研究報告

急性期病院に併設された地域包括ケア中核センターにおける訪問リハビリテーションの現状 *

河合佑季[1)]・野々山紗矢果[1)]・土本友香[1)]・東　靖子[1)]・都築　晃[1) 2)]
阿部祐子[1) 2)]・金田嘉清[1) 2)]・北村眞弓[1) 2)]・西山都師恵[1) 2)]
長谷川洋子[1) 2)]・小島菜保子[1)]・牧野幸子[1)]・水谷順子[1)]・湯本奈千代[1)]

【要　旨】

我々は，2025 年に迎える超少子高齢社会に先立ち，2013 年 2 月に学校法人として初の試みである地域包括ケアモデル「藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター」を設立し，居宅介護支援事業所，訪問看護ステーション（以下，当ステーション）を開所した．今回，当ステーションでの訪問リハビリテーション（以下，訪問リハ）について紹介する．2015 年 4 月 30 日時点で，当ステーションは全利用者 246 名，訪問リハ実施者 82 名である．訪問リハ実施者における保険区分は医療保険 51.2%，介護保険法 48.8% であり，厚生労働省の報告における全国の訪問看護ステーションの医療保険での利用 24% と比べて多い結果となった．疾患割合は悪性新生物 31.7% であり，利用者の医療依存度の高さが窺え，2025 年を迎えるにあたり，他のステーションでも医療依存度が高い利用者が増えると予想された．今後さらに，在宅医療・介護に携わる職種と訪問リハステーションの連携が重要と考えられた．

キーワード：地域包括ケアシステム，悪性新生物，医療依存度

はじめに

厚生労働省は，団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年に，75 歳以上の高齢者人口の全人口に占める割合が 18% を超えるとし，65 歳以上の高齢者人口の全人口に占める割合に関しては 30% を超える見込み[1) 2)] としている（図 1）．75 歳以上人口は，都市部では急速に増加し，もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加すると推計されており，高齢化の進展状況には大きな地域差を認めているため，各地域の特性に応じた高齢社会への対策が求められている[3)]．特に，著者が所属する藤田学園が位置する愛知県では，少子高齢化が全国トップレベルの早さで進行しており（図 2），少ない生産年齢人口で多くの高齢者を支えていかなければならない．また，世帯主が 65 歳以上の世帯のうち，単独世帯や夫婦のみの世帯が増加する[3)] とも推計されており，今後，要介護状態になった高齢者を介護者する者の不在や，老老介護問題が生じてくると考えられている．

政府は，こうした超少子高齢社会を迎える 2025 年までに，保険者である市町村や都道府県が，地域の特性に応じて地域包括ケアシステムの構築を

＊ The current status of the visiting rehabilitation in the integrated community care core center which is annexed to acute hospital

1）藤田保健衛生大学　地域包括ケア中核センター
（〒 470-1192　愛知県豊明市沓掛町田楽ケ窪 1-98）
Yuki Kawai, PT, Sayaka Nonoyama, PT, Yuka Tsuchimoto, PT, Yasuko Higashi, PT, Akira Tsuduki, PT, Ph.D., Yuko Abe, OT, Yoshikiyo Kanada, PT, PH.D., Mayumi Kitamura, RN, Toshie Nishiyama, RN, Yoko Hasegawa, RN, Naoko Kojima, RN, Sachiko Makino, RN, Junko Mizutani, RN, Nachiyo Yumoto, RN: Fujita health university comprehensive community care core center

2）藤田保健衛生大学　医療科学部
Akira Tsuduki, PT, Ph.D., Yuko Abe, OT, Yoshikiyo Kanada, PT, Ph.D., Mayumi Kitamura, RN, Toshie Nishiyama, RN, Yoko Hasegawa, RN: Fujita health university school of health sciences

＃ E-mail: yuki.k0833@gmail.com

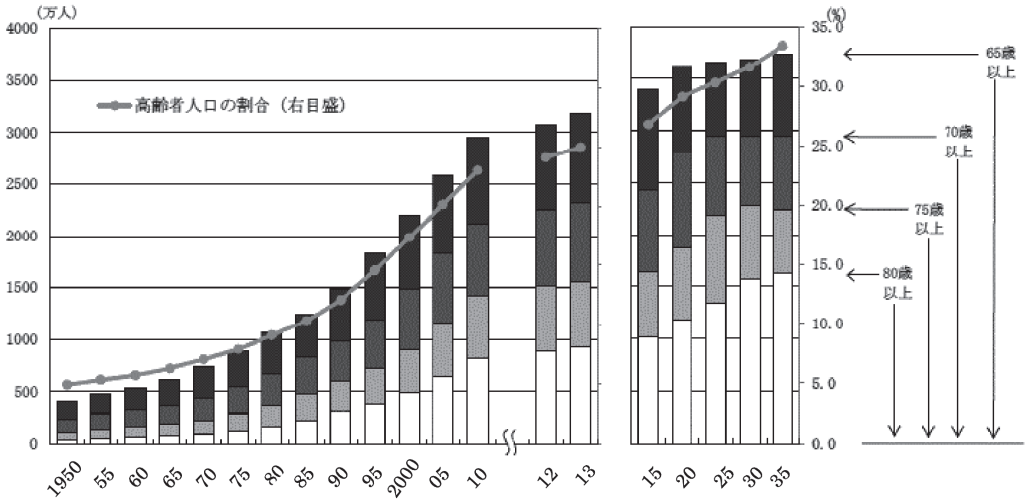

図 1. 高齢者人口および割合の推移

総務省統計局[4]より引用

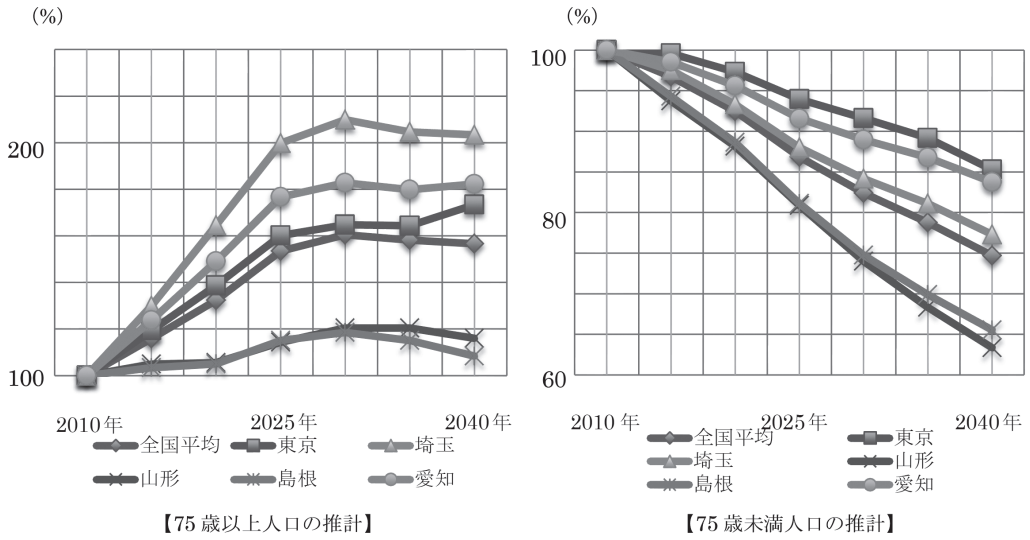

図 2. 75 歳以上人口の推計（左図）と 75 歳未満人口の推計（右図）

縦軸は 2010 年時点での人口を 100 とした時の割合．横軸は 2010 年から 2040 年までを 5 年毎の経年で示している．
愛知県では，75 歳以上高齢者が現在の 2 倍近くになり，生産年齢人口は 2 割近く減少する．

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013 年 3 月推計）[2]より作成

図る[1)3)]としている．地域包括ケアシステムには，「医療」「介護」「生活支援サービス」「予防」「住まい」といった 5 つの構成要素が掲げられており，包括的な支援が利用者のニーズに応じて提供されることや，24 時間対応の在宅医療，介護・生活支援サービスの充実，介護予防の推進，住まいのバリアフリー化などを含めた様々な生活支援が包括的かつ継続的に実施されることが望ましい[5)6)]としている．また，政府は地域包括ケアシステムのイメージとして「住まいと住まい方」を受け皿，「生活支援・福祉サービス」を受け皿の上に立つ土台として，「医療・看護」「介護・リハビリテーション」，「保健・予防」が「本人・家族の選択と心構え」のもと提供される必要があると示している．

しかし，実際の地域包括ケアの現場では，専門医療・介護職の人材不足，不十分なケア体制，地域包括ケアのモデルとなるサービス体制や施設が不足しているなど，多くの問題を抱えている．そこで，我々は急性期医療からのスムーズな在宅ケア移行，質の高い在宅医療・介護・福祉サービスの提供，地域包括ケア人材の教育・育成を目的に，2013 年 2 月に学校法人として初の試みである

地域包括ケアモデル，「藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター」（以下，当センター）を設立し，居宅介護支援事業所，訪問看護ステーション（以下，当ステーション）を開所した．今回，当ステーションでの訪問リハビリテーション（以下，訪問リハビリ）の現状と地域包括ケアシステム構築する上での課題について紹介する．

対象および方法

1．対象

当ステーションの全利用者は延べ246名であり，年齢69.0 ± 20.3歳，性別の内訳は男性137名，女性109名，利用者の保険区分は医療保険59.3%，介護保険40.7%である（表1）．また，全利用者の内，訪問リハ対象者は82名であり，年齢63.0 ± 28.3歳，性別の内訳は男性46名，女性36名，保険区分は医療保険51.2%，介護保険48.8%である（表1）．

2．方法

当ステーションは，同一法人が運営する藤田保健衛生大学病院に併設されている．藤田保健衛生大学病院は愛知県豊明市にある藤田保健衛生大学の付属病院であり，2004年5月1日から特定機能病院の承認を受けている．2015年4月30日時点で標榜診療科は23科，病床数は1505床であり，病床数に関しては単一の病院として国内最多である．当ステーションは藤田保健衛生大学病院からのみなし指定での訪問看護ステーションではなく，学校法人が運営しており，設立の目的として地域の医療・介護・福祉各施設等と協力連携し，人材不足の解消，ケア体制の充実，高品質な医療サービスの提供を実現させることを掲げている．24時間対応の訪問看護や訪問リハビリ，薬剤相談，看取りを積極的に行っており，大学病院に併設していることから，大学病院医療連携室との連携強化，急性期医療を受けた患者の在宅医療への速やかな移行を支援している．更に，在宅医療・福祉機関とも連携を行い，患者の在宅介護への移行も支援している．また，地域医療・介護・福祉を担う人材育成のための実習・研修・研究施設として，藤田保健衛生大学在籍中の学生のみならず，大学外からの見学・実習・研修を積極的に受け入れている．

2015年4月30日時点で，当ステーションは正規職員の看護師7名，理学療法士4名，事務員2名，非正規職員の看護師7名，理学療法士1名，作業療法士1名，薬剤師1名，パートタイム職員の事務員1名が在籍している．非正規職員は全員が藤田保健衛生大学教員との兼務である．

このように，急性期病院に隣接している当ステーションの利用者の疾患割合や自宅退院後の転帰，訪問サービス利用開始から終了までの期間と人数の割合に他の訪問看護ステーションとは異なる特徴を認めたため，下に記していく．

結果

当ステーション全利用者の疾患割合は悪性新生物50.8%，内科疾患22.8%，精神科疾患7.7%，脳外科疾患2.8%，整形外科疾患3.3%，神経内科疾患5.3%，皮膚科疾患1.2%，外科疾患0.4%，小児科疾患5.7%である（図3）．訪問リハ対象者の疾患割合は悪性新生物31.7%，内科疾患24.4%，精神科疾患1.2%，脳外科疾患8.5%，整形外科疾患12.2%，神経内科疾患8.5%，小児疾患13.4%である（図3）．全利用者，訪問リハ対象者共に，利用者の半数以上は医療保険での利用となっており，また，悪性新生物を主疾患とした利用が多くなっている．

訪問リハ対象者の転帰の詳細は，死亡18.3%，入院・入所9.8%であり，保険区分別では，医療保険では死亡33.3%，入院・入所4.8%，介護保険では死亡2.5%，入院・入所15.0%となっている（図4）．訪問リハ対象者の疾患割合は，医療保険では悪性新生物が主疾患の利用者割合は50%を超えており，介護保険では10.0%となっている（図5）．当ステーションの訪問リハ対象者の内，2割程度は悪性新生物が原因で死亡するという転帰を辿っている．

死亡となった訪問リハ対象者の訪問サービス利用開始から終了までの期間と人数割合は，1週間以内5.9%，1週間～2週間5.0%，2週間～3週間

表1．利用者の基本情報（2015年4月30日時点）

	全利用者（ n＝246 ）	訪問リハ利用者（ n＝82 ）
年齢（歳）	69.0 ± 20.3	63.0 ± 28.3
性別（名）	男性：137　女性：109	男性：46　女性：36
保険区分（%）	医療保険：59.3　介護保険：40.7	医療保険：51.2　介護保険：48.8

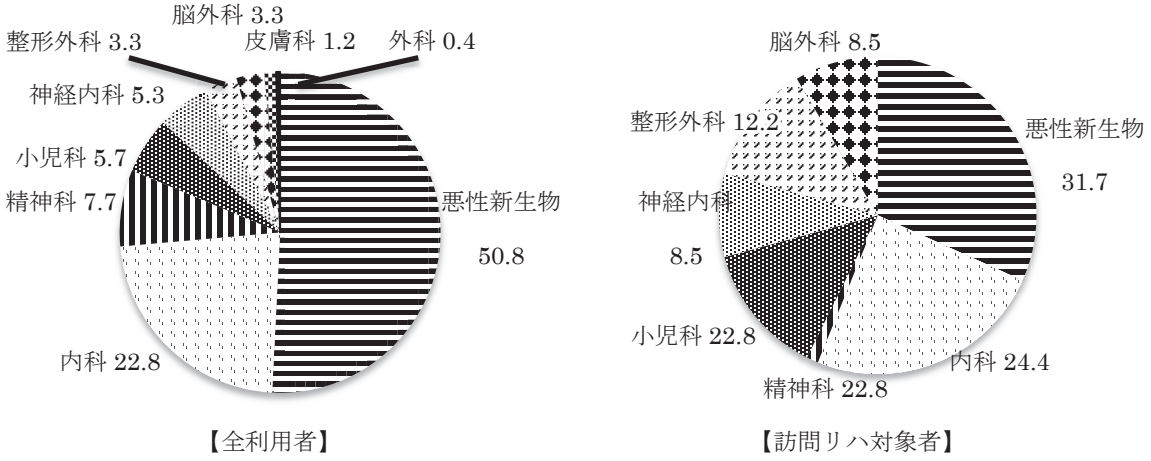

図 3. 全利用者と訪問リハ対象者の疾患割合（%）

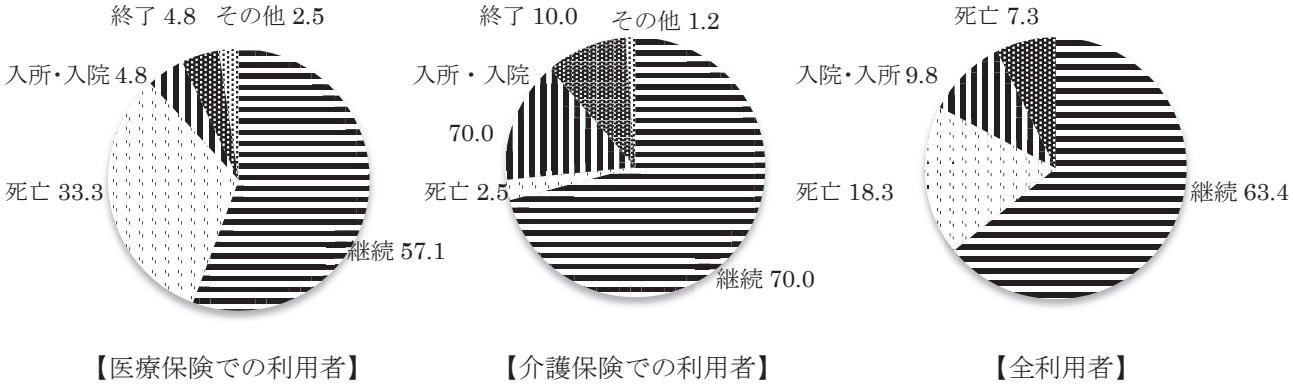

図 4. 保険区分別訪問リハ対象者の転帰（%）

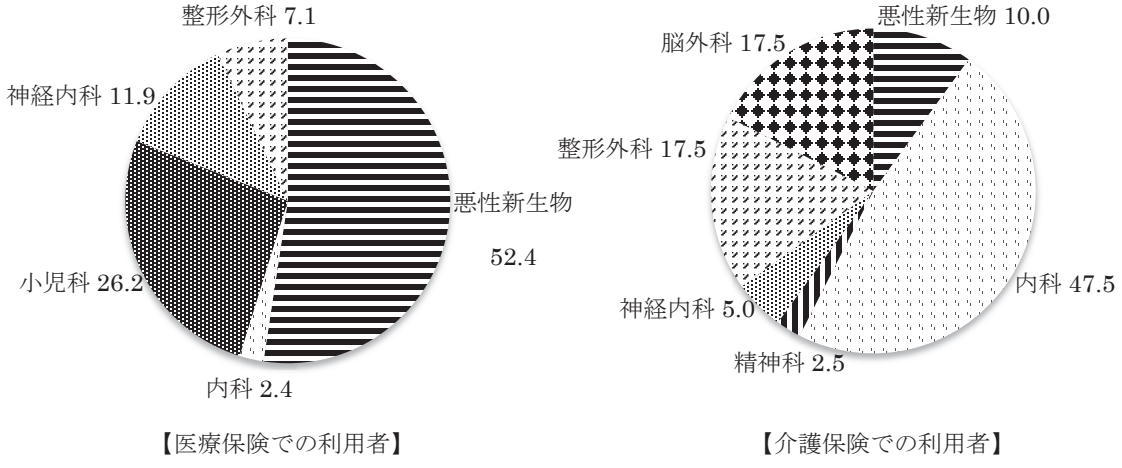

図 5. 訪問リハ対象者における医療保険と介護保険での疾患割合（%）

8.9%，3 週間～ 4 週間 7.9%，4 週間～ 5 週間 4.0%，5 週間～ 6 週間 9.9%，6 週間～ 7 週間 2.0%，7 週間～ 8 週間 3.0%，8 週間～ 9 週間 5.0%，9 週間～ 10 週間 3.0%，10 週間～ 11 週間 4.0%，11 週間～ 12 週間 3.0%，3 か月～ 6 か月 21.8%，6 か月～ 1 年 15.8%，1 年以上 1.0% であり，利用開始から 6 週間までに利用終了となったケースが 40% を超えている（図 6）．

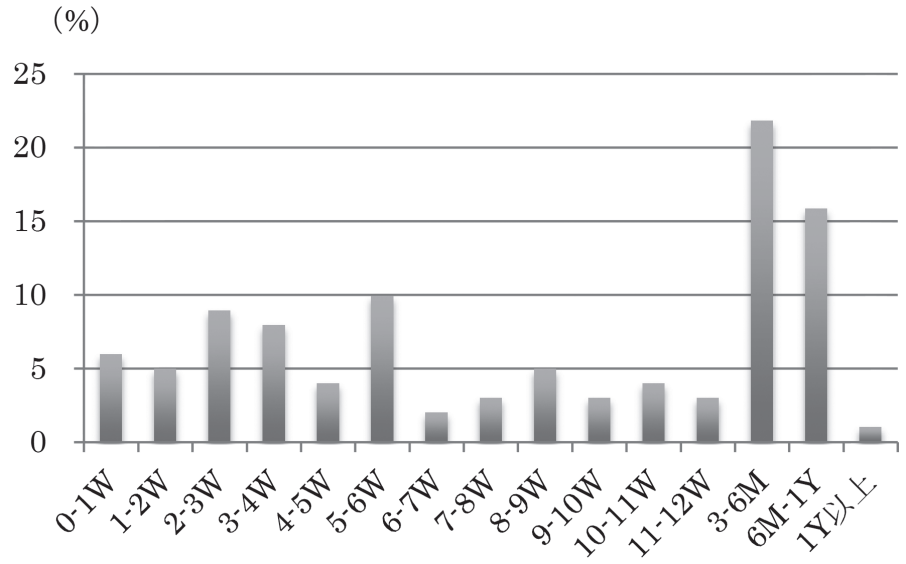

図 6. 訪問リハ死亡者の利用開始から終了までの期間と人数割合（%）

W は週，M は月，Y は年を示す.

考察

当ステーションの特徴は，①医療保険での利用者が多いこと，②悪性新生物を主疾患とした利用者（以下，がんの利用者）が多いこと，③訪問看護・リハを利用開始して早期に状態悪化する頻度が高いこと，の 3 点が挙げられる．医療保険での利用が多いことに関しては，厚生労働省の報告では，2013 年時点で全国の訪問看護ステーションの保険別利用者割合は，医療保険 24%，介護保険 76% である [1] とされており，当ステーションの医療保険での利用 51.2% は他の訪問看護ステーションより多いことがわかる．さらに，全国の訪問リハビリテーションの利用者疾患割合は，がんの利用者が 10% 未満 [1] である．また，訪問リハの現状を報告した研究では，脳外科疾患と整形外科疾患での利用者が 7 割を超え，がんの利用者がいないステーションもある [7][8] ため，当ステーションにおける，がんの利用者割合が 30% 以上である事は全国平均より多いことがわかる．全国の訪問看護ステーションに対する調査では，がんの利用者の訪問看護開始から死亡までの期間は平均 3 ヶ月程度 [2] だと報告されている．当ステーションでは，転機が死亡となる利用者の 3 割近くは訪問リハ利用開始から 4 週間以内に利用終了となっており，全国の訪問看護ステーションの訪問看護利用開始から死亡までの期間と比べて利用開始から早期に利用終了となるケースが多いことがわかる．これら全国の訪問看護ステーションの現状報告等からも，当ステーションの訪問リハビリ利用者は，医療保険かつ，がんの利用者が多く，利用開始して早期に状態悪化を認める，いわゆる医療依存度の高い利用者が多い状態にあるといえる．

当ステーションにおける訪問リハビリの実際は，医療依存度が高いからと特別な内容を行っているわけではないが，病状の変化が起きやすいことを常に念頭に入れて，病状変化に合わせた動作や介助，自宅環境の設定についての指導などを行っている．特にがんなどの医療依存度が高い疾患の場合は，自宅退院後も病状が不安定であり，急激な日常生活動作能力の低下などを認めることがあるため，利用者の病状変化により敏感に気付けるように注意を払っている．たとえ短期間の介入であったとしても，病状に合わせた動作指導や，寝具や歩行補助具の選定などの生活環境の調整，同居者への介護方法の指導を行うリハビリテーションの介入は，利用者の生活の質を保ち，在宅生活を望む利用者・家族がより長い期間在宅生活を営むためにも有益だといえる．

当ステーションは特定機能病院である藤田保健衛生大学病院に隣接しており，大学病院の退院調整室との連携も行っているため，利用者の多くは大学病院からの紹介である．こうした背景から，急性期病院での治療を終えた医療依存度の高い患者や，がん治療を受けた患者が在宅退院するケースを多く認めているため，がんの利用者や医療保険での利用が多くなっていると考えられる．また，前述した通り，がんの利用者は利用開始から 3 ヶ月以内に死亡するケースが多くなるため，訪問看護・リハ利用開始早期で状態悪化を認め，死亡する転帰を辿る利用者が多くなっていると考え

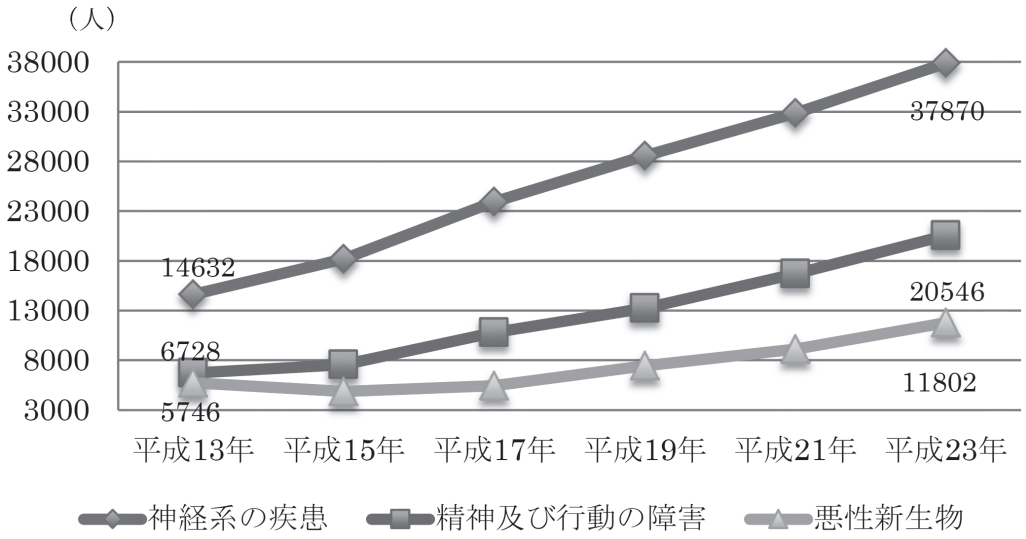

図 7. 全国の訪問看護ステーションにおける医療保険での疾患分類別 1 ヶ月の利用者数の推移

厚生労働省[1]より引用作成

られる．

厚生労働省は，全国の訪問看護ステーションの課題として，がんの利用者・医療依存度の高い利用者の増加を挙げている[1)3)]．超少子高齢社会を迎えるにあたって，訪問看護・リハビリの利用者は今後も増加していくと見込まれており，当ステーションのように，医療依存度の高いがんの利用者が全国のステーションでも増加していくと予想される．実際，全国の訪問看護ステーションにおける医療保険での疾患分類別 1 ヶ月の利用者数の推移をみてみると，平成 13 年から平成 23 年までの 10 年間でがんの利用者はおよそ 2 倍まで増加している（図 7）[1)]．しかし，神経系の疾患，精神及び行動の障害での利用は 3 倍近く増加しており，がんの利用者の増加率は，継続的な治療を必要とするがんの有病総数に対してまだまだ不十分であると考えられる．厚生労働省においても，日本は他の先進国に比べ，緩和ケアの提供体制が不十分であり，特に在宅における緩和ケア体制の充実が必要であるとしている[9)]．こうした背景からも，今後も増加が予想されるがんをはじめとした医療依存度の高い在宅療養者に対して，より質の高いリハビリテーションを提供することができる人材が必要だと考えられる．当ステーションでは，こうした在宅療養者がおかれている現状から，リハビリテーションに限らず，地域包括ケアに携わる人材の育成が必要であると考えている．更に，厚生労働省は地域包括ケアシステムを構築する上で，在宅療養者の身体の状況や家族，住居等の環境に応じて，様々な地域資源を組み合わせながら支援していく必要があり，そうした複合的な支援を実現するために，在宅医療・介護といった多職種間の連携が必要だ[5)]としている．多職種間の連携を強化するためには，他職種間で「顔の見える関係」を構築し，それぞれの専門性や役割についての相互理解を深める必要がある[5)]．特に，がん患者をはじめとした医療依存度が高い利用者は病状の変化が起きやすく，病状変化に合わせて日常生活動作の能力低下も起きやすいが，疾患に対する理解がある医師や看護師が 24 時間 365 日利用者を見るわけにはいかない．そのため，医師や看護師が訪問していない時間帯の状況を知るためにも，介護支援専門員やヘルパー等の介護職が訪問した時の情報やどういった介入を行い，どういう反応があったなどの細かい情報までも伝達できるくらいの連携が重要となってくると考えられる．また，医師や看護師からも介護支援専門員やヘルパー等の介護職に対して疾患の特徴と注意点などを伝えることも重要だと考えられる．さらに，リハビリテーション専門職の立場から，訪問看護師やヘルパーなどの支援者に対して，利用者の病状に合わせた動作・介助方法，自宅環境の調節と使い方についての情報提供を行うことも，利用者へより質の良い医療・介護を提供する上で必要不可欠なものであると言える．

しかし，現状では，書面や電話連絡のみでの連携が多く[9)]，他職種間での「顔の見える関係」が構築されているとは言えない状況である．こうした報告からも，がんをはじめとした医療依存度が高い在宅療養者に対して，質の高い訪問看護・リ

ハビリテーションを提供していく上で，医師や歯科医師，薬剤師，介護支援専門員，ヘルパー等の在宅医療・介護に携わる職種との連携は必要不可欠である．また，在宅医療・介護に携わる職種と実際に関わりを持つことでお互いの職種についての理解を深め，スキルアップしていくことは，地域包括ケアを推進していく上で重要だと考えられる．

結論

当ステーションはがんの利用者や医療依存度の高い利用者が多く，我々はそうした対象者にリハビリテーション介入を行う機会が多い．しかし，医療依存度が高い利用者の増加は今後，どのステーションでも抱える課題となっていくと考えられる．

2025年を迎えるにあたり，年々増えていくと予想される医療依存度が高い利用者への訪問リハビリ需要に応えるためには，理学療法士・作業療法士・言語聴覚士といったリハビリテーションに関係する職種のみではなく，医師や歯科医師，薬剤師，介護支援専門員，ヘルパーといった在宅医療・介護に携わる他職種との連携が必要不可欠である．

【文　献】

1) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会（第205回，資料 総-1），訪問看護について，2011. http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf#search.（参照 2014-12-15）
2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口．2013. http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/1kouhyo/gaiyo.pdf.（参照 2015-06-20）
3) 厚生労働省：平成26年度診療報酬改定説明会資料等について，平成26年度診療報酬改定の概要．http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf.（参照 2014-12-15）
4) 総務省統計局：高齢者の人口，2013. http://www.stat.go.jp/data/topics/topi631.htm.（参照 2015-06-20）
5) 厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会資料（第114回　資料2）通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの報酬・基準について．2014. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065195.pdf.（参照 2015-10-12）
6) 厚生労働省：厚生労働白書，2014.
7) 厚生労働省：第 83 回社会保障審議会介護給付費分科会資料，資料 1リハビリテーションについて．http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001tonu-att/2r9852000001tp1x.pdf#search.（参照 2015-09-28）
8) 厚生労働省：平成25年 介護サービス施設・事業所調査の概況．http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou_03.pdf.（参照 2015-10-04）
9) 厚生労働省：地域包括ケアの理念と目指す姿について．地域包括ケア推進指導者養成研修テキスト．厚生労働省，2011.
10) 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点．2010. http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf.（参照 2015-08-15）
11) 松坂誠應：地域包括ケアシステム構築に向けた課題　地域リハビリテーションの視点からの考察．リハビリテーション連携科学．2013; 14(2): 175-180.
12) 小林康孝：地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの重要性．Journal of Clinical Rehabilitation．2014; 23: 18-24.
13) 松坂誠應：地域リハビリテーションと地域包括ケアシステム．Journal of Clinical Rehabilitation．2014; 23: 33-39.
14) 川越雅弘：理学療法士に期待される役割．理学療法学．2013; 40: 230-234.