

介護支援専門員からみた 理学療法士に関するアンケート結果

資料調査部では、理学療法士と介護支援専門員との連携を強化し、より良いサービス提供に繋げることを目的に、令和元年11月に兵庫県介護支援専門員協会の各支部393施設に対して、理学療法士に関するアンケート調査を実施しました。

回収したアンケート168施設の結果を集計し、介護支援専門員が理学療法士に求めることや良かったこと、困っていることなどについて分析しました。今回の結果をもとに、介護支援専門員との連携強化を図り、患者様や利用者様へのより良いサービス提供の一助となりましたら幸いです。アンケートにご協力いただきました介護支援専門員の皆さま、ありがとうございました。

アンケート依頼件数：393件

アンケート回収件数：168件

回答率：42%

令和2年9月
一社) 兵庫県理学療法士会
資料調査部

目次

目次 (P2)

I. 回答施設の基本情報 (P3)

II. 理学療法士全般について (P4～P5)

- ・ 理学療法士という職種について
- ・ 理学療法士と作業療法士の違いについて
- ・ 理学療法士と連携する際のリハビリテーションに関する説明について
- ・ 理学療法士と連携をとる機会について
- ・ 今後理学療法士ともっと連携をとりたいと感じている機会について
- ・ 連携をとる上で、理学療法士に求める項目について

III. 病院で働く理学療法士について (P5)

- ・ 退院前カンファレンスや退院時の患者情報（サマリーなど）で理学療法士から知りたい内容について
- ・ 退院前訪問（家屋評価）の結果について、理学療法士から知りたい情報について

IV. 介護保険領域で働く理学療法士について (P6～P7)

- ・ サービス担当者会議で理学療法士に求める内容について
- ・ 訪問リハビリテーション導入で良かった内容について
- ・ 通所リハビリテーション導入で良かった内容について

V. 自由記載での回答 (P7～P15)

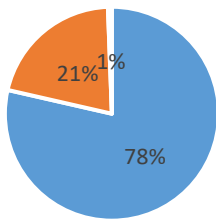
- ① 退院前カンファレンス開催の必要性について
- ② 退院前カンファレンスや退院時の患者情報について
- ③ 理学療法士による退院前訪問（家屋評価）の必要性について
- ④ 退院前訪問（家屋評価）についてのご意見について
- ⑤ サービス担当者会議に関するご意見について
- ⑥ 訪問リハビリテーションにおいて、作業療法士ではなく理学療法士を指定してサービスを依頼されたことがあるかについて
- ⑦ 訪問リハビリテーションに関する理学療法士への要望について
- ⑧ 通所リハビリテーションに関する理学療法士への要望について
- ⑨ その他自由記載

I. 回答施設の基本情報

理学療法士（以下.PTとする）に関するアンケートについて、兵庫県介護支援専門員協会の各支部168施設の介護支援専門員（以下.CMとする）から回答があった。回答があったCMの78%は居宅介護支援事業所、21%は地域包括支援センターのCMであった。回答数の多いエリアとして阪神エリアが49人と最も多く、次いで東播磨エリアが39人であった。回答があったCMの経験年数は1年目から21年目まであり、特に6年目～10年目、次いで11年目～15年目のCMが多かった。また、CMが保有する資格として、介護福祉士が54%と半数を占めていた。また今回、回答があったCMにPTや作業療法士（以下.OTとする）の国家資格を有する者はいなかった。

回答施設の種類

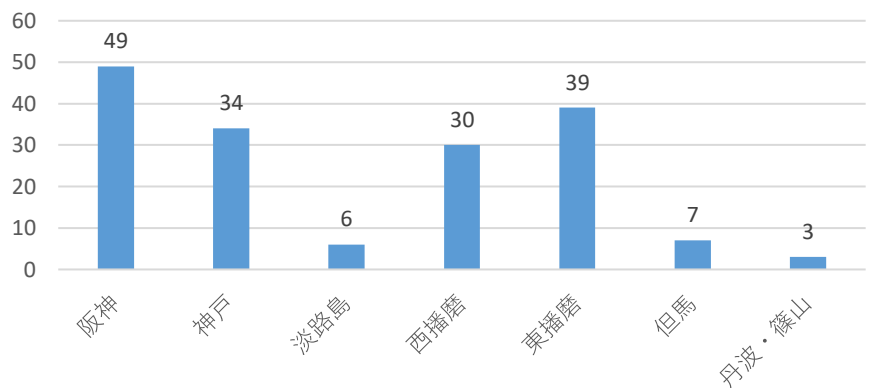
(有効回答数168)



- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 在宅介護支援センター

介護支援専門員協会のエリア別人数

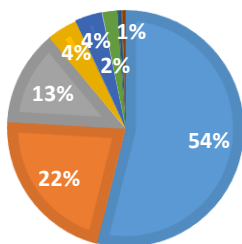
(有効回答数168)



介護支援専門員の保有資格

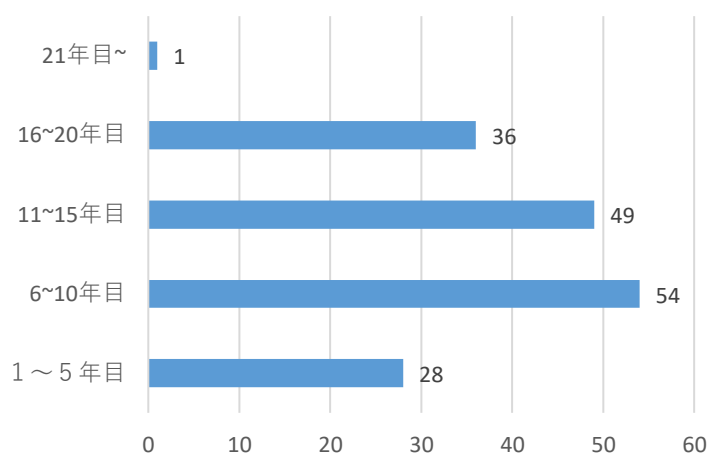
(有効回答数168)

- 介護福祉士
- 社会福祉士
- 看護師
- 社会福祉主事
- 精神保健福祉士
- 歯科衛生士
- 保健師
- 管理栄養士



介護支援専門員の経験年数別人数

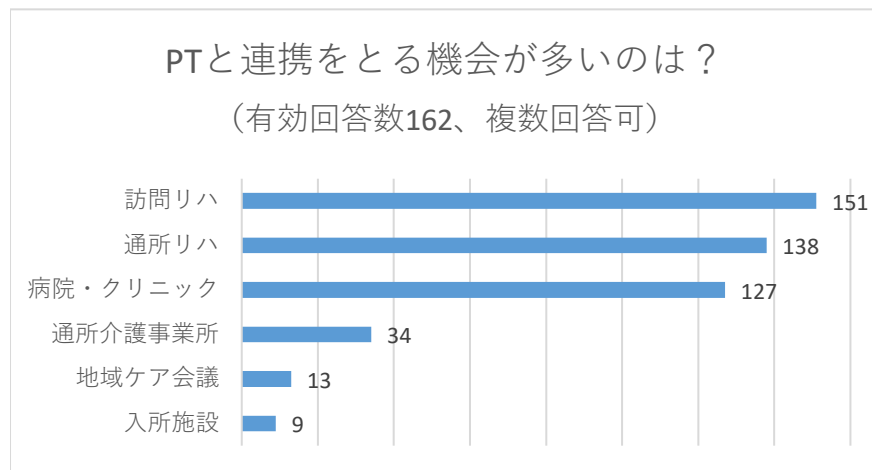
(有効回答数168)



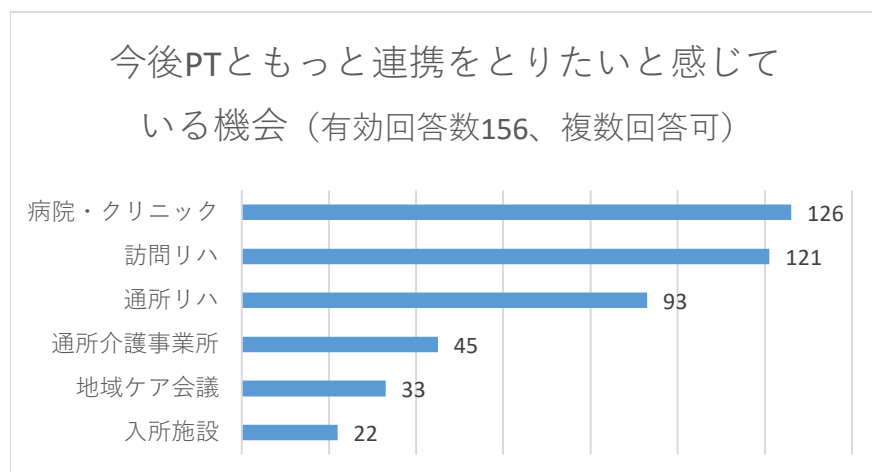
Ⅱ. 理学療法士全般について



『PTという職種について』の設問に対し、99%が役割をよく知っていると回答し、また『OTとの違いについて』の設問に対し、96%が役割の違いについても知っていると回答した。『PTと連携する際のリハビリテーションに関する説明について』の設問に対し、93%がとても分かりやすい・分かりやすいと回答し、7%が分かりにくいと回答した。PTの説明が分かりにくい要因として、自由記載より「PTのコミュニケーションスキルの低さ」、「専門用語が多く早口」、「CMと病院勤務のPTとの考え方の違い」などが考えられる。



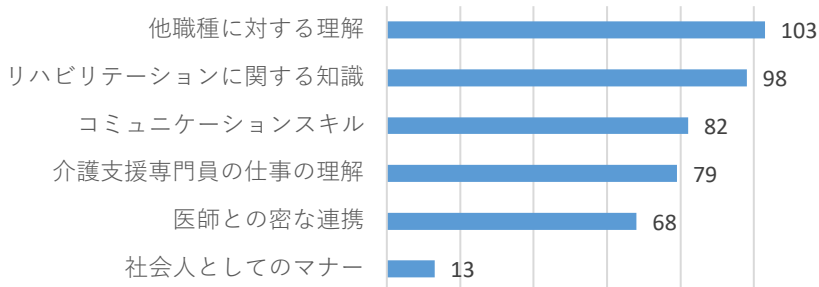
『PTと連携をとる機会について』の設問で最も多かったのは訪問リハであり、2番目に通所リハ、3番目に病院・クリニックであった。



『今後PTともっと連携をとりたいと感じている機会』について最も多かったのは病院・クリニックであった。2番目に訪問リハ、3番目に通所リハであった。

連携をとる上で、PTに求める項目

(有効回答数160、複数回答可)

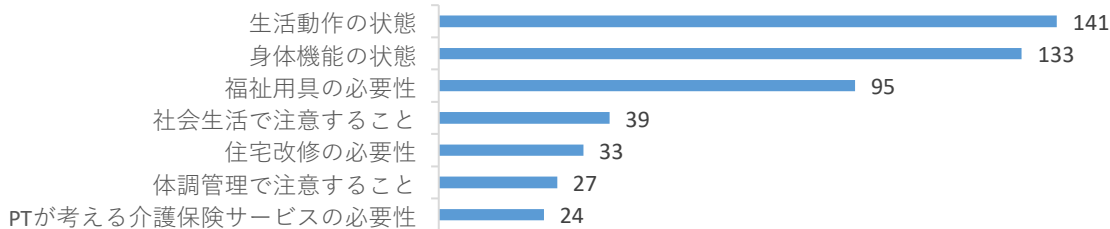


『連携をとる上でPTに求める項目』として最も多かったのは「他職種に対する理解」であった。2番目は「リハビリテーションに関する知識」、3番目に「コミュニケーションスキル」であった。

Ⅲ. 病院で働く理学療法士について

退院前カンファレンスや患者情報（サマリー）でPTか

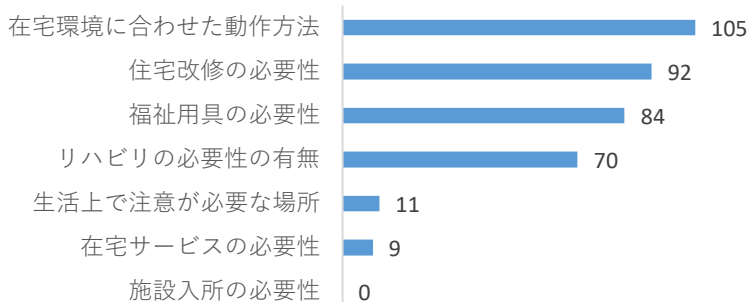
ら知りたい内容（有効回答数168、複数回答可）



『退院前カンファレンスや患者情報(サマリー)でPTから知りたい内容について』の設問では、「生活動作の状態」が最も多く、2番目に「身体機能の状態」であった。また『退院前カンファレンス開催の必要性』についての設問で、「入院前と退院時で身体状況・ADLが著しく変化したときに必要性を感じる」という回答が55件あった。理由は様々であったが、「PTから専門的な意見をもらうことで必要なサービスの提案ができる」という回答があった。その他、「退院後のリハビリ継続が必要なとき」、「ご自宅の住宅改修など環境調整が必要なとき」、「在宅での日常生活でリスク管理が必要なとき」等の回答があった。(7ページの①参照)

退院前訪問についてPTから知りたい情報

(有効回答数166、複数回答可)

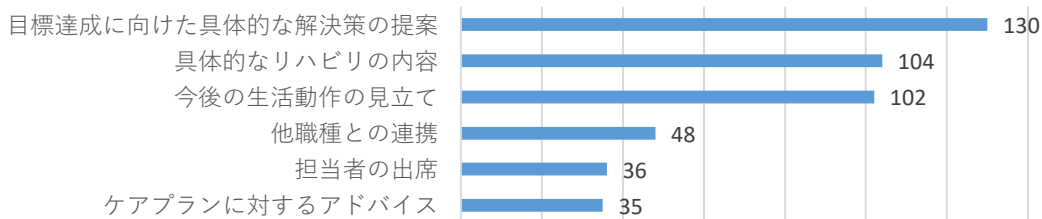


『退院前訪問についてPTから知りたい情報について』の設問では、「在宅環境に合わせた動作方法」が最も多く、次いで「住宅改修の必要性」、3番目に「福祉用具の必要性」であった。

IV. 介護保険領域で働く理学療法士について

サービス担当者会議でPTに求める内容

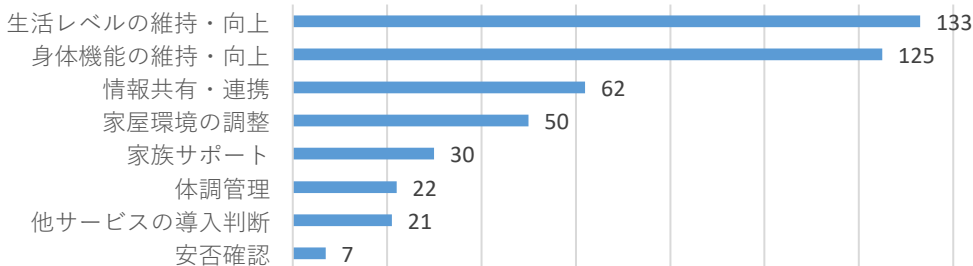
(有効回答数156、複数回答可)



『サービス担当者会議(以下:担会)でPTに求める内容』として最も多かったのは「目標達成に向けた具体的な解決策の提案」であり、2番目に「具体的なリハビリの内容」、3番目に「今後の生活動作の見立て」であった。しかし『担会についてのご意見』では、「質問しても求めている意見がかえってこない」、「PT中心で話されることが多い」、「到達できそうな目標を示してほしい」などPTのコミュニケーションスキルの低さやCMとの認識の違いなどがあるように思われる。(11ページの⑤参照)

訪問リハビリ導入でよかった内容

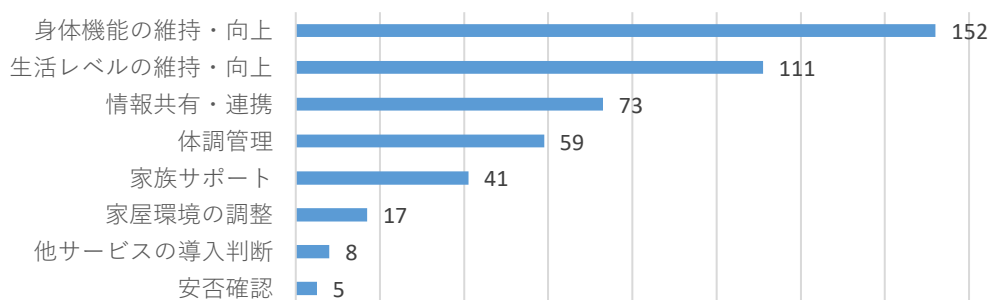
(有効回答数155、複数回答可)



訪問リハについてはCMと連携する機会が多く、また今後も連携をとりたいと感じているということが上記アンケート結果より分かる。そして『訪問リハ導入でよかった内容』として最も多かったのは「生活レベルの維持・向上」であり、2番目に「身体機能の維持・向上」であった。しかし『訪問リハに関するPTへの要望』として、「コミュニケーションスキルの低さ」、「専門用語が多く分かりにくい」、「PTとしての能力の差」についての回答が多かった。また「維持するだけの継続的なサービス提供は困る」、「生活の中でのリハビリに移行し訪問リハの卒業を考えてほしい」という回答もあった。(13ページの⑦参照)

通所リハ導入で良かった内容

(有効回答数163、複数回答可)



『通所リハ導入で良かった内容』として最も多かったのは「身体機能の維持・向上」であり2番目に「生活レベルの維持・向上」であった。この結果より通所リハのPTには身体機能の維持・向上について求められていることが考えられる。しかし『通所リハに関するPTへの要望』には、「家での生活を意識したリハビリをしてほしい」、「在宅でできるリハの動機づけをお願いしたい」など、在宅生活につながるリハビリを求めていることも伺える。

(14ページの⑧参照)

V. 自由記載での回答

①退院前カンファレンス開催の必要性について (有効回答数154)

入院前と退院時で身体状況・ADLが著しく変化しているとき (55件)

その理由

- ・ リハビリの必要性と在宅環境に則した福祉用具、住宅改修の必要性を確認したい。
- ・ 住環境整備、毎日の生活における支援、リハビリ等の支援する体制を整え在宅復帰をスムーズに行うため。
- ・ 本人さんと家族さんの不安をとる。サービス事業者との現状の情報共有のため。
- ・ 環境整備や他のサービスの導入、生活上の注意動作など共有したい。
- ・ 理学療法士から専門的な意見をもらうことで必要なサービスの提案ができる。
- ・ 在宅生活に戻って自立できるか、どこまで回復できるかを知りたい。

退院後のリハビリの継続が必要なとき

その理由

- ・ 入院中はほぼ毎日の頻度でリハビリを行うが退院後は意欲が低下するため。
- ・ 入院中には「毎日リハビリをした」と利用者様から聞きますが、退院した途端何もなくなり在宅生活でリハビリが必要なのか、どのようなリハビリが良いのかアドバイスが欲しいです。

ご自宅の住宅改修など環境調整が必要なとき

その理由

- ・ 退院後在宅への生活がスムーズに行える為。
- ・ 体に合わないものの利用で利用者が悪化してほしくないから。
- ・ 実際の住環境に合わせたアドバイスが欲しいです。
- ・ 病院で働くPTは在宅生活を知らないため。

在宅での日常生活に必要なリスク管理

その理由

- ・ 病院では転倒防止のために監視されるが、在宅では常に監視ができる状況はない。カンファレンスで「転倒リスクが高い」というのはありきたりすぎ。具体的なリスク管理方法が知りたい。
- ・ 入退院を繰り返さないために。状態が悪化しないように。
- ・ 例えば転倒へのリスク、できることとできないことが明確になり対応が素早くできる。

②退院前カンファや退院前情報（サマリー）について（有効回答数75）

・在宅生活に向けた具体的、現実的な情報がほしい

- ・ 自宅同様の環境で動作ができるか。自宅の様子に合わせてほしい。（例えば、ベッドはどちらから起きるのか）
- ・ 病院でのリハビリが自宅に帰った時にどう在宅サービスと結びつくのか？しっかり説明してほしい。ある程度、訪リハなどの説明もしておいてもらえると導入しやすくなる。
- ・ 患者さんのできること、できそうなこと、逆にできないことなど、教えていただけるとありがたいです。関節可動域の数字とか、実際ケアマネには不要です。
- ・ 具体的にどんなことに注意が必要かを教えて頂きたい。PTの常識がケアマネの常識ではないので。
- ・ 日内差について伺いたい。
- ・ 特にICFによる活動「できる能力」「している能力」を具体的に教えていただきたい。生活上の注意点など本人家族に指導したことを教えていただきたい。
- ・ 患者の家族との関係性、金銭面、本人の意向も含めて話し合い出来ればよい。理想論でなく。

リハビリについて

- ・ 回復期病棟では、退院前カンファレンスにPT、OT、STの出席がありますが、急性期の病院では出席されないケースが多い。看護サマリーのようにリハビリサマリーがあればいいと思います。
- ・ 自宅でできる自主訓練などの情報があればありがたい。
- ・ 退院後に通りハ・訪リハと連携を取ってもらえると良いです。
- ・ 今後のリハビリの必要性の度合い。（デイに週3回行った方が良いとか）

その他ご意見

- ・ 病院と訪問系の見立て違いをたまに感じる。（家屋環境は写真だけではわかりづらい）
- ・ 必要があればカンファレンスを積極的に開催していただきたい。
- ・ 専門用語を早口で言われるとわかりにくい。
- ・ 退院後に支援してくれる事業所に対してリハサマリーを早めにほしい。

- ・ 退院前カンファレンスへの同席がないため具体的な身体機能、今後退院に向けての取り組みが分からないと思いながら参加している。
- ・ 自宅での生活の想像力に欠けた提案をされることが多い。（主旨とはずれますが・・・）
- ・ 看護・リハビリサマリーが見やすいフォーマットを希望。
- ・ 入院時に到達できなかった課題が、在宅にもどって引き続き継続していけるような連携シートのようなものがあれば、わかりやすい。見やすくて全体のイメージが伝わりやすいもの。
- ・ 残存能力や本人のモチベーションアップの方法等を教えていただくことで、関わりがしやすくなる。サービスについての助言はトラブルになり必要ない。
- ・ カンファは家屋調査でお会いできていたり、特別な配慮がいない方ならケアマネの参加は遠慮したい。特に書類を読み上げるだけのカンファの参加は必要性を感じない。

③PTによる退院前訪問（家屋評価）の必要性について（有効回答数144）

・ADL、状態が大きく変化し、環境調整が必要な場合（51件）

その理由

- ・ 病院で働くPTは在宅生活を知らないため。
- ・ 転倒予防や不活化の予防のため。
- ・ いきなり退院すると大変だったりします。せめてトイレまでの動線は確保したい。本人は大丈夫と言うがその認識が危なかったりします。
- ・ 転倒等によるさらなる身体状況の悪化や、動作がスムーズに行えない事による精神面の落ち込み、意欲低下をまねき、本来望まれる生活を行えなくなることが考えられるため。

その他の状況

- ・ 本人・家族が環境調整の必要性を感じていない場合→専門家からの説得、自分では「大丈夫。できる。」と言われるが、実際、家に帰ってからADLに支障が出る場合がある。
- ・ 本人が住宅改修を希望している場合→希望していなかったり、経済的に困っている家庭に「住改をしないと退院できない」と言われ困っているという話を聞く。
- ・ 家屋が古く段差が多い場合。
- ・ 福祉用具、住宅改修が必要な場合→安心、安全に生活するために。
- ・ 生活範囲を広げるため。（自宅～地域）
- ・ 本人や家族の希望とケアマネだけでは知識が薄く、的確な評価はできかねる→専門職でなければ完全な評価が難しい。本人に合う評価をしていただける。

④退院前訪問（家屋評価）についてのご意見（有効回答数72）

良かったこと

- ・ 熱心に取り組んでくださっているのでとても参考になります。
- ・ 家屋評価はいつもコピーをいただき助かっています。
- ・ 的確なアドバイスが頂けるので大変ありがたいです。

要望

- ・ 家族の介護の負担も考えてもらいたい→病院の理学療法士は本人重視に偏っている。実際にできる介護には限界がある。
- ・ 病院勤務のみのPTだと在宅が見えていないことが多くある。
- ・ 入院後早い段階で家屋訪問をされますが、高齢世帯の場合よく勘違いをされ、すぐ退院になると思われ込まれたり住宅改修の話をなかなかしてくれないとイライラされている場合をよく見ます。十分な説明が必要です。
- ・ 病院のPTは箱ものの中での生活を基準に必要な無理だ等断言されるが在宅では様々な個々の状況があり、施設より柔軟に対応していただきたいと思うことがある。
- ・ 積極的過ぎてPTの範囲をこえてケアマネの領域にまでこられると困る。
- ・ 自立支援を目的とした福祉用具、住改のための関係職種との話し合いをする上で、本人、家族に分かり易い言葉や表現で伝えることが大切である。福祉用具の選定や細かなニーズに合わせた提案は相談員の意見を参考にしてほしい。リハ職の提案を「絶対にこうすべき」と決めつけないで欲しい。意見交換を上手にしましょう。
- ・ 家屋評価で「残りの入院期間でリハビリを強化しましょう」と帰られますが、どのくらい強化して、どの位回復できたのかを教えてください。住環境が整わないうちに退院になる事があり、対応に困る。
- ・ 同行できればと思うので、お声かけ頂けると助かります。色々ご提案くださっても実際の生活に戻ると不要であったり、逆に自立をさまたげる事もあるため在宅を知るケアマネと一緒にいいと思います。
- ・ 何のために訪問しているのか利用者、ご家族にわかるように説明してください。病院側都合としか思えないような発言は注意してほしいです。
- ・ 利用者本人が想像通りの動きを自宅ではしないことを認識する良い機会だと思います。自宅を見ずにあれこれアドバイスされても溝は深まるばかりです。
- ・ 家屋評価でPT、OTと揃って参加して下さったときに二人とも意見が違ってお客様が不安になるような場面を経験したことがありある程度、打ち合わせをしてきてほしいと思う。
- ・ 病院の療法士さんのアドバイスは参考にしていますが、あくまでも病院での動きで提案をされるため、在宅に戻られた利用者さんにとって適切なアドバイスにならないことが多いです。
- ・ 患者さんの経済状況によって、導入できるサービス改修内容に差が出ることも多いので、その辺も気を回してもらえると、後々助かります。
- ・ 病院主導の訪問は住改、福祉用具利用において、混乱をきたす場合あり。加算のためではなく、利用者のための訪問を行ってほしい。

- ・ その方が在宅生活を安全に送る視点は大切ですが、今まで暮らしてきた家でその人らしく生活できるという視点も大切にしてもらいたい。
- ・ 他機関同席していても、あまり関心がない様子を感じます。
病院は病院。在宅は在宅という考えがあるのか・・・とと思いましたので、同じ関係機関として本人が在宅で安心して過ごせるよう、共にお考えいただけたらと思うことがあります。
- ・ 病院で働くPTとは意見が合わないことがよくある。身体機能ありきで話され、生活全般(その人の価値観、金銭感覚)を考えないことが多々ある。
- ・ 退院後訪問もあれば良い。
- ・ 住宅改修について意見を頂いたことがあるが、家を病院と同じ環境に変える事がはたして最良か。手すりだらけにする事を推奨せず、代替動作?とかを提案し、高さに関してはEntまでの課題にしてくれるPTが少しずつ増えている様にも思う。

⑤ サービス担当者会議に関するご意見について（有効回答数56）

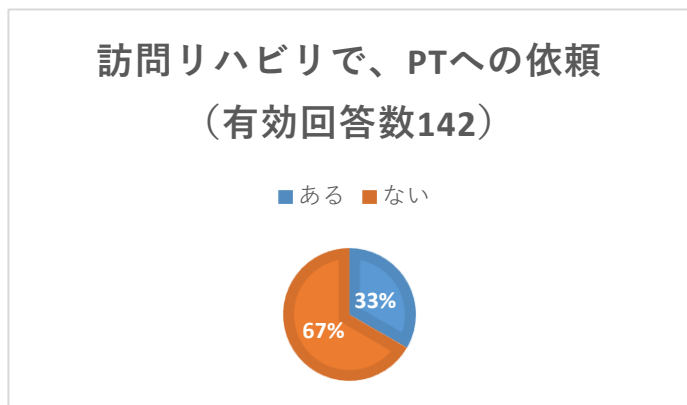
良かったこと

- ・ 担当者会議に参加してくださる機会が増えているように感じます。
- ・ いつもの確に指導して下さります。在宅の（訪問リハビリ）のPTの先生は良く在宅高齢者の生活を理解しています。

要望

- ・ 事業所の特徴なのかおとなしい療法士様が多い。こちらから意見を求めても具体的に質問しているが求めているご意見が返ってこないのが困る。専門職としてもっと積極的に会議に取り組んでほしいところがある。
- ・ リスクについてもしっかりと伝えてほしい。
- ・ リハ特化型デイサービス利用の場合 PTとOTも参加してもらいたいけどほとんど参加することはない。自宅での生活の状況を見てもらいたい思いはある。
- ・ 担当者会議の時にPT中心に話をされることがあるので困る。
- ・ サービスを利用する目標を明確化し、介護保険サービスからインフォーマルへ切り替えるタイミングなどを共有したい。
- ・ 到達できそうな目標を示してほしい。
- ・ 担当者は前もって打ち合わせをします。リハビリの先生がまずは良い評価を言ってくれると本人と家族が喜ぶ。そこから次こうしたらもっと良くなる。つぎはこれしましょうとできていることを一つ二つ言ってほしい。下向きになっている人にも何か良いことを話して。
- ・ 提案はいいが押し付けには注意してほしい。
- ・ 予後のことを教えて欲しい。
- ・ 訪問系の方のサービス担当者会議の出席はありますが、通所系の方のサービス担当者会議にも必ず出席いただけるとありがたいです。

⑥訪問リハビリテーションにおいて、OTではなくPTを指定してサービス依頼をされたことがあるかについて（有効回答数142）



その理由（有効回答数78）

ある理由

- ・ 外出を目指している方へのリハビリテーションの場合は理学療法士の方へお願いしています。
- ・ 身体機能の維持、向上を目的としたため。
- ・ 歩行状態の改善目的がメインの場合。
- ・ 呼吸系の疾患があり、呼吸リハを希望したかったため。
- ・ 家族よりも筋力の低下を防ぎたいとの希望があったため。散歩なども取り入れたため。
- ・ 脳梗塞などの後遺症による身体機能低下の際、機能回復を図りたい。
パーキンソン病などの難病の身体機能低下防止のため。

ない理由

- ・ 訪問リハはPTでもOTでもほとんどが生活動作に着目してくれるので特に指定はない。
- ・ 事業所に依頼しても人材不足でOTでと言われてしまう事も多い。
- ・ 事業所が話し合っ適切な人選をしてくれているため。
- ・ 指定してもいいのかわからない。その事業所にPT・OTの割合がわからない。

⑦訪問リハビリテーションに関するPTへの要望について（有効回答数65）

良かったこと

- ・ 自宅での体操表を作ってくれたり、報告もその日に状態変化は伝わったり個別に対応してくれています。
- ・ こちらからの質問に対して熱心に答えて下さるので、助かっています。

要望

- ・ 利用者様や担当ケアマネとのコミュニケーションスキルをもっとあげてほしい。
- ・ 事業所の考えもあると思うが、利用者の意向よりもサービス導入を先に考える。

- ・ 病院からの退院時、ほぼ自立されていてサービスの必要性を感じない方に訪リハの継続を勧めるのはやめて頂きたい。
- ・ 本人専属の担当者感が強く、ゴールがなく何年も同じ状態が続くことが多い。生活の中でのリハビリに移行し卒業を考えてほしい。
- ・ 担当者会議に出てきてもらえない事業所が多い（忙しく時間がとれない）。
- ・ 勝手に福祉用具を決めて発注されると困る。
- ・ ついつい訪問リハを導入すると長年にわたりダラダラとサービスが提供されるケースが多いので、期間を決めて、通所系や社会参加に行こうできるように一緒に考えていきたい。
- ・ もっと小さな事でいいので情報が欲しいです。
- ・ 訪問以外の日に自分でできることへのアドバイスや実際に行ってみての結果について、利用者に説明し、意欲や気力を持ってもらえるような訪問であってほしい。一緒に歩くだけのPTもおられましたので・・・。
- ・ （どの専門職も同じです）能力の差が甚だしい。
- ・ 要支援の利用者様が、訪問リハビリを利用して、介護状況が変わったことがあまりない。
- ・ 本人の活動参加拡大に向けて他のサービスの必要が出てきたら提案してほしい。
- ・ 疾患（高次脳機能障害）への理解がなかった。
- ・ 時間変更が多い、毎月の報告書や計画書がない施設がある。
- ・ 訪問看護から派遣されるPTは医療連携ということで月一回訪問看護師の派遣もしてくることが困る。
- ・ 経験での成功例を具体的に教えていただければ助かります。
- ・ 担当制をとられていると、担当者が休みの場合にその訪問が休み（なし）になることがある。身体機能（利用者）のことを考えると休みはしないでほしい。
- ・ 専門用語のオンパレードのような報告書、具体的な内容を誰にでもわかりやすい表現に。
- ・ 要支援の方で通所リハ（同事業所）ができないという、事業所都合の訪問リハは意味がないと思う。あきらかに利用者のご用聞きで、マッサージ中心のリハは維持・向上になっているのか、疑問に思うことがある。
- ・ OTの内容もPTが理解、リハできるくらいになってほしい。
- ・ リハビリのみでは日常生活を改善することはできないので、各関係機関と連携してサービス提供をしていただけたらと思います。
- ・ 利用者とのコミュニケーションをもっと取ってほしい。
- ・ 訪問から通所に切り替えが難しい。ある程度良くなった方で、訪問でなくてもよいのでは？と思う方もいる。訪問PTさんからも通所に切り替える話などをしてもらえたらと思います。
- ・ 目標設定を支援者、本人と共有しゴール設定を決め、維持するための継続的なサービス提供は困る。

⑧通所リハビリに関するPTへの要望について（有効回答数60）

良かったこと

- ・ 写真を撮って報告してくださる事業所があります。取り組まれていることが具体的にわかり、モニタリング時、リハビリについて聞き取りがしやすいです。
- ・ リハビリの成果を数字化して評価していただき、リハビリのモチベーションを上げてくださりよかったですと思います。

要望

- ・ 理学療法士というよりその他の健康管理や日中のあずかりという面での依頼が強い。
- ・ 回復させるのは大変だが頑張してほしい。利用者さんが少しでも現時点の状況が良くなるように願います。
- ・ 毎月1回の会議の参加を3か月に1回か6か月に1回にしてほしい。
- ・ 家での生活を意識したリハビリをしてほしい。リハマネ加算はそういった主旨のほうです。
- ・ 実際の住宅環境を想定し、具体的なリハビリもしてほしいです。
- ・ 評価の報告が毎回ほぼ同じで、変化がわからない。
- ・ 直接関わらない時間もリハビリを希望される方が多く専門性のある訓練をお願い出来れば有難いと思います。
- ・ 通所リハ事業所内の介護職とも連携して頂いて、利用中に有意義に過ごしていただけるようにしてほしい。
- ・ 軽度者に関しては、在宅でも行えるリハの動機づけをお願いしたい。だいぶ増えてきましたが、卒業を意識したリハを行ってほしい。
- ・ リハの時間が短いので、デイ利用中の自主トレ指導をしてほしい。
- ・ 利用者から、もっとリハビリしてほしいと言われることがあり（基本20分程度のリハビリ）。
- ・ 通所内でリハのみ担当されることが多くケアマネとの関わりは少ないと思います。必要時情報交換ができればと思います。
- ・ 利用者個々に必要なメニューの選択と提案。
- ・ カンファレンス、サ担の時に早口で専門用語を話され、利用者家族からクレームが出たことがありました。
- ・ 経験年数によるアドバイスや視点の違いに大きな差がある。また、積極的でない。
- ・ 自宅の中のことをよく知ってほしい。本人の性格、特性に対するアプローチ方法を他サービス、家人にも伝えてほしい。

⑨その他自由記載（有効回答数49）

良かったこと

- ・ ケアマネが見落としがちな視点で助言していただけるのでとても頼りにしています。
- ・ リハビリの先生方はみなさん熱心、前向きです。たくさん力をいただいています。感謝です。

- ・ 在宅では、1人1人の家屋状況に合わせてリハビリメニューも決めていただけるので、みなさん喜んでおられます。今後ともよろしくお願いします。
- ・ 専門的なアドバイスはケアマネが伝えるよりもはるかして説得力がありますので。
- ・ 色々お世話になっております。専門職として退院まで、本人の運動メニューを準備して下さり、考えて頂く方が嬉しい限りです。今後共、在宅の要介護者の方々が安心して過ごせるように共に頑張りましょう！
- ・ Drより身近で専門性があり、生活もサポートしてくれるので力強いパートナーと思っています。
- ・ 身体だけでなくメンタル面も向上させてくれたケースが多い。

要望

- ・ 利用者・家族の方がたまにマッサージ師と勘違いされることがあります。
- ・ コミュニケーションスキル、介護保険への知識の低い方もいます。
- ・ 介護支援専門員やケアプランに対してもっと積極的な発言頂ければ質やサービスの向上につながると思うので、お互いに意見を出し合えるようになりたいと思います。
- ・ 地域での講話、体操教室等に講師として出てきてほしい。
- ・ 特に病院のPTさんが、本人、家族の意志や環境等を無視して何でもかんでもサービスに結び付けがち。CMを通さず、ENT後に自分の病院の訪問リハを取り入れることを調整したりして目に余る方が多々いらっしゃいます。環境や価値観など、多岐に渡り考えてサービス調整しています。せめてCMを通して、サービス導入を進めていただきたいと常に感じています。
- ・ リハビリ卒業といわれますが、リハビリすることでADL維持向上ができていたりできることが増え、新たな目標を持つ方も多いので、卒業のタイミングがよくわかりません。
- ・ 報告は文章にて毎月頂いています。具体的にどの様な行動をどのくらいしているか聞きたいです。（歩行練習→自室から台所までを5往復。10分かかる）など。
- ・ 技術に対して疑問がある。呼吸器リハではできる人とそうでない人があり、担当者を変更してもらうこともある。
- ・ 癌末期の方のリハビリ、要介護度が高くほぼ寝たきりの方に対するリハビリの重要性をケアマネからも発信するが、まだ認識が薄い。
- ・ 訪問リハは本人、ご家族様に必要性を理解してもらいにくい時があります。
- ・ わかりやすい言葉で説明してほしい。（専門用語ではなく）
- ・ 担当者会議の出席をもっとしてほしいです。
- ・ 依頼がなくても必要だと感じた人に対しては積極的にリハビリ（在宅での）指導を行ってほしい。また何らかのリスクがある場合はリハビリ職からケアマネに連絡して相談があっても良いと思います。必要な方にリハビリが導入されていないケースはケアマネの知識不足だったり、連携不足、経験不足が指摘されるが、そればかりではないと思う。お互いの連携が必要です。
- ・ 訪問看護ステーションからのPTさん導入時の定期Ns訪問はいらないと思う。
- ・ 退院カンファ時、皆さんとても早口なので、もう少しゆっくり説明してもらえると助かります。いつもありがとうございます。今後ともよろしくお願いします。
- ・ 一方的にリハ会議の日時を設定され、参加者がケアマネしかいないことが多い。