

平成 16 年 1 月高齢者リハビリテーション研究会報告書

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」（抄）と関連する現状・課題

※ 基本的考え方と見直しへの提案について整理(事実関係についての記載は省略)。

介護保険居宅サービス関連を中心に記載(医療や施設に関する記載は除外)。また、表現は当時の記述のまま抜粋。

IV 高齢者リハビリテーションの基本的考え方	その後の対応	その後の課題
<p>1 高齢者の態様に応じた対策が必要</p> <p>○ 脳卒中モデルと廃用症候群モデルとは、リハビリテーションの内容は異なる。さらに、原因疾患や生活機能低下の状況を踏まえ、<u>適切なリハビリテーションを提供する必要がある。</u></p> <p>○ 脳卒中モデルにおいては、発症直後からリハビリテーションを開始し、自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリテーションを行った後に、自宅復帰後は<u>日常的に適切な自己訓練を行うとともに具体的な課題やさらなる目標が設定された時に、必要に応じて、期間を定めて計画的にリハビリテーションを行うことが基本となる。</u></p> <p>○ 廃用症候群モデルにおいては、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、<u>生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを行うことが基本となる。</u> リハビリテーションの提供にあたっては、<u>必要な時に、期間を定めて計画的に行われることが必要である。</u></p> <p>○ そのいずれのモデルにも属さない痴呆高齢者については、環境の変化に対応することが難しいため、生活の継続性やなじみの人間関係が維持される環境の下にケアが提供されることが必要となる。その上で今後、必要な専門医療と連携し適切なリハビリテーションが検討されるべきである。</p>	<p>○通所リハビリテーション ・認知症短期集中リハビリテーション (H24.4)</p>	<p>【1】 個人の状態や希望等に基づく適切な目標の設定とその達成に向けた個別性を重視した適時適切なリハビリテーションが必ずしも計画的に実施できていないのではないか（依然として、訓練そのものが目的化しているのではないか）</p> <p>【2】 「身体機能」に偏ったリハビリテーションが実施され、「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</p>
<p>2 廃用症候群の対策の重要性</p> <p>○ 後期高齢者に多い衰弱を含め、高齢者の心身機能の低下は、「年だから仕方がない」などと考えがちであるが、これは、実は<u>廃用症候群であったことが見逃されていたことが少なくない。</u> 今後は十分に認識される必要がある。</p>		<p>【3】 廃用症候群への早期対応が不十分ではないか</p>

<p>○ 医療現場に限らず、介護の現場においても、「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」、あるいは「安全第一」という考え方で過剰な介護をして、かえって廃用症候群を惹起する場合がある。</p>		<p>➤【3】</p>
<p>○ 車いすには利用者の参加の拡大につながる一面があることは確かである。しかしながら、訓練のときは歩けるのに、<u>実用歩行訓練が不十分なまま、実生活では車いすを使わせたり、歩行ができるのに車いす介助で移動させるなど不適切かつ尊厳に欠けるような車いすの使用がなされる場合がある。「つくられた寝たきり」「座らせきり」</u>は、多くの高齢者のケアの関係者に理解されている。しかし、このような高齢者の状態像に合わない車いすの使用などによる「つくられた歩行不能」については、いまだその危険度が十分に認識されていない。歩行や、立って活動を行うことが困難になると、在宅での日常生活の活動が低下し、地域社会への参加も難しくなる。今後は、<u>歩行しないことによる廃用症候群の危険性について、予防・医療・介護の関係者はもとより、高齢者自身やその家族は十分に認識する必要がある。</u></p>		<p>➤【3】</p>
<p>○ また、例えば、調理などの家事を行う能力があるにもかかわらず、訪問介護による家事代行を利用することにより、能力が次第に低下して、家事不能に陥る場合もある。このような状態を防ぐためには、身の回りの行為だけでなく、調理を含めた家事や外出などの<u>生活活動全般への働きかけを積極的に行う必要がある。</u></p>		<p>➤【3】</p>
<p>3 生活を支えるという目標</p> <p>○ これまでは、入院（所）中は、訓練室での歩行訓練といった心身機能の回復訓練が中心になりがちで、実際の生活の場で歩行し、例えば、台所に立って家事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、買い物を想定して屋外で歩行を行うなどの<u>日常生活のさまざまな活動をどのように高めるのか、という観点からの取組が必ずしも十分ではなかった。</u></p>		<p>➤【2】</p>

<p>○ <u>高齢者の生活機能は、これまで生活してきた家庭、地域の環境で培われてきており、生活機能を向上させるためのリハビリテーションは、住み慣れた地域において提供されること</u>によってより高い効果が期待できる。このため、施設におけるリハビリテーションは、入院（所）しなければ受けられないプログラムを実施する場合に限って利用することが基本であり、入院（所）した場合においても、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本となる。</p> <p>○ 在宅の高齢者については、できるだけ長く住み慣れた自宅で生活を送れるよう、<u>訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの居宅サービスを一体的に提供</u>していくことが基本となる。</p>		<p>【2】</p> <p>【4】 居宅サービスの一体的・総合的な提供や評価を進めるべきではないか</p>
<p>4 個別的・総合的なサービスの提供</p> <p>○ 高齢者の状態像は、年齢、性、健康状態、生活機能、本人の生活歴・価値観、家庭環境、居住環境などによって多様であり、これまでの<u>長い生活、人生を反映した、極めて個別的、個性的なもの</u>である。しかし従来は、画一的なプログラムが提供されがちであった。これによって、高齢者の自己決定権は形骸化されていた面も否定できない。</p> <p>○ 今後は、<u>個別性を重視したリハビリテーションを提供</u>するために、本人の積極的参加を促し自己決定権を尊重することが必要である。</p> <p>○ また、高齢者に対し、リハビリテーションを提供する場合には、生活機能低下を克服し、新たな生活を踏み出そうとする高齢者の<u>気概や、より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいとする</u>思いを引き出し、これを適切に支えることが重要である。</p> <p>○ 生活機能の低下をきたした高齢者は、健康な時の自己の姿と現状を比較してうつ状態に陥ったり、<u>その受容が困難になることがある</u>。このため、生活を再構築するためのリハビリテーションを継続するための心のケア、精神的な支えも重要である。</p>		<p>【1】</p> <p>【1】</p> <p>【5】 高齢者の気概や意欲を引き出す取り組みが不十分ではないか</p>

<p>○ <u>高齢者のリハビリテーションに関わる多職種が利用者の生活機能を踏まえたリハビリテーション計画の作成に参画するとともに、リハビリテーション専門職が訓練を行い向上させた高齢者の活動能力を、看護職・介護職が日常でのケアを通じ、実生活で実行できるように定着させるような連携が重要である。</u></p>		<p>→【6】</p>
<p>(3) 国民にサービスの所在がわかるシステム</p> <p>○ <u>高齢者に対して適切な介護予防サービスやリハビリテーションが提供され、必要なときにいつでも利用できるようにするためには、まず、地域社会の構成員である国民一人ひとりがリハビリテーションについて理解を深めることが重要である。また、地域の専門職もそのための役割を十分に果たしているとは言い難い状況である。このため、リハビリテーションに関する普及啓発は大きな課題である。</u></p>		<p>→【7】 利用者や家族をはじめ、国民一人ひとりがリハビリテーションの意義について更に理解を深める必要があるのではないか</p>
<p>7 質の確保</p> <p>○ <u>高齢者のリハビリテーションは、プログラムや技術の質によって成果が大きく左右されるものである。その質的向上を図るために、これまで述べた内容を行うことが必要である。</u></p>		<p>→【1】～【7】</p>
<p>V 現行サービスの見直しへの提案</p>		
<p>1 生活機能低下の予防</p> <p>○ これまで予防対策は、疾病そのものを予防する観点から、生活習慣病の予防を中心に取られてきたが、今後は、新たに要介護状態や要介護度の重度化を予防する観点から、生活機能低下の予防対策に取り組む必要がある。</p>	<p>○ 制度改正で対応 (H18.4.)</p>	

<p>○ 介護予防事業については、個々の利用者毎に、生活機能を向上させるといった目標を明らかにし、ひとりひとりについて適切なアセスメントを踏まえたサービス内容の検討や、サービス提供の効果の把握・評価を行っていくことが必要である。このため、高齢者の生活機能を個別に評価した上で、介護予防プログラムの作成・管理を行い、これに基づき、提供する介護予防サービスの内容を決定するシステムとすべきである。その際、民間事業者や地域の社会資源の活用に努めるべきである。</p> <p>○ 介護保険においては、要支援者や軽度の要介護者の生活機能を向上させ、要介護度を積極的に改善させるという観点から軽度の要介護者に対するサービス内容とそのためのマネジメントシステムの在り方について、基本的な見直しを検討すべきである。</p>	<p>○ 制度改正で対応 (H18.4)</p>	
<p>2 医療・介護におけるリハビリテーション (3) 各種サービスにおけるリハビリテーション イ 訪問リハビリテーション</p> <p>○ <u>訪問リハビリテーションの目的は、在宅という現実の生活の場で日常生活活動の自立と社会参加の向上を図ることであり、高齢者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援の効果的なサービスである。</u></p> <p>○ <u>このように考えると、訪問リハビリテーションは、在宅復帰と自立支援を理念とする高齢者介護において有効なサービスであるが、現状では最も利用が進んでいないサービスとなっており、今後、拡充していく必要がある。また、脳卒中による失語症の患者が在宅に多いにもかかわらず、言語聴覚士がサービス提供者として位置づけられていない</u>といった問題も指摘されている。</p>	<p>○ 訪問リハビリテーションで言語聴覚士の訪問を算定要件に追加。 (H18.4)</p>	<p>【2】</p>

<p>○<u>現行の訪問リハビリテーションは、退院（所）直後や生活機能が低下した時に、計画的に、集中して実施するサービスとしても位置づけ、拡充していく必要がある。また、その内容は、日常生活活動と社会参加の向上に働きかけることを重視する必要がある。</u></p>	<p>○ 訪問リハビリテーション ・短期集中リハビリテーション加算（H18.4）</p>	<p>【2】</p>
<p>ウ 外来・通所リハビリテーション</p> <p>○ 外来リハビリテーション・通所リハビリテーションは、高齢者が住み慣れた地域で、在宅での日常生活活動と社会参加の向上のために行われるものであり、今後のリハビリテーションの柱となるべきものである。</p>		<p>【2】</p>
<p>○ 現行の通所リハビリテーションは、利用者の年齢層や介護が必要となった原因疾患、生活機能低下の状態がさまざまであるなど幅広いニーズに対応しているため、<u>(1) 日常の継続した健康管理（医学的管理）、(2)リハビリテーションそのものの提供、(3)介護者の休息、(4)閉じこもり対策、として行われている。</u></p>		<p>【4】</p>
<p>○ 一方、2003（平成15）年4月の介護報酬改定で新設された個別リハビリテーションへの利用者のニーズは高く、このような専門職によるリハビリテーションのみを求める利用者が増えている。</p>	<p>○ 通所リハビリテーション ・個別リハビリテーション加算（H18.4）</p>	
<p>○ 通所リハビリテーションについては、これまで必ずしもその効果について十分に評価がなされないまま実施されてきたという側面がある。今後は、真に有効なリハビリテーションを提供していく観点から、<u>日常生活活動の自立と社会参加の向上を支援するリハビリテーション機能そのものについては強化するとともに、必要な時期に期間を定めて提供するなど、その機能の在り方を検討する必要がある。</u></p>		<p>【1】【2】</p> <p>【4】</p>
<p>○ 通所サービスには、通所リハビリテーションと通所介護があるが、介護者の休息や閉じこもり対策などの<u>通所介護と同様の機能の提供にとどまっている通所リハビリテーションについては、見直しを検討する必要がある。</u></p>		<p>【4】</p>
<p>○ なお、少人数でなじみの集団で行う場合は、痴呆ケアとして通所リハビリテーションを位置づけることを考えていくことも必要である。</p>	<p>○ 通所リハビリテーション ・短期集中リハビリテーション加算（H24.4）</p>	