- 4.摂食・嚥下訓練
5. []

ここからの質問は非公開とさせていただきます。

4.貴院で現在取得しているリハビリテーションに係る施設基準等について、該当するものの番号に印をつけてください。(複数回答可)

- | | | |
|------------------|-----------------|----------------|
| 1. 総合リハビリテーション施設 | 2. 理学療法 () | 3. 理学療法 () |
| 4. 作業療法 () | 5. 言語聴覚療法 () | 6. 言語聴覚療法 () |
| 7. 難病患者リハビリテーション | 8. 心疾患リハビリテーション | 9. 精神科作業療法 |
| 10. 精神科デイケア | 11. 精神科ナイトケア | 12. 老人理学療法 () |
| 13. 老人理学療法 () | 14. 老人理学療法 () | 15. 老人作業療法 () |
| 16. 老人作業療法 () | 17. 重度痴呆患者デイ・ケア | 18. 重度痴呆患者入院治療 |

5.貴院における9月度のリハビリテーションに携わっている職員数(有資格者の職員数ではなく、実際にその業務に従事している人数)を常勤・非常勤別でご記入下さい。1名の常勤職員が複数の事業に係わる場合は、例えばA事業に0.6人、B事業に0.4人のように割り振って下さい。

非常勤につきましては人数と週当たりの延べ時間でご記入下さい。

例：月2回、各4時間勤務の非常勤2人の場合 $2/4 \text{ 週} \times 4 \text{ 時間} \times 2 \text{ 人} = 4 \text{ 時間}$

職種	常勤	非常勤		職種	常勤	非常勤	
		人数	時間/週			人数	時間/週
医師	人	人	時間/週	ソーシャルワーカー (社会福祉士等含む)	人	人	時間/週
歯科医師	人	人	時間/週	精神保健福祉士	人	人	時間/週
歯科衛生士	人	人	時間/週	介護福祉士	人	人	時間/週
看護師・准看護師	人	人	時間/週	ホームヘルパー	人	人	時間/週
保健師	人	人	時間/週	心理職	人	人	時間/週
理学療法士	人	人	時間/週	あん摩マッサージ指圧師・鍼師・灸師	人	人	時間/週
作業療法士	人	人	時間/週	柔道整復師	人	人	時間/週
言語聴覚士	人	人	時間/週	リハ助手	人	人	時間/週
視能訓練士	人	人	時間/週	看護助手	人	人	時間/週
その他 ()	人	人	時間/週	その他 ()	人	人	時間/週

6-1.平成14年9月1日～30日の間、貴院でリハビリを受け退院された方の退院時点での転帰(1～5)についてそれぞれの人数をご記入下さい。なお、退院者の合計人数もご記入下さい。

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 在宅 _____ 名 | 5. 不明 _____ 名 |
| 2. 転院 _____ 名 | 6. 合計 _____ 名 |
| 3. 他施設 _____ 名 | |
| 4. その他 _____ 名 | |

6-2.上記の在宅で過ごす退院者の中で、継続してリハビリ(通院・通所・訪問)を必要とする方の人数と、そのうち実際にリハビリが継続(紹介を含む)できた方の人数をご記入下さい。

リハビリを必要とする方 名 リハビリを継続できた方 名

7.貴院においてあと何人の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を採用したらリハサービスが充足されると考えますか。それぞれご記入下さい(あくまでも希望的人数で結構です)。

職種	採用希望人数
理学療法士	名
作業療法士	名
言語聴覚士	名
その他	名

8-1 貴院が関わっているリハビリに関連した患者会及び家族会はありますか。

1.有 2.無

8-2 「有」と回答された場合、その患者会・家族会についてご記入ください。

会の名称	
対象者	
会員数	名
活動内容	
連絡先	住所： 電話 FAX
ホームページ アドレス	http://
E-MAIL アドレス	@

9.リハビリテーションにおける問題点、ご要望、ご意見等なんでも結構です。ご記入下さい。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

群馬県 地域リハビリテーション資源調査 担当者一覧

リハ資源調査委員会 委員長：山口 晴保

氏名	所属団体または勤務先
矢野 亨	群馬県重症心身障害児(者)を守る会
山口 晴保	群馬大学医学部保健学科
鈴木 憲一	群馬県医師会
宇野 浩文	群馬県医療ソーシャルワーカー協会
浅香 満	群馬県理学療法士会
山勝 裕久	群馬県作業療法士会
丹下 弥生	群馬県言語聴覚士会
高玉 真光	群馬県介護支援専門員連絡協議会
美原 樹	群馬県病院協会
三俣 修一	群馬県老人福祉施設協議会
傳田 吉平	群馬県老人保健施設協会
大沢 誠	群馬県老人デイケア協議会
多賀谷 洋	群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター
山田 順一	群馬県保健福祉部

リハ資源調査作業部会 部会長：大沢 誠

氏名	勤務先（推薦団体）
大沢 誠	大井戸診療所（老人デイケア協議会）
山口 晴保	群馬大学医学部保健学科（群馬リハネット）
山田 順一	群馬県保健福祉部
常田 康司	美原記念病院（病院協会）
澤中 真弓	美原記念病院（病院協会）
松尾 仁	吾妻在宅ケアセンター（医療ソーシャルワーカー協会）
八田 浩之	伊勢崎市民病院（理学療法士会）
春山 貢	前橋医療福祉専門学校（作業療法士会）
丹下 弥生	老年病研究所附属病院（言語聴覚士会）
山田 圭子	群馬老人保健センター陽光苑（介護支援専門員連絡協議会）
町田 敬子	前橋市介護高齢福祉課
松本 彰子	伊勢崎市健康管理センター
阿部 真也	（有）ハッピーラブハッピー（群馬リハネット事務局）
石井 優	群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター（群馬リハネット事務局）
奥寺 淳子	群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター（群馬リハネット事務局）
森田由紀子	群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター（群馬リハネット事務局）
大崎 稔	群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター（群馬リハネット事務局）

協力者

会田茂男（希望の家療育病院）、真下 潔（群馬県前橋保健福祉事務所児童相談部）、野澤好文（群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター）、関根典子（同）、鳥越和哉（同）、浅川康吉（群馬大学医学部保健学科）、勝山しおり（同）、佐貫 恵（群馬大学医学部附属病院リハ部）、山上徹也（群馬大学大学院医学系研究科、伊勢崎福島病院）、小久保秀子（群馬大学医学部保健学科学生）