

は改革プランをペーパープランに終わらせることなく実効性を確保するためである。

第 4 に、経営指標だけでなく医療機能の確保に関する指標についても数値目標を設定することとされている。これは、公立病院改革が単に「経常赤字」を出さなければよいというのではなく、地域において真に必要な医療を確保するという観点から設けられたものであり、見落とされがちであるが重要な点である。

第 5 に、経営形態の見直しが強調されている。すなわち、公立病院改革ガイドラインでは、「民間的経営手法の導入を図る観点から、例えば地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入などにより、経営形態を改めるほか、民間への事業譲渡や診療所化を含め、事業の在り方を抜本的に見直すことが求められる」と明記されている。また、「地方公営企業法の全部適用については、現在財務規定等のみを適用している団体にとって比較的取り組み易い側面がある半面、逆に経営形態の見直しを契機とした民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであるとの指摘がある点について、特に留意が必要である」と強い調子で述べられている。

第 6 に、再編・ネットワーク化も重要な柱となっている。その背景には、医師不足をはじめ医療環境をめぐる厳しい現実を踏まえ、医師確保や医療機能を個々の病院で考えるのではなく、地域全体をカバーする基幹的病院とネットワークを組むことによって地域医療を確保するという考え方があり。再編・ネットワーク化については、「自分のまちの病院がなくなることや診療所に格下げになることは絶対反対である」という住民感情が強く頓挫するケースが多い。しかし、厳しい現実を直視しなければならない。医師や看護師等のスタッフが今後とも確保できる見通しがあるかという問題に加え、医療密度が薄ければ医療安全の問題も含め医療の質は低下することになる。

(5) 改革プランの策定状況と展望

改革プランはおおむね出揃った。ただし、公立病院改革に対する取り組み姿勢には都道府県および病院によって大きな「温度差」があり、筆者は、「たら・れば」の類のペーパープラン（例：医師数がピーク時の水準に戻れば経常収支は改善される）が少なくない。しかし、公立病院改革は先送りすれば済まされる問題ではない。医師の引揚げや地方財政の厳しさは今後さらに増すからである。また、改革プランは今回提出すればそれで終わりということでもない。改革ガイドラインでは、「改革プランの実施状況をおおむね年 1 回以上点検・評価を行うこととし、(中略) 改革プラン対象期間のうち遅くとも 2 年経過した時点において、改革プランで掲げた経営指標に係る数値目標の達成が著しく困難であると認めるときは、改革プラン全体を抜本的に見直す」旨が規定されているからである。その意味では、改革の「胸突き八丁」が始まるのはまさにこれからというべきである。そして、その見直しに当たっては、ガバナンス構造まで遡って公立病院改革の本質を考える必要がある。なお、公立病院改革については成功事例もある。2008 年度に統合した日本海総合病院の事例（山形県立日本海病院と酒田市立病院の統合事例）はその例であり、リーダーが強いリーダーシップを発揮すれば改革できることを示している。

7. 結語

以上、医療・介護制度の制約条件としての人的資源の確保問題について考察、効率化をめぐる政策課題を鳥瞰、3つの個別課題（①職能の見直し、②透析医療、③公立病院改革）の検討を行った。高齢化が急速に進み医療・介護需要が増加する一方、生産年齢人口が急減するため、医療・介護の人的資源の確保は大きな問題となる。日本は先進諸国に比べ保健衛生・社会事業従事者や看護師等の労働力人口に占める比率はやや低い、この四半世紀の間に、看護職員は1.5倍から2倍程度、介護職員は2倍ないし2.5倍程度増やす必要がある。そのためには、潜在看護師等の活用といった方策以外に養成数自体を増やす必要があり、一定の仮定を置いて試算すれば2030年には新卒者の約8人に1人を看護・介護職員とすることが必要になる。

若年労働力の争奪が激しくなることは必至であり、その前提として医療・介護の一層の効率化が求められることになる。医療・介護の効率化の課題は、医療機関の機能分化の推進、医療・介護の連携の強化、家庭医やプライマリケアの医療政策上の明確化など山積しているが、十分議論が進んでいない検討課題もある。

第1に、生産性向上という観点から職能の見直しを行うことが不可避である。ナース・プラクティショナー、専門看護師、認定看護師に一定の条件の下で医師しかできない医療行為の実施権限を付与することを検討すべきであるが、医師らの理解を得るためには、具体的に対象とすべき医療行為の範囲や条件等を十分詰める必要がある。また、「医療的ケア」の介護職等への解禁論については、当面は違法性阻却論により解禁することもやむをえないが、将来的には、「医療的ケア」という類型を設け、一定の資格を創設し解禁することを検討すべきである。

第2に、医療経済上や患者のQOL向上の観点から透析医療のあり方の検討を行うべきである。日本では施設透析が圧倒的であるが、患者の態様等によっては在宅透析が望ましく、患者や家族の負担軽減や診療報酬上の問題など在宅透析の阻害要因を政策的に除去すべきである。また、透析原因の大きな割合を占める糖尿病の発症予防や患者の疾病管理、居住系施設における透析患者受入れ条件の検討も行う必要がある。

第3に、公立病院改革を進める必要がある。公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りと権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題がある。公立病院改革は一過性の問題ではない。改革プランをペーパープランに終わらせないためには、こうしたガバナンス構造に遡って考察しメスを入れる必要がある。

(参考文献)

- 岡谷恵子・下平唯子・柏木聖代(2005)「主要国の看護師制度の概要」世界の労働, 55巻10号
- 草間朋子(2008)「ナース・プラクティショナー養成の必要性」看護展望, Vol.33.No.4
- 厚生労働省(2008)「福祉・人材確保関係主管課長会議資料」
- 斉藤明(2007)「世界およびわが国における在宅血液透析の現状」腎臓, Vol.30.No.1
- 島崎謙治(2006)「医師と患者の関係」社会保険旬報, No.2296-2298
- 島崎謙治(2007)『医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究』(厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 平成16年度から18年度総合研究報告書)
- 島崎謙治(2008a)「高齢化社会と医療政策」, 岩村正彦編著『高齢化社会と法』(有斐閣)
- 島崎謙治(2008b)「在宅医療と政策」, 佐藤智他編『在宅医療の展望: 明日の在宅医療(第1巻)』(中央法規出版)
- 西澤欣子・窪田実(2007)「在宅血液透析のメリット・デメリット」腎臓, Vol.30.No.1
- 日本腎臓学会(2007)『CKD診療ガイド』東京医学社
- 樋口範雄(2007)『医療と法を考える-救急車と正義』有斐閣
- 堀真奈美(2009)「自治体病院の課題と展望-銚子市立総合病院のケースから考える-」週刊社会保障, 2514号
- 松尾精一(2007)「在宅血液透析の医学的管理」腎臓, Vol.30.No.1
- 良村貞子(2002)『アメリカにおける医療過誤と看護師の責任』北海道大学図書刊行会

退院要介護高齢者に対するリハビリテーション継続上の諸課題

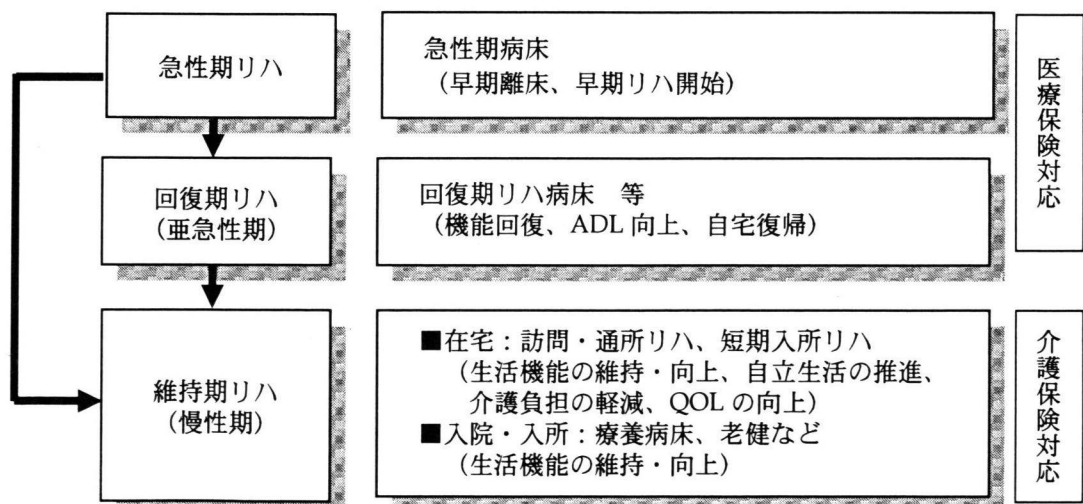
川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

2000年に、介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度が施行された。制度開始初年度は、当初見込みを下回ったが、その後順調に利用者が増加し、2009年11月現在で、認定者数492万人、サービス利用者数396万人となっている。ただし、同制度創設を機に、訪問リハビリテーション（以下、リハ）や訪問看護サービスは、その利用者の多くが介護保険に加入しているため、介護支援専門員が作成するケアプランに位置づけられなければ、サービスが提供できない形となった。サービス導入の必要性は、従来、医師と看護師、医師とリハスタッフ（理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、言語聴覚士（以下、ST））間で判断・決定してきたが、そこに介護支援専門員が介在する形となったのである。

また、2000年の診療報酬改定において、回復期（亜急性期）の状態にある脳卒中、骨関節疾患、廃用症候群等の患者に対し、医師・看護師・リハスタッフ・介護福祉士・メディカルソーシャルワーカー（以下、MSW）・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などの多職種の協働作業による集中的なリハ提供を行い、在宅復帰を目指すことを目的に、回復期リハ病棟が創設され、2008年7月1日現在、879病院、1,080病棟、48,266床が整備されている。こうして、リハ領域においても、急性期にある患者に対し、疾病の治療や合併症のコントロールと並行して、廃用症候群の予防を目的とした早期離床・早期リハ提供を行う「急性期リハ」、回復期（亜急性期）の状態にある患者に対し、多職種協同による集中的リハ提供により、機能回復、日常生活活動（以下、ADL）レベルの向上、家庭復帰を目指す「回復期リハ」、維持期（慢性期）の状態にある患者に対し、外来通院リハや通所リハ、訪問リハ、短期入所リハ、入院・入所施設でのリハなどにより、生活機能の維持・向上を目指す「維持期リハ」という形での機能分化が推進されている（図1）。

図1. リハにおける機能分化と各ステージにおけるリハの役割



(出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会：高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン、青海社、2008、16頁を一部改変

ただし、機能が分化すれば、その連結部分（急性期病床から回復期リハ病床への転院、急性期病床や回復期リハ病床から在宅等への退院等）の質が低下し、患者が不利益を被るリスクが高くなる。そのため、退院支援機能の強化が、機能分化と併せて推進されており、そのためのツールとして、クリティカルパスやリハビリテーションマネジメント（維持期）が導入されている。また、退院後の集中的リハの実施、介護支援専門員の退院支援への関与などの行為に対する報酬面での評価も行われている。

このように、医療・介護制度において、一体となった高齢者リハ提供体制の整備が進められているが、解決すべき課題は山積している（高齢者リハビリテーション研究会で指摘された課題を表1に示す）。

われわれは、これまで、リハ継続性の確保の観点からみた課題を整理するため、様々な実態調査を実施してきた。本稿では、これまでの調査結果や既存の論文・報告書から見えてきた課題を整理するとともに、今後の方向性について言及したい。

表 1. 高齢者へのリハ提供上の諸課題

-
- 課題 1：最も重点的に行われるべき急性期のリハ医療が十分に行われていない
 - 課題 2：長期間にわたって効果が明らかでないリハ医療が行われている場合があること
 - 課題 3：医療から介護への連続するシステムが機能していないこと
 - 課題 4：リハとケアとの境界が明確に区別されておらず、リハとケアとが混在して提供されているものがあること
 - 課題 5：在宅におけるリハが十分でないこと
-

(出所) 高齢者リハビリテーション研究会：高齢者リハビリテーションのあるべき方向、2004 より引用

2. 退院患者の流れの実態

急性期病床から回復期リハ病床に転院した大腿骨頸部骨折や脳卒中患者に対しては、地域連携診療計画を策定し、その計画に基づく治療や指導を行った場合に、「地域連携診療計画管理料（900点、急性期病床が算定）」や「地域連携診療計画退院時指導料（600点、回復期リハ病床が算定）」が算定できる仕組みとなっている。また、2010年の診療報酬改定で、退院後のサービスを担う診療所や200床未満の病院の医師が、退院元の病院や介護サービス事業者などと連携を図った場合に、「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」が算定可能となった（300点、退院月1回のみ）。

このように、病院間の連携から、在宅を含めた連携を評価する形になっているが、このような流れに乗った患者が、退院患者全体のどの程度を占めるのかに関する調査は少ない。そこで、兵庫県理学療法士会のご協力のもと、退院後の患者の流れ、リハスタッフの継続関与の実態把握を目的に、兵庫県下の病院（一般病床、回復期リハ病床、療養病床のいずれかを有する病院）を対象とした、『退院後のリハビリ専門職の継続関与に関する実態調査』を実施した。

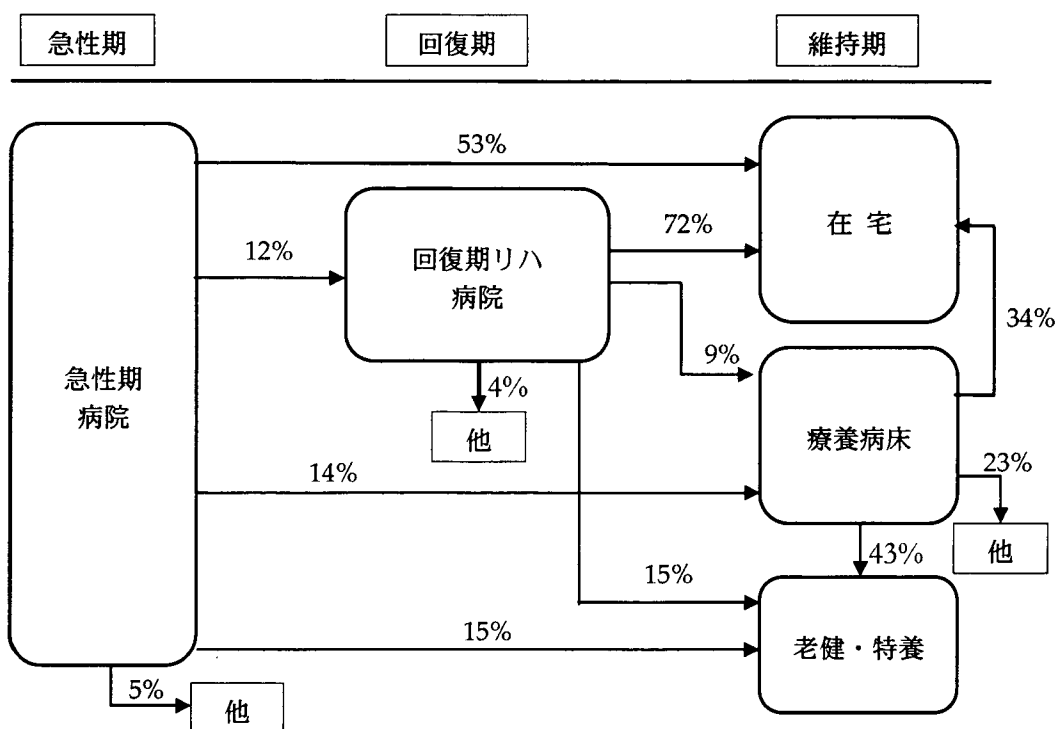
図2に、退院後の患者の流れを示す（但し、死亡退院は除く）。急性期病床からの退院患者の退院先は、「在宅へ」53%、「回復期リハ病床へ」12%、「療養病床へ」14%、「老健／特養へ」15%であった。また、回復期リハ病床の72%が、在宅に退院していた。

退院先の割合は、調査地域の医療・介護資源の整備状況に影響を受けるため、これら割合が

他の地域でも同じとは言えないが、急性期病床→回復期リハ病床→在宅という一連の流れだけでなく、急性期病床から直接在宅に退院する場合も多いことが、今回の調査でわかった。これら患者の流れに応じた、連携対応策の検討が必要ではないかと考える。

ちなみに、大阪豊能地区の脳卒中患者を対象とした調査では、急性期病床からの退院先は、「回復期リハ病床へ」約25%、「在宅へ」約4割、「介護保険施設へ」約25%、「死亡」約1割、回復期リハ病床からの退院先は、「在宅へ」約6割であった。

図2. 退院患者の流れ－死亡退院を除く－



(出所)川越雅弘ほか:「病床区別にみた病床運営および退院先とのリハビリテーション連携状況の差異」、理学療法兵庫、第15号、35-42、2009.より筆者作成。

3. 退院患者への適切なリハ継続導入上の諸課題

1) 病床区別にみたリハ職の配置の問題（ストラクチャーとしての課題）

兵庫県内の病院のリハスタッフの配置状況を病床区分（急性期病床、回復期リハ病床、療養病床）にみると、リハ3職種（PT/OT/ST）配置率は、「急性期病床」53.4%、「回復期リハ病床」95.7%、「療養病床」55.3%であった。急性期病床、療養病床の約3割はPTのみの配置であった。専従MSWの配置率をみると、「急性期病床」22.5%、「回復期リハ病床」56.5%、「療養病床」23.7%であった。

表2. リハスタッフ/MSWの配置状況

	急性期病床 (N=73)	回復期リハ 病床 (N=23)	療養病床 (N=38)
1) リハスタッフの配置状況			
PT+OT+ST	53.4	95.7	55.3
PT+OT	8.2	4.3	10.5
PT+ST	9.6	0.0	2.6
PTのみ	28.8	0.0	31.6
2) MSW の配置状況			
全病棟に専従者を配置	22.5	56.5	23.7
一部病棟に専従者を配置	12.7	0.0	13.2
専従者なし（非専従者）	64.8	43.5	63.2

2) 退院支援プロセス上の課題（プロセスとしての課題）

日本慢性期医療協会会員病院のうち、回復期リハ病棟調査に協力が得られた 28 病院を 2009 年 10 月に自宅退院された方で、調査に同意が得られた 190 名を対象に、退院支援プロセスの実態を調査した。その結果を以下に示す。

(1) 院内カンファ

院内カンファは、「実施」188 名 (98.9%)、「非実施」2 名 (1.1%) と、ほぼ全例に対し実施されていた。

ここで、職種別参加率（対院内カンファ実施者数）をみると、「看護師」「PT」が 98.9% と最も高く、次いで「医師」93.1%、「OT」「MSW」87.2%、「介護職」68.1%、「ST」46.3%、「栄養士」35.1%、「薬剤師」14.4%の順であった。

(2) 退院前訪問指導

退院前訪問指導は、「実施」85 名 (44.7%)、「非実施」104 名 (54.7%)、「未回答」1 名 (0.5%) であった。

ここで、職種別同行率（対退院前訪問指導実施者数）をみると、「PT」が 95.3% と最も高く、次いで「OT」83.5%、「MSW」70.6%、「本人」61.2%、「介護支援専門員」55.3%、「看護師」7.1%、「ST」1.2%の順で、医師の同行はなかった。

退院前訪問指導を行ったケースの、約半数しか介護支援専門員が同行していなかった。

(3) 退院前合同カンファ

退院前合同カンファは、「実施」132 名 (69.5%)、「非実施」55 名 (28.9%)、「未回答」3 名 (1.6%) であった。

ここで、職種別参加率（対退院前合同カンファ実施者数）をみると、病院側では、「看護師」が 97.0% と最も高く、次いで「PT」89.4%、「OT」81.1%、「MSW」79.5%、「医師」57.6%、「ST」37.1%、「介護職」36.4%の順、在宅側では、「家族」が 63.6% と最も高く、次いで「介護支援専門員」54.5%、「本人」44.7%、「その他（介護職、福祉用具事業者など）」10.6%、「看護師」8.3%、「PT」3.1%、「医師」2.3%、「OT」1.6%、「ST」0.8%の順で、薬剤師、栄養士の参加はなかった。

病院関係者と在宅関係者が集う退院前合同カンファには、病院のリハスタッフ（PT/OT

／STの3職種)は高い割合で参加しているが、在宅のリハスタッフはほとんど不参加、介護支援専門員も、約半数しか参加していなかった。

(4) 介護支援専門員に対するリハ継続に対する指導・助言の実施状況

退院後のリハ継続の必要性に対する指導・助言の実施状況をみると、医師では、「実施」28名(14.7%)、「非実施」142名(74.7%)、「未回答」20名(10.5%)、リハスタッフでは、「実施」83名(43.7%)、「非実施」91名(47.9%)、「未回答」16名(8.4%)であった。

また、介護支援専門員へのリハ実施計画書の提供は、「提供している」49名(25.8%)、「提供していない」128名(67.4%)、「未回答」13名(6.8%)であった。

4. 退院患者の機能予後の実態－既存研究より－

急性期・回復期リハと維持期リハの連携の目的は、環境が著しく変化する退院前後の時期(在宅生活導入期)に、リハスタッフ(入院チームと在宅チーム)が適切に関わることで、退院後の生活の安定化と、その後の生活機能の維持・向上を図ることにある。

したがって、連携体制・方法や提供される在宅サービスの効果(アウトカム)を測定するためには、それらに期待される「生活機能の維持・向上」に貢献できたかどうかの視点での評価が必要となる。

そこで、本節では、退院患者の機能予後に関する既存研究について整理し、研究上残された課題を明らかにする(※以下の研究における「機能予後」とは、ADLや歩行機能を中心としたものである。「生活機能」の予後研究は、ほとんど見あたらないのが現状である)。

1) 大腿骨頸部骨折患者の機能予後①(受傷前との退院1年後のADL比較)

阪本らは、日本整形外科学会関連78施設を対象に、定点観測による大腿骨頸部骨折の受傷・治療状況および機能・生命予後前向き調査を実施した。登録患者4,183名(男性870名、女性3,148名、不明165名)で、平均年齢は、男性73.2歳、女性80.3歳であった。

有効回答4,119名の、骨折前と骨折1年後の、障害高齢者の日常生活自立度(以下、寝たきり度)の変化をみると、骨折前は、「ランクJ(何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する)」56.2%、「ランクA(屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない)」32.2%、「ランクB(屋内での生活に何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位は保つ)」9.4%、「ランクC(1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を有する)」1.2%、「その他・不明」1.0%が、1年後には(N=3,545)、「ランクJ」38.9%、「ランクA」26.5%、「ランクB」20.4%、「ランクC」3.8%、「その他・不明」14.3%となっていた。

同一対象者の寝たきり度を二時点と比較すると、「改善」2%、「不変」53%、「悪化」45%であった¹⁾。

2) 大腿骨頸部骨折患者の機能予後②(受傷前との退院半年後のADL比較)

松下らは、富山、熊本、静岡、東京の多施設調査により、大腿骨頸部骨折患者の機能予後とリスク要因に関する調査を実施した。約1年間の登録患者数は798名で、受傷前に屋外活動まで自立していたのは315名であった。

屋外活動自立者315名の半年後の屋外活動状況をみると、「自立」51%、「見守り」5%、「一部介助」5%、「全介助」4%、「禁止・行わず」36%と、約半数は自立度が低下していた²⁾。

3) 脳卒中患者の機能予後(退院時からの1-4年後のADL低下率の検証)

千知岩らは、沖縄県のリハ専門病院から自宅退院した脳卒中患者に対し、アンケート調査を

行い、回答のあった155名のADL（バーセル指数（以下、BI））の経年変化を検証した。ちなみに、退院時平均年齢は60.3歳、退院時BIは、84.2±23.2であった。

Kaplan-Meier法により、BI非低下者の割合を経過期間別にみると、「退院から1年後」90.2%、「2年後」81.7%、「3年後」67.0%、「4年後」44.6%であった。

退院から1年後に、約1割の方のADLが低下していた（※退院時の平均年齢が60歳であり、対象を要介護高齢者に限定すれば、機能低下率はもっと高くなると思われる）。

4. ケアマネジメントの実態－要支援・要介護者へのケアプランの実態－

要支援・要介護者の生活機能の維持・向上を図る上で、患者の状態のアセスメントとそれに応じた適切なサービス決定、いわゆるケアマネジメントは非常に重要な役割を担っている。しかしながら、医療と介護の連携が不十分である（特に、主治医との連携が不十分）、必要な人に訪問看護が入っていないなどの問題点も指摘されている。

ここで、要支援・要介護状態と、サービス給付の実態をみると、軽度者（要支援1・2、要介護1程度）では、「訪問介護」「通所介護」といった福祉系サービスがほとんどで（通常、訪問介護のみ、通所介護のみといった単品サービスが多い）、「通所リハ」でさえ2割弱、「訪問リハ」に至っては1-2%（訪問看護ステーションからのリハ訪問を含む）に過ぎない。

（※：この数字は、退院患者に限定した数字ではないので、「退院患者に対して、どのようなケアプランが作成されているのか。その中で、リハサービスはどの程度位置づけされているのか」の検証が必要と考えている）

表3. 在宅要支援・要介護者へのサービス給付の現状（単位：％）

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
総数（千人）	342.6	445.7	545.7	570.0	406.7	239.1	151.0
訪問介護	52.2	46.0	42.9	39.8	36.7	40.9	49.7
訪問看護(看護師等)	1.5	2.9	5.2	7.0	9.8	16.7	35.7
訪問看護(PT/OT/ST)	0.3	0.9	0.7	1.5	2.1	3.0	3.9
訪問リハ	0.5	1.1	1.1	2.2	3.0	4.1	5.8
通所介護	39.1	41.1	51.0	46.9	47.1	44.0	32.3
通所リハ	12.2	16.4	17.7	20.9	20.9	19.4	12.1
福祉用具貸与	10.2	18.9	17.7	46.0	59.4	73.9	84.0

（出所）厚生労働省：介護給付費実態調査月報（平成20年12月審査分）

これは、介護保険の訪問リハ実施医療機関が、2005年10月時点で、1,053病院（全病院の11.7%）、870診療所（全診療所の0.9%）、実施件数（＝実施人数）が、病院37,477件、診療所24,124件の合計61,601件と非常に少ないことも影響していると思われる（出所：厚生労働省「平

成 17 年医療施設静態・動態調査)。

しかしながら、退院患者に対する直後からの訪問リハにより、生活機能が向上したという報告³⁷⁾や、埼玉県和光市の取り組み実績（軽度要介護者に対し、市が中心となって、全例にケアカンファレンスを実施、その中で、リハ職をサービス決定過程に関与させ（リハをサービスとして直接提供する場合もあれば、ホームヘルパーへの指導・助言の形で関わる場合もあり）、要介護度の軽減の効果を上げている）から鑑みれば、退院前後でのリハ関与が、その後の高齢者の生活機能の維持・向上に寄与する可能性は高いと考える。

5. 多職種チームによる退院支援と在宅リハ提供の効果－海外の既存研究より－

日本では、2000年に創設された回復期リハ病棟で、看護職とリハスタッフ、MSWなどの多職種協同によるサービス提供が行われ、6割の退院患者が自宅退院するなど効果を挙げているが、同病棟でも、退院後の継続フォロー、継続評価はあまり実践されていない。

急性期病床においても、在宅対応者（介護支援専門員等）を交えた退院前カンファレンスが高率で実施されるようになったが、その中にリハスタッフに関わる頻度は低い状況にあり、ケアプランに適切にリハサービスが位置づけられるようになってきているか、疑問が残る。また、回復期リハ病棟同様、退院後の継続フォロー、継続評価はあまり実践されていない。

一方、北欧やオーストラリアなどでは、多職種協働による早期退院支援と、退院後からの在宅リハ提供を実施し、ランダム化比較試験による効果検証に関する論文を発表している。Peter Langhorne は、これら論文のメタ解析結果を報告している（Lancet, 2005;365:501-6）。

これは、早期退院支援実施群（早期退院支援に続いて、在宅リハを実施）と、入院や外来リハなどの通常リハ実施群のランダム化比較研究 11 論文をメタ解析したものである。11 研究の総対象者数は 1,597 名で、対象国は、オーストラリア、カナダ、ノルウェー、スウェーデン、イギリス、タイの 6 カ国である。

同報告によると、脳卒中患者に占める早期退院支援の実施割合は 11 研究平均で 41%であった。また、各研究における早期退院支援の内容は、多職種協働チームの関与度合に応じて、

- ①多職種協働チームがコーディネートとサービス提供を実施（多職種協働チームが退院支援と退院後のケアのコーディネートおよび在宅リハを実施：7 研究）
- ②多職種協働チームはコーディネートのみを実施（多職種協働チームは退院と退院後ケアの計画策定とその後の監督は行うが、在宅リハの提供は地域の事業者が実施：2 研究）
- ③多職種協働チームの関与なし（入院中のケアは多職種協働チームが行うが、在宅リハは地域の事業者かボランティアが提供。サービスのコーディネートを行う者はいない：2 研究）

の 3 群に分類できた。

上記 3 群トータルの、患者死亡または ADL 介助では、早期退院支援実施群で明らかにリスク低減効果がみとめられた（オッズ比=0.79、95%CI：0.64-0.97）。死亡または長期施設ケアのリスクでも早期退院支援実施群の効果が認められた。

入院期間は早期退院支援実施群が 7.7 日（95%CI：4.2-10.7）短かった。再入院率は、早期退院支援実施群 27%、標準ケア実施群 25%でほとんど差がなかった。

その他の指標のうち、extended ADL のスコアおよびサービスの満足度は、早期退院支援実施群が高かったが、健康状態、心理状態、ADL に関しては標準ケア実施群との間に有意な差はみられなかった。介護者については、健康状態、心理状態、満足度のいずれにおいても差がなかった。

一方、早期退院支援実施群における死亡または ADL 介助のリスクは、脳卒中後の後遺症が

軽度～中程度の患者の方が、重度の患者よりも低かった。また、多職種協働チームによるコーディネートが行われた場合の方が、行われなかった場合よりも低かった。在宅リハ提供者によるリスクの相違はみられなかったと報告している。

このように、海外では、多職種協働による早期退院支援に、退院後からの一定期間の在宅リハを組み合わせることで、死亡や再入院リスクの低減、ADL や IADL の機能低下予防、患者家族の満足度向上を目指した活動を行い、かつ、その効果をランダム化比較試験で検証しているが、日本でのこのような研究報告は見受けられない。

倫理的側面から、諸外国のようなランダム化比較試験レベルは実施が難しいと思われるが、日本においても、多職種協働による退院支援システムの有用性、在宅でのサービス介入効果の検証を行うべきである。そのためには、プロセスおよびアウトカムを評価するための評価シートの作成、入院から退院までの患者データベースの構築が必要となる。

6. 今後に向けて

2009年の介護報酬改定において、入院・入所者が自宅退院・退所する際、病院や介護保険施設職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画(ケアプラン)を作成し、居宅サービス等の調整を行った場合の行為を評価するため、「退院・退所加算(入院入所期間30日以下:400単位、30日超:600単位)」が新設された。また、2010年の診療報酬改定において、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から介護支援専門員と連携し、退院後のケアプラン作成につなげる行為を評価するため、「介護支援連携指導料(入院中2回まで、300点)」が新設された。

これらは、療養環境が変化する退院前後において、必要なサービスが、退院後も切れ目なく提供されることを期待したものであるが、これまでの調査結果をみる限り、回復期リハ病棟退院患者に対する退院前訪問指導への同行、退院前合同カンファへの参加率が、いずれも半数程度に止まっていた。

退院後に、自宅という環境下で、本人や家族に対し、訪問看護や訪問リハの必要性を、福祉系の基礎資格の方が多くなった介護支援専門員が説明し、ケアプランに導入することは容易ではない。日本介護支援専門員協会の調査でもわかるように、必要な医療サービス(看護、リハ)をケアプランに組み込むためには、

- ・方法1:本人や家族、介護支援専門員を交えた退院時合同カンファの中で、退院後の看護やリハの必要性について病院側が説明し、合意形成を図る(退院前合同カンファの開催が困難であれば、病院の看護・リハ職の、退院後の看護・リハの継続の必要性を、退院の窓口となっているMSWに情報提供し、それら意見を、MSWが、本人・家族および介護支援専門員に伝える)。
- ・方法2:退院後のケアプラン原案作成段階において、看護やリハ職に、ケアプランへの医療サービス導入の必要性を確認し、その上でケアプランを作成する。

などが考えられる。

個々の介護支援専門員の力量に任せるのではなく、業務ルーチンの中に、上記のような方法を組み込む必要があると考える。

また、患者の流れ(急性期病床から退院した後に認定を受けて介護支援専門員が関わるケース、要介護認定者が入院し、担当の介護支援専門員と病院が連携しながら退院支援をすすめるケースなど)に応じた課題と対策を検討すべきと考える。

(参考文献)

1. 阪本桂造：大腿骨頸部骨折の治療実体に関する研究—定点観測結果の集計—、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）『大腿骨頸部骨折の発生頻度および受傷状況に関する全国調査、平成 14 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：荻野 浩）』、13-28、2003.
2. 松下隆：高齢者の大腿骨頸部骨折後の ADL の維持に関与する因子の解明と術後生活の自立を維持する治療法の確立に関する研究、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）、平成 16-17 年度総合研究報告書（主任研究者：松下隆）、1-11、2008.
3. 千知岩伸匡, 宮川孝芳ほか：在宅脳卒中後遺症者における ADL の経年変化とその関連要因、神戸大学医学部保健学科紀要、18、1-12、2002.
4. Kawagoe M, Kajiya S, Mizushima K, Yamasaka H et al. : Effect of Continuous Home-visit Rehabilitation on Functioning of Discharged Frail Elderly, *Journal of Physical Therapy Science*, 21(4), 343-348, 2009.
5. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：訪問リハのサービス内容と提供方法に関する検討報告書—事例研究編—、平成 17 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書、2006.
6. 竹下訓子ほか：在宅医療と維持期リハビリテーションの現状と課題、*京都医学会雑誌*、50(2)、33-37、2003.
7. 吉良健司ほか：訪問リハビリテーションが高齢障害者の日常生活活動に与える影響について、*理学療法学*、28(5)、225-228、2001.
8. 厚生労働省：介護給付費実態調査月報.
9. 有限責任中間法人日本介護支援専門員協会：介護支援専門員（介護支援専門員）の医療的ケアの知識向上のための調査研究事業報告書、平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業分）、2009.
10. 浜村明德：医療から介護への移行と課題、*PT ジャーナル*、42(8)、640-643、2008.

