

訪問リハビリテーション従事期間と実践状況との関連

大浦 智子¹⁾ 古澤 麻衣²⁾ 津山 努³⁾

要 旨

目的：訪問リハビリテーション（以下、訪問リハとする）従事期間と実践状況の関連を明らかにすること。方法：20項目の実践チェックリストに基づく過去1か月の実践状況（0-10）と基本情報からなる自記式質問紙調査。国家資格取得後5年以上の者を対象に訪問リハ従事3年未満（訪問短群）と3年以上（訪問長群）とし、回答の比較にはMann-Whitney U testを用いた（ $p < 0.05$ ）。結果：訪問短群62名（ 31.9 ± 5.2 歳）、訪問長群48名（ 34.7 ± 4.7 歳）だった。訪問長群が短群に比べて統計学的有意に実践していた項目は、Q6「活動・参加の評価」（訪問短群 6[4-8]、訪問長群 7[5-8.8]）とQ18「対象者や家族の意向の反映」（訪問短群 7[5.8-8]、訪問長群 7[6-9]）だった。結論：国家資格取得後5年以上であっても、訪問短群では活動・参加に関する評価や、対象者や家族の意向をふまえたプランの実施を意識する必要性が示唆された。

キーワード：チェックリスト、実践スキル、訪問リハビリテーション

I. 背 景

日本において、介護保険で要介護高齢者の在宅支援の一つとして行われているのが訪問リハビリテーション（以下、訪問リハとする）である。日本訪問リハ協会によると、訪問リハとは「その人が自分らしく暮らすために、それぞれの地域に向いて、リハビリテーションの立場から行われる支援である。その中で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、健康状態を把握した上で、生活機能および背景因子を評価し、リハの概念に基づいた、本人、家族等への直接的支援と関連職種への助言等の間接的支援を提供する」とされている¹⁾。生活期のリハビリテーション（以下、リハとする）では、国際生活機

能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）²⁾の活動と参加に着目したアプローチが求められ³⁾、生活行為向上マネジメントのように生活課題を明らかにし、アプローチに取り組むツール⁴⁾が開発されている。

訪問リハに携わる理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語聴覚士（ST）の実践スキルとして技術や業務管理に着目されることが多いなか、あらためて包括的概念を整理することも重要である。訪問リハでは生活の再構築の観点から、的確なニーズ把握とアセスメント、明確な目標設定、効果的なプログラムの立案が必須である。患者中心のアプローチ⁵⁾、根拠に基づく医療⁶⁾、共有決定⁷⁾の考え方をふまえたチェックリストは、過去1か月の実践状況に基づ

1) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター研究所老年学・社会科学センター科学的介護推進チーム

2) 株式会社南阿蘇ケアサービス

3) 医療法人こまくさ会介護老人保健施設虹の森

連絡責任者：大浦智子 [〒474-8511 愛知県大府市森岡町7-430]

e-mail : oh-ura@umin.ac.jp

受付日：2023年12月31日 / 採択日：2024年3月1日

表 1. 対象者の基本情報

	訪問短群 (N=62)			訪問長群 (N=48)		
	N	%	平均	N	%	平均
性別						
男性	29	46.8		25	52.1	
女性	33	53.2		23	47.9	
年齢 (歳)			31.9±5.2			34.7±4.7
配属						
訪問リハビリテーション (病院)	29	46.8		25	52.1	
訪問リハビリテーション (診療所)	4	6.5		8	16.7	
訪問看護ステーション	29	46.8		15	31.3	

いて妥当性が検証されている⁸⁾。このチェックリストは、clientの意向とセラピストの視点による目標の決定（目標設定）、セラピストの専門的分析と課題の焦点化（課題の分析）、エビデンスと環境に配慮したプランの提案（解決方法の提案）、clientの意向を含むプラン立案と実施（具体的なプランの立案と実施）の全4領域各5項目で構成される。

実際の臨床活動においては院内リハを一定期間経験した後に訪問リハに従事することも少なくなく、国家資格取得後の経験年数に基づいて実践スキルがあるという前提で訪問リハに従事することがある。資格取得後の経験でスキルが向上することは推察できるが、資格取得後一定の年数が経過している場合において、訪問リハ従事年数によって培われるスキルについては不明な点がある。

そこで、本研究は資格取得後5年以上のPT・OT・STを対象に、訪問経験期間と過去1か月の実践との関連を明らかにすることを目的とした二次分析を行うこととした。

II. 方法

17施設（病院、診療所、訪問リハ事業所、訪問看護ステーション）を対象とした質問紙調査（横断研究）である。訪問看護ステーションに所属するPT・OT・STは訪問リハに分類した。本報告は、先行研究⁸⁾の二次分析として、国家資格取得後5年以上経過しているPT・OT・STのうち、訪問リハ配属者の回答について訪問リハ業務経験3年以上を訪問長群、3年未満を訪問短群とした。国家資格取得後5年以上、訪問長・短を3年以上・3年未満と区分した理由は、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則⁹⁾における臨床実習指導や専任教員となりうる目安、日本訪問リハビリテーション協会における認定訪問療法士制度研修会受講要件¹⁰⁾を参考にした。

1) 自記式質問紙

基本情報は、性別、年齢、経験年数、診療科目（訪問リハ、院内リハなど）である。明確な目標設定に基づいた効果的な訪問リハのためのチェックリストに基づき、「過去1か月の実施状況」を0～10までの11段階（質問紙には、最近1カ月における主たる部門での実践状況を答えることと、0「まったく行わなかった」から10「すべての人に行った」のうちあてはまる数字に○をつけることを記載し説明）で求めた。本調査では、OT、PT、STの違いを調べることが目的ではないため、回答者に職業は問わなかった。配布した質問紙を図に示す。

2) データ収集

本研究の目的や方法について参加者に説明し、書面による同意を得た病院や訪問リハ事業所、訪問看護ステーションなど17か所を対象とした。2015年9月、PT、OT、STの人数に応じて調査票と封筒を各施設の調査担当者へ送付し、回答済みの調査票は3週間以内に各々封をして返送された。

3) 統計解析

2群の比較には統計的有意水準を $p < 0.05$ に設定して、Mann-Whitney test を用いた。分析には、IBM SPSS Statistics 23¹¹⁾ を使用した。

4) 倫理的手続き

本研究は星城大学研究倫理審査委員会の承認を受けた研究課題（2013C0010, 2015C0010）であり、調査は各協力施設の承諾を得て実施した。調査票の表紙には調査の目的と手順を説明し、各施設で回収する際には個別の封筒に封をするよう依頼した。記入済みのアンケートは開封せずに各施設から回収した。

表 2. 過去 1 か月の実践状況

	訪問短群 (N=62)		訪問長群 (N=48)		P value
	中央値	[25-75パーセンタイル]	中央値	[25-75パーセンタイル]	
Q1	7.5	[6.0-9.0]	7	[7.0-9.0]	0.672
Q2	8	[7.0-9.0]	8	[6.0-9.0]	0.905
Q3	7.5	[6.0-8.3]	7	[5.3-8.0]	0.401
Q4	7	[6.0-8.0]	7	[5.3-8.0]	0.591
Q5	7	[6.0-8.0]	7	[6.0-8.0]	0.747
Q6	6	[4.0-8.0]	7	[5.0-8.8]	0.046
Q7	8	[6.0-9.0]	7	[6.0-9.8]	0.737
Q8	7	[5.8-8.3]	7.5	[6.0-9.0]	0.433
Q9	5	[5.0-8.0]	6	[5.0-8.0]	0.309
Q10	6	[5.0-8.0]	6.5	[5.0-7.8]	0.37
Q11	7	[5.0-7.3]	7	[5.3-8.0]	0.432
Q12	6	[5.0-7.0]	7	[6.0-8.0]	0.19
Q13	6	[5.0-8.0]	6	[5.3-8.0]	0.391
Q14	6.5	[5.0-8.0]	7	[6.0-8.0]	0.057
Q15	7	[6.0-8.0]	7.5	[6.0-8.0]	0.202
Q16	7	[5.8-8.0]	7	[6.0-8.0]	0.199
Q17	6	[5.0-8.0]	7	[5.3-8.0]	0.137
Q18	7	[5.8-8.0]	7	[6.0-9.0]	0.037
Q19	7	[5.0-8.0]	7	[6.0-8.8]	0.124
Q20	7	[6.0-8.0]	8	[6.0-9.0]	0.089

あなたは、対象者および家族が考える「送りたい生活」を把握しましたか？

あなたは、対象者や家族が感じている「出来るようになりたいこと」や「困っていること」と、その優先度を把握しましたか？

あなたは、あなたの視点から見た「望ましい生活」や「出来るようになりたいこと」を、対象者や家族に伝えましたか？

対象者とあなたは、対象者および家族が考える「送りたい生活」をふまえた「望ましい生活」について、共有しましたか？

対象者とあなたは、これから「出来るようになりたいこと」や「困っていること」の優先度を共に考えましたか？

あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因について、ICFの活動・参加について評価しましたか？

あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因について、ICFの健康状態や心身機能・身体構造について評価しましたか？

あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因について、ICFの環境（物理的・人的・制度的）について評価しましたか？

あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因を特定するために、ICFに基づいて評価した結果を統合的に分析しましたか？

あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因を特定し、対象者や家族にわかりやすく伝え、理解が得られましたか？

あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因を特定し、健康状態や環境をふまえた解決方法の選択肢を複数挙げましたか？

あなたが挙げた解決方法の選択肢は、実生活にみあっていましたか？

あなたが挙げた解決方法の選択肢は、根拠に基づいていましたか？

あなたは、挙げた解決方法の選択肢の利点と欠点を、対象者や家族にわかりやすく伝えましたか？

あなたは、挙げた解決方法の選択肢のうち、専門的立場からの助言を行いましたか？

あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、目的にみあっていましたか？

あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、根拠に基づきましたか？

あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、対象者や家族の意向を反映していましたか？

あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、現状で実施可能でしたか？

あなたは、課題を解決するための具体的なプランと目的について、対象者や家族の理解のもと、決定しましたか？

Ⅲ. 結 果

1) 参加者の特徴

病院・診療所を除き、データが欠落しているものを除く訪問リハの回答 163 件のうち、要件を満たす 110 件（訪問長群 48 件、訪問短群 62 件）の回答を分析対象とした。平均年齢は訪問長群が 34.7±4.7 歳、訪問短群が 31.9±5.2 歳であった。表 1 に参加者の内訳を示す。

2) 訪問長群と短群における実践の違い

表 2 は、回答者の自己評価スコア（0～10）の中央値を示している。20 項目のうち、訪問長群のスコアが短群に比べて有意に高かった項目は 2 項目（Q6, Q18）だった。Q6（あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因について、ICF の活動・参加について評価しましたか？：活動・参加の評価）の自己評価（中央値：25～75 パーセンタイル）スコアは長群が 7(5-8.8)、短群が 6(4-8)だった。Q18（あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、対象者や家族の意向を反映していましたか？：対象者や家族の意向反映）のスコアは、長群では 7(6-9)、短群では 7(5.8-9)だった。

また、両群の回答に有意な差は認められなかったが、Q9, Q10, Q13, Q14, Q17 は両群もしくは片方の回答スコアが 5-6 であった。

Ⅳ. 考 察

本研究では、資格取得後5年以上経過している PT・OT・ST のうち訪問リハ配属者の回答を比較した結果、1ヶ月間のリハ実践状況は Q6 と Q18 において訪問長群が短群に比べて有意に高かった。このことから、資格取得後5年以上の経験を有していても、訪問長群と短群で異なる実践状況であることが示唆された。さらに、Q9, Q10, Q13, Q14, Q17 は実践状況が 5-6 とほかの項目よりも低い傾向があり、十分に実施されていない可能性があった。

まず、Q6「活動・参加の評価」において訪問長群が短群に比べて高かった点について考察する。リハの目標には幅広い概念が含まれており、身体の機能や構造とは別に、活動や参加のレベルでの達成が重要¹²⁾と言われてきた。しかし、回復期病棟を中心とした院内リハにおいては、障害の改善やセルフケアの向上に着眼したアプローチに重点を置かれることが少なくない。訪問リハの目標設定に際して、個々の生活習慣や指向性がどのような活動・参加に結びつくかを考慮し、評価を進める必要がある。このような背景から、訪問リハ長群が短群に比べて活動・参加の評価をしているという結果につながった可能

性がある。すなわち、たとえ資格取得後5年以上の経験を有していても、訪問リハ配属当初は個別性の高い活動・参加に対して意識的に評価することが求められるものと考えられる。

次に、Q18「対象者や家族の意向反映」において、訪問長群が短群に比べて高かった点について考察する。対象者の視点やニーズを理解し、専門的見地と共に目標を設定しプランを実施することは、訪問リハに限らず院内リハにおいても重要なことである。しかし、院内リハは治療的要素が高く「医療者が説明して行う」側面が強いことは否めない。病院と訪問リハにおける OT の役割と必要なスキルに関する OT へのインタビューでは、〈具体的な目標の提示〉、〈コミュニケーション能力〉、〈本人のニーズ・デマンドの抽出〉、〈家族との関係性の見極め〉、〈家族とのリハの目的の確認〉の 5 つの小カテゴリーで構成される【目標の共有】が、訪問リハのみで抽出されたと報告されている¹³⁾。このように、訪問リハでは生活の場において対象者や家族の意向をいかに把握し共に方針を決めていくかが求められる。これにより、訪問長群では、対象者だけでなく家族の意向の調整を含めた総合的視点に配慮した実践につながった可能性がある。

最後に、Q9, Q10, Q13, Q14, Q17 においては両群の回答に有意な差はなかったものの、両群もしくは片方の群の回答がほかの項目に比べて低い傾向があった点についても留意する必要がある。Q9 は ICF に基づく結果を統合的に分析すること、Q10 は原因を特定し、対象者や家族にわかりやすく伝え理解が得られたか、Q14 は解決方法の選択肢の利点と欠点を対象者や家族にわかりやすく伝えたかに関する項目である。すなわち、優先度の高い目標が出来ない原因を ICF で統合的に分析し、その原因を特定して対象者と家族に伝え、（複数あげた）解決方法の利点と欠点をわかりやすく伝えるという、生活期リハの重要な手続きといえる。さらに、Q13 が解決方法提案時の根拠、Q17 が立案した具体的プランの根拠に基づくものであるかを問う項目である。これらの項目の実践状況が訪問リハ従事期間の長短問わず低い傾向がある点については、訪問リハ従事者全体の実践スキルを向上する教育の必要性を示唆している。特に、根拠に基づくプランの立案については、根拠は日々蓄積されることから臨床実践者の生涯教育とも通ずるものであり、根拠の見極め方や臨床応用のための意思決定能力向上に向けた取り組みが必要と考えられる。

この研究にはいくつかの制限がある。まず、横断研究であり、因果関係について言及できない点である。そして、本研究ではリハ実践の客観的評価ではなく自記式質問紙による報告であるうえ、協力施設

図. 質問紙

研究に関するご協力のお願い

(リハビリテーションの目標設定・プログラム立案に関する質問紙調査)

この度、ご利用者様の自立（自律）にむけた効果的な訪問リハビリテーション実践のためのチェックリスト（訪問リハQ）を開発し、これを使用することによるリハ実施計画書の記載内容の変化につなげたいと考え、研究を進めてきました。この度、訪問リハビリテーション（訪問看護ステーション含む）に限らず、回復期リハビリテーション、地域包括ケア病院でのリハビリテーションに従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の皆様、に私たちの作成したチェックリスト項目の妥当性の確認、およびその実施を明らかにするための質問紙調査にご協力いただきたく存じます。ご協力いただいた結果をもとに、現状の把握と、より効果的なリハビリテーション実践にむけたチェックリストおよび教育プログラムの開発に役立てたいと考えております。

具体的には、①訪問リハビリテーション（訪問看護ステーション含む）、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病院で勤務する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士全員を対象とし、②性・年齢・勤務形態・所属（訪問・回復期・地域）・資格取得後年数などの基本情報、③質問項目（20項目）の実践状況等を無記名でご回答いただく予定です。何卒、ご協力いただきたく存じます。

【目的】
効果的な訪問リハビリテーション実践のためのチェックリストに基づいて作成した質問項目の妥当性と、在宅および病院におけるリハビリテーションにおける実践状況について明らかにすることを目的とします。

【方法】
・質問紙調査
(留置法で行い、個別の封筒は研究機関にて開封します。)

【研究上の留意点】
(1) 個人情報についての配慮
・個人が特定される情報は含まれません。
(2) 研究協力者の同意
・ご回答を持って同意いただいたものとさせていただきます。匿名の質問紙であるため、ご回答提出後の撤回はできません。
(3) 研究資金
・星城大学研究倫理専門委員会の承認を受け、平成 25-27 年度科学研究費補助金若手研究(B) (効果的な訪問リハビリテーション実践のためのチェックリスト開発と効果検証研究)により実施します。

【お問い合わせ先】
星城大学「リハビリテーション学部作業療法学専攻 大浦 智子
愛知県東海市富貴ノ台 2 丁目 172 番地
TEL: 052-601-6000(代表) / 052-601-6776(直通)

施設番号: 記欄日: 2016 年 月 日

1. あなたのことを教えてください。

1) 性 (どちらかに○をつけてください) a. 男性 b. 女性

2) 年齢 歳

3) 資格をとってからの年数 年目 (例: 1 年目の場合は「1 年目」)

4) 今の勤務形態 (どちらかに○をつけてください) a. 常勤 b. 非常勤

5) 今の配属 (兼務の場合は、主となる部門を一つだけ選択してください。)

a. 訪問リハビリテーション (病院) b. 訪問リハビリテーション (診療所)
 c. 訪問リハビリテーション (老人保健施設) d. 訪問看護ステーション
 e. 回復期リハビリテーション病棟 f. 地域包括ケア病院 g. その他 ()

6) 今の配属先での期間 年目 (例: 1 年目の場合は「1 年目」)

2. 最近 1 カ月における、(上記の 1-4) で選択した主たる部門での実践状況をお答えください。

【記載の仕方】
各質問項目のうち、0「まったく行わなかった」から 10「すべての人に行っか」のうち、あてはまる数字に○をつけてください。

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

【目標設定】

1) あなたは、対象者および家族が考える「送りたい生活」を把握しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

2) あなたは、対象者や家族が感じている「出来るようになりたいこと」や「困っていること」と、その優先度を把握しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

3) あなたは、あなたの視点からみた「望ましい生活」や「出来るようになったらよい」ことを、対象者や家族に伝えましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

4) 対象者とあなたは、対象者および家族が考える「送りたい生活」をふまえた「望ましい生活」について、共有しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

5) 対象者とあなたは、これから「出来るようになりたいこと」や「困っていること」の優先度を共に考えましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

【課題の分析】

6) あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因について、ICF の活動・参加について評価しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

7) あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因について、ICF の健康状態や心身機能・身体構造について評価しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

8) あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因について、ICF の環境 (物理的・人的・制度的) について評価しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

9) あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因を特定するために、ICF に基づいて評価した結果を統合的に分析しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

10) あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因を特定し、対象者や家族にわかりやすく伝え、理解が得られましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

【プランの提案】

11) あなたは、優先度の高い目標が出来ない原因を特定し、健康状態や環境をふまえた解決方法の選択肢を複数挙げましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

12) あなたが挙げた解決方法の選択肢は、実生活にみあっていたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

13) あなたが挙げた解決方法の選択肢は、根拠に基づいていましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

14) あなたは、挙げた解決方法の選択肢の利点と欠点を、対象者や家族にわかりやすく伝えましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

15) あなたは、挙げた解決方法の選択肢のうち、専門の立場からの助言を行いましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

【具体的なプランの立案と実施】

16) あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、目的にみあっていましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

17) あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、根拠に基づきましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

18) あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、対象者や家族の意向を反映していましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

19) あなたが立案した課題を解決するための具体的なプランは、現状で実施可能でしたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

20) あなたは、課題を解決するための具体的なプランと目的について、対象者や家族の理解のもと、決定しましたか?
 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

3. 2 の質問項目 1) ~ 20) のなかで、あなたが「行う必要がない」と感じるものはどれですか? 上位 3 項目と理由を挙げてください。

項目番号	理由
1位	
2位	
3位	

4. 2 の質問項目 1) ~ 20) のなかで、あなたが「行いたいけど行にくい」と感じるものはどれですか? 上位 3 項目と理由を挙げてください。

項目番号	理由
1位	
2位	
3位	

5. リハビリテーションの目標設定とプログラムの立案について、日々の業務の中で感じていること等、ご自由にお書きください。

質問は、以上です。ご協力ありがとうございました。

説明 1: 経験年数については、質問紙回答「6 年目」以上・「5 年目」以下をそれぞれ本報告の 5 年以上・5 年未満、同様に質問紙回答「4 年目」以上・「3 年目」以下をそれぞれ本報告の 3 年以上・3 年未満とした。

説明 2: 本報告における実践状況は、質問紙の 2 の回答を対象とした。

10 | 訪問リハビリテーション研究 第 2 巻(2023 年)

や参加者は実践の質を向上させることに特に意欲的である可能性があり、一般化可能性は限られている。また、データ収集が2015年9月であることから時代の変化も懸念される。養成校の指定規則の改正により、2020年度入学以降の教育課程では通所や訪問リハに関する教育が必須化されたが、本報告の対象者には影響はないと考える。

IV. 結 論

資格取得後5年以上であっても、訪問リハ配属開始時には対象者の活動・参加に関する評価と、対象者や家族の意向をふまえたプランの実施を意識的に行う必要性が示唆された。加えて、ICFで統合的に分析し対象者や家族に分かりやすく伝えること、根拠に基づくプランの立案については従事期間の長短に関わらず、実践能力の向上を図る必要性が示唆された。

研究資金

本研究の実施・報告にあたり、JSPS科研費25750238および20K13689の助成を受けた。

利益相反

本報告に関連する利益相反はありません。

謝辞

調査にご協力いただいた皆様に深謝します。

文 献

- 1) 日本訪問リハビリテーション協会：訪問リハビリテーションとは。 <https://www.houmonreha.org/association/> (2023年12月26日アクセス)
- 2) 世界保健機構 (WHO)：国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-。中央法規，2002。
- 3) 厚生労働省：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書。 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf> (2023年12月26日アクセス)
- 4) 吉川ひろみ：すべての人によい作業を。日本作業療法士協会 (監修)：“作業”の捉え方と評価・支援技術-生活行為の自律に向けたマネジメント-。p.15-26。医歯薬出版，2011。
- 5) Dolan JG: Shared decision-making -transferring research into practice: the analytic hierarchy process (AHP). Patient Edu Couns 73: 417-425. 2008.
- 6) Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, et al.: Evidence-based Medicine: How to practice and teach it 4th edn. Elsevier, 2011.
- 7) Elwyn G, Laitner S, Coulter A, et al.: Implementing shared decision making in the NHS. BMJ 341: c5146, 2010.
- 8) Ohura T, Tsuyama T, Furusawa M, et al.: Factorial validity and internal consistency of a practitioners' checklist for therapists in rehabilitation. JBI Evidence Implementation 19(4): 387-393. 2021.
- 9) e-GOV法令検索：理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則。令和四年文部科学省・厚生労働省令第三号による改正。 <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=341M50000180003> (2023年12月26日アクセス)
- 10) 日本訪問リハビリテーション協会：日本訪問リハビリテーション協会 認定訪問療法士 要綱。(2023年12月26日アクセス) https://www.houmonreha.org/mypage/authorization/download/download01_20190308.pdf
- 11) IBM Corp.: IBM SPSS statistics for Windows. Version 23.0. Armonk: IBM Corp; 2015.
- 12) 大川弥生：生活機能 (functioning) 向上にむけたリハビリテーション-目標指向的プログラムにたつて-。日老医誌40: 582-585, 2003.
- 13) 水野里咲, 榊原唯, 阿部優奈, 他：病院と訪問における作業療法士の役割と必要なスキル-学生の視点による質的研究。作業療法ジャーナル53(9): 1014-1018, 2019.