

## 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション実施状況

村木尚子<sup>1)\*</sup> 相馬光明<sup>1)</sup> 成田愛子<sup>1)</sup>

**要旨：**「地域包括ケアシステム」の構築が進むなか、2014年度診療報酬改訂において地域包括ケアを支えていくために「地域包括ケア病棟」が新設された。地域包括ケア病棟の機能は、急性期病床からの患者の受け入れ（post-acute）、在宅・施設等からの緊急患者の受け入れ（sub-acute）、在宅復帰支援の3つである。

当院においても2017年11月より一般病棟の一部を転換し、地域包括ケア病棟を開設した。リハビリテーションは在宅復帰支援での関わりが大きく、一般病棟から地域包括ケア病棟転棟後もリハビリテーションを継続する患者は多い。今回、開設後6ヶ月の地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション実施状況を調査した。地域包括ケア病棟では一般病棟より転棟した患者の約3割がリハビリテーションを実施していた。平均算定単位数は2.28単位で地域包括ケア病棟でのリハビリテーション実施基準である2単位は満たしていた。在宅復帰率は66.2%であり、3割程度の患者は他院への転院となっていた。地域包括ケア病棟の施設基準では在宅復帰率は7割以上とされており、リハビリテーション実施患者に関しては基準を満たせていなかった。

地域包括ケア病棟は在宅復帰支援が大きな役割であるが、当院ではその機能を十分に発揮するためにはまだまだ課題は多い。今後さらに詳細な調査を実施し、地域包括ケア病棟における課題をより明らかにし、リハビリテーションスタッフとしての関わり方を検討したい。

**キーワード：**地域包括ケアシステム，地域包括ケア病棟，在宅復帰支援，多職種連携

**PERFORMANCE REPORT**

## Rehabilitation implementation status of the regional comprehensive care ward

Naoko MURAKI<sup>1)\*</sup> Mitsuaki SOHMA<sup>1)</sup> Aiko NARITA<sup>1)</sup>

**Abstract:** As the “Regional Comprehensive Care System” is being developed, the “Regional Comprehensive Care Ward” has been newly established to support regional comprehensive care for medical fee revisions in FY 2014. Functions of the regional comprehensive care ward include acceptance of patients from the acute phase beds (post-acute), acceptance of emergency patients from homes and institutions (sub-acute), and discharge support. Our hospital converted a part of the general wards into a regional comprehensive care ward which opened in November 2017. Rehabilitation deeply involved in home discharge support, and many patients continue to require rehabilitation after moving to the regional comprehensive care ward from general wards. In this survey, we investigated the rehabilitation status in the regional comprehensive care ward 6 months after opening. Approximately 30% of patients who moved from the general ward to the regional comprehensive care ward required rehabilitation. The average number of units to be calculated was 2.28, meeting the required 2 units of the rehabilitation criteria for community comprehensive care wards. The return-to-home rate was 66.2%, and approximately 30% of patients were transferred to other hospitals. In standards of regional comprehensive care

ward facility, the return-to-home rate is set at 70% or more, but this rate for rehabilitation patients was not met. Regional comprehensive care ward has a major role in supporting home discharge, but our hospital has many problems to overcome before fully realizing its function. In the future, we would like to conduct more detailed surveys to clarify issues in regional comprehensive care wards and to examine how to engage as rehabilitation staff.

**Key words:** Regional comprehensive care system, regional comprehensive care ward, return-to-home support, multi-occupation collaboration

<sup>1)</sup>Department of Rehabilitation,  
Mutsu General Hospital, 1-2-8 Kogawa-machi,  
Mutsu, Aomori 035-8601, Japan  
Corresponding Author: N. Muraki  
(riha@hospital-mutsu.or.jp)  
Received for publication, October 26, 2018  
Accepted for publication, December 26, 2017

<sup>1)</sup>むつ総合病院リハビリテーション科  
\*責任著者：村木尚子  
(riha@hospital-mutsu.or.jp)  
〒035-8601 青森県むつ市小川町一丁目2番8号  
TEL: 0175-22-2111 FAX: 0175-22-4439  
平成30年10月26日受付  
平成30年12月26日受理

## はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目標に、日本の地域医療は「地域包括ケアシステム」の構築に向かっている。「地域包括ケアシステム」とは「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制を言う」と定義されている。「地域包括ケアシステム」の柱の一つが「どのステージの患者でも在宅復帰の推進」であり、2014年度診療報酬改定において地域包括ケアを支えていくために、急性期病床からの患者の受け入れ（post-

acute)、在宅・施設からの緊急患者の受け入れ（sub-acute）、そして在宅復帰支援の3つの機能を持つ「地域包括ケア病棟」が新設された。（図1）

当院においても2017年11月より一般病棟54床を転換し、地域包括ケア病棟を開設した。リハビリテーションは在宅・生活復帰支援での関わりが大きく、一般病棟から地域包括ケア病棟転棟後もリハビリテーションを継続する患者は多い。今回、開設から6ヶ月間の地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション実施状況を調査したので、その結果と今後の課題等について報告する。



図1 地域包括ケア病棟の主な役割

(文献1より引用)

**対象・調査項目**

対象は2017年11月～2018年4月までに地域包括ケア病棟に入棟した患者620名中、地域包括ケア病棟にてリハビリテーションを実施した患者166名である。調査項目は、性別、年齢、診療科、疾患名、算定区分、算定単位数、一般病棟から地域包括ケア病棟転棟までの日数、地域包括ケア病棟在院日数、転帰、在宅復帰率で、当科リハビリテーション支援システムより調査した。

**結果**

地域包括ケア病棟に入棟し、リハビリテーションを実施した患者は620名中166名(男性66名、女性100名)、26.8%であった。平均年

齢は79.3歳、男性77.3歳、女性80.5歳と女性の方が平均年齢は高かった。

診療科では整形外科が60名と最も多く、次いで内科48名、循環器科40名、泌尿器科10名であった(図2)。主な疾患は骨折、脳血管障害、肺炎、心疾患等であるが、その他慢性閉塞性肺疾患等の呼吸器疾患、糖尿病、関節炎など疾患は多岐にわたっていた(図3)。疾患別リハビリテーションの算定区分としては運動器リハビリテーションが最も多く、129例(78%)、脳血管疾患等リハビリテーションが24例(14%)、呼吸器リハビリテーション・がん患者リハビリテーションはそれぞれ6例(4%)であった(図4)。

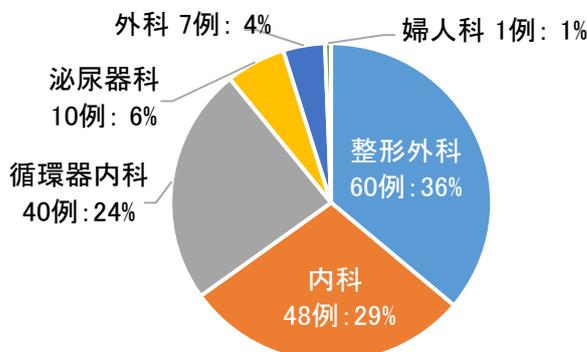


図2 診療科別患者数

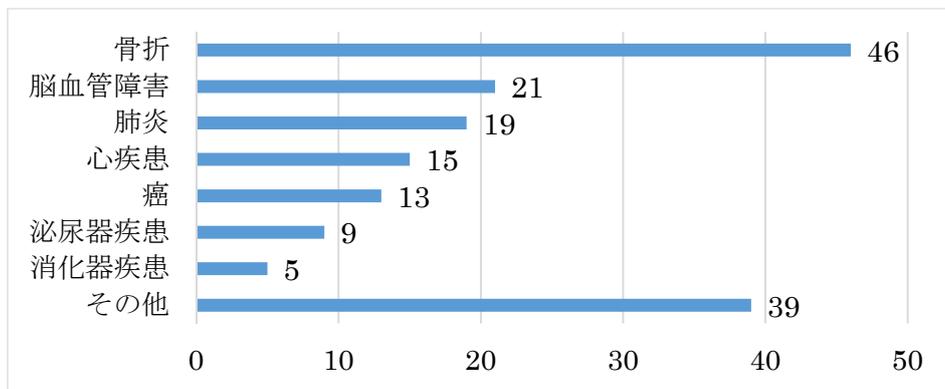


図3 疾患名

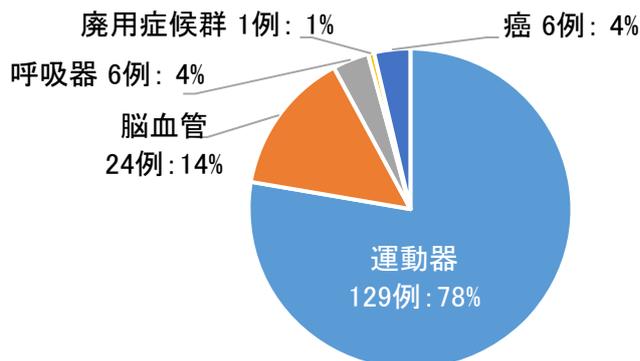


図4 疾患別リハビリテーション算定区分

算定単位数については、休日以外の平均算定単位数は 3.18 単位、休日を含む平均算定単位数は 2.28 単位で、地域包括ケア病棟でのリハビリテーション実施の基準である 2 単位はクリアできていた (表 1)。

転帰は自宅 77 例 (46%)、施設入所 35 例 (21%)、転院 39 例 (23%)、一般病棟への再転棟 6 例 (4%)、死亡 9 例 (5%) で、在宅復

帰率は 66.2% であった (図 5)。

一般病棟入院から地域包括ケア病棟転棟までの日数は 4 ~ 6 週で転棟する症例が多く、平均は 46.1 日であった。直接地域包括ケア病棟に入院した症例も 2 例あったが、一般病棟の空床がなかったため、緊急的に地域包括ケア病棟に入院したものであった (図 6)。

表 1 算定単位数

算定区分	1日平均算定単位数	1日平均算定単位数 (休日以外)
脳血管等リハビリテーション	2.61	3.75
廃用症候群リハビリテーション	2.96	4.33
運動器リハビリテーション	2.18	3.01
呼吸器リハビリテーション	2.28	2.84
がん患者リハビリテーション	2.01	2.97
<b>平均</b>	<b>2.28</b>	<b>3.18</b>

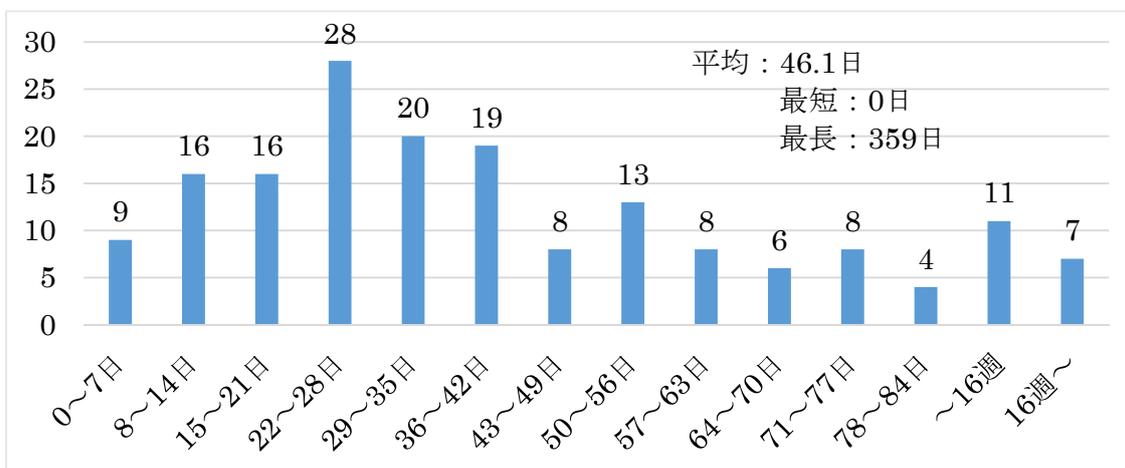
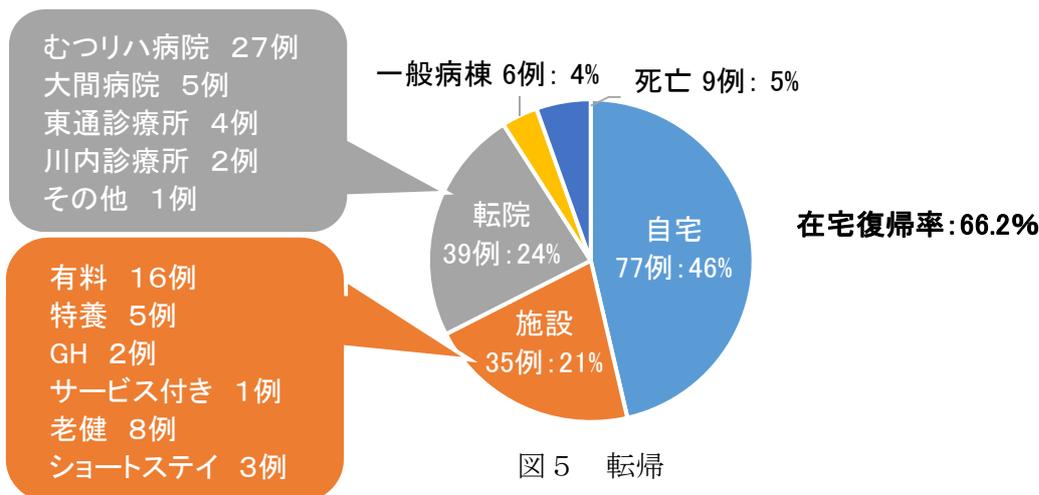


図 6 入院から地域包括ケア病棟転棟までの日数

地域包括ケア病棟の在院日数は1～3週間の症例が多く、平均は22.3日であった。また、地域包括ケア病棟の入院期限である60日で退院できなかった症例は13例あった(図7)。リハビリテーションによる機能改善というよりは

転院・入所待機のための入院となっている症例が多く、60日経過後はリハビリテーションの継続は診療報酬的にも大きなマイナスとなるので、リハビリテーションは終了とし、病棟スタッフでの日常生活上での介入へ移行している。

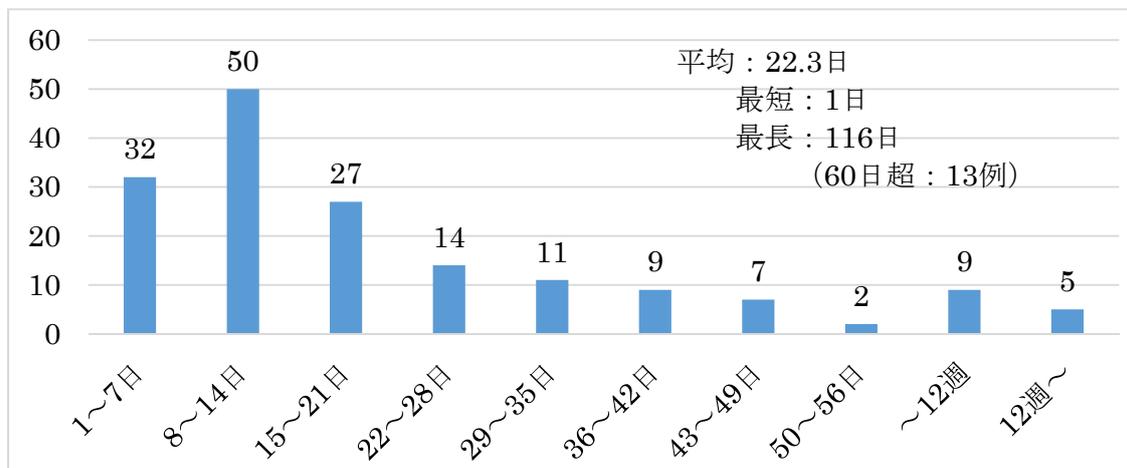


図7 地域包括ケア病棟在院日数

### 考察

本調査の結果、地域包括ケア病棟に転棟した患者のうち、約3割の患者がリハビリテーションを実施していた。当院では地域包括ケア病棟のほとんどの症例が一般病棟からの転棟患者であり、転棟後もリハビリテーションを継続する患者が多い。リハビリテーションに関しては一般病棟で担当していたスタッフが転棟後も継続して担当する症例がほとんどである。

地域包括ケア病棟ではリハビリテーションの診療報酬は包括となっているので、実施単位数によっては診療報酬上マイナスとなる場合もある。さらに一般病棟担当スタッフの実施単位数には含まれるので、1日の実施単位数に上限のあるリハビリテーションスタッフは一般病棟の患者の単位数を調整しなければならない場合もある。逆に、全身状態や認知症等によりリハビリテーションの介入が困難な症例や軽症例ではリハビリテーションの実施単位数の確保が難しく、平均実施単位数に2単位以上と条件のある地域包括ケア病棟でのリハビリテーションの継続が困難な症例は転棟と同時にリハビリテーションを終了せざるを得ない場合もある。

転帰については自宅退院が最も多くなっているが、転院した症例も2割程度あった。当圏域でのリハビリテーションにおいては回復期を担う病院が少なく、ベッド数不足のため、当院での待機期間が長期化しているのが現状

である。大腿骨頸部骨折や脳卒中は地域連携パスも運用されているが、パスにおいても状況は同様である。当院での一般病棟での転院待機は在院日数の長期化に繋がり、本来であれば、在宅復帰支援のための病棟である地域包括ケア病棟に転院待ちの症例を転棟せざるを得なくなっていると考える。これは施設入所待ちの患者も同様であり、地域包括ケア病棟に転棟しての施設入所待機の症例も少なくない。

地域包括ケア病棟在院日数は3週間以内の症例が多くなっている。一般病棟でリハビリテーションを実施していた症例については、退院に関してある程度の方向性が決定してから転棟する症例が比較的多く、転棟後、比較的短期間での退院となっている症例が多いと考える。在院日数が1週間以内の症例は30例を超えており、1日、2日という症例もあった。在院日数が短期間の症例の中には退院日が決定しての転棟という症例もあり、これは一般病棟のベッド不足解消のための転棟と考えられる。逆に地域包括ケア病棟の規定日数である60日を超えて入院している症例もあり、医療・介護資源の乏しい当圏域での在宅復帰支援の困難さを感じる。なかには退院へ向けての方針決定が遅延している症例もあり、早期からの多職種が連携した介入が重要と考える。

入院患者の高齢化に伴い、地域包括ケア病棟に限らず、介護力、経済力、家屋環境等の問題により自宅退院が困難となり、医療介護資源に

乏しい当圏域では在宅復帰に難渋する症例も多い。しかし、介護サービス等を活用すれば、自宅退院が可能と思われる症例も少なくない。早期から多職種が連携し、情報を共有して、患者本人や介護者の不安を軽減し、安心して在宅復帰できるというイメージ作りが重要だと考える。

医療介護資源に乏しい当圏域では、地域包括ケア病棟をベッドコントロールに使用しなければならない状況は少なからずある。しかし、本来地域包括ケア病棟は在宅・生活復帰支援が大きな役割であり、患者の在宅復帰（地域への復帰）のために、早期からの予後予測、多職種が連携した時期・内容ともにタイムリーなカンファレンスの開催、在宅生活を見据えた病棟生活への介入等が必要になってくると考えられる。リハビリテーションを実施している患者については、機能・能力状況やその予後、介護力・家屋状況等の社会的背景等は比較的把握しやすく、在宅復帰への支援も行いやすい。しかし地域包括ケア病棟における在宅・生活復帰支援の対象はすべての転棟患者である。

現在、地域包括ケア病棟の専従のリハビリテーションスタッフは理学療法士1名である。その業務はリハビリテーション実施だけでなく、地域包括ケア病棟への転棟患者の管理、リハビリテーション算定単位数の管理、病棟スタッフへの指導等多岐にわたっており、リハビリテーションを実施している患者以外への介入は困難な状況となっている。地域包括ケア病棟のより多くの患者の在宅復帰支援に関与するためにはリハビリテーション専従スタッフ、地域の連携を担う医療ソーシャルワーカー等医療スタッフの充実が急務といえる。

## おわりに

今回は地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションの実施状況の調査を行った。地域包括ケア病棟の機能を十分に発揮するためにはまだまだ課題は多い。当院リハビリテーション科では平成28年度よりチームスローガンとして「急性期から在宅へ」～戻ろう元の生活へ～を掲げている。まさに地域包括ケア病棟の目標とするところと合致するものである。

今後はリハビリテーションを実施していない患者についての調査も行い、地域包括ケア病棟における課題をより明らかにし、リハビリテーションスタッフとしての関わり方を検討していきたい。

## 文献

- 1) 厚生労働省：平成27年度第10回入院医療等の調査・評価分科会  
<http://www.mhlw.go.jp/sty/shingi2/0000101340.html>
- 2) 宇都宮啓：地域包括ケアシステムと地域包括ケア病棟 PT ジャーナル 50:1085-1091,2016
- 3) 小磯寛：都市部における地域包括ケア病棟 PT ジャーナル 50:1093-1101,2016
- 4) 三浦豊彦：地方地域中核病院における地域包括ケア病棟へのリハビリテーション科としてのかかわり PT ジャーナル 50:1103-1108,2016
- 5) 米田良平：小規模自治体病院における地域包括ケア病床設置の効果と課題 病院羅針盤 117:37-42,2018