

表 1-1 要介護認定者における要介護度の継時変化（初回及び第 2 回認定）－実数

2回 1回	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	死亡	転出等	合計
非該当	11	51	39	8	4	3	2	4	8	130
要支援	12	439	335	32	11	4	3	23	46	905
要介護1		122	1229	311	82	33	12	89	78	1956
要介護2	1	19	202	662	219	62	17	71	52	1305
要介護3	1	2	34	155	406	169	37	88	51	943
要介護4		1	13	32	109	431	117	86	38	827
要介護5			2	6	20	87	391	93	28	627
総計	25	634	1854	1206	851	789	579	454	301	6693

表 1-2 要介護認定者における要介護度の継時変化（初回及び第 2 回認定）－比率

2回 1回	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	死亡	転出等	合計
非該当	8.5%	39.2%	30.0%	6.2%	3.1%	2.3%	1.5%	3.1%	6.2%	100.0%
要支援	1.3%	48.5%	37.0%	3.5%	1.2%	0.4%	0.3%	2.5%	5.1%	100.0%
要介護1		6.2%	62.8%	15.9%	4.2%	1.7%	0.6%	4.6%	4.0%	100.0%
要介護2	0.1%	1.5%	15.5%	50.7%	16.8%	4.8%	1.3%	5.4%	4.0%	100.0%
要介護3	0.1%	0.2%	3.6%	16.4%	43.1%	17.9%	3.9%	9.3%	5.4%	100.0%
要介護4		0.1%	1.6%	3.9%	13.2%	52.1%	14.1%	10.4%	4.6%	100.0%
要介護5			0.3%	1.0%	3.2%	13.9%	62.4%	14.8%	4.5%	100.0%
総計	0.4%	9.5%	27.7%	18.0%	12.7%	11.8%	8.7%	6.8%	4.5%	100.0%

まず改善についてみると、改善者の率が最も高いのは要介護3の20.4%であり、最も低いのは要支援の1.3%である。注目されるのは要介護4、5のような重度の要介護者でも改善者が約18%とかなり多いことである。

一方悪化についてみると、一番悪化者の率が高いのは非該当の82.3%であり、要支援の42.5%以後はほぼ20%台になり、最も低

い要介護4でも14.1%である。

このように改善・悪化が少なくないことの結果、不変は非該当(8.5%)を除きほぼ4~6割範囲にある。

以上を大きくまとめると、表1-3の最下部(総計)にみるように、不変は約半数であり、悪化(23.2%)が改善(12.3%)の約2倍であった。

表 1-3 要介護認定者における要介護度の継時変化（初回及び第 2 回認定）
-改善・悪化等のまとめ

第 1 回 \ 変化	改善	不変	悪化	死亡	その他	計
非該当	0 0.0%	11 8.5%	107 82.3%	4 3.1%	8 6.2%	130 100%
要支援	12 1.3%	439 48.5%	385 42.5%	23 2.5%	46 5.1%	905 100%
要介護 1	122 6.2%	1229 62.8%	438 22.4%	89 4.6%	78 4.0%	1956 100%
要介護 2	222 17.0%	662 50.7%	298 22.8%	71 5.4%	52 4.0%	1305 100%
要介護 3	192 20.4%	406 43.1%	206 21.8%	88 9.3%	51 5.4%	943 100%
要介護 4	155 18.7%	431 52.1%	117 14.1%	86 10.4%	38 4.6%	827 100%
要介護 5	115 18.3%	391 62.4%	0	93 14.8%	28 4.5%	627 100%
総計	818 12.2%	3569 53.3%	1551 23.2%	454 6.8%	301 4.5%	6693 100%

2. 1 年間の要介護度の変化

以上のデータでは初回及び第 2 回の要介護認定の間の期間がケースにより極めて大きな差があるため、全体の傾向をみるにはよいが、一定の期間内にどの程度の変化があるかを把握するには不向きである。そのため、1 年間の間隔を置いた要介護度の変化を次に検討した。

1 年間の要介護度の変化を、実数を表 2-1、比率を表 2-2 に示す。縦軸に 1 年前（2002 年 3 月）の要介護度、横軸に現在（2003 年 3 月）の要介護度を示した。

この結果は要介護認定申請者の場合と同様に、斜めの列で示される「不変」の欄（網をかけて示す）より下の「改善」群にくらべ上の「悪化」群が多く、また全体に上にも下にもかなりの拡がり認められ、2002 年と 2003 年の 1 年間で要介護度の変動がかなり大きいことを示している。ただし前

述の要介護認定者（表 1）と比較すると、

「改善」に比べて「悪化」が多く、また「悪化」では 2 段階以上変化しているものが少なくないことがわかる。

すなわち、表 2-1 にみるように、要介護認定申請者の場合とほぼ同様に、最も多いのは 1 段階の変化であるが、2 段階、3 段階の変化も決して少なくなく、特に「悪化者」では 2 段階以上の悪化者がかなり多い。

変化の大きい例をみると、例えば 2002 年には要介護 5 であったが、2003 年には要介護 1 になったような 4 段階の改善（1 例）の例もある。逆に要支援が要介護 4、要介護 1 が要介護 5 になった 4 段階の悪化（計 9 例）、あるいは 2002 年には要支援であったが 1 年後には要介護 5 になった 5 段階の悪化（1 例）などのように大きな悪化を示す者もあった。

表 2-1 介護保険サービス利用者における要介護度変化（1年間の変化）－実数

2003 2002	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計
要支援	2	115	78	9		1	1	10	1			217
要介護1		28	573	124	22	13	8	45	11			824
要介護2		2	58	410	119	48	28	69	7			741
要介護3			7	38	304	130	26	57	7	3		572
要介護4			1	9	27	348	108	91	1	4	1	590
要介護5			1		1	18	413	138		3	2	576
総計	2 0.1%	145 4.1%	718 20.4%	590 16.8%	473 13.4%	558 15.9%	584 16.6%	410 11.6%	27 0.8%	10 0.3%	3 0.1%	3520 100%

表 2-2 介護保険サービス利用者における要介護度変化（1年間の変化）－比率

2003 2002	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計
要支援	0.9%	53.0%	35.9%	4.1%		0.5%	0.5%	4.6%	0.5%			100.0%
要介護1		3.4%	69.5%	15.0%	2.7%	1.6%	1.0%	5.5%	1.3%			100.0%
要介護2		0.3%	7.8%	55.3%	16.1%	6.5%	3.8%	9.3%	0.9%			100.0%
要介護3			1.2%	6.6%	53.1%	22.7%	4.5%	10.0%	1.2%	0.5%		100.0%
要介護4			0.2%	1.5%	4.6%	59.0%	18.3%	15.4%	0.2%	0.7%	0.2%	100.0%
要介護5			0.2%		0.2%	3.1%	71.7%	24.0%		0.5%	0.3%	100.0%
総計	0.1%	4.1%	20.4%	16.8%	13.4%	15.9%	16.6%	11.6%	0.8%	0.3%	0.1%	100.0%

表 2-1 をまとめて改善、不変、悪化、死亡、その他（転出、取り下げ、不明）のみに分けたものを表 2-3 に示す。

まず全体的にみると表 2-3 の最下部（総計）に示したように、不変は 6 割であり悪化（2 割）が改善（5.5%）の約 4 倍であった。

要介護認定者全員（表 1）と比較すると、今回の介護保険サービス利用者では、悪化者は 20.3%と要介護認定者で 23.2%であったのとほぼ同程度であったが、改善者は要介護認定者での 12.2%の半分以下と著しく少なかった。その結果改善者と悪化者との比率は要介護認定者では 2 倍弱であったのに対し、介護保険サービス利用者の 1 年間の変化では、4 倍弱になっていた。また不

変者は 61.4%と要介護認定者の 53.3%よりも多いが、これはむしろ改善者が少ないことによると考えられる。

なお第 1 回の要介護度と改善・不変・悪化・死亡等との関係をみると、改善者の率が最も高いのは要介護 2 の 8.1%であり、最も低いのは要支援の 0.9%である。

一方悪化についてみると、一番悪化者の率が高いのは要支援の 41.0%であり、要支援以降は約 2 割であった。

これを要介護認定者の場合と比較すると要支援者が 42.5%であったのに対し 41.0%、要介護 1 で 22.4%対 20.3%とほぼ同程度であり、それ以降は若干（5.5%～3.5%）サービス利用者の方が悪化率が高かった。

表 2-3 介護保険サービス利用者における要介護度変化（1年間の変化）

－改善・悪化等のまとめ

2002年 変化	改善	不変	悪化	死亡	その他	計
要支援	2 0.9%	115 53.0%	89 41.0%	10 4.6%	1 0.5%	217 100%
要介護1	28 3.4%	573 69.5%	167 20.3%	45 5.5%	11 1.3%	824 100%
要介護2	60 8.1%	410 55.3%	195 26.3%	69 9.3%	7 0.9%	741 100%
要介護3	45 7.9%	304 53.1%	156 27.3%	57 10.0%	10 1.7%	572 100%
要介護4	37 6.3%	348 59.0%	108 18.3%	91 15.4%	6 1.0%	590 100%
要介護5	20 3.5%	413 71.7%	0 0.0%	138 24.0%	5 0.9%	576 100%
総計	192 5.5%	2163 61.4%	715 20.3%	410 11.6%	40 1.1%	3520 100%

D. 総括的考察

個別的な問題についてはそれぞれの時点で考察を加えてきたので、ここでは総括的な考察を行なう。

1. 要介護認定者全員（初回－第2回）と介護保険サービス利用者（1年間）との間の差について

上に述べたように、本研究のいわば第1部である要介護認定者全員（6,693名）についての初回認定と第2回認定との間の変化と、第2部である介護保険サービス利用者（3,520名）についての1年間の変化との間には共通する面とともに若干異なる点もみうけられる。

共通する点は悪化者の率であり、要介護認定者では23.2%、介護保険サービス利用者では20.3%とかなり近い数字であった。

異なる点についていえば、最も大きく異なるのは改善者の率であり、要介護認定者では12.2%であるのに対し、介護保険サー

ビス利用者では5.5%と半数以下であった。また死亡者は逆に後者で多く、要介護認定者では6.8%であったのに対し、介護保険サービス利用者では11.6%と2倍近かった。その他（転出・取り下げ・不明）は前者で多く（4.5%）、後者（1.1%）の約4倍であった。これらを差し引いた結果、不変は前者で53.3%、後者で61.4%と後者でやや多かった。

このような差の原因としては次の3点が考えられる。

1) 非該当者の有無

要介護認定者については初回非該当者を含めているが、介護保険サービス利用者では（当然のことながら）これを含めていない。そこで、仮に前者（表1-3）から非該当者を除いて再計算すると、総計が6,563名となり、改善者12.5%、不変54.2%、悪化22.0%、死亡6.9%、その他4.5%と悪化率が僅かながら減少し、その分不変者が増える。しかし差は僅かであり、両群間の差

は依然として残る。

2) 期間の差

本来要介護認定は6ヶ月ごとに行われるべきものであるが、例外も認められ、また介護保険発足後しばらくの間は体制が整わない等の理由でかなり長期の間をおいた例が全国的にもかなりあったといわれている。現に本研究での要介護認定でも初回と第2回との間隔は個々に大きな差があり、一定の傾向を見出すことができない。

しかし両者の間で悪化者の率に大きな違いがないということは、継時変化をみた期間についても平均的にみて大きな差がないことを示唆するといつてよい。そしてそれにもかかわらず介護保険サービス利用者は全要介護認定者に比べ、改善者が半分以下で死亡者が2倍以上であるというような著しい偏りを示すことは決して期間の差で説明できるものではないと思われる。

3) 介護保険サービス利用の有無

そこで検討すべきことは、一方は要介護認定者全員であり、他方がそのうちの介護保険サービス利用者に限られているという差である。要介護認定者の全員が介護保険サービスを利用するわけではなく、家族の介護力を含め様々な理由で利用しない場合が少なくない。そしてその場合、サービス利用者の方に、たとえ要介護度は同じであっても疾患の有無、等の必ずしも要介護度に反映されない不利な条件が非利用者よりも多いことが予想される。そのような条件が今回の結果である改善者が少なく死亡者が多いという結果を生んでいると想像することは許されるであろう。

以上はいずれも事後的な推定であり、今

後の検討をまって結論を下すべきものである。

ただ本研究班の課題である「訪問リハビリテーションのあり方の検討」という見地からは、当然のことながら介護サービス利用者が対象であり、今後の考察もそれを中心に行うこととしたい。

2. 介護保険サービス利用者における結果について

介護保険サービス利用者における今回の結果として目立つのは次の3点である。

すなわち、①1年間の要介護度の変化はかなり大きく、悪化者が2割あったが、改善者も5.5%と決して少なくなかった（他に1割強の死亡者あり）こと。②改善者は要介護2・3に最も多いこと。③悪化者は特に要支援に多い（4割）ことである。

以下これに関連して次のように考察を加える。

1) 悪化原因の究明の必要

今回の研究では原因までは特定できなかったが、1年間に2割も要介護度悪化者がでるとするのはかなり大きな問題であり、その原因の究明が必要である。一般的に言って要介護度の低下の原因として考えられるのは、

- ①新たな疾病の発生、
- ②廃用症候群、特にそれがきっかけとなった「生活機能低下の悪循環」、の2つである。

このうち疾病に対しては生活習慣病をはじめとする各種疾患の予防及び早期発見・早期治療の体制を一層充実することが必要であり、介護保険サービスと医療との緊密な連携が必要となる。

第2の点はこれに劣らず重要で、介護保

険サービス利用者では「活動」「参加」(WHO・ICF 概念)の両方で生活全体が不活発になりやすく、そのために廃用症候群が発生しやすく、またそれが「活動制限」「参加制約」(ICF)を引き起こし、それがまた生活の不活発さを一層悪化させるという「生活機能低下の悪循環」を起し易い。

この点は特に訪問リハビリテーションのあり方を考える場合に重要で、訪問リハビリテーションは現在のような重度者中心ではなく、むしろ軽度者においてこのような「廃用症候群」や「生活機能低下の悪循環」を早期に発見し、早期に対応するものとして活用されるべきものであり、そうして始めて大きな効果を上げることができる。

今後この両面についての研究調査が必要であり、特に廃用症候群と「生活機能低下の悪循環」の頻度や発生のメカニズムについてのより深い研究が緊急に必要である。

2) 改善の可能性についての研究の必要

リハビリテーション全般、特に訪問リハビリテーションと「よくする介護」との両面における技術・プログラムの向上によって生活機能、特に「活動」(生活行為)の改善を図り、その結果要介護度の改善率の向上、悪化率の減少を図ることが重要であり、その点で一層の研究が必要であるが、既にその技術・プログラムの基本は確立されており、今後はその普及と一層の向上とを並行して行っていくことが課題である。

3. 介護予防の必要性

悪化率が要支援において最も高いことは大きな問題である。

介護保険法第18条第2項は要支援者に対

する保険給付を「予防給付」と名づけており、また第7条第4項は「要支援者」とは要介護状態となる恐れがある者としている。これと本報告書の最初に述べた第2条の保険給付の目的とをあわせ考えれば、要支援者に対する介護保険給付は要介護状態となることを予防するために行われるのが本来の姿である。

ところが今回の結果(表2-3)にもあるように要支援者において1年の間に4割が悪化し、しかも表2-2にみるように要介護1へと1段階悪化する者(約36%)だけでなく、要介護2以上の2段階以上の悪化者が計約5%あり、改善者(非該当となった者)の0.9%よりはるかに多いということは、法の精神・目的が全く実現されていないことを示している。

これは介護予防に関して抜本的な改革の必要性を示しているものといえることができ、その際在宅リハビリテーション、あるいはそれを含めたより広い在宅者に対する生活機能向上のための訓練・支援の充実が大きな意味を持つものと考えられる。

なお要介護認定者全員についての検討では、表1-3に示すように、初回において非該当であった者の実に82.3%が第2回認定で悪化(要支援以上への認定)を示しており、その内訳を表1-2でみると、要支援が最も多い(39.2%)というものの、要介護5までの実に6段階悪化したものを含め様々な程度の悪化を示している。

これはこのような非該当者に対しての介護予防(生活機能向上)の働きかけの重要性を示すものであり、今後はこのような非該当者、要支援者、あるいは要介護1・2

などの軽度者に対する有効な介護予防（要介護状態になることの予防と要介護度が進行することの予防）の技術・プログラム・システムの拡充が緊急の課題であることを示すものといえよう

E. 結論

以上介護保険サービス利用者の要介護度の経時的変化を①初回－第2回の比較、②1年間の変化の両面から検討し、僅か1年間で約2割が悪化し、改善は5.5%にとどまること、また非該当者、要支援者における悪化が著しいことを確認した。これは今後介護保険サービスを生活機能向上に効果的なものにしていく必要、特に介護予防の重要性を示すものであり、本研究班の課題に向けて重要な成果を得たものと考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

訪問リハビリテーション利用者の状況
—要介護度別利用状況と他サービス利用との比較—

分担研究者 中村 茂美 日本作業療法士協会 常任理事

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

研究要旨 訪問リハビリテーションのあり方を、介護保険サービス全体の中に位置づけて検討することを目的として、大都市近郊の総人口 31,065 名、65 歳以上要介護認定者数 5,210 名の介護保険広域連合組合で介護保険サービスを利用している者 3,520 名を対象とし、特に訪問リハビリテーション（広義）を受給している利用者 95 名に重点をおいて、要介護度別の訪問リハビリテーション利用状況を検討し、他の介護保険サービス利用状況と比較した。

その結果、訪問リハビリテーションの利用率は他サービスと比べて非常に低く、また重度者に偏っており、本来大きな可能性をもつものである訪問リハビリテーションが、きわめて消極的な意味でしか行なわれてない現状が確認された。

これは今後のあるべき在宅リハビリテーションのプログラム・システムを構築する上で重要なデータとなると考えられる。

A. 研究目的

訪問リハビリテーションは、以前から医療保険において部分的には行なわれてきたが、介護保険のスタートとともに本格的に行なわれるようになった。その点で、訪問リハビリテーションのあり方を検討する場合には、介護保険サービス全体のシステム・プログラムの中に位置づけて考える必要がある。

そのため大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、訪問リハビリテーション利用者の状況について一連の研究を行っ

た。

本報告ではそのうち要介護度別の訪問リハビリテーション利用状況を検討し、他の介護保険サービス利用状況と比較した結果を報告する。

B. 研究方法

1. 対象

大都市近郊の総人口 31,065 名、65 歳以上要介護認定者数 5,210 名の介護保険広域連合組合で介護保険サービスを利用している者 3,520 名を対象とし、その中で

2002年3月時点において訪問看護（7）（後述）もしくは訪問リハビリテーションを受給している利用者95名を対象とした。

2. 方法

当該介護保険広域連合組合の保管する認定ファイル、給付ファイルを使用した。

C. 結果と考察

1. 対象者の状況

1) 介護保険サービス受給要介護認定者

2002年3月に介護保険サービスを受けていた要介護認定者3520名を対象とした。内訳は男性1,070名、女性2,450名、平均年齢80.5±9.0歳であった。また要介護度別内訳は要支援217名、要介護1：824名、要介護2：741名、要介護3：572名、要介護4：590名、要介護5：576名であった。

2) 訪問リハビリテーション受給者

本研究では「訪問リハビリテーション」を広義にとらえて、狭義の訪問リハビリテーション（介護保険法第7条第9項に定める「訪問リハビリテーション」）だけでなく、訪問看護の中で理学療法士・作業療法士によって行なわれるもの（同法第7条8項の「訪問看護」のうち、同法施行規則第7条の規定によって理学療法士・作業療法士が行なうもの、以下「訪問看護（7）」と略称する）を含めてあつかうこととした。

その理由は、両者とも在宅の利用者に対し理学療法士・作業療法士が訪問して行なうものであり、準拠するサービス項目は異なるものの実質的には大きな差はないと考えられるからである。また実際問題としても今回の対象者95名のうち狭義の訪問リ

ハビリテーションの受給者は僅か10名（10.5%）に過ぎず、残り85名（89.5%）という圧倒的多数が訪問看護（7）を受けている者であり、後者がむしろ広義の訪問リハビリテーションの主体をなすと考えべきだからである。

本報告書では以下特に断らない限り「訪問リハビリテーション」の語を広義の意味で用いる。

対象者95名の内訳は男性58名、女性37名、平均年齢74.1±9.9歳であった。

2. 訪問リハビリテーション利用者の要介護度

訪問リハビリテーション利用者の要介護度別の分布を表1に示した。表には、上段に訪問リハビリテーション利用者全体の中での、また下段に全介護保険サービス利用者での要介護度の分布を示した。上段の括弧内に、全利用者の中での訪問リハビリテーション利用者の比率を示した。

これをみると、全介護保険サービス利用者中での訪問リハビリテーション利用者の率は全体としては低い（2.7%）が、要介護度が進むのに並行して増加し、要介護5で最も高く（6.9%）なることがわかる。

これは従来「リハビリテーションは本来入院・入所・通院・通所で行うべきものであり、それが困難である場合にやむをえず訪問で行うもの」という考えが強かったことの影響が如実に現れているものと考えられる。

しかしリハビリテーションを生活機能（WHO・ICF：国際生活機能分類による）、特に「活動」（生活行為）の回復・向

上と考える立場からみると、全く逆に、訪問リハビリテーションとは在宅という最も重要な生活の場で、生活行為を中心とする生活機能に直接働きかけてその向上を図ることのできる、最も重要な働きかけの場と考えるべきものである。

現在はまだこのような考え方が浸透せず非常に古い形の訪問リハビリテーションが行なわれていることがこの表から読み取ることができる。

3. 訪問リハビリテーションと他サービスとの比較

訪問リハビリテーションの利用者を、要介護度別に他の主な介護保険サービス（居宅サービスに限る）の利用者と比較したものを表2に示した。最下段に全介護保険

サービス利用者を示している。そして各要介護度別に、全利用者の中での、各種介護保険サービスの利用者の比率を示した。

これで見ると、まず全体として利用者が多いのは通所介護（3.5割）、訪問介護（3割弱）、通所リハビリテーション（1.4割）の順であり、訪問リハビリテーションは短期入所療養介護（4.8%）より更に低く、2.8%と最下位である。

更に要介護度との関連をみると、訪問介護は要支援者で最も多く行われ、約半数がこれを受けている。そして要介護度が進むとともに減少し、要介護3～5では約2割まで減少する。

表1 訪問リハビリテーション利用者の要介護度と全介護保険サービス利用者中の比率

要介護度	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
訪問リハ利用者		1 1.1% (0.1%)	18 18.9% (2.4%)	18 18.9% (3.1%)	18 18.9% (3.1%)	40 42.1% (6.9%)	95 100% (2.7%)
全介護保険サービス利用者	217 6.2% (100%)	824 23.4% (100%)	741 21.1% (100%)	572 16.3% (100%)	590 16.8% (100%)	576 16.4% (100%)	3520 100% (100%)

表2

要介護度	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
訪問リハ		1 0.1%	18 2.4%	18 3.1%	18 3.1%	40 6.9%	95 2.7%
訪問介護	108 49.8%	335 40.7%	193 26.0%	118 20.6%	121 20.5%	127 22.0%	1002 28.5%
通所介護	89 41.0%	366 44.4%	313 42.2%	190 33.2%	144 24.4%	111 19.3%	1213 34.5%
通所リハ	18 8.3%	128 15.5%	127 17.1%	96 16.8%	76 12.9%	48 8.3%	493 14.0%
短期入所療養介護		11 1.3%	36 4.9%	41 7.2%	38 6.4%	43 7.5%	169 4.8%
全介護保険サービス利用者	217 100%	824 100%	741 100%	572 100%	590 100%	576 100%	3520 100%

通所介護は要介護1～2にピーク（4割強）があり、その後は減少し、要介護5では2割以下となる。

通所リハビリテーションは要介護2～3にピーク（2割弱）があり、その後は比較的急激に低下して要介護5では1割以下となる。

短期入所療養介護は全般的に1割以下であるが、要介護5で最も多い（7.5%）。

D. 総括的考察

1. 本研究データのまとめ

以上、現状では要介護度別にみた、居宅サービスに属する主要介護保険サービスの利用の中で頻度が高いのは「通所介護」－「訪問介護」－「通所リハビリテーション」－「短期入所療養介護」－「訪問リハビリテーション」の順であり、訪問リハビリテーションは最も少ない。また要介護度別にみると利用ピークは、ほぼ「訪問介護」－「通所介護」－「通所リハビリテーション」－「短期入所療養介護」の順であり、最後に「訪問リハビリテーション」がくる。

先にも述べたように訪問リハビリテーションは本来ならば「現実の生活の場で生活行為に直接に働きかけ、その向上を図る上で、最も有効な方法」であるにもかかわらず、そのような活用がなされず、単に「通院・通所ができないから訪問で」という消極的な理由が行なわれている現状の問題点があきらかになった。

2. 訪問リハビリテーションのあり方について

訪問リハビリテーションのあり方全般に

ついて以下考察を加える。

1) 訪問リハビリテーションの意義

訪問リハビリテーションの最大のメリットは、実際に生活し「している“活動”」（ICF:「活動」の「実行状況」）を行なっている場である居宅において、活動向上訓練を行なうことができることである。

そのため本来ならば主な対象は活動向上訓練の必要性が高い要介護度が比較的軽度の人であるべきである。そして他のリハビリテーション・サービスとの連携を十分にとって、必要な時に集中的に短期間行なうことが、利用者・患者中心のリハビリテーションにおける訪問リハビリテーションのポイントである。

これは、これまでのような通院・通所ができないからやむをえず訪問で行なうという消極的な位置づけではなく、活動向上訓練を行なう場として実際の生活の場が最適だから居宅で行なうという考え方に立つものである。

しかし今回の結果からみられるように、現状では要介護度の高いものが主な対象者となっており、長期間継続されている場合も少なくない。内容も関節可動域訓練や基本動作訓練、また介護方法の指導（それも自立にむけた介護ではなく、介護量軽減中心の）が主となっていることが多い。

しかし今回の介護報酬改定の内容で、①日常生活活動訓練加算（理学療法士（PT）・作業療法士（OT）による「できる“活動”」への働きかけと、それが実生活で活かされるよう家族・介護者による「している“活動”」レベルでの働きかけとの両方が必要）が設けられたこと、そして、その算定の場合の②必

要な機械・器具の規定として各種歩行補助具・装具・各種日常生活活動向上訓練用器具等が設けられたこと、③ICFモデルに立った「リハビリテーション実施計画書」が訪問リハビリテーションの必須条件になったことは大きな流れの変化を示すものである。

これらは、今やリハビリテーションの原点にもどって、歩行をはじめとする日常生活活動向上への働きかけを中心とすることが、訪問リハビリテーションに期待される時代になったといえることができる。

要介護度が重度な場合、現状では関節可動域訓練など（本人にとって）受身な訓練が中心となっているが、これは次に述べるように本来自己訓練（指導されて、本人あるいは家族が行なう訓練）として行なう方がより効果的なものであるにもかかわらず、そのような指導がなされずに、PT・OTによる訓練のみが行われていることが少なくないということも問題である。

2) 自己訓練の徹底

PT・OT等が行うアプローチは、活動向上訓練のように患者の個別性に合わせて行う専門的な技術を要するものを優先させるべきである。

そして例えば関節可動域訓練のように、患者本人や家族・介護者が実施可能なことは、「自己訓練」として指導を行うべきであり、専門職が行うことは社会資源の有効活用の点からも問題であり、むしろ関節可動域訓練は一生継続すべき必要があることが多く、本人や家族が行なう方が頻回に実施でき、十分な効果を生む場合が多い。

なお自己訓練とはよく指導され、チェッ

クされた訓練であり、本人の自由にまかされた自主訓練ではない。「自主訓練」（自主トレ）では不十分であったり、過用や誤用をつくる危険もあるため、必ず自己訓練としての指導とチェックが必要である。

また関節可動域訓練が正しく行われているか、すなわち関節可動域の変化やまた疼痛などが生じていないかのチェックは必ずしもPT・OTが行なわなくてもよく、訪問看護の基礎技術の一部として行なわれてよいものである。

3) 訪問リハビリテーションのあり方

訪問リハビリテーションは本来は短期間でよく、数ヶ月のような長期間にわたって行なう必要があることは、疾患レベルが急激に変化している場合などに限られ、むしろ例外的である。

活動向上訓練は1～数回の指導で急激に効果がでるものである。むしろそうでなければその訓練の技術内容に問題があると考えべきである。

特に高齢者は「廃用症候群の悪循環」の進行をいかに阻止するかが重要であり、そのためには早急な「活動」の向上が最も重要である。

訪問リハビリテーションとはフットワーク軽く、必要な場合はすぐに開始して、必要な時点では集中的に1～数回行なって効果をあげて終了するものである。そして例えば1年後に必要なが起こればすぐまた開始する。そのような機動性の高い訪問リハビリテーションが、利用者本位のリハビリテーション・サービスの中に位置づけられて行なわれることが望まれる。

E. 結論

以上介護保険広域連合組合で訪問サービスを利用している者 95 名について要介護度分布を調査し、それを他の主要な介護保険居宅サービスの利用状況と比較し、大きな可能性をもつ訪問リハビリテーションが、きわめて消極的な意味でしか行なわれてない現状を確認した。これは今後のあるべき在宅リハビリテーションのプログラム・システムを構築する上で重要なデータとなると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・大川弥生：シルバー新報；訪問リハ. 2003年9月19日号

訪問リハビリテーションの効果に関する検討
—訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響および
訪問介護との比較—

分担研究者 中村 茂美 日本作業療法士協会 常任理事

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

研究要旨

訪問リハビリテーションのあり方について介護保険サービス全体の中に位置づけて検討する目的で、1年間の要介護度変化に与える訪問リハビリテーションの影響について、大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、介護保険サービス利用者3,520名のうち訪問リハビリテーション利用者95名につき検討した。また比較のため訪問介護利用者1002名についても検討した。

その結果、訪問リハビリテーションの利用の有無は要介護度変化に対し、プラスの方向にもマイナスの方向にも影響を与えていなかった。比較のために同様の検討を行った訪問介護利用者についても同様の結果であった。これは現在の訪問リハビリテーションに大きな問題点があることを示すものであり、改革の必要性とその方向について大きな示唆を与えるものである。

A. 研究目的

本研究班の課題は訪問リハビリテーションのあるべき姿の検討であるが、訪問リハビリテーションは、介護保険の発足とともに本格的に行なわれるようになったということができる。そのため、訪問リハビリテーションのあり方については、介護保険サービス全体の中に位置づけて検討する必要がある。

その目的で、大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、訪問リハビリテ

ーションが1年間の要介護度変化に及ぼす影響を検討し、あわせてそれを「訪問」という点で共通性をもつ訪問介護の影響と比較した。

B. 研究方法

1. 対象

大都市近郊の総人口31,065名、65歳以上要介護認定者数5,210名の介護保険広域連合組合で介護保険サービスを利用している者3,520名を対象とし、その中で2002

年3月時点において訪問看護（7）（後述）もしくは訪問リハビリテーションを受給している利用者95名を対象とした。

2. 方法

当該介護保険広域連合組合の保管する認定ファイル、給付ファイルを使用した。

C. 結果

1. 対象者の特性

1) 介護保険サービス利用の要介護認定者

5,210名のうち2002年3月に介護サービスを受けていた要介護認定者3520名を対象とした。内訳は男性1,070名、女性2,450名、平均年齢 80.5 ± 9.0 歳であった。また要介護度別内訳は要支援217名、要介護1:824名、要介護2:741名、要介護3:572名、要介護4:590名、要介護5:576名であった。

2) 訪問リハビリテーション受給者

本研究では後述のように「訪問リハビリテーション」を広義にとらえる。その意味での「訪問リハビリテーション」の利用者95名の内訳は、男性58名、女性37名、平均年齢 74.1 ± 9.9 歳であった。

2. 要介護度の変化

関連研究（「介護保険サービス利用者における要介護度変化」）において報告したように、対象地域の介護保険サービス利用者全体の要介護度の1年間の経時的変化は改善5.5%、不変61.4%、悪化20.3%、死亡11.6%、その他（転出、取り下げ、不明）1.1%であった。また改善者は要介護2、3に多く、悪化者は要支援に多かった（詳細は上記報告参照）。

本研究では以下これらに及ぼす訪問リハビリテーションの影響を分析し、加えて「訪問」という点で共通性を持つ訪問介護の影響と比較した。

3. 訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響

以下「訪問リハビリテーション」とは広義のものとしてとらえる。すなわち狭義の訪問リハビリテーション（介護保険法第7条第9項に定める「訪問リハビリテーション」）だけでなく、訪問看護の中で理学療法士・作業療法士によって行なわれるもの（同法第7条8項の「訪問看護」のうち、同法施行規則第7条の規定によって理学療法士・作業療法士が行なうもの、以下「訪問看護（7）」と略称する）を含めた意味で用いる。

その理由は、両者とも在宅の利用者に対し理学療法士・作業療法士が訪問して行なうものであり、準拠するサービス項目は異なるものの実質的には大きな差はないと考えられるからである。また実際問題としても今回の対象者95名のうち狭義の訪問リハビリテーションの受給者は僅か10名（10.5%）に過ぎず、残り85名（89.5%）という圧倒的多数が訪問看護（7）を受けている者であり、後者がむしろ広義の訪問リハビリテーションの主体をなすと考えられるからである。

訪問リハビリテーションの利用の有無による要介護度の変化及びそのまとめ（改善と悪化）を表1-1～1-6に示した。

まず全体的な状況をみるために、全6表のうち「改善」の欄だけを合計して全要介

護度を総計した成績をみた。そうすると「訪問リハビリテーションあり」95名中での改善者の合計は6名(6.3%)、「なし」での改善者は3,425名中186名(5.4%)で、「あり」の方が僅かに多いかに見えるが、推計学的には有意ではない($\chi^2=0.14$)。

要介護度別にみて「訪問リハビリテーションあり」の者と「なし」の者との間で改善率の差が最も大きいのは要介護3であり、「あり」で16.7%に対し、「なし」で7.6%で、訪問リハビリテーションを受けた者のほうが2倍以上改善者が多かった。但し推計学的には有意ではなかった($\chi^2=0.93$)。

それに次いで大きい要介護2(「あり」11.1%対「なし」8.0%)の差も有意ではなかった($\chi^2=0.00$)。

次に同様に悪化について全要介護度の総計でみると、「訪問リハビリテーションあり」全95名での悪化者は16名(16.8%)、「なし」での悪化者は3425名中698名(20.4%)で大きな差はない。要介護度別にみると、「あり」と「なし」の間の差が最も大きいのは訪問リハビリテーション利用者が0又は1である要支援および要介護1を(推計学的検討が困難又は無意味なため)除けば要介護4であり、「あり」27.8%対「なし」18.0%であるが、有意ではない($\chi^2=1.11$)。

以上から訪問リハビリテーションは現状においては要介護度の変化に対し、プラスにもマイナスにも働いていないと結論される。

表1 訪問リハビリテーション利用者における要介護度の経時的変化

表1-1 要支援(前)

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問リハあり														
訪問リハなし	2 0.9%	115 53.0%	78 35.9%	9 4.1%		1 0.5%	1 0.5%	10 4.6%	1 0.5%			217 100%	2 0.9%	88 40.6%
計	2 0.9%	115 53.0%	78 35.9%	9 4.1%		1 0.5%	1 0.5%	10 4.6%	1 0.5%			217 100%	2 0.9%	88 40.6%

表1-2 要介護1(前)

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問リハあり			1 100%									1 100%		
訪問リハなし		28 3.4%	572 69.5%	124 15.1%	22 2.7%	13 1.6%	8 1.0%	45 5.5%	11 1.3%			823 100%	28 3.4%	167 20.3%
計		28 3.4%	573 69.5%	124 15.0%	22 2.7%	13 1.6%	8 1.0%	45 5.5%	11 1.3%			824 100%	28 3.4%	167 20.3%

表1-3 要介護2（前）

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問リハあり		1 5.6%	1 5.6%	9 50.0%	5 27.8%		1 5.6%	1 5.6%				18 100%	2 11.1%	6 33.3%
訪問リハなし		1 0.1%	57 7.9%	401 55.5%	114 15.8%	48 6.6%	27 3.7%	68 9.4%	7 1.0%			723 100%	58 8.0%	189 26.1%
計		2 0.3%	58 7.8%	410 55.3%	119 16.1%	48 6.5%	28 3.8%	69 9.3%	7 0.9%			741 100%	60 8.1%	195 26.3%

表1-4 要介護3（前）

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問リハあり			1 5.6%	2 11.1%	9 50.0%	3 16.7%	2 11.1%	1 5.6%				18 100%	3 16.7%	5 27.8%
訪問リハなし			6 1.1%	36 6.5%	295 53.2%	127 22.9%	24 4.3%	56 10.1%	7 1.3%	3 0.5%		554 100%	42 7.6%	151 27.3%
計			7 1.2%	38 6.6%	304 53.1%	130 22.7%	26 4.5%	57 10.0%	7 1.2%	3 0.5%		572 100%	45 7.9%	156 27.3%

表1-5 要介護4（前）

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問リハあり					1 5.6%	12 66.7%	5 27.8%					18 100%	1 5.6%	5 27.8%
訪問リハなし			1 0.2%	9 1.6%	26 4.5%	336 58.7%	103 18.0%	91 15.9%	1 0.2%	4 0.7%	1 0.2%	572 100%	36 6.3%	103 18.0%
計			1 0.2%	9 1.5%	27 4.6%	348 59.0%	108 18.3%	91 15.4%	1 0.2%	4 0.7%	1 0.2%	590 100%	37 6.3%	108 18.3%

表1-6 要介護5（前）

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問リハあり							28 70.0%	12 30.0%				40 100%		0
訪問リハなし			1 0.2%		1 0.2%	18 3.4%	385 71.8%	126 23.5%		3 0.6%	2 0.4%	536 100%	20 3.7%	0
計			1 0.2%		1 0.2%	18 3.1%	413 71.7%	138 24.0%		3 0.5%	2 0.3%	576 100%	20 3.5%	0

4. 訪問介護が要介護度変化に及ぼす影響

訪問リハビリテーション以外の介護保険サービスが要介護度の経時変化にどのように影響しているかについて調べ、訪問リハビリテーションと比較するために、訪問介護について同様の検討を行った。これはこの両者が「訪問」という点で共通性を持つ一方で、関連研究（「訪問リハビリテーション利用者の状況（1）－要介護度別利用状況と他サービス利用との比較－」）において明らかになったように、利用者の要介護度分布において正反対の傾向を示す（訪問リハビリテーションが重度者に多く利用されているのに対し、訪問介護は軽度者の利用が多い）からである。

訪問介護の利用の有無による要介護度の変化及びそのまとめ（改善と悪化）を表2-1～2-6に示した。

まず総括的に、全要介護度を合計して「訪問介護あり」全体と「なし」全体とで改善者の率を比較すると、「あり」では1002名中での改善者の合計は62名（6.2%）、「なし」での改善者は2518名中130名（5.2%）である。一見、「あり」の方が僅かながらよいように見えるが、有意ではない（ $\chi^2=0.24$ ）。

同様に悪化者の率を比較すると、「あり」では全1002名中悪化者は187名（18.7%）、「なし」での悪化者は2518名中528名（21.0%）で「なし」の方で悪化者がやや多い傾向がある（ $\chi^2=3.77, 0.5 < p < 0.1$ ）のみである。

以上から訪問介護もまた訪問リハビリテーションと同様に、現状においては要介護度の変化に対し、プラスにもマイナスにも働いていないと結論される。

表2 訪問介護利用者における要介護度の経時変化

表2-1 要支援（前）

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問介護あり	1 0.9%	62 57.4%	35 32.4%	3 2.8%				6 5.6%	1 0.9%			108 100%	1 0.9%	38 35.2%
訪問介護なし	1 0.9%	53 48.6%	43 39.4%	6 5.5%		1 0.9%	1 0.9%	4 3.7%				109 100%	1 0.9%	51 46.8%
計	2 0.9%	115 53.0%	78 35.9%	9 4.1%		1 0.5%	1 0.5%	10 4.6%	1 0.5%			217 100%	2 0.9%	89 41.0%

表2-2 要介護1（前）

後	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問介護あり		16 4.8%	236 70.4%	39 11.6%	9 2.7%	5 1.5%	4 1.2%	23 6.9%	3 0.9%			335 100%	16 4.8%	57 17.0%
訪問介護なし		12 2.5%	337 68.9%	85 17.4%	13 2.7%	8 1.6%	4 0.8%	22 4.5%	8 1.6%			489 100%	12 2.5%	110 22.5%
計		28 3.4%	573 69.5%	124 15.0%	22 2.7%	13 1.6%	8 1.0%	45 5.5%	11 1.3%			824 100%	28 3.4%	167 20.3%

表 2-3 要介護 2 (前)

後	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問介護あり		1 0.5%	17 8.8%	107 55.4%	29 15.0%	8 4.1%	8 4.1%	21 10.9%	2 1.0%			193 100%	18 9.3%	45 23.3%
訪問介護なし		1 0.2%	41 7.5%	303 55.3%	90 16.4%	40 7.3%	20 3.6%	48 8.8%	5 0.9%			548 100%	42 7.7%	150 27.4%
計		2 0.3%	58 7.8%	410 55.3%	119 16.1%	48 6.5%	28 3.8%	69 9.3%	7 0.9%			741 100%	60 8.1%	195 26.3%

表 2-4 要介護 3 (前)

後	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問介護あり			5 4.2%	8 6.8%	68 57.6%	21 17.8%	4 3.4%	10 8.5%	1 0.8%	1 0.8%		118 100%	13 11.0%	25 21.2%
訪問介護なし			2 0.4%	30 6.6%	236 52.0%	109 24.0%	22 4.8%	47 10.4%	6 1.3%	2 0.4%		454 100%	32 7.0%	131 28.9%
計			7 1.2%	38 6.6%	304 53.1%	130 22.7%	26 4.5%	57 10.0%	7 1.2%	3 0.5%		572 100%	45 7.9%	156 27.3%

表 2-5 要介護 4 (前)

後	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問介護あり			1 0.8%	1 0.8%	9 7.4%	70 57.9%	22 18.2%	17 14.0%		1 0.8%		121 100%	11 9.1%	22 18.2%
訪問介護なし				8 1.7%	18 3.8%	278 59.3%	86 18.3%	74 15.8%	1 0.2%	3 0.6%	1 0.2%	469 100%	26 5.5%	86 18.3%
計			1 0.2%	9 1.5%	27 4.6%	348 59.0%	108 18.3%	91 15.4%	1 0.2%	4 0.7%	1 0.2%	590 100%	37 6.3%	108 18.3%

表 2-6 要介護 5 (前)

後	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	死亡	転出	取り下げ	不明	総計	改善	悪化
訪問介護あり						3 2.4%	92 72.4%	32 25.2%				127 100%	3 2.4%	0
訪問介護なし			1 0.2%		1 0.2%	15 3.3%	321 71.5%	106 23.6%		3 0.7%	2 0.4%	449 100%	17 3.8%	0
計			1 0.2%		1 0.2%	18 3.1%	413 71.7%	138 24.0%		3 0.5%	2 0.3%	576 100%	20 3.5%	0

D. 考察

以上の検討で、1年間の要介護度の変化（改善又は悪化）に対し、訪問リハビリテーション利用の有無は影響をもたず、訪問介護も同様に影響をもたないことが明らかになった。

これはこの対象群における要介護の変化がそもそも乏しかったためでは全くない。むしろ先に述べたように、関連研究（「介護保険サービス利用者における要介護度変化」）が示すところでは、僅か1年間に、要介護度が不変だったのは全体の僅か6割であり、5.5%が改善し、20.3%が悪化していた（その他に死亡が11.6%）など、意外に動きの激しい集団であった。したがって、もし訪問リハビリテーションに本来の目的である生活機能を回復・改善させる効果があるとすれば、必ず改善率の上昇あるいは悪化率の低下としてあらわれたはずである。

今回のような結果を生んだ原因は2つ考えられる。第1は訪問リハビリテーションの利用率が極めて低く、しかも重度者に偏っていることであり、第2は（この方がより重要であるが）その内容（プログラムと技術）の問題点である。

本来ならば訪問リハビリテーションは居宅という実生活の場で、直接に生活行為（日常生活“活動”）に働きかけることができる利点を有しており、そのような利点を生かして、もっと多くの例で、しかも回復・向上の可能性の大きい比較的軽度の例において行なわれるべきものである。しかし現実には全く逆に、少数の例で、しかも「通院・通所ができないから在宅で」という消極的

な理由で行なわれることが多い。またその内容も、関節可動域訓練や介護負担の軽減といった、本人の自立性向上にはつながりにくいものがほとんどである。その意味で今回のように現在の訪問リハビリテーションが極めて無力なものであるという結果が出るのは残念ながら当然というほかはない。

なお訪問介護についても問題は残る。介護もまた単に「本人ができないことをしてあげる」というものではなく、介護を通して生活機能、特に「活動」（生活行為）の向上をはかる「よくする介護」であるべきものであるが、そのような立場からすれば、今回のような要介護度の変化に影響を与えないという結果は今後の改善の必要性を示すものというべきであろう。

E. 結論

介護保険サービス利用者3,520名の1年間の要介護度変化に与える訪問リハビリテーションの影響について、訪問リハビリテーション利用者95名全体として、また各要介護度別に検討したが、訪問リハビリテーションの利用の有無は要介護度変化に対し、プラスの方向にもマイナスの方向にも影響を与えていなかった。比較のために同様の検討を行った訪問介護についても同様の結果であった。これは現在の訪問リハビリテーションに大きな問題点があることを示すものであり、改革の必要性とその方向について大きな示唆を与えるものである。

F. 健康危険情報

特になし