

## エグゼクティブサマリ

### ■事業背景と目的

維持期のリハビリテーションは介護保険で支えるという基本的な考え方を踏まえ、標準的算定日数を超える長期的なリハビリテーション介入（以下、長期リハ介入）は段階的に見直されている。平成 24 年度診療報酬改定では医学的な判断に応じた評価見直しとなり、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは平成 26 年 3 月末までと明記された。また、医療・介護の円滑な連携という方向性に照らすと、受け入れ側となる介護保険のリハビリテーションの充実が欠かせない。そのため、長期リハ介入が有効な患者の疾患や状態像を把握し、介護側で整えるべき条件を把握する必要がある。

本調査では、運動器疾患および脳血管疾患について、医療機関を対象に長期リハ介入が効果を認める状態像を調査した。また、結果を踏まえた状態像を介護保険事業所・施設に提示し、受け入れの現状と受け入れに必要な条件を明らかにした。

### ■長期リハ介入に関する主な調査結果

#### 1. 医療側が効果を認める状態像

運動器疾患および脳血管疾患に関わらず、「合併症により標準的なリハが遂行できなかった例」、「障害の受容に期間を要した例」、そして「就労・復職を目的とする例」で有効と考えられた。また、脳血管疾患の場合、「機能再建療法等の実施後の例」で長期リハ介入の効果を認めた。一方、長期リハ介入が必要な状態像であっても、運動器疾患リハで 37%、脳血管疾患で 28% がその後リハを終了していた。介入終了割合をその必要理由別にみると、「機能再建療法等の実施後」や「合併症による運動中止基準に該当し介護保険の適用となりにくい」で、30% を下回った。これらから、長期リハ介入が有効な状態像は、①医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある群、②高度な医療管理が必要で、介護側での設備・治療方法等が十分でないために医療保険に留まる群、③回復そのものが遅延し、さらに医学的なリハが必要な群が考えられた。

#### 2. 介護側の受入れ実績

運動器疾患も脳血管疾患も、「障害の受容に期間を要した例」（運；56.6%、脳；39.4%）や「合併症により標準的なリハを実施できなかった例」（運；42.9%、脳；38.7%）で介護保険事業所・施設において受入れ実績が多かった。一方、「脳血管疾患で機能再建療法後の例」（17.8%）「就労・復職を目標とした例」（運；8.8%、脳；18.5%）で少なかった。

#### 3. 介護側の受入れ可能性（表）

受け入れの可能性は、状態像で差が無く、いずれも「条件を整えれば」という回答が多かった。期待値を基準に考えると、介護側で受入れが難しいと考えられたのは「脳血管疾患で機能再建療法実施後の例」（39.5%）、「就労・復職を目的とする例」（運；25.9%、脳；33.5%）であった。「合併症により標準的なリハが遂行できなかった例」は、条件を整えれば出来るとしたものが多かった（運；55.2%、脳；46.0%）。

#### 4. 介護側が受入れるために必要な条件

「合併症などにより標準的なリハが遂行できなかった例」では、「病状の安定」「医学的管理」「リスク管理」「急変時の対応」の条件が多かった。「運動器疾患で就労・復職などを目標とした例」や「脳血管疾患で機能再建後の例」では「スタッフの知識・技術の向上」が多かった。実施単位数は、合併症などによりリハ開始が遅れた例を除き、医療側はすべて 13 単位/月（中央値）であったのに対し、介護側では 8 単位/月（中央値）が最も多く、介護側の実施単位数が少ないことが分かった。

### ■まとめ

1. 医療側調査により、長期リハ介入が有効な状態像が明らかになった（表参照）。
2. 標準的算定日数を超えた者の、約 3 割が医療保険によるリハを終了していた。
3. 医療側において合併症などによりリハが遅延した状態像に対し、介護側は、病状の不安定を理由に受け入れが難しいとしている。一方、急変時の対応や医学的管理を整えれば受け入れが可能とするものが、約 4 割であった。
4. 就労・復職を目指すものは 15% 程度見込まれるが、医療機関でのリハ継続が適切と考えられた。
5. これらの状態像を地域ケア会議の検討例とすることや、今後、タイムスタディなどの更なる研究が必要である。

表 状態像と受入れ可能性のクロス表

分類	状態像	受け入れ可能性の回答(%)		
		できる	できない	条件を整えればできる
運動器疾患	合併症などにより標準的なリハが実施できなかった	23.9	19.8	55.2
	障害の受容に期間を要した	38.6	19.4	40.3
	就労・復職などを目標	31.8	25.9	41.2
脳血管疾患	合併症などにより標準的なリハが遂行できなかった	20.6	32.0	46.0
	就労・復職などを目標	26.5	33.5	37.9
	機能再建療法実施後の例	20.4	39.5	38.8
	障害の受容に期間を要した	32.3	24.9	41.5
	期待値	27.7	27.9	43.0

## サマリ

### 1. 事業の背景

平成 24 年度診療報酬の改定において、医学的に標準的算定日数を超え状態の改善が期待しにくい運動器疾患および脳血管疾患等リハの評価が見直され、要介護被保険者等に対するこれらのリハは平成 26 年 3 月末までと明記された。維持期のリハは介護保険で支えるという基本的な考え方を踏まえると、受け入れ側となる介護保険におけるリハの充実が欠かせない。そこで本事業では、医療と介護の円滑な連携方策に資する資料を作成することを目的として、長期医療リハが有効な患者の状態像と、介護側における受け入れの実現可能性について明らかにする必要がある。

### 2. 調査概要

#### 1) 目的

本調査の目的は、標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーション（以下、長期リハ介入）が有効な患者の状態像を明らかにすることとした。また、この結果を踏まえた状態像を介護保険事業所・施設に提示し、実際の受け入れ状況と円滑な受け入れに必要な条件を明らかにすることとした。

#### 2) 対象と方法

長期リハ介入を必要とする患者の状態像について、医療保険下の患者に接するリハ専門職に対するアンケート調査（以下、医療側調査とする）を実施した。また、医療側調査の結果を踏まえ、独自に想定した複数の状態像に対して介護保険下のリハ専門職にアンケート調査した（以下、介護側調査とする）。

医療側調査では、医療機関 4,787 施設（回復期リハ病院、療養型病床および診療所）を対象とし、回答者はリハ部門の責任者とした。介護側調査では、介護施設・事業所 9,439 施設（介護老人保健施設（以下、老健）、通所リハビリテーション事業所（以下、通所リハ）および訪問看護ステーション（以下、訪問看護））を対象とした。ただし、訪問看護の場合、訪問看護 I 5 サービスを提供する事業所のみとした。回答者は、医療側調査と同様、リハ部門の責任者とした。調査方法は、自記式調査による郵送調査とし、回答は無記名とした。医療側調査は平成 24 年 10 月 1 日～10 月 22 日、介護側調査は平成 24 年 12 月 20 日～平成 25 年 1 月 21 日に実施した。尚、調査対象者には、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面により説明し、本調査に対する回答をもって同意とみなした。

#### 3) 調査項目

主な調査項目は、次の通り。

##### <医療側調査>

施設の基本属性、標準的算定日数超え患者数および使用している評価指標、標準的算定日数超え患者の有無、算定日数を超えた理由、主たる疾患、手術の有無、当該症例の年齢、客観的な改善効果の有無、リハビリテーション開始までに要した期間等

##### <介護側調査>

施設の基本属性、使用している評価指標、受入れ実績、提供単位数、受入れの可能性および、受け入れに必要な条件等

#### 4) 結果

##### (1) 回収率

医療側調査 40.4%（1,936 票／4,787 票）、介護側調査 43.3%（4,086 票／9,439 票）

##### (2) 長期リハ介入により効果を認める状態像の分析（医療側調査）

##### ・標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの算定実績

長期リハ介入の算定実績があるとしたものは、運動器疾患リハで 75.3%、脳血管疾患等リハで 52.7%

であった。

・長期リハ介入により効果を認めた疾患

長期リハ介入が有効な疾患は、運動器疾患リハの場合、「股関節症、膝関節症などの関節症」が 20.8%と最も多く、「挫傷、骨折、切断など股関節および大腿の損傷」(11.8%)、「椎間板障害などその他の脊柱障害」(6.8%)の順であった。脳血管疾患リハの場合、「脳梗塞」が 32.9%と最も多く、「脳内出血」(22.7%)、「パーキンソン病など錐体外路障害および異常運動」(7.1%)の順であった。

・長期リハ介入を必要とした理由

運動器疾患では、「疼痛の治癒に時間を要した」理由が、63.5%と最も多く、「骨・関節を含む創傷治癒が遷延したため」(36.8%)、「重複障害のため」(27.1%)の順となった。脳血管疾患では、「高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため」が、41.3%と最も多く、「重複障害のため」(24.8%)、「介護保険等による地域のリハサービス不足」(23.3%)、「合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため」(23.1%)の順となった。

・長期リハ介入が有効な状態像を探索する試み(表1、2)

長期リハ介入を必要とした理由について、患者属性別に最頻度をみた場合、「合併症などにより標準的なリハが実施できなかった」事例では、運動器疾患と脳血管疾患に共通した属性は、「75歳以上」(運; 47.7%、脳; 40.7%)「合併症数1-3個」(運; 60.2%、脳; 47.9%)となった。両疾患で異なる属性は「リハサービス形態」「専門職の関与数」「手術の有無」となり、運動器疾患リハでは「外来リハ」(46.0%)、「関与専門職 4-6名」(36.7%)、「手術あり」(58.3%)となった。脳血管疾患は、「入院リハ」(62.3%)、「関与専門職 7-9名」(41.9%)「手術なし」(66.1%)となった。

表1 運動器疾患における主成分分析の結果

長期リハ介入を必要とした理由	1	2	3	4
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	0.722	-0.121	0.097	0.039
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	0.679	0.015	0.005	0.184
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	0.58	0.172	-0.086	-0.216
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	0.049	0.626	-0.05	-0.061
骨・関節を含む創傷治癒が遷延したため	0.171	-0.574	-0.003	-0.151
重複障害のため	0.111	0.541	0.023	0.085
就労・復職・復学などのため	-0.059	-0.268	0.725	0.167
障害の受容に期間を要したため	0.107	0.304	0.677	-0.23
成長に伴う障害が予想されたため	-0.082	0.146	0.1	0.781
疼痛の治癒に時間を要したため	-0.335	-0.04	0.252	-0.512

表2 脳血管疾患における主成分分析の結果

長期リハ介入を必要とした理由	1	2	3	4	5
合併症などにより、標準的なリハが遂行できなかったため	0.73	0.074	-0.022	-0.005	0.013
合併症などにより、リハの開始が遅れたため	0.699	0.174	-0.105	0.221	-0.036
合併症により、医療処置が必要であったため	0.626	-0.031	0.123	-0.231	0.204
介護保険等による地域のリハサービス資源が不足しているため	-0.085	-0.723	-0.168	-0.061	0.009
高次脳機能障害(失語、失行、失認、記憶障害)のため	0.073	0.715	-0.142	-0.108	0.032
機能再建治療に伴い、リハが必要となったため	-0.098	0.055	0.784	0.087	-0.058
呼吸不全、心不全、糖尿病などを合併し、一般的な運動中止基準に該当するため介護保険サービスの適用となりにくいため	0.408	-0.102	0.519	-0.236	0.022
障害の受容に期間を要したため	0.125	-0.177	-0.161	0.74	-0.109
就労・復職・復学などのため	-0.213	0.168	0.335	0.628	0.16
重複障害のため	0.188	-0.172	0.138	-0.013	0.726
成長に伴う障害が予想されたため	-0.052	0.195	-0.183	0.001	0.71

「障害の受容に期間を要した」事例では、「年齢区分」で異なり、運動器疾患で「75歳以上」(44.7%)であったのに対し、脳血管疾患は「40-65歳未満」(35.3%)と若い傾向があった。

「就労・復職」事例では、「関与した専門職数」で異なり、運動器疾患で「1-3名」(50.7%)であったのに対し、脳血管疾患で「4-6名」(42.2%)が多かった。

長期リハ介入の終了割合を理由別にみると、両疾患とも「リハの開始の遅れ」で高かった(運; 45.3%、脳; 38.9%)。開始から終了までの日数をみると、概ね2か月程度で終了していた。特に期間を要した要因は、中央値でみると、脳血管疾患の「就労・復職」「障害受容に期間を要す」「介護保険等のリハサービス不足」が300日以上期間を要していた。症例数が少ないが、「機能再建後にリハが必要」(801日)が最長であった。

これらを類型化するために、長期リハ介入を必要とした理由を主成分分析したところ、運動器疾患リハは4グループ、脳血管疾患は5グループが抽出された。このうち介護資源の不足を理由としたものは除外し、運動器疾患で3つ、脳血管疾患で4つの状態像を以降の介護側調査の対象とした。

### (3) 介護保険事業所・施設における、受入れ状況の分析（介護側調査）

#### ・受け入れ実績

「運動器疾患で障害の受容に期間を要した例」（56.6%）で有意に受け入れが多かった（ $p<.05$ ）。運動器疾患や脳血管疾患に関わらず、「障害の受容に期間を要した例」（運；上記、脳；39.4%）や「合併症による標準的なりハを実施できなかった例」（運；42.9%、脳；38.7%）で受け入れ実績が多かった。

#### ・状態像に対する介護側の受け入れ可能性

受け入れ実績について、老健、通所リハ及び訪問看護で比較すると、施設間で差がなかった。しかし、受け入れ可能性は、訪問看護で可能性が高かった。

#### ・整えば可能とした条件（表3）

受入れを可能とする条件について、「病状の安定」「医学的管理」「リスク管理」および「急変時の対応」が有意に多かった（ $p<.05$ ）。「合併症などにより標準的なりハが遂行できなかった例」では、条件が整えば受け入れ可能とした頻度が高かった。

施設間の比較において状態像に関わらず、老健と通所リハで「施設で個別リハを受ける理解・了解」を条件としたものが多かった。また、老健では「経営・運営的な方針の問題の解決」を条件としたものが多かった。施設区分に関わらず「マンパワーの問題の解決」は選択頻度が高かった。

#### ・医療と介護のリハビリテーション実施単位数の分析

医療側において、運動器疾患での理由別リハ実施単位数をみると、合併症などにより開始が遅れた状態像を除いて、すべて月13単位（中央値）であった。脳血管疾患リハの場合、理由によってばらつきがあった。障害受容を理由としている状態像では月13単位、就労・復職では月23単位、機能再建治療では月18単位であった。一方、高次機能障害や合併症などによる開始の遅れや標準的なりハの遂行できなかったことを理由としている状態像では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が関わっており、月30～36単位と他の理由に比べて多かった。

介護側では、すべての状態像で1ヶ月8単位が最も多く、次に12単位が多かった。介護側におけるリハの実施状況は、運動器疾患リハと脳血管疾患リハでの違いはほとんど見られなかった。しかし、合併症を理由とした状態像については、他の状態像と比べて実施単位数が多い傾向があった。施設別にみると、通所リハは月16単位以下が70%以上を占め、訪問看護では、老健や通所リハと比較して実施単位数が多い傾向にあり、月21-24単位を実施している事業所が30%以上あった。老健では層別化されて、月8単位、月12単位を提供する疾患のほか、「脳血管疾患で合併症を有し標準的なりハを遂行できない例」では、月20単位を提供していた。

#### ・医療側と介護側で用いられている評価指標の分析

評価指標について、ROM、MMT、ADL指標および基本動作は、医療側と介護側で共通して80%以上

表3 受入れ条件と7類型のクロス表

条件	運動器疾患			脳血管疾患				期待値	P
	合併症などにより標準的なりハが実施できなかった	障害の受容に期間を要した	就労・復職などを目標	合併症などにより標準的なりハが遂行できなかった	就労・復職などを目標	機能再建療法実施後の例	障害の受容に期間を要した		
<b>病状の安定</b>	<b>71.2</b>	42.2	46.7	<b>71.8</b>	45.9	<b>52.0</b>	39.2	52.7	<b>0.002</b>
施設で個別リハを受ける理解	46.0	58.8	46.1	42.2	49.6	44.9	66.5	50.6	0.163
利用者の意欲	40.4	42.9	54.9	37.7	54.5	36.0	45.6	44.6	0.254
家族の協力	33.8	36.1	50.5	35.3	51.6	30.9	45.6	40.5	0.099
経済的な問題の解決	15.8	11.9	17.5	14.9	20.0	12.0	13.5	15.1	0.745
マンパワー	48.2	43.5	43.2	41.5	43.7	31.5	42.3	42.0	0.716
医療機器の配備	23.0	16.8	21.1	23.4	17.0	27.0	12.5	20.1	0.297
送迎	26.8	15.7	13.4	21.2	12.8	9.7	16.9	16.6	0.064
スペース	7.2	7.1	9.4	7.0	9.9	6.3	7.2	7.7	0.964
<b>医学的管理</b>	<b>49.0</b>	21.0	28.2	<b>52.4</b>	25.2	<b>45.1</b>	23.3	34.9	<b>0.000</b>
スタッフの知識・技術の向上	26.6	17.4	<b>40.0</b>	28.4	35.8	<b>58.1</b>	21.4	32.5	<b>0.000</b>
施設の経営・運営	17.0	17.8	21.1	19.9	22.1	19.4	19.7	19.6	0.987
<b>リスク管理</b>	<b>43.1</b>	22.6	28.6	<b>43.8</b>	28.3	43.6	23.4	33.3	<b>0.002</b>
サポートしてくれる医療機関	41.0	31.3	40.9	42.4	36.6	50.5	30.5	39.0	0.286
地域連携バス	8.2	7.1	19.6	9.8	19.1	10.4	11.7	12.3	0.051
<b>急変時の対応</b>	<b>42.7</b>	17.5	22.0	<b>44.5</b>	22.1	<b>35.5</b>	20.1	29.2	<b>0.000</b>
医療情報の提供	43.3	31.3	30.7	41.4	31.3	46.2	32.2	36.6	0.287
ケアマネとの連携	28.0	32.9	41.8	28.6	40.6	25.0	39.1	33.7	0.222
その他医療機関などとの連携	12.6	10.0	16.2	14.7	14.7	16.4	14.1	14.1	0.911
上記以外	1.5	3.3	7.8	2.4	8.2	1.6	3.8	4.1	0.073

※ 下線部数値は、回答数の有意に多いところ

で用いられていた。医療側と介護側を比較して、医療側に 10%以上多く用いられた指標は、画像（X 線・CT・MRI）や生化学検査、心エコー、呼吸機能検査、活動量および負荷心電図であった。長期リハ介入を必要とする状態像を受け入れるためには、これらの情報共有の仕組みが必要であると考えられた。

### 3. 本解析のまとめ

本事業では、医療側調査によって長期リハ介入が有効な症例について、期間を超えて必要とする要因を探索した。その結果を踏まえ、介護側調査を行い、現在の受け入れ状況と受け入れるための条件を明らかにした。

#### ・長期リハ介入を必要とする患者の特徴について

長期リハ介入を必要とする患者について、一つは、医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある類型が考えられた。長期リハ介入を必要とした理由のうち「リハ開始の遅れ」や「標準的なリハが遂行できなかった」回答をみると、最終的に終了に繋がる割合も比較的高い。つまり、長期リハ介入患者には、医療リハ開始の遅れや標準的な治療計画の適用困難により標準的算定日数を超え、医療リハによる改善が期待できる患者像が含まれると考えられる。

次に、介護保険に馴染みにくく、高度な医療管理が必要で、介護側での設備・治療方法等が十分でないために医療保険に留まる類型が考えられた。これらには機能再建治療の後、継続的な医療的フォローが必要である場合や、呼吸不全、心不全などの合併症により一般的な運動中止要件に該当するなど、不測の事態に対応できる医療機関でなければ、リハを提供できない状態像が一定数ある事が分かった。こういったケースは、医療的な設備や知識が必要となるため、介護保険サービスのみでの対応は困難と考えられた。また、65 歳を超える高齢者であっても、就労・復職支援を理由に長期リハ介入を必要とする例もあり、就労支援専門機関との連携や、受け入れ先の職場等との調整のためのアウトリーチ機能が介護側サービス提供事業所に必要ではないかと考えられた。現状では、介護保険が住まいにおける生活機能の支援を目的としていることから、利用者の復職といった社会的な広がりや直接支援することを想定されていない。そこで、単純に介護保険に移行すると社会的な自立を促すリハが手薄となると考えられ、引き続き医療保険に留まる事が妥当ではないかと考えられる。

最後に、回復そのものが遷延し、さらに医学的なリハが必要な群が考えられた。運動器疾患、脳血管疾患に関わらず、合併症や重複障害、高次脳機能障害などにより、長期のリハ介入を必要とする例があり、一方、介護側では、病状の安定がなされなければ受け入れが難しいとしている。こうした標準的なリハサービスに乗りにくい症例では、引き続き医療保険でのリハサービスの提供が必要ではないかと考えられる。とはいえ、本調査の結果、こうした例でも約 30%は 2 ヶ月程度で終了に至っており、無期限の有効性の確認できないリハサービスを提供し続けているわけではないことが明らかになった。

これらから、長期リハ介入が有効である状態像は、①医療リハの開始が遅れまたは十分な量が提供されなかったことにより標準的算定日数を経過しても回復過程にある群、②高度な医療管理が必要で、介護側での設備・治療方法等が十分でないために医療保険に留まる群、③回復そのものが遷延し、さらに医学的なリハが必要な群であると考えられた。

#### ・介護側における長期リハ介入を必要とする患者の受け入れ可能性

介護側で長期にリハを必要とする患者の受け入れについて、現状の受け入れ状況と受け入れに必要な条件を検討した。

##### 1) 継続的な医学的管理とスタッフ教育

現状では、運動器疾患や脳血管疾患にかかわらず、受け入れ実績は 40%以下であった。その理由は、合併症によっておこる病状の不安定による継続的な医学的管理の必要性が指摘された。また、就労・復職目的例や機能再建後の例では、知識の不足を挙げるものが多く、長期リハ介入が有効な患者を受け入れる

には、新たなスタッフ教育が必要だと考えられた。

## 2) ニーズ対応の実施単位数の設定

実施単位数からみると、従来の生活機能向上という目的に加え、治療や身体機能の回復等を目的とした場合、双方のニーズを満たす提供量を考慮する必要がある、少なくとも医療側と同等もしくはそれ以上の提供単位数が必要と考える。今回の結果では、医療側では1カ月13単位であったのに対し、介護側では月8単位から13単位と介護側でサービスの提供量がやや少ない傾向にあった。ただし、医療側と介護側の提供量の調整について、とくに介護側は慎重に検討する必要がある。本調査の結果、介護側の提供単位数が少ないことが分かったが、提供単位数は目的に鑑みて決定されるべきであり、医療側と介護側の提供するリハの目的を同じにすべきであるという誤解につながってはいけない。今回の障害像を手がかりに、これらの患者が地域で自分らしく暮らしていくために必要なリハの目的と、それを実現するサービス提供量が決められなくてはならない。

## 3) 在宅医療との連携

評価指標の観点から、介護側での受け入れ条件を検討すると、CTや生化学検査など医学的情報を得にくいことがわかり、これが医療側に管理を求める背景のひとつになっているのではないかと考えられた。このように介護側の実態を踏まえると、1) 医療管理を可能とする地域連携パス、2) 緊急時の対応ができる医療機関の存在、3) 最新の医療リハに関する継続的な知識の提供が整備される必要があるのではないかと考えられた。また、65歳以上であっても復職・就労を希望するものもおり、アウトリーチ機能も必要と考えられ、これらの新たな職責に対応するための、タイムスタディを行い、マンパワーの充実を図ることも共通した条件であると考えられた。

## 4) 長期リハ介入患者をケーススタディとした地域ケア会議の活用

維持期のリハを介護保険側に円滑に移行させるには、介護側が不安要因とする病状の安定と医学的管理に対する支援を段階的に担保する必要がある。つまり、医療側といかに情報共有するかが重要となる。解決策の一つとして、地域ケア会議の活用が考えられる。例えば、標準的算定日数を超えて医療リハ介入が必要な患者を、地域ケア会議の対象と位置づけケーススタディを重ねることは有効と考えられる。そのことにより、介護側は医療情報を入手し多職種間で共有しやすくなり、効果的な自立支援型のプラン作成に繋げることが期待できる。また、こういった症例は入退院を繰り返すことも多い。医療側にとっても地域ケア会議の検討を踏まえた在宅生活時の情報を入手することによって、これまでの経緯を踏まえた加療計画や退院計画の作成に有益と思われる。

## 5) 障害受容に対する医療リハのあり方

今回の調査の結果、長期リハ介入例であっても、30%程度は2か月程度で終了に至っている。その意味では、適用が厳格に検討されている。従って、医療機関での必要なリハに幅を持たせ、地域で障害を持ちながら暮らす障害の理解を促す算定日数の設定が望ましい。単に標準的算定日数を理由に前述の必要な支援がなされないまま介護サービスに移行することは望ましくない。患者は医療機関で必要なリハをしっかり行い、障害を持ちながら地域で暮らしていく心づもりをもって、介護側に移行してることが望まれる。障害の見極めを先送りし必要な支援を完結させず、標準的算定日数を理由に介護側でのリハサービス継続を勧めることは、リハ依存の対象者を増加させるのではないかと考えられる。

## 6) 本調査の限界

医療側調査の結果から長期リハ介入が必要な状態像を作成するにあたり、主成分分析を行った後、介護資源の不足を理由としたものは除外した。この際、脳血管疾患の「高次脳機能障害（失語、失行、失認、記憶障害）のため」の項目は介護資源の不足を理由としたものと同じグループとなったため除外し、介護側調査においては言及しなかった。