

地域リハビリテーション広域支援センターに対するアンケート調査結果報告書

日本リハビリテーション医学会 障害保健福祉委員会

担当理事 朝貝 芳美

委員長 榎本 修 (平成 23 年 3 月まで)

篠原 裕治 (平成 23 年 4 月より)

担当委員 松坂 誠應 (平成 23 年 3 月まで)

武原 格

委員 大隅 秀信, 大仲 功一, 大野 重雄

奥村 元昭, 正岡 悟

全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会

調査部 松坂 誠應, 林 拓夫

はじめに

日本リハビリテーション医学会(以下、リハ医学会)障害保健福祉委員会は、2009年にリハ医学会会員に地域リハビリテーション(以下、地域リハ)に関する意識調査を実施した。その結果、①若い年齢層において地域リハ活動への参加が低調、②不参加の理由は「参加する場が分からない」「時間的余裕がない」「活動のノウハウが分からない」など、③多くのリハ科医は条件が整えば参加、などの結果を得た¹⁾。そこで、地域リハの現場でリハ科医にどのようなニーズがあるのかという課題が挙がり、地域リハ広域支援センター(以下、広域支援センター)での調査を検討していた。

広域支援センターは地域リハ支援体制整備推進事業(以下、推進事業)で全国的に整備された。この推進事業は介護保険制度の円滑な始動と安定した運営を目的に計画され、1999年に厚生労働省のモデル事業として始まった。2005年度には41都道府県で実施され、278カ所の広域支援センターが指定されていたが²⁾、2005年度にモデル事業が終了した後、2007年度には35都道府県、広域支援センター262カ所(茨城県による調査)、2009年度には30都道府県、広域支援センター223カ所〔全国地域リハ支援事業連絡協議会(以下、地域リハ連絡協議会)〕と減少してきた。

高齢化人口の急増に伴い障害を持つ高齢者も増加する中で、地域リハのニーズは高まっており、地域リハ連絡協議会では推進事業の実態調査を行う計画を立て

ていた。そこで、リハ医学会と地域リハ連絡協議会が協力して、広域支援センターの実態調査とリハ科医の関わり等についてアンケート調査を行うこととなった。

本調査の目的は、広域支援センターの実態とリハ科医の関わり等を調査し、地域リハ活動推進の手がかりと地域リハへのリハ科医関与の意義、リハ科医関与促進の方法を明らかにすることである。

対象・方法

2009年10月に地域リハ連絡協議会が推進事業に関する調査を全都道府県の主管課に対して実施したが(回収率100%)、その際に主管課から回答された全国の広域支援センター223施設(30都道府県)を対象とした。

調査内容は広域支援センターの組織、活動予算、関与した職種と人数、主な支援活動、支援方法の決め方、関係機関との連携状況と連携促進の工夫、住民ボランティアの活用、支援活動における問題、活動の自己評価などであった。活動予算は2009年度および2010年度のを、他の質問は2009年度について尋ねた。これらの回答はセンターの活動に関わっているスタッフで協議して行うように依頼した。

さらに、広域支援センターあるいはその母体組織に勤務しているリハ科医全員に個別のアンケートを行った。その内容はリハ科医の年齢、リハ医学会での資格(専門医、認定臨床医、一般会員、非会員)、リハ科医

としての経験年数、広域支援センターへの関与と活動内容、地域リハに関する希望研修プログラムであった。

関係者へのアンケート用紙の送致は2010年9月に行い、2011年1月31日までに回収したものを解析の対象とした。アンケート用紙の送致・回収は郵送によって行った。

統計処理にはSPSS（日本語版 ver.11.5）を使用し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

結果

1. 広域支援センターへのアンケート

回収したアンケート用紙は162施設（30都道府県）であった。このうち、2施設は2010年度の広域支援センター指定を受けず活動を行っていなかったため除外した。したがって、解析を行ったところは160施設（有効回答率71.7%）であった。

①広域支援センターの組織と関係スタッフ

広域支援センターの母体組織として最も多かったのは「私立病院」（38%）、次いで「公立病院」（29%）であった。年間活動予算は2009年度は平均81万円（0～256万円）、2010年度は平均78万円（0～256万円）であり、予算措置がなされていないところが5施設（3%）あった。予算不足に対して55施設（35%）では母体組織からの持出があった。

広域支援センターの活動に関与した主な職種の分布を図1に示す。リハ科医（平均0.4名）が関与していないところが47%、1名関与が43%であった。理学療法士（平均5.8名）では3名以上が52%、作業療法士（平均4.0名）では3名以上が33%、言語聴覚士（平均2.0名）では関与していないところが43%、1名関与が32%であった。さらに、社会福祉士（平

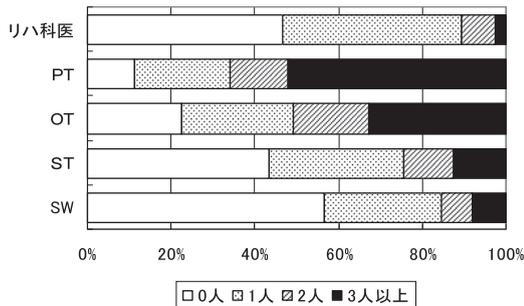


図1 広域支援センター (N=160) に関与した職種

均1.5名)では関与していないところが57%、1名関与が28%であった。

広域支援センターでリーダーシップを取っている者の地域リハ活動経験年数は平均10.4±7.5年であった。

②広域支援センターの活動

主な支援活動を図2に示す。「介護予防」（65%）が最も多く、次いで「地域医療連携」（51%）であった。最も多かった「介護予防」の内訳を図3に示す。「運動機能向上」は「介護予防」に取り組んでいる全ての広域支援センター（99施設）で実施し、次いで「口腔機能向上」（66%）、「認知症予防」（53%）であった。

次に、支援活動のうち介護予防事業と地域医療連携の目標について尋ねた。これらの目標として「医療介護のネットワークづくり」が最も多く（39%、67%）（図4、図5）、「地域づくり」は前者で24%であったが、後者では10%と低かった。

支援活動の仕方を図6に示す。圏域内の「強化すべき活動の支援」を「ほとんどの支援事例で実施」が19%、「一部の支援事例で実施」が43%であった。さらに、リハ科医が関与していた広域支援センターの支援活動の仕方についても検討した。その結果、「強化すべき活動の支援」と「年度初めに調整して支援」の

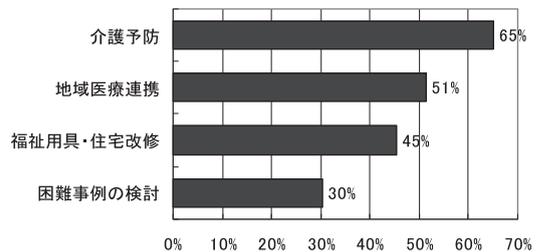


図2 広域支援センター (N=160) の主な支援活動

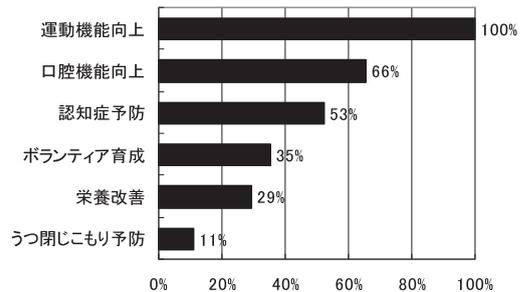


図3 広域支援センター (N=99) の主な支援活動 (介護予防)

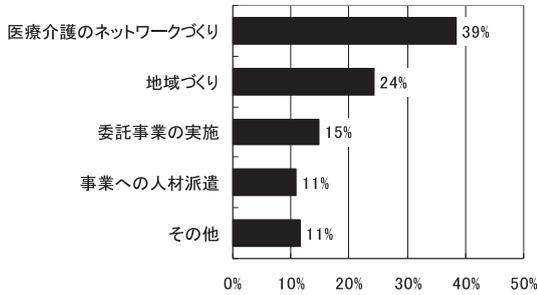


図4 介護予防事業の目標 (N=148)

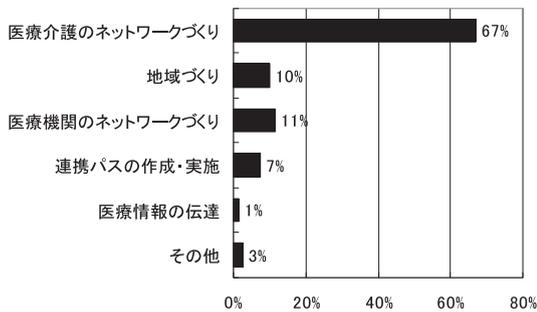
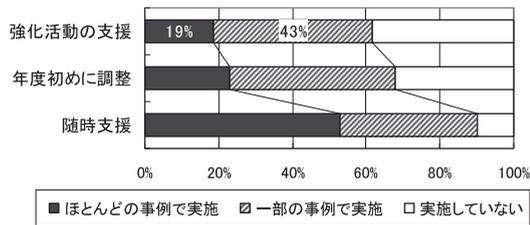
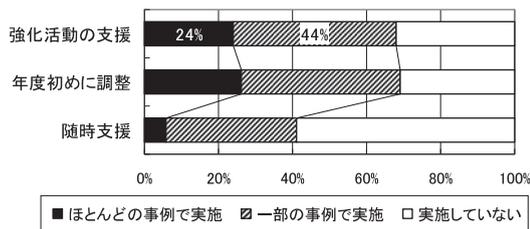


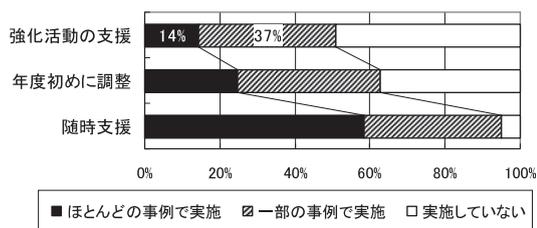
図5 地域医療連携の目標 (N=148)



全広域支援センター (N=153)



リハ科医が関与した広域支援センター (N=85)



前回調査時の支援活動の仕方 (2005年, N=158)

図6 支援活動の仕方

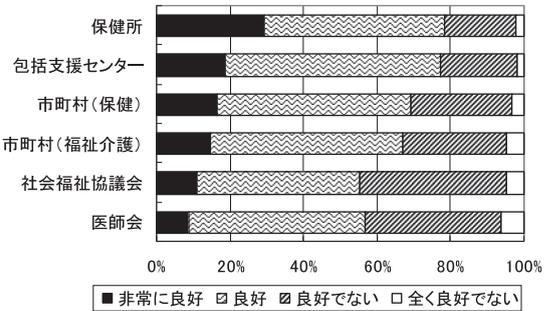


図7 広域支援センター (N=160) と関係機関の連携

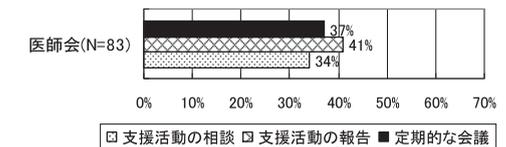
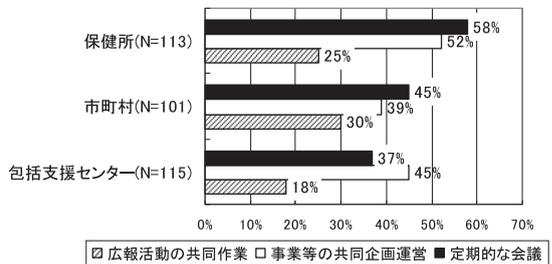


図8 広域支援センターの連携促進の工夫

方法が多かった。

広域支援センターと関係機関との連携について検討した。連携が「非常に良好」と「良好」を合わせると、保健所と地域包括支援センターでは約80%、市町村(保健, 福祉介護)では約70%において良好だった。しかし、医師会との連携では約60%と他関係機関に比べ、やや低かった(図7)。

関係機関との連携が「非常に良好」と「良好」であった広域支援センターに連携促進の工夫を尋ねた(図8)。保健所, 地域包括支援センター, 市町村においては「定期的な会議」と「研修会等の共同企画運営」が多かった。一方、医師会においては「支援活動についての相談」、次いで「定期的な会議」であった。

支援活動に住居ボランティアを活用している広域支援センターは36施設(23%)であり、その内訳は「転倒予防・運動機能向上」(36施設), 「認知症予防」(9施設), 「うつ閉じこもり予防」(6施設), 「地域での見守り」(5施設), 「口腔機能向上」(3施設), 「栄養

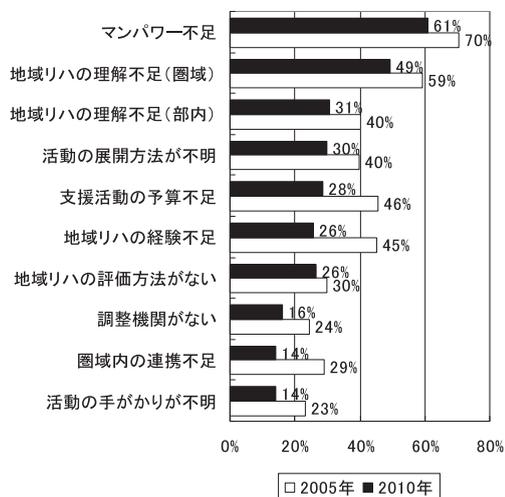


図9 広域支援センター (N=160) の支援上の問題

改善」(3施設)であり、ほとんどが介護予防に関連する支援であった。

③支援活動上の問題と活動評価

支援を行う上での問題を重複回答で尋ねた。全ての施設で何らかの問題を抱えていた。最も多かった問題は「マンパワーの不足」(61%)、次いで「圏域内での地域リハの理解不足」(49%)、「広域支援センター内での地域リハの理解不足」(31%)であり、「支援活動の予算不足」(28%)と「地域リハの経験不足」(26%)は少なかった(図9)。

広域支援センター活動の自己評価について尋ねた。回答があった154施設のうち、「非常に良好」が4施設(3%)、「良好」が85施設(55%)、「良好でない」は0施設、「全く良好でない」が65施設(42%)であった。

2005年度の調査(以下、前回調査)と比較して、「非常に良くなった」のは5施設(3%)、「良くなった」61施設(38%)、「変わらない」49施設(31%)、「悪くなった」16施設(10%)、「非常に悪くなった」1施設(1%)、「該当しない(前回調査に参加せず)」21施設(13%)、「無回答」7施設(4%)であった。「非常に良くなった」と「良くなった」を「改善」、「悪くなった」と「非常に悪くなった」を「悪化」、「変わらない」を「不変」とし、「該当しない」と「無回答」を除くと、「改善」50%、「不変」37%、「悪化」13%であった。

④広域支援センターの活動評価とのクロス集計

広域支援センター活動の自己評価において、「非常に良好」と「良好」を「良好」群、「良好でない」と「全く良好でない」を「不良」群として、「支援上の問題」や「関係機関との連携状況」との関係、「年間予算」や「関与した職種数」の平均値の差を検討した。

その結果、自己評価と関連があった「支援上の問題」は、「活動の手がかりが不明」($p=0.008$)、「活動の展開方法が不明」($p=0.001$)、「関係機関間の調整役がない」($p=0.041$)、「センター内における地域リハの理解不足」($p=0.001$)であり、「予算不足」は有意差がなかった($p=0.583$)。

また、広域支援センター活動の自己評価と「関係機関との連携状況」の関係について検討した。活動の自己評価と有意の関連がある関係機関は、「保健所」($p=0.001$)、「市町村(保健)」($p=0.008$)、「地域包括支援センター」($p=0.015$)、「社会福祉協議会」($p=0.021$)であった。

さらに、「関与した職種数」では、理学療法士と作業療法士において自己評価「良好」群が有意に多かった($p \leq 0.038$)。リハ科医では、有意差はないものの、「良好」群で多い傾向にあった($p=0.053$) (表)。しかし、2010年度予算においては「良好」群で84.9±64.7万円、「不良」群で69.4±66.8万円と有意差はなかった($p=0.205$)。

活動の自己評価に関する前回調査との比較において、「改善」「不変」「悪化」の3群で2010年度「年間予算」の平均値の差を検討した。その結果、「改善」群95.9±67.1万円、「不変」群62.8±62.6万円、「悪化」群26.9±22.7万円と3群間で有意差を認めた($p < 0.013$)。

表 広域支援センター (N=154) 活動の自己評価と関与した職種数

職種	活動評価	平均	SD	p 値
リハ科医	良好群 (N=89)	0.9	0.8	0.053
	不良群 (N=65)	0.5	0.7	
理学療法士	良好群 (N=89)	6.5	4.4	0.024
	不良群 (N=65)	3.7	9.3	
作業療法士	良好群 (N=89)	3.9	6.0	0.038
	不良群 (N=65)	2.2	3.0	
言語聴覚士	良好群 (N=89)	1.3	1.8	0.220
	不良群 (N=65)	1.0	1.3	
社会福祉士	良好群 (N=89)	0.8	1.2	0.160
	不良群 (N=65)	0.6	0.8	

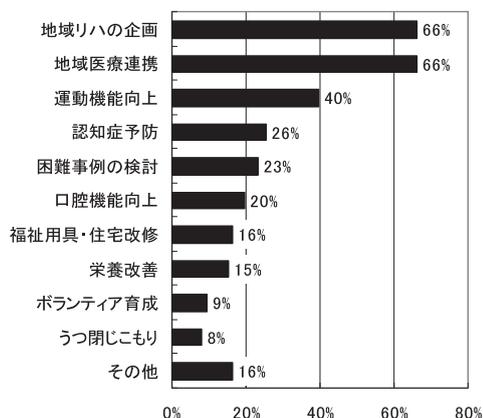


図 10 広域支援センターに関与したリハ科医 (N=86) の活動内容

2. リハ科医へのアンケート

アンケートに回答した広域支援センターあるいは母体組織に勤務するリハ科医総数は 343 名であった。そのうちリハ科医のアンケートに回答したものは 216 名で (回収率 63.0%)、平均年齢は 51±11 歳であった。リハ科医の資格等は専門医 80 名 (37%)、認定臨床医 20 名 (9%)、一般会員 57 名 (26%)、非会員 59 名 (27%) であった。

広域支援センターの活動に関与しているリハ科医は 86 名 (年齢 53±10 歳)、地域リハの経験年数は 17.4±9.9 年であった。リハ科医の資格等は専門医 50 名 (58%)、認定臨床医 10 名 (12%)、一般会員 14 名 (16%)、非会員 12 名 (14%) であった。これらリハ科医の主な活動 (重複回答) は「地域リハの企画」(66%)、地域医療連携 (66%)、運動機能向上 (40%) であった (図 10)。

リハ科医が希望する研修プログラムについて尋ねた。最も多いものは「地域リハ活動の進め方」(53%)、次いで「地域医療連携」(45%)、「地域リハの理念」(40%)、「運動プログラム」(34%)、「認知症予防」(32%) であった。

考 察

1. 広域支援センターの活動と年間予算の関係

厚生労働省のモデル事業だった推進事業が 2006 年度より各都道府県の単独事業に移行した後、推進事業を継続している都道府県でも、事業規模を縮小する都道府県が増えているといわれてきた。今回の調査では

2010 年度で平均 78 万円であり、モデル事業最終年の 2005 年度平均予算 123 万円²⁾ と比較すると、約 40% の減額となっており、事業縮小の方向にあるといえる。

しかし、活動の自己評価「良好群」と「不良群」において年間予算に有意の差がなく、「支援上の問題」においても「予算不足」は活動の自己評価と有意の関連は認められていない。「予算不足」の問題を前回調査²⁾ と比較すると、今回は逆に著明に少なくなっていた (図 9)。つまり、活動予算の多寡は広域支援センターの活動評価にはあまり影響しないように思える。

一方、前回調査と比較した活動評価で「改善」は 50%、「不変」は 37%、「悪化」は 13% であった。活動予算の大きな縮減にもかかわらず、「悪化」と回答したのは約 10% に過ぎなかった。

それでは、どのような要因が広域支援センターの活動に影響を与えたのだろうか。

2. 広域支援センターの活動に影響を与えた要因

自己評価と関連のある「支援上の問題」は、「活動の手がかりが不明」「活動の展開方法が不明」等であったが、これらの問題は前回調査²⁾ と比較すると 10% 程度改善している (図 9)。つまり、これまでの支援活動を通して地域リハのノウハウを獲得したことが考えられ、「地域リハの経験不足」の問題が半減している結果 (図 9) からも推察できる。

支援活動の仕方も前回調査と変化している。特に、圏域内の「強化すべき活動の支援」という方法が増加していた (図 6)。つまり、効率的で戦略的な支援方法に変わりつつあることがうかがえる。

次に、関係機関との連携はどうだろうか。

活動評価に有意に関係する関連機関として「保健所」「地域包括支援センター」「市町村 (保健)」等が認められたが、これらの機関との連携状況は 70～80% の広域支援センターで連携は良好であり (図 7)、前回調査と比較しても改善している。このように鍵となる機関との連携が改善したことも広域支援センターの活動に影響を与えていると思われる。

上記の機関との連携を促進する方法として工夫されていたことは、「定期的な会議」や「事業等の共同企画運営」であり (図 8)、顔の見える関係を実務の中でつくるのが重要と思われる。

地域リハではかかりつけ医との連携は不可欠であ

り、医師会との連携が重要となる。医師会との連携促進の工夫として、他機関と異なり、「支援活動の報告・相談」が行われていることは興味深い。

広域支援センターの活動内容と活動目標についても検討を加えた。

今回の調査では介護予防と地域医療連携が頻度の高い活動であった。これらの活動は当面取り組むべき課題としてニーズの高いものである³⁾。また、介護予防の推進には関係機関と連携、住民同士の支え合い（地域づくり）が⁴⁾、地域医療連携では急性期～維持期の医療・介護のネットワークが必要であり⁵⁾、単なる委託事業の実施や連携パスの作成・実施では広がりのある活動にはならないと言われている⁶⁾。今回の調査結果から、多くの広域支援センターはニーズの高い活動を実施し、適切な活動目標を目指していたことになる。

広域支援センターの「マンパワー不足」は前回調査²⁾時より約10%改善しているが、依然として大きな問題である。そこで、広域支援センター活動の自己評価と「関与した職種数」の関係を検討した。

その結果、自己評価「良好」群では理学療法士と作業療法士の人数が有意に多かった（表）。広域支援センターの主な活動に介護予防（特に運動機能向上）や福祉用具・住宅改修があり（図2, 3）、理学療法士・作業療法士のニーズは高い。これに対してより多くの理学療法士・作業療法士が関わることで、活動の自己評価が良好となったと思われる。従って、ニーズの高い職種の確保は必要であるが、マンパワー不足に対しては他職種への技術移転や役割分担⁷⁾や、支援体制の整備も必要となる⁸⁾。

社会資源の乏しい途上国で発展してきた地域リハでは、住民ボランティアは重要な社会資源といわれており、このことは先進国においても適用できる⁹⁾。すなわち、住民ボランティアの活用はマンパワー不足の補完的側面だけでなく、障害のある者や家族のQOLを高めるものであり¹⁰⁾、地域リハの根幹となるものである。

今回の調査では「マンパワー不足」の問題を約60%の広域支援センターが抱えていたが、住民ボランティアの育成・活用を行っている広域支援センターは36施設（23%）と少なかった。今後は、住民ボランティアの育成・活用にも一層取り組む必要があるだろう。

リハ科医の人数は「良好」群で、有意差はないものの、多い傾向にあった（表）。リハ科医が関与した広域支援センターの支援活動の仕方を見ると、「強化すべき活動の支援」と「年度初めに調整して支援」の方法が多くなっている（図6）。すなわち、リハ科医が関わることによってより効率的・戦略的支援となっており、関わるリハ科医が多くなれば、広域支援センターの活動はさらに充実することが示唆される。今回の調査では、広域支援センターに関与しているリハ科医は母体組織に勤務するリハ科医の25%に過ぎない。引き続きリハ科医への啓発活動が必要であるが、「地域リハ活動の進め方」や「地域リハにおける地域医療連携」など具体的な研修プログラムの企画が重要であろう。

3. 本調査の妥当性

地域リハの活動は幅広い¹¹⁾、評価内容も多岐に渡っており⁷⁾、評価方法も一定していない。それで、今回のアンケート調査での活動評価は広域支援センターに関わっているスタッフの協議による自己評価としたが、評価結果は客観性に欠けるかもしれない。しかし、広域支援センターでリーダーシップを取っている者の地域リハ経験年数が平均約10年であること、広域支援センターと関係機関の連携状況、自己評価と「支援上の問題」との関係などから自己評価の結果はほぼ妥当と考えた。

今回の調査対象となった広域支援センターは30都道府県の223施設であったが、前回調査に比べると11県で推進事業が中止され、事業を縮小したところを含め、55の広域支援センターが減少していた。ここでは今回と前回調査の結果を比較しながら考察を進めてきたが、広域支援センターの減少によって今回と前回の対象に質的差が生じているのではないかという疑問が生じる。

そこで、中止となった11県を検討すると、5県（埼玉県、富山県、高知県、島根県、沖縄県）はわが国の地域リハ活動を牽引するリーダー的役割を果たしていた。また、両者とも回答率は約70%と高く、今回と前回の対象に質的な差はないと判断した。

広域支援センターの予算は縮減される中、活動は改善の方向に向いているといえるだろう。しかし、このことから予算縮小が容認されるというものではない。年間予算が低い場合には、前回調査と比較した広域支

援センター活動の自己評価も悪化しており、関係者の士気の低下につながる。

地域リハは社会資源の効率的活用によって地域づくりをも目指すものであり、必要最小限の予算措置は行政に求めていく必要がある。同時に、地域リハに関わる専門職として、地域リハの成果をできるだけ科学的な手法を用いて報告していくことも求められている。

まとめ

全国の広域支援センターの活動を調査した。広域支援センターの活動改善の方向に向いているが、年間予算は活動評価に影響を及ぼさず、以下のことが重要な要因と思われた。① 圏域内の「強化すべき活動の支援」など効率的・戦略的支援を行ったこと、② 関係機関との連携が進んだこと、③ ニーズの高い活動を実施し適切な活動目標を目指していたこと、④ ①～③という地域リハのノウハウをこれまでの支援活動を通して獲得したこと、⑤ ニーズの高い理学療法士・作業療法士の関与が多いと活動が改善したこと、⑥ リハ科医の関わりで効率的・戦略的支援が促進されること、である。

リハ科医の参加は十分ではなく、引き続きリハ科医への啓発活動が必要であるが、「地域リハ活動の進め方」や「地域リハにおける地域医療連携」など具体的な研修プログラムが求められている。

本アンケートの集計データは地域リハ支援事業連絡協議会 HP http://rehasien.com/image/result_of_the_%20survey.pdf に掲載しています。

文献

- 1) 日本リハビリテーション医学会障害保健福祉委員会：「地域リハビリテーションに関するリハビリテーション医の意識調査」に関するアンケート調査結果. *Jpn J Rehabil Med* 2010 ; 47 : 16-21
- 2) 浜村明德, 松坂誠應：地域におけるリハビリテーションの実態とリハビリテーション手法・評価方法及び提供体制について（平成 17 年度厚生労働省補助事業）. 日本公衆衛生協会, 2006
- 3) 松坂誠應：全国地域リハビリテーション研究会の歴史と今後の展開. *地域リハビリテーション* 2009 ; 4 : 610-611
- 4) 松坂誠應：介護予防と地域リハビリテーションの今後. *地域リハビリテーション* 2006 ; 1 : 48-51
- 5) 松坂誠應：地域医療計画の中での回復期リハ病棟. 回復期リハビリテーション病棟 第 2 版. 三輪書店, 東京, 2010 ; pp 99-103
- 6) 松坂誠應：地域リハビリテーションの現状と進むべき方向一問題提起. *地域リハビリテーション* 2011 ; 6 : 155-157
- 7) Peat M : Community based rehabilitation. *in* Community Based Rehabilitation. Queen's University, Ontario, 2003 ; pp 27-47
- 8) Mitchell RA, Zhou D, et al : Community-based rehabilitation ; does it change community attitudes towards people with disability ? *Disabil Rehabil* 1993 ; 15 : 179-183
- 9) ILO, UNESCO, WHO : Community-based rehabilitation for and with the person with disabilities. Joint Position Paper (ILO, UNESCO, WHO), 1994
- 10) Freeman EA : Community-based rehabilitation of the person with a severe brain injury. *Brain Inj* 1994 ; 11 : 143-153
- 11) WHO : 2nd meeting report on the development of guidelines for community-based rehabilitation (CBR). Available from URL : http://www.who.int/disabilities/cbr/031105_CBR_Guidelines_2nd_meeting_report.pdf. (cited 2011 June 4)