

200500299A

平成17年度厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

在宅要介護者に対するリハビリテーション医療介入

—要介護状態が改善可能なケースの効率的スクリーニングと効果的

介入のためのモデルシステム構築に関する研究—

平成17年度 総括研究報告書

主任研究者 里宇明元

平成18 (2006) 年 4月

## 目 次

### I. 総括研究報告

在宅要介護者に対するリハビリテーション医療介入  
—要介護状態が改善可能なケースの効率的スクリーニングと  
効果的介入のためのモデルシステム構築に関する研究—

-----1-9

慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室  
里宇明元 (主任研究者)

### II. 分担研究報告

#### 1. 訪問リハビリテーションにおける介入効果

-----10-23

慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室  
山田 深 石川愛子  
世田谷区立総合福祉センター  
木谷哲三 矢萩まどか

#### 2. FIM短縮版を用いた仮の要介護状態スクリーニング法 (mini FIMスクリーニング法) の検討

-----24-38

慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室  
山田 深 里宇明元  
美原記念病院 リハビリテーション科  
藤本幹雄  
セコム医療株式会社 看護部  
沼田美幸  
独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院  
大塚友吉

3. 仮の要介護状態スクリーニング事業の展開

～在宅要介護者におけるリハビリテーションサービス相互補完のための  
ネットワーク構築～

-----39-50

慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室

里宇明元 山田 深

世田谷区立総合福祉センター

木谷哲三 矢萩まどか

セコム医療株式会社 看護部

沼田美幸 吉川尚子 五十嵐裕美子 遠藤ゆかり

訪問看護ステーション かほり

佐藤明美

4. マッチング用データベースを用いた

リハビリテーション医療連携システムの提言

-----51-59

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

里宇明元 長谷公隆 藤原俊之 山田 深

独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院

大塚友吉

美原記念病院 リハビリテーション科

藤本幹雄

永生病院 リハビリテーション科

宮下有紀子

済生会 三田看護ステーション

藤原泰子

東北大学 運動障害講座 肢体不自由分野

出江紳一

慶應義塾大学 看護医療学部 看護学

太田喜久子 ラウ優紀子

セコム医療株式会社 看護部

沼田美幸

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

-----60-61

IV. 研究成果の刊行物・別刷

-----62

# I. 総括研究報告

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

在宅要介護者に対するリハビリテーション医療介入

—要介護状態が改善可能なケースの効率的スクリーニングと効果的介入のための  
モデルシステム構築に関する研究—

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者 里宇 明元

#### 【研究の背景と目的】

高齢化の進行とともに要介護者が増加しつつある中で、限られた医療・保健・福祉の資源を効率的に活用しつつ要介護者の活動性と QOL の向上を図ることは、保健医療政策上、重要な課題である。そのためにリハビリテーション（リハ）の果たす役割は大きく、高齢者介護研究会の報告においても「尊厳を支えるケアの確立」のための課題の一つに介護予防・リハの充実があげられている。一方、要介護者の中には、適切な医療介入により要介護状態の改善や重度化の予防が可能なケースが存在するが、このようなケースに適切なリハ医療を提供してゆくことは、介護保険制度の効率的運用のために大変重要である。しかし現状では専門的リハ医療を提供しうる人的・物的資源は限られ、また、地域の中で医療介入の必要性や適切な介入内容を判断し、リハ

医療の連携をはかるためのシステムは整っていない。

要介護者の中には、①十分なりハを受け、機能維持が必要な例、②リハが不十分なまま在宅または施設入所に至った例、③獲得された機能が廃用や疾病の発生・増悪等により低下した例が混在しており、後二者では、適切なリハ医療により、要介護状態が改善する可能性がある（仮の要介護状態）。要介護状態の改善や増悪予防は、本人や家族にとって大きな福音となるだけでなく、社会全体の介護負担軽減という観点からも医療経済学的に重要な課題である。

限られた専門的リハを提供するための人的・物的資源を有効に活用し、要介護者のニーズに応えていくためには、維持期においてリハ医療介入の必要性が高いケースを効率的にスクリーニングし、地域資源の連携による効果的な

介入を保証するシステムが不可欠である。

我々はこれまで、介入により要介護状態の改善が可能な「仮の要介護状態」について、その実態調査を全国レベルで調査し、それをもたらず要因について解析を行ってきた。平成 16 年度は仮の要介護状態をスクリーニングするためのリハ適応判定シートを作成し、訪問看護ステーション 5 施設（仙台市、伊勢崎市 2 施設、目黒区、新宿区）における 108 名の利用者を対象としてその内容妥当性、信頼性を検証した。判定シートの精度は地域差が認められたものの、その感度は 50～70%程度であり、実効性のあるスクリーニング法として地域での活用が可能であることを示した。また、在宅場面で利用できる ADL の評価法として FIM（機能的自立度評価法：Functional Independence Measure）の短縮版（7 項目）を作成し、通常の FIM（18 項目）の評価と高い相関（Intra-class correlation co-efficient: ICC >0.90）を持つことを示した。これらの成果をもとに、仮の要介護者に対するスクリーニングと介入、さらに介護予防へ向けたサービスの効率的運用、諸サービスの相互補完のためのネットワーク構築へ向けたモデルシステムの提言を行った。

平成 17 年度はリハ適応判定の指標となる介入効果の実証と、リハ適応判

定シートとは異なるロジックでリハの必要性を判断するスクリーニング法の開発をすすめるとともに、モデルシステムの試験的な運用を行い、その拡張へ向けた検討を開始した。

### 1) リハ介入効果の検証

現行の介護保険制度においては、リハサービス供給量の絶対的不足に加えて、「リハ」の意味するところの共通認識が未確立であることが効率的なサービス提供の妨げとなり、仮の要介護状態が放置されている現状につながっている。われわれは運動障害を扱うより専門的、医学的なリハの視点からそのあり方を明確化するために、介入モデル地域における訪問リハ事業の実態を調査した。

利用申し込みのあった 449 名を対象としてカルテ調査を行った。実際に介入を行った 324 例の平均年齢は 79.1 ± 9.6 歳、要介護度は要介護 3 度および要介護 4 度で約半数（172 名、53%）を、日常生活自立度は A2、B1 が多くを占めた（211 名、65.1%）。待機期間の中央値は 24.0 日で、データに欠落のあった 16 名を除く 200 名のリハ完遂症例の介入期間は 139.0 日であった。日常生活自立度は A2 から A1、B1 から A2 の改善が多く認められ、屋内での移動能力を改善し、外出を可能とすることを目標とした介入が効果を挙げていた（図 1）。

代替サービスへの移行がスムーズに

行われていないことが介入期間長期化の大きな要因の一つであると考えられ、必要なときに、必要なだけリハを提供するためのケアマネジメントが十分に行われていないことが解決すべき現状の問題点である。訪問リハサービスの位置づけを浸透させることがスムーズな介護保険サービスの運用につながるものと考えられる。

## 2) 仮の要介護状態スクリーニング

リハ適応判定シートとは異なるロジックを用いた方法として、平成 16 年度に開発した FIM 短縮版の得点分布からリハの必要性を判定する方法 (mini FIM スクリーニング法) を考案し、その判定精度を検証した。

東京都世田谷区における 32 名の在宅介護保険サービス利用者の FIM データ、および医師によるリハ適応判定結果を比較したところ、医師により適応なしと判断された群では FIM 短縮版の各項目の得点が上限、あるいは下限近くに分布する傾向がみられた。階段を除く得点の分布が 1～3 点、5～7 点から逸脱するケースをスクリーニング陽性として医師の判定と比較したところ、その精度は感度 0.71、特異度 0.78 であった。平成 16 年度調査における群馬県伊勢崎市の訪問看護サービス利用者調査 (n = 51 名) の結果にスクリーニング法をあてはめたところ、感度、特異度はそれぞれ 0.74、0.78 であった (図 2)。mini FIM スクリーニング

法は異なる医師が判定を行った 2 カ所の調査において感度、特異度ともに十分な数値が得られ、地域リハにおける高い実用性が示された。スクリーニングに mini FIM を用いることで、判定結果をそのままリハ介入時の評価、あるいはアウトカム指標として利用することも可能である。FIM の評価尺度に関する採点の妥当性、信頼性は計量心理学的に十分な検証がなされており、mini FIM スクリーニング法は科学的根拠に基づいた、これまでにない優れたリハ介入適応判定法として、今後の活用が期待される。

## 3) スクリーニングモデルの運用

平成 16 年度報告において提言した、リハ介入を必要とする患者を見だし、専門職によるリハ介入と維持的リハへの移行をスムーズに行うためのモデルシステムを実際に運用するべく、「世田谷区在宅リハ相互補完モデルプロジェクト」(図 3) を創設し、スクリーニングから介入、継続的アプローチに至るシステムの試験的運用をモニタリングした。モデルには訪問リハ事業を中核とし、慶應義塾大学病院リハ科、東京都世田谷区内 3 カ所の訪問看護ステーションが参加した。90 歳以下の訪問サービス利用者 119 名を対象とし、調査に同意の得られた 32 名 (男 20 / 女 12 名、平均年齢 77.3 ± 8.0 歳) についてリハ科専門医が訪問診察を行い、リハ介入によって運動能力の改善が得



られるかどうかについて判定を行った。介護保険サービス開始からの期間は中央値 640.05 日、FIM 運動項目合計点は平均  $59.2 \pm 29.3$  点であった。14 名がリハの適応があると判断され、うち 2 名についてはリハサービス提供の合意が得られ、訪問リハが開始された。介入に至った症例は限られていたが、一旦構築された高齢者の介護環境、ライフスタイルを変えることは容易ではなく、介護保険サービス利用開始からリハを見据えたケアマネジメントを行うことの重要性が改めて示唆された。リハ適応判定シートなどの利用も視野に入れて今後の展開をはかる予定である。モデルの長期運用による介入効果の検証をすすめるべく、平成 18 年 4 月から FIM 採点機能を組み込んだオンライン登録システムを導入し、幅広い運用を検討中である。

#### 4) リハ医療連携システムの提言

これまでの一連の研究の成果をもとに、急性期から維持期にかけた診療連携について、総合的に検討を行う大規模体制を構築するための研究(図 4)を企画した。特に大都市圏においては、これまで実効性のある脳卒中診療連携が確立していなかったことが仮の要介護状態を生み出す要因の一つであった。そこで、脳卒中に関する診療実態と連携構築上の阻害要因を実証的に分析するとともに、スクリーニング手法、および IT を活用したリハのニーズと資

源のマッチングシステムの開発、日常診療圏を基づいた診療ネットワークを構築することで急性期から維持期に至る切れ目のないリハ医療を提供し、効率的な患者の生活機能、在宅復帰率の向上、介護予防、健康寿命の延伸に資することを目的としている。

#### 【結論】

仮の要介護状態に対するスクリーニング手法は、介護保険サービスの効率的、効果的運用、ひいては介護保険被保険者における生活機能の底上げに大きく寄与できるものと期待される。また、われわれが同時に開発した ADL 評価尺度、リハ介入指標などは急性期から維持期にかけたリハの連携方策を検討する上で非常に重要な役割を果たすものとする。今後はスクリーニング手法を活用し、要介護度が改善しうる症例に関して集中的なリハ介入を進めるとともに、医療経済学的観点からもスクリーニングの有効性を検証していきたい。

#### 【研究発表】

- 1) 里宇明元. 介護保険制度の展望—先進リハビリテーション医学の介入. リハビリテーション医学の立場から—「仮の要介護状態への対応」. 第13回高度先進リハビリテーション医学研究会講演集, 高度先進リハビリテーション医学研究会, 2006 (印刷中)
- 2) 山田 深、里宇明元. 仮の要介護状態とその対策. リハ医学 42 (10);

690-696, 2005

3) Yamada S, Liu M, Kimitaka Hase, Naofumi Tanaka, Toshiyuki Fujiwara, Tetsuya Tsuji, Jun-ichi Ushiba. Development of a short version of the motor FIM™ for use in long-term care settings. J Rehabil Med 37; 1-8, 2006

4) 山田 深、大田哲生、里宇明元、木村彰男、長谷公隆、田中尚文、藤原俊之. FIM™ オンライン採点支援プログラム「iFIM」の開発. 総合リハ 34(1), 69-76, 2006

5) 山田 深. 廃用症候群の地域リハビリテーション. クリニカルプラクティス 25(5), 2006 (印刷中)

6) Yamada S, Liu M, Hase K, Tanaka N, Fujiwara T, Tsuji T, Fujimoto M, Otsuka T, Miyashita Y. Reconditioning hospitalization for patients with stroke in the chronic phase: factors related to functional deterioration and effectiveness of interventions. The Keio Journal of Medicine (投稿予定)

7) Yamada S, Liu M, Izumi S, Hase K, Fujiwara T, Tsuji T, Fujimoto M, Numata M, Lau Y, Ohta K, Fujiwara Y. Development of a screening instrument for the quasi-in-need-of-care state in the community. Disabil Rehabil (投稿予定)

8) Liu M, Yamada S, Izumi S, Hase K,

Fujiwara T, Tsuji T, Fujimoto M. Toward the independence of elderly persons with disability in the community – a model system for screening and intervention for the “quasi-in-need-of-care state”. J Rehabil Med (投稿予定)

図1 訪問リハ前後における日常生活自立度の変化

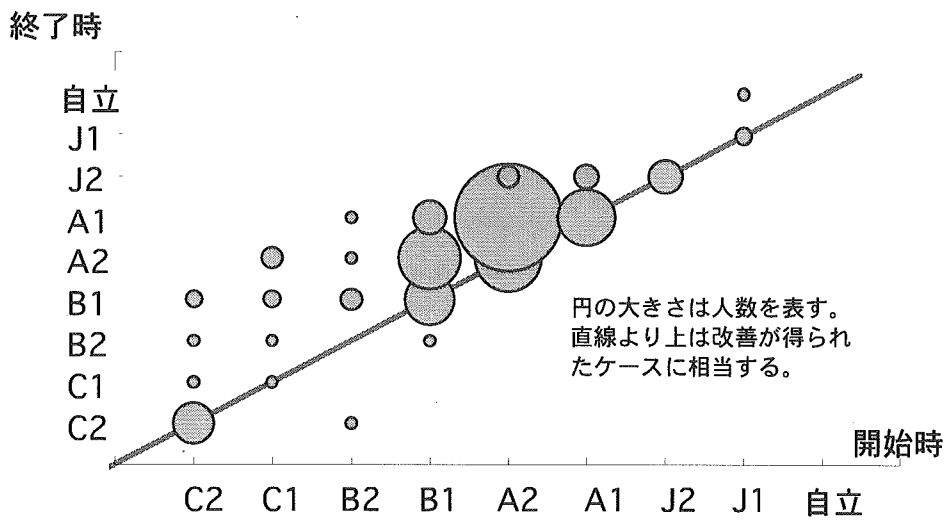


図2 mini FIMスクリーニング法

適応あり群 (n = 14)

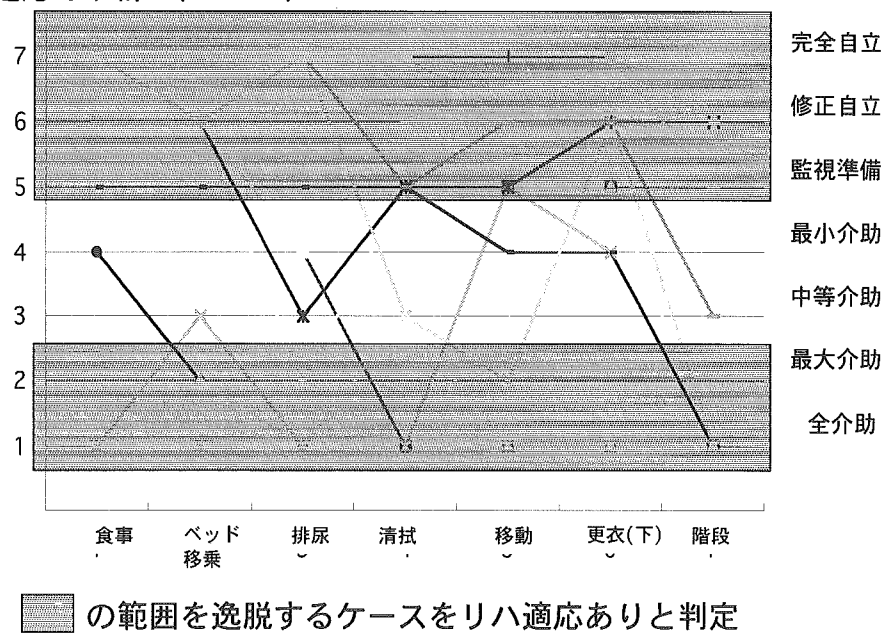


図3 世田谷区在宅リハ相互補完モデルプロジェクト

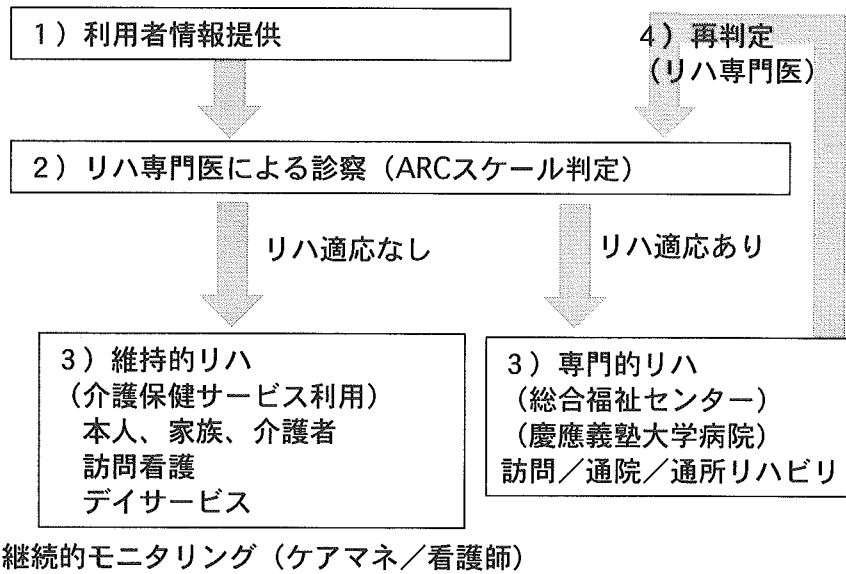
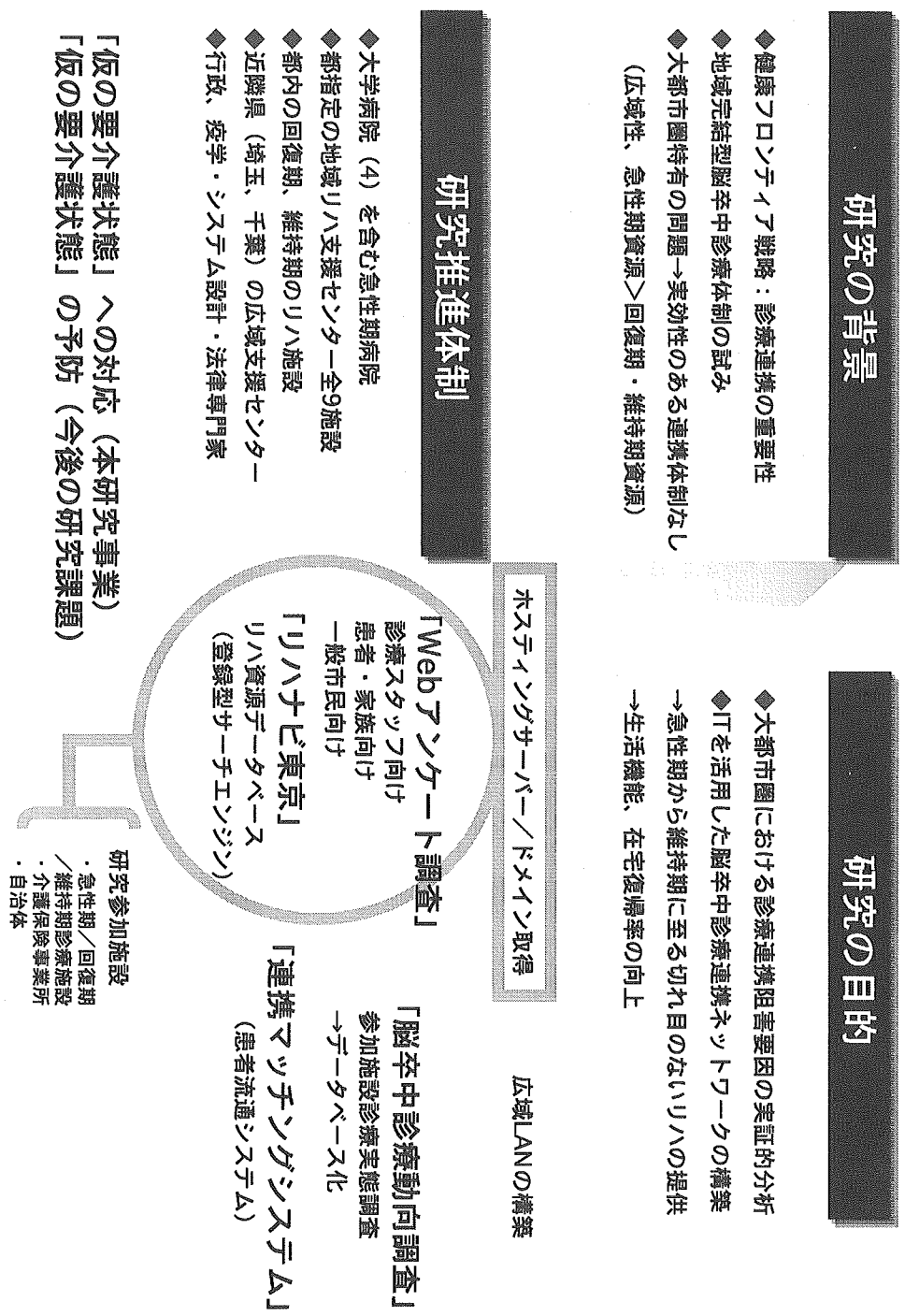


図 4 大都市圏脳卒中診療連携体制の構築 (長寿科学研究申請中)  
ニーズと資源のマッチング用データベースを用いたリハ医療連携システムの開発と効果の実証



## II. 分担研究報告

## 分担研究報告書

### 1.訪問リハビリテーションにおける介入効果

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

山田 深 石川愛子

世田谷区立総合福祉センター

木谷哲三 矢萩まどか

#### 【要旨】

現行の介護保険制度においては、リハサービス供給量の絶対的不足に加えて、「リハ」の意味するところの共通認識が未確立であることが効率的なサービス提供の妨げとなり、仮の要介護状態が放置されている現状につながっている。われわれは運動障害を扱うより専門的、医学的なリハの視点からそのあり方を明確化するために、介入モデル地域における訪問リハ事業の実態を調査した。

利用申し込みのあった 449 名を対象としてカルテ調査を行った。実際に介入を行った 324 例の平均年齢は  $79.1 \pm 9.6$  歳、要介護度は要介護 3 および要介護 4 で約半数 (172 名、53%) を、日常生活自立度は A2、B1 が多くを占めた (211 名、65.1%)。待機期間の中央値は 24.0 日で、データに欠落のあった 16 名を除く 200 名のリハ完遂症例の介入期間は 139.0 日であった。日常生活自立度は A2 から A1、B1 から A2 の改善が多く認められ、屋内での移動能力を改善し、外出を可能とすることを目標とした介入が効果を挙げている。

代替サービスへの移行がスムーズに行われていないことが介入期間長期化の大きな要因の一つであると考えられ、必要なときに、必要なだけリハビリを提供するためのケアマネジメントが十分に行われていないことが解決すべき現状の問題点である。訪問リハサービスの位置づけを浸透させることがスムーズな介護保険サービスの運用につながるものと考えられる。

#### 【はじめに】

在宅要介護者の中には、疾病により生活機能が低下したにもかかわらず、十分なリハビリテーション（以下、リハ）が行われないうまま退院を余儀なくされたケース、適切な療養環境が整わ

ないまま在宅での生活を始めざるをえなかったケース、あるいは急性期、回復期に必要な十分なリハを受けても、何らかの要因でまた生活機能が低下し、そのままの状態でも介護サービスを利用し生活を送っているケースなどが少な

からず存在する。維持期におけるリハは、急性期、回復期病棟、あるいは老人保健施設から在宅への移行を円滑に行う上で重要なサービスであるのみならず、廃用症候群の要因となるいわゆる閉じこもりを外出に導くために必要不可欠なサービスである。在宅要介護者に対するリハの果たす役割は非常に大きい。介入に至るケアマネジメントが有効に行われないうちに本来リハが必要であるケースが放置されてしまうことが、いわゆる“仮の要介護状態”を生み出す要因となっている。

厚生労働省の統計<sup>1)</sup>によれば、各サービスが訪問通所サービス全体の給付額（1663 億円）に占める内訳としては、平成 17 年度 3 月の時点で訪問介護が 30%以上であるのに対して、通所リハは 16%にとどまり、訪問リハに至ってはわずか 0.3%の割合に過ぎない（図 1）。平成 14 年 3 月と比べた各部門の費用の伸び率では、総額で 1.50 倍の増加が見られる中で、通所リハ、訪問リハはいずれも約 1.2 倍の伸びにとどまっている（図 2）。このように、介護保険制度におけるリハは、その需要の増大に対し普及が進んでおらず、仮の要介護状態に広く対応すべきこれらのリハサービスの供給体制は十分に整っていないのが現状である。

一方、こうしたそもそものサービス供給量自体の不足に加え、在宅介護の訪問リハの現場では、専門的リハの認

識不足に起因するかかりつけ医のリハ処方能力、ケアマネのマネジメント能力が問題となっている。認定審査時のかかりつけ医意見書においては利用が望ましい介護保険サービスについてチェックする項目が用意されているが、有効に活用されているとは言い難い。また、訪問看護指示書においてリハを指示する項目も、いわゆる「お任せ処方」の温床になっている。理学療法士、作業療法士が従事している訪問看護ステーションはまだしも、多くのケースではこれらの指示書に基づくリハビリ処方、看護師により手探りで行なわれているのが現状である。看護師の対応も事業所によって大きな温度差がある。一方、ケアマネジャーの質にもばらつきが多く、医学的知識に著しく欠ける管理によって、廃用が見逃されるのみならず、廃用を進行させてしまうケースも少なくない。居宅介護支援事業所の母体によっては、系列事業所のサービスが優先的にケアプランに組み込まれてしまう傾向も存在する。さらに、専門的リハの提供を謳う一部の医療類似行為事業者の存在も、看過し難い問題である。

また、一般の患者、介護者と、リハ専門職が認識している“リハビリテーション”という概念の隔たりも維持期においてリハサービスを提供する上で様々な障害となる。「手が動くようにならないのであれば意味がない」と機



能障害に固執し、受容と適応に問題があるケースも存在すれば、仮の要介護状態にある者がサービス提供を受けられないでいる一方で、「家族の代わりに一緒に散歩に行つて欲しい。」、単に「体を起こして動かす時間を確保したい。」、あるいは「疼痛緩和のために体をさすって欲しい。」などの要望を訪問リハの内容として求められることも少なくない。

以上のように、現行の介護保険制度においては、リハサービス供給量の絶対的不足に加えて、「リハ」の意味するところの共通認識が未確立であることが効率的なサービス提供の妨げとなり、仮の要介護状態が放置されている現状につながっている<sup>2)</sup>。

維持期において限られたリハ資本を最大限に有効活用し、必要な時に必要なだけサービスを利用できる体制を構築するためには、まずリハの対象となる病態、介入目標、そしてその効果を明らかにし、適応を明確に定義する必要がある。医師と看護師、理学療法士、作業療法士、そして言語聴覚士の役割と、患者本人、家族、介護者を含めたそれぞれの立場で取り組むべき内容を明確に示した上で、仮の要介護状態を的確に判断し、リハサービス提供にかかわるマネジメントを的確な方向に誘導していかなければならない。リハは“全人的リハ”として社会学的な視点から語られることが少なからずあるが、

われわれは運動障害を扱う専門的、医学的なりハの視点からそのあり方を明確化することを目標とし、介入モデルを運用する予定地域における訪問リハ事業の実態を調査した。

#### 【方法】

東京都世田谷区は人口約81万人(平成18年3月現在)の行政区である。世田谷区立総合福祉センターは世田谷区地域リハの中心施設として平成元年に設立され、区民を対象とし、障害者のライフステージに応じた専門的・総合的な指導・訓練を行っている。平成12年4月からは介護保険対象事業を実施し、介護保険リハ係として訪問、通所のリハサービスを提供している。急性期、回復期からの継続する一連のリハの仕上げの段階として、疾病の発生・増悪や廃用によって低下した生活機能を改善し、維持できる体制を構築することをリハ介入の目的とし、管理医師1名、非常勤医師6名、常勤PT1名、ワーカー1名、非常勤PT6名、OT2名の構成で運営を行っている。セラピストによる訓練に加えて、リハ科、神経内科の非常勤医師による訪問診療をあわせて行い、地域の居宅介護支援事業所、医療機関とも連携を計りながら福祉用具選定、住宅改修を含めた包括的なアプローチを検討し、寝たきりや閉じこもりを予防するべく、屋内でのADLの改善や外出手段の検討を進めている。サービス利用は地域の

ケアマネジャーからの依頼（利用申込書）に基づき、医師とセラピストが訪問評価を行った上でリハ計画会議において適否の判断と、介入計画の策定が行われる。計画を利用者に提示し、最終的に合意が得られればサービス提供が開始される（図3）。

われわれは図4のようにファイルメーカー Pro（Macintosh 版 Ver.5.5、ファイルメーカー社製）を利用してデータベースを構築し、平成12年4月から平成17年2月までにサービス利用の申し込みのあった449名を対象として利用申込書、訪問評価票および診療記録、訓練記録から待機期間、介入期間、障害老人の日常生活自立度などを後方視的に調査した。また、日常生活自立度の変化とは別に、介入目標達成の有無、転帰についても記録した。

#### 【結果】

対象となった449名のうち、49名は待機期間中に他サービスの利用や状態の悪化のために申し込みを取り下げた。76名は訪問調査の結果、専門的リハの適応が低く他のサービス利用が適切であると判断され、介入を行わなかった。これらを除く324名に対して訪問リハサービスが開始されたが、うち108名は入院、転居、あるいはサービス提供計画に同意が得られなかったために介入を中断したため、介入を完遂できた症例は216名であった。

介入を開始した324例の平均年齢

は79.1±9.6歳、要介護度は要介護3度および要介護4度で約半数（172名）を占めた（図5）。日常生活自立度はA2、B1中心の分布を示した（図6）。主たる疾患は骨関節疾患が123例、脳卒中116例、神経筋疾患59例、内部障害と廃用症候群がそれぞれ39例であった（重複あり）（図7）。申し込みから利用開始までの待機期間の中央値は24.0日（四分範囲16.0-35.0日）（図8）で、データに欠落のあった16名を除く200名のリハ完遂症例の介入期間の中央値は139.0日（四分範囲92.75-324.75日）であった（図9）。完遂症例の日常生活自立度の変化を図10に示す。A2からA1、B1からA2への移行が多くみられ、全体では200名中118名（59.0%）において日常生活自立度の改善が認められた。カルテ調査からリハ介入目標を達成したと判断されたのは171（85.5%）例であった。

#### 【考察】

訪問リハの介入効果を、日常生活自立度をアウトカム指標として示した。総合福祉センターにおけるリハサービスは、全例月1回の往診コストをセンターが負担するなど地域の医師会、世田谷区と密接な関係を持ち、住宅改修事業とあわせ、質の高いリハプログラムを提供している。利用者の自立度は自立度A、Bが主体であった。自立度Jあるいは要支援のケースは訪問サー

ビス自体の必要性が低いため、訪問リハの対象とはなりにくいと考えられる。ベッドから起き上がり、座位をとれるようにすること、さらに屋内での移動能力を改善し、外出を可能とすることに介入効果がみられた。目標達成率と日常生活度改善率には乖離がみられるが、自立度でみると変化がない症例も、介助量の軽減など評価に現れない変化が効果として得られていると考えられる。FIM などのより感度の高い評価尺度を用いた検証が必要である。

サービス利用の申し込みから介入開始までは1か月程度を要した。この間にも本来は回避が可能であるはずの廃用は進行しており、病院から在宅へのスムーズな移行を果たすためには退院直後からの対応へ向けた改善が必要である。サービス利用計画は3ヶ月を目処に行われるが、介入期間は長期化する傾向が見られた。神経筋疾患等の進行性疾患患者に対しては長期にわたって機能維持のための関わりが必要であるが、代替サービスへの移行がスムーズに行われていないことが介入期間長期化の大きな要因の一つであると考えられる。介入期間を短縮することは待機期間の短縮にも繋がり、効率よいサービス提供を計る上で必要不可欠である。世田谷区立総合福祉センターは区内におけるリハサービスの供給源としてその一役を担っているが、地域全体でみると圧倒的需要に対するサービス

供給量が非常に限られていること、センターが提供している「リハビリ」のなんたるかが十分に理解されていないことなどから、リハスタッフ、患者、家族、その他の看護、介護サービスが地域レベルで連携しあえる体制が十分に整っておらず、必要なときに、必要なだけリハを提供するためのケアマネジメントが十分に行えていないことが現状の大きな問題点として考えられた。本研究で示した訪問リハサービスの位置づけが地域に浸透することで、スムーズな介護保険サービスの運用につながるものと期待される。

平成18年度医療保険制度の改正から維持期症例に対する医療保険からのリハ算定が困難となる一方、介護保険法改正ではリハに回復期加算が認められた。介護保険サービスにおけるリハの役割はますます高まりつつある。要支援者に対する介護予防にも重点が置かれているが、寝たきりになるリスクがより高いケースに本来必要な専門的リハ資源配分の減少も危惧される。需要を満たすだけのサービス供給の整備の遅れは仮の要介護状態の増加に直結するため、注意深い対応が必要であると考えられる。

#### 【文献】

1)厚生労働省統計表データベースシステム.厚生統計要覧; Available from : URL:

<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei>

</kouhyo/indexk-kousei.html> (2005  
年6月1日引用)

2)山田 深、里宇明元. 仮の要介護状  
態とその対策. リハ医学 42 (10) ;  
690-696, 2005