

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査  
(平成26年度調査)

(6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する  
調査研究事業  
報告書



■ 目 次 ■

調査検討組織設置要綱

調査概要

第1章	調査実施概要	1
1.	調査の目的	1
2.	事業実施方法	1
第2章	回収状況	5
第3章	外来・通所におけるリハビリテーションおよび機能訓練の実態	6
第1節	病院調査（病院票）の結果	6
1.	病院の概要について	6
2.	病院での外来リハビリテーションの実施状況	16
3.	病院での通所リハビリテーションの実施状況	21
第2節	通所リハビリテーション事業所調査・通所介護事業所調査（事業所票）の結果	27
1.	通所リハビリテーション事業所の状況	27
2.	通所介護事業所の状況	45
第3節	外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の特性等	57
1.	外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の基本属性・基本情報等	57
2.	外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の自立度・要介護度等	63
3.	外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の傷病・心身の状況等	71
4.	リハビリテーション・機能訓練の目的、実施内容等	84
第4節	維持期リハビリテーション（外来）から通所リハビリテーションへ円滑に移行できない理由	88
1.	外来リハの継続理由	88
2.	リハの効果、見通し、評価等心身機能の変化	98
3.	見通しの説明（本人回答）	104
4.	外来リハ終了について	106
第5節	通所リハ・通所介護の状況、今後の見通し等	111
1.	通所リハ・通所介護の状況	111
2.	リハビリ・機能訓練による変化・効果	113

第4章 要介護者が病院から退院する際の介護支援専門員への連携の実態.....	126
第1節 病院調査の結果 .....	126
1. 回答病院の退院患者の概況について .....	126
2. 退院調整部門の設置状況 .....	129
3. 退院調整の方法 .....	137
第2節 居宅介護支援事業所調査の結果 .....	160
1. 居宅介護支援事業所の基本情報 .....	160
2. 実績等 .....	164
3. 回答職員について .....	170
4. 退院利用者調査 .....	175
資料編 .....	201
調査票 .....	211
結果概要 .....	225

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る  
調査研究事業の調査検討組織  
設置要綱

**1. 設置目的**

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社はリハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおりリハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

**2. 実施体制**

- (1) 本調査検討組織は、国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長 川越 雅弘 を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

**3. 調査検討組織の運営**

- (1) 調査検討組織の運営は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業の  
調査検討組織 委員等

委員長	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長）
委員	安藤 高朗（公益社団法人 全日本病院協会 副会長）
	大道 道大（一般社団法人 日本病院会 副会長）
	佐藤 浩二（一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 在宅支援対策委員会 委員 社会医療法人敬和会大分岡病院 法人統括リハビリテーション管理部長）
	中林 弘明（一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事）
	沼田 美幸（公益社団法人 日本看護協会 医療政策部長）
	林 真紀（公益社団法人 日本医療社会福祉協会 副会長）

（敬称略、50音順）

**【オブザーバー】**

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 逢坂悟郎 医療・介護連携技術推進官  
鶴田真也 課長補佐  
村井千賀 課長補佐  
米倉なほ 主査  
山田典央  
振興課 服部 剛 係長



## リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業

### 1. 調査の目的

平成26年度報酬改定において、平成26年3月31日までとされていた維持期リハビリテーション※に関しては、原則として次回診療報酬改定（平成28年3月31日）までとされ、その際、介護保険におけるリハビリテーションの充実状況等を確認することとなっている。特に、介護保険におけるリハビリテーションは、身体機能の訓練に偏りがちのアプローチから、活動・参加を重視するアプローチへの変革が求められており、このような提供体制の見直しに伴う課題の把握が急務とされている。

そこで、本調査では、医療保険サービスから介護保険サービスに円滑に移行するための方策の検討に資する調査を実施する。

※算定上限日数を越えた、要介護者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションのこと。

### 2. 調査客体

- ①リハビリテーションを実施している病院（1,000施設）、ならびに当該病院の外来において維持期リハビリテーションを継続中の要支援・要介護者、
- ②通所リハビリテーション事業所（1,000事業所）、通所介護事業所（1,000事業所）とその利用者
- ③居宅介護支援事業所（1,000事業所）

### 3. 主な調査項目

- ①-1 病院：外来でのリハビリテーションの実施状況、通所リハビリテーションの実施の有無及び今後の開設意向、退院調整部門の設置状況・配置職員数、退院調整の実施方法等
- ①-2 外来患者：患者属性・特性、受給サービス、リハビリテーションの実施状況、外来でのリハビリテーションの継続の理由・目標・達成状況、終了についての説明、他サービスの紹介等
- ② 通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所：利用者特性、提供しているリハビリテーションの内容等
- ③ 居宅介護支援事業所：退院患者に関する病院から介護支援専門員への引き継ぎ状況、退院支援プロセス、利用者の介護サービスの利用状況、引き継ぎがない場合の問題点等

### 4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

- ①病院票、外来患者票、患者本人票
- ②通所リハビリテーション事業所票・通所介護事業所票（表形式での利用者調査を含む）、利用者本人票
- ③居宅介護支援事業所票（表形式での利用者調査を含む）

### 5. 調査方法（郵送調査等）

- ・調査票を用いた郵送調査、および訪問インタビュー調査（補足調査）



# 第1章 調査実施概要

## 1. 調査の目的

平成26年度報酬改定において、平成26年3月31日までとされていた、維持期リハビリテーション※について、原則として次回診療報酬改定（平成28年3月31日）までとされ、その際、介護保険におけるリハビリテーションの充実状況等を確認することとなっている。特に、介護保険におけるリハビリテーションは、身体機能の改善に偏りがちのアプローチから、活動・参加を重視するアプローチへの変革が求められており、このような提供体制の見直しに伴う課題の把握が急務とされている。本調査では医療保険サービスから介護保険サービスに円滑に移行するための方策の検討に資する調査を実施する。

※算定上限日数を超えた要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションのこと。

## 2. 事業実施方法

### (1) 調査検討組織の設置と開催状況

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおりリハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置した

調査検討組織の運営は、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが行った。

#### <構成委員>

##### ○委員長

川越 雅弘 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長

##### ○委員（五十音順、敬称略）

安藤 高朗 公益社団法人 全日本病院協会 副会長

大道 道大 一般社団法人 日本病院会 副会長

佐藤 浩二 一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会

在宅支援対策委員会 委員

社会医療法人敬和会大分岡病院 法人統括リハビリテーション管理部長

中林 弘明 一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事

沼田 美幸 公益社団法人 日本看護協会 医療政策部長

林 真紀 公益社団法人 日本医療社会福祉協会 副会長

○オブザーバー

逢坂悟郎	厚生労働省	老健局	老人保健課	医療・介護連携技術推進官
鶴田真也	厚生労働省	老健局	老人保健課	課長補佐
村井千賀	厚生労働省	老健局	老人保健課	課長補佐
米倉なほ	厚生労働省	老健局	老人保健課	主査
山田典央	厚生労働省	老健局	老人保健課	
服部 剛	厚生労働省	老健局	振興課	係長

<開催状況>

<第1回>

○日時：平成26年6月23日（月）18時00分～20時00分

○場所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング 中会議室

○議題：

- ・調査実施概要について
- ・調査票案について
- ・その他

<第2回>

○日時：平成26年9月30日（火）15時15分～17時15分

○場所：神谷町スタンダード会議室 7階C会議室

○議題：

- ・調査結果速報について
- ・その他

<第3回>

○日時：平成26年3月10日（火）14時00分～16時00分

○場所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング 中会議室

○議題：

- ・調査結果概要について
- ・報告書骨子（案）について
- ・その他

(2) アンケート調査実施概要

① 病院調査、通所リハビリテーション事業所調査、通所介護事業所調査

1) 調査対象施設・事業所

- ・脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションの届出をしている病院 1,000施設
- ・通所リハビリテーション事業所 1,000事業所
- ・個別機能訓練加算または運動器機能状況加算を算定している通所介護事業所 1,000

事業所

## 2) 調査の構成

調査は、大きく、施設・事業所調査と患者・利用者調査の2部構成とした。

さらに、患者・利用者調査は、施設・事業所職員が患者の心身の状況やリハビリの内容等の詳しい情報を記入する施設・事業所記入票と、本人・家族等が本人の考えや認識等を記入する本人記入票の2種類を作成し、これらの結果をリンクして分析することとした。

なお、病院においては退院調整の状況をたずねる他院調整部門票も作成した。

## 3) 利用者詳細調査の対象

患者・利用者調査の対象者は、以下のとおりとした。

- 病院の患者調査：調査日の外来リハの利用者のうち、維持期リハビリテーションの患者全員
- 通所リハビリテーション事業所調査：調査日の通所リハビリテーションの利用者のうち、被保険者番号の末尾が「1」または「6」の人全員
- 通所介護事業所調査：事業所に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれかが配置されている事業所であって、調査日の通所介護の利用者のうち、被保険者番号の末尾が「1」または「6」の人全員

## 4) 調査方法

郵送紙面調査

## 5) 調査期間

平成26年7月30日～平成26年8月22日

ただし、平成27年1月21日までの回収分は最終報告書の分析では有効な回答とした。

## 6) 主な調査項目

<病院票>

- ・所在地、開設者、有する施設・事業所、病床数、看護区分、平均在院日数、職員数
- ・外来でのリハビリテーションの対象者数、外来リハビリテーションの終了者の状況、今後の方針
- ・通所リハビリテーションの実施状況、今後の意向等

<通所リハビリテーション事業所票・通所介護事業所票>

- ・所在地、事業開始年月、開設主体、規模、有する施設・事業所
- ・職員体制
- ・利用者数、要介護度別利用者数
- ・加算の算定状況等

<患者・利用者調査：施設・事業所記入分>

- ・利用者の基本属性
- ・サービスの提供状況
- ・(外来患者)維持期リハビリテーションの実施理由、終了等について

<患者・利用者調査：本人記入分>

- ・リハビリによる状態改善の期待、リハビリを受ける理由
- ・身体機能やA D Lの今後の見通しについての医師等からの説明状況
- ・他のサービスに関する認知度、説明の有無

<病院票（退院調整部門票）>

- ・退院調整部門の有無、体制
- ・一般病床、回復期リハ病床、療養病床の病床種類別に、退院支援のルール等の手続き・実態、院内の退院調整システムの自己評価

## ② 居宅介護支援事業所調査

### 1) 調査対象施設・事業所

- ・居宅介護支援事業所 1,000 事業所

### 2) 調査の構成

- ・居宅介護支援事業所については、事業所票と介護支援専門員票の二部構成として、職員1人に1枚の調査票の記入の依頼をした。介護支援専門員票中に、平成26年4月～6月に病院を退院した利用者全員について記入してもらえるよう表形式の調査項目を作成した。

### 3) 調査方法

郵送紙面調査

### 4) 調査期間

平成26年7月30日～平成26年8月22日

ただし、平成27年1月21日までの回収分は最終報告書の分析では有効な回答とした。

### 5) 主な調査項目

<居宅介護支援事業所票>

- ・所在地、事業開始年月、開設主体、有する施設・事業所
- ・利用者退院時連携プロセス上の課題

<介護支援専門員票による退院患者調査>

- ・利用者の基本属性、心身の状況
- ・退院のプロセス、連携の状況

## 第2章 回収状況

病院調査は、脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを算定している病院を対象とし、母集団は 6,018 病院であった。このうち、調査票を発送したのは 1,000 件、病院票の回収数は 419 件で回収率は 41.9%であった。有効回収数は 400 件であり、これを本報告書での集計対象とした。病院調査での退院調整部門票の有効回収数は 379 件であった。患者調査のうち、職員記入票の有効回収数は 513 件、患者票（本人向け）は 484 件であった。

通所リハビリテーション事業所調査では、事業所票の有効回収数は 573 件、利用者調査（事業所記入分）は 3,415 件、利用者票（本人記入分）は 2,786 件であった。

通所介護事業所調査では、事業所票の有効回収数は 504 件、利用者調査（事業所記入分）は 722 件、利用者票（本人記入分）は 551 件であった。

居宅介護支援事業所調査では、事業所票の有効回収数は 671 件、職員別調査回答職員数は 1,740 件、利用者調査記入数（職員による記入）は 3,343 件であった。

図表 2-1 回収状況

単位：件

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収数
○病院調査					
病院票	6,018	1,000	419	41.9%	400
退院調整部門票	6,018	1,000	393	39.3%	379
患者調査：職員記入票	-	5,000	692	-	513
患者票（本人向け）	-	5,000	706	-	484
○（介護予防）通所リハビリテーション事業所調査					
（介護予防）通所リハビリテーション事業所票	7,220	1,000	581	58.1%	573
利用者調査（事業所記入分）	-	-	3,427	-	3,415
利用者票（本人記入分）	-	8,000	2,898	-	2,786
○（介護予防）通所介護事業所調査					
（介護予防）通所介護事業所票	18,144	1,000	513	51.3%	504
利用者調査（事業所記入分）	-	-	1,140	-	722
利用者票（本人記入分）	-	8,000	1,506	-	551
○居宅介護支援事業所調査					
居宅介護支援事業所票	36,967	1,000	690	69.0%	671
職員別調査回答職員数	-	-	1,740	-	1,740
利用者調査記入数（職員記入）	-	-	-	-	3,343

※退院調整部門票は病院票と同封して発送、返送してもらったが、退院調整部門がない病院等からの返送がなされず、病院票に比べて回収率が低くなったとみこまれる。

※病院の母集団は、脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを算定している病院である。

※通所介護事業所の母集団は、個別機能訓練加算または運動器機能向上加算を算定している事業所である。

※患者票（本人向け）の有効回収は、職員記入分とデータをリンクすることができ、かつ、調査対象として有効な対象であったことが確認できたものとした。

※通所介護事業所票の利用者調査（事業所記入分）と利用者票（本人記入分）については、通所介護事業所に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれかの職員がいる事業所分を有効回収とした。

# 第3章 外来・通所におけるリハビリテーションおよび機能訓練の実態

## 第1節 病院調査（病院票）の結果

ここでは、病院票の結果を報告する。

### 1. 病院の概要について

#### ① 所在地

事業所が所在する都道府県別の回収状況は下表のとおりであった。都道府県別発送数の構成比と回収数の構成比に特に差は認められなかった。

図表3-1-1 所在地

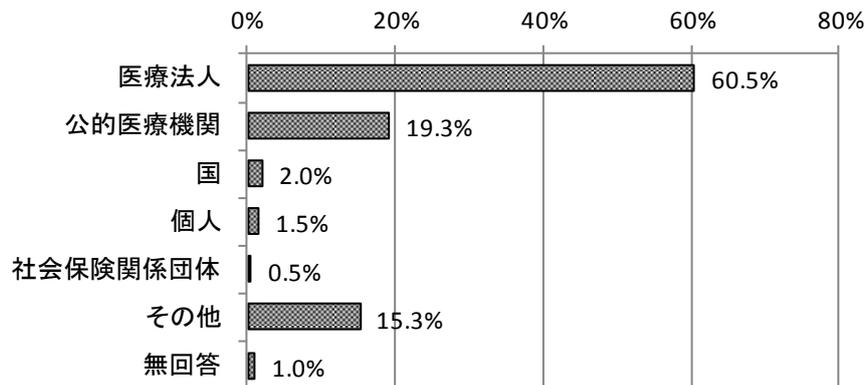
	発送数	構成比	回収数	構成比	回収率
北海道	64	6.4%	25	6.3%	39.1%
青森県	12	1.2%	4	1.0%	33.3%
岩手県	12	1.2%	8	2.0%	66.7%
宮城県	15	1.5%	5	1.3%	33.3%
秋田県	8	0.8%	4	1.0%	50.0%
山形県	8	0.8%	2	0.5%	25.0%
福島県	13	1.3%	4	1.0%	30.8%
茨城県	19	1.9%	10	2.5%	52.6%
栃木県	10	1.0%	5	1.3%	50.0%
群馬県	19	1.9%	6	1.5%	31.6%
埼玉県	36	3.6%	18	4.5%	50.0%
千葉県	34	3.4%	16	4.0%	47.1%
東京都	71	7.1%	23	5.8%	32.4%
神奈川県	37	3.7%	14	3.5%	37.8%
新潟県	18	1.8%	12	3.0%	66.7%
富山県	11	1.1%	4	1.0%	36.4%
石川県	12	1.2%	2	0.5%	16.7%
福井県	11	1.1%	2	0.5%	18.2%
山梨県	7	0.7%	4	1.0%	57.1%
長野県	16	1.6%	8	2.0%	50.0%
岐阜県	11	1.1%	6	1.5%	54.5%
静岡県	23	2.3%	4	1.0%	17.4%
愛知県	40	4.0%	20	5.0%	50.0%
三重県	12	1.2%	5	1.3%	41.7%
滋賀県	8	0.8%	4	1.0%	50.0%
京都府	21	2.1%	16	4.0%	76.2%
大阪府	67	6.7%	20	5.0%	29.9%
兵庫県	46	4.6%	17	4.3%	37.0%
奈良県	10	1.0%	5	1.3%	50.0%
和歌山県	12	1.2%	4	1.0%	33.3%
鳥取県	6	0.6%	2	0.5%	33.3%
島根県	7	0.7%	4	1.0%	57.1%
岡山県	20	2.0%	7	1.8%	35.0%
広島県	30	3.0%	13	3.3%	43.3%
山口県	15	1.5%	5	1.3%	33.3%
徳島県	14	1.4%	5	1.3%	35.7%
香川県	12	1.2%	5	1.3%	41.7%
愛媛県	16	1.6%	8	2.0%	50.0%
高知県	18	1.8%	5	1.3%	27.8%
福岡県	53	5.3%	25	6.3%	47.2%
佐賀県	13	1.3%	4	1.0%	30.8%
長崎県	18	1.8%	7	1.8%	38.9%
熊本県	22	2.2%	9	2.3%	40.9%
大分県	17	1.7%	5	1.3%	29.4%
宮崎県	16	1.6%	7	1.8%	43.8%
鹿児島県	29	2.9%	9	2.3%	31.0%
沖縄県	11	1.1%	3	0.8%	27.3%
合計	1,000	100.0%	400	100.0%	40.0%

## ② 開設者

開設者は、「医療法人」が 60.5%、「公的医療機関」が 19.3%、「その他」が 15.3%であった。

参考までに、平成 25 年医療施設（動態）調査のデータと比較したところ、本調査の回答事業所は、公的医療機関がやや多く、医療法人がやや少なかった。

図表 3-1-2 開設者 (n=400)



参考：平成 25 年医療施設（動態）調査との比較（開設者）

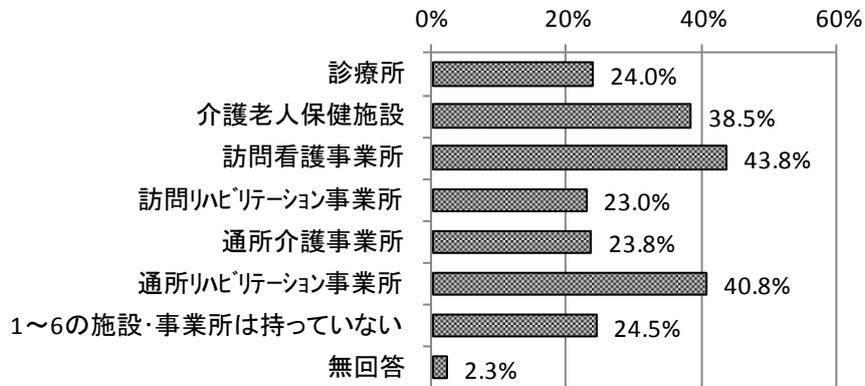
	開設者の法人種別							
	合計	国	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
本調査回答病院全体	400	8	77	2	242	6	61	4
	100.0%	2.0%	19.3%	0.5%	60.5%	1.5%	15.3%	1.0%
平成 25 年医療施設（動態）調査	8,540	273	1,242	115	5,722	320	868	
	100.0%	3.2%	14.5%	1.3%	67.0%	3.7%	10.2%	

注) 本調査の対象の病院は、脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを算定している病院に限定しており、これらの病院に対する一般的な全数調査は行われていない。ただし、母集団は 6,018 病院と全病院の約 7 割であり、参考までに、わが国の病院全体の開設者と比較した。

③ 同一法人または系列法人が有している施設・事業所

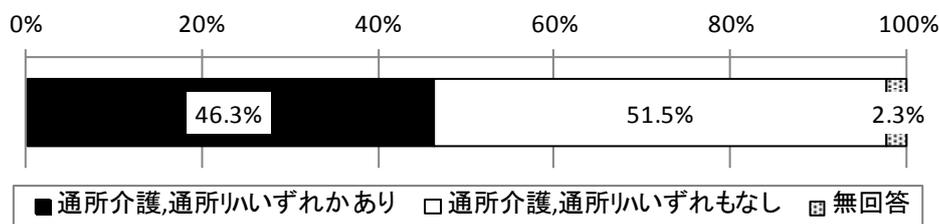
同一法人または系列法人が有している施設・事業所は、「訪問看護事業所」が 43.8%、「通所リハビリテーション事業所」が 40.8%、「介護老人保健施設」が 38.5%であった。

図表 3-1-3 同一法人または系列法人が有している施設・事業所（複数回答）（n=400）



通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所について、いずれかを同一法人または系列法人が有している病院が 46.3%であった。

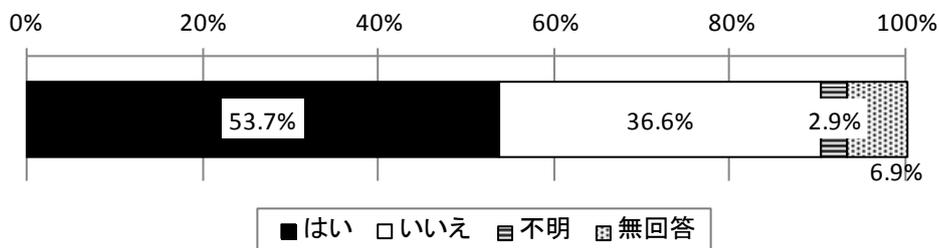
図表 3-1-4 通所介護、通所リハの有無（n=400）



1)（訪問看護ステーションがある場合）理学療法士等が配置されているか

訪問看護ステーションを有している場合、訪問看護ステーションに理学療法士等が配置されているかは、「はい」が 53.7%、「いいえ」が 36.6%であった。

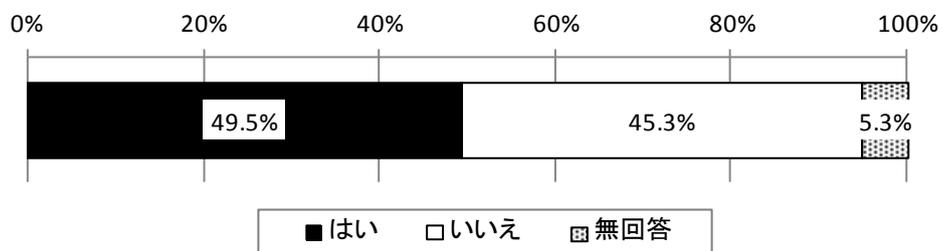
図表 3-1-5 （訪問看護ステーション）理学療法士等が配置されているか（n=175）



2) (通所介護事業所がある場合) 理学療法士等が配置されているか

通所介護事業所を有している場合、通所介護事業所に理学療法士が配置されているかは、「はい」が49.5%、「いいえ」が45.3%であった。

図表 3-1-6 (通所介護事業所) 理学療法士等が配置されているか (n=95)



#### ④ 病床規模

病床規模について、「全病床数」は平均 188.6 床、「一般病床数」は 130.7 床、「療養病床数」は 49.8 床、「回復期リハ病床数（一般+療養）」は 15.5 床であった。

図表 3 - 1 - 7 病床数

	件数	平均値 (床)	標準偏差	中央値 (床)
一般病床数	400	130.7	154.0	72.5
うち回復期リハ病床数	400	4.9	15.1	0.0
うち地域包括ケア病床数	400	1.2	5.9	0.0
療養病床数	400	49.8	72.3	32.0
うち回復期リハ病床数	400	10.6	29.2	0.0
うち地域包括ケア病床数	400	0.7	7.4	0.0
精神病床数	400	7.3	39.0	0.0
結核病床数	400	0.5	3.9	0.0
感染症病床数	400	0.3	1.1	0.0
全病床数	400	188.6	154.7	147.5

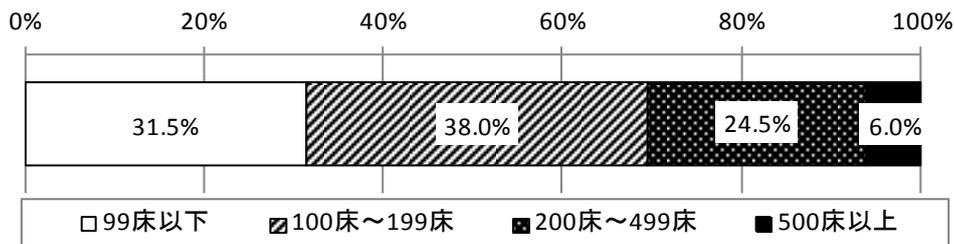
  

	件数	平均値 (床)	標準偏差	中央値 (床)
回復期リハ病床数（一般+療養）	400	15.5	32.4	0.0
地域包括ケア病床数（一般+療養）	400	1.8	9.4	0.0

病床規模の分布をみると、「99 床以下」が 31.5%、「100 床～199 床」が 38.0%、「200 床～499 床」が 24.5%、「500 床以上」が 6.0%であった。

参考までに、平成 25 年医療施設（動態）調査のデータと比較したところ、99 床以下がやや低く、100 床～199 床がやや高かったが、大きな差はなかった。

図表 3 - 1 - 8 病床規模(n=400)



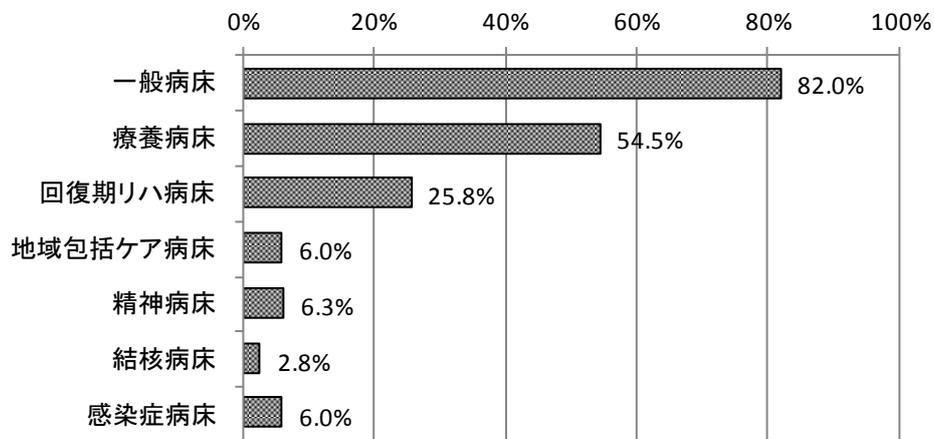
参考：平成 25 年医療施設（動態）調査との比較（病床規模）

	99 床以下	100 床～199 床	200～499 床	500 床以上
本調査回答	126	152	98	24
病院全体	31.5%	38.0%	24.5%	6.0%
平成 25 年医療施設	3,134	2,750	2,206	450
（動態）調査	36.7%	32.2%	25.8%	5.3%

注）本調査の対象の病院は、脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを算定している病院に限定しており、これらの病院に対する一般的な全数調査は行われていない。ただし、母集団は 6,018 病院と全病院の約 7 割であり、参考までに、わが国の病院全体の病床規模と比較した。

病床の設置状況は、「一般病床」が 82.0%、「療養病床」が 54.5%、「回復期リハ病床」が 25.8%であった。

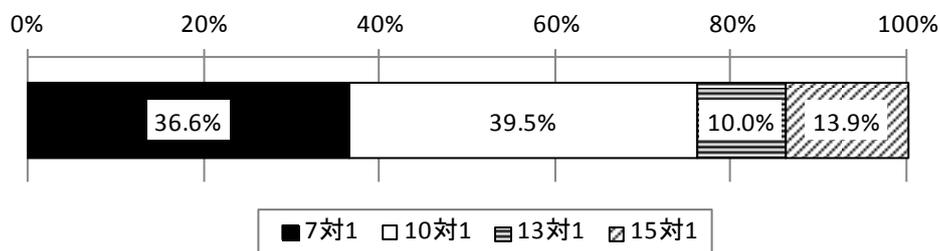
図表 3 - 1 - 9 病床の設置状況(n=400)



⑤ 一般病棟の看護区分

一般病棟を有する病院において、一般病棟の看護区分は、「7対1」が 36.6%、「10対1」が 39.5%、「13対1」が 10.0%、「15対1」が 13.9%であった。

図表 3 - 1 - 10 一般病棟の看護区分(n=328)



⑥ 一般病棟の平均在院日数

一般病棟を有する病院において、一般病棟の平均在院日数は平均 18.7 日であった。  
平成 25 年病院報告によれば、平均値は 17.2 日であった。

図表 3 - 1 - 11 一般病棟の平均在院日数

	件数	平均値(日)	標準偏差	中央値(日)
一般病棟の平均在院日数	275	18.7	9.5	16.5

参考：平成 25 年病院報告の比較

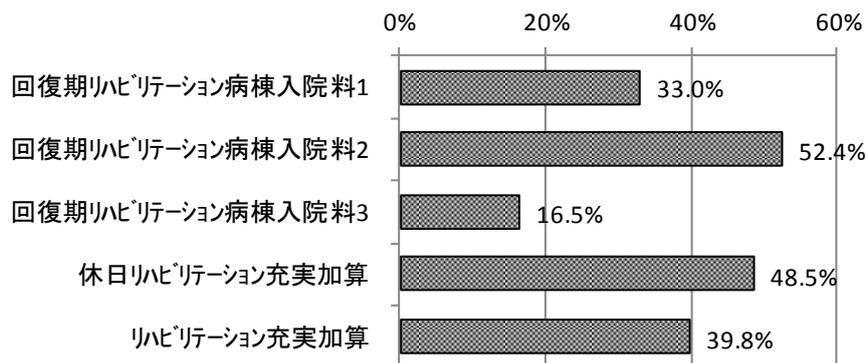
	平均値(日)
一般病床の平均在院日数	17.2

⑦ 回復期リハビリテーション病棟：算定している診療報酬

回復期リハビリテーション病棟を有する病院において、算定している診療報酬は、「回復期リハビリテーション病棟入院料2」が52.4%、「回復期リハビリテーション病棟入院料1」が33.0%、「回復期リハビリテーション病棟入院料3」が16.5%であった。

「休日リハビリテーション充実加算」は48.5%、「リハビリテーション充実加算」が39.8%であった。

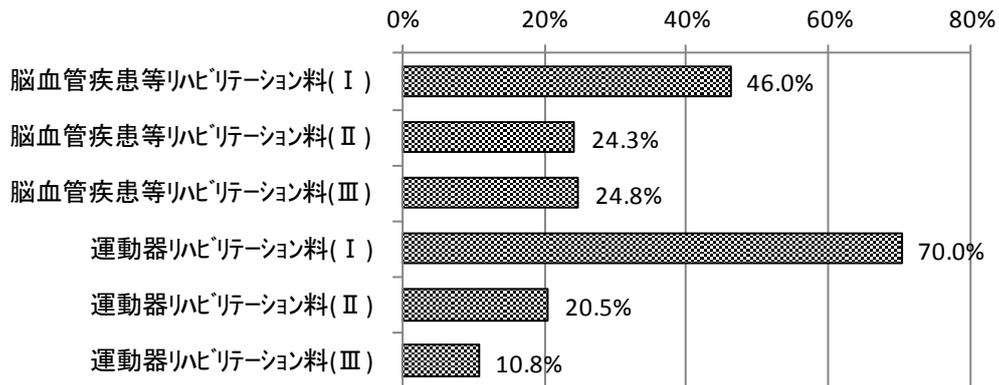
図表 3-1-12 回復期リハビリテーション病棟：算定している診療報酬（複数回答）（n=103）



⑧ リハビリテーション料の届出の有無

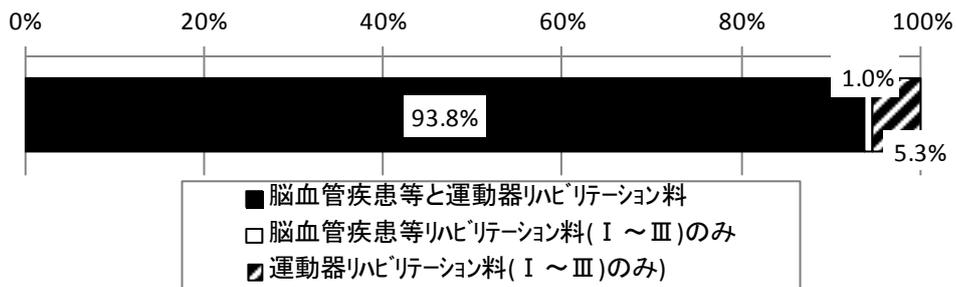
脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料の届出状況についてみると、「運動器リハビリテーション料（Ⅰ）」が 70.0%、「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）」が 46.0%、「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）」が 24.8%、「脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）」が 24.3%、「運動器リハビリテーション料（Ⅱ）」が 20.5%、「運動器リハビリテーション料（Ⅲ）」が 10.8%であった。

図表 3-1-13 届出の有無（複数回答）（n=400）



脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料の届け出状況について、両方届けている病院が 93.8%であった。

図表 3-1-14 脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料の届出状況（複数回答）（n=400）



⑨ 平成 26 年 7 月 1 日時点の職員数

平成 26 年 7 月 1 日時点の職員数（実人数）は、常勤の合計で平均 166.8 人、非常勤の合計は 36.1 人、常勤と非常勤の合計は 202.9 人であった。

リハビリの専門職種の職員数について、常勤の理学療法士は平均 12.2 人、作業療法士は 6.4 人、言語聴覚士は 2.7 人であった。非常勤と合せると、理学療法士は平均 12.5 人、作業療法士は 6.6 人、言語聴覚士は 2.8 人であった。

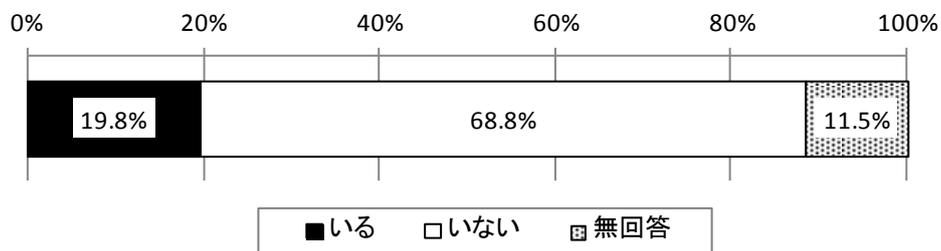
図表 3-1-15 平成 26 年 7 月 1 日時点の職員数（実人数）

	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
<b>【常勤】</b>				
医師	363	23.5	50.2	7.0
うちリハビリテーション科の医師	363	1.1	1.5	1.0
歯科医師	363	0.9	9.7	0.0
看護師・准看護師	363	117.7	146.5	58.0
理学療法士	363	12.2	13.2	8.0
作業療法士	363	6.4	9.2	3.0
言語聴覚士	363	2.7	4.3	1.0
柔道整復師	363	0.1	0.4	0.0
あん摩マッサージ指圧師	363	0.2	0.6	0.0
歯科衛生士	363	0.6	1.7	0.0
ソーシャルワーカー	363	2.6	2.5	2.0
うち社会福祉士の資格保有者	363	2.1	2.3	2.0
合計	363	166.8	202.8	94.0
<b>【非常勤】</b>				
医師	363	19.3	26.4	11.0
うちリハビリテーション科の医師	363	0.3	1.2	0.0
歯科医師	363	0.8	4.9	0.0
看護師・准看護師	363	15.0	24.3	8.0
理学療法士	363	0.3	0.8	0.0
作業療法士	363	0.2	0.7	0.0
言語聴覚士	363	0.1	0.4	0.0
柔道整復師	363	0.0	0.1	0.0
あん摩マッサージ指圧師	363	0.0	0.1	0.0
歯科衛生士	363	0.2	0.8	0.0
ソーシャルワーカー	363	0.1	0.7	0.0
うち社会福祉士の資格保有者	363	0.1	0.4	0.0
合計	363	36.1	43.8	22.0
<b>【常勤】 + 【非常勤】 合計</b>	363	202.9	229.5	124.0

### ⑩ 患者会の支援

患者会の支援状況は、「支援している」が19.8%であった。

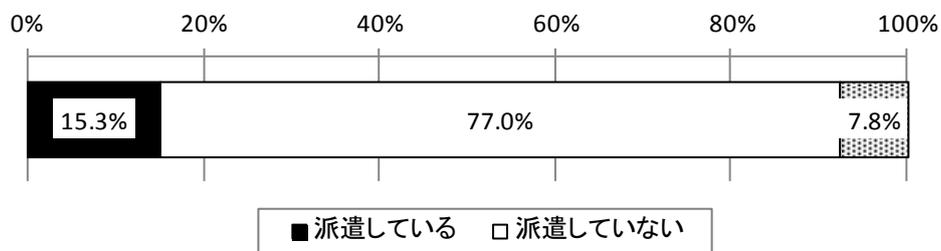
図表 3 - 1 - 16 患者会の支援(n=400)



### ⑪ 市区町村へのリハ職の派遣

市区町村へのリハ職の派遣状況は、「派遣している」が15.3%であった。

図表 3 - 1 - 17 市区町村へのリハ職の派遣(n=400)

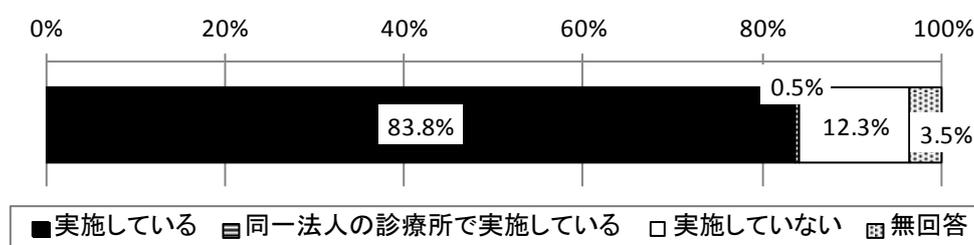


## 2. 病院での外来リハビリテーションの実施状況

### ① 病院の外来でのリハビリテーションの実施状況

外来でのリハビリテーションの実施状況は、「実施している」が 83.8%、「実施していない」が 12.3%であった。

図表 3-1-18 外来でのリハビリテーション実施状況(n=400)



以下は、外来リハビリテーションを実施している、または同一法人の診療所で実施している 337 病院についての結果である。

### ② リハビリテーションの算定人数

外来でのリハビリテーション料の算定状況について、リハビリテーションの算定人数は、脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）は平均 37.5 人、脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）は 4.1 人、運動器リハビリテーション料は 83.9 人であった。

そのうち、標準的算定日数を超え、医師が「改善が見込まれない」と判断した患者（維持期リハ対象）で要支援・要介護の認定を受けている患者の人数は、「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）」は平均 3.6 人、「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）」は 0.1 人、「運動器リハビリテーション料」は 3.5 人であった。

図表 3-1-19 リハビリテーションの算定人数（平成 26 年 7 月）

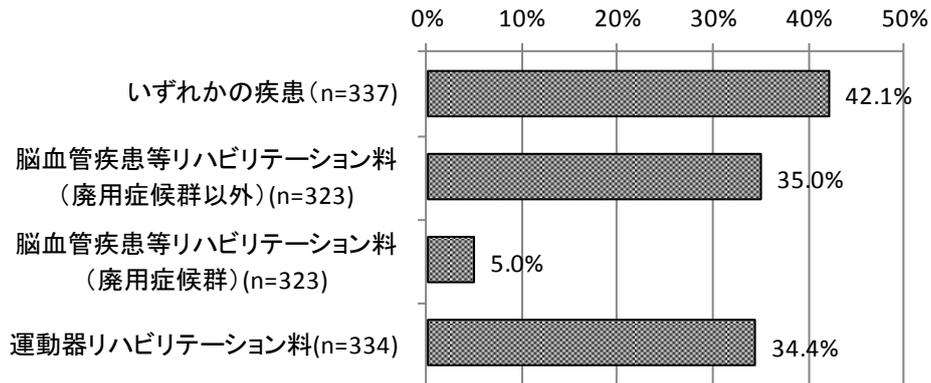
	件数	平均値 (人)	標準 偏差	中央値 (人)
<b>【リハビリテーション算定人数】</b>				
脳血管疾患等リハビリテーション料_廃用症候群以外	301	37.5	85.4	10.0
脳血管疾患等リハビリテーション料_廃用症候群	301	4.1	16.0	0.0
運動器リハビリテーション料	318	83.9	132.4	32.0
<b>【うち、標準的算定日数を超え、医師が「改善が見込まれない」と判断した患者（維持期リハ対象）で要支援・要介護の認定を受けている患者】</b>				
脳血管疾患等リハビリテーション料_廃用症候群以外	272	3.6	9.4	0.0
脳血管疾患等リハビリテーション料_廃用症候群	287	0.1	0.8	0.0
運動器リハビリテーション料	283	3.5	8.3	0.0
小計	305	6.6	14.6	0.0

※小計を算出にするにあたって、届出がないリハビリテーション料の算定人数は 0 人と計上した。

### ③ 維持期リハビリテーションの患者数

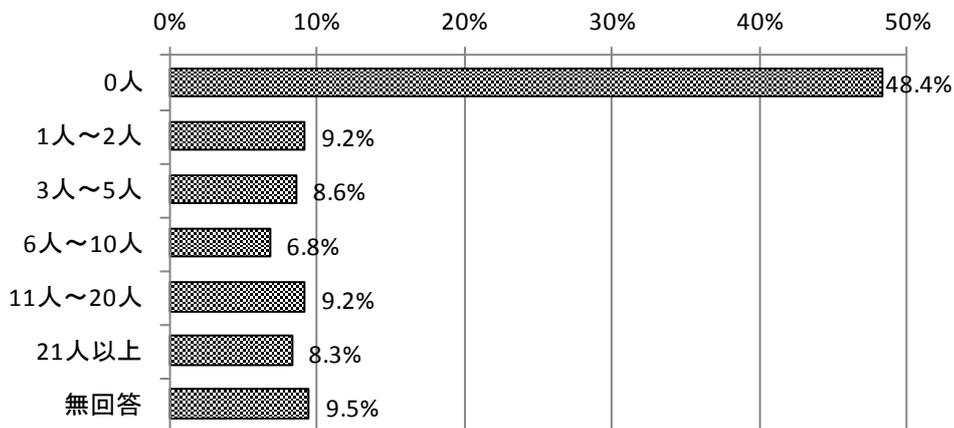
外来でのリハビリテーション料の算定状況について、標準的算定日数を超え、医師が「改善が見込まれない」と判断した患者（維持期リハ対象）で要支援・要介護の認定を受けている患者の有無は、「いずれかの疾患」が 42.1%、「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）」が 35.0%、「運動器リハビリテーション料」が 34.4%、「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）」が 5.0%であった。

図表 3-1-20 維持期リハビリテーションの患者の有無



維持期リハビリテーションの患者数の分布は、「0人」が 48.4%、「1人～2人」が 9.2%、「3人～5人」が 8.6%、「6人～10人」が 6.8%、「11人～20人」が 9.2%、「21人以上」が 8.3%であった。

図表 3-1-21 維持期リハビリテーションの患者数の分布 (n=337)



#### ④ 外来での維持期リハ対象者のうち、外来リハの終了者数

平成 26 年 4 月～6 月の 3 カ月間に、外来での維持期リハの対象となった介護保険の対象の患者で、外来のリハを終了した患者の人数の平均は 0.5 人であった。

そのうち、「終了後に、通所リハビリテーション（介護保険）を利用」は 0.1 人、「終了後に、訪問リハビリテーション（介護保険）を利用」は 0.0 人、「終了後に、他施設・事業所で介護保険のリハビリテーションを利用」は 0.1 人であった。

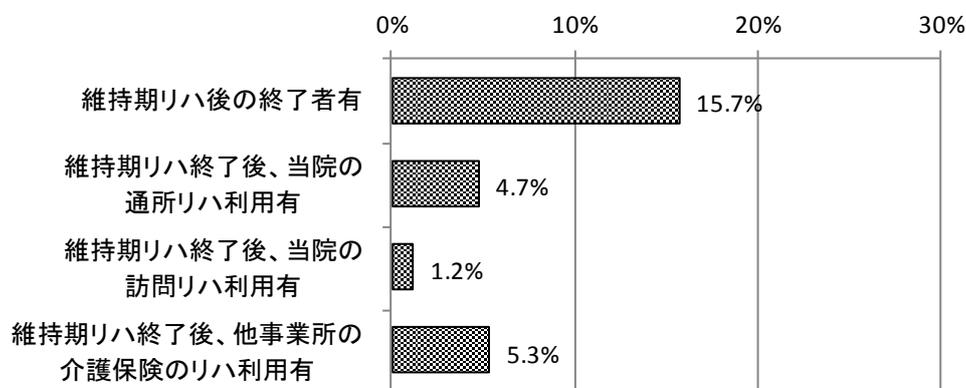
図表 3-1-22 外来での維持期リハ対象者のうち、外来リハの終了者数

	件数	平均値 (人)	標準 偏差	中央値 (人)
外来での維持期リハ対象の介護保険対象患者のうち外来でのリハ終了患者数	263	0.5	1.5	0.0
うち終了後に、通所リハを利用	263	0.1	0.8	0.0
うち終了後に、訪問リハを利用	263	0.0	0.1	0.0
うち終了後に、他施設・事業所で介護保険のリハ利用	257	0.1	0.4	0.0

「維持期リハ後の終了者有」の病院は 15.7%であった。

「維持期リハ終了後、他事業所の介護保険のリハ利用有」の患者がいた病院は 5.3%、「維持期リハ終了後、当院の通所リハ利用有」の患者がいた病院は 4.7%、「維持期リハ終了後、当院の訪問リハ利用有」の患者がいた病院は 1.2%であった。

図表 3-1-23 外来での維持期リハ対象者の終了後の状況(n=337)



⑤ 介護保険リハビリテーション移行支援料算定件数

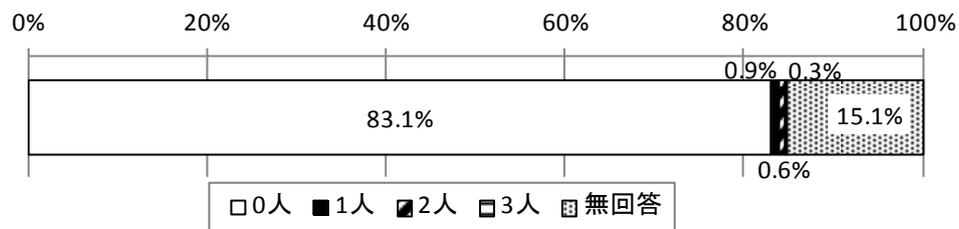
介護保険リハビリテーション移行支援料算定件数を月ごとにみると、平成26年4月～7月のいずれの月とも平均値は0.0人であった。

図表 3-1-24 介護保険リハビリテーション移行支援料算定件数

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
4月	286	0.0	0.0	0.0
5月	286	0.0	0.1	0.0
6月	286	0.0	0.1	0.0
7月	286	0.0	0.1	0.0
合計	286	0.0	0.3	0.0

平成26年4月～7月の介護保険リハビリテーション移行支援料算定件数合計は、「0人」の病院が83.1%であった。

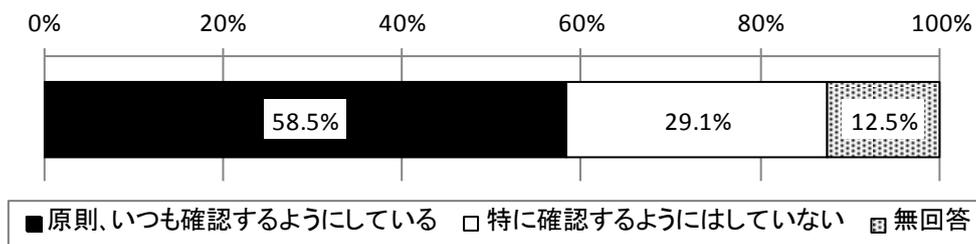
図表 3-1-25 介護保険リハビリテーション移行支援料算定件数(n=337)



⑥ 患者が要支援・要介護者かどうかの確認

患者が要支援・要介護者かどうかの確認状況は、「原則、いつも確認するようにしている」が58.5%、「特に確認するようにはしていない」が29.1%であった。

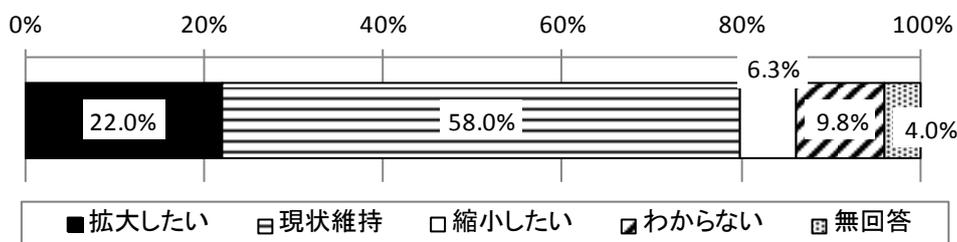
図表 3-1-26 (外来で) 要支援・要介護者かどうかの確認(n=337)



⑦ 医療保険での外来リハの今後の方針

全ての病院に、医療保険での外来のリハビリテーションの今後の方針をたずねたところ、「現状維持」が58.0%、「拡大したい」が22.0%、「わからない」が9.8%、「縮小したい」が6.3%であった。

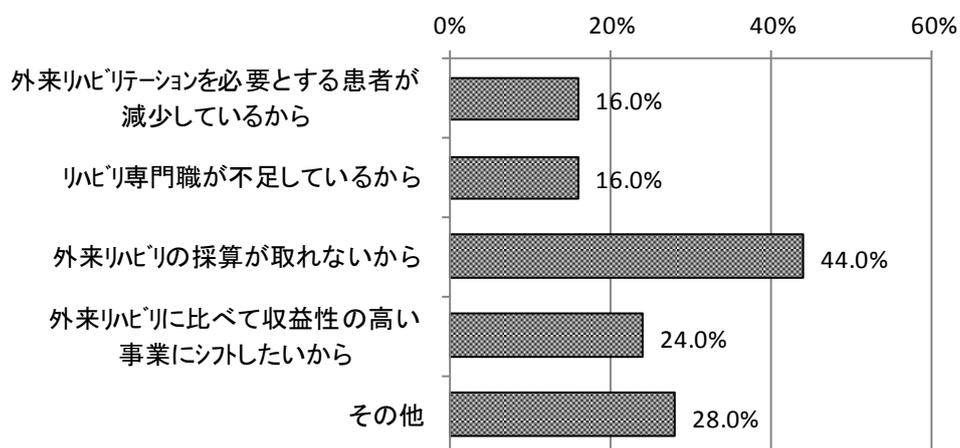
図表 3-1-27 医療保険での外来リハの今後の方針(n=400)



⑧ 今後、医療保険での外来リハを縮小したい理由

医療保険での外来のリハビリテーションについて、今後「縮小したい」と回答した病院の理由は、「外来リハビリの採算がとれないから」が44.0%、「外来リハビリに比べて収益性の高い事業があるので、そちらにシフトしたいから」が24.0%、「外来リハビリテーションを必要とする患者が減少しているから」と「リハビリ専門職が不足しているから」が16.0%であった。

図表 3-1-28 (縮小したい場合) 医療保険での外来リハを今後縮小したい理由 (複数回答) (n=25)

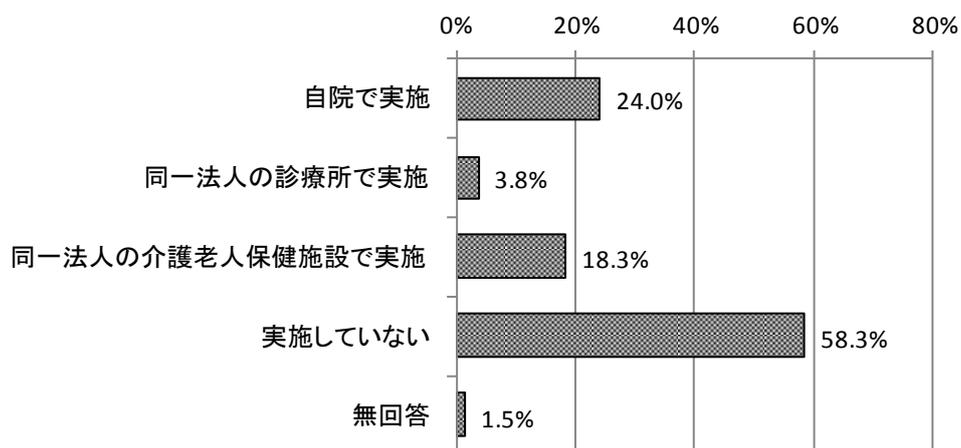


### 3. 病院での通所リハビリテーションの実施状況

#### ① 通所リハビリテーションの実施状況

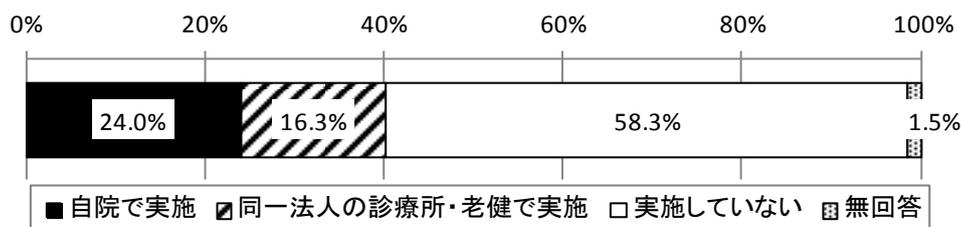
通所リハビリテーション（介護保険）の実施状況は、「実施していない」が 58.3%、「自院で実施」が 24.0%、「同一法人の介護老人保健施設で実施」が 18.3%であった。

図表 3 - 1 - 29 通所リハの実施状況（複数回答）（n=400）



通所リハビリテーション（介護保険）の実施状況を組み合わせで見ると、「自院で実施（同一法人の診療所・介護老人保健施設での実施はいずれでも）」が 24.0%、「同一法人の診療所・介護老人保健施設のいずれかにあり（自院はなし）」が 16.3%であった。

図表 3 - 1 - 30 通所リハの実施状況（n=400）

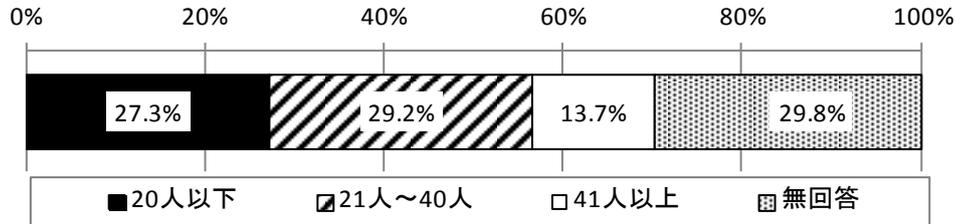


## ② 通所リハビリテーションの定員

### 1) 通所リハビリテーションの定員（1日あたり）

通所リハビリテーションの定員（1日あたり）の分布をみると、「20人以下」が27.3%、「21～40人」が29.2%、「41人以上」が13.7%であった。平均値は32.8人であった。

図表 3-1-31 通所リハビリテーションの定員 (n=161)



	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
通所リハの定員	113	32.8	18.5	30.0

### 2) 通所リハビリテーション費の算定利用者延べ人数

通所リハビリテーション費を算定した利用者延べ人数は平均 527.5 人であった。そのうち、1時間以上2時間未満は73.8人であった。

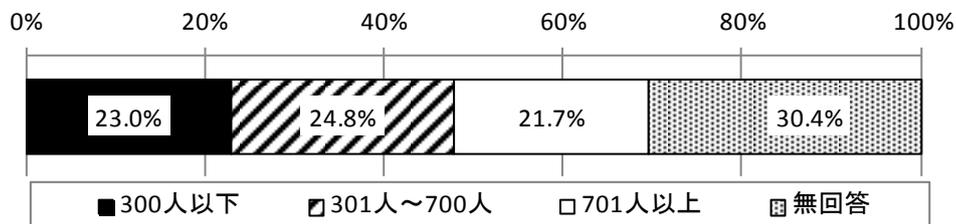
図表 3-1-32 通所リハビリテーション費の算定利用者延べ人数

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
通所リハ費を算定した利用者延べ人数	112	527.5	386.9	455.0
うち1時間以上2時間未満	112	73.8	167.6	0.0

#### i) 利用者延べ人数

通所リハビリテーション費を算定した利用者延べ人数の分布をみると、「300人以下」が23.0%、「301人～700人」が24.8%、「701人以上」が21.7%であった。

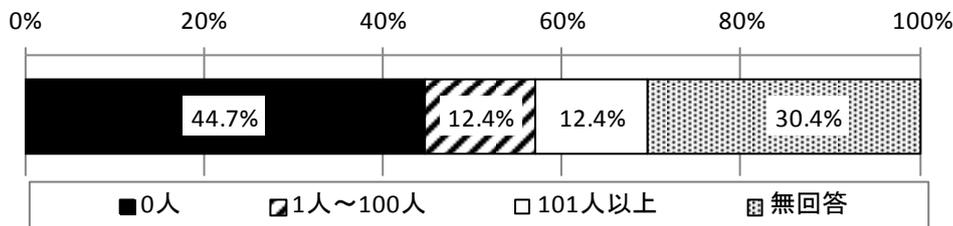
図表 3-1-33 利用者延べ人数(n=161)



ii) うち、1時間以上2時間未満の算定利用者延べ人数

通所リハビリテーション費を算定した利用者延べ人数のうち、1時間以上2時間未満は、「0人」が44.7%、「1人～100人」と「101人以上」がそれぞれ12.4%であった。

図表 3 - 1 -34 1時間以上2時間未満の算定利用者延べ人数(n=161)



3) 通所リハビリテーションの実施日数（6月）

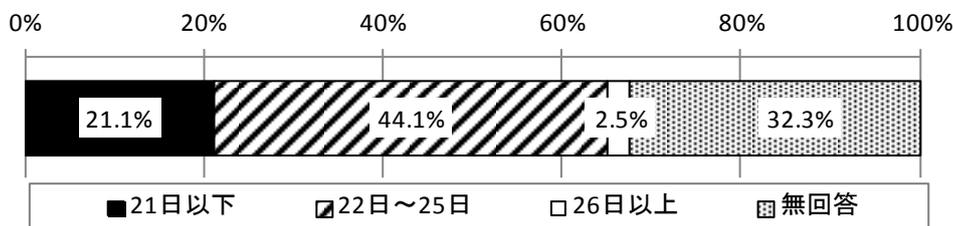
平成26年6月における通所リハビリテーションの実施日数は平均23.3日であった。

図表 3 - 1 -35 通所リハビリテーションの実施日数

	件数	平均値(日)	標準偏差	中央値(日)
通所リハの6月における実施日数	109	23.3	3.5	25.0

平成26年6月における通所リハビリテーションの実施日数の分布をみると、「21日以下」が21.1%、「22日～25日」が44.1%、「26日以上」が2.5%であった。

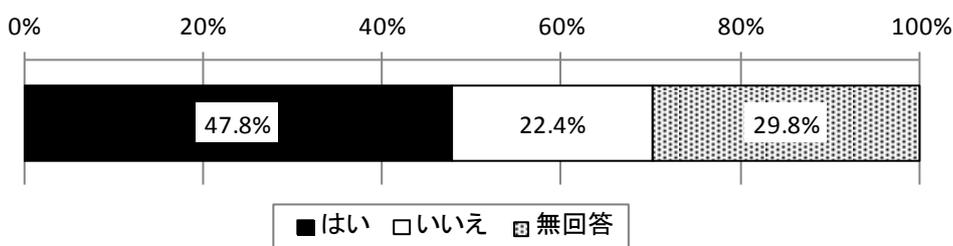
図表 3 - 1 -36 通所リハビリテーションの実施日数(n=161)



4) みなし指定かどうか

通所リハビリテーションがみなし指定かどうかは、「みなし指定」が47.8%、「みなし指定ではない」が22.4%であった。

図表 3 - 1 -37 通所リハはみなし指定か(n=161)

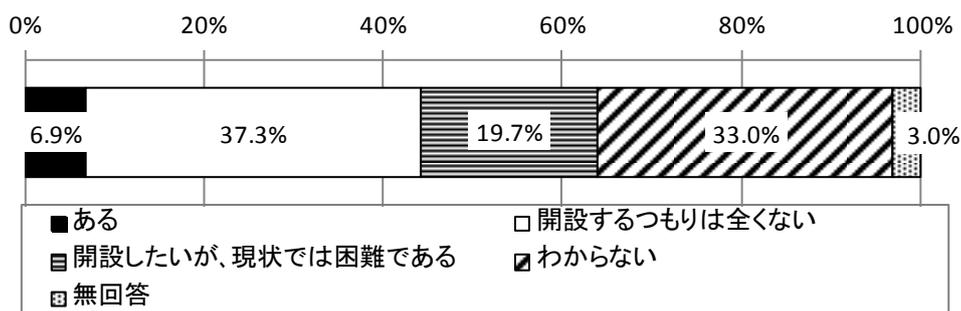


### ③ 通所リハビリテーションの開設意向

#### 1) 通所リハビリテーションの開設意向

平成 26 年 6 月時点で通所リハビリテーション（介護保険）を実施していない 233 病院について、通所リハビリテーションの開設意向は、「開設するつもりは全くない」が 37.3%、「わからない」が 33.0%、「開設したいが、現状では困難である」が 19.7%、「（開設する意向が）ある」が 6.9%であった。

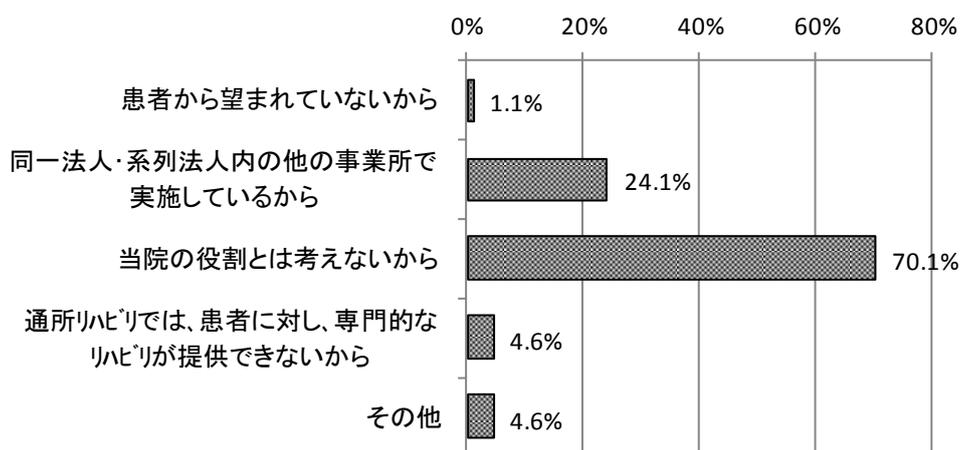
図表 3-1-38 通所リハの開設意向 (n=233)



#### 2) 開設意向がない場合の理由

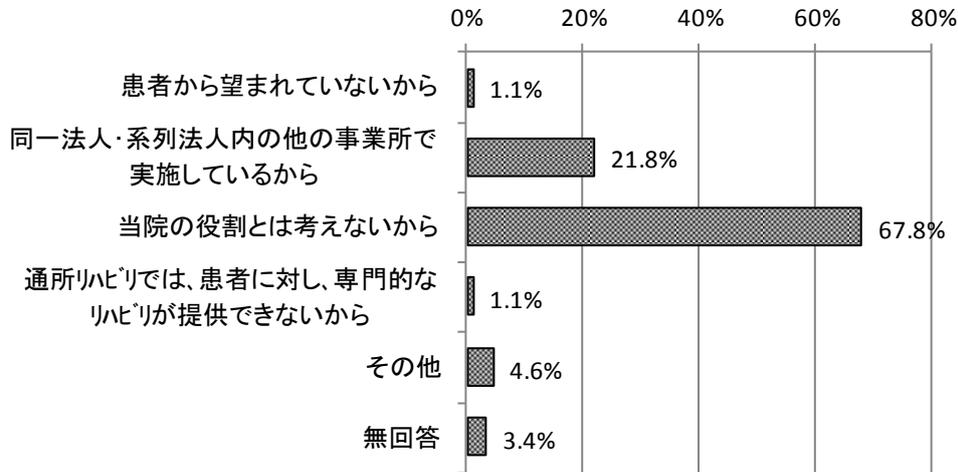
「開設するつもりは全くない」と回答した 87 病院の開設意向がない理由は、「当院の役割とは考えないから」が 70.1%、「同一法人・系列法人内の他の事業所で実施しているから」が 24.1%であった。

図表 3-1-39 「開設するつもりは全くない」を選んだ理由（複数回答）(n=87)



「開設する意向がない」と回答した 87 病院の開設意向がない理由として最大の理由は、「当院の役割とは考えないから」が 67.8%であった。

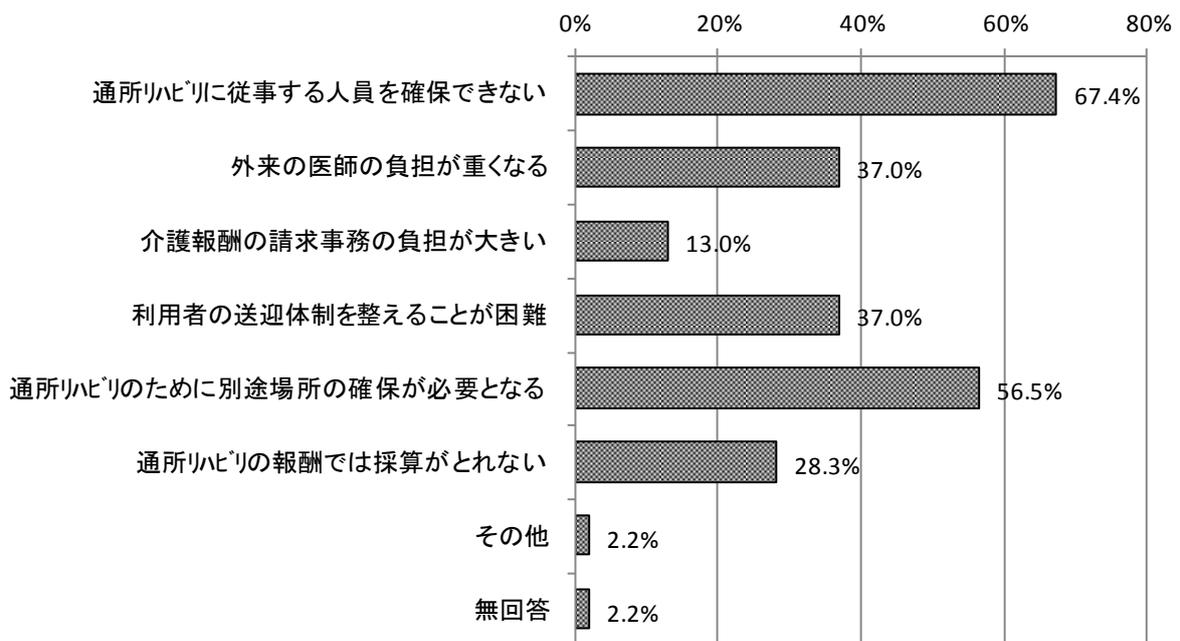
図表 3 - 1 - 40 「開設するつもりは全くない」を選んだ最大の理由（単数回答）（n=87）



### 3) 開設したいが、現状では困難である理由

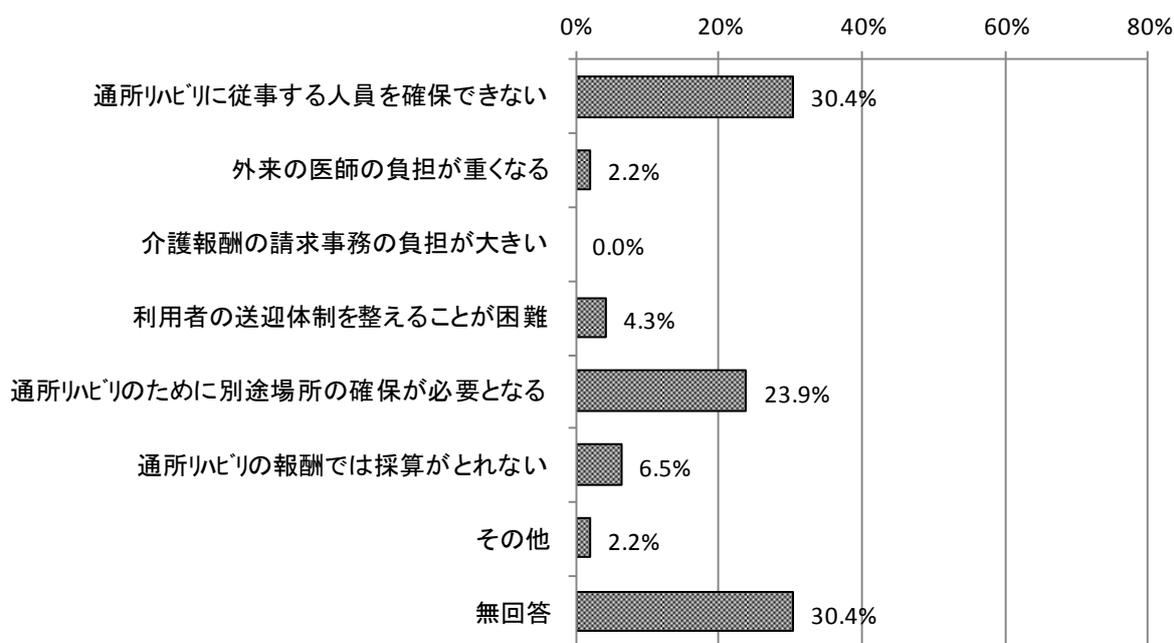
「開設したいが、現状では困難である」と回答した 46 病院について、現状では困難な理由は、「通所リハビリに従事する人員を確保できない」が 67.4%、「通所リハビリのために別途場所の確保が必要となる」が 56.5%、「外来の医師の負担が重くなる」と「利用者の送迎体制を整えることが困難」がそれぞれ 37.0%、「通所リハビリの報酬では採算がとれない」が 28.3%、「介護報酬の請求事務の負担が大きい」が 13.0%であった。

図表 3 - 1 - 41 「開設したいが、現状では困難である」を選んだ理由（複数回答）（n=46）



「開設したいが、現状では困難である」と回答した 46 病院について、もっとも当てはまる理由は、「通所リハビリに従事する人員を確保できない」が 30.4%、「通所リハビリのために別途場所の確保が必要となる」が 23.9%であった。

図表 3 - 1 - 42 「開設したいが、現状では困難である」を選んだ理由  
：もっとも当てはまる理由（単数回答）（n=46）



## 第2節 通所リハビリテーション事業所調査・通所介護事業所調査 (事業所票)の結果

### 1. 通所リハビリテーション事業所の状況

#### (1) 事業所の基本情報

##### ① 所在地

事業所が所在する都道府県別の回収状況は下表のとおりであった。都道府県別発送数の構成比と回収数の構成比に特に差は認められなかった。

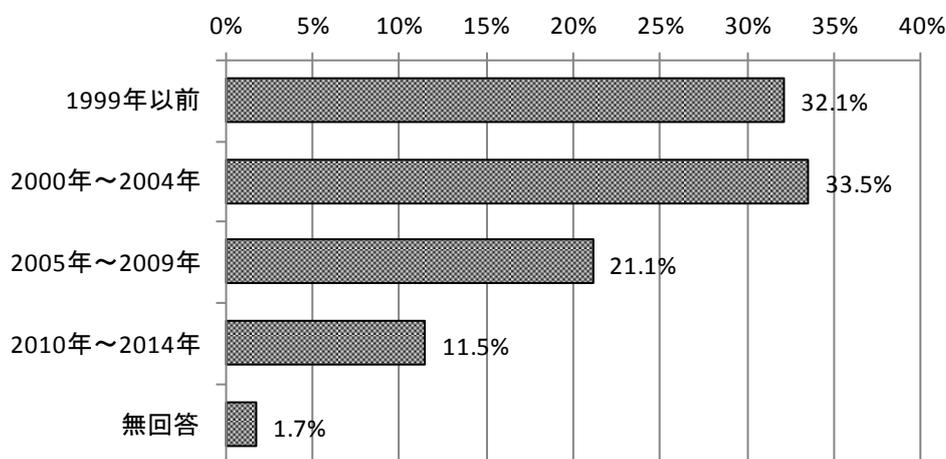
図表3-2-1 所在地

	発送数	構成比	回収数	構成比	回収率
北海道	36	3.6%	23	4.0%	63.9%
青森県	12	1.2%	9	1.6%	75.0%
岩手県	12	1.2%	7	1.2%	58.3%
宮城県	16	1.6%	9	1.6%	56.3%
秋田県	8	0.8%	5	0.9%	62.5%
山形県	10	1.0%	10	1.7%	100.0%
福島県	19	1.9%	13	2.3%	68.4%
茨城県	21	2.1%	14	2.4%	66.7%
栃木県	14	1.4%	7	1.2%	50.0%
群馬県	18	1.8%	7	1.2%	38.9%
埼玉県	34	3.4%	16	2.8%	47.1%
千葉県	32	3.2%	18	3.1%	56.3%
東京都	44	4.4%	20	3.5%	45.5%
神奈川県	37	3.7%	25	4.4%	67.6%
新潟県	17	1.7%	11	1.9%	64.7%
富山県	11	1.1%	3	0.5%	27.3%
石川県	12	1.2%	5	0.9%	41.7%
福井県	8	0.8%	4	0.7%	50.0%
山梨県	8	0.8%	5	0.9%	62.5%
長野県	21	2.1%	10	1.7%	47.6%
岐阜県	15	1.5%	10	1.7%	66.7%
静岡県	28	2.8%	16	2.8%	57.1%
愛知県	47	4.7%	30	5.2%	63.8%
三重県	14	1.4%	8	1.4%	57.1%
滋賀県	9	0.9%	4	0.7%	44.4%
京都府	18	1.8%	6	1.0%	33.3%
大阪府	60	6.0%	27	4.7%	45.0%
兵庫県	44	4.4%	21	3.7%	47.7%
奈良県	11	1.1%	7	1.2%	63.6%
和歌山県	11	1.1%	4	0.7%	36.4%
鳥取県	8	0.8%	6	1.0%	75.0%
島根県	7	0.7%	5	0.9%	71.4%
岡山県	23	2.3%	14	2.4%	60.9%
広島県	34	3.4%	22	3.8%	64.7%
山口県	15	1.5%	9	1.6%	60.0%
徳島県	13	1.3%	6	1.0%	46.2%
香川県	16	1.6%	9	1.6%	56.3%
愛媛県	17	1.7%	15	2.6%	88.2%
高知県	10	1.0%	5	0.9%	50.0%
福岡県	60	6.0%	35	6.1%	58.3%
佐賀県	13	1.3%	8	1.4%	61.5%
長崎県	25	2.5%	14	2.4%	56.0%
熊本県	29	2.9%	18	3.1%	62.1%
大分県	18	1.8%	12	2.1%	66.7%
宮崎県	15	1.5%	8	1.4%	53.3%
鹿児島県	34	3.4%	22	3.8%	64.7%
沖縄県	16	1.6%	11	1.9%	68.8%
合計	1,000	100.0%	573	100.0%	57.3%

## ② 事業開始年

事業開始年は、「2000年～2004年」が33.5%、「1999年以前」が32.1%、「2005年～2009年」が21.1%、「2010年～2014年」が11.5%であった。

図表 3-2-2 事業開始年(n=573)

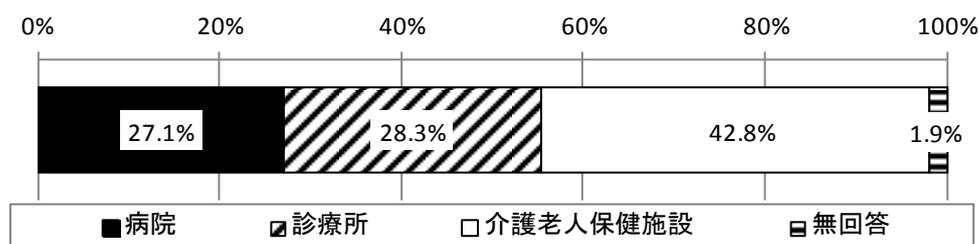


## ③ 開設主体

開設主体は、「病院」が27.1%、「診療所」が28.3%、「介護老人保健施設」が42.8%であった。

介護給付費実態調査（2014年1月）のデータ（ただし、通所リハビリテーション事業所のみ、介護予防通所リハビリテーションのみの事業所分は含まない）と比較したところ、介護老人保健施設の比率がやや低かったものの大きな差はなかった。

図表 3-2-3 開設主体(n=573)



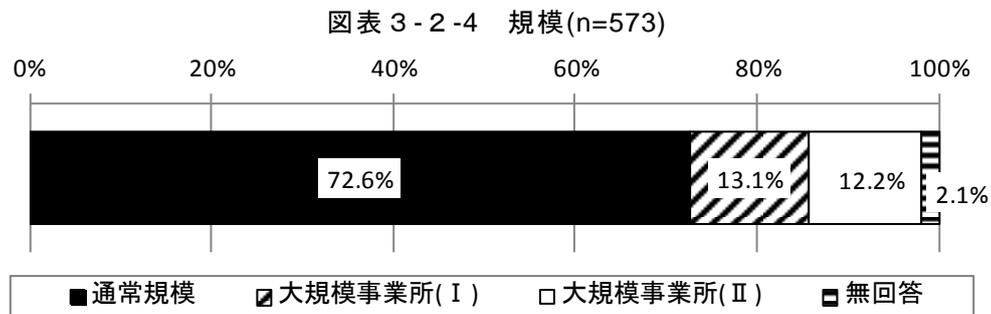
参考：介護給付費実態調査（2014年1月）調査との比較（開設主体）

	病院又は診療所	介護老人保健施設	無回答・不明
本調査回答	317	245	11
病院全体	55.3%	42.8%	1.9%
介護給付費	3,536	3,613	25
実態調査月報	49.3%	50.4%	0.3%

#### ④ 規模

規模は、「通常規模(月平均利用延人員数 750 人以内)」が 72.6%、「大規模事業所(I) (月平均利用延人員数 750 人超 900 人以内)」が 13.1%、「大規模事業所(II) (月平均利用延人員数 900 人超)」が 12.2%であった。

介護給付費実態調査(2014年1月)のデータと比較したところ、「通所規模」がやや低かったものの、大きな差はなかった。



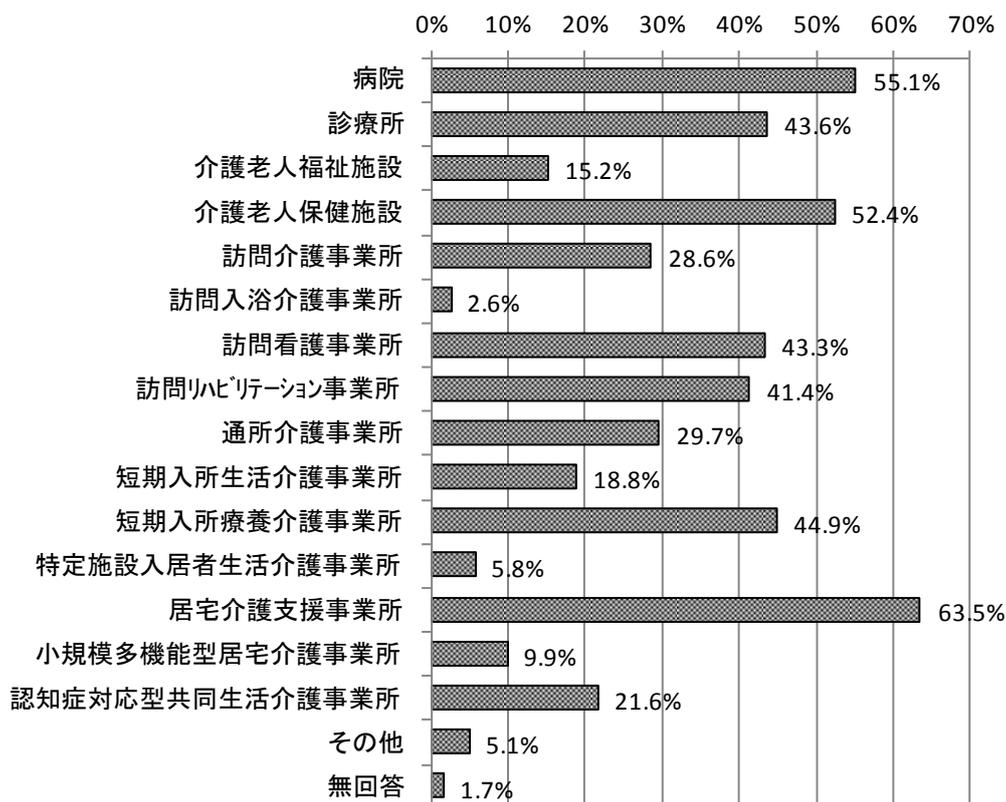
参考：介護給付費実態調査(2014年1月)調査との比較(規模)

	通常規模	大規模事業所(I)	大規模事業所(II)	無回答
本調査回答	416	75	70	12
病院全体	72.6%	13.1%	12.2%	2.1%
介護給付費	5,627	771	751	
実態調査月報	78.7%	10.8%	10.5%	

⑤ 同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所

同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所は、「居宅介護支援事業所」が63.5%で最も割合が高く、次いで「病院」が55.1%、「介護老人保健施設」が52.4%、「短期入所療養介護事業所」が44.9%、「診療所」が43.6%、「訪問看護事業所」が43.3%、「訪問リハビリテーション事業所」が41.4%であった。

図表 3-2-5 同一または系列法人がほかに運営する医療・介護施設・事業所(複数回答)(n=573)



## (2) 職員体制

職員体制（常勤換算数）は、合計では平均 13.0 人であった。

そのうち、「管理者」は 0.6 人、「医師」は 0.7 人、「歯科医師」は 0.0 人、「理学療法士」は 1.5 人、「作業療法士」は 0.8 人、「言語聴覚士」は 0.1 人、「看護職員」は 1.2 人、「介護職員」は 7.2 人、「歯科衛生士」は 0.0 人、「その他の職員」は 0.9 人であった。

図表 3-2-6 職員数（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
管理者	495	0.6	0.4	1.0
医師	495	0.7	0.4	1.0
歯科医師	495	0.0	0.1	0.0
理学療法士	495	1.5	1.3	1.0
作業療法士	495	0.8	0.9	0.5
言語聴覚士	495	0.1	0.3	0.0
看護職員	495	1.2	1.3	1.0
介護職員	495	7.2	4.9	6.5
歯科衛生士	495	0.0	0.1	0.0
その他の職員	495	0.9	1.6	0.0
合計	495	13.0	7.8	11.5

### ① 開設者別職員数

#### 1) 管理者

図表 3-2-7 開設者別 職員数：管理者（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	0.6	0.4	1.0
病院	133	0.6	0.4	1.0
診療所	144	0.7	0.4	1.0
介護老人保健施設	209	0.6	0.4	1.0

#### 2) 医師

図表 3-2-8 開設者別 職員数：医師（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	0.7	0.4	1.0
病院	133	0.6	0.4	0.5
診療所	144	0.7	0.4	1.0
介護老人保健施設	209	0.7	0.4	1.0

### 3) 歯科医師

図表 3-2-9 開設者別 職員数：歯科医師（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	0.0	0.1	0.0
病院	133	0.0	0.0	0.0
診療所	144	0.0	0.1	0.0
介護老人保健施設	209	0.0	0.1	0.0

### 4) 理学療法士

図表 3-2-10 開設者別 職員数：理学療法士（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	1.5	1.3	1.0
病院	133	1.8	1.4	1.5
診療所	144	1.4	1.3	1.0
介護老人保健施設	209	1.4	1.3	1.0

### 5) 作業療法士

図表 3-2-11 開設者別 職員数：作業療法士（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	0.8	0.9	0.5
病院	133	0.9	1.0	0.8
診療所	144	0.4	0.7	0.0
介護老人保健施設	209	0.9	1.0	0.8

### 6) 言語聴覚士

図表 3-2-12 開設者別 職員数：言語聴覚士（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	0.1	0.3	0.0
病院	133	0.1	0.3	0.0
診療所	144	0.1	0.2	0.0
介護老人保健施設	209	0.1	0.3	0.0

### 7) 看護職員

図表 3-2-13 開設者別 職員数：看護職員（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	1.2	1.3	1.0
病院	133	1.4	1.2	1.1
診療所	144	1.2	1.3	1.0
介護老人保健施設	209	1.0	1.3	1.0

8) 介護職員

図表 3-2-14 開設者別 職員数：介護職員（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	7.2	4.9	6.5
病院	133	7.6	4.8	7.0
診療所	144	5.4	3.6	4.8
介護老人保健施設	209	8.1	5.2	7.0

9) 歯科衛生士

図表 3-2-15 開設者別 職員数：歯科衛生士（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	0.0	0.1	0.0
病院	133	0.0	0.1	0.0
診療所	144	0.0	0.1	0.0
介護老人保健施設	209	0.0	0.1	0.0

10) その他職員

図表 3-2-16 開設者別 職員数：その他職員（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
全体	495	0.9	1.6	0.0
病院	133	0.6	1.1	0.0
診療所	144	1.0	1.5	0.0
介護老人保健施設	209	1.1	1.8	0.3

### (3) 利用者の状況

#### ① 定員

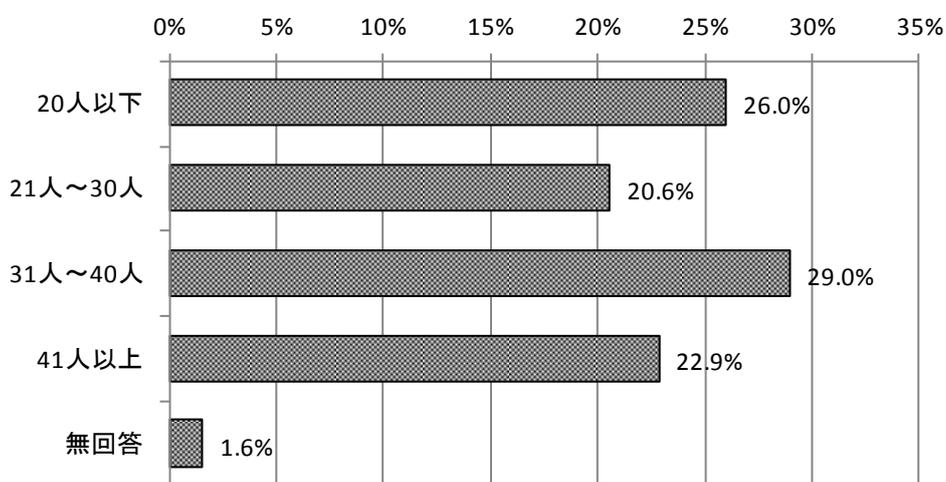
平成 26 年 6 月時点での 1 日あたりの定員数は平均 36.5 人であった。

図表 3-2-17 定員

	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
1日あたりの定員	564	36.5	20.0	35.0

平成 26 年 6 月時点での 1 日あたりの定員数の分布をみると、「20 人以下」が 26.0%、「21～30 人」が 20.6%、「31 人～40 人」が 29.0%、「41 人以上」が 22.9%であった。

図表 3-2-18 定員(n=573)



#### ② 利用登録者数（平成 26 年 6 月分）

平成 26 年 6 月 1 日時点での利用登録者は平均 83.8 人であった。

図表 3-2-19 利用登録者数

	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
平成 26 年 6 月 1 日時点の利用登録者数	569	83.8	59.6	75.0

③ 要介護度別 利用登録者数

平成 26 年 6 月時点での要介護度別の利用登録者数は、「要支援 1」は平均 7.6 人、「要支援 2」は 12.2 人、「要介護 1」は 19.0 人、「要介護 2」は 19.8 人、「要介護 3」は 12.1 人、「要介護 4」は 7.4 人、「要介護 5」は 3.5 人、「その他（申請中等）」は 0.8 人であった。

図表 3-2-20 要介護度別 利用登録者数

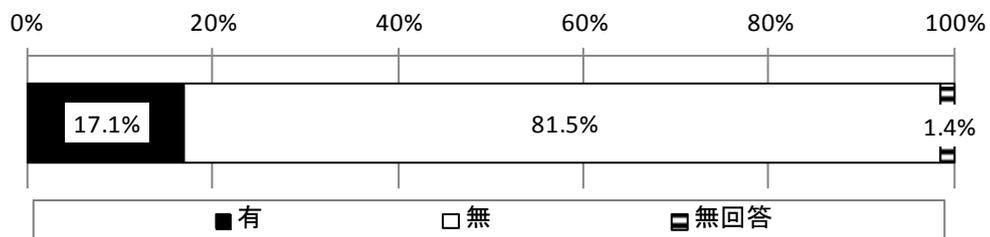
	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
要支援 1	564	7.6	9.7	5.0
要支援 2	564	12.2	11.6	9.0
要介護 1	564	19.0	13.7	16.5
要介護 2	564	19.8	14.4	17.0
要介護 3	564	12.1	9.3	10.0
要介護 4	564	7.4	6.2	6.0
要介護 5	564	3.5	3.7	2.0
その他（申請中等）	564	0.8	3.2	0.0

(4) 加算の状況（平成 26 年 6 月分）

① 理学療法士等体制強化加算

平成 26 年 6 月分の理学療法士等体制強化加算は、「有」が 17.1%であった。

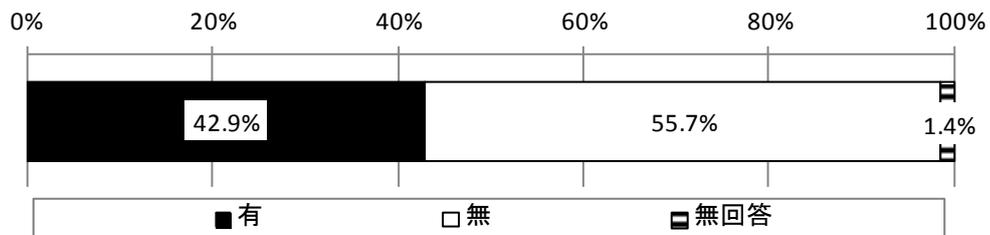
図表 3-2-21 理学療法士等体制強化加算(n=573)



② 訪問指導等加算

平成 26 年 6 月分の訪問指導等加算は、「有」が 42.9%であった。

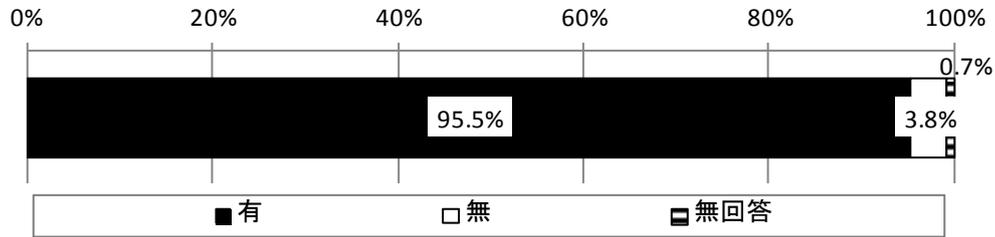
図表 3-2-22 訪問指導等加算(n=573)



### ③ リハビリテーションマネジメント加算

平成26年6月分のリハビリテーションのマネジメント加算は、「有」が95.5%であった。実施人数は平均59.1人であった。

図表3-2-23 リハビリテーションマネジメント加算(n=573)



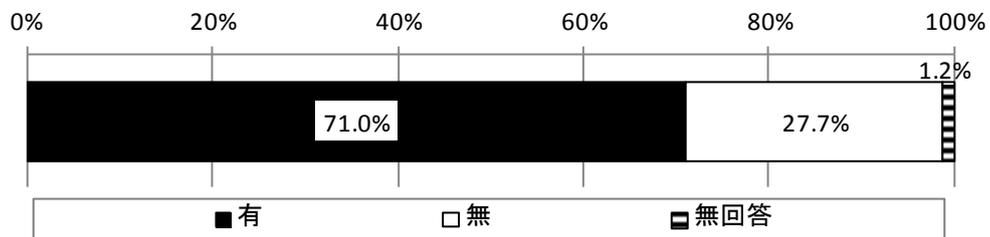
図表3-2-24 (リハビリテーションマネジメント加算有の場合) 実施人数

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
リハビリテーションマネジメント加算_人数	508	59.1	38.4	52.0

### ④ 短期集中リハビリテーション実施加算

平成26年6月分の短期集中リハビリテーション実施加算は、「有」が71.0%であった。実施人数は平均6.0人、実施回数は平均38.9回であった。

図表3-2-25 短期集中リハビリテーション実施加算(n=573)



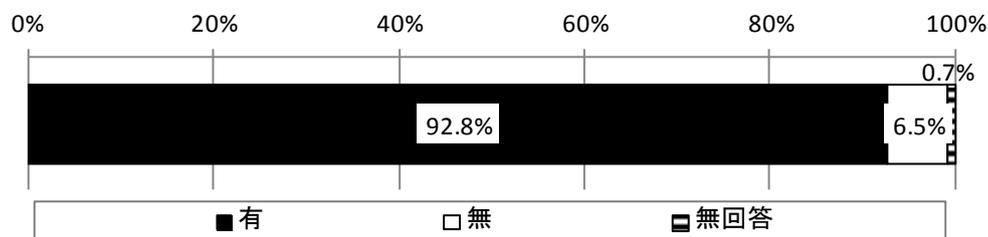
図表3-2-26 (短期集中リハビリテーション実施加算有の場合) 実施人数・回数

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
短期集中リハビリテーション実施加算_人数	387	6.0	5.5	5.0
	件数	平均値 (回)	標準偏差	中央値 (回)
短期集中リハビリテーション実施加算_回数	380	38.9	35.6	29.0

### ⑤ 個別リハビリテーション実施加算

平成 26 年 6 月分の個別リハビリテーション実施加算は、「有」が 92.8%であった。実施人数は平均 55.7 人、実施回数は平均 434.6 回であった。

図表 3-2-27 個別リハビリテーション実施加算(n=573)

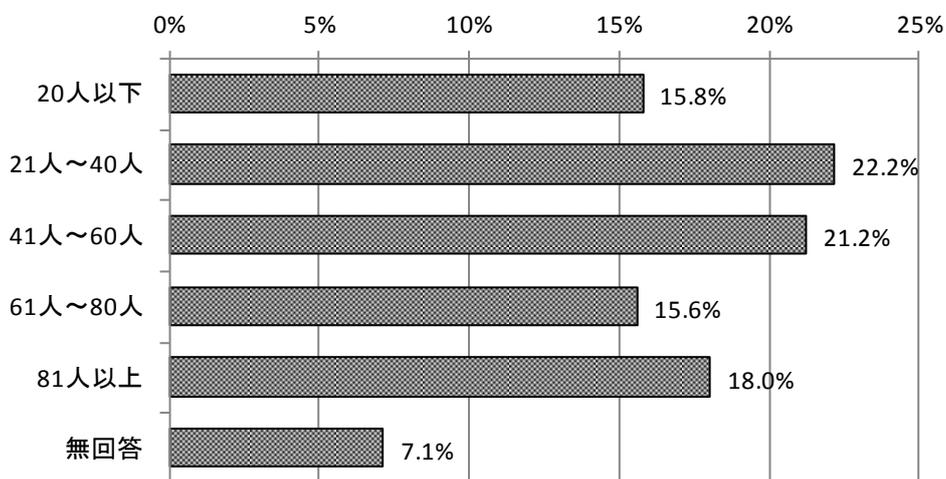


図表 3-2-28 (個別リハビリテーション実施加算有の場合) 実施人数・回数

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
個別リハビリテーション実施加算_人数	494	55.7	39.2	47.5
	件数	平均値 (回)	標準偏差	中央値 (回)
個別リハビリテーション実施加算_回数	472	434.6	318.9	366.0

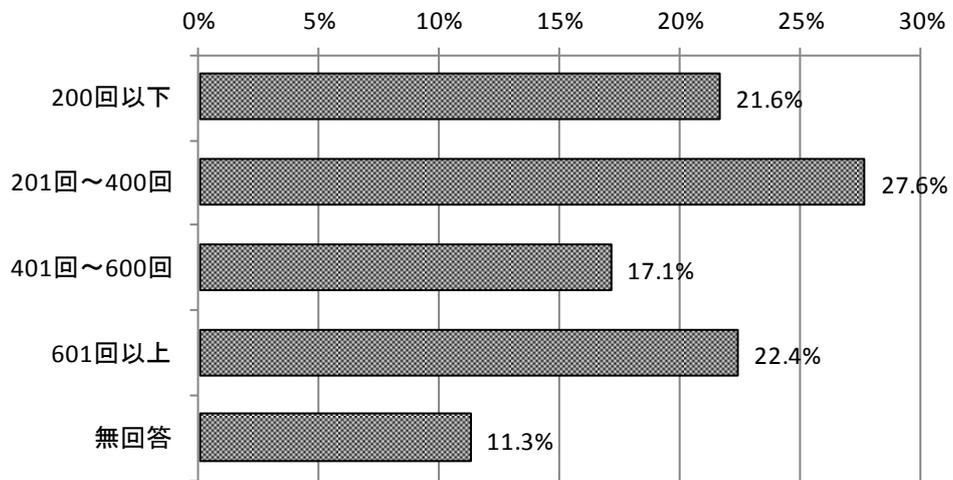
平成 26 年 6 月分の個別リハビリテーション実施加算について、実施人数の分布をみると、「21 人～40 人」が 22.2%、「41 人～60 人」が 21.2%、「81 人以上」が 18.0%であった。

図表 3-2-29 (個別リハビリテーション実施加算有の場合) 実施人数(n=532)



平成 26 年 6 月分の個別リハビリテーション実施加算について、実施回数の分布をみると、「201 回～400 回」が 27.6%、「601 回以上」が 22.4%、「200 回以下」が 21.6%であった。

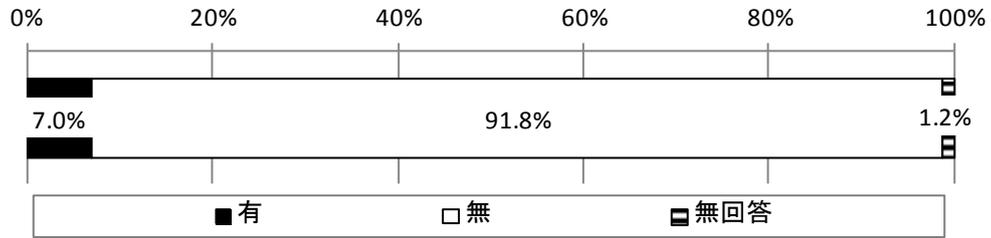
図表 3 - 2 - 30 （個別リハビリテーション実施加算有の場合）実施回数(n=532)



⑥ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

平成 26 年 6 月分の認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、「有」が 7.0%であった。

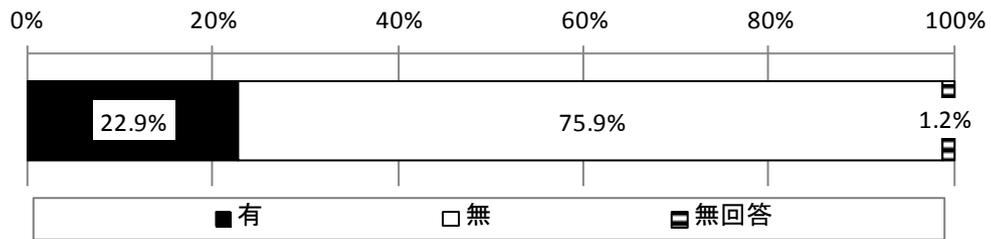
図表 3 - 2 - 31 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(n=573)



⑦ 口腔機能向上加算

平成 26 年 6 月分の口腔機能向上加算は、「有」が 22.9%であった。

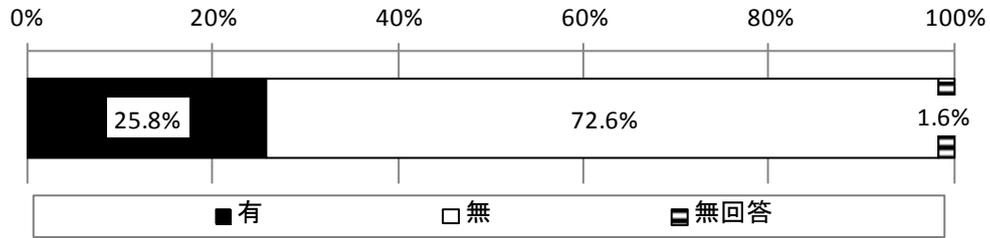
図表 3 - 2 - 32 口腔機能向上加算(n=573)



⑧ 重度療養管理加算

平成 26 年 6 月分の重度療養管理加算は、「有」が 25.8%であった。算定人数は平均 2.1 人であった。

図表 3 - 2 -33 重度療養管理加算(n=573)

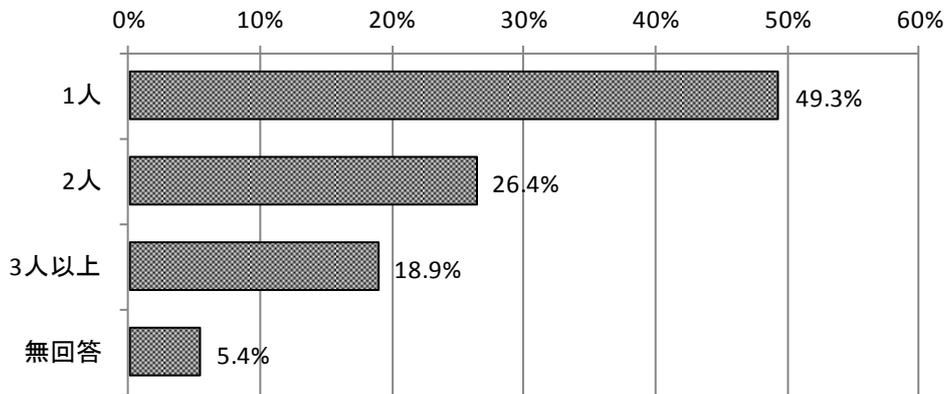


図表 3 - 2 -34 (重度療養管理加算有の場合) 算定人数

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
重度療養管理加算_人数	140	2.1	2.4	1.0

平成 26 年 6 月分の重度療養管理加算の算定人数の分布をみると、「1 人」が 49.3%、「2 人」が 26.4%、「3 人以上」が 18.9%であった。

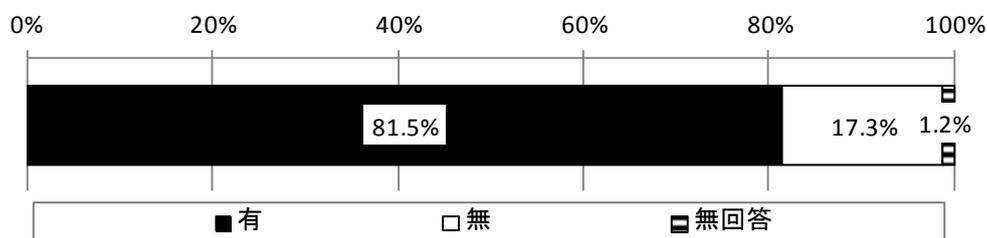
図表 3 - 2 -35 (重度療養管理加算有の場合) 算定人数(n=148)



⑨ 運動器機能向上加算（介護予防）

平成 26 年 6 月分の運動機能向上加算は、「有」が 81.5%であった。

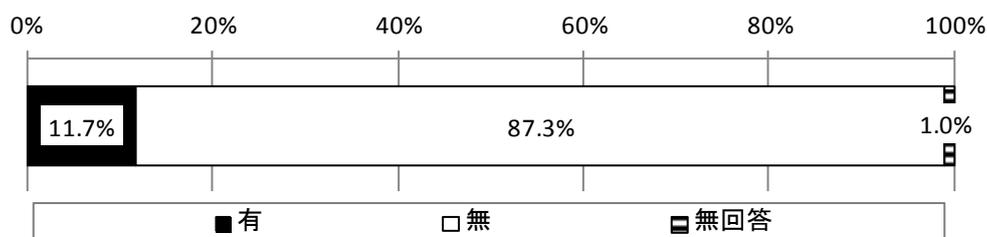
図表 3 - 2 - 36 運動器機能向上加算(n=573)



⑩ 選択的サービス複数実施加算（介護予防）

平成 26 年 6 月分の選択的サービス複数実施加算は、「有」が 11.7%であった。

図表 3 - 2 - 37 選択的サービス複数実施加算(n=573)



(5) 通所リハビリテーションの実施状況

① 通所リハビリテーションの実施日数

通所リハビリテーションの実施日数は平均 23.6 日であった。

図表 3 - 2 - 38 通所リハビリテーション実施日数

	件数	平均値（日）	標準偏差	中央値（日）
通所リハビリテーションの実施日数	520	23.6	3.5	25.0

② 通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数

通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数は平均 493.9 人であった。

図表 3 - 2 - 39 通所リハビリテーション費算定利用延べ人数

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数	534	493.9	378.4	429.5

③ 時間別 通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数

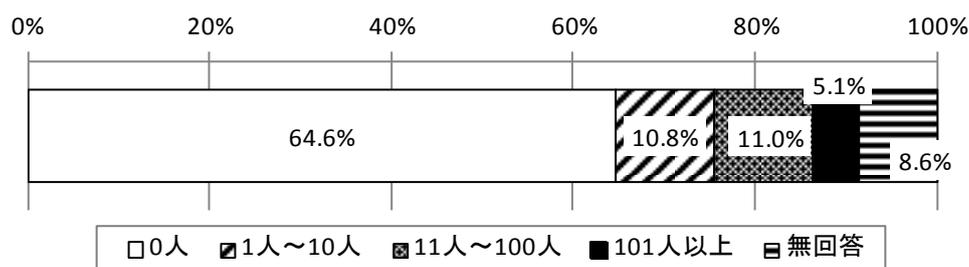
時間別の通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数は、「1時間以上2時間未満」は平均 20.7 人、「2時間以上3時間未満」は 6.4 人、「3時間以上4時間未満」は 32.2 人、「4時間以上6時間未満」は 52.3 人、「6時間以上8時間未満」は 381.9 人であった。

図表 3-2-40 時間別 通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数(n=524)

	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
1 時間以上 2 時間未満	20.7	75.8	0.0
2 時間以上 3 時間未満	6.4	30.9	0.0
3 時間以上 4 時間未満	32.2	140.1	0.0
4 時間以上 6 時間未満	52.3	133.8	2.0
6 時間以上 8 時間未満	381.9	350.6	344.5

1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数の分布をみると、「0 人」が 64.6%、「1 人～10 人」が 10.8%、「11 人～100 人」が 11.0%であった。

図表 3-2-41 1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーション費算定利用者延べ人数 (n=573)



## (6) 短期集中リハビリテーション

### ① 短期集中リハビリテーション実施加算算定者数

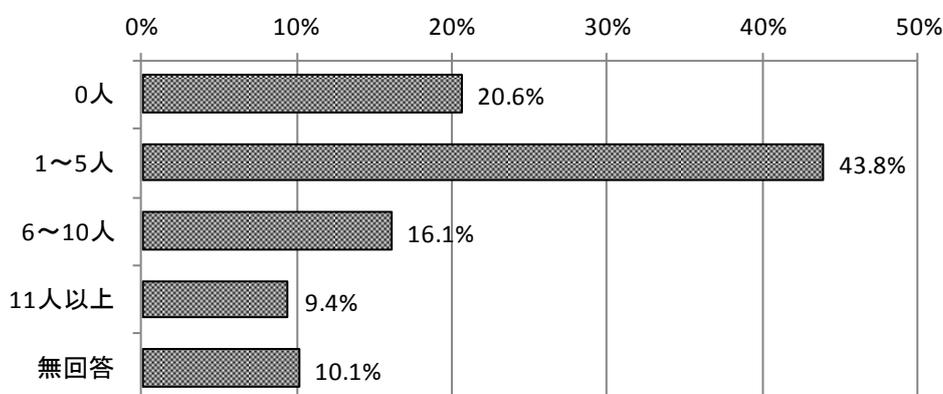
平成 26 年 4 月の短期集中リハビリテーション実施加算算定者数は平均 4.3 人であった。

図表 3-2-42 短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数(n=515)

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数	515	4.3	5.2	3.0

平成 26 年 4 月の短期集中リハビリテーション実施加算算定者数の分布をみると、「0 人」が 20.6%、「1～5 人」が 43.8%、「6～10 人」が 16.1%、「11 人以上」が 9.4%であった。

図表 3-2-43 短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数(n=573)



### ② 要介護度別 短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数

平成 26 年 4 月の短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数の要介護度別内訳をみると、「要介護 1」は平均 1.1 人、「要介護 2」は 1.2 人、「要介護 3」は 0.9 人、「要介護 4」は 0.7 人、「要介護 5」は 0.3 人であった。

図表 3-2-44 短期集中リハビリテーション実施加算の要介護度別算定者数(n=506)

	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
要介護 1	1.1	1.7	0.0
要介護 2	1.2	1.7	1.0
要介護 3	0.9	1.4	0.0
要介護 4	0.7	1.2	0.0
要介護 5	0.3	0.7	0.0
その他 (申請中等)	0.0	0.2	0.0

### ③ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定期間終了後の通所リハの利用状況

平成 26 年 4 月の短期集中リハビリテーション実施加算の算定者（1 事業所あたり平均 4.3 人）について、算定期間終了後の通所リハの利用状況をたずねたところ、「利用継続」が 1 事業所あたり平均 3.7 人であった。

通所リハビリテーションを終了した人は、小計で 0.5 人、その内訳をみると、「在宅生活の継続」は 0.1 人、「入院」は 0.2 人、「老健へ入所」は 0.1 人、「特養へ入所」は 0.0 人、「その他」は 0.1 人、「わからない」は 0.1 人であった。

図表 3-2-45 短期集中リハビリテーション実施加算の算定期間終了後の通所リハの利用状況

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数(再掲)	515	4.3	5.2	3.0
利用継続	513	3.7	4.5	2.0
利用終了(小計)	513	0.5	1.3	0.0
→在宅生活の継続	513	0.1	0.4	0.0
→入院	513	0.2	0.5	0.0
→老健へ入所	513	0.1	0.6	0.0
→特養へ入所	513	0.0	0.1	0.0
→その他	513	0.1	0.3	0.0
→わからない	513	0.1	0.5	0.0

## 2. 通所介護事業所の状況

### (1) 事業所の基本情報

#### ① 所在地

事業所が所在する都道府県別の回収状況は下表のとおりであった。都道府県別発送数の構成比と回収数の構成比に特に差は認められなかった。

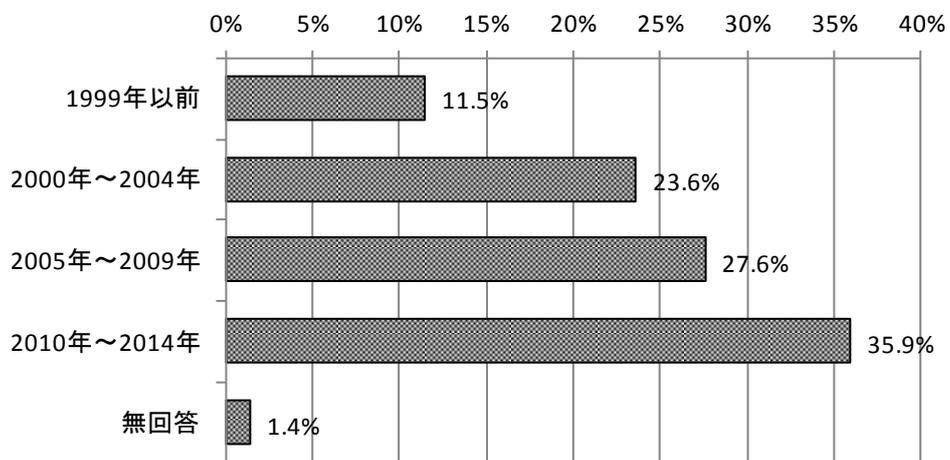
図表 3 - 2 - 46 所在地(n=504)

	発送数	構成比	回収数	構成比	回収率
北海道	43	4.3%	17	3.4%	39.5%
青森県	12	1.2%	7	1.4%	58.3%
岩手県	12	1.2%	4	0.8%	33.3%
宮城県	16	1.6%	9	1.8%	56.3%
秋田県	8	0.8%	5	1.0%	62.5%
山形県	10	1.0%	7	1.4%	70.0%
福島県	15	1.5%	6	1.2%	40.0%
茨城県	17	1.7%	7	1.4%	41.2%
栃木県	11	1.1%	5	1.0%	45.5%
群馬県	14	1.4%	8	1.6%	57.1%
埼玉県	39	3.9%	20	4.0%	51.3%
千葉県	37	3.7%	19	3.8%	51.4%
東京都	82	8.2%	34	6.7%	41.5%
神奈川県	44	4.4%	17	3.4%	38.6%
新潟県	20	2.0%	12	2.4%	60.0%
富山県	9	0.9%	5	1.0%	55.6%
石川県	13	1.3%	8	1.6%	61.5%
福井県	8	0.8%	5	1.0%	62.5%
山梨県	7	0.7%	6	1.2%	85.7%
長野県	19	1.9%	13	2.6%	68.4%
岐阜県	15	1.5%	8	1.6%	53.3%
静岡県	31	3.1%	14	2.8%	45.2%
愛知県	49	4.9%	26	5.2%	53.1%
三重県	17	1.7%	10	2.0%	58.8%
滋賀県	10	1.0%	4	0.8%	40.0%
京都府	16	1.6%	5	1.0%	31.3%
大阪府	78	7.8%	41	8.1%	52.6%
兵庫県	49	4.9%	25	5.0%	51.0%
奈良県	11	1.1%	5	1.0%	45.5%
和歌山県	9	0.9%	6	1.2%	66.7%
鳥取県	7	0.7%	5	1.0%	71.4%
島根県	8	0.8%	2	0.4%	25.0%
岡山県	20	2.0%	10	2.0%	50.0%
広島県	29	2.9%	14	2.8%	48.3%
山口県	15	1.5%	4	0.8%	26.7%
徳島県	9	0.9%	5	1.0%	55.6%
香川県	12	1.2%	7	1.4%	58.3%
愛媛県	14	1.4%	9	1.8%	64.3%
高知県	7	0.7%	2	0.4%	28.6%
福岡県	52	5.2%	28	5.6%	53.8%
佐賀県	9	0.9%	3	0.6%	33.3%
長崎県	16	1.6%	10	2.0%	62.5%
熊本県	23	2.3%	14	2.8%	60.9%
大分県	14	1.4%	7	1.4%	50.0%
宮崎県	12	1.2%	6	1.2%	50.0%
鹿児島県	15	1.5%	9	1.8%	60.0%
沖縄県	17	1.7%	11	2.2%	64.7%
合計	1,000	100.0%	504	100.0%	50.4%

## ② 事業開始年

事業開始年は、「1999年以前」が11.5%、「2000年～2004年」が23.6%、「2005年～2009年」が27.6%、「2010年～2014年」が35.9%であった。

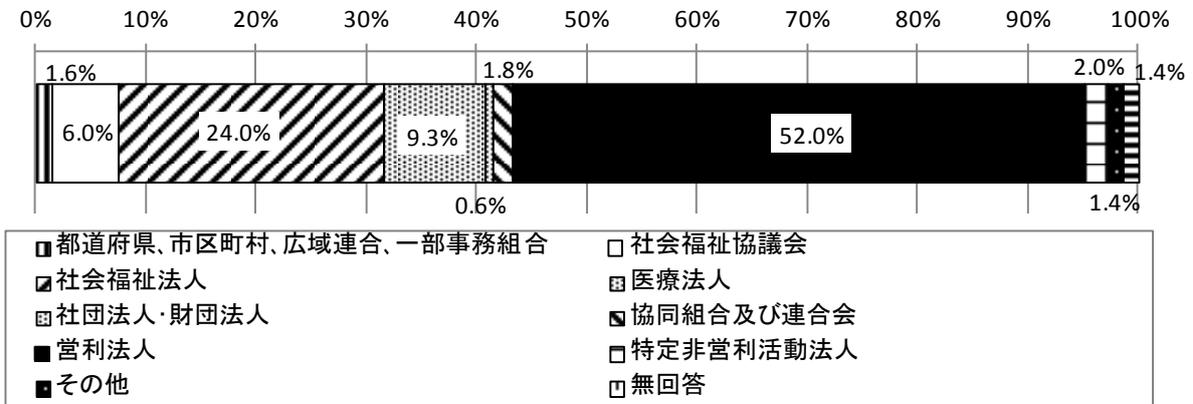
図表 3 - 2 - 47 事業開始年(n=504)



### ③ 開設主体

開設主体は、「営利法人」が 52.0%、「社会福祉法人」が 24.0%であった。

図表 3-2-48 開設主体(n=504)



参考：介護給付費実態調査 月報（2015年1月）との比較

	開設主体の法人種別										
	全体	都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合	社会福祉協議会	社会福祉法人	医療法人	財団法人・社団法人	協同組合及び連合会	営利法人	特定非営利活動法人	その他	無回答
本調査回答事業所全体	504	8	30	121	47	3	9	262	10	7	7
	100.0%	1.6%	6.0%	24.0%	9.3%	0.6%	1.8%	52.0%	2.0%	1.4%	1.4%
介護給付費実態調査月報	41,892	246	1,674	8,952	2,493	252	599	25,575	1,811	290	
	100.0%	0.6%	4.0%	21.4%	6.0%	0.6%	1.4%	61.0%	4.3%	0.7%	

※厚生労働省「介護給付費実態調査」における開設主体は以下の通りまとめた。

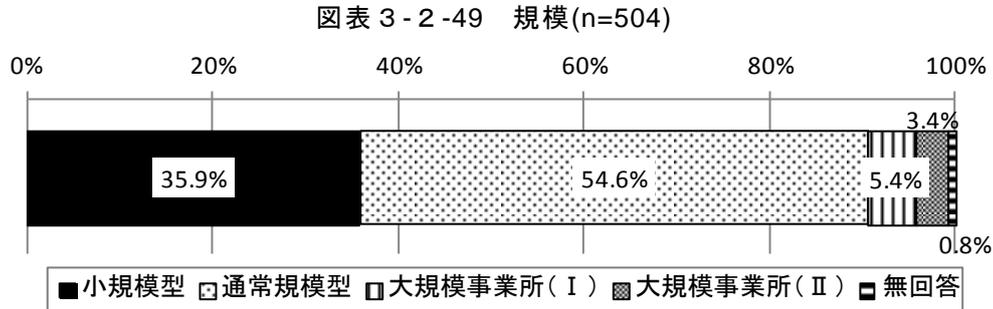
協同組合及び連合会：「農協」「生協」

その他：「その他法人」「非法人」「その他」

※本調査の対象の事業所は、個別機能訓練加算または運動器機能向上加算を算定している事業所であり、これらの事業所に対する一般的な全数調査は行われていないため、参考として、全通所介護事業所の開設主体の法人種別を掲載した。

#### ④ 規模

事業所の規模は、「通常規模型（月平均利用延人員数 300 人超 750 人以内）」が 54.6%、「小規模型（月平均利用延人員数 300 人以内）」が 35.9%であった。



参考：介護給付費実態調査（2014年1月）調査との比較（規模）

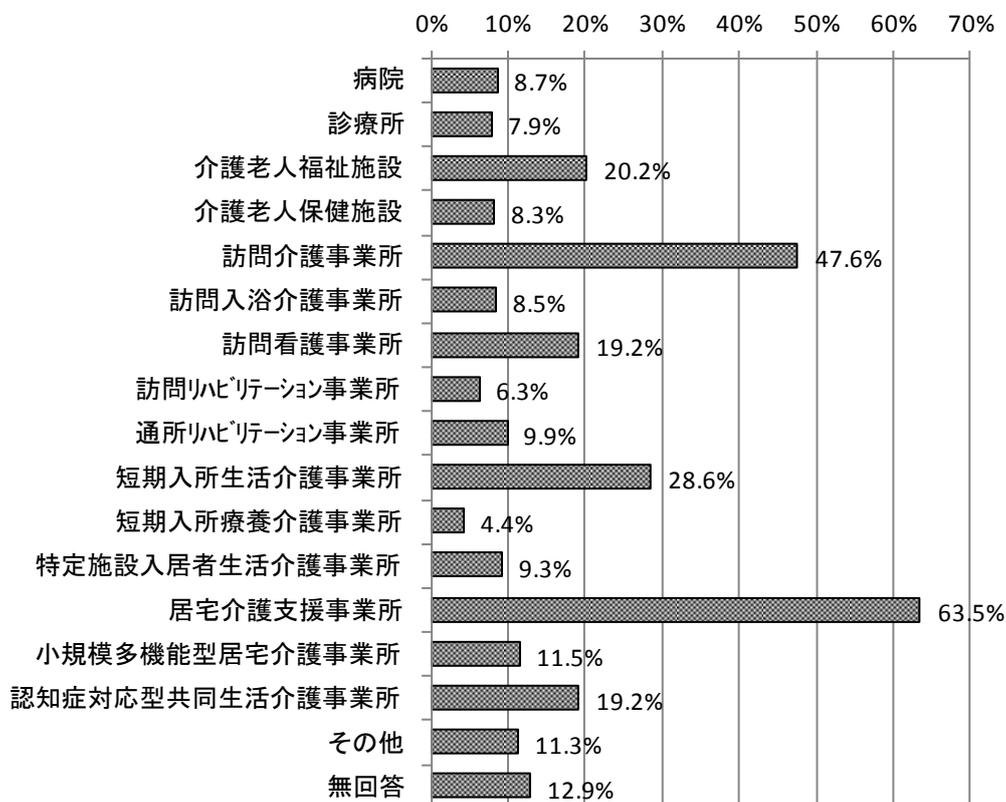
	小規模型	通常規模	大規模事業所（Ⅰ）	大規模事業所（Ⅱ）	無回答
本調査回答	181	275	27	17	4
病院全体	35.9%	54.6%	5.4%	3.4%	0.8%
介護給付費	23,258	15,956	1,222	731	
実態調査月報	56.5%	38.8%	3.0%	1.8%	

※本調査の対象の事業所は、個別機能訓練加算または運動器機能向上加算を算定している事業所であり、これらの事業所に対する一般的な全数調査は行われていないため、参考として、全通所介護事業所の開設主体の法人種別を掲載した。

⑤ 同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所

同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所は、「居宅介護支援事業所」が 63.5%、「訪問介護事業所」が 47.6%であった。

図表 3-2-50 同一または系列法人が他に経営する医療・介護施設・事業所（複数回答）(n=504)



## (2) 職員体制

### ① 職員数（常勤換算）

平成 26 年 7 月 1 日現在の職員体制は、「管理者」は平均 0.8 人、「生活相談員」は 1.3 人、「機能訓練指導員」は 1.1 人、「看護職員」は 1.0 人、「介護職員」は 4.8 人、「その他職員」は 0.6 人であった。合計は 9.6 人であった。

図表 3-2-51 職員数（常勤換算）（平成 26 年 7 月 1 日現在）

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
管理者	500	0.8	0.4	1.0
生活相談員	500	1.3	0.6	1.1
機能訓練指導員	500	1.1	0.8	1.0
医師	500	0.0	0.0	0.0
歯科医師	500	0.0	0.0	0.0
看護職員	500	1.0	0.8	1.0
介護職員	500	4.8	3.2	4.3
歯科衛生士	500	0.0	0.1	0.0
その他の職員	500	0.6	1.2	0.0
合計	500	9.6	4.6	9.0

### ② 機能訓練指導員の資格別人数

平成 26 年 7 月 1 日現在の職員体制のうち、機能訓練指導員の資格別人数をみると、「看護師」は平均 0.4 人、「准看護師」は 0.3 人、「理学療法士」は 0.2 人、「作業療法士」は 0.1 人、「言語聴覚士」は 0.0 人、「柔道整復師」は 0.2 人、「あん摩マッサージ指圧師」は 0.1 人であった。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計は平均 0.3 人であった。

図表 3-2-52 機能訓練指導員の資格別人数

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
看護師	480	0.4	0.6	0.1
准看護師	480	0.3	0.5	0.0
理学療法士	480	0.2	0.5	0.0
作業療法士	480	0.1	0.3	0.0
言語聴覚士	480	0.0	0.1	0.0
柔道整復師	480	0.2	0.5	0.0
あん摩マッサージ指圧師	480	0.1	0.3	0.0

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
（再掲） 理学療法士+作業療法士+言語聴覚士	480	0.3	0.7	0.0

### (3) 利用者の状況

#### ① 定員

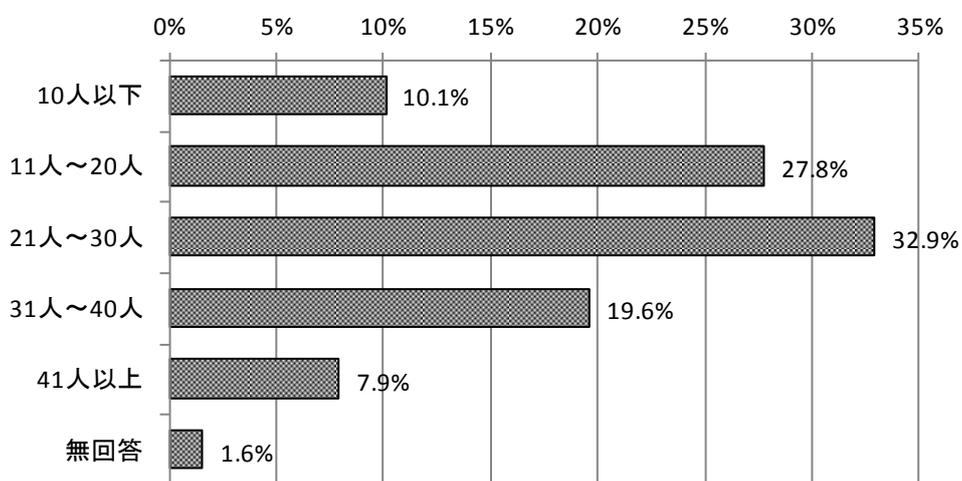
平成 26 年 6 月 1 日時点の 1 日あたりの定員数は平均 26.6 人であった。

図表 3 - 2 - 53 定員

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
1 日あたりの定員	496	26.6	12.2	25.0

平成 26 年 6 月 1 日時点の 1 日あたりの定員数の分布をみると、「10 人以下」が 10.1%、「11 人～20 人」が 27.8%、「21 人～30 人」が 32.9%、「31～40 人」が 19.6%、「41 人以上」が 7.9%であった。

図表 3 - 2 - 54 定員(n=504)



## ② 利用登録者数

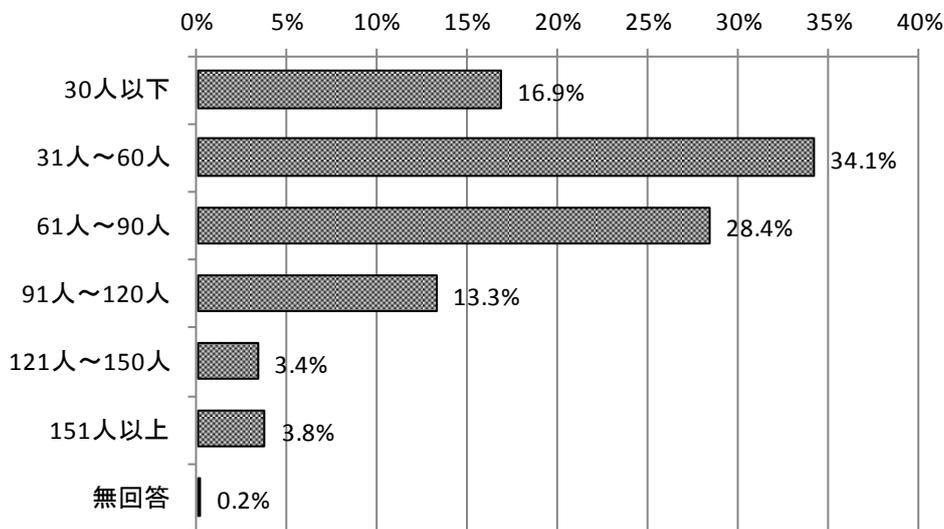
平成 26 年 6 月 1 日時点の利用登録者数は平均 66.2 人であった。

図表 3 - 2 - 55 利用登録者数

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
平成 26 年 6 月 1 日時点の利用登録者数	503	66.2	38.7	60.0

平成 26 年 6 月 1 日時点の利用登録者数の分布をみると、「30 人以下」が 16.9%、「31 人～60 人」が 34.1%、「61 人～90 人」が 28.4%、「91 人～120 人」が 13.3%、「121 人～150 人」が 3.4%、「151 人以上」が 3.8%であった。

図表 3 - 2 - 56 利用登録者数(n=504)



## ③ 要介護度別 利用登録者数

平成 26 年 6 月 1 日時点の要介護度別利用登録者数は、「要支援 1」は平均 8.9 人、「要支援 2」は 10.1 人、「要介護 1」は 16.4 人、「要介護 2」は 14.1 人、「要介護 3」は 8.1 人、「要介護 4」は 4.8 人、「要介護 5」は 2.8 人であった。

図表 3 - 2 - 57 要介護度別 利用登録者数

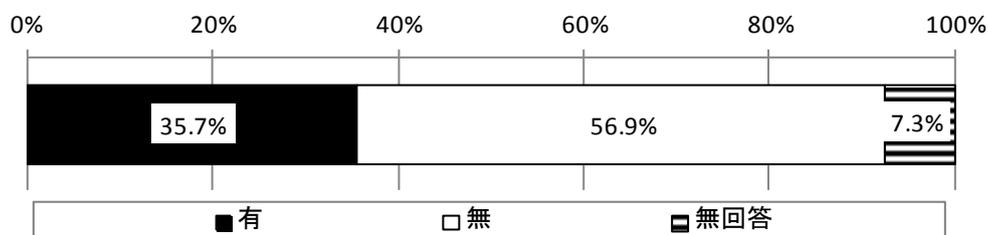
	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
要支援 1	499	8.9	12.0	5.0
要支援 2	499	10.1	9.5	7.0
要介護 1	499	16.4	10.8	15.0
要介護 2	499	14.1	9.7	12.0
要介護 3	499	8.1	6.5	7.0
要介護 4	499	4.8	4.8	4.0
要介護 5	499	2.8	3.5	2.0
その他 (申請中等)	499	0.7	2.5	0.0

#### (4) 加算の状況

##### ① 個別機能訓練加算（I）

平成26年6月分の個別機能訓練加算（I）の算定は、「有」が35.7%であった。

図表 3-2-58 個別機能訓練加算（I）(n=504)



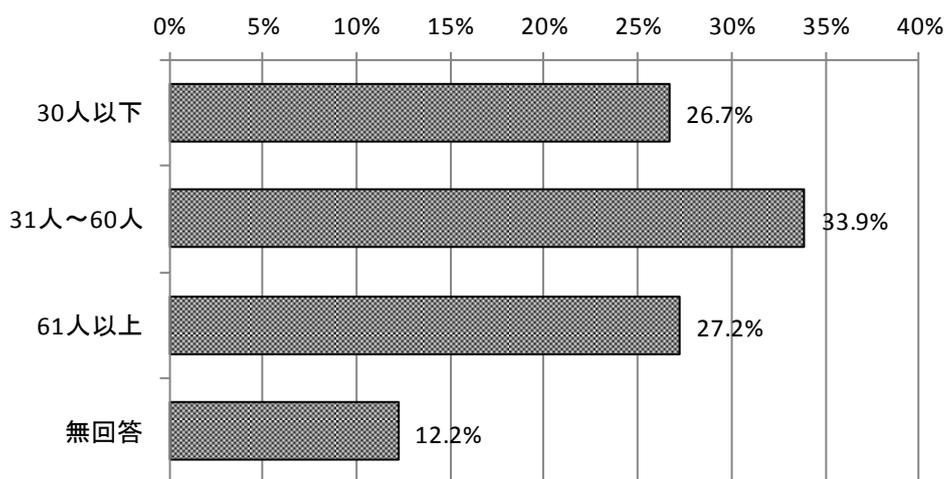
個別機能訓練加算（I）の算定人数は平均49.8人、算定回数は平均310.4回であった。

図表 3-2-59 （個別機能訓練加算（I）有の場合）算定人数・回数

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
個別機能訓練加算 I_人数	158	49.8	31.5	46.0
	件数	平均値（回）	標準偏差	中央値（回）
個別機能訓練加算 I_回数	147	310.4	215.2	299.0

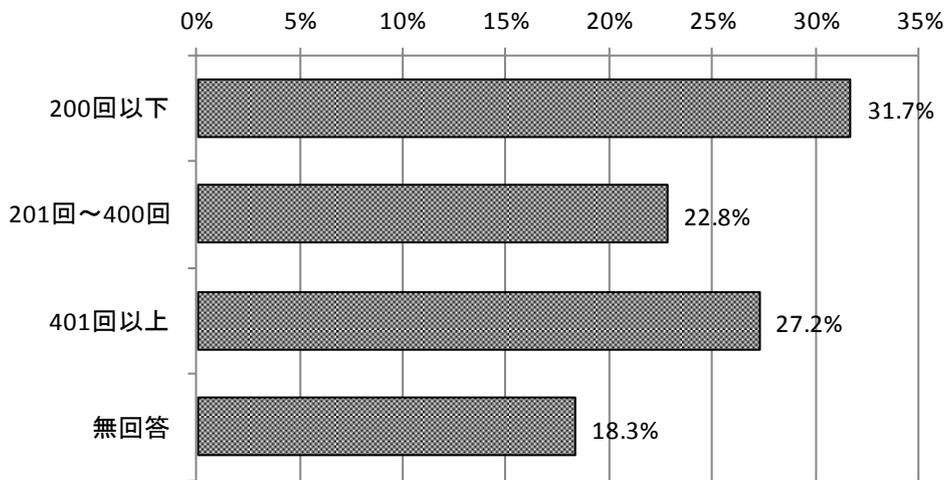
個別機能訓練加算（I）の算定人数の分布をみると、「30人以下」が26.7%、「31人～60人」が33.9%、「61人以上」が27.2%であった。

図表 3-2-60 （個別機能訓練加算（I）有の場合）算定人数(n=178)



個別機能訓練加算（Ⅰ）の算定回数の分布をみると、「200回以下」が31.7%、「201回～400回」が22.8%、「401回以上」が27.2%であった。

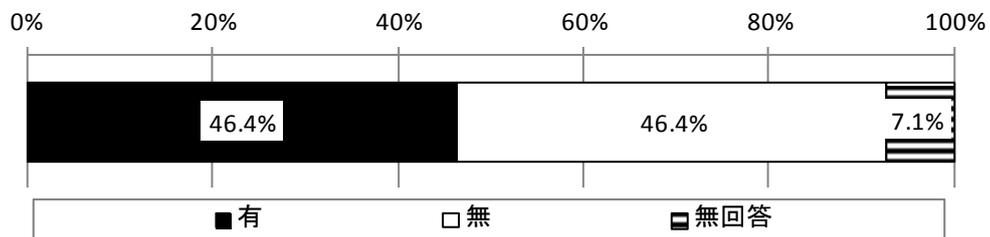
図表 3 - 2 - 61 （個別機能訓練加算（Ⅰ）有の場合）算定回数(n=178)



② 個別機能訓練加算（Ⅱ）

平成 26 年 6 月分の個別機能訓練加算（Ⅱ）の算定は、「有」が46.4%であった。

図表 3 - 2 - 62 個別機能訓練加算（Ⅱ）(n=504)



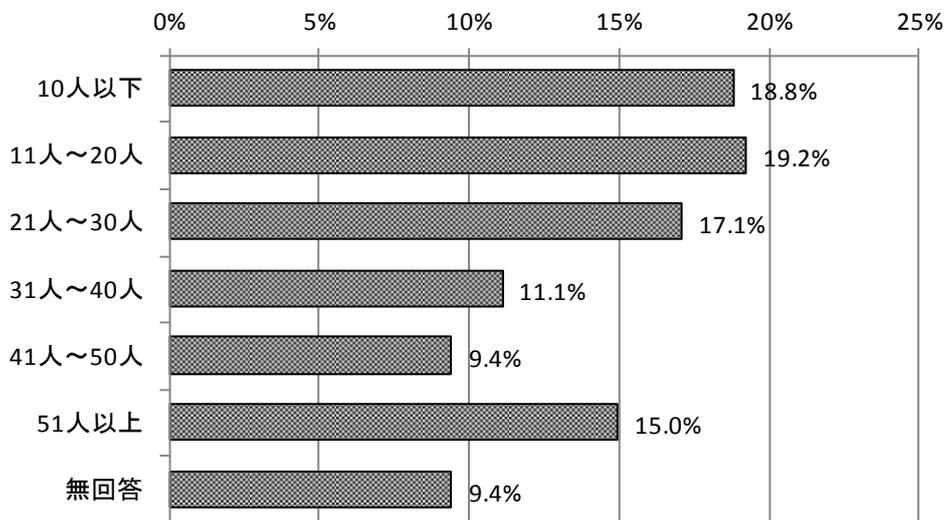
個別機能訓練加算（Ⅱ）の算定人数は平均 30.0 人、算定回数は平均 229.5 回であった。

図表 3 - 2 - 63 （個別機能訓練加算（Ⅱ）有の場合）算定人数・回数

	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
個別機能訓練加算Ⅱ_人数	212	30.0	23.0	25.0
	件数	平均値(回)	標準偏差	中央値(回)
個別機能訓練加算Ⅱ_回数	193	229.5	197.6	180.0

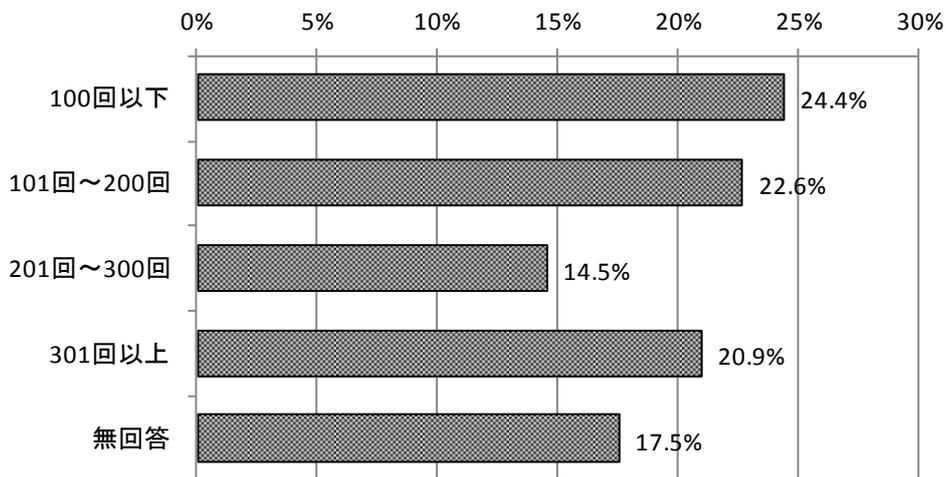
個別機能訓練加算（Ⅱ）の算定人数の分布をみると、「10人以下」が18.8%、「11人～20人」が19.2%、「21人～30人」が17.1%であった。

図表 3 - 2 - 64 （個別機能訓練加算（Ⅱ）有の場合）算定人数(n=234)



個別機能訓練加算（Ⅱ）の算定回数の分布をみると、「100回以下」が24.4%、「101回～200回」が22.6%、「201回～300回」は14.5%、「301回以上」が20.9%であった。

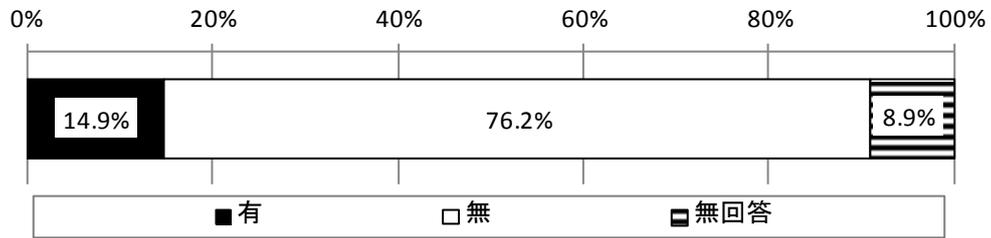
図表 3 - 2 - 65 （個別機能訓練加算（Ⅱ）有の場合）算定回数(n=234)



③ 口腔機能向上加算（介護予防）

平成 26 年 6 月分の口腔機能向上加算の算定は、「有」が 14.9%であった。

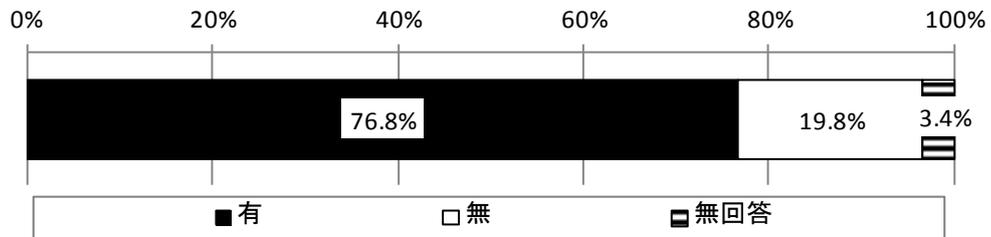
図表 3 - 2 - 66 口腔機能向上加算(n=504)



④ 運動器機能向上加算（介護予防）

平成 26 年 6 月分の運動機能向上加算の算定は、「有」が 76.8%であった。

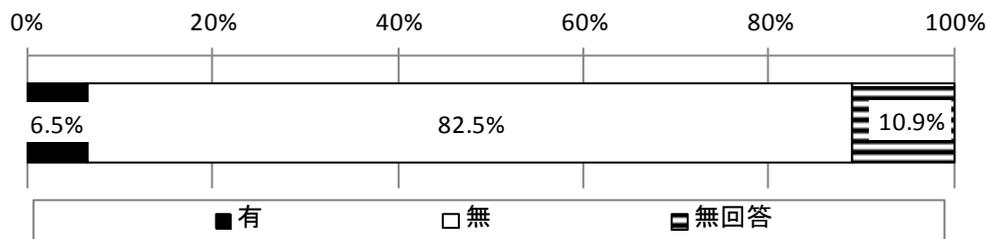
図表 3 - 2 - 67 運動器機能向上加算(n=504)



⑤ 選択的サービス複数実施加算（介護予防）

平成 26 年 6 月分の選択的サービス複数実施加算の算定は、「有」が 6.5%であった。

図表 3 - 2 - 68 選択的サービス複数実施加算(n=504)



### 第3節 外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の特性等

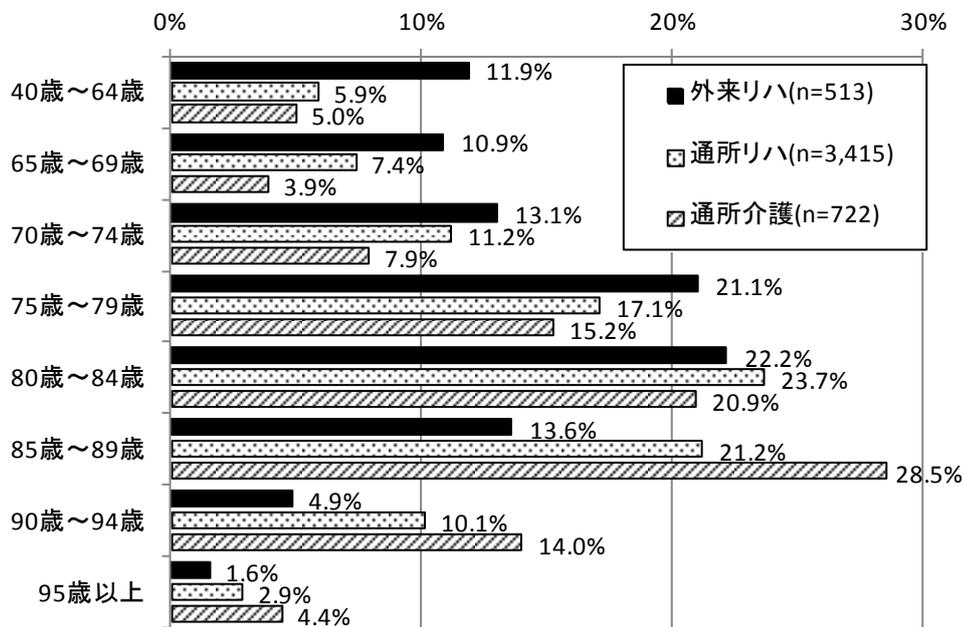
#### 1. 外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の基本属性・基本情報等

ここでは、外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の基本情報等を整理した。なお、外来リハの調査票と通所リハ・通所介護の調査票の項目は一部異なっている。

##### ① 年齢

患者・利用者の年齢は、「外来リハ」は平均値で76.2歳、「通所リハ」は80.1歳、「通所介護」は82.3歳であった。

図表3-3-1 年齢



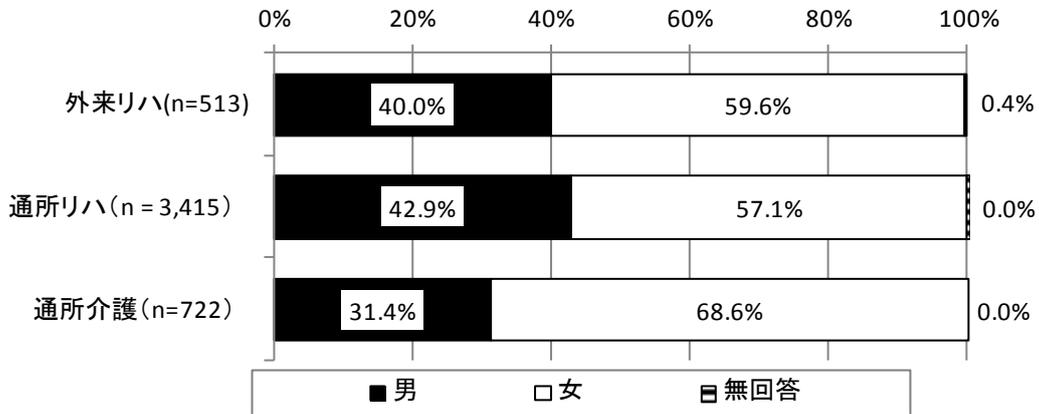
単位：歳

	件数	平均値	標準偏差	中央値
外来リハ	509	76.2	10.3	78.0
通所リハ	3,394	80.1	9.1	81.0
通所介護	721	82.3	8.9	84.0

② 性別

性別は、いずれも女性が多く、「外来リハ」は 59.6%、「通所リハ」は 57.1%、「通所介護」は 68.6%であった。

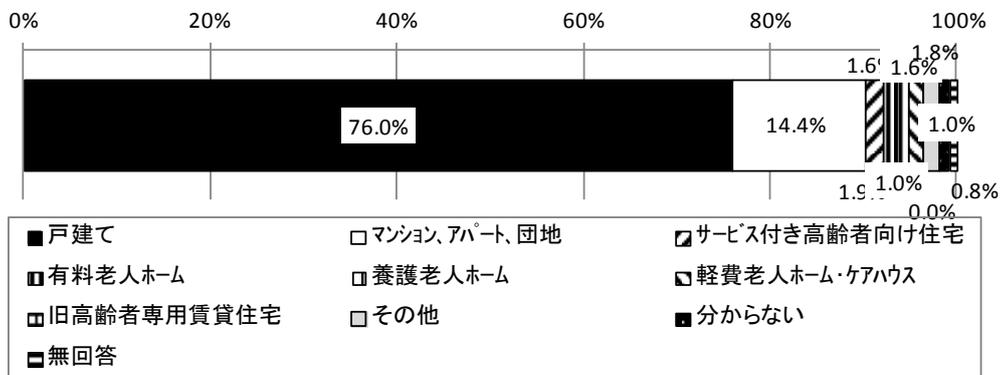
図表 3 - 3 - 2 性別



③ 住まい（外来リハのみ）

外来リハ患者の住まいの形態は、「戸建て」が 76.0%で最も割合が高く、次いで「マンション、アパート、団地」が 14.4%であった。

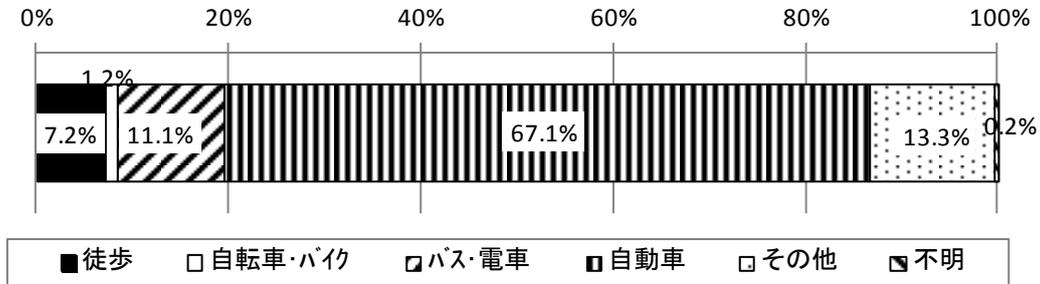
図表 3 - 3 - 3 （外来リハ）住まい(n=513)



④ 病院までの主な通院手段（外来リハのみ）

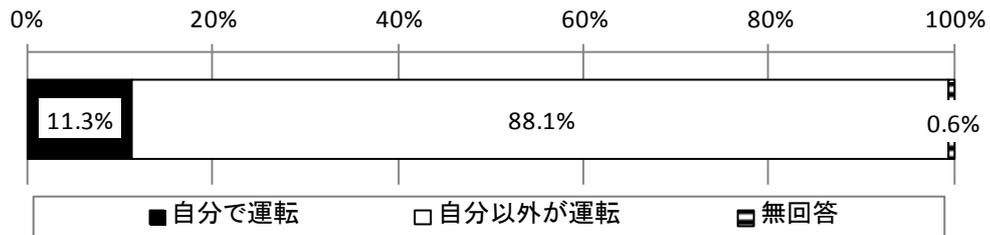
外来リハ患者の病院までの主な通院手段は、「自動車」が 67.1%で最も割合が高く、次いで「バス・電車」が 11.1%であった。

図表 3 - 3 - 4 （外来リハ）病院までの主な通院手段(n=513)



外来リハ患者のうち通院手段が自動車の場合、自動車の運転者は、「自分以外が運転」が 88.1%、「自分で運転」が 11.3%であった。

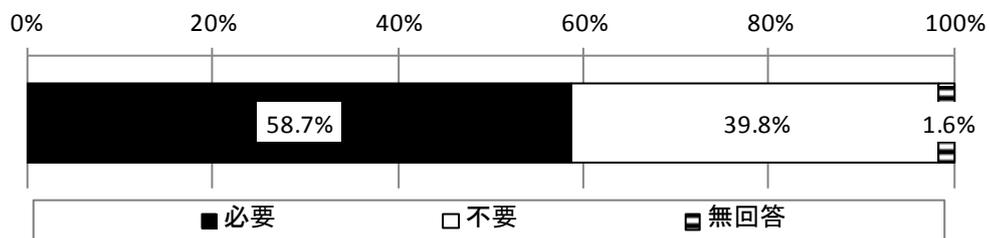
図表 3 - 3 - 5 （外来リハ）（自動車の場合）自動車の運転者(n=344)



⑤ 通院介助の必要性（外来リハのみ）

外来リハ患者の通院介助の必要性は、「必要」が 58.7%、「不要」が 39.8%であった。

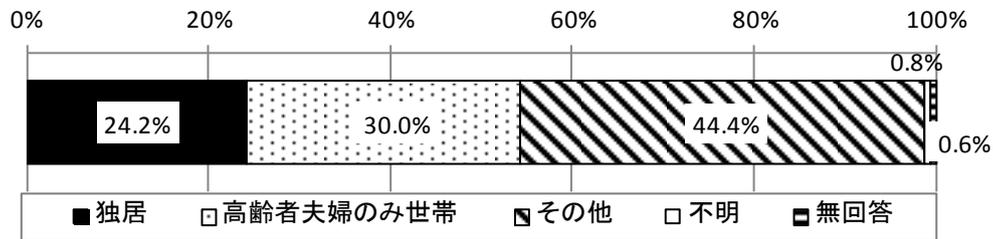
図表 3 - 3 - 6 （外来リハ）通院介助の必要性(n=513)



⑥ 世帯構成（外来リハのみ）

外来リハ患者の世帯構成は、「高齢者夫婦のみ世帯」が 30.0%、「独居」が 24.2%、「その他」が 44.4%であった。

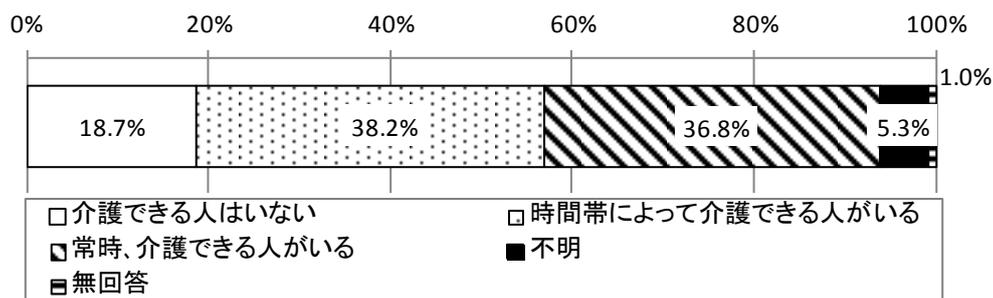
図表 3-3-7 （外来リハ）世帯構成（n=513）



⑦ 介護力（外来リハのみ）

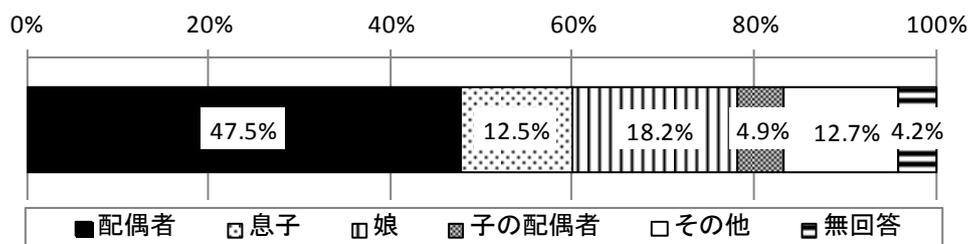
外来リハ患者に対する介護力は、「時間帯によって介護できる人がいる」が 38.2%、「常時、介護できる人がいる」が 36.8%、「介護できる人はいない」が 18.7%であった。

図表 3-3-8 （外来リハ）介護力（n=513）



外来リハ患者に対する介護力で「時間帯によって介護できる人がいる」「常時、介護できる人がいる」場合、主な介護者は、「配偶者」が 47.5%で最も割合が高く、次いで「娘」が 18.2%であった。

図表 3-3-9 （外来リハ）（「時間帯によって介護できる人がいる」・「常時、介護できる人がいる」場合）主な介護者（n=385）

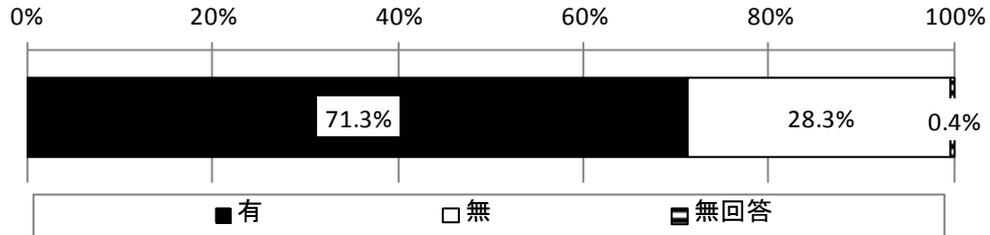


⑧ 外来リハビリ開始前の入院の状況

1) 外来リハビリ開始前の入院の有無

外来リハ患者について、外来リハビリ開始前の入院の有無は、「有」が 71.3%であった。

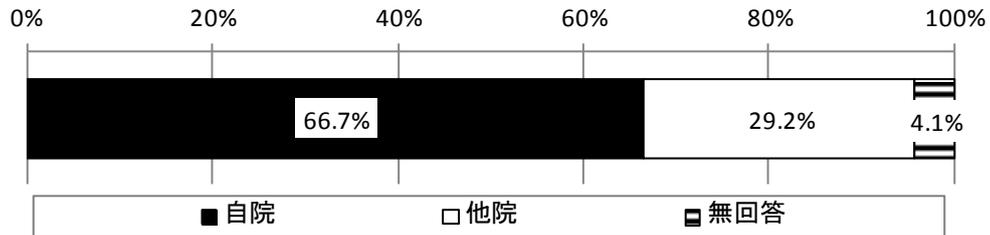
図表 3-3-10 (外来リハ) 外来リハビリ開始前の入院の有無(n=513)



2) 入院場所

外来リハビリ開始前に入院「有」の場合、入院場所は、「自院」が 66.7%、「他院」が 29.2%であった。

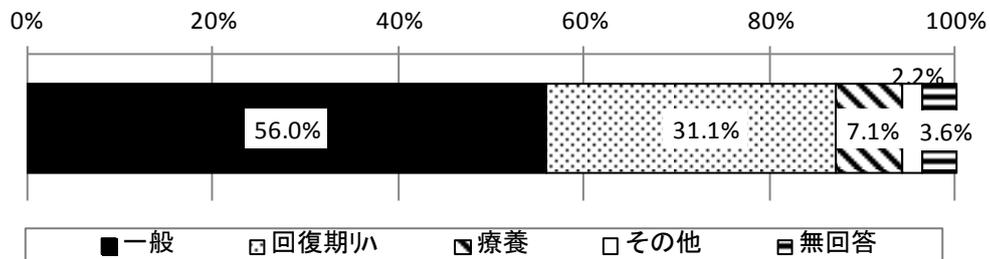
図表 3-3-11 (外来リハ) (有の場合) 入院場所(n=366)



3) 入院していた病床種類

外来リハビリ開始前に入院「有」の場合、入院していた病床種類は、「一般」が 56.0%、「回復期リハ」が 31.1%、「療養」が 7.1%であった。

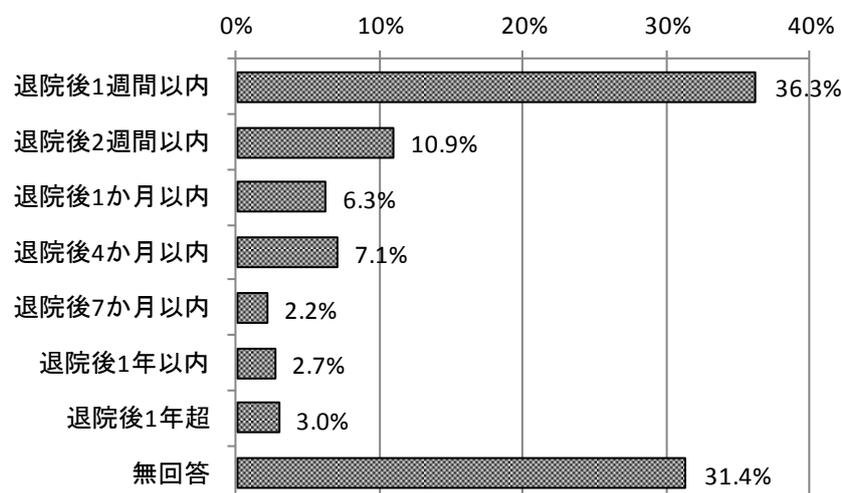
図表 3-3-12 (外来リハ) (有の場合) 入院していた病床種類(n=366)



#### 4) 退院後外来リハビリ開始までの期間

外来リハ患者について、退院後外来リハビリ開始までの期間は、「退院後1週間以内」が36.3%、「退院後2週間以内」が10.9%であった。

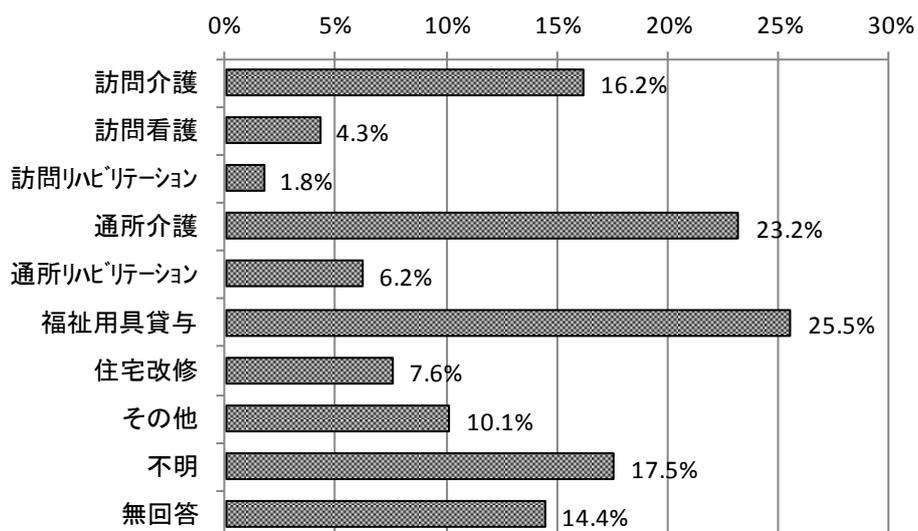
図表 3-3-13 (外来リハ) 退院後外来リハビリ開始までの期間(n=366)



#### ⑨ 介護保険サービスの利用実績 (外来リハのみ)

外来リハ患者について、外来リハの介護保険サービスの利用実績は、「福祉用具貸与」が25.5%で最も割合が高く、次いで「通所介護」が23.2%、「訪問介護」が16.2%であった。

図表 3-3-14 (外来リハ) 介護保険サービス利用実績 (複数回答) (n=513)



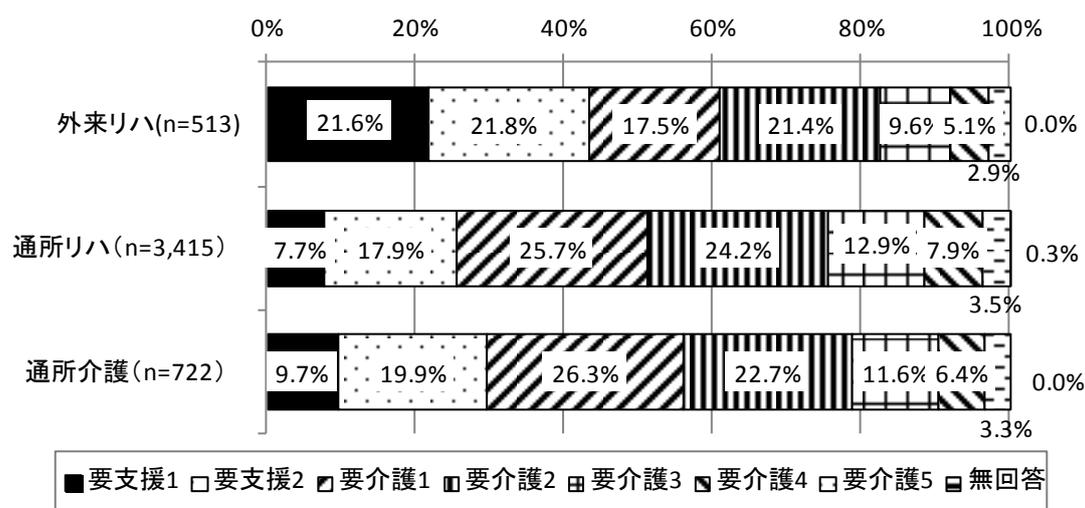
## 2. 外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の自立度・要介護度等

### ① 要介護度

外来リハの患者の要介護度は「要支援2」が21.8%、「要支援1」(21.6%)と合わせると43.4%であった。

通所リハ、通所介護の利用者の要介護度は、いずれも「要介護1」(25.7%、26.3%)、「要介護2」(24.2%、22.7%)、「要支援2」(17.9%、19.9%)の割合が高かった。

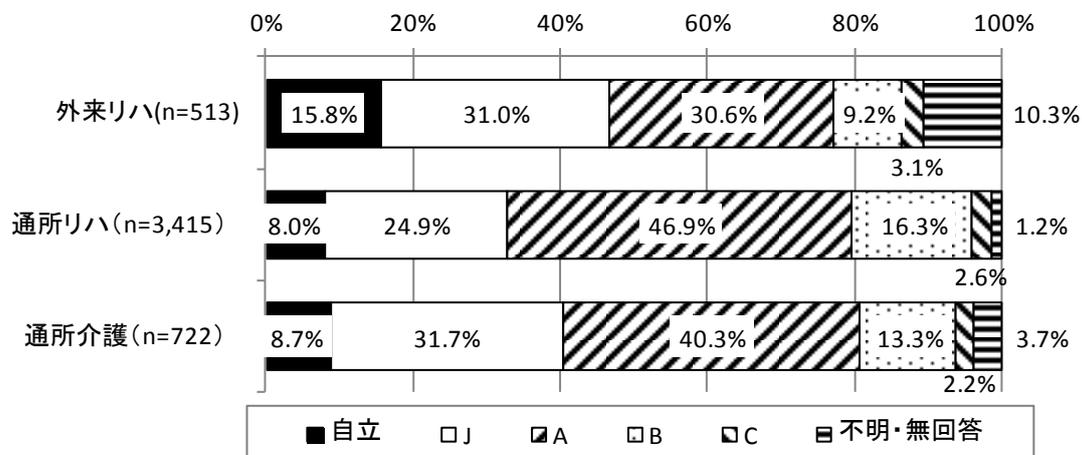
図表 3-3-15 (通所リハ・通所介護) 要介護度



### ② 障害高齢者の日常生活自立度

通所リハ、通所介護の利用者の障害高齢者の日常生活自立度は、いずれも「A」の割合が高く、「通所リハ」は46.9%、「通所介護」は40.3%であった。

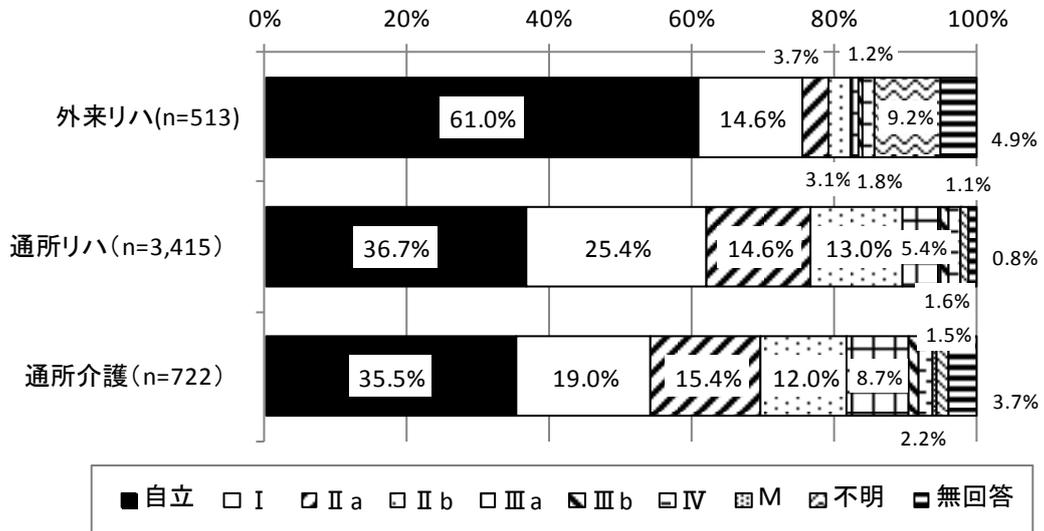
図表 3-3-16 障害高齢者の日常生活自立度



### ③ 認知症高齢者の日常生活自立度

外来リハの患者、通所リハ、通所介護の利用者について、認知症高齢者の日常生活自立度をみると、「外来リハ」は「自立」の割合が61.0%で比較的高かった。「通所リハ」、「通所介護」は「外来リハ」と比較して、「Ⅱ a」の割合が高かった(14.6%、15.4%)。

図表 3 - 3 - 17 認知症高齢者の日常生活自立度

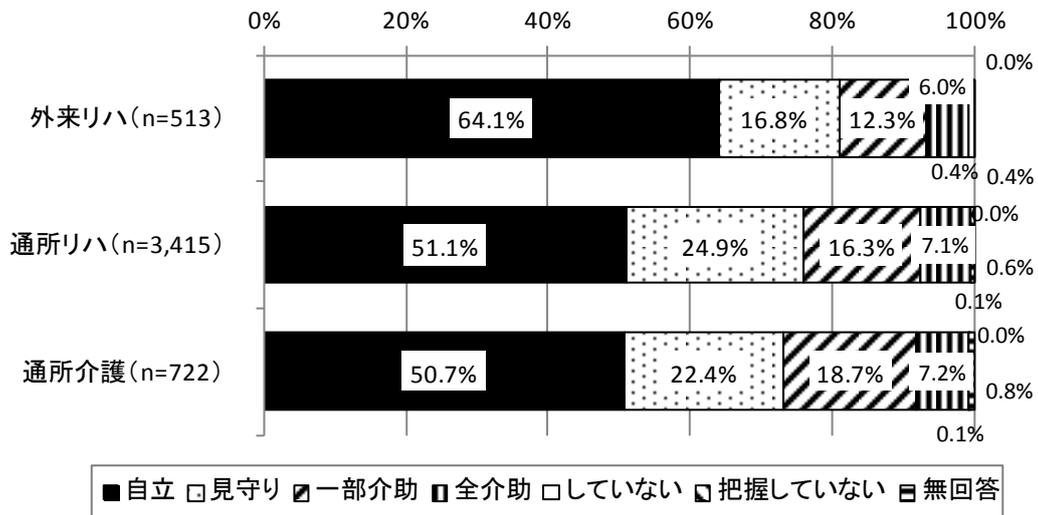


#### ④ ADLの実行状況

##### 1) 移動

「移動」の実行状況について、「外来リハ」の患者は「自立」が64.1%、「通所リハ」の利用者は51.1%、「通所介護」の利用者は50.7%であった。

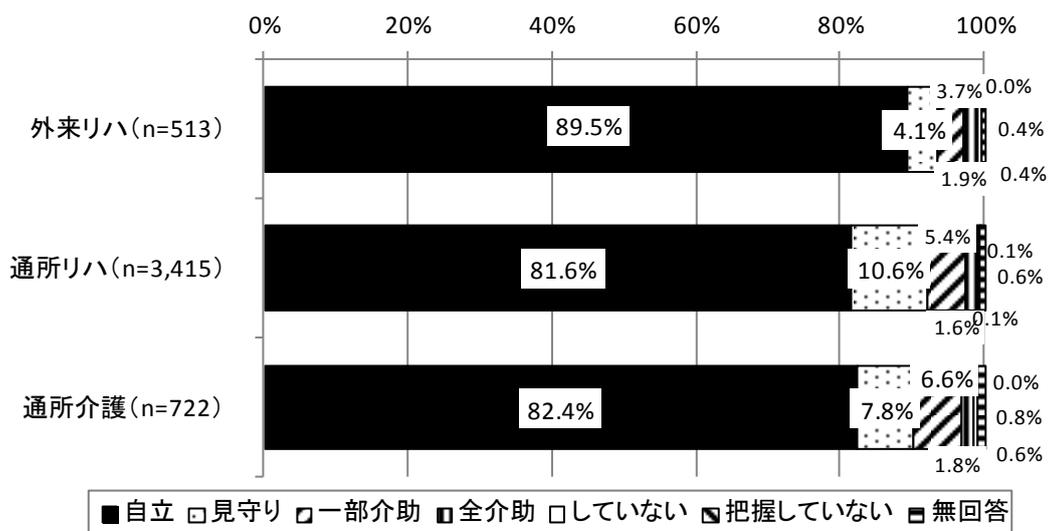
図表 3-3-18 ADLの実行状況：移動



##### 2) 食事

「食事」の実行状況は、「外来リハ」の患者は「自立」が89.5%、「通所リハ」の利用者は81.6%、「通所介護」の利用者は82.4%であった。

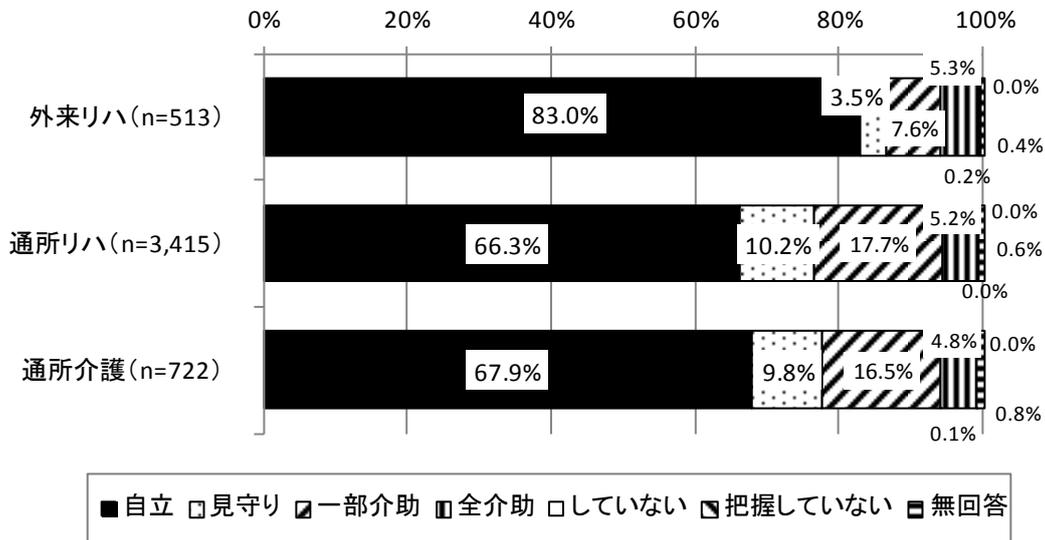
図表 3-3-19 ADLの実行状況：食事



### 3) 排泄

「排泄」の実行状況は、「外来リハ」の患者は「自立」が83.0%で、「通所リハ」の利用者は66.3%、「通所介護」の利用者は67.9%であった。

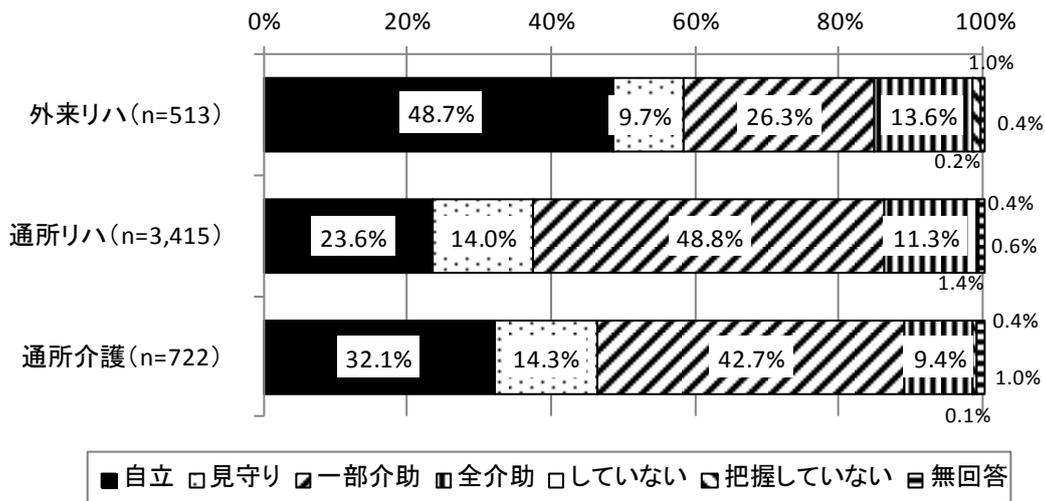
図表 3-3-20 ADLの実行状況：排泄



### 4) 入浴

「入浴」の実行状況は、「外来リハ」の患者は「自立」が48.7%で最も多かった。通所リハ、通所介護の利用者は、いずれも「一部介助」の割合が高く、「通所リハ」は48.8%、「通所介護」は42.7%であった。

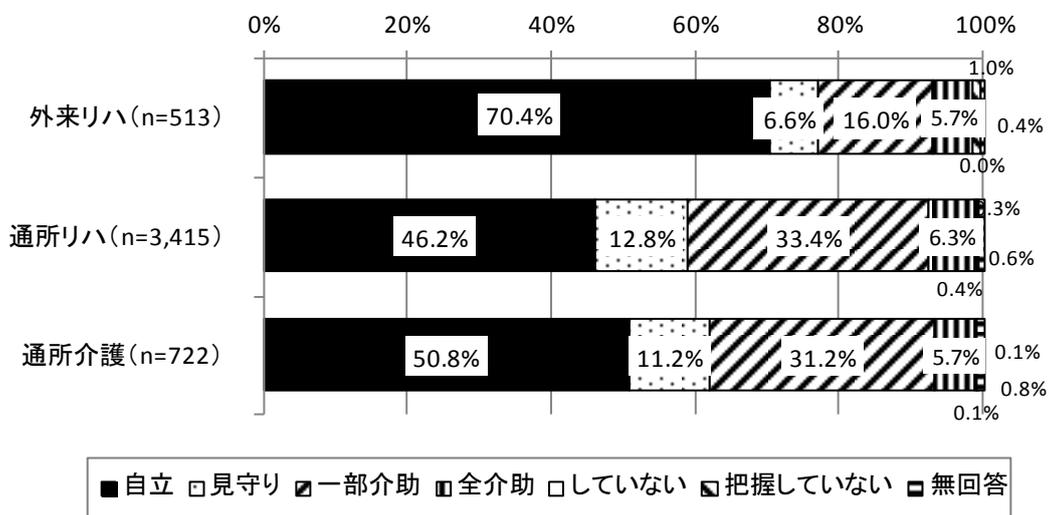
図表 3-3-21 ADLの実行状況：入浴



## 5) 着替え

「着替え」の実行状況は、外来リハの患者は「自立」が70.4%、「通所リハ」の利用者は46.2%、「通所介護」の利用者は50.8%であった。

図表 3-3-22 ADLの実行状況：着替え

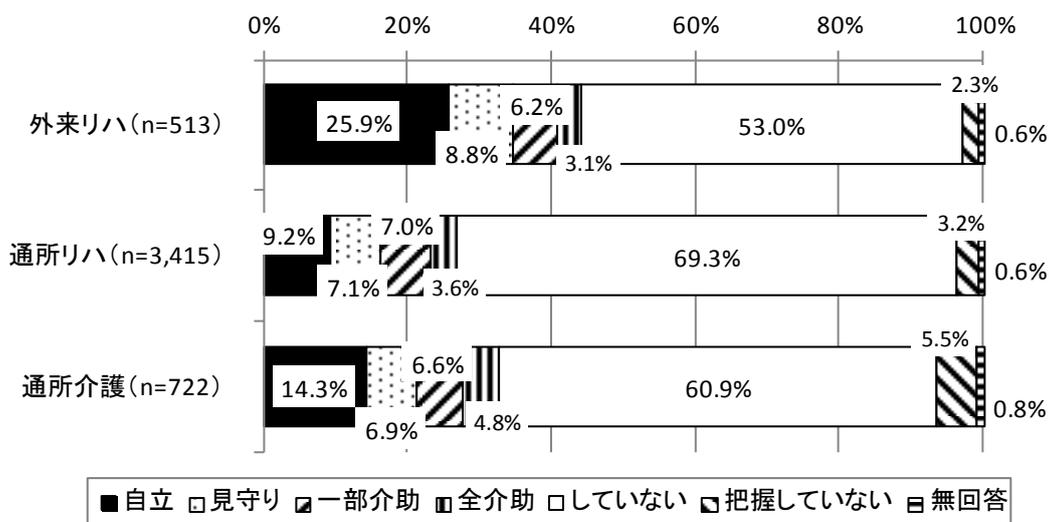


## ⑤ IADLの実行状況

### 1) バスや電車で一人で外出

「バスや電車で一人で外出」の実行状況は、「外来リハ」の患者は、「していない」が53.0%、「通所リハ」の利用者は69.3%、「通所介護」の利用者は60.9%であった。

図表 3-3-23 IADLの実行状況：バスや電車で一人で外出

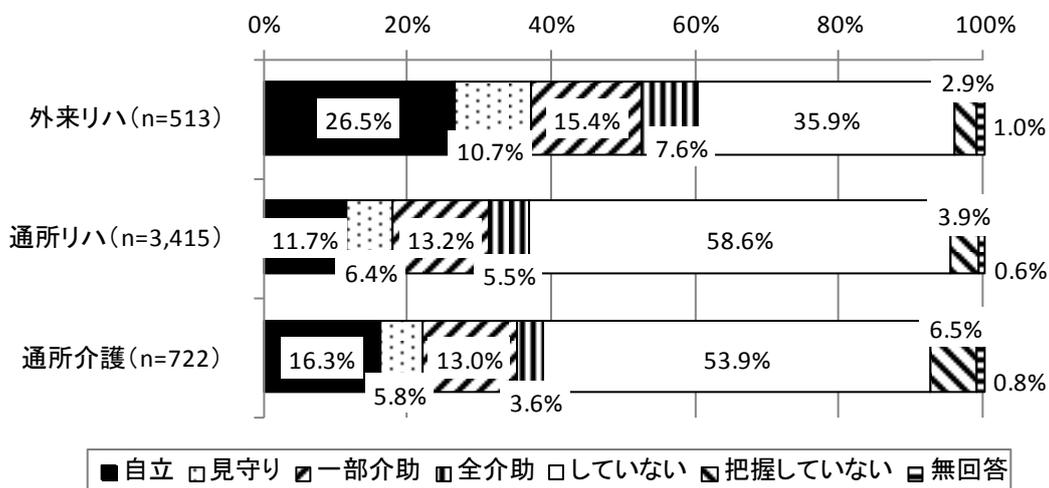


## 2) 日用品の買い物

「日用品の買い物」の実行状況は、「外来リハ」の患者は「していない」が 35.9%、「自立」が 26.5%であった。

「通所リハ」の利用者は「していない」が 58.6%、「通所介護」は 53.9%であった。

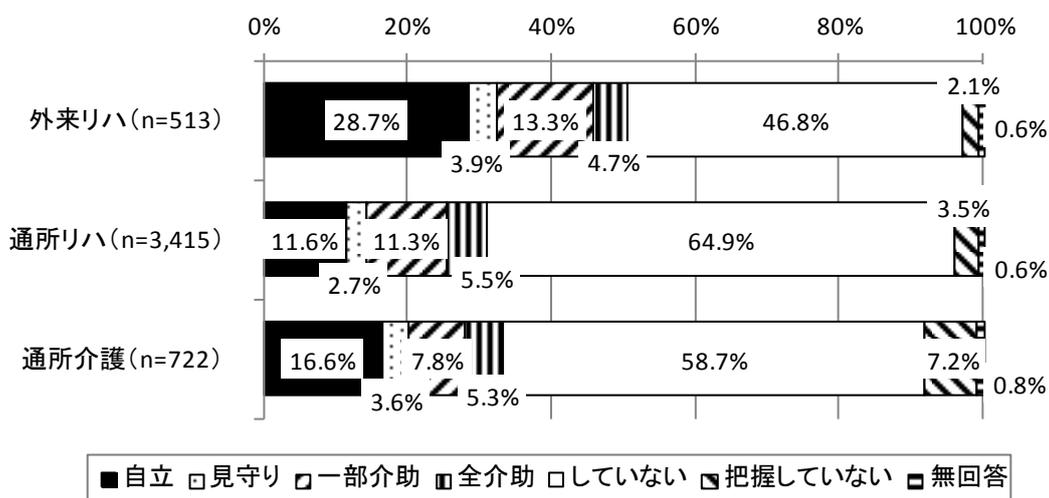
図表 3-3-24 IADLの実行状況：日用品の買い物



## 3) 食事の支度

「食事の支度」の実行状況は、「外来リハ」の患者は「していない」が 46.8%、「通所リハ」の利用者は 64.9%、「通所介護」の利用者は 58.7%であった。

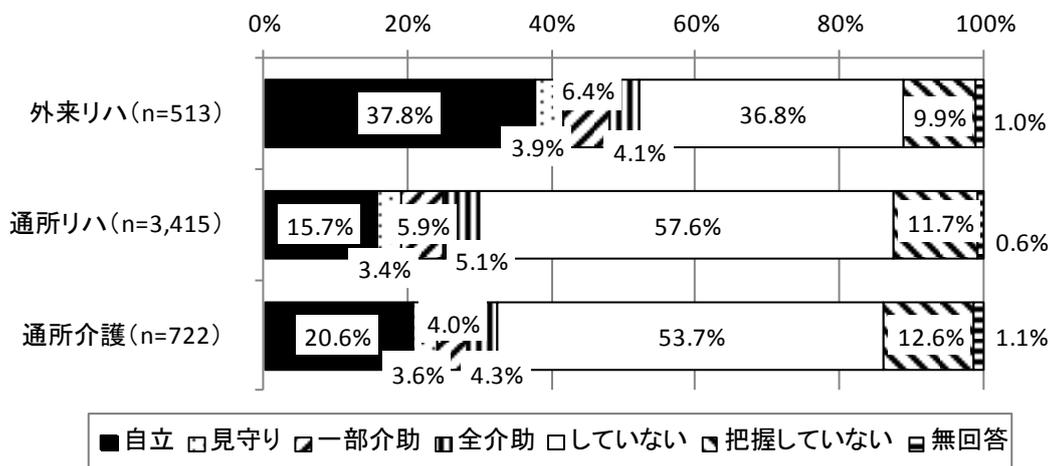
図表 3-3-25 IADLの実行状況：食事の支度



#### 4) 請求書の支払い

「請求書の支払い」の実行状況は、外来リハの患者は「自立」が37.8%であった。通所リハ、通所介護の利用者は、いずれも「していない」の割合が高く、「通所リハ」は57.6%、「通所介護」は53.7%であった。

図表 3-3-26 IADLの実行状況：請求書の支払い

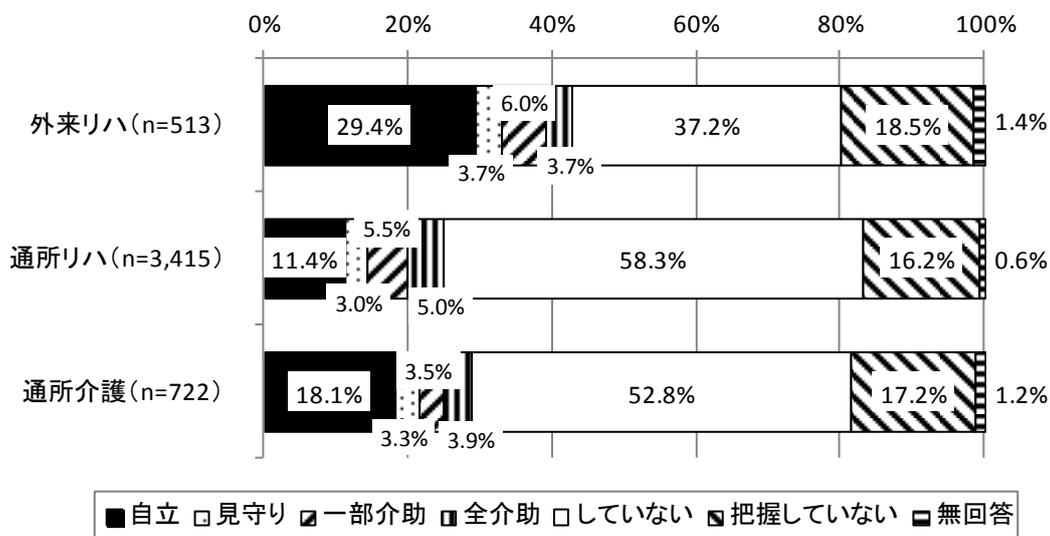


#### 5) 預貯金の出し入れ

「預貯金の出し入れ」の実行状況は、「外来リハ」の患者は「自立」が29.4%、「していない」が37.2%であった。

通所リハ、通所介護の利用者は、いずれも「していない」の割合が高く、「通所リハ」は58.3%、「通所介護」は52.8%であった。

図表 3-3-27 IADLの実行状況：預貯金の出し入れ

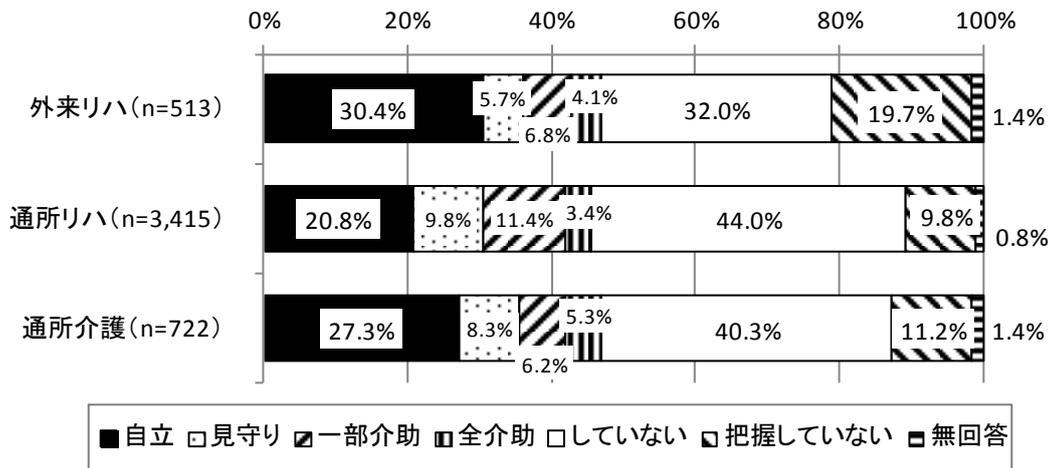


6) 年金などの書類書き

「年金などの書類書き」の実行状況は、「外来リハ」の患者は「自立」が30.4%であった。

通所リハ、通所介護の利用者の「年金などの書類書き」の実行状況は、いずれも「していない」の割合が高く、「通所リハ」は44.0%、「通所介護」は40.3%であった。

図表 3-3-28 IADLの実行状況：年金などの書類書き



### 3. 外来リハの患者と通所リハ・通所介護の利用者の傷病・心身の状況等

#### ① 傷病

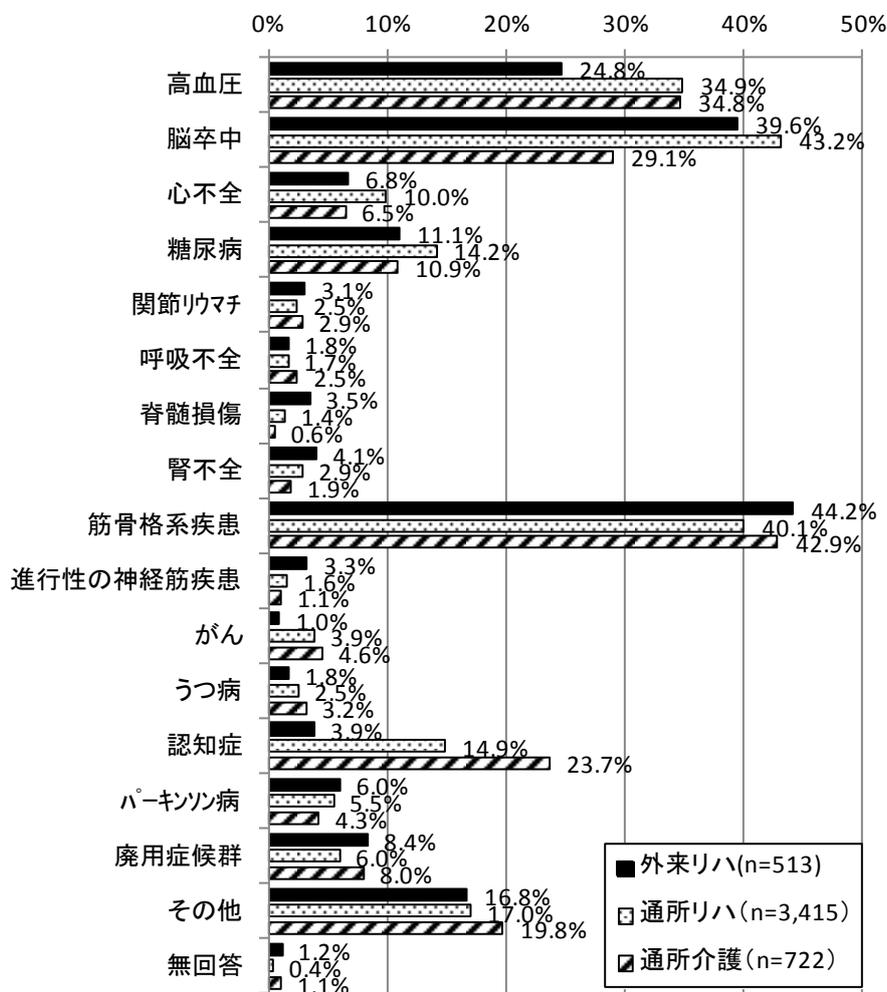
傷病の状況は、「外来リハ」患者では、「筋骨格系疾患」が44.2%で最も割合が高く、次いで「脳卒中」が39.6%、「高血圧」が24.8%であった。

「通所リハ」の利用者では、「脳卒中」が43.2%で最も割合が高く、次いで「筋骨格系疾患」が40.1%、「高血圧」が34.9%であった。

「通所介護」の利用者は、「筋骨格系疾患」が42.9%で最も割合が高く、次いで「高血圧」が34.8%、「脳卒中」が29.1%であった。

「通所介護」の利用者は他と比較して「認知症」の割合が高く、「脳卒中」の割合が低かった。

図表 3-3-29 傷病（複数回答）



図表 3-3-30 (外来リハ) 傷病別 年齢

	件数	平均	標準偏差	中央値
全体	509	76.2	10.3	78.0
高血圧	127	76.2	11.0	78.0
脳卒中	201	72.8	11.3	74.0
心不全	35	78.1	11.8	81.0
糖尿病	57	76.1	9.5	77.0
関節リウマチ	16	77.3	7.6	81.0
呼吸不全	9	81.0	9.7	80.0
脊髄損傷	18	74.3	11.6	77.0
腎不全	21	73.6	9.2	75.0
筋骨格系疾患	226	80.6	6.9	81.0
進行性の神経筋疾患	17	67.1	9.0	66.0
がん	5	82.0	3.4	83.0
うつ病	9	73.8	9.6	71.0
認知症	20	84.8	5.0	85.5
パーキンソン病	31	74.5	9.1	75.0
廃用症候群	42	81.3	6.7	82.0
その他	85	76.4	9.7	76.0

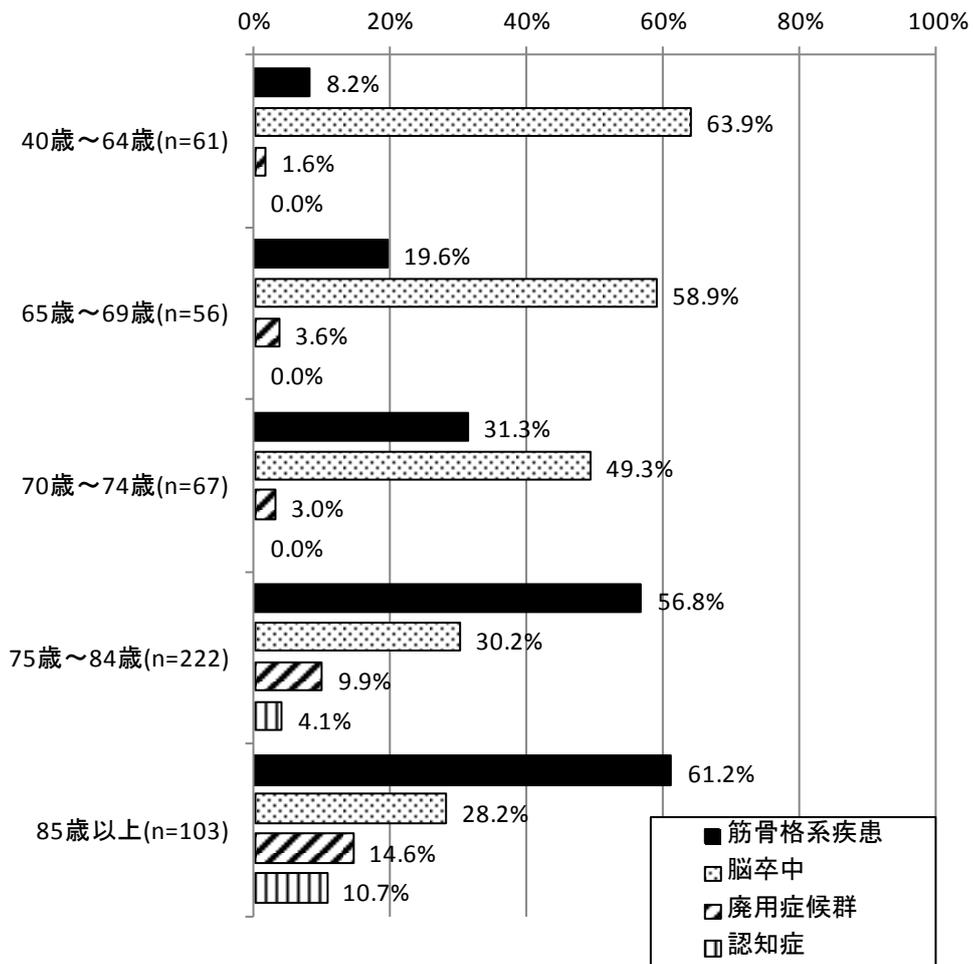
図表 3-3-31 (通所リハ) 傷病別 年齢

	件数	平均	標準偏差	中央値
全体	3,394	80.1	9.1	81.0
高血圧	1,182	81.1	8.8	82.0
脳卒中	1,469	76.5	9.6	78.0
心不全	339	84.0	7.5	85.0
糖尿病	481	77.8	8.7	79.0
関節リウマチ	84	79.9	7.7	82.0
呼吸不全	55	83.4	8.5	85.0
脊髄損傷	47	77.3	9.0	77.0
腎不全	99	79.1	10.7	81.0
筋骨格系疾患	1,363	83.6	6.9	84.0
進行性の神経筋疾患	55	72.7	10.1	71.0
がん	133	81.4	7.5	82.0
うつ病	87	79.2	7.0	79.0
認知症	506	83.9	6.5	84.0
パーキンソン病	187	78.8	7.4	79.0
廃用症候群	204	82.9	7.9	84.0
その他	577	80.5	8.9	81.0

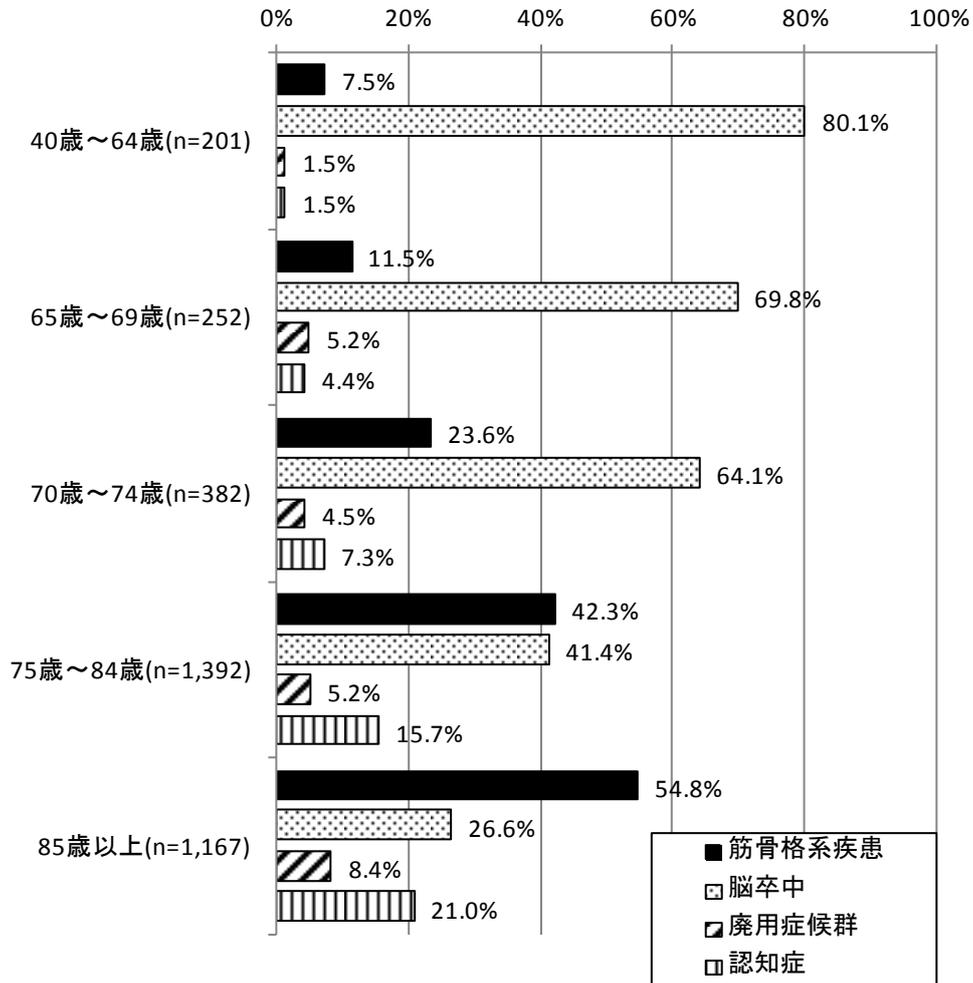
図表 3-3-32 (通所介護) 傷病別 年齢

	件数	平均	標準偏差	中央値
全体	721	82.3	8.9	84.0
高血圧	250	84.0	7.4	85.0
脳卒中	210	77.0	10.0	78.0
心不全	46	86.3	6.8	88.0
糖尿病	79	81.8	8.3	82.0
関節リウマチ	21	82.0	10.6	84.0
呼吸不全	18	83.9	5.9	85.5
脊髄損傷	4	80.3	7.6	80.5
腎不全	14	82.4	7.1	83.5
筋骨格系疾患	309	84.9	6.5	86.0
進行性の神経筋疾患	8	71.5	11.4	76.5
がん	33	83.8	7.8	85.0
うつ病	23	79.8	7.6	82.0
認知症	171	85.8	6.0	86.0
パーキンソン病	31	80.8	7.1	82.0
廃用症候群	58	84.6	6.5	86.0
その他	143	83.9	7.3	85.0

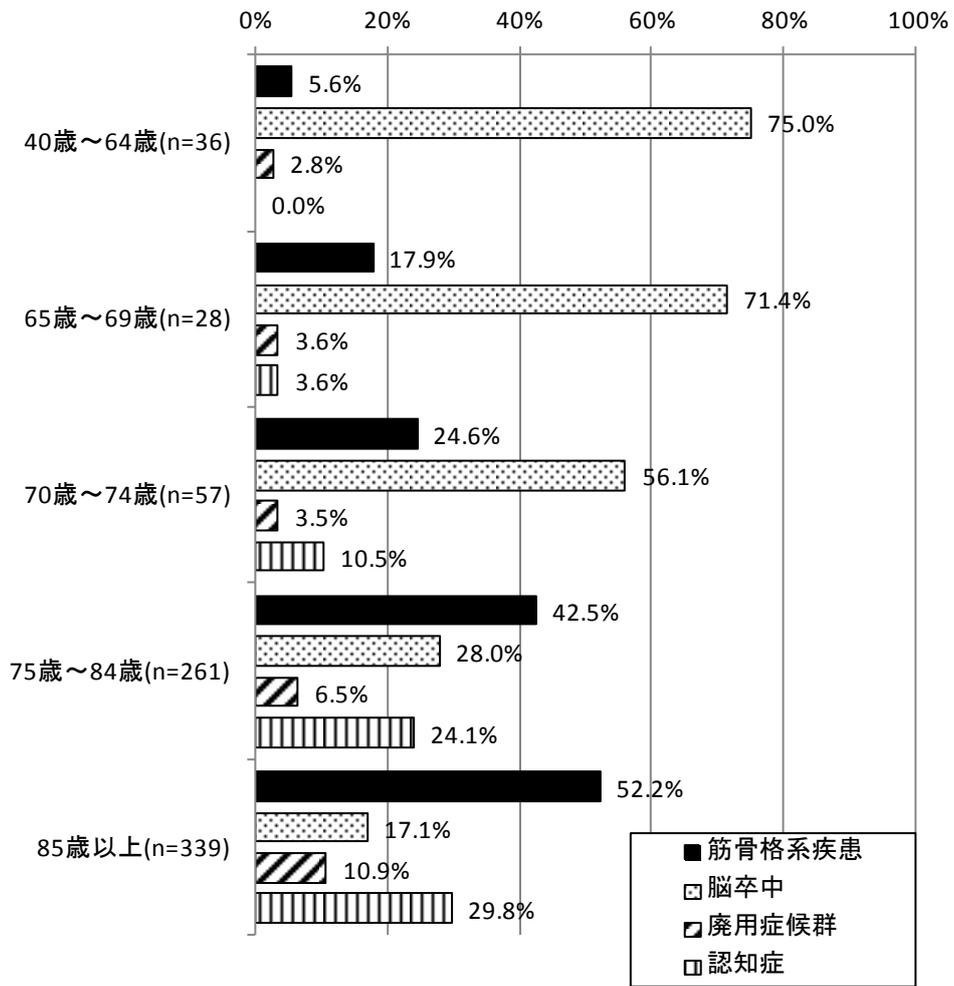
図表 3 - 3 - 33 (外来リハ) 年齢別 主な傷病 (複数回答)



図表 3 - 3 - 34 (通所リハ) 年齢別 主な傷病 (複数回答)



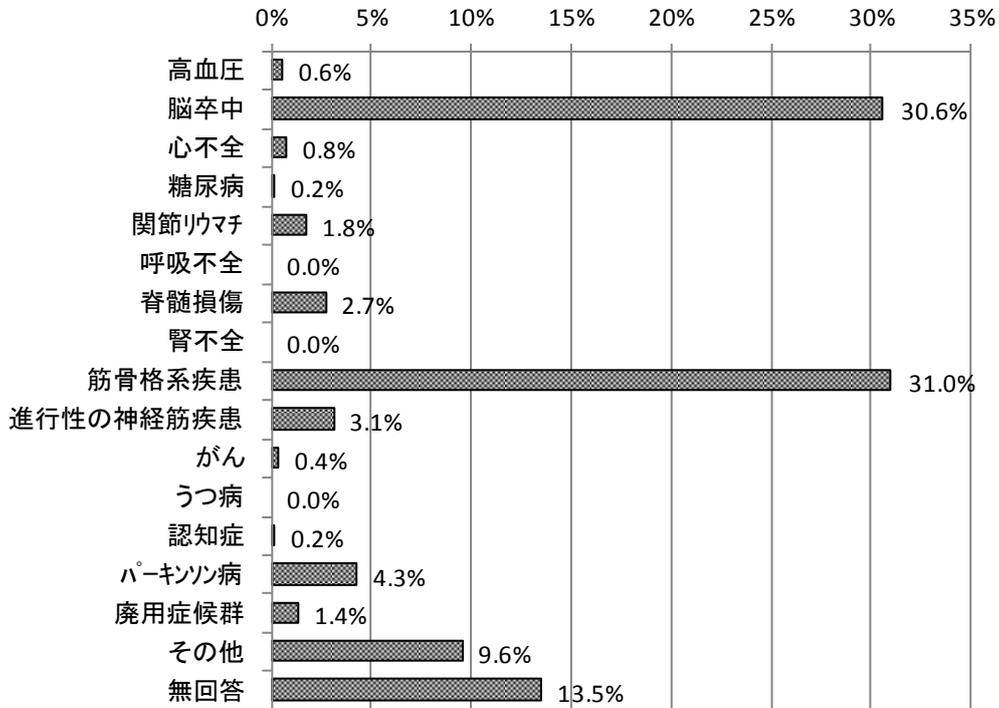
図表 3 - 3 - 35 (通所介護) 年齢別 主な傷病 (複数回答)



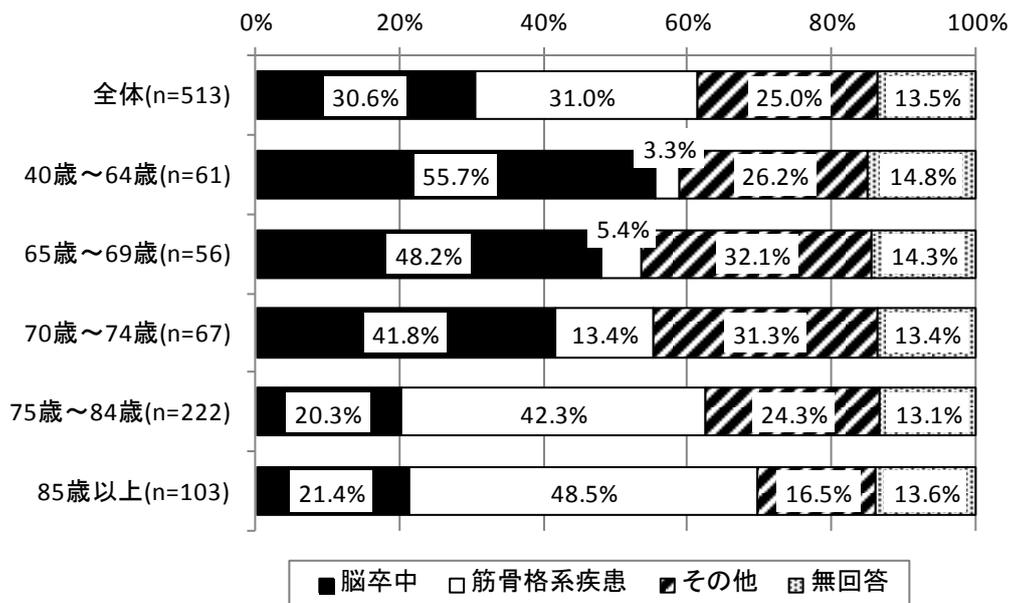
② リハビリ実施の原因の主な傷病（外来リハのみ）

外来リハの患者のリハビリ実施の原因の主な傷病は、「筋骨格系疾患」が 31.0%で最も割合が高く、次いで「脳卒中」が 30.6%であった。

図表 3-3-36 （外来リハ）リハビリ実施の原因の主な傷病（単数回答）(n=513)



図表 3-3-37 （外来リハ）年齢別 リハビリ実施の原因の主な傷病（単数回答）

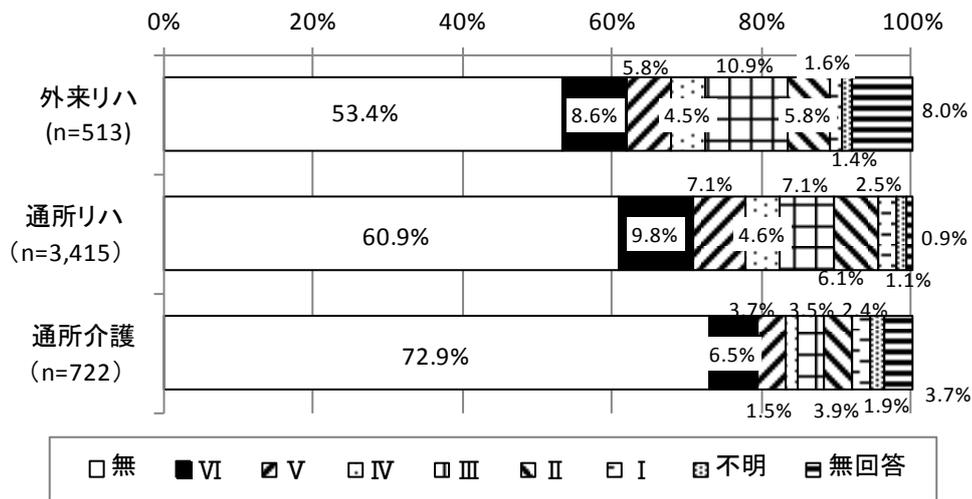


③ 障害の有無・程度

1) 片麻痺（上肢）

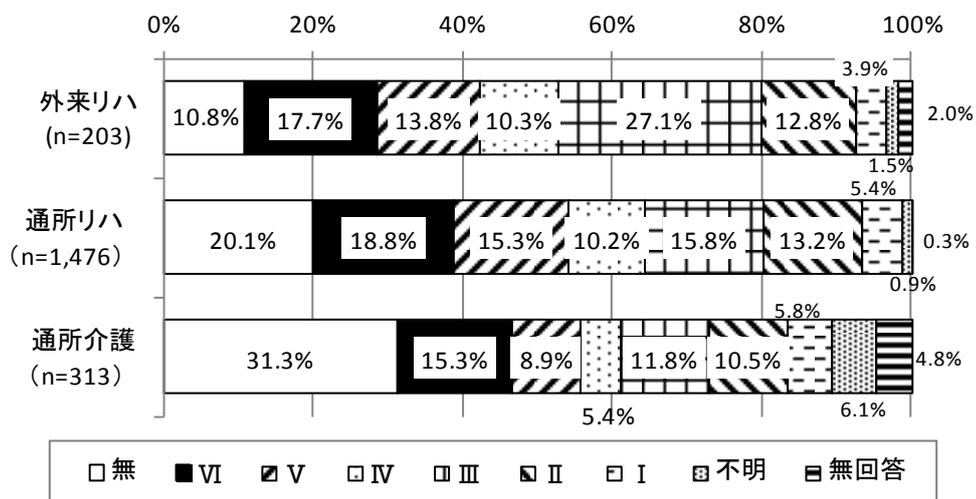
上肢の片麻痺（B R S T）の状況は、「外来リハ」は「無」が 53.4%、「通所リハ」が 60.9%、「通所介護」が 72.9%であった。

図表 3-3-38 片麻痺（B R S T）上肢



傷病が脳卒中の場合に限定して、片麻痺（B R S T）上肢の状況を見ると、「外来リハ」で「無」が 10.8%、「通所リハ」が 20.1%、「通所介護」が 31.3%であった。

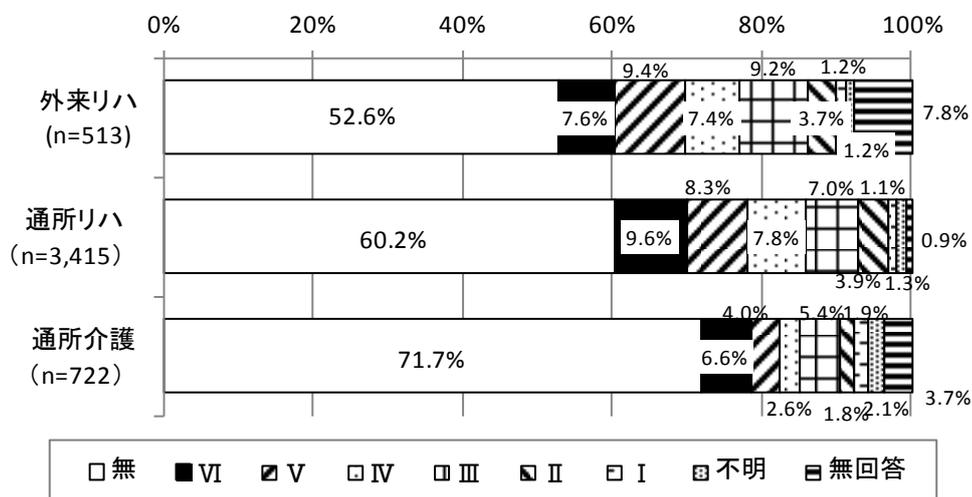
図表 3-3-39 片麻痺（B R S T）上肢（傷病が脳卒中の場合）



## 2) 片麻痺（下肢）

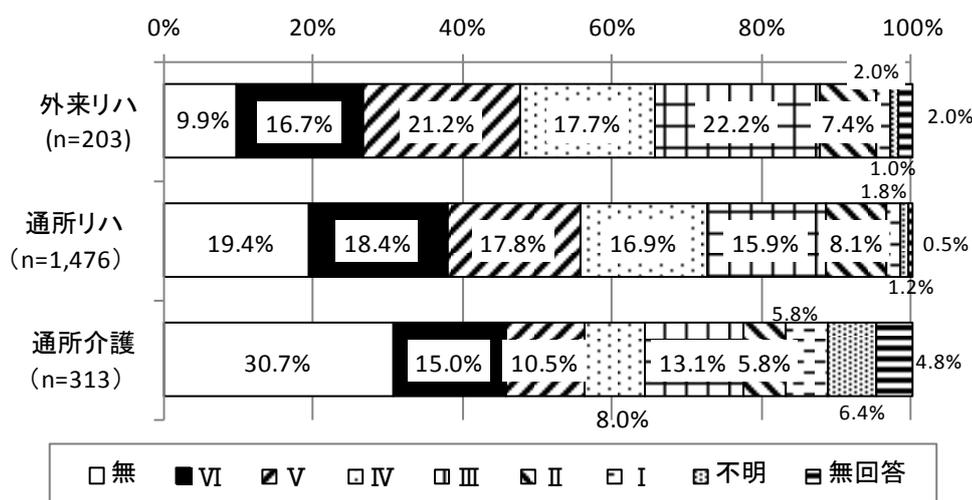
下肢の片麻痺（BRST）の状況は、「外来リハ」で「無」が52.6%、「通所リハ」が60.2%、「通所介護」が71.7%であった。

図表 3-3-40 片麻痺（BRST）下肢



傷病が脳卒中の場合に限定して、片麻痺（BRST）下肢の状況を見ると、「外来リハ」で「無」が9.9%、「通所リハ」が19.4%、「通所介護」が30.7%であった。

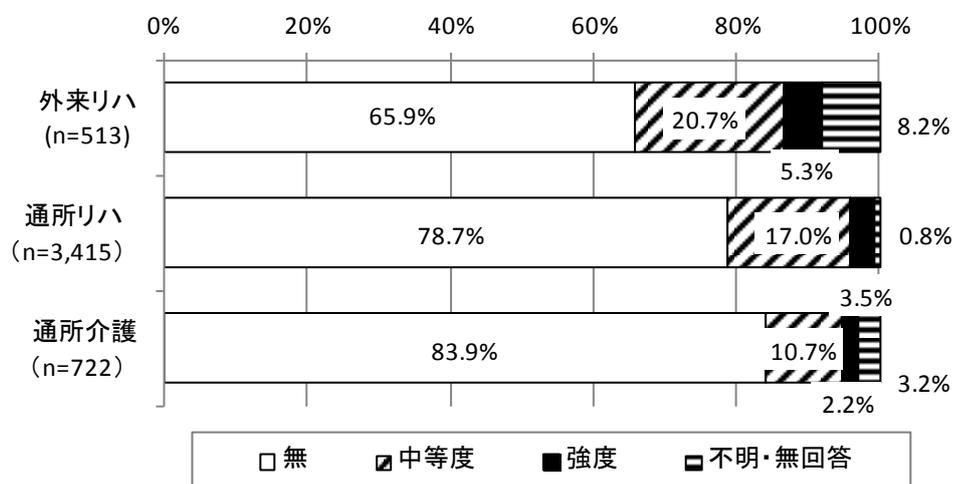
図表 3-3-41 片麻痺（BRST）下肢（傷病が脳卒中の場合）



### 3) 痙縮

痙縮は、「外来リハ」で「強度」が 5.3%、「中等度」が 20.7%で、合わせて 26.0%で、「通所リハ」の 20.5%、「通所介護」が 12.9%に比べてやや高かった。

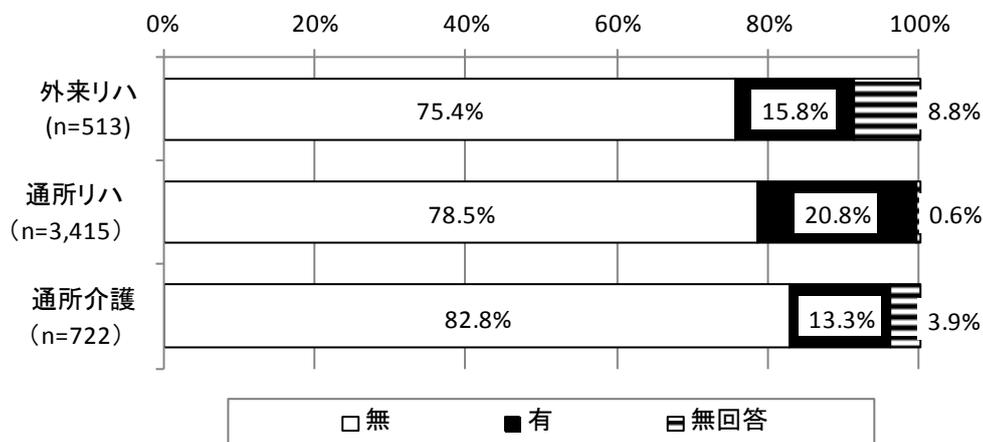
図表 3-3-42 痙縮



### 4) 高次脳機能障害

高次脳機能障害は、「外来リハ」で「有」が 15.8%、「通所リハ」が 20.8%、「通所介護」が 13.3%であり、大きな違いはみられなかった。

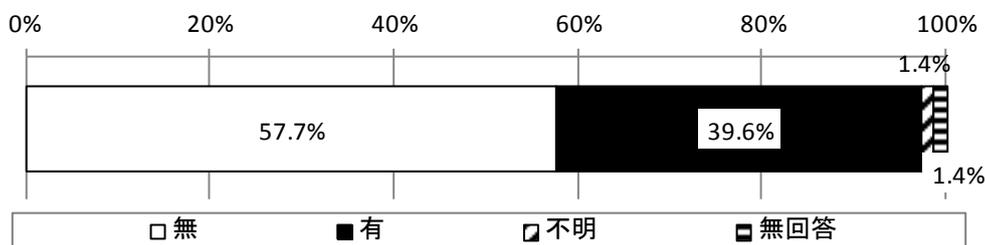
図表 3-3-43 高次脳機能障害



④ 日常生活に支障をきたす痛みの有無（外来リハのみ）

「外来リハ」の患者では、日常生活に支障をきたす痛みは、「有」が 39.6%であった。

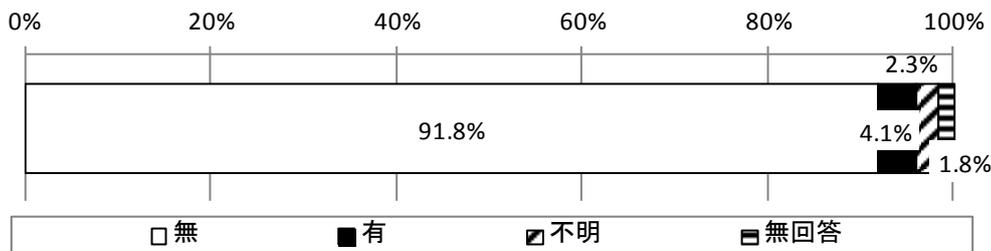
図表 3-3-44 （外来リハ）日常生活に支障をきたす痛み(n=513)



⑤ 心肺機能に対する医師からの運動制限（外来リハのみ）

「外来リハ」では、心肺機能に対する医師からの運動制限は、「有」が 4.1%、「無」が 91.8%であった。

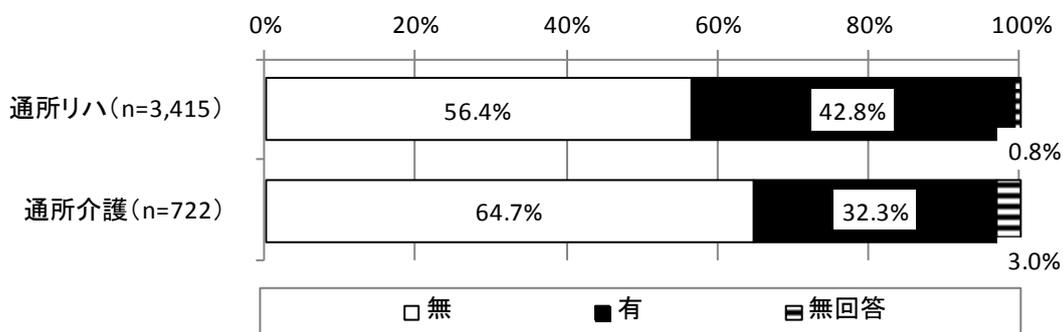
図表 3-3-45 （外来リハ）心肺機能に対する医師からの運動制限(n=513)



⑥ 運動制限（通所リハ・通所介護）

「通所リハ」・「通所介護」の利用者の運動制限の有無は、「通所リハ」は「有」が 42.8%、「通所介護」が 32.3%であった。

図表 3-3-46 （通所リハ・通所介護）運動制限

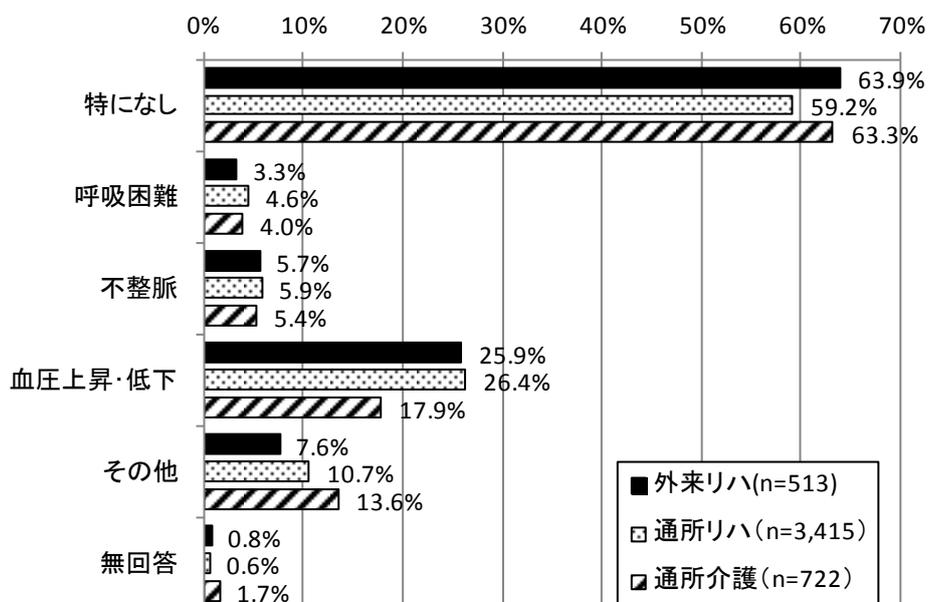


⑦ 運動時におこり得る症状について

「外来リハ」の患者と「通所リハ」・「通所介護」の利用者の運動時におこり得る症状は、外来リハ、通所リハは「血圧上昇・低下」がそれぞれ 25.9%、26.4%で、4分の1程度であった。

「特になし」は、いずれも6割前後となっていた。

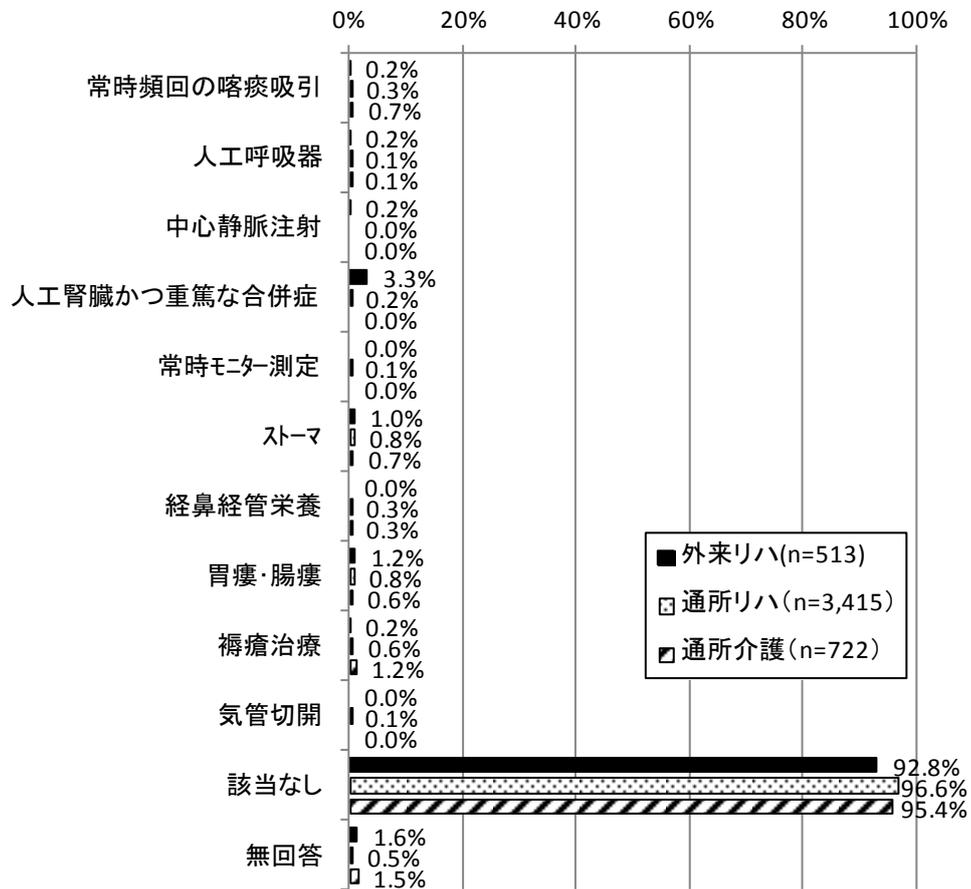
図表 3-3-47 運動時におこり得る症状について（複数回答）



⑧ 医療ニーズの有無

「外来リハ」の患者と「通所リハ」・「通所介護」の利用者の医療ニーズは、いずれも「該当なし」が9割を超えていた。

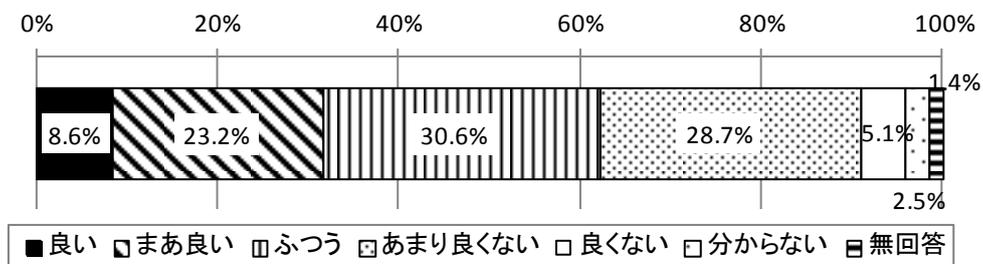
図表 3-3-48 医療ニーズの有無（複数回答）



⑨ 本人の主観的な健康感（外来リハのみ）

「外来リハ」の患者の本人の主観的な健康観は、「良い」が8.6%、「まあ良い」が23.2%であった。

図表 3-3-49 （外来リハ）本人の主観的な健康観(n=513)

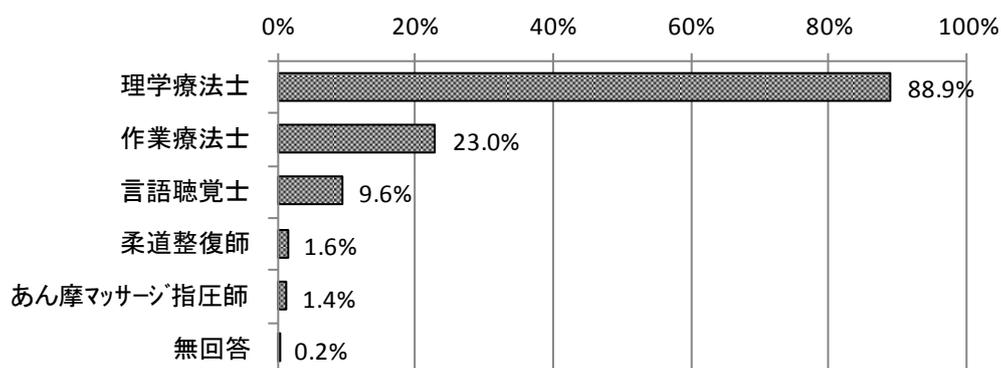


#### 4. リハビリテーション・機能訓練の目的、実施内容等

##### ① リハビリを行った職員（外来リハのみ）

「外来リハ」の患者に対し、リハビリを行った職員は、「理学療法士」が 88.9%で最も割合が高く、次いで「作業療法士」が 23.0%、「言語聴覚士」が 9.6%であった。

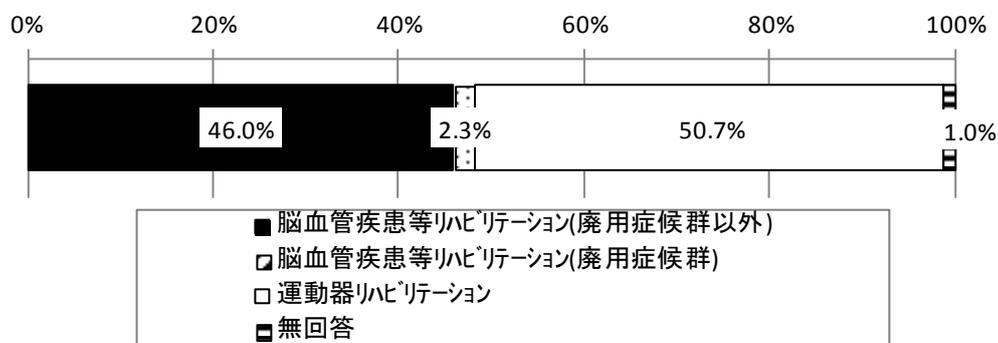
図表 3-3-50 （外来リハ）リハビリを行った職員（複数回答）(n=513)



##### ② 算定しているリハビリの種類（外来リハ）

「外来リハ」の患者の算定しているリハビリの種類は、「運動器リハビリテーション」が 50.7%、「脳血管疾患等リハビリテーション（廃用症候群以外）」が 46.0%であった。

図表 3-3-51 （外来リハ）診療報酬で算定しているリハビリの種類(n=513)



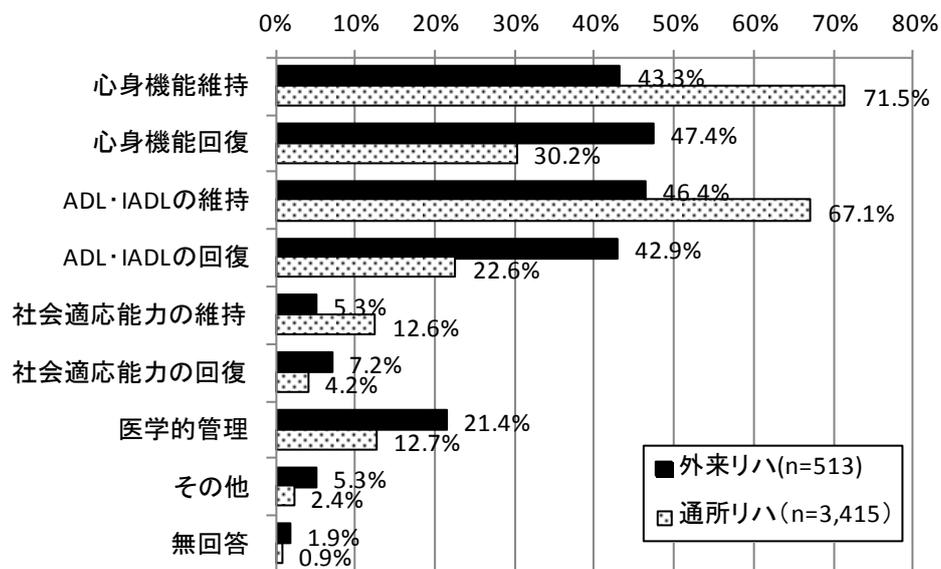
### ③ リハビリの医師の指示内容

#### 1) リハビリの医師の指示内容

「外来リハ」の患者、「通所リハ」の利用者について、リハビリの医師の指示内容は、「外来リハ」は「心身機能回復」が 47.4%で最も割合が高く、次いで「ADL・IADL の維持」が 46.4%、「心身機能維持」が 43.3%、「ADL・IADL の回復」が 42.9%であった。

「通所リハ」は「心身機能維持」が 71.5%で最も割合が高く、次いで「ADL・IADL の維持」が 67.1%であった。

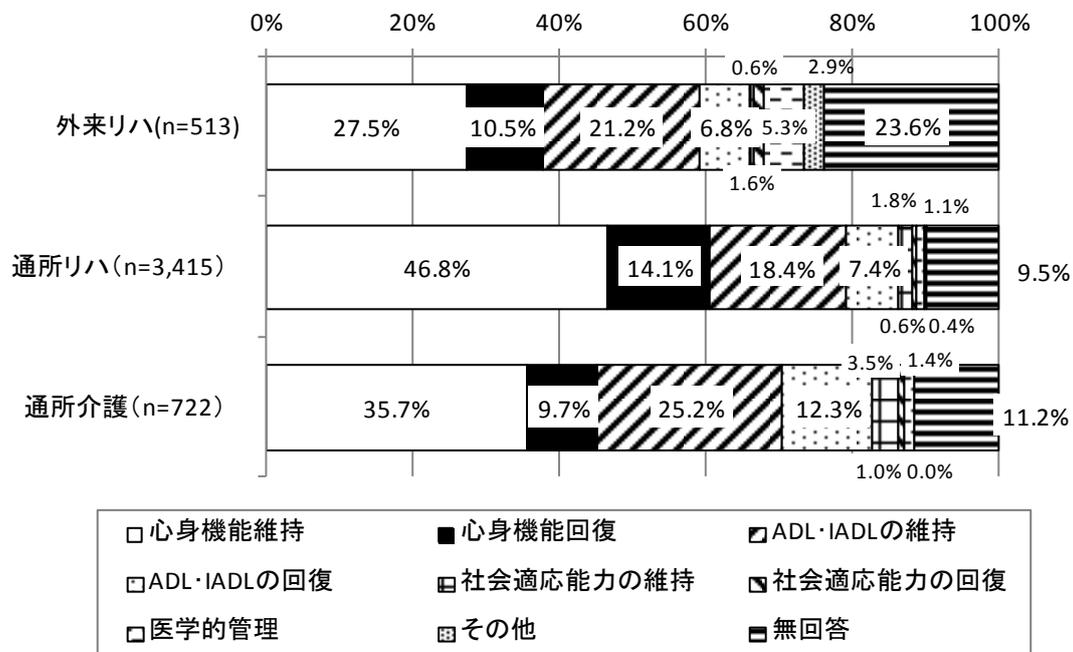
図表 3-3-52 リハビリの医師の指示内容（複数回答）



## 2) リハビリ職が提供しているリハビリの目的

リハビリ職が提供しているリハビリの目的は、「外来リハ」、「通所リハ」、「通所介護」とも、「心身機能維持」が最も割合が高く、次いで「ADL・IADLの維持」となっていた。なお、具体的な目標もあわせて調査したが、回答は資料1に掲載した。

図表 3-3-53 リハビリ職が提供しているリハビリの目的



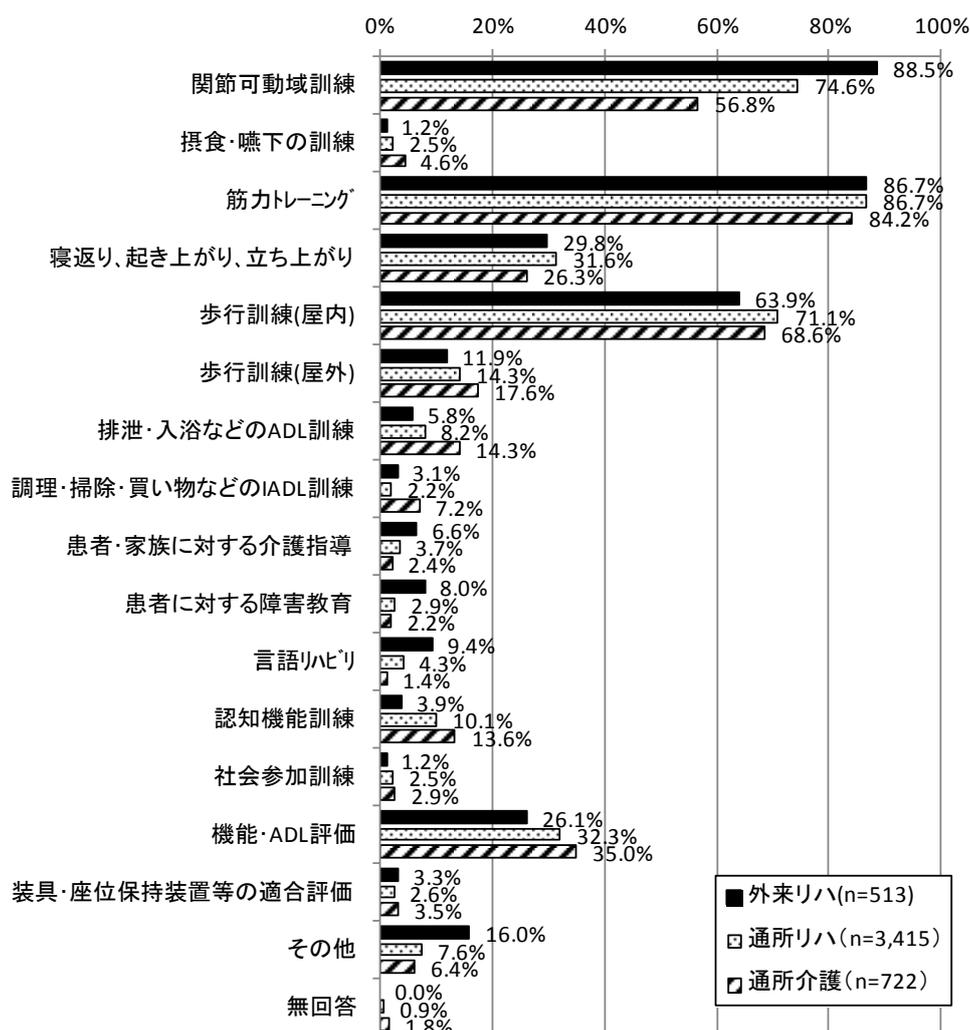
### 3) リハビリの実施内容

リハビリの実施内容は、「外来リハ」は「関節可動域訓練」が88.5%で最も割合が高く、次いで「筋力トレーニング」が86.7%、「歩行訓練（屋内）」が63.9%であった。

「通所リハ」は「筋力トレーニング」が86.7%で最も割合が高く、次いで「関節可動域訓練」が74.6%、「歩行訓練（屋内）」が71.1%であった。

「通所介護」は「筋力トレーニング」が84.2%で最も割合が高く、次いで「歩行訓練（屋内）」が68.6%、「関節可動域訓練」が56.8%であった。

図表 3-3-54 リハビリの実施内容（複数回答）



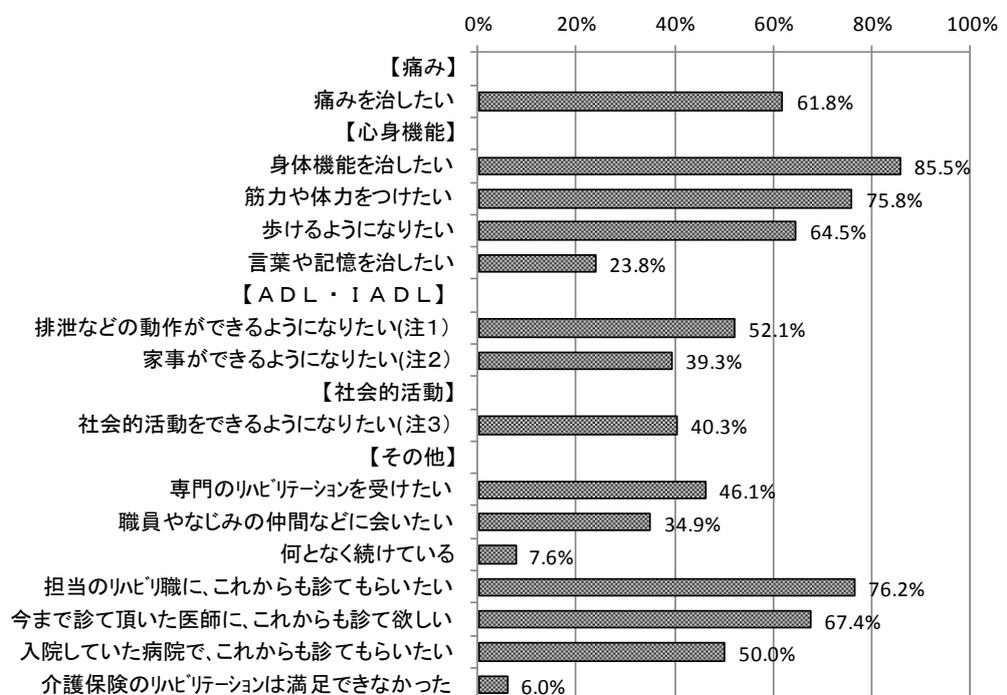
## 第4節 維持期リハビリテーション（外来）から通所リハビリテーションへ円滑に移行できない理由

### 1. 外来リハの継続理由

#### ① 病院でリハビリを続けている理由

「外来リハ」の患者について、病院でリハビリを続けている理由は、「身体機能を治したい」が85.5%で最も割合が高く、次いで「担当のリハビリ職に、これからも診てほしい」が76.2%、「筋力や体力をつけたい」が75.8%、「今まで診て頂いた医師に、これからも診てほしい」が67.4%、「歩けるようになりたい」が64.5%、「痛みを直したい」が61.8%であった。

図表3-4-1 (本人回答) 病院でリハビリを続けている理由(複数回答)(n=484)

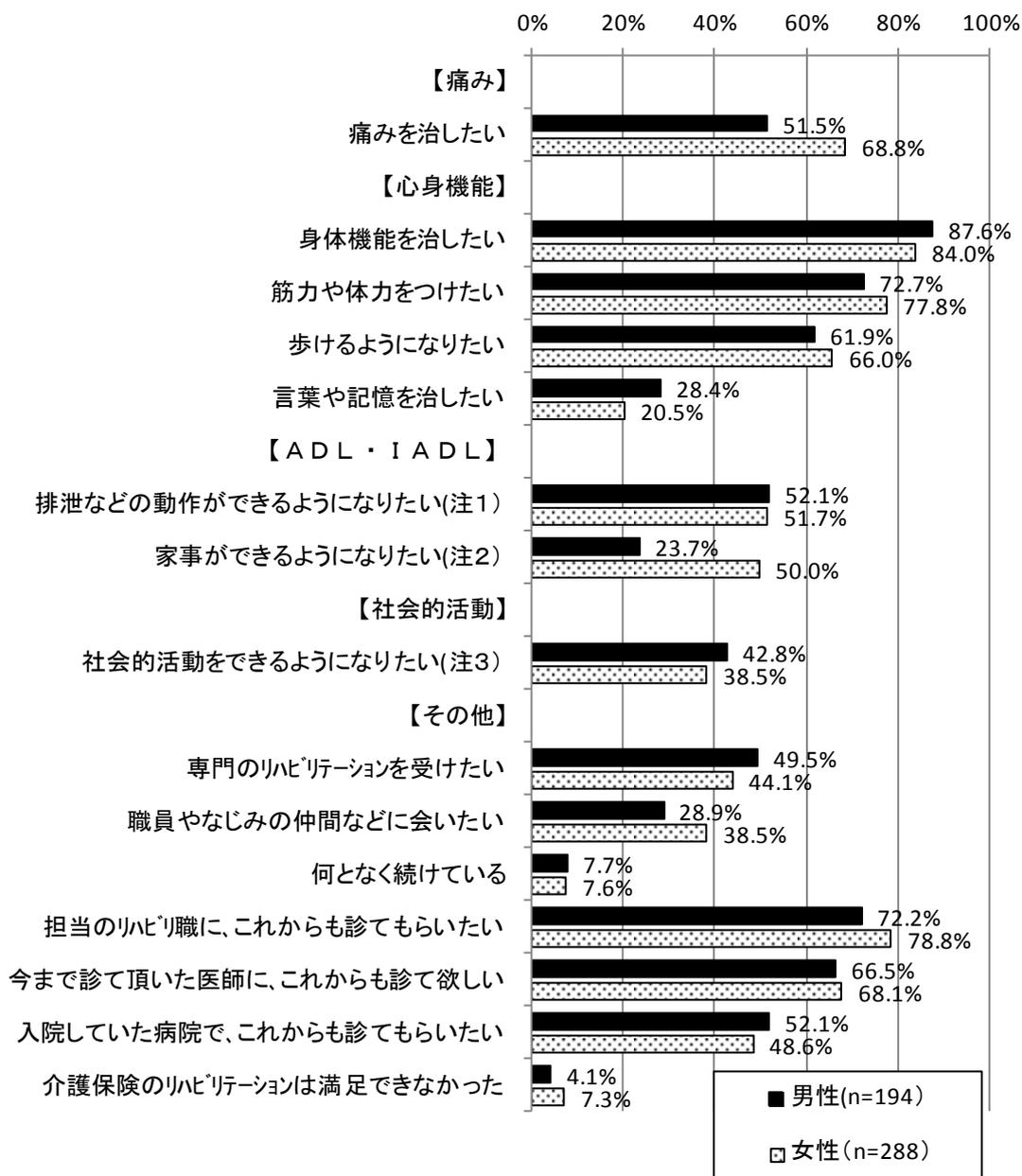


注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

注3) 「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

図表 3-4-2 (本人回答) 男女別 病院でリハビリを続けている理由 (複数回答)

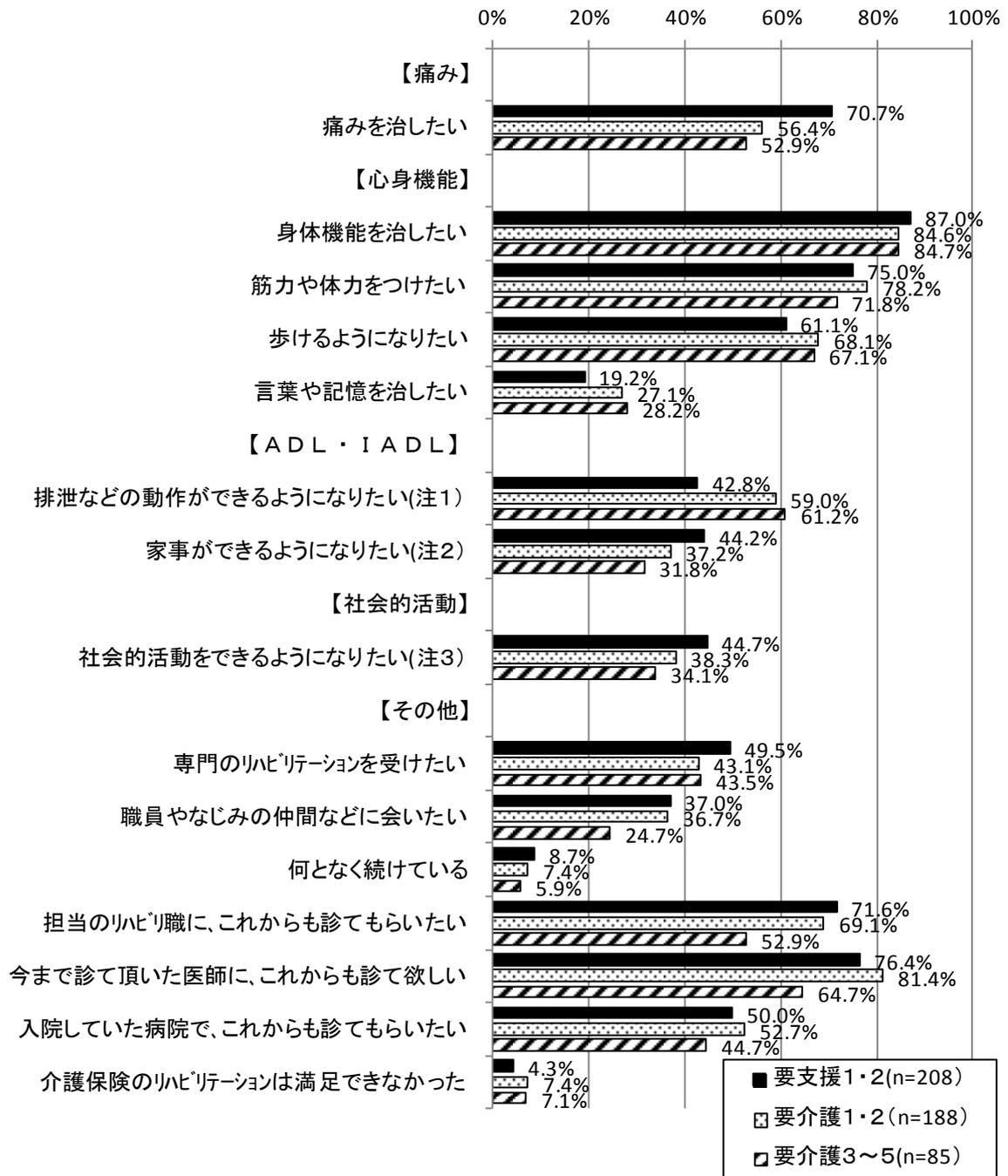


注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

注3) 「病气やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

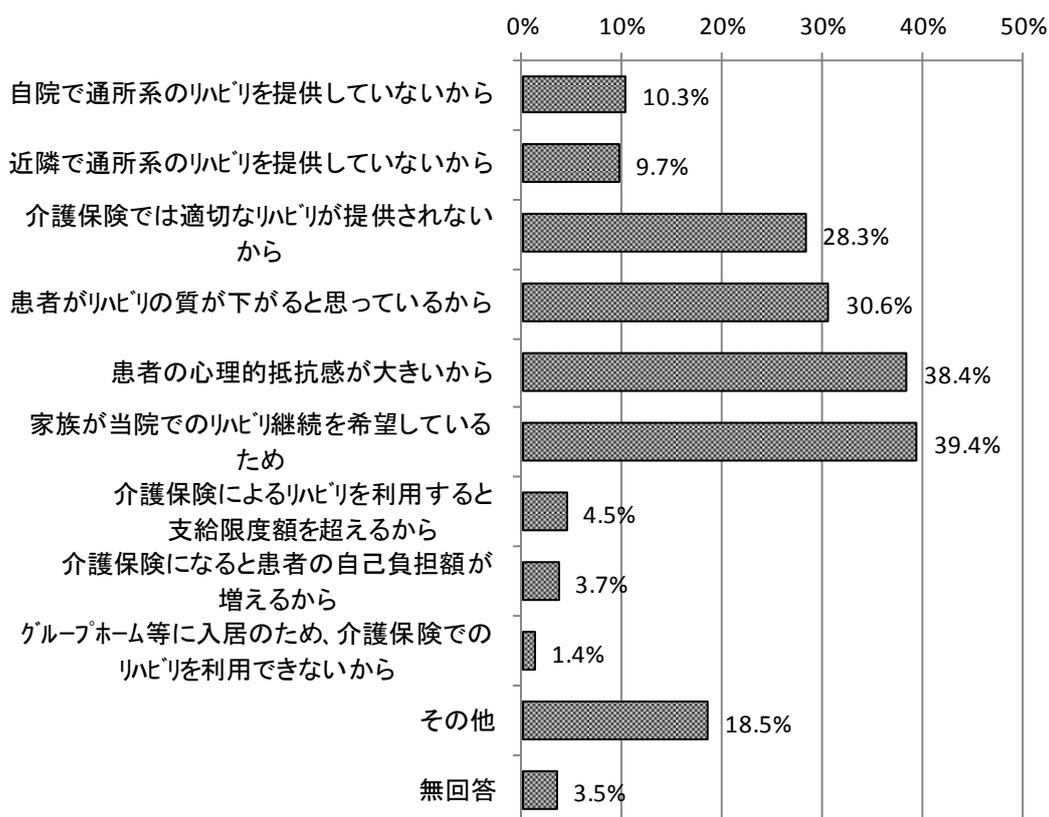
図表 3-4-3 (本人回答) 要介護度別 病院でリハビリを続けている理由 (複数回答)



## ② 状態の改善が期待できると判断されないが、外来リハの実施理由

状態の改善が期待できると判断されないが、外来リハを実施している理由は、「家族が当院でのリハビリ継続を希望しているため」が39.4%で最も割合が高く、次いで「患者の心理的抵抗感が大きいから」が38.4%、「患者がリハビリの質が下がると思っているから」が30.6%、「介護保険では適切なリハビリが提供されないから」が28.3%であった。

図表 3-4-4 状態の改善が期待できると判断されないが、外来リハの実施の理由（複数回答）  
(n=513)

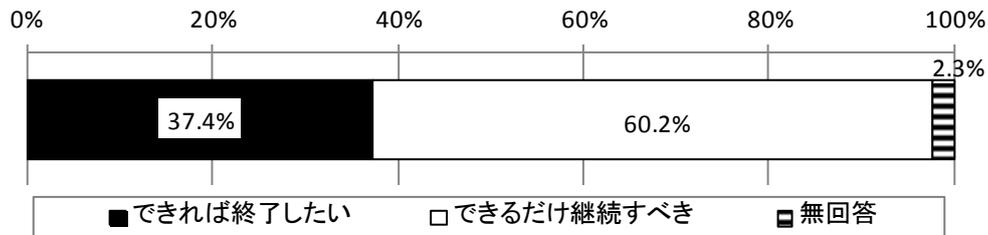


③ 外来での維持期リハの継続について

1) 外来での維持期リハの継続について

外来での維持期リハの継続について、「できるだけ継続すべき」が60.2%、「できれば終了したい」が37.4%であった。

図表 3-4-5 外来での維持期リハの継続について(n=513)



外来での維持期リハの継続別に、状態の改善が期待できると判断されないが、外来リハを実施している理由を比較すると、「できれば終了したい」は「患者の心理的抵抗感が大きいから」、「できるだけ継続すべき」は「介護保険では適切なリハビリが提供されないから」の割合が高かった。

図表 3-4-6 外来での今後の維持期リハの提供別

状態の改善が期待できると判断されないが、外来リハの実施の理由（複数回答）

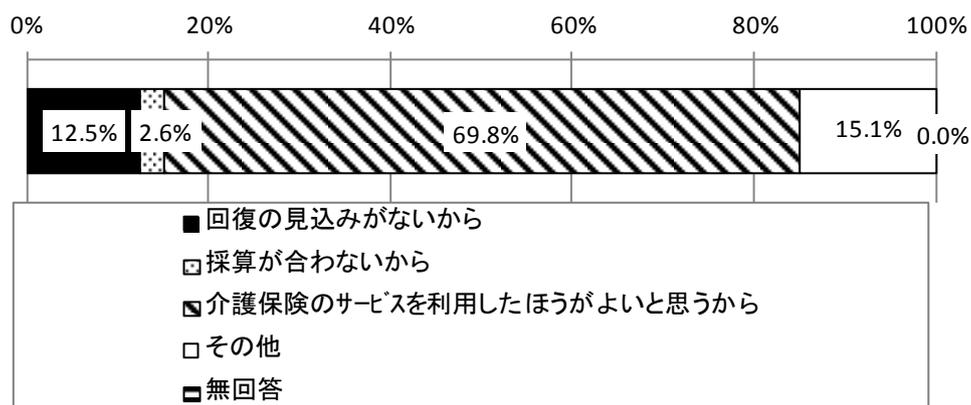
	合計	自院で通所系のリハビリを提供していないから	近隣で通所系のリハビリを提供していないから	介護保険では適切なリハビリが提供されないから	患者がリハビリの質が下がっているから	患者の心理的抵抗感が大きいから	家族が当院でのリハビリ継続を希望しているため	介護保険によるリハビリを利用すると支給限度額を超えるから	介護保険になると患者の自己負担額が増えるから	グループホーム等に入居のため、介護保険でのリハビリを利用できないから	その他	無回答
全体	513 100.0%	53 10.3%	50 9.7%	145 28.3%	157 30.6%	197 38.4%	202 39.4%	23 4.5%	19 3.7%	7 1.4%	95 18.5%	18 3.5%
できれば終了したい	192 100.0%	15 7.8%	12 6.3%	19 9.9%	61 31.8%	86 44.8%	83 43.2%	9 4.7%	10 5.2%	2 1.0%	35 18.2%	2 1.0%
できるだけ継続すべき	309 100.0%	38 12.3%	38 12.3%	126 40.8%	96 31.1%	111 35.9%	119 38.5%	14 4.5%	9 2.9%	5 1.6%	60 19.4%	4 1.3%

## 2) 外来での維持期リハをできれば終了したい理由

「できれば終了したい」と回答した人について、その理由をたずねたところ、「介護保険のサービスを利用したほうがよいと思うから」が 69.8%、「回復の見込みがないから」が 12.5%であった。

その他の回答内容は、「状態が安定しているため。機能維持が可能なため」「必要な人にリハビリを行うため」「急性期病院であるため」などがみられた。

図表 3-4-7 「できれば終了したい」理由(n=192)



### <その他回答>

#### ■状態が安定しているため。機能維持が可能なため

- ・ADL状態が安定しているため。
- ・日常生活において、能力維持が可能と思われるため。
- ・自宅での指導した自主練習にて機能維持が可能と考えるから。
- ・自己訓練の習得が進み、そろそろ終了の時期を迎えているから。
- ・状態が安定しているから。
- ・疼痛の軽減が認められることもあるため。過剰な疼痛が認められなくなった際には終了していきたいと考えている。
- ・通院回数が少ないにもかかわらず、維持されていることから、生活の中で機能維持が可能だと思われるから。
- ・ある程度の回復が行え、今後は自主練習でカバーできると推測できるため。
- ・自分で管理できる能力がある程度あるから。
- ・疼痛緩和ができており、ADL自立しているため。
- ・身体機能を自己管理していく事が望ましいと考えるため。
- ・現在ゴールに達しており、自立でのADL維持が可能だから。

#### ■必要な人にリハビリを行うため

- ・この患者に代わる新たな患者を受け入れたいから。

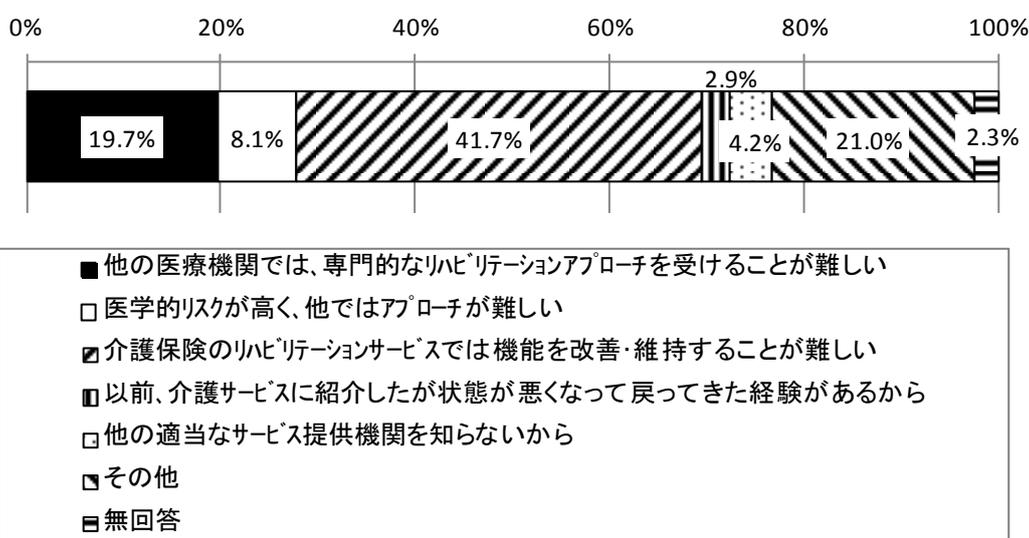
#### ■急性期病院のため

- ・当院は急性期病院のため受け皿があればそちらに行くほうが適切と考える。しかし受け皿がない。

### 3) 外来での維持期リハをできるだけ継続すべき理由

「できるだけ継続すべき」と回答した人について、その理由をたずねたところ「介護保険のリハビリテーションサービスでは機能を維持・改善することが難しい」が41.7%、「他の医療機関では、専門的なリハビリテーションアプローチを受けることが難しい」が19.7%であった。

図表 3-4-8 「できるだけ継続すべき」理由 (n=309)



「医学的リスクが高く、他ではアプローチが難しい」と回答した人について、医学的リスクに関する具体的な内容を把握するため、電話による追加ヒアリングを行った。

医学的リスクのある疾患として、心疾患、糖尿病、呼吸器疾患、進行性疾患などがあげられた。その他に、地域に通所リハビリテーション事業所がない、また通所介護事業所に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が配置されておらず、移行できずに継続しているとの回答もあった。

<「医学的リスクが高く、他ではアプローチが難しい」場合の具体的内容（電話ヒアリングにより把握）>

- 医学的リスクについて
  - ・ 心疾患の患者。心不全のリスクが高い場合、運動の負荷をかけにくく、通所介護や通所リハでリハビリを行うことは難しい。
  - ・ 糖尿病の患者。リハビリ実施中に低血糖になる可能性があり、介護の事業所では対応できない。  
当院は透析に対応している病院であり、何かあればすぐに病院において対応可能。
  - ・ 呼吸器疾患の患者。リハビリ実施中に、痰を取りながら対応する必要がある場合など、介護保険の事業所では対応が難しい。
  - ・ 筋萎縮性側索硬化症で人工呼吸器をつけている患者。進行性の疾病であるが、機能維持のためにリハビリが必要であり、介護保険の事業所では対応できない。
  - ・ 介護保険へ移行しにくい理由として、利用時間が長時間にわたる点もあげられる。  
疾病の状況より、長時間の滞在に耐えられず、必要なリハのみを受ける維持リハを続けている人もいる。
  - ・ 介護保険の通所は、他の利用者とのふれあいの面も大きく、精神的なリスクがあり、リハビリが必要な人も移行が難しい。

■ 専門職種による対応の必要性

- ・ P T ・ O T ・ S T の 3 職種による複合的なリハビリが必要な場合、通所リハで 3 職種が揃っていないところがないため、移行が難しい。
- ・ 地域性の問題かもしれないが、言語聴覚士を配置している介護保険事業所が地域にないため、言語のリハビリが必要な人も維持リハで対応することとなる。

■ その他

- ・ 患者の中には、介護保険の事業所のリハビリでは満足できない、病院のリハビリの方が安心との理由で続けている人もいる。

その他の回答内容は、「患者の希望。患者や家族の安心感」「疾患への対応」「リハビリ機器等による対応」「患者の生活に合わせたリハ」「短時間のリハ、個別のリハの提供」「生活リズムの維持。外出機会の提供」「改善が見込めるため」「近くにサービス提供機関がないため」などがみられた。

<その他回答>

■ 患者の希望。患者や家族の安心感

- ・ 患者が外来でのリハビリ実施を望んでいるから。
- ・ 患者及び家族に安心を与えることができるため。
- ・ 本人、家族の希望が強い。
- ・ デイケアを一度利用したことがあるが、本人が嫌がるため。
- ・ 以前、介護サービスに紹介したが、本人に不満があり、当院の外来リハに変更されたから。
- ・ 通所系にて集団の中で個別リハを受けるより、外来で個別リハを受けたいと思っているため。
- ・ 当院との関わりがなくなることに對する心理的抵抗感が大きいため。
- ・ 通所サービスに対する拒否感が強い（本人）

■ 疾患への対応

- ・ 痛みを緩和する有効な手段がなかなかないため。
- ・ 進行性疾患のため継続的なリハビリが必要と考えるから。
- ・ 整形外科的に帰結していないため。
- ・ 透析（医療）が必要であり、介護サービスを利用しにくいから。
- ・ ボトックス治療に対応している医療機関が地域にないから。

■ リハビリ機器等による対応

- ・ リハビリ機器を用いる方が効果が出せるから。
- ・ 義足の経過を追っているところでのリハビリの方が良いと思う。

■ 患者の生活に合わせたリハ

- ・ 患者の生活に合わせたリハが提供できているため。
- ・ 生活の自立度に応じて関わり方を変える必要があるから。

■ 短時間のリハ、個別のリハの提供

- ・ 本人の希望する短時間リハが介護保険では少ないため。
- ・ 本人の生活の質を保つためには、短時間でのリハビリ提供が好ましい。
- ・ 生活の質を向上させるためには短時間の方が好ましいため。
- ・ 要支援のため個別でリハビリができないため。

■生活リズムの維持。外出機会の提供

- ・現在の生活リズムを崩したくないから。
- ・本人が通うことで活動量の向上につながり、またリハビリをうけることでQOLの向上につながる。
- ・屋外に出る機会が無く、身体機能、認知機能の低下の可能性があるため。

■改善が見込めるため

- ・機能回復が見込めるから。
- ・機能面の改善が現状も見られ、それにともないADL、IADLの改善がみこめるため。
- ・現状においても機能面の改善が認められるため。
- ・改善の要因と思われるアライメント調整の手技の観点が特殊のため。
- ・職場復帰も視野に入れたアプローチの継続が必要。
- ・改善がみられており、今後段階的に終了する予定だから。
- ・現段階でも緩やかな機能の向上はみられているため。
- ・状態が良くなったり悪くなったりしているが、徐々に改善傾向を認めるため。

■近くにサービス提供機関がないため

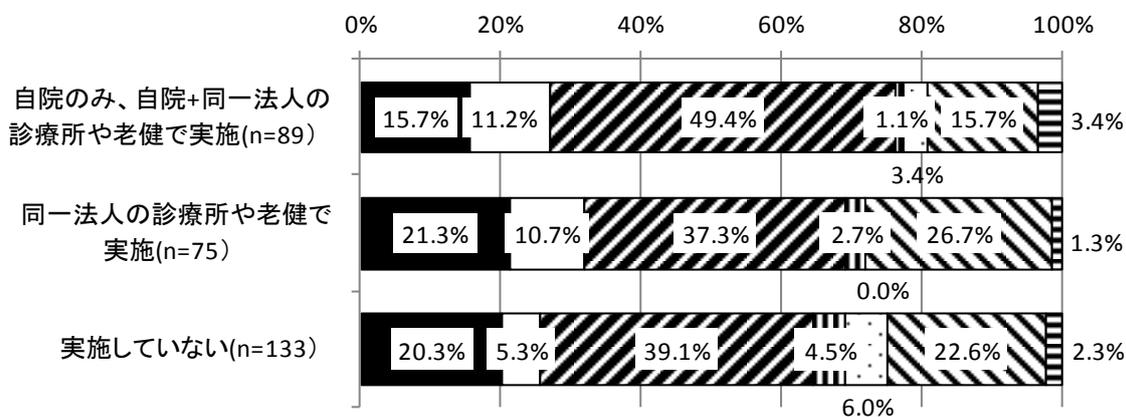
- ・他の適当なサービス提供機関が、近くにない。
- ・介護保険サービスの範囲と考えるが、当患者においては必要であり、社会的にメリットのある介護保険サービスがないため。
- ・リハビリサービスを受けられる施設が少ない。
- ・自宅近くに適当なサービス提供機関がないから。
- ・地域にリハビリテーションを実施する施設がない。
- ・地域にリハビリを行う場所がない。
- ・地域にリハビリを行っている場所がない。

■その他

- ・身障1級にてサービスを受けているため。
- ・介護保険の利用実績はなく、外来透析患者で通院時にリハビリを受けやすいため。

病院の通所リハの実施状況別に、できるだけ継続すべきと回答した理由は、「自院のみ、自院+同一法人の診療所や老健で実施」は「介護保険のリハビリテーションサービスでは機能を改善・維持することが難しい」の割合が比較的高かった。

図表 3-4-9 通所リハの実施状況別「できるだけ継続すべき」理由



- 他医療機関では、専門的リハビリテーションアプローチを受けることが難しい
- 医学的リスクが高く、他ではアプローチが難しい
- 介護保険のリハビリテーションサービスでは機能を改善・維持することが難しい
- 以前、介護サービスに紹介したが状態が悪くなって戻ってきた経験があるから
- 他の適切なサービス提供機関を知らないから
- その他
- 無回答

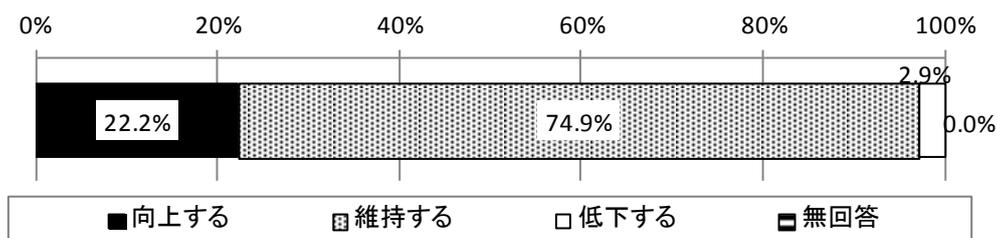
## 2. リハの効果、見通し、評価等心身機能の変化

### ① 心身機能の変化

#### 1) 職員回答

リハビリによる身体機能の変化（職員回答）は、「維持する」が74.9%、「向上する」が22.2%であった。

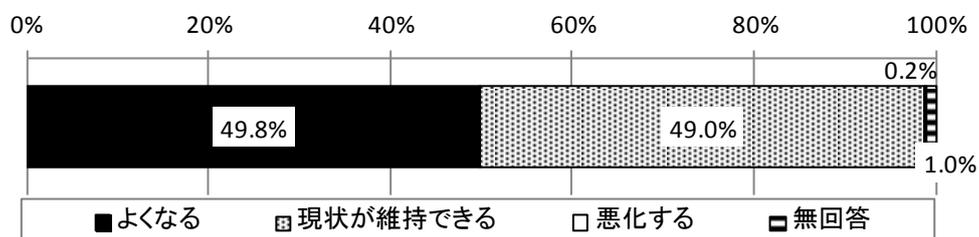
図表 3-4-10 （職員回答）外来リハビリ継続による心身機能の変化（再掲）(n=513)



#### 2) 本人回答

リハビリによる身体機能の変化（本人回答）は、「よくなる」「現状が維持できる」が、それぞれ約半数ずつを占めていた。

図表 3-4-11 （本人回答）リハビリによる身体機能の変化(n=484)

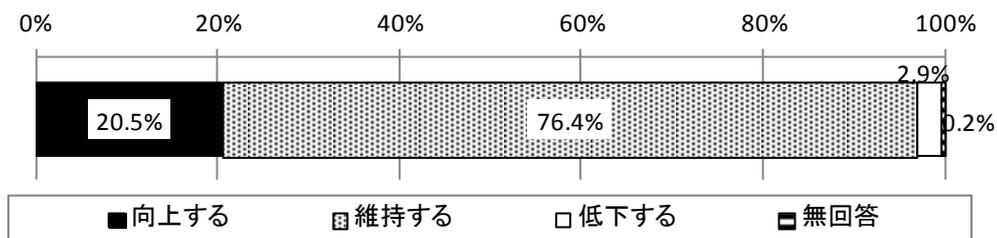


### ② ADL・IADLの変化

#### 1) 職員回答

外来リハビリ継続によるADL・IADLの変化（職員回答）は、「維持する」が76.4%、「向上する」が20.5%であった。

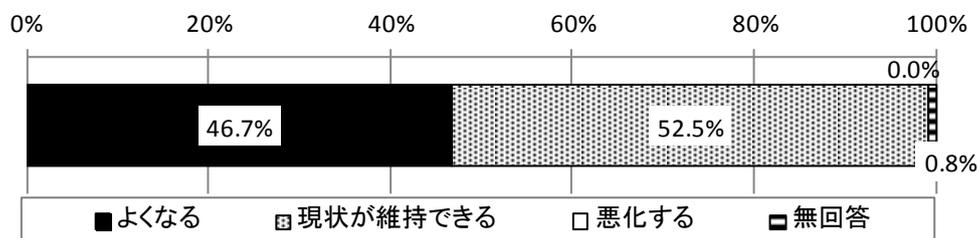
図表 3-4-12 （職員回答）外来リハビリ継続によるADL・IADLの変化(n=513)



## 2) 本人回答

外来リハビリ継続による ADL・IADL の変化（本人回答）は、「現状が維持できる」が 52.5%、「よくなる」が 46.7%であった。

図表 3-4-13 （本人回答）リハビリによる日常生活動作の変化(n=484)

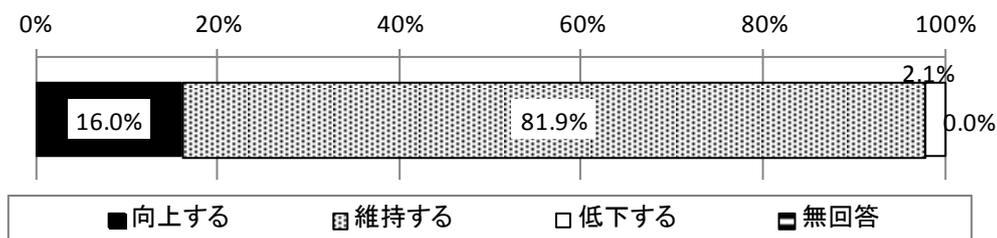


## ③ 社会適応能力の変化

### 1) 職員回答

外来リハビリ継続による社会適応能力の変化（職員回答）は、「維持する」が 81.9%、「向上する」が 16.0%であった。

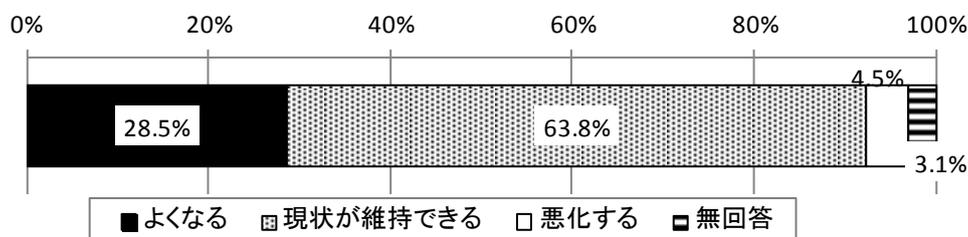
図表 3-4-14 （職員回答）外来リハビリ継続による社会適応能力の変化(n=513)



### 2) 本人回答

外来リハビリ継続による社会適応能力の変化（本人回答）は、「現状が維持できる」が 63.8%、「よくなる」が 28.5%であった。

図表 3-4-15 （本人回答）リハビリによる社会的活動の変化.(n=484)

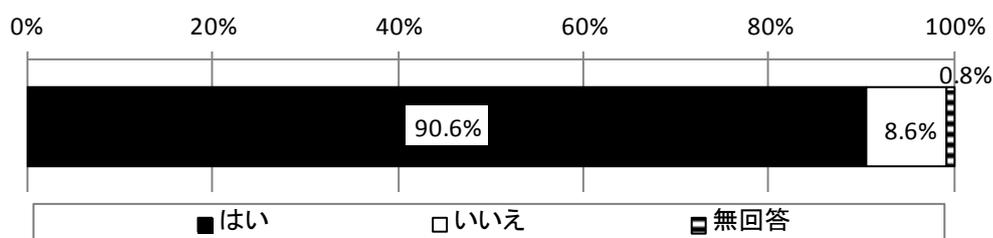


#### ④ リハビリ職によるリハビリ内容の評価

##### 1) 現在のリハビリは、本人の期待に適切に応える内容か

現在のリハビリは、本人の期待に適切に応える内容かは、「はい」が 90.6%で、「いいえ」が 8.6%であった。

図表 3-4-16 (職員回答) 現在のリハビリは、本人の期待に適切に応える内容か(n=513)



現在のリハビリの実施内容は本人の期待に適切に応えていないと回答した人の理由を記入してもらったところ、「本人が大きな改善を望んでいる。期待が大きい。障害受容が難しい」「回数制限。時間不足」「本人が望むリハとの違い。本人のリハビリへの理解不足」「効果や改善が見られない、得ることが難しい」「必要な対応ができていない」「身体機能の低下。疾病の進行」などが見られた。

##### ■本人が大きな改善を望んでいる。期待が大きい。障害受容が難しい

- ・患者が心身機能の大きな改善を望んでいるため。
- ・本人はリハビリを続ければ必ず受傷前のようになると思っているようだが、現状で症状固定状態であるため。
- ・身体機能の改善に固執している。
- ・機能回復を望んでいる（完全回復）。
- ・少しでも改善するという期待が大きい。
- ・本人、家族は機能回復、ADL能力の向上への期待の気持ちを持たれていると思われる。
- ・維持目的な面が大きい。本人の目標がそれ以上。
- ・本人から『良くなるのか?』などの不安なコメント聞かれるため。
- ・本人の期待が強く、障害受容が難しいため。
- ・対麻痺状態の障害受容がまだ不十分であるから。

##### ■回数制限。時間不足

- ・頻度制限。時間をかけることができない。
- ・通院頻度及び実施時間に制約があるため、十分な内容の提供ができていない。
- ・回数制限のため、本人は不満足であり、機能改善が少ない。
- ・月3回のため（13単位/日のため）。
- ・1か月当たり13単位の関わりでは提供できる内容に限界あり。
- ・時間が少ない。
- ・リハ時間が短いため、その日の体調に合せたリハが十分行えていない。
- ・リハビリ提供時間の不足。
- ・回数が少ないと言われている。

- ・回数をもっとやりたいといわれる。
- ・もっとやりたいと思っている。
- ・家族はもう少し多く望んでいる。

#### ■本人が望むリハとの違い。本人のリハビリへの理解不足

- ・リラクゼーション中心のリハビリを希望されている。
- ・まだ、何のために外来に通っているのかの理解に乏しいため。
- ・本人には外来リハビリをずっと行ってほしいとの希望があるが、訓練内容は、自己管理ができる指導が中心であるため。
- ・本人は疼痛軽減を望んでいるが、転倒予防が最優先であるため。
- ・本人の病識の低下もあり、歩行を行いたいとことだが立位訓練、関節可動域訓練、筋力訓練のみとなっている。
- ・本人は機能向上を期待しているが、実施しているのは維持的な内容。
- ・娘より、本人の症状・状態に合わせ、積極的なリハビリを望んでいるため。

#### ■効果や改善が見られない、効果を得ることが難しい

- ・夜間の疼痛緩和まで効果が持続していない点。
- ・痛みの軽減を希望されているが、改善がみられない。
- ・痛みが完全に取れないため。
- ・主訴である手術後からの下肢痛が改善されていないため。
- ・起き上がり時や、歩行動作の際に生じる過剰な疼痛の軽減や各動作の安定性や耐久性の向上が十分に認められていないため。
- ・改善できていないため。
- ・本人の希望している機能回復が出来ていないから。
- ・自力で立つ力が、十分につかない。
- ・筋緊張を落としていますが、生活動作につなげていくのが難しい。
- ・筋力回復せず起立歩行が全く不可。
- ・絵を描くことが本人の希望。

#### ■必要な対応ができていない

- ・技術面の問題
- ・OTが生活に沿った介入をしていない。

#### ■身体機能の低下。疾病の進行

- ・リハビリには満足して取り組んでいるが、疾患の悪化により身体機能としては低下してきているから。
- ・リハを行ったあとは動き易くなるものの、次回には元に戻ってしまう。進行性なので徐々に動きにくくなっている。

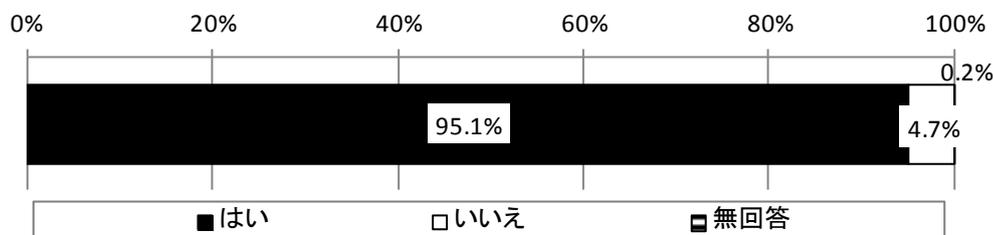
#### ■その他

- ・公共交通機関の利用を強く望んでいないため（家族とは相談済）。
- ・在宅生活に変化をもたらしたいが、外来リハビリテーションが適切なサービス提供とは思わないから。

## 2) 現在のリハビリは、本人の病状、障害程度に対し適切な内容か

現在のリハビリは、本人の病状、障害程度に対し適切な内容かは、「はい」が 95.1%で、「いいえ」が 4.7%であった。

図表 3-4-17 (職員回答) 現在のリハビリは、本人の病状、障害程度に対し適切な内容か (n=513)



現在のリハビリの実施内容は本人の病状、障害程度に対し適切な内容ではないと回答した人の理由を記入してもらったところ、「本人の疾病の状況。体調変化によりリハを実施できない」「通所リハ、通所介護等へ移行した方がよい」「回数・時間不足」「効果や改善が見られない、得ることが難しい」「本人の知識不足」などが見られた。

### ■本人の疾病の状況。体調変化によりリハを実施できない

- ・易疲労性や日々の体調変化があり、積極的にリハを実施できないことがある。もっと筋トレや歩行訓練を実施できれば、改善につながれると考えられる。
- ・来院時より疲労の訴え（筋疲労）があり、コンディショニングに時間を費やしている。
- ・外来リハビリのために通院すること自体が、身体への負担となってきたため。
- ・疼痛の出現によりリハビリを拒否する。
- ・リラクゼーションの希望もありまた、骨折したため、他部の疼痛があり、積極的なリハにはなっていない。
- ・脊髄損傷をバックアップする体制が不十分。

### ■通所リハ、通所介護等へ移行した方がよい

- ・通所リハビリテーションに通った方が、より適切と思う。
- ・本来であれば通所リハを行うべきである。
- ・ある程度自己管理できる能力があり、デイケアやデイサービスでの対応で十分であると考えられるため。
- ・必要ない。本人希望で行っている。
- ・より日常生活を豊かにする介入をすべき。
- ・機能的な限界は過ぎているので、もっと能力的、社会的な面を中心に考えた方がいい。
- ・維持的内容なので。
- ・症状の改善は期待できない状態。本人は実施により一時的に疼痛緩和するとのことだが、一般のマッサージ等と代替可能とも考えられる。

### ■回数・時間不足

- ・もう少し増やしたいが、維持期のため困難。
- ・リハビリ提供時間の不足。
- ・時間、回数が足りない。
- ・歩行訓練をもう少し行っていきたいが時間がとれていない。

■効果や改善が見られない、得ることが難しい

- ・アルバイトの清掃を行う際、疼痛などが過剰に生じ易くなっており、十分な症状の軽減が行えていないため。
- ・改善できていないため。
- ・本人の障害進行に対して効果が上っていない。外来リハの頻度が少ない。

■本人の知識不足

- ・病識理解低下のため、次回のアプローチ方法をS T. O Tにて変更・検討中。
- ・知識面での問題

■その他

- ・訓練リハビリとなっている。
- ・認知症がある。

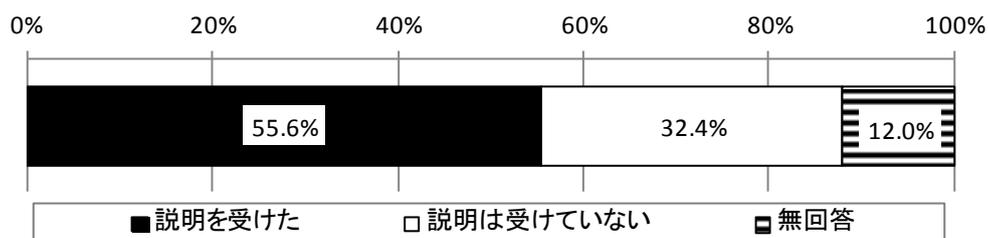
### 3. 見通しの説明（本人回答）

#### ① 説明を受けた人

##### 1) 「身体機能等の今後の見通し」に関する説明有無

「身体機能等の今後の見通し」に関する説明有無は、「説明を受けた」が 55.6%、「説明は受けていない」が 32.4%であった。

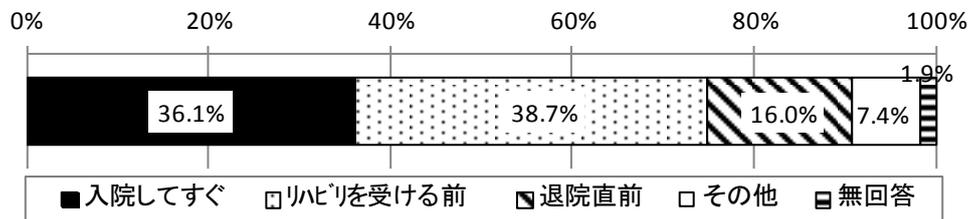
図表 3-4-18 （本人回答）「身体機能等の今後の見通し」に関する説明有無(n=484)



##### 2) 説明を受けた時期

説明を受けた場合、説明を受けた時期は、「入院してすぐ」が 36.1%、「リハビリを受ける前」が 38.7%であった。

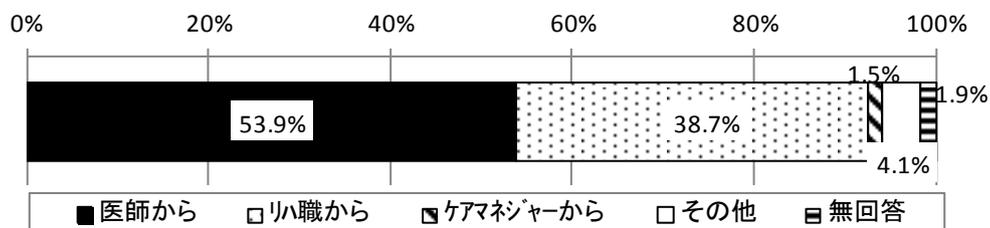
図表 3-4-19 （本人回答）（説明を受けた場合）説明を受けた時期(n=269)



##### 3) 説明をした人

説明を受けた場合、説明をした人は、「医師から」が 53.9%、「リハ職から」が 38.7%であった。

図表 3-4-20 （本人回答）（説明を受けた場合）説明をした人(n=269)

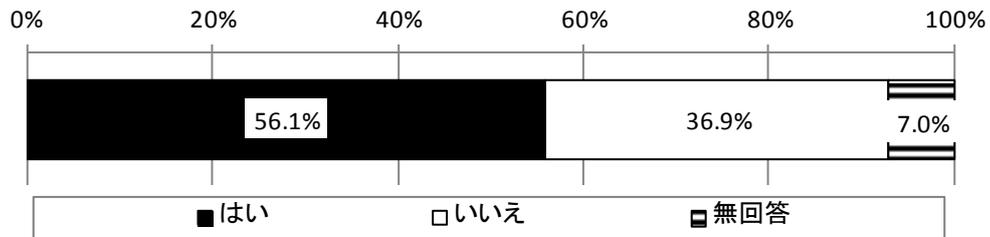


② 説明を受けていない人

1) 説明の希望有無

説明を受けてない場合、説明の希望有無は、「はい」が 56.1%、「いいえ」が 36.9%であった。

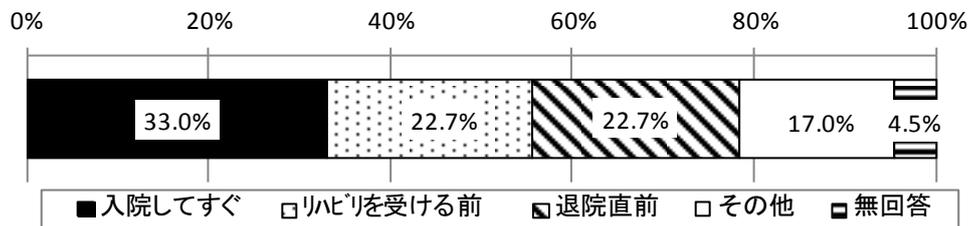
図表 3 - 4 - 21 (本人回答) (説明を受けていない場合) 説明の希望有無(n=157)



2) 説明の希望有無

説明を受けてない場合、希望説明時期は、「入院してすぐ」が 33.0%、「リハビリを受ける前」が 22.7%、「退院直前」が 22.7%であった。

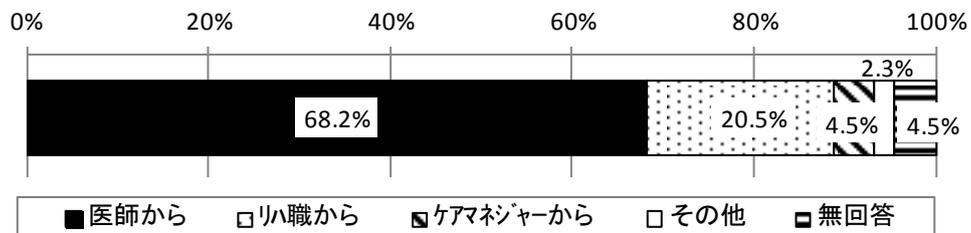
図表 3 - 4 - 22 (本人回答) 希望説明時期(n=88)



3) 希望する説明者

説明を受けてない場合、希望する説明者は、「医師から」が 68.2%、「リハ職から」が 20.5%であった。

図表 3 - 4 - 23 (本人回答) 希望する説明者(n=88)



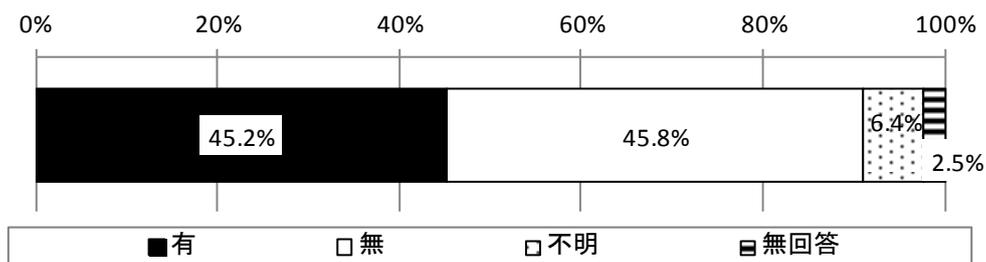
## 4. 外来リハ終了について

### ① 職員回答

#### 1) 外来リハ終了についての説明・相談の実施状況

外来リハ終了についての説明・相談の実施状況は、「有」が 45.2%、「無」が 45.8%であった。

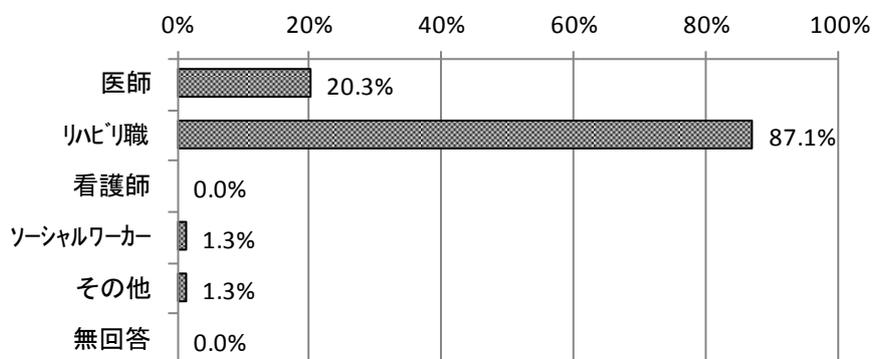
図表 3-4-24 (職員回答) 外来リハ終了についての説明・相談の実施状況(n=513)



#### 2) 外来リハ終了についての説明・相談を行った人

外来リハ終了についての説明・相談の実施状況で「有」を選択した人について、説明・相談を行った人は、「リハビリ職」が 87.1%、「医師」が 20.3%であった。

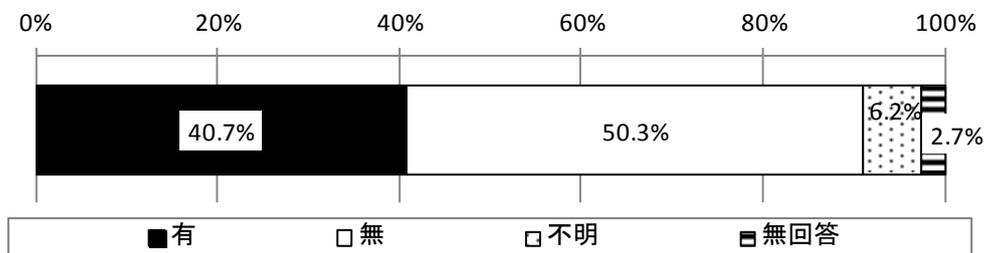
図表 3-4-25 (職員回答) 外来リハ終了についての説明・相談を行った人(複数回答)(n=232)



### 3) 外来リハ終了後の他サービスの利用の勧めの実施状況

外来リハ終了後の他サービスの利用の勧めの実施状況は、「有」が40.7%、「無」が50.3%であった。

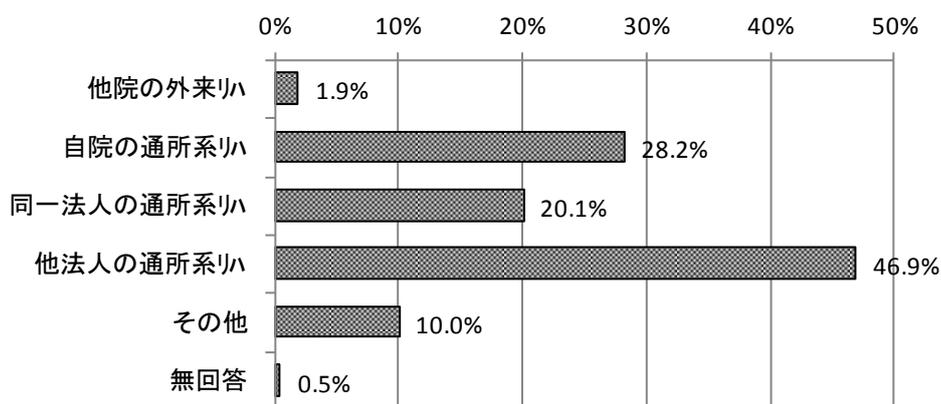
図表 3-4-26 (職員回答) 外来リハ終了後の他サービスの利用の勧めの実施状況(n=513)



### 4) 外来リハ終了後の利用を勧めたサービス

外来リハ終了後の他サービスの利用の勧めを行った人について、勧めたサービスは、「他法人の通所系リハ」が46.9%で最も割合が高く、次いで「自院の通所系リハ」が28.2%、「同一法人の通所系リハ」が20.1%であった。

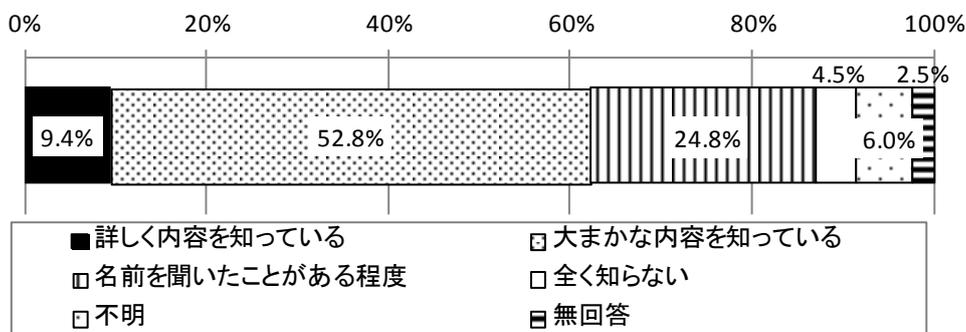
図表 3-4-27 (職員回答) 外来リハ終了後の利用を勧めたサービス(複数回答)(n=209)



### 5) 通所リハビリテーションや通所介護の理解状況の推測

通所リハビリテーションや通所介護の内容を本人はどの程度理解していると思うかは、「大まかな内容を知っている」が52.8%、「名前を聞いたことがある程度」が24.8%であった。

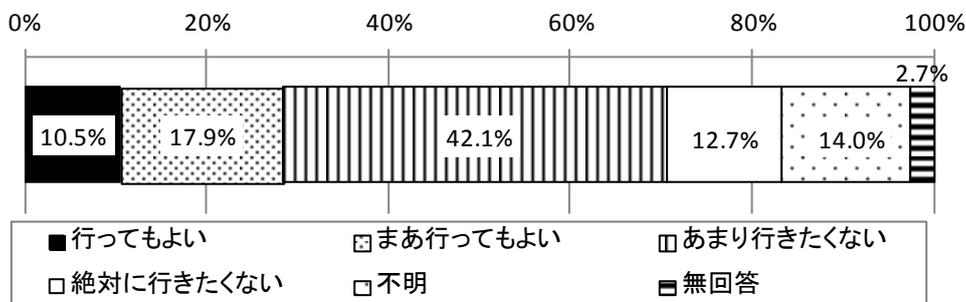
図表 3-4-28 (職員回答) 通所リハビリテーションや通所介護の理解状況の推測(n=513)



### 6) 患者の通所リハビリテーションや通所介護の利用意向の推測

通所リハビリテーションや通所介護に行くことを本人はどう思っているかは、「あまり行きたくない」が42.1%で最も割合が高く「絶対に行きたくない」(12.7%)と合せると、54.8%が行きたくないと思っていると回答した。

図表 3-4-29 (職員回答) 患者の通所リハビリテーションや通所介護の利用意向の推測 (n=513)

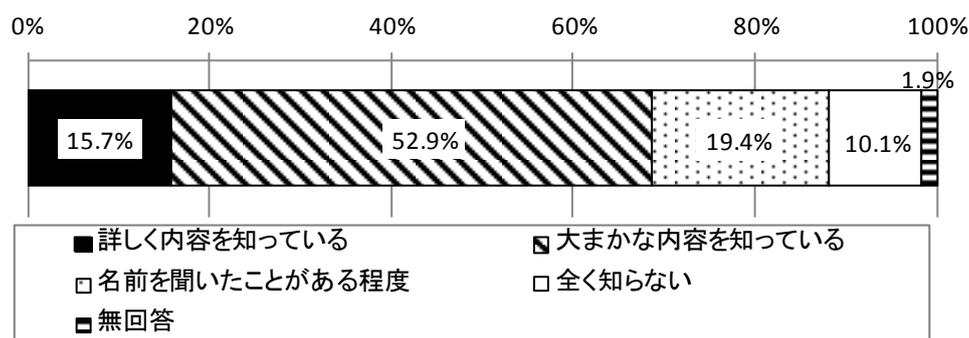


## ② 本人回答

### 1) 介護保険の通所リハビリテーションや通所介護というサービスの認知

通所リハビリテーションや通所介護の認知状況は、「大まかな内容を知っている」が52.9%を占めており、「詳しく内容を知っている」(15.7%)と合すると、68.6%が知っていると回答した。

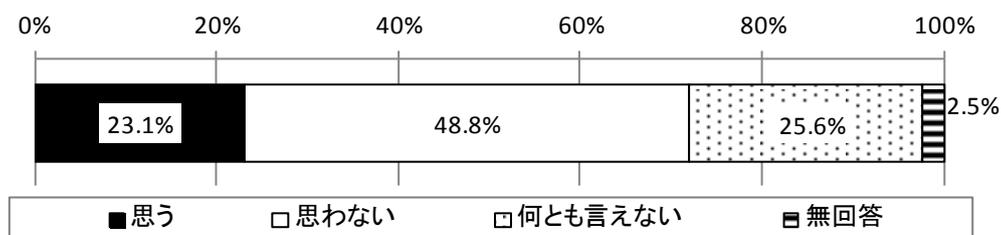
図表 3-4-30 (本人回答) 介護保険の通所リハビリテーションや通所介護というサービスの認知(n=484)



### 2) 通所リハビリテーションや通所介護の利用意向

病院で受けている今のリハビリの代わりに、通所リハビリテーションや通所介護に通ってもよいと思うかについてみると、「思わない」が48.8%であった。

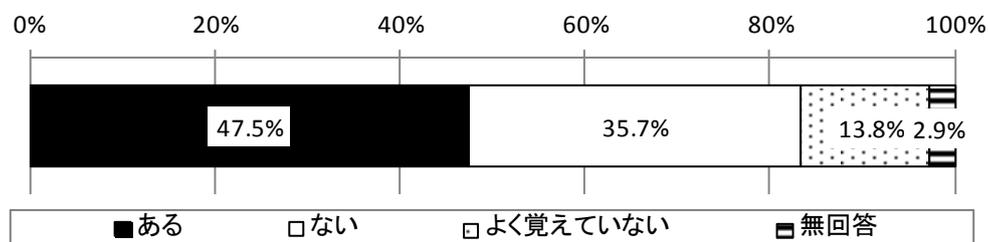
図表 3-4-31 (本人回答) 病院でのリハビリの代わりに、通所リハビリテーションや通所介護を利用してもよいと思うか(n=484)



### 3) 通所リハビリテーションや通所介護の説明有無

病院の職員から通所リハビリテーションや通所介護についての説明有無は、「ある」が47.5%、「ない」が35.7%であった。

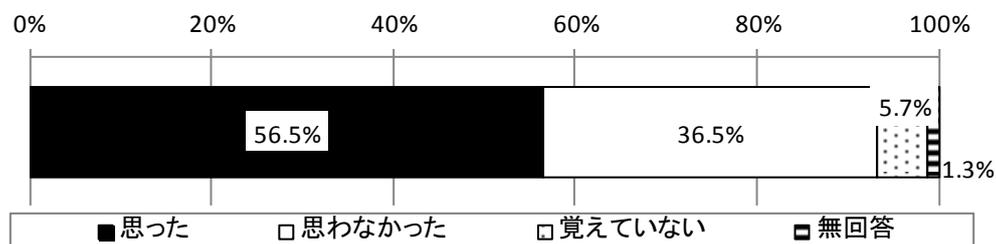
図表 3-4-32 (本人回答) 病院の職員から通所リハビリテーションや通所介護についての説明有無(n=484)



### 4) 説明後の利用意向

病院の職員から通所リハビリテーションや通所介護についての説明を受けたことが「ある」と回答した人について、そのサービスを利用したいと思ったかについてたずねたところ、「思った」が56.5%であった。

図表 3-4-33 (本人回答) (説明があった場合) そのサービスを利用したいと思ったか(n=230)



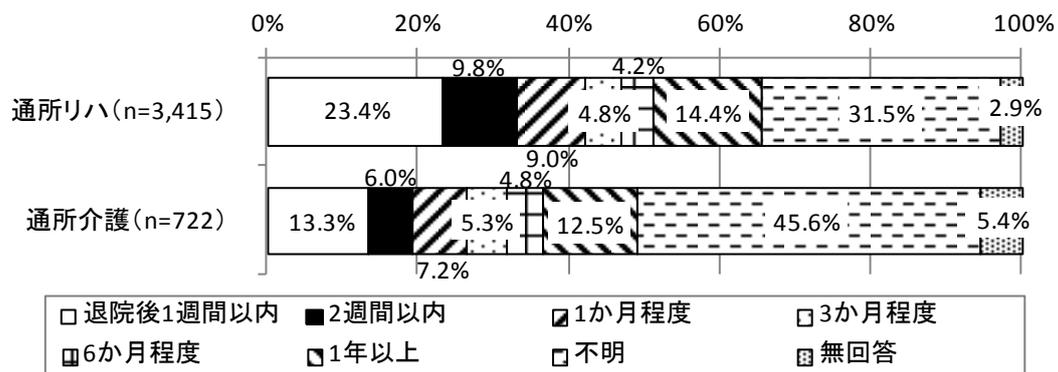
## 第5節 通所リハ・通所介護の状況、今後の見通し等

### 1. 通所リハ・通所介護の状況

#### ① 退院後の通所リハ・通所介護利用開始までの期間

退院後の通所リハ・通所介護の利用開始までの期間は、「通所リハ」は「退院後1週間以内」が23.4%、「1年以上」が14.4%であった。「通所介護」は「退院後1週間以内」が13.3%、「1年以上」が12.5%であった。

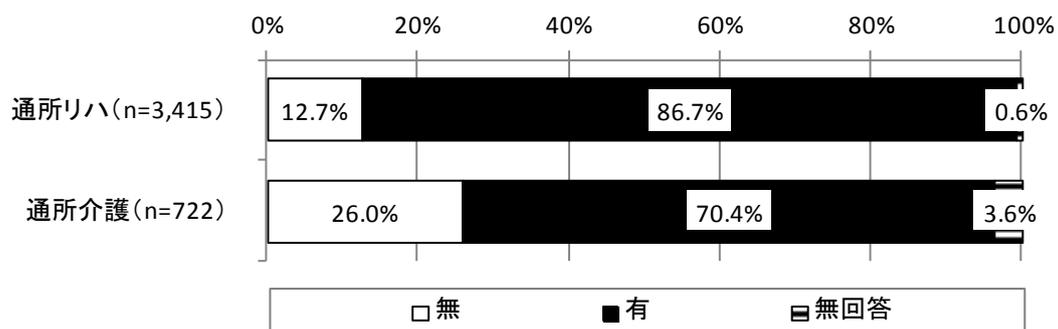
図表 3-5-1 退院後の通所リハ・通所介護利用開始までの期間



#### ② 自宅での生活状況の把握の有無

自宅での生活状況の把握の有無は、「有」の割合は、「通所リハ」は86.7%、「通所介護」は70.4%であった。

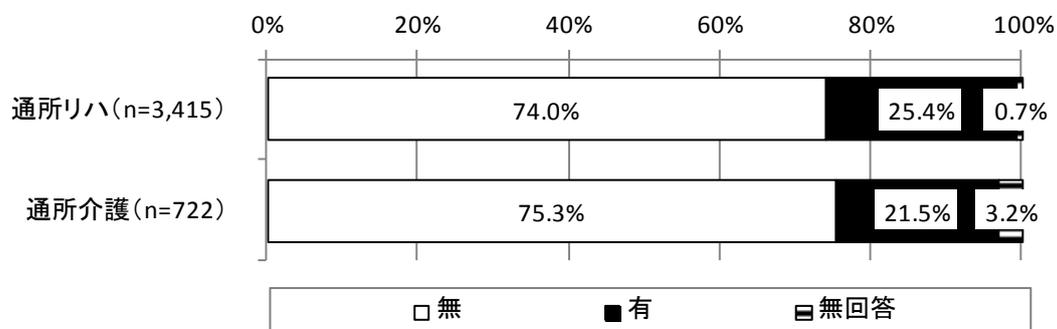
図表 3-5-2 自宅での生活状況の把握の有無



### ③ 通所リハ・通所介護の終了後の利用者の生活イメージの有無

通所リハ・通所介護の終了後の利用者の生活イメージの有無は、いずれも「無」の割合が高く、「通所リハ」は74.0%、「通所介護」は75.3%であった。

図表 3-5-3 通所リハ終了後の利用者の生活イメージの有無

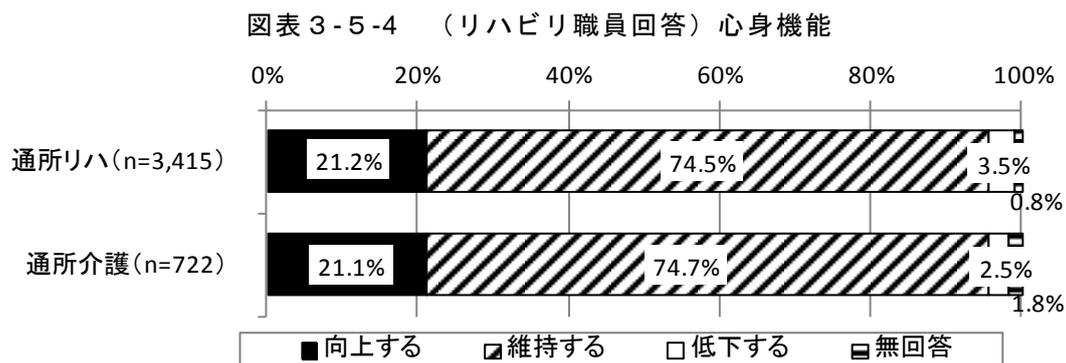


## 2. リハビリ・機能訓練による変化・効果

### ① リハビリ・機能訓練効果

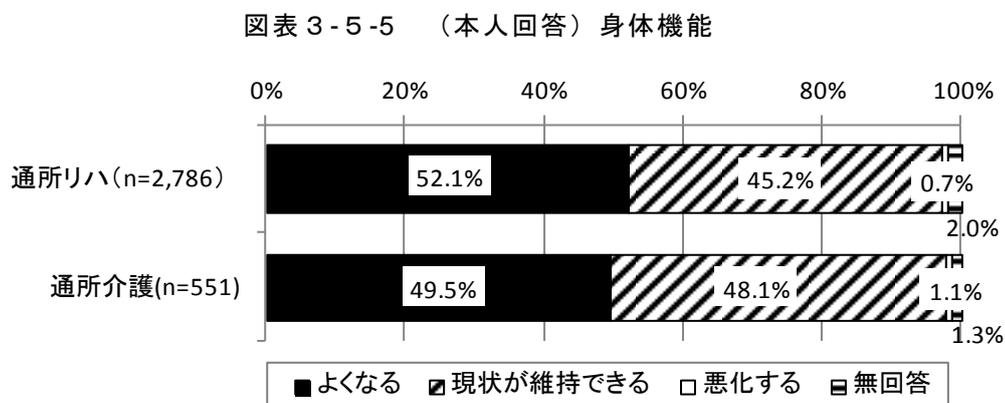
#### 1) (リハビリ職員回答) 心身機能

リハビリ職員の回答によれば、心身機能についてのリハビリ・機能訓練の効果は、いずれも「維持する」の割合が高く、「通所リハ」は74.5%、「通所介護」は74.7%であった。



#### 2) (本人回答) 身体機能

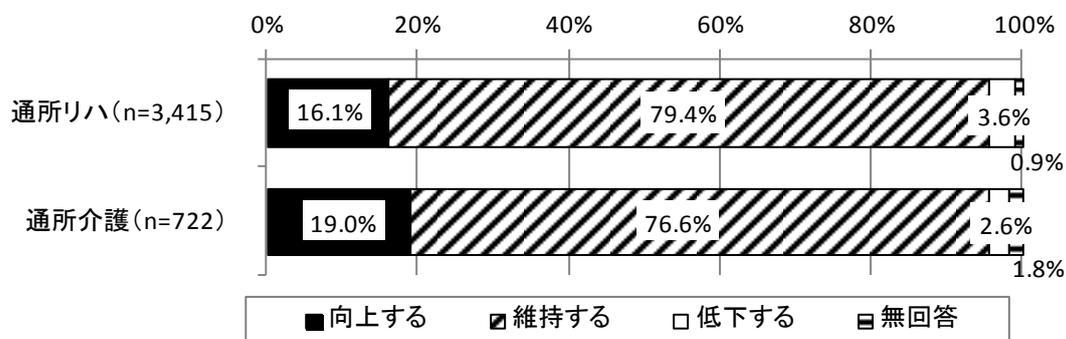
本人の回答によれば、心身機能についてのリハビリ・機能訓練の効果は、「通所リハ」では「よくなる」が52.1%、「通所介護」では49.5%であった。



### 3) (リハビリ職員回答) ADL・IADL

リハビリ職員の回答によれば、ADL・IADLについてのリハビリ・機能訓練の効果は、いずれも「維持する」の割合が高く、「通所リハ」は79.4%、「通所介護」は76.6%であった。

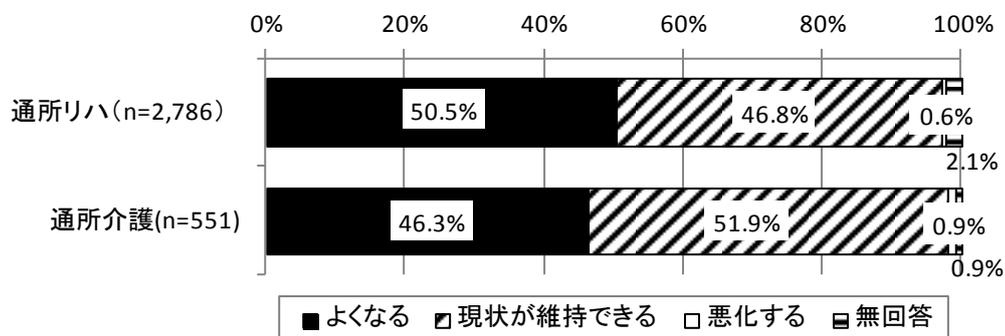
図表 3-5-6 (リハビリ職員回答) ADL・IADL



### 4) (本人回答) 日常生活を送る上での動作

本人の回答によれば、日常生活を送る上での動作についてのリハビリ・機能訓練の効果は、「通所リハ」で「よくなる」が50.5%、「通所介護」で46.3%であった。

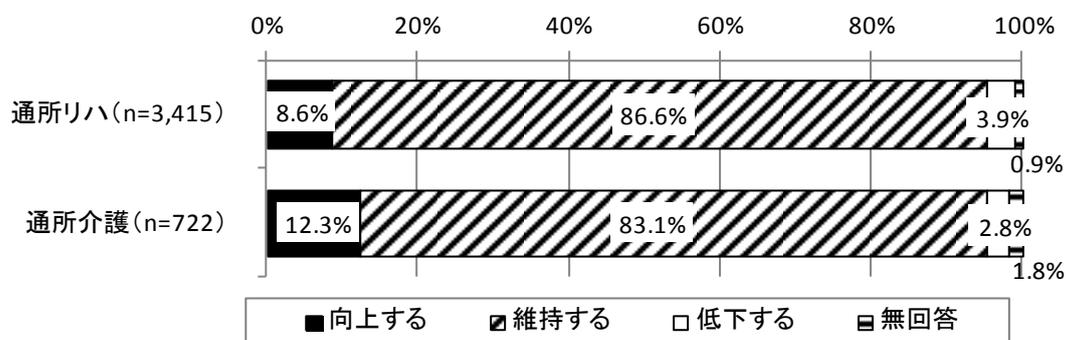
図表 3-5-7 (本人回答) 日常生活を送る上での動作



### 5) (リハビリ職員回答) 社会適応能力

リハビリ職員の回答によれば、社会適応能力についてリハビリ・機能訓練の効果は、いずれも「維持する」の割合が高く、「通所リハ」は86.6%、「通所介護」は83.1%であった。

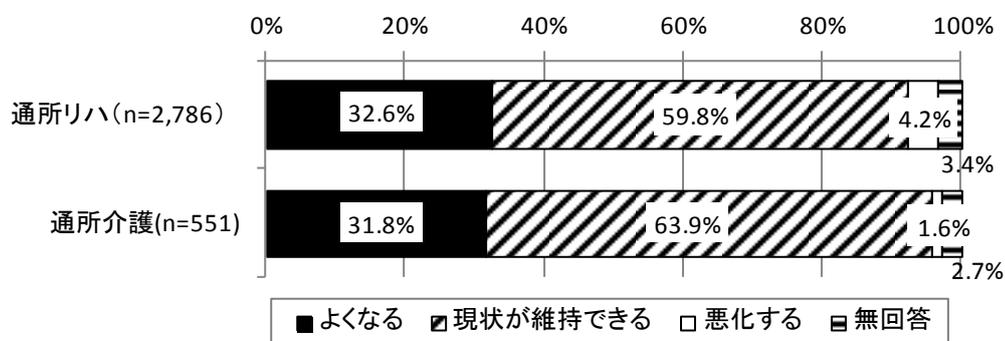
図表 3-5-8 (リハビリ職員回答) 社会適応能力



### 6) (本人回答) 病気やけがになる前に行っていた社会的活動

本人の回答によれば、病気やけがになる前に行っていた社会的活動について、リハビリ・機能訓練の効果は、いずれも「現状が維持できる」の割合が高く、「通所リハ」は59.8%、「通所介護」は63.9%であった。

図表 3-5-9 (本人回答) 病気やけがになる前に行っていた社会的活動



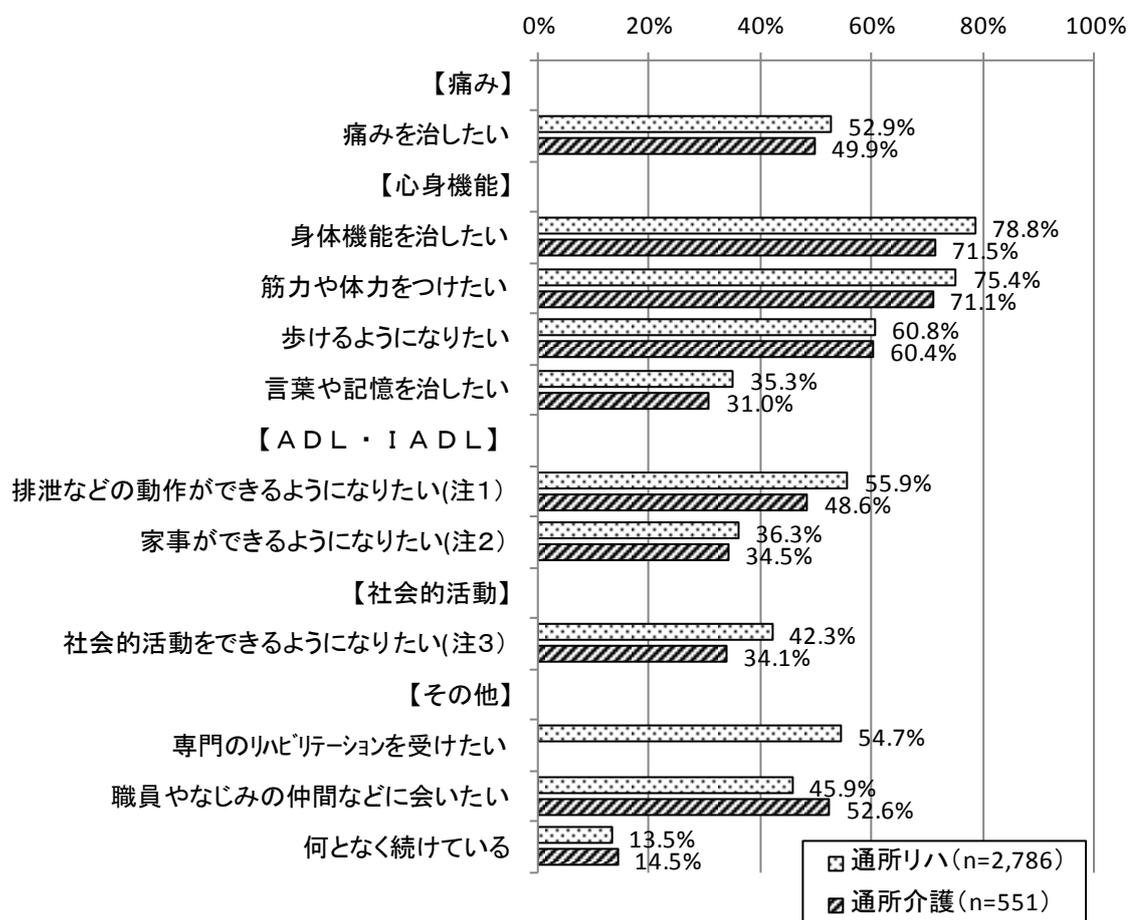
## (2) リハビリ継続理由（本人回答）

本人の回答によれば、通所リハ、通所介護ともに、「身体機能を治したい」がそれぞれ78.8%、71.5%で最も高く、「筋力や体力をつけたい」が75.4%、71.1%で続いた。「移動や食事、入浴や排泄などの動作ができているようになりたい」が通所リハでは55.9%、通所介護では48.6%、「社会的活動ができるようになりたい」が通所リハでは42.3%、通所介護では34.1%であった。

男女別にみると、通所リハ、通所介護ともに、「女性」では、「痛みを治したい」「家事ができるようになりたい」「職員やなじみの仲間などに会いたい」が「男性」よりも高かった。

要介護度別にみると「移動や食事、入浴や排泄などの動作ができるようになりたい」は「要介護3～5」で他の要介護度に比べて高かった。

図表 3-5-10 （本人回答）リハビリを続けている理由（複数回答）

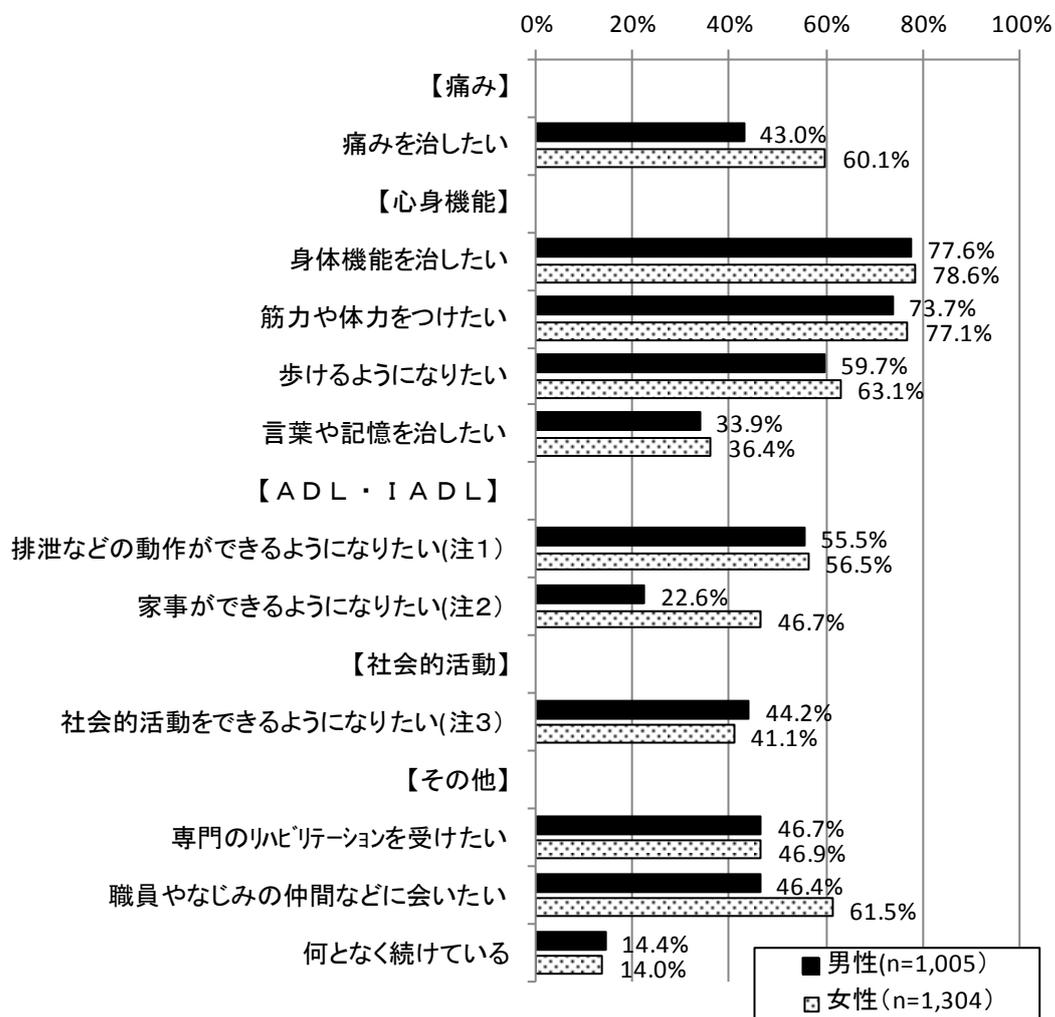


注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

注3) 「病氣やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

図表 3-5-11 (本人回答) 通所リハ：男女別 リハビリを続けている理由 (複数回答)

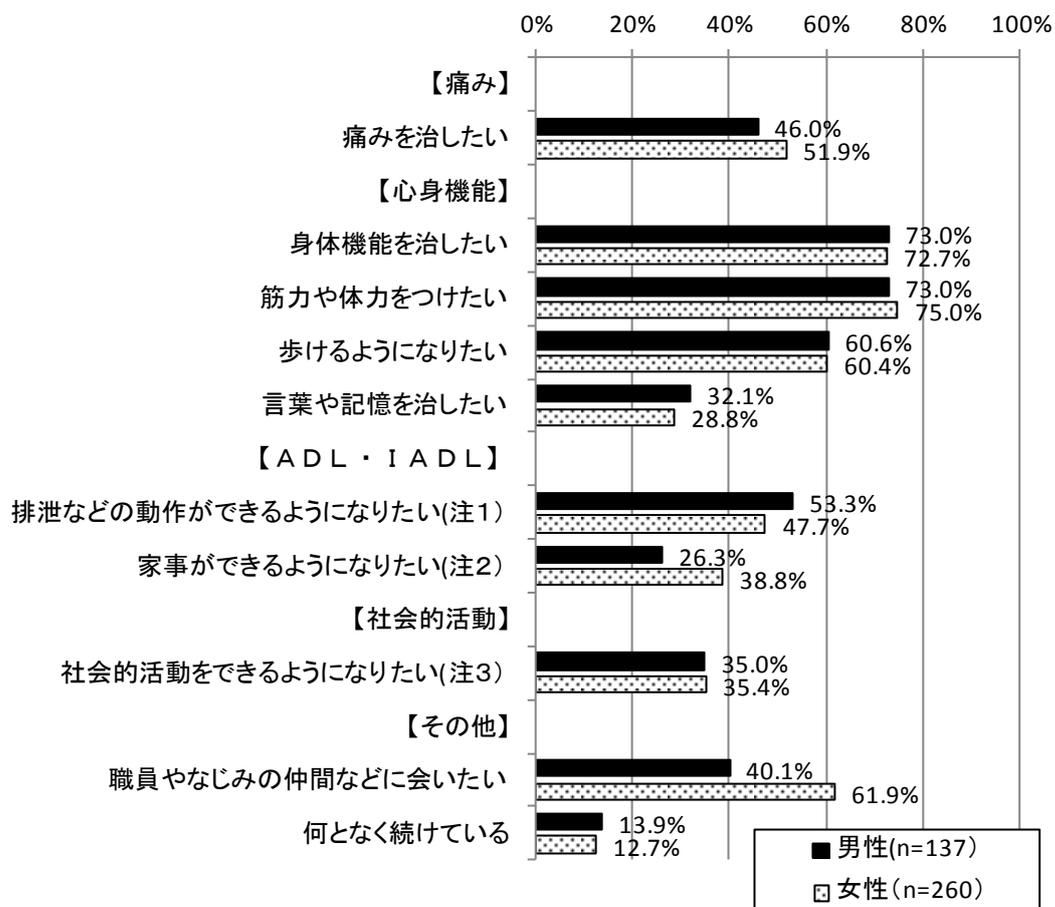


注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

注3) 「病气やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

図表 3-5-12 (本人回答) 通所介護：男女別 リハビリを続けている理由 (複数回答)

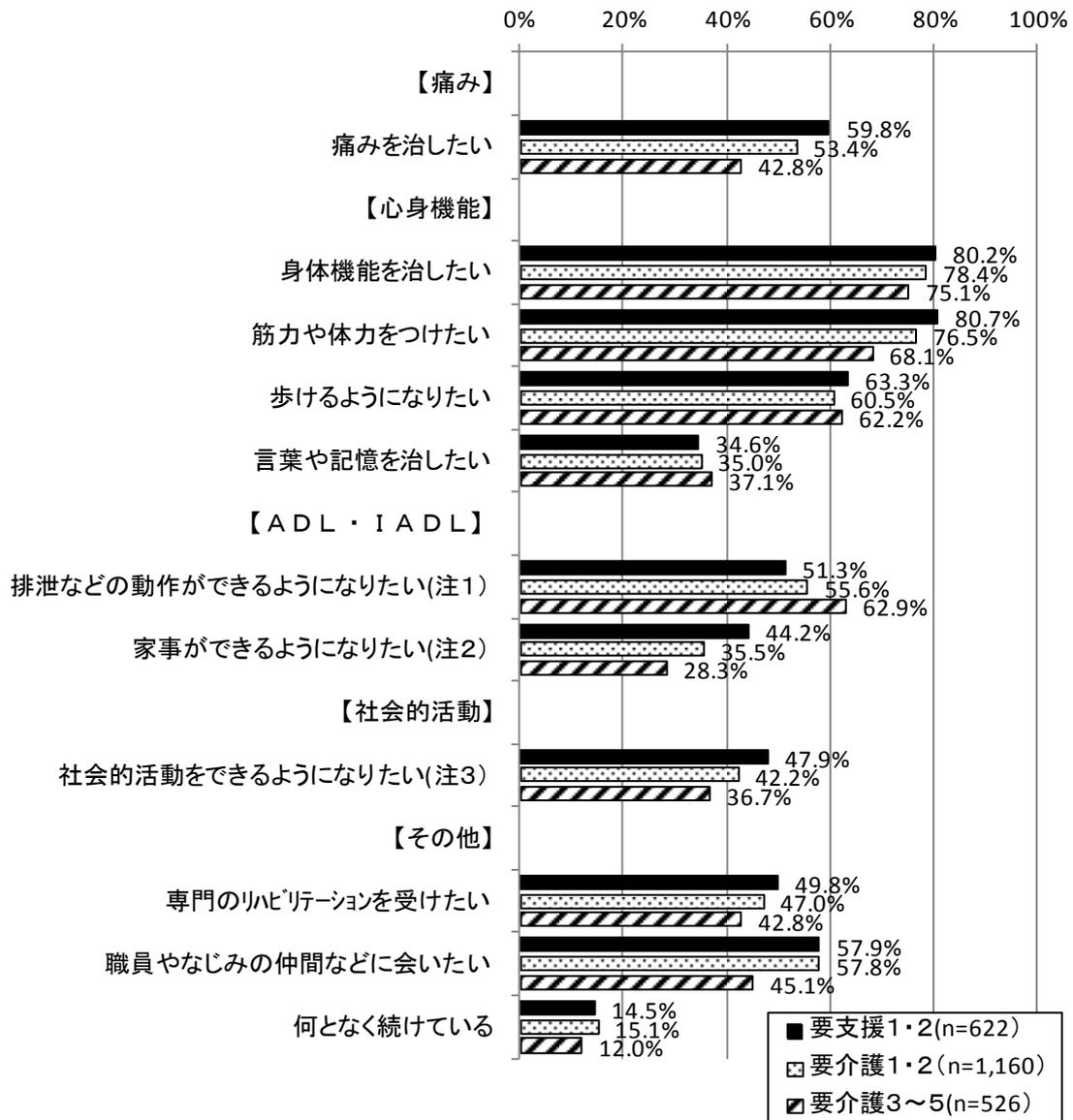


注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

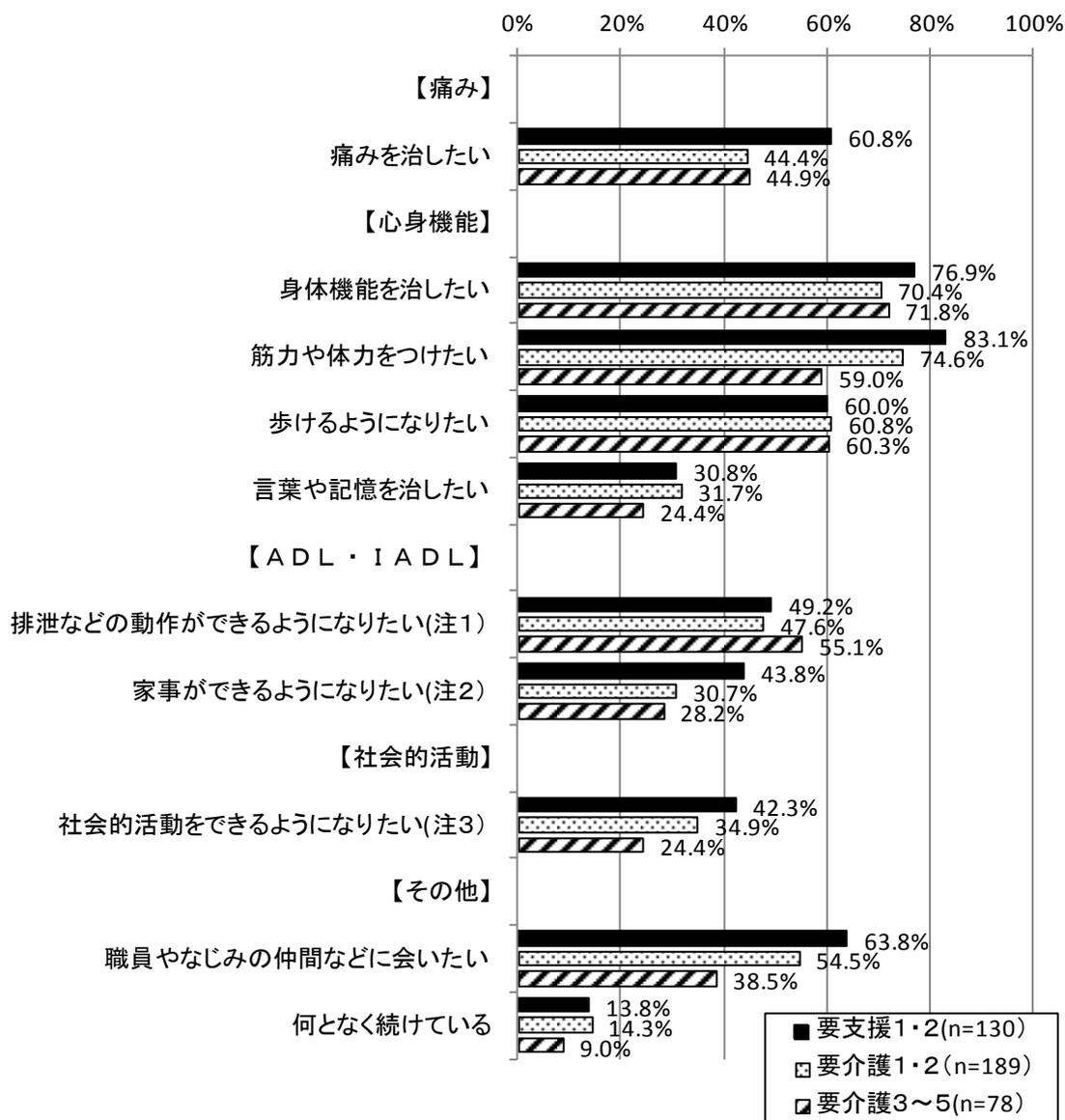
注3) 「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

図表 3-5-13 (本人回答) 通所リハ：要介護度別 リハビリを続けている理由 (複数回答)



注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」  
 注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」  
 注3) 「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

図表 3-5-14 (本人回答) 通所介護：要介護度別 リハビリを続けている理由 (複数回答)



注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」

注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」

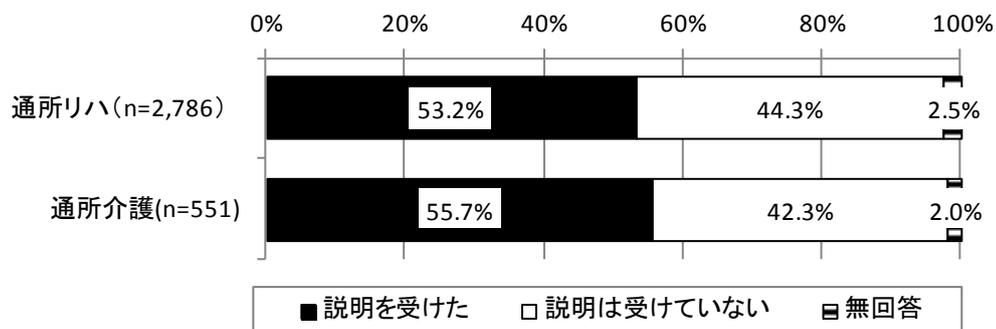
注3) 「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

### (3) 今後の見通しについての説明等（本人回答）

#### ① 今後の見通しについての説明の有無

通所リハ、通所介護の利用者について、今後の見通しについての説明等の有無は、「通所リハ」は「説明を受けた」が53.2%、「通所介護」は55.7%であった。

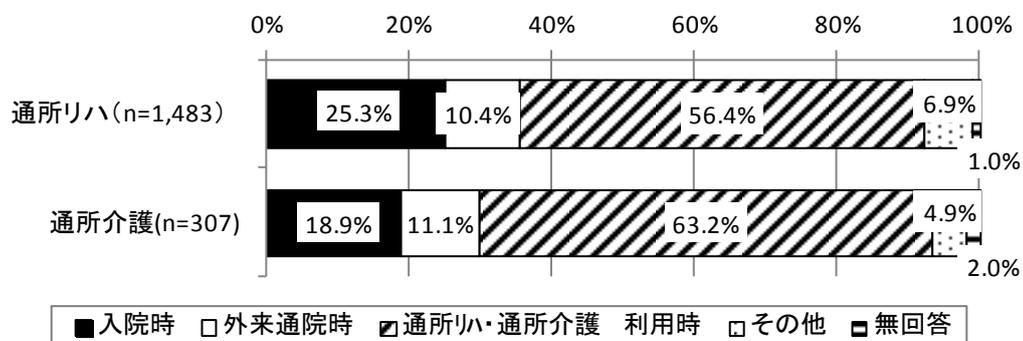
図表 3-5-15 （本人回答）今後の見通しについての説明の有無



#### 1) （受けた場合）説明時期

今後の見通しについての説明等を受けた場合、説明時期は、「通所リハ」、「通所介護」とも「通所リハ・通所介護利用時」の割合が高く、「通所リハ」は56.4%、「通所介護」は63.2%であった。

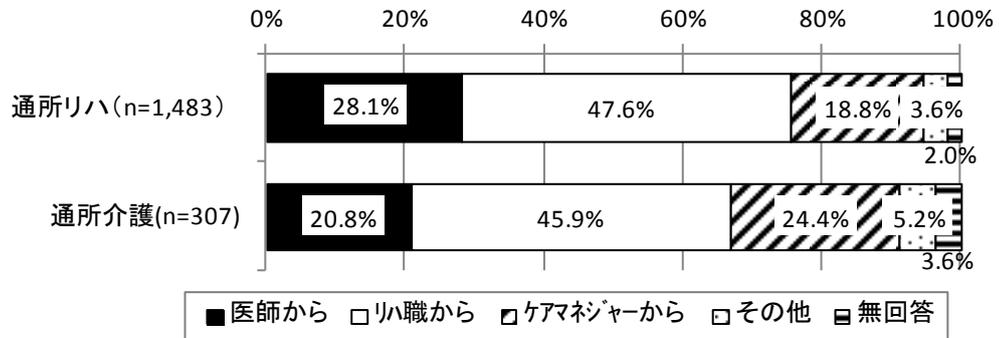
図表 3-5-16 （本人回答）説明時期



2) (受けた場合) 説明者

今後の見通しについての説明等を受けた場合、説明者は、いずれも「リハ職から」の割合が高く、「通所リハ」は47.6%、「通所介護」は45.9%であった。

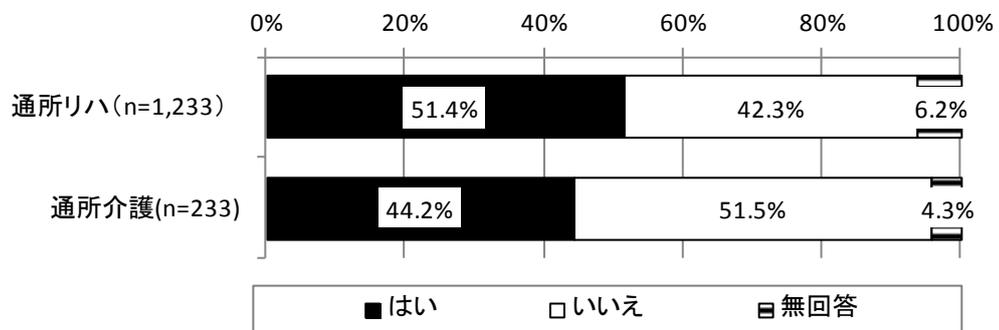
図表 3-5-17 (本人回答) 説明者



② (受けていない場合) 説明希望の有無

今後の見通しについての説明等を受けてない場合、説明希望の有無は、「通所リハ」の方が若干「はい」の割合が高く、「通所リハ」は51.4%、「通所介護」44.2%であった。

図表 3-5-18 (本人回答) 説明希望の有無

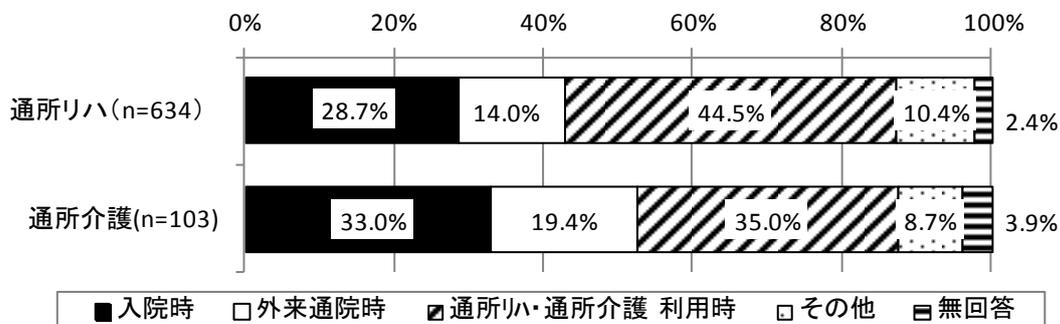


1) (希望有の場合) 希望説明時期

今後の見通しについての説明等を希望している場合、希望説明時期は、「通所リハ」は、「通所リハ利用時」の割合が高く 44.5%であった。

「通所介護」は「通所介護利用時」が 35.0%、「入院時」が 33.0%であった。

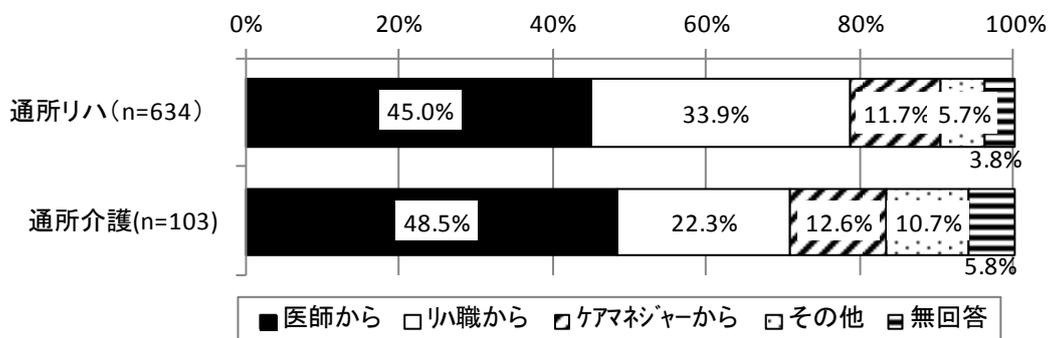
図表 3-5-19 (本人回答) 希望説明時期



2) (希望有の場合) 希望説明者

今後の見通しについての説明等を希望している場合、希望説明者は、いずれも「医師から」の割合が高く、「通所リハ」は 45.0%、「通所介護」は 48.5%であった。

図表 3-5-20 (本人回答) 希望説明者

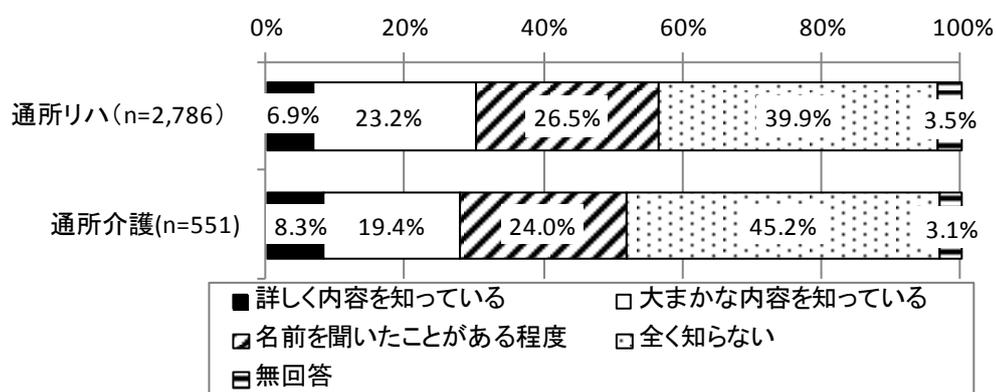


#### (4) 地域資源等の認知度や参加意欲等

##### ① 地域の体操教室や趣味活動等の集まりの認知状況

地域の体操教室や趣味活動等の集まりの認知状況は、「通所リハ」、「通所介護」とも「全く知らない」の割合が高く、「通所リハ」は39.9%、「通所介護」は45.2%であった。

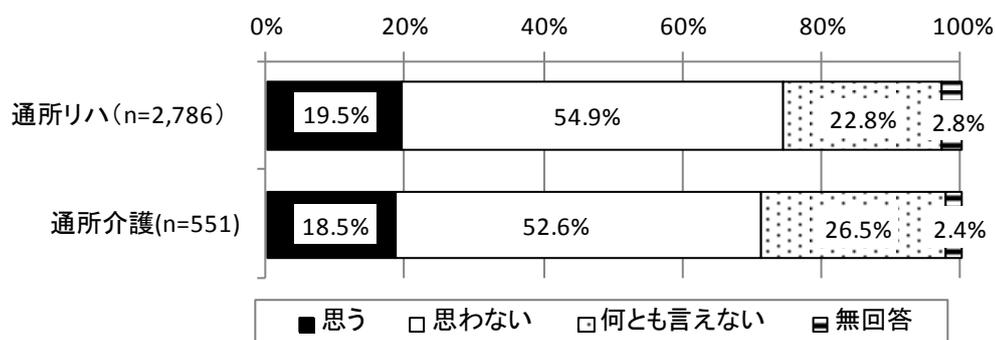
図表 3-5-21 (本人回答) 地域の体操教室や趣味活動等の集まりの認知状況



##### ② 地域の体操教室や趣味活動等への参加意欲

通所リハ、通所介護の代わりに、地域の体操教室や趣味活動等の集まりに通ってもよいと思うかは、いずれも「思わない」の割合が高く、「通所リハ」は54.9%、「通所介護」は52.6%であった。

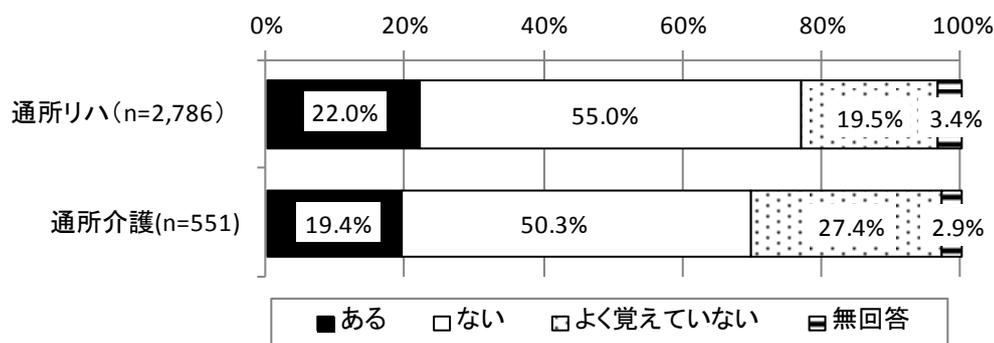
図表 3-5-22 (本人回答) 通所リハ・通所介護の代わりに地域の体操教室や趣味活動等の集まりに通ってもよいと思うか



### (5) 地域資源等の説明有無

通所リハ、通所介護の職員から地域の体操教室や趣味活動等についての説明の有無は、いずれも「ない」の割合が高く、「通所リハ」は55.0%、「通所介護」は50.3%であった。

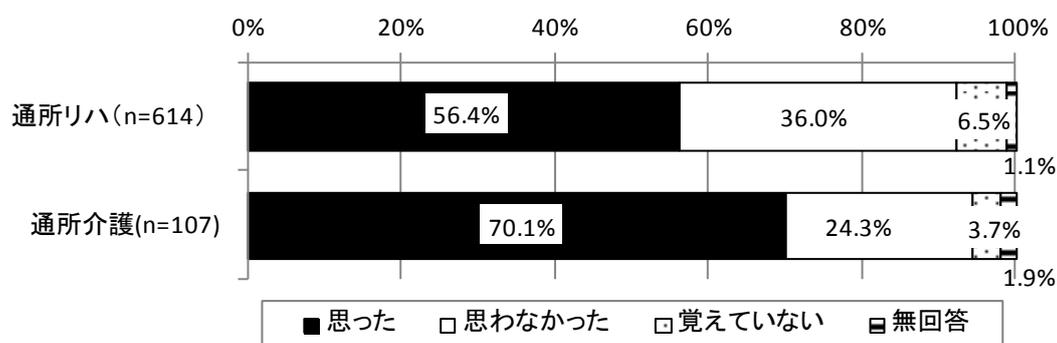
図表 3-5-23 (本人回答) 通所リハ・通所介護の職員から地域の体操教室や趣味活動等についての説明有無



### (6) 説明があった場合の参加意欲

通所リハ、通所介護の職員から地域の体操教室や趣味活動等についての説明があった人について、そのサービスを利用したいと思ったかをたずねたところ、いずれも「思った」の割合が高く、「通所リハ」は56.4%、「通所介護」は70.1%であった。

図表 3-5-24 (本人回答) (説明があった場合) そのサービスを利用したいと思ったか



## 第4章 要介護者が病院から退院する際の介護支援専門員への連携の実態

### 第1節 病院調査の結果

#### 1. 回答病院の退院患者の概況について

##### ① 退院後の状況別人数

##### 1) 病院全体

平成26年6月の退院患者（病院全体）について、退院後の状況別の人数は、「在宅への退院」が平均145.0人、「在宅のうち外来でリハビリテーションを実施」が3.5人、「転院」が12.2人、「死亡退院」が9.5人、「老健入所」が3.7人、「特養入所」が2.7人であった。

図表4-1-1 退院後の状況別人数（病院全体）

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
転院	368	12.2	25.3	5.0
老健入所	363	3.7	4.9	2.0
特養入所	363	2.7	4.0	1.0
在宅への退院	370	145.0	241.3	40.0
在宅のうち外来でリハビリテーションを実施	253	3.5	8.6	0.0
死亡退院	378	9.5	10.3	6.0
不明	378	9.0	48.6	0.0
合計	378	179.8	274.6	66.0

##### 2) うち回復期リハ病棟

平成26年6月の退院患者（うち回復期リハ病棟）について、退院後の状況別の人数は、「在宅への退院」が平均16.7人、「在宅のうち外来でリハビリテーションを実施」が1.7人、「転院」が2.5人、「老健入所」が1.6人であった。

図表4-1-2 退院後の状況別人数（回復期リハ病棟）

	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
転院	98	2.5	3.2	2.0
老健入所	96	1.6	1.9	1.0
特養入所	95	0.4	0.8	0.0
在宅への退院	98	16.7	11.2	14.0
在宅のうち外来でリハビリテーションを実施	75	1.7	3.2	0.0
死亡退院	95	0.1	0.3	0.0
不明	96	0.8	6.0	0.0
合計	96	21.8	15.6	17.0

## ② 診療報酬の算定実績

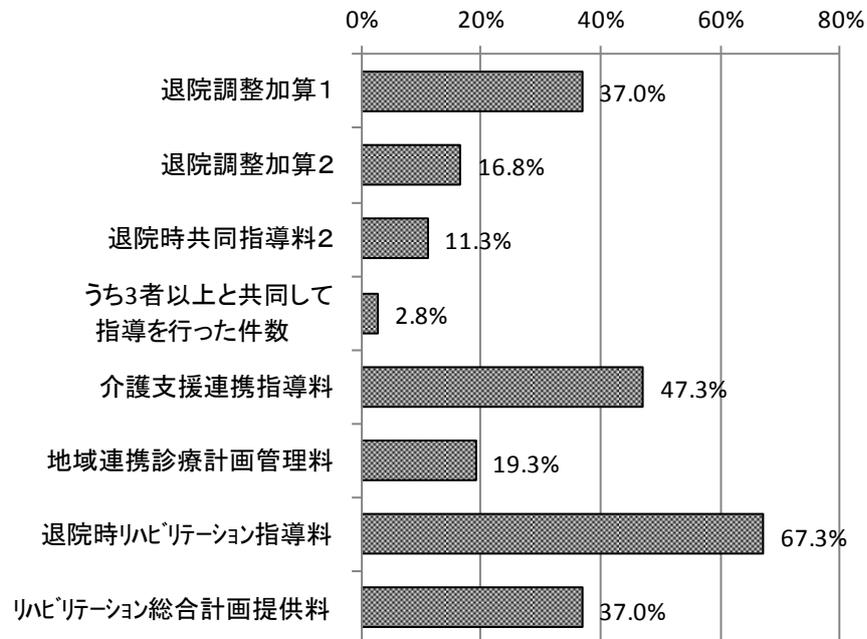
平成 26 年 6 月 1 か月分の診療報酬の算定実績は、「リハビリテーション総合計画提供料」が平均 45.6 件、「退院調整加算 1」が 21.2 件、「退院時リハビリテーション指導料」が 20.8 件であった。

図表 4 - 1 - 3 診療報酬の算定実績（平成 26 年 6 月）

	件数	平均値 (件)	標準偏差	中央値 (件)
退院調整加算 1	310	21.2	55.8	0.0
退院調整加算 2	288	1.5	5.2	0.0
退院時共同指導料 2	290	0.5	1.8	0.0
うち 3 者以上と共同して指導を行った件数	290	0.1	0.4	0.0
介護支援連携指導料	324	7.7	15.1	2.0
地域連携診療計画管理料	300	1.9	5.4	0.0
退院時リハビリテーション指導料	350	20.8	37.8	7.0
リハビリテーション総合計画提供料	331	45.6	97.2	0.0

平成 26 年 6 月 1 か月分の診療報酬の算定件実績の割合をみると、「退院時リハビリテーション指導料」が 67.3% で最も割合が高く、次いで「介護支援連携指導料」が 47.3%、「退院調整加算 1」「リハビリテーション総合計画提供料」がそれぞれ 37.0% であった。

図表 4 - 1 - 4 診療報酬の算定実績（平成 26 年 6 月）(n=383)



平成 26 年 6 月 1 か月分の診療報酬の算定実績（0 件を除く）は、「リハビリテーション総合計画提供料」が平均 102.0 件、「退院調整加算 1」が 44.3 件、「退院時リハビリテーション指導料」が 27.1 件、「介護支援連携指導料」が 13.2 件であった。

図表 4 - 1 - 5 診療報酬の算定実績（平成 26 年 6 月）（0 件を除く）

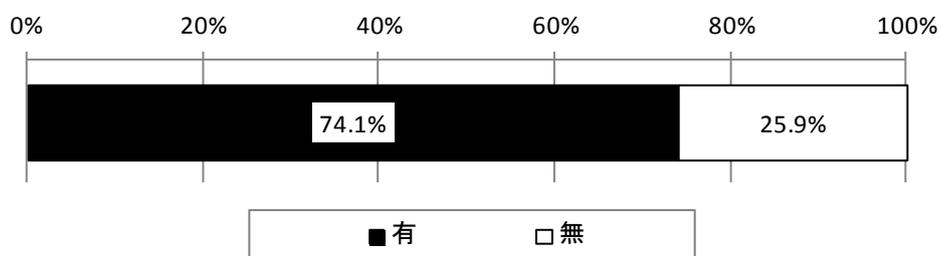
	件数	平均値 (件)	標準偏差	中央値 (件)
退院調整加算 1	148	44.3	74.3	22.0
退院調整加算 2	67	6.6	9.2	4.0
退院時共同指導料 2	45	3.3	3.5	2.0
うち 3 者以上と共同して指導 を行った件数	11	1.8	1.0	2.0
介護支援連携指導料	189	13.2	17.8	6.0
地域連携診療計画管理料	77	7.3	8.6	4.0
退院時リハビリテーション指導料	269	27.1	41.1	12.0
リハビリテーション総合計画提供料	148	102.0	124.2	72.0

## 2. 退院調整部門の設置状況

### (1) 退院調整部門の有無

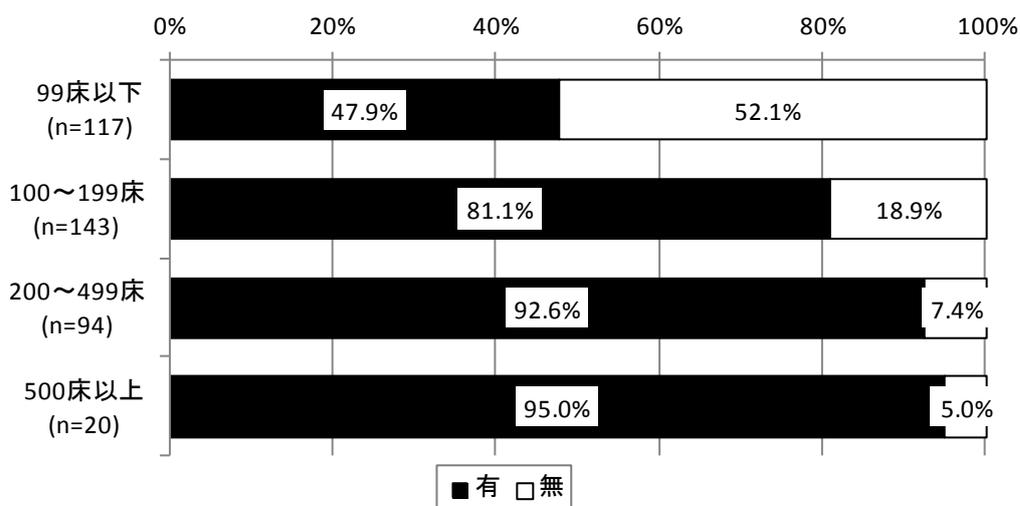
退院調整部門の設置状況は、「有」が74.1%、「無」が25.9%であった。

図表 4 - 1 - 6 退院調整部門の有無 (n=379)



病床規模別に退院調整部門の設置状況を見ると、病床規模が大きいほど「有」の割合が高くなる傾向にあり、「99床以下」は47.9%、「100～199床」は81.1%、「200～499床」は92.6%、「500床以上」は95.0%であった。

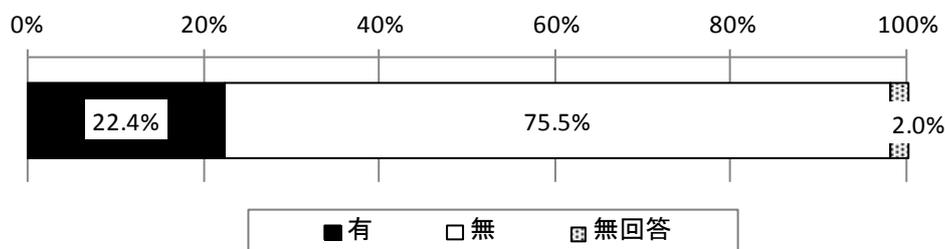
図表 4 - 1 - 7 病床規模別 退院調整部門の有無



## (2) (ない場合) 退院調整部門の設置予定

退院調整部門が無い病院について、今後の退院調整部門の設置予定は、「有」が 22.4%、「無」が 75.5%であった。

図表 4-1-8 退院調整部門の設置予定 (n=98)



## (3) 退院調整部門がある場合：退院調整部門について

### ① 退院調整部門の職員

退院調整部門の職員数は、総数は実人数で平均 5.3 人、うち、専従者は 2.8 人であった。

各職種別人数の平均値をみると、「ソーシャルワーカー」が 3.0 人（専従者 1.9 人）で最も多く、次いで「看護師・准看護師」が 1.2 人（専従者 0.5 人）であった。

また、「ソーシャルワーカー」のうち「社会福祉士」の人数は 2.4 人（専従者 1.6 人）であった。

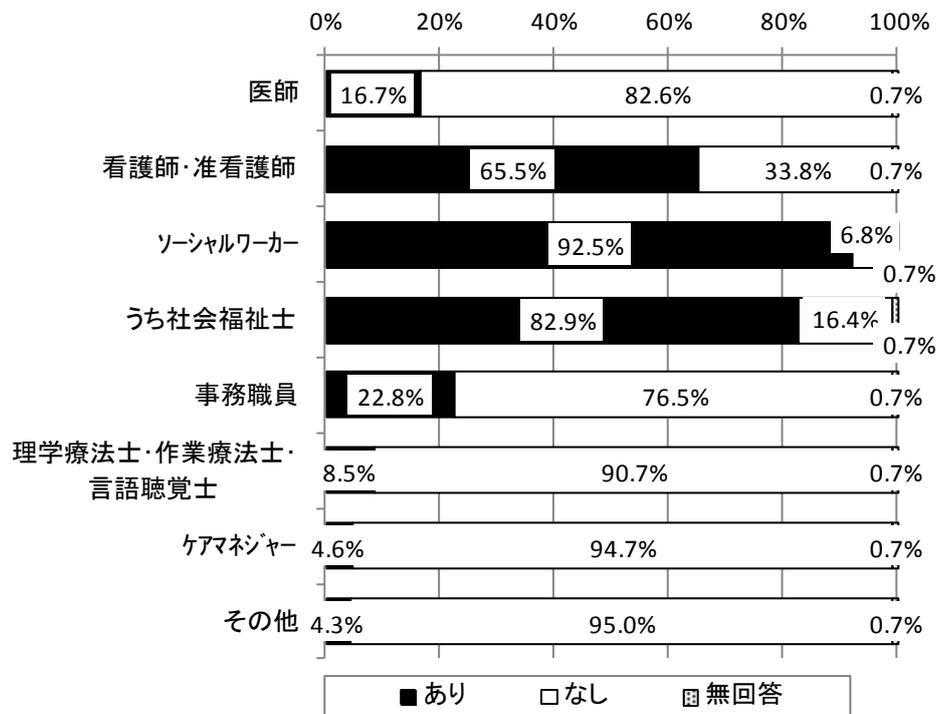
図表 4-1-9 退院調整部門の職員（職種別人数、職員数）

職種	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
<b>【実人数】</b>				
総数	279	5.3	4.7	4.0
医師	279	0.3	1.3	0.0
看護師・准看護師	279	1.2	1.6	1.0
ソーシャルワーカー	279	3.0	2.5	2.0
うち社会福祉士	279	2.4	2.3	2.0
事務職員	279	0.4	1.0	0.0
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	279	0.2	1.1	0.0
ケアマネジャー	279	0.1	0.2	0.0
その他	279	0.1	0.5	0.0
<b>【専従者】</b>				
総数	254	2.8	3.7	2.0
医師	254	0.0	0.3	0.0
看護師・准看護師	254	0.5	1.3	0.0
ソーシャルワーカー	254	1.9	2.2	1.0
うち社会福祉士	254	1.6	2.1	1.0
事務職員	254	0.2	0.7	0.0
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	254	0.1	0.5	0.0
ケアマネジャー	254	0.0	0.1	0.0
その他	254	0.0	0.5	0.0

退院調整部門の職種別職員の有無をみたところ、「ソーシャルワーカー」は「あり」が92.5%であった。「看護師・准看護師」は65.5%、「事務職員」は22.8%、「医師」は16.7%であった。

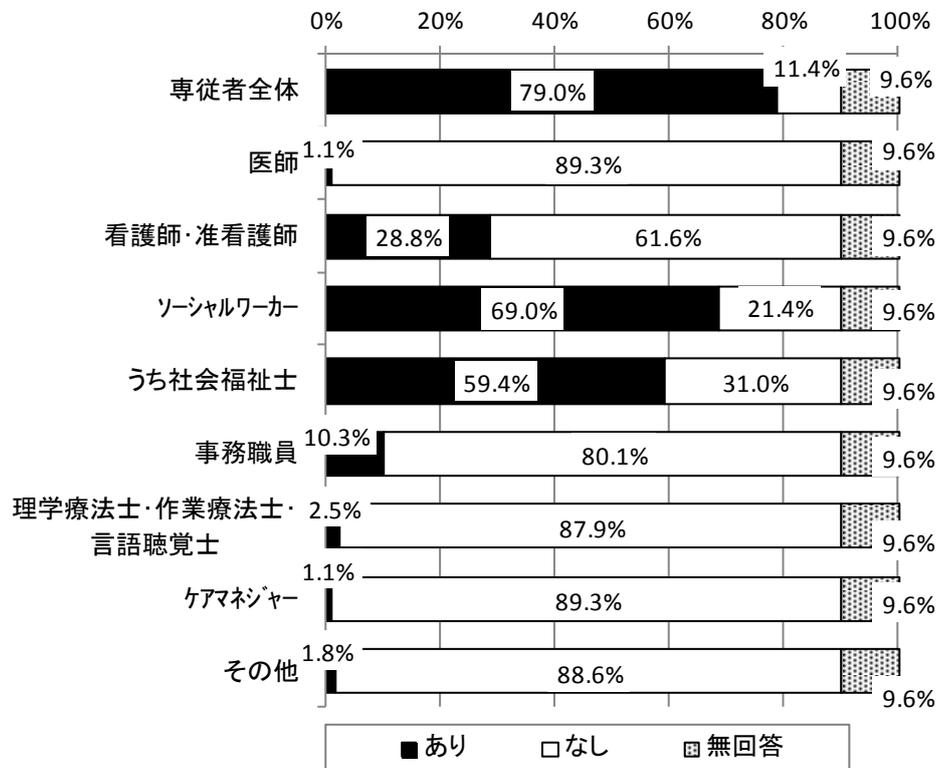
社会福祉士を配置している割合は82.9%であった。

図表 4-1-10 退院調整部門の職種別職員の有無 (n=281)



退院調整部門の専従職員について、職種別に有無をみたところ、「ソーシャルワーカー」は「あり」が69.0%で、「看護師・准看護師」は28.8%、「事務職員」は10.3%であった。社会福祉士を専従で配置している病院は59.4%であった。

図表 4-1-11 退院調整部門の職種別 専従職員の有無 (n=281)



② 退院調整部門の調整患者数

平成 26 年 6 月分の総退院患者数は平均 223.6 人であった。そのうち、退院調整部門が関わった患者数は 49.5 人であった。

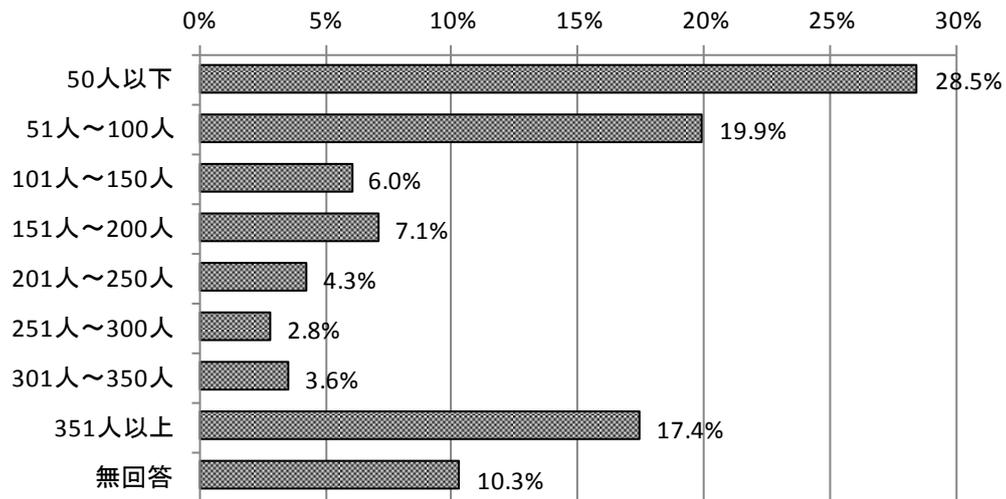
退院調整部門が関わった患者割合は平均値で 42.2%であった。

図表 4-1-12 退院調整部門の調整患者数

	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
6月分の総退院患者数(人)	252	223.6	312.2	84.0
うち、退院調整部門が関わった患者数(人)	239	49.5	49.1	36.0
	件数	平均値(%)	標準偏差	中央値(%)
退院調整部門が関わった患者割合(%)	232	42.2	30.6	32.0

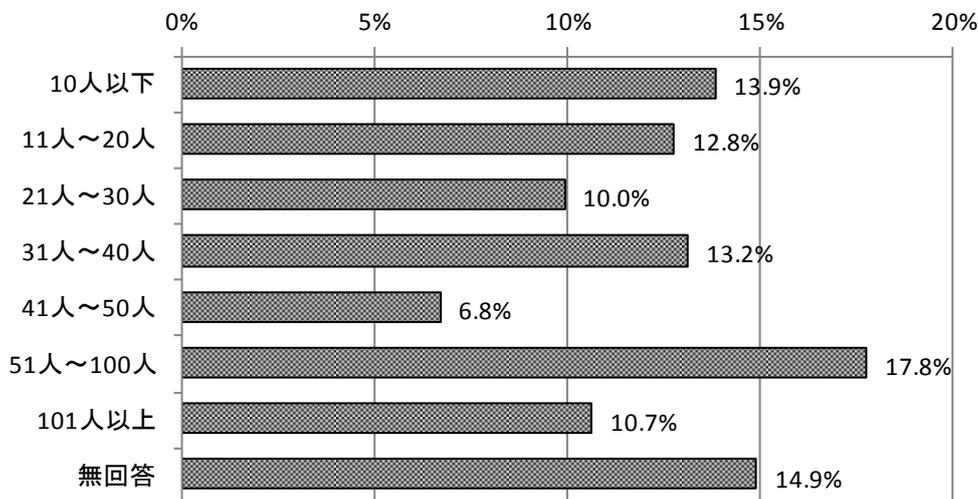
平成 26 年 6 月分の総退院患者数の分布をみると、「50 人以下」が 28.5%、「51 人～100 人」が 19.9%、「351 人以上」が 17.4%であった。

図表 4-1-13 総退院患者数(n=281)



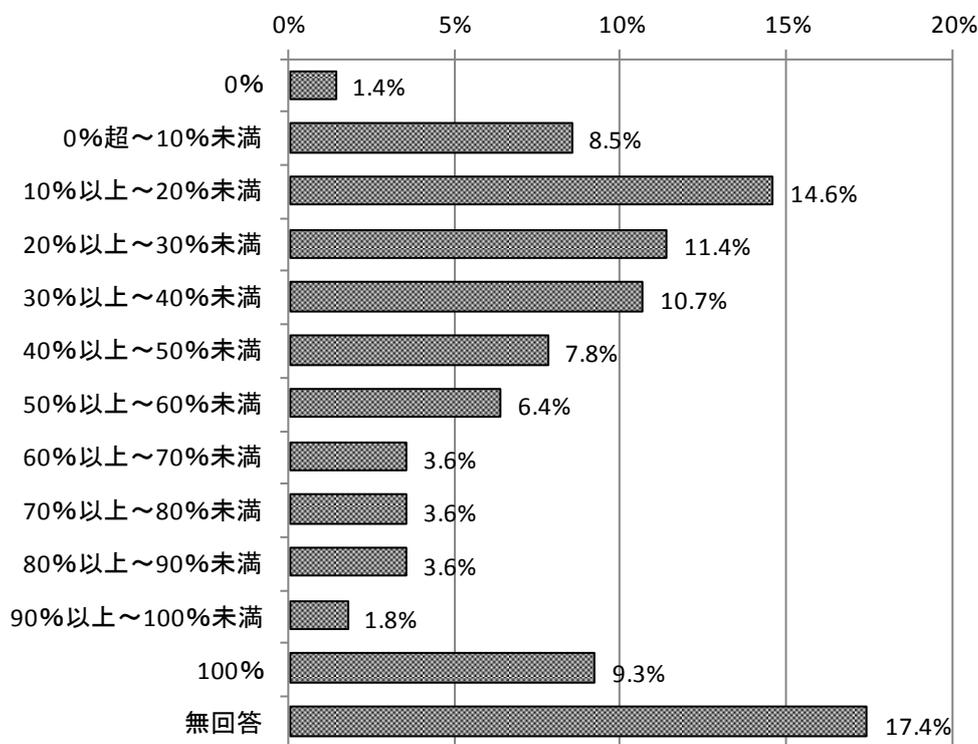
総退院患者数のうち、退院調整部門が関わった患者数の分布をみると、「51人～100人」が17.8%、「10人以下」が13.9%、「31人～40人」が13.2%であった。

図表 4 - 1 - 14 うち、退院調整部門が関わった患者数(n=281)



退院調整部門が関わった患者割合の分布をみると、「10%以上～20%未満」が14.6%、「20%以上～30%未満」が11.4%、「30%以上～40%未満」が10.7%であった。「100%」も9.3%みられた。

図表 4 - 1 - 15 退院調整部門が関わった患者割合(n=281)



#### (4) 要介護者が自宅退院する場合の主たる調整者

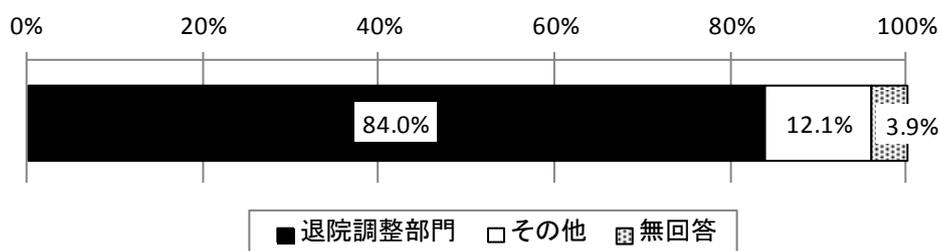
##### ① 退院調整部門がある場合

##### 1) 所属部門

退院調整部門がある場合、主たる調整者の所属部門は、「退院調整部門」が 84.0%、「その他」が 12.1%であった。

その他の回答内容は、「地域連携室等」「相談室等」「病棟」「看護部、看護師」等の回答がみられた。

図表 4-1-16 (退院調整部門がある場合) 主たる調整者の所属部門 (n=281)



##### <その他回答>

###### ■ 地域連携室等

- ・ 地域連携室 (6)
- ・ 地域医療連携室 (4)
- ・ 連携室

###### ■ 相談室等

- ・ 医療相談室 (4)
- ・ 相談室
- ・ 医療福祉相談室
- ・ 患者サポートセンター
- ・ ソーシャルワーカー部門

###### ■ 病棟

- ・ 病棟 (6)
- ・ 各病棟
- ・ 入院棟
- ・ 主には病棟、ケースによる。

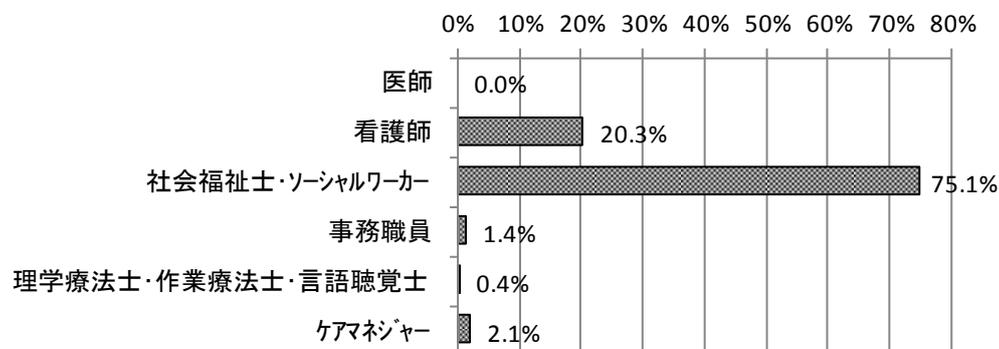
###### ■ 看護部、看護師

- ・ 看護部 (2)
- ・ 病棟看護師 (2)

## 2) 職種

退院調整部門がある場合、主たる調整者の職種は、「社会福祉士・ソーシャルワーカー」が75.1%で最も割合が高く、次いで「看護師」が20.3%であった。

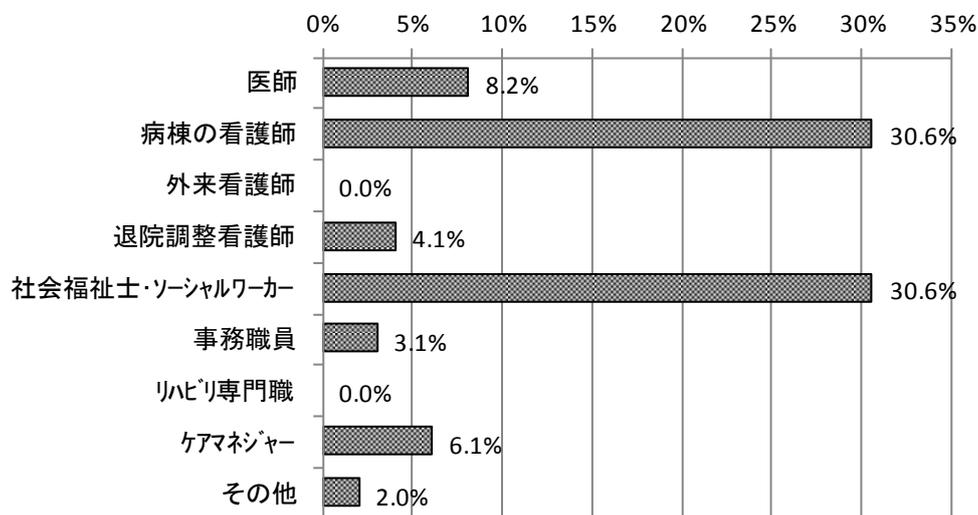
図表 4-1-17 (退院調整部門がある場合) 職種 (n=281)



### ② 退院調整部門がない場合

退院調整部門がない場合、要介護者が自宅退院する場合の主たる調整者は、「病棟の看護師」「社会福祉士・ソーシャルワーカー」がそれぞれ30.6%で、「医師」が8.2%であった。

図表 4-1-18 (退院調整部門がない場合) 要介護者が自宅退院する場合の主たる調整者 (n=98)



### 3. 退院調整の方法

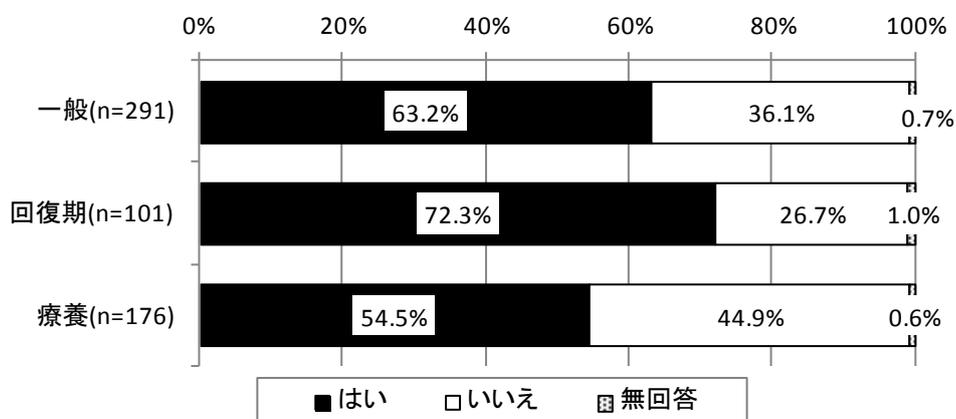
ここからは病床種別ごとに退院調整の方法についてたずねた結果を報告する。

#### ① 退院支援ルール

##### 1) 退院支援ルールの有無

病床種別ごとに、患者の退院支援ルールが院内で決まっているかをたずねたところ、「一般病床(以下、一般)」では「はい」が 63.2%、「回復期リハ病棟(以下、回復期)」は 72.3%、「療養病床(以下、療養)」は 54.5%であった。

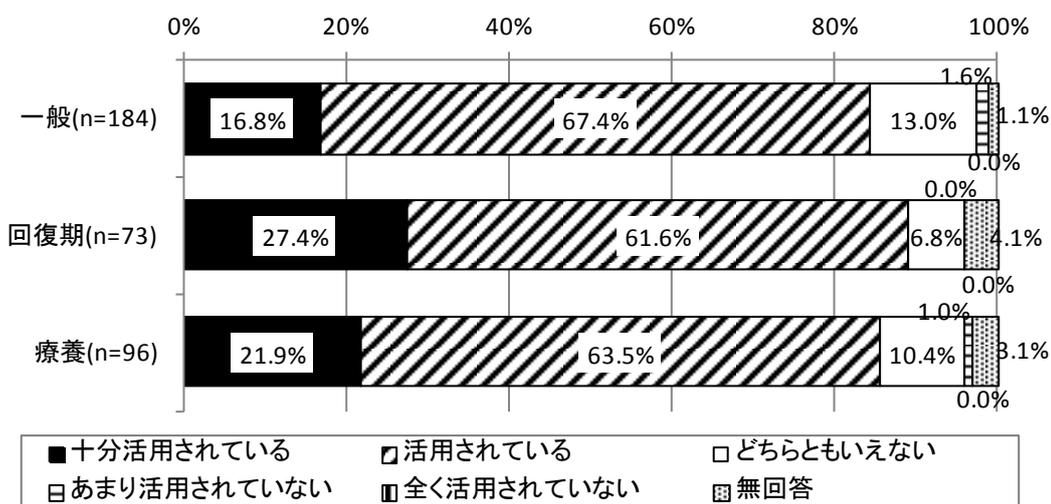
図表 4 - 1 - 19 退院支援ルールの有無



## 2) 退院支援ルールの活用状況

患者の退院支援ルールが院内で決まっている場合、ルールが活用されているかは、いずれも「活用されている」の割合が多く、「一般」は67.4%、「回復期」は61.6%、「療養」は63.5%であった。「十分活用されている」と合わせて、活用されている割合は、「一般」は84.2%、「回復期」は89.0%、「療養」は85.4%であった。

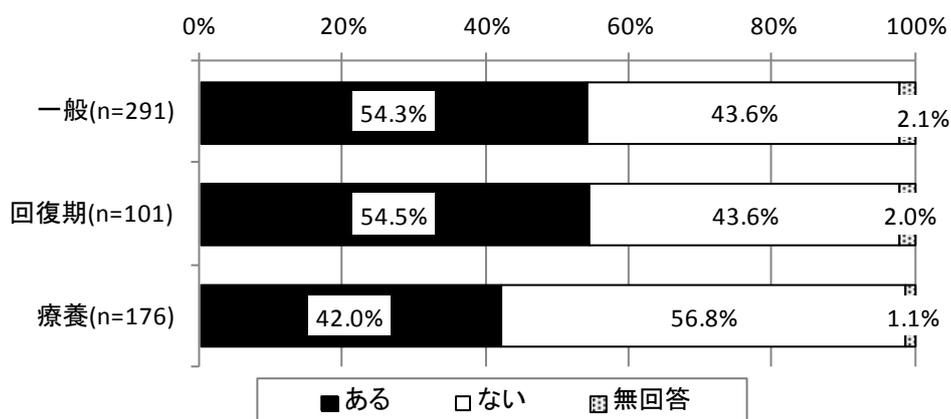
図表 4-1-20 (決まっている場合) ルールは活用されているか



## ② 退院支援についてのマニュアルの有無

退院支援についてのマニュアルの有無について、「一般」は「ある」が54.3%、「回復期」は54.5%、「療養」は42.0%であった。

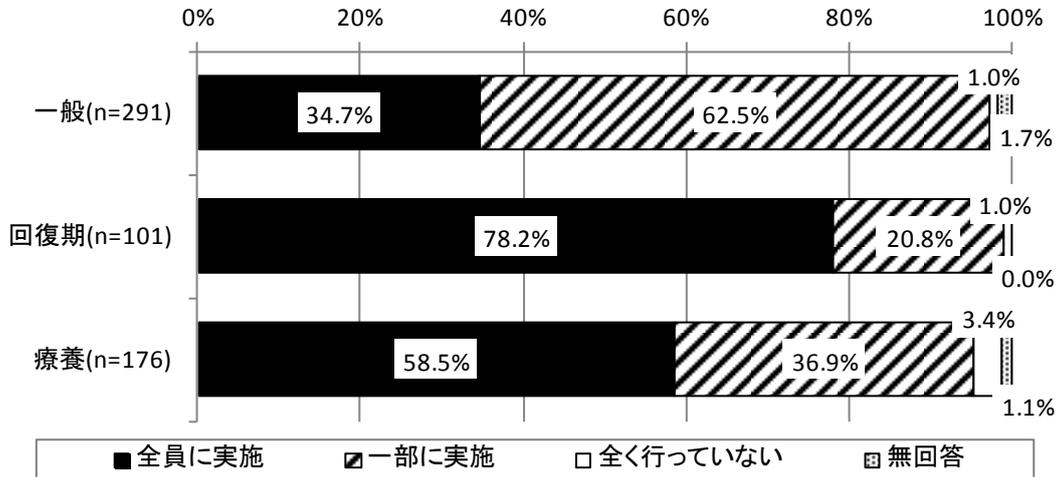
図表 4-1-21 退院支援についてのマニュアルの有無



### ③ 自宅退院する場合の退院調整の実施状況

自宅退院する場合の退院調整の実施状況について、「一般」は「一部に実施」が 62.5%であった。「回復期」、「療養」は「全員に実施」の割合が高く、「回復期」が 78.2%、「療養」は 58.5%であった。

図表 4 - 1 - 22 自宅退院する場合の退院調整の実施状況

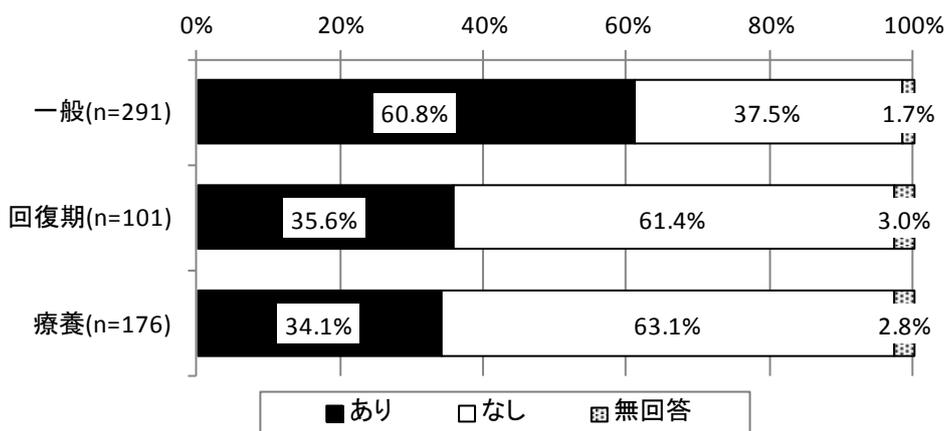


### ④ 退院調整が必要な患者抽出のためのスクリーニングの実施状況

#### 1) 退院調整が必要な患者抽出のためのスクリーニングの有無

退院調整が必要な患者抽出のためのスクリーニング表の有無について、「一般」は「あり」が 60.8%で、「回復期」は 35.6%、「療養」は 34.1%であった。

図表 4 - 1 - 23 退院調整が必要な患者抽出のためのスクリーニング表



## 2) スクリーニングの主な実施者

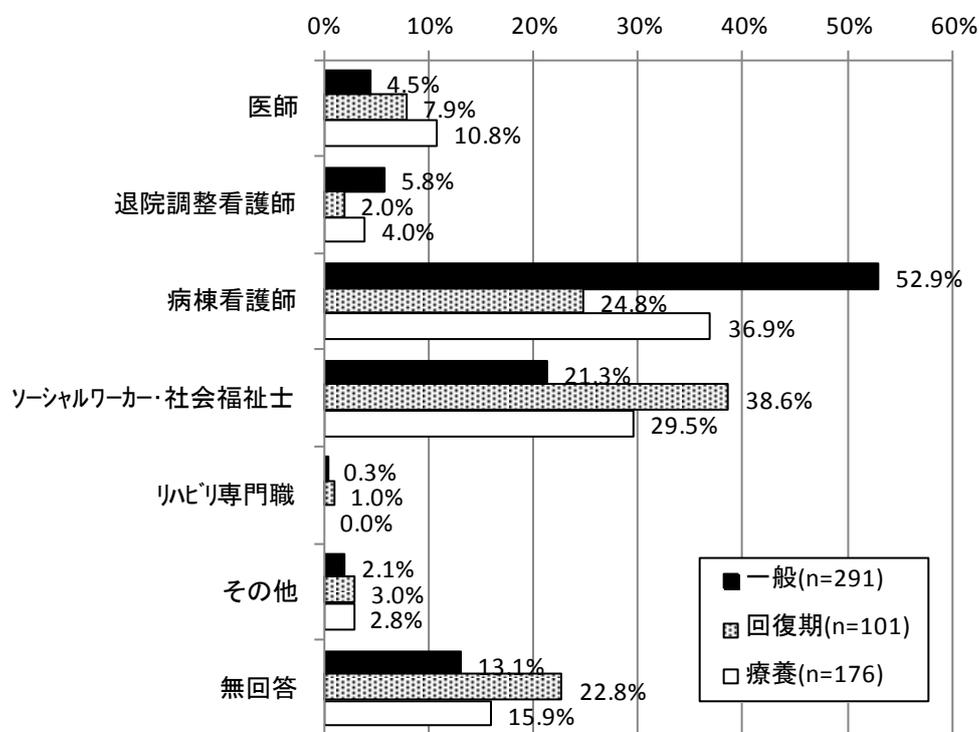
退院調整の対象者のスクリーニングの主な実施者について、「一般」は「病棟看護師」の割合が52.9%で最も高く、次いで「ソーシャルワーカー・社会福祉士」が21.3%であった。

「回復期」は、「ソーシャルワーカー・社会福祉士」が38.6%、「病棟看護師」が24.8%であった。

「療養」は「病棟看護師」が36.9%、「ソーシャルワーカー・社会福祉士」が29.5%であった。

これらを比較すると、「一般」「療養」は「病棟看護師」、「回復期」は「ソーシャルワーカー・社会福祉士」の割合が高かった。

図表 4-1-24 スクリーニングの主な実施者（単数回答）



### 3) スクリーニングの時期

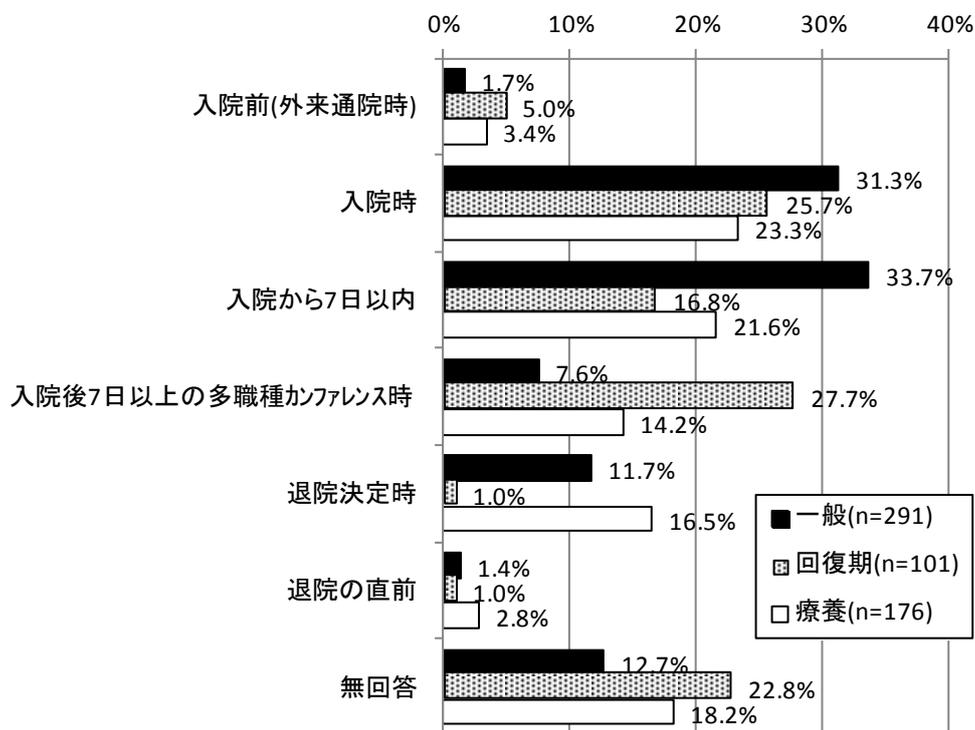
退院調整が必要な患者抽出のためのスクリーニングの時期は、「一般」は「入院時」(31.3%)、「入院から7日以内」(33.7%)の割合が高かった。

回復期は「入院後7日以上の多職種カンファレンス時」(27.7%)、「入院時」(25.7%)の割合が高かった。

「療養」は「入院時」(23.3%)、「入院から7日以内」(21.6%)の割合が高かった。

これらを比較すると、「一般」は「入院から7日以内」、「回復期」は「入院後7日以上の多職種カンファレンス時」の割合が高かった。

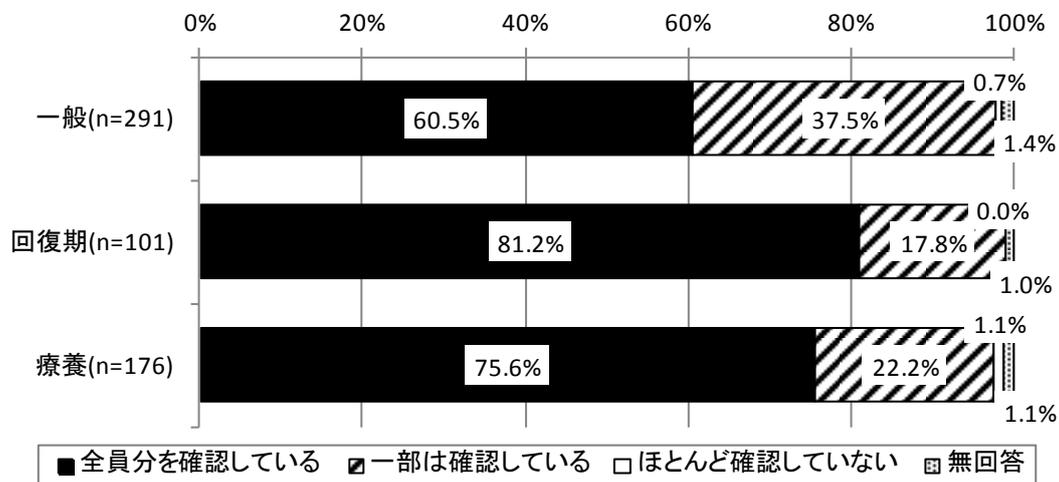
図表 4-1-25 スクリーニングの時期 (単数回答)



⑤ 退院患者の要介護度の確認状況

退院患者の要介護度の確認状況は、「一般」では「全員分を確認している」が 60.5%、「回復期」が 81.2%、「療養」が 75.6%であった。

図表 4-1-26 退院患者の要介護度の確認

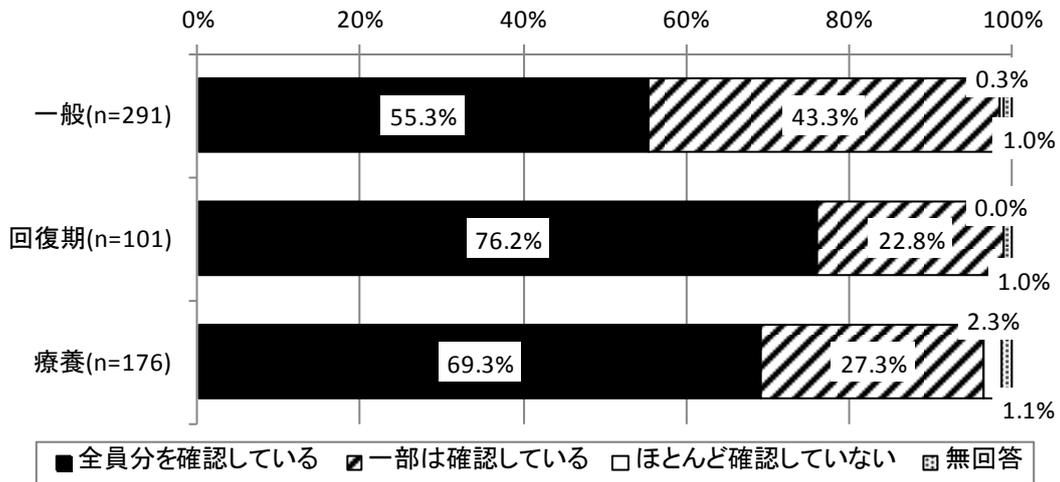


⑥ 退院患者のケアマネジャーの確認・連絡状況

1) 退院患者のケアマネジャーの有無の確認

退院患者のケアマネジャーの有無の確認について、「一般」では、「全員分を確認している」が55.3%、「回復期」が76.2%、「療養」が69.3%であった。

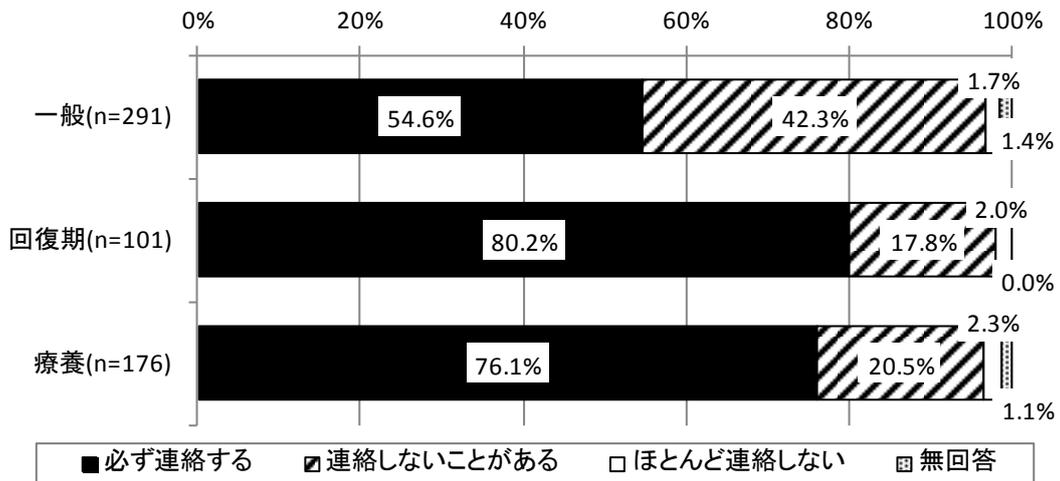
図表 4-1-27 退院患者のケアマネジャーの有無の確認



2) 退院前のケアマネジャーへの連絡有無

退院前にケアマネジャーへ連絡しているかについて、「一般」では、「必ず確認する」は54.6%、「回復期」が80.2%、「療養」が76.1%であった。

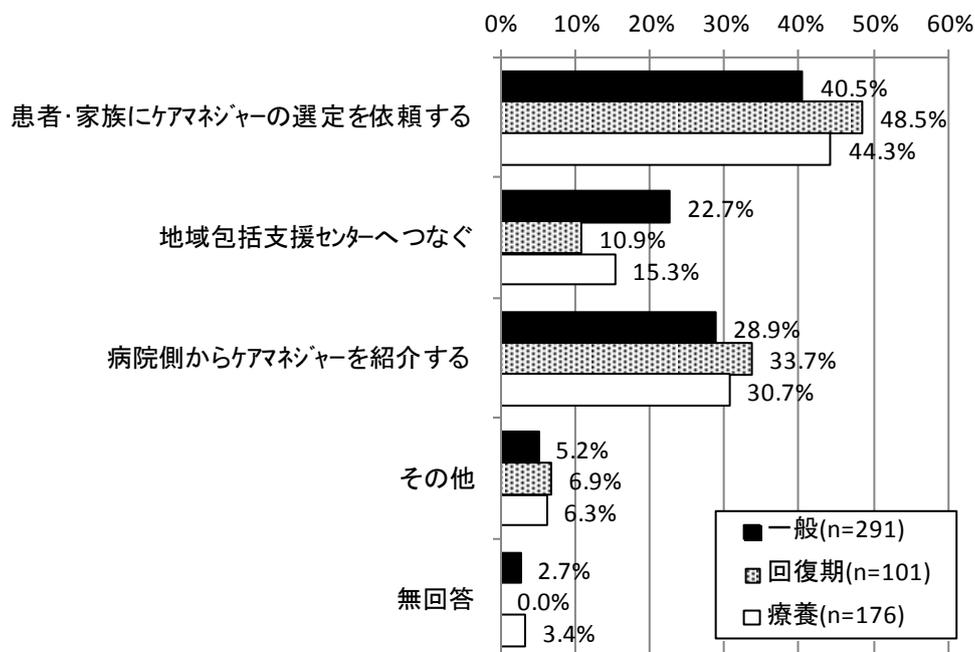
図表 4-1-28 退院前のケアマネジャーへの連絡有無



### 3) 担当のケアマネジャーが決まっていない場合の対応

退院時に要介護状態である患者について、担当のケアマネジャーが決まっていない場合の対応方法は、いずれも「患者・家族にケアマネジャーの選定を依頼する」の割合が最も高く、「一般」では40.5%、「回復期」は48.5%、「療養」は44.3%であった。

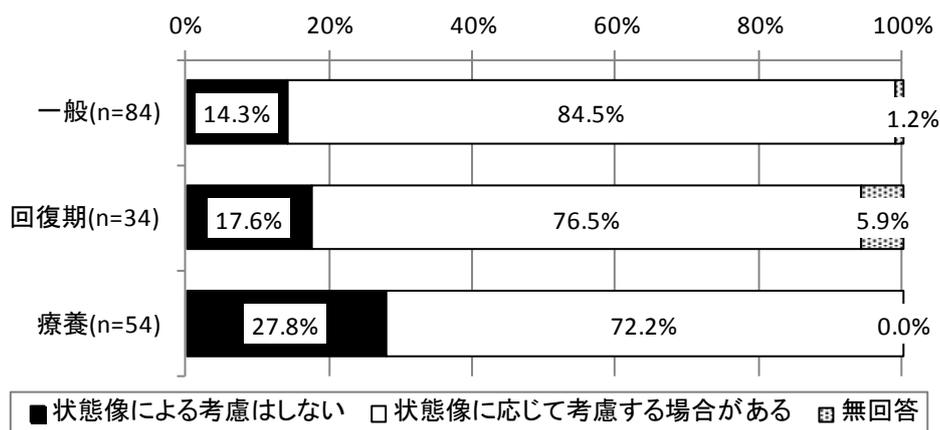
図表 4-1-29 担当のケアマネジャーが決まっていない場合の対応方法（単数回答）



#### 4) 患者の状態像に応じてケアマネジャーの選定を考慮する場合があるか

病院側からケアマネジャーを紹介する場合について、患者の状態像に応じてケアマネジャーの選定を考慮する場合があるかは、いずれも「状況像に応じて考慮する場合がある」の割合が高く、「一般」は84.5%、「回復期」は76.5%、「療養」は72.2%であった。

図表 4-1-30 (病院側からケアマネジャーを紹介する場合)  
患者の状態像に応じてケアマネジャーの選定を考慮する場合があるか



病院側からケアマネジャーを紹介する際に「状態像に応じて考慮する場合がある」を選択した場合、その内容を具体的に記載してもらったところ、「必要なサービスが併設されている事業所を紹介」「医療ニーズ等に対応できる事業所を紹介」「患者の自宅に近い事業所等、地域を考慮して紹介」「信頼のおける事業所を紹介」「医療機関等との連携状況を踏まえて紹介」「本人や家族が選定。本人や家族に合う事業所を紹介」などがみられた。

#### <一般病床>

##### ■必要なサービスが併設されている事業所、利用しやすい事業所を紹介

- ・使用するサービスに関連づけて紹介する。
- ・介護サービスの利用予定も含め選定する。
- ・希望サービスに特化している事業所を考慮。
- ・希望のサービスを利用しやすい事業所。
- ・必要なサービスが併用されている事業所を数ヶ所紹介する。
- ・利用するサービスに精通している事業所や、経済的社会的支援がより必要な方は地域包括を紹介している。
- ・状態、希望サービスにより居宅を紹介する。
- ・必要なサービス内容や家族の状況等。
- ・訪問看護が必要であれば、訪問看護のある事業所に紹介する。
- ・医療依存度の高い場合は訪問看護のある事業所、施設入所が見込まれる場合は、施設併設の事業所。
- ・ターミナルは訪問看護のある、独居は訪問介護のある事業所。
- ・希望するサービスや住所、本人の病状等。

## ■医療ニーズ等に対応できる事業所を紹介

- ・医療依存度が高いケースは看護師資格のケアマネジャー、病院併設のケアマネジャーを紹介する。
- ・医療依存度が高い場合は、看護師だったケアマネジャーを紹介することがある。
- ・重症度、難病、がんなど得意、対応可能と思われるケアマネジャーを紹介。
- ・医療依存度によって看護師のケアマネジャーを依頼する。
- ・医療依存度の高い場合は、基礎職に看護師があるなど。
- ・医療行為がある患者については、医療知識があるケアマネジャーに依頼。
- ・医療依存度が高い場合は訪問看護が入りやすい事業所を紹介する。
- ・医療依存度が高ければ、訪問看護のある居宅へ。その他、本人家族の雰囲気も考慮。
- ・当院には緩和ケア病棟があり、末期 Ca 患者が退院する場合、訪問看護のあるところ、慣れたところを選定。
- ・医療ニーズが高い場合は訪問看護併設の事業所を検討する。
- ・医療ニーズがある場合は専門事業者を紹介。
- ・利用したいサービス、特徴的な病態に得意な事業所。
- ・患者の医療度やニーズにあわせて適当な事業所を紹介する。
- ・医療依存度など。
- ・介入のタイミング、病状
- ・医療依存症や地域性
- ・地域、本人の性格、医療知識
- ・地域や、医療依存度などを考慮して。

## ■患者の自宅に近い事業所等、地域を考慮して紹介

- ・患者の住所地に近い事業所を紹介。
- ・住所地で、紹介している。

## ■信頼のおける事業所を紹介

- ・住居、ターミナルは質の良い訪問看護が利用できる場所。

## ■医療機関等との連携状況を踏まえて紹介

- ・病院・施設ともに連携がとりやすい事業所とする。
- ・訪問診療や訪問看護先と関わりの多い事業所を紹介する場合がある。
- ・病気に対する連携体制の有無。
- ・かかりつけ医との関係性。居住地域や利用予定状況により得意としているところ。
- ・かかりつけ医療機関併設の事業所を紹介することがある。

## ■本人や家族が選定。本人や家族に合う事業所を紹介

- ・病状、生活課題、本人・家族の希望を考慮。
- ・家族に選定してもらった場合もある。また病状により検討。
- ・本人・家族の希望に合うケアマネジャーを選定。
- ・サービスによって同事業所内の事業所紹介と本人の希望。
- ・希望がある場合や遠方の場合。

## ■その他

- ・介護が出そうか、支援が出そうかで居宅介護支援事業所か地域包括支援センターかを決める。
- ・新規の場合は、ADLに応じて地域包括支援センターか居宅介護支援事業所を提案する。
- ・地域、病状等、様々な状況に応じて紹介している。

## <回復期リハ病床>

### ■必要なサービスが併設されている事業所を紹介

- ・状態、希望サービスにより事業所を紹介する。
- ・利用するサービスに精通している事業所や、経済的社会的支援がより必要な方は地域包括を紹介している。
- ・利用するサービスに応じて。
- ・介護サービスの利用予定も含め選定する。
- ・居住地域や利用予定状況により得意としているところ。
- ・希望するサービスや住所、本人の病状等。
- ・必要なサービスが併設されている事業所を数ヶ所紹介する。
- ・ターミナルは訪問看護のある、独居は訪問介護のある事業所。

### ■医療ニーズ等に対応できる事業所を紹介

- ・医療依存度が高い場合は訪問看護が入りやすい事業所を紹介する。
- ・医療や社会背景など考慮。
- ・医療依存度など。
- ・医療依存度が高いケースは看護師資格のケアマネジャー、病院併設のケアマネジャーを紹介する。
- ・医療依存度や地域性。
- ・医療依存度が高い患者の場合、経験豊富で看護師資格を持ったケアマネジャーにお願いしております。

### ■患者の自宅に近い事業所等、地域を考慮して紹介

- ・地域を考慮
- ・本人の状態や地域性等配慮している。

### ■信頼のおける事業所を紹介

- ・病状+家族的背景等を考慮し、上手く対応してもらえるケアマネジャーを紹介。

### ■医療機関等との連携状況を踏まえて紹介

- ・かかりつけ医との関係性。

### ■本人や家族が選定。本人や家族に合う事業所を紹介

- ・希望がある場合や遠方の場合。

### ■その他

- ・病状、生活課題、本人・家族の希望を考慮。

## <療養病床>

### ■必要なサービスが併設されている事業所を紹介

- ・必要なサービスが併設または法人内にある居宅介護支援事業所を紹介。
- ・医療依存度が高い場合は訪問看護が入りやすい居宅介護支援事業所を紹介する。
- ・状態、希望サービスにより紹介する。
- ・必要なサービス内容や家族の状況等。
- ・使用するサービスに関連づけて紹介する。
- ・利用するサービスに応じて。
- ・必要なサービスが併用されている事業所を数ヶ所紹介する。
- ・希望するサービスや住所、本人の病状等
- ・居住地域や利用予定状況により得意としているところ。

#### ■医療ニーズ等に対応できる事業所を紹介

- ・病状によって看護師資格のあるケアマネジャーに依頼。
- ・医療依存度が高いケースは看護師資格のあるケアマネジャー、病院併設のケアマネジャーを紹介する。
- ・医療依存度の高い場合は、基礎職に看護師があるなど。
- ・患者の医療度やニーズにあわせて適当な事業所を紹介する。
- ・医療依存度など。
- ・キーパーソンがいない患者、精神疾患がある患者
- ・医療依存度や地域性。

#### ■患者の自宅に近い事業所等、地域を考慮して紹介

- ・患者の住居の近くを紹介している。
- ・自宅の近く等。
- ・地域を考慮。
- ・住所等、身体状況を考慮。

#### ■信頼のおける事業所を紹介

- ・病状＋家族的背景等を考慮し、上手く対応してもらえるケアマネジャーを紹介。
- ・信頼できるケアマネジャーを紹介。
- ・利用されるサービスに精通している居宅介護支援事業所。経済的社会的支援がより必要な患者は、地域包括支援センター等を紹介している。

#### ■医療機関等との連携状況を踏まえて紹介

- ・病院・施設ともに連携がとりやすい事業所とすること。
- ・訪問診療や訪問看護先と関わりの多い事業所を紹介する場合がある。
- ・病気に対する連携体制の有無。
- ・かかりつけ医との関係性。

#### ■本人や家族が選定。本人や家族に合う事業所を紹介

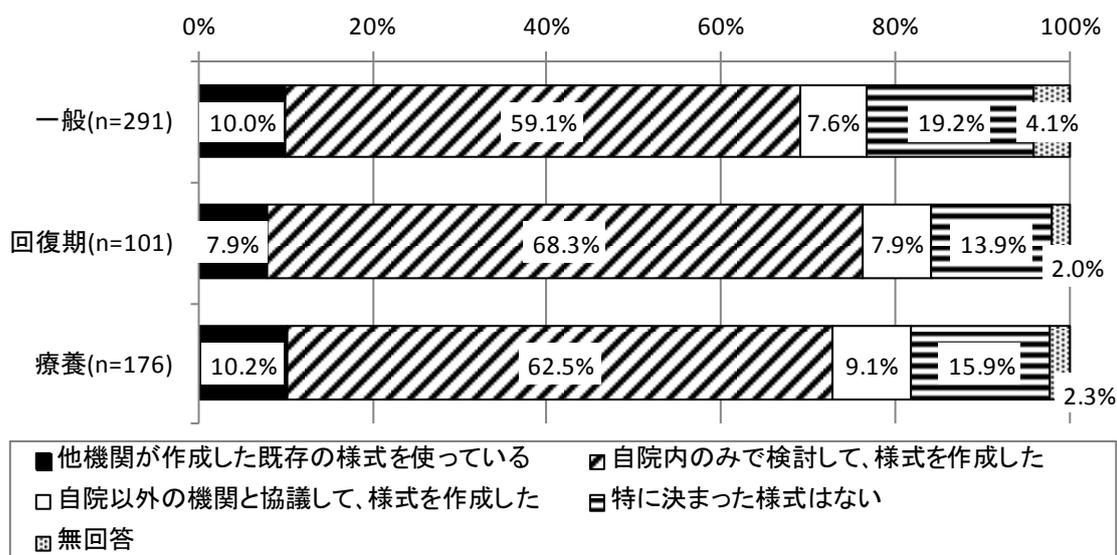
- ・家族に選定してもら場合もある。また、病状により検討。
- ・本人・家族の希望に合うケアマネジャーを選定。

⑦ 退院時情報提供書・退院時サマリーの様式

1) 退院時情報提供書の様式

退院時情報提供書の様式は、いずれも「自院内のみで検討して、様式を作成した」の割合が多く、「一般」は59.1%、「回復期」は68.3%、「療養」は62.5%であった。

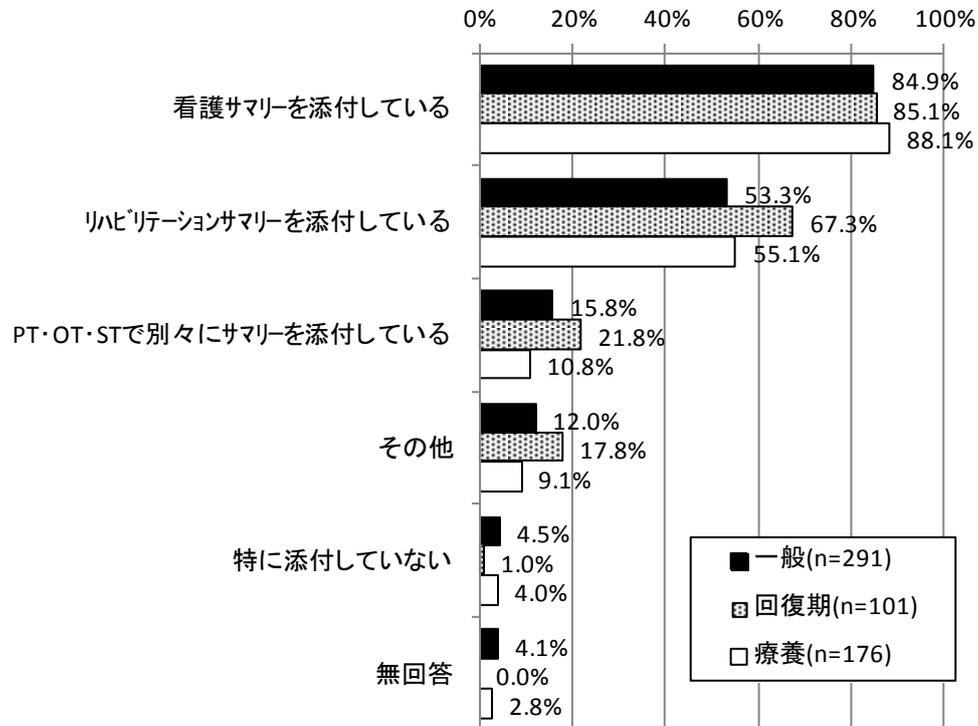
図表 4 - 1 - 31 退院時情報提供書の様式



## 2) 退院時サマリーの様式

退院時サマリーの様式は、いずれも「看護サマリーを添付している」の割合が高く、「一般」は84.9%、「回復期」は85.1%、「療養」は88.1%であった。

図表 4-1-32 退院時サマリーの様式（複数回答）

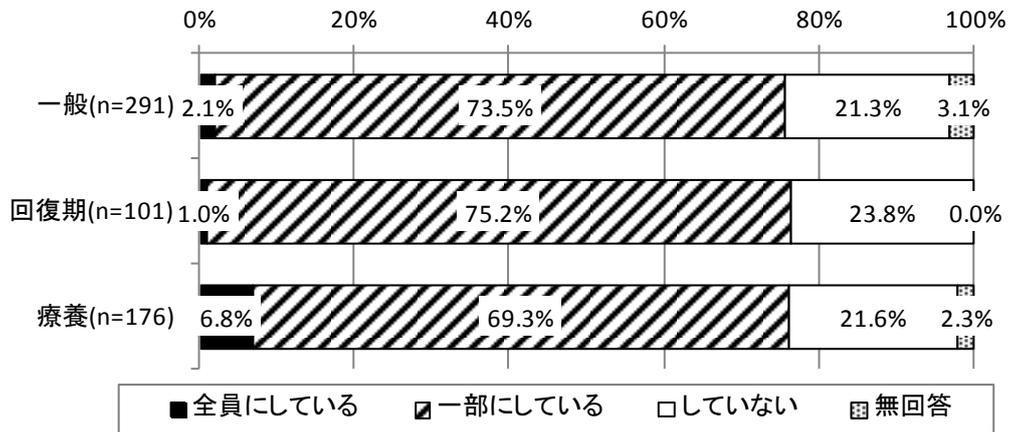


⑧ 退院患者のフォロー

1) 退院後の患者フォローの実施状況

退院後の患者フォローの実施状況は、いずれも「一部にしている」の割合が高く、「一般」は73.5%、「回復期」は75.2%、「療養」は69.3%であった。

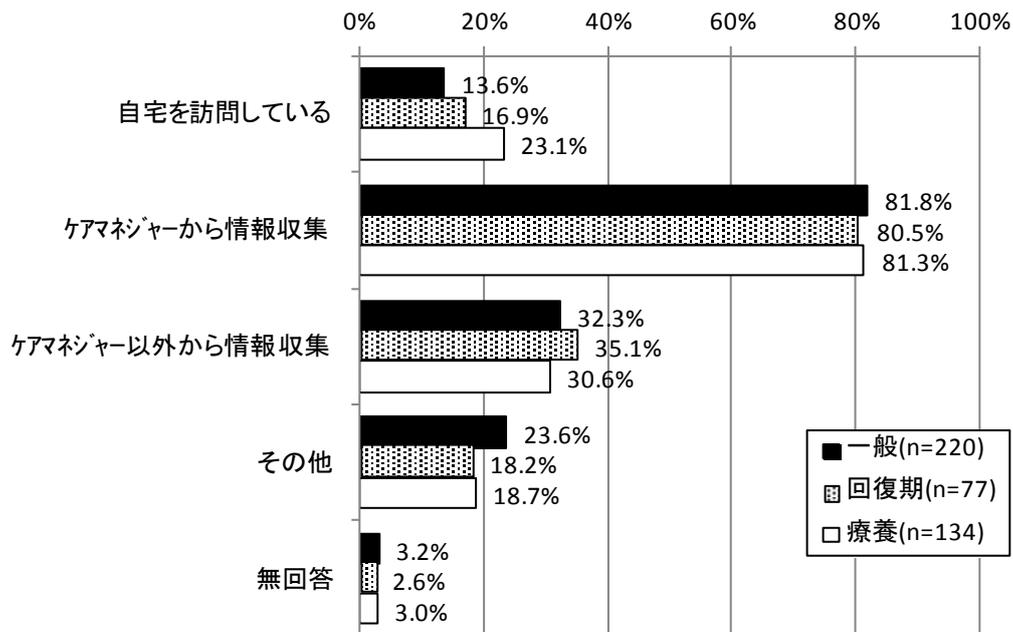
図表 4 - 1 - 33 退院後の患者フォロー



2) 退院後の患者フォローの方法

退院後の患者フォローを全員または一部についてしている場合、フォローの方法は、いずれも「ケアマネジャーから情報収集」の割合が高く、「一般」は81.8%、「回復期」は80.5%、「療養」は81.3%であった。

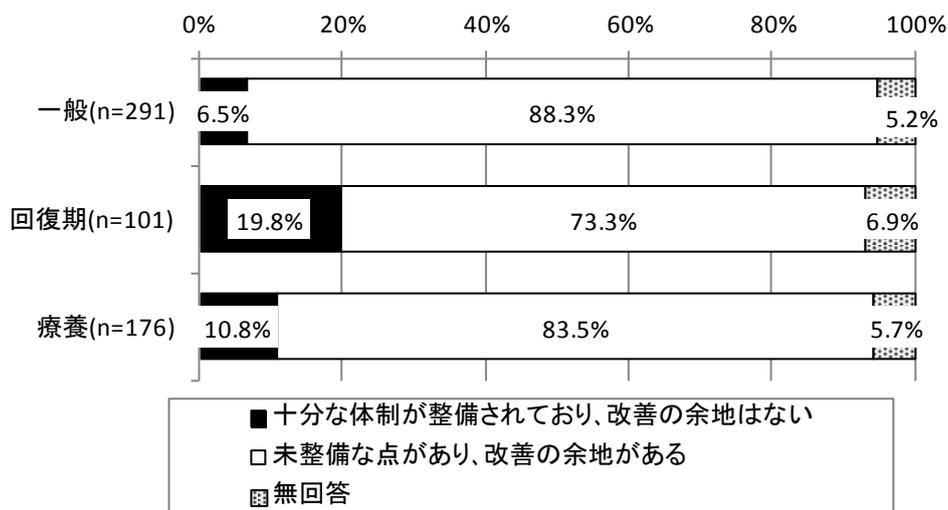
図表 4 - 1 - 34 (全員または一部にしている場合) フォローの方法(複数回答)



### ⑨ 院内の退院調整システムについての自己評価

院内の退院調整システムについての自己評価は、いずれも「未整備な点があり、改善の余地がある」の割合が高く、「一般」は88.3%、「回復期」は73.3%、「療養」は83.5%であった。

図表 4-1-35 院内の退院調整システムについての自己評価



院内の退院調整システムについて、「未整備な点があり、改善の余地がある」を選択した場合、具体的に記入してもらった内容を見ると、「スクリーニング表の作成」「マニュアルの作成」「ルールづくり」「介入時期」「カンファレンスの開催」「情報共有」「退院後のフォロー」「他部署、他職種との連携」「職員の育成」「退院調整部門等の設置」「病院全体の取組推進」などの記入が見られた。なお、自由記入の整理は、「一般病床」「回復期リハ病床」「療養病床」別に行った。

#### <一般病床>

##### ■スクリーニング表の作成、スクリーニング方法の充実・見直し

- ・スクリーニング表の検討
- ・スクリーニング表が未整備。
- ・スクリーニング表の活用と手順の作成
- ・スクリーニングから各セラピスト等の介入のシステム化。
- ・短期入院患者の場合、スクリーニングから漏れ易い。
- ・入院時スクリーニングシート・退院支援計画書の記入を検討中。
- ・スクリーニング支援計画書の作成。
- ・スクリーニングの精度を上げる。
- ・スクリーニングしても、未介入問題なしが要介入だったりすることがある。
- ・入院時のスクリーニングはできているが、2回目、状態変化時のスクリーニングが不十分。
- ・スクリーニングシートの活用が十分にされていないた、え、今後活用の見直しが必要。
- ・スクリーニング表が活用できていないことがある。

## ■マニュアルの作成

- ・マニュアルがない。
- ・マニュアル化の必要性。
- ・マニュアルの作成が必要と感じている。
- ・定められたルール、マニュアルがない。
- ・何となくの流れはあるがマニュアル化できていない。
- ・フロー、マニュアル整備を進める。
- ・MSW介入のマニュアル作成。介護と医療の統一サマリーの作成。
- ・マニュアル化の検討。PDCAサイクルの導入。
- ・マニュアル作成し、システムを確立する。
- ・マニュアルの周知徹底。
- ・マニュアル、流れの周知。
- ・マニュアルの活用がなされていない。

## ■ルール、フローづくり

- ・一定のルールづくりが必要と考えている。
- ・フローを作成予定。
- ・書式、システム、フロー。
- ・対象者のスクリーニングと情報共有・退院調整の流れの確立。
- ・急な退院が決まった人のフォローについては流れなど、再確認が必要と思われる。
- ・退院を決定する明確なルールがない。
- ・連絡漏れが時々ある。
- ・漏れが生じることがあるため、見直しを図っている。

## ■介入時期

- ・退院許可がわかりにくく、介入するタイミングがわからない時がある。
- ・介入時期が早すぎたり遅すぎたりしてしまう。
- ・主治医により、タイミングが異なる。
- ・入院スクリーニングを行った後、調整・介入までの間が病棟によって差がある。
- ・退院調整についての早期介入のシステムづくり。
- ・早期介入ができていないことがある。
- ・早期介入が難しい。
- ・病棟からの依頼があって調整に入ることが多いので、もっと早期対応が必要。

## ■カンファレンスの開催

- ・退院前カンファレンスが全てに実施できていない等
- ・カンファレンス日の設定。
- ・多職種カンファレンス様式の改善。
- ・退院前カンファレンスの充実。
- ・カンファレンスの院外からの受け入れ。
- ・退院前カンファレンスを行っているが、病院側からの説明が長く、ポイントを絞った疎通性のある話し合いが難しい。
- ・退院前カンファレンスで退院日やサービス内容を検討したのに、後日、家族と主治医の合意で変更になることがある。

## ■情報共有、情報収集

- ・院内での情報の共有がまだ不十分。
- ・入院時の情報収集が不十分である。
- ・入院前の情報収集。
- ・情報量を増し、最良な退院調整が必要。
- ・情報共有ツール。
- ・スタッフ間の情報共有の方法。

- ・情報共有。
- ・院内での多職種での情報共有及びチームアプローチの充実。

#### ■退院後のフォロー、フィードバック

- ・退院後のフォロー。
- ・退院後の患者フォローがなされていない。
- ・退院後のフォローをどうするか検討する。
- ・退院後のフォローについて不十分。
- ・退院後のフォロー実施。
- ・退院した後、どのようになったかのフィードバックが十分でない。

#### ■他部署、他職種との連携

- ・多職種の連携強化。
- ・多職種の連携強化、ネットワーク強化。
- ・院内多職種連携がきちんと図れない。
- ・院内多職種連携を充実させる必要がある。
- ・他部署との連携。
- ・病棟と連携室の分担と調整、アセスメントについて。
- ・病棟と退院調整部門の連携の充実。
- ・医師や他の職種とのつながりが弱い。
- ・各病棟で退院調整看護師の役割をもたせることで、在院日数が更に短縮できないか。
- ・診療部間との連携（退院調整看護師の確立）
- ・医師、MSW、看護師の支援に関する連携。
- ・更なる、病棟やリハスタッフとの連携が必要。
- ・人員の問題、連絡不足、病棟での調整力。

#### ■職員の育成、意識啓発

- ・退院調整についての教育は、計画的に行っているが、全体的に見ると病棟によって差がある。医師への教育も必要ではないかと考えている。医師の医療事務に対する意識が低い。
- ・システムを有効に活用できているスタッフとそうでないスタッフがいる。
- ・他職種の理解不足を改善し、患者にとって一番良い退院調整を行いたい。
- ・現場スタッフの指導、教育
- ・院内スタッフの教育。
- ・職員への周知。
- ・病棟スタッフの在宅復帰への援助についてそれぞれの意識の差がある。
- ・看護師の力量にも差があるため、底上げの必要がある。
- ・病棟（現場）が退院は調整が必要という理解が低い。
- ・病棟看護師の退院調整能力のアップ。
- ・病棟看護師のアセスメント力を高めることで介入の必要な患者を適切に抽出できることを目標としている。
- ・病棟看護師への教育。
- ・看護師によって意識の差がある。
- ・退院調整看護師を育成中。
- ・新人教育体制の強化。

#### ■退院調整部門等の設置、整備

- ・退院時調整部門の設置。
- ・退院調整部門が設置されていない。
- ・地域連携室の設置。
- ・部門がなく曖昧。
- ・退院調整部門が多職種で構成されていない。

- ・退院調整担当の看護師を配置する。
- ・専従の看護師の配置。
- ・担当看護師の力量に任されている。
- ・退院調整の担当がばらばらである。(病棟看護師やソーシャルワーカー)
- ・MSWの配置。
- ・ソーシャルワーカーが不在
- ・退院支援ナースが確立できていない。
- ・リンクナース含む病棟ナースとのアプローチ。
- ・退院調整部門のスタッフ間の意見交換など←全体会議が必要。

#### ■ 人員体制の充実、人員不足

- ・増員。
- ・職員数。
- ・マンパワー不足。
- ・MSW 1名のため、十分にフォローができてない。
- ・調整部門のマンパワー不足で、調整が必要な患者への対応が漏れてしまうことがある。
- ・退院調整者が全て兼務であり、時間調整が困難。
- ・人員不足により専門組織がない。

#### ■ 病院全体の取組推進、推進体制の整備

- ・システム定着に向け、病棟単位で取組を行っており、院内全体に今後展開していく予定。
- ・一般病床でのシステムは概ねできているが、療養・回復期のシステムが十分でない。
- ・診療科・病棟に差があり、標準化できていない。
- ・部門間で取組への温度差がある。
- ・退院支援と医療相談室で退院調整を行っているが、組織上では別組織に当たるため、役割分担、協働が困難な場合がある。
- ・全員に関与できるシステムを検討している。
- ・病棟によりシステム活用に温度差がある。
- ・SWに全ての物事が委ねられている。看護師の主体的関わりが少ない。

#### ■ システム化、システムの見直し

- ・システム化されていない。
- ・システム作成の必要がある。
- ・重複するデータに電子カルテ上のシステムが不十分。
- ・システム・書類の整備。
- ・システムの見直し。

#### ■ ケアマネジャー等、地域との連携

- ・もう少し広範囲のケアマネジャーを紹介できるようにしていきたい。
- ・居宅介護支援事業所と共同で退院時情報提供書を作成中。
- ・担当ケアマネジャーとの連携、協議。
- ・担当ケアマネジャーとの連携をスムーズに図れるように、調整担当者(ソーシャルワーカー等)の配置。
- ・(社会・精神保健)福祉士の人員体制強化により、地域との連携強化や心理的・社会的・経済的支援が必要な方への支援を強化する。
- ・困難事例が増加している中、行政、介護支援事業所等との連携の強化が求められる。
- ・行政との連携。
- ・院内外の連携強化等。

#### ■ 患者・家族への周知

- ・患者・家族へ相談部門の周知。
- ・退院時、家族への介護指導。

・患者、家族指導。

#### ■その他

- ・運用しながら課題抽出・適時対応。
- ・できれば要介護状態の方の自宅退院には全て関わられるようにしたいと考えている。
- ・ケースが少ないため体制が整っていない。
- ・システムそのものは十分整備されているが、退院報告や評価に改善が必要である。
- ・介護保険の主治医意見書完成までに時間を要するので、退院までに判定の結果が間に合わない。
- ・病院の体制に合わせてアップグレードは必要。
- ・家族の意向が十分に反映されていない。
- ・高齢者が多く、全員に質の高い退院調整ができない。

#### <回復期リハ病床>

#### ■スクリーニング表の作成、スクリーニング方法の充実・見直し

- ・スクリーニング表が未整備。
- ・スクリーニングの時期・方法。
- ・スクリーニング等による早めの対応。

#### ■マニュアルの作成

- ・マニュアルの整備。
- ・退院支援マニュアルがない点。
- ・マニュアル化されていない部分がある。
- ・退院調整までのマニュアルが必要。
- ・マニュアル、流れの周知。

#### ■ルール、フローづくり

- ・急な退院が決まった人のフォローについては流れなど、再確認が必要と思われる。

#### ■介入時期

- ・介入時期が早すぎたり遅すぎたりしてしまう。
- ・入院スクリーニングし、調整・介入までの間が、病棟によって差がある。
- ・早期介入が難しい。
- ・退院調整部門が関わる前に退院日が決定していることがあり、退院までの関わる期間が短いことがある。

#### ■カンファレンスの開催

- ・カンファレンスの回数。
- ・退院前カンファレンスを行っているが、病院側からの説明が長く、ポイントを絞った疎通性のある話し合いが難しい。
- ・退院前カンファレンスで退院日やサービス内容を検討したのに、後日、家族と主治医の合意で変更になることがある。

#### ■退院後のフォロー、フィードバック

- ・退院した後、どうなったかのフィードバックが十分でない。

#### ■他部署、他職種との連携

- ・他部署との連携。
- ・他職種との連携強化。
- ・他職種間の連携・評価不足により、スムーズに退院援助ができていないケース有り。
- ・さらなる、病棟やリハスタッフとの連携が必要。
- ・院内での多職種での情報共有及びチームアプローチの充実。

- ・退院支援と医療相談室で退院調整を行っているが、組織上では別組織に当たるため、役割分担、協働が困難な場合がある。

#### ■ 職員の育成、意識啓発

- ・現場スタッフの指導、教育。
- ・退院調整看護師を育成中。
- ・新人教育体制の強化。

#### ■ 退院調整部門等の設置、整備

- ・退院調整の担当がばらばらである（病棟看護師やソーシャルワーカー）。
- ・専門職に特化した退院調整を整備中。
- ・退院調整部門が多職種で構成されていない。
- ・病棟看護師も積極的に退院調整をしてもらいたい。

#### ■ 病院全体の取組推進、推進体制の整備

- ・S Wに全ての物事が委ねられている。看護師の主体的関わりが少ない。
- ・全スタッフに退院調整システムを統一的に実施させることが困難だと感じるため。
- ・スクリーニングから支援の一連の流れはあるが、患者像も多様化しており、常に改善や見直しの余地あり。

#### ■ システム化、システムの見直し

- ・一般病床でのシステムは概ねできているが、療養・回復期のシステムが十分でない。

#### ■ ケアマネジャー等、地域との連携

- ・もう少し広範囲のケアマネジャーを紹介できるようにしていきたい。
- ・（社会・精神保健）福祉士の人員体制強化により、地域との連携強化や、心理的・社会的・経済的支援が必要な方への支援を強化する。

#### ■ その他

- ・運用しながら課題抽出・適時対応。
- ・退院患者のニーズにより近い退院調整を図る。
- ・高齢者が多く、全員に質の高い退院調整ができない。

### < 療養病床 >

#### ■ スクリーニング表の作成、スクリーニング方法の充実・見直し

- ・スクリーニング表の検討。
- ・スクリーニング表の活用と手順の作成。
- ・スクリーニングから各セラピスト等の介入のシステム化。
- ・スクリーニング表が未整備。
- ・スクリーニングシートの活用が十分にされていないため、今後活用の見直しが必要。
- ・スクリーニング表が活用できていないことがある。
- ・スクリーニングシートから漏れた方で、退院支援が必要となる方への対応。

#### ■ マニュアルの作成

- ・マニュアルがない点。
- ・マニュアルが必要。
- ・退院調整部門がなく、システム化されていないため、マニュアルやスタッフ等を整備する必要がある。
- ・マニュアル化されていない部分がある。
- ・定められたルール、マニュアルがない。
- ・マニュアルの作成が必要と感じている。
- ・フローを作成予定。

- ・マニュアル化の必要性。
- ・NSW、介入のマニュアル作成、介護と医療の統一サマリーの作成。
- ・退院支援マニュアル、退院支援ルール、スクリーニング表の作成が必要。
- ・マニュアル化の検討、PDCAサイクルの導入。
- ・退院支援マニュアルの作成をする。
- ・マニュアルの整備の実施。

#### ■ルール、フローづくり

- ・一定のルール作りが必要と考えている。
- ・ルールが統一されていない。(明文化)
- ・書式、システム、フロー。
- ・対象者のスクリーニングと情報共有・退院調整の流れの確立。

#### ■介入時期

- ・介入時期が早すぎたり遅すぎたりしてしまう。
- ・退院調整についての早期介入のシステムづくり。
- ・退院許可がわかりにくく、介入するタイミングがわからない時がある。
- ・スクリーニングの時期・方法。

#### ■カンファレンスの開催

- ・定期的なカンファレンスの開催。
- ・カンファレンスの回数。
- ・カンファレンスの院外からの受け入れ。
- ・退院前カンファレンスが全てに実施できていない等。
- ・退院前カンファレンスを行っているが、病院側からの説明が長く、ポイントを絞った疎通性のある話し合いが難しい。

#### ■情報共有、情報収集

- ・情報量を増し、最良な退院調整が必要。
- ・患者の病態、状態を自ら情報収集しなければならないこと。
- ・情報共有ツール。
- ・情報収集不足により、全員に対応できていない。
- ・情報の共有化が上手く回っていない。
- ・情報共有。
- ・マニュアル、流れの周知。
- ・マニュアルがあっても共有が不十分。

#### ■退院後のフォロー、フィードバック

- ・退院した後、どうなったかのフィードバックが十分でない。
- ・退院後のフォローをどうするか検討する。
- ・退院後の患者フォローされていない。

#### ■他部署、他職種との連携

- ・他部署との連携。
- ・他職種との連携強化。
- ・病棟看護師も積極的に退院調整をしてもらいたい。
- ・各病棟で退院調整看護師の役割をもたせることで、在院日数が更に短縮できないか。
- ・他職種間の連携・評価不足により、スムーズに退院援助ができていないケースあり。
- ・システムを有効に活用できているスタッフとそうでないスタッフがいる。
- ・病棟と退院調整部門の連携の充実。
- ・多職種の連携強化、ネットワーク強化。
- ・診療部間との連携(退院調整看護師の確立)、行政との連携。
- ・リンクナースの導入。

- ・更なる病棟やリハスタッフとの連携が必要。
- ・病棟（現場）が退院は調整が必要という理解が低い。
- ・職員への周知。
- ・部門間の取組への温度差がある。

#### ■職員の育成、意識啓発

- ・現場スタッフの指導、教育。
- ・退院調整看護師を育成中。
- ・知識の向上。

#### ■退院調整部門等の設置・整備

- ・退院調整部門が設置されていない。
- ・部門がなくあいまい。
- ・退院調整専従職員がいれば理想。
- ・S W等の設置。
- ・退院調整者が全て兼務であり、時間調整が困難。
- ・専門職に特化した退院調整を整備中。

#### ■病院全体の取組推進、推進体制の整備

- ・病院全体の取り組みとして行いたい。
- ・全スタッフに退院調整システムを統一的に実施させることが困難だと感じるため。
- ・担当看護師の力量に任されている。
- ・退院調整部門が配置されたばかり。システムの構築や、活用の周知は、今後の課題。
- ・当院にはクリティカルパスがなく、入院してからの流れは担当医師の裁量にかかっている。システム作りが急務。
- ・ドクターまかせの部分がある。
- ・病院の体制に合わせてアップグレードは必要。
- ・スクリーニングから支援の一連の流れはあるが、患者像も多様化しており常に改善や見直しの余地あり。

#### ■システム化、システムの見直し

- ・一般床でのシステムはおおむねできているが、療養・回復期のシステムが十分でない。

#### ■ケアマネジャー等、地域との連携

- ・もう少し広範囲のケアマネジャーを紹介できるようにしていきたい。

#### ■その他

- ・自立支援システムの利用促進。
- ・近くの患者ばかりではないので、把握しにくい。
- ・家族の意向が十分に反映されていない。
- ・高齢者が多く、全員に質の高い退院調整ができない。

## 第2節 居宅介護支援事業所調査の結果

### 1. 居宅介護支援事業所の基本情報

#### ① 所在地

事業所が所在する都道府県別の回収状況は下表のとおりであった。都道府県別発送数の構成比と回収数の構成比に特に差は認められなかった。

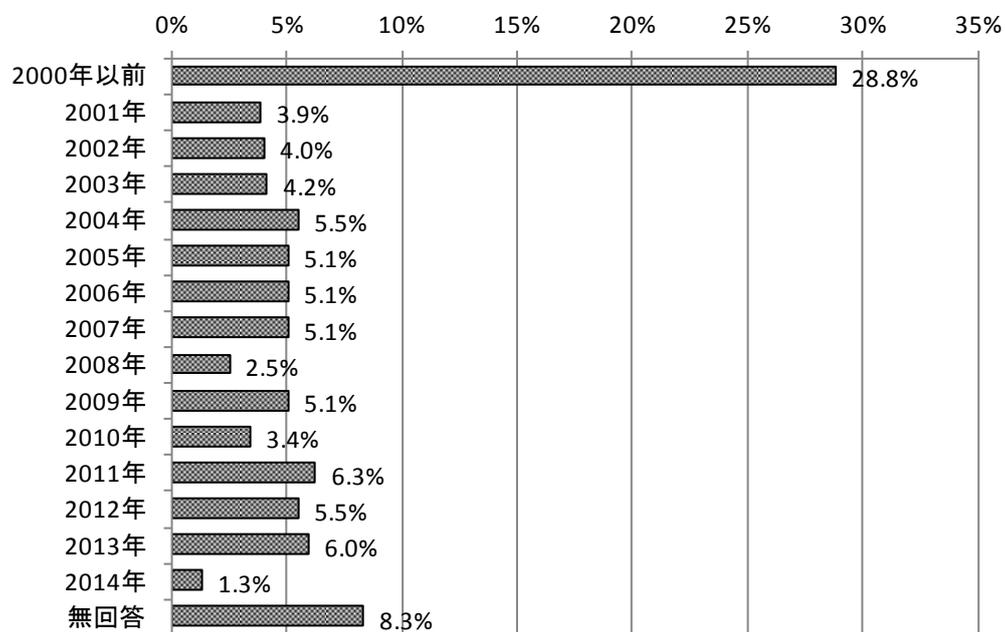
図表4-2-1 所在地

	発送数	構成比	回収数	構成比	回収率
北海道	39	3.9%	26	3.9%	66.7%
青森県	13	1.3%	9	1.3%	69.2%
岩手県	12	1.2%	9	1.3%	75.0%
宮城県	16	1.6%	14	2.1%	87.5%
秋田県	11	1.1%	11	1.6%	100.0%
山形県	10	1.0%	7	1.0%	70.0%
福島県	15	1.5%	10	1.5%	66.7%
茨城県	23	2.3%	15	2.2%	65.2%
栃木県	16	1.6%	8	1.2%	50.0%
群馬県	18	1.8%	9	1.3%	50.0%
埼玉県	44	4.4%	28	4.2%	63.6%
千葉県	45	4.5%	31	4.6%	68.9%
東京都	89	8.9%	48	7.2%	53.9%
神奈川県	56	5.6%	37	5.5%	66.1%
新潟県	19	1.9%	16	2.4%	84.2%
富山県	8	0.8%	6	0.9%	75.0%
石川県	9	0.9%	6	0.9%	66.7%
福井県	6	0.6%	4	0.6%	66.7%
山梨県	9	0.9%	4	0.6%	44.4%
長野県	18	1.8%	15	2.2%	83.3%
岐阜県	15	1.5%	8	1.2%	53.3%
静岡県	27	2.7%	17	2.5%	63.0%
愛知県	44	4.4%	30	4.5%	68.2%
三重県	16	1.6%	9	1.3%	56.3%
滋賀県	11	1.1%	6	0.9%	54.5%
京都府	18	1.8%	12	1.8%	66.7%
大阪府	92	9.2%	60	8.9%	65.2%
兵庫県	43	4.3%	32	4.8%	74.4%
奈良県	15	1.5%	10	1.5%	66.7%
和歌山県	13	1.3%	10	1.5%	76.9%
鳥取県	5	0.5%	4	0.6%	80.0%
島根県	8	0.8%	6	0.9%	75.0%
岡山県	17	1.7%	15	2.2%	88.2%
広島県	23	2.3%	16	2.4%	69.6%
山口県	12	1.2%	10	1.5%	83.3%
徳島県	8	0.8%	5	0.7%	62.5%
香川県	9	0.9%	6	0.9%	66.7%
愛媛県	14	1.4%	10	1.5%	71.4%
高知県	7	0.7%	3	0.4%	42.9%
福岡県	39	3.9%	24	3.6%	61.5%
佐賀県	7	0.7%	4	0.6%	57.1%
長崎県	13	1.3%	7	1.0%	53.8%
熊本県	19	1.9%	16	2.4%	84.2%
大分県	11	1.1%	9	1.3%	81.8%
宮崎県	12	1.2%	8	1.2%	66.7%
鹿児島県	15	1.5%	11	1.6%	73.3%
沖縄県	11	1.1%	10	1.5%	90.9%
合計	1,000	100.0%	671	100.0%	67.1%

## ② 事業開始年

事業開始年は、「2000年以前」が28.8%であった。

図表 4 - 2 - 2 事業開始年 (n=671)

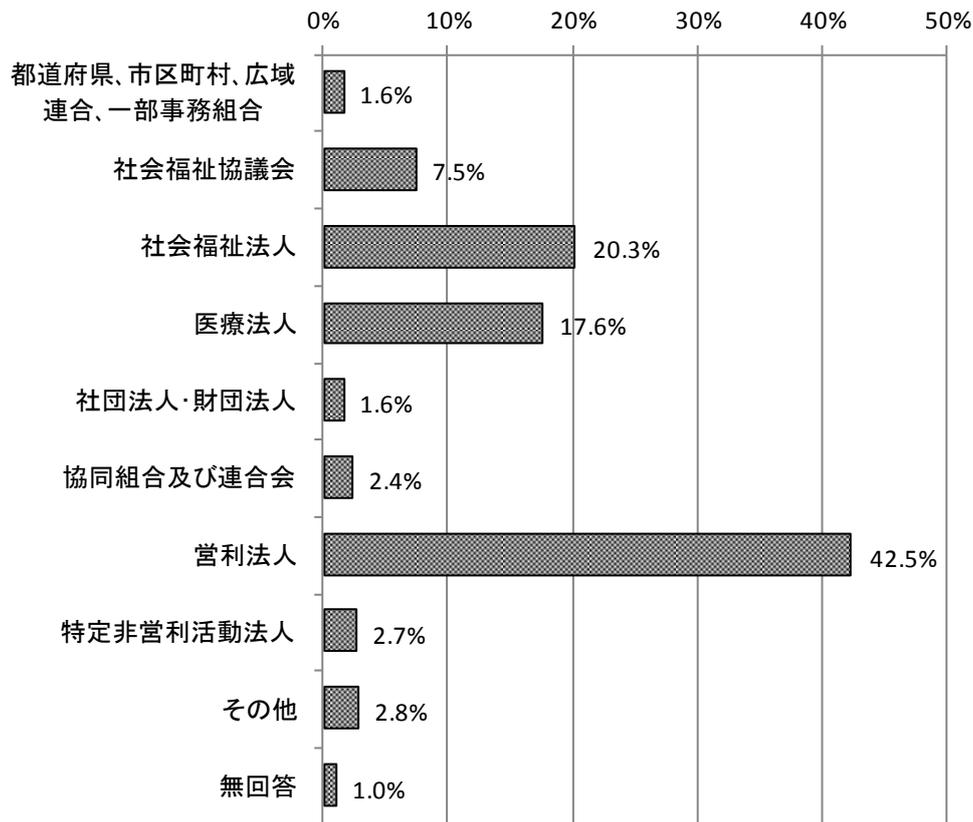


### ③ 開設主体

開設主体は、「営利法人」が42.5%で最も割合が高く、次いで「社会福祉法人」が20.3%、「医療法人」が17.6%であった。

介護給付費実態調査（2015年1月）のデータと比較したところ、営利法人の割合がやや低かったが、大きな差はなかった。

図表 4-2-3 開設主体(単数回答)(n=671)



参考：介護給付費実態調査 月報（2015年1月）との比較

	開設主体の法人種別										
	全体	都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合	社会福祉協議会	社会福祉法人	医療法人	社団法人・財団法人	協同組合及び連合会	営利法人	特定非営利活動法人	その他	無回答
本調査回答事業所全体	671	11	50	136	118	11	16	285	18	19	7
	100.0%	1.6%	7.5%	20.3%	17.6%	1.6%	2.4%	42.5%	2.7%	2.8%	1.0%
介護給付費実態調査月報	38,322	313	1,893	7,495	5,799	832	853	19,291	1,338	508	
	100.0%	0.8%	4.9%	19.6%	15.1%	2.2%	2.2%	50.3%	3.5%	1.3%	

※厚生労働省「介護給付費実態調査」における開設主体は以下の通りまとめた。

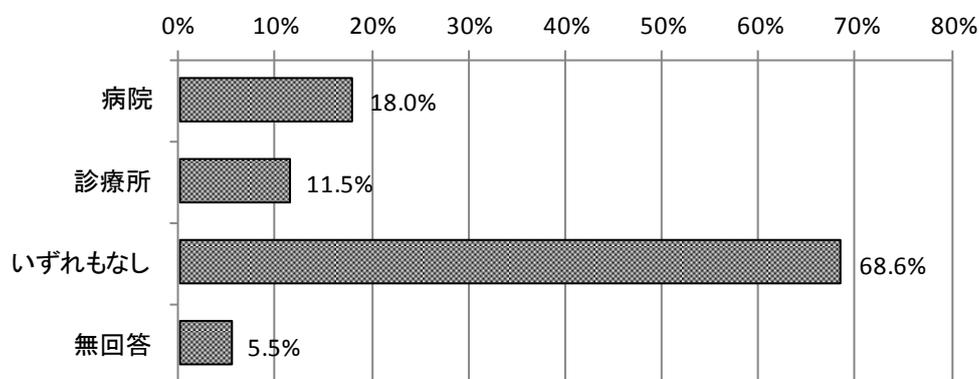
協同組合及び連合会：「農協」「生協」

その他：「その他法人」「非法人」「その他」

#### ④ 同一または系列法人が有する医療施設

同一または系列法人が有する医療組織は、「いずれもなし」が 68.6%、「病院」が 18.0%であった。

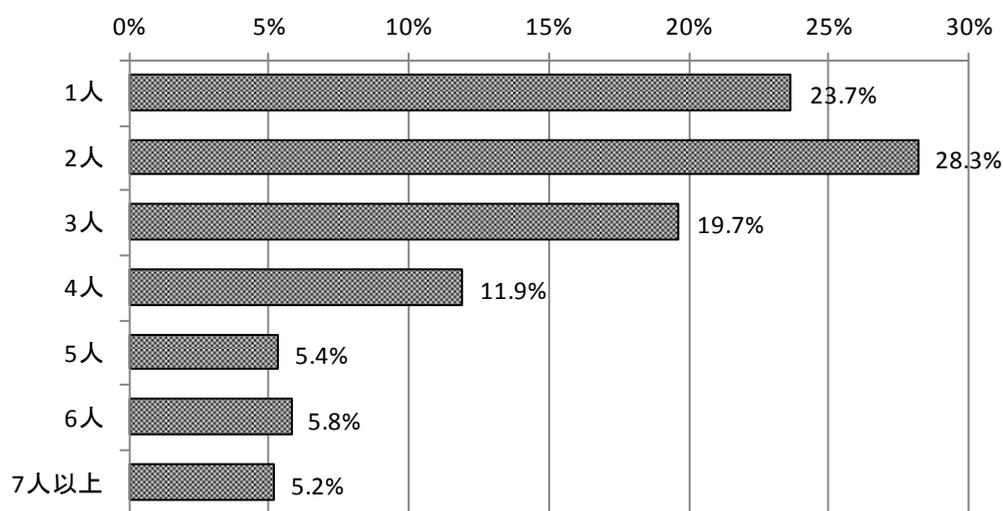
図表 4-2-4 同一または系列法人が有する医療組織（複数回答）（n=671）



#### ⑤ 介護支援専門員数

平成 26 年 7 月 1 日時点での介護支援専門員数は、平均は 2.9 人であった。分布で見ると、「2 人」が 28.3%、「1 人」が 23.7%、「3 人」が 19.7%であった。

図表 4-2-5 介護支援専門員数（n=671）



図表 4-2-6 介護支援専門員数

	件数	平均値（人）	標準偏差	中央値（人）
介護支援専門員数（人）	671	2.9	1.9	2.0

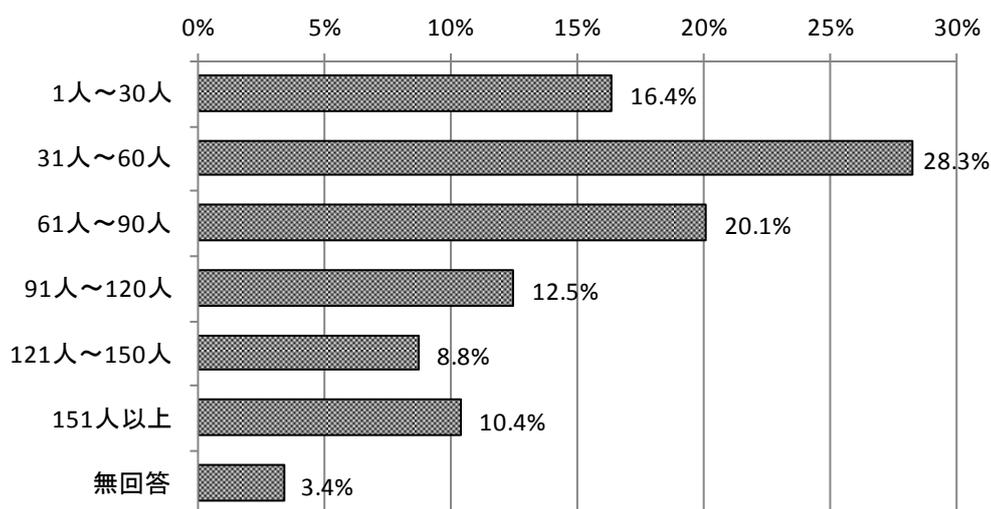
## 2. 実績等

### ① 利用者数

平成 26 年 7 月 1 日時点での利用者数は、平均は 79.9 人であった。

分布でみると、「31～60 人」が 28.3%、「61～90 人」が 20.1%であった。

図表 4-2-7 利用者数 (n=671)



	件数	平均値 (人)	標準偏差	中央値 (人)
利用者数 (人)	648	79.9	60.6	64.0

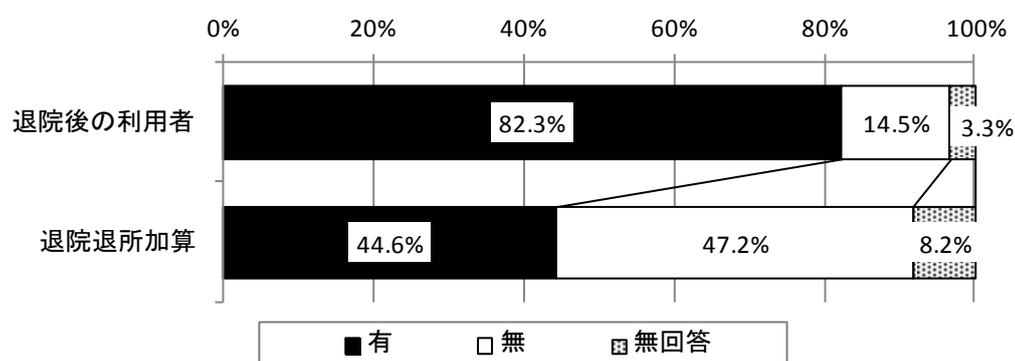
### ② 退院後の利用者

#### 1) 病院・診療所の退院後の利用者の有無

平成 26 年 4 月～6 月に病院・診療所を退院した利用者の有無は、「有」が 82.3%、「無」が 14.5%であった。

そのうち、退院退所加算の状況は、「有」が 44.6%、「無」が 47.2%であった。

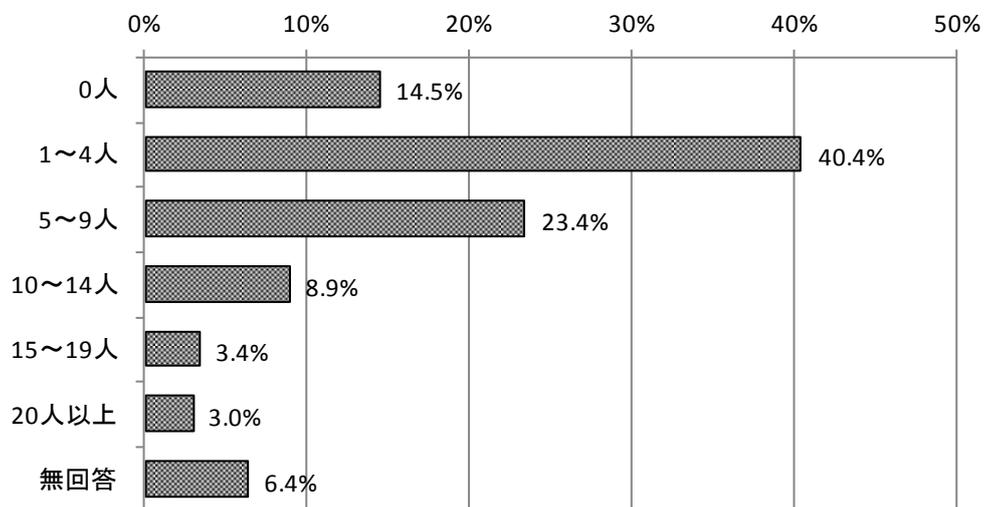
図表 4-2-8 病院・診療所の退院後の利用者の有無・退院退所加算の有無 (n=671)



## 2) 病院・診療所の退院後の利用者数

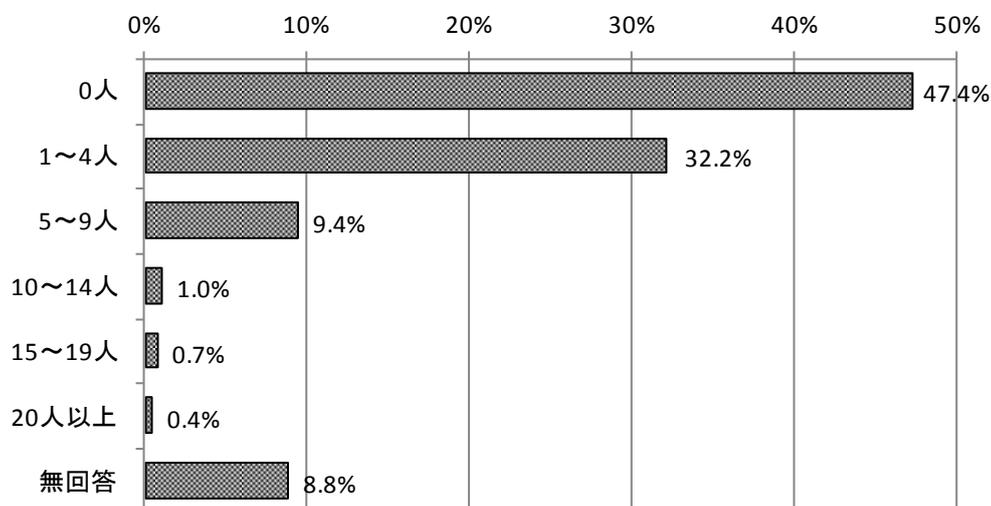
病院・診療所の退院後の利用者数は、「1～4人」が40.4%、次いで「5～9人」が23.4%であった。

図表 4-2-9 病院・診療所の退院後の利用者数 (n=671)



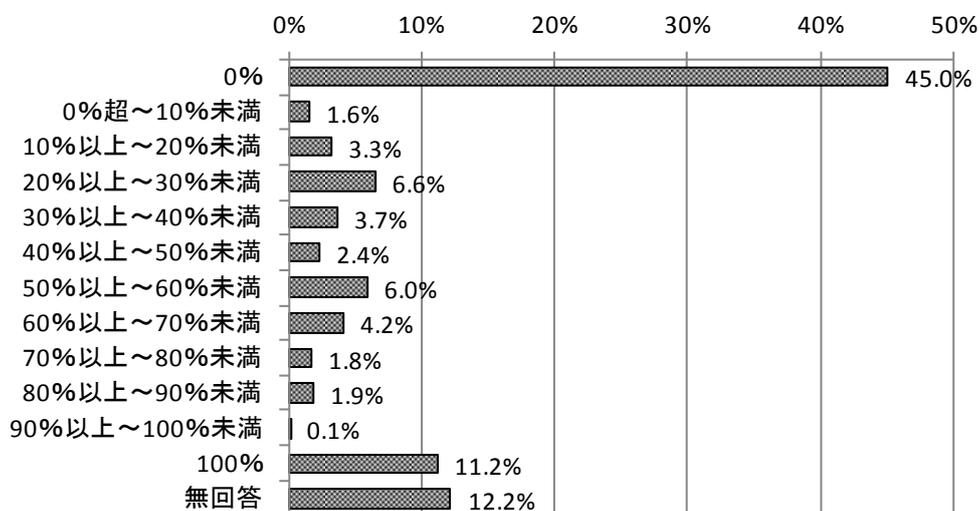
病院・診療所の退院後の利用者数のうち、退院退所加算算定者数は、「0人」が47.4%、「1～4人」が32.2%であった。

図表 4-2-10 うち、退院退所加算算定者数 (n=671)



病院・診療所の退院後の利用者の利用者数に対する比率は、「0%」が45.0%、「100%」が11.2%であった。

図表 4-2-11 病院・診療所の退院後の利用者の利用者数に対する比率 (n=671)



病院・診療所を退院した利用者数は平均 5.1 人、退院退所加算件数は 1.7 件であった。退院退所加算割合の平均値は 27.7%であった。

図表 4-2-12 病院・診療所の退院後の利用者

	件数	平均値	標準偏差	中央値
病院・診療所を退院した利用者数 (人)	628	5.1	5.4	3.0
病院・診療所を退院した利用者数 (0 人を除く) (人)	531	6.0	5.3	4.0
退院退所加算件数 (件)	612	1.7	3.0	0.0
退院退所加算件数 (0 人を除く) (件)	294	3.5	3.5	2.0
退院退所加算割合 (%)	589	27.7	36.1	0.0

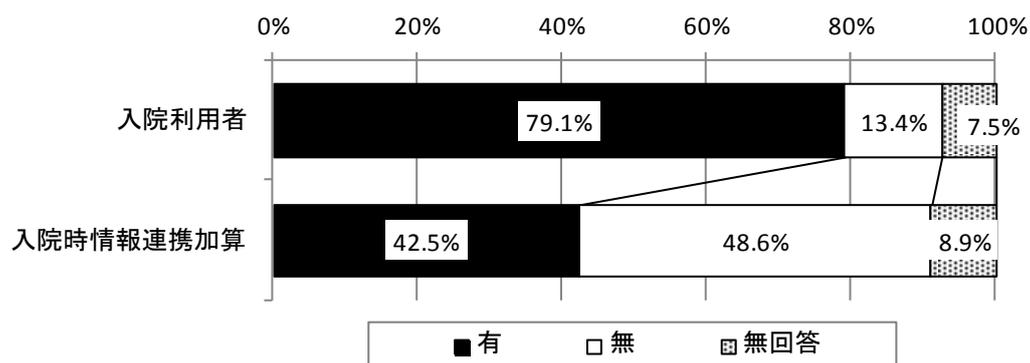
### ③ 利用者のうち入院した利用者

#### 1) 病院・診療所に入院した利用者の有無

平成 26 年 4 月～6 月に病院・診療所に入院した利用者の有無は、「有」が 79.1%、「無」が 13.4%であった。

そのうち、入院時情報連携加算の有無は、「有」が 42.5%、「無」が 48.6%であった。

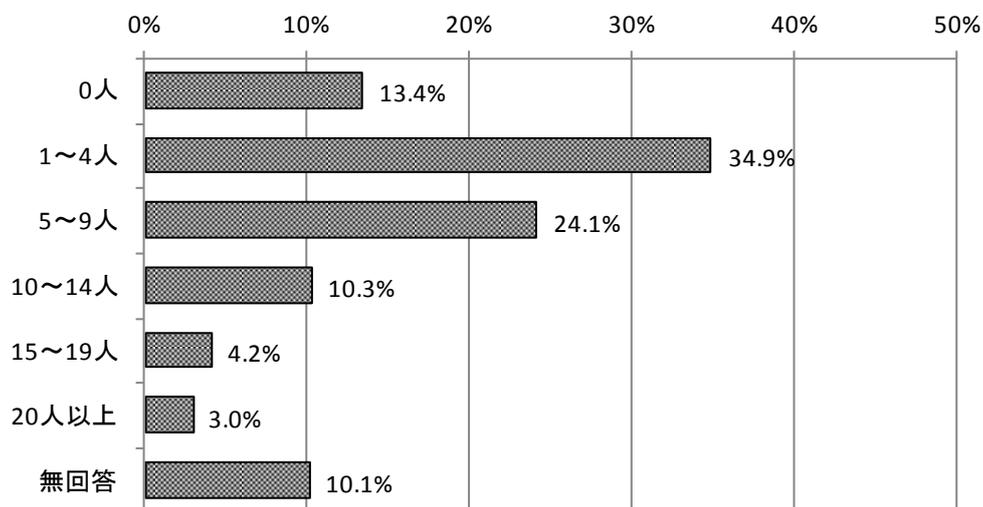
図表 4-2-13 病院・診療所に入院した利用者の有無・入院時情報連携加算の算定有無 (n=671)



#### 2) 病院・診療所に入院した利用者数

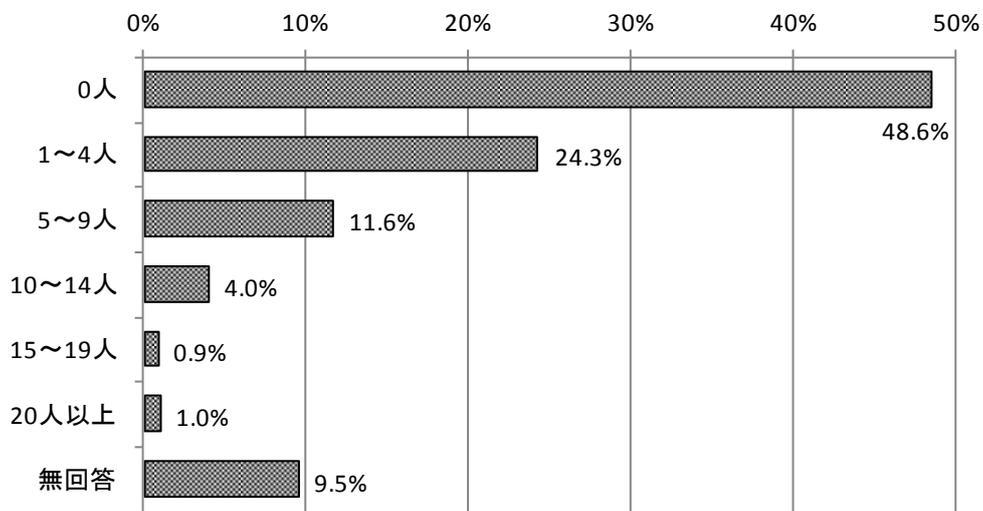
病院・診療所に入院した利用者数を分布で見ると、「1～4 人」が 34.9%、「5～9 人」が 24.1%であった。

図表 4-2-14 病院・診療所に入院した利用者 (n=671)



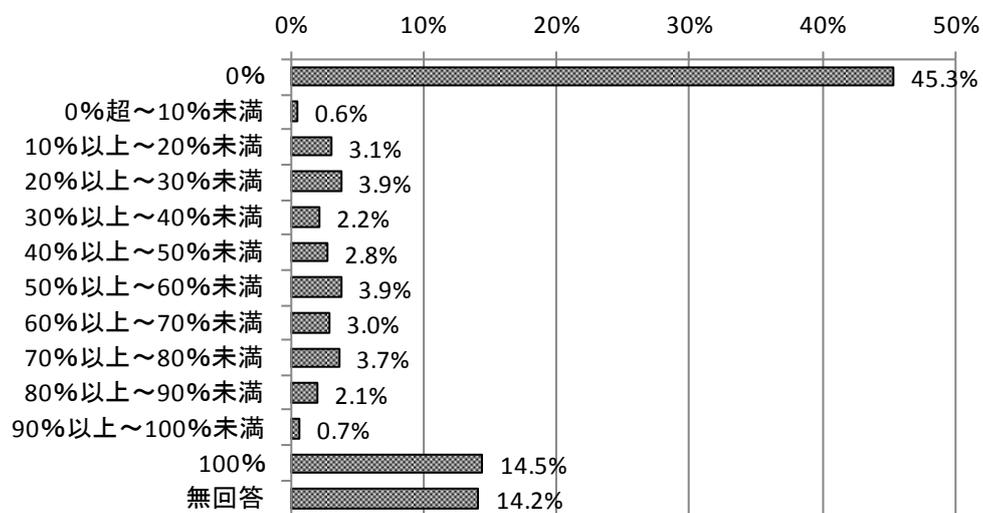
病院・診療所に入院した利用者について、入院時加算の算定人数は、「0人」が48.6%、「1～4人」が24.3%であった。

図表 4-2-15 入院時加算の算定人数 (n=671)



病院・診療所の入院した利用者数について利用者数に対する比率は、「0%」が45.3%、「100%」が14.5%であった。

図表 4-2-16 病院・診療所に入院した利用者数の利用者数に対する比率 (n=671)



病院・診療所に入院した利用者数は平均 5.6 人、入院時情報連携加算件数は平均 2.3 件であった。

入院時情報連携加算割合の平均値は 31.4%であった。

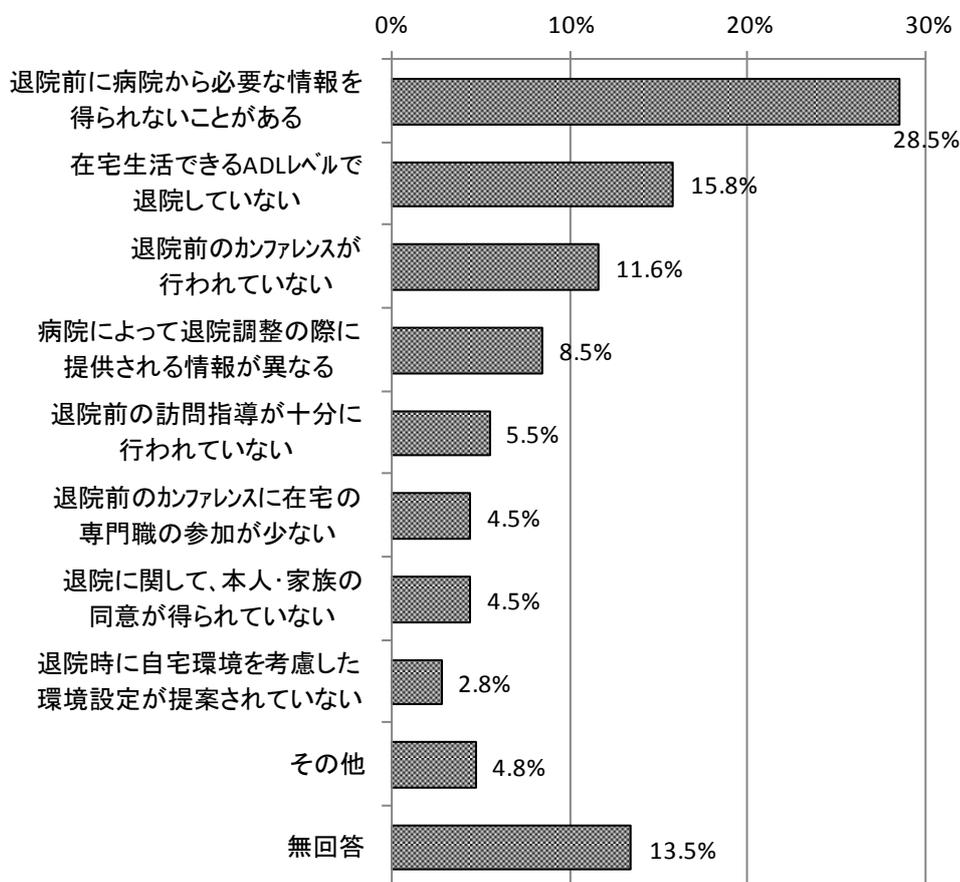
図表 4-2-17 病院・診療所に入院した利用者

	件数	平均値	標準偏差	中央値
病院・診療所に入院した利用者数（人）	603	5.6	6.1	4.0
病院・診療所に入院した利用者数（0人を除く）（人）	514	6.6	6.2	5.0
入院時情報連携加算件数（件）	607	2.3	4.1	0.0
入院時情報連携加算件数（0件を除く）（件）	281	5.0	4.8	4.0
入院時情報連携加算割合（%）	576	31.4	39.7	0.0

#### ④ 利用者退院時連携プロセス上の課題で最も重大な課題

利用者退院時連携プロセス上の課題で最も重大な課題は、「退院前に病院から必要な情報を得られないことがある」が 28.5%で最も割合が高く、次いで「在宅生活できるADLレベルで退院していない」が 15.8%、「退院前のカンファレンスが行われていない」が 11.6%であった。

図表 4-2-18 利用者退院時連携プロセス上の課題で最も重大な課題（単数回答）（n=671）

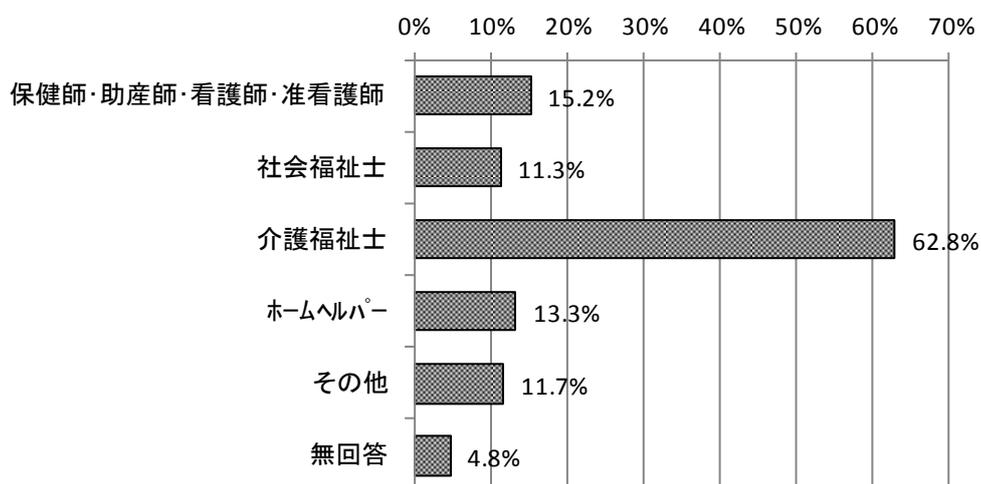


### 3. 回答職員について

#### ① 保有資格

回答職員の保有資格は、「介護福祉士」が 62.8%で最も割合が高く、次いで「保健師・助産師・看護師・准看護師」が 15.2%であった。

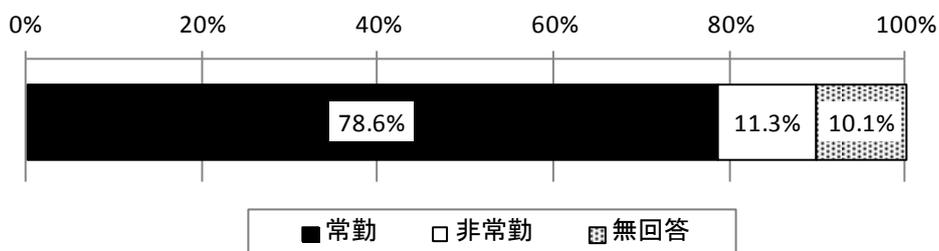
図表 4-2-19 保有資格 (n=1,740)



#### ② 雇用形態

回答職員の雇用形態は、「常勤」が 78.6%、「非常勤」が 11.3%であった。

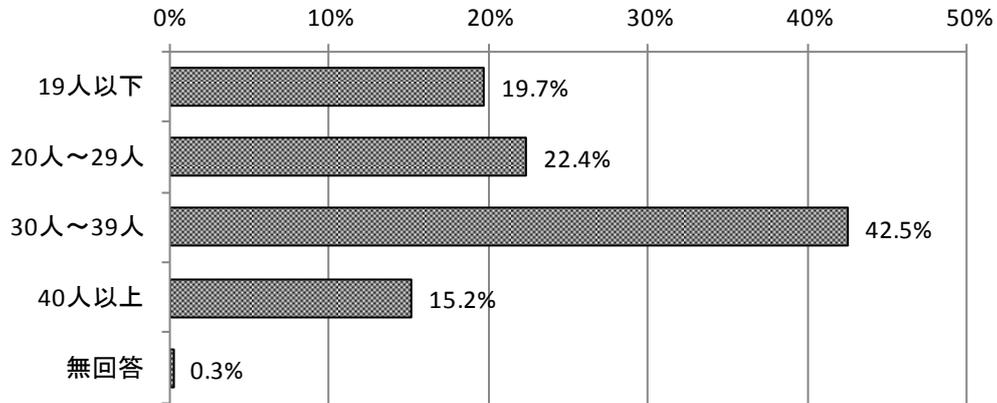
図表 4-2-20 雇用形態 (n=1,740)



### ③ 担当利用者数

回答職員の担当利用者数は、「30人～39人」が42.5%、「20～29人」が22.4%、「19人以下」が19.7%であった。担当利用者数は平均29.6人であった。

図表 4-2-21 担当利用者数 (n=1,740)



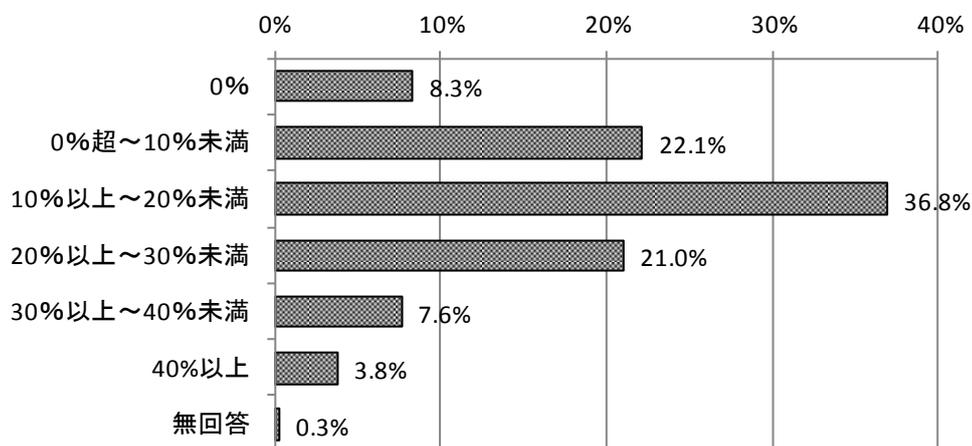
要介護度別の担当利用者数の平均値をみると、「要介護1」が8.2人で最も多く、次いで「要介護2」が7.5人、「要支援1・2」が4.6人、「要介護3」が4.4人であった。

図表 4-2-22 要介護度別 担当利用者数

	件数	平均値(人)	標準偏差	中央値(人)
合計	1,735	29.6	12.9	31.0
要支援1・2	1,735	4.6	4.9	3.0
要介護1	1,735	8.2	5.0	8.0
要介護2	1,735	7.5	4.4	7.0
要介護3	1,735	4.4	3.1	4.0
要介護4	1,735	2.9	2.4	2.0
要介護5	1,735	1.9	2.1	1.0
要介護度不明	1,735	0.1	2.0	0.0

担当利用者のうち、要介護4と5の比率をみると、「10%以上～20%未満」が36.8%、「0%超～10%未満」が22.1%、「20%以上～30%未満」が21.0%だった。平均値は16.5%であった。

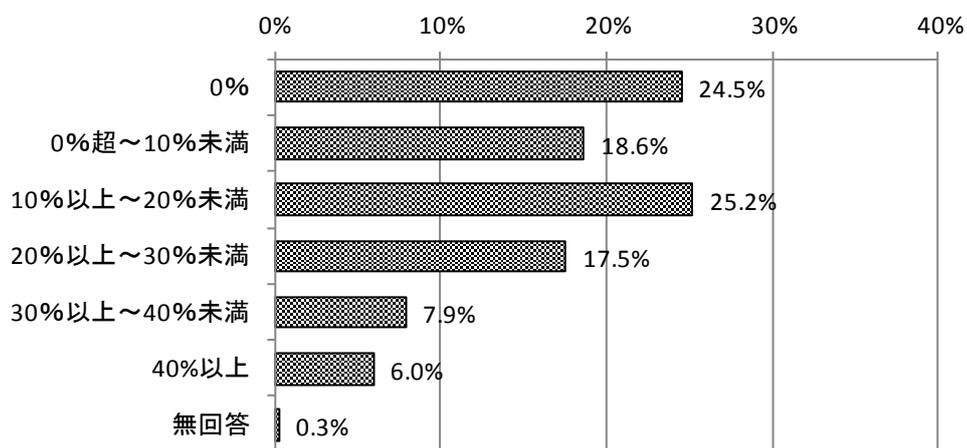
図表4-2-23 担当利用者のうち要介護4+5の比率(n=1,740)



項目名	件数	平均値 (%)	標準偏差	中央値 (%)
要介護4～5	1,735	16.5	12.5	14.6

担当利用者のうち、要介護1・2の比率をみると、「10%以上～20%未満」が25.2%、「0%」が24.5%であった。平均値は15.0%であった。

図表4-2-24 担当利用者のうち要介護1・2の比率(n=1,740)



項目名	件数	平均値 (%)	標準偏差	中央値 (%)
要支援1・2	1,735	15.0	14.7	12.5

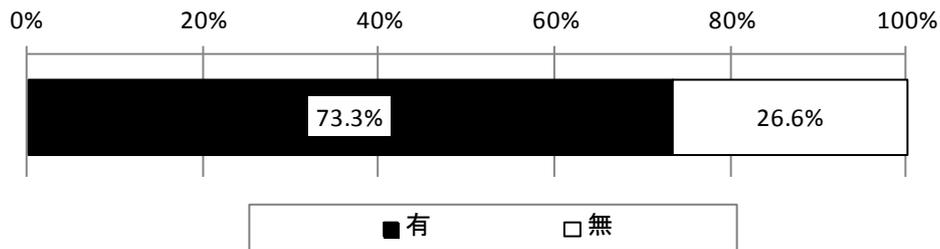
④ 病院退院利用者

回答職員が担当した利用者のうち、病院退院利用者の有無は、「有」が73.3%、「無」が26.6%であった。

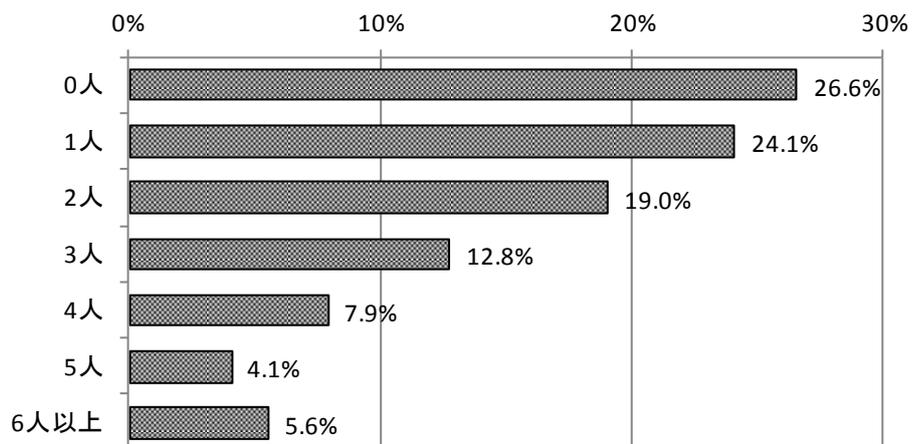
分布で見ると、「0人」が26.6%、「1人」が24.1%、「2人」が19.0%であった。

病院退院利用者数（無の場合は0人とみなす）は平均1.9人であった。

図表 4-2-25 病院退院利用者の有無 (n=1,740)



図表 4-2-26 H26.4~6に病院を退院した利用者数 (n=1,740)

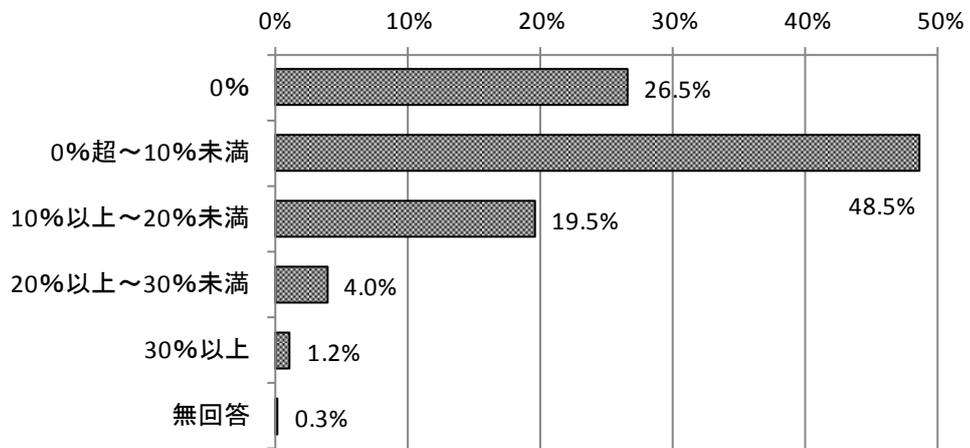


図表 4-2-27 H26.4~6に病院を退院した利用者数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
H26.4~6に病院を退院した利用者数(0を含む)(人)	1,740	1.9	1.9	1.0
H26.4~6に病院を退院した利用者数(0を含まない)(人)	1,276	2.6	1.8	2.0
H26.4~6に病院を退院した利用者割合 (%)	1,730	7.1	18.2	5.3

また、担当利用者のうち、平成26年4～6月に病院を退院した利用者の割合をみると、「0%超～10%未満」が48.5%、「0%」が26.5%であった。

図表4-2-28 平成26年4～6月に病院を退院した利用者割合 (n=1,740)



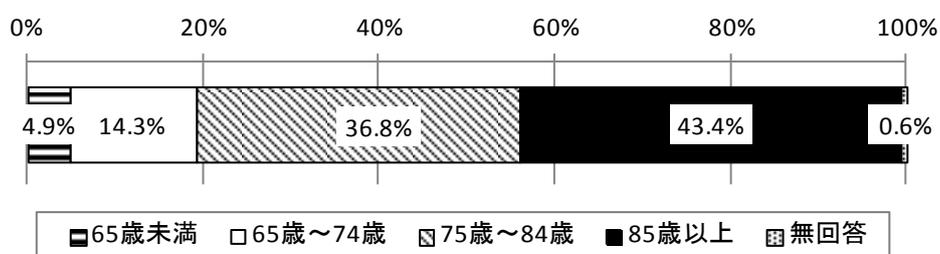
## 4. 退院利用者調査

### ① 年齢

退院した利用者の年齢は平均 81.9 歳であった。

分布で見ると、「85 歳以上」が 43.4%、「75 歳～84 歳」が 36.8%であった。

図表 4-2-29 年齢 (n=3,343)

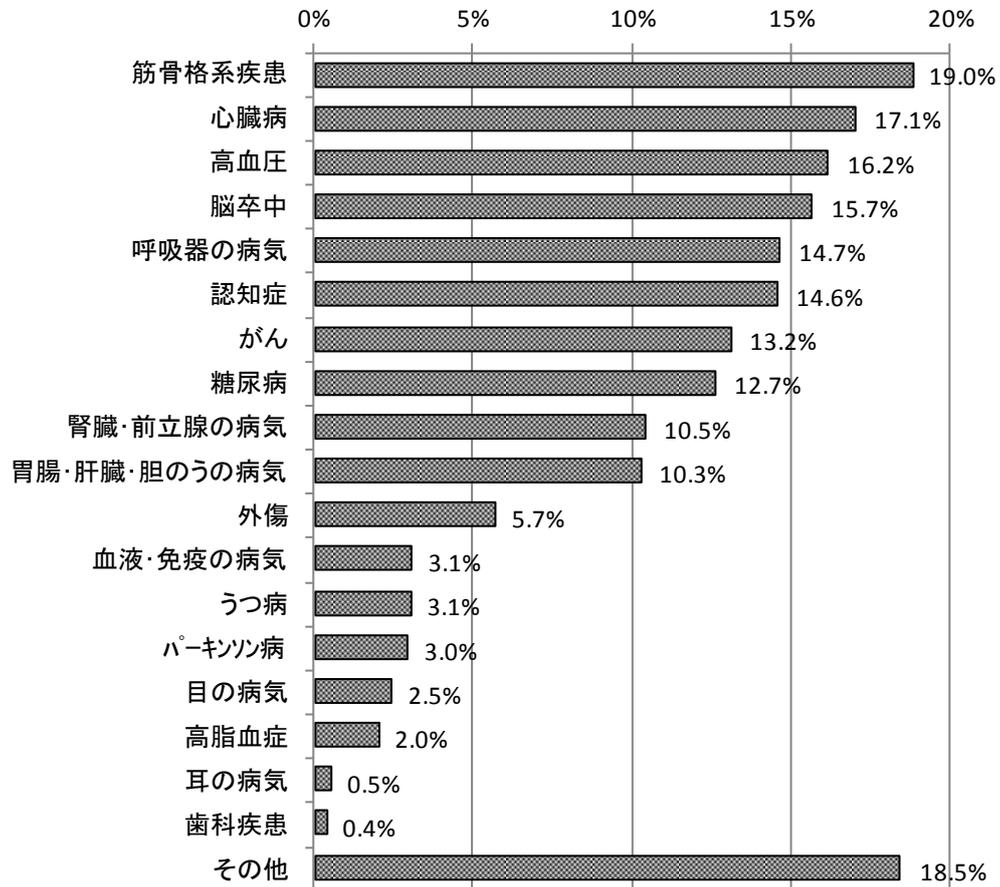


	件数	平均値 (歳)	標準偏差	中央値 (歳)
利用者の年齢	3,324	81.9	9.3	83.0

## ② 傷病

退院した利用者の傷病は、「筋骨系疾患」が 19.0%で最も割合が高く、次いで「心臓病」が 17.1%、「高血圧」が 16.2%、「脳卒中」が 15.7%であった。

図表 4-2-30 傷病 (n=3,343)

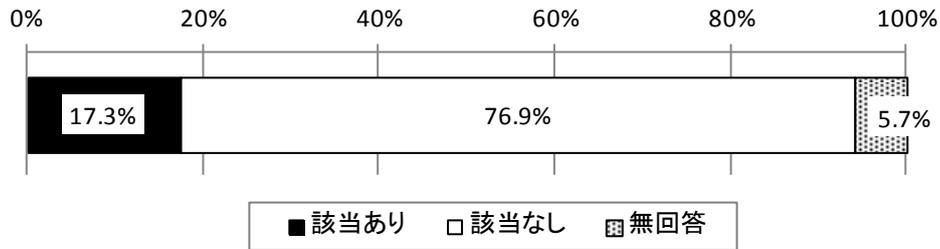


### ③ 必要な医療処置

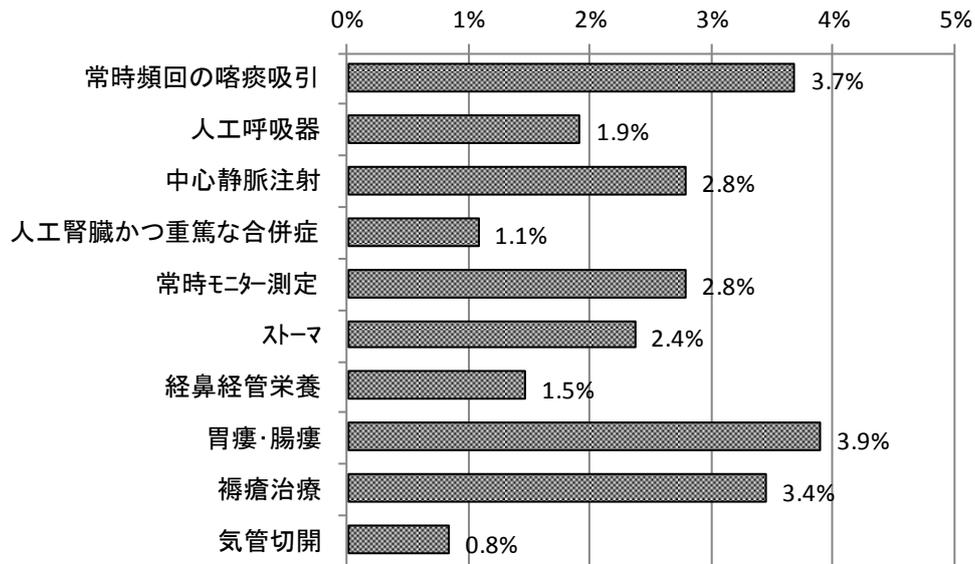
退院した利用者について、必要な医療処置の有無は、「該当あり」が 17.3%、「該当なし」が 76.9%であった。

必要な処置の内容は、「胃瘻・腸瘻」が 3.9%で最も割合が高く、次いで「常時頻回の喀痰吸引」が 3.7%、「褥瘡治療」が 3.4%であった。

図表 4-2-31 必要な医療処置 (n=3,343)



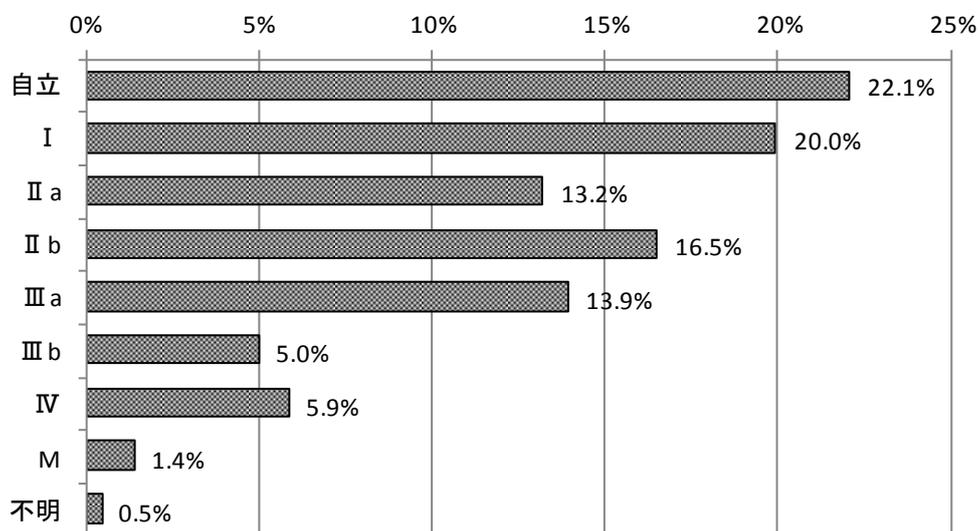
図表 4-2-32 必要な医療処置（複数回答）(n=3,343)



#### ④ 認知症高齢者の日常生活自立度

退院した利用者の認知症高齢者の日常生活自立度は、「自立」が 22.1%、「I」が 20.0%、「II b」が 16.5%であった。

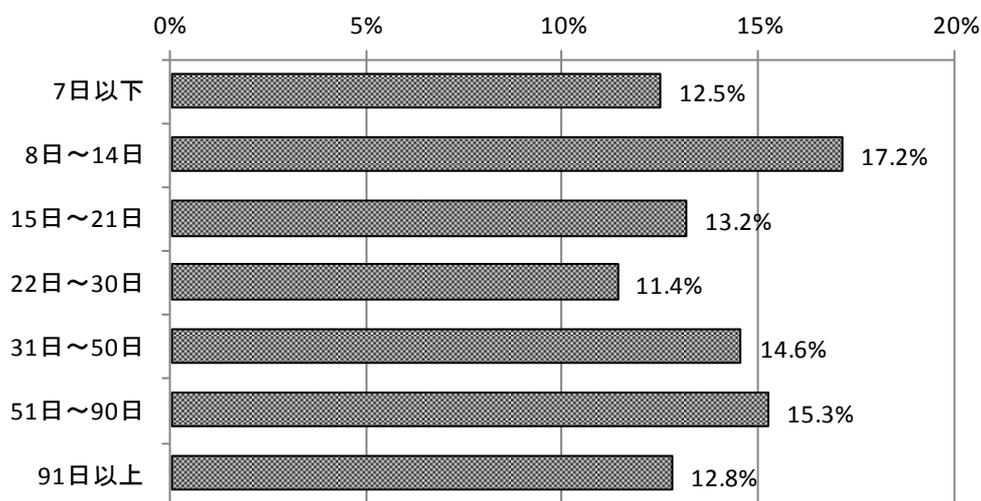
図表 4-2-33 認知症高齢者の日常生活自立度（単数回答）（n=3,343）



#### ⑤ 入院期間

退院した利用者について、入院期間は平均 45.4 日であった。分布で見ると「8 日～14 日」が 17.2%、「51～90 日」が 15.3%、「31 日～50 日」が 14.6%であった。

図表 4-2-34 入院期間（n=3,343）



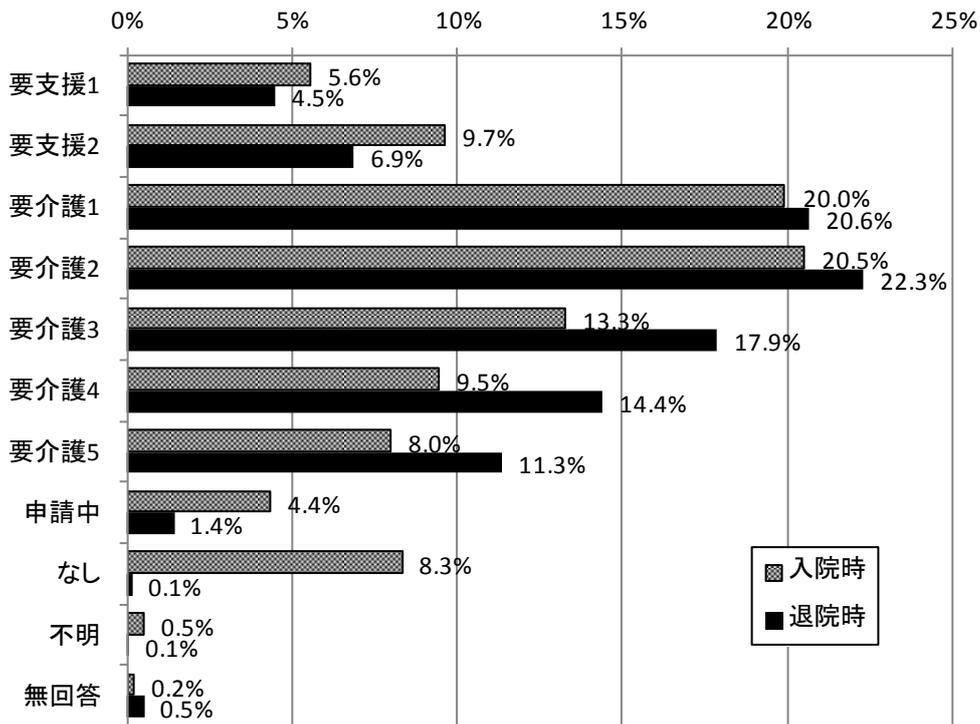
	件数	平均値 (日)	標準偏差	中央値 (日)
入院期間	3,244	45.4	67.0	25.0

### ⑥ 要介護度

退院した利用者について、入院時の要介護度は、「要介護2」が20.5%で最も割合が高く、ついで「要介護1」が20.0%、「要介護3」が13.3%であった。

退院時の要介護度は、「要介護2」が22.3%で最も割合が高く、次いで「要介護1」が20.6%、「要介護3」が17.9%であった。

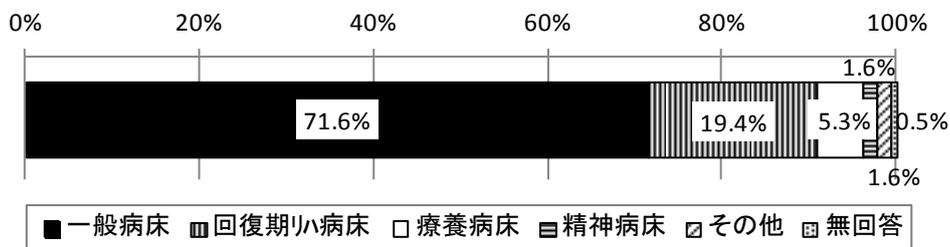
図表 4-2-35 要介護度 (n=3,343)



### ⑦ 入院先の病床種別

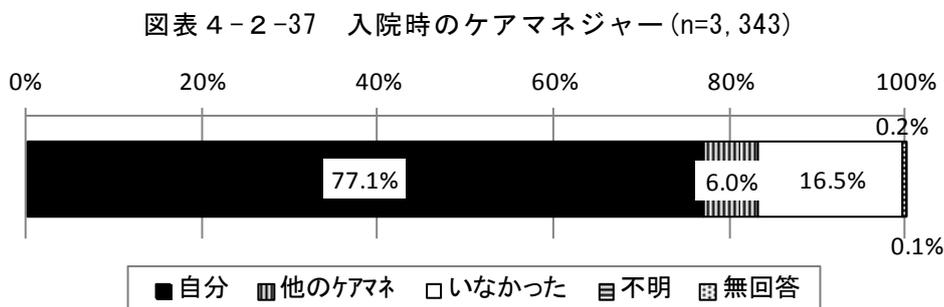
退院した利用者について、入院先の病床種別は、「一般病床」が71.6%、「回復期リハ病床」が19.4%であった。

図表 4-2-36 入院先の病床種別 (n=3,343)



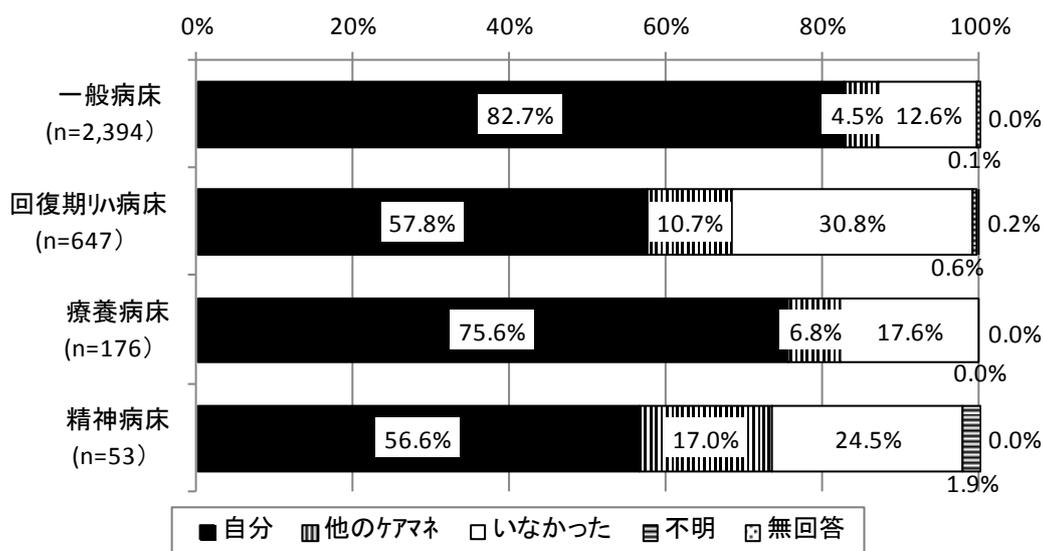
### ⑧ 入院時のケアマネジャー

退院した利用者について、入院時のケアマネジャーは、「自分」が77.1%、「いなかった」が16.5%、「他のケアマネ」が6.0%であった。



退院利用者について、入院先の病床種別ごとに入院時のケアマネジャーは、「一般病床」は「自分」、「回復期リハ病床」「療養病床」は「いなかった」の割合が比較的高い傾向にあった。

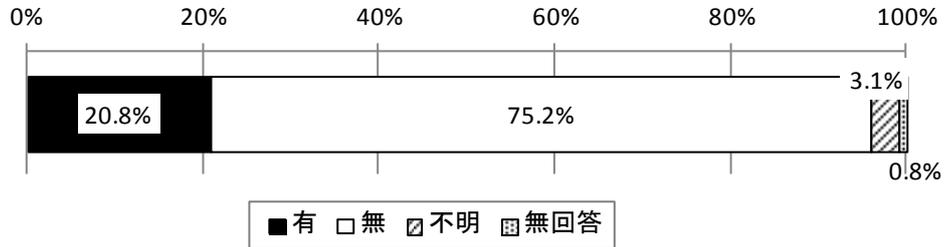
図表 4-2-38 入院先の病床種別別 入院時のケアマネジャー



⑨ 退院前訪問指導

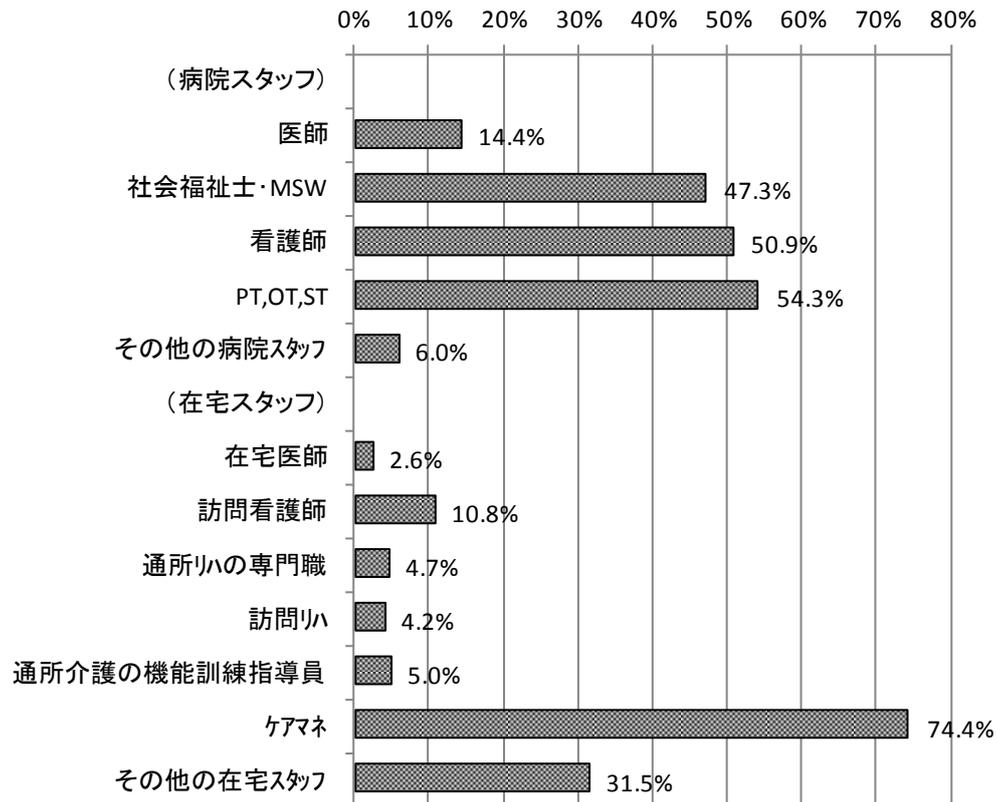
退院前訪問指導の状況は「有」が20.8%、「無」が75.2%であった。

図表 4-2-39 退院前訪問指導 (n=3,343)



退院前訪問指導を行った利用者について、退院前訪問指導の参加者をみると、「ケアマネジャー」が74.4%で最も割合が高く、次いで「PT、OT、ST」が54.3%、「看護師」が50.9%、「社会福祉士・MSW」が47.3%であった。

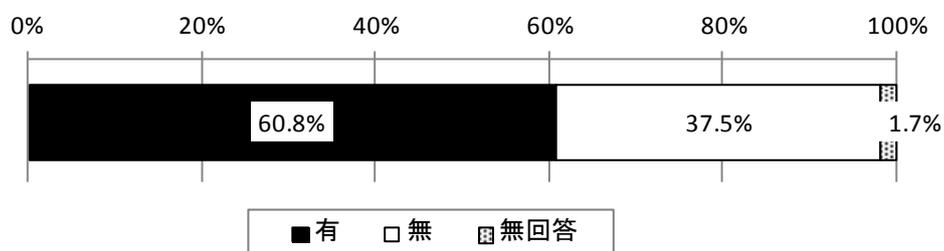
図表 4-2-40 退院前訪問指導（参加者）（複数回答）（n=696）



⑩ 病院からの連絡状況

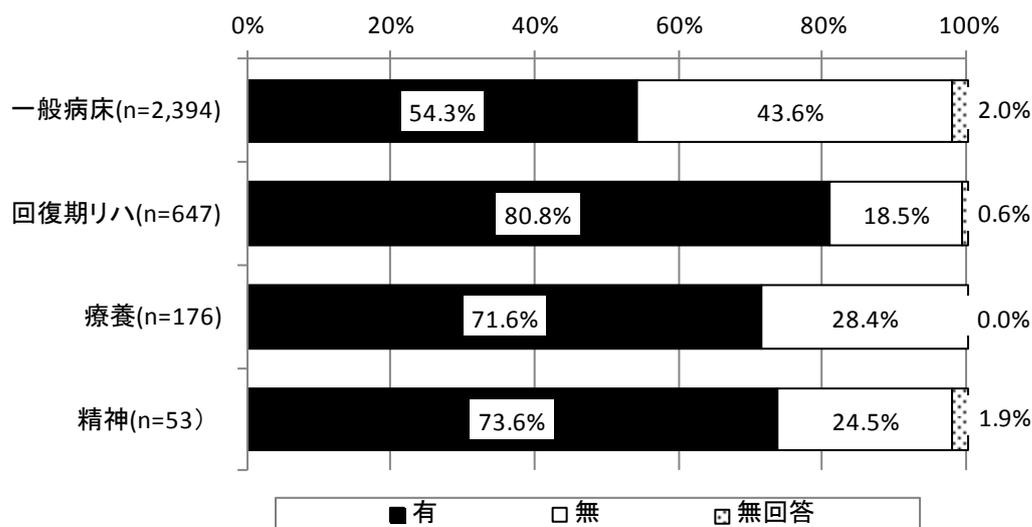
退院した利用者について、病院からの連絡状況は、「有」が60.8%、「無」が37.5%であった。

図表 4 - 2 - 41 病院からの連絡の有無(n=3,343)



入院先の病床種別ごとに、病院からの連絡状況をみると、「一般」では、「有」が54.3%、「回復期」では80.8%、「療養」では71.6%であった。

図表 4 - 2 - 42 入院先の病床種別別 病院からの連絡の有無

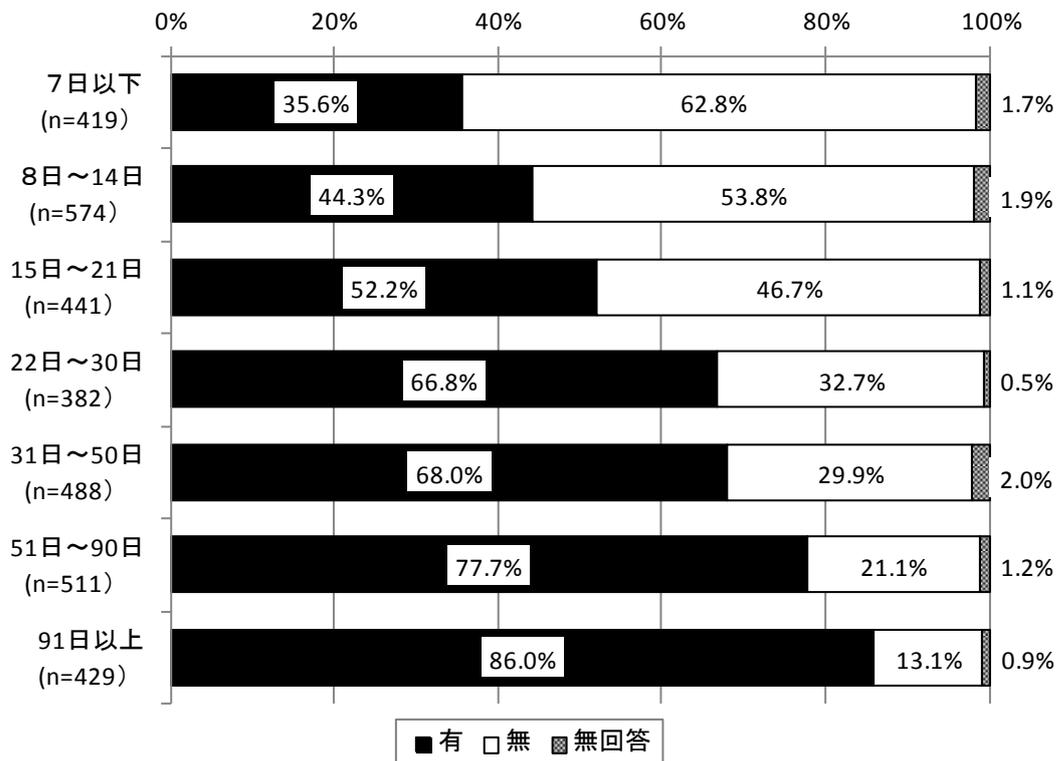


入院期間別に、病院からの連絡の有無をみると、「51日～90日」は「有」が77.7%、「91日以上」は86.0%で、比較的「有」の割合が高かった。

一方、「7日以下」では「無」が62.8%、「8日～14日」は53.8%、「15日～21日」は46.7%で、比較的「無」の割合が高かった。

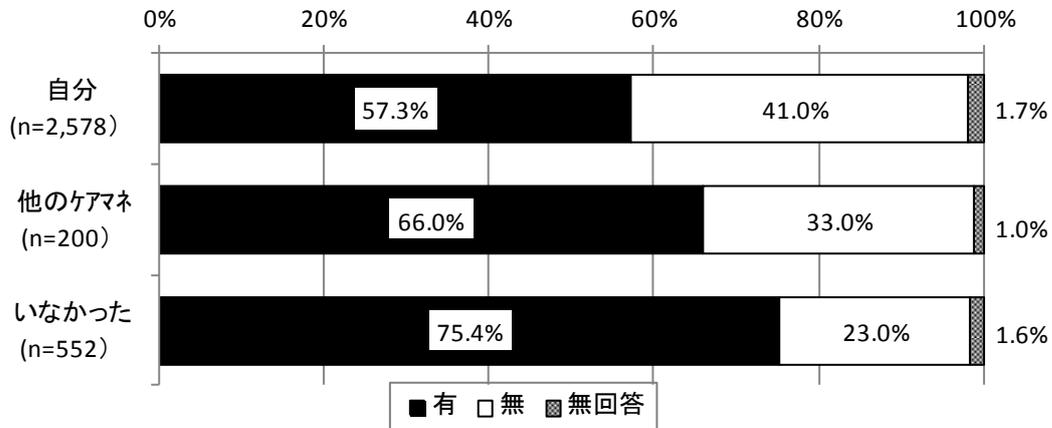
入院期間が長いほど、連絡がある割合が高かった。

図表 4 - 2 - 43 入院期間別 病院からの連絡の有無



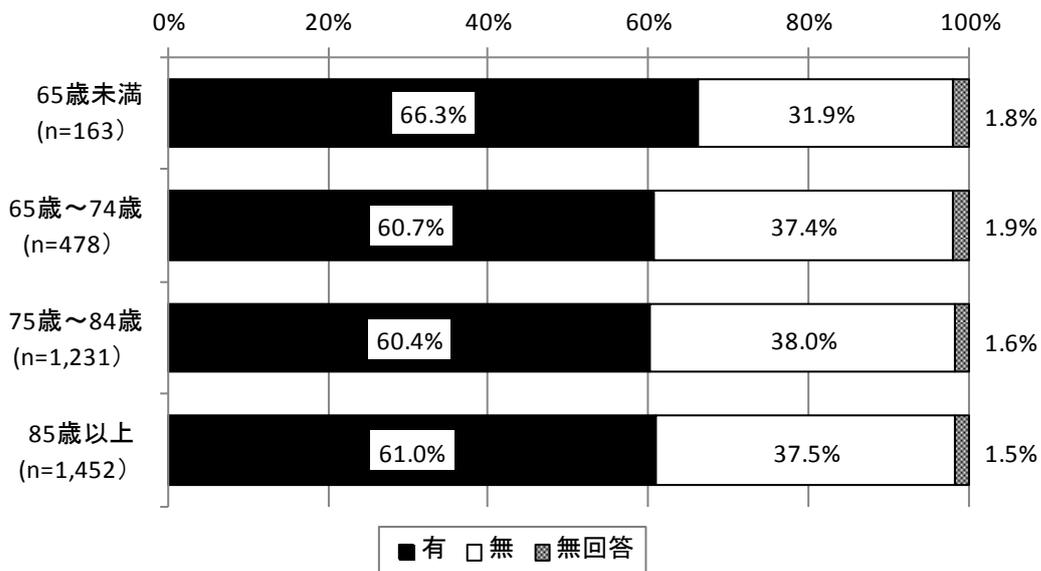
入院時のケアマネジャー別に、病院からの連絡の有無をみると、「いなかった」場合は「有」が75.4%で比較的高かった。

図表 4 - 2 - 44 入院時のケアマネジャー別 病院からの連絡の有無



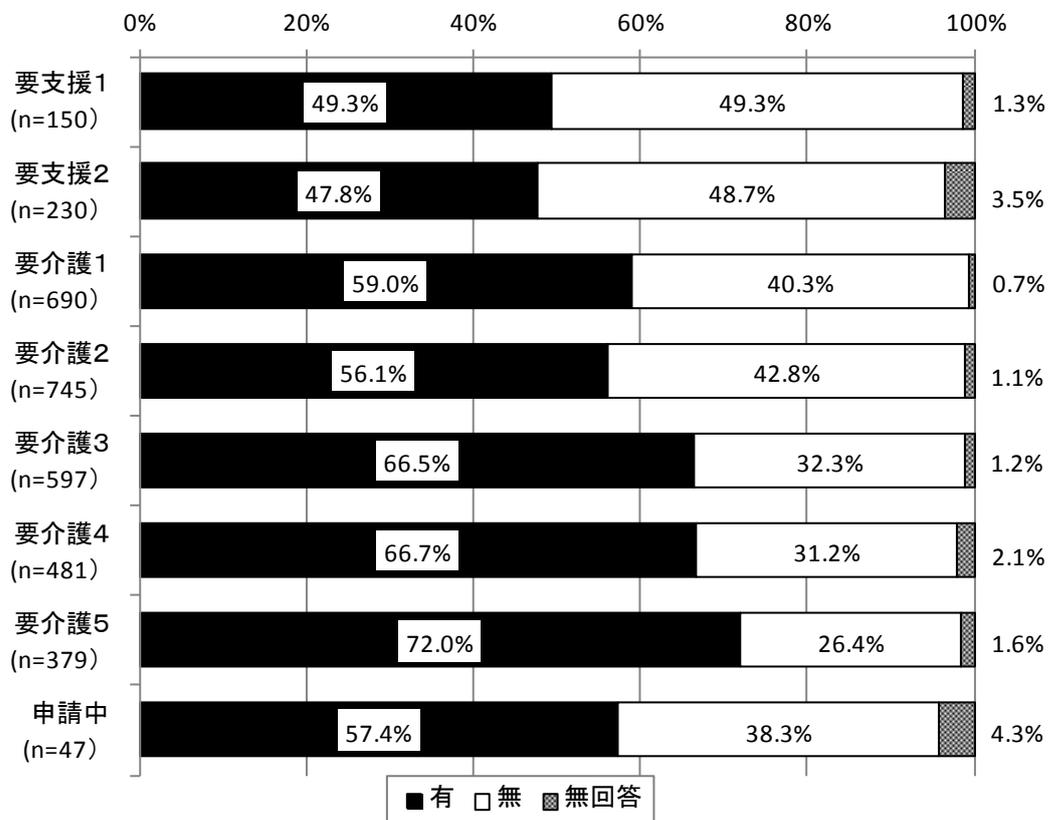
利用者の年齢別に、病院からの連絡の有無をみると、いずれも「有」が6割程度であった。

図表 4 - 2 - 45 利用者の年齢別 病院からの連絡の有無



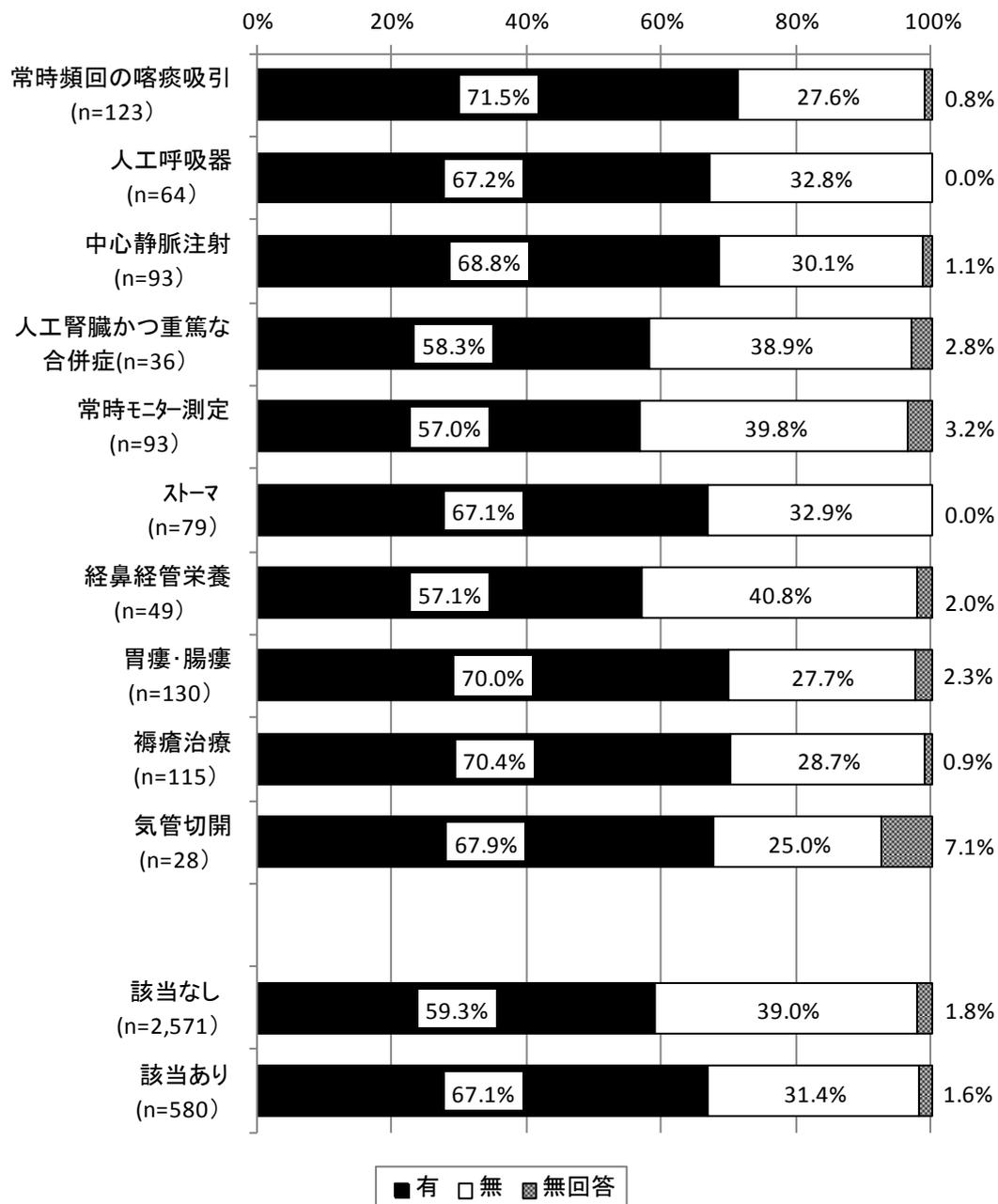
退院時の要介護度別に、病院からの連絡の有無をみると、「要介護5」は「有」が72.0%で、比較的高かった。「要支援1」「要支援2」は「無」の割合が高く、「要支援1」は49.3%、「要支援2」は48.7%であった。

図表 4 - 2 - 46 退院時の要介護度別 病院からの連絡の有無



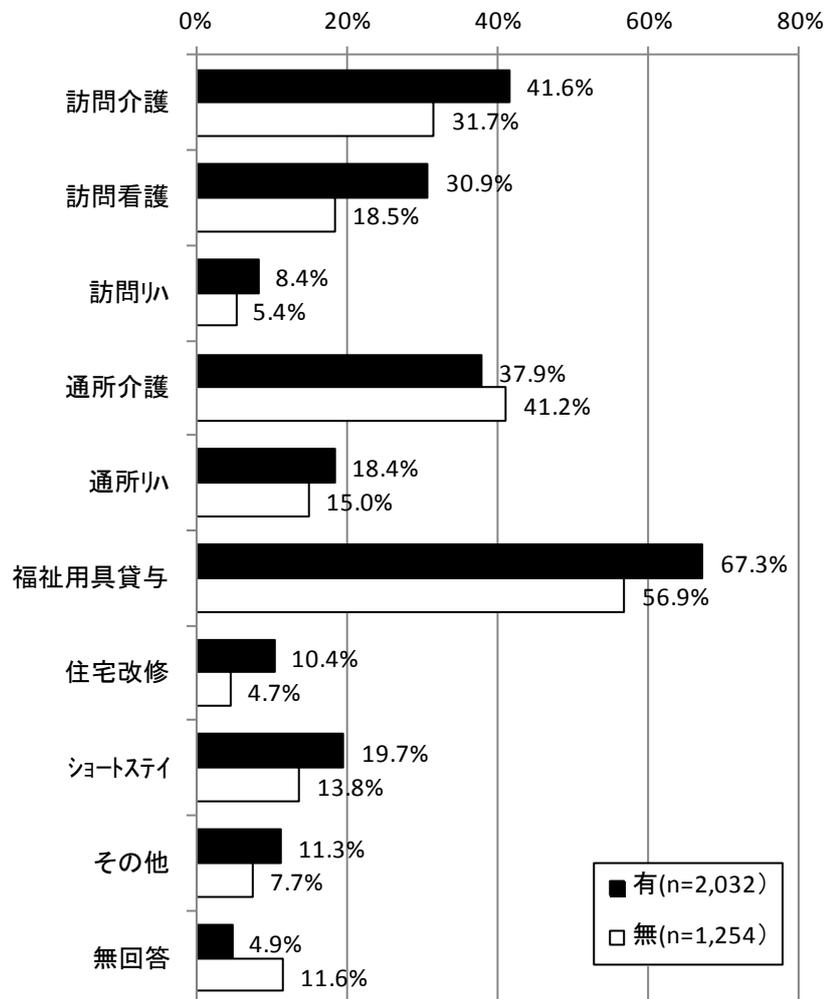
必要な医療処置の有無別に、病院からの連絡の有無をみると、「常時頻回の喀痰吸引」は「有」が71.5%、「褥瘡治療」は70.4%、「胃瘻・腸瘻」は70.0%で、「該当なし」と比較してやや高かった。

図表 4-2-47 必要な医療処置の有無別 病院からの連絡の有無



病院からの連絡の有無別に、ケアプランに導入されたサービスをみると、連絡が「有」の場合は「訪問介護」が41.6%、「訪問看護」は30.9%、「福祉用具貸与」は67.3%で、連絡が「無」の場合に比べてやや高かった。

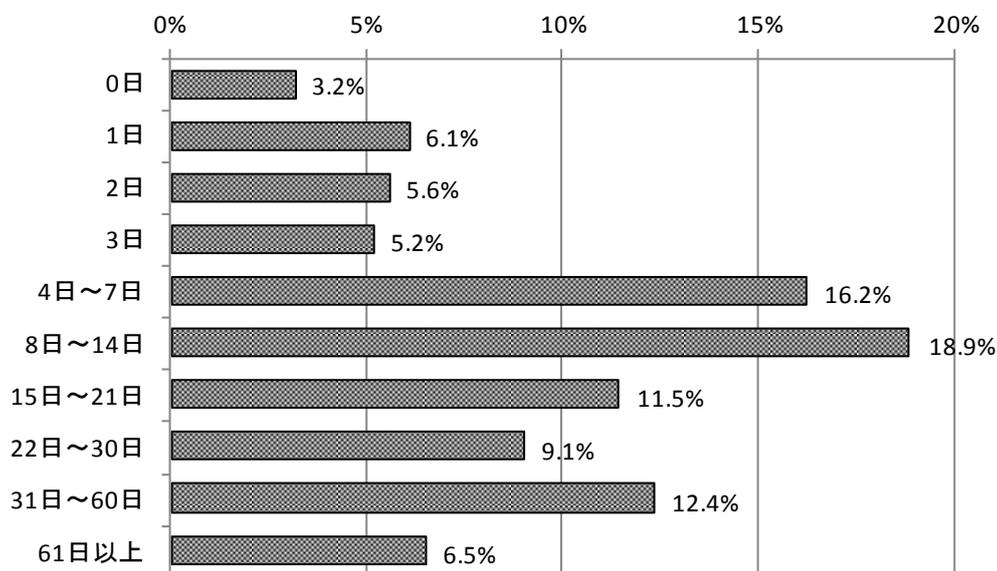
図表 4-2-48 病院からの連絡の有無別 ケアプランに導入されたサービス（複数回答）



⑪ 病院からの連絡の時期

病院からの最初の連絡日から退院日までの日数は平均 19.1 日であった。分布で見ると、「8 日～14 日」が 18.9%、「4 日～7 日」は 16.2%であった。

図表 4 - 2 -49 病院からの最初の連絡日から退院日までの日数(n=2,032)



単位：日

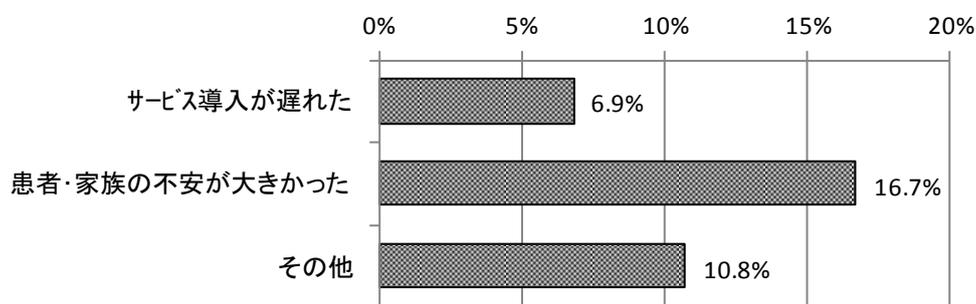
	件数	平均値	標準偏差	中央値
病院からの最初の連絡日から退院日までの日数	1,924	19.1	22.4	11.0

## ⑫ 引き継ぎがないことでの患者にとっての不利益

引き継ぎがないことでの患者にとっての不利益は、「患者・家族の不安が大きかった」が16.7%、「サービス導入が遅れた」が6.9%であった。

その他回答の内容は、不利益があった内容としては、「調整時間がない。時間や手間がかかる」「情報がない。留意点が分からない」などの内容がみられた。不利益がなかった内容の記入もあり、「居宅介護支援事業所より病院へ連絡し、不利益なし」「家族・本人から居宅介護支援事業所に連絡し、不利益なし」「地域包括支援センターで対応し、不利益なし」などの内容がみられた。また介護支援専門員が「入院自体を把握していなかった」という回答もあった。

図表 4-2-50 引き継ぎがないことでの患者にとっての不利益（複数回答）（n=1,254）



### <その他回答>

#### <不利益あり>

##### ■ 調整時間がない。時間や手間がかかる

- ・ サービス事業者との連絡調整に時間を要するため、退院を言われた家族の不安は大きい。心の準備が出来ていないままに急に言われる。(2)
- ・ サービスの変更が必要となった。
- ・ 家族が入退院の連絡や入院中の様子説明が必要となる手間がある。(2)
- ・ 前日に知らされたので入院前のサービスが（デイケアの曜日）できなかった。
- ・ 退院後の状態把握にあわてた。(3)
- ・ 余裕がない。家族が連絡をとっていたのでギリギリになった。
- ・ ケアマネジャーにすでに予定が入っていたが、サービス追加依頼あり、急な対応に追われ、臨時的な対応となった。
- ・ 物品が準備できない。

##### ■ 情報がない。留意点が分からない

- ・ 入院中の様子がわからない。
- ・ 留意点が不明。
- ・ 情報がない。
- ・ 状態把握が出来なかった。(4)
- ・ 状況が詳しく分からない。
- ・ 病状の把握ができなかった。
- ・ 退院後の病状管理。(2)
- ・ 様々な体調変化、訴えに対応できなかった。
- ・ 病状の把握、対応が不十分。(2)
- ・ 引き継ぎと実際の状態が違っていた。

- ・食事療法等わからなかった。
- ・各事業所に入院中の情報が伝えることができない。
- ・今後について説明がほしかった。
- ・家族の話だけではわかりにくい。

<不利益なし>

■不利益なし

- ・特に不利益なし（40）
- ・急変ではなく、予定の入院だったのでなし。
- ・本人から前もって退院日の連絡があり、特に本人にとっての不利益はなかった。
- ・変化なく不安なし。
- ・具体的に変化なく支障なし。
- ・本人がしっかりされ、特に支障なし。
- ・胃ろう、P T C D交換目的のため問題なし。
- ・入院当初から、ケアマネジャーが病院に連絡しているので困った事はなし。（2）

■居宅介護支援事業所より病院へ連絡し、不利益なし

- ・居宅介護支援事業所から病院に連絡した。（21）
- ・入院日にこちらから連絡した。（2）
- ・家族から退院を聞き、病院へ連絡をとった。
- ・何度もこちらから連絡をとった。
- ・こちらから訪問して状況を把握した。（7）
- ・病院訪問し、担当看護師から状態確認。看護サマリーの入手を依頼。
- ・病院からは連絡は無かったが、必要時に担当看護師に話が聞けた。
- ・訪問して退院調整を行った。（2）
- ・ケアマネジャーから電話し、病院を訪問。担当とカンファレンスを開催。
- ・退院日と病状の説明のみ（電話）。
- ・サマリーで対応。
- ・看護サマリーをもらった。（3）

■家族・本人から居宅介護支援事業所に連絡し、不利益なし

- ・家族から相談、連絡があった。（24）
- ・病状や退院日についてすべて家族からうかがった。
- ・家族から連絡がありカンファレンスできた。
- ・家族を通して連絡した。
- ・本人より連絡があった。

■地域包括支援センターで対応し、不利益なし

- ・地域包括支援センターが関わった。（2）
- ・地域包括支援センターのスタッフが介入していた。
- ・地域包括支援センターと病院がやりとりを行い、申送りがあった。
- ・地域包括支援センターより連絡があった。

■その他、不利益無し。

- ・主治医（ホームドクター）を通じて情報を得た）
- ・病院と同法人の訪問看護事業所より連絡あり。
- ・施設から連絡をもらえた。（3）
- ・クリニックからシャント造設のため病院入院。
- ・退院時は申請がなかった。
- ・検査入院。（4）

- ・入院前の状態まで回復。
- ・本人が自立しており、納得済。
- ・サービス拒否。
- ・入院前の状態と変わらないのでサービスを継続した。
- ・有料老人ホーム入所となったため。
- ・老健入所。

<その他>

■（介護支援専門員は）入院自体を把握していなかった

- ・入院したことを把握していなかった。知らなかった。（2）
- ・入院情報がない。（2）
- ・緊急での入院にて短期間で退院（脱水）。

■強制的に退院

- ・アルコール依存による問題行動で医療保護入院後、強制的に退院。妻の不安が大きかった。
- ・不穏が強く強制退院

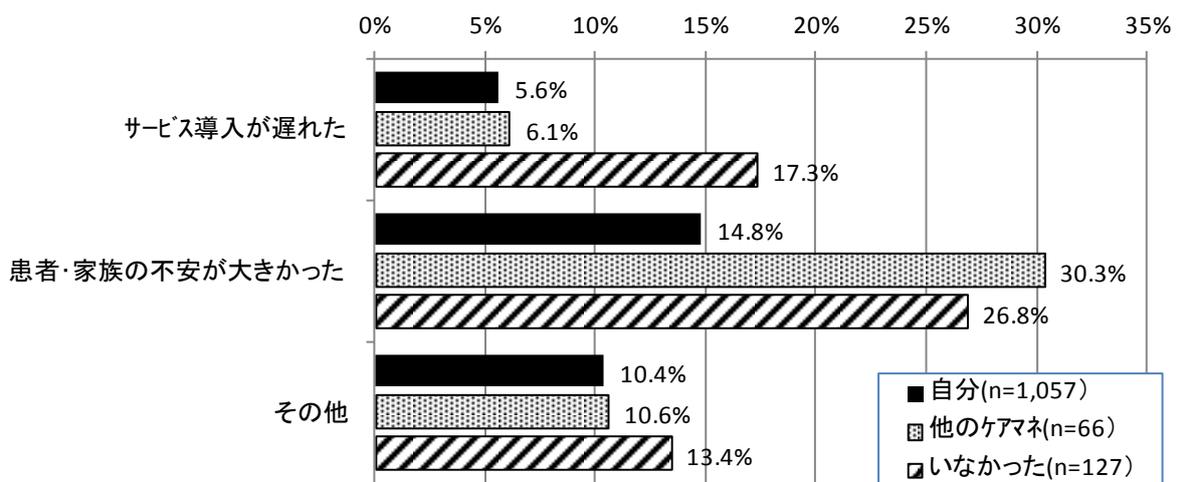
■その他

- ・本人がケアマネジャーの位置づけがわからなくなった。

入院時のケアマネジャー別に、引継がないことでの患者にとっての不利益をみると、「他のケアマネジャー」の場合は「患者・家族の不安が大きかった」が 30.3%で、比較的高かった。

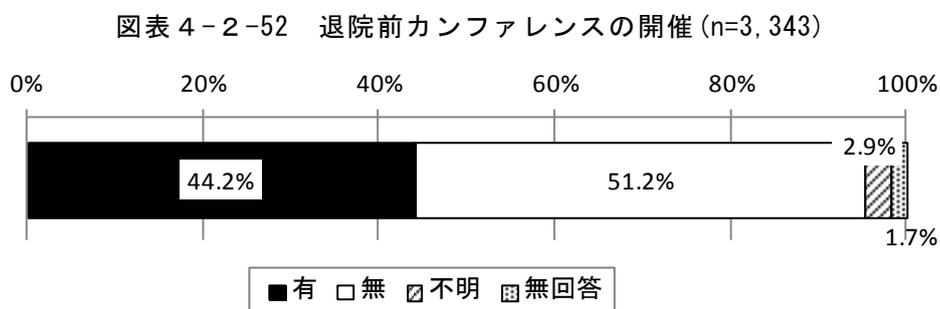
「いなかった」場合は、「サービスの導入が遅れた」は 17.3%、「患者・家族の不安が大きかった」は 26.8%で比較的高かった。

図表 4-2-51 入院時のケアマネジャー別 引継がないことでの患者にとっての不利益  
(複数回答)



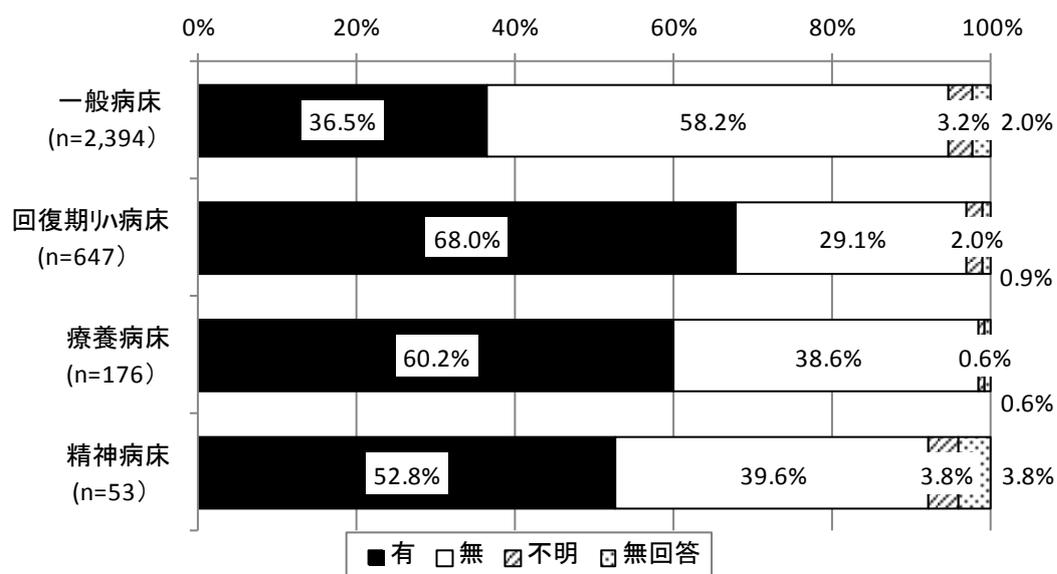
### ⑬ 退院前カンファレンスの開催

退院した利用者について、退院前カンファレンスの開催の有無は、「有」が44.2%、「無」が51.2%であった。



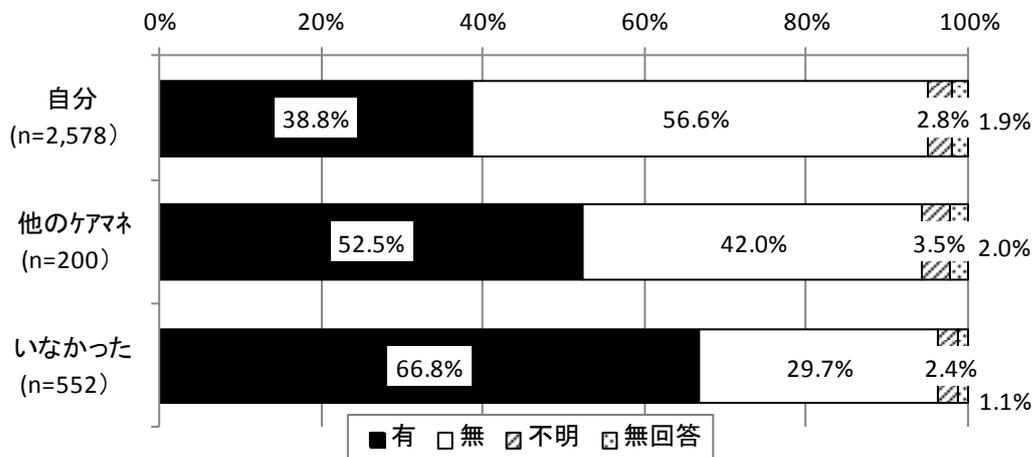
入院先の病床種別に、退院前カンファレンスの開催有無をみると、「一般病床」では「有」が36.5%、「回復期リハ病床」では68.0%、「療養病床」では60.2%であった。

図表 4-2-53 入院先の病床種別別 退院前カンファレンスの開催有無



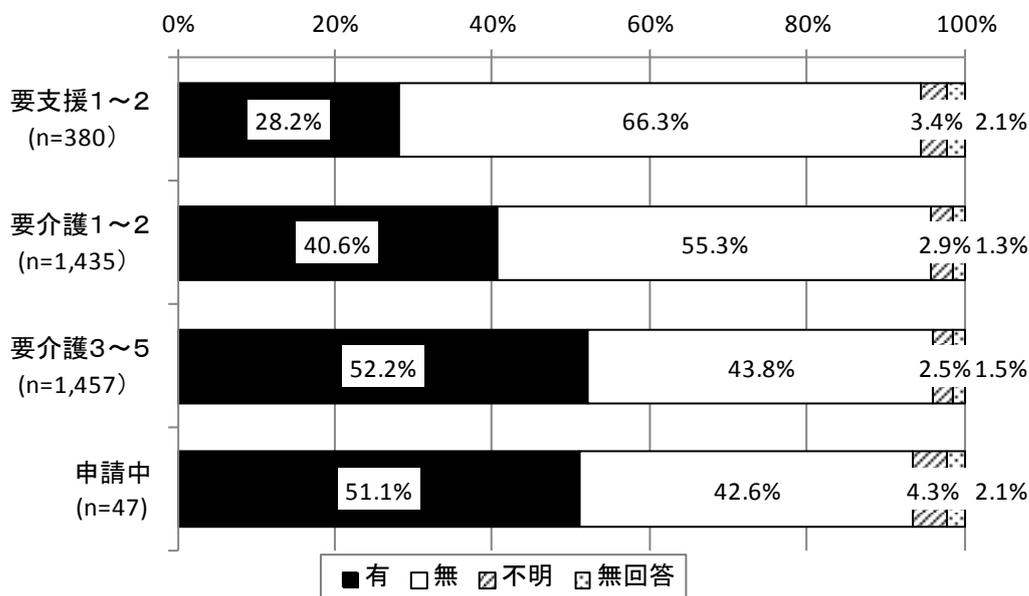
入院時のケアマネジャー別に、退院前カンファレンスの開催有無をみると、「いなかった」は「有」が66.8%、「他のケアマネジャー」は52.5%で、「自分」(38.8%)に比べて高かった。

図表 4-2-54 入院時のケアマネジャー別 退院前カンファレンスの開催有無



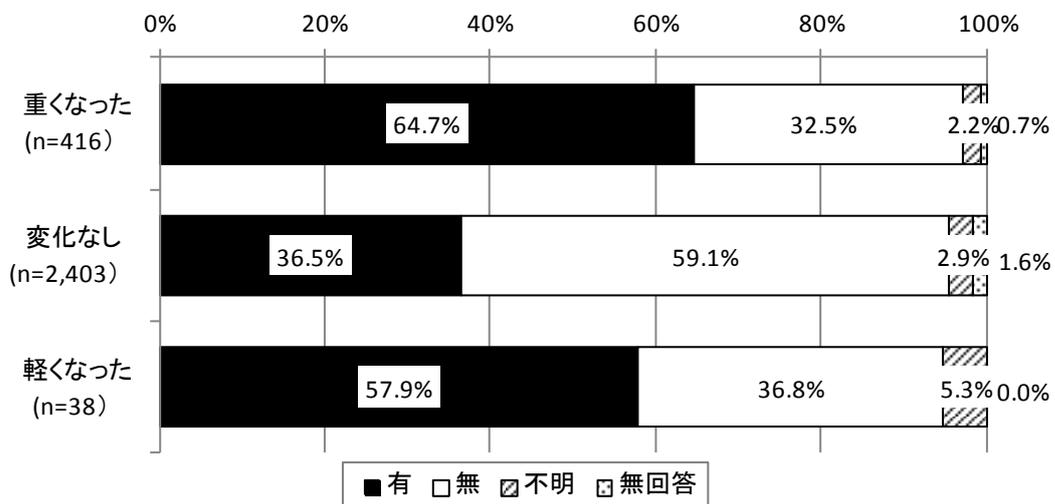
退院時の要介護度別に、退院前カンファレンスの開催有無をみると、「要介護 3~5」では「有」が52.2%、「要支援 1~2」に比べ、やや高かった。

図表 4-2-55 退院時の要介護度別 退院前カンファレンスの開催有無



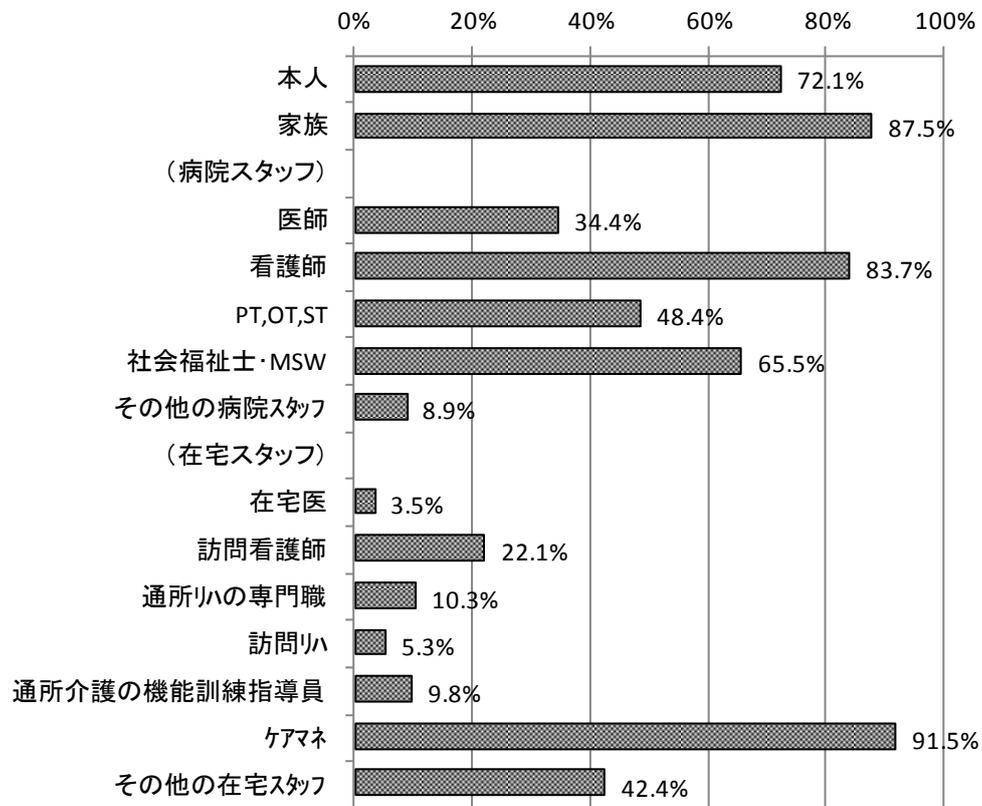
入院時から退院時の要介護度の変化別に、退院前カンファレンスの開催有無をみると、「変化なし」では退院前カンファレンスについて「無」が 59.1%だが、要介護度が「重くなった」では退院前カンファレンス「有」が 64.7%、「軽くなった」でも 57.9%で変化がある場合で、変化がない場合に比べ、退院前カンファレンスが開催されていた。

図表 4-2-56 要介護度の変化別 退院前カンファレンスの開催有無

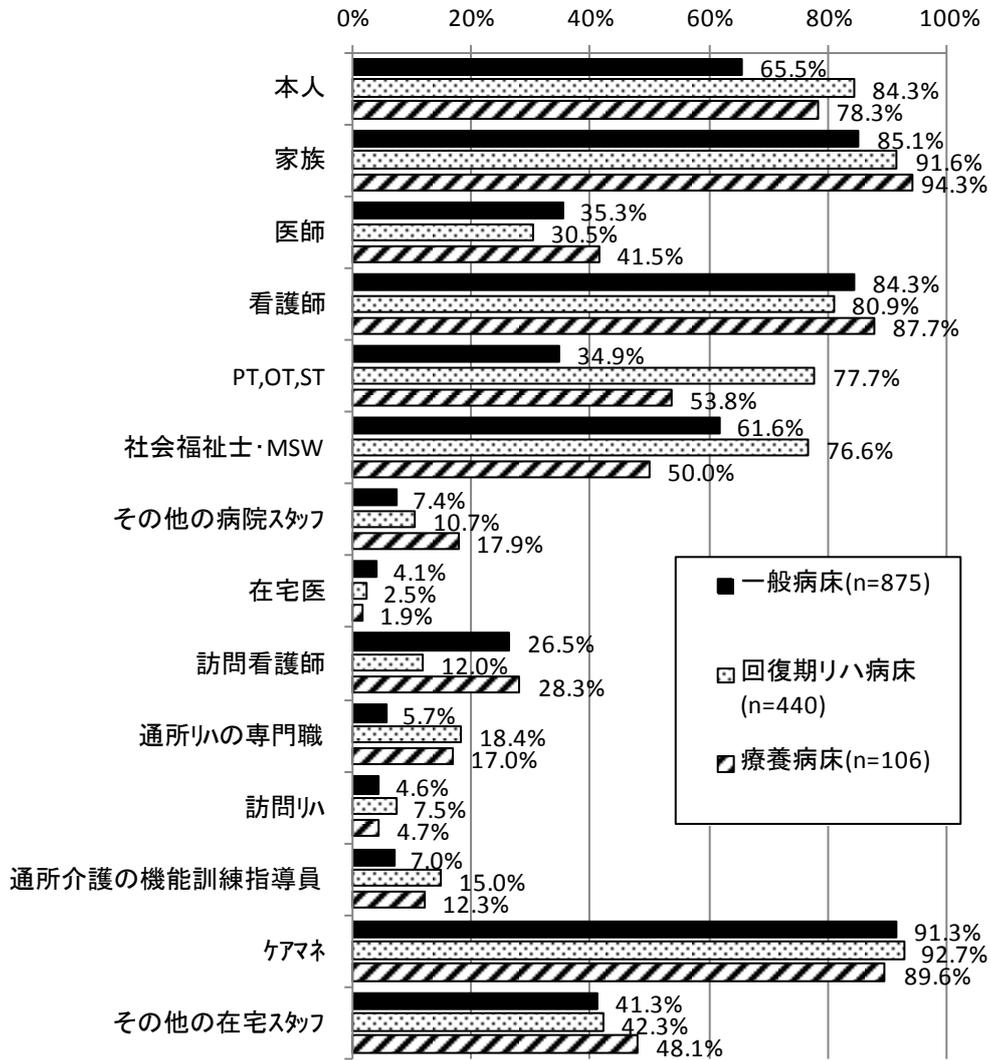


退院前カンファレンスの参加者は、「ケアマネジャー」が 91.5%、「家族」が 87.5%、「看護師」が 83.7%、「本人」が 72.1%、「社会福祉士・MSW」が 65.5%であった。

図表 4-2-57 退院前カンファレンスの参加者 (n=1,478)



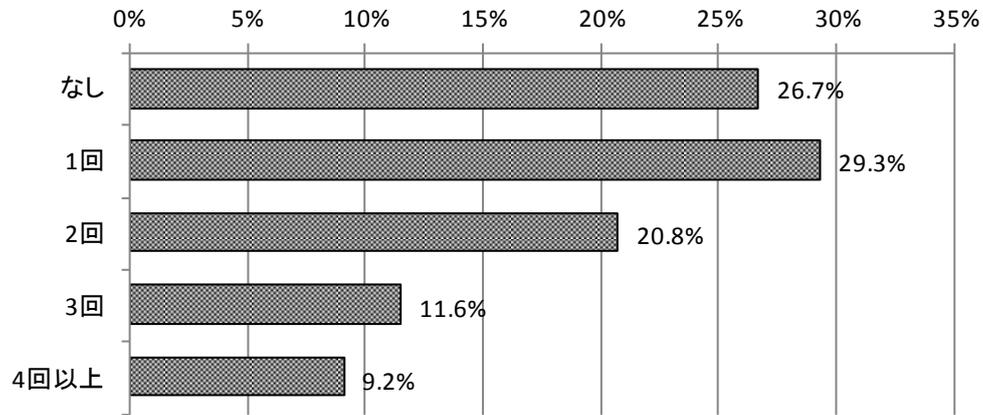
図表 4-2-58 入院先の病床種別別 退院前カンファレンスの参加者



⑭ 入院中に病院を訪問した回数

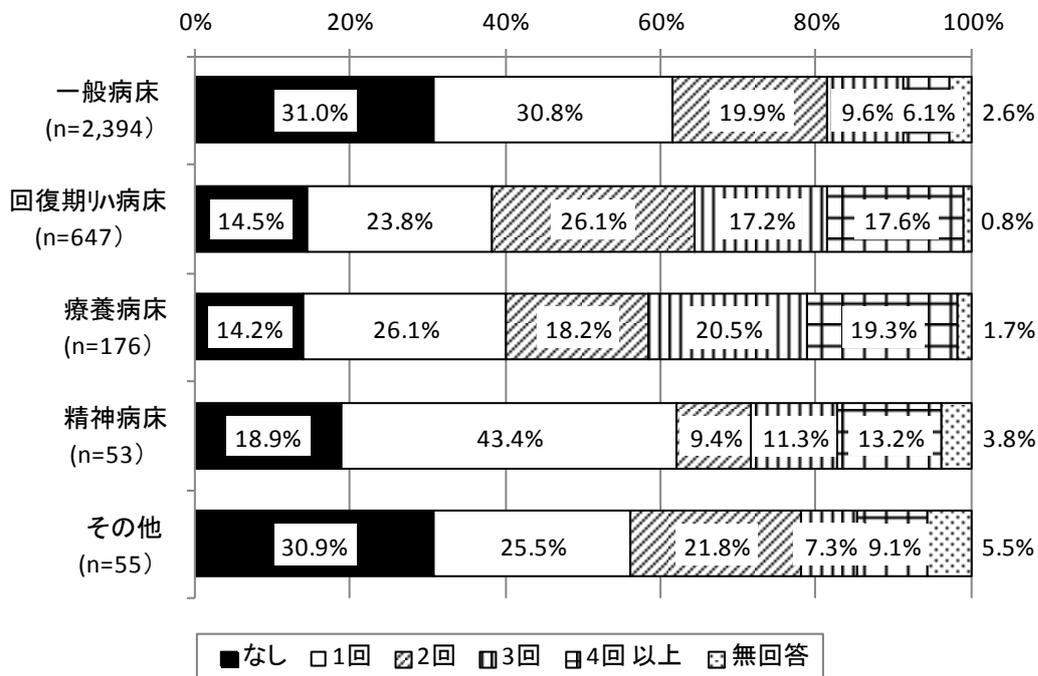
入院中に病院を訪問した回数は、「1回」が29.3%、「なし」が26.7%、「2回」が20.8%であった。

図表 4 - 2 - 59 入院中に病院を訪問した回数（単数回答）(n=3,343)



入院先の病床種別に、入院中に病院を訪問した回数をみると、「一般病床」は「なし」、  
「精神病床」は「1回」の割合が比較的高く、訪問回数が少ない傾向にあった。

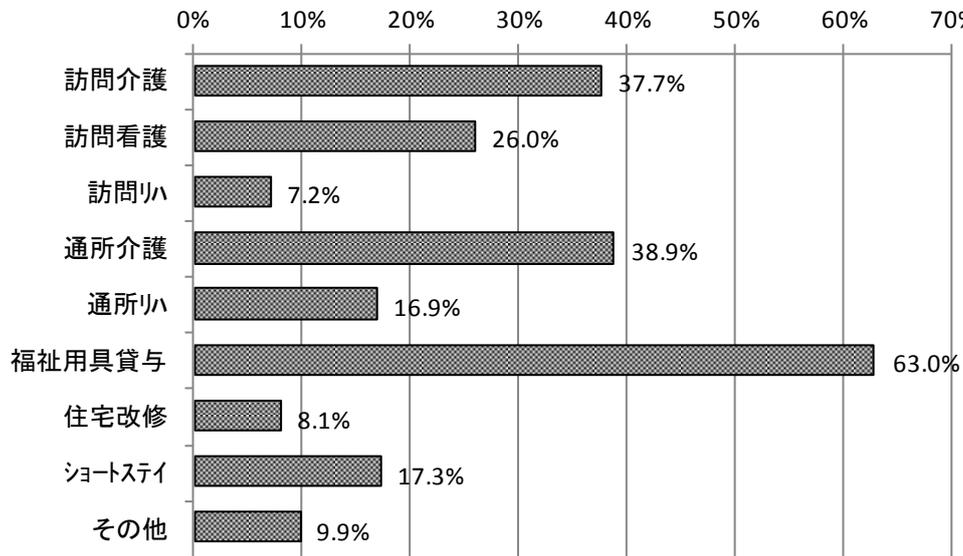
図表 4 - 2 - 60 入院先の病床種別別 入院中に病院を訪問した回数



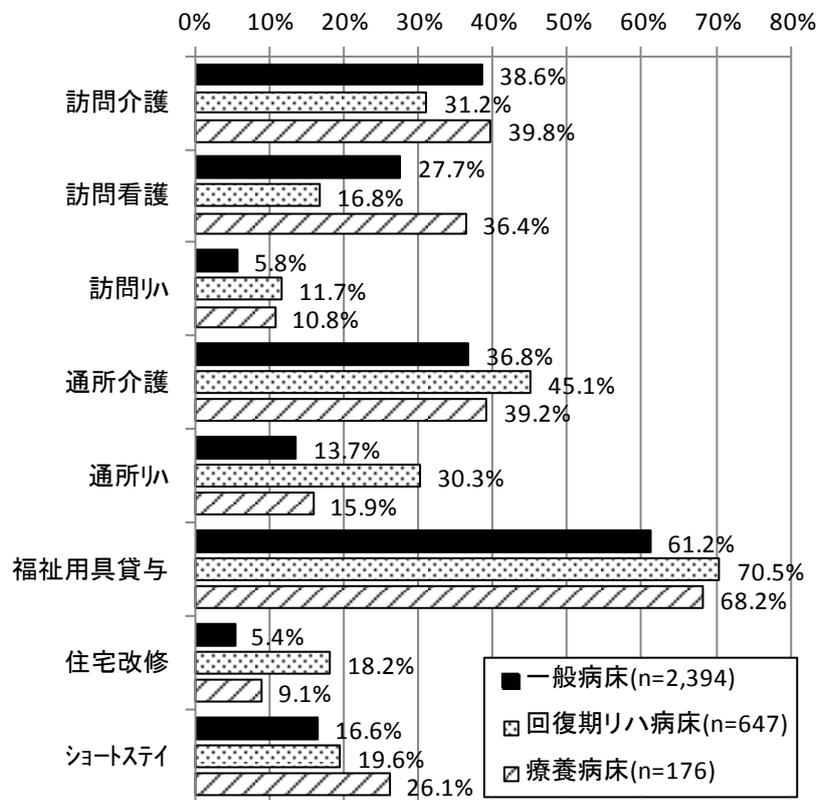
⑮ ケアプランに導入された主なサービス

ケアプランに導入された主なサービスは、「福祉用具貸与」が 63.0%、「通所介護」が 38.9%、「訪問介護」が 37.7%であった。

図表 4-2-61 ケアプランに導入された主なサービス（単数回答）（n=3,343）



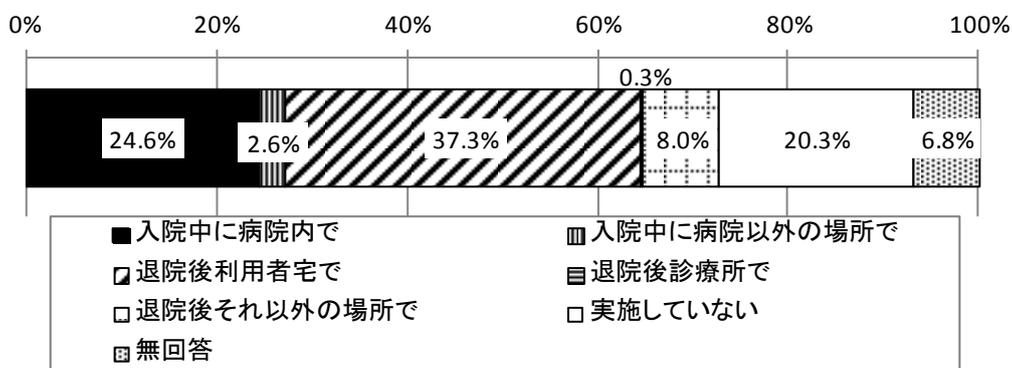
図表 4-2-62 入院病床別 ケアプランに導入された主なサービス



⑩ サービス担当者会議の開催場所

サービス担当者会議の開催場所は、「退院後利用者宅で」が 37.3%、「入院中に病院内で」が 24.6%、「実施していない」が 20.3%であった。

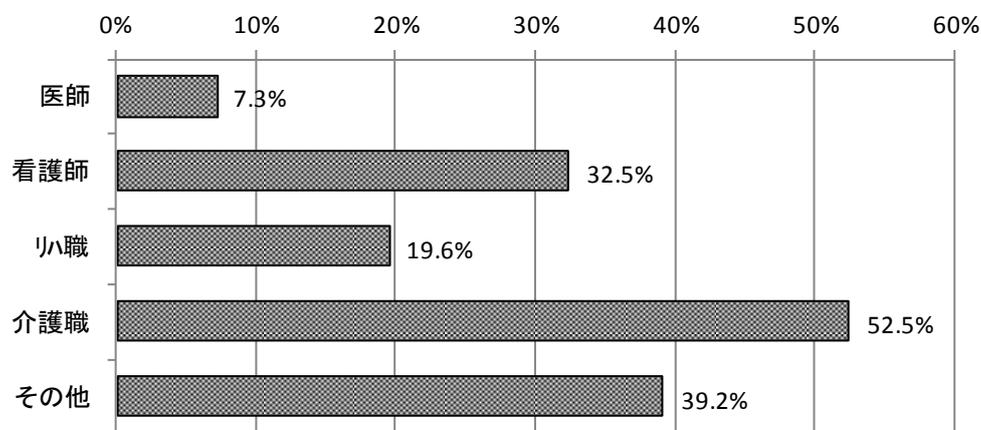
図表 4-2-63 サービス担当者会議の開催場所 (n=3,343)



⑪ サービス担当者会議の参加者

サービス担当者会議の参加者は、「介護職」が 52.5%、「看護師」が 32.5%であった。

図表 4-2-64 サービス担当者会議の参加者（複数回答）(n=3,343)





# 資料編



## 資料 1 : 外来リハでのリハビリの目標

外来リハについて、リハビリの目標を具体的に記載してもらったところ、「屋内歩行、移動」「屋外歩行」「車いす移動」「転倒リスクの軽減、転倒予防」「言語、嚥下、コミュニケーション」「身体機能の維持、向上」「痛みの軽減、疼痛緩和」「ADL、IADL の維持、向上」「外出、散歩、買い物、旅行、通院・通所、車の運転」「家事」「社会参加、趣味活動、就労」「在宅での生活の継続」「介護者の負担軽減」に関する内容がみられた。

### ■屋内歩行、移動

#### <歩行能力の維持>

- ・歩行能力を維持する。
- ・現在の歩行能力維持。
- ・移動・歩行能力の維持。
- ・股関節の可動域、筋力を維持し歩行能力の維持を図る。
- ・歩行能力、全身持久力の維持。
- ・独居であるため歩行能力、ADL の維持。

#### <歩行能力の向上・歩行の自立>

- ・歩行の安定性向上。
- ・下肢、体幹支持性向上により基本動作・歩行能力向上。
- ・歩行耐久性向上。
- ・歩行能力の改善と生活の質を向上させる。
- ・自立歩行。
- ・移動（歩行）が独りでできる。
- ・屋内歩行が自立できる。
- ・移動能力の向上、介助量の軽減。
- ・安定した歩行（自立歩行）、活動性向上（日中ベッドから離れて生活する）。

#### <痛みの軽減による歩行能力向上>

- ・疲労や痛みの少ない歩行。
- ・疼痛を軽減し、歩行距離をのばす。
- ・痛みの軽減で歩行距離拡大。
- ・腰痛の緩和により、歩行やADL能力の向上、活動量の増加につながる。
- ・腰椎変形によるアライメントの崩れがあり、神経症状による強い痛みから歩行困難（30年間）となっていたが、アライメントの改善により歩行可能となり、アライメントの調整が継続的に必要。

#### <杖での歩行>

- ・歩行能力維持（1本杖）。
- ・T-Cane 歩行の維持。
- ・ロフトランド杖での歩行距離の延長。
- ・ロフトラン杖からT字杖へ移行し、容易に歩行できる。
- ・両松葉杖使用にて、屋内歩行が20m程度行うことができる。
- ・屋内杖歩行の自立。
- ・屋内歩行ができT字杖歩行で生活できる。
- ・杖での歩行時、ふらつきが軽減する。自宅内を安全に移動できる。
- ・歩行の安定性向上し、2本杖から1本杖に。
- ・杖なし歩行の獲得。
- ・屋内移動が杖なしでも安定して行える。
- ・すたすた歩く。（今は T-Cane で歩行速度が実用性に乏しい。）

### <屋内の安全歩行>

- ・部屋の中を安全に歩行できる。
- ・自宅内を安全に移動できる。
- ・自宅内生活動線の拡大。安全な移動手段の維持。
- ・歩行の安定性の向上し、屋内での安全な実用歩行が可能になる。
- ・自宅内杖を使用せず、物を持って歩くことができる。
- ・自宅内のつたい歩き。
- ・屋内伝わり歩行の能力維持と日中独居生活の維持。
- ・歩行能力の向上により、屋内で、つたい歩きや歩行器を使用しての歩行ができるように改善する。室内から娘の車までの移動も安全にスムーズに行えるように改善する。
- ・自宅の階段を楽に登ることができる。

### <歩行とADLの維持・向上>

- ・屋内歩行が安定して行え、ADLが維持できる。
- ・ADLが維持できて、本人の希望である歩行が少しでもできる。
- ・屋内での歩行ができ、トイレや食事の際に1人で移動できる。
- ・屋内自立歩行（トイレに一人で行ける）。

### <歩行の介助量軽減>

- ・屋内介助歩行の介助量軽減。

### <歩行器での歩行>

- ・歩行器歩行能力の維持。

### <義足等>

- ・義足での立位・歩行の介助量軽減。

## ■屋外歩行

### <屋外歩行の維持>

- ・屋外歩行の維持。
- ・屋外歩行能力を維持する。
- ・屋内外の歩行能力の維持。

### <屋外歩行の自立>

- ・屋外歩行の自立。
- ・屋外を1人で歩行できる。
- ・屋外歩行ができて、1人で活動する範囲が広がる。
- ・疼痛自制内で屋外を独歩で短距離（100m程度）移動できる。
- ・屋外歩行ができ、外出ができる。
- ・屋内・屋外歩行を監視にて行える。

### <屋外での安定歩行>

- ・屋外歩行をふらつきなく行える。
- ・屋外（自立での）歩行、安定歩行（バランス含め）。
- ・屋外歩行時の歩行の安定性向上と耐久性の向上。
- ・妻と二人で安全な屋外歩行が実施できる。

### <長距離歩行>

- ・長距離を疲労なく歩けるように自主トレーニングを行う。
- ・休まずに長い距離歩行できる。
- ・長距離の屋外歩行確得。

### <痛みの軽減による屋外歩行能力の向上>

- ・屋外を痛みなく歩ける。
- ・痛みが出現しない範囲での屋外歩行が可能。

- ・屋外歩行を膝の痛みなく行える。

#### <杖、装具での屋外歩行>

- ・T-Care 使用で安定した屋外歩行の獲得。
- ・T字杖歩行で屋外自立。
- ・両口フストランド杖歩行からT字杖で屋外歩行が可能になる。
- ・屋外での杖歩行能力の向上。
- ・屋外歩行が杖でできるようになる。
- ・屋外も杖で歩けるようになりたい。
- ・屋内杖歩行自立。屋外杖歩行監視レベル。
- ・装具を使用せずに屋外長距離の歩行が可能となる。

#### <歩行器での屋外歩行>

- ・シルバーカー歩行にて外出（介助下）ができる。
- ・シルバーカー使用下で、屋外歩行が不自由無く可能。
- ・老人車を使用しての屋外歩行ができる。
- ・押し車で家のまわりを歩く。

#### <坂道、横断歩道の安全歩行>

- ・急な坂道でも安全に歩行できる。
- ・屋外歩行の速度アップで、横断歩道を安全に渡ることができる。

#### <屋外歩行能力向上による社会参加>

- ・屋外歩行能力向上が活動・参加レベルの向上につながる。

### ■車いす移動

- ・車いすレベルでの在宅生活の維持。
- ・電動車いすへ移行し、就労や社会適応を高めつつADLの介助量軽減を図る。

### ■転倒リスクの軽減、転倒防止

#### <転倒リスクの軽減、転倒予防>

- ・転倒リスクの軽減。
- ・転倒予防。
- ・活動性の維持・転倒予防・独居生活の継続。
- ・屋内歩行時の転倒リスク軽減。
- ・転倒を予防し現在のADL・IADLが維持できる。
- ・下肢の可動域改善、筋力強化による、活動性向上、転倒予防。
- ・下肢の支持性の維持、向上に努め、転倒リスクを軽減する。
- ・痺れ、足の動きを良くして、躓かないように歩く。

#### <転倒の軽減・防止>

- ・転倒の軽減。
- ・転倒なく自宅で過ごせる。
- ・家の中を転倒なく歩ける。
- ・歩行が安定し、転倒なく過ごせる。
- ・転倒せず、より安全に生活できるよう麻痺性を押さえる。
- ・基本動作・日常生活動作能力を維持し、転倒のない安定した生活を送ることができる。

### ■言語・コミュニケーション、摂食・嚥下

#### <言語・コミュニケーション>

- ・発話明瞭度の向上。
- ・口頭言語でのやりとりをスムーズにできるようになる。
- ・発話の流暢性の獲得ができて、他者とのコミュニケーションを楽しむことができる。
- ・思っていることが言えるようになる。

- ・ 日常会話が問題なく行え、維持ができる。
- ・ 理解力、判断力の向上、他者と適切な交流ができる。
- ・ 意思疎通ができるようにしたい。
- ・ 失語症の軽減に伴い、他者とのコミュニケーションを行いやすくする。
- ・ 今後の言語機能低下に対し、非音声的コミュニケーション手段の獲得を目指す。
- ・ コミュニケーション能力が維持でき、家人と意志疎通がとれる。
- ・ 家族以外の他者とのコミュニケーション機会の拡大。

#### < 摂食・嚥下 >

- ・ 嚥下機能の維持・向上。
- ・ 誤嚥なく食事を行うことができる。
- ・ 食事管理（嚥下機能の臨床的観察を要す）。
- ・ 経管からの栄養を主に、おやつ程度の経口を安全な範囲で継続するための管理・指導・維持のための訓練・指導。

### ■ 身体機能の維持、向上

#### < 身体機能の維持 >

- ・ 機能維持。
- ・ 現在の心身機能の維持をする。
- ・ 身体機能の維持ができ、活動量向上を図る。
- ・ 現状を維持するための機能面改善（筋緊張緩和、ROM改善）。
- ・ 上肢の自己管理ができ、機能を維持できる。
- ・ 手、足が固くならないようにする。
- ・ 拘縮予防。
- ・ そう痒性によるROM制限を予防し、現在の活動レベルを維持する。
- ・ 立ち上がり能力、呼吸機能の維持。
- ・ 経過の中で徐々に身体機能、動作能力の低下がみられる。その能力の可変的継続。
- ・ 進行性疾患のため、可能な限り現状維持に努める。
- ・ 関節可動域の維持により、ケアのしやすさを保つ。
- ・ 施設内の生活を夫と共に過ごすことができるよう、現在の身体機能維持。
- ・ パーキンソンの薬が効いていない時の動き方や対処法の指導。日によって動体のムラが大きいので、動けない時の対策。

#### < 身体機能の向上 >

- ・ 著しい活動性低下による廃用予防、身体機能の維持・向上。
- ・ 物を押さえるといった補助手、上肢機能向上。
- ・ 左上肢の機能が改善し、日常生活において補助手として使用できる。
- ・ 手指巧緻性の向上。
- ・ 指、手関節の関節可動域の拡大。筋力の向上を図ることでQOL（特に調理動作）の向上につなげる。
- ・ 呼吸機能を改善し、痰の喀出を良好にする。
- ・ 次回手術に向けた下肢筋力の向上。
- ・ 少しでも身の動きを良くして、楽に生活ができる。
- ・ 起き上がり、立ち上がりを自力で可能とする。
- ・ 安定した歩行（自立歩行）、活動性向上（日中ベッドから離れて生活する）。

### ■ 痛みの軽減、疼痛緩和

#### < 痛みの緩和 >

- ・ 疼痛緩和。
- ・ 疼痛増悪防止。
- ・ 痛みなく日常生活を送る。
- ・ 痛みなく自活できる。

- ・ 起立時の痛みの緩和。
- ・ 痛みの軽減（右下肢）。
- ・ 腰部疼痛の軽減。
- ・ 体動時の腰部痛の軽減・予防に努め、精神的苦痛を緩和。
- ・ 疼痛自制内にて日常生活を送ることができる。
- ・ 痛みがとれて、寝起きが楽になりたい。
- ・ 両股関節の疼痛軽減に努め、安全な施設生活の継続に繋げる。
- ・ 不自由のない日常生活を送る（疼痛、痺れの改善）。

#### <疼痛緩和による心身機能の維持・向上>

- ・ 疼痛を軽減し、可動域を拡大する。
- ・ 疼痛緩和し、心身機能維持につなげる。
- ・ 疼痛コントロールによる動作能力の維持。
- ・ 活動性の向上に向けて、腰部痛の寛解を図り、基礎体力の増進に努める。
- ・ 疼痛緩和・筋力維持・向上により、妻の介助量を軽減する。

#### <疼痛緩和によるADLの維持・向上>

- ・ 痛みを緩和し、ADL、IADLを維持するため。
- ・ 疼痛軽減することで現在のADLを維持できる。
- ・ 疼痛緩和により、ADLおよびIADL、APDLの維持、拡大を得る。
- ・ 疼痛から、上肢の不使用が続いて、筋力低下、ROM低下、疼痛の残存あり。それらの回復及び、それによる、ADL改善、一部維持。
- ・ 疼痛軽減、ROM・筋力の維持ができてADL向上、スムーズな階段動作獲得。
- ・ 重度の変股症＋手術後の合併症にて痛みが強い。痛み、筋力を改善しつつ、できるADLをひとつでも増やす。

#### <疼痛緩和による歩行>

- ・ 身体の痛みを起こさず、身体の自己管理、屋外歩行ができ、自分で車を運転して外出できる。
- ・ 痛みなく歩ける。
- ・ 疼痛を軽減し、歩行距離をのばす。
- ・ 痛みの軽減で歩行距離拡大。

### ■ ADL・IADLの維持、向上

#### <ADL・IADLの維持>

- ・ ADL維持。
- ・ 現状の能力を維持し、ADL遂行ができる。
- ・ 現在しているADL能力の維持。
- ・ 転倒を予防し、現在のADL・IADLが維持できる。
- ・ 家庭内ADL動作の維持。
- ・ 自宅でのADLの維持。
- ・ 現在の歩行等の身体能力でADL・IADLの維持。
- ・ 筋力・ROM維持・向上にてADLの維持。
- ・ 両下肢の痺性コントロール、体幹、下肢筋力の維持を行い、自宅内での移動や排泄を中心としたADLの維持、電動W/Cを利用した活動の維持。
- ・ 進行性の疾患のため、現在のADLの維持を目標としている。
- ・ 進行性疾患であるため、できる限り歩行能力やADLが維持できるようにする。
- ・ 独居であるため、歩行能力、ADLの維持。
- ・ 身体状態が維持でき、日常生活が安全に行える。
- ・ 夫婦2人暮らしで、妻も脳梗塞で（要介護）介護が必要。生活全般を本人が行っており、現ADLを維持することが目標となっている。

#### <ADL・IADLの向上、自立>

- ・ADLの自立。
- ・身辺動作が自立。
- ・腰痛の緩和により、歩行やADL能力の向上、活動量の増加につながる。
- ・屋外への外出ができ、身辺動作が自立できる。
- ・日常生活動作をスムーズに行うことができる。
- ・疼痛軽減、筋力強化を図り、転倒予防及び日常生活の円滑性向上を図る。

#### <身の回りのことの自立>

- ・屋内歩行ができてセルフケアが自立している。
- ・自分のことは自分でできるようにする。
- ・身のまわりのことができ、生活ができる。
- ・身のまわりの自立（屋内）。
- ・身の廻りの事がそれなりに自分でできる。
- ・屋内の生活動作自立の維持。
- ・日常生活で他の人の手を借りずに動作が行えること。
- ・パーキンソン症状が出現している時間帯も物的介助等を用いて自立した日常生活を送る能力を身に付けることができる。
- ・身の周りの事が一人でできる、転倒予防。

#### <食事等>

- ・立位保持、移乗動作が介助にてでき、食事動作が見守りででき、介助量増大を防止できる。
- ・椅子に座って、食事ができる。
- ・ベッドから自立して起き上がって食事を摂りたい。
- ・左手にお茶碗を持って、ご飯をつぎたい。
- ・食事の際に右手が使用でき、箸で食事が摂れること。
- ・食事や洗濯などのIADLが行えるようになる。（調理）

#### <移乗等>

- ・移乗動作能力の向上。
- ・疼痛出現前の状態に戻り、移乗動作ができ、ADL（歯みがき等）が自立するようにする。
- ・立位動作が安定し、車いすの移乗の向上。
- ・ベット←→車いすの移乗が見守り～軽介助でできる。
- ・トランスファーが自立して行え、トイレやベッドなどを自由に移動できる。
- ・車いすへの移乗ができ、多少の家事動作と夫と外出ができる。
- ・電動車いすに移乗でき、家の中は歩行で移動できる。

#### <トイレ動作>

- ・進行性の疾患のため移乗・トイレ動作の介助量を維持することで家族介助での在宅生活を継続することができる。
- ・屋内歩行が一人ででき、トイレ動作を自立して行うことができる。
- ・屋外歩行が可能で、トイレ動作等を自立して行えること。
- ・居室トイレまで歩行し、排泄ができる。
- ・歩行器使用にてトイレ自立。
- ・起居動作向上、トイレの介助量軽減。

#### <更衣等>

- ・両手動作ができようにして、ADL（着替え、清拭等）動作を向上させる。
- ・身の回りの自立に向けて、ボタンの着脱を自分でできるようにする。
- ・靴下を自分で履ける。手で靴をもって履く。
- ・ボタンの着脱ができる。
- ・麻痺側上肢を補助手として使用してのADL動作実施。洗体、更衣、食事（スプーンか箸）等。

### <入浴等>

- ・更衣・入浴動作が介助なしで可能になる。
- ・整容や入浴等、身のまわりのことができるようになる。

## ■外出、散歩、買い物、旅行、通院・通所、車の運転

### <外出>

- ・歩行時のふらつきを軽減し、見守りでの外出機会の維持を図る。
- ・屋外歩行ができ、一部介助で出かけることができる。
- ・歩行時のふらつきの軽減と外出頻度の維持・向上。
- ・自立での外出が行えるようになり、QOLの向上を促す。
- ・歩行の安定性を向上し、出かけられる。
- ・外出動作が安全にできる。
- ・下肢・腰部の疼痛、痺れがなく、外出できる。
- ・松葉杖歩行が可能となり、積極的に外出できる。
- ・歩行能力の向上において、外出の行動範囲の拡大。
- ・自分一人で出掛けることができる。
- ・外出が1人でできる。
- ・安定した歩行ができ、一人で外出ができる。
- ・屋内外歩行ができ、一人で外出できる。
- ・外出の機会が増える。
- ・痛みの軽減（右下肢）。歩行時のふらつきの軽減と外出頻度の維持・向上。
- ・外出機会が増え、心身機能維持を図ることができる。
- ・疼痛緩和を図り、活動性の向上を目指し外出機会を増やす。
- ・歩行の改善と歩行能力向上による外出機会の回数向上。
- ・交通機関を利用して、目的地に行く。
- ・一人で交通機関を利用することができて、美術館などに行けるようにする。
- ・歩行能力が改善し、山菜取りに行くことが可能となる。
- ・屋外歩行距離が長くなり、孫と一緒に出かけられる。

### <散歩>

- ・自宅周囲を散歩できる。
- ・散歩に出かける。
- ・屋外歩行能力維持により散歩ができる。
- ・屋外散歩を、余裕をもって行う。
- ・機能維持ができ、毎日の散歩に行くことができる。
- ・屋外への散歩を自主的かつ継続的に行う。
- ・現状の歩行能力を維持し、散歩などの自主練習が継続できる。
- ・屋外での散歩が30分以上行える。
- ・趣味の散歩を毎日行えるようにする。
- ・腰痛の緩和と下肢浮腫の軽減を図り、屋外散歩が再開できるように努める。

### <買い物>

- ・歩行安定性が向上して、買い物に行ける。
- ・歩行能力向上し、買い物に行ける。
- ・活動範囲が広がる（買い物等）。
- ・歩行距離が延びて、買い物に行ける。
- ・屋外歩行をし、買い物へ行ける。
- ・日々の習慣である買い物にスムーズに行けるようになる。
- ・外出して買い物へ行ける。
- ・買い物に行くことができる。
- ・買い物が1人でできるようになる。
- ・買い物に1人で行ける。

- ・ 1人で近隣へ買い物に行ける。
- ・ 屋外歩行能力向上による買い物動作の自立。
- ・ バスを利用して買い物に行くことができる。
- ・ 生活に必要な買い物を独力で行える。
- ・ 屋外歩行能力向上により、買い物に行けるようになり、日常生活リハビリへとつなげる。
- ・ 買い物時に痛みなし。
- ・ 膝の痛みが軽減し、買い物や家事を楽に行うことができる。

### <旅行>

- ・ 屋外歩行能力維持により旅行に行ける。
- ・ 屋外歩行、外出ができ、旅行に行ける。
- ・ ふらつかずに歩き、旅行に行く。
- ・ 歩行能力の維持と、友達との旅行を継続。
- ・ T-Caneでの屋外歩行、車の運転、趣味の旅行に行くことができる。
- ・ 屋内、屋外歩行を行うことができる。(駐車場にある)車まで移動ができ、車の運転ができ、旅行に行くことができる。
- ・ 温泉旅行に行く。
- ・ 妻と一緒に電車に乗って旅行ができる。
- ・ 温泉の大浴場に入る。
- ・ 他者とコミュニケーションがとれることにより、友人と温泉旅行に行ける。

### <通院・通所>

- ・ 歩いて、病院まで行くことができる。
- ・ 屋外歩行ができ、通院できる。
- ・ 病院まで自分で歩いてこられることを継続する。
- ・ 通院ができ、生活が維持できる。
- ・ 屋内歩行が安定し、歩行の距離をのばし、歩いてリハビリに行ける。
- ・ 屋内杖歩行ができ、通院も続けることができる。
- ・ 拘縮予防ができ、透析のための通院が継続できる。
- ・ 歩行の耐久性を向上し、病院の送迎バスで1人で通院ができる。
- ・ 膝の痛みを現状に留め、デイサービスに通うことができる。

### <車の運転>

- ・ 自家用車運転を維持する。(移動範囲の維持)
- ・ 身体の痛みを起こさず、身体の自己管理ができ、屋外歩行ができ、自分で車を運転して外出できる。
- ・ 歩行能力、筋力を維持し、車での外出が継続して行えるようにすることで、日中の活動性を維持する。
- ・ 自転車に乗って公園の集いに行ける。

## ■家事

- ・ 家事動作全般を継続して行うことができる。
- ・ 自宅での家事動作が継続して行える。
- ・ 料理等の家事ができる。
- ・ 受傷前のように家事がスムーズにできるようになる。
- ・ 家事全般が自宅にて行える。
- ・ 屋内外歩行ができ、家事動作・外出等ができる。
- ・ 家事、畑仕事が楽にできるようにする。
- ・ ADLが自立し、家事動作ができる。
- ・ 家事や趣味などが安全に行えるようにする。
- ・ 家事ができて、屋外歩行ができる。
- ・ 家事動作等、日常生活動作を行うことができる。

- ・生活の質を保つことができる。(家事)
- ・独歩、家事動作が自立して行え、独居生活ができる。
- ・車いすへ移乗でき、多少の家事動作と夫と外出ができる。
- ・洗たく物が干せるようになる。
- ・下肢痛を軽減し、家の掃除を行う。
- ・家事動作が一人でできるようになる。
- ・麻痺による筋緊張亢進、関節拘縮の抑制、痛みの改善により、自宅内杖歩行の維持、調理など一部家事動作への参加。
- ・両肩関節可動域の改善及び両肩関節痛が軽減又は消失し、スムーズに家事を行うことができる。
- ・自宅独居において“痛くて動けない・できない”ことが本人の1番の悩みであり、疼痛緩和・各種訓練を通してできる家事動作を増やす。

## ■社会参加、趣味活動、就労

### <社会参加>

- ・持久力を高め、屋外での活動性向上。
- ・セルフケアの維持、社会的交流の継続。
- ・心身機能の維持を図り、社会参加を継続していく。
- ・自転車にのって公園の集いに行ける。
- ・週2回の運動（グラウンドゴルフ）に行ける。
- ・友人の集りに参加でき、会話が行える。

### <趣味活動>

- ・趣味活動の再獲得のため、左上肢の補助手レベルまでの機能改善。
- ・家事や趣味などを安全に行えるようにする。
- ・麻痺側上肢を補助手として、趣味の貼り絵を行う。
- ・現在の身体機能の維持、趣味を続けることができる。
- ・心身機能の維持し、趣味の畑仕事や花の手入れを続けることができる。
- ・屋外歩行ができ、趣味のゲートボールが行えるようになる。
- ・屋外歩行ができ、外で絵を書く。
- ・屋外歩行ができ、園芸活動等が行える。
- ・屋外歩行ができて、庭の散歩や趣味の盆栽ができるため。
- ・立った状態で釣りができる。

### <就労>

- ・腰痛の緩和、左上下肢機能の改善・低下を予防し、歩容や歩行耐久性の改善、立位での作業動作の改善を行い、仕事を続けられる。
- ・屋内外歩行の自立による仕事復帰。
- ・自営業の手伝いが行えるようになる。
- ・家族の援助なく独居を行うことができ、就労など社会参加ができる。
- ・仕事まではいかないが、木工作业を始められる。
- ・現在アルバイトにて介護施設の清掃などを行っており、その業務が安楽に行えるようにリハビリテーションを行っている。
- ・独居生活を送ることができ、長期的には就労が可能になるようにしたい。
- ・歩行が安定してバス通勤が安全に行える。
- ・転倒なく過ごせる、畑作業ができる。
- ・転倒することなく、畑仕事ができる。
- ・セルフケアの維持と畑仕事ができる。
- ・畑仕事を行う際、左肩の痛みがなく、作業が行えるようになる。
- ・長距離の散歩ができ、山へ仕事に行ける。

## ■在宅での生活の継続

### <日常生活の維持>

- ・日常生活の維持。
- ・日常生活が維持できて安全に生活できる。
- ・在宅生活の継続。
- ・在宅での生活を続けることができる。
- ・身体機能・動作能力を維持し、長く在宅生活を続けるようにするため。
- ・身体機能が安定し、自宅での生活を継続することができる。
- ・現在の機能を維持し、自立した生活を続ける。
- ・腰部痛の軽減を図り、自立した生活を送る。
- ・現在どおり自宅での生活を続ける。
- ・自宅での生活の自立。
- ・一部家事動作など援助してもらいながら在宅での生活を続けることができる。
- ・拘縮を予防し、今までどおりの生活を維持できる。
- ・在宅で車いす生活の自立を継続できる。
- ・娘と一緒に生活を続ける。
- ・歩行動作等の耐久性が向上し、外出等を充分に行えるようになり、日常生活等完全自立する。
- ・歩行器での歩行を維持し、サービス付き高齢者住宅での生活を継続する。
- ・自宅内生活動線の拡大。安全な移動手段の維持。

### <独居生活の維持>

- ・独居生活の維持。
- ・独居生活が続けられる。
- ・独居生活の継続。
- ・独居なので日常生活が滞りなく行える。
- ・独居生活を安全に送ることができる。
- ・屋内伝わり歩行の能力維持と、日中独居生活の維持。
- ・屋内生活の維持（独居のため）。
- ・独歩、家事動作が自立して行うことができ、独居生活ができる。

## ■介護者の負担軽減

### <介護負担の軽減>

- ・介護量の軽減。
- ・現状を維持して介護者の負担を増やさないようにする
- ・現状を維持し、体力の維持と介助量維持に努める。
- ・ADL維持により、介助量増加を防ぐ。
- ・基本動作の維持にて、介護者の負担軽減を図る。
- ・夫の介護負担の増大を抑える。
- ・妻に負担をかけないようにする。
- ・疼痛緩和・筋力維持・向上により、妻の介助量を軽減する。
- ・歩行能力が維持され、家庭内での介助量増加を予防できる。

### <立ち上がり・移乗等の介護負担の軽減>

- ・立ち上がり、移乗動作時の介助量軽減。
- ・起居動作、移乗動作での介助量軽減を行い、在宅介護の維持を図る。
- ・上肢機能を維持し、食事動作、更衣動作の介助量を軽減する。
- ・外出時の介助量軽減。

# 調 査 票



平成26年度介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業  
**病 院 票**

※本調査票は、1頁～3頁は、医事課や事務のご担当者にご記入をお願いします。4頁は、病院の開設者・管理者の方など、経営に携わる方にご記入をお願いします。  
※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていた場合、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
※具体的な数値をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。  
※分からない場合は「-」と記入してください。  
※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

0. 脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料の届出の有無についてお伺いします。

0) 届出を行っているリハビリテーション料(複数回答可)	
0 いずれもなし	
1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	4 運動器リハビリテーション料 (I)
2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	5 運動器リハビリテーション料 (II)
3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)	6 運動器リハビリテーション料 (III)

※いずれの届出も行っていない場合は、本調査の対象外となります。以降の設問の回答は不要ですので、ここまでの回答で、返送してください。ご協力ありがとうございます。

1. 貴院の概要についてお伺いします。

1) 所在地	( ) 都・道・府・県
2) 開設者	1 国 2 公的医療機関 3 社会保険関係団体 4 医療法人 5 個人 6 その他

3) 以下のうち、同一法人または系列法人が有している施設・事業所を選んでください(複数回答可)

1 診療所	
2 介護老人保健施設	
3 訪問看護事業所	☐ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は配置されていますか (a はい b いいえ c 不明)
4 訪問リハビリテーション事業所	
5 通所介護事業所	☐ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は配置されていますか (a はい b いいえ c 不明)
6 通所リハビリテーション事業所	
7 1～6の施設・事業所は持っていない	

4) 病床数		療養病床		精神病床		感染症病床		合計病床数	
一般病床	(うち)回復期リハ病床	(うち)地域包括ケア病床	(うち)回復期リハ病床	(うち)地域包括ケア病床	(うち)回復期リハ病床	感染性病床	結核病床	合計病床数	
床	床	床	床	床	床	床	床	床	床
1 7 対 1	2 1 0 対 1	3 1 3 対 1	4 1 5 対 1	5 なし					
5) 一般病床を有する場合は、一般病床の看護区分									
6) 一般病床を有する場合は、一般病床の平均在院日数(小数点以下第1位まで)※ ( . ) 日									

※平均在院日数(6月分) = 6月の一般病床の在院患者延数 ÷ (6月の新入棟患者数 + 6月の退棟患者数) / 2

7) 回復期リハビリテーション病棟を有する場合: 算定している診療報酬(複数回答可)

1 回復期ハビリテーション病棟入院料 1	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2
3 回復期ハビリテーション病棟入院料 3	4 休日リハビリテーション充実加算
5 リハビリテーション充実加算	6 なし

8) 平成26年7月1日時点の職員数(実人数)

		常 勤		非 常 勤	
① 医師	(うち)リハビリテーション科の医師	人	人		
② 歯科医師		人	人		
③ 看護師・准看護師		人	人		
④ 理学療法士		人	人		
⑤ 作業療法士		人	人		
⑥ 言語聴覚士		人	人		
⑦ 柔道整復師		人	人		
⑧ あん摩マッサージ指圧師		人	人		
⑨ 歯科衛生士		人	人		
⑩ ソーシャルワーカー	(うち)社会福祉士の資格保有者	人	人		
9) 貴院では患者会を支援していますか		1 いる	2 いない		
10) 貴院では市区町村にリハ職を派遣していますか		1 派遣している	2 派遣していない		

2. 貴院の退院患者の概況等についてお伺いします。

11) 平成26年6月の退院患者について、退院後の状況別に人数をご記入ください。  
※対象人数がない場合には、「0」人、内訳が分からない部分は「-」と記入してください。

病院全体 (うち)回復期リハ病棟分	転院	老健入所	特養入所	自宅等、在宅への退院	死亡退院	不明	合計
人	人	人	人	人	人	人	人
人	人	人	人	人	人	人	人

12) 平成26年6月1か月分の診療報酬の算定実績

		算定件数	
① 退院調整加算1		件	件
② 退院調整加算2		件	件
③ 退院時共同指導料2		件	件
(うち) 3者以上と共同して指導を行った件数		件	件
④ 介護支援連携指導料		件	件
⑤ 地域連携診療計画管理料		件	件
⑥ 退院時リハビリテーション指導料		件	件
⑦ リハビリテーション総合計画提供料		件	件

3. 貴院の外来患者の概況等についてお伺いします。

13) 貴院では、外来でリハビリテーションを実施していますか
1 実施している
2 病院では実施していないが、同一法人の診療所で実施している
3 実施していない⇒4.の設問へ進んでください

※1.病院の外来でリハビリテーションを実施している場合は、次の設問にご回答ください。

2.病院で実施せず同一法人の診療所で実施している場合、可能であれば、診療所の状況をご記入ください。

14) 貴院の外来でのリハビリテーション料の算定状況についてお伺いします。(平成26年7月)	脳血管疾患等リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料
	廃用症候群以外の場合	廃用症候群の場合
リハビリテーションの算定人数(実人数)	人	人
うち、標準的算定日数を超え、医師が「改善が見込まれない」と判断した患者(維持期リハ対象)で要支援・要介護の認定を受けている患者	人	人

15) 平成26年4月～6月の3カ月間に、外来での維持期リハの対象となった介護保険の対象の患者で、外来でのリハを終了した患者はいましたか、いた場合、以下の質問にもご回答ください。なお、該当の患者がいなければ「0」、不明の場合には「-」とご記入ください。

15-① そのうち、終了後に、貴院の通所リハビリテーション(介護保険)を利用	人
15-② そのうち、終了後に、貴院の訪問リハビリテーション(介護保険)を利用	人
15-③ そのうち、終了後に、他施設・事業所で介護保険のリハビリテーションを利用	人

16) 介護保険リハビリテーション移行支援料算定件数

4月	5月	6月	7月
人	人	人	人

17) 貴院では、患者が要支援・要介護者かどうかを確認するようになっていますか

1 原則、いつも確認するようになっている

2 特に確認するようにはしていません

4. 貴院における通所リハビリテーション(介護保険)の実施状況についてお伺いします。

18) 通所リハビリテーションは実施していますか(複数回答可)	1 自院で実施
	2 同一法人の診療所で実施
	3 同一法人の介護老人保健施設で実施
	4 実施していない⇒5.の設問へ進んでください

※18-①～④は貴院(病院)で、通所リハビリテーションを実施している場合に、6月分についてご回答ください

18-① 通所リハビリテーションの定員(1日あたり)	人
18-② 通所リハビリテーション費を算定した利用者延べ数(うち)1時間以上2時間未満	延べ 人
18-③ 通所リハビリテーションの6月における実施日数	延べ 人
18-④ 通所リハビリテーションはみなし指定ですか	1 はい 2 いいえ

※利用者延べ数は、例えば1人の利用者が6月中に5回利用した場合は5人として計算してください。

<< 病院の開設者・管理者の方皆様にお伺いします。 >>

5. 貴院における今後の方針についてお伺いします。

19) 今後、貴院としては、医療保険での外来のリハビリテーションについて、どのようにしていきたいと考えていますか

1 拡大したい	2 現状維持	3 縮小したい	4 わからない
---------	--------	---------	---------

19)-① 19)で「3 縮小したい」を選んだ場合、その理由を教えてください。(複数回答可)

1 外来リハビリテーションを必要とする患者が減少しているから

2 リハビリ専門職が不足しているから

3 外来リハビリの採算が取れないから

4 外来リハビリに比べて収益性の高い事業があるので、そちらにシフトしたいから

5 その他 ( )

※20) は平成26年6月時点で、貴院で通所リハビリテーション(介護保険)を実施していない場合にご回答ください

20) 今後、通所リハビリテーションを開設する意向はありますか。

1 ある	2 開設するつもりは全くない	3 開設したいが、現状では困難である	4 わからない
------	----------------	--------------------	---------

20)-① 20)で「2 開設するつもりは全くない」を選んだ場合、その理由として該当するもの全てに○を付けてください。もつとも当てはまるもの1つには◎を付けてください。

1 患者から望まれていないから

2 同一法人・系列法人内の他の事業所で実施しているから

3 当院の役割とは考えないから

4 通所リハビリでは、患者に対し、専門的なりハビリが提供できないから

5 その他 ( )

20)-② 20)で「3 開設したいが、現状では困難である」を選んだ場合、その理由として該当するもの全てに○を付けてください。もつとも当てはまるもの1つには◎を付けてください。

1 通所リハビリに従事する人員を確保できない(事務員、介護職員、リハビリ専門職等)
2 外来の医師の負担が重くなる
3 介護報酬の請求事務の負担が大きい
4 利用者の送迎体制を整えることが困難
5 通所リハビリのために別途場所の確保が必要となる
6 通所リハビリの報酬では採算がとれない
7 その他 ( )

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒(切手は不要です)に入れ、**8月22日(金)まで**にポストに投函してください。ご協力いただきますと、まことにありがとうございます。なお、記入内容についておうかがいする場合があります。病院名と連絡先等をご記入ください。

病院名	電話番号
ご担当者の部署・役職	ご担当者名

平成26年度介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）別紙「リハビリ」における医療と介護の連携に係る調査研究事業  
**「要介護者が自宅退院する場合の退院調整」に関する調査票（退院調整部門調査）**

本調査における「退院調整」とは、入院中の要介護者（申請を含む）が自宅に退院する前に、病院が介護支援専門員に対して行う引き継ぎ作業のことを指します。  
 ※本調査票は、退院調整部門があれば、退院調整部門の責任者の方がご記入ください。退院調整部門がない場合は、看護部等で、退院調整を行っている方がご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。  
 ※分からない場合は「-」と記入してください。  
 ※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分とします。

1 退院調整部門の設置状況についておうかがいします。  
 問1 退院調整部門の有無 1 有(⇒問2へ) 2 無(⇒問5へ)

(退院調整部門が有る場合に、ご回答ください)

問2 退院調整部門の配置職員数(実人数)を職種別に教えてください。なお、該当の職種がない場合は、「0」とご記入ください。	医師	看護師・准看護師	ソーシャルワーカー	事務職員	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	ケアマネジャー	その他( )
実人数	人	人	人	人	人	人	人
うち専従者	人	人	人	人	人	人	人
問3-1 6月分の総退院患者数	人						
問3-2 うち、退院調整部門が関わった患者数	人						
問4 要介護者が自宅退院する場合の主たる調整者は誰ですか	所属部門 1 退院調整部門 2 その他( )						
	職種 (○は主な1つ)						
	1 医師	2 看護師	3 社会福祉士・ソーシャルワーカー	4 事務職員	5 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(以下リハビリ専門職)	6 ケアマネジャー	7 その他( )

(退院調整部門が無い場合に、ご回答ください)

問5 退院調整部門の今後の設置予定	1 有	2 無	
問6 要介護者が自宅退院する場合の主たる調整者は誰ですか (○は主な1つ)	1 医師	2 病棟の看護師	3 外来看護師
	4 退院調整看護師	5 社会福祉士・ソーシャルワーカー	
	6 事務職員	7 リハビリ専門職	
	8 ケアマネジャー	9 その他( )	

(これ以降の質問は、退院調整部門の有無にかかわらず、回答者全員におうかがいします。)

2 退院調整の方法についておうかがいします。貴院の「一般病棟」「回復期リハビリテーション病棟」「療養病床」ごとに、該当する選択肢を回答欄に記入してください。(該当の病床がない場合や状況が記入者では分らない場合は空欄のままとしてください。)

設問	選択肢				回答欄	
	1	2	3	4	一般	療養
問7 患者の退院支援ルールが院内で決まっていますか	1 はい(⇒問7-1へ)	2 いいえ				
問7-1 ルールは活用されていますか	1 十分活用されている	2 活用されている				
	3 どちらともいえない	4 あまり活用されていない	5 全く活用されていない			
問8 退院支援についてのマニュアルはありますか	1 ある	2 ない				

設問	退院調整			一般	療養
	1 全員に実施	2 一部に実施	3 全く行っていない		
問9 要介護者が自宅退院する場合、対象者全員に退院調整を行っていますか	1 あり	2 なし	3 全く行っていない		
問10-1 退院調整が必要な患者を抽出するためのスクリーニング表の有無	1 あり	2 なし	3 全く行っていない		
問10-2 退院調整の対象者のスクリーニングの主な実施者(○は1つ)	1 医師	2 退院調整看護師			
	3 病棟看護師	4 ソーシャルワーカー・社会福祉士			
	5 リハビリ専門職	6 その他( )			
問10-3 スクリーニングの時期(原則)○は1つ)	1 入院前(外来通院時)	2 入院時	3 入院から7日以内		
	4 入院後7日以上	5 多職種カンファレンス時	6 退院決定時		
問11 退院患者の要介護度を確認していますか	1 全員分を確認している	2 一部は確認している	3 ほとんど確認していない		
問12 退院患者のケアマネジャーの有無を確認していますか	1 全員分を確認している	2 一部は確認している	3 ほとんど確認していない		
問13 担当のケアマネジャーがいる場合、退院前にケアマネジャーに連絡していますか	1 必ず連絡する	2 連絡しないことがある	3 ほとんど連絡しない		
問14 退院時に要介護状態である患者について、担当のケアマネジャーが決まっている場合、どのような対応をとられていますか	1 患者・家族にケアマネジャーの選定を依頼する	2 地域包括支援センターへつなぐ	3 病院側からケアマネジャーを紹介する(⇒問14-1へ)		
	4 その他( )				
(問14で「3 病院側からケアマネジャーを紹介する」と回答された方に伺います。)					
問14-1 ケアマネジャーを紹介する際の患者の状態像に応じてケアマネジャーの選定を考慮する場合がありますか	1 状態像による考慮はしない(紹介する先はほぼ決まっている)	2 状態像に応じて考慮する場合があります(具体的に: )			
	※例:がん末期の場合は、訪問看護のある居宅介護支援事業所を紹介する				
問15 退院時情報提供書の様式について	1 他機関で作成した既存の様式を使っている	2 自院内のみで検討して、様式を作成した	3 自院以外の機関と協議して、様式を作成した	4 特に決まった様式はない	
問16 退院時サマリーの様式について(複数回答可)	1 看護サマリーを添付している	2 リハビリテーションサマリーを添付している	3 PT・OT・STで別々にサマリーを添付している	4 その他( )	5 特に添付していない
	※貴院でお使いのサマリーの様式を返信用封筒に同封ください。ただし、差し支えがある場合は、ご提出頂かなくても結構です。				
問17 退院後の患者フォローをされていますか	1 全員にしている	2 一部にしている	3 していない		
(問17で「1 全員にしている」または「2 一部にしている」と回答された方に伺います。)					
問17-1 その方法は何か(複数回答可)	1 自宅を訪問している	2 ケアマネジャーから情報収集	3 ケアマネジャー以外から情報収集	4 その他	
問18 院内の退院調整システムについての自己評価について	1 十分な体制が整備されており、改善の余地はない	2 未整備な点があり、改善の余地がある	→ [具体的に: ]		

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

任意ID:

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)  
リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業

### 患者調査：職員記入票

※本調査の対象は、調査票が届いた翌週のうち、外来リハを実施している任意の1日において、外来で維持  
期リハビリテーション (算定上限日数を超えた維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビ  
リテーション) を実施した要支援・要介護者 (要介護認定を受けている方) 全員です。  
※本調査票は、当該利用者の状況について詳しいリハビリの担当職員の方が記入してください。  
※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けて  
いただく場合は、質問文に記載していただきます。  
※具体的な数値等を記入いただく部分もありません。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。  
※調査時点は、平成26年8月1日または、質問に記載している期間とします。

#### 1 利用者の基本属性

1) 年齢	( ) 歳	2) 性別	1 男	2 女
3) 住まい	1 戸建て 3 サービス付き高齢者向け住宅 5 介護老人ホーム 7 旧高齢者専用賃貸住宅 9 分からない	2 マンション、アパート、団地 4 有料老人ホーム 6 軽費老人ホーム・ケアハウス 8 その他 ( )		
4) 病院までの主な通院手段	1 徒歩 2 自転車・バイク 3 バス・電車 4 自動車 (a 自分で運転 b 自分以外が運転) 5 その他 ( )	6 不明		
5) 病院までの通常の移動時間	1 約 ( ) 分	2 分からない		
6) 通院介助の必要性	1 必要 2 不要			
7) 世帯構成	1 独居 2 高齢者夫婦のみ世帯 3 その他 4 不明			
8) 介護力	1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がいる 3 常時、介護できる人がいる 4 不明 ＜2, 3を選択した方＞ 主たる介護者もお答えください。(○は1つ)			
9) 要介護度	1 配偶者 2 息子 3 娘 4 子の配偶者 5 その他 ( ) ①外来リハビリ開始時 1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5 8 認定なし (申請中含む) 9 不明 ②直近 1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5 8 認定なし (申請中含む) 9 不明			
10) 障害高齢者の日常生活自立度	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明			
11) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明			

12) ADLの実行状況：選択肢は「1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 5 していない 6 把握していない」からお選びください

外来リハ開始時	①移動	②食事	③排泄	④入浴	⑤着替え
現在					

13) I ADLの実行状況：選択肢は「1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 5 していない 6 把握していない」からお選びください

外来リハ開始時	①バスや電車で一人で外出	②日用品の買い物	③食事の支度	④請求書の支払い	⑤預貯金の出し入れ	⑥年金などの書類書き
現在						

14) 傷病 該当するものを全てに○、リハ実施の原因の主な傷病1つに◎

1 高血圧	2 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	3 心不全
4 糖尿病	5 関節リウマチ	6 呼吸不全
7 骨髄損傷	8 腎不全	9 筋骨格系疾患 (伸組しう症、関節症等)
10 進行性の神経筋疾患	11 がん (新生物)	12 うつ病
13 認知症 (アルツハイマー病等)	14 パーキンソン病	15 廃用症候群
16 その他 ( )		

15) リハビリ実施の原因の主な傷病の発症日

平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	
片麻痺 BRST 上肢 1 無 2 I 3 II 4 III 5 IV 6 V 7 VI 8 不明	
片麻痺 BRST 下肢 1 無 2 I 3 II 4 III 5 IV 6 V 7 VI 8 不明	
痙縮 1 無 2 中等度 3 強度 4 不明	
高次脳機能障害 1 無 2 有 3 不明	
17) 日常生活に支障をきたすような痛みの有無 1 無 2 有 3 不明	
18) 心肺機能に対する医師からの運動制限 (心疾患の有無にかかわらず) 1 無 2 有 3 不明	
19) 運動時におこり得る症状について (複数回答可)	1 特になし 2 呼吸困難 3 不整脈 4 血圧上昇・低下 5 その他 ( )
20) 医療ニーズの有無 (複数回答可)	0 該当なし 1 常時頻回の喀痰吸引 2 人工呼吸器 3 中心静脈注射 4 人工腎臓かつ重篤な合併症 5 常時モニター測定 (重篤な心機能障害、呼吸障害による) 6 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) 7 経鼻経管栄養 8 胃瘻・腸瘻 9 褥瘡治療 10 気管切開
21) 本人の主観的な健康観	1 良い 2 まあ良い 3 ふつう 4 あまり良くない 5 良くない 6 分からない
22) 介護保険サービス利用実績 (7月分であてはまるもの全てに○を付けてください)	1 訪問介護 2 訪問看護 3 訪問リハビリテーション 4 通所介護 5 通所リハビリテーション 6 福祉用具貸与 7 住宅改修 8 その他 9 不明
23) 外来リハビリ開始前の入院の有無	1 有 (a 自院 b 他院) 2 無
(1の場合)直近の退院日	平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
(1の場合)入院していた病床種類	1 一般 2 回復期リハ 3 療養 4 その他 ( )

2 外来リハビリテーションの実施状況等についてお答え下さい。

1) 外来リハビリの開始日	平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
2) 外来リハビリの医師の指示内容 (複数回答可)	1 心身機能維持 2 心身機能回復 3 ADL・IADLの維持 4 ADL・IADLの回復 5 社会適応能力の維持 6 社会適応能力の回復 7 医学的管理 (修繕緩和を含む) 8 その他 ( )
3) 外来リハビリの実施日数 (平成26年7月の1カ月間)	( ) 日
4) 外来リハビリの実施単位数 (直近の1回分)	( ) 単位
5) リハビリを行った職員 (複数回答可)	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 柔道整復師 5 あん摩マッサージ指圧師
6) 診療報酬で算定しているリハビリの種類	1 脳血管疾患等リハビリテーション (廃用症候群以外) 2 脳血管疾患等リハビリテーション (廃用症候群) 3 運動器リハビリテーション
7) あなた (リハ職) からみて、患者が外来リハビリを続けるかどうか。	
①心身機能	1 向上する 2 維持する 3 低下する
②ADL・IADL	1 向上する 2 維持する 3 低下する
③社会適応能力	1 向上する 2 維持する 3 低下する
8) あなたが提供しているリハビリの目的として、最も近いもの1つに○	1 心身機能維持 2 心身機能回復 3 ADL・IADLの維持 4 ADL・IADLの回復 5 社会適応能力の維持 6 社会適応能力の回復 7 医学的管理 (修繕緩和を含む) 8 その他 ( )
9) その具体的目標について	例) 屋外歩行ができて、趣味のつりに行ける。
10) リハビリの実施内容 (複数回答可)	1 関節可動域訓練 2 摂食・嚥下の訓練 3 筋力トレーニング 4 寝返り、起き上がり、立ち上がり 5 歩行訓練 (屋内) 6 歩行訓練 (屋外) 7 排泄・入浴などのADL訓練 8 調理・掃除・買い物などのIADL訓練 9 患者・家族に対する介護指導 10 患者に対する障害教育 11 言語リハビリ 12 認知機能訓練 13 社会参加訓練 (患者会、趣味の会、住民の集いへの参加等) 14 機能・ADL評価 15 器具・座位保持装置等の適合評価 16 その他 ( )
11) 現在のリハビリの実施内容は、本人の期待に適切に伝える内容ですか	1 はい 2 いいえ
2 11) の場合：その理由	
12) 現在のリハビリの実施内容は、本人の病状・障害程度に対し適切な内容ですか	1 はい 2 いいえ
2 12) の場合：その理由	

3 維持期リハビリテーションの実施及び終了について

1) この患者が、標準的算定日数を超えて、状態の改善が期待できると医学的に判断されなれないにも関わらず、外来でのリハビリテーションが実施されている理由は何ですかとあなたは思いますか。(複数回答可)  
※(標準的算定日数)脳血管疾患等リハビリテーション:180日・運動器リハビリテーション:150日

1 自院で通所系のリハビリテーション (介護保険) を提供していないから  
2 近隣で通所系のリハビリテーション (介護保険) を提供していないから  
3 介護保険のリハビリテーションでは患者に適切なリハビリテーションが提供されないから  
4 患者が、医療から介護へ移行すると、リハビリテーションの質が下がると思っているから  
5 患者が、当院との関わりがなくなることに対する心理的抵抗感が大きいから  
6 家族が、当院でのリハビリテーション継続を希望しているため  
7 介護保険によるリハビリテーションを利用すると支給限度額を超えるから  
8 介護保険になると患者の自己負担額が増えるから  
9 患者が、ループホーム等に入居しているため、介護保険でのリハビリテーションを利用できないから  
10 その他 ( )

2) (担当リハビリ専門職からみて) この患者の**外来での維持期リハビリテーションを今後どうすべきだと思いますか**。また、その理由として、最もあてはまる理由を1つ選んで下さい。

1 できれば終了したい  
➡その理由は：a 回復の見込みがないから  
b 採算が合わないから  
c 介護保険のサービスを利用したほうがよいと思うから  
d その他 ( )

2 できるだけ継続すべき  
➡その理由は：a 他の医療機関では、専門的なリハビリテーションを受けることが難しいと考えるから  
b 医学的リスクが高く、他ではアプローチが難しいと考えるから  
c 介護保険のリハビリテーションでは機能を改善・維持することが難しいと考えるから  
d 以前、介護サービスを紹介したが状態が悪くなって戻ってきた経験があるから  
e 他の適当なサービス提供機関を知らないから  
f その他 ( )

3) 外来リハビリテーションの終了について、この患者に説明・相談をしたことはありますか。ある場合、誰が行いましたか。

1 有 ➡誰が？ (a 医師 b リハビリ職 c 看護師 d ソーシャルワーカー e その他 ( ))  
2 無 3 不明

4) この患者に外来リハビリテーションの終了後の他のサービスの利用について勧めたことはありますか。

1 有 ➡どこを？ (a 他院の外来リハ b 自院の通所系リハ c 同一法人の通所系リハ  
d 他法人の通所系リハ e その他 ( ))  
2 無 3 不明

5) 通所系リハビリテーションや通所介護の内容を本人はどの程度理解していると思いますか

1 詳しく内容を知っている	2 大まかな内容を知っている
3 名前を聞いたことがある程度	4 全く知らない
5 不明	

6) 通所系リハビリテーションや通所介護に行くことを本人はどう思っていますか

1 行ってよい	2 まあ行ってよい
3 あまり行きたくない	4 絶対に行きたくない
5 不明	

以上で質問は終わります。ご協力ありがとうございました。

<患者本人票>

## 病院でのリハビリテーションに関するアンケート

病院で受けていらっしゃるリハビリの様子についてうかがいます。各質問について、あてはまる番号を○で囲んでください。選んでいただく数は質問文に記載しています。

問1 病院でリハビリを受けることで、あなたの「**身体機能（麻痺や関節の動きなど）**」はどのようなになるかと思っておりますか（あてはまる番号1つに○）

1. よくなる
2. 現状が維持できる
3. 悪化する

問2 病院でリハビリを受けることで、「**日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）**」はどのようなになるかと思っておりますか（番号1つに○）

1. よくなる
2. 現状が維持できる
3. 悪化する

問3 病院でリハビリを受けることで、「**病氣やけがになる前に行っていた社会的活動（趣味活動や、仕事をするなど）**」はどのようなになるかと思っておりますか（番号1つに○）

1. よくなる
2. 現状が維持できる
3. 悪化する

問4 あなたが、病院でリハビリを続けている理由は何ですか（あてはまる番号すべてに○）

1. 身体機能（麻痺や関節の動きなど）を治したい（よくしたい）
2. 言葉や記憶を治したい（よくしたい）
3. 痛みを治したい（よくしたい）
4. 筋力や体力をつけたい
5. 歩けるようになりたい
6. 日常生活を送る上での基本的な動作（移動や食事、排泄、入浴、着替えなど）ができるようになりたい
7. 買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい
8. 病氣やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなど社会的活動をできるようになりたい
9. 専門のリハビリテーションを受けたい
10. 入院していた病院で、これからも診てもらいたい
11. 今まで診て頂いた医師に、これからも診てもらいたい
12. 担当のリハビリ職に、これからも診てもらいたい
13. 病院へ行って、職員やなじみの患者仲間などに会いたい
14. 介護保険のリハビリテーションを受けてみたが満足できなかった
15. 何となく続けている
16. その他（ ）

→裏面に続く

問5 あなたは、**入院中に**「身体機能（麻痺や関節の動きなど）や日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）の今後の見通し」に関する説明を受けましたか。

1. 説明を受けた
2. 説明は受けていない（覚えていない）

「説明を受けた」方は問6~7を回答下さい。「説明を受けていない」方は問8を回答下さい。

問6 その説明をいつ受けましたか（番号1つに○）

1. 入院してすぐ
2. リハビリを受ける前
3. 退院直前
4. その他

問7 その説明を誰から受けましたか（番号1つに○）

1. 医師から
2. リハ職から
3. ケアマネジャーから
4. その他

問8 その説明を受けたかったですか（番号1つに○）

1. はい
2. いいえ

→（問8で「1. はい」を選択した方へ）

問8-1 その説明をいつ受けましたか（番号1つに○）

1. 入院してすぐ
2. リハビリを受ける前
3. 退院直前
4. その他

問8-2 その説明を誰から受けましたか（番号1つに○）

1. 医師から
2. リハ職から
3. ケアマネジャーから
4. その他

問9 あなたは、介護保険の通所リハビリテーションや通所介護というサービスをご存知ですか（番号1つに○）

1. 詳しく内容を知っている
2. 大まかな内容を知っている
3. 名前を聞いたことがある程度
4. 全く知らない

問10 あなたは病院の職員から通所リハビリテーションや通所介護について説明を受けたことはありませんか（番号1つに○）

1. ある
2. ない
3. よく覚えていない

→（問10で「1. ある」を選択した方へ）

問10-1 そのサービスを利用したいと思いませんか。（番号1つに○）

1. 思った
2. 思わなかった
3. 覚えていない

問11 病院で受けている今のリハビリの代わりに、通所リハビリテーションや通所介護に通ってもよいと思えますか。（番号1つに○）

1. 思う
2. 思わない
3. 何とも言えない

ご協力を誠にありがとうございました。

【職員の方へ】「患者調査：職員記入票」に記載した任意IDを記載下さい。

任意 ID

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業  
（介護予防）通所リハビリテーション事業所票

※本調査票は、通所リハビリテーション事業所の管理者の方がご記入ください。  
※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていた場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
※具体的な数値等を「-」と記入してください。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。  
※分からない場合は「-」と記入してください。  
※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	( ) 都・道・府・県
2) 事業開始年月	平成( )年( )月
3) 開設主体	1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設
4) 規模	1 通常規模（月平均利用延人員数750人以内） 2 大規模事業所（I）（月平均利用延人員数750人超900人以内） 3 大規模事業所（II）（月平均利用延人員数900人超）
5) 貴事業所と同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所(複数回答可)	2 診療所 4 介護老人福祉施設 6 訪問入浴介護事業所 8 訪問リハビリテーション事業所 10 通所リハビリテーション事業所 12 短期入所療養介護事業所 14 居宅介護支援事業所 16 認知症対応型共同生活介護事業所 15 小規模多機能型居宅介護事業所 17 その他( )

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

平成26年7月1日時点の職員数について、常勤換算数で記入してください。

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。常勤と非常勤の合計人数で記入してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

管理者	医師	歯科医師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員	歯科衛生士	その他の職員
・	・	・	・	・	・	・	・	・	・

3. 貴事業所の利用者数（平成26年6月分）についてお伺いします。

1) 平成26年6月1日時点の利用登録者数	人	2) 1日あたりの定員	人				
3) 利用登録者数について、要介護度別人数をご記入ください。							
要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他（申請中等）
人	人	人	人	人	人	人	人

4. 貴事業所の加算の有無及び算定人数・回数（平成26年6月分）についてお伺いします。

1) 理学療法士等体制強化加算	1 有	2 無
2) 訪問指導等加算	1 有	2 無
3) リハビリテーションマネジメント加算	1 有 人数( )人 2 無	
4) 短期集中リハビリテーション実施加算	1 有 人数( )人、回数( )回 2 無	
5) 個別リハビリテーション実施加算	1 有 人数( )人、回数( )回 2 無	
6) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1 有	2 無
7) 口腔機能向上加算	1 有	2 無
8) 重度療養管理加算	1 有 人数( )人	2 無
9) 運動器機能向上加算	1 有	2 無
10) 選択的サービス複数実施加算	1 有	2 無

5. (介護予防) 通所リハビリテーションの実施状況（平成26年6月分）についてお伺いします。

1) (介護予防) 通所リハビリテーションの実施日数								
2) 通所リハビリテーション費を算定した利用者延べ数								
【うち】1 時間以上 2 時間未満								延べ
【うち】2 時間以上 3 時間未満								延べ
【うち】3 時間以上 4 時間未満								延べ
【うち】4 時間以上 6 時間未満								延べ
【うち】6 時間以上 8 時間未満								延べ

6. 短期集中リハビリテーションについてお伺いします。

(平成26年4月に短期集中リハビリテーション実施加算の算定者がいた事業所にお伺いします。)

1) 平成26年4月の短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
2) 1)の算定者の要介護度別人数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他（申請中等）		
	人	人	人	人	人	人		
3) 1)の算定者について、短期集中リハビリテーション実施加算の算定期間終了後の通所リハの利用状況	継続	①利用継続						
		②通所リハ終了後、在宅生活の継続						
	終了	③入院 ④老健へ入所 ⑤特養へ入所 ⑥その他 ⑦わからない						

記入内容についてお伺いがいする場合があります。事業所名と連絡先をご記入ください。

事業所名	電話番号





平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
 リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業  
 （介護予防）通所介護事業所票

※本調査票は、通所介護事業所の管理者の方がご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けて  
 いただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
 ※具体的な数値等を「-」と記入いただく部分があります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。  
 ※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	( ) 都・道・府・県
2) 事業開始年月	平成( )年( )月
3) 開設主体	1 都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合 2 社会福祉協議会 3 社会福祉法人（社協以外） 4 医療法人（会社） 5 社団法人・財団法人 6 協同組合及び連合会 7 営利法人（会社） 8 特定非営利活動法人（NPO） 9 その他
4) 規模等	1 小規模型（月平均利用延人員数300人以下） 2 通常規模型（月平均利用延人員数300人超750人以下） 3 大規模事業所（Ⅰ）（月平均利用延人員数750人超900人以内） 4 大規模事業所（Ⅱ）（月平均利用延人員数900人超） 5 療養通所介護
5) 貴事業所と同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所（複数回答可）	

1 病院	2 診療所
3 介護老人福祉施設	4 介護老人保健施設
5 訪問介護事業所	6 訪問入浴介護事業所
7 訪問看護事業所	8 訪問リハビリテーション事業所
9 通所介護事業所	10 通所リハビリテーション事業所
11 短期入所生活介護事業所	12 短期入所療養介護事業所
13 特定施設入居者生活介護事業所	14 居宅介護支援事業所
15 小規模多機能型居宅介護事業所	16 認知症対応型共同生活介護事業所
17 その他（ )	

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

平成26年7月1日時点の職員数について、常勤換算数を記入してください。

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。常勤と非常勤の合計人数で記入してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、0.1と計上してください。

管理者	生活相談員	機能訓練指導員	医師	歯科医師	看護職員	介護職員	歯科衛生士	その他の職員
・	・	・	・	・	・	・	・	・

<機能訓練指導員の資格別人数（常勤換算数）>

看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	柔道整復師	あん摩マッサージ指圧師
・	・	・	・	・	・	・

3. 貴事業所の利用者数（平成26年6月分）についてお伺いします。

1) 平成26年6月1日時点の利用登録者数	人	2) 1日あたりの定員	人
3) 利用登録者数について、要介護度別人数をご記入ください。			

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他（申請中等）
人	人	人	人	人	人	人	人

4. 貴事業所の加算の有無及び算定人数・回数（平成26年6月分）についてお伺いします。

1) 個別機能訓練加算Ⅰ	1 有 人数 ( ) 人、回数 ( ) 回	2 無
2) 個別機能訓練加算Ⅱ	1 有 人数 ( ) 人、回数 ( ) 回	2 無
3) 口腔機能向上加算	1 有 2 無	
4) 運動器機能向上加算	1 有 2 無	
5) 選択的サービス複数実施加算	1 有 2 無	

記入内容についておろがかいする場合があります。事業所名と連絡先をご記入ください。

事業所名	電話番号





平成26年度介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業

居宅介護支援事業所票

※本調査票は、貴事業所の管理者の方がご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていた場合、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分らない場合は「-」と記入してください。  
 ※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年4月～6月、もしくは質問に記載している期間とします。

1 事業所の基本的な状況についてお伺いします。管理者の方がご記入ください

1) 所在地	( ) 都・道・府・県
2) 事業開始年月	平成 ( ) 年 ( ) 月
3) 開設主体	1 都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合 2 社会福祉協議会 3 社会福祉法人（社協以外） 4 医療法人 5 社団法人・財団法人 6 協同組合及び連合会 7 営利法人（会社） 8 特定非営利活動法人（NPO） 9 その他
4) 同一または系列法人が有する医療施設(複数回答可)	1 病院 2 診療所 3 いずれもなし
5) 介護支援専門員数	( ) 人
6) 利用者数(実人数)	( ) 人
7) 平成26年4月～6月に病院・診療所を退院した利用者の有無(件数)	1 有 ( ) 件 2 無 ( ) 件
うち、退院退所加算の有無(件数)	1 有 ( ) 件 2 無 ( ) 件
8) 平成26年4月～6月に病院・診療所に入院した利用者の有無(件数)	1 有 ( ) 件 2 無 ( ) 件
うち、入院時情報連携加算の有無(件数)	1 有 ( ) 件 2 無 ( ) 件
9) 利用者退院時連携プロセス上の課題で最も重大だと思うものを一つだけ選んで下さい。	1 退院前に病院から必要な情報を得られないことがある 2 病院によって退院調整の際に提供される情報が異なる 3 退院前のカンファレンスが行われていない 4 退院前のカンファレンスに在宅の専門職の参加が少ない 5 退院に関して、本人・家族の同意が得られていない 6 在宅生活できるADLレベルで退院していない 7 退院前の訪問指導が十分に行われていない 8 退院時に自宅環境を考慮した環境設定が提案されていない 9 その他 ( )

【その他、退院時に引き継ぎが十分に行われなかった際の課題について、自由に記入してください】

事業所票は以上で終わります。記入済みの調査票は、介護支援専門員票と合わせて返送用封筒（切手は不要です）に入れ、8月22日までにポストに投入してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございます。なお、記入内容についてお伺いする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

事業所名	電話番号
------	------

2 あなた(回答者)の基本情報等についてお伺いします。

介護支援専門員票

1)保有資格	1保健師・助産師・看護師・准看護師 2社会福祉士 3介護福祉士 4ホームヘルパー 5 その他 ( )		2)雇用形態		1 常勤	2 非常勤	
3)担当利用者数	合計	要介護1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
4)担当利用者のうち、平成26年4月～6月に病院を退院した利用者はいますか	人	人	人	人	人	人	人

3 平成26年4月～6月に病院を退院した利用者全員の詳細をご記入ください。

通し番号	利用者の年齢	性別	病状(複数回答可)	必要な医療処置(複数回答可)	認知症高齢者の日常生活自立度	入院日	退院日	入院時の要介護度	退院時の要介護度	入院時のケアマネの有無	退院時の病状の種別	退院前指導の有無	(有の場合)退院前訪問指導の参加者(複数回答可)	病院からの連絡の有無	(有の場合)病状からの連絡があった日	(無の場合)引継がないことでの患者に与える利益(複数回答可)	退院前訪問指導の有無	退院前訪問指導の参加者(複数回答可)	入院中に病院内を訪問した回数	ケアプランに導入された主なサービス(複数回答可)	サービス担当者の開催場所	サービス担当者の開催場所	サービス担当者会議の参加者(複数回答可)			
																								1.本人	2.家族	(病院スタッフ)
例	80		5.6	1.6	5	26	4	10	5	10	4	4	1	1	1	4	20	1	1.2	3.5.7	11	1	1.2.4.6	5	2.4	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

質問は以上で終わります。記入済みの調査票は、管理者の方にお渡しください。ご協力ありがとうございます。

# 結 果 概 要



# (6)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究 (結果概要)

## (6)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究事業

### 1. 調査の目的

- 平成26年度報酬改定において、平成26年3月31日までとされていた、維持期リハビリテーション※について、原則として次回診療報酬改定(平成28年3月31日)までとされ、その際、介護保険におけるリハビリテーションの充実状況等を確認することとなっている。特に、介護保険におけるリハビリテーションは、身体機能の改善に偏りがちのアプローチから、活動・参加を重視するアプローチへの変革が求められており、このような提供体制の見直しに伴う課題の把握が急務とされている。本調査では医療保険サービスから介護保険サービスに円滑に移行するための方策の検討に資する調査を実施する。※算定上限日数を超えた要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションのこと。

### 2. 調査方法

- 「病院」(脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーション実施)、「通所リハビリテーション事業所」、「通所介護事業所」(個別機能訓練加算または運動器機能向上加算算定)、「居宅介護支援事業所」、各1,000施設・事業所(抽出)を対象として、質問紙を用いた郵送調査を行った。病院、通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所では、患者・利用者を対象とした調査も実施した。対象者は、病院は調査日に外来で維持期リハビリテーションを受けた患者全員、通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所は調査日の利用者から無作為に1/5抽出した。患者・利用者本人が記入する調査票と病院・事業所のリハビリ職員が記入する調査票の2部構成として、番号で突合してデータセットとした。
- 調査対象・回収状況等：通所リハビリテーション事業所一母集団：7,220事業所、発送数：1,000事業所、回収数：581回収率：58.1%、有効回収率：57.3%(その他は参考資料1-1参照)

### 3. 調査結果概要

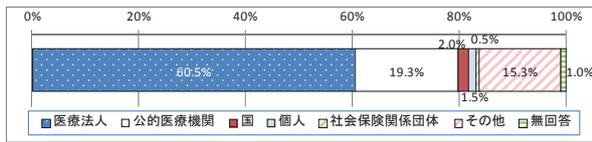
- リハビリの実施内容は、外来リハ・通所リハ・通所介護ともに、「筋カトレーニング」等の心身機能訓練関連の実施率が高かった。通所リハで、「排泄・入浴などのADL訓練」は8.2%、「社会参加訓練」は2.5%であった。
- 外来リハの継続理由は、「身体機能を治したい」が85.5%、「担当のリハビリ職に、これからも診てもらいたい」が76.2%であった。
- 維持期リハの患者について、リハビリ職員からみて「外来リハ」は「できるだけ継続すべき」が60.2%、その理由は、「介護保険のリハビリテーションでは機能を改善・維持することが難しいと考えるから」が41.7%であった。
- 病院の職員から通所リハ・通所介護の説明がなされた患者は47.5%で、その際、そのサービスを利用したいと「思った」が56.5%であった。
- 退院後「1週間以内」に通所リハビリテーションを開始した利用者は23.4%であった。
- 通所リハのリハビリ職員が提供しているリハビリの主な目的は「心身機能関連」が62.9%であった。
- 通所リハの職員は、利用者の通所リハビリの利用終了後の生活イメージを「持っていない」が74.0%であった。

## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

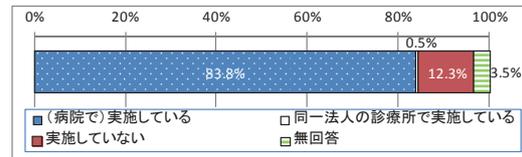
(回答病院の基本情報・外来リハビリテーションの実施状況)

- 病院の開設者は「医療法人」が60.5% (図表1)、病床数は「99床以下」が31.5%、「100～199床」が38.0%で合わせて200床以下が69.5%、平均188.6床であった (図表2)。
- 病院の外来でリハビリテーションを「実施している」病院は83.8%であった (図表3)。  
そのうち、外来で維持期リハビリテーションの患者がいた病院は42.1%であった。  
(図表4)

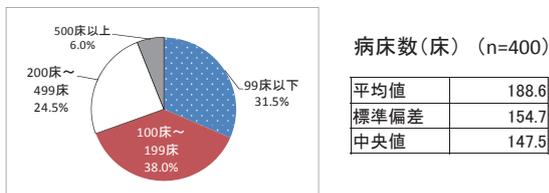
図表1 病院の開設者 (n=400)



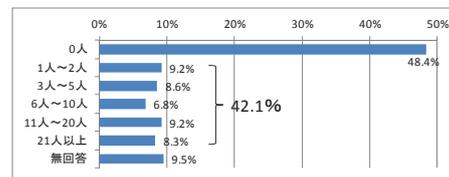
図表3 病院における外来リハビリテーションの実施状況 (n=400)



図表2 病院の病床規模 (n=400)



図表4 (外来リハ)維持期リハビリテーションの患者人数 (n=337) (平成26年7月)



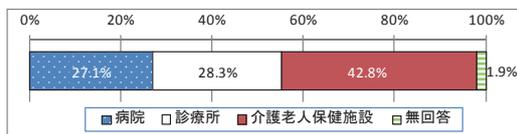
※ 通所リハビリテーション事業所、居宅介護支援事業所の開設主体の分布は、他の全数調査(介護給付費実態調査)と概ね相違なく、偏りがないことを確認した。病院は、脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを実施している病院に限定、通所介護事業所は個別機能訓練加算または運動器機能向上加算を算定している事業所に限定して調査を実施した。これらの母集団に対する一般的な全数調査は行われていないため、既存調査との比較は行っていない。

## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

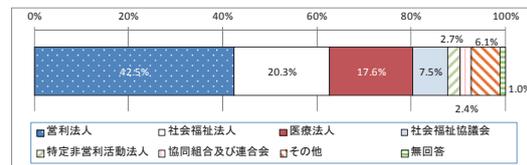
(通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所の開設主体)

- 通所リハビリテーション事業所の開設主体は「介護老人保健施設」が42.8%であった。  
(図表5)
- 通所介護事業所の開設主体は、「営利法人」が52.0%であった。(図表6)
- 居宅介護支援事業所の開設主体は「営利法人」が42.5%であった。(図表7)

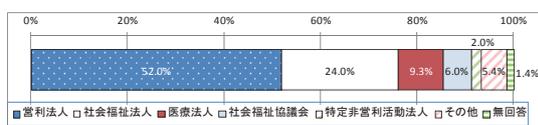
図表5 通所リハビリテーション事業所の開設主体 (n=573)



図表7 居宅介護支援事業所の開設主体 (n=671)



図表6 通所介護事業所の開設主体 (n=504)



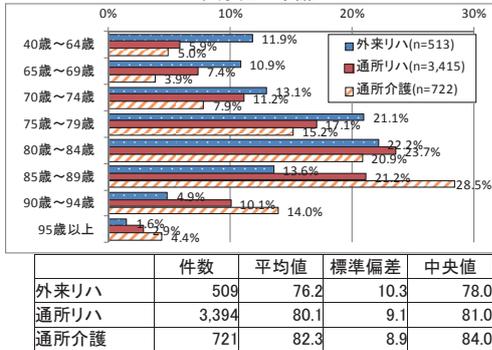
※ 通所リハビリテーション事業所、居宅介護支援事業所の開設主体の分布は、他の全数調査(介護給付費実態調査)と概ね相違なく、偏りがないことを確認した。病院は、脳血管疾患等リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを実施している病院に限定、通所介護事業所は個別機能訓練加算または運動器機能向上加算を算定している事業所に限定して調査を実施した。これらの母集団に対する一般的な全数調査は行われていないため、既存調査との比較は行っていない。

## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

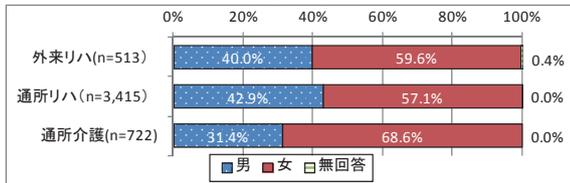
(利用者の基本情報等:3サービス比較)

- 平均年齢は「外来リハ」は76.2歳、「通所リハ」は80.1歳、「通所介護」は82.3歳であった(図表8)。性別は、「外来リハ」で「男性」が40.0%、「通所リハ」で42.9%、「通所介護」で31.4%であった。(図表9)
- 要介護度は、「外来リハ」では「要支援」が43.4%、「通所リハ」では25.6%、「通所介護」で29.6%であった(図表10)。認知症高齢者の日常生活自立度は、「外来リハ」では「自立」が61.0%、「通所リハ」では36.7%、「通所介護」では35.5%であった。(図表11)

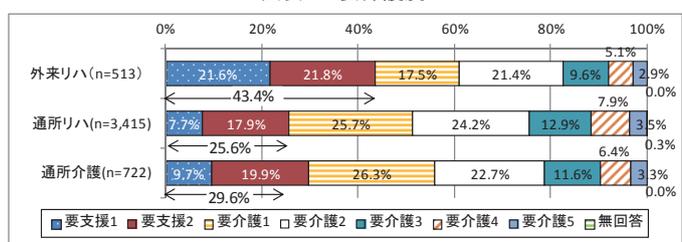
図表8 年齢



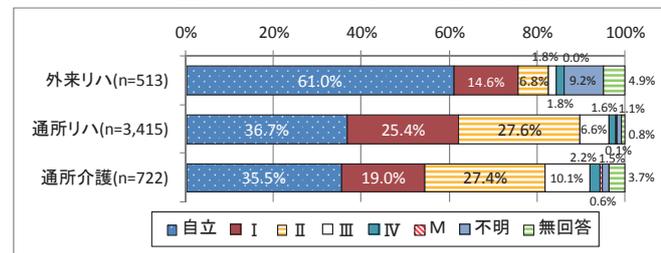
図表9 性別



図表10 要介護度



図表11 認知症高齢者の日常生活自立度

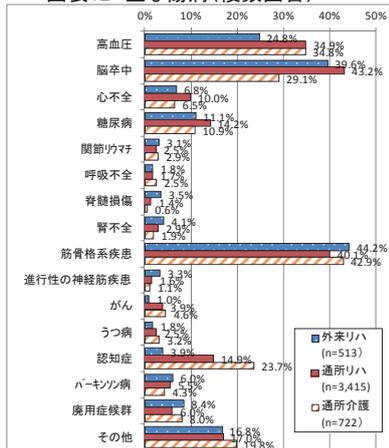


## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

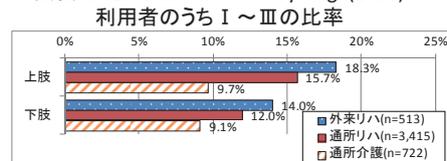
(利用者の傷病、医療ニーズ等:3サービス比較)

- 主な傷病は、「外来リハ」では「筋骨格系疾患」が44.2%、「脳卒中」が39.6%であった。「通所リハ」では「脳卒中」が43.2%、「筋骨格系疾患」が40.1%であった。「通所介護」では、「筋骨格系疾患」が42.9%であった。また、認知症について、「外来リハ」では3.9%、「通所リハ」では14.9%、「通所介護」では23.7%であった(図表12)
- BRST(上肢)は、外来リハで「I~III」の重度の麻痺のある者が18.3%であった。(図表13)
- 運動時におこり得る症状は、「外来リハ」では「血圧上昇・低下」が25.9%、「通所リハ」では26.4%、「通所介護」では17.9%であった。(図表14)
- 医療ニーズでは、「外来リハ」で「人工腎臓かつ重篤な合併症」が3.3%であった。(図表15)

図表12 主な傷病(複数回答)

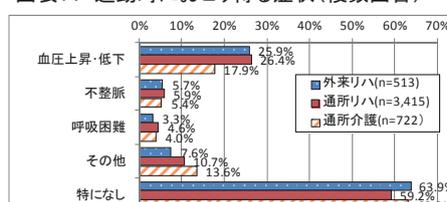


図表13 Brunnstrom recovery stage(BRST)

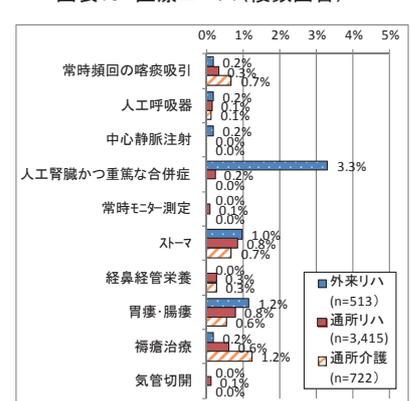


※BRSTとは、脳卒中後遺症の運動麻痺の程度を評価する尺度でI~VIの6段階で評価し、I~IIIが重度で、IV以上が軽度となる。

図表14 運動時におこり得る症状(複数回答)



図表15 医療ニーズ(複数回答)

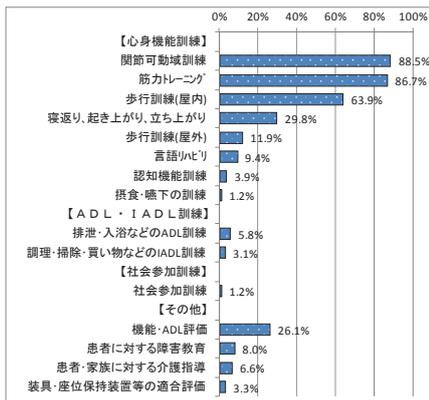


## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

(リハビリの実施内容:3サービス比較)

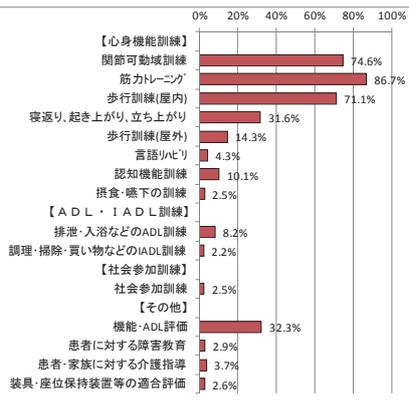
- リハビリの実施内容について、「外来リハ」では、「関節可動域訓練」が88.5%、「筋力トレーニング」が86.7%であった。(図表16)
- 「通所リハ」では「筋力トレーニング」が86.7%、「関節可動域訓練」が74.6%であった。「排泄・入浴などのADL訓練」は8.2%、「社会参加訓練」は2.5%であった。(図表17)
- 「通所介護」では「筋力トレーニング」が84.2%、「歩行訓練(屋内)」が68.6%であった。(図表18)
- いずれでも、心身機能訓練関連の実施率が高かった。

図表16 外来リハ(n=513)

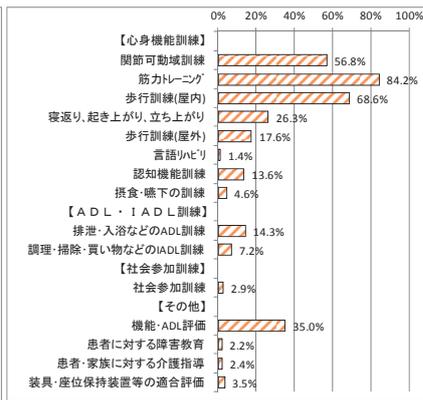


リハビリの実施内容(複数回答)

図表17 通所リハ(n=3,415)



図表18 通所介護(n=722)



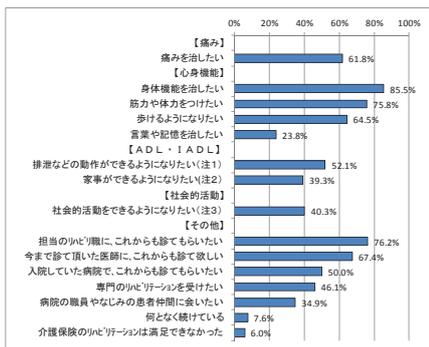
6

## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

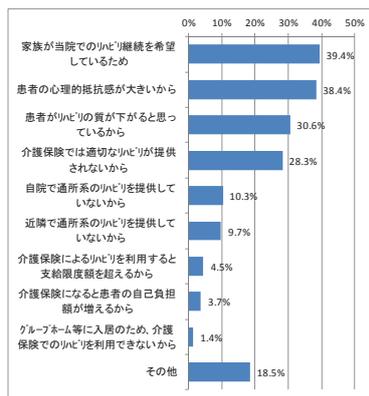
(維持期リハビリテーション(外来)から通所リハビリテーションへ円滑に移行できない理由)

- 患者本人の回答によれば、外来でのリハビリ継続の理由は、「身体機能を治したい」が85.5%、「担当のリハビリ職に、これからも診てもらいたい」が76.2%であった。(図表19)
- リハビリ職員の回答によれば、状態の改善が期待できると医学的に判断されない維持期リハの患者が外来リハを継続する理由は、「家族が当院でのリハビリ継続を希望しているため」が39.4%、「患者の心理的抵抗感が大きいから」が38.4%であった。(図表20)
- 維持期リハの患者について、リハビリ職員からみて、「外来リハ」は「できれば終了したい」患者が37.4%、「できるだけ継続すべき」が60.2%であった(図表21)。「できるだけ継続すべき」と考える理由は「介護保険のリハビリテーションでは機能を改善・維持することが難しいと考えるから」が41.7%であった(図表22)。

図表19 本人回答:リハビリ継続理由(複数回答)(n=484)



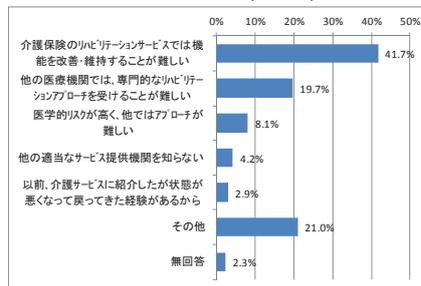
図表20 リハビリ職員回答:状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、外来リハを継続する理由(複数回答)(n=513)



図表21 リハビリ職員からみて外来での維持期リハの今後の意向(n=513)



図表22 外来リハをできるだけ継続すべき理由(単数回答)(n=309)

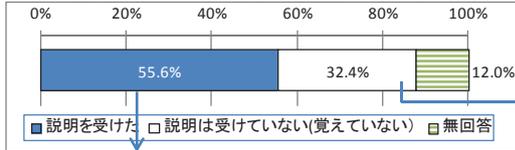


## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携 に関する調査

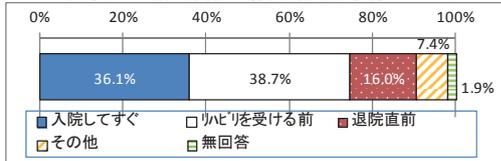
(外来リハ: 身体機能や日常生活を送る上での動作の見通しに関する説明: 本人回答)

- 身体機能やADLの今後の見通しについて「説明を受けた」患者は55.6% (図表23)、説明時期は「リハビリを受ける前」が38.7% (図表24)、説明者は「医師」が53.9%であった (図表25)。
- 「説明は受けていない(覚えていない)」場合、説明を「受けたかった」が56.1%であった (図表26)。説明の希望がある場合、希望時期は「入院してすぐ」が33.0% (図表27)、希望する説明者は「医師」が68.2%であった (図表28)。

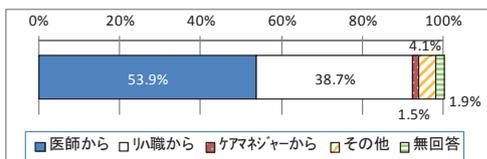
図表23 身体機能やADLの今後の見通しの説明の有無 (n=484)



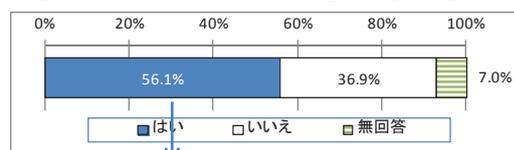
図表24 (説明有の場合) 説明時期 (n=269)



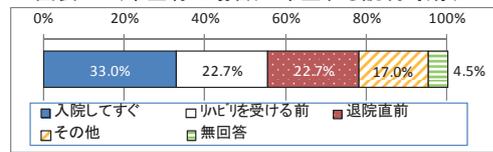
図表25 (説明有の場合) 説明者 (n=269)



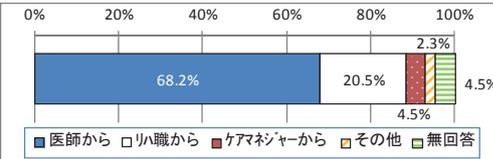
図表26 (説明無の場合) 説明を受けたかったか (n=157)



図表27 (希望有の場合) 希望する説明時期 (n=88)



図表28 (希望有の場合) 希望する説明者 (n=88)



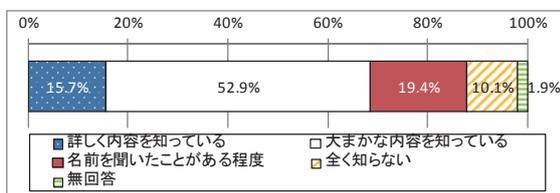
8

## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携 に関する調査

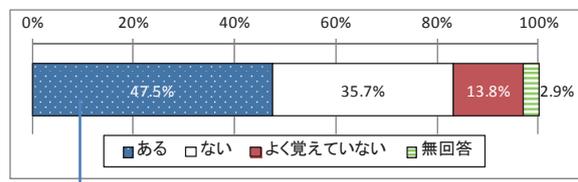
(外来リハ: 他サービス・地域資源の認知度、説明の有無と利用意向: 本人回答)

- 外来リハの患者では、通所リハや通所介護について、「大まかな内容を知っている」が52.9%であった (図表29)。
- 病院の職員から通所リハや通所介護の説明を受けたことがある患者は47.5% (図表30)、説明を受けた、そのサービスを利用したいと思った患者は56.5%であった (図表31)。

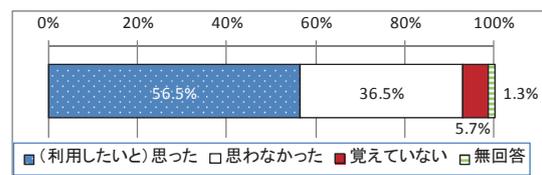
図表29 通所リハや通所介護の認知度 (n=484)



図表30 病院の職員からの通所リハ・通所介護の説明有無 (n=484)



図表31 説明があった場合、サービスを利用したいと思ったか (n=230)

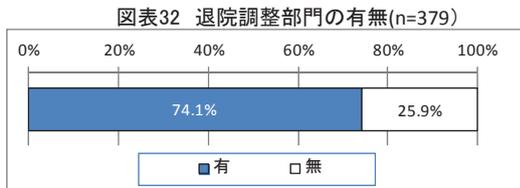


9

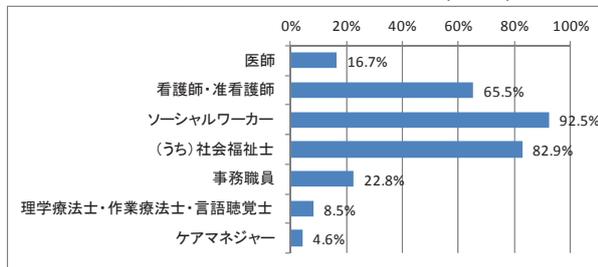
## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

(退院調整部門の有無や関わり等:退院調整部門調査)

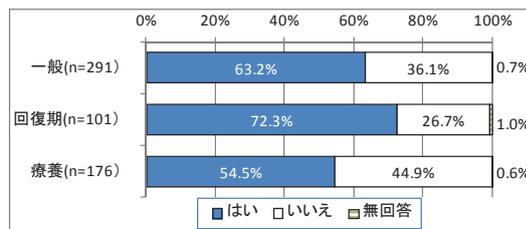
- 病院の退院調整部門の有無は、「有」は74.1%、「無」が25.9%であった。(図表32)
- 退院調整部門に配置されている職員は「ソーシャルワーカー」が92.5%、「看護師・准看護師」が65.5%、「理学療法士等」は8.5%であった。(図表33)
- 患者の退院支援ルールが院内で決まっているかは、「一般病床」では「いいえ」(決まっていない)が36.1%、であった。(図表34)
- ケアマネジャーへの連絡は、「一般病床」では「必ず連絡する」が54.6%であった。(図表35)



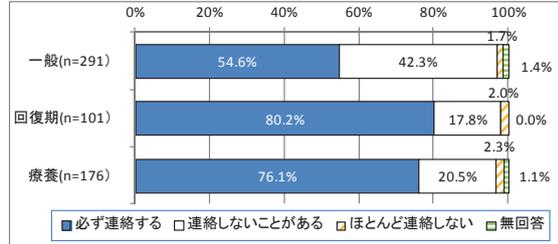
図表33 (退院調整部門が有の場合) 退院調整部門の配置職員(複数回答)(n=281)



図表34 退院支援ルールが院内で決まっているか



図表35 ケアマネジャーへの連絡

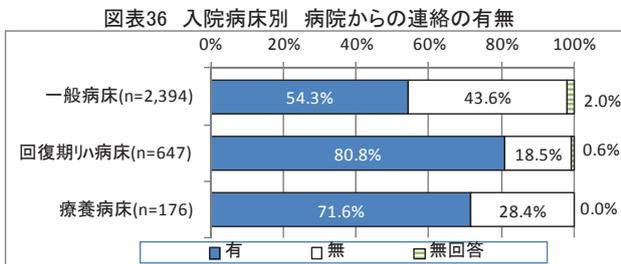


10

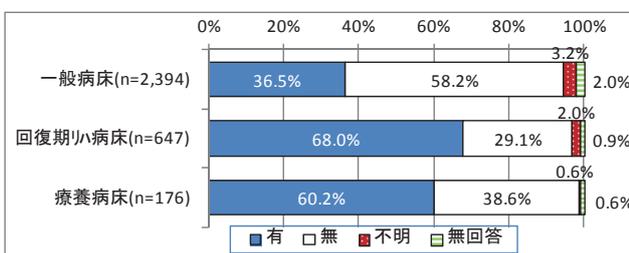
## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

(退院前カンファレンスの実施状況等:居宅介護支援事業所利用者調査)

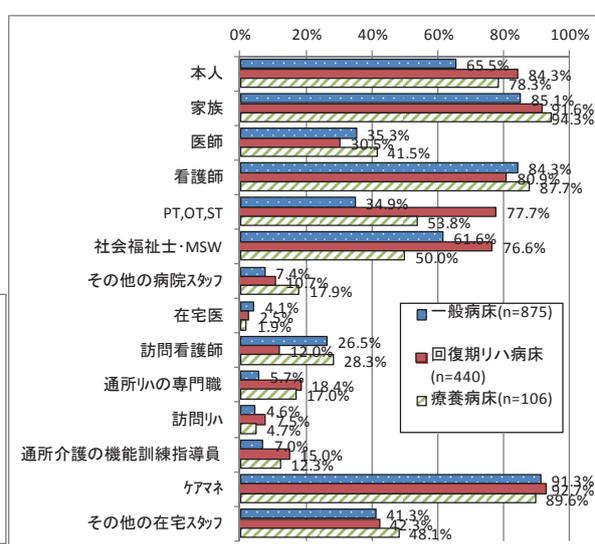
- 「一般病床」では、病院からの連絡は「無」が43.6%であった。(図表36)
- 退院前カンファレンスは「一般病床」では「無」が58.2%であった。(図表37)
- カンファレンスの参加者は「一般病床」では「(病院の)理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士(PT, OT, ST)」が34.9%、「通所リハの専門職」が5.7%、「訪問リハ」が4.6%、「通所介護の機能訓練指導員」が7.0%であった。(図表38)



図表37 入院病床別 退院前カンファレンスの有無



図表38 退院前カンファレンスの参加者(複数回答)

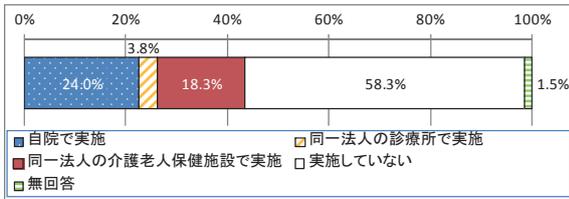


## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

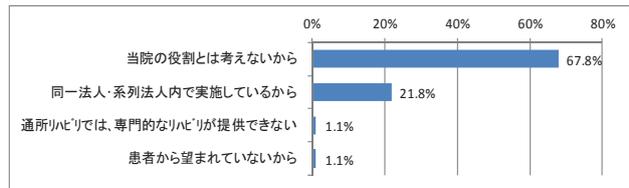
### (病院での通所リハビリテーションの実施状況：病院調査)

- 通所リハビリテーションを「自院で実施」しているが24.0%であった。(図表39)
- 通所リハビリテーションを実施していない病院に開設意向をたずねたところ、「ある」は6.9%で、「開設したいが、現状では困難である」が19.7%、「開設するつもりは全くない」が37.3%であった。(図表40)
- 「開設するつもりは全くない」を選んだ最大の理由は「自院の役割と考えていないから」が67.8%で最も多かった。(図表41)
- 「開設したいが、現状では困難である」を選んだ理由(複数回答)としては、「通所リハビリテーションに従事する人員を確保できない」が67.4%、「通所リハビリのために別途場所の確保が必要となる」が56.5%であった。(図表42)

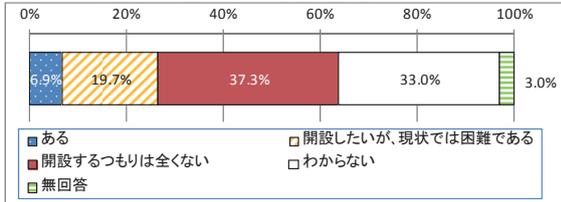
図表39 病院：通所リハビリテーションの実施状況(n=400)



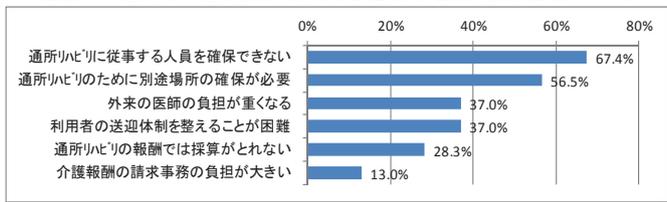
図表41 通所リハを開設するつもりが全くない理由(単数回答)(n=87)



図表40 通所リハの開設意向(n=233)



図表42 通所リハを開設が現状では困難な理由(複数回答)(n=46)

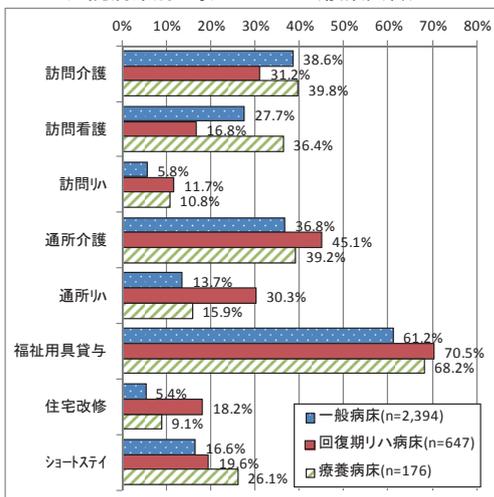


## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

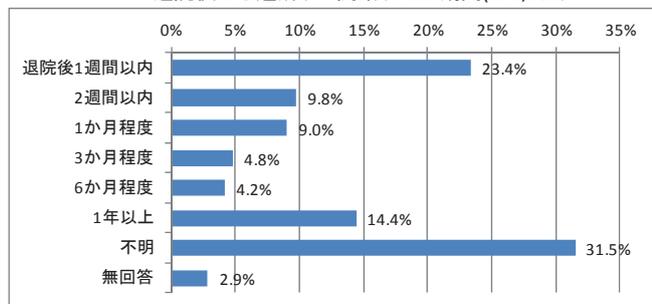
### (退院後の通所リハ等の導入状況・退院後の通所リハ開始までの期間)

- 居宅介護支援事業所利用者調査によれば、退院直後の利用者に導入されたサービスは「一般病床」では「福祉用具の貸与」が61.2%で最も多かった。「訪問リハ」は5.8%、「通所リハ」は13.7%であった。(図表43)
- 通所リハビリテーション利用者調査によれば、退院後から通所リハ開始までの期間は「退院後1週間以内」が23.4%であった。(図表44)

図表43 (居宅介護支援事業所利用者調査より) 入院病床別 導入サービス(複数回答)



図表44 (通所リハビリテーション利用者調査より) 退院後から通所リハ開始までの期間(n=3,415)

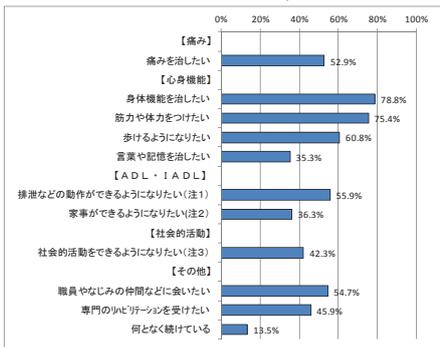


## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携 に関する調査

(通所リハ:リハビリの継続理由:本人回答)

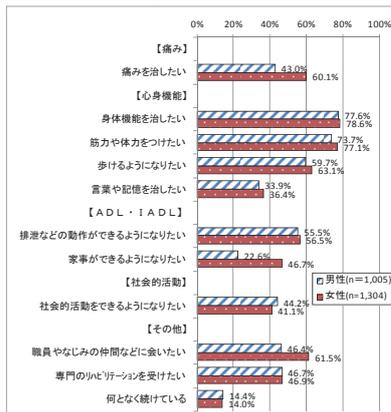
- 通所リハの利用者本人回答によれば、リハビリ継続理由は、「身体機能を治したい」が78.8%、「筋力や体力をつけたい」が75.4%であった。「移動や食事、入浴や排泄などの動作ができるようになりたい」(注1)が55.9%、「社会的活動ができるようになりたい」(注3)が42.3%であった。(図表45)
- 男女別にみると、「女性」では、「痛みを治したい」「家事ができるようになりたい」(注2)「職員やなじみの仲間などに会いたい」が「男性」よりも高かった。(図表46)
- 要介護度別にみると「移動や食事、入浴や排泄などの動作ができるようになりたい」(注1)は「要介護3・4・5」で62.9%と他の要介護度に比べて高かった。(図表47)

図表45 本人回答:リハビリ継続理由  
(複数回答)(n=2,786)



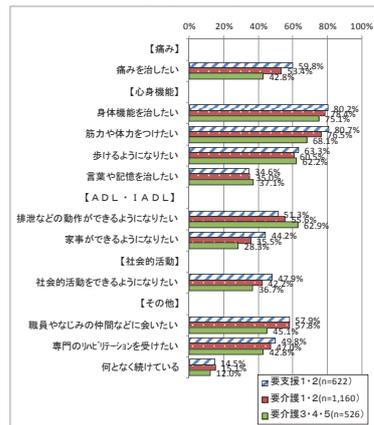
注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」  
注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」  
注3) 「病气やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

図表46 本人回答:男女別  
リハビリ継続理由(複数回答)



※ 性別の不明が477件あったが、図中には記載していない。

図表47 本人回答:要介護度別  
リハビリ継続理由(複数回答)



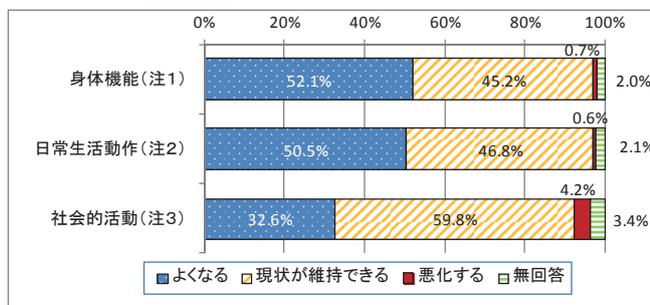
※ 要介護度の不明が478件あったが、図中には記載していない。

## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携 に関する調査

(通所リハ:リハビリによる変化・効果(見通し))

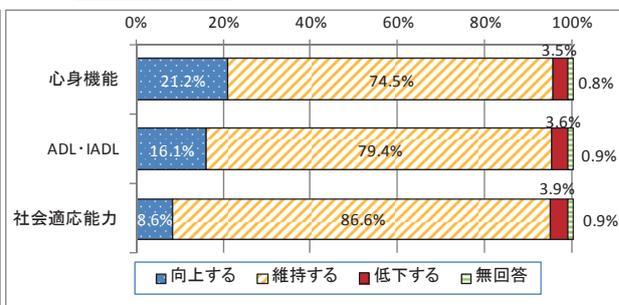
- 本人は、リハビリにより「身体機能」が「よくなる」と思っている割合が52.1%で、「日常生活動作」については50.5%、「社会的活動」は32.6%であった。(図表48)
- リハビリ職員は、リハビリにより「心身機能」が「向上する」と考えている割合が21.2%で、「ADL・IADL」は16.1%、「社会適応能力」は8.6%であった。(図表49)

図表48 本人回答:リハビリによる変化の見通し(n=2,786)



注1) 設問全文は「リハビリを受けることで、あなたの「身体機能(麻痺や関節の動きなど)」はどのようになるかと思っていますか。  
注2) 「リハビリを受けることで、「日常生活を送る上での動作(移動、食事、排泄、入浴、着替えなど)」はどのようになるかと思っていますか。  
注3) 「リハビリを受けることで、「病气やけがになる前に行っていた社会的活動(趣味活動や仕事をするなど)」はどのようになるかと思っていますか。

図表49 リハビリ職員回答:リハビリによる変化の見通し(n=3,415)

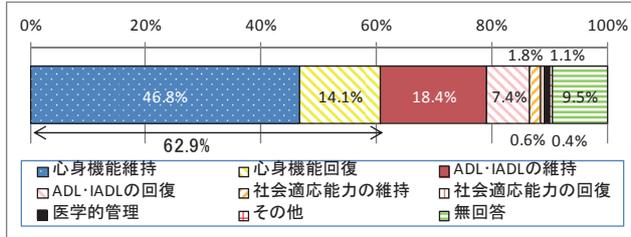


注) 設問文は「あなたからみたリハの実際の効果」

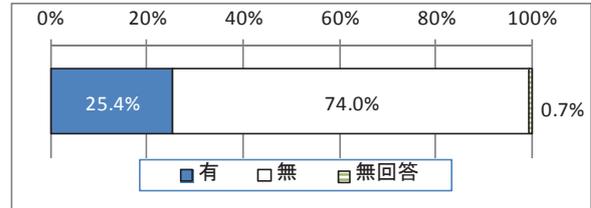
## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

- (通所リハビリの主な目的、利用終了後の利用者の生活イメージ:リハビリ職員回答)
- リハビリ職員の回答によれば、リハビリの主な目的は、「心身機能維持」が46.8%、「心身機能回復」が14.1であった。(図表50)
  - リハビリ職員は、利用者の通所リハ終了後の生活イメージ(例:スポーツジムに通う)が「無」(もっていない)が74.0%であった。(図表51)

図表50 リハビリ職員回答:リハビリの主な目的  
(単数回答)(n=3,415)



図表51 リハビリ職員回答:通所リハ終了後の利用者の生活イメージ(例:スポーツジムに通う)の有無(n=3,415)

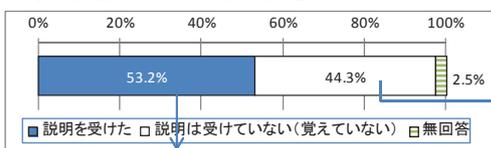


16

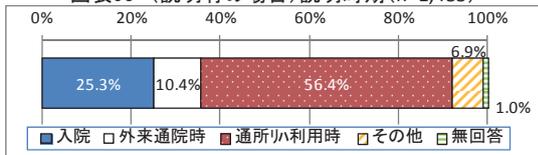
## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

- (通所リハ:身体機能や日常生活を送る上での動作の見通しに関する説明:本人回答)
- 身体機能やADLの今後の見通しについて「説明を受けた」が53.2%(図表52)、説明時期は「通所リハ利用時」が56.4%(図表53)、説明者は「リハ職」が47.6%であった(図表54)。
  - 「説明は受けていない(覚えていない)」場合、説明を「受けたかった」が51.4%と約半数であった(図表55)。希望がある場合、希望する時期は「通所リハ利用時」が44.5%(図表56)、希望する説明者は「医師」が45.0%であった(図表57)。

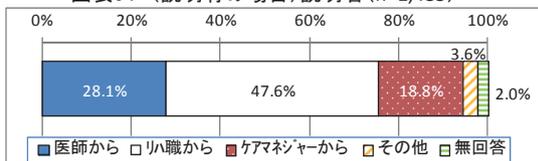
図表52 身体機能やADLの今後の見通しの説明の有無(n=2,786)



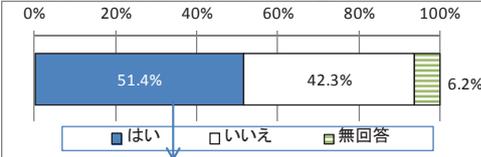
図表53 (説明有の場合)説明時期(n=1,483)



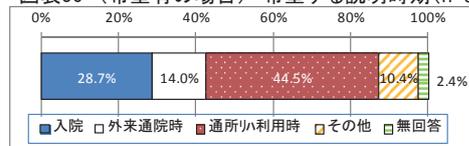
図表54 (説明有の場合)説明者(n=1,483)



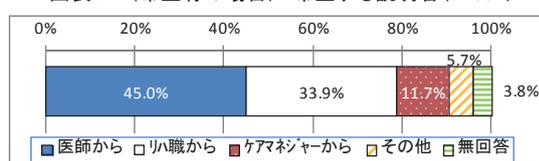
図表55 (説明無の場合) 説明を受けたかったか(n=1,233)



図表56 (希望有の場合) 希望する説明時期(n=634)



図表57 (希望有の場合) 希望する説明者(n=634)

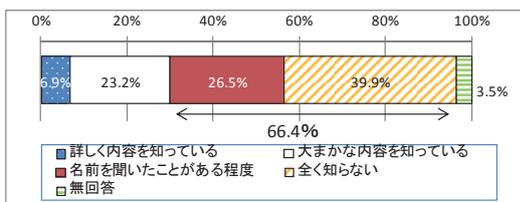


## (6) リハビリテーションにおける医療と介護の連携 に関する調査

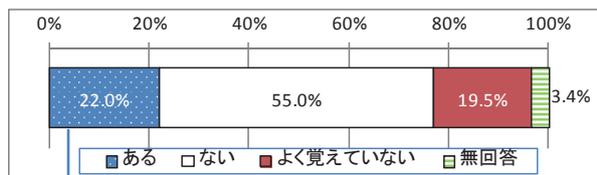
(通所リハ: 他サービス・地域資源の認知度、説明の有無と利用意向: 本人回答)

- 通所リハの利用者では、定期的で開催される地域の体操教室や趣味活動の集まりについて、「名前を聞いたことがある程度」が26.5%と、「全く知らない」の39.9%をあわせて66.4%があまり知らなかった(図表58)。
- 通所リハの職員やケアマネジャーから、地域の体操教室や趣味活動の集まり説明を受けたことが「ある」は22.0%で(図表59)、説明を受けた場合には、利用したいと「思った」が56.4%であった(図表60)。

図表58 地域の体操教室や趣味活動の集まりの認知度  
(n=2,786)



図表59 通所リハの職員等からの地域の体操教室等の説明  
(n=2,786)



図表60 説明が「ある」場合: 利用したいと思ったか(n=614)

