

特 集

地域包括ケアにおいて多様化するサービスとその可能性

安倍浩之

有限会社ふらむはあとリハビリねっと 代表取締役
NP0全国在宅リハビリテーションを考える会 理事長

要旨：

2035年、85歳以上の高齢者人口が現在の2.5倍以上になる。85歳以上の高齢者は医療や介護ニーズが極めて高い。社会保障費が膨らみ続ける現況において、これまでに様々な制度改定がなされ、リハビリテーションは医療から介護へ、公助・共助から互助・自助へのシフトが半ば強引に推し進められている。リハビリテーション専門職が手を拱いていると、いわゆる「リハビリ難民」が町に溢れてくることになる。地域包括ケアシステムの構築は、社会保障費の抑制とシームレスなリハビリテーションの提供という観点から、地域における重要な課題である。

地域には、多様なニーズに応えられるリハビリテーションの受け皿が必要であり、その受け皿づくりはリハビリテーション専門職の可能性を拓くという点でとても魅力的である。必要な人に、必要なときに、必要なだけリハビリテーションサービスが提供できる「まだ誰も知らない地域包括ケアシステム」の構築のために、リハビリテーション専門職が日常生活支援総合事業並びに地域リハビリテーション活動支援事業、保険適用外の介護予防事業などへ積極的に参画することを期待している。

I. はじめに

2035年、85歳以上の高齢者人口が現在の2.5倍以上になる時代を見据えて、地域包括ケアシステムの構築が求められている。社会保障費が膨らんでいる現況において、これまでに様々な制度改定がなされ、リハビリテーション専門職が手を拱いていると、いわゆる「リハビリ難民」が町に溢れ出てくることになる。リハビリテーション専門職の視点から町づくりをする必要性がある。

リハビリテーション専門職は、厚生労働省が進める、日常生活支援総合事業並びに地域リハビリテーション活動支援事業へ積極的に参画しなければならない。また、新たな保険適用外の介護予防事業の開拓は、今後の社会保障費の更なる抑制とリハビリテーション専門職の可能性を拓げる。シームレスなリハビリテーションの提供という観点から、地域に多様なニーズに応えられるリハビリテーションの受け皿が必要である。

自分が暮らす町の「まだ誰も知らない地域包括ケアシステム」の構築の実現のために、一人でも多くのリハビリテーション専門職が町づくりに参画することを期待している。

II. 人口動態と地域格差

国土交通省国土計画局¹⁾によると、日本の人口は、19世紀後半から急増し、その後約1世紀半の間に4倍程度まで増加し、1億2,000万人超に達し現在に至っている。今後、少子高齢化による人口減少に歯止めがかからず、今世紀末には20世紀前半の規模、6,000～8,000万人になると予想されている。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」²⁾によると、2010年の年齢階級別人口を100%としたとき、2040年には、0-14歳人口や15-64歳人口は、それぞれ64%、71%に減少する。また、65-74歳人口や75-84歳人

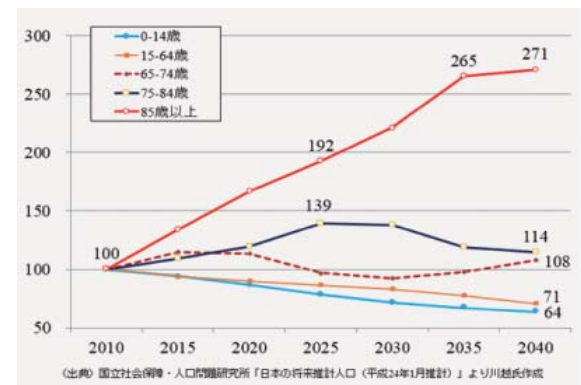


図1. 年齢階級別人口の伸び率の推移

口は、それぞれ108%、114%とほぼ横ばいである。しかし、85歳以上人口は271%に激増すると推計されている（図1）。

また、同研究所の推計では、2050年の都道府県別高齢者数の増加状況は、首都圏を始めとする9都市で全体の増加数の約60%を占めており（図2）、高齢者に対する様々な問題が想定されている。しかし、単純に高齢者問題は都市部の問題と片付けられない。何故なら、高齢者を支える生産人口は地方都市から首都圏への流出が加速し、都市部とは形を変えた高齢者問題が想定されている。

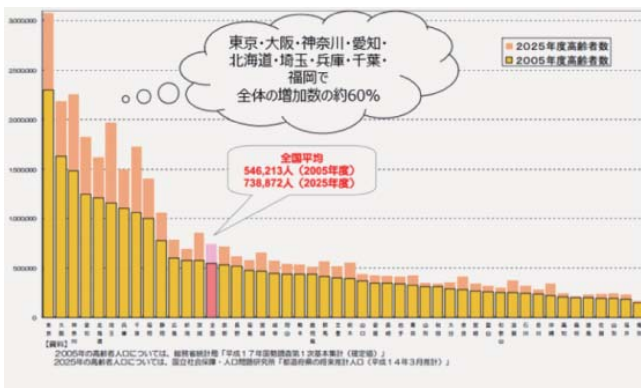


図2. 都道府県別高齢者数の増加状況

Ⅲ. 人口の高齢化による問題

厚生労働省「平成20年患者調査」³⁾によると、入院患者数及び外来患者数は加齢とともに急増し、特に85歳以上の医療ニーズは高くなっている（図3）。入院患者の約70%が65歳以上であり、85歳以上は22.1%である（図4）。前項で述べたように、2040年の85歳以上の人口が2.71倍になり、65-84歳人口が横ばいとしたとき、入院患者の100%以上が65歳以上の高齢者で、その内85歳以上が約60%を占めることになる。



図3. 高齢化による医療ニーズの増大

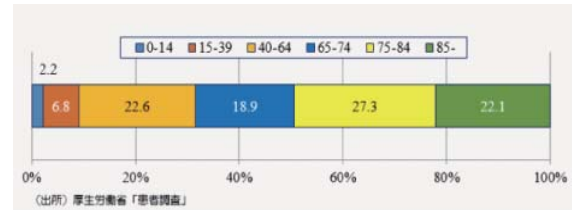


図4. 高齢化による入院ニーズの増大

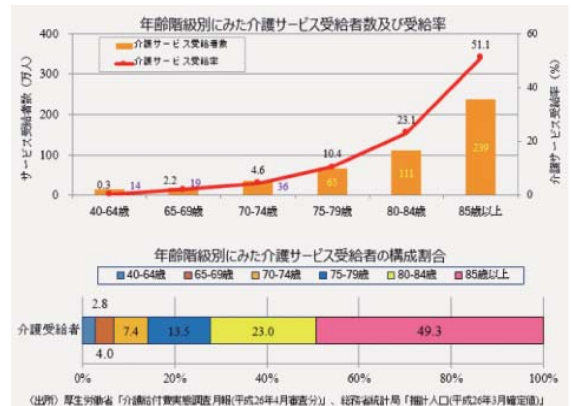


図5. 高齢化による介護ニーズの増大

厚生労働省「介護給付費実態調査月報（平成26年4月審査分）」⁴⁾によると、介護サービス受給者数は加齢とともに増加し、85歳以上で239万人（85歳以上人口の50%超）が何らかの介護サービスを受けている。年齢階級別にみた介護サービス受給者は、全介護サービス受給者の約50%が85歳以上の高齢者である（図5）。介護ニーズにおいても85歳以上の高齢者に極めて高くなる。

Ⅳ. 地域包括ケアシステム

第7回社会保障改革に関する集中検討会議「医療と介護に関する資料」⁵⁾によると、病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図るとされている。加えて、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築と居住系・在宅系サービスの充実を目指すとなっている（図6）。

内閣官房の専門調査会が人口推計や診療報酬明細書から、将来の需要を満たす病床数を割り出した⁶⁾。病床が多すぎると不必要な入院が増え、医療費が膨らむ要因になるとし、2025年には約20万床の削減目標を示した。そして、在宅医療を必要とする約30万人が地域に溢れ出される事になる。

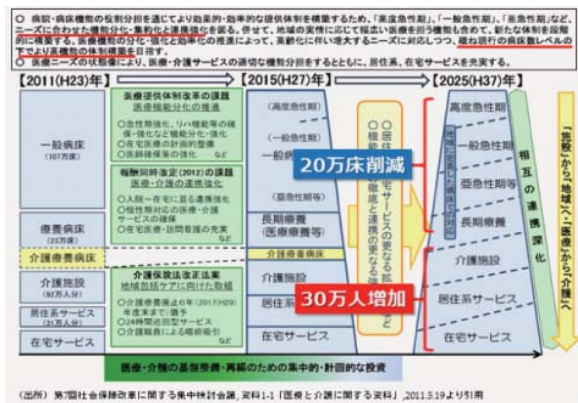


図6. 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性



図7. 地域包括ケアシステム

第46回介護保険部会「地域包括ケアシステムの構築に向けて」⁷⁾において、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現が示されている(図7)。前述した通り、人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する地方都市など、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている。従って、地域包括ケアシステムは、地域の特性に応じて作り上げていくことの重要性が提言されている。

V. 最近のリハビリテーション関連の主な医療・介護報酬制度改定

平成24年度、診療報酬改定⁸⁾では、超早期リハビリテーション評価、回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価、標準的算定日数の評価引き下げや次回改定時廃止など、効果の無いリ

ハビリテーションの削減が求められている。

平成26年度、厚生労働省老健局「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」⁹⁾では、機能訓練そのものが目的化して、「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションが依然として徹底できていないのではないかと指摘された。

平成27年度、介護報酬改定¹⁰⁾では、通所・訪問リハビリテーションの提供に当たって、リハビリテーション会議の開催などリハビリテーションマネジメントの実施とPlan-Do-Check-Act (PDCA) サイクルに載せた目的的なリハビリテーションの提供とアウトカムが求められるようになった。そして、6ヶ月以上の通所・訪問リハビリテーション提供は約20%超減算とされ、いわゆる通所・訪問リハビリテーションからの卒業が促された制度改定となった(図8)。また、通所リハビリテーションでは、いわゆる卒業者の「社会参加に資する取組みに移行した者の割合」によって社会参加支援加算が成功報酬として翌年度に加算されるシステムを導入した。

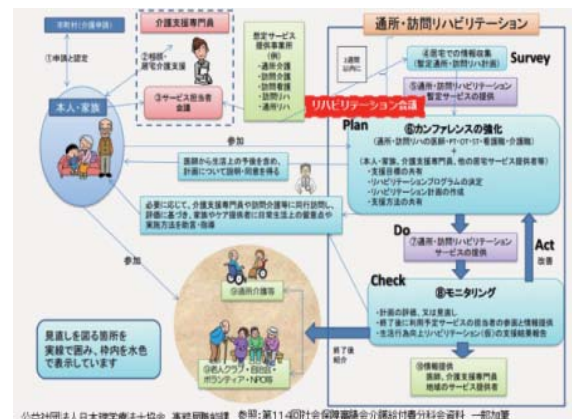


図8. 訪問・通所リハビリテーションマネジメント再構築

上述した通り、いよいよ医療機関が提供するリハビリテーションサービスからの卒業、つまり「医療から介護へ」が半ば強引に推し進められている。換言すれば、医療機関が提供するリハビリテーションは、地域との連携や受け皿づくりを積極的にしなければ、いわゆる糞詰まり状態となり、経営そのものが困難となるシステムとなったのである。

VI. 日常生活支援総合事業

これまでに述べてきたように、社会保障費の抑制は日本の大きな課題である。半ば強引にも見える「社会保障費サービスからの卒業」は、公助・共助から互助・自助システムへのバトンパスであり、区市町村毎にそのシステム構築が求められている。

要支援者に対する介護予防介護保険事業は、より経費のかからない介護予防・日常生活支援総合事業¹¹⁾に移行される。介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業に分けられる(図9)。リハビリテーション専門職として関われる事業は、前者の訪問型サービスと通所型サービス、後者の地域リハビリテーション活動支援事業などである。各区市町村でそれらの事業が練られて、最終平成29年度には完全移行の実施が求められている。リハビリテーション専門職は、役所の担当課と密に連携を取り、これらのシステムづくりの議論に参画し、必要な人に、必要なだけリハビリテーションサービスが届けられるシームレスなシステムづくりに貢献しなければならない。

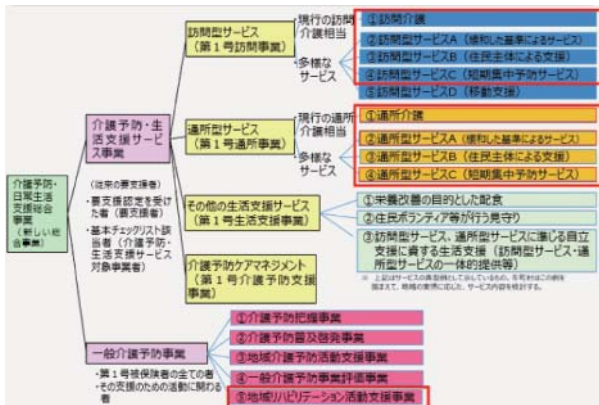


図9. 介護予防・日常生活支援総合事業の構成

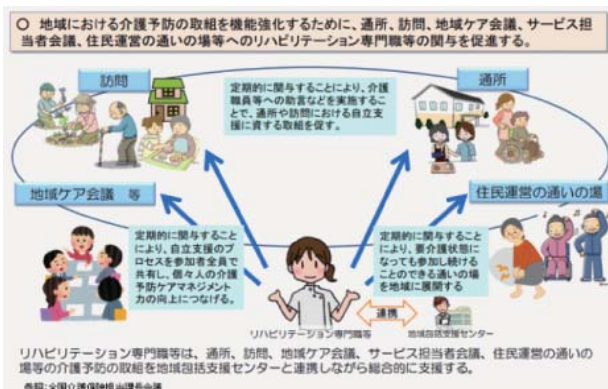


図10. 地域リハビリテーション活動支援事業

筆者らは、平成18年度から幾つかの他法人ディサービスや特別養護老人ホームなどと契約し、当該介護職員への自立支援に資する取組みを促す助言・教育を行ってきた。また、地域のサロン事業や住民の集いの場などに定期的に健康づくり講話や体力テストなども行なってきた。そして、今年度から地域ケア会議への参画も行なっている。これらの事業は、将に地域リハビリテーション活動支援事業である(図10)。このようにリハビリテーション専門職の知識や技術が不足している所に関わることは、地域全体のレベルアップや社会保障費抑制に貢献するだけでなく、医療機関の糞詰まり状態を開放することになる。

VII. 保険適用外の健康づくりや介護予防事業など多様なコミュニティー

リハビリテーション専門職が提供する保険適用外の健康づくりや介護予防事業は、一見、豊かな者のみが利用できるもので、リハビリテーション専門職の仕事として相応しくないと勘違いされるかもしれないが、実は一人でも多くの者の介護予防になれば社会保障費の抑制につながり、国民にとってメリットが大きいと考えられる。

平成26年11月、厚生労働省医政局医事課長¹²⁾は、「理学療法士が、介護予防事業等の診療の補助に該当しない範囲の業務を行うときには、医師の指示は不要である」と各都道府県医務主管部長に通達した。一方で、平成27年1月、公益社団法人日本理学療法士協会半田一登会長¹³⁾は、「理学療法士が、保険適用外の施術所開設し、医師の指示を得ずに障がいのある者に対して理学療法の提供することは、違法行為になりかねない」と警鐘を鳴らしている。明らかに違反行為が見受けられるものは論外であるが、医師が違和感を抱くようなグレーゾーンは明確な規制緩和が無ければ、逆に理学療法士の未来は閉ざされてしまうのである。以下に、筆者らが運営している、リハビリテーション専門職の強みを生かした保険適用外の介護予防事業を幾つかご紹介する。

フランスでは、フットケアセラピストは国家ライセンスであり、フットケアとインソール作製などを業とし、保険適用外のサービスとして国民に広く活用されている。筆者らが訪れたASSAS校にあるペデイキュア-ポロドジー科は3年制で既に80年の歴史がある。現在、ASSAS日本校を設立する準備を進めている(図11)。また、平成18年、



図11. ASSAS JAPAN設立準備



図14. アグリ・コミュニティー事業計画



図12. 足の健康専門店メディゲイト京都店



図13. THE RUNNING SCHOOL鶴舞店

「快適な立ち歩き」支援のために、京都市に「足の健康専門店メディゲイト」店を開設した(図12)。いわゆる健康な者に対して、足に対する既製靴の不適合や足の構造異常による足腰の不具合に対して、インソールの提供や靴のフィッティング^①を行なっている。その際に、足のホームエクササイズとして筋トレーニングやストレッチングなども指導する。来店される者の中には、様々な疾病を抱えている者がおり、即医療機関を勧めている。

社会保障費の抑制や医師の地域偏在性と資源不足を補う上でも、フランスのようなフットケアセラピストの誕生が望まれる。

また、理学療法士が経営しているTHE RUNNING SCHOOLは、ロンドンを中心にヨーロッパに18店舗拡がっている。ランナーの怪我予防とより速い走りの獲得を目的として、動作分析や動作・ランニング指導を行っている。平成28年、筆者らは、日本におけるTHE RUNNING SCHOOLのマスターフランチャイズ契約をロンドン本社と締結し、名古屋市にTHE RUNNING & MOVEMENT SCHOOL鶴舞店を開設した(図13)。高齢者においては、快適歩行の獲得と転倒・認知症予防を目的に、Dynamic Movement Skills (DMS) プログラムを提供している。DMSプログラムは、店舗内だけでなく、ディサービスや通所型サービスAおよびC事業において既に取り入れられている。

最後に、休耕田畑の活用による介護予防事業の展開を計画している。いわゆるアグリコミュニティ事業である(図14)。休耕田畑は中山間地域に多く存在し、主農業従事者の高齢化と野獣の出現によって、年々増加傾向にある。高齢者住まいの目の前の田畑を活用し、リハビリテーション専門職による身体の使い方や介護ロボットの活用の指導、コミュニティづくりなどに寄与できたらと考えている。農作物の流通によって利益を上げ、事業に参加していただいた高齢者に小遣いが出るシステムを練っている。現在、社員が土づくりからマーケティングまでのアグライノベーション教育を受けている。同時に、地元農家組合長と休耕田畑のレンタル交渉の真最中である。

これらの保険適用外の介護予防事業は、リハビ

リテーション専門職の発想と能力が驗されている。また、当事業には、ニーズを捉えた圧倒的に高いクオリティと効果が求められる。そして、同時に、当事業が継続できなければ、どれだけ素晴らしい事業であっても社会的責任を果たせたとはいえないので、経営的に成立しているかどうかが鍵になると考えられる。

VIII. 終わりに

住民の意識啓発や町づくりに失敗すれば、社会保障費抑制を狙った「公助・共助から互助・自助へ」は、地域住民の当たり前の権利を剥奪されることへの拒絶と諦念の感情に留まらず、「リハビリテーション難民」の増加、結果的に社会保障費の増加へとつながる。

リハビリテーション専門職には、必要な人に、必要なときに、必要なだけリハビリテーションサービスが提供できる「まだ誰も知らない地域包括ケアシステム」の構築のために、積極的に町づくりに関わることを期待している。

—— 誰も知らない世界に向かう勇気と情熱、それは未来を拓く ——

【参考・引用文献】

- 1) 国土交通省：我が国の人口は長期的には急減する局面。「国土の長期展望」中間とりまとめ。HP, 2013.
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成24年1月推計）。HP, 2012.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成20年（2008）患者調査の概況。HP, 2009.
- 4) 厚生労働省：介護給付費実態調査月報（平成26年4月審査分）。HP, 2014.
- 5) 厚生労働省：第7回社会保障改革に関する集中検討会議「医療と介護に関する資料」。HP, 2011.
- 6) 日本経済新聞：病床数を最大20万削減 25年政府目標、30万人を自宅に。HP, 2015.
- 7) 厚生労働省：第46回介護保険部会「地域包括ケアシステムの構築に向けて」。HP, 2013.
- 8) 厚生労働省：平成24年度、診療報酬改定について。HP, 2012.
- 9) 厚生労働省老健局：高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会。HP, 2014.
- 10) 厚生労働省：介護報酬改定について。HP, 2015.
- 11) 厚生労働省：介護予防・日常生活支援総合事業。HP, 2015.
- 12) 厚生労働省医政局医事課長通知：理学療法士の名称の使用等について。HP, 2014.
- 13) 日本理学療法士協会会長通知：保険適用外の理学療法士活動に関する本会の見解について。HP, 2015.