

Original Article

介護支援専門員の訪問リハビリテーション提供に関わる要因の検討

五日市貴子,^{1,2} 鈴鴨よしみ,¹ 出江紳一^{1,3}¹ 東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野² 医療法人社団森山医会森山リハビリテーション病院³ 東北大学大学院医工学研究科リハビリテーション医工学分野

要旨

Itsukaichi T, Suzukamo Y, Izumi S. Factors influencing the planning of home-based rehabilitation services by care managers. *Jpn J Compr Rehabil Sci* 2013; 4: 39-46.

【目的】介護支援専門員の訪問リハビリテーションサービスを含むケアプラン（以下、訪問リハプラン）作成の現状と、介護支援専門員の訪問リハに関する知識・理解とプラン作成との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】宮城県ケアマネジャー協会に所属する介護支援専門員有資格者 500 名を対象とし、アンケート調査を実施した。調査票には、訪問リハに関する知識・理解を問う質問、実務経験などが含まれた。プラン作成経験の有無に影響する要因を独立した単解析により探索した後、二項ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】回答が得られた在宅支援従事介護支援専門員 113 名のうち、訪問リハプラン作成経験者は 78 名（69%）であった。訪問リハプラン作成には、訪問リハ提供機関の有無、介護支援専門員の訪問リハの知識・理解が影響していた。

【結論】介護支援専門員の訪問リハビリテーションの知識・理解は訪問リハ対象者へのサービス提供にとって重要である。

キーワード：介護予防、介護支援専門員、訪問リハビリテーション

はじめに

日本は世界でも有数の高齢化社会であり、急速に進む高齢化への対処として 2000 年に介護保険制度 [1, 2] が施行された。2006 年には介護保険法が改正され、要支援・要介護者への支援に加えて、要支援・要

介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう支援することを重視した“介護予防”が加えられた [3-5]。この介護保険制度において、“介護支援専門員”は重要な役割を担う。サービスの利用開始前の評価に始まり、サービス利用期間を通して必要なマネジメント、アドバイス、サービス計画変更、給付管理などを行っている。

介護保険制度には訪問リハビリテーションが含まれる。訪問リハビリテーションは在宅で行うサービスとして注目されており、欧米では早期退院者への訪問リハビリテーションが、入院期間を減少させるだけでなく、日常生活動作（activities of daily living 以下、ADL）、家事動作、心理機能が改善されることが報告がされている [6-8]。日本においては、2006 年の診療報酬改定以降医療が提供するリハビリテーション回数に上限が設けられていることもあり、回復途上の早期退院者に対する訪問リハビリテーションの需要はますます増大し、その役割は更に大きくなるものと考えられる。

日本における訪問リハビリテーションの需要は、制度開始当初在宅要介護者の 10% 程度と見込まれていた [9] が、2006 年実態調査による全国利用率は 0.8% と大変少ない状況であった [10]。この原因として、資源不足や介護支援専門員の訪問リハビリテーションに関する“知識・理解”不足などの問題が挙げられたが、介護支援専門員の訪問リハビリテーションに関する“知識・理解”が、訪問リハビリテーションサービスを含むケアプラン（以下、訪問リハプランと略す）の作成や実施およびその内容に影響しているかどうかを実証した報告は見当たらない。

そこで本研究は、介護支援専門員の訪問リハプラン作成の実態を明らかにするとともに、介護支援専門員の訪問リハビリテーションに関する“知識・理解”と訪問リハプラン立案との関連を明らかにすることを目的とした。

方法

1. 対象と調査方法

宮城県ケアマネジャー協会に所属し、同協会によって無作為に選出された介護支援専門員有資格者 500 名を対象とした。同協会が調査票を郵送し研究事務局に返送するという郵送法にて、無記名方式にて実施し

著者連絡先：鈴鴨よしみ
東北大学大学院医学研究科肢体不自由学分野
〒 980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町 2-1
E-mail: suzukamo@med.tohoku.ac.jp
2013 年 4 月 1 日受理

利益相反：本研究は営利的な企業・団体からの財政的支援を受けていない。

表1. 訪問リハビリテーションケアプラン作成に関する質問項目

0)	平成17年度に訪問リハビリテーションサービスを取り入れたケアプランを作成されましたか？
1)	平成17年度に実際には作成されなかったが、訪問リハビリテーションサービスの立案を考えたことがあるケースは何例ありましたか？
2)	実際に作成されなかった理由としてどのような要因がありましたか？
3)	実際には作成されなかった例では、どのように対応されましたか？
4)	平成17年度に限らず、これまでに訪問リハビリテーションサービスのケアプランを作成したことがありますか？
5)	訪問リハビリテーションを実施した際の発案者はどのような職種の方でしたか？
6)	ケアプランを作成した訪問リハビリテーションサービスの提供内容は、どのような内容でしたか？
7)	訪問リハビリテーションサービスのケアプランを作成しなかった理由として、どのような要因が考えられますか？

表2. 対象者（介護支援専門員）の特性：訪問リハビリテーションの立案経験群・未経験群別

		訪問リハ 立案経験群N=78	訪問リハ 立案未経験群N=31
性：度数(%)*	男性/女性	11(14%)/67(86%)	10(32%)/21(68%)
年齢：平均値(±標準偏差)*	男性の年齢/女性の年齢	41.2(±8.8)/47.0(±7.8)	52.0(±14.6)/49.0(±8.5)
実務経験年数：平均値(±標準偏差)		4.8(±1.79)	4.3(±2.16)
勤務地区：度数(%)	広域都市圏内	38(49%)	15(43%)
	広域都市圏外	37(47%)	16(46%)
	不明	3(4%)	
専門的バックグラウンド(%) (重複回答)	医師	1(1%)	2(5%)
	歯科医師	0(0%)	1(2%)
	薬剤師	1(1%)	1(2%)
	保健師	6(6%)	1(2%)
	看護師/准看護師	24(26%)	7(17%)
	作業療法士	1(1%)	0(0%)
	社会福祉士	5(5%)	4(10%)
	介護福祉士	36(39%)	17(41%)
	歯科衛生士	4(4%)	0(0%)
	柔道整復師	1(1%)	1(2%)
	あんまマッサージ指圧師・ はり師・きゅう師	2(2%)	0(0%)
	栄養士(管理栄養士)	1(1%)	0(0%)
	相談援助業務従事者・ 介護等業務従事者	9(10%)	7(17%)
その他	3(3%)	1(2%)	
所属内の訪問リハスタッフ (理学療法士, 作業療法士) の有無：度数(%)	同事業所内にいる#	7(9%)	1(3%)
	同法人内にいる いない	6(8%) 64(82%)	0(0%) 29(94%)
地域内の訪問リハビリテーション 提供機関の有無：度数 (%)*	ある	70(90%)	20(65%)
	ない	6(8%)	8(26%)
	不明	2(2%)	3(9%)

*: $p < 0.05$

#: 一つの法人内に、病院、ケアハウス、訪問看護ステーションなど複数の施設がある場合、各施設を「事業所」とした。

た。調査期間は2006年9月上旬から10月上旬であった。

調査票には、訪問リハプラン作成の現状を調査する項目と、訪問リハビリテーションの知識・理解を問う項目が含まれた。訪問リハプラン作成の現状を調査する項目は、1) 該当年度に訪問リハプランの必要性を検討したが実施に至らなかった症例の有無、2) 実施に至らなかった理由、3) 実施に至らなかった場合の対応、4) 該当年度に限らず過去に訪問リハプランを作成した経験の有無、とした。加えて、これまでに訪問リハプランを作成した経験がある者(立案経験者)には、5) 訪問リハビリテーションの提案者、6) 立案した訪問リハプランに含まれるサービス内容(機能向上訓練、機能維持訓練、ADL訓練、自主トレーニング指導、介護指導、福祉機器導入アドバイス、家屋評価・改造指導、外出訓練、精神的サポート)を尋ね、これまでに訪問リハプランを作成したことのない立案未経験者には、7) 訪問リハプランを作成しなかった理由を尋ねた。調査票に使用した質問項目を表1に示した。

訪問リハビリテーションに対する“知識・理解”を問う項目は、調査に先立って介護支援専門員数名に訪問リハビリテーションのイメージについて半構造化インタビューを行って得られた57項目に対して、「とてもあてはまる」から「全然あてはまらない」までの5段階リッカート尺度で回答を得た。

その他、訪問リハビリテーションに影響を与える要因として、1) 性別、2) 年齢、3) 勤務地区(広域仙台都市圏内、圏外)、4) 介護支援専門員の実務経験年数、5) 活動地域内の訪問リハビリテーションスタッフ(理学療法士・作業療法士)の有無、6) 活動地域内の訪問リハビリテーション提供機関の有無、7) 介護支援専門員になる前の職種(バックグラウンド)を調査した。

2. 解析方法

全回答者のうち、施設支援に従事している介護支援専門員、現在介護支援専門員として働いていない者を除外し、在宅支援に従事している介護支援専門員を解析対象とした。

まず、対象者を、訪問リハプランを作成した経験のある立案経験群と作成経験のない立案未経験群の2群に分け、その属性と立案の現状を比較した。その際、カテゴリカル変数に対してはカイ二乗検定、連続変数に対してはt検定を用いた。ケアプラン作成の現状については、必要を検討したが作成に至らなかった症例の有無、作成に至らなかった理由、作成に至らなかった症例への対応の項目については、介護支援専門員の数について解析を行い、訪問リハの発案者、サービス実施内容については、介護支援専門員が担当した症例の数について解析を行った。

次に、立案経験の有無に影響する要因を探る解析を行った。まず、立案経験群と立案未経験群で訪問リハビリテーションの“知識・理解”の各項目に差が認められるかをカイ二乗検定にて検討した。次に、立案経験の有無を従属変数とし、“知識・理解”と性・年齢を独立変数として二項ロジスティック回帰分析を行った。さらに、各サービス内容の立案の有無で分けた2

群において、“知識・理解”の各項目に差があるかをカイ二乗検定にて検討した。

なおカイ二乗検定においては、期待度数が5未満のセルが全セルに対して20%以上存在する場合にはFisherの正確確率検定を行った。

解析はSPSS version 11 for windows (SPSS Japan Inc. 東京)を使用し、有意水準は5%未満とした。

なお、研究の実施に際し、東北大学医学部倫理委員会にて承認を得た。

結果

アンケートを郵送した会員500名中、宛先不明または死亡で5名が除外され、495名中260名の回収が得られた。回収率は52.5%であった。260名中在宅支援に従事している介護支援専門員113名(43.5%)を解析対象とした。

1. 解析対象者の属性と訪問リハビリテーションの立案の現状

在宅支援に従事する介護支援専門員(N=113)のうち、訪問リハビリテーション立案経験者は78名(69%)、立案未経験者は31名(27%)、不明4名(4%)であった。立案経験者と立案未経験者の属性を表2に示した。立案経験者群の方が未経験者群よりも女性の割合が多く($p=0.030$)平均年齢が低かった($p=0.028$)。また、活動地域に訪問リハビリテーションの提供機関がある($p=0.006$)と回答した者が多かった。

訪問リハプラン作成に関わる現状を表3に示した。訪問リハビリテーションの必要性を検討したがケアプランを作成しなかった症例の有無については、全対象者中、有り72名(64%)、無し36名(32%)、不明5名(4%)であった。該当症例ありと回答した72名が、作成しなかった理由(重複回答)として挙げたのは、本人がリハビリテーションを希望しなかった36名(50%)、家族が希望しなかった26名(36%)、リハビリテーションを希望したが自宅訪問という形態に抵抗を示した21名(29%)であり、本人・家族に関する理由が多かった。また、リハビリテーションスタッフの人員不足といった資源不足の理由を挙げた者も25名(35%)いた。ケアプランを作成しなかった場合の対応(重複回答)では、外出型リハビリテーションサービスでの対応(介護保険と医療保険)を挙げた者が60名(83%)いた。該当年度に訪問リハプランを作成・実施した症例数609件中、訪問リハビリテーションの発案者は、利用者本人65件(11%)、家族88件(14%)、介護支援専門員377件(62%)の3者で530件(87%)を占めていた。サービス内容(重複回答)は機能向上訓練、機能維持訓練、ADL訓練が上位を占めた。

2. 訪問リハビリテーションの“知識・理解”と訪問リハビリテーションケアプランの立案経験の有無との関連

カイ二乗検定の結果、訪問リハプラン立案経験群と未経験群で、有意な差($p<0.05$)または傾向($p<0.1$)が認められた“知識・理解”の項目は6項目であった

表3. 訪問リハビリテーションケアプラン作成の現状

		度数 (%)
必要性を検討したがプラン作成に至らなかった症例の有無	あり	72 (64%)
	なし	36 (32%)
(全対象者113名中)		5 (4%)
必要性を検討したがプラン作成に至らなかった理由 (重複回答) (該当症例ありと回答した介護支援専門員72名中の割合)	本人希望せず	36 (50%)
	家族希望せず	26 (36%)
	自宅訪問拒否	21 (29%)
	医師が非同意	5 (7%)
	リハスタッフ人員不足	25 (35%)
	経済的理由	14 (19%)
	単位超過により不可	11 (15%)
	その他	15 (21%)
	その他	7 (10%)
必要性を検討したがプラン作成に至らなかった症例に対する対応 (重複回答) (該当症例ありと回答した介護支援専門員72名中の割合)	外来リハサービス実施	13 (18%)
	通所リハサービス実施	47 (65%)
	訪問看護実施	36 (50%)
	訪問介護実施	7 (10%)
	対応せず	14 (19%)
	その他	7 (10%)
訪問リハ立案の発案者 (該当症例609例中の割合)	本人	65 (11%)
	家族	88 (14%)
	介護支援専門員	377 (62%)
	その他	79 (13%)
最終的に訪問リハが提供された症例における実施内容 (重複回答) (該当症例609例中の割合)	機能向上訓練	189 (31%)
	健康維持訓練	170 (28%)
	ADL訓練	140 (23%)
	自主トレーニング指導	36 (6%)
	介護指導	13 (2%)
	福祉機器導入アドバイス	12 (2%)
	家屋評価・改善指導	17 (3%)
	外出訓練	12 (2%)
	精神的サポート	6 (1%)
	その他	5 (1%)

表4. 訪問リハビリテーション立案経験群と未経験群で差が見られた「知識・理解」に関する項目

項目	立案経験群 N=78	立案未経験群 N=31	カイ2乗検定 p値
自宅の環境に合わせて行える	N=77 (99.7%)	N=28 (86.8%)	0.069*
日常生活動作訓練を行う	N=74 (94.9%)	N=24 (77.4%)	0.012
日課として継続して行う	N=42 (53.8%)	N=25 (80.6%)	0.009
医療管理の必要な人には適応しない	N=4 (5.1%)	N=6 (19.4%)	0.030
実際の対象者が少ない (介護支援専門員自身が) 訪問リハサービスを利用する際の手続きがわからない	N=17 (21.8%) N=5 (6.4%)	N=17 (54.8%) N=12 (38.7%)	0.001 <0.001

※表中の数値は、各項目に「とてもあてはまる」または「ほぼあてはまる」と回答した人数 (%)

*：有意傾向 $p < 0.10$

表5. 訪問リハビリテーション立案に影響する要因：ロジスティック回帰分析の結果

独立変数	回帰係数	p
実際の対象者が少ない	-1.21	0.003
(介護支援専門員自身が) 訪問リハサービスを利用する際の手続きがわからない	-1.33	< 0.001
性	0.08	0.097
年齢	-0.58	0.556

(表4). これらの“知識・理解”の項目と性、年齢を独立変数とし、立案経験の有無を従属変数としてステップワイズ法による二項ロジスティック回帰分析を行った。その結果、「訪問リハビリテーションの対象者が少ない ($p = 0.003$)」「(介護支援専門員自身が) サービスを利用する際にどういう手続きが必要なのかわからない ($p < 0.001$)」の2項目が立案経験の有無に関係しており、どちらも「あてはまる」者ほど立案未経験者である割合が高かった(表5)。

3. “知識・理解”と立案したサービス内容の関連

ケアプランを作成した訪問リハビリテーションのサービス内容について回答した介護支援専門員は63名(男性8名、平均年齢 37.8 ± 7.07 歳、女性55名、 47 ± 7.93 歳)であった。各サービスのプラン作成の有無で2群に分け、その2群で有意な差があった“知識・理解”の項目を表6にまとめた。機能向上訓練・介助指導・福祉機器導入アドバイス・外出訓練のプランを作成した者は、“訪問リハビリテーションによって出来ないことが出来るようになる”、“外出する為の訓練を行う”、“通所サービスを利用する為の準備段階として行う”などの項目にあてはまると回答した者が多かった。一方、介助指導、家屋評価・改造指導、外出訓練のプランを作成しなかった者は、“訪問リハビリテーションは設備が整っていないので簡単な内容で終わる”、“自宅内のスペースで行う”、“できる運動が限られる”などの項目にあてはまると回答した者が多かった。

考察

1. 訪問リハビリテーションケアプラン作成の現状

訪問リハビリテーションの必要性を検討したがケアプランを作成しなかった理由として、介護支援専門員の35%が「リハビリテーションスタッフの人員不足」を挙げており、また、立案しなかった場合の26%が「提供機関がない」と回答していることから、訪問リハビリテーションの作成には資源不足が関連していることが考えられる。資源不足は全国的な問題であり[11]、今後基盤整備による資源量確保の必要があると考えられた。2012年の診療報酬改定により、重症患者の在宅復帰が増加する傾向が示唆され、訪問リハビリテーションの役割は益々大きくなる事が考えられる。その影響も視野にいれ、行政を中心とした施策を検討するべきであると考えられる。

訪問リハビリテーション発案は、88%が本人・家族・介護支援専門員で占められている一方で、プランを作

成しなかった理由としては55%が本人・家族側の受け入れの問題が挙げられており、ケアプラン作成の意思決定に関わる中心的役割を担っているのは本人・家族・介護支援専門員の3者であることが示された。本研究の結果は、先行研究[12]と同様に、適切な訪問リハビリテーションの実施には本人・家族の理解を得ることが重要であることが再確認された。一方で、その決定にはリハビリテーション専門職の役割が大きくない現状が示された。リハビリテーションの利用者と専門家が認識するリハビリテーションの概念の隔たりは、効率的なサービス提供の妨げとなり、仮の要介護状態を招くと言われている[13]。リハビリテーション専門職が決定に関わる事が少ない現状では、多くの在宅要介護はこの状態に該当するかもしれない。介護支援専門員が訪問リハビリテーションに関する知識・理解を深め、リハビリテーション専門職との連携のもとに適切なリハビリテーションを提供できれば、利用者のADLや介護負担度が改善する余地が有る[14]と言えよう。

訪問リハプランの作成に至らなかったケースでは、介護支援専門員の約半数(48%)が、外出型(外来、通所)リハビリテーションサービスで対応したと回答していた。これらのケースの中には、もともと訪問リハビリテーションではなく外出型のリハビリテーションが適切であるケースが多く含まれていたものと考えられる。つまり、外出型サービスの利用が可能であるケースに、訪問型サービスを検討が多くなされている現状を示している。訪問リハビリテーションは、閉じこもりの解消と生活パターンの改善などを目的として[15]、生活の場で専門的な技術を直接的に提供することが必要な場合に検討されるものであり、必ずしも外出型サービスより機能維持に優れているとは限らない[16]。この点からも、介護支援専門員が訪問リハビリテーションに関する知識・理解を深め、リハビリテーション専門職と連携して適切なリハビリテーションを行うことの必要性が示唆される。

2. 訪問リハビリテーションの立案経験の有無やサービス内容に影響する要因

立案経験者は立案未経験者に比べ、訪問リハビリテーションの対象者が少ないとは思っておらず、また、利用開始に必要な手続きを理解していた。立案経験者の中では、「出来ないことが出来るようになる」、「通所サービスを利用する為の準備段階として行う」などの“知識・理解”をもっている者の方が、介助指導や福祉機器導入アドバイスなどの幅広い内容を立案していた。つまり、訪問リハビリテーションを、単に機能

表6. 訪問リハビリテーションケアプランにおいて提供したサービス内容によって差が見られた「知識・理解」の項目一覧

サービス内容	左記サービスを含むケアプランを作成した介護支援専門員	左記サービスを含むケアプランを作成しなかった介護支援専門員
機能向上訓練	できないことができるようになる 退院時リハを継続する人に行う	
日常生活動作訓練		住環境整備を行う 福祉用具の助言を行う
自主トレーニング指導	医師が必要と判断した人に行う 単価が高い	退院時リハを継続する人に行う レクリエーションとして行う
介助指導	外出するための訓練を行う 主に治療的に行う セラピストに力量差がある	設備が整っていないので簡単に終わる
福祉機器導入アドバイス	関節可動域訓練を行う 立位関連動作を行う 筋力トレーニングを行う 離床させてくれる ストレッチを行う できないことができるようになる 日課として継続する 介護の一環として行う 通所サービス利用の準備段階として行う 主に予防的に行う 主に治療的に行う セラピストに力量差がある	通院が大変な人に行う 本人・家族との人間関係に左右される
家屋評価・改造指導	主に治療的に行う 医師が必要と判断した人に行う 退院時リハを継続する人に行う 単価が高い	自宅内のスペースで行う 実施できる運動が限られている 通院が大変な人に行う
外出訓練	日課として継続する 通所サービス利用の準備段階として行う 寝たきりの人に行う 主に治療的に行う 本人・家族に受け入れられにくい	実施できる運動が限られている 慢性期の人に行う リハスタッフに依頼しにくい
精神的サポート		通院が大変な人に行う

※各サービス内容含むケアプランを作成したことがある介護支援専門員と、作成したことがない介護支援専門員間で、知識・理解の回答割合が有意に異なった項目を掲載した。その知識理解項目を有意に有している群の側に、項目を記載した。

訓練としての資源ではなく、回復途上である利用者への介入や生活環境拡大にも利用できる資源であると理解している者の方が、幅広い提案を行っていると考えられる。介護指導、在宅での「しているADL(実際に在宅で行っているADL)」を確実なものにする、家屋改修や適切な福祉機器の導入など[17]の訪問リハビリテーションの機能に関する知識を有している者ほど、その内容を立案している傾向が窺え、「知識・理解」の差による影響は立案経験の有無のみならず、サービス内容にも及んでいることが示唆された。

一方、立案未経験者において、実際の対象者がいないと思っている傾向があるということは、「知識・理解」が不十分なために、適応となる対象者の見逃しの原因となり、「必要な対象者へ必要な時期」に立案することの阻害となっている可能性がある。訪問リハビリ

テーションの適切な介入ポイント(生活再建時、社会参加の促進時、生活維持における適時)[9]を理解するためには、訪問リハビリテーションが、単に自宅内で行う機能訓練ではなく、住環境整備や住宅改修、介護指導など、実生活を取り巻く様々な要因へのアプローチ、そして回復途上にある早期退院者へのアプローチを行う機能も担っている資源であるという「知識・理解」を浸透させることが必要である。

3. 今後の課題について

過去の報告では「介護支援専門員の「知識・理解」が不十分」であることが裏付けなく指摘されているのみであったが、本研究では、「知識・理解」、特に対象者に関する「知識・理解」の差が立案経験の有無に影響を及ぼし、さらにサービス内容にも影響していたこ

とが示された。今後は“知識・理解”の差を生じさせる要因を検討していくことが必要である。

本研究の回収率は52.5%であった。研究に参加した者は比較的訪問リハビリテーションへの関心が高いであろうことが推測され、従って、今回の結果はより“知識・理解”が高いほうに偏っている可能性が考えられる。回収できなかった対象を含めると、“知識・理解”の影響は更に大きく認められるかもしれない。

今後、対象地域を広げ、介護支援専門員の“知識・理解”の差に影響を及ぼしている要因、特に対象者に焦点をあてた調査を行い、適切な利用がなされるべく施策の検討を行っていくことが必要である。

謝辞

本研究にあたり、研究デザインを始め、協力者の紹介、統計解析などご教示ご鞭撻を頂きました東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野教授辻一郎先生に心より感謝します。また、本研究のアンケート作成にあたり、アドバイス下さいました皆様、アンケートへの回答にご協力頂きました宮城県ケアマネジャー協会の皆様に厚く御礼申し上げます。

文献

- Sumii H. The combination of “Careworks” insurance plan integrated with medical and long-term care insurance. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi-Japan of Geriatrics* 2006; 43: 730-3. Japanese.
- Matsuda S, Yamamoto M. Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *Int J Integr Care* 2001; 1: 28.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>
- Endo H. Reconstruction of the long term care insurance system in Japan. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi-Japan of Geriatrics* 2006; 43: 469-71. Japanese.
- Iijima S. Future issues for the long-term care insurance system in Japan. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi-Japan of Geriatrics* 2006; 43: 481-4. Japanese.
- Thorsen AM, Holmqvist LW, de Predro-Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: Five-year follow-up of patient outcome. *Stroke* 2005; 36: 297-302.
- Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: I: Health outcomes at 6 Months. *Stroke* 2000; 31: 1024-31.
- Stott DJ, Buttery AK, Bowman A, Agnew R, Burrow K, Mitchell SL, et al. Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. *Age Ageing* 2006; 35: 487-91.
- Popularizing Home-Based Rehabilitation and urban adult day care services-towards independent, dignified life in the community): Year 2003 Research Study Report on the Urban Home-based Services Promotion Project, Tokyo Prefecture 2004; 13-25. Japanese.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2006/04.html>
- Ishikawa M. A perspective on physical therapy under long-term care insurance. *J Jpn Phys Ther Assoc* 2004; 31: 204-9. Japanese.
- Orii Y, Yamamoto K. On the degree of living independence and socialization of nursing care in relation to the acceptance of home-based services. *J Jpn Soc Nursing Res* 2003; 26: 277. Japanese.
- Yamada S, Liu M. The issue of temporarily requiring nursing care, and possible approaches to its solution. *Jpn J Rehabil Med* 2005; 42: 690-6. Japanese.
- Liu M. Intervening with rehabilitation for patients requiring nursing care at home- A study on efficient screening of improvable cases and a model for efficient intervention, 2004. Summary Research Report on the Longevity Science General Study, funded by the Ministry of Health, Labor and Welfare Scientific Study Fund 2005;18-38.
- Yamanaga H, Nojiri S, Nakanishi R, Katsura K, Watanabe S, Yonemitsu H. Rehabilitation of post stroke patients under long-term care insurance. *Jpn J of Rehabil Med*. 2005; 42: 58-71. Japanese.
- Hase K. Rehabilitation for sustaining daily living. *Jpn Acad Homecare Physicians* 2003; 4: 5-10. Japanese.
- Kitsuta A, Oi M, Ikeda N. Rehabilitation approach under the long-term care insurance system-The present situation and problems in two and a half years later. *J Clin Rehabil* 2002; 11: 1005-10. Japanese.